

三重県地域医療構想の策定に向けて

平成 27 年 12 月

三 重 県

目 次

第 1 部 総論

第 1 章 地域医療構想の基本的事項	1
1 地域医療構想の位置づけ	1
2 策定の趣旨	1
3 策定の基本的な考え方	1
4 構想区域	2
5 策定体制等	5
第 2 章 三重県における医療政策の基本方針	7
1 医療の現状と課題	7
2 医療政策の基本方針	7
第 3 章 地域医療構想の推進	10
1 目標	10
2 2025 年の医療需要と必要病床数	10
3 各施策の検討状況	14
4 地域医療介護総合確保基金の活用	16

第 2 部 各論

第 1 章 桑員区域地域医療構想	19
第 2 章 三泗区域地域医療構想	37
第 3 章 鈴亀区域地域医療構想	55
第 4 章 津区域地域医療構想	73
第 5 章 伊賀区域地域医療構想	89
第 6 章 松阪区域地域医療構想	107
第 7 章 伊勢志摩区域地域医療構想	125
第 8 章 東紀州区域地域医療構想	143

第 3 部 策定後の取組

1 周知と情報の公表	161
2 2025 年までの P D C A 等	161

第1部 総論

第1章 地域医療構想の基本的事項

1 地域医療構想の位置づけ

三重県地域医療構想は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の規定に基づき、都道府県が定めることとされている医療計画の一部として策定されるものです。

2 策定の趣旨

～病床機能報告制度と将来的な医療ニーズに基づく医療提供体制の構築～

少子高齢化等の社会情勢の変化を背景に、医療や介護、年金、子育てなどの社会保障を充実・安定化させるため、平成24（2012）年2月、社会保障・税一体改革大綱が閣議決定されました。これに基づき、同年8月に社会保障制度改革推進法が成立し、社会保障制度改革国民会議が設置されました。国民会議は、20回に及ぶ議論を経て、平成25（2013）年8月、報告書を取りまとめました。

この報告書において、病床機能報告制度により把握される医療機能の現状や、将来的な医療ニーズをふまえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療構想を都道府県が策定することが明記されました。

こうした地域医療構想による新たな医療提供体制の構築は、平成26（2014）年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）によって黎明期を迎えることとなりました。

本県においても、団塊の世代が75歳以上を迎える平成37（2025）年を視野に、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するため、国の「地域医療構想策定ガイドライン等について」（平成27年3月31日付け医政発0331第53号厚生労働省医政局長通知）を参考にしつつ、三重県地域医療構想を策定します。

3 策定の基本的な考え方

本県の特性・実情に応じた地域医療構想とするため、以下の考え方に沿って策定を進めます。

① 客観的データの提示

地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握・分析を行うため、レセプトデータや、DPCデータ等に基づく誰もが納得できる明確なデータを収集・共有し、議論を進めます。

② 策定プロセスの重視

地域医療構想の実効性を高めるため、策定段階から地域の医療関係者や、保険者、市町等で構成する地域医療構想調整会議を地域ごとに設置します。

このことにより、客観的なデータだけでなく、地域の関係者が医療提供体制に対し日頃から感じている課題や今後に向けての考え方などを反映することができます。

地域医療構想の記載事項の一つに平成 37（2025）年の医療需要推計に対する必要病床数があります。この病床数は、厚生労働省が提示した地域医療構想策定支援ツールにより算出することができますが、病床機能報告制度により報告された平成 26（2014）年の病床数（県計の稼働病床数）より 2,200 床程度少ない状況となっています。

また、平成 26（2014）年 6 月に成立した改正医療法第 30 条の 12 等の規定に基づき、都道府県知事が講ずることができる措置として、稼働していない病床の削減の要請等が定められました。

以上のことから、今後、病床削減が進められ、結果として患者の受入先が無くなるのではないかとといった懸念が県内の医療関係者等より示されています。

このため、本県では以下の方針に基づき、地域医療構想を策定していくこととします。

- ・地域医療構想調整会議においては、地域の関係者による丁寧な議論に努め、その結果を最大限に尊重すること。
- ・2025 年の医療需要の推計値は、将来人口推計等を基に医療法施行規則の計算式により算出されたことから、目安として受け止める必要があるものの、地域のあるべき医療提供体制の議論を優先して進めていくこと。
- ・病床削減ありきで議論を進めるものではないこと。一方、病床削減を行わないことありきで議論を進めるものでもないこと。
- ・未稼働病床についてはその理由を丁寧に聞いた上で、特段の理由が無いと判断された場合は削減の対象としていくこと。

③ 医療介護総合確保方針等との整合性の確保

医療介護総合確保推進法に定める総合確保方針をふまえ、効率的で質の高い医療提供体制の構築とともに、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を視野に入れつつ議論を進めます。

また、三重県保健医療計画（第 5 次改訂）や、みえ高齢者・元気ががやきプラン（第 6 期三重県介護保険事業支援計画および第 7 次三重県高齢者福祉計画）等との整合性を図るとともに、新公立病院改革ガイドライン（平成 27 年 3 月 31 日付け総務省自治財政局長通知）等にも配慮し、策定していきます。

4 構想区域

地域医療構想の検討を行うため、まず構想区域の設定を行う必要があります。

構想区域とは、一体の区域として地域における病床の機能の分化および連携を推進することが相当であると認められる区域として設定する地域の範囲です。

また、厚生労働省の地域医療構想策定ガイドラインにおいて、構想区域の設定に

あたっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など、将来における要素を勘案して検討する必要があるとされています。

病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）との関係については、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも当該区域で完結することを求めるものではありませんが、急性期、回復期および慢性期については、できるだけ区域内で対応することが望ましいとなっています。

本県においては、南北に長い地勢を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在すること、地域医療構想は在宅医療などより地域に密着した医療のあり方にかかる議論が求められることから、現行の二次保健医療圏（北勢、中勢伊賀、南勢志摩、東紀州）をベースとして、8つの地域を「地域医療構想区域」として設定します。

このことにより、よりきめ細かな議論が可能となると考えるものです。

図表 1-1 構想区域

	区域	構成自治体	二次保健医療圏
①	桑員	桑名市、いなべ市、木曾岬町、東員町	北勢
②	三泗	四日市市、菰野町、朝日町、川越町	北勢
③	鈴亀	鈴鹿市、亀山市	北勢
④	津	津市	中勢伊賀
⑤	伊賀	名張市、伊賀市	中勢伊賀
⑥	松阪	松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町	南勢志摩
⑦	伊勢志摩	伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、南伊勢町	南勢志摩
⑧	東紀州	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町	東紀州

図表 1-2 構想区域ごとの地域の状況

二次保健医療圏	構想区域	構成市町	人口	面積 km ²	既存 病床数 (うち療養)	人口千人 あたり 病床数	主な医療提供体制	基準 病床数	既存 病床数 との差
北勢	桑員	桑名市 市曾根町 市いなべ市 市東員町	218,289	395	2,119 (740)	9.71 (3.39)	(救急医療) ○二次救急医療圏(桑名地区) (がん対策) □がん診療連携推進病院(厚生連いなべ総合病院、桑名西医療センター) (災害医療) ○地域災害拠点病院(厚生連いなべ総合病院) □災害医療支援病院(桑名東医療センター、青木記念病院)	5,542	612
	三泗	四日市市 市孤野町 市朝日町 市越川町	371,678	327	2,473 (645)	6.65 (1.74)	(救急医療) ◎三次救急医療機関(県立総合医療センター、市立四日市病院) ○二次救急医療圏(四日市地区) (がん対策) ☆がん診療連携推進拠点病院(県立総合医療センター) □がん診療連携推進病院(市立四日市病院、四日市羽津医療センター) (災害医療) ◎基幹災害拠点病院(県立総合医療センター) ○地域災害拠点病院(市立四日市病院) □災害医療支援病院(四日市羽津医療センター) (その他対策) ○地域医療支援病院(県立総合医療センター、市立四日市病院、四日市羽津医療センター)		
	鈴亀	鈴鹿市 市亀山市	248,187	386	1,562 (409)	6.29 (1.65)	(救急医療) ○二次救急医療圏(鈴鹿地区) (がん対策) ○地域がん診療連携拠点病院(厚生連鈴鹿中央総合病院) □がん診療連携推進病院(鈴鹿回生病院) (災害医療) ○地域災害拠点病院(厚生連鈴鹿中央総合病院) □災害医療支援病院(鈴鹿回生病院、亀山市立医療センター) (その他対策) ○地域医療支援病院(厚生連鈴鹿中央総合病院)		
中勢伊賀	津	津市	281,547	711	3,478 (945)	12.35 (3.36)	(救急医療) ◎三次救急医療機関(三重大学医学部附属病院) ○二次救急医療圏(津地区) (がん対策) ◎県がん診療連携拠点病院(三重大学医学部附属病院) ○地域がん診療連携拠点病院(三重中央医療センター) (災害医療) ○地域災害拠点病院(三重大学医学部附属病院) □災害医療支援病院(三重中央医療センター) (その他対策) ○地域医療支援病院(三重中央医療センター)	3,796	709
	伊賀サブ	伊賀市 市名張市	173,094	688	1,027 (138)	5.93 (0.80)	(救急医療) ○二次救急医療圏(伊賀地区) (がん対策) □がん診療連携推進病院(上野総合市民病院) (災害医療) ○地域災害拠点病院(名張市立病院、上野総合市民病院) (その他対策) ○地域医療支援病院(名張市立病院、岡波総合病院)		
南勢志摩	松阪	松阪市 市多気町 市明和町 市大台町 市大紀町	223,899	1,364	2,271 (736)	10.14 (3.29)	(救急医療) ○二次救急医療圏(松阪地区) (がん対策) ○地域がん診療連携拠点病院(厚生連松阪中央総合病院) □がん診療連携推進病院(済生会松阪総合病院、松阪市民病院) (災害医療) ○地域災害拠点病院(厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院) (その他対策) ○地域医療支援病院(厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院)	3,510	697
	伊勢志摩サブ	伊勢市 市羽市 市志摩市 市玉城町 市南伊勢町	237,541	915	1,936 (445)	8.15 (1.87)	(救急医療) ◎三次救急医療機関(伊勢赤十字病院) ○二次救急医療圏(伊勢地区) ○二次救急医療圏(志摩地区) (がん対策) ○地域がん診療連携拠点病院(伊勢赤十字病院) □がん診療連携推進病院(市立伊勢総合病院) (災害医療) ○地域災害拠点病院(伊勢赤十字病院、県立志摩病院) □災害医療支援病院(市立伊勢総合病院) (その他対策) ○地域医療支援病院(伊勢赤十字病院)		
東紀州	東紀州	尾鷲市 市北町 市野浜町 市御紀町	74,828	992	885 (425)	11.83 (5.68)	(救急医療) ○二次救急医療圏(尾鷲地区) ○二次救急医療圏(熊野地区) (がん対策) □がん診療連携推進病院(尾鷲総合病院) (災害医療) ○地域災害拠点病院(尾鷲総合病院) □災害医療支援病院(紀南病院)	764	121
三重県計			1,829,063	5,778	15,751 (4,483)	8.61 (2.45)		13,612	2,139

※既存病床数は、平成27年4月1現在の数値(一般病床および療養病床)です。

出典：三重県「平成25年三重県の人口動態」

5 策定体制等

三重県地域医療構想を策定する会議体は、三重県医療審議会と、構想区域ごとに設置する地域医療構想調整会議を基本とします。

地域医療構想調整会議は、医療法第30条の14の規定に基づく協議の場とし、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院代表、保険者、市町、住民等で構成します。

また、地域医療構想調整会議では、地域医療構想の策定後も、地域の医療提供体制の状態をレビューし、フォローアップしていくことにより、より自律的に地域全体の医療機能を高めることをめざすとともに、地域医療体制の整備にかかる一貫した協議を行っていきます。さらに、地域の声を丁寧に拾いながら意見集約し、国の制度や県の方針に反映させていくこととします。

なお、地域医療構想調整会議は、隣接する構想区域等の地域医療構想調整会議との合同開催や、参加者等を限定した形での開催など、地域に根差した柔軟な運用を行うこととします。

地域医療体制の整備をめぐるこれまでの議論は、三重県医療審議会や有識者会議等において個別に行われてきましたが、地域医療構想調整会議の設置により、地域単位から県単位にわたる重層的な意思形成の仕組みを構築します。

具体的には、地域医療構想調整会議の議論に加え、より高度な救急医療や周産期医療といった構想区域の枠を越える広域の医療提供体制、全県的な体制整備支援を必要とする在宅医療体制、本県の医療提供体制の課題である医療従事者の確保といった事項については、構想区域に留まらない議論が必要であることから、三重県医療審議会、関係部会、各種の懇話会および検討会において議論を進めていくこととします。

以上により、地域医療構想調整会議における地域単位の議論と、より広域にわたる横断的な観点の議論とが同時並行で進められることとなります。

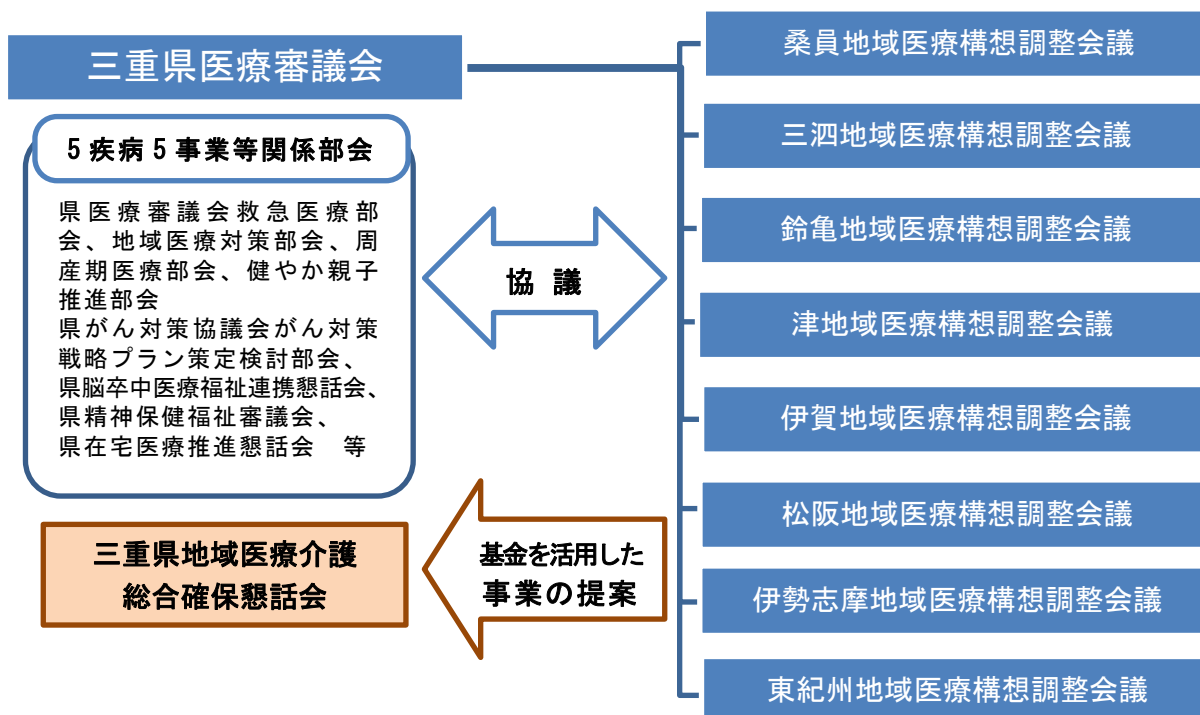
この結果、双方の検討結果を共有したり、今後の方策について相互に提案を行ったりすることによって、地域医療構想の達成に向けた効果的な取組を促すことが可能となります。

図表 1-3 地域医療構想にかかる意思形成の仕組み



さらに、医療・介護の関係者等で構成する三重県地域医療介護総合確保懇話会では、地域医療介護総合確保基金を活用した病床の機能分化・連携等を推進する仕組みや、地域医療構想の実現に向けて必要となる施策の方針等の検討を行っていくこととします。

図表 1-4 地域医療構想の策定体制



第2章 三重県における医療政策の基本方針

1 医療の現状と課題

三重県保健医療計画（第5次改訂）でも示されているとおり、人口動態をはじめ本県の健康関連指標の値は、一部を除き全国平均値の前後又はそれよりもやや良い状態に位置しています。

このため、本県においては、引き続き医療の質の確保・向上をめざしていくとともに、今後は、がんをはじめとする生活習慣病の予防対策に注力していくことが必要です。

医療は、地域において安心して暮らすために不可欠なインフラであると考えられます。また、国民皆保険制度のもと、居住地にかかわらず公平な医療サービスの提供が求められます。このような中で本県については、医師、看護職員といった医療従事者が不足しているという大きな課題があります。

さらに、前述したとおり本県は南北に長い地勢を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在します。このため、医療資源についても分散配置せざるを得ないとともに、最南部に位置する東紀州区域や内陸部に位置する伊賀区域では医療従事者が特に不足するという地域偏在の問題があります。

加えて、県南部については高齢化率が高く、脳血管疾患や急性心筋梗塞といった急性期疾患による死亡率も比較的高い傾向にあることから、当該区域における救急医療体制の確保は重要な課題となっています。

医療機能の分化・連携に関しては、本県では一般病床を有する病院の分布にも偏在がみられます。例えば、津区域など県中部では100～200床程度の中小規模の医療機関が多いことから、区域において優先して取り組むべき課題を議論するなど、病床の機能分化・連携を一層進めていくことが重要となります。

また、急性期を脱した患者の社会復帰等に向けて必要となる回復期病床や、在宅医療といった後方の受け皿は十分とはいえず、これらの体制整備は全県的に急務となっています。

今後、医療・介護ニーズを併せ持つ慢性疾患、認知症等の高齢者がますます増加することが見込まれており、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面において、在宅医療・介護の連携を推進し、区域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築が必要となっています。

2 医療政策の基本方針

本県においては医療従事者の確保が極めて重大な課題であることから、これまでの施策に加えて医療従事者の県内定着を図る取組を全県的に進めていきます。求められる医療が多様化していく中で、各人がめざす専門性を高められるよう、そのキャリアアップを支援することや、医療従事者に占める女性の割合が高いことから、女性が働きやすい職場環境を整備するといった視点が重要といえます。特に看護職員については、県内学校養成所卒業者の県内定着や離職者の復職支援に重点を置くことが必要です。

また、地域で安心して暮らすことができるよう、いざという場合の救急医療体制の充実を図ることが求められます。このためには、人材の確保はもとより、必要に応じて集約化を進める等の医療機関の体制整備、救急搬送時間の短縮を図るための救急搬送体制や搬送と医療機関との連携システムの整備、不要不急の受療行動を減らすための普及啓発活動といった取組をパッケージで進めていくことが必要です。

さらに、急性期を脱した後の医療（回復期、慢性期）にかかる医療機能の分化・連携を進めながら、各区域で在宅医療体制を整備しつつ、地域包括ケアシステムを構築していくことが重要となっています。

以上のような県全体の取組と並行して、以下の3つの視点に基づき、各区域におけるあるべき医療提供体制を構築していきます。

- ・医療機能の分化・連携により、患者の早期の社会復帰を図る。
- ・地域で提供している医療について、患者・住民にわかりやすく伝える。
- ・安心して暮らすことができる地域づくり、まちづくりに貢献する。

〔医療機能の分化・連携〕

地域医療構想は、将来の医療需要をふまえた医療機能の分化・連携を一層進めることを目的としています。

これは、患者の状態に応じた効率的な医療を提供することによって、患者にできる限り早期に住み慣れた地域・社会に復帰していただくとするものです。具体的には、一般病床および療養病床を4つの機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に区分し、それぞれの機能に応じた医療従事者や資源の確保に取り組みます。

