

三重県保健医療計画

(第4次改訂)



はじめに



急速な少子・高齢化社会の進展や生活習慣病の増加などの疾病構造の変化、健康に対する県民意識の高揚など、保健医療をめぐる環境は著しく変化しており、さらに、医師・看護師等医療従事者の不足・偏在などによって、安全安心な医療提供体制の確保が難しくなっています。

このような変化のなか、県民の皆さん一人ひとりが生涯を通じて健康で‘しあわせ’を実感できる生活を送るためには、充実した医療制度のもと、地域で支えあう社会をつくること
がなによりも重要です。

本県では県民の皆さんが、三重県に住むことに満足し、ふるさとを愛し、誇りをもつことができるよう「みえけん愛を育む“しあわせ創造県”」を基本理念に掲げた総合計画「県民しあわせプラン」を策定し、「文化力」と「新しい時代の公」の考え方をもとに県政を展開しています。

「三重県保健医療計画」は、この総合計画における特定の課題に対応するための個別計画として策定したものであり、また、本県の保健医療に関する基本計画となるものです。

今回の第4次改訂では、医療機関における機能分化や連携の推進を通じて、4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）、5事業（小児救急を含む小児医療対策・周産期医療対策・救急医療対策・災害医療対策・へき地医療対策）を中心に、特に地域における切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療提供体制の確保などをめざしています。

また、県民、関係団体、保健医療機関、市町などが取り組む活動についても、併せて明らかにし、多様な主体で進める地域医療体制の整備のあり方や計画の推進体制について示しています。

この「三重県保健医療計画」を着実に実施していくことが、‘しあわせ’が実感できる社会の実現につながるものと考えています。今後は、本計画の推進に努め、「安全で安心できる医療提供体制」を築いてまいります。

おわりに、本計画の策定に当たり、熱心にご審議いただいた三重県医療審議会保健医療計画策定部会の委員をはじめ、ご協力いただきました関係のみなさまに心からお礼申し上げます。

平成20年3月

三重県知事 野呂昭彦

目 次

はじめに

第1章 保健医療計画に関する基本方針

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

第2章 三重県の保健医療を取り巻く基本的な状況

第1節 三重県の地域特性	2
第2節 人口および人口動態	3
第3節 保健医療施設の状況	11
第4節 県民の意識調査	19
第5節 県民の受療動向	30

第3章 保健医療提供体制の構築

第1節 保健医療圏の設定	34
第2節 保健医療提供体制の整備	39
第3節 公的病院等の役割	44
第4節 医療従事者の人材確保と資質の向上	47
第5節 信頼される医療サービスの提供	64

第4章 事業ごとの医療連携体制

第1節 がん対策	69
第2節 脳卒中対策	77
第3節 急性心筋梗塞対策	88
第4節 糖尿病対策	95
第5節 小児救急を含む小児医療対策	103
第6節 周産期医療対策	110
第7節 救急医療対策	117
第8節 災害医療対策	127
第9節 へき地医療対策	132
第10節 在宅医療対策	137
第11節 その他の対策	145
ア 医療安全対策	145
イ 精神保健医療対策	149
ウ 結核・感染症対策	153

エ	臓器等移植対策	・・・・・・・・	161
オ	難病・特定疾患等対策	・・・・・・・・	165
カ	歯科保健医療対策	・・・・・・・・	169
キ	血液確保対策	・・・・・・・・	172
ク	医薬品等の適正使用の推進	・・・・・・・・	174
ケ	医療に関する情報化の推進	・・・・・・・・	176
コ	外国人に対する医療対策	・・・・・・・・	179
第5章 保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組			
第1節	保健・医療・福祉の連携	・・・・・・・・	181
第2節	健康づくり活動の推進	・・・・・・・・	183
第3節	高齢者保健福祉の推進	・・・・・・・・	185
第4節	障がい者のための保健医療の充実	・・・・・・・・	191
第5節	母子保健対策の推進	・・・・・・・・	194
第6章 健康危機管理体制の構築			
第1節	健康危機管理体制の整備	・・・・・・・・	196
第2節	医薬品等の安全対策	・・・・・・・・	197
第3節	食の安全とくらしの衛生の確保	・・・・・・・・	199
第7章 保健医療計画の推進体制について			
第1節	保健医療計画の周知と情報公開	・・・・・・・・	202
第2節	保健医療計画の推進体制	・・・・・・・・	202
第3節	数値目標の進行管理	・・・・・・・・	206
第4節	評価と検討	・・・・・・・・	208
資料集目次			
	各データ	・・・・・・・・	210
	計画改訂の経緯	・・・・・・・・	232
	用語解説	・・・・・・・・	235

第1章 保健医療計画に関する基本方針

第1節 計画策定の趣旨

急速な少子・高齢化の進展、生活習慣病の増加などの疾病構造の変化、医療技術の高度化・専門化、県民の保健医療に対する意識の高まりなど、保健医療を取り巻く状況は著しく変化しています。また、近年の医師・看護職員等医療従事者の不足・偏在などにより、安全安心な医療提供体制の確保が困難になっています。

こうした中、県民が生涯を通じて心身ともに健康で、安心して暮らせるよう、県民の立場に立った保健医療サービスの提供を積極的に推進するため、適切に医療が受けられる医療提供体制を整備する必要があります。

本県においては、昭和63年12月に「三重県保健医療計画」を策定し、以来3度の改訂を行ってきましたが、今回、こうした現状を踏まえ、さまざまな課題に対応するために第4次改訂を行いました。

第2節 計画の性格

- 1 三重県総合計画(県民しあわせプラン)の着実な推進に向け、特定の課題に対応するための個別計画です。
- 2 三重県の保健医療行政推進の基本方針であり、特に、地域における切れ目のない医療の提供を実現することによる、良質かつ適切な医療提供体制の確保などをめざすものです。
- 3 「みえ地域ケア体制整備構想」、「三重県における医療費の見通しに関する計画」、「三重の健康づくり総合計画ヘルシーピープルみえ・21」、その他健康福祉に係る計画との整合をはかります。

第3節 計画の特徴

- 1 県民、関係団体、保健医療機関、市町などが取り組む活動についても、明らかにし、多様な主体で進める地域医療体制の整備のあり方を示しています。
- 2 作成にあたっては、県民の皆さんが保健医療サービスを必要とされるさまざまな場面で活用いただきやすいものとなるよう、具体的な医療情報についてもわかりやすく示しています。

第4節 具体的な医療情報の提供

4疾病5事業の医療連携体制については、具体的な医療機関名を本文中、もしくは県のホームページ上で掲載します。これらは県内各保健所や三重県情報公開・個人情報総合窓口でも閲覧可能とし、変更があった場合は随時更新していきます。

第5節 計画の期間

平成20年4月1日から平成25年3月31日までとします。

第2章 三重県の保健医療を取り巻く基本的な状況

第1節 三重県の地域特性

(1) 地勢

三重県は、日本のほぼ中央に位置し、東西約 80 k m、南北約 170 k m と南北に長い県土をもっています。北は愛知県、岐阜県に、西は滋賀県、奈良県、京都府に、南は和歌山県にそれぞれ接し、北から南にかけて伊勢湾、熊野灘に面しています。

面積は、平成 18 年 10 月 1 日現在 5,776.87 k m² で国土面積の 1.53% を占めており、全国第 25 位の広さとなっています。

県土は、中央を流れる櫛田川に沿った中央構造線によって、大きく北側の内帯地域と南側の外帯地域に分けられます。

内帯地域は東に伊勢湾を望み、北西には御在所岳や藤原岳など 1,000m を超える山々と養老、鈴鹿、笠置、布引等の 700~800m 級の山地・山脈が連なっています。

一方、外帯地域の東部はリアス式海岸の志摩半島から熊野灘に沿って南下、紀伊半島東部を形成し、西部には県内最高峰 1,695m の日出ヶ岳を中心に紀伊山地が形成されています。

(2) 交通

県内の主要国道は、国道 1 号・国道 23 号・国道 25 号・国道 42 号及び国道 258 号などがあり、高規格幹線道路では、近畿自動車道名古屋大阪線（東名阪自動車道）および近畿自動車道伊勢線（伊勢自動車道）等があります。

こうした道路交通網により、国道 25 号は北勢地域と伊賀地域を結ぶ道路として、国道 23 号は北勢地域と中南勢地域を、国道 42 号は中南勢地域と紀州地域を結ぶ道路として重要な役割を果たしています。

県内を走る幹線鉄道としては、JR の関西本線、紀勢本線、近畿日本鉄道の大阪線、名古屋線があり、その他のローカル線としては、三岐鉄道、伊勢鉄道などがあります。

(3) 気候

三重県の気候は平野部、盆地部、山地部と地形の複雑さから、次のような気候の特性があります。

内帯地域中、海岸地帯に位置する津市の気候は、年平均気温 15.5℃（平年値：1971 年～2000 年の 30 年間の平均値、以下同じ）年平均湿度 70% と比較的温暖で過ごしやすいところです。

これに対し、内帯地域の西側、布引山地等に囲まれた伊賀盆地にある伊賀

市の年平均気温は、13.8℃と県内で気温を観測している観測所のなかでは最も低く、夏冬や朝夕の温度較差が大きい内陸型の気候の特徴を示しています。

外帯地域東側の海岸地帯は、黒潮の影響で温暖な地域が広がっており、その南側、熊野灘に面した尾鷲市の気候は、年平均気温15.9℃と四季を通じて暖かい南海型の気候となっています。また、年平均降水量は3,922.4mmと、全国でも有数の多雨地帯となっています。

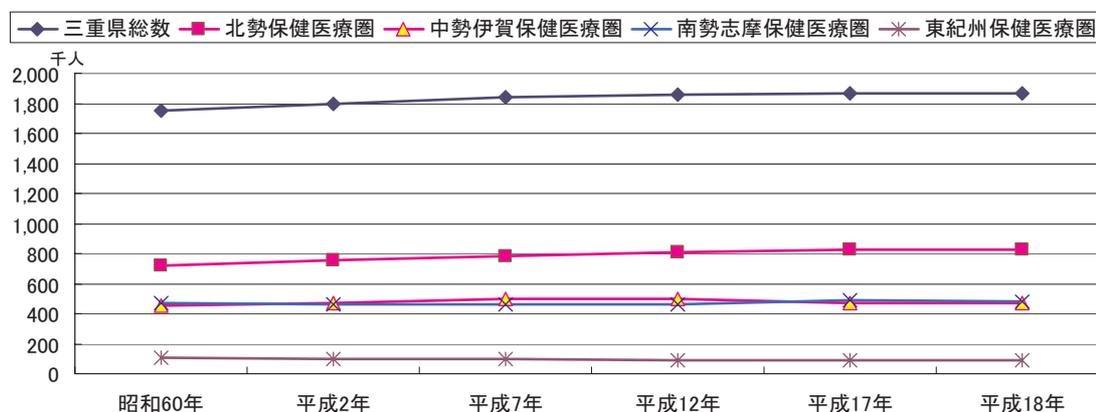
第2節 人口および人口動態

(1) 人口

①人口推移

県の人口は、平成18年10月1日現在（三重県年齢別人口調査結果）、1,867,696人で、平成10年頃まで段階的に伸びており、その後もゆるやかに伸びています。

三重県の保健医療圏別人口推移（平成18年10月1日現在）



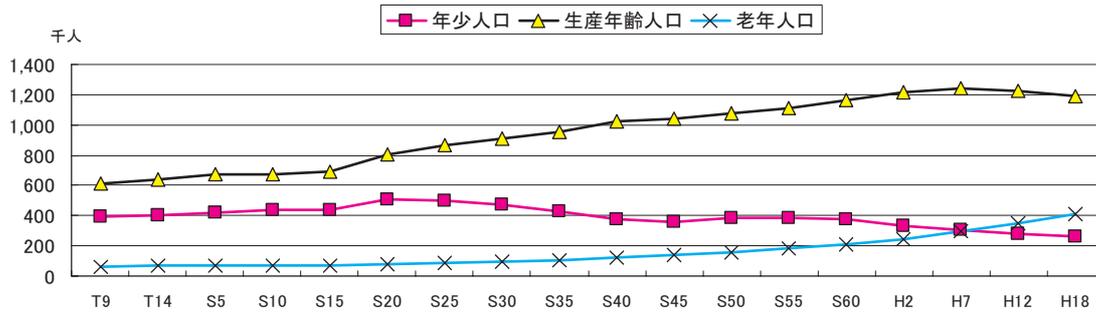
資料：三重県民人口調査結果

②年齢3区分別人口

県の人口を年少（15歳未満）、生産年齢（15～64歳）および老年（65歳以上）の3つの区分に分けて年次別に推移をみると、年少人口の割合は低下傾向にあり、平成18年の14.1%は、統計上確認できる大正9年以来最も低くなっています。老年人口の割合は、平成18年に22.0%となっており、大正9年以来最も高くなっています。

保健医療圏別にみると、年少人口の割合は、北勢地域15.2%で最も高く、次いで中勢伊賀地域が13.5%、南勢志摩地域が13.3%、東紀州地域が12.1%で最も低くなっています。生産年齢人口の割合も同様の傾向となっています。一方、老年人口の割合は、東紀州地域が32.3%で最も高く、最も低い北勢地域の18.9%より13.4ポイント高くなっています。

三重県における年齢3区分人口の推移



保健医療圏別年齢3区分別人口構成比 (平成 18 年 10 月 1 日現在)

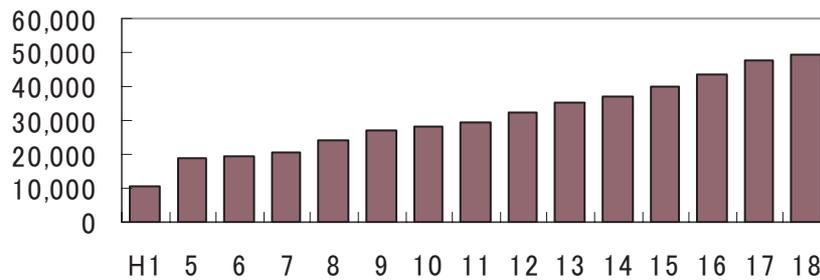
保健医療圏名	15歳未満	15～64歳	65歳以上
北勢保健医療圏	15.2%	65.8%	18.9%
中勢伊賀保健医療圏	13.5%	63.9%	22.5%
南勢志摩保健医療圏	13.3%	61.6%	25.1%
東紀州保健医療圏	12.1%	55.5%	32.3%
県全体	14.1%	63.7%	22.0%

資料：三重県民人口調査結果

③外国人登録者数

平成 18 年末の三重県の外国人登録者数は、49,304 人（前年比 1,753 人、3.7%増）で過去最高を更新しました。

三重県における外国人登録者数の推移 (人)



資料：生活部調査

国籍別の登録者数では、ブラジルが 20,801 人で最も多く、2位の中国は、7,891 人で、前年比 20.3%の増加となり、増加率の高さが目立っています。

国籍別登録者数（平成 18 年 12 月 31 日現在）

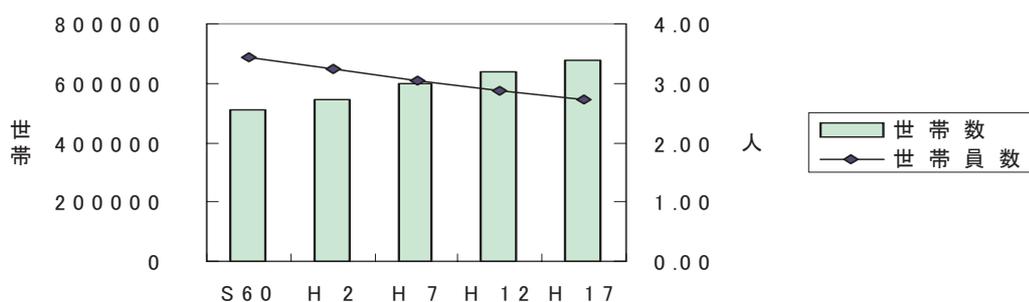
順位	国籍	登録者数	構成比	増減数	増減率
1	ブラジル	20,801 人	42.2%	142 人	0.7%
2	中国	7,891 人	16.0%	1,329 人	20.3%
3	韓国又は朝鮮	6,363 人	12.9%	▲48 人	▲0.7%
4	フィリピン	4,414 人	9.0%	165 人	3.9%
5	ペルー	3,593 人	7.3%	161 人	4.7%
6	ボリビア	1,188 人	2.4%	88 人	8.0%
	その他	5,054 人	10.2%	▲84 人	▲1.6%
	三重県計	49,304 人	100%	1,753 人	3.7%

資料：三重県生活部調査

④世帯

平成 18 年の一般世帯は、688,088 世帯であり、前年（平成 17 年 10 月 1 日現在）と比較すると、12,629 世帯（1.87%）増加しています。また、1 世帯当たりの人数は、2.71 人で、平成 17 年の調査に比べ 0.05 人減少しています。

三重県の世帯数および世帯員数の推移



資料：総務省「国勢調査報告」

保健医療圏別世帯数（平成 18 年 10 月 1 日現在）

保健医療圏域名	世帯数	構成比
北勢保健医療圏	299,740	43.6%
中勢伊賀保健医療圏	175,917	25.5%
南勢志摩保健医療圏	175,822	25.5%
東紀州保健医療圏	36,609	5.3%
合 計	688,088	100.0%

資料：三重県民人口調査結果

(2) 人口動態

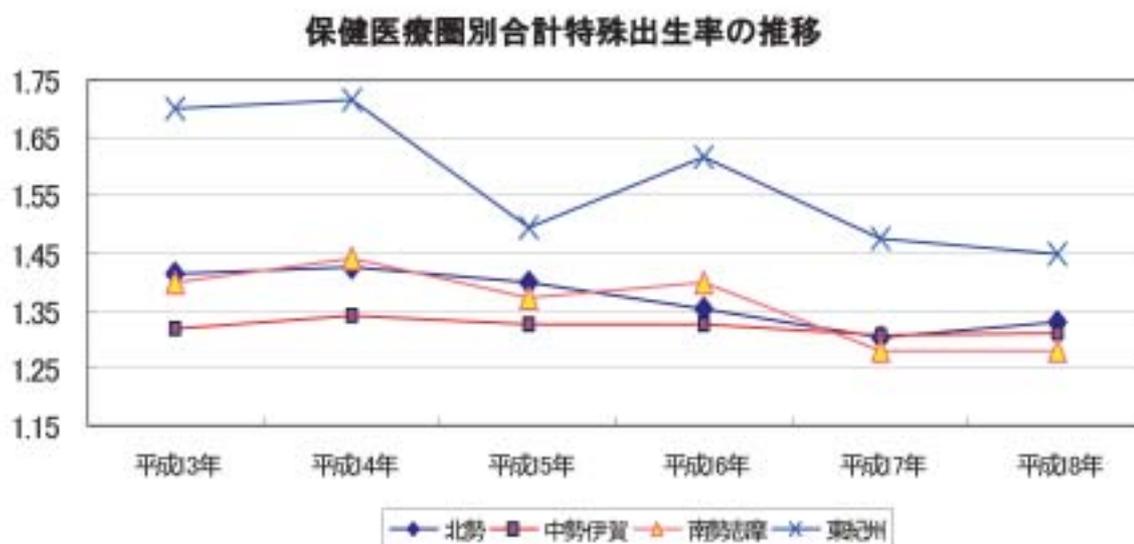
① 出生

平成18年の出生数は、15,816人で、年次推移をみると、昭和30年代後半から、増加傾向にありましたが、その後減少傾向に転じ、近年は横這いの状況になっています。

また、1人の女性が一生の間に産む子供数は、平成18年では1.35人と全国の平均1.32人を0.03人上回っていますが、年次別にみると緩やかな低下傾向が続いています。

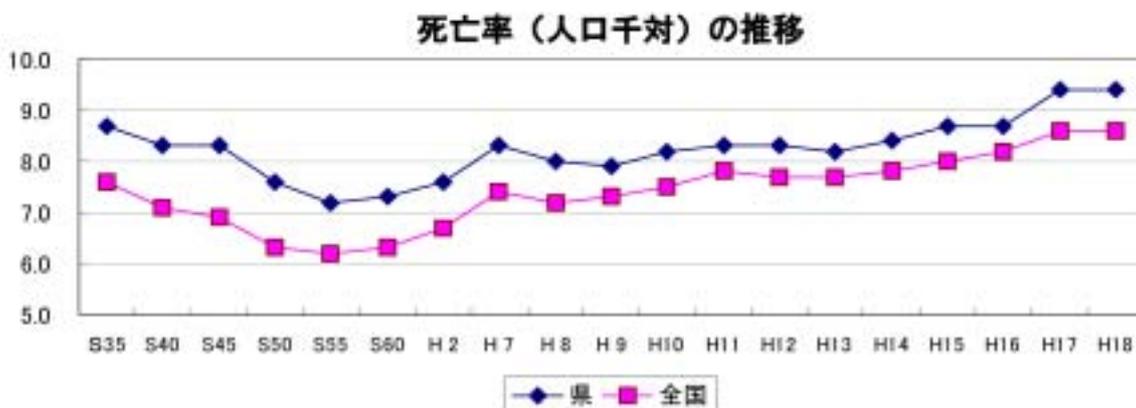


資料：厚生労働省「平成18年人口動態統計（確定数）」

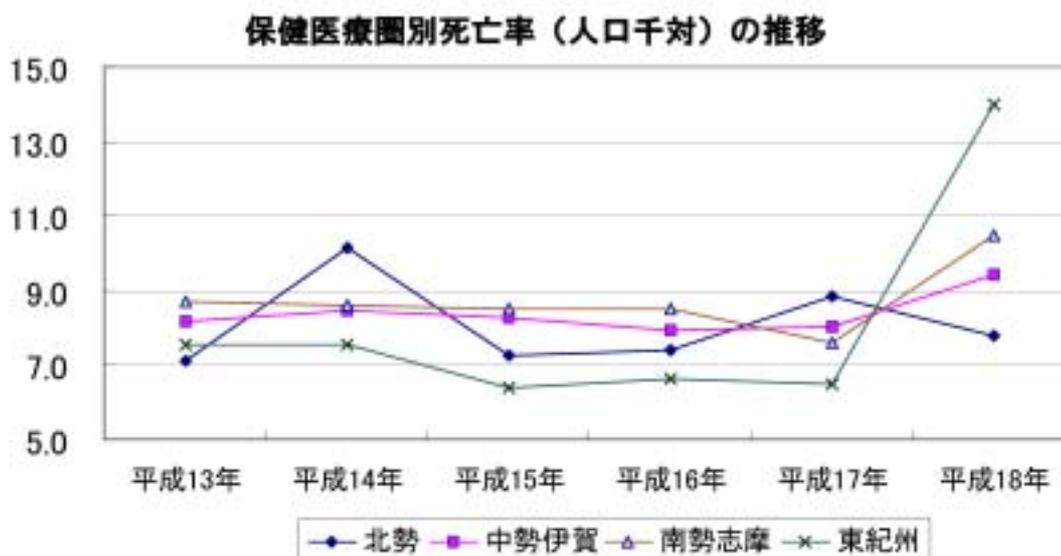


②死亡

平成18年の県の「死亡数」は、17,156人（男性8,938人、女性8,218人）で、人口千人に対する死亡率は9.4です。「死亡率」は全国（8.6）よりも高く（全国順位26位）、人口の高齢化などに伴い上昇傾向にあります。



資料：厚生労働省「人口動態統計（確定数）」

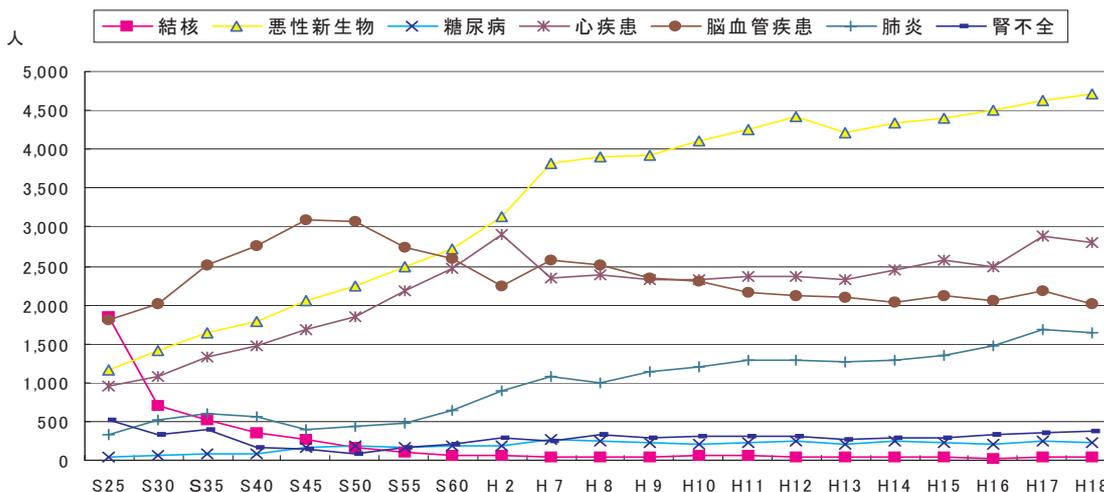


また、平成18年の県の死因順位は、第1位「悪性新生物」4,718人（総数に占める割合27.5%）、第2位「心疾患」2,792人（同16.3%）、第3位「脳血管疾患」2,022人（同11.8%）で、これら3大死因の総数に占める割合は55.6%です。人口10万対死亡率で比較すると、「悪性新生物」は257.5で全国（261.0）より低くなっていますが、「心疾患」は152.4、「脳血管疾患」は110.4でいずれも全国（137.2、101.7）より高くなっています。

一方、地域別に平成18年の人口千人に対する死亡率をみると北勢地域が最も低く7.8、次いで中勢伊賀9.4、南勢志摩10.5、東紀州14.0となつて

います。主な死因別では、「悪性新生物」、「脳血管疾患」、「心疾患」は東紀州地域で、「糖尿病」は南勢志摩・東紀州地域でそれぞれ高くなっています。

年次別にみた主要死因別死亡数の推移



資料：厚生労働省「平成18年人口動態統計（確定数）」

保健医療圏別主な死因別死亡率（人口：千人対）

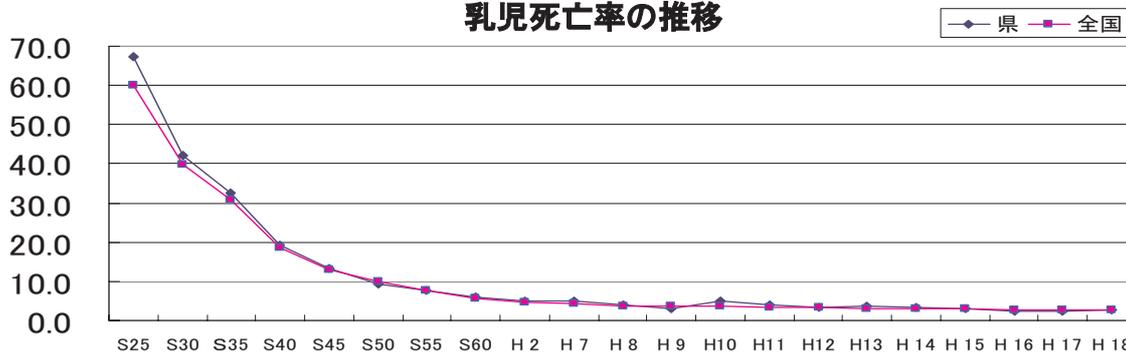
保健医療圏域名	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	糖尿病
北勢保健医療圏	2.21	0.87	1.27	0.09
中勢伊賀保健医療圏	2.61	1.20	1.37	0.13
南勢志摩保健医療圏	2.81	1.22	1.88	0.15
東紀州保健医療圏	3.54	1.68	2.17	0.15

資料：厚生労働省「平成18年人口動態統計（確定数）」

③乳児死亡

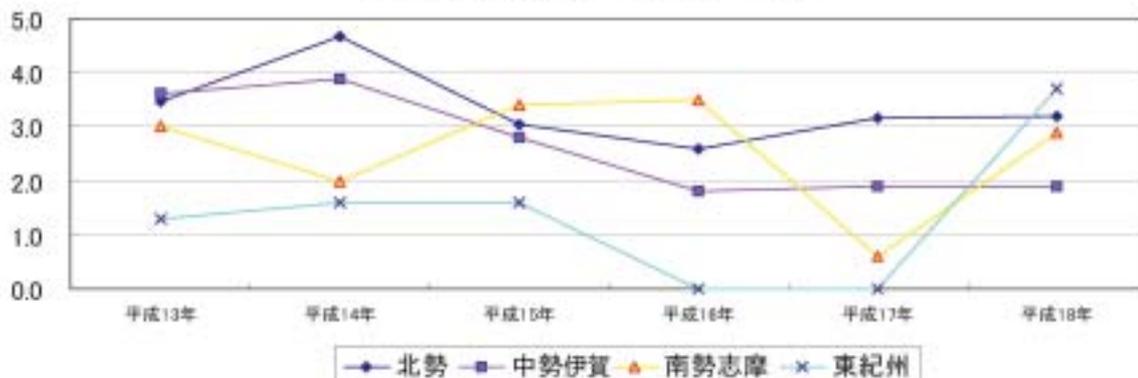
平成18年の「乳児死亡数」は45人（男性25人、女性20人）で、出生千人に対する乳児死亡率は、2.8（全国順位14位）となっています。「乳児死亡率」は、全国（2.6）より高いですが、近年は、ほぼ横這い状態となっています。

乳児死亡率の推移



資料：厚生労働省「平成18年人口動態統計（確定数）」

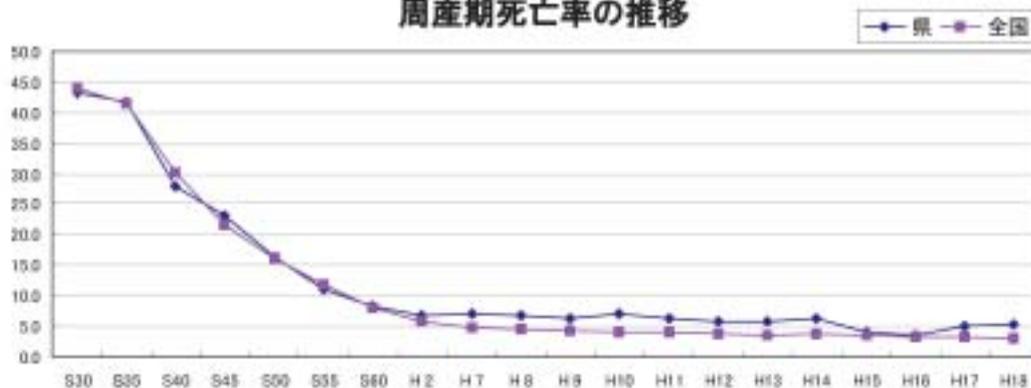
保健医療圏別乳児死亡率の推移



④周産期死亡

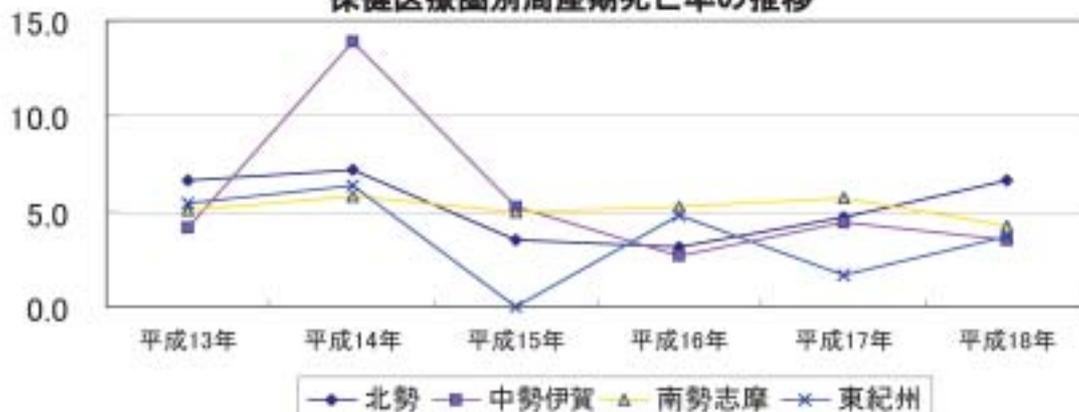
周産期死亡は妊娠満22週以降の死産と生後1週未満の早期新生児死亡を合わせたもので、母体の健康状態に強く影響されます。平成18年の県の「周産期死亡数」は83人であり、周産期死亡率（出生千に対する妊娠満22週以降の死産に早期新生児死亡数を加えたもの）は5.2（全国順位8位）となっており、全国（4.7）より高いですが、近年はほぼ横這い状態となっています。

周産期死亡率の推移



資料：厚生労働省「平成18年人口動態統計（確定数）」

保健医療圏別周産期死亡率の推移



⑤平均寿命

平成 17 年の平均寿命は、男性 78.90 歳、女性 85.58 歳となっており、昭和 45 年と比較してみると男性が 8.67 年、女性が 10.29 年延びています。

平均寿命の推移

(単位：年)

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

資料：厚生労働省「平成 17 年生命表」

第3節 保健医療施設の状況

(1) 保健衛生関係施設

県内の保健衛生関係施設としては、保健所（9ヶ所）、市町保健センター（45ヶ所）が設置されています。また、県域全体の機関として保健環境研究所、こころの健康センターが設置されています。

(2) 医療施設

①施設数

平成18年10月1日現在、県内の医療施設数は、「病院」112施設、「一般診療所」1,466施設、「歯科診療所」853施設となっています。

また、県の人口10万対医療施設数をみると、一般診療所以外は、全国の施設数より少ない状況です。

さらに、年次別に人口10万対医療施設をみると、「病院」はやや減少傾向であるのに対し、「一般診療所」および「歯科診療所」は増加傾向にあります。

	年度	病 院	一般診療所	歯科診療所
三重県	14	6.3	73.8	45.2
	18	6.0	78.3	45.5
全 国	14	7.2	74.4	51.1
	18	7.0	77.2	52.7

資料：厚生労働省「医療施設調査」（平成14年10月1日現在）
厚生労働省「医療施設調査」（平成18年10月1日現在）

②病床数及び利用状況

平成18年10月1日現在、本県の病床数は23,680床であり、病院が21,386床、診療所2,294床となっています。そのうち、病院の「一般病床」が11,494床、「療養病床」が4,823床、診療所の「一般病床」が1,952床、「療養病床」が342床、「精神病床」が4,969床、「結核病床」が80床、「感染症病床」が20床となっています。

病床種別病床数

総 数	一 般	療 養	精 神	結 核	感染症
23,680	13,446	5,165	4,969	80	20

病院の人口10万対病床数（三重県と全国）

種別	一般	療養	精神	結核	感染症
三重県	613.7	257.5	265.3	4.3	1.1
全国	707.7	281.2	277.3	9.4	1.6

資料：厚生労働省「医療施設調査」（平成18年10月1日）

③病床種類別にみた病院の病床利用率・平均在院日数

病床種類別に病院の平均病床利用率をみると、全病床合計では86.1%となっています。また、病床利用率が最も高いのは「精神病床」92.5%、「療養病床」91.6%となっています。

病院の病床利用率の推移

（単位：％）

	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
総数	80.9	81.6	81.6	86.1	86.1
一般病床	77.2	79.4	79.9	82.3	81.6
療養病床	-	-	-	91.9	91.6
精神病床	103.9	99.6	97.2	95.7	92.5
結核病床	41.9	29.9	25.9	35.5	52.9
感染症病床	0.5	0.3	0.4	0.2	0.3

資料：厚生労働省「病院報告」

次に、病床種類別に平均在院日数をみると、全病床合計では35.7日となっており、うち「一般病床」では19.7日となっています。

病院の平均在院日数の推移

（単位：％）

	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
総数	53.6	50.3	44.2	38.1	35.7
一般病床	37.3	35.9	31.5	23.1	19.7
療養病床	-	-	-	143.1	129.9
精神病床	648.0	584.4	545.0	393.5	315.8
結核病床	260.4	206.3	149.7	88.7	80.7
感染症病床	24.9	18.4	25.8	16.0	10.5

資料：厚生労働省「医療施設調査」

さらに、「三重県医療機能実態調査」では、一般病床の病床規模別に平均病床利用率と平均在院日数をみると、平均病床利用率は「500床以上」が87.7%で最も高くなっています。また、平均在院日数は「1～19床」「500床以上」が16.9日で最も短くなっています。

一般病床の規模別にみた病院の平均病床利用率・平均在院日数

	平均病床利用率	平均在院日数
総 数	79.5%	24.2 日
1～ 19 床	82.9%	16.9 日
20～ 49 床	80.2%	26.3 日
50～ 99 床	75.5%	27.3 日
100～199 床	75.4%	26.1 日
200～299 床	79.9%	18.6 日
300～499 床	84.3%	17.2 日
500 床 以上	87.7%	16.9 日

資料：「平成 18 年三重県医療機能実態調査」

④診療科

病院を診療科別にみると、「内科」が 94 施設で最も多く、次いで「整形外科」66 施設、「外科」62 施設となっており、「内科」の診療科のある病院は 89.5%、「整形外科」は 62.9%、「外科」は 59.0%などとなっています。

また、一般診療所では、「内科」が 762 施設で最も多く、次いで「消化器科・胃腸科」が 311 施設、「小児科」299 施設となっており、「内科」の診療科のある一般診療所は 65.0%、「消化器科・胃腸科」は 26.5%、「小児科」は 25.5%などとなっています。

診療科目別に見た施設数

	病院		一般診療所		歯科診療所	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
総数	105	100.0%	1,172	100.0%	724	100.0%
内科	94	89.5%	762	65.0%		
呼吸器科	23	21.9%	138	11.8%		
消化器科・胃腸科	47	44.8%	311	26.5%		
循環器科	40	38.1%	193	16.5%		
小児科	41	39.0%	299	25.5%		
精神科・神経科	37	35.2%	50	4.3%		
神経内科	34	32.4%	31	2.6%		
心療内科	7	6.7%	41	3.5%		
アレルギー科	4	3.8%	120	10.2%		
リウマチ科	14	13.3%	61	5.2%		
外科	62	59.0%	215	18.3%		
整形外科	66	62.9%	150	12.8%		
形成外科	8	7.6%	5	0.4%		
美容外科	0	0.0%	2	0.2%		
脳神経外科	31	29.5%	10	0.9%		
呼吸器外科	6	5.7%	3	0.3%		
心臓血管外科	13	12.4%	2	0.2%		
小児外科	3	2.9%	6	0.5%		
産婦人科	21	20.0%	62	5.3%		
産科	1	1.0%	16	1.4%		
婦人科	10	9.5%	36	3.1%		
眼科	34	32.4%	81	6.9%		
耳鼻咽喉科	27	25.7%	72	6.1%		
気管食道科	0	0.0%	21	1.8%		
皮膚科	41	39.0%	131	11.2%		
泌尿器科	35	33.3%	40	3.4%		
性病科	0	0.0%	5	0.4%		
肛門科	21	20.0%	64	5.5%		
リハビリテーション科	56	53.3%	201	17.2%		
放射線科	36	34.3%	47	4.0%		
麻酔科	28	26.7%	24	2.0%		
歯科	17	16.2%	13	1.1%	655	90.5%
矯正歯科	1	1.0%	2	0.2%	11	1.5%
小児歯科	1	1.0%	1	0.1%	16	2.2%
歯科口腔外科	9	8.6%	0	0.0%	1	0.1%

資料：「平成18年三重県医療機能実態調査」

※ 無回答があるため、数表中の数字の合計と総数欄の数字は一致しないことがあります。

⑤病院における専門外来の設置状況

病院における専門外来の設置状況をみると、「糖尿病専門外来」が21.9%

と最も多く、次いで「乳腺専門外来」13.3%、「リウマチ専門外来」12.4%などとなっています。

また、「いずれも設置していない」病院は全体の41.9%となっています。

病院における専門外来の設置状況

	施設数	
	実数	割合
総数	105	100.0%
循環器疾患専門外来	10	9.5%
ペースメーカー専門外来	10	9.5%
高血圧専門外来	0	0.0%
喘息専門外来	5	4.8%
人工肛門専門外来	4	3.8%
肝疾患専門外来	8	7.6%
糖尿病専門外来	23	21.9%
甲状腺専門外来	3	2.9%
アレルギー専門外来	3	2.9%
リウマチ専門外来	13	12.4%
膠原病専門外来	2	1.9%
血液専門外来	5	4.8%
乳腺専門外来	14	13.3%
不妊専門外来（体外受精含まない）	2	1.9%
不妊専門外来（体外受精含む）	4	3.8%
遺伝専門外来	0	0.0%
更年期外来	3	2.9%
スポーツ専門外来	2	1.9%
ペインクリニック	7	6.7%
緩和ケア専門外来	2	1.9%
老人性認知症専門外来	1	1.0%
アルコール依存症・薬物依存症専門外来	1	1.0%
禁煙専門外来	5	4.8%
てんかん専門病院	5	4.8%
小児精神科外来	1	1.0%
思春期専門病院	4	3.8%
学習障害専門外来	1	1.0%
自閉症専門病院	1	1.0%
心身症専門外来	0	0.0%
睡眠障害専門病院	4	3.8%
拒食症・過食症専門外来	0	0.0%
性同一性障害専門外来	0	0.0%
強迫性障害専門外来	0	0.0%
薬物中毒専門外来	0	0.0%
東洋医学専門外来	2	1.9%
その他	10	9.5%
いずれも設置していない	44	41.9%

資料：「平成18年三重県医療機能実態調査」

※数表中の割合の合計値と内訳値は四捨五入の関係で一致しないことがあります。

(3) 病院における検査機器の設置状況

病院における検査機器の設置状況を見ると、「X線CT」の保有病院数が51施設と最も多くなっています。また、がんの検査に用いる「PET（陽電子断層撮影）」の保有病院数は4施設となっています。

病院における検査機器の設置・稼働状況

	保有病院数	実施件数※	台数
X線CT	51	15,652	64
MRI	46	14,794	52
RI（シンチグラム）	12	1,248	15
SPECT（single photon emission CT）	12	476	15
PET（陽電子断層撮影）	4	333	6
スパイラル（ヘリカル）CT	48	40,675	61
DSA（digital subtraction angiography）装置	29		40
CR（computed radiography）装置	42		86
デジタル透視撮影装置	34		41

※ 平成18年10月1日～31日の実施件数

(4) 歯科診療所における施設設備の状況

歯科診療所における施設設備の状況を見ると、「歯科診療台」「歯科用X線装置」「超音波歯石除去器」「パノラマX線装置」「高圧蒸気滅菌器」はいずれも9割以上の保有率になっています。

歯科診療所における施設設備の状況

	保有施設数	保有率	1施設当たり平均台数
歯科診療台	720	99.4%	3.3
歯科用X線装置	715	98.8%	
トレイ式弗化物湿布器	202	27.9%	
高圧蒸気滅菌器	688	95.0%	
パノラマX線装置	693	95.7%	
患者固定用抑制帯	98	13.5%	
吸入麻酔装置	127	17.5%	
超音波歯石除去器	694	95.9%	
下顎運動解析診断装置	72	9.9%	
マイオモニター	70	9.7%	
超音波根管拡大洗浄器	551	76.1%	
高周波電気メス	589	81.4%	
歯科用レーザー	283	39.1%	

(5) その他の保健医療関係施設

その他の保健医療関係施設は、「介護老人保健施設」が57施設、「訪問看護ステーション」が74施設となっています。

老人保健施設

圏 域 名	施 設
北勢保健医療圏	21
中勢伊賀保健医療圏	16
南勢志摩保健医療圏	16
東紀州保健医療圏	4
県全体	57

訪問看護ステーション

圏 域 名	施 設
北勢保健医療圏	27
中勢伊賀保健医療圏	18
南勢志摩保健医療圏	24
東紀州保健医療圏	5
県全体	74

資料：「介護保険事業者台帳」（平成19年11月現在）

(6) 老人福祉施設

老人福祉施設は、「デイサービスセンター」が499施設で最も多く、「老人介護支援センター」が121施設、続いて「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」が104施設となっています。

県全体

名 称	施設数	名 称	施設数
養 護 老 人 ホ ー ム	21	生 活 支 援 ハ ウ ス	6
介 護 老 人 福 祉 施 設 (特 別 養 護 老 人 ホ ー ム)	104	在 宅 複 合 型 施 設	3
軽 費 老 人 ホ ー ム (A 型 及 び B 型)	5	デ イ サ ー ビ ス セ ン タ ー	499
ケ ア ハ ウ ス	27	老 人 介 護 支 援 セ ン タ ー	121
老 人 福 祉 セ ン タ ー	33	老 人 性 認 知 症 セ ン タ ー	4

資料：三重県長寿社会室調べ（平成19年4月現在）

(注) デイサービスセンターは、平成19年11月現在の数値

また、各保健医療圏別にみると次のとおりとなっています。

保健医療圏別の状況

北勢保健医療圏

名 称	施設数	名 称	施設数
養 護 老 人 ホ ー ム	6	生 活 支 援 ハ ウ ス	—
介 護 老 人 福 祉 施 設 (特 別 養 護 老 人 ホ ー ム)	33	在 宅 複 合 型 施 設	—
軽 費 老 人 ホ ー ム (A 型 及 び B 型)	2	デ イ サ ー ビ ス セ ン タ ー	194
ケ ア ハ ウ ス	10	老 人 介 護 支 援 セ ン タ ー	41
老 人 福 祉 セ ン タ ー	12	老 人 性 認 知 症 セ ン タ ー	1

中勢伊賀保健医療圏

名 称	施設数	名 称	施設数
養 護 老 人 ホ ー ム	6	生 活 支 援 ハ ウ ス	2
介 護 老 人 福 祉 施 設 (特 別 養 護 老 人 ホ ー ム)	29	在 宅 複 合 型 施 設	2
軽 費 老 人 ホ ー ム (A 型 及 び B 型)	1	デ イ サ ー ビ ス セ ン タ ー	126
ケ ア ハ ウ ス	10	老 人 介 護 支 援 セ ン タ ー	39
老 人 福 祉 セ ン タ ー	8	老 人 性 認 知 症 セ ン タ ー	1

南勢志摩保健医療圏

名 称	施設数	名 称	施設数
養 護 老 人 ホ ー ム	6	生 活 支 援 ハ ウ ス	3
介 護 老 人 福 祉 施 設 (特 別 養 護 老 人 ホ ー ム)	34	在 宅 複 合 型 施 設	1
軽 費 老 人 ホ ー ム (A 型 及 び B 型)	1	デ イ サ ー ビ ス セ ン タ ー	143
ケ ア ハ ウ ス	5	老 人 介 護 支 援 セ ン タ ー	39
老 人 福 祉 セ ン タ ー	10	老 人 性 認 知 症 セ ン タ ー	1

東紀州保健医療圏

名 称	施設数	名 称	施設数
養 護 老 人 ホ ー ム	3	生 活 支 援 ハ ウ ス	1
介 護 老 人 福 祉 施 設 (特 別 養 護 老 人 ホ ー ム)	8	在 宅 複 合 型 施 設	—
軽 費 老 人 ホ ー ム (A 型 及 び B 型)	1	デ イ サ ー ビ ス セ ン タ ー	36
ケ ア ハ ウ ス	2	老 人 介 護 支 援 セ ン タ ー	2
老 人 福 祉 セ ン タ ー	3	老 人 性 認 知 症 セ ン タ ー	1

第4節 県民の意識調査

県民が自身の健康と医療について、どのような考えを持っているかについて把握するため、県内に居住する20歳以上の男女10,000人を対象に、県民の医療に対する意識を調査しました。

調査票の配布・回収状況

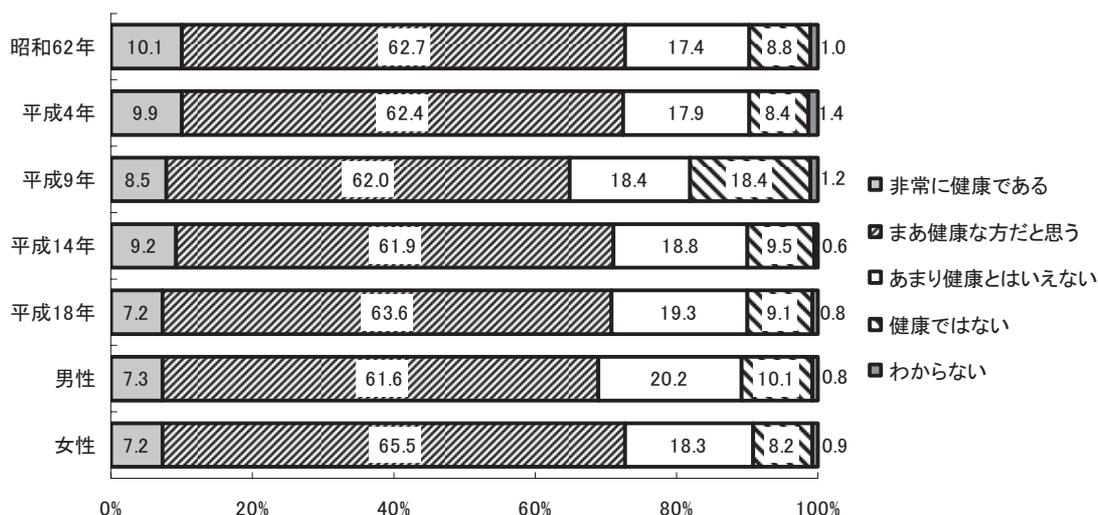
調査対象者数	10,000人
調査票回収数	4,836人（回収率48.4%）
調査の期間	平成18年10月31日～平成18年11月17日

（1）最近の健康状態

最近の健康状態については、「非常に健康である」7.2%、「まあ健康な方だと思ふ」63.6%で、これらを合わせると70.8%の人が健康と答えており、一方で、「あまり健康とはいえない」「健康ではない」とした人は28.4%となっています。

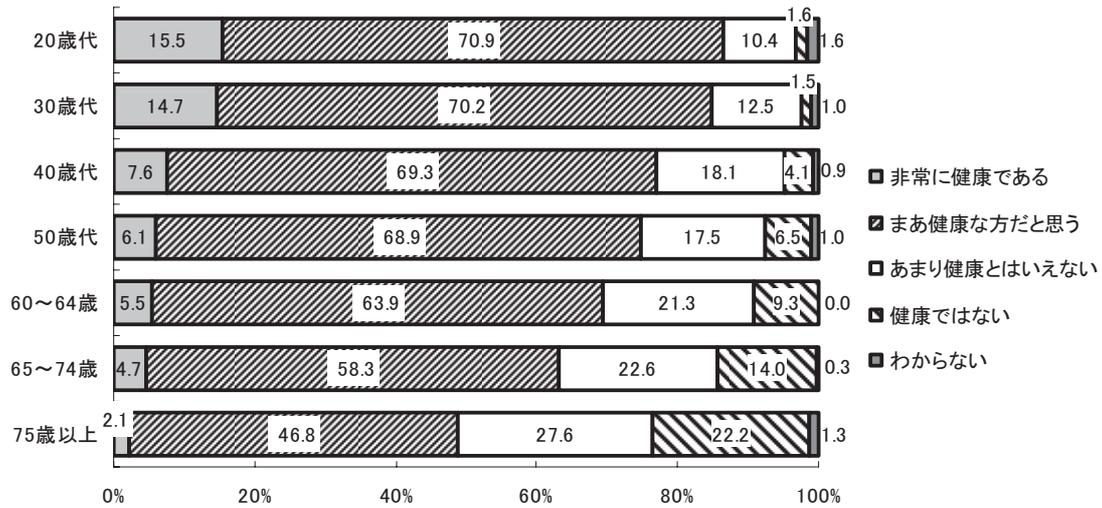
性別にみると、「非常に健康である」「まあ健康な方だと思ふ」とする人の割合は女性の方が高くなっています。

最近の健康状態【過去からの推移・性別】



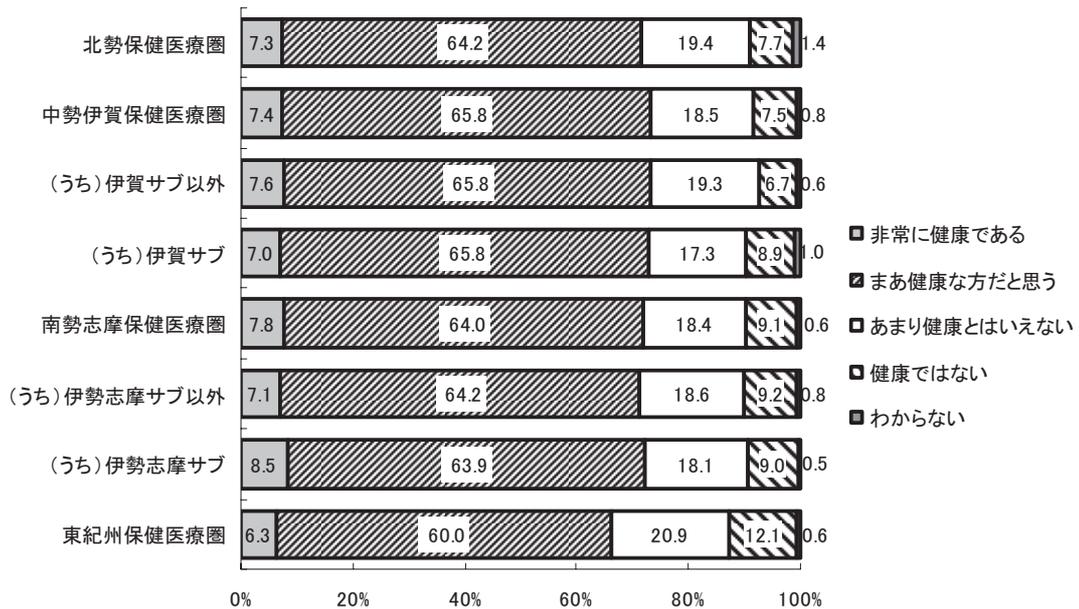
最近の健康状態を年齢別にみると、年齢が高くなるにしたがって「非常に健康である」「まあ健康な方だと思ふ」とする人の割合が低くなり、「あまり健康とはいえない」「健康ではない」とする人の割合が高くなっています。

最近の健康状態【年齢別】



最近の健康状態を二次保健医療圏別にみると、「非常に健康である」「まあ健康な方だと思う」とする人の割合は伊賀サブを除く中勢伊賀保健医療圏で73.4%と最も高くなっています。一方で、東紀州保健医療圏で66.3%と最も低くなっています。これは、それぞれの二次保健医療圏の年齢構成の影響が考えられます（平均年齢：伊賀サブを除く中勢伊賀保健医療圏 54.9 歳・東紀州保健医療圏 58.5 歳）。

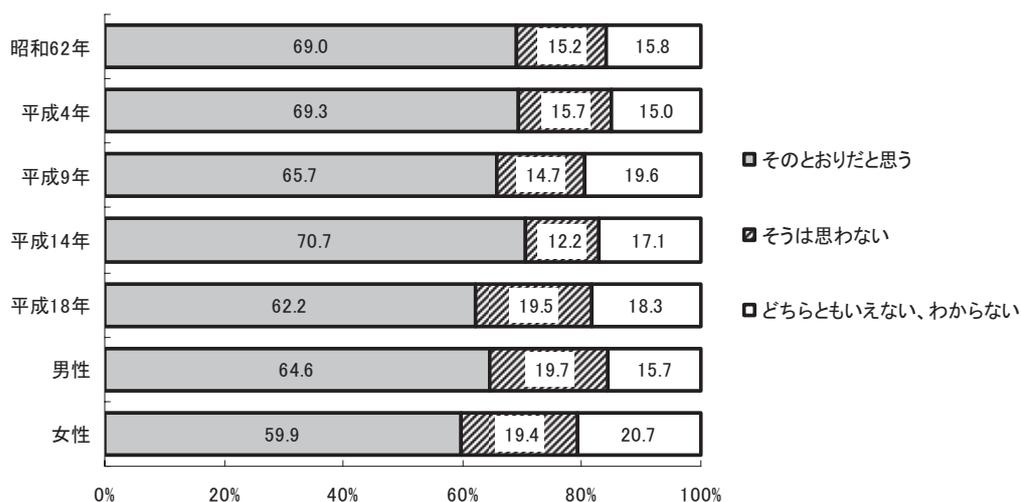
最近の健康状態【二次保健医療圏別】



(2) 医療機関の選択の状況

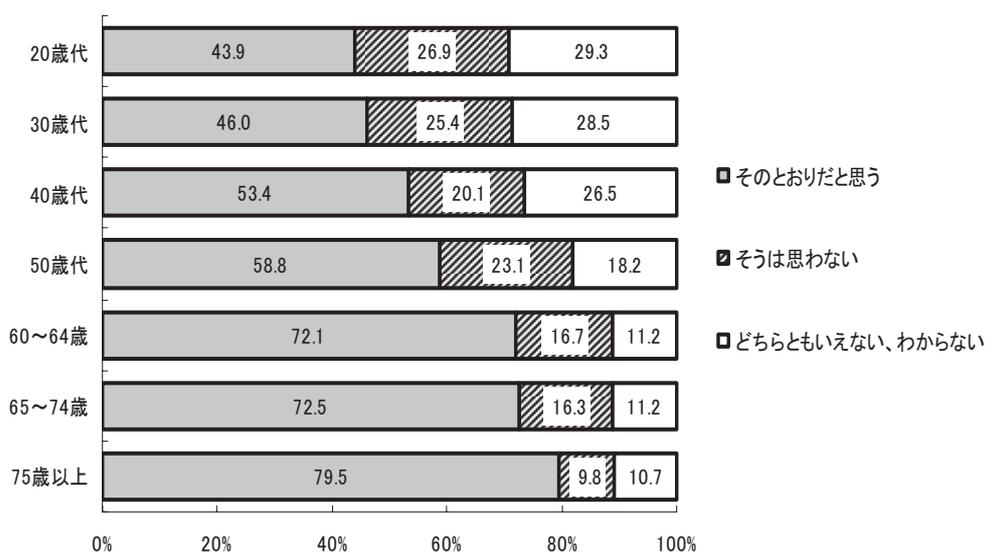
医療機関にかかるとき、軽い病気の場合は一般診療所へ、重い病気の場合は病院へという考え方については、「そのとおりだと思う」という人の割合は62.2%となっており、平成14年調査よりも8.5ポイント低下しています。

病院と一般診療所の区別の考え方【過去からの推移・性別】



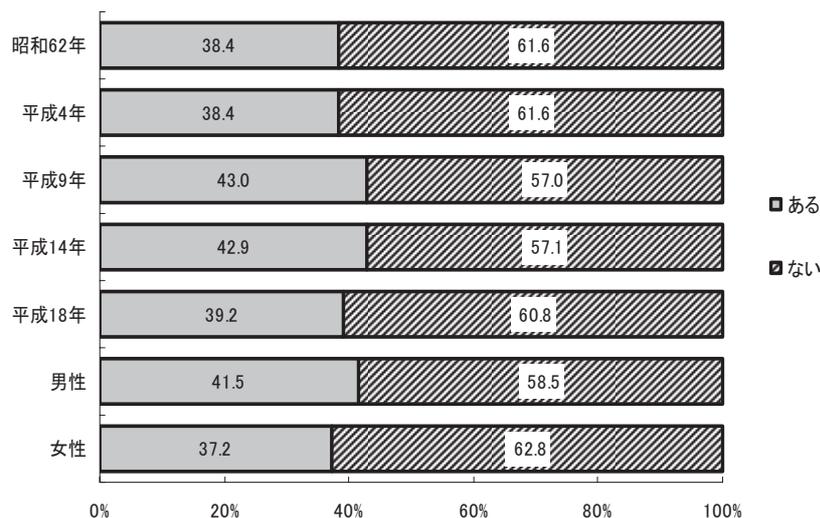
受診にあたっての病院と一般診療所の区別の考え方を年齢階級別にみると、年齢が高くなるにつれて「そのとおりだと思う」という人の割合が増加しています。

病院と一般診療所の区別の考え方【年齢階級別】



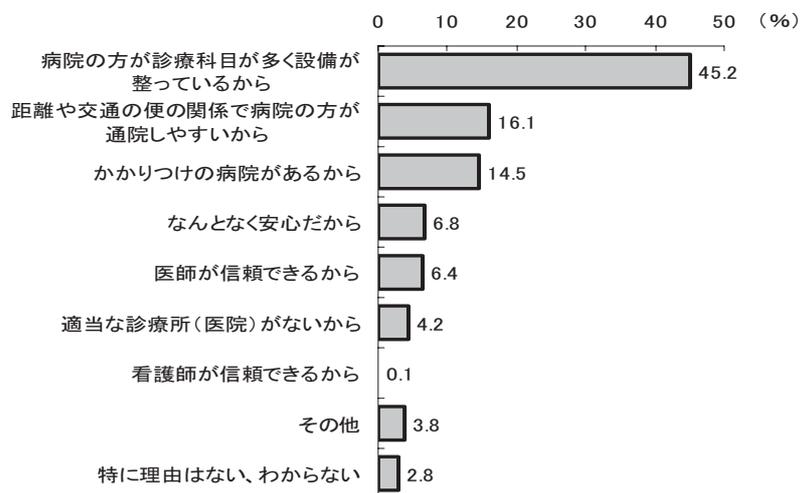
軽い病気だと思うときでも、診療所・医院でなく、病院へ行ったことがあるかどうかという問いに対しては「ある」と答えた人が39.2%となっており、男性の方が女性よりも割合が高くなっています。

軽い病気でも病院へ行った経験の有無【過去からの推移・性別】



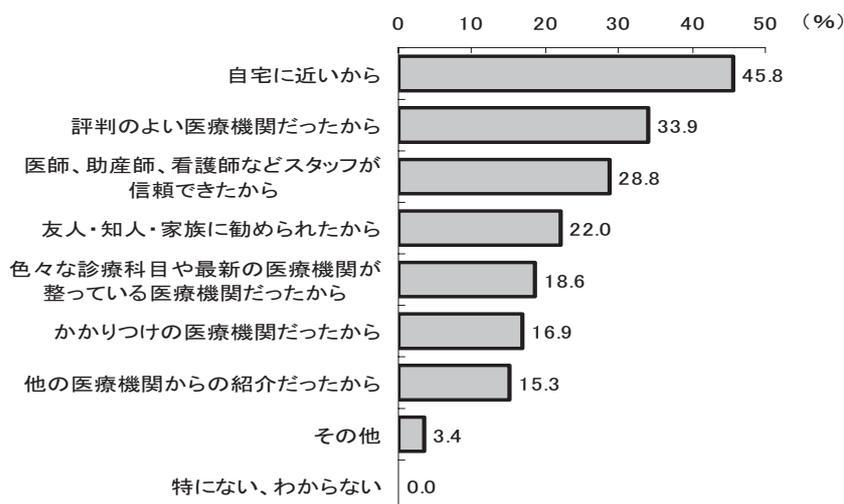
軽い病気だと思うときでも、診療所・医院ではなく、病院へ行ったことが「ある」と答えた人に対してその理由（単数回答）をみると、「病院の方が診療科目が多く設備が整っているから」と答えた人の割合が45.2%と最も高くなっており、次いで「距離や交通の便の関係で病院の方が通院しやすいから」16.1%、「かかりつけの病院があるから」14.5%となっています。

軽い病気で病院へ行く理由【単数回答】



この1年間のうちに出産をしたと回答した59人（女性の2.3%）の出産した場所は、「病院」が48人（81.4%）、「診療所」が11人（18.6%）でした。この出産場所を選んだ理由をみると、「自宅に近いから」が45.8%と最も多く、次いで「評判のよい医療機関だったから」33.9%、「医師、助産師、看護師などスタッフが信頼できたから」28.8%と続いています。

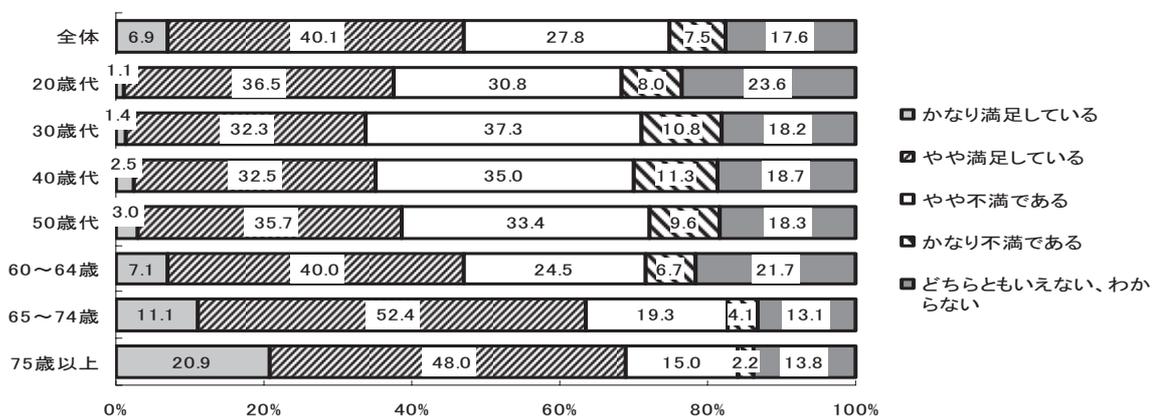
出産場所を選んだ理由【複数回答（3つまで）】



(3) 医療機関への要望

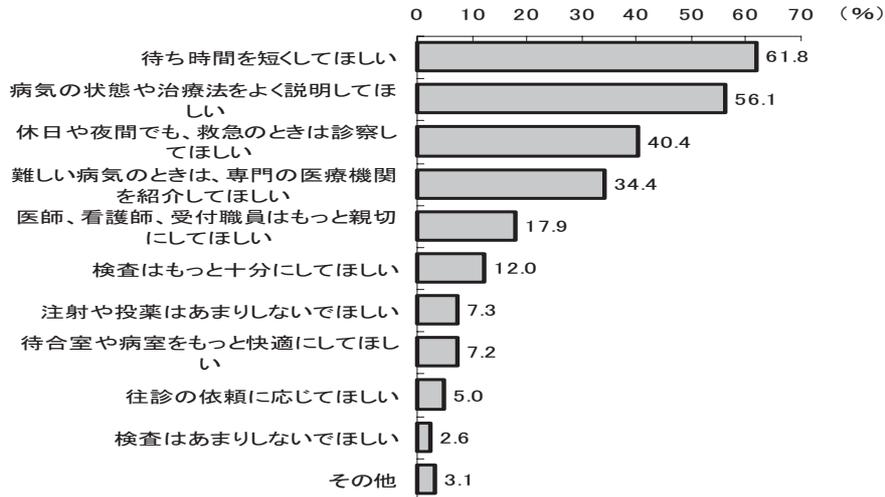
現在の医療について「かなり満足している」「やや満足している」と答えた人の割合は47.0%となっています。ただし、年齢階級別にみると、20歳代～50歳代では「かなり満足している」「やや満足している」と答えた人の割合は30%台（33.7～38.7%）になっています。

現在の医療の満足度【年齢階級別】



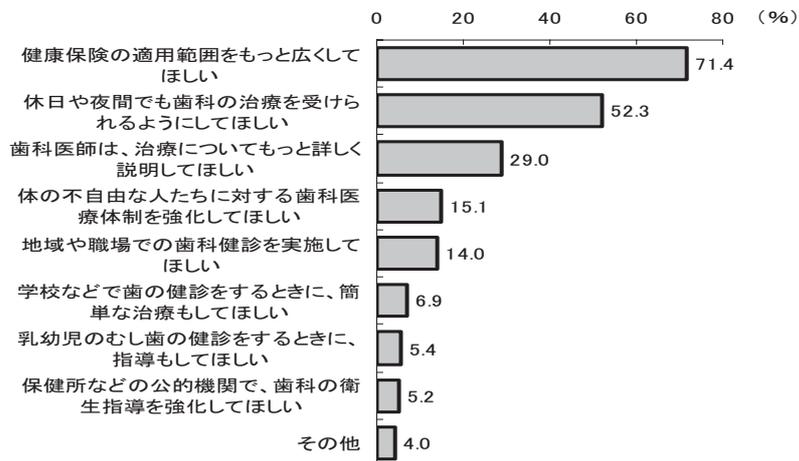
医療機関に対して要望が「ある」と答えた3,373人（全体の69.7%）の要望内容（複数回答）についてみると、「待ち時間を短くしてほしい」と答えた人の割合が61.8%と最も高くなっており、次いで「病気の状態や治療法をよく説明してほしい」56.1%、「休日や夜間でも、救急のときは診察してほしい」40.4%となっています。

医療機関への要望【複数回答（3つまで）】



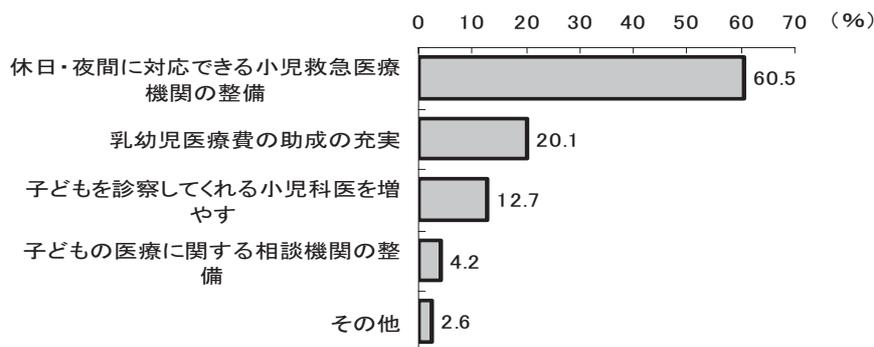
歯科の保健医療に対して要望が「ある」と答えた2,670人（全体の55.2%）の要望内容（複数回答）についてみると、「健康保険の適用範囲をもっと広くしてほしい」と答えた人の割合が71.4%と最も高くなっており、次いで「休日や夜間でも歯科の治療を受けられるようにしてほしい」52.3%、「歯科医師は、治療についてもっと詳しく説明してほしい」29.0%となっています。

