

第 7 次三重県医療計画 (最終案)

平成 30 年 3 月

三 重 県

目 次

第1章 医療計画に関する基本方針

第1節	計画策定の趣旨	1
第2節	計画の性格	5
第3節	計画の特徴	6
第4節	具体的な医療情報の提供	6
第5節	計画の期間	6

第2章 三重県の医療を取り巻く基本的な状況

第1節	三重県の地域特性	7
第2節	人口および人口動態	11
第3節	保健医療施設の状況	21
第4節	県民の受療動向	30

第3章 医療圏

第1節	医療圏の設定と基準病床数	35
-----	--------------	----

第4章 医療提供体制の構築

第1節	医師の確保と資質の向上	41
第2節	医療従事者の人材確保と資質の向上	52
第3節	医療提供体制の整備	77
第4節	公的病院等の役割	81

第5章 疾病・事業ごとの医療連携体制

第1節	がん対策	93
第2節	脳卒中対策	117
第3節	心筋梗塞等の心血管疾患対策	139
第4節	糖尿病対策	168
第5節	精神疾患対策	183
第6節	救急医療対策	201
第7節	災害医療対策	224
第8節	へき地医療対策	240
第9節	周産期医療対策	251

第10節	小児救急を含む小児医療対策	271
第11節	在宅医療対策	292

第6章 医療に関するさまざまな対策

第1節	医療安全対策	317
第2節	臓器移植対策	321
第3節	難病・特定疾患等対策	325
第4節	アレルギー疾患対策	329
第5節	高齢化に伴う疾患等対策	330
第6節	歯科保健医療対策	333
第7節	血液確保対策	336
第8節	医療に関する情報化の推進	338
第9節	外国人に対する医療対策	340

第7章 地域医療構想

第1節	地域医療構想策定の経緯と趣旨	343
第2節	策定の基本的な考え方と策定体制	343
第3節	医療需要と必要病床数	344
第4節	実現するための取組	345

第8章 保健・医療・福祉の総合的な取組

第1節	保健・医療・福祉の連携	347
第2節	高齢者の保健・医療・福祉の推進	347
第3節	障がい者の医療福祉の推進	350
第4節	母子保健対策の推進	352

第9章 健康危機管理体制の構築

第1節	結核・感染症対策	357
第2節	医薬品等の安全対策と薬物乱用の防止	372
第3節	その他の取組	375

第10章 医療計画の推進体制

第1節	医療計画の周知と情報の公表	379
第2節	医療圏等の推進体制	379
第3節	数値目標の進行管理と計画の評価・検討	384

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

第1節 | 計画策定の趣旨

1. 策定の経緯と趣旨

- 三重県では、昭和 63（1988）年 12 月に「三重県保健医療計画」を策定して以来、5 年ごとに計画を見直し、改訂を行ってきました。
- 平成 25（2013）年 3 月の第 5 次改訂では、新たに精神疾患と在宅医療を加えた、5 疾病・5 事業および在宅医療における切れ目のない医療提供体制を構築するため、疾病・事業ごとの数値目標の達成状況や具体的な取組内容を毎年評価しながら、保健医療関係機関・団体等との連携のもと、各種の施策を展開してきたところです。
- しかし、さらなる高齢化が進み、「団塊の世代」が全て 75 歳以上となる平成 37（2025）年に向け、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことが求められています。
- そのような中、平成 26（2014）年 6 月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が制定され、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステム*を構築することを通じ、地域における医療および介護の総合的な確保を推進することになりました。
- また、各都道府県は地域医療構想を策定し、平成 37（2025）年に向けて、病床の機能分化・連携、在宅医療の充実を進めることとされ、本県においても、平成 29（2017）年 3 月に「三重県地域医療構想」を策定したところです。
- こうした医療を取り巻く環境の変化に対応すべく、県内の医療提供体制の実態把握に努め、県民の皆さんが医療に対し、より一層の信頼と安心を実感できるよう、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、今回、新たな計画を策定することとします。
- なお、上述のとおり、これまで「保健医療計画」として改訂を重ねてきましたが、保健に係る計画については「三重の健康づくり基本計画」が既にあり、平成 29（2017）年度に当該計画の中間評価が行われたことを機に、「三重県医療計画」に名称を変更します。また、本県の計画は、国が「第 2 次医療計画」とした際に「三重県保健医療計画（第一次改訂）」としたため、国の数え方とずれが生じています。このずれを解消することも含め、新たな計画を「第 7 次三重県医療計画」とします。

2. 第5次改訂（平成25年度から平成29年度）の達成状況

- 三重県保健医療計画（第5次改訂）で掲げた5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・5事業（救急医療、災害医療、へき地*医療、周産期医療、小児医療）および在宅医療の数値目標については、前年度の達成状況を毎年度、三重県医療審議会および各部会等において確認・評価を行っています。
- 平成29（2017）年度においては、41項目中、17項目の数値目標について達成しています。

	数値目標	【参考】細分化した場合
全項目	41項目	53項目
目標を達成した項目	17項目(41.5%)	26項目(49.1%)
未達成の項目	24項目(58.5%)	27項目(50.9%)

※評価不能の1項目を除く。

- 疾病・事業ごとの達成状況は下表のとおりですが、達成できていない24項目中、21項目については第5次改訂時から改善しています。また、がん検診受診率については、子宮頸がん検診では目標を達成しており、急性心筋梗塞による年齢調整死亡率*については、女性は目標を達成しています。救急医療の受入困難事例の割合についても、回数(4回以上の割合)は目標を達成しています。
- 一方、目標未達成であり、策定時から数値も改善されていない3項目のうち、妊産婦死亡率については、平成28(2016)年に妊産婦死亡が1名発生したことにより、出産10万件当たりの割合が悪化となりました。なお、平成24(2012)年から平成27(2015)年は0.0となっています。また、周産期死亡率については、平成27(2015)年までは全国平均と同じく減少傾向にありましたが、平成28(2016)年に死産が増えたことで、全国最下位となりました。
- 糖尿病による新規透析導入数については、厚生労働省のNDB*を使用していますが、データの抽出方法が途中で変更され比較ができないことから、評価不能としています。
- 第7次計画では、第5次改訂の達成状況をふまえつつ、本県の実情に応じ、課題解決に必要な目標を設定することとします。

図表1-1-1 三重県保健医療計画(第5次改訂)の数値目標の達成状況

- A：達成
- B：未達成（策定時より改善）
- C：未達成（策定時と変わらず）
- D：未達成（策定時より悪化）

疾病・事業	数値目標	策定時の数値	現状値(策定から5年後)	目標値	達成状況	
がん	がんによる年齢調整死亡率 (75歳未満) (人口10万対)	78.5 (全国平均比 ▲5.5%)	69.0 (全国平均比 ▲9.3%)	全国平均よりも ▲10%以上	B	
	がん検診受診率	胃がん	7.2%	10.0%	50%以上	B
		肺がん	19.9%	25.4%	(胃がん、肺がん、 大腸がんは当面)	B
		大腸がん	23.4%	32.8%		B

		子宮頸がん	28.3%	53.1%	40%以上)	A
		乳がん	19.8%	37.8%		B
				(4年後推計値)		
	がん検診後の精密検査受診率	胃がん	71.9%	73.1%	現状値以上	A
		肺がん	62.7%	71.7%		A
		大腸がん	62.5%	63.2%		A
		子宮頸がん	62.0%	67.0%		A
		乳がん	76.3%	82.8%		A
脳卒中	脳血管疾患による年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	45.4	34.7	42.2以下	A
		女性	27.4	19.8	26.5以下	A
	特定健康診査*受診率		44.0%	53.0%	70%以上	B
	脳卒中地域連携クリティカルパス*導入実施割合		17.2%	23.6%	40%以上	B
	脳梗塞に対するt-PA*による脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関*数		13施設	16施設	17施設	B
	人口10万人あたりの回復期リハビリテーションを実施できる病床数		41.5床	64.0床	50床	A
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	24.0	20.6	20.3以下	B
		女性	10.5	7.6	8.3以下	A
	特定健康診査受診率		44.0%	53.0%	70%以上	B
医師、理学療法士および看護師の心臓リハビリテーション指導士*を配置している医療機関数		0施設	0施設	5施設以上	C	
糖尿病	糖尿病による年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	6.9	5.3	6.0以下	A
		女性	3.4	2.4	3.0以下	A
	糖尿病が強く疑われる人(HbA1c*(NGSP値*)6.5%以上)の増加率		1.24 (5年推計値)	1.06	1.06	A
糖尿病による新規透析導入数		343件 ^{注1}	479件 ^{注2}	新規導入数の低減	評価不能	
精神疾患	地域精神保健福祉連携会議の設置数		0	9会議	9会議	A
	退院促進委員会設置数		4委員会	16委員会	16委員会	A
	高齢・長期入院患者の退院者数(1か月平均)		6人	8人	7人	A
救急医療	救急医療情報システム*参加医療機関数		568機関	651機関	693機関	B
	受入困難事例の割合	30分以上	4.6%	3.8%	3.3%	B
		4回以上	4.1%	2.3%	3.0%	A

	救急搬送患者のうち、傷病程度が軽傷であった人の割合	56.4%	54.1%	50.0%以下	B
	救急救命士が同乗している救急車の割合	59.8%	78.1%	80.0%以上	B
災害医療	災害拠点病院*等の耐震化率	62.9% (22/35)	77.1% (27/35)	91.4% (32/35)	B
	救急告示医療機関のEMIS*参加割合	53.1% (34/64)	95.1% (58/61)	100% (64/64)	B
	地域災害医療対策会議設置数	4 地域	9 地域	9 地域	A
	災害拠点病院等の訓練参加率	83.3%	100%	100%	A
へき地医療	へき地診療所*等からの代診医*派遣依頼応需率*	100%	100%	100%	A
	へき地診療所に勤務する常勤医師数	13 人	16 人	13 人	A
	三重県地域医療研修センター*研修医受入数(累計数)	127 人	259 人	332 人	B
周産期医療	妊産婦死亡率*(出産*10 万あたり)	6.5	7.5	0	D
	周産期死亡率*の全国順位(出産千あたり)	29 位 (4.4)	47 位 (5.7)	10 位以内 (3.8)	D
	産科・産婦人科医師数(出産1 万あたり) ※()内は実人数	93 人 (142 人)	121 人 (163 人)	110 人以上 (180 人以上)	A
	病院勤務小児科医師数(小児人口1 万あたり) ※()内は実人数	4.3 人 (109 人)	5.3 人 (128 人)	5.5 人以上 (140 人以上)	B
	就業助産師数(人口10 万あたり) ※()内は実人数	16.0 人 (297 人)	22.7 人 (410 人)	23.2 人以上 (429 人以上)	B
小児救急を含む小児医療	幼児死亡率*(人口10 万人あたり) ※()内は全国平均	33.5 (27.6)	10.7 (17.7)	全国平均以下	A
	小児科医師数(人口10 万人あたり) ※()内は実数	10.8 人 (200 人)	11.5 人 (208 人)	12.4 人以上 (229 人)	B
	救急搬送数(乳幼児の軽症者)	2,017 件	1,907 件	2,017 件以下	A
	小児傷病者救急搬送時の現場滞在時間(現場滞在時間が45 分以上の割合)	0.40%	0.17% (速報値)	現状維持	A
	小児の訪問診療*実施機関数	7 施設	9 施設 (4 年後)	14 施設	B
在宅医療	訪問診療件数(人口10 万人あたり) ※往診*は含みません。	1,879 件	2,439 件 (4 年後)	2,561 件	B

24 時間体制の訪問看護*ステーション従事者数のうち、看護師・准看護師数	192 人	344.1 人	249 人	A
入院医療機関との退院時カンファレンス*開催件数	27 件	115 件 (4 年後)	162 件以上	B
死亡者のうち死亡場所が在宅の割合（自宅および老人ホームでの死亡）	17.6%	20.9%	22.2%	B

注1 平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月の 6 か月間の全保険者のレセプト*データを集計（他県からの流入を含む）

注2 平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の 1 年間の国保・後期高齢者医療のレセプトデータを集計

3. 第7次計画の基本的な考え方

(1) 医療機能の分化と連携による効率的で質の高い医療提供体制の構築

- 「団塊の世代」が全て 75 歳以上となる平成 37（2025）年に向け、医療機能の分化と連携体制の整備を進め、5 疾病・5 事業および在宅医療における切れ目のない医療提供体制の構築に取り組みます。

(2) 地域包括ケアシステムの構築に向けた医療・介護の連携による在宅医療等の提供体制の整備

- 医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、医療機関相互や医療・介護の関係者等の連携により、地域の状況に応じた在宅医療等の提供体制の整備に取り組みます。

(3) 医療従事者の確保による医療提供体制の維持・整備

- 地域や診療科間の偏在への対応を含め、医師、看護師等の医療従事者の確保対策に取り組みます。

第2節 | 計画の性格

- 「医療法」（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 の規定に基づく計画です。
- 長期的な視点から三重のあるべき姿を展望し、県政運営の基本姿勢や政策展開の方向性を示した本県の戦略計画である「みえ県民力ビジョン」の着実な推進に向け、特定の課題に対応するための個別計画です。
- 本県の医療行政推進の基本方針であり、県民の皆さんが医療に対し、より一層の信頼と安心を実感できるよう、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築をめざすものです。
- 計画の推進にあたっては、医療および介護の総合的な確保を進めるため、「三重県介護保

険事業支援計画」や市町の「介護保険事業計画」との整合を図るとともに、「三重の健康づくり基本計画」、「三重県がん対策推進計画」、「みえ障がい者共生社会づくりプラン」、「第三期三重県医療費適正化計画」、その他医療と関連する計画との整合を図ります。

第3節 | 計画の特徴

- 県民、医療機関、医療関係団体、市町等が取り組む活動についても明らかにし、それぞれの立場から地域の医療を守る行動等につなげていくとともに、魅力ある医療機関や医療提供体制づくりを進めていきます。
- 県民の皆さんが医療サービスを必要とするさまざまな場面で活用していただけるよう、具体的な医療情報についてもわかりやすく示します。

第4節 | 具体的な医療情報の提供

- 第7次計画では、5疾病・5事業および在宅医療の医療提供体制について、具体的な医療機関名等を本文中、もしくは県のホームページ上で掲載し、変更があった場合は随時更新していきます。

第5節 | 計画の期間

- 平成30(2018)年4月1日から平成36(2024)年3月31日までの6年間とします。ただし、第7章「地域医療構想」については、平成37(2025)年をめざしています。なお、在宅医療その他必要な事項については、3年後に調査、分析および評価を行い、必要に応じて計画を変更することとします。

第1節 | 三重県の地域特性

1. 地域の特性

(1) 地勢

- 三重県は、日本のほぼ中央に位置し、南北に長い県土を持っています。北は愛知県、岐阜県に、西は滋賀県、京都府、奈良県に、南は和歌山県にそれぞれ接し、北から南にかけて伊勢湾、熊野灘に面しています。
- 県内北部地域は名古屋生活圏に、南部地域の一部は和歌山県新宮生活圏に近接しています。また、北西部においては、滋賀県や奈良県等と関わりが深い地域となっています。
- 面積は、平成 28 (2016) 年 10 月 1 日現在 5,774.41 km²で、国土の 1.53%を占めており、全国第 25 位の広さです¹。
- 県土は、中央を西から東に流れる榑田川に沿った中央構造線によって、北側の内帯地域と南側の外帯地域に分けられます。
- 内帯地域は東に伊勢湾を望み、北から西にかけては御在所岳や藤原岳等 1,000mを超える山々と養老、鈴鹿、笠置、布引等の 700~800m級の山地・山脈が連なっています。
- 一方、外帯地域の東部はリアス式海岸の志摩半島から熊野灘に沿って紀伊半島東部を形成し、西部には県内最高峰 1,695mの日出ヶ岳を中心に紀伊山地が形成されています。
- 医療提供体制については、県内を北勢・中勢伊賀・南勢志摩・東紀州の 4 つの二次医療圏に分けています。さらに、三重県地域医療構想 (平成 29 (2017) 年 3 月策定) の 8 構想区域ごとに地域の現状と課題を把握し、各地域の実情に応じてきめ細かに対応することとします。

図表2-1-1 二次医療圏・構想区域

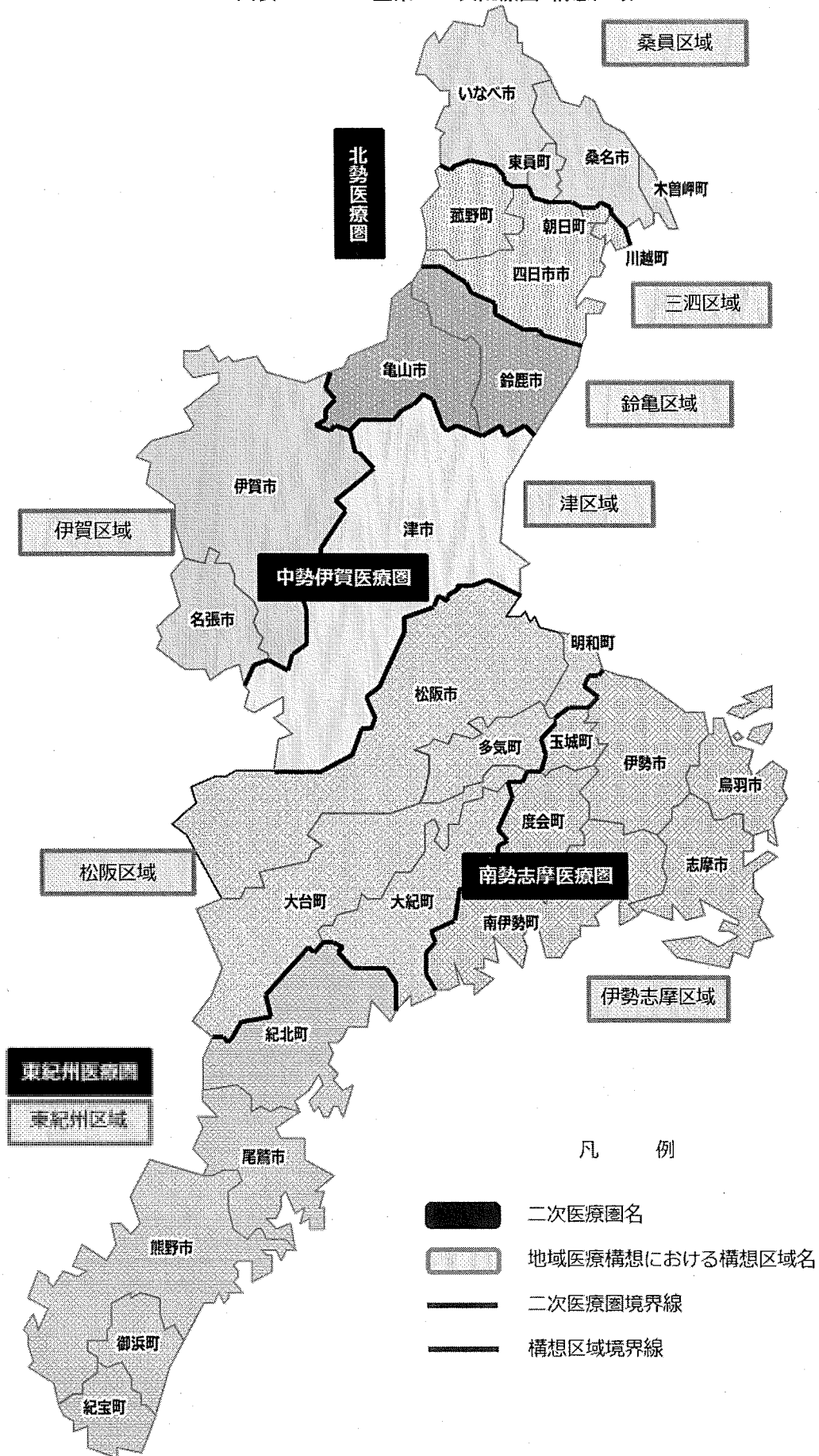
二次医療圏・構想区域	構成市町	人口(人)
北勢医療圏		840,770
桑名区域	桑名市、いなべ市、木曾岬町、東員町	217,754
三泗区域	四日市市、菰野町、朝日町、川越町	376,566
鈴鹿区域	鈴鹿市、亀山市	246,450
中勢伊賀医療圏		446,647
津区域	津市	278,674
伊賀区域	名張市、伊賀市	167,973
南勢志摩医療圏		449,933
松阪区域	松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町	218,294
伊勢志摩区域	伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、南伊勢町	231,639
東紀州医療圏 (区域)	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町	70,261

※東紀州医療圏は、東紀州区域のみで形成されています。

資料：三重県「月別人口調査」(平成 28 年 10 月 1 日現在)

¹ 出典：国土地理院「平成 28 年 全国都道府県市区町村別面積調」

図表2-1-2 三重県の二次医療圏・構想区域



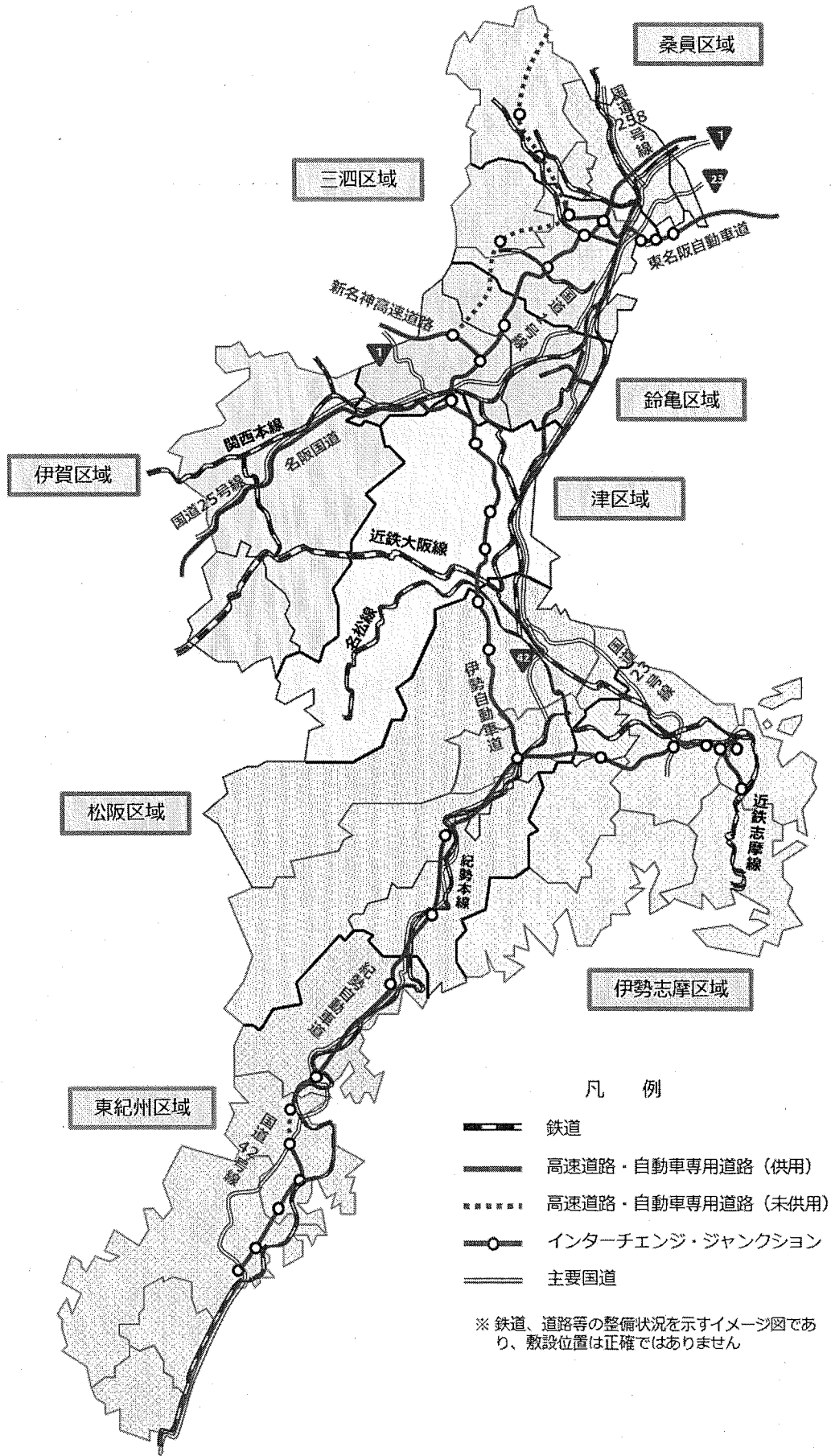
(2) 気候

- 三重県の気候については、平野部、盆地部、山地部から成る地形の複雑さから、さまざまな特性があります。
- 内帯地域中、海岸地帯に位置する津市は、年平均気温 15.9℃（平年値：1981 年～2010 年の 30 年間の平均値、以下同じ）、年平均湿度 69%と比較的温暖で過ごしやすい気候です。
- これに対し、内帯地域の西側、布引山地等に囲まれた伊賀盆地にある伊賀市の年平均気温は 14.2℃と、県内観測所の中では最も低く、夏冬や朝夕の温度差が大きい内陸型の気候の特徴を示しています。
- 外帯地域東側の海岸地帯は、黒潮の影響で温暖な地域が広がっており、その南側、熊野灘に面した尾鷲市の気候は、年平均気温 16.1℃と四季を通じて暖かい南海型の気候となっています。また、同市の年間降水量は 3,848.8mm と全国でも有数の多雨地帯となっています。

(3) 交通機関の状況

- 県内の主要国道としては、1 号、23 号、25 号、42 号、258 号等があり、高規格幹線道路では、近畿自動車道名古屋大阪線（東名阪自動車道）および近畿自動車道伊勢線（伊勢自動車道）等があります。また、平成 25（2013）年度には、近畿自動車道紀勢線（紀勢自動車道）の三重県区間が全線、熊野尾鷲道路が一部を除き開通しました。
- こうした道路交通網において、国道 25 号は北勢地域と伊賀地域を結ぶ道路として、国道 23 号は北勢地域と中南勢地域を、国道 42 号は中南勢地域と東紀州地域を結ぶ道路として重要な役割を担っています。また、新たに開通した紀勢自動車道は、救急搬送や災害に強いルートとして地域の生活基盤を支えることが期待されています。
- 県内を走る幹線鉄道としては、JR の関西本線、紀勢本線、近畿日本鉄道の大阪線、名古屋線、山田線等があり、その他の鉄道としては、三岐鉄道、伊勢鉄道、伊賀鉄道等があります。

図表2-1-3 県内の主要交通網



第2節 | 人口および人口動態

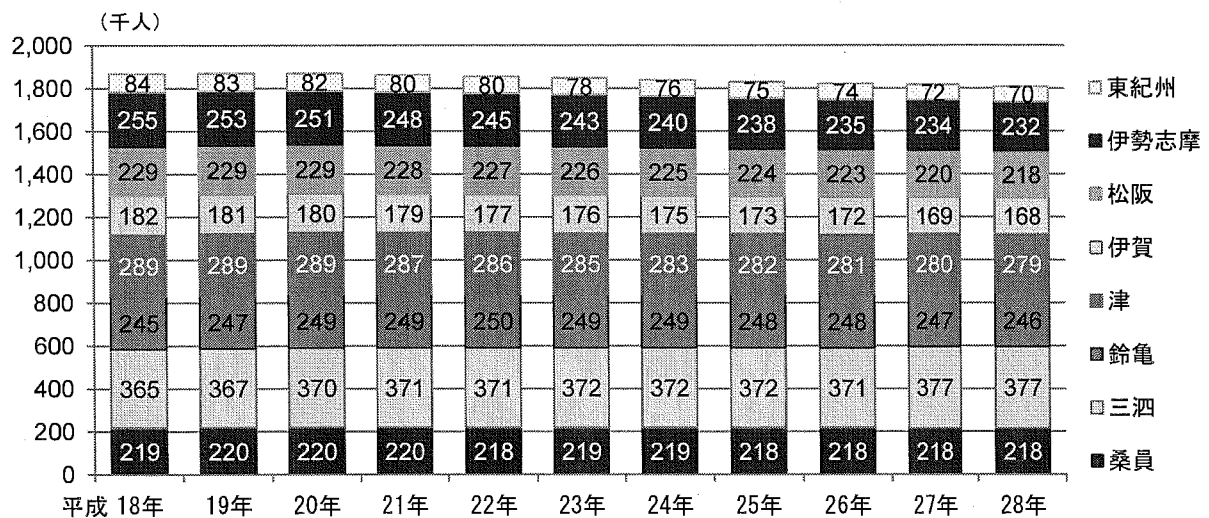
1. 人口

(1) 人口および世帯

① 人口推移

- 平成 28 (2016) 年 10 月 1 日現在、本県の人口は 1,807,611 人で、平成 20 (2008) 年頃まで増加傾向にありましたが、その後ゆるやかに減少しています。

図表2-2-1 構想区域別人口推移

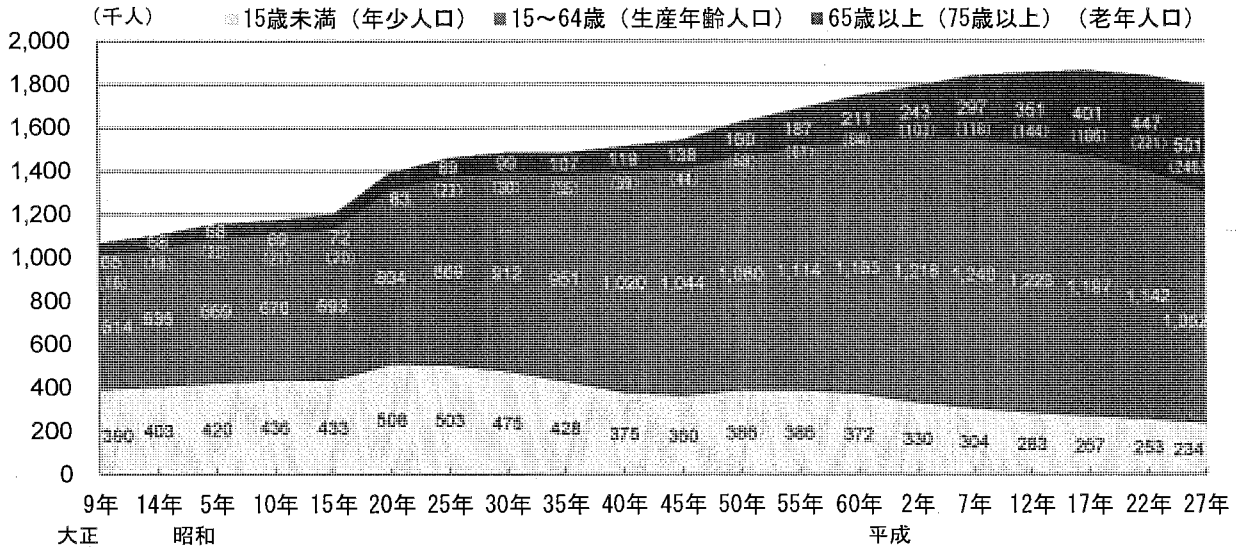


資料：三重県「月別人口調査」（各年 10 月 1 日現在）

② 年齢3区分別人口

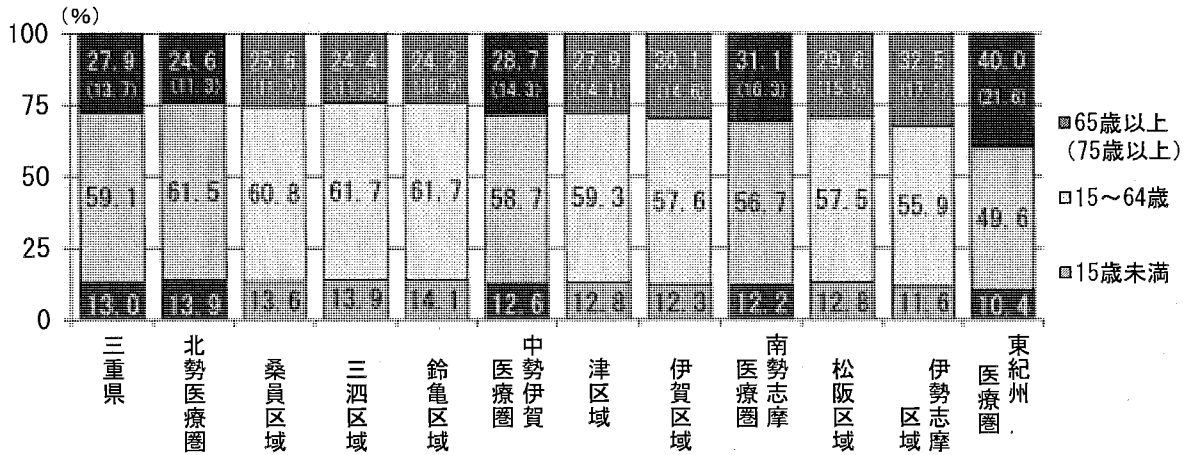
- 本県の人口を年少（15 歳未満）、生産年齢（15～64 歳）および老年（65 歳以上）の 3 つの区分に分けて年次別に推移をみると、年少人口の割合は低下傾向にあり、平成 27 (2015) 年は 13.0%（全国 12.6%）と、統計上確認できる大正 9 (1920) 年以降で最も低くなっています。老年人口の割合は、平成 27 (2015) 年に 27.9%（全国 26.6%）となっており、大正 9 (1920) 年以降で最も高くなっています。
- 近年、老年人口の中でも 75 歳以上の後期高齢者の人口が増加しています。
- 構想区域・二次医療圏別に見ると、年少人口の割合は、鈴亀区域 14.1%、三泗区域 13.9%、桑員区域 13.6%と北勢医療圏が高く、一方、東紀州区域 10.4%、伊勢志摩区域 11.6%と県南部で低くなっています。生産年齢人口の割合についても、ほぼ同様の傾向が見られます。一方、老年人口の割合は、東紀州区域が 40.0%と最も高く、最も低い鈴亀区域の 24.2%より 15.8 ポイントも高くなっています。

図表2-2-2 年齢3区分別人口の推移



資料：総務省「国勢調査」、三重県「三重県統計書」（各年10月1日現在）

図表2-2-3 二次医療圏・構想区域別年齢3区分別人口構成比

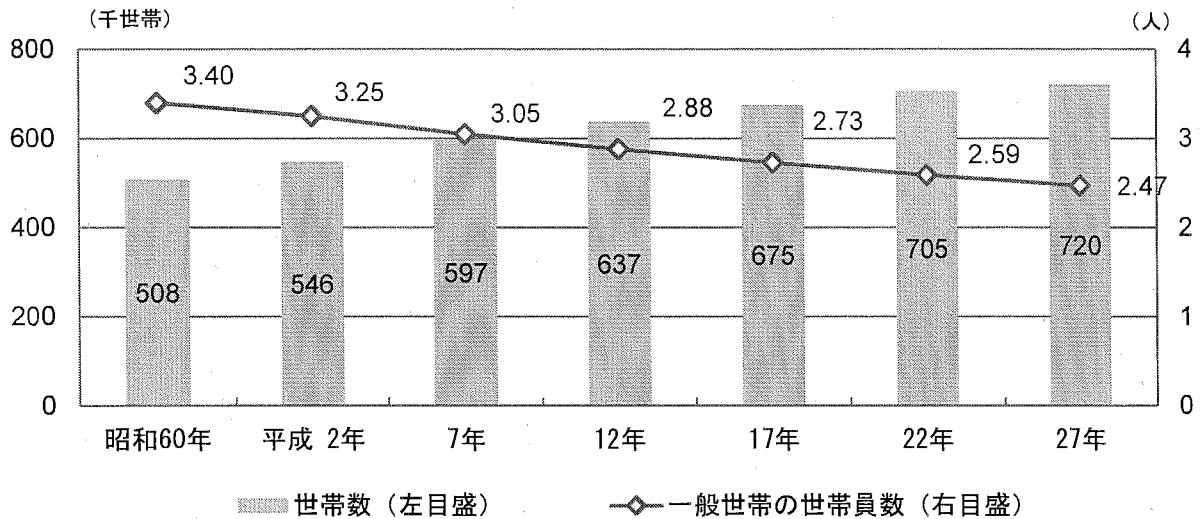


資料：総務省「国勢調査」（平成27年10月1日現在）

③ 世帯

- 平成 27 (2015) 年 10 月 1 日現在、本県の世帯数は 720,292 世帯で、平成 22 (2010) 年と比較すると、15,685 世帯 (2.2%) 増加しています。また、世帯の種類は「一般世帯」と「施設等の世帯」に区分されていますが、一般世帯の 1 世帯あたりの人数は 2.47 人 (全国 2.33 人) で、平成 22 (2010) 年に比べ 0.12 人減少しています。

図表2-2-4 世帯数および世帯員数の推移



資料：総務省「国勢調査」

図表2-2-5 二次医療圏・構想区域別世帯数

(単位：世帯)

二次医療圏・構想区域	世帯数	構成比
三重県	720,292	100.0%
北勢医療圏	332,161	46.1%
桑員区域	81,884	11.4%
三泗区域	152,607	21.2%
鈴亀区域	97,670	13.6%
中勢伊賀医療圏	178,925	24.8%
津区域	114,679	15.9%
伊賀区域	64,246	8.9%
南勢志摩医療圏	176,317	24.5%
松阪区域	84,274	11.7%
伊勢志摩区域	92,043	12.8%
東紀州医療圏 (区域)	32,889	4.6%

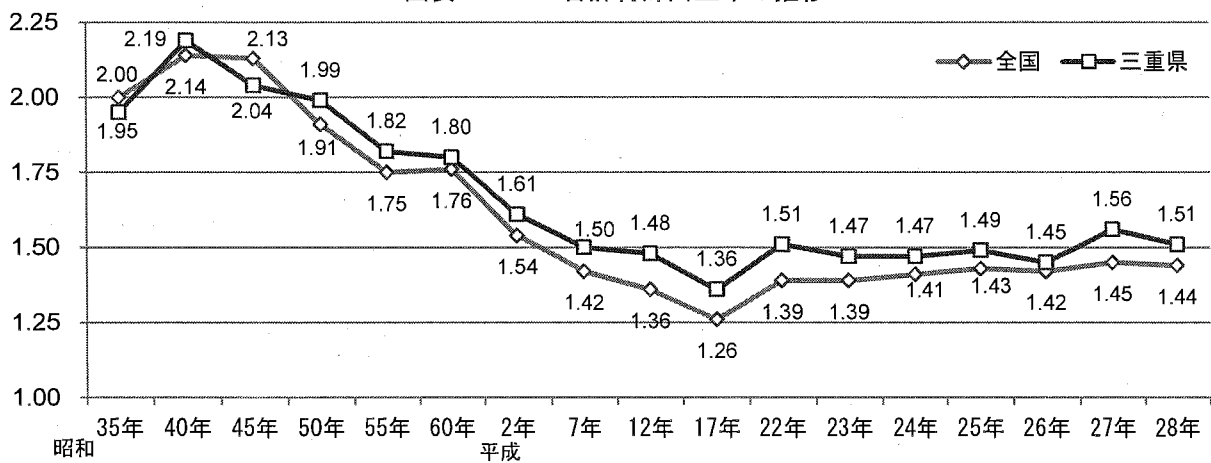
資料：総務省「国勢調査」(平成 27 年 10 月 1 日現在)

(2) 人口動態

① 出生

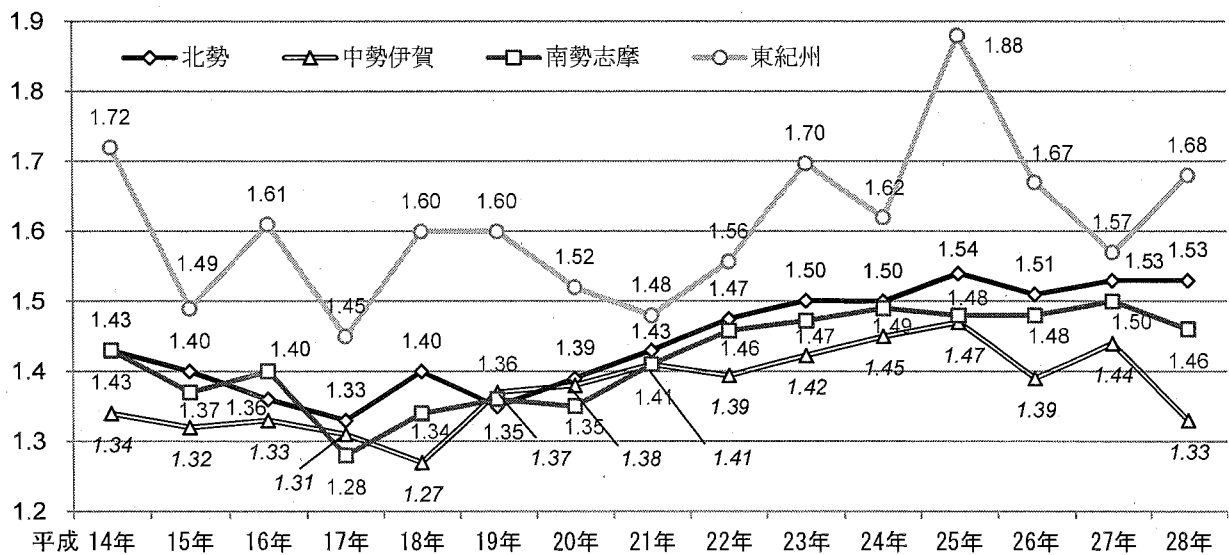
- 本県の平成 28 (2016) 年の出生数は 13,202 人でした。昭和 59 (1984) 年までの 2 万人以上、平成 23 (2011) 年までの 1 万 5 千人以上に比べて徐々に減少しています。
- また、平成 28 (2016) 年の合計特殊出生率*は 1.51 で、全国平均の 1.44 を 0.07 上回り、全国で 23 位に位置します。ただし、現在の人口を維持するのに必要な 2.07 を大きく下回っています。
- 合計特殊出生率を二次医療圏別にみると、東紀州医療圏が高く、中勢伊賀医療圏が低い傾向にあります。

図表 2-2-6 合計特殊出生率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-7 二次医療圏別合計特殊出生率の推移

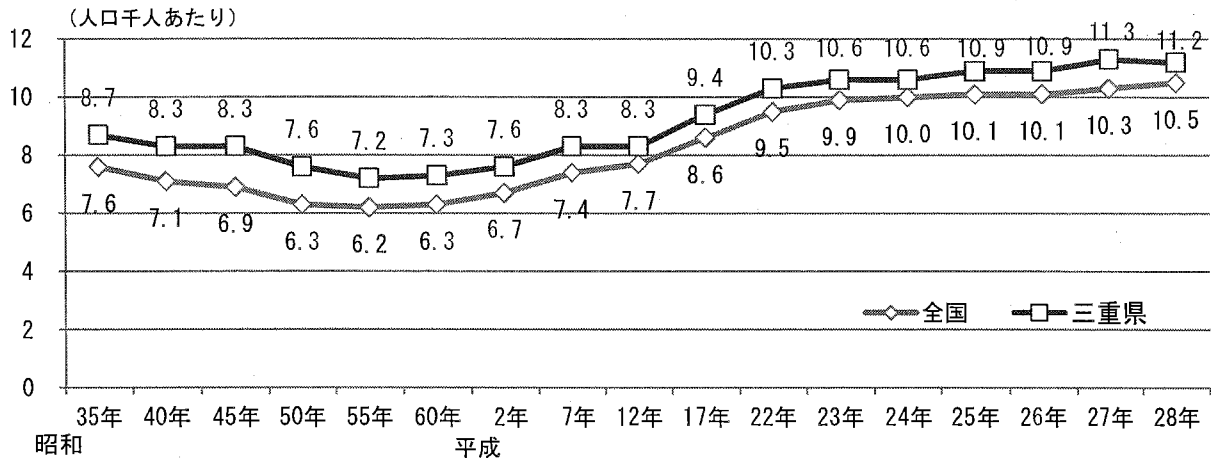


資料：三重県「三重県の人口動態」

② 死亡

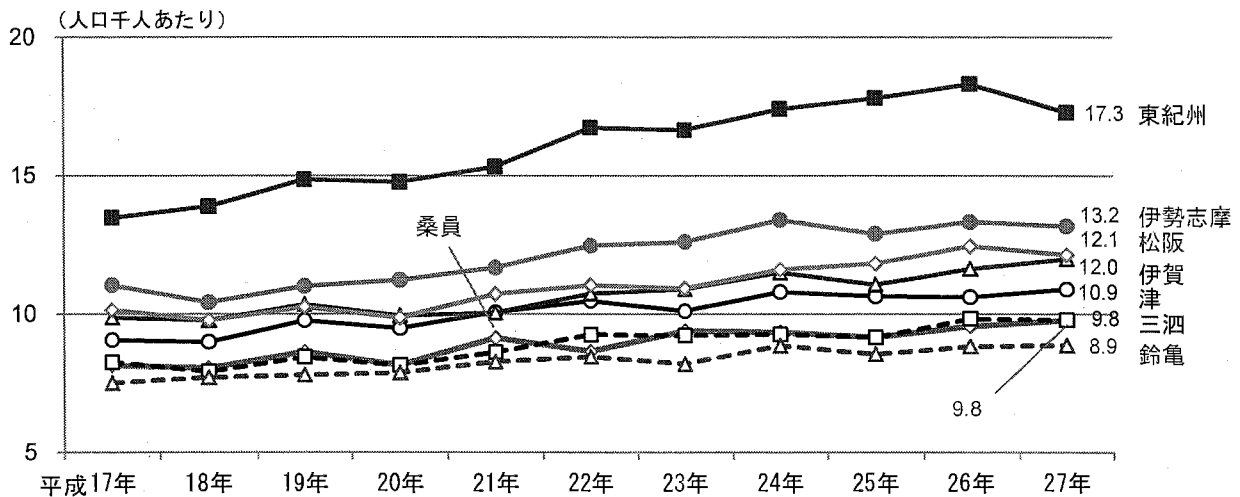
- 本県の平成 28 (2016) 年の死亡者数は 19,830 人で、人口千人あたりの死亡率は 11.2 です。死亡率は全国平均の 10.5 よりも高く、全国で高い方から数えて 29 位に位置します。人口の高齢化等に伴い、死亡率は上昇傾向にあります。
- 構想区域別の平成 27 (2015) 年の人口千人あたりの死亡率は、高齢化率が最も高い東紀州区域が 17.3 と最も高く、高齢化率が最も低い鈴亀区域が 8.9 と最も低くなっています。

図表 2-2-8 死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-9 構想区域別死亡率の推移

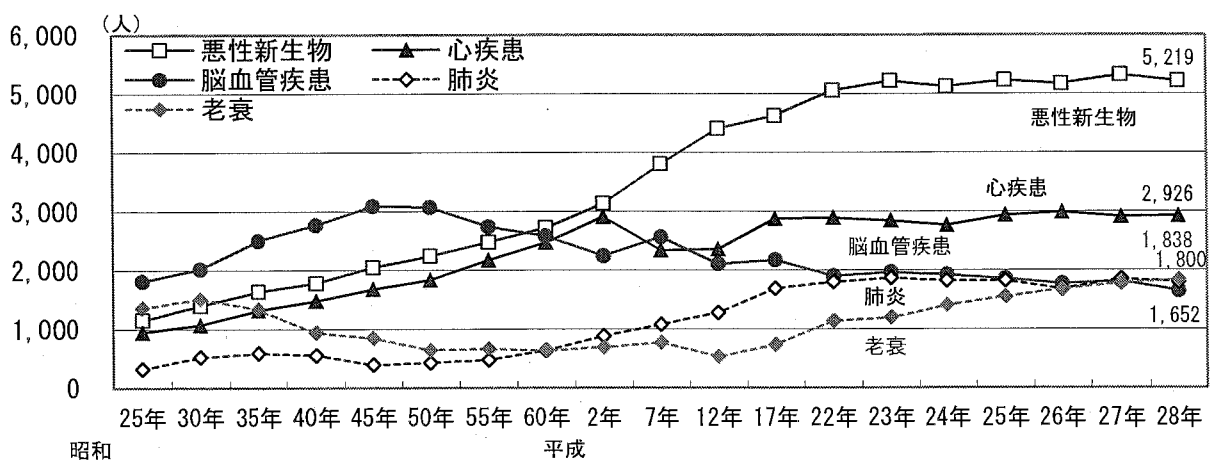


※各年10月1日～翌年9月30日の1年間の死亡者数を各年10月1日推計人口で除して算出

資料：三重県「市町累年統計表」「月別人口調査」

- 本県の平成 28 (2016) 年の死因順位は、第 1 位「悪性新生物」5,219 人 (死亡総数に占める割合 26.3%)、第 2 位「心疾患²」2,926 人 (同 14.8%)、第 3 位「老衰」1,838 人 (同 9.3%)、第 4 位「肺炎」1,800 人 (同 9.1%)、第 5 位「脳血管疾患」1,652 人 (同 8.3%) で、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患の 3 疾患が総数に占める割合は 49.4% でした。
- 平成 28 (2016) 年の人口 10 万人あたりの死亡率で比較すると、悪性新生物は 288.7 (全国平均 298.3)、心疾患は 161.9 (同 158.4)、肺炎は 99.6 (同 95.4)、脳血管疾患は 91.4 (同 87.4) で、悪性新生物を除いて全国平均を上回っています。
- 二次医療圏・構想区域別では、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、肺炎、老衰とも、東紀州医療圏 (区域) の死亡率が最も高くなっています。

図表 2-2-10 三重県の年次別に見た主要死因別死亡数の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-11 二次医療圏・構想区域別主な死因別死亡率(10万人あたり)

二次医療圏・構想区域	総数	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	肺炎	老衰
三重県	1,097.0	288.7	91.4	161.9	99.6	101.7
北勢医療圏	944.0	262.1	75.9	139.5	88.3	77.7
桑員区域	971.7	278.8	69.3	135.5	92.3	84.5
三泗区域	949.6	267.2	73.6	146.9	82.9	83.4
鈴亀区域	910.9	239.8	85.2	131.9	92.9	62.9
中勢伊賀医療圏	1,098.6	287.3	90.0	160.3	101.6	109.7
津区域	1,022.3	255.9	89.7	148.6	98.7	85.4
伊賀区域	1,225.2	339.3	90.5	179.8	106.6	150.0
南勢志摩医療圏	1,282.9	319.4	112.5	189.8	113.6	127.4
松阪区域	1,204.3	295.9	102.6	169.0	118.2	109.5
伊勢志摩区域	1,356.9	341.5	121.7	209.4	109.2	144.2
東紀州医療圏 (区域)	1,727.8	419.9	150.9	260.5	132.4	173.6

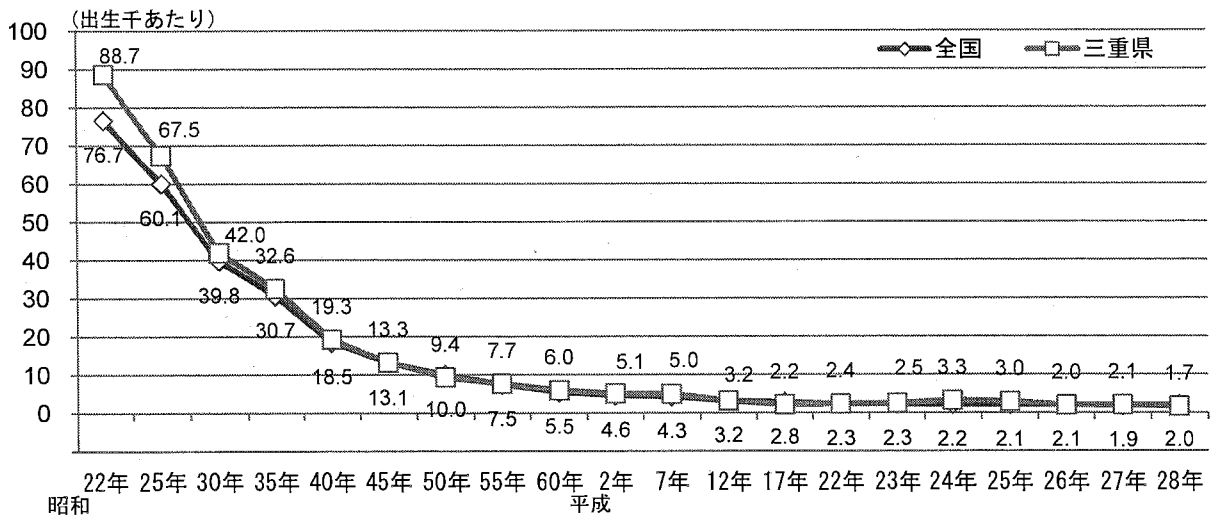
資料：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」、三重県「月別人口調査」(平成 28 年 10 月 1 日現在)

² 高血圧性のものを除きます。

③ 乳児死亡

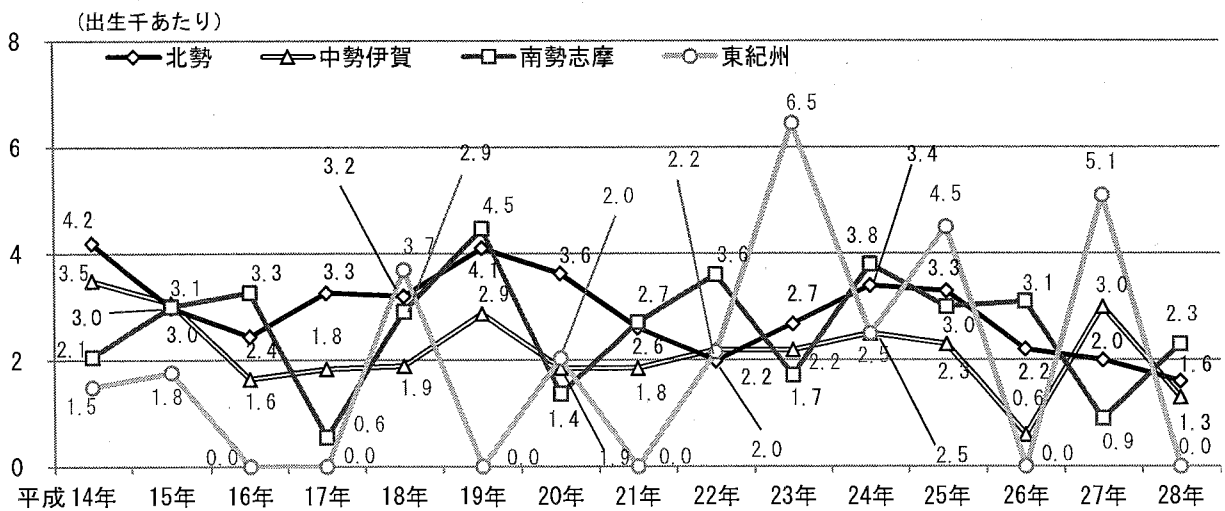
- 本県の平成 28 (2016) 年の乳児*死亡数は 22 人で、出生千あたりの乳児死亡率は 1.7 です。乳児死亡率は全国平均の 2.0 を下回り、全国で 37 位に位置します。近年は、減少傾向にあります。
- 乳児死亡数は多くないため、二次医療圏別にみると出生数が少ない医療圏ほど年度によって乳児死亡率が上下していますが、比較的出生数の多い北勢医療圏の乳児死亡率は近年、2.0~4.0 で推移していましたが、平成 28 (2016) 年は 1.6 でした。

図表 2-2-12 乳児死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-13 二次医療圏別乳児死亡率の推移

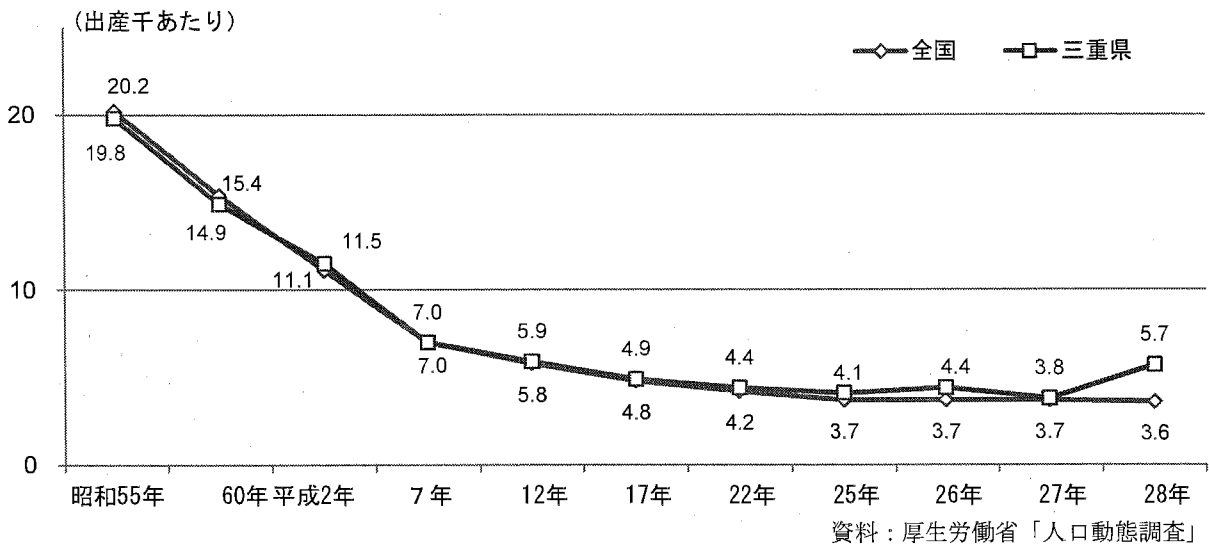


資料：三重県「三重県の人口動態」

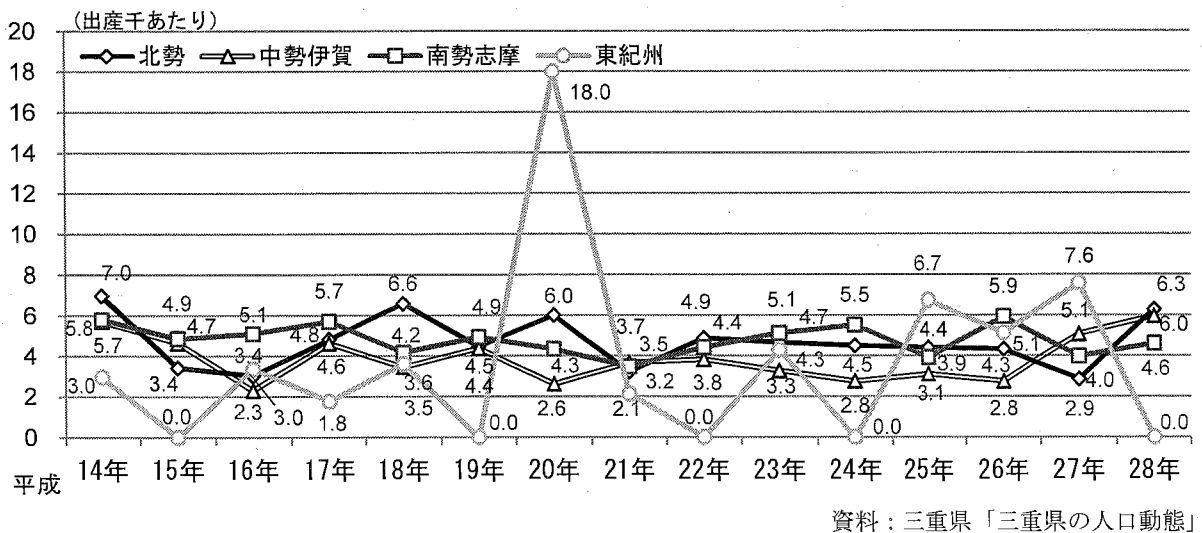
④ 周産期死亡

- 周産期死亡は、妊娠満 22 週以降の死産と生後 1 週未満の早期新生児死亡を合わせたもので、母体の健康状態に大きく影響されます。本県の平成 28 (2016) 年の周産期死亡数は 75 人で、出産千あたりの周産期死亡率は 5.7 となっており、全国最下位という状況です。
- 二次医療圏別では、比較的出生数が多く年度による上下が少ない北勢医療圏の周産期死亡率は、近年おおよそ 3.0~5.0 で推移していましたが、平成 28 (2016) 年は 6.3 となっています。

図表 2-2-14 周産期死亡率の推移



図表 2-2-15 二次医療圏別周産期死亡率の推移



⑤ 平均寿命

- 本県の平成 27 (2015) 年の平均寿命は男性 80.86 年、女性 86.99 年です。昭和 60 (1985) 年と比較すると 30 年間で男性が 5.99 年、女性が 6.38 年延びています。

図表 2-2-16 平均寿命の推移

(単位：年)

年	男			女		
	全国	三重県	順位	全国	三重県	順位
昭和 40 年	67.74	68.61	7	72.92	73.32	11
昭和 50 年	71.79	71.75	17	77.01	76.84	20
昭和 60 年	74.95	74.87	23	80.75	80.61	31
平成 2 年	76.04	76.03	26	82.07	82.01	30
平成 7 年	76.70	76.76	27	83.22	83.02	36
平成 12 年	77.71	77.90	18	84.62	84.49	34
平成 17 年	78.79	78.90	20	85.75	85.58	34
平成 22 年	79.59	79.68	21	86.35	86.25	30
平成 27 年	80.77	80.86	19	87.01	86.99	27

資料：厚生労働省「都道府県別生命表」

(3) 将来推計人口

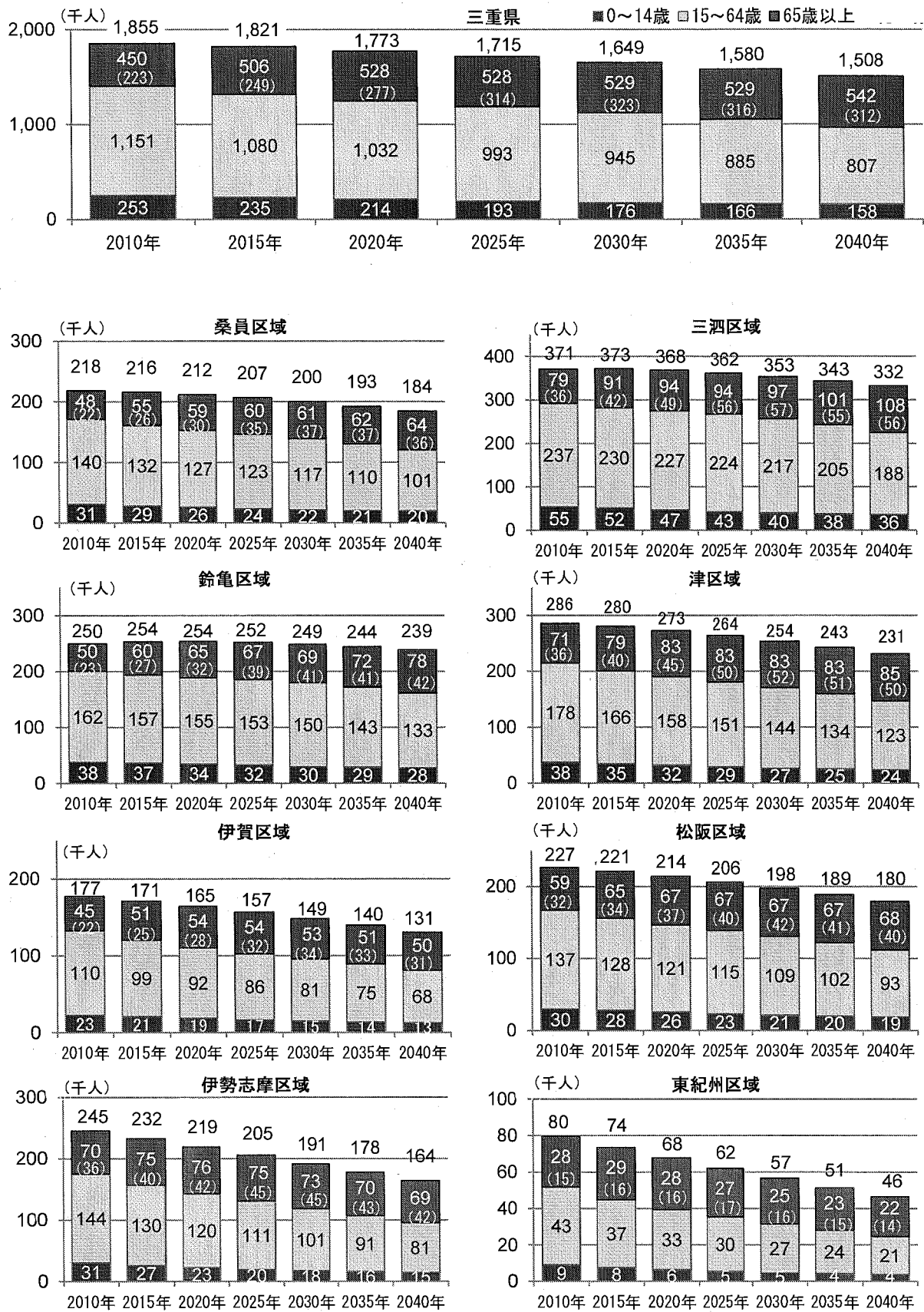
① 人口推移

- 国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、本県の人口は、平成 32 (2020) 年は 1,773 千人と推計されており、平成 52 (2040) 年には 1,508 千人まで減少する見込みです。
- 二次医療圏・構想区域別にみると、北勢医療圏の減少は比較的なだらかですが、県南部の伊勢志摩区域と東紀州医療圏（区域）の減少は急激です。

② 年齢 3 区分別人口

- 年少人口の割合は低下傾向が続くと予測されており、平成 32 (2020) 年には 12.1% (全国 11.7%)、平成 52 (2040) 年には 10.5% (全国 10.0%) に低下すると推計されています。逆に老年人口の割合は、平成 32 (2020) 年には 29.8% (全国 29.1%)、平成 52 (2040) 年には 36.0% (全国 36.1%) に上昇すると推計されています。
- 二次医療圏別にみると、平成 52 (2040) 年の年少人口の割合は、北勢医療圏が 11.1% と最も高く、東紀州医療圏が 8.4% と最も低く、生産年齢人口の割合も同様の傾向と推計されています。一方、老年人口の割合は、東紀州医療圏が 46.9% と最も高く、最も低い北勢医療圏の 33.1% より 13.8 ポイント高くなると推計されています。