このことによって、患者の入院（受療開始）から退院（社会復帰）までの一連の過程における医療従事者間の分業や協業がより深められることとなり、機能ごとの課題の発見および解決が容易となり、全体的な医療の効率化が進むことが期待されます。

また、効率化を追求する一方で、医療安全の確保を図ることが重要であり、併せて必要な体制整備を進めることとします。

なお、医療機能の分化・連携を促進する手法の一つとして、必要に応じて、平成27（2015）年9月に成立した改正医療法によって創設された地域医療連携推進法人制度の活用も検討していきます。

〔情報発信〕

医療ネットみえや病床機能報告制度等により、それぞれの医療機関が果たしている機能が明確になり、地域の患者や住民の受療行動がよりの確なものになることが期待されます。具体的には様々な医療サービスについて、それぞれの医療機関で受けることができるかイメージしやすくなります。

このことにより、患者・家族において、病院紹介や転院・転棟等に対する理解が深まり、次の展開に備えた心構えができるとともに、身近な環境で療養を行うことについて、より主体的に捉えていくことが可能となります。このためには、地域医

療構想をできる限りわかりやすく地域の住民に伝えていくことはもとより、医療ネットワークみえ等で得られた医療機関の情報に加えて、疾病や治療に関する一般的な情報をできる限り提供し、患者・住民がこれらを知る機会が得られるよう環境整備を進めていくことが重要です。

〔地域づくり、まちづくり〕

医療提供体制が適切に構築されることにより、地域で安心して暮らすことが可能となります。平成 26（2014）年 11 月に「まち・ひと・しごと創生法」が成立し、人口の減少に歯止めをかけるとともに、それぞれの地域で住みよい環境を確保して、豊かな生活を安心して営む地域社会の形成や就業機会の創出を推進することとされました。

本県においても、「三重県まち・ひと・しごと創生総合戦略」を平成 27（2015）年 10 月に策定し、少子化対策、産業振興、就労支援といった各種の施策を拡充・推進していくこととしていますが、医療提供体制の構築が地域社会の形成に寄与する側面も大いにあると考えられます。他の施策と連携しつつ、地方創生の観点からその充実を図ることが求められています。

具体的には、アクセス面をより重視し、医療施設をできる限りまちの中心部や公共交通機関の周辺に集約化していくことが想定されます。また、高齢者の夫婦世帯、単身世帯が増えていく中で、住まいや生活に寄り添った医療サービスの提供も必要となります。このように、市場原理のみで医療施設の立地を検討するのではなく、地域づくり、まちづくりの一環として各地域の関係者による議論を経て、より効果的な形で医療体制の整備を進めていくことが重要です。

また、医療分野に留まらず、介護分野においても、要介護高齢者の在宅生活を支える介護サービスの提供体制の整備や、在宅生活が困難となった場合に備え、特別養護老人ホームなど、施設サービスの提供体制の整備を促進し、医療・介護が身近に感じられるようなまちづくりを進めていくことが必要です。その際、入居者・利用者へのサービスを適切なものにしていくことが重要です。

第3章 地域医療構想の推進

地域医療構想を策定し、これを実現していくためには、目標を明確にした上で、関係者間で共有することが重要です。

また、並行して、高度な救急医療体制の整備、在宅医療体制の整備、医療従事者の確保といった、より広域にわたる横断的な取組を進めていく必要があります。併せて、効果的な財政措置を講じていくことも求められます。

1 目標

本県では平成 28（2016）年度からスタートする「みえ県民力ビジョン・第二次行動計画（仮称）」に、地域医療安心度指数、地域医療構想の達成度を指標として盛り込んでいます。

このうち地域医療構想の達成度については、地域医療構想の実現に向け、平成 37（2025）年の必要病床数の達成度とともに、入院医療と在宅医療を一体的に整備していく上で、在宅医療提供体制の整備度が重要であることから、この2つの複合指標として設定しています。

具体的には、必要病床数の達成度は、県全体の機能転換対象病床数のうち、実際に転換した病床数の割合とし、在宅医療提供体制の整備度は、在宅医療フレームワークに定める項目のうち、達成した項目の割合の県内 29 市町の平均値として、この2指標を単純平均した値を目標値としています。

2 2025 年の医療需要と必要病床数

厚生労働省から提供された基礎データをもとに、厚生労働省の地域医療構想策定ガイドラインおよび医療法施行規則（昭和 23 年 11 月 5 日厚生省令第 50 号）に定められた計算式により、8つの構想区域ごとに算出した平成 37（2025）年の医療需要等は図表 1-5（12 ページ）のとおりです。

地域医療構想調整会議では、各構想区域の枠を越えた患者の流出入等を勘案して、将来のあるべき医療提供体制をふまえた推定供給数（医療提供体制）および必要病床数を定めていきます。

平成 27（2015）年度においては、それぞれの地域医療構想調整会議で協議を継続しているところであり、今後も引き続きデータを追加しながら、取組方策等とともに具体的に検討していく必要があります。医療機関ごとの病床転換数についても検討には至らず、大まかな方向性についてのみ議論を行っています。

このため、患者の流出入をふまえた必要病床数推計の都道府県間調整については、「地域医療構想策定における患者流出入を踏まえた必要病床数推計の都道府県間調整方法について」（平成 27 年 9 月 18 日付け医政地発 0918 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）に示された調整方法に基づき、以下のとおりとします。

本県の場合、愛知県（名古屋医療圏、海部医療圏）、滋賀県（甲賀医療圏）、奈良県（東和医療圏）、大阪府（大阪市医療圏）、および和歌山県（新宮医療圏）が、患者の流出入における都道府県間調整の対象となっています。

平成 27 (2015) 年度においては、現状 (医療機関所在地) の患者数を前提とした医療提供体制を維持するものとして、当該府県と調整を行うこととします。しかし、本県の各地域医療構想調整会議では、平成 28 (2016) 年度以降も継続して必要病床数等の検討を行っていくことから、その協議が整い次第、改めて当該府県との都道府県間調整を実施していくこととします。

なお、図表 1-5 における病床機能報告の数値は、平成 26 (2014) 年 7 月 1 日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択し、県へ報告した病床数 (稼働病床数) です。

図表 1-5 2025 年の医療需要と必要病床数

構想区域	医療機能	2025 年 医療需要 患者住所地 (人/日)	2025 年の医療供給（医療提供体制）			2014 年 病床機能報告 (床)
			現在の医療提供体制 が変わらないと仮定 した推定供給数 医療機関所在地(人/日)	将来のあるべき 医療提供体制をふ まえた推定供給数 (人/日)	必要病床数 (床)	
桑員	高度急性期					0
	急性期					1,055
	回復期					52
	慢性期					543
	在宅医療等 小計				-	- 1,650
三泗	高度急性期					598
	急性期					1,072
	回復期					330
	慢性期					711
	在宅医療等 小計				-	- 2,711
鈴亀	高度急性期					185
	急性期					950
	回復期					49
	慢性期					649
	在宅医療等 小計				-	- 1,833
津	高度急性期					826
	急性期					1,314
	回復期					394
	慢性期					981
	在宅医療等 小計				-	- 3,515
伊賀	高度急性期					0
	急性期					762
	回復期					50
	慢性期					116
	在宅医療等 小計				-	- 928
松阪	高度急性期					92
	急性期					1,372
	回復期					225
	慢性期					566
	在宅医療等 小計				-	- 2,255
伊勢志摩	高度急性期					704
	急性期					711
	回復期					185
	慢性期					376
	在宅医療等 小計				-	- 1,976
東紀州	高度急性期					0
	急性期					472
	回復期					0
	慢性期					449
	在宅医療等 小計				-	- 921
総計		34,011.7	33,245.7			15,789
三重県	高度急性期	1,158.1	1,067.7			2,405
	急性期	3,527.2	3,320.6			7,708
	回復期	4,136.6	3,953.3			1,285
	慢性期(B)	3,225.9	3,244.7			4,391
	在宅医療等 総計	21,964.0	21,659.4		-	- 15,789

※慢性期機能と在宅医療等の需要推計のうち、療養病床の入院患者数については、全国の療養病床における入院受療率の地域差を解消するため、全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合（Bパターン）を用いて推計しています。

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

図表 1-6 2025 年度の都道府県間の流出入状況

(人/日)

北勢保健医療圏			医療機関所在地					
			自県				他県	
			北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	愛知(名古屋)	愛知(海部)
患者住所地	自県	高度急性期	397.8	33.8	0.0	0.0	28.4	22.7
		急性期	1,289.9	85.9	0.0	0.0	58.2	49.1
		回復期	1,614.9	86.2	0.0	0.0	51.7	33.7
		慢性期 (B)	1,215.2	70.5	10.4	0.0	14.9	0.0
		計	4,517.8	276.4	10.4	0.0	153.3	105.5
	愛知(名古屋)	高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0		
		急性期	0.0	0.0	0.0	0.0		
		回復期	0.0	0.0	0.0	0.0		
		慢性期 (B)	43.4	0.0	0.0	0.0		
		計	43.4	0.0	0.0	0.0		
	愛知(海部)	高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0		
		急性期	0.0	0.0	0.0	0.0		
		回復期	0.0	0.0	0.0	0.0		
		慢性期 (B)	22.4	0.0	0.0	0.0		
		計	22.4	0.0	0.0	0.0		

中勢伊賀保健医療圏			医療機関所在地						
			自県				他県		
			北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	滋賀(甲賀)	大阪(大阪府)	奈良(東和)
患者住所地	自県	高度急性期	13.3	218.6	16.4	0.0	0.0	0.0	0.0
		急性期	40.3	757.1	32.8	0.0	0.0	0.0	23.0
		回復期	42.3	914.7	28.0	0.0	15.4	10.7	24.6
		慢性期 (B)	57.7	740.3	26.3	0.0	10.7	0.0	0.0
		計	153.7	2,630.7	103.4	0.0	26.2	10.7	47.6

南勢志摩保健医療圏			医療機関所在地			
			自県			
			北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者住所地	自県	高度急性期	0.0	23.0	294.6	0.0
		急性期	0.0	62.5	841.9	0.0
		回復期	0.0	90.7	914.2	0.0
		慢性期 (B)	29.2	116.7	639.6	28.1
		計	29.2	293.0	2,690.2	28.1

東紀州保健医療圏			医療機関所在地				
			自県				他県
			北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	和歌山(新宮)
患者住所地	自県	高度急性期	0.0	0.0	10.6	20.2	0.0
		急性期	0.0	11.5	21.0	90.4	18.0
		回復期	0.0	16.6	16.9	120.9	19.3
		慢性期 (B)	0.0	0.0	0.0	124.1	18.0
		計	0.0	28.2	48.5	355.8	55.2

※小数点以下第2位で四捨五入して表示しているため、計とは一致しない場合があります。
 出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

3 各施策の検討状況

(1) がん医療

平成 26 (2014) 年 1 月に厚生労働省が「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」により、がん診療連携拠点病院 (国指定) の指定要件の見直しを行ったことをふまえ、県のがん医療提供体制の一層の充実・強化を図るため、県がん対策推進協議会において、今後のがん医療提供体制のあり方について一定の整理を行いました。

具体的には、拠点病院に準じ、かつ、標準的・集学的治療を提供する医療機関として三重県がん診療連携準拠点病院 (県指定。拠点病院と合わせ 10 か所程度) を、拠点病院や準拠点病院との連携を行う医療機関として三重県がん診療連携病院 (県指定) を整備していきます。

その他、がんにかかる医科歯科連携体制の構築を進めるとともに、患者の療養生活を、緩和ケアを含めて地域でフォローアップする体制づくりについて検討していきます。

(2) 回復期 (脳卒中)

脳卒中患者については、嚥下障害、認知症、多臓器疾患などの併発や、介護者不在等により、円滑に維持期に移行できないケースが多くあります。

今後、高齢化の進行とともに脳卒中患者の増加が見込まれる中で、在宅医療体制の充実を図り、地域に患者が帰ることができる仕組みづくりを検討していく必要があります。

また、回復期については、日常生活動作の回復のための一般的なりハビリから、言語障害や嚥下障害などへの個別対応が必要ななりハビリもあることから、高度急性期、急性期と同様に段階的な考え方を取り入れるなど、回復期のあり方についても検討が必要です。

このため、今後、三重県脳卒中医療福祉連携懇話会において議論を進めながら、脳卒中等にかかる回復期の医療体制の整備を進めていきます。

(3) 救急医療

地域における救急医療体制の充実を図るため、地域の実情をふまえた初期、二次、三次の各救急医療機関の機能分担や連携体制の整備が課題となっています。特に、地域によっては二次救急医療体制が脆弱であり、三次救急医療機関への負担が増大していることから、二次救急医療機関の機能強化が重要です。

この他、小児救急医療への対応や、今後の医療需要をもとに急性期の病床が減少した場合の回復期・急性期患者の急変時対応等についても、検討が必要です。

なお、救急医療を担う医師が不足しているため、医師の人材育成にも引き続き取り組む必要があります。

このため、今後、三重県医療審議会救急医療部会において議論を進めながら、救急医療にかかる医療体制の整備を進めていきます。

(4) 周産期医療

安心して産み育てることができる環境を整備するため、県内 5 つの周産期母子医療センターを中心に、医療機関との機能分担や連携体制の整備を進めるととも

に、妊産婦や新生児の救急搬送体制の整備が課題となっています。

また、産科、小児科、麻酔科等の医師をはじめ、助産師や看護師の確保、偏在の解消に向けた取組を進めていく必要があります。

この他、周産期医療において重要となる小児外科の体制の整備について、検討が必要です。

このため、今後、三重県医療審議会周産期医療部会において議論を進めながら、周産期医療にかかる医療体制の整備を進めていきます。

(5) 在宅医療

在宅医療体制の全県的な整備を進めていくため、医療・介護関係者等で構成する三重県在宅医療推進懇話会において在宅医療フレームワークの検討を実施しています。

本県では、在宅医療提供体制の構築に際し、概ね必要と考えられる要素を基にした一定の枠組み（フレームワーク）を提示し、これに基づいて地域の取組状況をより客観的に把握した上で、必要な支援を行っていくこととしています。

また、地域包括ケアシステムを構築する上では、地域の歯科や薬局等の保健医療資源が十分に機能し活用されるよう、体制整備を図っていくことが重要となっています。

このため、地域ごとに口腔ケアステーションとしての機能を整備するとともに、在宅歯科医療や訪問薬剤管理指導等に関わる人材の育成等を行い、医療・介護関係者の連携を促進していきます。

(6) 医療従事者の確保

医師については、県内の医師の不足・偏在の解消に向けて、医師無料職業紹介事業等の「医師不足の影響を当面緩和する取組」や、医師修学資金貸与制度の運用等の「中長期的な視点に立った取組」等を組み合わせ、平成 23（2011）年に県に設置した地域医療支援センターの取組を中心に、医師確保対策を総合的に進めています。

同センターでは、平成 29（2017）年度から開始される新たな専門医制度による研修を見据えて作成した後期臨床研修プログラム（三重専門医研修プログラム）の活用を推進していくこととしており、同センターの運営協議会において、取組にかかる必要な協議を行っています。

看護職員については、平成 26（2014）年度に設置した三重県看護職員確保対策検討会において、看護職員の確保にかかる取組を体系的に整理し、総合的に検討を進めています。今後、看護職員の県内就業率の向上や定着促進、平成 27（2015）年 10 月から施行された免許保持者届出制度を活用した再就業支援等に取り組んでいきます。

また、優れた看護の取組を学び、国際的な視野をもって活躍できる看護職員を育成することを目的に、海外短期研修による国際連携を進めていきます。

その他、職種を越えた取組として、平成 26（2014）年 8 月、県医師会への委託により設置した三重県医療勤務環境改善支援センターによる支援や、女性が働きやすい医療機関認証制度により、医療機関による勤務環境の改善に向けた取組を

促進していきます。

(7) 難病医療

平成 26 (2014) 年 5 月に成立した「難病の患者に対する医療等に関する法律」および「児童福祉法の一部を改正する法律」により、難病の患者等に対する医療費助成に関する公平かつ安定的な仕組みが構築されるとともに、都道府県は必要な医療提供体制の構築に努めることとされました。

このため、今後、三重県難病医療審議会等において議論を進めながら、難病等にかかる医療体制の整備を進めていきます。

(8) 精神科領域との連携

厚生労働省の地域医療構想策定ガイドラインでは、精神疾患について、一般医療との連携は重要であり、地域における精神科医療も含め検討することが必要であるとされています。また、認知症対策についても、専門医療の機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進めることが重要であるとされています。

今後は、精神科医療と一般医療の連携について協議する場の設置を検討するとともに、認知症対策については、三重県認知症施策推進会議において引き続き議論を進めていきます。

4 地域医療介護総合確保基金の活用

平成 26 (2014) 年の医療介護総合確保推進法の成立により、消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金が各都道府県に造成され、各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施しています。

本県においても、5つの対象事業（①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、②居宅等における医療の提供に関する事業（在宅医療の推進）、③介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）、④医療従事者の確保に関する事業、⑤介護従事者の確保に関する事業）のすべてに取り組んでいます。

図表 1-7 平成 27 年度三重県計画の事業規模（医療分）

事業区分	事業費(千円)
①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業	622,046
②居宅等における医療の提供に関する事業	55,308
④医療従事者の確保に関する事業	803,810
計	1,481,164

本基金は、地域医療構想で打ち出す施策の財源であり、今後それぞれの地域医療構想調整会議において、当該区域の地域医療構想の実現に向けた具体的な取組施策を検討し、基金の県計画に位置づけていく必要があります。

なお、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業については、地域医療構想策定前においては、その区域での整備が必要であるこ

とが地域医療構想策定前でも明らかとして県計画に定めたものを対象とするとされており、本県の平成 27（2015）年度県計画においても、回復期病棟整備事業等を盛り込んでいます。

また、国は平成 27（2015）年度分の基金から①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業への重点配分を行っており、本県としても早期に地域医療構想を策定し、病床の機能分化・連携の実現に向けた施策を着実に実施していくことが求められています。

第2部 各論

第1章 桑員区域地域医療構想

第2部 各論

第1章 桑員区域地域医療構想

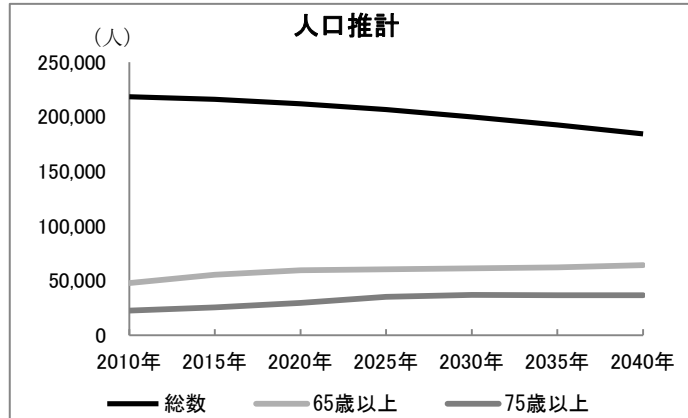
1 現状と課題

(1) 区域の概況

人口等の状況

人口（人）	218,289
65歳以上人口（人）	51,763
65歳以上割合（%）	23.7%
下段（）は三重県	(26.1%)
15歳未満人口（人）	30,389
15歳未満割合（%）	13.9%
下段（）は三重県	(13.3%)
面積（km ² ）	394.57

出典：平成25年三重県の人口動態（人口）
平成27年刊三重県統計書（面積）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月）