歯科の保健医療への要望【複数回答（3つまで）】



さらに、中学入学前の子どもが「いる」と答えた629人（全体の13.0%）の子どもの医療への要望（複数回答）をみると、「休日・夜間に対応できる小児救急医療機関の整備」と答えた人の割合が60.5%と最も高く、次いで「乳幼児医療費の助成の充実」20.1%、「子どもを診察してくれる小児科医を増やす」12.7%となっています。

子どもの医療への要望【単数回答】

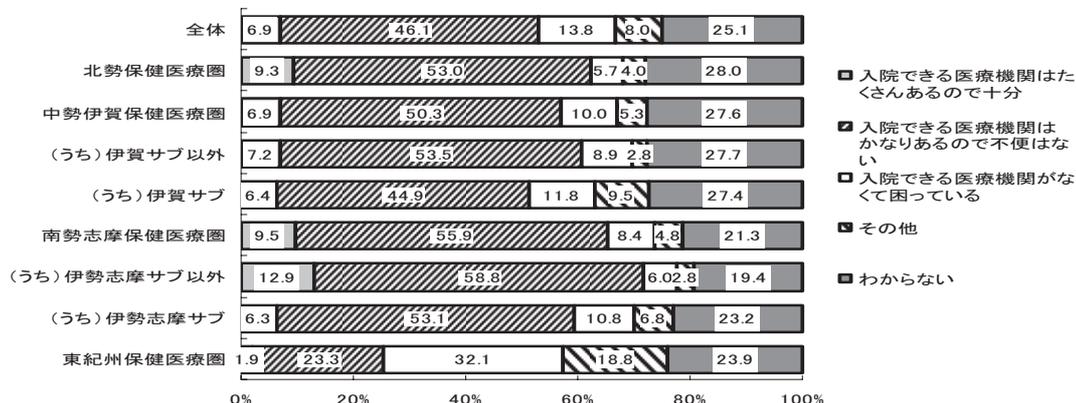


(4) 医療機関の整備状況について

居住している市町や隣接する市町で入院できる医療機関の整備状況についてみると、「入院できる医療機関はたくさんあるので十分」「入院できる医療機関はかなりあるので不便はない」と答えた人の割合は53.0%となっています。

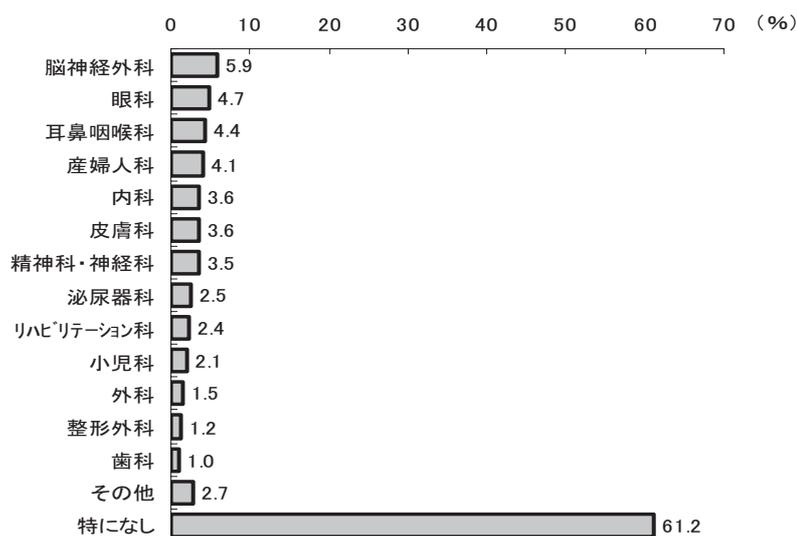
ただし、二次保健医療圏別にみると、東紀州保健医療圏では「入院できる医療機関がなくて困っている」と答えた人の割合は32.1%と各二次保健医療圏の中で最も高くなっています。また、伊勢志摩サブを除く南勢志摩保健医療圏では、「入院できる医療機関はたくさんあるので十分」「入院できる医療機関はかなりあるので不便はない」と答えた人の割合は71.7%にのぼり、東紀州保健医療圏の回答との差は46.5ポイントに達します。

入院できる医療機関の整備状況【二次保健医療圏別】



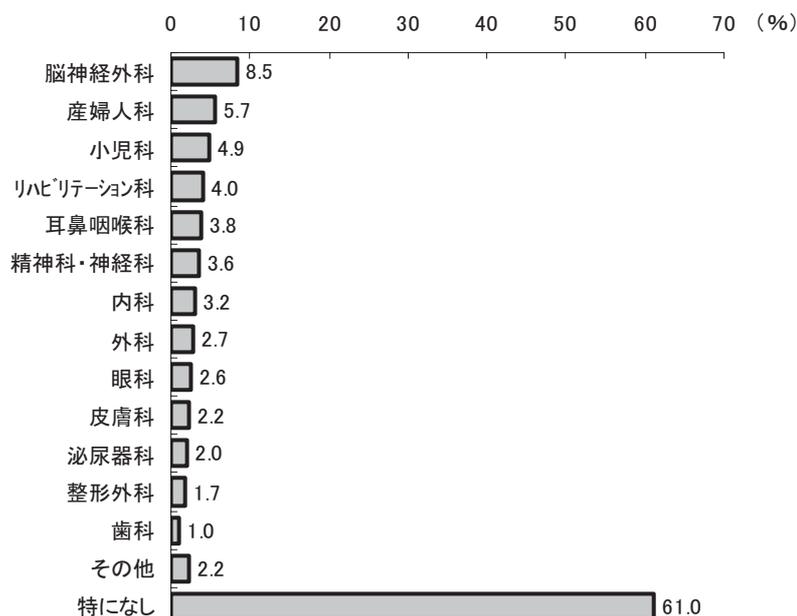
地域に不足している診療科目について北勢保健医療圏をみると、最も回答の割合が高かったのが「脳神経外科」の5.9%で、次いで、「眼科」4.7%、「耳鼻咽喉科」4.4%で、「特になし」と答えた人の割合は61.2%となっています。

地域に不足している診療科目【北勢保健医療圏】



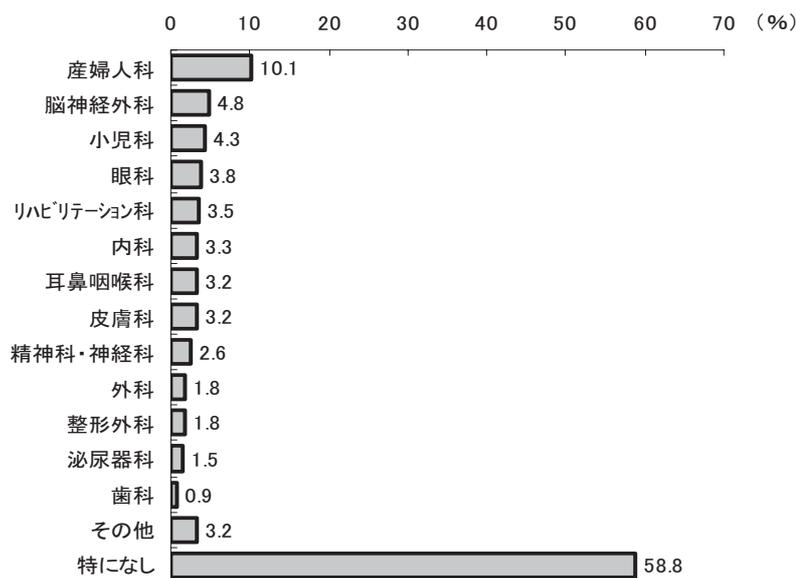
次に中勢伊賀保健医療圏をみると、不足している診療科目として最も回答の割合が高かったのが「脳神経外科」の8.5%で、次いで、「産婦人科」5.7%、「小児科」4.9%で、「特になし」と答えた人の割合は61.0%となっています。

地域に不足している診療科目【中勢伊賀保健医療圏】



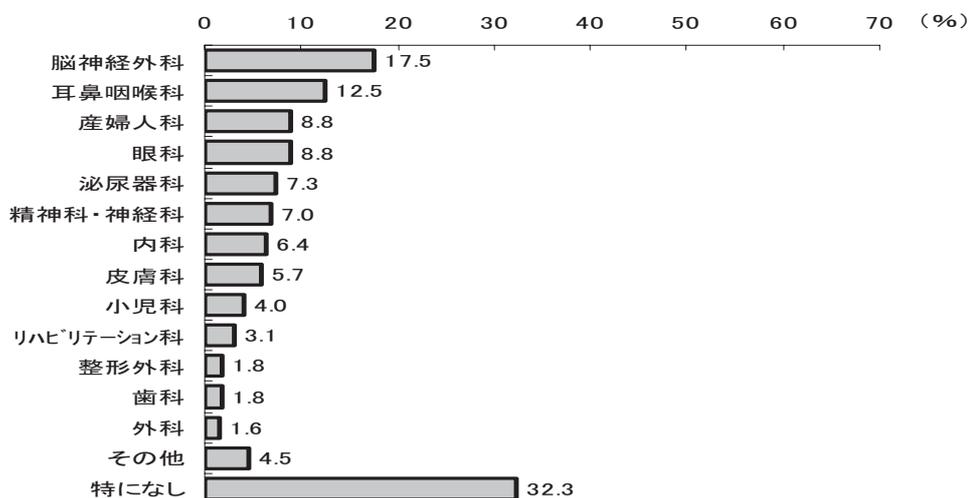
次に南勢志摩保健医療圏をみると、不足している診療科目として最も回答の割合が高かったのが「産婦人科」の10.1%で、次いで、「脳神経外科」4.8%、「小児科」4.3%で、「特になし」と答えた人の割合は58.8%となっています。

地域に不足している診療科目【南勢志摩保健医療圏】



最後に東紀州保健医療圏をみると、不足している診療科目として最も回答の割合が高かったのが「脳神経外科」の17.5%で、次いで、「耳鼻咽喉科」12.5%、「産婦人科」8.8%で、「特になし」と答えた人の割合は32.3%と他の二次保健医療圏よりも低くなっています。

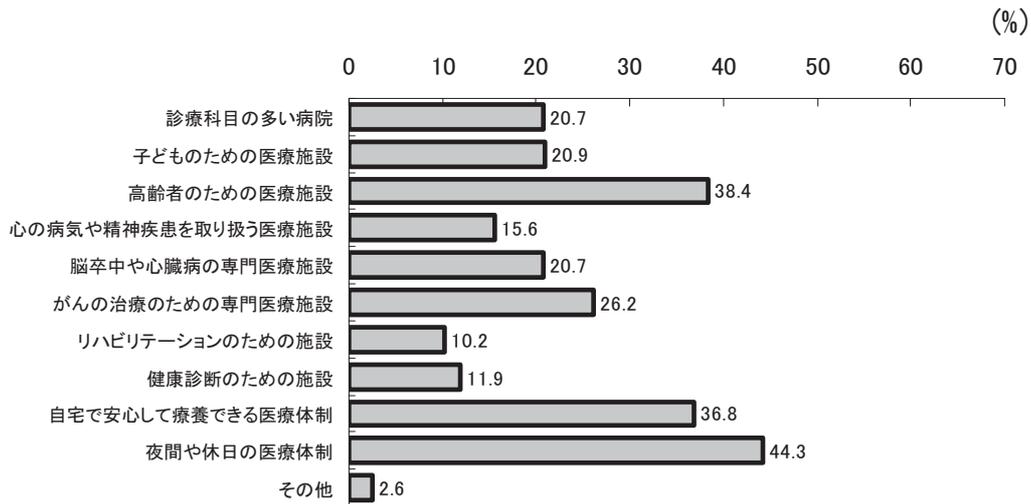
地域に不足している診療科目【東紀州保健医療圏】



いずれの二次保健医療圏においても「脳神経外科」と「産婦人科」が不足していると感じている割合が高いという傾向がみられます。

今後医療に関して特に整備充実を図るべきもの（複数回答）としては、「夜間や休日の医療体制」と答えた人の割合が44.3%と最も高くなっており、次いで「高齢者のための医療施設」38.4%、「自宅で安心して療養できるように往診や訪問看護をしてくれる医療体制」36.8%となっています。

医療に関して特に整備充実を図るべきもの【複数回答（3つまで）】



(5) 充実を望む医療

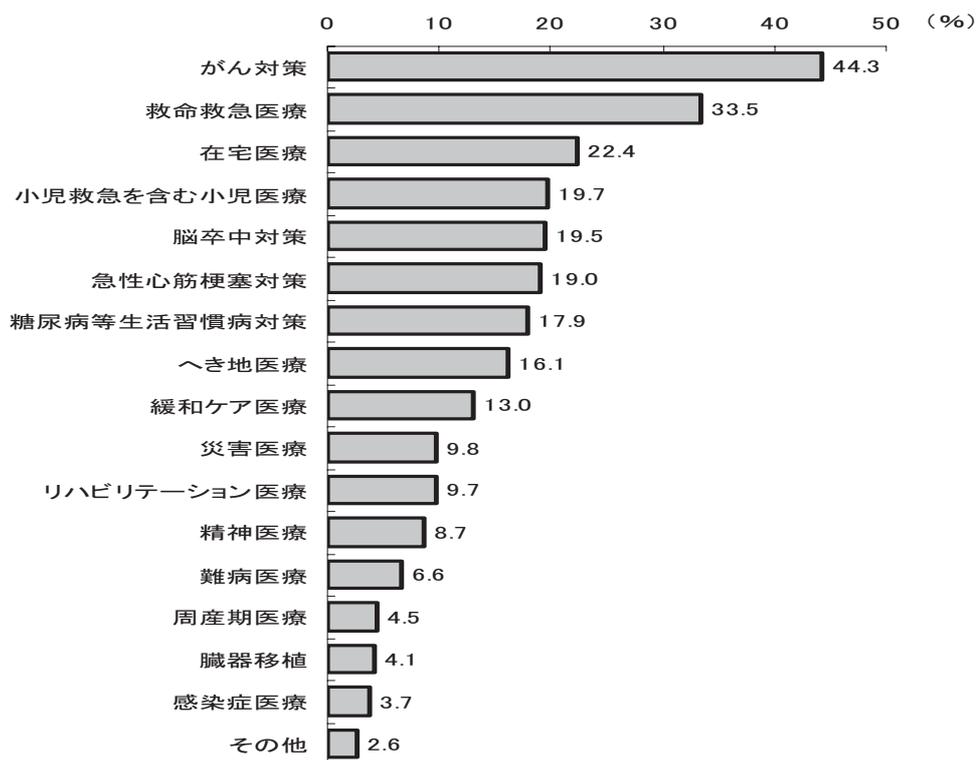
三重県民医療意識調査の結果では、今後、県民が充実を望んでいる医療分野として、「がん対策」が44.3%と最も高くなっており、次いで「救命救急医療」33.5%と「在宅医療」22.4%、「小児救急を含む小児医療」19.7%と続いています。

がん対策については、県民のおよそ3人に1人が、がんが原因で死亡していること、また、平成18年に「がん対策基本法」が制定されたことなどの要因によって県民ニーズが高くなったと考えられます。

また、「救命救急医療」、「小児救急医療を含む小児医療」、さらに、救急医療と非常に密接な関係にある「脳卒中対策」、「急性心筋梗塞対策」も割合が高く、救急医療に対する県民の関心が非常に高くなっています。

さらに、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病については、死亡率が全国平均よりも高い傾向にあり、がんを含めた4疾病で死亡者数の約6割を占めていることから、県民ニーズの高い医療分野となっています。

今後充実を望む医療分野【複数回答】



第5節 県民の受療動向

県内の患者の受療動向等を把握するため、県内の全ての医療機関を対象に外来患者および入院患者の状況を調査しました。

調査の実施状況（調査実施日平成18年12月1日）

医療機関種別	対象施設数 ①	回収施設数 ②	回収率 ②÷①
病 院	112	105	93.8%
一般診療所	1,483	1,172	79.0%
歯科診療所	868	724	83.4%
合 計	2,463	2,001	81.2%

（1） 施設の種別別にみた患者の受診経路

紹介患者の紹介元を施設種別別にみると、病院における入院では病院からの紹介が最も多く、外来では一般診療所からの紹介が最も多くなっています。紹介率は、入院、外来でそれぞれ20.1%、2.5%となっています。一般診療所は、入院・外来ともに病院からの紹介が最も多くなっています。紹介率は、入院、外来でそれぞれ11.7%、0.6%となっています。歯科診療所は、歯科診療所からの紹介患者が最も多く、紹介率は1.5%となっています。

施設の種別別にみた受診経路別患者数

	総 数	紹 介 元					紹介率
		病 院	一 般 診 療 所	歯 科 診 療 所	介 護 保 険 施 設	そ の 他	
総 数	124,542	2,850	1,270	56	348	356	3.9%
病 院	40,628	2,530	1,130	7	312	122	10.1%
入 院	17,471	2,280	835	0	299	98	20.1%
外 来	22,917	245	290	7	13	24	2.5%
一般診療所	64,875	286	126	2	26	51	0.8%
入 院	820	79	6	0	8	3	11.7%
外 来	62,452	204	119	2	18	48	0.6%
歯科診療所	19,039	34	14	47	10	183	1.5%

※無回答があるため、数表中の数字の合計と総数欄の数字は一致しないことがあります。

※紹介率は、紹介元の合計を総数で除したものです。

（2） 病院の病床規模別にみた患者の受診経路

病院における紹介患者の紹介元について病床規模別にみると、「200～299床」の病院における紹介率が15.1%と最も高く、「500床以上」の病院が3.7%と最も低くなっています。

病院の病床規模別にみた受診経路別患者数

	総数	紹介元					紹介率
		病院	一般診療所	歯科診療所	介護保険施設	その他	
病院総数	40,628	2,530	1,130	7	312	122	10.1%
20～49床	1,618	42	4	0	20	4	4.3%
50～99床	4,815	554	40	0	80	32	14.7%
100～199床	4,055	283	51	0	32	1	9.1%
200～299床	9,802	1,021	295	0	110	55	15.1%
300～499床	12,410	398	530	7	70	21	8.3%
500床以上	7,690	73	206	0	0	8	3.7%

※無回答があるため、数表中の数字の合計と総数欄の数字は一致しないことがあります。

(3) 病院の診療科別にみた受診経路

病院の患者の受診経路を診療科目別にみると、紹介率は放射線科が32.6%で最も高く、次いで、リハビリテーション科(理学診療科)25.9%、産科19.3%などとなっています。

病院の診療科目別にみた受診経路別患者数

	総数	紹介元					紹介率
		病院	一般診療所	歯科診療所	介護保険施設	その他	
総数	40,628	2530	1130	7	312	122	10.1%
内科	13,384	1263	397	0	212	49	14.4%
呼吸器科	410	34	18	0	0	0	12.7%
消化器科(胃腸科)	1,157	14	30	1	2	2	4.2%
循環器科	1,053	11	32	0	3	1	4.5%
小児科	1,496	20	30	0	0	0	3.3%
精神科・神経科	6,072	273	20	0	35	46	6.2%
神経内科	1,034	146	33	0	9	6	18.8%
心療内科	6	0	0	0	0	0	0.0%
アレルギー科	18	0	0	0	0	0	0.0%
リウマチ科	66	4	3	0	0	0	10.6%
外科	3,214	246	163	1	18	8	13.6%
整形外科	4,845	157	174	0	24	6	7.5%
形成外科	101	0	1	0	0	0	1.0%
美容外科	0	0	0	0	0	0	—
脳神経外科	1,181	70	38	0	7	1	9.8%
呼吸器外科	101	5	9	0	0	1	14.9%
心臓血管外科	317	8	10	0	0	0	5.7%
小児外科	26	1	0	0	0	0	3.8%

産婦人科	989	7	23	0	0	0	3.0%
産科	114	14	8	0	0	0	19.3%
婦人科	230	1	3	0	0	0	1.7%
眼科	1,102	14	24	0	0	0	3.4%
耳鼻咽喉科	725	2	20	0	0	1	3.2%
気管食道科	0	0	0	0	0	0	—
皮膚科	660	5	11	0	0	0	2.4%
泌尿器科	992	20	28	0	1	0	4.9%
性病科	0	0	0	0	0	0	—
肛門科	18	0	0	0	0	0	0.0%
リハビリテーション科 (理学診療科)	771	190	10	0	0	0	25.9%
放射線科	175	17	40	0	0	0	32.6%
麻酔科	23	0	0	0	0	0	0.0%
歯科	152	0	0	0	0	0	0.0%
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	—
小児歯科	0	0	0	0	0	0	—
歯科口腔外科	300	0	3	5	0	0	2.7%

※無回答があるため、数表中の数字の合計と総数欄の数字は一致しないことがあります。

(4) 患者の受療時間帯の状況

病院・一般診療所・歯科診療所に受療した患者のうち診療時間外に受療した患者数は853人(0.7%)となっており、その内訳は病院が701人(1.7%)、一般診療所が150人(0.2%)、歯科診療所が2人(0.01%)となっています。

病院・一般診療所・歯科診療所における患者の受療時間帯

	総数	診療時間内	診療時間外	診療時間外の割合	
総数	124,542	104,652	853	0.7%	
病院	総数	40,628	39,927	701	1.7%
	入院	17,471	17,138	333	1.9%
	外来	22,917	22,553	364	1.6%
一般診療所	総数	64,875	64,725	150	0.2%
	入院	820	817	3	0.4%
	外来	62,452	62,310	142	0.2%
歯科診療所	19,039	19,037	2	0.0%	

※無回答があるため、数表中の数字の合計と総数欄の数字は一致しないことがあります。

(5) 入院・外来別にみた患者の流出状況

(入院)

各保健医療圏別に、病院・一般診療所の入院患者の流出の状況を見ると、流出率は東紀州保健医療圏が35.2%と最も高くなっており、次いで、南勢志摩保健医療圏18.5%、中勢伊賀保健医療圏16.3%などとなっています。

病院・一般診療所における入院患者の保健医療圏別流出の状況

施設所在地 患者所在地	北 勢	中勢伊賀	南勢志摩	東 紀 州	県 外
北 勢	88.8%	5.7%	0.5%	0.0%	5.0%
中勢伊賀	6.5%	83.7%	3.6%	0.0%	6.2%
南勢志摩	4.0%	12.2%	81.5%	0.3%	2.0%
東 紀 州	3.6%	8.5%	10.2%	64.8%	13.0%

(注) 県外流出は、国民健康保険・老人保健の平成18年5月診療分レセプトの特別集計値

(外来)

各保健医療圏別に、病院・一般診療所の外来患者の流出の状況を見ると、流出率は東紀州保健医療圏が18.2%と最も高くなっており、次いで、中勢伊賀保健医療圏が7.4%などとなっています。

病院・一般診療所における外来患者の保健医療圏別流出の状況

施設所在地 患者所在地	北 勢	中勢伊賀	南勢志摩	東 紀 州	県 外
北 勢	94.2%	2.4%	0.1%	0.0%	3.2%
中勢伊賀	1.7%	92.6%	3.1%	0.0%	2.5%
南勢志摩	0.3%	3.3%	95.1%	1.1%	1.1%
東 紀 州	0.4%	1.4%	4.5%	81.8%	12.0%

(注) 県外流出は、国民健康保険・老人保健の平成18年5月診療分レセプトの特別集計値

資料：「三重県患者受療動向調査」

第3章 保健医療提供体制の構築

第1節 保健医療圏の設定

1 保健医療圏設定の考え方

保健医療圏とは、地域の医療需要に応じて包括的に医療を提供するために、医療資源の適正な配置をはかることを目的とした地域単位をいいます。

本県では、県民に身近なところで適切な保健医療サービスを効率的に提供するため、県民の生活行動の範囲や医療機関を受診する際の移動状況を考慮したうえで、健康増進から疾病の予防、診断・治療およびリハビリテーションに至る包括的な保健医療体制を整備するための地域単位として、一次、二次、三次の保健医療圏を設定しています。

なお、圏域の範囲については、今後の社会情勢や地域事情の変化に対応するため、必要に応じ見直します。

2 一次保健医療圏

一次保健医療圏とは、日常の健康相談などの保健サービスと「かかりつけ医」などによる初期医療を提供していくための最も基礎的な単位であり、住民の日常生活に密着した保健医療サービスが提供される地域の範囲です。

休日夜間急患センターなどによる初期救急医療、母子保健事業などの保健サービスは、市町が主体となって実施しており、また、介護保険制度の運営なども含め、市町の役割はますます重要になっています。

3 二次保健医療圏

二次保健医療圏とは、医療機能を考慮した病院や救急医療体制の整備のほか、一般的な入院医療への対応をはかり、保健・医療・福祉の総合的な取組を行うために、市町を越えて設定する圏域です。

平成18年度に実施した「患者受療動向調査」における各二次保健医療圏別の入院患者および外来患者の状況をみると、入院患者は、東紀州保健医療圏を除いた保健医療圏では80%以上の割合でその区域内で入院医療を受けており、当該保健医療圏域において二次医療が完結しているといえます。

東紀州保健医療圏では64.8%と他の二次保健医療圏に比べて低く、県外への流出率が高くなっています。このことは、特定の診療科が不足している等、圏内に医療資源が少ないという地域の実情を反映しています。

一方、外来患者の状況をみると、すべての二次保健医療圏において、80%以上の住民がその区域内において医療サービスの提供を受けています。

なお、三重県高齢者保健福祉計画においても、保健・医療・福祉の連携をはかる観点から、二次保健医療圏と同一の圏域を設定しています。

こうしたことから、市町村合併による行政管轄区域の変更を除き、二次保健医療圏の区域については、これまでと同様の四つの圏域を設定することとします。

なお、社会的、歴史的な日常生活圏、行政の圏域との整合性という観点から、伊賀サブ保健医療圏、伊勢志摩サブ保健医療圏を引き続き設定します。

病院・一般診療所における入院患者の保健医療圏別流出入の状況【実数】

施設所在地 患者所在地	総数	北勢保健医療圏	中勢伊賀保健医療圏		南勢志摩保健医療圏		東紀州保健医療圏	県外※	流出数	流出率
			うち伊賀サブ	うち伊勢志摩サブ						
総数	19,200	7,918	5,297	1,270	4,221	1,739	832	932	2,925	15.2%
北勢保健医療圏	7,868	6,983	445	16	42	8	1	397	885	11.2%
中勢伊賀保健医療圏	4,673	304	3,909	1,075	169	9	0	291	764	16.3%
うち伊賀サブ	1,604	50	1,287	1,061	29	3	0	238	543	33.9%
南勢志摩保健医療圏	4,728	187	578	32	3,854	1,678	13	96	874	18.5%
うち伊勢志摩サブ	2,411	114	220	25	2,025	1,596	5	47	815	33.8%
東紀州保健医療圏	1,141	41	97	1	116	25	739	148	402	35.2%
県外	790	403	268	146	40	19	79			
流入数		935	1,388	209	367	143	93			
流入率		11.8%	26.2%	16.5%	8.7%	8.2%	11.2%			

病院・一般診療所における外来患者の保健医療圏別流出入の状況【実数】

施設所在地 患者所在地	総数	北勢保健医療圏	中勢伊賀保健医療圏		南勢志摩保健医療圏		東紀州保健医療圏	県外※	流出数	流出率
			うち伊賀サブ	うち伊勢志摩サブ						
総数	86,852	34,609	23,737	8,709	22,481	11,749	3,556	2,469	5,608	6.5%
北勢保健医療圏	35,639	33,587	847	19	52	13	8	1,145	2,052	5.8%
中勢伊賀保健医療圏	23,290	406	21,575	8,253	720	69	4	585	1,715	7.4%
うち伊賀サブ	8,943	39	8,373	8,203	96	40	0	435	740	8.3%
南勢志摩保健医療圏	22,489	66	731	16	21,398	11,587	49	245	1,091	4.9%
うち伊勢志摩サブ	11,937	29	200	11	11,559	11,192	9	140	745	6.2%
東紀州保健医療圏	4,130	16	56	1	184	20	3,380	494	750	18.2%
県外	1,304	534	528	420	127	60	115			
流入数		1,022	2,162	506	1,083	557	176			
流入率		3.0%	9.1%	5.8%	4.8%	4.7%	4.9%			

※県外流出は、国民健康保険・老人保健の平成18年5月診療分レセプトの特別集計値です。

※無回答があるため、数表中の数字の合計と総数欄の数字は一致しないことがあります。

■ 二次保健医療圏及びサブ保健医療圏

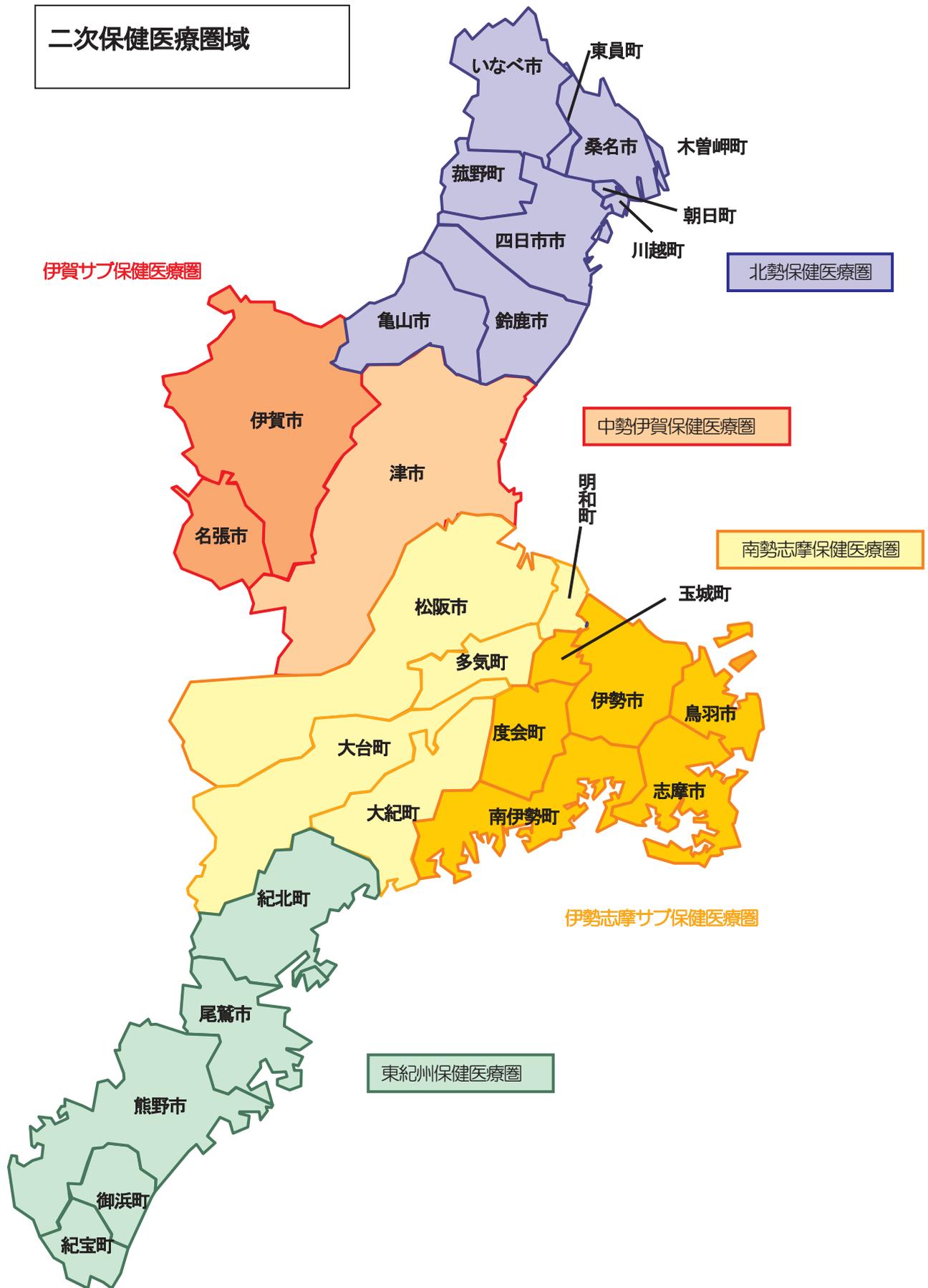
二次保健医療圏名	構成市町	圏域人口（人） (平成18年10月1日)
北 勢	四日市市、桑名市、鈴鹿市、亀山市、いなべ市 (桑名郡) 木曾岬町 (員弁郡) 東員町 (三重郡) 菰野町、朝日町、川越町	828, 447
中勢伊賀	津市	470, 714 (288, 600)
伊賀サブ	伊賀市、名張市	182, 114
南勢志摩	松阪市 (多気郡) 多気町、明和町、大台町 (度会郡) 大紀町	484, 040 (229, 169)
伊勢志摩サブ	伊勢市、鳥羽市、志摩市 (度会郡) 玉城町、度会町、南伊勢町	254, 871
東 紀 州	尾鷲市、熊野市 (北牟婁郡) 紀北町 (南牟婁郡) 御浜町、紀宝町	84, 495

※ 「圏域人口」欄の（ ）内の数字は、サブ医療圏を除いた人口です。

4 三次保健医療圏

三次保健医療圏とは、一次・二次保健医療圏での保健医療体制と連携し、高度で特殊な専門的医療を提供するとともに、広域的に実施することが必要な保健医療サービスを提供するための地域的単位です。

本県においては、県全域を三次保健医療圏とします。



5 基準病床数

保健医療圏域内で、効率的、効果的な医療提供体制を確立するためには、各地域における病院等の病床数は重要な要素となります。

基準病床数は、医療法に基づいて定められた圏域内での病床数の目安であるとともに、一定以上の病床が整備されている場合の規制基準としての役割を併せ持っています。既存病床数が基準病床数を超える病床過剰地域の場合には、原則として病床の新設又は増加が抑制されます。

ただし、下記診療所の一般病床については、病床過剰地域であっても医療法施行規則第1条の14第7項第1号から第3号までに該当するものとして、三重県医療審議会の承認等の手続きを経た上で届出により設置することができます。

なお、届出により一般病床を設置し、又は設置予定の診療所の名称については、本計画への掲載に代えて県ホームページにて公表することとします。

- 1 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所
- 2 へき地に設置される診療所
- 3 小児医療の推進に必要な診療所
- 4 周産期医療の推進に必要な診療所
- 5 上記に定めるもののほか地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所

■ 基準病床数

(単位：床)

病床種別	区分	基準病床数	既存病床数	過不足数
療養病床 及び 一般病床	北勢保健医療圏	6,361	6,138	▲223
	中勢伊賀保健医療圏	4,298	4,794	496
	南勢志摩保健医療圏	4,433	4,428	▲5
	東紀州保健医療圏	778	909	131
	合計	15,870	16,269	399
精神病床	全 県 域	3,727	4,818	1,091
結核病床	全 県 域	96	80	▲16
感染症病床	全 県 域	24	20	▲4

(注) 1 既存病床数は、平成19年12月31日現在です。

2 療養病床及び一般病床並びに精神病床に係る基準病床数は、各圏域の人口、人口構成、流入流出患者数等を基に医療法に定められた計算方式により算出しています。

3 結核病床に係る基準病床数は、「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」(厚生労働省健康局結核感染症課長通知)に基づき、算出しています。

4 感染症病床に係る基準病床数は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」の配置基準に基づき、算出しています。

第2節 保健医療提供体制の整備

(1) 現状と課題

(医療機関の設置状況)

- 県内の医療機関数を見ると、一般診療所および歯科診療所は緩やかな増加傾向にありますが、病院は平成14年度をピークに減少傾向にあつて、平成18年8月に1病院の新規開設がなされて以来、平成19年度においても新たな病院の開設の動きは見られません。

県内の病院および一般診療所設置個所数

(単位：か所)

	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19
病院	116	115	117	115	115	113	112	110
一般診療所	1,359	1,375	1,373	1,394	1,416	1,439	1,466	1,487
歯科診療所	819	828	841	846	850	852	853	858

資料：厚生労働省「医療施設動態調査」

※平成19年は9月末現在

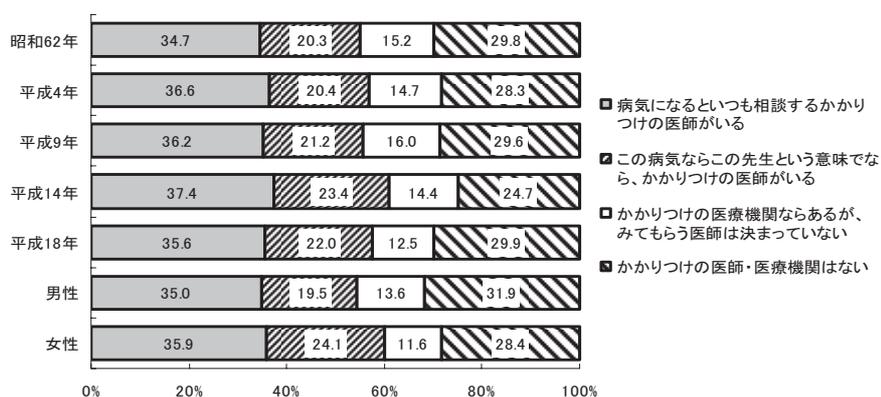
- 一方、県内の各保健医療圏における医療機関の設置状況はさまざまであり、北勢保健医療圏など比較的多くの医療機関が設置されている地域では、同じような機能を持つ医療機関が競合している一方で、東紀州保健医療圏のように医療機関が少ない地域では、一部の診療科の対応や医療機能を、隣接した地域の医療機関に依存しているケースがあり、地域間の医療機能に格差が生じています。
- さらに、医師や看護師など医療従事者の不足により、一部の医療機関では特定の診療科を休止したり、診療体制を縮小するなどの対応を余儀なくされており、地域間の医療機能の格差はますます拡大する傾向にあります。
- このため、限られた医療資源を有効に活用することができるよう、産婦人科や小児科など、医師の不足が著しい診療科においては、医師や医療機能を特定の医療機関に集約するとともに、高度な医療に対応できるよう医療機能の重点化をはかり、地域の状況を踏まえた医療提供体制を構築していく必要があります。

(患者の受療動向)

- 近年、社会や経済のしくみが大きく変化する中で、人々の生活様式も多様化を極め、疾病についても生活習慣病など慢性的な疾患が増加してきており、治療も長期化する傾向にあります。

- このような状況の下で、医療機関においては、患者の疾病の状況に応じて適切に医療を提供していくために、役割分担を明確にしてそれぞれの特色や機能を十分に発揮していくとともに、疾病の状況の変化に対処していくために、患者の情報を共有し、連携して治療を行っていくことが重要です。
- このため、医療機関や関係機関が緊密な連携をはかり、患者とともに診療情報を共有しながら、急性期から療養期に至るまで、切れ目のない医療サービスを提供できる体制を構築していく必要があります。
- 一方、患者自身も、その症状に応じて適切に治療を受けることができるよう、かかりつけ医・歯科医や、かかりつけ薬局を持ち、医師・歯科医師や薬剤師等の指導に従って行動することが求められます。
- しかしながら、本県においては、日常的に相談できるかかりつけ医等を持つ人の割合は全体の約3割で、この20年間でほとんど変化しておらず、また、薬についても、全ての医療機関からの処方にかかりつけの薬局で調剤を受けている人の割合は、全体の3割弱と少ない状況にあります。
- かかりつけ医・歯科医やかかりつけ薬局を持たない患者は、自らの疾病の状況を十分に把握できていないことから、大きな病院に集中する傾向にあり、その結果これらの病院がその機能を十分に発揮することができず、救急応需にも支障がでるなど、深刻な影響を及ぼしています。
- このため、患者が自らの疾病を正しく理解し、その症状に応じて適切に医療機関を受診するよう、県民に対して啓発を行っていくとともに、医療機能に関する情報提供を充実していく必要があります。

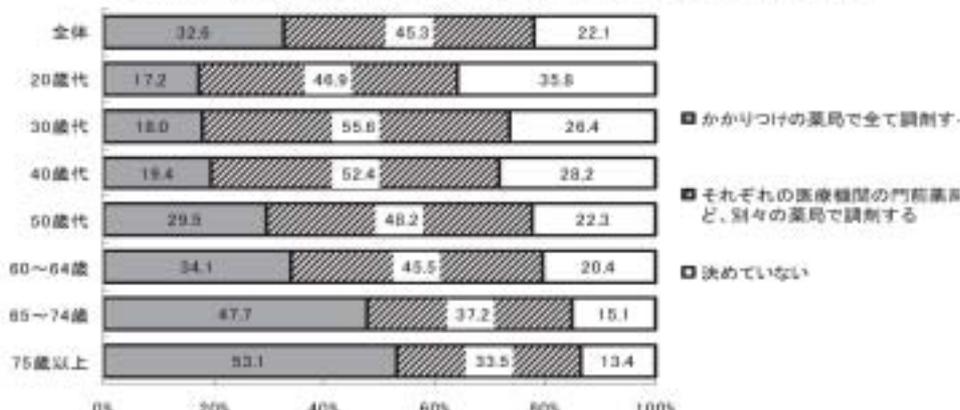
かかりつけの医療機関の有無【過去からの推移・性別】



資料：「平成18年度三重県民医療意識調査」

※医療機関は、病院、一般診療所、歯科診療所を対象としています。

複数の医療機関からの処方せんの調剤【年齢階級別】



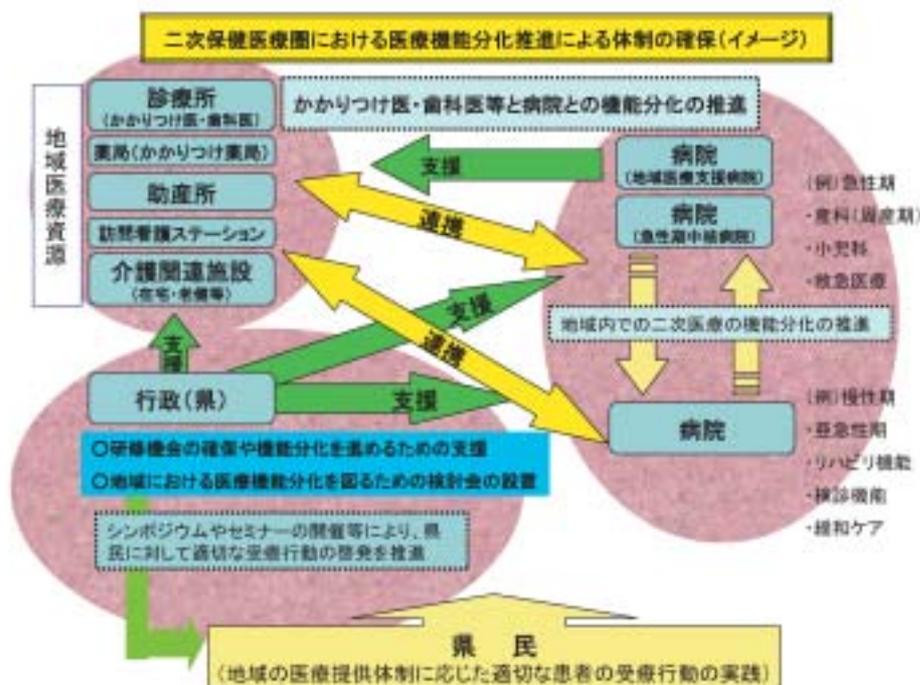
資料：「平成18年度三重県民医療意識調査」

※医療機関は、病院、一般診療所、歯科診療所を対象としています。

(2) めざす姿

医療機関が、その機能に応じて役割分担を明確にし、緊密な連携のもとで患者の情報を共有して、急性期から療養期にいたるまでの切れ目のない医療を提供するとともに、地域における医療資源の状況を踏まえて医療機能の集約化・重点化を進め、良質で効率的な医療を提供できる体制が構築されています。

県民が、かかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局を持ち、医療に関する相談・指導を受けるとともに、その疾病の状況に応じて医療機関を選択して受診するなど、適切な受療行動がとられています。



(3) 取組方向

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

(4) 取組内容

取組方向1：県民が、適切な受療行動をとることができるための、かかりつけ医等の普及、医療機能分化に関する啓発および医療情報提供体制の充実

- かかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局を持つことの必要性について、県民に対する普及啓発の取組を進めます。(医療機関、県、関係機関)
- 医療サービスの質を高め、機能の向上を図るとともに、その役割を明確にして、県民に対して医療機能に関する情報提供を行います。(医療機関、関係機関)
- 医療機関や関係団体と協力して、医療機能に関する情報を集約し、インターネット等さまざまな手段により、県民に対して分かりやすく効率的に情報提供を行います。(県)

取組方向2：医療機関が、患者の症状に応じた適切な医療サービスを切れ目なく提供していくための、医療機能分化の推進と連携の促進

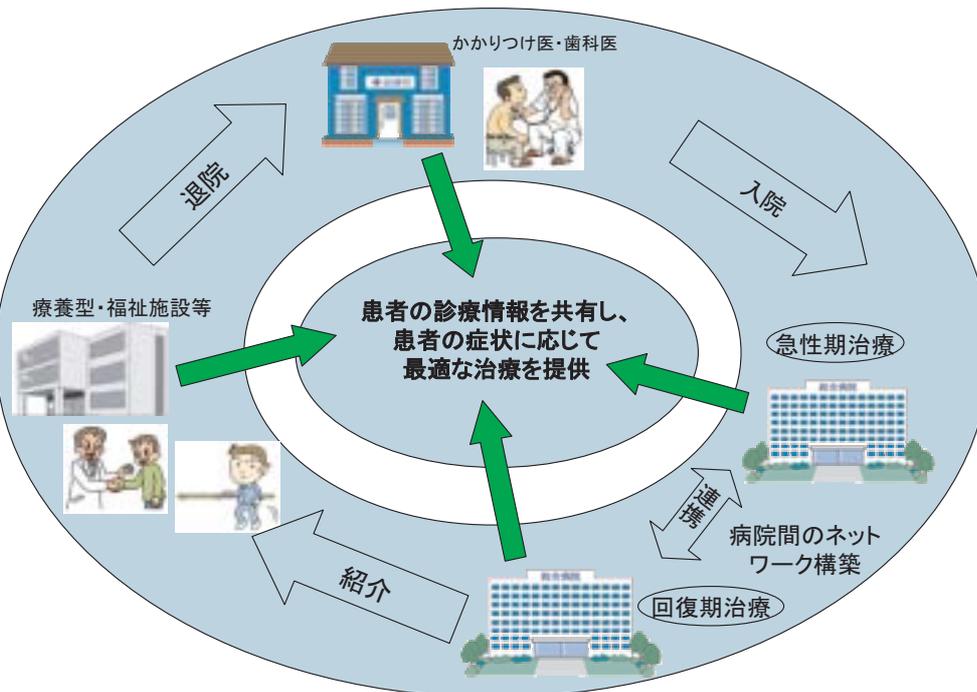
- 医療機関が、自らの機能と役割を明確化し、他の医療機関との機能分担をはかることにより、高度で効率的な医療を提供できる体制整備に努めます。(医療機関)
- 医療機関は、患者に対する診療情報の提供を行うとともに、他の医療機関や関係機関との情報共有を行い、地域連携クリティカルパスの活用などにより、患者の疾病の状況に応じた医療サービスが切れ目なく提供されるよう、相互に連携して取り組みます。(医療機関)
- 地域医療支援病院(厚生連鈴鹿中央総合病院、厚生連松阪中央総合病院、山田赤十字病院)は、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施を通じて、かかりつけ医・歯科医等を支援します。(地域医療支援病院)

- 医療機関やその関係機関が、地域において緊密な連携をはかり、患者のニーズを踏まえた医療サービスの提供体制を構築していくための、情報交換や協議の場づくりを支援します。(市町、県、関係機関)

取組方向3：限られた医療資源を効果的に活用していくための、医療機能の集約化・重点化の推進

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

地域連携クリティカルパスを活用した医療連携体制の構築



第3節 公的病院等の役割

(1) 現状と課題

- 公的病院等とは、大きく分けて、国（独立行政法人等を含む）、県や市町および一部事務組合、その他日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等が開設する病院を言います。これら公的病院等は、現在県内に35病院、全体に占める割合は31.8%であり、全国平均の19.8%よりも高い水準となっています。また、県内病床数に占める割合は42.4%と、全国平均の31.5%を上まわっています。これらの公的病院等については、それぞれの設置目的に即した機能・役割を担うと共に、地域医療の確保に貢献しています。
- 公的病院等は、地域における中核的な病院として、また、へき地における医療の確保、さらには二次・三次救急医療機関として、重要な役割を果たしていますが、近年道路整備等によるアクセスの改善、市町村合併などにより、これら公的病院等を取り巻く環境は、大きく変化しています。
- 今後も公的病院等の多くが、地域の中核的な病院として、地域医療の確保に重要な役割を果たしていかなければなりません。県や市町および一部事務組合が開設している自治体病院は、民間病院が採算性の問題等で参入しない地域や分野を補い、地域医療を確保する役割があるため、多くが経営的に厳しい状況に置かれています。
- また、医師不足に伴い診療体制の縮小が余儀なくされるなど、その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっていることから、過疎地における医療提供、救急等の不採算医療の提供、高度・先進医療の提供、医師派遣拠点機能の役割等、地域において提供すべき医療機能を安定的かつ継続的に提供するためには、持続可能な経営を目指した効率化が求められています。
- こうした社会情勢の変化を踏まえながら、医療圏ごとに必要な医療提供内容を分析し、全てを一つの病院が担うのではなく、医療機関相互の連携を深め、機能分化や集約化を行うことで、地域の中で効率的な医療提供体制の確保にむけた検討を行う必要があります。
- また、同一地域に複数の公立病院や公的病院等が併存し、役割が重複している場合においても、その役割を改めて見直し、医療資源の効率的な配置に向けた取組が望まれています。
- 総務省において公立病院改革が進められていることから、今後公立病院については、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直し等の課題について検討を進めます。

(2) めざす姿

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

(3) 取組方向

取組方向1：地域の特性に応じた医療機関相互の機能分担と連携

(4) 取組内容

取組方向1：地域の特性に応じた医療機関相互の機能分担と連携

- 自治体病院が自らの役割に基づき、住民に対し良質の医療を継続的に提供していくために、病院経営の健全性が確保されることが不可欠であることから、経営の効率化に向けた取組を進めます。（市町、県）
- 地域全体で必要な医療サービスが提供されるよう、公的病院等の医療の機能分化、今後果たすべき役割を含めた地域の医療提供体制について検討を行うとともに、総合的な医療提供体制を整備します。（医療機関、市町、県）
- 県内の公立病院等の「再編・ネットワーク化」および「経営形態の見直し」について検討を進めます。（医療機関、市町、県）
- 県立病院については、各病院ごとに地域で果たすべき役割や機能を検証し、その在り方について検討をしていきます。（県）

三重県内 公立・公的病院病床数一覧

医療圏	保健所	名称	開設者	所在地住所	一般	療養	精神	結核	感染症	合計
北勢	1	桑名 桑名市民病院	市	桑名市北別所435	234					234
	2	桑名 三重県厚生農業協同組合連合会いなべ総合病院	県厚生連	いなべ市北勢町阿下喜771	220					220
	3	四日市 市立四日市病院	市	四日市市芝田2丁目2番37号	566				2	568
	4	四日市 三重県立総合医療センター	県	四日市市大字日永5450番地の132	442				4	446
	5	四日市 三重県厚生農業協同組合連合会菟野厚生病院	県厚生連	三重郡菟野町大字福村75番地	146	84				230
	6	鈴鹿 三重県厚生農業協同組合連合会鈴鹿厚生病院	県厚生連	鈴鹿市岸岡町589-2			350			350
	7	鈴鹿 三重県厚生農業協同組合連合会鈴鹿中央総合病院	県厚生連	鈴鹿市安塚町山之花1275-53	460					460
	8	鈴鹿 独立行政法人国立病院機構鈴鹿病院	独立行政法人国立病院機構	鈴鹿市加佐登3-2-1	276					276
	9	鈴鹿 亀山市立医療センター	市	亀山市亀田町466-1	100					100
中勢伊賀	10	津 国立大学法人 三重大学医学部附属病院	国立大学法人	津市江戸橋2-174	674		33			707
	11	津 独立行政法人国立病院機構 三重病院	独立行政法人国立病院機構	津市大里窪田町357	280					280
	12	津 独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター	独立行政法人国立病院機構	津市久居明神町2158-5	450			50		500
	13	津 独立行政法人国立病院機構 榊原病院	独立行政法人国立病院機構	津市榊原777			260			260
	14	津 三重県立こころの医療センター	県	津市城山1丁目12-1			400			400
	15	津 三重県立草の美りハビリテーションセンター	県	津市城山1丁目29-25	60					60
	16	津 三重県立小児心療センター あすなろ学園	県	津市城山1丁目12-3			80			80
	17	津 三重県立一志病院	県	津市白山町南家城616	46	44				90
	18	伊賀 名張市立病院	市	名張市百合が丘51番町178番地	200					200
19	伊賀 伊賀市立上野総合市民病院	市	伊賀市四十九町831	243	38				281	
南勢志摩	20	松阪 松阪市民病院	市	松阪市殿町1340番地の1	276	50			2	328
	21	松阪 三重県厚生農業協同組合連合会松阪中央総合病院	県厚生連	松阪市川井町字小望102	440					440
	22	松阪 恩賜財団済生会松阪総合病院	恩賜財団済生会	松阪市朝日町1区15-6	430					430
	23	松阪 恩賜財団済生会明和病院	恩賜財団済生会	多気郡明和町上野435	100	164				264
	24	松阪 三重県厚生農業協同組合連合会大台厚生病院	県厚生連	多気郡大台町佐原63-8	47	48				95
	25	松阪 大台町国民健康保険報徳病院	町	多気郡大台町江馬292	30					30
	26	伊勢 市立伊勢総合病院	市	伊勢市楠部町3038	379	40				419
	27	伊勢 玉城町国民健康保険玉城病院	町	度会郡玉城町佐田881	20	30				50
	28	伊勢 山田赤十字病院	日本赤十字社	伊勢市御園町高向810	651				4	655
	29	伊勢 三重県厚生農業協同組合連合会南島病院	県厚生連	度会郡南伊勢町東宮86-1		51				51
	30	伊勢 町立南伊勢病院	町	度会郡南伊勢町五ヶ所浦2969	33	43				76
	31	伊勢 志摩市立国民健康保険大王病院	市	志摩市大王町波切1941-1	50	40				90
	32	伊勢 志摩市立国民健康保険前島病院	市	志摩市志摩町和具1066		24				24
	33	伊勢 三重県立志摩病院	県	志摩市阿児町鶴方1257	250		100			350
東紀州	34	尾鷲 尾鷲総合病院	市	尾鷲市上野町5番25号	199	56				255
	35	熊野 紀南病院	組合	南牟婁郡御浜町阿田和4750	234	40		10	4	288

第4節 医療従事者の人材確保と資質の向上

1 医師

(1) 現状と課題

- 本県の医師数は、全国平均に比べて著しく不足しており、特にへき地の医療機関や小児科・産婦人科など、特定の診療科における医師の不足が顕著となっています。
- また、保健医療圏別では、人口10万人あたりの医師数は、北勢保健医療圏と伊賀サブ保健医療圏で全国平均および県平均を大きく下回っており、へき地拠点病院が設置されている東紀州保健医療圏や伊勢志摩サブ保健医療圏でも平均を下回っています。地域間の医師の偏在を解消していくことと併せ、へき地における医師の確保が重要な課題となっています。
- 診療科目別の医師数では、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おり、これらの診療科の医師不足が、県内各地の周産期医療や救急医療等に深刻な影響を及ぼしています。

医師数の全国と県との比較（人口10万人対施設従事医師数(人)）

	総数	内科	小児科	産婦人科	脳神経外科	麻酔科
全 国	206.3	55.2	11.5	7.5	4.9	4.9
三重県	177.9 (37)	55.2 (27)	10.4 (36)	6.9 (34)	4.0(42)	2.3 (47)

※（ ）内は全国順位

県内の二次保健医療圏及びサブ保健医療圏別の医師数 （人口10万人対施設従事医師数(人)）

保健医療圏	総数	内科	小児科	産婦人科	脳神経外科	麻酔科
北勢	153.4	48.9	8.3	6.2	3.3	1.8
中勢伊賀	304.6	74.5	23.6	8.7	7.3	3.8
伊賀サブ	117.5	40.1	4.9	4.4	2.2	1.1
南勢志摩	189.9	59.5	8.7	9.2	4.6	3.2
伊勢志摩サブ	163.5	56.5	9.8	6.8	3.4	3.0
東紀州	140.8	71.0	4.7	8.3	3.6	0.0

※ 中勢伊賀及び南勢志摩については、それぞれサブ保健医療圏を除いたもの
資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成18年）」

- 一方、県内の病院における医師の配置状況と、病院が必要としている医師数に対して328名の不足が生じており、中でも、小児科、産婦人科および麻酔科の充足率が低く、全国調査で明らかになったこれらの診療科における医師不足の実態が、そのまま病院現場に跳ね返ってきていることが伺えます。
- このため、医師の確保にあたっては、地域や診療科における不足・偏在に配慮するとともに、病院に勤務する医師の確保に重点を置いて取り組む必要があります。
- また、近年、医師数に占める女性医師の割合が高まっていますが、出産や育児等により医療現場を離れている女性医師も多く、こうした女性医師が育児をしながら働くことができるよう、病院内保育所の設置や勤務時間の調整を行うなど、病院の勤務環境を改善・整備していくことが重要です。

県内の病院が不足としている診療科別医師数

診療科目	医師数（人）A	不足医師数（人）B	充足率（%）A/(A+B)
総 数	1,971	328	85.7
内 科	460	64	87.8
小 児 科	105	25	80.8
産婦人科	68	16	80.1
脳神経外科	75	14	84.3
麻 酔 科	47	18	72.3
そ の 他	1,216	191	86.4

資料：「三重県医療機能実態調査」

※充足率は医療監視における充足率とは異なり、各病院が適切な診療体制を維持していくために必要と考えている医師数に対する充足率を表しています。

- さらに、地域医療に従事する医師の確保を着実に進めていくためには、大学医学部の医師養成課程において、地域医療の現状と課題を踏まえた、地域医療人材を育成するためのプログラムの充実をはかるなど、医学教育におけるカリキュラムの見直しが求められています。
- また、義務教育課程や高等学校等における教育においても、医師の業務や地域医療の必要性について理解を深める機会を設けるなど、長期的な視点に立って地域医療に従事する医師を養成していく取組についても、検討していく必要があります。

(2) めざす姿

県内の全ての地域において、地域医療体制の整備に必要な医師が確保され、地域間、診療科目間の偏在が解消されるとともに、救急医療や周産期医療等への対応が円滑に行われています。

(3) 取組方向

取組方向1：県内全域の医師不足と、地域間、診療科目間の医師の偏在の解消

取組方向2：地域の救急医療、周産期医療体制等を整備・充実していくための、病院勤務医の確保

取組方向3：関係機関との連携による、医師の配置と定着を支援していくための仕組みの構築

(4) 取組内容

取組方向1：県内全域の医師不足と、地域間、診療科目間の医師の偏在の解消

- 三重県医師修学資金貸与制度、ドクタープール制度、みえ医師バンク制度等を活用して医師の確保を進めます。(県)
- 自治医科大学義務年限内の医師、ドクタープール制度等により、へき地に勤務する医師の確保をはかります。(県)
- 地域医療に関する研修プログラムの充実をはかり、へき地に勤務し、地域医療に従事する医師を養成します。(医療機関、三重大学、県)
- 出産・育児等により医療現場を離れている女性医師の復帰を支援するため、研修を実施するとともに、勤務環境の改善をはかります。(医療機関、県)
- 地域医療に関する研究を行い、地域医療体制の整備・充実に活用していきます。(三重大学、県)
- 小・中・高等学校等において、医師の業務や地域医療の必要性について理解を深める機会を設けます。(教育機関、市町、県)

取組方向2：地域の救急医療、周産期医療体制等を整備・充実していくための、病院勤務医の確保

- 三重県医師修学資金貸与制度等を活用して、救急医療等に従事する病院勤務医の育成と確保をはかります。(三重大学、県)
- 地域の救急医療等の状況を踏まえた、適切な医療提供体制を整備していくために、地域医療対策協議会の活性化をはかり、医師の確保対策および地域への定着促進策を積極的に推進します。(医療機関、三重大学、

県)

取組方向3：関係機関との連携による、医師の配置と定着を支援してい

くための仕組みの構築

- 県、大学医学部、医療機関等が連携して、魅力的な研修プログラムを策定、活用することにより、医師の効果的な配置と定着を支援していくための仕組みづくりを進めます。(医療機関、三重大学、県)
- 医師の定着をはかるため、医療機関は勤務環境および医師を育成するための研修環境を充実するとともに、県、市町、関係機関が連携して、病院の勤務環境と研修環境の充実のための取組を支援します。(医療機関、市町、県)

2 歯科医師

(1) 現状と課題

- 平成18年末における本県の歯科医師数は1,085人、人口10万人あたり57.9人となっています。県全体の医療機関に従事する歯科医師数は充足していますが、地域的にみると、北勢地域に40.6%が集中する一方で、東紀州地域では4.1%となっており、地域によって歯科医師の偏在がみられることから、県歯科医師会と連携し、歯科医師が少ない地域での歯科保健医療活動が効率よく実施できる体制づくりが課題となっています。
- 歯科医師は、そのほとんどが歯科診療所での勤務に従事しており、プライマリケアを担う、かかりつけ歯科医としての役割が期待されています。そのため、在宅や施設での歯科医療の提供においては、地域ケアに携わる一員として他職種と連携した取組が重要です。
- 歯科医師が地域ケアの一員として地域ケアに積極的に参加できるよう、県歯科医師会と連携し、地域ケアに携わる歯科医師の支援・確保に向けた取組が必要です。
- また、高齢化等の進展に伴う、歯科保健医療ニーズの高度化・多様化と、歯科医療技術の進歩への対応や、障がい者(児)、要介護者等への専門的歯科医療を行っていくための研修など、歯科医師の生涯研修を進めていく必要があります。

医療施設従事歯科医師数

(単位:人)

平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年
1,017	1,032	1,023	1,015	1,085

県内の二次保健医療圏別歯科医師届出数

(単位:人)

	計	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
歯科医師数	1,104	448	299	311	46
人口10万対	59.1	54.1	63.5	64.3	54.4

資料:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査(平成18年)」

(2) めざす姿

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

(3) 取組方向

取組方向1: 歯科医師の人材確保と生涯研修の推進

取組方向2: 障がい者(児)、要介護者等への専門歯科医療を提供する人材の育成

(4) 取組内容

取組方向1: 歯科医師の人材確保と生涯研修の推進

- 県内の全ての地域において歯科医療が適切に提供できるよう、へき地等の歯科医師の確保・定着に努めます。(医療機関、歯科医師会)
- 卒後臨床研修制度により、患者を全人的に診ることができ、かつ基本的な臨床能力を身につけた歯科医師を養成します。(医療機関、歯科医師会)
- 日本歯科医師会の生涯研修制度にもとづき、県歯科医師会、地区歯科医師会が連携して体系的な研修を実施します。(歯科医師会)

取組方向2: 障がい者(児)、要介護者等への専門歯科医療を提供する人材の育成

- 障がい者(児)が身近な地域において安心して歯科医療を受けられるよう、日本障害者歯科学会認定医の育成などに取り組みます。(歯科医師会、県)
- 口腔機能の維持、改善を総合的に行うための口腔リハビリテーションなど、専門的な歯科医療を担うことができる人材の育成を進めます。(医療機関、歯科医師会、県)

3 薬剤師

(1) 現状と課題

- 平成18年末における本県の就業薬剤師数は2,178人、人口10万人あたりの薬剤師数は116.3人と、全国平均の136.4人を下回っています。
- 急速な医薬分業の進展による院外薬局やドラッグストアの増加に伴う需要増により、薬局・薬店における薬剤師の確保が困難となっています。
- また、高齢化により在宅医療における医薬品等の供給や服薬指導業務など、薬剤師を取り巻く環境は大きく変化してきています。
- さらに、患者への医薬品情報提供の義務化、がん治療など無菌製剤処理業務や病棟での薬剤管理指導業務の実施など高い専門性を有する臨床薬剤師の育成が求められています。

薬局・医療施設従事薬剤師数

(単位:人)

平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年
1,578	1,756	2,031	2,046	2,178

県内の二次保健医療圏域別薬剤師届出数

(単位:人)

	計	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
薬剤師数	2,773	1,220	863	619	71
人口10万対	148.5	147.3	183.3	127.9	84.0

資料:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査(平成18年)」

(2) めざす姿

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

(3) 取組方向

取組方向1:薬剤師の人材養成と確保

取組方向2:薬剤師の資質の向上

(4) 取組内容

取組方向1:薬剤師の人材育成と確保

- 平成20年度には県内の大学に薬学部が新設されることから、薬学生に対する病院や薬局での実習受入体制を確保するとともに、県薬剤師会、

日本薬剤師研修センター、県等が連携して、実習の指導にあたる指導薬剤師の育成に取り組みます。（大学薬学部、薬剤師会、県）

- 県薬剤師会が実施する薬剤師職業紹介機能を活用した、未就業薬剤師の就業促進を支援します。（薬剤師会、県）
- 病院および薬局に従事する薬剤師の需給動向や、医薬分業の進捗状況などを踏まえ、それぞれの地域において必要とする薬剤師の確保に努めます。（薬剤師会、県）

取組方向2：薬剤師の資質の向上

- がんの治療や薬剤管理指導など、実践能力の高い臨床薬剤師を育成するため、県薬剤師会と県が連携して薬剤師の資質向上に取り組みます。（医療機関、薬剤師会、県）
- 在宅医療の進展に対応できる薬剤師の育成をはかるため、関係機関と連携し、基幹薬局等を活用した研修の充実を支援します。（薬剤師会、県）

4 看護師、准看護師

(1) 現状と課題

- 平成18年末における本県の就業看護師数は、16,755人となっています。人口10万人あたり894.6人となっており全国平均934.6人を下回っています。就業場所についてみると、病院が10,679人と最も多く全体の63.7%を占めています。
- 一方、平成17年度に策定した「三重県看護職員需給見通し」によると平成22年で157人の看護職員の不足が見込まれており、また、診療報酬の改定等にともない、看護職員の需要が一層高まっていることから、その確保が急務となっています。

看護職員就業場所別就業者数

(単位:人)

職種	計	病院	診療所	介護保険施設等	訪問看護ステーション	社会福祉施設	学校養成所等研究機関	市町	事業所	その他
総数	16,755	10,679	3,064	1,978	383	296	171	63	80	41
看護師	10,891	8,115	1,182	836	335	124	171	45	58	25
准看護師	5,864	2,564	1,882	1,142	48	172	0	18	22	16

資料：「平成18年12月末保健師助産師看護師従事者届」

三重県における看護師需給見通し（平成18年～22年）

（単位：人）

区 分	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
需 要 数	17,217	17,299	17,350	17,415	17,474
供 給 数	16,369	16,607	16,840	17,069	17,317
差 引 計	848	692	510	346	157

- また、医療技術の高度化、患者の高齢化・重症化、在院日数の短縮化、在宅医療の提供が進むなか、患者本位の医療を実現するためには、医療機関はもとより、地域や福祉施設等においても、安全で質の高い看護を提供できる人材の確保が求められています。
- 看護サービスの質の向上をはかるためには、配置基準を満たすだけでなく、夜間勤務、卒後研修等への対応など、看護職員の勤務条件を改善するための人員を確保することも必要です。

（2）めざす姿

高度医療から在宅医療まで幅広い領域において、県民により良い看護サービスが提供できるよう、医療現場が必要とする質の高い看護師の確保と定着が進められ、看護職員の不足・偏在が解消されています。

（3）取組方向

- 取組方向1：看護職員養成の充実強化と確保・定着の促進
- 取組方向2：離職防止対策の充実強化
- 取組方向3：資質向上のための研修の充実強化

（4）取組内容

取組方向1：看護職員養成の充実強化と確保・定着の促進

- 少子化の進展等により、今後看護師等養成施設の入学者の確保が困難になることも想定されることから、看護の魅力についての普及啓発や、病院における高校生等の看護体験学習の支援、進路相談会の開催等、入学者の確保対策に取り組みます。（医療機関、看護協会、県）
- 看護職員の県内への定着をはかるため、看護系大学を含む看護師等養成施設で学ぶ学生に修学資金の貸付を行うなど、県内就業率の向上に取り組みます。（県）
- ナースセンターの運営を行う県看護協会と協力して、多様な勤務形態での雇用等を含めた看護職員の再就業を促進します。（看護協会、県）

- 県広報などさまざまな広報手段を積極的に活用して、ナースバンクへの求職・求人登録者数の増加をめざします。（看護協会、県）

取組方向2：離職防止対策の充実強化

- 院内保育所の設置など、働きやすい勤務環境の整備を進めます。（医療機関、県）
- 新卒、中堅の看護職員の職場定着を支援するため、看護師等養成施設へのカウンセラーの派遣、看護職員同士の交流会、情報交換会等に取り組みます。また、離職防止を積極的に推進するモデル病院にサポーターを派遣するなど、県内病院での離職防止対策の充実をはかります。（医療機関、看護師等養成施設、県）

取組方向3：資質向上のための研修の充実強化

- 資質の高い看護職員を養成するため、県内の看護師等養成施設と連携し、教育の充実および看護教員・実習指導者の資質の向上に取り組みます。（医療機関、看護師等養成施設、県）
- 県看護協会等の関係団体と県が連携し、新卒者を含む看護職員が最新の技術および知識を習得し、より質の高い看護が提供できるよう、研修体制の一層の充実強化をはかります。（医療機関、看護協会、県）

5 保健師

(1) 現状と課題

- 本県の保健師の従事者数は、平成8年の375人から平成18年は559人へと増加していますが、人口10万人あたりの保健師数は、29.8人で、全国平均31.5人を下回っています。就業場所をみると、市町に従事する保健師が年々増加しています。
- 高齢化が進展するなか、介護予防や生活習慣病対策の充実などにより、保健師に求められる活動領域は、保健衛生分野のみならず、医療・介護・福祉・産業等の分野まで拡大しています。
- 増加傾向にある児童虐待や心の問題、感染症や災害など健康危機に関して、専門的な対応を行う保健師への期待が高まっています。

