

三重の健康づくり基本計画
「ヘルシーピープルみえ・21」
中間評価報告書
(中間案)

平成29年12月

三重県

目 次

第1章 三重の健康づくり基本計画の概要

- 1 計画の性格および位置づけ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 基本的な考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 3 三重の健康づくり基本計画に関連する主な施策の動向・・・・・・ 2

第2章 中間評価の概要

- 1 目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- 2 評価体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- 3 評価方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

第3章 中間評価の結果

- 1 全般的な評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
- 2 分野別の評価
- (1) がん・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
- (2) 糖尿病・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
- (3) 循環器疾患・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
- (4) こころ・休養・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
- (5) 栄養・食生活・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
- (6) 身体活動・運動・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 43
- (7) 喫煙・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 46
- (8) 飲酒・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 49
- (9) 歯・口腔・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 52
- (10) 社会環境づくり・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 58

第4章 計画推進のための取組方針

- 1 今後5年間の取組・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 63
- 2 幸福実感を高めるために・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 64
- 3 評価および見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 64

第1章 三重の健康づくり基本計画の概要

1 計画の性格および位置づけ

(1) 計画概要

- 子どもから高齢者まで、全ての県民が健やかで心豊かに生活できるよう、取り組むべき課題や方向性を示すものです。
- 「三重県健康づくり推進条例」に基づく計画であり、健康増進法に基づく都道府県の健康増進計画として位置づけています。

(2) 計画期間

- 平成25(2013)年度から平成34(2022)年度までの10年間としています。(国の健康増進計画「健康日本21(第2次)」の計画期間と整合を図っています。)
- 計画策定後5年を目途に中間評価を実施し、社会環境の変化などをふまえ、取組のあり方や重点的に取り組むべき課題などを見直します。
- 計画策定後10年を目途に最終評価を行い、取組結果を評価するとともに、次期「三重の健康づくり基本計画」に反映させます。

2 基本的な考え方

(1) 「全ての県民」を対象とした健康づくり

健康に関する課題は、性別や年代のほか、生活する地域などによって異なるものと考えられます。健康に関する年代別、地域別データなどをできる限り収集・分析し、その結果を公表することにより、健康づくりに関する情報を身近に感じ、自らの健康づくりや、地域の健康づくりの取組に参加する機会の増加、機運の醸成をめざします。

(2) 健康であることを「実感できる」県民の増加

多くの県民が健康であると実感できるよう、健康寿命の延伸をはじめとした身体の健康に関する取組とともに、精神的な健康(こころの健康)や健康づくりに関する社会環境を整備する取組を推進し、健康であることを「実感できる」県民の増加をめざします。

(3) 地域の実情に応じた「それぞれの取組」の推進

自らの健康づくりに積極的に取り組む県民や、地域や職場などにおいて健康づくりを推進する意欲のある県民を中心に、NPO、企業、関係機関・団体、医療機関、市町などがそれぞれの機能を十分に発揮し、独自の風土やネットワークの強さなど地域の特性に応じた、健康づくりに関する「それぞれの取組」が県内各地で展開されることをめざします。

3 三重の健康づくり基本計画に関連する主な施策の動向

平成 25 (2013) 年度から現在に至るまでの、「三重の健康づくり基本計画」(以下「現計画」という。)に関連する主な施策の動向については、次のとおりです。県民の健康づくりを推進する上で関係施策との整合を求められることから、その動向に留意していきます。

(1) 国民健康保険制度改革

○平成 27 (2015) 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」(医療制度改革関連法)において、国が国民健康保険への財政支援の拡充を行い、財政基盤を強化するとともに、平成 30 (2018) 年度から都道府県が市町村と共に国保の運営を担い、財政運営の責任主体として中心的な役割を果たすこととされました。

○平成 30 (2018) 年度以降は、県が県全体の医療費の推計を行って、それを各市町が国保事業費納付金という形で分担し、市町との共同運営を行う形になるとともに、市町の保険者機能の強化について、これまで以上に県が深く関与することとなります。

(2) 第三期三重県医療費適正化計画の策定

○「高齢者の医療の確保に関する法律」第 9 条に基づき、平成 30 (2018) 年度から平成 35 (2023) 年度までの「第三期三重県医療費適正化計画」を策定します。

○平成 30 (2018) 年度以降は同計画に基づき、医療費の適正化に積極的に取り組みます。

(3) 第 7 次三重県医療計画の策定

○平成 26 (2014) 年の医療法改正を受け、平成 29 (2017) 年 3 月に平成 37 (2025) 年を見据えて「三重県地域医療構想」を策定しました。

○平成 30 (2018) 年度から平成 35 (2023) 年度までの「第 7 次三重県医療計画」については、医療と介護の提供体制の構築が一体的に行われるよう、地域医療構想や介護保険事業(支援)計画との整合性をとりながら取組を進めます。

(4) みえ高齢者元気・かがやきプランの策定

(第 7 期三重県介護保険事業支援計画・第 8 次三重県高齢者福祉計画)

○平成 26 (2014) 年度の「介護保険法」の改正を受けて、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実が図られ、新しい介護予防・日常生活総合支援事業が創設されるとともに、在宅医療・介護連携や認知症施策の推進、生活支援サービスの充実等の取組を進めています。

○平成 29 (2017) 年度には、さらに自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化、新たな介護保険施設(介護医療院)の創設などの改正が行われました。この改正をふまえ、平成 30 (2018) 年度から平成 32 (2020) 年度までの「みえ高齢者元気・かがやきプラン」を策定し、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて取り組みます。

(5) 三重県子どもの貧困対策計画の策定

- 平成 26 (2014) 年 1 月に「子どもの貧困対策の推進に関する法律」が施行され、8 月には「子供の貧困対策に関する大綱」が閣議決定されました。
- 平成 28 (2016) 年 3 月に子どもの貧困対策を着実かつ継続的に実行するため、平成 28 (2016) 年度から平成 31 (2019) 年度までの「三重県子どもの貧困対策計画」を策定し、地域の実情に応じた取組を進めています。

(6) 三重県アルコール健康障害対策推進計画の策定

- 平成 25 (2013) 年の「アルコール健康障害対策基本法」の制定および平成 28 (2016) 年の「アルコール健康障害対策推進基本計画」の閣議決定を受けて、平成 29 (2017) 年 3 月に平成 29 (2017) 年度から平成 33 (2021) 年度までの「三重県アルコール健康障害対策推進計画」を策定しました。
- アルコール健康障害発生の予防、早期発見・早期介入、相談体制の整備、治療体制の整備、人材育成、調査研究の推進を重点課題として、取組を進めています。

(7) 三重県がん対策推進計画（第 4 期三重県がん対策戦略プラン）の策定

- がん対策は、平成 18 (2006) 年に成立した「がん対策基本法」に基づき実施されてきましたが、法の成立から 10 年が経過し、その間に、がん医療のみならず、がん患者に係る就労・就学支援等の社会的問題などに対処していく必要が明らかになったことをふまえ、平成 28 (2016) 年 12 月に法の一部が改正されました。
- 平成 29 (2017) 年 10 月には、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す」ことを目標とした、「第 3 期がん対策推進基本計画」が策定されました。
- 平成 30 (2018) 年度から平成 35 (2023) 年度までの「三重県がん対策推進計画（第 4 期三重県がん対策戦略プラン）」を策定し、「がん予防」、「がん医療の充実」、「がんとの共生」を 3 つの柱とし、これらを支える「基盤整備」も含め、県のがん対策のより一層の充実をめざし取組を進めます。

(8) 第 3 次三重県自殺対策行動計画の策定

- 「自殺対策基本法」の成立から 10 年が経過し、全国の自殺者数が約 2 万 4 千人まで減少するなど、着実に成果を出してきましたが、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を進めるため、平成 28 (2016) 年 4 月に法の一部が改正されるとともに、自殺対策の所管が内閣府から厚生労働省に移管されました。
- 平成 29 (2017) 年 7 月に閣議決定された「自殺総合対策大綱」をふまえ、平成 30 (2018) 年度から平成 34 (2022) 年度までの「第 3 次三重県自殺対策行動計画」を策定し、地域の絆を生かすことにより、人とひとのつながりをさらに強化し、地域の実情に応じた自殺対策に取り組めます。

第2章 中間評価の概要

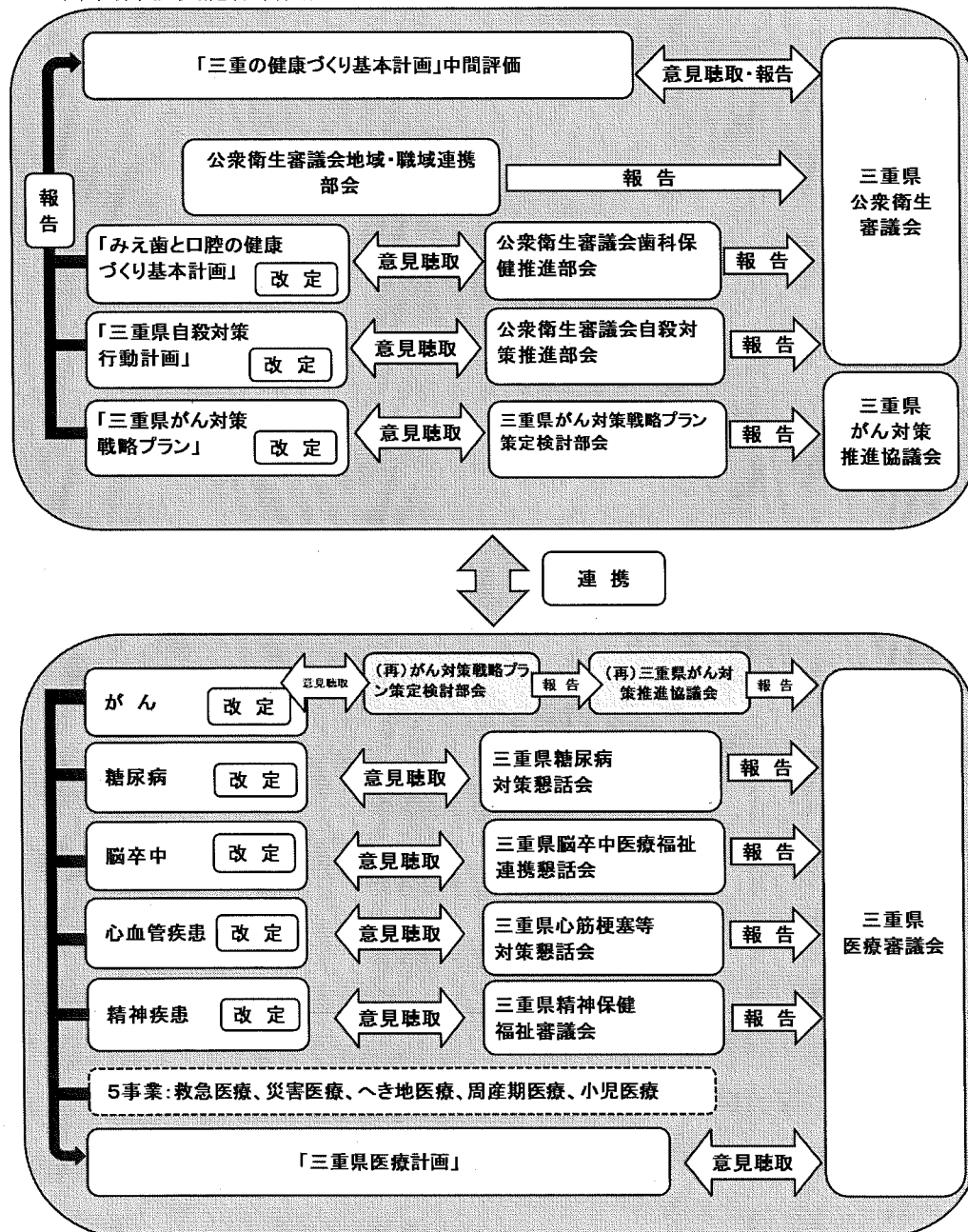
1 目的

現計画に設定された50指標81項目（再掲1指標2項目を含む）の目標値に対する進捗状況を評価し、その間実施した関連取組の状況を整理しました。また、社会環境の変化を勘案した上で、重点的に取り組むべき課題や取組の方向を明らかにし、平成30（2018）年度からの対策に反映させることとします。

2 評価体制

三重県公衆衛生審議会で評価・検討しました。また、各種計画との整合を図るため、各部会での意見を反映させる体制としました。

（中間評価実施体制図）



3 評価方法

計画策定時の値と直近の値を比較し、関連する調査、研究のデータの動向もふまえ、目標に対する進捗状況について、以下のとおり分析・評価を行いました。

また、全体的な評価と分野別の評価を行い、それぞれ今後の課題を整理しました。

(1) 分析について

- 評価指標の値だけでなく、性、年代別などで値に差が見られるものは、それらの特徴をふまえて分析を行いました。
- 健康づくり総合計画「ヘルシーピープルみえ・21」（平成13（2001）～24（2012）年度）から継続してデータを収集しているものもあわせて分析を行いました。

(2) 評価について

- 計画策定時の値に対し、直近値がどの程度進んだかを表す進捗率を算出しました。

$$\text{進捗率 (\%)} = (\text{直近値} - \text{策定時の値}) / (\text{目標値} - \text{策定時の値}) \times 100$$

達成の程度を数字で見ることができ、計画の最終年度である平成34（2022）年度における目標値を既に達成した場合の進捗率は、100%以上の数字で表記しています。

- また、進捗率とあわせてA、B、C、D、Eの5段階で評価を表しました。進捗率100%以上を「A達成している」、進捗率10%以上100%未満を「B改善している」、進捗率マイナス5%以上10%未満を「C変わらない」、進捗率マイナス5%未満を「D悪化している」としました。なお、計画策定時とのデータの抽出方法が異なる指標については、「E把握方法が異なるため評価困難」としました。

A	達成している（進捗率100%以上）
B	改善している（進捗率10%以上100%未満）
C	変わらない（進捗率-5%以上10%未満）
D	悪化している（進捗率-5%未満）
E	把握方法が異なるため評価困難

- 目標値を「増加」または「減少」としている指標については、進捗率を算出できないため、5段階評価のみとなっています。平成28年度県民健康意識調査のデータをもとに、策定時の値と直近値が、統計的に変化があったかどうかを判断するため、カイ二乗検定を行い、有意水準を5%としました。目標値へ向かう変化であれば「A達成している」、目標値とは反対への変化であれば「D悪化している」としました。今回の中間評価においては、Dについて該当はありませんでした。また、P値5%以上の指標については、「C変わらない」としました。

(3) 課題の整理

- 各関連計画策定において議論された意見を反映させるとともに、現計画に記載している今後の対策について、充実・強化すべき取組の整理を行いました。

(4) 目標値の再設定

- 全体目標については、引き続き「健康寿命の延伸」と「幸福実感を高めるための心身の健康感の向上」をめざします。
- 分野別の評価指標については、最終年度である平成 34 (2022) 年度における直近値を目標値に設定していますが、一部については、関連計画と整合を図り中間評価時点において目標値を設定している評価指標があります。このため、これらの評価指標については、進捗状況をふまえ目標値を再設定しました。
- 糖尿病分野においては、評価困難と判断された指標があり、評価指標を再設定しました。

(5) 今後の進め方

- PDCAサイクル（計画、実行、評価、改善）に基づき、引き続き常に県民に成果が届いているかを意識しながら、進行管理を行っていきます。

第3章 中間評価の結果

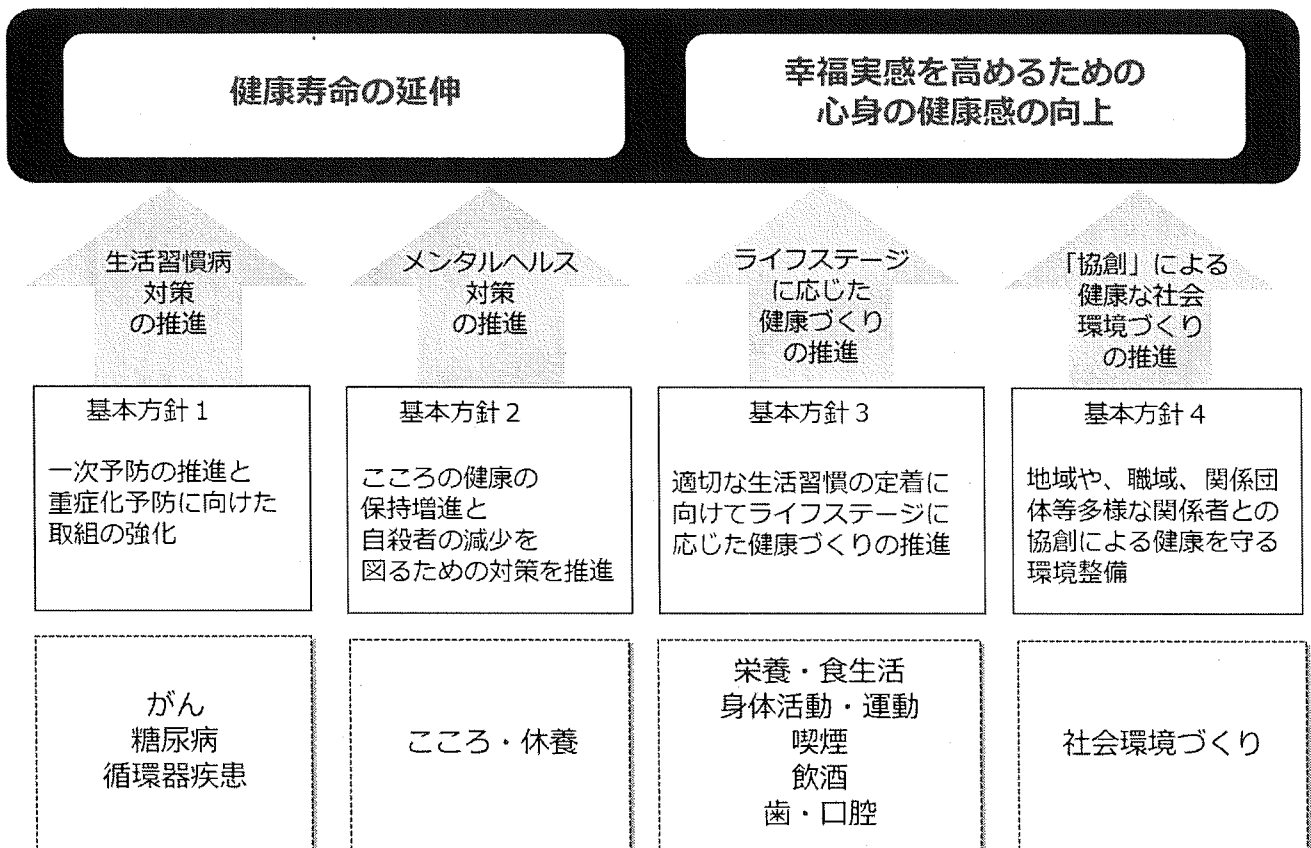
1 全般的な評価

現計画では、全体目標である「健康寿命の延伸」と「幸福実感を高めるための心身の健康感の向上」の達成に向けて、4つの基本方針を定め、各分野に評価指標および目標値を設定しています。

(4つの基本方針とその取組分野)

基本方針	取組分野
生活習慣病対策の推進	がん、糖尿病、循環器疾患
メンタルヘルス対策の推進	こころ・休養
ライフステージに応じた健康づくりの推進	栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、 飲酒、歯・口腔
「協創」による健康な社会環境づくりの推進	社会環境づくり

三重の健康づくり基本計画(H25~H34)



(1) 全体目標の評価指標と進捗状況

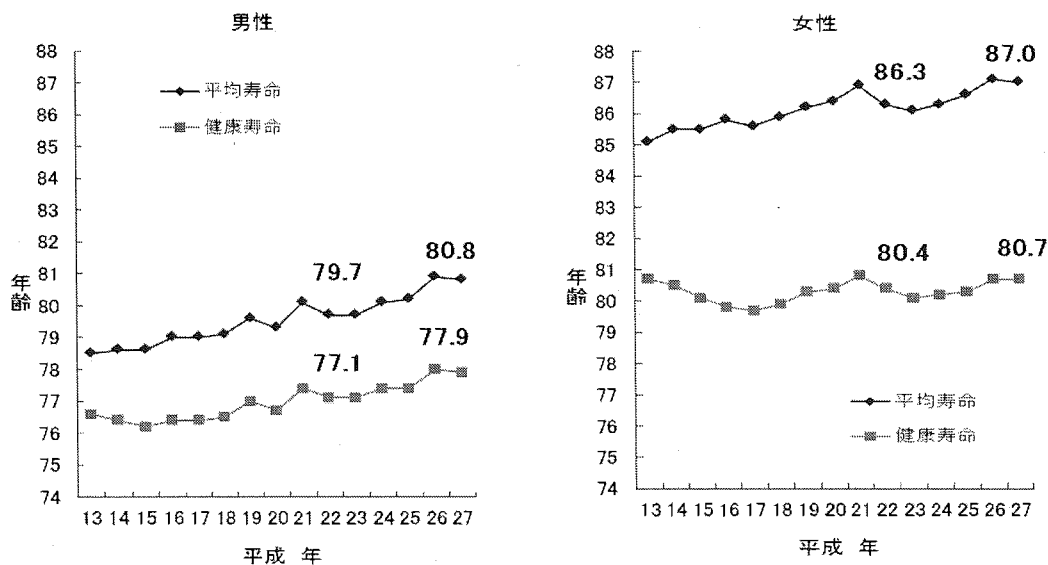
No	評価指標	条件	策定時	調査年 (平成)	直近値	調査年 (平成)	目標値 (H34)	進捗率 (%)	中間評価
1	健康寿命	男性	77.1 歳	22	77.9 歳	27	平均寿命 の伸びを上 回る健康寿 命の延伸	-	C
		女性	80.4 歳		80.7 歳			-	C
2	健康であると感している人の割合		74.4 %	23	73.3 %	28	増加	-	C

中間評価 A 達成している B 改善している C 変わらない D 悪化している E 評価困難

○健康寿命とは、「日常的に介護を必要とせず、自立して心身ともに健康的な日常生活を営むことができる期間」をいい、本県では、介護保険法による介護認定者数をもとに算定しています。平成 22 (2010) 年と平成 27 (2015) 年と比較すると、健康寿命は、男性では 0.8 歳、女性では 0.3 歳伸びているのに対し、平均寿命は、男性では 1.1 歳、女性では 0.7 歳伸びています。健康寿命の伸びは平均寿命の伸びを若干下回っているものの、健康寿命、平均寿命とも延伸傾向であり、状況は悪化していないことから、中間評価は「変わらない」としています。

【評価指標 No. 1】

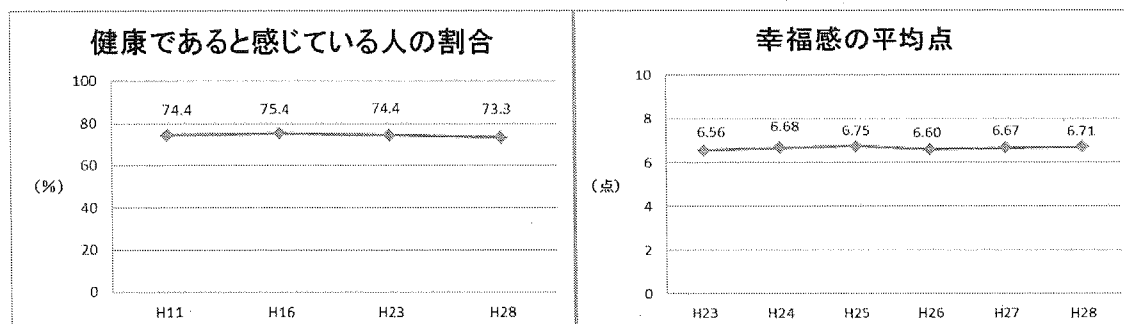
健康寿命と平均寿命の推移



出典：三重県健康づくり課試算

- 健康であると感じている人の割合は、74.4% (H23) から73.3% (H28) に1.1ポイント減少しましたが、統計的な有意性はなく、平成11(1999)年から横ばい傾向です。
- 幸せであると感じている人(幸福感)についても、6.56点(H23)から6.71点(H28)と横ばい傾向です。

【評価指標No. 2】



出典：三重県 県民健康意識調査

出典：三重県 みえ県民意識調査

全体目標および10分野の50指標81項目(再掲1指標2項目を含む)について、その進捗状況は次のとおりです。

(全項目の進捗状況)

策定時の値と直近値の比較	項目数 (再掲の項目を除く)	割合
A 達成している	18	22.8 %
B 改善している	33	41.8 %
C 変わらない	14	17.7 %
D 悪化している	13	16.5 %
E 把握方法が異なるため評価困難	1	1.3 %
計	79	

- 「がん検診受診率」や「特定健診受診率」、「健康について気をつけている人の割合」など、51項目(64.6%)が「A達成している」、「B改善している」でした。
- 「健康であると感じている人」や「ストレスにうまく対処できる人」など、14項目(17.7%)が「C変わらない」でした。
- 「野菜摂取量」や「日常生活における歩数」など、13項目(16.5%)が「D悪化している」でした。

○達成している項目

がん	市町事業におけるがん検診受診率（子宮頸がん）
糖尿病	糖尿病を強く疑われる人の増加倍率 糖尿病年齢調整死亡率（女性）
循環器疾患	メタボリックシンドローム予備群の割合（40～74歳女性） 虚血性心疾患年齢調整死亡率（男性） 虚血性心疾患年齢調整死亡率（女性） 脳血管疾患年齢調整死亡率（男性） 脳血管疾患年齢調整死亡率（女性）
こころ・休養	自殺死亡率
栄養・食生活	男性（30～49歳）の肥満者の割合 女性（20～29歳）のやせの人の割合 65歳以上の低栄養傾向の人の割合
喫煙	喫煙率（未成年（15～19歳）女性） 公共の場における分煙実施率（県施設）
歯・口腔	自分の歯を多く有する人の割合（60歳で24本以上） 自分の歯を多く有する人の割合（80歳で20本以上）
社会環境づくり	健康について気をつけている人の割合 ワーク・ライフ・バランスに取り組んでいる企業の割合

○改善している項目

がん	市町事業におけるがん検診受診率（乳がん） 市町事業におけるがん検診受診率（大腸がん） 市町事業におけるがん検診受診率（肺がん）
糖尿病	特定健診受診率 特定保健指導実施率 糖尿病年齢調整死亡率（男性）
循環器疾患	脂質異常症有病者推定率（40～74歳男性） 脂質異常症有病者推定率（40～74歳女性） 高血圧症有病者推定率（40～74歳男性） 高血圧症有病者推定率（40～74歳女性） メタボリックシンドローム予備群の割合（40～74歳男性）
こころ・休養	気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている人の割合 こころの健康を保持増進するための職場環境づくりに取り組んでいる企業の割合（従業員99人以下）

こころ・休養	こころの健康を保持増進するための職場環境づくりに取り組んでいる企業の割合（従業員 100 人以上）
栄養・食生活	肥満傾向にある子どもの割合（15～18 歳） 成人 1 日あたりの平均食塩摂取量 外食や食品を購入するときに成分表示を参考にする人の割合（男性） ヘルシーメニューや栄養情報を提供する飲食店および小売店数 利用者に応じた栄養管理・食育を実施している給食施設の割合 共食の割合
身体活動・運動	運動習慣者の割合（男性） 運動習慣者の割合（女性） ロコモティブシンドロームを認知している県民の割合
喫煙	喫煙率（成人） 喫煙率（未成年（15～19 歳）男性） 「たばこの煙の無いお店」登録数
飲酒	毎日飲酒する人の割合（未成年（15～19 歳））
歯・口腔	むし歯のない幼児の割合（3 歳児） むし歯のない生徒の割合（12 歳児） 進行した歯周疾患を有する人の割合（40～44 歳） 定期的に歯科検診を受ける成人の割合 みえ 8 0 2 0 運動推進員登録者数
社会環境づくり	健康増進計画を策定する市町数

○変わらない項目

全体	健康寿命（男性） 健康寿命（女性） 健康であると感じている人の割合
がん	がんによる年齢調整死亡率 市町事業におけるがん検診受診率（胃がん）
こころ・休養	ストレスにうまく対処できる人の割合 日常生活において孤立感を強く感じる人の割合 睡眠による休養が十分取れていない人の割合 眠るためにアルコールを用いる人の割合
栄養・食生活	肥満傾向にある子どもの割合（12～14 歳） 1 日 3 食食べている人の割合（中学 3 年生） 外食や食品を購入するときに成分表示を参考にする人の割合（女性）

喫煙	公共の場における分煙実施率（市町施設）
飲酒	毎日飲酒する人の割合（成人）

○悪化している項目

栄養・食生活	自分の食生活に満足している人の割合 肥満傾向にある子どもの割合（6～11歳） 1日あたりの平均脂肪エネルギー比率（30～59歳） 成人1日あたりの平均野菜摂取量 成人1日あたりの果物摂取量 100g未滿の人の割合 成人1日あたりの平均カルシウム摂取量 1日3食食べている人の割合（小学6年生） 1日3食食べている人の割合（20～39歳男性） 1日3食食べている人の割合（20～39歳女性）
身体活動・運動	日常生活における歩数（成人男性） 日常生活における歩数（成人女性）
歯・口腔	進行した歯周疾患を有する人の割合（60～64歳）
社会環境づくり	健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている県民の割合

○評価困難とした項目とその理由

糖尿病	糖尿病に対する新規透析導入数 (理由) 厚生労働省のNDB (National Data Base) のデータ抽出方法が毎年異なるため
-----	--

(2) 課題

- 全体目標の2つの指標について、達成に向けて、取組をさらに充実していくことが必要です。健康寿命の伸びが平均寿命の伸びを下回っているということは、日常生活に制限のある「不健康な期間」が広がっていることを意味します。今後、平均寿命の延伸に伴い、こうした健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護給付費を消費する期間が増大することになります。疾病予防と健康増進、介護予防などによって、平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、社会的負担の軽減も期待できます。また、平成27(2015)年の平均寿命と健康寿命の差では、男性の2.9歳に比べると、女性は6.3歳と大きく、この差を縮めていくための取組が必要です。なお、健康寿命は、出生、死亡のほか、転入、転出による人口移動も影響するため、今後、この点についても留意が必要です。

- 各分野の評価指標については、取組の成果により多くの達成・改善が見られています。しかし、「栄養・食生活」分野においては、21項目中9項目が「D悪化している」となり、特に20～40歳代の女性は野菜摂取量が少なく、平均脂肪エネルギー比率が高い状況です。「身体活動・運動」分野においては、5項目中2項目が「D悪化している」となり、男女とも日常生活における歩行数が減少しています。日々の生活習慣に関する項目において課題が多く見られ、これらの生活習慣の改善が必要です。
- 全体目標のほか、「こころ・休養」分野において「C変わらない」評価が8項目中4項目あります。ストレスとうまく付き合うことは、こころの健康に欠かせないため、ストレスに対する対処能力を高めることが必要です。

(3) 今後の進め方

- 生活習慣に関する項目が改善されていないため、20～40歳代の女性を中心に、食生活や運動などの生活習慣の改善の取組を強化します。
- 健康寿命の延伸のため、子どもの頃からの正しい生活習慣の習得、ストレス対処能力の向上、疾病の早期発見・早期治療、重症化予防、高齢者が要介護状態とならないよう低栄養予防や運動器の維持など、生涯をとおした県民全ての健康づくりに取り組みます。
- 全ての県民の健康に関する意識を高めるため、自らの健康づくりの時間を確保できない県民や、健康づくりに無関心な県民に対し、アプローチの手法を工夫するなどの対策を検討し、さまざまな関係機関・団体と協働し、健康づくりを推進します。

2 分野別の評価

(1) がん

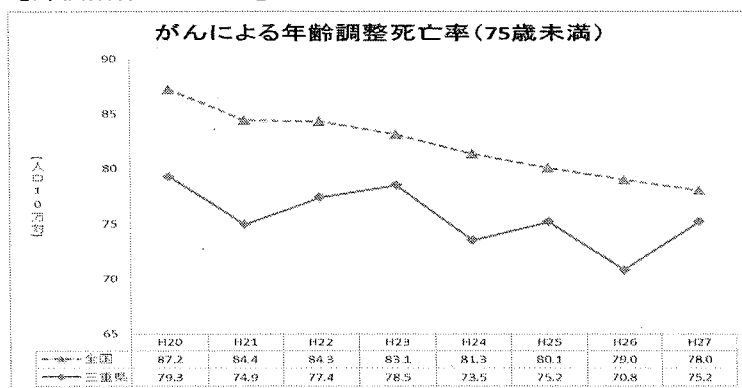
①評価指標とその進捗状況

No	評価指標	条件	策定時	調査年 (平成)	直近値	調査年 (平成)	目標値 (H134)	進捗率 (%)	中間 評価
3	がんによる年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	75歳未満	78.5 <small>(全国平均 83.1)</small>	23	75.2 <small>(全国平均 78.0)</small>	27	全国平均より もマイナス 10%以上 (H29)	-	C
4	市町事業におけるがん検診受診率	乳がん	20.8 %	22	37.8 %	26	50.0 (H29) %	58	B
		子宮頸がん	26.7 %		54.2 %		50.0 (H29) %	118	A
		大腸がん	20.5 %		30.0 %		40.0 (H29) %	49	B
		胃がん	8.0 %		9.8 %		40.0 (H29) %	6	C
		肺がん	20.2 %		23.0 %		40.0 (H29) %	14	B

中間評価 A 達成している B 改善している C 変わらない D 悪化している E 評価困難

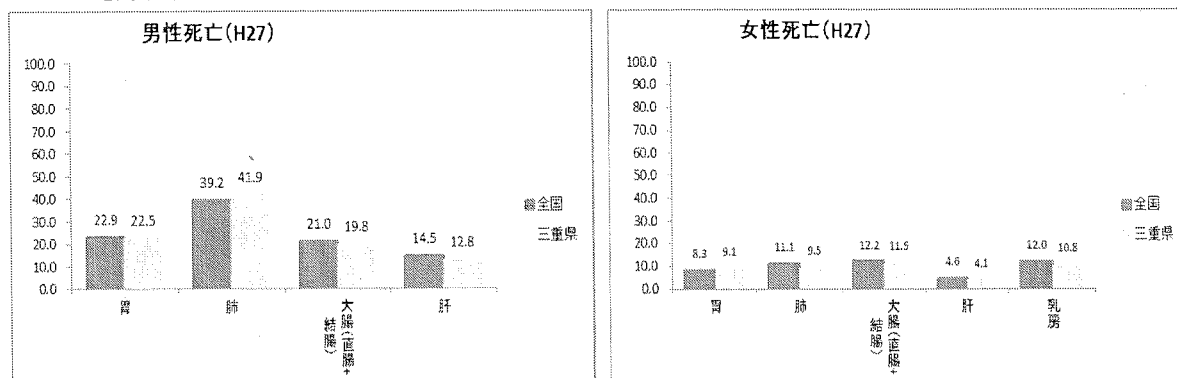
○がんによる75歳未満の年齢調整死亡率は、全国平均と比較して低い水準ですが、今後もこの状況を維持するだけでなく、さらなる減少をめざし、全国平均より10%以上減少させるという高い目標を設定しています。平成27(2015)年においては、全国平均より3.6%の減少にとどまっていますが、平成23(2011)年の78.5から75.2に減少しています。また、平成26(2014)年には、全国平均より10.4%の減少となり、目標に達しています。増減を繰り返しながら減少し、常に全国平均を下回っており、状況としては改善に向かっているため、「変わらない」と評価しています。

