

三重県保健医療計画（第5次改訂）  
（最終案）

三 重 県

## 目 次

第1章	保健医療計画に関する基本方針	1
第1節	計画策定の趣旨	1
第2節	計画の性格	3
第3節	計画の特徴	3
第4節	具体的な医療情報の提供	3
第5節	計画の期間	3
第2章	三重県の保健医療を取り巻く基本的な状況	4
第1節	三重県の地域特性	4
第2節	人口および人口動態	5
第3節	保健医療施設の状況	13
第4節	県民の受療動向	20
第3章	保健医療圏	22
第1節	保健医療圏の設定と基準病床数	22
第4章	保健医療提供体制の構築	27
第1節	医師の確保と資質の向上	27
第2節	医療従事者の人材確保と資質の向上	37
第3節	保健医療提供体制の整備	58
第4節	公的病院等の役割	62
第5章	事業ごとの医療連携体制	70
第1節	がん対策	70
第2節	脳卒中対策	87
第3節	急性心筋梗塞対策	103
第4節	糖尿病対策	118
第5節	精神疾患対策	130
第6節	救急医療対策	144
第7節	災害医療対策	163
第8節	へき地医療対策	174
第9節	周産期医療対策	184

第10節	小児救急を含む小児医療対策	198
第11節	在宅医療対策	212
第12節	その他の対策	234
<b>第6章</b>	<b>保健・医療・福祉の総合的な取組</b>	<b>254</b>
第1節	保健・医療・福祉の連携	254
第2節	健康づくり活動の推進	254
第3節	高齢者の保健・医療・福祉の推進	257
第4節	障がい者の医療福祉の推進	262
第5節	母子保健対策の推進	264
<b>第7章</b>	<b>健康危機管理体制の構築</b>	<b>268</b>
第1節	結核・感染症対策	268
第2節	医薬品等の安全対策と薬物乱用防止	278
第3節	その他の取組	282
<b>第8章</b>	<b>保健医療計画の推進体制</b>	<b>285</b>
第1節	保健医療計画の周知と情報の公表	285
第2節	各保健医療圏の推進体制	285
第3節	数値目標の進行管理	289
第4節	評価と検討	291

本文中の「\*」（アスタリスク）は、巻末の用語解説にその語句の説明が掲載されていることをあらわしています。なお「\*」は、初出時のみ付けています。

# 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5次改訂の趣旨

- 三重県では、昭和 63（1988）年 12 月に「三重県保健医療計画」を策定して以来、5年ごとに計画を見直し、改訂を行ってきました。
- 平成 20（2008）年 3 月の第 4 次改訂では、各地域において切れ目のない医療を提供するため、良質かつ適切な医療提供体制の確保をめざし、保健医療関係機関・団体等の協力のもと、各種の施策を展開してきたところです。
- しかし、昨今の急速な高齢化の進行とともに、人口減少化時代を迎え、社会構造の多様化・複雑化が進む中、医療技術の進歩、県民の意識の変化等、医療を取り巻く環境が大きく変わりつつあり、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められています。
- そのような中、国では「社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）」に基づき、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組むことになりました。
- 本県においても、こうした保健医療を取り巻く環境の変化に対応すべく、県内の医療提供体制の実態把握に努め、県民の皆さんが保健医療に対し、より一層の信頼と安心を実感できるよう、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するために、県保健医療計画の第 5 次改訂を行います。

### 2. 第 4 次改訂（平成 20 年度から平成 24 年度）の達成状況

- 三重県保健医療計画（第 4 次改訂）で掲げた 4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞および糖尿病）5 事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期\*医療および小児医療）の数値目標については、前年度の達成状況を毎年度、三重県医療審議会において確認・評価を行っています。
- 平成 24（2012）年度は、19 項目中、13 項目の数値目標について達成していることが確認されました。

数値目標【達成】	数値目標【未達成】
13項目(68.4%)	6項目(31.6%)

- 達成できなかった 6 項目においても、第 4 次改訂時から改善したものは 3 項目ありました。脳卒中対策の数値目標である「地域連携クリティカルパス\*の導入地域数」は、6 地域が増加するなど一定の効果が出ています。また、がん対策の「がんによる年齢調整死亡率\*（75 歳未満）（人口 10 万人あたり）」も、改訂時より 5.8 ポイント減少し、死亡率の少なさは、全国の上位に位置しています。

- 一方で、第4次改訂時から悪化した小児医療対策の「幼児死亡率（1～4歳人口10万人あたり）」は、年度により達成、未達成が入れ替わるなど、効果が測定しにくく、今後は死亡原因別など、より詳細な分析が必要であると考えられます。
- 第5次改訂では、こうした第4次改訂の達成状況をふまえつつ、地域の実情に応じた新たな数値目標の設定に取り組みます。

図表 1-1-1 三重県保健医療計画(第4次改訂)の数値目標の達成状況

対策・事業	数値目標	現状値(H23) 下段( )は策定時	目標値	達成 状況
がん対策	がんによる年齢調整死亡率 (75歳未満)(人口10万人あたり)	78.5 (84.3)	72.4	B
脳卒中対策	1 脳血管疾患による年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	1 男性 45.4 (56.4) 女性 27.4 (34.6)	1 男性 56.7以下 女性 33.4以下	A A
	2 地域連携クリティカルパスの導入 地域数	2 6 (0)	2 9	B
急性心筋梗塞対策	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	男性 24.0 (32.1) 女性 10.5 (15.1)	男性 24.0以下 女性 10.7以下	A A
糖尿病対策	糖尿病による年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	男性 6.9 (7.2) 女性 3.4 (4.3)	男性 7.2以下 女性 3.7以下	A A
救急医療 対策	1 救急医療情報システム参加医療機 関*数	1 575 機関 (416 機関)	1 460 機関	A
	2 応急手当年間受講者数	2 23,143 人 (28,127 人)	2 30,000 人	C
	3 救命救急センター*設置数	3 4 か所 (2 か所)	3 4 か所	A
災害医療 対策	1 県内災害拠点病院*の耐震化率	1 83.3% (44%)	1 67%	A
	2 DMAT*の専門研修受講チーム数	2 23 チーム (9 チーム)	2 13 チーム	A
	3 災害医療従事者研修受講者数	3 3,562 人 (841 人)	3 1,500 人	A
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%)	100%を維持	A
周産期医療 対策	1 妊産婦死亡率(出産*10万あたり)	1 6.5 (0.0)	1 0.0	C
	2 周産期死亡率(出産千あたり)	2 29 位 4.4 〔38 位〕 5.2	2 10 位以内 4.2	B
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	1 6,741 件 (3,655 件)	1 5,000 件	A
	2 幼児*死亡率 (1～4歳人口10万人あたり)	2 33.5 (25.6)	2 20.0 以下	C

A：達成 B：未達成（第4次改訂時よりは改善） C：未達成（第4次改訂時より悪化）

出典：がん、脳卒中の1、急性心筋梗塞、糖尿病、周産期医療、小児医療対策の現状値は、厚生労働省「平成23年人口動態調査」、その他は三重県調査（平成23年度または平成24年度）

### 3. 第5次改訂の基本的な考え方

- (1) 人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化等に伴う患者の疾病構造に的確に対応した医療提供体制の確立
  - これまでの4疾病5事業に、新たに精神疾患と在宅医療を加えた、5疾病・5事業及び在宅医療における切れ目のない医療提供体制の構築に取り組みます。
- (2) 県内医療提供体制の実態に即した、医療機能の分化と連携強化の一層の推進
  - 診療情報等を活用した現状把握の充実・強化による医療機能の明確化および連携の強化に取り組みます。
- (3) 医師、看護師等の医療従事者の確保による医療提供体制の維持・整備
  - 三重県地域医療支援センターにおける医師確保対策など、医療従事者の確保支援事業等を展開します。

## 第2節 計画の性格

- 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の規定に基づく計画です。
- 本県の長期の戦略計画である「みえ県民力ビジョン」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。
- 本県の保健医療行政推進の基本方針であり、県民の皆さんが保健医療に対し、より一層の信頼と安心を実感できるよう、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築をめざすものです。
- 計画の推進にあたっては、「みえ地域ケア体制整備構想」、「三重の健康づくり基本計画」、「第二期三重県医療費適正化計画」、その他健康福祉に係る計画との整合を図ります。

## 第3節 計画の特徴

- 県民、医療関係団体、医療機関、市町等が取り組む活動についても明らかにし、それぞれの立場で、できることに取り組むことにより、地域の医療を守る行動等につなげていくとともに、魅力ある医療機関や医療提供体制づくりを進めていきます。
- 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

- 第5次改訂では、5疾病・5事業及び在宅医療の医療提供体制について、具体的な医療機関名等を本文中、もしくは県のホームページ上で掲載しています。これらは県内各保健所等でも閲覧可能とし、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25（2013）年4月1日から平成30（2018）年3月31日までの5年間とします。

## 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. 地域の特性

##### (1) 地勢

- 三重県は、日本のほぼ中央に位置し、東西約 80 km、南北約 170 km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、京都府、奈良県に、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。
- 県内北部地域は名古屋生活圏に、南部地域の一部は和歌山県新宮生活圏に近接しています。また、北西部も滋賀県や奈良県等と関わりの深い地域となっています。
- 面積は、平成 24 (2012) 年 10 月 1 日現在 5,777.31k m<sup>2</sup>で国土面積の 1.53%を占めており、全国第 25 位の広さです<sup>1</sup>。
- 県土は、中央を流れる榑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等 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。
- 医療提供体制の整備の面では、市町を 4 つの二次保健医療圏\*に分けて、保健医療圏\*ごとに医療提供体制の充実を図っています。また、中勢伊賀保健医療圏と南勢志摩保健医療圏にはサブ保健医療圏\*を設けています。

図表 2-1-1 二次保健医療圏およびサブ保健医療圏

二次保健医療圏	構成市町	圏域人口 (人)
北勢保健医療圏	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) 菟野町、朝日町、川越町	840,194
中勢伊賀保健医療圏	津市	461,354 (284,867)
伊賀サブ保健医療圏	伊賀市、名張市	176,487
南勢志摩保健医療圏	松阪市、(多気郡) 多気町、明和町、大台町 (度会郡) 大紀町	468,708 (225,720)
伊勢志摩サブ保健医療圏	伊勢市、鳥羽市、志摩市 (度会郡) 玉城町、度会町、南伊勢町	242,988
東紀州保健医療圏	尾鷲市、熊野市 (北牟婁郡) 紀北町、(南牟婁郡) 御浜町、紀宝町	77,851

※「圏域人口」欄の( )内の数字は、サブ保健医療圏を除いた人口です。

出典：三重県「月別人口調査結果」(平成 23 年 10 月 1 日現在)

<sup>1</sup> 出典：国土地理院「平成 24 年 全国都道府県市区町村別面積調」

## (2) 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、さまざま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は、年平均気温 15.5℃（平年値：昭和 46 年～平成 12 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中では最も低く、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。

## (3) 交通機関の状況

- 県内の主要国道は、国道 1 号、国道 23 号、国道 25 号、国道 42 号、国道 258 号等があり、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。また、平成 25（2013）年度には近畿自動車道紀勢線（紀勢自動車道）、熊野尾鷲道路が全線開通予定です。
- 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。さらに、紀勢自動車道は救急搬送や災害に強いルートとして地域の生活基盤を支えることが期待されています。
- 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、山田線等があり、その他のローカル線としては、三岐鉄道、伊勢鉄道、伊賀鉄道等があります。

## 第2節 人口および人口動態

### 1. 人口

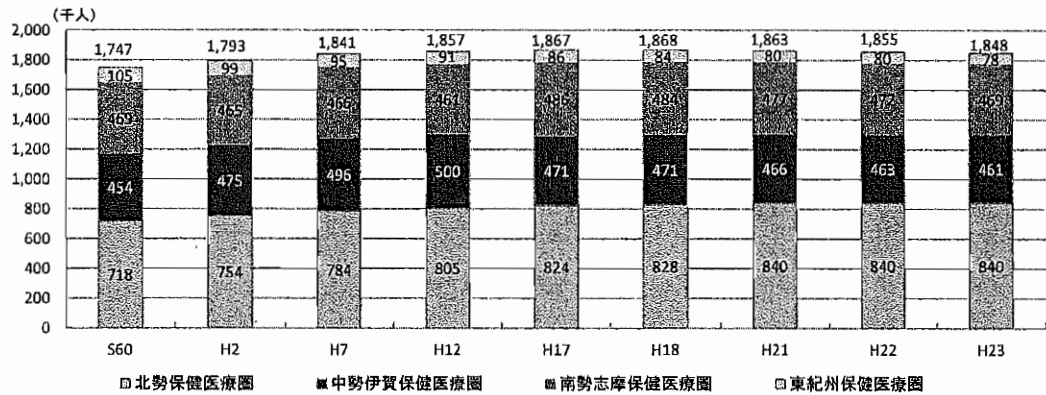
#### (1) 人口(年齢3区分)

##### ① 人口推移

- 県の人口は、平成 23（2011）年 10 月 1 日現在、1,848,107 人で、平成 18（2006）年頃まで増加傾向にありましたが、その後ゆるやかに減少しています。



図表 2-2-1 保健医療圏別人口推移

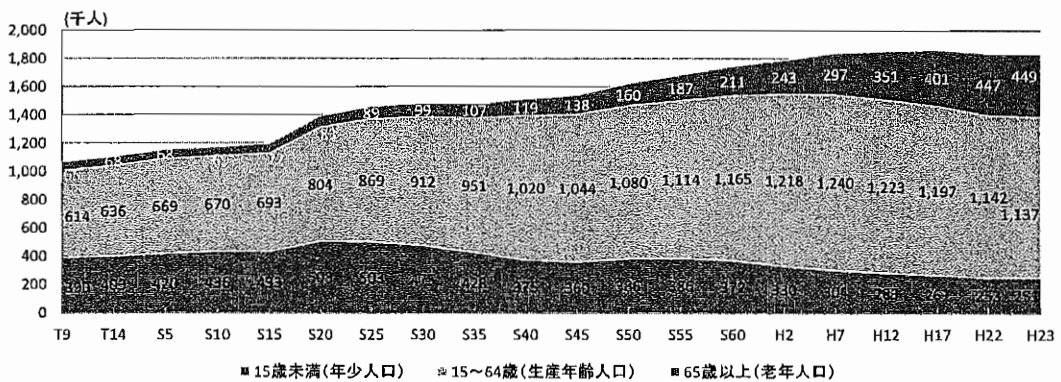


出典：三重県「月別人口調査結果」各年 10月 1日現在

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見ると、年少人口の割合は低下傾向にあり、平成23（2011）年の13.6%（全国13.1%<sup>2</sup>）は、統計上確認できる大正9（1920）年以来最も低くなっています。老年人口の割合は、平成23（2011）年に24.3%（全国23.3%）となっており、大正9（1920）年以来最も高くなっています。
- 近年、老年人口の中でも入院する割合の高い75歳以上の高齢者人口が増加しています。
- 保健医療圏別に見ると、年少人口の割合は、北勢保健医療圏が14.6%と最も高く、次いで中勢伊賀保健医療圏が12.9%、南勢志摩保健医療圏が12.7%と続き、東紀州保健医療圏が11.3%で最も低くなっており、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、東紀州保健医療圏が35.2%と最も高く、最も低い北勢保健医療圏の21.1%より14.1ポイント高くなっています。

図表 2-2-2 年齢3区分人口の推移



出典：三重県「三重県統計書」各年 10月 1日現在

<sup>2</sup> 出典：厚生労働省「平成23年人口動態調査」（平成23年10月1日現在）

図表 2-2-3 保健医療圏別年齢3区分別人口構成比

(単位：%)

保健医療圏	15歳未満	15～64歳	65歳以上
三重県	13.6	61.5	24.3
北勢保健医療圏	14.6	63.5	21.1
中勢伊賀保健医療圏	12.9	61.4	24.9
南勢志摩保健医療圏	12.7	59.4	27.4
東紀州保健医療圏	11.3	53.3	35.2

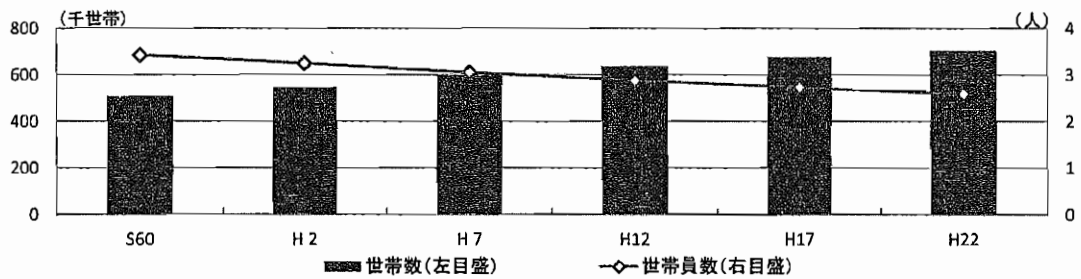
※年齢不詳を除いていますので、集計は100%とは合いません。

出典：三重県「月別人口調査結果」(平成23年10月1日現在)

### ③ 世帯

- 平成22(2010)年の本県の世帯数は、704,607世帯であり、前回の調査(平成17年10月1日現在)と比較すると、29,148世帯(4.32%)増加しています。また、一般世帯(施設等を除いた世帯)の1世帯あたりの人数は2.59人(全国2.42人)で、平成17(2005)年の調査に比べ0.14人減少しています。

図表 2-2-4 世帯数および世帯員数の推移



出典：総務省「国勢調査」

図表 2-2-5 保健医療圏別世帯数

(単位：世帯)

保健医療圏	世帯数	構成比
北勢保健医療圏	315,986	44.8
中勢伊賀保健医療圏	177,488	25.2
南勢志摩保健医療圏	175,695	24.9
東紀州保健医療圏	35,438	5.0
合計	704,607	100.0

出典：三重県「三重県統計書」(平成22年10月1日現在)

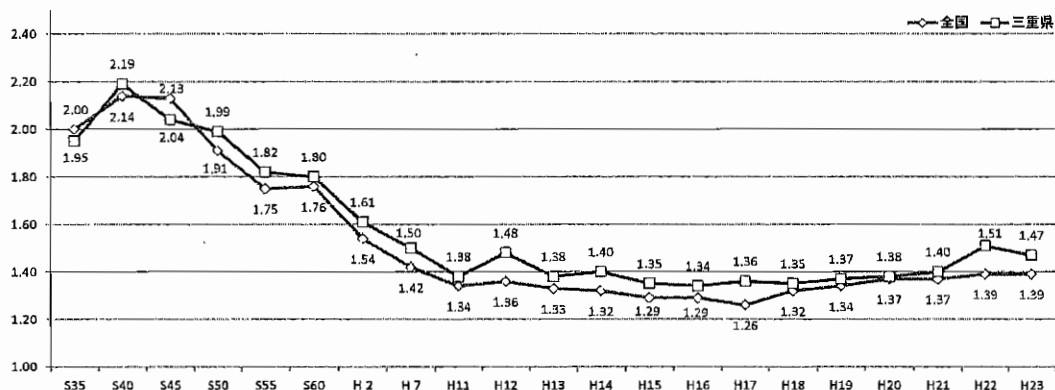
## (2) 人口動態

### ① 出生

- 本県の平成23(2011)年の出生\*数は15,080人で、年次推移を見ると、昭和30年代後半は増加傾向にありましたが、その後減少傾向に転じ、近年は横ばいの状況です。
- また、平成23(2011)年の合計特殊出生率\* (1人の女性が一生の間に産む子どもの数の)

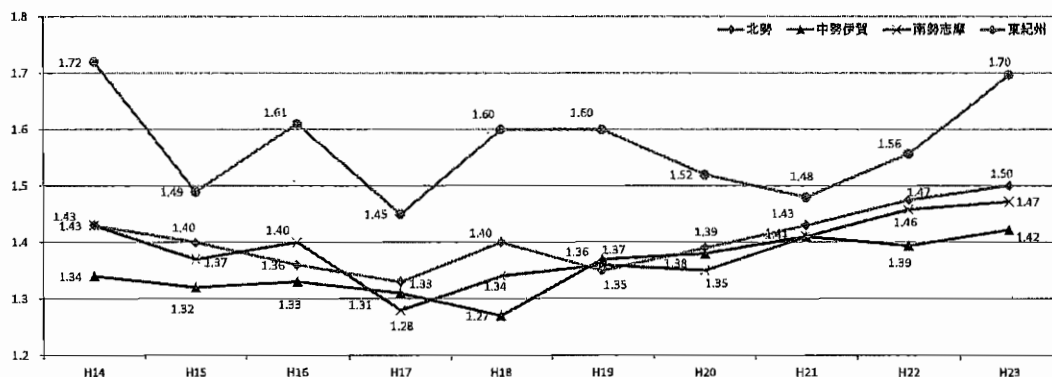
平均) は 1.47 人で、全国平均の 1.39 人を 0.08 人上回っていますが、近年の緩やかな増加傾向の中、前年よりやや減少しました。

図表 2-2-6 合計特殊出生率の推移



出典：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-7 保健医療圏別合計特殊出生率の推移

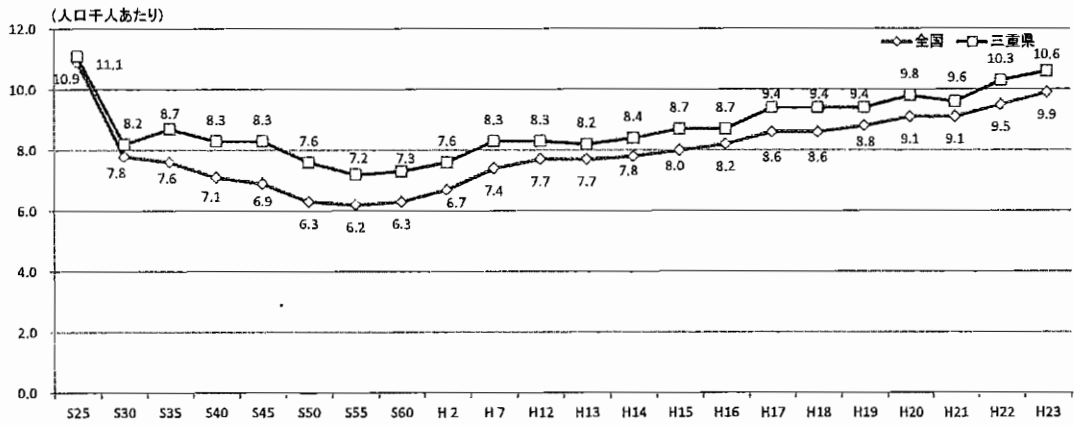


出典：三重県「人口動態調査(三重県による特別集計)」

## ② 死亡

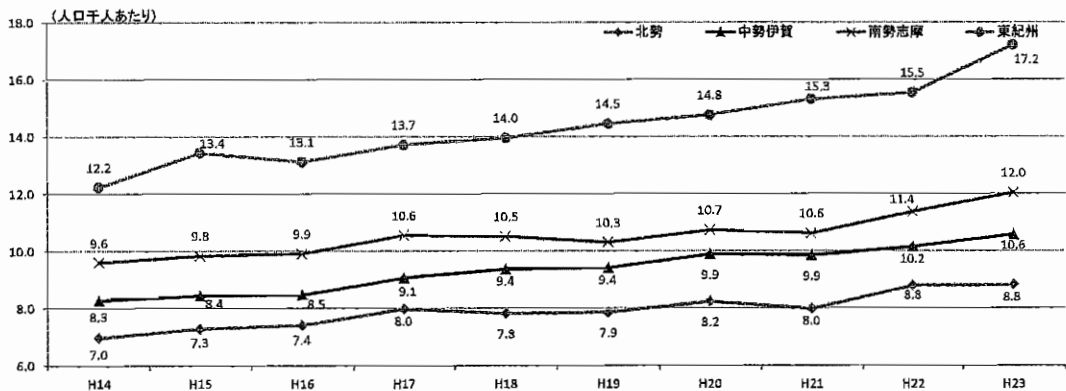
- 平成 23 (2011) 年の本県の死亡数は、19,271 人 (男性 10,038 人、女性 9,233 人) で、人口千人あたりの死亡率は 10.6 です。死亡率は全国平均 9.9 よりも高く (全国順位 27 位)、人口の高齢化等に伴い上昇傾向にあります。
- 一方、保健医療圏別に平成 23 (2011) 年の人口千人あたりの死亡率を見ると、北勢保健医療圏が最も低く 8.82、次いで中勢伊賀保健医療圏 10.57、南勢志摩保健医療圏 12.04、東紀州保健医療圏 17.21 となっています。