人口・平均寿命・健康寿命

	人口（人）	平均寿命 (H25, Chiang法) ¹		健康寿命 (H25, Sullivan法) ¹	
		男	女	男	女
桑名市	140,784	81.3	86.8	78.8	80.8
いなべ市	45,412	79.2	86.8	77.3	81.9
木曽岬町	6,591	81.3	92.1	79.1	87.2
東員町	25,502	86.3	87.7	83.2	82.5
三重県		80.2	86.6	77.4	80.3

年齢調整死亡率（人口10万人あたり）

	悪性新生物	急性心筋梗塞	脳血管疾患	肺炎
桑名市	117.33	17.96	24.75	28.83
いなべ市	113.43	16.34	28.32	31.93
木曽岬町	158.20	10.46	12.05	22.35
東員町	98.78	7.12	16.92	19.83
三重県	119.14	14.52	30.57	26.59

出生の状況

	出生数（人）	合計特殊 出生率	乳児 死亡数（人）	周産期 死亡数（人）
桑名市	1,225	1.54	3	7
いなべ市	333	1.42	2	1
木曽岬町	30	0.90	0	0
東員町	179	1.28	0	0
三重県		1.49		
全国		1.42		

出典：平成25年三重県の人口動態（全国値は平成26年人口動態統計）

¹出典：三重県保健環境研究所の調査を基に集計

〔人口〕

桑員区域は、本県の最北部に位置し、2市2町で構成され、人口約22万人の地域です。

高齢化率（65歳以上の割合）は23.7%と、県全体の高齢化率26.1%を下回っています。

平成37（2025）年に向けて総人口は減少しますが、65歳以上および75歳以上の人口は微増傾向にあります。

〔寿命〕

平均寿命および健康寿命は、いなべ市の男性以外は、県平均を上回っています。

特に木曾岬町の女性および東員町男性は、平均寿命および健康寿命とも、県平均を大幅に上回っており、木曾岬町の女性は、平均寿命が90歳を超えています。

〔4大疾患〕

死因順位の高い、いわゆる4大疾患に係る年齢調整死亡率について、県平均と比較すると、悪性新生物については、木曾岬町以外は低く、東員町では大幅に低い状況です。

急性心筋梗塞と肺炎については、桑名市といなべ市は県平均より高く、木曾岬町と東員町は低くなっています。

脳血管疾患については、いずれの市町も低く、特に木曾岬町と東員町で低い状況です。

〔出生等〕

合計特殊出生率については、桑名市のみが県平均を上回っており、木曾岬町は最も低く、1.00未満となっています。

自治体の財政状況等

	標準財政規模 (百万円) ¹	財政力 指数 ²	経常収支 比率 ²	実質公債 費比率 ²	医療費（一人あたり）（円）		
					国民健康 保険 ³	後期高齢者 医療 ³	全国健康保 険協会管掌 健康保険 ⁴
桑名市	29,886	0.86	97.8	11.3	331,099	892,501	156,730
いなべ市	14,539	0.83	85.5	8.8	352,423	891,315	145,184
木曾岬町	2,056	0.49	82.3	9.1	355,098	811,515	179,412
東員町	5,399	0.73	79.2	5.8	364,330	891,645	154,027
県平均		0.59	88.8	9.3	331,810	814,427	154,743
全国平均		0.49	90.2	8.6	315,856	919,452	160,677

¹ 出典：平成 25 年度市町村決算カード

² 出典：平成 25 年度地方公共団体の主要財政指標一覧

³ 出典：平成 25 年度三重県国民健康保険団体連合会調査

⁴ 出典：平成 25 年度全国健康保険協会三重支部調査

〔財政状況等〕

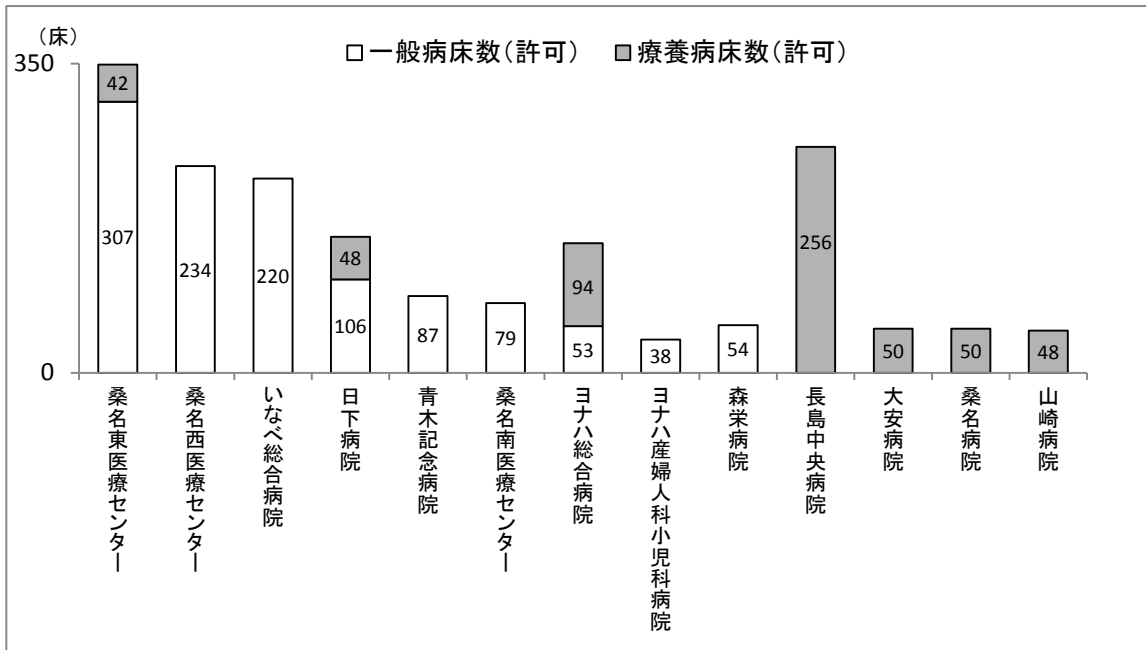
各市町の財政力指数については、木曾岬町以外は県平均を上回っており、木曾岬町においても全国平均と同水準です。また、実質公債費比率については、いずれも高くはなく、桑名市以外は10%未満です。

このことから、財政状況については概ね良好であるといえます。

一人あたり医療費については、国民健康保険では、桑名市以外は県平均を上回っており、後期高齢者医療では、木曾岬町以外は県平均を上回っています。また、全国健康保険協会管掌健康保険では、桑名市と木曾岬町が県平均を上回っています。

(2) 医療提供体制

各病院の病床数（平成 27 年 10 月）



医療資源の状況

		人口 10 万人 あたり	人口 10 万人 あたり (三重県)
病院			
施設数	17	7.8	5.5
総病床数（一般病床・療養病床）	1,766	809.0	857.7
医師数（常勤換算）	180	82.5	118.1
歯科医師数（常勤換算）	3	1.4	2.7
薬剤師数（常勤換算）	67	30.7	34.6
看護師数（常勤換算）	1,016	465.4	542.0
准看護師数（常勤換算）	334	153.0	106.8
診療所			
施設数（有床）	10	4.6	5.5
施設数（無床）	125	57.3	78.8
総病床数（一般病床・療養病床）	142	65.1	68.1
医師数（常勤換算）	137	62.8	80.4
歯科医師数（常勤換算）	121	55.4	59.3
看護師数（常勤換算）	216	99.0	94.5
准看護師数（常勤換算）	168	77.0	102.0

※病院欄の薬剤師数は、診療所従事者分を含みます。

出典：三重県健康福祉部医療対策局調査（施設数・総病床数）

平成 24 年医師・歯科医師・薬剤師調査（医師数・歯科医師数・薬剤師数）

平成 24 年衛生行政報告例（看護師数・准看護師数）

〔医療提供体制〕

区域内の 17 病院および 135 診療所における医療提供体制について、人口 10 万人あたりで県平均と比較した結果は、以下のとおりです。

- ・病院の施設数は 7.8 施設で、県平均 5.5 施設を上回っている。
- ・診療所の施設数は、有床・無床診療所それぞれ 4.6 施設、57.3 施設で、県平均 5.5 施設、78.8 施設を下回っている。
- ・病院の病床数（一般病床・療養病床）は 809.0 床で、県平均 857.7 床を下回っている。
- ・診療所の病床数（一般病床・療養病床）も 65.1 床で、県平均 68.1 床を下回っている。
- ・医師数（常勤換算）は、病院・診療所それぞれ 82.5 人、62.8 人で、県平均 118.1 人、80.4 人を下回っている。
- ・看護師数（常勤換算）は、病院では 465.4 人と県平均 542.0 人を下回っているが、診療所では 99.0 人と県平均 94.5 人を上回っている。
- ・准看護師数（常勤換算）は、病院では 153.0 人と県平均 106.8 人を上回っているが、診療所では 77.0 人と県平均 102.0 人を下回っている。

(3) 受療状況

患者数

入院 (三重県) 16,900 人/日 (人口 10 万人あたり) 924 人/日

			人口 10 万人あたり	一般病床	人口 10 万人あたり	療養病床	人口 10 万人あたり
病院	北勢	7,000	835	3,600	430	1,300	155
	中勢伊賀	4,700	1,034	2,500	550	1,000	220
	南勢志摩	3,500	758	1,600	347	900	195
	東紀州	1,100	1,470	300	401	400	535
	三重県	16,300	891	8,000	437	3,700	202
診療所	三重県	500	27	300	16	200	11

外来 (三重県、歯科診療所を除く) 89,600 人/日 (人口 10 万人あたり) 4,899 人/日

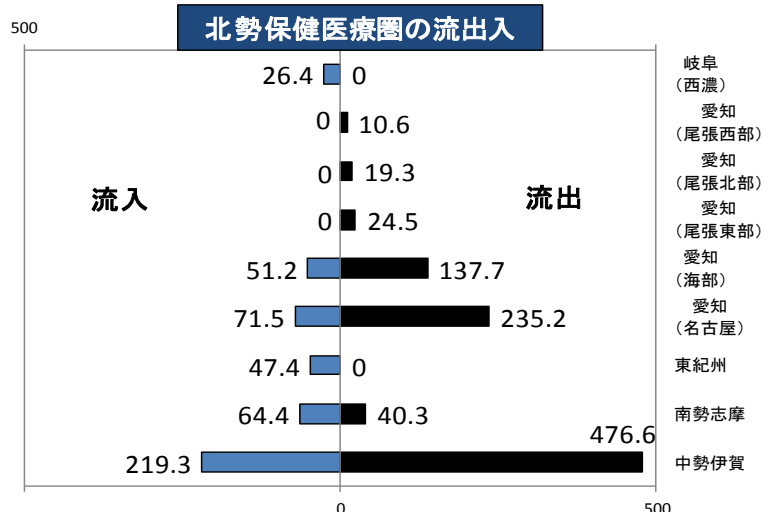
			人口 10 万人あたり
病院	三重県	20,700	1,132
診療所	三重県	68,900	3,767

出典：厚生労働省「平成 23 年患者調査」

流出入状況 (平成 25 年度)

(人/日)

	医療機関所在地														
	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	愛知 (名古屋)	愛知 (海部)	愛知 (尾張東部)	愛知 (尾張北部)	愛知 (尾張西部)	滋賀 (甲賀)	大阪 (大阪市)	奈良 (奈良)	奈良 (東和)	奈良 (中和)	和歌山 (新宮)
北勢	9,464.3	476.6	40.3	0.0	235.2	137.7	24.5	19.3	10.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
中勢伊賀	219.3	6,239.0	174.1	0.0	34.6	0.0	0.0	0.0	0.0	37.2	44.5	19.6	73.5	25.0	0.0
南勢志摩	64.4	447.3	7,694.8	58.1	27.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
東紀州	47.4	56.8	118.7	1,423.5	15.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	127.0
患者住所地	東京 (区中央部)	0.0	11.2	0.0	0.0										
	愛知 (名古屋)	71.5	14.4	0.0	0.0										
	愛知 (海部)	51.2	0.0	0.0	0.0										
	岐阜 (西濃)	26.4	0.0	0.0	0.0										
	滋賀 (甲賀)	0.0	13.2	0.0	0.0										
	奈良 (奈良)	0.0	10.1	0.0	0.0										
	奈良 (東和)	0.0	36.0	0.0	0.0										



出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

各二次医療圏での 2025 年度流出入状況

北勢保健医療圏

	在住者 (患者住所地) の医療需要 (人/日)	流出者数① (人/日)	医療機関 (医療機関所在地) の医療需要 (人/日)	流入者数② (人/日)	流出入の差分 (②-①) (人/日)
高度急性期	500.1	102.3	424.8	27.0	-75.3
急性期	1,525.1	235.2	1,369.4	79.4	-155.8
回復期	1,821.7	206.8	1,708.7	93.8	-113.0
慢性期	1,355.6	140.4	1,436.5	221.3	80.9
在宅医療等	8,827.1	600.9	8,486.1	259.9	-341.0
計	14,029.7	1,285.7	13,425.5	681.5	-604.2

〔受療状況（北勢保健医療圏）〕

平成 25（2013）年度における 1 日あたりの患者の保健医療圏別流出入状況は、以下のとおりであり、流出が流入を上回っています。

主な流出先は、中勢伊賀保健医療圏が 476.6 人、南勢志摩保健医療圏が 40.3 人、名古屋医療圏（愛知県）が 235.2 人、海部医療圏（愛知県）が 137.7 人となっています。

また、主な流入元は、中勢伊賀保健医療圏が 219.3 人、南勢志摩保健医療圏が 64.4 人、東紀州保健医療圏が 47.4 人、名古屋医療圏（愛知県）が 71.5 人、海部医療圏（愛知県）が 51.2 人となっています。

現在の医療提供体制に変更がないと仮定した場合、平成 37（2025）年においても、上記の傾向は変わらず、1 日あたり 604.2 人の流出超過と推計されます。なお、医療機能別では、慢性期のみが流入超過で、それ以外の高度急性期、急性期、回復期、在宅医療等は全て流出超過と推計されます。

主な疾患別（次頁）では、がんにおいて、中勢伊賀保健医療圏、名古屋医療圏（愛知県）、海部医療圏（愛知県）への流出、中勢伊賀保健医療圏からの流入があります。また、大腿骨骨折において、中勢伊賀保健医療圏からの流入があります。

以上は二次保健医療圏単位による推計であり、今後は、桑員、三泗、鈴亀それぞれの区域単位での分析を進めるとともに、分析結果をふまえた将来の必要病床数や、医療機能の分化・連携の方策の検討が必要となります。

患者流出先二次医療圏 TOP6

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	三重県	中勢伊賀	569.4
2	愛知県	名古屋	276.1
3	愛知県	海部	163.9
4	三重県	南勢志摩	48.8
5	愛知県	尾張東部	25.0
6	愛知県	尾張北部	23.1

患者流入元二次医療圏 TOP6

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	三重県	中勢伊賀	228.4
2	愛知県	名古屋	82.7
3	愛知県	海部	74.0
4	三重県	南勢志摩	62.5
5	三重県	東紀州	41.6
6	岐阜県	西濃	30.8

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

疾病別流出入状況（平成 25 年度）

（人/日）

がん		医療機関所在地							
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	愛知 (名古屋)	愛知 (海部)	奈良 (東和)	奈良 (中和)
患者 住所 地	北勢	447.0	61.3	0.0	0.0	67.1	36.3	0.0	0.0
	中勢伊賀	19.3	288.2	29.8	0.0	0.0	0.0	18.3	10.5
	南勢志摩	0.0	33.3	374.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	東紀州	0.0	14.8	26.5	26.6	0.0	0.0	0.0	0.0

急性心筋梗塞		医療機関所在地			
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者 住所 地	北勢	216.5	0.0	0.0	0.0
	中勢伊賀	0.0	141.8	0.0	0.0
	南勢志摩	0.0	0.0	170.4	0.0
	東紀州	0.0	0.0	0.0	18.0

脳卒中		医療機関所在地			
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者 住所 地	北勢	238.9	0.0	0.0	0.0
	中勢伊賀	0.0	135.8	0.0	0.0
	南勢志摩	0.0	0.0	162.8	0.0
	東紀州	0.0	0.0	0.0	23.3

成人肺炎		医療機関所在地			
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者 住所 地	北勢	287.5	0.0	0.0	0.0
	中勢伊賀	0.0	176.9	0.0	0.0
	南勢志摩	0.0	0.0	222.7	0.0
	東紀州	0.0	0.0	0.0	43.8

大腿骨骨折		医療機関所在地			
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者 住所 地	北勢	368.6	0.0	0.0	0.0
	中勢伊賀	15.0	156.8	0.0	0.0
	南勢志摩	0.0	0.0	226.4	0.0
	東紀州	0.0	0.0	0.0	42.0

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

救急搬送件数（平成 25 年）

	搬送件数	人口 10 万人あたり
桑員（件/日）	21.0	9.6
三重県（件/日）	229.3	12.5

出典：消防防災年報

死亡場所

	総数	病院	診療所	老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
桑員	2,013	1,423	153	74	93	222	48
		70.7%	7.6%	3.7%	4.6%	11.0%	2.4%
三重県	19,690	14,268	376	693	1,258	2,590	505
		72.5%	1.9%	3.5%	6.4%	13.2%	2.5%

出典：平成 25 年三重県の人口動態

〔救急搬送件数〕

人口 10 万人あたりで 1 日あたり 9.6 件となっており、県平均 12.5 件を大きく下回っています。

〔死亡場所〕

病院での死亡割合は 70.7% で県平均 72.5% を下回っています。診療所での死亡割合は 7.6% で県平均 1.9% を上回っています。

また、自宅での死亡割合は 11.0% で、県平均 13.2% を下回っています。

(4) 基幹病院の医療提供の状況

		桑名東 医療センター	桑名西 医療センター	厚生連いなべ 総合病院	【参考】 海南病院	
病床数（許可）		349	234	220	547	
病床数（稼働）		247	156	220	547	
病床利用率（許可病床数ベース） ¹		46.9%	56.9%	74.6%		
新規入棟患者数（1ヶ月間）		419	295	344	1,184	
救急車受入件数（件/年）		1,590	1,703	1,230	6,809	
入院基本料 （件/月）	7対1	388	272	453	1,067	
	10対1	0	0	0	0	
	13対1	0	0	0	0	
DPC		Ⅲ群	Ⅲ群	Ⅲ群	Ⅱ群	
疾病対応 （件/月）	がん	悪性腫瘍手術	11	*	*	53
		化学療法	35	16	10	91
	脳卒中	超急性期脳卒中加算	0	0	0	0
		脳血管内手術	0	*	0	*
	心筋梗塞	経皮的冠動脈形成術	12	*	*	17
分娩		15	0	23	40	
手術 （件/月）	総数	88	88	108	399	
	皮膚・皮下組織	*	*	*	22	
	筋骨格系・四肢・体幹	12	16	38	73	
	神経系・頭蓋	0	12	*	25	
	眼	0	0	*	*	
	耳鼻咽喉	0	0	*	22	
	顔面・口腔・頸部	0	0	0	*	
	胸部	*	*	*	18	
	心・脈管	36	15	11	71	
	腹部	30	42	40	104	
	尿路系・副腎	*	*	0	44	
	性器	*	*	11	58	
	歯科	0	0	0	*	
	胸腔鏡下手術	0	0	0	*	
腹腔鏡下手術	*	12	*	32		
リハビリ （件/月）	総数	72	63	107	364	
	心大血管	12	0	0	39	
	脳血管疾患等	31	36	48	125	
	運動器	19	27	67	129	
	呼吸器	*	0	*	87	
退棟患者数 （1ヶ月間）	総数	351	330	354	1,189	
	院内の他病棟へ転棟	6	68	16	223	
	家庭へ退院	273	229	304	828	
	他の病院、診療所へ転院	45	13	15	66	
	介護老人保健施設に入所	2	4	3	4	
	介護老人福祉施設に入所	2	2	0	4	
	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	5	3	2	7	
	死亡退院等	17	11	14	56	
	その他	1	0	0	1	

