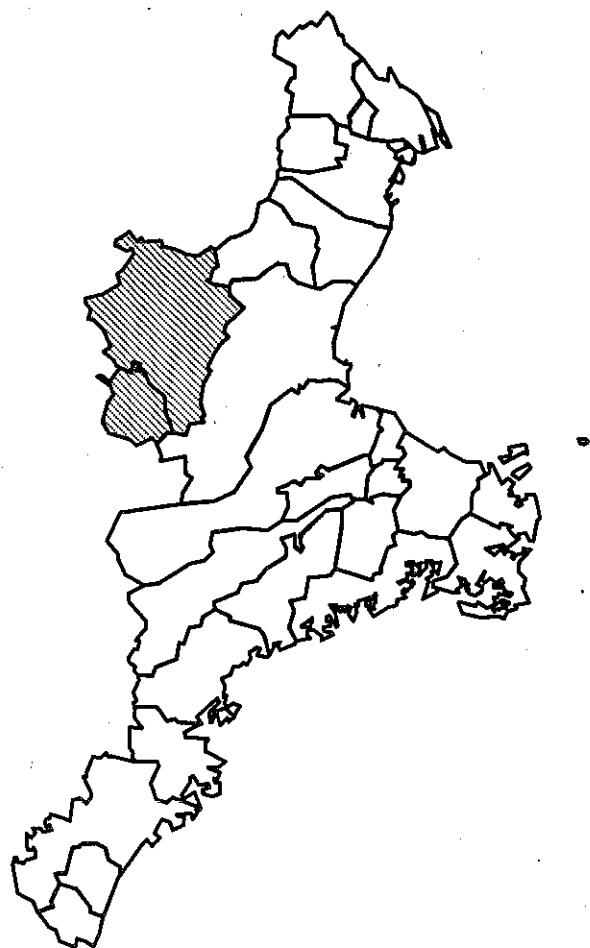


第5章 伊賀区域地域医療構想



第5章 伊賀区域地域医療構想

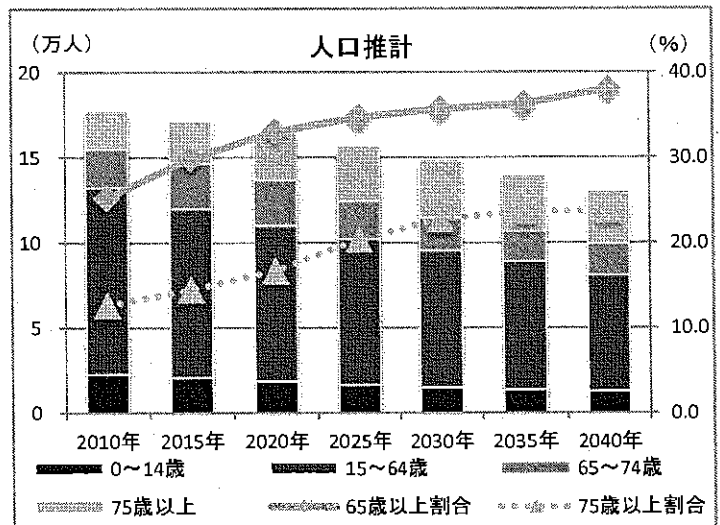
1 現状と課題

(1) 区域の概況

図表 2-5-1 人口の状況

全年齢 (人)	171,538
15歳未満 (人)	21,431
15歳以上65歳未満(人)	100,032
65歳以上 (人)	49,677
うち 75歳以上	24,090
65歳以上割合	29.0%
下段 ()は三重県	(27.0%)
75歳以上割合	14.0%
下段 ()は三重県	(13.2%)

出典：平成 26 年三重県の人口動態



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)

図表 2-5-2 人口・平均寿命・健康寿命

	人口 (人) ¹	平均寿命 (H26) ²		健康寿命 (H26) ²	
		男	女	男	女
名張市	78,633	81.5	87.3	78.6	80.9
伊賀市	92,905	80.9	87.9	77.9	80.8
三重県		80.9	87.1	78.0	80.7

¹ 出典：平成 26 年三重県の人口動態

² 出典：三重県保健環境研究所の調査を基に集計 (平均寿命は Chiang 法、健康寿命は Sullivan 法)

図表 2-5-3 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
名張市	124.46	13.04	25.83	13.80
伊賀市	110.84	10.57	28.38	23.04
三重県	113.95	14.22	29.75	23.85

出典：平成 26 年三重県の人口動態

図表 2-5-4 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)
名張市	596	1.45	0	0
伊賀市	610	1.37	1	2
三重県		1.45		
全国		1.42		

出典：平成 26 年三重県の人口動態 (全国値は平成 26 年人口動態統計)

〔人口〕

伊賀区域は、本県の西部に位置し、2市で構成され、人口約17万人の地域です。高齢化率（65歳以上の割合）は29.0%と、県全体の高齢化率27.0%を上回っています。

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歳以上の人口はやや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、両市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、悪性新生物については、名張市が高くなっています。

急性心筋梗塞、脳血管疾患および肺炎については、両市ともに県平均より低くなっています。

〔出生等〕

合計特殊出生率については、名張市では県平均と同じですが、伊賀市では下回っています。

図表 2-5-5 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
名張市	15,525	0.74	99.7	16.3	348,607	802,235	154,317
伊賀市	28,627	0.66	94.2	13.7	365,677	775,345	154,393
県平均		0.59	90.7	8.9	342,077	817,468	155,458
全国平均		0.49	91.3	8.0	324,543	929,573	163,557

¹ 出典：平成 26 年度市町村決算カード

² 出典：平成 26 年度地方公共団体の主要財政指標一覧

³ 出典：平成 26 年度三重県国民健康保険団体連合会調査（全国平均は平成 25 年度）

⁴ 出典：平成 26 年度全国健康保険協会三重支部調査

〔財政状況等〕

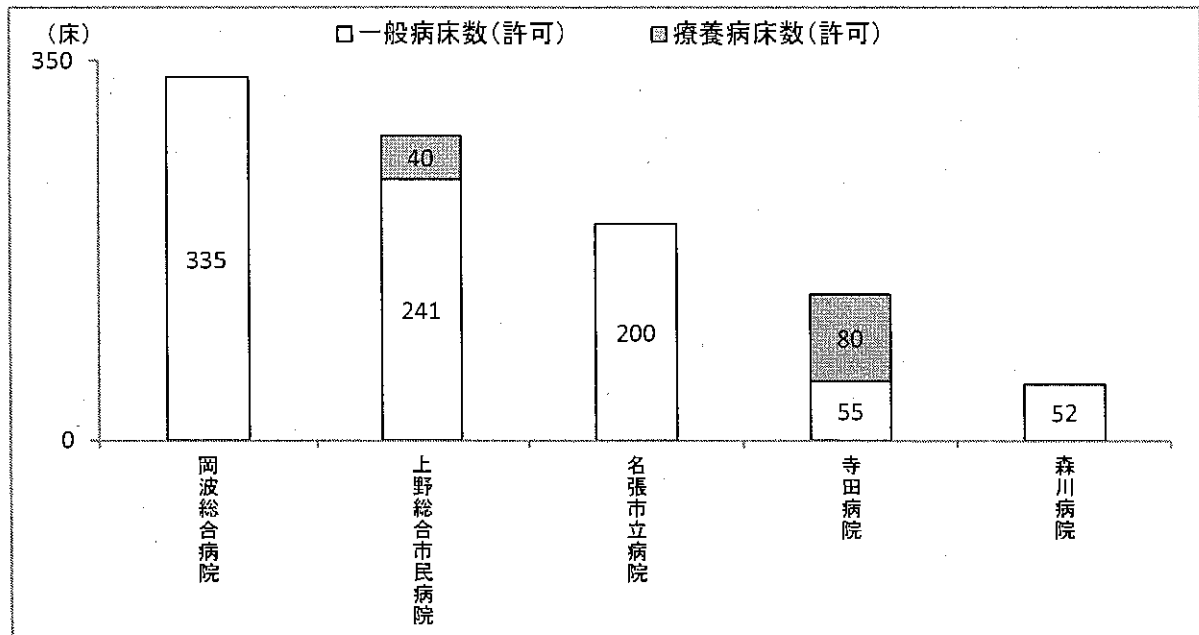
両市とも財政力指数は県平均を上回っているものの、経常収支比率および実質公債比率も県平均を大きく上回っています。

一人あたりの医療費に関しては、国民健康保険は両市とも県平均を上回っていますが、後期高齢者医療は県平均より低くなっています。

全国健康保険協会管掌健康保険については、両市とも県平均を下回っています。

(2) 医療提供体制

図表 2-5-6 各病院の病床数 (平成 28 年 10 月)



※一般・療養病床のみ

図表 2-5-7 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 ¹	6	3.5	5.5
総病床数 ¹	1,413	823.7	1,114.7
うち一般病床・療養病床	1,003	584.7	852.7
医師数 ²	119	69.4	127.2
歯科医師数 ²	1	0.6	2.9
薬剤師数 ²	29	16.9	30.2
看護師数 ³	658	383.6	578.3
准看護師数 ³	76	44.3	96.7
診療所			
施設数(有床) ¹	8	4.7	5.0
施設数(無床) ¹	131	76.4	78.7
総病床数(一般病床・療養病床) ¹	78	45.5	62.9
医師数 ²	121	70.5	80.6
歯科医師数 ²	90	52.5	60.6
薬剤師数 ²	12	7.0	6.8
看護師数 ³	173	100.9	96.6
准看護師数 ³	157	91.5	93.0

¹ 出典：三重県健康福祉部医療対策局調査(平成 28 年 10 月 1 日現在、休止を除く)

² 出典：平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査

³ 出典：平成 26 年衛生行政報告例

〔医療提供体制〕

区域内の6病院および139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、3.5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、有床診療所は4.7施設で、県平均5.0施設と同程度であるが、無床診療所は76.4施設で、県平均78.7施設をやや下回っている。
- ・病院の病床数（一般病床・療養病床）は584.7床で、県平均852.7床を大幅に下回っている。
- ・診療所の病床数（一般病床・療養病床）は45.5床で、県平均62.9床を下回っている。
- ・医師数は、病院では69.4人で、県平均127.2人を大幅に下回っており、診療所でも70.5人で、県平均80.6人を下回っている。
- ・看護師数は、病院では383.6人で、県平均578.3人を大幅に下回っているが、診療所では100.9人で、県平均96.6人をやや上回っている。
- ・准看護師数は、病院では44.3人で、県平均96.7人を大幅に下回っており、診療所では91.5人で、県平均93.0人とほぼ同じである。

(3) 受療状況

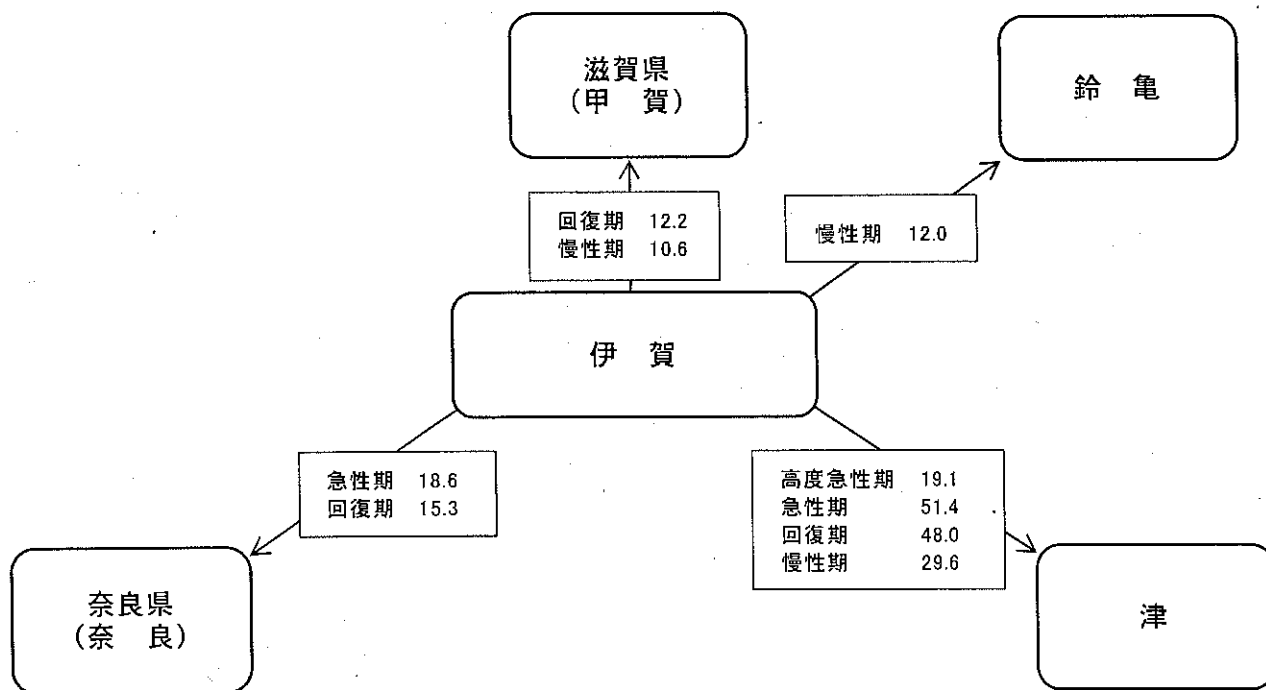
図表 2-5-8 流出入の状況 (平成 25 年度)

		(人/日)	
		医療機関所在地	
高度急性期		伊賀	津
患者 住所地	伊賀	47.2	19.1

		(人/日)		
		医療機関所在地		
急性期		伊賀	津	奈良県 (奈良)
患者 住所地	伊賀	180.0	51.4	18.6

		(人/日)			
		医療機関所在地			
回復期		伊賀	津	奈良県 (奈良)	滋賀県 (甲賀)
患者 住所地	伊賀	192.5	48.0	15.3	12.2

		(人/日)			
		医療機関所在地			
慢性期		伊賀	津	鈴亀	滋賀県 (甲賀)
患者 住所地	伊賀	115.1	29.6	12.0	10.6



※10人/日以上 of 患者流出入のみを表示
 出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

〔流出入の状況〕

平成 25 年（2013）年度における 1 日あたりの患者の流出入状況は以下のとおりです。

高度急性期では、伊賀区域に住所がある患者のうち 47.2 人が区域内で医療を受けているものの、津区域へ 19.1 人の流出があります。

急性期では、180.0 人が区域内で医療を受けているものの、津区域へ 51.4 人、奈良県（奈良）へ 18.6 人の流出があります。

回復期では、192.5 人が区域内で医療を受けているものの、津区域へ 48.0 人、奈良県（奈良）へ 15.3 人、滋賀県（甲賀）へ 12.2 人の流出があります。

慢性期では、115.1 人が区域内で医療を受けているものの、津区域へ 29.6 人、鈴鹿区域へ 12.0 人、滋賀県（甲賀）へ 10.6 人の流出があります。

図表 2-5-9 救急搬送件数(平成 26 年)

	搬送件数	人口 10 万人あたり
伊賀 (件/日)	20.0	11.7
三重県 (件/日)	225.6	12.4

出典：消防防災年報

図表 2-5-10 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
伊賀	1,944	1,358	4	83	229	226	44
		69.9%	0.2%	4.3%	11.8%	11.6%	2.2%
三重県	19,525	14,126	278	720	1,398	2,479	524
		72.4%	1.4%	3.7%	7.2%	12.7%	2.7%

出典：平成 26 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11.7件となっており、県平均12.4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70.1%と、県平均73.8%を下回っています。また、自宅での死亡割合は11.6%で、県平均12.7%を下回っていますが、老人ホームでの死亡割合は11.8%と県平均7.2%を上回っています。

(4) 基幹病院の医療提供の状況

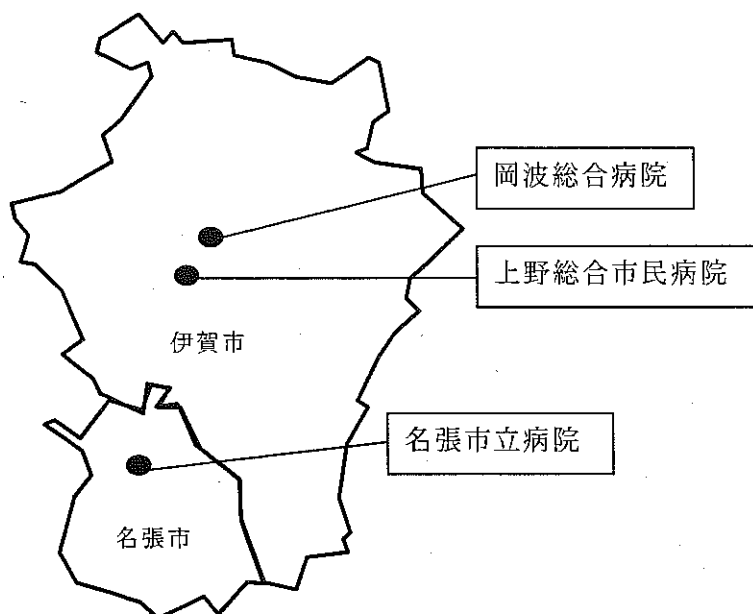
図表 2-5-11

		岡波総合病院	上野総合 市民病院	名張市立病院	
病床数(許可)		335	281	200	
病床数(稼働)		332	211	200	
病床稼働率(許可病床数ベース)		78.4%	37.2%	69.1%	
新規入棟患者数(1ヶ月間)		431	229	411	
救急車受入件数(件/年)		1,724	1,714	2,800	
入院基本料 (件/月)	7対1	0	310	439	
	10対1	538	0	0	
	13対1	0	0	0	
DPC		Ⅲ群	DPCではない	Ⅲ群	
疾病対応 (件/月)	がん	悪性腫瘍手術	17	19	*
		化学療法	35	95	0
	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	*	0	37
分娩		0	0	0	
手術 (件/月)	総数	186	194	153	
	皮膚・皮下組織	13	*	*	
	筋骨格系・四肢・体幹	39	67	31	
	神経系・頭蓋	*	0	14	
	眼	47	0	18	
	耳鼻咽喉	0	*	*	
	顔面・口腔・頸部	*	*	0	
	胸部	*	0	*	
	心・脈管	24	*	52	
	腹部	45	103	41	
	尿路系・副腎	29	*	*	
	性器	16	0	0	
	歯科	0	0	0	
	胸腔鏡下手術	*	0	0	
	腹腔鏡下手術	*	13	0	
リハビリ (件/月)	総数	182	126	138	
	心大血管	17	0	0	
	脳血管疾患等	99	44	70	
	運動器	60	63	44	
	呼吸器	*	19	29	
退棟患者数 (1ヶ月間)	総数	423	227	400	
	院内の他病棟へ転棟	43	0	8	
	家庭へ退院	306	191	310	
	他の病院、診療所へ転院	8	7	37	
	介護老人保健施設に入所	19	2	12	
	介護老人福祉施設に入所	7	1	13	
	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	3	11	7	
	死亡退院等	36	15	13	
	その他	1	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。

※病床稼働率＝年間在棟患者延べ数／(許可病床数×365)

出典：平成27年度病床機能報告(病床数は平成27年7月1日現在)



〔基幹病院の医療提供の状況〕

当該区域の基幹病院である岡波総合病院、上野総合市民病院、名張市立病院について、平成 27（2015）年度病床機能報告での医療提供の状況は次のとおりです。

稼働病床数は、岡波総合病院が 332 床、上野総合市民病院が 211 床、名張市立病院が 200 床となっています。

また、年間在棟患者延べ数と許可病床数から計算した病床稼働率は、岡波総合病院が 78.4%、上野総合市民病院が 37.2%、名張市立病院が 69.1%となっています。

救急車受入件数は、岡波総合病院が 1,724 件、上野総合市民病院が 1,714 件、名張市立病院が 2,800 件であり、3 病院にて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、化学療法には、主に岡波総合病院、上野総合市民病院が対応しており、心筋梗塞には、主に名張市立病院が対応しています。

手術については、岡波総合病院では、眼科（眼）、腹部、整形（筋骨格系・四肢・体幹）を中心に、上野総合市民病院では腹部、整形（筋骨格系・四肢・体幹）を中心に対応しており、名張市立病院では心血管系（心・脈管）、腹部、整形（筋骨格系・四肢・体幹）の件数が多くなっています。

リハビリ件数については、岡波総合病院、名張市立病院では脳血管疾患等、運動器の順に多く、上野総合市民病院では、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、岡波総合病院では院内の他病棟への転棟が、名張市立病院では他の病院・診療所への転院が次いで多くなっています。