【評価指標No. 3】



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」をもとに作成

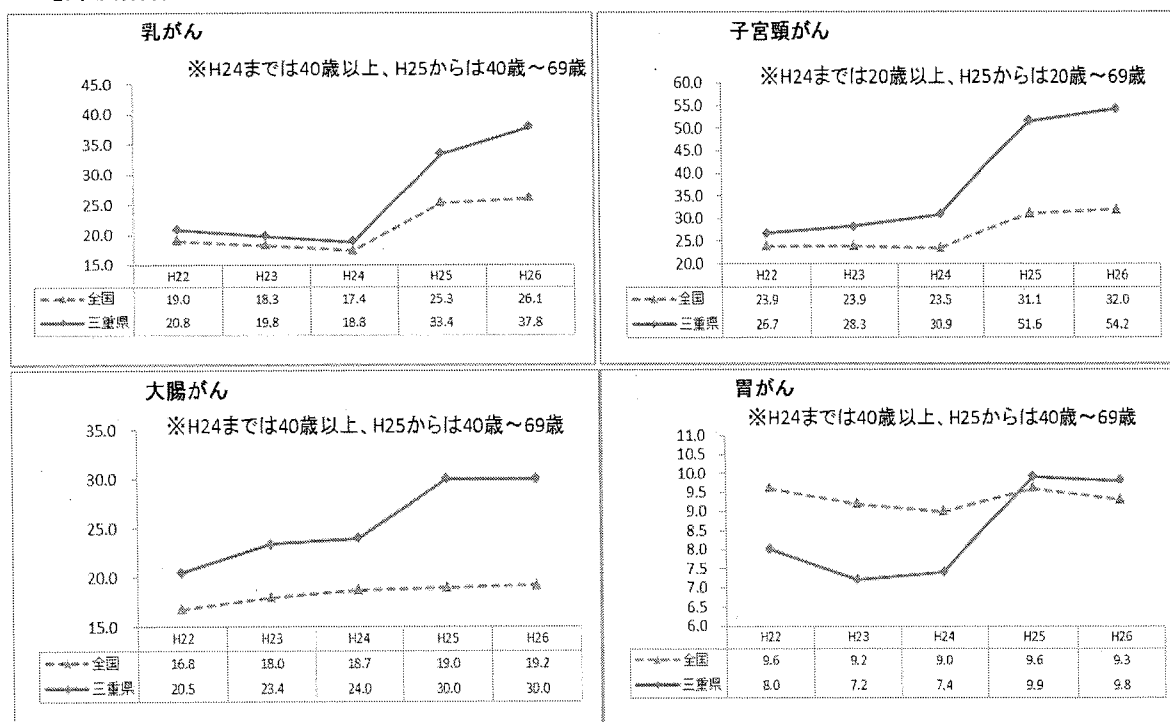
【評価指標 No. 3 に関連】 主ながんの年齢調整死亡率

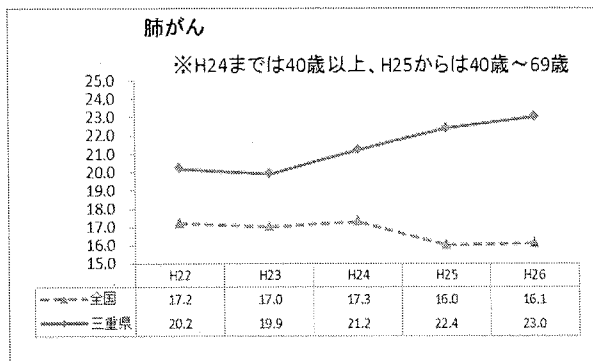


出典：厚生労働省 人口動態統計

- 市町事業におけるがん検診受診率は、子宮頸がんでは 26.7% (H22) から 54.2% (H26) に増加し、平成 29 (2017) 年度の目標値である 50.0% に達しています。
- 乳がんでは 20.8% (H22) から 37.8% (H26)、大腸がんでは 20.5% (H22) から 30.0% (H26)、肺がんでは 20.2% (H22) から 23.0% (H26) に増加し改善しています。
- 胃がんでは 8.0% (H22) から 9.8% (H26) と 1.8 ポイント増加していますが、その進捗率は 6% とわずかであり、ほとんど変わりません。
- 各がん種とも全国平均を上回ってはいますが、胃がん、肺がんは全国的にも受診率が低い状況です。

【評価指標 No. 4】 市町事業におけるがん検診受診率





出典：厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告

②がん分野に影響を及ぼす他の評価指標の進捗状況

- 30～49歳の男性の肥満（BMI 25.0以上）の人の割合は、減少（H23:35.2%→H28:28.7%）しています。
- 1日あたりの平均脂肪エネルギー比率は、増加（H23:26.6%→H28:28.0%）しています。
- 成人1日あたりの平均食塩摂取量については、減少（H23:10.6g→H28:9.7g）しているものの、男性では72.2%、女性では59.3%の人が目標値である8.0gに達していません。
- 成人1日あたりの平均野菜摂取量は減少（H23:278g→H28:244g）し、全ての年代で目標値である350gに達していません。また、男性79.2%、女性83.6%の人が目標値に達していません。特に女性の20～40歳代は摂取量が少ない傾向です。
- 日常生活における歩数については、男女とも減少（男性H23:7,432歩→H28:6,717歩、女性H23:6,687歩→H28:6,240歩）しています。
- 運動習慣者の割合については、男女とも増加（男性H23:35.1%→H28:38.7%、女性H23:26.9%→H28:30.9%）しています。
- 成人の喫煙率は、減少（H22:20.3%→H28:17.7%）しており、全国と比べても低い割合です。

③取組の状況

（情報発信・啓発）

- 三重県立図書館と連携し、がん予防などの普及啓発を行いました。また、がん診療連携拠点病院などにおいて、市民公開講座が行われました。
- ウイルス性肝炎の早期発見のため、肝炎ウイルス検査の普及啓発を行いました。
- 子宮頸がんの早期発見のため、がん診療連携拠点病院などにおいて、普及啓発が行われました。
- 世界禁煙デー（5月31日）にあわせ、三重県庁県民ホールや駅、スーパーなどで、たばこ対策に関する普及啓発を行いました。

- 食生活とがん予防に関する知識の普及のため、出前トークを行いました。
- 食生活とがん予防に関する知識を子どもの頃から身につけられるよう、児童・生徒を対象としたがん教育を行いました。
- がん患者の治療と仕事の両立ができる環境を整備するため、事業者に対してがんに関する正しい知識の普及啓発を行いました。

(人材育成)

- 医療従事者を対象とした緩和ケア研修をがん診療連携拠点病院などで行い、平成 28 (2016) 年度末現在で 1,303 人の医師が修了しました。

(環境づくり)

- 子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス(HPV)のワクチンについて、現在、積極的な接種勧奨は差し控えられており、接種のあり方について、国は科学的知見を収集した上で総合的に判断することとしています。
- 県民に質の高いがん医療を提供するため、がん診療施設や設備に要する経費に対して補助を行いました。
- 病院・診療所間のがん診療連携や地域における緩和医療に取り組む団体に補助を行い、県内のがん診療体制の連携体制を推進しました。
- 都道府県がん診療連携拠点病院である三重大学医学部附属病院を中心に、地域がん診療連携拠点病院、三重県がん診療連携準拠点病院などと連携して、がん診療体制の整備を進めました。また、医科歯科連携についても、がん患者医科歯科連携協定を締結し取組を進めました。
- 三重県がん相談支援センターにおいて、がん患者およびその家族等に対する相談支援、就労相談、情報提供などを行いました。
- 平成 23 (2011) 年、24 (2012) 年症例のデータを地域がん登録報告書として取りまとめました。平成 24 (2012) 年症例の報告書は国際的ながん登録の精度指標の水準をクリア(DC07.2%、10%以下で有効とされる)し、有効に活用できる情報となりました。
- 平成 28 (2016) 年度末現在、「たばこの煙の無いお店」として 428 店を登録しました。

④課題

- 本県におけるがんによる年齢調整死亡率(75歳未満)は、全国と比較して低い水準ですが、今後もさらなる減少をめざし、引き続きさまざまな施策に取り組むことが必要です。
- がんの年齢調整死亡率(75歳未満)を着実に低下させていくためには、がんに罹る県民を減らすことが重要であり、予防のための施策を一層充実させていくことが必要です。
- 早期発見、早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率および精密検査受診率を向上させていくことが必要です。

⑤今後の進め方

(情報発信・啓発)

○喫煙率は、全国より低い水準となっているものの、男性の肺がんによる年齢調整死亡率が全国より高いことから、禁煙対策に引き続き取り組むとともに、未成年者の喫煙率0%をめざします。

・世界禁煙デー（5月31日）および禁煙週間（5月31日～6月6日）における普及啓発

○ウイルスや細菌の感染が原因となるがんに関する正しい知識の普及啓発を進めます。また、がんの早期発見、早期治療につながるよう、がん検診の重要性に関する普及啓発を進めます。

・肝炎ウイルス検査の普及啓発

・女性の健康づくり週間（3月1日～3月8日）にあわせ、女性特有の乳がんや子宮頸がん検診受診の普及啓発

○子どもの頃から、がんについて正しく理解し、また、自他の健康や命の大切さについて主体的に考えることができるよう、医療機関や県教育委員会などの関係機関と連携した学校におけるがん教育を進めます。

・児童・生徒を対象としたがん教育の実施

(人材育成)

○がんと診断された時からの緩和ケアが適切に提供されるよう、医師をはじめとする医療従事者に対する緩和ケア研修を行い、基本的な緩和ケアを実践できる人材育成に取り組みます。

・がん診療連携拠点病院などにおける緩和ケア研修の実施

(環境づくり)

○受診対象者への個別の受診勧奨・再勧奨や受診者の利便性の向上などの取組により、がん検診および精密検査の受診率向上を図ります。また、質の高いがん検診を提供できるよう、三重県がん検診精度管理検討委員会において、がん検診の精度管理を行います。

・三重県がん検診精度管理検討委員会の実施

○県民一人ひとりの禁煙・分煙意識は高まり、公共の場や医療機関、職場における分煙も進んできました。引き続き、「たばこの煙の無いお店」促進事業などの受動喫煙防止対策を進めます。

・「たばこの煙の無いお店」の登録の促進

○がん患者の口腔管理を連携・協力して行うことにより、がんの治療効果の向上やがん患者の療養上の生活の質の向上をめざします。

・がん患者の口腔ケアなどの口腔管理における医科歯科連携の促進

○がん対策基本法第12条第1項に基づき、「三重県がん対策戦略プラン」を県のがん対策推進計画として位置づけ、さまざまな取組を実施しています。平成30(2018)年度からは、「三重県がん対策推進計画(第4期三重県がん対策戦略プラン)」を展開し、がん対策の充実を図ります。

目標値の再設定

○がんによる年齢調整死亡率は、「三重県がん対策推進計画(第4期三重県がん対策戦略プラン)」と整合を図り、平成34(2022)年度の目標値を全国平均よりマイナス10%以上とします。

○市町事業におけるがん検診受診率は、「三重県がん対策推進計画(第4期三重県がん対策戦略プラン)」と整合を図り、全てのがん種において、平成34(2022)年度の目標値を50%とします。

No	評価指標	条件	策定時	現目標値	新目標値
3	がんによる年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	75歳未満	78.5 国 83.1 (H23)	目標値 全国平均より マイナス10%以上(H29) 直近値 75.2 (H27) 全国値 78.0 (H27)	全国平均より マイナス 10%以上 (H34)
4	市町事業における がん検診受診率	乳がん	20.8% (H22)	目標値 50.0% (H29) 直近値 37.8% (H26)	50% (H34)
		子宮頸がん	26.7% (H22)	目標値 50.0% (H29) 直近値 54.2% (H26)	50% (H34)
		大腸がん	20.5% (H22)	目標値 40.0% (H29) 直近値 30.0% (H26)	50% (H34)
		胃がん	8.0% (H22)	目標値 40.0% (H29) 直近値 9.8% (H26)	50% (H34)
		肺がん	20.2% (H22)	目標値 40.0% (H29) 直近値 23.0% (H26)	50% (H34)

(2) 糖尿病

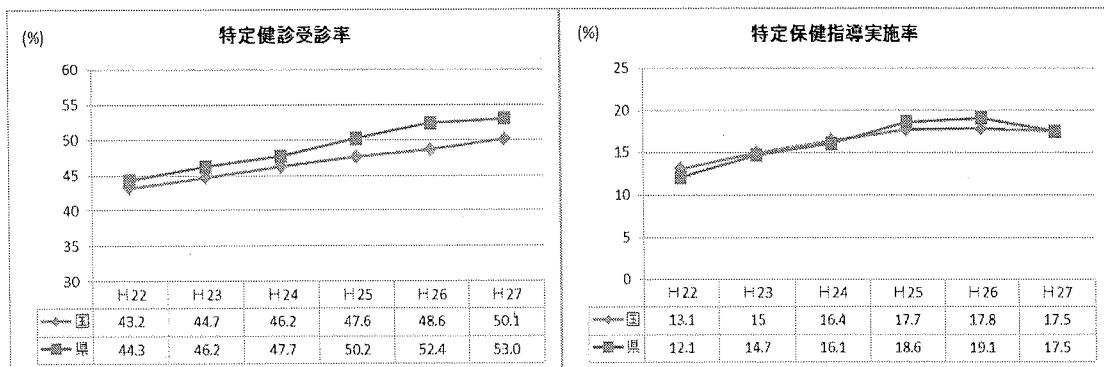
①評価指標とその進捗状況

No	評価指標	条件	策定時	調査年 (平成)	直近値	調査年 (平成)	目標値 (H34)	進捗率 (%)	中間 評価
5	特定健診受診率・特定保健指導実施率	特定健診	44.3%	22	53.0%	27	70.0% (H29)	34	B
		特定保健指導	12.1%					17.5%	45.0% (H29)
6	糖尿病を強く疑われる人(ヘモグロビンA1c検査(NGSP値)6.5%以上の人)の増加倍率	40~74歳	1.42	22	1.06	27	1.10	113	A
7	糖尿病に対する新規透析導入数(入院・外来合計)		343件	22	-件	-	新規導入数の減少	-	E
8	糖尿病年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	男性	6.7	22	6.5	27	6.0	29	B
		女性	3.4					2.9	3.1

中間評価 A 達成している B 改善している C 変わらない D 悪化している E 評価困難

- 特定健診受診率は44.3% (H22) から53.0% (H27) に増加し改善しています。全国平均を上回っていますが、平成29(2017)年度の目標値である70%に達していません。
- 特定保健指導実施率は12.1% (H22) から17.5% (H27) に増加し改善していますが、平成29(2017)年度の目標値である45%に達していません。

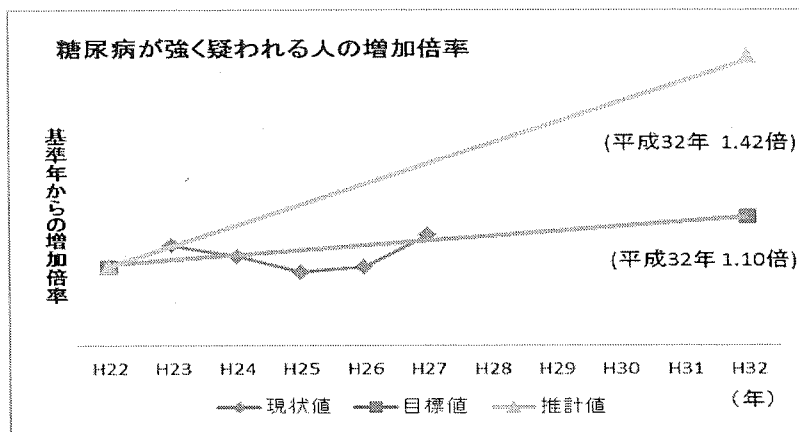
【評価指標No. 5】



出典： 厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

○糖尿病を強く疑われる人の増加倍率は、1.42倍（H22）から1.06倍（H27）に減少し、この5年間で目標値に沿った推移で改善しており、平成34（2022）年度の目標値である1.10倍に達しています。

【評価指標No. 6】



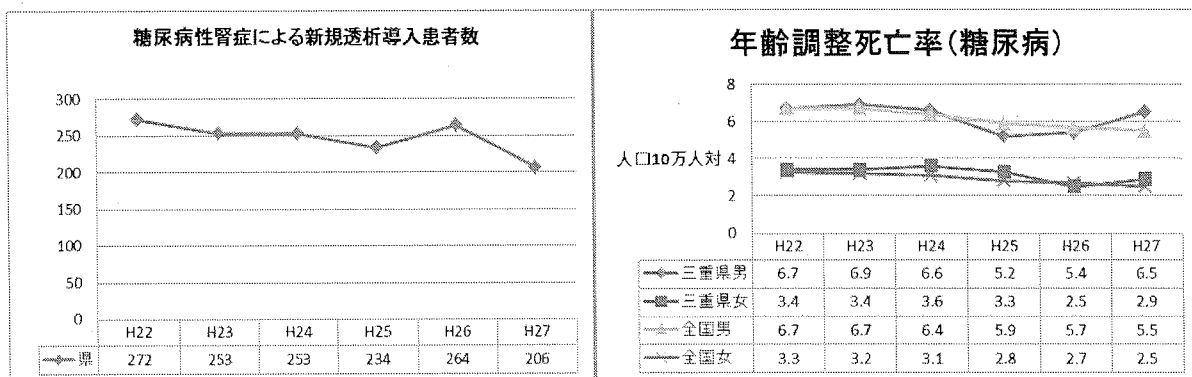
出典：三重県国民健康保険団体連合会 特定健診データ

○糖尿病に対する新規透析導入数は、国が公表するNDB（National Database）を用いていますが、毎年、データの抽出方法が異なるため、評価が困難です。健康日本21（第2次）では、同評価指標で日本透析医学会のデータを用いていますが、これによると、三重県は、全国と同様、横ばい傾向です。

○糖尿病年齢調整死亡率（人口10万人あたり）は、男性では6.7（H22）から6.5（H27）に減少し改善しています。女性では、3.4（H22）から2.9（H27）に減少し、平成34（2022）年度の目標値である3.1に達しています。しかし、全国的にみると、本県は、男女ともに年齢調整死亡率が高い傾向にあり、平成27（2015）年における都道府県順位は男性でワースト13位、女性でワースト11位となっています。また、平成26（2014）年患者調査において、年齢調整受療率がワースト1位となっています。

【評価指標No. 7に関連】

【評価指標No. 8】



出典：日本透析医学会 わが国の慢性透析療法の現状をもとに作成

出典：厚生働省 人口動態調査

②糖尿病分野に影響を及ぼす他の評価指標の進捗状況

- メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）予備群の割合は、男女とも減少（男性 H23:28.7%→H28:27.9%、女性 H23:8.6%→H28:6.0%）しており、女性は目標に達しています。
- 1日あたりの平均脂肪エネルギー比率は、増加（H23:26.6%→H28:28.0%）しています。
- 成人1日あたりの平均食塩摂取量については、減少（H23:10.6g→H28:9.7g）しているものの、男性では72.2%、女性では59.3%の人が目標値である8.0gに達していません。
- 成人1日あたりの平均野菜摂取量は減少（H23:278g→H28:244g）し、全ての年代で目標値である350gに達していません。また、男性79.2%、女性83.6%の人が目標値に達していません。女性の20～40歳代は摂取量が少ない傾向です。
- 日常生活における歩数については、男女とも減少（男性 H23:7,432歩→H28:6,717歩、女性 H23:6,687歩→H28:6,240歩）しています。
- 運動習慣者の割合については、男女とも増加（男性 H23:35.1%→H28:38.7%、女性 H23:26.9%→H28:30.9%）しています。

③取組の状況

（情報発信・啓発）

- 企業、関係機関・団体、医療機関などと連携し、県民健康の日のイベントやみえの食フォーラム、医師会主催の健康教育講演会、市町主催の健康に関するイベントなどで、食生活や運動、禁煙などの生活習慣に関する普及啓発を行い、疾病の予防に取り組みました。
- 企業と連携した「食塩エコ～社員食堂節塩モデル事業～」を行い、生活習慣病予防の食習慣の定着を図りました。
- 「健康づくり応援の店」の登録を行うとともに、県が推進するさまざまな健康情報の発信を行いました。
- 県民や食育関係者を対象に、糖尿病専門医師による糖尿病発症予防と重症化予防の講演を行いました。
- 平成25（2013）年度から、三重県栄養士会において糖尿病が疑われる人や肥満症の人を中心に食生活相談会を行い、糖尿病発症予防と重症化予防に取り組みました。
- 平成25（2013）年度から、CKD（慢性腎臓病）に関する正しい知識の普及のため、三重CKD委員会において県民公開講座を実施しました。

（人材育成）

- 特定健診の受診率向上のため、がん検診との同時実施について市町に呼びかけました。また、特定保健指導の質の向上のため、特定保健指導の従事者に対し研修会を実施しました。

(環境づくり)

- 三重県歯科医師会において、医科歯科連携会議や研修会を実施し、糖尿病患者の口腔管理における医療連携の推進を図りました。

④課題

- 日頃から、県民一人ひとりが自身の健康意識を高められるよう、多様な機会をとらえて、生活習慣病対策の普及啓発が必要です。
- 年齢調整受療率がワースト1位であり、また、糖尿病に関連した食生活や運動の指標は改善していないため、引き続き予防対策の強化が必要です。
- 特定健診や特定保健指導の受診率は、増加傾向ですが目標に達していません。早期発見、早期治療による糖尿病の重症化予防を図るため、なお一層、受診率向上に向けた取組が必要です。
- 糖尿病の予防方法や、治療の継続が糖尿病の悪化や合併症予防につながることにについて、引き続き県民に対し啓発が必要です。
- 糖尿病患者の口腔ケアが充実するよう、より多くの医科医療機関と歯科医療機関の連携が必要です。

⑤今後の進め方

(情報発信・啓発)

- 引き続き企業や保険者などと連携して、食生活や運動習慣の改善に取り組みます。
 - ・「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「喫煙」、「飲酒」、「歯・口腔」、「社会環境づくり」の分野に記載
- 関係機関・団体との連携のもと予防や治療を継続することで、悪化や合併症を防ぐことを県民へ啓発します。
 - ・県民公開講座の実施、生活習慣病予防食生活相談会の実施

(人材育成)

- 特定健診・特定保健指導が効果的・効率的に行われるよう、保険者などと連携して引き続き関係者の人材育成に努めます。
 - ・特定健診・特定保健指導従事者を対象とした研修会の実施

(環境づくり)

- 糖尿病の発症予防や重症化予防のために、市町や保険者などと連携し、特定健診におけるハイリスク者や未受療者、治療中断者、健診未受診者への受診勧奨や保健指導を進めます。
 - ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく保険者と医療機関の連携の促進
- 糖尿病患者の口腔ケアが充実するよう、医科医療機関と歯科医療機関の連携を進めます。
 - ・医科歯科連携推進会議の実施

目標値の再設定

○特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値については、「第二期三重県医療費適正化計画」に準じて目標値を設定しています。平成 30（2018）年度から平成 35（2023）年度の「第三期医療費適正化計画」においては、目標値の変更がないため、これに準じて平成 29（2017）年度の数値を変更せず、平成 34（2022）年度の目標値として再設定します。

No	評価指標	条件	策定時	現目標値	新目標値
5	特定健診受診率・ 特定保健指導実施率	特定健診	44.3% (H22)	目標値 70.0% (H29) 直近値 53.0% (H27)	70.0% (H34)
		特定保健指導	12.1% (H22)	目標値 45.0% (H29) 直近値 17.5% (H27)	45.0% (H34)

評価指標の見直し

- 生活習慣病対策の対象である2型糖尿病については、気づかぬうちに発症し進行します。つまり症状がない状態のまま糖尿病が進行し、重篤な合併症をもって初めて診断されることがあります。糖尿病に関する知識の普及や特定健診受診率、特定保健指導実施率向上の取組により、適切な受療につなげ、糖尿病発症予防や重症化を抑制することが必要です。特定健診の受診率が向上すると、これまで未受診だったことから見つからなかった糖尿病を強く疑われる人や糖尿病の可能性を否定できない人が発見され、受療の必要な人が増加すると考えられます。高齢化の進展もあいまって、今後糖尿病を強く疑われる人の割合は、ますます増加すると考えられることから、予防に重点を置いた指標を設定します。
- これまで指標としていた「糖尿病年齢調整死亡率（人口10万人あたり）」については、予防に重点をおくことにより見直すこととします。
- 健康なときからの生活習慣病予防対策が重要であることから、「糖尿病の可能性を否定できない人の割合」を新たに指標として追加します。全国では平成24（2012）年から平成28（2016）年の4年間で1割減少していることから、平成34（2022）年度の目標値を現状値より1割減とします。
- 「糖尿病が強く疑われる人の割合」について、条件を性別、年齢階級別で評価することとし、前述のとおり増加することが予想されるため、取組を進め、平成34（2022）年度の目標値を現状値より「減少」とします。

○評価困難であった「糖尿病に対する新規透析導入数」のデータソースを国と同様に日本透析医学会とします。評価指標は「糖尿病性腎症による新規透析導入患者数」とし、平成34（2022）年度の目標値を現状値より「減少」とします。また、全国比較が可能となるよう、人口10万人あたりの数値を併記することとします。

No	評価指標	条件	直近値	新目標値
6	糖尿病の可能性を否定できない人 HbA1c (NGSP 値 6.0～6.5%未満) の割合	40～49 歳 男性	4.3% (H28)	3.9% (H34)
		50～59 歳 男性	8.2% (H28)	7.4% (H34)
		60～69 歳 男性	13.8% (H28)	12.4% (H34)
		40～49 歳 女性	2.0% (H28)	1.8% (H34)
		50～59 歳 女性	6.3% (H28)	5.7% (H34)
		60～69 歳 女性	12.1% (H28)	10.9% (H34)
7	糖尿病が強く疑われる人 HbA1c (NGSP 値 6.5%以上) の割合	40～49 歳 男性	5.2% (H28)	減少
		50～59 歳 男性	10.7% (H28)	
		60～69 歳 男性	12.6% (H28)	
		40～49 歳 女性	1.4% (H28)	減少
		50～59 歳 女性	3.9% (H28)	
		60～69 歳 女性	6.8% (H28)	
8	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数		206 人 (H27) 11.1 人 (10 万人あたり)	減少

(3) 循環器疾患

①評価指標とその進捗状況

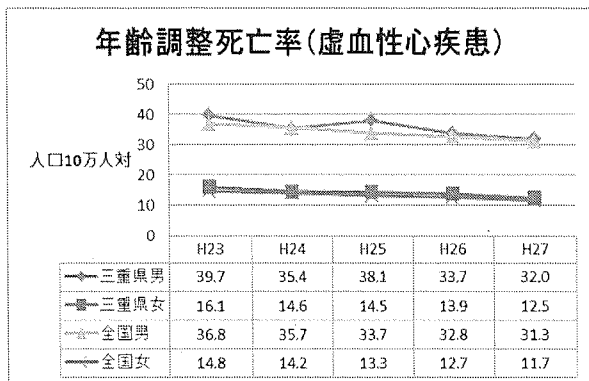
No	評価指標	条件	策定時	調査年 (平成)	直近値	調査年 (平成)	目標値 (H34)	進捗率 (%)	中間 評価
9	脂質異常症有病者 (LDLコレステロール値140mg/dl以上の人) 推定率	男性(40~74歳)	26.4%	22	22.3%	27	19.8%	62	B
		女性(40~74歳)	36.0%		31.8%		27.0%	47	B
10	高血圧症有病者 (収縮期血圧140mmHg以上または 拡張期血圧90mmHg以上の人)推定率	男性(40~74歳)	31.9%	22	29.3%	27	24.9%	37	B
		女性(40~74歳)	28.8%		26.0%		21.6%	39	B
11	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群) 予備群の割合	男性(40~74歳)	28.7%	23	27.9%	28	21.5%	11	B
		女性(40~74歳)	8.6%		6.0%		6.5%	124	A
12	虚血性心疾患年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	男性	39.7	23	32.0	27	34.3	143	A
		女性	16.1		12.5		14.4	212	A
13	脳血管疾患年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	男性	45.4	23	37.3	27	38.2	113	A
		女性	27.4		23.2		25.1	183	A

中間評価 A 達成している B 改善している C 変わらない D 悪化している E 評価困難

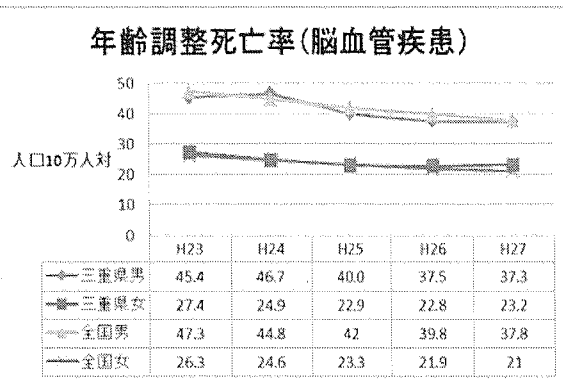
- 脂質異常症有病者推定率は、男性では 26.4% (H22) から 22.3% (H27) に、女性では 36.0% (H22) から 31.8% (H27) に減少し改善しています。
- 高血圧症有病者推定率は、男性では 31.9% (H22) から 29.3% (H27) に、女性では 28.8% (H22) から 26.0% (H27) に減少し改善しています。
- メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)予備群の割合は、男性では 28.7% (H23) から 27.9% (H28) と 0.8 ポイント減少し、進捗率は 11%とわずかですが改善しています。一方、女性においては、8.6% (H23) から 6.0% (H28) に減少し、平成 34 (2022) 年度の目標値である 6.5%に達しています。
- 虚血性心疾患年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)は、男性では 39.7 (H23) から 32.0 (H27) に減少し、平成 34 (2022) 年度の目標値である 34.3 に達しています。女性においても 16.1 (H23) から 12.5 (H27) に減少し、平成 34 (2022) 年度の目標値である 14.4 に達しています。
- 脳血管疾患年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)は、男性では 45.4 (H23) から 37.3 (H27) に減少し、平成 34 (2022) 年度の目標値である 38.2 に達しています。女性にお

いても 27.4 (H23) から 23.2 (H27) に減少し、平成 34 (2022) 年度の目標値である 25.1 に達しています。

【評価指標 No. 12】



【評価指標 No. 13】



出典：厚生労働省 人口動態調査

②循環器疾患分野に影響を及ぼす他の評価指標の進捗状況

- 特定健診の受診率は、増加 (H22: 44.3%→H27: 53.0%) しているものの、平成 29 (2017) 年度の目標値である 70.0%に達していません。
- 30～49歳の男性の肥満(BMI 25.0以上)の人の割合は、減少 (H23:35.2%→H28:28.7%) しています。
- 成人1日あたりの平均食塩摂取量については、減少 (H23:10.6g→H28:9.7g) しているものの、男性では72.2%、女性では59.3%の人が目標値である8.0gに達していません。
- 日常生活における歩数については、男女とも減少 (男性 H23:7,432歩→H28:6,717歩、女性 H23:6,687歩→H28:6,240歩) しています。
- 運動習慣者の割合については、男女とも増加 (男性 H23:35.1%→H28:38.7%、女性 H23:26.9%→H28:30.9%) しています。

③取組の状況

(情報発信・啓発)

- 企業、関係機関・団体、医療機関などと連携し、県民健康の日のイベントやみえの食フォーラム、医師会主催の健康教育講演会、市町主催の健康に関するイベントなどで、食生活や運動、禁煙などの生活習慣に関する普及啓発を行い、疾病の予防に取り組みました。また、県などが作成したパンフレット「脳卒中といわれた方のために」をもとに、医療機関などをとおして、広く県民に周知しました。
- 働く世代の循環器疾患対策のため、企業と連携した「食塩エコ～社員食堂節塩モデル事業～」を行い、生活習慣病予防の食習慣の定着を図りました。

(人材育成)

- 特定健診の受診率向上のため、がん検診との同時実施について市町に呼びかけました。
また、特定保健指導の質の向上を図るため、特定保健指導の従事者に対し研修会を実施しました。

④課題

- 循環器疾患に関連する食生活や運動の指標は改善していないため、引き続き予防対策の強化が必要です。
- 特定健診や特定保健指導の受診率は増加傾向ですが、目標に達していません。早期発見、早期治療による循環器疾患の重症化予防を図るため、なお一層、受診率向上に向けた取組が必要です。

⑤今後の進め方

(情報発信・啓発)

- 循環器疾患の予防は、適切な食生活の実践、適度な運動、禁煙、節酒など、生活習慣の改善であることから、各分野の取組を推進します。
 - ・「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「喫煙」、「飲酒」、「社会環境づくり」の分野に記載
- 危険因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈などの管理を進めるため、かかりつけ医の定着を促進します。
 - ・ポスターなどによる普及啓発

(人材育成)

- 特定健診・特定保健指導が効果的・効率的に行われるよう、保険者などと連携して引き続き関係者の人材育成に努めます。
 - ・特定健診・特定保健指導従事者を対象とした研修会の実施

(4) こころ・休養

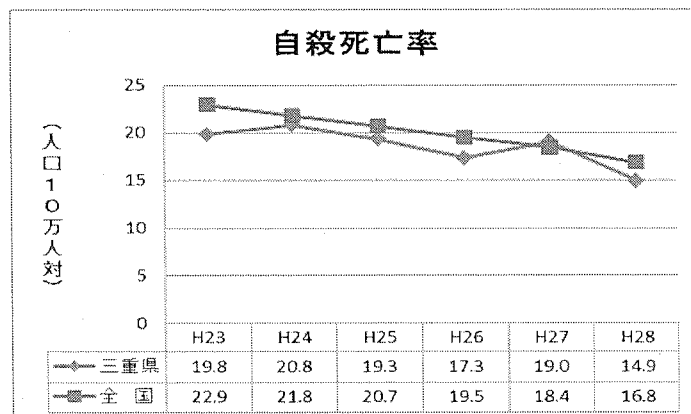
①評価指標とその進捗状況

No	評価指標	条件	策定時	調査年 (平成)	直近値	調査年 (平成)	目標値 (H34)	進捗率 (%)	中間 評価
14	自殺死亡率 (人口10万人あたり)		19.8	23	14.9	28	16.1 (H28)	132	A
15	気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている人の割合	20歳以上	10.5%	22	9.5%	28	9.2%	77	B
16	こころの健康を保持増進するための職場環境づくりに取り組んでいる企業の割合	従業員 99人以下	27.8%	23	64.2%	28	100 (H32)%	50	B
		従業員 100人以上	81.5%		93.2%		100 (H32)%	63	B
17	ストレスにうまく対処できる人の割合		69.4%	23	69.4%	28	増加	-	C
18	日常生活において孤立感を強く感じる人の割合		3.1%	23	3.4%	28	減少	-	C
19	睡眠による休養が十分取れていない人の割合		25.8%	23	26.9%	28	減少	-	C
20	眠るためにアルコールを用いる人の割合		13.6%	23	12.2%	28	減少	-	C

中間評価 A 達成している B 改善している C 変わらない D 悪化している E 評価困難

○自殺死亡率は、19.8 (H23) から 14.9 (H28) に減少し、平成 28 (2016) 年度の目標値に達しています。全年代が減少傾向にある中、40 歳未満の自殺死亡率は横ばい傾向です。

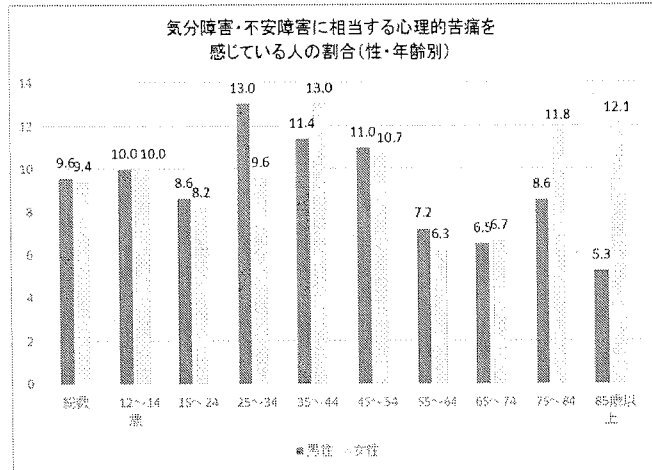
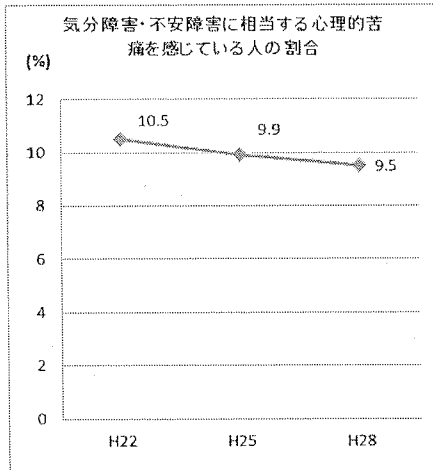
【評価指標 No. 14】



出典：厚生労働省 人口動態統計

○気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている人の割合は、10.5%（H22）から9.5%（H28）に減少し改善しています。性・年齢別では、12～14歳と25～54歳の男女および75歳以上の女性で平均値を上回っています。