図表 2-2-8 死亡率の推移



出典：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-9 保健医療圏別死亡率の推移

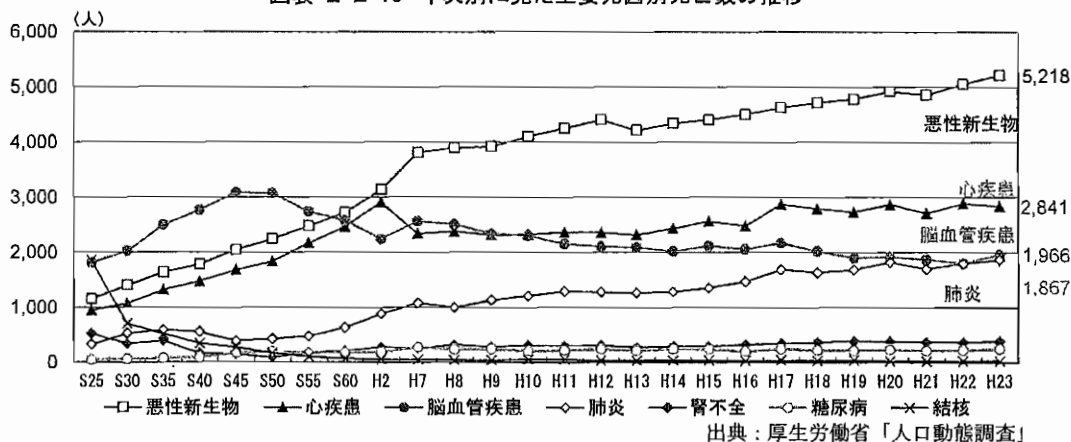


出典：三重県「人口動態調査(三重県による特別集計)」

- 平成 23 (2011) 年の本県の死因順位は、第 1 位「悪性新生物」5,218 人 (死亡総数に占める割合 27.1%)、第 2 位「心疾患<sup>3</sup>」2,841 人 (同 14.7%)、第 3 位「脳血管疾患」1,966 人 (同 10.2%) で、3 疾患が総数に占める割合は 52.0% です。
- 人口 10 万人あたりの死亡率で比較すると、悪性新生物は 277.7 と全国平均 279.7 を下回っていますが、心疾患は 158.7、脳血管疾患は 104.4 でいずれも全国平均 (149.8、97.7) を上回っています。また、肺炎も 99.0 と全国平均 94.1 を上回っています。
- 保健医療圏別の主な死因別では、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、肺炎、腎不全は東紀州保健医療圏で、糖尿病は南勢志摩保健医療圏と東紀州保健医療圏でそれぞれ高くなっています。

<sup>3</sup> 高血圧性のものを除きます。

図表 2-2-10 年次別に見た主要死因別死亡数の推移



図表 2-2-11 保健医療圏別主な死因別死亡率

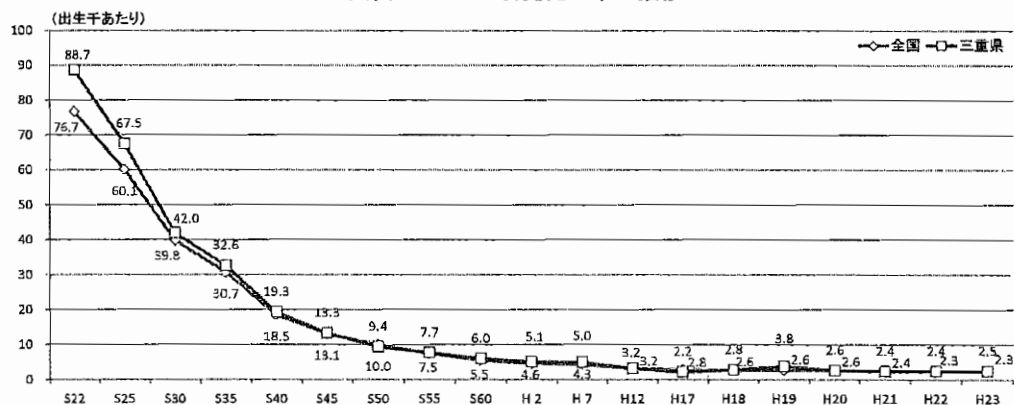
保健医療圏	総数	悪性 新生物	脳血管 疾患	心疾患	糖尿病	肺炎	腎不全
三重県	10.43	2.82	1.06	1.54	0.13	1.01	0.21
北勢保健医療圏	8.82	2.42	0.94	1.25	0.10	0.87	0.15
中勢伊賀保健医療圏	10.57	2.94	0.98	1.51	0.13	1.09	0.26
南勢志摩保健医療圏	12.04	3.20	1.22	1.89	0.18	1.08	0.24
東紀州保健医療圏	17.21	4.29	1.88	2.70	0.18	1.63	0.33

出典：厚生労働省「平成 23 年 人口動態調査」

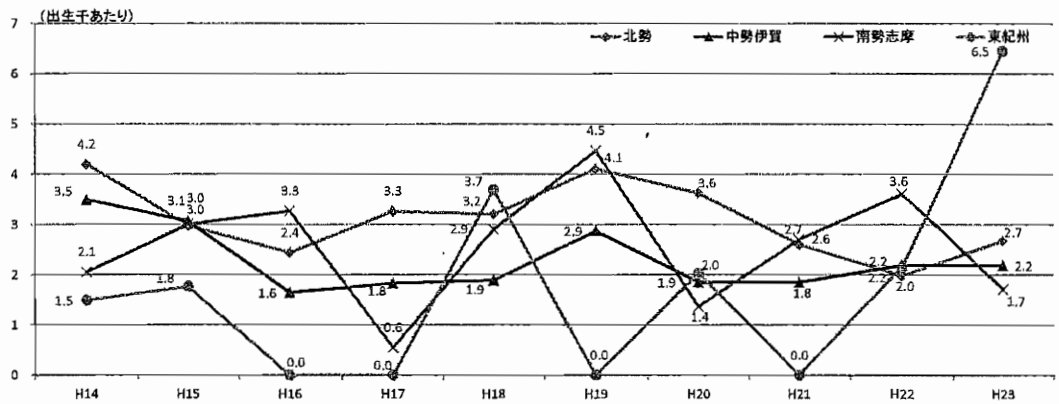
### ③ 乳児死亡

- 平成 23 (2011) 年の乳児\*死亡数は 37 人 (男性 15 人、女性 22 人) で、出生千あたりの乳児死亡率は 2.5 (全国順位 14 位) と全国平均 2.3 とほぼ同水準です。近年は、ほぼ横ばい状態となっています。

図表 2-2-12 乳児死亡率の推移



図表 2-2-13 保健医療圏別乳児死亡率の推移

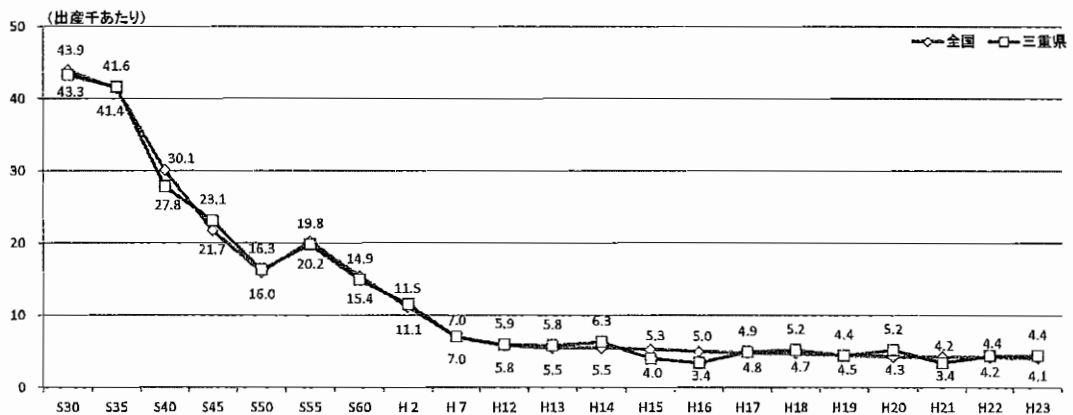


出典：三重県「人口動態調査(三重県による特別集計)」

④ 周産期死亡

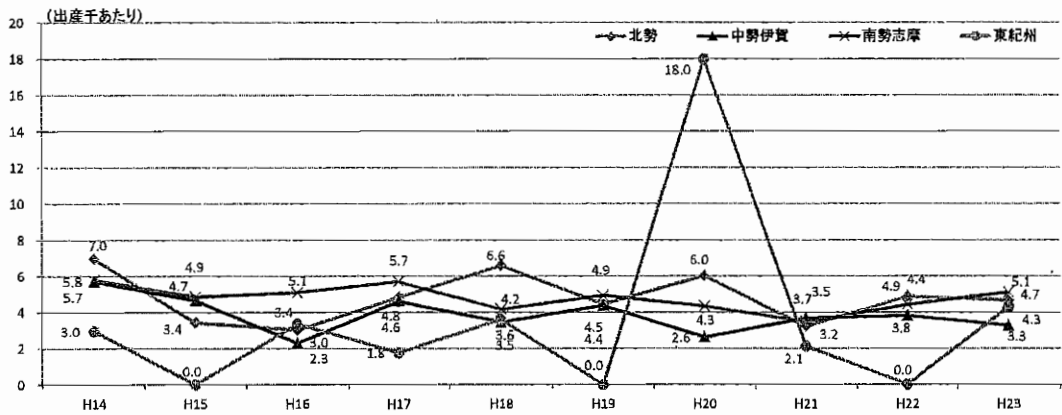
○ 周産期死亡は、妊娠満 22 週以降の死産と生後 1 週未満の早期新生児\*死亡を合わせたもので、母体の健康状態に強く影響されます。平成 23 (2011) 年の本県の周産期死亡数は 67 人であり、出産千あたりの周産期死亡率は 4.4 (全国順位 29 位) となっており、全国平均 4.1 より高いものの、近年はほぼ横ばい状態となっています。

図表 2-2-14 周産期死亡率の推移



出典：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-15 保健医療圏別周産期死亡率の推移



出典：三重県「人口動態調査(三重県による特別集計)」

⑤ 平均寿命

- 本県の平成 22 (2010) 年の平均寿命は、男性 79.68 年、女性 86.25 年となっており、昭和 45 (1970) 年と比較してみると男性が 9.45 年、女性が 10.96 年延びています。

図表 2-2-16 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
昭和 50 年	71.79	71.75	17	77.01	76.84	20
昭和 55 年	73.57	73.83	13	79.00	79.07	18
昭和 60 年	74.95	74.87	23	80.75	80.61	31
平成 2 年	76.04	76.03	26	82.07	82.01	30
平成 7 年	76.38	76.76	27	82.85	83.02	36
平成 12 年	77.71	77.90	18	84.62	84.49	34
平成 17 年	78.53	78.90	20	85.49	85.58	34
平成 22 年	79.55	79.68	—	86.30	86.25	—

出典：厚生労働省「都道府県別生命表」

(3) 将来推計人口

① 人口推移

- 県の人口は、平成 27 (2015) 年は 1,823 千人と推計されており、平成 47 (2035) 年には 1,600 千人まで減少する見込みです。

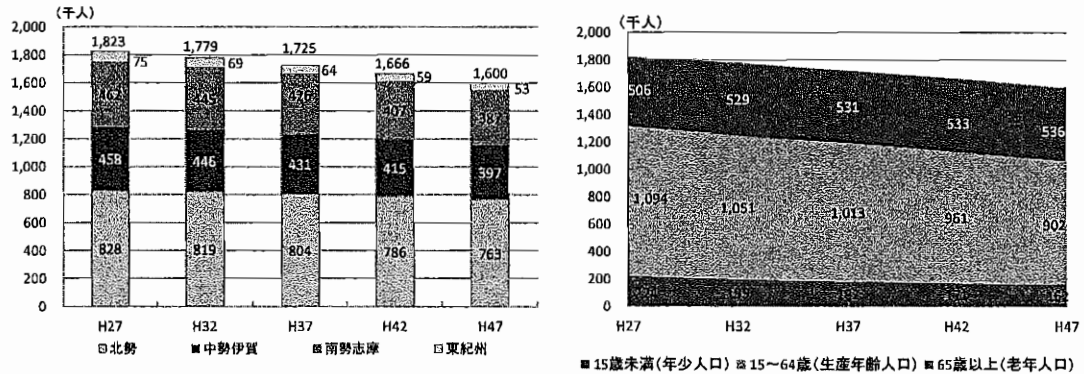
② 年齢 3 区分別人口

- 年少人口の割合は低下傾向が続くと予測されており、平成 27 (2015) 年には 12.3% (全国 11.8%)、平成 47 (2035) 年には 10.1% (全国 9.5%) と推計されています。逆に老年

人口の割合は、平成 27 (2015) 年に 27.7% (全国 26.9%)、平成 47 (2035) 年には 33.5% (全国 33.7%) に増加すると推計されています。

- 保健医療圏別に見ると、平成 47 (2035) 年時点の年少人口の割合は、北勢保健医療圏が 10.9% と最も高く、次いで中勢伊賀保健医療圏および南勢志摩保健医療圏が 9.5% と続き、東紀州保健医療圏が 8.3% で最も低くなっており、生産年齢人口の割合も同様の傾向と推計されています。一方、老年人口の割合は、東紀州保健医療圏が 45.1% と最も高く、最も低い北勢保健医療圏の 30.6% より 14.5 ポイント高くなると推計されています。

図表 2-2-17 保健医療圏別人口推移および年齢3区分人口の推移



出典：いずれも国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」

図表 2-2-18 保健医療圏別年齢3区分別人口構成比(平成 47 年)

(単位：%)

保健医療圏	15 歳未満	15~64 歳	65 歳以上
三重県	10.1	56.4	33.5
北勢保健医療圏	10.9	58.5	30.6
中勢伊賀保健医療圏	9.5	55.5	34.9
南勢志摩保健医療圏	9.5	54.3	36.2
東紀州保健医療圏	8.3	46.7	45.1

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」

### 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 か所)、市町保健センター (50 か所) 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。

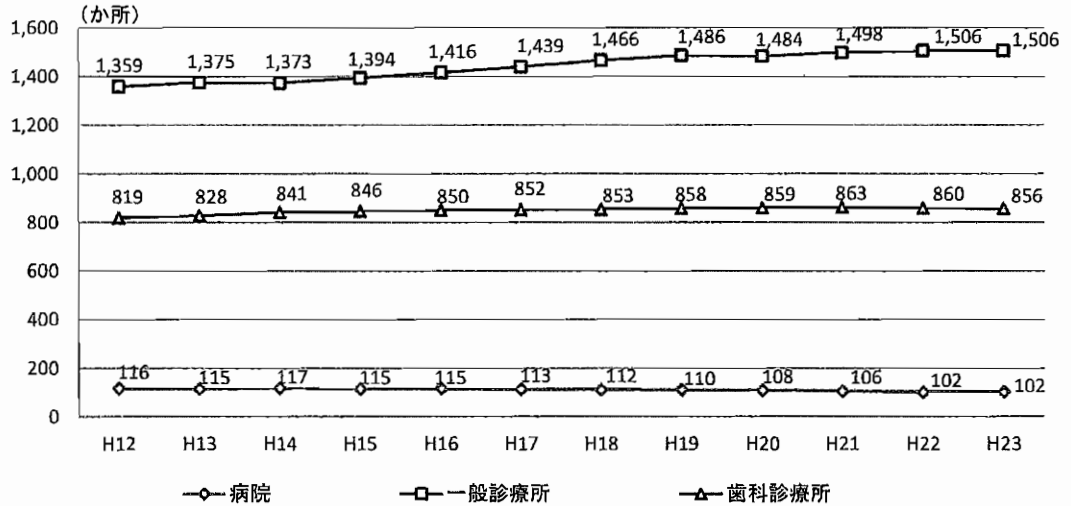


## 2. 医療施設

### (1) 施設数

- 平成 23 (2011) 年 10 月 1 日現在、県内の医療機関数は、「病院\*」102 施設、「一般診療所\*」1,506 施設、「歯科診療所\*」856 施設となっています。
- 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 (2002) 年度をピークに減少が続いています。

図表 2-3-1 県内の病院および一般診療所設置数



出典：厚生労働省「医療施設調査」

- また、本県の人口 10 万人あたりの医療機関数を見ると、一般診療所は全国平均を上回っていますが、その他は全国平均を下回っています。
- 年次別に人口 10 万人あたり医療機関数を見ると、病院は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。

図表 2-3-2 人口 10 万人あたり医療機関数の推移

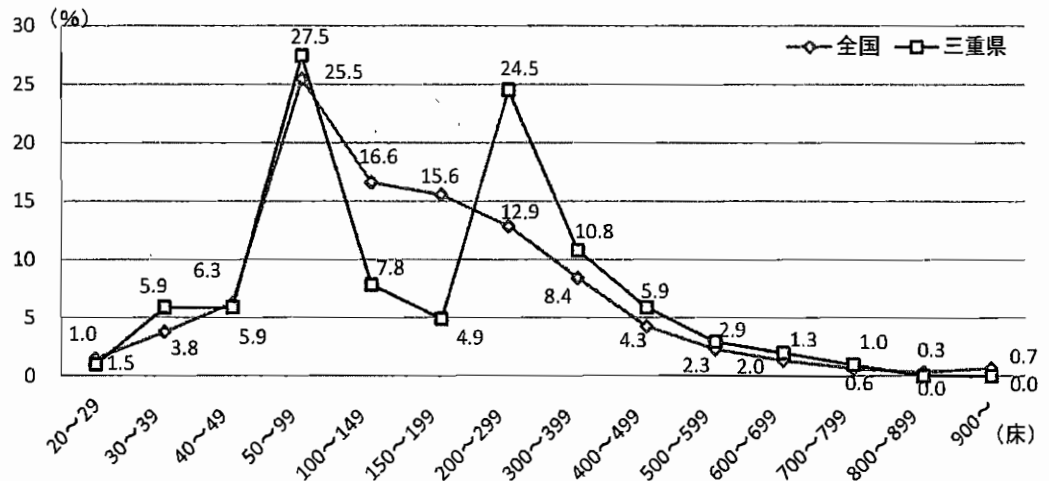
(単位：か所)

	年度	病 院	一般診療所	歯科診療所
全 国	14	7.2	74.4	51.1
	18	7.0	77.2	52.7
	22	6.8	78.0	53.4
	23	6.7	77.9	53.3
三重県	14	6.3	73.8	45.2
	18	6.0	78.3	45.5
	22	5.5	81.2	46.4
	23	5.5	81.5	46.3

出典：厚生労働省「医療施設調査」

- 病床規模別の病院数の割合を見ると、本県では50～99床、200～399床の病院の割合が多く、100床台の病院が少ないという特徴があります。

図表 2-3-3 病院の病床規模別割合



出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

(2) 病床数および利用状況

① 病床数

- 平成23(2011)年10月1日現在、本県の病床数は22,259床であり、病院が20,624床、一般診療所が1,633床、歯科診療所が2床あります。その内訳は、病院の一般病床\*が11,520床、療養病床\*が4,220床、精神病床\*が4,804床、結核病床\*が54床、感染症病床\*が26床、一般診療所の一般病床が1,383床、療養病床が250床となっています。
- 人口10万人あたり病床数は、感染症以外の全ての種別の病床で全国平均を下回っています。

図表 2-3-4 病床種別病床数

(単位：床)

	総数	一般	療養	精神	結核	感染症
病院	20,624	11,520	4,220	4,804	54	26
一般診療所	1,633	1,383	250	0	0	0
歯科診療所	2	2	0	0	0	0

出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

図表 2-3-5 病院の人口10万人あたり病床数

(単位：床)

種別	一般	療養	精神	結核	感染症
全国	703.7	258.3	269.2	6	1.4
三重県	623.7	228.5	260.1	2.9	1.4

出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

② 病床種類別にみた病院の病床利用率・平均在院日数

- 本県の平成 23 (2011) 年の病床種類別の病院の病床利用率は、全病床合計では 81.2% です。病床利用率は全体的に低下傾向にあります。が、「その他の一般病院」の結核病床、療養病床では平成 22 (2010) 年と比較してやや向上しています。
- 本県の平成 23 (2011) 年の病床種類別の病院の平均在院日数は、全病床合計では 32.6 日です。平均在院日数は全体的に短縮傾向にあります。が、「その他の一般病院」の精神病床、結核病床では平成 22 (2010) 年と比較して長期化しています。

図表 2-3-6 県内の病院の病床利用率および平均在院日数の推移

(単位：％、日)

		病床利用率				平均在院日数				
		平成 12年	平成 17年	平成 22年	平成 23年	平成 12年	平成 17年	平成 22年	平成 23年	
総 数		86.1	86.1	81.9	81.2	38.1	35.7	33.2	32.6	
一般病院	総 数	83.9	84.6	79.7	79.0	30.7	29.3	27.1	26.6	
	療養病床および一般病床のみの病院		83.9	84.5	79.9	79.0	31.3	34.5	31.1	30.9
	その他の一般病院	総数	83.9	84.8	79.2	79.1	29.9	22.9	21.2	20.6
		精神病床	96.6	91.0	96.4	95.9	302.4	258.8	356.0	382.6
		感染症病床	0.2	0.3	3.3	3.2	16.0	10.5	8.8	7.2
		結核病床	35.5	52.9	31.2	31.4	88.7	80.7	41.5	48.1
		療養病床	—	91.3	89.3	89.7	—	83.9	348.7	296.5
		一般病床	84.7	83.6	74.8	74.7	24.0	16.9	14.9	14.4
介護療養病床	—	—	80.8	76.4	—	—	145.1	113.0		
精神科病院		95.5	93.0	92.3	91.1	432.8	339.5	311.4	301.4	

