

みえ県民力ビジョン
第三次行動計画
〔案〕

【医療保健部関係分】

令和2(2020)年2月

三 重 県

施策121 地域医療提供体制の確保

県民の皆さんとめざす姿（令和5年度未での到達目標）

病床の機能分化・連携、医療従事者の確保等、地域の医療提供体制の充実に取り組むとともに、県民の皆さんと将来のあるべき医療提供体制を共有することで、患者の状態に応じた適切な医療が提供される体制の整備が進んでいます。

現状と課題

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる令和7（2025）年を見据え、地域における効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するため、病床の機能分化・連携、在宅医療等の充実に向けた取組をさらに進めていく必要があります。
- 医師確保対策を総合的に進めてきたところ、過去10年間（平成20（2008）年～平成30（2018）年）の医師数の増加が全国11位となるなど、若手医師を中心に、県内の医師数は着実に増加しています。
- 一方、人口10万人あたりの医師数は、依然として全国平均を下回っているなど、医師不足の状況は続いており、また、地域偏在や看護職員の不足等も課題となっていることから、地域医療に従事する医師・看護職員の確保・定着を図っていく必要があります。
- 救急搬送件数が増加する中、高齢化の進展等をふまえ、救急医療体制をより一層、充実・強化していく必要があります。また、安全・安心な医療を確保するため、県内医療機関における医療安全体制の強化を図っていく必要があります。
- こころの医療センター、一志病院および志摩病院においては、地域医療構想など病院を取り巻く状況をふまえながら、県立病院に求められる役割を適切に担うとともに、より一層健全な病院経営に努めていく必要があります。
- 国民健康保険の財政運営の責任主体として、市町と共に各市町の保険財政の安定化や医療費適正化を図っていく必要があります。

新しい豊かさ・協創の視点

誰もが住み慣れた地域で、安心して必要な医療を受けられるよう、県民一人ひとりが医療提供体制に関する理解を深め、適切な受療行動につなげていくことや、地域の関係者が医療機関の役割分担や連携体制について協議する場を設けて意思形成していくことを通じて、県民や関係者の皆さんと共に、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を進めます。

取組方向

■ 基本事業1 地域医療構想の実現

地域医療構想の実現に向けて、県内8地域の地域医療構想調整会議等において、関係者による協議を進めるとともに、地域において不足する医療機能を担う病床や在宅医療提供体制の整備支援等に取り組めます。

■ 基本事業2 医療分野の人材確保

医師の地域偏在等の解消により地域における医療提供体制を確保するため、「三重県医師確保計画」に基づき、地域医療に従事する医師確保対策に取り組めます。

また、看護職員の確保に向けて、「人材確保」、「定着促進」、「資質向上」、「助産師確保」の4つの視点から総合的に看護職員確保対策に取り組めます。

■ 基本事業3 救急医療等の確保

救命救急センターの運営やドクターヘリの運航、二次救急医療機関や周産期母子医療センターの運営支援、救急医療情報システムや子ども医療ダイヤルの運営、県民への啓発活動等、救急医療体制の整備等を進めるとともに、医療安全の推進に取り組めます。

■ 基本事業4 県立病院による良質で満足度の高い医療サービスの提供

県立病院では良質で満足度の高い医療サービスを提供するとともに、適切な経営計画に基づく健全な病院経営を進めます。また、志摩病院の指定管理者に対して適切な指導監督を行います。

■ 基本事業5 適正な医療保険制度の確保

国民健康保険財政を安定的に運営するため、「三重県国民健康保険運営方針」に基づき、財政運営の責任主体として各市町の保険財政の安定化や事務の効率化に取り組むとともに、医療に要する費用の適正化が図られるよう、各市町における地域の実情に応じた予防・健康づくりの取組を支援します。

主指標			
目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
病院勤務医師数	2,142人 (30年度)	2,292人	県内の病院で勤務する常勤医師数

副指標			
目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
地域医療構想の進捗度	48.5%	79.0%	地域医療構想における必要病床数の達成に向けた、医療機能ごとの割合の進捗度と、病床総数の進捗度の平均
看護師等学校養成所の定員に対する県内就業者の割合	70.2% (30年度)	71.4%	県内看護師等学校養成所の定員に対する県内に看護職員として就業した者の割合

施策122 介護の基盤整備と人材の育成・確保

県民の皆さんとめざす姿（令和5年度末での到達目標）

利用者のニーズに応じた介護サービス等が一体的に提供されるとともに、地域住民等による見守りや多様な生活支援が行われるなど、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムが構築され、高齢者が介護が必要な状態となっても、住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らしています。また、介護基盤の整備と介護人材の確保等により、特別養護老人ホームへの入所待機者が解消されています。

現状と課題

- 団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制（地域包括ケアシステム）を深化・推進していく必要があります。
- 施設サービスを必要とする方の増加が見込まれる中で、市町と連携し、介護基盤の整備を進めることにより、特別養護老人ホームの入所待機者の解消を図る必要があります。
- 介護ニーズが増加する中で、介護サービスの担い手となる介護人材の確保が課題となっており、市町や関係団体と協働して、総合的な対策を行っていく必要があります。
- 認知症高齢者の増加が見込まれることから、早期から適切な診断や対応ができるよう医療と介護の連携を図るとともに、若年性認知症の方も含め、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、それぞれの地域で本人と家族を支えるための支援体制を構築していく必要があります。
- 高齢者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、まちづくり活動と連携し、それぞれの地域特性に応じた介護予防・重度化防止の取組や生活支援サービスの充実を図る必要があります。

新しい豊かさ・協創の視点

介護が必要となったり、認知症になっても、高齢者が安心して、可能な限り住み慣れた地域で暮らしていけるよう、元気な高齢者をはじめとする地域のさまざまな主体による生活支援サービスの充実や、認知症サポーターの養成および活動促進等に市町や関係団体と連携して取り組み、介護や認知症に対する県民の理解と支援の輪を広げ、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築を図ります。

取組方向

- **基本事業1 介護基盤の整備促進**
 特別養護老人ホーム等の介護施設の整備を行うとともに、市町等における介護保険事業の安定的な運営を支援します。
- **基本事業2 介護人材の確保**
 介護人材の確保のため、三重県発の取組である「介護助手」のさらなる普及展開に向けた支援、業務負担の軽減に資する介護ロボット等の導入促進を行うとともに、市町や事業者団体等と協働し、参入促進、資質向上、労働環境の改善等の取組を行います。
- **基本事業3 認知症施策先進県に向けた取組**
 「共生」と「予防」を車の両輪として、認知症の人の視点を積極的に取り入れたピアサポートの推進、認知症サポーターのステップアップによるチームオレンジの立ち上げ支援と活動促進、市町との協働によるSIB^{注)}を活用した認知症予防に係る取組の検討等を行い、認知症施策を先進的・総合的に推進します。
- **基本事業4 介護予防・生活支援サービスの充実**
 高齢者の自立した日常生活の支援、介護予防・重度化防止等に係る市町、地域包括支援センター等の取組を支援するため、研修会の開催、アドバイザーの派遣等を行います。

主指標			
目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
介護度が重度で在宅の特別養護老人ホームの入所待機者数	210人 (30年度)	0人	介護度が重度で在宅の特別養護老人ホームの入所待機者数（入所を辞退した者等を除く実質的な待機者数）

副指標			
目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
特別養護老人ホーム施設整備定員数（累計）	10,408床 (30年度)	10,998床	特別養護老人ホーム（広域型、地域密着型およびショートステイの転換）の施設整備定員数
県内の介護職員数	27,818人 (29年度)	33,849人 (4年度)	都道府県介護職員数の県内介護職員数（厚生労働省「第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数」）

注) 1 SIB：ソーシャル・インパクト・ボンド。民間の活力を社会的課題の解決に活用するため、民間資金を呼び込み成果報酬型の委託事業を実施する新たな社会的インパクト投資の取組。

施策123 がん対策の推進

県民の皆さんとめざす姿（令和5年度末での到達目標）

がんの予防・早期発見から治療・予後までのそれぞれの段階に応じたがん対策が進み、がんにかかる人やがんで亡くなる人が減少するとともに、がんと向き合って生活していく患者やその家族への支援が進んでいます。

現状と課題

- がんは、県内における死亡原因の第1位であり、重要な健康問題の一つとなっています。「三重県がん対策推進条例」に基づき、さまざまな主体が連携・協力して、「がん予防」「がん医療の充実」「がんとの共生」など、それぞれの段階に応じた総合的ながん対策を推進していく必要があります。
- がんの予防や早期発見を推進するためには、生活習慣の改善や、がん検診および精密検査の受診率向上を図る必要があります。また、学習指導要領の改訂をふまえたがん教育を推進する必要があります。
- 国のがん診療連携拠点病院の整備指針をふまえ、県内のがん診療連携体制を整備するとともに、蓄積されたがん登録データを活用して、がんの早期発見やがん治療の推進につなげる必要があります。
- がん患者やその家族の持つ不安や悩みを軽減し、がんとの共生しながら可能な限り質の高い療養生活を送ることができるよう、緩和ケアの推進や、相談支援体制、情報提供等の充実が必要です。

新しい豊かさ・協創の視点

企業、関係機関・団体、市町との連携により、がんに対する啓発活動を行い、がん検診および精密検査の受診率の一層の向上を図ります。また、蓄積された精度の高いがん患者罹患状況等の情報を分析し、がん予防等へ積極的に活用していきます。さらに、がん患者とその家族が、がんに向き合いながらよりよい療養生活を送ることができるよう相談体制等の充実を図ります。

取組方向

■ 基本事業1 がん予防・早期発見の推進

避けられるがんを防ぐため、がんに対する正しい知識の普及啓発や、医療関係者および教育関係者と連携した児童、生徒へのがん教育を推進します。また、ナッジ理論^{注)}1などの手法を活用したがん検診の受診勧奨や、「三重とこわか県民健康会議」において企業、関係機関・団体、市町との連携によるがん検診および精密検査受診率の向上を図ることにより、がんによる死亡率のより一層の低減に取り組みます。

■ 基本事業2 がん医療の充実

県内のがん患者が適切ながん医療を受けられるよう、がん診療連携体制の一層の充実を図るとともに、医科歯科連携等、多職種との連携を推進します。また、がん登録により得られた罹患率、生存率等のデータの分析結果について、がんの早期発見やがん治療の推進につながるよう、市町、医療機関等と連携しながら、情報の利活用を進めます。

■ 基本事業3 がんとの共生

がん患者やその家族が診断時から適切な緩和ケアを受け、療養生活の質の向上を図るため、緩和ケアに係る人材育成を支援します。また、がんに対する不安等を軽減するため、ライフステージに応じた支援の充実を図るとともに、治療と仕事の両立を支援するため、関係機関や団体、医療機関等と連携した就労支援の取組を推進します。

主指標			
目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
75歳未満の人口10万人あたりのがんによる死亡者数(年齢調整後)	64.1人 (30年)	60.9人 (4年)	がんによる75歳未満の死亡状況について、年齢構成を調整した県の人口10万人あたりの死亡者数

副指標			
目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
がん検診受診率(乳がん、子宮頸がん、大腸がん)	乳がん 41.1% 子宮頸がん 47.8% 大腸がん 26.8% (29年度)	乳がん 55.0% 子宮頸がん 55.0% 大腸がん 50.0% (4年度)	乳がん、子宮頸がんおよび大腸がんに係るがん検診受診率
がん診療連携拠点病院および三重県がん診療連携拠点病院指定数	7か所 (30年度)	10か所	手術、薬物療法およびこれらの効果的な組み合わせによる、がんの標準的・集学的治療を提供する医療機関数(がん診療連携拠点病院は国指定、三重県がん診療連携拠点病院は県指定)
がん患者等の就労について理解を得られた企業数(累計)	1,045社 (30年度)	2,286社	説明会および事業所訪問で就労支援について理解を得られた企業数

注) 1 ナッジ理論：行動経済学で用いられる理論の一つで、「選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する方法」のこと。「ナッジ(nudge)」とは「そっと後押しする」という意味。

施策124 健康づくりの推進

県民の皆さんとめざす姿（令和5年度末での到達目標）

企業、関係機関・団体、市町と連携して健康づくりに取り組み、病気の予防、早期発見、治療、療養生活の質の維持向上のための対策が進み、県民一人ひとりが適正な生活習慣を身につけることにより、生涯を通じて健康的な生活を送っています。また、県民の皆さんが生活習慣病や難病等にかかった時も、適切な治療や支援を受けています。

現状と課題

- 「人生100年時代」を迎える中、県民の皆さんの健康への関心がより一層高まっている一方で、県民の皆さんの約半数が健康づくりに取り組んでいないことが課題となっています。
- 糖尿病については、年齢調整受療率は全国第2位となっているものの、新規透析患者数は減少傾向にあります。糖尿病などの生活習慣病を予防し、健康寿命の延伸を図るため、企業、関係機関・団体、市町と連携し、健康づくりの取組を進めるとともに、県民による主体的な健康づくりの推進に取り組んでいます。
- 人口減少が進む中、地方創生を推進し、若者に選ばれる三重につなげるためには、企業における健康経営の推進が必要です。
- 「全国トップクラスの健康づくり県」をめざすため、Society 5.0やSDGsなどの新しい考え方を取り入れ、さまざまなデータやテクノロジーを活用しながら、健康無関心層を含めた全ての県民に対して、健康づくりの取組を推進するとともに、企業における主体的な健康経営の取組を推進することが必要です。
- むし歯のない12歳児の割合が全国平均を下回る状況が続いていることから、効果的なむし歯予防対策が必要です。また、さまざまなニーズに対応するため、在宅歯科医療や障がい児（者）歯科診療、医科歯科連携の推進が必要です。
- 難病医療費助成制度の円滑な運営のために、難病指定医の育成や指定医療機関の増加に取り組むとともに、難病患者が身近な医療機関で適切な治療を継続できるように、拠点病院、協力病院が連携し、さまざまなニーズに対応できる医療提供体制の拡充に取り組む必要があります。

新しい豊かさ・協創の視点

企業、関係機関・団体、市町など、健康づくりに関するさまざまな主体・分野が連携し、オール三重で健康づくりに取り組むことで、健康無関心層を含めた全ての県民にアプローチを図り、「誰もが健康的に暮らせるとこわか三重」の実現をめざします。

取組方向

■ 基本事業1 健康づくり・生活習慣病予防活動の推進

生活習慣病を予防し、健康寿命の延伸を図るため、企業、関係機関・団体、市町と連携し、さまざまなデータやテクノロジーを活用しながら、県民が主体的に取り組む健康づくりや企業の健康経営の取組を推進するなど、社会全体で継続的に健康づくりに取り組みます。

■ 基本事業2 歯科保健対策の推進

全身の健康につながる歯と口腔の健康を保つことで、生涯にわたり生活の質の向上が図られるよう、ライフステージに応じた歯科疾患予防や口腔機能の維持・向上に取り組めます。また、むし歯予防の効果が高いフッ化物洗口の実施に向けて、教育委員会等と連携して積極的に取り組むとともに、地域口腔ケアステーションを核とした在宅歯科保健医療連携などに取り組めます。

■ 基本事業3 難病対策の推進

難病指定医等の育成や指定医療機関の増加により、医療費助成制度を円滑に運営するとともに、拠点病院を中心とする医療提供体制の拡充に取り組めます。また、難病患者等の療養生活の質の向上を図るため、生活・療養相談、就労支援を行います。

主指標

目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
健康寿命	男性 78.5 歳 女性 80.9 歳 (29 年)	男性 79.6 歳 女性 81.4 歳 (4 年)	国の定める健康づくりの基本的方針である「健康日本 21 (第2次)」の目的の一つであり、県民が日常的に介護を必要とせず、自立して心身ともに健康的な日常生活を送ることができる期間

副指標

目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
特定健康診査受診率	52.2% (29 年度)	59.7% (4 年度)	三重県保険者協議会に所属する医療保険者が行う特定健康診査（生活習慣病に関する健康診査）の受診率
フッ化物洗口を実施している施設数（累計）	159 施設 (30 年度)	259 施設	フッ化物洗口を実施している幼稚園、保育所等の数

施策144 医薬品等の安全・安心の確保と動物愛護の推進

県民の皆さんとめざす姿（令和5年度末での到達目標）

医薬品や医療機器などの品質管理体制の整備により医薬品等の安全が確保されるとともに、生活衛生営業施設等の衛生が確保され、安全なサービスや製品が提供されています。

また、さまざまな主体と連携し地域全体で取り組むことで、動物の殺処分がなくなるとともに、薬物が容易に入手できない環境が整備されています。

現状と課題

- 医薬品等製造業者等への監視指導や、県民の皆さんへの医薬品等の適正使用のための情報提供などを行うとともに、患者本位の医薬分業の実現等をめざし「かかりつけ薬剤師・薬局」を推進しています。引き続き、医薬品等の品質、有効性および安全性の確保を図るとともに、将来にわたり安全な血液製剤を安定的に確保するため、若年層に対する献血啓発などに取り組む必要があります。
- 動物愛護管理の拠点として三重県動物愛護推進センター「あすまいる」を平成29（2017）年5月に開所し、動物愛護教室などの普及啓発活動、飼い主への終生飼養の指導や飼い主のいない猫の不妊・去勢手術などの引取り数を減らす取組、譲渡事業等に取り組んだところ、犬・猫の殺処分数が大幅に減少しました。引き続き、人と動物が安全・快適に共生できる社会をめざし、取組を推進する必要があります。
- 民間団体、学校、市町等の関係機関と連携し、薬物乱用防止に関する啓発、取締りなどに取り組んでいます。近年、若年層を中心に大麻事犯検挙者数が増加していることから、これまで以上に薬物乱用防止対策を進める必要があります。
- 生活衛生営業施設等に対する監視指導や衛生管理に関する講習会等を行っています。引き続き、施設における衛生確保を図るため、監視指導などに取り組む必要があります。

新しい豊かさ・協創の視点

安全な製品やサービスが供給され安心して利用できるよう、医薬品等製造業者等や生活衛生営業施設等営業者に自主管理を促すとともに、県民一人ひとりの献血意識の向上に取り組みます。

また、県民一人ひとりが安心して豊かに暮らせるよう、関係機関等と連携し、動物を愛護する意識の向上や動物愛護管理の取組を推進するとともに、薬物乱用防止に係る意識啓発を行うなど、薬物乱用防止の取組を強化します。

取組方向

■ 基本事業1 医薬品等の安全な製造・供給の確保

医薬品等製造業者等の監視指導を行うとともに、県民の皆さんに対する医薬品等の適正使用に関する啓発や知識の普及を図るほか、「かかりつけ薬剤師・薬局」の推進に努めます。また、献血について、県民の皆さんへの啓発に加え、高校生などを対象としたセミナーの開催や献血ボランティア活動の推進を通じた若年層の献血者の確保に取り組みます。

■ 基本事業2 人と動物との共生環境づくり

人と動物が安全・快適に共生できる社会をめざし、三重県動物愛護推進センター「あすまいる」を県の動物愛護管理の拠点として、さまざまな主体と連携しながら、譲渡事業等、殺処分をなくすための取組等を推進するとともに、災害時におけるペットの防災対策や人型ロボットの配置により収集した情報の利活用等に取り組みます。

■ 基本事業3 薬物乱用防止対策の推進

学校等における薬物乱用防止教室などの講習会や「ダメ。ゼッタイ。」普及運動などの啓発による「未然防止対策」、警察等関係機関と連携した「取締対策」、さらに薬物依存症者やその家族等に対する支援を中心とした「再乱用防止対策」の3つの対策により、薬物乱用を許さない社会環境づくりを進めます。

■ 基本事業4 生活衛生営業施設等の衛生確保

生活衛生営業施設等の監視指導や講習会等を行い、生活衛生営業施設等事業者の自主的な衛生管理の促進を図ります。

主指標			
目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
やむを得ず殺処分を行った犬・猫の数	115匹 (30年度)	0匹	保健所に収容した犬・猫のうち、やむを得ず殺処分を行った犬・猫の数(治療の見込みがない病気などの理由により殺処分した数を除く)

副指標			
目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
県内の医薬品等製造施設のうち不良医薬品等を出さなかった施設の割合	98.8% (30年度)	100%	県内の医薬品等製造施設のうち、重篤な健康被害の原因となる不良医薬品等や健康被害の原因となる可能性のある不良医薬品等を出さなかった施設の割合
献血を行った10代の人数	2,095人 (30年度)	2,400人	県内の献血ルームおよび献血バスで献血を行った10代の人数
薬物乱用防止に関する知識と理解を深めた県内学校の児童生徒等の人数	54,702人 (30年度)	58,000人	薬物乱用防止に関する知識と理解を深めた県内の小中学校、高等学校の児童生徒や大学生等の人数
健康被害が発生しなかった生活衛生営業施設の割合	100% (30年度)	100%	生活衛生営業施設(公衆浴場、理容所、美容所、クリーニング所、旅館、興行場)のうち健康被害の発生がなかった施設の割合

施策145 食の安全・安心の確保

県民の皆さんとめざす姿（令和5年度末での到達目標）

農水産物の生産や食品の製造・加工・流通から消費に至る全ての過程において監視指導等を行うとともに、家畜伝染病等の食に関わる課題に対して、県民の皆さんへの影響を最小限に抑えられている体制が整備され、安全で安心な食品が供給されています。

現状と課題

- 食の安全・安心の確保のためには、食品関連事業者や生産者のコンプライアンス意識の向上を図るとともに、自主的な取組を促進することが必要です。また、消費者自らが食品に対する知識と理解を深め、判断・選択することが必要なことから、食品関連事業者、生産者および行政の取組を知る機会を増やし、相互理解を促進することが必要です。
- 食品の製造・加工・流通から消費に至る過程において、衛生管理や食品表示等の監視指導、食品の検査等に取り組んでいます。引き続きこれらの取組を実施し、県内に流通する食品の安全性を確保する必要があります。
- 食品事業者は、「食品衛生法」の改正に伴うHACCP^{注1}に沿った衛生管理や、「食品表示法」の経過措置期間終了による新制度に基づく食品表示に対応する必要があることから、HACCPに沿った適切な衛生管理や新制度に基づく適切な食品表示が行われていることを確認する必要があります。
- 食の安全・安心に対する消費者の不安を解消するため、農薬、肥料、動物・水産用医薬品や飼料等の適正使用の管理および安全・安心な農水産物生産システムの構築を図る必要があります。
- 家畜伝染病の発生防止に向け、県内畜産農場における防疫体制の強化を図る必要があります。特に、県内での野生イノシシへのCSF^{注2}感染をふまえ、各農場における飼養衛生管理基準の遵守・徹底など、発生防止に向けた取組を進めるとともに、家畜伝染病の発生による畜産物への風評被害対策に取り組む必要があります。

新しい豊かさ・協創の視点

安全で安心な食品が供給され、県民の皆さんが安心して暮らせるよう、食品関連事業者や関係団体の皆さんなど幅広い分野の方々と連携して、食品関連事業者等のコンプライアンス意識の向上や自主管理の促進、消費者への啓発等に取り組むとともに、リスクコミュニケーションの機会を通じて相互理解を深めます。

注) 1 HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point (危害分析重要管理点) の頭文字。食品の製造において、施設の清掃や食品取扱者の衛生管理等の従来的一般衛生管理に加え、製造の工程ごとに微生物や異物混入の危害があるか分析し、管理することで食品の安全性を高め、食中毒等の被害を未然に防ぐ衛生管理方法。

注) 2 CSF : CSF (Classical Swine Fever) ウイルスにより起こる豚、イノシシの熱性伝染病。「家畜伝染病予防法」に基づき家畜伝染病に指定されており、豚やイノシシへの強い伝染力と高い致死率が特徴であり、人に感染することはありません。

取組方向

■ 基本事業1 食品の安全・安心の確保

食品関係施設への監視指導等を行い、食品の検査や食品表示の適合性の確認を実施するとともに、食品事業者のHACCPに沿った衛生管理の運用状況を確認します。

また、と畜検査・食鳥検査を全頭（羽）実施するとともに、と畜場や食鳥処理場についてもHACCPに沿った衛生管理の運用状況を確認します。

■ 基本事業2 農畜水産物の安全・安心の確保

食品関連事業者や生産者におけるコンプライアンス意識の向上を図るとともに、食の安全・安心に関する消費者との相互理解を深めるため、積極的な情報提供や研修会、意見交換会等によるコミュニケーションの醸成・充実に取り組みます。また、CSF等家畜伝染病の発生による畜産物への風評被害の未然防止対策に取り組みます。

米トレーサビリティ法や「農産物検査法」等に基づく監視指導体制を強化するとともに、農水産物の生産工程管理および衛生管理の促進、さらに、「家畜伝染病予防法」に基づく飼養衛生管理基準の遵守・徹底等を図ります。特に、CSFについては、飼養豚に対する予防的ワクチン接種の取組を進めるとともに、野生動物や人、車両等を介した農場へのウイルスの侵入防止対策を徹底指導します。さらに、野生イノシシへのCSF感染拡大を防止するため、経口ワクチンの散布や生息数の低減に取り組みます。

主指標

目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
HACCPに沿った衛生管理を適切に運用している施設の割合	-	100%	HACCPに沿った衛生管理が適切に運用されていることを監視等により確認した施設（不適切であったが指導等により改善したものを含む）の割合

副指標

目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
食品表示を適切に行っている食品関連事業者の割合	100% (30年度)	100%	食品表示が適切に行われていることを監視等により確認した食品関連事業者（不適切であったが指導等により改善したものを含む）の割合
特定家畜伝染病発生防止率	81.9%	100%	発生農場での全頭（羽）殺処分が必要な家畜伝染病の発生および感染拡大を防止した割合

施策146 感染症の予防と拡大防止対策の推進

県民の皆さんとめざす姿（令和5年度末での到達目標）

県民一人ひとりが感染予防に自主的に取り組むとともに、感染症が発生した際は、地域社会全体が的確な情報に基づき、速やかに感染拡大防止策をとることにより、県民が安心して暮らせる環境が整っています。

現状と課題

- 感染症予防を普及啓発するための人材の養成や感染症発生動向調査システムの活用による情報発信等を行うことで、危険性の高い感染症の集団発生の抑止に取り組んでいます。今後も感染症の流行状況に応じた情報発信や普及啓発が必要であることから、感染予防に関する研修会の開催やシステム活用による情報発信等、感染予防・拡大防止の取組を推進していくことが必要です。
- 発生すると社会的影響の大きい感染症について、適切な治療や防疫措置を講じるため、感染症指定医療機関の運営や設備整備への支援、防疫用品等の備蓄・更新、発生に備えた関係機関と連携した訓練を行っています。今後も、新型コロナウイルスなど新たな感染症が発生した際にも迅速な対応ができるよう、防疫体制の充実を図るとともに、感染拡大防止と県民の皆さんの不安解消に向けて取り組んでいくことが必要です。
- HIV（エイズの原因となるウイルス）や肝炎に対しては、無料検査や相談により、早期発見・早期治療を促進するとともに、風しんについては、妊娠を希望する女性等を対象に無料の抗体検査等を実施し、感染予防につなげる取組を行っています。引き続き、無料検査や相談についての広報を行うなど、感染予防・拡大防止に向けた取組を行っていく必要があります。

新しい豊かさ・協創の視点

感染症に関して不安を感じることなく、安心して暮らすことができるよう、感染症発生動向調査システム等を活用して情報提供を行い、県民一人ひとりが、感染予防に理解を深め、適切な予防行動が行うことができるよう取り組みます。また、発生すると社会的影響が大きい感染症については、適切な防疫措置ができるよう、関係機関と連携を進めます。

取組方向

■ 基本事業1 感染予防のための普及啓発の推進

感染症の流行状況に合わせて適切に感染予防・拡大防止を図るため、引き続き、研修会の開催による普及啓発や、感染症発生動向調査システムの活用による情報の収集・整理・分析を行い、情報発信をしていきます。

■ 基本事業2 感染症危機管理体制の整備

エボラ出血熱や新型インフルエンザ、新型コロナウイルス等、発生すると社会的影響の大きい感染症の発生に備え、防疫用品等の備蓄・更新を行うとともに、医療機関、消防、警察等の関係機関と連携して患者搬送や情報伝達の訓練等を実施し、発生時に迅速な対応ができるよう体制を整えます。

■ 基本事業3 感染症対策のための相談・検査の推進

麻しんや風しんについては、有効な予防手段であるワクチン接種を進めていきます。また、HIVや肝炎については、無料検査を実施するとともに、受検者の増加に向けて、イベント等にあわせて啓発を行います。さらに、保健所等での相談体制の充実を図り、陽性者が安心して治療ができる体制の整備を進めます。

主指標			
目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
危険性の高い感染症発生数のうち集団発生が抑止できた割合	100% (30年度)	100%	「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」に基づく、一、二、三類感染症発生数のうち、集団発生が抑止できた割合

副指標			
目標項目	現状値	令和5年度の目標値	目標項目の説明
感染症危機管理に関する訓練実施率	50.0% (30年度)	100%	感染症危機管理体制整備のために県内全域で実施する訓練の実施率（本庁および各保健所ごとに、年1回以上実施）
定期接種における麻しん、風しんワクチンの接種率	95.6% (30年度)	100%	「予防接種法」に基づく麻しん、風しんの第2期接種時期におけるワクチン接種率（対象年度の4月1日現在の接種対象者数のうち、当該年度における接種者数の割合）

「施策」の数値目標

各施策に設定した、県民の皆さんに成果をわかりやすくあらわす指標である「主指標」と、施策を適切に評価する際に、「主指標」を補足するのにふさわしい代表的な指標である「副指標」の一覧です。

施策番号	区分	新規・継続の別	目標項目	選定理由	令和5年度 目標値設定理由	現状値 【令和元】	目標値 【令和5】
121	主指標	変更	病院勤務医師数	医師確保については、これまで医師修学資金貸与制度や専門研修プログラムへの対応など県内の病院勤務医を確保する対策を中心に実施してきたこと、依然として病院勤務医の地域偏在が大きいことから、選定しました。	令和元年度に策定する「三重県医師確保計画」の目標医師数をふまえ、県内病院で勤務する医師数を毎年30人増加させることをめざし、目標値を設定しました。	2,142人 (30年度)	2,292人
121	副指標	変更	地域医療構想の進捗度	地域医療構想の実現に向けては、各年度における医療機能ごとの病床の割合を必要病床数の割合に近づけるとともに、全体の病床数も必要病床数と同規模にする必要があることから、「医療機能ごとの病床の割合の進捗度」と「病床総数の進捗度」の平均による複合指標を選定しました。	令和7（2025）年に進捗度が100%（乖離が0）となることをめざし、各年度ごとの目標値は、令和7（2025）年に近づくとつれて加速度的に進捗度が増加すると見込んで目標値を設定しました。	48.5%	79.0%
121	副指標	変更	看護師等学校養成所の定員に対する県内就業者の割合	看護職員の確保については、これまで看護師等修学資金貸付事業などさまざまな看護職員確保対策に取り組んできましたが、依然として県内の看護職員不足が続いています。看護職員を確保するため、県内看護師等学校養成所において看護師等を養成していますが、さらなる県内就業率の向上をめざし、選定しました。	三重県内看護師等学校養成所卒業生就業調査に基づき、定員に対する県内就業率を算出し、過去に最も高い就業率（71.4%）まで定員に対する県内就業率を近づけることをめざし、目標値を設定しました。	70.2% (30年度)	71.4%
122	主指標	継続	介護度が重度で在宅の特別養護老人ホームの入所待機者数	地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護度が重度の特別養護老人ホーム入所待機者の解消が必要であることから選定しました。	「第7期介護保険事業支援計画」（平成30年度～令和2年度）に基づくこれまでの入所待機者数の解消の実績と、令和2年度の整備計画数をふまえて、3年後の令和4年度において、入所待機者が解消されることをめざし、目標値を設定しました。	210人 (30年度)	0人
122	副指標	継続	特別養護老人ホーム施設整備定員数（累計）	介護度が重度の特別養護老人ホーム入所待機者の解消のため、計画的に施設整備を行うことをめざし、選定しました。	「第7期介護保険事業支援計画」に基づくこれまでの特別養護老人ホームの整備の実績および令和2年度の整備計画数をふまえて、入所待機者の見込数からその解消に必要な床数を算出し、目標値を設定しました。	10,408床 (30年度)	10,998床

施策番号	区分	新規・継続の別	目標項目	選定理由	令和5年度 目標値設定理由	現状値 【令和元】	目標値 【令和5】
122	副指標	新規	県内の介護職員数	介護従事者の確保は、ハローワーク、求人広告等でも行われており、これらを含む県全体の就職者数が人材確保の状況を示していると考えられることから選定しました。	「第7期介護保険事業計画」に基づく介護人材の必要数では、令和2年度に32,513人、令和7年度に35,854人の需要見込みとされていることから、現状値から令和2年度実績までの目標値は年平均1,565人の増加と見込み、令和2年度実績から令和4年度実績までの目標値は年平均668人の増加と見込み、目標値を設定しました。	27,818人 (29年度)	33,849人 (4年度)
123	主指標	継続	75歳未満の人口10万人あたりのがんによる死亡者数（年齢調整後）	がんは県民の疾病による死因の第1位であり、今後も増加していくと予想されます。県民の生命と健康をがんから守るためには、がんを予防・早期発見し、早期に適切な治療を行うことで、がんによる死亡者数を減少させる必要があることから選定しました。	本県における75歳未満の人口10万人あたりのがんによる死亡者数は64.1人（全国2位）に改善し、全国平均よりも10.5%低い状態です。「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）」では、目標値を全国平均よりもマイナス10%以上として設定していますが、今後も引き続き全国トップクラスをめざし、がんによる死亡者数のさらなる低減に向け、全国平均よりもマイナス10.5%として目標値を設定しました。	64.1人 (30年)	60.9人 (4年)
123	副指標	継続	がん検診受診率（乳がん、子宮頸がん、大腸がん）	乳がん検診、子宮頸がん検診および大腸がん検診は、がんの中でも高い検診効果が見込まれ、がん検診受診率の向上が県民の生命、健康を守る上で有効であることから選定しました。	「三重県がん対策推進計画」の目標値である、50%をがん検診受診率の目標値として設定しました。なお、女性特有のがんについては、若い世代から発症するリスクが高いことから、より一層がん検診を推進していくため、さらに上乗せし、1割増の55%を目標値として設定しました。	乳がん 41.1% 子宮頸がん 47.8% 大腸がん 26.8% (29年度)	乳がん 55.0% 子宮頸がん 55.0% 大腸がん 50.0% (4年度)
123	副指標	継続	がん診療連携拠点病院および三重県がん診療連携標準拠点病院指定数	県内のがん患者がその居住する地域に関わらず適切ながん医療を受けられるよう、標準的・集学的治療の均てん化を図ることが必要であり、がん診療連携体制の一層の充実・強化を図るため、がん診療の拠点となる医療機関の整備を推進する必要があることから選定しました。	がん対策推進協議会において、県内のがん診療連携拠点病院および三重県がん診療連携標準拠点病院の整備については、10か所程度が適切とされていることから、目標値を設定しました。	7か所 (30年度)	10か所