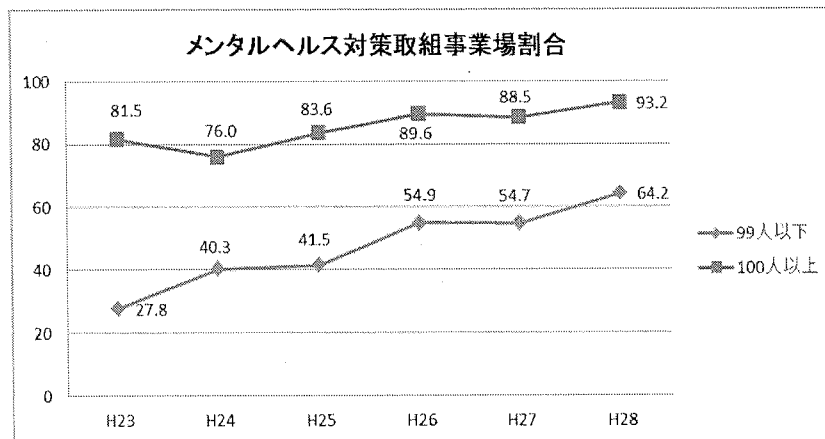
【評価指標No. 15】



出典：厚生労働省 平成28年国民生活基礎調査

○こころの健康を保持増進するための職場環境づくりに取り組んでいる企業の割合は、従業員99人以下では27.8%（H23）から64.2%（H28）に増加し改善しています。従業員100人以上においても81.5%（H23）から93.2%（H28）に増加し改善しています。

【評価指標No. 16】

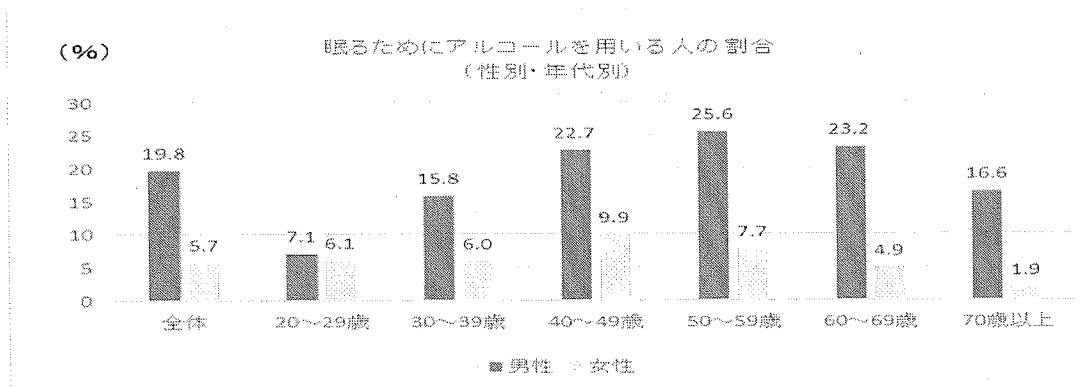


出典：三重労働局 年間安全衛生管理計画集計結果

○ストレスにうまく対処できている人の割合は、平成23（2011）年と同じ69.4%（H28）で変わりません。男性の30～49歳、女性の20～29歳で「できていない」、「どちらかというとできていない」人は3割を上回っています。職業別では、「できていない」、「どちらかというとできていない」人は、生産工程職で33.5%と最も高く、次いで学生の29.0%です。

- 日常生活において孤立感を強く感じている人の割合は、3.1% (H23) から3.4% (H28) と0.3ポイント増加していますが、統計的な有意性はありません。「強く感じる」が3.4%、「やや感じる」が24.5%と両者を合わせると約3割の人が孤立感を感じており、男性の40歳代は38.8%と最も高い状況です。
- 睡眠による休養が十分取れていない人の割合は、25.8% (H23) から26.9% (H28) と1.1ポイント増加していますが、統計的な有意性はありません。男性では、20～59歳で十分とれていない人の割合が約3割を上回り、女性では、20～59歳で約3割の状況です。
- 眠るためにアルコールを用いる人の割合は、13.6% (H23) から12.2% (H28) と1.4ポイント減少していますが、統計的な有意性はありません。性別では、男性が19.8%で女性の約4倍多い状況です。また、男性では、40～69歳でアルコールを用いる人が多く、2割以上です。アルコールを飲む人は、睡眠で休養がとれていない割合が高くなる傾向です。

【評価指標 No. 20】



出典：三重県 平成 28 年度県民健康意識調査

②取組の状況

(情報発信・啓発)

- こころの健康を保つため日常のストレス対処法など県民公開講座を行いました。また、各保健所、市町においても、自殺やうつ、ストレス対処などの研修を行い普及啓発に努めました。
- 自殺対策情報センターのホームページにおいて、自殺者数の動向や相談窓口、支援情報を掲載したパンフレットなどの情報提供を行いました。また、関係機関・団体に対し、メールマガジン（センターだより）にて、自殺対策に関する情報を配信しました。

(人材育成)

- 身近な人が、悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて必要な支援につなげ、見守ることを目的に、メンタルパートナー（ゲートキーパー）を平成 27（2015）年度までに 33,058 名養成しました。また、各保健所において、地域自殺・うつ対策ネットワーク会議を行い、関係機関・団体の連携に努めました。

- 医療・保健・福祉・司法など関係者を対象に相談窓口対応力向上研修を行い、支援者の資質向上を図りました。
- 内科などのかかりつけ医を対象に、うつ病対応力向上研修を毎年1回行いました。また、平成27(2015)年度からの職域でのストレスチェックの導入に伴い、産業医を対象とした研修を行いました。
(環境づくり)
- 平成25(2013)年4月に三重県ひきこもり地域支援センターを開設し、専門相談や家族教室、支援者研修会を実施しました。また、関係機関・団体の連携のため、ひきこもり支援者のネットワーク会議を行いました。

③課題

- 自殺者数は減少傾向にあるものの、40歳未満の自殺死亡率は横ばい傾向であり、引き続き対策の強化が必要です。
- 自殺の背景や要因は健康問題のみならず、経済・生活問題、家庭問題などさまざまであるため、さまざまな分野の関係機関・団体などが連携した包括的な自殺対策の取組が必要です。
- 自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」であることについて、県民の理解を促進することが必要です。また、自殺に対する誤った認識や偏見を払拭し、命や暮らしの危機に陥った場合には誰かに援助を求めることが必要であることについての普及啓発が必要です。
- こころの健康と身体の健康は、関連があることの啓発が必要です。

④今後の進め方

(情報発信・啓発)

- 県民一人ひとりがこころの健康について関心を持ち、うつや自殺について正しく理解し、ストレスや、睡眠の確保に対して適切な対処行動がとれるよう、広く普及啓発を行います。
 - ・県民公開講座やうつ・ストレス・アルコールなどの研修会の実施
- 地域保健と職域保健が連携し、こころの健康づくりに関する研修や健康イベントにおける啓発を行います。
 - ・地域・職域連携会議などの実施や協創による事業の実施
- 自殺は「誰にでも起こり得る危機」であり、自殺に対する誤った認識や偏見をなくすよう普及啓発を行います。
 - ・自殺予防週間(9月10日～9月16日)、自殺対策強化月間(3月)にあわせた啓発の実施
- 三重県自殺対策情報センターが、自殺者数の動向や相談窓口、支援情報を掲載した

パンフレットなどの情報提供を行います。

- ・ホームページの掲載やメールマガジン（センターだより）の配信

（人材育成）

○かかりつけ医を対象に、うつ病などの精神疾患について専門研修などを行います。

- ・かかりつけ医うつ病対応力向上研修の実施

○こころの健康に携わる関係者を対象に、資質向上のための研修会を実施します。

- ・相談窓口対応力向上研修会、自殺未遂支援者研修会の実施
- ・産業保健に関わる人の研修会の実施

（環境づくり）

○医療・保健・福祉・学校などの連携を強化し、包括的な支援を行い自殺予防に努めます。

- ・ネットワーク会議や地域自殺・うつ対策ネットワーク会議の実施

○ひきこもりの本人やその家族が孤立することなく、必要な支援に結びつくよう相談支援を行うとともに、関係機関・団体、医療機関、市町などと連携して、社会参加や自立に向けた支援を行います。

- ・ひきこもり面接相談や家族教室の実施
- ・ひきこもり支援ネットワーク会議の実施

○自殺対策基本法第 13 条第 1 項に基づき、「三重県自殺対策行動計画」を県の自殺対策計画として位置づけ、さまざまな取組を実施しています。平成 30（2018）年度からは、「第 3 次三重県自殺対策行動計画」を展開し、自殺対策の充実を図ります。

目標値の再設定

○自殺死亡率は、「第 3 次三重県自殺対策行動計画」と整合を図り、平成 34（2022）年度の目標値を 13.7 以下とします。

○こころの健康を保持増進するための職場環境づくりに取り組んでいる企業の割合は、平成 32（2020）年度の目標値を 100% に設定しています。平成 34（2022）年度の目標値については、現在検討中です。

No	評価指標	条件	策定時	現目標値	新目標値
14	自殺死亡率 (人口 10 万人あたり)		19.8 (H23)	目標値 16.1 (H28) 直近値 14.9 (H28)	13.7 以下 (H34)
16	こころの健康を保持増進するための職場環境づくりに取り組んでいる企業の割合	従業員 99 人以下	27.8% (H23)	目標値 100% (H32) 直近値 64.2% (H28)	検討中
		従業員 100 人以上	81.5% (H23)	目標値 100% (H32) 直近値 93.2% (H28)	検討中

(5) 栄養・食生活

①評価指標とその進捗状況

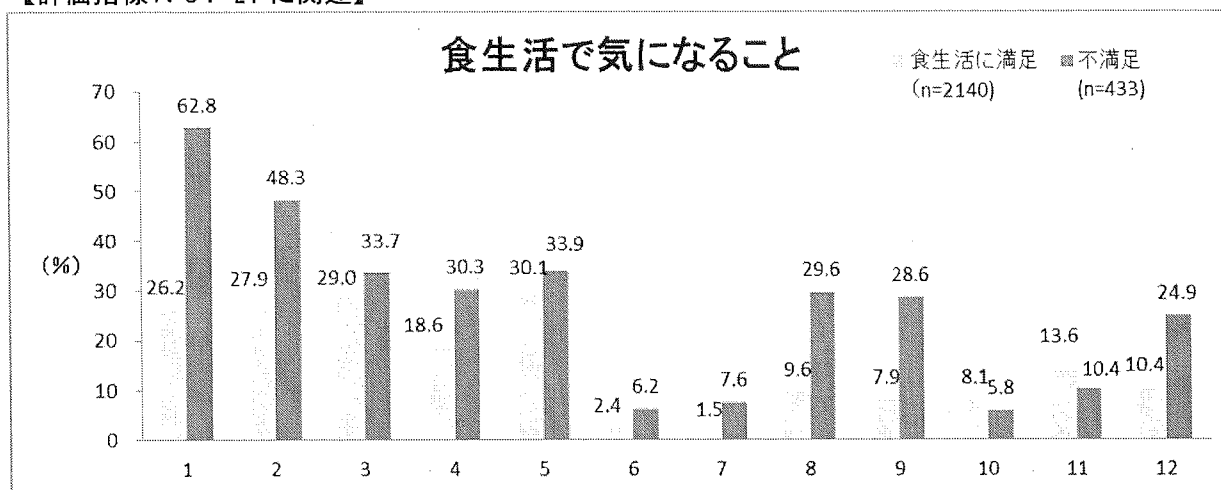
No	評価指標	条件	策定時	調査年 (平成)	直近値	調査年 (平成)	目標値 (H34)	進捗率 (%)	中間 評価
21	自分の食生活に満足している人の割合		65.4%	23	64.7%	28	70.0%	-15	D
22	肥満(BMI25.0以上)、 やせ(BMI18.5未満)の人の割合 (適正体重を維持している人の割合)	肥満傾向にある子ども (6～11歳)	6.6%	23	7.1%	28	5.0%	-31	D
		(12～14歳)	7.6%		7.6%		6.0%	0	C
		(15～18歳)	10.3%		8.8%		8.0%	65	B
		男性(30～49歳)の 肥満者	35.2%	23	28.7%	28	29.0%	105	A
		女性(20～29歳)の やせの人	43.5%		14.3%		30.0%	216	A
		65歳以上の低栄養傾向 (BMI20.0以下)の人	16.0%		15.9%		16.0%	-	A
23	1日あたりの平均脂肪エネルギー比率	30～59歳	26.6%	23	28.0%	28	25.0%	-87	D
24	成人1日あたりの平均食塩摂取量		10.6 g	23	9.7 g	28	8.0 g	35	B
25	成人1日あたりの平均野菜摂取量		278 g	23	244 g	28	350 g	-47	D
26	成人1日あたりの果物摂取量 100g未満の人の割合		52.3%	23	61.8%	28	30.0%	-43	D
27	成人1日あたりの平均カルシウム摂取量		515 mg	23	470 mg	28	600 mg	-53	D
28	1日3食食べている人の割合 (朝食を毎日食べる人の割合)	小学6年生	89.1%	22	87.5%	28	100%	-15	D
		中学3年生	83.1%		84.4%		100%	8	C
		男性(20～39歳)	62.6%	23	58.8%	28	70.0%	-51	D
		女性(20～39歳)	76.5%		75.2%		80.0%	-37	D
29	外食や食品を購入するときに成分表示を 参考にする人の割合	男性	25.2%	23	28.8%	28	50.0%	15	B
		女性	49.7%		49.8%		75.0%	0	C
30	ヘルシーメニューや栄養情報を提供する 飲食店および小売店数 (「健康づくり応援の店」登録数)		392 店	23	422 店	28	500 店	28	B
31	利用者に応じた栄養管理・食育を 実施している給食施設の割合		84.0%	23	89.9%	28	90.0%	98	B
32	共食の割合 (1週間で朝食または夕食を8回以上家族 と一緒に食べる人の割合)		68.0%	23	73.0%	28	75.0%	71	B

中間評価 A 達成している B 改善している C 変わらない D 悪化している E 評価困難

(満足度)

○自分の食生活に満足している人の割合は、65.4% (H23) から 64.7% (H28) に減少しています。進捗率もマイナス 15%と悪化しています。男女とも、若い年代ほど満足していない傾向がみられます。また、食生活に満足していない人は、栄養バランスの偏りが気になる人が多い状況です。

【評価指標No. 21に関連】



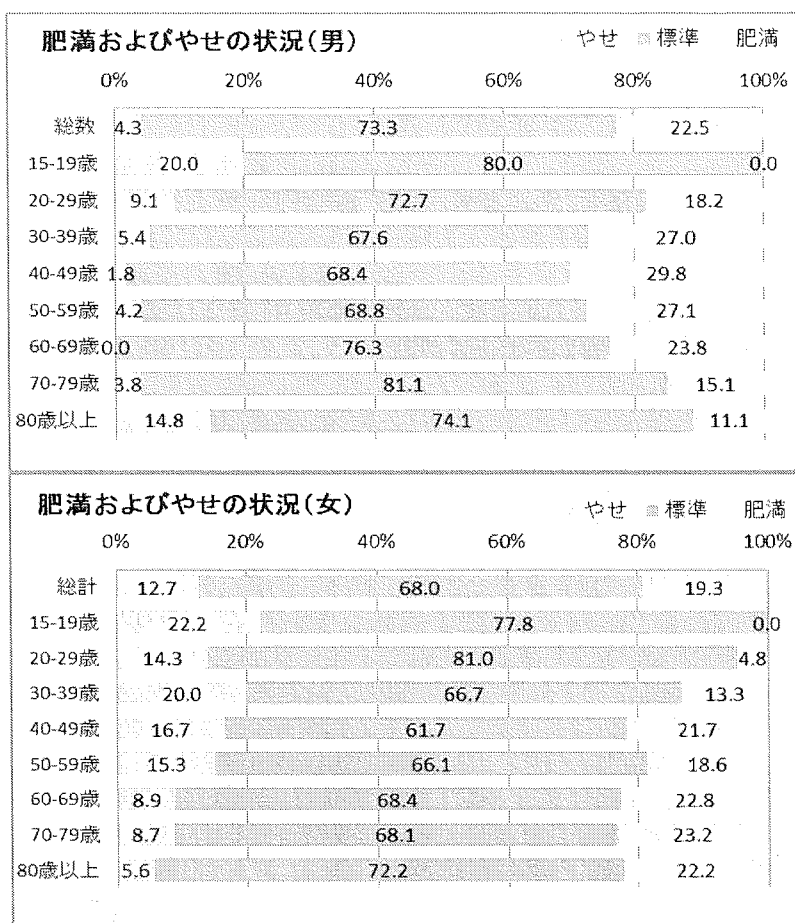
1 栄養バランスの偏り 2 野菜を食べる量 3 塩分の摂取量 4 脂肪の摂り過ぎ
5 食べ過ぎ 6 病気による食事の制限 7 欠食 8 不規則な食事時間
9 外食、弁当、惣菜などの利用 10 食品の表示 11 食の安全 12 食費

出典：三重県 平成 28 年度県民健康意識調査

(身体状況)

- 6～11歳の肥満傾向にある子どもの割合は、6.6% (H23) から 7.1% (H28) と 0.5ポイントの増加ですが、進捗率はマイナス 31%と悪化しています。
- 12～14歳の肥満傾向にある子どもの割合は、平成 23 (2011) 年と同じ 7.6% (H28) で、変わりません。経年的にも、平成 23 (2011) 年以降、わずかに増減はありますが、ほぼ横ばい傾向です。
- 15～18歳の肥満傾向にある子どもの割合は、10.3% (H23) から 8.8% (H28) に減少し改善しています。
- 30～49歳の男性の肥満者の割合は、35.2% (H23) から 28.7% (H28) に減少し、平成 34 (2022) 年度の目標値である 29.0%に達しています。
- 20～29歳の女性のやせの人の割合は、43.5% (H23) から 14.3% (H28) に大きく減少し、平成 34 (2022) 年度の目標値である 30.0%に達しています。

【評価指標No. 22】



出典：三重県 平成 28 年度県民健康・栄養調査

○65 歳以上の低栄養傾向の人の割合は、16.0% (H23) から 15.9% (H28) と 0.1 ポイント減少していますが、大きな変化はみられません。平成 34 (2022) 年度の目標値は、平成 23 (2011) 年の 16.0%を維持することとしているため目標に達しています。

(栄養素摂取状況)

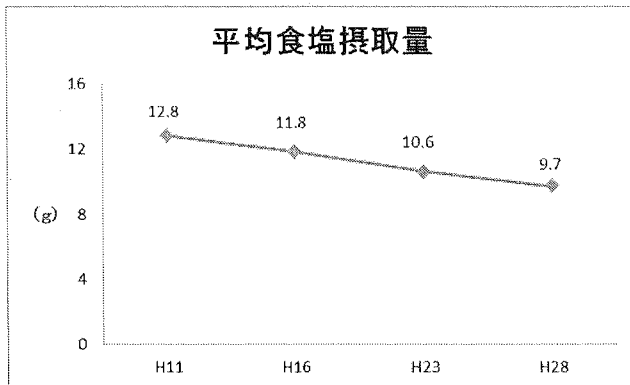
○30～59 歳の 1 日あたりの平均脂肪エネルギー比率は、26.6% (H23) から 28.0% (H28) に増加し悪化しています。20 歳以上において、脂肪エネルギー比率が 25%以上と高い人の割合は、男性 53.1%、女性 60.3%です。年代別でも女性は男性よりも高い傾向です。

○20 歳以上の女性について、「脂肪エネルギー比率の高い群」の食事傾向を、「バランスのよい群」と比較すると、米、いも類、魚介類（加工品含む）の摂取量が少なく、パスタ、肉類（加工品含む）、油脂類の摂取量が多い状況です。

○成人 1 日あたりの平均食塩摂取量は、10.6g (H23) から 9.7g (H28) に減少し改善しています。平成 11 (1999) 年の 12.8g からも着実に減少しています。減塩の意識の高まりは、減塩食品の売り上げの増加にもあらわれています。しかし、平成 34 (2022) 年度の

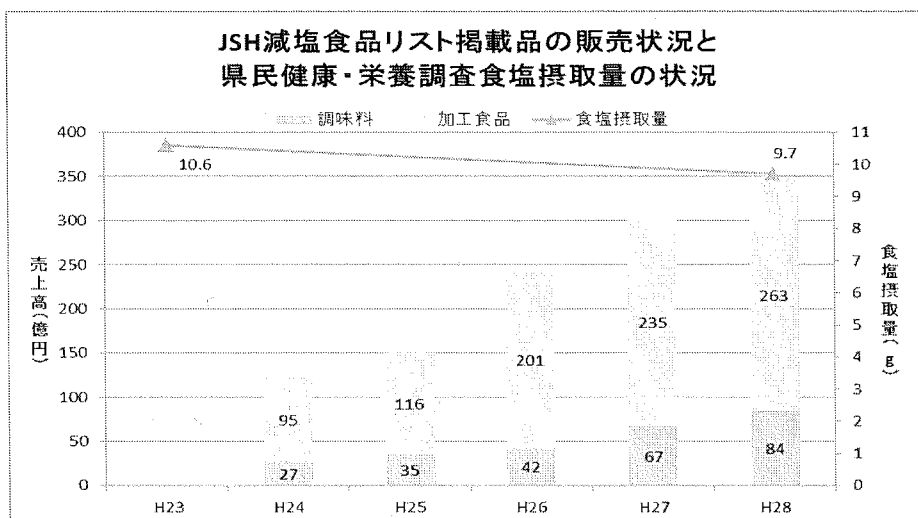
目標値である 8.0g 未満に達していない人の割合は男性 72.2%、女性 59.3%と高く、食塩を摂り過ぎている人が多い状況です。このままの減少率では目標値に達しないことが予想されます。

【評価指標No. 24】



出典：三重県 県民健康・栄養調査

【評価指標No. 24に関連】

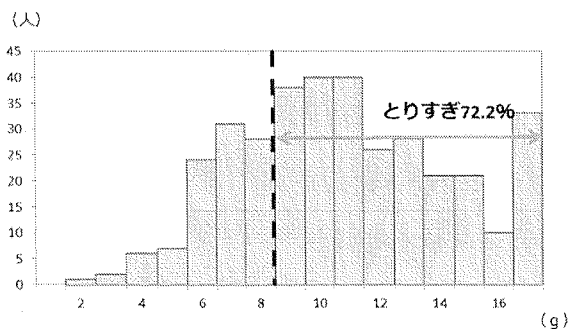


(JSH: 特定非営利活動法人・日本高血圧学会)

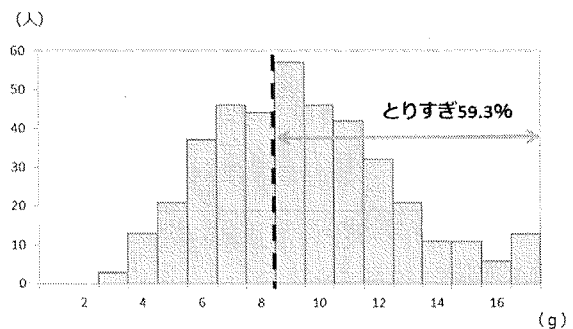
出典：日本高血圧学会ホームページより改変

【評価指標No. 24に関連】

食塩摂取量の分布 (20歳以上男性)



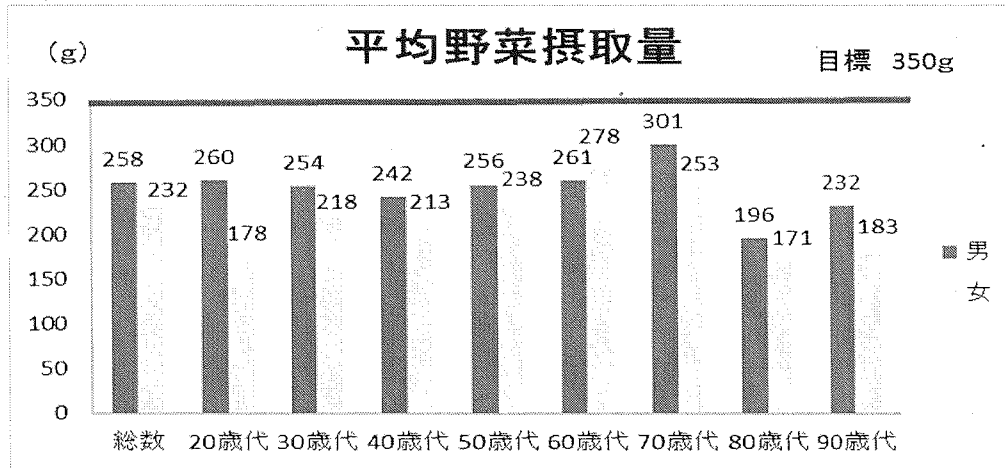
食塩摂取量の分布 (20歳以上女性)



出典：三重県 平成 28 年度県民健康・栄養調査

○成人 1 日あたりの平均野菜摂取量は、278g (H23) から 244g (H28) に減少し悪化しています。全ての年代で平成 34 (2022) 年度の目標値である 350g に達していません。また、男性 79.2%、女性 83.6% が目標値に達していません。特に女性の 20~40 歳代は摂取量が少ない傾向です。

【評価指標 No. 25】



出典：三重県 平成 28 年度県民健康・栄養調査

○成人 1 日あたりの果物摂取量 100g 未満の人の割合は、52.3% (H23) から 61.8% (H28) に増加し悪化しています。若い年代ほど 100g 未満の人の割合が高い傾向です。毎日果物を食べない人の割合は、男性 44.1%、女性 33.3% です。

○成人 1 日あたりの平均カルシウム摂取量は、515 mg (H23) から 470 mg (H28) に減少し悪化しています。平成 11 (1999) 年の 543 mg から減少が続いています。20~49 歳および 80 歳以上の摂取量は、平成 34 (2022) 年度の目標値である 600 mg の 3 分の 2 程度です。

(食習慣)

○朝食を毎日食べる小学 6 年生の割合は、89.1% (H22) から 87.5% (H28) に減少しています。進捗率もマイナス 15% であり、悪化しています。

○朝食を毎日食べる中学 3 年生については、83.1% (H22) から 84.4% (H28) に増加していますが、進捗率は 8% です。

○朝食を毎日食べる 20~39 歳については、男性では、62.6% (H23) から 58.8% (H28) に、女性では 76.5% (H23) から 75.2% (H28) に減少し悪化しています。20 歳以上の男女においては、若い年代ほど「朝食を毎日食べる人」の割合が低い傾向です。

○1 週間で朝食または夕食を 8 回以上家族と一緒に食べる人の割合は、68.0% (H23) から 73.0% (H28) に増加し改善しています。しかし、女性に比べ男性のほうが低い傾向で、特に男性の 20~49 歳では、5 割を下回っています。

○外食や食品を購入するときに成分表示を参考にする人の割合は、男性では 25.2% (H23)

から 28.8% (H28) に増加し改善しています。女性では 49.7% (H23) から 49.8% (H28) と 0.1 ポイントの増加で、ほぼ変わりません。男性に比べ女性のほうが表示を参考にしており、特に 40 歳代、50 歳代の女性で最も高く 5 割を超えています。

(食環境)

- 「健康づくり応援の店」は 392 店 (H23) から 422 店 (H28) に増加しています。しかし、このままの増加では目標値に達しないことが予想されます。
- 利用者に応じた栄養管理・食育を実施している給食施設の割合は、84.0% (H23) から 89.9% (H28) に増加しています。平成 34 (2022) 年度の目標値である 90.0% まで 0.1 ポイントとなっています。

②取組の状況

(情報発信・啓発)

- 県民健康・栄養調査の分析結果およびヘルシーな食生活へのワンポイントアドバイスを県ホームページで発信しました。この結果をもとに、野菜フル 350 事業を新規に立ち上げ、みえの食フォーラムをはじめ、保健所において野菜摂取推進のためのセミナーを実施するなど啓発を行いました。
- 平成 26 (2014) 年度から、みえの食フォーラムにおいて野菜を多く使用した料理コンテスト「健康野菜たっぷり料理グランプリ (ベジー1グランプリ)」を実施し、参加者に対し野菜摂取の必要性を考える機会とするとともに、投票により最優秀賞を決定する県民参加型の取組を行いました。
- 企業、関係機関・団体、医療機関などと連携し、県民健康の日のイベントや医師会主催の教育講演会、市町主催の健康イベント、県立図書館などにおいて、バランスのとれた食生活の啓発を行いました。
- 働く世代の食生活改善のため、企業と連携した「食塩エコ～社員食堂節塩モデル事業～」を行いました。スプレー醤油さしや減塩メニューの導入などにより、減塩しやすい環境づくりに取り組んだ事例を紹介したリーフレットを作成し、保健所の事業所給食施設指導を通じて、企業に実施を促しました。
- 自分に適した食を自ら選択できるよう、県民を対象に栄養成分表示の活用を促す講習会や啓発を行いました。
- 平成 28 (2016) 年 7 月に改訂した「第 3 次三重県食育推進計画」のキャッチフレーズである「赤ちゃんからお年寄りまで みえの地物でみんなで食育」を掲げ、各ライフステージに応じた食育を推進しました。

(人材育成)

- 地域や職域などで食生活改善活動や食育活動がより活発に展開されるよう、取組の核となる人材育成として、管理栄養士・栄養士・調理師などを対象とした研修や、食生活改善推進員への支援などを行いました。

○災害時において、市町栄養士や食生活改善推進員などが、スムーズに食生活支援活動を行うことができるよう、研修会や検討会を実施しました。

(環境づくり)

○外食や中食（なかしょく）でもバランスのとれた食事を選択できるよう、飲食店などと連携し、栄養成分表示やヘルシーメニューを提供する「健康づくり応援の店」を登録し、県が推進するさまざまな健康情報の発信を行いました。

○三重県栄養士会と連携し、糖尿病をはじめとする生活習慣病予防のための栄養相談会を行いました。

○給食施設指導においては、身体状況調査における肥満ややせの多い事業所などの給食施設に対し、優先的に指導を行い、給食施設における栄養管理の充実や、食育を推進しました。

③課題

○男性の肥満については、30～60歳代の4人に1人が肥満です。特に、40歳代で肥満割合が29.8%と全年代の中で最も高い状況です。女性については、40歳以上でおよそ5人に1人が肥満です。生活習慣病予防の観点から、引き続き肥満改善をめざした取組が必要です。

○65歳以上の低栄養傾向（BMI 20.0以下）の人の割合は改善していますが、サルコペニア*1、ロコモティブシンドローム*2、フレイル*3のリスクであるやせ予防のために、栄養バランスのよい食事とともに、適度な運動の啓発が必要です。

○食品や栄養素に関する指標は、一部改善していますが、いずれも目標値には達していません。とりわけ20～40歳代は、脂肪エネルギー比が高く、野菜や果物、カルシウムの摂取量が低い傾向で、朝食の摂取と食事バランスの見直しが必要な状況です。これらの年代に向けて積極的にバランスのとれた食事の啓発が必要であり、産業保健や事業所給食とのさらなる連携が必要です。

○女性については、加齢に伴う女性ホルモンの低下とカルシウム不足により骨量の減少が懸念されます。積極的にカルシウム源となる食品を摂取することの啓発が必要です。

○県民の健康・栄養状況として、県民健康・栄養調査の結果をホームページに掲載していますが、さらにリーフレットなど、各年代の県民に対し、わかりやすい形での情報発信が必要です。

○引き続きさまざまな分野で「食」を支える人材の育成を支援するとともに、多様な関係者が連携した取組を進めるための体制整備が必要です。

○「健康づくり応援の店」の増加を図るとともに、店からの健康情報発信の強化が必要です。

○食品表示法が平成27（2015）年4月に施行され、機能性表示食品の制度が創設されるとともに、加工食品に栄養成分表示が義務づけられ、平成32（2020）年4月からは完全施

行となります。食品の選択肢が増加する中、生活習慣病の予防や健康増進の視点で、自ら表示を確認する習慣をつけ、自分に適した食品を選択できるような啓発が必要です。

○災害時に対する食生活支援活動については、行政や食生活改善推進員などの意識は高まりつつありますが、今後は、具体的な行動に結びつける取組が必要です。

- | | | |
|-----|--------------|---|
| * 1 | サルコペニア | 加齢に伴って、筋肉量が減少し、筋力や身体機能が低下した状態 |
| * 2 | ロコモティブシンドローム | 筋肉量の減少などによって運動器である関節、骨、筋肉の機能が衰えて介護のリスクが高まる状態 |
| * 3 | フレイル | 加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能など）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態 |

④今後の進め方

(情報発信・啓発)

- 生活習慣病予防や重症化予防のため、県民一人ひとりが自分の適正体重を知り、「肥満」や「やせ」の改善に向けて、朝食の摂取と適切な食事バランスを実践することができるよう、課題の多い20～40歳代を中心に、各年代にあわせた普及啓発を行います。
- 食生活に対する満足度の向上を図るため、栄養士会や調理師会、食生活改善推進協議会などの地域で活動しているさまざまな関係機関と連携し、野菜や果物、牛乳・乳製品の積極的な摂取を促します。さらに減塩の取組が地域に浸透するよう働きかけます。
 - ・健康野菜たっぷり料理グランプリ（ベジー1グランプリ）による啓発
 - ・高校や大学の文化祭などを通じた若い世代に向けた啓発
 - ・スーパーマーケット、飲食店などを通じた幅広い世代に向けた啓発
 - ・給食施設巡回指導を通じた関係職員や施設利用者への啓発
 - ・社員食堂での減塩活動支援の実施
 - ・減塩アイデアの募集（家庭編・給食施設編など）
 - ・女性の健康づくり週間（3月1日～3月8日）にあわせたカルシウムアップの啓発
 - ・食育月間（6月）、食生活改善普及月間（9月）における集中的な啓発
 - ・県民や食品関連事業者への食品表示講習の実施
- 県民の食生活の状況について、定期的に調査、分析、評価を行い、その結果について広く周知を図ります。
 - ・ホームページでの調査結果公表や、リーフレットなどを活用した、県民の健康および食生活の状況についての情報提供

(人材育成)

○地域や職域において、食生活改善活動や食育活動が活発に展開されるよう、県民の「食」に関わる人材の育成を行います。

- ・県、保健所での連絡会議や研修会の実施
- ・管理栄養士臨地実習指導による、将来地域の栄養改善を担う人材育成の支援

(環境づくり)

○飲食店や給食施設との連携により、働く世代を中心とした食環境の整備に取り組みます。

- ・「健康づくり応援の店」登録の促進と、登録店からの情報発信の強化（インセンティブの検討と啓発媒体などの作成）
- ・事業所などの給食施設に対する減塩や野菜摂取増加につながる好事例の紹介

(6) 身体活動・運動

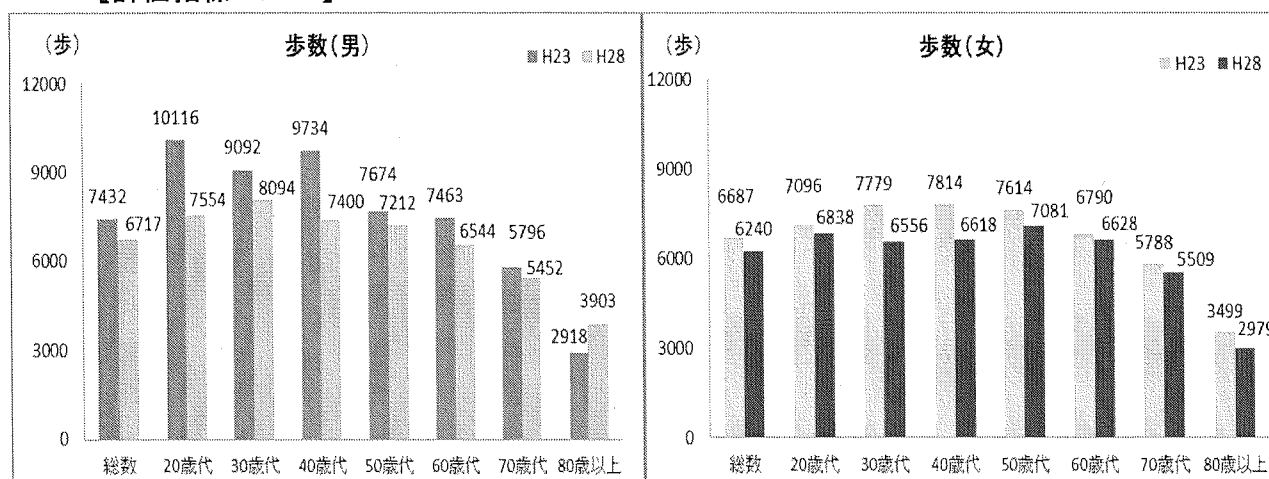
① 評価指標とその進捗状況

No	評価指標	条件	策定時	調査年 (平成)	直近値	調査年 (平成)	目標値 (H34)	進捗率 (%)	中間 評価
33	日常生活における歩数(成人)	男性	7,432 歩	23	6,717 歩	28	8,600 歩	-61	D
		女性	6,687 歩		6,240 歩		7,700 歩	-44	D
34	運動習慣者の割合	男性	35.1 %	23	38.7 %	28	45.0 %	36	B
		女性	26.9 %		30.9 %		37.0 %	40	B
35	ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している県民の割合		17.2 %	23	35.1 %	28	80.0 %	29	B