出典：厚生労働省「病院報告」

- 病床の種類別の病床利用率と平均在院日数については、本県の病床利用率はおおむね全国平均を下回っていますが、精神病床は 92.2%、介護療養病床は 96.4%と全国平均を上回っています。また、平均在院日数は精神病床で 317.7 日、介護療養病床で 372.6 日と全国平均を上回っています。

図表 2-3-7 病床利用率

(単位：％)

	総数	精神病床	結核病床	療養病床	一般病床	介護療養病床
全 国	81.9	89.1	36.6	91.2	76.2	94.6
三重県	81.2	92.2	31.4	90	73.7	96.4

出典：厚生労働省「平成 23 年 病院報告」

図表 2-3-8 平均在院日数

(単位：日)

	総数	精神病床	結核病床	療養病床	一般病床	介護療養病床
全 国	32.0	298.1	71.0	175.1	17.9	311.2
三重県	32.6	317.7	48.1	165.4	17.5	372.6

出典：厚生労働省「平成 23 年 病院報告」

③ 診療科

- 診療科\*別の病院施設数は、平成 20 (2008) 年 10 月現在、「内科」が 101 施設 (93.5%) で最も多く、次いで「整形外科」71 施設 (65.7%)、「外科」63 施設 (58.3%) です。
- また、一般診療所では、「内科」が 1,016 施設 (67.4%) で最も多く、次いで「消化器内科 (胃腸内科)」365 施設 (24.2%)、「小児科」343 施設 (22.8%) です。

図表 2-3-9 診療科目別に見た施設数

(単位：か所)

	病院		一般診療所	
	施設数	割合	施設数	割合
総数	108	100.0%	1,507	100.0%
内科	101	93.5%	1,016	67.4%
呼吸器内科	21	19.4%	163	10.8%
循環器内科	40	37.0%	234	15.5%
消化器内科 (胃腸内科)	37	34.3%	365	24.2%
腎臓内科		0.0%	8	0.5%
神経内科	36	33.3%	52	3.5%
糖尿病内科 (代謝内科)	2	1.9%	18	1.2%
血液内科	1	0.9%	7	0.5%
皮膚科	44	40.7%	159	10.6%
アレルギー科	4	3.7%	140	9.3%
リウマチ科	14	13.0%	79	5.2%
感染症内科		0.0%	4	0.3%
小児科	44	40.7%	343	22.8%
精神科	35	32.4%	48	3.2%
心療内科	8	7.4%	50	3.3%
外科	63	58.3%	253	16.8%
呼吸器外科	7	6.5%	3	0.2%
循環器外科 (心臓・血管外科)	13	12.0%	2	0.1%
乳腺外科	1	0.9%	5	0.3%
気管食道外科		0.0%	18	1.2%
消化器外科 (胃腸外科)	9	8.3%	12	0.8%
泌尿器科	38	35.2%	45	3.0%
肛門外科	21	19.4%	72	4.8%
脳神経外科	33	30.6%	15	1.0%
整形外科	71	65.7%	197	13.1%
形成外科	9	8.3%	9	0.6%
美容外科		0.0%	4	0.3%
眼科	35	32.4%	104	6.9%
耳鼻いんこう科	27	25.0%	85	5.6%
小児外科	2	1.9%	4	0.3%
産婦人科	20	18.5%	54	3.6%
産科	2	1.9%	4	0.3%
婦人科	13	12.0%	24	1.6%
リハビリテーション科	55	50.9%	287	19.0%
放射線科	36	33.3%	55	3.6%
麻酔科	28	25.9%	21	1.4%
病理診断科	1	0.9%		0.0%
臨床検査科	1	0.9%		0.0%
救急科		0.0%		0.0%
歯科	17	15.7%	20	1.3%
矯正歯科	1	0.9%	1	0.1%
小児歯科	1	0.9%		0.0%
歯科口腔外科	10	9.3%	1	0.1%

出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査 (個票解析)」

### 3. 病院における検査機器の設置状況

- 平成 20 (2008) 年の病院における検査機器の設置状況を見ると、放射線を用いて臓器を撮影するCTのうち、立体的な画像が得られるマルチスライスCT\*を保有する病院数は 45 施設、脳梗塞等の検査に用いるMRI\*を保有する病院数は 36 施設、がんの検査に用いるPET (陽電子断層撮影) \*を保有する病院数は 2 施設等です。

図表 2-3-10 病院における検査機器の設置・稼働状況

(単位：か所、件、台)

	保有病院数	実施件数	台数
マルチスライスCT	45	23,003	52
MRI (1.5テスラ*以上)	36	10,167	39
SPECT*	14	285	14
PET	2	15	2
PET-CT*	4	358	5

出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査 (個票解析)」

### 4. その他の保健医療関係施設

- その他の保健医療関係施設として、「介護老人保健施設」が 66 施設、「訪問看護ステーション」が 93 施設あります。

図表 2-3-11 介護老人保健施設および訪問看護ステーション数

(単位：か所)

保健医療圏	介護老人保健施設	訪問看護ステーション
三重県	66	93
北勢保健医療圏	26	40
中勢伊賀保健医療圏	17	22
南勢志摩保健医療圏	19	27
東紀州保健医療圏	4	4

出典：三重県「介護保険事業者指定・廃止・休止・更新等状況一覧」(平成 25 年 1 月 1 日現在)

- 介護保険施設等については、「通所介護施設 (デイサービス)」が 742 施設、「介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)」が 117 施設となっています。

図表 2-3-12 県内の在宅 (居宅) 系および居住系施設数

(単位：か所)

	名 称	施設数
在宅 (居宅) 系	居宅介護支援事業所	563
	訪問介護事業所	484
	通所介護施設 (デイサービス)	742
	小規模多機能型居宅介護	52
居住系	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	117
	地域密着型介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 入所者生活介護	23
	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	175

出典：三重県「介護保険事業者指定・廃止・休止・更新等状況一覧」(平成 25 年 1 月 1 日現在)

○ また、各保健医療圏別では次のとおりです。

図表 2-3-13 保健医療圏別の状況

(単位：か所)

サービスの種類別指定件数	三重県	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏	南勢志摩 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
<b>1 居宅介護支援事業所</b>					
居宅介護支援事業所	563	211	151	163	38
<b>2 居宅サービス</b>					
訪問介護事業所	484	149	129	166	40
訪問入浴介護	38	12	11	10	5
訪問リハビリテーション	14	2	4	6	2
居宅療養管理指導	47	18	12	15	2
通所介護施設（デイサービス）	742	303	174	220	45
通所リハビリテーション	117	49	31	31	6
短期入所生活介護	161	49	44	53	15
短期入所療養介護	87	34	25	23	5
特定施設入居者生活介護	44	11	13	19	1
福祉用具貸与	119	38	32	41	8
特定福祉用具販売	122	43	31	38	10
<b>3 介護保険施設</b>					
介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	117	35	37	37	8
介護療養型医療施設	27	13	8	4	2
<b>4 地域密着型サービス</b>					
夜間対応型訪問介護	4	0	2	2	0
認知症対応型通所介護 （認知症対応型デイサービス）	67	32	17	15	3
小規模多機能型居宅介護	52	10	17	23	2
認知症対応型共同生活介護 （グループホーム）	175	64	48	48	15
地域密着型特定施設入居者生活介護	5	3	0	2	0
地域密着型介護老人福祉施設（特別養護 老人ホーム）入所者生活介護	23	10	3	7	3

出典：三重県「介護保険事業者指定・廃止・休止・更新等状況一覧」（平成25年1月1日現在）

## 第4節 県民の受療動向

### 1. 受療状況

#### (1) 病院における患者の流入・流出状況

##### ① 病院の療養病床および一般病床の流入・流出患者数

- 「平成 20 年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」により集計した保健医療圏別の病院の入院患者（療養病床および一般病床）の状況を見ると、本県における平成 20（2008）年の1日あたり入院患者数は 13.1 千人と推定され、うち 1.0 千人は県外で治療を受けています。
- 北勢保健医療圏では 5.8 千人の入院患者のうち 14.7%が県外を含む当該保健医療圏外の医療機関に入院しています。当該保健医療圏外の医療機関で治療を受けた割合（流出率）は、県平均では 16.5%ですが、伊賀サブ保健医療圏では県外および津市等の当該サブ保健医療圏外への患者の流出率が 5 割を超え、伊勢志摩サブ保健医療圏および東紀州保健医療圏でも 3 割を超えるなど高い割合を示しています。
- 入院患者は、東紀州保健医療圏を除いた二次保健医療圏では患者の 80%以上がその保健医療圏内で入院医療を受けており、当該保健医療圏において特殊な医療を除く一般的な医療サービスがおおむね完結しているといえます。
- 一方、東紀州保健医療圏では保健医療圏内で入院医療を受けた割合（完結率）が 67.3%と他の二次保健医療圏に比べて低く、圏外への流出率が高くなっています。

図表 2-4-1 保健医療圏別 病院の療養病床および一般病床の入院患者の流出・流入状況  
(単位：千人/日)

施設所在地 患者住所地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	13.1	5.2	3.8	2.3	0.7	1.0	16.5%
北勢保健医療圏	5.8	4.9	0.2	0.0	0.1	0.5	14.7%
中勢伊賀保健医療圏	3.6	0.1	3.1	0.1	0.0	0.3	14.7%
南勢志摩保健医療圏	2.6	0.0	0.3	2.1	0.1	0.1	18.0%
東紀州保健医療圏	0.8	0.0	0.1	0.1	0.5	0.1	32.7%
県外	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	—	—
流入率	10.4%	5.2%	18.3%	7.9%	27.2%	—	—

出典：厚生労働省「平成 20 年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

##### ② 療養病床の流入・流出患者数

- 本県における平成 20（2008）年の1日あたりの療養病床の入院患者数は 4.0 千人と推定され、うち 0.2 千人は県外で治療を受けています。
- 北勢保健医療圏では 1.7 千人の療養病床の入院患者のうち 8.8%が県外を含む当該保健医療圏外の医療機関に入院しています。流出率は、県平均では 12.2%ですが、伊賀サブ保健医療圏では、津市への患者の流出率が 9 割にのぼり、伊勢志摩サブ保健医療圏でも南勢志摩保健医療圏内の他の市町等への流出率が 3 割を超えるなど高い割合を示しています。
- 療養病床の入院患者は、全ての二次保健医療圏で患者の 80%以上がその保健医療圏内で入

院医療を受けており、各保健医療圏において一般的な医療サービスがおおむね完結しているといえます。

図表 2-4-2 保健医療圏別 病院の療養病床の入院患者の流出・流入状況

(単位：千人/日)

施設所在地 患者住所地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	4.0	1.6	1.0	0.8	0.4	0.2	12.2%
北勢保健医療圏	1.7	1.5	0.0	0.0	0.1	0.1	8.8%
中勢伊賀保健医療圏	1.0	0.0	0.9	0.0		0.1	12.0%
南勢志摩保健医療圏	0.9	0.0	0.1	0.8	0.0	0.0	16.0%
東紀州保健医療圏	0.3		0.0	0.0	0.3	0.0	19.5%
県外	0.0	0.0	0.0		0.0	—	—
流入率	8.5%	3.8%	12.1%	5.3%	29.4%	—	—

※空欄はデータなし

出典：厚生労働省「平成20年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

### ③ 一般病床の流入・流出患者数

- 本県における平成20(2008)年の1日あたりの一般病床の入院患者数は9.1千人と推定され、うち0.8千人は県外で治療を受けています。
- 北勢保健医療圏では4.1千人の一般病床の入院患者のうち17.2%が県外を含む当該保健医療圏外の医療機関に入院しています。流出率は、県平均では18.4%ですが、伊賀サブ保健医療圏では県外や津市等の当該サブ保健医療圏外への患者の流出率が4割を超え、伊勢志摩サブ保健医療圏でも南勢志摩保健医療圏内の他の市町等への流出率が3割近くに達するなど高い割合を示しています。
- 一般病床の入院患者は、東紀州保健医療圏を除いた二次保健医療圏では患者の80%以上がその保健医療圏内で入院医療を受けており、各保健医療圏において特殊な医療を除く一般的な医療サービスがおおむね完結しているといえます。
- 療養病床と比較すると流出率、流入率はともに高い傾向にあります。

図表 2-4-3 保健医療圏別 病院の一般病床の入院患者の流出・流入状況

(単位：千人/日)

施設所在地 患者住所地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	9.1	3.6	2.8	1.5	0.4	0.8	18.4%
北勢保健医療圏	4.1	3.4	0.2	0.0	0.1	0.4	17.2%
中勢伊賀保健医療圏	2.7	0.1	2.2	0.1	0.0	0.2	15.7%
南勢志摩保健医療圏	1.7	0.0	0.2	1.3	0.0	0.1	19.1%
東紀州保健医療圏	0.5	0.0	0.1	0.0	0.3	0.1	42.3%
県外	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	—	—
流入率	11.2%	5.9%	20.5%	9.3%	24.9%	—	—

出典：厚生労働省「平成20年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」



## 第3章 保健医療圏

### 第1節 保健医療圏の設定と基準病床数

#### 1. 保健医療圏設定の考え方

##### (1) 保健医療圏

- 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図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上で、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医療提供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。

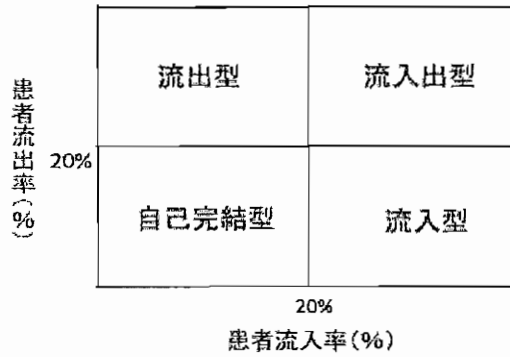
##### (2) 一次保健医療圏

- 一次保健医療圏とは、日常の健康相談等の保健サービスと、かかりつけ医等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等による初期救急医療、母子保健事業等の保健サービスは、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等も含め、市町の役割はますます重要になっています。
- 本県においては、市町を一次保健医療圏とします。

##### (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図るとともに、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地域の範囲です。
- 平成24(2012)年3月に厚生労働省から発出された医療計画作成指針(厚生労働省医政局長通知)では、人口規模、患者の受療の状況等を参考として二次保健医療圏を設定するよう、その設定基準が初めて示されました。具体的には、人口20万人未満かつ患者の受療動向が流出型(療養病床および一般病床の流入患者割合\*20%未満かつ流出患者割合\*20%以上)の二次保健医療圏については、その設定について見直すこととされました。
- 本県では、4つの二次保健医療圏のほか、社会的、歴史的な日常生活圏、行政の圏域との整合性を図るという観点から、伊賀サブ保健医療圏、伊勢志摩サブ保健医療圏を設定し、圏域のあり方を引き続き検討する地域として位置づけています。

図表 3-1-1 保健医療圏の類型



出典：厚生労働省「医療計画説明会資料」

図表 3-1-2 二次保健医療圏およびサブ保健医療圏

二次保健医療圏	構成市町	圏域人口(人)	面積(km <sup>2</sup> )	人口千人あたり病床数(床)
北勢保健医療圏	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	840,194	1,107	7.23
中勢伊賀保健医療圏	津市	461,354 (284,867)	1,399 (711)	9.91 (12.45)
伊賀サブ保健医療圏	伊賀市、名張市	176,487	688	5.82
南勢志摩保健医療圏	松阪市 (多気郡) 多気町、明和町、大台町 (度会郡) 大紀町	468,708 (225,720)	2,279 (1,364)	8.98 (10.03)
伊勢志摩サブ保健医療圏	伊勢市、鳥羽市、志摩市 (度会郡) 玉城町、度会町、南伊勢町	242,988	915	8.00
東紀州保健医療圏	尾鷲市、熊野市 (北牟婁郡) 紀北町 (南牟婁郡) 御浜町、紀宝町	77,851	992	11.68

※圏域人口、面積および病床数欄の( )内の数字は、サブ保健医療圏を除いた数値です。

※人口および病床数は平成23年10月1日現在の数値です。

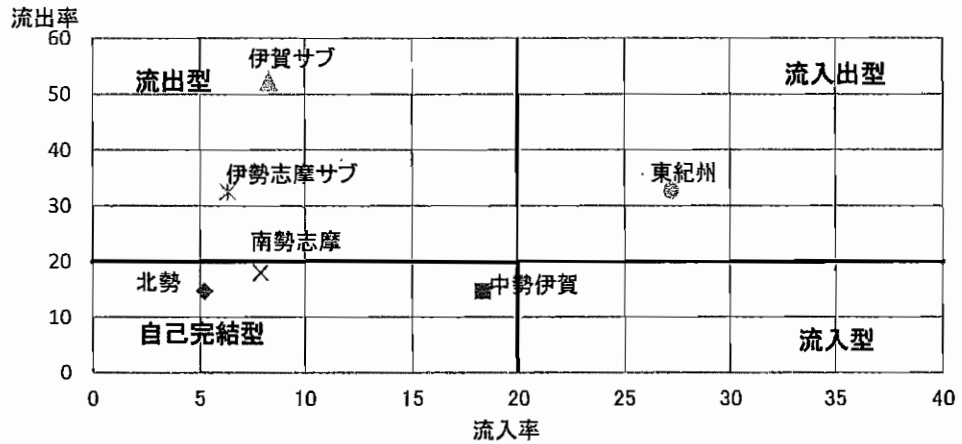
出典：三重県「月別人口調査結果」、国土交通省「全国都道府県市区町村別面積調」

- 第2章第4節の「県民の受療動向」で確認したように、入院患者は東紀州保健医療圏を除いた二次保健医療圏では患者の80%以上がその保健医療圏内で入院医療を受けており、当該保健医療圏は、おおむね標準的な医療提供体制が一体的に確保されていると認められます。
- 東紀州保健医療圏については、仮に隣接する南勢志摩保健医療圏との統合を考えた場合、面積が広大となり(全国第3位、北海道を除く)、へき地を抱える東紀州地域のさらなる医療過疎を招くおそれがあります。また、圏域内の尾鷲市、熊野市から、主な流出先となっている南勢志摩保健医療圏、中勢伊賀保健医療圏へのアクセス時間が2時間から3時間程

度であり、基幹病院へのアクセスが悪く、住民にとって統合によるメリットは薄いと考えられます。

図表 3-1-3 各保健医療圏の流出率・流入率による分類

(単位：%)



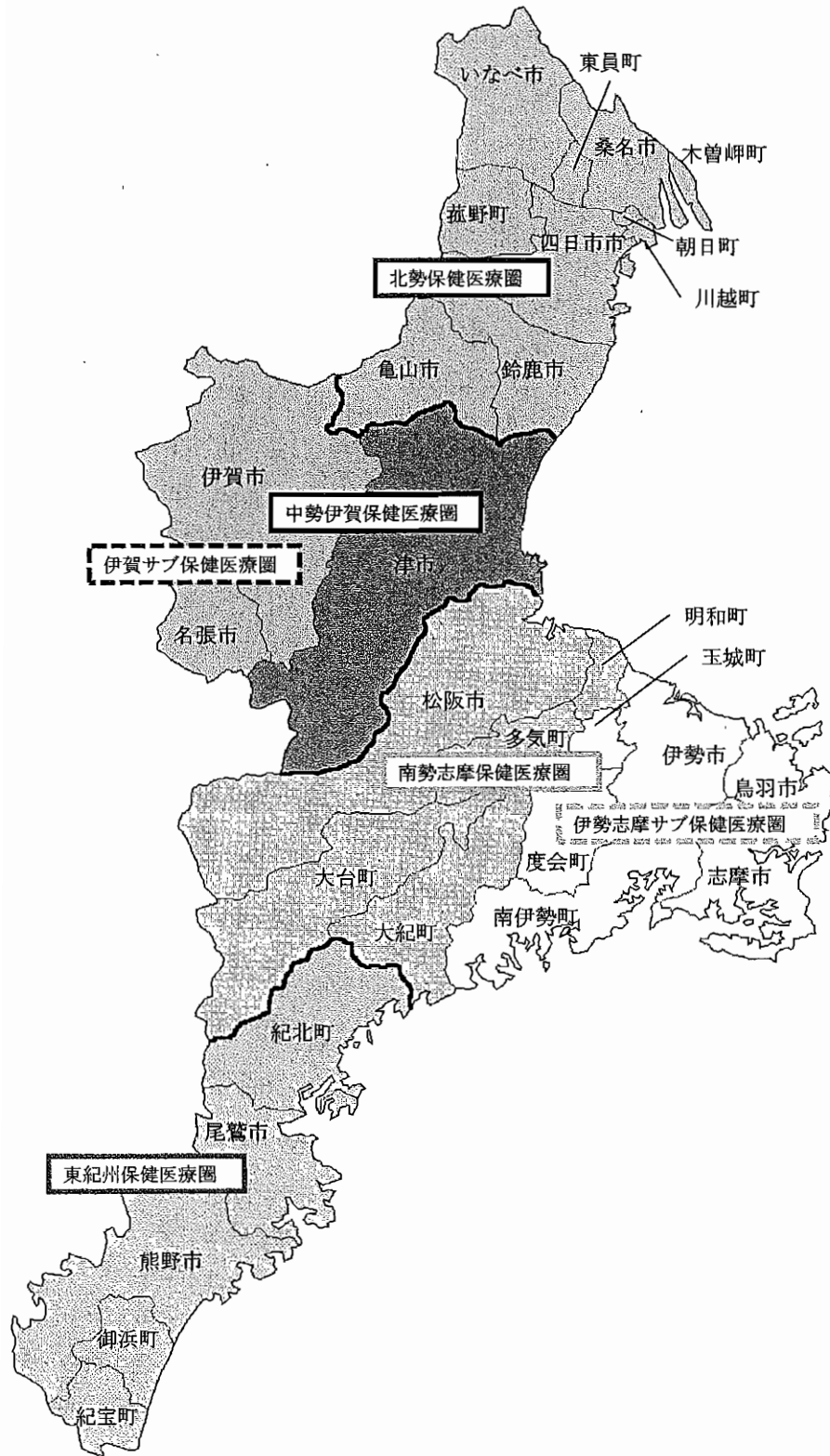
出典：厚生労働省「平成20年患者調査（個票解析）」をもとに推計

- こうしたことから、二次保健医療圏については、これまでと同様の4つの圏域を設定することとします。
- 伊賀サブ保健医療圏については、滋賀県や奈良県等との人の往来も多く、従来から県内他地域と比べ独立性が高い地域であり、医療面では、医師等の医療従事者の確保や二次救急医療体制の整備が喫緊の課題となっています。また、伊勢志摩サブ医療圏は、通学や通勤圏が形成されるなど、生活圏として一体性が強い地域であり、医療面では、二次救急医療体制の整備や高い高齢化率への対応が課題となっています。
- いずれのサブ保健医療圏も、住民の生活圏等の観点からは、独立した圏域としての可能性を有しますが、患者流出入割合や人口規模に加え、独立した場合の一次保健医療圏との機能分担等を考慮して、これまでと同様に2つのサブ保健医療圏を維持していくこととします。