図表 2-2-17 三重県および構想区域の年齢3区分別推計人口の推移



資料：いずれも国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）

図表 2-2-18 二次医療圏・構想区域別年齢3区分別人口構成比

二次医療圏・構想区域	平成 32 (2020) 年			平成 52 (2040) 年		
	15 歳未満	15～64 歳	65 歳以上	15 歳未満	15～64 歳	65 歳以上
全 国	11.7%	59.2%	29.1%	10.0%	53.9%	36.1%
三重県	12.1%	58.2%	29.8%	10.5%	53.5%	36.0%
北勢医療圏	12.9%	60.9%	26.2%	11.1%	55.8%	33.1%
桑員区域	12.3%	59.7%	28.0%	10.7%	54.5%	34.8%
三河区域	12.9%	61.6%	25.5%	10.9%	56.6%	32.5%
鈴亀区域	13.6%	60.9%	25.5%	11.7%	55.8%	32.5%
中勢伊賀医療圏	11.6%	57.1%	31.3%	10.1%	52.7%	37.2%
津区域	11.8%	57.9%	30.3%	10.3%	53.0%	36.7%
伊賀区域	11.3%	55.7%	33.0%	9.7%	52.3%	38.0%
南勢志摩医療圏	11.3%	55.5%	33.2%	9.9%	50.5%	39.6%
松阪区域	12.2%	56.4%	31.5%	10.6%	51.7%	37.7%
伊勢志摩区域	10.4%	54.7%	34.9%	9.1%	49.2%	41.7%
東紀州医療圏 (区域)	9.4%	48.8%	41.8%	8.4%	44.8%	46.9%

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

注) 国立社会保障・人口問題研究所は、全国については平成 27 年国勢調査を反映して平成 29 年に再推計していますが、都道府県・市区町村については平成 22 年国勢調査反映分のみのため、平仄を合わせるために全国値は平成 25 年推計結果を用いています。

第3節 | 保健医療施設の状況

1. 保健衛生関係施設

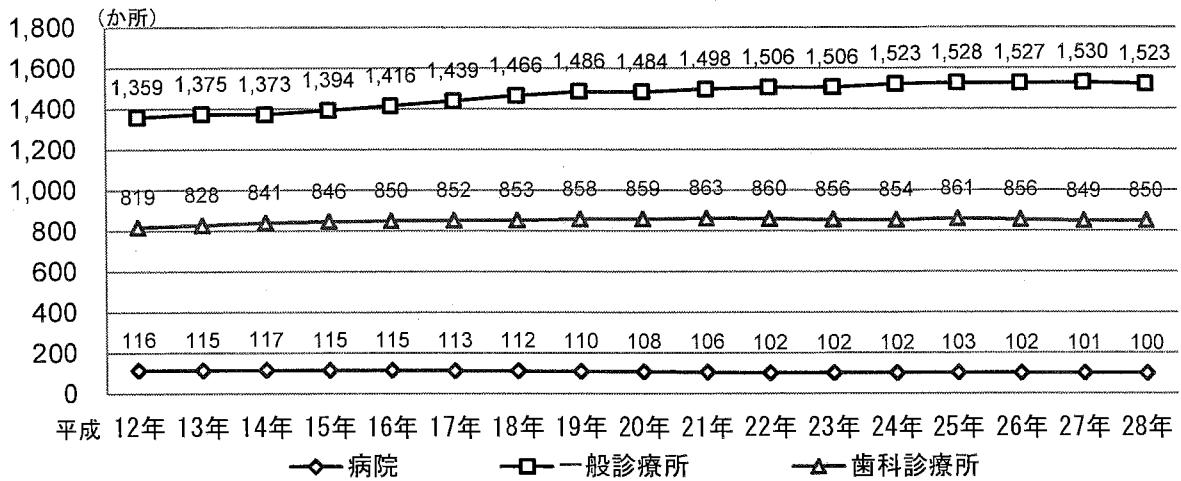
- 県内の保健衛生関係施設としては、保健所（9 か所）、市町保健センター（45 か所）が設置されています。また、県域全体の機関として、保健環境研究所、こころの健康センターが設置されています。

2. 医療施設

(1) 施設数

- 平成 28 (2016) 年 10 月 1 日現在、県内の医療機関数は、「病院*」100 施設、「一般診療所*」1,523 施設、「歯科診療所*」850 施設となっています。
- 一般診療所は緩やかな増加傾向にありますが、病院は平成 14 (2002) 年をピークに、歯科診療所は平成 21 (2009) 年をピークに減少傾向にあります。

図表 2-3-1 県内の病院および診療所*設置数



資料：厚生労働省「医療施設調査」

- また、本県の人口 10 万人あたりの医療機関数については、一般診療所は全国平均を上回っていますが、その他は全国平均を下回っています。
- 年次別の人口 10 万人あたりの医療機関数については、病院は減少傾向であるのに対し、一般診療所は増加傾向、歯科診療所はほぼ横ばいの状況です。

図表 2-3-2 人口 10 万人あたりの医療機関数の推移

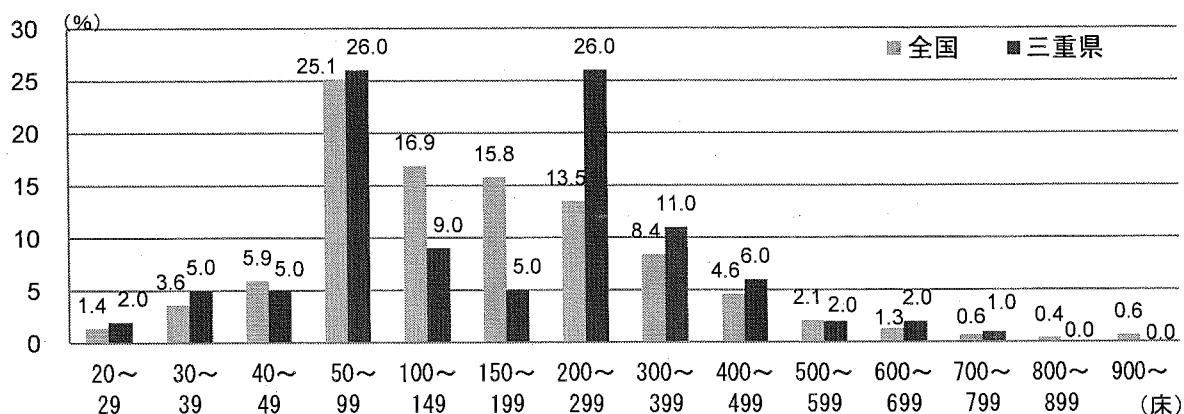
(単位：か所)

	年	病院	一般診療所	歯科診療所
全 国	平成 14 年	7.2	74.4	51.1
	17 年	7.1	76.3	52.2
	20 年	6.9	77.6	53.1
	23 年	6.7	77.9	53.3
	26 年	6.7	79.1	54.0
	27 年	6.7	79.5	54.1
	28 年	6.7	80.0	54.3
三重県	平成 14 年	6.3	73.8	45.2
	17 年	6.1	77.1	45.6
	20 年	5.8	79.1	45.8
	23 年	5.5	81.5	46.3
	26 年	5.6	83.7	46.9
	27 年	5.6	84.3	46.8
	28 年	5.5	84.2	47.0

資料：厚生労働省「医療施設調査」

- 本県における病床規模別の病院数については、50～99 床、200～399 床の病院の割合が高く、100 床台の病院が少ないという特徴があります。

図表 2-3-3 病院の病床規模別割合



資料：厚生労働省「平成 28 年 医療施設調査」

(2) 病床数および利用状況

① 病床数

- 平成 28 (2016) 年 10 月 1 日現在、本県の病床数は 21,509 床であり、病院が 20,293 床、一般診療所が 1,216 床となっています。また、その内訳は、病院の一般病床*が 11,374 床、療養病床*が 4,136 床、精神病床*が 4,729 床、結核病床*が 30 床、感染症病床*が 24 床、一般診療所の一般病床が 1,019 床、療養病床が 197 床となっています。
- 人口 10 万人あたりの病院の病床数は、全ての種類の病床で全国平均を下回っています。

図表 2-3-4 県内の病床の種類別病床数

(単位：床)

	総数	一般	療養	精神	結核	感染症
病院	20,293	11,374	4,136	4,729	30	24
一般診療所	1,216	1,019	197	—	—	—
歯科診療所	0	0	—	—	—	—

資料：厚生労働省「平成 28 年 医療施設調査」

図表 2-3-5 病院の人口 10 万人あたり病床数

(単位：床)

	一般	療養	精神	結核	感染症
全国	702.3	258.5	263.3	4.2	1.5
三重県	629.1	228.8	261.6	1.7	1.3

資料：厚生労働省「平成 28 年 医療施設調査」

② 病床利用率³・平均在院日数

- 本県の平成 28 (2016) 年の病院の病床利用率は、全病床では 79.2%で、全体的に低下傾向にあります。
- 本県の平成 28 (2016) 年の病院の平均在院日数は、全病床では 28.8 日で、全体的に短縮傾向にあります。

図表 2-3-6 県内の病院の病床利用率および平均在院日数の推移

		病床利用率 (%)				平均在院日数 (日)				
		平成 17 年	平成 22 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 17 年	平成 22 年	平成 27 年	平成 28 年	
総数		86.1	81.9	79.2	79.2	35.7	33.2	29.7	28.8	
一般病院	総数	84.6	79.7	78.0	77.8	29.3	27.1	24.5	23.7	
	療養病床および一般病床のみの病院	84.5	79.9	76.5	76.4	34.5	31.1	27.9	27.2	
	その他の一般病院	総数	84.8	79.2	81.3	80.8	22.9	21.2	19.6	18.8
		精神病床	91.0	96.4	94.3	93.3	258.8	356.0	328.2	322.1
		感染症病床	0.3	3.3	2.3	1.3	10.5	8.8	7.3	4.1
		結核病床	52.9	31.2	43.7	35.6	80.7	41.5	74.8	65.6
		療養病床	91.3	89.3	87.5	88.6	83.9	348.7	281.7	229.6
		一般病床	83.6	74.8	77.9	77.5	16.9	14.9	14.0	13.5
介護療養病床		-	80.8	41.2	-	-	145.1	58.5	-	
精神科病院		93.0	92.3	84.8	85.7	339.5	311.4	298.0	306.8	

資料：厚生労働省「病院報告」

- 本県の病院の病床利用率は、全病床では全国平均をやや下回っていますが、精神病床と結核病床は全国平均をやや上回っています。また、平均在院日数については、精神病床と介護療養病床は全国平均をかなり上回っています。

図表 2-3-7 病院の病床利用率

(単位：%)

	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	介護療養病床
全国	80.1	86.2	3.2	34.5	88.2	75.2	91.4
三重県	79.2	87.5	1.3	35.6	85.9	73.6	91.5

資料：厚生労働省「平成 28 年 病院報告」

図表 2-3-8 病院の平均在院日数

(単位：日)

	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	介護療養病床
全国	28.5	269.9	7.8	66.3	152.2	16.2	314.9
三重県	28.8	310.5	4.1	65.6	135.5	15.9	378.7

資料：厚生労働省「平成 28 年 病院報告」

³ {年間在院患者延べ数 / (月間日数 × 月末病床数) の 1 月～12 月の合計} × 100

③ 診療科

- 平成 26 (2014) 年 10 月現在、診療科別の病院数は、「内科」が 97 施設 (95.1%) で最も多く、次いで「整形外科」66 施設 (64.7%)、「外科」62 施設 (60.8%) です。
- また、一般診療所では、「内科」が 1,029 施設 (67.4%) で最も多く、次いで「消化器内科 (胃腸内科)」344 施設 (22.5%)、「小児科」293 施設 (19.2%) です。

図表 2-3-9 診療科目別に見た施設数

(単位：か所)

	病院		一般診療所	
	施設数	割合	施設数	割合
総数	102	100.0%	1,527	100.0%
内科	97	95.1%	1,029	67.4%
呼吸器内科	26	25.5%	160	10.5%
循環器内科	44	43.1%	226	14.8%
消化器内科（胃腸内科）	42	41.2%	344	22.5%
腎臓内科	9	8.8%	18	1.2%
神経内科	38	37.3%	52	3.4%
糖尿病内科（代謝内科）	6	5.9%	40	2.6%
血液内科	6	5.9%	8	0.5%
皮膚科	40	39.2%	160	10.5%
アレルギー科	2	2.0%	162	10.6%
リウマチ科	14	13.7%	83	5.4%
感染症内科	1	1.0%	3	0.2%
小児科	41	40.2%	293	19.2%
精神科	37	36.3%	67	4.4%
心療内科	9	8.8%	54	3.5%
外科	62	60.8%	244	16.0%
呼吸器外科	11	10.8%	4	0.3%
心臓血管外科	14	13.7%	5	0.3%
乳腺外科	5	4.9%	8	0.5%
気管食道外科	1	1.0%	14	0.9%
消化器外科（胃腸外科）	14	13.7%	12	0.8%
泌尿器科	36	35.3%	39	2.6%
肛門外科	18	17.6%	62	4.1%
脳神経外科	36	35.3%	14	0.9%
整形外科	66	64.7%	197	12.9%
形成外科	11	10.8%	13	0.9%
美容外科	0	0.0%	7	0.5%
眼科	33	32.4%	115	7.5%
耳鼻いんこう科	28	27.5%	83	5.4%
小児外科	2	2.0%	7	0.5%
産婦人科	20	19.6%	48	3.1%
産科	2	2.0%	3	0.2%
婦人科	12	11.8%	14	0.9%
リハビリテーション*科	59	57.8%	257	16.8%
放射線科	38	37.3%	36	2.4%
麻酔科	32	31.4%	22	1.4%
病理診断科	9	8.8%	0	0.0%
臨床検査科	2	2.0%	0	0.0%
救急科	2	2.0%	0	0.0%
歯科	16	15.7%	19	1.2%
矯正歯科	1	1.0%	2	0.1%
小児歯科	1	1.0%	3	0.2%
歯科口腔外科	13	12.7%	4	0.3%

資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」

(3) 病院における検査機器の設置状況

- 平成 26 (2014) 年の病院における検査機器の設置状況については、放射線を用いて臓器を撮影する CT*のうち、立体的な画像が得られるマルチスライス CT*を保有する病院数は 66 施設、脳梗塞等の検査に用いる MRI*を保有する病院数は 47 施設(うち、高機能の 3.0 テスラ*以上 9 施設)、がんの検査に用いる PET* (陽電子放出断層撮影) を保有する病院数は 1 施設です。

図表 2-3-10 病院における検査機器の設置・稼働状況

(単位: か所、人/月、台)

	保有施設数	患者数	台数
マルチスライス CT	66	33,812	86
MRI (3.0 テスラ以上)	9	2,642	11
MRI (1.5 テスラ以上 3.0 テスラ未満)	38	9,332	42
SPECT*	15	374	20
PET	1	43	1
PET-CT*	4	350	6

資料: 厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」

3. 医療施設の禁煙対策

- 喫煙は、がんをはじめとするあらゆる疾病の危険因子であり、喫煙者のみならず周辺の人にも受動喫煙*により健康被害を受けます。
- このため、禁煙外来を設置する医療機関、敷地内を禁煙とする医療機関が増えていますが、本県において禁煙外来を行う病院数は人口あたりで全国平均の半数程度であり、また敷地内禁煙を行っている医療機関の割合も全国平均を下回っています。

図表 2-3-11 禁煙外来を行っている医療機関数

(単位: か所)

二次医療圏・構想区域	病院数	人口 10 万人 あたり病院数	一般診療所数	人口 10 万人 あたり診療所数
全 国	2,410	1.9	12,692	10.0
三重県	20	1.1	216	11.9
北勢医療圏	7	0.8	81	9.7
桑員区域	4	1.8	14	6.4
三泗区域	1	0.3	38	10.2
鈴亀区域	2	0.8	29	11.7
中勢伊賀医療圏	6	1.3	52	11.5
津区域	6	2.1	35	12.5
伊賀区域	0	0	17	9.9
南勢志摩医療圏	7	1.5	72	15.7
松阪区域	4	1.8	37	16.6
伊勢志摩区域	3	1.3	35	14.9
東紀州医療圏 (区域)	0	0	11	15.0

資料: 厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査 (個票解析)」、総務省「人口推計」(平成 26 年 10 月 1 日現在)、三重県「月別人口調査」(平成 26 年 10 月 1 日現在)

図表 2-3-12 敷地内禁煙を行っている医療機関数

(単位：か所)

二次医療圏・構想区域	病院		一般診療所	
	実数	全病院に占める割合	実数	全診療所に占める割合
全 国	4,351	51.2	30,614	30.5
三重県	34	33.3	434	28.4
北勢医療圏	12	27.3	170	27.3
桑員区域	8	47.1	38	27.9
三泗区域	1	6.3	79	26.6
鈴亀区域	3	27.3	53	28.0
中勢伊賀医療圏	10	33.3	108	26.0
津区域	9	37.5	77	28.0
伊賀区域	1	16.7	31	22.1
南勢志摩医療圏	11	47.8	134	32.6
松阪区域	5	35.7	66	34.7
伊勢志摩区域	6	66.7	68	30.8
東紀州医療圏（区域）	1	20.0	22	27.8

資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査（個票解析）」

4. その他の保健医療関係施設

- その他の保健医療関係施設として、「介護老人保健施設」が 77 施設、「訪問看護ステーション」が 159 施設あります。
- 介護関係施設については、「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」が 154 施設、「通所介護施設（デイサービス）」が地域密着型も含め 884 施設あります。
- 二次医療圏・構想区域別の各種施設の整備状況は次のとおりです。

図表 2-3-13 二次医療圏・構想区域別の施設数

	二次医療圏 構想区域	三重県	北勢医療圏			中勢伊賀医療圏			南勢志摩医療圏		東紀州 医療圏 (区域)		
			桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢 志摩				
居宅介護支援	居宅介護支援事業所	687	255	66	103	86	181	129	52	198	99	99	53
居宅サービス	訪問看護	159	79	24	35	20	33	18	15	40	16	24	7
	訪問介護	574	191	45	80	66	139	97	42	200	106	94	44
	訪問入浴介護	29	9		6	3	8	5	3	7	2	5	5
	訪問リハビリテーション	19	2			2	7	7		8	8		2
	居宅療養管理指導	31	12	2	6	4	8	7	1	10	1	9	1
	通所介護(デイサービス)	465	194	49	76	69	106	65	41	143	76	67	22
	通所リハビリテーション (デイケア)	124	48	13	25	10	36	26	10	34	20	14	6
	短期入所生活介護	213	66	14	32	20	56	34	22	72	35	37	19
	短期入所療養介護	87	34	14	13	7	23	15	8	25	14	11	5
	特定施設入居者生活介護	58	14	5	4	5	19	11	8	22	9	13	3
	福祉用具貸与	150	43	12	19	12	42	31	11	55	28	27	10
特定福祉用具販売	146	44	11	21	12	39	29	10	51	26	25	12	
施設サービス (介護保険施設)	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	154	49	9	24	16	45	25	20	50	22	28	10
	介護療養型医療施設	12	5	3	1	1	4	3	1	2	2		1
	介護老人保健施設	77	30	11	13	6	20	13	7	23	12	11	4
地域密着型 サービス	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	8	5	1	4		2	2		1		1	
	夜間対応型訪問介護	3					1	1		2		2	
	地域密着型通所介護 (デイサービス)	419	174	73	58	43	104	69	35	108	41	67	33
	認知症対応型通所介護	62	31	11	16	4	16	11	5	12	4	8	3
	小規模多機能型居宅介護	60	16	9	3	4	19	8	11	22	5	17	3
	認知症対応型共同生活 介護(グループホーム*)	195	77	22	25	30	54	30	24	49	24	25	15
	地域密着型特定施設 入居者生活介護	4	3	2		1				1		1	
	地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護	42	18	6	10	2	6	3	3	14	9	5	4
	複合型サービス(看護小 規模多機能型居宅介護)	5	5	2	2	1							

資料：三重県「介護保険事業者・関係施設一覧」(平成30年1月1日現在)

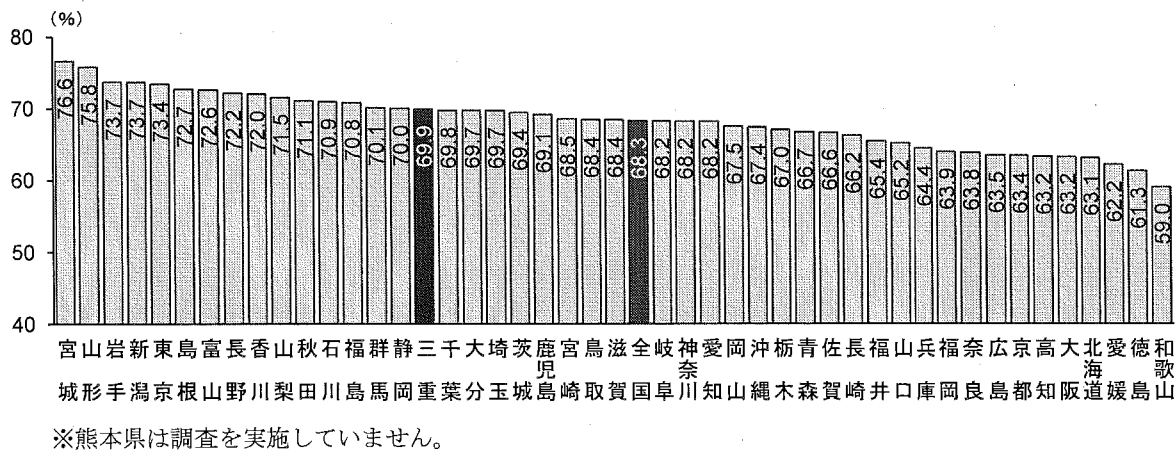
第4節 | 県民の受療動向

1. 受療状況

(1) 疾病予防

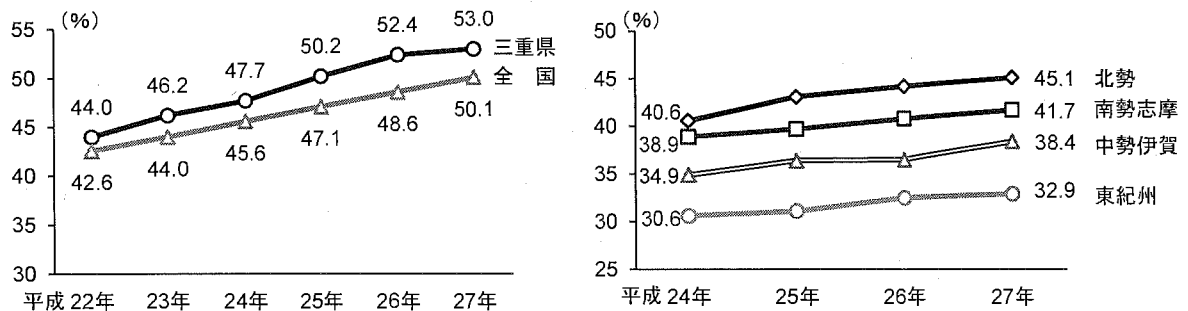
- 健康を維持し、各種疾病の発生を抑制するためには、規則正しい生活リズムを保ち、適度な運動とバランスのとれた食生活等が大切です。逆に、肥満や喫煙、過度の飲酒は疾病の発症リスクを高めます。
- 各種疾病の重症化予防のためには、健康診断を定期的を受診し、疾病を早期に発見することが重要です。本県の平成 28 (2016) 年の健診等の受診率 (20 歳以上) は 69.9%で、全国と比較して高い水準にあります。また、40 歳～74 歳が受診する特定健康診査の受診率は、平成 27 (2015) 年に 53.0%で、全国平均より高い水準ですが、受診していない人が半数近くいることになります。

図表 2-4-1 都道府県別健診等の受診率



資料：厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査」

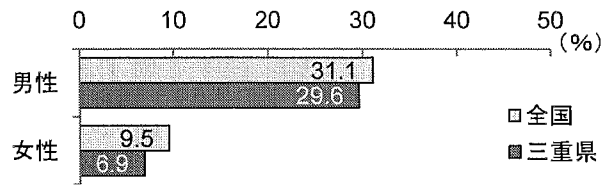
図表 2-4-2 特定健康診査の受診率の推移



※二次医療圏別のデータは国民健康保険被保険者のみ

資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」、
三重県保険者協議会「特定健康診査・特定保健指導に関する実施状況等アンケート調査報告書」

図表 2-4-3 性別喫煙率



資料：厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」

(2) 病院における患者の流出・流入状況

① 病院の療養病床および一般病床の流出・流入患者数

- 「平成 26 年 患者調査（個票解析）」による病院の入院患者（療養病床および一般病床）の状況を二次医療圏別にみると、北勢医療圏では、1日あたりの入院患者数は5.0千人と推計され、うち15%が県外を含む当該医療圏外の医療機関に入院しています。当該医療圏外の医療機関で治療を受けた割合（流出率*）は、県平均では16%ですが、東紀州医療圏では3割を超える高い割合を示しています。
- 東紀州医療圏を除く二次医療圏では入院患者の8割以上がその医療圏内で入院医療を受けており、各医療圏において特殊な医療を除く一般的な医療サービスがおおむね完結しているといえます。
- 一方、東紀州医療圏では医療圏内で入院医療を受けた割合（完結率）が約7割と他の二次医療圏に比べて低く、圏外への流出率が高くなっています。

図表 2-4-4 二次医療圏別 病院の療養病床および一般病床の入院患者の流出・流入状況

(単位：千人/日)

医療機関所在地 患者住所地	総数	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	13.3	4.7	3.5	3.5	0.7	1.0	16%
北勢医療圏	5.0	4.3	0.3	0.0		0.5	15%
中勢伊賀医療圏	3.3	0.2	2.7	0.2	0.0	0.3	18%
南勢志摩医療圏	3.6	0.1	0.3	3.2	0.0	0.1	12%
東紀州医療圏	1.0	0.0	0.0	0.1	0.7	0.1	32%
県外	0.3	0.2	0.1	0.0	0.0	—	—
流入率*	12%	9%	21%	8%	7%	—	—

※流出人数はサンプル抽出の千人単位のため、流出率・流入率には数パーセント（母数が小さい場合は十数パーセント）の誤差が生じている可能性があります。

※空欄はデータがありません。

※現住所不明患者を除きます。

※療養病床は医療保険、介護保険対象者双方を含みます。

※総数欄の流出率・流入率は県平均値です。

資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査 病院入院（奇数）票（個票解析）」（以下同）

- 構想区域別にみると、区域外への流出率が高いのは、伊賀区域の 44%、鈴亀区域の 43% 等であり、逆に流出率が低いのは津区域の 14%、三泗区域の 17%等です。
- 構想区域外からの流入率が高いのは、鈴亀区域の 37%、津区域の 32%等です。

図表 2-4-5 構想区域別 病院の療養病床および一般病床の入院患者の流出・流入状況

(単位：千人/日)

医療機関 所在地 患者住所地	総数	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	13.3	1.2	2.4	1.0	2.8	0.7	1.9	1.6	0.7	1.0	25%
桑員	1.4	1.0	0.1	0.0	0.0		0.0			0.3	29%
三泗	2.5	0.1	2.1	0.1	0.0					0.2	17%
鈴亀	1.1	0.0	0.2	0.7	0.2		0.0			0.1	43%
津	2.2	0.0	0.0	0.1	1.9	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	14%
伊賀	1.1		0.0	0.0	0.2	0.6	0.0			0.2	44%
松阪	1.8		0.0	0.0	0.2		1.4	0.1	0.0	0.0	22%
伊勢志摩	1.8		0.0	0.0	0.1		0.2	1.5	0.0	0.0	19%
東紀州	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.1	0.0	0.7	0.1	32%
県外	0.3	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	—	—
流入率	21%	17%	16%	37%	32%	7%	23%	11%	7%	—	—

② 病院の一般病床の流出・流入患者数

- 平成 26 (2014) 年の 1 日あたりの病院の一般病床の入院患者数は、北勢医療圏では 3.6 千人と推計され、うち 18%が県外を含む当該医療圏外の医療機関に入院しています。流出率は、県平均では 18%ですが、東紀州医療圏では 41%と高い割合になっています。
- 一般病床の入院患者については、東紀州医療圏を除いた二次医療圏では患者の 8 割以上がその医療圏内で入院医療を受けており、各医療圏において特殊な医療を除く一般的な医療サービスがおおむね完結しているといえます。

図表 2-4-6 二次医療圏別 病院の一般病床の入院患者の流出・流入状況

(単位：千人/日)

医療機関所在地 患者住所地	総数	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	9.5	3.2	2.6	2.4	0.3	0.8	18%
北勢医療圏	3.6	2.9	0.3	0.0		0.4	18%
中勢伊賀医療圏	2.5	0.1	2.0	0.1		0.3	19%
南勢志摩医療圏	2.5	0.0	0.2	2.2		0.1	12%
東紀州医療圏	0.6	0.0	0.0	0.1	0.3	0.1	41%
県外	0.3	0.1	0.1	0.0	0.0	—	—
流入率	13%	10%	23%	9%	1%	—	—

- 一般病床の入院患者で構想区域外への流出率が高いのは、鈴亀区域の 60%、伊賀区域の 47%等であり、逆に流出率が低いのは三泗・津・伊勢志摩の各区域の 15%等です。
- 構想区域外からの流入率が高いのは、鈴亀区域の 49%、津区域の 36%等です。

図表 2-4-7 構想区域別 病院の一般病床の入院患者の流出・流入状況

(単位：千人/日)

医療機関所在地 患者住所地	総数	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	9.5	0.9	1.8	0.5	2.1	0.5	1.2	1.2	0.3	0.8	26%
桑員	1.1	0.7	0.1	0.0	0.0		0.0			0.2	32%
三泗	1.8	0.1	1.5	0.0	0.0					0.1	15%
鈴亀	0.7	0.0	0.2	0.3	0.2					0.0	60%
津	1.6	0.0	0.0	0.1	1.4	0.0	0.1	0.0		0.0	15%
伊賀	0.9		0.0	0.0	0.2	0.5	0.0			0.2	47%
松阪	1.3		0.0	0.0	0.2		1.0	0.1		0.0	22%
伊勢志摩	1.3		0.0	0.0	0.0		0.1	1.1		0.0	15%
東紀州	0.6		0.0	0.0	0.0		0.1	0.0	0.3	0.1	41%
県外	0.3	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	—	—
流入率	22%	13%	17%	49%	36%	7%	20%	12%	1%	—	—

③ 病院の療養病床の流出・流入患者数

- 平成 26 (2014) 年の 1 日あたりの病院の療養病床の入院患者数は、北勢医療圏では 1.5 千人と推計され、うち 8%が県外を含む当該医療圏外の医療機関に入院しています。流出率は、県平均では 11%であり、最も流出率の高い東紀州医療圏でも 20%にとどまっています。
- 療養病床の入院患者については、全ての二次医療圏で患者の 80%以上がその医療圏内で入院医療を受けており、各医療圏においておおむね完結しているといえます。

図表 2-4-8 二次医療圏別 病院の療養病床の入院患者の流出・流入状況

(単位：千人/日)

医療機関所在地 患者住所地	総数	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	3.9	1.4	0.8	1.1	0.4	0.2	11%
北勢医療圏	1.5	1.3	0.0	0.0		0.1	8%
中勢伊賀医療圏	0.8	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	14%
南勢志摩医療圏	1.1	0.0	0.1	1.0	0.0	0.0	11%
東紀州医療圏	0.4	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1	20%
県外	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	—	—
流入率	9%	6%	15%	6%	13%	—	—

- 療養病床の入院患者で構想区域外への流出率が高いのは、伊賀区域と伊勢志摩区域の28%等であり、逆に流出率が低いのは津区域の13%等です。
- 構想区域外からの流入率が高いのは、松阪区域の30%、桑員区域の27%等です。
- 療養病床は一般病床に比べて流出率・流入率とも低い水準です。

図表 2-4-9 構想区域別 病院の療養病床の入院患者の流出・流入状況

(単位：千人/日)

医療機関 所在地 患者住所地	総数	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	3.9	0.3	0.6	0.5	0.7	0.2	0.6	0.4	0.4	0.2	21%
桑員	0.3	0.2	0.0	0.0	0.0		0.0			0.0	21%
三泗	0.7	0.1	0.5	0.1	0.0					0.0	23%
鈴亀	0.5		0.0	0.4	0.0		0.0			0.0	17%
津	0.6		0.0	0.0	0.5	0.0	0.0		0.0	0.0	13%
伊賀	0.2			0.0	0.0	0.1	0.0			0.0	28%
松阪	0.6		0.0	0.0	0.1		0.4	0.0	0.0	0.0	21%
伊勢志摩	0.5			0.0	0.0		0.1	0.4	0.0	0.0	28%
東紀州	0.4	0.0			0.0		0.0		0.3	0.1	20%
県外	0.1	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0		0.0	—	—
流入率	19%	27%	11%	23%	21%	8%	30%	7%	13%	—	—

第1節 | 医療圏の設定と基準病床数

1. 医療圏設定の考え方

(1) 医療圏

- 医療圏とは、地域の医療需要に応じて包括的に医療を提供するために、医療資源の適正な配置を図ることを目的とした地域単位をいいます。
- 本県では、県民に身近なところで適切な医療サービスを効率的に提供するため、県民の生活行動の範囲や医療機関を受診する際の移動状況を考慮した上で、健康増進から疾病の予防、診断、治療およびリハビリテーションに至る包括的な医療提供体制を整備するための地域単位として、一次、二次、三次の医療圏を設定しています。
- なお、圏域の範囲については、今後の社会情勢や地域事情の変化に対応するため、必要に応じ見直します。

(2) 一次医療圏

- 一次医療圏とは、日常の健康相談等の保健サービスと、かかりつけ医等による初期医療を提供していくための最も基礎的な単位であり、住民の日常生活に密着した医療サービスが提供される地域の範囲です。
- 休日夜間応急診療所等による初期救急医療、母子保健事業等の保健サービスは、市町が主体となって実施しており、また、地域包括ケアシステムの構築や介護保険制度の運営等も含め、市町の役割はますます重要になっています。
- 本県においては、市町を一次医療圏とします。

(3) 二次医療圏

- 二次医療圏とは、特殊な医療や専門性の高い救急医療を除いて、県民が必要とする入院に係る医療提供体制の整備を図るために、市町を越えて設定する地域の範囲です。
- 平成 29 (2017) 年 3 月に厚生労働省から発出された「医療計画作成指針」(厚生労働省医政局長通知、同年 7 月に一部改正) では、人口規模、患者の受療の状況等を参考として二次医療圏を設定するよう、その設定基準が示されています。具体的には、人口 20 万人未満かつ患者の受療動向が流出型(療養病床および一般病床の流入患者割合*20%未満かつ流出患者割合*20%以上)の二次医療圏については、その設定について見直すこととされています。
- 本県では、これまで4つの二次保健医療圏¹のほか、社会的、歴史的な日常生活圏、行政の圏域との整合性を図るという観点から、伊賀サブ保健医療圏、伊勢志摩サブ保健医療圏を設定し、圏域のあり方を引き続き検討する地域として位置づけてきました。

¹ 第5次改訂までの計画では、「医療圏」ではなく「保健医療圏」としていました。

図表3-1-1 二次医療圏および構想区域

二次医療圏 ・構想区域	構成市町	圏域人口 (人)	面積 (km ²)	人口千人 あたり 病床数 (床)
北勢医療圏		840,770	1,109	8.0
桑名区域	桑名市、いなべ市、木曾岬町、東員町	217,754	395	8.8
三泗区域	四日市市、菰野町、朝日町、川越町	376,566	328	7.7
鈴亀区域	鈴鹿市、亀山市	246,450	386	7.8
中勢伊賀医療圏		446,647	1,399	10.7
津区域	津市	278,674	711	13.2
伊賀区域	名張市、伊賀市	167,973	688	6.5
南勢志摩医療圏		449,933	2,276	9.7
松阪区域	松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町	218,294	1,364	10.3
伊勢志摩区域	伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、南伊勢町	231,639	912	9.1
東紀州医療圏		70,261	990	12.3
東紀州区域	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町	70,261	990	12.3

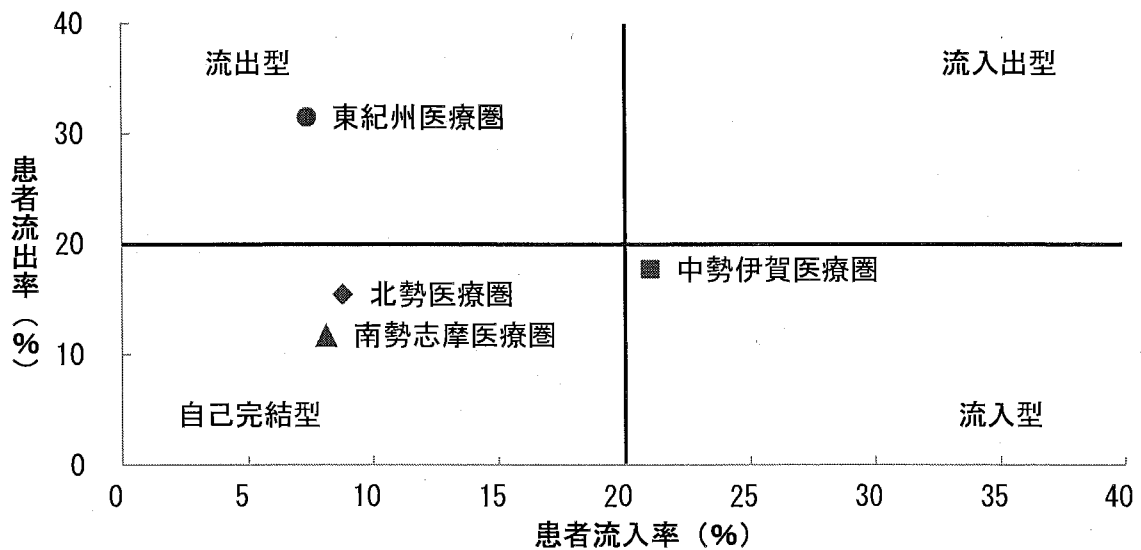
※人口および病床数は平成28年10月1日現在の数値です。

※病床数は一般病床および療養病床の数です。

資料：三重県「月別人口調査」、「平成28年刊 三重県統計書」
厚生労働省「平成28年 医療施設調査」

- 第2章第4節の「県民の受療動向」で確認したように、入院患者については、東紀州医療圏を除いた二次医療圏では患者の8割以上がその医療圏内で入院医療を受けており、おおむね標準的な医療提供体制が一体的に確保されていると認められます。
- 東紀州医療圏については、仮に隣接する南勢志摩医療圏との統合を考えた場合、面積が広大となります。また、圏域内の熊野市から、主な流出先となっている南勢志摩医療圏の基幹病院へのアクセスも悪く、へき地を抱える東紀州地域の医療提供体制の整備がさらに困難になるおそれがあり、住民にとって統合によるメリットは少ないと考えられます。

図表3-1-2 各医療圏の流出率・流入率による分類



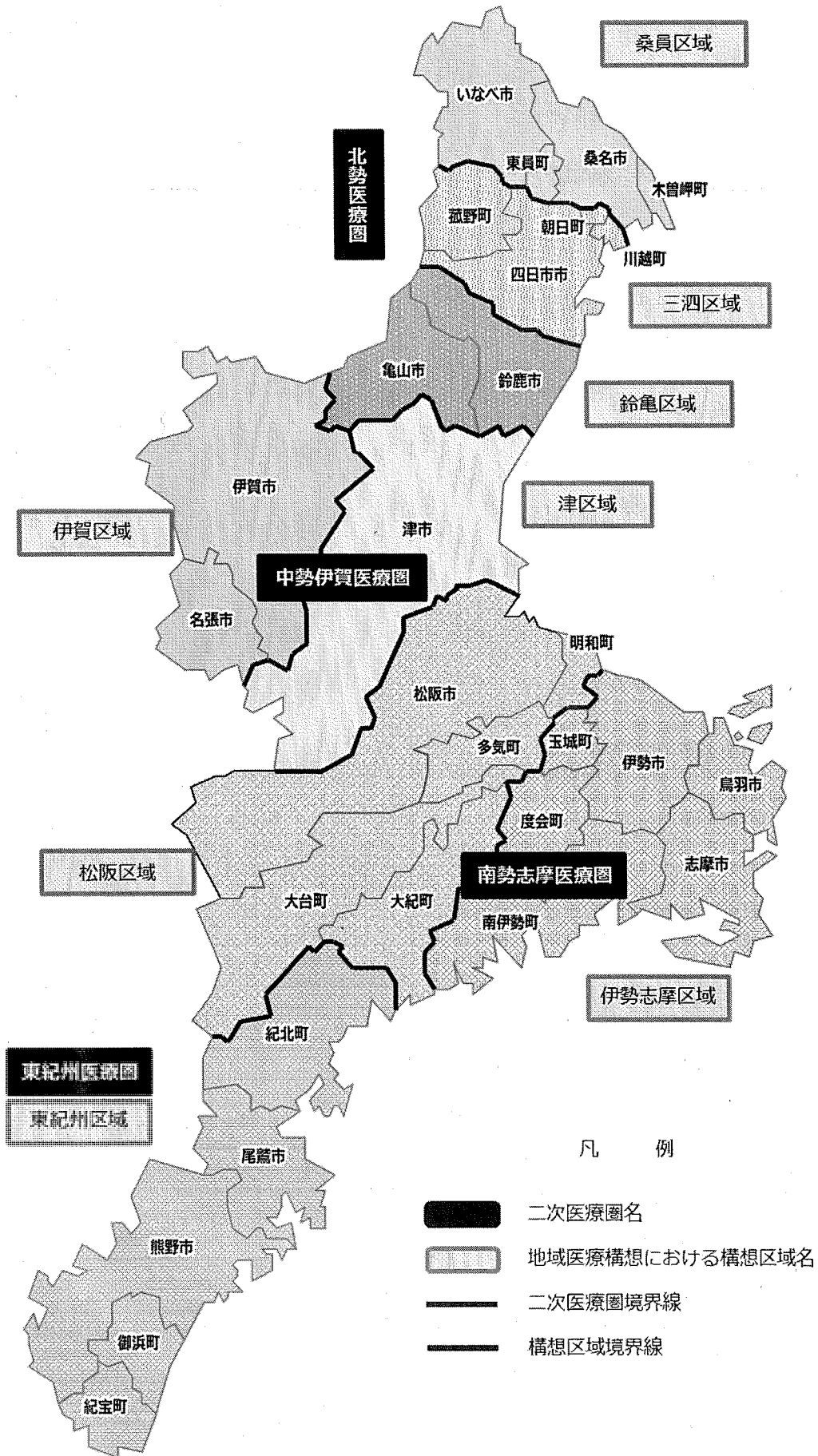
資料：厚生労働省「平成26年 患者調査（個票解析）」

- こうしたことから、二次医療圏については、これまでと同様の4つの圏域を設定することとします。
- なお、本県では、平成29(2017)年3月に地域医療構想を策定し、4つの二次医療圏をベースとして8つの構想区域を設定しました。各構想区域においては、病床の機能分化・連携のほか、在宅医療等のより地域に密着した医療のあり方について議論・検討を行います。
- また、二次医療圏においても、将来の病床の必要量をふまえながら、病床の機能分化・連携に関して議論を進めることとし、二次医療圏内の複数の構想区域が合同で検討を行います。
- 8つの構想区域のうち、伊賀区域と伊勢志摩区域は、それぞれ従前の伊賀サブ保健医療圏、伊勢志摩サブ保健医療圏と圏域が同じであるため、サブ医療圏の設定は行わないこととします。

(4) 三次医療圏

- 三次医療圏とは、一次、二次医療圏での医療提供体制と連携し、入院に係る特殊な医療や専門性の高い救急医療を広域的に提供するための地域の範囲で、原則として都道府県の区域を単位として設定することとされています。
- 本県においては、県全域を三次医療圏とします。

図表3-1-3 三重県全体図(二次医療圏および構想区域)



2. 基準病床数

- 効率的、効果的な入院に係る医療提供体制を確立するためには、各二次医療圏における病院等の病床数が重要な要素となります。
- 「医療法」では、医療計画において基準病床数を定めることとされています。基準病床数は、二次医療圏内での病床数の目安であるとともに、一定以上の病床が整備されている場合の規制基準としての役割を併せ持っています。既存病床数が基準病床数を超える病床過剰地域の場合には、原則として病床の新設または増加が抑制されます。
- ただし、以下の診療所の一般病床については、病床過剰地域であっても「医療法施行規則」第1条の14第7項第1号から第3号までに該当するものとして、三重県医療審議会の意見を聴くなどの手続きを経た上で知事への届出により設置することができます。なお、届出により一般病床を設置し、または設置予定の診療所の名称については、本計画への掲載に代えて県ホームページで公表することとします。
 - 1 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所
 - 2 へき地に設置される診療所
 - 3 小児医療の推進に必要な診療所
 - 4 周産期医療の推進に必要な診療所
 - 5 上記に定めるもののほか地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所
- また、「医療法施行規則」第30条の32の2第1項に規定する特定の病床等に係る特例に該当する病床²の設置については、三重県医療審議会の意見を聴いた上で、県が厚生労働大臣に協議し、その同意を得た場合に限り認められます。さらに、地域医療連携推進法人*の参加法人についても、地域医療構想の達成を推進するために必要な場合は、病床の設置の特例が適用されます。

² 専らがんその他の悪性新生物または循環器疾患に関するもの（不足している地域に限る。）、専ら小児疾患に関するもの、専ら周産期疾患に関するもの、専らリハビリテーションに関するもの（発達障がい児の早期リハビリテーションその他の特殊なリハビリテーションに係るものに限る。）などの病床をいいます。

図表3-1-4 基準病床数

(単位：床)

病床種別	区分	基準病床数	既存病床数 (*1)	既存病床数 (*2)	過不足数
療養病床 および 一般病床	北勢医療圏	5,520	6,204	6,204	684
	中勢伊賀医療圏	3,654	4,468	4,455	801
	南勢志摩医療圏	3,480	4,005	3,975	495
	東紀州医療圏	561	851	851	290
	合計	13,215	15,528	15,485	2,270
精神病床	全 県 域	3,873	4,674	4,674	801
結核病床	全 県 域	60	30	30	△30
感染症病床	全 県 域	24	24	24	0

※既存病床数は、平成29年12月1日現在です。

*1：平成30年3月までの算定方法による病床数。

*2：平成30年4月からの算定方法による病床数。

※療養病床および一般病床ならびに精神病床に係る基準病床数は、各圏域の人口、人口構成、流入流出患者数等をもとに「医療法施行規則」に定められた計算方式により算出しています。

※結核病床に係る基準病床数は、「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」（厚生労働省健康局結核感染症課長通知）および県内結核患者の発生状況、平均入院期間等を勘案し、算出しています。

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

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

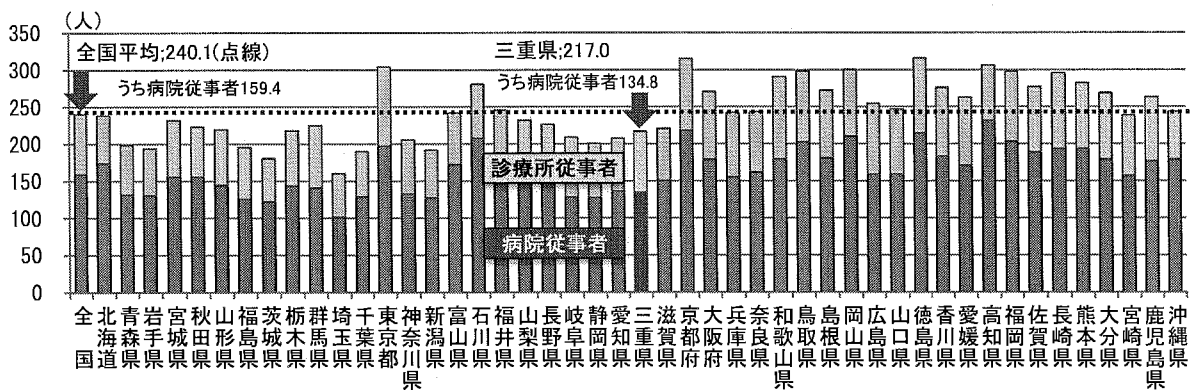
第1節 | 医師の確保と資質の向上

1. 医師

(1) 現状

- 厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査（平成 28(2016)年 12 月 31 日現在）によると、本県の人口 10 万人あたりの医師数は、217.0 人で、全国平均の 240.1 人に比べて 23.1 人少なく、さらに病院勤務医においては、134.8 人と全国平均の 159.4 人より 24.6 人少なく、依然として深刻な医師不足の状況にあります。
- 内科、外科、産婦人科、小児科等、主な診療科においても全国平均を下回っています。

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



資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

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

(単位:人)

	実人数	診療科計	内科 ²	外科 ³	産婦人科 ⁴	小児科	麻酔科
全国	304,759	240.1	85	18.1	10.4	13.3	7.2
三重県	3,924(24)	217(36)	80.7(29)	17.3(30)	9.8(26)	11.5(39)	3.8(47)

	神経内科	皮膚科	精神科 ⁵	泌尿器科	胸部外科 ⁶	脳神経外科	整形外科
全国	3.9	7.2	13.0	5.6	4.0	5.8	16.8
三重県	4.5(12)	6.0(34)	12.6(25)	4.9(35)	3.1(40)	5.1(35)	16.4(31)

	形成外科	眼科	耳鼻咽喉科	リハビリテーション科	放射線科	病理診断科	救急科
全国	2.0	10.4	7.3	2.0	5.2	1.5	2.6
三重県	0.5(47)	9.4(27)	6.6(30)	1.2(40)	5.1(27)	1.1(38)	1.2(44)

※ () 内は全国順位

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

¹ 病院および診療所に従事する医師の合計です。

² 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科医師の合計です。

³ 外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、小児外科、肛門外科医師の合計です。

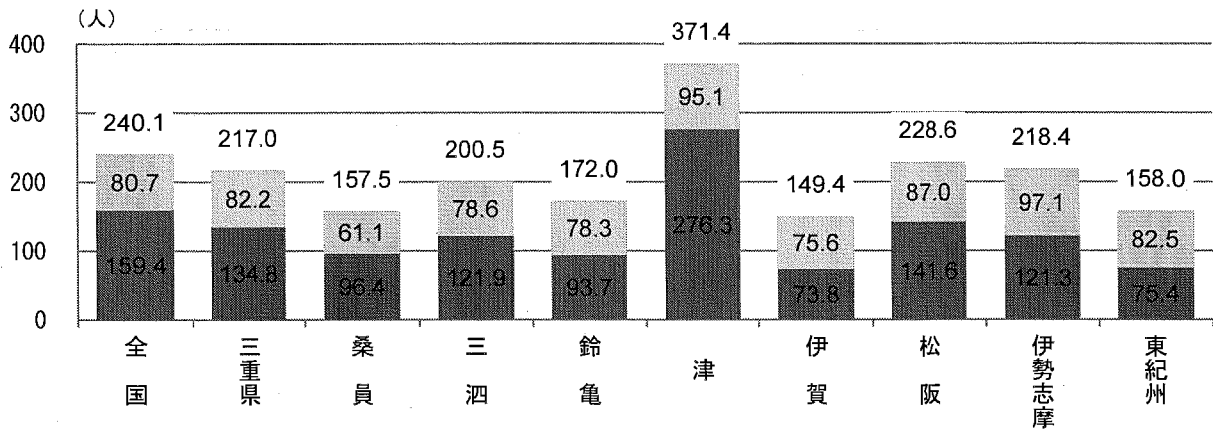
⁴ 産婦人科、産科、婦人科医師の合計です。

⁵ 精神科、心療内科の合計です。

⁶ 呼吸器外科、心臓血管外科の合計です。

- 構想区域別に見ると、病院では、伊賀、東紀州、鈴亀、桑員区域の順に医師数が少なくなっています。また、診療所では、津、松阪、伊勢志摩、東紀州区域以外は全国平均を下回っています。

図表 4-1-3 県内の人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数

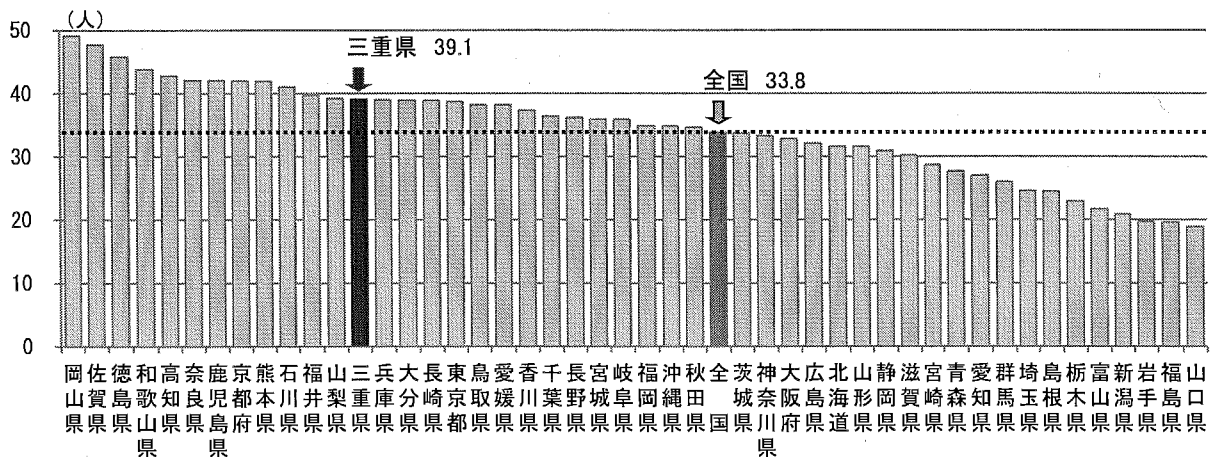


※津区域には三重大学を含みます。 ■上段：診療所従事者 ■下段：病院従事者

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 全国的に医師数は増加傾向にあり、本県ではその伸び率が高く、過去 10 年間の人口 10 万人あたり増加数は全国平均を上回っています。

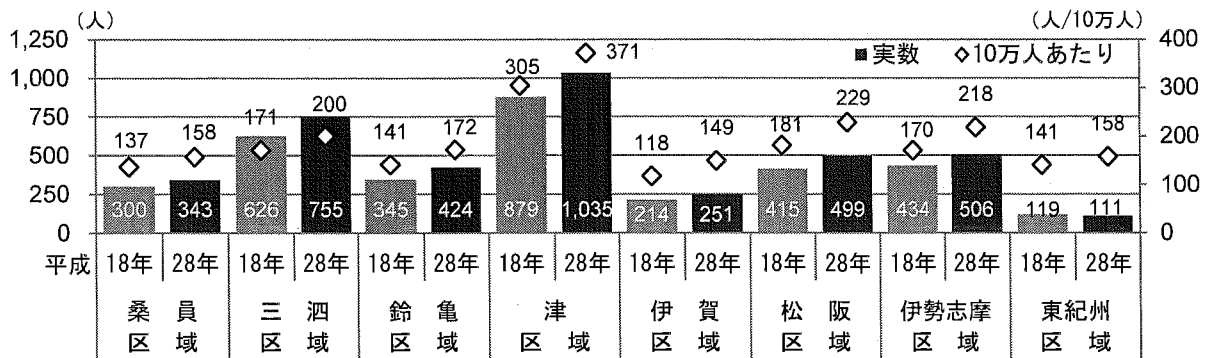
図表 4-1-4 過去 10 年間の人口 10 万人あたりの医療施設従事医師の増加数(平成 18 年～28 年)



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 構想区域別では、過去 10 年間に鈴亀区域の医師数が 79 名 (22.9%) 増加したほか、三泗区域が 129 名 (20.6%)、松阪区域が 84 名 (20.2%) 増加しました。一方で、東紀州区域のみ 8 名 (6.7%) 減少していますが、東紀州区域は人口も減少しているため、人口 10 万人あたり医師数は微増となっています。

図表 4-1-5 過去 10 年間の医療施設従事医師・人口 10 万人あたりの医療施設従事医師の推移

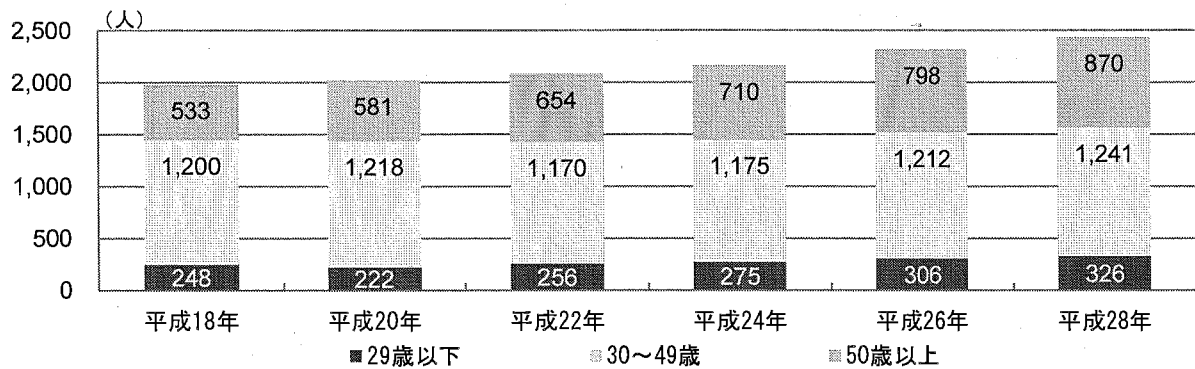


※津区域には三重大学を含みます。

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 50歳未満の病院勤務医は、医師数全体に占める割合としては減少が続いていますが、医師数では平成22(2010)年までの減少傾向から平成24(2012)年以降増加に転じています。

図表 4-1-6 県内の年代別病院勤務医師数(実数)の推移



50歳未満の病院勤務医師数の占める割合

(単位：%)

平成	18年	20年	22年	24年	26年	28年
割合	73.1	71.3	68.6	67.1	65.5	64.3

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 平成25(2013)年度に本県で実施した医師看護師需給状況調査によると、医師数全体では、平成22(2010)年の需給ギャップ(-11%)は、平成37(2025)年から平成42(2030)年にかけて解消されることが見込まれていますが、地域偏在等の課題は残る見込みです。

図表 4-1-7 三重県における医師数全体の需給見通し(平成22年~47年)

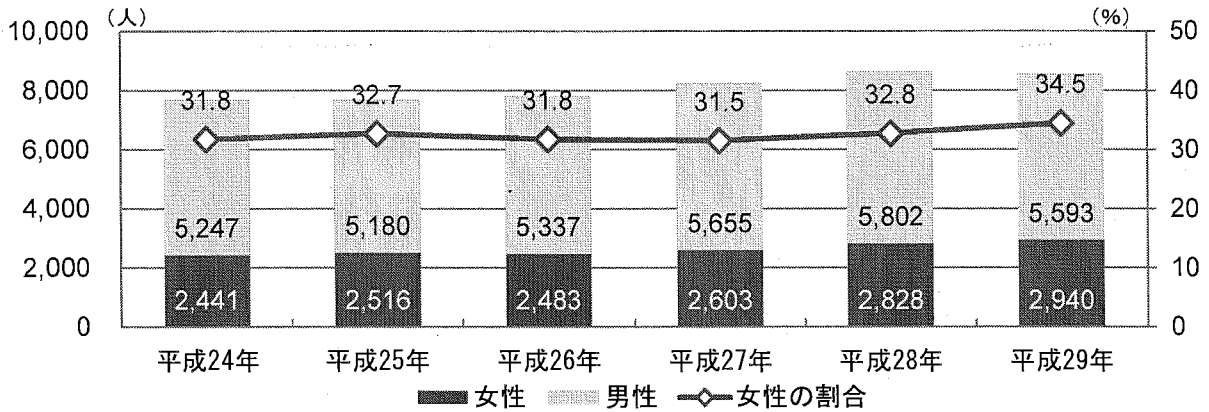
(単位:人)

区分	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年
需要量	3,964	4,072	4,111	4,125	4,093	4,008
供給量	3,525	3,646	3,889	4,086	4,222	4,314
不足数	-439	-426	-222	-39	129	306
需給ギャップ	-11%	-10%	-5%	-1%	3%	8%

資料：三重県「医師看護師需給状況調査(平成25年12月)」

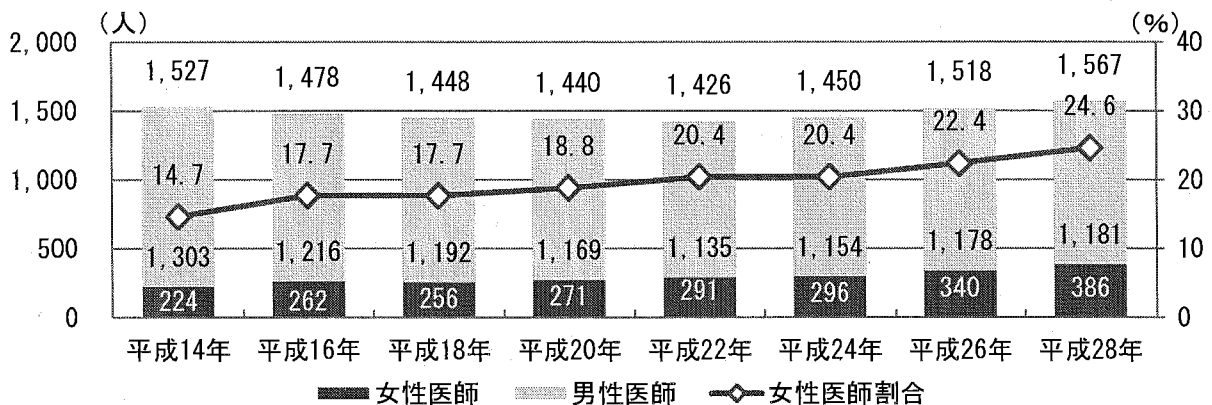
- 近年、医師数に占める女性医師の割合が高まってきており、国家試験合格者に占める女性医師の割合は30%を超えています。また、県内においても、50歳未満の病院勤務医に占める女性医師の割合は増加傾向にあります。

図表 4-1-8 国家試験合格者に占める女性医師数および割合の推移



資料：厚生労働省「医師国家試験 男女別合格者数等の推移」

図表 4-1-9 県内の病院に勤務する医師数(50歳未満)および女性医師の割合の推移



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 厚生労働省が実施したアンケート調査によると、出身都道府県の大学に進学し、その後、出身都道府県で初期臨床研修*を行った場合には、初期臨床研修修了後に出身都道府県で勤務する割合が90%と高くなっています。また、出身以外の都道府県の大学に進学して出身都道府県で初期臨床研修を行った場合でも、初期臨床研修修了後に出身都道府県で勤務する割合は79%と比較的高くなっています。

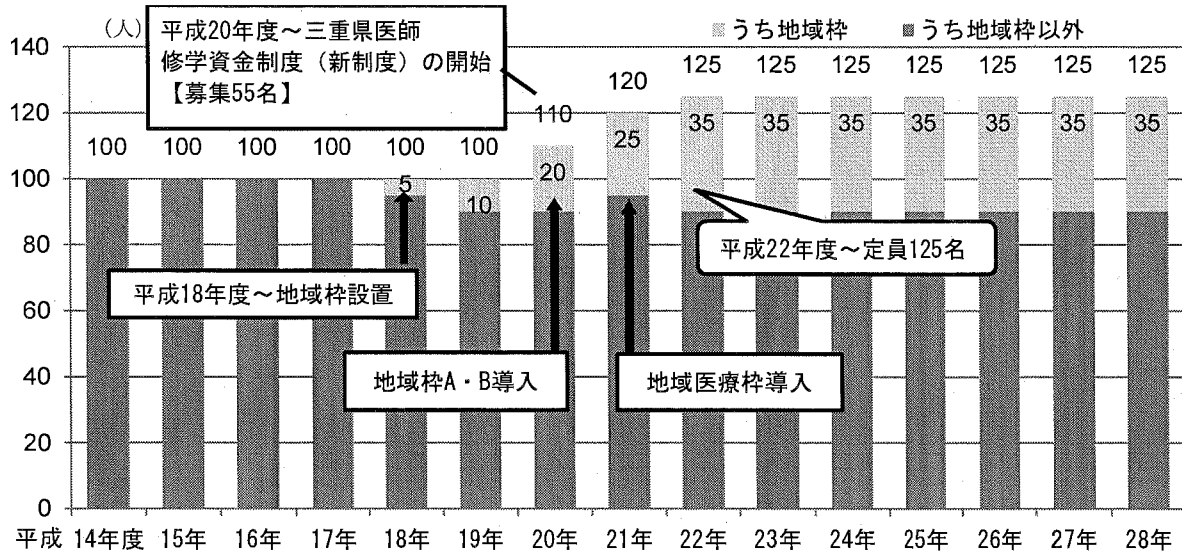
図表 4-1-10 初期臨床研修終了後に出身都道府県に勤務する割合

			臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A 県		A 県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A 県	A 県	A 県	2,776	90%	304	10%
A 県	A 県	B 県	321	36%	567	64%
A 県	B 県	A 県	2,001	79%	543	21%
A 県	B 県	C 県	474	9%	4,578	91%