(5) 介護サービスの状況

図表 2-5-12 介護関係施設の定員等

	定員・戸数	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)
介護老人福祉施設定員(人)	1,160	233.5	177.5
介護老人保健施設定員(人)	678	136.5	137.6
介護療養型医療施設定員(人)	40	8.1	15.6
地域密着型介護老人福祉施設定員(人)	69	13.9	18.6
認知症対応型共同生活介護(GH)定員(人)	234	47.1	50.1
老人ホーム定員(人)	498	100.2	156.0
定員計	2,679	539.3	555.3
サービス付き高齢者向け住宅(戸数)	381	76.7	92.4

※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28年10月)

図表 2-5-13 施設・居住系サービス利用者数の見込み

	施設・居住系サービス利用者数の見込み(人/月)		
	平成29年度	平成32年度	平成37年度
介護老人福祉施設	1,254	1,416	1,501
介護老人保健施設	621	663	711
地域密着型介護老人福祉施設	69	98	127
認知症対応型共同生活介護	258	286	327
特定施設入居者生活介護	334	390	435
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
介護予防特定施設入居者生活介護	78	90	97
介護予防認知症対応型共同生活介護	1	0	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

図表 2-5-14 要介護(要支援)認定者数

	認定者数(人) ¹	認定者数の見込み(人) ²		
	平成28年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度
要支援1	1,025	1,058	1,140	1,202
要支援2	1,266	1,333	1,365	1,439
要介護1	2,051	2,074	2,194	2,301
要介護2	1,895	2,152	2,378	2,586
要介護3	1,466	1,489	1,656	1,804
要介護4	1,279	1,305	1,380	1,468
要介護5	887	1,001	1,109	1,189
計	9,869	10,412	11,222	11,989
認定率	18.7%	19.4%	20.2%	21.8%

¹ 出典：三重県健康福祉部長寿介護課調査(平成28年6月末日現在)

² 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、介護老人福祉施設については県平均を上回っていますが、地域密着型介護老人福祉施設、老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅については県平均を下回っています。

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、介護老人保健施設など、ほぼ全ての施設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(第1号被保険者に占める第1号被保険者にかかる要介護(要支援)認定者の割合)は約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

本構想区域における平成37(2025)年の医療需要および必要病床数は以下のとおりです。

また、病床機能報告の数値は、平成27(2015)年7月1日時点の機能として、県へ報告された病床数(許可病床数)を構想区域でまとめたものです。

なお、本県では、平成37(2025)年の必要病床数は、あくまでも地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と考えており、この必要病床数をもとに病床を強制的に削減していくという趣旨のものではありません。

図表2-5-15 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 医療需要 〈医療機関所在地〉 (人/日)	2025年の医療提供体制		2015年度 病床機能報告 (床)
			将来のあるべき 医療提供体制を ふまえた医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	
高度急性期	99.1	58.0	58.0	77	0
急性期	328.8	221.2	221.2	284	850
回復期	360.8	244.8	295.9	329	50
慢性期	234.2	167.6	201.6	219	156
計	1,022.9	691.6	776.7	909	(休棟等) 0
					1,056
在宅医療等	1,710.4	1,626.5	1,626.5		
(うち在宅患者訪問診療料算定)	719.2	674.3	674.3		
合計	2,733.3	2,318.1	2,403.2		

「将来のあるべき医療提供体制をふまえた医療需要」に関して、高度急性期および急性期においては、患者が構想区域にとらわれない受療行動を取る傾向が強いこと等の理由により、医療機関所在地ベースで推計します。

一方、回復期および慢性期においては、身近な地域で医療が受けられることが望ましく、地域包括ケアシステムの観点からも患者住所地ベースとすることを基本とします。しかし、医療需要の推計にあたっては、患者の生活圏と構想区域とは一致しないこともあり、また、構想区域を越えた全県的な機能を有する医療機関への流入は、将来にわたって一定程度継続することが見込まれることから、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの平均値により推計します。

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、伊賀区域については、平成 27 (2015) 年から平成 37 (2025) 年の 10 年間で 14,000 人の人口減が見込まれています。その後は 5 年ごとに 8,000~9,000 人の人口減が見込まれています。

また、65 歳以上 75 歳未満人口は平成 32 (2020) 年頃をピークに、75 歳以上人口は平成 42 (2030) 年頃をピークに、その後減少していく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やがて減少していくことが予想されます。

このような中、平成 27 (2015) 年度病床機能報告の状況からは、伊賀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。

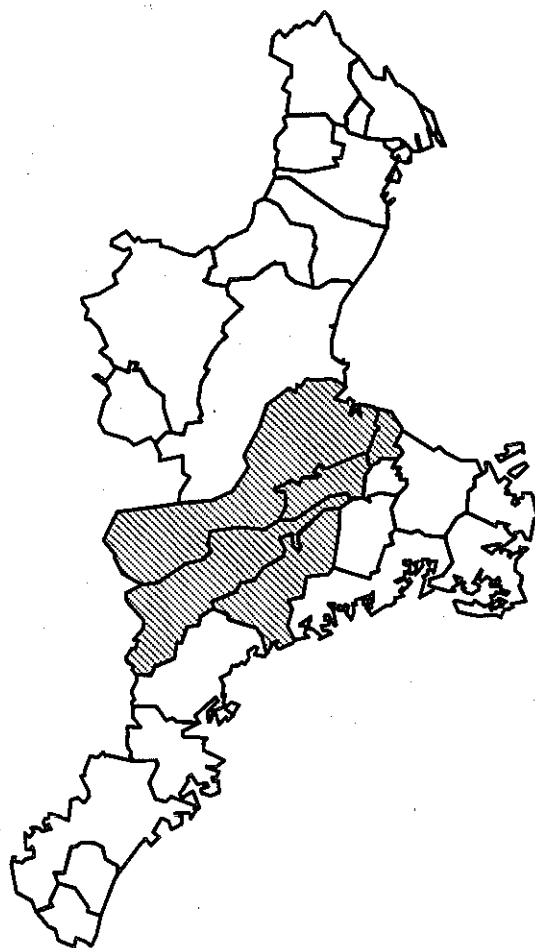
住民が安心して住み慣れた地域で暮らしていけるよう、地域における急性期機能のさらなる充実が必要であり、3つの基幹病院を中心とした急性期機能の集約化、分化・連携、場合によっては統合について検討していくことが想定されます。

回復期機能に関しては、急性期を脱した患者が住み慣れたところで医療が受けられるよう、社会情勢の変化もふまえながら、3つの基幹病院それぞれが一定程度の回復期機能を担うことを検討します。

また、伊賀区域では、平成 25 (2013) 年の在宅医療等の医療需要（医療機関所在地ベース）は、1,271.2 人/日ですが、平成 37 (2025) 年には 1,626.5 人/日になると見込まれています。在宅医療等の需要に対応するには、病床の機能分化・連携と合わせて、在宅医療を担う医師の確保に努めながら、在宅医療や地域包括ケアシステムにかかる体制整備を進めていくことが重要であり、医療機関、歯科医療機関、薬局などさまざまな関係機関および多職種が連携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きます。

第6章 松阪区域地域医療構想



第6章 松阪区域地域医療構想

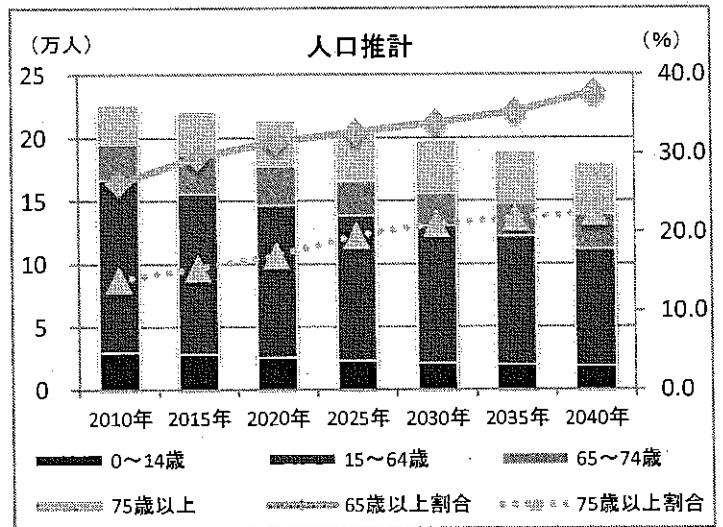
1 現状と課題

(1) 区域の概況

図表2-6-1 人口の状況

全年齢(人)	222,537
15歳未満(人)	28,731
15歳以上65歳未満(人)	128,864
65歳以上(人)	64,030
うち75歳以上	33,687
65歳以上割合	28.8%
下段()は三重県	(27.0%)
75歳以上割合	15.1%
下段()は三重県	(13.2%)

出典：平成26年三重県の人口動態



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)

図表2-6-2 人口・平均寿命・健康寿命

	人口(人) ¹	平均寿命(H26) ²		健康寿命(H26) ²	
		男	女	男	女
松阪市	166,099	81.1	86.8	77.7	79.7
多気町	14,984	79.4	89.3	76.7	83.1
明和町	22,560	82.4	88.3	79.7	81.8
大台町	9,786	83.3	86.8	79.9	81.1
大紀町	9,108	80.1	88.1	77.3	83.0
三重県		80.9	87.1	78.0	80.7

※多気町、大台町および大紀町の値は、男女別の人口が1万人未満であり、誤差や変動が大きいため、参考値です。

¹出典：平成26年三重県の人口動態

²出典：三重県保健環境研究所の調査を基に集計(平均寿命はChiang法、健康寿命はSullivan法)

図表2-6-3 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
松阪市	109.97	16.54	30.39	29.94
多気町	86.57	5.79	22.02	17.66
明和町	111.44	10.53	35.54	12.99
大台町	126.51	16.26	40.67	15.47
大紀町	103.90	22.42	39.01	26.59
三重県	113.95	14.22	29.75	23.85

出典：平成26年三重県の人口動態

〔人口〕

松阪区域は、本県の中南勢部に位置し、1市4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28.8%と、県全体の高齢化率27.0%を上回っています。

平成37（2025）年に向けて、総人口は減少しますが、65歳以上75歳未満の人口は平成27（2015）年頃をピークに、75歳以上の人口は平成42（2030）年頃をピークに、その後減少していくことが見込まれています。

〔寿命〕

参考値である多気町、大台町および大紀町を含めると、男性については、平均寿命および健康寿命とも大台町、明和町で県平均を上回っており、松阪市、大紀町で県平均並みです。女性については、平均寿命および健康寿命とも多気町、明和町、大紀町で県平均を上回っており、松阪市の健康寿命を除きその他は県平均並みです。

〔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、悪性新生物は大台町が高くなっています。急性心筋梗塞は大紀町、松阪市、大台町が、脳血管疾患は多気町を除く市町で高くなっており、肺炎は松阪市、大紀町で高い状況です。

特に、急性心筋梗塞、脳血管疾患に関しては、急性期における迅速な対応が必要となることから、救急医療体制の確保・強化について、引き続き取り組む必要があります。

図表 2-6-4 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)
松阪市	1,272	1.46	5	10
多気町	93	1.44	1	3
明和町	191	1.71	0	0
大台町	41	1.18	0	0
大紀町	43	1.64	0	0
三重県		1.45		
全国		1.42		

出典：平成 26 年三重県の人口動態（全国値は平成 26 年人口動態統計）

図表 2-6-5 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
松阪市	40,045	0.63	91.8	5.0	335,162	866,803	159,180
多気町	5,331	0.59	87.6	7.6	344,327	759,188	172,497
明和町	5,120	0.55	84.9	7.8	362,577	806,542	148,628
大台町	4,692	0.25	86.2	11.6	394,389	830,932	157,966
大紀町	4,870	0.19	86.1	11.0	402,936	921,292	195,808
県平均		0.59	90.7	8.9	342,077	817,468	155,458
全国平均		0.49	91.3	8.0	324,543	929,573	163,557

¹出典：平成 26 年度市町村決算カード

²出典：平成 26 年度地方公共団体の主要財政指標一覧

³出典：平成 26 年度三重県国民健康保険団体連合会調査（全国平均は平成 25 年度）

⁴出典：平成 26 年度全国健康保険協会三重支部調査

〔出生等〕

合計特殊出生率については、明和町、大紀町、松阪市で、県平均を上回っています。

〔財政状況等〕

松阪市については、財政力指数が県平均を上回っているものの、経常収支比率も県平均を上回っています。

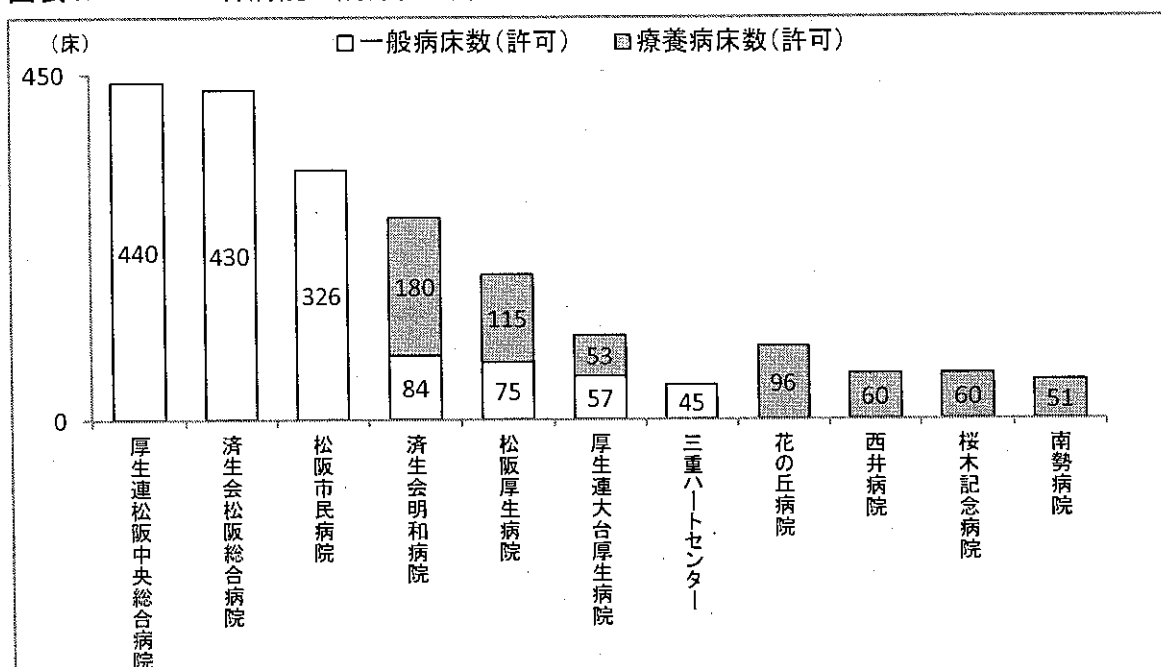
一方で、大台町、大紀町については、財政力指数が県平均を大きく下回り、実質公債費比率も県平均を上回っています。

一人あたり医療費については、国民健康保険で松阪市を除く4町が、後期高齢者医療で多気町、明和町を除く市町が、全国健康保険協会管掌健康保険で明和町を除く市町が、県平均を上回っています。

当該区域は、一人あたり医療費については高めの傾向です。

(2) 医療提供体制

図表 2-6-6 各病院の病床数 (平成 28 年 10 月)



※一般・療養病床のみ

図表 2-6-7 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	4.9	5.5
総病床数 ¹	2,869	1,289.2	1,114.7
うち一般病床・療養病床	2,072	931.1	852.7
医師数 ²	311	139.8	127.2
歯科医師数 ²	10	4.5	2.9
薬剤師数 ²	62	27.9	30.2
看護師数 ³	1,534	689.3	578.3
准看護師数 ³	324	145.6	96.7
診療所			
施設数(有床) ¹	15	6.7	5.0
施設数(無床) ¹	180	80.9	78.7
総病床数(一般病床・療養病床) ¹	156	70.1	62.9
医師数 ²	171	76.8	80.6
歯科医師数 ²	134	60.2	60.6
薬剤師数 ²	35	15.7	6.8
看護師数 ³	190	85.4	96.6
准看護師数 ³	199	89.4	93.0

¹ 出典：三重県健康福祉部医療対策局調査(平成 28 年 10 月 1 日現在、休止を除く)

² 出典：平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査

³ 出典：平成 26 年衛生行政報告例

〔医療提供体制〕

区域内の 11 病院および 195 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 4.9 施設で、県平均 5.5 施設をやや下回っている。
- ・ 診療所の施設数は、有床・無床診療所それぞれ 6.7 施設、80.9 施設で、県平均 5.0 施設、78.7 施設を上回っている。
- ・ 病院の病床数（一般病床・療養病床）は 931.1 床で、県平均 852.7 床を上回っている。
- ・ 診療所の病床数（一般病床・療養病床）は 70.1 床で、県平均 62.9 床を上回っている。
- ・ 医師数は、病院では 139.8 人と県平均 127.2 人を上回っているが、診療所では 76.8 人と県平均 80.6 人をやや下回っている。
- ・ 看護師数は、病院では 689.3 人と県平均 578.3 人を上回っているが、診療所では 85.4 人と県平均 96.6 人を下回っている。
- ・ 准看護師数は、病院では 145.6 人と県平均 96.7 人を上回っているが、診療所では 89.4 人と県平均 93.0 人をやや下回っている。

(3) 受療状況

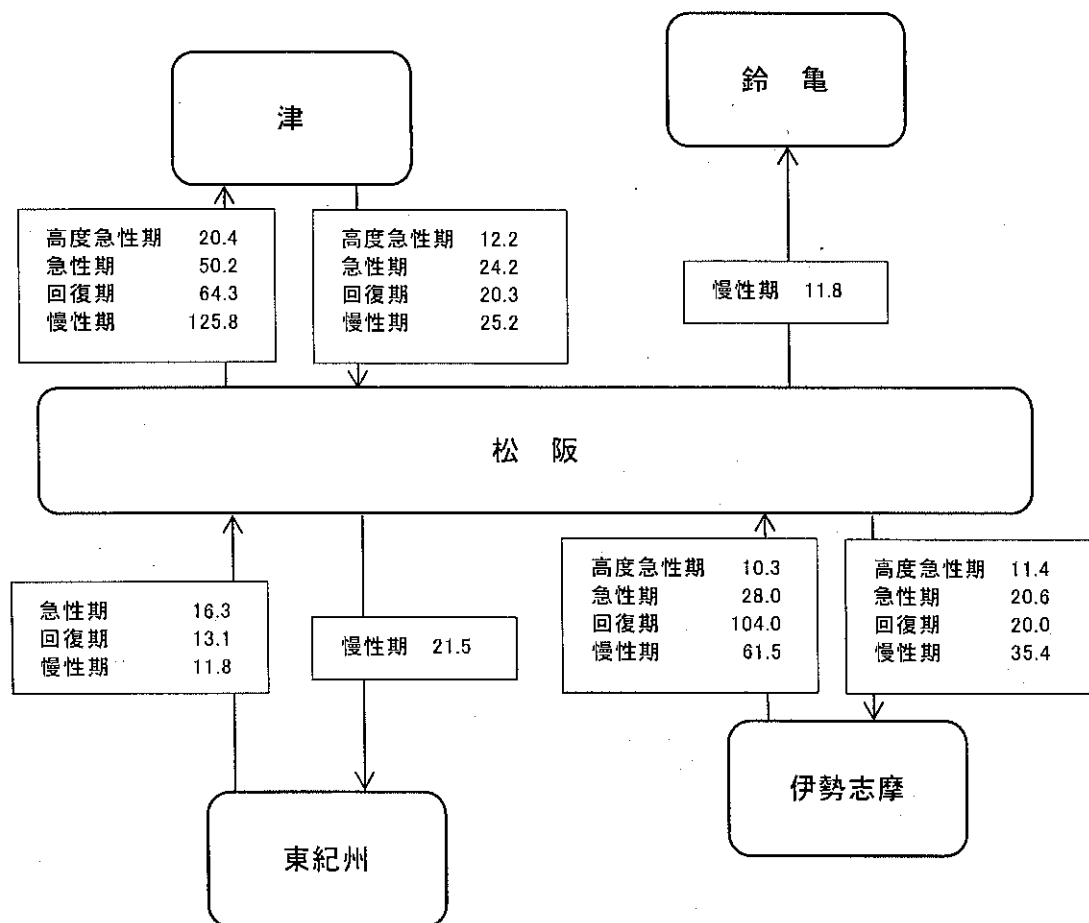
図表 2-6-8 流入出の状況 (平成 25 年度)