中間評価 A 達成している B 改善している C 変わらない D 悪化している E 評価困難

○日常生活における歩数は、男性では7,432歩(H23)から6,717歩(H28)に、女性では6,687歩(H23)から6,240歩(H28)に減少し悪化しています。年代別でも男性の80歳以上を除き全ての年代で減少しています。

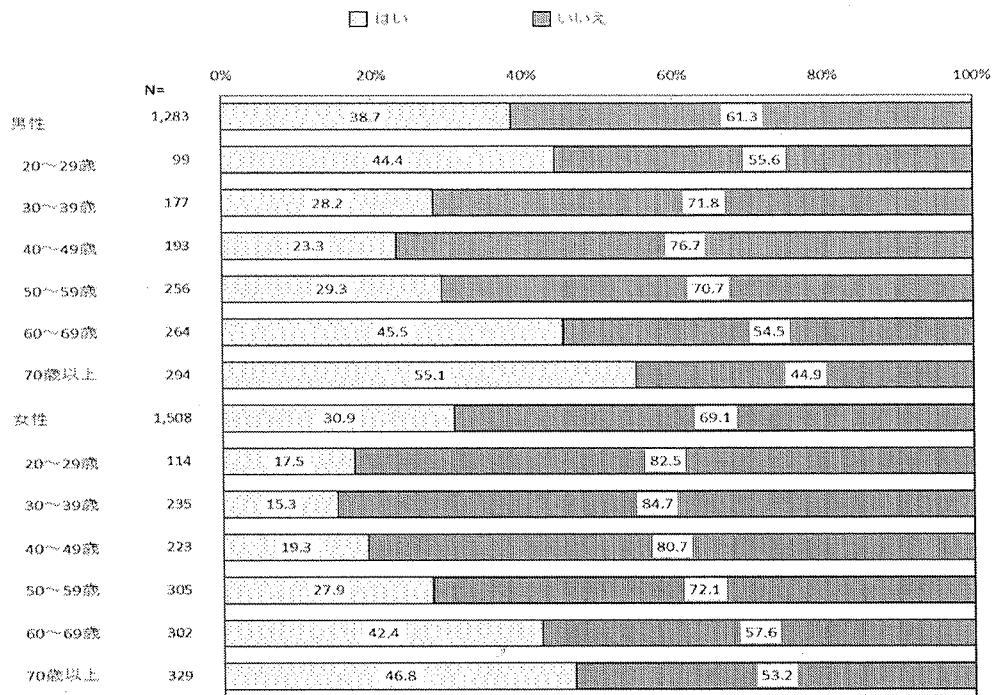
【評価指標No. 33】



出典：三重県 平成28年度県民健康・栄養調査

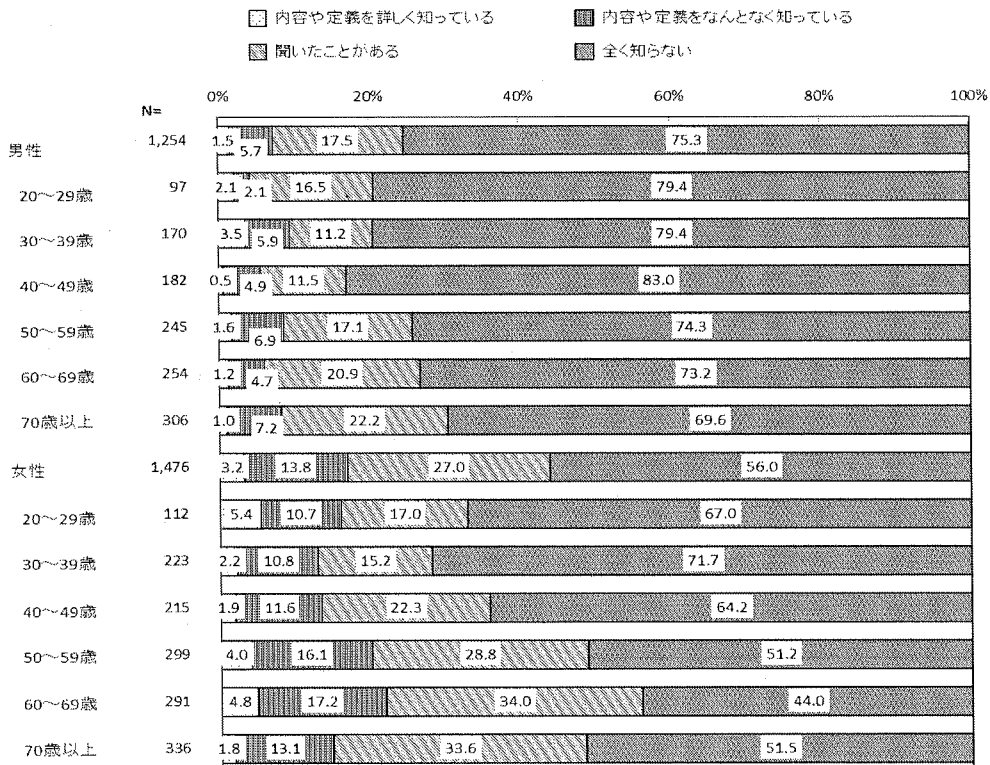
- 運動習慣者の割合は、男性では35.1%(H23)から38.7%(H28)に、女性では26.9%(H23)から30.9%(H28)に増加し改善しています。しかし、男性の30～59歳、女性の20～59歳で運動習慣のない人の割合は7割を超えています。
- ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している県民の割合は、17.2%(H23)から35.1%(H28)に増加し改善しています。女性に比べ男性で「全く知らない」人が多く7割を超えています。

【評価指標 No. 34】 1回30分以上の運動を、週2回以上、1年以上している人の割合



出典：三重県 平成28年度県民健康意識調査

【評価指標 No. 35】 ロコモティブシンドロームを知っている人の割合



出典：三重県 平成28年度県民健康意識調査

②取組の状況

(情報発信・啓発)

- 身体活動や運動の重要性、ロコモティブシンドロームなどの理解が得られるよう、イベントなどを通じて啓発を行いました。
- 鈴鹿医療科学大学と協働し、予防の観点から企業の従業員に対して、ロコモティブシンドローム度チェックを行いました。働く世代のロコモティブシンドローム該当者は、男性より女性のほうが多く、肉類や牛乳・乳製品の摂取頻度が少ない傾向でした。
- 身近なところで運動に取り組めるよう、三重県ウォーキング協会と連携して、県内ウォーキングコースの紹介を行いました。
- 市町においては、体操などを活用しながら、運動の習慣化を図っており、みえの食フォーラムにおいて、地域で体操に取り組む団体の紹介を行いました。

③課題

- 県民の歩数は減少しているため、引き続き運動の重要性を啓発することが必要です。
- 個人で運動習慣を継続するだけでなく、仲間や社会で取り組んでいけるよう、各関係機関・団体の取組などの情報提供を行うことが必要です。
- ロコモティブシンドロームの認知度は増えているものの、定着には至っていません。ロコモティブシンドロームの概念の啓発を行うとともに、その要因となる骨粗しょう症やサルコペニアの予防のため、運動習慣の定着や食生活の改善などの啓発が必要です。

④今後の進め方

(情報発信・啓発)

- 各種イベントなど、あらゆる機会を通じて、運動の重要性やロコモティブシンドロームの概念について啓発を行います。
 - ・健康増進普及月間（9月）における啓発
 - ・市町のイベントなどでの啓発
 - ・県ホームページでの啓発
- 県内のウォーキングコースや運動関連団体などの情報の提供を行います。
 - ・県ホームページでの周知

(7) 喫煙

①評価指標とその進捗状況

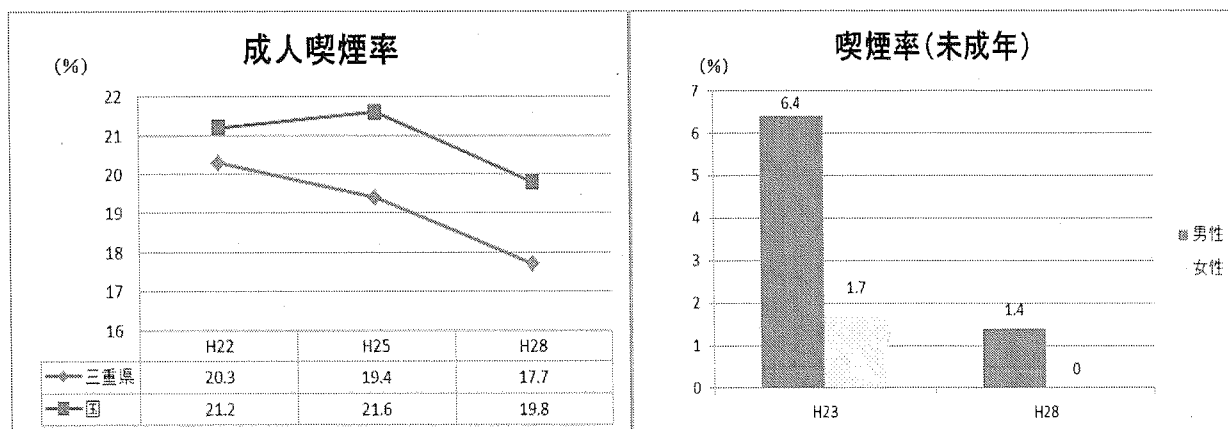
No	評価指標	条件	策定時	調査年 (平成)	直近値	調査年 (平成)	目標値 (H34)	進捗率 (%)	中間 評価
36	喫煙率	成人	20.3%	22	17.7%	28	16.4% (H29)	67	B
		未成年男性 (15~19歳)	6.4%	23	1.4%	28	0%	78	B
		未成年女性 (15~19歳)	1.7%		0%		100	A	
37	公共の場における分煙実施率	県施設	98.6%	23	100%	28	100%	100	A
		市町施設	78.2%		77.4%		100%	-4	C
38	「たばこの煙の無いお店」登録数		242 店	23	428 店	28	750 店	37	B

中間評価 A 達成している B 改善している C 変わらない D 悪化している E 評価困難

○成人の喫煙率は、20.3% (H22) から 17.7% (H28) に減少し改善しています。全国に比べても低い割合ですが、平成 29 (2017) 年度の目標値である 16.4% に達していません。

○未成年男性の喫煙率は、6.4% (H23) から 1.4% (H28) に減少し改善しています。未成年女性では 1.7% (H23) から 0% (H28) に減少し、平成 34 (2022) 年度の目標値である 0% に達しています。

【評価指標 No. 36】



出典：国立がん研究センターがん情報サービス
「がん登録・統計」をもとに作成

出典：三重県 県民健康意識調査

- 公共の場における分煙実施率は、県施設全てにおいて分煙となり、平成 34（2022）年度の目標値である 100%に達しています。市町施設における分煙実施率は、78.2%（H23）から 77.4%（H28）に減少しています。しかし、施設の全体数が減少しており、「分煙施設数」、「分煙できていない施設数」とも減少していることから、「変わらない」と評価します。また、「喫煙室設置」の割合の減少に対し、「敷地内禁煙」の割合が増加しており、より厳格な分煙環境が進んでいます。
- 「たばこの煙の無いお店」の登録数は、242 店（H23）から 428 店（H28）とおおむね目標に沿って増加しています。

②取組の状況

（情報発信・啓発）

- 世界禁煙デー（5月31日）や禁煙週間（5月31日～6月6日）にあわせた街頭啓発の実施や、公共施設などへの啓発ブース設置を通じ、喫煙の害や禁煙に関する情報の提供を行いました。
- 専門学校などにたばこのリーフレットを配布し、生徒に啓発を行いました。
- 地域・職域連携会議において、受動喫煙防止対策について情報交換・意見交換を行いました。
- 市町の協力を得て、たばこに関するアンケート調査を行い、結果を市町にフィードバックしました。

（環境づくり）

- 平成 28（2016）年度末現在、「たばこの煙の無いお店」として 428 店を登録、「たばこの煙のない環境づくり推進事業者」として 5 事業者を認定しました。
- 県有施設でのたばこ対策を推進するため、庁内関係部局と連携して取組を進め、本庁舎および地域総合庁舎において、平成 28（2016）年度から建物内禁煙を実現しました。
- 伊勢志摩サミットの開催を契機に、本県にお越しいただく方々や県民の皆さんに、健康的で快適な環境を提供するため「伊勢志摩サミット受動喫煙ゼロ宣言」を発出し、喫煙環境を表示するステッカーを作成しました。公共施設や飲食店、宿泊施設、公共交通機関などのうち賛同の得られた施設においてステッカーを表示し、受動喫煙を防止する環境整備を行いました。

③課題

- 引き続き喫煙・受動喫煙の害についての啓発が必要です。
- 禁煙したい人が禁煙を実践できる環境づくりを行うため、今後、禁煙支援に関する県内の情報を取りまとめ、情報提供することが必要です。
- 30～50 歳代男性の喫煙率が高いことから働く世代にターゲットを絞った働きかけが必要です。

○飲食店における受動喫煙防止対策を進めるため、「たばこの煙の無いお店」の登録数の増加に向けた取組が必要です。

④今後の進め方

(情報発信・啓発)

○引き続き喫煙・受動喫煙の害について啓発を行います。

- ・世界禁煙デー（5月31日）、禁煙週間（5月31日～6月6日）、健康増進普及月間（9月）などにおける啓発

- ・市町や関係団体主催のイベントなどの機会をとらえた啓発

○働く世代への働きかけを行います。

- ・地域・職域連携会議などを通じた企業と連携した啓発

○禁煙支援に関する情報の提供を行います。

- ・県ホームページへの県内情報の掲載

(環境づくり)

○「たばこの煙の無いお店」の登録数の増加に向け、対象となる店への啓発を行います。

- ・関係団体広報紙への事業内容の掲載

- ・県ホームページでの募集

目標値の再設定

○成人の喫煙率については、「三重県がん対策推進計画(第4期三重県がん対策戦略プラン)」と整合を図り、平成34(2022)年度の目標値を12.0%とします。

No	評価指標	条件	策定時	現目標値	新目標値
36	喫煙率	成人	20.3% (H22)	目標値 16.4% (H29) 直近値 17.7% (H28)	12.0% (H34)

(8) 飲酒

①評価指標とその進捗状況

No	評価指標	条件	策定時	調査年 (平成)	直近値	調査年 (平成)	目標値 (H34)	進捗率 (%)	中間 評価
39	毎日飲酒する人の割合 (飲酒習慣のある未成年の割合)	成人	15.7%	23	15.8%	28	13.3%	-4	C
		未成年 (15~19歳)	9.5%		4.2%		0%	56	B

中間評価 A 達成している B 改善している C 変わらない D 悪化している E 評価困難

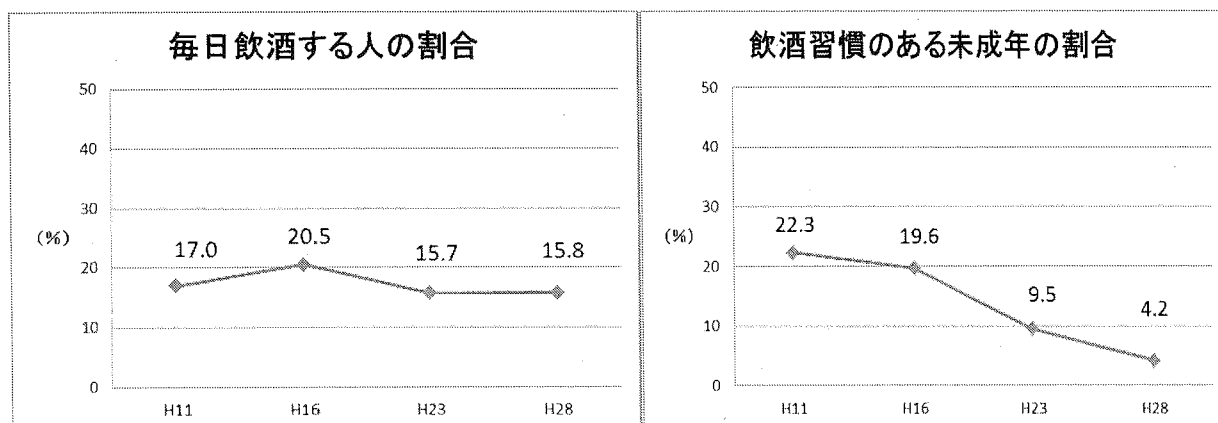
○毎日飲酒する成人の割合は、15.7% (H23) から15.8% (H28) にわずか0.1ポイントの増加で、進捗率も-4%と変わりません。平成11(1999)年からの経年変化についてもほぼ横ばい傾向です。

○男性は40歳以上において、毎日飲む人の割合が30%前後と高い状況です。

○女性は若い年代ほど飲酒習慣がありますが、毎日飲む割合は40~59歳で約1割と他の年代に比べ高い状況です。

○飲酒習慣のある未成年の割合は、9.5% (H23) から4.2% (H28) に減少し改善しています。平成11(1999)年の22.3%からも大きく減少しています。

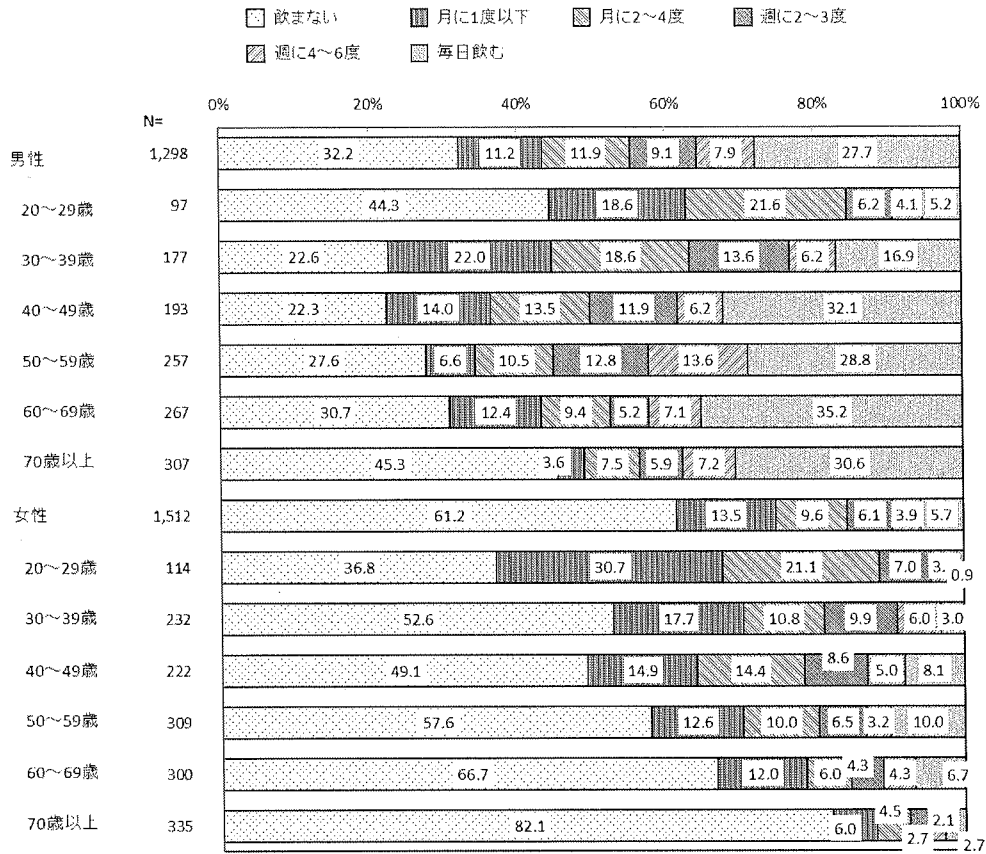
【評価指標No. 39】



出典：三重県 県民健康意識調査

【評価指標No. 39に関連】

年代別飲酒の頻度



出典：三重県 平成 28 年度県民健康意識調査

②取組の状況

(情報発信・啓発)

- アルコールが心身に及ぼす影響や適正飲酒について、イベントや県ホームページにて啓発を行いました。
- アルコールに対する適応性を知り、適正飲酒を心掛けられるよう、大学祭などにおいてアルコールパッチテストを行いました。

(人材育成)

- 飲酒量の多い人に対し、適切な減酒支援が行えるよう、特定健診・特定保健指導実践者育成研修会において、減酒支援についての内容を取りあげ、関係者の指導の質の向上を図りました。

③課題

- 多量飲酒や未成年者の飲酒について引き続き啓発が必要です。
- 平成 29（2017）年 3 月に策定した「三重県アルコール健康障害対策推進計画」の取組と連携が必要です。

④今後の進め方

（情報発信・啓発）

- アルコールが心身の健康に及ぼす影響について広く啓発を行います。
 - ・イベントや県ホームページでの啓発
 - 未成年者の飲酒を防止するため、未成年者への働きかけを行います。
 - ・大学祭などの機会を通じた啓発
 - 中高年層の多量飲酒を防止するため、働く世代に対する啓発を行います。
 - ・地域・職域連携のネットワークを活用した、職域への啓発や研修会の実施
- （人材育成）
- 飲酒量の多い人に対し、適切な減酒支援が行えるよう、支援者の質の向上を図ります。
 - ・特定健診・特定保健指導実践者などを対象とした研修会の実施

(9) 歯・口腔

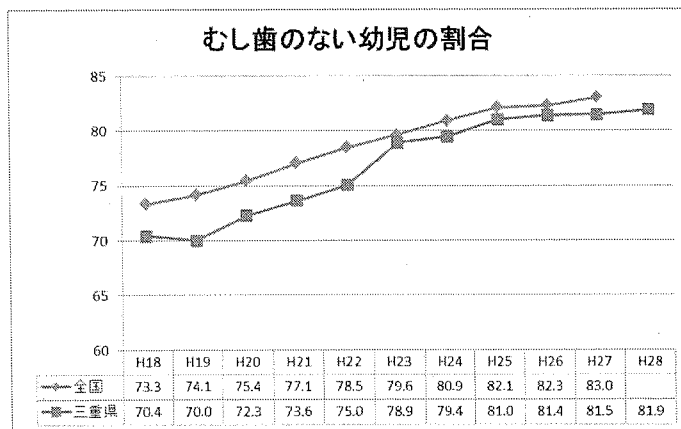
①評価指標とその進捗状況

No	評価指標	条件	策定時	調査年 (平成)	直近値	調査年 (平成)	目標値 (H34)	進捗率 (%)	中間 評価
40	むし歯のない幼児の割合	3歳児	78.3%	23	81.9%	28	90.0%	31	B
41	むし歯のない生徒の割合	12歳児	45.1%	23	58.8%	28	65.0%	69	B
42	進行した歯周疾患を有する人の割合	40～44歳	33.3%	23	28.9%	28	25.0%	53	B
		60～64歳	56.0%		64.0%		45.0%	-73	D
43	自分の歯を多く有する人の割合	60歳(24本以上)	81.3%	23	100.0%	28	85.0%	505	A
		80歳(20本以上)	30.0%		83.3%		50.0%	267	A
44	定期的に歯科検診を受ける成人の割合		35.6%	23	42.0%	28	65.0%	22	B
45	みえ8020運動推進員登録者数		222人	23	342人	28	500人	43	B

中間評価 A 達成している B 改善している C 変わらない D 悪化している E 評価困難

○むし歯のない幼児（3歳児）の割合は、78.3%（H23）から81.9%（H28）に増加し改善しています。また、全国平均に近い数値になっています。

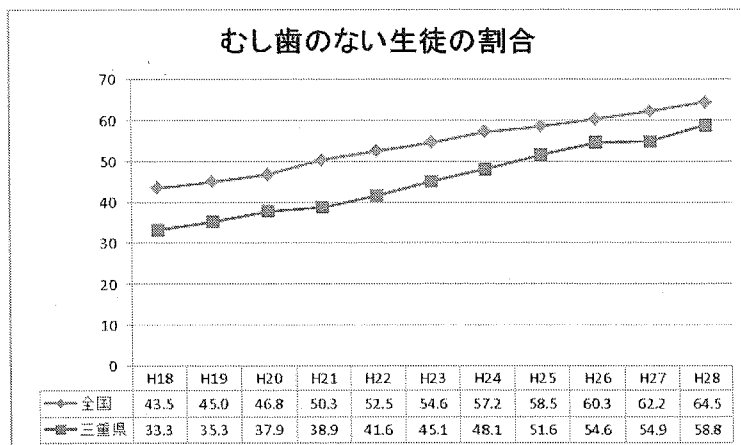
【評価指標No. 40】



出典：平成25年度以前 厚生労働省 3歳児歯科健康診査実施状況
平成26年度以後 厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告

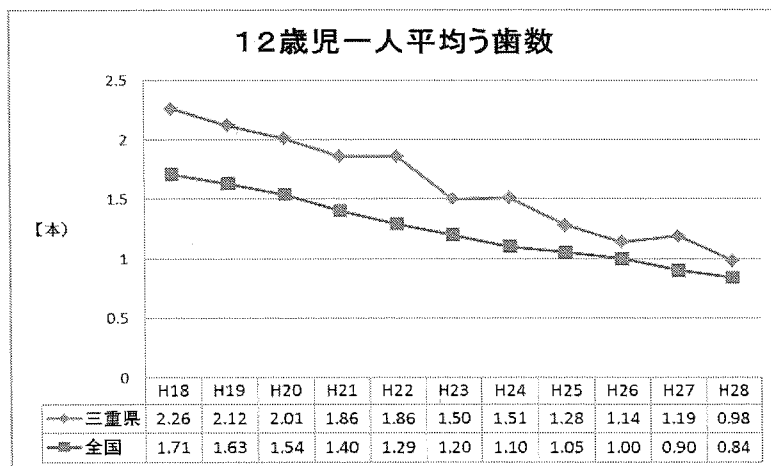
○むし歯のない生徒（12歳児）の割合は、45.1%（H23）から58.8%（H28）に増加し改善しています。また、平成28（2016）年の12歳児の一人平均う歯数は0.98本と全国の0.84本より多い状況ですが減少傾向です。

【評価指標No. 41】



出典：三重県 三重県教育委員会 健康状態調査
 全国 文部科学省 学校保健統計調査

【評価指標No. 41に関連】



出典：三重県 三重県教育委員会 健康状態調査
 全国 文部科学省 学校保健統計調査

○進行した歯周疾患を有する人の割合は、40～44歳では33.3%（H23）から28.9%（H28）に減少し改善しています。一方、60～64歳では56.0%（H23）から64.0%（H28）に増加し悪化しています。

○60歳で自分の歯を24本以上有する人の割合は、81.3%（H23）から100.0%（H28）に増加し、平成34（2022）年度の目標値である85.0%に達しています。

- 80歳で自分の歯を20本以上有する人の割合は、30.0%（H23）から83.3%（H28）に増加し、平成34（2022）年度の目標値である50.0%に達しています。
- 定期的に歯科検診を受ける成人の割合は、35.6%（H23）から42.0%（H28）に増加し改善しています。男女とも年代が高いほど歯科検診を受ける割合が高い傾向です。
- 県民に対して歯科口腔保健の推進を行う「みえ8020運動推進員」登録者数は、222人（H23）から342人（H28）に増加しています。

②取組の状況

（情報発信・啓発）

- むし歯の予防や健全な口腔機能の発育のため、市町の子育て支援センターにおいて、歯みがきの習慣や規則正しい食事・間食の摂り方、よく噛むことなど、歯科疾患予防に望ましい生活習慣の確立をめざして歯科保健指導を行いました。
- 学校を通じて、児童・生徒とその家族に対して、歯と口腔の健康づくりに関する情報発信を行いました。

小学校1年生：6歳臼歯観察カードの配布

高等学校1年生：喫煙と口腔の健康についてのリーフレットの配布

各市町等教育委員会：歯科保健啓発チラシ（いい歯の日（11月8日）、8020推進月間（11月））の配布

- 正しい歯のみがき方、食習慣の改善、フッ化物に関する学習や利用が推進されるよう、学校において歯科保健の講話や歯科保健指導を行いました。
- 児童相談所一時保護所の入所者に対して、歯科健康診査・歯科保健指導を行うとともに、入所者とその周囲の関係者に対して、歯と口腔の健康にとって望ましい習慣を身につけることの重要性について啓発を行いました。
- 気軽に歯と口腔の健康について相談できるよう、市民センターや商店街など県民の身近な場所において健康相談を実施し、歯周病の予防や歯の喪失防止のための望ましい習慣、定期的な歯科受診の重要性などについて啓発を行いました。

（人材育成）

- 学校歯科保健や在宅歯科医療、医科歯科連携推進などに係る研修を実施し、歯科保健医療の充実に向けて人材育成を行いました。
- 地域歯科保健活動の推進のため、「みえ8020運動推進員」を対象に、フッ化物応用研修や地域包括ケア歯科医療従事者養成講座などを行いました。

（環境づくり）

- 各ライフステージにおいて、地域の歯科保健活動に携わる市町や関係機関・団体などが連携し、取組を推進しました。
- 平成25（2013）年度に三重県口腔保健支援センターを設置し、歯科保健対策を総合的に推進する体制を整備しました。また、郡市歯科医師会ごとに地域口腔ケアステーション

を整備し、地域の歯科保健医療を推進しました。

- がん患者医科歯科連携協定を締結し、医科歯科連携会議や研修会の実施をとおして、口腔管理における医療との連携を推進しました。

③課題

- 生涯を通じて歯と口腔の健康を維持していくためには、乳幼児期から食後の歯みがきの実施や規則正しい食事・間食の摂り方、よく噛むことなどを家庭や保育所、幼稚園などにおいて行うことが必要です。
- これまでは保育所、幼稚園などでの実施にとどまっていた集団でのフッ化物洗口を、小学校においても推進することが望ましいです。
- むし歯のない12歳児の割合は増加していますが、全国平均と比較するとむし歯が多い傾向です。学齢期のうちに、むし歯や歯肉炎などの歯科疾患予防につながる生活習慣および自ら適切な歯科治療・歯科検診を受ける習慣の確立が必要です。
- 歯を喪失する原因の一つでもある歯周病の進行や重症化を防ぐためには、早期発見・早期治療が必要です。市町などが実施する歯周病検診が拡充され、受診者が増加するよう取り組むことが必要です。
- 地域包括ケアシステムの構築において、在宅歯科保健医療の提供体制の整備が必要です。
- 地域の歯科保健活動を推進するため、歯科医療関係者や市町、保育所、幼稚園、学校関係者などの人材育成を行うことが必要です。

④今後の進め方

(情報発信・啓発)

- 学校や家庭に対して、歯と口腔の健康づくりに関する情報提供を行います。
 - ・児童・生徒およびその家族を対象とした歯科保健啓発用教材の配布
- 学校や地域の実情に応じて、歯科保健指導の充実による正しい歯みがきの意識づけや確立、食習慣の改善、フッ化物に関する学習や利用が実施されるよう、学校での取組を支援します。
 - ・児童・生徒を対象とした歯科保健指導の実施

(人材育成)

- 歯科保健活動を推進するため、関係者に対し専門性の高い知識の習得や技術向上の研修を行います。
 - ・教育関係者および歯科医療関係者を対象とした歯と口腔の健康づくり研修の実施
 - ・在宅歯科保健医療に関する研修の実施
 - ・医科歯科連携に資する人材育成のための研修の実施
 - ・「みえ8020運動推進員」を対象とした研修の実施

(環境づくり)

- 歯科健康診査や歯科治療時にネグレクト（育児放棄）の可能性のある子どもを早期発見できるように、歯科保健からの児童虐待の早期発見についての啓発を行うとともに、歯科医療関係者と市町や学校、児童相談所などとの連携を進めます。
 - ・歯科医療関係者に対する歯科の視点からの児童虐待予防の周知
 - ・児童相談所一時保護所入所者を対象とした歯科健康診査および歯科保健指導の実施
- 歯周病の進行や重症化を防ぐには早期発見・早期治療が必要であることから、市町において歯周病検診を実施し、受診者が増加するよう支援します。
 - ・市町担当者会議等において歯周病検診実施の促進
 - ・市民センターや病院など、県民の身近な場所における歯科相談および歯科保健指導の実施
- さまざまな内科的疾患を持つ人も、安心して在宅で歯科保健医療サービスができるよう、在宅における歯科保健医療サービスを提供する体制整備を行います。
 - ・郡市歯科医師会ごとに設置した地域口腔ケアステーションの体制整備および機能充実
- 口腔管理の状況が全身の疾患にも影響することから、医科医療機関と歯科医療機関の連携を進めます。
 - ・糖尿病患者などの口腔ケアにおける医科歯科連携の促進
 - ・がん患者の手術前後の口腔管理における医科歯科連携の促進
- みえ歯と口腔の健康づくり条例第12条第1項に基づき、「みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」を県の歯科口腔保健対策計画として位置づけ、さまざまな取組を実施しています。平成30（2018）年度からは、「第2次みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」を展開し、歯科口腔保健対策の充実を図ります。

目標値の再設定

- 自分の歯を多く有する人の割合は、条件として設定した60歳、80歳のみでは調査対象数が極端に少なく、結果に現実との差が生じる可能性があります。このため、60歳を60～64歳に、80歳を80～84歳に広げます。60～64歳については、直近値が81.1%（H28）であり、策定時に設定した85.0%に達していないため、平成34（2022）年度の目標値を85.0%とします。80～84歳については、直近値が65.6%（H28）であり、策定時に設定した50.0%を上回っているため、さらに年間1.0%の増加をめざし、平成34（2022）年度の目標値を70.6%とします。

No	評価指標	条件	策定時	直近値	現目標値
43	自分の歯を多く有する人の割合	60歳 (24本以上)	81.3% (H23)	100.0% (H28)	85.0% (H34)
		80歳 (20本以上)	30.0% (H23)	83.3% (H28)	50.0% (H34)

No	評価指標	新条件	直近値	新目標値
43	自分の歯を多く有する人の割合	60～64歳 (24本以上)	81.1% (H28)	85.0% (H34)
		80～84歳 (20本以上)	65.6% (H28)	70.6% (H34)