就業場所別保健師数

就業場所	病院	診療所	保健所	市町	学校 養成所	事業所	その他	計
平成16年	22	6	64	344	15	27	44	522
平成18年	17	10	68	379	21	30	34	559

資料：「平成18年12月末保健師助産師看護師従事者届」

(2) めざす姿

生活習慣病や介護の予防、心の問題などの新たな健康課題に、さらには健康づくりの総合的な推進にも対応できる、高い専門性を有する保健師が養成・確保されています。

(3) 取組方向

取組方向1：保健師の養成・確保

取組方向2：効果的な保健活動を行うための適正配置体制の促進

取組方向3：資質向上のための研修の充実強化

(4) 取組内容

取組方向1：保健師の養成・確保

- 県内の看護系3大学と連携して、卒業生の県内就業を促進します。（養成施設、県）
- 保健師をめざす学生が保健所や市町、産業保健等における地域看護学実習を円滑に受けられるよう支援するなど、保健活動に関する教育の充実をはかります。（市町、県、関係機関）

取組方向2：効果的な保健活動を行うための適正配置の促進

- 多様化する健康課題に対し効果的な保健活動を展開するため、人材育成体制の整備や適正配置に努めます。（市町、県）

取組方向3：資質向上のための研修の充実強化

- 生活習慣病等の予防や心の問題などの新たな健康課題、さらには健康づくりの総合的な推進にも対応できる保健師を育成するため、専門研修を実施するとともに、技術的支援を行います。（市町、県）
- 総合的な健康づくりを支援するための保健・医療・福祉・産業等の関係機関とのネットワークづくりや、包括的な地域支援システムの構築を推進するため、保健師のコーディネート能力の向上に努めます。（県、関係機関）

6 助産師

(1) 現状と課題

- 本県の助産師の従事者数は、平成8年の215人から平成18年には254人へと増加していますが、人口10万人あたりの助産師は13.6人となっており、全国平均20.2人を大きく下回っています。
- 就業場所別内訳は、平成18年では病院149人、診療所69人、助産所15人、

- 養成所および学校関係19人、市町1人、社会福祉施設1人となっています。
- 分娩を取り扱う産科診療所等においては、助産師が不足しており、その確保が急務となっています。
 - また、少子高齢化が進展するなか、助産師は助産業務や妊婦・新生児の保健指導のみならず、思春期から更年期に至るまでの女性のライフサイクルに合わせた相談など、その役割は広がっています。
 - 県内では、産婦人科医師不足から分娩を取り扱う医療機関が減少するとともに、医療機能の集約化に伴う分娩機関の地域偏在が顕著となっており、助産師が行う「院内助産」等への期待も高まっています。
 - このため、助産師の一層の確保に努めるとともに、多様化する助産師業務に対応していくための資質向上に向けた取組が必要です。

就業場所別助産師数

就業場所	病院	診療所	助産所	市町	学 校 養成所	事業所	その他	計
平成14年	140	52	14	-	19	1	1	227
平成16年	129	59	13	1	18	-	-	222
平成18年	149	69	15	1	19	-	1	254

資料：「平成18年12月末保健師助産師看護師従事者届」

三重県における助産師需給見通し（平成18年～22年）

（単位：人）

区 分	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
需 要 数	219	227	235	242	250
供 給 数	209	211	213	215	217
差 引 計	10	16	22	27	33

（2）めざす姿

安全・安心な出産ができる体制の確保に向け、助産師の養成や潜在助産師の再就業支援等により、医療機関や市町の施設等に必要な助産師が確保されています。

（3）取組方向

- 取組方向1：助産師の養成・確保
- 取組方向2：助産師の資質向上

（4）取組内容

- 取組方向1：助産師の養成・確保

- 県内の看護系大学と連携し、助産師の増加と県内就業を促進するとともに、県看護協会や日本助産師会三重県支部と連携し、潜在助産師の再就業の支援に取り組みます。（養成施設、看護協会、県、関係機関）
- 県内での助産師養成施設の設置に向け、関係機関が連携して取り組みます。（養成施設、医療機関、県、関係機関）
- 助産師が他職種と協力連携しながら働くことができる環境整備に努めます。（養成施設、看護協会、県、関係機関）

取組方向2：助産師の資質向上

- 専門性を活かした助産業務の推進に向け、関係機関の連携により、助産師の資質向上をはかる取組を進めます。（看護協会、県、関係機関）

7 管理栄養士・栄養士

(1) 現状と課題

- 平成18年現在、県内の給食施設に従事する栄養士は、管理栄養士415人、栄養士383人となっています。
- 栄養士養成施設の卒業生が栄養士として就業している割合は、約6割にとどまっています。
- 市町には、保育や福祉分野に従事する栄養士も含め、26市町に管理栄養士が35人、栄養士が15人配置されていますが、住民に対して円滑に栄養相談や栄養指導を行っていくためには、さらなる管理栄養士の確保が必要となっています。
- 特に、高齢化が急速に進展するなか、県民の生活習慣病を予防するためには、ライフステージに沿って一貫した栄養・食生活の指導を行っていくことが重要であり、住民に身近な市町において栄養指導等に従事する管理栄養士の配置が望まれます。
- 病院に勤務する管理栄養士は、医療の高度化に伴い、患者の状態と栄養補給法の検討・評価を行い輸液と食事を合わせてトータルバランスを把握するなど、より高い専門性が求められています。

(2) めざす姿

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

(3) 取組方向

取組方向1：管理栄養士・栄養士の配置促進

取組方向2：管理栄養士・栄養士の人材育成

(4) 取組内容

取組方向1：管理栄養士・栄養士の配置促進

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

取組方向2：管理栄養士・栄養士の人材育成

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

8 理学療法士（PT）、作業療法士（OT）

(1) 現状と課題

- 高齢化や疾病構造の変化に伴い、リハビリテーションへの需要が高まっており、理学療法士数、作業療法士数ともに近年急増しています。
- 平成17年末現在の県内の医療機関就業者数は、非常勤従事者を常勤換算した分を含めると、理学療法士391.8人、作業療法士229.3人となっています。また、医療機関以外にも介護保険施設や療養施設に多くの理学療法士や作業療法士が就業しています。
- 県内の理学療法士養成校は、大学1校（定員40人）、養成所2校（定員80人）であり、作業療法士養成校は、養成所1校（定員40人）となっています。今後も養成施設と医療機関や行政などが連携して、県内への就業促進をはかる必要があります。
- 理学療法士、作業療法士が、日々進歩する医療技術やリハビリテーション技術などに対応できるよう、生涯にわたる研修体制を充実していくことが必要です。

(2) めざす姿

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

(3) 取組方向

取組方向1：生涯研修体制の充実

(4) 取組内容

取組方向1：生涯研修体制の充実

- リハビリテーション技術の進歩等に対応するため、県理学療法士会や県作業療法士会を中心に行われる、生涯学習への取組を支援します。
(県理学療法士会、県作業療法士会、養成施設、県)

9 救急救命士

(1) 現状と課題

- 救急救命士は、救急現場や救急車内等の場所において、傷病者に対して気道の確保、心拍の回復などの救命措置（プレホスピタル・ケア）を行います。
- 平成16年以降、救急救命士は、医師の指示のもとで心肺停止状態にある患者に対して、気管挿管（気管内チューブを使った気道確保）や薬剤（アドレナリン）の投与といった医療行為が行えるようになったことから、その重要性はますます高まっています。
- 救急救命士は、平成3年の制度発足以来、県内で300名が養成され、県内15消防本部に279人が従事しています（平成19年4月現在）。

救急救命士従事者数及び特定行為認定救命士の内訳

県内救急救命士従事者数	気管挿管病院実習修了者	薬剤投与病院実習修了者
279	31	33

資料：「三重県防災危機管理部調べ」平成19年4月末日現在

(2) めざす姿

プレホスピタル・ケアの主な担い手である救急救命士が数多く養成され、各救急隊1隊に常時1名が配置され、24時間、365日運用がなされています。

また、メディカルコントロール体制のもと、救急救命士の質が向上しています。

(3) 取組方向

取組方向1：救急救命士の養成と確保

取組方向2：救急救命士の資質向上

(4) 取組内容

取組方向1：救急救命士の養成と確保

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

取組方向2：救急救命士の資質向上

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

10 その他保健医療関係従事者

(1) 現状と課題

- 高齢化や医療技術の進歩等に伴い、保健医療ニーズは質・量ともに高まっており、保健医療に関する多様な専門職の確保と資質向上の取組が求められています。

(2) 取組内容

- 養成機関、関係団体、医療機関、行政など、さまざまな関係機関が連携して、人材の確保と資質向上に努めます。

職種	職務内容	従事者数
歯科衛生士	歯科診療所等において、歯や口腔などの疾患予防処置や歯科診療の補助を行います。	県内の診療所等に1,316人が従事。
歯科技工士	歯科技工所や歯科診療所等において、入れ歯、差し歯、金冠、矯正装置などの製作、修理などを行います。	県内の歯科技工所等に491人が従事。
言語聴覚士	音声機能、言語機能又は聴覚に障がいのある人に対し、機能の維持・向上をはかるため、言語訓練、その他の訓練指導を行います。	県内の病院等に63.4人が従事。

診療放射線技師 診療X線技師	医療機関や検診センター等において放射線を用いた検査や治療を行います。	県内の病院等に診療放射線技師448.8人、診療X線技師4.4人が従事。
衛生検査技師 臨床検査技師	衛生検査技師は、病院の検査室や衛生検査所において、微生物学的検査、血清学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査などの検体検査を行います。 臨床検査技師は、これらに加えて心電図検査、脳波検査などの生理学的検査を行います。	県内の病院等に臨床検査技師717.3人、衛生検査技師7.3人が従事。
臨床工学技士	人工呼吸器、人工心肺、ペースメーカー、血液透析装置などの生命維持装置の操作及び保守点検を行います。	県内の病院等に163.8人が従事。
医療社会事業従事者（MSW）	関係機関や関係職種と連携し、患者の抱える経済的、心理的、社会的な問題の解決に向けた調整を行います。また、地域のケアシステムづくりにも参加します。	県内の病院等に86.5人が従事。
精神保健福祉士（PSW）	精神病院で治療を受ける精神障がい者や、社会復帰の促進を目的とする施設を利用する精神障がい者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練を行います。	県内の病院等に89.6人が従事。
あん摩マッサージ師	施術所等において、あん摩、マッサージ、指圧を行います。	県内の施術所等に777人が従事。
はり師	施術所等において、はりによる施術を行います。	県内の施術所等に696人が従事。
きゅう師	施術所等において、きゅうによる施術を行います。	県内の施術所等に669人が従事。
柔道整復師	施術所等において、打撲・捻挫に対する施術と、骨折・脱臼に対する応急手当を行います。	県内の施術所等に279人が従事。

- ※ 歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師および柔道整復師の従事者数は、平成18年12月末。
- ※ その他の職種の従事者数は、平成17年10月1日現在で、非常勤の勤務者については、常勤者の勤務時間をもとに換算した人数で算出しています。
- ※ 言語聴覚士、診療放射線技師など、いくつかの職種は、非常勤従事者を常勤換算しており、小数点二位で四捨五入しています。

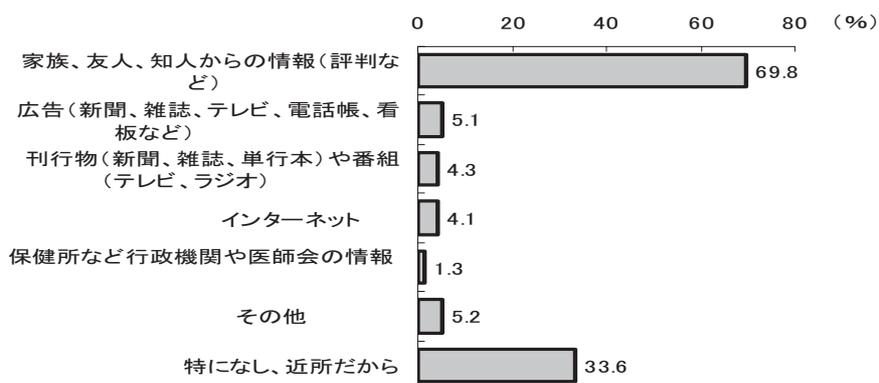
第5節 信頼される医療サービスの提供

(1) 現状と課題

(医療機能情報の公表)

- 平成18年6月の医療法の一部改正により、医療機関は、自らの医療機能に関する情報を県に報告することが義務付けられ、県は、医療機能に関する必要な情報を県民にわかりやすく提供していくことになりました。また、あわせて医療機関の広告規制が緩和され、広告可能な内容も拡大されています。
- 現在、三重県では医療機関の機能情報を「医療ネットみえ」などを通じて県民に情報を提供しています。「医療ネットみえ」には、平成19年3月31日現在で1,662の医療機関が参加しており、平成18年度は、168,360件のアクセスがありました。
- しかし、平成18年に実施した「県民医療意識調査」では、医療機関を選ぶにあたり、インターネットを参考にしていないと答えた人は4.1%と低く、「医療ネットみえ」を「利用している」と答えた人は1.5%となっています。このことから、「医療ネットみえ」の周知とインターネットを利用されない方々への情報提供が課題となっています。
- 今後、医療の情報化が進むことにより、広告規制の緩和、公的な情報提供の整備、情報開示ルールの定着等と相まって、医療機関に関する比較可能な情報提供をしていくことが求められています。

医療機関を選ぶときに参考に使っている情報【複数回答】



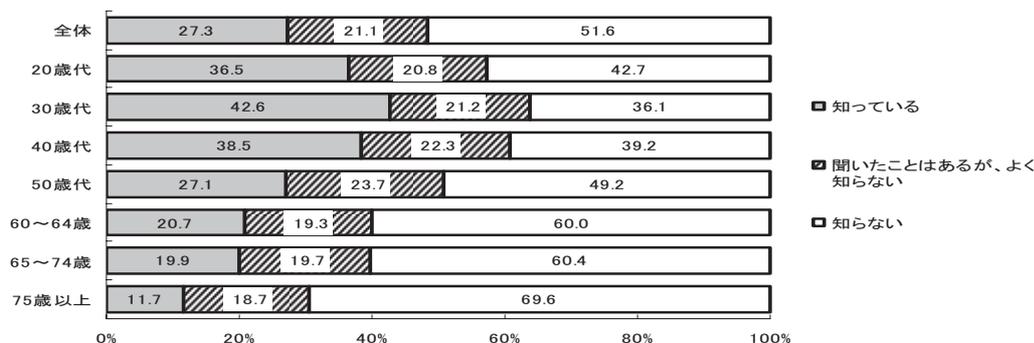
資料：「平成18年三重県民医療意識調査」

(医療情報の提供と開示の推進)

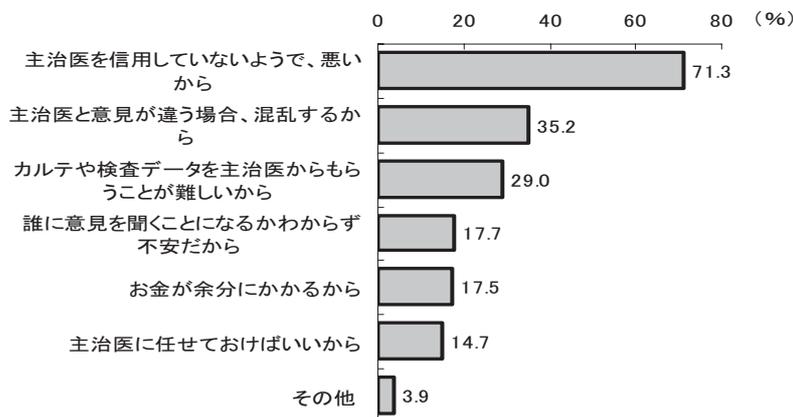
- 平成18年6月の医療法の一部改正により、入退院時に、管理者が入退院計画書を作成し、患者に交付・説明を行うことが規定されました。

- 近年、医療においては、患者の自己決定および医療従事者と患者が共同で疾病を克服することが重視されています。患者が安心、納得して治療を進めるうえで、カルテ開示をはじめ患者にわかりやすい医療情報の提供やインフォームド・コンセント、セカンドオピニオン等が求められています。
- 医療機関でのインフォームド・コンセントの取組は進んでいますが、医療機関が「詳しい説明を行っている」と考えている場合でも、患者は「詳しい説明を受けた」と認識していない場合があります。
- 平成18年に実施した「県民医療意識調査」では、主治医にセカンドオピニオンの紹介を求めることについては「実際にはできない」と全体の60.2%の方が答えています。その理由としては、「主治医を信用していないようで、悪いから」が71.3%で最も多くなっています。
- 個人の診療記録等については、本人の請求があった場合、原則、開示することとされていますが、診療記録には、重要な個人情報に掲載されており、慎重な取り扱いが必要です。

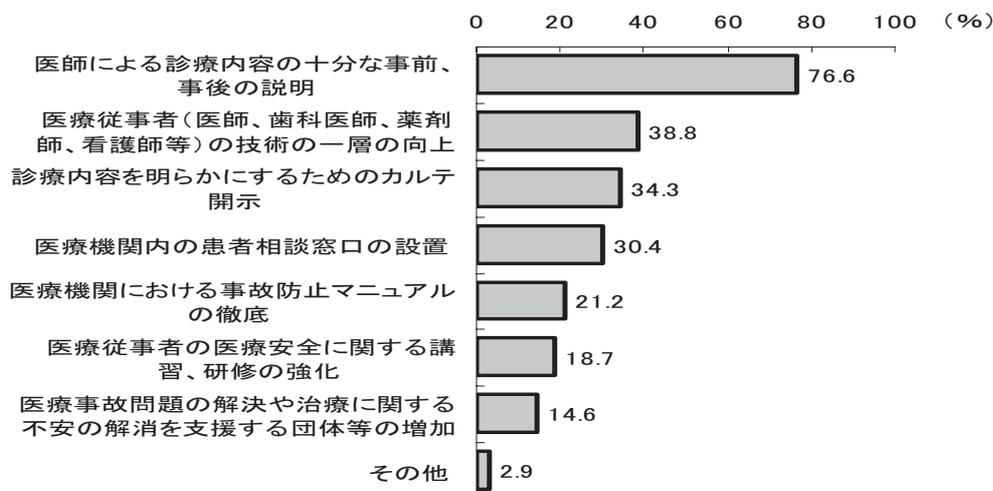
セカンドオピニオンの周知状況【年齢階級別】



紹介を求めることができないと思う理由【複数回答】



医療に関する不安を解消するために必要なもの【複数回答（3つまで）】



資料：「平成 18 年三重県民医療意識調査」

（医療の質と安全の確保）

- 近年、医療の高度化・複雑化等を背景に医療従事者の業務は、より複雑となり専門性が求められています。また、医療技術の高度化、医療施設の環境、医療従事者等の接遇など、「医療の質」に関心が高まっています。
- 日進月歩で進化していく医療環境のなかで、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、安全対策の在り方を見直すことが必要となっています。
- このような中、平成 18 年 6 月の医療法の一部改正により、病院・診療所又は助産所の有床診療所に対し、①医療安全の体制確保、②院内感染制御体制の整備、③医薬品・医療機器の安全使用・管理体制の整備が義務付けられました。
- また、患者に対し安心・安全な医療、質の高い医療を確保する観点から医療停止等行政処分を受けた医師に対し再教育を行うことも規定されました。
- 医療の質と安全の確保には、医療従事者個人の問題として捉えるのではなく、組織全体また医療システム全体の問題として捉えたうえで、体系的に安全対策を実施することが重要です。
- 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、保健所など行政機関も医療機関や関係団体等と連携し、医療安全に関する情報提供や立入り検査等を通じて医療事故防止に努めていくことが求められています。

(2) めざす姿

医療情報が十分に提供され、住民・患者が医療機関を適切に選択し、住民・患者と医療従事者の信頼関係のもとに、患者自らの選択による納得した医療が行われています。

また、各医療機関において、医療事故や院内感染の発生が未然に防止されることにより、患者が安全で質の高い医療を安心して受けています。

(3) 取組方向

取組方向1：医療情報の提供による医療機関の適切な選択の支援

取組方向2：住民・患者が納得し適切な医療を選択するための支援

取組方向3：医療の質と安全確保のための支援

取組方向4：医療機関に対する指導および監督

(4) 取組内容

取組方向1：医療情報の提供による医療機関の適切な選択の支援

- 「医療ネットみえ」を活用して、県内全ての医療機関の必要な情報を、患者の視点に立ってわかりやすく掲載していきます。(県)
- 「県民医療意識調査」では、医療機関を選ぶにあたり、インターネットを参考にしていると答えた人は4.1%と低く、「医療ネットみえ」を「利用している」と答えた人は1.5%となっていることから、「医療ネットみえ」の周知とインターネットを利用されない方々への情報提供を、関係機関と連携しながら進めていきます。(医療機関、県)
- 医療機関の広告内容について、法律の規定に違反した内容を医療機関が広告した場合は、立入り検査および広告の中止命令、是正命令を行います。(県)

取組方向2：住民・患者が納得し適切な医療を選択するための支援

- インフォームド・コンセントやセカンドオピニオンによる医療を推進するため、関係団体等と連携し、県民および医療機関に広く制度を周知し、患者の医療に対する主体的な参加を支援します。(県民、医療機関、市町、県)
- 診療記録等の開示にあたっては、個人情報保護法および厚生労働省や日本医師会の診療情報の提供に関する指針を踏まえ、関係団体と連携しながら取り組みます。(医療従事者、医療機関、市町、県)

取組方向 3：医療の質と安全確保のための支援

- 医療機関全体で、医療事故や院内感染の防止、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の整備を推進します。（医療従事者、医療機関）

取組方向 4：医療機関に対する指導および監督

- 県民に安全・安心な医療を提供できる体制を整備するため、保健所など行政機関も医療機関や関係団体等と連携し、医療安全に関する情報提供や立入り検査等を通じて医療事故防止に努めます。（医療機関、県、関係機関）

第4章 事業ごとの医療連携体制

第1節 がん対策

(1) 現状と課題

(がんの疫学)

- 我が国の死因別の死亡者数をみた場合、がん・心疾患・脳血管疾患の三大死因による死亡者数の割合は、全死亡者数の約6割を占め、特にがんによる死亡割合は最も高く、2006年（平成18年）には30.4%と全体のおよそ3分の1を占めています。また、3大死因別の死亡者数の推移をみると、1981年（昭和56年）以降はがんによる死亡者数が第1位であり、年々増加する傾向にあります。
- 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踏まえると、その死亡者数は今後も増加していくと推測されます。
- 三重県においても、1982年（昭和57年）以降、がんは死因の第1位となっており、2006年（平成18年）には、4,718人ががんで死亡しており、部位別死亡者数は、肺、胃、大腸、肝臓の順となっています。
全死亡者数の約3分の1を占めるに至っていますが、がんの年齢調整死亡率については、全国平均と比較して低い状況にあることから、今後もこの状況を維持するとともに、さらなる減少をめざした取組が必要です。

(がんの予防、がんの早期発見)

- がんと生活習慣との関係や、危険因子など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。
- がんの発生を促す要因には、喫煙および食生活等の生活習慣や肝炎ウイルス等感染症など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、禁煙や食生活の見直しといった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方も多い現状にあり、予防活動に積極的に取り組むとともに、がんの早期発見、早期治療を行うことが重要です。
- 県内における老人保健事業に基づくがん検診受診率についてみると、部位別では肺がんが15.4%と最も高くなっていますが、全国平均の22.3%より低く、その他の部位についても全国平均に比べ低い状況にあるなど、今後、がんの早期発見に向けて更なる取組が必要です。
- がんを早期発見するためには、要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制が構築されることが求められるとともに、検診の精度が管理されていることが必要です。

(がんの医療)

- 病院におけるがん診療の対応状況をみると、「がんの確定診断および治療に対応している」病院は47施設（44.8%）となっています。

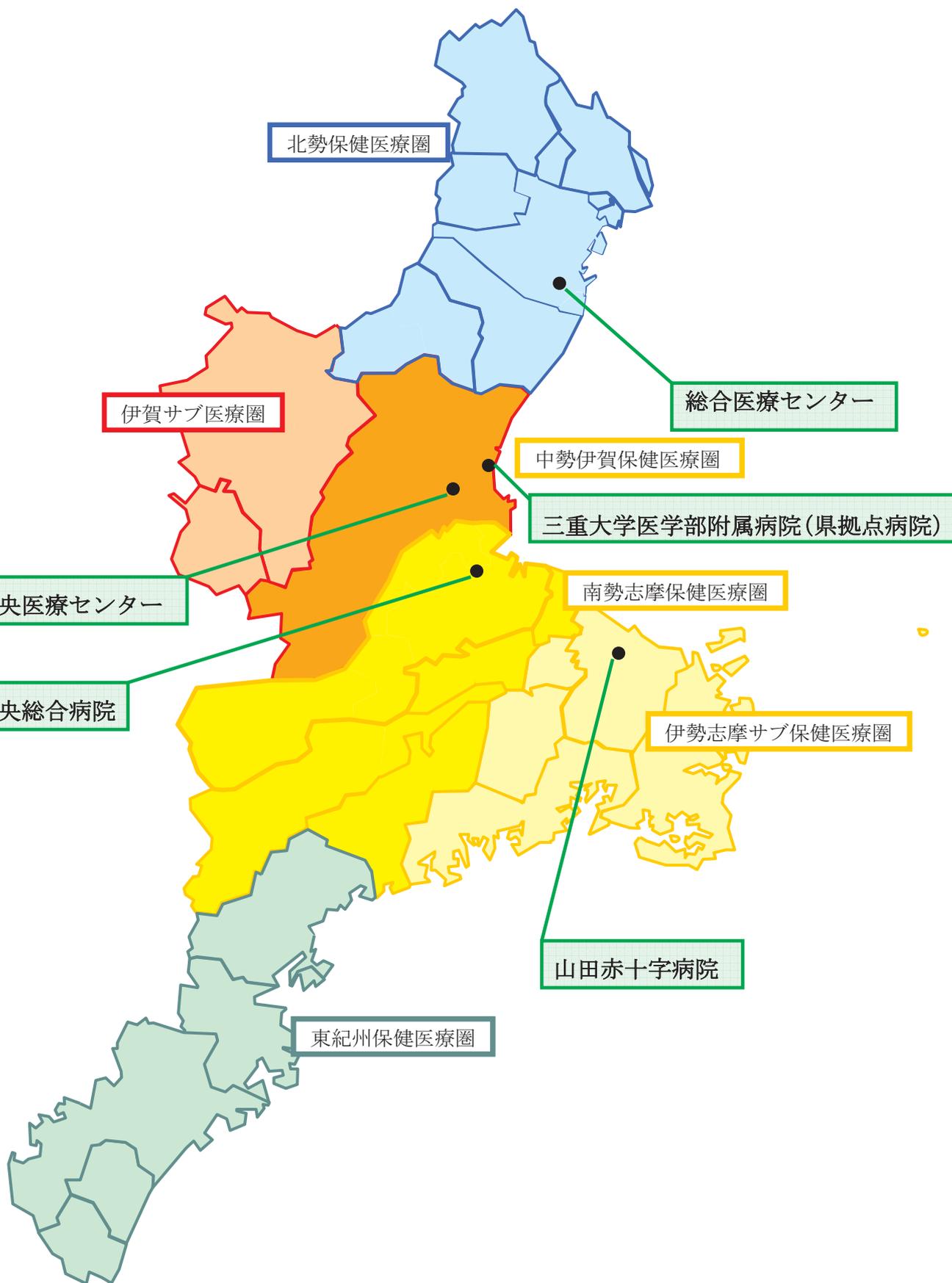
- がん治療の均てん化をはかるために、二次医療圏に概ね1カ所程度整備するとされているがん診療連携拠点病院が5病院指定を受けています。東紀州医療圏については未指定地域となっていますが、南勢志摩医療圏域に2病院を指定することによって補完しています。
- 各医療圏のがん診療連携拠点病院において、専門的ながん医療に携わる人材等の養成を推進することで、地域間の格差なく治療が実施されることが求められています。
- がん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関が相互に連携をすることで、容態の急変時等にも対応できる継ぎ目のない医療を提供するとともに、患者やその家族等からの生活の質の向上をめざすための取組が必要です。
- また、患者とともに治療法を決定していくとともに、患者自らが主治医以外の医師による助言を受けられる体制が求められています。

(がん患者に対する支援について)

- がんは、患者に対し、痛み、全身倦怠感、呼吸困難等の身体症状や不安、苛立ち、うつ状態等の精神症状を与えるとともに、その家族等にも大きな精神的負担を与えます。そのため、緩和ケアにより必要に応じて痛みなどの症状を緩和するとともに、患者と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を総合的に高めることが必要です。
- 各がん診療連携拠点病院において、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が、患者およびその家族に対する不安や疑問に適切に対応するための相談体制の構築について、更なる充実が必要です。相談窓口についての一層の周知啓発が必要です。
- 三重県では、がん患者およびその家族等に対する相談支援窓口として、平成20年1月に、「三重県がん相談支援センター」を設置し、第三者的な立場での相談支援活動を開始しています。今後、各がん診療連携拠点病院のみならず、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とともに、県内のがん医療に関する情報をワンストップで提供できる機能も求められています。
- 緩和ケアの重要性が増すなか、緩和ケアの提供に向けた基盤整備や人材育成等が今後の課題です。
- がん患者の罹患や、転帰その他の状況を把握し、分析することで、がんの罹患率や生存率などのデータを得ることが可能となることから、適切ながん対策の立案につなげるためには、地域がん登録の実施についての検討を進める必要があります。

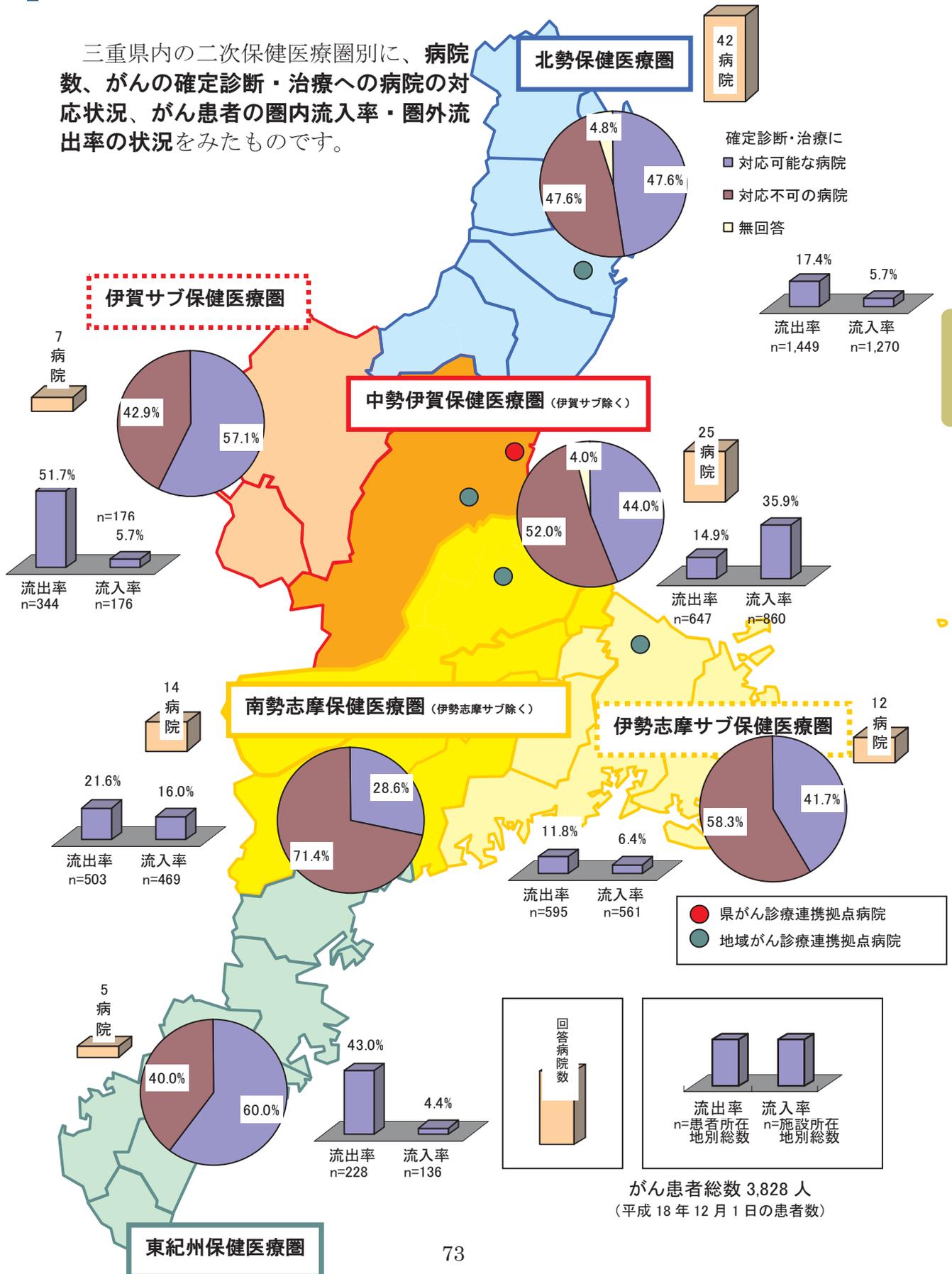
二次保健医療圏	医療資源の状況等
北勢保健医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域がん診療連携拠点病院として県立総合医療センターが指定されています。 ・ 北勢緩和ケア研究会により緩和ケア提供体制の整備を推進しています。
中勢伊賀保健医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県がん診療連携拠点病院として、三重大学医学部附属病院が指定されています。 ・ 地域がん診療連携拠点病院として三重中央医療センターが指定されています。 ・ 中勢緩和ケア研究会により緩和ケア提供体制の整備を推進しています。
南勢志摩保健医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域がん診療連携拠点病院として、松阪中央総合病院、山田赤十字病院が指定されています。 ・ 南勢地域緩和ケアネットワークによる緩和ケア提供体制の整備を推進しています。
東紀州保健医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 圏域内での地域がん診療連携拠点病院の指定はなく、南勢志摩保健医療圏の拠点病院により補完しています。 ・ 中勢緩和ケア研究会により緩和ケア提供体制の整備を推進しています。

三重県のがん診療連携拠点病院



がんの診療の状況

三重県内の二次保健医療圏別に、病院数、がんの確定診断・治療への病院の対応状況、がん患者の圏内流入率・圏外流出率の状況をみたものです。



患者所在医療圏別にみた病院・一般診療所のがん患者数

	総 数			病 院			一般診療所		
	総 数	入 院	外 来	総 数	入 院	外 来	総 数	入 院	外 来
総 数	3,485	1,841	1,630	3,155	1,828	1,322	330	13	308
北勢保健医療圏	1,319	689	626	1,189	685	503	130	4	123
中勢伊賀保健医療圏	870	479	387	781	476	305	89	3	82
伊賀サブ除く	618	331	285	572	328	244	46	3	41
伊賀サブ	252	148	102	209	148	61	43	0	41
南勢志摩保健医療圏	1,043	516	522	958	511	443	85	5	79
伊勢志摩サブ除く	484	264	219	447	260	187	37	4	32
伊勢志摩サブ	559	252	303	511	251	256	48	1	47
東紀州保健医療圏	178	111	66	156	110	46	22	1	20
県 外	62	43	19	60	43	17	2	0	2
不 明	13	3	10	11	3	8	2	0	2

※無回答があるため、数表中の数字の合計と総数欄の数字は一致しないことがあります。

(2) めざす姿

県民、医療機関、関係団体、行政など多様な主体が一体となってがん対策に取り組んでいます。また、がん患者が、進行・再発といったさまざまながんの病態に応じて、安心・納得してがん医療を受けています。

【 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）	今後5年以内に三重県内のがんによる年齢調整死亡率（75歳未満）を全国平均よりもマイナス10%以下とすることを目標とします。	目 標
		72.4
		現 状
		84.3

※ 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

※ 現状は平成17年値（厚生労働省人口動態統計）

(3) 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：がんを早期に発見するためのがん検診の推進

取組方向3：患者の立場に立った質の高いがん医療の提供とがんに関する情報提供

取組方向4：がんと共に生きるための医療や相談体制の充実

(4) 取組内容

取組方向1：がんに罹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

- がんに対する正しい知識を持ち、がんに罹らないため自らが率先して健康的な生活習慣の確立に努めます。(県民)
- 医師会、看護協会等の各種団体は、その専門性を生かし、がん予防の啓発に努めます。(医師会、看護協会)
- 企業等においては、禁煙や分煙等職場環境の改善に努めるとともに、がんに関する知識の普及啓発を行政等と協働して進めます。(事業主、保険者)
- 県民に対し、がんに関する知識の普及啓発を進め、県民自らが生活習慣の改善に取り組むことができるよう支援します。(がん診療連携拠点病院、市町、県、)
- 未成年者の喫煙率0%を目標に、喫煙防止教育を関係機関と協力し推進します。(市町、県、関係機関)

取組方向2：がんを早期に発見するためのがん検診の推進

- がんを早期に発見するため、積極的にがん検診を受診するとともに、がんを早期に治療するため、がんが発見された場合には速やかに医療機関を受診します。(県民)
- がん検診の精度管理に努めるとともに、検診従事者に対する研修を実施・受講するなど、検診の質の向上に努めます。(医療機関、検診機関、市町、県)
- 医師会、看護協会等の各種団体は、その専門性を生かし、県民に対しがん検診の受診啓発を行うとともに、検診精度の向上に努めます。(医師会、看護協会)
- 県民に対し、がん検診の重要性に関する普及啓発を進め、受診勧奨および受診状況の把握に努めます。要精検者に対しては精密検査の受診勧奨を行うとともに、受診状況の把握に努めます。(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の提供とがんに関する情報提供

- 適切ながん診断と治療が行えるよう医療従事者に対する研修を実施・受講するなどがん医療の質の向上に努めるとともに、医療施設間での連携体制の構築をはかり、地域での医療提供体制の整備に努めます。(医療機関)
- インフォームド・コンセントを積極的に進め、患者とともに、がんを治療する体制の構築に努めます。(医療機関、がん診療連携拠点病院、医

師会、看護協会等)

- 地域におけるがん医療の質の向上をはかるため、かかりつけ医などを対象とした研修を積極的に行うとともに、連携体制を構築します。(がん診療連携拠点病院)
- がんに関する専門医、特に放射線療法、化学療法について専門医を育成するため、研修に積極的に参加し、医療従事者の質の向上をはかります。(がん診療連携拠点病院)
- 治療の初期からの緩和ケア体制の充実をはかります。(医療機関、がん診療連携拠点病院、医師会、看護協会等)
- がん医療に携わる医療従事者の育成に向け支援を行うとともに、県外の先進的な医療機関との連携を進めます。(県)
- がん診療連携拠点病院を中心とした医療提供体制を構築します。(県)

取組方向4：がんと共に生きるための、医療や相談体制の充実

- 院内がん登録の整備をはかり、5年生存率を把握するとともに、がん医療に関する情報提供に努めます。(医療機関、がん診療連携拠点病院)
- 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、在宅医療の充実をはかります。(がん診療連携拠点病院、緩和ケア外来を実施する医療機関、在宅療養支援診療所)
- 患者やその家族等に治療等に関する情報提供を積極的に行うとともに、相談窓口の充実に取り組みます。(がん診療連携拠点病院、市町、県)
- 患者やその家族と患者支援団体などとのネットワーク化を推進するとともに医療関係者との連携体制の構築を進めます。(がん診療連携協議会、市町、県、)
- 地域がん登録の実施に向けての検討を進めます。(医療機関、がん診療連携協議会、医師会、県)

第2節 脳卒中对策

(1) 現状と課題

- 脳卒中は急激に発生した脳血管疾患であり、悪性新生物、心疾患について三重県内における死因の第3位を占め、高齢者の寝たきりの主要原因疾患となっており、平成17年に救急車によって搬送された急病患者的の内、10.2%、4,162人を占めています。
なお、三重県の脳血管疾患（脳梗塞およびその他の脳血管疾患）の受療率（人口10万人あたりの推計患者数）は、減少傾向にあり、全国より低い状況です。
- 平成18年人口動態統計によると、県内では年間2,022人（全国：128,268人）が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡者数全体の11.8%（全国：11.8%）を占めています。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56.4（全国平均57.8）、女性34.6（全国平均33.4）であり、女性がやや高い数値となっています。
- 脳卒中は、死を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、認知障害などの後遺症が残ることがあります。平成16年度国民生活基礎調査によると、介護が必要になった者の25.7%は脳卒中などの脳血管疾患が原因であり、原因疾患の第1位を占めています。
- 平成18年10月療養病床アンケート調査の結果、療養病床の入院患者の主傷病名をみると、脳出血、脳梗塞などの脳血管疾患が43.8%と最も多くを占めています。
- 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コントロールが重要です。また、糖尿病、喫煙、不整脈など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。
- 脳卒中は発症後に後遺症が残ることも多く、患者および家族の日常生活に与える影響は大きいと言えることから、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言われており、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とされています。

(脳卒中の医療体制)

- 県内の脳卒中患者4,616人を患者所在地医療圏別でみると、北勢保健医療圏が1,763人と最も多くなっています。
- 保健医療圏別に、脳卒中患者の流出入状況をみると、流出率は東紀州保健医療圏が36.8%と最も高くなっており、流入率は中勢伊賀保健医療圏が19.0%で最も高くなっています。

患者所在医療圏別にみた脳卒中患者数

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	流出数	流出率
総数	4,616	1,690	1,287	1,241	190	208	497	10.8%
北勢	1,763	1,591	70	1	0	101	172	9.7%
中勢伊賀	1,143	29	1,042	28	0	44	101	8.9%
南勢志摩	1,302	4	112	1,184	2	0	118	9.1%
東紀州	288	4	16	23	182	63	106	36.8%
県外	120	62	47	5	6			
流入数		99	245	57	8			
流入率		5.9%	19.0%	4.6%	4.2%			

資料：「平成18年三重県患者受療動向調査」

- 各保健医療圏における病院の脳卒中診療状況は、以下のとおりであり、保健医療圏域ごとに差異があります。

各保健医療圏ごとの病院における脳卒中診療への対応状況

(単位：病院数)

医療圏 病期	北勢	中勢伊賀 (伊賀サブ除く)	伊賀 サブ	南勢志摩 (伊勢志摩 サブ除く)	伊勢志摩 サブ	東紀州	県全体
急性期	13	10	2	2	4	2	33
回復期	20	13	2	6	8	3	52
維持期	20	11	4	7	7	2	51

- 回復期リハビリテーションの病床数は、平成18年10月1日現在一般病床が106床、療養病床が297床の計403床となっています。人口10万人あたりで見ると、22床と全国平均の31床を下回っています。
保健医療圏別では、中勢伊賀（伊賀サブ含む）、伊勢志摩サブ、東紀州の保健医療圏で回復期リハビリテーション病床が特に不足している状況にあり、その整備が必要です。

回復期リハビリテーション（一般病床、療養病床）の状況

保健医療圏名	回復期リハ病床数	病院数
北 勢	252	5
中勢伊賀	106	1
南勢志摩	45	1
東紀州	0	0
全 体	403	7

各保健医療圏における回復期リハ等の受入状況

	北勢	中勢伊賀 (伊賀サブ 除く)	伊賀 サブ	南勢志摩 (伊勢志摩 サブ除く)	伊勢志摩 サブ	東紀州	県全体
回復期の受 入れ範囲(入 院・外来)	18病院	11病院	1病院	5病院	7病院	2病院	44病院
回復期の受 入れ(入院)		1病院					1病院
回復期の受 入れ(外来)	2病院	1病院	1病院	1病院	2病院		7病院
リハビリ目 的入院可能	18病院	10病院		5病院	6病院		39病院
リハビリ目 的入院で きる病床数	11病院 317床	7病院 419床	0病院 0床	4病院 246床	5病院 186床	0病院 0床	27病院 1168床

各保健医療圏ごとの脳卒中専門病棟やSCU(※)または準じる専用病床数

	北勢	中勢伊賀 (伊賀サブ 除く)	伊賀 サブ	南勢志摩 (伊勢志摩 サブ除く)	伊勢志摩 サブ	東紀州	県全体
脳卒中専門病 棟等設置病院	3病院	2病院	1病院	4病院	2病院		12病院
SCU又は準じた 専門病床	2病院 10床	1病院 6床	1病院 4床	2病院 14床	1病院 8床		7病院 42床
急性期リハビ リテーション の実施病院	13病院	6病院	2病院	2病院	2病院	1病院	26病院
院内連携パス 整備病院	10病院	9病院	1病院	3病院	3病院	1病院	27病院

※ SCU(stroke care unit): : 脳卒中専用集中治療室

- 脳梗塞では、血栓を溶かす薬物療法である t-PA（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 3 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再構築する必要があります。

脳卒中の種類別の治療方法の実施状況

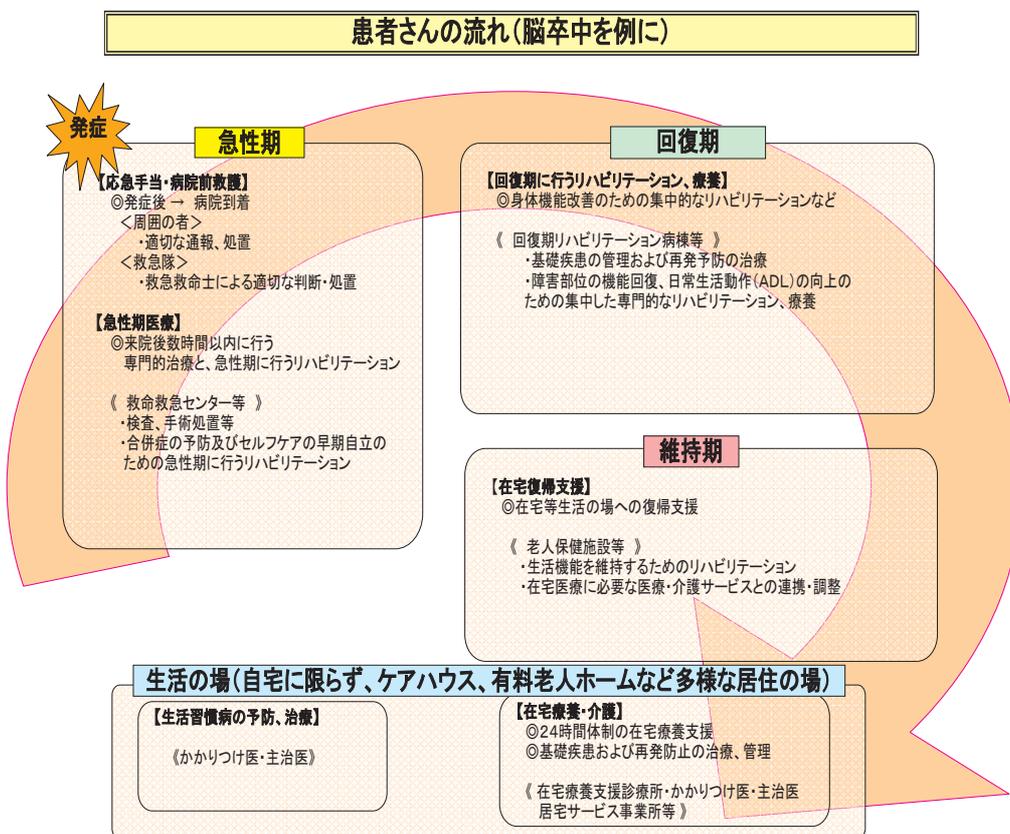
(単位：施設数)

脳卒中の種類	方法	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県全体
脳出血	脳内血腫摘出術	8	4	4	1	17
くも膜下血腫	脳血管内手術	6	3	4	0	13
	脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング術	8	4	4	1	17
脳梗塞	開頭術	7	4	4	0	15
	t-PA を用いた経静脈的血栓溶解術	6	5	5	0	16
	経皮的脳血管形成術	6	3	4	0	13
	選択的脳血栓・塞栓溶解術	7	5	4	0	16

(脳卒中中の地域医療連携)

- 脳卒中医療における地域医療連携には、急性期から維持期に至るまでのリハビリテーションシステムが確立されていることが大切です。
- 脳卒中診療はリハビリテーションの観点から、①急性期②回復期③維持期の3つの病期に分けられ、
 - ①普段の健康管理と再発予防を行う「かかりつけ医」
 - ②急性期の治療を行う「急性期病院」
 - ③回復期のリハビリテーションを行う「リハビリテーション専門病院」
 - ④維持期のリハビリやケアを行う「療養病床」や「老人保健施設」
 が互いに連携し、地域の実情にあったリハビリテーションのネットワークを構築していく必要があります。

脳卒中地域連携図



- 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。
- また、県全域を対象にした三重脳卒中医療連携研究会が設立され、地域連

携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。

- こうした急性期、回復期の連携に加えて、維持期を担う医療療養病床、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、ケアマネージャー等との連携も必要です。
- 脳卒中に関する治療や医療資源の状況等を勘案すると、今後は、脳卒中に対応する医療連携圏域を設定して、病院前救護を含む急性期、回復期、維持期および在宅でのケアが切れ目なく提供できる医療連携体制を、それぞれの圏域で構築していく必要があります。

脳卒中医療連携圏域

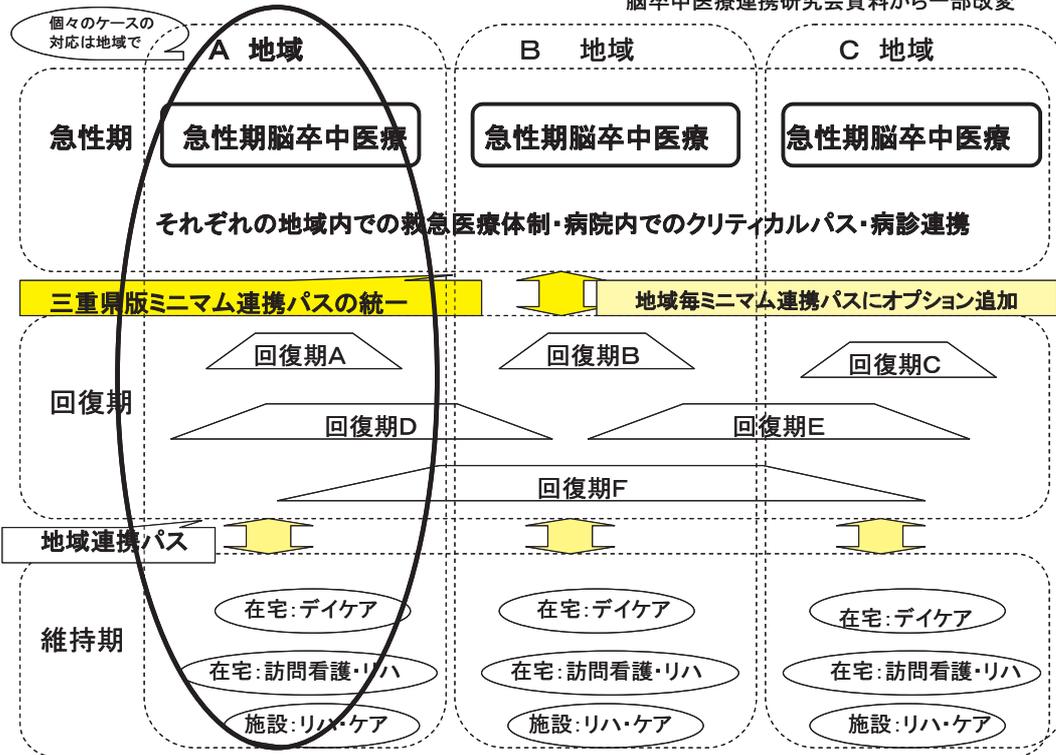
圏域	医療資源の状況等
桑名・員弁地域	・急性期病院、回復期の病院、維持期の病院、老人保健施設、訪問看護ステーションも一定程度整備されています。
四日市地域	・中心となる急性期病院として、救命救急センターの機能を有する県立総合医療センターや、市立四日市病院があり、回復期、維持期の病院も整備されています。 ・地域医療連携システムの構築に向けて、四日市地域の脳神経外科医、神経内科医、リハビリテーション専門医等が参加した地域脳卒中医療連携研究会が設立され、急性期・回復期の脳卒中医療の連携の仕組みが構築されつつあります。
鈴鹿・亀山地域	・急性期病院として、鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院があり、回復期、維持期の病院も一定程度整備されています。
津地域	・中心となる急性期病院として、三重大学医学部附属病院、三重中央医療センターがあり、回復期の病院も一定程度整備されていますが、二次救急体制の充実が課題となっています。 ・中南勢地域において脳神経外科医、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、地域における急性期・回復期の脳卒中医療の連携の仕組みが構築されつつあります。
伊賀・名張地域	・岡波総合病院が脳神経外科を有し、地域での二次輪番体制も構築されていますが、急性期医療のさらなる充実が必要です。 ・回復期リハを担う病床がないことから、その整備が課題です。 ・津や鈴鹿・亀山の急性期病院（三重大学医学部附属病院、三重中央医療センター、鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院）と連携した急性期対応も必要です。

松阪地域	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院として、松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院があり、回復期病床を有する病院も一定程度整備されています。 ・中南勢地域において脳神経外科医、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、地域における急性期・回復期の脳卒中医療の連携の仕組みが構築されつつあります。
伊勢志摩地域	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院として、救命救急センター機能を有する山田赤十字病院がありますが、回復期病床等の整備が課題となっています。 ・中南勢地域において脳神経外科医、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、地域における急性期・回復期の脳卒中医療の連携の仕組みが構築されつつあります。
紀北地域	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の急性期を担う尾鷲総合病院に脳神経外科医や神経内科医がいないことから、その確保が課題となっています。 ・松阪地域等の急性期病院との連携をはかる必要があります。 ・回復期病床がないことから、その整備が課題です。
紀南地域	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の急性期を担う紀南病院には常勤の脳神経外科医、神経内科医がいないことから、その確保が課題となっています。 ・脳卒中が疑われた急患患者についてCT等により撮影した画像を、医療情報ネットワークにより、和歌山県新宮医療センターへ送信し、診断および治療は新宮医療センターで、回復期・維持期の治療は紀南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。 ・回復期病床がないことから、その整備が課題です。

※上記の圏域は、脳卒中治療の地域完結型をめざして設定したのですが、現在の本県の救急医療あるいはリハビリテーション医療の整備状況を勘案すると、当面は急性期医療から回復期まで、複数（例えば、津と伊賀・名張等）の圏域の病院により地域連携クリティカルパスを構築することが必要です。

三重県における脳卒中連携のアウトライン(案)

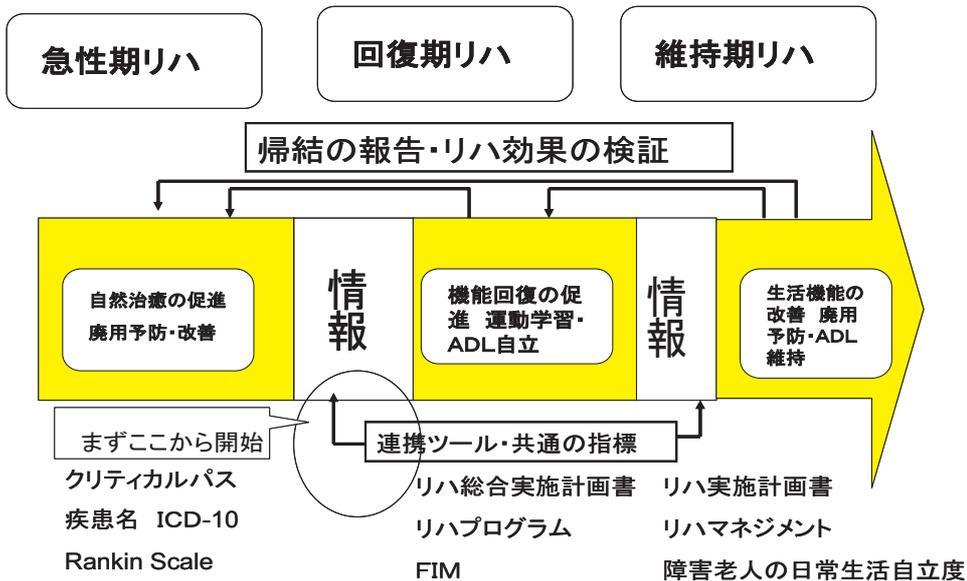
脳卒中医療連携研究会資料から一部改変



- 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、維持期リハおよび在宅でのケアを担う各機関が連携のツール、共通の指標、リハ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ことが必要です。

地域連携パス(リハビリテーションの立場から)

脳卒中医療連携研究会資料を一部改変



(2) めざす姿

多くの県民が、脳卒中予防のための知識を持つとともに、バランスの取れた食生活と適度な運動などにより、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3時間以内に専門的な診療を開始できるよう、二次、三次の救急医療体制が再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それぞれの圏域に整備されています。

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、かかりつけ医などによる継続的な在宅医療、訪問看護などが受けられます。

【 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	脳血管疾患の年齢調整死亡率を現状以下かつ平成18年の全国平均以下に低減することを目標とします。	目 標
		男性 56.7 以下 女性 33.4 以下
		現 状
		男性 56.7 女性 34.6
地域連携クリティカルパスの導入地域数	脳卒中医療連携圏域ごとに地域連携クリティカルパスを導入することを目標とします。	目 標
		9
		現 状
		0

(3) 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：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の連携システムの構築

取組方向4：回復期リハビリテーション、地域ケアの充実

(4) 取組内容

取組方向1：発症予防対策の充実

- 「ヘルシーピープルみえ21」の普及啓発により、脳卒中予防について県民への正しい知識の浸透をはかるとともに、バランスのとれた食生活

や運動習慣の定着など生活習慣病の予防に取り組みます。

(県民、市町、県等)

- 脳卒中の危険因子であ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、健康診断の受診率の向上をはかるとともに、住民への保健指導を充実します。

(県民、医療機関、保険者、市町、県)

- 脳卒中発症の危険因子である高血圧、糖尿病、高脂血症、不整脈など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救急医療体制の構築

- できるだけ多くの県民が救命救急対応を行えるよう、救命講習の機会の多様化や実施機関の拡充をはかります。(県民、消防機関、市町、県)

- 急性期医療を担う医療機関へ脳卒中発症後2時間以内に搬送が可能となるよう、二次救急医療体制、三次救急医療体制の再整備に取り組みます。

(医療機関、市町、県等)

- 地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール等に従って、患者に対する適切な観察・判断・処置を行います。

(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のシステムの構築

- 脳卒中専門チームが従事する救急病院を脳卒中センター（仮称）として指定することを検討するとともに、機能の充実に取り組みます。

(医療機関、市町、県)

- それぞれの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三重県脳卒中医療連携研究会等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、県等)

- 東紀州保健医療圏については、脳神経外科医、神経内科医、リハビリ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に努めるとともに、松阪地域の医療機関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)

取組方向4：回復期リハビリテーション、地域ケア体制の充実

- 本県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ます。

(医療機関、市町、県)

- 各保健医療圏域単位で、急性期・回復期・維持期の各ステージ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を構築します。
(医療機関、介護機関、地域包括支援センター、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おくれるよう、かかりつけ医や介護保険サービス事業者（ケアマネージャー、訪問看護・リハビリテーション、訪問介護など）との情報交換を促進します。
(医療機関、介護機関、市町、県)
- 在宅療養患者に対する支援を進めるため、患者からの連絡を24時間体制で受け、往診や訪問看護などを行う在宅療養支援診療所の設置を促します。
(医療機関、市町、県)
- 三重県脳卒中医療福祉連携懇話会では、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、研究などを行います。
(医療機関、福祉機関、県等)

第3節 急性心筋梗塞対策

(1) 現状と課題

○ がんに次いで県内の死因の第2位であり、全国で年間約25万人が発症していると推定されています。うち少なくとも14%以上が病院外で心停止となっており、その大部分は心室細動などの致死的不整脈が原因です。発症直後にできるだけ早く診断、治療を行うとともに、病院前救護から在宅医療に至る診療体制を整備することが死亡率の低減と早期の社会復帰の実現に必要です。

○ 平成18年厚生労働省人口動態統計によると、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考慮した死亡率)は男性32.1(全国平均24.0)、女性15.1(全国平均10.7)となっています。

○ 平成17年に県内で救急車により搬送された救急患者の11.0%、4,492名が心疾患です。

○ 急性心筋梗塞を発症した患者の救命率を高めるには、発症直後に迅速な救急要請を行うこと、また、発症現場において救急隊到着までに心肺蘇生法の実施やAED(自動体外式除細動器)の使用を的確に行うことが不可欠となります。

県内行政機関でのAED設置状況は、県有施設が146台、市町有施設等が515台(平成19年7月三重県健康福祉部調べ)となっています。

県内の普通救命講習の平成17年の受講者は28,127人となっています。

(心筋梗塞の医療体制)

○ 保健医療圏別に、病院・一般診療所の虚血性心疾患(急性心筋梗塞を含む)患者の流出入の状況をみると、流出率は東紀州保健医療圏が28.0%と最も高くなっており、流入率は中勢伊賀保健医療圏が11.3%となっています。

患者所在医療圏別にみた虚血性心疾患患者数

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	流出数	流出率
総数	1,394	632	301	389	37	35	99	7.1%
北勢	640	608	15	1	0	16	32	5.0%
中勢伊賀	306	16	267	12	1	10	39	12.6%
南勢志摩	380	1	11	366	0	2	14	3.7%
東紀州	49	0	0	7	35	7	14	28.0%
県外	19	7	8	3	1			
流入数		24	34	23	2			
流入率		3.8%	11.3%	5.9%	5.4%			

- 病院・一般診療所の虚血性心疾患（急性心筋梗塞を含む）患者 1,369 人を患者所在医療圏別にみると、北勢保健医療圏が 624 人と最も多くなっています。

患者所在医療圏別にみた病院・一般診療所の虚血性心疾患患者数

	総 数			病 院			一般診療所		
	総 数	入 院	外 来	総 数	入 院	外 来	総 数	入 院	外 来
総 数	1,369	324	1,032	747	314	429	622	10	603
北勢保健医療圏	624	175	446	363	168	194	261	7	252
中勢伊賀保健医療圏	296	48	244	127	46	80	169	2	164
南勢志摩保健医療圏	378	87	287	225	86	138	153	1	149
東紀州保健医療圏	42	8	34	16	8	8	26	0	26
県 外	19	6	12	15	6	8	4	0	4
不 明	10	0	9	1	0	1	9	0	8

※無回答があるため、数表中の数字と総数の数字は一致しないことがあります。

- 治療経過の割合をみると、入院・外来ともに「不変」の割合が最も高くなっています。また、一般診療所の外来における「軽快」が 27.9%と、病院の外来における「軽快」14.7%よりも高い割合を示しています。

治療経過別にみた病院・一般診療所の虚血性心疾患患者数【実数・割合】

	総 数				病 院				一般診療所			
	入 院		外 来		入 院		外 来		入 院		外 来	
	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
総 数	324	100.0%	1,032	100.0%	314	100.0%	429	100.0%	10	100.0%	603	100.0%
治 癒	6	1.9%	13	1.3%	6	1.9%	2	0.5%	0	0.0%	11	1.8%
軽 快	74	22.8%	231	22.4%	72	22.9%	63	14.7%	2	20.0%	168	27.9%
寛 解	12	3.7%	62	6.0%	12	3.8%	31	7.2%	0	0.0%	31	5.1%
不 変	222	68.5%	621	60.2%	215	68.5%	290	67.6%	7	70.0%	331	54.9%
増 悪	4	1.2%	28	2.7%	3	1.0%	9	2.1%	1	10.0%	19	3.2%
死 亡	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
無回答	6	1.9%	77	7.5%	6	1.9%	34	7.9%	0	0.0%	43	7.1%

※ 数表中の割合の合計値と内訳は四捨五入の関係で一致しないことがあります。

- 病院における冠状動脈疾患専用病棟の設置状況をみると、「設置していない」が全体の 76.2%を占めています。なお、「CCU またはそれに準じた専用病棟を設置している」のは 11 病院 (10.5%) となっています。

各保健医療圏における冠状動脈専用病棟の設置状況

医療圏	北 勢	中勢伊賀 (伊賀サブ除 く)	伊賀サブ	南勢志摩 (伊勢志摩 サブ除く)	伊勢志摩 サブ	東紀州	県全体
CCU又はそれに準じた専用病棟を設置	2病院 (7床)	1病院 (3床)	1病院 (3床)	3病院 (14床)	3病院 (12床)	1病院 (3床)	11病院 (42床)
主として急性心筋梗塞を受け入れる病棟を決めている	7病院	1病院	2病院				10病院

資料：「平成18年三重県医療機能実態調査」

- 各保健医療圏別の心筋梗塞の治療方法別の施設数は以下のとおりです。

急性心筋梗塞の種類・治療方別の施設数・実施率・実施件数

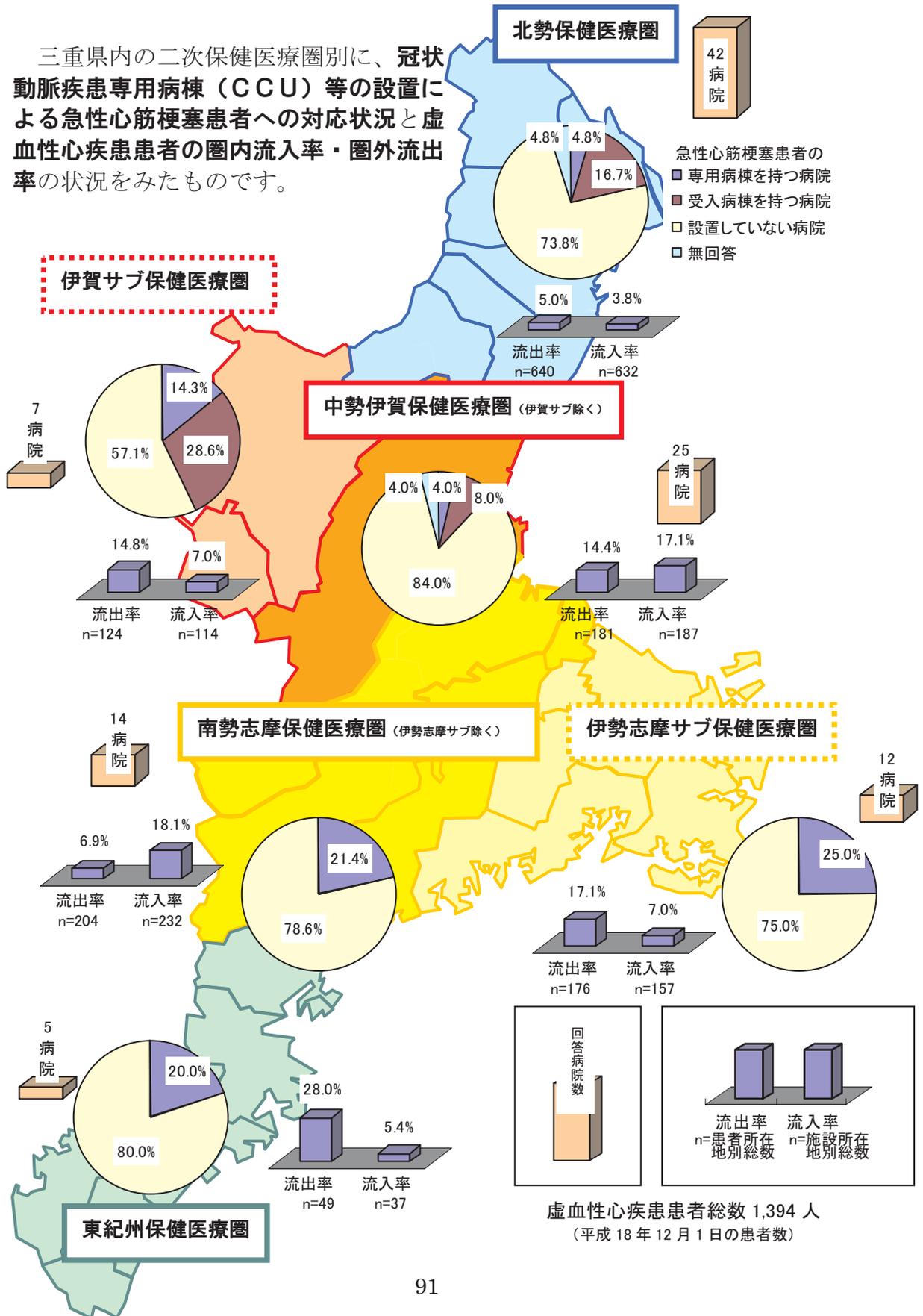
(単位：病院数)

医療圏	北 勢	中勢伊賀 (伊賀サブ除く)	伊賀サブ	南勢志摩 (伊勢志摩サブ除く)	伊勢志摩サブ	東紀州	県全体	実施率	実施件数
経静脈的血栓溶解療法	5	2	0	2	2	0	11	10.80%	24
冠動脈内血栓溶解療法	3	2	0	2	2	0	9	8.60%	3
経皮的冠動脈形成術	8	2	3	3	3	1	20	19.00%	1,286
経皮的冠動脈粥腫切除術	3	1	0	2	1	0	7	6.70%	101
経皮的冠動脈形成術 (高速回転式経皮経管 アテレクトミーカテー テルによるもの)	2	1	0	1	1	0	5	4.80%	104
経皮的冠動脈ステ ント留置術	8	2	1	3	3	1	18	17.10%	1,734
経皮的冠動脈血栓 吸引術	6	2	1	2	2	0	13	12.40%	142
大動脈バルーンパ ンピング法	8	2	3	3	3	0	19	18.10%	217
冠動脈形成術	3	1	0	1	0	0	5	4.80%	0
冠動脈、大動脈バ イパス移植術	4	1	1	2	1	0	9	8.60%	223
動脈、大動脈バ イパス移植術	2	2	1	2	1	0	8	9.50%	97