患者住所地		医療機関所在地		
		松阪	津	伊勢志摩
高度急性期	松阪	126.1	20.4	11.4
	津	12.2		
	伊勢志摩	10.3		

患者住所地		医療機関所在地		
		松阪	津	伊勢志摩
急性期	松阪	387.9	50.2	20.6
	伊勢志摩	28.0		
	津	24.2		
	東紀州	16.3		

患者住所地		医療機関所在地		
		松阪	津	伊勢志摩
回復期	松阪	368.5	64.3	20.0
	伊勢志摩	104.0		
	津	20.3		
	東紀州	13.1		

患者住所地		医療機関所在地				
		松阪	津	伊勢志摩	東紀州	鈴亀
慢性期	松阪	303.9	125.8	35.4	21.5	11.8
	伊勢志摩	61.5				
	津	25.2				
	東紀州	11.8				



※10人/日以上 of 患者流入出のみを表示
 出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

〔流出入の状況〕

平成 25 (2013) 年度における 1 日あたりの患者の流出入状況は、以下のとおりです。

高度急性期では、松阪区域に住所がある患者のうち 126.1 人が区域内で医療を受けているものの、津区域へ 20.4 人、伊勢志摩区域に 11.4 人の流出があり、津区域から 12.2 人、伊勢志摩区域から 10.3 人の流入があります。

急性期では、387.9 人が区域内で医療を受けているものの、津区域へ 50.2 人、伊勢志摩区域へ 20.6 人の流出があり、伊勢志摩区域から 28.0 人、津区域から 24.2 人、東紀州区域から 16.3 人の流入があります。

回復期では、368.5 人が区域内で医療を受けているものの、津区域へ 64.3 人、伊勢志摩区域へ 20.0 人の流出があり、伊勢志摩区域から 104.0 人、津区域から 20.3 人、東紀州区域から 13.1 人の流入があります。

慢性期では、303.9 人が区域内で医療を受けているものの、津区域へ 125.8 人、伊勢志摩区域へ 35.4 人、東紀州区域へ 21.5 人、鈴亀区域へ 11.8 人の流出があり、伊勢志摩区域から 61.5 人、津区域から 25.2 人、東紀州区域から 11.8 人の流入があります。

図表 2-6-9 救急搬送件数(平成 26 年)

	搬送件数	人口 10 万人あたり
松阪 (件/日)	41.7	—
三重県 (件/日)	225.6	12.4

※消防本部単位で集計をしているため、搬送件数に旧南島町の数値を含んでいます。

出典：消防防災年報

図表 2-6-10 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
松阪	2,604	1,937	28	92	167	290	90
		74.4%	1.1%	3.5%	6.4%	11.1%	3.5%
三重県	19,525	14,126	278	720	1,398	2,479	524
		72.4%	1.4%	3.7%	7.2%	12.7%	2.7%

出典：平成 26 年三重県の人口動態

〔救急搬送件数〕

1日あたりの搬送件数は41.7件で、三河区域37.8件、津区域35.3件、伊勢志摩区域32.5件など、他区域に比べて多い状況です。

〔死亡場所〕

病院と診療所を合わせた死亡割合は75.5%で、県平均73.8%をやや上回っています。

また、自宅での死亡割合は11.1%で、県平均12.7%をやや下回っています。

(4) 基幹病院の医療提供の状況

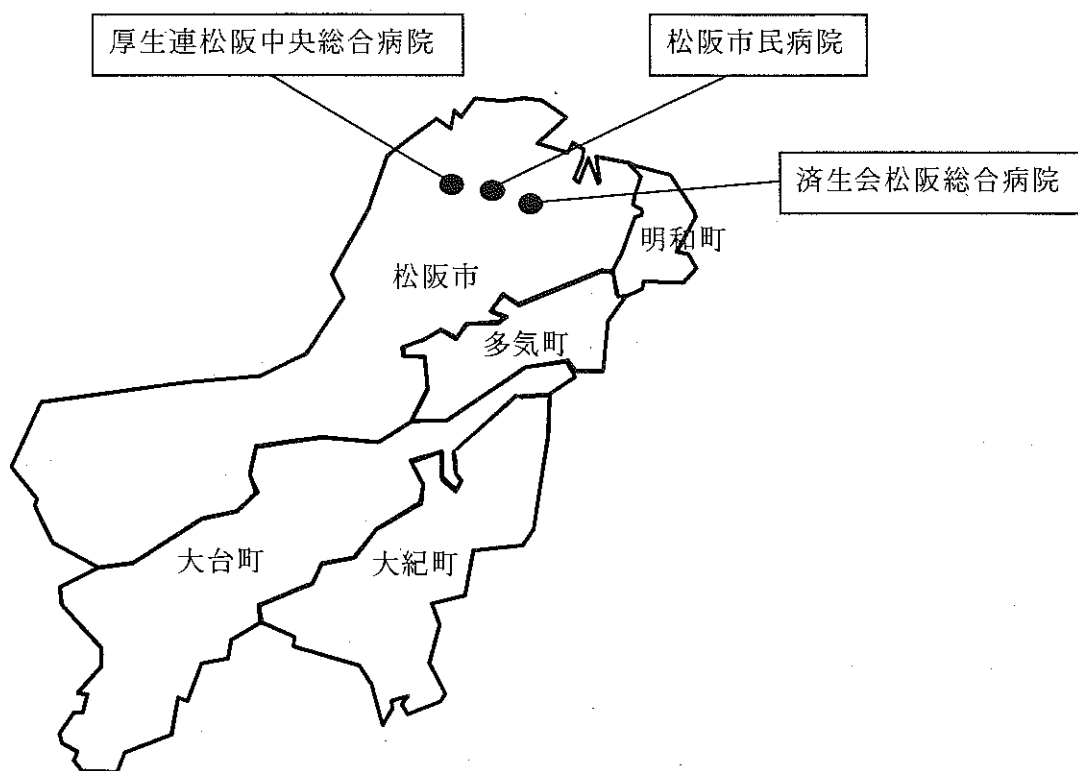
図表 2-6-11

		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
病床数(許可)		440	430	326
病床数(稼働)		440	430	326
病床稼働率(許可病床数ベース)		76.5%	73.7%	78.5%
新規入棟患者数(1ヶ月間)		880	814	674
救急車受入件数(件/年)		6,157	4,752	3,395
入院基本料 (件/月)	7対1	935	730	644
	10対1	0	0	0
	13対1	0	0	0
DPC		Ⅲ群	Ⅲ群	Ⅲ群
疾病対応 (件/月)	がん	悪性腫瘍手術	20	26
		化学療法	46	98
	脳卒中	超急性期脳卒中加算	*	0
		脳血管内手術	*	0
	心筋梗塞	経皮的冠動脈形成術	19	26
分娩		17	24	0
手術 (件/月)	総数	370	310	227
	皮膚・皮下組織	13	16	11
	筋骨格系・四肢・体幹	44	57	37
	神経系・頭蓋	23	12	*
	眼	20	23	39
	耳鼻咽喉	*	*	*
	顔面・口腔・頸部	*	*	0
	胸部	12	*	18
	心・脈管	119	34	57
	腹部	112	135	69
	尿路系・副腎	37	17	18
	性器	33	61	*
	歯科	0	0	0
	胸腔鏡下手術	*	0	11
	腹腔鏡下手術	24	37	*
リハビリ (件/月)	総数	197	191	204
	心大血管	21	0	22
	脳血管疾患等	69	79	28
	運動器	93	90	71
	呼吸器	25	15	47
退棟患者数 (1ヶ月間)	総数	901	757	711
	院内の他病棟へ転棟	139	103	148
	家庭へ退院	631	536	461
	他の病院、診療所へ転院	65	54	31
	介護老人保健施設に入所	14	2	3
	介護老人福祉施設に入所	13	9	21
	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	15	16	9
	死亡退院等	24	33	38
	その他	0	4	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。

※病床稼働率=年間在棟患者延べ数/(許可病床数×365)

出典:平成27年度病床機能報告(病床数は平成27年7月1日現在)



〔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松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院について、平成 27 (2015) 年度病床機能報告での医療提供の状況は次のとおりです。

稼働病床数は 300 床から 400 床台であり、年間在棟患者延べ数と許可病床数から計算した病床稼働率は、いずれも 70% 台となっています。

輪番制救急医療体制を構築している 3 病院の救急車受入件数は、厚生連松阪中央総合病院が 6,157 件、済生会松阪総合病院が 4,752 件、松阪市民病院が 3,395 件であり、県内でも救急患者の受入件数が多くなっています。

主な疾病への対応については、3 病院ともがんの手術、化学療法に対応しています。

手術件数については、厚生連松阪中央総合病院では心血管系（心・脈管）と腹部が、済生会松阪総合病院では腹部が多く、松阪市民病院では他の 2 病院より少ないものの腹部、心血管系（心・脈管）が多い状況です。

リハビリについては、いずれの病院も運動器が最も多く、厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院では脳血管疾患等が次いで多く、松阪市民病院は呼吸器が次いで多くなっています。

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、次いで院内の他病棟への転棟が多くなっています。

(5) 介護サービスの状況

図表 2-6-12 介護関係施設の定員等

	定員・戸数	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)
介護老人福祉施設定員(人)	1,208	188.7	177.5
介護老人保健施設定員(人)	1,134	177.1	137.6
介護療養型医療施設定員(人)	94	14.7	15.6
地域密着型介護老人福祉施設定員(人)	173	27.0	18.6
認知症対応型共同生活介護(GH)定員(人)	378	59.0	50.1
老人ホーム定員(人)	1,321	206.3	156.0
定員計	4,308	672.8	555.3
サービス付き高齢者向け住宅(戸数)	560	87.5	92.4

※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28年10月)

図表 2-6-13 施設・居住系サービス利用者数の見込み

	施設・居住系サービス利用者数の見込み(人/月)		
	平成29年度	平成32年度	平成37年度
介護老人福祉施設	1,127	1,198	1,274
介護老人保健施設	1,012	1,038	1,100
地域密着型介護老人福祉施設	229	256	264
認知症対応型共同生活介護	412	464	492
特定施設入居者生活介護	284	341	361
地域密着型特定施設入居者生活介護	32	41	43
介護予防特定施設入居者生活介護	22	24	25
介護予防認知症対応型共同生活介護	6	10	16

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

図表 2-6-14 要介護(要支援)認定者数

	認定者数(人) ¹	認定者数の見込み(人) ²		
	平成28年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度
要支援1	1,370	1,263	1,361	1,411
要支援2	1,736	2,006	2,214	2,319
要介護1	2,864	3,352	3,834	4,065
要介護2	2,900	3,228	3,504	3,700
要介護3	2,184	2,405	2,620	2,790
要介護4	1,870	2,313	2,686	2,912
要介護5	1,505	1,542	1,666	1,793
計	14,429	16,109	17,885	18,990
認定率	21.6%	23.8%	26.0%	27.7%

¹ 出典：三重県健康福祉部長寿介護課調査(平成28年6月末日現在)

² 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、介護療養型医療施設、サービス付き高齢者向け住宅を除く、全て施設において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、全ての施設において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すが、要支援1については既に平成29(2017)年度見込み数を上回っています。認定率(第1号被保険者に占める第1号被保険者にかかる要介護(要支援)認定者の割合)は約28%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

本構想区域における平成37(2025)年の医療需要および必要病床数は以下のとおりです。

また、病床機能報告の数値は、平成27(2015)年7月1日時点の機能として、県へ報告された病床数(許可病床数)を構想区域でまとめたものです。

なお、本県では、平成37(2025)年の必要病床数は、あくまでも地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と考えており、この必要病床数をもとに病床を強制的に削減していくという趣旨のものではありません。

図表2-6-15 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 医療需要 〈医療機関所在地〉 (人/日)	2025年の医療提供体制		2015年度 病床機能報告 (床)
			将来のあるべき 医療提供体制を ふまえた医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	
高度急性期	169.1	166.5	166.5	222	167
急性期	504.5	499.7	499.7	641	1,288
回復期	517.9	566.1	529.6	589	225
慢性期	395.2	309.7	353.7	385	541
計	1,586.7	1,542.0	1,549.5	1,837	(休棟等) 9 2,230
在宅医療等	2,854.0	2,973.7	2,973.7		
(うち在宅患者訪問診療料算定)	1,312.5	1,456.6	1,456.6		
合計	4,440.7	4,515.7	4,523.2		

「将来のあるべき医療提供体制をふまえた医療需要」に関して、高度急性期および急性期においては、患者が構想区域にとらわれない受療行動を取る傾向が強いこと等の理由により、医療機関所在地ベースで推計します。

一方、回復期および慢性期においては、身近な地域で医療が受けられることが望ましく、地域包括ケアシステムの観点からも患者住所地ベースとすることを基本とします。しかし、医療需要の推計にあたっては、患者の生活圏と構想区域とは一致しないこともあり、また、構想区域を越えた全県的な機能を有する医療機関への流入は、将来にわたって一定程度継続することが見込まれることから、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの平均値により推計します。

また、医療資源の有効活用の観点から、未稼働病床について実態を把握し、整理に向けた取組を行ったところ(31~32ページ)、松阪区域では37床の整理計画の提出があり、平成27(2015)年度病床機能報告における許可病床数2,230床から減じることとなります。

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、松阪区域については、平成27年(2015)年から平成37(2025)年の10年間で15,000人の人口減が見込まれています。その後は5年ごとに約9,000人の人口減が見込まれています。

また、65歳以上75歳未満人口は平成27(2015)年頃をピークに、75歳以上人口は平成42(2030)年頃をピークに、その後減少していく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やがて減少していくことが予想されます。

このような中、平成27(2015)年度病床機能報告の状況からは、松阪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。

3つの基幹病院それぞれが持っている急性期機能については、重複している部分もあることから、効率性および質の確保の観点から、将来における集約化・重点化を想定しておくことも考えられます。この時、救急医療体制について、3つの基幹病院の連携により機能している状況があることを十分に加味しておくことが必要です。

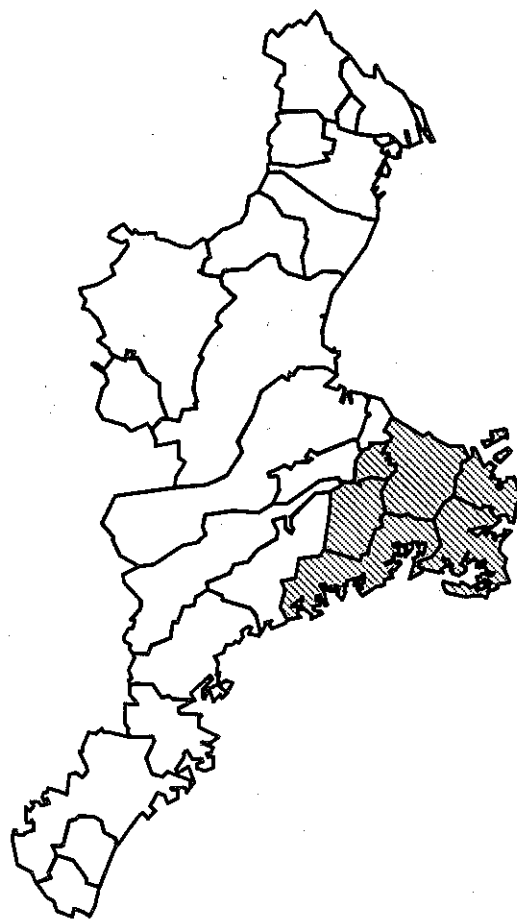
20年後、30年後における当該区域の人口動態等をふまえながら、10年後(2025年)における機能分化のあり方を検討していくことが必要であり、3つの基幹病院の関係者による定期的な協議の場を持つこととします。

また、必要に応じて、他の病床を有する医療機関との連携状況をふまえ、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の可能性についても検討することとします。

また、松阪区域では、平成25(2013)年の在宅医療等の医療需要(医療機関所在地ベース)は、2,384.5人/日ですが、平成37(2025)年には2,973.7人/日になると見込まれています。在宅医療等の需要に対応するには、病床の機能分化・連携と合わせて、在宅医療や地域包括ケアシステムにかかる体制整備を進めていくことが重要であり、医療機関、歯科医療機関、薬局などさまざまな関係機関および多職種が連携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7章 伊勢志摩区域地域医療構想



第7章 伊勢志摩区域地域医療構想

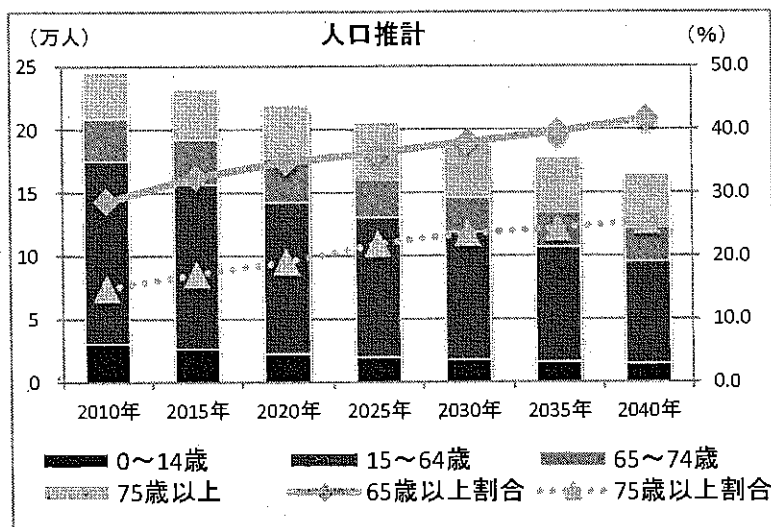
1 現状と課題

(1) 区域の概況

図表2-7-1 人口の状況

全年齢(人)	235,157
15歳未満(人)	27,656
15歳以上65歳未満(人)	132,293
65歳以上(人)	74,125
うち75歳以上	39,009
65歳以上割合	31.5%
下段()は三重県	(27.0%)
75歳以上割合	16.6%
下段()は三重県	(13.2%)

出典：平成26年三重県の人口動態



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)

図表2-7-2 人口・平均寿命・健康寿命

	人口(人) ¹	平均寿命(H26) ²		健康寿命(H26) ²	
		男	女	男	女
伊勢市	127,587	80.5	86.9	77.5	80.1
鳥羽市	19,643	76.1	86.3	73.6	80.4
志摩市	51,035	77.9	87.5	75.4	81.5
玉城町	15,517	83.0	93.1	80.0	86.0
度会町	8,321	81.5	87.6	79.4	82.1
南伊勢町	13,054	76.6	86.3	74.4	81.2
三重県		80.9	87.1	78.0	80.7

※鳥羽市(男)、玉城町、度会町および南伊勢町の値は、男女別の人口が1万人未満であり、誤差や変動が大きいため、参考値です。

¹ 出典：平成26年三重県の人口動態

² 出典：三重県保健環境研究所の調査を基に集計(平均寿命はChiang法、健康寿命はSullivan法)

図表2-7-3 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
伊勢市	119.75	22.20	23.84	21.63
鳥羽市	107.00	25.77	34.77	13.31
志摩市	115.00	23.85	32.43	21.51
玉城町	96.68	17.98	21.80	14.69
度会町	126.47	5.71	12.57	24.39
南伊勢町	108.50	21.82	39.35	24.52
三重県	113.95	14.22	29.75	23.85

出典：平成26年三重県の人口動態

〔人口〕

伊勢志摩区域は、本県の南勢部に位置し、3市3町で構成され、人口約24万人の地域です。

高齢化率（65歳以上の割合）は31.5%と、県全体の高齢化率27.0%を大きく上回っています。

平成37（2025）年に向けて、総人口は減少しますが、65歳以上人口、75歳以上人口は、ほぼ横ばいで推移することが見込まれています。

〔寿命〕

参考値である鳥羽市（男性）、玉城町、度会町および南伊勢町を含めると、平均寿命については、玉城町は男女ともに県平均を上回っており、鳥羽市、志摩市、南伊勢町の男性を除き、その他の市町は県平均並みです。健康寿命については、玉城町、度会町は男女ともに県平均を上回っており、鳥羽市、志摩市、南伊勢町の男性を除き、その他の市町は県平均並みです。

〔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、悪性新生物は度会町、伊勢市、志摩市が高くなっています。急性心筋梗塞は度会町以外が高くなっており、脳血管疾患は度会町、玉城町、伊勢市が低くなっています。肺炎は南伊勢町、度会町を除く市町で低い状況です。