(10) 社会環境づくり

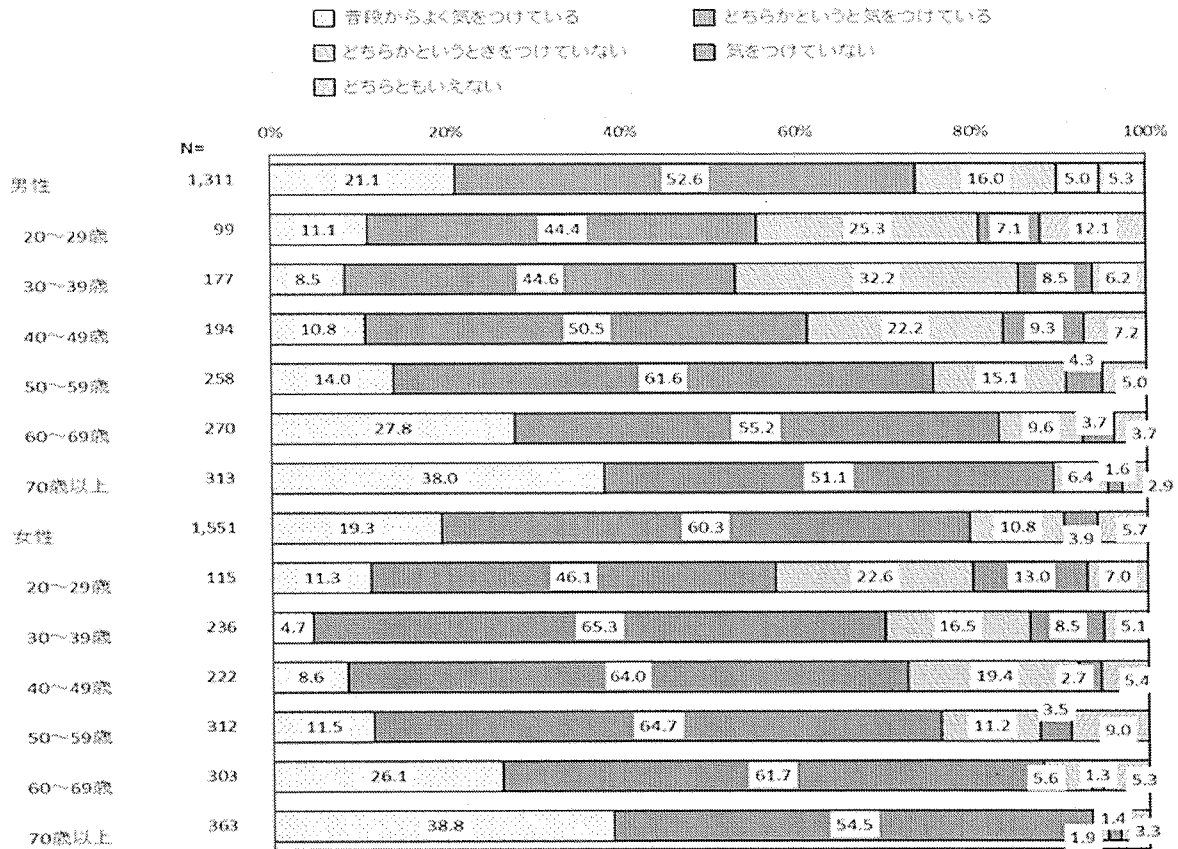
① 評価指標とその進捗状況

No	評価指標	条件	策定時	調査年 (平成)	直近値	調査年 (平成)	目標値 (H34)	進捗率 (%)	中間 評価
46	健康について気をつけている人の割合		72.1%	23	76.9%	28	増加	-	A
47	健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている県民の割合 (ボランティア活動参加割合)		2.3%	23	1.9%	28	7.0%	-9	D
48	健康づくりのための推進団体数 (再掲)	「健康づくり応援の店」	392 店	23	422 店	28	500 店	28	B
		「たばこの煙の無いお店」	242 店		428 店	28	750 店	37	B
49	ワーク・ライフ・バランスに取り組んでいる企業の割合	従業員10人以上 300人未満の県内企業	27.1%	23	43.9%	27	37.0% (H27)	170	A
50	健康増進計画を策定する市町数		19 市町	23	24 市町	28	29 市町	50	B

中間評価 A 達成している B 改善している C 変わらない D 悪化している E 評価困難

- 健康について気をつけている人の割合は、72.1% (H23) から 76.9% (H28) に増加し改善しています。男性に比べ女性で「気をつけている」人の割合が高く、男女とも 60 歳以上で「気をつけている」人の割合が 8 割を超えています。一方、男性の 20~40 歳代、女性の 20 歳代で「気をつけていない」、「どちらかという気をつけていない」人の割合が 3 割以上です。
- 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている県民（健康・医療サービスに関係したボランティア活動をした人）の割合は、2.3% (H23) から 1.9% (H28) に減少し悪化しています。また、全国平均を下回っています。
- 「健康づくり応援の店」は、392 店 (H23) から 422 店 (H28) に増加しています。
- 「たばこの煙の無いお店」は、242 店 (H23) から 428 店 (H28) に増加しています。

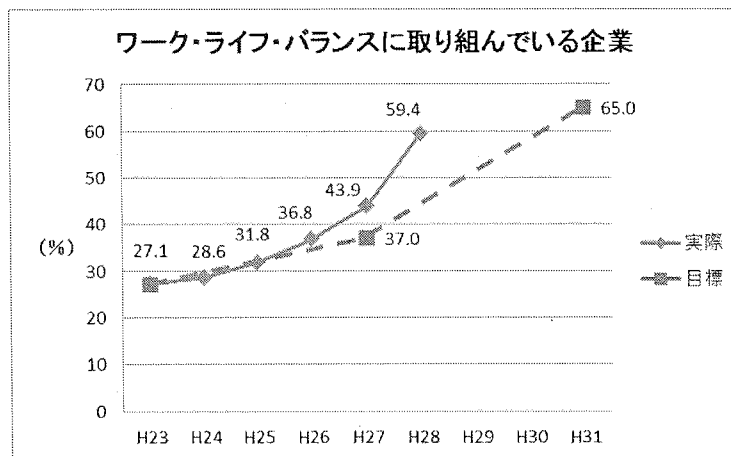
【評価指標 No. 46】 健康について気をつけている人の割合



出典： 三重県 平成 28 年度県民健康意識調査

○ワーク・ライフ・バランスに取り組んでいる企業の割合は、27.1%（H23）から 43.9%（H27）に増加し、平成 27（2015）年度の目標値である 37.0%に達しています。平成 28（2016）年においても、59.4%と増加しています。

【評価指標 No. 49】



出典：三重県内事業所労働条件等実態調査

○健康増進計画を策定する市町数は 19 市町 (H23) から 24 市町 (H28) に増加しています。

②取組の状況

(人材育成)

- 健康づくりに取り組むさまざまな関係者が集い、学び、連携を密にするため、健康づくり研究会を実施し、ソーシャルキャピタル*4を活用した県内外の好事例を紹介しました。
- 地域・職域連携会議を実施し、社会資源の有効活用などの健康づくりの情報を共有したり、働く人のこころの健康づくり研修会などを実施しました。

(環境づくり)

- 平成 28 (2016) 年度末現在、「健康づくり応援の店」として 422 店、「たばこの煙の無いお店」として 428 店を登録しました。
- 平成 28 (2016) 年度末現在、社員の健康づくりに積極的に取り組む「健康づくり推進事業者」として 6 事業者を認定しました。
- M i e L I P *5鳥羽における海岸ウォーキングのリラクゼーション効果検証(潮騒ウォーキングリラックス効果検証)とホームページでの情報発信や、M i e L I P尾鷲における熊野古道・健康ウォーキングツアーの開発など、健康ツーリズムや健康増進プログラム開発などの取組を行いました。
- 三重大学医学部附属病院と連携し、県内に整備されている医療系ネットワークを活用し、大規模災害時における医療情報喪失防止のためのバックアップ体制の構築、地域医療の適切化・均てん化のための医療機関間の切れ目のない連携を目的とし、さらに、収集した医療情報の匿名化による二次利用も念頭に、患者などの医療情報(病名、検査、治療、レセプトなど)を統合した医療情報データベースを構築しているところです。

*4 ソーシャルキャピタル

人びとの協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることができる「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴

(アメリカの政治学者 ロバート・パットナムの定義)

(その特徴を有する組織例：自治会、子ども会、PTA組織、高齢者クラブなど)

*5 M i e L I P (みえライフイノベーション推進センター)

企業などの製品開発を支援する拠点として、平成 25 年 9 月に県内 7 か所に開設

③課題

- 地域の特性に応じてソーシャルキャピタルを活用した健康づくりの取組が展開されるよう、引き続き取組事例の収集や情報提供が必要です。
- 働く世代に健康課題が多いことから、より一層の地域保健と職域保健の連携が必要です。

- MieLIPについては、引き続き鳥羽市や尾鷲市の各運営主体のプロジェクトに対し、国の特区制度や外部資金などの活用による支援を行うことで、医療・健康・福祉産業を戦略的に振興していくことが必要です。
- 平成 29（2017）年 5 月に「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律（次世代医療基盤法）」が公布され、国の認定を受けた者（認定匿名加工医療情報作成事業者）でなければ、医療情報の二次利用を目的とした収集や匿名加工および提供を行うことが不可能となりました。このため、三重大学医学部附属病院などが、企業などによる新薬などの研究開発の促進を目的として医療情報を提供するためには、同病院などが国の認定を受ける必要があることから、認定の要件を満たすために必要なハードおよびソフトの整備などにかかる費用が必要となっています。引き続き、データベースの利活用についての検討が必要です。
- 平成 30（2018）年度から国民健康保険制度改革がある中、保険者や市町が適切かつ効果的な取組を進め、健康づくり・予防、医療費適正化のPDCAサイクルを円滑にまわせるよう支援が必要です。

④今後の進め方

（人材育成）

- 人びとの信頼関係やつながりが強い地域では、健康づくりの取組が継続することで健康状態や健康感が高まり、健康寿命の延伸につながるといわれています。このソーシャルキャピタルを活用した取組事例を学び、意見交換ができる場を提供し、健康づくり関係者の連携を強化します。

- ・「健康づくり研究会」の実施

（環境づくり）

- 個人の健康づくりは、家庭や地域、職場などの社会環境の影響を受けることから、引き続きさまざまな関係者と連携・協力して、県民の健康づくりを支援する環境整備に取り組めます。

- ・「健康づくり応援の店」や「たばこの煙の無いお店」の登録の促進
 - ・「健康づくり推進事業者」や「たばこの煙のない環境づくり推進事業者」の登録の促進
 - ・社員食堂での減塩活動支援の実施

- 個人の自助努力を支援するため市町や企業、関係団体等が健康づくりに取り組む仕組みづくりに取り組めます。

- ・企業へのインセンティブ提供の依頼
 - ・健康マイレージ取組のPRおよび参加の促進
 - ・市町や企業、関係団体等に対する情報交換の場の提供

○地域保健と職域保健が連携し、健康情報の共有や保健事業を実施することにより、生涯を通じた切れ目のない保健サービスを提供します。

- ・地域・職域連携会議などの実施や協創による事業の実施
- ・企業が従業員の健康管理を経営的な視点からとらえた「健康経営」を進められるよう、保険者や働き方改革の関係部署との連携による取組の支援

目標値の再設定

○「みえ県民カビジョン・第二次行動計画」に準じて目標値を設定しており、平成31(2019)年度の目標値を65.0%とします。

No	評価指標	条件	策定時	現目標値	新目標値
49	ワーク・ライフ・バランスに取り組んでいる企業の割合	従業員10人以上 300人未満の県内企業	27.1% (H23)	目標値 37.0% (H27) 直近値 43.9% (H27)	65.0% (H31)

第4章 計画推進のための取組方針

1 今後5年間の取組

今回の中間評価では、進捗状況をふまえた課題と目標達成に向けた今後5年間の進め方を整理しました。

目標達成のため、各分野の取組を強化していくとともに、次の対策を進めていきます。

(1) 生活習慣病予防対策の強化

県内における死亡原因の1位であるがんや、平成26(2014)年患者調査において年齢調整受療率が最も高い糖尿病などの生活習慣病対策が重要です。生活習慣病は、今や健康長寿の最大の阻害要因となるだけでなく、医療費にも大きな影響を与えています。その多くは、日頃の生活習慣の影響も考えられるため、健康な時から心身ともより一層健康な状態に近づけるよう予防が大切です。適正な食生活や運動習慣をはじめ、十分な休養、適正飲酒などの生活習慣の定着のために、健康情報の提供や啓発、および関係者や専門職の人材育成を行い、生活習慣の改善と早期発見のための検診(健診)受診率向上への取組を強化します。

(2) ライフステージに応じた取組の強化

生涯を通じて健康な生活を送ることができるよう、ライフステージに応じた取組を推進し、さまざまな関係者と連携し地域の実情に応じた取組が県内各地で展開されることをめざします。特に、野菜摂取量の少ない20~40歳代女性の食生活改善を中心に、働く世代における地域保健と職域保健の連携、ソーシャルキャピタルをはじめとした社会資源の有効活用など、健康づくりの情報を共有しながらライフステージに応じた各地域の取組を進めます。

(3) 地域全体で取り組む仕組みづくり

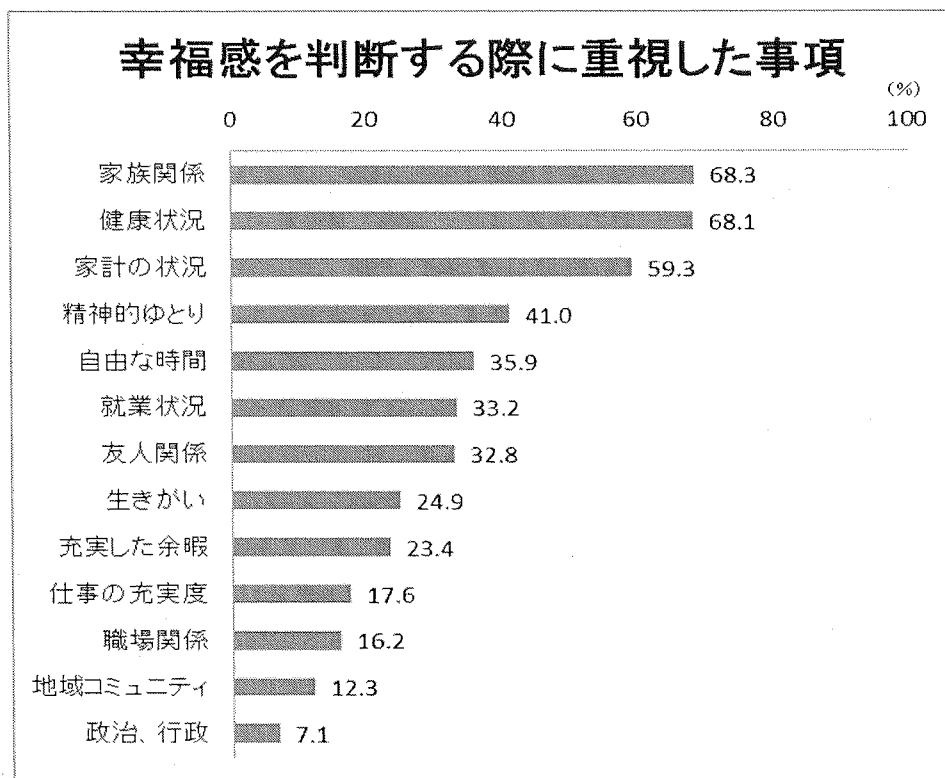
平成30(2018)年度から国民健康保険制度改革により、県が市町と共に国保財政の運営を行うこととなります。県も保険者の一員となるため、これまで各市町単位でしかできなかった被保険者のレセプトデータの収集、利用を県でも行うことが可能となります。市町のニーズに基づきこれらのデータを分析し、市町がより効果的な健康づくりに取り組み、PDCAサイクルを円滑にまわせるよう支援していきます。

また、各市町の予防活動の取組状況により交付金が分配されます。その取組の1つに、個人が健康づくりの第一歩を踏み出すきっかけとなる仕組みである「個人へのインセンティブ提供」があります。具体的には、運動や食事改善、がん検診や特定健診など、県民の健康行動に対し、自治体がポイントを付与し、一定のポイントが貯まると特典が得られる制度です。県内での取組が進むよう既に取り組んでいる市町の好事例を共有し、さらに、企業が従業員の健康管理を経営的な視点からとらえ、積極的に「健康経営」に取り組むことができるよう、地域・職域連携会議などを活用して働きかけ、市町や保険者等関係団体が地域全体で健康づくりに取り組む仕組みづくりを行います。

2 幸福実感を高めるために

平成 29 (2017) 年 1 月から 2 月に実施の「みえ県民意識調査」の結果において、幸福感を判断する際に重視した事項については、「家族関係」が 68.3%で最も高く、次いで「健康状況」の 68.1%となっています。この調査は平成 24 (2012) 年度から毎年実施しており、ほぼ傾向は変わらず、「健康状態」が最も多い年もあります。調査結果からも、幸福感の向上には健康感の向上が重要なことは明らかです。

本県の基本理念である「幸福実感日本一」をめざすためには、さまざまな関係者とともに健康づくりに取り組んでいきます。



出典：三重県 第 6 回みえ県民意識調査 (平成 28 年度)

3 評価および見直し

今後は、現計画の目標達成に向けた、PDCAサイクル (計画、実行、評価、改善) に基づき、進行管理を行っていきます。

評価指標の進捗状況について、年度ごとに把握できるものについては、毎年、現状を確認しながら取組を進め、計画の最終年度である平成 34 (2022) 年度には、目標の達成度を検証・評価し、次期「三重の健康づくり基本計画」に反映していきます。

三重の健康づくり基本計画 評価指標一覧

分野	No	評価指標	条件	策定時	調査年(平成)	直近値	調査年(平成)	目標値(H134)	調査資料
全体目標	1	健康寿命	男性	77.1 歳	22	77.9 歳	27	平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸	健康づくり課試算
			女性	80.4 歳		80.7 歳			
全体目標	2	健康であると感じている人の割合		74.4 %	23	73.3 %	28	増加	県民健康意識調査
がん	3	がんによる年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	75歳未満	78.5 (全国平均 83.1)	23	75.2 (全国平均 78.0)	27	全国平均よりもマイナス10%以上	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」
がん	4	市町事業におけるがん検診受診率	乳がん	20.8 %	22	37.8 %	26	50.0 %	地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)
			子宮頸がん	26.7 %		54.2 %		50.0 %	
			大腸がん	20.5 %		30.0 %		50.0 %	
			胃がん	8.0 %		9.8 %		50.0 %	
			肺がん	20.2 %		23.0 %		50.0 %	
糖尿病	5	特定健診受診率・特定保健指導実施率	特定健診	44.3 %	22	53.0 %	27	70.0 %	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(厚生労働省)
			特定保健指導	12.1 %		17.5 %		45.0 %	
糖尿病	6	糖尿病の可能性を否定できない人HbA1c(NGSP値6.0～6.5%未満)の割合	男性(40～49歳)	—	28	4.3 %	28	3.9 %	特定健診データ(三重県国民健康保険団体連合会)
			男性(50～59歳)	—		8.2 %		7.4 %	
			男性(60～69歳)	—		13.8 %		12.4 %	
			女性(40～49歳)	—		2.0 %		1.8 %	
			女性(50～59歳)	—		6.3 %		5.7 %	
			女性(60～69歳)	—		12.1 %		10.9 %	
糖尿病	7	糖尿病が強く疑われる人HbA1c(NGSP値6.5%以上)の割合	男性(40～49歳)	—	28	5.2 %	28	減少	特定健診データ(三重県国民健康保険団体連合会)
			男性(50～59歳)	—		10.7 %		減少	
			男性(60～69歳)	—		12.6 %		減少	
			女性(40～49歳)	—		1.4 %		減少	
			女性(50～59歳)	—		3.9 %		減少	
			女性(60～69歳)	—		6.8 %		減少	
糖尿病	8	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数		—	(10万人あたり11.1人)	206人	27	減少	わが国の慢性透析療法の実現(日本透析医学会)
循環器	9	脂質異常症有病者(LDLコレステロール値140mg/dl以上の人)推定率	男性(40～74歳)	26.4 %	22	22.3 %	27	19.8 %	特定健診データ(三重県国民健康保険団体連合会)
			女性(40～74歳)	36.0 %		31.8 %		27.0 %	
循環器	10	高血圧症有病者(収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上の人)推定率	男性(40～74歳)	31.9 %	22	29.3 %	27	24.9 %	特定健診(三重県国民健康保険団体連合会)
			女性(40～74歳)	28.8 %		26.0 %		21.6 %	
循環器	11	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)予備群の割合	男性(40～74歳)	28.7 %	23	27.9 %	28	21.5 %	県民健康・栄養調査
			女性(40～74歳)	8.6 %		6.0 %		6.5 %	
循環器	12	虚血性心疾患年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	男性	39.7	23	32.0	27	34.3	三重県人口動態
			女性	16.1		12.5		14.4	
循環器	13	脳血管疾患年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	男性	45.4	23	37.3	27	38.2	三重県人口動態
			女性	27.4		23.2		25.1	
こころ	14	自殺死亡率(人口10万人あたり)		19.8	23	14.9	28	13.7以下	人口動態統計(厚生労働省)
こころ	15	気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている人の割合	20歳以上	10.5 %	22	9.5 %	28	9.2 %	国民生活基礎調査(3年毎)
こころ	16	こころの健康を保持増進するための職場環境づくりに取り組んでいる企業の割合	従業員99人以下	27.8 %	23	64.2 %	28	検討中 %	年間安全衛生管理計画集計結果(三重労働局)
			従業員100人以上	81.5 %		93.2 %		検討中 %	
こころ	17	ストレスにうまく対処できる人の割合		69.4 %	23	69.4 %	28	増加	県民健康意識調査
こころ	18	日常生活において孤立感を強く感じる人の割合		3.1 %	23	3.4 %	28	減少	県民健康意識調査
こころ	19	睡眠による休養が十分取れていない人の割合		25.8 %	23	26.9 %	28	減少	県民健康意識調査
こころ	20	眠るためにアルコールを用いる人の割合		13.6 %	23	12.2 %	28	減少	県民健康意識調査

分野	No	評価指標	条件	策定時	調査年(平成)	直近値	調査年(平成)	目標値(H34)	調査資料
栄養	21	自分の食生活に満足している人の割合		65.4%	23	64.7%	28	70.0%	県民健康意識調査
栄養	22	肥満(BMI25.0以上)、やせ(BMI18.5未満)の人の割合(適正体重を維持している人の割合)	肥満傾向にある子ども(6~11歳)	6.6%	23	7.1%	28	5.0%	健康状態調査(教育委員会)
			(12~14歳)	7.6%		7.6%		6.0%	
			(15~18歳)	10.3%	23	8.8%	28	8.0%	県民健康・栄養調査
			男性(30~49歳)の肥満者	35.2%		28.7%		29.0%	
			女性(20~29歳)のやせの人	43.5%		14.3%		30.0%	
65歳以上の低栄養傾向(BMI20.0以下)の人	16.0%	15.9%	16.0%	県民健康・栄養調査					
栄養	23	1日あたりの平均脂肪エネルギー比率	30~59歳	26.6%	23	28.0%	28	25.0%	県民健康・栄養調査
栄養	24	成人1日あたりの平均食塩摂取量		10.6g	23	9.7g	28	8.0g	県民健康・栄養調査
栄養	25	成人1日あたりの平均野菜摂取量		278g	23	244g	28	350g	県民健康・栄養調査
栄養	26	成人1日あたりの果物摂取量100g未満の人の割合		52.3%	23	61.8%	28	30.0%	県民健康・栄養調査
栄養	27	成人1日あたりの平均カルシウム摂取量		515mg	23	470mg	28	600mg	県民健康・栄養調査
栄養	28	1日3食食べている人の割合(朝食を毎日食べる人の割合)	小学6年生	89.1%	22	87.5%	28	100%	全国学力・学習状況調査(文部科学省)
			中学3年生	83.1%		84.4%		100%	
			男性(20~39歳)	62.6%	23	58.8%	28	70.0%	県民健康意識調査
			女性(20~39歳)	76.5%		75.2%		80.0%	
栄養	29	外食や食品を購入するときに成分表示を参考にしている人の割合	男性	25.2%	23	28.8%	28	50.0%	県民健康意識調査
			女性	49.7%		49.8%		75.0%	
栄養	30	ヘルシーメニューや栄養情報を提供する飲食店および小売店数(「健康づくり応援の店」登録数)		392店	23	422店	28	500店	健康づくり課調査
栄養	31	利用者に応じた栄養管理・食育を実施している給食施設の割合		84.0%	23	89.9%	28	90.0%	給食施設チェック表(3点満点)
栄養	32	共食の割合(1週間で朝食または夕食を8回以上家族と一緒に食べる人の割合)		68.0%	23	73.0%	28	75.0%	e-モニター(H23) 県民健康意識調査(H28)
運動	33	日常生活における歩数(成人)	男性	7,432歩	23	6,717歩	28	8,600歩	県民健康・栄養調査
			女性	6,687歩		6,240歩		7,700歩	
運動	34	運動習慣者の割合	男性	35.1%	23	38.7%	28	45.0%	県民健康意識調査
			女性	26.9%		30.9%		37.0%	
運動	35	ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している県民の割合		17.2%	23	35.1%	28	80.0%	e-モニター(H23) 県民健康意識調査(H28)
たばこ	36	喫煙率	成人	20.3%	22	17.7%	28	12.0%	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」
			未成年男性(15~19歳)	6.4%		23		1.4%	
			未成年女性(15~19歳)	1.7%	0%		0%	県民健康意識調査	
たばこ	37	公共の場における分煙実施率	県施設	98.6%	23	100%	28	100%	健康づくり課調査
			市町施設	78.2%		77.4%		100%	
たばこ	38	「たばこの煙の無いお店」登録数		242店	23	428店	28	750店	健康づくり課調査
アルコール	39	毎日飲酒する人の割合(飲酒習慣のある未成年の割合)	成人	15.7%	23	15.8%	28	13.3%	県民健康意識調査
			未成年(15~19歳)	9.5%		4.2%		0%	
歯	40	むし歯のない幼児の割合	3歳児	78.3%	23	81.9%	28	90.0%	3歳児歯科健康診査実施状況(H23)(厚生労働省) 地域保健・健康増進事業報告(H26)(厚生労働省)
歯	41	むし歯のない生徒の割合	12歳児	45.1%	23	58.8%	28	65.0%	三重県健康状態調査(教育委員会)
歯	42	進行した歯周疾患を有する人の割合	40~44歳	33.3%	23	28.9%	28	25.0%	県民歯科疾患実態調査
			60~64歳	56.0%		64.0%		45.0%	
歯	43	自分の歯を多く有する人の割合	60~64歳(24本以上)	—%	23	81.1%	28	85.0%	県民歯科疾患実態調査
			80~84歳(20本以上)	—%		65.6%		70.6%	
歯	44	定期的に歯科検診を受ける成人の割合		35.6%	23	42.0%	28	65.0%	県民健康意識調査
歯	45	みえ8020運動推進員登録者数		222人	23	342人	28	500人	健康づくり課調査
社会	46	健康について気をつけている人の割合		72.1%	23	76.9%	28	増加	県民健康意識調査
社会	47	健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている県民の割合(ボランティア活動参加割合)		2.3%	23	1.9%	28	7.0%	社会生活基本調査(総務省統計局)
社会	48	健康づくりのための推進団体数(再掲)	「健康づくり応援の店」	392店	23	422店	28	500店	健康づくり課調査
			「たばこの煙の無いお店」	242店		428店		750店	
社会	49	ワーク・ライフ・バランスに取り組んでいる企業の割合	従業員10人以上300人未満の県内企業	27.1%	23	43.9%	27	65.0%(H31)	(県内事業所賃金実態調査)三重県内事業所労働条件等実態調査に名称変更
社会	50	健康増進計画を策定する市町数		19市町	23	24市町	28	29市町	健康づくり課調査

別冊9

M I E - N E T (救急患者搬送情報共有システム)
構築事業の評価報告書

平成29年12月

特定非営利活動法人 三重緊急医療情報管理機構

三 重 県

【目 次】

1	M I E-N E T（救急患者搬送情報共有システム）について	
（1）	目的	1
（2）	システムの概要	1
2	システムの開発状況について	
（1）	システム開発および運用に係る経緯	3
（2）	運用状況の評価に係る経緯	3
（3）	システムの運用実績	4
（4）	システムに要した経費	6
3	システムの運用結果および評価について	
（1）	評価の方法	8
（2）	運用結果	
①	中勢伊賀地域	9
②	伊勢志摩地域	16
（3）	評価	
①	システム導入効果	18
②	システム運用方法	19
③	システム運用経費	21
（4）	まとめ	
①	中勢伊賀システム	22
②	伊勢志摩システム	23
4	ICTを活用した救急患者搬送情報共有システムの今後のあり方について	
（1）	他県におけるICTを活用したシステムの運用状況について	24
（2）	本県におけるICTを活用した救急患者搬送情報共有システムの今後のあり方について	27
（3）	モデル運用を通じて顕在化した課題と今後のシステムの検討のために行うべき取組	27

【参考資料】

資料1：アンケート調査結果

（システム参加医療機関、システム参加消防機関） 29

資料2：救急業務において活用されるICT（情報通信技術）の標準的な

機能について（平成25年9月13日 消防庁救急企画室長通知） 39

1 MIE-NET（救急患者搬送情報共有システム）について

(1) 目的

救急搬送において、受入医療機関が速やかに決定しない事案が全国各地で発生しています。本県においても、救急隊から医療機関への照会回数が十数回に及ぶ受入医療機関選定困難事案が発生している状況にあり、救急搬送および受入の状況は依然として厳しい状況にあります。

こうした状況の中、消防法が平成 21 年に改正され、県は、現状の医療資源を前提に消防機関と医療機関との連携体制を強化し、受入医療機関選定困難事案の発生をなくすとともに、医学的観点から傷病者の状況に応じた質の高い適切な搬送および受入体制を構築するための基準として「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」（以下「実施基準」という。）を策定し、体制構築を進めてきたところです。

また、近年の情報伝達技術の発達により、救急現場における傷病者情報を、救急隊と医療機関がリアルタイムで共有できるネットワークシステムが開発されており、他の都道府県において受入医療機関選定困難事案の解決策として活用されています。

本県においても、以下の①～③の課題を解決するための一つ的手段として、平成 23 年 11 月に策定した三重県地域医療再生計画（拡充分）において、「MIE-NET 構築事業」を進めることとしました。当該事業では、救急現場からの傷病者情報を医療機関とリアルタイムに共有できるネットワークを構築することとし、県内全域への展開を想定して、2つのモデル地域において、それぞれの地域の実情をふまえ、異なるシステムの開発を行いました。

（本県における救急搬送における課題）

- ①救急出動件数、搬送人員が増加していること
- ②救急現場から医療機関までの収容時間が長時間化していること
- ③重症傷病者の受入照会回数が多いこと

（地域医療再生計画（拡充分）における目標設定）

大目標	重症傷病者の受入困難事案の低減による搬送時間の短縮
数値目標	重症傷病者の受入医療機関照会回数 4 回以上の事案を 30% 低減

(2) システムの概要

本県の救急医療体制は、個々の救急医療機関の機能や輪番制等により、地域ごとに異なる体制が構築されています。そのため、受入医療機関選定困難事案の発生状況も地域ごとに異なるものとなっていることから、以下の2つの地域をモデル地域として、地域の実情に応じたシステムを開発しました。

① 中勢伊賀地域

複数の医療機関に救急隊からの患者情報を一斉に伝達し、医療機関の応需情報をもとに早期に搬送先が決定できるシステムを開発しました。

また、搬送時間の短縮や受入医療機関照会回数の低減に係る定量的な効果に加え、患者の病態等の詳細情報を入力することにより、救急隊活動の事後検証への活用を可能とし、地域の救急医療体制の質の向上につなげる効果を想定しています。

地域の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・中勢地域は、救急活動における救急車内の傷病者の滞在時間が長時間化しており、重症傷病者の受入照会回数が多い状況 ・伊賀地域は、搬送先が輪番制等によりほぼ固定している状況
指標	<ul style="list-style-type: none"> a) 救急車の現場到着から病院到着までの平均所要時間の短縮 b) 救急車の平均現場滞在時間の短縮 c) 重症傷病者の受入照会回数の低減
システムの概要	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車からは、タブレット端末で傷病者情報（バイタル、症候、疑い疾患など）と救急車の動態情報（覚知、現地到着、現場出発、病院到着の時刻など）をボタンのタップにより入力 ・病院側からは、タブレット端末やパソコン等から診療科別の応需情報を入力 ・この二つの情報により、搬送可能な医療機関を選定
端末の配備状況	全救急車および通信指令（津市消防本部 15 台、伊賀市消防本部 9 台、名張市消防本部 6 台）、15 病院（三重大学医学部附属病院、国立病院機構三重病院、二次救急輪番病院）

② 伊勢志摩地域

救急隊から医療機関に救急車の位置や患者情報をいち早く伝達し、医療機関における早期の処置につなげるシステムを開発しました。

なお、輪番制が構築され、搬送先となる医療機関が限定的なことから、搬送時間の短縮や照会回数の低減は主たる目的とはしていません。

地域の状況	搬送先が傷病者の状況等に関わらず、輪番制等によりほぼ固定している状況
指標	急性心筋梗塞事例の病院到着から冠動脈再開通までの所要時間の短縮
システムの概要	<ul style="list-style-type: none"> ・タブレット端末により、救急車の動態情報（覚知、現地到着、現場出発、病院到着の時刻など）を入力（ボタンのタップにより入力） ・また、必要に応じ、心電図や事故現場の画像等を送信 ・疑い疾患や症候など、傷病者情報も入力できるシステムではあるが、当該地域においては輪番制等により、診療科ごとに搬送先が明確になっていることから、入力は行っていない。

端末の配備状況	全救急車（伊勢市消防本部 9 台、鳥羽市消防本部 3 台、志摩広域消防組合消防本部 6 台）、伊勢赤十字病院
---------	--

2 システムの開発状況について

(1) システム開発および運用に係る経緯

平成 23 年 11 月	三重県地域医療再生計画(拡充分)策定 救急現場からの傷病者情報に基づき、二次および三次救急医療機関が、リアルタイムかつ多対多で共有できるネットワークをモデル的に構築することを決定
平成 24 年 5 月	事業の進め方に関する関係者協議 三重大学医学部附属病院、伊勢赤十字病院と県との協議により以下の方針を確認 ・三重大学医学部附属病院や伊勢赤十字病院の医師、三重大学の教授等で構成する特定非営利活動法人 三重緊急医療情報管理機構を設立し事業実施主体とすること ・中勢伊賀地域、伊勢志摩地域をモデル地域として実施すること
平成 25 年 8 月	中勢伊賀地域、伊勢志摩地域別に異なるシステムの採用を決定 各地域特性に合わせた2つの異なるシステムを採用することを決定し、システム整備を開始
平成 26 年度	デモ運用開始 中勢伊賀システムは9月から、伊勢志摩システムは6月からそれぞれデモ運用を開始
平成 27 年度	モデル運用開始 ・中勢伊賀システムについては、輪番時間外のみで運用を開始 ・伊勢志摩システムについては、伊勢市、志摩市の一部救急車(鳥羽市は全救急車)に端末を配備し運用を開始
平成 28 年度	モデル運用の拡大 ・中勢伊賀システムについては、津地域において全時間帯での運用を開始 ・伊勢志摩システムについては、伊勢市、志摩市、鳥羽市の全救急車に端末を配備し運用を開始

(2) 運用状況の評価に係る経緯

平成 29 年 3 月	運用状況に係る評価 システムの運用状況に係る評価を実施し、県議会常任委員会(3月8日)へ報告 第1回「MIE-NET」検証会議(3月24日、29日)
平成 29 年6月～7月	第2回「MIE-NET」検証会議(6月23日、7月5日) モデル運用に係る今後の対応方針を説明
平成 29 年7月	平成 29 年度第1回三重県医療審議会救急医療部会(7月14日) 「MIE-NET」のモデル運用に係る今後の対応方針を説明
平成 29 年7月～8月	運用方法の改善 ・中勢伊賀システムについて、運用方法の改善(入力項目を減)により運用

	・モデル地域関係市医療担当部局(6市)へ今後の対応方針を説明
平成 29 年9月	個別ヒアリングとアンケートの実施 ・システム参加消防本部(6)、システム参加医療機関(15)、モデル地域関係市医療担当部局へ個別ヒアリングを実施 ・システム参加消防本部(6)、システム参加医療機関(15)へアンケートを実施
平成 29 年 10 月	第3回「MIE-NET」検証会議(10月10日、11日) 評価報告書(素案)報告
平成 29 年 10 月	平成 29 年度第2回三重県医療審議会救急医療部会(10月20日) 評価報告書(素案)審議
平成 29 年 11 月	平成 29 年度第3回三重県医療審議会救急医療部会(11月16日) 評価報告書(案)審議
平成 29 年 12 月	県議会常任委員会(12月11日) 評価報告書の報告
平成 30 年2月 ～3月(予定)	三重県救急搬送・医療連携協議会 評価報告書の報告

(3) システムの運用実績

① 中勢伊賀地域

受入医療機関が多数あることで、搬送可能な医療機関の選定に時間を要していることから、指標である「a) 救急車の現場到着から病院到着までの平均所要時間の短縮」、「b) 救急車の平均現場滞在時間の短縮」、「c) 重症傷病者の受入照会回数の低減」について、システム導入前(平成 25 年度)と、導入後(平成 27、28、29 年度)の状況を取りまとめました。

なお、平成 28 年度までは、特に重症傷病者の搬送時において、救急隊が傷病者の情報をリアルタイムで入力できていない状況でした。

このことから、消防機関、医療機関、市医療部局と対応を協議の上、救急隊の入力項目を必要最小限(救急車の動態情報、疑い疾患)とし、平成 29 年 7 月～8 月の 1 か月間の運用を行い、「d) 救急隊のリアルタイム入力率」についても把握することとしました。

a) 救急車の現場到着から病院到着までの平均所要時間 (平成 29 年度については、4 月 1 日～8 月 31 日)