資料：「平成18年三重県医療機能実態調査」

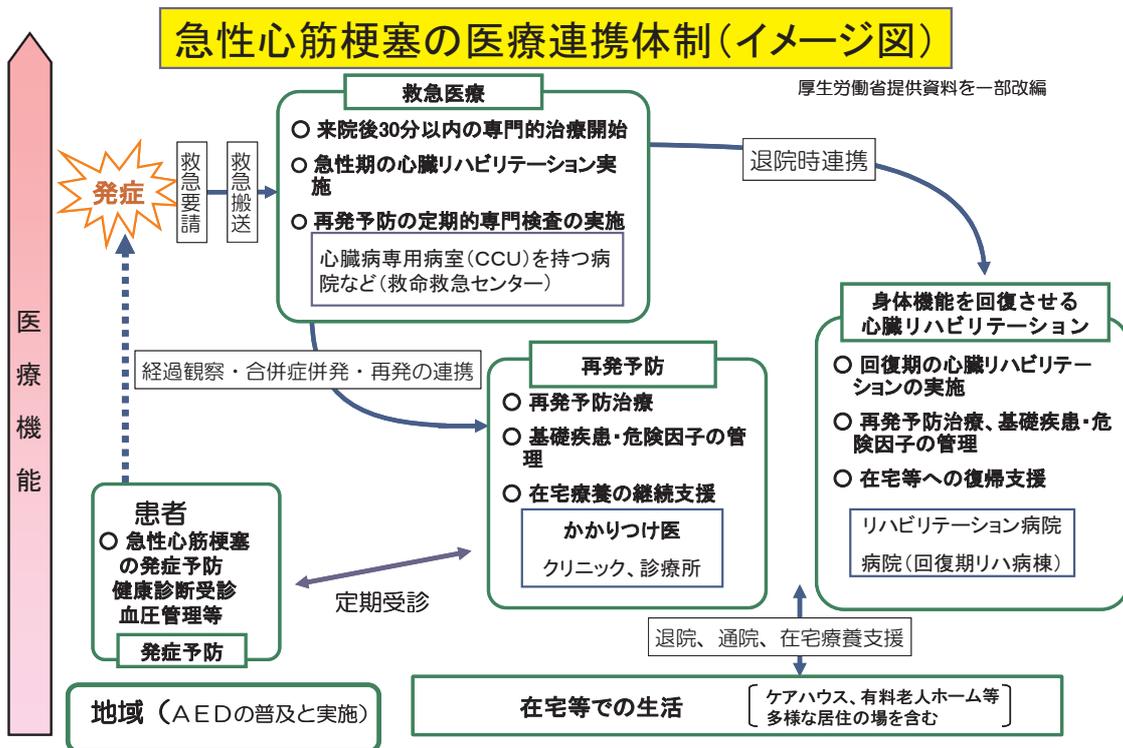
急性心筋梗塞の診療の状況

三重県内の二次保健医療圏別に、冠状動脈疾患専用病棟（CCU）等の設置による急性心筋梗塞患者への対応状況と虚血性心疾患患者の圏内流入率・圏外流出率の状況をみたものです。



(急性心筋梗塞の医療連携体制)

- 急性心筋梗塞に対する医療については、血圧管理から、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、再発予防の治療といった一連の流れが、とぎれなく実施されることが必要です。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などの連携体制を構築する必要があります。



(急性心筋梗塞の医療圏域の設定)

- 急性心筋梗塞に対する医療は、CCU (冠状動脈疾患専用病棟) 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様の範囲で実施することが適切だと考えられます。

急性心筋梗塞の医療圏域

医療圏域	医療資源の状況等
桑名・員弁地域	冠状動脈専用集中治療に関する 専用病床を設置している病院 (1) 病棟を決めている病院 (3)
四日市地域	冠状動脈専用集中治療に関する 専用病床を設置している病院 (1) 病棟を決めている病院 (2)

鈴鹿・亀山地域	冠状動脈専用集中治療に関する病棟を決めている病院（2）
津地域	冠状動脈専用集中治療に関する専用病床を設置している病院（1） 病棟を決めている病院（1）
伊賀・名張地域	冠状動脈専用集中治療に関する専用病床を設置している病院（1） 病棟を決めている病院（2）
松阪地域	冠状動脈専用集中治療に関する専用病床を設置している病院（3）
伊勢志摩地域	冠状動脈専用集中治療に関する専用病床を設置している病院（3）
東紀州地域	冠状動脈専用集中治療に関する専用病床を設置している病院（1）

（2）めざす姿

急性心筋梗塞を発症した患者に対して、周囲の者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。

また、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	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率を平成18年の全国平均まで低減することを目標とします。	目 標
		男性 24.0 以下 女性 10.7 以下
		現 状
		男性 32.1 女性 15.1

（3）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

（4）取組内容

取組方向1：発症予防対策の充実

- 「ヘルシーピープルみえ21」の普及啓発により、急性心筋梗塞についての県民への正しい知識の浸透をはかるとともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着など生活習慣病の予防に取り組みます。
(県民、市町、県等)
- 急性心筋梗塞の危険因子である内臓脂肪症候群(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はかるとともに、住民への保健指導を充実します。(県民、医療機関、保険者、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、不整脈など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患者に一番近い者(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、普通救命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、市町、県、関係機関)
- 急性期医療を担う医療機関へ発症後の患者を速やかに搬送できるように二次および三次救急医療体制の充実をはかります。
(医療機関、市町、県)
- 地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール等に従って、患者に対する適切な観察・判断・処置を行います。(医療機関、消防本部、関係機関)

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

- 急性心筋梗塞に係る適切な医療圏域における地域連携クリティカルパスの構築を行います。(医療機関等)

第4節 糖尿病対策

(1) 現状と課題

(糖尿病の疫学)

- 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Ⅰ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Ⅱ型糖尿病に大別されます。糖尿病の治療は、Ⅰ型糖尿病とⅡ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。
- 全国で糖尿病が強く疑われている者は約740万人であり、過去5年間で50万人が増加するなど「国民病」と言っても過言ではない病気です。また、糖尿病の患者は、高血圧、高コレステロール血症、あるいは肥満であることが多く、これらの因子がそろると「脳卒中」や「心筋梗塞」になる可能性が非常に高くなると言われています。
- 平成18年人口動態統計によると、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7.2（全国平均7.2）、女性4.3（全国平均3.7）となっており、糖尿病対策を強力に推し進める必要があります。
- 三重県の10万人あたりの糖尿病による外来受診者は、1日あたり186人あり、全国で4位と非常に高い状況にあります。（厚生労働省発表平成17年数値）
- 健診などによって、糖尿病やその疑いがあるとされた場合は、早期に受診し適切な治療を開始することが糖尿病の重症化、網膜症、腎症等の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管理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。

(糖尿病の医療体制)

- 保健医療圏別に、糖尿病患者の流出入状況をみると、流出率は東紀州保健医療圏で17.8%と最も高くなっています。次いで、北勢保健医療圏が6.4%となっています。
流入率は中勢伊賀保健医療圏が10.8%と最も高くなっています。

各保健医療圏域別糖尿病患者流出率

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	流出数	流出率
総数	3,274	1,163	837	950	229	95	208	6.4%
北勢	1,207	1,130	40	1	2	34	77	6.4%
中勢伊賀	786	15	747	4	0	20	39	4.9%
南勢志摩	977	2	33	932	1	9	45	4.6%
東紀州	268	1	3	11	220	33	48	17.8%
県外	37	15	14	2	6			
流入数		33	90	18	9			
流入率		2.8%	10.8%	1.9%	3.9%			

治療経過別にみた病院・一般診療所の糖尿病患者数

	総数				病院				一般診療所			
	入院	割合	外来	割合	入院	割合	外来	割合	入院	割合	外来	割合
総数	408	100.0%	2,730	100.0%	384	100.0%	924	100.0%	24	100.0%	1,806	100.0%
治癒	1	0.2%	3	0.1%	1	0.3%	1	0.1%	0	0.0%	2	0.1%
軽快	52	12.7%	333	12.2%	43	11.2%	42	4.5%	9	37.5%	291	16.1%
寛解	34	8.3%	136	5.0%	34	8.9%	52	5.6%	0	0.0%	84	4.7%
不変	303	74.3%	2,163	79.2%	292	76.0%	792	85.7%	11	45.8%	1,371	75.9%
増悪	6	1.5%	57	2.1%	4	1.0%	13	1.4%	2	8.3%	44	2.4%
死亡	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
無回答	12	2.9%	37	1.4%	10	2.6%	24	2.6%	2	8.3%	13	0.7%

- 糖尿病の治療・指導を実施している医療機関は81病院、392診療所となっており、病院の77.1%、診療所の33.4%が実施しています。人口10万人あたりの実施病院数をみると、中勢伊賀保健医療圏（伊賀サブ除く）が最も高く5.9病院、伊賀サブが最も低く3.0病院となっていますが各医療圏域で大きな差異はない状況にあります。

各保健医療圏の病院・診療所における糖尿病の治療・指導状況

機能	医療圏	北勢	中勢伊賀 (伊賀サブ除く)	伊賀サブ	南勢志摩 (伊勢志摩サブ除く)	伊勢志摩サブ	東紀州	県全体
病院数		33	17	4	11	12	4	81
人口10万対 実施病院数		4	5.9	3	4.5	5	4.7	4.3
診療所数		157	64	39	48	60	24	392
人口10万対 実施診療所数		19.1	22.2	29.5	19.7	24.8	28.2	20.9

資料：「平成18年三重県医療機能実態調査」

- 糖尿病の治療、指導を実施している病院について教育入院・糖尿病教室（日帰り）の実施状況をみると、県内の60病院で実施されており、74%の病院

で教育入院と日帰り教室のいずれか、もしくは両方が行われています。人口10万人あたりの実施率は、中勢伊賀保健医療圏（伊賀サブ除く）が最高で4.5病院となっており、伊賀サブ、東紀州保健医療圏は2.3病院と少ない状況にあります。

各保健医療圏の病院の糖尿病の教育入院・糖尿病教室等の実施状況

（単位：病院数）

医療圏	北勢	中勢伊賀 (伊賀サブ除く)	伊賀サブ	南勢志摩 (伊勢志摩サブ除く)	伊勢志摩サブ	東紀州	県全体
教育入院のみ	12	3	1	3	4	0	23
教育入院、糖尿病教室両方実施	11	6	2	2	5	1	27
日帰り教室のみ	2	4	0	2	1	1	10
人口10万対実施医療機関数	3.04	4.5	2.3	2.9	4.1	2.3	3.2

各保健医療圏の診療所の糖尿病の教育入院・糖尿病教室等の実施状況

（単位：診療所数）

医療圏	北勢	中勢伊賀 (伊賀サブ除く)	伊賀サブ	南勢志摩 (伊勢志摩サブ除く)	伊勢志摩サブ	東紀州	県全体
教育入院のみ	3	2	1	0	0	0	6
教育入院、糖尿病教室両方実施	3	0	0	0	1	0	4
日帰り教室のみ	17	7	6	1	6	1	38

- 糖尿病の病院、診療所での各種指導（運動指導、栄養指導、禁煙指導、生活指導）の実施状況は、下記のとおりとなっています。

各保健医療圏の病院の糖尿病についての各種指導実施状況

（単位：病院数）

医療圏	北勢	中勢伊賀 (伊賀サブ除く)	伊賀サブ	南勢志摩 (伊勢志摩サブ除く)	伊勢志摩サブ	東紀州	県全体
運動指導	25	12	2	6	9	1	55
栄養指導	25	13	2	7	10	2	59
禁煙指導	22	11	2	5	5	1	46
生活指導	25	13	2	6	9	2	57

各保健医療圏の診療所の糖尿病についての各種指導実施状況

（単位：診療所数）

医療圏	北勢	中勢伊賀 (伊賀サブ除く)	伊賀サブ	南勢志摩 (伊勢志摩サブ除く)	伊勢志摩サブ	東紀州	県全体
運動指導	23	8	6	1	6	1	45
栄養指導	23	9	7	1	7	1	48
禁煙指導	17	6	5	1	6	1	36
生活指導	14	9	7	1	6	1	38

資料：「平成18年三重県医療機能実態調査」

- 糖尿病療養指導士は、県全体で23病院に140名が配置され、人口10万人あたりの配置状況は、県全体で7.5人となっています。圏域別にみると伊賀サブ医療圏が最も多く14.4人、東紀州保健医療圏が最も少なく2.3人と

なっています。糖尿病の診療に従事する管理栄養士（常勤）は、県全体で65病院に配置され、人口10万人あたりの配置状況は、7.4人となっています。中勢伊賀保健医療圏（伊賀サブ除く）が9.7人と最も多く、東紀州保健医療圏で4.7人と最も少なくなっています。

各保健医療圏の病院の糖尿病についての指導士等の配置状況

医療圏 機能	北勢	中勢伊賀 (伊賀サブ除く)	伊賀サブ	南勢志摩 (伊勢志摩サブ除く)	伊勢志摩サブ	東紀州	県全体
糖尿病療養指導士 (常勤)	10病院 46人	3病院 18人	2病院 19人	4病院 12人	3病院 43人	1病院 2人	23病院 140人
対人口10万人の指導士数	5.6	6.2	14.4	4.9	17.7	2.3	7.5
糖尿病の診療に従事する管理栄養士 (常勤)	29病院 64人	14病院 28人	3病院 7人	8病院 17人	8病院 18人	3病院 4人	65病院 138人
対人口10万人の管理栄養士数	7.8	9.7	5.3	6.97	7.4	4.7	7.4

- 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、管理栄養士等の人材育成と、ネットワークの構築が課題です。
- 人工透析を必要とする糖尿病性腎症の対応可能病院は、34医療機関となっています。サブ医療圏も含め全ての保健医療圏域で対応可能な状況となっています。糖尿病性網膜症に対しては、30医療機関、糖尿病性足病変に対しては50医療機関が対応可能で、いずれの保健医療圏、サブ医療圏においても複数の医療機関で対応が可能となっています。

各保健医療圏の病院における糖尿病合併症への対応可能な施設

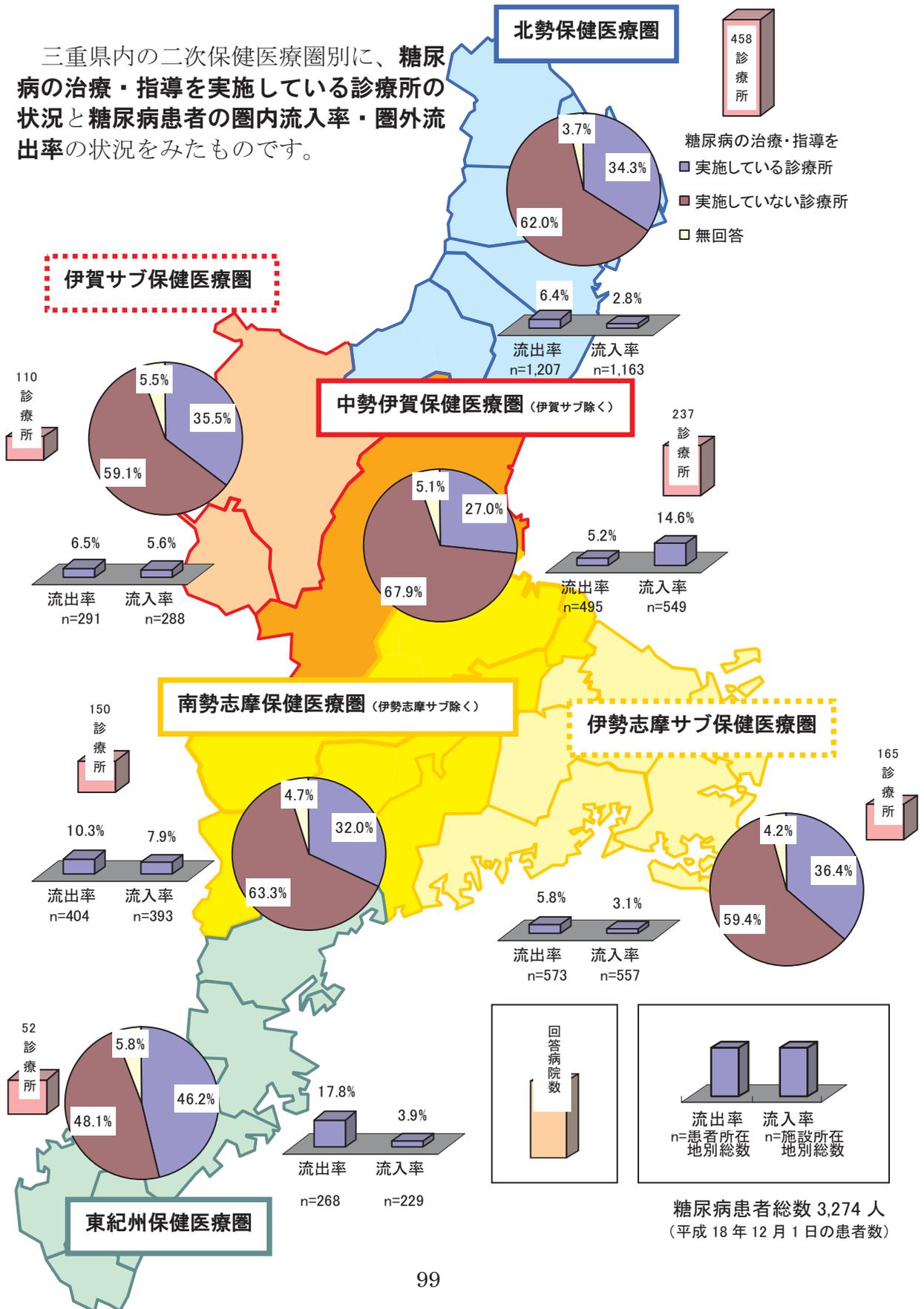
(単位: 病院数)

医療圏 機能	北勢	中勢伊賀 (伊賀サブ除く)	伊賀サブ	南勢志摩 (伊勢志摩サブ除く)	伊勢志摩サブ	東紀州	県全体
人工透析を必要とする糖尿病性腎症	17	5	1	5	4	2	34
糖尿病性網膜症	14	2	2	5	5	2	30
糖尿病性足病変	22	6	3	7	10	2	50

資料：「平成18年三重県医療機能実態調査」

糖尿病の診療の状況

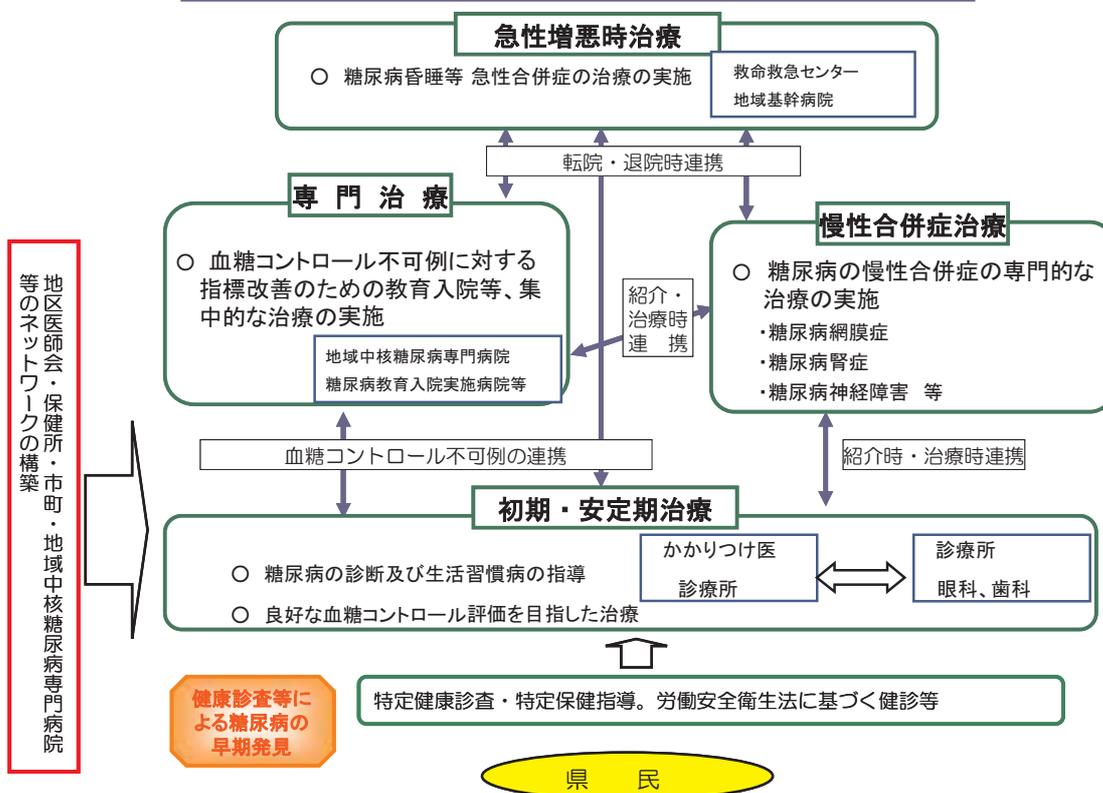
三重県内の二次保健医療圏別に、糖尿病の治療・指導を実施している診療所の状況と糖尿病患者の圏内流入率・圏外流出率の状況をみたものです。



(糖尿病の医療連携体制の構築)

- 本県の糖尿病の受診状況、医療機関の配置状況からみて、予防、検診、治療および保健指導と合併症の治療が、各医療機関の連携により、途切れなく提供できるよう、桑名、四日市、鈴鹿、津、伊賀・名張、松阪、伊勢、志摩、尾鷲、熊野の11の糖尿病医療連携圏域を設定することが望ましいと考えます。
- それぞれの圏域で、保健センター、薬局、診療所、糖尿病専門医がいる専門医療機関、合併症治療病院（人工透析可能病院、糖尿病性網膜症治療病院）等が連携して糖尿病対策を実施することが望まれます。そのためには、それぞれの圏域で関係機関が、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。また、糖尿病性昏睡等急性合併症の治療については、救命救急センターなど、常勤の糖尿病専門医、透析専門医がそろい、設備の整った病院での治療が必要となります。

糖尿病の医療連携体制の構築(イメージ図)



(2) めざす姿

多くの県民が、バランスの取れた食生活を送り、ウォーキングなどの適度な運動を行うことにより、肥満者が減少し、「健康である」と感じる人が増加します。また、地域の診療所や病院において糖尿病の診断や生活習慣などの指導ができる体制が整うとともに、糖尿病性腎症や糖尿病性網膜症などの合併症に対しても、人工透析、眼科的な治療が受けられる体制が整備されています。糖尿病性昏睡等の急性合併症については、救急搬送体制が整い、専門的な医療機関での治療が可能となっています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
糖尿病による年齢調整死亡率	糖尿病による年齢調整死亡率を平成18年の全国平均以下に低減することを目標とします。	目 標
		男性 7.2 以下 女性 3.7 以下
		現 状
		男性 7.2 女性 4.3

※現状は平成18年値（厚生労働省人口動態統計）

(3) 取組方向

取組方向1：生活習慣の改善による糖尿病の予防

取組方向2：糖尿病治療および合併症予防のための初期・安定（維持）期治療機能の充実

取組方向3：糖尿病医療、予防に従事する医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等の人材育成

(4) 取組内容

取組方向1：生活習慣の改善による糖尿病の予防

- 「ヘルシーピープルみえ・21」の普及啓発により、糖尿病についての県民への正しい知識の浸透をはかるとともに、青少年期からの食生活や運動習慣の改善、歯周病予防などに取り組みます。（県民、県等）
- 特定健診・特定保健指導の実施により内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）対策を推進します。（各保険者等健診実施主体、市町、県）

取組方向2：糖尿病治療および合併症予防のための初期・安定（維持）期治療機能の充実

- 糖尿病患者や家族が医療や保健指導に関する情報が得られるよう、ホー

ムページ等を活用した情報の提供を充実します。（医療機関、医師会、薬剤師会、関係機関）

- 保健所を中心に管内関係機関を対象に糖尿病対策地域連携体制を整備します。（医師会、市町、県等）
- 専門治療を行う医療機関と「かかりつけ医」、「かかりつけ薬局」との連携の強化をはかります。（医療機関、薬局、県等）
- 地域における栄養ケアステーションの設置を進めるとともに、かかりつけ医等と連携した糖尿病患者に対する栄養指導・保健指導を充実します。（医師会、栄養士会）
- 糖尿病患者が歯周病治療を受けられるよう、地域での歯周病検診を普及させるとともに、医科と歯科の連携をはかります。（医療機関、歯科診療所、市町）
- 糖尿病医療連携圏域での糖尿病地域連携クリティカルパスの構築を進めます。（医療機関、県、関係機関）
- 糖尿病昏睡等急性合併症に迅速に対応できるよう、二次救急医療体制を充実します。（医療機関、県、関係機関）

取組方向3：糖尿病医療、予防に従事する医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等の人材育成

- 日本糖尿病学会認定教育施設（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、山田赤十字病院）を中心に糖尿病専門医の養成を行います。（日本糖尿病学会認定教育施設）
- 糖尿病専門医が常勤する専門病院を中心に糖尿病医療に従事する医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等の情報交換、研修を実施します。（医療機関等）

第5節 小児救急を含む小児医療対策

(1) 現状と課題

(小児医療の現状)

- 小児医療は、非常に多岐に渡る分野であり、その疾病等の内容も急性期から慢性疾患まで幅広く、症状の程度も軽いものから難病と呼ばれるものまで多く存在しています。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。
- 近年、核家族化の進行により、身近に育児の相談ができる人がいなかったり、保護者に子育ての経験が少ないことなどから不安にかられ、軽症であっても救急病院で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、これが一つの原因となり小児医療に携わる医師が減少し、小児救急医療体制等に深刻な影響を及ぼしています。
- また、自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害、学習障害、ADHDなどの発達障がい児の早期発見・早期療育が求められており、保健・医療・福祉・教育が連携して実施できる体制を整備することが必要です。
- 平成18年人口動態調査によると、三重県の周産期死亡率（出生千対）は5.2（全国4.7）、新生児死亡率（出生千対）は1.6（全国1.3）、乳児死亡率（出生千対）は2.8（全国2.6）となっています。また、幼児（1歳から4歳）の死亡率（人口10万対）は、平成18年は25.6で平成12年の46.6から大きく減少していますが、その主な原因の一つである「不慮の事故」による死亡率（人口10万対）は、6.0、（全国4.7）で平成12年の4.3（全国3.0）から増加しています。
- 小児医療の重労働から、全国的に小児科をめざす医学生が減少傾向にあり、小児科医の不足や地域偏在が生じています。人口10万人対施設従事者医師数をみると、小児科医数は、全国平均が11.5人に対して、三重県は10.4と全国平均を下回っている状況です。また、保健医療圏域別でみると、小児科医師数には、大きな偏在があり、小児救急医療体制等の維持が困難な地域もあります。

小児科医師数の全国と県との比較（人口10万人対施設従事医師数(人)）

	小児科医師数
国	11.5
三重県	10.4（全国35位）

県内の二次保健医療圏別の小児科医師数

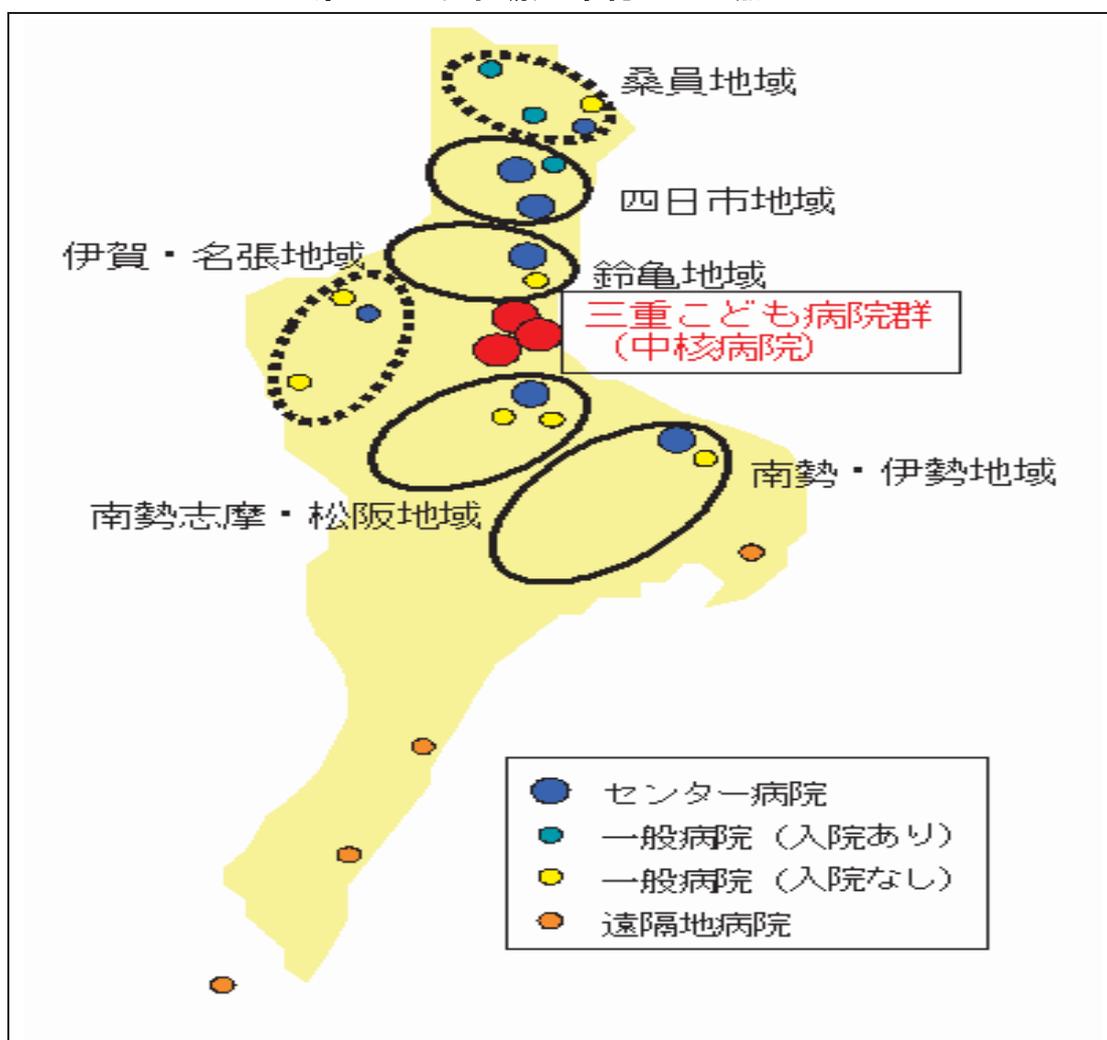
保健医療圏	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
小児科医	8.3	16.4	9.3	4.7

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成18年）」

(小児医療体制の集約化・重点化)

- 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、平成16年から段階的に病院小児科の集約化・重点化が進められています。小児医療については、日常診療は小児科クリニックなど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、地域小児医療センター病院等で、また、生命に関わるような重症者や専門的治療が必要な小児医療の提供については、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、三重中央医療センター等で治療を受けるなどの機能分担を進める必要があります。

県内の小児医療の集約化・重点化



- さらに、肢体不自由、重症心身障害、自閉症および発達障害などの専門的な治療・療育については、「県立草の実リハビリテーションセンター」「県立小児心療センターあすなる学園」が、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、こどもの発達のステージにあっ

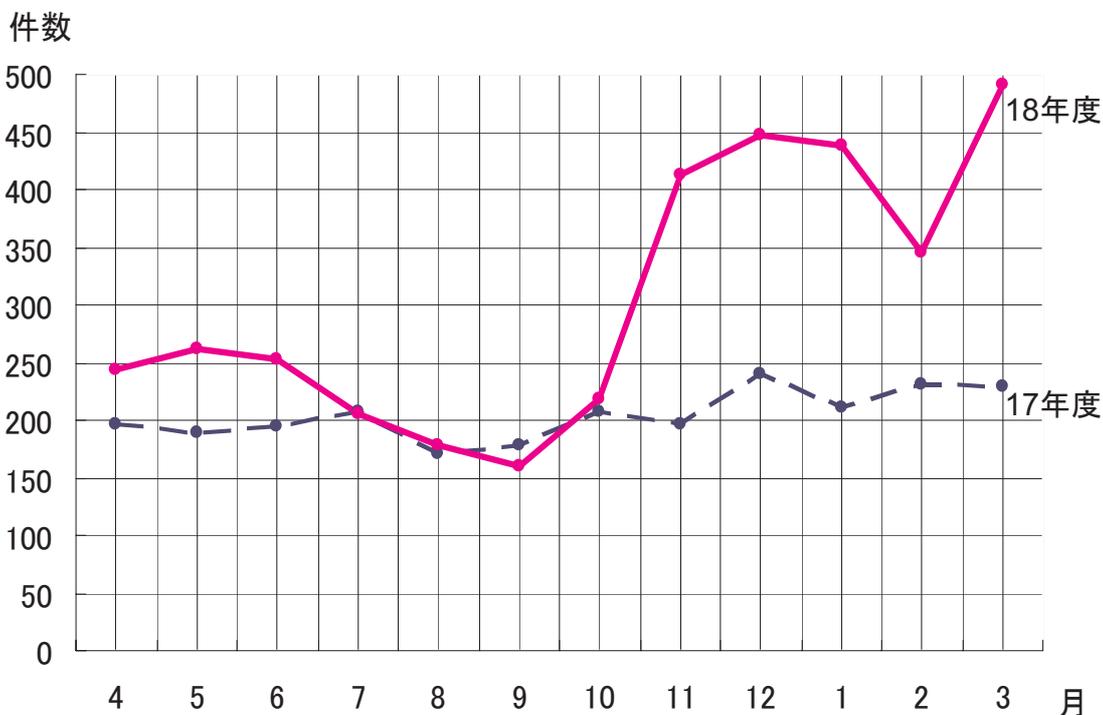
た途切れのない支援のシステムを構築する必要があります。

(小児救急医療体制の確保)

- 家庭における応急手当や疾病に関する知識の周知をはか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、各市町や小児科に配布するとともに、パソコンでも閲覧、印刷できるようホームページ「医療ネットみえ」で公開をしています。
- 三重県小児科医会との連携で実施する、育児や救急医療に関する電話相談「みえ子ども医療ダイヤル」に平成18年11月から#8000番を導入し利便性を向上しました。

現在、準夜間帯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課題です。

「みえ子ども医療ダイヤル（#8000）」実績表



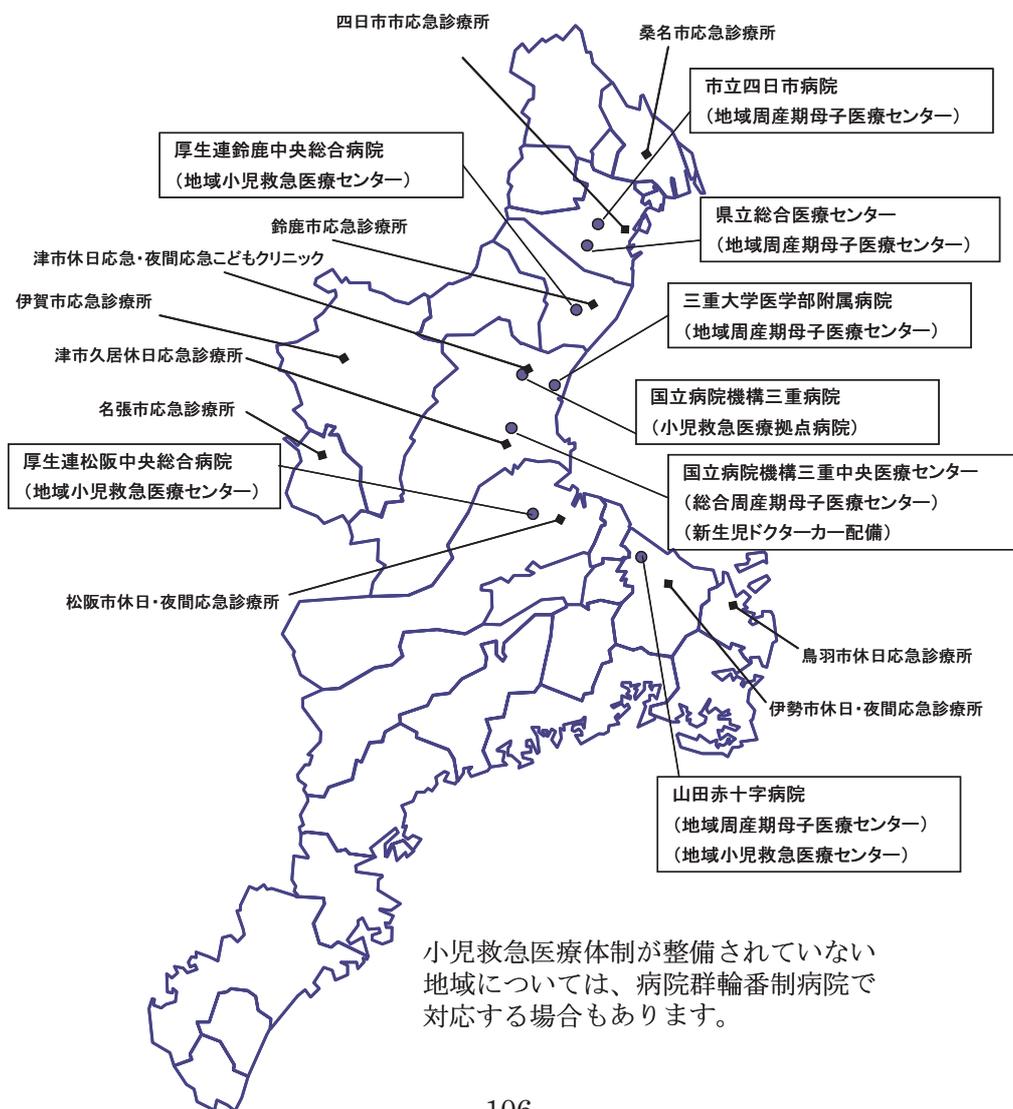
年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
17	197	189	194	207	170	179	207	197	240	211	231	229	2,451
18	243	261	253	205	178	160	218	413	448	439	346	491	3,655

- 小児救急患者の多くは、症状の軽い初期救急患者です。現在、休日夜間急患センターや在宅当番医制により対応していますが、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見受けられることから、初期救急医療体制の整備が課題です。
- 小児科医が不足するなか、小児救急医療体制の維持が困難となっています

が、夜間や休日であっても小児科専門医の診療を望む保護者のニーズが高い状況にあります。限られた医療資源を有効に活用するため、県民の理解と協力を得ながら、適切な受療行動についての啓発を一層充実するとともに、内科医等に対する小児救急医療の研修の実施等により、小児科医以外でも小児初期救急医療に対応できる体制づくりを進める必要があります。

- 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、鈴鹿地域、松阪地域および伊勢地域では、地域小児救急医療センター病院を整備し、その他の地域は病院群輪番制度等で対応していますが、小児科医の休日・夜間の当直対応などができていない地域も多くあり、小児二次救急医療体制の確保が課題となっています。
- 北勢保健医療圏と中勢伊賀保健医療圏を対象に国立病院機構三重病院を小児救急医療拠点病院として指定し、入院治療を必要とする小児重症救急患者に対応しています。
- 南勢志摩と東紀州の両保健医療圏を対象とした小児救急医療拠点病院は未整備となっていることから、早期に整備する必要があります。

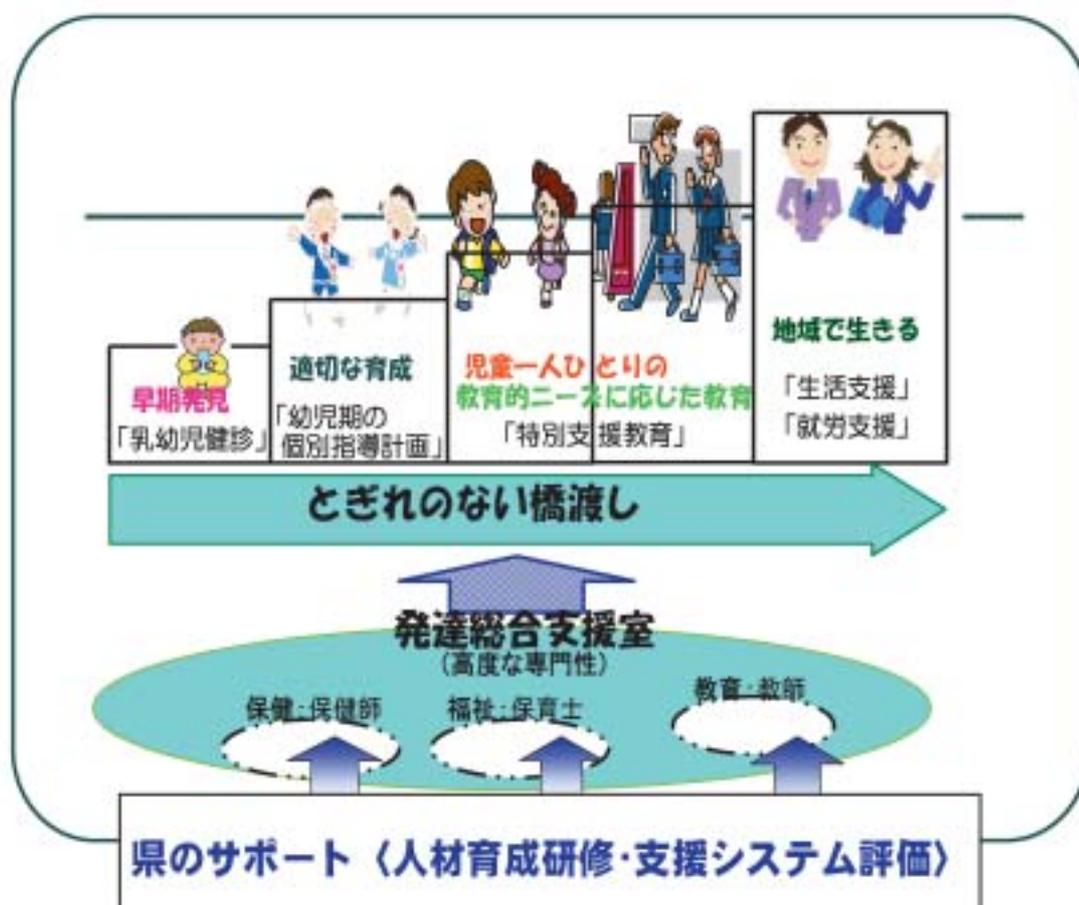
県内の小児救急医療施設



(肢体不自由児、発達障がい児への医療の提供)

- 肢体不自由の子どもに対する療育体制の充実も重要な課題です。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すが、小児整形外科医の不足等により、手術、療育を一貫して実施することが困難な状況になっています。

市町における「発達障がい児・者支援システム構築」イメージ図



- 発達障がい児の早期発見や、とぎれのない支援を行うための総合的な体制づくりが求められており、支援方法の開発や人材育成が必要とされています。

(2) めざす姿

小児科医が確保されるとともに、医療機関の連携や医療機能の広域化、集約化等をはかることにより、適切な小児医療が提供されています。

こどもを持つ家庭は、普段からかかりつけ医を持ち、家庭でできる応急手当や疾病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を育てられるよう、保健・福祉・教育等と連携した小児医療についてのさまざまな活動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
みえ子ども医療ダイヤルへの相談件数	みえ子ども医療ダイヤル（#8000）の1年間の実績件数を増やすことを目標とします。	目標
		5,000件
		現状
		3,655件
幼児死亡率	1～4歳人口10万に対する死亡率を減少させることを目標とします。	目標
		20.0以下
		現状
		25.6

(3) 取組方向

取組方向1：地域格差のない小児医療の提供

取組方向2：小児医療に関する情報提供の充実

取組方向3：小児医療体制の整備

取組方向4：心身障がい児のQOLの向上

(4) 取組内容

取組方向1：地域格差のない小児医療の提供

- 三重大学医学部附属病院をはじめ、各医療機関の相互連携により小児科医の確保と適切な配置を進めます。（医療機関）
- 医師修学資金制度を抜本的に改正し、県内の病院に勤務する小児科医の確保をはかります。（県）

取組方向2：小児医療に関する情報提供の充実

- 「医療ネットみえ」をはじめとしたさまざまな広報手段を活用し、小児救急医療情報の提供を行います。（財）三重県救急医療情報センター、

市町、県、関係機関)

- 小児救急医療に関する研修会やシンポジウムの開催などを通じて、疾病予防に関する適切な受療行動等について普及啓発を行います。
((財) 三重県救急医療情報センター、市町、県、関係機関)
- 子育てや、小児救急医療に関する相談に応じる「みえ子ども医療ダイヤル (#8000)」の取組を充実します。(県、関係機関)

取組方向3：小児医療体制の整備

- 小児初期救急医療体制を整備するため、内科医などの小児科医以外の医師への研修事業を実施します。(医療機関、市町、県)
- 限られた医療資源を効果的・効率的に活用するため、病院の小児科機能の集約化・重点化を進めます。特に東紀州地域においては、未整備の小児初期救急医療体制の構築に向けた検討を行います。(医療機関、市町、県、関係団体)
- 県内の休日夜間急患センターは、深夜帯に対応しているところがないことから、深夜帯をカバーできる広域的な小児救急医療体制の構築を進めます。(医療機関、市町、県、関係団体)
- 南勢志摩保健医療圏と東紀州保健医療圏を対象とする小児救急医療拠点病院が未整備のため、整備に向けた検討を行います。(医療機関、県)

取組方向4：心身障がい児のQOLの向上

- 四肢、体幹に機能障がいのある小児に対する治療や療育の充実に向け、「県立草の実りハビリテーションセンター」と「国立病院機構三重病院」との連携を強化します。(医療機関、市町、県)
- 「県立小児心療センターあすなろ学園」を「情緒障がい児」、「発達障がい児」などの治療や療育を行う拠点として充実をはかります。(医療機関、県)
- 聴覚障がいのある小児に対して「国立病院機構三重病院」と「三重県児童相談センター」等の連携により治療や療育を行っていきます。(医療機関、県)

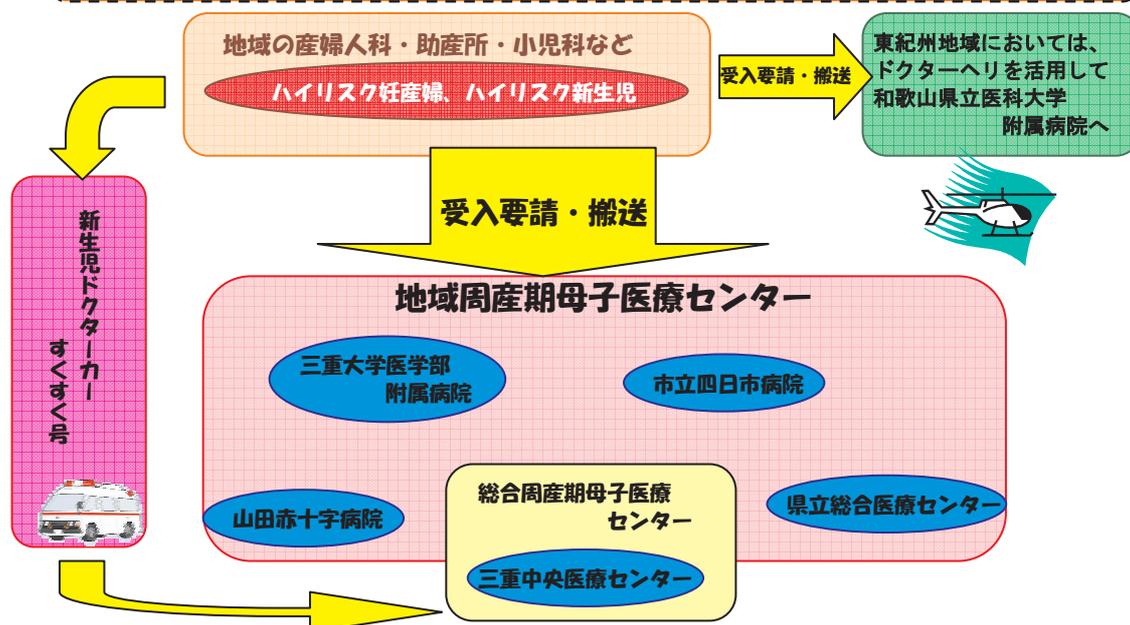
第6節 周産期医療対策

(1) 現状と課題

- 「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。
- 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）への対応など医療需要が増大しています。
- 周産期医療の現場では、産科医、小児科医、助産師および看護師の不足が深刻化しており、周産期医療を担う人材の養成・確保が喫緊の課題となっています。
- 本県において周産期医療を実施している病院は16施設、分娩を実施している一般診療所は29施設ですが（平成19年9月末現在）、近年分娩ができる医療機関が減少しています。なお、産科医療機関と連携をはかり、正常分娩を行う助産所（助産院）は3施設となっています（平成19年9月末現在）。
- 周産期母子医療センターは県内で5ヶ所に設置されており、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が行われています。

「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ヶ所です。

総合周産期母子医療センター 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 山田赤十字病院



- 新生児集中治療管理室（NICU）を有する医療機関は5病院32床、母体・胎児集中治療管理室（MFICU）を有する医療機関は1病院6床となっています。
- かかりつけ医を持たない妊産婦が、医療サービスの提供を円滑に受けられない状況が見受けられます。

（2）めざす姿

限りある医療資源を有効に活用して、安全で安心して分娩ができる環境が整っています。また、正常分娩やリスクの低い分娩は地域の産科診療所や助産所で行い、リスクの高い分娩は周産期母子医療センター等で行うといった機能分担が確立されています。

妊産婦やその家族に対して、産婦人科医と小児科医、さらには保健師、助産師、看護師等も密接に連携し、妊娠早期から指導や相談が適切に行われています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
妊産婦死亡率	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
周産期死亡率	周産期死亡率を減少させることで、全国の上位10位以内を目標とします。 (出産1,000に対する妊娠満22週以後の死産と早期新生児死亡率を合わせた数字)	目標
		10位以内 (4.2)
		現状
		38位 (5.2)

※現状については平成18年値（厚生労働省人口動態統計）

（3）取組方向

取組方向1：周産期医療を担う人材の養成・確保

取組方向2：周産期医療に必要な施設や設備の整備・充実

取組方向3：産科における病院と診療所の適切な機能分担

取組方向4：地域における母子保健サービスの充実

(4) 取組内容

取組方向1：周産期医療を担う人材の養成・確保

- 三重大学医学部の入学定員の増および地域枠の拡大を推進します。（三重大学）
- 医師修学資金制度を抜本的に見直すことで、産婦人科医や小児科医の確保を進めるとともに、認定看護師や助産師等の周産期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、県、関係団体）
- 夜間勤務が多い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体制を考慮するなど待遇面の改善を進めます。（医療機関）
- 女性医師や助産師等看護職員が子育てをしながら働くことができるように、働きやすい勤務時間の設定や院内保育施設の整備を進めます。（医療機関、県）
- 研修医、医学生など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、助産師が医療機関に定着するように研修制度の導入を進めます。（医療機関、大学、県）
- 看護師が助産師資格を得るための養成システムの検討を行います。（医療機関、大学、県等）
- 臨床現場から離れている医師や助産師を発掘し、復帰のための支援を行うなど、就業に結びつける仕組みの整備を進めます。（医療機関、県、関係団体）

取組方向2：周産期医療に必要な施設や設備の整備・充実

- 周産期医療体制の整備など周産期医療に係る諸問題について検討を行う三重県医療審議会周産期医療部会を引き続き開催します。（市町、県）
- 周産期医療を行う医療機関における施設や設備の整備を支援します。（医療機関、県）
- 三重県新生児ドクターカー「すくすく号」を活用し、新生児の死亡率の減少をめざします。（三重中央医療センター、県）

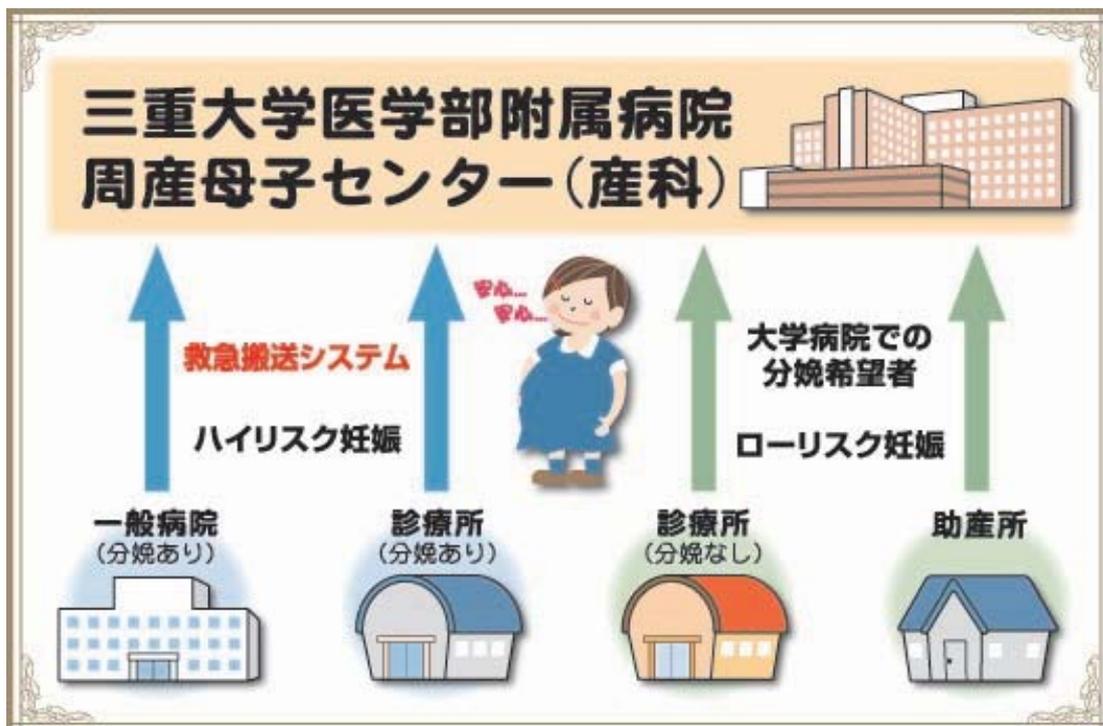
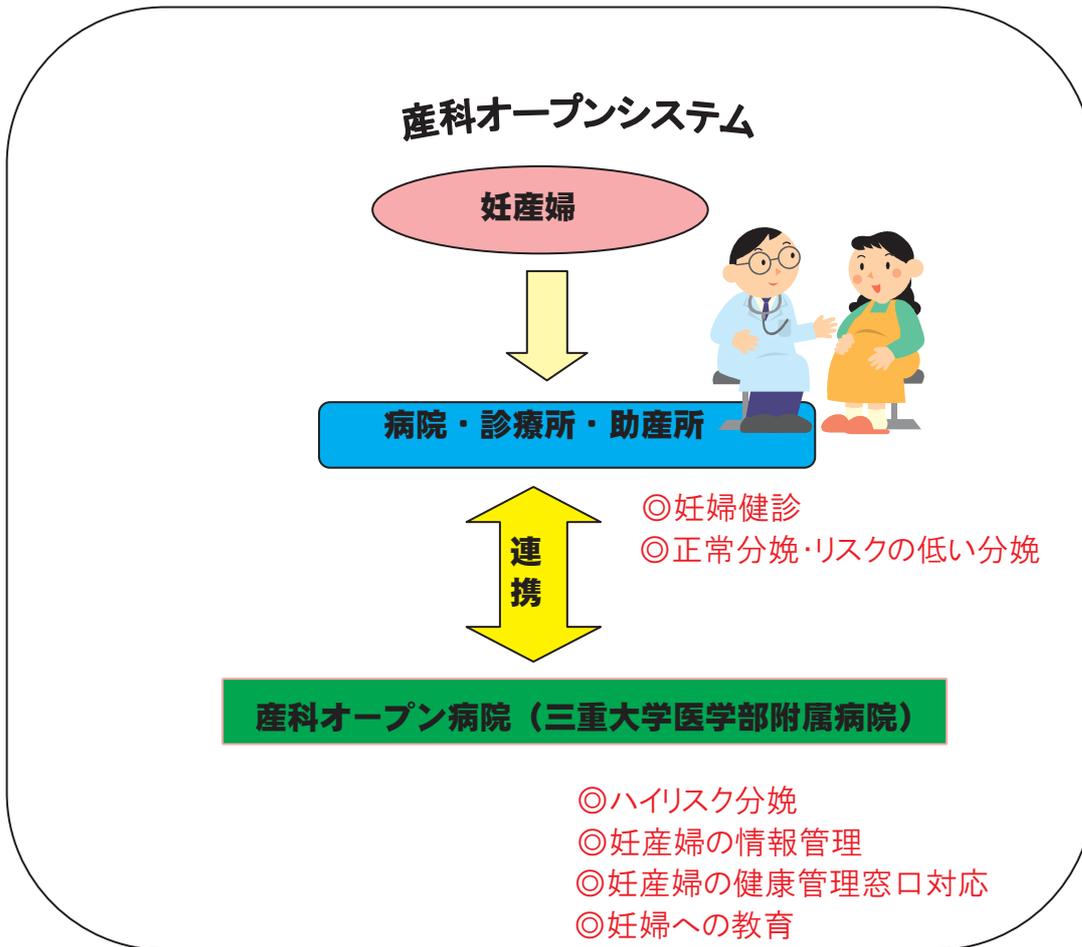
取組方向3：産科における病院と診療所の適切な機能分担

- 総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターとの連携を強化します。（医療機関、県）
- 総合周産期母子医療センターのさらなる整備を進めます。（医療機関、県）
- 妊婦健康診査は診療所で、分娩は三重大学医学部附属病院といった産科オープンシステムの運用を支援します。（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はかる周産期医療ネットワークの整備と充実をめざします。（医療機関、県）
- 地域の実情に応じた病院、診療所、助産所、消防等の搬送体制の充実を

はかります。（医療機関、市町、県）

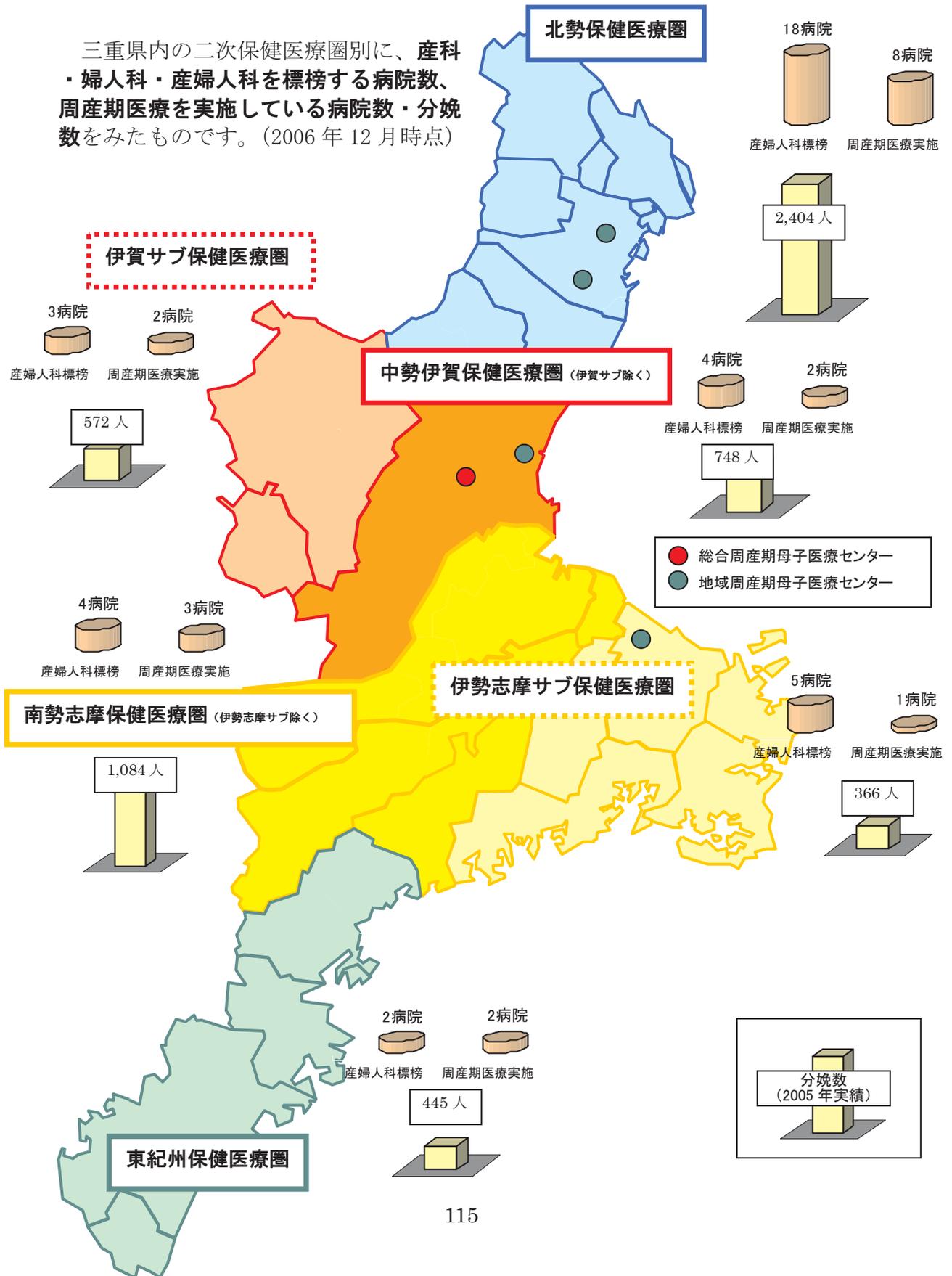
取組方向4：地域における母子保健サービスの充実

- 病院又は診療所に入院して養育する必要のある未熟児に対する適切な医療を提供します。（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）
- 生後4ヶ月までの乳児をもつ家庭への全戸訪問や、育児支援を必要とする家庭訪問を引き続き実施します。（市町）
- 妊婦健康診査に対する助成を引き続き実施します。（市町）
- 妊婦を対象としたサービスを早期から受けられるようにするため、妊娠早期での届出の啓発を行い、すべての妊産婦がかかりつけ医をもつことを目指します。（医療機関、市町、県）
- かかりつけ医を持ち定期的な健診を受けます。（県民）
- 医療機関や行政、NPO等が協力し、産後のうつ状態、低出生体重児の療養・保育に対する相談支援等を行うなど総合的に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）

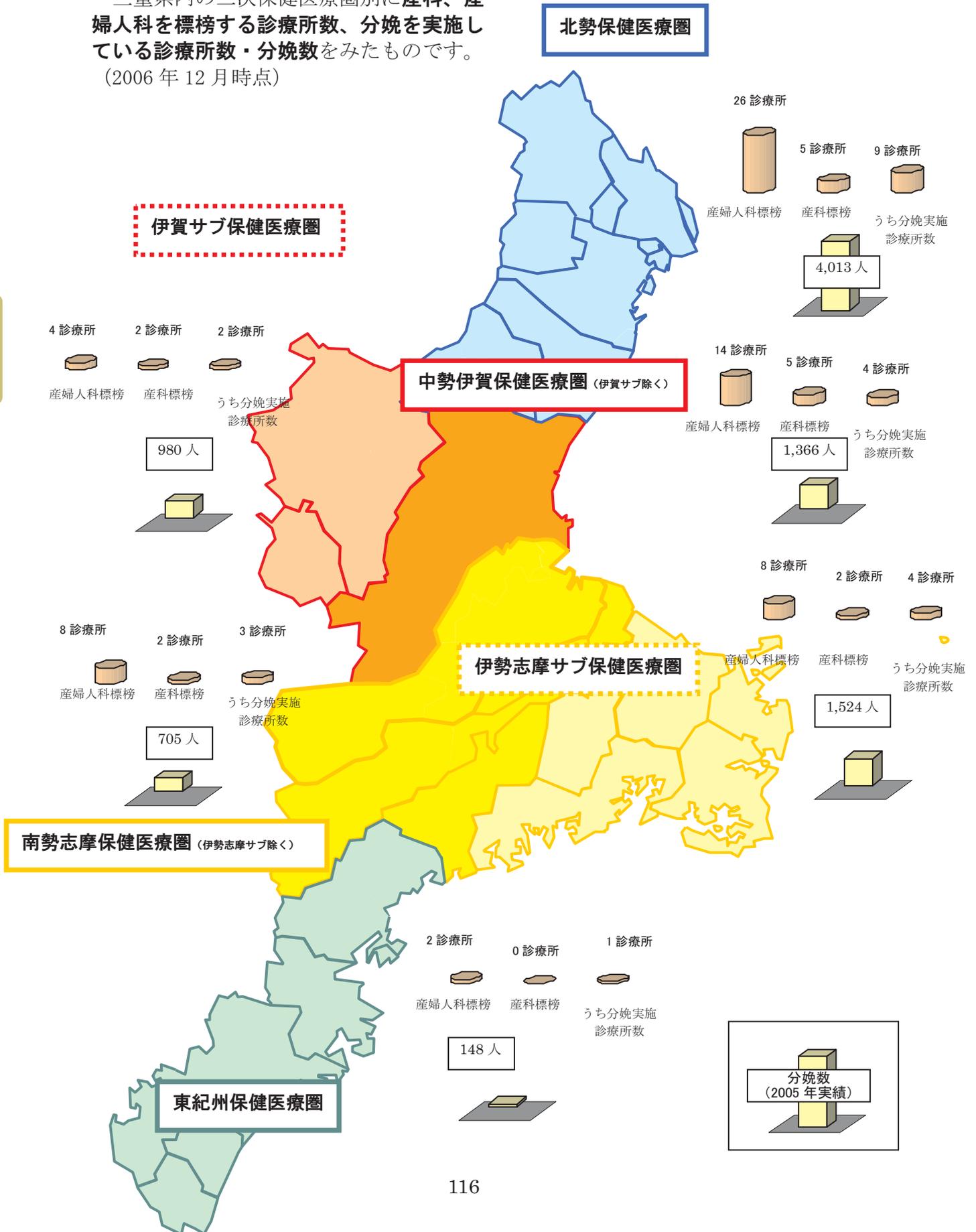


周産期医療

三重県内の二次保健医療圏別に、産科・婦人科・産婦人科を標榜する病院数、周産期医療を実施している病院数・分娩数をみたものです。(2006年12月時点)



三重県内の二次保健医療圏別に産科、産婦人科を標榜する診療所数、分娩を実施している診療所数・分娩数をみたものです。
(2006年12月時点)



第7節 救急医療対策

(1) 現状と課題

(初期、二次及び三次救急体制について)

- 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、「休日夜間急患センター」や「在宅当番医制度」で対応しています。県内では12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。休日夜間急患センターなどの初期救急を担う医療機関が未整備な地域をなくすことが必要です。
- 二次救急医療については、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「二次輪番病院制度」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。その原因の一つとして、初期患者が二次救急医療機関に直接受診するため、二次輪番病院への過度の患者の集中が起これ、病院勤務医の疲労が激しくなったことが挙げられます。

これに対応するため、軽症あるいは重症度の不明な患者は、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内の「救急医療情報システム」にて紹介された初期救急医療施設へ、明らかに重症な患者は救急車により二次輪番病院へ、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施設へという、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。
- 三次救急医療については、生命に関わる緊急度の特に高い救急患者を対象としており、県内では県立総合医療センターと山田赤十字病院の2つが「救命救急センター」として指定されています。また、三重大学医学部附属病院も高度な医療が提供できる医療機関として、重篤な救急患者の対応を行っています。また、これらのセンター等へのアクセスが不便な東紀州地域については、三重県、和歌山県、奈良県等で共同運航している「ドクターヘリ」により、三次救急患者が発生した場合に和歌山県立医科大学附属病院救命救急センターや山田赤十字病院へ搬送を行っています。

三次救急医療体制を強化するため、救命救急センターの新たな設置や全圏域を対象としたドクターヘリの導入が求められています。
- 本県の医師数は、全国平均と比べて不足しており、診療科目別の医師数については、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下位に位置しており、救急医療においても重要な役割を担うこれらの診療科の医師が不足していることから、その解消をはかることが喫緊の課題です。

医師数の全国と県との比較（人口 10 万人対施設従事医師数(人)）

	総数	内科	小児科	産婦人科	脳神経外科	麻酔科
全 国	206.3	55.2	11.5	7.5	4.9	4.9
三重県	177.9 (37)	55.2 (27)	10.4 (36)	6.9 (34)	4.0(46)	2.3 (47)

※（ ）内は全国順位

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成 18 年）」

（救急医療提供施設について）

- 限られた医療資源の中で安全・安心な医療を提供するためには、初期、二次救急医療提供体制の確保と重篤な疾患の患者の受け入れ先となる三次救急施設の充実が求められています。

（病院前救護体制について）

- 病院前救護とは、病気を発症したり、ケガを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。また、その時の状況等を事後に検証するとともに、隊員の教育訓練を行うことにより、より良い搬送体制を構築していくことも含めて、これをメディカルコントロール体制と呼んでいます。
- 救急現場や搬送途中などでの重症患者に対する救急救命士などの救命処置や A E D 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 年の制度発足以来、県内 15 消防本部で 300 名（平成 19 年 4 月現在）が養成され、救急患者の救命率の向上に努めています。今後さらなる増員や質の向上をはかるため、実習病院の充実と確保等が求められています。
- 救急現場では、A E D を使った救命処置が効果的であることから、地域住民への応急手当の普及啓発や心肺蘇生法の実習などの充実が必要です。

（精神科救急について）

- 精神科救急とは、精神科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を実施されるものです。
- 県内を北部と南部の 2 ブロックに分けた 13 の病院による当番制が敷かれています。また、24 時間 365 日、電話相談や医療機関の紹介などを行う精神科救急情報センターが設置されています。
- 休日又は夜間における精神科疾患の急性発症等に対応する精神科救急医療体制の充実が求められています。

（各保健医療圏における救急医療の状況について）

- 初期、二次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。

生命に関わるような重症者については、人口100万人を単位とする三次救急医療体制で対応することとされていますが、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、二次医療圏ごとに三次救急医療を担う医療機関を設置することが求められています。