図表 2-7-4 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)
伊勢市	925	1.45	3	4
鳥羽市	98	1.32	0	0
志摩市	282	1.60	1	2
玉城町	141	1.75	0	0
度会町	48	1.31	0	0
南伊勢町	52	1.95	0	0
三重県		1.45		
全国		1.42		

出典：平成 26 年三重県の人口動態（全国値は平成 26 年人口動態統計）

図表 2-7-5 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
伊勢市	30,010	0.63	87.4	4.7	327,831	786,813	150,772
鳥羽市	6,175	0.46	88.5	8.3	322,674	736,067	163,674
志摩市	16,768	0.43	93.8	9.8	310,715	723,850	152,370
玉城町	3,824	0.60	78.7	7.9	318,577	732,636	155,130
度会町	2,474	0.31	82.1	3.6	296,662	778,524	158,754
南伊勢町	5,996	0.21	93.4	9.7	388,454	783,095	173,070
県平均		0.59	90.7	8.9	342,077	817,468	155,458
全国平均		0.49	91.3	8.0	324,543	929,573	163,557

¹ 出典：平成 26 年度市町村決算カード

² 出典：平成 26 年度地方公共団体の主要財政指標一覧

³ 出典：平成 26 年度三重県国民健康保険団体連合会調査（全国平均は平成 25 年度）

⁴ 出典：平成 26 年度全国健康保険協会三重支部調査

〔出生等〕

合計特殊出生率については、南伊勢町、玉城町、志摩市が平均を上回っています。

〔財政状況等〕

財政力指数については、伊勢市、玉城町が県平均を上回っています。経常収支比率、実質公債比率については、志摩市、南伊勢町が県平均を上回っています。

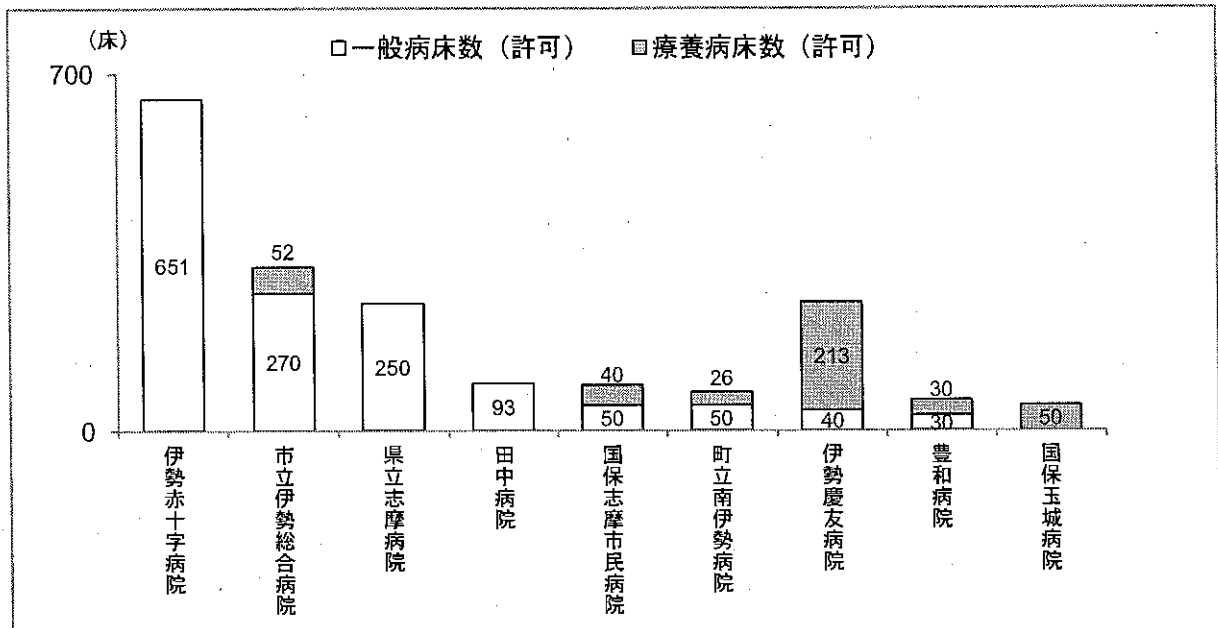
一人あたり医療費については、国民健康保険では南伊勢町が、全国健康保険協会管掌健康保険では南伊勢町、鳥羽市、度会町が県平均を上回っています。

後期高齢者医療では、全ての市町で県平均を下回っています。

当該区域は、一人あたり医療費については概ね低い状況となっています。

(2) 医療提供体制

図表 2-7-6 各病院の病床数 (平成 28 年 10 月)



※一般・療養病床のみ

図表 2-7-7 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 ¹	9	3.8	5.5
総病床数 ¹	1,949	828.8	1,114.7
うち一般病床・療養病床	1,845	784.6	852.7
医師数 ²	266	113.1	127.2
歯科医師数 ²	6	2.6	2.9
薬剤師数 ²	63	26.8	30.2
看護師数 ³	1,224	520.5	578.3
准看護師数 ³	180	76.5	96.7
診療所			
施設数 (有床) ¹	19	8.1	5.0
施設数 (無床) ¹	199	84.6	78.7
総病床数 (一般病床・療養病床) ¹	257	109.3	62.9
医師数 ²	228	97.0	80.6
歯科医師数 ²	168	71.4	60.6
薬剤師数 ²	11	4.7	6.8
看護師数 ³	206	87.6	96.6
准看護師数 ³	366	155.6	93.0

¹ 出典：三重県健康福祉部医療対策局調査 (平成 28 年 10 月 1 日現在、休止を除く)

² 出典：平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査

³ 出典：平成 26 年衛生行政報告例

〔医療提供体制〕

区域内の9病院および218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3.8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8.1施設、84.6施設で、県平均5.0施設、78.7施設を上回っている。
- ・病院の病床数（一般病床・療養病床）は784.6床で、県平均852.7床を下回っている。
- ・診療所の病床数（一般病床・療養病床）は109.3床で、県平均62.9床を上回っている。
- ・医師数は、病院では113.1人で、県平均127.2人を下回っているが、診療所では97.0人で、県平均80.6人を上回っている。
- ・看護師数は、病院・診療所それぞれ520.5人、87.6人で、県平均578.3人、96.6人を下回っている。
- ・准看護師数は、病院では76.5人で、県平均96.7人を下回っているが、診療所では155.6人で、県平均93.0人を上回っている。

(3) 受療状況

図表 2-7-8 流入出の状況 (平成 25 年度)

(人/日)

高度急性期		医療機関所在地	
		伊勢志摩	松阪
患者住所在地	伊勢志摩	146.8	10.3
	松阪	11.4	

(人/日)

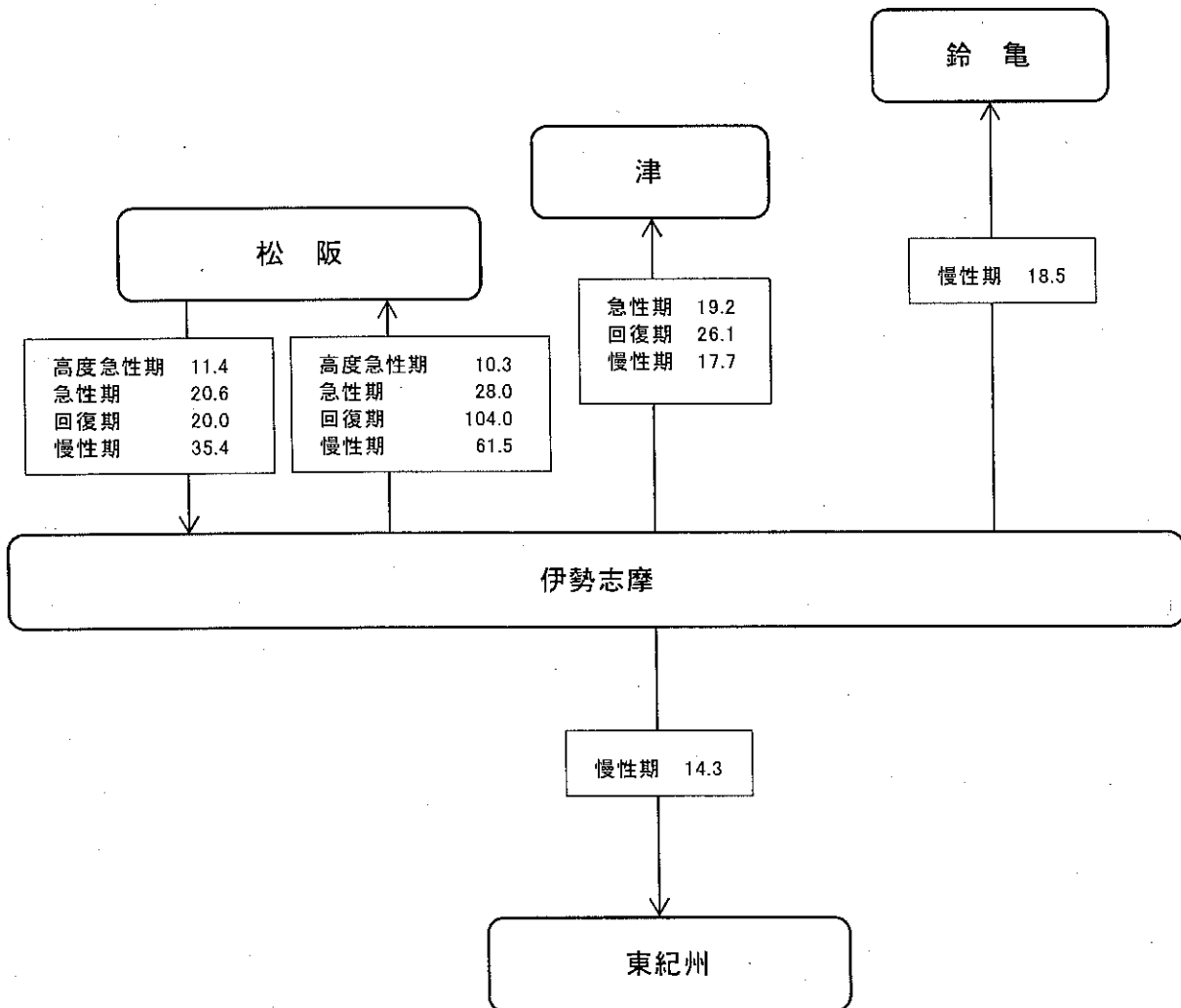
急性期		医療機関所在地		
		伊勢志摩	松阪	津
患者住所在地	伊勢志摩	367.5	28.0	19.2
	松阪	20.6		

(人/日)

回復期		医療機関所在地		
		伊勢志摩	松阪	津
患者住所在地	伊勢志摩	356.6	104.0	26.1
	松阪	20.0		

(人/日)

慢性期		医療機関所在地				
		伊勢志摩	松阪	鈴亀	津	東紀州
患者住所在地	伊勢志摩	339.9	61.5	18.5	17.7	14.3
	松阪	35.4				



※10人/日以上 of 患者流入出のみを表示
 出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

〔流出入の状況〕

平成 25 年 (2013) 年度における 1 日あたりの患者の流出入状況は以下のとおりです。

高度急性期では、伊勢志摩区域に住所がある患者のうち 146.8 人が区域内で医療を受けているものの、松阪区域へ 10.3 人の流出があり、松阪区域から 11.4 人の流入があります。

急性期では、367.5 人が区域内で医療を受けているものの、松阪区域へ 28.0 人、津区域へ 19.2 人の流出があり、松阪区域から 20.6 人の流入があります。

回復期では、356.6 人が区域内で医療を受けているものの、松阪区域へ 104.0 人、津区域へ 26.1 人の流出があり、松阪区域から 20.0 人の流入があります。

慢性期では、339.9 人が区域内で医療を受けているものの、松阪区域へ 61.5 人、鈴亀区域へ 18.5 人、津区域へ 17.7 人、東紀州区域へ 14.3 人の流出があり、松阪区域から 35.4 人の流入があります。

図表 2-7-9 救急搬送件数(平成 26 年)

	搬送件数	人口 10 万人あたり
伊勢志摩 (件/日)	32.5	—
三重県 (件/日)	225.6	12.4

※消防本部単位で集計をしているため、搬送件数に旧南島町の数値が含まれていません。

出典：消防防災年報

図表 2-7-10 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
伊勢志摩	3,079	2,104	50	101	292	433	99
		68.3%	1.6%	3.3%	9.5%	14.1%	3.2%
三重県	19,525	14,126	278	720	1,398	2,479	524
		72.4%	1.4%	3.7%	7.2%	12.7%	2.7%

出典：平成 26 年三重県の人口動態

〔救急搬送件数〕

1日あたりの搬送件数は32.5件で、松阪区域41.7件、三河区域37.8件、津区域35.3件に次ぐ件数となっています。

〔死亡場所〕

病院と診療所を合わせた死亡割合は70.0%で、県平均73.8%を下回っており、自宅での死亡割合は14.1%で、県平均12.7%を上回っています。

(4) 基幹病院の医療提供の状況

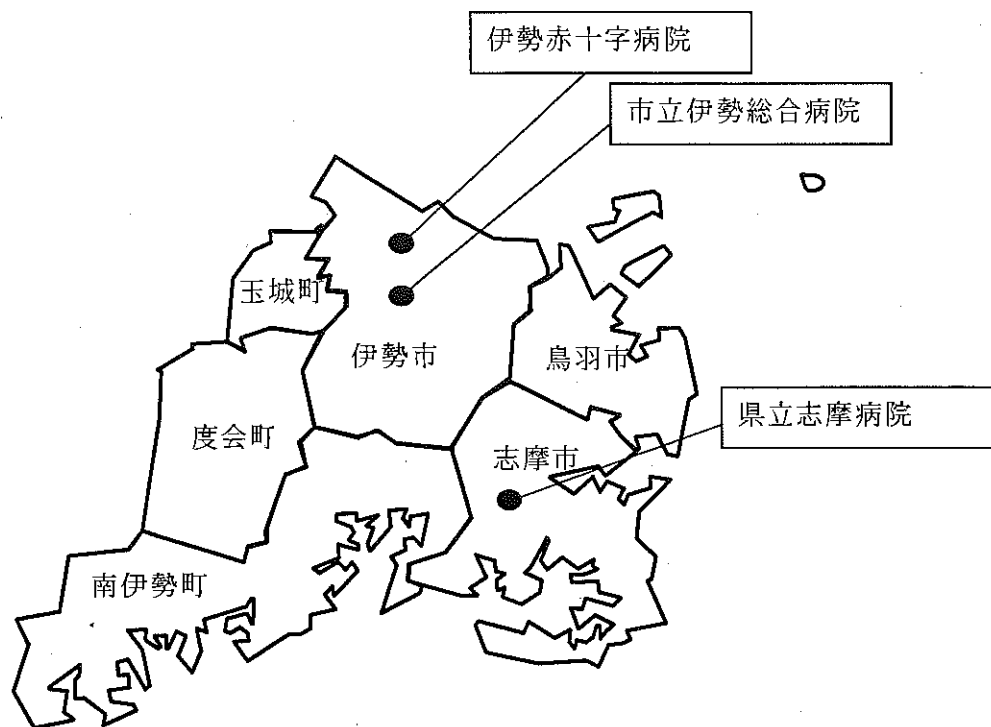
図表 2-7-11

		伊勢赤十字 病院	市立伊勢 総合病院	県立 志摩病院	
病床数(許可)		651	322	250	
病床数(稼働)		651	301	208	
病床稼働率(許可病床数ベース)		91.2%	57.1%	49.7%	
新規入棟患者数(1ヶ月間)		1,969	390	254	
救急車受入件数(件/年)		8,768	1,394	2,025	
入院基本料 (件/月)	7対1	1,534	397	0	
	10対1	0	0	339	
	13対1	0	0	0	
DPC		Ⅱ群	Ⅲ群	Ⅲ群	
疾病対応 (件/月)	がん	悪性腫瘍手術	89	14	14
		化学療法	122	30	10
	脳卒中	超急性期脳卒中加算	*	0	0
		脳血管内手術	*	0	0
	心筋梗塞	経皮的冠動脈形成術	24	*	0
分娩		17	0	0	
手術 (件/月)	総数	685	181	122	
	皮膚・皮下組織	51	15	10	
	筋骨格系・四肢・体幹	94	71	30	
	神経系・頭蓋	33	*	0	
	眼	64	24	*	
	耳鼻咽喉	77	*	0	
	顔面・口腔・頸部	24	0	0	
	胸部	35	*	*	
	心・脈管	213	10	*	
	腹部	218	67	39	
	尿路系・副腎	31	11	24	
	性器	37	10	0	
	歯科	0	0	0	
	胸腔鏡下手術	*	0	*	
腹腔鏡下手術	46	26	0		
リハビリ (件/月)	総数	296	105	103	
	心大血管	48	0	0	
	脳血管疾患等	121	28	15	
	運動器	108	76	77	
	呼吸器	21	*	11	
退棟患者数 (1ヶ月間)	総数	1,958	299	265	
	院内の他病棟へ転棟	781	34	19	
	家庭へ退院	983	246	192	
	他の病院、診療所へ転院	99	3	14	
	介護老人保健施設に入所	16	3	12	
	介護老人福祉施設に入所	8	5	5	
	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	18	2	6	
	死亡退院等	53	6	17	
	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。

※病床稼働率=年間在棟患者延べ数/(許可病床数×365)

出典:平成27年度病床機能報告(病床数は平成27年7月1日現在)



〔基幹病院の医療提供の状況〕

当該区域の基幹病院である伊勢赤十字病院、市立伊勢総合病院、県立志摩病院について、平成 27（2015）年度病床機能報告での医療提供の状況は次のとおりです。

稼働病床数は、伊勢赤十字病院が 651 床、市立伊勢総合病院が 301 床、県立志摩病院が 208 床となっています。

また、年間在棟患者延べ数と許可病床数から計算した病床稼働率は、伊勢赤十字病院が 91.2%、市立伊勢総合病院が 57.1%、県立志摩病院が 49.7%となっています。

救急車受入件数については、伊勢赤十字病院が 8,768 件、市立伊勢総合病院が 1,394 件、県立志摩病院が 2,025 件であり、救命救急センターを設置する伊勢赤十字病院が中心となり、二次、三次救急医療体制を支えています。

主な疾病への対応については、がんの手術と化学療法は、3病院とも対応しており、一番少ない県立志摩病院でも月 10 件以上の対応があります。

手術件数については、伊勢赤十字病院では腹部と心血管系（心・脈管）が多く、市立伊勢総合病院では整形（筋骨格系・四肢・体幹）と腹部が多く、県立志摩病院では腹部と整形（筋骨格系・四肢・体幹）が多い状況です。

リハビリについては、伊勢赤十字病院では、脳血管疾患等、運動器を中心に幅広く対応しており、市立伊勢総合病院、県立志摩病院では、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なっています。また、伊勢赤十字病院では、総数の約 4 割が院内の他病棟への転棟となっていることが特徴といえます。

(5) 介護サービスの状況

図表 2-7-12 介護関係施設の定員等

	定員・戸数	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)
介護老人福祉施設定員(人)	1,587	214.1	177.5
介護老人保健施設定員(人)	930	125.5	137.6
介護療養型医療施設定員(人)	0	0	15.6
地域密着型介護老人福祉施設定員(人)	113	15.2	18.6
認知症対応型共同生活介護(GH)定員(人)	322	43.4	50.1
老人ホーム定員(人)	1,422	191.8	156.0
定員計	4,374	590.1	555.3
サービス付き高齢者向け住宅(戸数)	696	93.9	92.4

※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28年10月)

図表 2-7-13 施設・居住系サービス利用者数の見込み

	施設・居住系サービス利用者数の見込み(人/月)		
	平成29年度	平成32年度	平成37年度
介護老人福祉施設	1,872	2,020	2,069
介護老人保健施設	1,008	1,066	1,102
地域密着型介護老人福祉施設	143	142	142
認知症対応型共同生活介護	365	371	413
特定施設入居者生活介護	641	744	788
地域密着型特定施設入居者生活介護	29	29	29
介護予防特定施設入居者生活介護	39	43	49
介護予防認知症対応型共同生活介護	6	7	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

図表 2-7-14 要介護(要支援)認定者数

	認定者数(人) ¹	認定者数の見込み(人) ²		
	平成28年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度
要支援1	1,686	1,741	1,750	1,763
要支援2	1,839	1,797	1,880	1,910
要介護1	3,158	3,233	3,392	3,482
要介護2	2,759	2,861	3,081	3,175
要介護3	2,025	1,932	2,044	2,154
要介護4	2,010	1,941	2,001	2,059
要介護5	1,627	1,814	2,005	2,130
計	15,104	15,319	16,153	16,673
認定率	19.0%	19.3%	20.3%	21.6%