※個人情報保護の観点から、1以上10未満の値を「*」で秘匿している項目があります。

出典：平成26年度病床機能報告

¹出典：三重県健康福祉部医療対策局調査（平成26年度）

〔基幹病院の医療提供の状況〕

当該区域の基幹病院である桑名東医療センター、桑名西医療センター、厚生連いなべ総合病院について、平成 26（2014）年度病床機能報告での稼働病床数は、それぞれ 247 床、156 床、220 床となっています。

また、三重県調査（平成 26 年度）による病床利用率は、それぞれ 46.9%、56.9%、74.6%となっています。

救急車受入件数は、それぞれ 1,590 件、1,703 件、1,230 件であり、青木記念病院、ヨナハ総合病院、森栄病院とともに輪番制救急医療体制を構築しています。

主な疾病への対応については、3 病院ともがんの化学療法に対応しています。

手術については、3 病院とも整形（筋骨格系・四肢・体幹）、心血管系（心・脈管）、腹部等を中心に対応している状況です。

リハビリ件数については、桑名東医療センターと桑名西医療センターは脳血管疾患等が最も多く、厚生連いなべ総合病院は運動器が最も多くなっています。

退棟患者数については、いずれの病院も家庭への退院が最も多く、桑名東医療センターでは、他の病院・診療所への転院が、桑名西医療センターでは、院内の他病棟への転棟が次いで多くなっています。

(5) 介護サービスの状況

		65歳以上人口 1万人あたり	65歳以上人口 1万人あたり (三重県)
介護関係施設			
介護老人福祉施設定員(人)	520	100.5	180.0
介護老人保健施設定員(人)	819	158.2	138.0
介護療養型医療施設定員(人)	125	24.1	18.4
地域密着型介護老人福祉施設定員(人)	122	23.6	18.6
認知症対応型共同生活介護(GH)定員(人)	320	61.8	51.2
老人ホーム定員(人)	950	183.5	152.3
サービス付き高齢者向け住宅(戸数)	405	78.2	80.2

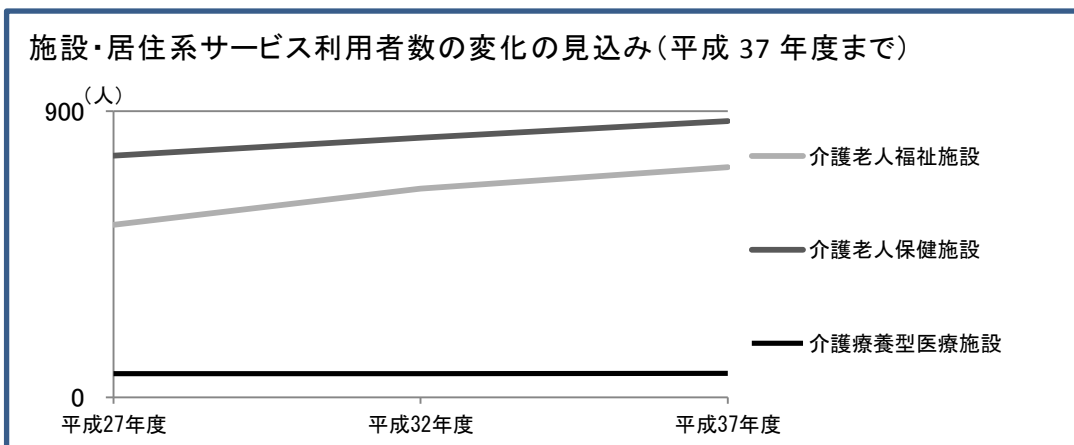
※老人ホーム定員は、養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A型・B型)、有料老人ホームの定員の計です。

出典：三重県健康福祉部長寿介護課調査(平成27年10月)

	施設・居住系サービス利用者数の見込み(人/月)		
	平成27年度	平成32年度	平成37年度
介護老人福祉施設	543	657	724
介護老人保健施設	760	817	869
介護療養型医療施設	75	75	76
地域密着型介護老人福祉施設	124	127	129
認知症対応型共同生活介護	306	376	459
特定施設入居者生活介護	147	215	238

※介護療養型医療施設は平成29年度末で廃止される予定です。

出典：みえ高齢者元気・かがやきプランのデータを基に集計



	要介護(要支援)認定者数の見込み(人)			
	平成26年度	平成27年度	平成32年度	平成37年度
要支援1	1,148	1,116	1,320	1,494
要支援2	973	1,079	1,486	1,701
要介護1	1,540	1,615	2,016	2,332
要介護2	1,435	1,524	1,900	2,206
要介護3	1,083	1,143	1,375	1,578
要介護4	1,157	1,276	1,739	2,018
要介護5	835	846	934	1,061
認定率	14.9%	15.1%	17.6%	19.9%

出典：みえ高齢者元気・かがやきプランのデータを基に集計

〔介護サービスの状況〕

65歳以上人口1万人あたりの介護関係施設の定員数を県平均と比較すると、介護老人福祉施設とサービス付き高齢者向け住宅が少ない状況にあり、その他の施設は、県平均を上回っています。

施設・居住系サービス利用者数については、平成37（2025）年度にかけて、介護老人福祉施設、介護老人保健施設などで、大幅に増加していく見込みです。

また、要介護・要支援認定者数については、平成37（2025）年度にかけて、要支援1から要介護5まで、それぞれ増加する見込みであり、認定率（1号被保険者全体に占める割合）は約20%に達する見込みとなっています。

2 2025 年における医療需要と必要病床数

平成 25 (2013) 年度の NDB データ等を活用して算定した、本構想区域における平成 37 (2025) 年の医療需要の推計値および必要病床数は以下のとおりです。

平成 37 (2025) 年の医療需要の推計値は、厚生労働省の地域医療構想策定ガイドラインおよび医療法施行規則に基づき算出した医療機能ごとの目安となるものです。

なお、病床機能報告の数値は、平成 26 (2014) 年 7 月 1 日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択し、県へ報告した病床数 (稼働病床数) を構想区域でまとめたものです。

病床の機能区分ごとの医療需要に対する医療供給の状況

	2025 年 医療需要 患者住所地 (人/日)	2025 年の医療供給 (医療提供体制)			2014 年 病床機能報告 (床)
		現在の医療提供体制 が変わらないと仮定 した推定供給数 医療機関所在地 (人/日)	将来のあるべき 医療提供体制をふ まえた推定供給数 (人/日)	必要病床数 (床)	
高度急性期					0
急性期					1,055
回復期					52
慢性期					543
在宅医療等				—	—
(うち在宅患者訪問診療料算定)				—	—
計					1,650

平成 27 (2015) 年度においては、上記表における「2025 年医療需要」および「現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数」欄については、厚生労働省から本県の構想区域に対応した地域医療構想策定支援ツールが提供され次第、数値を確定します。

「将来のあるべき医療提供体制をふまえた推定供給数」および「必要病床数」欄については、地域医療構想調整会議の議論を最優先し、平成 28 (2016) 年度以降も引き続き議論を継続していくこととします。

3 2025年にめざすべき医療提供体制の方向性

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、桑名区域については、平成 27 (2015) 年から平成 37 (2025) 年の 10 年間で 10,000 人の人口減が見込まれています。その後は 5 年ごとに 7,000~8,000 人の人口減が見込まれています。

一方、65 歳以上 75 歳未満人口は平成 42 (2030) 年頃にかけていったん減少するものの、その後再び増加するとともに、75 歳以上人口は平成 42 (2030) 年頃まで増加し、その後ほぼ横ばいになることが見込まれています。

以上により、当該区域の医療需要は、当面、一定程度高い状態で推移することが予想されます。

このような中、平成 26 (2014) 年病床機能報告の状況からは、桑名区域については回復期機能の一層の充実が求められるといえます。

桑名市においては、地域医療再生計画に基づく桑名東医療センター、西医療センター、南医療センターの 3 病院の経営統合により、平成 30 (2018) 年 4 月に桑名市総合医療センターが開設される予定です。同病院は 400 床で急性期機能に特化した医療を提供します。併せて、E R (Emergency Room ; 救急救命室) 機能の導入による当該区域における救急医療等にかかる基幹病院としての役割や、周産期医療にかかる県最北端の拠点としての役割を果たすことが期待されています。

隣接する愛知県海部医療圏においては、愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 (547 床) が高度急性期機能と急性期機能に特化した医療を提供することとしています。

このため、桑名市総合医療センターの機能が充実するまでの間は、小児救急医療、心大血管にかかる急性期医療といった分野について、同病院との連携が必須といえます。

また、他の区域に所在する医療機関との連携も必須といえます。

今後、桑名市総合医療センターの機能の充実により、現在、他区域で受療している患者が同病院で受療するというケースが増加すると考えられます。

このため、当該区域における回復期機能の充実を図りながら、急性期機能との連携体制を構築していくことが重要であり、特に西部における回復期機能の確保が今後の課題といえます。

なお、厚生連いなべ総合病院については、同じく三重県厚生農業協同組合連合会が経営する厚生連菰野厚生病院との経営統合の可能性が検討されているところであり、今後、その動向をふまえながら同区域の医療提供体制のあり方について改めて検討していく必要があります。

上記の詳細およびその他の病床を有する医療機関の機能については、将来にわたる人口動態等をふまえながら、地域医療構想調整会議において引き続き検討していくこととします。

第 2 章 三泗区域地域医療構想

第2章 三泗区域地域医療構想

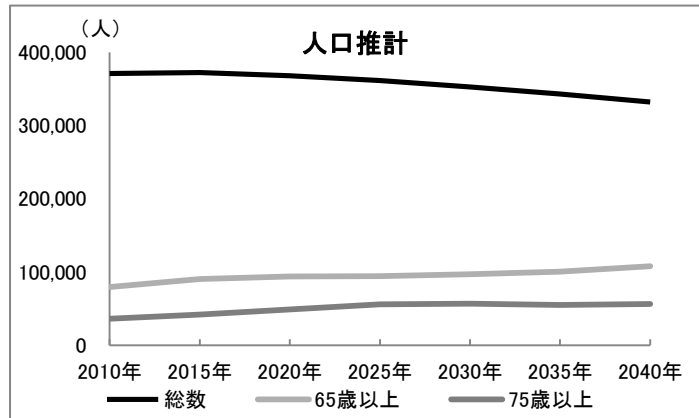
1 現状と課題

(1) 区域の概況

人口等の状況

人口（人）	371,678
65歳以上人口（人）	85,551
65歳以上割合（%）	23.0%
下段（）は三重県	(26.1%)
15歳未満人口（人）	53,261
15歳未満割合（%）	14.3%
下段（）は三重県	(13.3%)
面積（km ² ）	327.17

出典：平成25年三重県の人口動態（人口）
平成27年刊三重県統計書（面積）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
(平成25年3月)

人口・平均寿命・健康寿命

	人口（人）	平均寿命 (H25, Chiang法) ¹		健康寿命 (H25, Sullivan法) ¹	
		男	女	男	女
四日市市	306,690	80.1	85.6	77.3	79.7
菟野町	40,373	79.5	88.0	77.6	82.8
朝日町	10,125	81.6	87.1	78.3	81.1
川越町	14,490	79.1	87.0	77.0	81.8
三重県		80.2	86.6	77.4	80.3

年齢調整死亡率（人口10万人あたり）

	悪性新生物	急性心筋梗塞	脳血管疾患	肺炎
四日市市	132.90	10.40	29.85	25.08
菟野町	124.24	12.06	27.07	25.89
朝日町	136.87	35.07	27.87	11.38
川越町	128.71	6.03	15.68	28.54
三重県	119.14	14.52	30.57	26.59

出生の状況

	出生数（人）	合計特殊 出生率	乳児 死亡数（人）	周産期 死亡数（人）
四日市市	2,667	1.54	13	13
菟野町	351	1.62	0	1
朝日町	136	2.07	0	0
川越町	174	1.78	1	0
三重県		1.49		
全国		1.42		

出典：平成25年三重県の人口動態（全国値は平成26年人口動態統計）

¹出典：三重県保健環境研究所の調査を基に集計

〔人口〕

三四区域は、本県の北勢部に位置し、1市3町で構成され、人口約37万人の地域です。

高齢化率（65歳以上の割合）は23.0%と、県全体の高齢化率26.1%を下回っています。

平成37（2025）年に向けて総人口は減少傾向にありますが、65歳以上の高齢者人口は僅かに増加傾向にあり、平成37（2025）年以降もその傾向は続くと推計されます。75歳以上の高齢者人口についても、平成37（2025）年までは同様に増加傾向にありますが、それ以降は横ばいの状態が続くと推計されます。

他区域に比べ、高齢者人口が当面の間増加する見込みであることから、これをふまえた医療提供体制の確保が課題です。

〔寿命〕

平均寿命および健康寿命は、女性は、四日市市を除き県平均を上回っています。男性については、平均寿命は朝日町を除き県平均を下回っており、健康寿命は四日市市と川越町で県平均を下回っています。

〔4大疾患〕

死因順位の高い、いわゆる4大疾患に係る年齢調整死亡率について、県平均と比較すると、悪性新生物については全ての市町で高くなっています。一方、急性心筋梗塞は朝日町以外は低く、肺炎も川越町以外は低い状況であり、脳血管疾患については、全ての市町で低くなっています。

急性心筋梗塞、脳血管疾患など、急性期における迅速な処置が必要とされる疾患において、年齢調整死亡率が県平均より低い傾向にあるのは、当該区域内に2か所の救命救急センターを擁し、重篤な患者に対する救急医療体制が整備されていることが、要因の一つと考えられます。

〔出生等〕

合計特殊出生率については、全ての市町で県平均を上回っています。

自治体の財政状況等

	標準財政規模 (百万円) ¹	財政力 指数 ²	経常収支 比率 ²	実質公債 費比率 ²	医療費（一人あたり）（円）		
					国民健康 保険 ³	後期高齢者 医療 ³	全国健康保 険協会管掌 健康保険 ⁴
四日市市	69,836	0.99	86.3	12.2	328,511	840,821	160,746
菰野町	8,007	0.76	87.5	5.5	307,722	819,934	148,763
朝日町	2,771	0.81	87.6	8.1	325,210	884,045	140,635
川越町	4,273	1.17	79.7	5.2	298,979	821,876	136,247
県平均		0.59	88.8	9.3	331,810	814,427	154,743
全国平均		0.49	90.2	8.6	315,856	919,452	160,677

¹ 出典：平成 25 年度市町村決算カード

² 出典：平成 25 年度地方公共団体の主要財政指標一覧

³ 出典：平成 25 年度三重県国民健康保険団体連合会調査

⁴ 出典：平成 25 年度全国健康保険協会三重支部調査

〔財政状況等〕

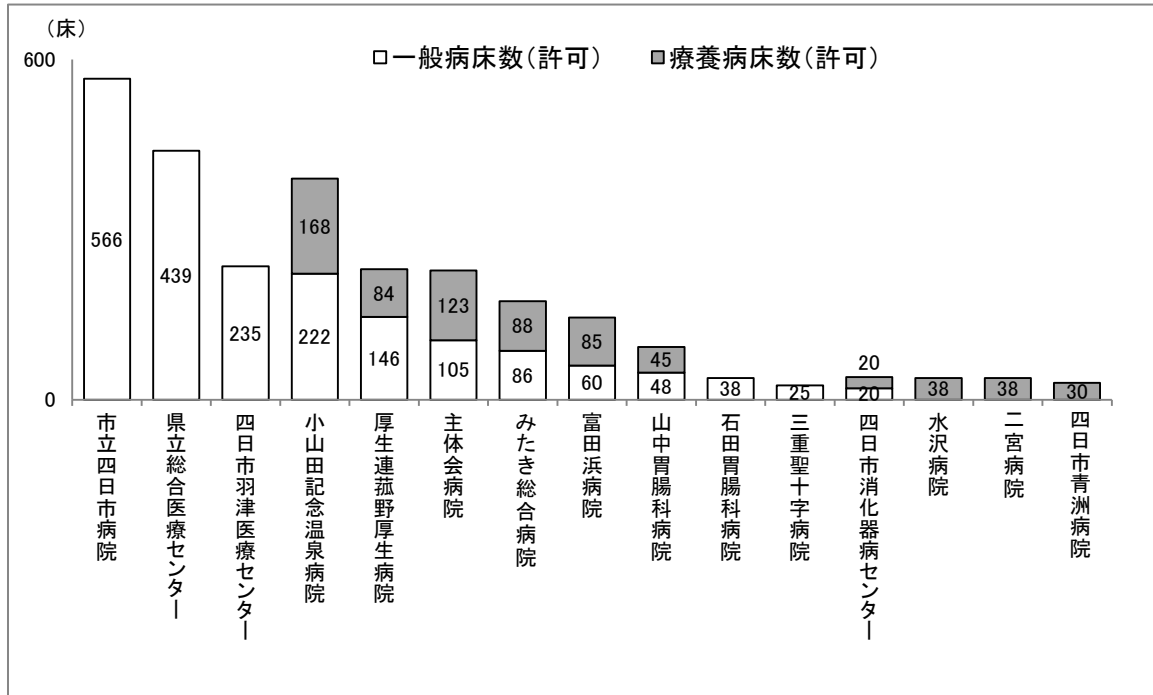
各市町の財政力指数については、全ての市町で県平均を大きく上回っています。また、実質公債費比率については、四日市市以外で県平均を下回っています。

このことから、財政状況については概ね良好であるといえます。

一人あたり医療費については、国民健康保険で全ての市町が県平均を下回っていますが、後期高齢者医療では、全ての市町が県平均を上回っています。また、全国健康保険協会管掌健康保険では、四日市市以外で県平均を下回っています。

(2) 医療提供体制

各病院の病床数（平成 27 年 10 月）



医療資源の状況

		人口 10 万人 あたり	人口 10 万人 あたり (三重県)
病院			
施設数	16	4.3	5.5
総病床数（一般病床・療養病床）	2,709	728.9	857.7
医師数（常勤換算）	406	109.2	118.1
歯科医師数（常勤換算）	5	1.3	2.7
薬剤師数（常勤換算）	122	32.8	34.6
看護師数（常勤換算）	1,938	521.4	542.0
准看護師数（常勤換算）	280	75.3	106.8
診療所			
施設数（有床）	15	4.0	5.5
施設数（無床）	290	78.0	78.8
総病床数（一般病床・療養病床）	196	52.7	68.1
医師数（常勤換算）	282	75.9	80.4
歯科医師数（常勤換算）	219	58.9	59.3
看護師数（常勤換算）	324	87.2	94.5
准看護師数（常勤換算）	354	95.2	102.0

※病院欄の薬剤師数は、診療所従事者分を含みます。

出典：三重県健康福祉部医療対策局調査（施設数・総病床数）

平成 24 年医師・歯科医師・薬剤師調査（医師数・歯科医師数・薬剤師数）

平成 24 年衛生行政報告例（看護師数・准看護師数）

〔医療提供体制〕

区域内の 16 病院および 305 診療所における医療提供体制について、人口 10 万人あたりで県平均と比較した結果は、以下のとおりです。

- ・病院の施設数は 4.3 施設で、県平均 5.5 施設を下回っている。
- ・診療所の施設数は、有床・無床診療所それぞれ 4.0 施設、78.0 施設で、県平均 5.5 施設、78.8 施設を下回っている。
- ・病院の病床数（一般病床・療養病床）は 728.9 床で、県平均 857.7 床を下回っている。
- ・診療所の病床数（一般病床・療養病床）も 52.7 床で、県平均 68.1 床を下回っている。
- ・医師数（常勤換算）は、病院・診療所それぞれ 109.2 人、75.9 人で、県平均 118.1 人、80.4 人を下回っている。
- ・看護師数（常勤換算）は、病院・診療所それぞれ 521.4 人、87.2 人で、県平均 542.0 人、94.5 人を下回っている。
- ・准看護師数（常勤換算）は、病院・診療所それぞれ 75.3 人、95.2 人で、県平均 106.8 人、102.0 人を下回っている。