今後は、患者の疾病やその重症度、そして提供できる医療資源の内容によって、新たな圏域の検討が必要になっていくと考えています。

二次保健医療圏名	所管保健所名	救急医療に関する現状と課題
北勢	桑名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期救急医療については桑名市休日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、輪番制病院により体制が維持されているものの、勤務医不足の中厳しい状況にあります。 ・ いなべ総合病院は、桑名市内からの患者搬送にも対応しています。
	四日市	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市立四日市病院は、初期救急を含め、二次救急や緊急度の高い重篤な患者への対応も実施しています。 ・ 勤務医不足の中、二次輪番体制の維持が困難となっています。 ・ 救急患者の増加および他地域からの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充実が求められています。
	鈴鹿	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期救急医療については、鈴鹿市休日夜間応急診療所、亀山医師会の在宅輪番制度などにより実施しています。 ・ 二次救急医療については、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転搬送が急激に増加しており、その対策が課題となっています。 ・ 亀山市立医療センターの医師不足問題が深刻化しており、救急患者の受入が困難となっています。

中勢伊賀	津	<ul style="list-style-type: none"> 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はかるため、平成19年11月から成人を対象とした夜間応急診療所を設置するとともに二次輪番体制を強化した新体制を構築しました。 二次医療圏内に救命救急センターがないことから、その設置が課題となっています。
	伊賀	<ul style="list-style-type: none"> 初期救急医療については、伊賀市と名張市それぞれが休日夜間応急診療所を設置して、対応しています。 勤務医不足の中、広域的な二次救急医療体制の整備が課題となっていました。隣接する2市で連携して新たな二次輪番体制を構築したところではあります。
南勢志摩	松阪	<ul style="list-style-type: none"> 二次輪番病院関係者による協議により、輪番体制を見直し、受入体制を確保しています。 初期と二次の救急医療体制の機能分担を進めるため、かかりつけ医や休日夜間応急診療所での受診についての啓発をしています。
	伊勢	<ul style="list-style-type: none"> 市立伊勢総合病院及び山田赤十字病院が重症、軽症問わず他地域からの患者も含め受け入れを行ってききましたが、医師不足により、従来と同様の対応は困難となっています。 伊勢市は、休日応急診療所のPRを積極的に行うとともに、地元医師会の協力による初期救急医療体制の強化を推進しています。 県立志摩病院は、医師会の協力のもと、休日も含めた志摩地域の初期から二次までの救急患者の受入を実施しています。
東紀州	尾鷲	<ul style="list-style-type: none"> 初期救急医療体制の整備が課題です。 三次救急患者への対応は、和歌山県立医科大学のドクターヘリが活用されています。
	熊野	<ul style="list-style-type: none"> 地元医師会有志の協力のもと、紀南病院が初期も含めた救急患者の対応を行っています。 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。 三次救急患者への対応は、和歌山県立医科大学のドクターヘリが活用されています。

ドクターヘリの運航実績

年度	三県合計	三重県分	主な疾患等
14	35	3	交通事故、脳梗塞他
15	265	6	早期破水、熱傷、頭部外傷他
16	338	7	切迫早産、顔面熱傷他
17	341	10	腹部切創、大動脈解離他
18	347	7	くも膜下出血、熱傷等
総計	1,326	33	

三重県の救急医療体制

二次医療圏名	市町村	初級救急医療施設			二次救急医療施設		二次救急医療施設	小児救急医療拠点病院	
		休日夜間応急センター	休日 夜間	平日 夜間	所在地	施設名			
北勢	桑名市 本音町 いなべ市 津員町	桑名市立総合診療所	○	○	桑名市医師会 (1施設)	北勢地域 桑名地区	(病院群輪番制病院多施設) 桑名市民病院・山本総合病院・青木記念病院・コナハ総合病院・大妻病院 (病院群輪番制病院多施設) 厚生連いなべ総合病院・日守病院	駅立総合医療センター (救急救急センター)	田立病院機構 三岐病院
	四日市市 森野町 朝日町 日越町	四日市市立総合診療所	○			北勢地域 四日市地区	(病院群輪番制病院多施設) 駅立総合医療センター・吉立四日市病院・四日市 社会保険病院 (その他救急告示による施設)		
	鈴鹿市 亀山市	鈴鹿市休日総合診療所	○	○	亀山医師会 (24施設)	北勢地域 鈴鹿地区	(病院群輪番制病院多施設) 厚生連鈴鹿中央総合病院・鈴鹿国生総合病院・亀 山西立医療センター (その他救急告示による施設)		
中勢伊勢	津市	津市休日総合・夜間 こども応急クリニック	○	○		中勢伊勢地域 津地区	(病院群輪番制病院多施設) 市内病院・未井病院・津山病院・吉田クリニッ ク・若輪病院・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・種草草草病院・龜津 保健衛生大学医療センター・小淵病院 (その他救急告示による施設)	三重大学医学部 附属病院	
	津市 志摩市	津市志摩地区総合診療所	○						
	津市 久居町	津市久居休日総合診療所	○						
南勢志摩	伊賀市	伊賀市総合診療所	○	○		中勢伊勢地域 伊勢地区	(病院群輪番制病院多施設) 上野総合市民病院・岡田総合病院・名張市立病院 (その他救急告示による施設)		
	名張市	名張市総合診療所	○	○	名張医師会 (8施設)				
	松阪市 多気町 新井町 大古町	松阪市休日夜間 総合診療所	○	○	松阪地区医師会 (14施設)	南勢志摩地域 松阪地区	(病院群輪番制病院多施設) 松阪市民病院・厚生連松阪中央総合病院・済生会 松阪総合病院 (その他救急告示による施設)		
北勢	伊勢市 土山町 度会町 大久保町	伊勢市休日・ 夜間総合診療所	○	○	伊勢地区医師会 (4施設)	南勢志摩地域 伊勢地区	(病院群輪番制病院多施設) 市立伊勢総合病院・山田第一病院 (その他救急告示による施設)		
	志摩市 亀岡町 南伊勢町	亀岡市休日総合診療所	○			南勢志摩地域 志摩地区	(病院群輪番制病院多施設) 駅立志摩病院 (その他救急告示による施設)	山田第一病院 (救急救急センター)	
	尾鷲市 紀北町				紀北医師会 (28施設)	紀北地域 尾鷲地区	(病院群輪番制病院多施設) 尾鷲総合病院 (その他救急告示による施設)		
北勢	津市				紀南医師会 (17施設)	紀南地域 御野地区	(病院群輪番制病院多施設) 紀南病院 (その他救急告示による施設)		
	津市								

※・・・夜間は小児科のみ

(2) めざす姿

県民一人ひとり、医療関係者、行政等の協力からなる救急医療提供体制の整備や受療行動の見直しにより、医療機関の適切な役割分担が行われています。また、重篤な患者が速やかに診療が受けられる救命救急センターの整備が進められていると共に、交通不便な地域においてもドクターヘリの活用により迅速な搬送が実現されています。

病院前救護については、多くの県民がAEDなどを使った応急手当を行えるようになり、行政、医療機関、関係団体との強力な連携体制のもと、県内全域でメディカルコントロール体制が充実しています。

精神科応急入院病院の指定や輪番制による休日・夜間の診療体制の充実により地域の中で精神障がいのある人が安心して暮らしています。

【 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	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
		460機関
		現 状
応急手当年間受講者数	県内の消防本部等で行われる一般向け普通救命講習の受講者数を増加することを目標とします。	目 標
		30,000人
		現 状
救命救急センター設置数	県内の救命救急センターの施設数を増加することを目標とします。	目 標
		4
		現 状
		2

(3) 取組方向

- 取組方向1：適切な受療行動の推進
- 取組方向2：二次、三次救急医療提供体制の充実
- 取組方向3：病院前救護体制の充実
- 取組方向4：精神科救急体制の充実

(4) 取組内容

取組方向1：適切な受療行動の推進

- 地域の医療機関に対して救急医療情報システムへの積極的な参加を働

- きかけるとともに、より使いやすいシステムへの改良を行います（県）
- 救急医療情報センターや医療ネットみえの積極的なPRによる初期救急医療機関の案内業務の充実を図り、「救急車を呼ぶほどではない軽症者」の適切な医療機関への誘導を行います。（市町、県）
 - 県民に対して、かかりつけ医の必要性や救急医療に関する情報をインターネットやテレビ、冊子などで提供し、適切な受療行動が取れるよう啓発に努めます。（市町、県、関係団体）
 - 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。（市町、県、関係機関）

取組方向2：二次、三次救急医療提供体制の充実

- 医師修学資金制度を抜本的に改正し、県内病院で救急医療に従事する場合は返還を免除する規定等を定めるなど条件の緩和を行い、救急医療を担う人材の確保をはかります。（県）
- 休日夜間急患センターなどの初期救急を担う医療機関が未整備の地域については、その設置を進めるとともに、地域の二次救急を担う病院と地元医師会との協力体制の整備を促進します。（医療機関、市町、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のできる体制づくりに努めます。（医療機関、市町、県、関係機関）
- 県内の人口が集中している北勢地域において、重篤な患者の迅速な受け入れ体制を充実するため、市立四日市病院に救命救急センターを設置することをめざします。（医療機関、市町、県、関係機関）
- また救命救急センターが未設置な中勢伊賀保健医療圏においても、平成21年度に三重大学医学部附属病院に設置することをめざします。（医療機関、市町、県、関係機関）
- 中勢伊賀保健医療圏の津地域において検討された、疾患別の対応先を検討した二次救急医療体制の整備のような先駆的な取組を県内に広げていけるよう地域救急医療対策協議会等を通じて検討を進めていきます。（医療機関、市町、県、関係機関）
- 中勢伊賀保健医療圏の伊賀サブ医療圏において、新たな二次輪番制度が構築されましたが、今後も伊賀市、名張市の連携によりさらなる二次救急医療体制の充実をめざします。（医療機関、市、県、関係機関）
- 南勢志摩保健医療圏については、初期救急医療と二次救急医療の機能分担をさらに進めるとともに、三次救急医療体制の充実をはかります。（医療機関、市町、県）

- 東紀州地域については、三重県、和歌山県、奈良県等で共同運航しているドクターヘリのより一層の活用など、広域的な連携をさらに進めていきます。（医療機関、市町、県）
- 県内全域を対象とした新たなドクターヘリの導入を検討します。（医療機関、県）
- 救急医療を受けた患者が、回復やリハビリといった段階へスムーズに移行し、地域へ戻っていくことが実現できるよう、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を充実させていきます。（医療機関、市町、県）

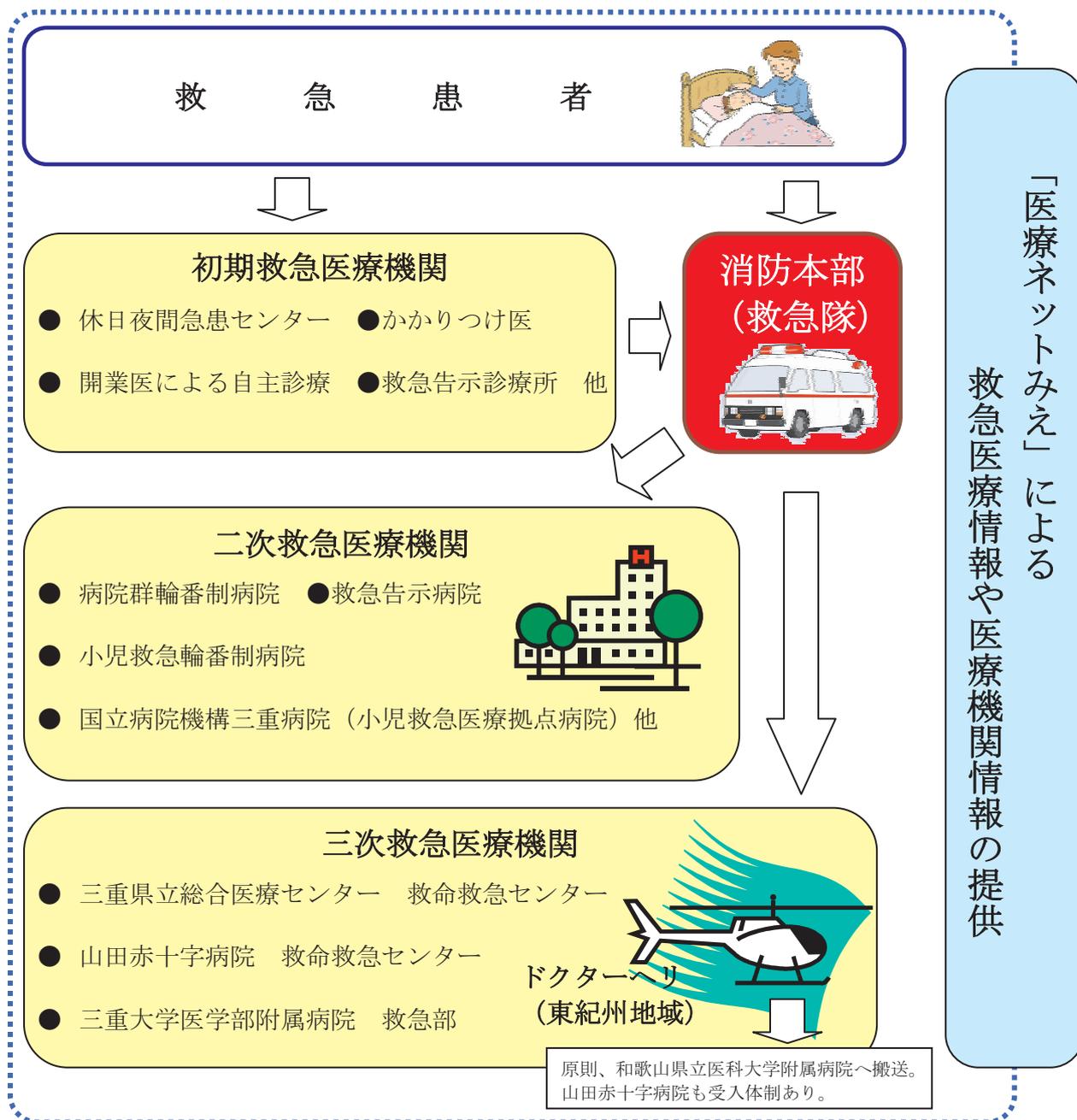
取組方向3：病院前救護体制の充実

- AEDを使った応急手当が実施できる県民を増やすため、普通救命講習の積極的な実施を行います。（市町、県、関係機関）
- メディカルコントロール体制の充実のため、三重県メディカルコントロール協議会や各地域における地域メディカルコントロール協議会において、救急救命士の教育訓練や搬送後の事後検証体制の充実を進めます。（医療機関、市町、県、関係機関）

取組方向4：精神科救急体制の充実

- 県内を北部と南部の2ブロックに分けた13の病院による輪番制と、電話相談や医療機関の紹介などを行う精神科救急情報センターにより、24時間365日の対応を行う精神科救急医療システムを的確に運用していきます。（医療機関、県）

三重県の救急医療体制について



精神科救急医療システム

精神科疾患の救急医療については、通常の体制とは違う仕組みにより対応をしています。県内を北部と南部の2ブロックに分けて、13の病院による当番制を敷き、さらに電話相談や医療機関の紹介などを行う**精神科救急情報センター (0598-29-9099)**を設置して、24時間 365日の対応を行っています。

第8節 災害医療対策

(1) 現状と課題

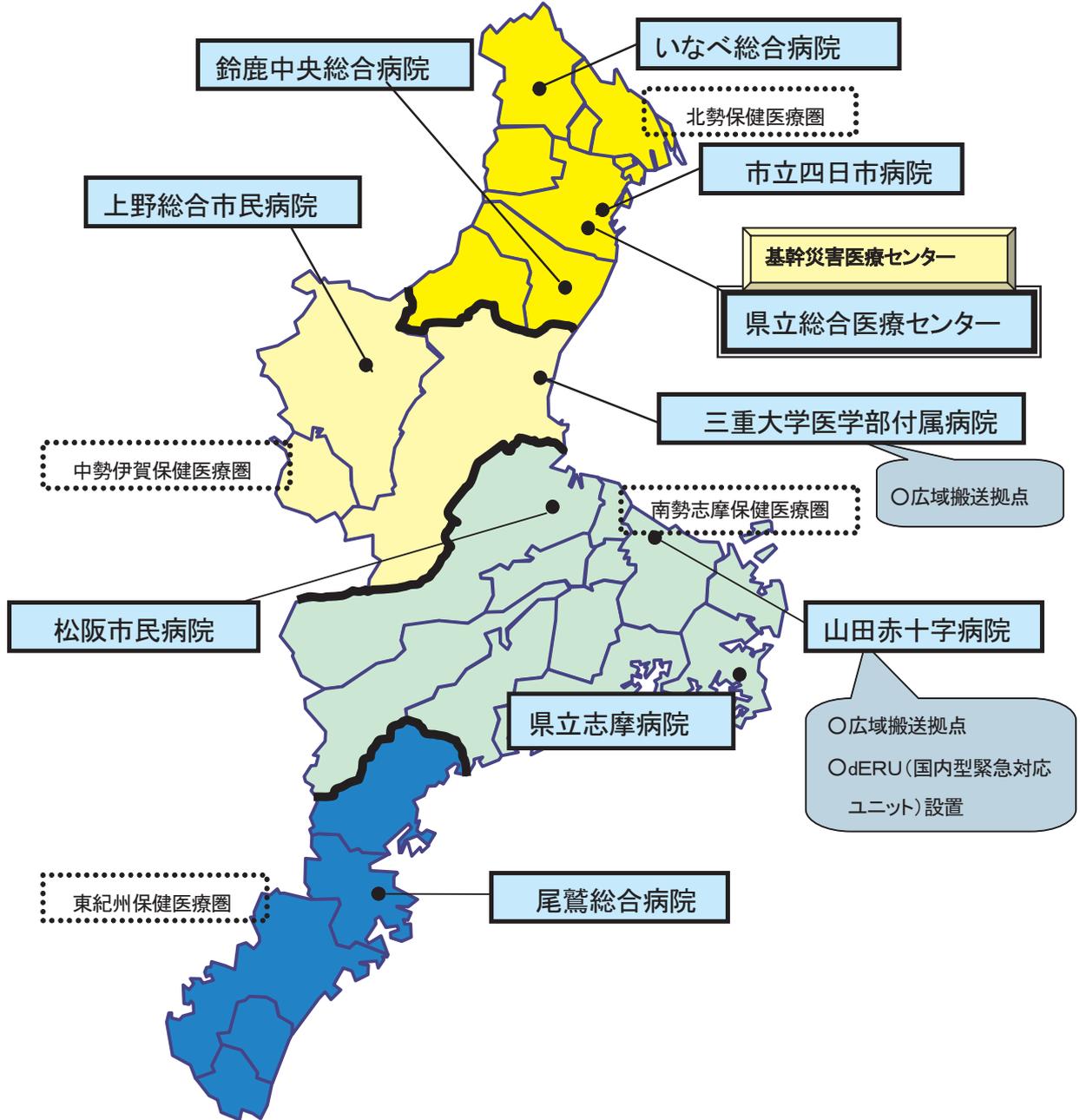
- 地震・風水害等、大規模な災害が発生した場合、各市町では救護所の設置や地区医師会の協力のもと、医療救護班の派遣等の救護活動を行います。県では、災害救助法が適用されるような大規模かつ広範囲にわたる災害が発生した場合には、医療救護班の派遣や災害拠点病院を活用した医療救護活動を行うこととしています。
- 現在、三重県では災害時における医療機関の診療状況を把握するため、三重県広域災害・救急医療情報システムの運用を行っています。また、医療機関、医療関係団体との応援協定の締結、災害拠点病院の指定により、災害発生時の医療救護体制の整備を進めています。
- 今後は、大規模な地震の発生を想定し、同時に多数の負傷者が発生した場合においても即応できるよう、県内の医療救護体制の整備を進めるとともに、県域を越えた広域搬送システムの構築に取り組む必要があります。
- 大規模災害時に、重篤な救急患者の受入れや広域医療搬送のため、県内の10病院を災害拠点病院に指定しています。
特に、地震発生時に負傷者に対して適切で迅速な医療の提供が可能となるよう、新たに山田赤十字病院が、仮設診療所の機能を持つ国内型緊急対応ユニット（dERU：Domestic Emergency Response Unit）を配備するとともに、鈴鹿中央総合病院には傷病者搬送のためのヘリポートの整備を行いました。
- 災害急性期（発災後48時間以内）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」と言う。）を県内で9チーム養成しています。今後もDMATの増強を進めるとともに、災害拠点病院同士の連携をはかり、広域的な災害にも対応できる体制の整備が必要です。
- また、大規模災害時には、専門的な訓練を受けた医師、看護師、救急救命士等による迅速かつ的確な救援や援助が必要とされています。そのため、「災害医療セミナー」を実施して、平成19年3月までに約840人の人材を養成してきましたが、東海・東南海・南海地震等の大規模地震に対応するためには、今後もより多くの人材の養成が必要です。

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

資料：「三重県地域防災計画被害想定調査報告書（H17年3月）」

三重県の災害拠点病院の配置図



(2) めざす姿

三重県で東海・東南海・南海地震の3つの地震が連動して発生した場合でも、円滑な救助・救援活動を展開して人的被害を最小限に抑えることができる体制ができています。

【 数値目標 】

目 標	項 目	
県内災害拠点病院の耐震化率	県内災害拠点病院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
		67%
		現 状
		44%
DMATの専門研修受講チーム数	DMAT（災害医療派遣チーム）の増強を目標とします。	目 標
		13チーム
		現 状
		9チーム
災害医療従事者研修受講者数	災害時に対応できる医療従事者の増加を目標とします。	目 標
		1,500名
		現 状
		841名

(3) 取組方向

- 取組方向1：災害急性期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機能強化
- 取組方向3：災害医療を支える人材育成

(4) 取組内容

取組方向1：災害急性期における医療体制の充実と強化

- 「災害医療対策連絡調整会議」を開催するなど、災害拠点病院などの医療機関や医師会等の医療関係団体、警察、消防機関、市町等の関係機関との連携を充実します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 災害拠点病院、医療救護班などが円滑な活動を行えるよう、災害時の各種の医療救護マニュアルや協定の締結に基づく連絡体制を整備します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 三重県広域災害・救急医療情報システムについて、医療機関と行政機関が連携した入力訓練や操作研修会等を実施するなど、その活用の強化、充実を行います。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 各地域(二次保健医療圏)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通信連絡や災害対応マニュアルを整備するとともに、訓練、研修を実施するなど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、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機能強化

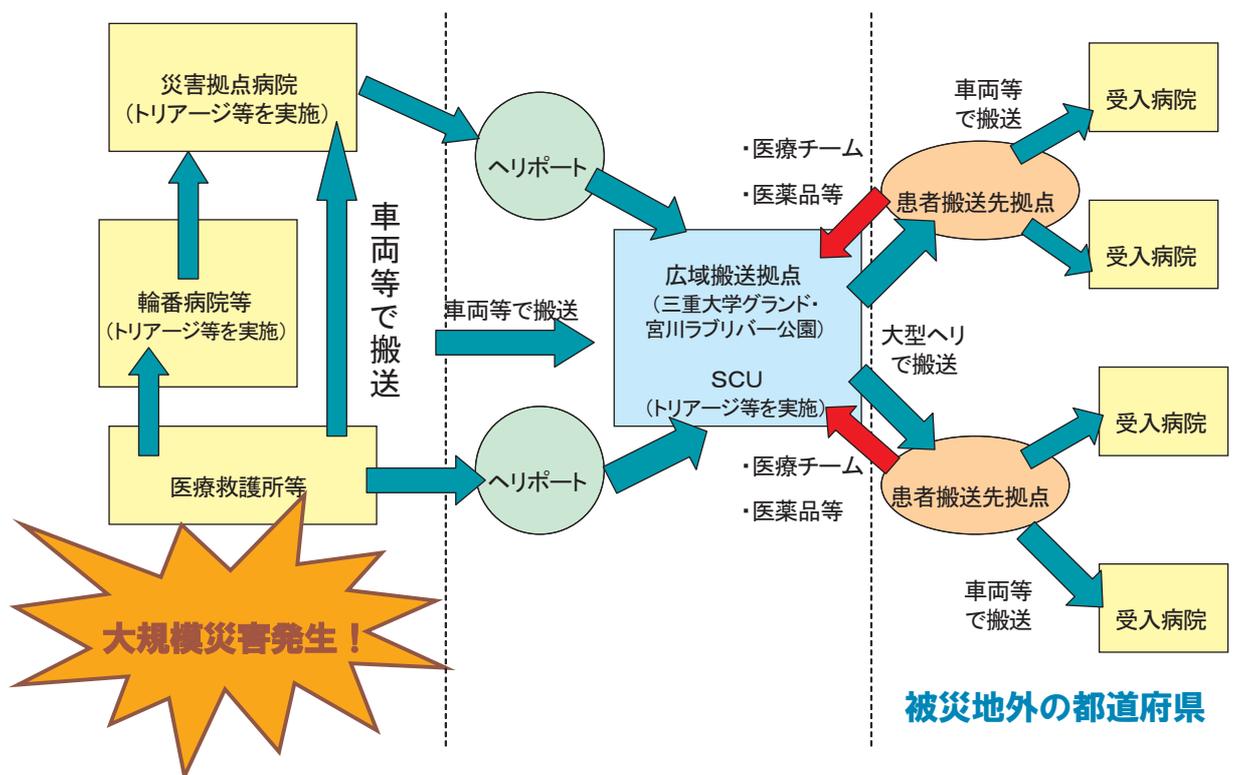
- 「災害拠点病院連絡調整会議」を開催して、災害拠点病院間、DMAT間の連携強化をはかるとともに、災害拠点病院の耐震補強を促進します。(医療機関、県)
- 災害急性期以降も県民が安心して必要な医療を受けられるよう、災害拠点病院と地区医師会の連携について検討を行います。(医療機関、医療関係団体、県)
- 他県のDMATが参集して広域医療搬送活動を行う、広域搬送拠点臨時医療施設(SCU; Staging Care Unit)の整備を行います。(医療機関、県)
- 三重大学医学部附属病院と山田赤十字病院を広域搬送に対応できる中核的な災害拠点病院として機能の充実・強化をはかります。(医療機関、県)

取組方向3：災害医療を支える人材育成

- 災害救護活動に携わる人材を育成するため、災害現場から病院へ搬送する過程で適切な観察・処置を学ぶJPTEC研修や病院内において外傷患者の適切な初期診療を学ぶJATEC研修等の研修、訓練を実施します。(医療機関、県)

- 国が実施するDMAT研修の受講を促進するとともに、DMATの実動的な訓練を実施します。(医療機関、県)
- 救護所、避難所等において、感染症の防止、メンタルケアを適切に対応できるように保健師、看護師等の研修を実施します。(医療機関、県)
- 災害発生時の多種多様な状況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)

広域医療搬送対象患者の搬送フロー図



第9節 へき地医療対策

(1) 現状と課題

- 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4地区（2市）、無歯科医地区に準じる地域が6地区（2市）あります。さらに、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においても、医療機関や医師の数が他地域に比べて著しく不足しており、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。
- 県は、これらの地域の医療提供体制の確保のために、「へき地保健医療計画」を策定し、へき地診療所の開設支援や医師の派遣、へき地医療拠点病院による巡回診療や代診医の派遣などの支援を行っています。

三重県の無医地区と無歯科医地区

市町名	地区名	人口	無医地区	無歯科医地区
津市（旧美杉村）	太郎生	1,305人	○	○
熊野市（旧紀和町）	上川	157人	○	○
熊野市（旧紀和町）	西山	442人	○	○
紀宝町	浅里	116人	○	
津市（旧美杉村）	川上	293人		○
鳥羽市	神島町	521人		準じる地域
熊野市	神川	423人		準じる地域
熊野市	育生	299人		準じる地域
熊野市	飛鳥	1,574人		準じる地域
熊野市	新鹿	1,795人		準じる地域
熊野市	荒坂	703人		準じる地域

代診医の派遣日数（平成18年4月1日～平成19年3月31日）（単位：人）

診療所名	依頼による代診派遣						派遣実績
	派遣依頼日数	県立志摩病院	山田赤十字病院	紀南病院	尾鷲総合病院	総合医療センター	
鳥羽市立神島診療所	3	2	1	0	0	0	3
鳥羽市立長岡診療所	10	7	3	0	0	0	10
鳥羽市立菅島診療所	3	2	1	0	0	0	3
熊野市立紀和診療所	3	0	0	3	0	0	3
計	19	11	5	3	0	0	19

巡回診療の実施状況

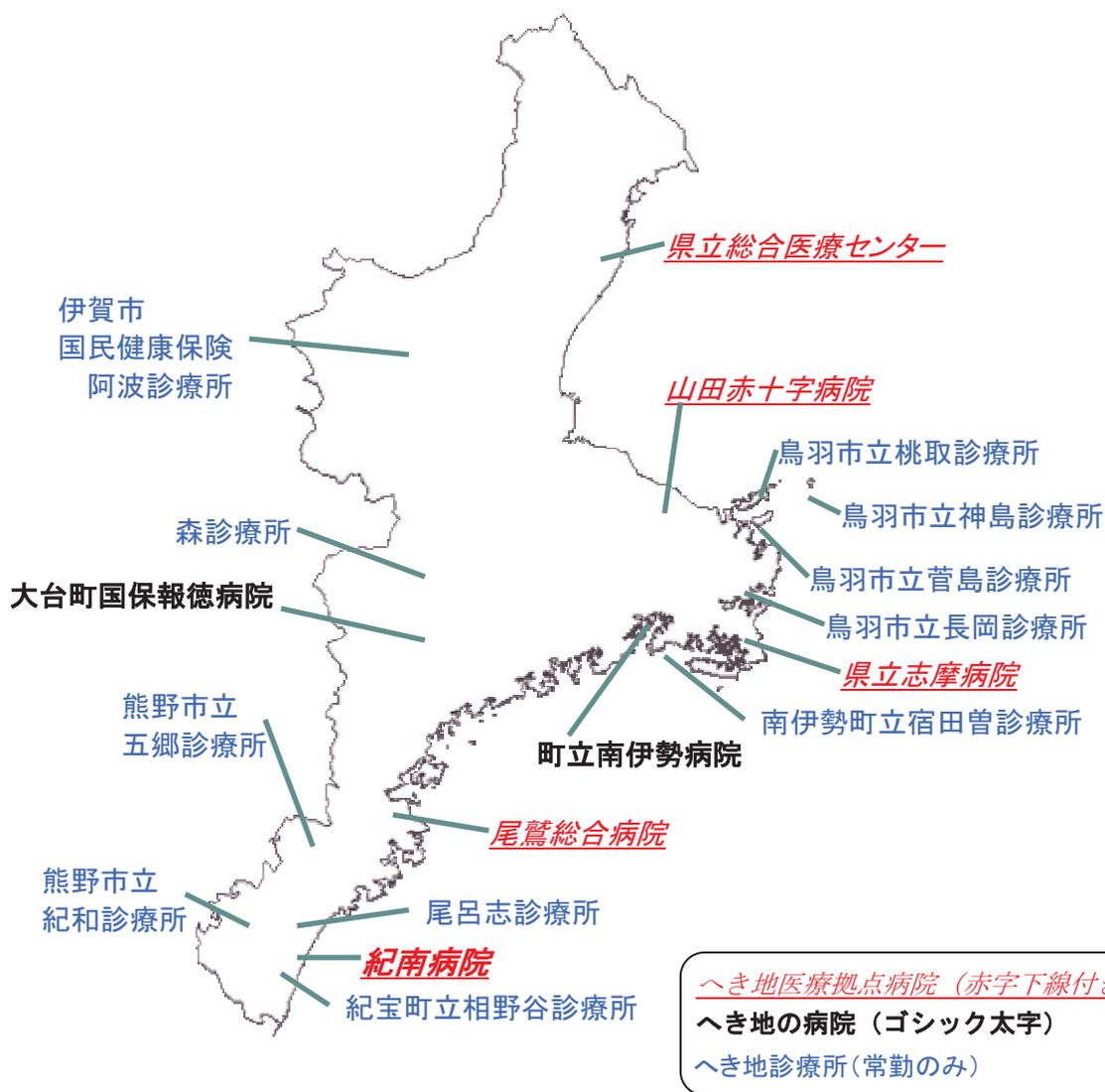
①紀南病院へき地医療センター実施分（平成18年度実績：24日）

曜日	市町名	無医地区名
隔週火	紀宝町	浅里地区

②熊野市立紀和診療所実施分（平成18年度実績：各24日）

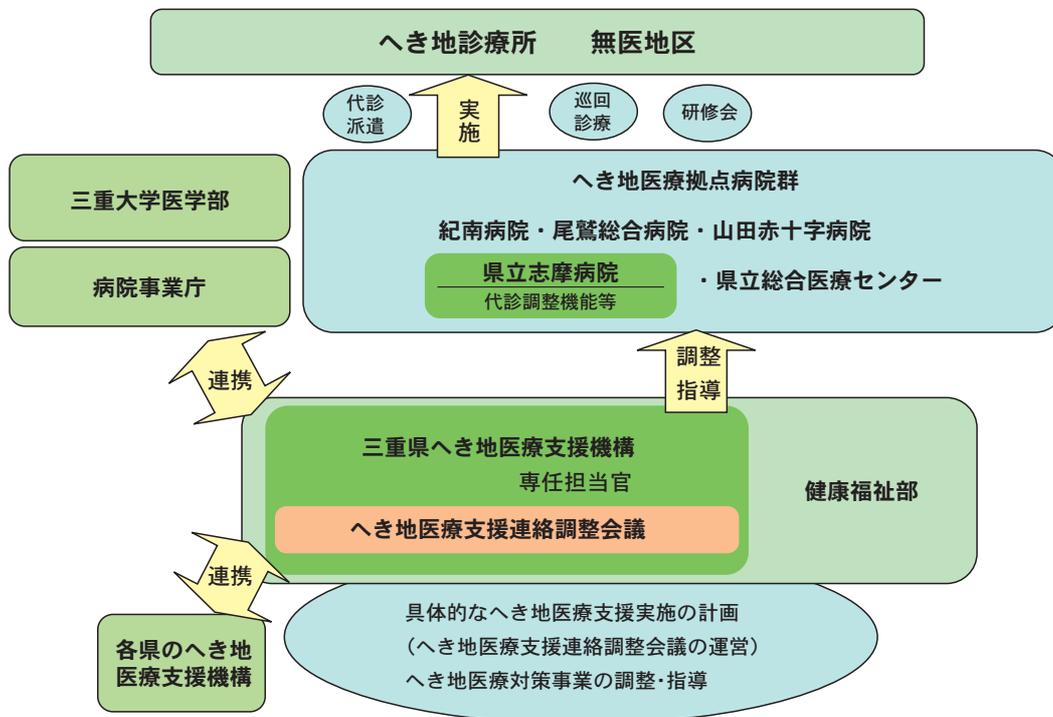
曜日	市町名	無医地区名
隔週火	熊野市	西山地区（西山）
隔週火	熊野市	西山地区（小森）
隔週水	熊野市	上川地区（小船）

三重県内のへき地医療拠点病院とへき地診療所一覧



- へき地診療所は、過疎地域や離島に、20か所の市町立診療所、2か所の国保診療所が設置されており、さらに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。
- へき地診療所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、三重大学医学部の支援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、三重大学医学部に所属する医師が減少する中で、さらなる派遣は困難な状況です。今後、へき地診療所の勤務医の高齢化が進み、後継者の確保が一層困難となることが予測されることから、へき地医療に従事する医師の確保・定着が喫緊の課題となっています。
- このため、健康福祉部内に「へき地医療支援機構」を設置するとともに、医師を「へき地医療支援機構専任担当官」として配置し、関係機関との連携のもとで、へき地医療支援計画にもとづく事業の実施や各関係機関との連絡調整を行い、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の組織と業務内容



- 一方、へき地診療所を支えるへき地医療拠点病院においても、医師不足が急速に進んでおり、一部の病院では、診療科の休止や診療体制の縮小を余儀なくされています。このような状況の中、へき地においては、重症患者の搬送先や入院加療を要する患者の紹介先の確保が十分ではなく、へき地の医療体制に大きな影響を与えています。今後、手術や入院加療が必要な患者が十分な医療の提供を受けるために、バックアップ施設となるへき地医療拠点病院の機能の充実をはかることが不可欠となっています。

- さらに、へき地医療拠点病院の機能を補完・充実させていくために、他の医療機関とのネットワークを構築していくとともに、在宅診療や訪問看護等のニーズに対しても適切に対応していくために、地域の開業医や訪問看護ステーション等と連携して取り組んでいく必要があります。

(2) めざす姿

へき地診療所に必要な医師が確保され、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。

また、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の機能の充実がはかられ、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。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
へき地診療所からの代診医派遣依頼応需率	へき地診療所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%維持
		現状
		100%

※へき地診療所から、三重県へき地医療支援機構への代診医の派遣要請に対応できた件数（健康福祉部医療政策室調べ）

(3) 取組方向

取組方向1：へき地における医療提供体制の整備

取組方向2：へき地勤務医師の養成及び確保

(4) 取組内容

取組方向1：へき地における医療提供体制の整備

- へき地医療支援計画にもとづく事業の着実な実施と、へき地医療支援機構を通じた、関係機関との連携によるへき地医療支援体制の整備を推進します。（医療機関、へき地医療支援機構、県）
- へき地医療拠点病院並びにへき地診療所の施設および設備整備に対する支援を引き続き実施します。（市町、県）
- 無医地区に対する、へき地医療拠点病院やへき地診療所による巡回診療を引き続き実施します。（医療機関、へき地医療支援機構、県）
- へき地診療所等への代診医の派遣について、引き続き実施し、支援します。（医療機関、へき地医療支援機構、県）

- 県が三重大学に寄附して設置した地域医療学講座の研究成果をへき地医療体制の構築に活用します。(医療機関、三重大学、県)
- へき地医療拠点病院の機能を充実させていくため、他の医療機関とのネットワークを構築していくとともに、在宅診療、訪問看護等のニーズに適切に対応していくために、関係機関との連携を強化します。(医療機関、へき地医療支援機構、県、関係機関)
- ITを活用した遠隔画像診断等による医療機関の診療連携の推進をはかります。(医療機関、県)
- 医師修学資金貸与制度等による、へき地医療拠点病院における勤務医の確保を進めます。(県)

取組方向2：へき地勤務医師の養成及び確保

- 自治医科大学において、へき地等に勤務する医師の養成をはかります。(県)
- 医師修学資金貸与制度を活用したへき地勤務医師の確保に努めます。(県)
- みえ医師バンク制度やドクタープール制度の活用等による、へき地勤務医師の確保に努めます。(医療機関、県)
- 医療機関の連携による医師の定着支援システムを活用し、へき地勤務医師の確保に努めます。(医療機関、三重大学、県)

第10節 在宅医療対策

(1) 現状と課題

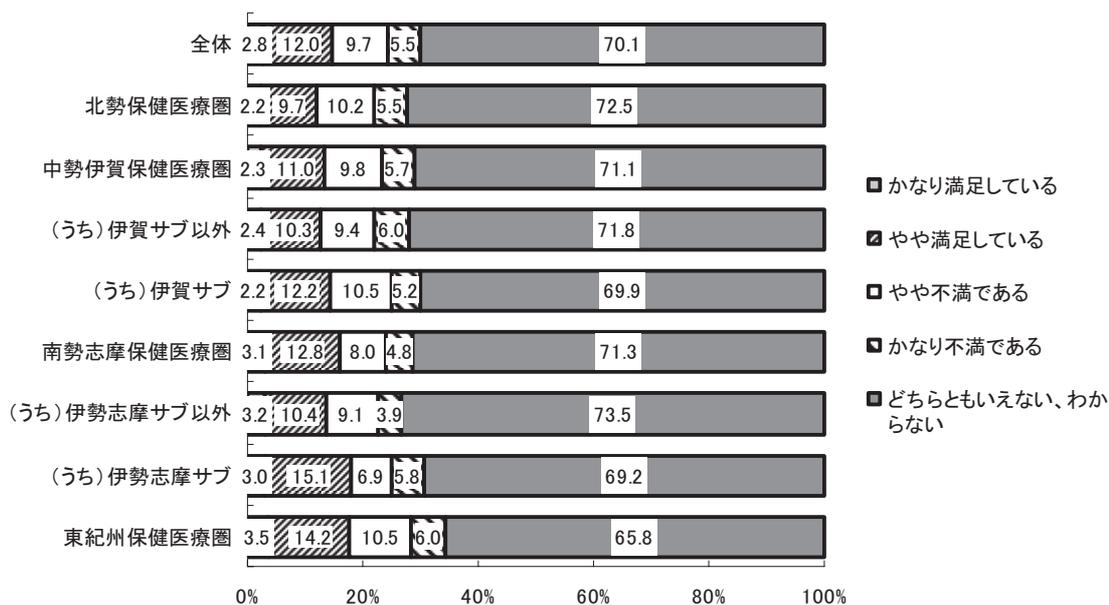
- 在宅医療には医師が患者や家族の求めによって自宅に出向く「往診」や、病院での入院治療が終了した後、そのリハビリテーションや定期的な診察を行うために入院していた医療機関などの依頼によって行われる「訪問診療」等があります。

主な訪問診療の内容は以下のとおりです。

- ・寝たきりの高齢者などを対象とした診療
- ・末期がん等で自宅で最後を迎える在宅のターミナルケア（終末期医療）
- ・患者やその家族の医療器具などの使用に対する指導管理等
- 三重県においては、在宅医療に関する満足度は、「かなり満足している」「やや満足している」と答えた人の割合が県全体で14.8%と低く、圏域によっても差があります。

県民が今後充実を望む医療分野としても、がん対策（44.3%）、救命救急医療（33.5%）に次いで在宅医療は、3番目に高い数値（22.4%）となっています。

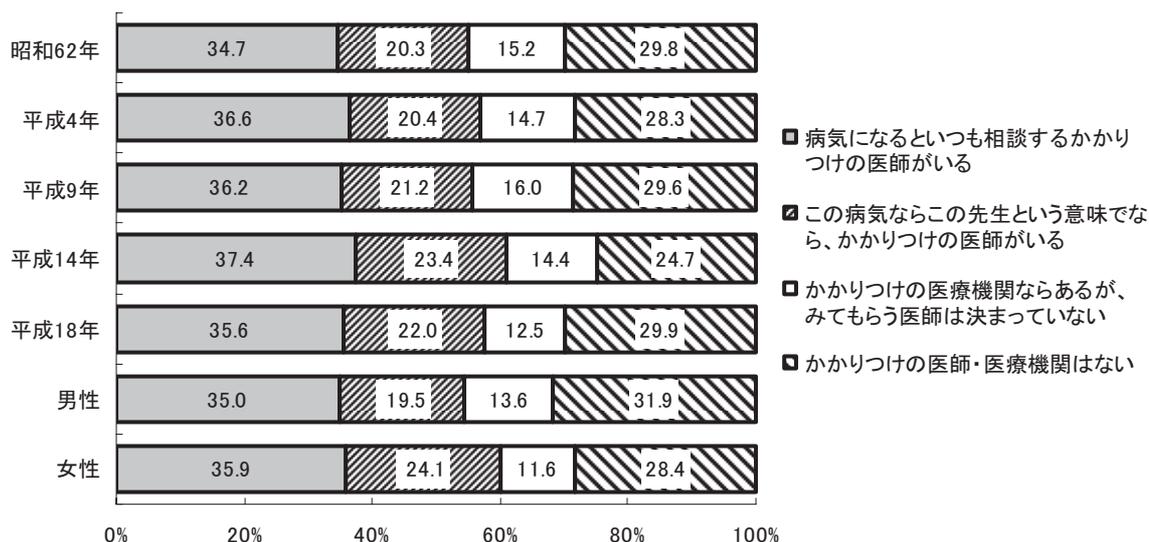
在宅医療に対する満足度



- 現在、地域における在宅医療は「かかりつけ医」や「在宅療養支援診療所」、「訪問看護ステーション」等が中心となって行われていますが、県民のニーズに的確に応えるためには、さらに充実していく必要があります。

- 平成18年三重県民医療意識調査において、かかりつけの医療機関の状況については、「かかりつけ医がいる」、「この病気ならこの先生という意味でなら、かかりつけ医がいる」、「みてもらう医師は決まっていながかかりつけの医療機関はある」と答えた人の割合は70.1%となっています。

かかりつけの医療機関の有無【過去からの推移・性別】



- 診療報酬上の在宅療養支援診療所の届出状況をみると、「往診」や「訪問診療」を実施している一般診療所の内、「届出を済ませている」と回答した一般診療所は92施設となっており、「今年度中に届出したい」、「2～3年以内に届出したい」とあわせると135施設となっています。

在宅療養支援診療所の届出状況

	施設数	割合
届出を済ませている	92	15.8%
今年度中に届出したい	7	1.2%
2～3年以内に届出したい	36	6.2%
届出は考えていない	393	67.3%
無回答	56	9.6%
合計	584	100.0%

- 往診を実施している病院、一般診療所は、それぞれ34施設、565施設、訪問診療を実施している病院、一般診療所は、それぞれ35施設、288施設となっており、歯科訪問診療を実施している歯科診療所は366施設となっています。

往診の実施状況

	病 院		一般診療所	
	施設数	割 合	施設数	割 合
実施している	34	32.4%	565	48.2%
実施していない	70	66.7%	555	47.4%
無回答	1	1.0%	52	4.4%
合 計	105	100.0%	1,172	100.0%

訪問診療・歯科訪問診療の実施状況

	病 院		一般診療所		歯科診療所	
	施設数	割 合	施設数	割 合	施設数	割 合
実施している	35	33.3%	288	24.6%	366	50.6%
実施していない	69	65.7%	832	71.0%	353	48.8%
無回答	1	1.0%	52	4.4%	5	0.7%
合 計	105	100.0%	1,172	100.0%	724	100.0%

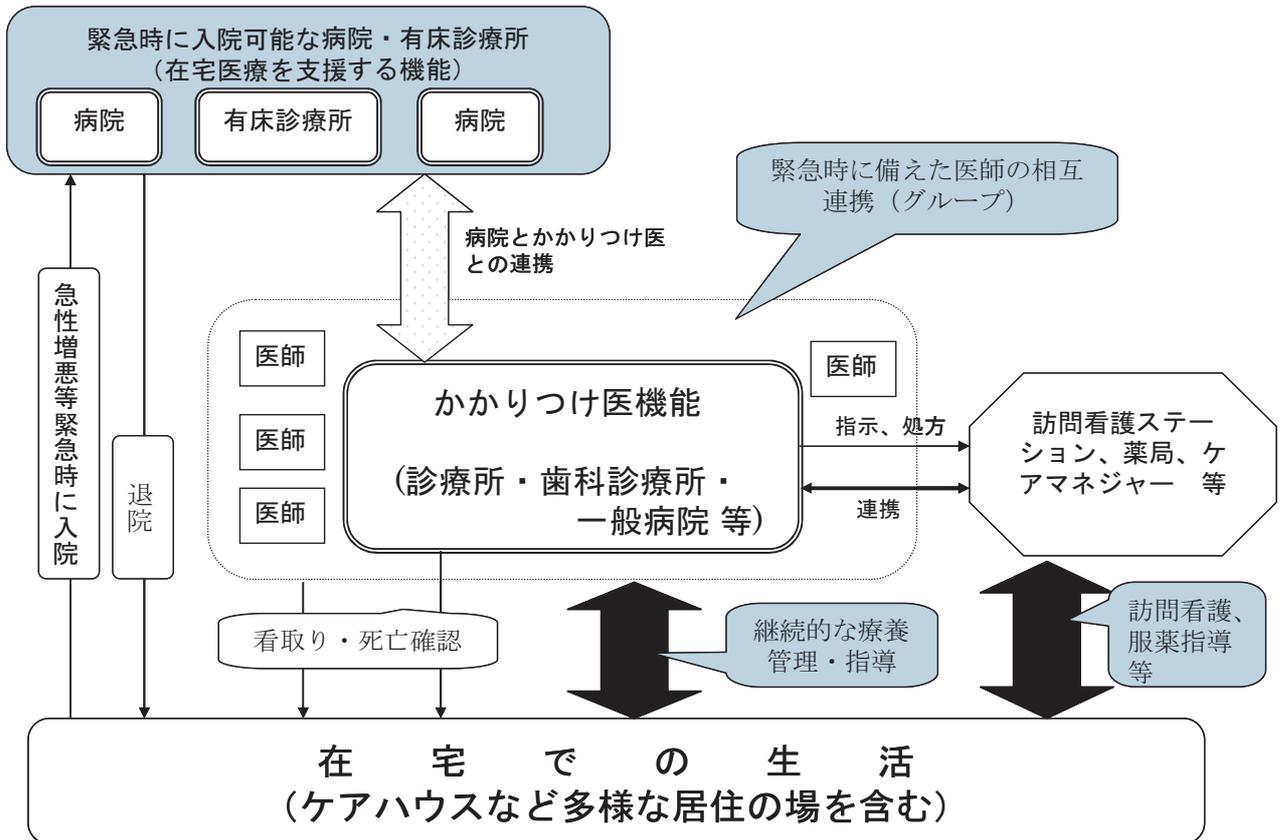
- 訪問診療を実施している病院、一般診療所が訪問診療において対応可能な医療行為をみると、病院では「経皮経管栄養（胃ろう、又は腸ろう）」が80.0%と最も多くなっており、次いで「酸素療法」「じょくそうの管理」ともに77.1%、「点滴の管理」74.3%となっています。
- また、一般診療所では「点滴の管理」が71.9%と最も多くなっており、次いで「じょくそうの管理」69.1%、「酸素療法」60.1%となっています。

訪問診療で対応可能な医療行為

	病 院		一般診療所	
	施設数	割 合	施設数	割 合
点滴の管理	26	74.3%	207	71.9%
中心静脈栄養	13	37.1%	63	21.9%
経鼻経管栄養	24	68.6%	158	54.9%
経皮経管栄養（胃ろう、又は腸ろう）	28	80.0%	151	52.4%
気管切開部の処置	22	62.9%	108	37.5%
人工肛門の管理	17	48.6%	75	26.0%
人工膀胱の管理	8	22.9%	40	13.9%
酸素療法	27	77.1%	173	60.1%
透析（CAPD）	3	8.6%	7	2.4%
レスピレーター（人工呼吸器）の管理	12	34.3%	38	13.2%
疼痛の管理	18	51.4%	121	42.0%
モニター測定（血圧・心拍等）	10	28.6%	52	18.1%
じょくそうの管理	27	77.1%	199	69.1%
尿カテーテルの管理	24	68.6%	167	58.0%
合 計	35	100.0%	288	100.0%

- 今後、急速に進む高齢化や医療技術の発展により、長期にわたる療養や介護が必要な患者の増加が見込まれており、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、医療分野と福祉分野の適切な連携のもと、高度な医療技術に支えられた在宅医療を推進していく必要があります。
- 在宅医療は、「高齢者」、「慢性疾患」あるいは「ターミナルケア（終末期医療）」といった患者や疾患を限定した医療ではなく、それぞれの患者が急性期から回復期、維持期を経て地域生活へと戻るために重要な役割を果たすものであり、この役割分担が確立していなければ、医療提供の入口となる急性期医療の患者受入等が円滑に機能しなくなってしまう。在宅医療を充実するということは、すなわち多様な疾病やケガの発症から回復までの一連の流れのゴール地点の整備を意味することになります。このゴールへ至る道筋をわかりやすく説明するものが「地域連携クリティカルパス」となります。
- 患者に対するシームレス（継ぎ目のない）なサービス提供体制の構築のため、各医療機関・介護事業者等の医療と福祉の分野を越えた機能分化と連携を進め、地域連携クリティカルパスの普及と充実によって、患者が地域の生活の場に戻るまでのスムーズな流れを実現できる仕組みづくりが必要です。

在宅医療のイメージ図



(2) めざす姿

在宅療養支援病院や訪問看護ステーションが多く整備されており、患者が家族のもとで生活しながら病気やケガを治療したり、リハビリテーションを行う在宅医療が盛んに行われています。

また、医療技術の進歩により高度な医療の提供や、住み慣れた自宅で穏やかに最後を迎えたいという「ターミナルケア」などの新しいニーズにも対応できる在宅医療がなされています。

病院と病院、病院と診療所・歯科診療所あるいは地域の介護サービスや福祉サービスとの連携体制が充実しているとともに各地域で多様な疾病に対応した地域連携クリティカルパスが整備され、急性期から回復期、そして維持期へと地域における生活に戻るまで円滑な移行が行われています。

(3) 取組方向

取組方向1：県民が身近な地域に「かかりつけ医」を持つことへの啓発

取組方向2：地域における在宅医療の提供体制の充実

取組方向3：シームレス（継ぎ目のない）なサービス提供体制の構築

(4) 取組内容

取組方向1：県民が身近な地域に「かかりつけ医」を持つことへの啓発

- かかりつけ医の必要性や医療機能分化推進に係る啓発の実施を推進します。（医療機関、医師会、歯科医師会、市町、県、関係機関）
- 医療ネットみえ等を活用した地域の医療機関の情報提供機能の充実をはかります。（医療機関、医師会、歯科医師会、市町、県、関係機関）

取組方向2：地域における在宅医療の提供体制の充実

- 訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤管理指導などを行う人材の養成を推進します。（医療機関）
- 高度化する在宅医療に対応するための医療技術や機器操作に関する研修や人材育成に努めます。（医療機関）
- 地域における在宅医療の担い手である在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの充実をはかります。（医療機関、市町、県）

取組方向3：シームレス（継ぎ目のない）なサービス提供体制の構築

- 地域における多様な疾病やケガに対応できる地域連携クリティカルパスの整備をめざします。（医療機関）
- 事例検討等を繰り返し行うことによる地域連携クリティカルパスの高度化を推進します。（医療機関）
- 在宅療養者に対する医療と福祉の適切な連携がなされたサービス提供体制の整備を促進します。（医療機関、市町、県）

地域連携クリティカルパスを活用した治療のイメージ図



地域連携クリティカルパスのメリット

患者にとって

- 患者満足度の向上・安心感向上
 - ・診療がいつ始まりいつ終わるのか、退院はいつか、退院後はどうか、よくわかる
- インフォームド・コンセント(説明と同意)の充実
 - ・納得して診療を受けられる
 - ・医療関係者とのコミュニケーションのきっかけとなり、信頼関係の構築に資する
- 診療参加意欲の向上
 - ・医療への参加のきっかけとなる(疾病の自己管理能力の向上)
 - ・治療参加意識が向上する(努力する目標ができる)
- 転院に対する不安の解消
 - ・何のために転院するのか理解できる
- 自宅等への早期復帰の促進
 - ・転院に伴う重複診療が避けられる(診療の効率化)
 - ・転院先が見つからないなどの理由による入院延長がなくなる(転院待ち入院の解消)
 - ・総入院期間が短縮する。

医療機関にとって

- 質の高い医療の確保・リスクマネジメントの向上
 - ・良質で標準的な医療が提供できる
 - ・診療経過を複数で確認できる
- インフォームド・コンセント(説明と同意)の充実
 - ・患者にわかりやすく診療内容を説明できる
 - ・患者の医療参加のきっかけとなる。
 - ・患者満足度が向上し、信頼関係の構築に資する
- チーム医療の推進・意識改革の推進
 - ・施設を超えた多職種による信頼関係の構築に資する
 - ・医療関係者のモチベーションの向上に資する
- 医療の標準化・業務改善の推進
 - ・診療内容の標準化・均てん化に資する(EBMの推進・地域における診療方針の統一)
- 診療の継続性の確保・効率化の推進
 - ・医療機関間の相互理解が向上し、信頼関係の構築に資する
 - ・治療の継続性・一貫性が確保できる
 - ・転院に伴う重複診療が避けられる(診療の効率化)
 - ・転院先を探す時間が短縮する・なくなる(転院待ち入院の解消)
 - ・総入院期間が短縮する

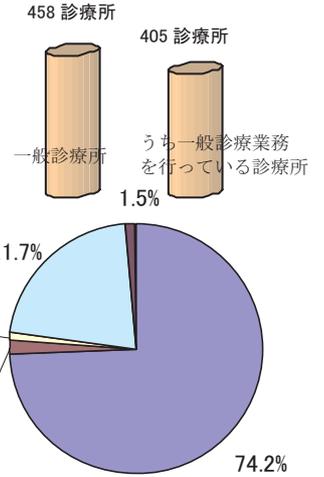
地域全体では

- 医療関係者間の信頼関係の向上
 - ・パス活用のための会議等を通して、医療機関間の相互理解が深まる
 - ・医療機関間が連携するためのツールとして活用できる
- 地域全体での診療内容の充実
 - ・医療機関間の診療が標準化・均てん化される(地域における診療方針・治療方針の統一)
 - ・医療機関間の双方向の技術移転の一策となる
 - ・病連携・病診連携の1対1対応とは異なり、地域を面として連携が図れる
 - ・パスの公表により、他医療機関からの紹介・逆紹介が円滑に行われる
 - ・パスの公表により、患者・住民が、事前にどのような医療を受けるか知ることができる
 - ・地域の医療資源を有効活用できる

一般診療所における主な診療業務の対応状況

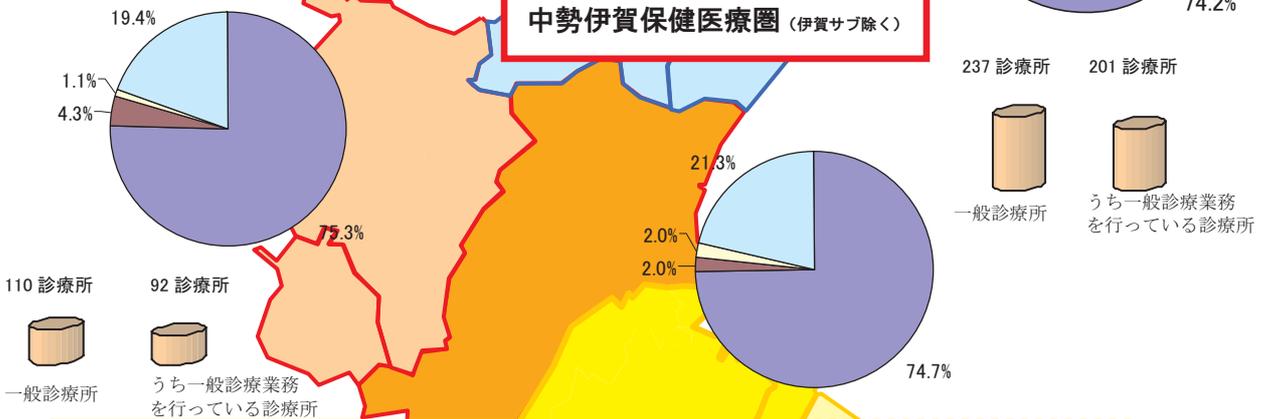
- 地域での幅広い疾患に対応した診療、指導、健康相談等の提供
- 特定の疾患に対応するなど、特定の分野における高度な医療の提供
- 訪問診療や訪問看護などの在宅医療・介護の提供
- 耳鼻科、皮膚科、眼科等の専門の診療科目に特化した医療の提供
- 無回答

北勢保健医療圏



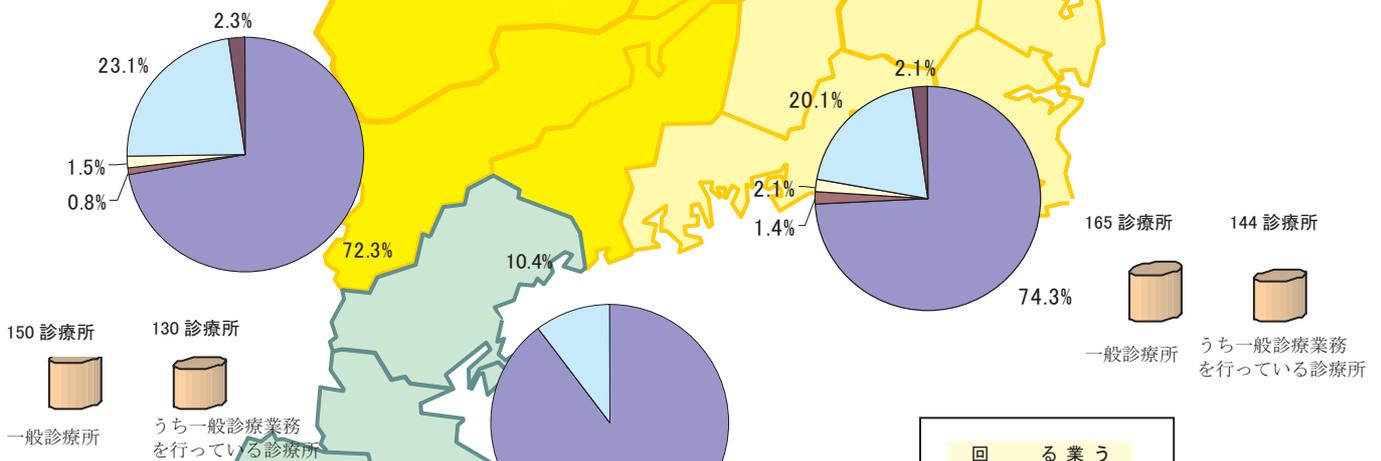
伊賀サブ保健医療圏

中勢伊賀保健医療圏 (伊賀サブ除く)

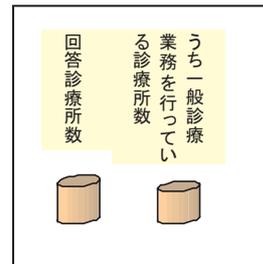


南勢志摩保健医療圏 (伊勢志摩サブ除く)

伊勢志摩サブ保健医療圏



東紀州保健医療圏



第11節 その他の対策

ア 医療安全対策

(1) 現状と課題

(医療事故の防止)

- 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の中で、平成14年に厚生労働省が「医療安全推進総合対策」を示し、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、安全管理委員会、安全管理のための職員研修が義務化され、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、相談窓口の設置の義務化がされています。
- 平成16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（登録分析機関）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、任意での報告を行うことが可能となっています。
- 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・医療機器などの安全管理を含め、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になっています。

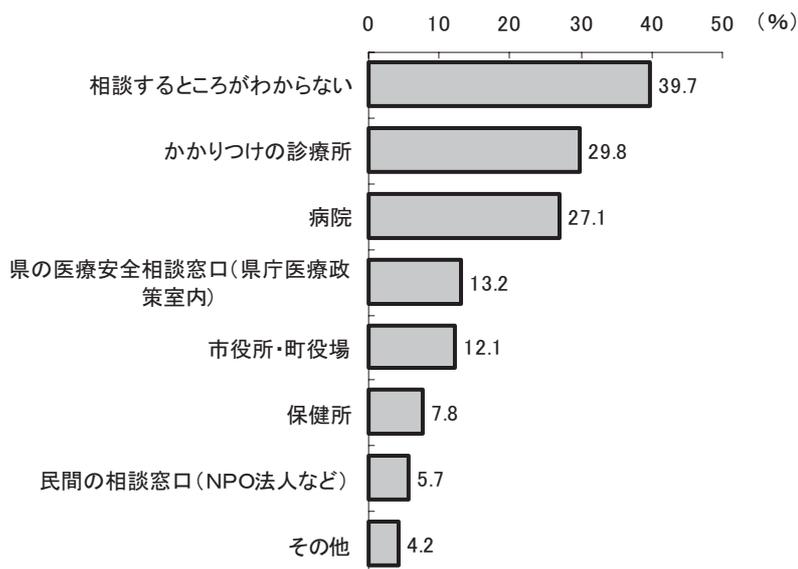
(医療に関する相談体制の充実)

- 三重県では、平成15年に医療安全支援センターを設置し、医療に関する患者・家族等の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はかっています。
- 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や診療に関するトラブルなど、さまざまな相談や苦情が寄せられており、年々その件数は増加しています。
- しかしながら、平成18年に実施した「県民医療意識調査」では、医療事故や治療に関する不安を相談する場合の相談先（複数回答）は、「相談するところがわからない」と答えた人の割合が39.7%と最も高くなっており、次いで「かかりつけの診療所」29.8%、「病院」27.1%となっています。
- また、県庁の医療政策室内にある医療安全支援センター「医療安全相談窓口」についても、13.2%の人が相談先として回答していますが、実際に「利用している」人は全体の0.6%となっており、今後、医療安全支援センタ

一の役割を県民に一層周知していく必要があります。

- さらに、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。

医療事故や治療に関する不安の相談先【複数回答】



資料：「平成 18 年三重県民医療意識調査」

相談・苦情件数の推移

	15 年度	16 年度	17 年度	18 年度
相談	264	139	101	274
苦情	71	288	367	296
その他	28	4	2	3
合計	363	431	470	573

※その他には、医療安全に関する要望や提言が含まれています。

(三重県医療安全支援センター集計)

(2) めざす姿

医療安全の確保に向け医療事故の未然防止や、医療に関する情報提供、相談体制の充実がはかられ、県民が安心・納得して治療に専念しています。

(3) 取組方向

取組方向 1：医療の質と安全性の向上

取組方向 2：医療安全支援センターの機能の充実

(4) 取組内容

取組方向1：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めざします。(医療従事者、医療機関)
- ヒヤリ・ハットや事故等の事例に係る原因の分析を行ったうえで、明確な責任体制のもとでの再発防止策を実行します。(医療従事者、医療機関)
- 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など医薬品使用の安全性を守る管理体制を整備します。(医療提供機関)
- 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)
- 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。(医療従事者、医療機関)

取組方向2：医療安全支援センター機能の充実

- 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。(県民、医療従事者、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、相談事例の分析及び情報提供の充実に向けた取組を実施します。(医療安全支援センター)

具体的な相談先

○三重県医療安全支援センター

場 所：三重県庁4階（健康福祉部 医療政策室内）

相談方法：面談・電話による

月曜～金曜 8：30～12：15

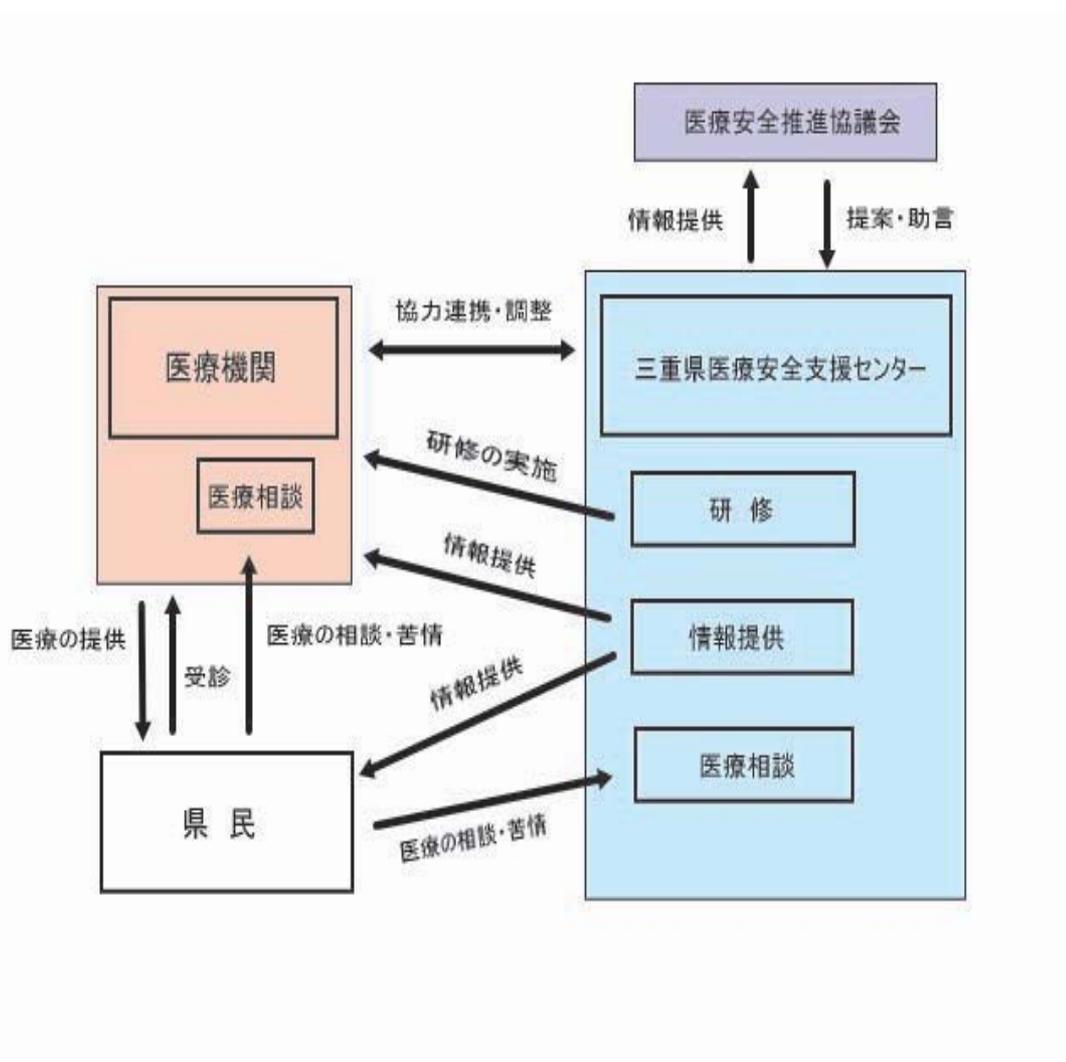
13：00～17：00

（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、病気などについての相談

電話番号：059-224-3111

E-mailアドレス：iryos@pref.mie.jp



イ 精神保健医療対策

(1) 現状と課題

- 精神疾患とは、脳の機能的・器質的障害によって引き起こされる疾患で、統合失調症や躁うつ病、神経症、パニック障害、適応障害といったものまでさまざまな疾患を含みます。
- 精神保健福祉は、入院治療を中心として行われてきましたが、精神障がい者が地域で生活できるよう、障害者自立支援法による訓練給付・介護給付・居住支援・相談支援等サービス提供体制の充実が求められており、今後も保健・医療・福祉の連携を強化する必要があります。
- 複雑化する社会の中で、思春期の引きこもりや家庭内暴力、人格障害など新たな精神保健福祉ニーズへの対応が求められています。また、高齢化の進展に伴って、認知症患者が増加する傾向にあります。
- 精神科病院への入院患者数は減少が続いており、平成18年6月30日現在では4,597人となっています。入院形態別では任意入院が65.7%と一番多く、次いで医療保護入院等の33.9%となっています。一方、措置入院患者の占める割合は0.4%で年々減少しています。