¹出典：三重県健康福祉部長寿介護課調査(平成28年6月末日現在)

²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、老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅において県平均を上回っていますが、介護老人保健施設や認知症対応型共同生活介護（グループホーム）などの施設は、県平均を下回っています。

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、介護老人保健施設などで増加が見込まれます。特に介護老人福祉施設では、200人近く増加する見込みです。

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すが、要支援2、要介護3、要介護4については既に平成29（2017）年度見込み数を上回っています。認定率（第1号被保険者に占める第1号被保険者にかかる要介護（要支援）認定者の割合）は約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

本構想区域における平成37(2025)年の医療需要および必要病床数は以下のとおりです。

また、病床機能報告の数値は、平成27(2015)年7月1日時点の機能として、県へ報告された病床数(許可病床数)を構想区域でまとめたものです。

なお、本県では、平成37(2025)年の必要病床数は、あくまでも地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と考えており、この必要病床数をもとに病床を強制的に削減していくという趣旨のものではありません。

図表2-7-15 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 医療需要 〈医療機関所在地〉 (人/日)	2025年の医療提供体制		2015年度 病床機能報告 (床)
			将来のあるべき 医療提供体制を ふまえた医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	
高度急性期	160.6	162.2	162.2	216	273
急性期	432.9	410.7	410.7	527	1,096
回復期	519.7	403.3	450.9	501	195
慢性期	442.0	369.7	407.3	443	376
計	1,555.2	1,345.9	1,431.1	1,687	(休棟等) 130 2,070
在宅医療等	3,470.4	3,277.6	3,277.6		
(うち在宅患者訪問診療料算定)	1,977.7	1,835.2	1,835.2		
合計	5,025.6	4,623.5	4,708.7		

「将来のあるべき医療提供体制をふまえた医療需要」に関して、高度急性期および急性期においては、患者が構想区域にとらわれない受療行動を取る傾向が強いこと等の理由により、医療機関所在地ベースで推計します。

一方、回復期および慢性期においては、身近な地域で医療が受けられることが望ましく、地域包括ケアシステムの観点からも患者住所地ベースとすることを基本とします。しかし、医療需要の推計にあたっては、患者の生活圏と構想区域とは一致しないこともあり、また、構想区域を越えた全県的な機能を有する医療機関への流入は、将来にわたって一定程度継続することが見込まれることから、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの平均値により推計します。

また、医療資源の有効活用の観点から、未稼働病床について実態を把握し、整理に向けた取組を行ったところ(31~32ページ)、伊勢志摩区域では70床の整理計画の提出があり、平成27(2015)年度病床機能報告における許可病床数2,070床から減じることとなります。

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、伊勢志摩区域については、平成27(2015)年から平成37(2025)年の10年間で27,000人の人口減が見込まれています。その後は5年ごとに約13,000~14,000人の人口減が見込まれています。

また、65歳以上75歳未満人口は平成27(2015)年頃をピークに、75歳以上人口は平成42(2030)年頃をピークに、その後減少していく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概ね減少していくことが予想されます。

このような中、平成27(2015)年度病床機能報告の状況からは、伊勢志摩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。

伊勢赤十字病院については、伊勢志摩区域だけでなく全県的な見地からの高度急性期機能や急性期機能を担うことが期待されます。

市立伊勢総合病院については、一定程度の急性期機能を担うほか、将来にわたり回復期機能の充実を図っていくことにより、患者が住み慣れた地域で療養生活を行うことができる体制の構築を検討していくこととします。また、在宅患者の急性増悪時の受入も担うこととします。

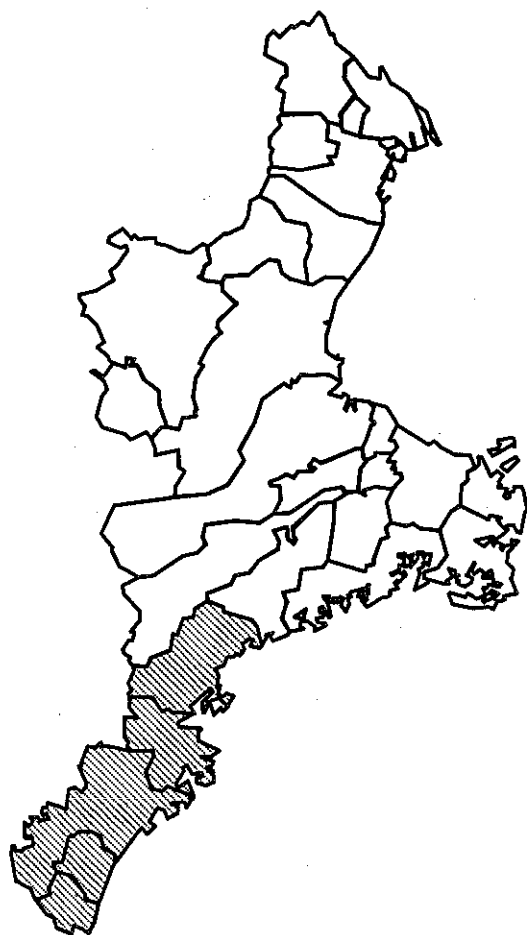
併せて、伊勢赤十字病院と市立伊勢総合病院との相互の人的交流を通じて、診療上の連携を強化しながら、当該区域における医療従事者のキャリアアップを支援する方策を検討することも重要といえます。

県立志摩病院については、伊勢赤十字病院等との連携を前提としつつ、地勢的に一定程度の急性期機能を担うことが求められます。さらに、回復期機能または慢性期機能の充実を図ることも期待されます。

また、伊勢志摩区域では、平成25(2013)年の在宅医療等の医療需要(医療機関所在地ベース)は、2,792.7人/日ですが、平成37(2025)年には3,277.6人/日になると見込まれています。在宅医療等の需要に対応するには、病床の機能分化・連携と合わせて、在宅医療や地域包括ケアシステムにかかる体制整備を進めていくことが重要であり、医療機関、歯科医療機関、薬局などさまざまな関係機関および多職種が連携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 8 章 東紀州区域地域医療構想



第8章 東紀州区域地域医療構想

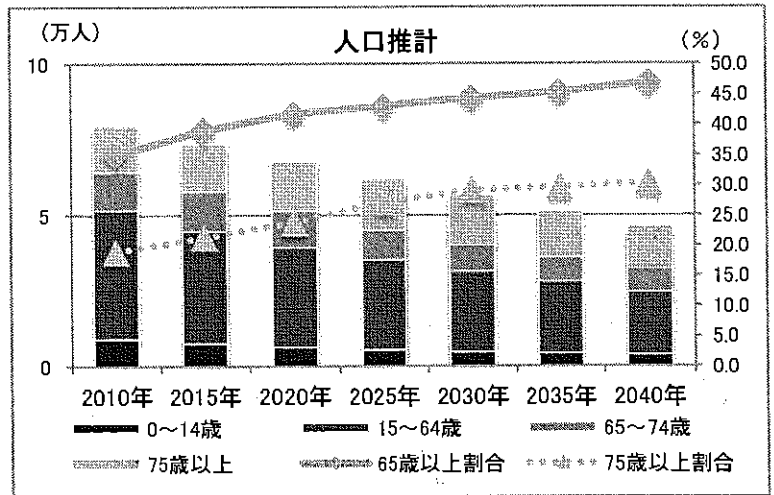
1 現状と課題

(1) 区域の概況

図表2-8-1 人口等の状況

全年齢(人)	73,505
15歳未満(人)	7,794
15歳以上65歳未満(人)	37,148
65歳以上(人)	28,413
うち75歳以上	15,371
65歳以上割合	38.7%
下段()は三重県	(27.0%)
75歳以上割合	20.9%
下段()は三重県	(13.2%)

出典：平成26年三重県の人口動態



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)

図表2-8-2 人口・平均寿命・健康寿命

	人口(人) ¹	平均寿命(H26) ²		健康寿命(H26) ²	
		男	女	男	女
尾鷲市	18,355	76.4	87.6	74.0	80.7
熊野市	18,022	77.6	86.1	74.8	79.4
紀北町	17,012	76.4	87.6	74.0	80.7
御浜町	8,893	77.6	86.1	74.8	79.4
紀宝町	11,223	77.6	86.1	74.8	79.4
三重県		80.9	87.1	78.0	80.7

※平均寿命・健康寿命は紀北広域連合、紀南介護保険広域連合単位で集計しています。

¹出典：平成26年三重県の人口動態

²出典：三重県保健環境研究所の調査を基に集計(平均寿命はChiang法、健康寿命はSullivan法)

図表2-8-3 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
尾鷲市	121.99	14.25	28.17	33.28
熊野市	139.58	11.74	42.55	23.36
紀北町	154.08	24.79	30.86	18.41
御浜町	163.83	20.14	34.88	14.29
紀宝町	132.15	8.84	19.04	14.71
三重県	113.95	14.22	29.75	23.85

出典：平成26年三重県の人口動態

図表2-8-4 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)
尾鷲市	95	1.58	0	2
熊野市	96	1.65	0	0
紀北町	73	1.68	0	0
御浜町	49	2.08	0	0
紀宝町	75	1.61	0	0
三重県		1.45		
全国		1.42		

出典：平成26年三重県の人口動態(全国値は平成26年人口動態統計)

〔人口〕

東紀州区域は、本県の最南部に位置し、2市3町で構成され、人口約7万4千人の地域です。

高齢化率（65歳以上の割合）は38.7%と、県全体の高齢化率27.0%を大きく上回っています。

平成37（2025）年に向けて総人口は大幅に減少し、65歳以上の人口については平成32（2020）年以降、75歳以上の人口は平成42（2030）年以降、それぞれわずかに減少に転ずる見込みですが、高齢者の割合は非常に高くなることが予測されています。

〔寿命〕

平均寿命および健康寿命については、男性は全ての市町で県平均を下回り、女性は熊野市、御浜町、紀宝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、悪性新生物は、全体的に高い状況にあり、急性心筋梗塞は、紀北町、御浜町が県平均を大きく上回っています。

脳血管疾患は、熊野市、御浜町が、肺炎は尾鷲市が県平均を大きく上回っています。

〔出生等〕

出生については、合計特殊出生率が全ての市町で県平均を上回っており、特に御浜町では2.0を超えています。

図表 2-8-5 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
尾鷲市	5,794	0.39	96.3	12.8	383,191	874,544	172,260
熊野市	6,892	0.28	87.2	3.6	343,192	771,726	148,053
紀北町	6,089	0.29	80.3	8.6	413,946	933,869	194,958
御浜町	3,146	0.27	91.8	11.2	309,643	753,659	144,963
紀宝町	3,966	0.34	90.2	10.6	313,702	815,926	134,318
県平均		0.59	90.7	8.9	342,077	817,468	155,458
全国平均		0.49	91.3	8.0	324,543	929,573	163,557

¹ 出典：平成 26 年度市町村決算カード

² 出典：平成 26 年度地方公共団体の主要財政指標一覧

³ 出典：平成 26 年度三重県国民健康保険団体連合会調査（全国平均は平成 25 年度）

⁴ 出典：平成 26 年度全国健康保険協会三重支部調査

〔財政状況等〕

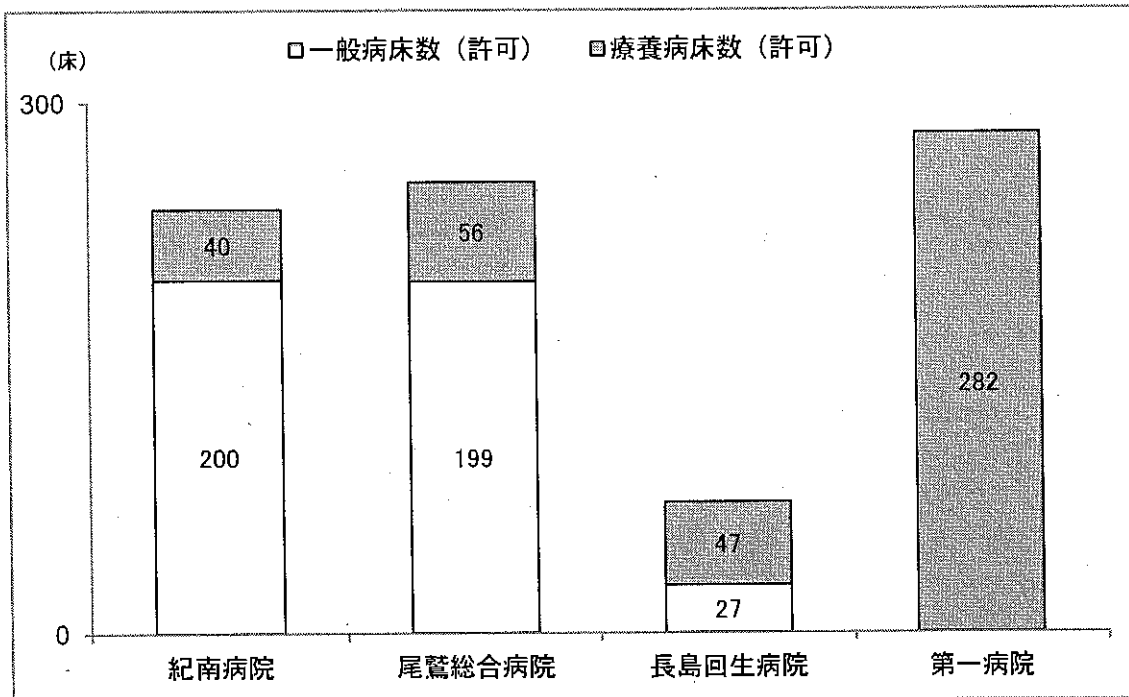
財政力指数は、全ての市町で県平均を下回り、実質公債費比率については、熊野市、紀北町を除き、県平均を上回っています。

経常収支比率については、尾鷲市、御浜町が県平均を上回っています。

一人あたり医療費については、国民健康保険では、紀北町、尾鷲市、熊野市で、後期高齢者医療、全国健康保険協会管掌健康保険では、紀北町、尾鷲市が県平均を上回っています。

(2) 医療提供体制

図表 2-8-6 各病院の病床数 (平成 28 年 10 月)



※一般・療養病棟のみ

図表 2-8-7 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 ¹	5	6.8	5.5
総病床数 ¹	1,185	1,612.1	1,114.7
うち一般病棟・療養病棟	851	1,157.7	852.7
医師数 ²	58	78.9	127.2
歯科医師数 ²	1	1.4	2.9
薬剤師数 ²	18	24.5	30.2
看護師数 ³	370	503.4	578.3
准看護師数 ³	182	247.6	96.7
診療所			
施設数 (有床) ¹	2	2.7	5.0
施設数 (無床) ¹	74	100.7	78.7
総病床数 (一般病床・療養病床) ¹	15	20.4	62.9
医師数 ²	54	73.5	80.6
歯科医師数 ²	41	55.8	60.6
薬剤師数 ²	1	1.4	6.8
看護師数 ³	46	62.6	96.6
准看護師数 ³	90	122.4	93.0

¹ 出典：三重県健康福祉部医療対策局調査 (平成 28 年 10 月 1 日現在、休止を除く。)

² 出典：平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査

³ 出典：平成 26 年衛生行政報告例

〔医療提供体制〕

区域内の5病院および76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6.8施設で、県平均5.5施設をやや上回っています。
- ・診療所の施設数は、有床・無床診療所それぞれ2.7施設、100.7施設で、県平均5.0施設、78.7施設と比べ、有床診療所は下回っているものの、無床診療所では上回っています。
- ・病院の病床数（一般病床・療養病床）は1,157.7床で、県平均852.7床を上回っています。
- ・診療所の病床数（一般病床・療養病床）は20.4床で、県平均62.9床を大幅に下回っています。
- ・医師数は、病院・診療所それぞれ78.9人、73.5人で、県平均127.2人、80.6人を下回っています。
- ・看護師数は、病院・診療所それぞれ503.4人、62.6人で、県平均578.3人、96.6人を下回っています。
- ・准看護師数は、病院では247.6人と県平均96.7人を大幅に上回っており、診療所でも122.4人と県平均93.0人を上回っています。

(3) 受療状況

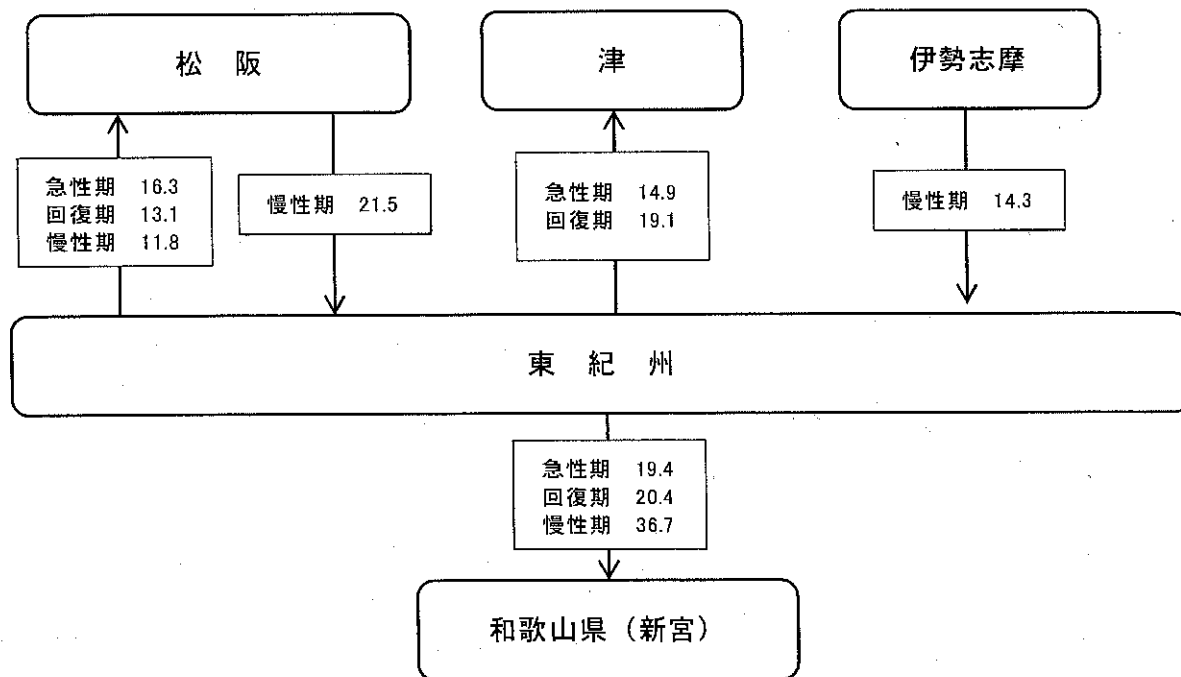
図表 2-8-8 流出入の状況 (平成 25 年度)

		(人/日)	
		医療機関所在地	
		東紀州	
高度急性期	患者 住所地	東紀州	21.1

		(人/日)				
		医療機関所在地				
		東紀州	和歌山県 (新宮)	松阪	津	
急性期	患者 住所地	東紀州	90.8	19.4	16.3	14.9

		(人/日)				
		医療機関所在地				
		東紀州	和歌山県 (新宮)	津	松阪	
回復期	患者 住所地	東紀州	119.4	20.4	19.1	13.1

		(人/日)			
		医療機関所在地			
		東紀州	和歌山県 (新宮)	松阪	
慢性期	患者 住所地	東紀州	254.0	36.7	11.8
		松阪	21.5		
		伊勢志摩	14.3		



※10人/日以上 of 患者流出入のみを表示
 出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

〔流出入の状況〕

平成 25 (2013) 年度における 1 日あたりの患者の流出入状況は、以下のとおりです。

急性期では、東紀州区域に住所がある患者のうち 90.8 人が区域内で医療を受けているものの、和歌山県（新宮）へ 19.4 人、松阪区域へ 16.3 人、津区域へ 14.9 人の流出があります。

回復期では、119.4 人が区域内で医療を受けているものの、和歌山県（新宮）へ 20.4 人、津区域へ 19.1 人、松阪区域へ 13.1 人の流出があります。

慢性期では、254.0 人が区域内で医療を受けているものの、和歌山県（新宮）へ 36.7 人、松阪区域へ 11.8 人の流出があり、松阪区域から 21.5 人、伊勢志摩区域から 14.3 人の流入があります。

図表2-8-9 救急搬送件数(平成 26 年)