(3) 受療状況

患者数

入院（三重県） 16,900 人/日 （人口 10 万人あたり） 924 人/日

			人口 10 万人あたり	一般病床	人口 10 万人あたり	療養病床	人口 10 万人あたり
病院	北勢	7,000	835	3,600	430	1,300	155
	中勢伊賀	4,700	1,034	2,500	550	1,000	220
	南勢志摩	3,500	758	1,600	347	900	195
	東紀州	1,100	1,470	300	401	400	535
	三重県	16,300	891	8,000	437	3,700	202
診療所	三重県	500	27	300	16	200	11

外来（三重県、歯科診療所を除く） 89,600 人/日 （人口 10 万人あたり） 4,899 人/日

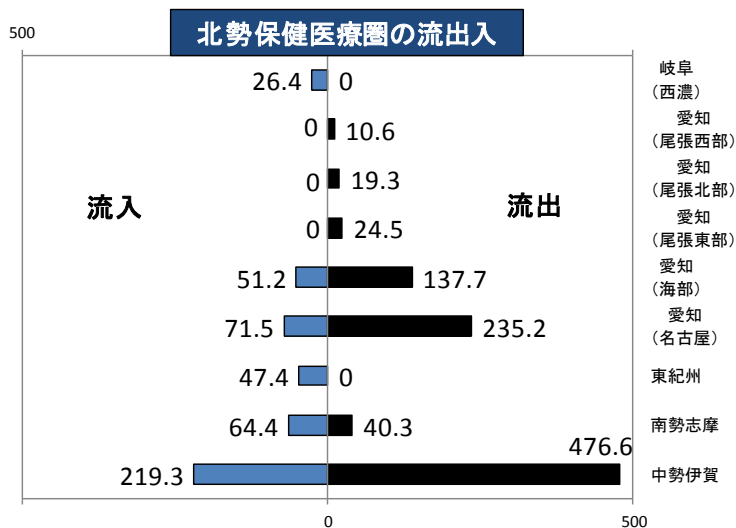
			人口 10 万人あたり
病院	三重県	20,700	1,132
診療所	三重県	68,900	3,767

出典：厚生労働省「平成 23 年患者調査」

流出入状況（平成25年度）

（人/日）

	医療機関所在地														
	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	愛知(名古屋)	愛知(海部)	愛知(尾張東部)	愛知(尾張北部)	愛知(尾張西部)	滋賀(甲賀)	大阪(大阪市)	奈良(奈良)	奈良(東和)	奈良(中和)	和歌山(新宮)
北勢	9,464.3	476.6	40.3	0.0	235.2	137.7	24.5	19.3	10.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
中勢伊賀	219.3	6,239.0	174.1	0.0	34.6	0.0	0.0	0.0	0.0	37.2	44.5	19.6	73.5	25.0	0.0
南勢志摩	64.4	447.3	7,694.8	58.1	27.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
東紀州	47.4	56.8	118.7	1,423.5	15.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	127.0
患者住所地	東京(区中央部)	0.0	11.2	0.0	0.0										
	愛知(名古屋)	71.5	14.4	0.0	0.0										
	愛知(海部)	51.2	0.0	0.0	0.0										
	岐阜(西濃)	26.4	0.0	0.0	0.0										
	滋賀(甲賀)	0.0	13.2	0.0	0.0										
	奈良(奈良)	0.0	10.1	0.0	0.0										
	奈良(東和)	0.0	36.0	0.0	0.0										



出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

各二次医療圏での 2025 年度流出入状況

北勢保健医療圏

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	500.1	102.3	424.8	27.0	-75.3
急性期	1,525.1	235.2	1,369.4	79.4	-155.8
回復期	1,821.7	206.8	1,708.7	93.8	-113.0
慢性期	1,355.6	140.4	1,436.5	221.3	80.9
在宅医療等	8,827.1	600.9	8,486.1	259.9	-341.0
計	14,029.7	1,285.7	13,425.5	681.5	-604.2

〔受療状況（北勢保健医療圏）〕

平成 25（2013）年度における 1 日あたりの患者の保健医療圏別流出入状況は、以下のとおりであり、流出が流入を上回っています。

主な流出先は、中勢伊賀保健医療圏が 476.6 人、南勢志摩保健医療圏が 40.3 人、名古屋医療圏（愛知県）が 235.2 人、海部医療圏（愛知県）が 137.7 人となっています。

また、主な流入元は、中勢伊賀保健医療圏が 219.3 人、南勢志摩保健医療圏が 64.4 人、東紀州保健医療圏が 47.4 人、名古屋医療圏（愛知県）が 71.5 人、海部医療圏（愛知県）が 51.2 人となっています。

現在の医療提供体制に変更がないと仮定した場合、平成 37（2025）年においても、上記の傾向は変わらず、1 日あたり 604.2 人の流出超過と推計されます。なお、医療機能別では、慢性期のみが流入超過で、それ以外の高度急性期、急性期、回復期、在宅医療等は全て流出超過と推計されます。

主な疾患別（次頁）では、がんにおいて、中勢伊賀保健医療圏、名古屋医療圏（愛知県）、海部医療圏（愛知県）への流出、中勢伊賀保健医療圏からの流入があります。

また、大腿骨骨折において、中勢伊賀保健医療圏からの流入があります。

以上は二次保健医療圏単位による推計であり、今後は、桑員、三泗、鈴亀それぞれの区域単位での分析を進めるとともに、分析結果をふまえた将来の必要病床数や、医療機能の分化・連携の方策の検討が必要となります。

患者流出先二次医療圏 TOP6

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	三重県	中勢伊賀	569.4
2	愛知県	名古屋	276.1
3	愛知県	海部	163.9
4	三重県	南勢志摩	48.8
5	愛知県	尾張東部	25.0
6	愛知県	尾張北部	23.1

患者流入元二次医療圏 TOP6

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	三重県	中勢伊賀	228.4
2	愛知県	名古屋	82.7
3	愛知県	海部	74.0
4	三重県	南勢志摩	62.5
5	三重県	東紀州	41.6
6	岐阜県	西濃	30.8

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

疾病別流出入状況（平成 25 年度）

（人/日）

がん		医療機関所在地							
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	愛知 (名古屋)	愛知 (海部)	奈良 (東和)	奈良 (中和)
患者 住所 地	北勢	447.0	61.3	0.0	0.0	67.1	36.3	0.0	0.0
	中勢伊賀	19.3	288.2	29.8	0.0	0.0	0.0	18.3	10.5
	南勢志摩	0.0	33.3	374.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	東紀州	0.0	14.8	26.5	26.6	0.0	0.0	0.0	0.0

急性心筋梗塞		医療機関所在地			
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者 住所 地	北勢	216.5	0.0	0.0	0.0
	中勢伊賀	0.0	141.8	0.0	0.0
	南勢志摩	0.0	0.0	170.4	0.0
	東紀州	0.0	0.0	0.0	18.0

脳卒中		医療機関所在地			
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者 住所 地	北勢	238.9	0.0	0.0	0.0
	中勢伊賀	0.0	135.8	0.0	0.0
	南勢志摩	0.0	0.0	162.8	0.0
	東紀州	0.0	0.0	0.0	23.3

成人肺炎		医療機関所在地			
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者 住所 地	北勢	287.5	0.0	0.0	0.0
	中勢伊賀	0.0	176.9	0.0	0.0
	南勢志摩	0.0	0.0	222.7	0.0
	東紀州	0.0	0.0	0.0	43.8

大腿骨骨折		医療機関所在地			
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者 住所 地	北勢	368.6	0.0	0.0	0.0
	中勢伊賀	15.0	156.8	0.0	0.0
	南勢志摩	0.0	0.0	226.4	0.0
	東紀州	0.0	0.0	0.0	42.0

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

救急搬送件数（平成 25 年）

	搬送件数	人口 10 万人あたり
三泗（件/日）	38.7	10.4
三重県（件/日）	229.3	12.5

出典：消防防災年報

死亡場所

	総数	病院	診療所	老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
三泗	3,395	2,334	35	178	185	587	76
		68.8%	1.0%	5.2%	5.5%	17.3%	2.2%
三重県	19,690	14,268	376	693	1,258	2,590	505
		72.5%	1.9%	3.5%	6.4%	13.2%	2.5%

出典：平成 25 年三重県の人口動態

〔救急搬送件数〕

人口 10 万人あたりで 1 日あたり 10.4 件となっており、県平均 12.5 件を下回っています。

〔死亡場所〕

病院、診療所での死亡割合は、それぞれ 68.8%、1.0%で、県平均 72.5%、1.9%を下回っています。

また、自宅での死亡割合は 17.3%で、県平均 13.2%を大きく上回っています。

他区域に比べ自宅での死亡割合が多く、自宅での看取りが比較的浸透していることが示唆されます。これは、地域の関係者が在宅医療に積極的に取り組んでいることが影響していると考えられます。

(4) 基幹病院の医療提供の状況

		市立四日市 病院	県立総合 医療センター	四日市羽津 医療センター	厚生連 菟野厚生病院	
病床数(許可)		566	439	235	230	
病床数(稼働)		566	364	235	230	
病床利用率(許可病床数ベース) ¹		73.5%	64.6%	65.1%	70.7%	
新規入棟患者数(1ヶ月間)		1,406	993	418	274	
救急車受入件数(件/年)		6,434	4,796	1,163	789	
入院基本料 (件/月)	7対1	1,204	882	413	278	
	10対1	0	0	0	0	
	13対1	0	0	0	0	
DPC		Ⅱ群	Ⅲ群	Ⅲ群	DPCではない	
疾病対応 (件/月)	がん	悪性腫瘍手術	90	35	12	*
		化学療法	102	46	10	*
	脳卒中	超急性期脳卒中加算	0	*	0	0
		脳血管内手術	*	*	0	0
	心筋梗塞	経皮的冠動脈形成術	35	*	*	*
分娩		51	23	0	0	
手術 (件/月)	総数	472	300	129	87	
	皮膚・皮下組織	38	13	*	*	
	筋骨格系・四肢・体幹	72	77	19	*	
	神経系・頭蓋	13	16	*	0	
	眼	18	0	*	39	
	耳鼻咽喉	19	*	0	0	
	顔面・口腔・頸部	*	0	0	0	
	胸部	30	12	*	0	
	心・脈管	134	40	13	10	
	腹部	110	83	62	19	
	尿路系・副腎	32	13	26	10	
	性器	45	80	*	*	
	歯科	42	0	0	0	
	胸腔鏡下手術	*	*	0	0	
腹腔鏡下手術	38	46	13	*		
リハビリ (件/月)	総数	173	138	96	112	
	心大血管	12	0	*	0	
	脳血管疾患等	103	59	*	79	
	運動器	52	47	56	33	
	呼吸器	13	20	12	0	
退棟患者数 (1ヶ月間)	総数	1,444	951	392	269	
	院内の他病棟へ転棟	203	299	5	44	
	家庭へ退院	1,118	574	367	187	
	他の病院、診療所へ転院	78	39	9	3	
	介護老人保健施設に入所	3	2	3	12	
	介護老人福祉施設に入所	4	3	0	9	
	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	13	12	0	1	
	死亡退院等	25	22	8	13	
	その他	0	0	0	0	

※個人情報保護の観点から、1以上10未満の値を「*」で秘匿している項目があります。

出典：平成26年度病床機能報告

¹出典：三重県健康福祉部医療対策局調査(平成26年度)

〔基幹病院の医療提供の状況〕

当該区域の基幹病院である市立四日市病院、県立総合医療センター、四日市羽津医療センター、厚生連菰野厚生病院について、平成 26（2014）年度病床機能報告での稼働病床数は、それぞれ 566 床、364 床、235 床、230 床となっています。

また、三重県調査（平成 26 年度）による病床利用率は、それぞれ 73.5%、64.6%、65.1%、70.7%となっています。

救急車受入件数は、それぞれ 6,434 件、4,796 件、1,163 件、789 件であり、市立四日市病院、県立総合医療センター、四日市羽津医療センターで輪番制救急医療体制を構築しています。

主な疾病への対応については、がんの手術、化学療法は、主に市立四日市病院、県立総合医療センター、四日市羽津医療センターが対応しています。また、分娩に関しては、周産期母子医療センターである市立四日市病院、県立総合医療センターが対応しています。

手術件数については、市立四日市病院では心血管系（心・脈管）、腹部、整形（筋骨格系・四肢・体幹）が、県立総合医療センターでは腹部、泌尿器科系（性器）、整形（筋骨格系・四肢・体幹）が、四日市羽津医療センターでは腹部が、厚生連菰野厚生病院では眼科（眼）が多い状況です。

リハビリ件数については、市立四日市病院、県立総合医療センター、厚生連菰野厚生病院では脳血管疾患等が最も多く、四日市羽津医療センターでは運動器が最も多くなっています。

退棟患者数については、いずれの病院も家庭への退院が最も多く、県立総合医療センター、市立四日市病院、厚生連菰野厚生病院では、院内の他病棟への転棟が次いで多くなっています。

(5) 介護サービスの状況

		65歳以上人口 1万人あたり	65歳以上人口 1万人あたり (三重県)
介護関係施設			
介護老人福祉施設定員(人)	1,378	161.1	180.0
介護老人保健施設定員(人)	1,043	121.9	138.0
介護療養型医療施設定員(人)	148	17.3	18.4
地域密着型介護老人福祉施設定員(人)	186	21.7	18.6
認知症対応型共同生活介護(GH)定員(人)	239	27.9	51.2
老人ホーム定員(人)	1,116	130.4	152.3
サービス付き高齢者向け住宅(戸数)	493	57.6	80.2

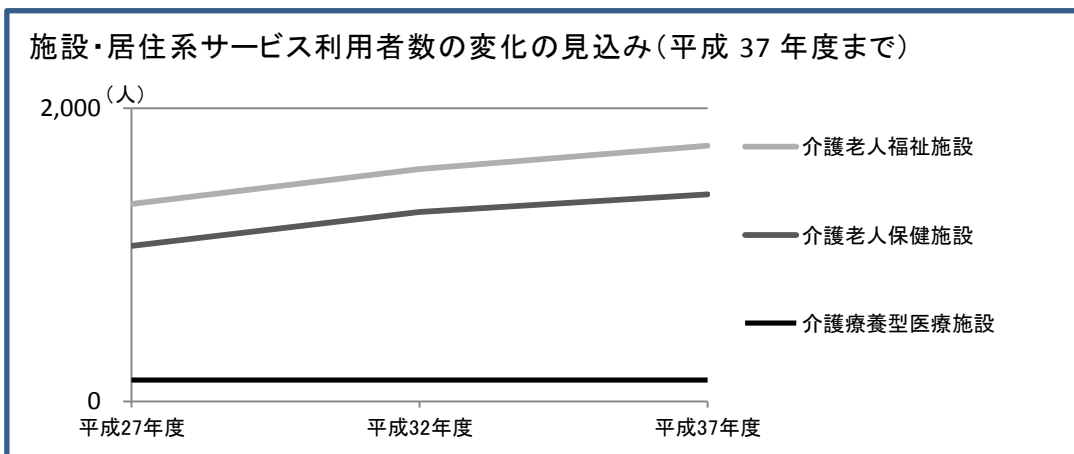
※老人ホーム定員は、養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A型・B型)、有料老人ホームの定員の計です。

出典：三重県健康福祉部長寿介護課調査(平成27年10月)

	施設・居住系サービス利用者数の見込み(人/月)		
	平成27年度	平成32年度	平成37年度
介護老人福祉施設	1,348	1,585	1,743
介護老人保健施設	1,062	1,293	1,413
介護療養型医療施設	148	148	147
地域密着型介護老人福祉施設	186	275	307
認知症対応型共同生活介護	264	338	362
特定施設入居者生活介護	174	223	245

※介護療養型医療施設は平成29年度末で廃止される予定です。

出典：みえ高齢者元気・かがやきプランのデータを基に集計



	要介護(要支援)認定者数の見込み(人)			
	平成26年度	平成27年度	平成32年度	平成37年度
要支援1	2,698	2,803	3,247	3,547
要支援2	2,019	2,100	2,455	2,682
要介護1	3,215	3,358	3,910	4,292
要介護2	2,067	2,225	2,953	3,289
要介護3	1,721	1,863	2,412	2,698
要介護4	1,762	1,953	2,681	2,971
要介護5	1,310	1,366	1,629	1,786
認定率	16.1%	16.7%	19.8%	22.0%

出典：みえ高齢者元気・かがやきプランのデータを基に集計

〔介護サービスの状況〕

65歳以上人口1万人あたりの介護関係施設の定員数を県平均と比較すると、地域密着型介護老人福祉施設を除き、各施設とも県平均を下回っています。特に、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）やサービス付き高齢者向け住宅が、県平均を大きく下回っています。

施設・居住系サービス利用者数については、平成37（2025）年度にかけて、介護老人福祉施設、介護老人保健施設で大幅な増加が見込まれます。

また、要介護・要支援認定者数については、平成37（2025）年度にかけて、要支援1から要介護5まで、それぞれ増加する見込みであり、認定率（1号被保険者全体に占める割合）は22%に達する見込みとなっています。

2 2025 年における医療需要と必要病床数

平成 25 (2013) 年度の NDB データ等を活用して算定した、本構想区域における平成 37 (2025) 年の医療需要の推計値および必要病床数は以下のとおりです。

平成 37 (2025) 年の医療需要の推計値は、厚生労働省の地域医療構想策定ガイドラインおよび医療法施行規則に基づき算出した医療機能ごとの目安となるものです。

なお、病床機能報告の数値は、平成 26 (2014) 年 7 月 1 日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択し、県へ報告した病床数 (稼働病床数) を構想区域でまとめたものです。

病床の機能区分ごとの医療需要に対する医療供給の状況

	2025 年 医療需要 患者住所地 (人/日)	2025 年の医療供給 (医療提供体制)			2014 年 病床機能報告 (床)
		現在の医療提供体制 が変わらないと仮定 した推定供給数 医療機関所在地 (人/日)	将来のあるべき 医療提供体制をふ まえた推定供給数 (人/日)	必要病床数 (床)	
高度急性期					598
急性期					1,072
回復期					330
慢性期					711
在宅医療等				—	—
(うち在宅患者訪問診療料算定)				—	—
計					2,711

平成 27 (2015) 年度においては、上記表における「2025 年医療需要」および「現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数」欄については、厚生労働省から本県の構想区域に対応した地域医療構想策定支援ツールが提供され次第、数値を確定します。

「将来のあるべき医療提供体制をふまえた推定供給数」および「必要病床数」欄については、地域医療構想調整会議の議論を最優先し、平成 28 (2016) 年度以降も引き続き議論を継続していくこととします。

3 2025年にめざすべき医療提供体制の方向性

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、三泗区域については、平成 27 (2015) 年から平成 37 (2025) 年の 10 年間で 10,000 人の人口減が見込まれています。その後は 5 年ごとに 9,000~10,000 人の人口減が見込まれており、その減少幅も大きくなっていく傾向にあります。

一方、65 歳以上 75 歳未満人口は平成 37 (2025) 年頃にかけていったん減少するものの、その後再び増加するとともに、75 歳以上人口は平成 42 (2030) 年頃まで増加し、その後ほぼ横ばいになることが見込まれています。

以上により、当該区域の医療需要は、当面、一定程度高い状態で推移することが予想されます。

このような中、平成 26 (2014) 年病床機能報告の状況からは、三泗区域については回復期機能の一層の充実が求められるといえます。

三泗区域においては、救急車受入件数、がん治療の実績等をふまえると、市立四日市病院、三重県立総合医療センターが中心となって急性期機能にかかる医療を提供しているといえます。また、四日市羽津医療センターにおいても急性期機能にかかる役割を果たしているといえます。