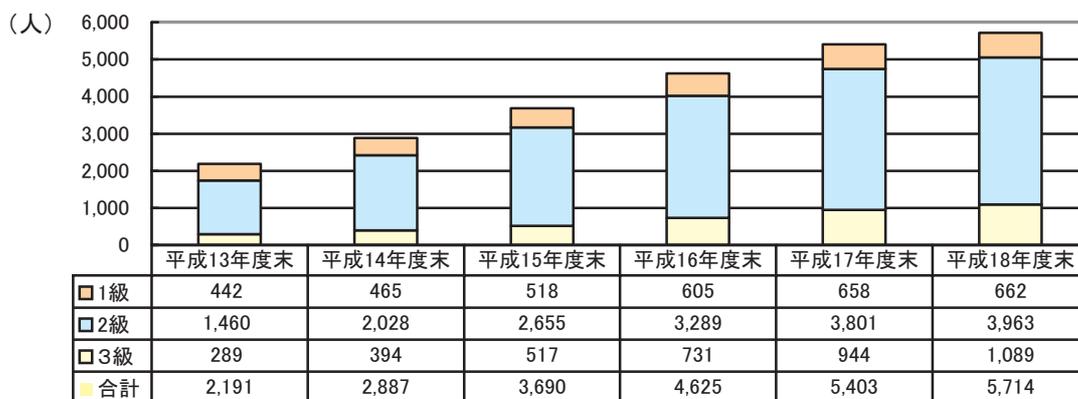
精神障害者入院・通院患者の推移及び県人口に占める割合の推移



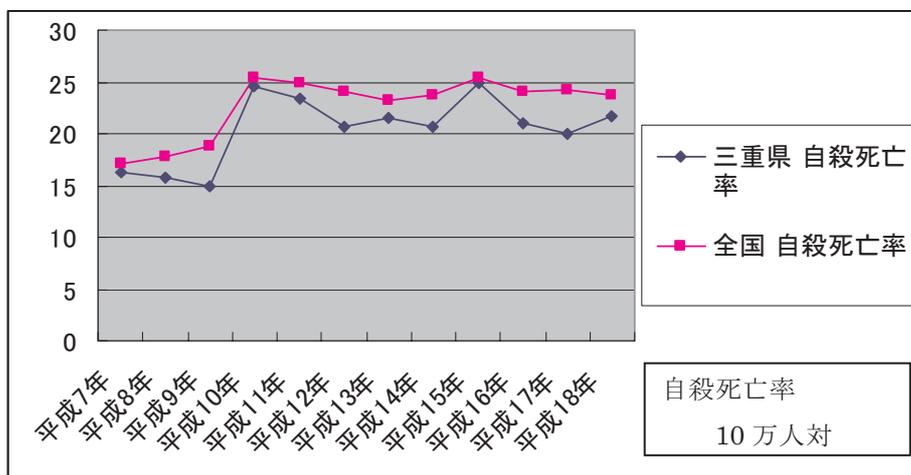
(入院患者は各年度6月30日現在)

- 通院患者（自立支援医療制度による精神通院医療受給者証の交付を受けた方）は、平成17年度末の20,966人から平成18年度は19,797人と制度変更の影響で一時的に減少しましたが、中長期的には引き続き増加が予想されます。
- 平成7年から精神保健福祉手帳の交付を行っており、平成18年度末で5,714人が所持しています。(各年3月31日現在値)

精神保健福祉手帳交付数の推移



- 県内の精神科病床数は 4,914 床でほぼ全国平均ですが、基準病床数を上回っています。最近では県内各地域で精神科診療所が増加したことで、より身近に精神医療が受けられる体制ができつつあります。今後は医療機関の役割分担の明確化や病病・病診間連携の強化が課題です。また、入院患者の人権擁護をはかる観点から、精神保健福祉法に基づく適正な医療の確保と医療環境の整備が求められています。
- 精神障がい者に対する社会的偏見は依然として根強く、引き続き県民への障がいに対する正しい理解・啓発をはかる必要があります。
- 自殺の状況は、全国と同様に平成 10 年から急増しています。平成 18 年の本県の自殺者数は 398 人で自殺率が 21.7 (10 万人対) で、全国 36 位となっています。平成 18 年に自殺対策基本法が施行されたところであり、自殺者数の減少に向けた取組が求められています。



(2) めざす姿

精神障がい者が入院治療だけではなく、地域で福祉的な支援を受けることによって、自立した日常生活、社会生活を営むことができます。また、総合的な自殺対策の実施により自殺者数が減少しています。

(3) 取組方向

取組方向1：精神障がい者に対する医療提供体制整備の実施

取組方向2：精神障がい者が地域で生活していくための体制整備の充実

取組方向3：精神障がい者に対する理解の促進

取組方向4：新たな精神保健福祉ニーズへの対応

(4) 取組内容

取組方向1：精神障がい者に対する医療提供体制整備の実施

- 精神障がい者が受療できる医療提供体制を確保します。（医療機関、市町、県）
- 休日および夜間における精神障がい者等のための精神科救急医療体制を整備します。（医療機関、県）

取組方向2：精神障がい者が地域で生活していくための体制整備の充実

- 精神障がい者の社会復帰の促進および自立をはかるためのさまざまな取組を実施します。（市町、県）
- 精神障がい者社会復帰施設の整備を行います。（県、関係機関）
- 精神障がい者の社会復帰を促進するための、保健・医療・福祉関係機関の連携を強化します。（医療機関、市町、県、関係機関）

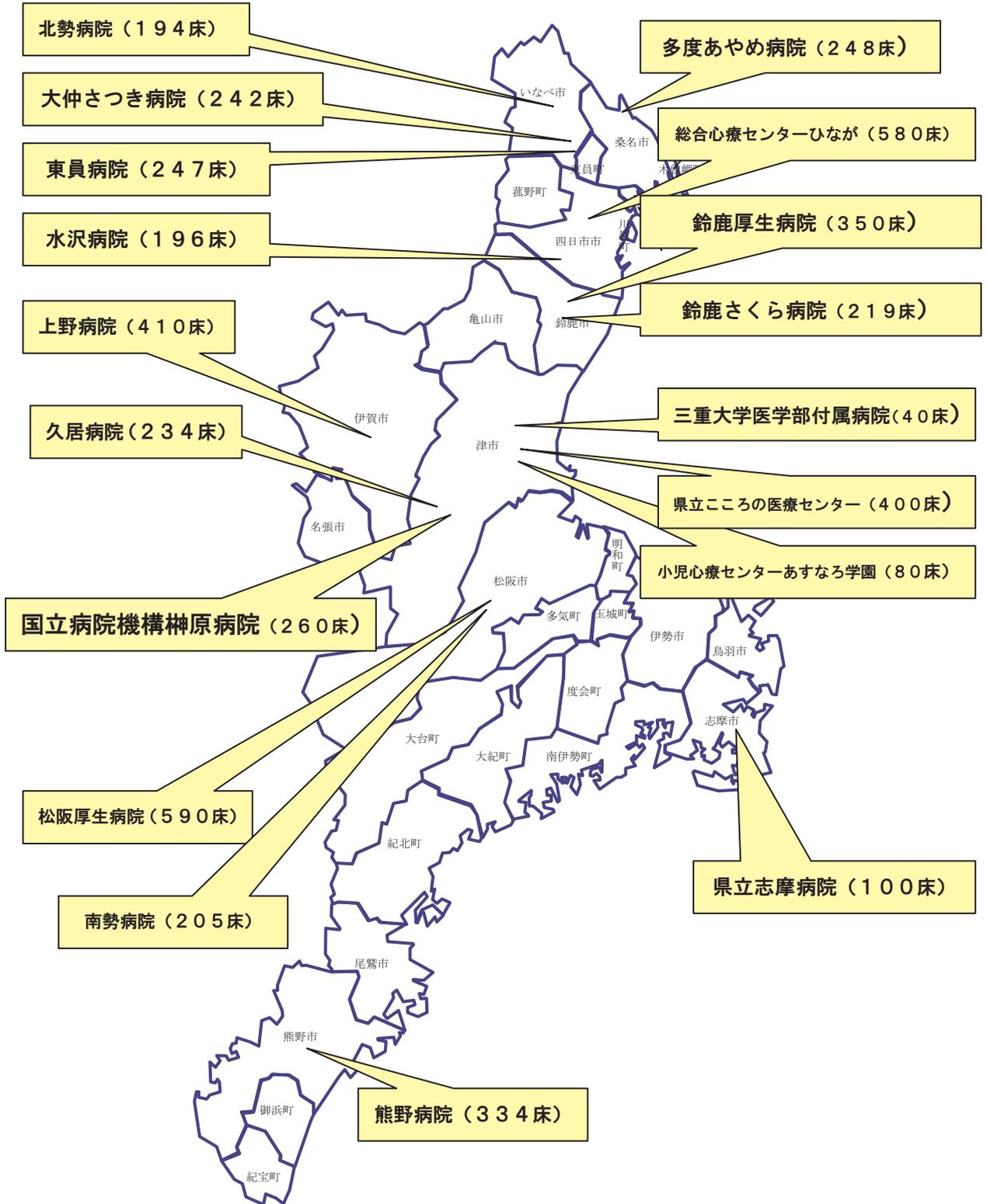
取組方向3：精神障がい者に対する理解の促進

- 精神障がいについての正しい理解と促進のため、地域や学校、さまざまな団体等と協働し、啓発広報やボランティアなどの実践活動をとおして、県民一人ひとりに積極的に働きかけます。（県民、市町、県、関係機関）

取組方向4：新たな精神保健福祉ニーズへの対応

- ひきこもり、家庭内暴力、人格障害、自殺予防等に関する相談支援体制を充実します。（市町、県、関係機関）
- こころのケアに携わる人材の養成を進めます。（県、関係機関）
- 増加が予想される認知症に適切に対応するため、かかりつけ医と専門医療機関や地域包括支援センターとの連携体制を構築します。（医療機関、市町、県）

精神科病院配置状況（18施設）



ウ 結核・感染症対策

1 結核対策

(1) 現状と課題

- 結核は、かつて「国民病」としてまん延していましたが、結核予防対策の強化に加え、生活水準の向上、医療技術の進歩などにより罹患率、死亡率が飛躍的に改善されました。しかし、高齢化の進展にともない、昭和 50 年代頃から罹患率の減少に鈍化が見え始め、平成 9 年には罹患率が増加に転じるに至り、平成 11 年 7 月には、厚生大臣が「結核緊急事態宣言」を発し、国民、関係機関に対策の充実・強化について協力を求めました。
- 三重県の結核新登録患者数は減少傾向にあるものの、70 歳以上の高齢者が占める割合は 5 割を超えています。
- 今後も高齢者人口が増加することから、医療機関や高齢者施設等での集団感染の防止や、結核の免疫を持たない若年者への感染防止が課題となっています。
- 合併症を有する結核患者や多剤耐性結核患者に対応できる結核病床の確保が課題です。
- 患者が処方された薬剤を確実に服用するための服薬支援（DOTS：ドッツ）体制の充実が必要です。
- 国において、平成 19 年 3 月に結核予防法が廃止され、改正感染症法への統合による総合的な結核対策を推進することになりました。

(2) めざす姿

結核の正しい知識の普及啓発により、早期発見、早期治療を推進することで、結核のまん延が未然に防止されています。

(3) 取組方向

取組方向 1：結核の発生予防とまん延防止

取組方向 2：結核患者への適正な医療の提供

(4) 取組内容

取組方向 1：結核の発生予防とまん延防止

- 「三重県結核対策基本計画」を必要に応じて見直し、結核の発生予防、まん延防止および適正な医療の提供に取り組みます。（市町、県）
- 患者の早期発見のため、施設職員等との連携の強化により、院内および高齢者施設内での感染防止をはかります。（医療機関、県、関係機関）

取組方向 2：結核患者への適正な医療の提供

- 医療費の公費負担による適正な医療を提供します。（医療機関、県）
- 結核患者の治療完遂のため、保健所の保健師による患者訪問等を実施し、患者および家族等への支援を行います。（県）

- 特に重要度の高い患者には手厚く服薬支援(DOTS:ドッツ)を行い、確実な治療を促進します。(医療機関、県)
- 結核指定医療機関の医師を対象とした研修会等を開催し、多剤耐性結核の発生防止、合併症の適切な治療など結核医療の適正化をはかります。(医療機関、県、関係機関)

結核患者数の推移

	新登録患者数		有病者数	
	全 国	三重県	全 国	三重県
昭和 40 年	304,556	4,937	929,616	20,434
昭和 50 年	108,088	1,653	435,902	8,442
昭和 60 年	58,567	732	147,580	2,295
昭和 13 年	35,489	465	36,288	535
平成 14 年	32,828	473	32,396	499
平成 15 年	31,638	406	29,717	443
平成 16 年	29,736	367	26,945	370
平成 17 年	28,319	350	23,969	343
平成 18 年	26,384	357	21,976	333

2 感染症対策

(1) 現状と課題

- 近年、感染症を取り巻く問題としては、海外からの感染症（重症急性呼吸器症候群（SARS）、ウエストナイル熱等）の侵入、高病原性鳥インフルエンザや新型インフルエンザ発生のおそれ、エイズ感染者の拡大への対応などが挙げられます。
- 今日では、多くの感染症の予防・治療が可能となっており、感染症対策も集団防衛的な考え方から個人レベルでの予防を推進するとともに、患者の人権を尊重した医療提供体制の整備が望まれています。
- 平成 19 年 4 月の法改正により感染症の類型見直しが行われ、従来消化器系中心であった 2 類感染症がジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）などの呼吸器系疾患が中心となりました。
- 感染症法に基づく三重県の感染症病床の基準病床数は、第一種が全県で 2 床、第二種が 4 保健医療圏合計で 22 床となっていますが、第一種は未整備、第二種は中勢伊賀保健医療圏で 2 床不足となっています。
- 一類感染症はこれまでに発生はなく、改正後の感染症法による二類感染症も、結核を除いて発生はありません。
- コレラや細菌性赤痢もほとんどが海外渡航者からの発生であるため、旅行

者に対して現地情報の提供や予防方法の周知を行う必要があります。

- 高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）の世界的な流行、散発的なヒトへの感染例の発生から、新型インフルエンザ出現が強く懸念される中、三重県でも平成17年12月に「三重県新型インフルエンザ対策行動計画」を策定し、平成18年11月には「新型インフルエンザ対応マニュアル（フェーズ3）」を策定しました。また、抗インフルエンザ薬（タミフル）を平成17年度から19年度の3年計画で152,000人分備蓄しています。
- 腸管出血性大腸菌感染症は毎年夏季を中心に発生し、全国各地で集団感染事例も散発的に発生しています。三重県では、大規模な集団感染事例はありませんが、依然として家庭での散発事例が多く発生しています。
- インフルエンザは毎冬流行しており、三重県内の学校等でも集団発生が多く見られ、手洗い、うがいの励行などの予防策を充実することが必要です。

第二種感染症指定医療機関

二次保健医療圏	基準病床数	指定医療機関	所在地	病床数	陰圧病床数
北勢	6	県立総合医療センター	四日市市	4	4
		市立四日市病院	四日市市	2	2
中勢伊賀	6	岡波総合病院	伊賀市	4	0
南勢志摩	6	松阪市民病院	松阪市	2	2
		山田赤十字病院	伊勢市	4	2
東紀州	4	紀南病院	御浜町	4	4

1～3類感染症の発生状況

	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
1～3類感染症患者発生状況(結核除く)	39人	26人	87人	47人	35人

(参考)

- 一類感染症：エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
- 二類感染症：急性灰白髄炎（ポリオ）、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）
- 三類感染症：コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス

(2) めざす姿

感染症の発生予防とまん延防止をはかるとともに、発生や流行状況を迅速に把握することで、適切な医療が提供されています。

(3) 取組の方向

- 取組方向1：感染症の発生予防とまん延防止
- 取組方向2：感染症患者への適正な医療の提供

(4) 取組内容

取組方向1：感染症の発生予防とまん延防止

- 「三重県感染症予防計画」を必要に応じて見直し、的確な感染症対策を推進します。(医療機関、市町、県)
- 感染症の発生予防を目的とした情報提供や発生動向の発表および注意喚起を実施します。(医療機関、市町、県)
- 感染症の発生を迅速に検査できる体制の整備および関係機関との連携体制を強化します。(医療機関、市町、県)

取組方向2：感染症患者への適正な医療の提供

- 第一種感染症病床が未整備であり、第二種感染症病床も不足しているため、引きつづき関係医療機関に整備を働きかけていきます。(医療機関、県)
- 三重県予防接種センター、市町と連携して、予防接種の効果的な実施を行います。(医療機関、市町、県)

3 エイズ対策

(1) 現状と課題

- HIV感染の拡大は、世界的に極めて深刻な状況にあり、わが国においては、昭和60年に患者が確認されて以来、患者・感染者数は年々増加し、全国的な拡がりを見せています。
- HIV感染者・エイズ患者の報告数は、全国的に増加傾向にあり、特に日本国籍男性の増加が顕著で、同性間の性的接触による感染が急増しています。
- 他方、異性間性的接触による感染においては、若年層で女性感染者数が男性感染者数を上回っており、若年層のHIV感染に対して予防啓発を進める必要があります。
- 三重県のHIV感染者・エイズ患者の累計報告数は、平成19年3月末でHIV感染者88人、エイズ患者51人となっています。
- 三重県では、全保健所で無料、匿名のHIV抗体検査を実施しています。3保健所(四日市、津、伊勢)で夜間検査を、うち津保健所では迅速(即日)検査も実施しており、安心して相談、検査が受けられる体制を整備しています。また、各保健所が地域の実情に応じた普及啓発事業を実施して

います。

- エイズ治療拠点病院を4か所指定しており、各拠点病院には医療従事者研修への派遣や、要望に応じて外国人患者診療のための通訳を派遣するなど、医療体制の充実に努めています。

HIV感染者およびAIDS患者の年次別推移

(単位：人)

	全 国			三重県		
	HIV感染者	AIDS患者	計	HIV感染者	AIDS患者	計
平成5年	277	86	363	5	1	6
平成10年	422	231	653	1	1	2
平成14年	614	308	922	5	0	5
平成15年	640	336	976	4	4	8
平成16年	780	385	1,165	5	3	8
平成17年	832	367	1,199	10	4	14
平成18年	952	406	1,358	2	11	13

エイズ治療拠点病院（平成19年4月現在）

- ・ 国立大学法人 三重大学医学部附属病院（中核病院）
- ・ 三重県立総合医療センター
- ・ 独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター
- ・ 山田赤十字病院

(2) めざす姿

県民への正しい知識の普及がはかられることで、エイズ感染の危険が回避されるとともに、HIV感染者が早期発見され、また、エイズ患者に対して、良質かつ適正な医療が提供されています。

(3) 取組方向

取組方向1：エイズを含む性感染症予防のための正しい知識の普及啓発の実施

取組方向2：エイズ治療拠点病院等における医療水準の向上

(4) 取組内容

取組方向1：エイズを含む性感染症予防のための正しい知識の普及啓発の実施

- 感染リスクの高い若年層に重点を置いたエイズを含む性感染症予防のための普及啓発を推進します。（県民、市町、県）

- 患者・感染者への差別や偏見を解消するための啓発活動の推進と患者・家族への支援体制を充実します。(県民、市町、県)

取組方向2：エイズ治療拠点病院等における医療水準の向上

- 患者が身近な医療機関で適切な医療が受けられるよう医療水準の向上をめざします。(医療機関)
- HIV抗体検査をより受けやすくするために、夜間検査や迅速(即日)検査の拡大に努めます。(医療機関、県)
- また、相談・検査の実施にあたっては、プライバシーに配慮し、感染の不安のある方が安心して受けられる体制を整備します。(県)
- エイズ治療拠点病院等の医療従事者を対象とした研修会や情報交換のための連絡会等を開催し、医療水準の向上をはかります。(医療機関、県)

4 ウイルス性肝炎対策

(1) 現状と課題

- 国内最大の感染症であるウイルス性肝炎は、自覚症状に乏しく、本人が気づかぬうちに慢性肝炎から肝硬変、肝がんに行進するリスクの高い疾患です。
- 早期に感染の有無を確認し、適切な治療につなげることは、潜在患者の肝がん予防、健康長寿と生活の質の向上の確保とともに、将来の医療費増大の抑制効果が期待できます。
- インターフェロンの治療が奏効すれば、ウイルスを除去し、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患ですが、適切な慢性肝炎の治療が行われている割合は必ずしも高いものではありません。
- 我が国には、200万人から300万人の肝炎ウイルスの持続感染者が存在すると推計され、約70%はC型肝炎ウイルス、15~20%がB型肝炎ウイルスによるものです。
- 肝炎ウイルスの感染者は、40歳代以上の年齢層に多く、過去に輸血や手術を受けた既往のある方等が、感染のリスクの高い集団(ハイリスクグループ)と推定されます。
- 本県には人口比から単純に推計すると、約2万人から3万人の肝炎ウイルスの持続感染者が存在すると推計されます。
- 本県では、各保健所で肝炎ウイルス検査を無料で実施しています。また、各市町では健康増進法に基づき、肝炎ウイルス検診を節目検診および節目外検診として実施しています。しかし、肝炎ウイルス検査を未だ受診していない方が多く、感染が判明しても治療につなげていない実態があり、肝炎ウイルス検査に関する普及啓発と検査および相談体制の充実をはかる必要があります。
- 治療促進のためには、患者の負担を軽減するとともに、症状やさまざまな

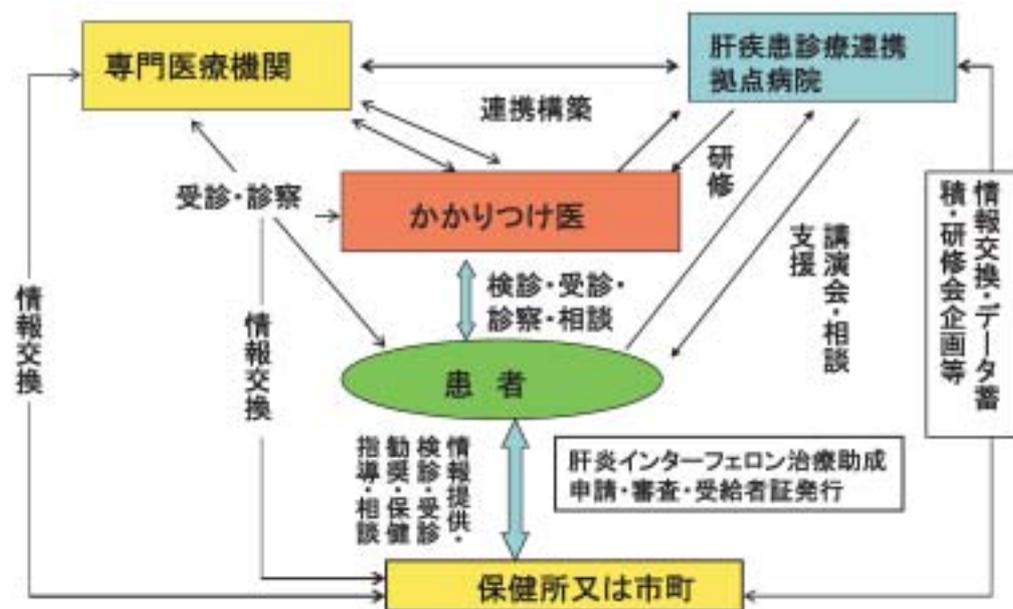
社会的状況等に応じ、安心して治療が受けられる環境整備が必要です。

- 肝炎ウイルス検査陽性者が、適切な治療を受けられるよう、かかりつけ医と肝臓専門医がそれぞれの役割を明確にしたうえで効果的な連携がはかれるような連携システムの構築が必要です。

(2) めざす姿

県民がウイルス性肝炎に関する正しい知識を持ち、感染の危険がある時は速やかに検査を受けられる環境が整備されています。肝炎ウイルス検査陽性者が、適切な早期治療を受けられるよう、治療に関する経済的負担の軽減をはかれる仕組みが構築されています。また、かかりつけ医と肝臓専門医の連携のもと県内における慢性肝炎の適切な治療体制が整っています。

肝炎疾患診療ネットワークの構築(イメージ図)



都道府県における検診後肝炎診療体制に関するガイドライン(厚生労働省)

(3) 取組方向

- 取組方向1：肝炎ウイルス感染予防についての普及啓発の充実
- 取組方向2：肝炎ウイルス検査体制の充実
- 取組方向3：肝炎に関する医療体制の充実
- 取組方向4：慢性肝炎患者支援の推進

(4) 取組内容

取組方向1：肝炎ウイルスの感染予防についての普及啓発

- 肝炎ウイルスの感染予防について、リーフレットやホームページ、身近

な健康教室や行事などの機会を活用し、肝炎に関する正しい知識、早期発見や早期治療の意義等についての普及啓発を推進します。(県民、医療機関、事業主、医師会、市町、県、関係機関)

- 肝炎ウイルス検査については、未受診者に対する検診受診勧奨を推進します。(医療機関、医師会、市町、県、関係機関)

取組方向2：肝炎ウイルス検査体制の充実

- 肝炎ウイルス検査をより受けやすくするため、保健所での夜間検査を実施するとともに、市町での節目検診の広報を進めます。(市町、県)
- 肝炎ウイルス検査の受診者の利便性をはかる、期間を限って(平成20年3月1日から平成21年3月31日)医療機関への委託による無料検診を実施します。(医療機関、県)

取組方向3：肝炎に関する医療体制の充実

- 肝疾患診療に関する医療機関の情報を積極的に収集するとともに、インターネット、広報誌等の媒体を活用して県民への情報提供を進めます。(医療機関、市町、県)
- かかりつけ医、肝疾患に関する日本肝臓病学会や日本消化器病学会の専門医が所属する専門医療機関が連携した肝疾患診療ネットワークの構築を進めます。(医療機関、医師会、県)
- 県内の肝疾患の診療ネットワークの中心的な役割を果たす肝疾患診療連携拠点病院を指定するとともに、その活動を支援します。(医療機関、県)

取組方向4：慢性肝炎患者支援の推進

- 慢性ウイルス肝炎の早期治療の促進をはかるため、インターフェロン治療にかかる医療費を助成する肝炎治療特別促進事業を実施します。(県)
- 長い療養生活における患者の悩みや今後の病状に対する不安などについての相談等に対応するため、保健所、市町、医療機関、患者団体等が連携した相談体制の整備を進めます。(患者団体、肝疾患診療連携拠点病院、医療機関、市町、県)

エ 臓器等移植対策

1 臓器移植対策

(1) 現状と課題

- 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年10月に「臓器の移植に関する法律」（以下「臓器移植法」という。）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。

(臓器移植に関する普及啓発について)

- 臓器移植の推進については、「社団法人日本臓器移植ネットワーク」および「財団法人三重県角膜・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。
- 本県は、多臓器移植に対応した意思表示カードの普及と臓器移植についての普及啓発、県コーディネーターの活動支援等を実施しています。

(臓器移植医療の実施状況について)

- 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、山田赤十字病院、岡波総合病院、東海眼科）が選定されています。
また、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、8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。
- 脳死下での臓器移植は、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ない状況です。
- 脳死又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にもとづいて、臓器提供が適切に行われる環境づくりが求められており、移植医療に関する県民の理解を高めるとともに、関係医療機関および医療従事者に臓器移植法や関連情報を的確に伝える必要があります。



角膜・腎臓提供者数および移植数（三重県）

	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人	21人	1人	2人
平成15年度	5人	11人	1人	1人
平成16年度	2人	11人	1人	2人
平成17年度	1人	6人	1人	2人
平成18年度	2人	6人	0人	0人

資料：(財) 三重県角膜・腎臓バンク協会提供

(2) めざす姿

臓器提供意思表示カードの所持率が向上し、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。

(3) 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

(4) 取組内容

取組方向1：移植希望者および臓器移植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)
- 角膜摘出に際して移植実施機関等に対して、角膜摘出に必要な費用の一部および、臓器移植コーディネーター設置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)

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、県)

2 骨髄移植対策

(1) 現状と課題

- 骨髄移植は、白血病や再生不良性貧血等の病気の患者に、健康な方の骨髄幹細胞を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。
- 日本では、「骨髄バンク事業」が平成4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。
- しかし、我が国で骨髄移植を必要とする者は、毎年少なくとも2,000人以上あり、ドナー候補者が見つからない人が約2割にもものぼります。
- 平成19年3月末現在のドナー登録者数は、3,662人となっています。
- また、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等から、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、「東海さい帯血バンク」が設立されていますが、バンクの受け入れ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、三重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。

(2) 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。

(3) 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：骨髄移植の普及啓発の実施

取組方向3：骨髄移植が適切に行われるためのシステム構築

(4) 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

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

取組方向2：骨髄移植の普及啓発の実施

- 骨髄バンクの必要性の普及啓発を実施します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 医療従事者に対しての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、市町、県、関係機関)

取組方向3：骨髄移植が適切に行われるためのシステム構築

- 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実施します。（関係機関）

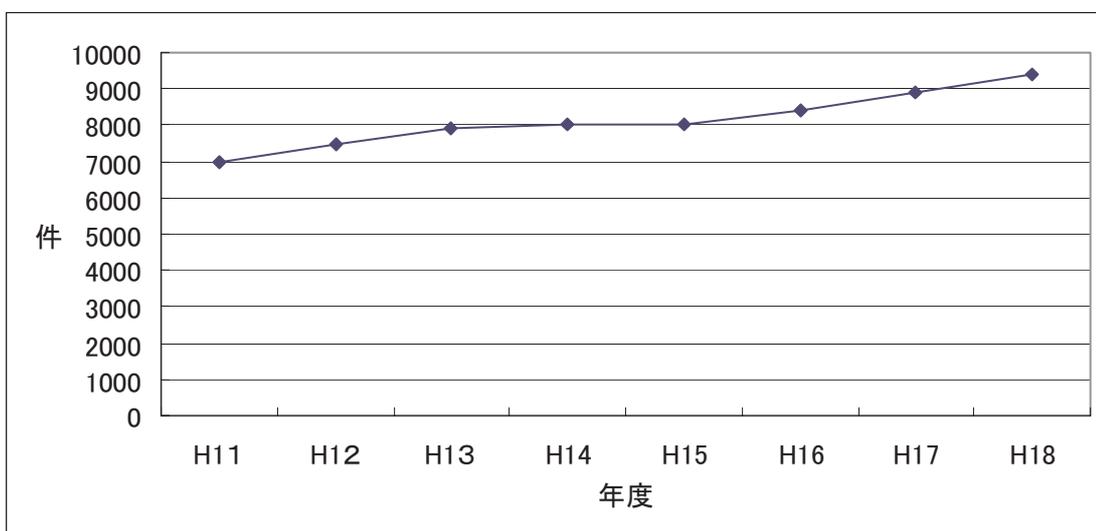
オ 難病・特定疾患等対策

1 難病・特定疾患

(1) 現状と課題

- 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、かつ後遺症を残す恐れのある疾患のことをいい、現在、国において123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123疾患のうちの45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するとともに、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おり、平成18年度の三重県における受給者数は9,386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。患者や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・福祉の連携をはかり、支援していく必要があります。
- 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。
- 患者や家族が保健医療福祉等に関する情報を円滑に交換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、三重県においては、三重県難病相談支援センターを平成17年に設立し、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。

特定疾患医療受給者証交付件数推移



【三重県難病相談支援センターの概要】

名 称：三重県難病相談支援センター

所在地：〒514-8567

三重県津市桜橋 3 丁目 446-34

三重県津庁舎保健所棟 1 階

TEL 059-223-5035 FAX 059-223-5064

E-mail mie-nanbyo@comet.ocn.ne.jp

ホームページ <http://members2.tsukaeru.net/mie-nanbyo>

活動内容

- ① 相談支援（平日 9:00～16:00）
電話相談、メール相談、面接相談
- ② 地域交流会の開催
患者会や患者家族会の開催、疾患別学習会など
- ③ 就労支援
雇用情報の提供・相談
- ④ 情報提供
ホームページ、センターニュース等で広報

○ 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。また、難病患者の介護に必要な知識や技能を有するホームヘルパーの養成研修を実施するなど、徐々に支援策は拡充してきているものの、患者および家族の負担は依然として大きく更なる支援が必要です。

（2）めざす姿

難病患者や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、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 が向上しています。

（3）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家族の療養生活に対する支援の実施

(4) 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

- 特定疾患等治療研究事業の実施により、引き続き医療費の一部公費負担を実施します。(医療機関、市町、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の確保を進めます。(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家族の療養生活に対する支援の実施

- 難病患者に対する適切な在宅医療支援を行うための、医療相談事業、訪問相談事業、訪問診療事業等を実施します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 難病患者の療養環境の整備をはかるため、各医療圏ごとに協力病院を指定し、入院施設の確保を行うとともに、地域における重症難病患者の受入を円滑に行うための協力体制を確立します。(医療機関、市町、県)
- 難病患者が在宅において日常生活を営むことができるよう、ホームヘルプサービス、日常生活用具の給付、短期入所事業を実施します。(市町、県)
- 地域で生活する患者等の療養上、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、難病相談支援センターを運営します。(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。(市町、県、関係機関)

2 ハンセン病

(1) 現状と課題

- 「らい予防法」による強制的な隔離政策は、平成8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、社会的偏見・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、国立等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。
(三重県出身者の療養所入所者数 82名 平成19年9月30日現在)
- 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、差別・偏見を解消するための施策が必要です。

(2) 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家族が安心して充実した生活を送っています。

(3) 取組方向

- 取組方向1：ハンセン病に係る人権啓発の実施
- 取組方向2：ハンセン病回復者および家族の生活に対する支援

(4) 取組内容

取組方向1：ハンセン病に係る人権啓発の実施

- ハンセン病を正しく理解し、差別・偏見をなくすための普及啓発を実施します。(県民、市町、県)

取組方向2：ハンセン病回復者および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、および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)



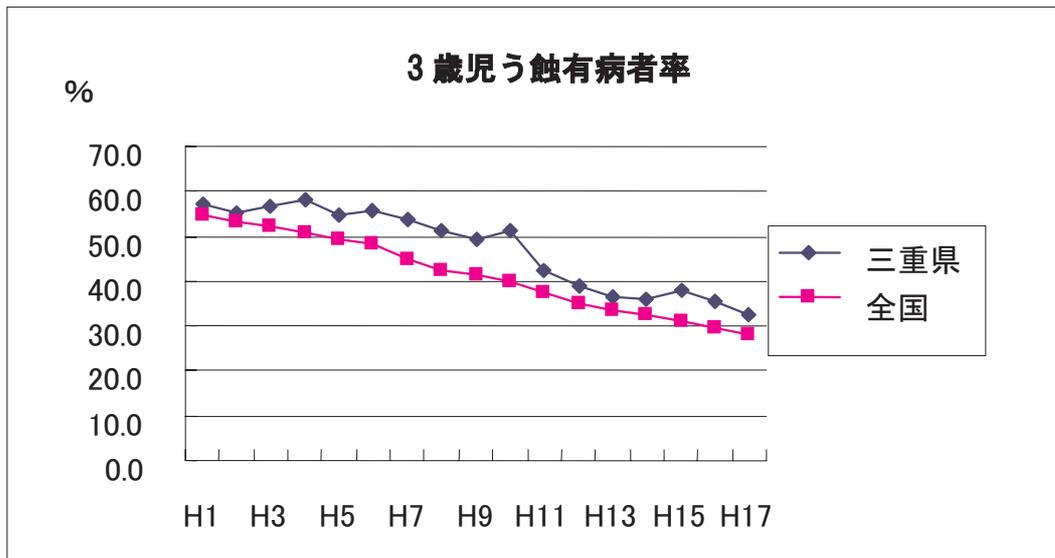
カ 歯科保健医療対策

(1) 現状と課題

- 高齢化の進展により、歯科疾患予防、口腔機能の保持増進の重要性が高まっており、予防と治療が一体となった歯科保健医療など、生涯を通じた歯や口の健康づくりが求められています。
- 歯科医療は住民生活に密着した医療であり、歯科診療所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対策を実践するためには、むし歯や歯周疾患の予防はもちろんのこと、歯や口に関する正しい知識と生活習慣の改善が必要ですが、現状では十分に行われていません。
- また、障がい者（児）は、口腔内の環境が悪くなる傾向があり、セルフケアも困難になりがちなため、歯科疾患に罹りやすい状況にあります。障がい者（児）に対する歯科診療は、専門の技術や知識などを必要とするため、一般の歯科診療ではニーズに対し、十分に対応するに至っていません。
- 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、口腔内の悪化につながっていることから、市町の老人保健事業での訪問口腔衛生指導など各種保健サービスの利用を促すとともに、専門的な歯科医師、歯科衛生士を確保するなどの体制づくりが必要です。
- 市町が実施する成人を対象とした歯周疾患検診の受診率は、1.8%と低い状況にあり、また、自ら定期的に歯科検診を受けている成人も、34.7%にとどまっています。
- 他の疾患や感染症をもつ患者に対する歯科医療は、大学病院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はかる必要があります。

【数値目標】

	1999 年値	2004 年値
20 歯以上自分の歯を有する人の増加 (60-64 歳)	50.0%	80.9%



(2) めざす姿

県民一人ひとりがむし歯や歯周病の予防に対する重要性を認識するとともに、歯や口の状態が全身の健康に大いに影響を及ぼすことなどについて正しい知識をもつことで、生涯を通じた歯や口の健康づくりが実践されています。また、歯科診療が必要な障がい者（児）が、身近な歯科診療所で診療を受けています。

(3) 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：歯科保健における福祉的アプローチの推進
- 取組方向3：障がい者（児）に対する歯科診療の確保

(4) 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地域住民および歯科医療従事者双方が認識し、歯と口の健康づくりが進むように、予防から治療までの包括的歯科医療について、地域住民に対し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）
- 学校保健と連携し、児童・生徒の口腔内状況を把握するとともに、むし歯予防等、歯の健康学習が積極的に進められるよう支援を行います。（歯科医師会、学校、市町、県）

取組方向2：歯科保健における福祉的アプローチの推進

- 在宅要介護者や施設入所者など従来歯科保健医療サービスが十分に受けられなかった県民への口腔機能向上の取組を進めます。(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)
- 歯科医療従事者に対する専門的口腔ケア等に関する研修を実施します。(歯科医師会、歯科衛生士会、県)
- 歯科関係者からの児童虐待早期発見など、子育て支援へのアプローチを県民とともに推進します。(医療機関、歯科医師会、市民団体、市町、県)
- 虐待を早期に発見するため、乳幼児と接する機会が多い歯科医療機関等による児童虐待に対応したネットワークを構築します。(医療機関、歯科医師会、市民団体、市町、県)

取組方向3：障がい者（児）に対する歯科医療の確保

- 障がい者（児）が安心して受診できる歯科医療を確保するため、三重県歯科医師会の協力の下、三重県口腔保健センターにおいて歯科診療を進めるとともに、同センターでの歯科医師の障がい者歯科診療技術、知識に関する研修を通じ、在宅や施設における歯科治療の普及、定着化を促進します。(医療機関、歯科医師会、市町、県)

キ 血液確保対策

(1) 現状と課題

- 高齢化の進展等により、医療用血液の需要が増大するなか、献血によって血液を確保することが求められています。
- 一方で献血者は年々減少する傾向にあり、特に献血者に占める若年層の割合が全国平均と比較して低いため、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。
- 現在医療機関では、血液製剤の適正化使用をはかりながら、安全性を確保するため、400ml 献血および成分献血による高単位の血液製剤を必要としています。全国的に献血者は減少傾向にあります。
- 国は平成 20 年までにすべての血液製剤の国内自給をめざしており、本県においても割当量を確保する必要があります。

(2) 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。

(3) 取組方向

- 取組方向 1：献血思想の普及啓発と必要な血液の確保
- 取組方向 2：血液製剤の安全性の確保と使用の適正化

(4) 取組内容

取組方向 1：献血思想の普及啓発と必要な血液の確保

- 行政と血液センターが協力のうえ、広報活動を実施することで献血思想の普及啓発をはかります。(市町、県、関係機関)
- 献血推進ページェント実行委員会を中心に、関係機関、関係団体等がより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。(市町、県、関係機関)

取組方向 2：血液製剤の使用の適正化

- 安全な血液製剤を供給するための、献血時の問診の強化や血液製剤の品質管理を進めます。(市町、県、関係機関)
- 血液製剤の使用指針および輸血療法の実施に係る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、市町、県)

献血者数の推移（総数および年代別）

	献血者数	50代	40代	30代	20代	10代
平成14年度	75,326	14,540	19,059	21,755	27,727	6,339
平成15年度	66,439	14,849	18,349	22,374	26,032	6,126
平成16年度	61,311	15,017	17,335	21,741	24,463	6,104
平成17年度	61,935	15,199	17,012	21,856	22,315	5,748
平成18年度	59,169	16,115	17,885	23,542	22,142	5,715

ク 医薬品等の適正使用の推進

(1) 現状と課題

- 医薬品等は、県民が健康な生活を営む上で、必要かつ不可欠なものであることから、製造・流通・販売から服薬等に至るまでの過程において、その安全性等を確保する必要があります。
- 疾病原因の変化や健康意識の高まりの中で、医薬品などに対する県民の関心はますます高まっています。
- 医師と薬剤師が各々の専門性を発揮するため、医師が患者の治療を行い、地域における薬局の薬剤師が医師の処方せんに基づく調剤や薬歴管理、服薬指導を行うといった医薬分業体制を整備することが必要です。
三重県における医薬分業は、平成18年実績で45.1%（全国平均55.8%）、全国順位は37位となっています。
- 医薬分業のメリットを患者が享受するためには、複数の医療機関を受診した場合でも、同じ薬局で調剤をしてもらう、いわゆる「かかりつけ薬局」体制の普及が必要です。かかりつけ薬局において、薬剤師が薬歴管理や服薬指導を行うことで、薬物療法の有効性と安全性が向上することや、医師と薬剤師で相互に確認されることにより、投与薬剤間の相互作用、配合禁忌、重複投与等を未然に防げるなど、安全性が高まります。
- 一方で、薬局において調剤に従事する薬剤師が不足していることから、未就業薬剤師を対象とした研修会や、就職相談を実施するなどの取組を進めています。

(2) めざす姿

医薬品等の品質の安全性、有効性が確保されるとともに、医薬分業が進むことで、県民が「かかりつけ薬局」を利用し、重複投薬や薬剤の相互作用による副作用が未然に防止されています。また、薬剤についての適切な情報が提供されることで、医療の質が向上しています。

(3) 取組方向

取組方向1：安全な医薬品等提供体制の充実

取組方向2：医薬分業の推進とかかりつけ薬局の育成

(4) 取組内容

取組方向1：安全な医薬品等提供体制の充実

- 有効性、安全性の高い医薬品の供給をはかるため、医薬品情報サービス事業を実施します。（薬局、医師会、薬剤師会、市町、県）

- 医薬品等による健康被害の未然防止、自己健康管理をはかるための情報提供を実施します。(薬局、医師会、薬剤師会、市町、県)

取組方向2：医薬分業の推進とかかりつけ薬局の育成

- 医薬分業を推進するため、医療関係者および県民に対する普及啓発を実施します。(薬局、医師会、薬剤師会、市町、県)
- 医薬分業の趣旨が正しく県民に理解されるよう「薬と健康の週間」(10月17日～23日)事業や、各種広報媒体による積極的な啓発活動を実施します。(県民、薬局、医師会、薬剤師会、市町、県)
- 「かかりつけ薬局」についての周知を進めるとともに、普及啓発を推進します。(県民、医療機関、薬局、医師会、薬剤師会、市町、県)
- 薬局において調剤に従事する薬剤師不足に対応するため、未就業薬剤師を対象とした研修会や就職相談を実施します。(薬剤師会、県)

ケ 医療に関する情報化の推進

(1) 現状と課題

- 医療サービス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。
- 電子カルテシステムの導入率は、病院、一般診療所でそれぞれ 13.3%、9.2%となっています。
また、病院におけるオーダーリングシステムの導入率は 33.3%となっており、レセプト電算処理システムの導入率も、病院、一般診療所でそれぞれ 23.8%、13.5%となっています。
- 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・医療情報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。
- 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。
- 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、遠隔医療など、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。
- 今後、より患者の視点に立った医療の提供を進めるためには、医療機関等から適切な情報が提供されることで、患者自らが医療機関や治療方針を選択できることが必要であり、医療機関においても、より安全で質の高い医療を安定して提供することが求められています。

電子カルテシステムの導入状況

	病 院		一般診療所	
	施設数	割合	施設数	割合
導入している	14	13.3%	108	9.2%
具体的な導入予定がある	15	14.3%	38	3.2%
導入予定もない	73	69.5%	960	81.9%
無回答	3	2.9%	66	5.6%
合 計	105	100.0%	1,172	100.0%

※数表中の割合の合計値と内訳値は四捨五入の関係で一致しないことがあります。

電子カルテシステムの活用範囲

	病 院		一般診療所	
	施設数	割 合	施設数	割 合
自施設内	14	100.0%	105	97.2%
患者への治療方針の説明	7	50.0%	58	53.7%
他の医療機関等との連携	0	0.0%	22	20.4%
無回答	0	0.0%	1	0.9%
合 計	14	100.0%	108	100.0%

※ 数表中の割合の合計値と内訳値は四捨五入の関係で一致しないことがあります。

病院におけるオーダリングシステムの導入状況

	施設数	割 合
導入している	35	33.3%
具体的な導入予定がある	16	15.2%
導入予定もない	54	51.4%
合 計	105	100.0%

※数表中の割合の合計値と内訳値は四捨五入の関係で一致しないことがあります。

レセプト電算処理システムの導入状況

	病 院		一般診療所	
	施設数	割 合	施設数	割 合
導入している	25	23.8%	158	13.5%
具体的な導入予定がある	36	34.3%	133	11.3%
導入予定もない	43	41.0%	855	73.0%
無回答	1	1.0%	26	2.2%
合 計	105	100.0%	1,172	100.0%

※ 数表中の割合の合計値と内訳値は四捨五入の関係で一致しないことがあります。

ホームページの開設状況

	病 院		一般診療所		歯科診療所	
	施設数	割 合	施設数	割 合	施設数	割 合
開設している	84	80.0%	279	23.8%	118	16.3%
具体的な開設予定がある	4	3.8%	37	3.2%	27	3.7%
開設予定もない	15	14.3%	787	67.2%	560	77.3%
無回答	2	1.9%	69	5.9%	19	2.6%
合 計	105	100.0%	1,172	100.0%	724	100.0%

※ 数表中の割合の合計値と内訳値は四捨五入の関係で一致しないことがあります。

ホームページの掲載内容

	病 院		一般診療所		歯科診療所	
	施設数	割 合	施設数	割 合	施設数	割 合
手術・治療の内容や件数等	18	21.4%	32	11.5%	28	23.7%
第三者機関の評価結果	19	22.6%	0	0.0%	0	0.0%
自己負担額	11	13.1%	9	3.2%	10	8.5%
医師の氏名、略歴、専門分野等	47	56.0%	228	81.7%	92	78.0%
連携している医療機関名	13	15.5%	51	18.3%	9	7.6%
セカンドオピニオン対応体制	7	8.3%	19	6.8%	11	9.3%
無回答	17	20.2%	36	12.9%	16	13.6%
合 計	84	100.0%	279	100.0%	118	100.0%

※数表中の割合の合計値と内訳値は四捨五入の関係で一致しないことがあります。

資料：「平成18年三重県医療機能実態調査」

(2) めざす姿

医療機関が、安全かつ信頼性の高いシステムを構築することで、医療の質の向上や効率化がはかられ、また、その情報を積極的に公開することにより、患者自らが医療機関を適切に選択できるようになっています。

(3) 取組方向

- 取組方向1：医療情報提供の推進
- 取組方向2：医療の情報化の充実

(4) 取組内容

取組方向1：医療情報提供の推進

- 医療機能の公表制度に対応した事項も含め、医療ネットみえの充実に努めます。(医療機関、県)

取組方向2：医療の情報化の充実

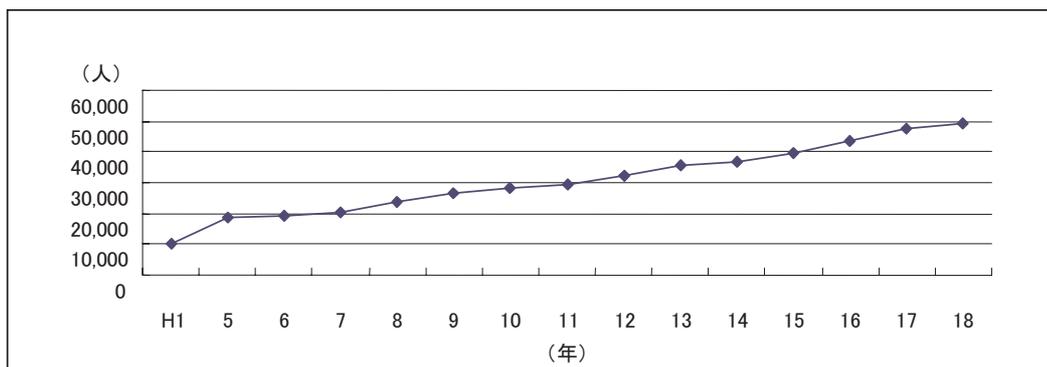
- 医療機関の電子カルテシステム、オーダーリングシステムの導入を促進します。(医療機関、県)
- 遠隔医療を利用した身近な医療機関における専門医診療を推進します。(医療機関、県)

コ 外国人に対する医療対策

(1) 現状と課題

- 平成18年末の三重県の外国人登録者数は、49,304人（前年比3.7%増）で過去最高を更新しました。この数は、県内総人口の2.58%を占めています（前年2.48%：全国3位）。外国人登録者数は、最近の5年間で13,780人増加し、10年間で約2.06倍、平成元年の約4.7倍となっています。

三重県における外国人登録者数



- 医療については、企業等の被用者や1年以上在留資格のある外国人住民は、社会保険（医療保険）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、現実には社会保険に未加入の外国人住民が多く、受診の際医療費を払えないケースが生じるなどの問題が生じています。
- こうした医療費に係る問題の他、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きたし、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みられるなど、複雑な要因が絡み合い、多くの問題が生じています。
- このような課題に対応するため、医療機関における外国人患者と医師の間をつなぐ存在をめざし、外国人生徒への看護職進路ガイダンスを実施するなどの新たな取組が始まっていますが、医療専門の通訳の養成・派遣など一層の取組が求められています。
- 集住市を中心に外国人住民の増加に伴い、母子保健や保育など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。
- これらの問題や外国人住民のニーズに対して、医療機関、行政、関係団体、ボランティア等がそれぞれに対応してきましたが、今後は、各関係機関が連携をとりながら、課題解決に向けて包括的に対応していくことが、求められています。

(2) 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を受けるための体制が整備されています。

(3) 取組方向

取組方向1：外国人が保健福祉サービスを受ける際に必要な支援の実施

取組方向2：外国人の公的保険への加入啓発の実施

取組方向3：外国人への医療情報の提供

(4) 取組内容

取組方向1：外国人が保健福祉サービスを受ける際に必要な支援の実施

- 外国人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、広域的な通訳制度の整備について支援します。(県民、医療機関、市町、県、関係機関)
- 医療機関の診療案内や入院案内等をはじめ、学校保健、母子保健、保育等における多言語対応に取り組みます。(県民、医療機関、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。(教育機関、市町、県、関係機関)

取組方向2：外国人の公的保険への加入啓発の実施

- 社会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。(県民、企業、市町、県、関係機関)

取組方向3：外国人への医療情報の提供

- 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、外国人関係団体と連携し、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、「医療ネットみえ」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。(県民、医療機関、市町、県、関係機関)

第5章 保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組

第1節 保健・医療・福祉の連携

（1）現状と課題

- 保健・医療・福祉のサービスは、それぞれの制度に基づいて実施されているところですが、高齢化の進展や、疾病構造の変化、県民ニーズの多様化等により、保健・医療・福祉の各分野において機能を発揮するだけでなく、それぞれの分野同士が連携をはかり、健康状況に応じて総合的・一体的にサービスを提供することが求められています。
- 病気や障がいがあっても、住み慣れた地域で暮らしていけるよう、保健・医療・福祉関係機関の連携体制を強化するとともに、一体的に推進することが求められています。例えば、高齢者については、急性期医療から慢性期医療、介護施設（又は在宅）という経過をたどるケースが多いことから、医療サービスと介護福祉サービスの連携による一体的なサービスの提供が望まれており、在宅医療・福祉の連携体制の充実をはかる必要があります。
- また、精神科入院患者については、退院し地域で医療を受けつつ生活を送るための受け皿の確保が難しい状況もみられることから、受け入れ先を確保するとともに、身近な地域でのデイケアや、訪問看護等を受けることのできる体制を整備することが求められています。
- 健康福祉行政を総合的に推進していくためには、県民、医療機関、福祉施設、地方公共団体、関係団体といった多様な主体に対して積極的な情報提供を行う必要があります。そのため、平成13年度から県内の健康福祉情報の総合サイトとなる「保健・医療・福祉総合情報」ホームページを開設し、広く県民に公開しています。
- 保健・福祉行政サービスにおける市町の役割がますます重要になっていることから、県は市町との役割分担を踏まえ、広域的・専門的な観点から、市町を積極的に支援する必要があります。

（2）めざす姿

保健・医療・福祉の各分野におけるさまざまな施策の整合性が確保されており、患者・利用者の立場に立った切れ目のない連携体制が構築されています。

また、これら各分野についてのさまざまな情報が、県民に対して広く周知されており、連携の仕組みがわかりやすく提供されています。

(3) 取組方向

取組方向1：各分野同士の的確な連携の実施

取組方向2：各分野についての情報提供の推進

(4) 取組内容

取組方向1：各分野同士の的確な連携の実施

- 保健・医療・福祉の連携を促進し、県民ニーズに的確に対応できるサービス提供体制を構築するため、各地域における関係機関の連携に向けた検討会の設置などの取組を支援します。(医療機関、福祉関係機関、市民団体、市町、県)
- 各地域で保健・医療・福祉サービスが総合的に提供できるよう、県は広域的・専門的な観点から、市町を積極的に支援します。(県)
- かかりつけ医等による在宅医療サービスと保健・福祉サービスとの連携を進めるため、県・市町・医療関係団体等との連携強化をはかります。(医療機関、市町、県)
- 保健・医療・福祉サービスの総合的な提供を担う人材育成と資質の向上をはかります。(医療機関、福祉関係機関、市町、県)

取組方向2：各分野についての情報提供の推進

- 保健・医療・福祉サービスに関するさまざまな情報を県民、医療関係者、福祉関係者等に対して広く周知します。(市町、県)

第2節 健康づくり活動の推進

（1）現状と課題

- IT化の進展による生活様式や生活環境の変化により、精神的なストレスの増大や運動不足などが誘因となることから生活習慣病が増加する傾向にあり、県内の死亡者数の死因の1位から3位をがん、心臓病、脳卒中が占めています。これらの疾患を未然に防ぐためには、一人ひとりが自らの日常生活を見直すとともに、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)などの予防や運動、禁煙など、適正な生活習慣の形成に向けた取組を進めるとともに、健康診査の積極的な受診等が重要となります。
- また、ストレスなどによって引き起こされる、うつ・自殺、ひきこもり、PTSD、薬物依存などこころの健康の問題が増加している一方で、こころの問題についてはいまだに偏見が強く、正しい理解が得られにくい状況です。
- 働く世代の心身の健康を確保するために、職場における健康確保対策の一層の推進が求められています。
- 飲酒や喫煙が健康に及ぼす影響が問題となっている一方で、喫煙、飲酒が著しく低年齢化する傾向にあり、家庭・地域・学校等、社会全体で健康づくりにむけた取組を進める必要があります。
- こころの問題について正確な情報が得られ、こころの健康の増進、問題の早期発見と適切に対応がなされるための環境整備が必要です。特にひきこもりの予防や長期化の防止にむけて、相談体制の充実が求められているとともに、災害時等に発生するこころの健康障害等に対応できる支援体制が必要です。

（2）めざす姿

企業における働く世代の健康づくりの促進にむけた取組や、地域における健診（検診）等が充実し、県民一人ひとりが積極的に自らの健康づくりに取り組む環境が整っています。

（3）取組方向

- 取組方向1：健康づくりにかかる普及啓発の充実
- 取組方向2：健康づくりの取組促進に向けた環境整備
- 取組方向3：各種健診（検診）受診率の向上に向けた取組

（4）取組内容

取組方向1：健康づくりにかかる普及啓発の充実

- 日常における健康づくりの大切さについて、イベント開催などを通じた

普及啓発を行います。(事業者、市民団体、医療機関、市町、県)

- ところの健康問題に関する正しい知識の普及啓発や相談を実施するとともに、地域全体でうつ・自殺予防対策を進めていくための体制を整備します。(市民団体、医療機関、市町、県)

取組方向2：健康づくりの取組促進に向けた環境整備

- 地域保健活動推進のため、専門職種等の人材確保、資質の向上をはかります。(事業者、市民団体、市町、県)
- 飲食店での間接喫煙をなくすため、終日禁煙の店舗を「たばこの煙のないお店」として認定し、取組の拡大をはかります。(県、関係機関)
- 職場での間接喫煙をなくすため、職場における禁煙や職場内分煙に取り組めます。(県民、事業者)
- 未成年者の喫煙・飲酒の防止について、地域の学校や団体等と協働して積極的な取組を進めます。(県民、事業者、市民団体、学校、市町、県)
- 運動や禁煙といった適正な生活習慣づくりに向けた活動を実践します。(県民)
- ひきこもりの予防や長期化の防止に向け、相談体制の充実、合同研修会の開催などにより関係機関との連携を強化します。(市民団体、市町、県)
- 災害時等に発生するところの健康障害に対応するため、相談支援体制を充実します。(市民団体、医療機関、市町、県)

取組方向3：各種健診（検診）受診率の向上に向けた取組

- 地域における生活習慣病健診やがん検診の受診率向上にむけ、啓発等に積極的に取り組めます。(市町、県)

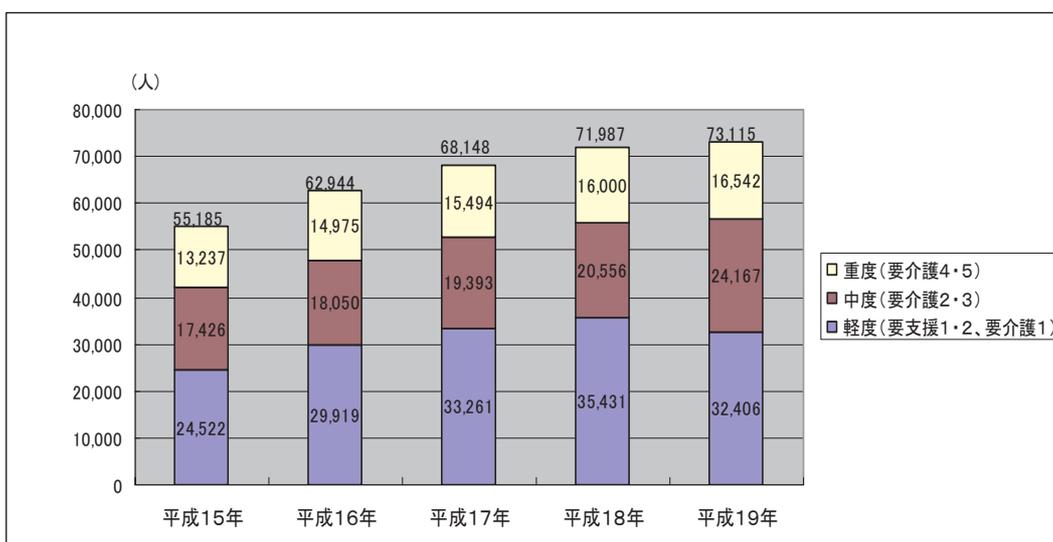
第3節 高齢者保健福祉の推進

1 介護予防の推進

(1) 現状と課題

- 高齢化の進展に伴い、要介護認定を受けている高齢者が増加しています。特に、軽度の要介護者が増加しています。
- 介護保険制度の基本理念である「自立支援」の観点から、高齢者が要介護状態となるのを防止し、また要介護状態となってもそれ以上に悪化しないようにし、できる限り自立した生活を送れるように、地域支援事業や介護予防サービスが適切に実施されることが求められています。

要介護（要支援）認定者数の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年3月末現在）

(2) めざす姿

介護予防の推進により、高齢者数に占める要支援・要介護高齢者の割合や要介護度の重度化が抑えられています。

(3) 取組方向

取組方向1：介護予防の効果的な実施

取組方向2：介護予防を通じた地域づくりの促進（介護予防のポピュレーションアプローチ）

(4) 取組内容

取組方向1：介護予防の効果的な実施

- 保健と介護・福祉が連携あるいは統合して、「特定高齢者」（介護状態にな

- るおそれのある高齢者)を把握し、介護予防に関する運動教室等の開催や、閉じこもり防止対策に取り組みます。(地域包括支援センター、市町)
- 要支援状態の高齢者に対しては、地域包括支援センターが作成する「介護予防支援計画(介護予防プラン)」に基づいた介護予防サービスの提供をはかります。(事業者、地域包括支援センター、市町)
 - 口腔機能の低下とそれによる誤嚥性肺炎や低栄養などを防ぐため、中高年を対象に、歯周病等を予防する歯科保健対策を更に推進・強化し、高齢期における歯の喪失防止と口腔機能の維持をはかります。(事業者、地域包括支援センター、市町、関係機関)
 - 地域における介護予防事業の効果的な実施に向けて、情報の共有、職員等の資質の向上に向けた研修会などに取り組みます。(市町、県、関係機関)
 - 市町等が効果的・効率的な介護予防事業を実施できるよう、事業の評価結果などの情報提供などによる支援を行います。(県)
 - 介護予防や地域リハビリテーションに従事する専門職種の資質向上に向けた実践的な研修会などに取り組みます。(市町、県、関係機関)

取組方向2：介護予防を通じた地域づくりの促進(介護予防のポピュレーションアプローチ)

- 健康的な高齢期を過ごすためには、アクティブに生き、社会との関わりが十分に保たれていることが重要であることから、仕事を続けたいという高齢者に雇用を確保するとともに、ボランティア活動などの促進、趣味・生きがい活動といったアクティビティ・グループの形成促進、世代間交流の促進、公共交通網の整備を介護予防のポピュレーションアプローチとして進めます。(地域包括支援センター、市町)
- 高齢者の主体的な参加を求めるという点で、介護予防の講師役となる高齢者ボランティアの養成や、共に健康づくりに取り組む高齢者のクラブ活動などを進めます。その際、地域の公民館・保育所・学校などを活用した介護予防拠点の整備や弾力的な活用を進めます。(地域包括支援センター、市町)
- 介護予防にかかる積極的な普及啓発を行い、地域住民が介護予防に関心を持ち合う地域づくりを進めます。(地域包括支援センター、市町)

2 介護基盤の整備

(1) 現状と課題

- 在宅サービスは着実に定着・普及をはかってきましたが、本県では医療系の在宅サービス利用が低調であり、訪問看護、訪問リハビリテーション等のサービス基盤の整備が必要です。
- 今後の高齢化の急速な進行に伴い、施設・居住系サービスについて一定数の整備・重度者対応への重点化が必要です。また、これに伴って入所者の医療ニーズが高まることが予想されることから、こうしたニーズへの対応が求められています。

(2) めざす姿

施設・居住系サービスは重度者が主に利用し、医療系在宅サービス等が充実し、軽度者が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らせる環境づくりが進んでいます。

(3) 取組方向

- 取組方向1：医療系在宅サービスの充実
- 取組方向2：包括的・継続的ケアマネジメントの充実
- 取組方向3：施設・居住系サービスの計画的な整備

(4) 取組内容

取組方向1：医療系在宅サービスの充実

- 訪問看護、通所リハビリテーション、療養通所介護などの医療系サービスの充実をはかります。（事業者、市町、県、関係機関）

取組方向2：包括的・継続的ケアマネジメントの充実

- 高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、心身の状態や生活環境などの変化に応じて、保健・医療・介護サービスを組み合わせることが必要です。地域におけるケアマネジャーとかかりつけ医・主治医との連携、在宅と施設・病院との連携などのケアマネジメント体制の充実をはかります。（医療機関、事業者、地域包括支援センター、市町、県、関係機関）

取組方向3：施設・居住系サービスの計画的な整備

- 急速な高齢化の進展に向けて、特別養護老人ホーム、老人保健施設などについては、計画的に整備を進めます。（市町、県）
- 介護保険施設の入所者の医療ニーズに対応するため、重度化対応や看取りまで行うことができる体制整備に向け、県・関係団体が協働で職員の専門性の向上等にかかる研修を行います。（県、関係機関）

3 認知症の早期発見・早期対応、予防の推進

(1) 現状と課題

- 認知症を早期に発見し、適切な診断・治療とサービスの適切な利用により早期に対応することができれば、徘徊等の行動障害の緩和が可能な場合が多く、在宅での生活をより長く続けることが可能です。
- しかしながら、現状においては、認知症高齢者が自ら進んで医療機関を受診したり、サービス利用を申請することは稀であり、家族・地域住民、かかりつけ医等がその症状を発見することが必要です。

(2) めざす姿

かかりつけ医等専門職が認知症に関する知識を有することはもちろん、地域の住民全体に認知症に関する正しい知識と理解が浸透し、地域住民が認知症は何も特別なことではないと受け止め、認知症高齢者と家族を支える存在となります。

(3) 取組方向

取組方向1：かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制の推進

取組方向2：認知症高齢者と家族を地域で支える取組の推進

(4) 取組内容

取組方向1：かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制の推進

- 認知症の早期発見・早期対応が可能となるように認知症サポート医の養成、かかりつけ医の研修に取り組み、かかりつけ医と地域包括支援センターとの連携体制を構築するとともに、必要に応じて専門医療機関への受診が可能な体制を構築します。(医療機関、地域包括支援センター、市町、県、関係機関)
- 4圏域ごとに老人性認知症センターを指定していますが、この老人性認知症センターにおいて、認知症に関する相談、精神科医による診断治療、関係機関との連携による本人・家族支援、認知症に関する情報提供等を行います。(医療機関、県)
- 介護予防教室の一環として、認知症予防の活動を推進します。(地域包括支援センター、市町)

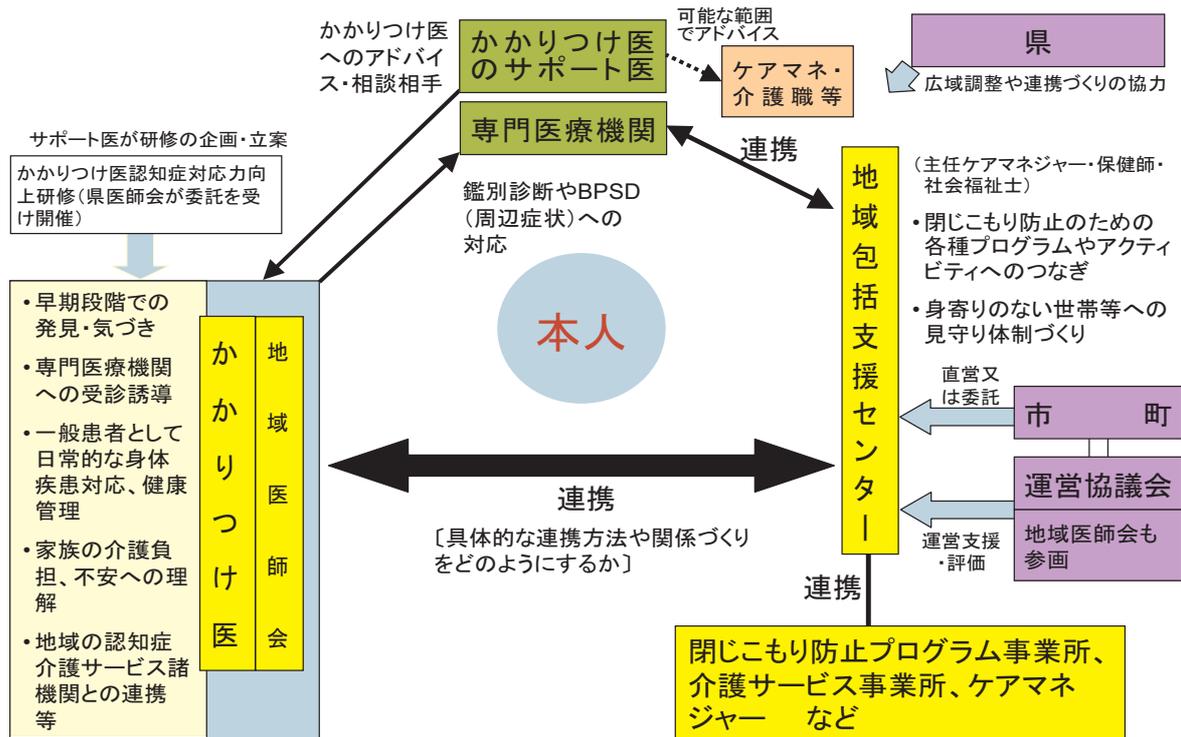
取組方向2：認知症高齢者と家族を地域で支える取組の推進

- 認知症サポーター(認知症高齢者やその家族の応援者)やキャラバン・メイト(認知症サポーターを養成する講師)を養成し、地域全体に認知症に関する正しい知識と理解を浸透させ、認知症になっても安心して暮らせる

地域づくりを進めます。(地域包括支援センター、市町、県)

- 認知症への対応を行うマンパワーなどの地域資源のネットワークを構築し、認知症高齢者と家族を地域で支える体制の整備を進めます。(地域包括支援センター、市町、県)

かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制



4 福祉・介護サービス人材の確保

(1) 現状と課題

- 今後の高齢者の増大に伴う福祉・介護ニーズの需要の拡大、少子化の進展に伴う労働力人口の減少が見込まれるなか、安定的に福祉・介護サービスに携わる人材の確保が大きな課題となっています。