	搬送件数	人口 10 万人あたり
東紀州 (件/日)	10.4	14.2
三重県 (件/日)	225.6	12.4

出典：消防防災年報

図表2-8-10 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
東紀州	1,307	1,141	6	5	25	102	28
		87.3%	0.5%	0.4%	1.9%	7.8%	2.1%
三重県	19,525	14,126	278	720	1,398	2,479	524
		72.4%	1.4%	3.7%	7.2%	12.7%	2.7%

出典：平成 26 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14.2件となっており、県平均12.4件を上回っています。

〔死亡場所〕

病院と診療所を合わせた死亡割合は87.8%で県平均73.8%を上回っています。また、自宅での死亡割合は7.8%で、県平均12.7%を下回っています。

(4) 基幹病院の医療提供の状況

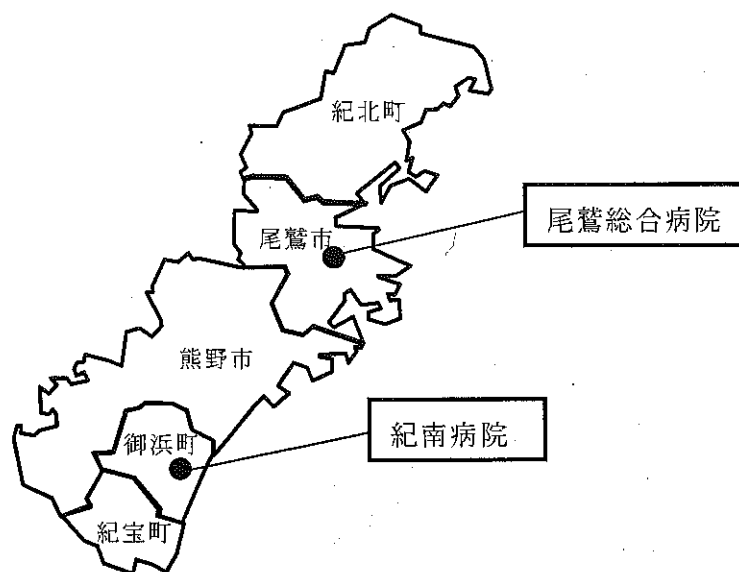
図表2-8-11

		尾鷲総合病院	紀南病院	【参考】 新宮市立 医療センター
病床数(許可)		255	278	300
病床数(稼働)		255	252	300
病床稼働率(許可病床数ベース)		81.3%	63.2%	82.2%
新規入棟患者数(1ヶ月間)		283	274	429
救急車受入件数(件/年)		1,986	1,666	2,141
入院基本料 (件/月)	7対1	0	0	0
	10対1	351	347	493
	13対1	0	0	0
DPC		DPCではない	Ⅲ群	Ⅲ群
疾病対応 (件/月)	がん	悪性腫瘍手術	*	*
		化学療法	12	*
	脳卒中	超急性期脳卒中加算	0	0
		脳血管内手術	0	0
心筋梗塞	経皮的冠動脈形成術	*	0	
分娩		12	*	
手術 (件/月)	総数	90	107	130
	皮膚・皮下組織	*	*	*
	筋骨格系・四肢・体幹	20	18	26
	神経系・頭蓋	*	*	*
	眼	21	20	*
	耳鼻咽喉	*	*	0
	顔面・口腔・頸部	0	0	0
	胸部	0	0	*
	心・脈管	13	*	43
	腹部	28	49	46
	尿路系・副腎	*	0	11
	性器	*	10	11
	歯科	0	0	*
	胸腔鏡下手術	*	0	0
腹腔鏡下手術	*	*	*	
リハビリ (件/月)	総数	128	139	94
	心大血管	0	0	0
	脳血管疾患等	38	40	35
	運動器	58	81	56
	呼吸器	34	18	*
退棟患者数 (1ヶ月間)	総数	296	285	419
	院内の他病棟へ転棟	25	19	22
	家庭へ退院	191	215	339
	他の病院、診療所へ転院	18	19	26
	介護老人保健施設に入所	12	3	2
	介護老人福祉施設に入所	22	12	10
	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	4	2	1
	死亡退院等	24	15	18
その他	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。

※病床稼働率=年間在棟患者延べ数/(許可病床×365)

出典:平成27年度病床機能報告(病床数は平成27年7月1日現在)



〔基幹病院の医療提供の状況〕

当該区域の基幹病院である尾鷲総合病院、紀南病院について、平成 27 (2015) 年度病床機能報告での医療提供の状況は次のとおりです。

稼働病床数は、尾鷲総合病院は 255 床、紀南病院は 252 床となっています。

年間在棟患者延べ数と許可病床数から計算した病床稼働率は、尾鷲総合病院が 81.3%、紀南病院が 63.2%となっています。

救急車受入件数は、尾鷲総合病院が 1,986 件、紀南病院が 1,666 件となっています。

主な疾病への対応については、月 10 件未満も含め、2 病院ともがんの手術および化学療法に、尾鷲総合病院で心筋梗塞に対応しています。

手術件数については、2 病院とも、腹部、眼科 (眼)、整形 (筋骨格系・四肢・体幹) を中心に対応している状況です。

リハビリに関しては、いずれの病院も心大血管を除き、幅広く対応している状況です。

退棟患者については、いずれの病院も家庭への退院が最も多く、尾鷲総合病院については院内の他病棟への転棟、紀南病院については院内の他病棟への転棟、他の病院・診療所への転院が次いで多くなっています。

(5) 介護サービスの状況

図表 2-8-12 介護関係施設の定員等

	定員・戸数	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)
介護老人福祉施設定員(人)	592	208.4	177.5
介護老人保健施設定員(人)	358	126.0	137.6
介護療養型医療施設定員(人)	90	31.7	15.6
地域密着型介護老人福祉施設定員(人)	107	37.7	18.6
認知症対応型共同生活介護(GH)定員(人)	207	72.9	50.1
老人ホーム定員(人)	329	115.8	156.0
定員計	1,683	592.3	555.3
サービス付き高齢者向け住宅(戸数)	241	84.8	92.4

※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28年10月)

図表 2-8-13 施設・居住系サービス利用者数の見込み

	施設・居住系サービス利用者数の見込み(人/月)		
	平成29年度	平成32年度	平成37年度
介護老人福祉施設	607	611	611
介護老人保健施設	346	347	347
地域密着型介護老人福祉施設	107	107	107
認知症対応型共同生活介護	213	213	213
特定施設入居者生活介護	99	111	121
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
介護予防特定施設入居者生活介護	17	21	26
介護予防認知症対応型共同生活介護	3	3	3

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

図表 2-8-14 要介護(要支援)認定者数

	認定者数(人) ¹	認定者数の見込み(人) ²		
	平成28年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度
要支援1	909	1,125	1,176	1,160
要支援2	860	837	849	824
要介護1	1,206	1,103	1,066	1,022
要介護2	1,144	1,136	1,185	1,159
要介護3	937	922	930	904
要介護4	870	865	873	858
要介護5	687	592	634	633
計	6,613	6,580	6,713	6,560
認定率	22.3%	22.3%	23.4%	24.9%

¹ 出典：三重県健康福祉部長寿介護課調査(平成28年6月末日現在)

² 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、介護老人保健施設、老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅が県平均をやや下回っています。

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、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護の利用者が増加する見込みです。

また、要介護・要支援認定者数については、既に平成37(2025)年度の見込み数を上回っており、さらに増加する見込みです。認定率(第1号被保険者に占める第1号被保険者にかかる要介護(要支援)認定者数の割合)は、約25%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

本構想区域における平成37(2025)年の医療需要および必要病床数は以下のとおりです。

また、病床機能報告の数値は、平成27(2015)年7月1日時点の機能として、県へ報告された病床数(許可病床数)を構想区域でまとめたものです。

なお、本県では、平成37(2025)年の必要病床数は、あくまでも地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と考えており、この必要病床数をもとに病床を強制的に削減していくという趣旨のものではありません。

図表2-8-15 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 医療需要 〈医療機関所在地〉 (人/日)	2025年の医療提供体制		2015年度 病床機能報告 (床)
			将来のあるべき 医療提供体制を ふまえた医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	
高度急性期	47.1	21.8	21.8	29	0
急性期	154.4	95.2	95.2	122	479
回復期	193.3	127.6	156.8	174	40
慢性期	228.3	205.0	217.4	236	385
計	623.1	449.6	491.2	561	(休棟等) 0
					904
在宅医療等	1,251.4	1,137.1	1,137.1		
(うち在宅患者訪問診療料算定)	456.7	377.6	377.6		
合計	1,874.5	1,586.7	1,628.3		

「将来のあるべき医療提供体制をふまえた医療需要」に関して、高度急性期および急性期においては、患者が構想区域にとらわれない受療行動を取る傾向が強いこと等の理由により、医療機関所在地ベースで推計します。

一方、回復期および慢性期においては、身近な地域で医療が受けられることが望ましく、地域包括ケアシステムの観点からも患者住所地ベースとすることを基本とします。しかし、医療需要の推計にあたっては、患者の生活圏と構想区域とは一致しないこともあり、また、構想区域を越えた全県的な機能を有する医療機関への流入は、将来にわたって一定程度継続することが見込まれることから、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの平均値により推計します。

また、医療資源の有効活用の観点から、未稼働病床について実態を把握し、整理に向けた取組を行ったところ(31~32ページ)、東紀州区域では34床の整理計画の提出があり、平成27(2015)年度病床機能報告における許可病床数904床から減じることとなります。

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、東紀州区域については、平成27(2015)年から平成37(2025)年の10年間で11,500人の人口減が見込まれています。その後は5年ごとに約4,500～6,000人の人口減が見込まれています。

また、65歳以上75歳未満人口は平成27(2015)年頃をピークに、75歳以上人口は平成37(2025)年頃をピークに、その後減少していく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減少していくことが予想されます。

また、当該区域は高速道路の延伸により、救急車搬送時間の短縮が図られている区域でもあります。

一方、平成27(2015)年度病床機能報告の状況からは、東紀州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。

当該区域に所在する2つの基幹病院の急性期機能については、当面は維持していくこととし、その後、区域の人口動態などをふまえながら、機能分化・連携について改めて検討していくこととします。

尾鷲総合病院、紀南病院ともに、一定程度の回復期機能を確保することを検討していきます。また、地域の実情をふまえた在宅医療の提供のあり方を検討していきます。なお、在宅医療を支えるためには、日々の救急医療体制の確保が不可欠です。

尾鷲総合病院については、他の医療機関と連携しながら、脳卒中にかかる医療体制の確保を図っていきます。

紀南病院については、県南部の巡回診療、代診医派遣等のハブ機能を維持していくこととします。

なお、伊勢赤十字病院、松阪区域の3つの基幹病院や隣接する和歌山県新宮医療圏に所在する新宮市立医療センターとの連携を引き続き行っていくことを前提とします。

また、東紀州区域では、平成25(2013)年の在宅医療等の医療需要(医療機関所在地ベース)は、964.0人/日ですが、平成37(2025)年には1,137.1人/日になると見込まれています。在宅医療等の需要に対応するには、病床の機能分化・連携と合わせて、在宅医療を担う医師をはじめとした医療従事者の確保に努めながら、在宅医療や地域包括ケアシステムにかかる体制整備を進めていくことが重要であり、医療機関、歯科医療機関、薬局などさまざまな関係機関および多職種が連携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部 実現するための取組

平成37（2025）年におけるあるべき医療提供体制を実現していくため、本県では「医療機能の分化・連携の推進」「在宅医療の充実」「医療従事者の確保」を中心に、地域医療介護総合確保基金を活用しつつ必要な取組を講じていきます。

1 医療機能の分化・連携の推進

【現状・課題】

平成37（2025）年の必要病床数と現時点での病床機能報告の病床数とを比較すると、将来、全県的に回復期の機能を担う病床が不足し、その他の機能については過剰となると見込まれます。

限られた医療資源の中で、急性期から退院後の在宅医療等に至るまで、患者の状態に応じた効率的・効果的な医療を提供するため、より一層の機能分化・連携が必要と考えられます。

【取組方向】

（バランスのとれた医療提供体制の構築）

- 地域医療構想調整会議等における医療機関相互の協議や自主的な取組を促進するため、病床機能報告も活用し、必要となるデータの分析・提供を行います。
- 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟等、回復期機能に対応できる病床への転換に必要な施設整備を進めます。
- 主要疾患・主要事業（がん、脳卒中、心筋梗塞、救急医療、周産期医療、小児医療等）に係る医療提供体制を確保するため、医療機関の強化・拠点化のための施設・設備整備を進めます。
- 入院日数の短縮やQOLの向上のため、歯科診療所の協力を得ながら、医科歯科連携を推進し、入院患者等に対する専門的な口腔管理の提供体制の整備を進めます。
- 医療機関相互間の機能の分化・連携を促進し、地域医療構想を達成するための一つの手段として、地域医療連携推進法人制度の導入を検討していきます。

（診療情報の共有化などによる連携の推進）

- 医療間連携、医療と介護の連携体制構築に向けた地域連携クリティカルパスの活用・充実を図ります。
- 医療機関同士の連携はもとより、在宅医療を担う多職種との連携強化を図るため、ICTを活用した情報ネットワークシステムの構築を進めます。

（慢性期の医療ニーズへの対応と医療資源の有効活用）

- 現在、国で検討されている、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための新たな

な施設類型の整備や、「支える」医療として、有床診療所の効果的な病床活用について、地域医療構想調整会議において検討を進めます。

- 稼働していない病床の整理については、引き続き病床の稼働状況の把握等の進捗管理を行いながら、地域医療構想調整会議等において協議していきます。

(医療機能の分化・連携に関する県民の理解促進)

- 医療ネットみえや病床機能報告制度の周知を通じ、各医療機関が提供している医療サービスを県民にわかりやすく伝えるとともに、講演会やタウンミーティング等により、医療機能の分化・連携に関する県民理解の促進を図ります。

2 在宅医療の充実

【現状・課題】

急性期や回復期から在宅療養へスムーズに移行し、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる環境を整えるには、地域包括ケアシステムが構築され、円滑な退院調整から、本人や家族が安心して療養生活を送れるための支援、病状が急変しても対応できる体制の整備、希望する場所で人生の最期を迎えることができる支援まで、切れ目のない在宅医療提供体制を整備する必要があります。また、そのためには医療と介護の連携が不可欠です。

さらに、在宅医療提供体制の整備の進み具合の地域差を解消していく必要もあります。

【取組方向】

(在宅医療を提供する基盤の整備)

- 在宅医療を実施する医療機関や介護関係施設、医療・介護人材等の資源を把握し、質と量の確保を図ります。
- 在宅医療に取り組む医師の確保を進めるため、主治医・副主治医制など、医師の負担を軽減する仕組みの導入を図ります。
- 患者や家族が安心して在宅療養を続けられるよう、後方支援ベッドの確保等、病状が急変した際に円滑に入院できる体制を整備します。
- 患者が希望する場所で人生の最期を迎えることができるよう、自宅や介護施設等での看取りを可能とする体制づくりを進めます。
- 患者を支える家族の不安や負担を軽減するため、レスパイト体制の整備や介護に関する情報提供等、家族への支援を拡充します。
- 在宅における薬剤指導が適正に行われるよう、患者、家族および関係職種における薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施等、薬剤管理体制の整備を進めます。
- 在宅歯科医療の充実に向け、地域ごとに口腔ケアステーションとしての機能を整備するとともに、歯科医療関係者の人材育成および在宅歯科医療を行うための

歯科医療機器の整備等を進めます。

- 医療依存度の高い小児に対応するための医療提供体制や家族への支援体制を整備します。
- 認知症を早期に発見し治療につなげるために、市町による認知症初期集中支援チームの設置や認知症地域支援推進員の配置、認知症ケアパスの作成を進めるとともに、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者の対応力向上と認知症サポート医の養成を進め、地域における切れ目のない支援体制を整備します。
- 医療・介護関係者等で構成する三重県在宅医療推進懇話会において検討した在宅医療フレームワークに基づき、市町の取組状況を把握しながら、地域の実情に応じた在宅医療提供体制の整備を全県的に進めます。

(多職種連携による在宅医療提供体制の構築)

- 患者が在宅療養へ円滑に移行できるよう、退院時カンファレンスの実施や退院調整ルールを整備等、入院医療機関と在宅医療に関わる医療・介護関係者との連携による退院支援体制の整備・充実を進めます。
- 在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、地域の医療・介護関係者を支援する相談窓口の充実、強化を図ります。
- 在宅医療に関わる多職種が互いに情報共有しながら、チームとして患者や家族を継続的かつ包括的にサポートする体制を整備します。
- 病診連携・診診連携や医療機関と介護施設の連携等により、24時間対応できる体制の拡大を図ります。
- 地域包括ケアシステムの構築に向け、市町による在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施を進めます。

(在宅医療に関する理解の促進)

- かかりつけ医等の普及をはじめ、在宅医療や看取りに対する理解を進めるため、住民や医療・介護関係者等への普及啓発を行います。
- 在宅医療・介護に関する適切な情報提供を行うことで、住民の在宅医療に関する知識や関心を深め、住民自らが主体的に考えることができる意識の醸成を図ります。

3 医療従事者の確保

【現状・課題】

本県の人口 10 万人あたりの医師・看護師数は、増加傾向にあるものの、依然として全国平均を下回っています。

県が平成 25 年度に実施した医師看護師需給状況調査(資料編 190 ページ～)によると、一定の条件のもと、医師については、今後、平成 37(2025)年から平成 42(2030)年の間に

県全体での需給ギャップは解消するものの、地域偏在や診療科偏在は、依然として残るとの推計となっており、偏在解消が課題となっています。看護師については、平成 47(2035)年時点においても需給の差が解消されない見込みとなっており、総数の確保が課題となっています。

また、病床の機能分化・連携を推進するため、それぞれの医療機能を担う医療従事者の確保が必要となっています。

【取組方向】

(医師の確保と偏在解消)

- 県内の医師不足の解消を図るため、医師修学資金貸与制度の運用等により、県内に定着する医師の確保に取り組みます。
- 医師の地域偏在や診療科偏在等の解消を図るため、三重県地域医療支援センターを活用して、若手医師の県内定着やキャリア形成支援に取り組みます。
- 周産期医療に係る産婦人科や小児科は、女性医師の占める割合が高いことから、子育て医師等の復帰支援を図るための就労環境改善に取り組みます。
- 在宅医療の推進、地域包括ケアシステムの構築を図るための医療人材(総合診療医等)の育成・確保に取り組みます。
- 急性期から回復期への病床機能の転換にあわせて、回復期機能にかかる一定の経験、技能を持った医師の育成・確保に取り組みます。

(看護職員の確保と定着促進)

- 看護職員の不足の解消を図るため、看護職員修学資金貸付制度の運用等により、看護学生の県内就業率の向上に取り組みます。
- 未就業の看護職員の再就業を促進するため、三重県ナースセンターによる再就業の斡旋や無料相談、潜在看護職員等の復職研修に取り組みます。
- 看護職員の定着促進を図るため、病院内保育所の運営など子育てと仕事の両立支援等に取り組みます。
- 高度化、多様化する医療現場のニーズを踏まえ、訪問看護やがん看護、認知症看護などの専門領域における、高い臨床能力を備えた看護職員の養成に取り組みます。
- 周産期医療を維持するため、助産師の不足解消に向けて、修学資金貸付制度や助産師の卒後研修体制の構築、中堅者・指導者の研修体制の充実に取り組みます。

(様々な医療従事者の確保)

- 回復期機能の充実に必要となる理学療法士、作業療法士や、退院後の療養生活の相談窓口である医療ソーシャルワーカー等の確保や資質向上に取り組みます。

(医療従事者の勤務環境改善)

- 医師や看護職員など医療従事者の勤務環境改善に向けて、三重県医療勤務環境改善支援センターの医療労務管理アドバイザーによる医療機関への助言、支援に取り組みます。

- 女性医師や看護職員をはじめとした医療従事者には女性が多いことから、県の認証制度である「女性が働きやすい医療機関」認証制度の運用により、医療機関の自主的な勤務環境改善の取組を促進します。

第4部 策定後の取組

1. 周知と情報の公表

医療機関の自主的な医療機能の分化・連携の取組を促進するため、地域医療構想については、本県のホームページなど様々な媒体を通じて、その内容の周知を図るとともに、併せて病床機能報告制度の情報も広く公表します。

また、地域医療構想や病床機能報告制度等の情報は、医療関係者だけではなく、患者・住民にわかりやすく丁寧に説明することで、適切な受療行動や在宅医療の浸透などにつながることを期待されます。