一方、三泗区域における将来にわたる人口動態をふまえると、急性期機能の一層の充実・強化が必要と考えられます。

このため、上記の 3 つの病院の急性期機能にかかる機能分化・連携のあり方について検討を行います。

その一方で、当該区域において、今後、これらの病院との連携を見据えて、回復期機能を充実させていくことも検討します。

なお、厚生連菰野厚生病院については、同じく三重県厚生農業協同組合連合会が経営する厚生連いなべ総合病院との経営統合の可能性が検討されているところであり、今後、その動向をふまえながら同区域の医療提供体制のあり方について改めて検討していく必要があります。

上記の詳細およびその他の病床を有する医療機関の機能については、将来にわたる人口動態等をふまえながら、地域医療構想調整会議において引き続き検討していくこととします。

第3章 鈴亀区域地域医療構想

第3章 鈴亀区域地域医療構想

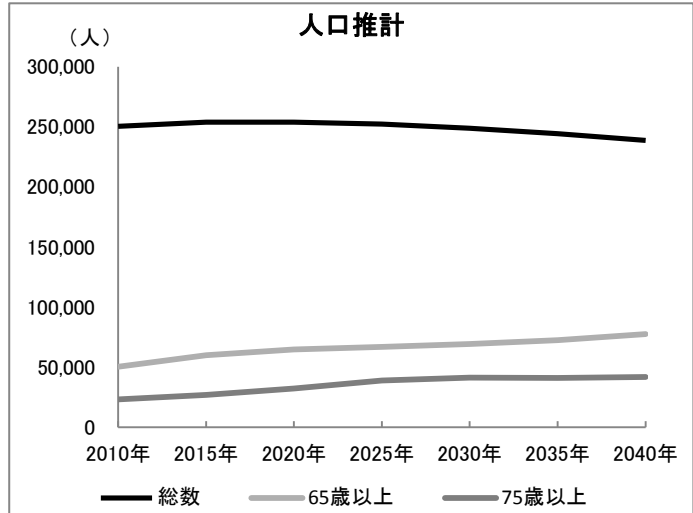
1 現状と課題

(1) 区域の概況

人口等の状況

人口（人）	248,187
65歳以上人口（人）	54,518
65歳以上割合（%）	22.0%
下段（ ）は三重県	(26.1%)
15歳未満人口（人）	36,716
15歳未満割合（%）	14.8%
下段（ ）は三重県	(13.3%)
面積（km ² ）	385.58

出典：平成25年三重県の人口動態（人口）
平成27年刊三重県統計書（面積）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
(平成25年3月)

人口・平均寿命・健康寿命

	人口（人）	平均寿命 (H25, Chiang法) ¹		健康寿命 (H25, Sullivan法) ¹	
		男	女	男	女
鈴鹿市	197,650	80.3	86.8	77.6	80.7
亀山市	50,537				
三重県		80.2	86.6	77.4	80.3

※平均寿命・健康寿命は鈴鹿亀山広域連合単位で集計

年齢調整死亡率（人口10万人あたり）

	悪性新生物	急性心筋梗塞	脳血管疾患	肺炎
鈴鹿市	114.83	15.46	36.18	31.64
亀山市	105.07	22.07	42.87	33.08
三重県	119.14	14.52	30.57	26.59

出生の状況

	出生数（人）	合計特殊 出生率	乳児 死亡数（人）	周産期 死亡数（人）
鈴鹿市	1,686	1.54	4	8
亀山市	448	1.58	1	2
三重県		1.49		
全国		1.42		

出典：平成25年三重県の人口動態（全国値は平成26年人口動態統計）

¹出典：三重県保健環境研究所の調査を基に集計

〔人口〕

鈴亀区域は、本県の北勢部に位置し、2市で構成され、人口約25万人の地域です。高齢化率（65歳以上の割合）は22.0%と、県全体の高齢化率26.1%を下回っています。

平成37（2025）年に向けて総人口は僅かに減少しますが、65歳以上および75歳以上の人口は増加すると推計されます。

〔寿命〕

平均寿命および健康寿命は、男女とも県平均をやや上回っています。

〔4大疾患〕

死因順位の高い、いわゆる4大疾患に係る年齢調整死亡率について、県平均と比較すると、悪性新生物については、2市とも低くなっています。

一方、急性心筋梗塞、脳血管疾患、肺炎については、2市とも県平均より高くなっており、特に亀山市は急性心筋梗塞、脳血管疾患が県平均を大きく上回っています。

それぞれの市の特性に留意しつつ、予防および早期発見の取組を進めるとともに、救急医療体制の検討が必要です。

〔出生等〕

合計特殊出生率については、2市とも県平均を上回っています。

自治体の財政状況等

	標準財政規模 (百万円) ¹	財政力 指数 ²	経常収支 比率 ²	実質公債 費比率 ²	医療費（一人あたり）（円）		
					国民健康 保険 ³	後期高齢者 医療 ³	全国健康保 険協会管掌 健康保険 ⁴
鈴鹿市	36,946	0.85	89.3	6.5	311,273	790,524	149,570
亀山市	13,275	0.98	88.5	4.3	339,110	781,138	150,967
県平均		0.59	88.8	9.3	331,810	814,427	154,743
全国平均		0.49	90.2	8.6	315,856	919,452	160,677

¹ 出典：平成 25 年度市町村決算カード

² 出典：平成 25 年度地方公共団体の主要財政指標一覧

³ 出典：平成 25 年度三重県国民健康保険団体連合会調査

⁴ 出典：平成 25 年度全国健康保険協会三重支部調査

〔財政状況等〕

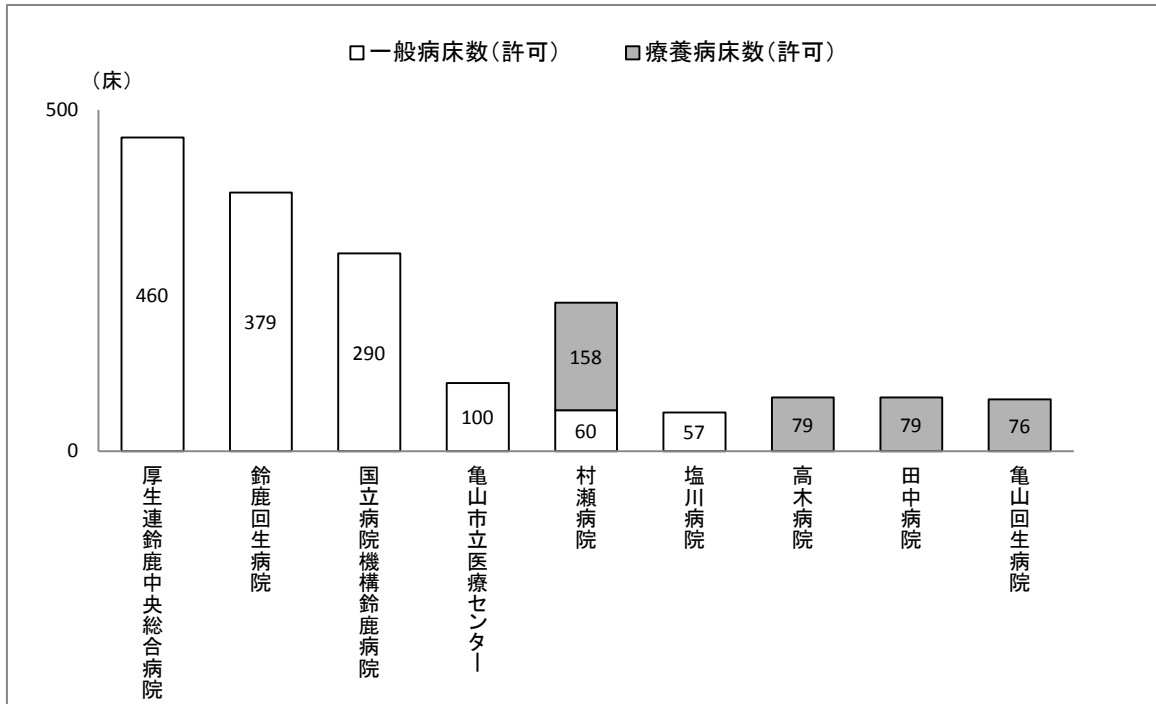
財政力指数については、2市とも県平均を上回っており、実質公債費比率については、県平均より低くなっています。

このことから、財政状況については概ね良好であるといえます。

一人あたり医療費については、国民健康保険で亀山市が県平均をやや上回っている以外は、後期高齢者医療および全国健康保険協会管掌健康保険を含め県平均を下回っており、特に後期高齢者医療では、70万円台と大幅に低くなっています。

(2) 医療提供体制

各病院の病床数（平成 27 年 10 月）



医療資源の状況

		人口 10 万人 あたり	人口 10 万人 あたり (三重県)
病院			
施設数	11	4.4	5.5
総病床数（一般病床・療養病床）	1,738	700.3	857.7
医師数（常勤換算）	200	80.6	118.1
歯科医師数（常勤換算）	0	0.0	2.7
薬剤師数（常勤換算）	74	29.8	34.6
看護師数（常勤換算）	1,147	462.2	542.0
准看護師数（常勤換算）	200	80.6	106.8
診療所			
施設数（有床）	15	6.0	5.5
施設数（無床）	174	70.1	78.8
総病床数（一般病床・療養病床）	194	78.2	68.1
医師数（常勤換算）	182	73.3	80.4
歯科医師数（常勤換算）	138	55.6	59.3
看護師数（常勤換算）	283	114.0	94.5
准看護師数（常勤換算）	214	86.2	102.0

※病院欄の薬剤師数は、診療所従事者分を含みます。

出典：三重県健康福祉部医療対策局調査（施設数・総病床数）

平成 24 年医師・歯科医師・薬剤師調査（医師数・歯科医師数・薬剤師数）

平成 24 年衛生行政報告例（看護師数・准看護師数）

〔医療提供体制〕

区域内の 11 病院および 189 診療所における医療提供体制について、人口 10 万人あたりで県平均と比較した結果は、以下のとおりです。

- ・病院の施設数は 4.4 施設で、県平均 5.5 施設を下回っている。
- ・診療所の施設数は、有床診療所では 6.0 施設で、県平均 5.5 施設を上回っているが、無床診療所では 70.1 施設で、県平均 78.8 施設を下回っている。
- ・病院の病床数（一般病床・療養病床）は 700.3 床で、県平均 857.7 床を下回っている。
- ・診療所の病床数（一般病床・療養病床）は 78.2 床で、県平均 68.1 床を上回っている。
- ・医師数（常勤換算）は、病院・診療所それぞれ 80.6 人、73.3 人で、県平均 118.1 人、80.4 人を下回っている。
- ・看護師数（常勤換算）は、病院では 462.2 人と県平均 542.0 人を下回っているが、診療所では 114.0 人と県平均 94.5 人を上回っている。
- ・准看護師数（常勤換算）は、病院・診療所それぞれ 80.6 人、86.2 人で、県平均 106.8 人、102.0 人を下回っている。

(3) 受療状況

患者数

入院（三重県） 16,900 人/日 （人口 10 万人あたり） 924 人/日

			人口 10 万人あたり	一般病床	人口 10 万人あたり	療養病床	人口 10 万人あたり
病院	北勢	7,000	835	3,600	430	1,300	155
	中勢伊賀	4,700	1,034	2,500	550	1,000	220
	南勢志摩	3,500	758	1,600	347	900	195
	東紀州	1,100	1,470	300	401	400	535
	三重県	16,300	891	8,000	437	3,700	202
診療所	三重県	500	27	300	16	200	11

外来（三重県、歯科診療所を除く） 89,600 人/日 （人口 10 万人あたり） 4,899 人/日

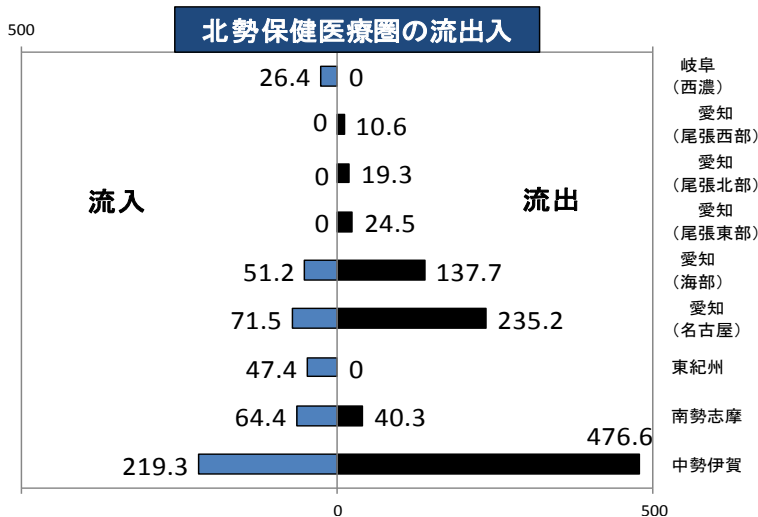
			人口 10 万人あたり
病院	三重県	20,700	1,132
診療所	三重県	68,900	3,767

出典：厚生労働省「平成 23 年患者調査」

流出入状況（平成 25 年度）

（人/日）

	医療機関所在地														
	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	愛知(名古屋)	愛知(海部)	愛知(尾張東部)	愛知(尾張北部)	愛知(尾張西部)	滋賀(甲賀)	大阪(大阪市)	奈良(奈良)	奈良(東和)	奈良(中和)	和歌山(新宮)
北勢	9,464.3	476.6	40.3	0.0	235.2	137.7	24.5	19.3	10.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
中勢伊賀	219.3	6,239.0	174.1	0.0	34.6	0.0	0.0	0.0	0.0	37.2	44.5	19.6	73.5	25.0	0.0
南勢志摩	64.4	447.3	7,694.8	58.1	27.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
東紀州	47.4	56.8	118.7	1,423.5	15.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	127.0
患者住所地	東京(区中央部)	0.0	11.2	0.0	0.0										
	愛知(名古屋)	71.5	14.4	0.0	0.0										
	愛知(海部)	51.2	0.0	0.0	0.0										
	岐阜(西濃)	26.4	0.0	0.0	0.0										
	滋賀(甲賀)	0.0	13.2	0.0	0.0										
	奈良(奈良)	0.0	10.1	0.0	0.0										
	奈良(東和)	0.0	36.0	0.0	0.0										



出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

各二次医療圏での 2025 年度流出入状況

北勢保健医療圏

	在住者（患者住所地）の医療需要（人/日）	流出者数①（人/日）	医療機関（医療機関所在地）の医療需要（人/日）	流入者数②（人/日）	流出入の差分（②-①）（人/日）
高度急性期	500.1	102.3	424.8	27.0	-75.3
急性期	1,525.1	235.2	1,369.4	79.4	-155.8
回復期	1,821.7	206.8	1,708.7	93.8	-113.0
慢性期	1,355.6	140.4	1,436.5	221.3	80.9
在宅医療等	8,827.1	600.9	8,486.1	259.9	-341.0
計	14,029.7	1,285.7	13,425.5	681.5	-604.2

〔受療状況（北勢保健医療圏）〕

平成 25（2013）年度における 1 日あたりの患者の保健医療圏別流出入状況は、以下のとおりであり、流出が流入を上回っています。

主な流出先は、中勢伊賀保健医療圏が 476.6 人、南勢志摩保健医療圏が 40.3 人、名古屋医療圏（愛知県）が 235.2 人、海部医療圏（愛知県）が 137.7 人となっています。

また、主な流入元は、中勢伊賀保健医療圏が 219.3 人、南勢志摩保健医療圏が 64.4 人、東紀州保健医療圏が 47.4 人、名古屋医療圏（愛知県）が 71.5 人、海部医療圏（愛知県）が 51.2 人となっています。

現在の医療提供体制に変更がないと仮定した場合、平成 37（2025）年においても、上記の傾向は変わらず、1 日あたり 604.2 人の流出超過と推計されます。なお、医療機能別では、慢性期のみが流入超過で、それ以外の高度急性期、急性期、回復期、在宅医療等は全て流出超過と推計されます。

主な疾患別（次頁）では、がんにおいて、中勢伊賀保健医療圏、名古屋医療圏（愛知県）、海部医療圏（愛知県）への流出、中勢伊賀保健医療圏からの流入があります。

また、大腿骨骨折において、中勢伊賀保健医療圏からの流入があります。

以上は二次保健医療圏単位による推計であり、今後は、桑員、三泗、鈴亀それぞれの区域単位での分析を進めるとともに、分析結果をふまえた将来の必要病床数や、医療機能の分化・連携の方策の検討が必要となります。

患者流出先二次医療圏 TOP6

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	三重県	中勢伊賀	569.4
2	愛知県	名古屋	276.1
3	愛知県	海部	163.9
4	三重県	南勢志摩	48.8
5	愛知県	尾張東部	25.0
6	愛知県	尾張北部	23.1

患者流入元二次医療圏 TOP6

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	三重県	中勢伊賀	228.4
2	愛知県	名古屋	82.7
3	愛知県	海部	74.0
4	三重県	南勢志摩	62.5
5	三重県	東紀州	41.6
6	岐阜県	西濃	30.8

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

疾病別流出入状況（平成 25 年度）

（人/日）

がん		医療機関所在地							
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	愛知 (名古屋)	愛知 (海部)	奈良 (東和)	奈良 (中和)
患者 住所 地	北勢	447.0	61.3	0.0	0.0	67.1	36.3	0.0	0.0
	中勢伊賀	19.3	288.2	29.8	0.0	0.0	0.0	18.3	10.5
	南勢志摩	0.0	33.3	374.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	東紀州	0.0	14.8	26.5	26.6	0.0	0.0	0.0	0.0
急性心筋梗塞		医療機関所在地							
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州				
患者 住所 地	北勢	216.5	0.0	0.0	0.0				
	中勢伊賀	0.0	141.8	0.0	0.0				
	南勢志摩	0.0	0.0	170.4	0.0				
	東紀州	0.0	0.0	0.0	18.0				
脳卒中		医療機関所在地							
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州				
患者 住所 地	北勢	238.9	0.0	0.0	0.0				
	中勢伊賀	0.0	135.8	0.0	0.0				
	南勢志摩	0.0	0.0	162.8	0.0				
	東紀州	0.0	0.0	0.0	23.3				
成人肺炎		医療機関所在地							
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州				
患者 住所 地	北勢	287.5	0.0	0.0	0.0				
	中勢伊賀	0.0	176.9	0.0	0.0				
	南勢志摩	0.0	0.0	222.7	0.0				
	東紀州	0.0	0.0	0.0	43.8				
大腿骨骨折		医療機関所在地							
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州				
患者 住所 地	北勢	368.6	0.0	0.0	0.0				
	中勢伊賀	15.0	156.8	0.0	0.0				
	南勢志摩	0.0	0.0	226.4	0.0				
	東紀州	0.0	0.0	0.0	42.0				

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

救急搬送件数（平成 25 年）

	搬送件数	人口 10 万人あたり
鈴亀（件/日）	27.0	10.9
三重県（件/日）	229.3	12.5

出典：消防防災年報

死亡場所

	総数	病院	診療所	老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
鈴亀	2,179	1,596	20	84	124	288	67
		73.2%	0.9%	3.9%	5.7%	13.2%	3.1%
三重県	19,690	14,268	376	693	1,258	2,590	505
		72.5%	1.9%	3.5%	6.4%	13.2%	2.5%