(2) めざす姿

福祉・介護分野におけるニーズに応じた人材が安定的に確保され、充実したケアが行われています。

(3) 取組方向

取組方向1：福祉人材の確保

取組方向2：医療と福祉の総合調整を担う介護支援専門員の量的確保と質の向上

(4) 取組内容

取組方向1：福祉人材の確保

- 社会福祉施設職員の資質向上のため、その経験年数や業種に応じた各種研修を実施し、より広範な福祉の知識と高度な専門的スキルを持った福祉人材養成のための環境整備をはかります。(県、関係機関)
- 「三重県福祉人材センター」において、無料職業紹介事業の他、福祉職場説明会や福祉職場での就労体験事業等を実施し、福祉人材確保のための取組を進めます。(県、関係機関)

取組方向2：医療と福祉の総合調整を担う介護支援専門員の量的確保と質の向上

- 介護支援専門員実務研修受講試験・介護支援専門員実務研修等を実施し、介護支援専門員（ケアマネジャー）の確保を進めます。(県)
- 介護支援専門員の資質の向上をはかるため、法令に基づいた研修に加え、職能団体における研修や地域での勉強会等の取組を進めるとともに、医療ニーズの増大に対応するため医療系の研修の充実をはかります。(地域包括支援センター、市町、県、関係機関)

第4節 障がい者のための保健医療の充実

1 障がいの早期発見と対応

(1) 現状と課題

- 障がいの多くは、乳幼児期にその発見が可能であることから、早期に異常を発見し適切な治療あるいは療育を行うことにより、障がいの発生防止・軽減、健全な育成を促すことが必要です。
- 乳幼児の身体発育および精神発達の異常の発見と指導のため、乳幼児健康診査、新生児や未熟児の訪問指導等を実施するとともに、障がいが発見された場合に、早期療育を効果的に行うため、関係医療機関、障がい児施設、市町、保健所、児童相談所等が一貫した対応を行える体制づくりが必要です。

(2) めざす姿

障がいの早期発見、早期療育を適切に一貫して行うことのできる体制が整い、障がいの発生防止や発生が軽減されています。

(3) 取組方向

- 取組方向1：乳幼児期における障がいの早期発見、相談活動の充実
- 取組方向2：障がいのある児童に対する適切な療育の実施

(4) 取組内容

取組方向1：乳幼児期における障がいの早期発見、相談活動の充実

- 病気にかかりやすく、心身に障がいが残る心配が多い未熟児に対し、保健師の家庭訪問などによる適切な指導を行います。（市町、県）
- 市町が実施する1歳6か月児、3歳児健康診査を支援し、障がいのある子どもの早期発見、相談活動の充実に努めます。（県）
- 発達障がい児に対する総合的な相談支援体制づくりに努めます。（市町、県）

取組方向2：障がいのある児童に対する適切な療育の実施

- 障がいのある児童の身近な療育の場として、障がいのある児童が必要な訓練を受けられる障がい児デイサービスを引き続き実施します。（事業者、市町）
- 第1種自閉症児施設である県立小児心療センターあすなろ学園では、自閉症児、情緒障がい児、広汎性発達障がい児等精神および行動に疾病・障がいのある子どもを対象に外来治療、入院治療を引き続き実施します。（県）
- 発達障がい児の早期発見や、とぎれのない支援を行うための方法を研究するとともに、市町の保健福祉職員や教員の人材育成等により、市町の取組を支援します。（県）

2 医療・リハビリテーションの充実

(1) 現状と課題

- 障がいの程度を軽減し、また、心身の機能を維持していくためには、リハビリテーションの充実が重要であり、理学療法士、作業療法士等の専門職員の確保をはかるとともに、治療的および維持的リハビリテーションを総括した総合的なリハビリテーション対策を講ずる必要があります。
- 高齢化の進展に伴う疾病構造の変化などにより、病気や障がいを持つ中高年や要介護高齢者・認知症高齢者が増加しています。
- また、循環器系疾患、脳血管性疾患や交通災害等の後遺症、精神障がい者に対するリハビリテーションの需要が増大しており、治療時における早期リハビリテーション、治療後の後遺症に対するリハビリテーション等を提供できる体制の整備が課題となっています。
- 精神障がい者の保健・福祉・医療体制については、「入院中心の治療体制から地域におけるケア体制へ」という流れの中で、精神科デイケア事業等のリハビリテーション医療の充実や老人性痴呆疾患センターの充実、精神科救急医療体制の整備、社会復帰施設の設置促進をはかっていく必要があります。

(2) めざす姿

さまざまな障がいに対し、必要な医療や医学的リハビリテーションが適切に提供され、障がい程度の軽減や心身の機能が維持されています。

(3) 取組方向

- 取組方向1：適切なリハビリテーション提供体制の整備
- 取組方向2：社会復帰にむけた支援の充実

(4) 取組内容

取組方向1：適切なリハビリテーション提供体制の整備

- 医学的リハビリテーション機能の整備、充実を促進するとともに、理学療法士、作業療法士等専門職員の確保に努めます。（市町、県）
- 病院等から退院した在宅の脳卒中等の患者が、地域で自立した生活を送れるよう、地域におけるリハビリテーション支援体制を整備します。（市町、県）
- 肢体不自由児施設である県立草の実リハビリテーションセンターにおいて、在宅心身障がい児支援を含んだ小児医療を提供するとともに、人材育成等により、市町における心身障がい児（者）支援の体制づくりを支援します。（県）

取組方向2：社会復帰にむけた支援の充実

- 交通事故等による脳外傷で生じた高次脳機能障害に対する理解を深めるとともに、高次脳機能障がい者の社会復帰を進めるため、生活や労働面でのリハビリテーション、相談支援などを行います。（県）
- 精神障がい者の社会復帰を促進するため、三重県こころの健康センター、保健所における社会復帰相談指導事業の充実をはかります。（県）
- 入院治療を受けている精神障がい者の社会復帰および自立を促進するため、精神科デイケア施設の整備、精神障がい者社会適応訓練事業（通院患者リハビリテーション事業）の充実および居宅介護などの在宅精神障がい者への支援の推進をはかります。（医療機関、市町、県）

第5節 母子保健対策の推進

(1) 現状と課題

- 母子保健対策は、県民が安心して子どもを産み、ゆとりをもった健やかな子育てのための家庭や地域における環境づくりの推進を目的としています。
- 思春期から妊娠・出産、新生児、乳幼児期を通じ、一貫した支援体系により、ライフステージに応じたサービスの提供がはかられることが必要です。特に、思春期の保健対策や健康教育の推進、妊娠出産に関する安全性と快適さの確保、不妊への支援、小児保健医療水準の向上、子どもの心身ともに健やかな発達等に対する支援が求められています。
- 10代の人工妊娠中絶率は減少傾向にあります。思春期においては保健対策と健康教育の面から人工妊娠中絶や性感染症、薬物乱用等に関する知識の普及が必要です。児童生徒に対する適切な心のケア等が行えるよう学校等関係機関の相談・支援体制の充実が求められています。
- 妊産婦に対しては、妊娠出産の安全性と快適さの確保に向け、医療機関等関係機関による取組が進んでいるところですが、近年、育児不安・負担感を抱える家庭や児童虐待が増加するなか、育児についても、地域において十分な支援が受けられる体制づくりがより一層求められています。また、不妊により高額な治療費を要する体外受精や顕微授精を受けている方が増えていることから、経済的な負担の軽減や、悩みに対する相談支援体制、情報提供の充実が望まれています。
- また、子どもの生活習慣病対策や地域の子育て支援基盤の充実など、子どもたちの心身の健やかな発達とともに、発達障がい児へのとぎれのない支援体制づくり等、よりきめ細かな取組を推進していく必要があります。
- 次世代を担う子どもが心身ともに健やかに生まれ育つための環境づくりに家庭や地域社会全体で取り組めるよう、積極的な情報発信を行う必要があります。

(2) めざす姿

思春期から妊娠・出産、新生児、乳幼児期を通じ、一貫した支援体系により、ライフステージに応じた母子保健サービスの提供がはかられているとともに、地域全体で子どもたちの心身の健やかな成長を支援する取組が進んでいます。

障がいの早期発見、早期療育を適切に一貫して行うことのできる体制が整い、障がいの発生防止や発生が軽減されています。

(3) 取組方向

取組方向1：ライフステージに応じた母子保健サービスの実施

取組方向2：子どもの病気・障がいの予防、相談支援の実施

（４）取組内容

取組方向１：ライフステージに応じた母子保健サービスの実施

- 妊娠出産の安全性と快適さの確保に向けて、母子保健の取組、医療機関等関係団体との連携を進めます。（医療機関、医師会、看護協会、市町、県）
- 生後４か月までの乳児のいる家庭への訪問など、出産前からの親子支援対策を実施、支援します。（市町、県）
- 不妊に関する悩みに対応するため、電話相談を実施するとともに、特定不妊治療費用の一部助成等を行います。（県）
- 「健やか親子いきいきプランみえ」に基づき、総合的な母子保健対策を推進します。（医療機関、市町、県、関係機関）

取組方向２：子どもの病気・障がいの予防、相談支援の実施

- 予防接種、歯科保健等小児保健活動の取組を進めます。（医療機関、医師会、市町、県）
- 発達障がい児の早期発見や幼児期から青年期までのとぎれのない総合的な支援を行うため、相談体制の整備や人材育成などを進めます。（医療機関、市町、県）
- 虐待の防止、早期発見、早期対応のための保健・医療・福祉・教育等が連携し、継続的支援のための体制整備を推進します。（医療機関、教育関係機関、市町、県）

第6章 健康危機管理体制の構築

第1節 健康危機管理体制の整備

(1) 現状と課題

- 近年新たな健康危機として、新型インフルエンザをはじめとする新しい感染症の発生や、再び流行の兆しを見せている結核、海外からの感染症（ウエストナイル熱等）の侵入などが危惧される状況になっています。
- 県民の生命・健康を守るため、健康危機事例の発生防止に努めることはもとより、被害の拡大防止に向けた迅速な情報収集、正確な情報提供などを的確に行うための体制整備が必要です。
- また、感染症病床の整備、専門医の確保といった医療提供体制の整備とともに、地域の保健所、市町、消防、警察、医療機関等の関係機関の連携によるネットワーク体制の構築が重要となっています。

(2) めざす姿

不特定多数の住民にかかる健康被害の発生が予防されており、また、発生した場合においても、迅速な情報提供、適切な措置・治療等により拡大が防止されています。

(3) 取組方向

- 取組方向1：健康危機にかかる情報の迅速な収集・提供
- 取組方向2：関係機関の連携によるまん延防止

(4) 取組内容

取組方向1：健康危機にかかる情報の迅速な収集・提供

- 健康危機管理支援情報システム（国立保健医療科学院）などを活用し、迅速な情報収集を行うとともに、県民に正確な情報提供を行います。（県）
- 感染症病床の整備や専門医の確保による感染症患者の受入体制の整備に取り組みとともに、感染症発生情報の迅速な提供を行います。（医療機関）
- 社会福祉施設、学校等は、感染症情報を積極的に活用し、感染症のまん延防止に取り組みます。（学校、関係機関）

取組方向2：関係機関の連携によるまん延防止

- 地域の保健所、消防、警察、医療機関および行政は、平常時から健康危機事例の発生に備えた連絡体制の確認や役割分担による訓練を行うなど、ネットワークの整備と連携強化に努めます。（市町、県、関係機関）

第2節 医薬品等の安全対策

(1) 現状と課題

(医薬品等の安全性の確保)

- 医薬品等は、私たちの健康と密接な関係を持つことから、その品質、有効性および安全性を確保することが必要です。そのため、薬事監視員が製造業者・製造販売業者、薬局および医薬品販売業者等の監視指導を実施しています。
- また、近年の健康志向の高まりを背景に、いわゆる健康食品がブームとなっていますが、これらの中には、無承認無許可医薬品等も少なくないことから、監視指導を徹底する必要があります。
- 平常時のみならず、特に、大地震・大規模風水害等激甚災害発生時には、毒物劇物が飛散、漏出、流出等、保健衛生上の危害が発生する恐れがあることから、毒物劇物取扱施設において、これらの適正な管理が行われることが必要です。

(薬物乱用の防止)

- 薬物乱用問題は、全世界的な広がりを見せており、我が国においても憂慮すべき状況となっています。また、中・高校生の覚せい剤事犯が急増するなど、薬物乱用問題は深刻化しています。
- 三重県の現状は、成人および青少年ともに薬物に誘われる危険性があり、また使用を欲する者がいるため、薬物乱用防止に対する啓発活動は、青少年を中心としてすべての世代に対して行っていく必要があります。
- また、傾向として青少年はシンナーの使用が多く、成人、特に男性は大麻の使用が多いため、覚せい剤以外の薬物に対しても啓発していかなければなりません。さらに青少年と成人には規範意識に大きな違いがあることがわかり、今後とも青少年に対し、正しい知識を普及するとともに規範意識の向上を目的とした取組が必要です。
- 薬物の乱用は、乱用者個人の健康を害するばかりでなく、平和な家庭を破壊し、また、凶悪な二次犯罪を引き起こすなど大きな社会問題につながることから、広く県民に対し薬物乱用防止の啓発活動を行うことが必要です。

(2) めざす姿

医薬品等の品質の安全性、有効性が確保され、医薬品等が適正に管理、使用されることによって、県民の健康が確保されるとともに、県民が薬物乱用の危害について十分認識し、薬物乱用のない社会環境が実現しています。

(3) 取組方向

取組方向1：医薬品製造販売業者に対する監視指導の強化

取組方向2：無承認無許可医薬品等の監視指導の充実

取組方向3：薬物の乱用防止の総合的な対策

(4) 取組内容

取組方向1：医薬品製造販売業者等に対する監視指導の強化

- 医薬品等製造販売業者等に対する監視指導を徹底することで、製造から流通までを含めた医薬品等の安全性を確保します。(県)
- 薬局・医薬品販売施設等に対する監視指導を実施するとともに、医薬品等による事故が発生した際に、保健衛生上の被害を最小限に食い止めるために必要な対応を行います。(事業者、医療機関、薬局、県)
- 毒物劇物取扱施設に対して、立入検査、講習会等を通じて毒物劇物の適正管理の指導を行います。(県)

取組方向2：無承認無許可医薬品等の監視指導の充実

- 製品表示や広告の監視指導、試買検査の実施など、無承認無許可医薬品等の監視指導体制を充実します。(県)
- 県民が無承認無許可医薬品等についての知識をもつことで、健康被害を未然に防げるよう努めます。(県民、薬局、薬剤師会、県)

取組方向3 薬物の乱用防止の総合的な対策

- 麻薬・向精神薬・覚せい剤原料等の取扱施設の立入検査を実施し、不正使用、不正流通を防止します。(県)
- こころの健康センターを薬物相談の中核とし、関係機関と連携を強めることにより薬物相談ネットワークを充実強化します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 相談応需職員の研修を行うことにより薬物相談に総合的に対応する体制の充実をはかります。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 薬物乱用者に対して更正指導を行うとともに、その家族等からの相談に応じることによって、薬物乱用者およびその家族の支援を行います。(県民、県、関係機関)
- 警察・麻薬取締部・保護観察所・三重刑務所等の公的機関、マスメディア、ライオンズクラブ等の各種ボランティア団体、薬物乱用防止指導員といった民間団体等との連携により、広く県民に対し薬物乱用防止の啓発活動を実施します。(県民、県、関係機関)

第3節 食の安全とくらしの衛生の確保

1 食の安全確保

(1) 現状と課題

- 食品衛生行政は、BSE問題などを契機に、国民の保護を目的とした「食品安全行政」へと転換が進んでいます。
- これまで、平成15年に策定した「食の安全・安心確保基本方針」に基づき、生産から消費にいたるまでの一貫した監視指導や検査体制の強化、事業者・消費者への情報提供など総合的な食の安全の確保に取り組んできました。
- しかしながら、一連の食品表示等の違反事例に的確に対応できなかった反省をもとに、監視指導體制の見直しや事業者の法令遵守の普及・指導が必要です。

(2) めざす姿

消費者、事業者、行政等の協働による食品安全の確保にむけた取組の進展により、食の安全を県民が実感できるシステムが構築されています。

(3) 取組方向

取組方向1：食品の適正表示の推進

取組方向2：食品による事故の未然防止に向けた取組

取組方向3：食品検査の実施

(4) 取組内容

取組方向1：食品の適正表示の推進

- 事業者、消費者の双方にわかりやすい食品表示の基準としての「みえの食の安全・安心表示ガイドライン」の普及啓発を行います。(県民、事業者、県)

取組方向2：食品による事故の未然防止に向けた取組

- 食品の安全性を確保するため、大規模な食品製造施設を中心に的確な監督指導を行います。また、内部通報等に基づいた適切な立入検査を実施します。(県)
- HACCPの考え方に基づく自主衛生管理体制の整備を進めます。(事業者)
- 食品事業者に対する正確な情報提供などを行い、正しい知識の普及・啓発をはかります。(事業者、食品関係団体、県)

取組方向3：食品検査の実施

- 食品の規格検査、残留農薬、遺伝子組み換えなどの検査を行い、その結果を安全情報としてホームページ等を通じて積極的に公表します。(県)

2 生活衛生の確保

(1) 現状と課題

- 理容、美容、クリーニング、公衆浴場など生活衛生営業施設に対する営業許可や監視指導を通じて、生活衛生の維持向上に取り組んでいるところですが、生活衛生営業の大部分は規模が小さく経営基盤も弱いため、経営の健全化によって生活衛生水準の維持向上をはかることが重要です。
- また、生活衛生営業施設に対して、生活水準の向上、消費者ニーズの多様化にともなうニーズの変化を十分に把握し、的確に対応していくことを促し、生活衛生営業の健全な発展をはかる必要があります。
- その他、狂犬病等動物由来の感染症の発生予防とまん延防止を含め、動物による人への危害発生防止に向けた取組が必要です。

(2) めざす姿

理容・美容、クリーニング、公衆浴場等生活衛生営業において、自主管理体制が構築され、生活衛生水準が確保されています。

また、動物愛護の普及啓発などにより、飼い主による適正飼養がなされ、狂犬病や動物による危害の発生が防止されています。

(3) 取組方向

- 取組方向1：生活衛生営業にかかる監視指導の徹底
- 取組方向2：生活衛生営業にかかる事業者の自主管理の充実
- 取組方向3：狂犬病等動物由来感染症の発生予防およびまん延防止

(4) 取組内容

取組方向1：生活衛生営業にかかる監視指導の徹底

- 生活衛生関係営業の衛生水準を確保するため、保健所による監視指導を行います。(県)

取組方向2：生活衛生営業にかかる事業者の自主管理の充実

- 三重県生活衛生営業指導センターの行う情報提供や経営指導等を通じて、事業者の経営の安定化、健全化を促進します。(県)
- 生活衛生の向上に向けた自主管理体制の充実をはかります。(事業者、

生活衛生営業関係団体)

取組方向3：狂犬病等動物由来感染症の発生予防およびまん延防止

- 三重県獣医師会、(財)三重県小動物施設管理公社等の関係団体や市町と連携し、狂犬病予防接種率の向上に向けた普及啓発を行うとともに、こう傷事故の予防に努めます。(県民、市町、県、関係機関)
- 動物の適正飼養について、飼い主等に対する普及啓発を実施します。(事業者、市町、県、関係機関)

第7章 保健医療計画の推進体制について

第1節 保健医療計画の周知と情報公開

(1) 保健医療計画の周知

- すべての県民が安心して暮らせる保健医療提供体制の確立をめざして、県、市町、医療機関、関係団体および県民が、保健医療計画の基本方針とめざす姿を理解し、互いに協力してその実現に向けて取り組んでいく必要があります。
- このため、県は、県民をはじめ保健医療計画に関わるすべての関係機関・団体に、県の広報紙やホームページなどさまざまな媒体を通じて、また、県民への啓発イベントや県民、関係団体との対話の場などあらゆる機会を活用して、その内容の周知をはかります。
- また、市町、医療機関および関係団体においても、住民や関係者に対して、計画にもとづき取り組む内容の周知をはかり、相互に情報を共有して計画の円滑な推進に努めるものとします。

(2) 情報公開

- 県は、計画の推進にあたり、具体的な取組内容、取組の進捗状況および目標の達成状況等について、県民や市町、医療機関、関係団体からの要請にもとづき、適切に情報の公開を行います。
- また、市町、医療機関および関係団体においても、住民や関係者に対して、保健医療計画にもとづく取組の内容、進捗状況等について、積極的に情報公開を行うよう努めるものとします。

第2節 保健医療計画の推進体制

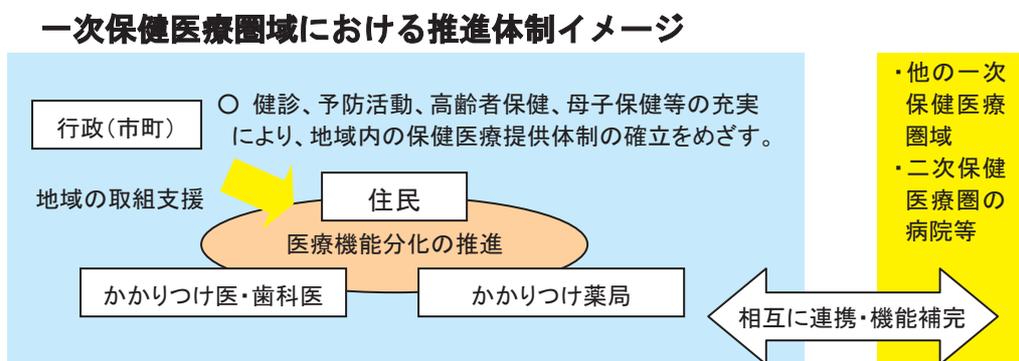
(1) 保健医療計画の推進

- 保健医療計画を着実に推進していくために、県をはじめとして、市町、医療機関、関係団体および県民が、計画におけるそれぞれの立場と役割を正しく理解し、取組を進めていく必要があります。
- また、保健医療計画の推進にあたっては、県全体の保健医療提供体制の確立はもとより、一次、二次および三次の各保健医療圏域において、それぞれ関係する主体が計画の推進に適切に関与し、各保健医療圏域における医療提供体制の充実をめざします。

(2) 一次保健医療圏における推進体制

- 市町を単位とする一次保健医療圏域では、県民、市町、地域の医療機関お

- よび地区医師会等の関係団体が、医療提供体制を構築する主体となります。
- 一次保健医療圏域において、県民は自らの健康管理を適切に行っていくとともに、かかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局を持ち、健康相談や軽度の病気、けがの治療、薬の処方等を受けるなど、医療提供体制が円滑に機能していくための適切な受療行動がとれるように努めます。
 - 市町は、それぞれの保健福祉等にかかる計画にもとづき、住民の健診や予防活動等を行うとともに、地区医師会等とも協力して、市町における保健医療提供体制の充実をめざします。
 - 開業医や地域の薬局は、住民のかかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局としての役割を担うとともに、相互に、また病院等の高次の医療機関とも連携して、地域における医療提供体制の円滑な運営を支援します。
 - こうした各主体の取組、連携によって、保健医療計画における、がん等4大疾病の予防、健康づくり、医療機関の連携と機能分化の推進等をはかります。



(3) 二次保健医療圏域における推進体制

- 二次保健医療圏域は、高度かつ特殊な専門医療を除いて、県民が必要とする保健医療提供体制の整備をめざす圏域であり、市町の区域を越えた広域での取組とともに、医療機関においても、それぞれの役割・機能に応じた緊密な連携が求められます。このため、計画の推進にあたっては、県と市町が連携して取り組むとともに、各二次保健医療圏域に設置されている県および市の保健所が中心となって、医療機関や関係団体の連携を促進します。
- また、医療機関においても、二次救急輪番制の確立や、医療資源を効果的に活用していくための、医療機能の集約化・重点化を進めることで、地域に必要な二次医療機能の充実をはかっていく必要があります。
- こうした各主体の取組により、保健医療計画における救急医療等5事業の

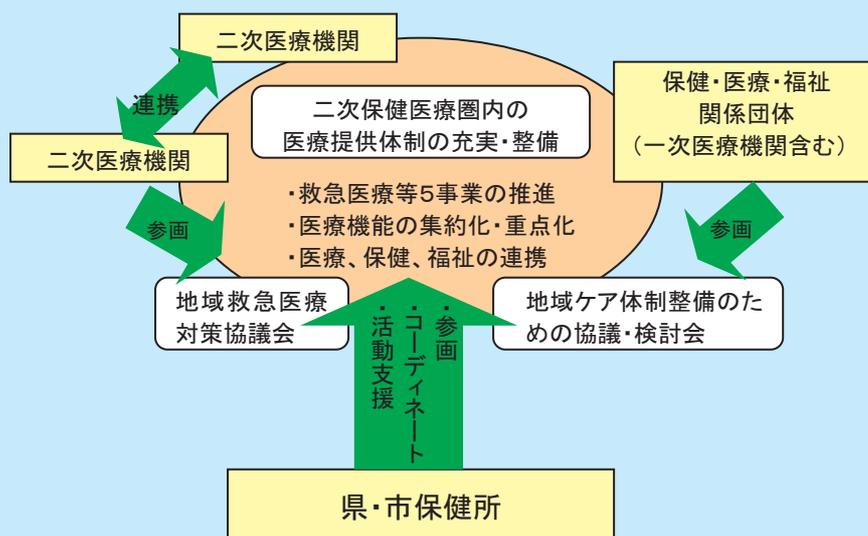
推進と、保健・医療・福祉の連携による地域医療提供体制の整備・充実をめざします。

○保健所

- ・ 本県には、平成 20 年 4 月現在、桑名市、鈴鹿市、津市、伊賀市、松阪市、伊勢市、尾鷲市、熊野市に各 1 か所の県保健所が、さらに保健所政令市である四日市市に 1 か所、計 9 か所の保健所が設置されています。
- ・ 保健所は、地域保健法に基づき設置されている公衆衛生にかかる唯一の専門機関であり、地域保健における広域的、専門的かつ技術的拠点施設です。
- ・ 保健所では、県民の健康を守り、快適な生活環境や安心できる保健医療体制を確保するため、疾病の予防、健康増進、食品衛生、環境衛生等幅広い分野にわたる業務を行っており、保健医療計画にもとづく事業の推進にあたって、重要な役割を担います。

二次保健医療圏域における推進体制イメージ

- 行政は、保健所を中心に地域の医療提供体制整備の取組のコーディネート、支援
- 救急医療等5事業の推進および保健・医療・福祉の連携による総合的な取組の推進



(4) 三次保健医療圏域（全県）における推進体制

- 三次保健医療圏域においては、県内全域を対象として、高度かつ特殊な専門医療の提供を含め、保健医療計画にもとづく医療提供体制の整備を総合的に推進していきます。
- このため、三重県医療審議会および医療審議会の各部会を中心に、保健医療計画全体の調整、進行管理および数値目標の達成状況の検証等を行うとともに、二次保健医療圏における計画推進の調整・支援を行います。

○三重県医療審議会

- ・ 三重県医療審議会は、医療法にもとづき県が設置する附属機関です。
- ・ 三重県医療審議会では、医療機関、関係団体、学識経験者および県民の代表から選任された委員が、知事の諮問に応じて、本県の医療提供体制の確保に関する重要事項の審議を行うとともに、三重県保健医療計画の具体的な推進をはかります。
- ・ 三重県医療審議会には、病床整備に関する事項を審議する「病床整備等検討部会」、周産期医療体制の整備に関する事項を審議する「周産期医療部会」、救急医療体制の整備に関する事項を審議する「救急医療部会」、医師の確保や医療機関の連携・機能分化等に関する事項を審議する「地域医療対策部会」等の専門部会が設置され、必要に応じて、それぞれの専門的観点からの審議を行っています。

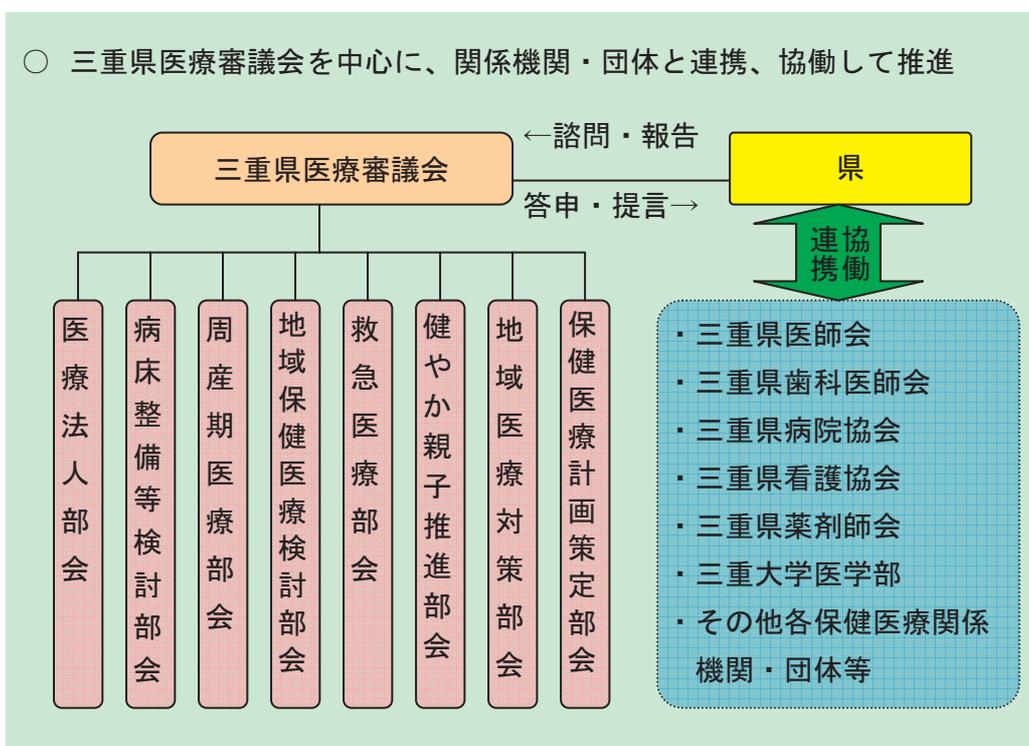
- また、三重県保健医療計画の推進にあたっては、総合計画「県民しあわせプラン」の推進との整合をはかるとともに、「みえ地域ケア体制整備構想」、「三重県における医療費の見通しに関する計画」および健康づくり総合計画「ヘルシーピープルみえ・21」等、保健医療提供体制の整備に関わる他の計画における取組にも配慮する必要があります。
- このため、他の計画の所管部署との情報共有をはかり、連携して取組を進めていくことにより、保健医療提供体制の総合的な推進をめざします。

○保健医療計画に関連する主な計画（目的）

- ・ 県民しあわせプラン（県政運営のための総合計画）
- ・ みえ地域ケア体制整備構想（地域ケア体制整備）
- ・ ヘルシーピープルみえ・21（健康づくり）
- ・ みえ高齢者元気・かがやきプラン（高齢者保健福祉、介護保険）
- ・ 三重県次世代育成支援行動計画（子育て支援、子どもの健康づくり）
- ・ 健やか親子いきいきプランみえ（母子保健対策）
- ・ みえ障害者福祉プラン（障害保健福祉対策）
- ・ 三重県がん対策戦略プラン（総合的がん対策）
- ・ 三重県における医療費の見通しに関する計画（医療費の見通し）

- さらに、三重県医師会、三重県歯科医師会、三重県病院協会、三重県看護協会および三重県薬剤師会など関係団体、三重大学医学部、その他県内全域を対象として活動する関係機関・団体とも連携をはかり、協働して計画の推進にあたります。

三次保健医療圏域（県内全域）における推進体制イメージ



第3節 数値目標の進行管理

(1) 数値目標

- 保健医療計画の基本方針を実現していくために、計画にもとづき取り組む各事業の数値目標を定め、事業を実施していく各段階において、目標に対する取組の進捗状況を確認・検証して、保健医療計画の着実な推進をめざします。
- 保健医療計画においては、がん対策等4疾病および救急医療等5事業にかかる数値目標を設定するとともに、その他の対策・事業についても、現状とめざす姿を踏まえ、適宜数値目標を設定して取り組みます。

保健医療計画における数値目標（4疾病5事業）

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

(2) 数値目標の進行管理

- 数値目標については、保健医療計画の実施期間である5年間の取組の目標としていますが、計画の初年度から最終年度に至るまで、毎年度定期的に進捗状況の確認を行うとともに、三重県医療審議会および各部会等において報告と検証を行います。
- また、目標の達成状況を踏まえ、取組内容および事業の推進方法について、必要に応じて見直しを行うとともに、医療をとりまく環境の変化や、医療制度改革等により、取組内容およびその方向性を修正・変更する必要が生じた場合には、医療審議会および関係部会に諮り、数値目標についても見直しを行うなど、適切な進行管理に努めます。
- 数値目標の達成状況等については、県の広報紙やインターネット等を活用して、県民および関係機関等への周知をはかります。

第4節 評価と検討

(1) 保健医療計画の評価

- 県は、保健医療計画を効果的に推進していくために、各事業の進捗状況および取組結果についての評価を、毎年度定期的に行います。
- 評価にあたっては、数値目標の達成状況に加え、数値目標にかかる他県の状況や全国のすう勢も含めて分析を行うとともに、総合計画「県民しあわせプラン」および他の関連する計画への影響や貢献度についても考慮するなど、総合的に評価を行います。

(2) 評価結果の検討

- 県は、毎年度、評価の結果を医療審議会および関係部会に報告し、その意見を踏まえて、次年度以降の計画内容について検討を行い、必要に応じて医療審議会および関係部会に諮りながら、計画の見直しおよび実施方法の改善等をはかるものとします。
- 計画の最終年度において、数値目標の未達成および全国平均を大きく下回るような状況が生じている場合には、その要因について詳細に分析して、取組の抜本的な見直しを行い、次期保健医療計画に反映します。

(3) 評価・検討結果の公表

- 県は、保健医療計画の評価・検討結果について、県民および関係機関に対して公表するとともに、関係機関においてもその取組結果の評価と検討を行い、県および関係者に対して報告、公表するように努めるものとします。

資料集目次

1	人口および人口動態	
	(1) 人口および人口増減率の推移	・ ・ ・ ・ ・ 2 1 0
	(2) 三重県の年齢別人口の推移	・ ・ ・ ・ ・ 2 1 0
	(3) 地域別にみた年齢3区分別人口	・ ・ ・ ・ ・ 2 1 1
	(4) 年次別にみた人口動態総覧	・ ・ ・ ・ ・ 2 1 2
	(5) 地域別にみた人口動態総覧	・ ・ ・ ・ ・ 2 1 3
	(6) 年次別にみた主要死因別死亡数・死亡率	・ ・ ・ ・ ・ 2 1 4
	(7) 地域別にみた主要死因別死亡率	・ ・ ・ ・ ・ 2 1 6
	(8) 悪性新生物の主要死因別死亡数・死亡率	・ ・ ・ ・ ・ 2 1 8
2	保健医療関係機関・機能の状況	
	(1) 医療施設数および病床数の推移	・ ・ ・ ・ ・ 2 2 0
	(2) 年次別にみた病院の病床利用率の推移	・ ・ ・ ・ ・ 2 2 1
	(3) 年次別にみた病院の平均在院日数の推移	・ ・ ・ ・ ・ 2 2 1
	(4) 県内の保健衛生関係施設	・ ・ ・ ・ ・ 2 2 2
	(5) 地域包括支援センター一覧	・ ・ ・ ・ ・ 2 2 4
3	老人保健事業による健康診査実施状況	・ ・ ・ ・ ・ 2 2 5
4	感染症発生状況	・ ・ ・ ・ ・ 2 2 6
5	保健医療従事者の状況	
	(1) 保健医療従事者数の推移	・ ・ ・ ・ ・ 2 2 7
	(2) 従業地別にみた保健医療従事者数	・ ・ ・ ・ ・ 2 2 9
	(3) 三重県内医学系学校一覧(看護師等学校養成所を除く)	・ ・ ・ ・ ・ 2 3 0
	(4) 三重県内看護師等学校養成所一覧	・ ・ ・ ・ ・ 2 3 1
6	計画改訂の経緯	
	(1) 日程等	・ ・ ・ ・ ・ 2 3 2
	(2) 医療審議会諮問・答申	・ ・ ・ ・ ・ 2 3 3
	(3) 三重県医療審議会委員名簿	・ ・ ・ ・ ・ 2 3 4
	(4) 三重県保健医療計画策定部会委員名簿	・ ・ ・ ・ ・ 2 3 4
7	用語解説	・ ・ ・ ・ ・ 2 3 5

1 人口および人口動態

(1) 人口および人口増減率の推移

(単位：人、%)

	三重県				全国			
	人口		増減率		人口		増減率	
	男	女			男	女		
昭和30年	1,485,582	717,819	767,763	—	89,275,529	43,860,718	45,414,811	—
35年	1,485,054	716,715	768,339	0.0	93,418,501	45,877,602	47,540,899	4.6
40年	1,514,467	727,802	786,665	2.0	98,274,961	48,244,445	50,030,516	5.2
45年	1,543,083	742,261	800,622	1.9	103,720,060	50,917,784	52,802,276	5.5
50年	1,626,002	787,280	838,722	5.4	111,939,643	55,090,673	56,848,970	7.9
55年	1,686,936	817,578	869,358	3.7	117,060,396	57,593,769	59,466,627	4.6
60年	1,747,311	847,420	899,891	3.6	121,048,923	59,497,316	61,551,607	3.4
平成2年	1,792,514	869,515	922,999	2.6	123,611,167	60,696,724	62,914,443	2.1
7年	1,841,358	893,982	947,376	2.7	125,570,246	61,574,398	63,995,848	1.6
12年	1,857,339	901,380	955,959	0.9	126,925,843	62,110,764	64,815,079	1.1
17年	1,866,963	907,214	959,749	0.5	127,767,994	62,348,977	65,419,017	0.7
18年	1,867,696	908,440	959,256	0.0	126,154,000	61,568,000	64,586,000	▲1.3

資料：総務省「国勢調査報告」（平成7年まで）、平成12年以降は三重県「三重県年齢別人口調査結果」全国は総務省「推計人口」

(2) 三重県の年齢別人口の推移

(単位：人、%)

	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	7年	12年	17年	18年	
総数	1,543,083	1,626,002	1,686,936	1,747,311	1,792,514	1,841,358	1,857,339	1,866,963	1,867,696	
0～4歳	121,507	137,873	116,918	104,193	95,825	90,004	88,788	83,997	82,199	
5～9	121,605	124,956	141,922	121,818	109,572	100,951	92,200	90,524	89,961	
10～14	117,334	122,786	127,129	145,882	124,854	112,690	102,093	92,220	91,537	
15～19	129,943	115,006	119,567	124,988	141,817	121,766	107,084	97,011	98,016	
20～24	136,929	111,729	96,918	104,465	109,475	129,576	106,832	94,969	94,648	
25～29	121,165	140,492	116,286	103,091	109,916	117,265	134,179	112,958	108,842	
30～34	116,577	125,435	144,042	120,119	107,218	15,847	120,045	137,200	135,253	
35～39	121,425	118,393	127,986	148,786	124,599	112,351	118,050	122,049	129,687	
40～44	115,878	121,813	118,755	129,803	151,017	128,222	113,333	118,687	115,503	
45～49	88,705	115,888	120,571	118,501	129,544	152,593	127,646	112,541	111,759	
50～54	75,182	87,158	114,205	119,411	117,725	129,867	151,077	126,160	120,895	
55～59	73,624	73,003	85,291	112,242	117,705	117,363	128,712	149,085	157,005	
60～64	65,023	71,298	70,191	83,102	109,352	15,578	115,636	126,595	119,007	
65～69	54,532	60,071	66,614	66,735	79,418	104,708	110,317	111,411	112,562	
70～74	39,604	47,124	53,088	60,294	61,300	74,040	96,777	103,221	104,474	
75～79	24,563	30,148	37,463	43,806	51,143	53,146	65,417	86,107	87,048	
80～84	13,171	15,154	20,036	26,011	31,908	38,825	42,051	53,558	58,159	
85～89	4,902	6,049	7,599	10,813	14,743	19,303	25,221	29,367	30,239	
90～94	1,286	1,408	1,942	2,761	4,185	5,985	9,214	13,364	14,317	
95歳以上	128	212	277	395	661	1,122	1,962	3,819	4,264	
年齢不詳	0	106	136	95	537	156	705	—	2,321	
(再掲)	15歳未満	360,446	385,615	385,969	371,893	330,251	303,645	283,081	266,741	263,697
	15～64歳	1,044,451	1,080,115	1,113,812	1,164,508	1,218,368	1,240,428	1,222,594	1,197,255	1,190,615
	65歳以上	138,186	16,166	187,019	210,815	243,358	297,129	350,959	400,647	411,063
(割合)	15歳未満	23.4	23.7	22.9	21.3	18.4	16.5	15.2	14.3	14.1
	15～64歳	67.7	66.4	66.0	66.6	6.0	67.4	65.8	64.1	63.7
	65歳以上	9.0	9.9	11.1	12.1	13.6	16.1	18.9	21.5	22.0

資料：平成7年以前は総務省「国勢調査報告」、平成12年以降は「三重県年齢別人口調査結果」

(3) 地域別にみた年齢3区分別人口

(単位: 人、%)

	総人口	年齢区分別人口			年齢区分別割合		
		年少人口	生産年齢人口	老年人口	年少人口	生産年齢人口	老年人口
		(0～14歳)	(15～64歳)	(65歳以上)	(0～14歳)	(15～64歳)	(65歳以上)
三重県総数	1,867,696	263,697	1,190,615	411,063	14.1	63.7	22.0
北勢保健医療圏	828,447	125,534	544,969	156,550	15.2	65.8	18.9
中勢伊賀保健医療圏	470,714	63,427	300,563	105,944	13.5	63.9	22.5
南勢志摩保健医療圏	484,040	64,477	298,163	121,259	13.3	61.6	25.1
東紀州保健医療圏	84,495	10,259	46,920	27,310	12.1	55.5	32.3
桑名保健所	218,900	32,107	144,133	42,513	14.7	65.8	19.4
四日市保健所	365,020	55,500	237,733	70,564	15.2	65.1	19.3
鈴鹿保健所	244,527	37,927	163,103	43,473	15.5	66.7	17.8
津保健所	288,600	39,077	184,144	64,672	13.5	63.8	22.4
松阪保健所	218,570	29,566	137,469	51,416	13.5	62.9	23.5
伊勢保健所	265,470	34,911	160,694	69,843	13.2	60.5	26.3
伊賀保健所	182,114	24,350	116,419	41,272	13.4	63.9	22.7
尾鷲保健所	41,192	4,703	22,752	13,731	11.4	55.2	33.3
熊野保健所	43,303	5,556	24,168	13,579	12.8	55.8	31.4
津市	288,600	39,077	184,144	64,672	13.5	63.8	22.4
四日市市	304,941	45,878	199,189	58,761	15.0	65.3	19.3
伊勢市	134,373	18,148	84,841	31,368	13.5	63.1	23.3
松阪市	169,135	23,005	107,586	38,425	13.6	63.6	22.7
桑名市	139,714	21,185	91,399	27,013	15.2	65.4	19.3
伊賀市	100,364	13,041	61,593	25,724	13.0	61.4	25.6
鈴鹿市	195,159	31,062	130,844	33,229	15.9	67.0	17.0
名張市	81,750	11,309	54,826	15,548	13.8	67.1	19.0
尾鷲市	21,685	2,483	12,154	7,042	11.5	56.0	32.5
亀山市	49,368	6,865	32,259	10,244	13.9	65.3	20.8
鳥羽市	22,762	2,950	13,632	6,180	13.0	59.9	27.2
熊野市	20,927	2,387	11,403	7,137	11.4	54.5	34.1
いなべ市	46,494	6,765	29,851	9,870	14.6	64.2	21.2
志摩市	57,564	7,281	33,616	16,667	12.6	58.4	29.0
木曾岬町	6,877	865	4,722	1,290	12.6	68.7	18.8
東員町	25,815	3,292	18,161	4,340	12.8	70.4	16.8
菰野町	39,298	6,171	24,947	8,097	15.7	63.5	20.6
朝日町	7,668	1,178	4,991	1,490	15.4	65.1	19.4
川越町	13,113	2,273	8,606	2,216	17.3	65.6	16.9
多気町	15,774	1,956	9,586	4,232	12.4	60.8	26.8
明和町	22,647	3,323	14,236	5,088	14.7	62.9	22.5
大台町	11,014	1,282	6,061	3,671	11.6	55.0	33.3
玉城町	14,918	2,449	9,279	3,190	16.4	62.2	21.4
度会町	8,961	1,259	5,458	2,244	14.0	60.9	25.0
大紀町	10,599	1,129	5,643	3,827	10.7	53.2	36.1
南伊勢町	16,293	1,695	8,225	6,367	10.4	50.5	39.1
紀北町	19,507	2,220	10,598	6,689	11.4	54.3	34.3
御浜町	9,827	1,309	5,347	3,171	13.3	54.4	32.3
紀宝町	12,549	1,860	7,418	3,271	14.8	59.1	26.1

資料: 「三重県年齢別人口調査結果」(平成18年10月1日現在)

※ 総人口には年齢不詳を含む。

※ 割合は、小数点以下第2位を四捨五入のため100とならない場合がある。

(4) 年次別にみた人口動態総覧

①実数：三重県

(単位：人)

	出生数	死亡数	自然増加数	乳児死亡数	死産数	周産期死亡数	婚姻件数	離婚件数
昭和25年	37,240	16,210	21,030	2,514	3,427	—	11,782	1,259
30年	25,456	12,190	13,266	1,068	2,733	—	11,930	1,016
35年	24,113	12,981	11,132	787	2,594	—	13,002	833
40年	27,057	12,551	14,506	522	2,145	753	12,838	932
45年	26,154	12,679	13,475	347	1,912	605	13,874	1,098
50年	25,862	12,240	13,622	244	1,349	422	12,454	1,236
55年	21,446	12,154	9,292	165	1,007	239	9,922	1,589
60年	19,745	12,724	7,021	118	841	165	10,005	1,869
平成2年	17,917	13,630	4,287	92	717	121	9,779	1,918
7年	17,500	15,072	2,428	87	509	123	10,631	2,510
12年	17,726	15,292	2,434	57	496	105	11,271	3,549
13年	17,094	15,052	2,042	63	501	100	10,946	3,955
14年	17,190	15,307	1,883	53	504	109	10,511	4,088
15年	16,497	15,872	625	49	441	66	10,156	3,895
16年	16,287	16,030	257	38	395	55	9,600	3,595
17年	15,345	17,154	▲ 1,809	33	417	76	9,640	3,700
18年	15,816	17,156	▲ 1,340	45	426	83	9,889	3,508

②率：三重県と全国と比較

	出生率		死亡率		自然増加率		乳児死亡率	
	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国
昭和25年	25.5	28.1	11.1	10.9	14.4	17.2	67.5	60.1
30年	17.1	19.4	8.2	7.8	8.9	11.6	42.0	39.8
35年	16.2	17.2	8.7	7.6	7.5	9.6	32.6	30.7
40年	17.9	18.6	8.3	7.1	9.6	11.4	19.3	18.5
45年	17.0	18.8	8.3	6.9	8.7	11.8	13.3	13.1
50年	16.0	17.1	7.6	6.3	8.4	10.8	9.4	10.0
55年	12.8	13.6	7.2	6.2	5.5	7.3	7.7	7.5
60年	11.4	11.9	7.3	6.3	4.0	5.6	6.0	5.5
平成2年	10.1	10.0	7.6	6.7	2.4	3.3	5.1	4.6
7年	9.6	9.6	8.3	7.4	1.3	2.1	5.0	4.3
12年	9.7	9.5	8.3	7.7	1.1	1.8	3.2	3.2
13年	9.3	9.3	8.2	7.7	1.1	1.6	3.7	3.1
14年	9.4	9.2	8.4	7.8	1.0	1.4	3.4	3.0
15年	9.0	8.9	8.7	8.0	0.3	0.9	3.0	3.0
16年	8.9	8.8	8.7	8.2	0.1	0.7	2.3	2.8
17年	8.4	8.4	9.4	8.6	▲1.0	▲0.2	2.2	2.8
18年	8.6	8.7	9.4	8.6	▲0.7	0.1	2.8	2.6

	死産率		周産期死亡率		婚姻率		離婚率		合計特殊出生率	
	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国
昭和25年	84.3	84.9	—	46.6	8.1	8.6	0.86	1.01	—	3.65
30年	97.0	95.8	43.3	43.9	8.0	8.0	0.68	0.84	—	2.37
35年	97.1	100.4	41.6	41.4	8.8	9.3	0.56	0.74	1.95	2.00
40年	73.5	81.4	27.8	30.1	8.5	9.7	0.62	0.79	2.19	2.14
45年	68.1	65.3	23.1	21.7	9.0	10.0	0.71	0.93	2.04	2.13
50年	49.6	50.8	16.3	16.0	7.7	8.5	0.76	1.07	1.99	1.91
55年	44.8	46.8	11.1	11.7	5.9	6.7	0.95	1.22	1.82	1.75
60年	40.9	46.0	8.4	8.0	5.8	6.1	1.08	1.39	1.80	1.76
平成2年	38.5	42.3	6.8	5.7	5.5	5.9	1.08	1.28	1.61	1.54
7年	28.3	32.1	7.0	7.0	5.8	6.4	1.38	1.60	1.50	1.42
12年	27.2	31.2	5.8	5.8	6.1	6.4	1.94	2.10	1.48	1.36
13年	28.5	31.0	5.8	5.5	6.0	6.4	2.16	2.27	1.38	1.33
14年	28.5	31.1	6.3	5.5	5.7	6.0	2.23	2.30	1.40	1.32
15年	26.0	30.5	4.0	5.3	5.5	5.9	2.10	2.30	1.40	1.30
16年	23.7	30.0	3.4	5.0	5.2	5.7	2.00	2.20	1.34	1.29
17年	26.5	29.1	4.9	4.8	5.3	5.7	2.02	2.08	1.36	1.26
18年	26.2	27.5	5.2	4.7	5.4	5.8	1.91	2.04	1.35	1.32

(5) 地域別にみた人口動態総覧

①実数

(単位:人)

	出生数	死亡数	乳児死亡数	死産数	周産期死亡数	婚姻件数	離婚件数
三重県	15,816	17,156	45	426	426	9,889	3,508
北勢地域	7,796	6,477	25	200	52	4,835	1,572
中勢伊賀地域	3,704	4,411	7	93	13	2,319	880
南勢志摩地域	3,775	5,088	11	115	16	2,390	901
東紀州地域	541	1,180	2	18	2	345	155
桑名保健所	1,828	1,766	7	46	11	1,093	342
四日市保健所	3,544	2,932	12	90	28	2,203	722
鈴鹿保健所	2,424	1,779	6	64	13	1,539	508
津保健所	2,303	2,642	4	59	8	1,456	521
松阪保健所	1,846	2,108	6	65	11	1,187	437
伊勢保健所	1,929	2,980	5	50	5	1,203	464
伊賀保健所	1,401	1,769	3	34	5	863	359
尾鷲保健所	252	600	1	7	0	168	68
熊野保健所	289	580	1	11	2	177	87

②率

	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	乳児死亡率 (出生千対)	死産率 (出産千対)	周産期死亡率 (出産千対)	婚姻率 (人口千対)	離婚率 (人口千対)
全 国	8.7	8.6	2.6	27.5	4.7	5.8	2.0
三重県	8.6	9.4	2.8	26.2	5.2	5.4	1.9
北勢地域	9.4	7.8	3.2	25.0	6.6	5.8	1.9
中勢伊賀地域	7.9	9.4	1.9	24.5	3.5	4.9	1.9
南勢志摩地域	7.8	10.5	2.9	29.6	4.2	4.9	1.9
東紀州地域	6.4	14.0	3.7	32.2	3.7	4.1	1.8
桑名保健所	8.4	8.1	3.8	24.5	6.0	5.0	1.6
四日市保健所	9.7	8.0	3.4	24.8	7.9	6.0	2.0
鈴鹿保健所	9.9	7.3	2.5	25.7	5.3	6.3	2.1
津保健所	8.0	9.2	1.7	25.0	3.5	5.0	1.8
松阪保健所	8.4	9.6	3.3	34.0	5.9	5.4	2.0
伊勢保健所	7.3	11.2	2.6	25.3	2.6	4.5	1.8
伊賀保健所	7.7	9.7	2.1	23.7	3.6	4.7	2.0
尾鷲保健所	6.1	14.6	4.0	27.0	0.0	4.1	1.7
熊野保健所	6.7	13.4	3.5	36.7	6.9	4.1	2.0

①②共通

資料：厚生労働省「人口動態統計」（平成18年）

※ 三重県の各地域は「三重県年齢別人口調査結果」による人口により算出した。

(6) 年次別にみた主要死因別死亡数・死亡率

①死亡数：三重県

(単位：人)

	総数	結核	悪性新生物	糖尿病	心疾患	脳血管疾患
昭和25年	16,210	1,854	1,152	49	950	1,814
30年	12,190	706	1,402	61	1,073	2,022
35年	12,981	521	1,639	78	1,323	2,501
40年	12,551	351	1,782	93	1,479	2,769
45年	12,679	276	2,050	176	1,682	3,090
50年	12,240	172	2,243	197	1,838	3,075
55年	12,154	103	2,480	168	2,176	2,742
60年	12,724	71	2,723	184	2,472	2,584
平成2年	13,630	53	3,137	185	2,910	2,247
7年	15,072	47	3,808	278	2,341	2,566
12年	15,292	37	4,409	245	2,359	2,108
13年	15,052	35	4,217	212	2,319	2,094
14年	15,307	40	4,342	247	2,438	2,024
15年	15,872	36	4,407	237	2,566	2,120
16年	16,030	28	4,504	203	2,485	2,062
17年	17,154	41	4,628	247	2,877	2,175
18年	17,156	33	4,718	222	2,792	2,022

	肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺
昭和25年	329	—	526	1,363	454	314
30年	527	—	342	1,516	545	356
35年	592	—	392	1,339	615	329
40年	556	—	165	942	691	242
45年	395	253	151	847	736	260
50年	432	230	90	645	591	261
55年	481	263	176	666	532	281
60年	638	262	210	637	582	305
平成2年	883	255	281	693	643	268
7年	1,081	212	255	773	785	295
12年	1,281	214	312	531	749	378
13年	1,263	201	274	606	763	395
14年	1,284	172	290	592	828	379
15年	1,357	186	293	655	733	456
16年	1,471	186	326	674	797	387
17年	1,689	226	346	737	750	366
18年	1,634	193	368	815	745	398

②死亡率（人口10万対）：三重県と全国の比較

	総数		結核		悪性新生物		糖尿病		心疾患		脳血管疾患	
	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国
昭和25年	1,109.4	1,087.6	126.9	146.4	78.8	77.4	3.4	2.4	65.0	64.2	124.1	127.1
30年	820.6	776.8	47.5	52.3	94.4	87.1	4.1	2.5	72.2	60.9	136.1	136.1
35年	874.1	756.4	35.1	34.2	103.6	100.4	5.3	3.4	89.1	73.2	168.4	160.7
40年	828.7	712.7	23.2	22.8	117.7	108.4	6.1	5.2	97.7	77.0	182.8	175.8
45年	825.5	691.4	18.0	15.4	133.5	116.3	11.5	7.4	109.5	86.7	201.2	175.8
50年	756.3	631.2	10.6	9.5	138.6	122.6	12.2	8.1	113.6	89.2	190.0	156.7
55年	724.0	621.4	6.1	5.5	147.7	139.1	10.0	7.3	129.6	106.2	163.3	139.5
60年	732.0	625.5	4.1	3.9	156.6	156.1	10.6	7.7	142.2	117.3	148.7	112.2
平成2年	764.7	668.4	3.0	3.0	176.0	177.2	10.4	7.7	163.3	134.8	126.1	99.4
7年	826.0	741.9	2.6	2.6	208.7	211.6	15.2	11.4	128.3	112.0	140.6	117.9
12年	834.1	765.6	2.0	2.1	240.5	235.2	13.4	9.8	128.7	116.8	115.0	105.5
13年	820.3	770.7	1.9	2.0	229.8	238.8	11.6	9.6	126.4	117.8	114.1	104.7
14年	835.1	779.6	2.2	1.8	236.9	241.7	13.5	10.0	133.0	121.0	115.7	103.4
15年	865.9	804.7	2.0	1.9	240.4	245.4	12.9	10.2	140.0	126.5	115.7	104.7
16年	874.5	815.2	1.5	1.8	245.7	253.9	11.1	10.0	135.6	126.5	112.5	102.3
17年	936.0	858.8	2.2	1.8	252.5	258.3	13.5	10.8	157.0	137.2	118.7	105.3
18年	936.5	859.6	1.8	1.8	257.5	261.0	12.1	10.8	152.4	137.2	110.4	101.7

	肺炎		肝疾患		腎不全		老衰		不慮の事故		自殺	
	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国
昭和25年	61.9	93.2	—	6.8	36.0	32.4	93.3	70.2	31.1	39.5	21.5	19.6
30年	51.8	48.3	10.9	8.6	23.0	21.4	102.0	67.1	36.7	37.3	24.0	25.2
35年	54.4	49.3	—	9.7	26.4	16.5	90.2	58.0	41.4	41.7	22.2	21.6
40年	46.7	37.3	—	10.0	10.9	11.7	62.2	50.0	45.6	40.9	16.0	14.7
45年	34.2	34.1	10.9	12.5	9.8	8.9	55.1	38.1	47.9	42.5	16.9	15.3
50年	33.7	33.7	11.9	13.6	5.6	6.3	39.9	26.9	36.5	30.3	16.1	18.0
55年	35.1	33.7	10.1	14.2	10.5	8.8	39.7	27.6	31.7	25.1	16.7	17.7
60年	44.2	42.7	12.7	14.3	12.1	11.2	36.6	23.1	33.5	24.6	17.5	19.4
平成2年	54.4	60.7	11.9	13.7	15.8	14.0	38.9	19.7	36.1	26.2	15.0	16.4
7年	59.2	64.1	11.6	13.7	14.0	13.0	42.4	17.3	43.0	39.7	16.2	17.2
12年	69.9	69.2	11.7	12.8	17.0	13.7	29.0	16.9	40.9	31.4	20.6	24.1
13年	68.8	67.8	11.0	12.6	14.9	14.0	33.0	17.6	41.6	31.4	21.5	23.3
14年	74.0	69.4	10.1	12.3	16.0	14.4	35.7	18.0	40.0	30.7	24.9	23.8
15年	74.0	75.3	10.1	12.5	16.0	14.9	35.7	18.6	40.0	30.7	24.9	25.5
16年	80.3	75.7	10.1	12.6	17.8	15.2	36.8	19.1	43.5	30.3	21.1	24.0
17年	92.2	85.0	12.3	13.0	18.9	16.3	40.2	20.9	40.9	31.6	20.0	24.2
18年	89.2	85.0	10.5	12.9	20.1	16.8	44.5	22.0	40.7	30.3	21.7	23.7

（厚生労働省「人口動態統計」）

※死因分類は国際疾病分類（ICD-10）による（平成7年以降）。それ以前は旧分類によるため分類に多少の相違がある。

(7) 地域別にみた主要死因別死亡率

①年齢調整死亡率（人口10万対）

平成18年

		総数	結核	悪性新生物	糖尿病	心疾患	脳血管疾患
三重県		413.5	0.7	126.8	5.6	61.8	43.6
保健医療圏別	北勢地域	409.4	0.8	126.3	4.9	62.2	39.9
	中勢伊賀地域	407.1	0.9	129.6	6.8	53.1	48.5
	南勢志摩地域	422.3	0.5	124.8	5.7	70.5	44.6
	東紀州地域	465.4	0.2	134.1	5.0	58.7	46.0
保健所管轄別	桑名保健所	395.9	1.0	120.4	2.8	65.0	37.1
	四日市保健所	424.2	1.0	137.2	5.1	59.8	40.1
	鈴鹿保健所	398.5	0.3	114.8	6.4	62.7	42.6
	津保健所	401.3	1.4	128.2	8.5	52.1	48.4
	松阪保健所	401.4	0.2	116.9	5.9	68.6	42.6
	伊勢保健所	438.5	0.8	130.8	5.5	72.0	45.8
	伊賀保健所	415.7	0.1	132.0	4.2	54.6	48.5
	尾鷲保健所	495.7	0.3	141.1	2.6	67.6	42.6
	熊野保健所	436.2	—	126.3	7.4	49.3	49.7

		肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺
三重県		30.6	6.0	7.2	11.9	23.6	18.7
保健医療圏別	北勢地域	32.9	6.2	7.0	9.3	21.3	18.3
	中勢伊賀地域	28.7	5.8	8.0	14.8	22.7	14.4
	南勢志摩地域	31.2	5.2	7.3	10.8	27.9	21.3
	東紀州地域	23.4	9.7	5.6	18.4	33.0	35.4
保健所管轄別	桑名保健所	32.7	7.0	7.2	10.2	22.5	19.3
	四日市保健所	33.6	7.4	6.9	10.0	20.9	18.1
	鈴鹿保健所	31.8	3.6	6.8	7.2	20.7	17.5
	津保健所	28.4	4.3	7.6	11.0	23.6	14.6
	松阪保健所	35.9	7.0	7.8	9.3	26.6	18.3
	伊勢保健所	27.5	3.8	6.9	11.9	29.1	23.9
	伊賀保健所	29.3	8.1	8.5	20.9	20.8	14.0
	尾鷲保健所	23.7	9.3	3.8	26.1	25.6	47.2
	熊野保健所	23.0	10.5	7.7	11.0	38.6	24.8

資料：厚生労働省「人口動態統計」

注：三重県の各地域の死亡率は「三重県年齢別人口調査結果」による人口により算出した。

②年齢調整死亡率：男女

		悪性新生物			急性心筋梗塞			脳血管疾患			糖尿病		
		総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
三重県		126.8	181.2	85.7	22.6	32.1	15.1	43.6	56.4	34.6	5.6	7.2	4.3
保健医療圏別	北勢地域	126.3	178.7	84.6	17.9	26.4	11.0	39.9	50.9	32.6	4.9	6.1	3.7
	中勢伊賀地域	129.6	186.4	86.6	20.3	29.8	13.4	48.5	63.8	37.9	6.8	9.2	4.8
	南勢志摩地域	124.8	172.2	91.6	31.3	43.2	21.8	44.6	59.6	33.8	5.7	7.2	4.7
	東紀州地域	134.1	222.2	67.1	21.2	29.9	15.3	46.0	56.4	37.8	5.0	5.4	4.9
保健所管轄別	桑名保健所	120.4	168.2	82.3	21.4	28.3	15.7	37.1	43.8	32.6	2.8	4.5	1.5
	四日市保健所	137.2	197.9	89.4	14.4	23.4	7.4	40.1	53.1	31.8	5.1	6.9	3.8
	鈴鹿保健所	114.8	159.1	79.6	19.8	29.0	12.0	42.6	54.6	34.0	6.4	6.6	5.5
	津保健所	128.2	193.3	78.6	18.1	26.9	11.2	48.4	61.5	40.0	8.5	11.0	6.2
	松阪保健所	116.9	167.6	79.1	34.5	42.6	27.7	42.6	54.3	35.2	5.9	7.3	4.7
	伊勢保健所	130.8	175.4	101.4	28.8	43.6	17.3	45.8	63.3	32.6	5.5	7.2	4.6
	伊賀保健所	132.0	175.6	99.2	23.6	34.5	16.6	48.5	67.1	34.5	4.2	6.5	2.7
	尾鷲保健所	141.1	234.1	69.3	20.3	29.0	14.0	42.6	50.9	36.8	2.6	1.6	3.6
熊野保健所	126.3	209.7	63.6	22.1	31.7	16.4	49.7	64.0	38.1	7.4	9.6	6.1	

資料：厚生労働省「人口動態統計」

注：三重県の各地域の死亡率は「三重県年齢別人口調査結果」による人口により算出した。

③年次別にみた年齢調整死亡率の推移：三重県と全国の比較

	悪性新生物				急性心筋梗塞				脳血管疾患				糖尿病			
	県		全国		県		全国		県		全国		県		全国	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
平成2年	—	—	215.6	107.7	—	—	30.1	15.4	—	—	97.9	68.6	—	—	7.5	5.7
7年	207.5	97.7	226.1	108.3	46.4	24.3	40.5	20.8	102.4	69.3	99.3	64.0	12.1	8.2	10.1	6.6
12年	205.6	97.8	214.0	103.5	39.1	16.8	29.7	14.2	73.8	42.6	74.2	45.7	9.3	5.7	7.8	4.4
13年	184.8	94.7	209.4	102.5	35.7	18.4	28.9	13.7	69.9	41.5	71.4	42.8	8.0	4.8	7.4	4.2
14年	186.4	94.6	205.1	99.7	37.4	18.5	27.9	12.8	65.7	40.1	67.7	40.8	8.6	5.6	7.5	4.1
15年	182.9	88.9	201.7	98.1	38.1	19.6	27.2	12.6	65.4	40.2	66.5	39.2	8.0	5.3	7.4	4.0
16年	187.9	95.1	202.0	99.2	32.4	15.0	25.3	11.5	61.0	36.7	62.5	37.0	7.2	4.2	7.1	3.7
17年	180.4	90.7	197.7	97.3	37.2	16.1	25.9	11.5	61.8	36.9	61.9	36.1	7.4	5.0	7.3	3.9
18年	181.2	85.7	193.6	95.8	32.1	15.1	24.0	10.7	56.4	34.8	57.8	33.4	7.2	4.3	7.2	3.7

資料：厚生労働省「人口動態統計」

(8) 悪性新生物の主要死因別死亡数・死亡率

①年次別死亡率（人口10万対）：三重県と全国の比較

	総数		食道		胃		大腸		肝	
	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国
昭和25年	81.4	77.4	—	3.3	—	37.5	—	4.5	—	—
30年	95.7	87.1	—	3.3	—	41.8	—	4.8	—	—
35年	112.9	100.4	—	3.7	52.0	45.8	—	5.6	—	9.4
40年	122.0	108.4	—	4.0	52.5	47.2	—	6.7	—	8.7
45年	133.6	116.3	4.8	4.7	59.0	47.3	—	8.0	10.3	9.2
50年	137.9	122.6	2.9	4.5	54.4	44.8	—	10.0	10.4	9.5
55年	146.7	139.1	3.8	4.9	49.6	43.4	6.2	11.9	11.2	12.5
60年	156.6	156.1	3.7	5.2	44.7	40.7	7.0	14.6	13.7	16.5
平成2年	176.0	177.2	4.2	5.9	43.1	38.7	7.2	18.2	15.9	20.7
7年	206.8	211.6	4.9	6.9	40.2	40.3	24.9	22.0	24.6	25.5
12年	240.5	235.2	5.7	8.2	45.2	40.3	27.8	25.1	25.7	27.1
13年	229.8	238.8	6.0	8.5	39.5	39.7	28.2	25.9	24.4	27.3
14年	233.1	241.7	6.1	8.5	39.8	39.1	29.6	29.9	27.2	27.5
15年	240.4	245.4	7.4	8.8	40.8	39.3	28.9	30.8	24.9	27.0
16年	245.7	253.9	6.3	8.9	40.4	40.1	28.6	31.7	23.5	27.4
17年	252.5	258.3	6.3	8.9	42.5	39.9	29.0	32.4	23.2	27.2
18年	257.5	261.0	7.6	9.0	41.2	40.0	30.4	32.5	21.2	26.7

	膵		肺等		※ 乳房		※ 子宮	
	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国
昭和25年	—	0.6	—	1.3	—	3.3	—	19.7
30年	—	1.2	—	3.0	—	3.5	—	16.0
35年	—	2.1	4.9	5.5	4.4	3.5	15.7	14.9
40年	—	3.1	7.9	7.9	4.2	3.9	14.6	13.4
45年	3.7	4.3	12.5	10.2	4.4	4.7	15.4	12.1
50年	5.7	5.1	17.4	13.3	5.8	5.8	13.2	10.7
55年	7.2	6.7	20.0	18.3	6.2	7.0	9.5	9.2
60年	9.7	8.7	25.3	23.8	9.2	8.0	7.6	8.0
平成2年	12.7	10.9	30.7	29.7	8.0	9.4	7.6	7.4
7年	12.8	12.9	37.0	36.8	6.1	6.3	8.1	7.7
12年	16.4	15.2	47.3	42.8	8.0	7.4	8.4	8.1
13年	17.3	15.4	46.9	43.7	6.6	7.7	7.2	8.1
14年	16.9	16.0	46.8	44.8	6.4	7.7	5.6	8.3
15年	16.5	16.8	46.6	45.0	6.9	7.8	8.0	8.2
16年	18.7	17.6	52.6	47.5	8.1	8.4	9.1	8.6
17年	18.3	18.2	54.0	49.2	8.6	8.6	7.1	8.3
18年	20.0	18.5	56.2	50.1	6.2	8.9	7.0	8.5

資料：厚生労働省「人口動態統計」（平成13年）

注：※死亡数は女子のみ、死亡率は女子の死亡率（女子人口10万対）

②地域別死亡数・死亡率（人口10万対）

平成18年

		総数		食道		胃		大腸		肝	
		死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
三重県		4,718	257.5	140	7.6	754	41.2	557	30.4	388	21.2
保健医療圏別	北勢地域	1,828	220.7	41	4.9	306	36.9	230	27.8	158	19.1
	中勢伊賀地域	1,229	261.1	44	9.3	196	41.6	143	30.4	97	20.6
	南勢志摩地域	1,362	281.4	47	9.7	218	45.0	149	30.8	106	21.9
	東紀州地域	299	353.9	8	9.5	34	40.2	35	41.4	27	32.0
保健所管轄別	桑名保健所	483	220.6	10	4.6	81	37.0	47	21.5	58	26.5
	四日市保健所	871	238.6	19	5.2	133	36.4	121	33.1	74	20.3
	鈴鹿保健所	474	193.8	12	4.9	92	37.6	62	25.4	26	10.6
	津保健所	733	254.0	26	9.0	121	41.9	71	24.6	47	16.3
	松阪保健所	545	249.3	15	6.9	96	43.9	62	28.4	37	16.9
	伊勢保健所	817	307.8	32	12.1	122	46.0	87	32.8	69	26.0
	伊賀保健所	496	272.4	18	9.9	75	41.2	72	39.5	50	27.5
	尾鷲保健所	157	381.1	3	7.3	13	31.6	23	55.8	15	36.4
	熊野保健所	142	327.9	5	11.5	21	48.5	12	27.7	12	27.7