資料：厚生労働省「臨床研修修了者アンケート調査（平成 27・28 年）」

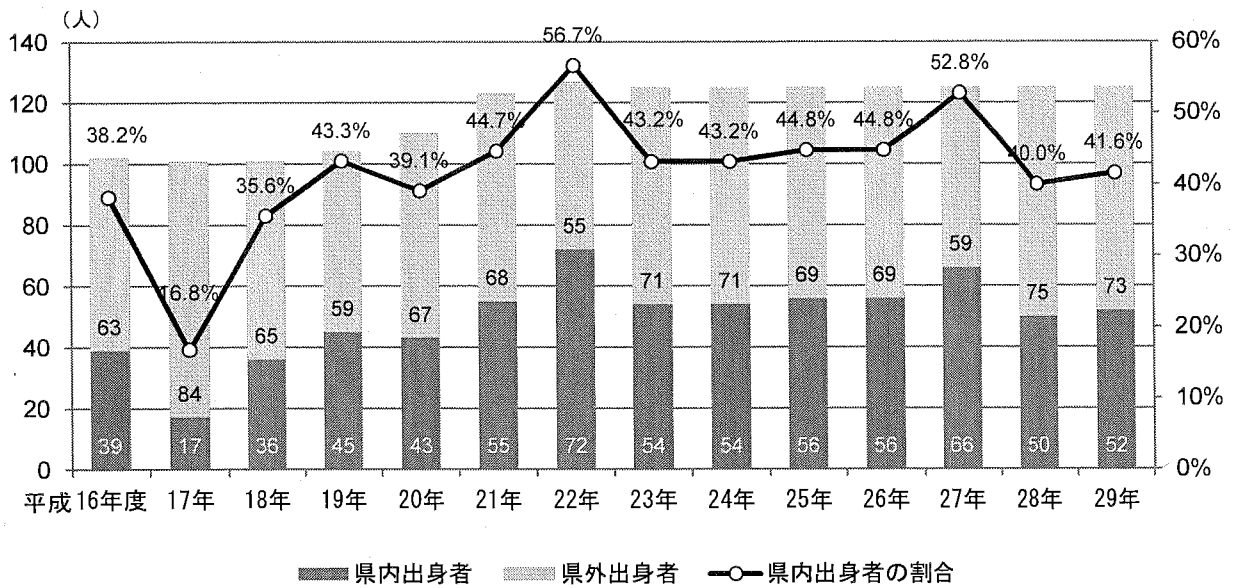
- 三重大学医学部では、平成 18（2006）年度以降、段階的に定員の拡大（25 名増：100 名→125 名）や地域枠（30 名：地域枠 A*（25 名）・地域枠 B*（5 名））および地域医療枠*（5 名）の設定等に取り組み、一時大きく落ち込んだ県内出身者数も入学者の 4 割を超える程度にまで回復しつつあります。

図表 4-1-11 三重大学医学部の定員および地域枠数の推移(H14～H28)



資料：三重県調査

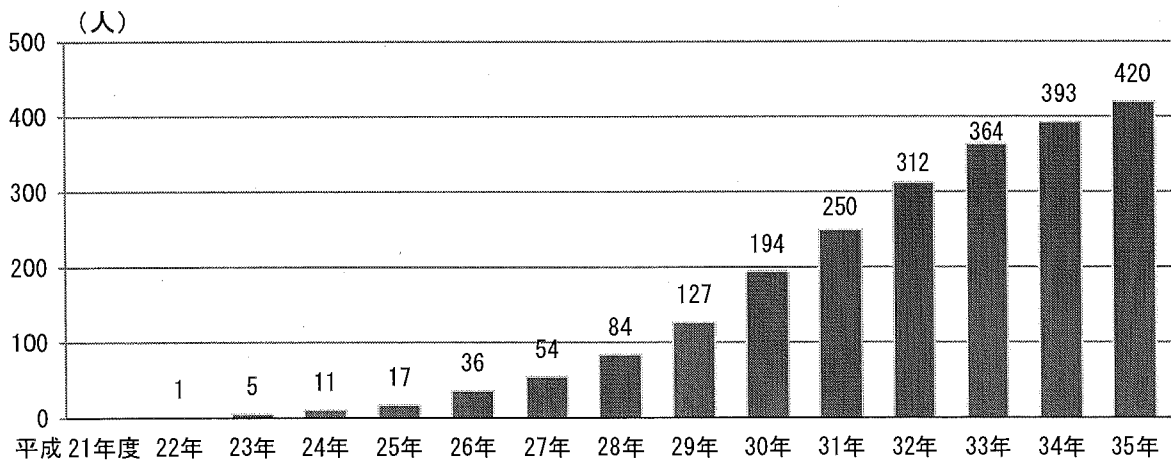
図表 4-1-12 三重大学医学部入学者に占める県内出身者の割合



資料：三重県調査

○ 本県では、平成16(2004)年度の新臨床研修制度*の導入にあわせて、三重県医師修学資金貸与制度*を創設し、平成20(2008)年度に返還免除条件の緩和(県内救急告示病院*等への一定期間勤務等)や貸与枠の拡大等の大幅な見直しを行いました。その結果、貸与者の累計が642名(平成29(2017)年9月末現在)となっており、初期臨床研修を修了し、返還免除のために県内医療機関における勤務を開始する医師は、今後、段階的に増加することが見込まれています。

図表 4-1-13 医師修学資金貸与者のうち、義務勤務を開始する医師の延べ人数(見込み)



※平成29年度以降、留年なく卒業後、直ちに医師免許を取得し、県内勤務医コースを選択すると仮定します。

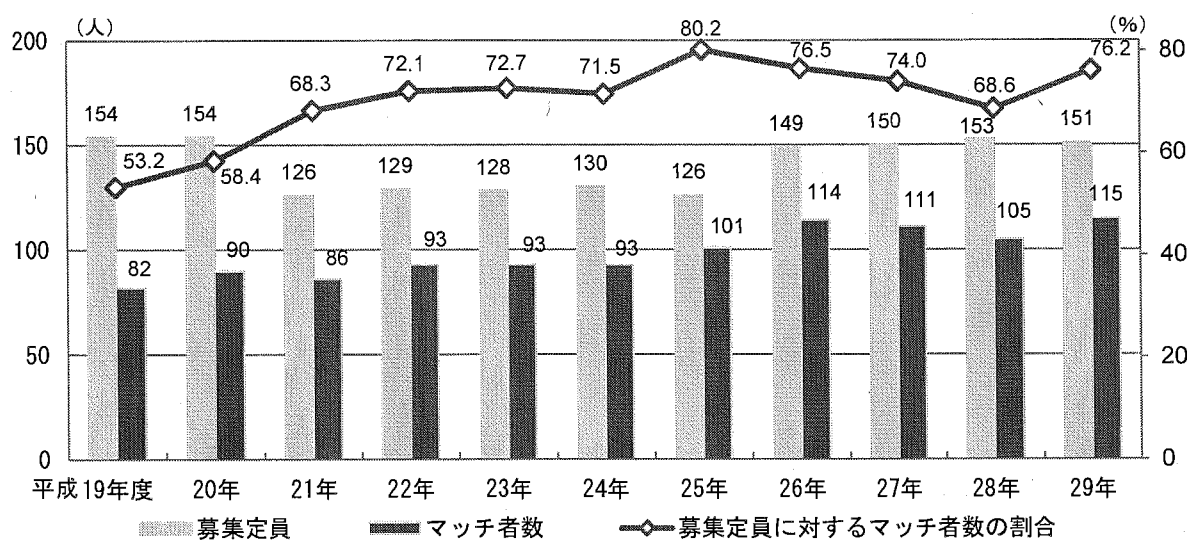
資料：三重県調査

○ また、平成23(2011)年度から平成25(2013)年度までの期間に限り、医師確保の緊急対策として、三重県臨床研修医研修資金貸与制度*および三重県専門研修医研修資金

貸与制度*を設置し、これまでに臨床研修医 40 名、専門研修医 7 名が県内医療機関において義務勤務を行っています。

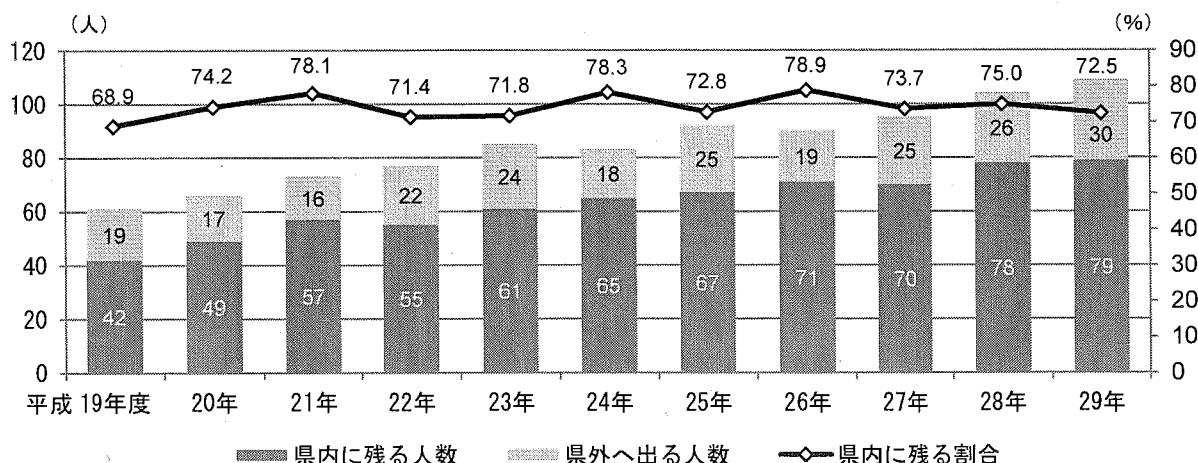
- 県内で初期臨床研修を行う研修医は年々増加しつつありますが、募集定員に対するマッチング*者の割合は7割程度となっています。県内の臨床研修病院*等が組織するNPO法人MMC 卒後臨床研修センター*では、平成 24 (2012) 年度から、県内の全ての基幹型臨床研修病院 (16 病院) が相互に研修協力病院となり研修医の選択肢を広げるプログラム (MMCプログラム*) を導入し、さらなる研修医の確保に努めています。
- なお、県内の医療機関において初期臨床研修を修了した医師が、後期臨床研修*医として県内医療機関にとどまる割合は7割程度となっています。

図表 4-1-14 初期臨床研修マッチング推移



資料：医師臨床研修マッチング協議会調べ

図表 4-1-15 後期臨床研修医の動向



資料：NPO法人MMC 卒後臨床研修センター調べ

- 医師無料職業紹介事業は、平成 22 (2010) 年 10 月の開設以来、90 件の問い合わせがあり、そのうち 30 件が成約 (常勤 14 件、非常勤 16 件。平成 29 (2017) 年 3 月末現在) しています。

- また、自治医科大学義務年限*内医師や義務年限終了後も引き続き県職員として、へき地医療機関*等へ派遣するキャリアサポート制度*活用の医師を、平成 29 (2017) 年度にはへき地等の医療機関へ 15 名配置しています。
- このほか、都市部の医療機関から医師不足地域の医療機関に医師を派遣するバディ・ホスピタル・システム*による診療支援や、大学、市町、県が連携した医師派遣を伴う寄附講座の設置の取組も行われています。
- 本県では、平成 26 (2014) 年に成立した医療介護総合確保推進法に基づき設置された三重県地域医療介護総合確保基金を活用して、若手医師の育成・確保に向けて勤務医の負担軽減対策や臨床研修医の定着支援、総合診療医*の育成拠点整備等の環境づくり等に注力し、取り組んでいます。
- また、地域医療の担い手の育成に向けて、平成 21 (2009) 年 4 月、紀南病院内に三重県地域医療研修センター (ME TCH) を設置し、医学生、研修医を対象に実践的な地域医療研修の機会を提供しています。同センターで行う初期臨床研修医の地域医療研修では、平成 24 (2012) 年度から研修医を受け入れる医療機関の拡充 (3 医療機関の増加) を行い、これまで受け入れた研修医の累計は、236 名 (平成 28 (2016) 年度末) となっています。
- さらに、平成 24 (2012) 年 5 月には、医師の地域偏在の解消に向け、県内の医療機関や医師会、市町、三重大学等と連携して三重県地域医療支援センター*を設置しました。同センターでは、複数の医療機関をローテーションしながら基本的な診療領域の専門医資格を取得できる三重専門医研修プログラム* (後期臨床研修プログラム) を作成し、若手医師のキャリア形成支援と医師不足病院における医師確保支援の取組を進めています。
- 改正医療法により平成 26 (2014) 年 10 月から各医療機関管理者は、医療従事者の勤務環境の改善に努めなければならないとされました。本県では、平成 26 (2014) 年 8 月にアドバイザー派遣などの総合的な支援を行う三重県医療勤務環境改善支援センター*を全国で 3 番目に設置し、医療機関の勤務環境改善に向けた自主的な取組が促進されるよう支援しています。
- また、医療従事者には女性が多いことから、全国に先駆けて平成 27 (2015) 年度に「女性が働きやすい医療機関」認証制度*を創設しました。これまでに 8 医療機関 (平成 27 (2015) 年度 5 医療機関、平成 28 (2016) 年度 3 医療機関) を認証し、働きやすい環境づくりを促進しています。

(2) 課題

- 医師の不足と偏在の解消には、決定的な解決策がないことから、引き続き医師無料職業紹介事業や勤務医負担軽減等の「医師不足の影響を当面緩和する取組」と、医師修学資金貸与制度の運用や地域医療教育の充実等の「中長期的な視点に立った取組」を組み合わせ、総合的に進める必要があります。
- 医師修学資金の貸与者や三重大学医学部へ地域枠で入学した医師（以下、「修学資金貸与医師等」という。）が県内の医療機関で勤務するにあたって、キャリア形成について不安を持つことなく専門医資格を取得できるよう、キャリア形成支援を行う必要があります。また、一部の中核病院だけでなく、医師不足地域の病院でも勤務しつつ、一定期間県外で先進医療等について経験できるような魅力ある仕組みづくりが必要です。
- 出身都道府県で初期臨床研修を行った場合に出身都道府県に定着する割合が高いことから、本県の出身者で県外大学の医学部を卒業した医師が安心して本県に戻り、初期臨床研修を受けられるよう、キャリア形成支援を行う必要があります。
- 初期臨床研修医のマッチング率のさらなる向上やより多くの後期臨床研修医の確保、パディ・ホスピタル・システムの取組などに向けて、指導医の育成・確保等、関係医療機関の受入体制を充実していく必要があります。
- 平成30（2018）年度から実施される新専門医制度*によって、専攻医*が大都市圏など県外の医療機関へ流出し、医師の地域偏在や診療科偏在が助長されないよう大学や関係医療機関等と連携しながら、地域医療を確保するための対策を講じる必要があります。
- 地域医療に従事する医師の確保に向けて、大学医学部の医師養成課程において、地域医療への動機づけや卒前・卒後を通じた一貫したキャリア形成支援等、三重大学医学部や市町、県が連携し、地域医療教育の充実を継続して進める必要があります。
- 義務教育課程や高校教育課程において、医師の業務や地域医療の必要性について理解を深める機会を設けるなど、長期的な視点に立って地域医療に従事する医師を養成していく取組についても検討していく必要があります。
- 近年、医師数に占める女性医師の割合が高まっていますが、出産・育児・介護等により、医療現場を離れる医師も多いことから、キャリア形成に対する支援だけでなく、子育て支援など働きやすく、復帰しやすい勤務環境を整備していく必要があります。
- 医師の長時間労働が問題となっているなかで、働き方改革議論の高まりにより、夜勤・当直等における実労働時間の減少が見込まれていることから、患者の診療機会を保障するため、さらに医師を確保する必要があります。

(3) めざす姿

- 若手医師を対象としたキャリア形成支援に取り組むことによって、若手医師が県内に定着するとともに、医師不足地域の医療機関の医師確保にもつながっています。
- 県内の全ての地域において地域医療体制の維持に必要な医師が確保され、地域間、診療科目間の偏在の解消が進むとともに、救急医療や周産期医療等への対応が円滑に行われています。

- 医療機関における勤務環境改善に取り組むことによって、医療従事者の健康増進と安全確保を図るとともに、医療の質を高め、患者の安全と健康の確保にもつながっています。

(4) 取組方向

取組方向1：医師確保対策の総合的な実施

取組方向2：地域医療を担う医師への支援体制の充実や医療機関の勤務環境の改善

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

(5) 取組内容

取組方向1：医師確保対策の総合的な実施

- 医師無料職業紹介事業等を通じて県内医療機関の求人情報を効果的に発信し、全国から医師を招へいするとともに、自治医科大学義務年限内医師、キャリアサポート制度活用の医師および三重大学医学部の地域枠医師を派遣すること等により、医師不足地域における医師の確保を進めます。(医療機関、三重大学、市町、県)
- バディ・ホスピタル・システムを活用した都市部の病院から医師不足地域の病院への診療支援を進めるとともに、臨床研修医を県内に定着させる取組や県立一志病院をはじめとする総合診療医の育成拠点整備等の取組を促進します。(医療機関、三重大学、NPO法人MMC卒後臨床研修センター、県)
- 県立一志病院をはじめとする総合診療医の育成拠点の整備にあわせて、総合診療医の専門医資格を取得するための専門研修プログラムの運用等により、県内の総合診療医の確保・育成を推進します。(医療機関、三重大学、県)
- 医師修学資金貸与制度の運用を通じて、将来県内医療機関で勤務する医師の確保を図るとともに、三重県地域医療支援センターにおける医師不足原因や医師需給状況の分析、キャリア形成支援の仕組みづくり等の取組に対応し、必要に応じて制度の見直しを図っていきます。(三重大学、県)
- 県外大学へ進学した県内出身の医学生に対して、メールマガジン等を活用した情報提供等を行い、卒業後、本県の医療機関で勤務することにつながるよう取組を進めます。(三重大学、NPO法人MMC卒後臨床研修センター、教育機関、県)
- 義務教育課程や高校教育課程において、医師の業務や地域医療の必要性について理解を深める機会を充実していきます。(医療機関、教育機関、市町、県)
- 医師の地域偏在等の解消に向けて、偏在の度合いに応じた医師確保の目標や目標達成に向けた施策について検討を行い、関係者と連携して医師偏在対策に取り組めます。(三重大学、医師会、医療関係団体、県)

取組方向2：地域医療を担う医師への支援体制の充実や医療機関の勤務環境の改善

- 地域医療の担い手の育成に向けて、三重県地域医療研修センター事業を推進し、医学生や研修医を受け入れる医療機関の増加を図ります。(三重大学、医療機関、医師会、医

療関係団体、県)

- 若手医師の確保・定着を図るため、医療機関等における臨床研修受入体制の整備や指導医の確保・育成、子育て医師等の復帰支援、院内保育の充実等の取組を進めます。(医療機関、三重大学、医療関係団体、県)
- 三重大学医学部の医師養成課程において、市町と連携した地域での保健活動実習やへき地医療機関と連携した見学実習等、地域医療教育の充実を図り、地域医療の優れた担い手の育成につなげます。(医療機関、三重大学、市町、県)
- 医療従事者の健康増進と安全確保を図るため、三重県地域医療支援センターと三重県医療勤務環境改善支援センターが十分に連携し、医療機関の主体的な取組を通じて、労務管理面のみならず、ワークライフマネジメントなどの幅広い観点を視野に入れた勤務環境改善の取組を支援します。(三重大学、医師会、医療関係団体、県)
- 県が創設した「女性が働きやすい医療機関」認証制度の取組を推進し、女性医師のみならず全ての医療従事者が働きやすい勤務環境に向けて改善を図る医療機関の取組を支援します。(医療機関、医師会、県)
- 医師の働き方改革については、国の議論を注意深く見守りながら、関係者とも連携して適切に対応します。(三重大学、医師会、医療関係団体、県)

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

- 三重大学、NPO法人MMC卒後臨床研修センター、三重県地域医療支援センター等の関係機関が連携して、大学における医師養成課程から初期臨床研修後の専門医資格の取得に至るまで、一貫したキャリア形成支援を進めます。(医療機関、三重大学、NPO法人MMC卒後臨床研修センター、県)
- 三重県地域医療支援センターと三重県へき地医療支援機構*が十分に連携を図り、へき地等に勤務する若手医師のキャリア形成を支援し、医師の確保・定着を進めます。(三重大学、医療機関、市町、県)
- 三重専門医研修プログラム(後期臨床研修プログラム)の活用を促し、県内の医療機関で安心してキャリア形成ができるよう支援することにより、若手医師の県内定着を図り、地域偏在の解消を進めます。(三重大学、医療機関、県)
- 新専門医制度について、その動向を見極めながら適切に対応していきます。また、専門研修プログラムについては、地域医療確保の観点から県内の医療関係者で構成する都道府県協議会*において協議を行います。(三重大学、医療機関、医師会、医療関係団体、市町、県)
- これらの事業を中心となっていく三重県地域医療支援センターについては、三重大学、医師会、病院協会、市町、住民代表等の地域の医療関係者等と協働し、効果的に運営します。(県)

第2節 | 医療従事者の人材確保と資質の向上

1. 歯科医師

(1) 現状

- 平成 28 (2016) 年末における本県の医療施設に従事する歯科医師数は 1,162 人で、人口 10 万人あたり 64.3 人と、全国平均の 80.0 人を下回っています。
- 人口 10 万人あたりの診療科別の歯科医師数は、歯科、矯正歯科、小児歯科および歯科口腔外科のいずれも全国平均を下回っています。

図表 4-2-1 県内の医療施設従事歯科医師数

(単位:人)

平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年
1,015	1,085	1,116	1,096	1,134	1,156	1,162

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

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

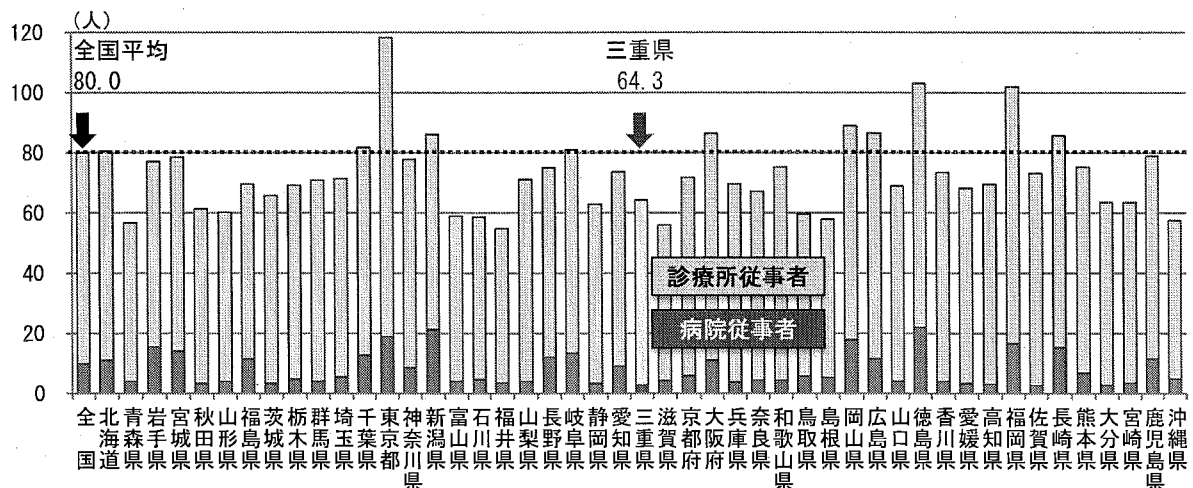
(単位:人)

区分	総数	歯科	矯正歯科	小児歯科	歯科口腔外科
全国	80.0	69.9	3.0	1.6	3.2
三重県	64.3(34)	58.2(34)	1.8(32)	1.4(16)	2.3(43)

※ () 内は全国順位です。

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

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



資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 構想区域別では、人口 10 万人あたりの歯科医師数は、津区域、松阪区域、伊勢志摩区域以外は県平均を下回っています。

¹ 病院および診療所に従事する歯科医師の合計です。

図表 4-2-4 県内の構想区域別医療施設従事歯科医師数

(単位:人)

	総数	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
歯科医師数	1,162	129	222	138	216	96	144	177	40
人口10万人あたり	64.3	59.2	59.0	56.0	77.5	57.2	66.0	76.4	56.9

資料：厚生労働省「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

- 医療機関に従事する歯科医師の95.7% (1,162人中1,112人) が歯科診療所に従事しており、県民の歯と口腔の健康を日常的にトータルサポートするかかりつけ歯科医としての役割が期待されています。

(2) 課題

- 高齢化社会に対応するため、従来の外来診療を中心とした歯科医療の提供に加えて、在宅歯科保健医療の提供体制を整備することが必要です。
- 地域包括ケアシステムの構築にあたっては、在宅患者等に対する歯科保健医療の需要や、個々の患者の特性に対応できるよう、多職種と連携する歯科保健医療提供体制の充実が必要です。また、専門分野に応じた他の歯科診療所との連携や、歯科診療所では治療困難な患者に対応する病院歯科との連携が必要です。
- 県民に対して安全・安心かつ効果的な歯科医療を提供するため、ライフステージ*ごとの患者ニーズに応じた専門性の高い技術や知識を持った歯科医師の育成が必要です。

(3) めざす姿

- 歯科診療所に従事する歯科医師は、かかりつけ歯科医として、県民・患者ニーズへのきめ細かな対応、切れ目のない歯科保健医療提供体制の確保、多職種との連携などの取組を進め、地域包括ケアシステムの一翼を担っています。
- 歯科保健医療ニーズの高度化・多様化と歯科医療技術の進歩に対応した、予防と治療が一体となった歯科保健医療の提供に向け、県内の全ての地域において高い技術と知識を持つ歯科医師が確保されています。

(4) 取組方向

取組方向1：地域包括ケアシステム構築における歯科保健医療提供体制の充実

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

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

(5) 取組内容

取組方向1：地域包括ケアシステム構築における歯科保健医療提供体制の充実

- 地域の歯科保健医療を推進する拠点として、郡市歯科医師会ごとに整備した地域口腔ケアステーションにおいて、医療、介護関係者との連携を図り、在宅において効果的な歯科保健医療サービスを提供する体制を整備していきます。（医療機関、歯科医師会、県）

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

- 卒後臨床研修制度により、患者を全人的に診ることができ、かつ高い臨床能力を身につけた歯科医師を育成します。（医療機関、歯科医師会、県）
- 日本歯科医師会の生涯研修制度に基づき、県歯科医師会、郡市歯科医師会が連携して体系的な研修を実施します。（歯科医師会）
- 障がい児（者）が身近な地域において安心して歯科医療を受けられるよう、障がい児（者）歯科ネットワーク「みえ歯ートネット」機能の充実に努めます。（医療機関、歯科医師会、県）
- 在宅歯科医療への対応や口腔機能の維持・向上を総合的に行うための口腔機能向上に係る訓練を含む口腔ケアなど、要介護高齢者等に対する専門的な歯科医療を担うことができる人材の育成を進めます。（医療機関、歯科医師会、県）

2. 薬剤師

(1) 現状

- 平成28(2016)年末における本県の薬局および医療施設に従事する薬剤師数³は2,869人で、人口10万人あたり158.7人と、全国平均の181.3人を下回っています。
- 医薬分業*の進展や医療施設における薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務等により、薬剤師の需要は増加しています。
- また、高齢化により在宅医療における医薬品等の供給や薬剤管理指導業務など、薬剤師を取り巻く環境は大きく変化してきています。

図表 4-2-5 県内の薬局および医療施設従事薬剤師数

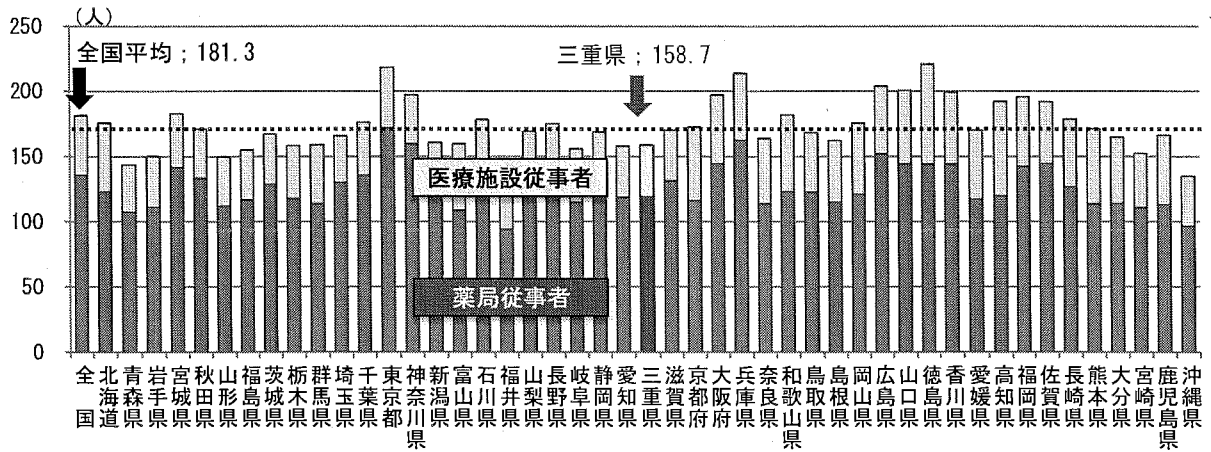
(単位:人)

平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年
2,046	2,178	2,344	2,465	2,496	2,663	2,869

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

³ 薬局、病院および診療所に従事する薬剤師の合計です。

図表 4-2-6 薬剤師数の全国と県との比較(人口 10 万人あたりの薬局および医療施設従事薬剤師数)



資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 構想区域別では、人口 10 万人あたりの薬剤師数は、桑員区域、津区域は県平均を上回っていますが、それ以外の区域では下回っています。

図表 4-2-7 県内の構想区域別薬局および医療施設従事薬剤師数

(単位:人)

	総数	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
薬剤師数	2,869	352	561	355	589	252	335	339	86
人口 10 万人あたり	158.7	161.7	149.0	144.0	211.4	150.0	153.5	146.3	122.4

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、三重県「月別人口調査」(平成 28 年 10 月 1 日現在)

(2) 課題

- 薬剤師の需要増に伴い、薬局および医療施設に従事する薬剤師の確保と資質の向上が課題となっています。
- 医療機関における薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務、医師に対する処方提案、がん治療等の無菌製剤処理業務などに対応できる高い専門性を有する臨床薬剤師の育成・活用が求められています。

(3) めざす姿

- 県内の全ての地域において、在宅医療等に積極的に関与し、かかりつけ薬剤師として期待される役割を果たす薬剤師が確保されるとともに、医療現場が必要とする薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務、医師に対する処方提案、がん治療等の薬物療法などに精通した質の高い薬剤師が確保されています。

(4) 取組方向

- 取組方向 1 : 薬剤師の人材育成・確保
- 取組方向 2 : 薬剤師の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向1：薬剤師の人材育成・確保

- 薬学生に対する病院や薬局での実習受入体制を確保するとともに、県薬剤師会、日本薬剤師研修センター、県等が連携して、実習の指導にあたる指導薬剤師の育成に取り組みます。
(医療機関、薬局、大学薬学部、薬剤師会、病院薬剤師会、県)
- 近隣府県の大学薬学部訪問や薬学部学生向け就職情報誌の作成等により、新卒薬剤師の確保を図るとともに、未就業薬剤師の再就職等のきっかけとするための実務研修等を実施します。(薬剤師会、県)
- 病院および薬局に従事する薬剤師の需給動向などをふまえ、それぞれの地域において必要とする薬剤師の確保に努めます。(薬剤師会、病院薬剤師会、県)

取組方向2：薬剤師の資質の向上

- 薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務、医師に対する処方提案、がん治療等の薬物療法などに精通した実践能力の高い臨床薬剤師を育成するため、県薬剤師会や県病院薬剤師会と連携して薬剤師の資質の向上に取り組みます。(医療機関、薬剤師会、病院薬剤師会、県)
- 在宅対応や相談業務などの患者・住民のさまざまなニーズに対応し、多職種と連携して地域包括ケアシステムの一翼を担う「かかりつけ薬剤師」を育成するため、県薬剤師会や県病院薬剤師会と連携し、研修を充実させます。(薬剤師会、病院薬剤師会、市町、県)

3. 看護師、准看護師

(1) 現状

- 平成28(2016)年末における本県の看護師数(実人数)は15,703人で、人口10万人あたり868.5人と全国平均905.5人を下回っていますが、経年的に増加しています。一方、准看護師数(実人数)は5,061人で、人口10万人あたり279.9人と全国平均254.6人を上回っています。

図表 4-2-8 看護師・准看護師数

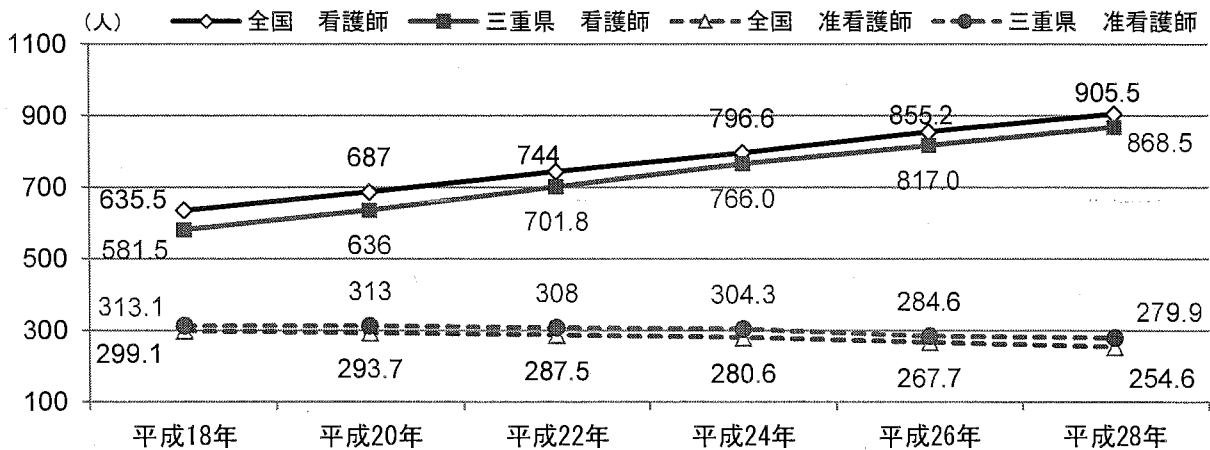
(単位:人)

区分	看護師		准看護師	
	実人数	人口10万人あたり	実人数	人口10万人あたり
全国	1,149,397	905.5	323,111	254.6
三重県	15,703	868.5 (35)	5,061	279.9 (28)

※ () 内は全国順位です。

資料：厚生労働省「平成28年 衛生行政報告例」

図表 4-2-9 看護師・准看護師数の推移(人口 10 万人あたり)



資料：厚生労働省「衛生行政報告例」

- 平成 25 (2013) 年度に本県で実施した医師看護師需給状況調査によると、医療介護の需要がさらに高まることが予想される平成 37 (2025) 年においても、看護師・准看護師数(常勤換算)は 687 人の不足となっており、平成 47 (2035) 年においても依然として 182 人の不足が見込まれています。

図表 4-2-10 三重県における看護師・准看護師(常勤換算)需給見通し(平成 22 年~47 年)

(単位:人)

区 分	平成 22 年	平成 27 年	平成 32 年	平成 37 年	平成 42 年	平成 47 年
需 要 量	16,519	17,418	18,023	18,501	18,649	18,539
供 給 量	16,519	17,219	17,143	17,814	18,146	18,357
不 足 数	0	199	880	687	503	182
需給ギャップ	0%	-1%	-5%	-4%	-3%	-1%

資料：三重県「医師看護師需給状況調査(平成25年12月)」

- 看護師、准看護師ともに、就業場所は病院が最も多く、平成 28 (2016) 年では看護師は 10,573 人と全体の 67.3%、准看護師は 1,462 人と全体の 28.9%を占めています。平成 24 (2012) 年の数値と比較すると、介護保険施設等の増加が 391 人と最も多く、次いで訪問看護ステーションが 215 人、病院が 168 人、無床診療所が 166 人となっています。一方、有床診療所では、160 人の減少となっています。

図表 4-2-11 就業場所別看護師・准看護師数

(単位：人)

		総数	病院	診療所		助産所	ステーション	訪問看護 施設等	介護保険 施設等	社会福祉施設	学校養成所等	保健所	市町村	事業所	その他
				有床	無床										
平成 24年	合計	19,694	11,867	763	2,832	2	505	2,711	428	241	20	66	149	110	
	看護師	14,095	9,913	331	1,398	2	451	1,305	222	239	15	52	101	66	
	准看護師	5,599	1,954	432	1,434		54	1,406	206	2	5	14	48	44	
平成 28年	合計	20,764	12,035	603	2,998	1	720	3,102	562	285	4	126	163	165	
	看護師	15,703	10,573	284	1,611		632	1,650	348	285	4	97	94	125	
	准看護師	5,061	1,462	319	1,387	1	88	1,452	214			29	69	40	

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」

- 構想区域別の人口 10 万人あたりの看護師数は、津区域で 1,260.3 人、松阪区域で 1,168.1 人と全国平均を上回っていますが、それ以外の区域では下回っています。准看護師数は、特に東紀州区域で 529.5 人と多くなっています。看護師、准看護師を合わせた数では、津区域で 1,530.8 人、松阪区域で 1519.1 人と多く、鈴亀区域で 888.6 人、三泗区域で 924.4 人、伊賀区域で 957.3 人と少ない状況です。

図表 4-2-12 構想区域別の看護師、准看護師数(人口 10 万人あたり)

(単位：人)

区域	看護師	准看護師	看護師および 准看護師
全 国	905.5	254.6	1,160.1
三重県	868.5	279.9	1,148.5
桑員区域	719.2	277.8	997.0
三泗区域	723.6	200.8	924.4
鈴亀区域	669.1	219.5	888.6
津区域	1,260.3	270.6	1,530.8
伊賀区域	736.4	220.9	957.3
松阪区域	1,168.1	350.9	1,519.1
伊勢志摩区域	813.8	386.8	1,200.6
東紀州区域	824.1	529.5	1,353.5

資料：厚生労働省「平成 28 年 衛生行政報告例」

構想区域別の数は三重県「月別人口調査」(平成 28 年 10 月 1 日現在) から算出

- 本県の看護職員の養成については、平成 29 (2017) 年度現在、看護系大学 4 か所、助産師養成所 1 か所、看護師養成所 (3 年課程) 11 か所、高等学校専攻科 (5 年一貫) 1 か所、准看護師養成所 1 か所の計 18 か所で実施されており、入学定員は全体で 955 人となっています。平成 29 (2017) 年度に入学する看護師等学校養成所の受験者は 3,203 人で、そのうち合格者は 1,383 人、競争率は 2.3 倍になっています⁴。

⁴ 出典：厚生労働省「平成 29 年度 看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」

- 平成 28 (2016) 年度の看護師等学校養成所の卒業生は、本県全体で 831 人であり、そのうち看護師・准看護師として 736 人が就業し、うち 557 人が県内に就業しています。県内就業率は 75.7%と、全国平均の 74.7%とほぼ同水準にあります。
- 平成 28 (2016) 年度の看護師養成所 (3 年課程) の退学率は、14.0%であり、全国平均の 9.8%に比べて高い状況です⁵。

図表 4-2-13 看護師等学校養成所数、1 学年定員数
(単位：か所、人)

区 分	養成所数		1 学年定員	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	1,473	1.2	79,966	63.0
三重県	18	1.0	955	52.8

資料：厚生労働省「平成 29 年度 看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」
総務省「平成 28 年人口推計」

図表 4-2-14 看護師等学校養成所の卒業生数、卒業者に占める就業看護師・准看護師数
(単位：人、%)

区 分	卒業生数		卒業者のうち看護師・准看護師として就業した人数				
	実数	人口 10 万人あたり	総数	人口 10 万人あたり	卒業生数に占める割合	うち県内就業者	
						総数	卒業生数に占める割合
全 国	67,392	53.1	56,454	44.5	83.8	42,168	74.7
三重県	831	46.0	736	40.7	88.6	557	75.7

資料：厚生労働省「平成 29 年度 看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」(卒業生は平成 28 年度の数)
総務省「平成 28 年人口推計」

- 日本看護協会が実施した病院看護実態調査によると、本県の病院における常勤看護職員の離職率は、平成 24 (2012) 年度以降は毎年 9%台で推移しており、全国平均と比較して低くなっています。また、新卒看護職員の離職率も、全国平均と比較して低くなっています。

図表 4-2-15 病院の常勤・新卒看護職員離職率の推移
(単位：%)

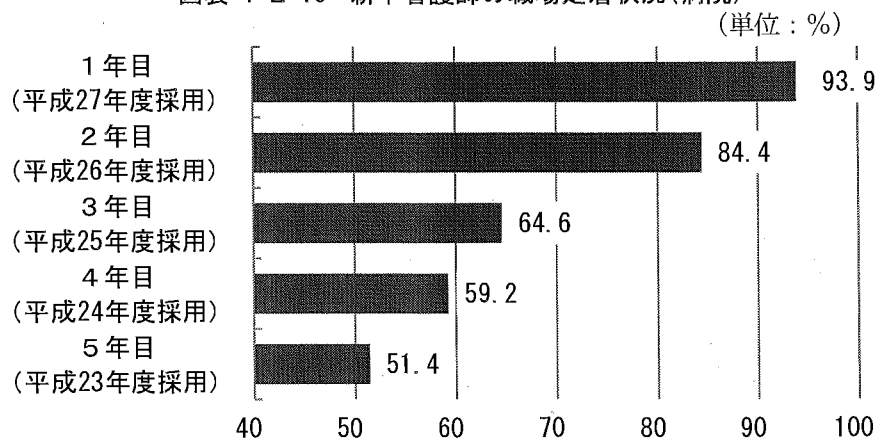
	区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
常勤看護職員	全 国	10.9	11.0	11.0	10.8	10.9
	三重県	8.7	9.6	9.7	9.3	9.8
新卒看護職員	全 国	7.5	7.9	7.5	7.5	7.8
	三重県	4.1	7.3	4.6	5.9	5.5

資料：日本看護協会「病院看護実態調査」

- 平成 28 (2016) 年度に県看護協会が実施した病院看護実態調査によると、新卒看護師の病院における職場定着率は、採用 1 年目では 93.9%ですが、採用 5 年目では 51.4%に減少しています。

⁵ 出典：厚生労働省「平成 29 年度 看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」

図表 4-2-16 新卒看護師の職場定着状況(病院)



資料：三重県看護協会「平成28年度 病院看護実態調査」

- 平成27(2015)年10月から始まったナースセンター*への免許保持者の届出制度*により把握した情報をもとに、再就業支援など看護職員確保対策を強化するため、平成27(2015)年12月に、三重県ナースセンター四日市サテライトを開設しました。

図表 4-2-17 三重県ナースセンターによるナースバンク*(無料職業相談)等実績

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	単位
求人相談件数	4,183	4,198	4,247	5,514	件(延)
求職相談件数	5,804	5,048	7,611	10,209	件(延)
就業者数*	417	455	494	612	人(延)
届出制度による届出数	—	—	336	638	人(実)

*イベント救護等による就業者数を含みます。

資料：ナースバンク事業報告

- 平成26(2014)年8月に、医療の高度化や専門化に対応できる質の高い看護職員の養成と県内の看護職員供給体制、確保対策を総合的に検討することを目的に、「三重県看護職員確保対策検討会」を設置し、「人材確保対策」「定着促進対策」「資質向上対策」「助産師確保対策」の4つの視点から検討を行い、取組の方向性を体系的に整理しました。
- 看護分野における国際的な視野を持ったリーダーの育成等を図るため、平成27(2015)年度から英国の病院への派遣研修を実施し、平成29(2017)年度までの3年間で15名の看護職員を派遣しました。
- 平成28(2016)年10月に、三重県プライマリ・ケアセンターを県立一志病院に設置し、三重大学に委託して、多職種連携により地域でプライマリ・ケア*を実践できる看護師の育成を行っています。

(2) 課題

- 看護師数は増加傾向にありますが、全国と比較すると低い水準にあります。また、医師看護師需給状況調査によると、平成 47 (2035) 年においても不足状況は改善されない見通しであり、看護師の確保は喫緊の課題です。
- 訪問看護ステーションや、介護保険施設、社会福祉施設等に勤務する看護師は増加傾向にありますが、地域包括ケアシステムの推進にあたり、今後、多くの需要が見込まれるため、看護師の確保をさらに進める必要があります。
- 看護師を志望する学生を確保するため、看護の魅力について普及啓発することが必要です。また、少子化により労働人口が減少する中、定年退職した看護師が活躍できる仕組みづくりが必要です。
- 医療・介護・福祉・保健を担う質の高い看護師を養成するため、看護基礎教育の充実を図る必要があります。
- 三重県ナースセンターにおける求人・求職相談件数は増加していますが、実際の就業者数は微増に留まっていることから、求人・求職のマッチング率を高める必要があります。
- 出産や子育て、介護等の理由で退職した看護師の復職を支援する取組が必要です。
- 短時間勤務や時差勤務制度など多様な勤務形態の導入や、夜勤・交代制勤務の負担軽減等、看護師の勤務環境を改善するための取組が重要です。
- 子育てをしながら、看護師としての就労が継続できるよう、病院内保育所の整備が必要です。
- 医療技術の高度化、患者の高齢化・重症化、在院日数の短縮化が進む中、患者本位の医療を実現するために、質の高い看護を提供できる人材の育成が求められています。
- 看護師の離職防止のため、働きがいを感じながら、着実にキャリア形成ができるよう、職場における支援や研修体制の充実が必要です。
- 在宅医療を含む地域包括ケアシステムを推進するため、看護師においては多職種と連携しながら患者のケアを中心的に担うことが求められています。また、必要に応じて褥瘡のケア、脱水時の輸液等の医療ケアを医師の判断を待たずに適切に提供することができる看護師（特定行為研修*修了者）についても育成を図る必要があります。
- 看護師の勤務環境改善やキャリア支援の取組の推進者である看護管理者（看護部長や看護師長等）の資質向上を図る必要があります。

(3) めざす姿

- 質の高い看護師の確保・育成や勤務環境改善の取組などにより看護師の不足が解消され、高度急性期から在宅医療、また介護・福祉分野など幅広い領域においてよりよい看護が提供されています。

(4) 取組方向

取組方向 1：看護師の養成・確保

取組方向 2：勤務環境改善等による看護師の定着促進

取組方向 3：看護師の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向1：看護師の養成・確保

- 少子化の進行等により、今後、看護師等学校養成所の入学者の確保が困難になることが想定されることから、看護の魅力についての普及啓発や、病院における高校生等の看護体験学習の支援、進路相談会の開催等、入学者の確保対策に取り組みます。(医療機関、養成機関、看護協会、県)
- 看護師の養成にかかる教育体制を充実するため、民間の看護師等学校養成所の運営を支援します。(県)
- 県内外の看護師等学校養成所で学ぶ学生を対象とした修学資金の貸付制度により、県内に勤務する看護師の確保を図ります。(医療機関、養成機関、市町、県)
- 免許保持者の届出制度により把握した情報をもとに、きめ細かな情報発信や就業相談等を行うとともに、再就業への不安を軽減するための復職支援研修を実施し、潜在看護師の再就業を促進します。(看護協会、県)
- 県広報などさまざまな広報手段を積極的に活用して、ナースバンクへの求職・求人登録者数の増加を図ります。(看護協会、関係機関、県)
- 医療依存度の高い入所者の増加に伴い、介護福祉現場で働く看護師の確保を図ります。(看護協会、関係機関、県)
- 地域包括ケアシステムの推進を担う人材として、定年退職した看護師が活躍できる仕組みについて検討します。(看護協会、県)
- 看護師の確保対策を効果的に進めていくために、就業場所や地域ごとの偏在の度合いに応じた目標や目標達成に向けた施策について検討を行います。(県)

取組方向2：勤務環境改善等による看護師の定着促進

- 育児や介護と両立しながら働き続けることができるよう、勤務環境の改善を進めます。(医療機関、医師会、看護協会、県)
- 子育てをしながら働き続けることができるよう、病院内保育所の設置を促進します。(医療機関、県)
- 看護師の働く意欲を維持し、職場定着を支援するため、研修体制の充実を図ります。(医療機関、看護協会、県)
- 三重県ナースセンターにおいて、勤務環境相談窓口の設置やアドバイザー派遣など、県内の医療機関等における離職防止対策の取組を支援します。(医療機関、看護協会、関係機関、県)
- 医療勤務環境改善支援センターや「女性が働きやすい医療機関」認証制度を活用し、医療機関の主体的な勤務環境改善の取組を促進します。(医療機関、医師会、県)
- 三重県ナースセンターと医療勤務環境改善支援センターとの連携強化により、医療機関の勤務環境改善の取組を効果的に支援します。(医療機関、医師会、看護協会、県)

取組方向3：看護師の資質の向上

- 質の高い看護師を養成するため、県内の看護師等学校養成所等と連携し、看護教員や実習指導者の資質向上に取り組み、看護基礎教育の充実を図ります。(医療機関、養成機関、看護協会、県)
- 県看護協会等と連携し、看護師が最新の技術および知識を習得し、より質の高い看護を提供できるよう研修体制の一層の充実を図ります。(医療機関、看護協会、関係機関、県)
- 看護師のキャリア支援や勤務環境改善に向けて取り組むことができるよう、研修や情報交換の機会を設け、看護管理者の資質の向上を図ります。(医療機関、看護協会、関係機関、県)
- 県内の関係大学等と連携を図りながら、看護職員の海外派遣研修を実施するなど人材育成の取組を進めます。(関係機関、県)
- 地域包括ケアシステムの推進のため、訪問看護師やプライマリ・ケアが実践できる看護師を育成します。(三重大学、医療機関、看護協会、関係機関、県)
- 在宅医療の質を向上させるため、特定行為ができる看護師の育成について、関係機関と調整を図りながら取組を進めます。(医療機関、看護協会、関係機関、県)

4. 保健師

(1) 現状

- 本県の保健師の従事者数(実人数)は、平成18(2006)年の559人から平成28(2016)年は688人へと増加していますが、人口10万人あたりでは38.1人(全国で38位)で、全国平均40.4人を下回っています。就業場所を見ると、市町に従事する保健師が最も多く、全体の65.8%を占めています。
- 保健師は、所定の専門教育を受け、保健指導や健康教育、地区活動などを通じて個人・家族・地域に働きかけ、疾病の予防や健康増進など公衆衛生活動を行う地域看護の専門家です。
- 保健師の主な活動領域は、保健所、保健センター等で保健行政に従事する地域保健と、企業の産業保健スタッフとして勤務する産業保健、学校等で学生と教職員の心身の健康保持に努める学校保健等があります。
- 少子高齢化の進展に伴う社会環境や疾病構造の変化の中で、生活習慣病対策の充実や介護予防、在宅医療の推進などにより、地域保健の保健師に求められる活動領域は、医療、介護、福祉等に拡大しています。
- 増加傾向にある児童虐待やこころの問題、感染症や災害などの健康危機に関して、専門的な対応を行う保健師への期待が高まっています。

図表 4-2-18 就業場所別保健師数

(単位:人)

就業場所	総計	病院	診療所	保健所	市町	学校養成所 等研究機関	事業所	その他
平成 18 年	559	17	10	68	379	21	30	34
平成 20 年	626	37	12	84	379	17	44	53
平成 22 年	561	18	6	64	377	19	42	35
平成 24 年	627	28	6	82	389	21	76	25
平成 26 年	645	14	12	62	439	13	66	39
平成 28 年	688	24	12	65	453	19	53	62

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」

(2) 課題

- 活動領域の拡大に伴い、保健師の確保および適正な配置が必要です。
- 多様な健康課題や健康危機に対応できる、高い専門性を有する保健師の育成が求められています。
- 保健師活動に伴う専門的な知識や技術の維持・伝承ができるよう、人材育成の体制について養成機関や市町、県が連携し検討することが必要です。

(3) めざす姿

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

(4) 取組方向

- 取組方向 1：保健師の養成・確保
- 取組方向 2：効果的な保健活動を行うための適正配置の促進
- 取組方向 3：保健師の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向 1：保健師の養成・確保

- 県内の看護系大学等と連携して、卒業生の県内就業を促進します。(養成機関、県)
- 保健師をめざす学生が保健所や市町、産業保健等における地域看護学実習を円滑に受けられるよう支援するなど、保健活動に関する教育の充実を図ります。(養成機関、関係機関、市町、県)
- 三重県ナースセンターと連携し離職時の届出制度の周知を行い、潜在保健師の把握に努めます。(看護協会、市町、県)

取組方向2：効果的な保健活動を行うための適正配置の促進

- 多様化する健康課題等に対し効果的な保健活動を展開するため、保健師の適正配置に努めます。(市町、県)

取組方向3：保健師の資質の向上

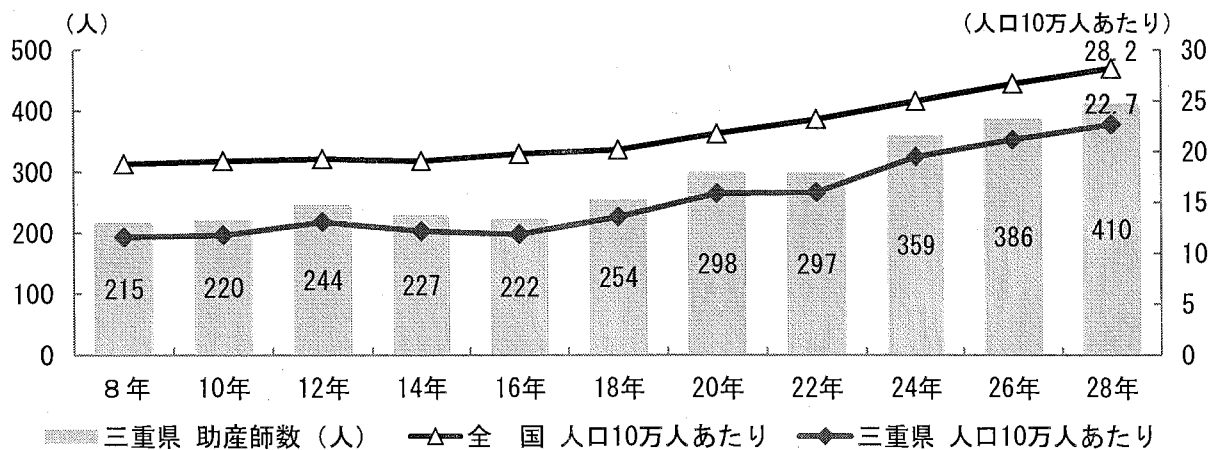
- 生活習慣病等の予防やこころの問題などの健康課題、健康づくりの総合的な推進および健康危機管理にも対応できる保健師を育成するため、専門研修を実施するとともに、技術的支援を行います。(市町、県)
- 総合的な健康づくりのための保健・医療・福祉・産業等の関係機関とのネットワークづくりや、包括的な地域支援システムの構築を推進するため、保健師のコーディネート*能力の向上に努めます。(関係機関、市町、県)
- 保健師の人材育成体制について、検討会等において関係機関等と連携しながら取り組みます。各保健所においても、現場における人材育成の課題と対応策等について、管内の関係者による連絡会等で検討を行い、体制づくりを進めます。(養成機関、関係機関、市町、県)

5. 助産師

(1) 現状

- 本県の助産師数(実人数)は、近年では最も少なかった平成8(1996)年の215人から、平成28(2016)年には410人に増加していますが、人口10万人あたりの助産師数は22.7人と全国平均28.2人を下回っています。

図表 4-2-19 助産師数(実人数)および人口10万人あたり助産師数の推移



資料：厚生労働省「衛生行政報告例」

- 構想区域別の人口10万人あたりの助産師数は、津区域が43.4人、三泗区域が29.5人と全国平均を上回っていますが、それ以外の区域では下回っています。特に東紀州区域では8.5人と少ない状況です。

図表 4-2-20 構想区域別の助産師数(人口 10 万人あたり)
(単位：人)

区域	助産師
全 国	28.2
三重県	22.7(45)
桑員区域	17.5
三泗区域	29.5
鈴亀区域	17.0
津区域	43.4
伊賀区域	15.5
松阪区域	16.5
伊勢志摩区域	13.0
東紀州区域	8.5

※ () 内は全国順位です。

資料：厚生労働省「平成28年 衛生行政報告例」

構想区域別の数は三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)から算出

- 平成 28 (2016) 年における本県の出生場所別の出生数は、病院が 5,934 件と全体の 45.0%、診療所が 7,014 件と全体の 53.1%となっています。一方で、平成 28 (2016) 年度における助産師の主な就業場所は、病院が 239 人と全体の 58.3%、診療所が 105 人と全体の 25.6%となっており、就業場所の偏在がみられます。

図表 4-2-21 出生場所別出生数

(単位：人、%)

	病院	診療所	助産所	自宅・その他	総数
数	5,934	7,014	235	19	13,202
割合	45.0	53.1	1.8	0.1	100.0

資料：厚生労働省「平成28年 人口動態調査」

図表 4-2-22 就業場所別助産師数

(単位：人)

	総計	病院	診療所	助産所	市町	学校養成所 等研究機関	事業所	その他
平成 18 年	254	149	69	15	1	19	-	1
平成 20 年	298	179	77	16	7	17	-	2
平成 22 年	297	168	89	18	6	16	-	-
平成 24 年	359	195	110	23	4	24	2	1
平成 26 年	386	214	113	25	8	24	1	1
平成 28 年	410	239	105	25	13	26	0	2

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」

- 平成 29（2017）年における分娩取扱施設数は、病院が 14 か所、診療所が 21 か所、助産所が 6 か所となっています。また、病院や診療所内で助産師が行う「助産師外来*」等が、近年増加傾向にあります。

図表 4-2-23 分娩取扱施設数

(単位：か所)

	病院	診療所	助産所	再掲	
				院内助産*所	助産師外来
平成 23 年	14	25	2	0	9
平成 24 年	15	24	3	0	9
平成 25 年	15	24	3	0	11
平成 26 年	—	—	—	—	—
平成 27 年	15	24	3	1	病院 12 診療所 5
平成 28 年	14	21	6	1	病院 9 診療所 5
平成 29 年	14	21	6	1	病院 11 診療所 6

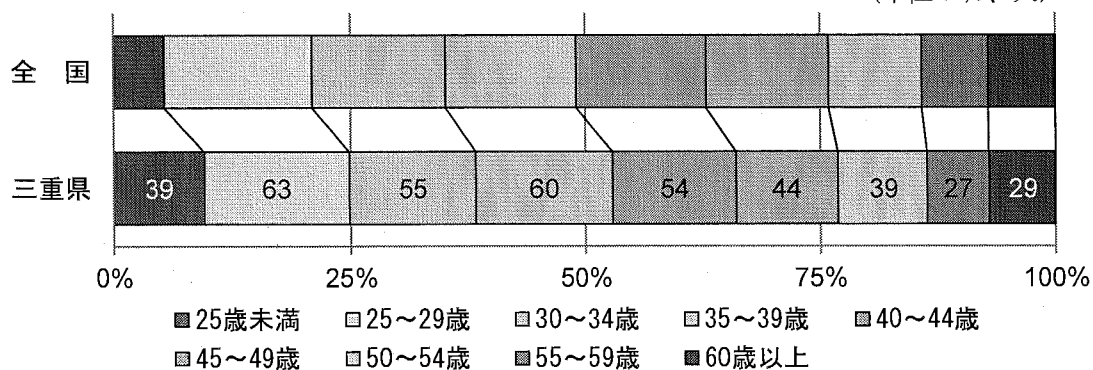
※平成26年は調査を実施していません。

資料：三重県調査

- 助産師の年代別割合を見ると、20 代の助産師の割合が 24.9%と全国平均 20.9%に比べて高くなっています。

図表 4-2-24 助産師の年代別割合

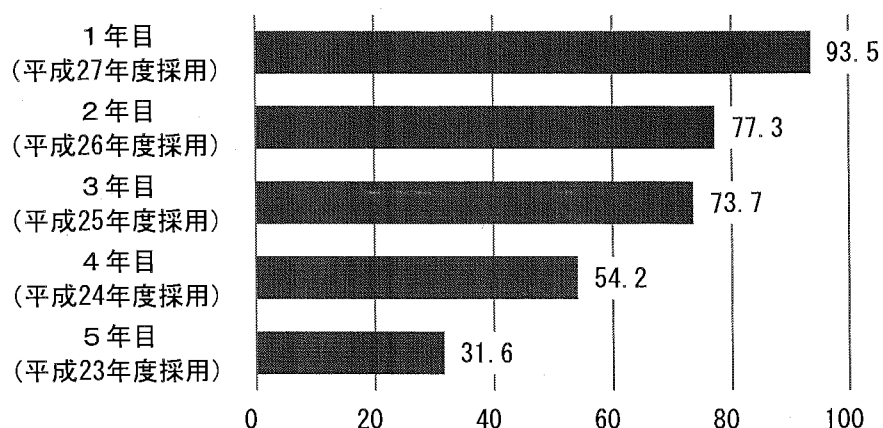
(単位：%、人)



資料：厚生労働省「平成28年 衛生行政報告例」

- 平成 28（2016）年度に県看護協会が実施した病院看護実態調査によると、新卒助産師の病院における職場定着率は、採用 1 年目では 93.5%ですが、採用 5 年目では 31.6%に減少しています。

図表 4-2-25 新卒助産師の職場定着状況(病院)
(単位：%)



資料：三重県看護協会「平成28年度 病院看護実態調査」

- 近年、助産業務や妊産褥婦・新生児の保健指導のみならず、思春期から更年期に至るまでの女性のライフサイクルに合わせた相談など、助産師の役割は広がっています。
- 平成21(2009)年9月に助産師の養成・確保および資質向上について検討することを目的に「三重県助産師養成確保に関する懇話会」を設置しました。
- 助産師の就業場所や就業地域の偏在解消と助産実践能力の向上を目的に、平成28(2016)年度から「助産師出向支援導入事業*」を開始し、平成29(2017)年度までの2年間で4組の取組実績がありました。

(2) 課題

- 分娩を取り扱う産科診療所等においては助産師が不足しており、その確保が急務となっています。
- 助産師の職場定着率は、採用後の年数の経過につれて低くなっており、定着率を向上させる取組が必要です。
- 多様化する助産師業務に対応していくための資質向上に向けた取組が必要です。

(3) めざす姿

- 県内の助産師不足が解消され、助産師が自立して専門性を発揮することにより、安心・安全な出産ができる体制が構築されています。

(4) 取組方向

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

(5) 取組内容

取組方向1：助産師の養成・確保

- 県内の看護系大学や助産師養成所と連携し、助産師の養成と県内就業を促進するとともに、県看護協会や県助産師会と連携し、潜在助産師の再就業の支援に取り組みます。(養成機関、看護協会、関係機関、県)
- 助産師修学資金貸付制度により、県内に勤務する助産師の確保を図ります。(医療機関、養成機関、県)
- 「助産師養成確保に関する懇話会」において、県内の看護系大学および助産師養成所における養成力の強化や臨地実習機関の充実に向けた検討を進めるなど、関係機関が連携して、助産師の養成・確保に取り組みます。(医療機関、養成機関、医師会、看護協会、関係機関、県)
- 助産師の就業場所や就業地域の偏在解消および助産実践能力の向上のため、助産師出向システム*の定着を図ります。(医療機関、看護協会、関係機関、県)

取組方向2：助産師の定着促進

- 助産師の職場定着率が向上するよう、研修体制や勤務環境等の改善を図ります。(医療機関、看護協会、関係機関、県)

取組方向3：助産師の資質の向上

- 助産師外来など専門性を生かした助産師業務の推進に向け、関係機関との連携により助産師の資質向上を図るため、新人および中堅助産師のそれぞれの経験に応じた研修会を実施します。(医療機関、医師会、看護協会、関係機関、県)
- 周産期死亡率の改善のため、多職種との連携を深め、周産期医療や看護の知識・技術を得ることを目的とした研修会を実施します。(医療機関、医師会、関係機関、県)

6. 管理栄養士・栄養士

(1) 現状

- 管理栄養士の免許は、栄養士の免許を有する者が管理栄養士国家試験を受けて取得します。
- 管理栄養士は、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導や、個人の体の状況、栄養状態等に応じた高度な専門的知識および技術を要する健康保持増進のための栄養指導、病院等の施設利用者の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理、これらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行います。
- 平成29(2017)年3月末現在、県内の特定給食施設*に従事する管理栄養士は630人、栄養士は534人です⁶。
- 平成26(2014)年度から平成28(2016)年度の県内の栄養士養成施設の卒業生が県内に栄養士として就業している割合は、約4割にとどまっています⁷。

⁶ 出典：三重県調査

⁷ 出典：三重県調査

- 平成 29 (2017) 年 6 月 1 日現在、市町には、保育や福祉分野に従事する栄養士も含め、28 市町に管理栄養士が 61 人、栄養士が 17 人配置されています⁸。

(2) 課題

- 住民に対して円滑に栄養相談や栄養指導を行っていくためには、さらなる管理栄養士・栄養士の配置が必要です。
- 高齢化が急速に進行する中、県民の生活習慣病を予防するためには、ライフステージに応じた栄養指導等を行っていくことが重要です。
- 病院に勤務する管理栄養士は、患者の状態と栄養補給法の検討・評価を行い、輸液と食事を合わせたトータルバランスを把握するなど、より高い専門性が必要です。
- 医療の高度化に伴い、高い専門性を有する管理栄養士の育成が必要です。

(3) めざす姿

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

(4) 取組方向

- 取組方向 1 : 管理栄養士・栄養士の配置促進
- 取組方向 2 : 管理栄養士・栄養士の人材育成

(5) 取組内容

取組方向 1 : 管理栄養士・栄養士の配置促進

- 管理栄養士・栄養士の市町への就業を促進するため、助言・支援を行います。(栄養士会、県)
- 「健康増進法^{*}」に基づいて特定給食施設に管理栄養士・栄養士の配置が促進されるよう、指導・助言を行います。(県)