	津市消防本部		伊賀市消防本部		名張市消防本部	
	全搬送	うち重症	全搬送	うち重症	全搬送	うち重症
H25 年度	33 分 8 秒	34 分 57 秒	37 分 26 秒	42 分 36 秒	35 分 25 秒	40 分 35 秒
H27 年度	33 分 56 秒	35 分 55 秒	38 分 40 秒	44 分 3 秒	34 分 2 秒	37 分 32 秒
H28 年度	33 分 14 秒	33 分 57 秒	35 分 57 秒	41 分 27 秒	34 分 1 秒	38 分 39 秒
H29 年度	32 分 20 秒	32 分 45 秒	35 分 4 秒	38 分 19 秒	32 分 31 秒	33 分 54 秒

b) 救急車の平均現場滞在時間

(平成 29 年度については、4 月 1 日～8 月 31 日)

	津市消防本部		伊賀市消防本部		名張市消防本部	
	全搬送	うち重症	全搬送	うち重症	全搬送	うち重症
H25 年度	18 分 6 秒	18 分 0 秒	19 分 25 秒	20 分 0 秒	17 分 52 秒	18 分 28 秒
H27 年度	19 分 15 秒	18 分 57 秒	18 分 19 秒	17 分 56 秒	17 分 34 秒	17 分 12 秒
H28 年度	18 分 24 秒	17 分 27 秒	16 分 16 秒	17 分 5 秒	17 分 50 秒	17 分 16 秒
H29 年度	17 分 37 秒	16 分 5 秒	14 分 46 秒	14 分 13 秒	16 分 19 秒	16 分 39 秒

c) 傷病者の受入照会回数

(平成 29 年度については、4 月 1 日～8 月 31 日)

全搬送

	津市消防本部		伊賀市消防本部		名張市消防本部	
	4 回以上	11 回以上	4 回以上	11 回以上	4 回以上	11 回以上
H25 年度	1,267 件 (9.6%)	86 件 (0.7%)	36 件 (0.8%)	1 件 (0.0%)	96 件 (2.8%)	6 件 (0.2%)
H27 年度	1,209 件 (9.2%)	71 件 (0.5%)	60 件 (1.5%)	2 件 (0.0%)	57 件 (1.8%)	5 件 (0.2%)
H28 年度	859 件 (6.2%)	19 件 (0.1%)	51 件 (1.2%)	0 件 (0%)	75 件 (2.2%)	2 件 (0.1%)
H29 年度	314 件 (5.6%)	7 件 (0.1%)	34 件 (1.2%)	1 件 (0.0%)	13 件 (1.0%)	0 件 (0%)

重症傷病者搬送

	津市消防本部		伊賀市消防本部		名張市消防本部	
	4 回以上	11 回以上	4 回以上	11 回以上	4 回以上	11 回以上
H25 年度	100 件 (8.8%)	8 件 (0.7%)	3 件 (0.7%)	0 件 (0%)	11 件 (2.9%)	0 件 (0%)
H27 年度	90 件 (7.6%)	6 件 (0.5%)	10 件 (2.2%)	0 件 (0%)	6 件 (1.4%)	1 件 (0.0%)
H28 年度	62 件 (5.1%)	1 件 (0.1%)	4 件 (1.0%)	0 件 (0%)	9 件 (2.3%)	0 件 (0%)
H29 年度	15 件 (3.8%)	0 件 (0%)	3 件 (0.9%)	0 件 (0%)	0 件 (0%)	0 件 (0%)

d) 救急隊のリアルタイム入力率

(入力項目削減前：救急車の動態情報、疑い疾患、バイタル等傷病者の詳細情報)

平成 28 年 7 月 15 日～8 月 15 日 9.8% (対象件数 1,285 件)

(入力項目削減後：救急車の動態情報、疑い疾患)

平成 29 年 7 月 15 日～8 月 15 日 89.2% (対象件数 1,081 件)

② 伊勢志摩地域

搬送先となる医療機関が、医療機関の状況によりほぼ限定的なことから、システムの導入により、搬送可能な医療機関の選定時間や照会回数に係る効果はありません。

そのため、医師の指示に基づき早期の処置および搬送につなげる観点から、指標とした「急性心筋梗塞事例の病院到着から冠動脈再開通までの所要時間の短縮」について取りまとめました。

・急性心筋梗塞事例の病院到着から冠動脈再開通までの所要時間の短縮

所要時間 90 分以内の割合			
日勤帯 (8:30～17:00)	導入前	71%→	導入後 73%
夜間帯 (17:00～8:30)	導入前	33%→	導入後 55%

(4) システムに要した経費 (平成 25～28 年度)

① 中勢伊賀地域

年度	補助金額 (千円)	備考
平成 25 年度	49,985	システム整備費 (地域医療再生基金、10/10 補助)
平成 26 年度		デモ運用期間であり、支出なし
平成 27 年度	24,335	システム運営費 (地域医療介護総合確保基金、10/10 補助) 23,094 千円、医療機関応需補助金 1,241 千円 (地域医療介護総合確保基金、定額)
平成 28 年度	24,335	システム運営費 (地域医療介護総合確保基金、10/10 補助) 23,094 千円、医療機関応需補助金 1,241 千円 (地域医療介護総合確保基金、定額)
合計	98,655	

② 伊勢志摩地域

年度	補助金額 (千円)	備考
平成 25 年度	40,561	システム整備費（地域医療再生基金、10/10 補助）
平成 26 年度		デモ運用期間であり、支出なし
平成 27 年度	967	システム運営費（地域医療介護総合確保基金、10/10 補助）
平成 28 年度	1,264	システム運営費（地域医療介護総合確保基金、10/10 補助）
合計	42,792	

③ 特定非営利活動法人 三重緊急医療情報管理機構への補助

年度	補助金額 (千円)	備考
平成 27 年度	157	システム運営に係る事務経費（地域医療介護総合確保基金、1/2 補助）
平成 28 年度	127	システム運営に係る事務経費（地域医療介護総合確保基金、1/2 補助）
合計	284	

3 システムの運用結果および評価について

(1) 評価の方法

MIE-NETについては、2つのモデル地域において、地域の実情に応じたシステムを開発していることから、モデル地域ごとに、評価を行うこととします。

システムの導入による効果だけではなく、システムの操作に関する業務負担や運用コスト等も含めた、救急医療行政全体の観点から行う必要があります。

このことから、評価項目については、以下のとおりとします。

(評価項目)

- ア システム導入効果（搬送時間の短縮等）
- イ システム運用方法（端末操作および既存の消防指令システムとの関連等）
- ウ システム運用経費（初期投資およびランニングコスト等）

また、総合的に評価を行うため、モデル地域における医療機関、消防本部へのヒアリングおよびアンケート調査を実施しました。

(2) 運用結果

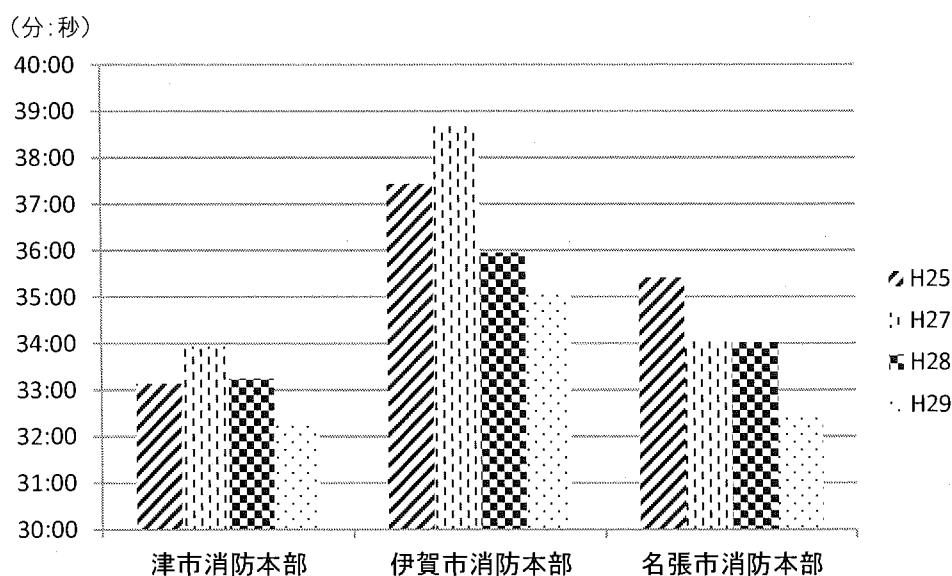
① 中勢伊賀地域

ア システム導入効果（搬送時間の短縮等）

平成 26 年度はデモ運用、平成 27 年度からは輪番時間外のみモデル運用、平成 28 年度からは津市消防本部のみモデル運用の全時間帯への拡大を行っています。

このことから、システム導入前の平成 25 年度と導入後の平成 27、28、29 年度との比較を行っています。

(ア) 救急車の現場到着から病院到着までの平均所要時間 (全搬送)

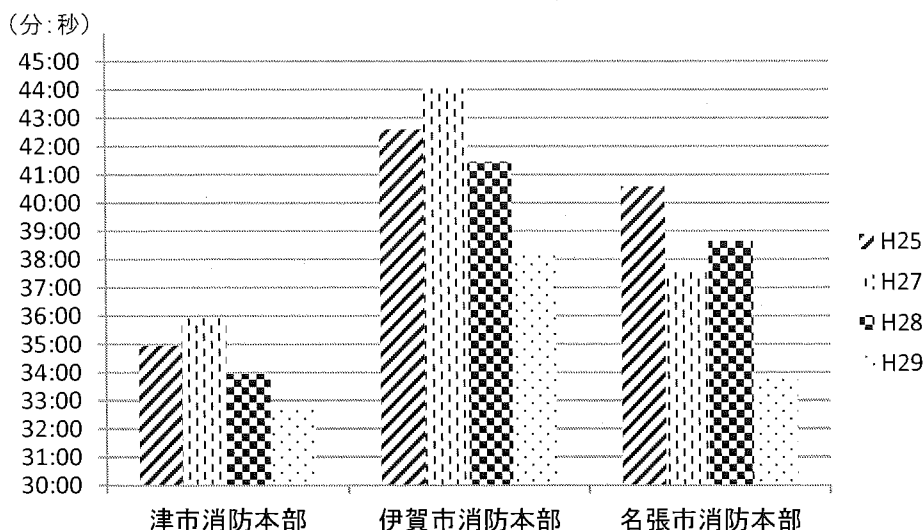


※平成 29 年度は 4 月 1 日から 8 月 31 日まで

- ・津市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の現場到着から病院到着までの平均所要時間が 33 分 8 秒であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 33 分 56 秒、運用を全時間帯に拡大した平成 28 年度は 33 分 14 秒に増加し、平成 29 年度は 32 分 20 秒に減少しています。
- ・伊賀市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の現場到着から病院到着までの平均所要時間が 37 分 26 秒であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 38 分 40 秒に増加し、平成 28 年度は 35 分 57 秒、平成 29 年度は 35 分 4 秒に減少しています。
- ・名張市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度は現場到着から病院到着までの平均所要時間が 35 分 25 秒であったことに対し、

モデル運用開始後の平成 27 年度では 34 分 2 秒、平成 28 年度では 34 分 1 秒、平成 29 年度では 32 分 31 秒に減少しています。

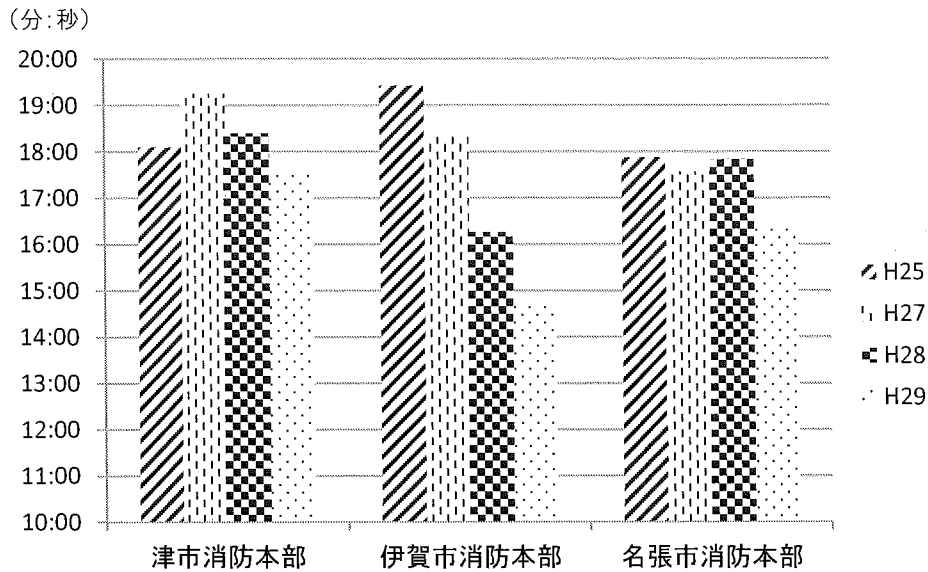
(重症傷病者搬送)



※平成 29 年度は 4 月 1 日から 8 月 31 日まで

- ・津市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の現場到着から病院到着までの平均所要時間が 34 分 57 秒であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 35 分 55 秒に増加し、運用を全時間帯に拡大した平成 28 年度は 33 分 57 秒、平成 29 年度は 32 分 45 秒に減少しています。
- ・伊賀市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の現場到着から病院到着までの平均所要時間が 42 分 36 秒であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 44 分 3 秒に増加し、平成 28 年度は 41 分 27 秒、平成 29 年度は 38 分 19 秒に減少しています。
- ・名張市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の現場到着から病院到着までの平均所要時間が 40 分 35 秒であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 37 分 32 秒、平成 28 年度は 38 分 39 秒、平成 29 年度は 33 分 54 秒に減少しています。

(イ) 平均現場滞在時間
(全搬送)

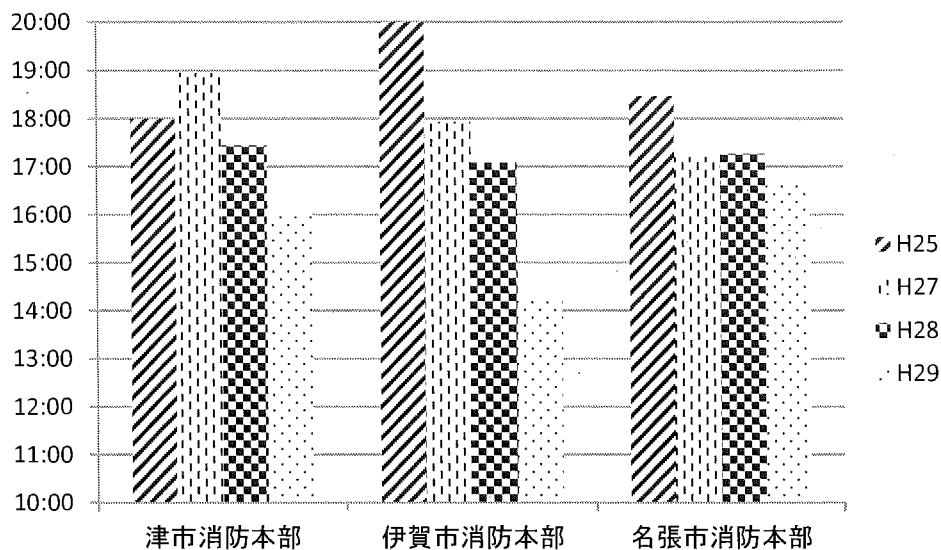


※平成 29 年度は 4 月 1 日から 8 月 31 日まで

- ・津市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の平均現場滞在時間が 18 分 6 秒であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 19 分 15 秒、運用を全時間帯に拡大した平成 28 年度は 18 分 24 秒に増加し、平成 29 年度は 17 分 37 秒に減少しています。
- ・伊賀市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の平均現場滞在時間が 19 分 25 秒であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 18 分 19 秒、平成 28 年度は 16 分 16 秒、平成 29 年度は 14 分 46 秒に減少しています。
- ・名張市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の平均現場滞在時間が 17 分 52 秒であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 17 分 34 秒に減少し、平成 28 年度は 17 分 50 秒とほぼ横ばい、平成 29 年度は 16 分 19 秒に減少しています。

(重症傷病者搬送)

(分:秒)



※平成 29 年度は 4 月 1 日から 8 月 31 日まで

- ・津市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の平均現場滞在時間が 18 分 0 秒であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 18 分 57 秒に増加し、運用を全時間帯に拡大した平成 28 年度は 17 分 27 秒、平成 29 年度は 16 分 5 秒に減少しています。
- ・伊賀市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の平均現場滞在時間が 20 分 0 秒であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 17 分 56 秒、平成 28 年度は 17 分 5 秒、平成 29 年度は 14 分 13 秒に減少しています。
- ・名張市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の平均現場滞在時間が、18 分 28 秒であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 17 分 12 秒、平成 28 年度は 17 分 16 秒、平成 29 年度は 16 分 39 秒に減少しています。

(ウ) 傷病者の受入照会回数

(全搬送)

- ・津市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の受入照会回数 4 回以上の割合が 9.6%であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 9.2%、運用を全時間帯に拡大した平成 28 年度は 6.2%、平成 29 年度は 5.6%に減少しています。

また、平成 25 年度の受入照会回数 11 回以上の割合が 0.7%であった

ことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 0.5%、運用を全時間帯に拡大した平成 28 年度は 0.1%、平成 29 年度は 0.1%に減少しています。

- ・伊賀市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の受入照会回数 4 回以上の割合が 0.8%であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 1.5%、平成 28 年度は 1.2%、平成 29 年度は 1.2%に増加しています。

また、平成 25 年度の受入照会回数 11 回以上の割合が 0.0% (1 件)であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 0.0% (2 件)、平成 28 年度は 0% (0 件)、平成 29 年は 0.0% (1 件) であり、件数が少なくモデル運用の効果はわかりません。

- ・名張市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年の受入照会回数 4 回以上の割合が 2.8%であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は、1.8%、平成 28 年度は 2.2%、平成 29 年度は 1.0%に減少しています。

また、平成 25 年度の受入医療機関照会回数 11 回以上の割合が 0.2%であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 0.2%とほぼ横ばいであり、平成 28 年度は 0.1%、平成 29 年度は 0%に減少しています。

(重症傷病者搬送)

- ・津市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の受入医療機関照会回数 4 回以上の割合が 8.8%であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 7.6%、運用を全時間帯に拡大した平成 28 年度は 5.1%、平成 29 年度は 3.8%に減少しています。

また、平成 25 年度の受入医療機関照会回数 11 回以上の割合が 0.7%であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 0.5%、運用を全時間帯に拡大した平成 28 年度は 0.1%、平成 29 年度は 0% (0 件)に減少しています。

- ・伊賀市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の受入医療機関照会回数 4 回以上の割合が 0.7%であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 2.2%、平成 28 年度は 1.0%、平成 29 年度は 0.9%に増加しています。

また、受入医療機関照会回数 11 回以上の割合はモデル運用開始前の平成 25 年度、モデル運用開始後の平成 27 年度、平成 28 年度、平成 29 年度いずれも 0% (0 件) であり、モデル運用の効果はわかりません。

- ・名張市消防本部においては、モデル運用開始前の平成 25 年度の受入医療機関照会回数 4 回以上の割合が 2.9%であったことに対し、モデル運用開始後の平成 27 年度は 1.4%、平成 28 年度は 2.3%、平成 29 年度は 0%（0 件）に減少しています。

また、受入医療機関照会回数 11 回以上の割合はモデル運用開始前の平成 25 年度、モデル運用開始後の平成 27 年度は、0.0%（1 件）、平成 28 年度、平成 29 年度いずれも 0%（0 件）であり、モデル運用の効果はわかりません。

イ システム運用方法（端末操作および既存の消防指令システムとの関連等）

※消防本部および医療機関のアンケートやヒアリング結果をもとに作成

(ア) システム操作

ア) 救急隊のデータ入力

- ・システムへの入力について、救急車の動態情報等の一部は現場で入力している。症例にもよるが、重症傷病者のバイタル等の情報については大部分が帰署後に入力している状況である。
- ・救急車の現場到着、病院到着等の時間は、救急車内の AVM のタッチパネルに入力し、消防指令システムに自動転送されるため、別途タブレット端末でのシステムへの情報入力は、負担が増えるのみである。
- ・傷病者のバイタル等の情報や受入医療機関は、紙面の活動記録票（複写式）に手書きで記載し、医療機関と消防機関で保存する運用となっており、システムへの情報入力は負担が増えるのみである。
- ・システムの入力情報が、既設の指令システム等に自動転送される仕組みであれば、入力による作業量増に対する負担感は減少するものとする。

イ) 医療機関のデータ入力

- （・医療機関へのアンケート結果から、応需情報の入力について、2 医療機関は看護師、5 医療機関は事務担当、1 医療機関は看護師と事務担当が担当している。端末の配置場所についても、救急外来、内科処置室、事務所などさまざまである。）
- ・当該システムとは別に、救急医療情報システムの応需情報についても入力しており、二重に入力することとなり負担である。
- ・輪番時間帯では、当番日以外は入力者がいないので、応需情報の入力は困難である。
- ・患者の確定診断名などの情報の入力が必要であるため、事務負担が大きい。
- ・伊賀地域では、救急は輪番制が基本であり、システム利用のメリットを感じることはなく、入力は負担でしかない。

(イ) システムの活用

ア) 救急隊のシステム活用

- ・ 輪番時間帯は輪番病院にファーストコールする仕組みとなっている。傷病者の搬送受入先は、通常、輪番の当番病院へ救急車内の携帯電話から連絡し、病院の了解が得られることにより決定されるため、システム活用の有効性はない。
- ・ 医療機関の応需情報もシステムで閲覧できるが、輪番時間帯では救急車内の携帯電話に登録したホットラインによる要請が最も有効であり、システムの登録情報は見ていない。
- ・ システムが有効なのは、実施基準適用症例で輪番地域外病院への受入要請をする場合である。その際、どの病院が受入可能か検索する場面で活用することはあると思われる。それ以外でシステムを活用する機会はないと考える。

イ) 医療機関のシステム活用

- ・ 応需情報を受入不可と入力しても、輪番当番日なら救急隊から受入要請の電話がかかってくる。応需情報を見て、受入要請があるのではなく、救急は輪番制が基本であるため、システムは不要であると考ええる。
- ・ 心電図や事故現場の画像等が、事前に救急車から送られるのであれば、有効な活用も考えられる。ただし、津市消防本部では既に画像データの送信が可能な端末を救急車内に配備しており、傷病者の状態の画像は一部の医療機関ではあるが共有可能となっている。
- ・ 救急車の動態情報の把握については、搬送が重なる場合には有効と考えるが、位置情報まで確認する必要性は感じない。
- ・ 当該システムでは、救急隊が入力する疑い疾患名と医療機関が入力する確定疾患名の適合割合を集計し、この結果をもとに救急医療の質の向上を図ると聞いていたが、医療機関や消防機関に提供される情報は適合割合のみであり、有効なフィードバックがない。

ウ システム運用経費（初期投資およびランニングコスト等）

(ア) システム維持管理

システム運用経費として、システムの使用料、端末のリース料等により年間2,300万円程度のランニングコストが、毎年発生します。

システム使用料は、県内全域に展開する場合においても、今後、大きく増加する見込みはありませんが、端末のリース料および通信料は端末台数に応じて増加します。また、県と市町の費用分担について検討する必要があります。

M I E - N E T構築事業については、特定非営利活動法人 三重緊急医療情報管理機構が実施主体となっており、県から事務経費の1/2を補

助しています。

県内全域に展開する場合においても、同様にシステムの運営管理を行う機関の事務経費が継続的に必要であり、これについても、県と市町の費用分担について検討する必要があります。

(イ) 医療機関への応需補助金

応需情報や傷病者ごとの確定診断名の入力などに係る経費（人件費、報償費、需用費等）として、10 医療機関に対し、年間計 1,241 千円（1 機関あたり年間最大 129,400 円、10/10 補助）の応需補助金を支出しています。

② 伊勢志摩地域

ア システム導入効果

システムを導入した医療機関が 1 機関であることから、搬送可能な医療機関の選定時間や照会回数に係る効果はありません。

そのため、指標とした、医師の指示に基づき早期の処置および搬送につなげる観点から、「急性心筋梗塞事例の病院到着から冠動脈再開通までの所要時間の短縮状況」を取りまとめました。

所要時間が 90 分以内の割合が、日勤帯（8:30 から 17:00 まで）においては、システム導入前が 71%であったのに対して、導入後は 73%に増加し、夜間帯（17:00 から翌日 8:30）においては、システム導入前が 33%であったのに対して、導入後は 55%に増加しており、特に医師数が少なくなる夜間帯において、一定の導入効果があったと考えられます。

なお、伊勢志摩地域においては、平成 26 年度はデモ運用、平成 27 年度から伊勢市消防本部、志摩広域消防組合消防本部の一部救急車および鳥羽市消防本部の全救急車での運用、平成 28 年度からは伊勢市消防本部および志摩広域消防組合消防本部においても全救急車での運用を行っています。

(急性心筋梗塞事例の病院到着から冠動脈再開通までの所要時間の短縮)

所要時間 90 分以内の割合

日勤帯（8:30～17:00） 導入前 71% → 導入後 73%

夜間帯（17:00～翌日 8:30） 導入前 33% → 導入後 55%

イ システム運用方法

※消防本部および医療機関のアンケートやヒアリング結果をもとに作成

(ア) システム操作

ア) 救急隊のデータ入力

- ・救急車の現場到着、病院到着等の時間は、救急車内のAVMのタッチパネルに入力し、消防指令システムに自動転送されるため、別途タブレット端末での到着時間等のシステムへの入力は、負担が増えるのみである。
- ・(当該地域においては、情報を入力しない運用であったが、) 傷病者のバイタルや受入医療機関に関する情報等は、紙面の活動記録票(複写式)に手書きで記載し、医療機関と消防機関で保存する運用となっており、システムへの情報入力は負担が増えるのみである。

イ) 医療機関のデータ入力

- ・医療機関で応需情報を入力していないことから、システムの運用に関する負担感はなかった。

(イ) システムの活用

ア) 救急隊のシステム活用

- ・輪番時間帯は輪番病院にファーストコールする仕組みとなっている。実施基準があり、適用症例はリストに掲載されている医療機関への受入要請となるが、伊勢赤十字病院と二次輪番病院でほとんど受け入れられており、システムにより受入医療機関を探す必要がない。

イ) 医療機関のシステム活用

- ・救急車の位置情報が地図上に表示されるので、地域内の救急患者の多数を受け入れている医療機関としては、的確な受入準備ができ、有効である。

ウ システム運用経費

既にシステム開発が終了しており、運用経費として、サーバー維持管理費と端末の通信料が130万円程度、システム改修費が1,000万円程度必要となります。

なお、端末は、特定非営利活動法人 三重緊急医療情報管理機構で購入し、各消防機関に貸与しています。県内全域に展開する場合は、医療機関数や救急車の台数に応じた端末の確保が必要となります。

中勢伊賀地域のシステムと同様に、県内全域に展開する場合においても、システムの運営管理を行う機関の事務経費や通信料が継続的に必要であり、県と市町の負担割合についても検討する必要があります。

(3) 評価

① システム導入効果

ア 中勢伊賀地域

- ・搬送時間の短縮や受入医療機関照会回数の低減だけではなく、実施基準の検証を行うことにより、地域の救急医療体制の質の向上につなげるためのシステムとなっています。

そのため、救急隊の現場活動の際に、バイタル情報等、リアルタイムで多くの傷病者情報をシステムへ入力する必要がありますが、入力項目が多いことにより、特に重症傷病者など現場での処置が必要となる救急搬送において、リアルタイム入力ができない状況となっています。

- ・入力項目を削減し、運用方法を変更したところ、リアルタイム入力率についての改善が見られました。

このことは、受入医療機関が多数存在する津市消防本部だけでなく、受入医療機関が限定的な伊賀市、名張市の両消防本部でも同様の傾向が認められました。

- ・システム導入後、搬送時間の短縮や受入医療機関照会回数の低減については、数値上一定の効果が見られました。

しかし、これらの効果は、救急隊のリアルタイム入力率やヒアリングの結果から、医療機関の受入体制の強化や救急隊活動の迅速化などの要因によるものと推定されます。

- ・このことから、地域内の通常の搬送においては、それぞれの地域の救急医療体制を勘案し、搬送時間の短縮や受入医療機関照会回数の低減に係る効果を見きわめながら、システムへの入力内容を必要最小限とするなど、運用ルールの検討を、消防本部および受入医療機関があらかじめ協議する必要があります。

- ・さらに、運用後においても、システムが効果的に運用されているか、運用ルールの見直しも含め、協議する場を設けておく必要があると考えられます。

- ・消防本部のアンケート結果から、システムが県内全域に展開された場合には、傷病者の状況により、搬送する医療機関が見つからない事案などにおいて、輪番地域外の応需情報がシステムによって閲覧できれば、システムが有効に活用されることが考えられます。

イ 伊勢志摩地域

- ・伊勢志摩地域では、特別な疾患を除き、傷病者の受入医療機関は、ほぼ限定されています。このことから、搬送時間の短縮や受入医療機関照会回数の低減に係る効果は期待できません。
- ・そのため、医療機関における傷病者受入後の処置を迅速に実施するために有効となる救急車の動態情報や、心電図や事故現場の画像等を送信するシステムとしたところ、指標とした、急性心筋梗塞事例の病院到着から冠動脈再開通までの所要時間の短縮に一定の効果が認められました。
- ・当該地域のシステムは、中勢伊賀地域のシステムと同様、傷病者のバイタル情報等の入力により、医療機関との情報共有が可能な仕様となっています。しかし、ほぼすべての傷病者が輪番病院で受け入れられている状況から、その運用を行っていません。そのため、多くの受入医療機関が存在する地域で活用できるか等の評価を行うことはできません。

② システム運用方法

ア 中勢伊賀地域

- ・消防本部のアンケート結果から、本システムの運用に必要となる詳細な傷病者情報を、救急隊がリアルタイムで入力することは、困難な状況です。
- ・入力項目を削減した場合には、リアルタイム入力率が90%程度に向上しましたが、項目を減らした場合、医療機関が必要とするバイタル情報等は入力されず、実施基準の検証を行い、救急医療体制の質の向上につなげるという機能が発揮できない状況となります。
- ・入力項目を当初の設計どおり運用するには、当該システムへの入力に関し、救急隊の作業負担を軽減する仕組みが必要と考えられますが、各消防機関で現在運用されている、既存の消防指令システムとのデータ共有はできず、作業負担の軽減は困難と考えられます。
- ・医療機関のアンケート結果から、応需情報については、入力率は70%程度にとどまっています。人件費等の補助を行ったにもかかわらず、リアルタイムで受入可否等の応需情報を入力することについては、限界があることがわかりました。
- ・これらの原因としては、地域の救急医療体制が救急輪番制を基本とし、また輪番日以外の搬送を受け入れられる医療機関が限られていることから、搬送先の決定について、システムを活用できていないことにあると考えら

れます。

- ・リアルタイムで応需情報の入力が可能としている3医療機関においても、入力頻度は多くても3回/日であることがわかりました。システムを有効に運用するためには、すべての医療機関がリアルタイムで応需情報を入力することが必要となります。しかし、医療機関における入力能力にも限界があり、患者の確定診断名などの入力に加わるとさらに作業負担が増えます。
- ・このことから、医療機関の応需情報については、「三重県救急医療情報システム」に医療機関が入力している内容の活用を検討するとともに、搬送した医療機関名や傷病内容については、医療機関ではなく救急隊が搬送終了後に入力することについても検討するなど、運用方法の改善が必要と考えられます。
- ・当該地域のシステムは、搬送時間の短縮や受入医療機関照会回数の低減だけではなく、地域の救急医療体制の質の向上につなげるため、多くの入力項目をリアルタイムで入力する仕様となっていました。運用にあたり、関係者間での十分な協議が行われなかったことから、本来の機能が発揮できなかったものと考えられます。
- ・ICTを活用したシステムの導入にあたっては、導入の目的と仕様の検討について、システムを活用する救急隊や医療機関とともに、救急医療を所管する市町や県が、有識者の意見を聴きながら十分な協議を行う必要があります。また、導入後においても、救急医療関係者が運用ルールの見直しを行うなど、システム導入によるメリットを共有した上で、システムを運用する仕組みづくりが必要であることがわかりました。

イ 伊勢志摩地域

- ・システムを導入した医療機関が1機関であり、救急隊によるシステムの入力情報は、搬送可能な医療機関の照会に関するものではなく、救急車の動態情報のみであることから、システムの運用方法において、困難な状況は認められませんでした。
- ・医療機関のアンケート結果から、GPSを活用した救急車の動態情報が把握できることにより、医療機関での受入体制の準備に効果があり、心筋梗塞事例における冠動脈再開通までの所要時間も短くなったことが明らかとなりました。また、心電図や事故現場の画像等の送信が、受入医療機関の事前準備に役立つとの意見もありました。

- ・なお、画像の送信を行う際には、個人情報保護の観点から、厳格なセキュリティ管理のもとで行われる必要があります、ICTを活用したシステムは、こういった面においてもメリットがあることもわかりました。

③ システム運用経費

ア 中勢伊賀地域

- ・システム使用料やサーバー維持管理費等のシステム運用経費は、年間2,300万円程度必要です。入力項目の見直し等に関するシステムを改修する場合には、2,000万円程度の費用が必要となります。
- ・システム使用料については、県内全域に展開する場合でも、今後、大きく増加する見込みはありませんが、端末のリース料および通信料については、端末台数に応じて増加します。
- ・当該システムにおいては、医療機関が応需情報や患者の確定診断名等を入力する必要があることから、医療機関への入力業務に関する補助も考慮する必要があります。
- ・消防本部のアンケート結果からは、通信費のみの負担であれば、システムへの参加について検討したいとの意見が多いものの、当該システムについては、必要経費が高額であることから、県内全域に展開することは困難であると考えられます。

イ 伊勢志摩地域

- ・既に開発が終了しており、システム運用経費は端末の通信費用のみとなっています。しかし、継続的に運用するには、サーバー維持管理費やサーバーの不具合を修正する等のシステム改修費が約1,000万円程度必要となると考えられ、現段階でシステムの継続を判断することは困難です。

(4) まとめ

① 中勢伊賀システム

(システム導入効果)

- ・搬送時間の短縮や受入医療機関照会回数の低減については、システム導入前と導入後を比較した場合、数値上一定の効果が見られました。
- ・これらの効果は、救急隊のリアルタイム入力率やヒアリング結果から、医療機関の受入体制の強化や救急隊活動の迅速化などの要因によるものと推定されます。
- ・ただし、地域内で受入医療機関が見つからず、輪番地域外へ搬送する場合、地域外の医療機関の応需情報がシステムによって閲覧できれば、有効に活用されるものと考えられます。

(システム運用方法)

- ・救急医療体制の質の向上につなげるため、救急隊がバイタル等の多くの情報をリアルタイムで入力する仕様となっていました。しかし、救急隊の現場活動における操作において、入力情報が多く、仕様どおりの入力操作が困難なことが認められました。
- ・医療機関においても、入力に係る人件費補助を行ったにもかかわらず、リアルタイムで受入可否等の応需情報を入力することについて、限界があることがわかりました。
- ・これらの原因としては、救急輪番制を基本とし、また輪番日以外の搬送を受け入れられる医療機関が限られていることから、搬送先の決定について、システムを活用できていないことにあると考えられます。
- ・ICTシステムの活用については、地域の救急医療体制に応じ、導入前の仕様の検討から、導入後における運用ルールの見直しを含め、地域の救急医療関係者が十分な協議を行い、メリットを共有した上で運用する仕組みづくりをしなければ、有効に機能しないことが明らかになりました。

(システム運用経費)

- ・システム使用料やサーバー維持管理費等のシステム運用経費は、年間2,300万円程度必要です。また、入力項目の見直し等に関するシステムを改修する場合には、相当程度の費用が必要となります。
- ・システム使用料については、県内全域に展開する場合でも、今後、大きく増加する見込みはありませんが、端末のリース料および通信料については、端末台数に応じて増加します。
- ・また、当該システムにおいては、医療機関が応需情報や患者の確定診断名等を入力する必要があることから、医療機関への入力業務に関する補助も考慮する必要があります。
- ・消防本部へのアンケート結果からは、通信費のみの負担であれば、システムへの参加について検討したいとの意見が多いものの、当該システムについては、必要経費が高額であることから、県内全域に展開することは困難