〔救急搬送件数〕

人口10万人あたりで1日あたり10.9件となっており、県平均12.5件を下回っています。

〔死亡場所〕

病院と診療所を合わせた死亡割合は74.1%と、県平均の74.4%と同水準です。また、自宅での死亡割合も13.2%で、県平均と同水準です。

(4) 基幹病院の医療提供の状況

		厚生連 鈴鹿中央 総合病院	鈴鹿回生病院	亀山市立 医療センター	
病床数(許可)		460	379	100	
病床数(稼働)		460	379	100	
病床利用率(許可病床数ベース) ¹		76.0%	74.5%	54.6%	
新規入棟患者数(1ヶ月間)		1,051	511	120	
救急車受入件数(件/年)		4,053	2,255	864	
入院基本料 (件/月)	7対1	1,008	0	0	
	10対1	0	624	107	
	13対1	0	0	0	
DPC		Ⅲ群	Ⅲ群	DPCではない	
疾病対応 (件/月)	がん	悪性腫瘍手術	64	18	0
		化学療法	106	44	*
	脳卒中	超急性期脳卒中加算	0	0	0
		脳血管内手術	*	0	0
	心筋梗塞	経皮的冠動脈形成術	19	*	0
分娩		13	0	0	
手術 (件/月)	総数		365	188	13
	皮膚・皮下組織		11	*	*
	筋骨格系・四肢・体幹		54	103	*
	神経系・頭蓋		13	12	0
	眼		29	0	*
	耳鼻咽喉		15	15	*
	顔面・口腔・頸部		*	*	0
	胸部		22	*	0
	心・脈管		60	16	0
	腹部		106	45	*
	尿路系・副腎		31	0	0
	性器		20	0	0
	歯科		0	0	0
	胸腔鏡下手術		13	*	0
	腹腔鏡下手術		42	19	*
リハビリ (件/月)	総数		203	222	32
	心大血管		21	0	0
	脳血管疾患等		47	86	*
	運動器		63	137	16
	呼吸器		25	0	*
退棟患者数 (1ヶ月間)	総数		1,073	505	119
	院内の他病棟へ転棟		282	47	39
	家庭へ退院		707	418	68
	他の病院、診療所へ転院		41	20	3
	介護老人保健施設に入所		8	3	0
	介護老人福祉施設に入所		6	1	0
	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所		3	0	0
	死亡退院等		26	16	9
	その他		0	0	0

※個人情報保護の観点から、1以上10未満の値を「*」で秘匿している項目があります。

出典：平成26年度病床機能報告

¹出典：三重県健康福祉部医療対策局調査(平成26年度)

〔基幹病院の医療提供の状況〕

当該区域の基幹病院である厚生連鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院、亀山市立医療センターについて、平成 26（2014）年度病床機能報告での稼働病床数は、それぞれ 460 床、379 床、100 床となっています。

また、三重県調査（平成 26 年度）による病床利用率は、それぞれ 76.0%、74.5%、54.6%となっています。

救急車受入件数は、それぞれ 4,053 件、2,255 件、864 件であり、二次救急医療については、厚生連鈴鹿中央総合病院と鈴鹿回生病院を中心に、亀山市立医療センターも参加する病院群輪番制により対応しています。

主な疾病への対応については、厚生連鈴鹿中央総合病院と鈴鹿回生病院で、がんの手術および化学療法に対応しています。

手術件数については、厚生連鈴鹿中央総合病院では腹部、鈴鹿回生病院では整形（筋骨格系・四肢・体幹）が最も多くなっています。

リハビリについては、厚生連鈴鹿中央総合病院では運動器、脳血管疾患等、呼吸器、心大血管のすべてに、鈴鹿回生病院では運動器、脳血管疾患等に、亀山市立医療センターでは主に運動器に対応しています。

退棟患者数については、いずれの病院も家庭への退院が最も多く、厚生連鈴鹿中央総合病院と亀山市立医療センターでは、院内の他病棟への転棟が次いで多くなっています。

(5) 介護サービスの状況

		65歳以上人口 1万人あたり	65歳以上人口 1万人あたり (三重県)
介護関係施設			
介護老人福祉施設定員(人)	800	146.7	180.0
介護老人保健施設定員(人)	600	110.1	138.0
介護療養型医療施設定員(人)	42	7.7	18.4
地域密着型介護老人福祉施設定員(人)	58	10.6	18.6
認知症対応型共同生活介護(GH)定員(人)	324	59.4	51.2
老人ホーム定員(人)	555	101.8	152.3
サービス付き高齢者向け住宅(戸数)	528	96.8	80.2

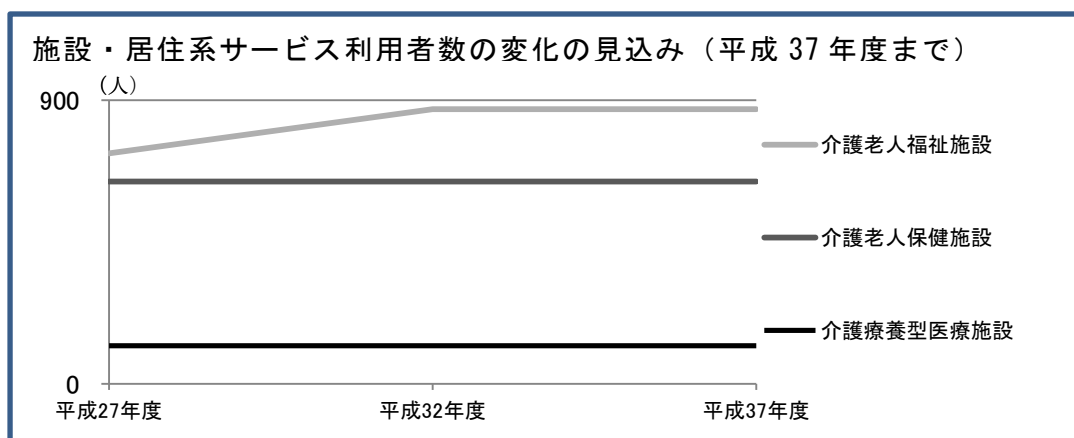
※老人ホーム定員は、養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A型・B型)、有料老人ホームの定員の計です。

出典：三重県健康福祉部長寿介護課調査(平成27年10月)

	施設・居住系サービス利用者数の見込み(人/月)		
	平成27年度	平成32年度	平成37年度
介護老人福祉施設	732	872	872
介護老人保健施設	642	642	642
介護療養型医療施設	121	121	121
地域密着型介護老人福祉施設	58	58	58
認知症対応型共同生活介護	324	351	351
特定施設入居者生活介護	130	256	273

※介護療養型医療施設は平成29年度末で廃止される予定です。

出典：みえ高齢者元気・かがやきプランのデータを基に集計



	要介護(要支援)認定者数の見込み(人)			
	平成26年度	平成27年度	平成32年度	平成37年度
要支援1	1,238	1,327	1,714	1,954
要支援2	1,354	1,398	1,607	1,796
要介護1	1,997	2,030	2,308	2,612
要介護2	1,782	1,988	2,802	3,079
要介護3	1,241	1,263	1,460	1,604
要介護4	1,120	1,114	1,170	1,301
要介護5	998	1,001	1,095	1,154
認定率	16.6%	16.9%	19.3%	21.3%

〔介護サービスの状況〕

65歳以上人口1万人あたりの介護関係施設の定員数を県平均と比較すると、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）やサービス付き高齢者向け住宅が県平均を上回っているほかは、県平均を大きく下回っています。

施設・居住系サービス利用者数については、平成37（2025）年度にかけて、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、特定施設入居者生活介護で、増加していく見込みです。

また、要介護・要支援認定者数については、平成37（2025）年度にかけて、要支援1から要介護5まで、それぞれ増加する見込みであり、認定率（1号被保険者全体に占める割合）は約21%に達する見込みとなっています。

2 2025 年における医療需要と必要病床数

平成 25（2013）年度の NDB データ等を活用して算定した、本構想区域における平成 37（2025）年の医療需要の推計値および必要病床数は以下のとおりです。

平成 37（2025）年の医療需要の推計値は、厚生労働省の地域医療構想策定ガイドラインおよび医療法施行規則に基づき算出した医療機能ごとの目安となるものです。

なお、病床機能報告の数値は、平成 26（2014）年 7 月 1 日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択し、県へ報告した病床数（稼働病床数）を構想区域でまとめたものです。

病床の機能区分ごとの医療需要に対する医療供給の状況

	2025 年 医療需要 患者住所地 (人/日)	2025 年の医療供給（医療提供体制）			2014 年 病床機能報告 (床)
		現在の医療提供体制 が変わらないと仮定 した推定供給数 医療機関所在地 (人/日)	将来のあるべき 医療提供体制をふ まえた推定供給数 (人/日)	必要病床数 (床)	
高度急性期					185
急性期					950
回復期					49
慢性期					649
在宅医療等				—	—
(うち在宅患者訪問診療料算定)				—	—
計					1,833

平成 27（2015）年度においては、上記表における「2025 年医療需要」および「現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数」欄については、厚生労働省から本県の構想区域に対応した地域医療構想策定支援ツールが提供され次第、数値を確定します。

「将来のあるべき医療提供体制をふまえた推定供給数」および「必要病床数」欄については、地域医療構想調整会議の議論を最優先し、平成 28（2016）年度以降も引き続き議論を継続していくこととします。

3 2025年にめざすべき医療提供体制の方向性

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、鈴亀区域については、平成27（2015）年から平成37（2025）年の10年間で1,600人の人口減が見込まれています。その後は5年ごとに3,000～5,000人の人口減が見込まれています。

一方、65歳以上75歳未満人口は平成37（2025）年頃にかけていったん減少するものの、その後再び増加するとともに、75歳以上人口は平成42（2030）年頃まで増加し、その後ほぼ横ばいになることが見込まれています。

以上により、当該区域の医療需要は、当面、一定程度高い状態で推移することが予想されます。

このような中、平成26（2014）年病床機能報告の状況からは、鈴亀区域については回復期機能の一層の充実が求められるといえます。

厚生連鈴鹿中央総合病院には、引き続き当該区域において、急性期機能の中核を担う医療機関として位置づけられることが必要といえます。

鈴鹿回生病院については、急性期機能の一層の充実・強化を図る必要があります。

亀山市立医療センターについては、急性期機能を確保するほか、回復期機能の確保を検討します。また、高度急性期については、鈴鹿回生病院や厚生連鈴鹿中央総合病院との連携体制を構築します。

当該区域では、津や三河区域に所在する医療機関との連携も必須といえます。

引き続き、当該区域においては、回復期機能の充実について検討していくことが求められます。

上記の詳細およびその他の病床を有する医療機関の機能については、将来にわたる人口動態等をふまえながら、地域医療構想調整会議において引き続き検討していくこととします。

第 4 章 津区域地域医療構想

第4章 津区域地域医療構想

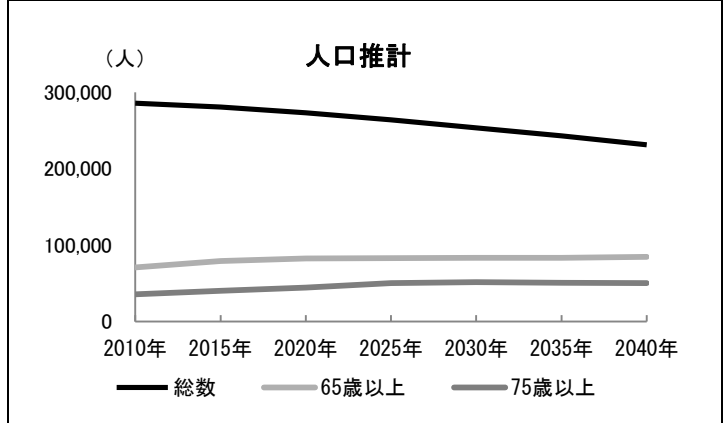
1 現状と課題

(1) 区域の概況

人口等の状況

人口（人）	281,547
65歳以上人口（人）	74,465
65歳以上割合（%） 下段（ ）は三重県	26.4% (26.1%)
15歳未満人口（人）	36,396
15歳未満割合（%） 下段（ ）は三重県	12.9% (13.3%)
面積（km ² ）	710.81

出典：平成25年三重県の人口動態（人口）
平成27年刊三重県統計書（面積）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
(平成25年3月)

人口・平均寿命・健康寿命

	人口（人）	平均寿命 (H25, Chiang法) ¹		健康寿命 (H25, Sullivan法) ¹	
		男	女	男	女
津市	281,547	80.2	87.1	77.2	80.0
三重県		80.2	86.6	77.4	80.3

年齢調整死亡率（人口10万人あたり）

	悪性新生物	急性心筋梗塞	脳血管疾患	肺炎
津市	111.81	12.21	31.41	27.65
三重県	119.14	14.52	30.57	26.59

出生の状況

	出生数（人）	合計特殊 出生率	乳児 死亡数（人）	周産期 死亡数（人）
津市	2,220	1.47	3	9
三重県		1.49		
全国		1.42		

出典：平成25年三重県の人口動態（全国値は平成26年人口動態統計）

¹出典：三重県保健環境研究所の調査を基に集計

自治体の財政状況等

	標準財政 規模 (百万円) ¹	財政力指 数 ²	経常収支 比率 ²	実質公債 費比率 ²	医療費（一人あたり）（円）		
					国民健康 保険 ³	後期高齢者 医療 ³	全国健康保 険協会管掌 健康保険 ⁴
津市	67,006	0.75	90.7	8.9	340,415	812,058	161,923
県平均		0.59	88.8	9.3	331,810	814,427	154,743
全国平均		0.49	90.2	8.6	315,856	919,452	160,677

¹出典：平成25年度市町村決算カード

²出典：平成25年度地方公共団体の主要財政指標一覧

³出典：平成25年度三重県国民健康保険団体連合会調査

⁴出典：平成25年度全国健康保険協会三重支部調査

〔人口〕

津区域は、本県の中部に位置し、1市で構成され、人口約28万人の地域です。高齢化率(65歳以上の割合)は26.4%と、県全体の高齢化率26.1%と同程度です。平成37(2025)年に向けて総人口は減少しますが、65歳以上および75歳以上の人口は増加傾向にあります。

〔寿命〕

平均寿命および健康寿命は、男女ともに県平均並みです。

〔4大疾患〕

死因順位の高い、いわゆる4大疾患に係る年齢調整死亡率について、県平均と比較すると、悪性新生物、急性心筋梗塞については、低くなっています。脳血管疾患および肺炎については、やや高くなっています。

〔出生等〕

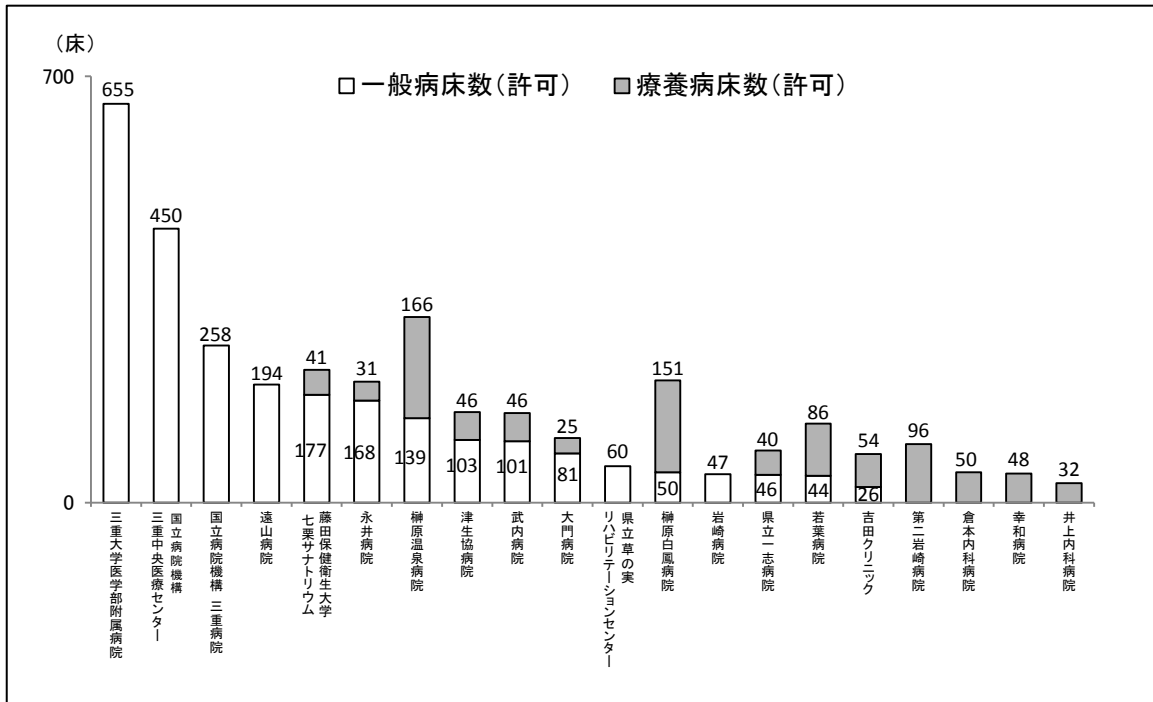
合計特殊出生率については、県平均を下回っています。

〔財政状況等〕

財政力指数は県平均を上回っており、実質公債比率も県平均を下回っています。一人あたりの医療費は、後期高齢者医療を除き、県平均を上回っています。

(2) 医療提供体制

各病院の病床数（平成 27 年 10 月）



医療資源の状況

		人口 10 万人 あたり	人口 10 万人 あたり (三重県)
病院			
施設数	24	8.5	5.5
総病床数（一般病床・療養病床）	3,511	1,247.0	857.7
医師数（常勤換算）	676	240.1	118.1
歯科医師数（常勤換算）	27	9.6	2.7
薬剤師数（常勤換算）	151	53.6	34.6
看護師数（常勤換算）	2,249	798.8	542.0
准看護師数（常勤換算）	325	115.4	106.8
診療所			
施設数（有床）	15	5.3	5.5
施設数（無床）	264	93.8	78.8
総病床数（一般病床・療養病床）	205	72.8	68.1
医師数（常勤換算）	270	95.9	80.4
歯科医師数（常勤換算）	191	67.8	59.3
看護師数（常勤換算）	314	111.5	94.5
准看護師数（常勤換算）	219	77.8	102.0

※病院欄の薬剤師数は、診療所従事者分を含みます。

出典：三重県健康福祉部医療対策局調査（施設数・総病床数）

平成 24 年医師・歯科医師・薬剤師調査（医師数・歯科医師数・薬剤師数）

平成 24 年衛生行政報告例（看護師数・准看護師数）

〔医療提供体制〕

当該区域の 24 病院および 279 診療所における医療提供体制について、人口 10 万人あたりで県平均と比較した結果は、以下のとおりです。

- ・病院の施設数は 8.5 施設で、県平均 5.5 施設を大きく上回っている。
- ・診療所の施設数は、有床診療所では 5.3 施設と県平均 5.5 施設とほぼ同水準であるが、無床診療所では 93.8 施設と県平均 78.8 施設を上回っている。
- ・病院の病床数（一般病床・療養病床）は 1,247.0 床で、県平均 857.7 床を大きく上回っている。
- ・診療所の病床数（一般病床・療養病床）も 72.8 床で、県平均 68.1 床を上回っている。
- ・医師数（常勤換算）は、病院では 240.1 人と県平均 118.1 人を大きく上回っており、診療所でも 95.9 人で県平均 80.4 人を上回っている。
- ・看護師数（常勤換算）も、病院では 798.8 人と県平均 542.0 人を大きく上回っており、診療所も 111.5 人で県平均 94.5 人を上回っている。
- ・准看護師数（常勤換算）は、病院では 115.4 人で県平均 106.8 人を上回っているが、診療所では 77.8 人と県平均 102.0 を下回っている。