取組方向 2 : 管理栄養士・栄養士の人材育成

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

⁸ 出典：三重県調査

7. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

(1) 現状

- 理学療法士（PT）は、加齢や事故などにより発生した身体機能障がいや、循環器・呼吸器・内科・難病疾患等の身体的な障がいのある人に対して、医師や歯科医師の指示のもと、その基本的動作能力の回復を図ることを目的に、治療体操その他の運動を行わせたり（運動療法）、電気刺激、温熱、寒冷、光線、水、マッサージなどの物理的手段を加えたりします（物理療法）。これらの物理的治療手法による治療を理学療法といいます。
- 作業療法士（OT）は、体やこころに障がいのある人などに対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持、開発を促す作業活動を用いて治療・指導・援助を行います（作業療法）。業務内容としては、移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL*（日常生活動作）訓練、家事、外出等のIADL*（手段的日常生活動作）訓練、福祉用具の使用等に関する訓練、退院後の住環境への適応訓練、発達障がいや高次脳機能障がい等に対するリハビリテーションがあります。
- 言語聴覚士（ST）は、音声機能、言語機能、摂食・嚥下機能、または聴覚に障がいのある人に対し、その機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査、助言、指導その他の援助を行います（言語聴覚療法）。
- 高齢化に伴う疾病構造の変化により、リハビリテーションへの需要が高まっており、理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数ともに増加しています⁹。
- 平成 28（2016）年 10 月 1 日現在、県内の病院における就業者数は、非常勤従事者を常勤換算した分を含めると、理学療法士 731.6 人、作業療法士 465.8 人、言語聴覚士 149.3 人となっています¹⁰。また、病院以外にも介護保険施設等に多くの理学療法士、作業療法士および言語聴覚士が就業しています。
- 県内の理学療法士養成校は、大学 1 校（定員 40 人）、専門学校 2 校（定員 80 人）であり、作業療法士養成校は専門学校 1 校（定員 40 人）です。

(2) 課題

- 高齢化に伴い、リハビリテーションの需要増が見込まれるため、今後も理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成を図る必要があります。
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、日々進歩する医療技術やリハビリテーション技術などに対応できるよう、生涯にわたる研修体制を充実させていくことが必要です。

(3) めざす姿

- 医療機関等に必要な理学療法士、作業療法士および言語聴覚士が確保され、進歩する医療技術やリハビリテーション技術に対応できる生涯研修体制が充実しています。

⁹ 出典：厚生労働省「平成 28 年 病院報告」

¹⁰ 出典：厚生労働省「平成 28 年 病院報告」

(4) 取組方向

取組方向：生涯研修体制の充実

(5) 取組内容

取組方向：生涯研修体制の充実

- リハビリテーション技術の進歩等に対応するため、県理学療法士会や県作業療法士会、県言語聴覚士会を中心に行われる生涯研修への取組を支援します。(養成機関、医療関係団体、県)

8. 救急救命士

(1) 現状

- 救急救命士は、救急現場や救急車内等において、傷病者に対して気道の確保、心拍の回復などの救急救命処置を行います。また、救急業務における教育指導体制を充実させること等、救急業務全般の質を向上させるため、指導救命士（指導的立場の救急救命士）を養成しています。
- 平成 16（2004）年以降、救急救命士は、医師の指示のもとで心肺機能停止状態にある傷病者に対して気管挿管（気管内チューブを使った気道確保）や薬剤（アドレナリン）の投与といった医療行為が行えるようになり、平成 26（2014）年 4 月からは心肺機能停止前の重度傷病者に対しても救急救命処置の範囲が拡大されており、その重要性はますます高まっています。

図表 4-2-26 県内の救急救命士数および指導救命士数

(単位：人)

救急救命士数	指導救命士数
518	61

資料：三重県（防災対策部）調査（平成29年4月1日現在）

(2) 課題

- 救急車により搬送された患者の生存率と社会復帰率の向上のために、救急隊 1 隊に常時救急救命士 1 人が配置されることが必要です。
- 救急救命士が実施できる処置の拡大に伴い、救急救命士の資質の向上が必要です。

(3) めざす姿

- プレホスピタル・ケア*の主な担い手である救急救命士を数多く養成し、救急隊 1 隊に常時 1 人が配置されています。
- 指導救命士制度およびメディカルコントロール体制*のもと、救急救命士の資質が向上して

います。

(4) 取組方向

取組方向 1：救急救命士の養成・確保

取組方向 2：救急救命士の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向 1：救急救命士の養成・確保

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

取組方向 2：救急救命士の資質の向上

- 救急業務の高度化の推進と質の向上のため、気管挿管等の特定行為を行うために必要とされる講習や病院実習を的確に受講させるとともに、指導救命士制度を活用し、有資格者に対する再教育制度の充実を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)

9. 歯科衛生士

(1) 現状

- 歯科衛生士は、歯科診療所等において歯および口腔の疾患の予防処置や歯科診療の補助、歯科保健指導等に従事します。
- 平成 28 (2016) 年末における本県に就業している歯科衛生士は 1,939 人で、92.5%が歯科診療所に勤務しています。
- 平成 26 (2014) 年末における歯科医師 1 人あたりの歯科衛生士数は 1.4 人ですが、東紀州医療圏の歯科衛生士数は 0.95 人と 1 人以下になっています¹¹。
- 県内の歯科衛生士養成学校は 3 校で、四日市市、津市、伊勢市にあります。

¹¹ 出典：三重県「三重県衛生統計年報」(平成 26 年)

図表 4-2-27 就業場所別歯科衛生士数

(単位:人)

就業場所	総数	保健所	市町村	病院	診療所	介護老人 保健施設	事業所	歯科衛生 士学校 または 養成所	その他
平成 20 年	1,446	0	11	50	1,362	2	10	11	0
平成 22 年	1,545	0	10	61	1,436	4	5	12	17
平成 24 年	1,619	1	9	62	1,518	4	4	13	8
平成 26 年	1,621	-	9	59	1,508	5	10	15	15
平成 28 年	1,939	-	8	79	1,793	3	7	16	33

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」

(2) 課題

- 全身の健康の保持増進のために、多くの県民に歯科疾患の予防処置や歯科保健指導が十分に行われるよう、歯科診療所をはじめとして病院、介護施設、事業所などへの歯科衛生士の配置が必要です。
- 行政機関に勤務する歯科衛生士が少ないことから、歯科口腔保健の推進に関する企画、事業の実施、評価等を進めるために、歯科口腔保健の専門職としての歯科衛生士の配置が望まれます。
- 歯科衛生士の人材確保の対策として、離職している歯科衛生士の再就職支援を行う必要があります。
- 歯科医療の高度化や、高齢者や障がい児（者）などの専門的な歯科保健医療に対応できる歯科衛生士の育成が必要です。
- 地域包括ケアシステムにおいて、歯科医療を包括的な視点からとらえ他職種と連携を図ることができる歯科衛生士の育成が必要です。

(3) めざす姿

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

(4) 取組方向

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

(5) 取組内容

取組方向1：歯科衛生士の養成・確保

- 歯科診療所等での歯科衛生士の就業が促進されるよう、三重県立公衆衛生学院において歯科衛生士を養成するとともに、離職している歯科衛生士の再就職への支援を行います。(歯科医師会、歯科衛生士会、県)

取組方向2：歯科衛生士の人材育成

- 歯科保健医療に対する高度な知識や技術を持つ歯科衛生士を育成するために研修を実施します。(歯科医師会、歯科衛生士会、県)
- 歯と口腔の健康づくりの啓発等を行う歯科衛生士を「みえ8020運動推進員」として登録するとともに、登録者への研修を実施し、資質の向上を図ります。(歯科医師会、県)

10. その他医療関係従事者

(1) 現状

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

(2) 課題

- 医療に関するさまざまな専門職の確保と資質向上の取組が求められています。

(3) 取組内容

- 養成施設、医療関係団体、医療機関、行政など、さまざまな関係機関が連携して人材の確保と資質の向上を図ります。

図表 4-2-28 医療関係者の職務内容および三重県における従事者数

職 種	職務内容	従事者数
歯科技工士	歯科技工所や歯科診療所等において、入れ歯、差し歯、金冠、矯正装置等の製作、修理などを行います。	県内の歯科技工所等に513人が従事
診療放射線技師 診療X線技師	医療機関や検診センター等において放射線を用いた検査や治療の補助を行います。	県内の病院に診療放射線技師549.7人、診療X線技師2.0人が従事
衛生検査技師 臨床検査技師	衛生検査技師は、病院の検査室や衛生検査所において、微生物学的検査、血清学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査等の検体検査を行います。 臨床検査技師は、これらに加えて心電図検査、脳波検査等の生理学的検査を行います。	県内の病院に臨床検査技師720.7人、衛生検査技師0.8人が従事

臨床工学技士	人工呼吸器、人工心肺、ペースメーカー、血液透析装置等の生命維持装置の操作および保守点検を行います。	県内の病院に273.6人が従事
医療ソーシャルワーカー (MSW)	関係機関や関係職種と連携し、患者の抱える経済的、心理的、社会的な問題の解決に向けた調整を行います。また、地域包括ケアシステムの構築にも参加します。	県内の病院に190.9人が従事 (医療社会事業従事者および社会福祉士)
精神保健福祉士 (PSW)	精神病院で治療を受ける精神障がい者や、社会復帰の促進を目的とする施設を利用する精神障がい者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練を行います。	県内の病院に124.0人が従事
あん摩マッサージ指圧師	施術所等において、あん摩、マッサージ、指圧を行います。	県内の施術所等に817人が従事
はり師	施術所等において、はりによる施術を行います。	県内の施術所等に1,029人が従事
きゅう師	施術所等において、きゅうによる施術を行います。	県内の施術所等に990人が従事
柔道整復師	施術所等において、打撲・捻挫に対する施術と、骨折・脱臼に対する応急手当を行います。	県内の施術所等に472人が従事

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

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

資料：厚生労働省「平成28年 衛生行政報告例」、厚生労働省「平成28年 病院報告」

第3節 | 医療提供体制の整備

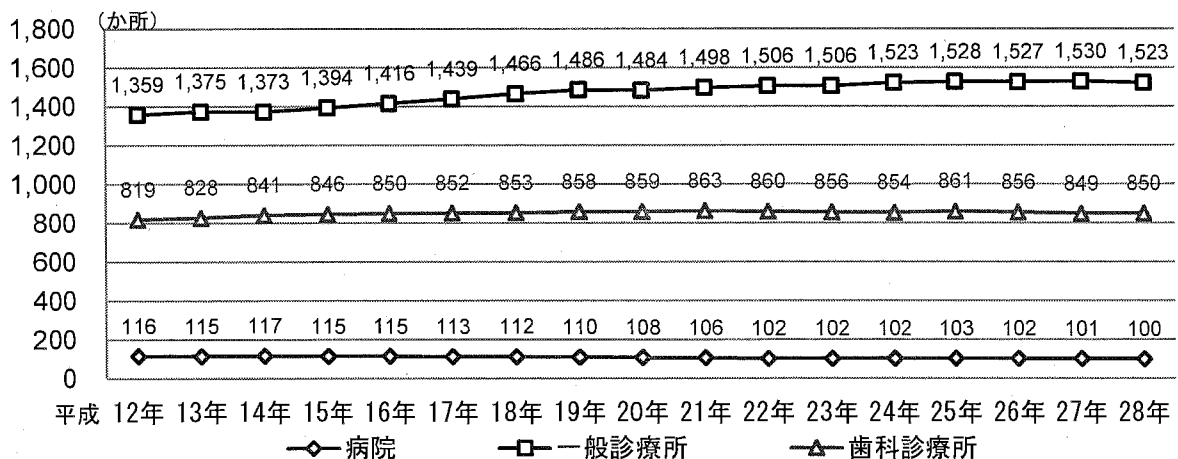
1. 医療提供体制の現状

(1) 現状

① 医療機能の明確化および連携の強化

- 県内の医療機関のうち、一般診療所については、緩やかな増加傾向にありますが、病院については平成14(2002)年をピークに、歯科診療所については平成21(2009)年をピークに減少傾向にあります。
- 県内の各医療圏・構想区域における医療機関の設置状況はさまざまであり、三泗区域・津区域など比較的多くの医療機関が設置されている地域では、同じような機能を持つ医療機関が競合しています。一方、東紀州医療圏のように医療機関が少ない地域では、一部の診療科の対応や医療機能を隣接した地域の医療機関に依存しているケースがあり、地域間の医療提供体制に差が生じています。
- 医師や看護師など医療従事者の不足により、一部の医療機関では特定の診療科を休止したり、診療体制を縮小したりするなどの対応を余儀なくされており、地域間の医療提供体制の差はますます拡大する傾向にあります。
- 急速な高齢化やそれに伴う疾病構造の変化、QOL*（生活の質）の向上を重視した医療への期待の高まりなどにより、小児、周産期を含む救急医療対策やがん、脳卒中などの各疾病対策の一層の充実に加えて、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活が送れるよう、在宅医療提供体制の充実を図ることが重要となっています。
- 本県では、三重県広域災害・救急医療情報システム「医療ネットみえ*」による休日夜間応急診療所案内や、医療機関の機能別の検索等の情報提供等を行い、効果的な受診を促進しています。しかし、かかりつけ医・歯科医やかかりつけ薬局を持たない患者の多くは、自らの疾病の状況を十分に把握できていないこともあり、軽症にも関わらず、大きな病院で受診する傾向にあります。その結果、これらの病院では、機能を十分に発揮することができず、救急応需にも支障が出るなど、深刻な影響が出ています。

図表 4-3-1 県内の医療施設数の推移



資料：厚生労働省「医療施設調査」

② 医療機能に関する情報提供の推進

- 医療機関は、自らの医療機能に関する情報を県に報告することが義務づけられており、県は、その情報を「医療ネットみえ」などを通じて県民に提供しています。
- 「医療ネットみえ」には、平成 29（2017）年 3 月 31 日現在で県内医療機関の約 98.9%にあたる 2,440 施設が参加しており、平成 28（2016）年度は、204,220 件のアクセスがありました。

③ 医療情報の提供と開示の促進

- 医療機関においては、入退院時に、医師が入退院計画書を作成し、患者に交付・説明を行うこととなっています。
- 近年、診断・治療にあたってのインフォームド・コンセント*がより重要となっています。
- 個人の診療記録等については、本人の請求があった場合、原則、開示することとされています。そのため、重要な個人情報に掲載されている診療記録の管理を適切に行うことが必要です。

2. 課題および今後の取組

(1) 課題

① 医療機能の明確化および連携の強化

- 限られた医療資源を有効に活用することができるよう、高度で専門的な医療をはじめとする医療機能の集約化・重点化や、病床の機能分化を進め、地域の状況をふまえた医療提供体制を構築していく必要があります。
- 医療機関においては、他の医療機関との機能分担を明確にして、自らの機能を十分に発揮していくとともに、患者の症状の変化に応じた適切な治療を行うために、個人情報の取扱いに留意しつつ、診療に必要な患者の情報を他の医療機関等と共有し、連携することが重要です。
- こうした医療機関とその関連機関の緊密な連携により、急性期*から在宅療養に至るまで、切れ目のない医療サービスを提供できる体制を構築していく必要があります。

② 医療機能に関する情報提供の推進

- 患者が自らの症状に応じて適切に医療機関を受診できるよう、医療機能に関する情報提供を充実させるとともに、適切な受療行動に関して、県民に対し啓発する必要があります。
- 患者は、症状に応じた適切な治療を受けることができるよう、かかりつけ医・歯科医や、かかりつけ薬局を持ち、医師・歯科医師や薬剤師等の指示に従って行動することが求められます。

③ 医療情報の提供と開示の促進

- 患者が安心、納得して治療を受けられるよう、診療記録の開示をはじめ患者にわかりやすい医療情報の提供やインフォームド・コンセント、セカンドオピニオン*等が求められています。
- 今後、より患者の視点に立った医療の提供を進めるためには、医療機関等から適切な情報が提供されることで、患者自らが医療機関や治療方針を選択できることが必要であり、医療機関においても、より安全で質の高い医療を安定して提供することが求められています。
- 広告規制の緩和、公的な情報提供の整備、情報開示ルールの定着等と相まって、医療機関に関する比較可能な情報の提供と開示を進めることが求められています。

(2) めざす姿

- 高度で専門的な医療をはじめとする医療機能の集約化・重点化や、病床の機能分化が進められ、地域の限られた医療資源が有効に活用されています。
- 医療機関が、その機能に応じて役割分担を明確にし、緊密な連携のもとで患者の情報を共有して、急性期から在宅療養に至るまでの切れ目のない良質で効率的な医療を提供できる体制が構築されています。
- 県民が、かかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局を持ち、医療機関から情報が十分に提供されることにより、県民と医療従事者との信頼関係のもと、納得した医療が行われています。また、医療機関がホームページ等を通じて機能、役割分担等の情報を積極的に公開することにより、患者自らが症状に応じて医療機関を選択して受診するなど、適切な受療行動がとられています。

(3) 取組方向

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

(4) 取組内容

取組方向1：限られた医療資源を効果的に活用していくための医療機能の集約化・重点化の推進

- 地域における医療資源に応じて医療機能の集約化や病床の機能分化を進めることにより、医療提供体制の維持、充実に図ります。(医療機関、市町、県)
- 地域において高度で専門的な医療を提供する拠点を確保するため、特定の医療機関における医療機能の重点化を推進します。(医療機関、市町、県)

取組方向 2：医療機関が患者の症状に応じた適切な医療サービスを切れ目なく提供していくための医療機能の明確化と連携の促進

- 医療機関が、自らの機能と役割を明確化し、地域医療連携推進法人制度を活用するなど、他の医療機関との機能分担と連携を図ることにより、良質で効率的な医療を提供できる体制整備を進めます。(医療機関)
- 医療機関は、個人情報取り扱いに留意しつつ、他の医療機関や薬局、関係機関との診療情報の共有を行い、地域連携クリティカルパスの活用などにより患者の症状に応じた医療サービスが切れ目なく提供されるよう、相互に連携して取り組みます。(医療機関、関係機関)
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医・歯科医等から紹介を受けた患者に対する医療の提供や医療機器等の共同利用のほか、必要な医療を提供した患者に対し、その病状に応じて紹介元の医療機関など適切な医療機関を紹介し、その後の医療を確保するなど、相互連携の強化、機能分化に取り組みます。(地域医療支援病院、医療機関)
- 医療機関やその関係機関が地域において緊密に連携し、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活が送れるよう、患者のニーズをふまえた在宅医療サービスの提供体制整備を進めます。(医療機関、市町、関係機関、県)

取組方向 3：県民の適切な受療行動につながるかかりつけ医等の普及、医療機能分化に関する啓発および医療情報提供体制の充実

- かかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局を持つことの必要性について、県民に対する普及啓発の取組を進めます。(医療機関、関係機関、県)
- 医療機関が提供する医療サービスの内容や役割を明確にして、県民に対して医療機能に関する情報提供を行います。(医療機関、関係機関、県)
- 「医療ネットみえ」において、県内全ての医療機関の必要な情報を患者の視点に立ってわかりやすく掲載するとともに、内容の充実に努めます。(医療機関、関係機関、県)
- インフォームド・コンセントやセカンドオピニオンによる医療を促進するため、医療関係団体等と連携し、県民および医療機関に広く制度を周知し、患者の医療に対する主体的な参加を支援します。(県民、医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 診療記録等については、適切な管理を行うとともに、開示にあたっては、個人情報保護法および厚生労働省や日本医師会の診療情報の提供に関する指針をふまえ、対応します。(医療機関、医療関係団体、市町、県)

第4節 | 公的病院等の役割

1. 三重県における公的病院等の状況

(1) 公的病院等の役割

- 公的病院とは、県や市町および一部事務組合、地方独立行政法人のほか、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等が開設する病院をいいます。また、独立行政法人地域医療機能推進機構の開設する病院（従前の社会保険病院、厚生年金病院等）等も公的役割を担う病院とされています。さらに、独立行政法人国立病院機構や国立大学法人等の国が開設する病院もあります。（以下、本節において、これらの病院を「公的病院等」といいます。）
- 公的病院等は、地域における中核的な病院として、また、へき地における医療の確保、さらには二次・三次救急*医療機関として重要な役割を果たしており、今後も、公的病院等の多くが、地域の中核的な病院として、地域医療の確保に重要な役割を果たしていく必要があります。

(2) 現状

- 平成 29（2017）年 12 月時点の県内の公的病院等は 34 病院、うち公立病院等（県、市町、一部事務組合および地方独立行政法人が開設する病院）は 19 病院となっています。公的病院等の県全体に占める割合は 34.7%、公立病院等の県全体に占める割合は 19.4%です。これらの公的病院等については、それぞれの設置目的に即した機能・役割を担うとともに、地域医療の確保に貢献しています。
- 平成 28（2016）年 10 月 1 日現在、公的病院等および公立病院等の全病院に占める割合は、全国平均でそれぞれ 18.9%、11.0%で、本県においては全国平均よりも公的・公立病院等の割合が高い状況です¹。
- 平成 28（2016）年 10 月 1 日現在、本県の公的病院等の病床数の県内全病床数に占める割合は 48.5%で、全国平均の 29.7%を上回っています。また、公立病院等の病床数の県内全病床数に占める割合は 22.4%で、全国平均の 14.4%を上回っています¹。
- 医療保険制度等の各種施策の改革や医療需要の変化などにより、これら公的病院等を取り巻く環境は、大きく変化しています。また、医師不足に伴い診療体制の縮小が余儀なくされるなど、その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっています。とりわけ公立病院等は、民間病院が採算性の問題等で参入しない地域や分野を補い、地域医療を確保する役割があるため、多くが経営的に厳しい状況に置かれています。
- 県は、県立病院の運営体制を再構築し今後も健全な経営を継続させることを前提に、各病院が県民に良質で満足度の高い医療を安定的かつ継続的に提供することをめざして、県立病院改革の検討を進め、平成 22（2010）年 3 月に「県立病院改革に関する基本方針」を策定しました。この基本方針に基づき、平成 24（2012）年 4 月に県立総合医療センターにつ

¹ 出典：厚生労働省「平成 28 年 医療施設調査」

いては地方独立行政法人に移行し、県立志摩病院については指定管理者制度を導入しました。

- 地方独立行政法人桑名市総合医療センターが開設している3病院の統合や、三重県厚生農業協同組合連合会が開設しているいなべ総合病院と菰野厚生病院が三重北医療センターとして連携を強化していくなど、公的病院等の再編等が進められています。

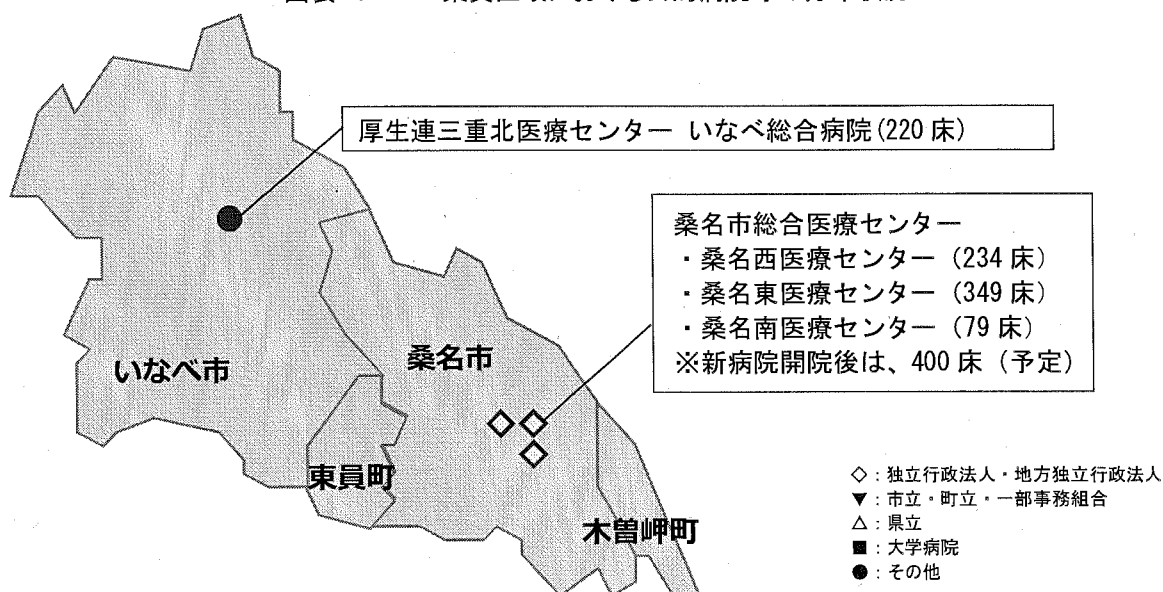
2. 圏域別の公的病院等の状況

(1) 北勢医療圏

① 桑員区域

- 桑員区域は2市2町で構成されており、地方独立行政法人桑名市総合医療センター（桑名西医療センター、桑名東医療センターおよび桑名南医療センター：平成30（2018）年4月に統合して開院予定）、厚生連三重北医療センターいなべ総合病院の4公的病院等が設置されています。

図表 4-4-1 桑員区域における公的病院等の分布状況



資料：三重県調査をもとに作成（以下同）

図表 4-4-2 桑員区域内の公的病院等

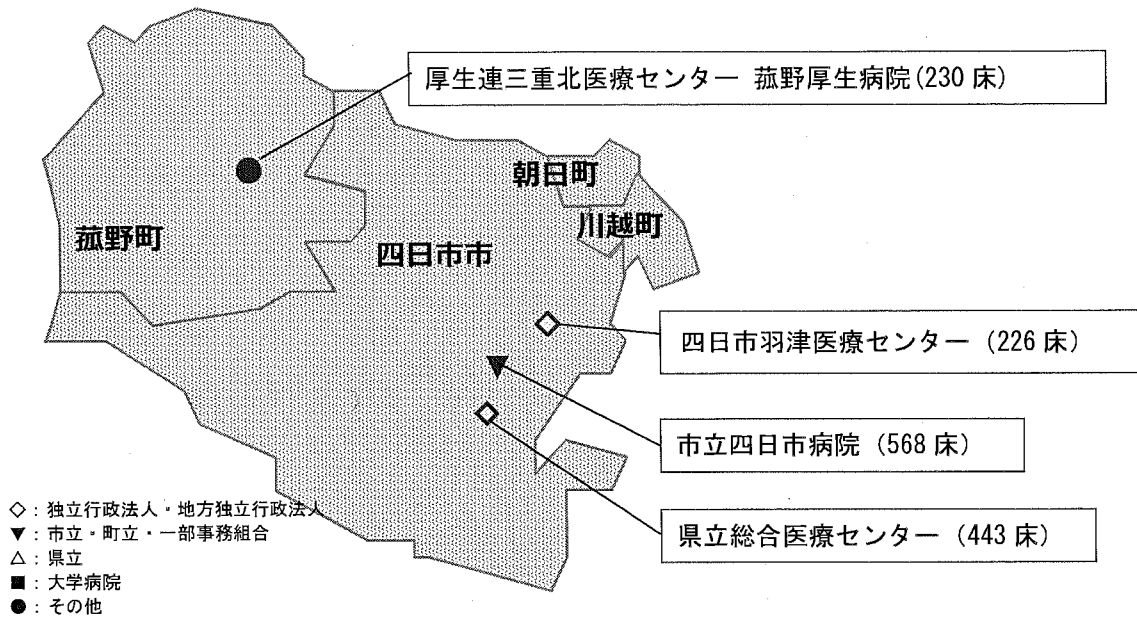
構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
桑員	桑名市	桑名西医療センター	234	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、二次救急*
		桑名東医療センター	349	がん診療連携病院（H30.4.1～）、二次救急、災害医療支援病院*
		桑名南医療センター	79	
	いなべ市	厚生連三重北医療センター いなべ総合病院	220	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、がん診療連携病院（H30.4.1～）、二次救急、地域災害拠点病院*

資料：三重県調査（平成29年12月）。以下同

② 三泗区域

○ 三泗区域は1市3町で構成されており、市立四日市病院、県立総合医療センター、厚生連三重北医療センター菰野厚生病院、四日市羽津医療センターの4公的病院等があります。

図表 4-4-3 三泗区域における公的病院等の分布状況



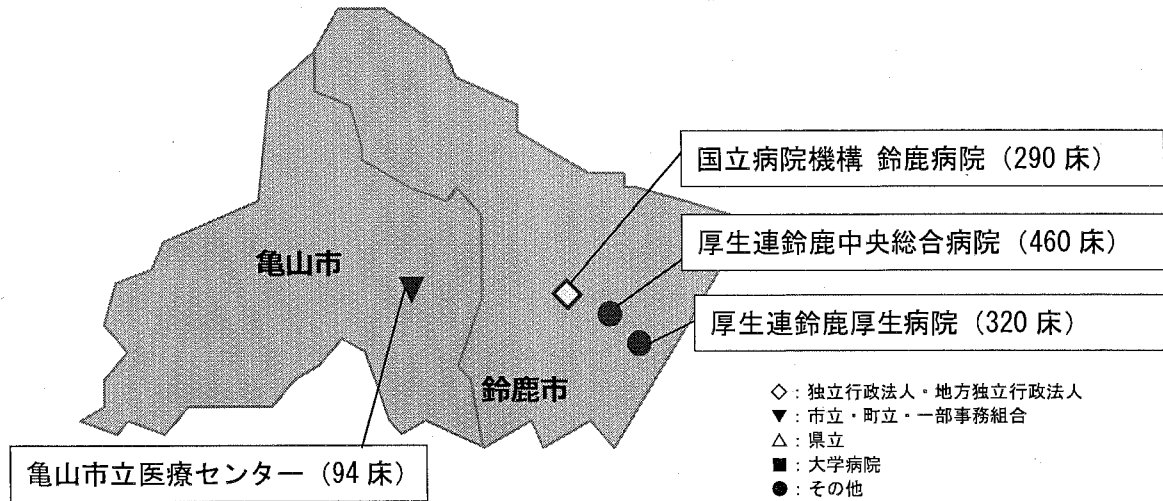
図表 4-4-4 三泗区域内の公的病院等

構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
三泗	四日市市	市立四日市病院	568	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、 がん診療連携拠点病院（H30.4.1～）、 三次救急・二次救急、地域災害拠点病院 総合周産期母子医療センター* 小児地域医療センター
		県立総合医療センター	443	がん診療連携拠点病院 三次救急・二次救急 基幹災害拠点病院、へき地医療拠点病院* 地域周産期母子医療センター* 小児地域医療センター
		四日市羽津医療センター	226	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、 がん診療連携病院（H30.4.1～）、 二次救急、災害医療支援病院
	菰野町	厚生連三重北医療センター 菰野厚生病院	230	二次救急、災害医療支援病院

③ 鈴亀区域

○ 鈴亀区域は鈴鹿市、亀山市の2市で構成されており、亀山市立医療センター、国立病院機構鈴鹿病院、厚生連鈴鹿中央総合病院、厚生連鈴鹿厚生病院の4公的病院等が設置されています。

図表 4-4-5 鈴亀区域における公的病院等の分布状況



図表 4-4-6 鈴亀区域内の公的病院等

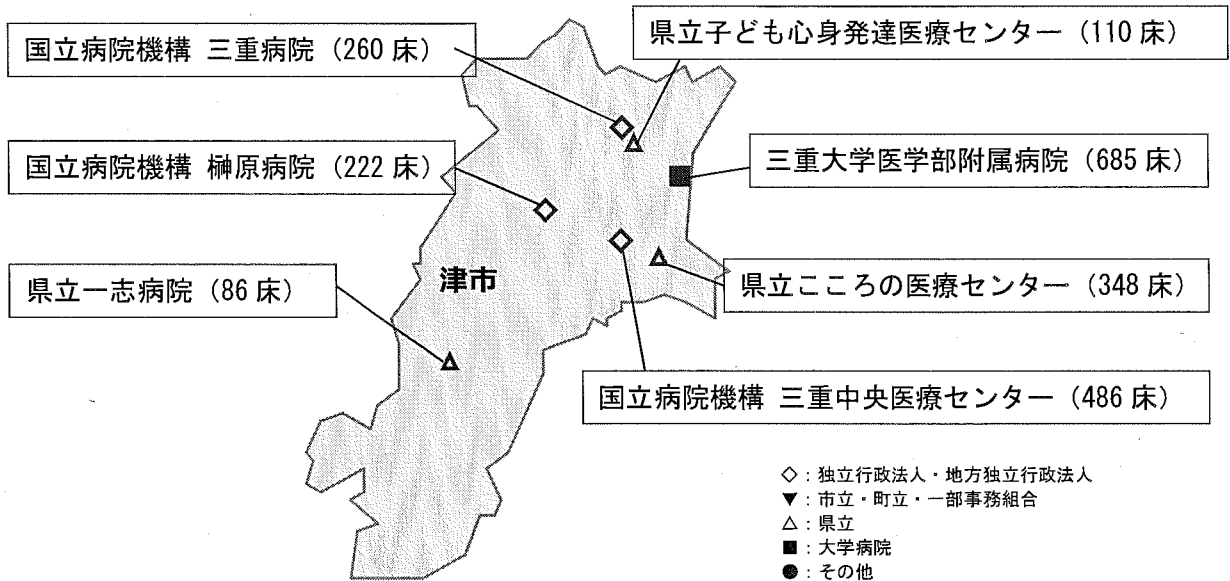
構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
鈴亀	鈴鹿市	厚生連鈴鹿中央総合病院	460	地域がん診療連携拠点病院 二次救急、地域災害拠点病院
		厚生連鈴鹿厚生病院	320	精神科救急
		国立病院機構 鈴鹿病院	290	
	亀山市	亀山市立医療センター	94	二次救急、災害医療支援病院

(2) 中勢伊賀医療圏

① 津区域

- 津区域は津市のみで構成されており、県立こころの医療センター、県立子ども心身発達医療センター、県立一志病院、三重大学医学部附属病院、国立病院機構三重中央医療センター、国立病院機構三重病院、国立病院機構榊原病院の7公的病院等が設置されています。

図表 4-4-7 津区域における公的病院等の分布状況



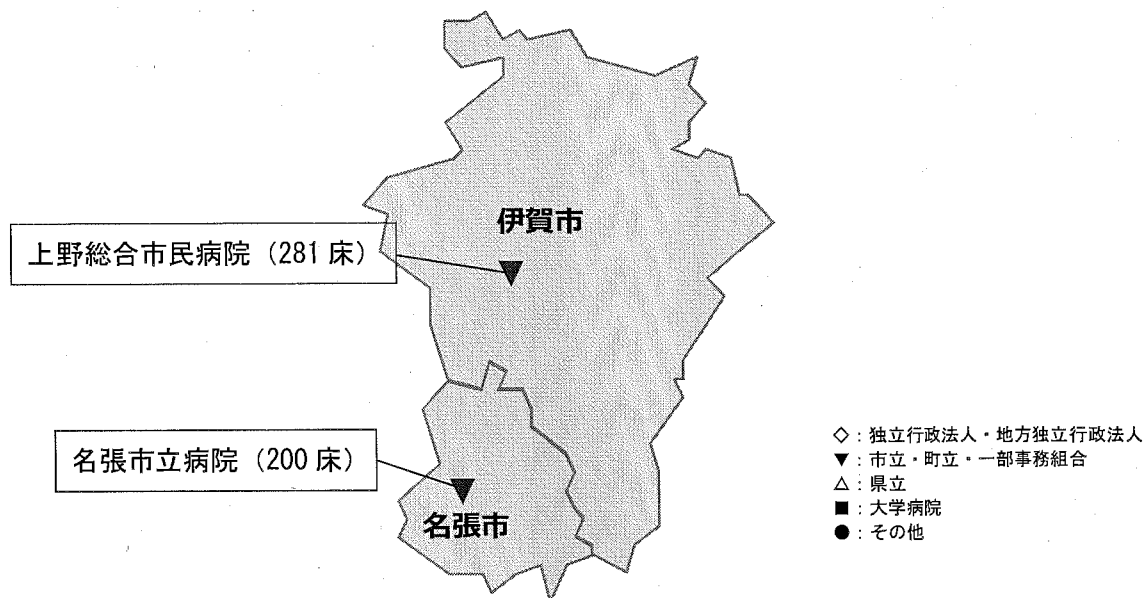
図表 4-4-8 津区域内の公的病院等

構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
津	津市	三重大学医学部附属病院	685	都道府県がん診療連携拠点病院 三次救急、地域災害拠点病院 地域周産期母子医療センター 小児中核病院
		国立病院機構 三重中央医療センター	486	がん診療連携拠点病院 二次救急、地域災害拠点病院 総合周産期母子医療センター 小児中核病院
		県立こころの医療センター	348	精神科救急
		国立病院機構 三重病院	260	小児救急医療拠点病院 へき地医療拠点病院
		国立病院機構 榊原病院	222	精神科救急
		県立子ども心身発達医療センター	110	
		県立一志病院	86	へき地医療拠点病院

② 伊賀区域

○ 伊賀区域は名張市、伊賀市の2市で構成されており、名張市立病院、上野総合市民病院の2公的病院等が設置されています。

図表 4-4-9 伊賀区域における公的病院等の分布状況



図表 4-4-10 伊賀区域内の公的病院等

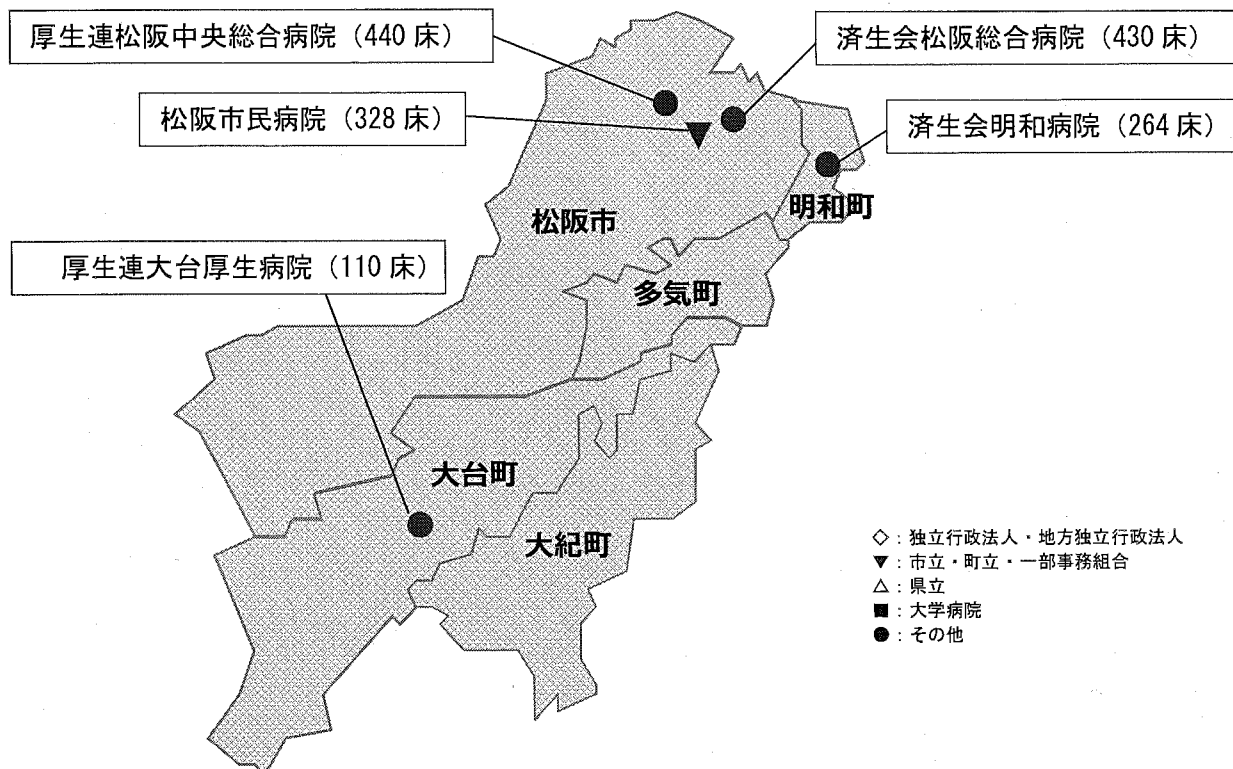
構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
伊賀	名張市	名張市立病院	200	二次救急、地域災害拠点病院
	伊賀市	上野総合市民病院	281	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、 がん診療連携病院（H30.4.1～）、 二次救急、地域災害拠点病院

(3) 南勢志摩医療圏

① 松阪区域

○ 松阪区域は、1市4町で構成されており、松阪市民病院、厚生連松阪中央総合病院、厚生連大台厚生病院、済生会松阪総合病院、済生会明和病院の5公的病院等が設置されています。

図表 4-4-11 松阪区域における公的病院等の分布状況



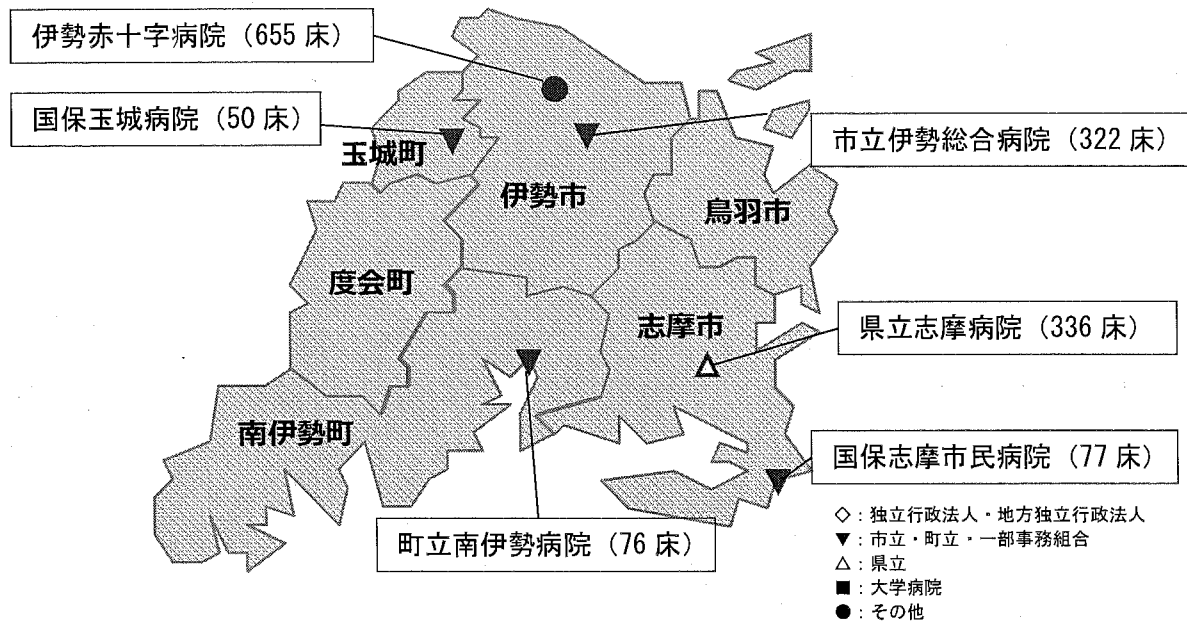
図表 4-4-12 松阪区域内の公的病院等

構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
松阪	松阪市	厚生連 松阪中央総合病院	440	地域がん診療連携拠点病院 二次救急、地域災害拠点病院 小児地域医療センター
		済生会 松阪総合病院	430	がん診療連携推進病院 (～H30. 3. 31)、 がん診療連携病院 (H30. 4. 1～)、二次救急、 地域災害拠点病院、へき地医療拠点病院
		松阪市民病院	328	がん診療連携推進病院 (～H30. 3. 31)、 がん診療連携病院 (H30. 4. 1～)、二次救急、 地域災害拠点病院、へき地医療拠点病院
	明和町	済生会 明和病院	264	
	大台町	厚生連 大台厚生病院	110	

② 伊勢志摩区域

○ 伊勢志摩区域は、3市3町で構成されており、市立伊勢総合病院、国保志摩市民病院、国保玉城病院、町立南伊勢病院、県立志摩病院、伊勢赤十字病院の6公的病院等が設置されています。

図表 4-4-13 伊勢志摩区域における公的病院等の分布状況



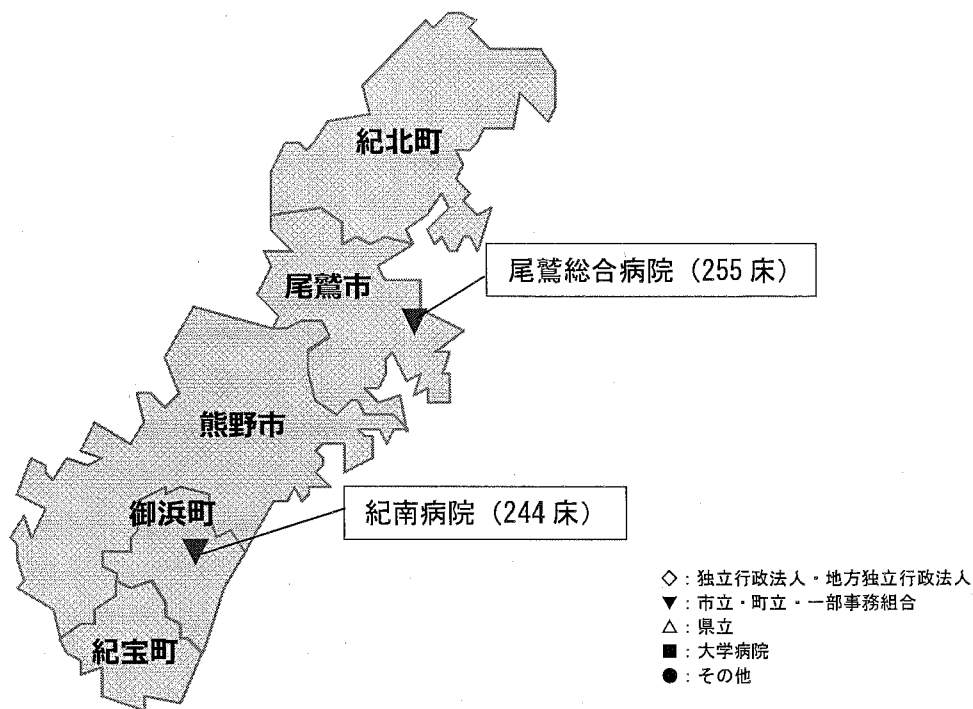
図表 4-4-14 伊勢志摩区域内の公的病院等

構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
伊勢志摩	伊勢市	伊勢赤十字病院	655	地域がん診療連携拠点病院 三次救急・二次救急、地域災害拠点病院 へき地医療拠点病院 地域周産期母子医療センター 小児地域医療センター
		市立伊勢総合病院	322	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、 がん診療連携病院（H30.4.1～）、 二次救急、災害医療支援病院
	志摩市	県立志摩病院	336	二次救急、地域災害拠点病院 へき地医療拠点病院
		国保志摩市民病院	77	
	玉城町	国保玉城病院	50	
	南伊勢町	町立南伊勢病院	76	

(4) 東紀州医療圏（区域）

- 東紀州医療圏は、2市3町で構成されており、尾鷲総合病院、紀南病院の2公的病院等が設置されています。

図表 4-4-15 東紀州医療圏(区域)における公的病院等の分布状況



図表 4-4-16 東紀州医療圏(区域)内の公的病院等

医療圏	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
東紀州	尾鷲市	尾鷲総合病院	255	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、がん診療連携病院（H30.4.1～）、二次救急、地域災害拠点病院、へき地医療拠点病院
	御浜町	紀南病院	244	二次救急、地域災害拠点病院 へき地医療拠点病院

3. 課題および今後の取組

(1) 課題

- 公的病院等が過疎地における医療提供、救急・小児・周産期・災害・精神等の不採算となる可能性のある部門に関わる医療の提供、高度・先進医療の提供等、地域において提供すべき医療機能を安定的かつ継続的に提供するためには、持続可能な経営をめざした効率化が求められています。
- 社会情勢の変化をふまえながら、医療圏ごとに必要な医療提供内容を分析し、全てを一つの病院が担うのではなく、一般診療所を含めた医療機関相互の連携を深め、機能分化や集

約化を行うことで、地域において効率的な医療提供体制が確保されるようにする必要があります。

- 各医療圏において、公的病院等が救急医療の中心的な役割を果たしていますが、民間病院等においてもその役割を担っている部分があることから、今後も地域の中で連携を強化するとともに、若手医師等の確保を進めることによって、救急医療体制を充実していくことが必要です。
- 若手医師等の確保につなげるため、公的病院等がそれぞれ特色を持った研修の場となるよう、医師等に対する教育研修の質を高めることが重要です。
- 医療機関に限られ、提供できる医療機能にも限りがある東紀州医療圏や伊賀区域では、公的病院等を中心に圏域を越えてネットワーク体制を構築・強化する必要があります。

(2) めざす姿

- 地域において、中核となる公的病院等や民間病院を中心に医療機関相互の連携と機能分担や役割分担が進むとともに、公立病院等が経営の効率化に取り組むことで、セーフティネットとしての役割を含め、地域が必要とする良質で切れ目のない医療サービスが安定的かつ効率的に提供されています。

(3) 取組方向

取組方向：地域の特性に応じた医療機関相互の機能分担と連携

(4) 取組内容

取組方向：地域の特性に応じた医療機関相互の機能分担と連携

- 過疎地における医療提供、救急・小児・周産期・災害・精神等の不採算となる可能性のある部門に関わる医療の提供等に引き続き取り組むとともに、地域のニーズや地域において担うべき役割等をふまえつつ、国等の政策医療の動向に対応した医療を提供していきます。
(医療機関、一部事務組合、市町、県)
- 住民に対し良質の医療を継続的に提供し、セーフティネットとしての役割を果たしていくためには、病院経営の健全性が不可欠であることから、公立病院等は、経営の効率化に向けて取り組みます。(医療機関、一部事務組合、市町、県)
- 急性期から在宅療養に至るまで地域において切れ目のない医療サービスが提供されるよう、救急医療をはじめ、公的病院等が今後果たすべき役割をふまえて医療機能の分化や集約化を行うとともに、民間病院等との連携を強化し、効率的な医療提供体制を整備します。また、提供できる医療機能に限りがある地域では、より広域でのネットワーク体制を構築・強化します。(医療機関、一部事務組合、市町、県)
- 若手医師に対する魅力ある研修環境の提供、勤務医の負担軽減等により、医師確保に取り組みます。(医療機関、一部事務組合、市町、県)
- 医療従事者に対する知識や技術の向上のための研修体制を充実し、地域の医療水準の向上を図ります。(医療機関、一部事務組合、市町、県)

図表 4-4-17 県内の公的病院等一覧

圏域	所在地	医療機関	病床数	開設者
北勢医療圏				
桑員 区域	1	桑名市 桑名西医療センター	234	地方独立行政法人桑名市総合医療センター
	2	桑名市 桑名東医療センター	349	地方独立行政法人桑名市総合医療センター
	3	桑名市 桑名南医療センター	79	地方独立行政法人桑名市総合医療センター
	4	いなべ市 厚生連三重北医療センター いなべ総合病院	220	三重県厚生農業協同組合連合会
三泗 区域	5	四日市市 市立四日市病院	568	四日市市
	6	四日市市 県立総合医療センター	443	地方独立行政法人 三重県立総合医療センター
	7	四日市市 四日市羽津医療センター	226	独立行政法人地域医療機能推進機構
	8	菰野町 厚生連三重北医療センター 菰野厚生病院	230	三重県厚生農業協同組合連合会
鈴亀 区域	9	鈴鹿市 厚生連鈴鹿中央総合病院	460	三重県厚生農業協同組合連合会
	10	鈴鹿市 厚生連鈴鹿厚生病院	320	三重県厚生農業協同組合連合会
	11	鈴鹿市 国立病院機構 鈴鹿病院	290	独立行政法人国立病院機構
	12	亀山市 亀山市立医療センター	94	亀山市
中勢伊賀医療圏				
津 区域	13	津市 三重大学医学部附属病院	685	国立大学法人三重大学
	14	津市 国立病院機構 三重中央医療センター	486	独立行政法人国立病院機構
	15	津市 県立こころの医療センター	348	県(三重県病院事業管理者)
	16	津市 国立病院機構 三重病院	260	独立行政法人国立病院機構
	17	津市 国立病院機構 榑原病院	222	独立行政法人国立病院機構
	18	津市 県立子ども心身発達医療センター	110	県(知事)
	19	津市 県立一志病院	86	県(三重県病院事業管理者)
伊賀 区域	20	名張市 名張市立病院	200	名張市
	21	伊賀市 上野総合市民病院	281	伊賀市
南勢志摩医療圏				
松阪 区域	22	松阪市 厚生連松阪中央総合病院	440	三重県厚生農業協同組合連合会
	23	松阪市 済生会松阪総合病院	430	社会福祉法人恩賜財団済生会
	24	松阪市 松阪市民病院	328	松阪市
	25	明和町 済生会明和病院	264	社会福祉法人恩賜財団済生会
	26	大台町 厚生連大台厚生病院	110	三重県厚生農業協同組合連合会
	伊勢 志摩 区域	27	伊勢市 伊勢赤十字病院	655
28		伊勢市 市立伊勢総合病院	322	伊勢市
29		志摩市 県立志摩病院	336	県(三重県病院事業管理者)
30		志摩市 国保志摩市民病院	77	志摩市
31		玉城町 国保玉城病院	50	玉城町
32		南伊勢町 町立南伊勢病院	76	南伊勢町
東紀州 医療圏 (区域)	33	尾鷲市 尾鷲総合病院	255	尾鷲市
	34	御浜町 紀南病院	244	紀南病院組合

資料：三重県調査（平成29年12月）

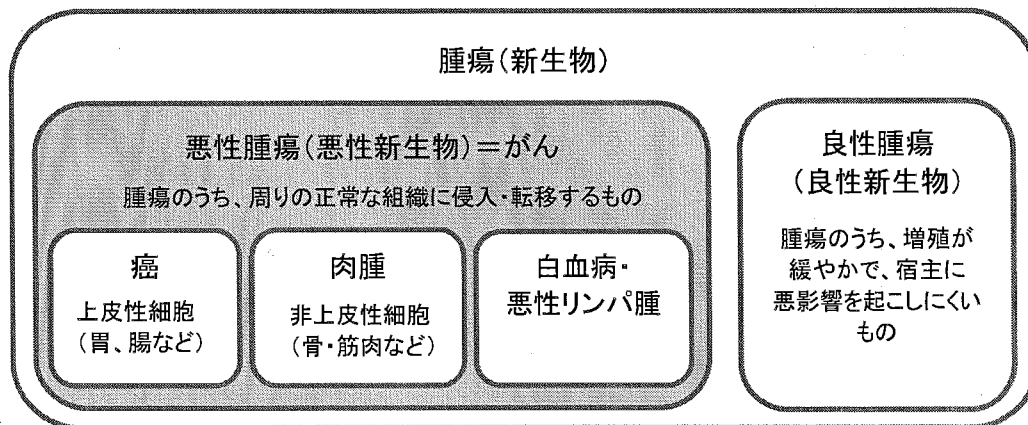
第1節 | がん対策

1. がんにおける医療の現状

(1)がんの疫学

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

図表 5-1-1 がんの概念図



- 平成 25（2013）年のがん罹患患者数は、全国では 862,452 人、本県では 12,047 人となっています。部位別にみると、男性では、胃がん、肺がん、大腸がんが多くなっています。女性では、乳がん、大腸がん、胃がんが多くなっています。全国的にもおおむね同様の傾向です。

図表 5-1-2 三重県における主ながん罹患患者数

(単位：人)

	全部位	胃	大腸	肝および 肝内胆管	肺	乳房	子宮	前立腺
男性	7,078	1,298	1,112	406	1,130	8	-	1,001
女性	4,969	539	799	175	453	1,015	336	-

資料：国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計 2013 年罹患数・率報告」

- 人口 10 万人あたりのがんの年齢調整罹患率*は、全国平均の 361.9 に対して本県は 336.0 と低い水準です。
- がんは加齢により発症リスクが高まるため、今後ますます高齢化が進行することをふまえると、患者数は今後とも増加していくと推測されます。

図表 5-1-3 がんの年齢調整罹患率(年齢階級別)(人口 10 万人あたり)

	0～4 歳	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44
全 国	14.3	8.7	8.9	13.8	19.8	38.6	69.0	113.5	202.2
三重県	17.2	13.7	4.5	14.0	16.8	27.4	53.1	105.1	196.1

	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85 歳以上	全年齢
全 国	312.0	454.5	674.7	1010.4	1377.0	1796.4	2145.9	2355.5	2336.9	361.9
三重県	293.0	399.3	612.1	953.5	1264.7	1649.5	2040.7	2304.8	2227.9	336.0

資料：国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計 2013 年罹患数・率報告」

- わが国の死因別の死亡数を見た場合、がんによる死亡割合が最も高く、平成 28 (2016) 年には 28.5%と全体の約 3 割を占めています。死亡数の推移を見ると、昭和 56 (1981) 年以降はがんによる死亡数が第 1 位であり、年々増加する傾向にあります¹。
- 本県においても、昭和 57 (1982) 年以降、がんは死因の第 1 位となっており、平成 28 (2016) 年には 5,219 人、死亡数の割合で 26.3%の人ががんで死亡しています¹。部位別死亡数は、肺がん、大腸がん、胃がんが多くなっています。

図表 5-1-4 三重県における主ながん部位別死亡者数

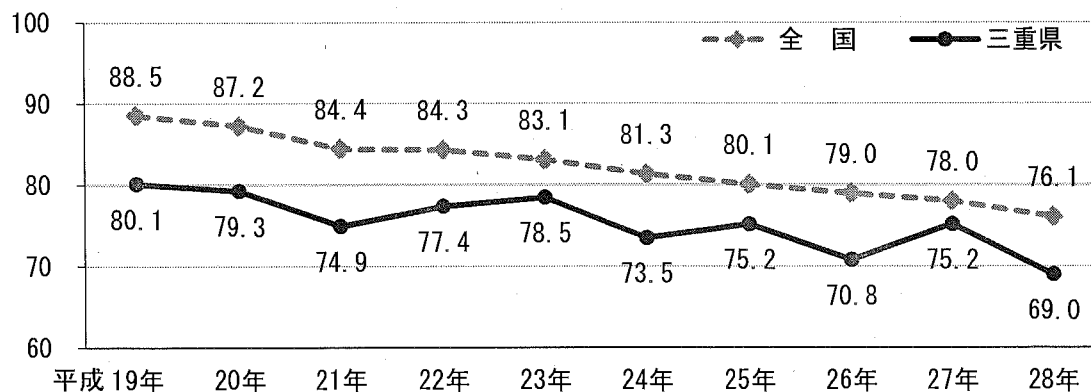
(単位：人)

	全部位	胃	大腸	肝及び 肝内胆管	気管、気管 支及び肺	乳房	子宮	前立腺
男 性	3,091	450	373	254	826	-	-	142
女 性	2,128	209	334	131	307	184	94	-

資料：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

- 人口 10 万人あたりのがんによる年齢調整死亡率* (75 歳未満) は、年々減少傾向にあります。本県においては全国平均よりも低い水準で推移しています。

図表 5-1-5 がんによる年齢調整死亡率の推移(75 歳未満)(人口 10 万人あたり)



資料：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

¹ 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

- 早期がん発見率（進行度限局の構成比）は、全部位では、全国平均の 45.6 に対して本県は 45.6 と同程度です。部位別では、胃がん、肝がん、肺がん、男性の前立腺がんで限局にとどまっている割合が全国平均より低くなっています。

図表 5-1-6 主ながんの早期がん発見率(進行度限局の構成比)

(単位：%)

	全部位	胃	大腸	肝および 肝内胆管	肺	乳房	子宮	前立腺
全 国	45.6	56.2	43.2	60.7	32.5	59.2	56.3	64.1
三重県	45.6	55.0	44.1	59.8	28.8	60.2	60.0	57.0

資料：国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計 2013年罹患数・率報告」

- 全がんの5年相対生存率は 65.2%ですが、肺がんは 39.1%、肝臓がんは 38.5%と原発巣による予後の差が大きいことが特徴です。また、臨床病期（UICC*による）によっても5年相対生存率は大きく変化し、ステージⅠでは胃がん、大腸がん等で 90%以上となっていますが、ステージⅣでは胃がん、肝がん、肺がん等で 10%以下となっています。

図表 5-1-7 がん診療連携拠点病院における主ながんの5年相対生存率

(単位：%)

	胃	大腸	肝臓	肺・気管	乳房 (女性)	子宮頸部	前立腺
ステージⅠ	95.0	95.5	58.5	80.9	100.0	95.0	100.0
ステージⅡ	68.8	88.5	40.2	47.8	95.7	79.1	100.0
ステージⅢ	42.8	76.5	16.1	20.9	81.6	62.3	100.0
ステージⅣ	9.0	17.5	2.5	4.6	35.2	23.6	59.2
計	70.4	72.6	38.5	39.1	92.7	75.6	97.7

資料：公益財団法人がん研究振興財団「がんの統計'16」

- がん患者の在宅等（介護老人保健施設、老人ホーム、自宅）での死亡割合は、全国平均の 14.3%に対して 16.5%と高い水準です。

図表 5-1-8 がん患者の在宅死亡割合

(単位：%)

	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人ホーム	自宅	その他
全 国	83.3	1.6	0.7	2.6	11.0	0.8
三重県	81.5	1.0	1.2	3.3	12.0	1.0

資料：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

- 本県では、「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、県のがん対策の充実を図ります。

(2) 予防

① がんの1次予防

- がんと生活習慣との関係や危険因子等の解明が進んだことにより、がんは生活習慣病の一つとされ、その予防も可能になりつつあります。また、新たながん検診の手法や治療法の進歩により、現在では早期に発見すれば治る疾患になりつつあります。
- がんを誘発する要因には、喫煙および食生活等の生活習慣や肝炎ウイルス等の感染症等さまざまなものがあります。がん発症のリスクを低減させ、がんを予防するには、喫煙しないことやバランスのとれた食事、適度な運動等の生活習慣の改善やウイルス感染予防等が重要となります。
- がんであっても根治的治療を受け、社会で活躍している人も多いことから、がん検診や肝炎ウイルス検査などを積極的に活用し、がんの予防対策を推進することが重要です。
- 喫煙率は、全国平均の 19.8%に対して本県は 17.7%と低い水準です。男性では全国平均の 31.1%に対して本県は 29.6%、女性では全国平均の 9.5%に対して本県は 6.9%となっています²。
- 禁煙外来を行っている診療所数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っており、特に南勢志摩医療圏は高い値になっています。一方、禁煙外来を行っている病院数は、各医療圏とも全国平均を下回っています。

図表 5-1-9 禁煙外来を行っている医療機関数

(単位：か所)

二次医療圏	病院		診療所	
	医療機関数	人口 10 万人あたり	医療機関数	人口 10 万人あたり
全 国	2,410	1.9	12,692	10.0
三重県	20	1.1	216	11.9
北勢医療圏	7	0.8	81	9.7
中勢伊賀医療圏	6	1.3	52	11.5
南勢志摩医療圏	7	1.5	72	15.7
東紀州医療圏	0	0	11	15.0

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日）

- ニコチン依存症管理料を算定する患者数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っており、特に南勢志摩医療圏は高い水準になっています。

² 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」

図表 5-1-10 ニコチン依存症管理料(初回)の算定件数

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	222,825	173.8
三重県	3,505	188.4
北勢医療圏	1,572	184.6
中勢伊賀医療圏	885	191.8
南勢志摩医療圏	918	195.0
東紀州医療圏	130	170.0

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

- 受動喫煙防止対策として「たばこの煙の無い店」促進事業を進めています。平成 28 (2016) 年度末現在 428 店舗が店内を終日禁煙とし、入り口等からたばこの煙やにおいが流入しない店舗として認定を受けています。
- ハイリスク飲酒者の割合は、男性では全国平均の 14.6%に対して 12.4%、女性では全国平均の 9.1%に対して 7.1%と低くなっています³。
- 運動習慣のある者の割合は、男性では全国平均 35.1%に対して 38.7%、女性では全国平均 27.4%に対して 30.9%と高くなっています³。
- 1日あたりの野菜摂取量は、男性では全国平均の 284.2g に対して 268.7g、女性では全国平均の 270.0g に対して 239.8g と低い水準です⁴。
- 1日あたりの食塩摂取量は、男性では全国平均の 10.8g に対して 10.7g、女性では全国平均の 9.2g に対して 9.0g と同程度となっています⁴。
- 本県における公的肝炎ウイルス検査実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。また、肝炎治療受給者証交付枚数は、インターフェロン*治療、核酸アナログ製剤治療*では人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、インターフェロンフリー治療では人口 10 万人あたりで全国平均を上回っています。なお、平成 26 (2014) 年 9 月からインターフェロンフリー治療が肝炎治療に対する助成対象に追加されました。

図表 5-1-11 公的肝炎ウイルス検査実施件数

(単位：件)

	B 型		C 型	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	331,700	258.3	321,307	250.2
三重県	2,308	123.5	2,307	123.4

資料：特定感染症検査等事業（都道府県）、健康増進事業（市町村）（平成 26 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 26 年 1 月 1 日現在）

³ 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」、三重県「平成 28 年度 県民健康意識調査」

⁴ 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」

図表 5-1-12 肝炎治療受給者証交付枚数

(単位：件)

	インターフェロン治療		インターフェロンフリー治療		核酸アナログ製剤治療	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	17,411	13.6	19,883	15.5	62,404	48.6
三重県	237	12.7	540	28.9	850	45.5

資料：肝炎対策特別促進事業（平成 26 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 26 年 1 月 1 日現在）

② がんの早期発見

- がんによる死亡者の減少のためには、科学的根拠に基づくがん検診の実施および精度管理の充実が必要です。「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では、「胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査による胃がん検診」、「胸部エックス線検査及び喀痰細胞診（高危険群のみ）による肺がん検診」、「便潜血検査による大腸がん検診」、「細胞診による子宮頸がん検診」、「乳房エックス線検査（マンモグラフィ）による乳がん検診」が定められています。
- 本県のがん検診受診率は、胃がん検診 9.8%、肺がん検診 23.0%、大腸がん検診 30.0%、子宮頸がん検診 54.2%、乳がん検診 37.8%となっています。
- 早期発見するためにも検診の精度が管理されていることが必要であり、本県では「三重県がん検診精度管理検討委員会」において、検診精度の向上と管理に努めています。