施策番号	区分	新規・継続の別	目標項目	選定理由	令和5年度 目標値設定理由	現状値 【令和元】	目標値 【令和5】
123	副指標	継続	がん患者等の就労理解を得た企業数（累計）	がん医療の進歩により、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらかん治療を受けられる可能性が高まっています。がん患者は、治療に必要な休暇や、治療後の後遺症などから、就労継続が困難な状況になることもあります。そのため、各種制度はもとより、雇用主や同僚の理解を深めることが必要であることから選定しました。	県内の事業所の管理者や人事担当者等にかん患者の支援について理解を求めていることをめざし、県内の事業員50人以上の全ての事業所数2,286社を目標値として設定しました。	1,045社 (30年度)	2,286社
124	主指標	継続	健康寿命	生涯を通じて健康的な生活を送るためには、健康寿命の延伸が重要であることから選定しました。	平均寿命と健康寿命の差を縮めるため、健康寿命の伸びが平均寿命の伸びを1割上回る値（男性0.23歳、女性0.11歳）をめざし、目標値を設定しました。	男性78.5歳 女性80.9歳 (29年)	男性79.6歳 女性81.4歳 (4年)
124	副指標	継続	特定健康診査受診率	特定健康診査の受診率の向上により、これまで見つけられなかった生活習慣病予備群の早期発見が可能となり、その後の特定保健指導や医療機関受診へつなぐことで発症予防や重症化を防ぐことができることから選定しました。	三重県の特定健康診査受診率の過去4年間における平均伸び率は1.175%ですが、さらに受診率を伸ばさせるために、過去4年間の伸長率の最高値（1.5%）をめざし、目標値を設定しました。	52.2% (29年度)	59.7% (4年度)
124	副指標	新規	フッ化物洗口を実施している施設数（累計）	12歳児のむし歯の状況の改善を図るため、むし歯予防の効果が高いフッ化物洗口は、永久歯に生え変わる4歳から14歳までの期間に、継続的に実施することがむし歯予防に大きな効果をもたらすことから選定しました。	平成30年度末現在で、フッ化物洗口を実施している幼稚園・保育所等は159施設で、年平均で約10施設ずつ増加しています。フッ化物洗口を実施する施設がこれまで以上に増加するよう、年間20施設ずつ増やしていくことをめざし、目標値を設定しました。	159施設 (30年度)	259施設
144	主指標	継続	やむを得ず殺処分を行った犬・猫の数	殺処分数は、動物愛護の普及啓発、譲渡事業、引取りを減らす取組等の動物愛護管理に関する施策を総合的に行うことで減少することから選定しました。	犬・猫の殺処分がなくなることをめざす必要があることから目標値を設定しました。	115匹 (30年度)	0匹
144	副指標	変更	県内製造品等うち医薬品等が割合	医薬品等の安全性を確保するためには、医薬品等製造施設に対する監視等を徹底し、重篤な健康被害の原因となる不良医薬品等や健康被害の原因となる可能性のある不良医薬品等の発生を防止する必要があることから選定しました。	不良医薬品等による健康被害を100%なくすことをめざし、目標値を設定しました。	98.8% (30年度)	100%

施策番号	区分	新規・継続の別	目標項目	選定理由	令和5年度 目標値設定理由	現状値 【令和元】	目標値 【令和5】
144	副指標	新規	献血を行った10代の人数	近年、全国的にも若年層の献血率の低下が課題となっていることに加え、少子高齢化が進むことが見込まれる中、将来にわたり安定して血液を供給していくためには、若年層の献血への協力が必要不可欠であることから選定しました。	これからの献血を担う10代の献血者数を他の年代と同水準まで引き上げ、その数を安定的に確保していく必要があることから、目標値を設定しました。	2,095人 (30年度)	2,400人
144	副指標	変更	薬物乱用防止に関する知識と理解を深めた県内学校児童生徒等の人数	近年、若年層における大麻などの薬物乱用の広がりや憂慮すべき状況となっており、県内の小中学校、高等学校の児童生徒や大学生等を対象とした講習会等を実施し、青少年の薬物乱用防止に関する意識の向上を図る必要があることから選定しました。	薬物乱用防止に関する正しい知識の浸透を図るため、成長にあわせ、小中学校、高等学校や大学等の各教育課程において一度は薬物乱用防止教育に受ける機会が得られるよう、目標値を設定しました。	54,702人 (30年度)	58,000人
144	副指標	継続	健康被害が発生しなかった生活衛生営業施設の割合	県民の皆さんが安心して生活衛生営業施設を利用するためには、健康被害の発生はあってはならないことから選定しました。	全ての生活衛生営業施設において、健康被害が発生しない必要があることから目標値を設定しました。	100% (30年度)	100%
145	主指標	新規	HACCPに管理運用している施設の割合	食品衛生法の改正に伴い、全ての食品事業者は、法が施行される令和2年6月までにHACCPに沿った衛生管理を導入しなければならないことから選定しました。 ※法施行後、さらに1年間の経過措置期間が設けられています。	全ての食品事業者においてHACCPに沿った衛生管理が適切に導入されている必要があることから目標値を設定しました。	-	100%
145	副指標	新規	食品表示を適切に行っている食品関連事業者の割合	平成27(2015)年4月の食品表示法の施行に伴い、全ての食品関連事業者は、経過措置期間が終了する令和2(2020)年4月から同法に基づいた食品の表示を行わなければならないことから選定しました。	全ての食品関連事業者において食品表示法に基づく適切な表示が行われている必要があることから目標値を設定しました。	100% (30年度)	100%
145	副指標	新規	特定家畜伝染病発生防止率	畜産物の安全・安心を確保するためには、発生農場での全頭(羽)殺処分が必要なCSFや高病原性鳥インフルエンザ等の家畜伝染病の発生および感染拡大を防止する必要があることから選定しました。	畜産物の安全・安心を確保するため、全ての農場において、飼養衛生管理基準が遵守され、家畜伝染病の発生および感染拡大が100%防止されていることをめざし、目標値を設定しました。	81.9%	100%
146	主指標	継続	危険性の高い感染症発生数発症が抑止できた割合	一、二、三類感染症の集団発生が生じないように啓発を行うとともに、発生した場合は、迅速な連携と適切な対応により、発生を小規模に抑えることが重要であることから選定しました。	一、二、三類感染症の集団発生を起ささない、もしくは小規模に抑えることが重要であるため、患者発生数のうち、集団発生を抑止できた数の割合を100%とすることをめざし、目標値を設定しました。	100% (30年度)	100%

施策番号	区分	新規・継続の別	目標項目	選定理由	令和5年度 目標値設定理由	現状値 【令和元】	目標値 【令和5】
146	副指標	継続	感染症危機管理に関する訓練実施率	感染症危機管理体制の整備には、平常時から、本庁および全ての保健所において医療機関、警察、消防等との連携による訓練の実施が必要であることから選定しました。	本庁、保健所、医療機関および警察等の担当者等が、異動により入れ替わっても常に対応できることが必要であることから目標値を設定しました。	50.0% (30年度)	100%
146	副指標	新規	定期接種における麻しん、風しんワクチンの接種率	近年、増加傾向にある麻しん、風しんの感染を防止するためには、2回の予防接種により免疫を獲得することが重要であることから選定しました。	麻しん、風しんの感染を防止するためには、2回の予防接種により免疫を獲得することが重要であることから、接種率100%を目標値として設定しました。	95.6% (30年度)	100%

三重県医師確保計画 (最終案)

令和 2 年 3 月
三 重 県

「三重県医師確保計画（最終案）」目次

第1章 医師確保計画の基本的事項	
1 計画策定の趣旨	1
2 医師確保計画の位置づけ	1
3 医師確保計画の全体像	1
4 計画の期間	2
第2章 三重県の医師確保の現状	3
第3章 医師確保計画の具体的事項	
1 区域単位	12
2 医師偏在指標	14
(1) 考え方	14
(2) 医師偏在指標の算出	14
3 医師少数区域、医師多数区域等	16
(1) 医師少数区域・医師多数区域等の設定についての考え方	16
(2) 都道府県	16
(3) 二次医療圏	16
4 医師少数スポット	18
(1) 医師少数スポット設定の考え方	18
(2) 医師少数スポット	18
(3) 医師の派遣調整の優先順位について	19
5 医師の確保の方針	20
(1) 方針の考え方	20
(2) 現在時点の医師確保の方針	20
(3) 将来時点の医師確保の方針	21
6 目標医師数	21
(1) 考え方	21
(2) 目標医師数の設定	22
7 目標を達成するための施策	23
(1) 施策の考え方	23
(2) 短期的な施策	23
(3) 長期的な施策	25
(4) 医師の働き方改革をふまえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援	25
(5) その他の施策	25
8 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定	25
9 二次医療圏ごとの医師確保対策	27
10 地域医療構想区域ごとの医師確保対策	35

第4章 産科・小児科における医師確保計画	
1 産科・小児科における医師偏在指標および医師偏在対策の基本的な考え方	49
2 産科・小児科における医師偏在指標	52
(1) 産科における医師偏在指標	52
(2) 小児科における医師偏在指標	52
3 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定	54
4 産科・小児科における医師確保計画	57
(1) 産科・小児科における医師確保計画の考え方	57
(2) 産科・小児科における医師確保の方針	57
(3) 産科・小児科における偏在対策基準医師数	58
(4) 産科・小児科における施策	60
第5章 医師確保計画の効果の測定・評価	62

第1章 医師確保計画の基本的事項

1 計画策定の趣旨

- 医師の確保については、これまで三重大学医学部における入学定員増・地域枠の設定や、三重県医師修学資金貸与制度の運用をはじめとして、さまざまな医師確保対策に取り組んできた結果、本県の医師の総数は増加傾向にあります。しかしながら、人口10万人対医師数は全国平均を下回るなど、依然として医師不足の状況が続いています。
- そのような中、平成30（2018）年7月に「医療法及び医師法の一部を改正する法律」（以下、「改正法」という。）が成立し、都道府県において、都道府県間および二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を、医療計画の中に新たに「医師確保計画」として令和元（2019）年度中に策定することとなりました。
- 改正法に基づき、全国ベースで都道府県ごとおよび二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した「医師偏在指標」が厚生労働省において算定され、これに基づき、都道府県が医師少数区域・医師多数区域等を設定し、医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標医師数を達成するための施策、という一連の方策を定め、医師少数区域等における医師の確保を行い偏在是正につなげていきます。
- 本県においても、地域ごとの医療提供体制の整備を図るため「医師確保計画策定ガイドライン」（平成31年3月29日付け医政地発0329第3号、医政医発0329第6号）（以下、「ガイドライン」という。）に基づき、「三重県医師確保計画」を策定しました。

2 医師確保計画の位置づけ

- 「三重県医師確保計画」は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の規定に基づき、都道府県が定めることとされている医療計画の一部として策定するものです。
- 令和7（2025）年の地域医療構想の実現に向け、現在、公立・公的医療機関等について具体的対応方針の策定が進められているところですが、それぞれの地域において、どの程度医師確保を行うべきかについては、医療機関の統合・再編等の方針によっても左右されることから、医師確保計画の策定にあたっては、地域医療構想調整会議等において議論された、医療機関ごとの機能分化・連携の方針等をふまえ、地域における医療提供体制の向上に資する形で地域医療構想との整合を図ります。
- 労働基準法（昭和22年法律第49号）に基づく診療に従事する医師に対する時間外労働規制については、令和6（2024）年度から適用される予定です。医師の労働時間の短縮のためには、個別の医療機関内での取組だけでなく、地域医療提供体制全体としても、医師の確保を行うことが重要です。このため、「医師の働き方改革に関する検討会報告書」（平成31年3月28日 医師の働き方改革に関する検討会）をふまえた医師確保対策を進めます。

3 医師確保計画の全体像

- 厚生労働省が示す医師偏在指標の計算式・計算結果に基づき、都道府県において医師偏在指標を定め、この医師偏在指標に基づき、二次医療圏のうちから医師少数区域・医師多数区域を設定します。また、必要に応じて、医師少数スポットを設定し

ます。

- 医師少数区域・医師多数区域の状況をふまえ、二次医療圏および地域医療構想区域ごとに医師確保の方針について定め、具体的な目標医師数を設定します。
- 目標医師数を達成するために必要な施策について、具体的に医師確保計画に盛り込みます。
- 都道府県ごとの医師偏在指標に基づいて都道府県単位でも医師少数都道府県等を設定し、医師確保の方針、目標医師数および施策を定めることとします。
- また、医師全体の医師確保計画とあわせて、産科および小児科における医師確保計画についても定めることとします。

4 計画の期間

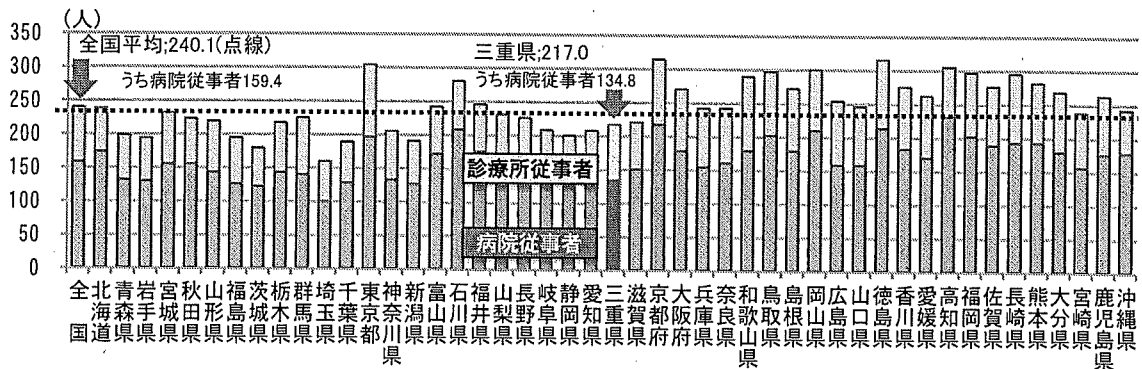
令和2（2020）年度から医師確保計画に基づく偏在対策を開始し、3年ごと（最初の計画は4年ごと）に医師確保計画の実施・達成を積み重ね、その結果、令和18（2036）年までに医師偏在是正を達成することを医師確保計画の長期的な目標とします。

第2章 三重県の医師確保の現状

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、特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。（図表 2-1-1）

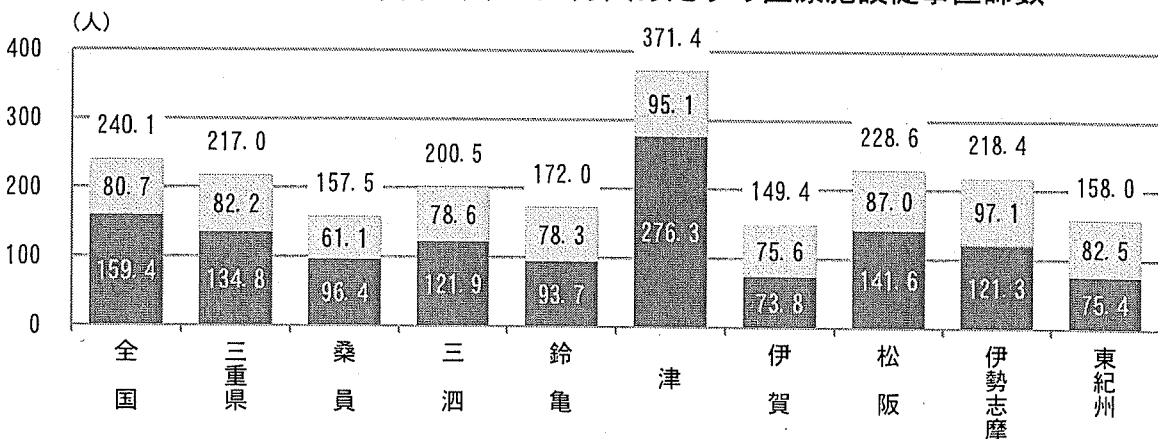
図表 2-1-1 医師数の全国と県との比較（人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数¹）



資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 地域医療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 2-1-2）

図表 2-1-2 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」

- 診療科別に見ると内科、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 2-1-3）

¹ 病院および診療所に従事する医師の合計です。

図表 2-1-3 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)
桑員	369	157.5	56.9	18.8	8.3	6.0	2.3
三泗	762	200.5	72.8	14.1	9.8	10.6	4.0
鈴亀	432	172.0	65.7	11.4	6.9	6.5	3.7
津	1,058	371.4	122.0	31.2	19.0	27.3	4.7
伊賀	240	149.4	60.7	13.1	5.4	8.3	3.0
松阪	523	228.6	83.8	16.0	7.8	8.2	6.9
伊勢志摩	513	218.4	92.0	17.3	9.5	11.2	3.0
東紀州	104	158.0	88.2	10.0	5.7	7.1	0.0

	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)
桑員	0.5	4.1	12.4	2.3	1.4	4.1	11.9
三泗	4.0	5.3	12.2	5.0	2.4	4.0	14.1
鈴亀	5.3	5.3	9.3	3.7	2.8	4.5	13.8
津	9.7	12.2	25.8	7.5	6.5	9.0	25.5
伊賀	1.2	3.6	7.7	4.8	1.8	3.0	17.3
松阪	5.5	5.5	15.6	7.3	3.7	6.9	18.8
伊勢志摩	4.7	5.6	2.2	4.3	3.0	3.9	14.7
東紀州	0.0	2.8	11.4	1.4	1.4	4.3	12.8

	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)
桑員	0.0	7.8	6.9	0.0	2.3	0.0	0.5
三泗	1.3	10.1	6.4	1.1	2.7	0.3	1.1
鈴亀	0.0	6.9	4.9	1.6	4.1	0.8	0.0
津	0.4	13.6	11.5	3.9	14.7	3.6	4.7
伊賀	0.0	6.5	3.6	0.0	3.0	0.0	0.0
松阪	0.5	10.1	5.0	0.9	5.5	1.8	0.5
伊勢志摩	0.9	9.5	7.8	0.4	3.9	0.9	1.3
東紀州	0.0	7.1	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0

※ () 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」

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。

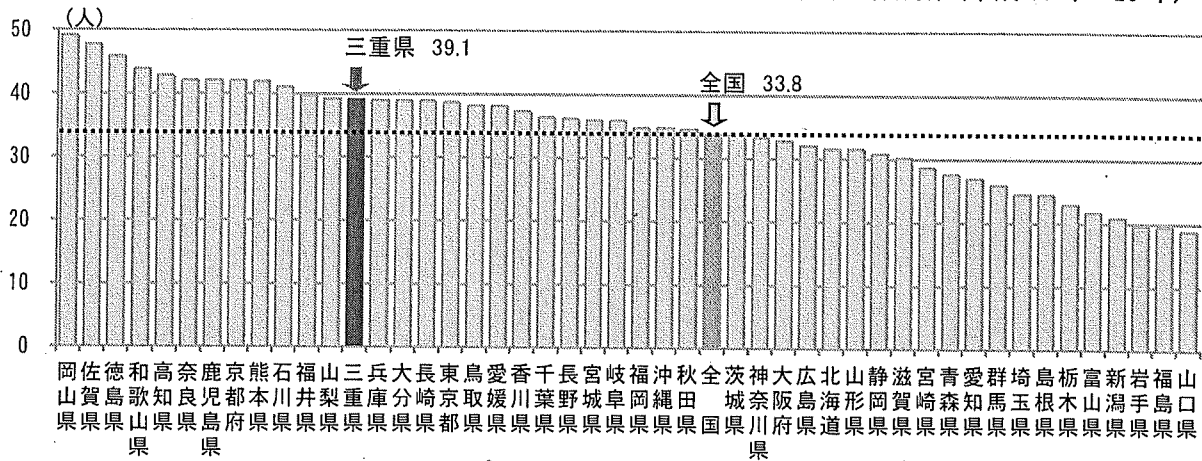
⁴ 産婦人科、産科、婦人科医師の合計です。

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。

- 全国的に医師数は増加傾向にあります。本県ではその伸び率が高く、過去10年間の人口10万人あたり医師数の増加数は全国平均を上回っています。(図表2-1-4)

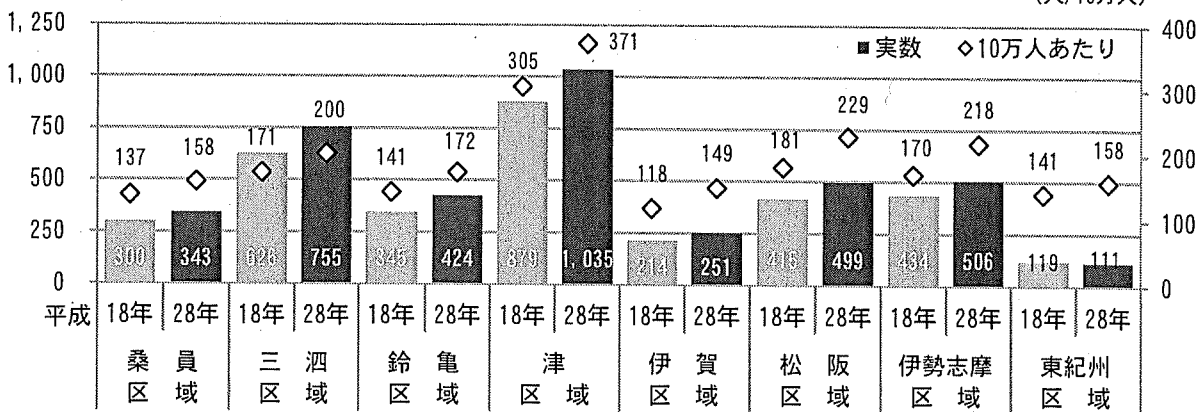
図表2-1-4 過去10年間の人口10万人あたり医療施設従事医師数の増加数(平成18年～28年)



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 地域医療構想区域別では、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、東紀州区域は8名(6.7%)減少となっています。なお、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2-1-5)

図表2-1-5 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(人)

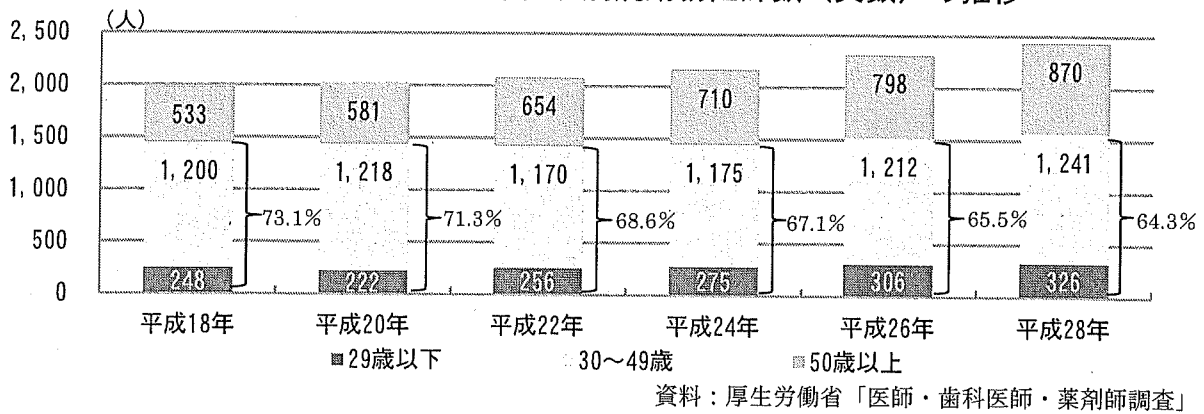


※津区域には三重大学を含みます。

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

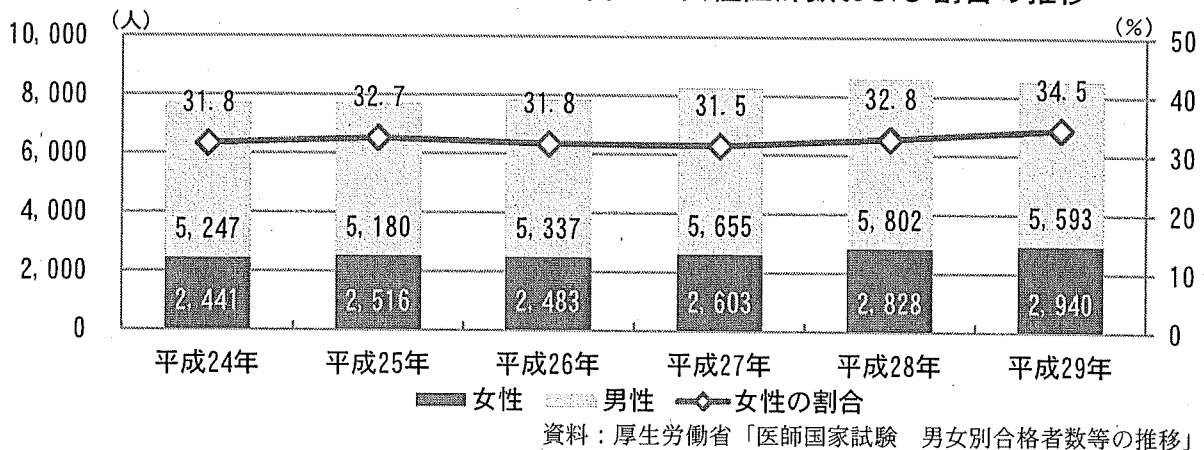
- 病院勤務医は年々増加傾向にあります。50歳未満の病院勤務医が占める割合は減少傾向にあります。(図表2-1-6)

図表 2-1-6 県内の年代別病院勤務医師数（実数）の推移

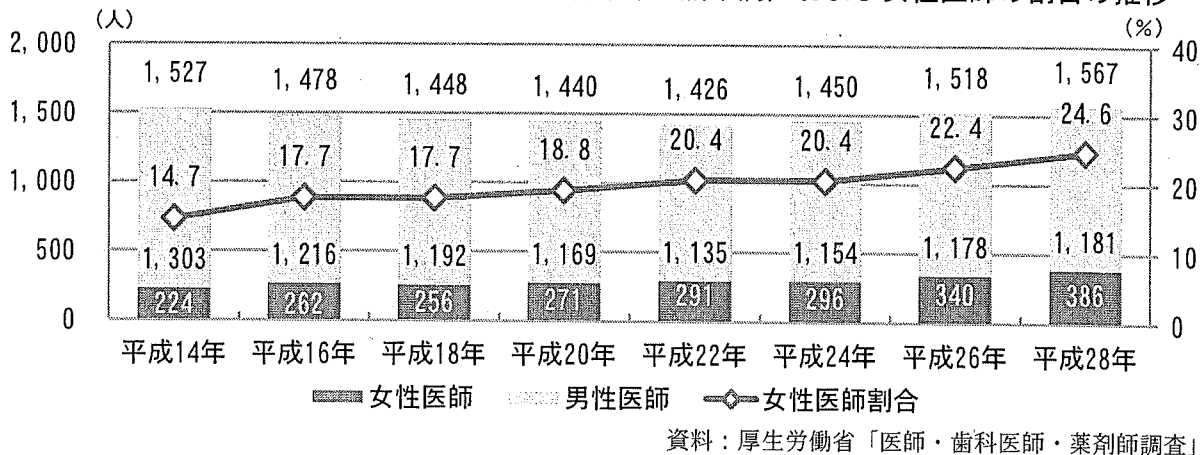


- 近年、医師数に占める女性医師の割合が高まってきており、国家試験合格者に占める女性医師の割合は30%を超えています。（図表 2-1-7）
県内においても、50歳未満の病院勤務医に占める女性医師の割合は増加傾向にあります。（図表 2-1-8）

図表 2-1-7 国家試験合格者に占める女性医師数および割合の推移



図表 2-1-8 県内の病院に勤務する医師数（50歳未満）および女性医師の割合の推移



- 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、出身都道府県で臨床研修*を行った場合には、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臨床研修を行った場合でも、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 2-1-9)

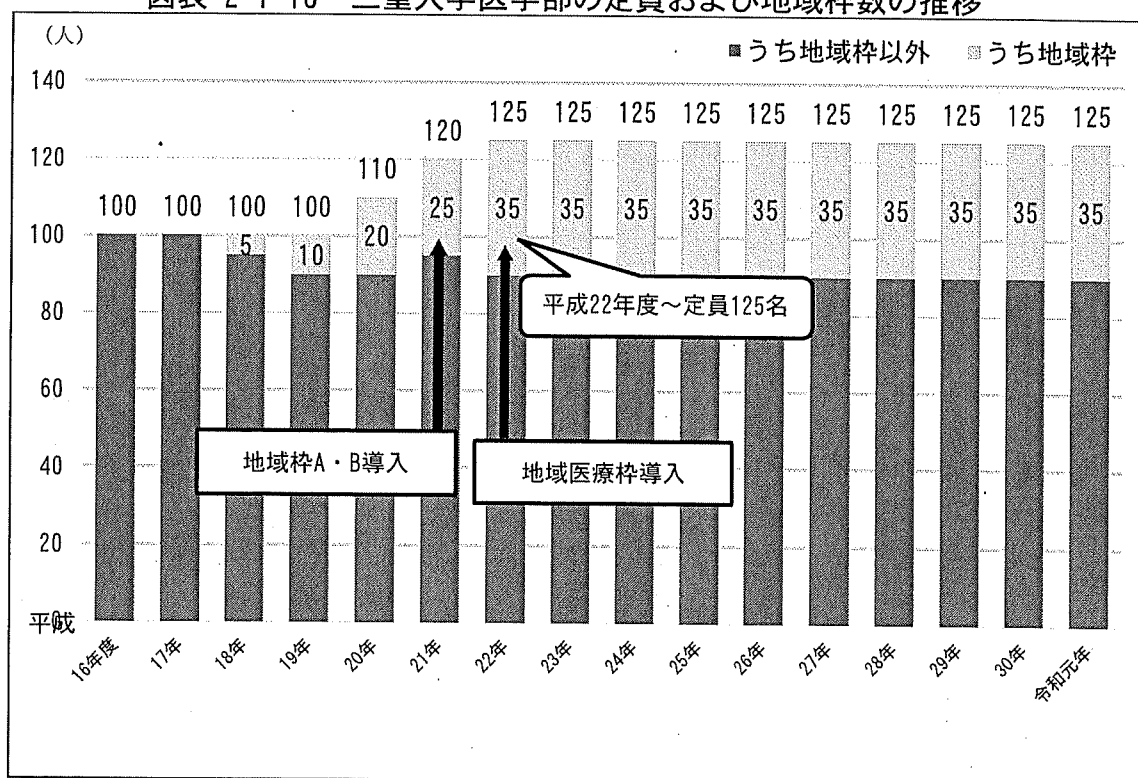
図表 2-1-9 臨床研修修了後に出身都道府県に勤務する割合

出身地	大学	臨床研修	臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
			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）」

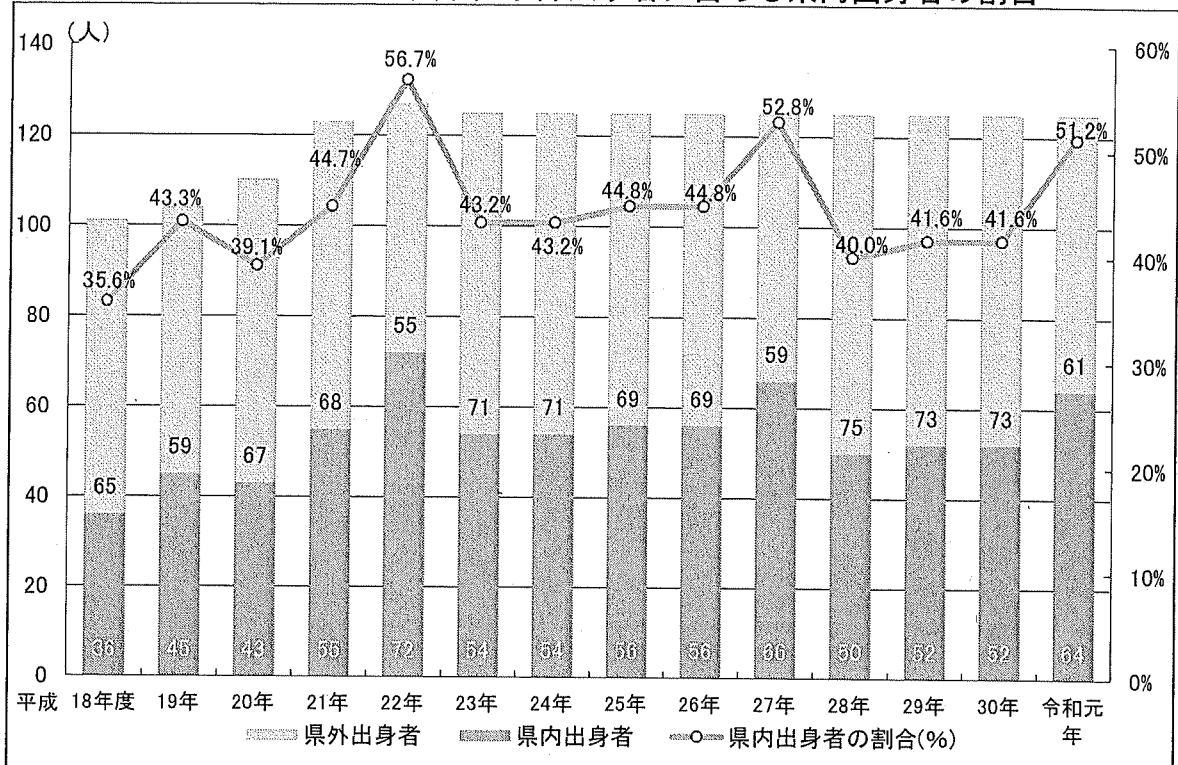
- 三重大学医学部では、平成18（2006）年度以降、段階的に定員の拡大（25名増：100名→125名）や地域枠（30名：地域枠A*（25名）・地域枠B*（5名））および地域医療枠*（5名）の設定等に取り組み、県内出身者数は入学者の4割を超えています。(図表 2-1-10～2-1-11)

図表 2-1-10 三重大学医学部の定員および地域枠数の推移



資料：三重県調査

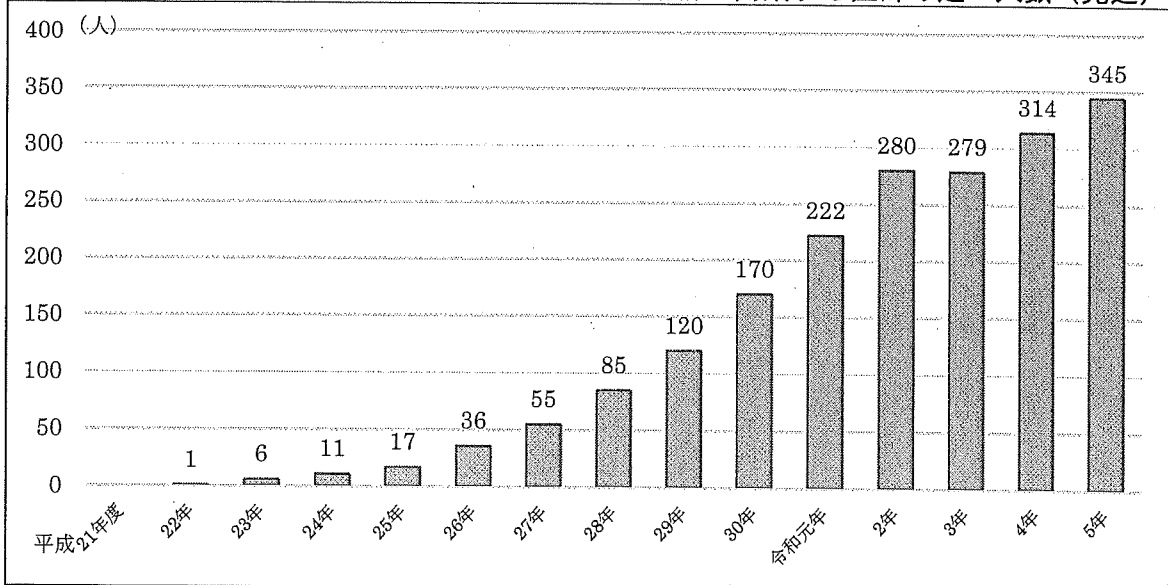
図表 2-1-11 三重大学医学部入学者に占める県内出身者の割合



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 733 名 (令和 2 (2020) 年 1 月末現在) となっており、臨床研修を修了し、県内医療機関で勤務を開始する医師数は、今後、段階的に増加することが見込まれています。(図表 2-1-12)

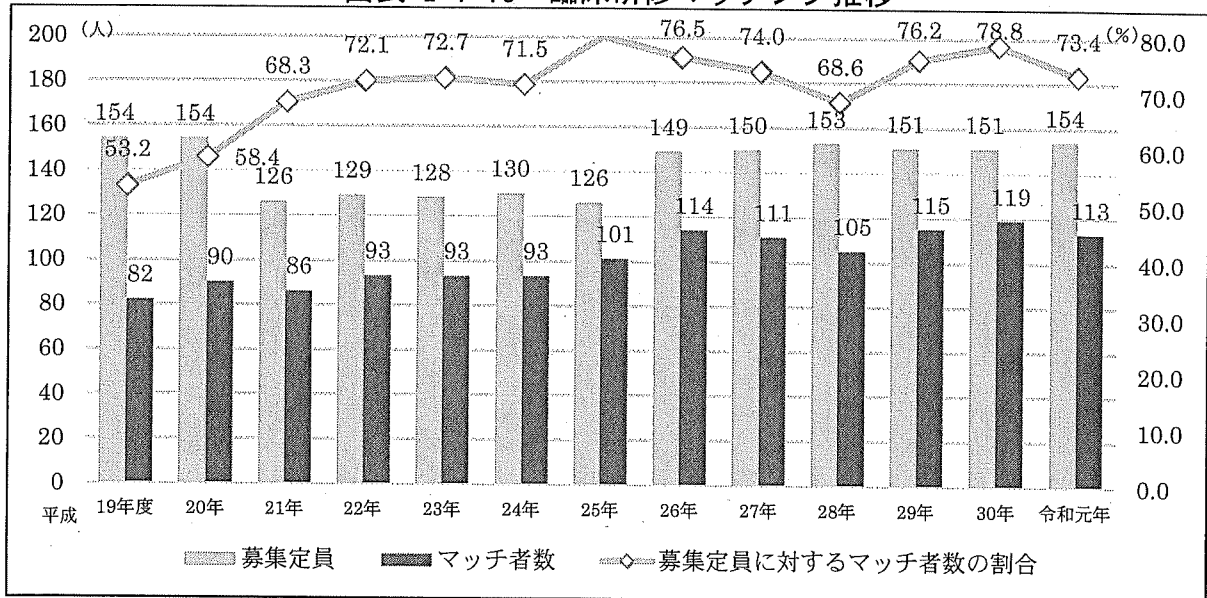
図表 2-1-12 医師修学資金貸与者のうち、義務勤務を開始する医師の延べ人数 (見込)



*平成 31 年度以降、留年なく卒業後、直ちに医師免許を取得し、9 年間コースを選択すると仮定した結果です。
資料：三重県調査

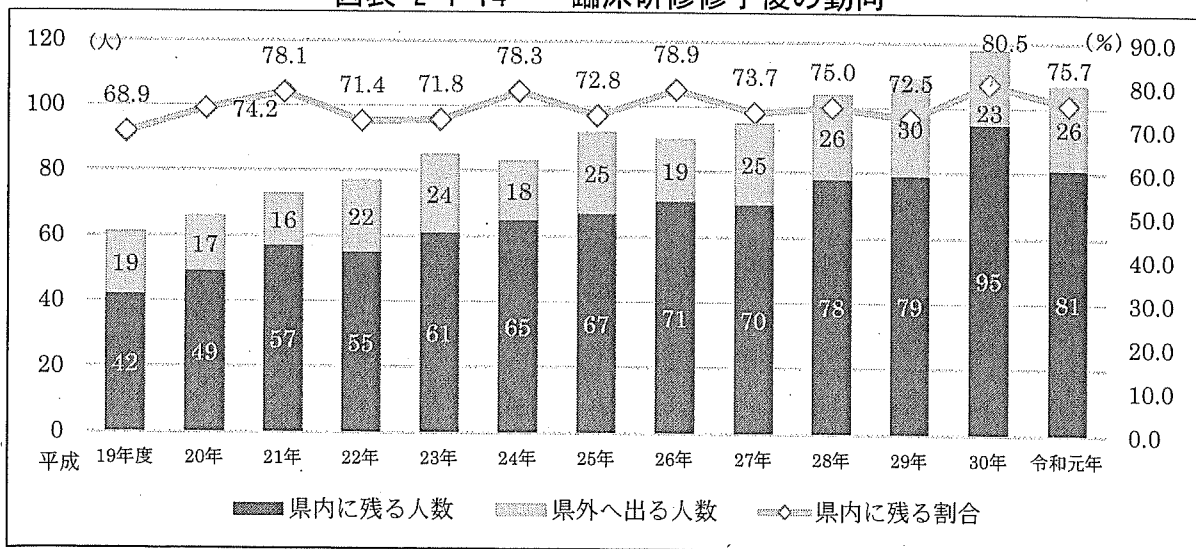
- 平成 23 (2011) 年度から平成 25 (2013) 年度までの期間、緊急対策として実施した三重県臨床研修医研修資金貸与制度*および三重県専門研修医研修資金貸与制度*を活用し、これまでに臨床研修医 40 名、専門研修医 7 名が県内医療機関において義務勤務を行っています。
- 県内で臨床研修を行う研修医は年々増加しつつありますが、募集定員に対するマッチング*者の割合は 7 割程度となっています。県内の臨床研修病院*等が組織する NPO 法人 MMC 卒後臨床研修センター*では、平成 24 (2012) 年度から、県内の全ての基幹型臨床研修病院 (16 病院) が相互に研修協力病院とな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。(図表 2-1-13)
- なお、県内の医療機関において臨床研修を修了した医師が、引き続き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 2-1-14)

図表 2-1-13 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 2-1-14 臨床研修修了後の動向



資料：NPO 法人 MMC 卒後臨床研修センター調べ

- 平成 30 (2018) 年度から実施された専門医制度*では、県内の専門研修プログラム*に 100 名前後の登録者があり、研修を行っています。(図表 2-1-15)

図表 2-1-15 県内の専門研修プログラム登録者数

	内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科
2018 年度	40	5	2	3	7	4	5	7	3	4
2019 年度	30	5	6	4	14	4	2	6	0	3
	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリテーション科	総合診療	県計
2018 年度	5	6	6	1	0	1		0	3	102
2019 年度	2	5	7	3	0	0		2	1	94

資料：日本専門医機構ホームページ、三重県調査

- 医師無料職業紹介事業は、平成 22 (2010) 年 10 月の開設以来、90 件の問い合わせがあり、そのうち 35 件が成約 (常勤 18 件、非常勤 17 件。平成 31 (2018) 年 3 月末現在) しています。
- 自治医科大学卒業医師については、義務年限*内医師のほか、義務年限終了後も引き続き県職員として採用するキャリアサポート制度*活用医師を含めて、令和元(2019)年度にはへき地等の医療機関へ 14 名配置しています。
- 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パディ・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っています。
- 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。
- 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 (METCH) 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、268 名 (平成 30 (2018) 年度末現在) となっています。
- 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キャリア形成プログラム*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。
- 平成 26 年の医療法改正により平成 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。
- 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 15 医療機関 (10 病院、5 診療所) (平成 30 (2018) 年度末現在) を認証し、働きやすい環境づくりを促

進んでいます。

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推進等の「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、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、臨床研修を受けられるよう、支援を行う必要があります。
- 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専攻医の確保などに向けて、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）年度から実施された専門医制度*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。
- 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、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ことが必要です。
- 医師の長時間労働が問題となっているなかで、働き方改革の推進により、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、さらに医師を確保していく必要があります。

第3章 医師確保計画の具体的事項

1 区域単位

医師確保計画は、国のガイドラインでは二次医療圏単位で医療提供体制を確保することを目的としていますが、計画策定にあたっては地域医療構想と整合を図ることが必要です。

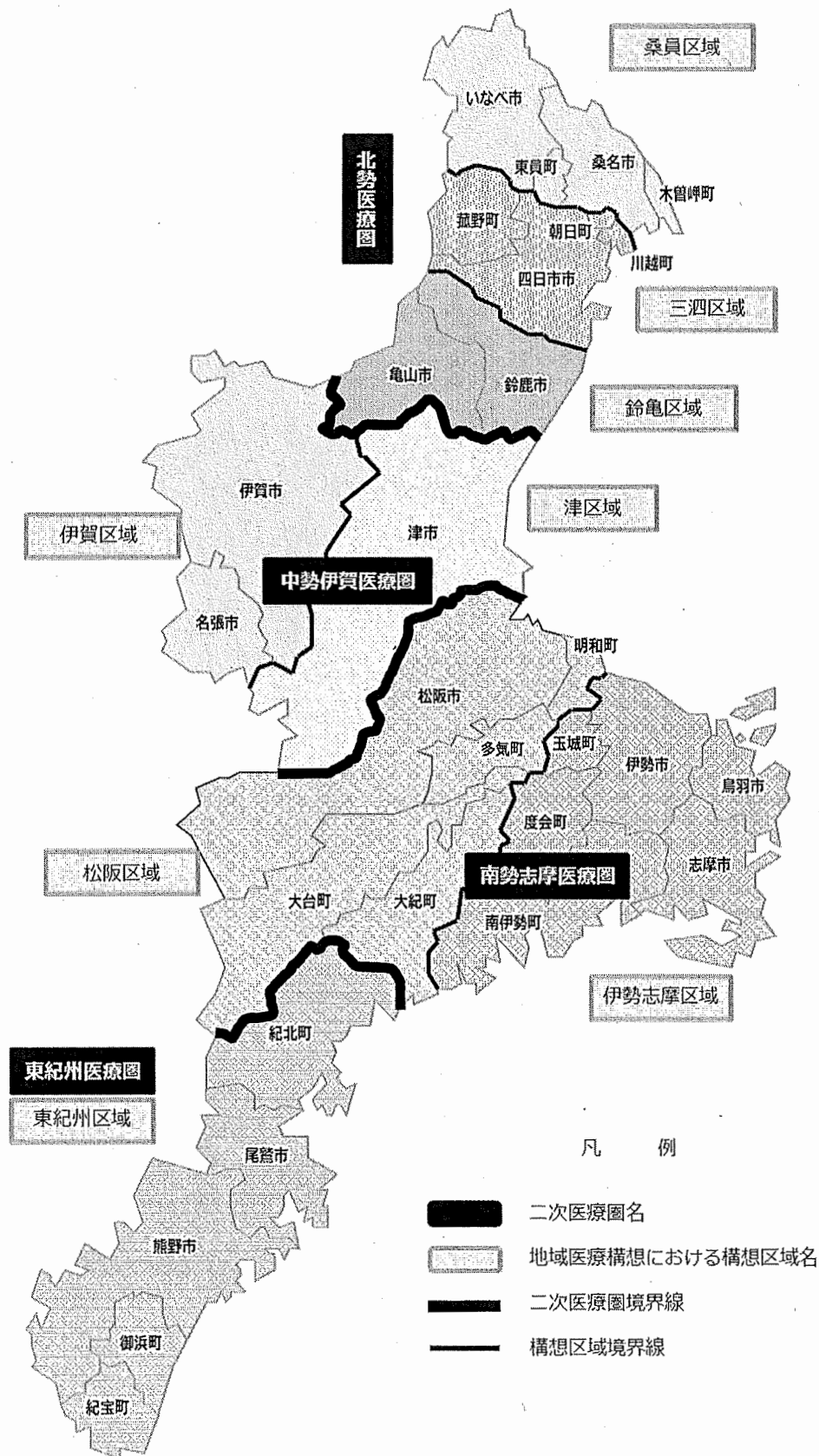
本県の地域医療構想では、本県が南北に長い地形を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在することや、在宅医療など、より地域に密着した医療のあり方にかかる議論が求められることから、二次医療圏をベースとした8つの地域医療構想区域を設定しています。(図表 3-1-1)

このことをふまえ、本県の医師確保計画においては、二次医療圏を基本として、8つの地域医療構想区域の状況をふまえた施策を策定します。

図表 3-1-1 二次医療圏および地域医療構想区域

二次医療圏	地域医療構想区域	構成市町
北勢	桑員	桑名市、いなべ市、木曾岬町、東員町
	三泗	四日市市、菰野町、朝日町、川越町
	鈴亀	鈴鹿市、亀山市
中勢伊賀	津	津市
	伊賀	名張市、伊賀市
南勢志摩	松阪	松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町
	伊勢志摩	伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、南伊勢町
東紀州	東紀州	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町

図表 3-1-2 三重県の二次医療圏・地域医療構想区域



2 医師偏在指標

(1) 考え方

これまで、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられてきましたが、厚生労働省は全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として次の要素を考慮した医師偏在指標を設定しました。

- ・ 医療需要（ニーズ）および人口・人口構成とその変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

(2) 医師偏在指標の算出

- 医師偏在指標の算出式は、次のとおりです。

図表 3-2-1 医師偏在指標の算出式

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数 (※1)}}{\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}}$$

$$\text{(※1)標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{(※2)地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率 (※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$\text{(※3)地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率 (※4)} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\begin{aligned} \text{(※4)全国の性年齢階級別調整受療率} \\ &= \text{無床診療所医療医師需要度(※5)} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ &+ \text{全国の入院受療率} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 (\ast 5) \text{無床診療所医療医師需要度} &= \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^{10}}{\text{全国の無床診療所外来患者数} (\ast 6)}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^{11}}{\text{全国の入院患者数}}}
 \end{aligned}$$

(※6) 全国の無床診療所外来患者数

= 全国の外来患者数

$$\times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}}$$

資料: 厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン」

- 医師偏在指標は、厚生労働省が、都道府県ごと、二次医療圏ごとに算出しますが、本県の地域医療構想区域ごとの医師偏在指標は算出されないため、県において試算し、参考値として提示することとします。
- 医師偏在指標は、エビデンスに基づき、これまでよりも医師の偏在の状況をより適切に反映するものとして、医師偏在対策の推進において活用されるものです。しかし、医師偏在指標の算定にあたっては、一定の仮定が必要であり、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではありません。このため、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものです。

3 医師少数区域、医師多数区域等

(1) 医師少数区域・医師多数区域等の設定についての考え方

- 本県において、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進めるため、医師偏在指標を用いて医師少数区域および医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施します。
- 医師少数区域および医師多数区域は二次医療圏単位における分類を指すものですが、都道府県間の医師偏在の是正に向け、これらの区域に加えて、医師少数都道府県および医師多数都道府県を厚生労働省が設定します。
- 医師偏在是正の進め方としては、医師確保計画の1計画期間（医師確保計画の見直しまでの期間をいう。以下同じ。）ごとに、医師少数区域に属する二次医療圏または医師少数都道府県に属する都道府県がこれを脱することを繰り返すことを基本とします。

(2) 都道府県

都道府県においては、医師偏在指標の下位33.3%に該当する都道府県を医師少数都道府県、上位33.3%に該当する都道府県を医師多数都道府県として厚生労働省が設定します。

本県の医師偏在指標は211.2（全国33位）であり、下位33.3%に該当するため、医師少数都道府県に設定されます。

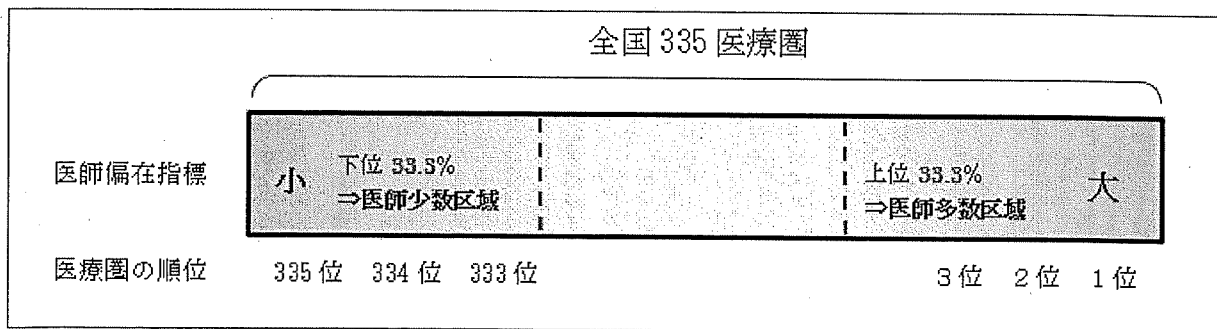
(3) 二次医療圏

二次医療圏においては、医師偏在指標の値が下位33.3%に該当する二次医療圏を医師少数区域、上位33.3%に該当する二次医療圏を医師多数区域として都道府県が設定します。（図表3-3-1）

二次医療圏の医師偏在指標は図表3-3-2のとおりであり、東紀州医療圏が152.5（252位）であり、下位33.3%に該当するため、医師少数区域として設定します。

また、中勢伊賀医療圏が252.1（60位）、南勢志摩医療圏が201.1（103位）であり、上位33.3%に該当するため、医師多数区域として設定します。

図表 3-3-1 医師少数区域・医師多数区域のイメージ



資料：厚生労働省「医師需給分科会 第4次中間とりまとめ」

図表 3-3-2 医師偏在指標と医師少数区域・医師多数区域

全国・都道府県	医師偏在指標	医師多数区域	医師少数区域	全国順位 (47都道府県)
全国	239.8	—	—	—
三重県	211.2	—	○	33

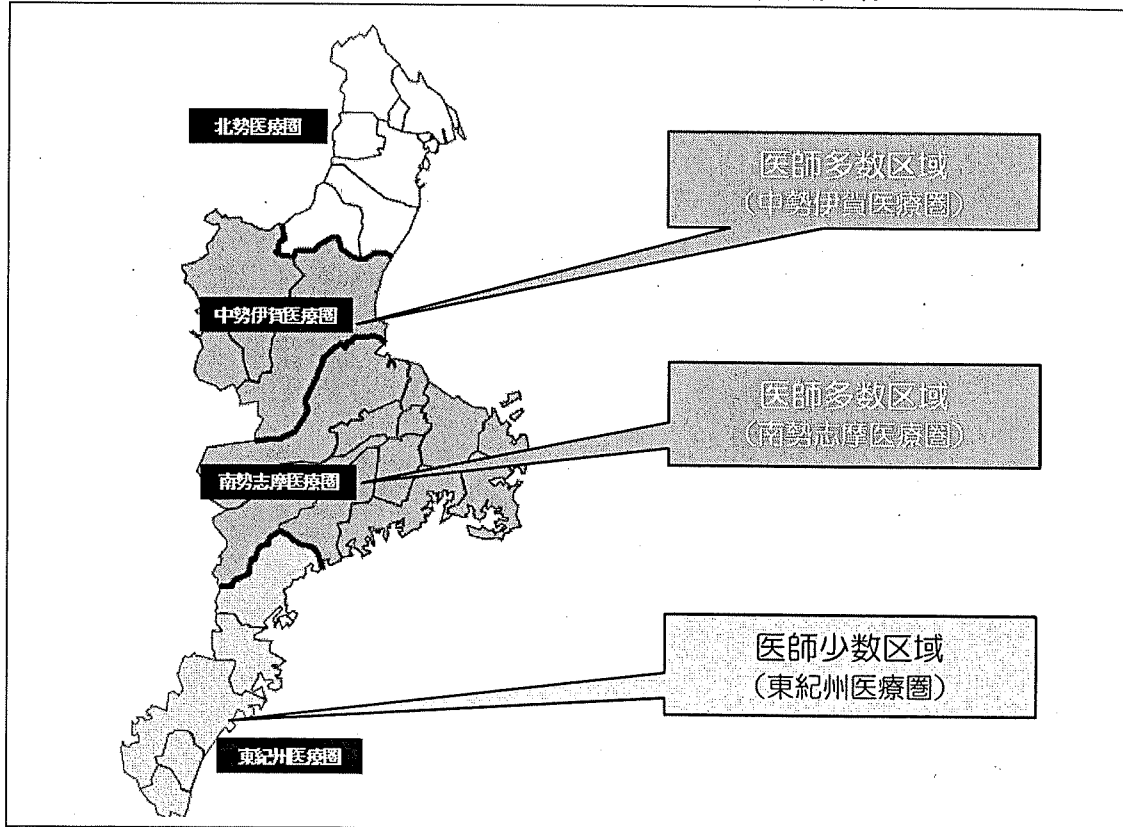
二次医療圏	地域医療構想区域	医師偏在指標	医師多数区域	医師少数区域	全国順位 (335医療圏)
北勢	桑員	193.4	—	—	120
	三泗				
	鈴亀				
中勢伊賀	津	252.1	○	—	60
	伊賀				
南勢志摩	松阪	201.1	○	—	103
	伊勢志摩				
東紀州	東紀州	152.5	—	○	252

(参考) 都道府県 : 1位~16位 医師多数都道府県、32位~47位 医師少数都道府県

二次医療圏 : 1位~112位 医師多数区域、224位~335位 医師少数区域

資料 : 厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」

図表 3-3-3 医師少数区域・医師多数区域



資料 : 厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」

4 医師少数スポット

(1) 医師少数スポット設定の考え方

医師確保計画は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域の医師の確保を重点的に推進するものですが、実際の医師偏在対策の実施にあたっては、地域の医療ニーズに応じたよりきめ細かな対策が必要です。このため、二次医療圏よりも小さい地域での施策を検討するため、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域に準じて取り扱うこととします。

医師少数スポットは、医師派遣調整の対象地域となることから、三重県医師修学資金貸与制度や、三重大学医学部における地域枠B推薦地域との整合を図る必要があるため、これらをふまえ対象地域を設定します。(図表3-4-1)

図表 3-4-1 地域枠B推薦地域

地域枠B推薦地域(※)	地域枠B推薦病院
津市(美杉町)	県立一志病院
名張市	名張市立病院
伊賀市	岡波総合病院 上野総合市民病院
松阪市(飯南町、飯高町)、 多気町、大台町、大紀町	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
鳥羽市、志摩市、南伊勢町	県立志摩病院
尾鷲市、紀北町	尾鷲総合病院
熊野市、御浜町、紀宝町	紀南病院

(※) 地域枠B推薦地域は、三重県医師修学資金貸与制度における医師不足地域と同じです。

(2) 医師少数スポット

ア 三重大学医学部地域枠B推薦地域

- 三重大学医学部の地域枠B推薦入試における推薦地域は、三重県医師修学資金貸与制度において医師不足地域に指定しており、医師少数スポットの設定においては、これらと整合を図る必要があるため、対象地域とします。(図表3-4-2)
- 地域枠B推薦地域の推薦病院(図表3-4-1)のうち、県立一志病院、厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院は、推薦地域外に病院が所在していますが、このうち、県立一志病院が所在する津市白山町は、推薦地域の津市美杉町とあわせ人口10万人対医師が少ない状況にあること等から、医師少数スポットの対象地域に含めることとします。(図表3-4-2)

図表 3-4-2 医師少数スポット(地域枠B推薦地域)

二次医療圏	地域医療構想区域	対象市町
中勢伊賀	津	津市(白山町、美杉町)
	伊賀	伊賀市、名張市
南勢志摩	松阪	松阪市(飯南町、飯高町)、多気町、大台町、大紀町
	伊勢志摩	鳥羽市、志摩市、南伊勢町

- 東紀州地域は医師少数区域に設定するため、医師少数スポットの設定は行いません。

対象市町：尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町

イ 地域枠B推薦地域以外の地域

- 医師偏在指標に基づき医師少数区域として設定する東紀州医療圏の人口10万人対医師数154.2（平成30（2018）年12月31日現在）を一つの基準とすると、人口10万人以上の市町については本基準を上回っていることから、人口10万人未満の市町を対象として検討を行います。

なお、医師少数スポットは、地域枠を中心とした医師修学資金貸与者の派遣調整先となることから、若手医師のキャリア形成に配慮するため、次の条件により検討を行いました。

- ・人口10万人対医師数が東紀州医療圏と同等以下の地域
- ・専門研修プログラム研修施設かつ県医師修学資金返還免除施設がある地域

その結果、いなべ市、東員町、菰野町、亀山市が検討対象となり、これらの地域は、平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計においても医師数が減少傾向にあること等を勘案し、医師少数スポットに設定します。（図表3-4-3）

図表 3-4-3 医師少数スポット（その他の地域）

二次医療圏	地域医療構想区域	対象市町
北勢	桑員	いなべ市・東員町
	三泗	菰野町
	鈴亀	亀山市

(3) 医師の派遣調整の優先順位について

- 地域枠医師等の派遣調整にあたっては、医療法およびガイドラインに基づき設定される医師少数区域の対策が最重要となるため、優先順位については、東紀州医療圏への医師派遣を最優先とし、次いで現在の医師不足地域の医師少数スポット（地域枠B推薦地域）を優先するものとします。
- 北勢医療圏の医師少数スポット（その他の地域）については、上記の地域と比較して交通アクセスなど地理的要件を考慮すると、優先順位を医師少数スポット（地域枠B推薦地域）の次に位置付けるものとします。（図表3-4-4）
- 医師の派遣調整の状況については、地域医療対策協議会および同医師派遣検討部会において毎年度検証を行っていきます。

図表 3-4-4 医師の派遣調整の優先順位

二次医療圏	地域医療構想区域	設定区分	対象市町	派遣調整の優先区分
北勢	桑員	医師少数スポット (その他地域)	いなべ市・東員町	—
	三泗		菰野町	
	鈴亀		亀山市	
中勢伊賀	津	医師少数スポット (地域枠B推薦地域)	津市(白山町、美杉町)	東紀州に次いで優先する
	伊賀		伊賀市、名張市	
南勢志摩	松阪		松阪市(飯南町、飯高町)、 多気町、大台町、大紀町	
	伊勢志摩		鳥羽市、志摩市、南伊勢町	
東紀州	東紀州		医師少数区域	

5 医師の確保の方針

(1) 方針の考え方

県は医師偏在指標に基づき二次医療圏のうちから医師少数区域・医師多数区域を設定し、それぞれの区域について目標医師数を設定します。さらに、各地域の状況に応じて医師確保の方針を定めます。

- 医師確保の方針についての基本的な考え方は次のとおりです。
 - ・ 医師少数都道府県および医師少数区域については、医師の増加を医師確保の方針の基本とします。
 - ・ 偏在是正の観点から、医師の少ない地域は、医師の多い地域から医師の確保を図ることが望ましく、医師の多寡の状況をふまえ、地域医療構想区域ごとに医師確保の方針を定めます。
- 現時点と将来時点のそれぞれにおける医師確保の方針は、次のとおりとします。
 - ・ 現時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うこととします。
 - ・ 将来時点の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせることで対応することとします。
- これらの基本的な考え方に沿って、次のとおり医師確保の方針を定めることとします。

(2) 現時点の医師確保の方針

ア 都道府県

本県においては、医師少数都道府県に設定されることから、県内の医師の増加を図ることを医師確保の基本方針とします。

イ 二次医療圏

- 基本的な医師確保の方針は次のとおりとします。
 - ・ 医師少数区域については、医師の増加を図ることを医師確保の基本方針とし、医師少数区域以外の二次医療圏からの医師の確保を行います。
 - ・ 医師多数区域は、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討していきます。なお、医師多数区域であっても診療科の偏在等

が存在することを鑑み、地域偏在以外のさまざまな課題に対しては、適切な医療提供体制の構築を図ります。

- ・ 医師少数でも多数でもない二次医療圏は、これまでの対策を維持しつつ、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を検討します。

ウ 地域医療構想区域

二次医療圏の方針を基本としつつ、区域の状況に応じて方針を定めます。

エ 医師少数スポット

医師少数スポットについては、医師多数区域等からの医師確保を行い、医師数の増加を図ることを基本方針とします。

(3) 将来時点の医師確保の方針

- 将来時点の医師確保の方針を定めるにあたって、その根拠として必要となる将来時点において確保が必要な医師数を、国のガイドラインにおいて、必要医師数として定義されています。
- 必要医師数の具体的な算出方法は、マクロ需給推計に基づき、将来時点（令和18（2036）年）において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、厚生労働省において、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を必要医師数として示されます。
- 将来時点の医師確保の方針については、大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員の要請等が考えられますが、今後、厚生労働省が算定する必要医師数に基づき方針を検討していきます。

6 目標医師数

(1) 考え方

- 3年間（令和2（2020）年度から開始される医師確保計画については4年間）の計画期間中に医師少数区域および医師少数都道府県が計画期間開始時の下位33.3%の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために要する具体的な医師の数を、目標医師数として設定します。
- 目標医師数は、計画期間終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数を表すものであり、当該医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義されています。したがって、医師確保対策により追加で確保が必要な医師数は、目標医師数と現在の医師数との差分として表されることとなります。

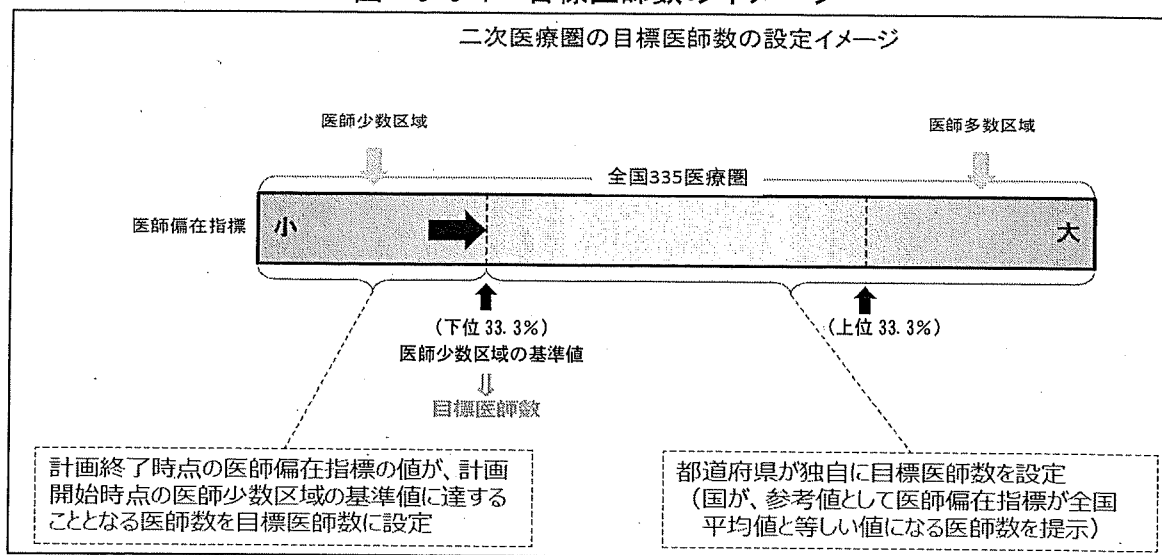
ア 都道府県

- 医師少数都道府県の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義されています。

イ 二次医療圏

- 医師少数区域の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義されています。
- 医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、上記の算出式関わらず、都道府県において独自に設定します。

図 3-6-1 目標医師数のイメージ



(2) 目標医師数の設定

厚生労働省が医師偏在指標に基づき算定した目標医師数は、現状の医師数において目標を達成しています。このため、本県としては、厚生労働省が示した令和18(2036)年における必要医師数をふまえ、次のとおり目標医師数を設定します。(図3-6-2)

ア 県の目標医師数

県の目標医師数については、令和18(2036)年の必要医師数をふまえ設定します。ただし、本県は医師少数都道府県であり、医師少数区域も存在することから、医師不足は早期に解消することが望ましいため、令和18(2036)年の必要医師数(4,436人)の達成を5年前倒しし、令和13(2031)年までに達成することをめざします。

○県の目標医師数

$$[2018年^{*1}] \quad [2036年] \quad [2018年^{*1}] \quad [2023年]$$

$$4,001人 + \{(4,436人 - 4,001人) \div 13年^{*2} \times 5年\} = 4,168人$$

*1 平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計

*2 平成30(2018)年～令和13(2031)年までの13年間

イ 二次医療圏・地域医療構想区域ごとの目標医師数

地域ごとの人口比に応じた増加数とすることで地域偏在の是正につながることから、二次医療圏・地域医療構想区域ごとの目標医師数は、県全体の医師増加数を、各地域の人口比で案分することとします。

図 3-6-2 目標医師数

都道府県 二次医療圏	地域医療 構想区域	医師少数区域 等の区分	現状の 医師数	2023年 目標医師数	2036年 必要医師数
三重県		医師少数 都道府県	3,924	4,168	4,436
北勢医療圏		—	1,522	1,635	2,040
桑員区域			343	372	
三泗区域			755	806	
鈴亀区域			424	457	
中勢伊賀医療圏		医師多数区域	1,286	1,347	1,211
津区域			1,035	1,073	
伊賀区域			251	274	
南勢志摩医療圏		医師多数区域	1,005	1,066	1,097
松阪区域			499	529	
伊勢志摩 区域			506	537	
東紀州医療圏		医師少数区域	111	120	124

資料 厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」、「必要医師数」

7 目標を達成するための施策

(1) 施策の考え方

○ 医師確保対策としては、

- ・ 県内における医師の派遣調整
 - ・ キャリア形成プログラムの策定・運用
 - ・ 無料職業紹介等による医師の人材確保
- などの短期的に効果が得られる施策と、
- ・ 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定
 - ・ 医師修学資金貸与制度の運用

などの医師確保の効果が得られるまでに時間のかかる、長期的な施策が存在します。

県では、医師確保の方針に基づき、これらの施策のうちから適切な施策を組み合わせることをとします。

(2) 短期的な施策

ア 医師の派遣調整

- 医師の派遣調整の対象となる医師は、医師修学資金を貸与した地域枠医師などのキャリア形成プログラムの適用を受ける医師を基本とします。
- 派遣先医療機関については、三重県地域医療対策協議会および同医師派遣検討部会において協議・決定します。

イ キャリア形成プログラム

- 三重県地域医療支援センターにおいて、「医師少数区域等における医師の確保」と「医師少数区域等に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的としてキャリア形成プログラムを策定します。
- キャリア形成プログラムが、「医師少数区域等における医師の確保」と「医師少数区域等に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」という効果を十分に発揮するためには、
 - ・一定期間、医師少数区域等に派遣されること
 - ・医師少数区域等においても十分な指導体制が構築されることが必要となります。そのため、本県においては、大学医学部や専門研修プログラムを作成する医療機関との連携を図り、卒業後、医師少数区域等における地域貢献を果たしつつ専門医取得が可能なプログラムを基本として策定します。
- プログラム対象者の地域定着支援のためには、対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成のための支援が重要と考えられるため、次の方策に取り組みます。
 - ・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、医学部学生段階から地域医療について考える機会を対象者に提供するなどのキャリア支援を行います。
 - ・対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め、診療科や就業先の異なる複数のコースを設定します。
 - ・コースの設定・見直しにあたって、対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努めます。
 - ・出産、育児等のライフイベントや、海外留学等の希望に配慮するため、プログラムの一時中断を可能とします。
 - ・キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件とします（疾病により就業できない等、やむを得ない場合を除く）。

ウ 無料職業紹介事業

医師無料職業紹介事業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します。

エ 自治医科大学医師派遣

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を派遣することにより、医師の不足する地域における医師の確保を進めます。

オ 臨床研修医の確保

NPO法人MMC卒後臨床研修センターをはじめとして、臨床研修医を県内に定着させる取組を支援します。

カ 専攻医の確保

県内の専門研修プログラムについて情報発信し、専攻医の確保に努めます。また、プログラムの内容について、地域医療に配慮した内容となるよう、三重県地域医療対策協議会および同医師専門研修部会において協議を行います。

キ 地域医療担い手の育成

- ・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、受け入れる医学生や研修医の増加を図ります。
- ・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。

ク 地域医療介護確保総合確保基金の活用

地域医療介護確保総合確保基金を活用し、引き続き医師の総数確保および地域偏在の是正に向けた取組を推進します。

(3) 長期的な施策

ア 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

(第3章8(25頁)を参照)

イ 三重県医師修学資金貸与制度

- 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ります。
- 医師修学資金貸与者にはキャリア形成プログラムを適用し、医師少数区域等での一定の診療義務を行うことを返還免除条件とすることで、県内の医師の定着と地域偏在の解消を図ります。

(4) 医師の働き方改革をふまえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援

- 医師少数区域等における勤務を促進するにあたっては、医療機関における勤務環境改善に取り組む必要があります。厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会における「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」の内容もふまえ、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に向けた取組が進むよう、環境整備に努めます。
- 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連携し、医療機関の主体的な取組を通じて、県内医療機関の勤務環境改善支援に努めます。
- 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。
- 「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。

(5) その他の施策

ア 地域医療支援事務

- 医師確保計画に記載された事項のうち、医療法第30条の23および第30条の25において、地域医療対策協議会において協議を行う事項および以下の地域医療支援事務は、三重県地域医療支援センターが中心となり実施します。
 - ・ 医師の派遣に関する事項
 - ・ キャリア形成プログラムに関する事項
 - ・ 派遣医師のキャリア支援・負担軽減に関する事項
 - ・ 地域医療の確保に関する調査分析
 - ・ 医療関係者、医師等に対する必要な情報の提供、助言等の県が医療機関における医師の確保のために行う必要な支援に関する事項

8 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

- 医学部における地域枠・地元出身者枠の設置・増員については、医療法上、都道府県知事から大学に対して、地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとされています。

- 地域枠および地元出身者枠については、別途、文部科学省および厚生労働省から示される通知に基づき、三重県地域医療対策協議会において協議を行い、大学医学部に要請を行い、設置・増員等を進めていきます。
- 地域枠は、県内の特定の地域における診療義務を課すものであり、二次医療圏間の偏在を調整する機能があります。また、臨時定員の増員等と組み合わせた地域枠は、県内の医師を充足させ都道府県間の偏在を是正する機能があります。
- 地元出身者枠については、これを設置する大学の所在地である都道府県内に長期間にわたり8割程度の定着が見込まれるものの、特定の地域等での診療義務はないため県内の二次医療圏間の偏在調整の機能はありませんが、県内の医師を充足させ都道府県間の偏在を是正する機能があります。
- 地域枠と地元出身者枠のこうした機能の違いをふまえ、地域枠または地元出身者枠の設置について検討を進めていきます。なお、これらの設置の要請については、地域ごとの医師の需給推計から算出された都道府県ごとの地域枠等の必要数を別途厚生労働省が提供予定であるため、その数値等をふまえて検討していきます。
- これまでの、三重大学医学部における臨時定員増は図3-8-1のとおりです。

図 3-8-1 三重大学医学部臨時定員増

	期 間	国の対策	臨時定員増	
			人数	内訳
1	平成20～29年度	新医師確保総合対策	10名	平成20年度 地域枠 : 10名 平成21年度以降 地域枠A : 10名
2	平成21～29年度	緊急医師確保対策	5名	地域枠B : 5名
3	平成22～令和元年度	経済財政改革の基本方針2009	5名	地域医療枠 : 5名
4	平成30～令和元年度	新成長戦略	20名	地域枠A : 10名 地域枠B : 5名 地域医療枠 : 5名
5	令和2～3年度	経済財政運営と改革の基本方針2018	20名	地域枠A : 10名 地域枠B : 5名 地域医療枠 : 5名

資料：三重県調べ

9 二次医療圏ごとの医師確保対策

(1) 北勢医療圏

①医療圏の概況

ア 構成区域および市町

桑員区域： 桑名市、いなべ市、木曾岬町、東員町

三泗区域： 四日市市、菰野町、朝日町、川越町

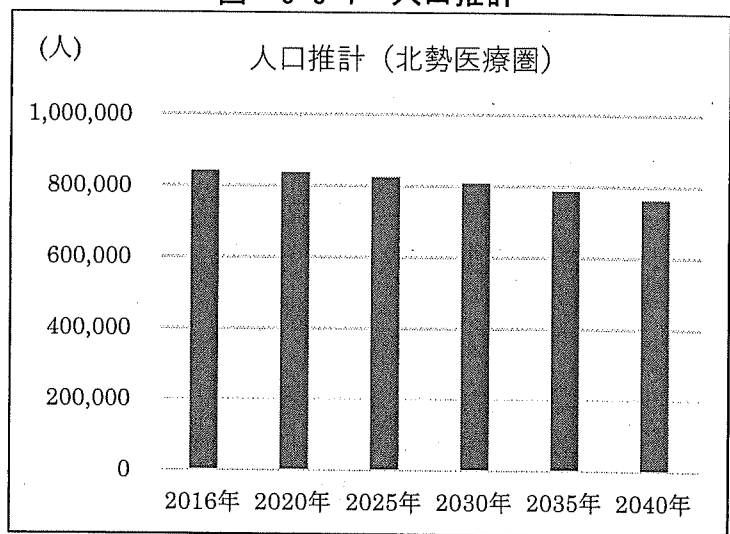
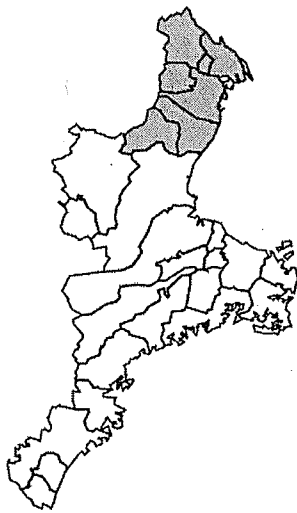
鈴亀区域： 鈴鹿市、亀山市

イ 人口推計

○ 北勢医療圏は、本県の最北部に位置し、3区域10市町で構成され、人口約84万人の地域です。

○ 令和22(2040)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。(図3-9-1)

図 3-9-1 人口推計

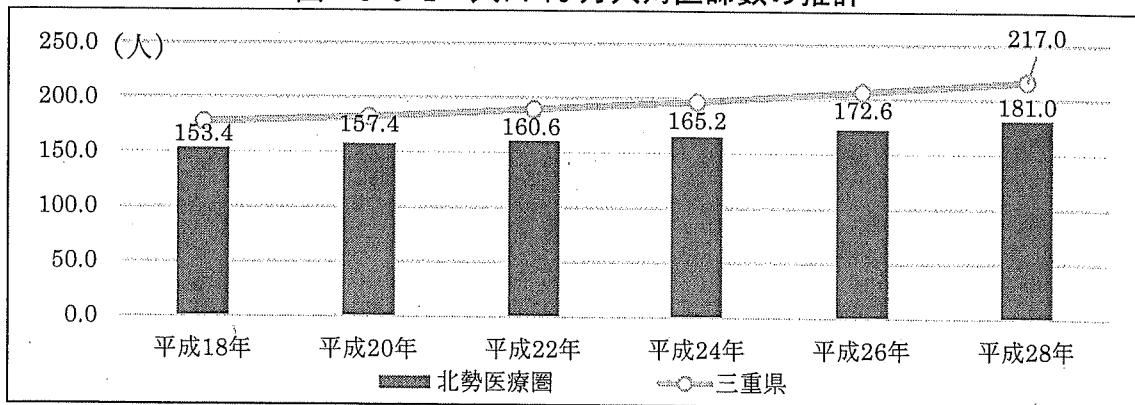


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2016年は三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

北勢医療圏の人口10万人対医師数は、181.0人(平成28(2016)年12月31日現在)であり、増加傾向にあります。三重県平均の217.0人と比べて36人少ない状況にあります。

図 3-9-2 人口10万人対医師数の推計



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

③基幹型臨床研修病院

- 桑名区域 厚生連 三重北医療センターいなべ総合病院
桑名市総合医療センター
- 三泗区域 四日市羽津医療センター
市立四日市病院
三重県立総合医療センター
- 鈴亀区域 厚生連 鈴鹿中央総合病院
鈴鹿回生病院

④医師偏在指標

193.4

⑤医師少数区域・多数区域の別

北勢医療圏の医師偏在指標における全国順位は、335医療圏のうち120位であり、医師少数でも多数でもない区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 北勢医療圏の医師偏在指標は193.4であり、医師少数でも多数でもない区域に属しますが、県平均211.2を下回っています。このことから、引き続き県全体の施策を通じて医師確保を進めます。
- 医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、北勢医療圏内の各地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：平成28(2016)年医師数 1,522人(※)

目標：令和5(2023)年医師数 1,635人

(※)平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設従事医師数(病院・診療所)

⑧施策

- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整により、地域偏在の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

- いなべ市、東員町、菰野町、亀山市を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、医師偏在解消に努めます。

(2) 中勢伊賀医療圏

①医療圏の概況

ア 構成区域および市町

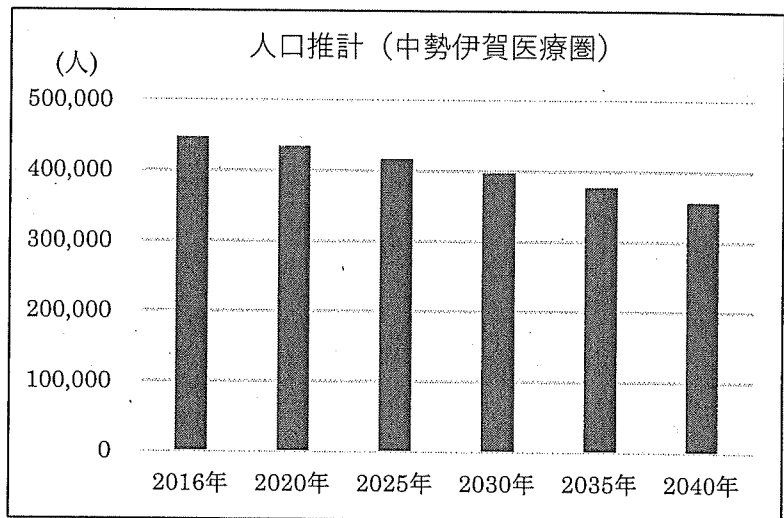
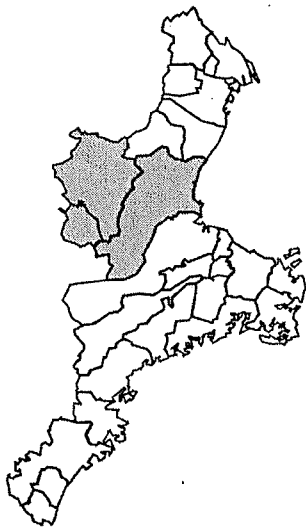
津 区域： 津市

伊賀区域： 名張市、伊賀市

イ 人口推計

- 中勢伊賀医療圏は、本県の中央部に位置し、2区域3市で構成され、人口約45万人の地域です。
- 令和22(2040)年に向けて、総人口は減少すると推計されます(図3-9-3)。

図 3-9-3 人口推計

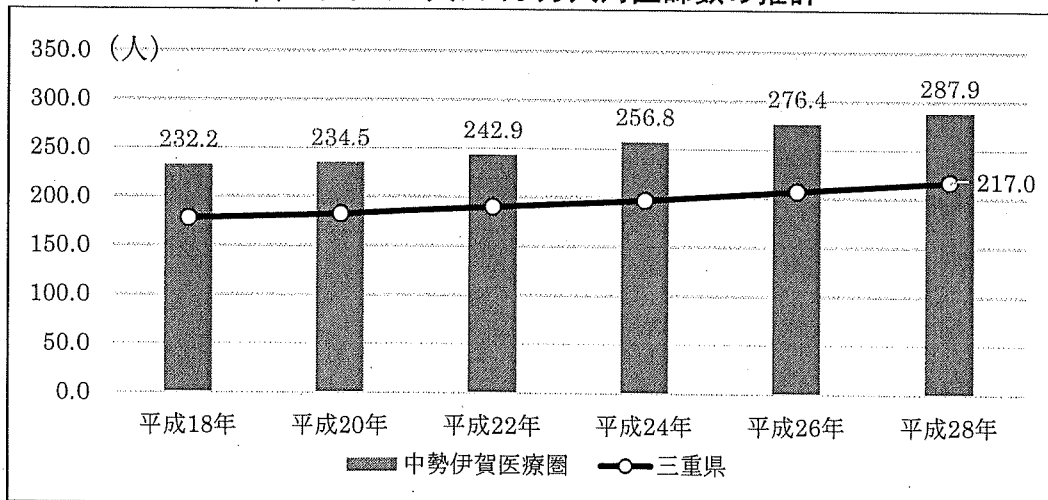


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2016年は三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

中勢伊賀医療圏は、津市に三重大学医学部附属病院が所在し、人口10万人対医師数は、287.9人(平成28(2016)年12月31日現在)で増加傾向にあり、県平均の217.0人に比べて70.9人上回っています。

図 3-9-4 人口10万人対医師数の推計



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

③基幹型臨床研修病院

津 区 域：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
津生協病院
伊賀区域：岡波総合病院

④医師偏在指標

252.1

⑤医師少数区域・多数区域の別

中勢伊賀医療圏の医師偏在指標における全国順位は、335 医療圏のうち 60 位であり、医師多数区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 中勢伊賀医療圏は、津市に三重大学医学部附属病院が所在しており、医師偏在指標は 252.1 で医師多数区域となり、県平均 211.2 を上回ります。しかしながら、伊賀区域の人口 10 万人対医師数は 149.4 人と県内で最も低いことから、伊賀区域内の偏在是正を含め、医師確保を進めます。
- 医師少数区域および医師少数スポットへ医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、中勢伊賀医療圏内の各地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状 平成 28 (2016) 年医師数 1,286 人 (※)

目標：令和 5 (2023) 年医師数 1,347 人

(※) 平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設従事医師数 (病院・診療所)

⑧施策

- 津区域については、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整を通じて、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を進めるよう検討していきます。
- 伊賀区域については、全域を医師少数スポットに設定し、医師の派遣調整等により医師の増加を図ります。
- 第 3 章 7 における、県全体の施策を通じて、引き続き診療科偏在等の解消を図ります。

⑨医師少数スポット

- 津市 (白山町、美杉町)、伊賀市、名張市を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、医師の偏在解消に努めます。

(3) 南勢志摩医療圏

①医療圏の概況

ア 構成区域および市町

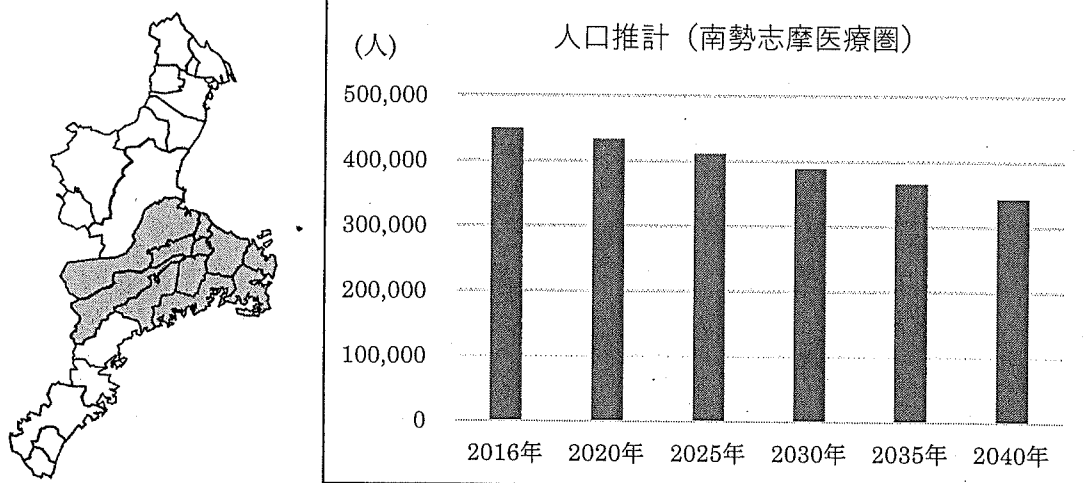
松阪区域： 松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町

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

イ 人口推計

- 南勢志摩医療圏は、本県の中南部に位置し、2区域11市町で構成され、人口約45万人の地域です。
- 令和22(2040)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。(図3-9-5)

図 3-9-5 人口推計

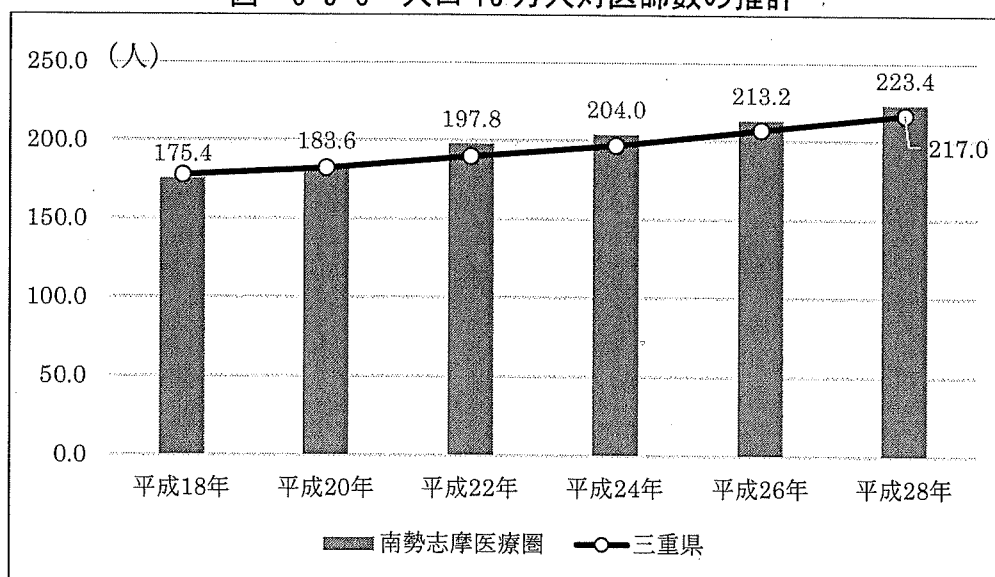


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2016年は三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

南勢志摩医療圏の人口10万人対医師数は、223.4人(平成28(2016)年12月31日現在)であり、増加傾向にあります。また、県平均の217.0人に比べて6.4人上回っています。

図 3-9-6 人口10万人対医師数の推計



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

③基幹型臨床研修病院

松 阪 区 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
伊勢志摩区域： 伊勢赤十字病院
 県立志摩病院

④医師偏在指標

201.1

⑤医師少数区域・多数区域の別

南勢志摩医療圏の医師偏在指標における全国順位は、335 医療圏のうち 103 位であり、医師多数区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 南勢志摩医療圏の医師偏在指標は 201.1 であり、医師多数区域に属しますが、県平均 211.2 を下回っています。このことから、引き続き県全体の施策を通じて医師確保を進めます。
- 医師少数区域および医師少数スポットへ医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、南勢志摩医療圏内の各地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：平成 28（2016）年医師数 1,005 人（※）

目標：令和 5（2023）年医師数 1,066 人

（※）平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- 第 3 章 7 における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整、自治医科大学卒業医師の派遣により、地域偏在の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

松阪市（飯南町、飯高町）、大紀町、大台町、多気町、鳥羽市、志摩市、南伊勢町を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(4) 東紀州医療圏

①医療圏の概況

ア 構成市町

尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町

イ 人口推計

- 東紀州区域は、本県の最南部に位置し、2市3町で構成され、人口約7万人の地域です。
- 令和22(2040)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。(図3-9-7)

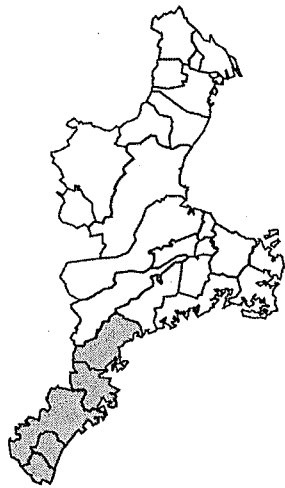
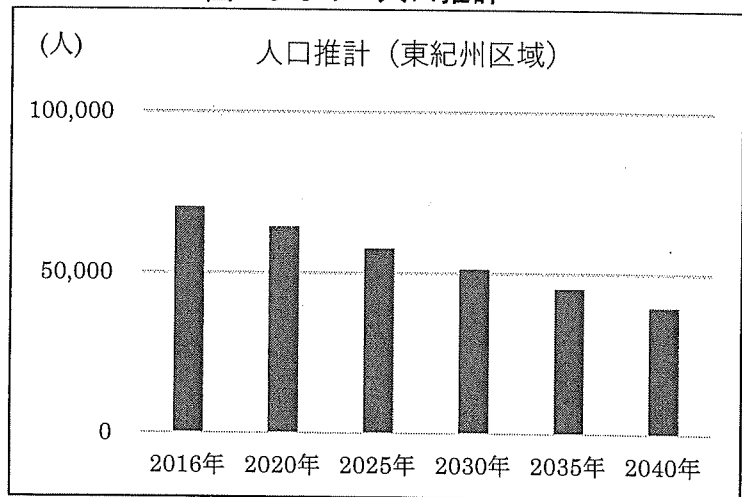


図 3-9-7 人口推計

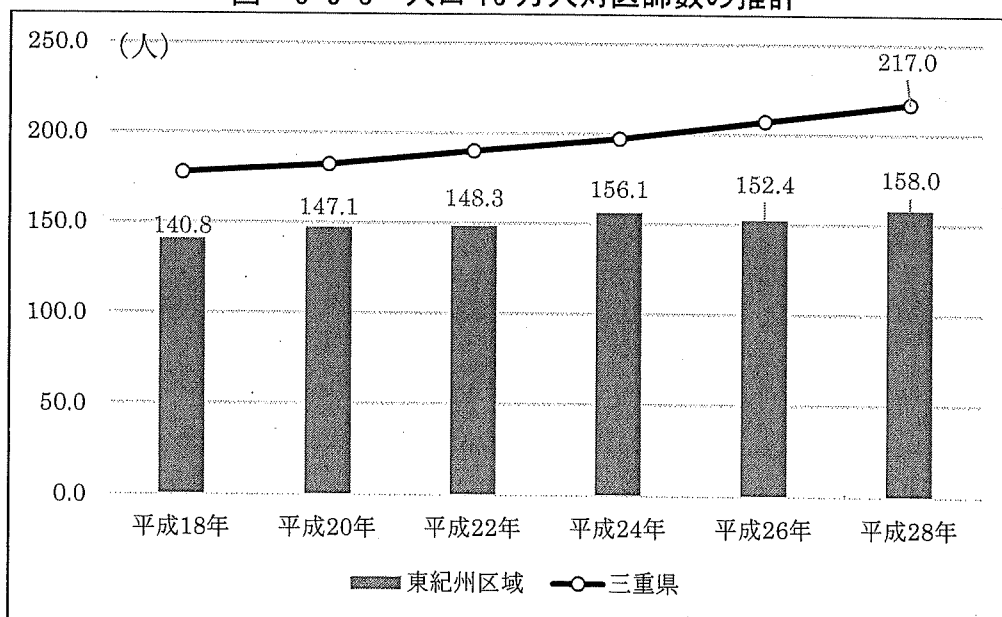


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2016年は三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

東紀州区域の人口10万人対医師数は、158.0人(平成28(2016)年12月31日現在)であり、増加傾向にあります。三重県平均の217.0人に比べて59人少ない状況にあります。

図 3-9-8 人口10万人対医師数の推計



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

③基幹型臨床研修病院

なし

④医師偏在指標

152.5

【参考】患者流出入を加味しない場合の医師偏在指標（参考値）：109.8

資料：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（個票解析）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

東紀州医療圏（東紀州区域）の医師偏在指標における全国順位は、335医療圏のうち252位であり、医師少数区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 東紀州区域の医師偏在指標は152.5であり、医師少数区域に属することから、医師の増加を図ります。
- 県全体での施策を通じて医師確保を進めるとともに、東紀州圏域以外の地域からの医師派遣等による医師確保を行うことを検討していきます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、東紀州区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：平成28（2016）年医師数 111人（※）

目標：令和5（2023）年医師数 120人

（※）平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整、自治医科大学卒業医師の派遣により、地域偏在の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

東紀州区域は医師少数区域であるため、医師少数スポットの設定は行いません。

10 地域医療構想区域ごとの医師確保対策

(1) 桑員区域

①区域の概況

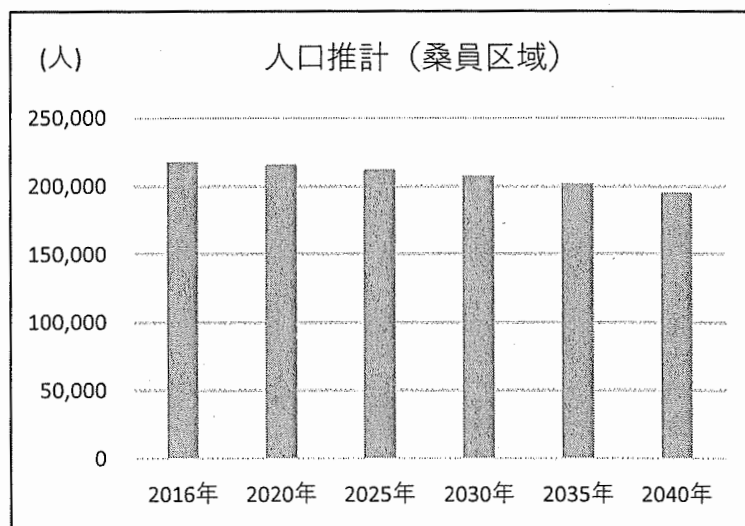
ア 構成市町

桑名市、いなべ市、木曾岬町、東員町

イ 人口推計

- 桑員区域は、本県の最北部に位置し、2市2町で構成され、人口約22万人の地域です。
- 令和22(2040)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。(図3-10-1)

図 3-10-1 人口推計

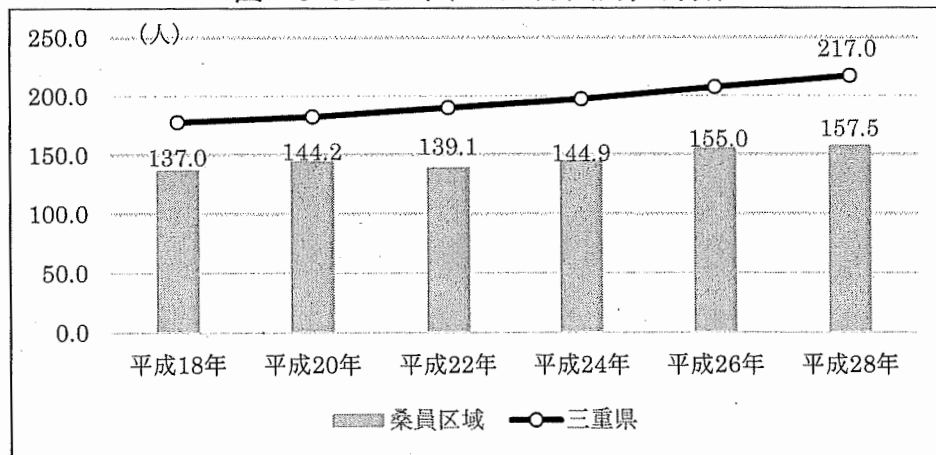


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2016年は三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

桑員区域の人口10万人対医師数は、157.5人(平成28(2016)年12月31日現在)であり、増加傾向にありますが、三重県平均の217.0人に比べて59.5人少ない状況にあります。

図 3-10-2 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

③基幹型臨床研修病院

厚生連 三重北医療センターいなべ総合病院
桑名市総合医療センター

④医師偏在指標（参考値）

157.4 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（個票解析）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

桑員区域の属する北勢医療圏の医師偏在指標は193.4で全国335医療圏のうち
120位となり、医師少数でも多数でもない区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 桑員区域の人口10万人対医師数は県平均を下回ります。
- これまでの医師確保対策により、医師数は増加傾向にあることから、引き続き
県全体での医師確保対策を通じて医師確保を進めます。
- 医師少数区域および医師少数スポットへ医師派遣を行うことを検討していき
ます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、桑員区域地域医療構想における議論とも
整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状 平成28（2016）年医師数 343人（※）

目標：令和5（2023）年医師数 372人

（※）平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整により、地域偏在
の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

いなべ市、東員町を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づ
く地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(2) 三泗区域

①区域の概況

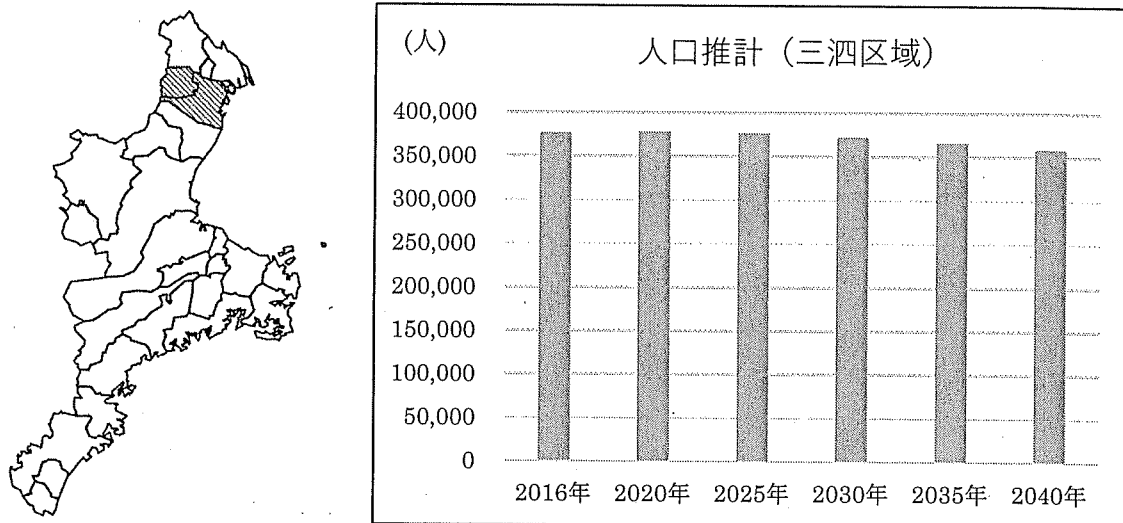
ア 構成市町

四日市市、菰野町、朝日町、川越町

イ 人口推計

- 三泗区域は、本県の北勢部に位置し、1市3町で構成され、人口約38万人の地域です。
- 令和22(2040)年に向けて、総人口は減少傾向と推計されます。(図3-10-3)

図 3-10-3 人口推計

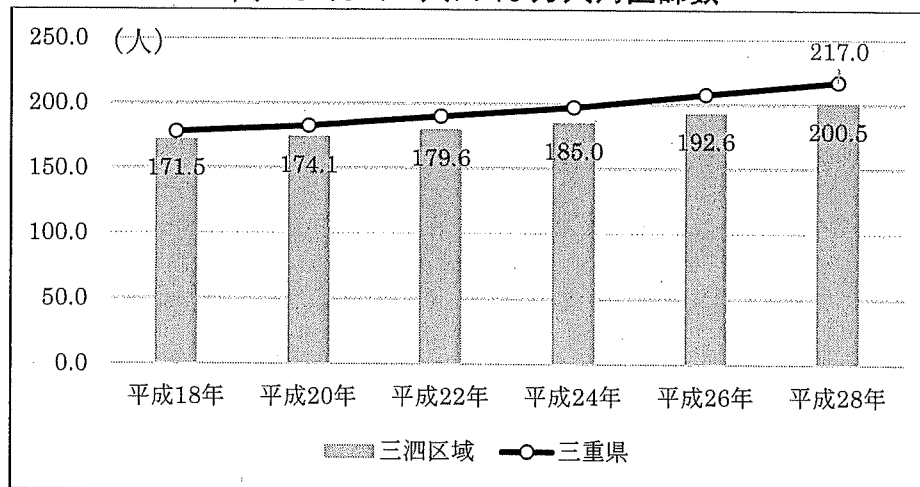


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2016年は三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

三泗区域の人口10万人対医師数は、200.5人(平成28(2016)年12月31日現在)であり、増加傾向にあります。三重県平均の217.0人に比べて16.5人少ない状況にあります。

図 3-10-4 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

③基幹型臨床研修病院

四日市羽津医療センター
市立四日市病院
三重県立総合医療センター

④医師偏在指標（参考値）

210.0 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査（個票解析）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

三泗区域の属する北勢医療圏の医師偏在指標は 193.4 で全国 335 医療圏のうち
120 位であり、医師少数でも多数でもない区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 三泗区域の人口 10 万人対医師数は県平均を下回ります。
- これまでの医師確保対策により、医師数は増加傾向にあることから、引き続き
県全体での医師確保対策を通じて医師確保を進めます。
- 医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討してい
きます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、三泗区域地域医療構想における議論とも
整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状 平成 28（2016）年医師数 755 人（※）

目標：令和 5（2023）年医師数 806 人

（※）平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- 第 3 章 7 における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整により、地域偏在
の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

菰野町を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医
師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(3) 鈴亀区域

①区域の概況

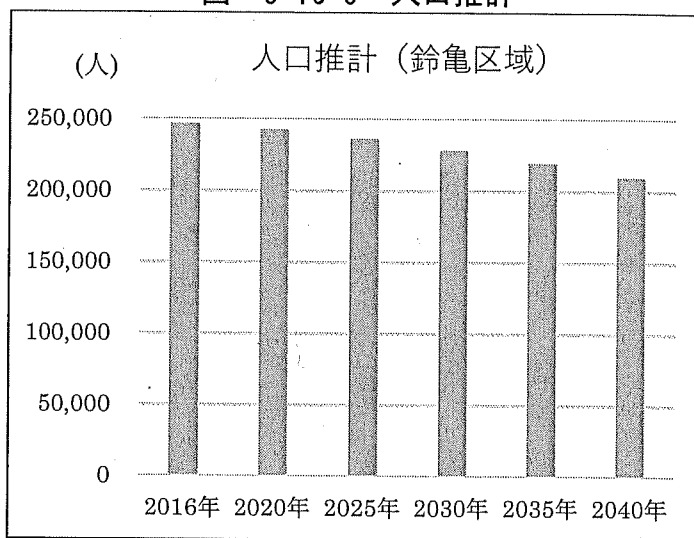
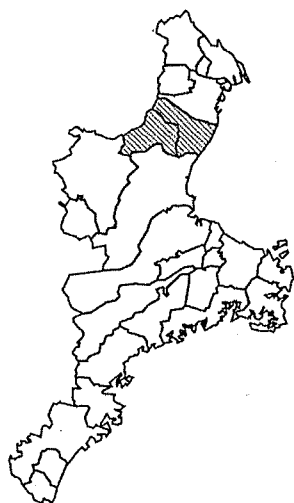
ア 構成市町

鈴鹿市、亀山市

イ 人口推計

- 鈴亀区域は、本県の北勢部に位置し、2市で構成され、人口約25万人の地域です。
- 令和22(2040)年に向けて、総人口は減少傾向と推計されます。(図3-10-5)

図 3-10-5 人口推計

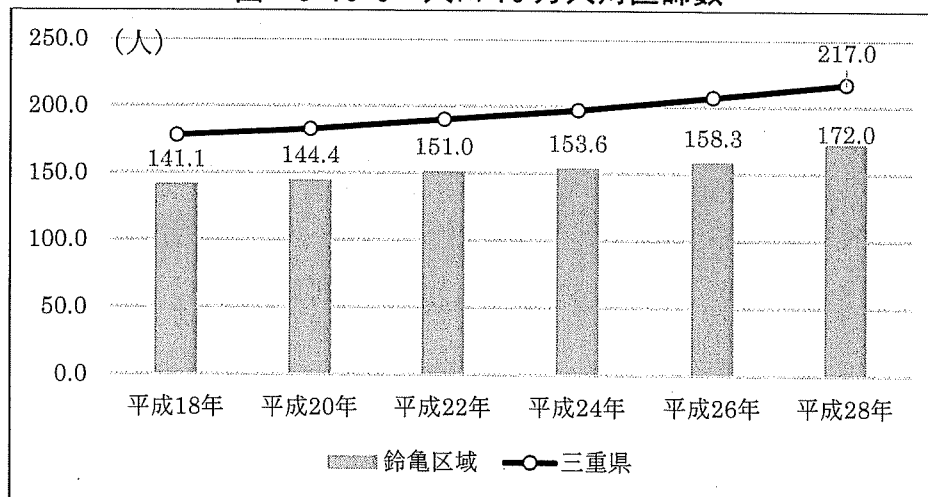


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2016年は三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

鈴亀区域の人口10万人対医師数は、172.0人(平成28(2016)年12月31日現在)であり、増加傾向にありますが、三重県平均の217.0人に比べて45人少ない状況にあります。

図 3-10-6 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

③基幹型臨床研修病院

厚生連 鈴鹿中央総合病院
鈴鹿回生病院

④医師偏在指標（参考値）

181.0 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（個票解析）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

鈴亀区域の属する北勢医療圏の医師偏在指標は193.4で全国335医療圏のうち
120位であり、医師少数でも多数でもない区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 鈴亀区域の人口10万人対医師数は県平均を下回ります。
- これまでの医師確保対策により、医師数は増加傾向にあることから、引き続き県全体での医師確保対策を通じて医師確保を進めます。
- 医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、鈴亀区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状 平成28（2016）年医師数 424人（※）

目標：令和5（2023）年医師数 457人

（※）平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整により、地域偏在の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

亀山市を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(4) 津区域

①区域の概況

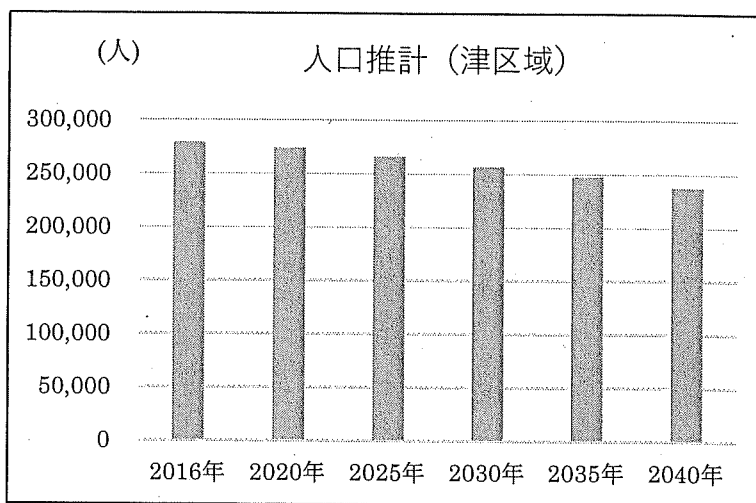
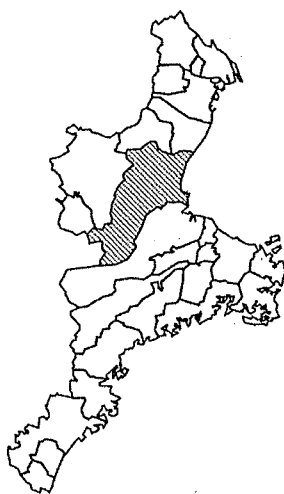
ア 構成市町

津市

イ 人口推計

- 津区域は、本県の中部に位置し、1市で構成され、人口約28万人の地域です。
- 令和22(2040)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。(図3-10-7)

図 3-10-7 人口推計

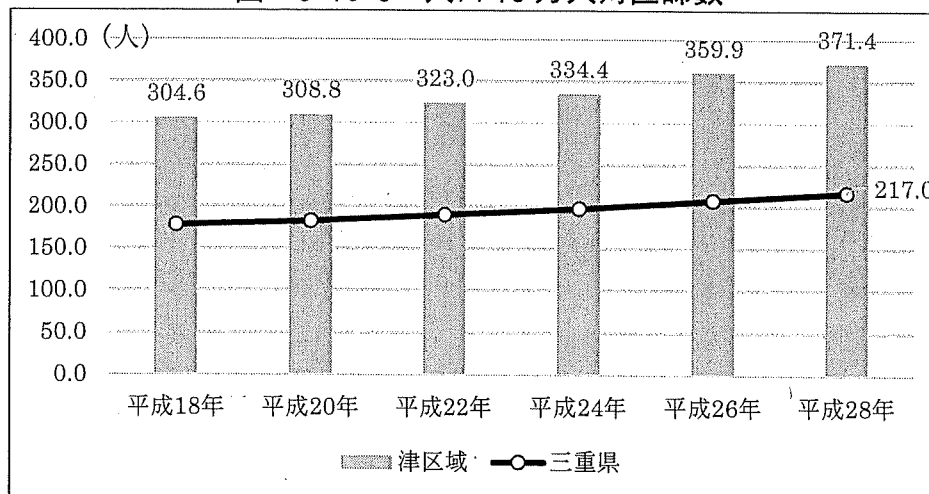


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2016年は三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

津区域は三重大学医学部附属病院が所在し、県内唯一の大学病院であり特定機能病院であること等から、人口10万人対医師数は、371.4人(平成28(2016)年12月31日現在)で県平均の217.0人に比べて154.4人上回っています。

図 3-10-8 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

③基幹型臨床研修病院

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

津生協病院

④医師偏在指標（参考値）

360.0 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（個票解析）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

津区域の属する中勢伊賀医療圏の医師偏在指標は252.1で全国335医療圏のうち60位であり、医師多数区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 津区域は三重大学医学部附属病院が所在していること等から、人口10万人対医師数は県平均を上回ります。
- 医師多数区域であることをふまえ、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師多数区域であっても診療科の偏在等が存在することを鑑み、引き続き県全体の施策を通じて適切な医療提供体制の構築を図ります。
- 医師確保対策の推進にあたっては、津区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状 平成28（2016）年医師数 1,035人（※）

目標：令和5（2023）年医師数 1,073人

（※）平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整を通じて、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を進めるよう検討していきます。
- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き診療科偏在等の解消を図ります。

⑨医師少数スポット

津市（白山町・美杉町）を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(5) 伊賀区域

①区域の概況

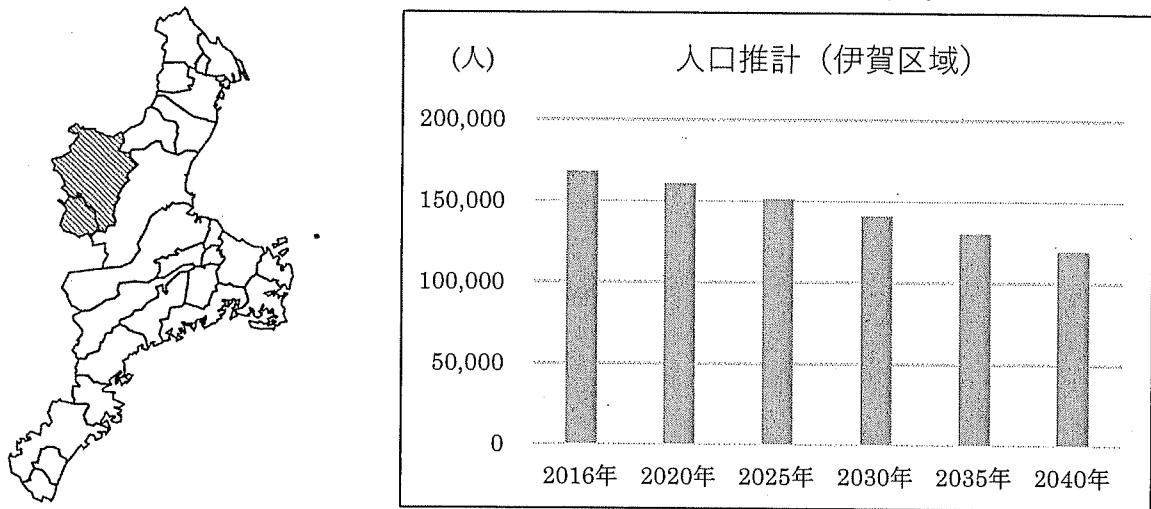
ア 構成市町

名張市、伊賀市

イ 人口推計

- 伊賀区域は、本県の西部に位置し、2市で構成され、人口約17万人の地域です。
- 令和22(2040)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。(図3-10-9)

図 3-10-9 人口推計

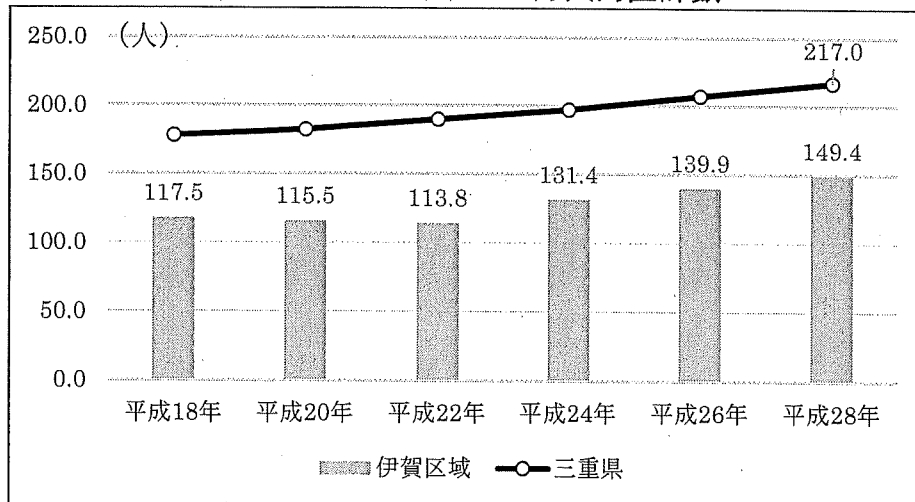


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2016年は三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

伊賀区域の人口10万人対医師数は、149.4人(平成28(2016)年12月31日現在)であり、増加傾向にありますが、三重県平均の217.0人に比べて67.6人少ない状況にあります。

図 3-10-10 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

③基幹型臨床研修病院

岡波総合病院

④医師偏在指標（参考値）

131.5 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（個票解析）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

伊賀区域の属する中勢伊賀医療圏の医師偏在指標は252.1で全国335医療圏のうち60位であり、医師多数区域に属しますが、津区域に三重大学医学部附属病院が所在していることから、医療提供体制が異なります。

⑥医師確保の方針

- 伊賀区域の人口10万人対医師数は県平均を下回ります。
- これまでの医師確保対策により、医師数は増加傾向にあることから、引き続き県全体での医師確保対策を通じて医師確保を進めます。
- 伊賀区域を医師少数スポットに設定し、医師少数区域に準じた対策を進めます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、伊賀区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状 平成28（2016）年医師数 251人（※）

目標：令和5（2023）年医師数 274人

（※）平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- 伊賀区域を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整により、地域偏在の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

名張市・伊賀市を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(6) 松阪区域

①区域の概況

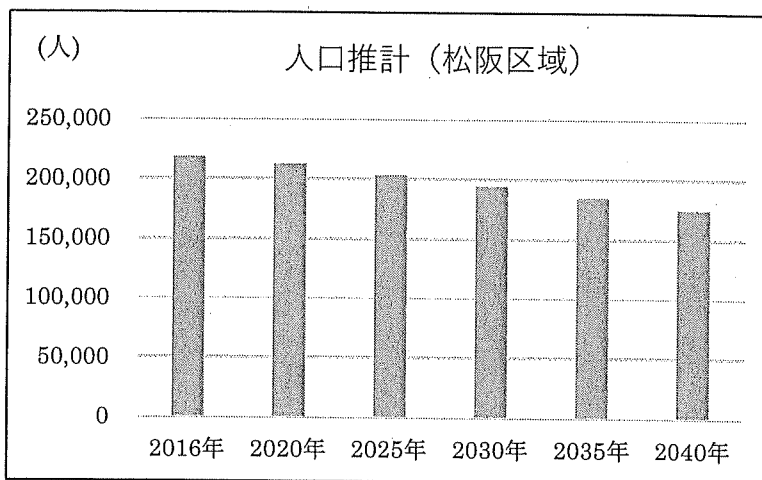
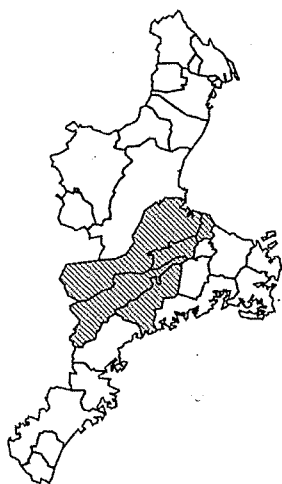
ア 構成市町

松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町

イ 人口推計

- 松阪区域は、本県の中南勢部に位置し、1市4町で構成され、人口約22万人の地域です。
- 令和22(2040)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。(図3-10-11)

図 3-10-11 人口推計

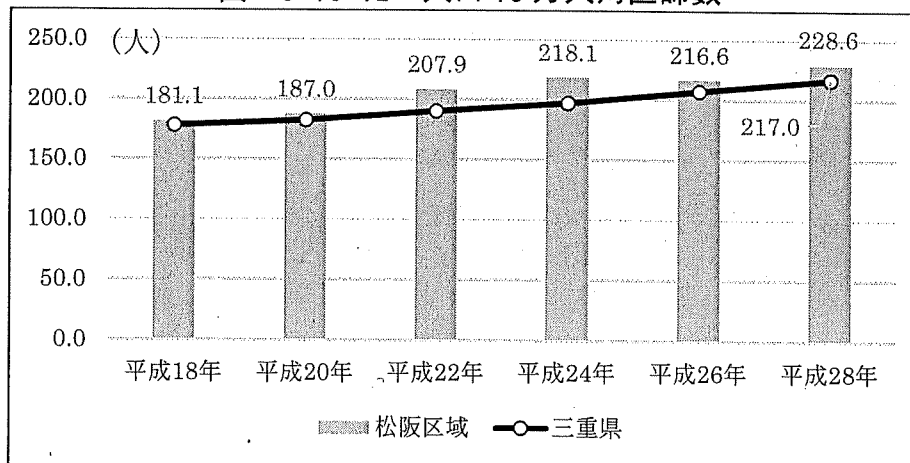


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2016年は三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

松阪区域の人口10万人対医師数は、228.6人(平成28(2016)年12月31日現在)であり、増加傾向にあります。また、県平均の217.0人に比べて11.6人上回っています。

図 3-10-12 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

③基幹型臨床研修病院

厚生連 松阪中央総合病院
済生会松阪総合病院
松阪市民病院

④医師偏在指標（参考値）

200.3 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（個票解析）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

松阪区域の属する南勢志摩医療圏の医師偏在指標は201.1で全国335医療圏のうち103位であり、医師多数区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 松阪区域の人口10万人対医師数は県平均を上回ります。
- 医師多数区域であることをふまえ、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師多数区域であっても診療科の偏在等が存在することを鑑み、引き続き県全体の施策を通じて適切な医療提供体制の構築を図ります。
- 医師確保対策の推進にあたっては、松阪区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状 平成28（2016）年医師数 499人（※）

目標：令和5（2023）年医師数 529人

（※）平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整を通じて、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を進めるよう検討していきます。
- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。

⑨医師少数スポット

松阪市（飯南町・飯高町）、大紀町、大台町、多気町を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(7) 伊勢志摩区域

①区域の概況

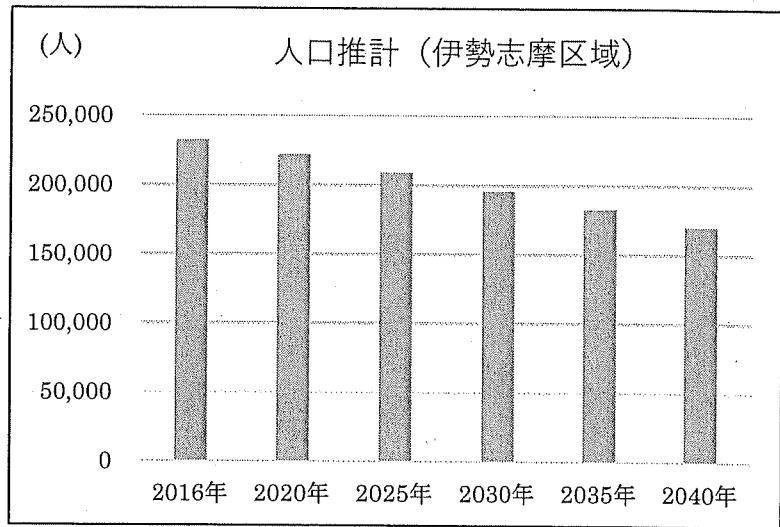
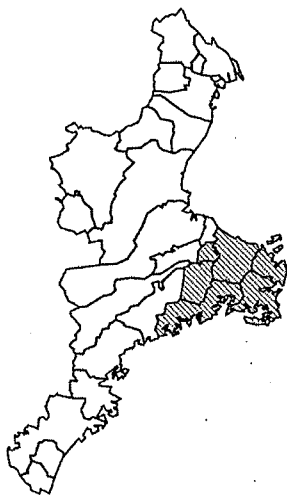
ア 構成市町

伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、南伊勢町

イ 人口推計

- 伊勢志摩区域は、本県の南勢部に位置し、3市3町で構成され、人口約23万人の地域です。
- 令和22(2040)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。(図3-10-13)

図 3-10-13 人口推計

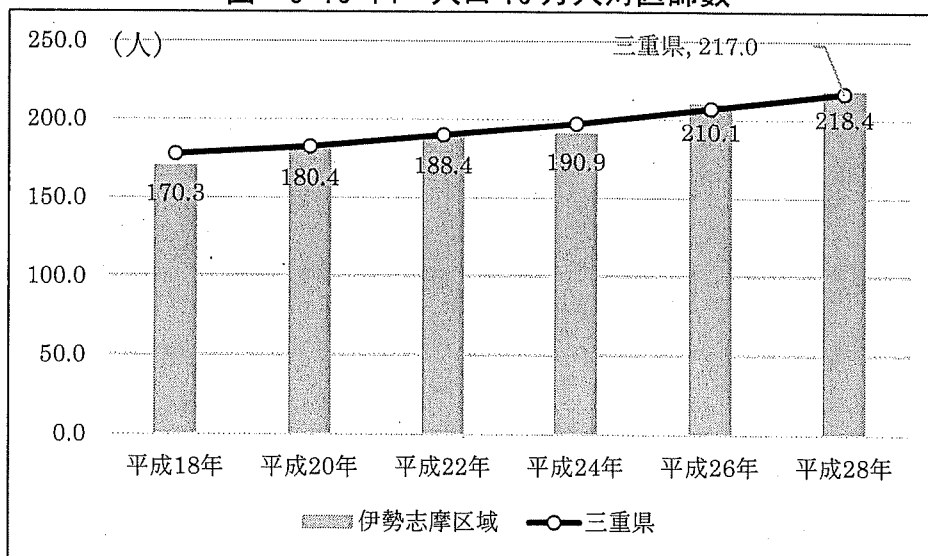


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2016年は三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

伊勢志摩区域の人口10万人対医師数は、218.4人(平成28(2016)年12月31日現在)であり、増加傾向にあります。また、県平均の217.0人に比べて1.4人上回っています。

図 3-10-14 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

③基幹型臨床研修病院

伊勢赤十字病院

県立志摩病院

④医師偏在指標（参考値）

185.2 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（個票解析）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

伊勢志摩区域の属する南勢志摩医療圏の医師偏在指標は201.1で全国335医療圏のうち103位であり、医師多数区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 伊勢志摩区域の人口10万人対医師数は県平均を上回ります。
- 医師多数区域であることをふまえ、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師多数区域であっても診療科の偏在等が存在することを鑑み、引き続き県全体の施策を通じて適切な医療提供体制の構築を図ります。
- 医師確保対策の推進にあたっては、伊勢志摩区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状 平成28（2016）年医師数 506人（※）

目標：令和5（2023）年医師数 537人

（※）平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整を通じて、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を進めるよう検討していきます。
- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。

⑨医師少数スポット

鳥羽市、志摩市、南伊勢町を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

（8）東紀州区域

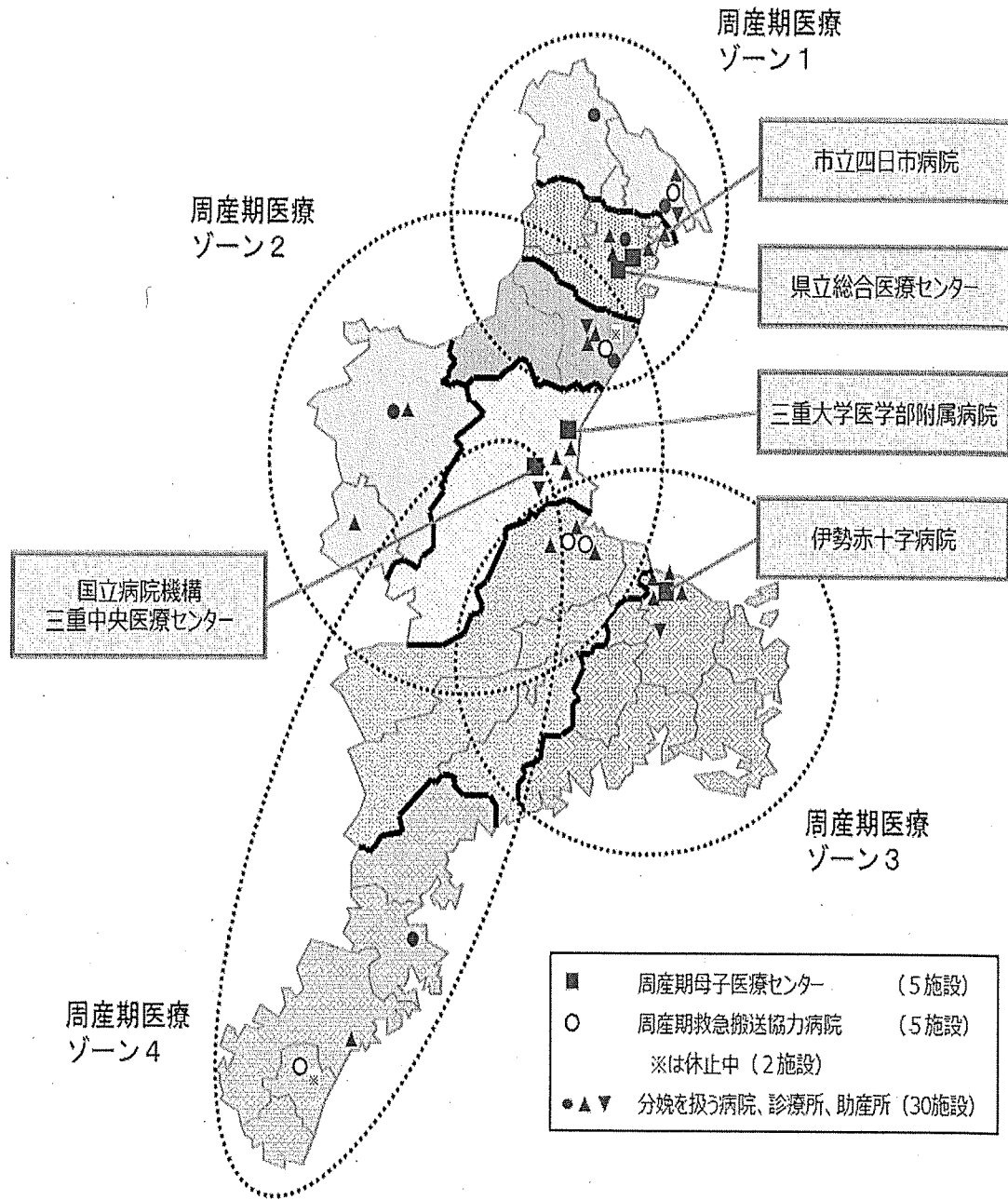
9（4）東紀州医療圏（33頁）を参照。

第4章 産科・小児科における医師確保計画

1 産科・小児科における医師偏在指標および医師偏在対策の基本的な考え方

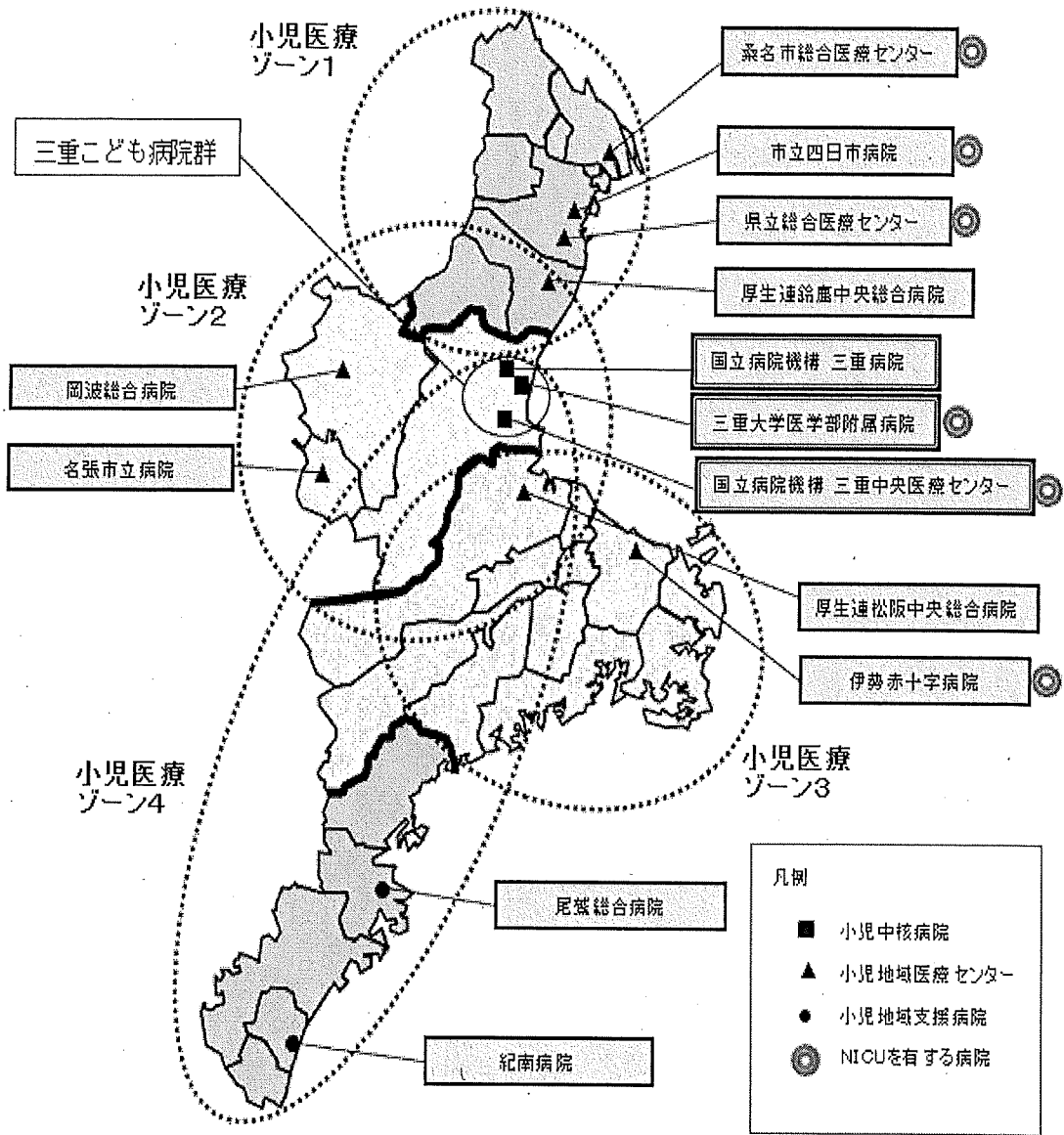
- 産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、ガイドラインに基づき、暫定的に産科・小児科における医師偏在指標を示し、産科・小児科における医師確保計画を定めます。ただし、当該指標は暫定的なものであり、診療科間の医師偏在を是正するための指標とはなりません。
- 産科・小児科については、産科医師または小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境をふまえれば、医師が不足している状況もみられることから、引き続き産科医師および小児科医師の総数を確保するための施策を行います。
- 産科・小児科における医師確保計画においては、周産期医療の提供体制に係る圏域を「周産期医療圏」、小児医療の提供体制に係る圏域を「小児医療圏」と呼称します。
- 本県においては、「第7次三重県医療計画」において、二次医療圏を超えたゾーン体制を設定しており、これに基づく計画を策定することとします。(図表 4-1-1～4-1-2)

図表 4-1-1 周産期医療圏



資料 三重県「第7次三重県医療計画」

図表 4-1-2 小児医療圏



資料 三重県「第7次三重県医療計画」

2 産科・小児科における医師偏在指標

(1) 産科における医師偏在指標

ア 考え方

- ガイドラインに基づき、次の考え方で算定されます。
- 医療需要については、「里帰り出産」等の妊婦の流出入の実態をふまえた「医療施設調査」における「分娩数」を用いています。
- 患者の流出入については、妊婦の場合「里帰り出産」等の医療提供体制とは直接関係しない流出入がありますが、現時点で妊婦の所在地と分娩が実際に行われた医療機関の所在地の両方を把握できる調査はありません。このため、医療需要として、分娩が実際に行われた医療機関の所在地が把握可能な、「医療施設調査」における「分娩数」を用いています。
- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師調査」における「産科医師数」と「産婦人科医師数」の合計値を用いています。
- 医師の性別・年齢別分布については、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整します。
- 医師偏在指標については、厚生労働省において、都道府県ごと、周産期医療圏ごとに算定されます。本県については、第7次医療計画においてゾーンディフェンス（エリアを分担して守る）体制としているため、ゾーンの範囲が不明確で、地域が一部重複すること等から、算定は困難であり、厚生労働省において、二次医療圏単位で算定されています。

イ 産科における医師偏在指標の算出式

図表 4-2-1 産科医師偏在指標

$$\text{産科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数} (\ast)}{\text{分娩件数} \div 1000 \text{ 件}}$$
$$(\ast)\text{標準化産科・産婦人科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

資料:厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン」

(2) 小児科における医師偏在指標

ア 考え方

- ガイドラインに基づき、次の考え方で算定されます。
- 医療需要については、15歳未満の人口を「年少人口」と定義し、医療圏ごとの小児の人口構成の違いをふまえ、性・年齢階級別受療率を用いて年少人口を調整したものを用います。
- 患者の流出入については、既存の調査の結果により把握可能な小児患者の流出入をふまえ、調整を行います。
- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師調査」における「小児科医師数」を用います。

- 医師偏在指標については、厚生労働省において、都道府県ごと、小児医療圏ごとに算定されます。本県については、第7次医療計画においてゾーンディフェンス（エリアを分担して守る）体制としているため、ゾーンの範囲が不明確で、地域が一部重複すること等から、算定は困難であり、厚生労働省において、二次医療圏単位で算定されています。

イ 小児科における医師偏在指標の算出式

図表 4-2-2 小児科医師偏在指標

$$\text{小児医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数 (※1)}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}}$$

$$\text{(※1) 標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{(※2) 地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率 (※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$\text{(※3) 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率 (※4)} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

$$\begin{aligned} \text{(※4) 全国の性年齢階級別調整受療率} \\ &= \text{無床診療所医療医師需要度 (※5)} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ &+ \text{全国の入院受療率} \end{aligned}$$

$$\text{(※5) 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^{14}}{\text{全国の無床診療所外来患者数 (※6)}}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^{15}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

$$\begin{aligned} \text{(※6) 全国の無床診療所外来患者数} \\ &= \text{全国の外来患者数} \\ &\times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}} \end{aligned}$$

資料:厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン」

3 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定

- 産科・小児科については、都道府県ごと、周産期医療圏または小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位 33.3%に該当する都道府県を相対的医師少数都道府県、下位 33.3%に該当する周産期医療圏または小児医療圏を相対的医師少数区域として設定します。(図表 4-3-1~4-3-4)
- 相対的な医師の多寡を表す分類であることを理解しやすくするため、呼称を「相対的医師少数都道府県」および「相対的医師少数区域」とします。
- 産科医師または小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、産科医師および小児科医師が不足している状況もみられることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設定しません。
- 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域を設定するための基準(下位一定割合)は、医師全体の医師偏在指標と同様に、下位 33.3%です。
- なお、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏内において産科医師または小児科医師が少ないことをふまえ、周産期医療または小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏として考えるものとします。

図表 4-3-1 産科における医師偏在指標（周産期医療圏）

区 域	産科医師偏在指標	相対的 医師少数都道府県	全国順位 (47都道府県)
全 国	12.8	—	—
三重県	12.9	—	15

二次医療圏	周産期医療圏(※)	産科医師偏在指標	相対的 医師少数区域	全国順位 (284周産期医療圏)
北勢	ゾーン1	11.2	—	127
中勢伊賀	ゾーン2	17.7	—	31
南勢志摩	ゾーン3	10.3	—	150
東紀州	ゾーン4	16.6	—	41

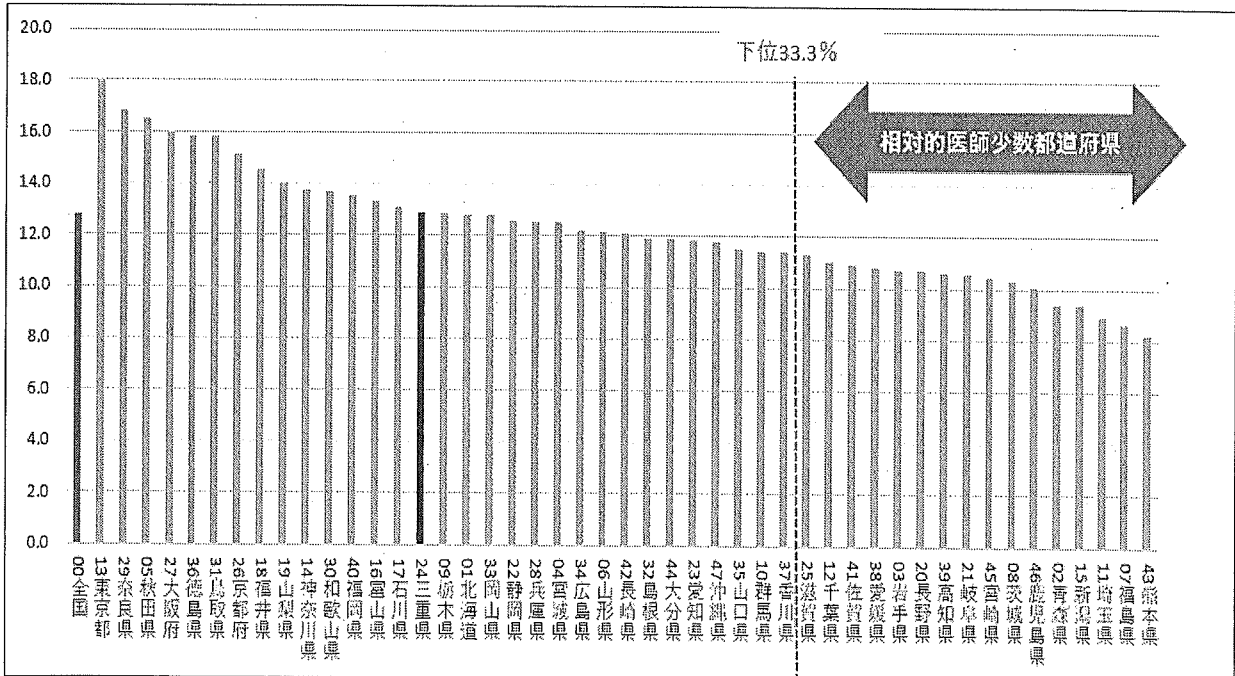
(※) 二次医療圏に対応するゾーンを記載

(参考) 都道府県 : 32位～47位 相対的医師少数都道府県

周産期医療圏: 192位～284位 相対的医師少数区域

資料: 厚生労働省「産科医師偏在指標に係るデータ集」

図表 4-3-2 産科における医師偏在指標（都道府県）



資料: 厚生労働省「産科医師偏在指標に係るデータ集」

図表 4-3-3 小児科における医師偏在指標（小児医療圏）

区域	小児科 医師偏在指標	相対的 医師少数都道府県	全国順位 (47都道府県)
全国	106.2	—	—
三重県	92.5	○	39

二次医療圏	小児医療圏（※）	小児科 医師偏在指標	相対的 医師少数区域	全国順位 (311小児医療圏)
北勢	ゾーン1	66.7	○	268
中勢伊賀	ゾーン2	123.7	—	47
南勢志摩	ゾーン3	99.8	—	139
東紀州	ゾーン4	119.2	—	67

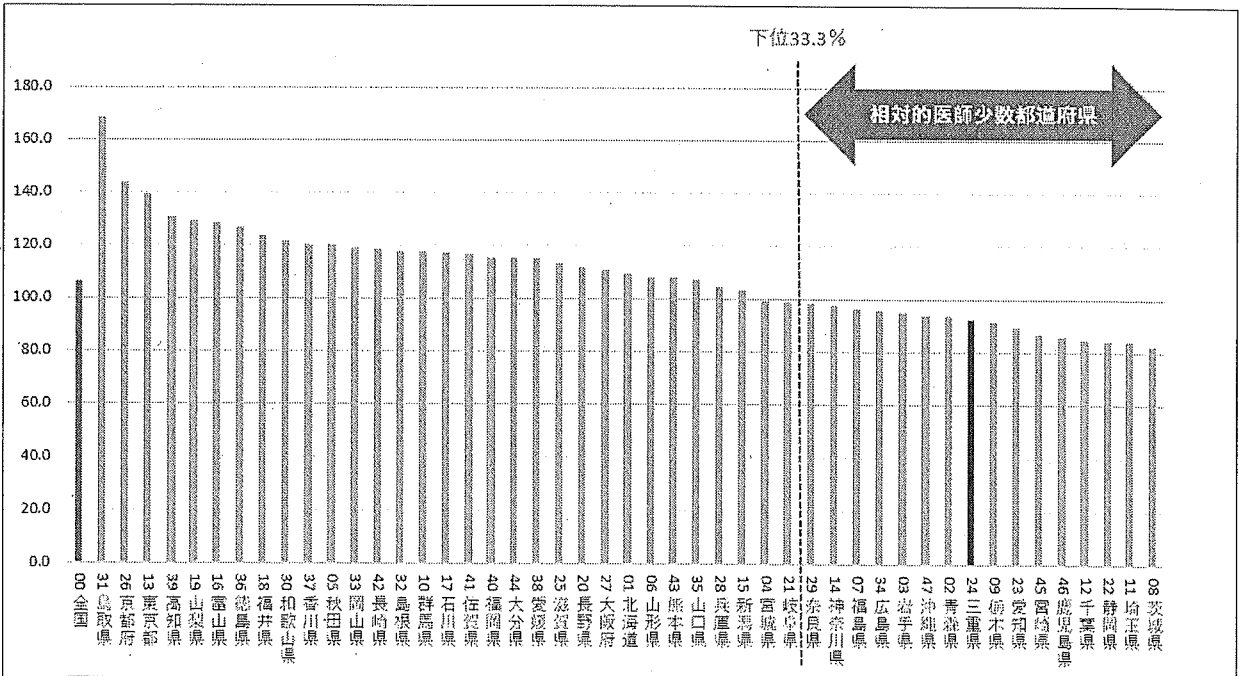
（※）二次医療圏に対応するゾーンを記載

（参考）都道府県：32位～47位 相対的医師少数都道府県

小児医療圏：208位～311位 相対的医師少数区域

資料：厚生労働省「産科医師偏在指標に係るデータ集」

図表 4-3-4 小児科における医師偏在指標（都道府県）



資料：厚生労働省「産科医師偏在指標に係るデータ集」

4 産科・小児科における医師確保計画

(1) 産科・小児科における医師確保計画の考え方

- 産科・小児科の医師確保計画については、産科・小児科のそれぞれについて都道府県ごと、周産期医療圏および小児医療圏ごとに定めます。
- 産科・小児科の医師偏在指標の値を全国一律に比較した上で相対的医師少数区域を設定することで医師の偏在の状況を把握します。さらに、医療圏ごとに、産科・小児科における医師偏在指標の大小等をふまえ方針を定めます。
- 産科・小児科における医師確保計画は、3年（令和2（2020）年度から開始される医師確保計画については4年）ごとに見直すこととし、見直しにあたっては産科・小児科における医師確保の方針と施策の妥当性等を検討し、課題を抽出した上で次回の産科・小児科における医師確保計画を作成します。
- 産科・小児科における医師確保計画を策定する際は、周産期医療および小児医療に係る課題に対する対応について、適切に産科・小児科における医師確保計画へ反映することができるよう、三重県地域医療対策協議会での協議とともに、三重県医療審議会周産期医療部会および三重県小児医療懇話会において協議を行います。

(2) 産科・小児科における医師確保の方針

ア 相対的医師少数区域等

- 産科医師または小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば、産科医師または小児科医師が不足している状況もみられることから、相対的医師少数区域においては、相対的医師少数区域以外からの医師派遣のみにより産科・小児科医師の地域偏在の解消をめざすことは適当ではないと考えられます。また、産科・小児科においては、医療圏を超えた連携等を行ってきたことから、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、医療圏を超えた連携によって、産科・小児科医師の地域偏在の解消を図ります。
- 上記の対応に加え、医師を確保することによって医師の地域偏在の解消を図ることとします。具体的な短期的施策としては、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整や専攻医の確保を行います。この際、医師の勤務環境やキャリアパスについて配慮を行います。

イ 相対的医師少数区域等以外

産科医師または小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば、産科医師または小児科医師が不足している状況もみられることから、当該医療圏における医療提供体制の状況を鑑みた上で、医師の確保を図ります。

ウ その他個別に検討すべき事項

- 患者の重症度、新生児医療について
 - ・ 周産期母子医療センター、小児中核病院、小児地域医療センター、特定機能病院等は、より高度または専門的な医療の提供を担っており、そのような医療機関が存在する医療圏は、産科・小児科における医師偏在指標による医師数よりも、実際には多くの医師が必要となることが想定されます。
 - ・ 新生児に対して高度・専門的な医療を提供する体制については、地域の実情に応じて重点化・機能分化が進められているため、これらをふまえた検討を行います。

エ 将来推計について

周産期医療・小児医療ともに、少子高齢化が進む中で急速に医療需要の変化が予想される分野であり、将来の見通しについて検討することが必要です。ただし、今回定めることとする産科・小児科医師偏在指標は暫定的な指標として取り扱うことをふまえ、比較的短期間の推計として、医師確保計画の計画終了時点である、令和5（2023）年の医療需要の推計も参考としながら産科・小児科における医師偏在対策を講じることとします。

①産科

産科については、現時点で医療圏ごとの分娩数の将来推計がないため、代替指標として、医療圏ごとの分娩数の将来推計と現時点の0～4歳人口との比を用いて、令和5（2023）年における医療圏ごとの分娩数の推計を行います。

②小児科

小児科については、医療圏ごとの将来人口推計から、令和5（2023）年の年少人口を算出し、性・年齢階級別の受療率を用いて調整した上で、医療圏ごとの医療需要の推計を行います。

（3）産科・小児科における偏在対策基準医師数

- 産科・小児科における医師偏在指標が、計画終了時点で相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を産科・小児科における偏在対策基準医師数として示します。（図表4-4-1～4-4-2）
- 産科・小児科における偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて、厚生労働省において機械的に算出される数値であるため、目標医師数（確保すべき医師数の目標）とはしません。

図表 4-4-1 産科における医師確保の方針

○三重県

都道府県	産科 医師数 (人)	産科医師 偏在指標	相対的 医師少数都道府県	医師確保の方針
三重県	163	12.9	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る

・三重県の令和5（2023）年偏在対策基準医師数（下位33.3%値）128人

○周産期医療圏

二次 医療圏	周産期 医療圏 (※)	産科 医師数 (人)	産科医師 偏在指標	相対的 医師少数区域	医師確保の方針
北勢	ゾーン1	66	11.2	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る
中勢 伊賀	ゾーン2	59	17.7	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る
南勢 志摩	ゾーン3	35	10.3	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る
東紀州	ゾーン4	3	16.6	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る

(※) 二次医療圏に対応するゾーンを記載

・二次医療圏の令和5（2023）年偏在対策基準医師数（下位33.3%値）

北勢 49人、中勢伊賀28人、南勢志摩26人、東紀州1人

資料：厚生労働省「産科医師偏在指標に係るデータ集」

図表 4-4-2 小児科における医師確保の方針

○三重県

都道府県	小児科 医師数 (人)	小児科 医師偏在指標	相対的 医師少数 都道府県	医師確保の方針
三重県	208	92.5	○	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る

・三重県の令和5（2023）年偏在対策基準医師数（下位33.3%値） 197人

○小児医療圏

二次 医療圏	小児 医療圏 (※)	小児科 医師数 (人)	小児科 医師偏在指標	相対的 医師少数 区域	医師確保の方針
北勢	ゾーン1	69	66.7	○	・ゾーン体制による連携 ・特に配慮が必要な区域として 医師の増加を図る
中勢 伊賀	ゾーン2	90	123.7	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る
南勢 志摩	ゾーン3	44	99.8	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る
東紀州	ゾーン4	5	119.2	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る

(※) 二次医療圏に対応するゾーンを記載

・二次医療圏の令和5（2023年）偏在対策基準医師数（下位33.3%値）
北勢77人、中勢伊賀58人、南勢志摩32人、東紀州3人

資料：厚生労働省「小児科医師偏在指標に係るデータ集」

(4) 産科・小児科における施策

ア 基本的な考え方

- 産科医師または小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境に鑑みれば、産科医師または小児科医師が不足している状況もみられることや、産科・小児科における医師確保の方針をふまえて、産科・小児科における医師確保のための施策を定めます。
- 具体的には、二次医療圏を超えたゾーン体制による医療の提供体制をふまえた産科医師・小児科医師を増やすための施策等を県全体で取り組みます。

イ 施策の内容

① 産科・小児科における医師の派遣調整等

- 関係機関と連携し、産科・小児科における地域枠医師等のキャリア形成プログラムに基づく派遣調整等を通じて、医師確保の方針をふまえた地域の医師確保を図ります。

- 地域枠医師等の派遣先医療機関の選定にあたっては、当該医療機関の医療需要や、医師のキャリア形成に配慮しつつ、三重県地域医療対策協議会および同医師派遣検討部会において協議します。
- ② 専攻医等の確保
医学生や臨床研修医に対して、専攻医の確保に必要な情報提供を行います。
- ③ キャリア形成プログラム
三重県地域医療支援センターにおいて、産科および小児科のキャリア形成プログラムを策定し、医師修学資金を貸与した地域枠等の医師が、卒業後、地域貢献と専門的な技術・知識を獲得し適切な臨床経験を積むことの両立ができるようキャリア形成のための支援を行います。
- ④ 三重県医師修学資金貸与制度
三重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産婦人科医や小児科など、専門医の育成・確保を図ります。
- ⑤ 地域医療介護総合確保基金の活用
 - 産科医等確保支援事業
分娩施設の開設者が、産科医等に分娩手当等を支給する事業に対して補助を行い、処遇改善を通じて産科医療機関および産科医等の確保を図ります。
 - 産科医等育成支援事業
分娩施設の開設者が、臨床研修修了後の専門的な研修において、産科を選択する医師に研修医手当等を支給する事業に対して補助を行うことで、将来の産科医療を担う医師の育成を図ります。
 - 新生児医療担当医確保支援事業
医療機関におけるNICU（診療報酬の対象となるものに限る。）において、新生児医療に従事する医師に手当を支給する事業に対して補助を行うことにより、新生児医療担当医の処遇改善を図ります。
 - 小児科医確保事業補助金
小児救急輪番制等に参加する病院に対し、当番日に小児科医が当直した場合に要する経費について補助を行い、小児科医の確保を図ります。
 - 小児救急医療支援事業
病院群輪番制病院が非常勤の小児科医を雇用した場合等に必要な経費について補助を行い、小児科の救急医療体制を支援します。
 - 小児救急地域医師研修事業
小児救急医療研修の実施に要する経費について補助を行い、小児科の救急医療体制を支援します。
 - 産科・小児科専門医確保対策事業
医学生に産婦人科や小児科の魅力を伝えるセミナーや、臨床研修医に対する専門研修プログラムの説明会を実施するなど、将来における産科・小児科の専門医の確保を図ります。

第5章 医師確保計画の効果の測定・評価

- 医師確保計画の効果については、計画終了年度において、活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価を行います。
- 医師確保計画の効果測定・評価の結果については、三重県地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させます。
- また、計画終了時に、地域枠医師等の定着率および派遣先を把握し、義務履行率、定着率の改善がみられるか否か、医師少数区域等の勤務状況等について把握を行います。
- 医師確保計画の効果の測定・評価結果をふまえ、県、二次医療圏、地域医療構想区域ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出し、取組の見直しを行います。

三重県外来医療計画 (最終案)

令和 2 年 3 月
三 重 県

「三重県外来医療計画（最終案）」目次

第1章 外来医療計画の基本的事項

1	外来医療計画の位置づけ	1
2	策定の趣旨	1
3	計画の基本的な考え方	1
4	区域単位の設定	2
5	協議の場の設置	2

第2章 外来医療計画の具体的事項

1	外来医療機能の偏在、不足する医療機能への対応について	2
(1)	外来医療の状況	2
(2)	今後確保が必要となる外来医療機能	15
(3)	外来医師偏在指標	16
(4)	外来医師多数区域	17
(5)	外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に確認する事項	17
2	医療機器の効率的な活用について	18
(1)	医療機器の状況	18
(2)	医療機器の共同利用の方針	23
(3)	共同利用計画の記載事項と確認のためのプロセス	24

第3章 策定後の取組

1	周知と情報の公表	24
2	外来医療計画の計画期間および見直し	25

第1章 外来医療計画の基本的事項

1 外来医療計画の位置づけ

「三重県外来医療計画」は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の規定に基づき、都道府県が定めることとされている医療計画の一部として策定するものです。

2 策定の趣旨

外来医療については、地域の外来医療を中心的に担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、診療科の専門分化が進んでいます。また、救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施、医療機器の共同利用など医療機関の連携が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている状況にあります。

そのため、外来医療機能に関する情報の可視化を行い、各地域において今後必要となる医療機能の確保に向けた協議を行うことが必要です。

本県においても、外来医療に係る医療提供体制の確保を適切に推進するため、「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」（平成31年3月29日付け医政発0329第47号）（以下「ガイドライン」という。）を参考にしつつ、「三重県外来医療計画」を策定します。

3 計画の基本的な考え方

（1）外来医療計画の構成

外来医療計画は、外来医療機能の偏在、不足する医療機能への対応と医療機器の効率的な活用の2つの内容で構成します。

（2）本県における外来医療計画の要点

外来医療機能の偏在については、本県の人口10万人あたりの診療所数は、全国平均と大差はなく、また、人口10万人あたりの診療所医師数も全国平均と同等の値となっており、都市部のような診療所の偏在はみられません。

そのため、本県における外来医療計画については、診療所の偏在是正ではなく、地域で充実させることが必要な外来医療機能の確保を主眼として策定し、協議の場において、各地域における外来医療に係る現状の共有と、今後充実させることが必要となる外来医療機能の確保に向けた協議を行うことで、その確保をめざしていきます。

（3）診療科偏在について

外来医療機能の偏在の項目の一つとして、診療科別の医師偏在がありますが、現在、厚生労働省において診療行為と診療科の分類に関する検討が行われており、その結果をふまえる必要があることから、今計画には盛り込まず、次期計画以降で検討することとします。

4 区域単位の設定

外来医療に係る医療提供体制の確保や医療機器の効果的な活用に関する協議を行うため、外来医療が一定程度完結する区域単位で対象区域を設定します。

対象区域については、ガイドラインでは、二次医療圏を基本としつつ、人口規模、患者の受療動向、医療機関の設置状況等を勘案して二次医療圏を細分化した都道府県独自の単位での検討も可能としています。

そのため、本県としては、地域の特性をふまえたうえで、より地域に密着した協議を推進するため、地域医療構想区域を対象区域とします。

図表 1 各二次医療圏と構想区域

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

5 協議の場の設置

都道府県は、医療法第 30 条の 18 の 2 第 1 項により、対象区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとされています。また、協議の場については、同法第 30 条の 18 の 2 第 3 項において、地域医療構想調整会議を活用することが可能とされていることから、本県としては、地域医療構想調整会議を外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場とします。

第 2 章 外来医療計画の具体的事項

1 外来医療機能の偏在、不足する医療機能への対応について

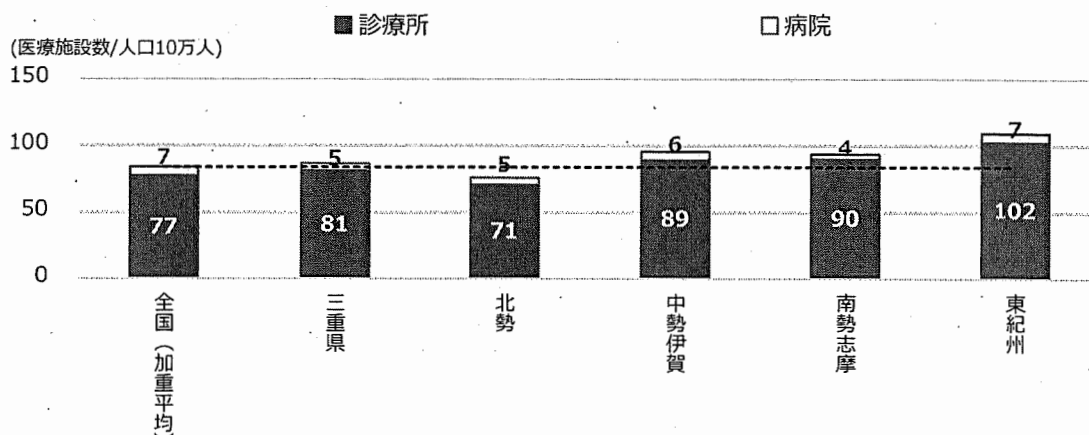
(1) 外来医療の状況

① 外来医療資源の状況（医療機関数）

- ・ 本県の人口 10 万人あたりの医療施設数は 86 施設で、全国平均の 84 施設をわずかに上回っていますが、このうち、病院数については 5 施設で、全国平均の 7 施設を下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、人口 10 万人あたりの診療所数は、東紀州医療圏が 102 施設と最も多く、北勢医療圏が 71 施設と最も少なくなっています。また、人口 10 万人あたりの病院数は、東紀州医療圏が 7 施設と最も多く、南

勢志摩医療圏が4施設と最も少なくなっています。

図表2 人口10万人あたり医療施設数

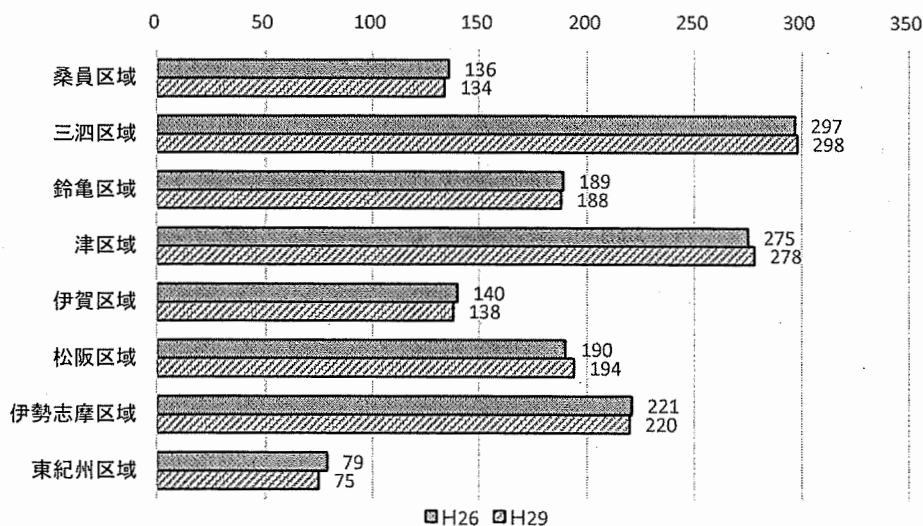


資料：厚生労働省「平成26年医療施設調査」、総務省「住民基本台帳人口」（平成30年1月1日現在）

②外来医療資源の状況（診療所数）

- ・平成26年と平成29年を比較すると、県全体の診療所数は、わずかに減少しています。
- ・構想区域別にみると、三泗、津、松阪区域で若干増加しているものの、全体的な傾向としては、ほぼ横ばいとなっています。

図表3 診療所数の推移

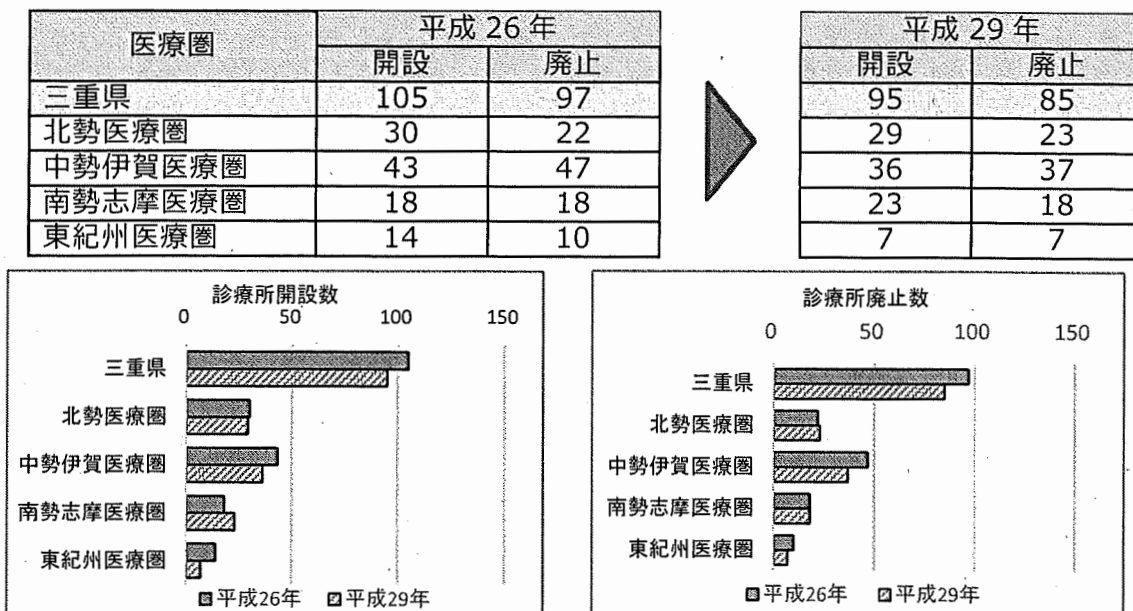


資料：厚生労働省「平成26年・平成29年医療施設調査」

③外来医療資源の状況（診療所の年間開設・廃止数）

- ・平成26年と平成29年を比較すると、県全体では開設数、廃止数とも減少しています。
- ・二次医療圏別にみると、南勢志摩医療圏以外の医療圏においては、開設数が減少しています。中でも東紀州医療圏は開設数が半減しています。

図表 4 診療所の年間開設件数および廃止件数の比較

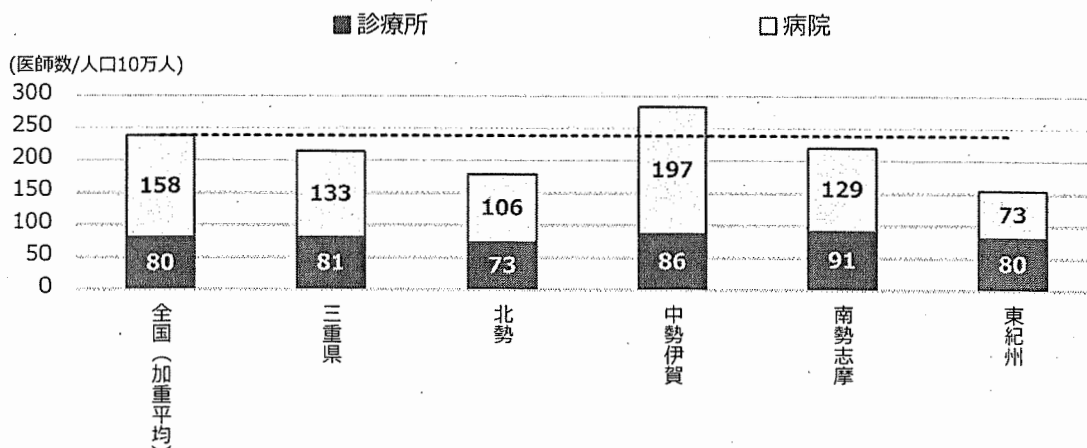


資料：厚生労働省「平成 26 年・平成 29 年医療施設調査」

④外来医療資源の状況（診療所医師数）

- ・ 本県の人口 10 万人あたりの医師数は 214 人で、全国平均の 238 人を下回っていますが、このうち、診療所における医師数 81 名については、全国平均の 80 人と同等です。
- ・ 二次医療圏別にみると、人口 10 万人あたりの診療所医師数については、南勢志摩医療圏が 91 人と最も多く、北勢医療圏が 73 人と最も少なくなっています。また、人口 10 万人あたりの病院医師数については、中勢伊賀医療圏が 197 人と最も多く、東紀州医療圏が 73 人と最も少なくなっています。

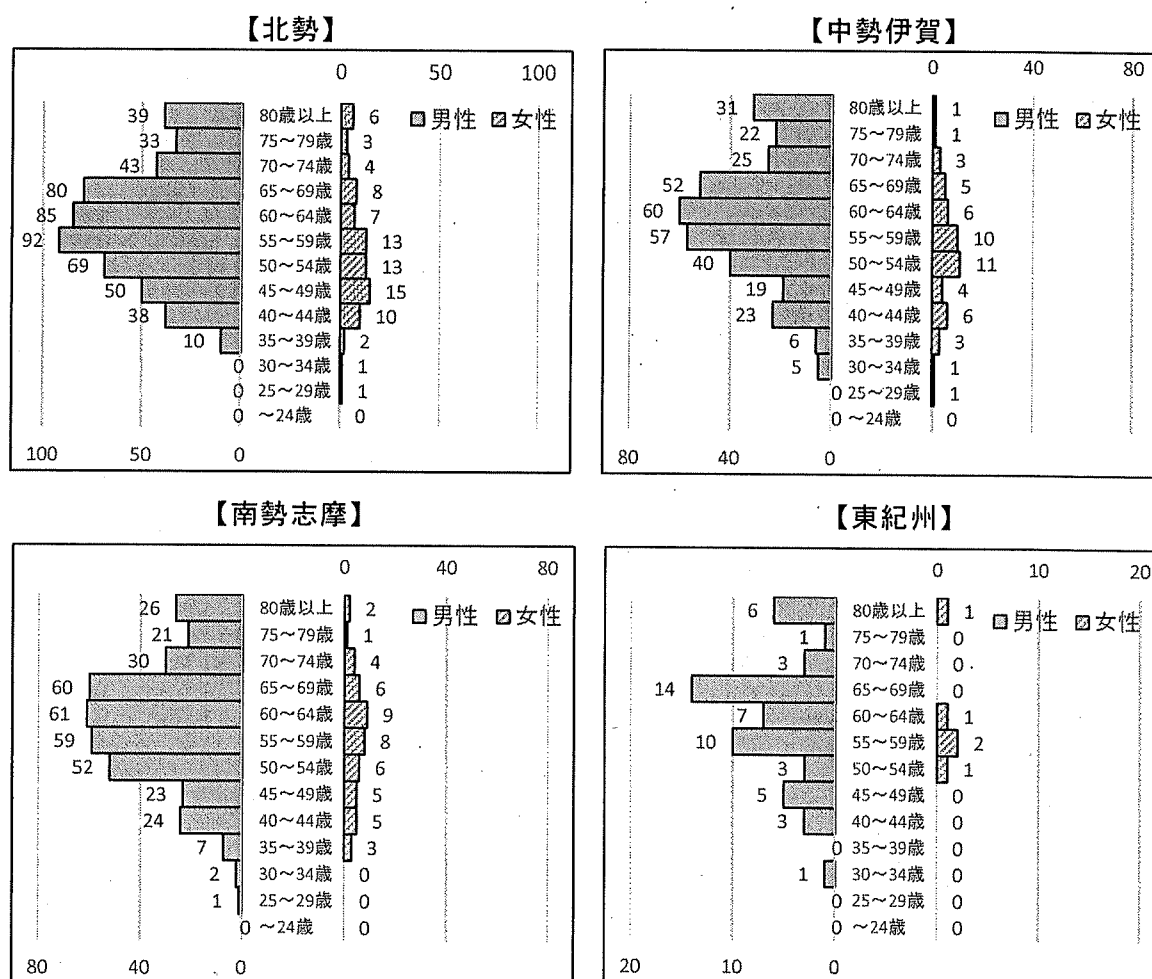
図表 5 人口 10 万人あたり医師数



資料：厚生労働省「平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査」、総務省「住民基本台帳人口」（平成 30 年 1 月 1 日現在）

- ・ 性/年齢階級別診療所医師の構成割合については、いずれの医療圏も 55 歳から 69 歳の男性医師が多くを占め、女性医師については、全体の 10% 前後となっています。
- ・ 二次医療圏別にみると、北勢医療圏は他の医療圏と比較して、50 歳未満の医師の割合が若干高くなっています。東紀州医療圏については、65 歳以上の医師の割合が 4 割を超えており、診療所医師の高齢化が進んでいます。

図表 6 性/年齢階級別診療所医師の構成割合



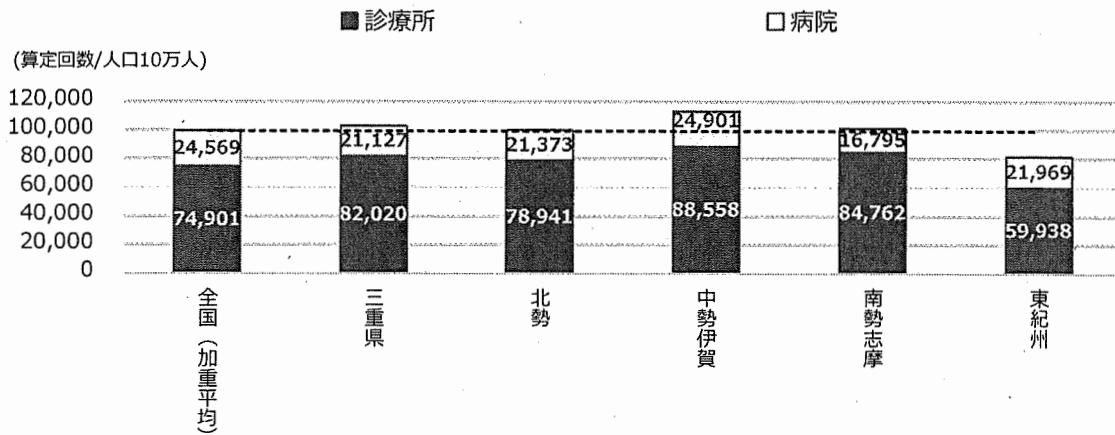
資料：厚生労働省「平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査」

⑤通院外来

- ・ 本県の人口 10 万人あたりの外来患者延数は 103, 147 人で、全国平均の 99, 470 人を上回っています。内訳については、診療所における患者数は 82, 020 人で、全国平均の 74, 901 人を上回っていますが、病院における患者数は 21, 127 人で、全国平均の 24, 569 人を下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、人口 10 万人あたりの外来患者延数は、中勢伊賀医療圏が 113, 459 人と最も多く、東紀州医療圏が 81, 907 人と最も少なくなっています。内訳については、診療所における患者数は、中勢伊賀医療圏が 88, 558 人と最も多く、東紀州医療圏が 59, 938 人と最も少なくなっており、

病院における患者数は、中勢伊賀医療圏が 24,901 人と最も多く、南勢志摩医療圏が 16,795 人と最も少なくなっています。

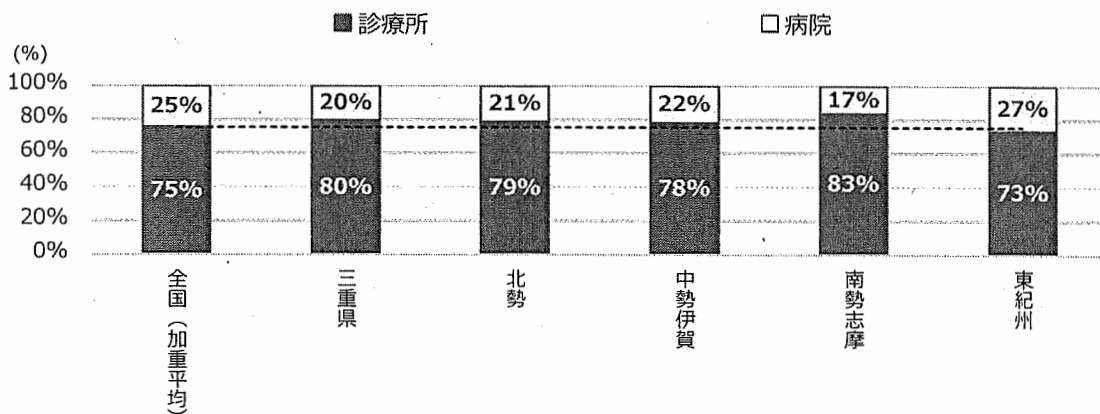
図表 7 人口 10 万人あたり通院外来患者延数



資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」、総務省「住民基本台帳人口」（平成 30 年 1 月 1 日現在）

- ・ 本県の通院外来患者の対応割合については、診療所の対応割合が 80%と高く、全国平均の 75%を上回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、南勢志摩医療圏が 83%と最も診療所の対応割合が高く、東紀州医療圏が 73%と最も低くなっています。

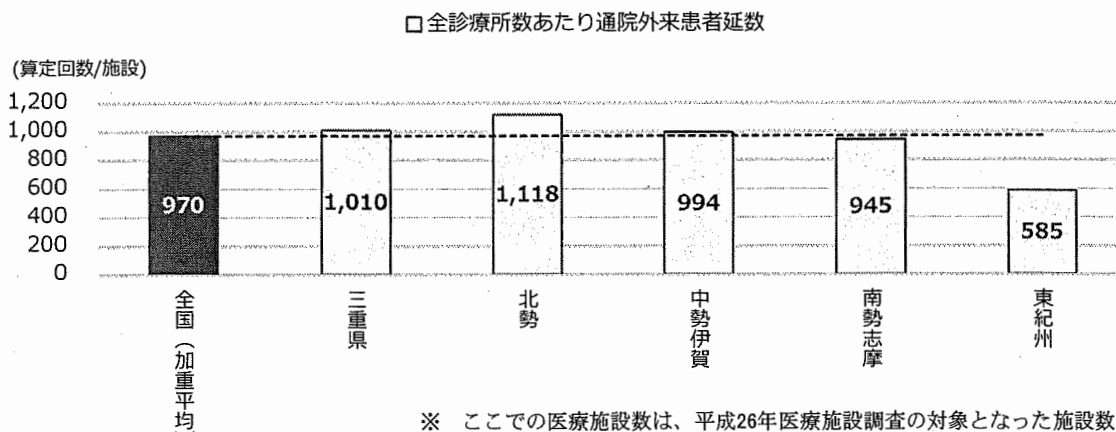
図表 8 通院外来患者の対応割合



資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」、総務省「住民基本台帳人口」（平成 30 年 1 月 1 日現在）

- ・ 本県の診療所あたりの通院外来患者延数は 1,010 人で、全国平均の 970 人を上回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、診療所あたりの通院外来患者延数は、北勢医療圏が 1,118 人と最も多く、東紀州医療圏が 585 人と最も少なくなっています。

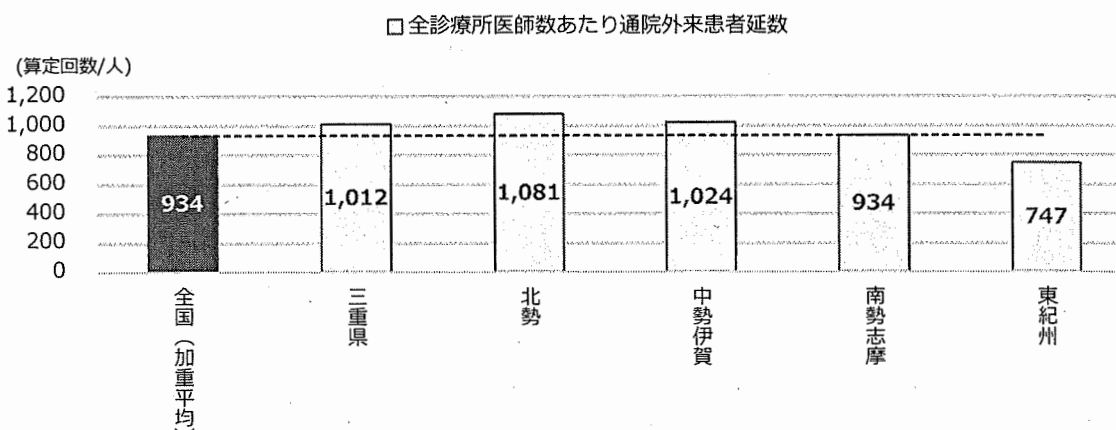
図表 9 診療所あたりの通院外来患者延数



資料：厚生労働省「NDB（平成29年度）」、「平成26年医療施設調査」

- ・ 本県の診療所医師数あたりの通院外来患者延数は 1,012 人で、全国平均の 934 人を上回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、診療所医師数あたりの通院外来患者延数は、北勢医療圏が 1,081 人と最も多く、東紀州医療圏が 747 人と最も少なくなっています。

図表 10 診療所医師数あたりの通院外来患者延数



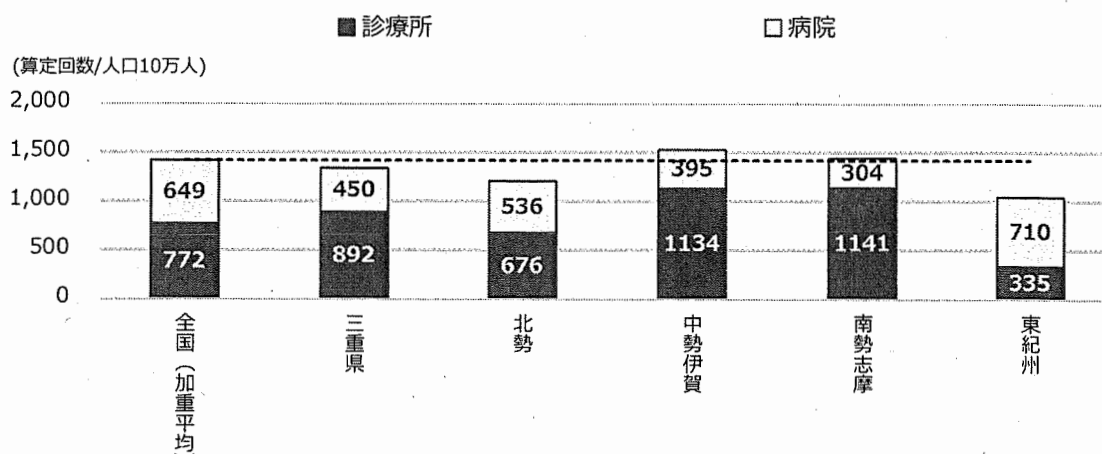
資料：厚生労働省「NDB（平成29年度）」、「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」

⑥夜間における初期救急（時間外等外来）

- ・ 本県の人口 10 万人あたりの時間外等外来患者延数は 1,342 人で、全国平均の 1,421 人を下回っています。内訳については、診療所における患者数は 892 人で、全国平均の 772 人を上回っていますが、病院における患者数は 450 人で、全国平均の 649 人を下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、人口 10 万人あたりの時間外等外来患者延数は、中勢伊賀医療圏が 1,529 人と最も多く、東紀州医療圏が 1,045 人と最も少なくなっています。内訳については、診療所における患者数は、南勢志摩医療圏が 1,141 人と最も多く、東紀州医療圏が 335 人と最も少なくなっており、病

院における患者数は、東紀州医療圏が710人と最も多く、南勢志摩医療圏が304人と最も少なくなっています。

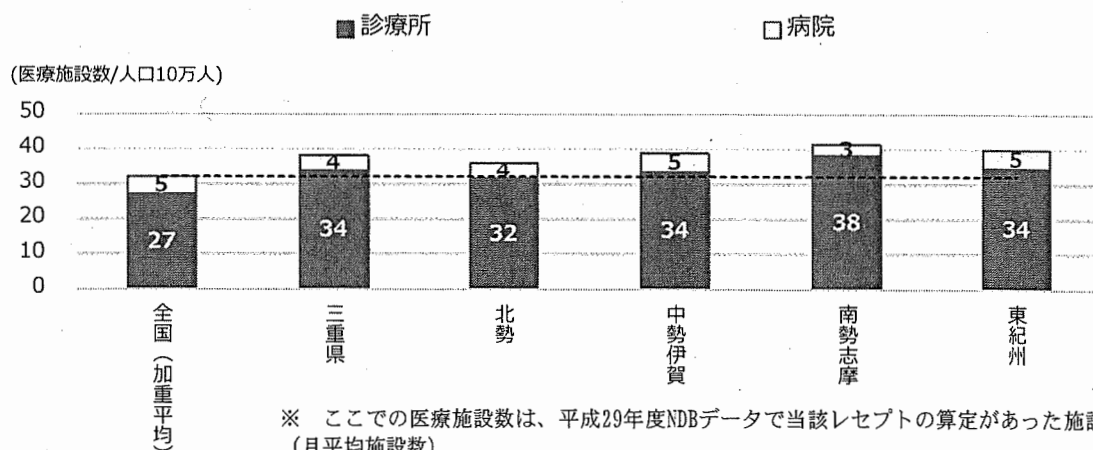
図表 11 人口 10 万人あたり時間外等外来患者延数



資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」、総務省「住民基本台帳人口」（平成 30 年 1 月 1 日現在）

- ・ 本県の人口 10 万人あたりの時間外等対応医療施設数は 38 施設で、全国平均の 32 施設を上回っていますが、このうち、病院数は 4 施設で、全国平均の 5 施設をわずかに下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、人口 10 万人あたりの時間外等対応診療所数については、南勢志摩医療圏が 38 施設と最も多く、北勢医療圏が 32 施設と最も少なくなっています。また、人口 10 万人あたりの時間外等対応病院数については、中勢伊賀医療圏と東紀州医療圏が 5 施設と最も多く、南勢志摩医療圏が 3 施設と最も少なくなっています。

図表 12 人口 10 万人あたりの時間外等対応医療施設数



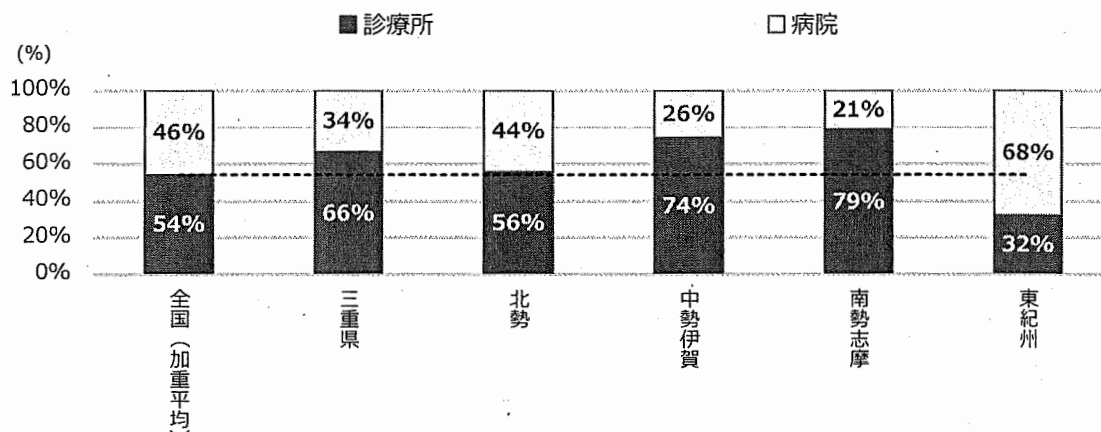
資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」、総務省「住民基本台帳人口」（平成 30 年 1 月 1 日現在）

- ・ 本県の時間外等外来患者の対応割合については、診療所の対応割合が 66%と

高く、全国平均の 54%を上回っています。

- ・ 二次医療圏別にみると、南勢志摩医療圏が 79%と最も診療所の対応割合が高く、東紀州医療圏が 32%と最も低くなっています。

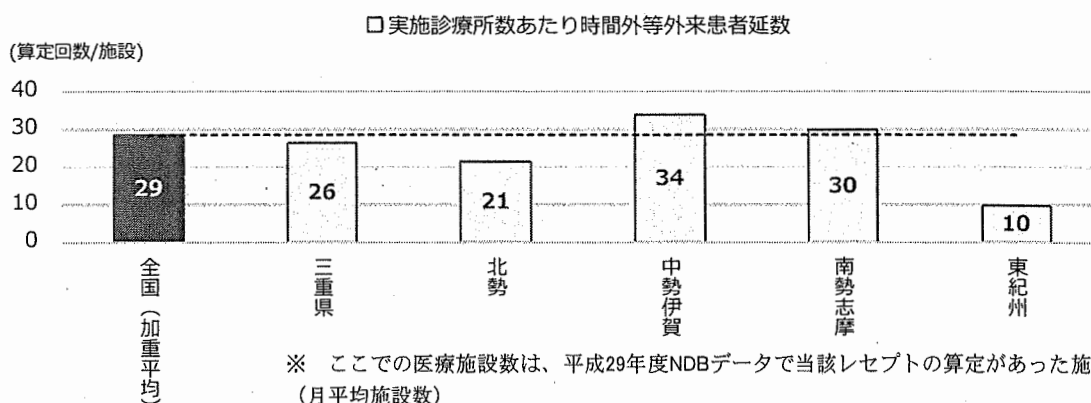
図表 13 時間外等外来患者の対応割合



資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」

- ・ 本県の時間外対応実施診療所あたりの時間外等外来患者延数は 26 人で、全国平均の 29 人を下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、時間外対応実施診療所あたりの時間外等外来患者延数は、中勢伊賀医療圏が 34 人と最も多く、東紀州医療圏が 10 人と最も少なくなっています。

図表 14 時間外対応実施診療所あたりの時間外等外来患者延数

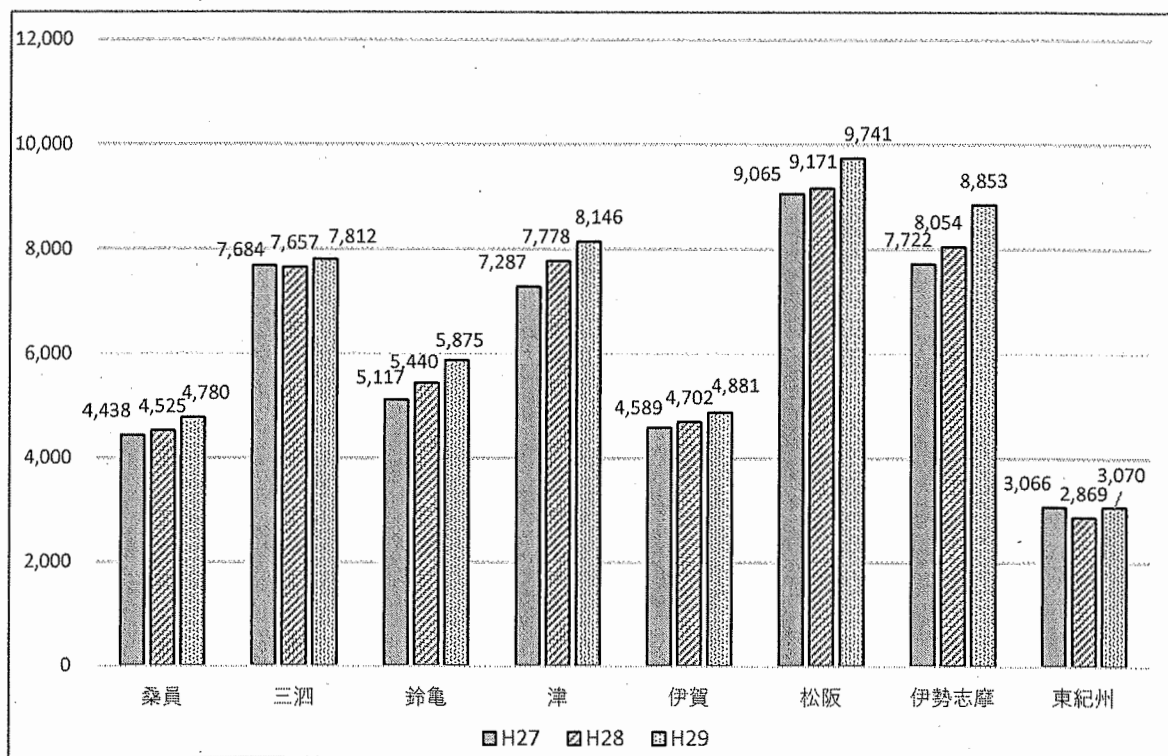


資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」

⑦高齢者の救急搬送の状況

- ・ 直近 3 年間の高齢者の救急搬送人員数は、増加傾向にあります。
- ・ 救急搬送人員の半数以上を 65 歳以上の高齢者が占めており、その割合は増加傾向にあります。
- ・ 65 歳以上高齢者の救急搬送人員の内訳は、軽症が 4 割以上を占めています。

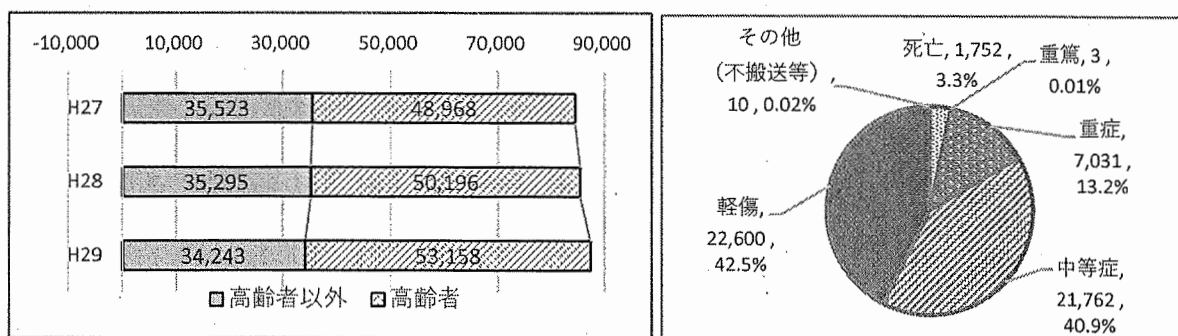
図表 15 高齢者の救急搬送人員数



資料：消防庁「救急・救助の現況（平成 29 年度～平成 30 年度）」

※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）の数を含んでいる。

図表 16 救急搬送人員数の推移（左図）および高齢者の重症度別搬送人員数(H29)（右図）県全体

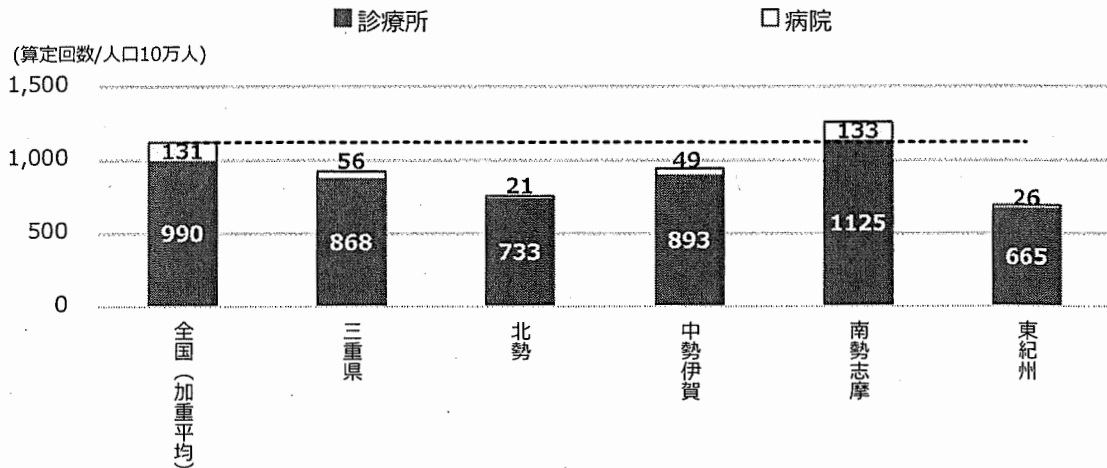


資料：消防庁「救急・救助の現況（平成 29 年度～平成 30 年度）」

⑧在宅医療（訪問診療・往診）

- ・ 本県の人口 10 万人あたりの訪問診療患者延数は 924 人で、全国平均の 1,121 人を下回っています。内訳については、診療所における患者数は 868 人で全国平均の 990 人を、病院における患者数は 56 人で全国平均の 131 人を下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、人口 10 万人あたりの訪問診療患者延数は、南勢志摩医療圏が 1,258 人と最も多く、東紀州医療圏が 691 人と最も少なくなっています。内訳については、診療所における患者数は、南勢志摩医療圏が 1,125 人と最も多く、東紀州医療圏が 665 人と最も少なくなっており、病院における患者数は、南勢志摩医療圏が 133 人と最も多く、北勢医療圏が 21 人と最も少なくなっています。

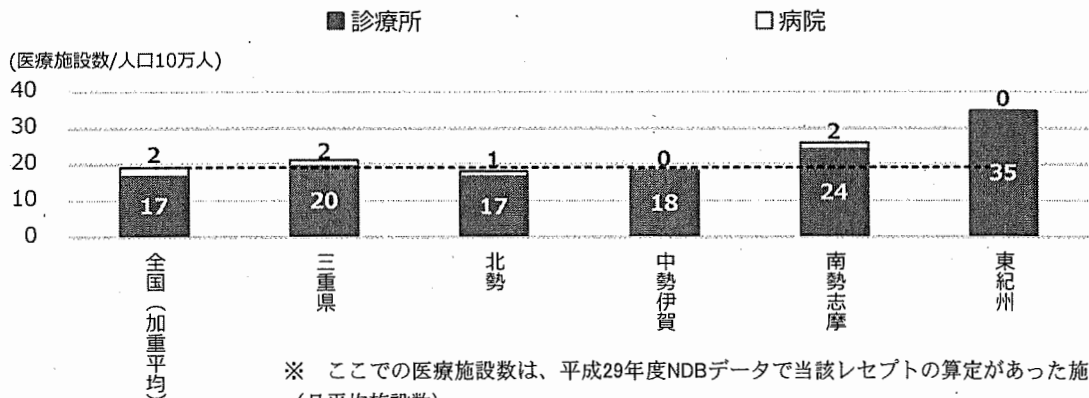
図表 17 人口 10 万人あたり訪問診療患者延数



資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」、総務省「住民基本台帳人口」（平成 30 年 1 月 1 日現在）

- ・ 本県の人口 10 万人あたりの訪問診療実施医療施設数は 22 施設で、全国平均の 19 施設を上回っていますが、このうち、病院数は 2 施設で、全国平均と同数です。
- ・ 二次医療圏別にみると、人口 10 万人あたりの訪問診療実施診療所数については、東紀州医療圏が 35 施設と最も多く、北勢医療圏が 17 施設と最も少なくなっています。また、人口 10 万人あたりの訪問診療実施病院数については、いずれの二次医療圏についても 0～2 施設と低値となっています。

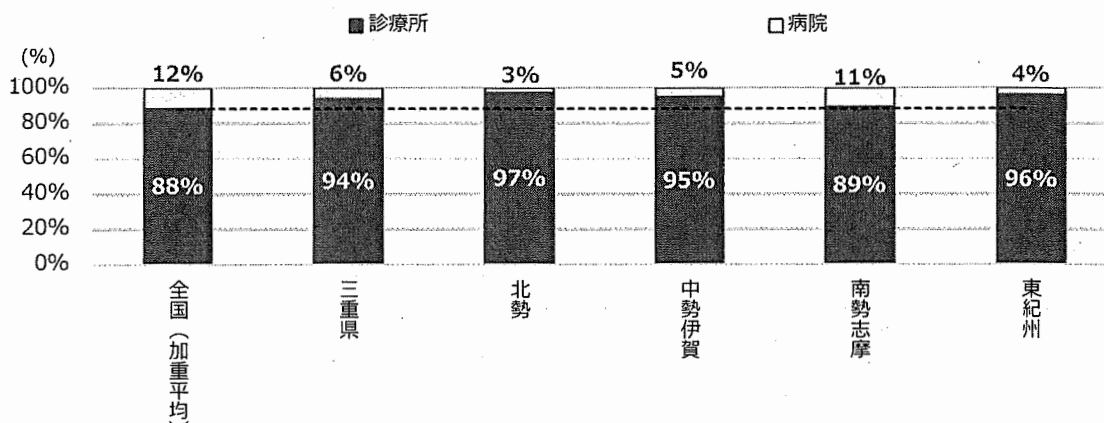
図表 18 人口 10 万あたり訪問診療実施医療施設数



資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」、総務省「住民基本台帳人口」（平成 30 年 1 月 1 日現在）

- ・ 本県の訪問診療患者の対応割合については、診療所の対応割合が 94%と高く、全国平均の 88%を上回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、北勢医療圏が 97%と最も診療所の対応割合が高く、南勢志摩医療圏が 89%と最も低くなっています。

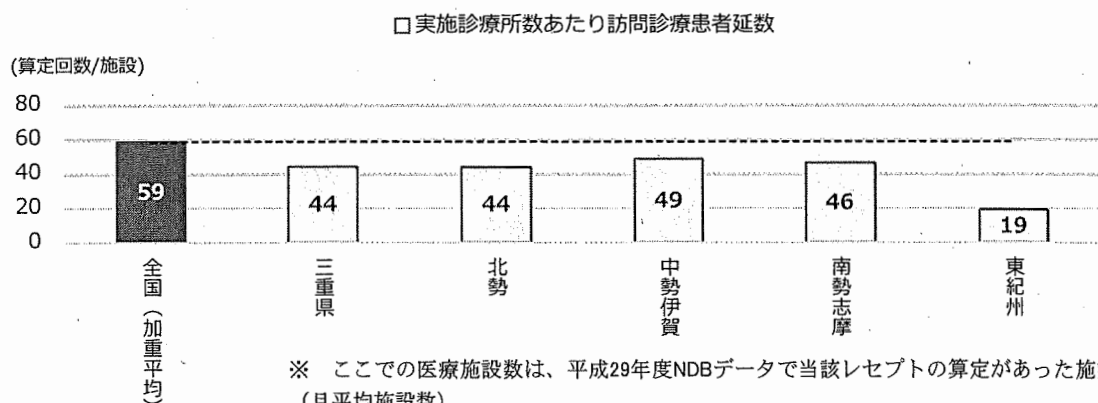
図表 19 訪問診療患者の対応割合



資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」

- ・ 本県の訪問診療実施診療所あたりの訪問診療患者延数は 44 人で、全国平均の 59 人を下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、訪問診療実施診療所あたりの訪問診療患者延数は、中勢伊賀医療圏が 49 人と最も多く、東紀州医療圏が 19 人と最も少なくなっています。

図表 20 実施診療所あたりの訪問診療患者延数



※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レセプトの算定があった施設数（月平均施設数）。

資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」

- ・ 本県の訪問診療を受けている患者数（レセプト件数）は平成 26 年度以降増加傾向にあります。
- ・ 訪問診療を受けている患者数（レセプト件数）については、地域医療構想における令和 7（2025）年の推計値に向けて順調に推移しているものの、平成 29 年度のレセプト件数と推計値とを比較すると、2,265 件の差があります。

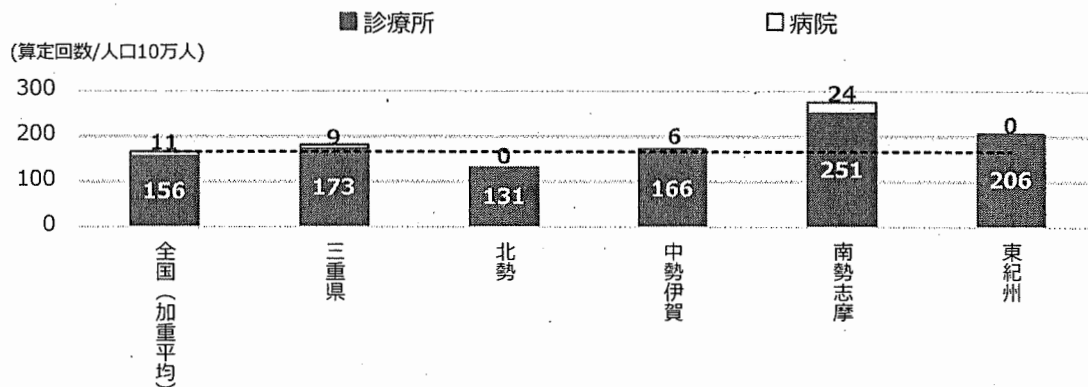
図表 21 訪問診療を受けている患者数(レセプト件数)

	H26	H27	H28	H29	R7 (地域医療構想の推計値)	R7-H29
桑員	2,445	671	684	743	1,204	461
三泗		1,192	1,305	1,515	1,904	389
鈴亀		707	699	731	1,247	516
津	1,824	1,402	1,555	1,704	1,928	225
伊賀		547	549	555	743	188
松阪	2,583	1,108	1,247	1,250	1,364	114
伊勢志摩		1,607	1,719	1,894	2,036	142
東紀州	291	285	262	267	496	230
計	7,143	7,519	8,018	8,658	10,923	2,265

資料：厚生労働省「NDB（平成26年度～平成29年度）」（1年間のレセプト件数÷12）
 ※NDBの公表ルールにより、秘匿されるデータについては、集計に含まれていない。
 ※各構想区域のデータは、四捨五入しているため、内訳と合計欄は合わない場合がある。

- ・ 本県の人口10万人あたりの往診患者延数は182人で、全国平均の167人を上回っています。内訳については、診療所における患者数は173人で全国平均の156人を上回っていますが、病院における患者数は9人で全国平均の11人をわずかに下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、人口10万人あたりの往診患者延数は、南勢志摩医療圏が275人と最も多く、北勢医療圏が131人と最も少なくなっています。内訳については、診療所における患者数は、南勢志摩医療圏が251人と最も多く、北勢医療圏が131人と最も少なくなっており、病院における患者数は、南勢志摩医療圏が24人と最も多く、北勢医療圏と東紀州医療圏が0人で最も少なくなっています。

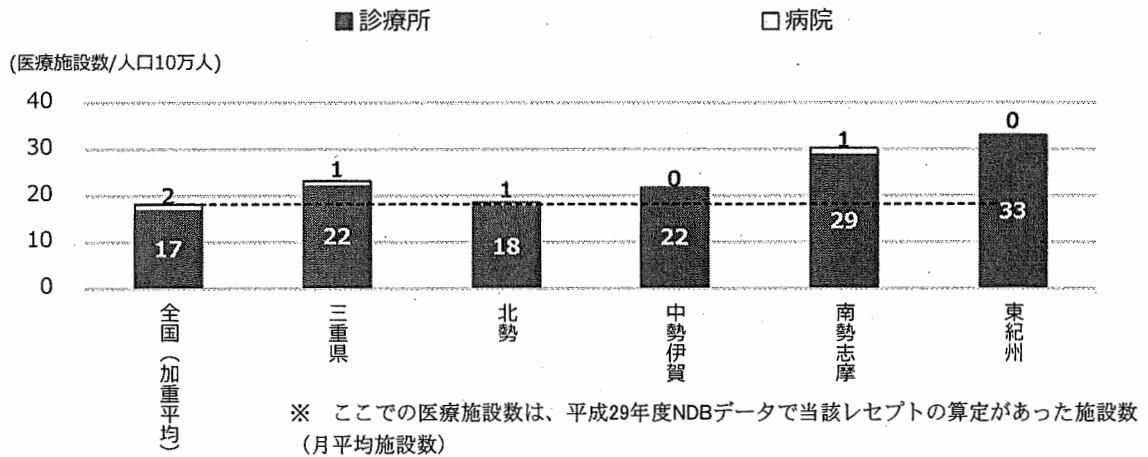
図表 22 人口10万人あたり往診患者延数



資料：厚生労働省「NDB（平成29年度）」、総務省「住民基本台帳人口」（平成30年1月1日現在）

- ・ 本県の人口10万人あたりの往診実施医療施設数は23施設で、全国平均の19施設を上回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、人口10万人あたりの往診実施診療所数については、東紀州医療圏が33施設と最も多く、北勢医療圏が18施設と最も少なくなっています。また、人口10万人あたりの往診実施病院数については、いずれの二次医療圏についても0または1施設と低値となっています。

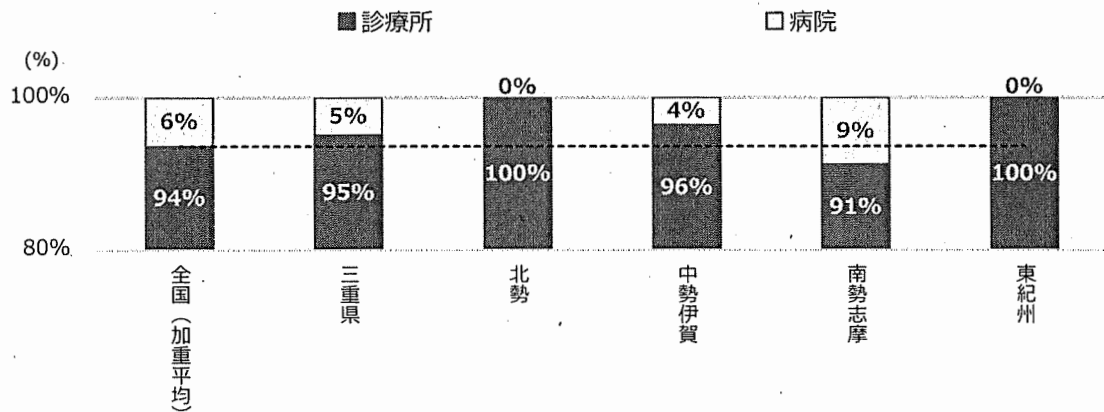
図表 23 人口 10 万人あたり往診医療施設数



資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」、総務省「住民基本台帳人口」（平成 30 年 1 月 1 日現在）

- ・ 本県の往診患者の対応割合については、診療所の対応割合が 95%となっており、全国平均の 94%をわずかに上回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、北勢医療圏と東紀州で診療所の対応割合が 100%と最も高く、南勢志摩医療圏が 91%と最も低くなっています。

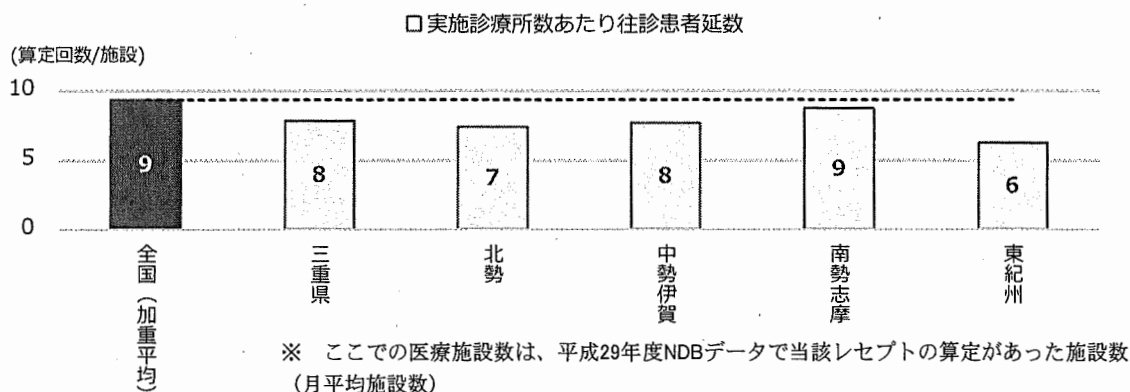
図表 24 往診患者の対応割合



資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」

- ・ 本県の往診実施診療所あたりの往診患者延数は 8 人で、全国平均の 9 人をわずかに下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、往診実施診療所あたりの往診患者数は、南勢志摩医療圏が 9 人と最も多く、東紀州医療圏が 6 人と最も少なくなっています。

図表 25 往診実施診療所あたりの往診患者延数



資料：厚生労働省「NDB（平成29年度）」

(2) 今後確保が必要となる外来医療機能

① 外来医療に係る県内の概況

ア 診療所の状況

- 診療所の開設については、いずれの地域においても減少傾向にあり、特に東紀州医療圏においては、平成26年度と平成29年度の年間開設数を比較すると半減しています。また、診療所医師の高齢化も進んでいます。

イ 初期救急

- 各地域の初期救急については、全国と同様に診療所が主たる役割を担っています。
- 高齢化の進展により高齢者の搬送件数は、いずれの地域においても、増加傾向にあります。
- 救急搬送人員数の半数以上が65歳以上の高齢者であり、その約4割は軽症の患者が占めています。
- 今後、救急搬送の適切な利用を進める必要があり、初期救急対応の重要性はさらに増すことが見込まれます。

ウ 在宅医療

- 訪問診療件数は、郡市医師会を中心としたこれまでの取組によって増加傾向にあり、地域医療構想の推計値に向けて順調に推移しています。
- 高齢化の進展により、今後さらに在宅医療の需要は高まることが見込まれ、地域医療構想の推計においても医療需要の増加が見込まれています。
- 診療所医師の高齢化が進んでおり、今後の需要の増加に対応するためには、新たに訪問診療に取り組む医師の確保が必要となります。

② 今後確保が必要となる外来医療機能

外来医療の現状をふまえ、本県における今後確保が必要となる外来医療機能は、次のとおりとします。

【今後確保が必要となる外来医療機能】

- 夜間・休日等における初期救急医療の提供体制
- 在宅医療の提供体制

これらの医療機能については、郡市医師会を中心に体制が整備されているところですが、今後確保が必要となる外来医療機能と位置付けることで、県内全域において地域医療構想調整会議で確保に向けた協議を行い、さらなる充実を図っていきます。

(3) 外来医師偏在指標

医師確保計画における医師偏在指標により、医師全体の偏在の度合いが示されることとなりましたが、外来医療についても、その実態を反映する指標を設定し、外来医療機能の偏在等の可視化を行うことが必要です。

外来医療機能の偏在等の可視化に当たっては、外来医療のサービスの提供主体は医師であることから、外来医療に関する指標として医師数に基づく指標を算出することとし、具体的には4つの要素（医療需要（ニーズ）および人口構成とその変化、患者の流入、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位（区域、病院／診療所））を勘案した人口10万人対診療所医師数を「外来医師偏在指標」と定義します。

なお、医師確保計画における医師偏在指標の定義においては、上記の4要素に加えて、へき地等の地理的条件も勘案していますが、外来医師偏在指標の定義においては、へき地等の地理的条件は勘案しないこととされており、へき地等における外来医療に係る医療提供体制の確保については、医療計画におけるへき地医療対策で対応することとします。

(参考) 外来医師偏在指標の計算方法

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}(\ast 1)}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \right) \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 2) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}(\ast 4)}$$

$\ast 1$ 標準化診療所医師数 = \sum 性年齢階級別診療所医師数 $\times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$

$\ast 2$ 地域の標準化外来受療率比 = $\frac{\text{地域の外来期待受療率}(\ast 3)}{\text{全国の外来期待受療率}}$

$\ast 3$ 地域の外来期待受療率 = $\frac{\sum(\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$

$\ast 4$ 地域の診療所の外来患者対応割合 = $\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所+病院の外来延べ患者数}}$

【外来医師偏在指標に係る留意点】

外来医師偏在指標の算定に当たっては一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより、指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではありません。このため、外来医師偏在指標の活用においては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分にふまえたうえで、数値を絶対的な基準として取り扱うことや、指標のみに基づく機械的な運用を行うことがないよう十分に留意する必要があります。

また、外来医師偏在指標は、地理的要件や各自治体の医師確保施策に基づく医師の配置は考慮されていないことから、診療所が集中する都市部だけでなく、外来患者数が少ないへき地等で高値を示す傾向にあります。

(4) 外来医師多数区域

外来医師偏在指標の値が全国の全二次医療圏の中で上位 33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域と設定します。

本県における各二次医療圏の外来医師偏在指標は図表 26 のとおりであり、東紀州医療圏が、外来医師多数区域に該当します。

これは外来医師が多いことではなく、外来患者数が少ないことが要因であると考えられます。

県としては、東紀州地域は医師不足地域と捉えており、外来医師偏在指標については、地理的要素が考慮されておらず、また、相対的な偏在状況を示すものであることをふまえ、今後も医師確保施策を推進していきます。

図表 26 各二次医療圏の外来医師偏在指標と外来医師多数区域

医療圏	外来医師偏在指標	外来医師多数区域	全二次医療圏中の順位
北勢	101.4		141
中勢伊賀	104.3		120
南勢志摩	105.3		113
東紀州	122.1	○	44

(5) 外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に確認する事項

①ガイドラインにより求められる事項

外来医師多数区域においては、新規開業者に対して診療所開設届の提出の際に、地域で今後確保することが必要となる外来医療機能について協力を依頼し、協力が難しい場合については、その理由等について、協議の場で確認することが求められています。

②医師確保計画における医師少数区域の取扱

本県において、外来医師多数区域に該当する東紀州医療圏は、医師確保計画では医師少数区域に該当します。医師少数区域は、医師の総数は相対的に不足

しており、外来医師偏在指標が地理的要素を考慮していないことを鑑みれば、外来医師多数区域であっても、診療所の医師は不足する状況にあります。そのため、医師少数区域においては、診療所における医療の提供自体を今後確保が必要となる外来医療機能と捉えることができます。

本県としては、医師少数区域においては、診療所の開設自体を今後確保が必要となる外来医療機能の提供とし、本計画に基づく診療所開設届を提出する際の確認は不要とします。

2 医療機器の効率的な活用について

(1) 医療機器の状況

① 医療機器の配置状況に関する指標

医療機器の効率的な活用に資するため、地域の医療ニーズをふまえた地域ごとの医療機器の配置状況を可視化する指標(調整人口あたりの台数)を作成し、新規購入希望者に対して情報を提供します。

指標については、CT(全てのマルチスライスCT およびマルチスライスCT 以外のCT)、MRI(1.5 テスラ未満、1.5 テスラ以上3.0 テスラ未満および3.0 テスラ以上のMRI)、PET(PET およびPET-CT)、放射線治療(リニアックおよびガンマナイフ)並びにマンモグラフィを項目化して示します。

図表 27 医療機器の配置状況に関する指標(調整人口あたりの台数)

圏域名	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療 (体外照射)
全国	11.1	5.5	0.46	3.4	0.91
三重県	10.6	5.0	0.53	3.8	0.74
北勢医療圏	10.0	4.8	0.25	3.1	0.50
中勢伊賀医療圏	12.8	6.0	0.84	5.6	0.83
南勢志摩医療圏	10.2	5.0	0.80	3.2	1.17
東紀州医療圏	7.3	2.2	0.00	4.0	0.00

(参考) 各地域の医療機器の配置状況に関する指標の計算方法

$$\text{調整人口あたり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \right) \times \text{地域の標準化検査比}(\ast 1)}$$

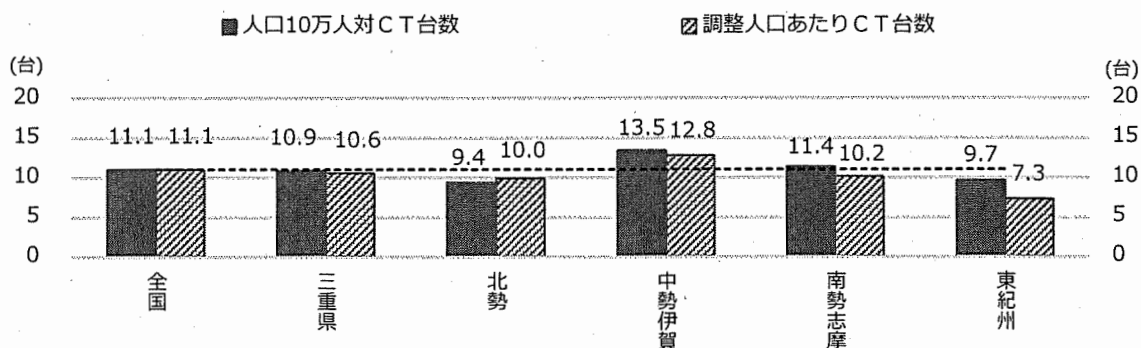
$$\ast 1 \text{ 地域の標準化検査比} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口あたり期待検査数(外来}(\ast 2))}{\text{全国の人口あたり期待検査数(外来)}}$$

$$\ast 2 \text{ 地域の性年齢調整人口あたり期待検査数} = \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数(外来)}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

②CTの状況

- ・ 本県におけるCTの調整人口あたりの台数は10.6台で、全国平均の11.1台をやや下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、調整人口あたりの台数は、中勢伊賀医療圏が12.8台と最も多く、東紀州医療圏が7.3台と最も少なくなっています。

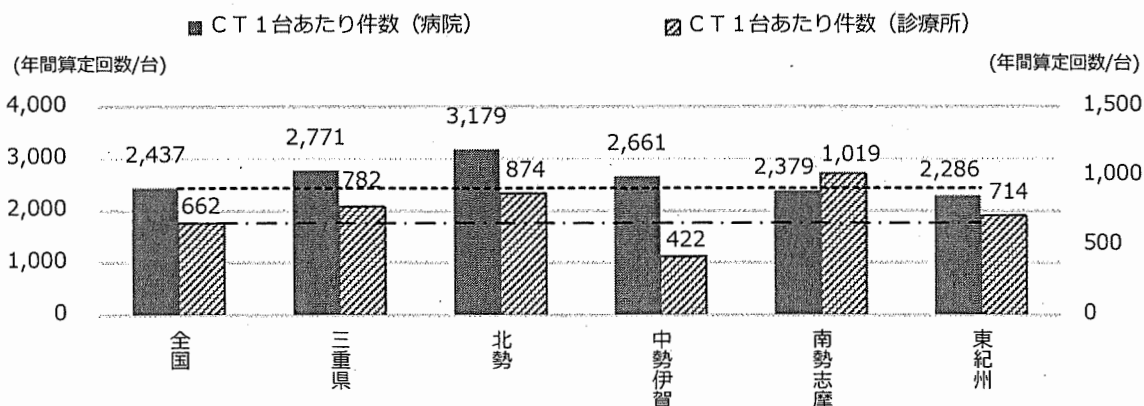
図表 28 人口10万人対台数と調整人口あたり台数



資料：厚生労働省「平成29年医療施設調査」、総務省「住民基本台帳人口」（平成30年1月1日現在）

- ・ 本県におけるCTの稼働状況（1台あたりの算定回数）は、病院では2,771件で全国平均の2,437件を、診療所では782件で全国平均662件を上回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、CTの稼働状況（1台あたりの算定回数）は、病院では北勢医療圏が3,179件と最も多く、東紀州医療圏が2,286件と最も少なくなっており、診療所では南勢志摩医療圏が1,019件と最も多く、中勢伊賀医療圏が422件と最も少なくなっています。

図表 29 稼働状況



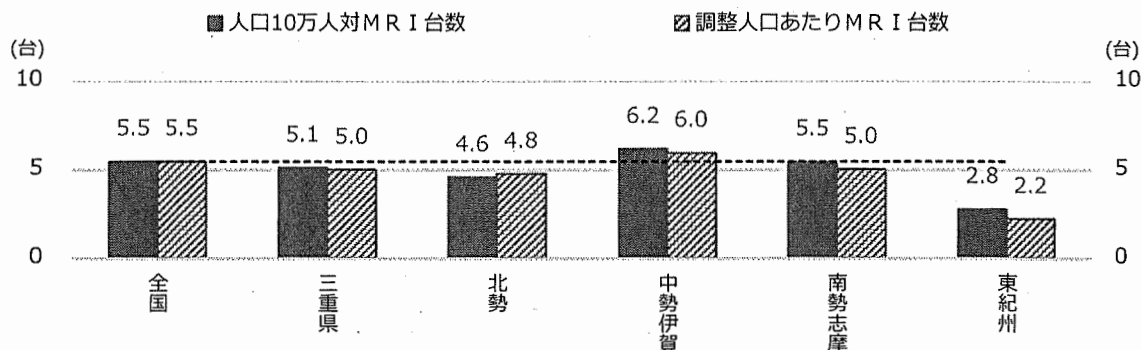
資料：厚生労働省「NDB（平成29年度）」、「平成29年医療施設調査」

②MRIの状況

- ・ 本県におけるMRIの調整人口あたりの台数は5.0台で、全国平均の5.5台をやや下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、調整人口あたりの台数は、中勢伊賀医療圏が6.0台

と最も多く、東紀州医療圏が2.2台と最も少なくなっています。

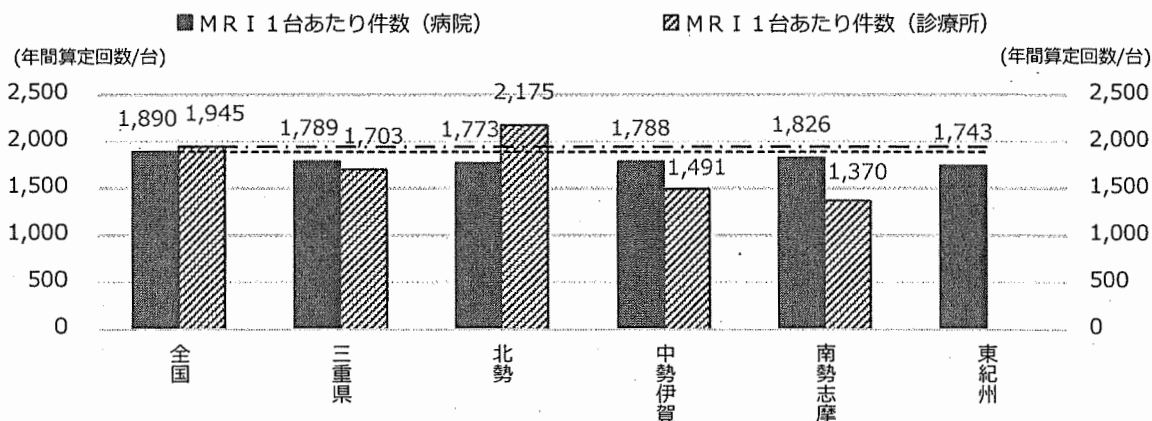
図表 30 人口10万人対台数と調整人口あたり台数



資料：厚生労働省「平成29年医療施設調査」、総務省「住民基本台帳人口」（平成30年1月1日現在）

- ・ 本県におけるMRIの稼働状況（1台あたりの算定回数）は、病院では1,789件で全国平均の1,890件を、診療所では1,703件で全国平均の1,945件を下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、MRIの稼働状況（1台あたりの算定回数）は、病院では南勢志摩医療圏が1,826件と最も多く、東紀州医療圏が1,743件と最も少なくなっており、診療所では北勢医療圏が2,175件と最も多く、東紀州医療圏では設置されていません。

図表 31 稼働状況

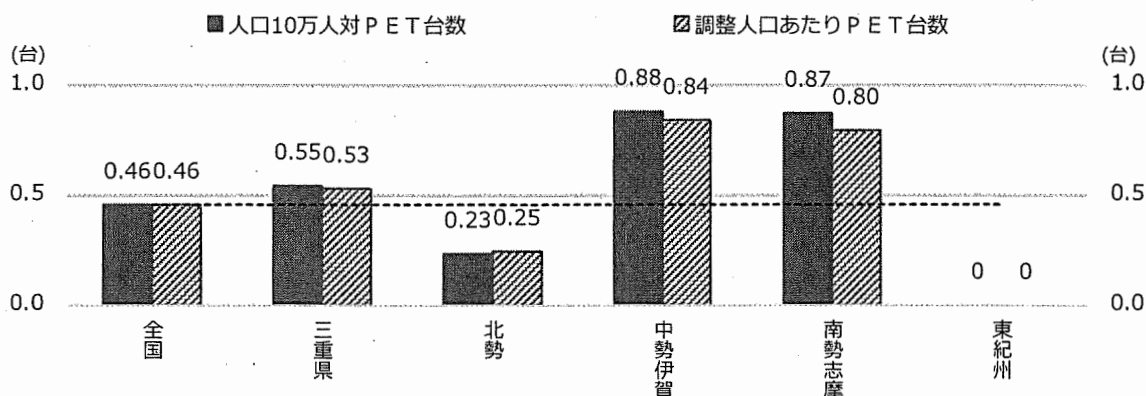


資料：厚生労働省「NDB（平成29年度）」、「平成29年医療施設調査」

③PETの状況

- ・ 本県におけるPETの調整人口あたりの台数は0.53台で、全国平均の0.46台をわずかに上回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、調整人口あたりの台数は、中勢伊賀医療圏が0.88台と最も多く、東紀州医療圏には設置されていません。

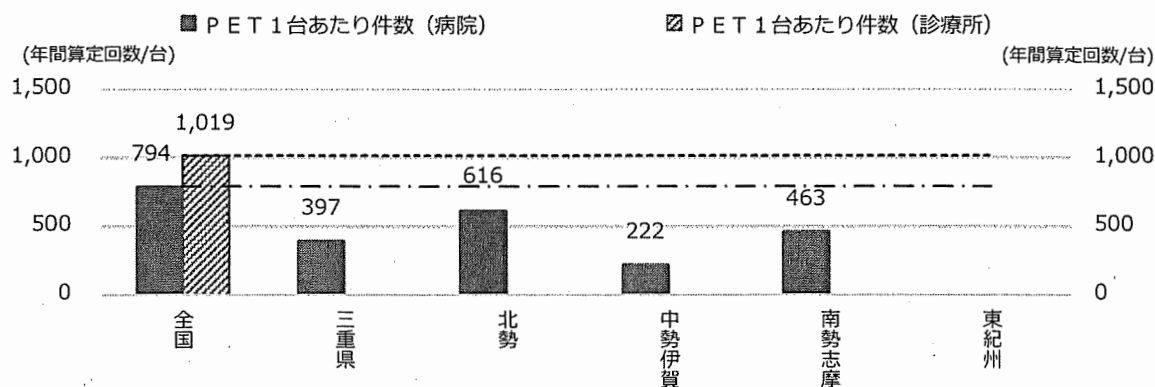
図表 32 人口 10 万人対台数と調整人口あたり台数



資料：厚生労働省「平成 29 年医療施設調査」、総務省「住民基本台帳人口」（平成 30 年 1 月 1 日現在）

- ・ 本県におけるPETの稼働状況（1台あたりの算定回数）は、病院では397件で、全国平均の794件を大きく下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、PETの稼働状況（1台あたりの算定回数）は、病院では、北勢医療圏が616件と最も多くなっています。

図表 33 稼働状況

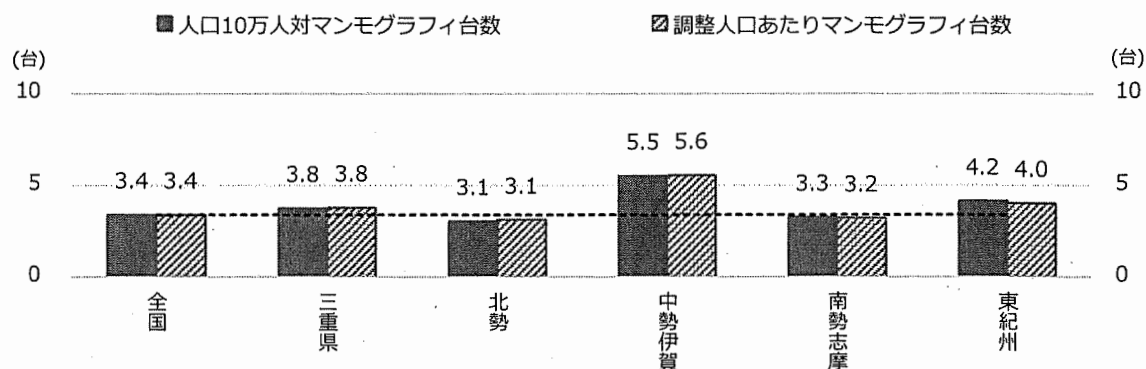


資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」、「平成 29 年医療施設調査」

④マンモグラフィの状況

- ・ 本県におけるマンモグラフィの調整人口あたりの台数は3.8台で、全国平均の3.4台をやや上回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、調整人口あたりの台数は、中勢伊賀医療圏が5.6台と最も多く、北勢医療圏が3.1台と最も少なくなっています。

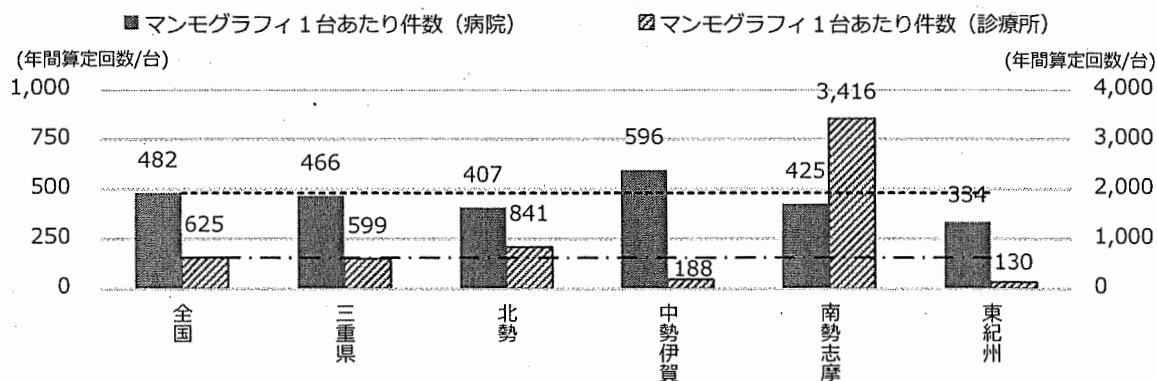
図表 34 人口 10 万人対台数と調整人口あたり台数



資料：厚生労働省「平成 29 年医療施設調査」、総務省「住民基本台帳人口」（平成 30 年 1 月 1 日現在）

- ・ 本県におけるマンモグラフィの稼働状況（1 台あたりの算定回数）は、病院では 466 件で全国平均の 482 件を、診療所では 599 件で全国平均の 625 件をやや下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、マンモグラフィの稼働状況（1 台あたりの算定回数）は、病院では中勢伊賀医療圏が 596 件と最も多く、東紀州医療圏が 334 件と最も少なくなっており、診療所では南勢志摩医療圏が 3,416 件と最も多く、東紀州医療圏が 130 件と最も少なくなっています。

図表 35 稼働状況

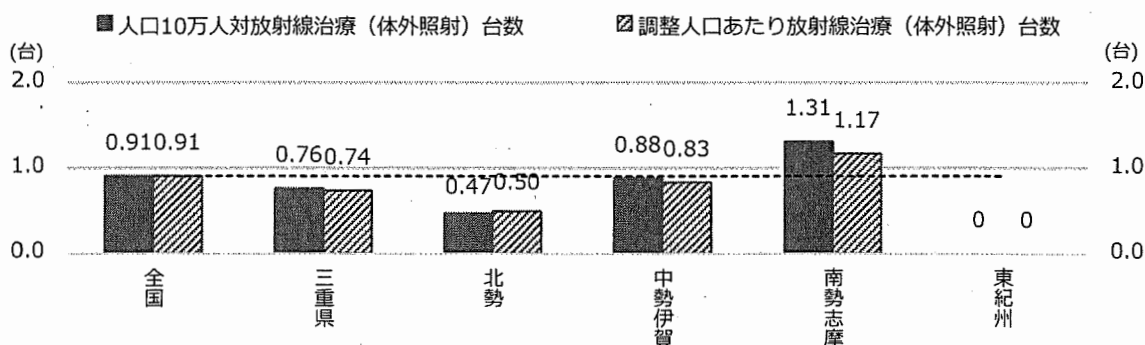


資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」、「平成 29 年医療施設調査」

⑤放射線治療（体外照射）の状況

- ・ 本県における放射線治療（体外照射）調整人口あたりの台数は 0.74 台で、全国平均の 0.91 台をやや下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、調整人口あたりの台数は、南勢志摩医療圏が 1.17 台と最も多く、東紀州医療圏には設置されていません。

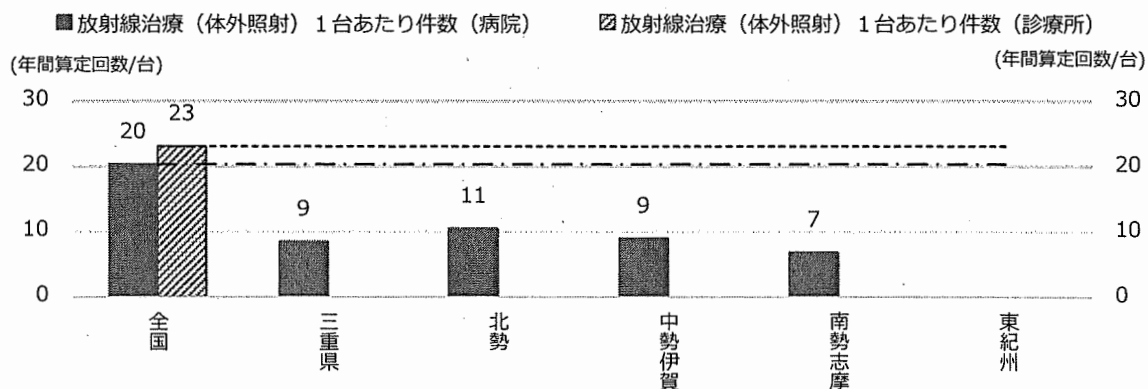
図表 36 人口 10 万人対台数と調整人口あたり台数



資料：厚生労働省「平成 29 年医療施設調査」「NDB（平成 29 年度）」、総務省「住民基本台帳人口」（平成 30 年 1 月 1 日現在）

- ・ 本県における放射線治療（対外照射）の稼働状況（1 台あたりの算定回数）は、病院では 9 件で、全国平均の病院 20 件を大きく下回っています。
- ・ 二次医療圏別にみると、放射線治療（対外照射）の稼働状況（1 台あたりの算定回数）は、病院では、北勢医療圏が 11 件と最も多くなっています。

図表 37 稼働状況



資料：厚生労働省「NDB（平成 29 年度）」、「平成 29 年医療施設調査」

⑥各医療機器の配置状況等

- ・ 各医療機器の配置状況については、県ホームページに掲載し、変更があった場合には随時更新していきます。

(2) 医療機器の共同利用の方針

①医療機器の保有状況等に係る県内の概況

ア CT、MRI、マンモグラフィの状況

- ・ 地域において、若干の差はあるものの、設置状況、稼働状況ともに全国平均と比較して大きな差はありません。
- ・ 今後も医療機器の効率的な活用を進めていく必要があります。

イ PET、放射線治療（対外照射）の状況

- ・ 設置状況については、全国平均と比較して大きな差はないものの、北勢医療圏では少なく、東紀州医療圏には設置されていません。

- ・稼働状況については、全国平均と比較して少ない傾向にあります。

②医療機器の共同利用の方針

医療機器の現状をふまえ、本県における医療機器の共同利用（連携先の病院または診療所から紹介された患者への利用を含む。）の方針は、次のとおりとします。

【医療機器の共同利用の方針】

- 対象とする医療機器[※]の共同利用については、医療機器を有する医療機関に対しての患者紹介を中心とし、今後も効率的な活用に取り組む。
- 対象とする医療機器を医療機関が購入する場合は、当該医療機器の共同利用に関する意向を確認し、共同利用を行う場合は、共同利用計画書の提出を求め、協議の場において確認を行う。

※CT（全てのマルチスライスCT およびマルチスライスCT 以外のCT）、MRI（1.5 テスラ未満、1.5 テスラ以上3.0 テスラ未満および3.0 テスラ以上のMRI）、PET（PET およびPET-CT）、放射線治療（リニアックおよびガンマナイフ）並びにマンモグラフィ

（3）共同利用計画の記載事項と確認のためのプロセス

共同利用の対象となる医療機器の新規購入者から提出された医療機器の共同利用計画について、協議の場においてその内容を確認します。また、購入者が共同利用を行わない場合については、共同利用を行わない理由について確認することとします。

なお、協議の場における確認は、医療機器の新規購入にあたり共同利用の可否について確認するものであり、機器の購入を規制するものではありません。

また、協議の場における確認が、医療機器の新規購入者に不利益を与えることがないように十分な配慮を行うこととします。

対象となる医療機器の購入者に提出を求める共同利用計画の記載内容については、次のとおりとします。

【共同利用計画の記載事項】

- ①共同利用の相手方となる医療機関
- ②共同利用の対象とする医療機器
- ③保守、整備等の実施に関する方針
- ④画像撮影等の検査機器については画像情報および画像診断情報の提供に関する方針

第3章 策定後の取組

1 周知と情報の公表

医療を受ける当事者である患者・住民が、地域の外来医療に係る医療提供体制を

理解し、適切な受療行動をとるため、計画の内容をホームページ等で患者・住民に対し公表します。

2 外来医療計画の計画期間および見直し

外来医療計画は、「第7次三重県医療計画」の一部として策定するため、令和2（2020）年度からの4年が最初の計画期間となります。令和7（2025）年度以降については、外来医療に係る医療提供体制については、比較的短期間に変化しうることから、3年ごとに見直しを行うこととします。