当該区域には、教育・研究機能を有する三重大学医学部附属病院があることから、医療従事者数等は県平均を上回っている状況ですが、中小規模の病院が多いことから、一層の医療機能の分化・連携が求められます。

(3) 受療状況

患者数

入院（三重県） 16,900 人/日 （人口 10 万人あたり） 924 人/日

			人口 10 万人あたり	一般病床	人口 10 万人あたり	療養病床	人口 10 万人あたり
病院	北勢	7,000	835	3,600	430	1,300	155
	中勢伊賀	4,700	1,034	2,500	550	1,000	220
	南勢志摩	3,500	758	1,600	347	900	195
	東紀州	1,100	1,470	300	401	400	535
	三重県	16,300	891	8,000	437	3,700	202
診療所	三重県	500	27	300	16	200	11

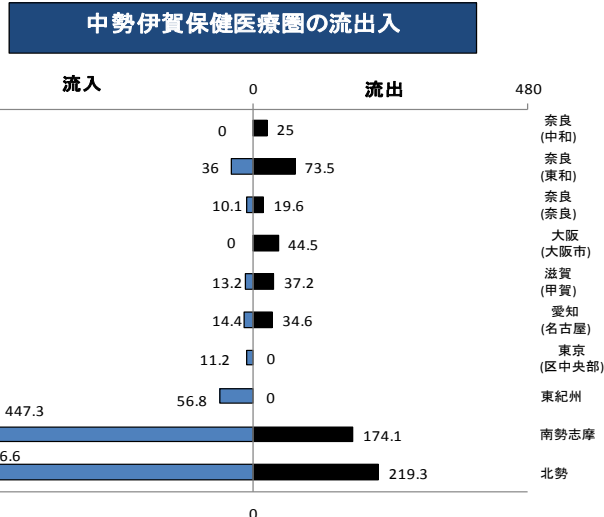
外来（三重県、歯科診療所を除く） 89,600 人/日 （人口 10 万人あたり） 4,899 人/日

			人口 10 万人あたり
病院	三重県	20,700	1,132
診療所	三重県	68,900	3,767

出典：厚生労働省「平成 23 年患者調査」

流出入状況(平成25年度)

	医療機関所在地 (人/日)															
	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	愛知(名古屋)	愛知(海部)	愛知(尾張東部)	愛知(尾張北部)	愛知(尾張西部)	滋賀(甲賀)	大阪(大阪市)	奈良(奈良)	奈良(東和)	奈良(中和)	和歌山(新宮)	
北勢	9,464.3	476.6	40.3	0.0	235.2	137.7	24.5	19.3	10.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
中勢伊賀	219.3	6,239.0	174.1	0.0	34.6	0.0	0.0	0.0	0.0	37.2	44.5	19.6	73.5	25.0	0.0	
南勢志摩	64.4	447.3	7,694.8	58.1	27.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
東紀州	47.4	56.8	118.7	1,423.5	15.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	127.0	
患者所在地	東京(区中央部)	0.0	11.2	0.0	0.0											
	岐阜(西濃)	26.4	0.0	0.0	0.0											
	愛知(名古屋)	71.5	14.4	0.0	0.0											
	愛知(海部)	51.2	0.0	0.0	0.0											
	滋賀(甲賀)	0.0	13.2	0.0	0.0											
	奈良(奈良)	0.0	10.1	0.0	0.0											
	奈良(東和)	0.0	36.0	0.0	0.0											



出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

各二次医療圏での 2025 年度流出入状況

中勢伊賀保健医療圏

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	281.7	63.0	2,92.5	73.8	10.8
急性期	912.6	155.5	9,48.9	191.8	36.3
回復期	1,082.3	167.6	1,146.6	231.9	64.3
慢性期	874.7	134.4	9,65.5	225.1	90.7
在宅医療等	5,489.8	351.9	5,722.4	584.5	232.6
計	8,641.1	872.5	9,075.9	1,307.2	434.7

〔受療状況（中勢伊賀保健医療圏）〕

平成 25（2013）年度における 1 日あたりの患者の保健医療圏別流出入状況は、以下のとおりであり、流入が流出を上回っています。

主な流出先は、北勢保健医療圏が 219.3 人、南勢志摩保健医療圏が 174.1 人、東和医療圏（奈良県）が 73.5 人となっています。

また、主な流入元は、北勢保健医療圏が 476.6 人、南勢志摩保健医療圏が 447.3 人となっています。

現在の医療提供体制に変更がないと仮定した場合、平成 37（2025）年においても、上記の傾向は変わらず、1 日あたり 474.3 人の流入超過と推計されます。なお、医療機能別では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等の全てが流入超過と推計されます。

主な疾患別（次頁）では、がんで、南勢志摩保健医療圏、北勢保健医療圏、東和医療圏（奈良県）、中和医療圏（奈良県）への流出があり、北勢保健医療圏、南勢志摩保健医療圏、東紀州保健医療圏の各地域からの流入があります。

また、大腿骨骨折で、北勢保健医療圏への流出があります。

以上は二次保健医療圏単位による推計であり、今後は、津、伊賀それぞれの区域単位での分析を進めるとともに、分析結果をふまえた将来の必要病床数や、医療機能の分化・連携の方策の検討が必要となります。

患者流出先二次医療圏 TOP6

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	三重県	北勢	228.4
2	三重県	南勢志摩	191.1
3	奈良県	東和	81.3
4	大阪府	大阪市	51.3
5	滋賀県	甲賀	46.0
6	愛知県	名古屋	38.3

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

患者流入元二次医療圏 TOP6

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	三重県	北勢	569.4
2	三重県	南勢志摩	461.4
3	三重県	東紀州	48.1
4	奈良県	東和	44.9
5	愛知県	名古屋	20.4
6	滋賀県	甲賀	18.5

疾病別流出入状況(平成 25 年度)

(人/日)

がん		医療機関所在地							
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	愛知 (名古屋)	愛知 (海部)	奈良 (東和)	奈良 (中和)
患者 住所 地	北勢	447.0	61.3	0.0	0.0	67.1	36.3	0.0	0.0
	中勢伊賀	19.3	288.2	29.8	0.0	0.0	0.0	18.3	10.5
	南勢志摩	0.0	33.3	374.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	東紀州	0.0	14.8	26.5	26.6	0.0	0.0	0.0	0.0

急性心筋梗塞		医療機関所在地			
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者 住所 地	北勢	216.5	0.0	0.0	0.0
	中勢伊賀	0.0	141.8	0.0	0.0
	南勢志摩	0.0	0.0	170.4	0.0
	東紀州	0.0	0.0	0.0	18.0

脳卒中		医療機関所在地			
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者 住所 地	北勢	238.9	0.0	0.0	0.0
	中勢伊賀	0.0	135.8	0.0	0.0
	南勢志摩	0.0	0.0	162.8	0.0
	東紀州	0.0	0.0	0.0	23.3

成人肺炎		医療機関所在地			
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者 住所 地	北勢	287.5	0.0	0.0	0.0
	中勢伊賀	0.0	176.9	0.0	0.0
	南勢志摩	0.0	0.0	222.7	0.0
	東紀州	0.0	0.0	0.0	43.8

大腿骨骨折		医療機関所在地			
		北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
患者 住所 地	北勢	368.6	0.0	0.0	0.0
	中勢伊賀	15.0	156.8	0.0	0.0
	南勢志摩	0.0	0.0	226.4	0.0
	東紀州	0.0	0.0	0.0	42.0

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

救急搬送件数(平成 25 年)

	搬送件数	人口 10 万人あたり
津 (件/日)	35.1	12.5
三重県 (件/日)	229.3	12.5

出典：消防防災年報

死亡場所

	総数	病院	診療所	老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
津	2,976	2,199	39	115	228	312	83
		73.9%	1.4%	3.9%	7.7%	10.5%	2.8%
三重県	19,690	14,268	376	693	1,258	2,590	505
		72.5%	1.9%	3.5%	6.4%	13.2%	2.5%

出典：平成 25 年三重県の人口動態

〔救急搬送件数〕

人口 10 万人あたりで 1 日あたり 12.5 件となっており、県平均と同水準です。

《死亡場所》

病院での死亡割合は 73.9% で県平均 72.5% をやや上回っており、診療所での死亡割合は 1.4% と県平均 1.9% をやや下回っています。

また、自宅での死亡割合は 10.5% と、県平均 13.2% を下回っています。

(4) 基幹病院の医療提供の状況

		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	永井病院	遠山病院	
病床数（許可）		655	450	199	197	
病床数（稼働）		651	450	199	179	
病床利用率（許可病床数ベース） ¹		79.1%	80.4%	78.7%	60.0%	
新規入棟患者数（1ヶ月間）		1,515	639	277	289	
救急車受入件数（件/年）		1,284	3,735	1,259	1,108	
入院基本料 （件/月）	7対1	0	856	277	270	
	10対1	0	0	0	0	
	13対1	0	0	0	0	
DPC		I群	III群	DPCではない	III群	
疾病対応 （件/月）	がん	悪性腫瘍手術	122	20	*	11
		化学療法	212	70	15	19
	脳卒中	超急性期脳卒中加算	*	0	0	0
		脳血管内手術	*	0	0	0
心筋梗塞	経皮的冠動脈形成術	11	*	19	*	
分娩		39	40	0	0	
手術 （件/月）	総数	517	192	105	60	
	皮膚・皮下組織	38	*	*	*	
	筋骨格系・四肢・体幹	46	34	50	0	
	神経系・頭蓋	20	15	0	0	
	眼	73	*	0	0	
	耳鼻咽喉	41	*	0	0	
	顔面・口腔・頸部	17	0	0	*	
	胸部	53	19	*	*	
	心・脈管	125	50	29	12	
	腹部	111	60	34	48	
	尿路系・副腎	28	*	*	0	
	性器	70	50	0	0	
	歯科	0	0	0	0	
	胸腔鏡下手術	10	*	0	0	
腹腔鏡下手術	23	19	*	*		
リハビリ （件/月）	総数	140	169	106	51	
	心大血管	18	22	13	*	
	脳血管疾患等	46	68	21	14	
	運動器	63	69	59	*	
	呼吸器	14	14	*	10	
退棟患者数 （1ヶ月間）	総数	1,467	673	259	280	
	院内の他病棟へ転棟	256	13	31	3	
	家庭へ退院	1,156	549	204	252	
	他の病院、診療所へ転院	37	48	5	9	
	介護老人保健施設に入所	1	8	4	1	
	介護老人福祉施設に入所	2	2	2	2	
	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	1	7	3	0	
	死亡退院等	14	30	9	13	
	その他	0	16	1	0	

※個人情報保護の観点から、1以上10未満の値を「*」で秘匿している項目があります。

出典：平成26年度病床機能報告

¹出典：三重県健康福祉部医療対策局調査（平成26年度）

〔基幹病院の医療提供の状況〕

当該区域の基幹病院である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、永井病院、遠山病院について、平成 26（2014）年度病床機能報告での稼働病床数は、それぞれ 651 床、450 床、199 床、179 床となっています。

また、三重県調査（平成 26 年度）による病床利用率は、それぞれ 79.1%、80.4%、78.7%、60.0%となっています。

救急車受入件数は、それぞれ 1,284 件、3,735 件、1,259 件、1,108 件となっています。中小病院群で構成される当該区域では、10 病院で輪番制救急医療体制を構築しています。

主な疾病への対応については、4 病院ともがんの手術、化学治療法に対応しています。

手術については、三重大学医学部附属病院は、心血管系（心・脈管）、腹部、眼科（眼）、泌尿器科系（性器）等幅広く対応しており、国立病院機構三重中央医療センターは、腹部、心血管系（心・脈管）、泌尿器科系（性器）が多く、永井病院は整形（筋骨格系・四肢・体幹）が、遠山病院は腹部の件数が最も多くなっています。

リハビリ件数については、三重大学医学部附属病院と国立病院機構三重中央医療センターは脳血管疾患等、運動器を中心に幅広く対応しており、永井病院は運動器を中心に対応しています。

退棟患者数については、いずれの病院も家庭への退院が最も多く、三重大学医学部附属病院と永井病院では院内の他病棟への転棟が次いで多くなっています。

(5) 介護サービスの状況

		65歳以上人口 1万人あたり	65歳以上人口 1万人あたり (三重県)
介護関係施設			
介護老人福祉施設定員(人)	1,422	191.0	180.0
介護老人保健施設定員(人)	1,105	148.4	138.0
介護療養型医療施設定員(人)	307	41.2	18.4
地域密着型介護老人福祉施設定員(人)	59	7.9	18.6
認知症対応型共同生活介護(GH)定員(人)	417	56.0	51.2
老人ホーム定員(人)	1,265	169.9	152.3
サービス付き高齢者向け住宅(戸数)	722	97.0	80.2

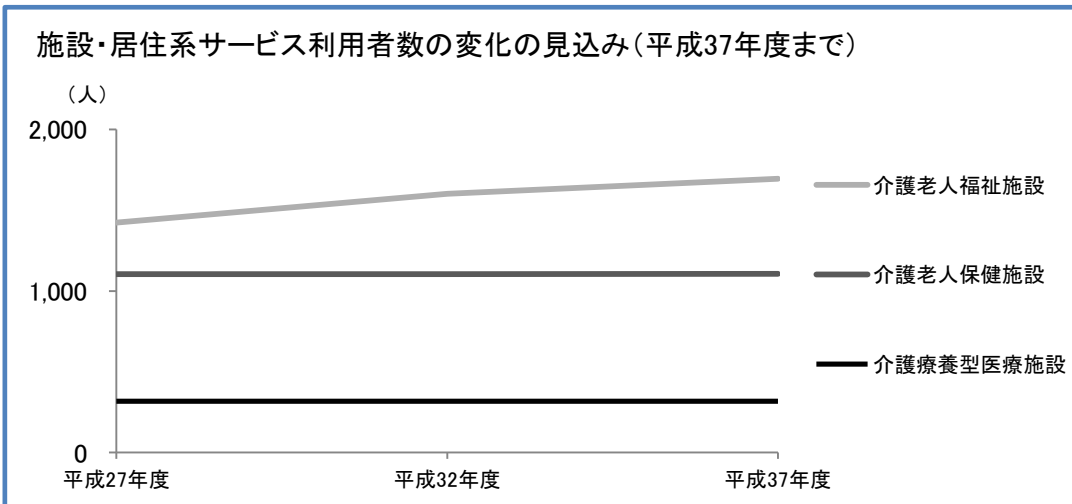
※老人ホーム定員は、養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A型・B型)、有料老人ホームの定員の計です。

出典：三重県健康福祉部長寿介護課調査(平成27年10月)

	施設・居住系サービス利用者数の見込み(人/月)		
	平成27年度	平成32年度	平成37年度
介護老人福祉施設	1,422	1,602	1,694
介護老人保健施設	1,105	1,105	1,105
介護療養型医療施設	318	318	318
地域密着型介護老人福祉施設	64	64	65
認知症対応型共同生活介護	410	410	410
特定施設入居者生活介護	432	482	532

※介護療養型医療施設は平成29年度末で廃止される予定です。

出典：みえ高齢者元気・かがやきプランのデータを基に集計



	要介護(要支援)認定者数の見込み(人)			
	平成26年度	平成27年度	平成32年度	平成37年度
要支援1	2,028	2,175	2,778	2,890
要支援2	2,242	2,459	3,283	3,443
要介護1	2,941	3,042	3,509	3,763
要介護2	2,943	3,069	3,690	3,989
要介護3	2,036	2,045	2,209	2,287
要介護4	2,048	2,123	2,462	2,622
要介護5	1,642	1,595	1,439	1,502
認定率	20.4%	20.8%	23.9%	25.7%

出典：みえ高齢者元気・かがやきプランのデータを基に集計

〔介護サービスの状況〕

65歳以上人口1万人あたりの介護関係施設の定員数を県平均と比較すると、地域密着型介護老人福祉施設については、県平均を下回っていますが、それ以外の施設については県平均を上回っています。

施設・居住系サービス利用者数については、平成37(2025)年度にかけて、介護老人福祉施設、特定施設入居者生活保護が増加していく見込みです。

また、要介護・要支援認定者数については、平成37(2025)年度にかけて、要介護5を除き、要支援1から要介護4まで、それぞれ増加する見込みであり、認定率(1号被保険者全体に占める割合)は約26%に達する見込みとなっています。

2 2025 年における医療需要と必要病床数

平成 25 (2013) 年度の NDB データ等を活用して算定した、本構想区域における平成 37 (2025) 年の医療需要の推計値および必要病床数は以下のとおりです。

平成 37 (2025) 年の医療需要の推計値は、厚生労働省の地域医療構想策定ガイドラインおよび医療法施行規則に基づき算出した医療機能ごとの目安となるものです。

なお、病床機能報告の数値は、平成 26 (2014) 年 7 月 1 日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択し、県へ報告した病床数 (稼働病床数) を構想区域でまとめたものです。

病床の機能区分ごとの医療需要に対する医療供給の状況

	2025 年 医療需要 患者住所地 (人/日)	2025 年の医療供給 (医療提供体制)			2014 年 病床機能報告 (床)
		現在の医療提供体制 が変わらないと仮定 した推定供給数 医療機関所在地 (人/日)	将来のあるべき 医療提供体制をふ まえた推定供給数 (人/日)	必要病床数 (床)	
高度急性期					826
急性期					1,314
回復期					394
慢性期					981
在宅医療等				—	—
(うち在宅患者訪問診療料算定)				—	—
計					3,515

平成 27 (2015) 年度においては、上記表における「2025 年医療需要」および「現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数」欄については、厚生労働省から本県の構想区域に対応した地域医療構想策定支援ツールが提供され次第、数値を確定します。

「将来のあるべき医療提供体制をふまえた推定供給数」および「必要病床数」欄については、地域医療構想調整会議の議論を最優先し、平成 28 (2016) 年度以降も引き続き議論を継続していくこととします。

3 2025年にめざすべき医療提供体制の方向性

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、津区域については、平成27(2015)年から平成37(2025)年の10年間で17,000人の人口減が見込まれています。その後は5年ごとに10,000人の人口減が見込まれています。

一方、65歳以上75歳未満人口は平成42(2030)年頃にかけていったん減少するものの、その後再び増加するとともに、75歳以上人口は平成42(2030)年頃まで増加し、その後ほぼ横ばいになることが見込まれています。

以上により、当該区域の医療需要は、当面、一定程度高い状態で推移することが予想されます。

このような中、平成26(2014)年病床機能報告の状況からは、津区域については回復期機能の一層の充実が求められるといえます。

三重大学医学部附属病院については、津区域だけでなく全県的な見地からの高度急性期機能も担うほか、稀少疾患にかかる医療を医療関係者に対する教育も兼ねながら提供するなど特殊な役割が期待されます。

津区域においては、輪番制により二次救急医療体制が構築されています。しかしながら、一般病床数でみると数十床から100床程度の医療機関が約半数を占めており、当該区域において、引き続き救急医療にかかる高い需要が見込まれることをふまえると、当該医療機関の医療従事者の負担軽減を図りながら、患者の受入体制を確保することが求められます。

津区域は、救急搬送における病院選定時間が県内で最も長い区域であることから、その短縮を図る必要もあります。

以上の課題を解決する方策として、津区域の医療機関が有する急性期機能のあり方について、関係者が検討していくことが考えられます。

取組としては、一定の病床規模を有する病院への急性期医療に携わる医療従事者の移転、複数の医療機関による経営統合、医療機関間の病床や医療従事者の融通が可能となる地域医療連携推進法人制度の導入等が挙げられます。

一定の病床規模を有する病院はもとより、他の医療機関においても、回復期機能の充実について検討していくことが求められます。

上記の詳細およびその他の病床を有する医療機関の機能については、将来にわたる人口動態等をふまえながら、地域医療構想調整会議において引き続き検討していくこととします。