であると考えられます。

(モデル事業に対する最終評価)

- ・上記のとおりシステム導入の有効性や検討課題が明らかとなったことから、モデル運用については、平成 29 年度中に終了することとします。

② 伊勢志摩システム

(システム導入効果)

- ・医療機関の状況により、搬送先の医療機関がほぼ限定されている地域であることから、システムの導入による搬送時間の短縮や受入医療機関照会回数の低減といった効果は、期待できません。このことから、救急車の動態情報の把握等により、医療機関の受入体制の準備に係る効果を見込んだシステムとしました。
- ・指標とした、急性心筋梗塞事例の病院到着から冠動脈再開通までの所要時間の短縮については、一定の効果が認められました。
- ・必要に応じた心電図や事故現場の画像等の送信が、システム導入にメリットがあることもわかりました。

(システム運用方法)

- ・救急隊によるシステムへの入力情報は救急車の動態情報のみであることから、困難な状況は認められませんでした。
- ・当該システムは、バイタル情報等も入力できる仕様となっていました。救急隊が仕様どおりの運用することができませんでした。その原因は、限られた医療機関へ搬送する地域の救急医療体制から、救急隊がバイタル情報を入力する必要性が生じなかったことにあります。
- ・医療機関では、応需情報の入力がないため、運用に関する課題は認められませんでした。
- ・救急車の位置情報が、医療機関のモニター上に表示されるため、多重衝突事故などが発生した場合、医療機関の的確な準備体制の構築に効果があることがわかりました。

(システム運用経費)

- ・システム開発は終了しており、運用経費は端末の通信費用のみとなっています。しかし、継続的に運用するには、サーバー維持管理費や改修費が必要となると考えられ、現段階でシステムの継続を判断することは困難です。

(モデル事業に対する最終評価)

- ・上記のとおりシステム導入の有効性や検討課題が明らかとなったことから、モデル運用については、平成 29 年度中に終了することとします。

4 ICTを活用した救急患者搬送情報共有システムの今後のあり方について

(1) 他県におけるICTを活用したシステムの運用状況について

受入医療機関選定困難事案の解消を目的として、他の都道府県においてもICTを活用した救急患者搬送情報共有システムの導入が進められており、一部地域での運用を含め、約7割の33都道府県が導入しているところです。

近隣府県においても、岐阜県、愛知県（一部地域）、京都府（一部地域）、滋賀県（一部地域）、奈良県、和歌山県（一部地域）で運用されており、県境を越えて傷病者を搬送する際にも、システムの連携が図れば、効果が期待できます。

しかしながら、平成26年度に総務省消防庁が各都道府県、各消防機関に対して実施した「救急救命体制の整備・充実に関する調査」では、搬送時間の短縮や受入医療機関照会回数の低減など定量的な効果が現れていると回答している消防機関が31%にとどまっています。

一方、「帰署後の報告書作成時間の短縮効果」や「医療機関の受入れに関する意識の変化が見られる」と回答している消防機関もあります。

また、「医療機関同士が搬送情報を共有することで、現場に助け合いの機運が生まれ、例えば三次救急への搬送の集中を避ける手助けになる」「早期に患者情報が伝達されることで、適切な処置までの時間が短縮される」「音声のみでは伝わらない情報を画像で伝えることにより、救急隊の活動状況、患者の状況把握が行えるようになった」などと回答している医療機関もあります。

このことから、成果をあげている他の都道府県の事例についても、医療機関、消防本部、県および市町の医療担当部局等の関係者を交え、研究する必要があります。

なお、主な府県におけるICTシステムの機能比較は次ページ以降のとおりです（出典：総務省消防庁平成24年度第3回「救急業務のあり方に関する検討会」資料）

		栃木県	岐阜県	大阪府
機能別分類	医療機関情報共有	○	○	○
	傷病者情報共有	○	×	×
	搬送実績情報共有	○	○	○
	緊急度判定支援	×	×	×
	情報出力対応	×	×	○
救急隊員による傷病者情報の入力項目	発生日時、現場到着日時、性別、年齢、主訴、部位、分類基準、血圧、脈拍、呼吸数、SpO2、発熱、意識レベル等。任意項目もあり	<必須入力> ・搬送日時 ・事故種別（急病、一般負傷、交通事故等） ・重症度（CPA、重症、中等症、軽症） ・受入結果（受入、不能） <任意入力> ・コメント（自由記載）	スマートフォンまたは各署の端末より入力可能 入力できる項目は下記のとおり ・時間（現場到着、患者接触、観察開始等） ・傷病者情報 ・実施基準に基づく観察項目 ・医療機関の受入状況（搬送可、不応理由）等	
救急隊間での病院選定情報の共有	各医療機関の受入可否情報を共有することが可能	全救急隊に配備されているタブレット型端末により閲覧可能	医療機関の簡易な受入可否情報は、スマートフォン上で共有可能（→色によって区分）	
救急隊による搬送実績情報の入力頻度	原則、医療機関選定の際に入力することとしているが、医療機関収容後に入力することも可能。平成24年4月～7月の件についての入力率は約8割	救急隊が傷病者を医療機関へ収容した都度入力	病院検索・選定のため、搬送時に入力することを想定しているが、収容後に入力することも可能（平成25年1月1日から運用開始のため、現時点で入力頻度のデータはない）	
通信指令員による情報の入力又は閲覧	傷病者情報を入力し、閲覧することが可能	指令台のパソコンから「救急搬送情報共有システム」にログインし、救急隊に代わって代行入力することが可能。また、他の救急隊の救急搬送結果情報を閲覧することが可能	インターネット環境のPCからシステムにログインすれば入力可能であり、スマートフォンで入力した項目については、リアルタイムで閲覧可能	
医療機関間での傷病者情報の共有	傷病者情報を元に受入可否を選定するため、リアルタイムの閲覧が可能	「広域災害・救急医療情報システム」を介して、医療機関側でも救急隊が入力した救急搬送結果情報をリアルタイムに閲覧することは可能であるが、傷病者を医療機関に収容した後に入力する情報であるため、医療機関側の傷病者の受入準備には利用不可	不可（救急隊間での情報共有のみ）	
医療機関における患者情報の入力	1日2回の応需情報（診療科目等）の入力、一斉受入要請に対する回答。現在のところ、転帰情報を入力するような仕組みはなく、あくまでも搬送までに関する情報を入力する	医療機関側の入力項目はない	病名（病態）、選定評価、病院到着時の患者処置情報、患者の予後情報 ※圏域によって異なる	
医療機関間での選定情報の共有	医療機関ごとの応需情報、受入可否情報を閲覧可能	医療機関側が入力する従来の「広域災害・救急医療情報システム」の応需情報、及び救急隊が入力する「救急搬送情報共有システム」の救急搬送結果情報とも、医療機関側でリアルタイムに閲覧することが可能	不可	
医療機関における応需情報の入力頻度	1日2回（朝、夕）を想定	医療機関の応需情報は、従来の「救急医療情報システム」に1日2回入力される	約9割の医療機関が1日2回以上入力。 更新頻度の向上について、説明会にて依頼している（県からの報奨金の対象は、1日2回以上）	
救急活動記録票の電子化の検討	検討していない	検討していない	府として、共通の活動記録票を出力可能。ただし、各消防本部により活動記録の様式が異なるため、本システムの活動記録票を使用する消防もあれば、使用しない消防もある	

		奈良県	香川県	佐賀県
機能別分類	医療機関情報共有	○	△(一部)	○
	傷病者情報共有	○	○	△(予定)
	搬送実績情報共有	○	○	○
	緊急度判定支援	○	×	×
	情報出力対応	△(予定)	○	△(予定)
救急隊員による傷病者情報の入力項目	「患者の基本情報」(発生場所、年齢、性別、主訴等)。「観察項目」(意識レベル(GCS、JCS)、バイタルサイン(呼吸数、SpO2等))。「疾患別観察項目」(疑い疾患ごとの観察項目)。「傷病者に行った処置」(気道確保、呼吸管理、循環管理、その他処置した内容・方法)を記録可能	事故種別、発生場所、住所、氏名等※「傷病者観察メモ」にデジタルペンで手書きしたデータを、スマートフォンを介して電子データとしてシステムへ登録。 なお、当システムは、傷病者を一刻も早く搬送すると同時に、救急隊員に新たな作業をできるだけ負荷しないように検討したものである	「出勤日時」、「搬送先医療機関と受入不可医療機関」、「搬送先選定理由」、「事故種別」、「発生場所」、「出場先住所(ただし住所が特定される詳細地番は入力しない。）」、「傷病者性別年代」、「現場傷病判断」、「時間経過」	
救急隊間での病院選定情報の共有	救急隊が医療機関に照会した結果(受入不可の場合はその理由)を端末に入力すると、全消防本部の指令・救急隊の端末で確認可能	過去3時間における医療機関の傷病者の受入状況、傷病者の傷病程度について共有可能	ほぼリアルタイムで共有可能(ただし、患者搬送後に「搬送実績」を入力するため、タイムラグあり)	
救急隊による搬送実績情報の入力頻度	観察時、搬送時に入力されているが、場合により医療機関収容後に入力しているケースもある。(緊急度の高い傷病者については、傷病者への処置で入力が困難な事例が多いため。)	基本的に、入力のタイミングは「医療機関収容までの間」で、頻度は「随時」である。また、救急搬送中も傷病者の容態の変化に応じて、随時、正確な情報を送信可能である	入力率はほぼ100%。なお、高い入力率の要因としては、入力タイミングが、救急隊員の通常業務を阻害しない、搬送終了後であること等	
通信指令員による情報の入力又は閲覧	患者の基本情報については、入力可能 また、救急隊が入力した疑い疾患を基に、指令から受入先を選定することも可	本部の指令側での入力は不可 救急隊が入力した情報は、本部の指令室側でも閲覧可能(ただし、傷病者の個人情報については、個人情報保護への配慮から、搬送する救急隊が属する本部の指令室のみ閲覧可能)	本部の指令側での入力は不可。今後の検討課題としている。 救急隊員が入力した情報は、指令や本部職員、他の救急隊員、医療機関、医師会、行政機関でもリアルタイムで閲覧可能	
医療機関間での傷病者情報の共有	電話照会の前に、「伝達」ボタンを押すと、その時点までに救急隊が入力した患者の基本情報、バイタルサイン、疑い疾患名、観察所見などが、医療機関の端末に電送される ただし、照会するまでに患者情報を入力できないケースも多くあり、実際、患者に関する情報の全てが医療機関に伝達できていない	新システムは、傷病者情報を事前に入手し、医療機関側の受入体制を整備するため、閲覧可能な仕組み ただし、傷病者の個人情報については、受入予定の医療機関のみが閲覧可能とするなど、個人情報の保護に配慮	PCよりリアルタイムで閲覧できるが、情報は搬送終了後の情報のみ。 平成25年度予算において、傷病者の観察メモや傷病者の写真や動画、バイタルをリアルタイムで共有できる仕組みを企画している	
医療機関における患者情報の入力	医療機関で行った検査の内容、外来診断名、処置・治療・手術の内容、外来転帰 今後、医療機関に端末を配布するにあたり、(できる限り)リアルタイムな応需情報を入力するよう依頼していく予定。さらに、今後は、救急隊から複数の医療機関に対して一斉に患者情報を電送すると、医療機関側から受入の意思表示ができる機能が付加される予定	確定診断名、初診時の傷病程度やウツアインに係る項目	搬送後の「搬送実績」について、搬送された患者の傷病名、症状の程度、転帰(予後)、状況メモ等を入力 転帰情報の入力率は、当初は3割程度であったが、現在4つの救命救急センターでは100%。大きな救急告示病院でもほとんど入力されている ただ、2次救急の輪番や、1次救急については、現在は5～6割程度	
医療機関間での選定情報の共有	不可(救急隊間での情報共有のみ)	過去3時間における医療機関の傷病者の受入状況、傷病者の傷病程度、傷病者の状態(受入病院以外は、個人情報を除く。)を閲覧可能	救急隊員が搬送を終了した後に「搬送情報」を入力するため、そのタイミングでの共有となる	
医療機関における応需情報の入力頻度	リアルタイムでの入力を想定し、病院側から随時、応需情報を更新する機能を端末に実装。今後、医療機関へ本格導入する際には、リアルタイムな応需情報の更新について協力依頼していく予定	応需情報機能を有しておらず入力には必要とせず(「宿日直情報機能」を継続して活用している)	最低1日2回の入力を依頼している。医療機関の入力に係る負担を簡素化したことや、入力・更新の状況を見える化したことにより、応需入力率は向上	
救急活動記録票の電子化の検討	今後検討の必要があると認識している	新システムでは、救急隊員の事後作業をできるだけ軽減するため、救急隊が傷病者観察メモに記入した項目(文字入力以外)については、CSV出力が可能(具体的にどのように活用していくかは、各消防本部に任せている。)	平成25年度予算によるバージョンアップを企画しており、検討を進めている	

(2) 本県におけるICTを活用した救急患者搬送情報共有システムの今後のあり方について

ICTを活用した救急患者搬送情報共有システムを県内2つのモデル地域で運用した結果、救急活動に係る搬送時間の短縮や受入医療機関照会回数の低減は、システムの導入によってのみなされるものではなく、地域の救急医療体制に大きく依存するものであると考えられます。

しかしながら、モデル運用を実施する中で、輪番地域を越える搬送や画像情報の共有などにおいて、システムの有効性が明らかになるとともに、他県でのICTを活用したシステムの事例を研究することによって、本県の救急医療体制は、さらに向上する可能性があります。

このことから、平成23年度から取り組んできた、MIE-NET（救急患者搬送情報共有システム）構築事業については、今年度で一旦、終了することとしますが、今後も本県の救急医療体制の更なる向上をめざし、ICTを活用した救急患者搬送情報共有システムの導入について、検討を続けていくことが必要であると考えます。

なお、モデル運用で明らかとなったとおり、2地域での運用においては、操作面や費用面についても課題があることが判明しました。

今後のシステムの導入検討については、受入医療機関の体制や輪番制等、複合的な要因を考慮した上で、県内全域での展開をめざし、医療機関や消防機関をはじめとする救急医療に関わる関係者が、システム導入の目的を共有し、運用条件の整備や運用ルールについて十分な協議を行いながら、進めることが必要です。

(3) モデル運用を通じて顕在化した課題と今後のシステムの検討のために行うべき取組

○救急患者搬送情報共有システム導入の目的の共有

- ・導入当初の目的は、搬送時間の短縮と受入医療機関照会回数の低減でしたが、入力項目には、必ずしも地域の実情とマッチしないものもあり、救急隊や医療機関の負担となっていました。今後は、導入目的について、事前に十分協議し、共有することが必要です。

○継続性の高い運用ルールの構築

- ・地域によって、救急医療提供体制はさまざまです。今回のモデル運用については、特に中勢伊賀地域のシステムにおいて、一律のルールを適用したことが、各機関の業務負担につながったと考えられます。
- ・今後検討するシステムにおいては、入力情報を一律に決定せず、搬送先や傷病者の傷病程度により、入力項目を変えるなど、地域の実情に応じた柔軟な運用ルールとすることが必要です。

○地域外搬送の際の有効性

- ・搬送先が比較的わかりやすい地域内の搬送より、地域外への搬送に有効性が

あると考えられます。県内全域への展開を前提とし、実施基準に記載されている医療機関の応需情報の閲覧ができれば、有効に活用することができます。

○既存の消防指令システムとの連携

- ・今後検討するシステムが、既存の消防指令システムと連携し、入力情報が共有できれば（それぞれに入力しなくてもよければ）、導入のメリットとなります。県内には、15の消防本部があり、使用されているシステムもさまざまであることから、連携については困難な状況にあるものの、検討する必要があります。

○医療機関の応需情報の鮮度維持

- ・医療機関のアンケート結果によると、他の医療機関の応需情報が閲覧できれば有効であると回答しています。救急隊もしくは医療機関が、傷病者を搬送した医療機関の情報（搬送先医療機関名、受入可否情報など）を登録することにより、鮮度の高い医療機関の状況を把握することができます。

○三重県救急医療情報システムとの連携

- ・救急患者を受け入れる医療機関は、現在、「三重県救急医療情報システム」に応需の可否に関する情報、救急病床の空き状況、当直医の情報等を入力しています。このシステムとの連携を図ることができれば、救急隊の受入医療機関照会回数の低減や医療機関の受入準備等に有効に活用することができます。

○画像等の情報共有

- ・医療機関、消防本部双方のアンケート結果から、心電図や事故現場の画像等の情報がシステム内で共有できれば、医療機関の受入準備や救急隊の業務負担の軽減にも有効であるとの意見が多く、この機能については、必須であると考えられます。

また、一部の医療機関は、救急車の動態情報が有効であると考えており、今後検討するシステムにおいては、導入を検討する必要があります。

○低コストでの運用

- ・県内全域への展開にあたっては、市町の負担についても考慮することが必要です。各消防本部のアンケート結果から、通信費のみの負担であれば、参加の是非について検討したいとの意見が多く、低コストでの運用が必要となります。

○協議の場の設置

- ・ICTを活用したシステムの導入にあたっては、導入の目的と仕様の検討について、システムを活用する救急隊や医療機関とともに、救急医療を所管する市町や県が、有識者の意見を聴きながらで十分な協議を行う必要があります。また、導入後においても、救急医療関係者が運用ルールの見直しを行うなど、システム導入によるメリットを共有した上で、システムを運用する仕組みづくりが必要です。

救急患者情報共有システムに関する医療機関アンケート

【対象：M I E－N E T参加医療機関】

医療機関名称	
担当所属	
担当者名	
T E L	
F A X	
e-mailアドレス	

M I E－N E Tの運用にご協力いただきありがとうございます。

現在、約2年間の運用状況の検証を行い、平成30年度以降のあり方について検討を行っています。(現在、検証中でありシステムの継続、廃止(休止)などについては、決定しておりません。システムの継続を前提とした調査ではないことをあらかじめご了承ください。)

つきましては、I C T化による救急患者情報の共有に関して、病院としてご回答いただきますようお願い申し上げます。

1 救急に係る応需情報入力について

(1) 応需情報入力について

①入力端末はどこに設置していますか。

(救急外来、内科処置室、中央処置室、事務所、受付など)

②入力業務は主に誰が実施していますか。

(0) 医師

(2) 看護師

(5) 事務担当

(1) その他

具体的に記載をお願いします

看護師及び事務担当

③リアルタイムに入力は可能ですか。できない場合は、頻度はどの程度ですか。

(3) 可能

(5) 不可能

頻度はどの程度か、具体的に記載をお願いします

可能ではあるが、救急輪番制のため、事前に入力

可能ではあるが、1日3回程度(8:30、12:00、16:30)

予定の応需入力は可能だが、一時的な対応の可、不可の変更は時間外は困難

1日2回程度、週1回程度

④救急医療情報システムにおいても応需情報を入力していただいておりますが、重複入力に負担感を感じますか。

- (7) 感じる
- (1) 感じない

⑤病院の応需情報について、状況の変化があった場合にリアルタイムにシステム等への入力が可能ですか。

- (1) できる
- (3) 日中の診療時間内のみなら確保できる
- () (自病院の) 輪番時間内は確保できる
- () (自病院の) 輪番時間外は確保できる
- (4) 確保できない
- () その他

具体的に記載をお願いします

状況の変化があった場合は、関係医療機関、関係消防に電話で連絡をする運用となっているため、システムの入力は行っていない。

2 システムの登録情報の活用について

(1) 患者情報について

患者情報をより早く共有することにより、医療機関等においては受入の準備などに早期に着手できるなどのメリットが想定されます。

このことについて、以下の質問にお答えください。

① 貴医療機関で救急患者の受け入れを判断する際に、事前に把握しておくとする有用な情報はどのようなものがありますか。具体的に記載をお願いいたします。【特に必要はない場合もその旨記載してください。】

(例：バイタル、心電図情報、外傷などの映像、事故現場の画像など)

- ・事前の情報共有は有用なのかもしれないが、今のところ、一報は電話で充足している。
- ・心電図情報、外傷等の映像、事故現場の画像があるといいと考えるが、それをリアルタイムに見て活用できるかどうかわからない。
- ・バイタル、現場の状況（交通外傷時など）
- ・氏名、住所、受診歴、既往症、保険証の有無、意識レベル、バイタル（血圧、脈、呼吸数、SpO₂、体温）、発生原因、発生場所、症状、外傷の有無、搬送時間）
- ・バイタル、受傷や発症の経過、受傷部位の画像
- ・J・S、EKG（心電図）、経過、既往歴、かかりつけ医、家族等

(2) 救急車の動態情報について

伊勢志摩のシステムでは、救急車の動態情報（現在地やどの消防本部の救急車がどの位置にあるかなど）が、GPSを利用して把握できる機能を有しており、特に大規模な事故や災害発生時に有効であるとされています。

このことについて、以下の質問にお答えください。

①貴医療機関において、救急車の動態情報がわかることは有用であると考えられますか。

- (3) はい
- (4) いいえ
- (1) 不明・無回答

②どのような時に有効と考えられますか。具体的に記載をお願いいたします。

- ・搬送が重なる場合に有効と考えるが、位置情報を確認する必要性は感じない。
- ・病院到着時間の把握、受入決定の時間
- ・輪番時の救急要請の重複時、距離から対応の可否を一定判断できる。

(3) 他機関の応需情報について

他機関の応需情報の閲覧と確認ができれば、有用であると考えますか。

- (5) はい
- (2) いいえ
- (1) 不明・無回答

(4) 一斉通報について

受け入れ先がない場合の一斉通報についてどう考えますか。

- (2) 有効である
- (5) 他機関からの搬送が増えるので、導入してほしくない。
(※現状の受入れで、余力がない。)
- (1) その他
(受入体制が取れていない。
当院の応需体制を変更しないと受け入れが不可能)

3 システムへの参加について

今後、e-matchに限らず、患者情報や救急車の動態情報などが共有できるシステムについては、消防本部、医療機関がより多く参加し、県内全域を対象エリアに展開することにより、より大きな効果があると考えられます。(通信費については、各消防本部、医療機関で負担をいただくことを前提としてお答えください。)

このことについて、以下の質問にお答えください。

(1) 貴医療機関について、(費用面で)どのような条件が整えば参加可能と考えますか。(複数回答可)

- (1) 通信費のみの負担であれば、参加したい。
- (2) PC、タブレット等がないため、入力端末の配付があれば参加したい。
- (3) 参加を希望しない。
- (2) 不明・無回答

上記の判断に至った理由を記載してください。

・e-match に関しては、今回は、モデルケースとして、導入していただいたが、システム導入前から、輪番制にはふさわしいシステムではないと伝えたにもかかわらず、運用の見直し等、意見を聞いてもらえる場もなく、病院は取り残された感があり、あまりいい印象はない。

また、ID-Link にも参加しているが、費用分の活用も正直できていない。

病院にとって、また、市民にとって有益であれば参加したいと思うが、地域性から県共通システムは、あまりそぐわないのかもしれない。

・現状、救急隊から情報が届いていない。リアルタイムに見ることができないので使用しようとは思わない。

・通信費の医療機関への負担は、論外。現在の運用体制であれば、今後も継続して参加する。

・参加は希望するが、輪番日以外の応需については、当院の体制の問題もあり(例えば時間外応需では、当直医の業務負担が増加になり、医師確保が困難となる。)、応需情報は一部のみの更新となっている。費用面では、院内ネットワークの構築等がどの医療機関でも整備されてきている事により、新たな負担は発生しないと考える。

救急患者情報共有システムに関するアンケート

【対象：M I E－N E T参加消防本部】

消防本部名称	
担当所属	
担当者名	
T E L	
F A X	
e-mail アドレス	

M I E－N E Tの運用にご協力いただきありがとうございます。

また、検証にあたってもご協力いただきありがとうございます。

I C T化による救急患者情報の共有に関して、消防本部としてご回答いただきますようお願い申し上げます。

1 患者情報および救急車動態情報の入力について

(1) 情報入力をいつ行っているか。【両地域】

救急患者情報共有システムにおける情報の入力について、お答えください。
モデル運用中、情報の入力はどのように行っていますか。

○重症患者搬送時

() すべてまたは大部分を現場で入力している。

(3) 一部は現場で入力している。

入力している項目

(具体的に：救急車動態情報の入力のみ

時間管理、傷病者情報については、症例により未入力
救急車の動態情報が中心)

(2) すべてまたは大部分を帰署後に入力している。

() その他

具体的に記載をお願いいたします。

--

○中等症、軽症患者搬送時

() すべてまたは大部分を現場で入力している。

(4) 一部は現場で入力している。

入力している項目

(具体的に：救急車動態情報の入力のみ

時間管理、傷病者情報については、症例により未入力
救急車の動態情報が中心)

(1) すべてまたは大部分を帰署後に入力している。

() その他

具体的に記載をお願いいたします。

(2) データ入力できる項目について

救急搬送中に医療機関がシステムで患者情報や救急車の動態情報の入力を求めた場合、どの程度なら、許容できますか。【両地域】

(1) システム入力する余力はまったくない。

(3) ① 救急車の動態情報および疑い疾患

(1) ② ①+画像情報

() ③ ②+バイタルや患者の症候など詳細なデータ

() その他

具体的に記載をお願いします

2 ICT化の有効性について

(1) 既存の報告書（医療機関へ提出するもの、消防庁へ提出するもの）との業務の重複がシステム運用に際し、大きな負担となったとの意見があります。

既存の報告書の概要についてお聞かせください。

①医療機関へ報告する患者情報について、どのような運用がされていますか。

(4) 手書き

() システム等へ入力して現場出力

() データの送信

() 特になし

(1) その他

具体的に記載をお願いします

・手書き+データの送信

②消防庁へ報告する搬送に係る報告書について

報告書を作成するためのシステムは司令システムと連携していますか。
また、導入しているシステムの契約会社名、システム名をお聞かせください。

- (1) 連携している
(4) 連携していない

契約会社名：

システム名：

③現場で入力した情報が、既存の消防庁への報告書へ反映できるシステムがあれば、有効と考えますか。また、それぞれの理由についても教えてください。

- (4) 有効である
(1) 有効でない

上記の判断に至った理由について記載してください。

- ・(有効) 事務の効率化の面からも望ましい。
- ・(有効) 入力した情報が、すべて消防庁へ報告できるシステムなら事務の簡素化につながる。ただし、現場で入力できる情報には限りがある。
- ・(有効) 入力するデータの内容によるが、有効と考える。ただし、現場での負担が増えないことが前提となる。

(2) 画像データの送信について

心電図の情報や事故現場の写真など動画や静止画の情報を、医療機関に事前に送ることについて、有効であると考えますか。

- (5) 有効である
() 有効でない

上記の判断に至った理由について記載してください。

- ・指示医師・医療機関が、心電図情報や現場写真等を事前に確認することで、的確な指示・受入準備に反映できると考えられるが、画像データを送信することで、活動が遅延することは課題である。
- ・医師へ情報を伝える上で、言葉による伝達よりも、正確に情報が伝わるため。
- ・情報伝達の手段としては、口頭での連絡よりも、確実性があり、有効性は高いと思われる。

(3) 患者情報共有のシステムを継続する（現行のシステムとは限りません。）とした場合に、どのような医療機関の参加が望めますか。（複数回答可）

- (4) 域内の二次救急医療機関
- (3) 三次救急医療機関
- (2) 小児救急を行う医療機関
- (1) その他

上記の判断に至った理由について記載してください。

・（二次救急医療機関）当本部において、傷病者情報を共有するのであれば、指示医師・輪番病院との情報共有が考えられるから。
・（二次救急医療機関・三次救急医療機関・その他）伊賀地域においては、県内のみならず、隣接する県外の病院にも参加してもらうことが望ましい。
・（二次救急医療機関・三次救急医療機関・小児救急医療機関）小児領域をカバーすることに加えて、小児の外傷に対応可能かの情報があれば有用。
・（二次救急医療機関・三次救急医療機関・小児救急医療機関・その他）二次・三次の医療機関だけでなく、小児科や精神科、産科などを含めた応需のシステムを希望する。

3 システムへの参加について

患者情報や救急車の動態情報などが共有できるシステムについては、消防本部、医療機関がより多く参加し、県内全域を対象エリアに展開することにより、より大きな効果があると考えられます。（通信費については、各消防本部、医療機関で負担をいただくことを前提としてお答えください。）

このことについて、以下の質問にお答えください。

(1) 貴医療機関について、（費用面で）どのような条件が整えば参加可能と考えますか。（複数回答可）

- (3) 通信費のみの負担であれば、参加したい。
- (1) PC、タブレット等がないため、入力端末の配付があれば参加したい。
- (2) 参加を希望しない。

上記の判断に至った理由を記載してください。

- ・(希望しない) 当本部におけるシステム運用は、救急隊への負担のみでメリットがないと考えている。たとえ、年間数万円の通信費負担であっても、十分な議論が必要である。
- ・(入力端末の配付) 入力端末を配付してもらい、通信費の予算取りができれば、参加したい。
- ・(希望しない) 救急搬送の受け入れ困難地域でない当地域では、同システムの導入効果が少なく、医療機関の早期処置及び患者の予後に対する有効性はあるが、消防機関として救急業務に対し効果的に機能しているとは、現段階では言い難く、ランニングコストの概算がなければ検討できないことをふまえ、総合的に判断した結果、導入は考えていない。
- ・(通信費のみであれば) 市町単独や限られたブロック単位での運用ではなく、県内全域単位であれば、災害時だけでなく、大規模事故等の多数

4 その他

- (1) 約2年間の運用を通じて、システムに必要と思われる事項、必要でないと思われる事項があれば教えてください。また、現状のシステムの改善提案をお聞かせください。

・必要と思われる事項

- ・心電図情報や現場写真など、動画や静止画の送受信機能
- ・救急車の動態情報及び疑い疾患(重症度)、画像情報
- ・消防庁への報告とのシステム連携
- ・救急隊の負担にならない最低限の入力項目で、画像情報や12誘導心電図といった生体情報の伝送システムなど、傷病者に有益なシステム

・必要でないと思われる事項

- ・入力項目については、現状でも項目が多く、これ以上追加するとかえって混乱する。
- ・文字入力・プルダウン選択による情報伝達は、両手が使えなくなるため救急活動ができず、入力している間に傷病者の状況も変化してしまうので、当本部におけるシステム運用では、傷病者情報入力は必要ないと考えます。
- ・入力に手間取るような詳細なバイタル情報
- ・通報してきた相手など医療機関との情報共有をする上で、あまり重要度が高くない項目や現場到着までの入力画面で把握困難な項目があったりするなど、入力項目についてさらに精査・整理が必要。

・改善提案

・医療機関に受入準備をしてもらうため、心電図情報や現場写真など、動画や静止画の受信をしていただくためには、医療機関の受信体制を整備し、システムを使用する医療スタッフが、システム運用にご理解・ご協力をしていただかないと、運用はできないと考える。

・情報を入力する上で、現場及び指令室も入力することが非常に困難である。また、電話でも病院へ情報を伝えるため、入力する情報は必要最小限でよいと考える。

・入力する情報が消防庁へ報告するシステムと連携していれば、帰署途中でも入力でき、事務の効率化が図れる。

・画像情報を送ることができるなら、ベッドサイドモニターの画像や、負傷箇所の画像を医師に見てもらえるので、有効である。

・入力ページの遷移が多すぎて、操作上のストレスになっている。入力項目の精査・整理と併せて、可能な限りシンプルな動作にすることが必要。

・24時間運用で、県内及び隣接県等を含めた広域的なシステムの構築を望む。

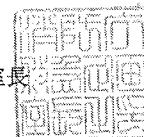
その上で、入力項目の簡素化、現場の負担とならないような最低限の入力項目、低コストでの運用、画像情報や12誘導心電図、バイタルを含めた生体情報を簡易に伝送できるシステム。

消防教第 150 号

平成 25 年 9 月 13 日

各都道府県消防防災主管部(局)長 殿

消防庁救急企画室長



救急業務において活用される ICT (情報通信技術) の標準的な機能について (通知)

平素より救急業務の推進に御尽力賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、全国の救急出動件数は年々増加しており、高齢化の進展等により、今後、更に増加することが予測されていることから、円滑な救急搬送の確保について、一層の取組が必要となっているところです。

こうした中、既にいくつかの地方公共団体では、タブレット型情報通信端末等を各救急自動車に搭載し、医療機関の受入可否情報を閲覧するとともに、搬送実績や傷病者に係る情報を入力・閲覧すること等により、円滑かつ適切な搬送・受入体制の確保や救急隊員の事務負担の軽減、救急活動の事後検証等に活用するといった、効果的な取組が実施されており、消防庁としても、こうした観点から、各地方公共団体が救急業務における ICT の活用について検討していただくことは重要と認識しているところです。

このため、消防庁では、昨年度より「救急業務のあり方に関する検討会」(以下「検討会」という。)において、「ICT を活用した救急業務の高度化」について検討を行っており、今年度は、昨年度の検討会報告書 (http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h24/kyukyu_arikata/houkokusyo/honbun.pdf) の内容及び平成 25 年度の第 1 回検討会における検討の内容を踏まえ、地方公共団体の救急業務における ICT の導入及び運用に向けた検討の一助となるよう、別紙のとおり、「救急業務において活用される ICT の標準的な機能について」をお示しすることとしました。

貴職におかれましては、本通知の趣旨に御留意いただき、予算要求の際などに参考としていただくとともに、関係部局及び貴都道府県内市町村(消防事務を処理する組合を含む。)に対しても、この旨を周知いただきますよう、よろしくお願いいたします。

なお、本通知の内容については、厚生労働省も事前に了知していることを申し添えます。

消防庁救急企画室

救急業務において活用される ICT の標準的な機能について

1. 救急業務における ICT の活用の概要及び目的

活動中の救急隊が、タブレット型情報通信端末等を用いて、医療機関の受入可否情報を閲覧するとともに、搬送実績や傷病者に係る情報を入力・閲覧すること等により、円滑かつ適切な搬送・受入体制の確保や救急隊員の事務負担の軽減等を図る。また、収集したデータを救急活動の事後検証等に活用できる。

2. 救急業務において活用される ICT に備える各種機能*

(1) 多くの先進事例で取り組まれている機能

①医療機関情報共有機能

医療機関が救急医療情報システム等に入力する受入可否情報（応需情報）を、端末上で確認することにより、実施基準に即した医療機関選定を支援する機能。

②搬送実績情報共有機能

救急隊が入力する搬送実績に係る情報（搬送時刻、受入れの可否等）を、救急隊と医療機関の間で共有することにより、医療機関選定を支援する機能。

(2) いくつかの先進事例で取り組まれている機能

③傷病者情報共有機能

救急隊が入力する傷病者情報（画像情報等を含む。）を、救急隊と医療機関の間で共有することにより、医療機関側の受入体制の整備等を支援する機能。

④緊急度判定支援機能

救急隊が傷病者の観察により得られたバイタルサイン等を端末に入力することにより、緊急度の判定を支援する機能。

⑤情報出力機能（レポートシステム等）

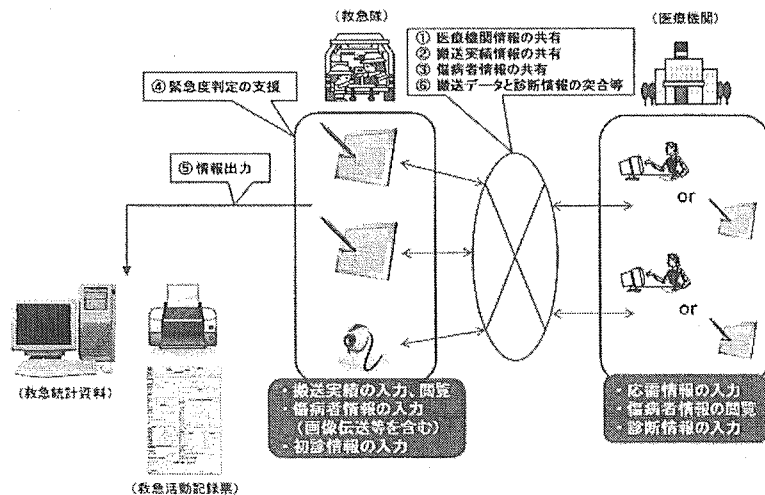
救急隊が救急活動中に入力した情報を、救急活動記録票や統計資料等にデータ出力することにより、帰署後の救急隊員の事務負担を軽減し、業務の効率化を支援する機能。