		膵		肺等		※ 乳房		※ 子宮	
		死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
三重県		366	20.0	1,029	56.2	114	11.9	66	7.0
保健医療圏別	北勢地域	139	16.8	396	47.8	49	5.9	27	3.3
	中勢伊賀地域	95	20.2	272	57.8	30	6.4	17	3.6
	南勢志摩地域	104	21.5	301	62.2	29	6.0	21	4.3
	東紀州地域	22	2.6	53	62.7	6	7.1	1	1.2
保健所管轄別	桑名保健所	41	18.7	102	46.6	14	6.4	8	3.7
	四日市保健所	54	14.3	192	52.6	22	6.0	13	3.6
	鈴鹿保健所	44	18.0	102	41.7	13	5.3	6	2.5
	津保健所	60	20.8	161	55.8	18	6.2	12	4.2
	松阪保健所	36	16.5	118	54.0	13	5.9	9	4.1
	伊勢保健所	68	25.6	183	68.9	16	6.0	12	4.5
	伊賀保健所	35	19.2	111	61.0	12	6.6	5	2.7
	尾鷲保健所	14	34.0	36	87.4	3	7.3	1	2.4
	熊野保健所	14	32.3	24	55.4	3	6.9	0	0.0

資料：死亡率は「三重県年齢別人口調査結果」による人口により算出した。

注：※死亡数は女子のみ、死亡率は女子の死亡率（女子人口10万対）

2 保健医療関係機関・機能の状況

(1) 医療施設数および病床数の推移

① 医療施設数

	施設数（三重県）					人口10万対施設数					
	病院	一般病院	精神病院	一般診療所	歯科診療所	病院		一般診療所		歯科診療所	
						県	全国	県	全国	県	全国
昭和40年	125	110	11	884	415	8.2	7.2	58.4	65.7	27.4	29.1
45年	119	105	12	902	406	7.7	7.7	58.5	66.5	26.3	28.8
50年	117	104	13	1,003	424	7.2	7.4	61.7	65.3	26.1	29.1
55年	126	114	12	1,064	484	7.5	7.7	63.1	66.3	28.7	33.2
60年	134	119	15	1,110	564	7.7	7.9	63.9	65.2	32.5	37.6
平成2年	132	117	15	1,135	639	7.4	8.2	63.3	65.4	35.6	42.2
7年	122	109	13	1,254	739	6.6	7.7	68.1	69.3	40.1	46.5
12年	116	103	13	1,359	819	6.2	7.3	73.2	73.1	44.1	49.9
13年	115	102	13	1,375	828	6.2	7.3	73.9	73.9	44.5	50.5
14年	117	104	13	1,373	841	6.3	7.2	73.8	74.4	45.2	51.1
15年	115	102	13	1,394	846	6.2	7.1	74.8	75.3	45.4	51.6
16年	113	100	13	1,416	850	6.1	7.1	76.0	76.0	45.6	52.1
17年	113	100	13	1,349	852	6.1	7.1	77.1	76.3	45.6	52.1
18年	112	99	13	1,466	853	6.0	7.0	78.3	77.2	45.5	52.7

② 病床数

	病床数（三重県）							人口10万対病床数（三重県）							
	病院	一般	療養・療養型病床群	精神	結核	感染症	一般診療所	病院							一般診療所
								全国	一般	療養・療養型病床群	精神	結核	感染症		
昭和40年	1,559	11,339	—	2,627	1,160	443	2,171	1,028.0	889.0	748.7	—	173.5	76.6	29.2	143.4
45年	17,205	9,461	—	4,027	3,321	396	2,747	1,115.0	1,024.4	613.3	—	261.1	215.3	25.3	178.0
50年	17,838	10,634	—	4,268	2,557	379	2,853	1,097.1	1,039.9	654.0	—	262.5	157.3	23.3	175.5
55年	19,547	13,356	—	4,564	1,345	282	3,297	1,158.7	1,127.1	791.7	—	270.6	79.7	16.7	195.4
60年	21,096	14,946	—	4,962	959	229	3,536	1,207.3	1,235.5	855.4	—	284.0	54.9	13.0	202.4
平成2年	22,475	16,024	—	5,382	865	204	3,627	1,253.8	1,356.5	893.9	—	300.2	48.3	11.4	202.3
7年	21,855	15,535	—	5,397	749	204	3,522	1,188.5	1,329.9	843.7	—	293.1	40.7	11.1	191.3
12年	21,270	12,546	3,153	5,196	335	40	2,681	1,145.2	1,297.8	675.5	169.8	279.8	18.0	2.2	144.3
13年	21,422	12,456	3,504	5,196	246	20	2,570	1,151.1	1,293.7	669.3	188.3	279.2	13.2	1.1	138.1
14年	21,565	12,333	3,868	5,148	196	20	2,480	1,158.8	1,289.0	662.7	207.8	276.6	10.5	1.1	133.3
15年	21,444	12,013	4,075	5,148	196	20	2,429	1,151.7	1,278.9	645.2	218.9	276.5	10.5	0.6	130.5
16年	21,169	11,654	4,272	5,105	118	20	2,428	1,135.7	1,277.8	625.2	229.2	273.9	6.3	1.1	130.3
17年	21,348	11,516	4,651	5,081	80	20	2,274	1,143.5	1,276.9	616.8	249.1	272.2	4.3	1.1	121.8
18年	21,386	11,494	4,823	4,969	80	20	2,294	1,141.8	1,273.1	613.7	257.5	265.3	4.3	1.1	122.5

注1) 医療施設数の一般病院の病床は平成12年から一般病床、療養病床、療養型病床群に区分されている。

注2) 昭和55年までは12月31日現在、昭和60年以降は10月1日現在である。

資料：厚生労働省「医療施設調査」

(2) 年次別にみた病院の病床利用率の推移

(単位：%)

	総数		一般病床		療養病床		精神病床		結核病床		感染症病床	
	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国
昭和40年	73.2	82.6	—	80.6	—	—	—	108.0	—	75.4	—	16.6
45年	75.3	81.6	74.3	80.3	—	—	97.1	104.3	61.3	66.2	2.1	6.1
50年	74.5	80.5	71.9	78.6	—	—	101.3	101.8	52.1	60.3	3.6	3.5
55年	77.8	83.3	74.6	81.4	—	—	103.3	102.4	40.9	55.4	2.3	2.0
60年	80.9	85.8	77.2	83.7	—	—	103.9	101.9	41.9	55.8	0.5	1.3
平成2年	81.6	83.6	79.4	81.9	—	—	99.6	97.3	29.9	48.0	0.3	1.0
7年	81.6	83.6	79.9	82.4	—	—	97.2	94.3	25.9	43.0	0.4	1.3
12年	86.1	85.2	82.3	82.0	91.9	91.9	95.7	93.1	35.5	43.8	0.2	1.8
13年	86.5	85.3	82.2	81.1	93.0	94.1	95.4	93.2	37.1	43.7	0.3	2.0
14年	86.6	85.0	81.9	80.1	92.9	94.1	95.1	93.1	45.4	45.3	0.1	2.5
15年	86.5	84.9	81.8	79.7	92.0	93.4	94.6	92.9	48.3	46.3	—	2.4
16年	86.1	84.9	81.0	79.4	91.8	93.5	93.7	92.3	58.5	48.6	0.1	2.6
17年	86.1	84.8	81.6	79.4	91.6	93.4	92.5	91.7	52.9	45.3	0.3	2.7
18年	84.3	83.5	79.8	78.0	87.6	91.9	92.3	91.1	51.6	39.8	—	2.2

資料：厚生労働省「病院報告」

(3) 年次別にみた病院の平均在院日数の推移

(単位：%)

	総数		一般病床		療養病床		精神病床		結核病床		感染症病床	
	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国	県	全国
昭和40年	52.0	56.7	—	30.3	—	—	—	433.8	—	408.5	—	17.7
45年	53.4	55.3	30.5	32.5	—	—	530.5	455.4	421.1	385.3	10.3	17.6
50年	52.8	54.8	31.9	34.7	—	—	564.6	486.8	350.0	317.7	19.3	16.8
55年	52.8	55.9	35.3	38.3	—	—	627.4	534.8	297.9	252.6	43.9	17.8
60年	53.6	54.2	37.3	39.4	—	—	648.0	536.3	260.4	207.2	24.9	18.3
平成2年	50.3	50.5	35.9	38.1	—	—	584.4	489.6	206.3	150.2	18.4	15.6
7年	44.2	44.2	31.5	33.0	—	—	545.0	454.7	149.7	119.0	25.8	14.8
12年	38.1	39.1	23.1	24.8	143.1	171.6	393.5	376.5	88.7	96.2	16.0	9.3
13年	37.6	38.7	22.0	23.5	137.1	183.7	371.8	373.9	106.6	94.0	11.5	8.7
14年	36.5	37.5	21.0	22.2	136.0	179.1	343.2	363.7	101.5	88.0	4.0	8.7
15年	35.1	36.4	19.9	20.7	127.4	172.3	310.5	348.7	95.1	82.2	—	8.7
16年	35.4	36.3	19.7	20.2	127.7	172.6	315.6	338.0	89.8	78.1	7.0	10.5
17年	35.7	35.7	19.7	19.8	129.9	172.8	315.8	327.2	80.7	71.9	10.5	9.8
18年	35.0	34.7	19.1	19.2	136.8	171.4	304.0	320.3	76.3	70.5	—	9.2

資料：厚生労働省「医療施設調査」

(4) 県内の保健衛生関係施設

①保健所

二次保健医療圏	保健所名	所在地	電話番号	所管区域	開設年月日
北勢	桑名保健所	桑名市中央町5丁目71	0594-24-3621	桑名市・いなべ市・桑名郡・員弁郡・三重郡	S19.10.1
	四日市市保健所 (設置者:四日市市)	四日市市新正4丁目21-5	059-352-0585	四日市市(保健所政令市)	H20.4.1
	鈴鹿保健所	鈴鹿市西条5丁目117	059-382-8671	鈴鹿市・亀山市	S19.10.1
中勢伊賀	津保健所	津市桜橋3丁目446-34	059-223-5111	津市	S19.10.1
	伊賀保健所	伊賀市上野四十九町2802	0595-24-8070	伊賀市・名張市	S13.8.25
南勢志摩	松阪保健所	松阪市高町138	0598-50-0527	松阪市・多気郡	S19.10.1
	伊勢保健所	伊勢市勢田町622	0596-27-5136	伊勢市・鳥羽市・志摩市・度会郡	S19.1.12
東紀州	尾鷲保健所	尾鷲市坂場西町1番1号	05972-3-3446	尾鷲市・北牟婁郡	S19.8.8
	熊野保健所	熊野市井戸町383	05978-5-2158	熊野市・南牟婁郡	S19.11.1

②その他の機関

機関名	所在地	電話番号
保健環境研究所	四日市市桜町3690-1	059-329-3800
こころの健康センター	津市久居明神町2501-1	059-255-2151
松阪食肉衛生検査所	松阪市大津町戸の本883-2	0598-51-3037
四日市食肉衛生検査所 (設置者:四日市市)	四日市市新正4丁目19-3	059-352-0785

③保健所の所管区域



(5) 地域包括支援センター一覧

名 称	保険者	設置法人(市町)	設置箇所	電話番号	〒	住 所
1 桑名市中央地域包括支援センター	桑名市	桑名市	桑名市市役所内	0594-24-5104	511-8601	桑名市中央町二丁目37
2 桑名市東部地域包括支援センター	桑名市	(医) 普照会	森栄病院内	0594-24-8080	511-0038	桑名市内堀28-1
3 桑名市西部地域包括支援センター	桑名市	(福) 憩	特別養護老人ホームいこい内	0594-25-8660	511-0922	桑名市西金井170 特別養護老人ホームいこい内
4 桑名市南部地域包括支援センター	桑名市	(医) 尚徳会	ヨナハ在宅ケアセンター内	0594-25-1011	511-0836	桑名市江場776-5
5 桑名市北部地域包括支援センター	桑名市	(福) 桑名市社会福祉協議会	多度すこやかセンター内	0594-49-2031	511-0198	桑名市多度町多度一丁目1-1
6 いなべ市北地域包括支援センター	いなべ市	(福) いなべ市社会福祉協議会	いなべ市社会福祉協議会北勢支所内	0594-82-1616	511-0428	いなべ市北勢町阿下喜2624-2
7 いなべ市南地域包括支援センター	いなべ市	いなべ市	いなべ市役所大安庁舎内	0594-78-3520	511-0292	いなべ市大安町大井田2705
8 木曾岬町地域包括支援センター	木曾岬町	(福) 木曾岬町社会福祉協議会	木曾岬町福祉センター内	0567-68-8183	498-0807	木曾岬町大字西対海地250
9 東員町地域包括支援センター	東員町	東員町	東員町役場内	0594-86-2823	511-0295	東員町大字山田1600
10 四日市市北地域包括支援センター	四日市市	(福) 富田浜福祉会	富田浜在宅介護支援センター内	059-365-6215	510-8008	四日市市富田浜町26-14
11 四日市市中地域包括支援センター	四日市市	(福) 四日市市社会福祉協議会	四日市市中央在宅介護支援センター内	059-354-8346	510-0085	四日市市諏訪町2-2 総合会館2階
12 四日市市南地域包括支援センター	四日市市	(福) 青山里会	小山田在宅介護支援センター内	059-328-2618	512-1111	四日市市山田町5570-4
13 菟野町地域包括支援センター けやき	菟野町	(福) 菟野町社会福祉協議会	菟野町保健福祉センター内	059-391-2220	510-1253	菟野町大字潤田1281
14 朝日町地域包括支援センター	朝日町	(福) 朝日町社会福祉協議会	朝日町社会福祉協議会内	059-377-2941	510-8102	朝日町大字小向891-5 朝日町保健福祉センター内
15 川越町地域包括支援センター	川越町	(福) 川越町社会福祉協議会	川越町社会福祉協議会内	059-365-9999	510-8123	川越町大字豊田一色314
16 鈴鹿西部地域包括支援センター	鈴鹿亀山地区 広域連合	(医) 誠仁会	ケアハウスソレイユ内	059-370-3751	513-0844	鈴鹿市平田一丁目3-15
17 鈴鹿北部地域包括支援センター	鈴鹿亀山地区 広域連合	(医) 博仁会	介護老人保健施設ひまわり内	059-384-4165	513-0801	鈴鹿市神戸三丁目12-10
18 鈴鹿中部地域包括支援センター	鈴鹿亀山地区 広域連合	(福) 鈴鹿市社会福祉協議会	鈴鹿市社会福祉協議会内	059-382-5233	513-0801	鈴鹿市神戸地子町383-1
19 鈴鹿南部地域包括支援センター	鈴鹿亀山地区 広域連合	(福) 伊勢湾福祉会	伊勢マリンホーム内	059-380-5280	510-0227	鈴鹿市南若松町1
20 亀山地域包括支援センター	鈴鹿亀山地区 広域連合	亀山市(市へ委託)	亀山市総合保健福祉センター内	0595-83-3575	519-0164	亀山市羽若町545
21 津市地域包括支援センター	津市	津市	本庁舎内	059-229-3294	514-8611	津市西丸之内23-1
	津市	津市	久居庁舎内	049-255-8863	514-1136	津市久居東鷹跡町246
22 津一志地域包括支援センター	津市	(社) 津市社会福祉協議会	津市白山保健福祉センター内	059-262-7029	515-2603	津市白山町川口892
23 松阪市第一地域包括支援センター	松阪市	(社) 松阪地区医師会	松阪地区医師会内	0598-25-1070	515-0076	松阪市白粉町363 松阪地区医師会館内
24 松阪市第二地域包括支援センター	松阪市	(福) 松阪市社会福祉協議会	松阪市社会福祉協議会 嬉野支所内	0598-42-7255	515-2323	松阪市嬉野権現前町423-9 嬉野社会福祉センター内
25 松阪市第三地域包括支援センター	松阪市	(福) 松阪市社会福祉協議会	松阪市社会福祉協議会 飯南支所内	0598-32-5083	515-1302	松阪市飯南町横野885 ふれあいセンター内
26 松阪市第四地域包括支援センター	松阪市	(医療法人社団) 嘉祥会	介護老人保健施設嘉祥苑内	0598-51-5885	515-0005	松阪市鎌田町234-10 介護老人保健施設嘉祥苑内
27 松阪市第五地域包括支援センター	松阪市	(福) 太陽の里		0598-25-4300	515-0045	松阪市駅部田町字峰戸25-3
28 多気町地域包括支援センター	多気町	(福) 多気町社会福祉協議会	多気町地域福祉センター 「天啓の里」内	0598-38-8092	519-2183	多気町大字四疋田587-1
29 明和町地域包括支援センター	明和町	明和町	明和町保健福祉センター	0596-52-7127	515-0332	明和町大字馬之上944-5
30 大台町地域包括支援センター	大台町	(福) 大台町社会福祉協議会	大台町社会福祉協議会内	0598-83-2941	519-2428	大台町栗生1010
31 伊勢市地域包括支援センター	伊勢市	伊勢市	伊勢市役所内	0596-21-5583	516-8601	伊勢市岩淵1丁目7-29
32 鳥羽市地域包括支援センター	鳥羽市	鳥羽市	鳥羽市保健福祉センター 「ひだまり」内	0599-25-1182	517-0022	鳥羽市大東町2-5
33 志摩市地域包括支援センター	志摩市	志摩市	志摩市役所阿児支所内	0599-43-8132	517-0501	志摩市阿児町鶴方2371-1
34 玉城町地域包括支援センター	玉城町	玉城町	健康管理センター内	0596-58-7373	519-0414	玉城町佐田881
35 南伊勢町地域包括支援センター	南伊勢町	(福) 南伊勢町社会福祉協議会	南伊勢町社会福祉協議会内	0599-66-1211	516-0101	南伊勢町五ヶ所浦2928
36 度会町地域包括支援センター	度会町	度会町	度会町役場内	0596-62-1118	516-2195	度会町棚橋1215-1
37 大紀町地域包括支援センター	大紀町	(福) 大紀町社会福祉協議会	大官老人福祉センター 「心交苑」内	0598-83-7541	519-2732	大紀町野添887-7
38 名張市地域包括支援センター	名張市	名張市	名張市役所内	0595-63-7833	518-0492	名張市鴻之台1-1
39 伊賀市地域包括支援センター	伊賀市	伊賀市	介護保険課事務所内	0595-26-1521	518-0873	伊賀市上野丸之内38-4
40 尾鷲市地域包括支援センター	紀北広域連合	(福) 尾鷲市社会福祉協議会	尾鷲市社会福祉協議会内	0597-22-3003	519-3618	尾鷲市栄町5-5
41 紀北町地域包括支援センター	紀北広域連合	(福) 紀北町社会福祉協議会	紀北町社会福祉協議会内	05974-7-0517	519-3204	紀北町紀伊長島区東長島209-9
42 熊野市地域包括支援センター	紀南介護保険 広域連合	熊野市(市へ委託)	熊野市保健福祉センター内	0597-89-5811	519-4324	熊野市井戸町1150
43 御浜町地域包括支援センター	紀南介護保険 広域連合	御浜町(町へ委託)	御浜町役場内	05979-3-0514	519-5292	御浜町大字阿田和6120-1
44 紀宝町地域包括支援センター	紀南介護保険 広域連合	紀宝町(町へ委託)	紀宝町神内福祉センター内	0735-33-0175	519-5712	紀宝町神内277番地2

3 老人保健事業による健康診査実施状況

①三重県における年度別推移

(単位：人、%)

年度	基本健康診査		がん検診									
			胃がん検診		子宮がん検診		肺がん検診		乳がん検診		大腸がん検診	
	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率
平成9年度	170,452	43.7	46,872	8.7	34,697	8.3	83,556	14.9	31,572	7.2	59,197	9.8
10年度	175,312	44.0	44,589	8.2	31,607	7.5	80,819	14.1	29,847	6.7	61,341	9.9
11年度	178,970	44.7	46,748	8.5	31,667	7.5	88,538	15.4	29,813	6.6	64,420	10.4
12年度	185,607	46.2	44,821	8.8	34,196	8.1	90,943	5.8	30,303	6.8	68,952	11.1
13年度	191,467	48.2	51,258	9.2	37,615	8.7	91,487	15.6	33,070	7.3	73,590	11.6
14年度	209,511	44.0	57,925	10.1	41,785	8.5	103,429	17.5	30,413	8.1	85,051	13.5
15年度	209,300	44.4	58,212	10.3	40,542	9.6	103,976	17.6	38,798	8.9	81,150	13.0
16年度	196,473	43.6	54,325	9.6	38,590	9.0	97,338	16.7	35,324	8.0	75,684	12.0
17年度	215,167	43.0	61,064	10.9	40,327	13.5	87,723	15.4	24,846	13.6	89,067	15.2

②保健医療圏および保健所所管別

(単位：人、%)

年度		基本健康診査		がん検診									
				胃がん検診		子宮がん検診		肺がん検診		乳がん検診		大腸がん検診	
		受診者数	受診率										
保健医療圏別	北勢	92,507	44.3	22,435	9.6	27,470	13.6	19,674	8.2	16,905	10.8	33,161	13.5
	中勢伊賀	51,464	50.5	17,329	14.3	13,725	13.5	27,755	22.0	16,885	20.8	21,615	16.2
	南勢志摩	59,259	36.4	19,418	11.5	15,110	13.6	32,022	19.0	11,999	12.5	31,397	18.5
	東紀州	11,937	45.0	1,882	5.2	3,044	11.8	8,272	23.8	2,425	11.1	2,894	7.8
保健所所管轄別	桑名	21,887	55.7	6,424	10.2	11,544	17.6	9,640	14.1	6,096	11.8	12,779	17.0
	四日市	50,282	49.0	10,370	10.0	11,404	13.9	6,451	6.2	6,866	12.5	11,500	11.0
	鈴鹿	20,338	30.3	5,641	8.4	4,522	8.4	3,583	5.3	4,003	8.0	8,882	13.3
	津	35,792	57.3	14,934	21.3	10,066	18.3	19,577	27.0	14,452	30.9	18,765	25.0
	松阪	20,017	32.3	8,260	13.2	6,063	18.0	17,476	27.9	4,027	10.8	12,210	19.5
	伊勢	39,242	38.9	11,158	10.6	9,047	11.6	14,546	13.7	7,972	13.6	19,187	17.9
	伊賀	15,672	39.8	2,395	4.6	3,659	7.9	8,178	15.2	2,433	7.1	2,850	4.9
	尾鷲	3,957	37.5	1,013	5.8	1,490	11.5	4,096	23.6	1,405	12.6	1,701	8.7
	熊野	7,980	49.9	869	4.7	1,554	12.0	4,176	24.0	1,020	9.5	1,193	6.8

※ 受診率は受診者数を対象者数で除して算出。なお、対象者数は検診を実施していない市町分を含む。

4 感染症発生状況

①三重県における感染症発生動向調査全数報告対象疾患患者報告数

類型	疾患名	1999年	2000年	2001年	2002年	類型	疾患名	1999年	2000年	2001年	2002年
1類	エボラ出血熱	0	0	0	0	4類	後天性免疫不全症候群	6	12	11	5
	クリミア・コンゴ出血熱	0	0	0	0		コクシジオイデス症	0	0	0	0
	ペスト	0	0	0	0		ジアルジア症	0	2	0	0
	マールブルグ病	0	0	0	0		腎症候性出血熱	0	0	0	0
	ラッサ熱	0	0	0	0		髄膜炎菌性髄膜炎	0	0	0	0
2類	コレラ	0	1	2	1	先天性風疹症候群	0	0	0	0	
	細菌性赤痢	8	7	20	9	炭疽	0	0	0	0	
	腸チフス	1	1	0	1	ツツガムシ病	5	3	4	0	
	パラチフス	0	1	0	1	デング熱	0	0	1	0	
	急性灰白髄炎	0	0	0	0	日本紅斑熱	0	0	0	0	
	ジフテリア	0	0	0	0	日本脳炎	0	0	0	0	
3類	腸管出血性大腸菌感染症	59	60	80	27	乳児ボツリヌス症	0	0	0	0	
4類	アメーバ赤痢	4	4	4	5	梅毒	6	8	3	6	
	エキノコックス症	0	0	0	0	破傷風	1	0	0	2	
	黄熱	0	0	0	0	バンコマイシン耐性腸球菌感染症	0	0	0	0	
	オウム病	1	0	0	1	ハンタウイルス肺症候群	0	0	0	0	
	回帰熱	0	0	0	0	Bウイルス病	0	0	0	0	
	急性ウイルス性肝炎	8	5	2	2	ブルセラ症	0	0	0	0	
	Q熱	0	0	0	0	発疹チフス	0	0	0	0	
	狂犬病	0	0	0	0	マラリア	1	2	2	0	
	クリプトスポリジウム症	0	0	0	0	ライム病	0	0	0	0	
	クロイツフェルト・ヤコブ病	1	0	0	1	レジオネラ症	7	4	0	0	
	劇症型溶血性レンサ球菌感染症	0	0	1	0	ウエストナイル熱（脳炎を含む）	-	-	-	0	

注：1999年は第14週（4月5～11日）以降の集計

②三重県における感染症発生動向調査4類定点週報告対象疾患患者報告数

疾患名	定点数	1999年		2000年		2001年		2002年			
		患者報告数	定点当たり	患者報告数	定点当たり	患者報告数	定点当たり	患者報告数	定点当たり		
インフルエンザ	73	615	8.42	17,774	243.48	6,949	95.19	13,373	183.19		
小児科	咽頭結膜熱	45	210	4.67	304	6.76	655	14.56	175	3.89	
	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	45	1,587	35.27	2,270	50.44	2,016	44.80	2,462	54.71	
	感染性胃腸炎	45	13,321	296.02	21,173	470.51	20,304	451.20	19,447	432.16	
	水痘	45	2,970	66.00	4,872	108.27	4,537	100.82	4,405	97.89	
	手足口病	45	788	17.51	3,766	83.69	3,123	69.40	828	18.40	
	伝染性紅斑	45	80	1.78	228	5.07	1,665	37.00	1,544	34.31	
	突発性発疹	45	2,371	52.69	2,790	62.00	2,705	60.11	2,434	54.09	
	百日咳	45	24	0.53	51	1.13	12	0.27	12	0.27	
	風疹	45	15	0.33	28	0.62	29	0.64	11	0.24	
	ヘルパンギーナ	45	5,128	113.96	2,063	45.84	2,508	55.73	2,550	56.67	
	麻疹	45	12	0.27	241	5.36	169	3.76	104	2.31	
	流行性耳下腺炎	45	1,158	25.73	2,848	63.29	4,673	103.84	2,392	53.16	
	眼科	急性出血性結膜炎	12	9	0.75	6	0.50	11	0.92	13	1.08
		流行性角結膜炎	12	193	16.08	379	31.58	271	22.58	357	29.75
基幹	急性脳炎	9	2	0.22	1	0.11	3	0.33	0	0.00	
	細菌性髄膜炎	9	10	1.11	2	0.22	7	0.78	3	0.33	
	無菌性髄膜炎	9	47	5.22	112	12.44	52	5.78	120	13.33	
	マイコプラズマ肺炎	9	9	1.00	34	3.78	52	5.78	11	1.22	
	クラミジア肺炎	9	2	0.22	4	0.44	0	0.00	3	0.33	
成人麻疹	9	1	0.11	4	0.44	4	0.44	14	1.56		

注：1999年は第14週（4月5～11日）以降の集計

③三重県における感染症発生動向調査4類定点月報告対象疾患患者報告数

疾患名	定点数	1999年		2000年		2001年		2002年		
		患者報告数	定点当たり	患者報告数	定点当たり	患者報告数	定点当たり	患者報告数	定点当たり	
STD	性器クラミジア感染症	15	294	19.60	331	22.07	311	20.73	277	18.47
	性器ヘルペスウイルス感染症	15	58	3.87	70	4.67	88	5.87	83	5.53
	尖形コンジローム	15	35	2.33	30	2.00	41	2.73	20	1.33
	淋菌感染症	15	141	9.40	129	8.60	163	10.87	195	13.00
基幹	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	9	458	50.89	755	83.89	593	65.89	575	63.89
	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	9	7	0.78	6	0.67	16	1.78	16	1.78
	薬剤耐性緑膿菌感染症	9	3	0.33	1	0.11	4	0.44	16	1.78

注：1999年は第14週（4月5～11日）以降の集計

5 保健医療従事者の状況

(1) 保健医療従事者の推移

①三重県

年次	医師		歯科医師		薬剤師		保健婦		助産婦	
	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対
昭和 50年	1,805	111.0	542	33.3	1,063	65.4	167	10.3	316	19.4
55年	2,125	126.0	632	37.5	1,295	76.8	176	10.4	271	16.1
61年	2,462	140.1	785	44.7	1,427	81.2	233	13.3	263	15.0
63年	2,609	147.2	831	46.9	1,557	87.8	259	14.6	252	14.2
平成 2年	2,647	147.7	834	46.5	1,111	62.0	264	14.7	236	13.2
4年	2,776	151.9	853	47.1	1,174	64.8	296	16.3	246	13.6
6年	2,886	158.0	915	50.1	1,346	73.7	338	18.5	232	12.7
8年	3,019	163.3	974	52.7	1,510	81.7	375	20.3	215	11.6
10年	3,163	169.9	1,017	54.6	1,578	84.7	436	23.4	220	11.8
12年	3,170	170.7	1,032	55.6	1,756	94.5	471	25.4	244	13.1
							保健師		助産師	
14年	3,230	173.6	1,023	55.0	2,031	109.1	528	28.4	227	12.2
16年	3,295	176.8	1,015	54.5	2,046	109.8	522	28.0	222	11.9
18年	3,332	177.9	1,085	57.9	2,178	116.3	559	29.8	254	13.6

年次	看護婦		看護師		准看護婦		准看護師		歯科衛生士	
	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対
昭和 50年	2,414	148.5	39	2.4	2,757	169.6	72	4.4	111	6.8
55年	3,208	190.2	50	3.0	3,475	206.0	127	7.5	197	11.7
61年	4,156	236.5	87	5.0	4,404	250.6	133	7.6	393	22.4
63年	4,510	254.1	102	5.7	4,551	256.4	160	9.0	472	26.6
平成 2年	4,871	271.7	120	6.7	4,817	268.7	178	9.9	493	27.5
4年	5,302	291.7	133	7.3	4,997	275.0	184	10.1	534	29.5
6年	5,917	323.9	153	8.4	5,056	276.7	164	9.0	644	35.2
8年	6,622	358.1	172	9.3	5,356	289.7	206	11.1	747	40.4
10年	7,567	406.6	161	8.7	5,614	301.7	153	8.2	870	46.7
12年	8,229	443.0	244	13.1	5,575	300.1	226	12.2	978	52.7
	看護師(女)		看護師(男)		准看護師(女)		准看護師(男)			
14年	9,081	488.0	259	13.2	5,814	312.4	177	9.5	1,062	57.1
16年	9,797	525.6	329	17.7	5,756	308.8	216	11.6	1,109	59.5
18年	10,453	558.1	438	23.4	5,646	301.4	218	11.6	1,316	70.3

年次	歯科技工士		あん摩マッサージ指圧師		はり師		きゅう師		柔道整復師	
	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対
昭和 50年	139	8.5	775	47.7	532	32.7	497	30.6	69	4.2
55年	269	15.9	897	53.2	618	36.6	577	34.2	97	5.8
61年	438	24.9	701	39.9	467	26.6	445	25.3	111	6.3
63年	467	26.3	684	38.6	462	26.1	437	24.6	125	7.1
平成 2年	500	27.9	703	39.2	548	30.6	524	29.2	143	8.0
4年	490	27.1	723	39.9	579	32.0	551	30.4	173	9.6
6年	513	28.1	701	38.4	578	31.6	550	30.1	191	10.5
8年	540	29.2	795	43.0	659	35.6	622	33.6	197	10.7
10年	562	30.2	794	42.7	668	35.9	632	34.0	216	11.6
12年	524	28.2	813	43.8	693	37.3	654	35.4	223	12.0
14年	532	28.6	877	47.1	724	38.9	694	37.3	243	13.1
16年	506	27.1	884	47.4	765	41.0	735	39.4	261	14.0
18年	491	26.2	777	41.5	696	37.2	669	35.7	279	14.9

(医師・歯科医師・薬剤師調査、衛生行政報告例(旧:厚生省報告例))

注 昭和63年以前の薬剤師数については、医療関係従事以外のものを含む
法の改正により平成14年より保健師助産師看護師の名称となる

②全国

年次	医師		歯科医師		薬剤師		保健婦		助産婦	
	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対
昭和 50年	132,479	118.4	43,586	38.9	94,362	84.3	15,962	14.3	26,742	23.9
55年	156,235	133.6	53,602	45.8	116,056	99.3	17,957	15.3	25,867	22.1
61年	191,346	157.3	66,797	54.9	135,990	111.8	22,050	18.1	24,056	19.8
63年	201,658	164.2	70,572	57.5	143,429	116.8	23,559	19.2	23,320	19.0
平成 2年	211,797	171.3	74,028	59.9	150,627	121.9	25,303	20.5	22,918	18.5
4年	219,704	176.5	77,416	62.2	162,021	130.2	26,909	21.6	22,690	18.2
6年	230,519	184.4	81,055	64.8	176,871	141.5	29,008	23.2	23,048	18.4
8年	240,908	191.4	85,518	67.9	194,300	154.4	31,581	25.1	23,615	18.8
10年	248,611	196.6	88,001	69.6	205,953	162.8	34,468	27.3	24,202	19.1
12年	243,201	191.6	88,410	69.7	142,910	112.6	36,781	29.0	24,511	19.3
							保健師		助産師	
14年	249,574	195.8	90,499	71.0	154,428	121.2	38,366	30.1	24,340	19.1
16年	256,668	201.0	92,696	72.6	164,397	128.7	39,195	30.7	25,257	19.8
18年	263,540	206.3	94,593	74.0	174,218	136.4	40,191	31.5	25,775	20.2

年次	看護婦		看護師		准看護婦		准看護師		歯科衛生士	
	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対
昭和 50年	174,310	155.7	1,531	1.4	181,172	161.9	4,591	4.1	11,440	10.2
55年	245,495	209.7	2,670	2.3	230,758	197.1	8,246	7.0	20,501	17.5
61年	333,040	273.7	6,218	5.1	288,411	237.0	12,267	10.1	32,666	26.8
63年	365,298	297.5	7,845	6.4	308,474	251.2	13,382	10.9	36,986	30.1
平成 2年	395,496	319.9	9,268	7.5	325,907	263.7	14,630	11.8	40,932	33.1
4年	430,499	345.9	10,810	8.7	338,771	272.2	15,730	12.6	44,219	35.5
6年	479,584	382.8	12,768	10.2	353,087	282.4	16,574	13.3	48,659	38.9
8年	530,044	421.1	14,885	11.8	365,378	290.3	18,589	14.8	56,481	44.9
10年	576,640	455.9	17,807	14.1	370,885	293.2	20,489	16.2	61,331	48.5
12年	631,428	497.5	22,189	17.5	367,582	289.6	21,269	16.8	67,376	53.1
	看護師(女)		看護師(男)		准看護師(女)		准看護師(男)			
14年	677,753	531.8	26,160	20.5	370,687	290.9	22,726	17.8	73,297	57.5
16年	728,627	570.6	31,594	24.7	363,122	284.4	22,838	17.9	79,695	62.4
18年	773,944	605.7	38,028	29.8	358,687	280.7	23,462	18.4	86,939	68.0

年次	歯科技工士		あん摩マッサージ指圧師		はり師		きゅう師		柔道整復師	
	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対
昭和 50年	13,622	12.2		66.3		36.7		35.5		8.9
55年	22,008	18.8		68.4		40.1		38.9		11.1
61年	31,139	25.6	86,806	71.3	55,086	45.3	53,696	44.1	18,728	15.4
63年	32,518	26.5	87,519	71.3	56,465	46.0	54,950	44.8	20,571	16.8
平成 2年	32,433	26.2	91,969	74.4	60,546	49.0	59,414	48.1	22,904	18.5
4年	32,629	26.2	94,150	75.7	63,543	51.1	62,428	50.2	24,776	19.9
6年	34,543	27.6	95,365	76.3	66,322	53.0	65,363	52.3	26,221	21.0
8年	36,652	29.1	98,070	77.9	69,231	55.0	68,214	54.2	28,244	22.4
10年	36,569	28.9	94,655	74.8	69,236	54.7	67,746	53.6	29,087	23.0
12年	37,244	29.3	96,788	76.3	71,551	56.4	70,146	55.3	30,830	24.3
14年	36,765	28.9	97,313	76.4	73,967	58.0	72,307	56.7	32,483	25.5
16年	35,668	27.9	98,148	76.9	76,643	60.0	75,100	58.8	35,077	27.5
18年	35,147	27.5	101,039	79.1	81,361	63.7	79,932	62.6	38,693	30.3

(医師・歯科医師・薬剤師調査、衛生行政報告例(旧：厚生省報告例))

注 昭和63年以前の薬剤師数については、医療関係従事以外のものを含む
法の改正により平成14年より保健師助産師看護師の名称となる

(2) 従業地別にみた保健医療従事者数（実数、人口10万対（人））

	医師		歯科医師		薬剤師		保健師		助産師		看護師		准看護師		
	人数	人口 10万対	人数	人口 10万対	人数	人口 10万対	人数	人口 10万対	人数	人口 10万対	人数	人口 10万対	人数	人口 10万対	
全 国	263,540	206.3	94,593	74.0	174,218	136.4	40,191	31.5	25,775	20.2	811,972	635.5	382,149	299.1	
三重県	3,332	177.9	1,085	57.9	2,178	116.3	559	29.8	254	13.6	10,891	581.5	5,864	313.1	
保健医療圏別	北 勢	1,271	153.4	442	53.4	995	120.1	191	23.1	97	11.7	4,332	522.9	2,421	292.2
	中勢伊賀	1,093	232.2	292	62.0	592	125.8	160	34.0	95	20.2	3,311	703.4	1,283	272.6
	南勢志摩	849	175.4	305	63.0	526	108.7	163	33.7	51	10.5	2,828	584.2	1,721	355.3
	東 紀 州	119	140.8	46	54.4	65	76.9	45	53.3	11	13.0	420	497.1	439	519.6
保健所管轄別	桑 名	300	137.0	106	48.4	281	128.4	58	26.5	21	9.6	1,127	514.8	765	349.5
	四日市	626	171.5	208	57.0	453	124.1	89	24.4	50	13.7	1,957	536.1	1,087	297.8
	鈴 鹿	345	141.1	128	52.3	261	106.7	44	18.0	26	10.6	1,248	510.4	569	232.7
	津	879	304.6	205	71.0	417	144.5	121	41.9	78	27.0	2,428	841.3	890	308.4
	松 阪	405	185.3	132	60.4	251	114.8	77	35.2	29	13.3	1,403	641.9	801	366.5
	伊 勢	444	167.3	173	65.2	275	103.6	86	32.4	22	8.3	1,425	536.8	920	346.6
	伊 賀	214	117.5	87	47.8	175	96.1	39	21.4	17	9.3	883	484.9	393	215.8
	尾 鷲	54	131.1	21	51.0	37	89.8	20	48.6	4	9.7	170	412.7	204	495.2
	熊 野	65	150.1	25	57.7	28	64.7	25	57.7	7	16.2	250	577.3	235	542.7

	歯科衛生士		歯科技師		あん摩マッサージ指圧師		はり師		きゅう師		柔道整復師		
	人数	人口 10万対	人数	人口 10万対	人数	人口 10万対	人数	人口 10万対	人数	人口 10万対	人数	人口 10万対	
全 国	86,939	68.0	35,147	27.5	101,039	79.1	81,361	63.7	79,932	62.6	38,693	30.3	
三重県	1,316	70.3	491	26.2	777	41.5	696	37.2	669	35.7	279	14.9	
保健医療圏別	北 勢	521	62.9	187	22.6	319	38.5	277	33.4	259	31.3	131	15.8
	中勢伊賀	328	69.7	124	26.3	181	38.5	185	39.3	179	38.0	62	13.2
	南勢志摩	425	87.8	156	32.2	251	51.9	213	44.0	211	43.6	71	14.7
	東 紀 州	42	49.7	24	28.4	26	30.8	21	24.9	20	23.7	15	17.8
保健所管轄別	桑 名	129	58.9	54	24.7	94	42.9	86	39.3	77	35.2	39	17.8
	四日市	239	65.5	83	22.7	155	42.5	131	35.9	122	33.4	66	18.1
	鈴 鹿	153	62.6	50	20.4	70	28.6	60	24.5	60	24.5	26	10.6
	津	230	79.7	90	31.2	134	46.4	126	43.7	123	42.6	27	9.4
	松 阪	188	86.0	73	33.4	96	43.9	93	42.5	93	42.5	28	12.8
	伊 勢	237	89.3	83	31.3	155	58.4	120	45.2	118	44.4	43	16.2
	伊 賀	98	53.8	34	18.7	47	25.8	59	32.4	56	30.7	35	19.2
	尾 鷲	20	48.6	11	26.7	11	26.7	13	31.6	12	29.1	8	19.4
	熊 野	22	50.8	13	30.0	15	34.6	8	18.5	8	18.5	7	16.2

資料：（医師・歯科医師・薬剤師調査、衛生行政報告例（旧：厚生省報告例））

(3) 三重県内医学系学校一覧（看護師等学校養成所を除く）

○医師

名 称	所在地	T E L	学年定員
三重大学医学部	津市上浜町1515	059-231-9690	100

○管理栄養士

名 称	所在地	T E L	学年定員
鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療栄養学科	鈴鹿市岸岡町1001-1	059-383-8991	40

○栄養士

名 称	所在地	T E L	学年定員
三重中京短期大学部生活科学科 食物栄養学科	松阪市久保町梅村21番地	0598-29-1122	70
鈴鹿短期大学部生活学科 食物栄養専攻	鈴鹿市庄野町1250番地	059-378-1020	40
三重短期大学生活科学科 食物栄養学専攻	津市一身田中野字蔵付157番地	059-232-2341	50

○臨床工学技士

名 称	所在地	T E L	学年定員
鈴鹿医療科学大学医用工学部臨床工学科	鈴鹿市岸岡町1001-1	059-383-9591	40

○診療放射線技師

名 称	所在地	T E L	学年定員
鈴鹿医療科学大学保健衛生学部放射線技術科学科	鈴鹿市岸岡町1001-1	059-383-9591	100

○理学療法士

名 称	所在地	T E L	学年定員
鈴鹿医療科学大学保健衛生学部理学療法学科	鈴鹿市岸岡町1001-1	059-383-9591	40
伊勢志摩リハビリテーション専門学校	伊勢市御菌町高向1658	0596-24-2540	40
ユマニテク医療専門学校理学療法学科	四日市市塩浜本町2-36	059-349-2288	40

○作業療法士

名 称	所在地	T E L	学年定員
ユマニテク医療専門学校作業療法学科	四日市市塩浜本町2-36	059-349-2288	40

○歯科衛生士

名 称	所在地	T E L	学年定員
三重県立公衆衛生学院歯科衛生学科	津市夢が丘1-1-1	059-233-5700	30
伊勢保健衛生専門学校歯科衛生学科	伊勢市黒瀬町562-13	0596-22-2563	40（女子）
ユマニテク歯科衛生専門学校歯科衛生学科	四日市市塩浜本町2-34	059-349-6666	40（女子）

○歯科技工士

名 称	所在地	T E L	学年定員
三重県立公衆衛生学院歯科技工学科	津市夢が丘1-1-1	059-233-5700	20

○薬剤師

名 称	所在地	T E L	学年定員
鈴鹿医療科学大学薬学部薬学科	鈴鹿市南玉垣町3500番地3	059-383-9591	100

(4) 三重県内看護師等学校養成所一覧

○保健師助産師看護師になるコース（看護系大学修業年限4年 但し助産師については選択者のみ）

名 称	所在地	T E L	学年定員
三重大学医学部看護学科	津市江戸橋2丁目174番地	059-232-1111	80
三重県立看護大学看護学部	津市夢が丘1丁目1-1	059-233-5602	100
四日市看護医療大学	四日市市萱生町1200	059-340-0700	95

○看護師になるコース（修業年限3年）

名 称	所在地	T E L	学年定員
桑名医師会立桑名看護専門学校	桑名市大字本願寺字市之縄262-1	0594-22-9937	50
四日市市立四日市高等看護学院看護学科	四日市市芝田2丁目2番37号	059-354-1176	30
ユマニテク看護専門学校	四日市市浜田町13番4号	059-353-1438	50
四日市医師会看護専門学校	四日市市西新地14-20	059-355-2221	40
聖十字看護専門学校	三重郡菰野町宿野1346番地	059-394-3221	40
三重県厚生連看護専門学校	鈴鹿市安塚町山の花1275-37	053-384-1000	40
国立病院機構三重中央医療センター附属三重中央看護学校	津市久居明神町2158-5	059-259-1177	80
津看護専門学校	津市安濃町大字田端上野字小谷970番10	059-268-4000	35
三重看護専門学校	津市島崎町97-1	059-224-6331	40
松阪看護専門学校	松阪市鎌田町145-4	0598-50-2510	40
三重県岡波看護専門学校	伊賀市上野桑町1734	0595-21-3138	20
名張市立看護専門学校	名張市百合が丘西5番町32番地	0595-64-7700	20
伊勢保健衛生専門学校	伊勢市黒瀬町562-13	0596-22-2563	40

○看護師になるコース（修業年限5年）

名 称	所在地	T E L	学年定員
三重県立桑名高等学校衛生看護分校 衛生看護科及び専攻科	桑名市大字東方字尾弓田1073番地	0594-22-8515	40

○准看護師になるコース（修業年限2年）

名 称	所在地	T E L	学年定員
伊勢市医師会准看護学校	伊勢市勢田町628-10	0596-24-8228	50

○大学院課程（修士課程）

名 称	所在地	T E L	学年定員
三重大学大学院医学系研究科看護学専攻	津市江戸橋2丁目174	059-232-1111	16
三重県立看護大学大学院看護学研究科	津市夢が丘1丁目1-1	059-233-5602	15

6 計画改訂の経緯

(1) 日程等

年月日	事項	主な内容		
平成18年	8月16日	三重県医療機能調査等検討会設置	三重県医療機能調査等について	
	8月30日	第1回三重県医療機能等調査検討会		
	10月1日～11月17日	三重県民保健医療意識調査の実施		
	10月12日	第2回三重県医療機能等調査検討会		
	10月24日	第3回三重県医療機能等調査検討会		
	11月6日	第4回三重県医療機能等調査検討会		
平成19年	12月1日	三重県医療期の実態調査（医療機関・医療機能調査・患者受療動向調査）	三重県民医療意識調査について 今後のスケジュールについて 三重県医療機能実態調査【案】について 三重県患者受療動向調査【案】について 今後のスケジュールについて 三重県医療機能実態調査【案】について 三重県患者受療動向調査【案】について 今後のスケジュールについて 保健医療計画に関する調査事業の経過報告について 医療制度改革への対応について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）基礎調査」について 病床配分の取扱いについて 保健医療計画にかかる基準病床数について 保健医療圏の設定について 疾病又は事業ごとの医療体制の構築について 妊産婦死亡の調査結果について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」（案）の進捗状況について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」（案）の進捗状況について 「三重県保健医療計画<第4次改訂>」（案）について （1）救急医療について （2）小児医療（小児救急医療）について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」（案）における小児医療分野について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」（案）について 保健医療圏・基準病床数の設定について 有床診療所の特例的な取り扱いについて 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」（案）について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」（案）の中間報告について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」（案）の中間報告について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」における糖尿病対策について 保健医療計画に記載する特例適用病床の適用基準について 周産期医療体制について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」における小児医療対策および母子保健対策について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」最終案について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」最終案について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」について 「三重県保健医療計画（第4次改訂）」について 公示	
	3月8日	第5回三重県医療機能等調査検討会		
	6月25日	平成19年第2回定例会 三重県議会健康福祉病院 常任委員会		
	6月27日	平成19年第2回定例会 三重県議会県立病院等調 査特別委員会		
	7月3日	第1回三重県医療審議会保健医療計画策定部会		
	8月29日	第1回三重県医療審議会病床整備検討部会		
	9月11日	第2回三重県医療審議会保健医療計画策定部会		
	10月2日	第2回三重県医療審議会周産期医療部会		
	10月10日	平成19年第3回定例会 三重県議会県立病院等調 査特別委員会		
	10月11日	平成19年第3回定例会 三重県議会健康福祉病院 常任委員会		
	10月24日	三重県医療審議会救急医療部会		
	11月1日	第1回三重県医療審議会健やか親子推進部会		
	11月2日	第2回三重県医療審議会地域医療対策部会		
	11月12日	第2回三重県医療審議会病床整備検討部会		
	11月26日	第3回三重県医療審議会保健医療計画策定部会		
	11月29日	三重県災害医療対策連絡調整会議		
	12月13日	平成19年第4回定例会 三重県議会健康福祉病院 常任委員会		
	12月17日	平成19年第4回定例会 三重県議会県立病院等調 査特別委員会		
	平成20年	1月22日～2月20日		パブリックコメント
		1月24日		三重県健康づくり総合計画懇話会
2月12日		第3回三重県医療審議会病床整備検討部会		
2月20日		第3回三重県医療審議会周産期医療部会		
2月21日		第2回三重県医療審議会健やか親子推進部会		
3月4日		第4回三重県医療審議会保健医療計画策定部会		
3月11日		平成20年第1回定例会 三重県議会健康福祉病院 常任委員会		
3月12日		三重県医療審議会地域医療対策部会		
3月24日	三重県医療審議会			
3月28日	公示			

(2) 医療審議会諮問・答申

① 諮問書

健福第 11-940号
三重県医療審議会
三重県保健医療計画（第4次改訂）〈案〉について、医療法第30条 10の規定に基づき、貴審議会の意見を求めます。
平成20年 3月18日
三重県知事 野呂昭彦

② 答申書

三医審第20の12号 平成20年3月24日
三重知事 野呂 昭彦 様
三重県医療審議会 会長 豊田長康
三重県保健医療計画（第4次改定）〈案〉について〈答申〉
平成20年3月18日付け、健福第11-940号で諮問のありましたこと について、当審議会における審議の結果、適当と認めます。 なお、この計画の推進にあたっては、下記の事項について配慮されるよう、 申し添えいたします。
記
1 保健、医療、福祉サービスの提供を総合的に行えるよう、国、県、市町、 関係団体等が連携をはかりながら計画の推進に努めること。
2 社会情勢の変化等、必要があると認めるときは計画の見直しを行うこと。

(3) 三重県医療審議会委員名簿

機 関 名	役 職 名	氏 名
三重県医師会	会長	中嶋 寛
三重県病院協会	理事長	藤森 健而
三重県歯科医師会	会長	峰 正博
三重県薬剤師会	会長	上村 武
三重県看護協会	会長	山口 直美
三重県市長会	会長	田中 亮太
三重県町村会	会長	柏木 廣文
健康保険組合連合会三重連合会	会長	中野 達郎
県民代表（NPO法人四日市男女共同参画研究所）	理事	飯田 淳子
県民代表（マツオカ建機株式会社）	代表取締役	松岡 美江子
三重大学	学長	豊田 長康
三重県立看護大学	学長	村本 淳子
国立病院機構三重病院	名誉院長	神谷 齊

(4) 三重県医療審議会保健医療計画策定部会委員名簿

機 関 名	役 職 名	氏 名
三重県医師会	会長	中嶋 寛
三重県歯科医師会	会長	峰 正博
三重県病院協会	理事長	藤森 健而
三重県看護協会	第二副会長	水谷 良子
三重県薬剤師会	副会長	西井 政彦
三重大学医学部	医学部長	駒田 美弘
三重大学医学部附属病院	院長	内田 淳正
三重県市長会	会長	田中 亮太
三重県町村会	副会長	山田 信博
三重県社会福祉協議会	常務理事	古庄 憲之
MCサポートセンターみっくみえ	代表	松岡 典子
ユニバーサルデザインまちづくりの会	代表	木下 美佐子
三重県立看護大学	学長	村本 淳子
三重県保健所長会	会長	中山 治

7 用語解説

用語

意味

あ

医療ネットみえ	急な病気の時、いろいろな病気や専門外来、所在地など目的にあった三重県内の医療機関を探すことができる医療情報システムです。
医薬分業	医師が患者を診察し、治療上薬剤を投与する必要があると認めた場合、患者に処方箋を交付し、地域の薬剤師がその処方箋に基づき調剤する制度。患者は薬剤師から薬剤についての説明を受けることができます。
インフォームド・コンセント	患者が医療行為等の内容について医師等から十分な説明を受け納得したうえで、その医療行為（治療、投薬、手術等）について同意する制度のこと。
ウエストナイル熱	ウエストナイルウイルスによる感染症の一種です。ウエストナイルウイルスは、1937年にウガンダの西ナイル地区で最初に分離され、感染症法では4類に属します。
SARS	重症急性呼吸器症候群（SARS）は、新型肺炎とも呼ばれる新種の感染症です。SARSウイルスにより引き起こされると考えられており、感染症法では2類に属します。
ADHD	注意欠陥・多動性障害(AD/HD: Attention Deficit / Hyperactivity Disorder) は多動性（じっとしてられない等）、不注意、衝動性を症状の特徴とする発達障害の一つです。
HACCP	「Hazard Analysis Critical Point」の略。危害分析重要管理点と訳され、食品製造に係る衛生管理手法のことです。
HIV抗体検査	「HIV」は、「Human Immunodeficiency Virus」の略。AIDS（後天性免疫不全症候群）の原因ウイルスである、HIV（ヒト免疫不全ウイルス）に感染しているかどうかを調べる検査。HIVに感染すると体内にHIVに対する抗体が産生されることから、そこで検査対象者の血液の中にHIVに対する抗体があるかどうかを調べます。
AED	自動体外式除細動器（Automated External Defibrillator, AED）は、突然心臓が停止した（心室細動）傷病者に電気ショックを与え、心臓の働きを戻すことを試みる医療機器です。救急車の到着以前にAEDを使用した場合、患者の救命率が高まることから、空港、駅、学校、公共施設等人が多く集まるところに設置が進んでいます。
NPO	「Nonprofit Organization」（非営利組織）の略。営利を目的としない民間組織を意味します。日本では、市民が自主的に組織運営し、営利を目的としない市民活動という意味で用いられる場合が多いです。
オーダーリングシステム	オーダーリングシステムとは診療現場から医師等が紙に手書きしていた伝票や処方箋内容をコンピュータに入力することによって、検査の指示、処方箋処理から医事会計までの業務を迅速化した電子システムです。

か

介護支援専門員 (ケアマネジャー)	要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門知識および技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けた者をいいます。介護保険制度で、要介護者又は要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者等がその心身の状況等に応じた適切なサービスを利用できるよう、市町・サービス事業者・施設等との連絡調整を行います。
----------------------	--

緩和ケア	<p>がん患者等の治療で、病気を治すための積極的な治療でなく、痛みをはじめとする不快な症状を取り除く治療を行ったり、精神的苦痛を緩和するなど、患者や家族の意思を尊重したきめ細やかな対応を行うこと。</p>
献血推進ページェント実行委員会	<p>県民の医療に必要な血液製剤を全て献血により確保することを目的に、広く県民各層への献血思想の普及啓発のためのイベント等の活動を県から事業委託された献血推進実行委員会のこと。</p>
QOL	<p>「Quality Of Life」の略。「生活の質」と訳され、人々の生活を物質的な面から量的にのみとらえるのではなく、精神的な豊かさや満足度も含めて、質的にとらえる考え方です。</p>
均てん	<p>「均てん」とは、各人が平等に利益・恩恵を得ることで、がん対策では、「全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を図る、がん医療水準の「均てん化」」に取り組んでいます。</p>
ケアマネジメント	<p>ケアの利用者が自立し、質の高い生活を送るために、利用者の多様なニーズにあわせて、適切な社会資源やサービスを結びつける連携調整・援助機能の総称をいいます。</p>
健康増進法	<p>国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善、その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的として平成15年5月1日に施行されました。</p>
健康日本21	<p>21世紀において日本に住む一人ひとりの健康を実現するための、新しい考え方による国民健康づくり運動。自らの健康観に基づく一人ひとりの取組を社会の様々な健康関連グループが支援し、自分自身の健康を実現することを理念としています。</p>
広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）	<p>被災地外へ広域医療搬送する際に、搬送拠点において搬送患者を集積し、一時的に医療を提供するための医療施設。医療行為と平行して広域搬送のための搬送順位の決定、搬送先の調整等を進める施設。</p>
高次機能障害	<p>病気や事故などの様々な原因で脳が損傷されたために、言語・思考・記憶・行為・学習・注意などに障害が起きた状態を高次脳機能障害といいます。研究領域によっては、認知障害、神経心理学的障害などもよばれています。</p>
高原病性鳥インフルエンザ	<p>鳥インフルエンザ（高原病性鳥インフルエンザ、H5N1型）は、ヒトのインフルエンザとは別の鳥類の感染症です。この病気にかかった鶏と直接（鳥を殺す、羽をむしる、料理の準備等）接触して、羽や粉末状になったフンを吸い込んだり、その鶏のフンや内臓に触れた手を介して鼻からウイルスが入るなど、人の体内に大量のウイルスが入ってしまった場合に、ごくまれに感染することが知られています。</p>
国内型緊急対応ユニット（dERU）	<p>大規模災害時に、1日あたり100人の診療活動が1か月程度実施できる医薬品および資機材をトラックにユニット化し、被災地へ移動する。現地では救護拠点となるエアレント（縦9^{メートル}×横9^{メートル}×高さ4^{メートル}）を設営し、救護班による救護活動を行います。</p>
災害医療コーディネーター	<p>災害時において医療・救護活動が円滑に行われるよう、内部・外部の調整を行う人のことで、主な役割として医療救護班の配置調整等がある。阪神・淡路大震災の教訓を経て、兵庫県で全国に先駆け設置され、全国に導入が進められています。</p>

さ

在宅ターミナル・ケア	治すことが難しい病気にかかり、末期状態にある患者で、余生は自宅でゆっくり過ごしたいと希望する患者・家族が増えてきています。その希望に沿って必要な治療・処置などを自宅で受けられるよう支援することをいいます。
在宅療養支援診療所	支援診療所は24時間体制で、連絡を受ける医師などを配置し、求めに応じて往診します。さらに、24時間対応ができる訪問看護ステーションとも連携しています。
作業療法士（OT）	作業療法士OT（Occupational Therapist の略）は、体や心に障がいを持つ人に対して、作業活動を用いて、訓練や指導を行い自分で生活ができるよう援助します。
産科オープンシステム	産科オープンシステムとは、地域において個人産院でお産を担っていくことが困難となってきたことや、ハイリスク出産に対するより安全な体制確保が必要であるため、病院の施設を分娩時に開業医が使用できるようにしたシステムをいいます。
周産期医療	周産期とは、出産時を含む出産前後の時期を意味する用語。広義には胎児期と新生児期を合わせた時期のことをいいます。周産期の期間は母子ともに異常が生じやすいために、突発的な緊急事態に備えて産科、小児科双方からの総合的な医療体制が必要であり、周産期医療と表現されています。
集中治療管理室（ICU）	重症患者を収容して、最も効果的かつ集約的な治療を行うための病室であり、酸素 Tent や人工呼吸器等のほか、観察用の各種のモニターや記録装置を備え、医師・看護師等のチームにより常時診療・看護が行われる室。集中治療室とも呼ばれています。
間接喫煙	間接喫煙は環境タバコ煙（ETS）とも呼ばれていて、タバコ製品から生じる2種類の煙、副流煙と主流煙を合わせたものをいいます。他人が吸った「たばこ」の煙を吸ってしまうことを、受動喫煙といい、たばこを吸わない人（非喫煙者）が、自分の意志と関わりなく、たばこの害を受けることになります。
新生児救急車「すくすく号」	新生児のドクターカー。国立病院機構三重中央医療センターに整備され、広域をカバーしています。
心肺蘇生法	応急手当には心肺蘇生法と止血法があります。心肺蘇生法は心臓と肺の機能を他動的に維持させることで脳の機能を維持、回復させることが目的であることから心肺脳蘇生法ともいいます。心肺蘇生法のABCとしてA：Airway 気道確保、B：Breathing（人工）呼吸、C：Circulation 循環（心臓マッサージ）がよく用いられます。
精神保健福祉法	国民の精神健康の向上、精神障がい者の治療、人権擁護、社会復帰の促進に関する法律。
セカンドオピニオン	セカンドオピニオンとは、「主治医の診断や治療方針に対する、他の医師の意見」という意味です。直訳すると「第二の意見」となりますが、適当な和訳はありません。「第一の意見」である主治医の考えに対する他の医師の「（第二の）意見」をいいます。
セルフヘルスケアシステム	医療に依存せず、自主的な活動によって自ら健康を得られるような仕組みのことで、住民主体の健康づくりの会や、患者会や家族会、育児グループ等の活動の総称をいいます。
臓器移植コーディネーター	臓器移植が公平・迅速に行われるために必要なさまざまな業務を24時間態勢でサポートする。移植希望者や臓器提供情報の管理から社会（病院等の施設も含む）への臓器移植に関する普及啓発活動まで、移植に関わる多くの実務を行います。

た

多剤耐性菌	<p>耐性とは、薬剤を用いても効かない性質のことを言い、何種類かの抗生物質に耐性を持つ菌のことをいいます。サルモネラ菌、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、多剤耐性結核菌等があり、院内感染や、術後感染を起こす菌は、多くの場合なんらかの薬剤に耐性を持っています。</p>
地域がん登録	<p>一定の地域に居住する人口集団において発生した全てのがん患者を把握し、その診断、治療に関する情報並びに予後情報を集め、保管、整理および解析を行います。</p>
地域保健法	<p>地域保健対策の推進に関する基本指針を定めた法律。平成6年に保健所法を改正し公布。保健所や市町村を中心に、地域における公衆衛生の向上及び推進を図るために必要な事項が定められ、地域住民の健康の増進を図る対策が行われています。</p>
地域医療支援病院	<p>地域の病院、診療所等を支援するという形で医療機関の機能分担と連携を目的に制度化された医療機関の機能別区分の一つで、都道府県知事によって承認された病院のことです。</p>
地域包括支援センター	<p>地域包括支援センターとは、平成18年4月1日から介護保険法の改正に伴い創設された機関で、地域住民の心身の健康維持や生活の安定、保健・医療・福祉の向上、財産管理、虐待防止など多様な課題に対して、地域における総合的なマネジメントを担い、課題解決に向けた取り組みを実践していくことをその主な業務としています。</p>
地域連携クリティカルパス	<p>急性期病院から回復期病院を経て早期に地域に帰れるように診療計画を作成し、診療にあたる複数の医療機関で共有します。各医療機関が役割分担を決め、あらかじめ患者に説明することで患者が入院から地域に帰れるまで安心して医療を受けることができるようにするものです。</p>
通所リハビリテーション	<p>介護保険の給付対象となる居宅サービス（通所サービス）の一つです。病状が安定している居宅の要介護者に対して、介護老人保健施設・病院・診療所等の施設に通うことで、心身の機能の維持回復を図ります。日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法やリハビリテーションを行います。</p>
電子カルテシステム	<p>従来、医師・歯科医師が診療の経過を記入していた紙のカルテを電子媒体（コンピューター）に入力し、電子情報として一括してカルテを編集・管理し、データベースに記録するシステムです。</p>
DOTS	<p>Directly Observed Treatment, Short-course（直接監視下短期化学療法） 結核患者を発見し治すために世界中で使われている、プライマリー保健サービスの包括的戦略の名前です。看護師や保健師等が助言し、薬を患者が飲み込むのを直接確認し、そして患者が治癒するまで支援します。</p>
DMAT	<p>DMATとは、大地震及び航空機・列車事故といった災害時に被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チームのことです。</p>
t-P A	<p>脳の血管が詰まり、重い後遺症や死に至る恐れがある脳梗塞（こうそく）の治療に用いられる、血栓（血の塊）を溶かす薬（血栓溶解薬）。</p>
ドクターカー	<p>医師が医療機器等を搭載した車両に同乗して救命処置を行いながら医療機関へ搬送できる救急自動車。</p>

ドクタープール制度 自治医科大学を卒業し義務年限を終了した医師などを県職員として採用し、へき地等の医療機関に地方自治法に基づいて派遣を行う制度。

ドクターヘリ 医療機器を装備し、救急医療の専門医・看護師が搭乗した専用ヘリコプター。医療スタッフが搭乗しているため、現場から治療が開始できます。

特定機能病院 最先端医療を提供する病院として厚生労働大臣の承認を受けた病院で、高度の医療技術や設備を備え、高度医療の研究開発・医師の研修を行っています。

特定給食施設 健康増進法で、特定かつ多数の者に対して、継続的に食事を供給する施設で栄養管理が必要なものとして継続的に1回100食以上、又は1日250食以上の食事を供給する施設を特定給食施設としています。

な

認知症サポート医 認知症患者の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師。

ノーマライゼーション 障がいを持つ人や高齢者など、社会的に不利を受けやすいとされる人々が、社会の中で他の人々と同じように生活や活動ができることが社会の本来のあるべき姿だという考え方。

二次輪番病院制度 いくつかの病院が交替で当番日を決めて二次救急（入院や手術を要する症例に対する医療）患者を受け入れる仕組み。

は

ハイリスク妊婦 『ハイリスク (high risk) 妊婦』とは、お母さん自身の妊娠期、分娩期、産褥期や赤ちゃんの胎児期、新生児期に危険が生じる可能性を高く持っている妊婦のことをいいます。

ヒヤリ・ハット 突発的な事象やミスにヒヤリとしたり、ハッとしたりするもので事故一歩手前の事例。現場ではヒヤリ・ハットの情報を公開させ、蓄積、共有することで、重大な労働災害の発生を未然に防止する活動が行われています。

P T S D 「Posttraumatic Stress Disorder (心的外傷後ストレス障害)」の略。地震・交通事故・監禁などの強いストレスの後に起きる精神障害で、不安・睡眠障害・抑うつがみられ、夢や錯覚により外傷体験を繰り返し体験します。

F I M F I Mとは、機能的自立度評価表 (Functional Independence Measure) の略で、ADL (日常生活動作) 評価法の一つです。信頼性と妥当性があると言われる、リハビリの分野などで幅広く活用されています。

プロトコール 「protocol」は活動手順のことで救急医療現場では各種のプロトコールが作成されています。

プライマリケア プライマリ・ケアとは、患者の抱える問題の大部分に責任をもって対処できる幅広い臨床能力を有する医師によって提供されるヘルスケアサービスをいいます。そのヘルスケアサービスは、受診がしやすく総合的かつ継続的であり、また、家族および地域を視野に入れたものをいいます。

へき地診療所 原則として人口1,000人以上の無医地区等において、住民の医療確保のため市町村等の公的団体が開設する診療所をいいます。

ヘルスプロモーション 1986年に「健康増進に関するオタワ憲章」として、WHOが提唱した概念であり、人々が自らの健康を管理し、改善することができるようにする過程です。

へき地医療拠点病院 県はへき地巡回診療、へき地診療所等への医師派遣、休暇時における代診医等の派遣等へき地における医療活動を継続的に実施できると認められる病院をへき地医療拠点病院として指定しています。

訪問看護 看護師等が居宅を訪問して、療養上の世話または必要な診療の援助を行います。

ホスピス 治療的効果がこれ以上期待できず、苦痛の強い患者に対して、苦痛の少ない状態で安らかに生をまっとうできるように援助する病院等施設のこと。

ポピュレーションアプローチ 対象を一部に限定しないで集団全体に普及啓発を行ったり、環境を整えることで、集団全体の予防や健康づくり等を目指す考え方です。

ま

無医地区・無歯科医地区 50人以上が居住する地区であって、半径4Km以内に医療機関がなく、また、容易に医療機関を利用できない地区をいいます。

MRSA 「Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)」の略。変異によりメチシリンなどの抗生物質に対する耐性を獲得した黄色ブドウ球菌。化膿性疾患・肺炎・肺血症などを起こし、院内感染の原因となっています。

みえ医師バンク制度 インターネットを活用して医師を募集登録し、県内で、キャリアアップを目指す医師、自分のライフスタイルに合わせた勤務希望を持つ医師、あらたなチャレンジの場を求めている医師等と多様な勤務形態が可能な医療機関での就業に向けた調整を行います。

みえ地域ケア体制整備構想 医療制度改革の一つとして行われる療養病床の再編成を契機とし、今後の更なる高齢化の進展等を念頭に、高齢者が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けることができるよう、「介護サービス」、「地域での生活基盤」、「在宅医療」等の地域ケア体制の整備について将来像を示したものです。

メタボリックシンドローム 内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓型脂肪肥満）が原因で、高血圧や動脈硬化、糖尿病等、さまざまな病気を引き起こしやすくなった状態をいいます。

メディカルコントロール 救急救命士等が行う救命処置等の救急活動を医師の指示のもとで行うとともに、その処置内容等に関して、医師等による事後検証を行うことによりその質の向上を図っていくことをいいます。

ら

Rankin scale 脳卒中の患者さんが退院されるときに重症度がどのような状態かを表す評価の一つです。脳卒中の予後判定に広く取り入れられてきています。

理学療法士（PT） 理学療法士（Physical Therapist）とは、歩行など動作訓練や運動療法等の理学療法を駆使して身体機能の回復を図るリハビリテーション療法を行います。

療養通所介護 難病等を有する重度の要介護者又はがん末期の者であって、サービス提供にあたり常時看護師による観察が必要なものを対象者とする通所介護。医療機関や訪問介護サービス等との連携体制や安全かつ適切なサービス提供のための体制を強化し、療養通所介護介護計画に基づき、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を行います。