#### (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医療提供体制と連携し、高度で特殊な専門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の範囲です。
- 本県においては、県全域を三次保健医療圏とします。

図表 3-1-4 三重県全体図(二次保健医療圏およびサブ保健医療圏)



## 2. 基準病床数

- 保健医療圏内で、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が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または増加が抑制されます。
- ただし、以下の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意見を聴くなどの手続きを経た上で知事への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、また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で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
- また、医療法施行規則第30条の32の2第1項に規定する特定の病床等に係る特例に該当する病床<sup>1</sup>の設置については、三重県医療審議会の意見を聴いた上で、県が厚生労働大臣に協議し、その同意を得た場合に限り認められます。

図表 3-1-5 基準病床数

病床種別	区 分	基準病床数	(単位：床)	
			既存病床数	過不足数
療養病床 および 一般病床	北勢保健医療圏	5,542	6,076	534
	中勢伊賀保健医療圏	3,796	4,548	752
	南勢志摩保健医療圏	3,510	4,208	698
	東紀州保健医療圏	764	909	145
	合 計	13,612	15,741	2,129
精神病床	全 県 域	4,120	4,804	684
結核病床	全 県 域	60	54	▲6
感染症病床	全 県 域	24	24	0

※既存病床数は、平成24年4月1日現在です。

※療養病床および一般病床なら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もとに医療法に定められた計算方式により算出しています。

※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）および県内結核患者の発生状況、平均入院期間等を勘案し、算出しています。

なお、本県では、結核病床の不足を補うため、国の結核患者収容モデル事業により、一般病床および精神病床の一部を結核患者収容可能な病床として整備しています。

※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。

<sup>1</sup> 専らがんその他の悪性新生物又は循環器疾患に関するもの（不足している地域に限る。）、専ら小児疾患に関するもの、専ら周産期疾患に関するもの、専らリハビリテーションに関するもの（発達障害児の早期リハビリテーションその他の特殊なリハビリテーションに係るものに限る。）などの病床をいいます。

## 第4章 保健医療提供体制の構築

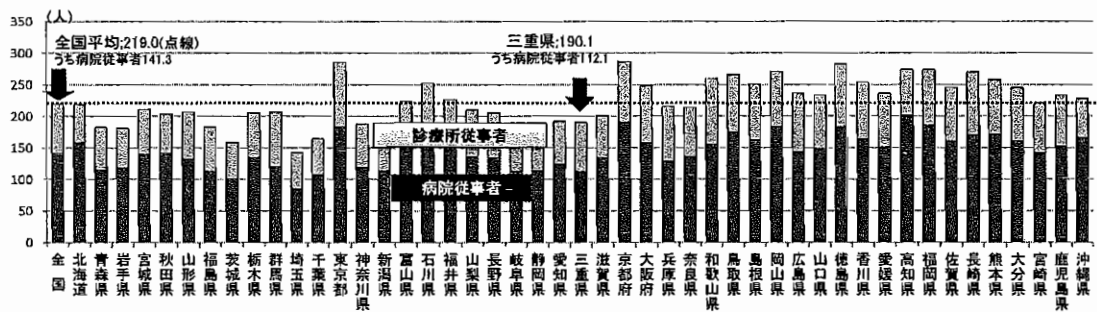
### 第1節 医師の確保と資質の向上

#### 1. 医師

##### (1) 現状

- 平成16(2004)年度に導入された新臨床研修制度\*の影響により、全国のどの臨床研修病院\*でもマッチング\*すれば初期臨床研修\*を受けることができるようになった結果、全国的に研修医の大学の医局離れや大都市圏の医療機関への流出が起こるなど、医師の偏在が顕著化しました。
- 厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査(平成22年12月31日現在)によると、本県の人口10万人あたりの医師数は、190.1人で、全国平均の219.0人に比べて28.9人少なく、さらに救急医療を担う病院勤務医においては、112.1人と全国平均の141.3人より29.2人少なく、深刻な医師不足の状況にあります。

図表 4-1-1 医師数の全国と県との比較(人口10万人あたりの医療施設従事医師数<sup>1)</sup>)



出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 内科、外科、産婦人科、小児科等、主な診療科についても全国平均より大きく下回っています。

図表 4-1-2 医師数の全国と県との比較<sup>2)</sup>(実人数と人口10万人あたりの医療施設従事医師数)

(単位:人)

	実人数	診療科計	内科	外科	小児科	産婦人科	脳神経外科	麻酔科
全国	280,431	219.0	78.2	18.3	12.4	9.6	5.2	6.0
三重県	3,525	190.1(37)	71.2(34)	15.3(41)	10.8(38)	8.6(36)	4.7(35)	3.5(46)

※ ( )内は全国順位

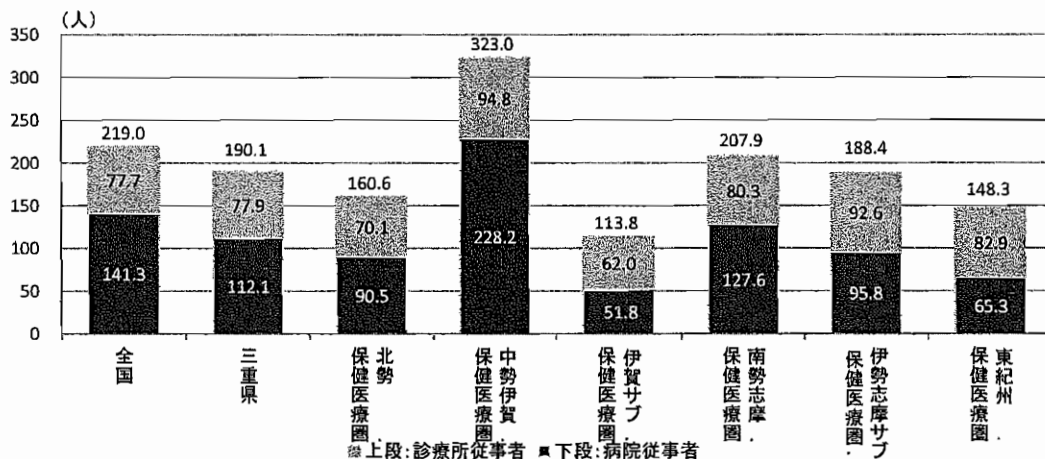
出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

<sup>1</sup> 病院および診療所に従事する医師の合計です。

<sup>2</sup> (内科) : 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科の合計  
 (外科) : 外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、小児外科、肛門外科の合計  
 (産婦人科) : 産婦人科、産科、婦人科の合計

- 地域別に見ると、病院では、伊賀サブ、東紀州、北勢、伊勢志摩サブ保健医療圏の順に医師数が少なく、他方、診療所では、伊賀サブ、北勢保健医療圏以外は全国平均を上回っています。

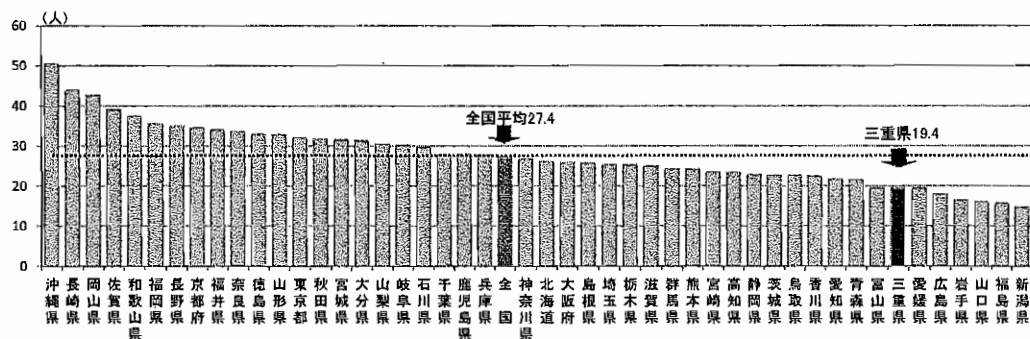
図表 4-1-3 県内の人口10万人あたりの医療施設従事医師数



※中勢伊賀保健医療圏、南勢志摩保健医療圏については、それぞれサブ医療圏を除いたものです。  
 出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

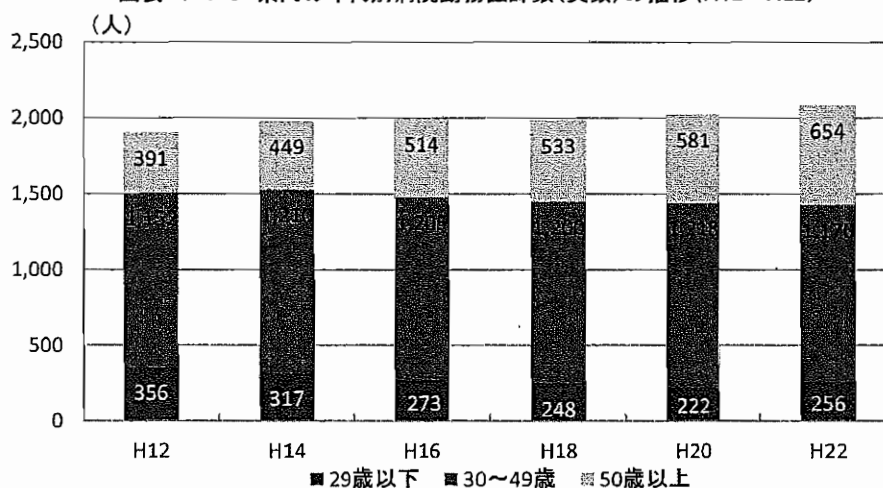
- 近年では、全国的に医師数が増加傾向にあります。本県ではその伸び率が低く、救急医療等を中心的に担う50歳未満の医師数は減少傾向にあります。

図表 4-1-4 過去10年間の人口10万人あたりの医療施設従事医師の増加数(H12～H22)



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 4-1-5 県内の年代別病院勤務医師数(実数)の推移(H12~H22)



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 厚生労働省が平成 22 (2010) 年 6 月に実施した「病院等における必要医師数実態調査」では、必要医師数が現員医師数に対して、全国で 1.14 倍、本県で 1.20 倍となっており、本県の医師不足がより深刻な状況にあることを裏づける結果となっています。

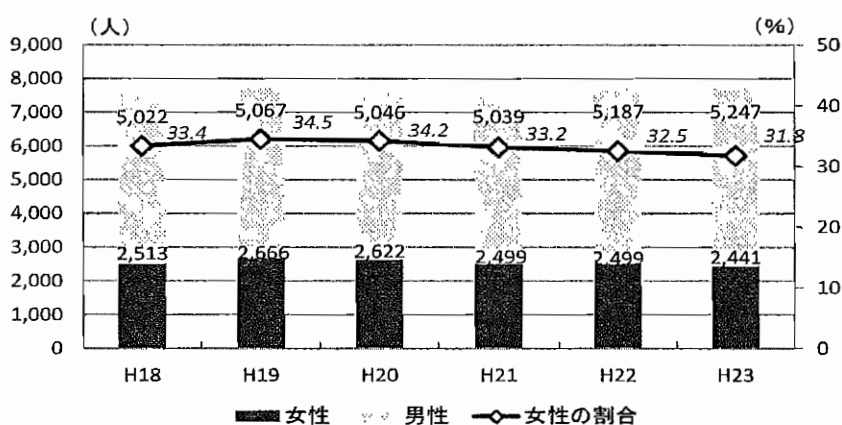
図表 4-1-6 県内の必要医師数

	現員医師数	必要医師数 (求人中)		必要医師数	
		人数	倍率	人数	倍率
全国	167,063 人	18,288 人	1.11 倍	24,033 人	1.14 倍
三重県	1,982 人	312 人	1.16 倍	400 人	1.20 倍

出典：厚生労働省「病院等における必要医師数実態調査(平成 22 年 6 月)」

- 近年、医師数に占める女性医師の割合が高まってきており、最近の国家試験合格者に占める女性医師の割合は 30%を超えています。
- また、県内においても、50 歳未満の病院勤務医に占める女性医師の割合は増加傾向にあります。

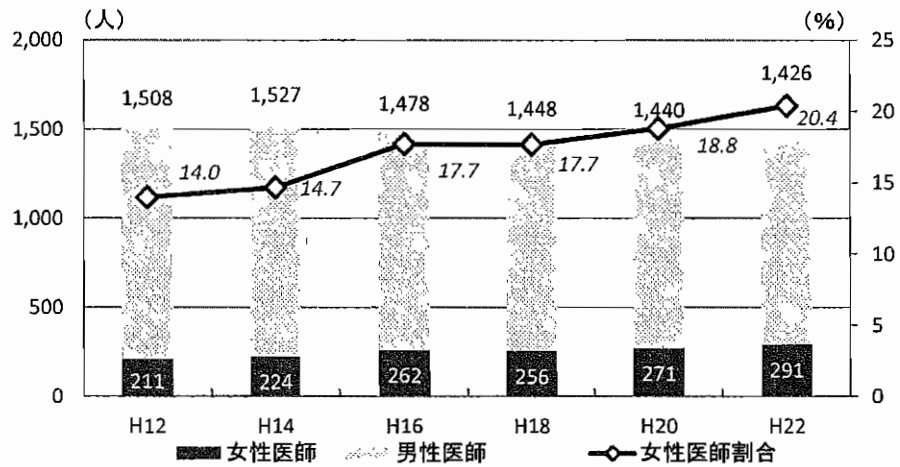
図表 4-1-7 国家試験合格者に占める女性医師数および割合の推移(H18~H23)



出典：医学書院「週刊医学界新聞(第 2973 号 2012 年 04 月 09 日)」



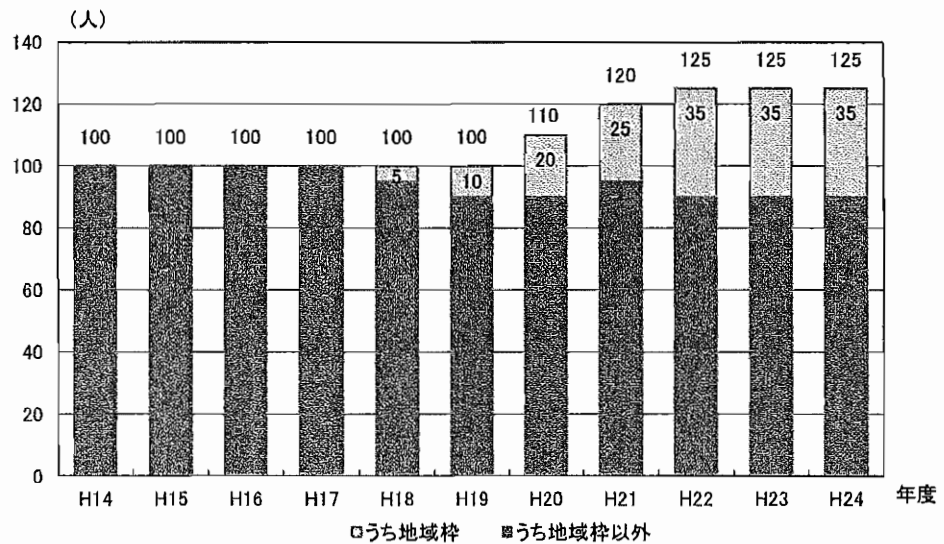
図表 4-1-8 県内の病院に勤務する医師数(50歳未満)および女性医師の割合の推移(H12~H22)



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

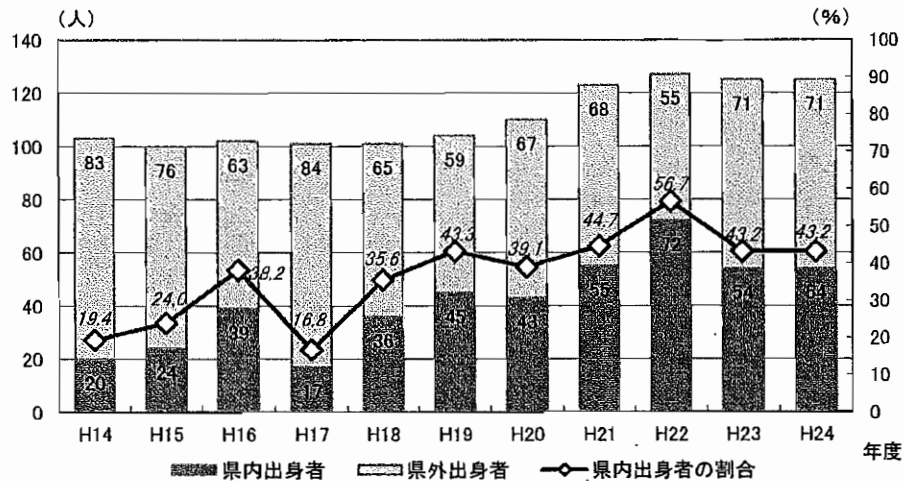
- 三重大学医学部では、平成 18 (2006) 年度以降、段階的に定員の拡大(25 名増：100 名→125 名)や地域枠\* (30 名：地域枠 A (25 名)・地域枠 B (5 名))および地域医療枠\* (5 名) (以下、「地域枠」という。) の設定等に取り組み、一時大きく落ち込んだ県内出身者数も入学者の 4 割を超える程度にまで回復しつつあります。

図表 4-1-9 三重大学医学部の定員および地域枠数の推移(H14~H24)



出典：三重県調査

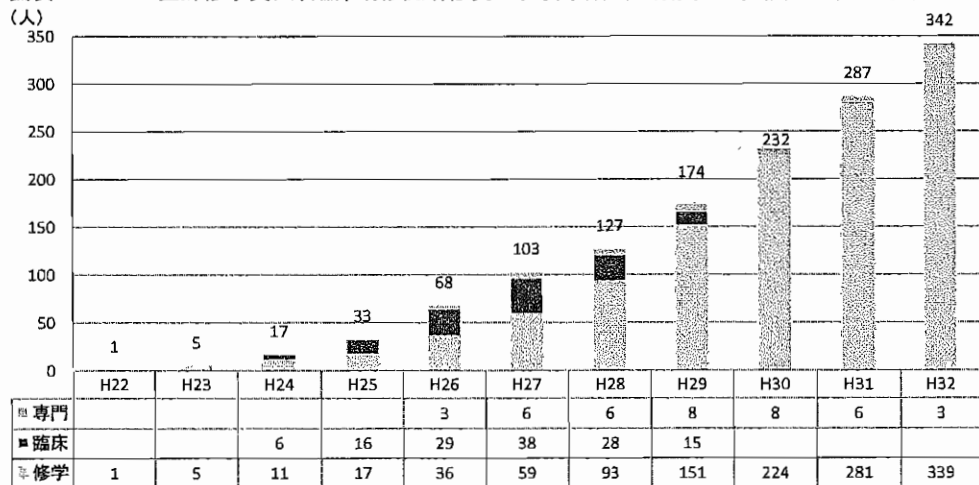
図表 4-1-10 三重大学医学部入学者に占める県内出身者割合



出典：三重県調査

- 本県では、平成 16 (2004) 年度の新臨床研修制度の導入にあわせて、三重県医師修学資金貸与制度\*を創設し、平成 20 (2008) 年度に返還免除条件の緩和 (県内救急告示病院等への一定期間勤務等) や貸与枠の拡大等の大幅な見直しを行いました。その結果、貸与者の累計が 350 名 (平成 24 年 12 月末現在、返還者除く) となっており、初期臨床研修を修了し、返還免除のための県内医療機関における勤務 (以下「義務勤務」という。) を開始する医師は、今後、段階的に増加することが見込まれています。
- また、平成 23 (2011) 年度から新たに三重県臨床研修医研修資金制度\*および三重県専門研修医研修資金制度\*を創設しました。貸与者の累計は、臨床研修医 29 名、専門研修医 6 名 (平成 24 年 12 月末現在、返還者除く。) となっており、今後、医師修学資金と同様に、県内医療機関において義務勤務を開始することとなっています。

図表 4-1-11 医師修学資金、臨床研修医研修資金、専門研修医研修資金義務勤務者数 (見込み)

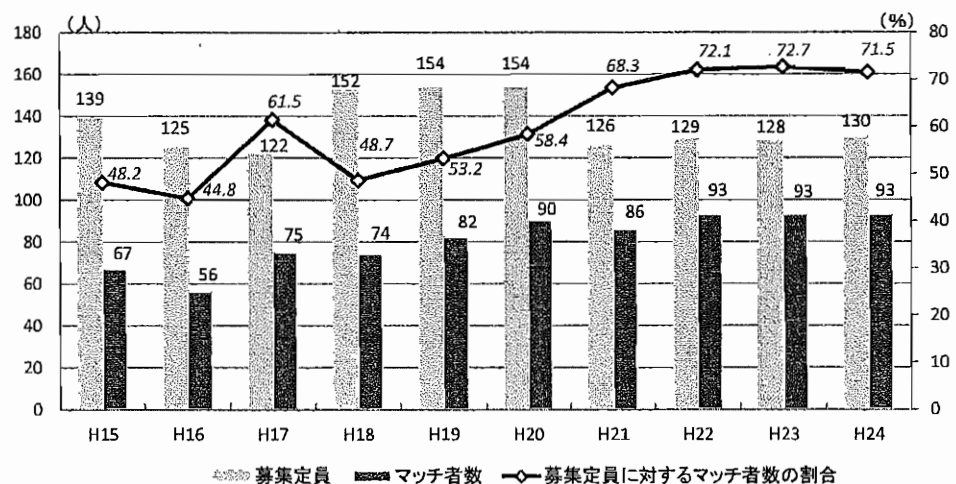


※平成 24 (2012) 年度までは実績。臨床研修医研修資金、専門研修医研修資金については、平成 25 年度もこれまでの実績と同程度の貸与を行うと想定し、貸与者数を計上しています。