⑥活動記録分析機能

救急隊が入力した活動記録のデータと、初診時のデータ等を突合・分析することにより、救急活動の質の向上に向けた事後検証等を支援する機能。

※昨年度の検討会報告書（http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h24/kyukyu_arikata/houkokusyo/honbun.pdf）を併せて御参照ください。

3. 救急業務において活用される ICT のイメージ



みえの出逢い支援等実施計画(仮称)骨子(案)

1 計画の位置づけ

本計画は、「希望がかなうみえ 子どもスマイルプラン(以下「スマイルプラン」という。(平成 27～31 年度)) のめざすべき社会像「結婚・妊娠・子育てなどの希望がかない、すべての子どもが豊かに育つことのできる三重」の実現に向けて、重点的に取組を進めている「出逢いの支援」について、内閣府の地域少子化対策重点推進交付金を活用して実施している総合的な結婚支援等の取組もふまえ、目標の実現に向けた取組内容をまとめたものです。

2 期間

平成 30 年度から 31 年度まで

3 基本的な考え方

- (1) スマイルプランの「計画推進の原則」をふまえ、結婚や妊娠、出産などについては個人の考え方や価値観が尊重されることが大前提であり、子どもを産む・産まないについては、パートナーと相談しつつ女性の判断が最優先されることに留意し、取組を進めます。
- (2) 県民の希望がかなう環境づくりに向けて、市町、企業、学校など多様な主体との協創をより重視して取組を進めます。

4 めざす姿

スマイルプランの重点的な取組「出逢いの支援」における「5年後のめざす姿」とします。

(参考) スマイルプランの重点的な取組「出逢いの支援」における5年後のめざす姿
結婚を希望する方に出逢いの場がニーズに応じて提供されるとともに、県及び企業・団体・市町などの多様な主体が、それぞれの立場で結婚支援にかかる取組を推進し、県内各地域で結婚を支援する体制が整っている状況をめざします。

5 現状と課題及びそれらに対する主な取組内容

スマイルプランの重点的な取組「出逢いの支援」の主な取組内容である「結婚を希望される方への情報提供」、「結婚支援に取り組む市町、団体の支援」および「企業の結婚支援の取組支援」に整理した上で、以下の取組内容を進めていきます。

(1)結婚を希望する方への情報提供

(スマイルプランの主な取組内容を進化させる視点)

「みえ出逢いサポートセンター」に加えて、企業や団体等を通じて、結婚を希望する方の多様なニーズに応じたきめ細やかな情報を提供します。

(参考)【現行のスマイルプランの主な取組内容】

結婚を希望する方に、数多くの出逢いの場が提供されるよう、「みえ出逢いサポートセンター」において、各種の情報ツールを活用しながら、県内各地で開催される出逢いの機会（出逢いイベント等）について積極的に情報提供するとともに、特に若い人を中心に、結婚の意義や良さを認識していただく啓発等を進めます。

①課題

- ・ 未婚の方の約8割が「いずれ結婚するつもり」と回答している（図表1）。
- ・ 三重県の20～30歳代の未婚率は年々上昇しており、男性は57.7%、女性は46.1%となっている（図表2）。
- ・ 現在結婚していない理由は「出会いがない」、「理想の相手に出会えていない」の順に多い（図表3）。
- ・ 参加したい出逢いイベントは、趣味を通じたものなどさまざまな需要がある（図表4）。
- ・ ホームページや会員向けのメールマガジンを通して出逢いイベントの情報提供を行っている「みえ出逢いサポートセンター」の認知度が1割程度と低い（図表5）一方で、4割程度の方が「ぜひ利用したい」、「機会があれば利用したい」と回答している（図表6）。
- ・ 「イクボス」認知度は低い状況にある（図表7）。
- ・ 妊娠・出産に関する正しい知識の認知度はさほど高くない（図表8～図表10）が、約7割が妊娠・出産に関する正しい知識を知ることにより将来設計等に変化が「あると思う」、「どちらかといえばあると思う」と回答している（図表11）。

②取組の方向性

情報提供ルートの多様化

「みえ出逢いサポートセンター」によるホームページやメルマガを通じた情報提供に加え、企業や団体等をとおした情報提供にも取り組む。

きめ細やかな情報の提供

提供する情報について、いわゆる婚活パーティーだけでなく、自然な交流の機会も充実させるほか、増加する会員を属性やニーズ等で区分したうえで会員ニーズに応じたきめ細やかな情報発信に努める。

機運の醸成、ライフデザインにかかる情報提供

結婚に関する機運の醸成を図るとともに、若者が自身のライフデザインを考えるきっかけとなるよう、結婚や妊娠・出産、子育てと仕事との両立等を含め、総合的な情報提供を行う。

(2)結婚支援に取り組む市町、団体の支援

(スマイルプランの主な取組内容を進化させる視点)

市町や団体が行う結婚支援の取組について、企画の立案やイベント等の実施、広報など、幅広く支援を行います。

(参考)【現行のスマイルプランの主な取組内容】

市町や商工団体、観光団体などによる結婚を支援する取組の活性化を図るため、市町等が行う結婚支援イベントを「みえ出逢いサポートセンター」から情報提供するほか、円滑な事業実施を支援します。

①課題

- ・ 結婚後に住みたいところは「現在の住まいと同じ市町」、「現在の住まいの近隣市町(県内)」の順に多い(図表12)。
- ・ 参加したい出逢いイベントは、趣味を通じたものなどさまざまな需要がある(図表4)。
- ・ 平成28年度に情報提供を行った出逢いイベントのうち42.7%は参加者が集まらない等の理由で中止となった。

②取組の方向性

企画立案の支援

結婚支援の取組の検討や活性化に向けて、結婚に関する住民の意識等のデータやイベント参加者の意見、他の自治体の取組事例の情報を提供するとともに、市町に対して国の交付金制度の活用に向けた助言等を行う。

取組の支援

市町・団体が実施する出逢いイベント等の開催支援に加え、市町に対しては、内閣府の地域少子化対策重点推進交付金を活用して総合的な結婚支援実施計画を策定する市町の取組について連携を図るとともに、市町ごとの課題に応じた取組の支援を行う。

広報の支援

市町や団体が実施する出逢いイベント等の情報について、「みえ出逢いサポートセンター」や団体等をとおして提供するなど、広報の支援を行う。

(3) 企業の結婚支援の取組支援

(スマイルプランの主な取組内容を進化させる視点)

出逢いの場の情報提供に加え、従業員に対し具体的な結婚支援に取り組もうとする企業のニーズに応じた支援を行います。

(参考) 【スマイルプランの主な取組内容】

従業員の結婚支援に取り組もうとする企業に対して、その取組の一助となるよう、取組担当者に対する出逢いの場の情報提供などを行います。

① 課題

- ・ 職場からの結婚支援について、約7割が「望ましい」、「どちらかといえば望ましい」と回答している (図表 13)。
- ・ 結婚により「仕事に対するやりがいを感じるようになった」、「業務効率を重視するようになった」、「精神的な余裕が生まれ、周りにも寛容になった」など、仕事にとってプラスになると回答する従業員が多い (図表 14) ことから、こうした情報を、多くの企業に伝える必要がある。
- ・ 5割以上の事業所が従業員の結婚支援をしたいと回答している (図表 15) が、その多くが結婚支援について課題や不安を抱えている (図表 16)。
- ・ 事業所が行政による結婚支援施策として有効と考える取組は「事業所間でのイベント開催」などがある (図表 17)。
- ・ 「イクボス」の認知度は低い状況にある (図表 7)。

② 取組の方向性

企業による従業員に向けた交流や出逢いの支援

企業を通じた従業員向けの情報提供に加え、企業（従業員）と「みえ出逢いサポートセンター」（会員）、あるいは企業と企業のマッチング等により、婚活パーティーに限らない、異業種交流会等をはじめとした幅広い交流機会の創出について働きかけを行う。

企業による従業員の総合的な取組支援

企業に対して、従業員が結婚や妊娠・出産、子育てと仕事との両立ができるような環境づくりに向けた取組を支援する。

6 計画の目標(案)

スマイルプランの重点的取組「出逢いの支援」において設定した重点目標やモニタリング指標のほか、新たな項目を加え、取組を進めていきます。

目標項目	現状値(平成 28 年度)	平成 31 年度
出逢いの場の情報提供数 ※スマイルプラン重点目標	150 件/年間	240 件/年間
結婚支援に取り組む市町数 ※スマイルプラン重点目標	19 市町	22 市町
(新)企業(事業所)への支援数	—	(検討中)
(新)「みえ出逢いサポートセンター」が情報提供をする出逢いの場の参加者満足度	—	(検討中)



(モニタリング指標)

目標項目	現状値(平成 28 年度)
平均初婚年齢(県) ※スマイルプランモニタリング指標	男性 30.7 歳 女性 28.8 歳 (平成 28 年)
婚姻件数(県) ※スマイルプランモニタリング指標	8,174 件 (平成 28 年)
生涯未婚率(県) ※スマイルプランモニタリング指標	男性 20.41% 女性 10.26% (平成 27 年)
(新)「みえ出逢いサポートセンター」が情報提供をする出逢いの場におけるカップル成立率	24%
(新)「みえ出逢いサポートセンター」が情報提供をする出逢いイベントの開催成立割合	57.3%

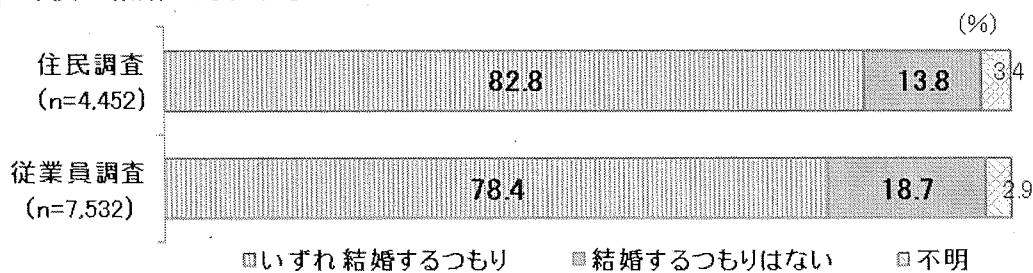
7 (参考)みえの出逢い支援等実施計画(仮称)骨子に関係の深い統計データ

ここでは、国勢調査のほか、県が今年度実施した以下の結婚等に関する意識調査*のうち、みえの出逢い支援等実施計画(仮称)骨子(案)に関係の深い項目について、集計速報を記載しています。なお、意識調査については現在、集計・分析中で、平成30年2月頃を目途に報告書を公表する予定です。

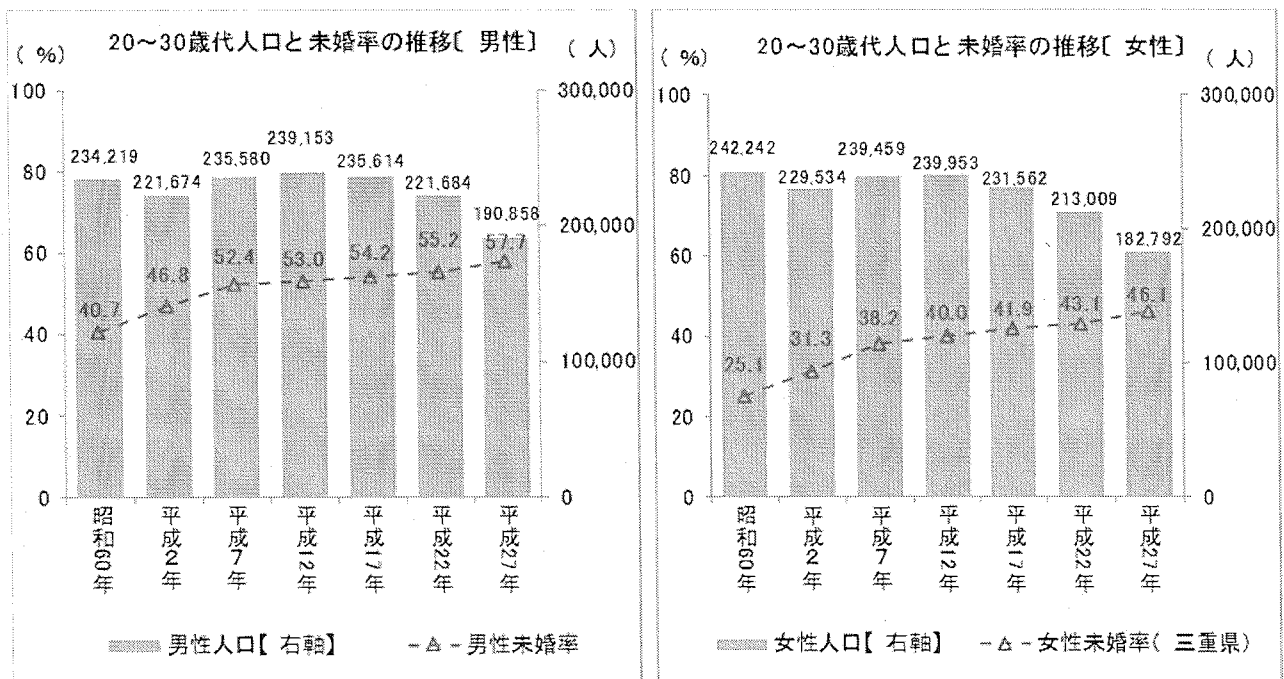
※県が今年度実施した結婚等に関する意識調査(カッコ内は対象者)

- ・住民調査「結婚や妊娠・出産、子育てに関する県民意識調査」(18~39歳の住民 30,552人)
- ・従業員調査「仕事と結婚・妊娠・出産・子育ての両立促進に関する労使意識調査」(労働組合員 30,276人)
- ・事業所調査「企業や事業所における仕事と結婚・妊娠・出産・子育ての両立促進に関する意識調査」(県内3,000の企業・事業所)
- ・大学生調査「結婚・出産・子育て、仕事に関するアンケート」(県内の大学生 16,263人)

図表1 今後の結婚に対する考え



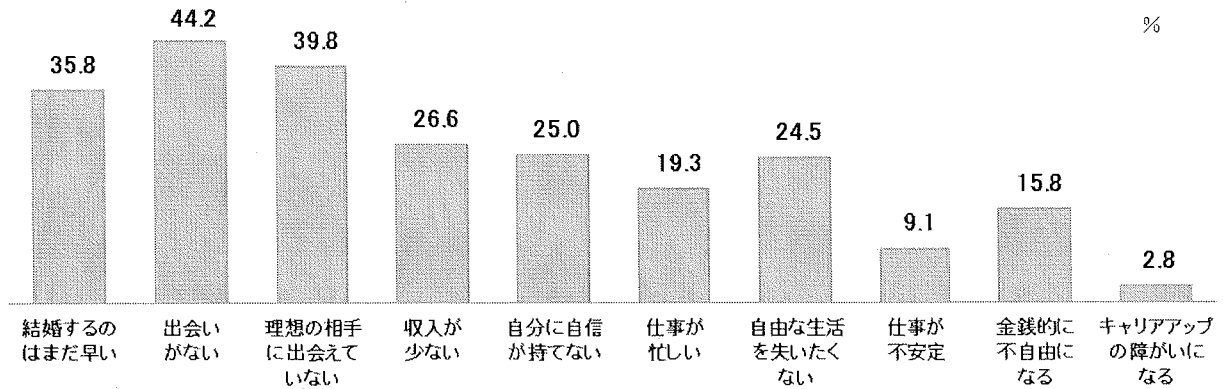
図表2 三重県の20~30歳代人口の未婚率の推移



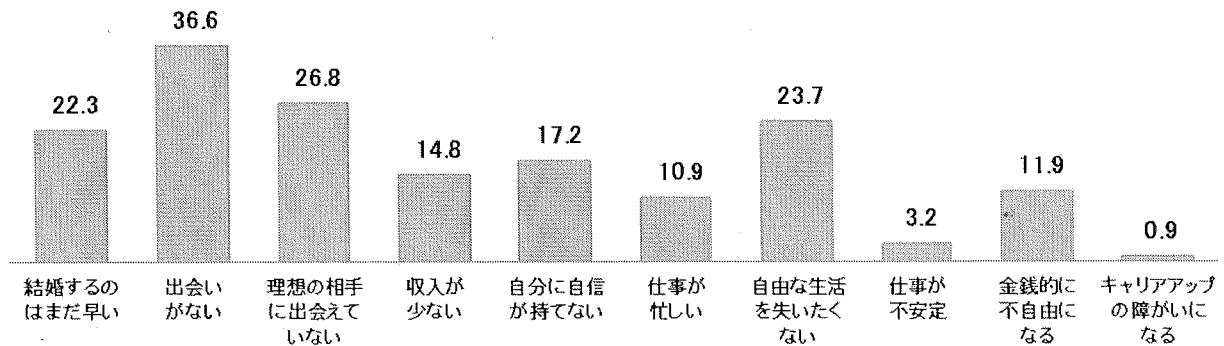
資料出典:国勢調査

図表3 現在結婚していない理由(複数回答)

(住民調査 n=4,452)

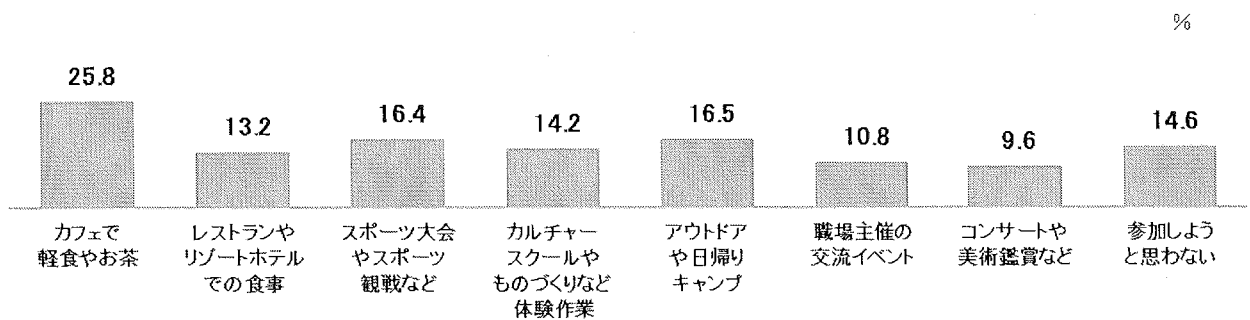


(従業員調査 n=7,532)

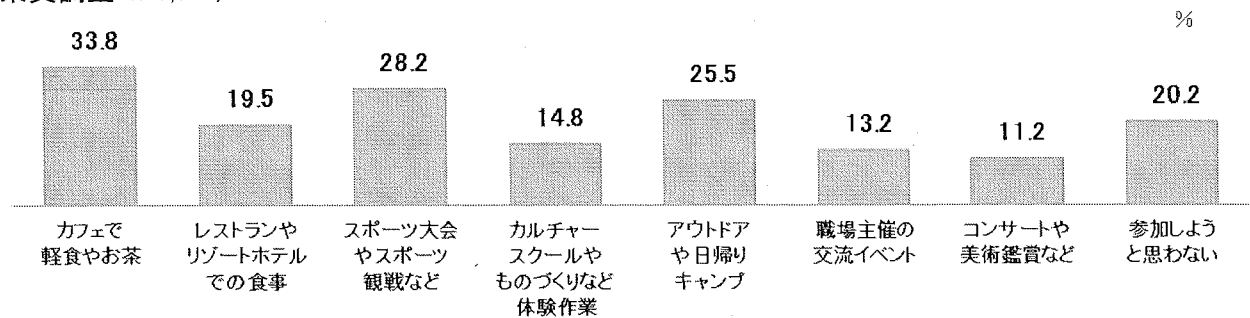


図表4 参加したい出逢いイベント(複数回答)

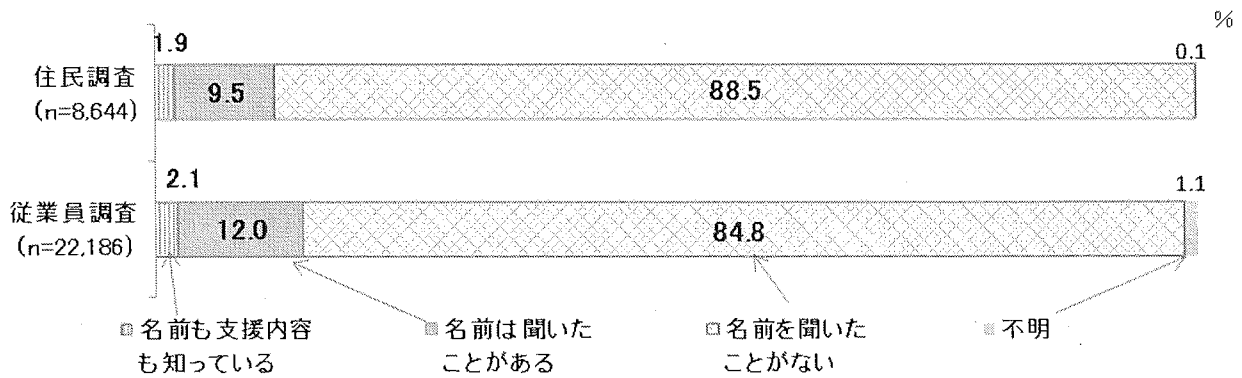
(住民調査 n=4,452)



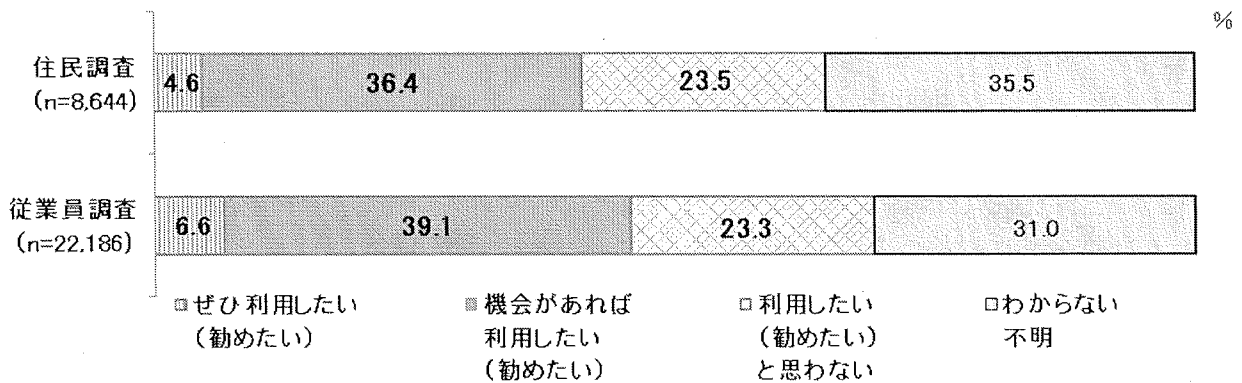
(従業員調査 n=7,532)



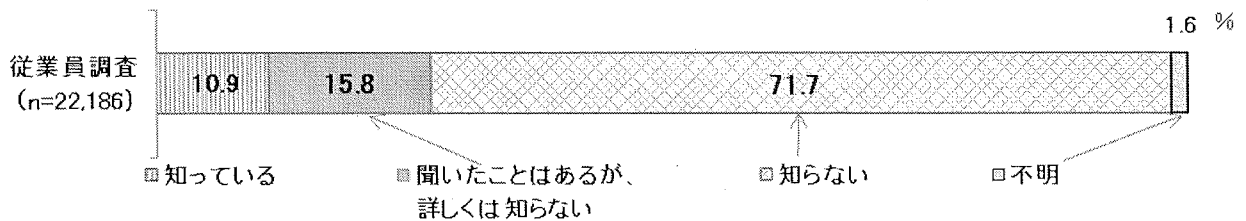
図表5 みえ出逢いサポートセンターの認知度



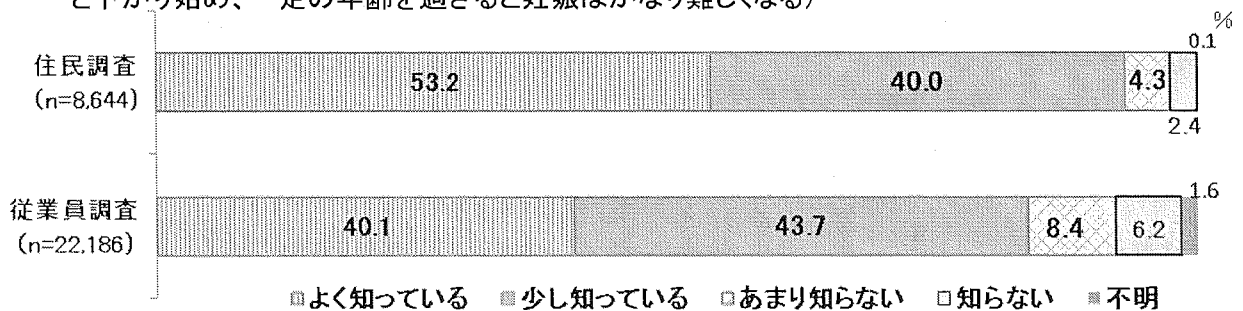
図表6 みえ出逢いサポートセンターの利用意向



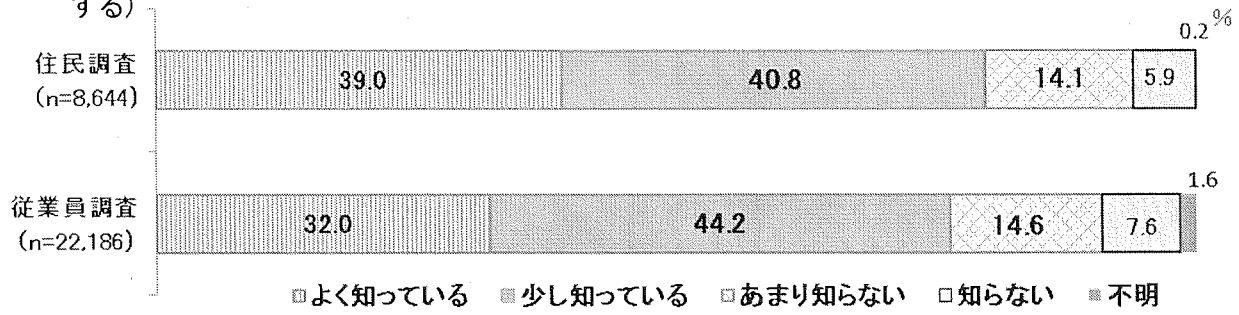
図表7 「イクボス」の認知度



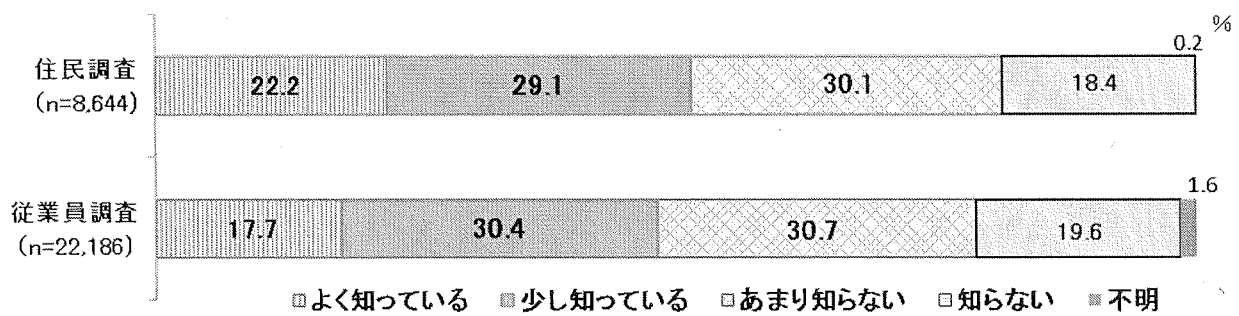
図表8 妊娠・出産に関する正しい知識の認知度① (女性の妊娠する力は年を重ねるにつれてだんだんと下がり始め、一定の年齢を過ぎると妊娠はかなり難しくなる)



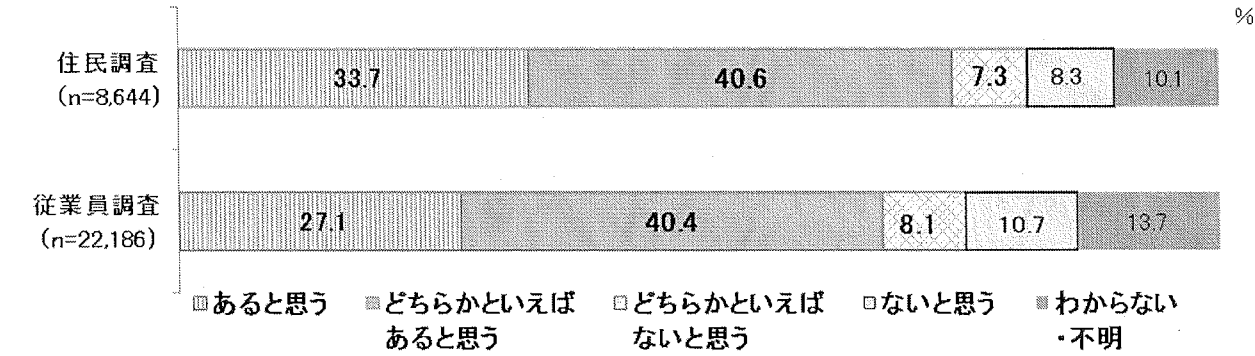
図表9 妊娠・出産に関する正しい知識の認知度②（男性も歳を重ねると作られる精子の数が減り、老化する）



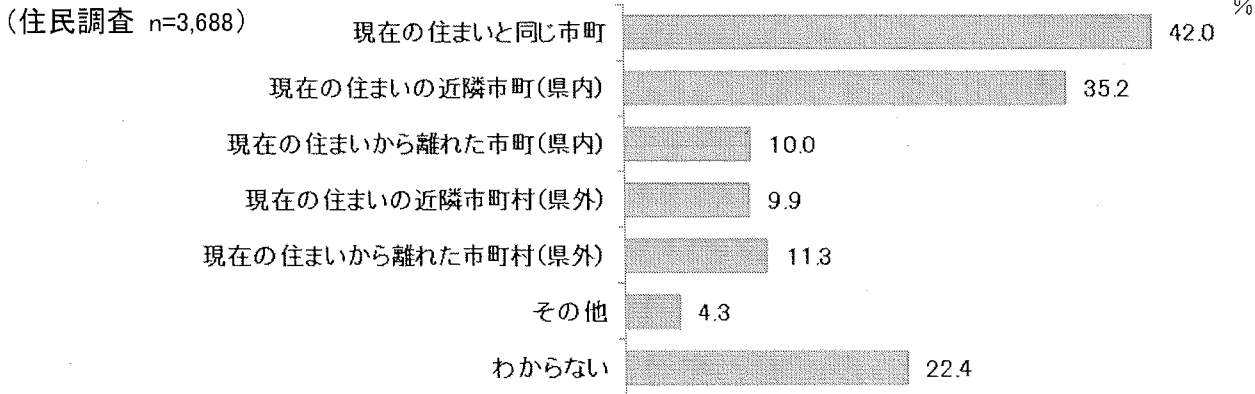
図表10 妊娠・出産に関する正しい知識の認知度③（不妊の原因の約半数は男性にも原因がある）



図表11 妊娠・出産に関する医学的情報の認知による将来設計・行動変化の有無

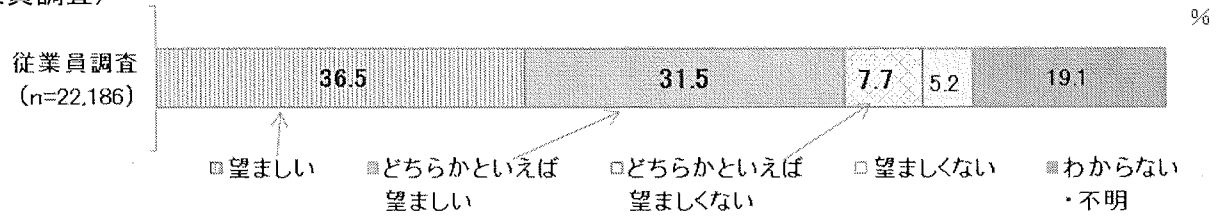


図表12 結婚後に住みたいところ(複数回答)



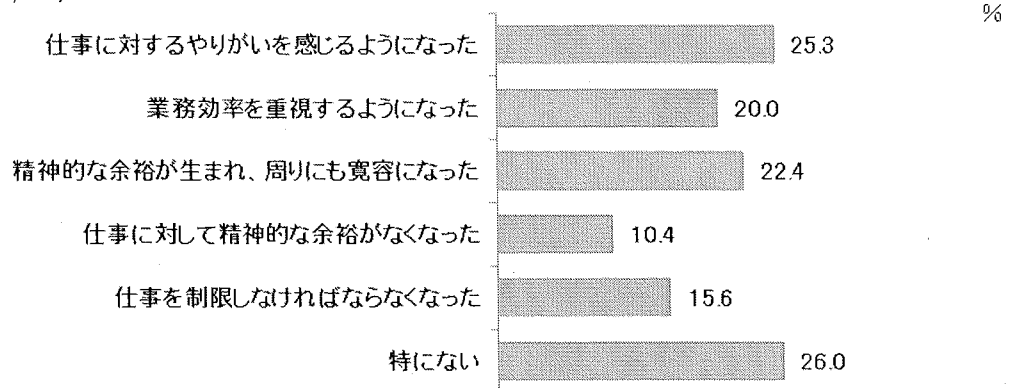
図表 13 職場からの結婚支援

(従業員調査)



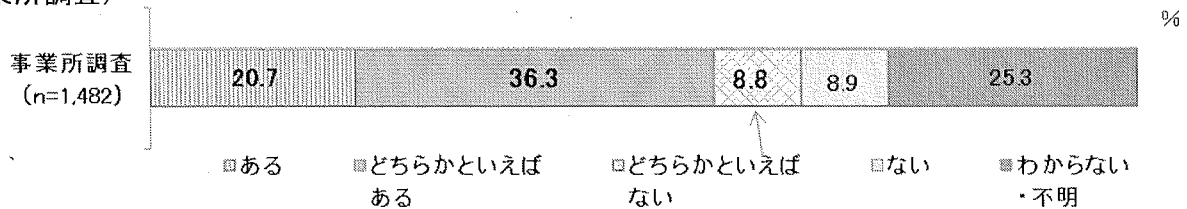
図表 14 結婚したことによる仕事上での変化(複数回答)

(従業員調査 n=13,675)



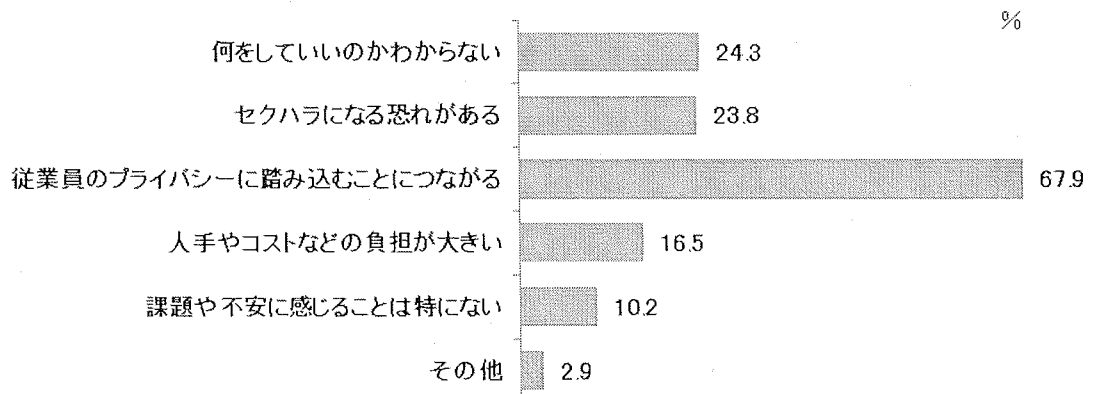
図表 15 結婚を希望する従業員を支援する考え

(事業所調査)



図表 16 結婚を希望する従業員の結婚支援への課題・不安

(事業所調査 n=1,482)



図表 17 有効と考える国や地方自治体の結婚支援・対策(複数回答)

(事業所調査 n=1,482)