さらに、地域づくり、まちづくりを考える上でも、患者・住民への情報の公表は重要となります。

2. 2025年までのPDCA等

地域医療構想の進捗管理は、各構想区域における地域医療構想調整会議において、平成37(2025)年まで毎年、実施してまいります。また、三重県医療審議会へも毎年、その状況を報告します。

地域医療構想の推進にあたっては、医療機関相互の協議と医療機関の自主的な取組により進められることを基本としています。

地域医療構想調整会議では、医療機関相互の協議を進め、不足している医療機能への対応について具体的な対策を検討するとともに、2025年にめざすべき医療提供体制の方向性や実現するための施策等についても、引き続き具体的な検討を継続してまいります。また、必要に応じて地域医療構想の追記・修正等を行うことで、より実効性のある地域医療構想への発展をめざします。

さらに、稼働していない病床の取扱いについても協議し、めざすべき医療提供体制の実現に向けて取り組んでいくこととします。

第5部 資料編

1 在宅医療フレームワークに係る現状について

在宅医療フレームワークに係る各市町の取組状況について、ヒアリングを行ったところ、各項目に関する状況は下記のとおりでした。

実施市町数：29市町

実施日：平成28年8月25日から10月13日まで

対応者：各市町在宅医療担当課、介護保険担当課、地域包括支援センター等

1 ヒアリング内容

A 相談窓口の設置

- ・ 取組状況については、対応済みまたは対応中の市町が28市町であり、ほぼ全ての市町で少なくとも具体的な取組方向が定まっている。
- ・ しかし、ヒアリング時点で対応済み市町は7市町と少数であるため、対応中の市町については、今後も進捗を注視していく必要がある。
- ・ 相談窓口の設置手法については、地域包括支援センターの機能充実または医師会等への委託に大別される。

B 地域協議体の設置

- ・ 対応済みまたは対応中の市町が28市町であり、ほぼ全ての市町で何らかの協議の場が設置されている。
- ・ 対応中の5市町については、協議の場は設置しているものの、構成員に医療・介護関係者が少ない、研修要素が強い会議であること等から、課題の抽出や検討まで至っていないため、委員の充実や検討内容の深化が必要である。

C チーム体制の整備

- ・ 在宅医療に係るチームの設置について、対応済みの市町は3市のみである。
- ・ 事前にチームを設置している市町は少なかったが、実態としては、その他の市町でも関係職種が連携し、チームとして個別ケースに対応しているとのことであった。
- ・ 認知症初期集中支援チームについては、16の市町で既に設置済みであり、他の市町については、遅くとも平成29年度中には設置予定である。
- ・ チーム内における協議については、地域ケア会議やサービス担当者会議を活用している市町がほとんどであったが、いずれについても医師の参加については、得ることが難しいのが現状である。
- ・ 情報共有ツールについては、既に導入している市町は4市町のみ（ICT2市、紙媒体2市）であったが、検討を進めている市町は21市町であった。
- ・ チーム内のコーディネーターについては、いずれの市町もコーディネーター

の養成等を行っていなかったが、実質的には、ケアマネージャーや訪問看護師がその役割を果たしているとのことであった。

D 人材の育成

- ・ 取組状況については、対応済みまたは対応中の市町が 28 市町であり、ほぼ全ての市町で少なくとも具体的な取組方向が定まっている。
- ・ 対応済みの市町が 25 市町であり、他の項目に比較して多い。
- ・ すでに近隣市町で連携して研修を実施するなど、効率的な運営を実施している地域もある。

E 症例支援マニュアルの作成

- ・ 症例支援マニュアルについては、いわゆるマニュアルとして整備している市町はなかったが、認知症については、マニュアルに準ずるものとして、認知症ケアパスを作成している市町が 8 市町あった。
- ・ 他の市町についても、遅くとも平成 29 年度中には、作成することとしており、全ての市町で対応済みまたは対応中である。

F 緊急時対応にかかる体制の整備

- ・ 緊急時対応に係る体制の整備（医療レスパイトを含む）については、対応済みまたは対応中の市町が 17 市町と全ての項目の中で最も少ない。

G レスパイト体制の確保

- ・ レスパイト体制の確保については、福祉レスパイトの状況について確認を行った。
- ・ いずれの市町においても緊急ショートステイを含め円滑に利用ができているとのことであった。

H 家族同士のつながりの構築

- ・ 家族同士のつながりの構築については、27 市町で実施済みであり、一部の市町を除き、家族介護教室や家族会を開催しているとのことであった。

2 課題について

- ・ 委託による相談窓口の設置を検討している一部の市町において、相談窓口配置するコーディネーターの人材確保が課題となっている。
- ・ 情報共有ツールの作成について、ICTの活用を検討している市町もあるが、その共有範囲や周辺市町のシステムとの互換性の確保が課題となっている。
- ・ 症例支援マニュアルの作成について、認知症ケアパスについては、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に基づいて作成が必要であるため、整備が進んでいるが、脳卒中およびがんについては、整備が進んでいない。
- ・ 緊急時対応にかかる体制の整備については、医療資源への依存度が高く、医

療資源の少ない市町では、体制整備は難しい。

- ・ 郡部や過疎地域では、医療資源が少ないため、近隣市町や都市医師会等との連携の推進が必要である。

3 今後の取組方向について

ヒアリングで把握した現状をふまえ、以下の方向性で取り組むこととしたい。

- ・ 相談窓口の設置に係る支援（コーディネーターの設置、関係団体等との調整）
- ・ 相談窓口に配置するコーディネーターに係る人材育成
- ・ 情報共有ツールの作成に係る支援
- ・ 緊急時対応にかかる体制整備の支援
- ・ 退院支援体制の強化に係る支援
- ・ 近隣市町や都市医師会をはじめとする医療・介護関係機関との連携の推進
- ・ 県内外の先進事例に係る情報の共有

2 医師看護師需給状況調査（平成 25 年度三重県実施）

三重県における医療提供体制の充実・強化に向けて(第一フェーズ報告書概要)

目的・趣旨

- ・ 現状のトレンドを踏まえ、医師・看護師に関する需要量と供給量を推計し、需給バランスの面からの課題(県全体又は6つの医療圏(サブ医療圏を含む)ごと)を明らかにする
- ・ 上記の表層課題を生み出す根源的課題を特定および整理し、課題に対する打ち手の初期的な事例研究を行う

基本的な考え方

- ・ 推計は、県全体および6つの医療圏(サブ医療圏を含む)・診療科別・病院/診療所勤務別で行う
- ・ 需要量に関しては、患者数に対応するのに望ましい「目標水準」を推計し、この「目標水準」は医師においては「現状の全国平均と三重県平均のいずれか高い方」を基準とし、看護師においては「全国の中央値と三重県平均のいずれか高い方」を基準とする
- ・ 医療従業者の供給量は、現状トレンドを基本に医学部・看護学部・養成学校の今後の動向も反映させつつ、一定の妥当性ある前提のもとで推移した場合を想定する
- ・ 医療需要のピークを見据えた2035年までを範囲とする

需要量・供給量推計方法

需要量

- ・ 今後の人口構成の変化、それに伴う疾病構造の変化(傷病の構成等)を前提として患者数を推計する
- ・ 入院・外来で負担の違いがあるため、関係法令上求められている人員配置をもとに重み付けをする
- ・ 患者数を対応するのに望ましい「目標水準」に基づき、必要な医師数・看護師数(需要)に変換する

供給量

- ・ 供給量に影響を与える以下の要素が現状のトレンドで継続すると仮定して推計する
 - － 三重県への流出入量、女性の比率、診療科間の配分、医学部・看護学部・養成学校定員数、年齢ごとの就業率
- ・ 地域枠の設定による偏在是正効果は織り込まず
- ・ 医師数は実数、看護師は常勤換算人数で推計する

需要量・供給量推計結果(医師数・総論)

- ・ 高齢化の進展により医療への負担は大きくなるが、2010年から2035年までに人口は185万人から158万人まで減少し、高齢者数も飽和状態となるため、医師の需要は2025年にピークを迎え、2035年時点では現状より若干増える程度である
- ・ 近年の医学部入学定員の大幅増加に伴い、医師供給量は現状よりも増加し、2035年時点では約4,300人程度になる見込み
- ・ 医師数全体では、2010年に-11%の需給ギャップは2025年から2030年の間に解消される
- ・ うち病院勤務医師においても、2010年時点での需要量は約2,300人、供給量は約2,100人で不足しているが、需給ギャップは2025年から2030年の間に解消される

三重県における病院・診療所含む医師数全体の需給バランスの推計

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
需要量	3,964	4,072	4,111	4,125	4,093	4,008
供給量	3,525	3,646	3,889	4,086	4,222	4,314
需給ギャップ	-11%	-10%	-5%	-1%	5%	7%

三重県における病院勤務医師の需給バランスの推計

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
需要量	2,339	2,672	2,873	3,000	3,025	2,975
供給量	2,080	2,393	2,719	2,974	3,124	3,204
需給ギャップ	-11%	-10%	-5%	-1%	5%	7%

需要量・供給量推計結果(医師数・医療圏別)

- 県全体での医師不足は解消するが、北勢・伊賀サブ・東紀州では、2035年時点でもまだ不足の状況と見込まれる
- <北勢>
 - 現時点では最も高齢化が進んでいないものの今後急速に進む北勢では需要の増加が見込まれ、需給ギャップは2035年時点でも-12%と、伊賀サブに続き不足分が大きい
- <伊賀サブ>
 - 高齢化が進むと同時に他医療圏に比べ早い人口減が予想される伊賀サブでは、2010年で既にある-48%の需給ギャップは、2035年時点で-35%まで縮むが、他医療圏に比べ乖離が大きい
- <東紀州>
 - 既に高齢化が進んでおり県内で一番の人口減が予想される東紀州では、需要量は減少する一方、供給量増加するため、2010年では42%の需給ギャップは2035年時点で-10%まで縮む見込み

2035年時点でマイナス需給ギャップが見込まれる二次医療圏(サブ医療圏を含む)の病院・診療所含む医師数全体の需給バランスの推計

	2010年	2025年	2030年	2035年
北勢	需要量 1,692 供給量 1,349 -20%	1,959 1,561 -16%	1,878 1,812 -14%	1,872 1,647 -12%
伊賀サブ	需要量 388 供給量 202 -48%	398 231 -42%	388 238 -39%	373 243 -35%
東紀州	需要量 202 供給量 118 -42%	179 133 -26%	168 137 -19%	155 139 -10%

2

需要量・供給量推計結果(医師数・診療科別)

- 高齢化率が高まる影響で、外科・内科・整形外科の需要は増加傾向にある
- 2010年時点でのマイナス需給ギャップが大きい眼科と耳鼻科に加え、整形外科、外科では2035年でも不足の状況が見込まれる

2035年時点でマイナス需給ギャップが見込まれる診療科の病院・診療所含む医師数全体の需給バランスの推計

	2010年	2025年	2030年	2035年
内科	需給ギャップ -103 -40%	-91 -34%	-88 -31%	-69 -27%
外科	需給ギャップ -33 -10%	-48 -13%	-44 -11%	-35 -9%
整形外科	需給ギャップ -35 -23%	-20 -13%	-14 -10%	-9 -6%
眼科	需給ギャップ -16 -4%	-25 -5%	-15 -3%	-3 -1%

- 少子化に伴い、産婦人科・小児科の需要は減少傾向にある
- 過去10年の医学部生の33%は女性であり、小児科・産婦人科・皮膚科を専門にする割合が男性医師より高く、同科における将来の医師過剰の要因となっている

2035年時点でプラス20%以上の需給ギャップが見込まれる診療科の病院・診療所含む医師数全体の需給バランスの推計

	2010年	2025年	2030年	2035年
産婦人科	需給ギャップ -33 -14%	71 15%	91 17%	107 18%
小児科	需給ギャップ -33 -17%	24 5%	37 11%	49 15%
皮膚科	需給ギャップ -21 -17%	3 3%	3 2%	43 20%

3

需要量・供給量推計結果(看護師数・総論)

- 2010年から2035年までに人口は185万人から158万人まで減少するが、高齢の人口が増加すると看護師の負担が大きい入院患者数が増加するため、看護師需要量は現状より増加する見込み
- 三重の看護師の約60%は40歳以上であり比較的高齢化が進んでいるため、今後の大学・専門学校での定員増加を考慮しても、2015年から2020年では供給量が減少する
- 2025年以降は定員増加の影響で、40歳以上が占める割合も50%以下となり、2035年には約18,400人まで増加する見込み
- 2010年で-1%の需給バランスは、2020年に-6%まで悪化し、2035年に-2%まで回復する見込み

三重県における常勤換算看護師の需給バランスの推定

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
需要量	16,789	17,703	18,318	18,804	18,955	18,843
供給量	16,658	17,341	17,241	17,699	18,215	18,410
需給ギャップ	-1%	-2%	-6%	-5%	-4%	2%

4

需要量・供給量推計結果(看護師数・医療圏別)

<北勢・伊賀サブ>

- 高齢化が今後急速に進む北勢と、他医療圏に比べ早い人口減が予想される伊賀サブでは、2010年での看護師不足(北勢:-2%, 伊賀サブ:-28%)は2035年時点でも解消されず、それぞれ-12%、-27%と引き続き深刻な看護師不足が見込まれる

<中勢伊賀・南勢志摩>

- 高齢化が県全体と同様に進む中勢伊賀では、2010年での需給ギャップ+26%は、2035年時点で+23%まで縮む見込み
- 高齢化・人口減が県全体と同様に進む南勢志摩では、2010年時点で+7%の需給ギャップは2035年時点でも+10%と一定に推移する

<伊勢島サブ・東紀州>

- 既に高齢化が進んでおり人口減が予想される伊勢志摩サブでは、2010年時点で-9%の需給ギャップは2030年から2035年の間に解消する見込み
- 既に高齢化が進んでおり県内で一番の人口減が予想される東紀州では、2010年時点で-17%と深刻な需給ギャップは2025年から2030年の間に解消する

二次医療圏(サブ医療圏)における常勤換算看護師の需給バランスの推定

	2010年			2020年			2035年					
北勢	需要量	6,927		7,655		8,563	需要量	2,187		2,331		2,354
	供給量	6,814	-2%	7,052	-10%	7,530	-12%	供給量	2,335	7%	2,397	9%
伊賀サブ	需要量	2,812		2,875		2,957	需要量	2,470		2,553		2,395
	供給量	3,297	17%	3,413	15%	3,644	15%	供給量	2,241	-9%	2,320	-9%
伊勢志摩サブ	需要量	1,605		1,796		1,803	需要量	929		906		780
	供給量	1,198	-26%	1,240	-31%	1,324	-27%	供給量	773	-17%	800	-12%

5

3 構想策定の経緯

(1) 三重県医療審議会

回数	開催日	主な検討内容
第1回	平成27年6月5日	・構想区域、地域医療構想調整会議メンバー等の検討
第2回	平成27年12月15日	・地域医療構想の策定にかかる方向性の検討
第3回	平成28年3月29日	・地域医療構想の策定にかかる検討
第4回	平成28年12月20日	・三重県地域医療構想（中間案）の検討
第5回	平成29年3月16日	・三重県地域医療構想（最終案）の検討

(2) 地域医療構想調整会議等

・地域医療構想調整会議

回数	区域	開催日	主な検討内容
第1回	桑員	平成27年8月4日	・地域医療構想の策定にかかる意見交換
	三泗	平成27年7月27日	
	鈴亀	平成27年8月3日	
	津	平成27年7月31日	
	伊賀	平成27年7月15日	
	松阪	平成27年7月28日	
	伊勢志摩	平成27年7月31日	
	東紀州	平成27年7月14日	
第2回	桑員	平成27年10月7日	・構想区域の現状分析、課題等の検討
	三泗	平成27年10月19日	
	鈴亀	平成27年9月25日	
	津	平成27年10月5日	
	伊賀	平成27年10月6日	
	松阪	平成27年10月6日	
	伊勢志摩	平成27年10月13日	
	東紀州	平成27年10月7日	
第3回	桑員	平成27年11月16日	・2025年にめざすべき医療提供体制の方向性の検討
	三泗	平成27年11月20日	
	鈴亀	平成27年12月4日	
	津	平成27年12月3日	
	伊賀	平成27年12月1日	
	松阪	平成27年11月20日	
	伊勢志摩	平成27年12月1日	
	東紀州	平成27年11月27日	

第4回	桑員	平成28年2月22日	・地域医療構想の策定にかかる検討
	三泗	平成28年2月24日	
	鈴亀	平成28年2月12日	
	津	平成28年2月15日	
	伊賀	平成28年2月16日	
	松阪	平成28年2月12日	
	伊勢志摩	平成28年2月22日	
	東紀州	平成28年3月8日	
第5回	桑員	平成28年8月2日	・平成37(2025)年における必要病床数の検討
	三泗	平成28年8月1日	
	鈴亀	平成28年8月10日	
	津	平成28年8月9日	
	伊賀	平成28年7月27日	
	松阪	平成28年7月26日	
	伊勢志摩	平成28年8月1日	
	東紀州	平成28年8月8日	
第6回	桑員	平成28年11月30日	・三重県地域医療構想(中間案)の検討 ・平成37(2025)年における必要病床数の検討
	三泗	平成28年11月21日	
	鈴亀	平成28年11月15日	
	津	平成28年11月21日	
	伊賀	平成28年11月15日	
	松阪	平成28年12月2日	
	伊勢志摩	平成28年11月30日	
	東紀州	平成28年11月28日	
第7回	桑員	平成29年3月1日	・三重県地域医療構想(最終案)の検討
	三泗	平成29年2月28日	
	鈴亀	平成29年2月15日	
	津	平成29年2月27日	
	伊賀	平成29年2月27日	
	松阪	平成29年3月3日	
	伊勢志摩	平成29年2月15日	
	東紀州	平成29年2月17日	

・医療機関との意見交換会

区域	回数	開催日	主な検討内容
桑員	第1回	平成27年9月15日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成28年8月31日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第3回	平成28年10月31日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
三酒	第1回	平成27年9月8日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成28年8月29日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第3回	平成28年11月2日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
鈴亀	第1回	平成27年9月1日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成28年9月8日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第3回	平成28年10月24日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
津	第1回	平成27年9月7日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成27年11月10日	・第2回調整会議の報告について
	第3回	平成28年9月12日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第4回	平成28年10月21日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
	第5回	平成29年1月5日	・平成28年度第2回（第7回）調整会議の報告について
伊賀	第1回	平成27年8月28日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成28年8月19日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第3回	平成28年11月4日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
松阪	第1回	平成27年9月1日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について

松阪	第2回	平成28年8月30日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第3回	平成28年11月1日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
伊勢志摩	第1回	平成27年9月3日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成28年8月22日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第3回	平成28年11月2日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
東紀州	第1回	平成27年9月8日	・東紀州地域の地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成28年11月1日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について

4 委員名簿

(1) 三重県医療審議会 委員名簿

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
公益社団法人三重県医師会	会 長	青木 重孝	
三重県市長会	会 長	大口 秀和	平成 27 年度第 3 回審議会まで
三重県市長会	会 長	日沖 靖	平成 28 年度第 1 回審議会から
国立大学法人三重大学	学 長	◎駒田 美弘	
三重県精神科病院会	会 長	齋藤 純一	
健康保険組合連合会三重連合会	会 長	高林 学	平成 27 年度第 3 回審議会まで
健康保険組合連合会三重連合会	会 長	北村 亨	平成 28 年度第 1 回審議会から
公益社団法人三重県歯科医師会	会 長	田所 泰	
三重県町村会	会 長	谷口 友見	
株式会社百五経済研究所	主任研究員	谷ノ上 千賀子	
一般社団法人三重県薬剤師会	会 長	西井 政彦	
株式会社橋本醤油店	専務取締役	橋本 陽子	
一般社団法人三重県病院協会	理事長	濱田 正行	
公立大学法人三重県立看護大学	学 長	早川 和生	平成 27 年度第 3 回審議会まで
公立大学法人三重県立看護大学	学長代理	玉田 章	平成 28 年度第 1 回審議会から
公益社団法人三重県看護協会	会 長	藤田 せつ子	平成 27 年度第 1 回審議会まで
公益社団法人三重県看護協会	会 長	西宮 勝子	平成 27 年度第 2 回審議会から

(敬称略、◎印は審議会会長)