出典：三重県調査

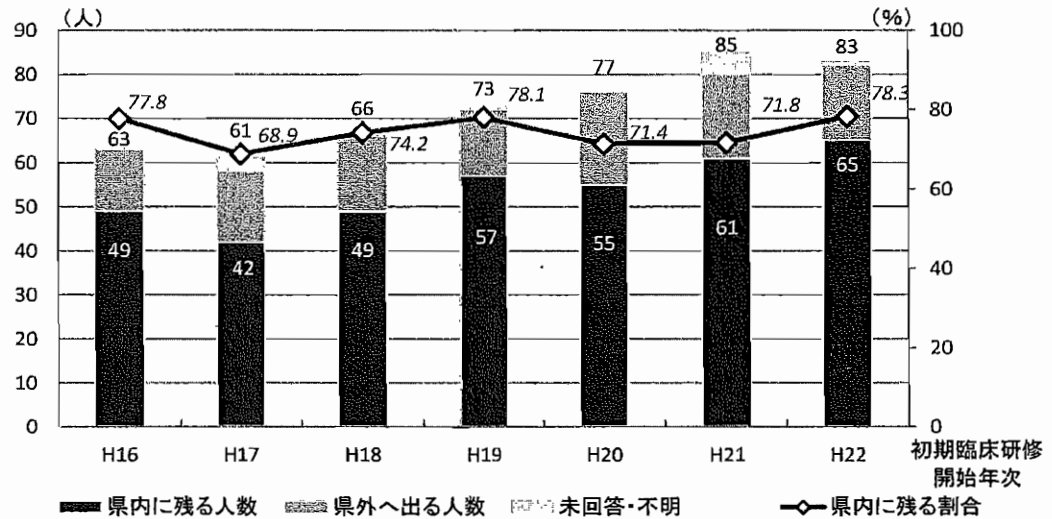
- 医師無料職業紹介事業は、平成 22 (2010) 年 10 月の開設以来、55 件の問い合わせがあり、そのうち 22 件が成約（常勤 6 件、非常勤 16 件。平成 24 年 12 月末現在）しています。また、自治医科大学義務年限\*内医師と義務年限終了後も引き続き県職員としてへき地医療機関等へ派遣するキャリアサポート制度により、平成 24 (2012) 年度には 13 名をへき地等の医療機関へ配置しています。
- このほか、都市部の医療機関から医師不足地域の医療機関に医師を派遣するバディ・ホスピタル・システム\*による診療支援や、大学、市町、県が連携した医師派遣を伴う寄附講座の設置、大学における国の補助金を活用したへき地医療機関への医師派遣等の取組も行われています。
- 県内で初期臨床研修を行う研修医は年々増加しつつありますが、県の定員に占める割合は 7 割程度となっています。県内の臨床研修病院等が組織する NPO 法人 MMC 卒後臨床研修センター\*では、平成 24 (2012) 年度から、県内の全ての基幹型臨床研修病院 (17 病院) が相互に研修協力病院となり研修医の選択肢を広げるプログラム (MMC プログラム) を導入し、さらなる研修医の確保に努めています。
- なお、県内の医療機関において、初期臨床研修修了後、後期臨床研修医として県内医療機関にとどまる割合は 7 割程度となっています。

図表 4-1-12 初期臨床研修マッチング推移 (H15~H24)



出典：医師臨床研修マッチング協議会

図表 4-1-13 後期臨床研修医の動向



出典：NPO法人MMC 卒後臨床研修センター調べ

- 平成 21 (2009) 年度および平成 23 (2011) 年度に策定した「三重県地域医療再生計画」(平成 25 年度まで) に基づき、若手医師の育成・確保に向けて勤務医の負担軽減対策や臨床研修病院の魅力向上、総合診療医\*の育成拠点整備等の環境づくり等に注力し、取り組んでいます。
- また、県では地域医療の担い手の育成に向けて、平成 21 (2009) 年 4 月、紀南病院内に三重県地域医療研修センターを設置し、医学生、研修医を対象に実践的な地域医療研修の機会を提供しています。同センターで行う初期臨床研修医の地域医療研修では、これまでに定員 (35 名) を超える応募が続いていることから、平成 24 (2012) 年度から研修医を受け入れる医療機関の拡充 (3 医療機関の増加) を行っています。
- さらに、平成 24 (2012) 年 5 月には、県内の医師の地域偏在の解消に向け、県内の医療機関や医師会、市町、三重大学等と連携して三重県地域医療支援センターを設置し、医師不足原因調査や若手医師のキャリア形成支援と医師不足病院における医師確保支援を一体的に行う仕組みづくり等の取組を進めているところです。

## (2) 課題

- 医師の不足と偏在の解消には、決定的な取組がないことから、引き続き医師無料職業紹介事業や勤務医負担軽減等の医師不足の影響を当面緩和する取組と、医師修学資金貸与制度の運用や地域医療教育の充実等の中長期的な視点に立った取組を組み合わせ、総合的に進める必要があります。
- 今後段階的に増加することが見込まれている義務勤務を開始する医師修学資金の貸与者や三重大学医学部へ地域枠で入学した医師等の若手医師 (以下、「修学資金貸与医師等」という。) が県内の医療機関で勤務するにあたって、キャリア形成について不安を持つことなく、専門医資格を取得できるようなキャリア形成の支援を行うとともに、一部の中核病院だけ

でなく、医師不足地域の病院でも勤務しつつ一定期間県外で先進医療や国際医療協力等についても経験できるような魅力ある仕組みづくりが必要です。

- また、三重県出身者等で県外大学の医学部を卒業した医師が安心して三重県に戻ってこられるよう、キャリア形成支援を行う必要があります。
- なお、厚生労働省が設置した「専門医の在り方に関する検討会」において、専門医やその養成プログラムの認定等の新たな専門医の仕組みが検討されているところですが、国に先行して実施する専門医資格の取得につながる後期臨床研修プログラムの作成にあたっては、国の検討内容との整合を図っていく必要があります。
- 初期臨床研修医のマッチング率のさらなる向上やより多くの後期臨床研修医の確保、パディ・ホスピタル・システムの促進に向けて、指導医の育成・確保等、関係医療機関の受入体制を充実していく必要があります。
- 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・育児等により、医療現場を離れる女性医師も多いことから、子育て中の医師等が働きやすい、もしくは復帰しやすい病院の勤務環境を改善・整備していくことが必要です。
- 地域医療に従事する医師の確保に向けて、大学医学部の医師養成課程において、地域医療への動機づけや卒前・卒後を通じた一貫したキャリア形成支援等、三重大学医学部や市町、県が連携し、地域医療教育の充実を継続して進める必要があります。
- 義務教育課程や高校教育課程において、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。

### (3) めざす姿

- 若手医師を対象としたキャリア形成支援等に重点的に取り組むことによって、若手医師が県内に定着するとともに、医師不足地域の病院の医師確保支援にもつながっています。
- これにより、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、診療科目間の偏在の解消が進むとともに、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。

### (4) 取組方向

取組方向1：総合的な医師確保対策の実施

取組方向2：地域医療を担う若手医師や女性医師への支援体制の充実

取組方向3：三重県地域医療支援センターを核とした若手医師の県内医療機関への定着と医師の地域偏在解消に向けた仕組みの構築

### (5) 取組内容

#### 取組方向1：総合的な医師確保対策の実施

- 医師無料職業紹介事業等を通じて県内医療機関の求人情報を効果的に発信し、全国から医師を招へいするとともに、自治医科大学義務年限内医師やキャリアサポート制度活用医師

を派遣すること等により、へき地等に勤務する医師の確保を進めます。また、臨床研修医、専門研修医への研修資金貸与制度、寄附講座の設置等を通じて即効性のある医師確保につなげます。(医療機関、大学、市町、県)<sup>3</sup>

- バディ・ホスピタル・システムを活用した都市部の病院から医師不足地域の病院への診療支援を進めるとともに、救急医療を担う病院における勤務医の負担軽減に係る取組や臨床研修病院の魅力向上等の医療機関の取組を促進します。(医療機関、医療関係団体、県)
- 医師修学資金貸与制度の運用を通じて将来県内医療機関で勤務する医師の確保を図るとともに、三重県地域医療支援センターにおける医師不足原因や医師需給状況の分析、キャリア形成支援の仕組みづくり等の取組に対応し、必要に応じて制度の見直しを行っていきます。(県)
- 三重大学医学部の医師養成課程において、市町と連携した地域での保健活動実習やへき地医療機関と連携した見学実習等、地域医療の現場でのより充実した教育機会の提供等により、地域医療教育の充実を図り、地域医療の優れた担い手の育成につなげます。(医療機関、三重大学、市町、県)
- 義務教育課程や高校教育課程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充実していきます。(医療機関、教育機関、市町、県)

#### 取組方向2：地域医療を担う若手医師や女性医師への支援体制の充実

- 地域医療の担い手の育成に向けて、三重県地域医療研修センター事業を拡充し、医学生や研修医を受け入れる医療機関の増加を図ります。(医療機関、県)
- 若手医師の確保・定着化を図るため、医療機関等における臨床研修受入体制の整備や指導医の確保・育成、女性医師を主とした子育て医師等の復帰支援、院内保育の充実支援、総合診療医の育成拠点整備等の環境づくりの取組を進めます。(医療機関、三重大学、医療関係団体、県)
- 「三重県地域医療再生計画」に基づき、地域における病院機能の再編・統合等を進め、救急医療機能の強化充実、総合診療医を育成する機能の整備等の診療体制整備を通じて、限られた医療人材の効果的な活用および若手医師の研修環境を充実します。(医療機関、三重大学、市町、県)

#### 取組方向3：三重県地域医療支援センターを核とした若手医師の県内医療機関への定着と医師の地域偏在解消に向けた仕組みの構築

- 三重大学、NPO法人MMC 卒後臨床研修センター、三重県地域医療支援センター等の関係機関が連携して、大学における医師養成課程から初期臨床研修後の専門医資格の取得に至るまで一貫したキャリア形成支援を進めます。(医療機関、三重大学、NPO法人MMC 卒後臨床研修センター、県)
- 医療機関、三重県地域医療支援センター(県)・同センター分室(三重大学)等が連携して、修学資金貸与医師等が不安を持つことなく、県内で勤務しながら基本的な診療領域の専門医資格を取得できるよう、必要な症例件数等を考慮した後期臨床研修プログラムを作成し

<sup>3</sup> ( )は、それぞれの取組における実施主体をあらわします。

ます。作成にあたっては、三重大学と県内の各病院が共同して、県内の複数の医療機関をローテーションするとともに、一定期間県外で先進医療や国際医療協力等について経験できるような魅力的なプログラムとします。当該プログラムに基づいて、県内の医療機関で、不安を持つことなく、キャリア形成ができるようにすることにより、若手医師の県内定着を進めます。(医療機関、三重大学、県)

- 後期臨床研修プログラムに医師不足地域の医療機関を含めるとともに、それに基づいて修学資金貸与医師等が勤務することにより、医師の地域偏在の解消を進めます。(医療機関、三重大学、県)
- また、それに伴う指導医の確保・育成等については、バディ・ホスピタル・システムにおける派遣先医療機関の指導体制の充実も含めて現状と課題を分析し、必要な対策を検討します。(医療機関、三重大学、県)
- 総合診療医の育成拠点の整備にあわせて総合診療医の専門医資格を取得するための後期臨床研修プログラムを作成することにより、総合診療医の育成を推進します。(医療機関、三重大学、県)
- 若手医師のニーズ\*把握調査を行い、その結果をキャリア形成支援の取組に反映させます。(三重大学、NPO法人MMC卒後臨床研修センター、県)
- 修学資金貸与医師等に対する研修会の実施やキャリア形成に関する相談・情報提供等の支援を行うことにより、若手医師の県内医療機関への定着を進めます。(三重大学、NPO法人MMC卒後臨床研修センター、県)
- 病院勤務医に対する勤務状況の調査および病院に対する医師不足状況の調査を実施し、医師不足原因および医師の需給状況の分析を行います。(三重大学、NPO法人MMC卒後臨床研修センター、医師会、県)
- これらの事業を中心となつて行う三重県地域医療支援センターについては、三重大学、医師会、病院協会、市町、住民代表等の地域の医療関係者等と協働し、効果的に運営します。(県)

## 第2節 医療従事者の人材確保と資質の向上

### 1. 歯科医師

#### (1) 現状

- 平成 22 (2010) 年末における本県の医療機関に從事する歯科医師数は 1,096 人、人口 10 万人あたり 59.1 人となっています。
- 人口 10 万人あたりの診療科別の歯科医師数は、歯科、矯正歯科、小児歯科および歯科口腔外科のいずれも全国平均を下回っています。

図表 4-2-1 県内の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	平成20年	平成22年
1,017	1,032	1,023	1,015	1,085	1,116	1,096

出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 4-2-2 歯科医師数の全国と県との比較(人口 10 万人あたり医療施設従事歯科医師数<sup>1</sup>)

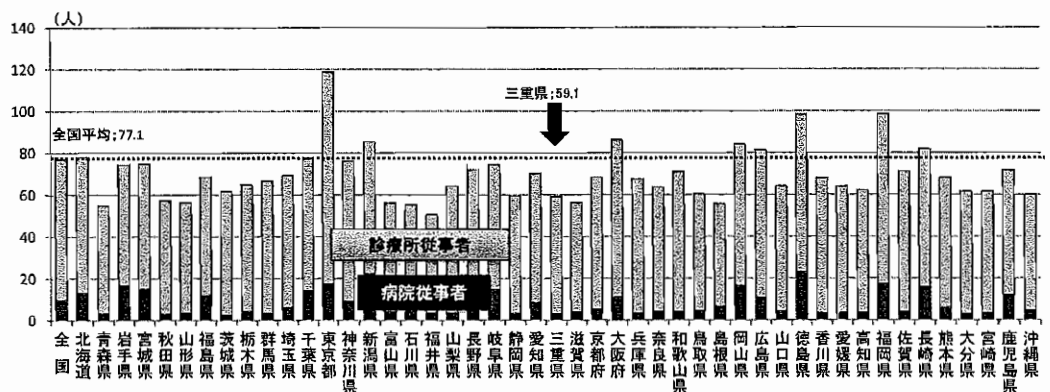
(単位:人)

区分	総数	歯科	矯正歯科	小児歯科	歯科口腔外科
全国	77.1	67.5	2.7	1.5	3.1
三重県	59.1(39)	52.5(41)	1.6(29)	1.3(18)	2.3(38)

※ ( ) 内は全国順位

出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 4-2-3 歯科医師数の全国と県との比較(人口 10 万人あたりの医療施設従事歯科医師数)



出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 保健医療圏別では、人口 10 万人あたりの歯科医師数は、伊勢志摩サブ保健医療圏、中勢伊賀保健医療圏（伊賀サブ保健医療圏を除く）以外は県平均を下回っています。

<sup>1</sup> 病院および診療所に従事する歯科医師の合計をいいます。



図表 4-2-4 県内の二次保健医療圏別医療施設従事歯科医師数

(単位:人)

	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
			うち伊賀サブ 保健医療圏	うち伊勢志摩サブ 保健医療圏			
歯科医師数	1,096	479	280 (194)	86	296 (128)	168	41
人口 10 万人 あたり	59.1	57.0	60.4 (67.9)	48.5	62.7 (56.5)	68.5	51.5

※ ( ) 内はサブ保健医療圏を除いた数値

出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 医療機関に従事する 1,096 人中 1,044 人 (95.3%) の歯科医師が歯科診療所に従事しており、県民の歯と口腔の健康を日常的にトータルサポートするかかりつけ歯科医\*としての役割が期待されています。そのため、在宅や介護施設での歯科医療や口腔ケアの提供においては地域ケアに携わる一員として他の職種と連携した取組が重要です。

## (2) 課題

- 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。
- 地域医療等を担う一員として歯科医師が積極的に活動できるよう、医師会等の職種医療関係者との連携を進めていく必要があります。
- 高齢化等の進行に伴う歯科保健医療ニーズの高度化・多様化、歯科医療技術の進歩への対応、障がい<sup>2</sup>児（者）、要介護高齢者等への専門歯科医療を行っていくなどのため、歯科医師の生涯研修を進めていく必要があります。

## (3) 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。

## (4) 取組方向

取組方向 1：歯科医師が少ない地域での歯科保健医療体制の充実

取組方向 2：歯科医師の生涯研修の推進と障がい児（者）、要介護高齢者等への専門歯科医療を提供する人材の育成

<sup>2</sup> 本県では、法令、条例等に基づく制度や固有名詞等で「障害」の漢字表記が使用されている場合には、そのままの漢字表記を使用し、その他は「障がい」のひらがな表記にしています。

## (5) 取組内容

### 取組方向1：歯科医師が少ない地域での歯科保健医療体制の充実

- 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、多職種との連携による在宅歯科医療の充実を含めた歯科医療提供体制の整備に努めます。(医療機関、歯科医師会、県)

### 取組方向2：歯科医師の生涯研修の推進と障がい児(者)、要介護高齢者等への専門歯科医療を提供する人材の育成

- 障がい児(者)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、障がい児(者)歯科ネットワーク「みえ歯ートネット」機能を充実させます。(医療機関、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、要介護高齢者等に対する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)
- 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育成します。(医療機関、歯科医師会、県)
- 日本歯科医師会の生涯研修制度に基づき、県歯科医師会、郡市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)

## 2. 薬剤師

### (1) 現状

- 平成22(2010)年末における本県の薬局および医療機関に従事する薬剤師数は2,465人、人口10万人あたりの薬剤師数は132.9人と、全国平均の154.3人を下回っています。
- 医薬分業の進展や医療機関における薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務により、薬剤師の需要は増加しています。
- また、高齢化により在宅医療における医薬品等の供給や薬剤管理指導業務など、薬剤師を取り巻く環境は大きく変化してきています。

図表 4-2-5 県内の薬局・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	平成20年	平成22年
1,578	1,756	2,031	2,046	2,178	2,344	2,465

出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」



#### (4) 取組方向

取組方向 1：薬剤師の人材育成・確保

取組方向 2：薬剤師の資質の向上

#### (5) 取組内容

##### 取組方向 1：薬剤師の人材育成・確保

- 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。  
(医療機関、薬局、大学薬学部、薬剤師会、病院薬剤師会、県)
- 県薬剤師会の薬剤師職業紹介機能を活用した未就業薬剤師の就業を支援します。(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ふまえ、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、病院薬剤師会、県)

##### 取組方向 2：薬剤師の資質の向上

- 薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務、がん治療等の薬物療法などに精通した実践能力の高い臨床薬剤師を育成するため、県薬剤師会や県病院薬剤師会と連携して薬剤師の資質の向上に取り組みます。(医療機関、薬剤師会、病院薬剤師会、県)
- 在宅医療の進展に対応できる薬剤師の育成を図るため、県薬剤師会や県病院薬剤師会と連携し、研修の充実を図ります。(薬剤師会、病院薬剤師会、県)

### 3. 看護師、准看護師

#### (1) 現状

- 平成 22 (2010) 年末における本県の就業看護師数(実人員)は 13,016 人であり、人口 10 万人あたりは 701.8 人と全国平均 774.0 人を下回っていますが、その値は経年的に増加しています。一方、就業准看護師数(実人員)は 5,713 人であり、人口 10 万人あたりは 308.0 人と全国平均 287.5 人を上回っています。

図表 4-2-8 就業看護師・准看護師数

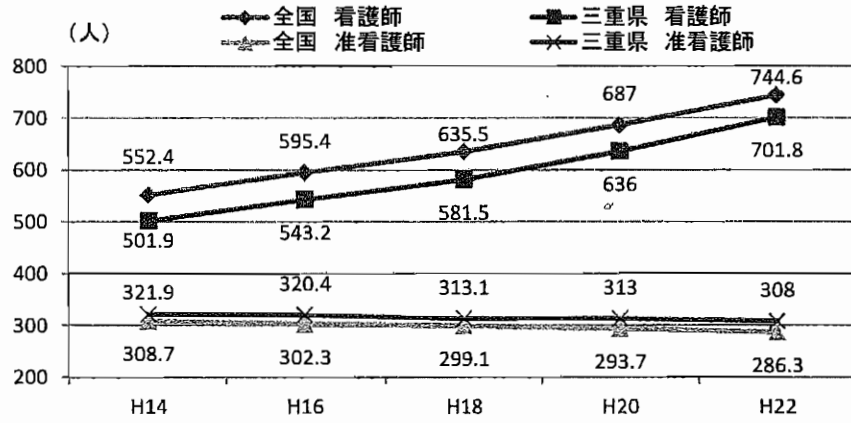
(単位:人)

区 分	看護師		准看護師	
	実人数	人口 10 万人あたり	実人数	人口 10 万人あたり
全 国	952,723	774.0	368,148	287.5
三重県	13,016	701.8 (38)	5,713	308.0 (27)

※ ( ) 内は全国順位

出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

図表 4-2-9 就業看護師・准看護師数の推移(人口 10 万人あたり)



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

- 平成 22 (2010) 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 23 (2011) 年は 743 人の看護職員の不足となっており、看護職員数は今後増加するものの、平成 27 (2015) 年においても依然として 150 人の不足が見込まれています。

図表 4-2-10 三重県における看護職員需給見通し(平成 23 年～27 年)

(単位:人)

区分	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年
需要数	20,964	21,316	21,876	22,427	22,993
供給数	20,221	20,903	21,567	22,214	22,843
差引計	743	413	309	213	150

出典：三重県「第七次看護職員需給見通し(平成23年3月)」

- 就業場所について見ると、看護師、准看護師ともに病院が最も多く、平成 22 (2010) 年では看護師は 9,297 人と全体の 71.4%、准看護師では 2,173 人と全体の 38.0%を占めています。平成 20 (2008) 年と比較すると、病院の増加が 422 人と最も多く、次いで介護保険施設等で 184 人、無床診療所で 148 人となっています。一方、有床診療所では、52 人の減少となっています。

図表 4-2-11 就業場所別看護職看護師・准看護師数

	総計	病院	診療所		助産所	介護保険施設等	ステーション訪問看護	社会福祉施設	学校養成所等研究機関	保健所	市町	事業所	その他	
			有床	無床										
H20 年	総数	17,794	11,048	883	2,406	7	2,238	414	312	203	6	74	100	103
	看護師	11,925	8,701	323	1,032	6	962	366	137	203	5	52	62	76
	准看護師	5,869	2,347	560	1,374	1	1,276	48	175		1	22	38	27
H22 年	総数	18,729	11,470	831	2,554	24	2,422	446	419	224	31	90	146	72
	看護師	13,016	9,297	333	1,179	17	1,123	397	212	224	30	62	102	40
	准看護師	5,713	2,173	498	1,375	7	1,299	49	207		1	28	44	32

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

- 保健医療圏別の人口 10 万人あたりの看護師数は、中勢伊賀保健医療圏で 1,007.6 人、南勢志摩保健医療圏で 794.6 人と全国水準より高くなっていますが、その他の保健医療圏では下回っており、特に伊賀サブ保健医療圏では 533.8 人と低くなっています。准看護師は、東紀州保健医療圏で 481.4 人と高く、次いで南勢志摩保健医療圏で 393.4 人となっています。全体としては、中勢伊賀保健医療圏で 1,315.7 人と高く、伊賀サブ保健医療圏で 756.9 人と低くなっています。

図表 4-2-12 保健医療圏別の看護職員従事者数(人口 10 万人あたり)

(単位：人)

保健医療圏	看護師	准看護師	看護師および 准看護師
全 国	774.6	287.5	1,062.1
三重県	701.8	308.0	1,009.8
北勢保健医療圏	653.3	273.6	926.9
中勢伊賀保健医療圏	1,007.6	308.1	1,315.7
伊賀サブ保健医療圏	533.8	223.1	756.9
南勢志摩保健医療圏	794.6	393.4	1,188.0
伊勢志摩サブ保健医療圏	618.7	354.6	973.3
東紀州保健医療圏	569.7	481.4	1,051.1

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

出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

- 本県の看護師等の養成については、平成 24 (2012) 年現在、看護系大学 3 か所、助産師養成所 1 か所、看護師養成所 (3 年課程) 12 か所、同養成所 (5 年一貫) 1 か所、准看護師養成所 1 か所の計 18 施設で実施されており、入学定員は全体で 885 人となっています<sup>3</sup>。平成 23 (2011) 年度の看護師等学校養成所の受験者数は 2,973 人で、そのうち合格者数は 1,165 人、競争率は 2.6 倍となっています。
- 平成 24 (2012) 年度の「看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」においては、16 の施設から 800 人の卒業生があり、看護師として 658 人が就業し、うち 503 人が県内に就業しています。県内就業率は 62.9%と、全国の 52.8%と比較すると高い水準にあります。

図表 4-2-13 看護師等学校養成所数、定員数および卒業生数の全国と県との比較

(単位：か所、人)

区 分	養成所数		1 学年定員		卒業生数	
	実数	人口 10 万 人あたり	実数	人口 10 万 人あたり	実数	人口 10 万 人あたり
全 国	1,038	0.82	60,501	47.8	62,838	49.6
三重県	16	0.87	815	44.3	800	43.5

※助産師・准看護師養成所を除きます。

出典：厚生労働省「平成24年度 看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」

<sup>3</sup> 出典：三重県調査 (平成 24 年)

図表 4-2-14 看護師等学校養成所の卒業者に占める就業看護師数の全国と県との比較  
(単位：人、%)

区 分	卒業者のうち看護師として就業した人数				
	総数	人口 10 万人 あたり	卒業者数に 占める割合	うち県内就業者	
				総数	卒業者数に 占める割合
全 国	45,031	35.6	71.7	33,154	52.8
三重県	658	35.8	82.3	503	62.9

出典：厚生労働省「平成24年度 看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」

- 日本看護協会の実施した「病院看護実態調査」において、常勤看護職員の離職率は、平成 20 (2008) 年を除いて毎年約 9% 台で推移しており、全国と比較しても低い水準です。また、新人看護職員の離職率は平成 22 (2010) 年において 3.5% と、全国と比較して大幅に低くなっています。

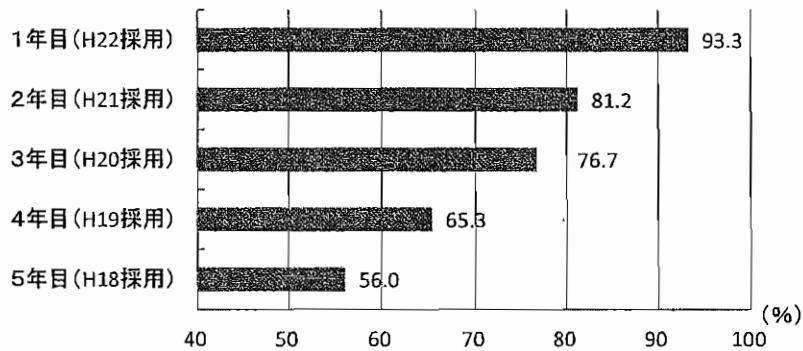
図表 4-2-15 常勤・新人看護職員離職率の推移  
(単位：%)

	区 分	H19 年	H20 年	H21 年	H22 年
常勤看護職員	全 国	12.6	11.9	11.2	11.0
	三重県	9.4	11.1	9.2	9.3
新人看護職員	全 国	9.2	8.9	8.6	8.1
	三重県	6.5	5.9	6.0	3.5

出典：日本看護協会「病院看護実態調査」

- 看護職員の職場定着率を見ると、採用後の期間と共に低くなり、採用 5 年目になると 56.0% に減少しています。

図表 4-2-16 採用5年目までの病院看護職員の職場定着状況



出典：三重県・三重県看護協会「平成 23 年度 医療機関等看護職員需要調査」

## (2) 課題

- 看護師数は増加傾向にありますが、全国と比較すると低い水準にあります。また「三重県看護職員需給見通し」においての需要数と現在の看護職員実人員数とは大きく差があり、

看護職員の不足は喫緊の課題です。

- 看護職員の就業場所では、病院の看護職員数の増加が大きく、平成 18（2006）年度の診療報酬改定で「7対1入院基本料\*」が設定されたことなどにより、依然として病院での看護職員の需要が高いことが推測され、人材の確保が必要です。
- 社会福祉施設や介護保険施設などでも看護職員数が増加しており、さらなる看護職員の需要が見込まれます。また今後、在宅医療提供体制の整備を進めるにあたり、訪問看護ステーションの看護職員の確保も必要となっています。
- 看護師の資格を持ちながら、出産や育児等の理由で退職した潜在看護師の復帰支援の取組が必要です。
- 少子化による高校卒業者の減少等により、看護職を志望する学生の減少が懸念されます。学生を確保するためには、看護の魅力について普及啓発することが必要です。
- 看護職員の離職防止のため、新人看護職員や中堅看護職員が、働きがいを維持し、看護職員としての成長を実感できる職場環境づくりや研修体制を充実する取組が必要です。また、配置基準を満たすだけでなく、勤務時間や夜勤勤務体制について検討し、さまざまな勤務形態の導入や、看護職員の勤務条件を改善するための取組も重要です。
- 子育てをしながらも、看護職員としての就労を継続するため、医療機関等における保育所の整備が必要です。
- 医療技術の高度化、患者の高齢化・重症化、在院日数の短縮化が進む中、患者本位の医療を実現するためには安全で質の高い看護を提供できる人材の育成が求められています。
- 多職種の医療関係者が身近にいる医療機関とは異なり、訪問看護ステーションや社会福祉施設等においては医療職としての的確な看護判断や技術が求められ、質の高いさまざまな看護を提供できる人材の確保が必要です。

### (3) めざす姿

- 医療機関における高度先進医療から地域における在宅医療、介護・福祉分野での看護まで幅広い領域において県民の皆さんによりよ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資質の高い看護職員の確保と定着が進められ、看護職員の不足が解消されています。

### (4) 取組方向

- 取組方向 1：看護職員養成のさらなる充実強化と看護職員の確保促進
- 取組方向 2：離職防止対策の充実等による定着促進
- 取組方向 3：資質向上のための研修の充実

### (5) 取組内容

取組方向 1：看護職員養成のさらなる充実強化と看護職員の確保促進

- 少子化の進行等により、今後、看護師等学校養成所の入学者の確保が困難になることが想



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、養成機関、看護協会、県)

- 看護師等学校養成所の教育体制充実のため、民間の看護師等学校養成所の運営を支援します。(県)
- 看護職員の県内への定着を図るため、看護系大学を含む看護師等学校養成所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。(医療機関、市町、県)
- ナースセンター\*の運営を行う県看護協会と協力して、さまざま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。さらに潜在看護職員の再就職への不安を軽減するために復職支援研修を実施します。(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図ります。(看護協会、県、関係機関)

#### 取組方向2：離職防止対策の充実等による定着促進

- 院内保育所の設置など、子育てをしながらも、働きやすい勤務環境の整備を進めます。(医療機関、県)
- 新人・中堅の看護職員の働きがいを維持し、職場定着を支援するため、新人看護職員および中堅看護職員の研修体制の充実を図ります。(医療機関、看護協会、県)
- 職場の就労環境を改善し、離職防止を積極的に推進するモデル病院へのアドバイザーの派遣や勤務環境相談窓口の設置など、県内の病院等での離職防止対策の充実を図ります。(医療機関、看護協会、県)
- 県内の病院等の看護職員の就業環境や離職状況などを調査・分析し、医療関係団体等の協力を得て検討会の場を設置するなど、離職防止や定着促進について連携して取り組みます。(養成機関、医療関係団体、県、関係機関)

#### 取組方向3：資質向上のための研修の充実

- 資質の高い看護職員を養成するため、県内の看護師等学校養成所と連携し、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。(養成機関、県)
- 県看護協会等と連携し、看護職員が最新の技術および知識を習得し、より質の高い看護を提供できるよう研修体制の一層の充実を図ります。(医療機関、看護協会、県)
- 看護管理者に対する研修や情報交換の機会を設け、新人・中堅期の看護職員の教育体制や就労環境の整備に向けて取り組むことができるよう看護管理者の資質の向上を図ります。(看護協会、県、関係機関)
- 看護職員に対して、「訪問看護」という働き方に関する広報活動を進めるとともに、訪問看護師の育成に向けて研修を実施し、資質の向上を図ります。(看護協会、県、関係機関)

## 4 保健師

### (1) 現状

- 保健師は、所定の専門教育を受け、地区活動や健康教育・保健指導などを通じて疾病の予防や健康増進など公衆衛生活動を行う地域看護の専門家です。
- 保健師の主な活動領域は、保健所、保健センター等で保健行政に従事する地域保健分野と、企業の産業保健スタッフとして勤務する産業保健分野、学校等で学生と教職員の心身の健康保持に努める学校保健分野等があります。
- 高齢化が進行する中、介護予防事業の整備や医療制度改革に伴う生活習慣病対策の充実などにより、地域保健分野の保健師に求められる活動領域は、医療、介護、福祉等まで拡大しています。
- 増加傾向にある児童虐待やこころの問題、感染症や災害などの健康危機に関して、専門的な対応を行う保健師への期待が高まっています。
- 本県の保健師の従事者数は、平成 16（2004）年の 522 人から平成 22（2010）年は 561 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 30.2 人で、全国平均 35.2 人を下回っています。就業場所を見ると、市町に従事する保健師が最も多く、全体の 67.2%を占めています。

図表 4-2-17 就業場所別保健師数

(単位:人)

就業場所	総計	病院	診療所	保健所	市町	学校養成所 等研究機関	事業所	その他
平成 16 年	522	22	6	64	344	15	27	44
平成 18 年	559	17	10	68	379	21	30	34
平成 20 年	626	37	12	84	379	17	44	53
平成 22 年	561	18	6	64	377	19	42	35

出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

### (2) 課題

- 活動領域の拡大に伴い、保健師の確保および適正な配置が必要です。
- 多様な健康課題や健康危機に対応できる、高い専門性を有する保健師の育成が求められています。
- 保健師活動に伴う専門的な知識や技術の維持・伝承ができる人材育成体制の再構築が必要です。

### (3) めざす姿

- 生活習慣病等の予防やこころの問題などの健康課題、健康づくりの総合的な推進および大規模災害等の健康危機管理にも対応できる、高い専門性を有する保健師が養成・確保されています。

#### (4) 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の促進
- 取組方向 3 : 保健師の資質の向上

#### (5) 取組内容

##### 取組方向 1 : 保健師の養成・確保

- 県内の看護系大学等と連携して、卒業生の県内就業を促進します。(養成機関、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図ります。(養成機関、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等に対し効果的な保健活動を展開するため、保健師の適正配置に努めます。(市町、県)

##### 取組方向 3 : 保健師の資質の向上

- 生活習慣病等の予防やこころの問題などの健康課題、健康づくりの総合的な推進および健康危機管理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)
- 関係機関と協力し、保健師の人材育成体制について、検討会等を設置し、現体制を見直し、新たな体制を構築します。さらに、各保健所にも人材育成の課題と対応策等について検討する場を設置します。(養成機関、市町、県、関係機関)

## 5. 助産師

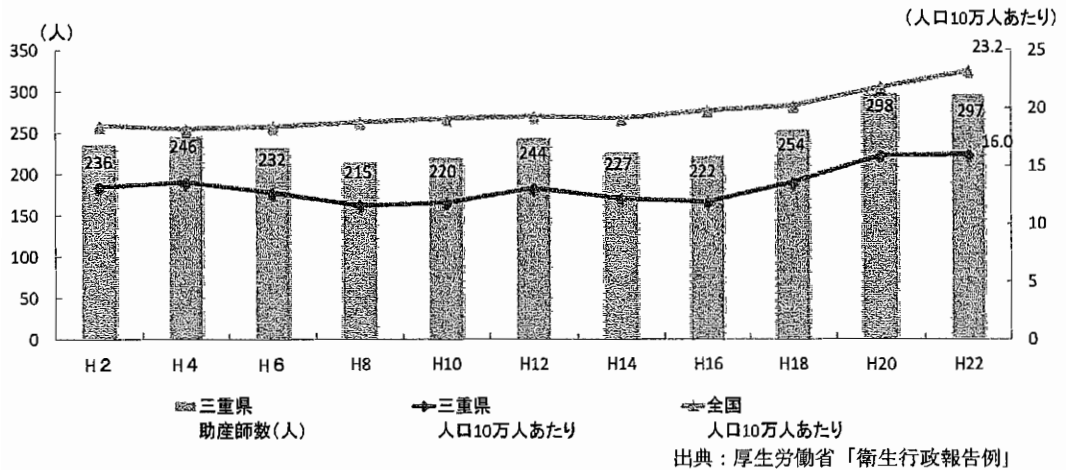
### (1) 現状

- 本県の助産師の従事者数は、近年では最も少なかった平成 8 (1996) 年の 215 人から、平成 22 (2010) 年には 297 人に増加していますが、人口 10 万人あたりの助産師は 16.0 人と全国平均 23.2 人を大きく下回っています。
- 平成 22 (2010) 年度に策定した「三重県看護職員需給見通し」では、平成 27 (2015) 年度においても 43 人が不足する見込みとなっています。
- 就業場所別内訳は、平成 22 (2010) 年では病院 168 人、診療所 89 人、助産所 18 人、学校

養成所等研究機関 16 人、市町 6 人となっています。

- 就業助産師の年代別割合を見ると、20 代の助産師割合が 16.2%と全国平均 26.2%に比べて少なくなっています。
- 採用 1 年目の助産師の職場定着率は 80.0%で、採用 5 年目では 46.2%と低くなっています。
- 県内では、産婦人科医師の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「院内助産所」や「助産師外来」等への期待が高まっています。
- 近年、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。

図表 4-2-18 助産師従事者数および人口 10 万人あたり助産師数の推移



図表 4-2-19 三重県における助産師需給見通し(平成 23 年～27 年)

(単位:人)

区分	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年
需 要 数	385	406	432	447	461
供 給 数	333	354	376	397	418
差 引 計	52	52	56	50	43

出典：三重県「第七次看護職員需給見通し(平成23年3月)」

図表 4-2-20 就業場所別助産師数

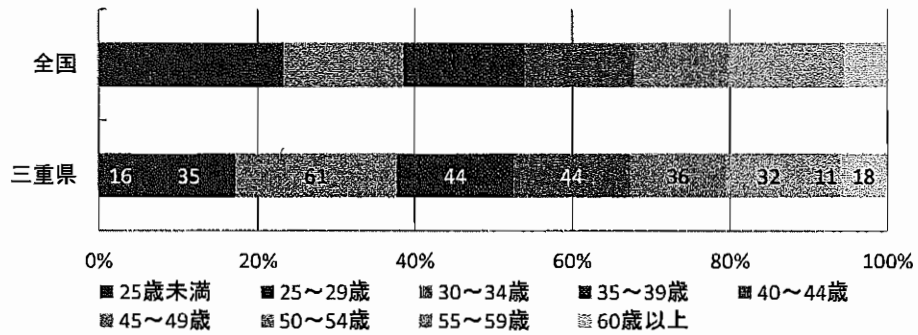
(単位:人)

	総計	病院	診療所	助産所	市町	学校養成所等研究機関	事業所	その他
平成 14 年	227	140	52	14	-	19	1	1
平成 16 年	222	129	59	13	1	18	-	-
平成 18 年	254	149	69	15	1	19	-	1
平成 20 年	298	179	77	16	7	17	-	2
平成 22 年	297	168	89	18	6	16	-	-

出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

図表 4-2-21 助産師の年代別割合

(単位：％、人)



出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

図表 4-2-22 採用5年目までの新卒助産師の職場定着状況

(単位：％)

	採用 1年目	採用 2年目	採用 3年目	採用 4年目	採用 5年目
助産師定着率	80.0	55.6	50.0	50.0	46.2

出典：三重県・三重県看護協会「平成23年度 医療機関等看護職員需要調査」

## (2) 課題

- 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。
- 助産師の職場定着率は、採用期間と共に低くなっており、定着率を向上させる取組が必要です。
- 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。

## (3) めざす姿

- 安全・安心で快適な出産ができる体制の確保に向け県内の助産師不足が解消され、助産師が自立して専門性を発揮できるようになっています。

## (4) 取組方向

- 取組方向1：助産師の養成・確保
- 取組方向2：助産師の定着促進
- 取組方向3：助産師の資質の向上

## (5) 取組内容

### 取組方向1：助産師の養成・確保

- 県内の看護系大学や助産師養成所と連携し、助産師の養成と県内就業を促進するとともに、県看護協会や県助産師会と連携し、潜在助産師の再就業の支援に取り組みます。(養成機関、看護協会、助産師会、県、関係機関)
- 助産師修学資金貸付制度により、県内に就職する助産師の確保を図ります。(県、関係機関)
- 県内での看護系大学や助産師養成所の養成力の強化や臨床実習機関の充実に向けて「助産師養成確保に関する懇話会」の開催など、関係機関が連携して取り組みます。(医療機関、養成機関、医師会、看護協会、県、関係機関)

### 取組方向2：助産師の定着促進

- 魅力ある職場環境が整い、職場定着率が増加するよう環境改善を図ります。(医療機関、看護協会、県、関係機関)

### 取組方向3：助産師の資質の向上

- 助産師外来など専門性を生かした助産師業務の推進に向け、関係機関との連携により助産師の資質向上を図るための新人、中堅、指導者の経験に応じた研修会を行います。(看護協会、県、関係機関)

## 6. 管理栄養士・栄養士

### (1) 現状

- 管理栄養士の免許は、栄養士の免許を有する者が管理栄養士国家試験を受けて取得します。
- 管理栄養士は、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導や、個人の体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門的知識および技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導、病院等の施設の利用者の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理、これらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行います。
- 平成22(2010)年末現在、県内の特定給食施設\*に従事する栄養士は、管理栄養士449人、栄養士439人です<sup>1</sup>。
- 栄養士養成施設の卒業生が県内に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、27市町に管理栄養士が50人、栄養士が15人配置されています。

### (2) 課題

- 住民に対して円滑に栄養相談や栄養の指導を行っていくためには、さらなる管理栄養士・

<sup>1</sup> 出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

栄養士の配置が必要です。

- 高齢化が急速に進行する中、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の指導等を行っていくことが重要です。
- 病院に勤務する管理栄養士は、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。
- 医療の高度化に伴い、高い専門性を有する管理栄養士の育成が必要です。

### (3) めざす姿

- ライフステージに沿った適切な栄養の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・栄養士が配置されています。
- 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・栄養士の資質の向上に向けた研修体制が整備されています。

### (4) 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

### (5) 取組内容

取組方向1：管理栄養士・栄養士の配置促進

- 管理栄養士・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を確保するため、資質の向上のための研修を実施します。(栄養士会、県)
- 管理栄養士・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、各養成施設との連携を強化します。(養成機関、栄養士会、県)

## 7. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

### (1) 現状

- 理学療法士\* (PT) は、加齢や事故などにより発生した身体機能障がいや、循環器・呼吸器・内科・難病疾患等の身体的な障がいのある人に対して、医師(時に歯科医師)の指示のもと、その基本的動作能力の回復を図ることを目的に、治療体操その他の運動を行わせたり(運動療法)、電気刺激、温熱、寒冷、光線、水、マッサージなどの物理的手段を加

えたりします（物理療法）。これらの物理的治療手法による治療を理学療法とといいます。

- 作業療法士\*（OP）は、体やところに障がいのある人などに対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持、開発を促す作業活動を用いて治療・指導・援助を行います（作業療法）。業務内容としては、移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL（日常生活動作）訓練、家事、外出等のIADL（手段的日常生活動作）訓練、福祉用具の使用等に関する訓練、退院後の住環境への適応訓練、発達障がいや高次脳機能障がい等に対するリハビリテーションがあります。
- 言語聴覚士\*（SP）は、音声機能、言語機能、摂食・嚥下機能、または聴覚に障がいのある人に対し、その機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査、助言、指導その他の援助を行います（言語聴覚療法）。
- 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23（2011）年10月1日現在、県内の病院における就業者数は、非常勤従事者を常勤換算した分を含めると、理学療法士566.0人、作業療法士392.5人、言語聴覚士110.1人となっています<sup>5</sup>。また、医療機関以外にも介護保険施設等に多くの理学療法士、作業療法士および言語聴覚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）です。

## （2）課題

- 高齢者の増加に伴い、脳卒中、心筋梗塞、がん等の患者や整体が必要な患者等の増加に対するリハビリテーションの需要が増加することが予想されるため、今後も理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリテーションスタッフの養成を図る必要があります。
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリテーションスタッフが、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。

## （3）めざす姿

- 医療機関や福祉施設等に必要な理学療法士、作業療法士および言語聴覚士が確保されています。
- 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。

## （4）取組方向

取組方向：生涯研修体制の充実

<sup>5</sup> 出典：厚生労働省「平成23年 病院報告」



## (5) 取組内容

### 取組方向：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、県言語聴覚士会を中心に行われる生涯研修への取組を支援します。（養成機関、医療関係団体、県）

## 8. 救急救命士

### (1) 現状

- 救急救命士は、救急現場や救急車内等において、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（2004）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、県内 15 消防本部に 438 人が従事しています。

図表 4-2-23 県内の救急救命士従事者数および特定行為認定救命士の内訳

（単位：人）

県内救急救命士従事者数	うち気管挿管実施可能者	うち薬剤投与実施可能者
438	91	316

出典：「三重県防災対策部調べ」平成24年4月末日現在

### (2) 課題

- 救急車により搬送された患者の生存率と社会復帰率の向上のために、救急救命士が確保され、各救急隊 1 隊に常時 1 名が配置されることが必要です。
- 救急救命士が実施できる行為の拡大に伴い、救急救命士の人材育成が必要です。

### (3) 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。
- メディカルコントロール体制\*のもと、救急救命士の資質が向上しています。

### (4) 取組方向

取組方向 1：救急救命士の養成・確保

## 取組方向2：救急救命士の資質の向上

### (5) 取組内容

#### 取組方向1：救急救命士の養成・確保

- 全都道府県が共同で設立した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。(消防機関)
- 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、消防機関、市町、県)

#### 取組方向2：救急救命士の資質の向上

- 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図ります。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)

## 9. 歯科衛生士

### (1) 現状

- 歯科衛生士は、歯科診療所等において歯科および口腔の疾患の予防処置や歯科診療の補助、歯科保健指導等に従事します。
- 平成22(2010)年末における本県に就業している歯科衛生士は1,545人であり、92.9%が歯科診療所に勤務しています。
- 歯科医師一人あたりの歯科衛生士数は1.37人で、特に東紀州保健医療圏で歯科衛生士が不足しています。
- 県内の歯科衛生士養成学校は3校で、四日市市、津市、伊勢市にあります。

図表 4-2-24 就業場所別歯科衛生士数

(単位:人)

就業場所	総数	保健所	市町村	病院	診療所	介護老人 保健施設	事業所	歯科衛生 士学校又 は養成所	その他
平成20年度	1,446	0	11	50	1,362	2	10	11	0
平成22年度	1,545	0	10	61	1,436	4	5	12	17

出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

### (2) 課題

- 全身の健康の保持増進のために、多くの県民に歯科疾患の予防処置や歯科保健指導が行われるよう、歯科診療所をはじめとして病院、介護施設、事業所などへの歯科衛生士の配置が必要です。

- 市町などの行政機関に勤務する歯科衛生士が少ないことから、歯科口腔保健の推進に関する企画、事業の実施、評価等を進めるために、歯科口腔保健の専門職としての歯科衛生士の配置が望まれます。
- 歯科衛生士の不足への対応として、離職している歯科衛生士の再就職支援を行う必要があります。
- 歯科医療の高度化や高齢者や障がい児（者）などの専門的な歯科保健医療に対応できる歯科衛生士の育成が必要です。

### (3) めざす姿

- 県民に対する歯科疾患の予防処置や歯科保健指導が充実するよう、多くの歯科診療所等に歯科衛生士が配置されています。
- 歯科保健医療に対する知識や技術が提供できるよう、歯科衛生士の資質向上に向けた研修体制が整備されています。

### (4) 取組方向

- 取組方向 1：歯科衛生士の養成・確保
- 取組方向 2：歯科衛生士の人材育成

### (5) 取組内容

#### 取組方向 1：歯科衛生士の養成・確保

- 歯科診療所等での歯科衛生士の就業が促進されるよう、県立公衆衛生学院において歯科衛生士を養成するとともに、離職している歯科衛生士の再就職への支援を行います。（歯科医師会、県）

#### 取組方向 2：歯科衛生士の人材育成

- 歯科疾患予防に対する高度な知識や技術を持つ歯科衛生士を育成するために研修を実施します。（歯科医師会、県）
- 歯と口腔の健康づくりの啓発等を行う歯科衛生士を「みえ 8 0 2 0 運動推進員」として登録するとともに、登録者への研修を実施し、資質の向上を図ります。（歯科医師会、県）

## 10. その他保健医療関係従事者

### (1) 現状

- 高齢化や医療技術の進歩等に伴い、保健医療ニーズは高度化・多様化し、質・量ともに高まっています。

(2) 課題

- 保健医療に関するさまざまな専門職の確保と資質向上の取組が求められています。

(3) 取組内容

- 養成施設、医療関係団体、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の向上を図ります。

図表 4-2-25 保健医療関係者の職務内容および三重県における従事者数

職種	職務内容	従事者数
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、矯正装置等の製作、修理などを行います。	県内の歯科技工所等に496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。	県内の病院に診療放射線技師508.8人、診療X線技師2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、生化学的検査等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、脳波検査等の生理学的検査を行います。	県内の病院に臨床検査技師672.9人、衛生検査技師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、血液透析装置等の生命維持装置の操作および保守点検を行います。	県内の病院に225.8人が従事
医療ソーシャルワーカー (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。	県内の病院に72.8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。	県内の病院に116人が従事
あん摩マッサージ指圧師	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762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748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716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337人が従事

※歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師および柔道整復師の従事者数は実人数です。

※その他の職種の従事者数は常勤換算および非常勤従事者を常勤換算した数の合計です。

出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」、厚生労働省「平成23年 病院報告」

### 第3節 保健医療提供体制の整備

#### 1. 医療提供体制の現状

##### (1) 現状

###### ① 医療機能の明確化および連携の強化

- 県内の医療機関のうち、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（2002）年度をピークに減少傾向にあります<sup>1</sup>。
- 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ます。一方、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、地域間の医療提供体制に差が生じています。
- 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、診療体制を縮小したりするなどの対応を余儀なくされており、地域間の医療提供体制の差はますます拡大する傾向にあります。
- 急速な高齢化の進行や疾病構造の変化、QOL\*（生活の質）の向上を重視した医療への期待の高まりなどにより、小児、周産期を含む救急医療対策やがん、脳卒中などの各疾病対策の一層の充実に加えて、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活が送れるよう、在宅医療対策の充実を図ることが重要となっています。
- 本県では、三重県広域災害・救急医療情報システム「医療ネットみえ」による休日応急診療所案内や、医療機関の機能別の検索等の情報提供等を行い、効果的な受診を促進しています。しかし、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、軽症にもかかわらず、大きな病院に集中する傾向にあります。その結果、これらの病院では、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出るなど、深刻な影響が出ています。

###### ② 医療機能情報の公表

- 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づけられており、県は、その情報を「医療ネットみえ」などを通じて県民に提供しています。
- 「医療ネットみえ」には、平成24（2012）年3月31日現在で県内医療機関の約94%にあたる2,342施設が参加しており、平成23（2011）年度は、188,261件のアクセスがありました。

###### ③ 医療情報の提供と開示の推進

- 医療機関は、入退院時に、医師が入退院計画書を作成し、患者に交付・説明を行うこととなっています。
- 近年、医療においては、その診断治療にあたりインフォームド・コンセント\*がより重要と

<sup>1</sup> 出典：厚生労働省「医療施設調査」

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。そのため、重要な個人情報が掲載されている診療記録の慎重な管理を行うことが必要です。

## 2. 課題および今後の取組

### (1) 課題

#### ① 医療機能の明確化および連携の強化

- 限られた医療資源を有効に活用することができるよう、医師や医療機能の集約化を強化するとともに、病床の機能分化、高度な医療に対応するための医療機能の集約化・重点化を進め、地域の状況をふまえた医療提供体制を構築していく必要があります。
- 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。
- 医療機関と関係機関が緊密な連携を図り、患者と共に診療情報を共有しながら、急性期から在宅療養に至るまで、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。

#### ② 医療機能情報の公表

- 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。
- 患者は、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。

#### ③ 医療情報の提供と開示の推進

- 患者が安心、納得して治療を受けるため、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<sup>\*</sup>等が求められています。
- 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。
- 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進めることが求められています。

## (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\*から療養期に至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ふまえて医療・病床機能の集約化・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、医療機関から医療情報が十分に提供されることにより、県民と医療従事者との信頼関係のもとに、医療に関する相談・指導など、納得した医療が行われています。
- 医療機関がホームページ等を通じて機能、役割分担等の情報を積極的に公開することにより、患者自らがその疾病の状況に応じて医療機関を適切に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：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2：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
- 取組方向3：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

## (4) 取組内容

### 取組方向1：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

- 医療機関は、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図ることにより、高度で効率的な医療を提供できる体制整備を進めます。(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、関係機関)
- 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、伊勢赤十字病院、済生会松阪総合病院、国立病院機構三重中央医療センター、市立四日市病院、四日市社会保険病院、名張市立病院)は、かかりつけ医・歯科医等からの紹介患者に対する医療の提供や医療機器等の共同利用のほか、必要な医療を提供した患者に対し、その病状に応じて当該紹介を行った医療機関等の適切な医療機関を紹介し、その後の医療を確保するなど、相互連携の強化、機能分化に取り組みます。(地域医療支援病院、医療機関)
- 医療機関やその関係機関が地域において緊密な連携を図り、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活が送れるよう、患者のニーズをふ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。(医療機関、市町、県、関係機関)

取組方向2：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、医療機能の向上を図ります。(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、充実を図ります。(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、市町、県)

取組方向3：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

- 医療機関が提供する医療サービスの質を高めるとともに、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、県、関係機関)
- 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するとともに、「医療ネットみえ」の情報内容の充実に努めます。(医療機関、県)
- 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、医療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、医療関係団体、市町、県)
- 診療記録等については、適切な管理を行うとともに、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ふまえ、対応します。(医療機関、医療関係団体、市町、県)



## 第4節 公的病院等の役割

### 1. 三重県における公的病院等の状況

#### (1) 公的病院等の役割

- 公的病院等とは、国（独立行政法人、国立大学法人等を含む）、県や市町および一部事務組合、地方独立行政法人、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、国民健康保険団体連合会等が開設する病院をいいます。また、広義には、社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団等）の開設する病院も公的役割を担う病院とされています。
- 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おり、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。

#### (2) 現状

- 平成 24 (2012) 年 8 月時点の県内の公的病院等（社会保険関係団体の開設する病院を含む）は 36 病院、うち公立病院（県、市町および一部事務組合が開設する病院）は 17 病院となっています<sup>2</sup>。
- 平成 23 (2011) 年 10 月 1 日現在のデータでは、公的病院等の県全体に占める割合は 34.3% であり、全国平均の 19.2% よりも高い水準です。また、県内病床数に占める割合は 46.8% と、全国平均の 30.4% を上回っています<sup>3</sup>。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・役割を担うとともに、地域医療の確保に貢献しています。
- 平成 23 (2011) 年 10 月 1 日現在の公立病院の県全体の医療機関に占める割合は 17.6% であり、全国平均の 10.5% よりも高い水準です。また、県内病床数に占める割合は 19.5% と、全国平均の 13.0% を上回っています。
- 医療保険制度等の各種施策の改革や医療需要の変化などにより、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。公立病院は、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ます。
- 県は、県立病院の運営体制を再構築し今後も健全な経営を継続させることを前提に、各病院が県民に良質で満足度の高い医療を安定的かつ継続的に提供することをめざして、県立病院改革の検討を進め、平成 22 (2010) 年 3 月に「県立病院改革に関する基本方針」を策定しました。県は、この基本方針に基づき、平成 24 (2012) 年 4 月に県立総合医療センターについては地方独立行政法人に移行し、県立志摩病院については指定管理者制度を導入

<sup>2</sup> 出典：東海北陸厚生局「東海北陸厚生局管内の保険医療機関・保険薬局の指定一覧」

<sup>3</sup> 出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

しました。

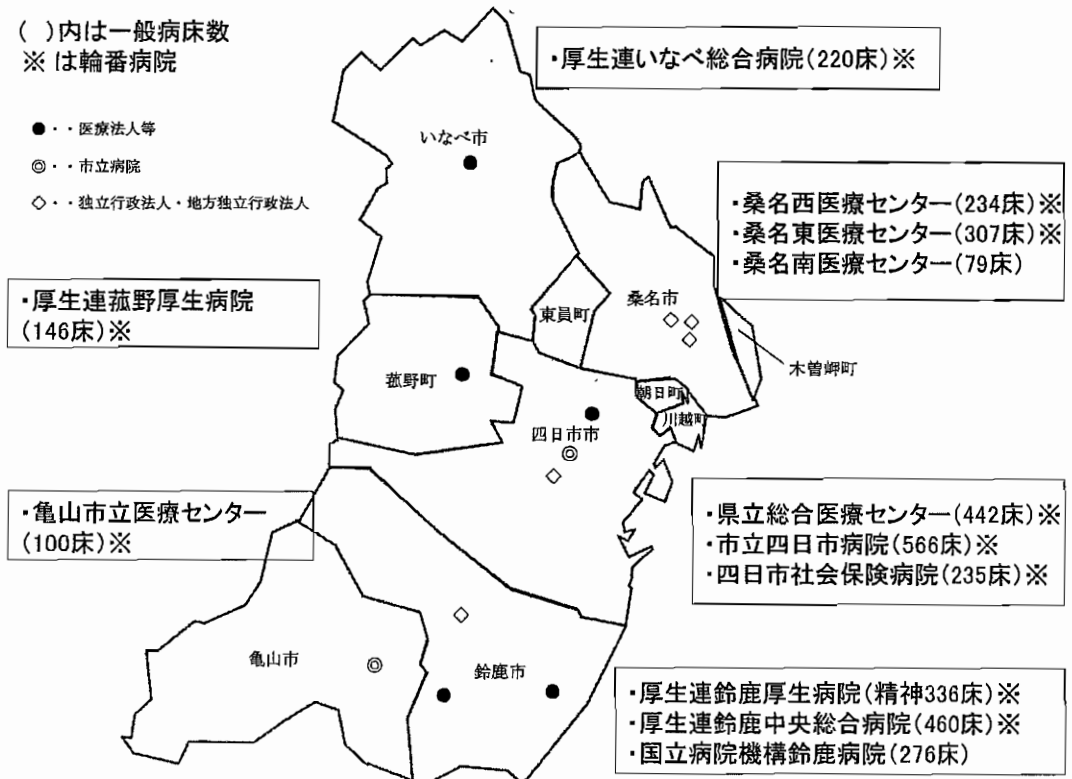
- 旧桑名市民病院の独立行政法人化や、厚生連大台厚生病院と国保報徳病院の再編計画など、県内においても公立病院等の再編、経営形態の見直しが進められています。

## 2. 保健医療圏別の公的病院等の状況

### (1) 北勢保健医療圏

- 北勢保健医療圏は5市5町で構成されており、市立四日市病院、亀山市立医療センターの2公立病院のほか、地方独立行政法人桑名市総合医療センターの開設する3病院（桑名西医療センター、桑名南医療センターおよび桑名東医療センター：平成27（2015）年4月に新病院に統合予定）、県立総合医療センター、三重県厚生農業協同組合連合会の開設する4病院（厚生連いなべ総合病院、厚生連菰野厚生病院、厚生連鈴鹿中央総合病院、厚生連鈴鹿厚生病院）、国立病院機構鈴鹿病院の9公的病院が設置されています。また、その他に公的役割を担う病院として四日市社会保険病院があります。

図表 4-4-1 北勢保健医療圏における主な病院分布状況



出典：三重県調査をもとに作成

図表 4-4-2 北勢保健医療圏内の主な公立・公的病院

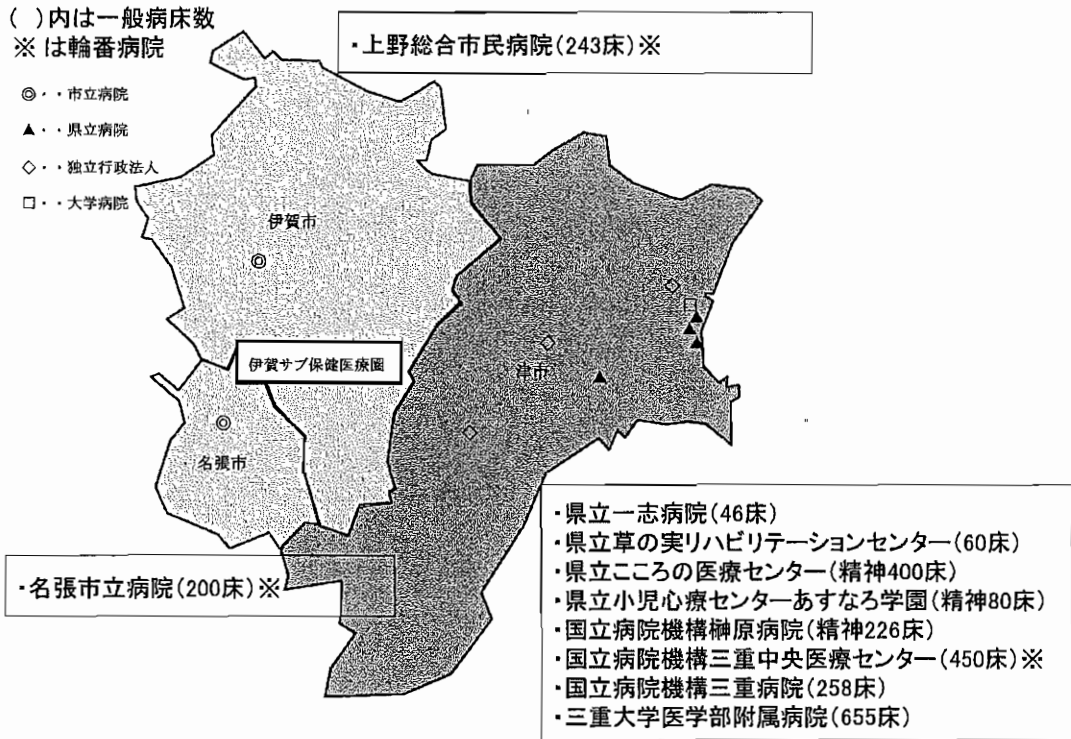
二次保健医療圏	所在地	医療機関	病床数	主な救急医療
北勢保健医療圏	いなべ市	厚生連いなべ総合病院	220	二次救急、災害拠点病院
	桑名市	桑名西医療センター	234	二次救急
		桑名東医療センター	349	二次救急
		桑名南医療センター	79	
	菰野町	厚生連菰野厚生病院	230	二次救急
	四日市市	県立総合医療センター	446	地域がん診療連携拠点病院 三次救急（救命救急センター）・二次救急 基幹災害拠点病院 へき地医療拠点病院 地域周産期母子医療センター
		市立四日市病院	568	がん診療連携推進病院 三次救急（救命救急センター）・二次救急 災害拠点病院 地域周産期母子医療センター
		四日市社会保険病院	235	がん診療連携推進病院 二次救急
	鈴鹿市	厚生連鈴鹿厚生病院	336	精神科救急
		厚生連鈴鹿中央総合病院	460	地域がん診療連携拠点病院 二次救急、災害拠点病院
		国立病院機構鈴鹿病院	276	
亀山市	亀山市立医療センター	100	二次救急	

出典：三重県調査（平成24年）

(2) 中勢伊賀保健医療圏

- 中勢伊賀保健医療圏は津市、名張市、伊賀市の3市で構成されており、県立こころの医療センター、県立草の実リハビリテーションセンター、県立小児心療センターあすなろ学園、県立一志病院、上野総合市民病院、名張市立病院の6公立病院のほか、県内で最大の病床規模を擁する三重大学医学部附属病院、独立行政法人国立病院機構の開設する3病院（国立病院機構三重病院、国立病院機構三重中央医療センター、国立病院機構神原病院）の4公的病院が設置されています。

図表 4-4-3 中勢伊賀保健医療圏における主な病院分布状況



出典：三重県調査をもとに作成

図表 4-4-4 中勢伊賀保健医療圏内の主な公立・公的病院

二次保健医療圏	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
中勢伊賀保健医療圏	津市	県立一志病院	86	
		県立草の実りハビリテーションセンター	60	
		県立こころの医療センター	400	精神科救急
		県立小児心療センターあすなろ学園	80	
		国立病院機構榊原病院	226	精神科救急
		国立病院機構三重中央医療センター	500	地域がん診療連携拠点病院 二次救急 総合周産期母子医療センター
		国立病院機構三重病院	260	へき地医療拠点病院 小児救急医療拠点病院
	三重大学医学部附属病院	685	県がん診療連携拠点病院 三次救急(救命救急センター)、災害拠点病院 地域周産期母子医療センター	
	伊賀市	上野総合市民病院	281	がん診療連携推進病院 二次救急、災害拠点病院
名張市	名張市立病院	200	二次救急	

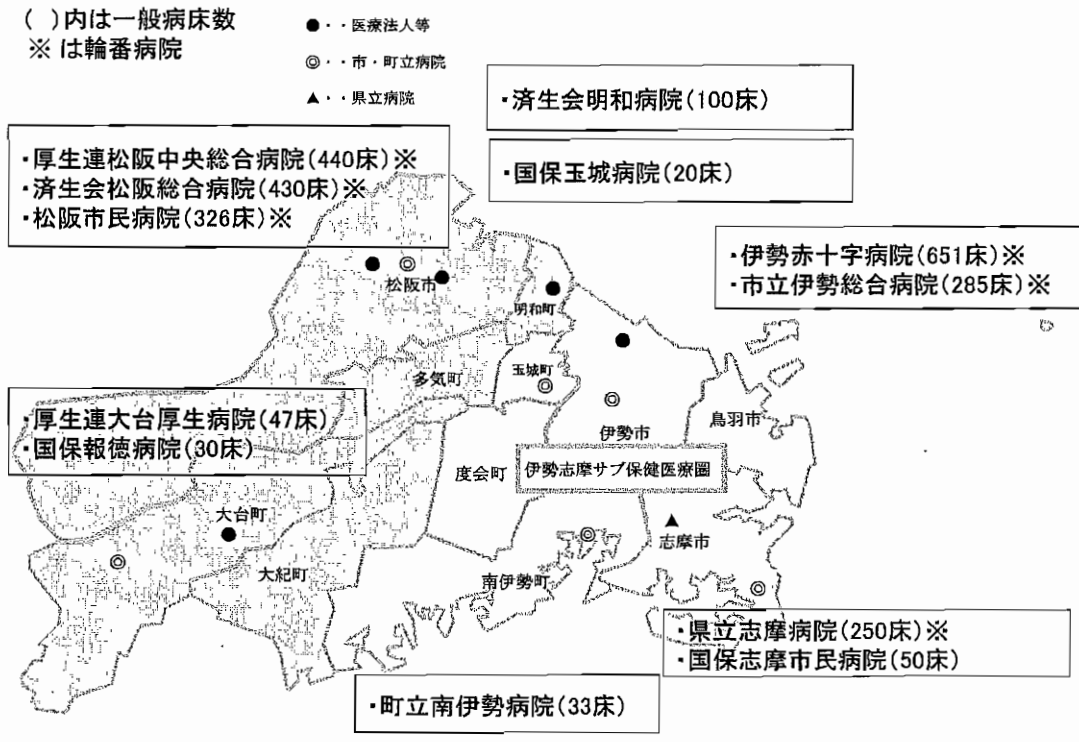
出典：三重県調査(平成24年)

### (3) 南勢志摩保健医療圏

- 南勢志摩保健医療圏は、4市7町で構成されており、松阪市民病院、市立伊勢総合病院、国保報徳病院、国保玉城病院、町立南伊勢病院、県立志摩病院、国保志摩市民病院の7公立病院のほか、三重県厚生農業協同組合連合会の開設する2病院(厚生連松阪中央総合病院、厚生連大台厚生病院)、社会福祉法人恩賜財団済生会の開設する2病院(済生会松阪

総合病院、済生会明和病院) および伊勢赤十字病院の5公的病院が設置されています。

図表 4-4-5 南勢志摩保健医療圏における主な病院分布状況



出典：三重県調査をもとに作成

図表 4-4-6 南勢志摩保健医療圏内の主な公立・公的病院

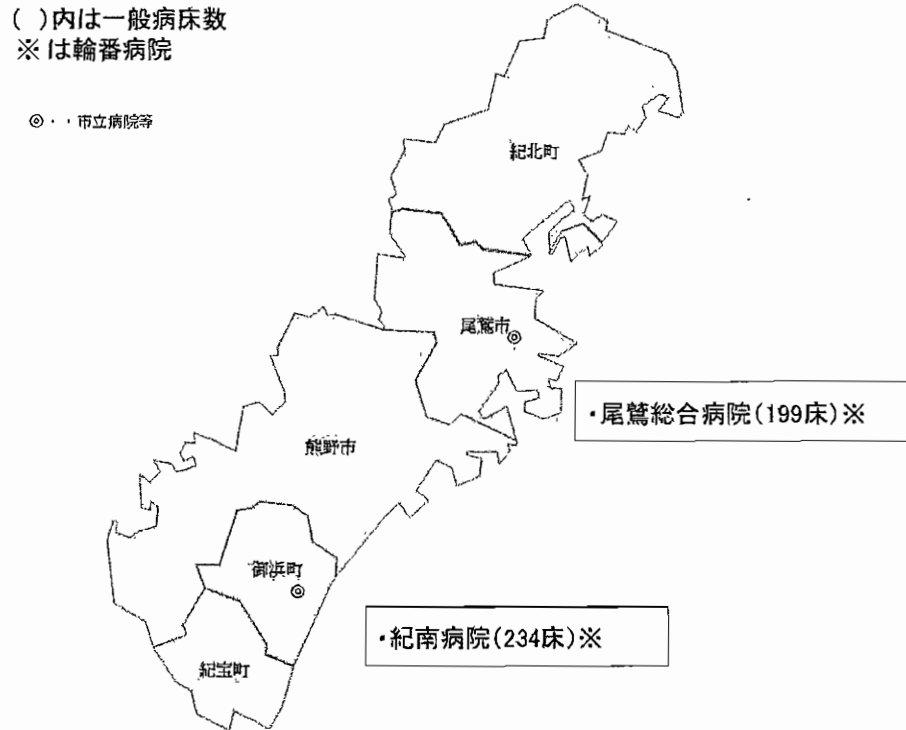
二次保健医療圏	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
南勢志摩保健医療圏	松阪市	厚生連松阪中央総合病院	440	地域がん診療連携拠点病院 二次救急、災害拠点病院
		済生会松阪総合病院	430	がん診療連携推進病院 二次救急、災害拠点病院 へき地医療拠点病院
		松阪市民病院	328	がん診療連携推進病院 二次救急、災害拠点病院 へき地医療拠点病院
	大台町	厚生連大台厚生病院	95	
		国保報徳病院	30	
	伊勢市	伊勢赤十字病院	655	地域がん診療連携拠点病院 地域周産期母子医療センター 三次救急(救命救急センター)・二次救急 災害拠点病院 へき地医療拠点病院
		市立伊勢総合病院	322	二次救急
	志摩市	県立志摩病院	350	二次救急、災害拠点病院 へき地医療拠点病院
		国保志摩市民病院	90	
	玉城町	国保玉城病院	50	
	南伊勢町	町立南伊勢病院	76	

出典：三重県調査(平成24年)

(4) 東紀州保健医療圏

- 東紀州保健医療圏は、2市3町で構成されており、尾鷲総合病院、紀南病院の2公立病院が設置されています。

図表 4-4-7 東紀州保健医療圏における主な病院分布状況



出典：三重県調査をもとに作成

図表 4-4-8 東紀州保健医療圏内の主な公立・公的病院

二次保健医療圏	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
東紀州保健医療圏	尾鷲市	尾鷲総合病院	255	二次救急、災害拠点病院 へき地医療拠点病院
	御浜町	紀南病院	288	二次救急 へき地医療拠点病院

出典：三重県調査（平成24年）

### 3. 課題および今後の取組

#### (1) 課題

- 公的病院等が過疎地における医療提供、救急・小児・周産期・災害・精神等の不採算となる可能性のある部門に関わる医療の提供、高度・先進医療の提供等、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、持続可能な経営をめざした効率化が求められています。
- 社会情勢の変化をふまえながら、保健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、一般診療所を含めた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向けた検討を行う必要があります。
- 各保健医療圏において、公的病院等が救急医療の中心的な役割を果たしていますが、民間病院等においてもその役割を担っている部分があることから、今後も地域の中で連携を強化するとともに、若手医師等の確保を進めることによって、救急医療体制を充実していくことが必要です。
- 若手医師等の確保につなげるため、公的病院等がそれぞれ特色を持った研修の場となるよう、医師等の教育研修の質を高めることが重要です。
- 医療機関に限られ、提供できる医療機能にも限りがある東紀州保健医療圏や伊賀サブ保健医療圏では公的病院等を中心に保健医療圏を超えてネットワーク体制を強化する必要があります。

#### (2) めざす姿

- 地域において、民間病院等を含めた医療機関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、地域が必要とする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：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：地域の特性に応じた医療機関相互の機能分担と連携

- 過疎地における医療提供、救急・小児・周産期・災害・精神等の不採算となる可能性のある部門に関わる医療の提供等に引き続き取り組むとともに、地域のニーズ等をふまえつつ、国等の政策医療の動向に対応した医療を提供していきます。(医療機関、一部事務組合、市町、県)
- 公立病院は、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て取り組みます。(医療機関、一部事務組合、市町、県)

- 急性期から在宅療養に至るまで地域で切れ目のない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や集約化等、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、民間病院等との連携を強化し、総合的な医療提供体制を整備します。(医療機関、一部事務組合、市町、県)
- 若手医師に対する魅力ある研修環境の提供、勤務医の負担軽減等によって、医師確保に取り組みます。(医療機関、一部事務組合、市町、県)
- 医療従事者に対して、その知識や技術の向上のための研修体制を充実し、地域の医療水準の向上を図ります。(医療機関、一部事務組合、市町、県)

図表 4-4-9 県内の公的病院等一覧

次保健医療圏		所在地	医療機関	病床数	開設者
北勢保健医療圏	1	いなべ市	厚生連いなべ総合病院	220	三重県厚生農業協同組合連合会
	2	桑名市	桑名西医療センター	234	地方独立行政法人桑名市総合医療センター
	3	桑名市	桑名東医療センター	349	地方独立行政法人桑名市総合医療センター
	4	桑名市	桑名南医療センター	79	地方独立行政法人桑名市総合医療センター
	5	菰野町	厚生連菰野厚生病院	230	三重県厚生農業協同組合連合会
	6	四日市市	県立総合医療センター	445	地方独立行政法人三重県立総合医療センター
	7	四日市市	市立四日市病院	568	市
	8	四日市市	四日市社会保険病院	235	全国社会保険協会連合会
	9	鈴鹿市	厚生連鈴鹿厚生病院	336	三重県厚生農業協同組合連合会
	10	鈴鹿市	厚生連鈴鹿中央総合病院	460	三重県厚生農業協同組合連合会
	11	鈴鹿市	国立病院機構鈴鹿病院	276	独立行政法人国立病院機構
	12	亀山市	亀山市立医療センター	100	市
中勢伊賀保健医療圏	13	津市	県立一志病院	86	県(三重県病院事業管理者)
	14	津市	県立草の裏リハビリテーションセンター	60	県(知事)
	15	津市	県立こころの医療センター	400	県(三重県病院事業管理者)
	16	津市	県立小児心療センターあすなろ学園	80	県(知事)
	17	津市	国立病院機構榊原病院	226	独立行政法人国立病院機構
	18	津市	国立病院機構三重中央医療センター	500	独立行政法人国立病院機構
	19	津市	国立病院機構三重病院	260	独立行政法人国立病院機構
	20	津市	三重大学医学部附属病院	685	国立大学法人三重大学
	21	伊賀市	上野総合市民病院	281	市
	22	名張市	名張市立病院	200	市
南勢志摩保健医療圏	23	松阪市	厚生連松阪中央総合病院	440	三重県厚生農業協同組合連合会
	24	松阪市	済生会松阪総合病院	430	社会福祉法人恩賜財団済生会
	25	松阪市	松阪市民病院	328	市
	26	明和町	済生会明和病院	264	社会福祉法人恩賜財団済生会
	27	大台町	厚生連大台厚生病院	95	三重県厚生農業協同組合連合会
	28	大台町	国保報徳病院	30	町
	29	伊勢市	伊勢赤十字病院	655	日本赤十字社
	30	伊勢市	市立伊勢総合病院	322	市
	31	志摩市	県立志摩病院	350	県(三重県病院事業管理者)
	32	志摩市	国保志摩市民病院	90	市
	33	玉城町	国保玉城病院	50	町
	34	南伊勢町	町立南伊勢病院	76	町
東紀州保健医療圏	35	尾鷲市	尾鷲総合病院	255	市
	36	御浜町	紀南病院	288	紀南病院組合

出典：東海北陸厚生局「東海北陸厚生局管内の保険医療機関・保険薬局の指定一覧」、三重県調査(平成24年)



## 第5章 事業ごとの医療連携体制

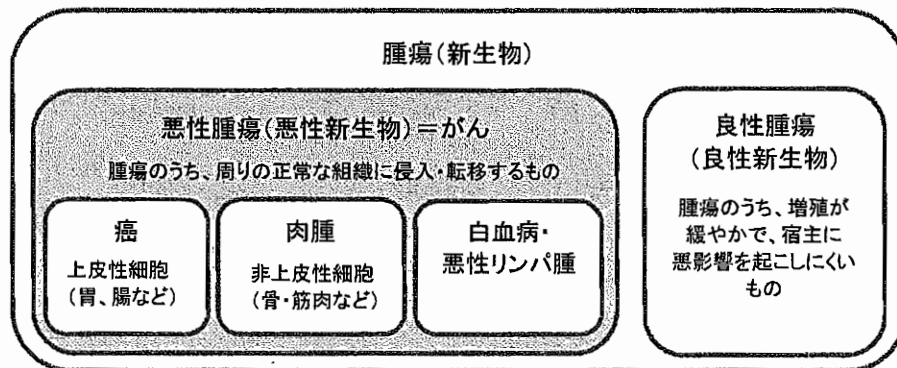
### 第1節 がん対策

#### 1. がんにおける医療の現状

##### (1) がんの疫学

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

図表 5-1-1 がんの概念図



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

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

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

出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」をもとに算出

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

<sup>1</sup> 高血圧性を除きます。

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

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

図表 5-1-3 がんの部位別5年相対生存率

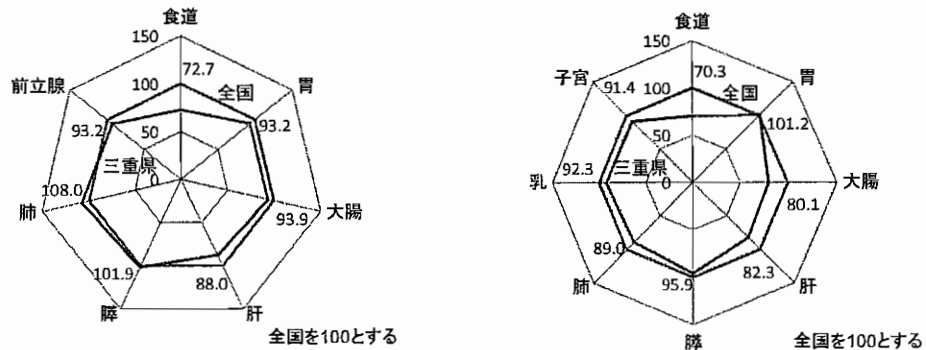
(単位: %)

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

出典: 公益財団法人がん研究振興財団「がんの統計(2011年版)」

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

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



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

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

<sup>2</sup> 出典: 厚生労働省「平成23年人口動態調査」

## (2) がんの予防・がんの早期発見

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

図表 5-1-5 禁煙外来を行っている医療機関数

(単位：か所)

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

出典：厚生労働省「平成20年 医療施設調査（個票解析）」

- 敷地内を禁煙にしている病院は30施設（29.4%）、診療所は331施設（22.0%）であり、全国平均（病院40.2%、診療所25.8%）を下回っています<sup>4</sup>。
- がん検診は肺や胃のX線検査のほか、肺がん用の喀痰検査、大腸がん用の便潜血検査、子宮頸がん用の細胞診等の部位別検査が行われます。がんの可能性が疑われる場合は、さらに内視鏡検査やCT\*（コンピューター断層法）、MRI\*（核磁気共鳴画像法）検査等の精密検査が実施されています。
- 本県のがん検診受診率は、胃がん検診8.0%、肺がん検診20.2%、大腸がん検診20.5%、子宮頸がん検診26.7%、乳がん検診20.8%となっています。5年相対生存率からも早期発見・治療できれば生存率も高く、予後も比較的よいことを考えると、さらなる受診率の向上が必要です<sup>5</sup>。
- 早期発見するためにも検診の精度が管理されていることが必要であり、本県では「三重県

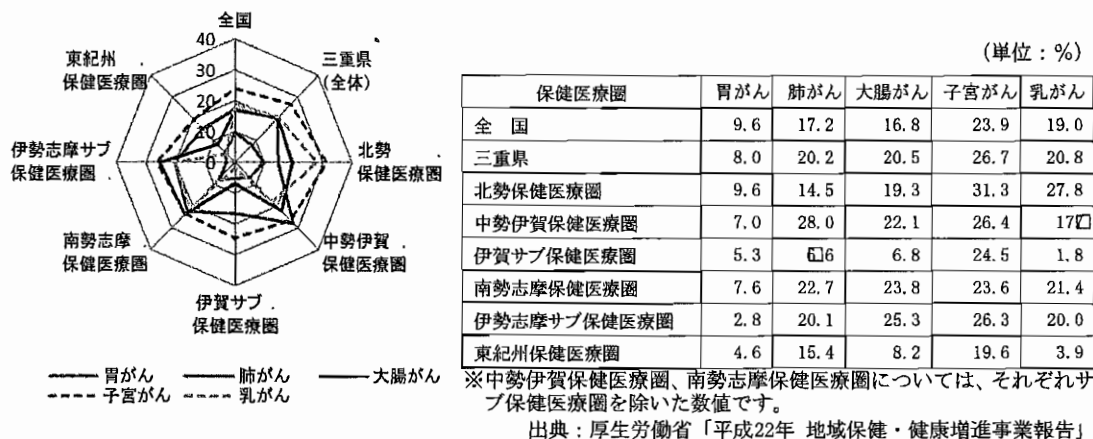
<sup>3</sup> 出典：厚生労働省「平成22年 国民生活基礎調査」

<sup>4</sup> 出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

<sup>5</sup> 出典：厚生労働省「平成22年 地域保健・健康増進事業報告」

がん検診精度管理検討委員会」において、検診精度の向上と管理に努めています。

図表 5-1-6 保健医療圏別がん検診受診率



### (3) がんの医療

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

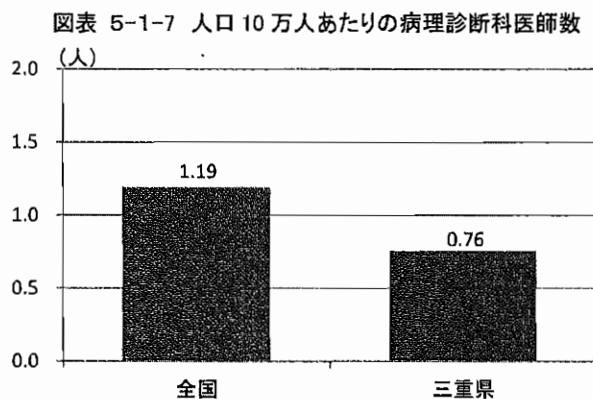
#### ① 診断

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

<sup>6</sup> がん診療連携拠点病院とがん診療連携推進病院を総称して、「がん診療連携病院」といいます。

<sup>7</sup> 出典：三重県調査

ン)を受けられる体制が求められています。



出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

## ② 治療

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

図表 5-1-8 悪性腫瘍手術の実施件数(病院)

(単位：件/月)

	全国	三重県	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏	南勢志摩 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
人口 10 万人あたりの手術件数	40.2	30.2	19.4	45.2	35.6	23.4
手術件数	50,739	557	161	207	170	19

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

- 放射線治療機器の整備が、拠点病院等を中心とした医療機関で進められており、放射線治療の体外照射の人口 10 万人あたりの実施件数は、中勢伊賀保健医療圏 220.0 件で全国平均 189.7 件を上回っています。
- 医療機器の高度先進化に伴い、放射線治療品質管理士等による医療機器の品質管理を実施する必要があります。
- 外来化学療法は、県内 46 施設で実施されており、人口 10 万人あたりの実施件数は、中勢伊賀 274.5 件、南勢志摩保健医療圏 169.0 件で全国平均 155.7 件を上回っています。

図表 5-1-9 放射線治療機器、外来化学療法室等を所有している医療機関数

(単位：か所)

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

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

図表 5-1-10 放射線治療の体外照射の実施件数

(単位：件／月)

	全国	三重県	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏	南勢志摩 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
人口 10 万人あたりの 体外照射件数	189.7	89.3	51.2	220.0	44.0	7.4
体外照射件数	239,489	1,647	424	1,007	210	6

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

図表 5-1-11 外来化学療法実施件数(病院)

(単位：件／月)

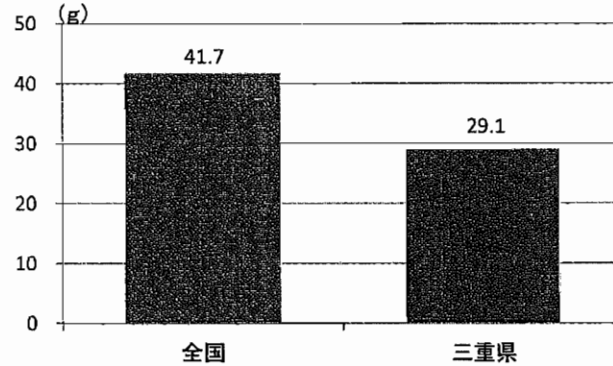
	全国	三重県	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏	南勢志摩 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
人口 10 万人あたりの 外来化学療法件数	155.7	166.6	110.7	274.5	169.0	106.9
外来化学療法件数	197,815	3,093	910	1,271	821	91

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

### ③ 緩和ケア\*

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

図表 5-1-12 人口千人あたりの医療用麻薬の消費量



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

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

(単位：か所)

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

<sup>1</sup>出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査 (個票解析)」

<sup>2</sup>出典：三重県「薬局等業態数一覧」(平成 24 年 3 月末時点)

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

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

(単位：チーム、棟、床)

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

出典：三重県調査 (平成 24 年)

- 本県のがん患者の在宅等での死亡割合は 9.8%で、全国平均 8.8%を上回っています。今後、在宅療養患者が増加すると考えられることから、在宅での疼痛管理支援体制の充実が求められます<sup>8</sup>。

<sup>8</sup> 出典：厚生労働省「平成 22 年 人口動態調査」

#### ④ リハビリテーション、在宅療養

- がんの療養においては、治療の影響や病状の進行等により、嚥下（食事を飲み込むこと）や呼吸運動等の日常生活動作に支障を来すことがあります。これらの障害を軽減するためにリハビリテーションを行っています。
- がんの再発を早期発見するために定期的な検診等のフォローアップが行われています。
- 在宅療養を希望する患者には、患者およびその家族の要望に沿って緩和ケアや介護サービスを含む適切な支援が終末期まで継続的に提供されています。
- 本県のがん患者リハビリテーション料<sup>1</sup>届出機関は、北勢保健医療圏5施設、南勢志摩保健医療圏2施設の計7施設ありますが、厚生労働省のNational Data Base<sup>9\*</sup>（以下「NDB」という。）によると、がん患者に対するリハビリテーションが実施されているのは、南勢志摩保健医療圏のみでした。
- 末期がん患者の在宅療養に対応できる医療機関は、114施設あります。

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

（単位：か所、件）

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

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

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

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

図表 5-1-16 がん患者に対してカウンセリングを実施している医療機関数

（単位：か所）

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

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

#### ⑤ 地域的な取組

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

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



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

#### (4) がんの受療動向

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

図表 5-1-17 保健医療圏別 がん入院患者の流出・流入状況

(単位：件/半年)

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

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

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

図表 5-1-18 保健医療圏別 がん外来患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

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

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

① 部位別の受療動向

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

図表 5-1-19 がんの部位別流出率状況

(単位：%)

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

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

## ② 治療法別の受療動向

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

図表 5-1-20 がんの治療法別流出率状況

(単位：%)

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

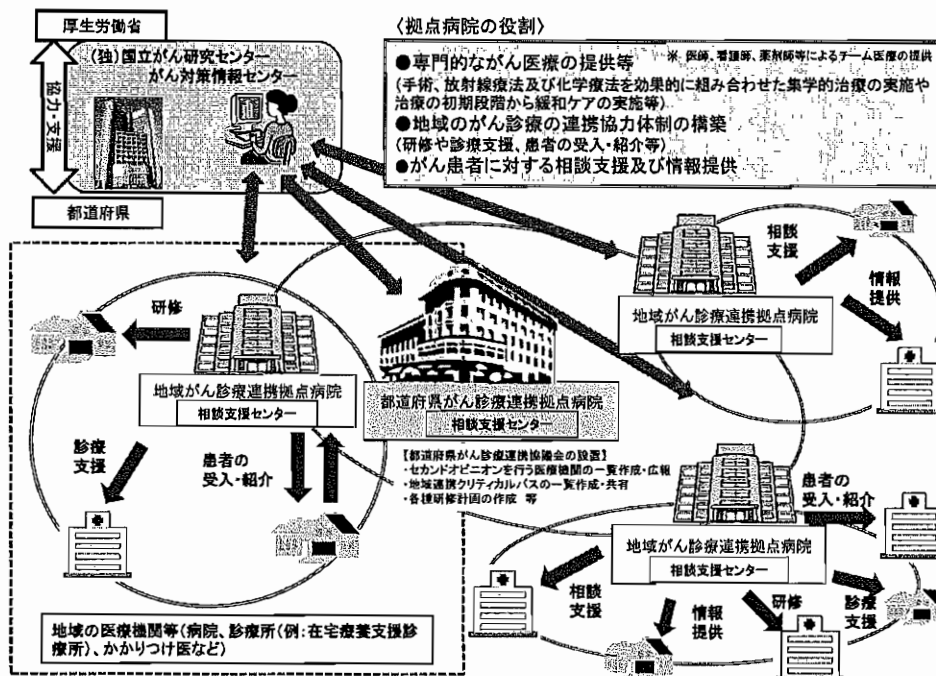
出典：厚生労働省「NDB」（平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月）

## 2. 医療連携体制の現状

### (1) 連携のあり方

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

図表 5-1-21 がん診療連携拠点病院制度のイメージ図



出典：厚生労働省 「がん診療連携拠点病院制度について」 ホームページ

(2) 連携の現状

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

(3) 各医療機能を担う医療機関

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

3. 課題

(1) 予防体制

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

(2) 医療提供体制

① 診断

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

② 治療

- がん患者が高度で質の高いがん治療を県内医療機関で受けることができるよう、がん診療連携拠点病院、がん診療連携推進病院を中心とした医療提供体制の整備を進めるとともに、がん医療に関する基礎的知識や技能を有する医療従事者の養成に努める必要があります。

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

### ③ 緩和ケア

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

### ④ リハビリテーション、在宅医療

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

### ⑤ 地域的な取組

- がん患者自身が治療を受けるにあたりさまざまな不安や悩みに対し、適切な相談が受けられるよう、がん診療連携病院における相談支援センターの充実を図る必要があります。また相談支援センターと三重県がん相談支援センターの活用促進とともに、一層の普及啓発が必要です。
- 三重県がん相談支援センターやがん診療連携病院、がん治療を行う病院等との連携を進めることで、広域的な相談支援体制の整備を進めることが必要です。
- がん診療に関わる医療機関において、標準登録様式\*による院内がん登録を実施するとともに

に、地域がん登録によるがん患者の実態把握を行う必要があります。

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

#### 4. 施策の展開

##### (1) めざす姿

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

##### 【 数値目標 】

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

## (2) 取組方向

取組方向1：がんにかからないための健康な生活習慣づくりとがん予防の普及啓発

取組方向2：がんの早期発見の推進

取組方向3：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

取組方向4：がんと共に生きるための社会づくりの推進

## (3) 取組内容

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

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

### 取組方向2：がんの早期発見の推進

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

### 取組方向3：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

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



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

#### 取組方向4：がんと共に生きるための社会づくりの推進

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