図表 5-1-13 がん検診受診率

(単位：%)

二次医療圏	胃	肺	大腸	子宮頸	乳
全 国	9.3	16.1	19.2	32.0	26.1
三重県	9.8	23.0	30.0	54.2	37.8
北勢医療圏	10.4	14.8	28.8	53.3	42.9
中勢伊賀医療圏	11.3	33.0	30.6	58.6	37.8
南勢志摩医療圏	8.0	28.6	33.9	53.9	23.0
東紀州医療圏	6.9	18.0	19.3	37.8	4.9

資料：厚生労働省「平成 26 年度地域保健・健康増進事業報告」

(3) 治療

① 診断

- 平成 29（2017）年 7 月現在、がんの確定診断および治療に対応している病院は、98 施設中 46 施設となっています⁵。
- がん診断において病理診断は非常に重要です。本県における術中迅速病理組織標本の作製件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っていますが、病理組織標本の作製件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。いずれも、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

⁵ 出典：三重県調査

図表 5-1-14 病理組織標本の作製件数

(単位：件)

二次医療圏	術中迅速病理組織標本の作製件数		病理組織標本の作製件数	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	148,935	116.1	1,810,288	1,411.8
三重県	2,173	116.8	22,291	1,198.4
北勢医療圏	557	65.4	8,417	988.4
中勢伊賀医療圏	823	178.4	6,486	1,405.8
南勢志摩医療圏	793	168.5	6,944	1,475.3
東紀州医療圏	0	0	444	580.8

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

② がん治療

- 本県のがん医療は、都道府県がん診療連携拠点病院（以下、「県拠点病院」という。）である三重大学医学部附属病院を中心に、地域における拠点である地域がん診療連携拠点病院（以下、「地域拠点病院」という。）および三重県がん診療連携準拠点病院（以下、「準拠点病院」という。）等が連携・協力してがん診療体制の整備を進めています。また、県拠点病院および地域拠点病院（以下、「拠点病院」という。）、準拠点病院を補完する医療機関として、三重県がん診療連携病院（以下、「連携病院」という。）を指定しています。
- がん治療には、手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法等があり、がんの種類や進行度に応じて、単独またはいくつかの療法を組み合わせた集学的治療*が行われます。
- がん治療については、学会等が診療ガイドラインを作成し、各医療機関はこれに基づいて地域連携クリティカルパスを作成し、キャンサーボード（がん患者の病態に応じた適切な治療を提供することを目的として医療機関内で行う検討会）で確認しながら治療を進めていきます。
- がん患者の罹患率や生存率、治療効果等を分析することで、がん対策や医療水準の評価に際しての基礎データを得るために、がん登録を実施しています。がん登録には、主に医療機関が実施主体となり、施設の診療の実態を把握するための「院内がん登録*」と、国が実施主体となり、全国のがん罹患の実態を把握するための「全国がん登録*」があります。全国がん登録は、平成 28（2016）年 1 月からスタートしています。
- 日本放射線腫瘍学会が認定する放射線治療専門医は全ての拠点病院に配置されています⁶。
- 日本臨床腫瘍学会が認定するがん薬物療法専門医が配置されている拠点病院は 3 か所です⁶。
- 日本リハビリテーション医学会が認定するリハビリテーション科専門医が配置されている拠点病院は 1 か所です⁶。
- 日本看護協会が認定するがん専門看護師は、全ての拠点病院に配置されています⁶。
- 日本医療薬学会が認定するがん専門薬剤師が配置されている拠点病院は 2 か所です⁶。

⁶ 出典：厚生労働省「がん診療連携拠点病院等現況報告書」（平成 28 年度）

- 診療ガイドラインに基づく治療実施割合は、乳がんに対する乳房切除術で再発高リスク症例に対する術後放射線療法が 33.3%と最低で、肝がんの肝切除前の ICG測定が 91.6%で最高でした。これらに全身状態などの患者要因により実施しなかったものおよび高齢を加味すると、9項目中6項目で適切な治療の実施率として 90%以上の結果となりました。一方、乳がんに対する乳房切除術で再発高リスク症例に対する術後放射線療法および臓器横断の催吐高リスク化学療法前の予防制吐剤投与は、適切な治療を加味してもそれぞれ 61.7%、71.7%でした。標準治療を実施するか否かは、ステージや全身状態だけでなくさまざまな要素により判断されます。そのため、これらの結果について解釈することは困難で、今後個別に検討する必要があると考えられます。

図表 5-1-15 がん診療連携拠点病院等における標準診療実施率

(単位：%)

調査した標準治療	未実施理由の加味なし	未実施理由の加味あり	
	実施率	「高齢」を加味せず	「高齢」を加味
胃がん ステージ2、3に対する術後S-1療法	67.2	92.2	98.8
大腸がん ステージ3に対する術後補助化学療法	47.1	85.3	90.2
肺がん(1) ステージ1~3の非小細胞肺がんへの手術または定位放射線治療	87.9	98.2	99.2
肺がん(2) ステージ2、3A非小細胞がんに対する術後化学療法	44.9	87.8	96.4
乳がん(1) 乳房温存術後の全乳房照射	72.8	93.2	93.2
乳がん(2) 乳房切除後の腋窩リンパ節転移例に対する術後照射	33.3	57.7	61.7
肝がん 肝切除前のICG15分停滞率の測定	91.6	—	97.0
臓器横断 催吐高リスク化学療法前の予防制吐剤投与	64.2	—	71.7
臓器横断 外来麻薬処方時の便通対策	66.0	—	80.4

資料：国立がん研究センター「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会Q I研究 2012年症例解析結果報告書」

- 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-16 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数
(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	12,699,482	9,903.9
三重県	181,065	9,734.1
北勢医療圏	63,783	7,489.7
中勢伊賀医療圏	56,773	12,305.1
南勢志摩医療圏	55,862	11,868.6
東紀州医療圏	4,647	6,078.4

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

- 外来化学療法の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏、東紀州医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-17 外来化学療法の実施件数(病院)
(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	217,577	169.7
三重県	2,803	150.7
北勢医療圏	695	81.6
中勢伊賀医療圏	820	177.7
南勢志摩医療圏	1,081	229.7
東紀州医療圏	207	270.8

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

- 放射線治療（体外照射）の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っており、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-18 放射線治療(体外照射)の実施件数
(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	222,334	173.4
三重県	3,430	184.4
北勢医療圏	1,192	140.0
中勢伊賀医療圏	1,077	233.4
南勢志摩医療圏	1,039	220.7
東紀州医療圏	122	159.6

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

- 悪性腫瘍手術の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-19 悪性腫瘍手術の実施件数(病院)

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	56,143	43.8
三重県	666	35.8
北勢医療圏	242	28.4
中勢伊賀医療圏	205	44.4
南勢志摩医療圏	208	44.2
東紀州医療圏	11	14.4

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- がんの療養においては、治療の影響や症状の進行等により、嚥下（食事を飲み込むこと）や呼吸運動等の日常生活動作に支障をきたすことがあります。これらの障害を軽減するためにリハビリテーションを行っています。
- がん患者リハビリテーション実施医療機関数は、人口 10 万人あたりで全国平均と同程度ですが、中勢伊賀医療圏では高い水準になっています。
- がん患者リハビリテーションの実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-20 がん患者リハビリテーション料*届出医療機関、算定件数

(単位：か所、件)

二次医療圏	がんリハビリテーション料届出医療機関 ¹		がん患者リハビリテーション料の算定件数 ²	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	1,523	1.2	213,467	166.5
三重県	23	1.2	2,784	149.7
北勢医療圏	9	1.1	1,189	139.6
中勢伊賀医療圏	9	2.0	766	166.0
南勢志摩医療圏	5	1.1	829	176.1
東紀州医療圏	-	-	-	-

資料：¹厚生労働省「診療報酬*施設基準」(平成 28 年 3 月 31 日)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 28 年 1 月 1 日現在)、²厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- 地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。
- 地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-21 がん治療連携計画策定料1、2、がん治療連携指導料の算定件数 (単位：件)

二次医療圏	がん治療連携計画策定料1、2		がん治療連携指導料	
	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
全 国	14,178	11.1	93,511	72.9
三重県	23	1.2	455	24.5
北勢医療圏	-	-	63	7.4
中勢伊賀医療圏	-	-	126	27.3
南勢志摩医療圏	23	4.9	242	51.4
東紀州医療圏	-	-	24	31.4

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成27年1月1日現在）

(4)療養支援

- がん患者は、痛み、全身倦怠感、呼吸困難等の身体的苦痛や、不安、苛立ち、絶望感等の精神的苦痛、家計に与える影響の心配、社会的地位の喪失等の社会的苦痛、なぜ私のがんになったのか、何のためなのかなどのスピリチュアルな苦痛等に直面します。また、家族等も大きな痛みと負担を感じます。これらの全人的な痛みは、がんと診断された時から向き合うことになるため、緩和ケアにより必要に応じて痛みなどの症状等を緩和するとともに、がん患者およびその家族等の心理面や社会面までを含めた支援を行い、QOL（生活の質）を高める必要があります。
- 在宅療養を希望する患者には、患者およびその家族の要望に沿って緩和ケアや介護サービスを含む適切な支援が継続的に提供されています。
- 末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数は、人口10万人あたりで全国平均を下回っていますが、東紀州医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-22 在宅末期医療総合診療科届け出施設数 (単位：か所)

二次医療圏	実数	人口10万人あたり
全 国	12,842	10.0
三重県	137	7.4
北勢医療圏	68	8.0
中勢伊賀医療圏	34	7.4
南勢志摩医療圏	27	5.7
東紀州医療圏	8	10.5

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成28年3月31日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

- がんの痛みの緩和に使用するモルヒネ等の医療用麻薬を取り扱うことのできる麻薬取扱小売業免許取得薬局数は、人口10万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-23 麻薬小売業免許取得薬局数

(単位：か所)

	実数	人口 10 万人あたり
全 国	44,937	35.0
三重県	613	33.0

資料：厚生労働省「麻薬・覚せい剤行政の概要」(平成 26 年 12 月 31 日)
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」
(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- がん相談支援センターは、県内全ての拠点病院に設置されているほか、三重県がん相談支援センター等、県内 17 か所に設置されています。

図表 5-1-24 がん相談支援センターを設置している医療機関数

(単位：か所)

二次医療圏	拠点病院	準拠点病院	その他医療機関	三重県がん相談支援センター
三重県	4	2	10	1
北勢医療圏	1	1	5	-
中勢伊賀医療圏	1	1	1	1
南勢志摩医療圏	2	-	3	-
東紀州医療圏	-	-	1	-

資料：厚生労働省「がん診療連携拠点病院等現況報告書」等 (平成 28 年度)

- がんの痛みや精神的苦痛を和らげる緩和ケア病棟を有する病院は、平成 26 (2014) 年度現在で、県内で 6 施設、病床は 129 床でした。平成 29 (2017) 年 12 月末現在、7 施設 149 床となりましたが、さらなる充実が必要です。
- がんの痛みや精神的苦痛を和らげる緩和ケアチームのある医療機関は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っています。

図表 5-1-25 緩和ケア病棟を有する病院数・病床数、緩和ケアチームのある医療機関数

(単位：か所、床)

二次医療圏	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数		緩和ケアチームのある医療機関数	
	病院数	病床数	医療機関数	人口 10 万人あたり
全 国	366	6,997	992	0.8
三重県	6	129	17	0.9
北勢医療圏	1	25	7	0.8
中勢伊賀医療圏	1	20	5	1.1
南勢志摩医療圏	4	84	4	0.8
東紀州医療圏	-	-	1	1.3

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- がん患者指導の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-26 がん患者指導管理料の算定件数

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	230,653	179.9
三重県	1,387	74.6
北勢医療圏	549	64.5
中勢伊賀医療圏	212	45.9
南勢志摩医療圏	615	130.7
東紀州医療圏	11	14.4

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

- 入院緩和ケアの実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-27 緩和ケア診療加算

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	63,385	49.4
三重県	164	8.8
北勢医療圏	-	-
中勢伊賀医療圏	164	35.5
南勢志摩医療圏	-	-
東紀州医療圏	-	-

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

- 外来緩和ケア管理料の算定要件を満たした届出施設数は、中勢伊賀医療圏で 1 施設ですが、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備している医療機関は、県内で 13 施設あります。
- 外来緩和ケア管理料の算定件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-28 外来緩和ケア実施医療機関数
外来緩和ケア管理料の届出施設数、外来緩和ケア管理料算定件数

(単位：か所、件)

二次医療圏	外来緩和ケア 実施医療機関数 ¹	外来緩和ケア管理料の届出施設数 ²		外来緩和ケア管理料算定件数 ³	
		実施医療機関数	人口 10 万人あたり	実施件数	人口 10 万人あたり
全 国	-	223	0.2	8,359	6.5
三重県	13	1	0.1	95	5.1
北勢医療圏	5	-	-	-	-
中勢伊賀医療圏	3	1	0.2	95	20.6
南勢志摩医療圏	5	-	-	-	-
東紀州医療圏	-	-	-	-	-

資料：¹厚生労働省「がん診療連携拠点病院等現況報告書」(平成 28 年度) ²厚生労働省「診療報酬施設基準」(平成 28 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 28 年 1 月 1 日現在)、³厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- がん性疼痛緩和の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-29 がん性疼痛緩和指導管理料の算定件数

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	346,256	270.0
三重県	4,068	218.7
北勢医療圏	1,609	188.9
中勢伊賀医療圏	1,302	282.2
南勢志摩医療圏	999	212.3
東紀州医療圏	158	206.7

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- 在宅がん医療総合診療科の算定件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-30 在宅がん医療総合診療科の算定件数

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	26,211	20.4
三重県	38	2.0
北勢医療圏	10	1.2
中勢伊賀医療圏	-	-
南勢志摩医療圏	13	2.8
東紀州医療圏	15	19.6

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

(5) 受療動向

- NDBによると、本県では平成 27 (2015) 年 4 月から平成 28 (2016) 年 3 月までの 1 年間に於いて、がんの入院レセプト (診療報酬明細書) は 47,451 件ありました。このうち、3,549 件 (7.5%) は愛知県、奈良県、和歌山県等の県外医療機関で治療を受けています。
- 入院患者の流出率は、桑員区域が 43.5%、伊賀区域が 43.4%、東紀州区域が 44.4% と高くなっています。このうち、桑員区域では愛知県等の県外医療機関、伊賀区域では奈良県等の県外医療機関、東紀州区域では南勢志摩医療圏への流出が多くなっています。一方、流入率では、津区域が 30.5% と高い値を示しています。伊勢志摩区域では、流出・流入率とも低くなっています。
- 外来患者は、入院患者に比べておおむね流出・流入率は低くなっていますが、流出率は桑員区域が 41.1%、伊賀区域が 31.0%、東紀州区域が 33.6% と高くなっています。このうち、桑員区域では愛知県等の県外医療機関、伊賀区域では奈良県等の県外医療機関、東紀州区域では和歌山県等の県外医療機関への流出が多くなっています。一方、流入率では、津区域が 22.0% と高い値を示しています。伊勢志摩区域では、流出・流入率とも低くなっています。

図表 5-1-31 構想区域別 がん入院患者の流出・流入状況

(単位：件/年)

医療機関 所在地 患者住所地	総数	北勢	北勢			中勢伊賀	中勢伊賀		南勢志摩	南勢志摩		東紀州	東紀州	県外	流出率
			桑員	三泗	鈴亀		津	伊賀		松阪	伊勢志摩				
総数	47,451	-	3,222	7,264	4,380	-	10,656	2,896	-	7,219	6,538	-	1,727	3,549	7.5%
北勢	-	-	-	-	-	-	1,258	-	-	20	-	-	-	-	-
桑員	5,177	-	2,926	595	51	115	-	-	-	-	-	-	-	1,490	43.5%
三泗	7,246	-	222	6,077	312	303	-	-	-	-	-	-	-	332	16.1%
鈴亀	5,127	-	-	530	3,649	840	-	-	20	-	-	-	-	88	28.8%
中勢伊賀	-	-	13	51	321	-	-	-	-	455	44	-	-	-	-
津	8,199	303	-	-	-	-	7,404	-	453	-	-	-	-	39	9.7%
伊賀	4,791	82	-	-	-	-	733	2,713	46	-	-	-	-	1,217	43.4%
南勢志摩	-	-	-	-	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
松阪	6,795	18	-	-	-	593	-	-	-	5,753	374	-	-	57	15.3%
伊勢志摩	6,755	29	-	-	-	291	-	-	-	431	5,940	-	-	64	12.1%
東紀州	-	-	-	-	-	-	350	-	-	560	180	-	-	-	-
東紀州	3,048	-	-	-	-	350	-	-	740	-	-	-	1,696	262	44.4%
県外	313	-	61	11	-	-	27	183	-	-	-	-	-	31	-
流入率	0.7%	-	9.2%	16.3%	16.7%	-	30.5%	6.3%	-	20.3%	9.1%	-	1.8%	-	-

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。

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

※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

図表 5-1-32 構想区域別 がん外来患者の流出・流入状況

(単位：件/年)

医療機関 所在地 患者住所地	総数	北勢	北勢			中勢伊賀	中勢伊賀		南勢志摩	南勢志摩		東紀州	東紀州	県外	流出率
			桑員	三泗	鈴亀		津	伊賀		松阪	伊勢志摩				
総数	414,691	-	26,498	69,062	41,165	-	81,018	31,429	-	57,867	62,228	-	16,044	29,380	7.2%
北勢	-	-	-	-	-	-	7,197	13	-	246	111	-	-	-	-
桑員	40,926	-	24,101	5,508	407	605	-	-	52	-	-	-	-	10,253	41.1%
三泗	67,471	-	1,436	59,169	1,983	1,516	-	-	88	-	-	-	-	3,279	12.3%
鈴亀	46,028	-	44	3,537	36,005	5,089	-	-	217	-	-	-	-	1,136	21.8%
中勢伊賀	-	-	24	421	2,395	-	-	-	-	4,008	237	-	-	-	-
津	70,658	2,309	-	-	-	-	63,154	302	3,891	-	-	-	-	1,002	10.6%
伊賀	42,839	531	-	-	-	-	3,788	29,550	354	-	-	-	-	8,616	31.0%
南勢志摩	-	-	-	170	181	-	4,978	-	-	-	-	-	100	-	-
松阪	55,613	134	-	-	-	3,476	-	-	-	49,032	2,252	100	-	619	11.8%
伊勢志摩	63,718	217	-	-	-	1,502	-	-	-	2,033	59,018	-	-	948	7.4%
東紀州	-	-	-	24	85	-	1,366	-	-	2,452	481	-	-	-	-
東紀州	23,631	109	-	-	-	1,366	-	-	2,933	-	-	-	15,696	3,527	33.6%
県外	3,807	-	893	233	109	-	535	1,564	-	96	129	-	248	-	-
流入率	1.0%	-	9.0%	14.3%	12.5%	-	22.0%	6.0%	-	15.3%	5.2%	-	2.5%	-	-

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

- 肺がん入院患者の県外流出率は、他の部位のがんに比べ 8.0%と高い値を示しています。また、肺がん外来患者の県外流出率も 8.1%と、他の部位のがんに比べ高い値を示しています。
- 桑員区域、伊賀区域、東紀州区域は他の区域に比べ、流出率の高い部位が多くなっています。
- 津区域は他の区域に比べ、いずれの部位も流入率が高くなっています。

図表 5-1-33 構想区域別 がん入院患者の部位別流出・流入率状況

(単位：%)

構想区域	流出率					流入率				
	胃	大腸	肝	肺	乳房	胃	大腸	肝	肺	乳房
三重県	3.7	2.3	3.4	8.0	2.5	0.4	0.5	0.2	0.3	0.0
桑員区域	19.5	12.1	16.3	53.4	14.2	4.8	6.9	8.6	0.0	0.0
三泗区域	5.8	8.0	12.9	7.4	6.3	14.4	8.1	9.3	14.7	10.1
鈴亀区域	21.6	15.4	25.3	23.2	26.2	7.6	8.0	12.0	14.4	4.3
津区域	4.4	6.2	6.8	8.4	3.6	15.1	14.2	28.5	29.4	24.7
伊賀区域	28.8	18.4	30.4	69.4	34.1	2.3	5.6	0.0	5.6	0.0
松阪区域	9.7	12.0	14.2	7.2	18.5	11.0	17.1	17.4	14.2	9.9
伊勢志摩区域	4.9	5.0	6.2	6.9	13.7	0.0	5.0	1.8	7.0	11.7
東紀州区域	8.2	20.0	24.6	53.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

図表 5-1-34 構想区域別 がん外来患者の部位別流出・流入率状況

(単位：%)

構想区域	流出率					流入率				
	胃	大腸	肝	肺	乳房	胃	大腸	肝	肺	乳房
三重県	3.1	3.8	5.3	8.1	5.6	1.0	0.9	0.3	0.5	0.5
桑員区域	25.4	23.4	27.7	49.6	37.6	7.8	10.4	8.8	7.3	7.1
三泗区域	6.7	7.7	10.4	14.1	7.0	10.5	10.7	9.3	15.2	14.2
鈴亀区域	7.6	14.3	24.3	19.8	30.2	5.6	6.7	8.9	17.5	8.3
津区域	8.7	7.2	8.1	11.8	8.6	10.7	11.8	30.5	22.2	27.2
伊賀区域	11.0	17.3	29.6	46.2	35.6	5.4	4.2	1.6	1.7	3.2
松阪区域	4.2	7.3	10.4	9.0	12.4	8.0	10.2	12.8	15.4	12.3
伊勢志摩区域	4.0	3.5	7.4	9.2	8.7	1.7	2.8	2.5	4.9	3.7
東紀州区域	16.0	17.4	24.4	36.4	27.4	1.9	2.3	0.0	0.0	2.0

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

- 放射線治療を受けた入院患者の県外流出率は19.3%と、がんの入院患者全体の7.5%に比べて高くなっており、南勢志摩医療圏を除いて40%以上の患者が圏外に流出しています。特に東紀州医療圏の流出率が80%近くに達しています。
- 放射線治療を受ける外来患者の県外流出率も19.1%と、がんの外来患者全体の7.2%を上回っており、特に中勢伊賀医療圏で50%以上の患者が圏外に流出しています。
- 化学療法を受けた入院患者の県外流出率は、12.0%となっており、南勢志摩医療圏を除いて20%以上の患者が圏外に流出しています。特に東紀州医療圏の流出率は80%を超えています。
- 化学療法を受ける外来患者の県外流出率は11.4%となっており、特に東紀州医療圏で50%以上の患者が圏外に流出しています。

図表 5-1-35 二次医療圏別 がんの治療法別流出・流入率状況

(単位：%)

二次医療圏	流出率				流入率			
	放射線治療		化学療法		放射線治療		化学療法	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
三重県	19.3	19.1	12.0	11.4	0.0	0.0	0.3	0.6
北勢医療圏	42.1	31.7	27.1	22.5	24.5	5.5	3.8	3.7
中勢伊賀医療圏	55.5	53.1	25.7	23.1	47.4	9.7	25.6	22.5
南勢志摩医療圏	24.1	0	11.1	9.6	19.2	16.7	17.6	9.9
東紀州医療圏	79.7	40.0	84.3	55.2	0	0	0	7.1

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

- がん医療が高度化、複雑化してきていることをふまえ、高度の専門性を必要とする医療や定型的な治療が困難な希少がん診療等の分野では一定の集約化が必要です。
- 一方、がん医療の進歩は目ざましく、がん治療を外来で受ける患者は増加していくと見込まれます。住み慣れた家庭や地域で診断、入院治療、外来通院等の提供ができるよう、各地域において標準的・集学的治療を提供できる医療機関の整備が必要です。これを受け、本県では三重県がん対策推進協議会の意見等をふまえ、全国の状況や本県の地勢の状況などを考慮し、標準的・集学的治療を提供できる医療機関を県内に10か所程度整備することをめざすこととしました。
- 本県におけるがん医療連携圏域については、集約化と均てん化*の状況を把握した上で、がん医療提供体制を整備する必要があります。

1) 集約化の取組

- 高度医療・希少がん診療の分野については、県外の専門医療機関等とも連携しながら、高度専門的ながん診療機能を担う県拠点病院を中心に、全県域を範囲としてがん診療の質の向上およびがん診療連携協力体制の構築を図ることが適切と考えます。

2) 均てん化の取組

- わが国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）については、標準的・集学的治療を提供できる医療機関を桑員、三河、鈴鹿、津、伊賀、松阪、伊勢志摩、東紀州の8つの構想区域と同じ範囲に整備することを基本に、地域やがん種によって機能分化・連携を検討することが適切と考えます。

(2)各圏域の医療資源と連携の現状

図表 5-1-36 県内のがん診療連携に係る病院

(平成30年4月1日現在(予定))

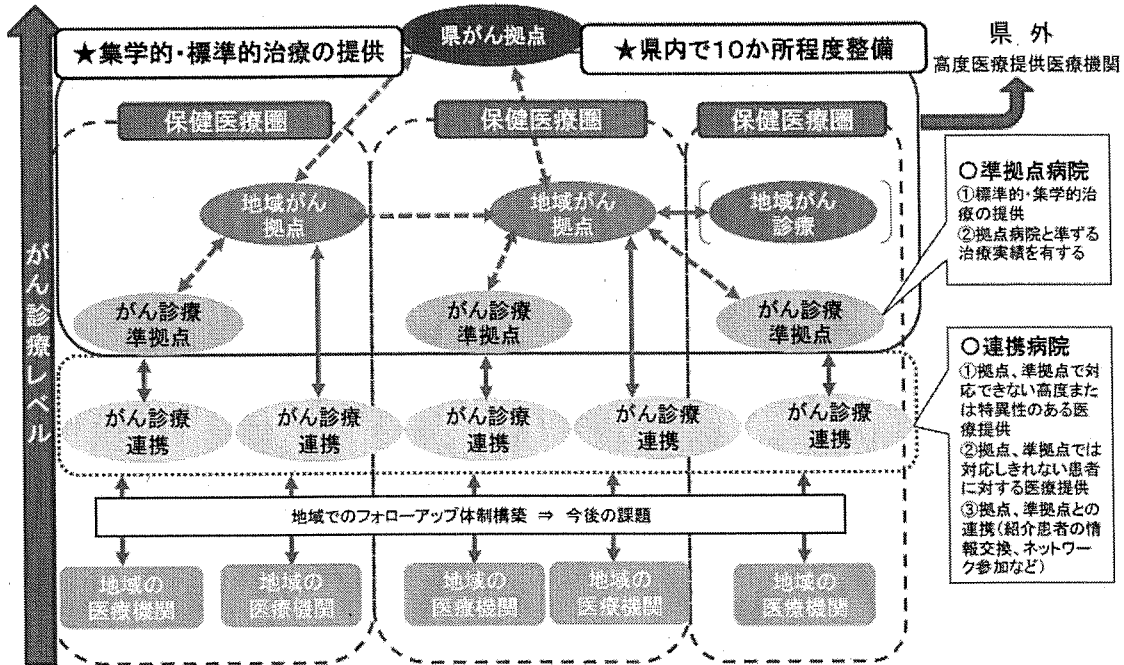
二次医療圏	構想区域	目標箇所数	がん診療連携拠点病院	三重県がん診療連携準拠点病院	三重県がん診療連携病院
北勢	桑員	1			桑名東医療センター、 厚生連三重北医療センター、 いなべ総合病院、 もりえい病院
	三泗	2		市立四日市病院、 県立総合医療センター	四日市羽津医療センター
	鈴亀	1	(地域) 厚生連 鈴鹿中央総合病院		鈴鹿回生病院、 塩川病院
中勢 伊賀	津	2	(県) 三重大学 医学部附属病院	国立病院機構 三重中央医療センター	藤田保健衛生大学 七栗記念病院
	伊賀	1			岡波総合病院、 上野総合市民病院
南勢 志摩	松阪	1	(地域) 厚生連 松阪中央総合病院		済生会松阪総合病院、 松阪市民病院
	伊勢 志摩	1	(地域) 伊勢赤十字病院		市立伊勢総合病院
東紀州		1			尾鷲総合病院

(3)連携のあり方

- がん医療については、充実したがん検診体制や早期に適切な治療が受けられ、各病期や病態に応じた、高度かつ適切な治療が受けられる医療体制が必要です。また、がんと診断された時から、緩和ケアが受けられ、入院中だけでなく在宅においても切れ目なく支援が受けられる体制が必要です。
- そのためには、県拠点病院を中心に、地域拠点病院および準拠点病院等が連携し、がん医療の水準を高め、緩和ケア病棟を持つ病院や在宅療養支援診療所*、一般診療所、訪問看護ステーション、相談支援センター等と医療連携体制を構築していくとともに、一層の連携強化のため、ICT*（情報通信技術）を活用し、円滑な地域連携クリティカルパスの運用を進めていくことが必要です。
- がん患者は二次医療圏・構想区域を越えて受診することも多く、患者の受診行動や他の二次医療圏・構想区域との連携も視野に入れた体制づくりが必要です。「がん診療連携拠点病院等の整備について」（厚生労働省健康局長通知）において、都道府県は、都道府県拠点病院にあっては、都道府県に1か所、地域拠点病院にあっては、二次医療圏（都道府県拠点病院が整備されている二次医療圏を除く。）に1か所整備するものとされています。
- 都道府県拠点病院は、都道府県におけるがん診療の質の向上およびがん診療連携協力体制の構築等に関し中心的な役割を担うこととされています。本県においては、県拠点病院である三重大学医学部附属病院を中心に、「三重県がん診療連携協議会」を設置し、拠点病院等の機能の充実強化および、病院間の連携協力体制の確保等を推進しています。

- また、特に高度な技術と設備等を必要とする医療については、拠点病院を中心に、地域性に配慮した集約化を図る必要があります。

図表 5-1-37 県がん医療提供体制のイメージ



3. 課題

(1) 予防

- 本県では男性の肺がんの年齢調整死亡率が全国に比べて高い値を示していることから、引き続き喫煙率の低下に向けた取組を行う必要があります。
- 「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書」によると、受動喫煙と肺がんとの関連について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル1）」と判定されました。このため、受動喫煙防止対策をさらに促進することが必要です。
- 肝炎ウイルス等のウイルスや細菌の感染は、発がんの大きな要因の一つとなっているため、ワクチン接種や感染予防対策等を実施する必要があります。
- がんによる死亡者の減少のためには、科学的根拠に基づくがん検診の実施およびがん検診や精密検査の受診率向上による、がんの早期発見・早期治療が重要です。
- がんに関する正しい知識を身につけ、がん予防や早期発見の重要性が認識されるよう、子どもの頃からの教育や、県民に対する普及啓発活動をさらに進める必要があります。

(2) 治療

- がん患者が、高度で質の高いがん治療を各地域の医療機関で受けることができるよう、拠点病院等を中心とした医療提供体制の整備を進めることが必要です。特に、東紀州医療圏ではがん治療患者の流出率が高いことから、拠点病院等の整備（指定）が必要です。
- 手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法等を組み合わせた集学的治療を行うための連携体制や、チーム医療の構築が必要であることから、がん専門看護師や各種認定看護師、放射線治療に係る放射線治療品質管理士や放射線技師、化学療法に係るがん専門薬剤師や各種認定薬剤師等の養成とスキルアップが必要です。
- 放射線療法や薬物療法は外来で実施されることが一般的となっており、その実施体制を確保するため、放射線治療を行う放射線治療専門医、薬物療法を行うがん薬物療法専門医等の人材育成が必要です。
- がんの治療効果の向上、がん治療の副作用・合併症の予防や軽減等のため、医科歯科連携をはじめとした職種間連携を推進する必要があります。
- がん診療に関わる医療機関において、標準登録様式*による院内がん登録を実施するとともに、全国がん登録によるがん患者の実態把握を行う必要があります。また、これまでの地域がん登録*や全国がん登録で得られたデータを活用し、地域の実態把握に努め、施策に反映していく必要があります。

(3) 療養支援

- がん患者が、尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築をめざすとともに、適切ながん医療のみならず、社会的な支援を受けながら地域において円滑な社会生活を営むことができるための取組を進めることが必要です。
- がんと診断された時からの緩和ケアの実施のため、医師をはじめとする医療従事者に対する緩和ケアに関する研修体制の充実が必要です。また、緩和ケアを実施することがQOL（生活の質）を維持・向上する上で効果的であり、がん患者およびその家族等の緩和ケアに対する理解を深める取組を進めることが必要です。
- がん患者自身が治療を受けるにあたり、さまざまな不安や悩みに対する適切な相談が受けられるよう、拠点病院等におけるがん相談支援センターの充実を図る必要があります。また、拠点病院等におけるがん相談支援センターと三重県がん相談支援センターの一層の普及啓発による活用促進が必要です。
- がん患者が住み慣れた地域や家庭で切れ目のないがん医療を受けられるよう、拠点病院等と地域の医療機関、在宅医療・介護サービス等との連携体制を構築する必要があります。
- がん医療の進歩により、がん患者が働きながらかん治療を受けられるようになっており、離職防止や再就職のための就労支援体制の充実が必要です。
- がん患者個々のライフステージごとに、さまざまな異なった問題が生じることから、小児・AYA世代（思春期世代と若年成人世代）等、ライフステージに応じたがん対策が必要です。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- がんの克服をめざし、がんに関する正しい知識を持って、避けられるがんを防ぐことや、がん医療および各種支援を、納得し、安心して受け、暮らしていくことができるよう、県民、医療機関、保険者、行政等さまざまな主体が一体的、総合的にがん対策に取り組んでいます。

(2) 取組方向

取組方向1：がんにかからないための健康的な生活習慣づくりとがん予防の普及啓発、がんの早期発見の推進

取組方向2：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

取組方向3：がんと共に生きるための社会づくりの推進

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
がんによる年齢調整死亡率 (75歳未満) 【人口動態調査】	がんによる年齢調整死亡率(75歳未満)を、毎年、全国平均よりも▲10%以上とすることを目標とします。	目 標
		全国平均よりも ▲10%以上
がん検診受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率を国の「がん対策推進基本計画」で定める目標値に準じて向上させることを目標とします。	目 標
		50%以上
がん検診後の精密検査受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	がん検診後の精密検査受診率を国の「がん対策推進基本計画」で定める目標値に準じて向上させることを目標とします。	現 状(H28)
		69.0 (▲9.3%)
がん検診後の精密検査受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	がん検診後の精密検査受診率を国の「がん対策推進基本計画」で定める目標値に準じて向上させることを目標とします。	目 標
		90%以上
がん検診後の精密検査受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	がん検診後の精密検査受診率を国の「がん対策推進基本計画」で定める目標値に準じて向上させることを目標とします。	現 状(H26)
		胃がん 9.8% 肺がん 23.0% 大腸がん 30.0% 子宮頸がん 54.2% 乳がん 37.8%
がん検診後の精密検査受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	がん検診後の精密検査受診率を国の「がん対策推進基本計画」で定める目標値に準じて向上させることを目標とします。	現 状(H25)
		胃がん 69.2% 肺がん 65.3% 大腸がん 62.4% 子宮頸がん 63.1% 乳がん 79.7%

(4)取組内容

取組方向1：がんにかからないための健康的な生活習慣づくりとがん予防の普及啓発、がんの早期発見の推進

- 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、喫煙対策に引き続き取り組むとともに、未成年者の喫煙率0%をめざします。(県民、保険者、拠点病院等、医療機関、市町、県)
- 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。(事業者、保険者、拠点病院等、医療機関、検診機関、市町、県)
- 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。(事業者、保険者、市町、県)
- がんの早期発見、早期治療につながるよう、がん検診の重要性に関する普及啓発を進めます。また、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受診率の向上を図ります。さらに、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」等においてがん検診の精度管理の取組を進めます。(県民、保険者、拠点病院等、医療機関、検診機関、市町、県)
- 子どもの頃から、がんに関して正しく理解し、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、県教育委員会等の関係機関と連携した学校におけるがん教育や、医療機関等と連携したがんに関する正しい知識の普及啓発活動を進めます。(県民、保険者、拠点病院等、医療機関、検診機関、関係機関、市町、県)

取組方向2：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

- がん患者それぞれの病期や病態に応じた治療法を選択または組み合わせることができるよう、拠点病院等を地域の中核とし、地域の医療機関等と連携しながら、切れ目のないがん診療が提供できるよう取り組みます。(拠点病院等、医療機関、県)
- さまざまな病態に応じた専門的な治療を行うために、それぞれの専門性を生かしながら連携して集学的治療が行えるよう、各種専門医や、がん医療を担う人材の育成に努めます。(拠点病院等、医療機関、医療関係団体、県)
- 三重県がん診療連携協議会医科歯科連携部会が中心となり、がん患者の状態に応じた適切な口腔ケアや口腔管理等を行うことができる人材の育成を進めます。また、拠点病院等と地域の歯科医療機関との連携・協力により、がん治療に際して発生する副作用・合併症の予防や軽減を図り、がん患者のQOL(生活の質)の向上をめざします。(拠点病院等、医療機関、関係団体、県)
- がん対策の科学的知見に基づく取組が推進できるよう、全国がん登録、院内がん登録等、がんの罹患やその他の状況を把握・分析する仕組みを充実させます。(拠点病院等、医療機関、県)

取組方向3：がんと共に生きるための社会づくりの推進

- 診断時から緩和ケアが受けられるよう、医療従事者に対する緩和ケア研修を実施するとともに、三重県がん診療連携協議会緩和ケア部会を中心に、PDCAサイクル確保の体制を構築し、緩和ケア領域の医療水準の向上を図ります。また、緩和ケアに対する理解を深めるための取組や多職種連携の取組を進めます。(拠点病院等、医療機関、関係団体、県)
- 三重県がん相談支援センターや拠点病院等の間で情報共有を図り、連携しながらより適切な相談対応ができる体制を整備するとともに、三重県がん診療連携協議会相談支援部会を中心に、PDCAサイクル確保の体制を構築し、県内のがん相談支援体制の水準の向上を図ります。また、患者が院外においても、自身に合った情報や意見を交換できる場や相談し合える場所づくりを促進するとともに、日本がん治療学会のがん医療ネットワークナビゲーター制度を活用した、地域におけるがん相談支援の人材育成を進めます。(患者会、拠点病院等、医療機関、三重県がん相談支援センター、市町、県)
- がん患者が住み慣れた家庭や地域で切れ目のないがん医療を受けられるよう、がん診療が可能な診療所や訪問看護ステーション等の充実を図るとともに、多職種連携を強化し、ICTを活用するなど、在宅医療体制の整備を図ります。(拠点病院等、医療機関、三重県がん相談支援センター、介護事業者、県)
- がん患者やがん経験者が治療と仕事を両立させることができるよう、がん相談支援センター等における就労相談をはじめ、職場でのがんの正しい知識の普及や支援制度の整備推進のため、公共職業安定所等の関係機関とも連携を図りながら、事業者に対する普及啓発を進めます。(拠点病院等、医療機関、三重県がん相談支援センター、関係機関、公共職業安定所、事業所、県)
- 小児・AYA世代のがん患者の就学について、一定の取組が行われている小中学校のほか、高校教育段階における支援のあり方について、県教育委員会等関係機関と協力して検討を進めます。また、県拠点病院を中心に「三重がん生殖医療ネットワーク」を構築し、治療に伴う生殖機能への影響等、治療前に正確な情報提供が行われ、若年がん患者が生殖機能を温存した治療を選択できるための体制を整備します。(拠点病院等、医療機関、関係機関、市町、県)

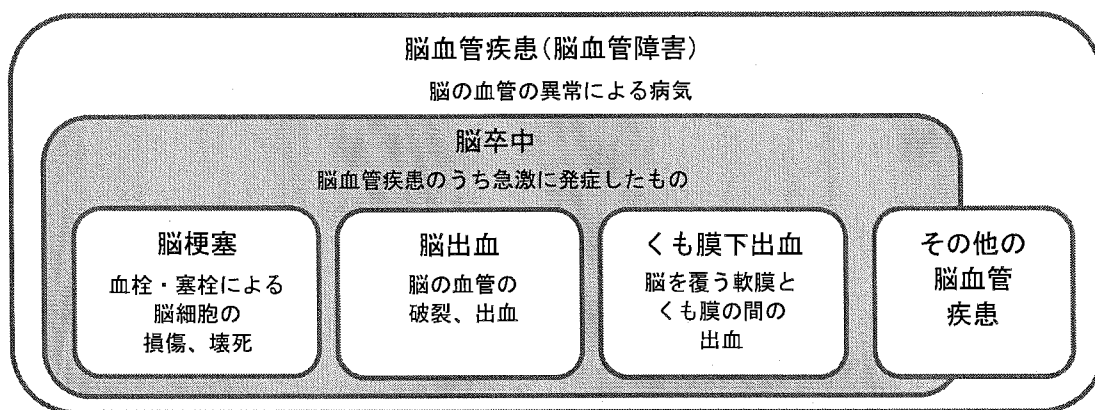
第2節 | 脳卒中対策

1. 脳卒中における医療の現状

(1) 脳卒中の疫学

- 脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患で、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。
- 脳卒中は発症後に後遺症が残ることも多く、患者およびその家族の日常生活に与える影響が大きいため、発症後の速やかな搬送と専門的治療が不可欠となります。また、病期に応じたリハビリテーションを行うことにより、後遺症の防止や早期の社会復帰が実現できるといわれており、急性期、回復期、維持期のそれぞれの段階に応じたリハビリテーションが必要です。

図表 5-2-1 脳卒中の概念図



- 脳血管疾患は悪性新生物、心疾患、老衰、肺炎に次いで本県における死因の第5位です。年間1,652人が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡数全体の8.3%（全国8.4%）を占めています¹。
- 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人あたりの年齢構成を調整した死亡率）は、男性34.7（全国36.2）、女性19.8（全国20.0）であり、男性に発症しやすい病気です。また、男女ともに年齢調整死亡率は全国値よりやや低くなっています。
- 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移は、全国とほぼ同様の傾向で低下しています。

図表 5-2-2 脳血管疾患分類別の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)

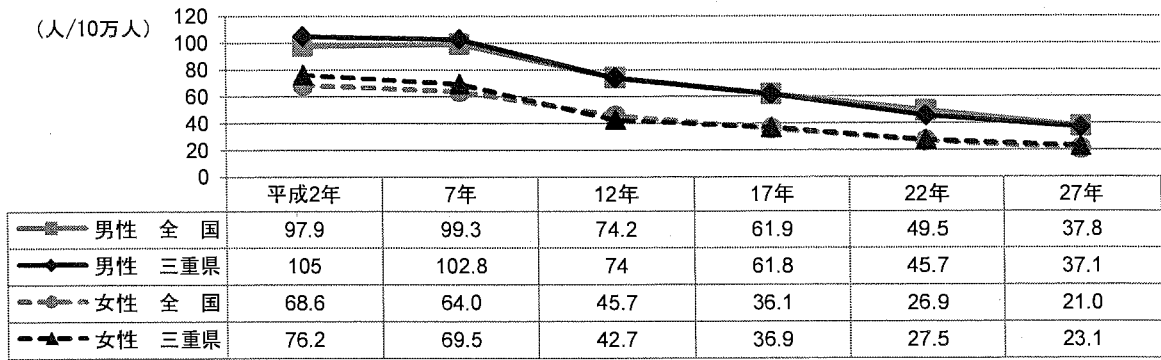
	区分	脳血管疾患				
		脳血管疾患	脳梗塞	脳出血	くも膜下出血	その他の脳血管疾患
男	全国	36.2	17.0	13.7	4.6	-
	三重県	34.7	16.3	13.0	4.0	1.3
女	全国	20.0	8.6	6.1	4.7	-
	三重県	19.8	9.2	6.1	3.9	0.7

※「-」は非公表

資料：厚生労働省「平成28年人口動態調査」、三重県「平成28年三重県の人口動態」

¹ 出典：厚生労働省「平成28年人口動態調査」

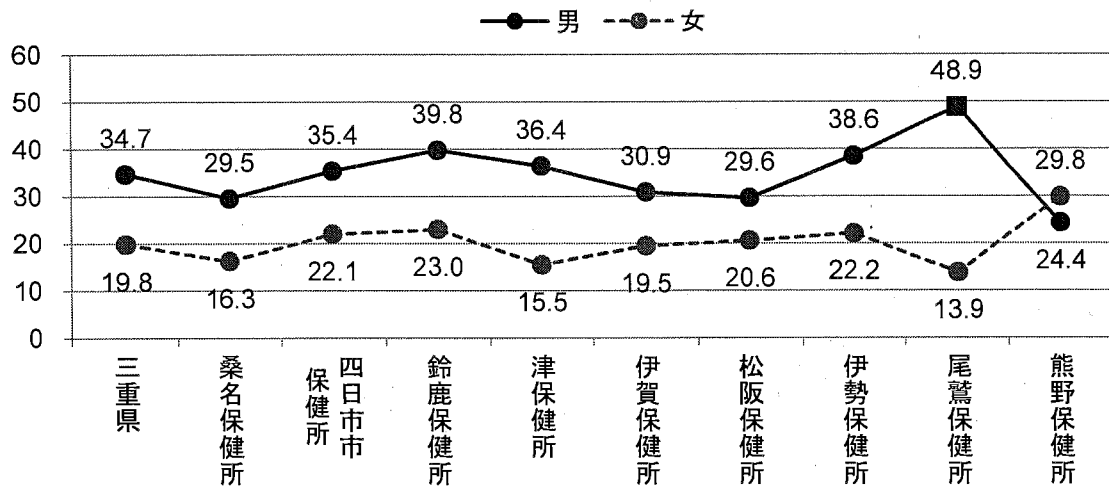
図表 5-2-3 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移(人口 10 万人あたり)



資料：厚生労働省「平成27年 都道府県別年齢調整死亡率」

- 県内各保健所管内別の年齢調整死亡率を比較すると、男性では、尾鷲保健所、鈴鹿保健所、伊勢保健所管内で高い傾向にあります。また女性では、熊野保健所管内で高い傾向にあります。

図表 5-2-4 各保健所管内別の脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)



資料：三重県「平成28年 三重県の人口動態」

- 脳血管疾患患者の在宅（自宅、老人ホーム）死亡割合については、本県は 18.5%であり、全国値 18.6%と同水準となっています。

図表 5-2-5 脳血管疾患患者の在宅死亡割合

(単位：人)

	病院	診療所	介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他	総数
全国	81,439	2,236	4,059	9,297	11,072	1,217	109,320
	74.5%	2.0%	3.7%	8.5%	10.1%	1.1%	
	80.3%			18.6%		1.1%	
三重県	1,132	46	144	174	131	25	1,652
	68.5%	2.8%	8.7%	10.5%	7.9%	1.5%	
	80.0%			18.5%		1.5%	

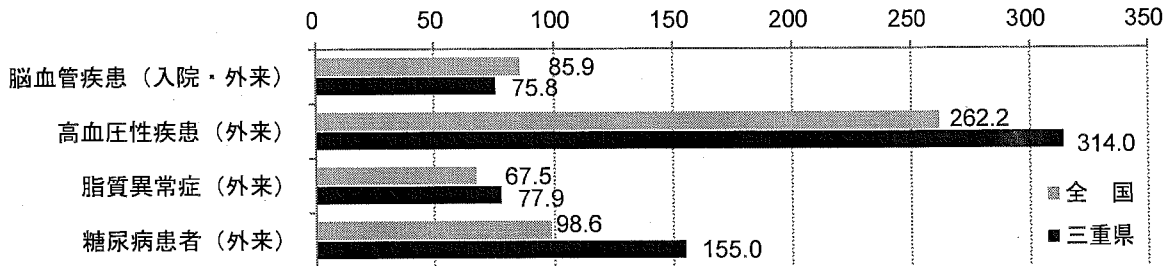
資料：厚生労働省「平成28年 人口動態調査」

(2) 脳血管疾患の受療動向

① 脳血管疾患に関連する疾患の年齢調整受療率*

- 平成 26 (2014) 年 10 月の調査日において、県内の医療機関で受療している脳血管疾患の患者数は、16 千人と推計されています²。
- 人口 10 万人あたりの脳血管疾患の年齢調整受療率は、全国の 85.9 に対して本県は 75.8 と低い水準です。

図表 5-2-6 脳血管疾患に関連する疾患の年齢調整受療率(人口 10 万人あたり)



資料：厚生労働省「平成26年 患者調査」、総務省「人口推計」(平成26年10月1日現在)

② 受療動向

- NDBによると、県内の平成 27 (2015) 年 4 月～平成 28 (2016) 年 3 月における脳血管障害(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血等の脳卒中を含む脳血管の疾患)の入院レセプト件数は、58,978 件ありました。
- 県内患者のうち、2,235 件 (3.9%) は、愛知県、和歌山県、大阪府、奈良県等の県外医療機関で治療を受けています。また、流出率は、東紀州医療圏が 31.2%と他の医療圏に比べ高くなっています。一方、流入率については、中勢伊賀医療圏が 16.1%と高くなっています。
- NDBによる脳血管障害の外来患者の流出・流入率は、入院患者に比べて低くなっていますが、東紀州医療圏の流出率と、中勢伊賀医療圏の流入率が他の医療圏に比べ高くなっています。

図表 5-2-7 二次医療圏別 脳血管障害 入院患者の流出・流入状況

(単位：件/年)

医療機関所在地 患者住所地	総数	北勢 医療圏	中勢伊賀 医療圏	南勢志摩 医療圏	東紀州 医療圏	県外	流出率
総数	58,978	20,922	15,348	16,919	3,554	2,235	3.9%
北勢医療圏	21,315	19,761	663	64		827	7.3%
中勢伊賀医療圏	14,443	384	12,879	448		732	10.8%
南勢志摩医療圏	17,486	147	1,385	15,701	156	97	10.2%
東紀州医療圏	4,673	70	198	612	3,214	579	31.2%
県外	1,061	560	223	94	184	—	—
流入率	1.9%	5.5%	16.1%	7.2%	9.6%	—	—

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。

※空白欄は 10 件未満のため非公表であり、また、合計数には含まれていません。

※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

² 出典：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」

図表 5-2-8 二次医療圏別 脳血管障害 外来患者の流出・流入状況

(単位：件／年)

患者住所地 \ 医療機関所在地	総数	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	県外	流出率
総数	861,878	283,293	194,990	317,547	45,733	20,315	2.4%
北勢医療圏	289,023	274,463	4,716	482	17	9,345	5.0%
中勢伊賀医療圏	195,410	4,461	179,452	5,895	10	5,592	8.2%
南勢志摩医療圏	314,993	892	6,263	305,921	254	1,663	2.9%
東紀州医療圏	53,250	231	1,216	3,641	44,447	3,715	16.5%
県外	9,202	3,246	3,343	1,608	1,005	—	—
流入率	1.1%	3.1%	8.0%	3.7%	2.8%	—	—

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。

※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

(3) 脳卒中の予防

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧の管理が重要です。また、糖尿病、不整脈、喫煙等も発症の危険因子であり、基礎疾患を適切に治療することや、生活習慣の改善が大切です。
- 本県における健康診断・健康診査の受診率は69.9%であり、全国値68.3%を上回っています³。
- 特定健康診査の県内受診率は53.0%であり、全国値50.1%を上回っています。また、特定保健指導*の県内実施率は17.5%であり、全国値17.5%と同率となっています⁴。
- 本県における喫煙率は、男性29.6%（全国31.1%）、女性6.9%（全国9.5%）となっています⁵。
- 本県における禁煙外来を行う病院は人口10万人あたり1.1か所（全国1.9か所）、禁煙外来を行う一般診療所は11.9か所（全国10.0か所）となっています⁶。また、ニコチン依存症管理料を算定する患者数（レセプト件数）は、3,505件で人口10万人あたり188.4件となっており、全国値173.8件を上回っています⁷。
- 全国において、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は10.8%となっています⁸。
- 認知症患者のうち血管性認知症患者の割合が、約2割程度を占めていることから、脳卒中による認知症を予防する観点からも、脳卒中予防が重要です。

³ 出典：厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査」

⁴ 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」

⁵ 出典：厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査」

⁶ 出典：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」

⁷ 出典：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

⁸ 出典：厚生労働省「平成27年 国民健康・栄養調査」

(4) 脳卒中の医療

① 医療提供体制

- 本県の救命救急センター*数は平成 29 (2017) 年 9 月現在、4 か所です。ドクターヘリ*等の活用を含め、県内の各二次医療圏内で、脳卒中の急性期・回復期・維持期の各期に応じた医療を提供しています。
- 平成 28 (2016) 年末における県内の神経内科医師数は 81 人、脳神経外科医師数は 92 人、リハビリテーション科医師数は 22 人であり、人口 10 万人あたり神経内科医師数は全国値を上回っていますが、脳神経外科医師数およびリハビリテーション科医師数は全国値を下回っています。

図表 5-2-9 神経内科・脳神経外科・リハビリテーション科医師数

(単位：人)

二次医療圏・構想区域	神経内科医師数		脳神経外科医師数		リハビリテーション科医師数	
	実数	対人口 10 万人	実数	対人口 10 万人	実数	対人口 10 万人
全国	4,922	3.9	7,360	5.8	2,484	2.0
三重県	81	4.5	92	4.6	22	1.2
北勢医療圏	29	3.4	35	3.9	8	1.0
桑員区域	1	0.5	9	4.1	-	-
三泗区域	15	4.0	15	4.0	4	1.1
鈴亀区域	13	5.3	11	4.5	4	1.6
中勢伊賀医療圏	29	6.5	30	5.8	11	2.5
津区域	27	9.7	25	9.0	11	3.9
伊賀区域	2	1.2	5	3.0	-	-
南勢志摩医療圏	23	5.1	24	5.1	3	0.7
松阪区域	12	5.5	15	6.9	2	0.9
伊勢志摩区域	11	4.7	9	3.9	1	0.4
東紀州医療圏 (区域)	-	-	3	2.6	-	-

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、総務省「人口推計」(平成 28 年 10 月)、三重県「月別人口調査」(平成 28 年 10 月 1 日現在)

- 県内には脳卒中集中治療室 (Stroke Care Unit。以下、本節において「SCU*」という。)を備えた病院が 4 施設と、それ以外に SCU に準じた専門病棟等を設置している病院が 9 施設あります。

図表 5-2-10 SCUを有する病院・病床数

(単位：か所、床)

	SCUを有する施設数※		病床数	
	実数	人口 100 万人あたり施設数	実数	人口 100 万人あたり病床数
全国	131	1.0	926	7.3
三重県	4	2.0	23	12.6

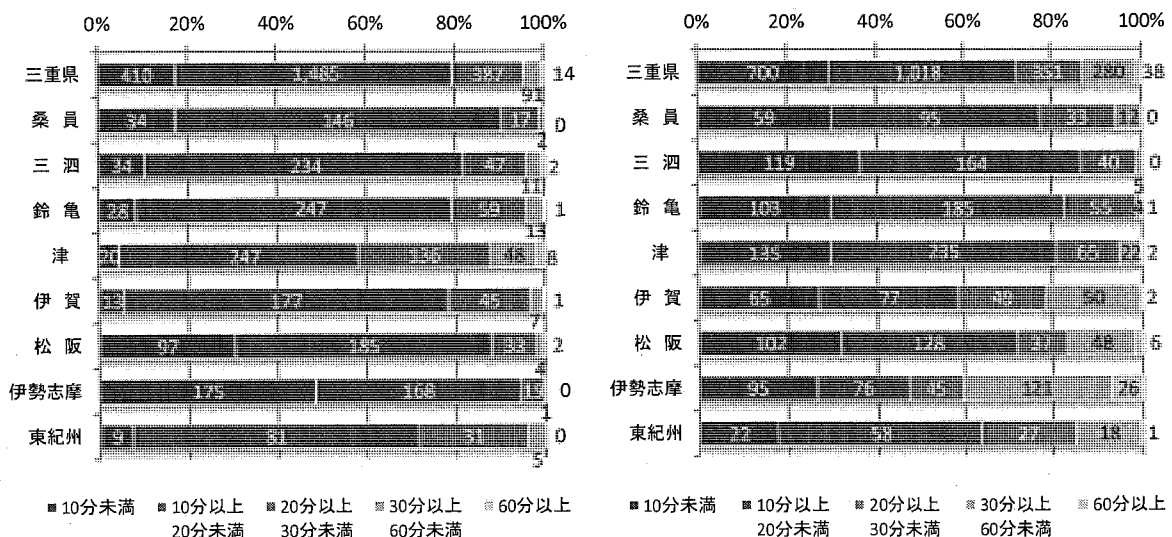
※「基本診療料の施設基準等」(平成 20 年厚生労働省告示第 62 号)の第 9 の 5 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準を満たしている施設数です。

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「人口推計」(平成 26 年 10 月 1 日現在)

② 発症直後の救護・搬送

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで効果が高く後遺症もより少なくなるため、本人や家族等周囲にいる人は、脳卒中を疑う症状があれば、診断や治療の開始を遅らせることがないよう、速やかに救急要請を行うことが重要です。
- 救急救命士等は、メディカルコントロール体制のもとで、傷病者を観察して脳卒中の可能性を判断し、適切な救急救命処置等を行った上で、脳卒中の治療が速やかに行われる医療機関に直接搬送することが重要です。
- 本県における救急搬送時間（救急要請から医療機関収容までに要した平均時間）は39.1分で、全国平均の39.4分と同水準です⁹。
- 本県において、脳血管疾患として救急搬送された患者数は、平成28（2016）年1月～12月の1年間で2,387人となっており、構想区域別に救急搬送状況を見ると、津区域および東紀州区域において現場滞在時間が20分以上かかっている件数の割合が高くなっています。伊勢志摩区域では現場出発から病院搬入までに30分以上かかっている件数の割合が高くなっていますが、これは志摩広域消防組合本部や鳥羽市消防本部において管外への搬送件数割合が高いためと考えられます。
- 特に、脳梗塞の治療においては、速やかに適切な処置が行われることが何よりも重要であることから、今後、救急搬送にかかる現場滞在時間や来院してから治療を開始するまでの時間などを短縮することが必要です。

図表 5-2-11 脳血管疾患患者の救急搬送時間別件数割合
現場滞在時間(左グラフ)、現場出発から病院搬入までの時間(右グラフ)



※「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適用案件が対象です。
※消防本部ごとの集計のため、松阪には南伊勢町（旧南島町分）が含まれています。

資料：三重県調査

⁹ 出典：三重県「平成28年版 救急・救助の現況」

図表 5-2-12 脳血管疾患の救急搬送件数

(単位：件、%)

二次医療圏・構想区域	搬送件数	人口 10 万人あたりの搬送件数	脳血管件数 / 総搬送件数	区域外への搬送件数	区域外搬送割合
三重県	2,387	132.1	2.6	143	6.0
北勢医療圏	875	104.1	2.5	58	6.6
桑員区域	199	91.4	2.4	23	11.6
三泗区域	328	87.1	2.1	15	4.6
鈴亀区域	348	141.2	3.2	20	5.7
中勢伊賀医療圏	702	157.2	3.1	30	4.2
津区域	459	164.7	3.1	9	2.0
伊賀区域	243	144.7	3.0	21	8.6
南勢志摩医療圏	684	152.0	2.3	30	4.4
松阪区域	321	147.0	2.0	25	7.8
伊勢志摩区域	363	156.7	2.7	5	1.4
東紀州医療圏 (区域)	126	179.3	3.1	25	19.8

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

資料：三重県「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」(実施基準)が適用された傷病者の搬送に関するデータ(平成28年1~12月)、三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

③ 診断

- 問診や身体所見の診察、血液検査に加えて、画像検査 (CT、MRI、MRアンギオグラフィ*等)、超音波検査等を行い診断します。

④ 急性期の治療

- 脳梗塞では血栓を溶かす薬物である t-P A を適応患者に対して処置する必要があります (超急性期血栓溶解療法)。この治療は、治療開始までの時間が短いほどその有効性が高く、合併症の発生を考慮すると発症後 4.5 時間以内に治療を開始することが重要となります。
- t-P A によっても症状の改善が認められない場合や適応外の場合には、原則発症後 8 時間以内であれば、血管内治療による血栓除去術を行うことが可能です。同施設で血管内治療が困難な場合は、施設間の連携により対応します。
- 上記のほか、患者の状況に応じて、抗凝固療法 (血栓が生じないように、血液が固まる働きを薬剤により抑える治療法) や抗血小板療法 (血栓が生じないように、血小板の凝集能力を薬剤により低下させる治療法)、脳保護療法 (脳梗塞になった際に発生する活性酸素による脳の障害を防ぐため、活性酸素を薬剤により除去する治療法) 等の対応が取られます。
- 脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位によっては手術が行われることもあります。
- くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術あるいは開頭を要しない血管内手術を行います。
- 厚生労働省診療報酬施設基準の届出状況 (平成 28 (2016) 年 3 月現在) によると、t-P A による脳血栓溶解療法の実施可能な病院は県内に 10 施設で、人口 10 万人あたり 0.5 と全国値の 0.6 をやや下回っています。なお、三重県調査 (平成 29 (2017) 年) によると、県内の実施可能病院は 16 施設となっています。
- NDB によると、平成 27 (2015) 年 4 月~平成 28 (2016) 年 3 月の 1 年間における t-P

Aによる脳血栓溶解療法の実施件数は県内で186件あり、人口10万人あたり10.1件と、全国値10.3件をやや下回っています。また、脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数は県内で156件あり、人口10万人あたり8.4件と、全国値9.0件をやや下回っています。

- 平成27(2015)年4月～平成28(2016)年3月の1年間におけるくも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術(再出血の防止のため、専用のクリップを用いて脳動脈瘤の根元を挟み、出血を防ぐ方法)の実施件数は県内で137件あり、人口10万人あたり7.4件と、全国値7.7件をやや下回っています。また、くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術(カテーテル*を脳血管内へ誘導し、脳動脈瘤内にコイルを詰めて閉塞させる治療方法)の実施件数は県内で73件あり、人口10万人あたり3.9件と、全国値5.2件を下回っています。

図表 5-2-13 急性期の治療に関する医療の提供状況

(単位：か所)

構想区域	t-PAが実施可能な病院数 ¹		t-PAが実施可能な病院数 ²	脳梗塞に対する血栓回収療法が実施可能な病院数 ²
	実数	人口10万人あたり		
全国	794	0.6	-	-
三重県	10	0.5	16	10
桑員区域	1	0.5	2	1
三泗区域	2	0.5	3	2
鈴亀区域	2	0.8	2	2
津区域	2	0.7	2	2
伊賀区域	0	0.0	2	0
松阪区域	2	0.9	2	2
伊勢志摩区域	1	0.4	2	1
東紀州区域	0	0.0	1	0

資料：¹厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」(平成28年3月31日現在)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成28年1月1日現在)

²三重県調査(平成29年)

(単位：件/年)

構想区域	t-PAによる脳血栓溶解療法実施件数		脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)実施件数	
	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
全国	13,197	10.3	11,588	9.0
三重県	186	10.1	156	8.4
桑員区域	13	5.9		
三泗区域	20	5.3	20	5.3
鈴亀区域	18	7.2	13	5.2
津区域	17	6.0	16	5.7
伊賀区域				
松阪区域	17	7.6	22	9.8
伊勢志摩区域	90	37.3	77	32.0
東紀州区域				

※空白欄は10件未満のため非公表

資料：厚生労働省「NDB」(平成27年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成28年1月1日現在)

(単位：件/年)

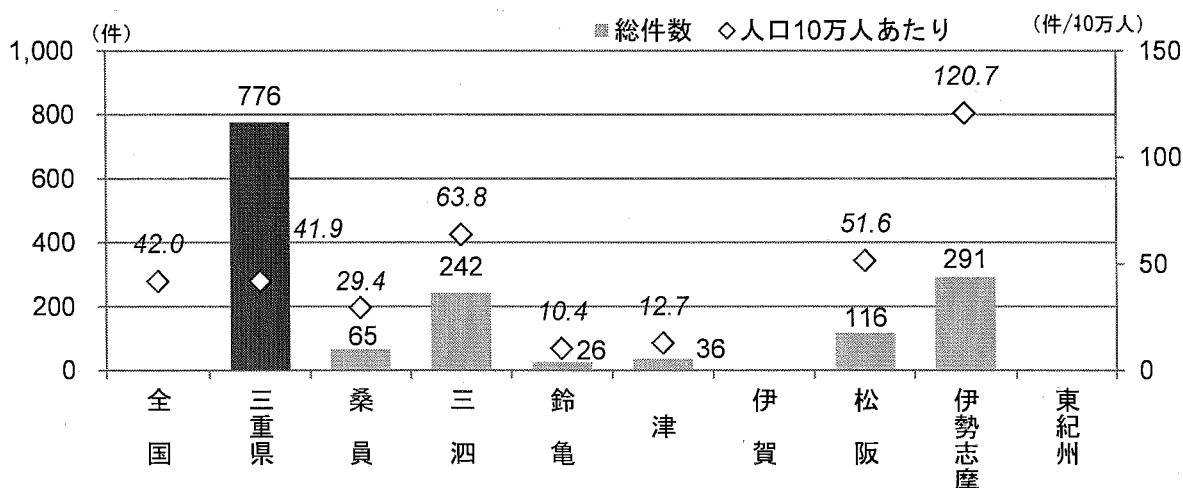
構想区域	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術実施件数		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術実施件数	
	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
全国	9,828	7.7	6,651	5.2
三重県	137	7.4	73	3.9
桑員区域				
三泗区域	29	7.6	35	4.1
鈴亀区域	14	5.6		
津区域	21	7.4	16	3.5
伊賀区域				
松阪区域	17	7.6	22	4.7
伊勢志摩区域	31	12.9		
東紀州区域				

※空白欄は10件未満のため非公表

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

- NDBによると、地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の人口10万人あたり実施件数は、伊勢志摩区域で全国値より多く、伊賀区域や東紀州区域では作成の取組が進んでいません。
- 急性期リハビリテーションは、廃用性症候群*や合併症の予防と早期自立を目的として、可能ならば発症当日からベッドサイドで開始します。
- 早期リハビリテーション（発症等から30日以内のリハビリテーション）実施件数は県内で13,218件あり、人口千人あたり7.1件と全国値9.4件を下回っています。

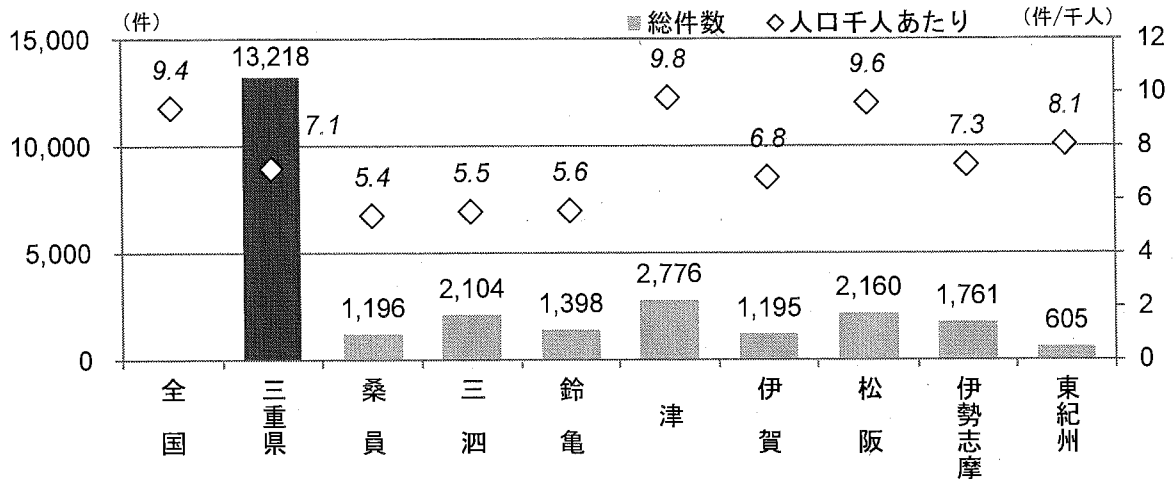
図表 5-2-14 地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の実施件数



※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

図表 5-2-15 早期リハビリテーション実施件数



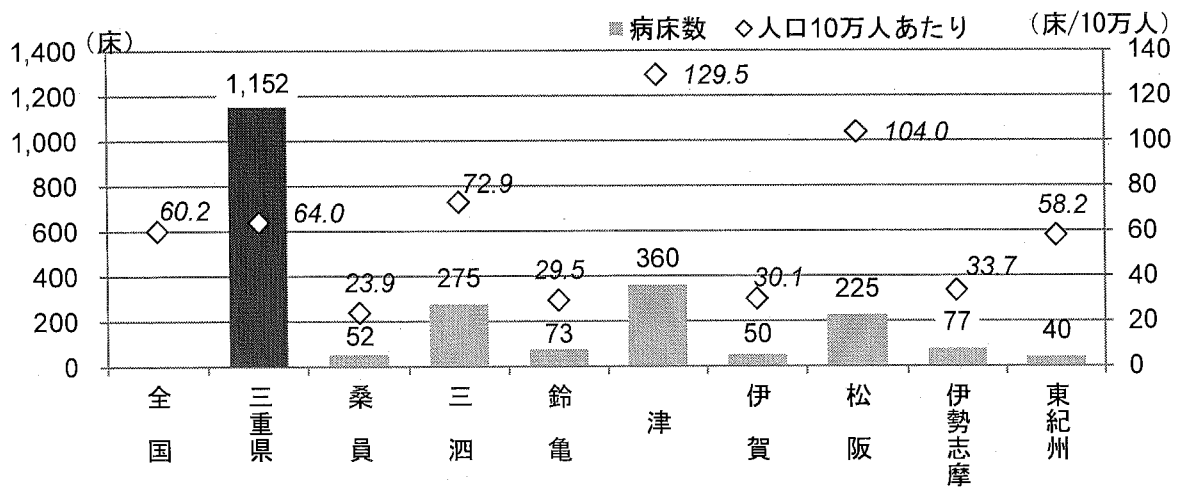
※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあつては20件未満）の件数は含まれていません。

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

⑤ 回復期の治療

- 急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧症、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する治療が行われます。
- 回復期リハビリテーションは機能回復や日常生活動作の向上を目的として、訓練室での訓練が可能となった時期から集中して行います。
- 平成29（2017）年12月1日現在、本県の人口10万人あたりの回復期リハビリテーションの病床数は、64.0床となっています。

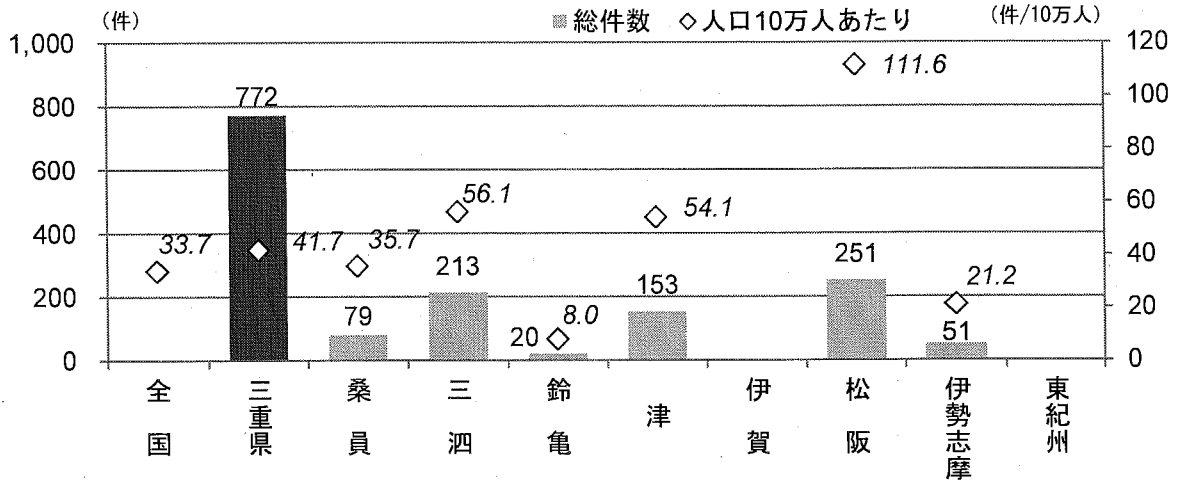
図表 5-2-16 回復期リハビリテーション病床数



資料：全国 回復期リハビリテーション病棟協会データ集（平成28年3月1日現在）
 総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）
 県 厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成29年12月1日現在）
 三重県「月別人口調査」（平成29年12月1日現在）

- 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の人口10万人あたり実施件数は、松阪区域で全国値より多く、伊賀区域や東紀州区域では作成の取組が進んでいません。
- 本県における脳血管疾患患者の平均在院日数は67.7日と、全国値89.1日と比べて短くなっています。

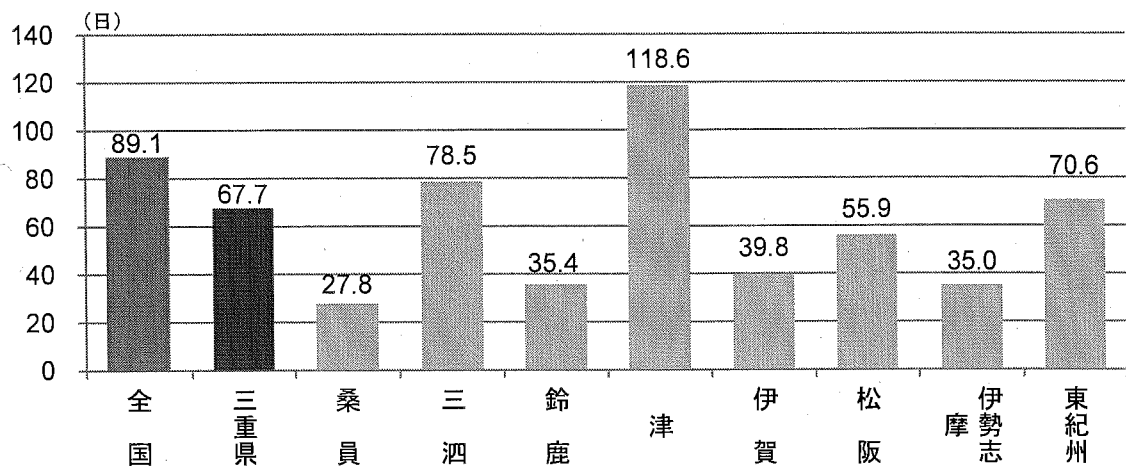
図表 5-2-17 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数



※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあつては20件未満）の件数は含まれていません。

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

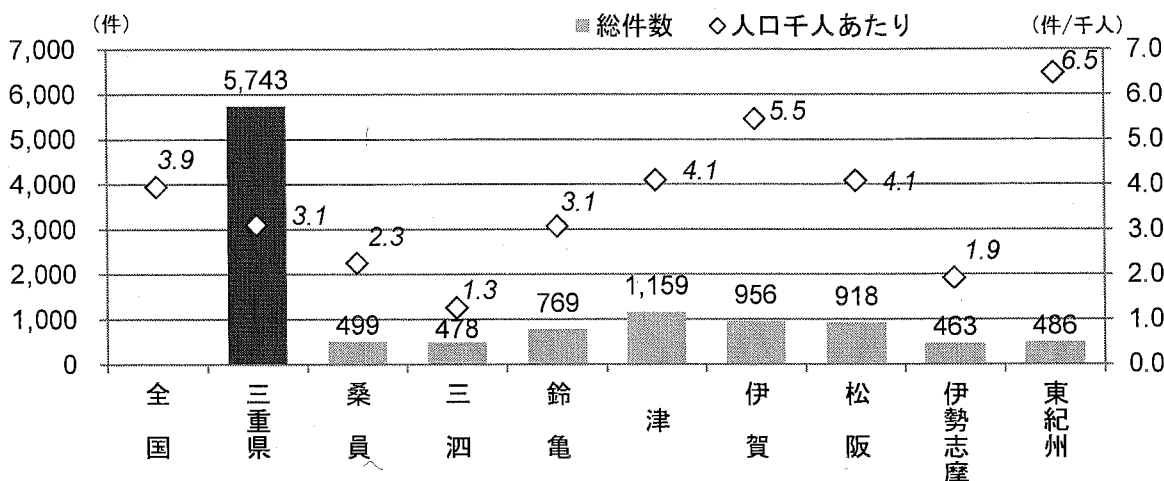
図表 5-2-18 脳血管疾患退院患者平均在院日数



資料：厚生労働省「平成26年患者調査（個票解析）」

- 急性期以後、合併症の中でも、誤嚥性肺炎を予防するため、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関を含め、多職種間で連携して対策を図ることが必要です。
- 本県における嚥下機能訓練の実施件数は、5,743件あり、人口千人あたり3.1件と、全国値3.9件を下回っています。

図表 5-2-19 脳卒中患者(入院+外来)に対する嚥下機能訓練の実施件数



※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。

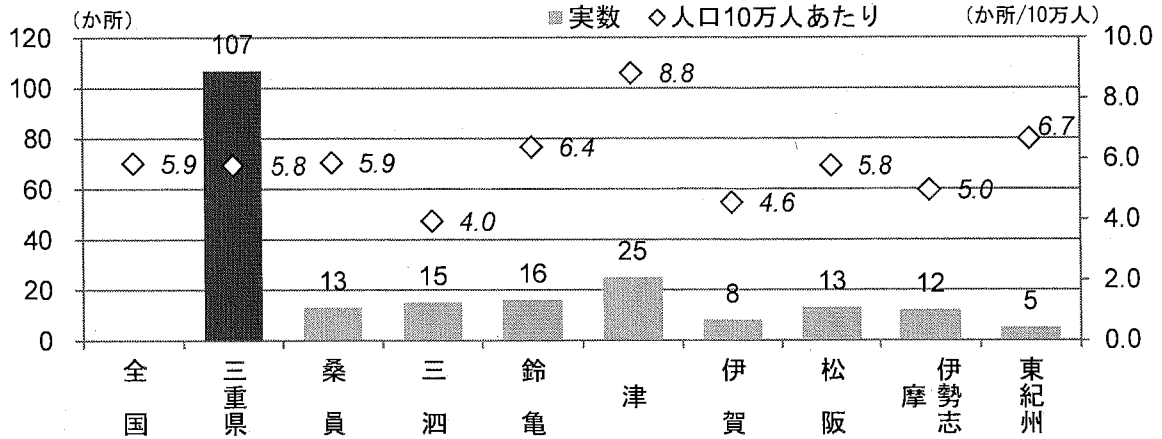
資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

- なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害を生じた患者の一部は、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となり、当該医療機関にとどまっているケースがあります。この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と急性期の医療機関との連携強化等、総合的かつ切れ目のない対応が求められます。

⑥ 在宅医療、医療連携

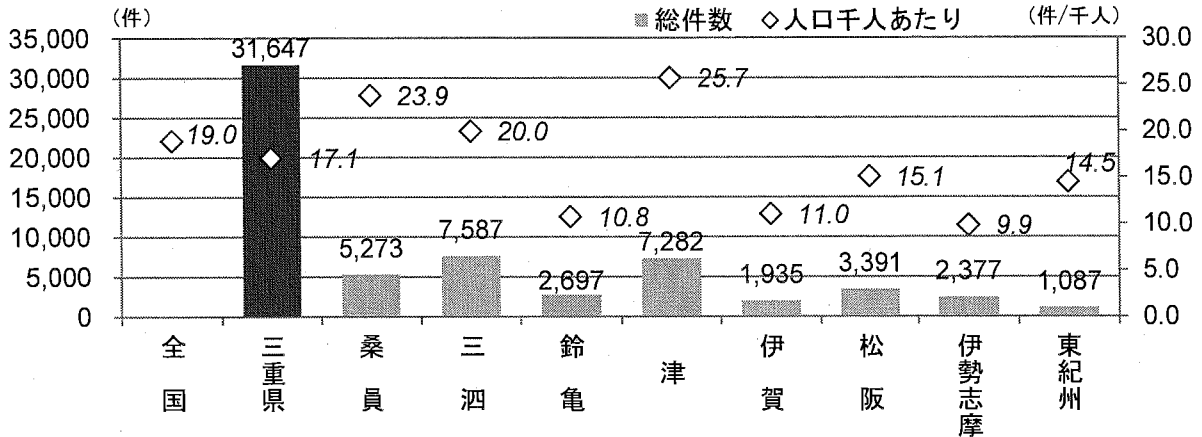
- 在宅療養では、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、状況に応じて在宅生活に必要な介護サービスを受けます。脳卒中は再発することも多く、再発に備えて患者の周囲にいる人が対応策を学ぶことが大切です。
- 脳血管疾患等のリハビリテーションが可能な医療機関は県内に107施設あり、人口10万人あたりで全国値とほぼ同数となっています。また、リハビリテーションの実施件数は、人口千人あたりで17.1件と、全国値19.0件よりやや少ない状況です。
- 脳血管疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合は58.2%で、全国値の52.7%を上回る成果を得ていますが、東紀州区域では38.1%と低くなっています。

図表 5-2-20 脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数
(脳血管疾患等リハビリテーション料算定医療機関数合計)



資料：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成28年3月31日現在）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

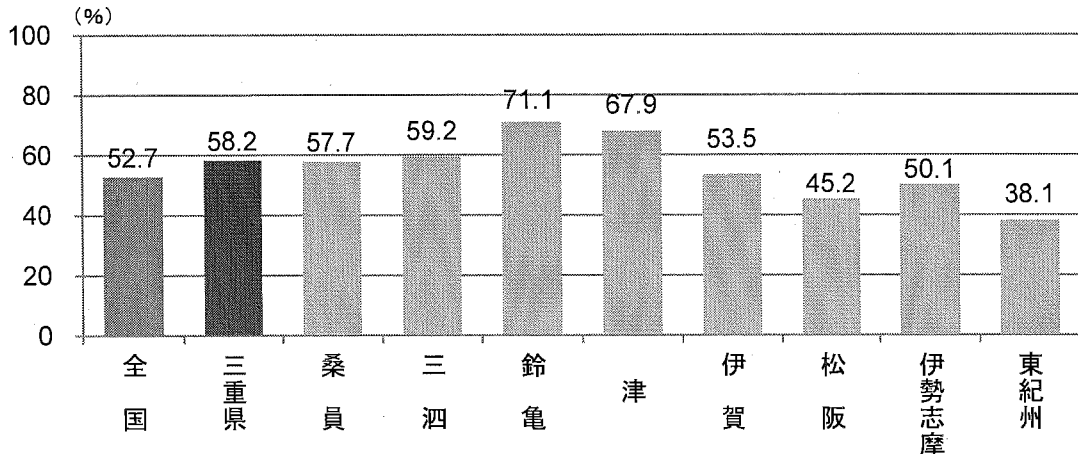
図表 5-2-21 脳卒中に対するリハビリテーションの実施件数(入院+外来)



※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

図表 5-2-22 脳血管疾患の在宅等生活の場への復帰割合



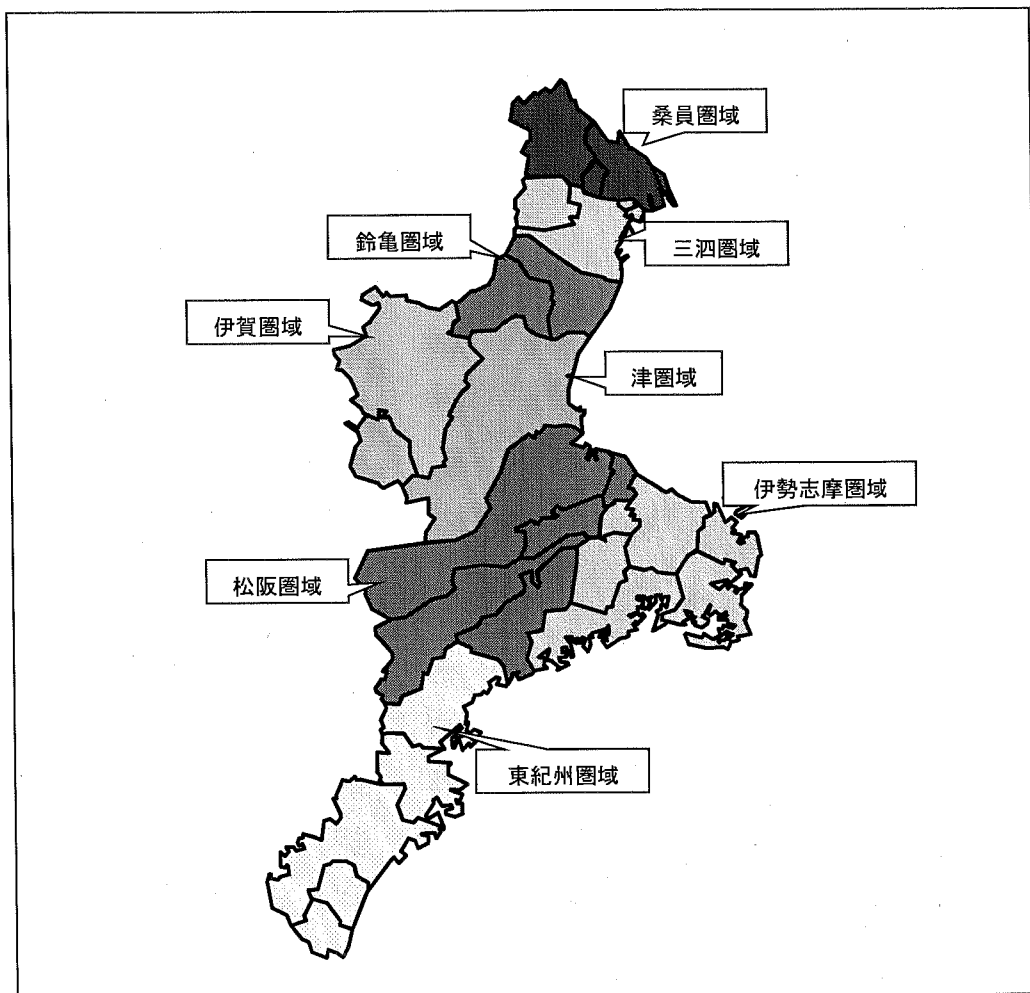
資料：厚生労働省「平成26年 患者調査（個票解析）」

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

- 平成 28 (2016) 年度、三重県地域医療構想の策定に伴い、医療機能の分化・連携を推進していくために新たに 8 つの地域医療構想区域を設定したところです。これまで本県における脳卒中対策では、9 つの脳卒中医療連携圏域を設定してきましたが、今後は、地域医療構想区域を基本として医療提供体制を検討していくこととします。
- 今後、8 つの圏域において脳卒中医療の自己完結をめざすものとしませんが、現状の医療提供体制を鑑み、急性期医療（脳血管内手術等）において圏域内での完結が困難な場合は、圏域を超えた、より広域的な範囲での連携が必要です。

図表 5-2-23 脳卒中医療連携圏域



(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 脳卒中医療連携圏域における各医療機能を担う医療機関

図表 5-2-24 脳卒中医療連携圏域における各医療機能を担う医療機関数

脳卒中医療連携圏域 二次医療圏	医療機能	受入れ可能範囲			SCUまたは準じる専門病棟等を設定している施設	脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている施設	t-P Aを用いた経静脈的血栓溶解療法を実施している施設 ※()は24時間対応の施設	脳梗塞に対する血栓回収療法を実施している施設	脳動脈瘤クリッピング術または脳動脈瘤コイル塞栓術を実施している施設	脳外科手術を実施している施設	急性期リハビリテーションを実施している施設	回復期患者の外来での受入れが可能である施設	回復期患者の入院での受入れが可能である施設	回復期リハビリテーションを実施できる病床を有している施設	維持期患者の外来での受入れが可能である施設	維持期患者の入院での受入れが可能である施設	地域連携クリティカルパスを導入している施設
		急性期	回復期	維持期													
北勢	桑員	4	5	8	2	1	2(2)	1	2	2	7	6	6	1	9	8	4
	三泗	4	8	8	2	0	3(2)	2	2	2	7	7	8	6	7	9	6
	鈴亀	2	4	3	2	1	2(2)	2	2	2	5	4	4	2	4	4	5
中勢	津	5	8	10	2	0	2(2)	2	2	2	7	7	7	6	9	10	4
	伊賀	3	2	3	2	0	2(1)	0	2	2	3	2	2	1	3	2	0
南勢	松阪	3	4	6	2	1	2(1)	2	2	2	2	4	4	3	5	5	5
	伊勢志摩	2	7	6	1	1	2(1)	1	1	1	6	6	7	4	6	6	4
東紀州		2	4	2	0	0	1(0)	0	0	1	2	4	4	1	4	4	0
総計		25	42	46	13	4	16(11)	10	13	14	39	40	42	24	47	48	28

資料：三重県調査(平成29年)

② 脳卒中医療連携圏域ごとの医療資源と連携体制等の現状

図表 5-2-25 脳卒中医療連携圏域における医療資源と連携体制の現状

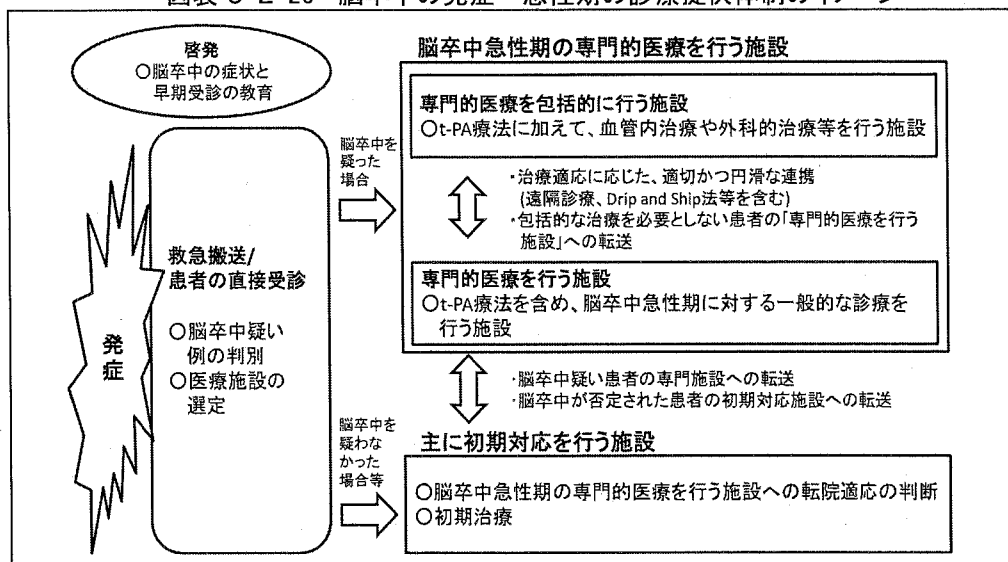
脳卒中医療連携圏域		医療資源と連携体制等の現状
桑員	桑名市 いなべ市 木曾岬町 東員町	<ul style="list-style-type: none"> ・中心となる急性期病院として、桑名市総合医療センターがあります。 ・圏域内でt-P Aによる血栓溶解療法の24時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。 ・特に神経内科医師、リハビリテーション科医師の確保が課題です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。
	三泗	<ul style="list-style-type: none"> ・中心となる急性期病院として、救命救急センターの機能を有する県立総合医療センター・市立四日市病院があります。 ・圏域内でt-P Aによる血栓溶解療法の24時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。

鈴 亀	鈴鹿市 亀山市	<ul style="list-style-type: none"> ・中心となる急性期病院として、厚生連鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院があります。 ・圏域内でt-P Aによる血栓溶解療法の24時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。
津	津市	<ul style="list-style-type: none"> ・中心となる急性期病院として、三重大学医学部附属病院、国立病院機構三重中央医療センターがあります。 ・救急搬送では、現場滞在にかかる時間の割合が比較的高くなっています。 ・圏域内でt-P Aによる血栓溶解療法の24時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。
伊 賀	名張市 伊賀市	<ul style="list-style-type: none"> ・中心となる急性期病院として、名張市立病院と岡波総合病院があります。 ・圏域内でt-P Aによる血栓溶解療法の24時間対応及び外科手術等の実施が可能です。脳梗塞に対する血栓回収療法が可能な病院が整備されていません。 ・特に神経内科医師、リハビリテーション科医師の確保が課題です。 ・地域連携クリティカルパス導入に向けた取組が必要です。
松 阪	松阪市 多気町 明和町 大台町 大紀町	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院として、厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院があります。 ・圏域内でt-P Aによる血栓溶解療法の24時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。
伊 勢 志 摩	伊勢市 鳥羽市 志摩市 玉城町 度会町 南伊勢町	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院として、救命救急センター機能を有する伊勢赤十字病院があります。 ・救急搬送では、現場出発から病院引継までの時間がかかる件数の割合が比較的高くなっています。 ・圏域内でt-P Aによる血栓溶解療法の24時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。
東 紀 州	尾鷲市 熊野市 紀北町 御浜町 紀宝町	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院として、尾鷲総合病院、紀南病院があります。 ・圏域内でt-P Aによる血栓溶解療法や外科手術の実施は可能ですが、血栓回収療法等の実施可能な病院が整備されていません。 ・特に神経内科医師、リハビリテーション科医師の確保が課題です。 ・救急搬送では、現場滞在にかかる時間の割合が比較的高くなっています。 ・地域連携クリティカルパス導入に向けた取組が必要です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。 ・在宅等復帰の割合は、他の圏域と比べ低くなっています。

(3) 連携のあり方

- 脳卒中の急性期医療においては、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することが必要となりますが、単一の医療機関で確保することが困難な場合は、地域における複数の医療機関が連携し、24時間体制を確保することが求められています。
- 脳卒中に対しては時間的な制約があるため、各圏域内でのネットワーク体制の構築が基本となりますが、医療資源の状態によっては、遠隔診療による診断の補助や、Drip and Ship*法等の活用を通じ、圏域外の医療機関との連携体制の構築が必要です。
- 脳卒中の急性期診療を24時間体制で提供できる医療機関同士のネットワークを構築するにあたっては、急性期の専門的医療を行う医療機関が担うべき機能を、圏域内のネットワークを構築している医療機関において、分担する必要があります。ただし、ネットワーク内でそれぞれの医療機関が提供する医療機能は、圏域の状況や医療資源に応じて、柔軟に設定する必要があります。

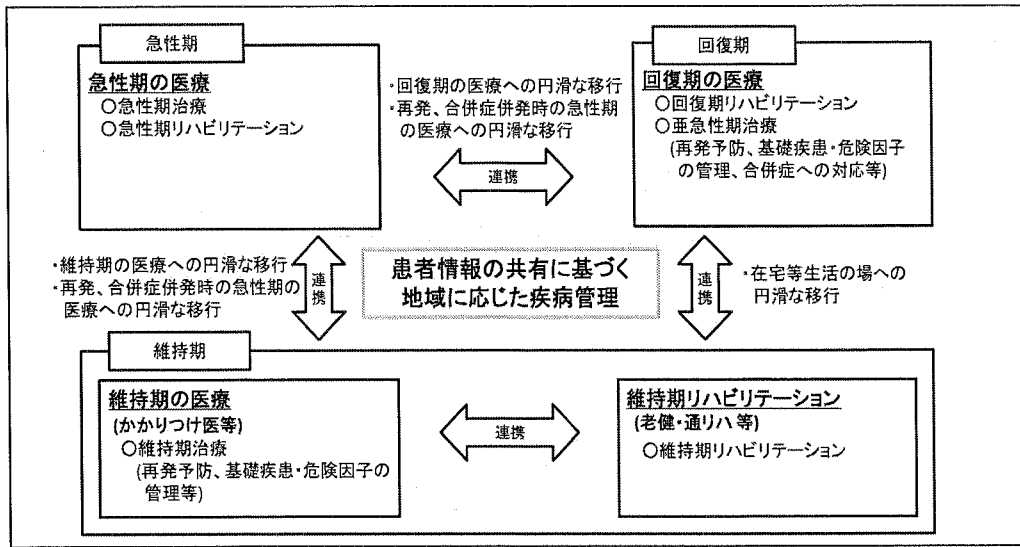
図表 5-2-26 脳卒中の発症～急性期の診療提供体制のイメージ



出典：厚生労働省提供資料

- 急性期の連携に加えて、回復期の医療機関、維持期を担う老人保健施設等、かかりつけ医、訪問看護ステーション、地域包括支援センター*、介護支援専門員*（ケアマネジャー*）等が連携し、患者の状態に応じた医療、ケアを提供する体制を構築する必要があります。また、体制構築のためには患者情報の共有に基づく適切な疾病管理を行う必要があります。
- それぞれの地域において、脳卒中医療連携を推進するためには急性期医療、回復期リハビリテーション、維持期リハビリテーションおよび在宅でのケアを担う各機関が、連携ツールや共通の指標、リハビリテーション実施計画などを明確にした地域連携クリティカルパスを構築していくことが必要です。

図表 5-2-27 脳卒中の診療提供体制の全体像イメージ



出典：厚生労働省提供資料

3. 課題

(1) 予防体制

- 脳卒中による年齢調整死亡率は減少傾向にありますが、全国と比較すると女性は高い水準にあります。また、県内保健所管内別に比較すると、県南部において高い傾向にあります。
- 重症化を防ぐために、生活習慣病対策の推進が重要です。高血圧症や脂質異常症などを早期に発見し、脳卒中の発症を予防するため、特定健康診査の未受診者に対して個別の受診勧奨を行う、休日に健康診査を実施するなど、受診率向上を図る取組が必要です。

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

- 脳卒中の治療にあたる専門科医師の確保が必要であり、特に桑員圏域、伊賀圏域および東紀州圏域において不足しています。また専門科医師が不足する中、救急病院での初期対応等では一般内科医師も重要な役割を担うことから、積極的な関わりが必要です。
- 救急搬送時間は、全国平均とほぼ同水準ですが、救急搬送時の現場滞在時間や病院引継ぎまでの時間において、圏域で差が見られます。
- 発症後、速やかな救急救命処置等の実施と、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送体制が望まれます。

② 急性期の治療

- 伊賀圏域や東紀州圏域では、血管内治療等の実施可能な医療機関が不足しており、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保するために、県内の他圏域や隣県の医療機関とも連携し、脳卒中医療連携体制を充実させる必要があります。

- 地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の実施件数は、特に鈴亀圏域、津圏域、伊賀圏域および東紀州圏域で少ない状況であるため、取組が必要です。
- 早期リハビリテーション実施件数が全国平均を下回っており、実施体制の整備が必要です。

③ 回復期の治療

- 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成件数は、特に鈴亀圏域、伊賀圏域および東紀州圏域で少ない状況であるため、取組が必要です。

④ 在宅医療、医療連携

- 東紀州圏域では、脳卒中医療連携の仕組みを構築し、早期の在宅復帰を促進していく必要があります。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- 多くの県民が、脳卒中予防のための正しい知識を持つとともに、バランスのとれた食生活と適度な運動等により、高血圧症等の生活習慣病の予防や、その改善に取り組んでいます。
- また、脳卒中の発症後の速やかな搬送と、専門的な診療が可能となるよう、二次、三次の救急医療体制が整備されるとともに、脳卒中に関する専門的な診療を行う医療機関が整備されています。
- さらに、急性期から回復期、そして維持期の全ての病期において、切れ目なく適切なリハビリテーション医療が行われており、入院患者が地域に帰っても、かかりつけ医等による継続的な在宅医療等が受けられています。

(2) 取組方向

取組方向1：発症予防対策の充実

取組方向2：迅速な対応が可能な急性期の医療体制の構築

取組方向3：地域における脳卒中医療の急性期、回復期、維持期および在宅医療提供体制の整備

取組方向4：切れ目のない脳卒中医療を推進するための連携体制の充実

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値	
脳血管疾患による年齢調整死亡率 【三重の人口動態】	過去の減少率を勘案し、平成28年の全国値(男性36.2、女性20.0)の▲20%まで低減することを目標とします。	目 標	
		男性 29.0以下	女性 16.0以下
		現 状(H28)	
		男性 34.7	女性 19.8
特定健康診査受診率・ 特定保健指導実施率 【特定健康診査】	特定健康診査受診率および特定保健指導実施率を国の「健康日本21*(第2次)」に準じて向上させることを目標とします。	目 標	
		特定健康診査 受診率 70%以上	特定保健 指導実施率 45%以上
		現 状(H27)	
		特定健康診査 受診率 53.0%	特定保健 指導実施率 17.5%
受入困難事例の割合 【三重県調査】	重症以上の事案において、救急車の現場滞在時間が30分以上および4回以上医療機関に要請を行った割合の低減を目標とします。	目 標	
		30分以上 3.3%	4回以上 2.0%
		現 状(H28)	
		3.8%	2.3%
脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法を24時間実施可能とする圏域 【三重県調査】	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法が、全圏域内で24時間実施可能とすることを目標とします。	目 標	
		8圏域	
		現 状(H29)	
		7圏域	
他の医療機関等と連携のための協議を行う病院数 【三重県調査】	急性期から回復期、維持期にかけて包括的に連携するための協議(同一法人内のみでの協議を除く。)に参加する病院数を増加させることを目標とします。	目 標	
		延べ69施設	
		現 状(H29)	
		延べ53施設	

(4) 取組内容

取組方向1：発症予防対策の充実

- 「三重の健康づくり基本計画」による普及啓発等により、県民に対し、脳卒中予防についての正しい知識の浸透を図るとともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙等の生活習慣病の改善に取り組みます。(県民、事業者、保険者、関係機関、市町、県)
- 脳卒中の発症につながる高血圧のコントロールや、内臓脂肪症候群(メタボリックシンド

ルーム*) の早期発見のため、健康診断等の受診率の向上を図るとともに、県民への保健指導を充実させます。(県民、事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県)

- 脳卒中発症の危険因子である高血圧症、糖尿病、脂質異常症、不整脈等の管理を進めるため、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局の普及啓発を図ります。(医療機関、医師会、薬剤師会、市町、県)

取組方向 2：迅速な対応が可能な急性期の医療体制の構築

- 医療機関の協力を得て、本人、家族等に対して、脳卒中の初期症状や救急時の対応に関する正しい知識、家族等発見者による速やかな救急搬送要請についての必要性の周知に努めます。(県民、医療機関、医師会、消防機関、市町、県)
- 脳梗塞発症後、速やかに t-P A 療法が常時可能な医療機関への搬送が行われるよう、脳卒中医療提供体制について、消防機関と医療機関における情報共有・連携強化を促進します。(医療機関、消防機関、市町、県)
- 地域メディカルコントロール協議会の定めた手順等に従って、脳卒中による救急搬送事例の事後検証を行います。(医療機関、消防機関、市町、県)

取組方向 3：地域における脳卒中医療の急性期、回復期、維持期および在宅医療提供体制の整備

- 各圏域において、t-P A 療法等一般的な急性期医療を 24 時間提供できる体制を確保するため、単一の医療機関で実施することが困難な場合は、圏域内の複数の医療機関が連携する等の取組を進めます。(医療機関、市町、県)
- 桑員圏域、伊賀圏域および東紀州圏域については、神経内科医、リハビリテーション科医が不足していることから、圏域内の中核病院における診療体制の充実を図るとともに、ドクターヘリの活用や、隣県の医療機関とも連携した体制の整備に努めます。(医療機関、関係機関、市町、県)
- 在宅療養患者については、入院医療機関と在宅医療に係る機関との情報共有や連携を図り、24 時間切れ目のない継続的な医療提供体制を確保するとともに、身近な地域で在宅医療が受けられるよう、訪問診療を実施する一般診療所や在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーション等の充実を図ります。(医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 入院時から退院後の生活を見据えた支援が行われるよう、入院医療機関において退院支援・調整に関わる職種等を対象とした研修を行います。(医療機関、医療関係団体、関係機関、市町、県)
- 回復期・維持期における摂食・嚥下等の口腔機能の回復や、誤嚥性肺炎等の予防のための口腔ケアの促進に取り組みます。(医療機関、歯科医師会、県)

取組方向 4：切れ目のない脳卒中医療を推進するための連携体制の充実

- 各脳卒中医療連携圏域で、各病期に対応したリハビリテーション機能が切れ目なく展開されるよう、医療機関や介護施設、関係団体等による連携強化を促進していきます。(医療機関、介護施設、医療・介護関係団体、市町、県)
- 脳卒中患者が退院後、安定した地域生活が送れるよう、かかりつけ医や介護保険サービス

事業者（介護支援専門員、訪問看護・訪問介護事業者、リハビリテーション事業者等）との情報共有を促進します。（医療機関、介護施設、市町、県）

- 各脳卒中医療連携圏域で脳卒中地域連携クリティカルパスが構築されるよう、ICTの活用も含め、関係機関が連携して取り組みます。（医療機関、介護施設、医師会、関係機関、市町、県、）
- 三重県脳卒中医療福祉連携懇話会において、地域における脳卒中医療福祉連携のシステムづくりのための情報交換、調査等を行います。（医療機関、介護施設、医療関係団体、県）

第3節 | 心筋梗塞等の心血管疾患対策

1. 心筋梗塞等の心血管疾患における医療の現状

(1) 心筋梗塞等の心血管疾患の疫学

① 急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞とは、心臓に十分に血液がいきわたっていない「虚血性心疾患」の一つで、心臓に酸素と栄養を送る血管である冠動脈に血栓が詰まって心臓の筋肉に血液が流れなくなり、その細胞が壊死してしまう状態です。
- 心筋梗塞は、心電図上の所見によりST上昇型心筋梗塞*と非ST上昇型心筋梗塞*に大別されます。
- 本県における心疾患を原因とする死亡数は年間 2,926 人であり、死因別の割合としてはがんに次いで第2位となっています。また心疾患のうち急性心筋梗塞による死亡数は678人で、心疾患による死亡割合の23.2%を占めています¹。
- 本県の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万人あたりの年齢構成を調整した死亡率）は男性20.6（全国15.5）、女性7.6（全国5.7）であり、全国値を上回っています。

図表 5-3-1 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）

	区分	心疾患	
			急性心筋梗塞
男	全国 ¹	64.5	15.5
	三重県 ²	65.7	20.6
女	全国 ¹	33.1	5.7
	三重県 ²	33.0	7.6

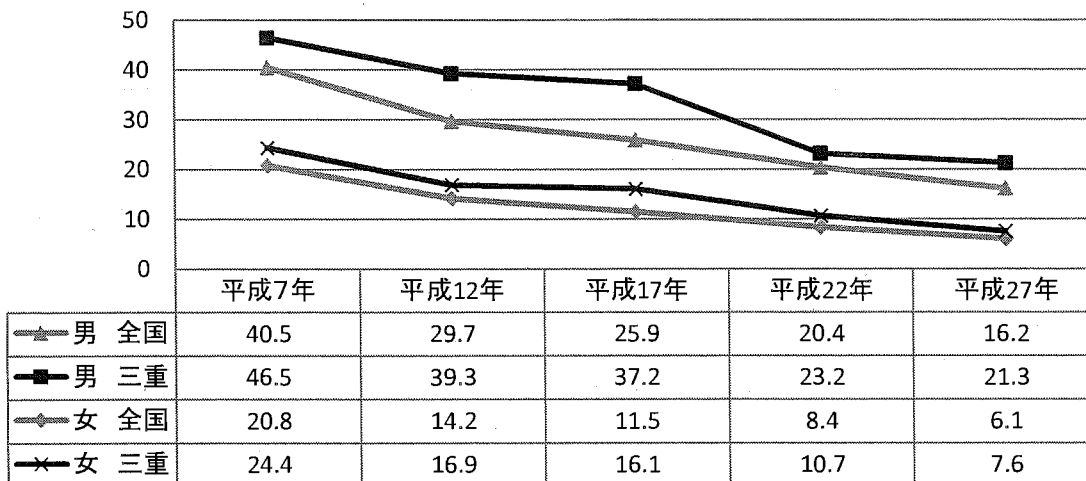
資料：¹厚生労働省「平成28年 人口動態調査」

²三重県「平成28年 三重県の人口動態」

¹ 出典：厚生労働省「平成28年 人口動態調査」

- 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、平成7（1995）年から男女ともに経年的に低下していますが、男女ともに全国の水準をやや上回って推移しています。

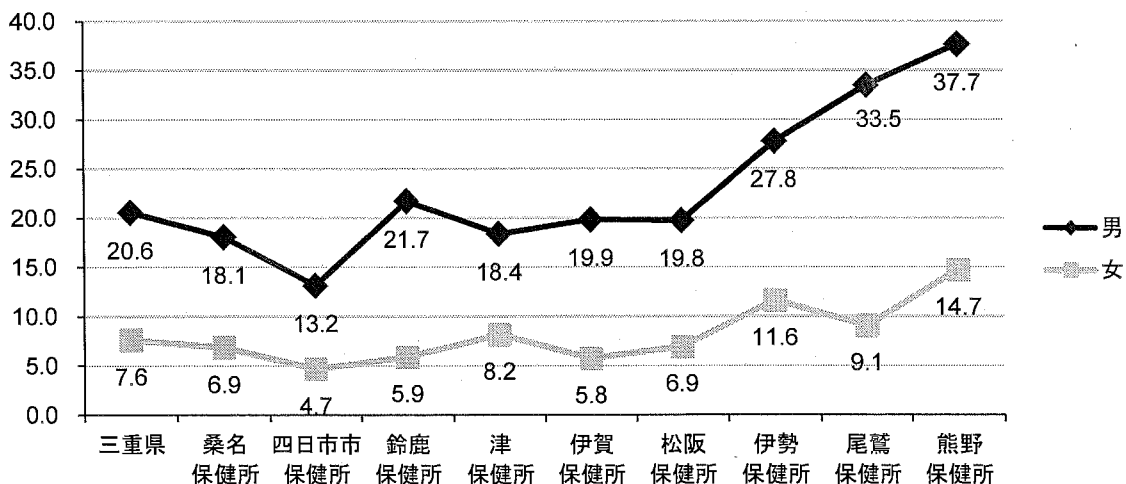
図表 5-3-2 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)



資料：厚生労働省「平成 27 年 都道府県別年齢調整死亡率」

- 県内各保健所管内別の年齢調整死亡率を比較すると、伊勢、尾鷲および熊野保健所管内で高く、桑名および四日市市保健所管内で低い傾向にあります。

図表 5-3-3 各保健所管内別の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)



資料：三重県「平成28年 三重県の人口動態」

② 大動脈解離

- 大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔(真腔・偽腔)になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、さまざまな症状をきたします。また、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれます。
- 大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈*に解離が及んでいる Stanford A 型と上行大動脈に解離が及んでいない Stanford B 型に分類されます。

- 本県における大動脈瘤および解離を原因とする死亡数は年間 311 人であり、死因別の割合としては第 8 位となっています²。
- 本県の大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率は男性 7.4(全国 6.4)、女性 3.1(全国 3.3)であり、男性は全国値を上回っており、女性は全国値と同水準となっています。

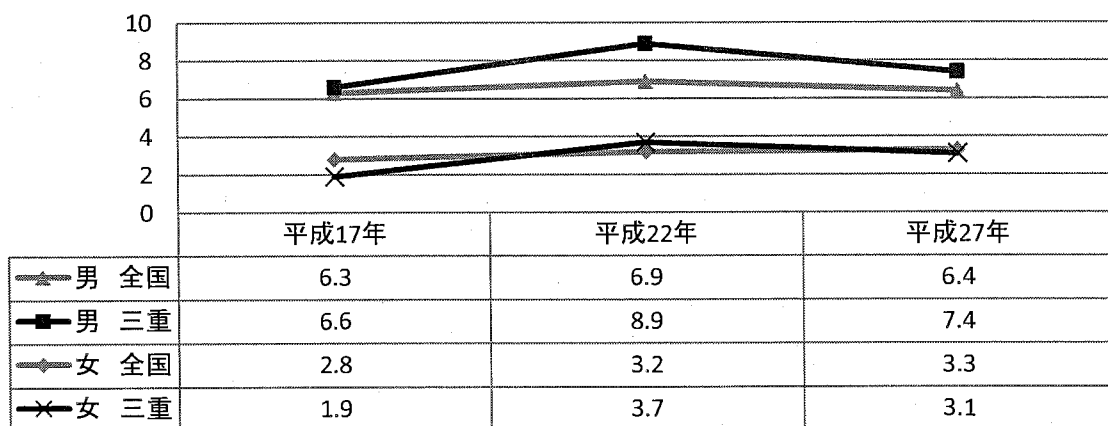
図表 5-3-4 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)

	区分	大動脈瘤および解離
男	全国	6.4
	三重県	7.4
女	全国	3.3
	三重県	3.1

資料：厚生労働省「平成27年 都道府県別年齢調整死亡率」

- 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率は、平成 17 (2005) 年と比較すると、やや増加しています。女性については、全国と同水準で推移していますが、男性については、全国の水準をやや上回って推移しています。

図表 5-3-5 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)



資料：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」(平成 17 年、22 年、27 年)

- DPC*データによると平成 27 (2015) 年度の県内の DPC 対象医療機関における解離性大動脈瘤の退院件数は 173 件であり、近年は増加傾向にあります。

図表 5-3-6 DPC対象医療機関における解離性大動脈瘤の退院患者数

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
手術なし		59	103	120
手術あり	ステントグラフト*内挿術	0	0	17
	その他の手術	24	42	36
計		83	145	173

資料：厚生労働省「診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会」

² 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

③ 慢性心不全

- 慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流をきたし日常生活に支障が生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、さまざまな症状をきたします。
- 本県における心不全を原因とする死亡数は年間 933 人であり、心疾患による死亡割合の 31.9%を占めています³。
- 本県の心不全の年齢調整死亡率は男性 14.6 (全国 16.7)、女性 10.6 (全国 12.0) であり、全国値を下回っています。

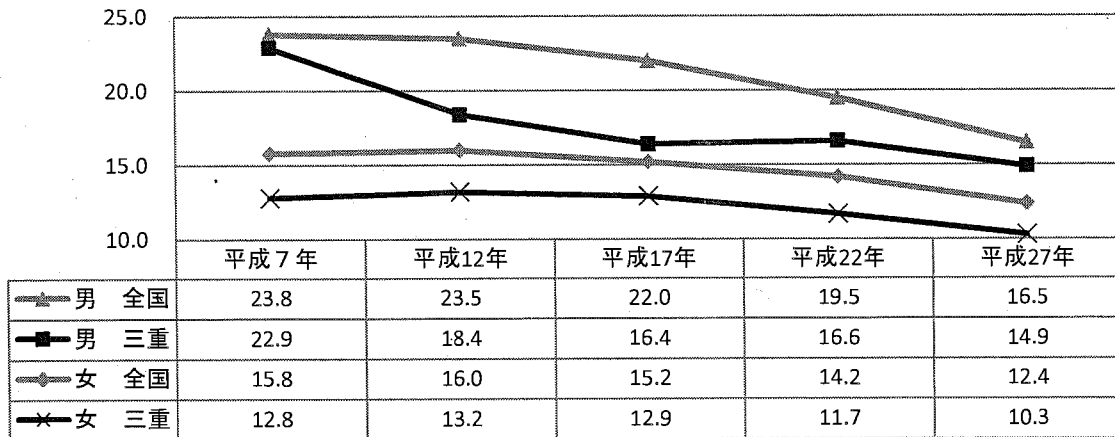
図表 5-3-7 心不全の年齢調整死亡率 (人口 10 万人あたり)

	区分	心不全
男	全国 ¹	16.7
	三重県 ²	14.6
女	全国 ¹	12.0
	三重県 ²	10.6

資料：¹厚生労働省「平成28年 人口動態調査」
²三重県「平成28年 三重県の人口動態」

- 心不全の年齢調整死亡率は、平成 7 (1995) 年から男女ともに全国の水準をやや下回りながら、経年的に低下しています。

図表 5-3-8 心不全の年齢調整死亡率 (人口 10 万人あたり)



資料：厚生労働省「平成 27 年 都道府県別年齢調整死亡率」

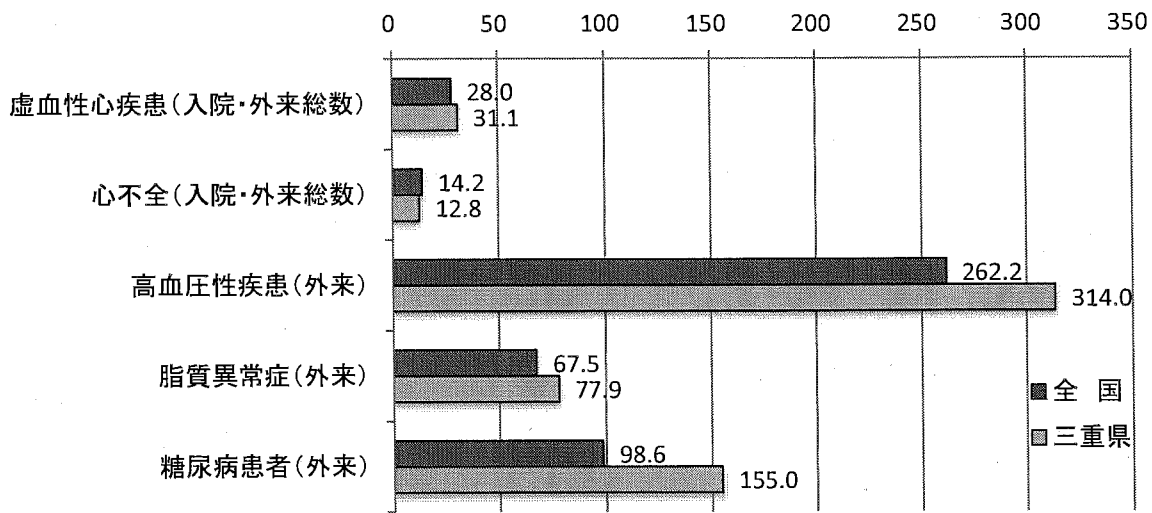
³ 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

(2) 受療動向

① 心疾患に関連する疾患の年齢調整受療率

- 本県における人口10万人あたりの虚血性心疾患(入院・外来総数)の年齢調整受療率は、31.1で、全国値の28.0を上回っていますが、心不全(入院・外来総数)については、12.8で、と全国値の14.2を下回っています。また、高血圧性疾患(外来)、脂質異常症(外来)、糖尿病患者(外来)の年齢調整受療率については、全国値を上回っています。

図表 5-3-9 心疾患に関連する疾患の年齢調整受療率(人口10万人あたり)



資料：厚生労働省「平成26年患者調査」、総務省「人口推計」(平成26年10月1日現在)

② 受療動向

- NDBによると、本県の平成27(2015)年4月～平成28(2016)年3月における急性心筋梗塞(主病名)のレセプト件数は、入院で1,196件、外来で11,620件ありました。
- 入院患者については、61件(5.1%)が県外へ流出していますが、県外からの流入はありません。外来患者については、326件(2.8%)が県外へ流出し、77件(0.7%)が県外から流入しており、流出超過となっています。
- 二次医療圏ごとの流出入については、入院では南勢志摩医療圏のみ流入超過で、外来では北勢医療圏および南勢志摩医療圏で流入超過となっています。また、入院、外来とも特に東紀州医療圏で流出が顕著となっています。

図表 5-3-10 二次医療圏別 急性心筋梗塞(主病名) 入院患者の流出・流入状況
(単位：件)

医療機関 所在地 患者所在地	総 数	北勢 医療圏	中勢伊賀 医療圏	南勢志摩 医療圏	東紀州 医療圏	県外	流出率
総 数	1,196	413	272	423	27	61	5.1%
北勢医療圏	424	413				11	2.6%
中勢伊賀医療圏	304		272	12		20	10.5%
南勢志摩医療圏	395			395		0	0.0%
東紀州医療圏	73			16	27	30	63.0%
県 外	0	0	0	0	0	—	—
流入率	0.0%	0.0%	0.0%	6.6%	0.0%	—	—

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

図表 5-3-11 二次医療圏別 急性心筋梗塞(主病名) 外来患者の流出・流入状況
(単位：件)

医療機関 所在地 患者所在地	総 数	北勢 医療圏	中勢伊賀 医療圏	南勢志摩 医療圏	東紀州 医療圏	県外	流出率
総 数	11,620	5,664	2,407	3,018	205	326	2.8%
北勢医療圏	5,633	5,510	15			108	2.2%
中勢伊賀医療圏	2,526	126	2,322	53		25	8.1%
南勢志摩医療圏	2,970		12	2,947		11	0.8%
東紀州医療圏	414		22	18	192	182	53.6%
県 外	77	28	36	0	13	—	—
流入率	0.7%	2.7%	3.5%	2.4%	6.3%	—	—

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。

※空白欄は10件未満のため非公表であり、また、合計数には含まれていません。

※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

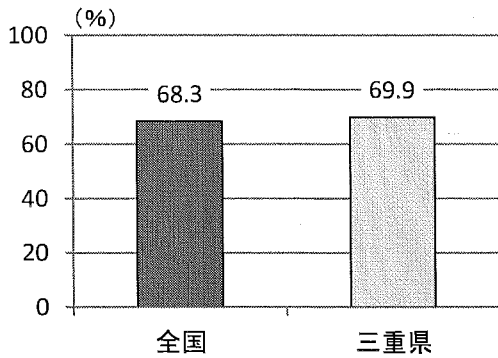
(3) 心筋梗塞等の心血管疾患の予防

- 急性心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子は、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病に基づくものや喫煙、肥満、ストレス等があり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 本県の健康診断・健康診査の受診率は69.9%で、全国の68.3%と比較して高い傾向にあります。
- 本県における平成27(2015)年度の特健康診査の受診率は53.0%で、全国値50.1%を上回っています。また、特定保健指導の実施率は17.5%で、全国値17.5%と同率です⁴。
- 本県の喫煙率は、男性29.6%(全国31.1%)、女性6.9%(全国9.5%)であり、全国平

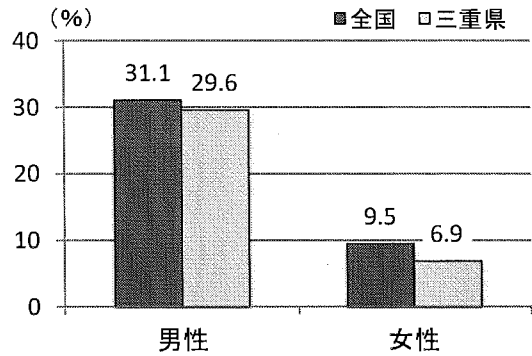
⁴ 出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

均を下回っています。

図表 5-3-12 健康診断・健康診査の受診率



図表 5-3-13 全国と三重県の男女別喫煙率



資料：いずれも厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」

- 禁煙外来を行っている病院数は、人口 10 万人あたり県全体で 1.1 施設あり、全国値 1.9 施設を下回っています。また、禁煙外来を行っている一般診療所数は、人口 10 万人あたり県全体で 11.9 施設あり、全国値 10.0 施設を上回っています。

図表 5-3-14 禁煙外来を行っている診療所数および病院数

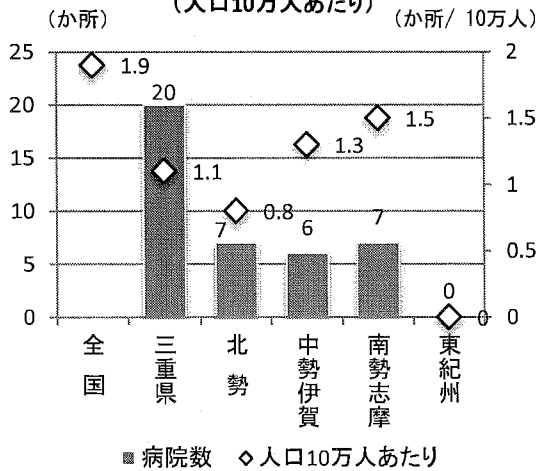
(単位：か所)

二次医療圏	病院数	人口 10 万人あたり病院数	一般診療所数	人口 10 万人あたり診療所数
全国	2,410	1.9	12,692	10.0
三重県	20	1.1	216	11.9
北勢医療圏	7	0.8	81	9.7
中勢伊賀医療圏	6	1.3	52	11.5
南勢志摩医療圏	7	1.5	72	15.7
東紀州医療圏	0	0	11	15.0

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査 (個票解析)」、総務省「人口推計」(平成 26 年 10 月 1 日現在)、三重県「月別人口調査」(平成 26 年 10 月 1 日現在)

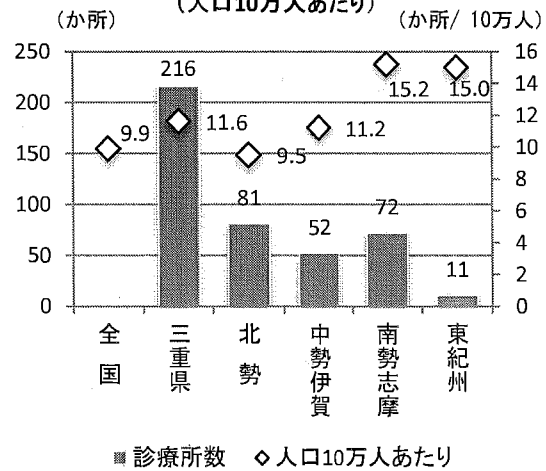
禁煙外来を行っている病院数

(人口 10 万人あたり)



禁煙外来を行っている一般診療所数

(人口 10 万人あたり)



- ニコチン依存管理料を算定する患者数は、人口 10 万人あたり県全体で 422.2 人であり、全国値 406.2 人を上回っています。

図表 5-3-15 ニコチン依存症管理料を算定する患者数
(単位：人)

二次医療圏	ニコチン依存管理料を算定する患者数 (レセプト件数)	ニコチン依存管理料を算定する患者数 (人口 10 万人あたり)
全 国	520,837	406.2
三重県	7,854	422.2
北勢医療圏	3,479	408.5
中勢伊賀医療圏	2,089	452.8
南勢志摩医療圏	2,022	429.6
東紀州医療圏	264	345.3

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

(4) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療

① 医療提供体制

- 本県では救命救急センターを備えた病院が北勢医療圏に 2 施設(四日市市)、中勢伊賀医療圏に 1 施設(津市)、南勢志摩医療圏に 1 施設(伊勢市)あります。

図表 5-3-16 救命救急センターを有する病院数
(単位：か所)

二次医療圏	実数	人口 100 万人あたり施設数
全国	270	2.1
三重県	4	2.2
北勢医療圏	2	2.3
中勢伊賀医療圏	1	2.2
南勢志摩医療圏	1	2.1
東紀州医療圏	0	0.0

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「人口推計」(平成 26 年 10 月 1 日現在)、三重県「月別人口調査」(平成 26 年 10 月 1 日現在)

- 本県における循環器内科医師数は 317 人、心臓血管外科医師数は 46 人であり、人口 10 万人あたりの医師数は、いずれも全国値を下回っています。また、主たる診療科を循環器内科とする医師数は 138 人、心臓血管外科とする医師数は 36 人で、人口 10 万人あたりの医師数は、いずれも全国値を下回っています。
- 構想区域別にみると人口 10 万人あたりの医師数は、循環器内科医師については、桑員、津、および松阪区域で、主たる診療科を循環器内科とする医師については、津区域で全国値を上回っています。心臓血管外科医師および主たる診療科を心臓血管外科とする医師については、津および伊勢志摩区域で全国値を上回っておりますが、東紀州区域では医師数が 0 となっています。

図表 5-3-17 循環器内科・心臓血管外科医師数

(単位：人)

二次医療圏 ・構想区域	循環器内科				心臓血管外科			
	医師数		うち主たる診療科と回答した数		医師数		うち主たる診療科と回答した数	
	実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	実数	10万人あたり
全国	22,674	17.9	12,456	9.8	3,590	2.8	3,137	2.5
三重県	317	17.5	138	7.6	46	2.5	36	2.0
北勢医療圏	147	17.5	58	6.9	14	1.7	10	1.2
桑員区域	40	18.4	21	9.6	5	2.3	3	1.4
三泗区域	64	17.0	27	7.2	8	2.1	6	1.6
鈴亀区域	43	17.4	10	4.1	1	0.4	1	0.4
中勢伊賀医療圏	88	19.7	43	9.6	18	4.0	15	3.4
津区域	67	24.0	32	11.5	15	5.4	12	4.3
伊賀区域	21	12.5	11	6.5	3	1.8	3	1.8
南勢志摩医療圏	78	17.3	37	8.2	14	3.1	11	2.4
松阪区域	43	19.7	21	9.6	6	2.7	5	2.3
伊勢志摩区域	35	15.1	16	6.9	8	3.5	6	2.6
東紀州医療圏(区域)	4	5.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0

資料：厚生労働省「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、総務省「人口推計」(平成28年10月1日現在)、三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

- 急性心筋梗塞等の重篤な患者を集中治療する心臓内科系集中治療室(Cardiac Care Unit、以下「CCU*」という。)を設置する病院は県内に9施設あり、人口10万人あたりの施設数(0.5施設)は、全国値(0.3施設)を上回っています。
- CCU設置病院における専用病床は35床あり、人口10万人あたりの病床数(1.9床)は、全国値(1.4床)を上回っています。

図表 5-3-18 CCUを有する病院数と病床数

(単位：か所、床)

二次医療圏	施設数	人口10万人あたり施設数	病床数	人口10万人あたり病床数
全国	323	0.3	1,759	1.4
三重県	9	0.5	35	1.9
北勢医療圏	2	0.2	11	1.3
中勢伊賀医療圏	1	0.2	3	0.6
南勢志摩医療圏	6	1.3	21	4.4
東紀州医療圏	0	0.0	0	0.0

資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」、総務省「人口推計」(平成26年10月1日現在)、三重県「月別人口調査」(平成26年10月1日現在)

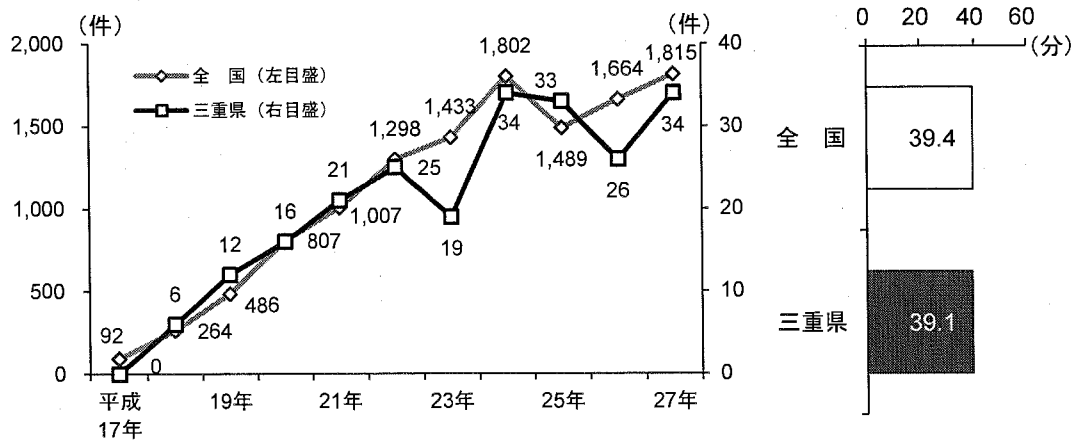
② 発症後の救護・搬送等

- 前胸骨部から左前胸部にかけて激しい胸痛が生じるなどの急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる人は速やかに救急要請を行うことが重要です。
- 急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる者や救急救命

士等による心肺蘇生の実施やAED*（自動体外式除細動器）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが必要です。

- AEDは、全国に約48万台普及しており、住民による心肺機能停止傷病者への応急手当実施率は約48%となっています⁵。
- 本県の心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち県民により除細動が実施された件数は全国と同様に増加傾向にありますが、近年は増減を繰り返しています。
- 平成27（2015）年の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は39.1分で、全国値の39.4分とほぼ同水準です。

図表 5-3-19 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち住民により除細動が実施された件数(左図)
救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間(右図)



資料：消防庁「平成28年 救急・救助の現況」

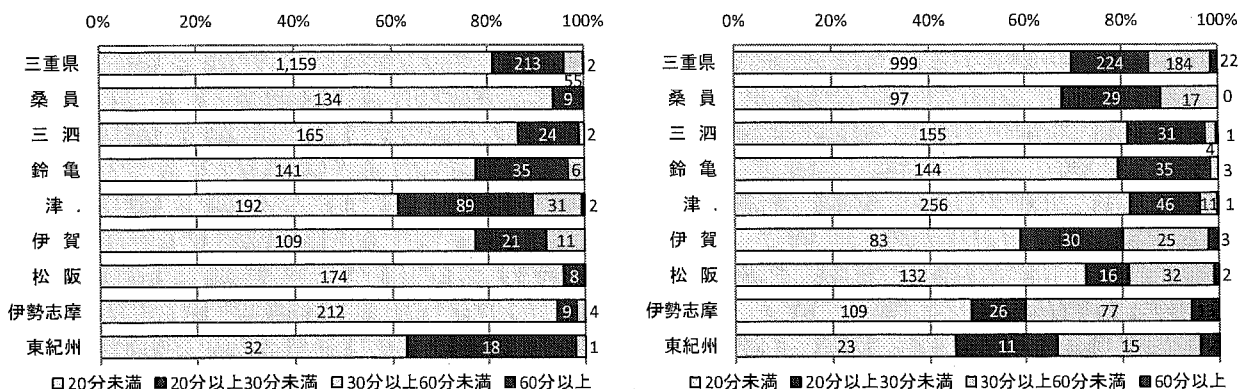
- 県内において、平成27（2015）年の救急蘇生法講習（普通・上級講習）の受講者数は、人口1万人あたり116人であり、全国値の112人を上回っています⁶。
- 構想区域別に心疾患患者の救急搬送状況をみると、現場到着から現場出発時間（現場滞在時間）が20分以上の件数割合は、津および東紀州区域において高くなっています。また、現場出発から病院引継ぎまでの時間については、伊賀、伊勢志摩および東紀州区域において30分以上の件数割合が高くなっています。

⁵ 出典：厚生労働科学研究「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」（主任研究者 坂本哲也）（平成26年度）

⁶ 出典：三重県調査

図表 5-3-20 心疾患患者の救急搬送時間別件数割合（構想区域別）

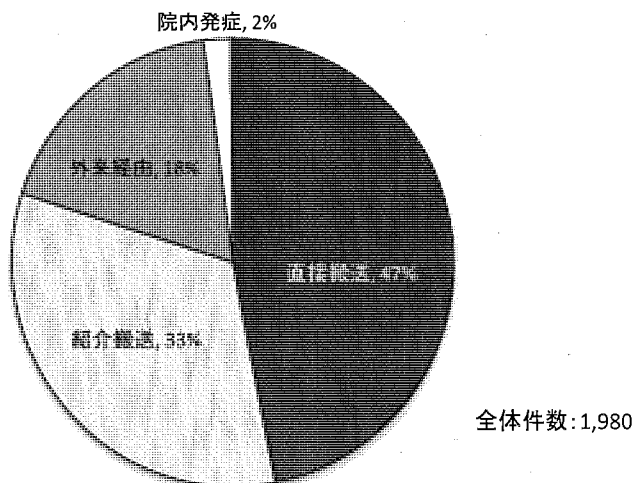
現場滞在時間(左図)、現場出発から病院引継ぎまでの時間(右図)



※消防本部単位で集計をしているため、松阪構想区域の搬送件数に南伊勢町(旧南島町)の数を含んでいます。
 資料：三重県調査(「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」(実施基準)が適用された傷病者の搬送に関するデータ)(平成28年1~12月)

- 急性心筋梗塞を発症してカテーテル治療を受けるまでの経路としては、①119番コールをして直接救急車で病院へ搬送(直接搬送)、②近隣の医療機関・クリニックで受診し、そこからの紹介搬送(紹介搬送)、③カテーテル治療施設の外来を受診(外来経由)、④医療機関内での発症(院内発症)の4つがあります。
- 本県において、これら4つの経路で最も多いものは、直接搬送の47%ですが、全体の半数を満たしておらず、次いで紹介搬送が33%を占めています。

図表 5-3-21 急性心筋梗塞患者の搬送経路別割合



資料：NPO法人 みえ循環器・腎疾患ネットワーク「三重県ACSレジストリーデータ」
 (平成25年1月~平成27年12月)

- 搬送経路の違いによる発症から病院到着までの時間については、直接搬送が平均値で113分と最も短く、紹介搬送は346分、外来経由は391分を要しており、直接搬送と紹介搬送および外来経由とでは、病院到着時点で既に2時間以上の差が出ています。

図表 5-3-22 急性心筋梗塞患者の経路別搬送時間

	直接搬送	紹介搬送	外来経由
平均値	113 分	346 分	391 分
中央値	81 分	224 分	201 分

(全体件数：1980)

資料：NPO 法人 みえ循環器・腎疾患ネットワーク「三重県ACSレジストリーデータ」
(平成 25 年 1 月～平成 27 年 12 月)

③ 診断

- 急性心筋梗塞については、問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、X線検査や心エコー検査等の画像診断、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行って診断します。
- 特にST上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療とを一体的に行える冠動脈造影検査を、発症後速やかに実施することが重要です。非ST上昇型心筋梗塞では適切な薬物療法を行いつつ、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行います。
- 大動脈解離については、問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（X線検査、超音波検査、CT等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた正確な診断が可能になります。
- また、Stanford A型とStanford B型では、基本的な治療方針が異なるため、解離の範囲の評価は、適切な治療方針を決定する上で重要です。
- 心不全については、問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、X線検査や超音波検査等の画像検査を行うことで正確な診断が可能になります。同時に、心不全原因疾患の評価も重要であり、必要に応じて心臓カテーテル検査等を行います。
- 本県において、冠動脈造影検査、治療が実施可能な病院数は26施設で、人口10万人あたりの施設数（1.4施設）は、全国値（1.3施設）と同水準です。

図表 5-3-23 冠動脈造影検査、治療が実施可能な病院数

(単位：か所)

二次医療圏	実数	人口10万人あたり施設数
全国	1,702	1.3
三重県	26	1.4
北勢医療圏	13	1.5
中勢伊賀医療圏	6	1.3
南勢志摩医療圏	6	1.3
東紀州医療圏	1	1.3

資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成26年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月1日現在）

- NDBによると、本県で平成27（2015）年4月から平成28（2016）年3月の間に冠動脈CTを実施した医療機関は、入院で17施設、外来で23施設、冠動脈造影を実施した医療機関は、入院で26施設、外来で7施設あります。冠動脈CTについては、東紀州医療圏では実施されていません。

図表 5-3-24 冠動脈CT、冠動脈造影の実施医療機関

(単位：か所)

二次医療圏	冠動脈CT (算定医療機関数)		冠動脈造影 (算定医療機関数)	
	入院	外来	入院	外来
全国	979	1,096	1,555	239
三重県	17	23	26	7
北勢医療圏	8	13	11	*
中勢伊賀医療圏	5	5	7	*
南勢志摩医療圏	4	5	7	*
東紀州医療圏	0	0	*	*

*: NDB利用ルールにより3件未満のため非公表

資料：厚生労働省「NDB」(平成27年度)

- NDBによると、本県で平成27(2015)年4月から平成28(2016)年3月の間に入院で冠動脈造影を実施した件数は7,930です。地域別にみると、全ての構想区域で実施されており、10万人あたりの実施件数では、特に松阪区域での実施件数が多くなっています。

図表 5-3-25 冠動脈造影の実施件数(入院)

(単位：件)

構想区域	冠動脈造影に係る レセプト件数	冠動脈造影に係る レセプト件数 (人口10万人あたり)
三重県	7,930	426.3
桑員区域	916	414.0
三泗区域	1,578	416.0
鈴亀区域	718	286.0
津区域	1,378	484.2
伊賀区域	549	310.6
松阪区域	1,974	870.7
伊勢志摩区域	696	285.3
東紀州区域	121	158.3

資料：厚生労働省「NDB」(平成27年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成27年1月1日現在)

④ 心筋梗塞等の心血管疾患の治療

- 急性心筋梗塞の治療においては、発症後速やかに専門的治療が実施できる体制整備が重要であり、急性心筋梗塞の患者が医療機関到着後30分以内に治療が開始できる体制が必要です。
- 急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ST上昇型心筋梗塞、非ST上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われます。
- ST上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査およびそれに続く経皮的冠動脈インターベンション(PCI*)により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体であり、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性は高くなります。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術(CABG*)等の外科的治療が第一選択となることもあります。
- 非ST上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物治療に加えて、必要に応じて早期に冠動

脈造影検査を行い、適応に応じてPCI、CABGを行います。

- 急性大動脈解離の治療では、厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかが、予後を左右する最も重要な判断となります。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択されます。
- Stanford A 型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、多くが緊急の外科的治療の適応となります。
- Stanford B 型急性大動脈解離は、A 型急性大動脈解離よりも自然予後がよいため、その多くで内科的治療が選択されます。しかし、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となります。また近年、合併症を有する B 型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもあります。
- 慢性心不全患者については、症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT*）や植込み型除細動器（ICD）による治療が行われることもあります。
- 心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要です。心不全による症状が、急性に出現・悪化する急性増悪の状態では、内科的治療を中心とした、循環管理、呼吸管理等の全身管理が必要となります。また、心不全の増悪要因によっては、PCI や外科的治療が必要となることもあります。
- 病院到着から再灌流治療を受けるまでの時間は、急性心筋梗塞に対する救急対応能力を示す指標にもなり、90 分未満の達成が強く推奨されています。本県の病院到着から再灌流治療を受けるまでの時間と院内死亡率の関係を見てみると、再灌流までの時間が 90 - 120 分を境に死亡率が高くなっています。

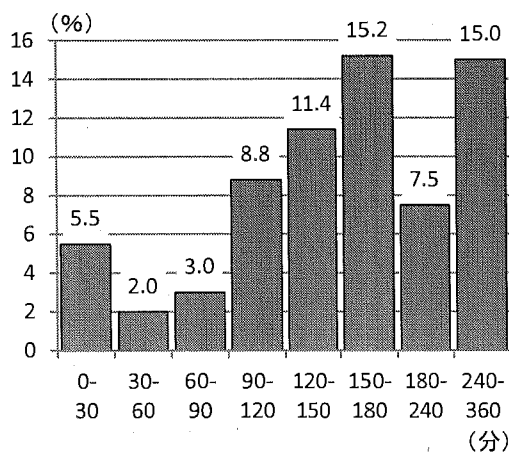
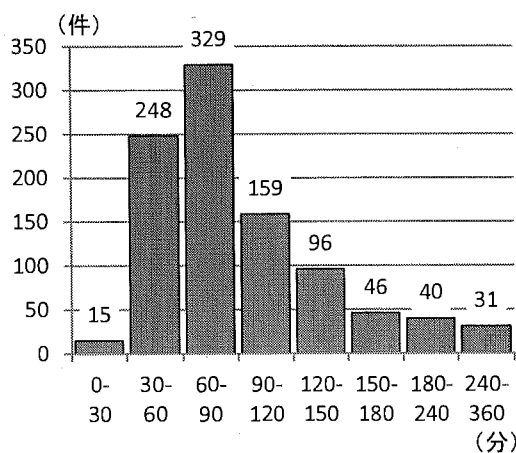
図表 5-3-26 病院到着から再灌流までの時間と院内死亡率

緊急 PCI を受けた発症 24 時間以内の急性心筋梗塞

全体件数：998

【再灌流までの時間の分布】

【院内死亡率】



資料：NPO 法人 みえ循環器・腎疾患ネットワーク「三重県 ACS レジストリーデータ」
(平成 25 年 1 月～平成 27 年 12 月)

- NDBによると、本県の平成 27 (2015) 年 4 月から平成 28 (2016) 年 3 月の間における急性心筋梗塞に対するカテーテルを用いた経皮的冠動脈インターベンションの実施件数は 3,823 件あり、人口 10 万人あたり 205.5 件と、全国値 171.3 件を上回っています。また、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術の実施件数は 250 件あり、人口 10 万人あたり 13.4 件と、全国値 12.9 件をやや上回っています。
- 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションは、各医療圏で実施されていますが、人口 10 万人あたりでは南勢志摩医療圏で多く実施されています。虚血性心疾患に対する人口 10 万人あたりの心臓血管外科手術は、南勢志摩医療圏で多く実施され、東紀州保健医療圏では実施されていません。

図表 5-3-27 手術等の件数

(単位：件)

二次医療圏	急性心筋梗塞に対する 経皮的冠動脈インターベンション		虚血性心疾患に対する 心臓血管外科手術	
	件数	人口 10 万人 あたり	件数	人口 10 万人 あたり
全国	219,623	171.3	16,507	12.9
三重県	3,823	205.5	250	13.4
北勢医療圏	1,294	151.9	99	11.6
中勢伊賀医療圏	1,178	255.3	66	14.3
南勢志摩医療圏	1,284	272.8	85	18.1
東紀州医療圏	67	87.6	0	0

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- NDBによると、本県の平成 27 (2015) 年 4 月から平成 28 (2016) 年 3 月の間における虚血性心疾患に係るカテーテル治療の実施件数は 3,969 件です。地域別にみると、全ての構想区域で実施されており、10 万人あたりの実施件数では、特に松阪区域での実施件数が多くなっています。

図表 5-3-28 虚血性心疾患に対するカテーテル治療件数

(単位：件)

構想区域	カテーテル治療に係るレセプト件数	人口 10 万人あたり
三重県	3,969	213.4
桑員区域	344	155.5
三泗区域	636	167.7
鈴亀区域	340	135.4
津区域	658	231.2
伊賀区域	525	297.0
松阪区域	997	439.7
伊勢志摩区域	402	164.8
東紀州区域	67	87.6

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- NDBによると、本県の平成 27 (2015) 年 4 月から平成 28 (2016) 年 3 月の間における虚血性心疾患に対する心臓血管手術の実施件数は 250 件です。地域別にみると、三泗区域で最も多く、桑員、鈴亀および東紀州区域では実施されていません。

図表 5-3-29 虚血性心疾患に対する心臓血管手術件数
(単位：件)

構想区域	心臓血管手術に係るレセプト件数	人口 10 万人あたり
三重県	250	13.4
桑員区域	0	0.0
三泗区域	99	26.1
鈴亀区域	0	0.0
津区域	55	19.3
伊賀区域	11	6.2
松阪区域	33	14.6
伊勢志摩区域	52	21.3
東紀州区域	0	0.0

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- 本県において、急性心筋梗塞等の患者に対してバルーン（風船）のついた大動脈内カテーテルを用いて心臓の動きを助ける大動脈バルーンポンピング法（IABP*）の実施が可能な医療機関は 25 施設あり、人口 10 万人あたりの施設数は 1.4 施設で、全国値（1.3 施設）と同水準となっています。地域別にみると、全ての構想区域で実施が可能であり、人口 10 万人あたりの施設数では、桑員区域の施設数が多くなっています。

図表 5-3-30 大動脈バルーンポンピング法が実施可能な医療機関数
(単位：か所)

構想区域	医療機関数	人口 10 万人あたり
全国	1,626	1.3
三重県	25	1.4
桑員区域	5	2.3
三泗区域	4	1.1
鈴亀区域	2	0.8
津区域	4	1.0
伊賀区域	3	1.0
松阪区域	4	1.0
伊勢志摩区域	2	0.8
東紀州区域	1	1.3

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」(平成 28 年 3 月 31 日現在)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成 28 年 1 月 1 日現在)

⑤ 疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

- 心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰および社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施します。

- 大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目的とし、外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じて実施することが重要となります。
- 慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、自覚症状や運動耐容能の改善および心不全増悪や再入院の防止を目的とし、患者の状態に応じて実施します。入院中から心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。
- トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施します。
- 心機能の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点があてられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なります。
- 本県において、心血管疾患のリハビリテーションが可能な医療機関は14施設であり、人口10万人あたりでは0.8施設で、全国値と同水準です。地域ごとにみると、人口10万人あたりで、津および松阪区域の施設数が全国値を大きく上回っています。

図表 5-3-31 心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数

(単位：か所)

構想区域	心大血管疾患 リハビリテーション料*Ⅰ		心大血管疾患 リハビリテーション料Ⅱ		合計	
	施設数	人口10万人 あたり	施設数	人口10万人 あたり	施設数	人口10万人 あたり
全国	989	0.8	156	0.1	1,145	0.9
三重県	14	0.8	0	0.0	14	0.8
桑員区域	1	0.5	0	0.0	1	0.5
三泗区域	3	0.8	0	0.0	3	0.8
鈴籠区域	1	0.4	0	0.0	1	0.4
津区域	4	1.4	0	0.0	4	1.4
伊賀区域	1	0.6	0	0.0	1	0.6
松阪区域	3	1.3	0	0.0	3	1.3
伊勢志摩区域	1	0.4	0	0.0	1	0.4
東紀州区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成28年3月31日現在）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

- NDBによると、本県で平成27（2015）年4月から平成28（2016）年3月の間に心大血管疾患に対するリハビリテーションを実施した件数は入院3,188件、外来3,039件であり、10万人あたりの実施件数は入院171.4件、外来163.4件で、入院では全国を下回っていますが、外来は全国平均を上回っています。地域別にみると、10万人あたりの実施件数は、入院では津および松阪区域で、外来では津および伊賀区域での実施件数が多くなっています。

図表 5-3-32 心大血管疾患に対するリハビリテーションの実施件数

(単位：件)

構想区域	リハビリテーションに係るレセプト件数		人口 10 万人あたり	
	入院	外来	入院	外来
全国	373,095	175,691	291.0	137.0
三重県	3,188	3,039	171.4	163.4
桑員区域	176	273	79.6	123.4
三泗区域	328	87	86.5	22.9
鈴亀区域	289	213	115.1	84.8
津区域	809	1,164	284.2	409.0
伊賀区域	249	1,046	140.9	591.8
松阪区域	719	255	317.1	112.5
伊勢志摩区域	618	*	253.3	*
東紀州区域	*	*	*	*

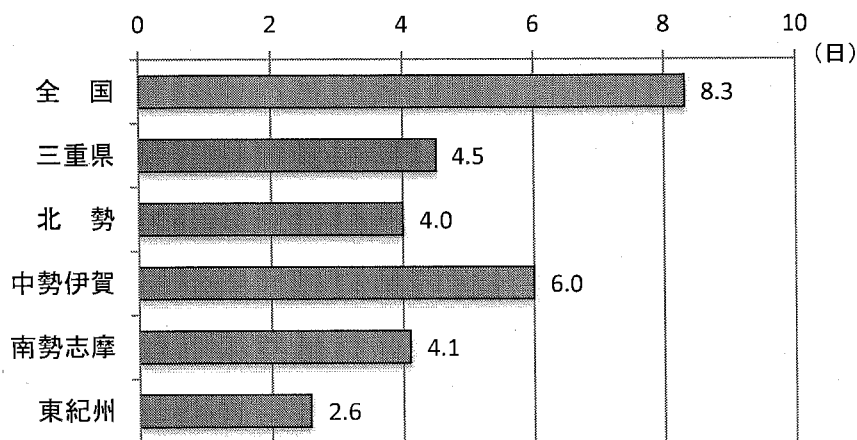
*: NDB利用ルールにより 10 件未満のため非公表

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

⑥ 急性期以後の医療

- 急性心筋梗塞の急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防および再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙等）の管理、患者教育、運動療法等の疾病管理プログラムとしての心大血管疾患リハビリテーションが、退院後も含めて継続的に行われます。
- 発症から 2 週間以上経過した、慢性期*の大動脈解離については、Stanford A 型、B 型共に、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とする内科的治療が行われます。しかし、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもあります。
- 本県における虚血性心疾患患者の平均在院日数は 4.5 日と、全国値 8.3 日と比べて短くなっています。二次医療圏ごとにみると、中勢伊賀医療圏で長く、東紀州保健医療圏で短くなっていますが、いずれの医療圏も全国値より短くなっています。

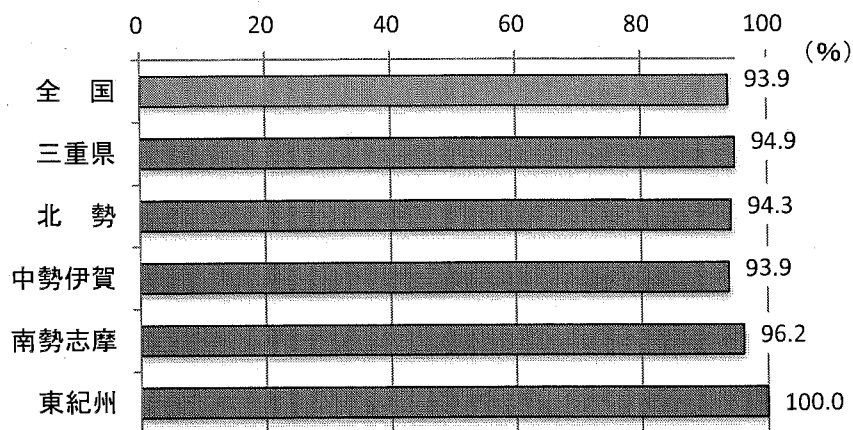
図表 5-3-33 虚血性心疾患患者の平均在院日数(二次医療圏別)



資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」

- 本県において、虚血性心疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合は94.9%で、全国値の93.9%を上回っています。二次医療圏ごとの値についても、全国値と同等以上となっています。

図表 5-3-34 虚血性心疾患退院患者の在宅等への復帰割合



資料：厚生労働省「平成26年 患者調査（個票解析）」

(5) 各地域の医療資源等の現状

図表 5-3-35 各地域の医療資源等の現状

二次医療圏	構想区域	現状
北勢	桑員	<ul style="list-style-type: none"> 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、他の区域および県外に一部の患者が流出しています*。 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、実施されておらず、他の区域等との連携が必要です。 心臓リハビリテーション実施医療機関は、1施設のみであり、人口あたりの実施件数は県平均を下回っています。 人口あたりの循環器内科医師数は県平均を上回っていますが、心臓血管外科医師数は県平均を下回っています。
	三泗	<ul style="list-style-type: none"> 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、他の区域からの流入があります*。 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。 人口あたりの心臓リハビリテーション実施医療機関数については、県平均と同等です。 人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数は、県平均を下回っています。

	鈴亀	<ul style="list-style-type: none"> ・ 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、他の区域との間で患者の流出入があります*。 ・ 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、実施されておらず、他の区域等との連携が必要です。 ・ 心臓リハビリテーション実施医療機関は、1施設のみであり、人口あたりの実施件数は県平均を下回っています。 ・ 人口あたりの循環器内科医師数は県平均と同等ですが、心臓血管外科医師数は県平均を下回っています。
中勢 伊賀	津	<ul style="list-style-type: none"> ・ 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を上回っていますが、他の区域との間で患者の流出入があります*。 ・ 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。 ・ 人口あたりの心臓リハビリテーション実施医療機関数については、県平均を上回っています。 ・ 人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数については、県平均を大きく上回っています。 ・ 救急搬送については、県平均と比較して現場滞在時間が長くなっていますが、救急車に心電図伝送システムを配備し、改善に取り組んでいます。
	伊賀	<ul style="list-style-type: none"> ・ 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、県外に一部の患者が流出しています*。 ・ 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されていますが、人口あたりの実施件数は県平均を大きく下回っています。 ・ 心臓リハビリテーション実施医療機関は、1施設のみであり、人口あたりの実施件数は、入院では県平均を下回っていますが、外来では県平均を上回っています。 ・ 人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数は、県平均を下回っています。
南勢 志摩	松阪	<ul style="list-style-type: none"> ・ 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。また、他の区域からの流入があります*。 ・ 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均をやや上回っています。 ・ 人口あたりの心臓リハビリテーション実施医療機関数については、県平均を上回っています。 ・ 人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数は、県平均を上回っています。

	伊勢 志摩	<ul style="list-style-type: none"> ・ 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、他の区域に一部の患者が流出しています*。 ・ 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。 ・ 心臓リハビリテーション実施医療機関は、1施設のみであり、人口あたりの実施件数は、入院では県平均を上回っていますが、外来では県平均を下回っています。 ・ 人口あたりの循環器内科医師数は県平均を下回っていますが、心臓血管外科医師数は県平均を上回っています。 ・ 救急搬送については、県平均と比較して現場出発から病院引継ぎまでの時間が長くなっています。
東紀 州	東紀 州	<ul style="list-style-type: none"> ・ 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、人口あたりの実施件数は県平均を大きく下回っています。また、他の区域や県外に一定の患者が流出しており*、松阪および伊勢志摩区域との連携が必要です。 ・ 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、実施されておらず、他の圏域等との連携が必要です。 ・ 区域内に心臓リハビリテーション実施医療機関はありません。 ・ 人口あたりの循環器内科医師数は県平均を大きく下回っており、心臓血管外科医師数は0人となっています。 ・ 救急搬送については、現場滞在時間、現場出発から病院引継ぎまでの時間ともに県平均と比較して時間を要しています。

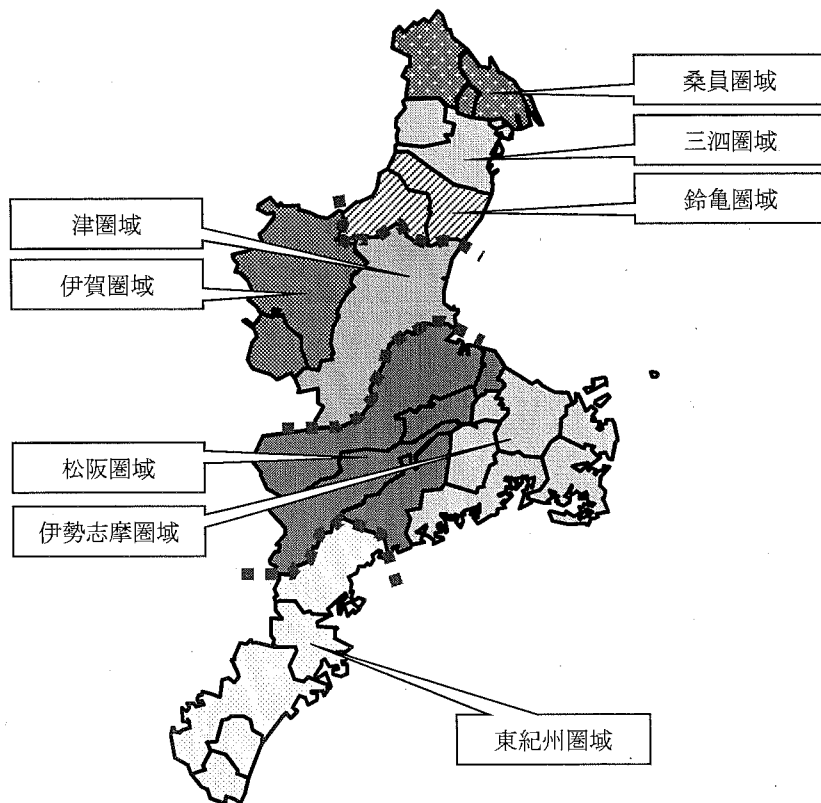
※NDB（平成27年度）データの分析による

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

- 心筋梗塞等の心血管疾患対策については、急性心筋梗塞による突然死を防ぐために、早急に適切な治療を開始する体制の構築を進めるとともに、急性期の治療に引き続く、回復期および慢性期の適切な治療を含めた医療提供体制を構築することが必要となります。
- 本県では、平成 29 (2017) 年 3 月に団塊の世代が 75 歳以上を迎える平成 37 (2025) 年を視野に、「三重県地域医療構想」を策定し、病床機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など、地域のあるべき医療提供体制について議論を進める区域として、8つの地域医療構想区域（桑員、三泗、鈴亀、津、伊賀、松阪、伊勢志摩、東紀州）を設定しました。
- 心筋梗塞等の心血管疾患対策においては、予防、急性期、回復期および慢性期の各段階における地域の実情に応じた切れ目のない連携体制が必要であることから、圏域については、構想区域を基本とします。しかしながら、急性大動脈解離の治療や心臓血管外科手術などの高度な医療等については、各圏域において提供が困難であることから、圏域を超えた、より広域的な範囲（二次医療圏等）での連携により対応することとします。

【心筋梗塞等の心血管対策における圏域】



(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 心筋梗塞等の心血管疾患対策における各医療機能を担う医療機関

図表 5-3-36 心筋梗塞等の心血管疾患対策における各医療機能を担う医療機関数

圏域	医療機能	受入れ可能範囲			CCUまたは準じる専門病棟等を設定している施設	冠動脈造影検査・治療を実施している施設	大動脈バルーンパンピング法を実施している施設	心臓血管外科手術の実施可能施設			心大血管疾患リハビリテーション届出施設	心臓リハビリテーション指導士を配置している施設	地域連携クリティカルパスを導入している施設
		急性心筋梗塞等の虚血性心疾患	大動脈解離	慢性心不全				急性心筋梗塞等の虚血性心疾患	大動脈解離	その他			
北勢	桑員	5	2	8	1	5	4	2	1	2	1	0	1
	三泗	4	2	8	3	4	4	3	2	3	4	2	4
	鈴亀	2	0	6	2	2	2	0	0	0	1	1	0
中勢 伊賀	津	4	3	8	3	4	4	3	2	3	4	2	1
	伊賀	2	2	4	2	2	2	1	1	1	1	1	0
南勢志摩	松阪	4	3	7	4	4	4	2	2	2	4	2	1
	伊勢志摩	1	2	7	3	2	2	1	1	1	1	1	0
東紀州		1	1	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0
総計		23	15	51	18	24	23	12	9	12	16	9	7

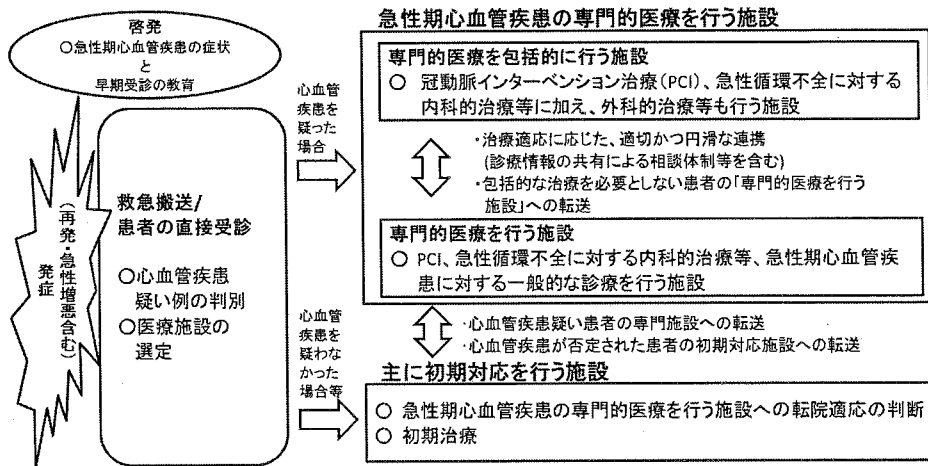
② 連携体制等の現状

- 三重大学医学部附属病院に設置されたCCUネットワーク支援センターやNPO法人みえ循環器・腎疾患ネットワークにおいて、全県的な急性心筋梗塞の情報収集に取り組むとともに、発症から治療までの時間を短縮するために、消防機関との協力体制の整備、病診連携*の推進、救急輪番病院*の受入体制の充実等に取り組んでいます。
- 急性心筋梗塞については、各圏域において経皮的冠動脈インターベンションを実施する医療機関を中心に連携体制の整備を進めていますが、東紀州圏域については医療資源が少ないため、松阪および伊勢志摩圏域との連携が必要です。
- 心臓血管外科手術については、実施可能な医療機関がない圏域もあるため、圏域を越えた広域的な連携が必要です。

(3) 連携のあり方

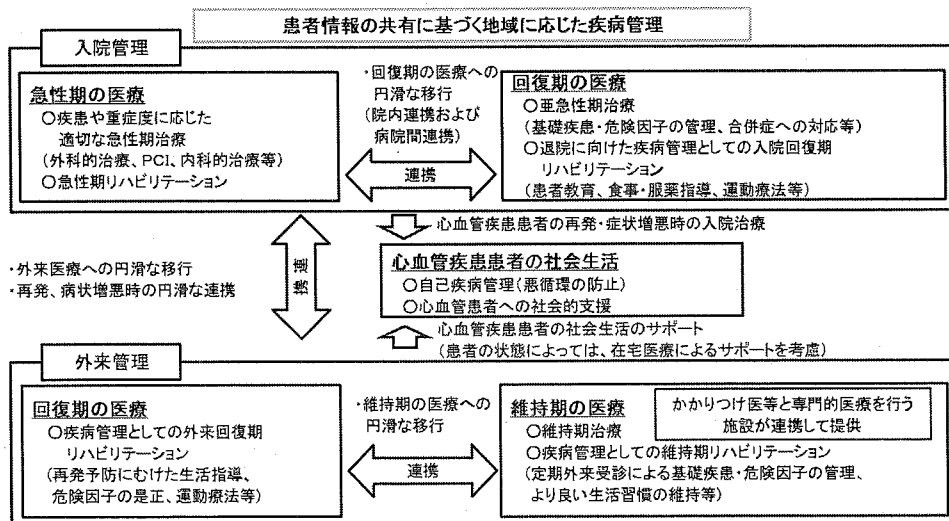
- 医療機能を明確にした上で、地域の医療機関が連携し、24時間対応で疾患に応じた専門的な診療を提供できる体制を確保する必要があります。
- 対応疾患に応じた急性期診療を地域で24時間提供できる体制の構築にあたっては、急性期の専門的医療機能を、地域のネットワークを構築している医療施設において、分担する必要があります。
- それぞれの施設が提供する医療機能は、地域の状況等に応じて、柔軟に設定される必要があります。
- 急性期の時間的制約の観点、回復期から維持期の再発予防・再入院予防の観点等をふまえ、入院管理および外来管理の両面から、心血管疾患の診療提供体制を構築する必要があります。

図表 5-3-37 急性期心血管疾患の発症～急性期の診療提供体制のイメージ



出典：厚生労働省提供資料

図表 5-3-38 心筋梗塞等の心血管疾患対策の医療連携体制のイメージ



出典：厚生労働省提供資料

3. 課題

(1) 予防体制

- 急性心筋梗塞等の心血管疾患を予防するためには、食生活、運動等の生活習慣を改善することにより高血圧、脂質異常症（高脂血症）、糖尿病などの発症を予防することが重要です。本県における高血圧、脂質異常症および糖尿病の年齢調整受療率は全国と比較して高い傾向にあるため、県民への普及啓発などにより生活習慣病の予防に取り組む必要があります。
- 特定健康診査の受診率を向上させ、早期発見に努めるとともに、適切な治療の継続や生活習慣病対策の推進により、重症化を防ぐことが必要です。
- 喫煙率は全国と比較して低い傾向にありますが、さらなる取組を推進する必要があります。

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

- 心肺停止が疑われる人に対して、家族等の周囲にいる人によるAEDの使用を含めた心肺蘇生法*等の処置の実施が必要です。心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち県民により除細動が実施された件数は全国と同様に増加傾向にありますが、近年は増減を繰り返しているため、救急蘇生法講習を積極的に実施するとともに、AEDの普及啓発を行う必要があります。
- 救急搬送については、全国平均とほぼ同水準の時間で搬送されていますが、心疾患患者の救急搬送時の現場滞在時間が長い地域もあり、速やかに受入れ病院を選定することができる体制の整備が必要です。
- 消防本部管内に心疾患の専門的な診療が可能な医療機関がない場合は、管外医療機関への搬送が必要であり、救急搬送に一定の時間を要している地域もあるため、搬送時の適切な処置やより迅速な搬送が必要です。
- 高齢者については、急性心筋梗塞等の発症時の症状が不明瞭な場合もあるため、適切な対応がとれるよう、住民等に対し普及啓発が必要です。
- 急性心筋梗塞患者の治療を早期に開始するため、心疾患の専門的な診療が可能な医療機関へ、救急車により直接搬送することができる体制の整備について、検討が必要です。

② 急性期の治療

- 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションについては、医療圏（圏域）によって治療実施状況に偏りがあるため、各医療圏（圏域）において専門的な治療が受けられる体制整備に取り組むことが必要です。
- 心臓血管外科手術については、実施していない圏域があるため、圏域を越えた広域的な連携が必要です。

③ 心血管疾患リハビリテーション

- 人口 10 万あたりの心大血管疾患リハビリテーション料の届出施設については、全国値を下回っており、また、圏域間での偏在も見られるため、各圏域において実施体制の整備が必要です。
- 心血管疾患リハビリテーションを充実させるため、医師、看護師、理学療法士等の資質の向上が必要です。

④ 急性期以降の医療

- 再発や増悪を予防するために、かかりつけ医による基礎疾患や危険因子の管理が必要です。
- 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関とかかりつけ医の連携が必要です。
- 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携して実施することが必要です。
- 急性心筋梗塞の発症時における細菌性心内膜炎等の術後合併症の予防や、急性心筋梗塞の発症（再発）のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し専門的な口腔ケアや歯周疾患治療に取り組むことが必要です。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- 県民が急性心筋梗塞等の心血管疾患の予防に関する正しい知識を持つとともに、バランスのとれた食生活や適度な運動の実施、定期的な健康診断の受診により生活習慣病の予防に取り組んでいます。
- 急性心筋梗塞等を発症した患者に対して、周囲の人による迅速な救急要請と心肺蘇生法の実施やAEDの使用が行われるとともに、搬送後は医療機関において専門的な治療が速やかに行われています。
- 急性期を脱した後は、早期から心血管疾患リハビリテーションを受け、退院後は、かかりつけ医などによる再発予防治療や在宅療養支援が継続して行われています。

(2) 取組方向

取組方向1：発症予防対策の充実

取組方向2：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築

取組方向3：医療機関の機能分担と連携体制の推進

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値	
急性心筋梗塞による年齢調整死亡率 【三重県の人口動態】	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率を平成28(2016)年の全国値まで低減することを目標とします。	目 標	
		男性 15.5以下	女性 5.7以下
		現 状(H28)	
		男性 20.6	女性 7.6
特定健康診査受診率・特定保健指導実施率 【特定健康診査】	特定健康診査受診率および特定保健指導実施率を国の「健康日本21(第2次)」に準じて向上させることを目標とします。	目 標	
		特定健康診査受診率 70%以上	特定保健指導実施率 45%以上
		現 状(H27)	
		特定健康診査受診率 53.0%	特定保健指導実施率 17.5%
受入困難事例の割合 【三重県調査】	重症以上の事案において、救急車の現場滞在時間が30分以上および4回以上医療機関に要請を行った割合の低減を目標とします。	目 標	
		30分以上 3.3%	4回以上 2.0%
		現 状(H28)	
		30分以上 3.8%	4回以上 2.3%

心血管疾患リハビリテーションの実施病院における心臓リハビリテーション指導士の配置率 【三重県調査】	全ての心血管疾患リハビリテーション実施病院において、心臓リハビリテーション指導士が配置されることを目標とします。	目 標
		100%
		現 状 (H29)
		56.3%

(4) 取組内容

取組方向1：発症予防対策の充実

- 「三重の健康づくり基本計画」の普及啓発等により、心筋梗塞等の心血管疾患について、県民への正しい知識の浸透を図ります。(事業者、保険者、市町、県、関係機関)
- 心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子である、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病を予防するため、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着および喫煙対策に取り組みます。(県民、事業者、保険者、市町、県、関係機関)
- 健康診断の受診率の向上を図り、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）等の早期発見や適切な保健指導に取り組みます。また、基礎疾患を持つ患者に対しては、適切な治療の継続などにより、重症化の予防に取り組みます。(県民、事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 心筋梗塞等の心血管疾患の初発症状について、理解し、適切に対応できるよう、県民に対し普及啓発を行います。(医療機関、医師会、市町、県)
- 心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子である高血圧、脂質異常症、糖尿病等の管理を進めるため、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局の普及啓発を図ります。(医療機関、医師会、薬剤師会、市町、県)

取組方向2：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築

- 心肺停止が疑われる人に対して、家族等の周囲にいる人が迅速な心肺蘇生法の実施やAEDの使用ができるよう、救急蘇生法講習を積極的に実施するとともに、AEDの普及啓発を行います。(県民、消防機関、市町、県)
- 救急車の不要不急な利用により、真に緊急性のある傷病者への対応に支障が生じないように、救急車の適正利用について啓発を行います。(消防機関、医療関係団体、市町、県)
- 心筋梗塞等の発症後、速やかに適切な受入れ専門医療機関を決定し、医療機関における受入れ準備を速やかに整えることで、早期の治療が可能となるよう、患者情報の伝達の仕組みを含めた、二次、三次救急医療体制の充実を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県)
- 地域メディカルコントロール協議会の定めた手順等に従って、心筋梗塞等の心血管疾患に対する救急搬送事例の事後検証を行います。(医療機関、消防機関、市町、県)

取組方向3：医療機関の機能分担と連携体制の推進

- 三重大学CCUネットワーク支援センターやNPO法人みえ循環器・腎疾患ネットワー

クと連携を図りながら、全県的な急性心筋梗塞の情報収集に取り組むとともに、各地域の状況に応じた医療連携の推進に取り組みます。(医療機関、三重大学、消防機関、医師会、県)

- 急性大動脈解離や心臓血管外科手術については、圏域を越えた広域連携が必要であるため、急性期の専門的医療機関の機能を明確化し、地域における連携を密にします。(医療機関、医師会、関係機関、県)
- 心血管疾患リハビリテーションについて、県内の各圏域において実施することができるよう、実施体制の整備を進めるとともに、リハビリテーションを充実させるため、医師、看護師、理学療法士等の資質の向上に取り組めます。(医療機関、三重大学、医師会、看護協会、理学療法士会、県)
- 合併症併発時や再発時に、緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関とかかりつけ医の連携が取れるよう、病診連携を推進します。また、急性心筋梗塞の発症(再発)のリスクを下げるため、口腔ケアについて医科歯科連携も進めます(医療機関、医師会、歯科医師会、関係機関、県)
- 再発や増悪を予防するために、かかりつけ医と訪問看護ステーション、かかりつけ薬剤師・薬局が連携し、基礎疾患の管理や薬剤管理などに取り組めます。(医療機関、医師会、薬剤師会、看護協会、県)

第4節 | 糖尿病対策

1. 糖尿病における医療の現状

(1) 糖尿病の疫学

- 食品に含まれる糖質は、消化・分解されてブドウ糖となり、体や脳が活動するためのエネルギー源として使われます。ところが、膵臓から分泌されるインスリン*が不足したり、十分に作用しなくなったりすると血液中のブドウ糖がエネルギー源として取り入れられなくなり、慢性的に血糖値が高くなります。余ったブドウ糖は尿から排出されるので糖尿病と呼ばれます。
- 血糖値が高くなると、細かい血管の集まっている眼や腎臓等が障がいを受け、合併症を引き起こします。また心筋梗塞や脳梗塞等の原因となる動脈硬化も起きやすくなります。
- 糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリンの分泌低下・抵抗性等を来す遺伝因子に過食、運動不足、肥満等の環境因子および加齢により発症する2型糖尿病に大別されます。糖尿病の治療は、1型糖尿病と2型糖尿病では異なりますが、適切な血糖コントロールが必要であることは変わりません。
- 平成28（2016）年時点で、全国で糖尿病が強く疑われる人は約1,000万人であり、過去4年間で約50万人増加し、糖尿病の可能性が否定できない人も約1,000万人です。平成19（2007）年以降は減少していますが、全国で継続的に医療を受けている糖尿病の患者数は約317万人であり、国民病といっても過言ではない病気です²。
- 全国の糖尿病患者のうち、11.8%が糖尿病神経障害*を、11.1%が糖尿病腎症*を、10.6%が糖尿病網膜症*を、0.7%が糖尿病足病変*を合併しています。また、新規の人工透析*導入患者は、約3万7千人であり、そのうち、糖尿病性腎症が原疾患*である人は約1万6千人（43.7%）います³。糖尿病の患者は、高血圧、脂質異常症を併発していることが多く、これらの因子が揃うと脳卒中や心筋梗塞になる可能性が非常に高くなるといわれています。
- 本県の糖尿病年齢調整死亡率⁴は、男性 5.3（全国平均 5.4）、女性 2.4（全国平均 2.4）となっており、男女ともに全国平均に近い値となっています。

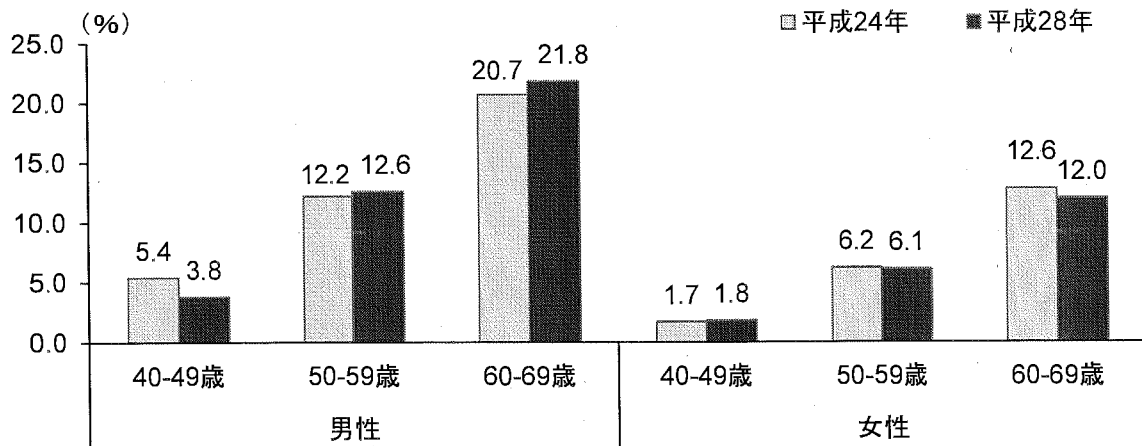
¹ 出典：厚生労働省「平成28年国民健康・栄養調査」

² 出典：厚生労働省「平成26年患者調査」

³ 出典：（社）日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」（平成25年）

⁴ 出典：厚生労働省「平成28年人口動態調査」

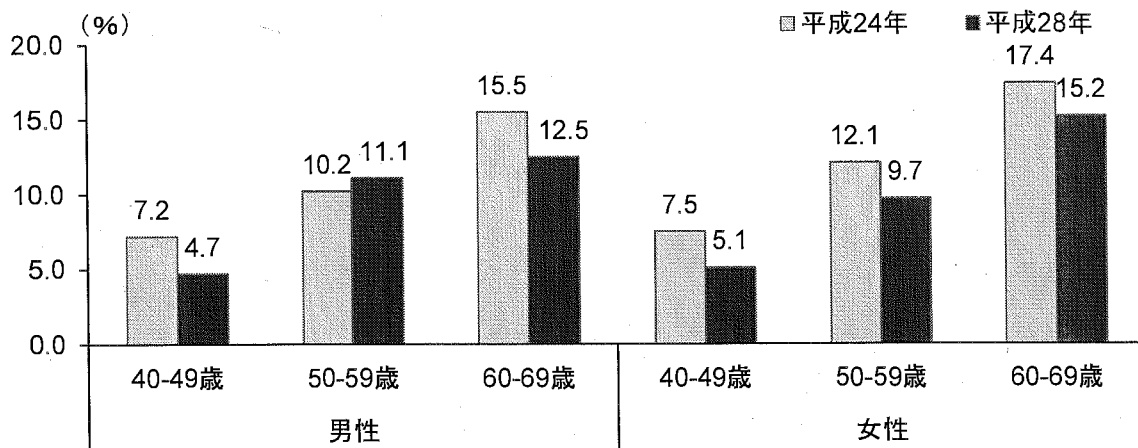
図表 5-4-1 糖尿病が強く疑われる人の割合(全国)



※HbA1cの測定値があり、HbA1c (NGSP) の値が6.5%以上、または「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した人の数です。

資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 5-4-2 糖尿病の可能性を否定できない人の割合(全国)

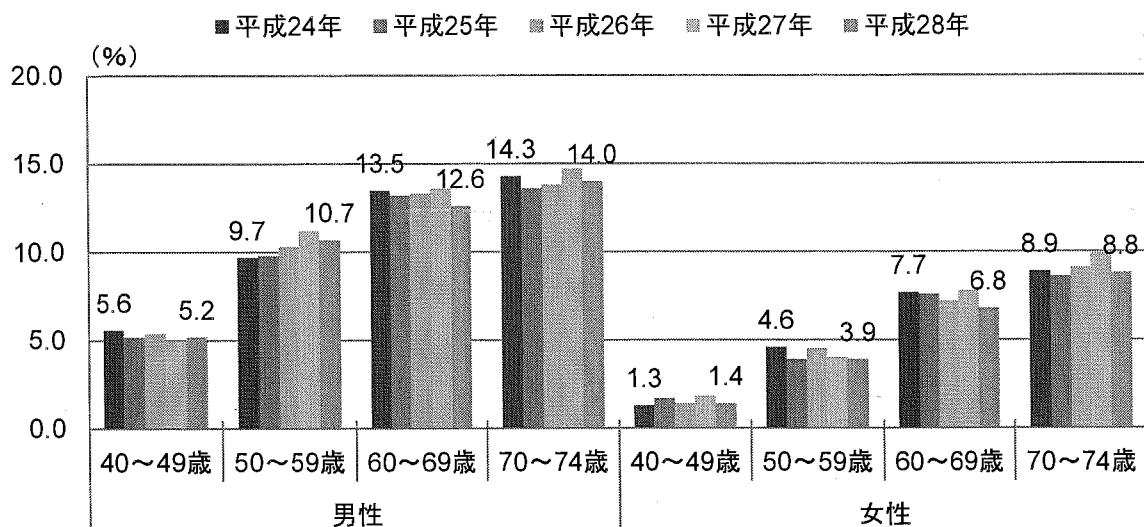


※HbA1cの測定値があり、HbA1c (NGSP) の値が6.0%以上 6.5%未満で、「糖尿病が強く疑われる人」以外の人の数です。

資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

- 全国における糖尿病が強く疑われる人の割合は、平成24(2012)年と比較し、平成28(2016)年では、50歳代、60歳代の男性で増加がみられます。また、糖尿病の可能性を否定できない人の割合は、50歳代の男性を除き、全ての年代の男女で減少しています。

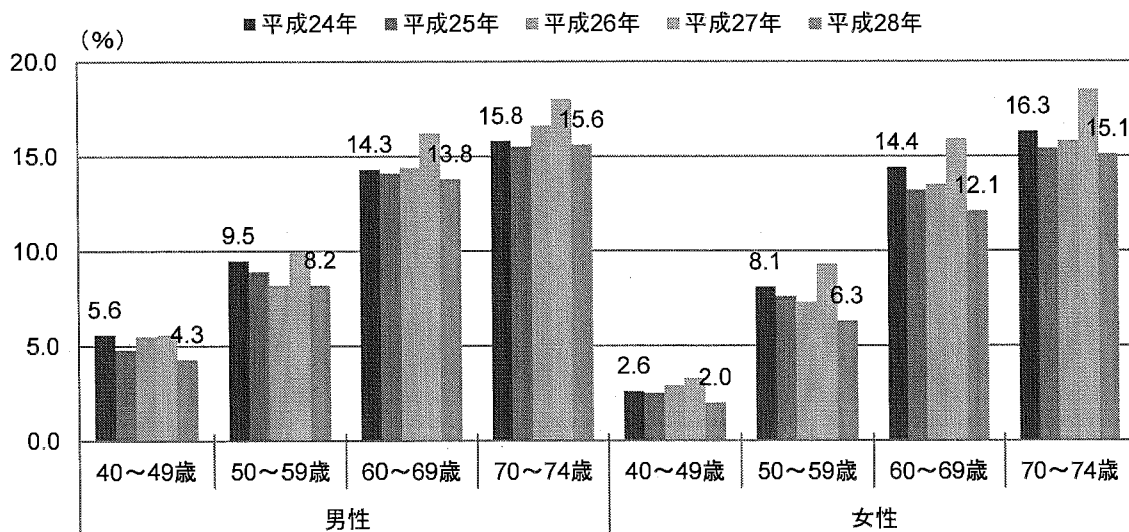
図表 5-4-3 糖尿病が強く疑われる人の割合(三重県)



※糖尿病が強く疑われる人 (HbA1c 6.5%以上 : NGSP値)

資料 : 三重県「国民健康保険団体連合会 特定健康診査」

図表 5-4-4 糖尿病の可能性を否定できない人の割合(三重県)



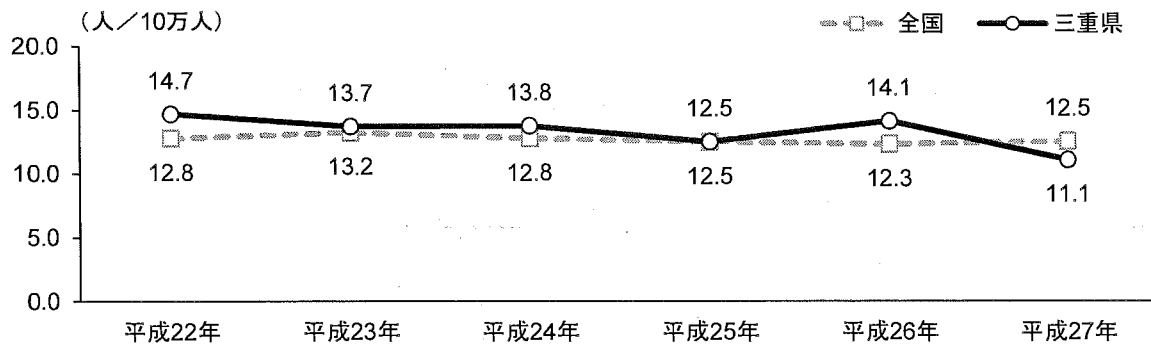
※糖尿病の可能性を否定できない人 (HbA1c 6.0-6.5%未満 : NGSP値)

資料 : 三重県「国民健康保険団体連合会 特定健康診査」

- 本県の健康診断・健康診査の受診率は 69.9%で、全国平均の 68.3%と比較して高い傾向にあります⁵。
- 本県における糖尿病が強く疑われる人の割合は、国民健康保険団体連合会の 40～74 歳における経年データは、平成 24 (2012) 年と比較し、平成 28 (2016) 年では、50 歳代の男性、40 歳代の女性で増加がみられますが、その他の年代では減少しています。また、糖尿病の可能性を否定できない人の割合は、平成 24 (2012) 年と比較し、平成 28 (2016) 年では、全ての年代で減少しています。

⁵ 出典 : 厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」

図表 5-4-5 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の推移(全国・三重県)



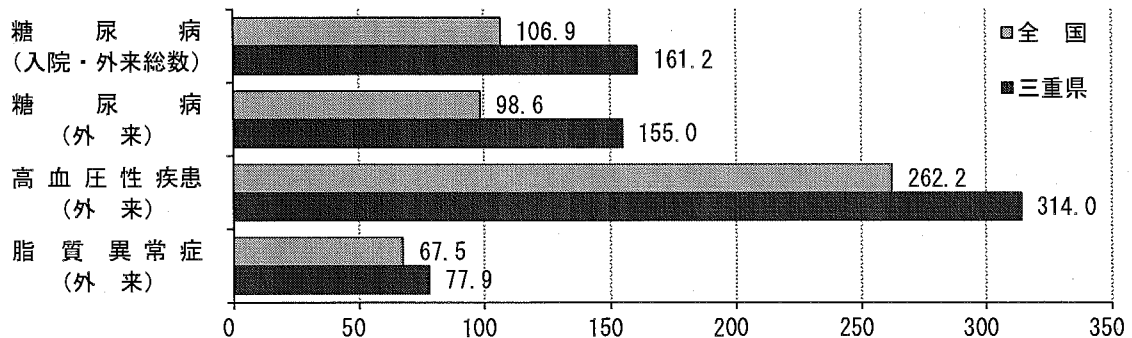
資料：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（2010年から2013年：3月31日現在、2014年・2015年：1月1日現在）」

- 本県における糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（人口10万人あたり）は、平成27（2015）年で11.1人となっています。経年でみると、全国と比べやや高い水準で推移しています。

(2) 糖尿病の受療動向

- 糖尿病の年齢調整受療率は、平成26（2014）年で全国の106.9人に対し本県は161.2人と高い水準で、全国第1位となっています。糖尿病合併症の危険因子である高血圧性疾患や脂質異常症の年齢調整外来受療率も全国に比較し、高くなっています。

図表 5-4-6 糖尿病に関連する疾患の年齢調整受療率(人口10万人あたり)



資料：厚生労働省「平成26年患者調査」、総務省「推計人口」（平成26年10月1日現在）

- NDBによると平成27（2015）年4月～平成28（2016）年3月の1年間において、本県では61,337件の糖尿病の入院レセプト件数がありました。
- 入院患者の流出率は、東紀州区域が31.3%、伊賀区域が27.8%と高くなっています。このうち、東紀州区域では483件(10.6%)が和歌山県等の県外医療機関、伊賀区域では674件(14.1%)が奈良県等の県外医療機関で治療を受けています。
- 入院患者の流入率は、松阪区域が29.2%、津区域が23.5%と高くなっています。
- 外来患者については、入院患者に比べ、流出入の割合は低くなっていますが、県境に位置する東紀州区域や桑員区域の流出率がやや高くなっています。

図表 5-4-7 糖尿病 入院患者の流出・流入状況

(単位：件/年)

医療機関 所在地	患者住所地	総数	北勢	中勢伊賀			南勢志摩		東紀州	東紀州	県外	流出率	流出者				
				桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀						松阪	伊勢志摩		
	総数	61,337	-	6,990	10,448	5,850	-	11,347	3,711	-	9,892	7,814	-	3,220	2,065	3.4%	11,882
	北勢	-	-	-	-	-	-	854	-	-	31	-	-	0	-	-	-
	桑員	6,898	-	5,627	485	51	54	-	-	-	-	-	-	-	681	18.4%	1,271
	三泗	10,682	-	996	8,901	422	216	-	12	-	-	-	-	-	135	16.7%	1,781
	鈴亀	6,416	-	15	899	4,874	584	-	19	-	-	-	-	25	24.0%	1,542	
	中勢伊賀	-	-	50	107	388	-	-	-	-	547	13	-	12	-	-	-
	津	9,725	442	-	-	-	-	8,679	65	511	-	-	12	-	16	10.8%	1,046
	伊賀	4,776	103	-	-	-	-	502	3,448	49	-	-	-	674	27.8%	1,328	
	南勢志摩	-	-	-	17	55	-	1,044	-	-	-	-	-	50	-	-	-
	松阪	8,337	12	-	-	-	777	-	-	7,000	484	50	-	-	14	16.0%	1,337
	伊勢志摩	9,312	60	-	-	-	267	-	-	1,790	7,158	-	-	-	37	23.1%	2,154
	東紀州	-	-	21	-	-	-	256	-	-	504	159	-	-	-	-	-
	東紀州	4,540	21	-	-	-	256	-	-	663	-	-	-	3,117	483	31.3%	1,423
	県外	651	-	281	39	60	-	12	198	-	20	-	-	41	-	-	-
	流入率	1.1%	-	19.5%	14.8%	16.7%	-	23.5%	7.1%	-	29.2%	8.4%	-	3.2%	-	-	-
	流入者	10,468	-	1,363	1,547	976	-	2,668	263	-	2,892	656	-	103	-	-	-

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。

※総数欄の流出率・流入率は県外への流出率・県外からの流入率です。

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

図表 5-4-8 糖尿病 外来患者の流出・流入状況

(単位：件/年)

医療機関 所在地	患者住所地	総数	北勢	中勢伊賀			南勢志摩		東紀州	東紀州	県外	流出率	流出者				
				桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀						松阪	伊勢志摩		
	総数	1,388,592	-	128,553	261,739	167,088	-	197,950	128,389	-	200,073	202,281	-	67,748	34,771	2.5%	131,262
	北勢	-	-	-	-	-	-	854	-	-	31	-	-	0	-	-	-
	桑員	139,378	-	118,253	7,367	353	430	-	148	-	-	-	24	-	12,803	15.2%	21,125
	三泗	257,061	-	6,191	240,880	5,491	1,323	-	241	-	-	-	11	-	2,924	6.3%	16,181
	鈴亀	173,194	-	123	10,854	152,670	8,323	-	249	-	-	-	-	-	975	11.9%	20,524
	中勢伊賀	-	-	161	1,089	7,111	-	-	-	-	9,333	512	-	14	-	-	-
	津	193,017	7,171	-	-	-	-	174,035	975	9,355	-	-	14	-	1,467	9.8%	18,982
	伊賀	136,332	1,190	-	-	-	-	3,099	122,811	490	-	-	-	-	8,742	9.9%	13,521
	南勢志摩	-	-	37	387	836	-	8,671	61	-	-	-	-	276	-	-	-
	松阪	188,365	842	-	-	-	6,798	-	-	174,583	5,221	264	-	-	657	7.3%	13,782
	伊勢志摩	210,640	418	-	-	-	1,934	-	-	12,171	195,209	12	-	-	896	7.3%	15,431
	東紀州	-	-	21	74	158	-	1,380	-	-	3,163	613	-	-	-	-	-
	東紀州	77,760	253	-	-	-	1,380	-	-	3,776	-	-	-	66,044	6,307	15.1%	11,716
	県外	12,845	-	3,767	1,088	469	-	809	4,422	-	396	515	-	1,379	-	-	-
	流入率	1.0%	-	8.0%	8.0%	8.6%	-	12.1%	4.3%	-	12.7%	3.5%	-	2.5%	-	-	-
	流入者	109,336	-	10,300	20,859	14,418	-	23,915	5,578	-	25,490	7,072	-	1,704	-	-	-

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

(3) 糖尿病の医療

① 予防・健診・保健指導

- 糖尿病の発症予防には、適切な食習慣、適度な身体活動や運動が重要です。また、喫煙、飲酒、不規則な生活習慣等も関連するため、これらの生活習慣の改善により、発症を予防することが期待できます。
- 糖尿病は、早期に医療機関を受診し、適切な治療を開始することが重症化や合併症の発症を防ぐ上で非常に重要であり、そのためには、特定健康診査など定期健診を受診することが必要です。
- 特定健康診査で糖尿病のリスクがある場合には、特定保健指導による生活習慣の改善や受診勧奨を行うことが重要です。
- 歯周病の発症は糖尿病患者の血糖コントロールを困難にすることから、糖尿病患者への適切な歯周病治療も重要です。

図表 5-4-9 糖尿病の健診判定値

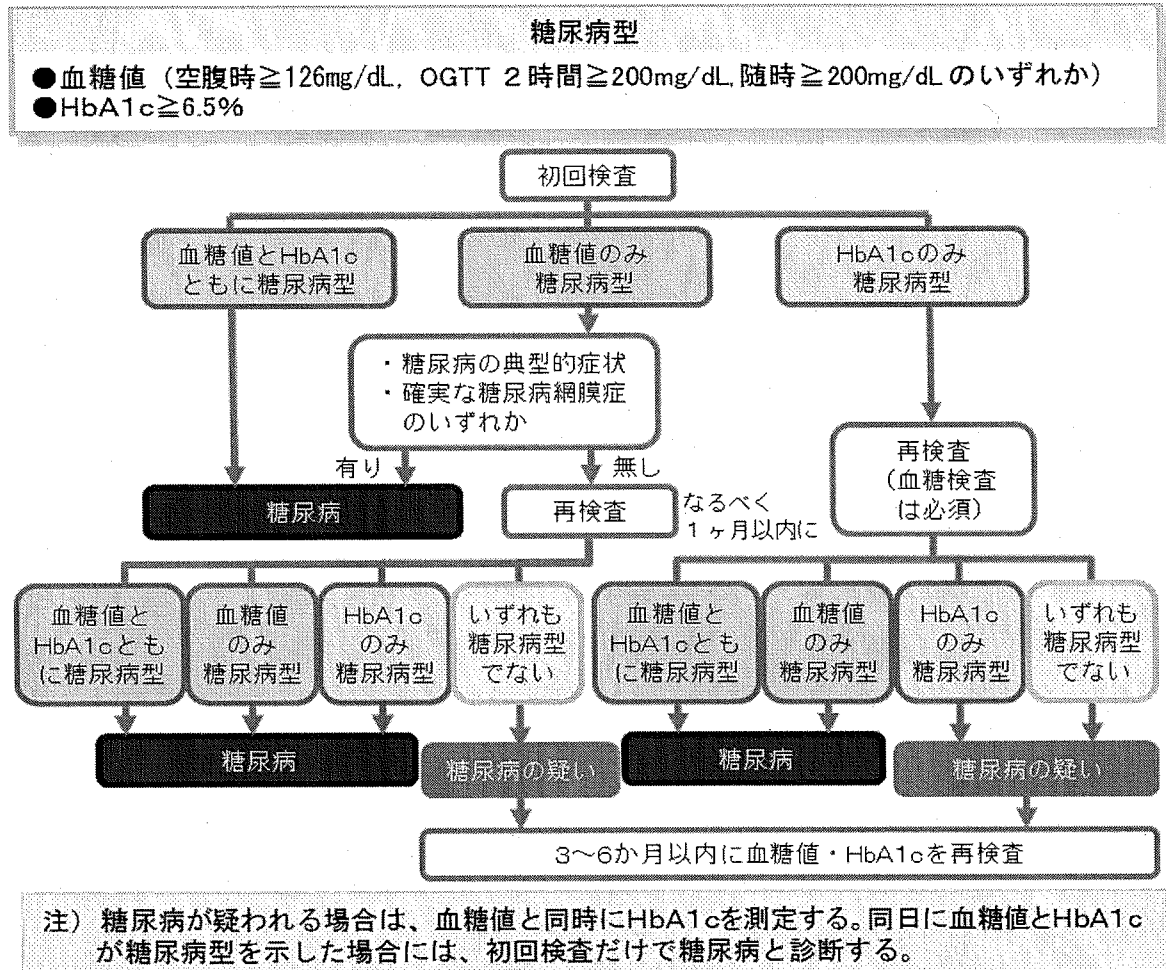
項目名	単位	健診判定基準値	保健指導判定値	受診勧奨判定値
空腹時血糖	mg/dL	109 以下	100 以上	126 以上
HbA1c (NGSP値)	%	5.9 以下	5.6 以上	6.5 以上

資料：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」（平成25年4月）

② 診断

- 早朝空腹時血糖値 126mg/dL 以上、75g 経口ブドウ糖負荷試験(OGTT)*2時間値 200mg/dL 以上、随時血糖値 200mg/dL 以上、HbA1c (NGSP値) 6.5 %以上のいずれかであれば糖尿病型と判定されます。診断は、以降の検査により、下表のフローチャートを用いて行います。

図表 5-4-10 糖尿病の臨床診断のフローチャート



資料：日本糖尿病学会編・著：糖尿病治療ガイド 2016-2017, P21, 文光堂, 2016 より引用改変

- 境界型 (空腹時血糖値 110~125mg/dL またはOGTT 2時間値 140~199mg/dL) の場合は糖尿病予備群であり、運動・食生活指導等、定期的な管理が重要です。
- 糖尿病型の場合は、再検査で糖尿病と診断が確定しない場合でも、糖尿病の疑いとして取り扱い、生活指導を行いながら経過を観察します。
- 初めて糖尿病と診断された場合でも、既に糖尿病腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図ることが必要です。

③ 治療・指導

- 糖尿病の治療は、1型糖尿病と2型糖尿病で異なります。1型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行うことが多いですが、2型糖尿病の場合は、2～3か月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、経口血糖降下薬またはインスリン製剤を用いた薬物療法を開始します。
- 薬物療法開始後でも、体重の減少や生活習慣の改善により、経口血糖降下薬やインスリン製剤の服薬を減量または中止できることがあるため、医師、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職が連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を継続します。
- 慢性合併症は、血糖コントロール、高血圧の治療等、内科的治療を行うことによって、その発症を予防するとともに、発症後であっても病期の進展を阻止または遅らせることが可能です。慢性合併症の予防の観点から、血糖コントロール不可例に対しては、教育入院*等を検討する必要があります。また、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導することが必要です。
- 血糖コントロールの指標は、年齢、罹患期間、合併症の状態、サポート体制等を考慮して、個別に設定します。

④ 合併症の治療

- 糖尿病昏睡等の急性合併症を発症した場合には、輸液、インスリン投与等の治療が行われます。また、慢性合併症の場合、主には、血糖や血圧コントロール、生活習慣の改善、薬物療法や食事療法が行われます。
- さらに重症化し、腎不全に至った場合は透析療法が実施されます。増殖前網膜症*や早期の増殖網膜症*に進行した場合は、失明予防の観点から光凝固療法*が実施されます。硝子体出血および網膜剥離は手術療法が実施されます。

図表 5-4-11 合併症の治療の実施状況

(単位：件／年)

二次医療圏・構想区域	糖尿病網膜症手術		糖尿病の人工透析	
	実施件数	人口10万人あたり実施件数	実施件数	人口10万人あたり実施件数
全 国	50,940	40	266,472	208
三重県	557	30	6,250	336
北勢医療圏	231	27	2,067	243
桑員区域	31	14	526	238
三泗区域	125	33	1,026	271
鈴亀区域	54	22	507	202
中勢伊賀医療圏	122	26	2,485	539
津区域	81	28	2,285	803
伊賀区域	34	19	190	107
南勢志摩医療圏	177	38	1,258	267
松阪区域	74	33	596	263
伊勢志摩区域	99	41	639	262
東紀州医療圏(区域)	19	25	440	576

資料：厚生労働省「NDB」(平成26年度)

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

- 平成 29 (2017) 年 3 月に「三重県地域医療構想」が策定され、医療機能の分化・連携を推進していくため、新たに 8 つの構想区域が設定されました。
- 糖尿病対策は、生活習慣等の改善を含めた予防について、市町や保健所、関係機関等と連携しながら進めていくこととし、発症予防や重症化予防のために、健診や保健指導を含めた、より早期の介入が重要です。そのため、健診、保健指導を行う市町等や医療機関との連携の状況や、専門的な治療を担う医療機関の配置状況などを考慮し、桑員、三泗、鈴亀、津、伊賀、松阪、伊勢志摩、東紀州の 8 つの構想区域を基本として医療提供体制を検討していくこととします。

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 医療資源

- 日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医の数は、県内に 44 人、うち病院に勤務する医師が 31 人、診療所に勤務する医師が 13 人 (平成 29 (2017) 年 6 月現在) であり、糖尿病専門医のいる病院、診療所はそれぞれ 13 施設あります。また、日本看護協会が認定する糖尿病看護認定看護師は 11 人 (平成 29 (2017) 年 8 月現在)、日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する糖尿病療養指導士* (CDE J) は 267 人 (平成 29 (2017) 年 6 月現在) います。三重県糖尿病協会が三重県糖尿病療養指導士 (CDEL) の認定を平成 28 (2016) 年度より開始し、現在 51 名 (平成 29 (2017) 年度末時点) が認定されています。
- 糖尿病の各医療機能を担う医療機関、専門医等の配置状況および糖尿病の教育入院・糖尿病教室 (日帰り) の実施状況は以下のとおりです。

図表 5-4-12 各医療機能を担う医療機関

(単位：か所)

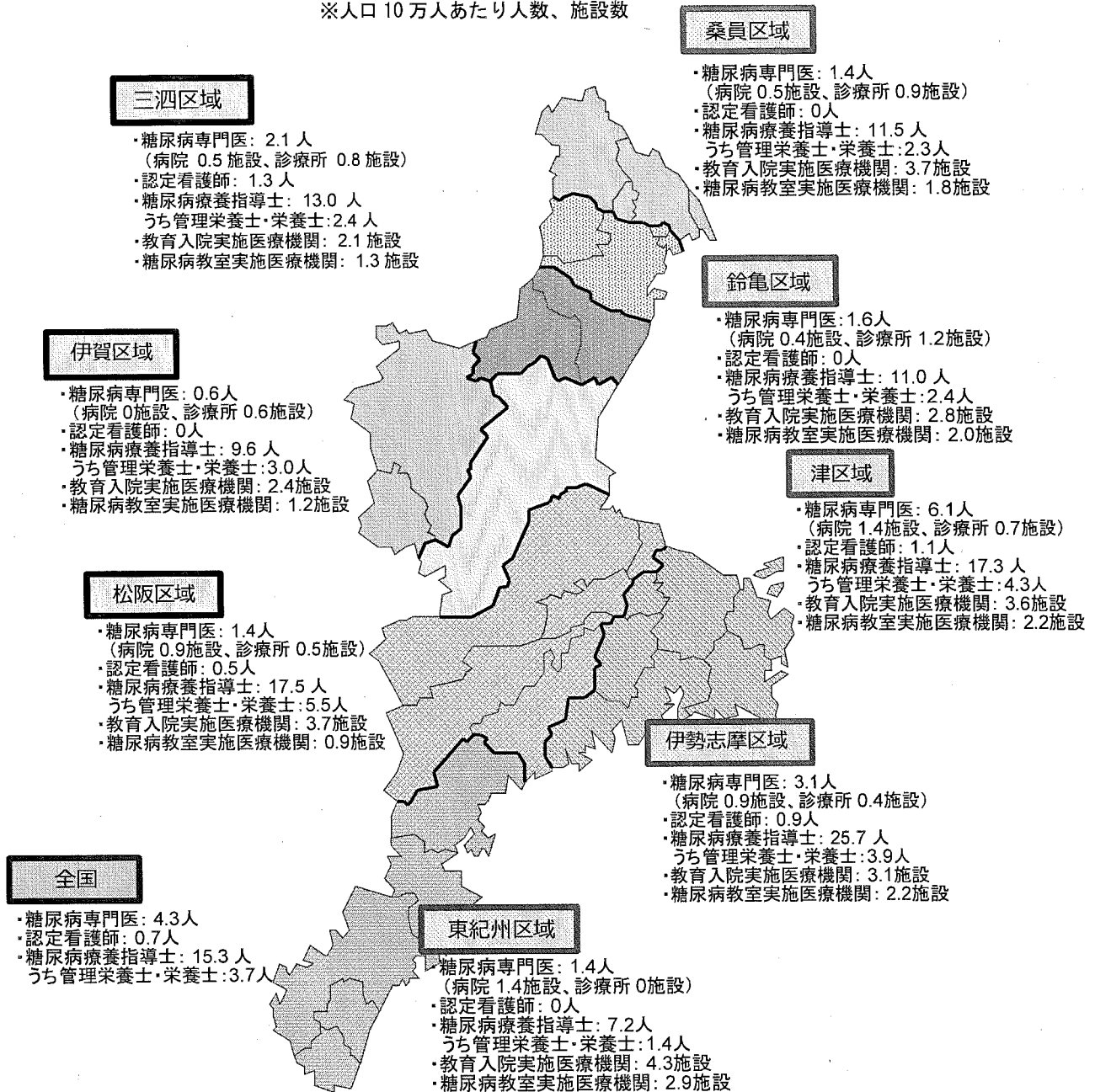
二次医療圏	構想区域	初期・安定期治療 内科等を標榜する医療機関数	専門治療						急性増悪時 治療病院	合併症治療		歯周病 専門医の 在籍して いる施設				
			糖尿病専門医、糖尿病看護認定看護師が 在籍している施設							糖尿病療 養指導士 がいる 施設	教育入院 を行う 施設		糖尿病性 網膜症に 対応して いる施設	糖尿病性 足病変に 対応して いる施設		
			病院		診療所		糖尿病療 養指導士 がいる 施設	教育入院 を行う 施設							糖尿病性 網膜症に 対応して いる施設	糖尿病性 足病変に 対応して いる施設
			専門医	認定 看護師	専門医	認定 看護師										
北勢	桑員	各地域における内科等を 標榜する医療機関	1	0	2	0	6	8	6	3	9	2				
	三泗		2	3	3	2	10	8	10	6	10	1				
	鈴亀		1	0	3	0	8	7	5	1	6	0				
中勢伊賀	津		4	3	2	0	9	10	12	3	10	2				
	伊賀		0	0	1	0	4	4	4	2	2	0				
南勢志摩	松阪		2	1	1	0	5	8	6	6	5	2				
	伊勢志摩		2	2	1	0	5	7	5	3	6	0				
東紀州	東紀州		1	0	0	0	2	3	3	2	2	0				
総計			13	9	13	2	49	55	51	26	50	7				

※歯周病専門医でなくても、歯科診療所で歯周病治療は可能です。

資料：日本糖尿病学会ホームページ (平成 29 年 6 月現在)、日本看護協会ホームページ (平成 29 年 8 月現在)、日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ (平成 29 年 6 月現在)、三重県調査 (平成 29 年)

図表 5-4-13 専門医等の配置状況および糖尿病の教育入院・糖尿病教室(日帰り)の実施状況

※人口 10 万人あたり人数、施設数



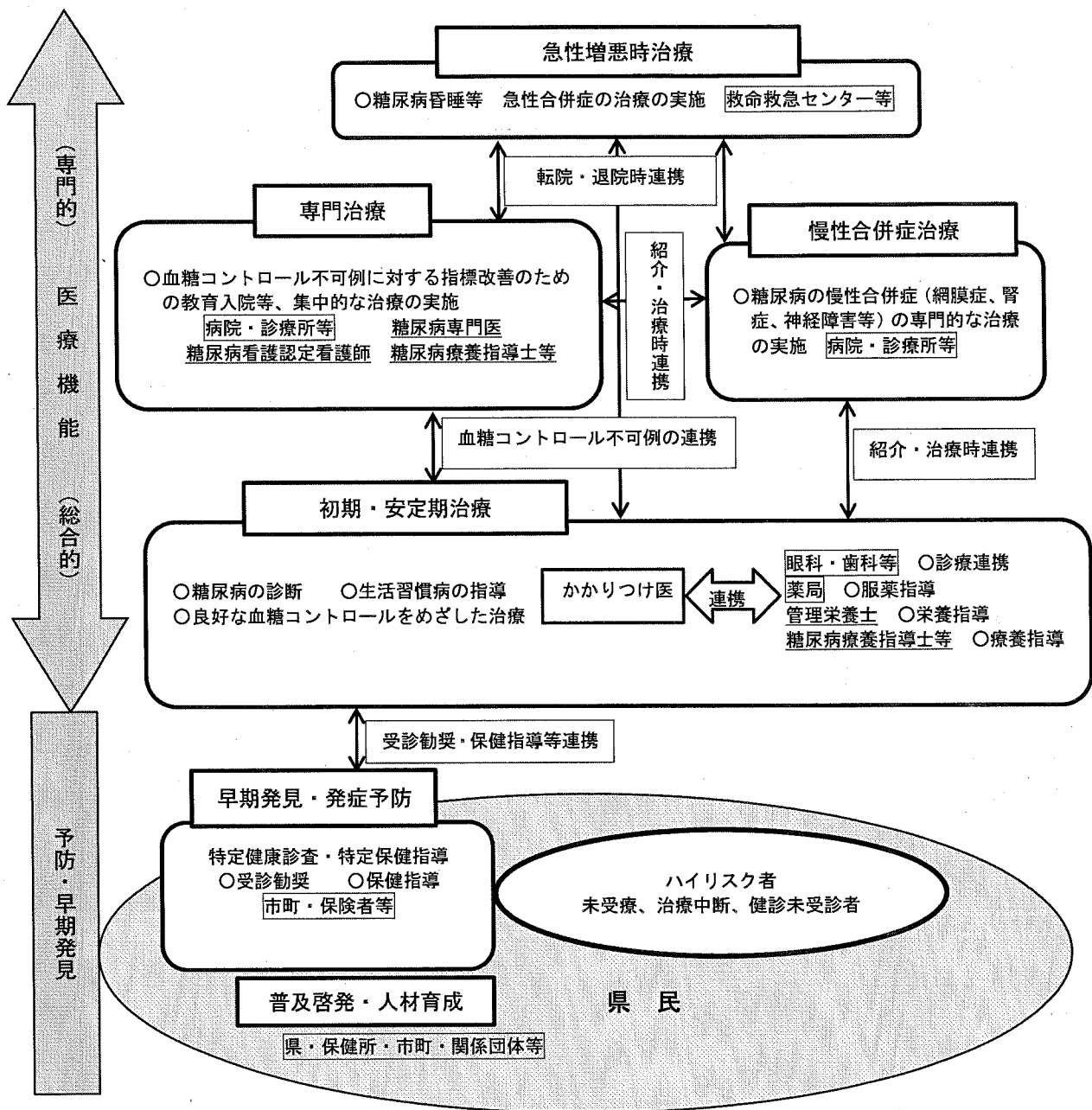
資料：日本糖尿病学会ホームページ（平成 29 年 6 月現在）、日本看護協会ホームページ（平成 29 年 8 月現在）、日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ（平成 29 年 6 月現在）、三重県調査（平成 29 年）、「三重県の人口動態」（平成 29 年 6 月 1 日現在）をもとに作成

② 連携の現状

- 糖尿病の治療は、一般的には内科等を標榜している医療機関で行います。その中で、糖尿病の治療や血糖コントロールが困難なケースについては、日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医のいる医療機関で治療を行います。合併症を発症した場合は、関係する診療科や治療可能な医療機関と連携して治療を行います。
- 糖尿病医療・指導に関わる医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等が連携して治療や指導、血糖コントロールを行います。

(3) 連携のあり方

図表 5-4-14 糖尿病の医療連携体制



- 糖尿病の予防・治療に向けた県民の意識・行動の醸成に向けて、市町、保健所、医療機関、関係団体等が連携し、県民への普及啓発や医療従事者のネットワーク構築を図っていく必要があります。
- それぞれの地域で、市町、保険者、薬局、診療所、糖尿病専門医がいる医療機関、合併症治療が可能な医療機関（人工透析施設、糖尿病網膜症治療可能施設等）が連携して糖尿病対策を実施することが望めます。そのためには、糖尿病性腎症重症化予防プログラム*等を活用した地域連携クリティカルパスの促進や、糖尿病連携手帳*等の普及による診療情報や治療計画の共有を図り、連携体制を構築することが必要です。

3. 課題

(1) 予防体制

- 高齢化の進展に伴い、糖尿病が強く疑われる人の割合は、対策を講じなければ、今後増加していくと考えられます。そのため、特定健康診査の受診率を向上させ、早期発見に努めるとともに、糖尿病予備群の人たちに適切な保健指導を行うことで、発症を抑える対策が必要です。
- 日頃から、県民一人ひとりが自身の健康意識を高めるよう、多様な機会を捉えて生活習慣病対策の普及啓発を進めていくことが必要です。県民、事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県などが連携して早期からの予防対策に取り組んでいくことが必要です。

(2) 医療提供体制

- 重症化予防の取組を全県的に進めていくために、三重県医師会、三重県糖尿病対策推進会議、三重県保険者協議会および県は、「糖尿病性腎症重症化予防に係る三重県連携協定」を締結しました。今後は、三重県糖尿病性腎症重症化予防プログラム等により、市町や保険者と医療機関等の連携による治療・保健指導體制の構築が必要です。
- 未受療者や治療中断者を減らしていくよう、市町や保険者と医療機関との情報の共有が必要です。
- 医師だけでなく、療養指導に関わる医療従事者が連携した治療・保健指導體制を構築することが必要です。また、糖尿病専門医や認定看護師、糖尿病療養指導士等を中心とし、地域で糖尿病の治療や支援に関わる関係職種のスキルアップが必要です。
- 糖尿病患者の血糖コントロールを行っていく上で、口腔ケアや歯周病予防が必要であり、医科歯科連携の充実が必要です。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- 県民一人ひとりが健康であろうと意識するとともに、自身の健康状態を知るべく、特定健康診査などの定期健診を受けることで、糖尿病の兆候が早期に発見でき、治療につながっています。
- 糖尿病予備群の人や糖尿病患者が、経過観察や治療を自己判断で中断することなく、発症予防や重症化予防に努めています。
- 糖尿病専門医やかかりつけ医をはじめとする、さまざまな職種の連携や医療機関と地域の連携による切れ目のない糖尿病の治療や、保健指導等の取組が行われています。

(2) 取組方向

- 取組方向1：健康診断等による予防・早期発見
- 取組方向2：関係機関の連携による糖尿病の発症予防と重症化予防対策の推進
- 取組方向3：糖尿病医療、予防に従事する関係職種の人材育成

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値	
特定健康診査受診率・ 特定保健指導実施率 【特定健康診査】	特定健康診査の受診率および特定保健指導実施率を国の「健康日本21（第2次）」に準じて向上させることを目標とします。「三重県医療費適正化計画」に準じて目標値を設定します。	目 標	
		特定健康診査受診率 70%以上	特定保健指導実施率 45%以上
		現 状(H27)	
		特定健康診査受診率 53.0%	特定保健指導実施率 17.5%
糖尿病の可能性を否定できない人（HbA1c（NGSP値）6.0%以上6.5%未満）の割合 【特定健康診査】	特定健康診査受診者のうち 40～49 歳、50～59 歳および 60～69 歳における糖尿病の可能性を否定できない人の割合を 1 割減少させることを目標とします。	目 標	
		40～49 歳男性 3.9%以下	40～49 歳女性 1.8%以下
		50～59 歳男性 7.4%以下	50～59 歳女性 5.7%以下
		60～69 歳男性 12.4%以下	60～69 歳女性 10.9%以下
		現 状(H28)	
		40～49 歳男性 4.3%	40～49 歳女性 2.0%
		50～59 歳男性 8.2%	50～59 歳女性 6.3%
		60～69 歳男性 13.8%	60～69 歳女性 12.1%
糖尿病が強く疑われる人（HbA1c（NGSP値）6.5%以上）の割合 【特定健康診査】	特定健康診査受診者のうち 40～49 歳、50～59 歳および 60～69 歳における糖尿病が強く疑われる人の割合を現状値より減少させることを目標とします。	目 標	
		減少	
		現 状(H28)	
		40～49 歳男性 5.2%	40～49 歳女性 1.4%
		50～59 歳男性 10.7%	50～59 歳女性 3.9%
		60～69 歳男性 12.6%	60～69 歳女性 6.8%
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数 【日本透析医学会】	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数を現状値以下に低減することを目標とします。	目 標	
		新規導入数の低減	
		現 状(H27)	
		206 人 (人口 10 万人あたり 11.1 人)	

(4) 取組内容

取組方向1：健康診断等による予防・早期発見

- 「三重の健康づくり基本計画」に基づき、県民に対する糖尿病に関する正しい知識の普及・啓発とともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙、定期的な健康診断の受診等、生活習慣病予防に取り組みます。(県民、事業者、保険者、関係団体、市町、県)
- 糖尿病の予防に向け、特定健康診査などの健康診断の重要性について啓発を行い、受診率の向上に努めます。(県民、事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県)
- さまざまな主体が行う糖尿病の予防の取組を支援します。(事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県)

取組方向2：関係機関の連携による糖尿病の発症予防と重症化予防対策の推進

- 糖尿病の兆候を早期に発見し、受療行動につながるよう適切な保健指導に取り組むとともに、かかりつけ医との連携を進めます。(事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県)
- かかりつけ医の役割の重要性について啓発するとともに、かかりつけ医と専門治療を行う医療機関との連携を図ります。(医療機関、保険者、医療関係団体、市町、県)
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム等により、かかりつけ医等関係機関と十分な連携を図りながら、受診勧奨や保健指導を実施することにより、個々の患者に応じた支援を行います。(医療機関、保険者、関係団体、市町、県)
- 血糖コントロール不良者に対応できるような病診連携を進めていきます。また、医科歯科連携等により糖尿病患者の口腔ケアの充実に取り組みます。(医療機関、医師会、歯科医師会)

取組方向3：糖尿病医療、予防に従事する関係職種の人材育成

- 糖尿病予備群を減少させるため、健診後の保健指導を効果的・効率的に実施するとともに、保険者が健診・保健指導事業を適切に企画、評価し推進していくことが必要であり、特定健康診査・特定保健指導を担う人材を育成します。(健診機関、保険者、市町、県)
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの考え方や手法をもとに、市町、保険者での糖尿病の発症予防や重症化予防に係る取組が進むよう、保健指導に係る人材を育成します。(健診機関、保険者、市町、県)
- 糖尿病の治療や支援に関わる多職種(医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等)に向けた研修等を実施し、人材育成を行います。(医療機関、関係団体、県)
- 「みえ糖尿病サポートねっと」により、糖尿病の正しい知識の啓発や、専門職の人材育成のための研修など情報提供を行います。(関係団体、県)

◇ みえ糖尿病サポートねっと（糖サポねっと） ◇

三重大学内にある「みえ糖尿病サポートねっと事務局」が管理を行う、糖尿病について役立つ情報が広く掲載された県民および医療関係者のためのホームページです。

糖サポねっとURL：<http://mie-dm.net/>

<掲載内容>

県民向け糖尿病情報

- ・糖尿病とは？予防するには？
- ・糖尿病の合併症とは？
- ・どんな検査をするの？
- ・どんな治療、サポートがあるの？
- ・専門医やかかりつけ医を見つけよう！三重県の医療機関を検索

医療関係者向け糖尿病情報

- ・県内で開催される糖尿病に関する研究会、イベント情報
- ・糖尿病学会のイベント情報 等

MieDM
Support
Net



第5節 | 精神疾患対策

1. 精神科医療の現状

(1) 精神科医療の現状

① 精神疾患の現状

- 精神疾患とは、脳の機能的・器質的障がい*によって引き起こされる疾患で、統合失調症や躁うつ病から、認知症、神経症、パニック障害、適応障害といったものまでさまざまな疾患を含みます。
- 精神疾患患者は、平成 26 (2014) 年は、全国で 392.4 万人¹となっており、いわゆる 4 大疾患（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）よりも多い状況となっています。
- うつ病等の気分障害や認知症の患者数が増加し、薬物依存や摂食障害、発達障害への対応等の社会的要請が高まっているなど、精神科医療に対する需要は多様化しています。
- 一方、精神科病院の入院患者数は減少傾向にあり、特に統合失調症の入院患者数が減少しています。これは新規患者の入院期間が、治療薬の進歩などにより短縮化され、約 90%が 1 年以内に退院していることが一因であると考えられます。しかしながら、在院期間が 1 年を超える長期入院患者は 18 万人を超えており、その多くは入退院を繰り返すことを余儀なくされている傾向がみられます²。

② 県内の精神疾患の状況

【通院患者の状況】

- 本県における自立支援医療（精神通院医療）*受給者（各年度の 3 月 31 日現在）は、平成 28 (2016) 年度では 26,972 人で、増加傾向が続いています。全ての疾患において増加がみられますが、なかでも認知症などの症状性を含む器質性精神障害や発達障害などの心理的発達の障害が全体に占める割合は小さいものの、著しく増加しています。

図表5-5-1 三重県における自立支援医療(精神通院医療)受給者数の推移

	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度
全体	19,540	20,698	22,148	22,906	23,739	24,563	25,460	26,017	26,972
認知症など(F0 ※)	327	344	417	560	608	660	650	711	743
統合失調症など(F2)	5,629	5,961	6,312	6,411	6,730	7,366	7,525	7,508	7,615
うつ病など(F3)	7,475	8,014	8,528	9,233	9,472	9,905	10,198	10,474	10,870
発達障害など(F8)	424	585	688	803	860	886	1,005	1,064	1,217

※：ICD-10コード

資料：三重県調査

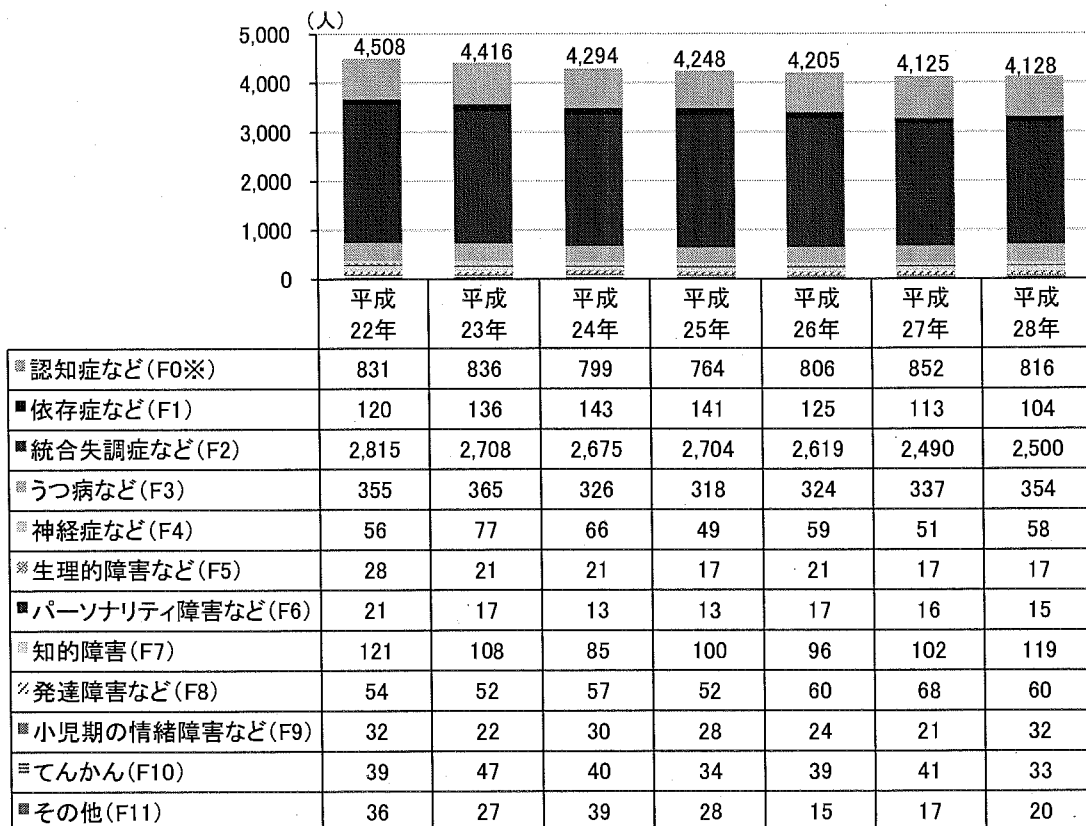
¹ 出典：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」

² 出典：厚生労働省精神・障害保健課調べ「平成 27 年 中央医療審議会資料」

【入院患者の状況】

- 本県における精神科病院の入院患者（各年の6月30日現在）は、平成28（2016）年は4,128人となっており、年々減少の傾向がみられます。
- 疾患別では、統合失調症*が60.6%と半数以上を占め、次に認知症などの症状性を含む器質性精神障害が19.8%、うつ病などの気分障害が8.6%となっています。統合失調症*が減少する一方で、認知症などの症状性を含む器質性精神障害や発達障害などの心理的発達の障害は増加傾向にあります。

図表5-5-2 精神科病院入院患者推移(疾患別)

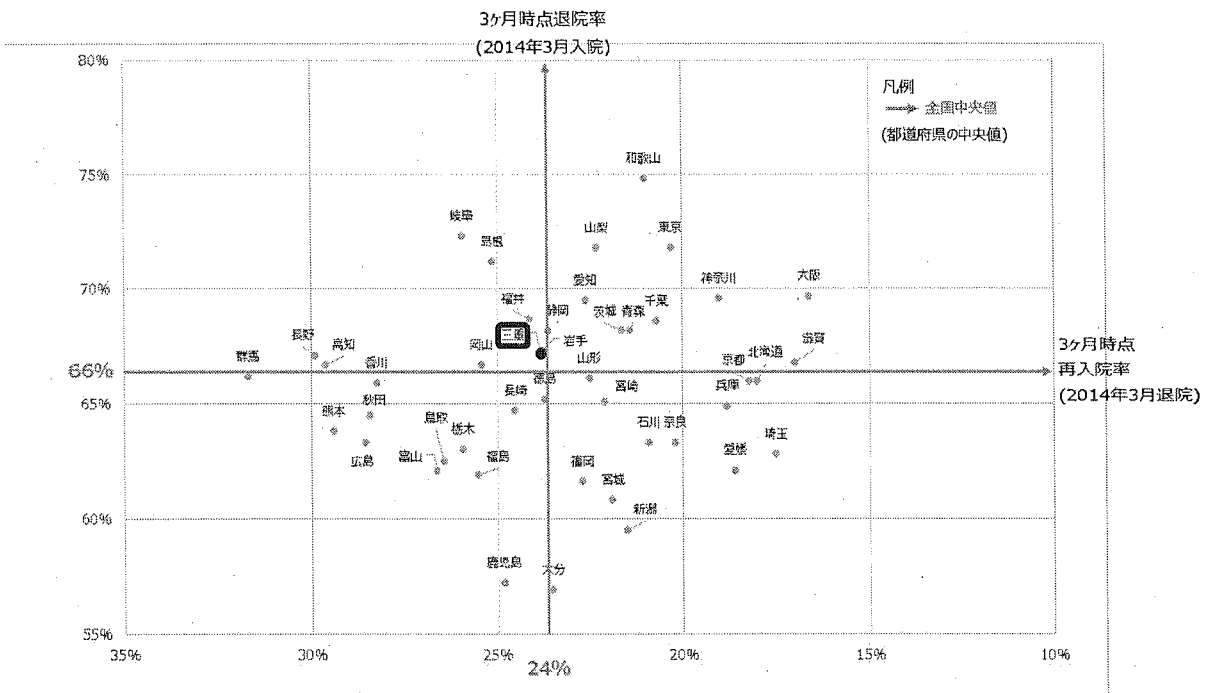


※ ICD-10 コード

資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

- 男女別の年齢構成では、65歳未満の入院患者が47.5%と減少している一方、65歳以上の入院患者は52.5%と増加し、特に75歳以上女性の入院患者は18.2%と増加しています。
- 入院患者の在院期間は、1年未満が33.5%、1年以上5年未満が29.2%、5年以上が37.3%となっており、1年未満の入院患者、5年以上の入院患者に減少傾向がみられます。
- 精神病床における退院率（平成26（2014）年度）は入院後3か月時点67%、6か月時点83%、1年時点89%と全国平均に近い数値となっています。
- また、精神病床における退院後の再入院率（平成26（2014）年度）も、退院後3か月時点24%、6か月時点34%、1年時点45%と、全国平均に近い数値となっています。
- 退院時の状況（平成28（2016）年6月に入院した患者の状況）は、家庭復帰が69.5%、グループホームなどが6.0%、高齢者福祉施設が8.3%、転院等が12.0%、死亡が3.6%となっており、高齢者福祉施設へ移る患者もしくは死亡による退院者の割合が増えています。

図表5-5-3 退院率・再入院率 都道府県比較



資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

- 入院形態別（平成 28（2016）年 6 月 30 日現在）では、任意入院*が 2,032 件（49.2%）、医療保護入院*が 2,059 件（50.0%）、措置入院*が 13 件（0.3%）となっており、年々医療保護入院の割合が増加しています³。
- また、平成 28（2016）年度の精神保健福祉法に基づく通報件数は 278 件で、その結果措置入院となった件数は 83 件（緊急措置入院*を含む）で、ともに増加傾向にあります。

(2) 精神科医療提供体制の現状

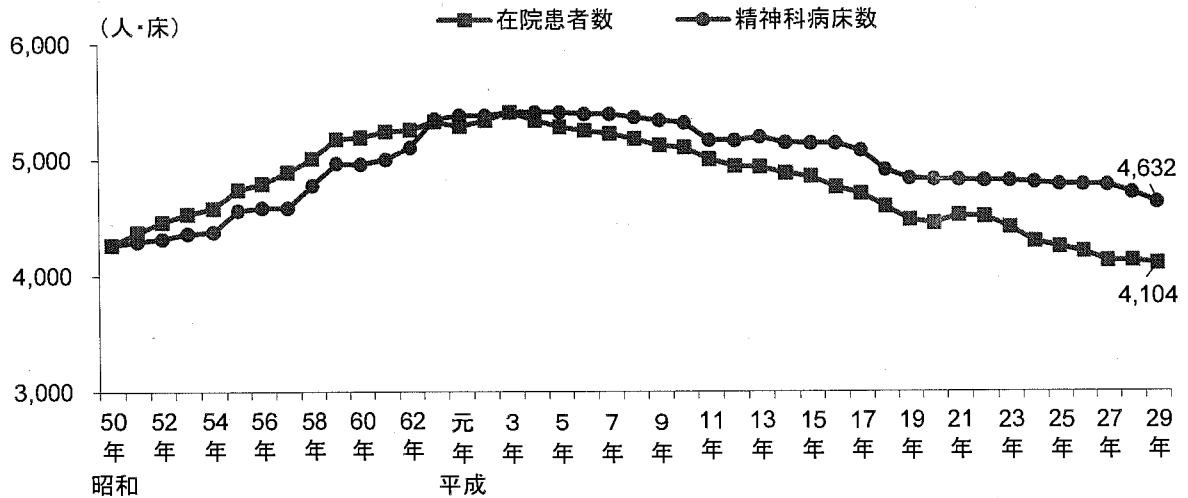
① 県内の精神科病院の状況

- 県内の精神科病院は、北勢医療圏に 8 施設、中勢伊賀医療圏に 6 施設、南勢志摩医療圏に 3 施設、東紀州医療圏に 1 施設の計 18 施設です。
- 平成 29（2017）年 4 月 1 日現在の県全体の精神科病床数は 4,632 床となっており、北勢医療圏が 2,138 床と県全体の半数近くを占めています。中勢伊賀医療圏の 1,269 床とあわせると 3,407 床となり、県内の 74%を占めています⁴。
- 入院患者数の減少に伴い、精神科病床数も平成 4（1992）年の 5,410 床をピークに、年々減少しています。

³ 出典：厚生労働省「平成 27 年度 精神保健福祉資料」

⁴ 出典：医療法に基づく精神科病床届出数

図表5-5-4 精神科病床数と入院患者数の推移



資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

- 精神科病院 18 施設以外で精神科外来のある総合病院および病院は、北勢医療圏で 4 施設、中勢伊賀医療圏で 2 施設、南勢志摩医療圏で 4 施設、東紀州医療圏で 1 施設の計 11 施設です。(平成 29 (2017) 年 6 月 30 日現在)
- 精神科を標榜する診療所は、北勢医療圏で 26 施設、中勢伊賀医療圏で 19 施設、南勢志摩医療圏で 8 施設、東紀州医療圏で 1 施設の計 54 施設で、年々増加傾向にあります。(平成 29 (2017) 年 6 月 30 日現在)
- 指定自立支援医療（精神通院医療）の指定を受けている訪問看護ステーションは、77 施設で、年々増加傾向にあります。(平成 29 (2017) 年 6 月 30 日現在)

② 精神科救急医療システム

- 精神疾患の急性発症等により緊急の医療を必要とする精神障がい者に対応するため、県内を北部と中南部の 2 ブロックに分け、12 の精神科病院による輪番制を敷いています。また、2 病院が精神科救急の後方支援病院*となっています。
- 精神科救急情報センターを設置し、休日、夜間も含めて受診可能な医療機関の紹介などを行うとともに、24 時間 365 日対応可能な電話相談を実施しています。

③ 認知症疾患医療センター

- 認知症疾患医療センターは、専門医療相談、鑑別診断、合併症・周辺症状への対応、地域包括支援センターとの連携等を行う医療機関であり、地域における認知症専門医療の充実と介護との連携強化を図っています。
- 本県では、平成 21 (2009) 年度から二次医療圏域ごとに計 4 病院を地域型認知症疾患医療センターとして指定しています。また、平成 24 (2012) 年度に、従来の認知症疾患医療センターの機能に加えて身体合併症*に対する救急・急性期医療への対応等を行うとともに、県全体の認知症医療等の連携の拠点となる基幹型認知症疾患医療センターとして三重大学医学部附属病院を指定しています。
- さらに平成 29 (2017) 年度には、8 つの構想区域のうちこれまで認知症疾患医療センター

のなかった4区域についてそれぞれ連携型認知症疾患医療センターを指定し、より地域の実情に合わせたきめ細かな専門医療提供体制を整えました。

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

- 精神科医療圏域については、精神科医療の状況、精神疾患患者の生活圏、地理的状況等を勘案し、二次医療圏である北勢、中勢伊賀、南勢志摩、東紀州の4つの医療圏とします。
- なお、各医療圏の精神科医療において対応が困難な事案等が生じた場合は、隣接する医療圏を中心に相互に補完して対応を行うものとします。

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 北勢圏域

- 圏域内の精神科病院8病院のうち救急医療施設は7病院で、総合心療センターひながが精神科救急輪番基幹病院になっています。また、総合心療センターひなが、厚生連鈴鹿厚生病院が、精神科救急入院料届出病院*（スーパー救急病棟*を持つ病院）となっています。
- 認知症治療病棟がある病院は4病院あり、このうち東員病院が地域型認知症疾患医療センターとなっています。さらに、連携型認知症疾患医療センターとして三原クリニック、ますずがわ神経内科クリニックが指定されています。また、重度アルコール依存症管理料届出病院が1病院あります。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が4施設、精神科・神経科を標榜する診療所が26施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは42施設あります。
- 他の圏域への患者の流出は入院患者で6.3%、外来患者で9.3%となっており、圏域内でおおむね完結しています⁵。

② 中勢伊賀圏域

- 圏域内の精神科病院6病院のうち救急医療施設は4病院で、県立こころの医療センターと国立病院機構榊原病院が精神科救急輪番後方支援病院となっています。また、県立こころの医療センターが、精神科救急入院料届出病院（スーパー救急病棟を持つ病院）となっています。
- 認知症治療病棟がある病院は2病院あり、このうち三重大学医学部付属病院が基幹型認知症疾患医療センターに、県立こころの医療センターが地域型認知症疾患医療センターとなっています。さらに、連携型認知症疾患医療センターとして信貴山病院分院上野病院が指定されています。また、重度アルコール依存症管理料届出病院が2病院、摂食障害入院医療管理加算届出病院が2病院あります。

⁵ 出典：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が2施設、精神科・神経科を標榜する診療所が19施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは16施設あります。
- 他の圏域への患者の流出は入院患者で22.3%、外来患者で10.0%となっており、特に入院患者の北勢圏域、南勢志摩圏域への流出が多く、北勢圏域へ10.6%、南勢志摩圏域へ8.2%となっています⁵。

③ 南勢志摩圏域

- 圏域内の精神科病院3病院のうち救急医療施設は2病院で、松阪厚生病院が精神科救急輪番基幹病院になっています。
- 認知症治療病棟がある病院は2病院あり、このうち松阪厚生病院が地域型認知症疾患医療センターとなっています。さらに、連携型認知症疾患医療センターとしていせ山川クリニックが指定されています。また、重度アルコール依存症管理料届出病院が1病院あります。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が4施設、精神科・神経科を標榜する診療所が8施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは14施設あります。
- 他の医療圏域への患者の流出は入院患者で21.2%、外来患者で14.8%となっており、入院、外来患者とも中勢伊賀圏域への流出がみられ、入院患者が15.5%、外来患者が12.5%となっています⁵。
- 南勢志摩圏域内の中でも、精神科医療施設の立地状況に偏りがあり、大台町、大紀町、南伊勢町などの奥伊勢地域には、精神科医療施設が1施設しかないため、圏域内での連携を図っていく必要があります。

④ 東紀州圏域

- 圏域内の精神科病院は熊野病院のみで、救急医療施設となっています。
- 熊野病院は地域型認知症疾患医療センターとなっており、認知症治療病棟を有しています。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来、精神科・神経科を標榜する診療所ともに1施設ずつで、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは5施設あります。
- 他の圏域への患者の流出は入院患者で23.5%、外来患者で25.2%となっており、南勢志摩圏域への流出が入院患者で10.2%、外来患者で11.2%と多くみられますが、中勢伊賀圏域や隣接する和歌山県へも流出しています⁵。
- 圏域内の精神科医療施設が少ないため、隣接する南勢志摩圏域の精神科病院等と連携を図っていく必要があります。

(3) 連携のあり方

- 精神科医療においては、北勢圏域、中勢伊賀圏域に医療資源が集中しており、南勢志摩圏域、東紀州圏域での資源の充実を図るとともに、各圏域間の連携を図る必要があります。

(4) 各医療機能を担う医療機関

圏域	市町	医療機関	精神科救急医療施設	応急入院指定病院	院 精神科救急入院料届出病	認知症疾患医療センター	届出病院 認知症治療病棟入院料届	届出病院 院管理料届出病院 重度アルコール依存症入	届出病院 摂食障害入院医療管理加	届出病院 医療観察法指定医療機関
北勢	いなべ市	北勢病院	○							
	桑名市	多度あやめ病院	○	○			○			
	東員町	大仲さつき病院	○	○						○
	東員町	東員病院				◎	○			
	四日市市	総合心療センターひなが	○	○	○			○		○
	四日市市	水沢病院	○							
	四日市市	三原クリニック*				○				
	鈴鹿市	厚生連鈴鹿厚生病院	○	○	○		○			○
	鈴鹿市	鈴鹿さくら病院	○				○			
	鈴鹿市	ますずがわ神経内科クリニック*				○				
中勢伊賀	津市	県立こころの医療センター	○	○	○	◎	○	○	○	○
	津市	県立子ども心身発達医療センター								
	津市	国立病院機構 榊原病院	○	○				○		◎
	津市	久居病院	○	○			○			○
	津市	三重大学医学部附属病院				●			○	
	伊賀市	信貴山病院分院上野病院	○			○	○			○
南勢志摩	松阪市	南勢病院	○	○						○
	松阪市	松阪厚生病院	○	○		◎	○	○		○
	伊勢市	いせ山川クリニック*				○				
	志摩市	県立志摩病院								
東紀州	熊野市	熊野病院	○	○		◎	○		○	

※医療観察法*指定医療機関のうち、◎は指定入院医療機関、○は指定通院医療機関

※認知症疾患医療センターのうち、●は基幹型、◎は地域型、○は連携型認知症疾患医療センター

※認知症疾患医療センターについては平成29年10月1日現在（三重県調査）

※医療機関の*は、精神科病院以外の医療機関

資料：厚生労働省「平成29年度 精神保健福祉資料」

（平成29年6月30日現在）

3. 課題

(1) 地域生活支援上の課題

① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障がいのある方が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療（精神科医療・一般医療）、障がい福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築をめざす必要があります。
- 各障害保健福祉圏域*ごとおよび各市町ごとに、保健所、市町精神保健福祉主管課、医療機関（精神科医療、一般医療）等の関係者が集まって、精神障がいのある方が、地域において自分らしい暮らしを継続することができるための体制、方策等の協議を行うなどして、地域の実情に応じた体制を構築する必要があります。

② メンタルヘルス

- 私たちの日常の暮らしの中には、人間関係、健康問題、経済問題、社会的孤立等、多くの生活のしづらさがあり、各世代にストレス・精神疾患を引き起こす要因が存在します。
- 県民が、こころの健康について関心を持ち、ストレスや睡眠の確保について適切な対応がとれ、身近な人に相談して、相談機関につなげることができるように、正しい知識の普及や相談支援体制の充実が必要です。
- 受診の早期化に向け、精神的な問題の相談を行う市町や保健所、こころの健康センター等の相談窓口機関と精神科医療機関、一般医療機関、学校、産業保健関係等も含めた関係機関が情報共有を行い、患者が容易にアクセスできる体制をつくり、精神疾患の発症・進行の予防を図っていく必要があります。

③ 地域移行、地域定着支援*

- 精神科病院の入院患者は年々減少しているものの、依然として、約 2,700 人が 1 年以上の長期入院を余儀なくされています。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築する中で、長期入院患者が地域移行し、安心して地域生活を継続できる環境づくりを進めることが必要です。
- 長期入院患者の中には、長年の入院生活から地域で生活するための情報が不足したり、意欲が低下してしまっている人も多くみられ、地域移行に向けての意欲を喚起する取組が必要です。
- 新たに精神科病院へ入院する患者のうち、約 1 割が 1 年以上の長期入院となっています。また、1 年以上精神科病院へ長期入院していた患者のうち、約 6 割が退院 1 年以内に再び入院しています。地域で安心して生活できる環境づくりを行うことにより、入院の長期化と再入院を防ぐ必要があります。
- 精神科病院入院患者の地域移行、地域定着支援については、各障害保健福祉圏域単位で、地域の実情に応じた課題整理と具体的な支援の検討が必要です。
- 精神科医療が必要であるにも関わらず未受診であったり、治療が中断している人を医療や福祉につなげ、地域での生活の継続を図ることが必要です。

④ 精神疾患、精神障がいへの正しい理解の促進

- 精神障がい者に対する社会的偏見は依然として根深いものがあるため、継続して正しい知識の普及啓発を図る必要があります。

(2) 精神科医療に関する課題

① 精神科医療体制

- 身体合併症患者への適切な医療提供や一般医療における精神疾患の早期発見・早期治療のため、精神科医療機関と一般医療機関等との連携体制構築を進めていくことが必要です。

② 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

1) 統合失調症

- 統合失調症については、本県の自立支援医療（精神通院医療）受給者（平成 28（2016）年度）では 7,615 人で全体の 28.2%、精神科病院入院患者（平成 28（2016）年度）では 2,500 人で全体の 60.6%を占めており、入院患者については近年減少傾向にあります。
- 治療抵抗性統合失調症治療薬*の効果が見込まれる難治性統合失調症患者について、同治療薬が活用できるための体制づくりが必要です。
- 統合失調症は、約 100 人に 1 人がり患する頻度の高い疾患です。一方で、その症状などから、精神疾患の中でも特に偏見を持たれやすい疾患であり、疾患の正しい理解を啓発していくことが必要です。また、思春期に発症することが多いと言われていることなどから、早期発見・早期治療に向けた取組を進めることが必要です。

2) うつ病・躁うつ病

- 本県の自立支援医療（精神通院医療）受給者（平成 28（2016）年度）では、うつ病・躁うつ病を含む気分障害は、10,870 人で全体の 40.3%を占め、近年増加傾向にあります。
- うつ病等の気分障害は自殺の要因の一つであるとの指摘があり、一般医療機関等と連携した早期発見・早期治療などの支援が求められています。

3) 認知症

- 高齢化の進展に伴い、認知症患者は今後ますます増加することが予想されています。三重県内における認知症高齢者数は、平成 27（2015）年で約 7.6 万人、平成 37（2025）年には約 10.1 万人になると推計されます。
- 認知症の人とその家族が住み慣れた地域で暮らし続けるために、高齢者と関わる機会の多い医療従事者等の気づきを認知症の早期発見・早期診断につなげることや、医療機関において的確な診断および介護分野と連携した適切な認知症ケアを提供することが求められています。

4) 児童・思春期疾患

- 本県の 19 歳以下の自立支援医療（精神通院医療）受給者数は 1,559 人で、近年減少傾向にありますが、人口比で見ると 0.49%（平成 28（2016）年度）と増加傾向にあります。

- 本県では、県立子ども心身発達医療センター（旧小児心療センターあすなる学園）が、全国では数少ない入院病床を持つ児童精神科病院として児童・生徒の治療に携わっています。児童・思春期疾患の治療に対応できる医療機関を増やす必要があります。
- 児童・生徒は成人と比べて、表現の苦手さや周囲の偏見等から、精神科への受診につながりにくい傾向があるため、早期発見・早期対応に向けた取組が必要です。

5) 発達障がい

- 本県の自立支援医療（精神通院医療）受給者では、発達障害などの心理的発達の障害は1,217人（平成28（2016）年度）で、近年増加傾向にあります。
- 本県では、県立子ども心身発達医療センター（旧小児心療センターあすなる学園）が、精神科病院、精神科クリニックとともに発達障がい児の治療に携わっています。また、成人の発達障がい者については、二次障害*でもある気分障害などの治療を中心に精神科病院、精神科クリニックにおいて対応が行われています。障がい児、者ともに発達障がいの治療に対応できる医療機関を増やす必要があります。
- 発達障がい児・者は生活のしづらさを抱えており、医療的支援以外に、生活環境の調整など福祉的支援も必要となります。精神科医療機関と自閉症・発達障害支援センター*などの福祉支援機関との連携を強化する必要があります。

6) 依存症

- アルコール依存症について、平成28（2016）年度に策定した「三重県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、アルコール健康障害の早期発見・早期介入、アルコール依存症当事者、家族等からの相談に応じる体制の整備、アルコール依存症の治療体制の整備などの取組を進める必要があります。
- 薬物依存症、ギャンブル依存症など他の依存症についてもアルコール依存症と同様の取組が必要ですが、特に対応できる医療機関を増やすことが必要です。
- 依存症の治療には、精神科医療と自助グループ*、家族会との連携が重要といわれており、依存症の治療に対応できる医療機関、相談機関と自助グループ等との連携を深める取組が必要です。

7) 外傷後ストレス障害（PTSD）

- 全国における医療機関で継続的に受療しているPTSDの総患者数は0.3万人（平成26（2014）年）であり、近年増加傾向にあります。
- PTSDが疑われる患者には、心理的応急対応が重要であると言われており、医療従事者等が対応スキルを身につける必要があります。特に本県においては、南海トラフ地震の発生等に備えて、災害等によるPTSDの発症予防、発症後の早期回復のための支援体制を構築する必要があります。

8) 高次脳機能障害

- 高次脳機能障害者は全国に20万人いると推計されています。
- 高次脳機能障害については、受傷後の急性期医療から回復期医療を経て、社会復帰のため

の福祉的支援まで途切れなく支援を行うことが重要といわれており、三重県では急性期を担当する厚生連松阪中央総合病院、回復期を担当する藤田保健衛生大学七栗記念病院、社会復帰を担当する三重県身体障害者総合福祉センターが、「三重モデル」と呼ばれるネットワークを構築し、途切れの無い支援に取り組んでいます。

- 高次脳機能障害に起因する精神症状から、精神科医療を受診する人も多くみられます。高次脳機能障害にも適切に対応できるよう、精神科医療機関に理解を促す取組が必要です。

9) 摂食障害

- 平成 26 (2014) 年に医療機関を受診している摂食障害の総患者数は、全国で約 1.0 万人であり、近年おおむね横ばいで推移しています。
- 摂食障害の治療には、精神科医療と自助グループ、家族会との連携が効果的であると言われており、摂食障害の治療に対応できる医療機関、相談機関と自助グループ等との連携を深める取組が必要です。

10) てんかん

- 本県の自立支援医療（精神通院）受給者のうち、主たる疾患がてんかんの患者は 1,735 人（平成 28 (2016) 年度）であり、近年微増傾向にあります。
- 平成 27 年度から静岡県など全国 8 県に「てんかん診療拠点機関」が設置されており、より効果的な医療を提供するため、県内のてんかんの治療に対応している医療機関と「てんかん診療拠点機関」との連携強化を図ることが必要です。

11) 精神科救急

- 休日夜間等における精神疾患の急性発症、急性憎悪に対応するため、24 時間 365 日の精神科救急医療提供・相談を含めた精神科救急医療システムの体制維持が必要です。
- 精神科救急医療システムの体制において、地域によって病院の立地状況に差があるため、救急輪番ブロック内における各精神科医療機関の連携が必要です。
- 一般救急と精神科救急の連携強化が求められています。
- 精神科クリニックおよび一般病院の精神科救急体制への協力強化を図る必要があります。

12) 身体合併症

- 救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、一般医療機関への入院患者のうち 12%は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%は身体疾患、精神疾患とも入院による治療を必要とするとの報告があります。
- 高齢化の進展に伴い、今後、身体合併症患者の増加が予想されます。一般医療と精神科医療の連携を深め、身体合併症に対応できる仕組みづくりに取り組む必要があります。

13) 自殺対策

- 本県の自殺者数は平成 28 (2016) 年に 265 人（人口動態統計）で減少傾向にありますが、10 歳から 44 歳の死因別順位において自殺が第 1 位または第 2 位となっており、依然深刻な状況です。

- 自殺の原因・動機は健康問題が最も多く、次いで男性では経済・生活問題、女性では家庭問題が多くなっています。
- 自殺の危険性の高い人を早期に発見し、精神科医療につなぐ取組にあわせて、自殺の危険性を高めた背景にある経済・生活問題、福祉の問題、家族の問題などさまざまな問題に包括的に対応するため、精神科医療、保健、福祉などの各施策の連動性を高め、誰もが適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにすることが必要です。

14) 災害精神医療

- 大規模災害発生時等に、被災地の精神科医療の補完および被災者、支援者のこころのケアなどを行う「三重DPAT*（災害派遣精神医療チーム）」は、平成29（2017）年10月現在で21チーム登録されています。
- 南海トラフ地震の発生等に備えて、訓練、研修などによる「三重DPAT」の体制強化やDMAT*（災害派遣医療チーム）、医療救護班等との連携強化など、災害時精神医療体制の構築、強化が必要です。

15) 医療観察法における対象者への医療

- 本県における医療観察法上の指定入院医療機関、指定通院医療機関は、平成29（2017）年10月現在でそれぞれ1施設と10施設です。指定通院医療機関について、偏在傾向があるため、地域からアクセスが容易な医療機関を確保する必要があります。
- 医療観察法対象者への医療提供には、精神科医療機関に加え、保護観察所、検察庁、警察、保健所等が連携して実施することが求められています。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- 精神科医療機関と一般医療機関や保健・福祉サービス等の連携により、地域において地域の特色を生かした精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが整備され、患者が多様な精神疾患等に応じて安心して医療を受けることにより、自立した日常生活、社会生活を過ごすことができている。

(2) 取組方向

- 取組方向1：精神疾患のある人等が地域の一員として、安心して、自分らしい生活ができるための支援
- 取組方向2：多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

(3) 数値目標

障害福祉計画の計画期間（3年）と合わせて医療計画（6年）の半期に見直しを行うこととされていることから、平成32年度、平成35年度の目標値を設定します。

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値		
入院後3か月、6か月、1年時点での退院率 【精神保健福祉資料調査】	社会的入院などによる入院の長期化を防ぐため、可能な限り早期に退院できることを目標とします。	目 標		
			H32	H35
		3か月時点	69.0%	69.0%
		6か月時点	84.0%	84.0%
		1年時点	92.0%	92.0%
		現 状(H28)		
		3か月時点	58.9%	
		6か月時点	81.9%	
1年時点	87.6%			
退院後3か月、6か月、1年時点での再入院率 【精神保健福祉資料調査】	精神科病院を退院した患者が、可能な限り地域で、持続的に安心して生活できる体制づくりをめざすために再入院を防ぐことを目標とします。	目 標		
			H32	H35
		3か月時点	23.0%	20.0%
		6か月時点	30.0%	29.0%
		1年時点	37.0%	34.0%
		現 状(H26)		
		3か月時点	24.0%	
		6か月時点	34.0%	
1年時点	45.0%			
精神病床における慢性期入院患者数（65歳以上、65歳未満） 【精神保健福祉資料調査】	慢性期入院患者の退院を促進するため、慢性期の入院患者数を減少させることを目標とします。また、65歳以上の高齢者と65歳未満の若年者に分けて目標設定します。	目 標		
			H32	H35
		65歳以上	1,207人	1,020人
		65歳未満	1,066人	875人
		現 状(H28)		
		65歳以上	1,526人	
65歳未満	1,221人			
各障害保健福祉圏域および各市町における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの協議の場設置数 【三重県調査】	慢性期入院患者を含む精神障がい者が、地域で持続的に安心して生活できるために、各地域の特性を生かした精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの協議の場の設置を進めることを目標とします。	目 標 (H32、H35とも)		
		障害保健福祉圏域：9圏域		
		市町：29市町(共同設置含む。)		
		現 状(H29)		
			障害保健福祉圏域：0圏域	
			市町：0市町	

(4) 取組内容

取組方向1：精神疾患のある人等が地域の一員として、安心して、自分らしい生活ができるための支援

- 地域の特性を生かし、地域の実情に応じた医療（精神科医療、一般医療）、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築が進められるよう、各障害保健福祉圏域および各市町において協議の場が設置され、関係機関が連携して支援が行われるよう取り組みます。（市町、医療機関、関係機関、県）
- 「みえ障がい者共生社会づくりプラン」に基づき、精神障がい者が地域で生活するために必要なグループホームや日中活動支援などの障害福祉サービスの体制充実に取り組みます。（市町、関係機関、県）
- 「三重の健康づくり基本計画」（こころ・休養分野）に基づき、メンタルヘルス対策に取り組みます。県民一人ひとりが、こころの健康について関心を持ち、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とともに、うつや自殺について正しく理解し、自分だけでなく家族や職場の同僚など周囲の人についてもその傾向に気づき、対処行動がとれるよう、広く普及啓発を行います。（市町、県）
- 長期入院患者への退院意欲の喚起等のため、ピアサポーター*を精神科病院に派遣し、体験談プログラムの実施や地域生活の不安を解消するための情報提供を行います。（医療機関、関係機関、県）
- 精神科受診が必要にも関わらず受診につながらなかったり、治療が中断してしまった人を支援するため、精神科医師等の多職種チームによるアウトリーチ支援を実施します。（医療機関、関係機関、県）
- 精神疾患、精神障がいの正しい理解を啓発するため、「みえ発！こころのバリアフリー大使」による地域、学校等での啓発パフォーマンスや精神障がい当事者主体による啓発活動を進めます。（関係機関、県）

取組方向2：多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

1) 統合失調症

- 治療抵抗性統合失調治療薬が活用されるための体制づくりに努めます。（医療機関、県）
- 統合失調症について正しい理解を促すための取組を進めるとともに、児童・生徒の疾患の早期発見・早期治療に向けた取組を進めます。（医療機関、県）

2) うつ病・躁うつ病

- 自殺対策等を行う中で、一般医療機関等と連携したうつ病・躁うつ病の早期発見・早期治療につながる取組を進めます。（医療機関、県）

3) 認知症

- 県内9か所の認知症疾患医療センターを中心として認知症サポート医*・かかりつけ医等や介護関係者の連携体制を構築することで、認知症の診断・治療や家族への相談支援の充実に努めます。（市町、医療機関、関係機関、県）

- 認知症サポート医養成研修の受講における支援や、病院の指導的立場の看護職員に対する認知症対応力向上研修を実施して、病院・診療所における認知症医療体制の構築を図ります。また、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の医療従事者に対し、認知症対応力向上研修を実施して、認知症の早期発見・早期治療および地域で暮らす認知症の人に対する適切なケアにつなげます。(医療機関、県)
 - 認知症の早期診断・早期対応に向け、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、看護師等の複数の専門職により、認知症が疑われる人等に対し初期支援が包括的・集中的に行われる「認知症初期集中支援チーム」に係る市町の取組が円滑に進むよう、先進事例の情報提供や情報交換の場を設けるなどの支援を行います。(市町、県)
- 4) 児童・思春期疾患
- 児童・思春期疾患の治療に対応できる医療機関の確保に努めるとともに、県立子ども心身発達医療センター、精神科病院、精神科クリニックの思春期外来等の連携強化を図ります。(医療機関、県)
 - 精神疾患の正しい理解を児童・生徒や教師、保護者に啓発することで、児童・思春期の精神疾患の早期発見・早期治療を図ります。(医療機関、関係機関、県)
- 5) 発達障がい
- 発達障がい児・者の治療に対応できる医療機関の確保に努めます。(医療機関、県)
 - 発達障がい者地域支援協議会の開催などにより、精神科医療機関等による医療的支援と自閉症・発達障害支援センター等による地域の福祉的支援の連携強化を図ります。(市町、医療機関、関係機関、県)
- 6) 依存症
- 「三重県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、①飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、アルコール健康障害の発生を予防、②アルコール健康障害の早期発見・早期介入、③アルコール当事者、家族からの相談に応じる体制の整備、④アルコール依存症治療体制の整備、⑤アルコール関連問題に対応できる人材の育成、⑥アルコール関連問題に関する調査研究の推進に取り組みます。(市町、医療機関、関係機関、県)
 - 薬物依存症、ギャンブル依存症等、アルコール依存症以外の依存症について、その治療に対応できる医療機関の確保に努めます。(医療機関、県)
 - 各障害保健福祉圏域ごとに依存症ネットワーク会議を開催することにより、依存症の治療に対応できる専門医療機関、自助グループ、地域の支援機関の連携強化を図ります。(市町、医療機関、関係機関、県)
- 7) 外傷後ストレス障害 (PTSD)
- PTSDの発症予防、悪化の防止のため、外傷の対応とあわせて心理的応急対応が適切に行えるよう、医療従事者等が対応スキルを身につけるための研修を実施します。(県)
 - 災害時におけるPTSDの発症予防および発症後の早期回復のため、「三重DPAT」の体制強化を図ります。(医療機関、県)

8) 高次脳機能障害

- 高次脳機能障害の身体科リハビリテーションを実施している医療機関、支援機関等と精神科医療との連携強化に取り組みます。(市町、医療機関、関係機関、県)
- 「高次脳機能障害者地域支援セミナー」を開催し、精神科医療機関等の高次脳機能障害についての理解の促進を図ります。(関係機関、県)

9) 摂食障害

- 摂食障害の治療に対応できる医療機関の確保に努めるとともに、これらの医療機関と相談機関および自助グループ等との連携強化に取り組みます。(医療機関、関係機関、県)

10) てんかん

- てんかんの治療に対応できる医療機関の確保に努めるとともに、これらの医療機関と「てんかん診療拠点機関」との連携強化に取り組みます。(医療機関、県)

11) 精神科救急

- 精神科救急医療システムの安定的な運営、強化を図ります。(保健所設置市、医療機関、県)
- 三重県精神保健福祉審議会精神科救急医療システム検討部会を開催し、精神科救急医療体制の地域差の解消、一般救急と精神科救急との連携等、精神科救急医療システムにかかる課題の解決に取り組みます。(医療機関、関係機関、県)
- 各障害保健福祉圏域において、保健所が開催する精神保健福祉連絡会等で、地域の関係機関と協議、調整を行い、地域の関係機関間の連携強化を図ります。(市町、医療機関、関係機関、県)

12) 身体合併症

- 三重県精神保健福祉審議会精神科救急医療システム検討部会における協議や、アルコール依存症にかかる一般医療と精神科医療の連携モデルの取組を進める中で、身体合併症に対応できる仕組みづくりに取り組みます。(医療機関、県)

13) 自殺対策

- 「第3次三重県自殺対策行動計画」に基づき、世代別(子ども・若者、中高年層、高齢者層)の取組や、うつ病などの精神疾患を含む対策、自殺未遂者支援、遺族支援、関係機関・民間団体との連携、自殺対策を担う人材育成、自殺に関する情報の収集と提供などに取り組みます。(医療機関、関係機関、県)
- 誰もが適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるよう、救急医療機関や精神科医療機関、かかりつけ医、産業医との連携強化を図るなど、自殺予防の取組を進めます。(市町、医療機関、県)

14) 災害精神医療

- 「三重DPAT」について、協定病院数の増加に向けた働きかけを行うとともに、国や県の総合防災訓練への積極的な参加やDMAT等と連携した研修を実施することにより、体

制強化を図ります。(医療機関、県)

- 三重DPAT運営委員会を定期的に開催し、県内の災害精神医療体制の強化を図ります。
(医療機関、県)

15) 医療観察法における対象者への医療

- 東海北陸厚生局および津保護観察所が行う医療観察法に基づく指定通院医療機関の確保に協力します。(東海北陸厚生局、津保護観察所、県)
- 医療観察法に基づく指定入院医療機関、指定通院医療機関、津保護観察所、検察庁、警察、保健所、市町精神障がい担当主管課との連携を促進するため、津保護観察所と共同で医療観察法連絡協議会を開催するとともに、関係機関が開催する医療観察法ネットワーク会議を支援します。(津保護観察所、医療機関、関係機関、県)