(2) 地域医療構想調整会議 委員名簿

(委員地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
一般社団法人桑名医師会	会 長	◎東 俊策	
一般社団法人いなべ医師会	会 長	桑原 浩	
公益社団法人三重県医師会	理 事	田中 孝幸	
一般社団法人桑員歯科医師会	会 長	星野 良行	
一般社団法人桑名地区薬剤師会	会 長	田崎 文昭	
公益社団法人三重県看護協会	桑員地区支部長	岡本 きみ子	第 4 回調整会議まで
公益社団法人三重県看護協会	桑員地区支部長	池畑 やす子	第 5 回調整会議から
地方独立行政法人 桑名市総合医療センター	理事長・総括病院長	竹田 寛	
いなべ総合病院	院 長	石川 雅一	
医療法人(社団)佐藤病院 長島中央病院	理事長	佐藤 剛一	
医療法人財団青木会 青木記念病院	院 長	青木 大五	

桑名市民生委員児童委員協議会 連合会	会 長	山中 啓圓	第5回調整会議から
三重県介護支援専門員協会 桑員支部	支部長	福本 美津子	第5回調整会議から
全国健康保険協会三重支部	業務部長	岡出 康	
桑名市	保健福祉部理事	黒田 勝	
いなべ市	健康こども部長	藤岡 弘毅	
木曾岬町	福祉健康課長	星野 香代	
東員町	福祉部長	松下 文丈	

(敬称略、◎印は調整会議議長、以下同じ)

(三四地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
公益社団法人四日市医師会	会 長	◎淵田 則次	
公益社団法人四日市医師会	副会長	加藤 尚久	
公益社団法人三重県医師会	理 事	片岡 紀和	
一般社団法人四日市歯科医師会	会 長	永田 健一	
一般社団法人四日市薬剤師会	会 長	藤戸 健司	
公益社団法人三重県看護協会	第1地区理事	佐藤 榮子	
地方独立行政法人 三重県立総合医療センター	院 長	高瀬 幸次郎	
市立四日市病院	四日市市病院事業 管理者兼院長	一宮 恵	
独立行政法人地域医療機能推進機構 四日市羽津医療センター	病院長	住田 安弘	
医療法人社団主体会 小山田記念温泉病院	病院長	濱口 均	
菰野厚生病院	院 長	小嶋 正義	
明日の地域医療を考える住民の 会・あした葉	会 長	伊世 利子	
菰野町区長会	会 長	芝田 一男	第5回調整会議から
四日市市北地域包括支援センター	センター長	鈴木 廣子	第5回調整会議から
全国健康保険協会三重支部	企画総務部長	中井 康裕	第6回調整会議まで
全国健康保険協会三重支部	企画総務部長	大八木 一彰	第7回調整会議から
三重交通健康保険組合	常務理事	中川 勝典	
四日市市	健康福祉部理事 四日市市保健所長	河合 信哉	
菰野町	健康福祉課長	大橋 裕之	
朝日町	子育て健康課長	水谷 浩	第4回調整会議まで
朝日町	保険福祉課長	後藤 清一	第5回調整会議から
川越町	町民保険課長	東 弘之	第4回調整会議まで
川越町	町民保険課長	小林 由美子	第5回調整会議から

(鈴亀地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
一般社団法人鈴鹿市医師会	会 長	◎西城 英郎	
一般社団法人亀山医師会	会 長	落合 仁	
公益社団法人三重県医師会	副会長	二井 栄	
一般社団法人鈴鹿歯科医師会	会 長	北川 弘二	
一般社団法人鈴鹿亀山薬剤師会	会 長	藤本 修嗣	
公益社団法人三重県看護協会	副会長	豊田 妙子	
亀山市立医療センター	院 長	今井 俊積	
鈴鹿中央総合病院	院 長	森 拓也	
鈴鹿回生病院	院 長	加藤 公	
社会福祉法人 鈴鹿市社会福祉協議会	事務局長	渥美 秀人	第5回調整会議から
鈴亀地区居宅介護支援事業所・ 介護支援専門員連絡協議会	会 長	岩崎 清隆	第5回調整会議から
全国健康保険協会三重支部	保健グループ 統括リーダー	鏡谷 直永	第5回調整会議まで
全国健康保険協会三重支部	保健グループ グループ長	小寺 智志	第6回調整会議から
鈴鹿市	保健福祉部長	松井 一人	第4回調整会議まで
鈴鹿市	健康福祉部長	近藤 昌洋	第5回調整会議から
亀山市	健康福祉部長(兼) 亀山市立医療セン ター理事	伊藤 誠一	第4回調整会議まで
亀山市	亀山市立医療セン ター地域医療部長 (兼)亀山市健康福 祉部参事	古田 秀樹	第5回調整会議から

(津地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
公益社団法人津地区医師会	会 長	◎浦和 健人	
公益社団法人久居一志地区医師会	会 長	上野 利通	
公益社団法人三重県医師会	理 事	今野 信太郎	
公益社団法人津歯科医師会	会 長	前田 和賢	
一般社団法人津薬剤師会	会 長	寺田 幸司	
公益社団法人三重県看護協会	第2地区理事	奥田 艶子	
医療法人同心会遠山病院	院 長	竹内 敏明	
医療法人永井病院	院 長	星野 康三	
三重大学医学部附属病院	病院長	伊藤 正明	

独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター	院 長	森本 保	第4回調整会議まで
独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター	院 長	霜坂 辰一	第5回調整会議から
三重県立一志病院	院 長	四方 哲	
津市民生委員児童委員連合会	会 長	速水 正美	第5回調整会議から
三重県介護支援専門員協会津支部	支部長	柴田 隆行	第5回調整会議から
全国健康保険協会三重支部	支部長	真柄 欽一	
三重県農協健康保険組合	常務理事	河内 嘉文	
津市	健康福祉部 健康医療担当理事	別所 一宏	第4回調整会議まで
津市	健康福祉部 健康医療担当理事	松岡 浩二	第5回調整会議から

(伊賀地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
一般社団法人伊賀医師会	会 長	※1◎水谷 敬一	第4回調整会議まで
一般社団法人伊賀医師会	副会長	清水 雄三	第5回調整会議から
一般社団法人名賀医師会	会 長	矢倉 政則	第4回調整会議まで
一般社団法人名賀医師会	会 長	東 明彦	第5回調整会議から
公益社団法人三重県医師会	常任理事	※2◎馬岡 晋	
一般社団法人伊賀歯科医師会	会 長	村田 省三	
一般社団法人伊賀薬剤師会	会 長	廣田 育史	
公益社団法人三重県看護協会	伊賀地区支部長	湯村 美雪	
名張市立病院	院 長	伊藤 宏雄	
伊賀市立上野総合市民病院	院 長	三木 誓雄	
社会医療法人畿内会 岡波総合病院	理事長	猪木 達	
医療法人寺田病院	理事長	寺田 紀彦	
伊賀の地域医療を守る会	会長	高木 裕美子	
三重県介護支援専門員協会 伊賀支部	支部長	小田 永	第5回調整会議から
全国健康保険協会三重支部	企画総務グループ長	西尾 央	第1回調整会議まで
全国健康保険協会三重支部	企画総務グループ長	保田 正人	第2回調整会議から
名張市	健康福祉部長	菅生 治郎	第4回調整会議まで
名張市	福祉子ども部長	森嶋 和宏	第5回調整会議から
伊賀市	健康福祉部長	増田 基生	第4回調整会議まで
伊賀市	健康福祉部長	稲森 洋幸	第5回調整会議から

※1 第4回調整会議まで議長 ※2 第5回調整会議から議長

(松阪地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
公益社団法人松阪地区医師会	会 長	◎野呂 純一	
公益社団法人三重県医師会	理 事	石田 亘宏	
公益社団法人三重県医師会	理 事	齋藤 洋一	
公益社団法人三重県医師会	監 事	志田 幸雄	
一般社団法人松阪地区歯科医師会	会 長	長井 雅彦	
一般社団法人松阪地区薬剤師会	会 長	長島 喜久雄	
公益社団法人三重県看護協会	第3地区理事	眞砂 由利	
松阪中央総合病院	病院長	三田 孝行	
恩賜財団済生会松阪総合病院	院 長	諸岡 芳人	
松阪市民病院	院 長	小倉 嘉文	第4回調整会議まで
松阪市民病院	院 長	櫻井 正樹	第5回調整会議から
松阪厚生病院	院 長	齋藤 純一	
大台厚生病院	院 長	中井久太夫	
松阪市民生委員児童委員協議会 連合会	会 長	中山 清治	第5回調整会議から
松阪市第四地域包括支援センター	センター長	奥田 隆利	第5回調整会議から
第三銀行健康保険組合	常務理事	長野 憲照	
松阪市	健康ほけん部長	山敷 敬純	第4回調整会議まで
松阪市	健康ほけん部長	三宅 義則	第5回調整会議から
多気町	町民福祉課副参事	三木 弘隆	
明和町	長寿健康課長	小池 弘紀	第4回調整会議まで
明和町	長寿健康課長	菅野 由美	第5回調整会議から
大台町	健康ほけん課長	湯谷 静也	
大紀町	健康福祉課長	森岡 律弥	

(伊勢志摩地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
一般社団法人伊勢地区医師会	会 長	◎畠中 節夫	
公益社団法人志摩医師会	会 長	羽根 靖之	第4回調整会議まで
公益社団法人志摩医師会	会 長	日比 秀夫	第5回調整会議から
公益社団法人三重県医師会	理 事	橋上 裕	
一般社団法人伊勢地区歯科医師会	会 長	田口 昇	
一般社団法人伊勢薬剤師会	会 長	後久 正昭	
公益社団法人三重県看護協会	第4地区理事	大辻 利榮子	第4回調整会議まで
公益社団法人三重県看護協会	第4地区理事	谷 眞澄	第5回調整会議から

伊勢赤十字病院	院 長	楠田 司	
公益社団法人地域医療振興協会 三重県立志摩病院	管理者	片山 繁	
市立伊勢総合病院	伊勢市病院事業 管理者	藤本 昌雄	
医療法人全心会伊勢慶友病院	院 長	堂本 洋一	
志摩地域医療を考える会	会 長	山下 美恵	
三重県介護支援専門員協会 南勢志摩支部	支部長	川口 美也香	第5回調整会議から
シンフォニアテクノロジー 健康保険組合	常務理事	千葉 五郎	
伊勢市	健康福祉部長	鈴木 正人	第4回調整会議まで
伊勢市	健康福祉部長	江原 博喜	第5回調整会議から
鳥羽市	健康福祉課長	寺田 勝治	第4回調整会議まで
鳥羽市	健康福祉課長	下村 悦生	第5回調整会議から
志摩市	健康福祉部長	西井 久仁夫	第4回調整会議まで
志摩市	健康福祉部長	高木 静	第5回調整会議から
玉城町	生活福祉課長	中村 元紀	第5回調整会議まで
玉城町	参事兼生活福祉課長	西野 公啓	第6回調整会議から
度会町	福祉保健課長	中西 力	第4回調整会議まで
度会町	福祉・環境課長	岡田 美和	第5回調整会議から
南伊勢町	福祉課長	広田 真理子	

(東紀州地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
一般社団法人紀北医師会	会 長	◎長谷川 陽	
一般社団法人紀南医師会	会 長	平谷 一人	
公益社団法人三重県医師会	常任理事	中村 康一	
一般社団法人南紀歯科医師会	会 長	斎藤 鉄郎	
一般社団法人紀北薬剤師会	会 長	清川 治	
公益社団法人三重県看護協会	尾鷲地区支部長	川口 恵	
尾鷲総合病院	院長 (第4回調整会 議まで) 院長代行 (第5回調 整会議から)	加藤 弘幸	
第一病院	院長	帆刈 睦男	
紀南病院	病院長	須崎 真	
健康保険組合連合会三重連合会	常務理事	久保 法司	
紀北町民生委員児童委員協議会	会長	松永 幸也	第5回調整会議から

御浜町民生委員児童委員協議会	会長	尾崎 貞義	第5回調整会議から
尾鷲市地域包括支援センター	センター長	松島 貴美	第5回調整会議から
尾鷲市	福祉保健課長	三鬼 望	
熊野市	健康・長寿課長	松本 健	
紀北町	福祉保健課長	大谷 眞吾	第4回調整会議まで
紀北町	福祉保健課長	堀 秀俊	第4回調整会議から
御浜町	健康福祉課長	下川 博愛	
紀宝町	健康福祉担当理事兼 福祉課長	平野 典光	

5 用語の解説

用 語	意 味
あ	
一般病床	病床の種別の1つで、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床のことをいいます。
医療勤務環境改善支援センター	勤務環境マネジメントシステムに基づき、各医療機関が策定する「勤務環境改善計画」の策定、実施、評価などをワンストップで、専門家のチームにより各医療機関のニーズに応じて、総合的にサポートする施設として都道府県が設置するものです。
医療区分	療養病床における医療の必要性の度合いを示した診療報酬上の制度です。「医療区分1～3」に分類され、重度の病態を区分3、中等度の医療必要度を持つ患者を区分2とし、医療区分2、3に該当しない患者を医療区分1としています。
医療ネットみえ	さまざまな病気や専門外来、所在地等、目的に合った県内の医療機関を探することができる医療情報システムです。また、医療機関が診療応需の可否（応需情報）をパソコンに入力することにより、その時点で受診可能な医療機関を24時間365日検索することもできます。
か	
介護予防特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム等の特定施設に入居している人が、介護予防を目的とした入浴、排せつ、食事などの介護や機能訓練および療養上の世話を受けます。
介護予防認知症対応型共同生活介護	認知症の高齢者が少人数で共同生活をしながら、認知症の治療を中心として、生活機能の向上のために、介護予防を目的とした介護や機能訓練を受けます。
介護療養型医療施設	病状が安定し、長期間の療養が必要な方が入所して、医療や看護または介護などを受けます。
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	身体上または精神上の著しい障がいのため常時介護が必要で在宅生活が困難な寝たきり高齢者等を入所させて、入浴・排泄・食事等の介護、相談および援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行うことを目的とする施設です。介護保険では、介護老人福祉施設として位置づけられています。
介護老人保健施設	病状が安定期にある要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話を行う施設として、都道府県知事の許可を受けたものをいいます。
がん診療連携拠点病院	全国どこに住んでいても質の高いがん医療が受けられるよう、地域ごとに国が指定した病院です。指定された病院は、がん医療の内容、医療従事者、診療実績、設備、相談体制等で一定の要件を満たしています。がん診療連携拠点病院には、各都道府県で中心的役割を

	果たす「都道府県がん診療連携拠点病院」と、都道府県内の各地域（二次医療圏）で中心的役割を果たす「地域がん診療連携拠点病院」があります。
がん診療連携準拠点病院	がん診療連携拠点病院に準ずる診療実績や診療体制があり、手術、化学療法およびこれらの効果的な組み合わせによる標準的・集学的治療や緩和ケアなどの提供体制を有する県指定の病院です。
がん診療連携推進病院	拠点病院や準拠点病院と連携しながら、高度または特異性のある医療など拠点病院や準拠点病院だけでは提供できないがん医療を提供する医療機関であり、三重県が指定を行います。（平成30年度までの指定）
がん診療連携病院	がん診療連携拠点病院や準拠点病院との連携しながら、高度または特異性のある医療したり、二次医療圏内で拠点病院および準拠点病院で対応しきれない患者に医療を提供することで、拠点病院や準拠点病院を補完する役割を持った県指定の病院です。
基準病床	医療法第30条の4第2項第14号の規定に基づき、病床整備の基準として定める病床数です。
既存病床	医療法第7条の2第4項の規定に基づき、医療機関の開設許可病床数から必要な補正を行った病床数です。
許可病床	医療法第7条第1項、第2項および第3項の規定に基づき、都道府県知事が許可した病床です。
経常収支比率	地方税、普通交付税のように用途が特定されておらず、毎年度経常的に収入される一般財源（経常一般財源）のうち、人件費、扶助費、公債費のように毎年度経常的に支出される経費（経常的経費）に充当されたものが占める割合をいいます。
軽費老人ホーム	無料または低額な料金で高齢者を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設をいいます。
結核モデル病床	「結核患者収容モデル病床事業」に基づき、合併症等の医療上の必要から、一般病床において収容治療するためのより適切な基準を策定するためにモデル事業として行うものです。
サービス付き高齢者向け住宅	高齢者世帯や要介護者等の増加に対応し、高齢者が安心して生活できるバリアフリー構造の新たな高齢者向けの住宅。安否確認や生活相談サービスの提供を必須とします。
財政力指数	地方公共団体の財政力を示す指数で、基準財政収入額を基準財政需要額で除して得た数値の過去3年間の平均値をいいます。財政力指数が高いほど、普通交付税算定上の留保財源が大きいことになり、財源に余裕があるといえます。
在宅療養支援診療所	在宅医療を支えるために24時間往診・訪問看護ができる診療所をいいます。

さ

周産期母子医療センター

周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる地域周産期母子医療センターと、よりリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を提供できる総合周産期母子医療センターがあります。

実質公債費比率

地方公共団体の一般会計等が負担する元利償還金および準元利償還金の標準財政規模に対する比率の過去3年間の平均値で、借入金（地方債）の返済額およびこれに準じる額の大きさを指標化し、資金繰りの程度を表す指標のことをいいます。「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」における早期健全化基準については、市町村・都道府県とも25%とし、財政再生基準については、市町村・都道府県とも35%としています。

た

地域医療安心度指数

地域医療に対する安心感を構成する重要な要素と考える、医療へのアクセスのしやすさ、かかりつけ医の有無、地域医療に対する理解度の3つの項目の複合指標をいいます。

地域医療支援センター

都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーとして、都道府県庁や大学病院等に設置されるものです。

地域医療支援病院

紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県が承認しています。

地域医療連携推進法人制度

医療機関等を開設する法人等が参加し、参加する法人等の医療機関等の業務の連携を推進することを目的とする一般社団法人を、都道府県知事が地域医療連携推進法人として認定する制度。複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保することを目的とします。

地域包括ケアシステム

地域の实情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まいおよび自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいいます。

地域密着型介護老人福祉施設

定員29人以下の介護老人福祉施設をいいます。

地域密着型特定施設入居者生活介護

介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つです。定員29人以下の小規模な有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホームで、入居者が要介護者と配偶者等に限定される介護専用型の特定施設をいいます。入居者がその能力に応じ自立した生活が営めるよう、入浴・排泄・食事等の介護、洗濯・掃除等の家事、生活相談・助言など日常生活上の世話、機能訓練と療養上の世話を行います。

地域連携クリティカルパス

急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画（クリティカルパス）を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものをいいます。

特定機能病院

最先端医療を提供する病院として厚生労働大臣の承認を受けた病院で、高度の医療技術や設備を備え、高度医療技術の開発・評価、高度医療に関する研修を行っている施設です。

特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム、軽費老人ホームおよび養護老人ホームで、一定の計画に基づき入浴、排泄、食事等の介護、洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談・助言等の日常生活の世話、機能訓練、療養上の世話をを行います。都道府県知事の指定を必要とします。

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

「介護老人福祉施設」参照。

な

入院受療率

人口に占める1日あたり入院患者数の割合をいいます。
年間入院患者延べ数（人）を365（日）で除して1日あたり入院患者延べ数を求め、これを人口で除したものとします。

認知症ケアパス

認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをいいます。

認知症対応型共同生活介護

介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つでグループホームのことです。認知症の高齢者に対して、共同生活を営む住居において、家庭的な環境の下、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話や機能訓練を行います。

年齢調整死亡率

年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率をいいます。

は

標準財政規模

地方公共団体の標準的な状態で通常収入されるであろう経常的一般財源の規模を示すもので、標準税収入額等に普通交付税を加算した額をいいます。

や

有料老人ホーム

老人福祉法に規定された高齢者向けの生活施設で、常時1人以上の老人を入所させて、生活サービスを提供することを目的とした施設（特別養護老人ホーム等の老人福祉施設ではないもの）をいいます。

養護老人ホーム

環境上の理由および経済的理由により在宅での生活が困難な高齢者の利用施設をいいます。

ら

療養病床

長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床です。

レスパイト（ケア）

乳幼児や障がい児（者）、高齢者などを在宅でケアしている家族を癒やすため、施設への短期入所等により一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サー

ビスをいいます。

レセプト

診療報酬明細書のことです。患者が受けた診療に対して医療機関が保険者に請求する明細書のこと、診療内容や処方した薬の費用が記載されています。

D

DPC
(Diagnosis Procedure
Combination)

診断と処置の組み合わせによる診断群分類のことです。DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPSといます。DPC/PDPS参加病院は、退出した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出しています。

N

NDB
(National Database)

レセプト情報・特定検診等情報データベースの呼称です。高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書および調剤報酬明細書に関する情報ならびに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理しています。なお、診療報酬明細書および調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれます。