

第1節 | がん対策

がん対策については、別冊の「三重県がん対策推進計画」に詳細を記載しているところですが、同計画における「めざす姿」は以下のとおりです。

1. めざす姿

【全体のめざす姿】

- 三重県に住んでよかったと思えるがん対策を推進し、全ての県民とがんの克服をめざします。

全体のめざす姿のもと、「がん予防」、「がん医療の充実」、「がんとの共生」の3つの柱を中心に据え、これらを支える「基盤整備」も含め、体系的に施策を展開していくこととし、全体のめざす姿をより具体化・明確化するため、3つの柱に対応した、分野別のめざす姿を設定します。

【分野別のめざす姿】

- がんを知り、がんを予防するとともに、がん検診等による早期発見・早期治療の定着をめざします。
- 適切な医療を受けられる体制の充実をめざします。
- がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会の実現をめざします。

第2節 | 脳卒中対策および心筋梗塞等の心血管疾患対策

脳卒中対策および心筋梗塞等の心血管疾患対策については、別冊の「三重県循環器病対策推進計画」に詳細を記載しているところですが、同計画における「めざす姿」は以下のとおりです。

1. めざす姿

循環器病の克服による健康寿命の延伸の実現に向け、次のめざす姿を掲げ、取組を進めます。

- 県民が循環器病に関する正しい知識を身につけるとともに、循環器病の予防に取り組むことにより、より長く元気に生活を送っています。
- 県民が循環器病になっても適切な医療を受けられることにより、循環器病により亡くなる方の数が減少しています。
- 県民が循環器病になっても切れ目ないリハビリテーションや福祉などのサービスを受けられることにより、自分らしい生活を送っています。

第3節 | 糖尿病対策

1. めざす姿

(1) めざす姿

- 県民一人ひとりが、適切な食習慣、適度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善等に取り組むことにより糖尿病の発症予防ができています。
- 県民が、自身の健康状態を知るべく、特定健康診査などの定期健診を受けることで、糖尿病の兆候が早期に発見でき、早期治療につながっています。
- 糖尿病予備軍や糖尿病患者が、経過観察や治療を自己判断で中断することなく、発症予防や透析導入につながる糖尿病性腎症などの重症化予防に努めています。
- 県民が、糖尿病専門医やかかりつけ医をはじめとする、さまざまな職種の連携や医療機関と地域の連携により、切れ目のない糖尿病の治療や、保健指導等を受けることができています。

(2) 取組方向

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

2. 現状

(1) 糖尿病の疫学

- 糖尿病は、インスリン*作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群です。
- 糖尿病は、主に、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする「1型糖尿病」と、インスリンの分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に過食、運動不足、肥満等の環境因子および加齢が加わり発症する「2型糖尿病」に大別されます。糖尿病の治療は、「1型糖尿病」と「2型糖尿病」で異なりますが、適切な血糖コントロールが必要であることは変わりません。
- 全国で糖尿病が強く疑われる人は約1,000万人で、平成28（2016）年時点で増加傾向であり、糖尿病の可能性が否定できない人も約1,000万人です¹。また、糖尿病を主な傷病として全国で継続的に医療を受けている患者数は約579万人です²。
- 全国の糖尿病患者のうち、11.8%が糖尿病性神経障害*を、11.1%が糖尿病性腎症を、10.6%

¹ 出典：厚生労働省「平成28年 国民健康・栄養調査」

² 出典：厚生労働省「令和2年 患者調査」

が糖尿病網膜症*を、0.7%が糖尿病足病変*を合併しています³。また、新規の人工透析導入患者は、約3万8千人であり、そのうち、糖尿病性腎症が原疾患*である人は約1万5千人(40.2%)となっています⁴。糖尿病患者は、高血圧、脂質異常症を併発していることが多く、これらの因子が揃うと脳卒中や心筋梗塞を引き起こす可能性が非常に高くなるといわれています。

- 本県の糖尿病年齢調整死亡率は、男性 13.2 (全国平均 14.1)、女性 8.4 (全国平均 7.0) となっており⁵、男性は全国平均より低く、女性は全国平均より高い値となっています。

(2) 糖尿病の予防・早期発見・治療・指導

① 予防

- 糖尿病の発症予防には、適切な食習慣、適度な身体活動や運動習慣が重要です。また、喫煙、飲酒、不規則な生活習慣等も関連するため、これらの生活習慣の改善により、発症を予防することが期待できます。
- 本県の糖尿病発症の要因とされる肥満者の割合については、男性の40歳代が38.2%、50歳代が37.6%となっており、その他の年代と比較して高くなっています⁶。

② 早期発見

- 糖尿病対策においては、早期に医療機関を受診し、適切な治療を開始することが重症化や合併症の発症を防ぐ上で非常に重要であり、そのためには、特定健康診査などの定期健診を受診することが必要です。
- 特定健康診査で糖尿病のリスクがあると判断された場合には、特定保健指導や予防・健康づくりの取組を行う保健師、管理栄養士、保険者等と連携し発症予防に取り組むことが必要です。
- 健診後、受診勧奨により対象者が実際に医療機関を受診したかどうかについてフォローを行う等、糖尿病の発症予防と医療との連携に関する取組も重要です。
- 境界型(空腹時血糖値110~125mg/dL または75gOGTT*2時間値140~199mg/dL)の場合は糖尿病予備群であり、運動・食生活指導等、定期的な生活習慣の管理が重要です。
- 糖尿病型(血糖値が空腹時 \geq 126mg/dL, 75gOGTT2時間値 \geq 200mg/dL, 随時 \geq 200mg/dLのいずれか, HbA1c \geq 6.5%)の場合は、再検査で糖尿病と診断が確定しない場合でも、糖尿病の疑いとして取り扱い、生活指導を行いながら経過を観察します。
- 本県の健康診断・健康診査の受診率は73.9%で、全国平均の69.8%と比較して高い傾向にあります⁷。
- 本県における糖尿病が強く疑われる人の割合は、市町国保の40~74歳における経年データによると、平成28(2016)年と比較し、令和3(2021)年は、40歳代、50歳代の女性、60

³ 出典：厚生労働省「平成19年 国民健康・栄養調査」

⁴ 出典：一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」(令和3年)

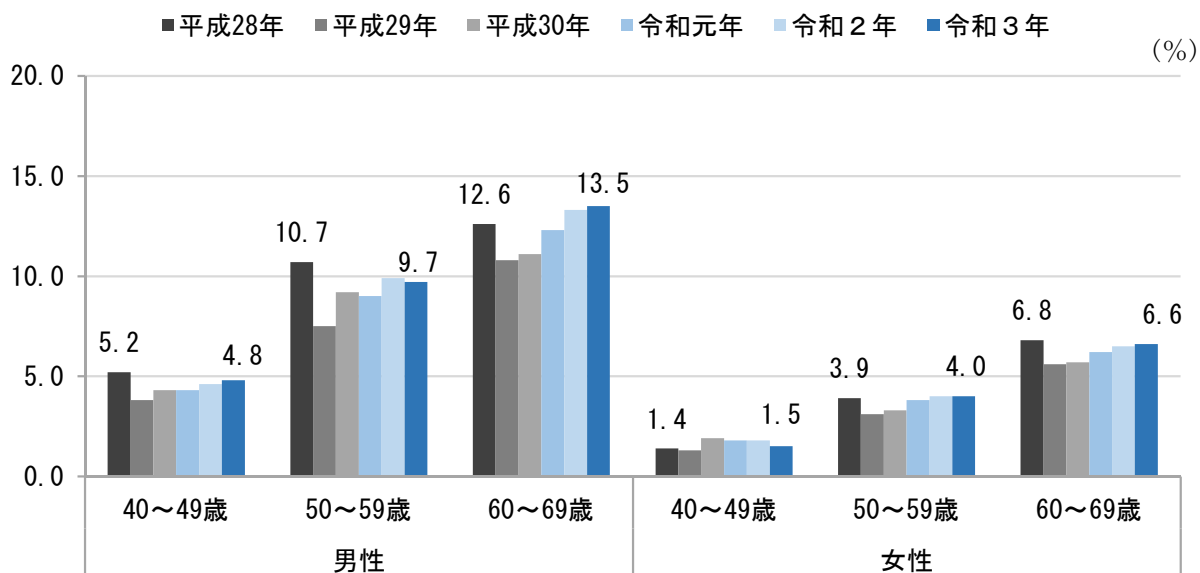
⁵ 出典：厚生労働省「令和3年 人口動態調査」

⁶ 出典：三重県「令和4年 三重県県民健康・栄養調査結果の概要」

⁷ 出典：厚生労働省「令和4年 国民生活基礎調査」

歳代の男性で増加がみられますが、その他の年代では減少しています。一方、糖尿病の可能性を否定できない人の割合は、平成28（2016）年と比較し、令和3（2021）年は、40歳代、50歳代の男女で増加しています。

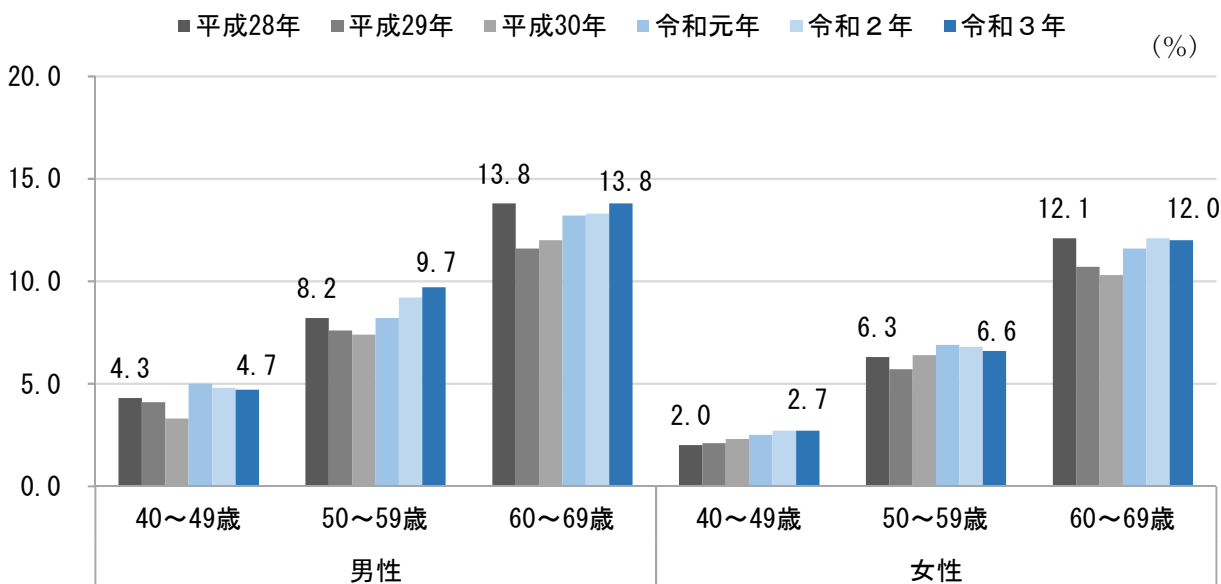
図表5-3-1 糖尿病が強く疑われる人の割合（三重県）



※糖尿病が強く疑われる人（HbA1c 6.5%以上）

資料：三重県国民健康保険団体連合会 特定健康診査データ独自集計

図表5-3-2 糖尿病の可能性を否定できない人の割合（三重県）



※糖尿病の可能性が否定できない人（HbA1c 6.0-6.5%未満）

資料：三重県国民健康保険団体連合会 特定健康診査データ独自集計

③ 治療・指導

- 1型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行うことが多いですが、2型糖尿病の場合は、2～3か月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成でき

ない場合に、経口血糖降下薬やGLP-1受容体作動薬、インスリン製剤を用いた薬物療法を開始します。

- 薬物療法開始後でも、体重の減少や生活習慣の改善により、経口血糖降下薬やGLP-1受容体作動薬、インスリン製剤の服薬を減量または中止できることがあるため、医師、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職が連携して、外来療養指導や外来食事栄養指導を行う等、食生活、運動習慣等に関する指導を継続します。
- 糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等の慢性合併症は、血糖コントロールのほか、高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等、危険因子の包括的な管理を行うことによって、その発症を予防するとともに、発症後であっても病期の進展を阻止または遅らせることが可能です。慢性合併症の予防の観点から、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導することが重要です。また、血糖コントロールができない場合は、教育入院*等を検討する必要があります。
- 治療と仕事の両立支援の取組や、正しい知識の普及によるスティグマ*の払拭等により継続的に治療を受けられる環境を整えることも重要です。
- 血糖コントロールの目標は、年齢、罹患期間、合併症の状態、サポート体制等を考慮して、個別に設定することが望ましく、中でも高齢者糖尿病に関しては、年齢、認知機能、身体活動、フレイル、がんや心不全等の併発疾患、重症低血糖リスク等も考慮して設定することが重要です。
- 歯周病の発症は糖尿病患者の血糖コントロールを困難にすることから、糖尿病患者への適切な歯周病治療も重要です。

④ 合併症の治療

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

図表5-3-3 合併症の治療の実施状況

(単位：件/年)

	透析予防管理料 (外来)		糖尿病の人工透析 (入院+外来)		糖尿病網膜症手術 (入院+外来)		糖尿病足病変に 関する管理 (外来)	
	レセプト* 件数	人口 10万人 あたり	レセプト 件数	人口 10万人 あたり	レセプト 件数	人口 10万人 あたり	レセプト 件数	人口 10万人 あたり
全国	115,174	91	2,040,409	1,611	94,080	74	277,274	219
三重県	1,312	73	31,126	1,728	1,304	72	4,549	253
北勢医療圏	506	60	13,202	1,559	576	68	1,974	233
桑員	141	64	2,156	985	136	62	1,128	515
三泗	341	90	6,685	1,763	321	85	658	174
鈴亀	24	10	4,361	1,754	119	48	188	76
中勢伊賀医療圏	307	69	8,441	1,904	403	91	1,835	414
津	307	111	5,493	1,990	324	117	1,811	656
伊賀	0	0	2,948	1,762	79	47	24	14
南勢志摩医療圏	388	88	8,107	1,831	278	63	740	167
松阪	20	9	2,733	1,262	108	50	171	79
伊勢志摩	368	163	5,374	2,376	170	75	569	252
東紀州医療圏	111	163	1,376	2,025	47	69	*	*
東紀州	111	163	1,376	2,025	47	69	*	*

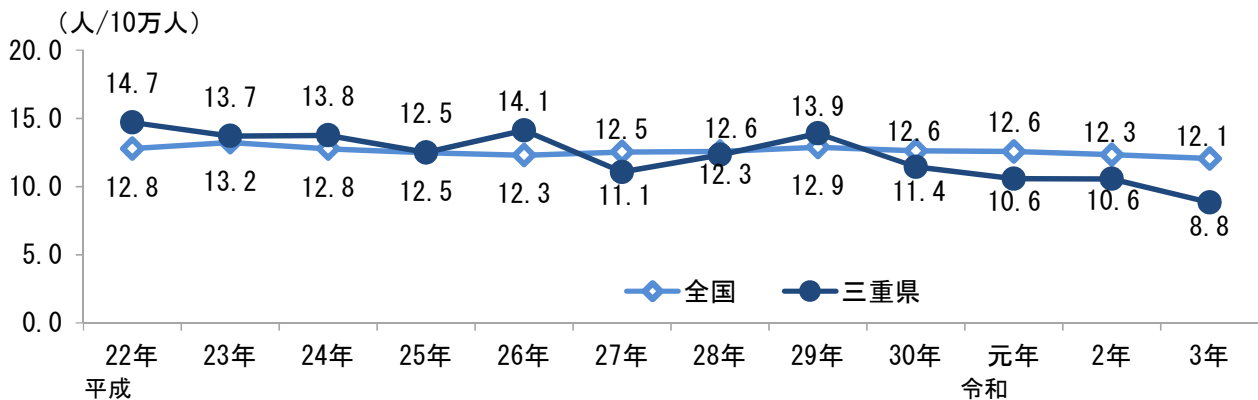
※ *欄は10件未満(0を除く)のため秘匿。全国および三重県の値は秘匿値を除いた合計。

資料：厚生労働省「NDB」(令和3年度)、

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(令和3年1月1日)

- 本県における糖尿病性腎症による新規透析導入患者数(人口10万人あたり)は、令和3(2021)年で8.8人となっています。経年でみると、全国と比べやや低い水準で推移していますが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う受診控えの影響も加味して、引き続き動向に注視する必要があります。

図表5-3-4 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の推移



出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」、

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

(平成22年から平成25年：3月31日現在、平成26年から令和3年：1月1日現在)

⑤ 他疾患による治療のための入院患者の血糖管理

- 糖尿病患者が手術を受ける際や感染症等他疾患で入院する際、血糖値の推移を把握し適切な血糖コントロールを行うことで予後の改善にもつながります。

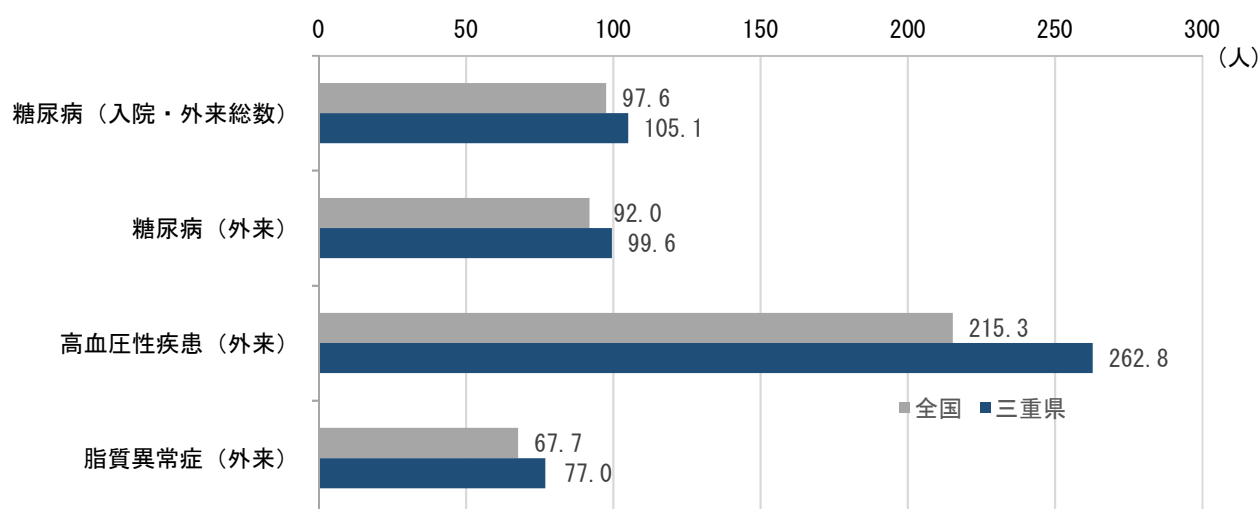
⑥ 感染症流行時等の非常時への対応

- 感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備や、多施設・他職種による発症予防・重症化予防のための介入を継続できる体制整備を進めることが重要です。

(3) 糖尿病の受療動向

- 糖尿病の人口 10 万人あたりの年齢調整受療率*は、令和 2（2020）年の入院・外来総数で全国の 97.6 人に対し、本県は 105.1 人と高い水準になっており、高血圧性疾患や脂質異常症等関連疾患においても全国と比較して高くなっています。

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



資料：厚生労働省「令和 2 年 患者調査」昭和 60 年モデル人口

- NDB*によると、令和 3（2021）年 4 月～令和 4（2022）年 3 月の 1 年間において、糖尿病の入院患者のうち、3.3%は県外医療機関で治療を受けています。
- 構想区域別の入院患者の圏域外流出率は、東紀州のみが 30%を超えています。
- 外来患者については、入院患者に比べ、県外への流出率の割合はやや低くなっています。
- 構想区域別の外来患者の圏域外流出率は、東紀州が 16.4%、桑員が 14.6%、鈴亀が 11.1%と 10%を超えています。

図表5-3-6 糖尿病入院患者の流出・流入状況(構想区域別)(令和3年4月～令和4年3月診療分)
(単位:件/年)

医療機関 所在地 保険者 住所地	総計	北勢				中勢伊賀			南勢志摩			東紀州		県外	圏域外 流出率	県外 流出率
			桑員	三泗	鈴亀		津	伊賀		松阪	伊勢 志摩		東紀州			
総計	69,239	27,702	8,003	11,803	7,896	18,441	14,073	4,368	18,134	9,884	8,250	2,658	2,658	2,304	-	3.3%
北勢	28,836	26,597				1,148			41			-		1,050	7.8%	3.6%
桑員	8,410		6,657	644	73		114	-		12	-		-	910	20.8%	10.8%
三泗	11,941		1,044	10,032	516		221	-		-	-		-	128	16.0%	1.1%
鈴亀	8,485		46	998	6,587		813	-		29	-		-	12	22.4%	0.1%
中勢伊賀	17,447	610				15,600			485			-		752	10.6%	4.3%
津	11,886		37	93	372		10,904	15		408	33		-	24	8.3%	0.2%
伊賀	5,561		-	-	108		525	4,156		44	-		-	728	25.3%	13.1%
南勢志摩	18,479	135				1,325			16,914			46		59	8.5%	0.3%
松阪	8,362		-	-	49		898	12		6,891	478		34	0	17.6%	0.0%
伊勢志摩	10,117		-	12	74		392	23		2,053	7,492		12	59	25.9%	0.6%
東紀州	3,824	-				161			670			2,550		443	33.3%	11.6%
東紀州	3,824		-	-	-		161	-		435	235		2,550	443	33.3%	11.6%
県外	653	360	219	24	117	207	45	162	24	12	12	62	62			
圏域外流入率	-	4.0%	16.8%	15.0%	16.6%	15.4%	22.5%	4.9%	6.7%	30.3%	9.2%	4.1%	4.1%			
県外流入率	0.9%	1.3%	2.7%	0.2%	1.5%	1.1%	0.3%	3.7%	0.1%	0.1%	0.1%	2.3%	2.3%			

※流出・流入件数は、国民健康保険、後期高齢者医療制度のレセプト件数。

※総計欄の流出率・流入率は県外への流出率・県外からの流入率です。

資料：厚生労働省「NDB」(令和3年度)

図表5-3-7 糖尿病外来患者の流出・流入状況(構想区域別)(令和3年4月～令和4年3月診療分)
(単位:件/年)

医療機関 所在地 保険者 住所地	総計	北勢				中勢伊賀			南勢志摩			東紀州		県外	圏域外 流出率	県外 流出率
			桑員	三泗	鈴亀		津	伊賀		松阪	伊勢 志摩		東紀州			
総計	1,806,851	730,146	180,968	325,673	223,505	449,164	275,888	173,276	502,244	241,090	261,154	79,760	79,760	45,537	-	2.5%
北勢	749,520	710,761				15,009			591			29		23,130	5.2%	3.1%
桑員	193,167		164,963	9,643	304		535	24		19	51		15	17,613	14.6%	9.1%
三泗	325,862		10,346	301,866	6,841		2,077	25		217	71		14	4,405	7.4%	1.4%
鈴亀	230,491		230	11,628	204,940		12,045	303		188	45		-	1,112	11.1%	0.5%
中勢伊賀	448,057	10,987				413,579			10,797			24		12,670	7.7%	2.8%
津	265,959		91	881	8,666		243,527	1,074		9,972	392		24	1,332	8.4%	0.5%
伊賀	182,098		26	251	1,072		4,443	164,535		403	30		-	11,338	9.6%	6.2%
南勢志摩	498,589	1,387				10,960			484,181			336		1,725	2.9%	0.3%
松阪	227,919		33	243	669		8,499	52		210,190	7,402		278	553	7.8%	0.2%
伊勢志摩	270,670		45	149	248		2,373	36		15,262	251,327		58	1,172	7.1%	0.4%
東紀州	92,714	314				1,484			5,370			77,534		8,012	16.4%	8.6%
東紀州	92,714		52	52	210		1,484	-		4,226	1,144		77,534	8,012	16.4%	8.6%
県外	17,971	6,697	5,182	960	555	8,132	905	7,227	1,305	613	692	1,837	1,837			
圏域外流入率	-	2.7%	8.8%	7.3%	8.3%	7.9%	11.7%	5.0%	3.6%	12.8%	3.8%	2.8%	2.8%			
県外流入率	1.0%	0.9%	2.9%	0.3%	0.2%	1.8%	0.3%	4.2%	0.3%	0.3%	0.3%	2.3%	2.3%			

※流出・流入件数は、国民健康保険、後期高齢者医療制度のレセプト件数。

※総計欄の流出率・流入率は県外への流出率・県外からの流入率です。

資料：厚生労働省「NDB」(令和3年度)

3. 連携体制

(1) 圏域の設定

- 糖尿病対策は、生活習慣等の改善を含めた予防活動が重要であり、保健指導を行う市町等や医療機関との連携の強化、専門的な治療を担う医療機関の充実など、圏域ごとに求められる医療機能を果たすような医療提供体制をこれまで以上に充実させることが必要です。
- 引き続き、桑員、三泗、鈴亀、津、伊賀、松阪、伊勢志摩、東紀州の8つの構想区域を基本的な圏域として取組を進めます。

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 医療資源

日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医の数は、県内に61名、うち病院に勤務する医師が36名、診療所に勤務する医師が23名、その他2名（令和5（2023）年8月現在）であり、糖尿病専門医のいる病院は16施設、診療所は21施設あります。また、日本看護協会が認定する糖尿病看護認定看護師は9名（令和5（2023）年8月現在）、日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する糖尿病療養指導士*（CDEJ）は212名（令和4（2022）年現在）います。三重県糖尿病協会が三重県糖尿病療養指導士（CDEL）の認定を平成28（2016）年度より開始し、110名（令和5（2023）年9月現在）が認定されています。日本糖尿病協会登録歯科医の在籍している施設数は23施設です。（令和5（2023）12月現在）

図表5-3-8 各医療機能を担う医療機関

（単位：か所）

二次医療圏	構想区域	初期・安定期治療 内科等を標榜する医療機関数	専門治療						合併症治療		日本糖尿病協会登録歯科医の在籍している施設	
			糖尿病専門医、糖尿病看護認定看護師が在籍している施設				糖尿病療養指導士がいる施設	教育入院を行う施設	急性増悪時治療病院	糖尿病網膜症に対応している施設		糖尿病足病変に対応している施設
			病院		診療所							
			専門医	認定看護師	専門医	認定看護師						
北勢	桑員	各地域における内科等を標榜する医療機関	2	0	3	0	9	7	5	2	8	1
	三泗		4	2	4	1	9	8	9	6	10	5
	鈴亀		1	0	4	1	9	7	5	1	6	2
中勢	津		4	2	4	0	10	11	12	4	10	5
	伊賀		0	0	2	0	4	4	4	2	3	3
南勢志摩	松阪		2	1	2	0	5	8	6	6	5	4
	伊勢志摩		2	1	2	0	4	7	6	4	6	2
東紀州	東紀州		1	0	0	0	1	3	3	2	2	1
総計				16	6	21	2	51	55	50	27	50

出典：日本糖尿病学会ホームページ（令和5年9月現在）、日本看護協会ホームページ（令和5年8月現在）、日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ（令和5年）、三重県調査（令和4年）、日本糖尿病協会ホームページ（令和5年12月現在）

図表5-3-9 専門医等の配置状況および糖尿病の教育入院・糖尿病教室(日帰り)の実施状況

※人口10万人あたりの人数、施設数

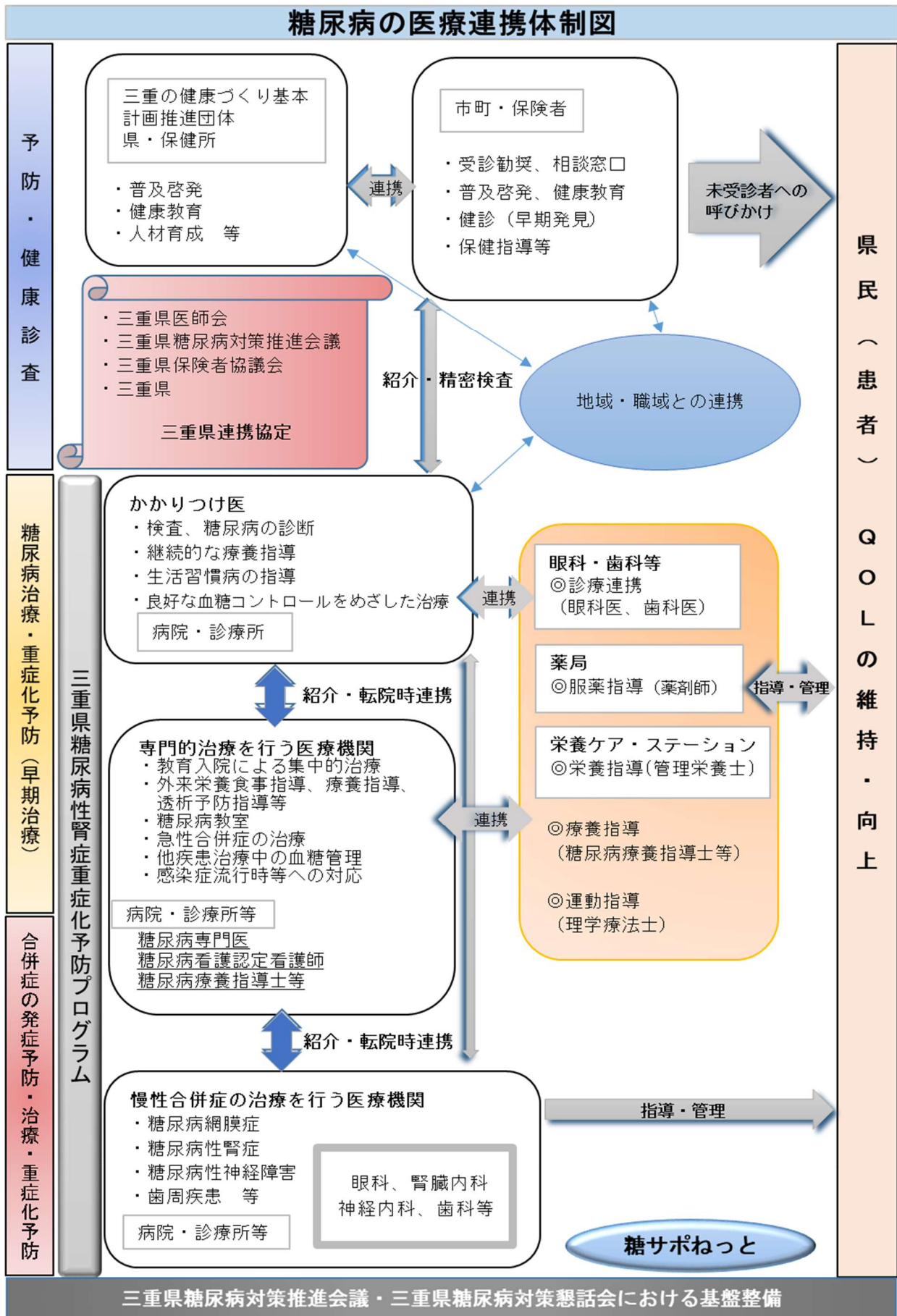
二次医療圏	構想区域	糖尿病専門医数			認定看護師数	糖尿病療養指導士数		教育入院実施医療機関数	糖尿病教室実施医療機関数
		総数	病院	診療所		総数	うち管理栄養士		
北勢	桑員	2.8	1.4	1.4	0.0	12.3	3.3	3.3	0.9
	三泗	3.0	1.4	1.6	0.3	9.2	2.4	2.2	1.4
	鈴亀	2.5	0.4	1.7	0.4	10.8	2.1	2.9	2.1
中勢	津	7.4	5.9	1.5	0.7	12.6	2.6	4.1	2.2
	伊賀	0.6	0.0	0.6	0.0	5.0	1.3	2.5	1.3
南勢	松阪	2.4	1.0	1.0	0.0	14.1	4.9	3.9	1.0
	伊勢志摩	4.7	3.3	1.4	0.9	23.2	4.3	3.3	2.4
東紀州	東紀州	1.6	1.6	0.0	0.0	3.3	0.0	4.9	3.3
三重県		3.4	2.0	1.4	0.4	12.6	3.1	3.2	1.7
全国		5.4			0.6	14.5	3.9		

出典：日本糖尿病学会ホームページ（令和5年8月現在）、日本看護協会ホームページ（令和5年8月現在）、日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ（令和5年）、三重県調査（令和5年）、「三重県の人口動態」（令和5年8月1日現在）

② 連携の現状

- 初めて糖尿病と診断された場合でも、既に糖尿病性腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うなど、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図っています。
- 糖尿病の治療や血糖コントロールが困難なケースについては、日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医のいる医療機関で治療を行います。
- 合併症を発症した場合は、関係する診療科や治療可能な医療機関と連携して治療を行います。
- 糖尿病医療・指導に関わる医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等が連携して治療や指導、血糖コントロールを行います。
- 糖尿病の発症予防・治療に向けた県民の意識・行動の醸成に向けて、市町、保健所、医療機関、関係団体等が連携し、県民への普及啓発や医療従事者のネットワーク構築に取り組んでいます。
- 本県では、平成29(2017)年10月に三重県糖尿病対策推進会議において三重県糖尿病性腎症重症化予防プログラム*を策定するとともに、重症化予防の取組を全県的に進めていくため、同年12月に三重県医師会、三重県糖尿病対策推進会議、三重県保険者協議会および県において、糖尿病性腎症重症化予防に係る三重県連携協定を締結しています。
- それぞれの地域で、市町、保険者、薬局、診療所、糖尿病専門医がいる医療機関、合併症治療が可能な医療機関（人工透析施設、糖尿病網膜症治療可能施設等）が連携して糖尿病対策を実施することが望まれます。そのために、糖尿病地域連携クリティカルパスの活用や糖尿病連携手帳*等の普及による診療情報や治療計画の共有を図るなど、連携体制の充実に取り組んでいます。

図表5-3-10 糖尿病の医療連携体制



4. 課題

(1) 予防・早期発見

- 日頃から、県民一人ひとりが自身の健康意識を高められるよう、多様な機会をとらえて、生活習慣病対策の普及啓発活動を進めていく必要があります。
- 引き続き、県民が主体的に取り組む健康づくりや企業の健康経営⁸の取組を促進するなど、社会全体で継続的に健康づくりに取り組んでいく必要があります。
- 自ら健康づくりに積極的に取り組む方だけでなく、健康に関心の薄い方を含む、幅広い層に対して、健康づくりを支援する環境の整備が必要です。
- 特定健康診査の受診率は、コロナ禍において減少したものの、各保険者の取組により回復傾向にあります。引き続き、さらなる受診率の向上に向けた働きかけが必要です。
- 糖尿病予備群の方たちに適切な保健指導を行い、発症を予防することが必要です。

(2) 発症予防と重症化予防

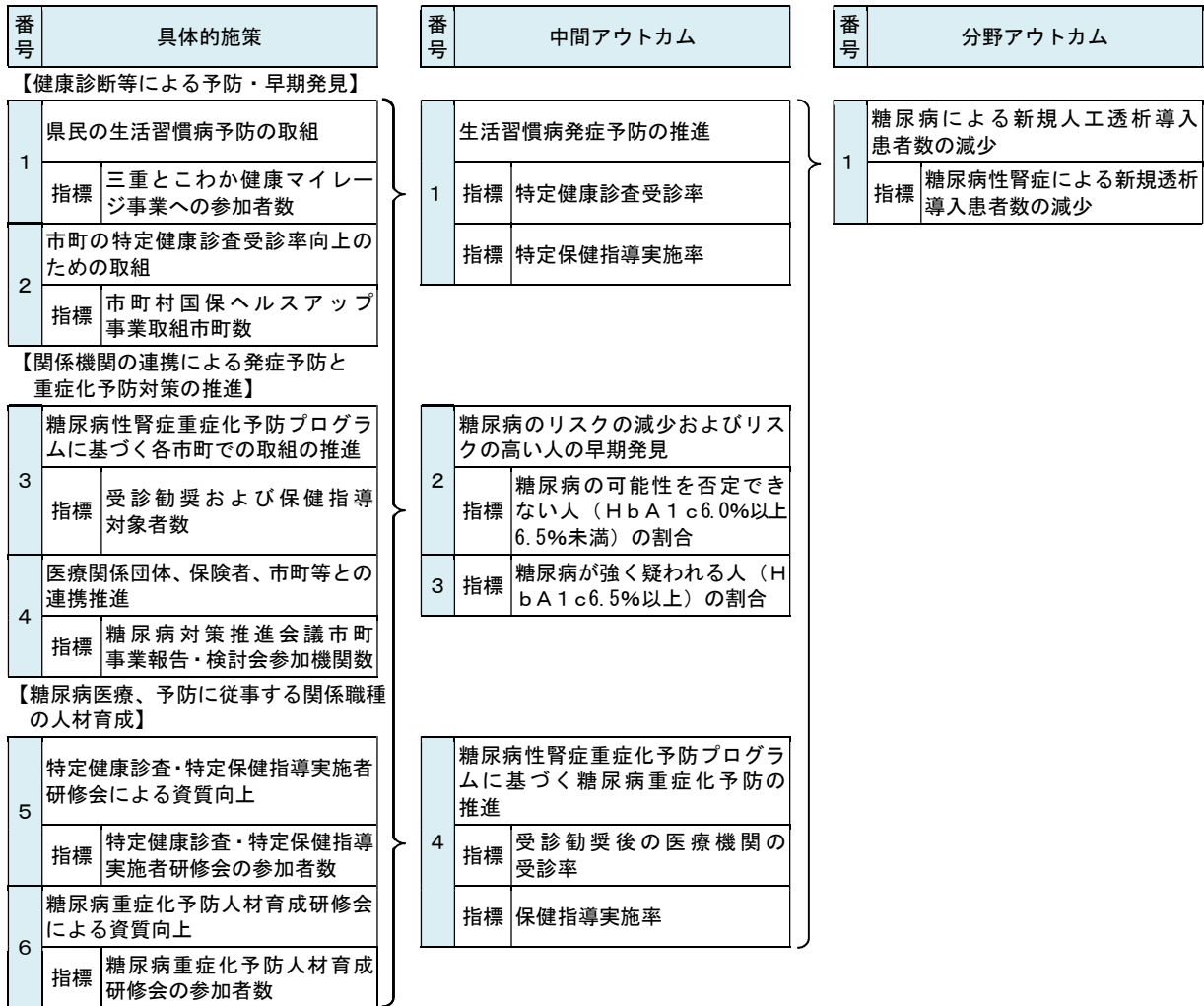
- 糖尿病性腎症の重症化予防に向けて、三重県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいた、市町や保険者と医療機関等の連携による治療・保健指導体制の充実を図るなど、関係機関のさまざまな連携により取組を進めていく必要があります。
- 健診後に受診勧奨の対象者が確実に医療機関を受診するよう連携体制を構築するとともに、未治療者や治療中断者を減らすため、市町や保険者と医療機関との情報共有が必要です。
- 糖尿病患者の血糖コントロールを行っていく上で、口腔ケアや歯周病予防が重要であることから、医科歯科連携の充実が必要です。
- 糖尿病の合併症の重症化により透析に至った糖尿病性腎症を含む慢性腎臓病（CKD*）対策との連携や感染症流行時、災害発生時等の対応について、関係機関等との情報共有を図る必要があります。

(3) 関係職種の人材育成

- 三重県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいた受診勧奨や保健指導の取組が促進されるよう、地域のニーズに応じ、糖尿病専門医や認定看護師、糖尿病療養指導士等を中心として、地域で糖尿病の治療や支援に関わる関係職種のスキルアップや新たな人材の育成が必要です。

⁸ 「健康経営[®]」は、NPO法人健康経営研究会の登録商標です。

5. ロジックモデル



※ ロジックモデルの趣旨については、220 ページに記載しています。

6. 目標と施策の展開

(1) 数値目標

目標項目	現状値	目標値	目標項目の説明	データ出典
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	159人 【R3】	139人	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数について、健康日本21（第三次）における減少率を算出し、現状値より12.5%以上減少させることを目標とします。	わが国の慢性透析療法の現況（日本透析医学会）
特定健康診査受診率・特定保健指導実施率	特定健康診査受診率 59.3% 【R3】	特定健康診査受診率 70%以上	特定健康診査の受診率および特定保健指導実施率を「三重県医療費適正化計画」に準じた目標値とします。	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ
	特定保健指導実施率 23.7% 【R3】	特定保健指導実施率 45%以上		
糖尿病の可能性を否定できない人（HbA1c 6.0%以上 6.5%未満）の割合	40～49歳男性 4.7% 50～59歳男性 9.7% 60～69歳男性 13.8% 【R3】	40～49歳男性 4.2% 50～59歳男性 8.7% 60～69歳男性 12.4%	特定健康診査受診者のうち40～49歳、50～59歳および60～69歳における糖尿病の可能性を否定できない人の割合を現状値より10%減少させることを目標とします。	三重県国民健康保険団体連合会
	40～49歳女性 2.7% 50～59歳女性 6.6% 60～69歳女性 12.0% 【R3】	40～49歳女性 2.4% 50～59歳女性 5.9% 60～69歳女性 10.8%		
糖尿病が強く疑われる人（HbA1c 6.5%以上）の割合	40～49歳男性 4.8% 50～59歳男性 9.7% 60～69歳男性 13.5% 【R3】	40～49歳男性 4.5% 50～59歳男性 9.2% 60～69歳男性 12.8%	特定健康診査受診者のうち40～49歳、50～59歳および60～69歳における糖尿病が強く疑われる人の割合を現状値より5%減少させることを目標とします。	三重県国民健康保険団体連合会
	40～49歳女性 1.5% 50～59歳女性 4.0% 60～69歳女性 6.6% 【R3】	40～49歳女性 1.4% 50～59歳女性 3.8% 60～69歳女性 6.2%		

(2) 取組内容

取組方向1：健康診断等による予防・早期発見

- 「第3次三重の健康づくり基本計画」に基づき、県民に対する糖尿病に関する正しい知識の普及・啓発を実施するとともに、医療機関、企業や関係団体、市町等と連携し、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙、定期的な健康診断の受診等、生活習慣病予防に取り組めます。(県民、医療機関、事業者、保険者、関係団体、市町、県)
- 生活習慣病予防のため、県民が主体的かつ継続的に健康づくりに取り組めるよう、企業や市町と連携して「三重とこわか健康マイレージ事業」の取組を推進します。(県民、事業者、保険者、市町、県)
- 企業における健康経営の取組を促進するため、「三重とこわか健康経営カンパニー」を認定するとともに、優れた健康経営に取り組んでいる企業を「三重とこわか健康経営大賞」として表彰し、県内事業所等へその取組を横展開します。(県民、事業者、保険者、県)
- 自ら健康づくりに積極的に取り組む人だけでなく、健康に関心の薄い人を含む、幅広い層に対してアプローチを行うため、「自然に健康になれる環境づくり」に取り組めます。(県民、医療機関、事業者、保険者、関係団体、市町、県)
- 糖尿病の予防に向け、特定健康診査などの健康診断の重要性について啓発を行い、受診率の向上に努めるとともに、生活習慣の改善につながるよう適切な特定保健指導に取り組むことにより、保健指導実施率の向上に努めます。(県民、事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県)

取組方向2：関係機関の連携による発症予防と重症化予防対策の推進

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム等により、かかりつけ医等関係機関と十分な連携を図りながら、受診勧奨や保健指導を実施することにより、個々の患者に応じた支援ができるよう取組を進めます。(医療機関、保険者、関係団体、市町、県)
- 三重県糖尿病対策推進会議市町事業報告・検討会等において、糖尿病性腎症重症化予防に係る市町等の取組を共有し、他市町への横展開を図ります。(医療機関、保険者、関係団体、市町、県)
- かかりつけ医の役割の重要性について啓発するとともに、かかりつけ医と専門的治療を行う医療機関との連携を図ります。(医療機関、保険者、医療関係団体、市町、県)
- 三重県糖尿病対策懇話会等において、慢性腎臓病(CKD)対策との連携や感染症流行時、災害発生時等の対応について情報共有を図ります。(医療機関、保険者、医療関係団体、市町、県)
- 血糖コントロール不良者に対応できるような病診連携*を進めていきます。また、医科歯科連携等により糖尿病患者の口腔ケアの充実に取り組めます。(医療機関、医師会、歯科医師会)

取組方向3：糖尿病医療、予防に従事する関係職種の人材育成

- 糖尿病予備群を減少させるため、健診後の保健指導を効果的・効率的に実施するとともに、保険者が健診・保健指導事業を適切に企画、評価し推進していくことができるよう、特定

- 健康診査・特定保健指導を担う人材を育成します。(健診機関、保険者、市町、県)
- 糖尿病の治療や支援に関わる多職種（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士、理学療法士等）に向けた研修等を実施し、人材育成を行います。(医療機関、関係団体、県)
 - 「みえ糖尿病サポートねっと」により、糖尿病の正しい知識の啓発や、専門職の人材育成のための研修の開催案内など情報提供を行います。(関係団体、県)

◇ みえ糖尿病サポートねっと（糖サポねっと） ◇

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

糖サポねっとURL : <https://mie-dm.net/>

<掲載内容>

県民向け糖尿病情報

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

医療関係者向け糖尿病情報

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



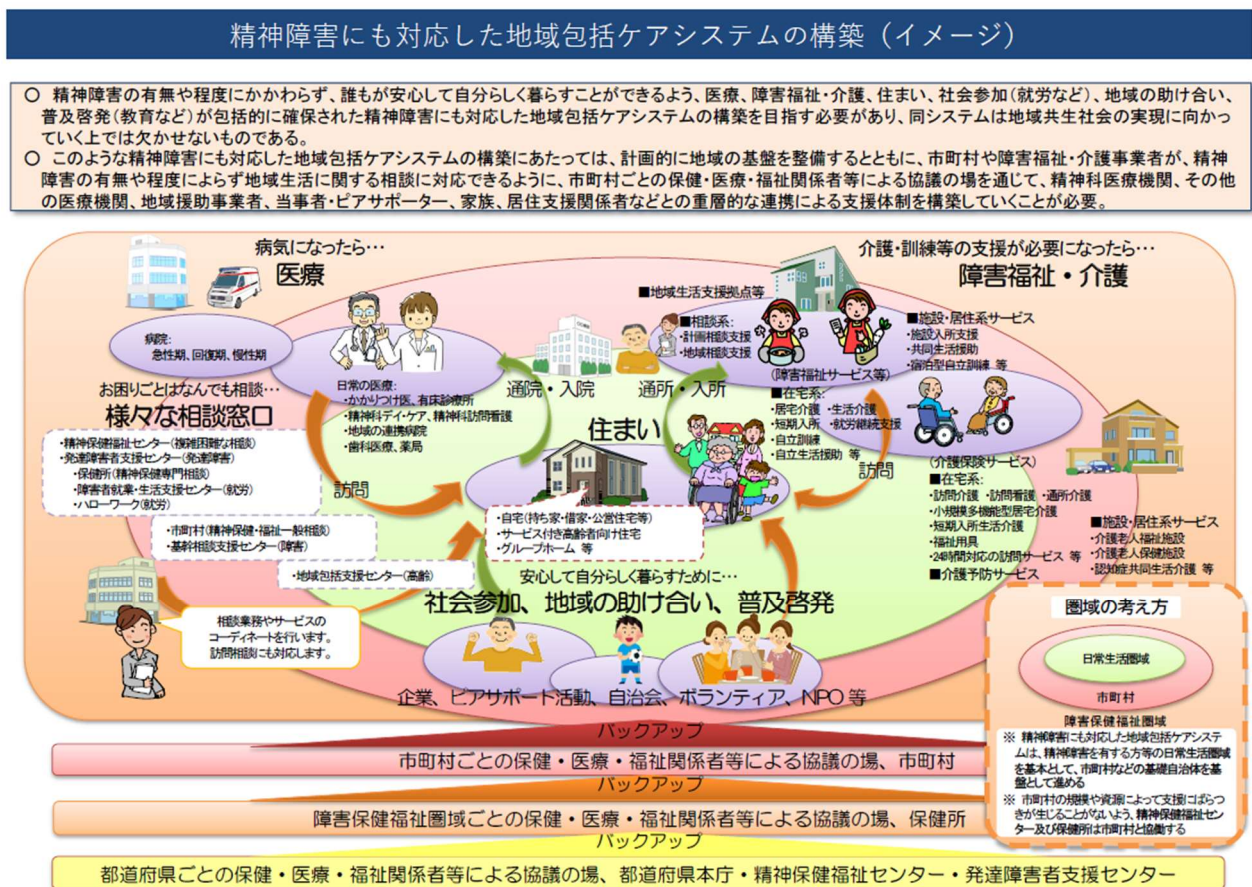
第4節 | 精神疾患対策

1. めざす姿

(1) めざす姿

- 精神科医療機関と一般医療機関や保健・福祉サービス等の連携により、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が整備され、精神障がい者が障がいの有無やその程度に関わらず、地域の一員として安心して自分らしい暮らしを送ることができています。

図表5-4-1 精神科医療における地域包括ケアシステム



出典：厚生労働省資料

(2) 取組方向

- 取組方向1： 普及啓発・相談支援体制の充実
- 取組方向2： 治療継続・危機介入
- 取組方向3： 地域生活への移行と地域生活の支援

2. 現状

(1) 精神疾患の概況

- 精神疾患とは、脳の機能的・器質的障がいによって引き起こされる疾患で、統合失調症や躁うつ病から、認知症、依存症、神経症、パニック障害、適応障害といったものまでさまざまな疾患を含みます。
- 全国の令和2（2020）年の精神疾患患者の推計患者数は入院が28.8万人、外来が586.1万人で、いわゆる4大疾患（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）よりも多い状況となっています。
- うつ病等の気分障害や認知症の患者数が増加し、依存症や摂食障害、発達障害への対応等の社会的要請も高まるなど、精神科医療に対する需要が増大するとともに多様化しています。
- 一方、精神科病院の入院患者数は減少傾向にあり、特に統合失調症の入院患者数が減少しています。これは新規患者の入院期間が、治療薬の発展などにより短縮化され、約90%が1年以内に退院している¹ことが一因と考えられます。しかしながら、在院期間が1年を超える長期入院患者は全国で17万人を超えています。
- 令和2（2020）年における精神疾患患者の人口10万人あたりの受療率について、入院患者は全国で188人、本県は198人です。外来患者は全国で211人、本県は206人です。

(2) 県内の精神疾患の概況

① 通院患者の状況

- 本県の令和4（2022）年度自立支援医療（精神通院医療）*受給者は33,730人で、増加傾向が続いています。
- 統合失調症等の自立支援医療（精神通院医療）受給者は7,760人で、全体の23.0%を占めており、ほぼ横ばいで推移しています。
- うつ病等気分障害の自立支援医療（精神通院医療）受給者は14,102人で、全体の41.8%を占めており、増加傾向にあります。
- 認知症等の自立支援医療（精神通院医療）受給者は1,045人で、全体の3.1%を占めており、ほぼ横ばいで推移しています。
- 依存症等の自立支援医療（精神通院医療）受給者は492人で、全体の1.5%を占めており、ほぼ横ばいで推移しています。
- 発達障害等心理的発達の障害の自立支援医療（精神通院医療）受給者は2,084人で、6.2%を占めており、増加傾向にあります。

¹ 出典：厚生労働省「令和4年度 精神保健福祉資料」

図表5-4-2 県内の自立支援医療(精神通院医療)受給者数の推移(各年度3月31日現在)

	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
全体	28,538	28,866	30,660	32,963	32,437	33,730
認知症等 (F0※)	850	821	966	1,138	1,041	1,045
依存症等 (F1)	573	546	533	593	513	492
統合失調症等 (F2)	7,697	7,667	7,810	7,761	7,707	7,760
うつ病等気分障害 (F3)	11,545	11,619	12,403	13,519	13,385	14,102
発達障害等 (F8)	1,405	1,474	1,694	1,917	1,939	2,084
その他	170	192	142	131	122	99

※：ICD-10コード

資料：三重県調査

② 入院患者の状況

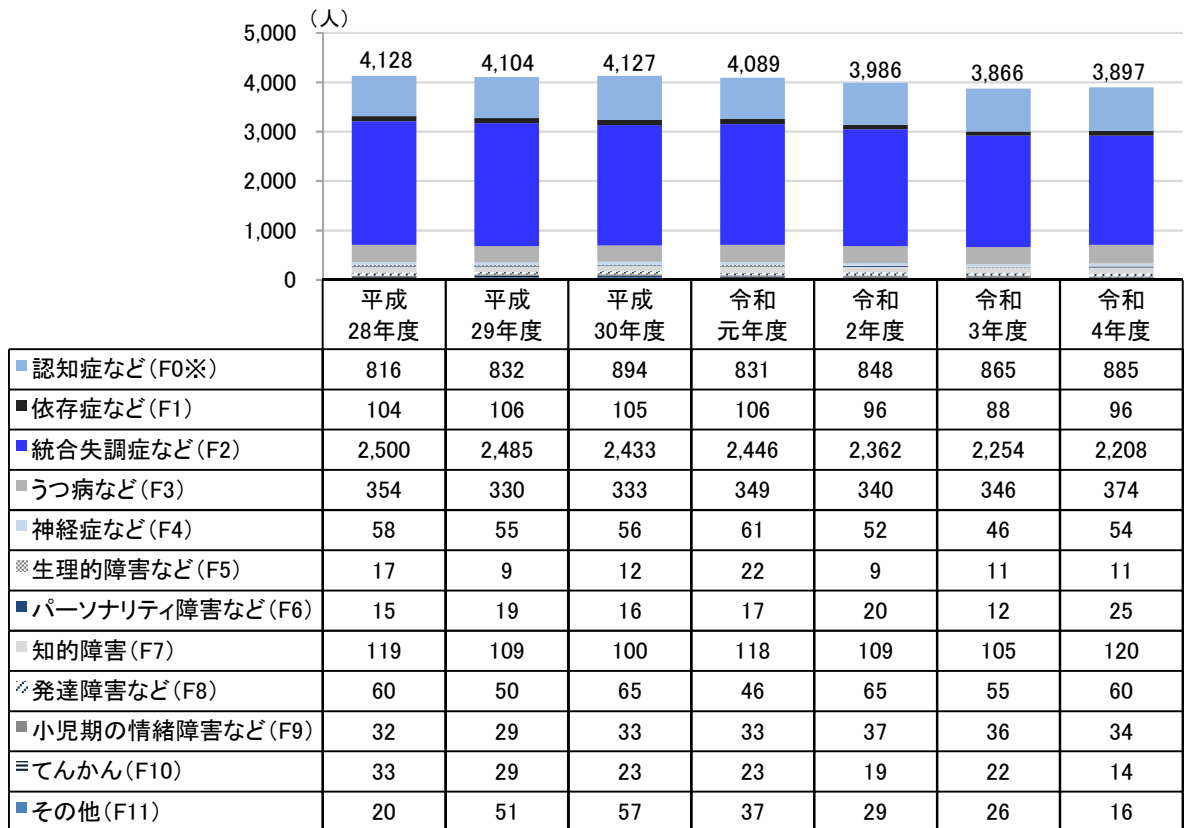
- 本県の令和4(2022)年の精神科病院の入院患者数は、3,897人²となっており、全国と同様年々減少の傾向がみられます。
- 疾患別で見ると、統合失調症などが2,208人で56.7%と半数以上を占め、次に認知症などの症状性を含む器質性精神障害が885人で22.7%、うつ病などの気分障害が374人で9.6%となっています。
- 令和4(2022)年の入院形態別の患者数は、任意入院*が1,584人(40.6%)、医療保護入院*が2,263人(58.1%)、措置入院*が30人(0.8%)²となっており、年々医療保護入院の割合が増加しています。
- 入院患者の在院期間は、1年未満が36.2%、1年以上5年未満が30.7%、5年以上が33.2%となっており、5年以上の入院患者は減少傾向にあります。しかし2,488人が1年以上の長期入院となっています。
- 新たに精神科病院へ入院する患者の令和2(2020)年度の退院率は、入院後3か月時点が62.2%、6か月時点が78.5%、1年時点が86.2%³で、全国と比べやや低い数値となっています。
- 令和2(2020)年度の再入院率は29.2%で、全国と比べやや低い数値となっています。
- 令和4(2022)年の退院時の状況は、家庭復帰が52.6%、グループホーム*などが6.2%、高齢者福祉施設が16.2%、転院等が16.0%、死亡が5.9%²となっています。
- 令和4(2022)年度の精神保健福祉法に基づく通報件数は337件、その結果措置入院となった件数は147件(緊急措置入院*を含む)⁴で、ともに増加傾向にあります。

² 出典：厚生労働省「令和4年度 精神保健福祉資料」

³ 出典：厚生労働省「NDB集計・統合データ 2013年度(平成25年度)～2020年度(令和2年度)」

⁴ 出典：三重県調査

図表5-4-3 県内の精神科病院入院患者数の推移(疾患別)(各年度6月30日現在)



※ ICD-10 コード

資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

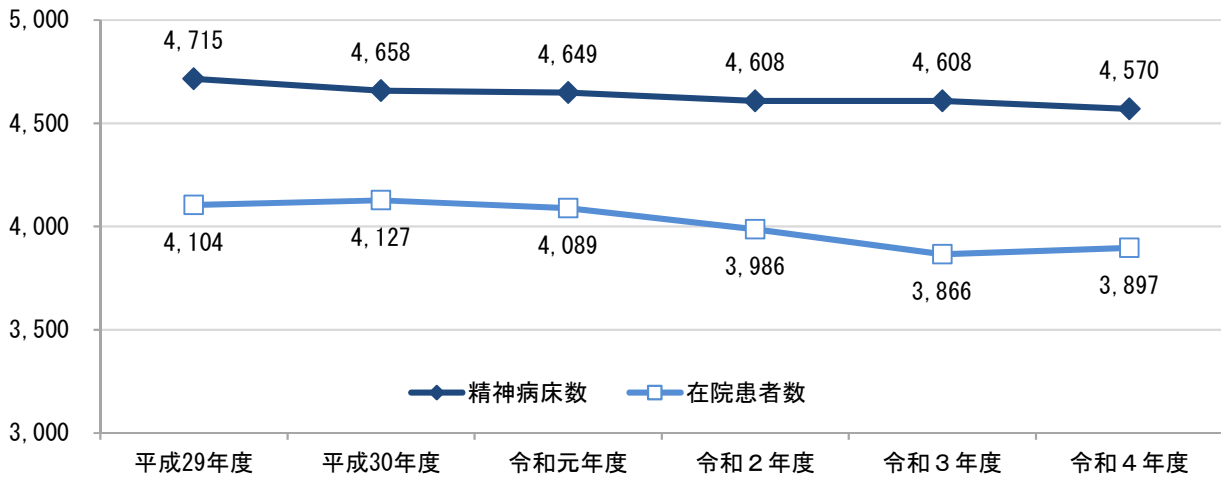
(3) 精神科医療の提供体制

① 県内の精神科病院、診療所等

- 県内の精神科病院は、北勢医療圏に8病院、中勢伊賀医療圏に6病院、南勢志摩医療圏に4病院、東紀州医療圏に1病院の計19病院です。
- 令和4（2022）年の全国の精神病床数は308,667床で年々減少しています。本県の精神病床数は4,570床で、全国と同様、年々減少しています。
- 本県の精神病床数4,570床の圏域別病床数とその割合は、北勢医療圏が2,078床で45.5%を占めており、中勢伊賀医療圏は1,268床で27.7%、南勢志摩医療圏は904床で19.8%、東紀州医療圏は320床で7.0%を占めています。
- 入院患者のうち、その医療圏内で入院医療を受けられている割合は、北勢医療圏が93.8%、中勢伊賀医療圏が82.6%、南勢志摩医療圏が85.7%、東紀州医療圏が72.4%となっています⁵。

⁵出典：厚生労働省「令和4年度 精神保健福祉資料」

図表5-4-4 県内の精神病床数と在院患者数の推移



資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

- 精神科病院 19 病院以外で精神科外来のある病院は、北勢医療圏で 4 病院、中勢伊賀医療圏で 2 病院、南勢志摩医療圏で 4 病院、東紀州医療圏で 1 病院の計 11 施設です。(令和 5 (2023) 年 9 月 1 日現在)
- 精神科を標榜する診療所は、北勢医療圏で 26 施設、中勢伊賀医療圏で 19 施設、南勢志摩医療圏で 8 施設、東紀州医療圏で 1 施設の計 54 施設で、年々増加傾向にあります。(令和 5 (2023) 年 9 月 1 日現在)
- 指定自立支援医療（精神通院医療）の指定を受けている訪問看護ステーションは、北勢医療圏で 65 施設、中勢伊賀医療圏で 31 施設、南勢志摩医療圏で 28 施設、東紀州医療圏で 5 施設の計 129 施設で、年々増加傾向にあります。(令和 5 (2023) 年 9 月 1 日現在)

② 精神科救急医療システム

- 平成 10 (1998) 年度より、緊急の医療を必要とする精神障がい者に対応するため、県内を北部と中南部の 2 ブロックに分け、12 の精神科病院による輪番体制を整備しています。また、2 病院が精神科救急の後方支援病院となっています。
- 精神科救急情報センターを設置し、休日夜間も含めて受診可能な医療機関の紹介などを行うとともに、24 時間 365 日対応可能な電話相談を実施しています。

③ 認知症疾患医療センター

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

- さらに平成 29 (2017) 年度には、8つの構想区域のうち、これまで認知症疾患医療センターのなかった4区域にそれぞれ連携型認知症疾患医療センターを指定し、より地域の実情に合わせたきめ細かな専門医療提供体制を整えました。

3. 連携体制

(1) 圏域の設定

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

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 北勢医療圏

- 医療圏内の精神病床を持つ8病院のうち救急医療施設は7病院で、総合心療センターひながが精神科救急輪番基幹病院になっています。また、精神科救急急性期医療入院料届出病院*が2病院あります。
- 認知症治療病棟入院料届出病院は3病院あり、このうち東員病院を地域型認知症疾患医療センターに指定しています。さらに、連携型認知症疾患医療センターに2施設を指定しています。
- アルコール依存症専門医療機関に、2施設を指定しています。
- 摂食障害入院医療管理加算届出病院については、1病院あります。
- 医療観察法指定通院医療機関は、3病院あります。
- 精神病床を持たない病院の精神科・神経科外来が3病院、精神科・心療内科を標榜する診療所が32施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションが65施設あります。
- 他の医療圏への患者の流出は入院患者で6.2%、外来患者で8.8%となっており、医療圏内で医療がおおむね完結しています⁶。

② 中勢伊賀医療圏

- 医療圏内の精神病床を持つ6病院のうち救急医療施設は4病院で、2病院が精神科救急輪番後方支援病院となっています。また、精神科救急急性期医療入院料届出病院が2病院あります。
- 認知症治療病棟入院料届出病院は3病院あります。また、三重大学医学部附属病院を基幹型認知症疾患医療センターに、県立こころの医療センターを地域型認知症疾患医療センターに指定しています。さらに、連携型認知症疾患医療センターに1病院を指定していま

⁶ 出典：厚生労働省「令和4年度 精神保健福祉資料」

す。

- アルコール・ギャンブル等・薬物の依存症治療拠点機関に榊原病院を、アルコール・ギャンブル等の依存症治療拠点機関に県立こころの医療センターを指定しています。
- 摂食障害入院医療管理加算届出病院が、3病院あります。
- 医療観察法指定入院医療機関として、榊原病院が指定されています。また指定通院医療機関が、3病院あります。
- 精神病床を持たない病院の精神科・神経科外来が4病院、精神科・心療内科を標榜する診療所が19施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションが31施設あります。
- 他の医療圏への患者の流出は入院患者で17.4%、外来患者で14.8%となっており、入院患者の流出は、北勢医療圏へ6.7%、南勢志摩医療圏へ7.8%となっています。

③ 南勢志摩医療圏

- 医療圏内の精神病床を持つ4病院のうち救急医療施設は2病院で、松阪厚生病院が精神科救急輪番基幹病院になっています。
- 認知症治療病棟入院料届出病院は1病院あります。また、松阪厚生病院を地域型認知症疾患医療センターに指定しています。さらに、連携型認知症疾患医療センターに1施設を指定しています。
- アルコール・ギャンブル等の依存症専門医療機関に、2病院を指定しています。
- 摂食障害入院医療管理加算届出病院が、2病院あります。
- 医療観察法指定通院医療機関が、2病院あります。
- 精神病床を持たない病院の精神科・神経科外来が3病院、精神科・心療内科を標榜する診療所が10施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションが28施設あります。
- 他の医療圏への患者の流出は入院患者で14.3%、外来患者で13.9%となっており、入院、外来患者とも中勢伊賀医療圏への流出が12.1%となっています。
- 医療圏内でも、精神科医療施設の立地状況に偏りがあり、大台町、大紀町、南伊勢町などの奥伊勢地域には、精神科医療施設が1施設しかないため、圏内での連携を図っていく必要があります。

④ 東紀州医療圏

- 医療圏内の精神病床を持つ病院は1病院で、救急医療施設となっています。
- 熊野病院を地域型認知症疾患医療センターに指定しています。
- 医療観察法指定通院医療機関が、1病院あります。
- 精神病床を持たない病院の精神科・神経科外来が1病院、精神科・心療内科を標榜する診療所が1施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは5施設あります。
- 他の医療圏への患者の流出は入院患者で27.6%、外来患者で26.6%となっており、南勢志摩医療圏への流出が入院患者15.5%、外来患者11.7%と多くみられますが、中勢伊賀医療圏や隣接する和歌山県へも流出しています。

○ 医療圏内の精神科医療施設が少ないため、隣接する南勢志摩医療圏の精神科病院等と連携を図っていく必要があります。

図表5-4-5 各医療機能を担う医療機関

圏域	市町	医療機関	精神科救急医療施設	応急入院指定病院	精神科救急急性期医療 入院料届出病院	認知症疾患医療センター 届出病院	摂食障害入院医療 管理加算届出病院	精神科地域移行実施 加算届出病院	入院医療管理料届出病院 児童・思春期精神科	医療観察法指定医療機関	アルコール依存症 専門医療機関	ギャンブル等依存症 専門医療機関	薬物依存症専門医療機関
北勢	いなべ市	北勢病院	○										
	桑名市	多度あやめ病院	○	○									
	東員町	大仲さつき病院	○	○						○			
	東員町	東員病院				◎	○						
	四日市市	総合心療センターひなが	○	○	○			○		○	○		
	四日市市	水沢病院	○										
	四日市市	三原クリニック*				○							
	四日市市	泊ファミリークリニック									○		
	鈴鹿市	鈴鹿厚生病院	○	○	○		○			○			
	鈴鹿市	鈴鹿さくら病院	○				○	○					
鈴鹿市	ますずがわ神経内科クリニック*				○								
中勢 伊賀	津市	県立こころの医療センター	○	○	○	◎	○	○		○	◎	◎	
	津市	県立子ども心身発達医療センター							○				
	津市	榊原病院	○	○				○	○	◎	◎	◎	◎
	津市	久居病院	○	○	○		○			○			
	津市	三重大学医学部附属病院				●		○					
	伊賀市	信貴山病院分院上野病院	○			○	○			○			
南勢 志摩	松阪市	南勢病院	○	○				○		○	○	○	
	松阪市	松阪厚生病院	○	○		◎	○	○		○	○	○	
	伊勢市	伊勢赤十字病院					○						
	伊勢市	いせ山川クリニック*				○							
	志摩市	県立志摩病院						○					
東紀州	熊野市	熊野病院	○	○		◎	○		○				

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

※認知症疾患医療センターについては令和5年4月1日現在

※医療機関の*は、精神科以外の医療機関

※加算等届出病院は、令和5年10月1日現在東海北陸厚生局施設基準届出一覧より

※医療観察法指定医療機関のうち、◎は指定入院医療機関、○は指定通院医療機関（令和5年7月1日現在）

※依存症専門医療機関のうち、◎は県全体の核となる専門医療機関（治療拠点機関）

4. 課題

(1) 普及啓発・相談支援

- 精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障がいの有無やその程度に関わらず、地域の一員として安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要があります。そのためには、県民に対して精神疾患や精神障がいに関する正しい知識の普及啓発を推進することが重要です。
- 県民がこころの健康について関心を持ち、ストレスや睡眠の確保について適切な対処行動が取れ、身近な人に相談し相談機関につながるができるよう、正しい知識と理解を持つ必要があります。
- 住み慣れた地域において、精神保健に関する相談支援が受けられる体制の整備と充実を図る必要があります。
- 精神科医療が必要であるにも関わらず受診につながらない人や、治療が中断している人を医療につなげるとともに、地域で継続して生活することができるよう保健福祉サービスにつなげる必要があります。

(2) 治療継続・危機介入

- 早期受診につなげるため、精神的な問題の相談対応を行う市町や保健所、こころの健康センター等の相談窓口機関と精神科医療機関、一般医療機関、学校、産業保健関係等も含めた関係機関が情報共有を行い、患者が適切に医療にアクセスできる体制を整備し、精神疾患の発症・進行の予防を図っていく必要があります。
- また、精神科医療に対する需要は多様化していることから、さまざまな精神疾患に対応し、より効果的な医療を提供するため、医療従事者等の対応スキルの向上が必要です。
- 統合失調症は、約 100 人に 1 人が罹患する頻度の高い疾患です。また、思春期に発症することが多いと言われていることなどから、早期発見・早期治療に向けた取組を進めることが必要です。
- うつ病等の気分障害は自殺の要因の一つであるとの指摘があり、一般医療機関等と連携した早期発見・早期治療が求められています。
- 本県の令和 3（2021）年の自殺者数は 270 人で、20 歳代、30 歳代において、平成 18（2006）年から自殺は死因順位の第 1 位となっており⁷、依然として深刻な状況です。
- 自殺には、健康問題、経済・生活問題、人間関係の問題など、さまざまな要因があり、自殺対策は社会全体で取り組むべき問題です。「第 4 次三重県自殺対策行動計画」に基づき、多様な悩みに対応し、精神保健的な視点のみならず、社会・経済的な視点を含む生きることの包括的な支援が必要です。
- 高齢化の進展に伴い、認知症高齢者数は今後ますます増加することが予想されています。県内における認知症高齢者数は、令和 2（2020）年で約 9.1 万人、令和 7（2025）年には

⁷ 出典：厚生労働省「令和 3 年 人口動態調査」

約 10.1 万人、令和 22（2040）年には約 12 万人になると推計されます⁸。

- 認知症の人とその家族が住み慣れた地域で暮らし続けるために、高齢者と関わる機会の多い医療従事者等の気づきを認知症の早期発見・早期診断につなげることや、医療機関において的確な診断および介護分野と連携した適切な認知症ケアを提供することが求められています。
- 県立子ども心身発達医療センターが、精神科病院、精神科診療所とともに児童・思春期疾患や発達障がいの治療に携わっています。住み慣れた地域でも受診できる連携体制の整備が必要です。
- 児童・生徒は成人と比べて、表現の苦手さがあり、表出される症状も特有です。また啓発が十分に浸透していないことなどから精神科への受診につながりにくい傾向があるため、早期発見・早期対応に向けた取組が必要です。
- 発達障がい児・者は生活のしづらさを抱えており、医療的支援以外に、生活環境の調整など福祉的支援も必要となります。精神科医療機関と自閉症・発達障害支援センター*などの福祉支援機関との連携を強化する必要があります。
- 依存症や摂食障害については、当事者等が病識を持ちにくいという特性や、治療や相談支援に関する情報を得にくいなどの理由から必要な治療や支援を受けられていない場合があります。
- 依存症や摂食障害の治療には、精神科医療と自助グループ*、家族会との連携が重要と言われており、治療に対応できる医療機関や相談機関、自助グループ等との連携を深める取組が必要です。
- 「三重県アルコール健康障害対策推進計画（第2期）」および「三重県ギャンブル等依存症対策推進計画」に基づき、依存症の予防、早期発見・早期介入、相談支援や治療体制の充実を図る必要があります。
- 休日夜間等における精神疾患の急性発症、急性憎悪に対応するため、24 時間 365 日の精神科救急医療提供・相談を含めた精神科救急医療システムの体制維持が必要です。
- 精神科救急医療体制において、地域によって病院の立地状況に偏在があるため、救急輪番ブロック内における各精神科医療機関の連携が必要です。
- 高齢化の進展等に伴い、今後、身体合併症患者の増加が予想されます。身体合併症患者への適切な医療提供や一般医療における精神疾患の早期発見・早期対応のため、精神科医療機関と一般医療機関等との連携体制の構築を進めていくことが必要です。
- 新型コロナウイルス感染症の経験をふまえ、今後新たな感染症が発生しても継続的に精神科医療が提供できるよう、精神科病院の感染症対策の取組をより一層進める必要があります。

(3) 地域における支援

- 長期間入院している精神障がい者の地域移行を進めるためには、障害保健福祉圏域および市町ごとに、医療機関（精神科医療、一般医療）、福祉関係者、市町精神保健福祉主管課、

⁸ 出典：平成 26 年度 厚生労働科学研究費補助金特別研究事業
「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」

保健所等が協議し、精神障がいのある方が地域において継続して自分らしい暮らしができるよう、地域の実情に応じた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築する必要があります。

- 長期入院患者の中には、長年の入院生活から地域で生活するための情報が不足したり、意欲が低下している人もみられるため、地域移行に向けて情報を提供し、意欲を喚起する必要があります。また地域移行を行うためには、地域で必要な障害福祉サービスが充足している必要があります。

5. ロジックモデル

番号	具体的施策	番号	中間アウトカム	番号	分野アウトカム
【普及啓発・相談支援体制の充実】					
1	心のサポーター養成研修の実施	1	精神疾患について理解している地域住民が増える	1	精神障害の有無に関わらず、地域の一人として安心して自分らしい暮らしをすることができる
	指標 心のサポーター養成研修の実施回数		指標 心のサポーター養成研修の修了者数		指標 精神病床における慢性期入院患者数(65歳以上、65歳未満)
2	各保健所での相談支援の実施	2	地域で早期に必要な精神科医療が受けられる	2	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる
	指標 各保健所の相談件数				
3	精神障がい者アウトリーチ体制構築事業の実施	3	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる	3	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる
	指標 アウトリーチ事業の対象者数				
4	精神保健福祉に係る人材育成研修の実施	4	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる	3	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる
	指標 精神科医療と福祉の連携研修および退院後スキルアップ研修の受講者数				
【治療継続・危機介入】					
5	治療抵抗性統合失調症の治療状況	5	地域で早期に必要な精神科医療が受けられる	2	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる
	指標 統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬*の使用率				
6	依存症に係る関係機関との連携体制の構築	6	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる	3	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる
	指標 アルコール依存症治療について、地域の精神科、内科、一般救急とアルコール専門医療機関等の連携体制が構築されている障害保健福祉圏域数				
7	かかりつけ医のうつ病に関する知識および理解の向上	7	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる	3	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる
	指標 かかりつけ医等うつ病対応力向上研修受講者数				
8	認知症の早期発見・早期対応、医療体制の整備	8	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる	3	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる
	指標 認知症初期集中支援チームにおける医療・介護サービスにつながった人の割合				
9	精神科救急医療体制整備事業の実施	9	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる	3	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる
	指標 精神科救急医療体制整備事業における受診件数、入院件数				
【地域生活への移行と地域生活の支援】					
10	必要な障がい福祉サービスの確保	10	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる	3	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる
	指標 指定障害福祉サービス等の種類ごとのサービス量実績				
11	精神障がい者地域移行・地域定着支援事業の実施	11	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる	3	必要サービスを受けながら地域で暮らすことができる
	指標 精神障がい者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修の実施回数				

6. 目標と施策

(1) 数値目標

目標項目		現状値	目標値	目標値の説明	データ出典
精神病床における慢性期入院患者数	65歳以上	1,431人 【R4】	1,243人	地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、1年以上の長期入院患者のうち一定数は地域生活への移行が可能になることから、「みえ障がい者共生社会づくりプラン」と同様の目標値をめざします。	精神保健福祉資料 630 調査
	65歳未満	1,057人 【R4】	849人		
心のサポーター養成研修の修了者数		—	4,000人	地域住民の理解や支えを増やすため、精神疾患への正しい知識と理解を持つ人を養成します。 国の養成目標（5年で38万人）から推計した県の目標値をめざします。	三重県調査
入院後3か月、6か月、1年時点での退院率	3か月時点	62.2% 【R2】	68.9%	地域における保健、医療、福祉の連携支援体制が強化されることによって早期退院が可能になることをふまえ、「みえ障がい者共生社会づくりプラン」と同様の目標値をめざします。	NDB集計・統合データ
	6か月時点	78.5% 【R2】	84.5%		
	1年時点	86.2% 【R2】	91.0%		
各障害保健福祉圏域および県における保健、医療、福祉関係者による協議の開催回数		39回 【R4】	48回	各圏域で、現状値に加えて各1回以上協議の場を開催することをめざします。	三重県調査

(2) 取組内容

取組方向1：普及啓発・相談支援体制の充実

- 「第3次三重の健康づくり基本計画」に基づき、こころの健康の維持向上に取り組みます。
県民一人ひとりが、こころの健康について関心を持ち、ストレスや睡眠の確保に対して適切な対処行動がとれるとともに、うつや自殺について正しく理解し、本人だけでなく家族や職場の同僚など周囲の人についてもその傾向に気づき、対処行動がとれるよう、広く普及啓発を行います。（医療機関、関係機関、市町、県）

- 心のサポーター（精神疾患への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等に対する傾聴を中心とした支援者）の養成に向けた研修を実施し、精神疾患に係る正しい知識の普及啓発を行います。（市町、県）
- 市町および保健所等で、精神障がい者だけでなく、精神保健に課題を抱える人、その家族、関係者の相談対応や家庭訪問を実施します。（市町、県）
- こころの健康センター等において、長期間入院している精神障がい者の地域生活への移行および地域生活継続のための適切な支援体制を確保するために、支援に従事する人を対象とした研修を実施します。（県）
- 精神科受診が必要にも関わらず受診につながらなかった人、治療を中断してしまった人を支援するため、精神科医師等の多職種チームによるアウトリーチ支援を実施します。（医療機関、関係機関、県）
- ギャンブル等依存症問題啓発週間（毎年5月14日から20日まで）、自殺予防週間（毎年9月10日から16日まで）、精神保健福祉普及運動（毎年10月中旬）、アルコール関連問題啓発週間（毎年11月10日から16日まで）、自殺対策強化月間（毎年3月）等を中心に、広く県民への啓発活動を行います。（医療機関、関係機関、県、市町）

取組方向2：治療継続・危機介入

- 精神疾患の正しい知識を児童・生徒や教師、保護者に啓発することで、児童・思春期精神疾患の早期発見・早期治療を図ります。（医療機関、関係機関、市町、県）
- 自殺対策等を行う中で、一般医療機関等と連携し、うつ病などの早期発見・早期治療につながる取組を進めます。（医療機関、県）
- 「第4次三重県自殺対策行動計画」に基づき、世代別（子ども・若者、妊産婦、中高年層、高齢者層）の取組や、うつ病などの精神疾患を含む対策、自殺未遂者支援、遺族支援、関係機関・民間団体との連携、自殺対策を担う人材育成、自殺に関する情報の収集と提供等に取り組めます。（医療機関、関係機関、市町、県）
- 県内9か所の認知症疾患医療センターを中心として、認知症サポート医*・かかりつけ医等や介護関係者の連携体制を構築することで、認知症の診断・治療や本人、家族への相談支援の充実に取り組めます。（医療機関、関係機関、市町、県）
- 認知症サポート医養成研修の受講支援や、病院の指導的立場の看護職員に対する認知症対応力向上研修を実施して、病院・診療所における認知症医療体制の構築を図ります。また、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の医療従事者に対し、認知症対応力向上研修を実施して、認知症の早期発見・早期治療および地域で暮らす認知症の人に対する適切なケアにつなげます。（医療機関、県）
- 身近な地域で児童・思春期疾患、発達障がいの治療に対応できるよう、県立子ども心身発達医療センター、精神科病院、精神科診療所、三重病院、小児科診療所の連携を図ります。（医療機関、県）
- 発達障害者支援地域協議会の開催などにより、精神科医療機関等の医療的支援と自閉症・発達障害支援センター等の地域の福祉的支援との連携強化を図ります。（医療機関、関係機関、市町、県）
- 「三重県アルコール健康障害対策推進計画（第2期）」に基づき、①飲酒に伴うリスクに関

- する知識の普及を徹底し、アルコール健康障害の発生を予防、②アルコール健康障害の早期発見・早期介入、③アルコール依存症当事者、家族等からの相談に応じる体制の充実、④アルコール依存症の治療体制の充実、⑤アルコール関連問題に対応できる人材の育成、⑥アルコール関連問題に関する調査研究の推進に取り組みます。(医療機関、関係機関、市町、県)
- アルコール健康障害の早期発見や早期介入、切れ目のない治療・回復支援を実現するため、一般医療機関等と専門医療機関、相談拠点、自助グループ等の関係機関の連携体制の構築を推進します。(医療機関、関係機関、市町、県)
 - 「三重県ギャンブル等依存症対策推進計画」に基づき、①ギャンブル等依存症の予防教育・普及啓発、②ギャンブル等依存症の早期発見・早期介入、③ギャンブル等依存症当事者、家族等からの相談に応じる体制の充実、④ギャンブル等依存症の治療体制の整備・充実、⑤ギャンブル等依存症問題に対応できる人材の育成に取り組みます。(医療機関、関係機関、市町、県)
 - 障害保健福祉圏域ごとに依存症ネットワーク会議を開催するなど、治療に対応できる医療機関、自助グループ、地域の支援機関の連携強化を図ります。(医療機関、関係機関、市町、県)
 - 多様な精神疾患への対応が適切に行えるよう、医療従事者等が対応スキルを身につけるための研修を実施するとともに、国が実施する研修について、医療従事者等に受講を促します。(医療機関、県)
 - 三重県精神保健福祉審議会等において、精神科救急医療体制や一般科と精神科との連携、病診連携等について協議を行い、患者が適切に受診につながるよう取組を進めます。(医療機関、関係機関、県)
 - 新興感染症が発生したときでも精神科医療が継続できるよう、精神科病院の感染症対策について、医療従事者対象の人材育成研修を実施します。(医療機関、県)

取組方向3：地域生活への移行と地域生活の支援

- 地域移行や地域生活の支援を促進するため、自立支援協議会精神部会等の場で、保健、医療、福祉等の関係者により、地域の実情に応じた体制構築の協議を行います。(医療機関、関係機関、市町、県)
- 長期入院患者の退院に向けた情報提供や意欲の喚起を図るため、ピアサポーター*を精神科病院に派遣し、体験談プログラムの実施や地域生活の不安を解消するための情報提供を行います。(医療機関、関係機関、県)
- 「みえ障がい者共生社会づくりプラン（2024年度～2026年度）」に基づき、精神障がい者が地域で生活するために必要なグループホームや日中活動支援などの障害福祉サービスの体制充実に取り組みます。(関係機関、市町、県)

第5節 | 救急医療対策

1. めざす姿

(1) めざす姿

- 県民が重症度・緊急度に応じた適切な医療を受けることができる体制の構築をめざします。
- 県民一人ひとりの受診行動の見直しや、医療機関の役割分担・機能分担が進むとともに、救急医療提供体制の整備が進んでいます。
 - 行政、医療機関、関係団体等の協力のもと、県内全域においてメディカルコントロール体制が充実しています。
 - 初期、第二次救急医療体制の充実や、重篤患者のドクターヘリ*による迅速な搬送等による、第三次救急医療体制の充実が図られています。
 - 救急医療を受けた患者が、回復期、維持期へと円滑に移行し、地域に戻ることができるよう、在宅医療および多職種が連携した地域医療提供体制が構築されています。

(2) 取組方向

- 取組方向1： 県民の適切な受診行動の促進
- 取組方向2： 病院前救護体制の充実
- 取組方向3： 初期、第二次、第三次救急医療体制の充実
- 取組方向4： 新興感染症発生・まん延時の救急医療対応

2. 現状

(1) 救急搬送の概況

- 全国で救急搬送された人数は、平成12(2000)年は約399.8万人でしたが、令和4(2022)年には約621.7万人に増加しています。本県においても、平成12(2000)年は52,934人でしたが、令和4(2022)年には97,177人と増加傾向にあります。
- 全国の令和4(2022)年における全救急搬送人員約621.7万人のうち、急病で搬送された傷病者は約418.6万人となっており、約67.3%を占めています。急病で搬送された傷病者のうち、重症(死亡も含む)と分類された約38.2万人の疾患別の内訳は、脳疾患が約6.3万人、心疾患等が約10.1万人となっており、両疾患で43.0%を占めています。また、急病で搬送された傷病者のうち、死亡が最も多いのは心疾患等(42.9%)となっています¹。
- 令和4(2022)年の本県における人口10万人あたりの搬送人員数は5,482.7人であり、全国平均の4,957.3人を上回っています。

¹ 出典：消防庁「救急・救助の現況」

図表5-5-1 救急搬送人員の推移

(単位：人)

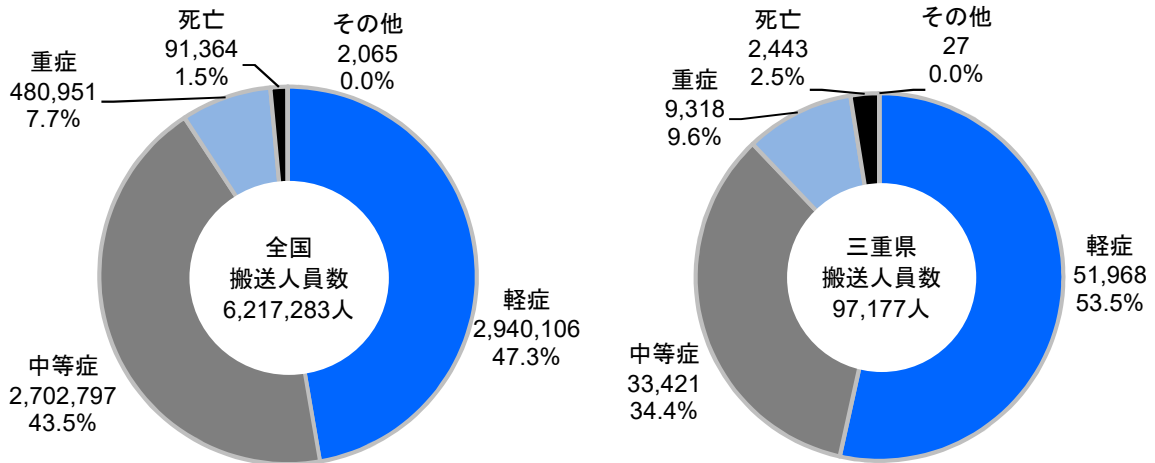
	搬送人員 (全国)	搬送人員 (三重県)	救急出動件数 (全国)	救急出動件数 (三重県)
平成 12 年	3,997,942	52,934	4,182,675	53,137
平成 18 年	4,892,593	68,185	5,237,716	70,362
平成 24 年	5,250,302	81,973	5,802,455	87,076
平成 25 年	5,346,087	85,059	5,915,683	90,560
平成 26 年	5,405,917	83,365	5,984,921	89,277
平成 27 年	5,478,370	84,491	6,054,815	90,593
平成 28 年	5,621,218	85,491	6,209,964	91,492
平成 29 年	5,736,086	87,401	6,342,147	94,160
平成 30 年	5,960,295	93,485	6,605,213	100,560
令和 元年	5,978,008	91,890	6,639,767	98,919
令和 2 年	5,293,830	81,021	5,933,277	87,314
令和 3 年	5,491,744	83,437	6,193,581	90,460
令和 4 年	6,217,283	97,177	7,229,572	107,157

資料：消防庁「救急・救助の現況」

- 全国における救急搬送患者のうち、診察の結果、帰宅可能とされた軽症者が半数弱を占めます。本県における救急搬送人員数の傷病程度（重症、軽症等）別割合を見ると、半数以上が軽症です。

図表5-5-2 救急車による傷病程度別搬送人員割合

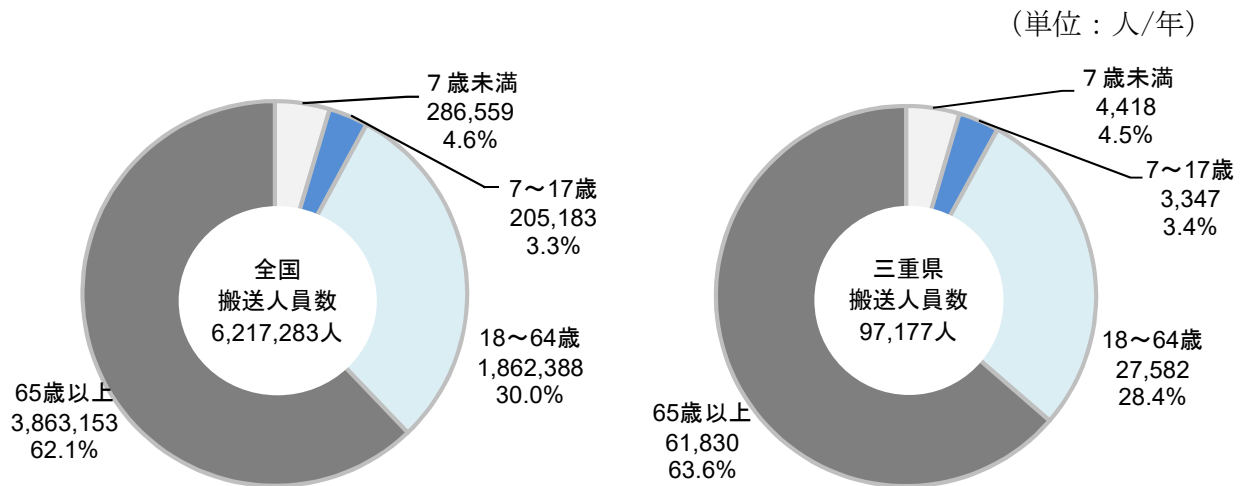
(単位：人/年)



資料：消防庁「令和5年版 救急・救助の現況」

- 全国で救急搬送された高齢者は、平成 13 (2001) 年には約 161 万人でしたが、令和 4 (2022) 年には約 386 万人と大きく増加しています。

図表5-5-3 救急車による年齢階層別搬送人員割合



資料：消防庁「令和5年版 救急・救助の現況」

(2) 救急医療提供体制

① 病院前救護体制

- 病院前救護とは、病気を発症したり、けがをしたりした患者に対して、救急現場や救急車での搬送中に応急処置等を行うことです。医学的観点から、救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質を保証する体制をメディカルコントロール体制といいます。
- メディカルコントロール体制を機能させるためには、消防機関と医療機関との連携によって、医学的根拠に基づく、地域の特性に応じた各種プロトコル*を作成し、救急隊が救急現場等から、迅速に医師の指示、指導・助言が受けられることが必要です。また、実施した処置について、医師による医学的・客観的な事後検証が行われ、その結果がフィードバックされ、再教育等が行われることが必要です。
- 平成13(2001)年からメディカルコントロール体制の整備のため、各都道府県および各地域にメディカルコントロール協議会の設置が開始されました。本県においても、地域メディカルコントロール協議会が9地域に設置され、事後検証等の実施を通じて、病院前救護の質の向上を図っています。
- 救急現場や搬送中における救急救命士による重症傷病者に対する救急救命処置や、AED*（自動体外除細動器）等を使った市民による応急手当の重要性が高まっています。本県においては、令和4(2022)年に、一般市民により34件の除細動が実施されています。
- 令和5(2023)年10月現在の県内の人口1万人あたりのAED設置台数は約31.4台であり、全国平均の約27.8台を上回っています²。
- 令和4(2022)年の住民に対して行われる救急蘇生法講習（普通・上級講習）の人口1万人あたりの受講者数は38.4人で、全国平均の64.1人を下回っています。
- 傷病者の状況に応じた適切な搬送および受入体制を構築するため、三重県救急搬送・医療連携協議会を設置し、平成22(2010)年に「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定し、適宜見直しを行っています。

² 出典：一般財団法人日本救急医療財団「財団全国AEDマップ」

- 救急救命士は、平成3（1991）年の制度発足以来、県内15消防本部で養成を進めてきました。令和5（2023）年4月現在で救急救命士の資格を有する救急隊員数は604人で、救急患者の救命率の向上に努めているところです。（令和3（2021）年の人口10万人あたりの救急救命士の数：県内33.2人、全国平均25.2人）
- 救急業務における教育指導体制を充実させるとともに、メディカルコントロール協議会との連携強化・円滑化により救急業務全般の質を向上させることを目的として平成26(2014)年に「指導救命士制度」が創設され、本県では令和5（2023）年4月1日現在で指導救命士に104人が認定されています。また、三重県独自の取組として、さらなる技術を身につけた上級指導救命士の認定に向けても取り組んでおり、令和5（2023）年4月1日現在で上級指導救命士に6人が認定されています。
- 令和4（2022）年の救急救命士がいる救急隊の割合は全国と同水準ですが、人口10万人あたりの救急車の稼働台数は、7.1台となっており、全国平均の5.3台よりも多い状況です。また、本県の救急救命士が常時同乗している救急車の割合は78.3%となっています。

図表5-5-4 救急隊の総数および救急救命士運用隊の割合

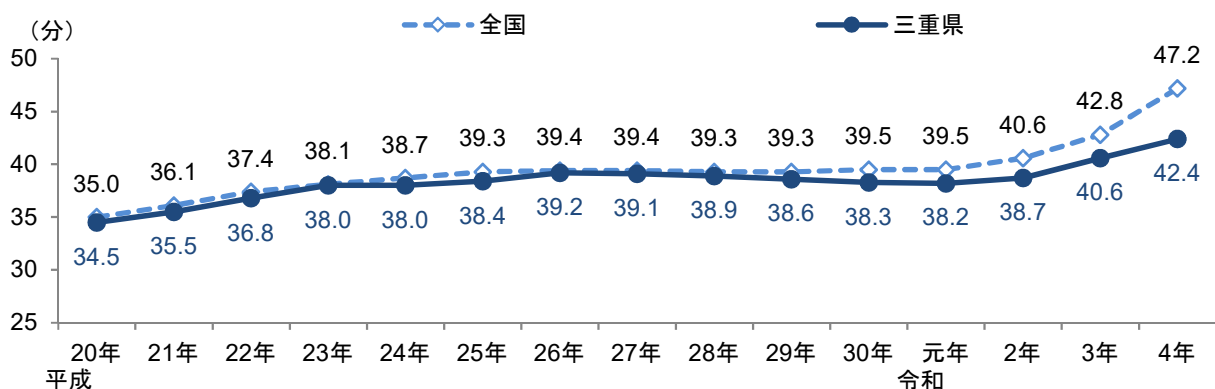
（単位：隊/年）

	救急隊の総数		救急救命士運用隊の割合
	救急隊の総数	うち救急救命士運用隊数	
全国	5,359	5,339	99.6%
三重県	106	103	97.2%

資料：消防庁「令和5年版 救急・救助の現況」

- 本県において、令和4（2022）年に救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は42.4分で、全国平均の47.2分と比べて短くなっています。

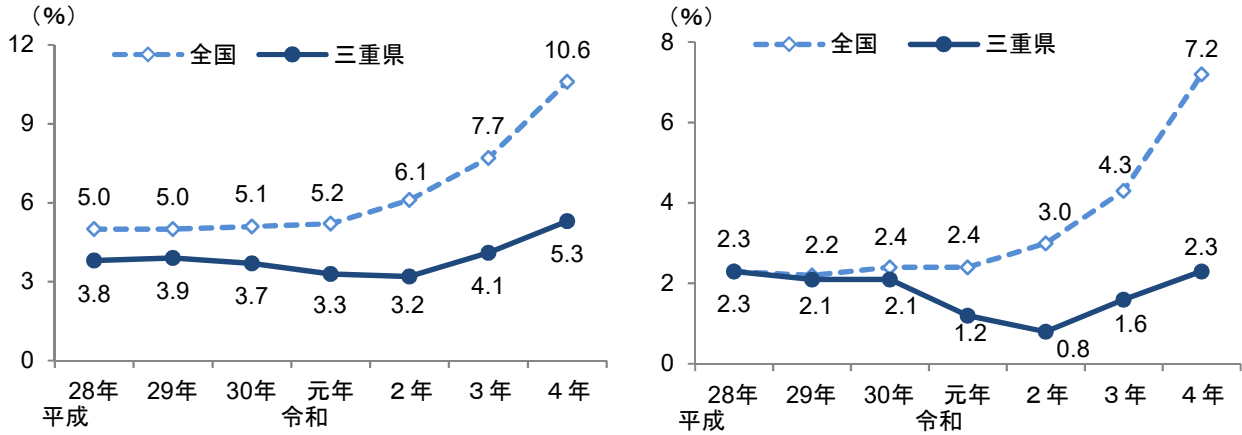
図表5-5-5 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間



資料：消防庁「救急・救助の現況」

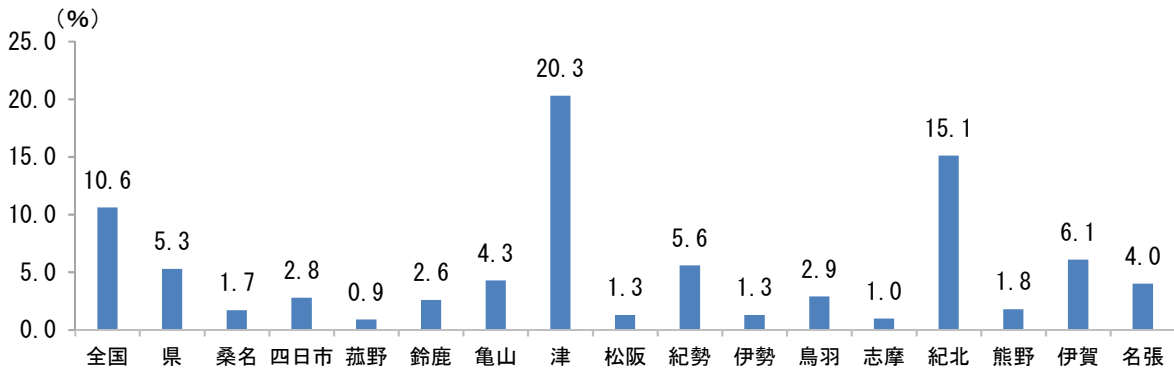
- 救急搬送の重症以上案件における現場滞在時間30分以上の割合および4回以上医療機関に受入要請を行った割合は近年減少傾向にありましたが、令和3（2021）年は新型コロナウイルス感染症の影響により搬送先医療機関の選定が困難であったこと等から増加しています。また、消防本部別にみると、特に津地域の割合が高くなっています。

図表5-5-6 (左グラフ)現場滞在時間 30 分以上の事案の割合
(右グラフ)4回以上医療機関に受入要請を行った割合



資料：消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」

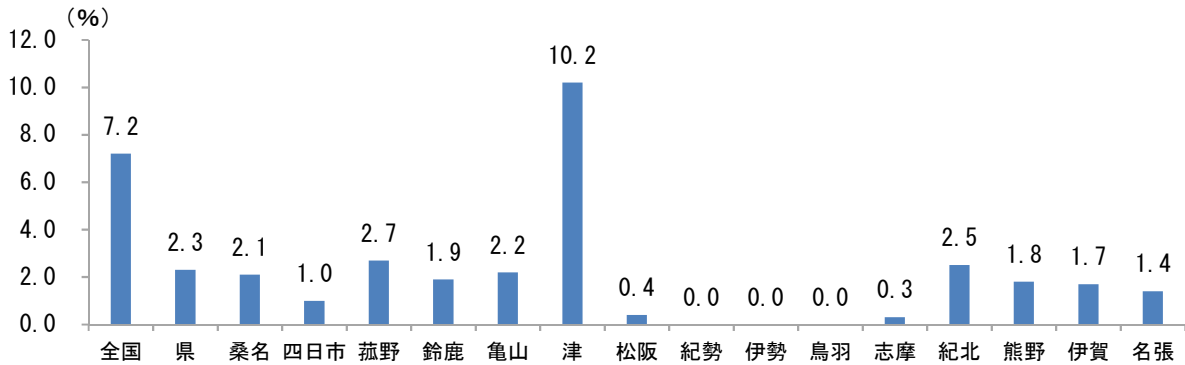
図表5-5-7 消防本部別の現場滞在時間 30 分以上の割合(重症以上案件)



※重症以上案件…初診時の傷病程度が重症（3週間以上の入院加療を必要とするもの）または死亡（初診時において、死亡が確認されたもの）の傷病者を搬送した事案です。

資料：消防庁「令和4年 救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」、三重県調査（令和4年）

図表5-5-8 消防本部別の4回以上医療機関に受入要請を行った割合(重症以上案件)



資料：消防庁「令和4年 救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」、三重県調査（令和4年）

図表5-5-9 救急車が搬送する病院を決定するまでに要した時間別対応件数

(単位：件)

救急医療圏	5分未満	5分以上 10分未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上
桑 員	856	319	88	12	2
三 泗	2,041	678	141	12	8
鈴 亀	1,305	833	194	29	16
津	418	665	445	129	94
伊 賀	1,044	841	260	52	35
松 阪	1,321	150	56	15	3
伊勢志摩	3,359	322	58	6	1
紀 北	317	143	47	14	3
紀 南	513	177	61	17	8
計	11,174	4,128	1,350	286	170

※「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適用案件が対象です。

※消防本部ごとの集計のため、松阪には、南伊勢町（旧南島町分）が含まれています。

資料：三重県調査（令和4年）

- 受入医療機関の選定が困難となる原因については、医師不足のほかに病床が満床状態にあることも一因と考えられます。急性期を脱した患者の回復期病床への移行や在宅での療養ができる体制を整備することが必要です。
- 令和4（2022）年に、一般市民が心肺機能停止の時点を目撃した、心原性的心肺機能停止傷病者の1か月後の予後について、生存率は11.6%と全国平均10.3%を上回っていますが、社会復帰率は、5.8%と全国平均6.6%を下回っています。

図表5-5-10 一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された心原性的心肺機能停止傷病者の1か月後の予後

	生存率	社会復帰率
全 国	10.3%	6.6%
三重県	11.6%	5.8%

資料：消防庁「令和5年版 救急・救助の現況」

② 初期救急医療

- 初期救急医療は、比較的軽症の患者を対象に主に外来診療により行うものであり、休日夜間は、休日夜間急患センターや在宅当番医制*により対応しています。県内では、令和5（2023）年4月1日現在、14か所に休日夜間急患センターが設置されています。また、地域の医師会等が当番（在宅当番医）を決めて、休日や夜間に患者の受入体制を整備している地域もあります。
- 三重県救急医療情報センターにおいて、「医療ネットみえ」の運営やコールセンターの電話案内により、初期救急医療の時間外受診が可能な医療機関等の情報提供を行っています。
- 「みえ子ども医療ダイヤル（#8000）*」や「子どもの救急対応マニュアル」により、小さな子どもを持つ保護者などが、子どもの病気やケガ等への対応で困った時の相談対応や家庭における応急手当等の情報提供を行っています。また、令和4（2022）年12月からは、季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症の同時流行が懸念されたことから、み

え子ども医療ダイヤル（＃8000）の相談時間を日曜日、祝日・年末年始の日中時間帯にも拡大し対応しています。

- 休日の応急的な歯科診療については、令和5（2023）年3月末現在、県内4地域において患者の受入体制を整備しています。

③ 第二次救急医療

- 第二次救急医療は、緊急の入院や手術が必要な重症の患者を対象としています。医療機関や市町等の協力により、中核的な病院が曜日等によって交代で患者を受け入れる病院群輪番制*や、一つの病院で24時間365日救急患者の受入れを行う体制が構築されています。
- 県内の第二次救急医療体制には地域ごとに課題がありますが、特に、津地域では、医療資源が分散化している等の要因もあり、現場滞在時間30分以上の割合および4回以上医療機関に受入要請を行った割合が他の救急医療圏と比較して突出しています。
- 本県が指定した救急病院、救急診療所は、57施設（令和6（2024）年4月時点）あります。

④ 第三次救急医療

- 限られた医療資源の中で安全・安心な医療を提供するためには、初期、第二次救急医療体制の確保と、重篤な患者の受入れ先となる第三次救急医療機関の充実が求められます。
- 救命救急センター*を有する病院では、脳卒中や急性心筋梗塞等の専門的な医療のみならず、重症外傷やその他の複数診療科にまたがる重篤な患者への救急医療が提供されています。なお、脳卒中や急性心筋梗塞の治療は、救命救急センターを有する医療機関以外でも行われています。
- 本県では、令和5（2023）年3月末現在、県立総合医療センター、市立四日市病院、三重大学医学部附属病院、伊勢赤十字病院の計4か所に救命救急センターがあり、重篤な救急患者等への対応を行っています。
- 離島や中山間地域、救急患者の搬送に長時間を要する地域等では、救急現場において医師による早期の治療を行い、救命救急センター等の高度な医療機関へ短時間で搬送する体制を構築することにより、救命率の向上や後遺障がいの軽減等が期待できます。
- このことから、本県では、平成24（2012）年にドクターヘリの運用を開始しています。また、自県のドクターヘリの出動中などの場合に、他県のドクターヘリの応援を要請する仕組みとして、平成30（2018）年に「三重県・奈良県・和歌山県ドクターヘリ相互応援に係る基本協定」を締結し、平成31（2019）年から三県相互応援を開始しています。
- 救命救急センター等において、消防本部から派遣された救急救命士の救命救急に係る専門的な知識・技術の習得と、救急医のタスクシフト等による二次救急、三次救急の円滑化を図ることを目的として、救命救急のスペシャリストを養成しています。

図表5-5-11 三重県ドクターヘリ運航実績

(単位：件/年)

	出動件数	出動内容	
		現場出動	病院間搬送
平成 23 年度	19	9	10
平成 24 年度	272	162	110
平成 25 年度	352	236	116
平成 26 年度	378	287	91
平成 27 年度	423	331	92
平成 28 年度	395	296	99
平成 29 年度	386	290	96
平成 30 年度	320	235	85
令和 元年度	303	230	73
令和 2 年度	238	183	55
令和 3 年度	282	250	32
令和 4 年度	244	203	41
累 計	3,612	2,712	900

資料：三重県調査

図表5-5-12 三重県・奈良県・和歌山県ドクターヘリの広域連携の件数(離陸後キャンセル含む)

(単位：件)

	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	合計
三重県から 奈良県へ出動	6	2	3	2	1	1	1	16
三重県から 和歌山県へ出動	0	3	4	1	1	1	0	10
奈良県から 三重県へ出動	0	0	4	13	11	18	14	60
和歌山県から 三重県へ出動	5	4	5	4	4	4	5	31

資料：三重県調査

図表5-5-13 特定集中治療室のある病院および病床数(令和5年9月現在)

救急医療圏	医療機関名	病床数
三泗	市立四日市病院	10
三泗	県立総合医療センター	6
津	三重大学医学部附属病院	6
津	三重中央医療センター	6
伊勢志摩	伊勢赤十字病院	8
松阪	松阪中央総合病院	6

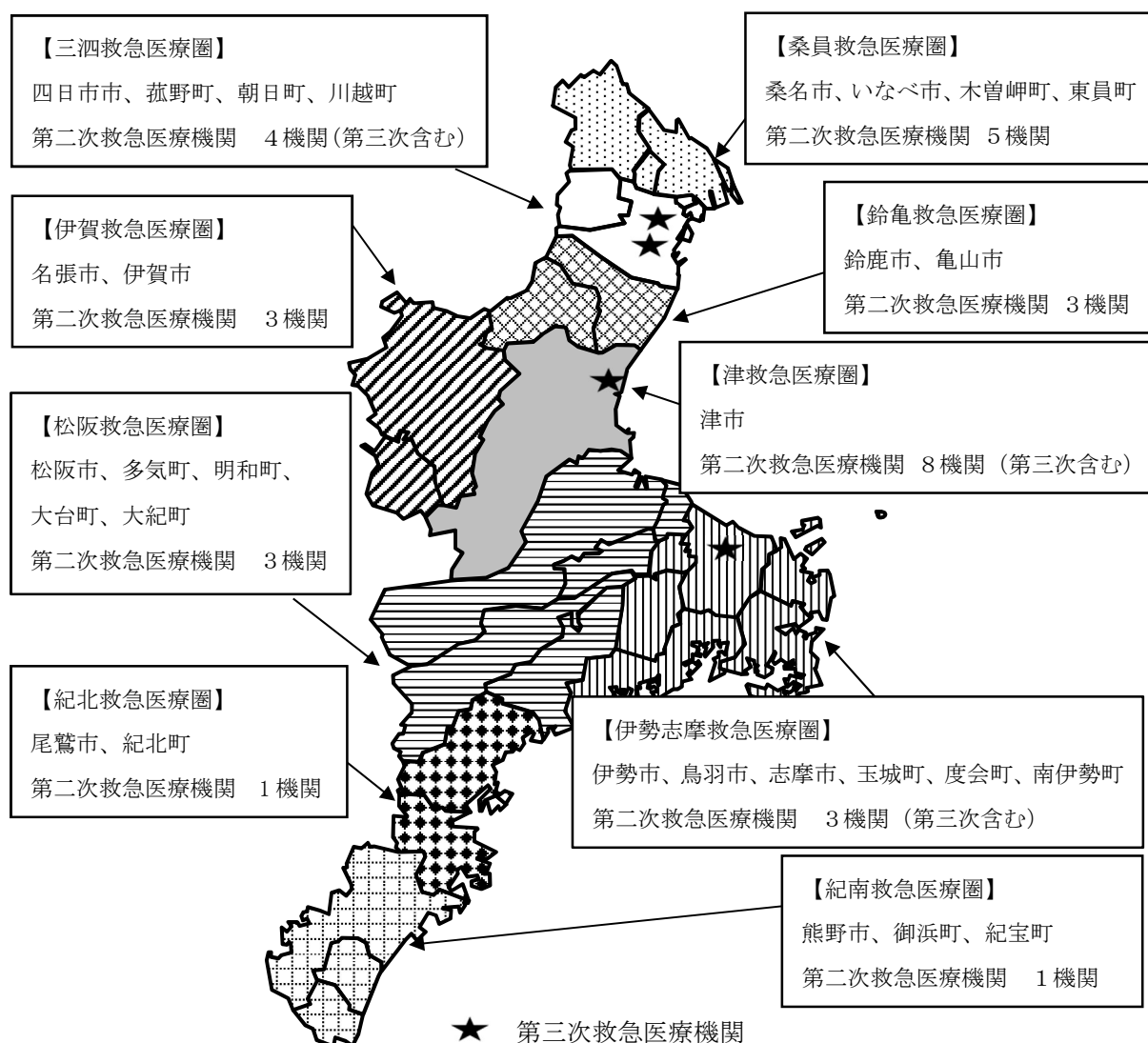
資料：厚生労働省東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」

3. 連携体制

(1) 圏域の設定

第二次救急医療に係る圏域（以下「救急医療圏」という。）については、病院前救護に係るメディカルコントロール体制等を考慮し、図表5-5-14のとおり9圏域とします。

図表5-5-14 救急医療圏域



(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 初期救急医療

- 休日夜間急患センターは、令和5（2023）年4月時点で津・松阪・伊勢志摩救急医療圏に各3か所、伊賀救急医療圏に2か所、桑員・三泗・鈴亀救急医療圏に各1か所あり、休日夜間の初期救急医療の対象となる患者に対応しています。
- 在宅当番医制は、令和5（2023）年4月現在、桑員、鈴亀、紀北、紀南の各救急医療圏で実施しており、休日夜間の初期救急医療の対象となる患者に対応しています。

② 第二次救急医療

- 令和6（2024）年4月時点で、31病院が病院群輪番制病院として、二次救急医療の対象となる患者に対応しています。また、令和6（2024）年4月時点で、57医療機関が救急告示医療機関*として指定されています。
- 救急医療圏ごとに医療機関数および医療従事者数等に差があり、それぞれの地域で課題への対応をしています。

③ 第三次救急医療

- 救命救急センターは、令和5（2023）年3月末現在、北勢医療圏に2か所、中勢伊賀医療圏に1か所、南勢志摩医療圏に1か所、計4か所に整備されています。厚生労働省の充実段階評価*では、令和4（2022）年度に全ての救命救急センターがA評価を受けています。
- 本県では、平成24（2012）年にドクターヘリを導入したことにより、伊賀地域、志摩地域、東紀州地域をはじめとする県内全域の第三次救急医療体制の強化につながっています。

④ 高度救急医療

- 令和6（2024）年4月1日から三重大学医学部附属病院を通常の救命救急センターでは対応困難な広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する救命医療を行うために必要な相当高度な診療機能を有する高度救命救急センターに指定します。

図表5-5-15 三重県ドクターヘリの出動実績(令和4年度)

消防本部	市町名	出動件数
桑名市消防本部	桑名市	3
	いなべ市	0
	木曾岬町	0
	東員町	0
四日市市消防本部	四日市市	9
	朝日町	0
	川越町	1
菰野町消防本部	菰野町	0
鈴鹿市消防本部	鈴鹿市	6
亀山市消防本部	亀山市	6
津市消防本部	津市	23
松阪地区広域消防組合	松阪市	11
	多気町	1
	明和町	0
伊勢市消防本部	伊勢市	3
	玉城町	0
	度会町	0
鳥羽市消防本部	鳥羽市	8
志摩市消防本部	志摩市	51
紀勢地区広域消防組合	大台町	7
	大紀町	11
	南伊勢町	13
三重紀北消防組合	尾鷲市	17
	紀北町	14
熊野市消防本部	熊野市	16
	御浜町	11
	紀宝町	2
伊賀市消防本部	伊賀市	18
名張市消防本部	名張市	12

※南伊勢町の旧南勢町区域は、志摩市消防本部の管轄、旧南島町区域は紀勢地区広域消防組合の管轄です。
発生市町ごとに集計をしているため、各消防本部が出動した件数とは異なる場合があります。

資料：三重県調査

(3) 医療提供体制

図表5-5-16 救急医療を担う医療機関(令和6年4月1日現在)

救急医療圏	市町	初期救急医療機関 (令和5年4月1日現在)				第二次救急医療機関		第三次救急医療機関 (救命救急センター)	高度救命救急センター
		休日夜間 急患センター	休日		平日	在宅当番医制	施設		
			昼間	準夜					
桑員	桑名市 いなべ市 木曾岬町 東員町	桑名市 応急診療所	○		○ ※1	桑名医師会 (2施設)	(病院群輪番制参加病院) 桑名市総合医療センター、 青木記念病院、 ヨナハ丘の上病院、 もりえい病院、いなべ総合病院		
						いなべ医師会 (23施設)			
						(その他の救急告示医療機関) 桑名病院、日下病院、青木内科			
三四	四日市市 菰野町 朝日町 川越町	四日市市 応急診療所	○				(病院群輪番制参加病院) 県立総合医療センター、 市立四日市病院、 四日市羽津医療センター、 菰野厚生病院		
						(その他の救急告示医療機関) 小山田記念温泉病院、富田浜病院、 山中胃腸科病院、主体会病院、 四日市消化器病センター、みたき総合病院			
鈴亀	鈴鹿市 亀山市	鈴鹿市 応急診療所	○	○	○	亀山医師会 (30施設)	(病院群輪番制参加病院) 鈴鹿中央総合病院、 鈴鹿回生病院、 亀山市立医療センター	県立総合 医療センター (四日市市)	
						(その他の救急告示医療機関) 高木病院、塩川病院、川口整形外科、村瀬病院			
津	津市	津市 応急クリニック	○	○	○		(病院群輪番制参加病院) 武内病院、永井病院、遠山病院、 吉田クリニック、岩崎病院、 津生協病院、 三重中央医療センター、 三重大学医学部附属病院	市立 四日市病院 (四日市市)	
		津市こども応急ク リニック・休日デ ンタルクリニック	※2	※3	※3				
		津市久居休日応急 診療所	○			(その他の救急告示医療機関) 若葉病院、県立一志病院、榊原温泉病院、 大門病院			
伊賀	名張市 伊賀市	名張市 応急診療所	○	○	○		(病院群輪番制参加病院) 上野総合市民病院、 岡波総合病院、名張市立病院	三重大学 医学部 附属病院 (津市)	
		伊賀市 応急診療所	○	○	○	(その他の救急告示医療機関) 金丸脳脊椎外科クリニック			
松阪	松阪市 多気町 明和町 大台町 大紀町	松阪市休日 夜間応急診療所	○	○	○		(病院群輪番制参加病院) 松阪市民病院、 松阪中央総合病院、 済生会松阪総合病院	伊勢赤十字 病院 (伊勢市)	
		いおうじ 応急クリニック	※5	※5	※5				
		松阪市歯科 休日応急診療所	○			(その他の救急告示医療機関) 大台厚生病院、三重ハートセンター			
伊勢志摩	伊勢市 鳥羽市 志摩市 玉城町 度会町 南伊勢町	伊勢市休日・ 夜間応急診療所	○	○	○		(病院群輪番制参加病院) 伊勢赤十字病院、 市立伊勢総合病院、 県立志摩病院		
		鳥羽市休日・ 夜間応急診療所	○		○ ※7				
		志摩市休日 夜間応急診療所	○		○ ※8	(その他の救急告示医療機関) 伊勢ひかり病院、町立南伊勢病院、 志摩市民病院、南島メディカルセンター、 伊勢田中病院			
紀北	尾鷲市 紀北町					紀北医師会 (10施設)	(病院群輪番制参加病院) 尾鷲総合病院		
						(その他の救急告示医療機関) 長島回生病院			
紀南	熊野市 御浜町 紀宝町					紀南医師会 (15施設)	(病院群輪番制参加病院) 紀南病院		

※1 土曜日のみ ※2 小児科(日・祝・休日の午前および午後) ※3 小児科のみ ※4 毎日(20時~22時30分 内科・小児科)、土曜日(24時~翌6時 内科・小児科)、日曜祝日(9時~12時 14時~17時 内科・小児科・外科) ※5 日・祝・火・木・金曜日のみ、木曜日は12時30分から ※6 日・祝(9時~12時)のみ ※7 木・金・土曜日のみ ※8 月・火・水・土曜日のみ

(4) 各救急医療圏における現状

- 初期、第二次救急医療体制の維持が困難となっている地域があり、地域メディカルコントロール協議会等の場で、対応策についての協議が行われています。

図表5-5-17 各救急医療圏における現状

救急医療圏	現状
桑員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、桑名市応急診療所といなべ総合病院が、中心となって対応しています。 ・ 第二次救急医療については、桑名市総合医療センター、青木記念病院、ヨナハ丘の上病院、もりえい病院、いなべ総合病院が病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 第二次・第三次救急医療については、三泗救急医療圏、愛知県等、圏域を越えた搬送があります。 ・ 桑名市消防本部では、メディカルコントロール体制の充実強化を進めるとともに、病院前救護体制の改善に努めています。 ・ 桑名市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（くわな健康・医療相談ダイヤル24）を実施しています。
三泗	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、四日市市応急診療所と病院群輪番制病院が協力し対応しています。 ・ 第二次救急医療については、市立四日市病院、県立総合医療センター、四日市羽津医療センター、菰野厚生病院が病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 市立四日市病院、県立総合医療センターが、第三次救急医療機関として、北勢地域の重篤な救急患者に対応しています。
鈴亀	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、鈴鹿市応急診療所や亀山医師会の在宅当番医制度等により対応しています。 ・ 第二次救急医療については、鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院、亀山市立医療センターが病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 鈴鹿市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（鈴鹿市医療・健康相談ダイヤル24）を実施しています。
津	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、津市こども応急クリニック・休日デンタルクリニック、津市応急クリニック、津市久居休日応急診療所において対応しています。 ・ 第二次救急医療機関の受入体制の充実を図るため、郡市医師会や三重大学が連携して、第二次救急医療機関への医師の派遣等診療支援の取組を進めています。 ・ 第二次救急医療については、8病院の病院群輪番制で対応しています。 ・ 三重大学医学部附属病院は、第三次救急医療機関として、主に津救急医療圏・伊賀救急医療圏の重篤な救急患者に対応しています。 ・ 津市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（津市救急・健康相談ダイヤル24）を実施しています。

救急医療圏	現状
伊賀	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、名張市応急診療所と伊賀市応急診療所において対応しています。 ・ 第二次救急医療については、上野総合市民病院、岡波総合病院、名張市立病院が協力して、病院群輪番制病院として対応しています。また、それぞれの病院が現状の医療資源を生かした特色ある医療をめざして、医師確保や医療体制の充実に努めています。 ・ 第二次・第三次救急医療については、津救急医療圏および奈良県、滋賀県等、圏域を越えた搬送があります。 ・ 伊賀市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（伊賀市救急・健康相談ダイヤル24）を実施しています。
松阪	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、松阪市休日夜間応急診療所、いおうじ応急クリニック、松阪市歯科休日応急診療所において対応しています。 ・ 松阪市、郡市医師会、消防本部等の協議により、初期救急患者は松阪市の応急診療所等で対応し、第二次救急患者のみ病院群輪番制病院で対応するなど、機能分担を図ることで救急医療に対応しています。 ・ 第二次救急医療については、松阪市民病院、松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院が協力して、病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 松阪地区広域消防組合（松阪市、多気町、明和町）では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（松阪地区救急相談ダイヤル24）を実施しています。
伊勢志摩	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、伊勢市休日・夜間応急診療所、鳥羽市休日・夜間応急診療所、志摩市休日夜間応急診療所において対応しています。 ・ 第二次救急医療については、伊勢赤十字病院、市立伊勢総合病院、県立志摩病院が協力して、病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 伊勢赤十字病院は、救命救急センターを中心として高度な救命救急医療を担う第三次救急医療機関として、伊勢志摩地域だけでなく県南部の中核病院として、広範囲に救急患者を受け入れる体制を整備しています。 ・ 伊勢市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（伊勢市健康医療ダイヤル24）を実施しています。
紀北	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、紀北医師会医師が尾鷲総合病院で、救急外来の対応を行っています。また、紀北町で、月に2回、日曜日に在宅当番医制による対応を行っています。 ・ 第二次救急医療については、尾鷲総合病院が病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 尾鷲総合病院では、脳や心臓に関する専門医および医療機器が不足しており、救急医療対応が困難な場合があります。 ・ 第三次救急患者への対応は、県ドクターヘリとともに、和歌山県のドクターヘリを活用しています。
紀南	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、休日は紀南医師会の当番医が、夜間については紀南病院の救急外来が対応しています。 ・ 第二次救急医療については、紀南病院が病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 第三次救急患者への対応は、県ドクターヘリとともに、和歌山県のドクターヘリを活用しています。 ・ 紀南病院は、和歌山県の新宮市立医療センターとの県境を越えた広域的な連携を行っています。

4. 課題

(1) 救急医療提供体制

- 令和2（2020）年の救急科における人口10万人あたりの医療施設従事医師数は1.6人で、全国平均の3.1人を下回り全国最下位（47位）であり、医師確保が喫緊の課題となっています³。
- 症状の程度が軽度な患者は、かかりつけ医や休日夜間急患センター、あるいは「医療ネットみえ」等により紹介された初期救急医療機関へ、また、明らかに重症な患者は第二次救急医療機関へ、さらに、生命の危機が差し迫っている患者は第三次救急医療機関へという、本来あるべき救急患者の受入れに係る連携体制の構築に引き続き取り組むことが必要です。
- 高齢者の救急搬送が増加傾向にあり、今後も、高齢化の進展とともに救急搬送に占める高齢者の割合の増加が見込まれます。高齢者の救急搬送に係る課題に取り組むため、医療機関、消防機関、地域包括ケア関係者等による多職種連携会議の開催回数を増やすことが必要です。

① 病院前救護体制

- 平成22（2010）年に策定した「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の円滑な運用を進めるとともに、今後も調査分析結果をふまえた継続的な見直しが必要です。
- 救急救命士の資質向上のため、実習病院の充実と確保が必要です。
- AEDを用いた応急手当に係る地域住民への普及啓発の推進のため、県内消防本部や医療関係団体と連携した取組が必要です。
- 緊急性の高い患者が適切な医療を受けられるよう、救急車の適正利用および救急医療機関の受診に関する普及啓発を行う必要があります。
- 救急出動の事後検証や救急救命士の再教育を行う地域メディカルコントロール体制の充実・強化が必要です。

② 初期救急医療

- 応急診療所を維持するとともに、応急診療所がない地域においては診療所における在宅当番医制への参加を促し、休日夜間における初期救急医療を担う医療機関を確保することが必要です。
- 夜間・休日に受診できる初期救急医療機関の情報提供について、市町等と連携し、強化することが必要です。
- 「医療ネットみえ」の参加登録医療機関数を増やすことが必要です。

③ 第二次救急医療

- 医師不足等の理由により第二次救急医療の提供が困難となり、病院群輪番制の維持が課題となっている地域があります。
- 症状の程度が軽度な患者であっても第二次救急医療機関を受診する傾向が一定あり、特に、

³ 出典：厚生労働省「令和2年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

病院群輪番制病院等において対応すべき、重症な救急患者の診療に支障をきたしていることから、県民の適切な受診行動を促進することが必要です。

④ 第三次救急医療

- 令和4（2022）年の救命救急センターにおける救急担当専任医師数は人口10万人あたり1.5人（全国45位）で、全国平均の2.7人と比べて少なくなっています。また、救急担当専任看護師数は人口10万人あたり11.8人（全国34位）で、こちらも全国平均の13.5人と比べて少なくなっており、医師・看護師不足の解消が課題です。
- 紀北・紀南救急医療圏で構成される東紀州医療圏には第三次救急医療機関がないため、隣接地域の医療機関への負担が大きく、県内全域での支援体制の強化が必要です。
- 災害時や重複要請時のドクターヘリの運航について、近隣県との連携を強化することが必要です。
- ドクターヘリの円滑な運航体制を維持するため、訓練の実施や搬送事例の検証等を引き続き行うことが必要です。

⑤ 急性期を脱した患者への後方支援について

- 急性期病院で救急医療を受けた患者が、回復期、維持期へと円滑に移行し、地域へ戻ることができるよう、在宅医療の充実や多職種との連携を図るとともに、地域連携クリティカルパスの構築等、医療機関同士の連携強化を図ることが必要です。

⑥ 新興感染症の発生・まん延時の救急医療

- 新型コロナウイルス感染症の対応をふまえて、感染症対応と通常の救急医療を両立できる体制を構築することが必要です。

(2) 各救急医療圏の体制

- 救急搬送件数の増加に対応するとともに、受入医療機関要請回数の減少等を図るため、第二次および第三次救急医療体制のさらなる充実が求められています。
- 救急医療機関における受入患者の入院長期化、介護施設からの肺炎患者等の多数受入れにより、一時的に救急患者の受入れが制限されるなど、いわゆる出口問題が生じています。

図表5-5-18 各救急医療圏における課題

救急医療圏	課題
桑員	<ul style="list-style-type: none"> 第二次救急医療については、病院群輪番制病院により体制が維持されているものの、病院勤務医が少なく、第二次救急医療体制の維持が困難な状況となっています。 県外への搬送については、桑名市総合医療センターの設立により以前より減少したものの、依然として隣接する愛知県等への県外搬送が少なくないため、隣接する医療圏に所在する医療機関との連携が必要です。
三泗	<ul style="list-style-type: none"> 地域住民の高齢化の進展による救急搬送患者の増加を見込んで、第二次・第三次救急医療機関と急性期を脱した患者の受入医療機関との機能分化および連携により、出口問題の解消を図ることが必要です。 隣接地域からの救急搬送患者に対応するため、関係する医療機関の連携や機能分化を図ることが必要です。
鈴亀	<ul style="list-style-type: none"> 第二次救急医療については、鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院および亀山市立医療センターの連携により対応していますが、他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。 亀山市において第二次救急医療を担う亀山市立医療センターにおける医師の充足が必要です。これらをふまえ、鈴鹿救急医療圏の今後の第二次救急医療のあり方について協議・検討が必要です。
津	<ul style="list-style-type: none"> 第二次救急医療体制の強化が図られてきましたが、受入医療機関の要請回数が4回以上となった事案、病院選定時間が30分以上を要する事案の割合は横ばい状態であり、県内他地域と比較すると、高い状況にあります。 病院群輪番制病院の多くが中小規模病院であり、今後、高齢化の進展に伴い、引き続き救急医療に係る高い需要が見込まれることから、医療機関の連携や機能分化を図ることにより、さらに第二次救急医療体制を強化する必要があります。
伊賀	<ul style="list-style-type: none"> 現在3病院による病院群輪番制が維持されていますが、常勤医師数が少ない状況です。 他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。
松阪	<ul style="list-style-type: none"> 紀勢地域の救急医療体制の確立が必要です。 休日応急診療所を含め地域の初期救急医療を担当する医師が不足しており、医師の確保が必要です。 松阪地域、紀勢地域ともに人口1万人あたりの救急件数が、県や全国と比較しても高い状態が続いているため、対策を検討する必要があります。
伊勢志摩	<ul style="list-style-type: none"> 病院群輪番制病院が中心となって第二次救急医療が実施されているものの、伊勢志摩地域全体において、医師・看護師等の医療従事者の不足から、救急医療体制の維持が困難な状況となっています。 県立志摩病院において、さらなる救急医療提供体制の充実が必要です。
紀北	<ul style="list-style-type: none"> 尾鷲総合病院では、医師不足の中で救急医療対応が困難な状況が続いており、特に専門的領域の医師確保が課題となっています。 他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。
紀南	<ul style="list-style-type: none"> 紀南病院では医師不足の中で救急医療対応が困難な状況が続いており、特に専門的領域の医師確保が課題となっています。 他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。

5. ロジックモデル

番号	具体的施策	番号	中間アウトカム	番号	分野アウトカム
【県民の適切な受診行動の促進】					
1	初期救急医療機関の情報提供および案内業務の充実	1	県民の適切な受診行動の推進	1	県民が重症度・緊急度に応じた適切な医療を受けることができる
	指標 救急医療情報システム参加医療機関数		指標 軽症者搬送割合		指標 一般市民が心肺機能停止の時点を目撃した、心原性的心肺機能停止傷病者の1か月後の予後
	指標 救急医療情報センター電話案内件数				
2	医療ネットみえアクセス件数				
	電話相談事業の充実				
2	指標 #8000 相談件数				
	指標 #8000 応答率				
【病院前救護体制の充実】					
3	県民に対する救急蘇生法、予防救急等の普及啓発の実施	2	病院前救護体制の充実		
	指標 県民の救急蘇生法講習等の受講者数		指標 重症以上の事案における、救急車の現場滞在時間が30分以上の割合および4回以上医療機関に受入要請を行った割合		
4	メディカルコントロール体制の強化				
	指標 救急救命士が常時同乗している救急車の割合				
	指標 救急要請（覚知）から救急医療機関搬送までに要した時間				
【地域包括ケアシステムと救急医療の連携の促進】					
5	終末期の患者への対応および普及啓発	3	地域包括ケアシステムと救急医療の連携の促進		
	指標 心肺蘇生*を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合		指標 多職種連携会議の開催回数		
【三次救急医療体制の充実】					
6	重症患者への対応および普及啓発	4	三次救急医療体制の充実		
	指標 救命救急センターの応需率		指標 人口10万人あたりの救命救急センターの専任医師数・専任看護師数		
	指標 ドクターヘリ出動件数				

6. 目標と施策

(1) 数値目標

目標項目	現状値	目標値	目標値の説明	データ出典
救急医療情報システム参加医療機関数	753 機関 【R 5.12 末】	837 機関以上	初期救急医療の充実のため、救急医療情報システムに参加登録している医療機関数を増加することを目標とします。	三重県調査
重症以上の事案における、救急車の現場滞在時間が30分以上の割合および4回以上医療機関に受入要請を行った割合	【30分以上】 5.3% 【R 4】	【30分以上】 3.3%以下	重症以上の事案における、救急車の現場滞在時間が30分以上および4回以上医療機関に受入要請を行った割合の低減を目標とします。	救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査
	【4回以上】 2.3% 【R 4】	【4回以上】 1.5%以下		
救急搬送患者のうち、傷病程度が軽症であった人の割合	53.5% 【R 4】	47.6%以下	救急搬送患者のうち、診療の結果として帰宅可能な軽症者の割合の低減を目標とします。	救急・救助の現況
地域で行われている多職種連携会議の開催回数	18回 【R 5】	38回	地域包括ケアシステムと救急医療の連携の促進のため、消防機関や地域包括ケアシステム関係者などが参画する多職種連携会議の開催回数（各地域メディカルコントロール協議会および各市町の地域包括ケアシステムに関する会議で1回ずつ）を目標とします。	三重県調査
人口10万人あたりの救命救急センターの専任医師数および専任看護師数 ()内は実数	【医師】 1.5人 (26人) 【R 4】	【医師】 2.7人以上 (47人)	第三次救急医療体制の充実のため、人口10万人あたりの救命救急センターの専任医師数および専任看護師数を全国平均（医師：2.7人、看護師：13.5人）まで増加させることを目標とします。	救命救急センター充実段階評価
	【看護師】 11.8人 (210人) 【R 4】	【看護師】 13.5人以上 (241人)		救急医療提供体制の現況調べ
心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）の1か月後の予後	【生存率】 11.6% 【R 4】	【生存率】 12.5%以上	県民が重症度・緊急度に応じた適切な医療を受けられるよう、一般市民が心肺停止の時点を目撃した、心原性的心肺機能停止傷病者の1か月後の予後を全国の過去10年（平成25～令和4年）平均まで引き上げることがを目標とします。	救急・救助の現況
	【社会復帰率】 5.8% 【R 4】	【社会復帰率】 8.1%以上		

(2) 取組内容

取組方向1：県民の適切な受診行動の促進

- 県民に対し、かかりつけ医の必要性や救急医療に関する情報提供を行うとともに、救急車の適正な利用等、適切な受診行動に関する啓発を行います。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 「医療ネットみえ」や三重県救急医療情報センターによる初期救急医療機関の情報提供および案内業務の充実を図り、県民の適切な受診行動を促進します。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 小さな子どもを持つ保護者等を対象に、「子どもの救急対応マニュアル」や「みえ子ども医療ダイヤル（#8000）」による情報提供や相談事業を行います。(医療機関、関係機関、市町、県)

取組方向2：病院前救護体制の充実

- 県民に対する応急手当の普及啓発のため、県内消防本部や医療関係団体と連携した取組を促進します。(消防機関、関係機関、市町、県)
- AEDが必要なときに活用されるよう、設置場所についての情報提供を行います。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 救急救命士の再教育や事後検証等が円滑に推進されるよう、三重県メディカルコントロール協議会および各地域メディカルコントロール協議会が連携して体制の強化を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 三重県メディカルコントロール協議会で検討した課題等を各地域メディカルコントロール協議会において具体的に検討し、詳細な運用方法を策定します。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 救急救命士が行う気管挿管や薬剤投与といった手技等の維持・向上のため、ブラッシュアップ講習を実施します。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 「指導救命士制度」を運用し、救急救命士をはじめとした救急隊員の指導的役割を担う指導救命士の育成に努め、救急業務の充実を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 三重県独自の制度である上級指導救命士の認定にも引き続き取り組みます。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適応事案に関する調査分析結果をふまえた検討を行い、傷病者の状況に応じた適切な搬送および受入体制の構築を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)

取組方向3：初期、第二次、第三次救急医療体制の充実

- 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に努めるとともに、三重県地域医療支援センター*等と連携し、救急医療を担う若手病院勤務医の確保を進めます。併せて、令和6（2024）年度以降の三重大学医学部地域枠B入学者に対して、救急科を含めた特定の診療科について診療科指定を行い、将来において県内の救急医療を

担う医師確保を進めます。(医療機関、三重大学、県)

- 地域包括ケアシステムの構築に向け、県および地域のメディカルコントロール協議会等を活用して、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を構築し、地域で連携したきめ細やかな取組を進めます。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 医療機関や市町、医師会等関係機関と協力し、初期救急医療を担う医療機関の増加に努めます。(医療機関、関係機関、市町、県)
- 地域のメディカルコントロール協議会等において、広域的対応や疾患別役割分担等の検討による効果的なネットワークづくりに向けた協議を進め、第二次救急患者や第三次救急患者の迅速な搬送および受入れができる体制づくりを進めます。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 急性期病院で救急医療を受けた患者が、回復期、維持期へと円滑に移行し、地域へ戻ることができるよう在宅医療の充実と多職種の医療関係者との連携を図るとともに、地域連携クリティカルパスの構築等、医療機関同士の連携強化を図ります。(医療機関、市町、県)
- 高齢者の救急搬送に係る課題に取り組むため、医療機関、消防機関および地域包括ケア関係者等の多職種による連携や情報共有を進めます。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 紀北救急医療圏、紀南救急医療圏については、第二次救急医療機関の機能強化を図るとともに、県ドクターヘリや、相互応援協定を締結している他県ドクターヘリの活用など、重症患者に対する広域的な救急医療体制の充実強化を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県)
- 県ドクターヘリの運用にあたり、近隣県との連携や訓練等の実施により、運航体制の強化を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で議論する体制の構築を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 病院前救護の担い手として専門的な知識、技術を有し、第二次救急医療や第三次救急医療における救急医のタスクシフトが期待される救急救命士を育成するため、救急ワークステーション*等の推進を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県)
- ドクターカーの運用について、国の動向を注視しながら、活用方法も含め検討を進めます。(医療機関、消防機関、市町、県)
- 特殊疾病患者に対する救急医療を確保するため、三重大学医学部附属病院を高度救命救急センターに指定し、高度医療の充実を図ります。(医療機関、三重大学、県)
- 三重大学医学部附属病院への高度救命救急センター設置に伴い、通常の救命救急センターとの役割分担を進めていくため、加えて、東紀州医療圏(紀北救急医療圏および紀南救急医療圏)もカバーする形での重篤患者の迅速な受入体制を充実させるため、津救急医療圏や松阪救急医療圏に新たに救命救急センターの設置を検討します。(医療機関、関係機関、市町、県)

取組方向4：新興感染症発生・まん延時の救急医療対応

- 救急患者を受け入れるために必要な感染防護や感染制御等の対策を講じることができる人

材を、国の実施するDMA T*研修等を活用し、平時から育成する体制を整えます。(医療機関、関係機関、県)

- #8000 等の電話による相談体制を平時から充実させ、新興感染症のまん延により救急外来の需要が急増した際にも対応できる体制を整えます。また、新興感染症のまん延により、自宅療養者の発生が想定される場合は、療養者からの相談等を受け付ける電話相談窓口の設置や救急車の適正利用に関する啓発の強化を実施するとともに、消防機関に対して、病床使用率を含む入院受入医療機関の情報提供を行うことで、救急医療体制の維持を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 重症患者や特別な配慮が必要な患者(妊産婦・小児・透析患者・精神疾患を有する患者)に対応可能な受入医療機関を医療措置協定の締結等を通じて確保するとともに、協定締結状況をふまえた連携のあり方について、関係機関および関係団体と連携の上検討し、新興感染症の発生・まん延時の患者の受入れに対応できる体制を整えます。(医療機関、関係機関、県)

- 石川県を中心に大きな被害を及ぼした令和6(2024)年能登半島地震において、本県からもDMA TやDPA T*、日赤救護班をはじめ多くの支援チームが派遣されています。特に被害が大きかった輪島市や珠洲市などでは、人的被害に加え、道路やライフラインの復旧が進まず、救急医療提供体制が崩壊し、病院・施設避難を余儀なくされた例もありました。三重県においても南海トラフ巨大地震の発生が懸念されており、今回の対応をふまえ、災害発生時の救急医療体制のあり方について、今後、協議・検討していく必要があります。

第6節 | 災害医療対策

1. めざす姿

(1) めざす姿

災害時においても必要な医療が提供できる体制の構築をめざします。

- 医療機関等において、災害医療提供体制が強化されています。
- 災害医療コーディネートを担う人材や保健医療活動チーム等の育成が進んでおり、災害時に支援を必要とする場所へ速やかに応援チームの派遣や医薬品等の供給ができる体制が構築されています。
- 訓練や協議会、研修会などを通じて、関係機関の連携体制が強化されています。

(2) 取組方向

取組方向1： 医療機関等における災害医療体制の強化

取組方向2： 人材育成および保健医療福祉調整本部の体制整備

取組方向3： 関係機関等との連携強化

2. 現状

(1) 想定される災害

- 災害には、地震、津波、風水害等の自然災害から、海上災害、航空災害、鉄道災害、道路災害、大規模な事故による災害に至るまでさまざまな種類があります。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や発生時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。
- 南海トラフ地震等の巨大地震が100～150年周期で発生しており、近い将来、これらの地震が発生し、本県においても大きな被害がもたらされることが予想されています。
- 昭和34（1959）年の台風15号（伊勢湾台風）において、県内では約32万人が被災し、そのうち死者・行方不明者は1,281人にのぼりました。また、平成23（2011）年の紀伊半島大水害など台風や豪雨による災害も多く発生しています。

図表5-6-1 南海トラフの巨大地震による被害想定(理論上最大・過去最大)

	理論上最大クラス	過去最大クラス
死者数	約 53,000 人	約 34,000 人
負傷者数	約 62,000 人 (うち、重傷者 約 18,000 人)	約 17,800 人 (うち、重傷者 約 2,800 人)
建物全壊・消失数	約 248,000 棟	約 70,000 棟

資料：三重県地震被害想定結果（平成26年3月）

(2) 災害医療体制

① 医療機関等における体制整備

- 各医療機関は施設の耐震化に取り組んでおり、県内 93 病院のうち、院内の敷地で患者が利用する全ての建物（病棟部門、外来診療部門、手術検査部門）が耐震化済みの病院の割合は 83.9%です。
- 各医療機関はBCPの考え方に基づいた災害医療マニュアル（以下「BCP」という。）の策定に取り組んでおり、策定済みの病院の割合は 75.3%です。

図表5-6-2 病院の災害への対応体制

項目	災害拠点病院*		災害拠点病院以外の病院	
	病院数	割合	病院数	割合
全ての施設が耐震化されている病院	16	94.1%	62	81.6%
応急資機材等を有する病院	16	94.1%	59	77.6%
受水槽・井戸設備がある病院	16	94.1%	-	-
医薬品の優先供給の協定を締結している病院	11	64.7%	-	-
敷地内にヘリポートを有する病院	9	52.9%	-	-
通常時の6割程度以上の発電容量のある自家発電機等を確保している病院	17	100.0%	28	36.8%
BCPを策定している病院	17	100.0%	53	69.7%
災害時、院内のスペースを有効活用するレイアウトを検討している病院	12	70.6%	-	-

※拠点病院(17)、拠点病院以外の病院(76)

資料：三重県調査（令和5年8月）

- 浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）または津波災害警戒区域に所在している 38 病院のうち、止水・浸水対策を講じている病院の割合は 78.9%です。

図表5-6-3 病院の浸水対策状況

項目	災害拠点病院		災害拠点病院以外の病院	
	病院数	割合	病院数	割合
嵩上げや盛土	3	42.9%	5	16.1%
止水板等の設置	3	42.9%	1	3.2%
土のうの設置	4	57.1%	14	45.2%
医療用設備の高所への移設	2	28.6%	5	16.1%
電気設備の高所への移設	4	57.1%	11	35.5%
排水ポンプの設置	3	42.9%	4	12.9%
雨水貯留槽の設置	1	14.3%	3	9.7%
対策できていない	0	0.0%	8	25.8%

※浸水想定区域または津波災害警戒区域に所在しているとされている 38 病院（うち災害拠点病院が 7 病院）を分母としています。対策については複数回答のため、合計は 100%とはなりません。

資料：三重県調査（令和5年8月）

- 各医療機関は、災害時における通信手段の確保や、燃料、飲料水、食料、医薬品の備蓄に取り組んでいます。

図表5-6-4 病院の災害時における通信手段の確保状況

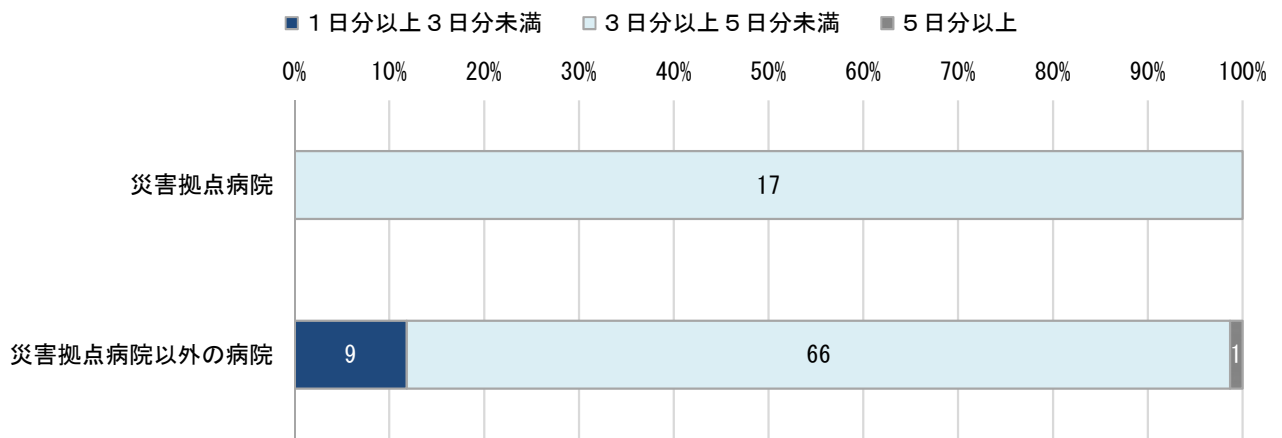
項目	災害拠点病院		災害拠点病院以外の病院	
	病院数	割合	病院数	割合
衛星携帯電話	17	100.0%	14	18.4%
防災行政無線	17	100.0%	18	23.7%
デジタル簡易無線	11	64.7%	10	13.2%
アマチュア無線	1	5.9%	3	3.9%
その他	0	0.0%	8	10.5%
確保できていない	0	0.0%	34	44.7%

※複数回答のため、合計は100%とはなりません

※拠点病院(17)、拠点病院以外の病院(76)

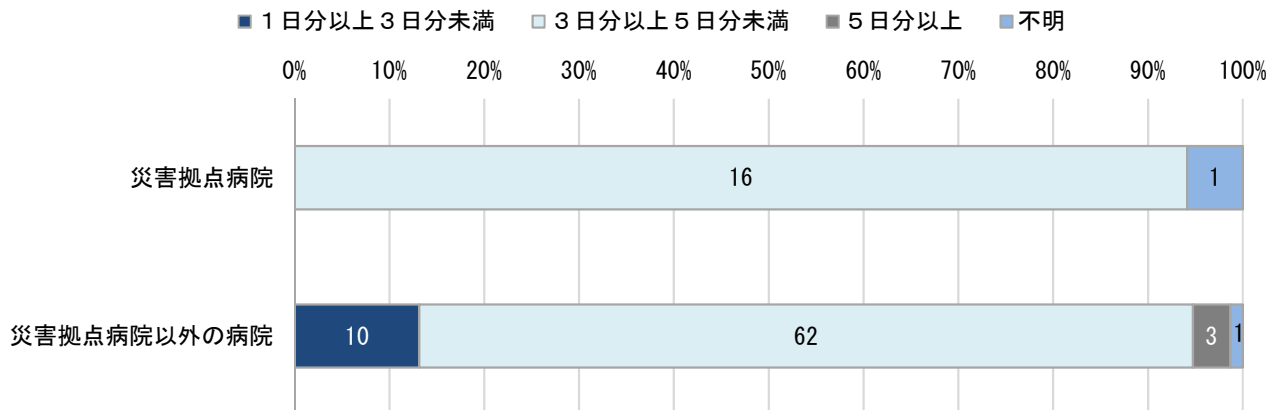
資料：三重県調査（令和5年8月）

図表5-6-5 病院の食料の備蓄状況



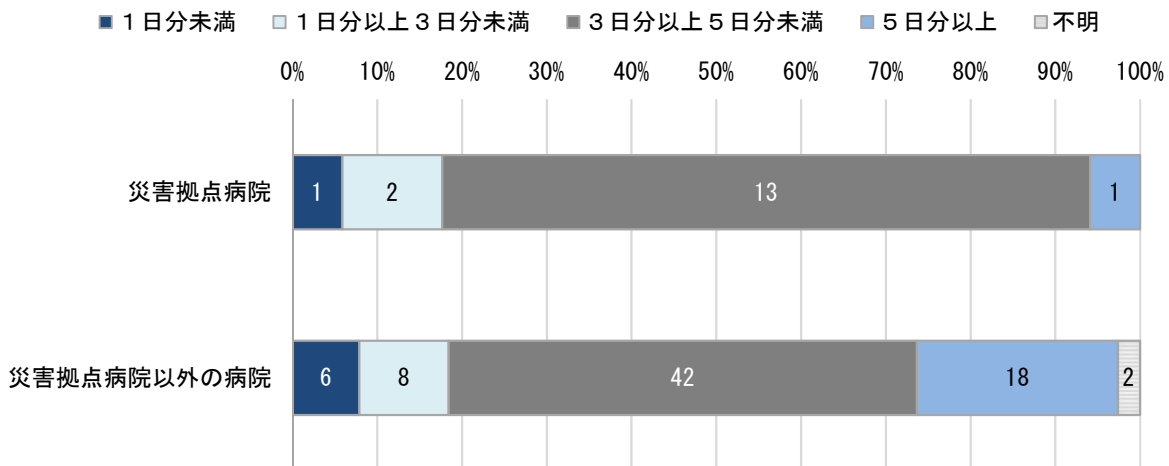
資料：三重県調査（令和5年8月）

図表5-6-6 病院の飲料水の備蓄状況



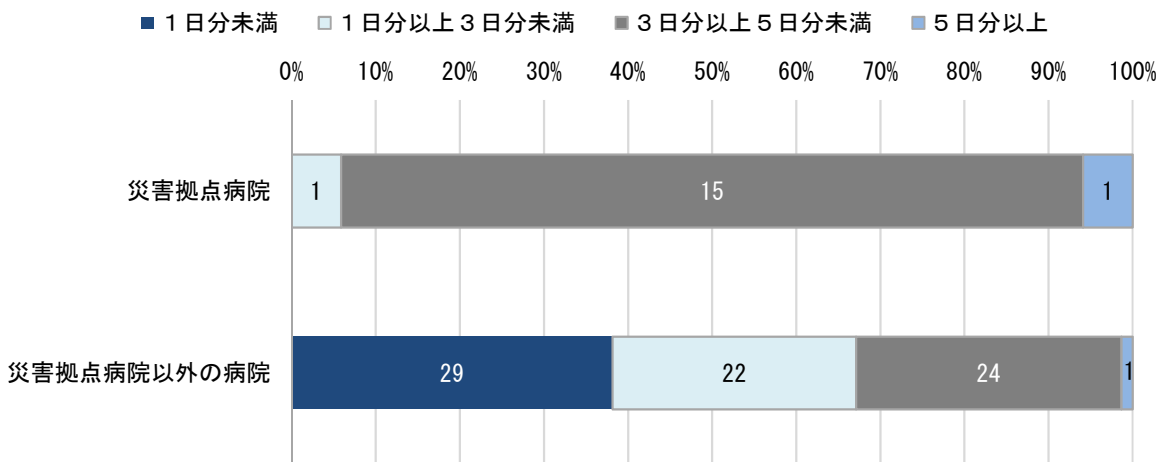
資料：三重県調査（令和5年8月）

図表5-6-7 病院の医薬品の備蓄状況



資料：三重県調査（令和5年8月）

図表5-6-8 病院の燃料の備蓄状況



資料：三重県調査（令和5年8月）

- 三重県医師会では、日本医師会災害医療チーム（JMAT*）事前登録等の体制整備を進めています。
- 平成24（2012）年度に三重県歯科医師会と県で「大規模災害時歯科活動マニュアル」を作成しました。マニュアルに沿って、安否確認訓練、情報伝達訓練、事業継続に係る実働訓練等を実施し、平時から大規模災害時を想定した対応の確認を行っています。
- 三重県薬剤師会では、調剤棚や分包機等の調剤機能を備えた車両であるモバイルファーマシー*について、災害時の活用に備えるとともに、医療救護活動への派遣体制の整備に取り組んでいます。
- 令和2（2020）年、災害時に迅速・適切に医療救護活動が実施できるよう、三重県医師会、三重県歯科医師会、三重県薬剤師会および三重県看護協会は「四師会による災害時の医療救護活動に関する協定」を締結しました。

図表5-6-9 東日本大震災以降における県内の保健医療活動チーム等の主な動き

年度	県内の医療活動チーム等の動き
平成 23 年	DMA T や、JMA T の身分も兼ねた三重県医療救護班（三重県医師会、三重県病院協会、三重県看護協会、三重大学医学部附属病院）、災害支援ナース*、保健師チーム等を被災地域へ派遣し、医療救護活動の支援を行った。（東日本大震災）
平成 28 年	医療救護班やDMA T ロジスティクスチーム隊員、DPA T を被災地域へ派遣し、医療救護活動や被災者のこころのケアなどの支援を行った。（熊本地震）
平成 30 年	DHEAT*や保健師チームを被災地域へ派遣し、指揮調整機能の支援や保健活動を行った。（7月豪雨）
令和 2 年	DMA T ロジスティクスチーム隊員やDHEAT、保健師チームを被災地域へ派遣し、医療救護活動や指揮調整機能の支援、保健活動を行った。（7月豪雨）
令和 3 年	新型コロナウイルス感染症まん延時においては、DMA T やDPA T に派遣要請を行い、県内の臨時応急処置施設の立ち上げ・運営等を行った。また、県外の感染拡大地域へ保健師と薬剤師を派遣し、感染症対応の支援を行った。
令和 5 年	DMA T、DPA T、DHEAT、JMA T、JDA T*、JDA-DAT、日赤救護班、災害支援ナース、薬剤師、モバイルファーマシー、保健師などを被災地域へ派遣し、医療救護活動、被災者のこころのケアなどをはじめ、現地のニーズに合わせたさまざまな支援を行っている。（能登半島地震）

資料：三重県調査（令和6年2月時点）

② 災害医療従事者の育成および行政の体制整備

- 災害医療コーディネート体制強化のため、災害拠点病院の医師や郡市医師会の災害担当医師を災害医療コーディネーター*に任命し、訓練や研修を通じて人材の育成を行っています。
- 国の養成研修を受講した小児科・新生児科・産婦人科の医師を災害時小児周産期リエゾン*に任命し、訓練や研修を通じて人材の育成を行っています。
- 災害時の円滑な医薬品等の供給体制を強化するため、薬局や病院等の薬剤師を災害薬事コーディネーターに任命し、研修等を通じて人材の育成を行っています。
- 令和5（2023）年8月時点で、県内の災害派遣医療チーム（DMA T）は32隊であり、災害時を想定した実動訓練等に取り組んでいます。
- 令和5（2023）年4月時点で、県内の災害派遣精神医療チーム（DPA T）は21隊であり、技能維持のための訓練や研修に取り組んでいます。
- 被災した都道府県の保健医療福祉調整本部および保健所の指揮・調整機能等を支援するため、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）に係る人材の育成を行っています。
- 三重県歯科医師会では、日本災害歯科支援チーム（JDA T）を県内で編成し、研修等を行っています。
- 三重県看護協会は、日本看護協会や県と連携して災害支援ナースの育成に取り組むとともに、災害時における派遣を想定した訓練に取り組んでいます。
- 災害時における具体的な対応については、三重県地域防災計画や三重県広域受援計画、三重県災害対策本部運営要領保健医療部隊活動要領、各種災害医療対応マニュアル等を策定し、各圏域の医療資源を勘案しながら、全国からの保健医療活動チームの受入体制の整備

など、大規模災害時の発災後おおむね1週間の活動内容を定めています。

- 地震・風水害等、大規模な災害が発生した場合、各市町では救護所の設置や、郡市医師会の協力のもと医療救護班の派遣等の救護活動を行います。
- 災害時における医療機関の診療状況を把握するため、広域災害救急医療情報システム（EMIS）を活用しており、令和5（2023）年12月現在、県内全ての病院と34の有床診療所がシステムに参加しています。
- 令和5（2023）年、三重県DMAT設置運営要綱および運営計画を改正し、従来の災害対応に加え、新興感染症まん延時における活動に対する支援をDMATの役割として位置づけました。
- 災害時に医療救護活動の中心となる災害拠点病院に17施設を指定し、また、災害拠点病院の機能の補完や支援を目的とする災害医療支援病院*に5施設を指定しています。
- 災害拠点病院のうち、県立総合医療センターを基幹災害拠点病院として、他の16施設を地域災害拠点病院として位置づけています。
- 災害時の精神科医療を提供する上で中心的な役割を担う災害拠点精神科病院*を2施設指定しています。
- 大規模災害時における、被災地内の広域搬送拠点臨時医療施設（SCU*）候補地として「三重大学グラウンド、県立看護大学、三重県伊勢志摩広域防災拠点ヘリポートおよび県営サンアリーナ、伊坂ダム」の4か所を指定しています。

図表5-6-10 災害拠点病院、災害医療支援病院における災害医療提供体制等の状況

地図 番号	圏域	区分	医療機関	医療法 許可 病床数	災害医療提供体制		
					災害派遣 医療チーム (DMAT)	救命救急セン ターまたは二次 救急医療機関	救命救急 センター の病床数
1	桑員	地域	桑名市総合医療センター	400	2	二次救急	
2		地域	いなべ総合病院	220	1	二次救急	
3	三泗	基幹	県立総合医療センター	419	2	救命救急	30
4		地域	市立四日市病院	537	2	救命救急	30
5	鈴亀	地域	鈴鹿中央総合病院	460	2	二次救急	
6	津	地域	三重大学医学部附属病院	685	3	救命救急	22
7		地域	三重中央医療センター	486	3	二次救急	
8	伊賀	地域	上野総合市民病院	281	1	二次救急	
9		地域	名張市立病院	200	1	二次救急	
10	松阪	地域	松阪市民病院	328	2	二次救急	
11		地域	済生会松阪総合病院	430	3	二次救急	
12		地域	松阪中央総合病院	440	3	二次救急	
13	伊勢 志摩	地域	伊勢赤十字病院	620	3	救命救急	30
14		地域	市立伊勢総合病院	300	1	二次救急	
15		地域	県立志摩病院	336	1	二次救急	
16	紀北	地域	尾鷲総合病院	255	1	二次救急	
17	紀南	地域	紀南病院	244	1	二次救急	
18	桑員	支援	青木記念病院	106		二次救急	
19	三泗	支援	菰野厚生病院	230		二次救急	
20		支援	四日市羽津医療センター	226		二次救急	
21	鈴亀	支援	鈴鹿回生病院	379		二次救急	
22		支援	亀山市立医療センター	90		二次救急	

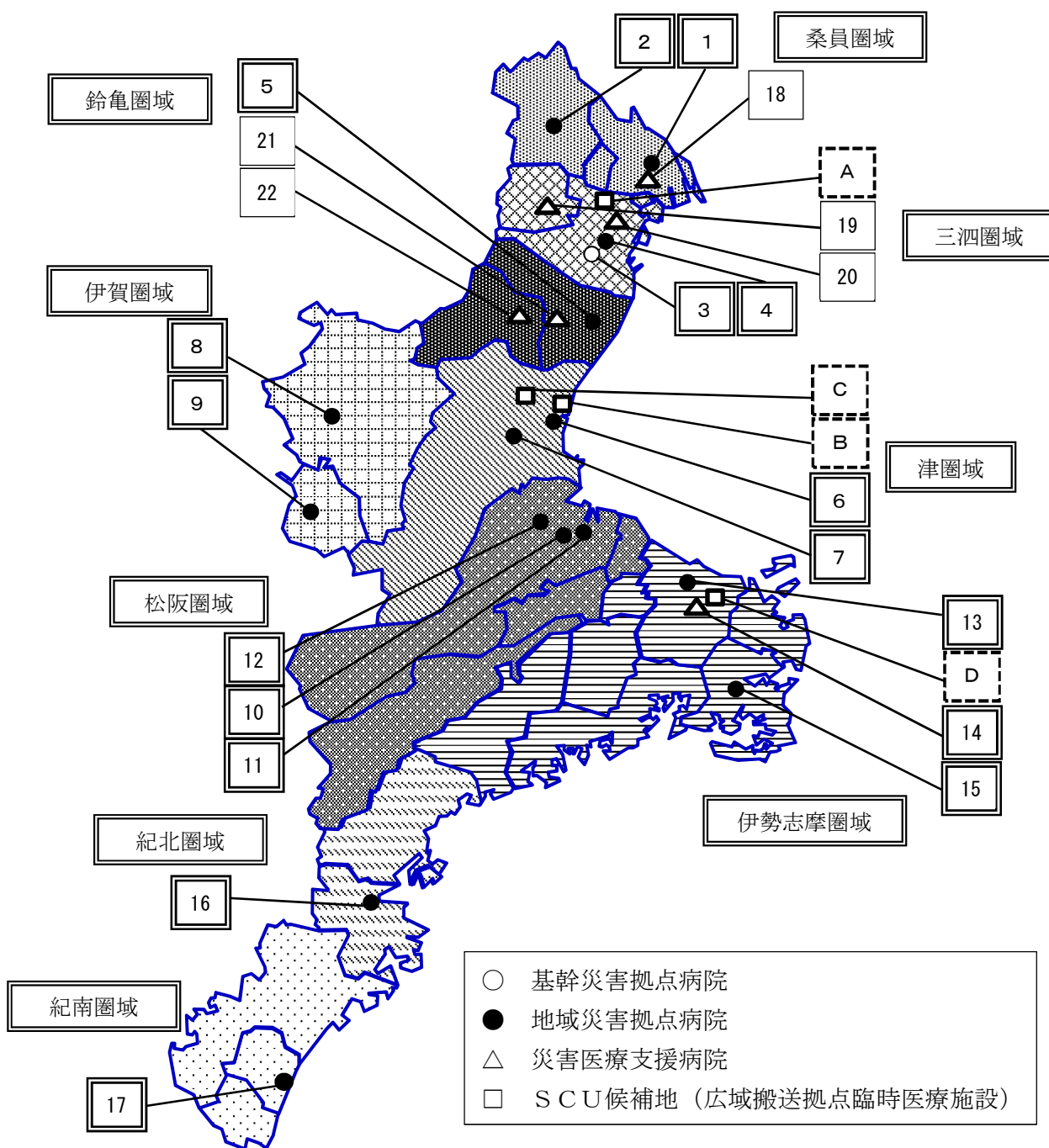
資料：三重県調査（令和5年8月時点）

図表5-6-11 SCU候補地の状況

地図 番号	構想 区域	SCU候補地	所在地	利用可能な航空機
A	三泗	伊坂ダム	四日市市伊坂町	中・小型回転翼機
B	津	三重大学グラウンド	津市栗真町屋町 1577	大型回転翼機
C		県立看護大学	津市夢が丘 1-1-1	大型回転翼機
D	伊勢 志摩	伊勢志摩広域防災拠点（伊勢志摩拠 点）ヘリポートおよび県営サンア リーナ	伊勢市朝熊町 4383-4 【県営サンアリーナ】	大型回転翼機

資料：三重県調査（令和5年8月時点）

図表5-6-12 三重県の災害拠点病院等の配置図



災害拠点病院	
1 桑名市総合医療センター	10 松阪市民病院
2 いなべ総合病院	11 済生会松阪総合病院
3 県立総合医療センター	12 松阪中央総合病院
4 市立四日市病院	13 伊勢赤十字病院
5 鈴鹿中央総合病院	14 市立伊勢総合病院
6 三重大学医学部附属病院	15 県立志摩病院
7 三重中央医療センター	16 尾鷲総合病院
8 上野総合市民病院	17 紀南病院
9 名張市立病院	

災害医療支援病院	
18 青木記念病院	
19 菰野厚生病院	
20 四日市羽津医療センター	
21 鈴鹿回生病院	
22 亀山市立医療センター	

S C U 候補地	
A	伊坂ダム
B	三重大学グラウンド
C	県立看護大学
D	伊勢志摩広域防災拠点 (県営サンアリーナ)

図表5-6-13 三重県の精神科病院の状況

構想 区域	名 称	DPAT (チーム数)	指定	応急	特定	救急	災害 拠点	精神 病床数
桑員	多度あやめ病院		○	○	○	○		222
	北勢病院	○	○			○		174
	東員病院					○		247
	大仲さつき病院		○	○	○	○		242
三泗	総合心療センターひなが	○(2)	○	○	○	基幹		480
	水沢病院		○			○		174
鈴亀	鈴鹿厚生病院	○(3)	○	○	○	○		320
	鈴鹿さくら病院	○	○			○		219
津	三重大学医学部附属病院	○(1)	国立					30
	県立こころの医療センター	先遣隊○(5)	県立	○	○	支援	○	348
	県立子ども心身発達医療センター	○(2)	県立					80
	久居病院	○(2)	○	○	○	○		225
	榑原病院	先遣隊○(3)	国立	○		支援	○	175
松阪	松阪厚生病院	○(2)	○	○	○	基幹		590
	南勢病院		○	○		○		205
伊勢 志摩	県立志摩病院		県立					100
	伊勢赤十字病院							9
伊賀	信貴山病院分院上野病院	○(1)	○			○		410
東紀州	熊野病院	○	○	○		○		320

資料：三重県調査（令和6年2月時点）

DPAT…「三重DPAT」登録病院

「先遣隊」はDPATの中でも、発災から遅くとも48時間以内に活動できる隊。

指 定…「指定病院」

都道府県が設置する精神科病院に代わる施設として指定された病院。措置入院の受入れに応じる。

応 急…「応急入院指定病院」

急を要し、保護者や扶養義務者の同意を得ることができない場合に、本人の同意がなくとも精神保健指定医の診察により72時間に限り入院させることのできる病院。

特 定…「特定病院」

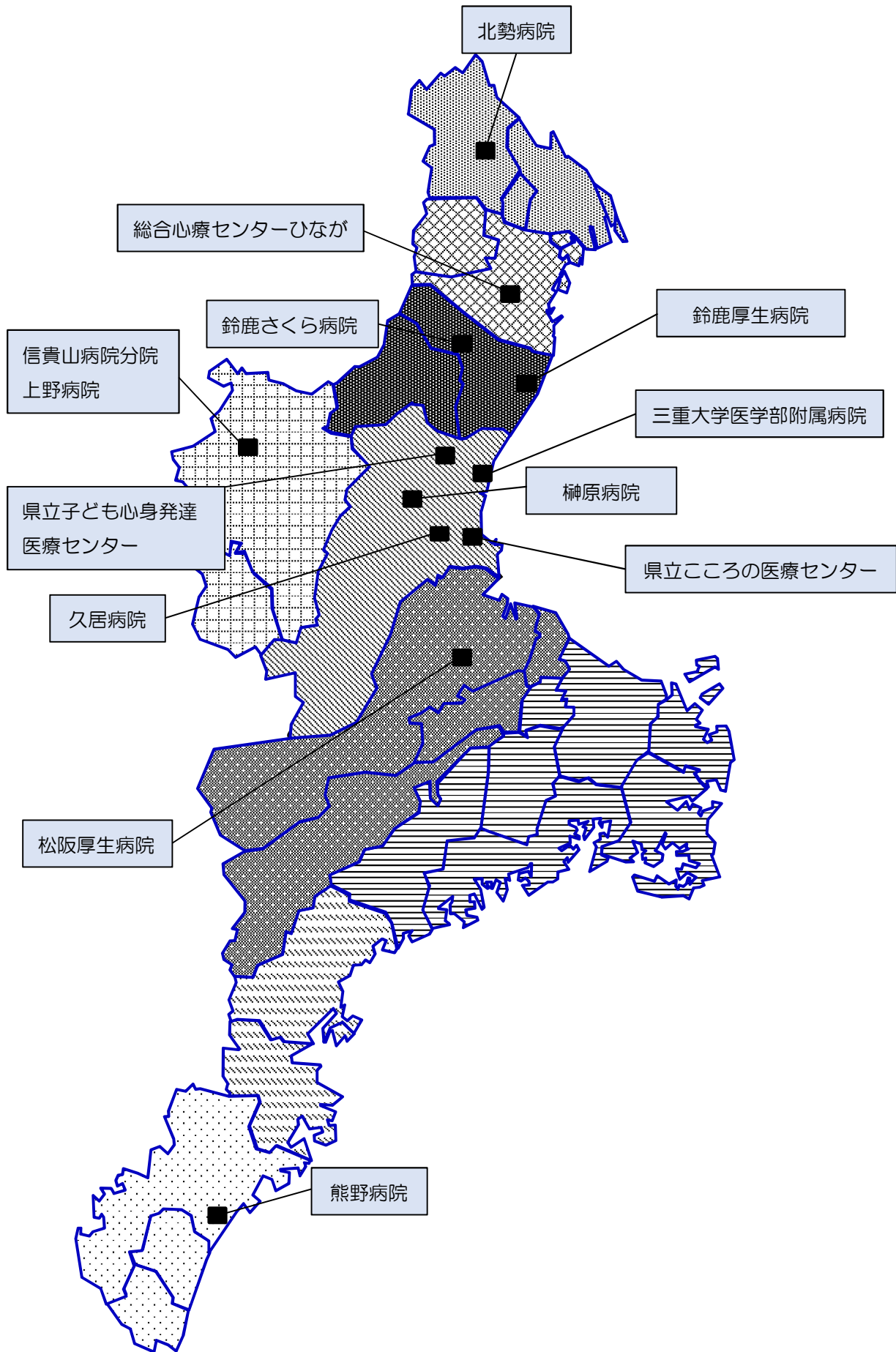
緊急その他やむを得ない理由がある場合に、精神保健指定医に代えて特定医師による診察によって、12時間に限り医療保護入院をさせることのできる病院。

救 急…「三重県精神科救急医療システム運用事業参画病院」

夜間・休日における三重県精神科救急医療システム運用事業に参画している病院。

災害拠点…「災害拠点精神科病院」

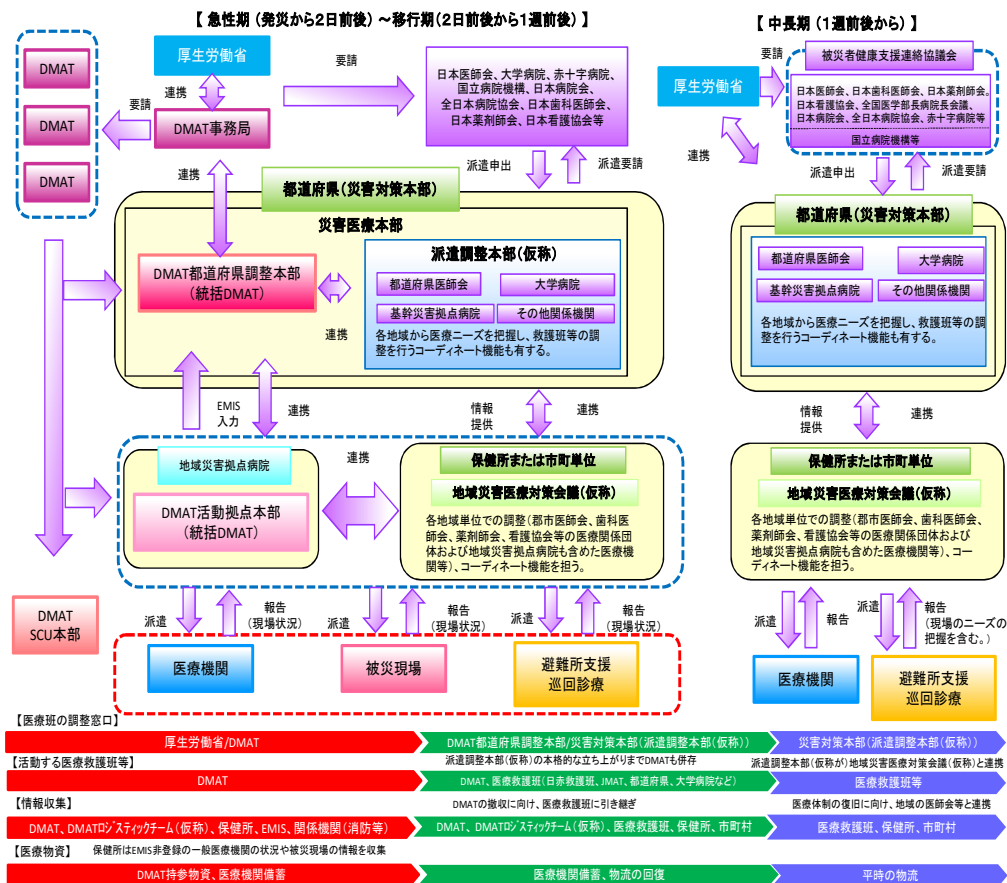
図表5-6-14 DPAT登録病院の配置図



③ 関係機関等との連携

- 三重県医師会、三重県病院協会、三重県歯科医師会、三重県薬剤師会、三重県看護協会との応援協定の締結や日本赤十字社三重県支部との委託契約により、災害発生時の医療救護体制の整備を進めています。
- 患者を被災地外へ搬送するため、DMATや関係機関と連携して、SCUの設置・運営訓練に取り組んでいます。
- 三重県薬剤師会、三重県医薬品卸業協会、三重県医療機器販売業協会等の計8団体と「医薬品等の調達に関する協定」を締結するなど、関係団体との連携体制を構築するとともに、「災害時における医薬品等の確保・供給に関するマニュアル」に基づき、災害発生時の医薬品等の確保・供給体制の整備を進めています。
- 市町と県が連携し、医療救護班、DMAT、DPAT、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム等の保健医療従事者数名からなる災害派遣チーム（保健医療活動チーム）の派遣調整等を行う体制の整備を進めています。
- 災害拠点病院、日本赤十字社三重県支部、三重県消防長会、陸上自衛隊、三重県警本部等が参加する「DMAT・SCU連絡協議会」を設置し、情報の共有を図りながら災害医療対策についての検討を行っています。
- 保健医療活動チーム同士が連携し、急性期から中長期まで滞りなく連続した保健医療の提供を行います。

図表5-6-15 急性期から中長期にわたる医療提供体制の考え方



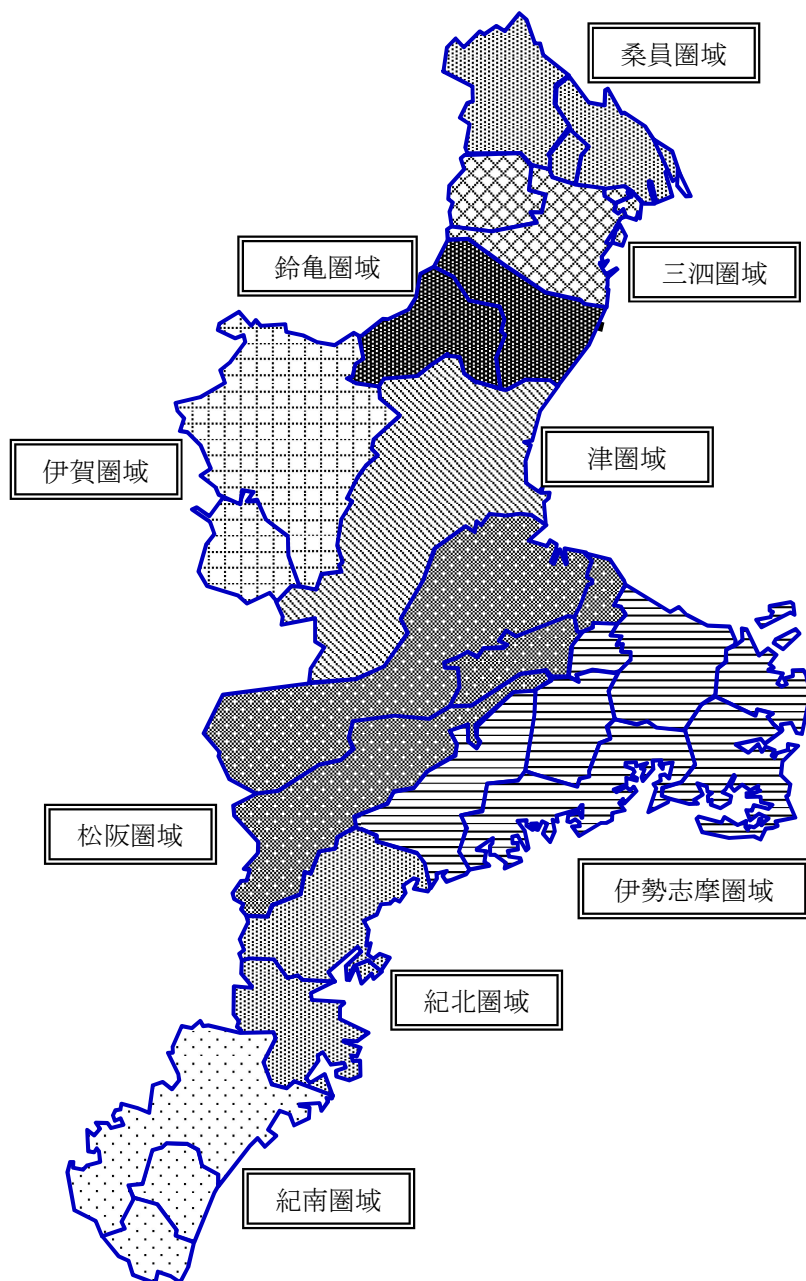
資料：厚生労働省資料をもとに作成

3. 連携体制

(1) 圏域の設定

- 災害医療対策は、地域の防災体制と密接に関係しており、大規模災害時における病院の機能維持や患者搬送に必要な情報（道路啓開、物資の搬送等）の収集は、三重県地域防災計画に規定された県地方災害対策部において行います。
- 地域における医療救護活動の中心を担う保健所等は、県地方災害対策部の中に位置づけられ、県災害対策本部あるいは県地方災害対策部が収集した救助活動情報を医療機関に提供するとともに、医療機関からの医療需要の取りまとめを行います。
- 県地方災害対策部が、県内に9か所（桑名、四日市、鈴鹿、津、伊賀、松阪、伊勢、尾鷲、熊野）設置されることから、災害医療対策における圏域は、これに合わせて9つとします。

図5-6-16 災害医療圏図



4. 課題

(1) 医療機関等における体制整備

- 災害時において各医療機関は、その機能や地域における役割に応じた医療の提供ができるよう、BCPを策定するとともに、整備したマニュアルを研修や訓練等を通じて定期的にブラッシュアップしていく必要があります。
- 全ての病院が、敷地内で患者が利用する全ての建物（病棟部門、外来診療部門、手術検査部門）の耐震化を計画的に進める必要があります。
- 調剤棚や分包機等の調剤機能を備えた車両であるモバイルファーマシーについて、災害時等における活用を進めていく必要があります。
- 津波・豪雨等に備え、浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）または津波災害警戒区域に所在する医療機関は、風水害が生じた際の被害を軽減するため、浸水対策（止水板・非常用自家発電設備の高所移設等）を実施する必要があります。
- 県内全ての病院および有床診療所がEMISに参加した上で、定期的にEMIS入力訓練を実施することにより、自院の被害状況や患者受入可能数などを発信できる体制を整備する必要があります。
- 全ての病院において、大規模災害時に通信インフラが利用できなくなることを想定した通信手段を確保しておく必要があります。特に災害拠点病院は、衛星携帯電話以外にも、防災行政無線、デジタル簡易無線、アマチュア無線など、複数の通信手段を確保しておく必要があります。
- 全ての病院において、燃料、飲料水、食料、医薬品等の十分な備蓄を進めるとともに、貯蔵容量等により備蓄が困難な場合は、地域の事業者と協定を結ぶなど、流通備蓄の確保が必要です。
- 災害拠点病院では、災害時に通常の2倍以上の患者受入れを想定し、病院フロアのレイアウト変更を図式化しておくとともに、災害時の院内災害対策本部の設置場所を明確にしておく必要があります。

(2) 災害医療従事者の育成および行政の体制整備

- 県災害対策本部（保健医療福祉調整本部）や地方災害対策部（保健所）に参画する災害医療コーディネーターや災害時小児周産期リエゾンについて、各地域の委嘱人数や医師の勤務地・院内での役職等を考慮した上で、派遣要請の順番やおおよその勤務時間などをあらかじめ定めておく必要があります。
- 災害医療コーディネーターや災害時小児周産期リエゾンについて、派遣のローテーションが組めるように、委嘱人数を増やすとともに、研修等による技能維持・向上が必要です。
- 県災害対策本部（保健医療福祉調整本部）や地方災害対策部（保健所）で活動する災害薬事コーディネーターについて、災害時の派遣体制を整備するとともに、定期的に研修を行い、技能維持・向上を図る必要があります。
- 大規模災害時における医薬品等の供給体制について、現状の災害医療体制や医薬品の流通実態に合わせた供給体制の検証を進める必要があります。

- 保健医療福祉調整本部等において、本部業務の支援等を行うため、県ロジスティクスチームの体制整備が必要です。
- 厚生労働省が実施する災害派遣医療チーム研修のみでは、DMATの育成が進まないため、県独自にDMATの隊数を増やしていく取組が必要です。また、隊員の能力向上が必要です。
- DMAT事務局において、広域医療搬送の考え方やSCUの役割・活用方針などが見直されるため、本県においても見直しが必要となります。
- SCU候補地において、定期的に設営訓練を実施することにより、DMATの能力向上を図るとともに、実効性の検証を行う必要があります。
- 災害時における精神科病院への支援のみならず、避難所、救護所での被災者の心のケアが必要になることから、DPATの技能維持が必要です。
- 災害等による外傷後ストレス障害（PTSD）への心のケアに対応できる人材を育成する必要があります。
- 災害支援に加え、新興感染症にも対応できる人材を育成する必要があります。
- 救護所や避難所等において、体調悪化や災害関連死を防ぐため、負傷者や避難者の健康管理や、公衆衛生対策を担う人材を育成するとともに、保健所と市町等が連携して、保健活動ができるよう体制を強化する必要があります。
- 大規模災害時において、被災した都道府県の保健医療福祉調整本部および保健所の指揮・調整機能等を支援するため、また、人材の育成により本県の受援体制の充実にもつなげるため、三重県DHEATの養成を行うことが必要です。
- 大規模災害時には、多数の保健医療活動チームが被災地に入ることから、その派遣調整について、「大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の整備について(厚生労働省通知)」をふまえて、各種災害対応マニュアルの改正を行い、整理していく必要があります。

(3) 関係機関等との連携

- 関係機関が参画する協議会や会議等において、日頃から災害医療対策についての課題検討や情報共有を行う必要があります。
- 各圏域で日頃から、関係機関と緊密な関係を構築し、地域の課題をふまえた訓練等を実施する必要があります。
- 医療機関、県、市町、関係機関等の相互連携を想定し、定期的な訓練を実施することが必要です。
- 被災地内の救護所、避難所では受入れが難しい患者（人工透析、人工呼吸器装着、酸素療法等の患者等）への対応を検討する必要があります。
- 災害拠点病院において、受入患者が許容量を超えた場合の対策として、SCUや地域の病院、県外への医療搬送を検討する必要があります。

5. ロジックモデル

番号	具体的施策	番号	中間アウトカム	番号	分野アウトカム		
【医療機関等における災害医療体制】							
1	BCP関係研修	1	医療機関等における災害医療体制が強化されている	1	災害時においても必要な医療が提供できる体制が構築されている		
	指標		開催回数 参加人数			指標	病院におけるBCP策定率
2	病院の耐震化促進		指標	年1回以上災害対応訓練を実施した病院の割合	指標	-	
	指標		-	指標			病院の耐震化率
3	病院の浸水対策促進		指標	燃料等の備蓄が3日分以上ある病院の割合	指標	-	
	指標		-	指標			浸水対策実施率
4	EMIS入力訓練・研修		指標	EMISに登録されている有床診療所数	指標	-	
	指標		訓練・研修実施回数	指標			EMIS入力訓練実施率
5	災害時における通信手段の確保促進		指標	災害時における通信手段の確保率	指標	-	
	指標		-				
【人材育成および保健医療福祉調整本部の体制整備】							
6	災害医療コーディネートを担う人材育成のための研修（委嘱者）		2	人材育成が進んでおり、速やかに応援チームの派遣や医薬品等の供給ができる体制が構築されている	指標	-	
	指標	災害医療コーディネーター研修参加人数		指標			災害医療コーディネーター委嘱人数
	指標	災害時小児周産期リエゾン研修参加人数		指標			災害時小児周産期リエゾン委嘱人数
7	保健医療活動チームを育成するための研修	指標		DMAT隊数（三重L-DMAT隊員*含）	指標	-	
	指標	三重L-DMAT隊員養成研修参加人数		指標			日本DMATインストラクター人数
	指標	DPAT研修参加人数		指標			DMATロジスティクスチーム隊員数
	指標	災害支援ナース養成研修参加人数		指標			DPAT隊数
	指標	DMATロジスティクスチーム研修参加人数		指標			災害支援ナース登録者数
【関係機関等との連携強化】							
8	各種訓練の実施	3		訓練や協議会、研修会などを通じて関係機関との連携が強化されている	指標	-	
	指標			実施回数			
9	協議会・検討会等の実施						
	指標		実施回数				

6. 目標と施策

(1) 数値目標

目標項目	現状値	目標値	目標値の説明	データ出典
病院におけるBCPの策定率	75.3% (70/93) 【R5】	100%	災害時における業務の優先順位や備蓄状況の把握など、BCP（業務継続計画）の考え方に基づいた災害医療マニュアルを策定している病院の割合を目標とします。	三重県調査
病院の耐震化率	83.9% (78/93) 【R5】	100%	病院の敷地内で患者が利用する全ての建物（病棟部門、外来診療部門、手術検査部門）に耐震性がある病院の割合を目標とします。	三重県調査
浸水対策の実施率	78.9% (30/38) 【R5】	100%	浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）または津波災害警戒区域に所在する病院のうち、浸水対策（止水板・非常用自家発電設備の高所移設等）を実施している病院の割合を目標とします。	三重県調査
年1回以上EMIS入力訓練を実施している医療機関の割合	57.9% (92/159) 【R5】	100%	県内全ての病院および有床診療所のうち、県や保健所が実施する定例訓練や研修会へ年1回以上参加したことがある病院・有床診療所の割合を目標とします。	三重県調査
DMA T隊数	32 隊 【R5】	51 隊	日本DMA T隊員または三重L－DMA T隊員で構成されるDMA Tの隊数を目標とします。（1 隊の内訳は、医師1名、看護師2名、業務調整員1名とする）	三重県調査

(2) 取組内容

取組方向1：医療機関等における災害医療体制の強化

- 各医療機関がBCPを策定し、訓練や研修等を通じて定期的に見直しができるよう支援します。（医療機関、関係機関、県、市町）
- 全ての病院において、敷地内で患者が利用する全ての建物（病棟部門、外来診療部門、手術検査部門）の耐震化を計画的に進めます。（医療機関、県、市町）
- 災害時等におけるモバイルファーマシーの活用を進めます。（薬剤師会、関係団体、県）
- 浸水想定区域または津波災害警戒区域に所在する医療機関は、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等により浸水対策を計画的に進めます。（医療機関、県、市町）
- 有床診療所に対してEMISへの参加を促すとともに、定期的に入力訓練や研修会を実施することにより、自院の被害状況を発信できる体制整備に努めます。（医療機関、関係団体、県、市町）
- 全ての病院は、外部アンテナを設置し、災害時に備えた通信手段の確保に取り組むとともに

に、災害拠点病院は、衛星携帯電話以外にも複数の通信手段の確保に取り組みます。(医療機関、県、市町)

- 全ての病院において、燃料、飲料水、食料、医薬品等の十分な備蓄を進めるとともに、地域の事業者と協定を結ぶなど、流通備蓄の確保に取り組みます。(医療機関)
- 災害拠点病院は、患者受入の許容量を増やすため、病院フロアのレイアウト変更を検討するとともに、院内災害対策本部の設置場所をあらかじめ定めます。(医療機関)

取組方向2：人材育成および保健医療福祉調整本部の体制整備

- 災害医療コーディネーターや災害時小児周産期リエゾンについて、各地域の委嘱人数や医師の勤務地・院内での役職等を考慮した上で、派遣要請の順番やおおよその勤務時間などを、あらかじめ定めるための検討を行います。(医療機関、医師会、県、市町)
- 災害医療コーディネーターや災害時小児周産期リエゾンについて、派遣のローテーションが組めるように、委嘱人数を増やすとともに、研修等により技能維持・向上に努めます。(医療機関、医師会、県、市町)
- 災害薬事コーディネーターについて、災害時の派遣体制を整備するとともに、研修等を通じて技能維持・向上に努めます。(薬剤師会、県)
- 大規模災害時における医薬品等の供給体制について、訓練を通じ、現状の災害医療体制や医薬品の流通実態に合わせて供給体制の実効性を高めていきます。(薬剤師会、関係団体、県)
- ロジスティクスチームの体制整備のため、DMATロジスティクスチーム隊員や日本DMATインストラクターを増やします。(医療機関、県)
- 国のDMAT養成研修とは別に、都道府県研修として三重L-DMAT隊員養成研修を実施し、県内のDMAT隊数を増やします。また、訓練等を通じて隊員の能力向上を図ります。(医療機関、県)
- 従来、広域医療搬送を想定していた重症患者の搬送にドクターヘリを積極的に活用することやSCUの活用方法などについて、見直しの検討を進めます。
- SCU候補地において、定期的に設営訓練を実施します。(医療機関、消防機関、関係機関、県)
- DPATの体制強化のため、DMAT等との合同訓練や研修を実施するとともに、先遣隊活動資機材の整備に努めます。また、DPAT運営委員会を定期的に開催し、災害精神医療体制の強化を図ります。(医療機関、県)
- PTSD対応専門研修の受講を促し、災害による外傷後ストレス障害への心のケアに対応が可能な医療従事者等を増やします。(医療機関、県、市町)
- 新興感染症クラスター研修や災害支援ナース養成研修をはじめとした研修の受講を促し、新興感染症への対応が可能な人材を育成します。(医療機関、看護協会、県)
- 救護所、避難所等において、心身の健康管理や、感染症の防止、栄養管理等に関して、適切に対応できるよう、保健師、看護師、栄養士等の研修を実施するとともに、保健所とその管内市町等において、災害時に連携した保健活動ができるよう検討を進め、体制強化を図ります。また、避難所等の衛生管理において、薬剤師の活用を進めていきます。(医療機関、関係団体、関係機関、県、市町)

- 研修の受講により三重県DHEATを養成するとともに、県の災害対策本部保健医療部隊（県保健医療福祉調整本部）の体制について、訓練等を通じて検証し強化を図ります。（医療機関、関係機関、県、市町）
- 災害時の対応マニュアルの見直しを定期的に行い、訓練等の中で実効性の検証を行います。（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、関係団体、県、市町）

取組方向3：関係機関等との連携強化

- DMAT・SCU連絡協議会をはじめとする会議等を開催し、災害医療に関する課題検討や情報共有を行います。（医療機関、医師会、消防機関、関係機関、県）
- 各圏域の医療機関、医療関係団体、消防本部、市町が連携した地域災害医療対策協議会等において、大規模災害に対応できる災害医療ネットワークづくりを進めます。（医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、関係団体、関係機関、県、市町）
- 県が主催する総合防災訓練やDMAT実動訓練などとおして、関係機関との連携を確認します。（医療機関、医師会、消防機関、関係機関、県、市町）
- 関係機関のネットワークを活用し、救護所や避難所では受入れが難しい患者や要配慮者等の受入れ先の検討を行います。（医療機関、関係団体、県、市町）
- 災害拠点病院の許容量を超えた数の患者が搬送されることを想定し、災害医療支援病院や一般病院による後方支援が得られるよう連携を進めます。また、県外搬送も想定し、患者の受入れについて、近隣県と事前に協議を行います。（医療機関、医師会、関係団体、県）

- 石川県を中心に大きな被害を及ぼした令和6（2024）年能登半島地震において、本県からもDMATやDPAT、日赤救護班をはじめ多くの支援チームが派遣されています。特に被害が大きかった輪島市や珠洲市などでは、人的被害に加え、道路やライフラインの復旧が進まず、病院・施設避難を余儀なくされた例もありました。発災後72時間を経過しても被災地の情報を十分に得ることができず、DMATやDPATによる支援も長期化し、応援県としても想定外の状況が続きました。南海トラフ巨大地震が発生した場合、本県においても同じような事態が発生する可能性があります。特に本県における伊勢志摩地域や東紀州地域は、地形や道路状況から、今回の輪島市や珠洲市のような状況となることが想定されます。引き続き応援県として被災地支援を継続しつつ、今回の対応における課題等をDMAT・SCU連絡協議会等を通じてよく検証し、本県における災害医療提供体制の強化につなげていきます。

第7節 | 新興感染症発生・まん延時における医療対策

新興感染症発生・まん延時における医療については、別冊の「三重県感染症予防計画」に詳細を記載します。

第8節 | へき地医療対策

1. めざす姿

(1) めざす姿

県民がへき地において必要な医療の提供を受けることができる体制の構築をめざします。

- へき地診療所に必要な医師が確保され、診療所運営の維持・管理ができるように、へき地医療を「面で支える」体制を整備することで、地域住民の健康を守るために必要な医療提供体制が確保されています。
- へき地医療を担う新たな医療従事者の確保・育成を図るため、へき地医療教育に必要な体制や、へき地で勤務する医師のキャリア形成、宿舍等の生活環境のサポート体制が整備されています。

(2) 取組方向

取組方向1： へき地の医療提供体制の維持・確保

取組方向2： へき地医療を担う医師・看護職員の育成・確保

2. 現状

(1) へき地医療の概況

- 県内では、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」（令和3年法律第19号）、「離島振興法」（昭和28年法律第72号）、「山村振興法」（昭和40年法律第64号）の指定地域¹において、医療機関や医師数が他地域に比べて著しく不足していることから、市町が中心となってへき地診療所を設置し、住民に対する医療の提供を行っています。
- 令和5（2023）年7月末現在、過疎地域や離島にある24か所の市町立診療所、2か所の国保診療所、2か所の民間診療所をへき地診療所として指定しています。
- これら28か所のへき地診療所のうち常勤医師が勤務する診療所は17か所であり、その他の診療所は兼任管理や巡回診療*等により診療が行われています。
- 県が指定するへき地医療拠点病院*は、令和5（2023）年8月現在、紀南病院、尾鷲総合病院、県立志摩病院、伊勢赤十字病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院、松阪中央総合病院、県立総合医療センター、県立一志病院、ヨナハ丘の上病院の10病院です。
- 県内には過疎地域を中心として無医地区*が1地区（1市）、無医地区に準じる地区*が2地

¹ 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法、離島振興法、山村振興法における指定地域は以下のとおりです。

津市（一部）、松阪市（一部）、名張市（一部）、尾鷲市、亀山市（一部）、鳥羽市、熊野市、いなべ市（一部）、志摩市、伊賀市（一部）、多気町（一部）、大台町、度会町（一部）、大紀町、南伊勢町、紀北町、御浜町（一部）、紀宝町（一部）

区（1市1町）あり、また無菌科医地区*が5地区（2市）、無菌科医地区に準じる地区*が4地区（1市）となっています。巡回診療等により対応しています。

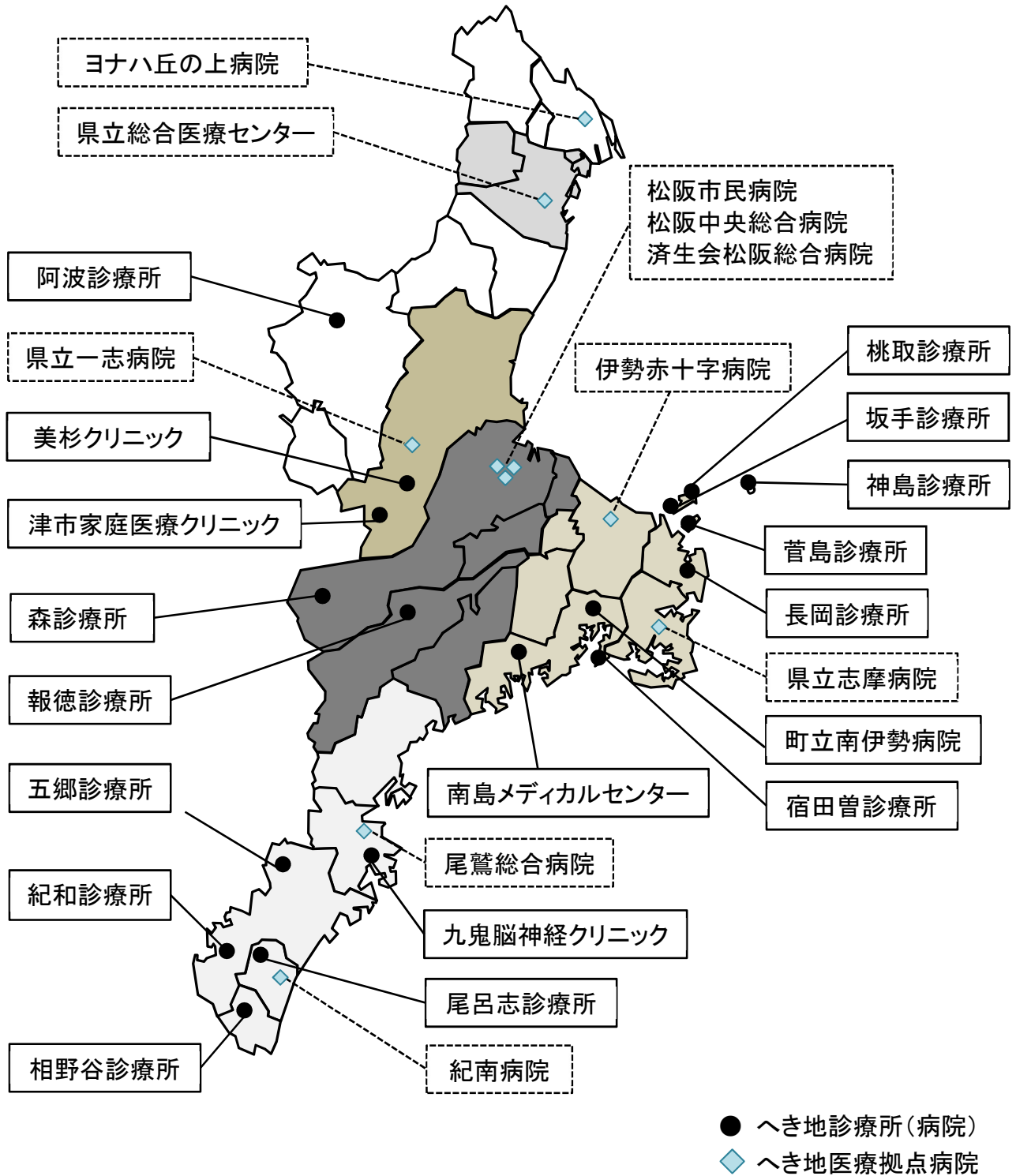
図表5-8-1 県内のへき地診療所

市町	診療所	区分	住所地	常勤医の有無等
津市	津市家庭医療クリニック	国保	津市美杉町奥津	有
	洗心福社会美杉クリニック	民間	津市美杉町下之川	有
伊賀市	伊賀市国民健康保険阿波診療所	国保	伊賀市猿野	有
松阪市	松阪市森診療所	市立	松阪市飯高町森	有
	松阪市波瀬診療所	市立	松阪市飯高町波瀬	無※
大台町	大台町報徳診療所	町立	多気郡大台町江馬	有
	大台町大杉谷診療所	町立	多気郡大台町久豆	無※
鳥羽市	鳥羽市立長岡診療所	市立	鳥羽市相差町	有
	鳥羽市立桃取診療所	市立	鳥羽市桃取町	有
	鳥羽市立菅島診療所	市立	鳥羽市菅島町	有
	鳥羽市立神島診療所	市立	鳥羽市神島町	有
	鳥羽市立坂手診療所	市立	鳥羽市坂手町	有
	鳥羽市立鏡浦診療所	市立	鳥羽市浦村町	無※
	鳥羽市立鏡浦診療所石鏡分室	市立	鳥羽市石鏡町	無※
南伊勢町	鳥羽市立鏡浦診療所今浦分室	市立	鳥羽市浦村町	無※
	宿田曾診療所	町立	度会郡南伊勢町田曾浦	有
	阿曾浦診療所	町立	度会郡南伊勢町阿曾浦	休診中
	古和浦へき地診療所	町立	度会郡南伊勢町古和浦	無※
尾鷲市	南島メディカルセンター	町立	度会郡南伊勢町槌柄浦	有
	九鬼脳神経クリニック	民間	尾鷲市九鬼町	有
熊野市	熊野市立五郷診療所	市立	熊野市五郷町寺谷	有
	熊野市立神川へき地診療所	市立	熊野市神川町神上	無※
	熊野市立育生へき地出張診療所	市立	熊野市育生町長井	無※
	熊野市立紀和診療所	市立	熊野市紀和町板屋	有
	熊野市立上川診療所	市立	熊野市紀和町和気	無※
	熊野市立楊枝出張診療所	市立	熊野市紀和町楊枝	無※
御浜町	尾呂志診療所	町立	南牟婁郡御浜町上野	有
紀宝町	紀宝町立相野谷診療所	町立	南牟婁郡紀宝町井内	有

「無※」 兼任管理・非常勤医師等により対応。

資料：三重県調査（令和5年8月末現在）

図表5-8-2 県内のへき地医療機関*（医師が常勤している施設）、へき地医療拠点病院



資料：三重県調査（令和5年8月末現在）

図表5-8-3 県内の無医地区等

二次医療圏	市町	地区	人口（人）			無医地区	無歯科医地区
			平成26年度	令和元年度	令和4年度		
中勢伊賀	津市 (旧美杉村)	太郎生	958	747	672	○	
南勢志摩	鳥羽市	神島町	401	336	302		○
	志摩市	和具 (間崎)	—	69	59	△	
東紀州	熊野市 (旧紀和町)	上川	161	131	115		○
		西山	236	181	166		○
	熊野市	神川	327	280	235		○
		育生	231	203	176		○
		飛鳥	1,279	1,126	1,053		△
		新鹿	1,398	1,255	1,156		△
		荒坂	489	429	375		△
		五郷	802	706	654		△
	紀宝町	浅里	64	52	47	△	

○：無医地区、△：無医地区・無歯科医地区に準じる地区

資料：三重県調査（令和4年10月末現在）

(2) へき地の医療提供体制

① へき地医療提供体制の維持、確保

- へき地医療対策を円滑かつ効果的に実施するため、平成15（2003）年度に「三重県へき地医療支援機構」を設置しました。へき地医療支援機構*には、へき地医療勤務経験のある医師を専任担当官として配置し、年度ごとのへき地医療に係る事業の実施や各関係機関との連携や連絡調整を行い、へき地における医療提供体制の整備を支援しています。
- へき地医療支援機構では、医学生、若手医師およびへき地医療関係者を対象としたへき地医療研修会やへき地医療体験実習などを開催するほか、へき地医療の意義や魅力についても情報発信しています。
- 県が指定するへき地医療拠点病院では、三重県へき地医療支援機構の調整のもと、無医地区等への巡回診療およびへき地診療所等への代診医派遣等を行っています。代診医派遣は、へき地医療機関に勤務する医師がスキルアップのために研修に参加する、休暇を取得してリフレッシュするなど、医師のキャリアアップやモチベーションの維持等、ひいては、へき地の医療提供体制の維持・確保等のために重要な事業となっています。令和4（2022）年度の代診医派遣については、100%の応需率となっています。
- 巡回診療については、ヨナハ丘の上病院（太郎生地区）が月6回、熊野市立紀和診療所（神川、育生地区）、津市家庭医療クリニック（伊勢地地区）が週1回、県立志摩病院（和具地区）、町立南伊勢病院（古和浦地区）、熊野市立紀和診療所（西山、小森、小船、上川、楊枝地区）が月2回、紀南病院（浅里地区）が月1回の頻度でそれぞれ実施しています。

図表5-8-4 巡回診療等の実施状況

実施頻度	実施主体	対象地区
月6回	ヨナハ丘の上病院	津市 太郎生地区
週1回	津市家庭医療クリニック	津市 伊勢地地区
	熊野市立紀和診療所	熊野市 神川地区
		熊野市 育生地区
月2回	県立志摩病院	志摩市 和具(間崎)地区
		熊野市 西山地区
	熊野市立紀和診療所	熊野市 小森地区
		熊野市 小船地区
		熊野市 上川地区
		熊野市 楊枝地区
町立南伊勢病院	南伊勢町 古和浦地区	
月1回	紀南病院	紀宝町 浅里地区

資料：三重県調査（令和5年8月末現在）

図表5-8-5 へき地医療拠点病院からへき地診療所等への代診医の派遣実績の推移

(単位：件)

派遣元	所在地	平成	平成	平成	平成	平成	平成	令和	令和	令和	令和
		25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
県立総合医療センター	四日市市	3	4	0	3	3	2	1	0	1	0
三重病院	津市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
県立一志病院	津市	—	2	4	4	3	3	6	0	0	0
松阪中央総合病院	松阪市	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1
済生会松阪総合病院	松阪市	4	6	4	4	2	2	1	0	2	2
松阪市民病院	松阪市	3	7	2	3	2	1	1	1	1	2
伊勢赤十字病院	伊勢市	12	13	7	4	3	3	2	1	2	2
県立志摩病院	志摩市	48	29	18	5	5	3	2	1	1	1
尾鷲総合病院	尾鷲市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
紀南病院	御浜町	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0
派遣実績 合計		70	61	35	23	18	15	16	5	9	8

資料：三重県調査

- へき地診療所に対して運営費や、診療所および医師住宅の新築・改築、医療機器の整備の補助を行っています。また、へき地医療拠点病院に対して、巡回診療や代診医派遣等の実績や地域の実情に応じて、施設・設備の整備および運営費の補助を行っています。
- 医師不足地域に対する診療支援のため、平成21(2009)年度から、医師不足地域の病院(へき地医療拠点病院を含む)に対して、他地域の基幹病院から一定期間医師を派遣する取組(三重県版医師定着支援システム(バディホスピタルシステム*))を実施しています。県では、こうした取組を推進するため、支援病院、被支援病院に対して財政的支援を行っています。平成21(2009)年10月以降、伊勢赤十字病院から尾鷲総合病院へ常勤医師1人が継続して派遣されています。
- 平成22(2010)年度から、県と三重大学が連携し、安全・安心かつ切れ目のない医療提供体制の充実、病診連携の推進をめざし、「三重医療安心ネットワーク(地域医療連携システム)」の整備を進めています。県内のへき地においても、医師不足により、医療体制の充実

が困難な中、へき地医療機関と後方病院との連携が不可欠になっており、本県では「三重医療安心ネットワーク」の整備を、へき地医療機関も含めて推進しています。令和5(2023)年6月末現在、7か所のへき地診療所が、患者の同意を得た上で、薬の処方、血液検査の結果、レントゲンやCTの画像といった医療情報を閲覧できる施設としてネットワークに参加しています。

- 県では、県全域の第三次救急医療体制の充実を目的として、平成24(2012)年に、県独自のドクターヘリを導入しました。基地病院となる三重大学医学部附属病院と伊勢赤十字病院から東紀州地域までの範囲について、おおむね30分の所要時間で搬送することが可能となりました。平成24(2012)年3月から令和5(2023)年3月までの累計実績で、東紀州地域では527件の救急出動と372件の病院間搬送が実施されました。
- へき地での在宅訪問歯科診療の充実をめざして、三重県と郡市歯科医師会が連携し、歯科医療関係者への研修や在宅歯科診療を行うための設備整備など、安全・安心な歯科医療が行われるための体制整備を行っています。

② 医師・看護職員数

- 県内の人口10万人あたりの医療施設従事医師数は全国平均に比べて少なく、特に、伊賀区域や伊勢志摩区域(伊勢市を除く)、東紀州区域で医師の慢性的な不足が続いています。
- また、県内の人口10万人あたりの看護師数も増加しており、県全体としては全国平均を上回っていますが、構想区域別にみると低い水準の地域もあり、特に、伊賀区域や伊勢志摩区域(伊勢市を除く)、東紀州区域で看護師の数が少なくなっています。

図表5-8-6 全国、県、主な医師不足地域の医師・看護師数(人口10万人あたり)

【医師数】

(単位:人)

全 国	三重県全体	伊賀区域	伊勢志摩区域 (伊勢市を除く)	東紀州区域
256.6	231.6	146.5	117.0	165.6

資料:厚生労働省「令和2年 医師・歯科医師・薬剤師統計」、三重県「月別人口調査」(令和2年10月1日現在)

【看護師数】

(単位:人)

全 国	三重県全体	伊賀区域	伊勢志摩区域 (伊勢市を除く)	東紀州区域
1,049.8	1,085.5	862.7	603.6	931.5

資料:厚生労働省「令和4年 衛生行政報告例」、三重県「月別人口調査」(令和4年10月1日現在)

③ 医師不足地域に関わる医師・看護職員の育成、確保

- へき地等における医療の確保と質の向上に資することを目的として、自治医科大学に毎年2～3人の三重県の入学枠を設けています。卒業生を、県内での臨床研修を修了した後に県職員として雇用し、義務年限を終了するまでの間、県内のへき地医療機関等に派遣しています。
- へき地医療機関に勤務する医師については、自治医科大学義務年限*内の医師の配置や、義務年限終了後医師を引き続き県職員として雇用し、へき地へ派遣する「ドクタープール制度」を平成17（2005）年度から整備し、平成22（2010）年度から、へき地で勤務する医師のキャリア形成支援をより充実させ、利用者の拡充を図るため、「キャリアサポート制度*」を設け、確保を図っています。「キャリアサポート制度」では、これまでに累計15人の医師を確保しており、令和5（2023）年度は、自治医科大学義務年限内の医師14人とキャリアサポート医師5人の計19人を6市町7医療機関およびへき地医療支援機構に配置しています。
- へき地を含む地域医療の担い手の育成と地域への定着による地域医療の確保に向けて、三重大学医学部医学・看護学教育センター*、市町村振興協会、県の3者が連携し、全29市町での地域基盤型保健医療教育実習、へき地・離島医療機関での診療見学実習、医学部医学科1年生全員を対象とした「国際保健と地域医療」講義等により、三重大学医学部における地域医療教育の充実に取り組んでいます。
- 地域医療の担い手育成に向けて、平成21（2009）年に県が紀南病院に設置した、「三重県地域医療研修センター（METCH）」では、“へき地は医者ステキにする”を合言葉に、若手医師、医学生に対して実践的な地域医療研修を提供しています。令和4（2022）年度までに、県内・県外の病院から、353名の研修医を受け入れています。受入れ先の医療機関は、紀南病院、熊野市立紀和診療所、町立南伊勢病院、鳥羽市立桃取診療所、鳥羽市立神島診療所、紀宝町立相野谷診療所の6か所となっています。

図表5-8-7 三重県地域医療研修センター 研修医受入れ実績

(単位：人)

	平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
県内病院 研修医	12	17	14	3	14	20	23	27
県外病院 研修医	13	10	9	5	2	0	0	0
年度合計	25	27	23	8	16	20	23	27
受入れ累計	209	236	259	267	283	303	326	353

資料：三重県調査

- 三重大学では、平成18（2006）年度から地域医療に従事する医師の増加を目的とした推薦入試枠の「地域枠*」が設けられるとともに、平成20（2008）年度からは三重大学医学部の定員増が行われました。また、平成21（2009）年度からは、へき地および医師不足地域からの推薦枠となる「地域枠B」が設けられており、令和5（2023）年度までの地域枠入学者

は、541名となっています。これら地域枠の学生には、将来の地域医療の担い手として、大きな期待が寄せられています。加えて、診療科偏在の問題に対処するため、地域枠Bの令和6（2024）年度の入学者からは、診療科指定（内科、外科、救急科、総合診療科）が設けられます。

- 平成16（2004）年度から、医師不足地域の医療機関等における医師の確保をめざし、三重県医師修学資金貸与制度*を創設しました。地域枠医師のサポートと推薦地域への定着を目的として、積極的に修学資金を貸与しています。修学資金の貸与を受けた医師が、卒業後一定期間、推薦地域をはじめとする県内の医療機関で業務に従事すれば貸与金の返還を免除することとしています。
- 平成23（2011）年度より、地域で活躍する総合診療医*の確保を目的に、三重大学、地域の医療機関等が参画するネットワークの構築や人材育成を支援しています。
- 平成28（2016）年より「三重県プライマリ・ケアセンター」を県立一志病院に設置し、へき地等で活躍が期待されるプライマリ・ケアエキスパートナースの養成に取り組んでいます。
- 県内で勤務を開始する三重県医師修学資金貸与医師の増加が見込まれたことから、県では、平成24（2012）年に「三重県地域医療支援センター」を設置し、若手医師を対象とした医師のキャリア形成支援とへき地等医師不足病院における医師確保支援に一体的に取り組んでいます。

3. 課題

(1) へき地等の医療提供体制の維持・確保

- へき地診療所等で勤務する医師の確保が困難な状況が続いており、現在勤務する医師の高齢化が進む中、今後の後任医師の確保が課題になると予測されます。
- へき地の医療提供体制を維持・確保するためには、へき地で勤務する医師の確保のほかに、へき地診療所で勤務する医師を効率よく適正に配置し、例えば、複数の医師のチーム体制により複数の診療所をみるといった、地域を「面で支える」医療提供体制の確立が必要です。また、患者の受診機会の確保の点からも、へき地におけるオンライン診療の有効性及び適合性等の検討が必要です。
- へき地医療拠点病院の主たる事業の一つである、代診医派遣の実績について応需率100%を維持しています。一方で、コロナ禍で学会等のオンライン開催が増えたため、令和2（2020）年度から派遣依頼は大きく減少しています。また、地域等によって代診医の派遣依頼実績に偏りが生じているため、制度改善や再周知を行い、需要に応じてより容易に代診医派遣依頼ができるよう見直しを図る必要があります。

(2) へき地医療に関わる医師・看護職員の育成・確保

- 今後、増加が見込まれる三重県医師修学資金貸与者および三重大学医学部地域枠学生等がへき地医療等への志を維持できるよう、継続的な研修等、動機づけの機会が必要です。

- 地域医療を担う医療従事者（医師・看護職員）を確保するため、現場見学セミナーや、就業体験をとおして進路選択の動機づけを行い、将来地域医療に従事する学生（高校生・大学生）への支援などを継続的に行っていくことが必要です。
- へき地医療に従事する医師のキャリア形成上の不安を解消することが必要です。このため、三重県地域医療研修センター（METCH）や三重県地域医療支援センター、三重大学医学部、県内の臨床研修病院*、市町等の関係機関等が連携し、医学生や研修医を対象とする卒前・卒後を通じて一貫したへき地を含む県内医療機関等でのキャリア形成支援を行うことが必要です。
- へき地医療では、保健福祉、在宅医療、救急医療、入院治療などさまざまな対応が求められるため、柔軟で幅広い対応のできる医師の育成が重要です。また、地域包括ケアシステムを推進するため、医療・介護・福祉等の多職種連携の重要性について意識を高め、地域医療教育の充実に取り組んでいくことも必要です。
- 在宅医療等を支える看護師や感染症の発生・まん延時に迅速かつ的確に対応できる看護師の養成を図る必要があります。

4. ロジックモデル

番号	具体的施策	番号	中間アウトカム	番号	分野アウトカム
【へき地における診療体制の確保】					
1	へき地診療等の確保と支援 (オンライン診療体制整備を含む)	1	へき地の医療提供体制が維持・確保されている	1	へき地において必要な医療の提供を受けることができる
	指標 へき地医療拠点病院数		指標 へき地診療所からの代診医派遣依頼応需率		指標 へき地等への地域枠医師等の派遣数※
	指標 へき地診療所数				
	指標 へき地診療所設備整備等の補助実施数				
【へき地医療等を担う医療人材の確保】					
2	へき地医療を担う医師確保の取組	2	へき地医療を担う医療人材が確保されている		
	指標 自治医科大学合格者数		指標 自治医科大学卒業生および三重県医師修学資金貸与者のうち従事義務の下で勤務している人数		
	指標 三重県医師修学資金貸与者数				
	看護職員確保の取組				
指標 三重県保健師助産師看護師等修学資金貸与者数					
【将来に向けた医療人材の育成】					
3	へき地医療を担う人材育成の取組	3	へき地医療を担う人材育成がなされている		
	指標 三重県地域医療研修センターでの臨床研修医受入れ数		指標 三重県地域医療研修センターでの臨床研修医受入れ数(再掲)		
	指標 へき地医療体験実習・研修会参加者数				
	指標 みえ地域医療メディカルスクール*参加者数				
指標 看護体験参加者数					

※従事義務の下、へき地および医師少数区域に所在する医療機関で常勤する地域枠医師と自治医科大学卒業医師(キャリアサポート適用者を含む)の合計

5. 目標と施策

(1) 数値目標

目標項目	現状値	目標値	目標値の説明	データ出典
へき地等への地域枠医師等の派遣数	29人 【R4】	32人	へき地の医療機関への地域枠医師・自治医科大学卒業医師の派遣数を年32人とすることを目標とします。 (毎年4月1日時点での派遣数)	三重県調査
へき地診療所からの代診医派遣依頼応需率	100% 【R4】	100%	へき地診療所からの代診医派遣依頼件数に対する派遣件数の割合を100%に維持することを目標とします。	三重県調査
三重県地域医療研修センター研修医受入れ数(累計数)	353人 【R4】	563人	研修医の受入れ人数は、これまで年平均で約25人となっています。研修プログラムの充実と、県内外への情報発信等により、年平均30人の受入れを目標とします。	三重県調査

(2) 取組内容

取組方向1：へき地の医療提供体制の維持・確保

- 過疎化の進行とともにへき地診療所等の患者数が年々減少しており、へき地診療所等の運営状況も厳しくなることが予想されるため、医師確保と運営状況両方の点で体制の見直しを図り、複数の医師によるチームで複数の診療所をみるなど、地域を「面で支える」医療提供体制の確立を推進します。(医療機関、市町、県)
- へき地医療拠点病院を指定し、へき地医療支援機構の調整のもと、巡回診療やへき地診療所からの代診医派遣要請および在宅診療・訪問看護等のニーズへの対応を行うとともに、へき地医療拠点病院および協力医療機関、協力医師の増加に努めます。また、へき地医療拠点病院の主たる3事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣について、実績の向上と平準化に向けて、連携強化を図ります。さらに、代診医派遣制度の再周知を行うなど、応需率100%を維持しつつ、より容易にへき地診療所から代診医派遣依頼ができる環境整備に努めます。(医療機関、県)
- へき地医療拠点病院およびへき地診療所の施設や設備の整備、運営に対する支援を引き続き行います。(市町、県)
- 「三重医療安心ネットワーク」等を活用して、医療機関の間で診療情報を円滑にやり取りできるようにすることで、へき地においても、病病連携*・病診連携をさらに推進します。(医療機関、県)
- 三重県全域の第三次救急医療体制の充実を目的に導入した県のドクターヘリについて、へき地等においてもより一層効果的な活用を図ります。(医療機関、市町、県)
- へき地での在宅訪問歯科診療の充実をめざして、三重県および郡市歯科医師会と連携し、歯科医療関係者への研修および在宅歯科診療の設備整備などを支援し、安全・安心な歯科

医療提供体制の整備を推進します。(医療機関、歯科医師会、市町、県)

- 患者の受診機会の確保等のため、県内へき地に適したオンライン診療のモデルを構築すること等により、へき地診療所を有する市町や医療機関におけるオンライン診療の導入に向けた検討・支援を行います。(医療機関、市町、県)

取組方向2：へき地医療を担う医師・看護職員の育成・確保

- 医師無料職業紹介事業(おいないねっと三重*・みえ医師バンク*)等の取組を通じて、へき地医療機関に従事する医師の確保に努めます。(医療機関、県)
- 臨床現場から離れている看護職員の復職を支援するために、就業に結びつけるための情報提供の充実や、就業支援の取組を進めます。(医療機関、看護協会、市町、県)
- 地域医療を担う医療従事者(医師・看護職員)を確保するため、高校生を対象に、医学を志す生徒への動機づけ・啓発として「みえ地域医療メディカルスクール」を引き続き実施し、将来の医療人材を確保するための事業のより一層の充実を図ります。(医療機関、教育機関、県)
- 看護体験や出前授業、「みえ看護フェスタ」等の取組を通じて、地域医療への従事貢献をめざす中高生への動機づけを引き続き実施します。(医療機関、看護協会、県)
- へき地医療では、保健福祉、在宅医療、救急医療、入院治療などさまざまな対応が求められるため、柔軟で幅広い対応のできる医師の育成支援に注力します。(県)
- 三重大学医学部医学・看護学教育センターや関係機関と協働し、三重大学医学部医学生への地域における学習、実習機会の提供を継続的に実施し、へき地医療や地域包括ケアシステムを推進するための多職種連携の重要性について意識を高めるとともに、へき地等地域医療に従事する動機づけを行っていきます。(医療機関、三重大学、市町、県)
- 医学生、若手医師を対象に、三重県地域医療研修センター(METCH)における地域医療の現場での実践的な研修を提供するとともに、連携して受入れを行う医療機関の拡充を図り、将来的にへき地等地域医療を担う医師を育成します。また、地域枠医師が県内のへき地および医師少数区域を理解し、将来の同地域での勤務に役立つよう、臨床研修(地域医療)における同センターの利用を促進します。(医療機関、三重大学、県)
- 保健福祉、在宅医療、救急医療、入院治療など幅広い対応のできる医師を確保するため、総合診療医や総合内科医等の育成を行い、へき地を含む地域の医療機関で従事する医師の確保・育成を支援します。(医療機関、三重大学、県)
- 地域包括ケアシステムを推進するため、プライマリ・ケアを実践できるプライマリ・ケアエキスパートナースを養成します。(医療機関、県)
- 在宅医療等を支える看護師、感染症の発生・まん延時に迅速かつ的確に対応できる看護師を確保するため、特定行為研修制度の周知・費用補助等により、専門性の高い看護師の養成に向けて取り組みます。(医療機関、関係機関、県)
- 地域医療の担い手の育成・定着促進を目的として、自治医科大学卒業医師が義務年限終了後に引き続きへき地等で勤務できるよう、キャリアサポート制度の充実と利用促進を図ります。(県)
- 自治医科大学において、へき地医療を担う医師を養成します。(県)
- 三重県地域医療研修センター(METCH)や三重県地域医療支援センター、三重大学医

学部、県内の臨床研修病院、市町等の関係機関等が連携し、医学生や研修医を対象として、その卒前・卒後において一貫した、へき地医療機関等でのキャリア形成支援を推進します。

(医療機関、三重大学、市町、県)

- 三重県医師修学資金貸与者および三重大学医学部地域枠学生等を対象とするキャリア形成卒前支援プラン*に基づき、三重大学医学部医学・看護学教育センターや医療機関と連携し、へき地医療体験実習等を行います。(医療機関、三重大学、県)
- キャリア形成プログラム*に基づき、地域枠医師等の派遣調整を行うことで、へき地における医師確保と医療体制の充実を図ります。(医療機関、三重大学、県)

第9節 | 周産期医療対策

1. めざす姿

(1) めざす姿

安全で安心して妊娠・出産でき、産後の育児まで途切れることなく支援が受けられる環境が整っている状態をめざします。

- 必要な産婦人科医、小児科医、助産師等が確保され、安全で安心して妊娠・出産ができる環境が整っています。
- リスクの低い出産は地域の産科医療機関・助産所で行い、中等度以上のリスクの出産は周産期母子医療センター等で行うという明確な機能分担、連携体制が構築されています。
- 産婦人科医と小児科医、保健師、助産師、看護師等がセミナーや平時の交流により密接に連携し、妊娠から出産、産後まで途切れることなく適切な対応が行われています。

(2) 取組方向

- 取組方向1： 周産期医療を担う人材の育成・確保
- 取組方向2： 産科における病院と診療所の適切な機能分担、連携体制の構築
- 取組方向3： 周産期医療ゾーン別の課題への取組

2. 現状

(1) 周産期医療の概況

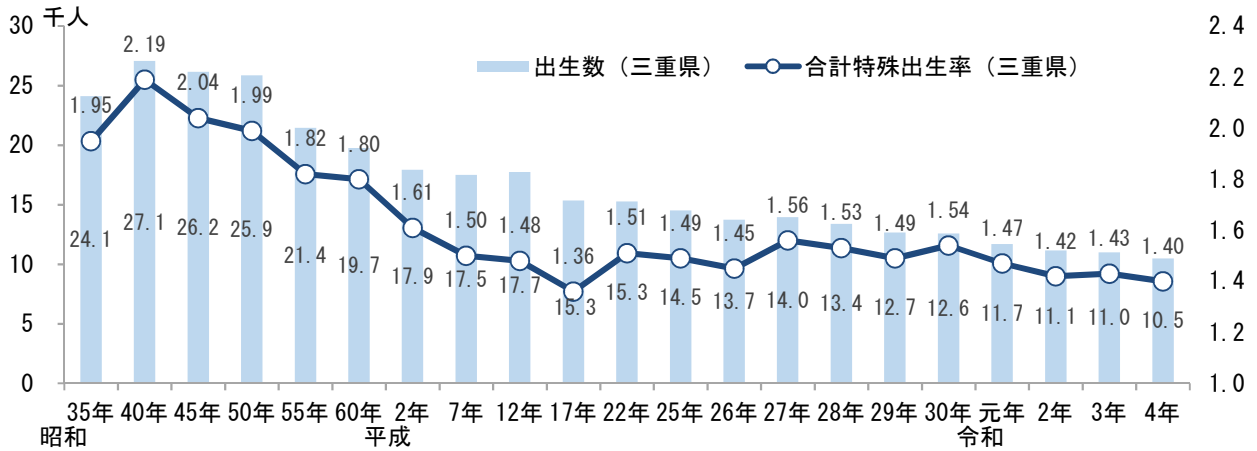
- 「周産期」とは、妊娠満22週から出生後満7日未満の期間のことをいい、母体・胎児・新生児にとって大変重要な時期とされています。この期間に、「周産期医療」として産科・小児科の双方から総合的に医療が行われます。
- 妊娠した女性はかかりつけ医の健康診査を受け、出産に備えることが重要です。高齢出産の場合や母親に合併症がある場合等、母体や胎児に何らかの危険が生じる可能性が高い妊娠（分娩）を「ハイリスク妊娠（分娩）」といい、重症度に応じて医療機関での適切な管理が必要となります。

【出生数と合計特殊出生率】

- 全国の出生数は、平成28（2016）年には約98万人でしたが、令和4（2022）年には約21%減少し80万人を下回り、統計を取り始めた明治32（1899）年以降過去最少となりました。本県における出生数は、平成28（2016）年の13,376人から令和4（2022）年の10,489人へと約22%減少しています。
- 本県の令和4（2022）年の出生率（人口千人あたり出生数）は6.2で全国平均の6.3を下回っていますが、合計特殊出生率（1人の女性が一生に産む子どもの平均数）は1.40で全

国平均 1.26 を上回っています。

図表5-9-1 出生数と合計特殊出生率の推移

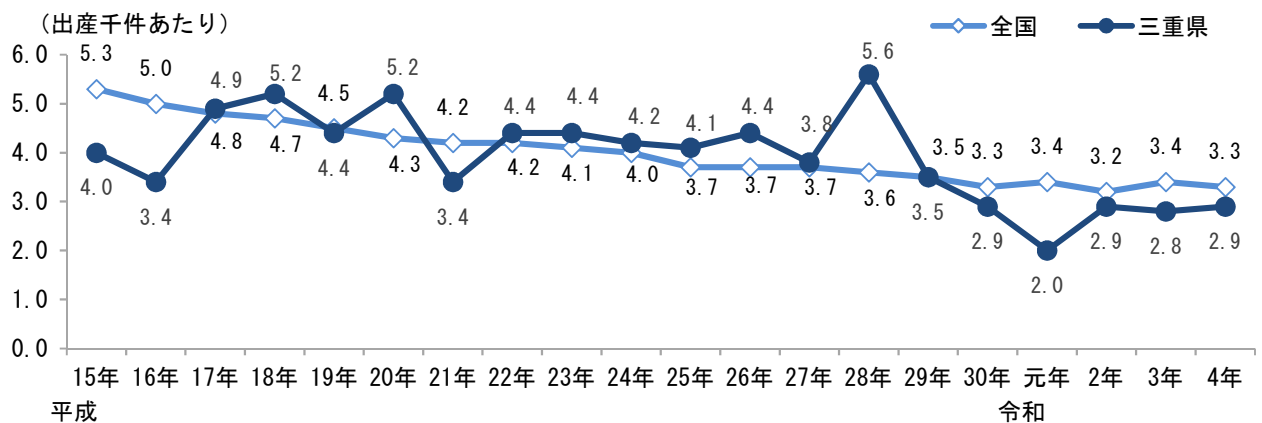


資料：厚生労働省「人口動態調査」

【死亡率の推移】

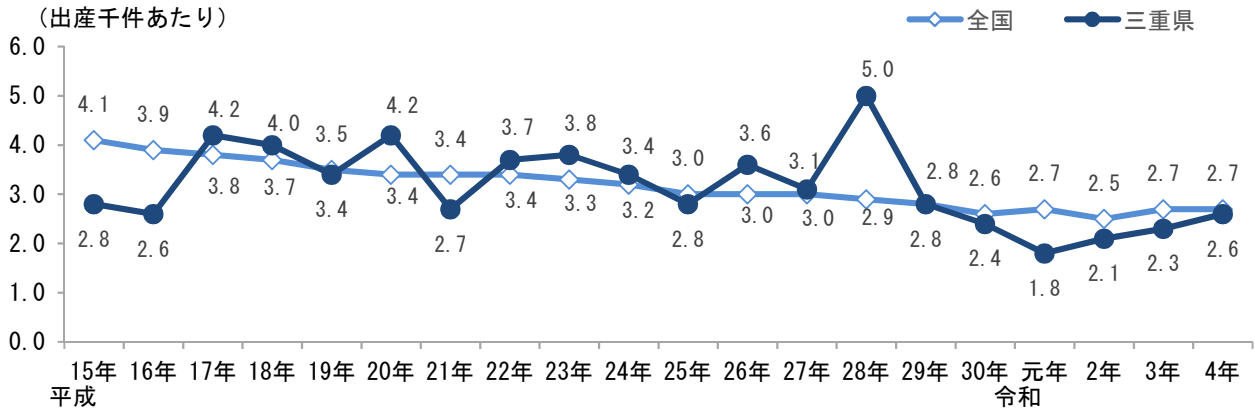
- 診療所・病院と周産期母子医療センターが連携し、安全な周産期医療が提供されています。周産期関係の死亡率のデータは、母数が少ないため、変動が大きいことに留意する必要がありますが、おおむね全国平均よりも低い状況となっています。
- 本県における周産期死亡率は平成 28 (2016) 年に 5.6 と全国で最も悪い数値となりましたが、医療関係者の連携強化等により、令和元 (2019) 年には 2.0 と全国で最も低い数値となり、その後も低い値を推移しています。

図表5-9-2 周産期死亡率の推移



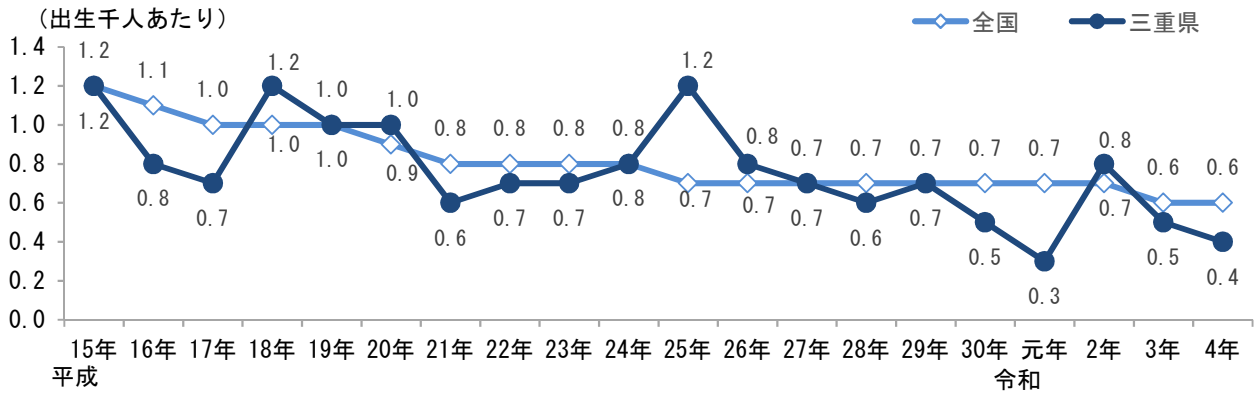
資料：厚生労働省「人口動態調査」

図表5-9-3 妊娠満22週以後の死産率の推移



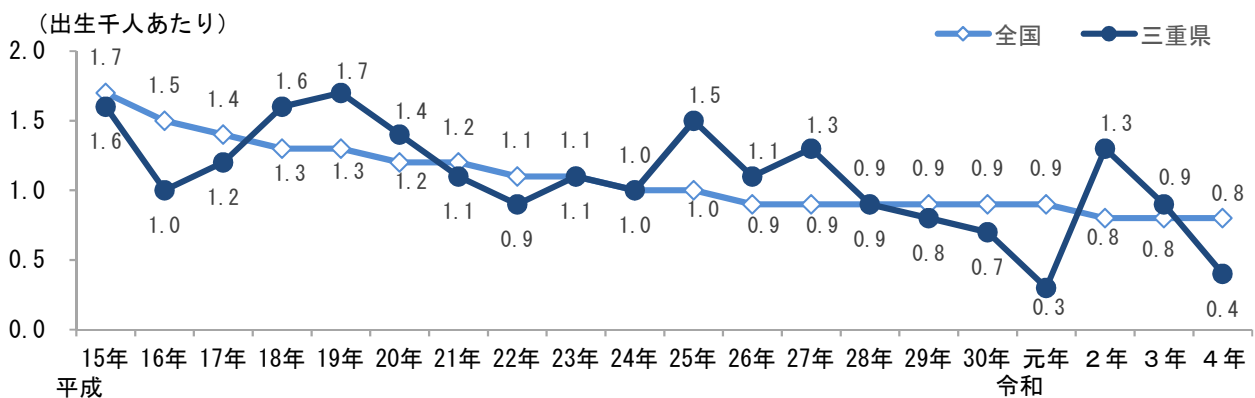
資料：厚生労働省「人口動態調査」

図表5-9-4 早期新生児(生後1週間未満)死亡率の推移



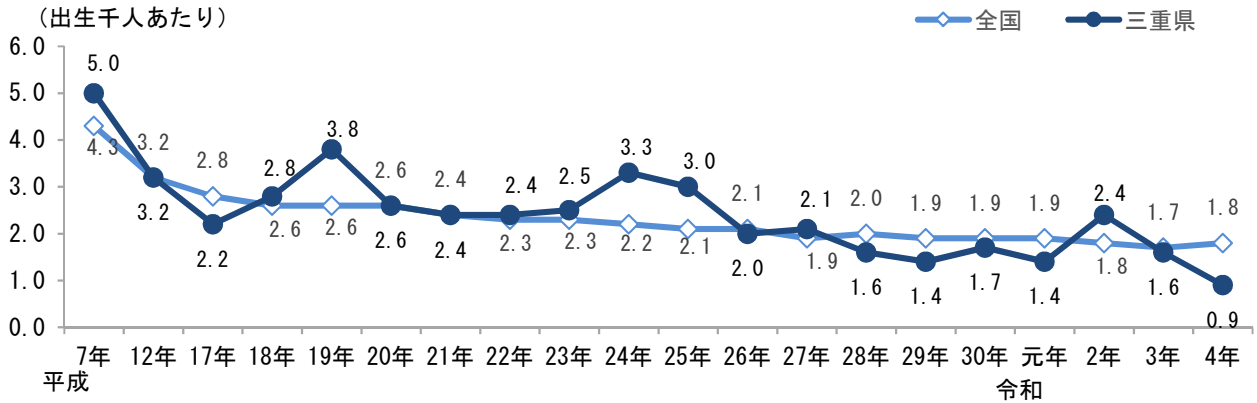
資料：厚生労働省「人口動態調査」

図表5-9-5 新生児(生後4週間未満)死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

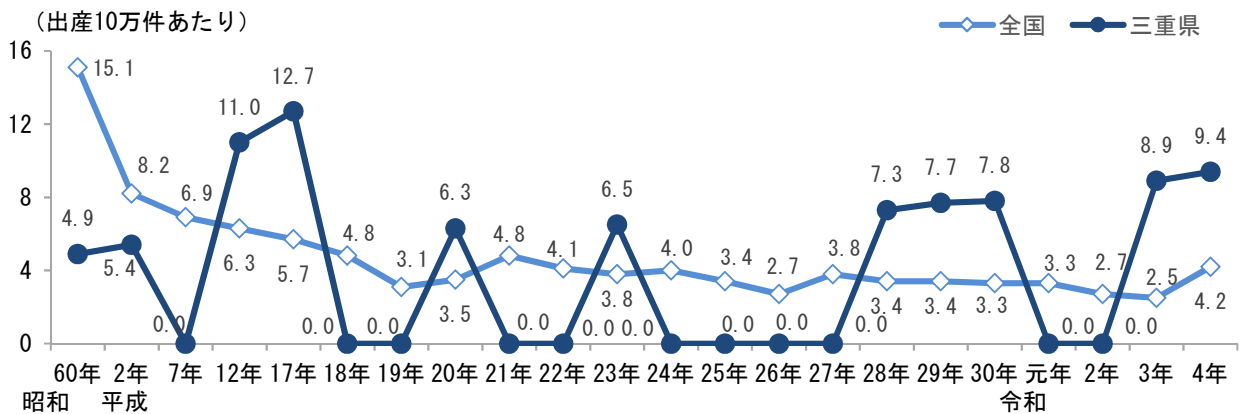
図表5-9-6 乳児*（生後1年未満）死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

- 妊産婦死亡率は、統計上出産10万件あたりで算出されていることから、令和3（2021）年、令和4（2022）年の妊産婦死亡は1名ですが変動が大きくなっています。

図表5-9-7 妊産婦死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

(2) 医療提供体制

【分娩取扱医療機関等・分娩数】

- 本県の周産期医療体制は、正常分娩などを診療所・病院が担い、リスクの高い妊娠に対する医療や高度な新生児医療等については、総合周産期母子医療センター*である市立四日市病院、三重中央医療センター、地域周産期母子医療センター*である県立総合医療センター、三重大学医学部附属病院、伊勢赤十字病院が機能分担しています。また、桑名市総合医療センターにおいて、令和6（2024）年の地域周産期母子医療センターの認定に向けて整備が進められています。
- 本県において分娩を実施している病院は13施設、診療所は17施設ですが、分娩件数の減少や医師の高齢化等により、分娩ができる医療機関は近年減少しています。また、県内には6か所の助産所があり、病院や診療所と連携しています。

図表5-9-8 県内分娩取扱医療機関等の数および分娩数

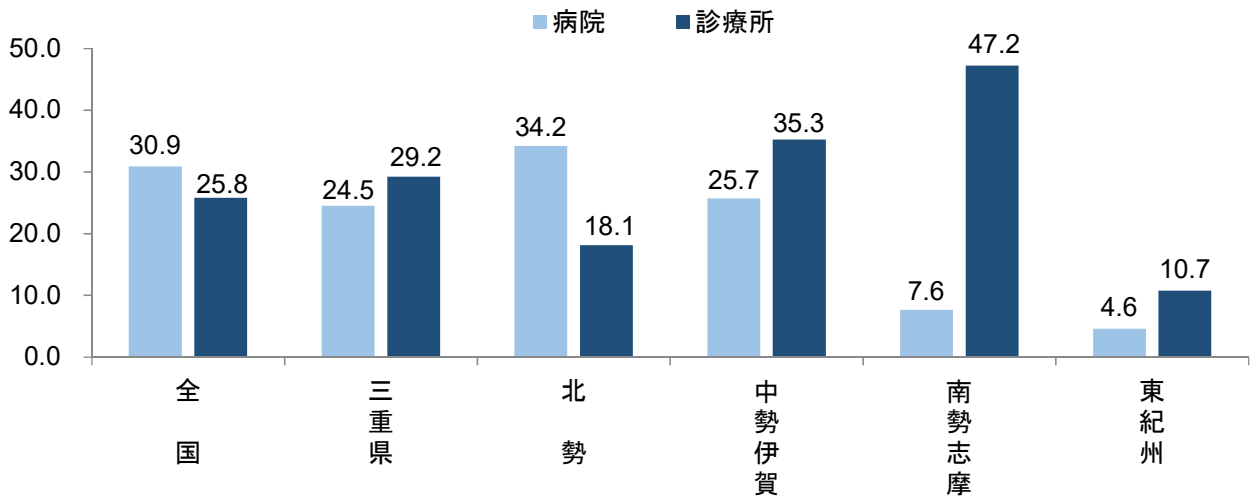
二次医療圏 構想区域	施設数（令和5年） （※全国は令和2年）					分娩数（令和4年）					出生数 （令和4年）		死産数 （令和4年）	
	合計	病院	診療所	助産所	率	合計	病院	診療所	助産所	率	合計	率	自然 死産	人工 死産
全国	2,411	963	1,107	341	-	777,115	-	-	-	-	770,759	-	7,391	7,788
三重県	36	13	17	6	100.0%	11,270	4,930	6,276	64	100.0%	10,489	100%	95	89
北勢医療圏	16	7	7	2	44.4%	5,592	3,104	2,448	40	49.6%	5,495	52.4%	46	49
桑 員	5	3	1	1	13.9%	1,387	1,033	354	0	12.3%	1,363	13.0%	16	9
三 泗	7	3	4	0	19.4%	2,561	1,338	1,223	0	22.7%	2,618	25.0%	20	24
鈴 亀	4	1	2	1	11.1%	1,644	733	871	40	14.6%	1,514	14.4%	10	16
中勢伊賀医療圏	9	3	4	2	25.0%	2,980	1,254	1,717	9	26.4%	2,473	23.6%	19	22
津	6	2	2	2	16.7%	2,098	837	1,252	9	18.6%	1,662	15.8%	15	15
伊 賀	3	1	2	0	8.3%	882	417	465	0	7.8%	811	7.7%	4	7
南勢志摩医療圏	9	2	5	2	25.0%	2,588	515	2,058	15	23.0%	2,279	21.7%	24	17
松 阪	4	1	2	1	11.13%	1,220	284	936	0	10.8%	1,205	11.5%	15	8
伊勢志摩	5	1	3	1	13.9%	1,368	231	1,122	15	12.2%	1,074	10.2%	9	9
東紀州医療圏（区域）	2	1	1	0	5.6%	110	57	53	0	1.0%	242	2.3%	6	1

※分娩数：出張を行っている助産所の分娩件数は助産所の所在地に計上

資料：三重県産婦人科医会調査（県内分娩取扱医療機関：令和5年10月31日時点）、

施設数（病院・診療所）のうち、全国の数値は厚生労働省「令和2年 医療施設調査」、施設数（助産所）のうち、全国の数値は「令和2年 衛生行政報告例」、三重県調査、厚生労働省「令和4年 人口動態調査」

図表5-9-9 医療圏別分娩数(人口10万人あたり)



資料：厚生労働省「令和2年 医療施設調査」、総務省「推計人口」（令和2年10月1日現在）、三重県「人口月別調査」（令和2年10月1日現在）

- 令和5（2023）年3月31日現在、新生児集中治療室（NICU*）を有する県内の医療機関は7病院で、計63床あります。国の指針では出生1万人に対して25～30床必要とされていることから、本県に必要な病床数は27～32床であり充足していると考えられます。
- また、母体・胎児集中治療室（MFICU*）を有する県内の医療機関は3病院で計18床、新生児回復期治療室（GCU*）を有する県内の病院は5病院で計57床あり、出産10万件あたりの施設数・病床数はいずれも全国平均を上回っています。これらの集中治療室の病床は北勢医療圏（桑員区域・三泗区域）と中勢伊賀医療圏（津区域）に集中しているため、入室児の延数も両医療圏に集中しています。
- 令和5（2023）年3月31日時点で、5か所ある周産期母子医療センターを有する病院には、常勤の産科医師が41人、小児科医師が55人勤務しています¹。

図表5-9-10 新生児集中治療室等を有する病院数と病床数

二次医療圏・ 構想区域	NICUを有する病院			MFICUを有する病院			GCUを有する病院数					
	施設数	対出産 10万件	病床数	対出産 10万件	施設数	対出産 10万件	病床数	対出産 10万件	施設数	対出産 10万件	病床数	対出産 10万件
全 国	352	41	3,394	396	131	15	867	101	299	35	4,090	477
三重県	7	62	63	555	3	26	18	159	5	44	57	502
北勢医療圏	3	51	27	463	1	17	6	103	2	34	24	412
桑 員	1	71	12	847	0	0	0	0	0	0	0	0
三 泗	2	74	15	554	1	37	6	222	2	74	24	886
鈴 亀	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中勢伊賀医療圏	2	75	24	896	2	75	12	448	2	75	27	1,007
津	2	115	24	1,384	2	115	12	692	2	115	27	1,557
伊 賀	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南勢志摩医療圏	2	78	12	466	0	0	0	0	1	39	6	233
松 阪	1	73	3	218	0	0	0	0	0	0	0	0
伊勢志摩	1	83	9	749	0	0	0	0	1	83	6	500
東紀州医療圏(区域)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

資料：厚生労働省「令和2年 医療施設調査」、厚生労働省「令和3年（令和2年実績）周産期医療体制調査」、厚生労働省「令和2年 人口動態調査」

図表5-9-11 NICU入室児延数(令和2年9月分)

	全国	三重県	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
N I C U入室児延数	-	1,536	593	699	244	0
出生千人あたり	86.3	137.9	103.5	266.9	96.6	0

資料：厚生労働省「令和2年 医療施設調査」、厚生労働省「令和2年 人口動態調査」

¹ 出典：厚生労働省「令和5年 周産期医療体制調査」

- 周産期医療を提供する医療機関に関する主要指標は、おおむね全国平均を上回っていますが、分娩を扱う産科・産婦人科病院数は人口 10 万人あたり、出産千件あたりともに、全国平均を下回っています。

図表5-9-12 医療機関数に関する主要指標

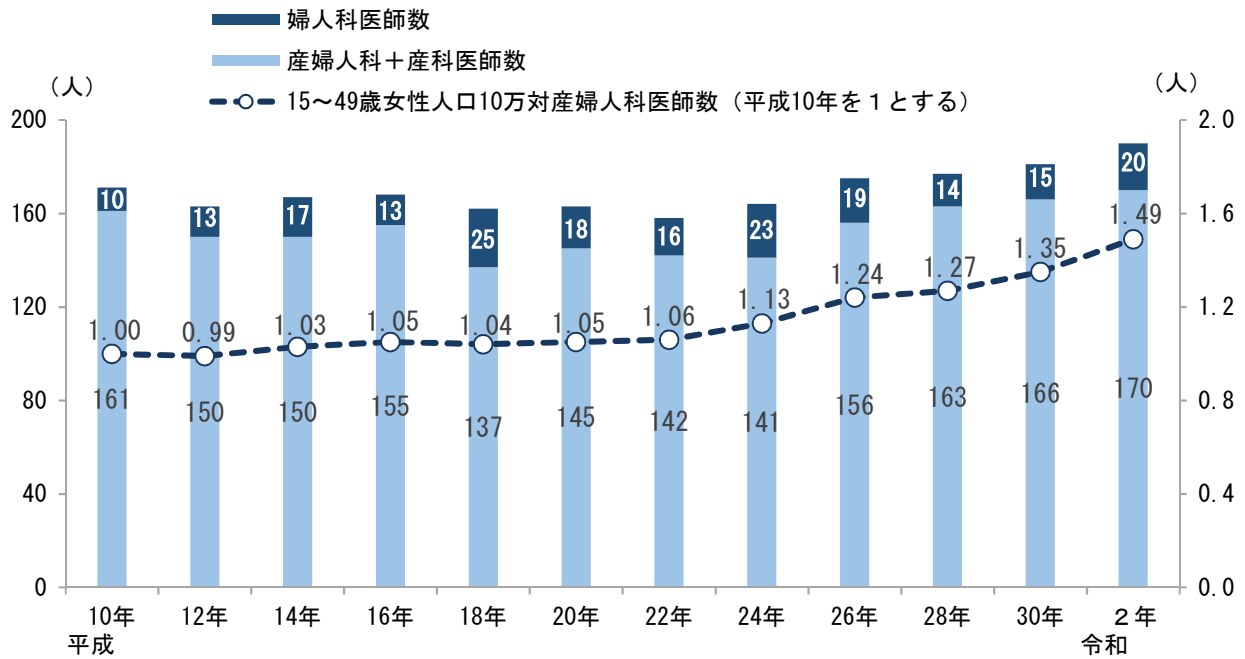
	全国を 100 とした指標	医療機関・病床数	
	三重県	全国	三重県
分娩を扱う産科・産婦人科病院数（人口 10 万人あたり）	87.9	0.76	0.67
分娩を扱う産科・産婦人科病院数（出産千件あたり）	92.1	1.16	1.07
分娩を扱う産科・産婦人科診療所数（人口 10 万人あたり）	133.8	0.88	1.18
分娩を扱う産科・産婦人科診療所数（出産千件あたり）	140.3	1.34	1.88
N I C Uを有する病院数（人口 10 万人あたり）	140.3	0.28	0.39
N I C Uを有する病院数（出生千件あたり）	147.0	0.43	0.64
N I C Uの病床数（人口 10 万人あたり）	131.0	2.70	3.53
N I C Uの病床数（出生千件あたり）	137.2	4.18	5.74
M F I C Uを有する病院数（人口 10 万人あたり）	161.6	0.10	0.17
M F I C Uを有する病院数（出産千件あたり）	169.3	0.16	0.27
M F I C Uの病床数（人口 10 万人あたり）	146.5	0.69	1.01
M F I C Uの病床数（出産千件あたり）	153.5	1.05	1.61
ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数（人口 10 万人あたり）	103.5	0.60	0.62

資料：厚生労働省「令和 2 年 医療施設調査」、厚生労働省「診療報酬施設基準」（令和 4 年 3 月 31 日）、
厚生労働省「令和 3 年 人口動態調査」、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」（令和 4 年 1 月 1 日現在）

【医師数・助産師数】

- 本県の人口10万人あたりの産科・産婦人科医師数は9.6人であり、全国平均の9.5人を上回っています。
- 令和2（2020）年の、県内15歳から49歳女性人口10万人あたりの産婦人科医師数は、平成10（1998）年の1.49倍となっており、全国平均（1.36倍）を上回っていますが、人口集中地域に多い傾向があり、北勢・中勢地域と県南部地域との偏在があります。

図表5-9-13 県内の産婦人科・婦人科医師数の推移



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」、三重県「月別人口調査」

- 分娩取扱病院に勤務する人口 10 万人あたりの産科・産婦人科医師数は全国平均を下回っていますが、出産千件あたりの産科・産婦人科医師数は全国平均を上回っています。地域別にみると、中勢伊賀医療圏においてはそれぞれ全国平均を上回っていますが、それ以外の地域では全国平均を下回っています。
- 分娩取扱診療所に勤務する人口 10 万人あたりおよび出産千件あたりの産科・産婦人科医師数は全国平均を上回っています。

図表5-9-14 分娩取扱施設に勤務する産科および産婦人科の医師数

【病院勤務医師数】

(単位：人)

	全国	三重県	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
病院医師数	6,756.5	91.0	33.7	42.3	14.0	1.0
人口10万人あたり	5.5	5.1	4.0	9.6	3.2	1.5
出産千件あたり	7.9	8.0	5.8	15.8	5.4	3.7

【診療所勤務医師数】

(単位：人)

	全国	三重県	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
診療所医師数	2,175.9	37.7	15.0	8.2	13.5	1.0
人口10万人あたり	1.8	2.1	1.8	1.9	3.1	1.5
出産千件あたり	2.5	3.3	2.6	3.1	5.2	3.7

※いずれも常勤換算の人数

資料：厚生労働省「令和2年 医療施設調査」、総務省「推計人口」（令和2年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（令和2年10月1日現在）、厚生労働省「令和2年 人口動態調査」

○ 産婦人科・産科・婦人科の病院勤務医師数のうち 26.7%が 60 歳以上ですが、診療所勤務医師では 61.4%が 60 歳以上となっています。

図表5-9-15 年齢別の産婦人科医師数

【産婦人科 病院】

(単位：人)

構想区域	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85歳以上	総計
三重県	16	16	17	9	12	9	9	11	10	5	3	1	2	120
桑員	0	2	3	2	0	0	2	1	3	0	1	0	1	15
三泗	1	2	1	1	5	3	1	1	3	0	1	0	0	19
鈴亀	0	0	2	0	1	1	3	1	1	1	0	0	0	10
津	14	10	8	6	2	2	0	1	1	0	0	0	1	45
伊賀	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	4
松阪	1	1	2	0	0	3	1	3	0	0	1	0	0	12
伊勢志摩	0	1	1	0	3	0	1	2	1	4	0	1	0	14
東紀州	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1

【産婦人科 診療所】

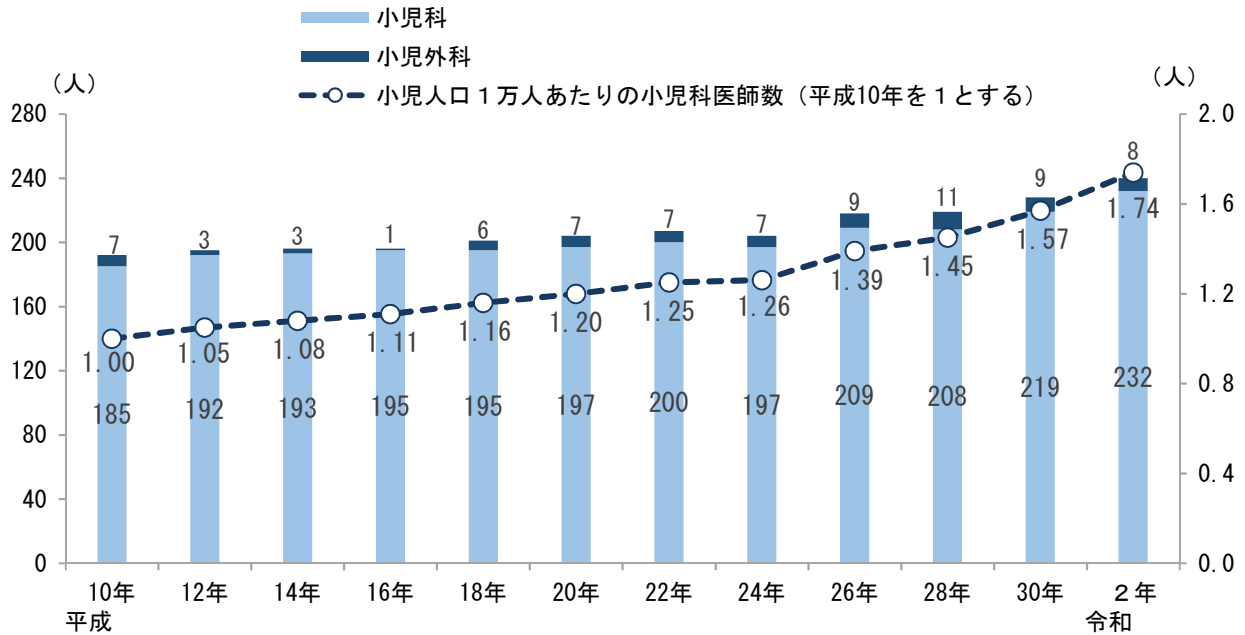
(単位：人)

構想区域	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85歳以上	総計
三重県	0	0	0	6	8	5	8	8	11	12	7	2	3	70
桑員	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	4
三泗	0	0	0	3	2	4	1	1	0	4	1	0	0	16
鈴亀	0	0	0	0	2	0	2	2	2	0	1	0	1	10
津	0	0	0	1	2	0	2	1	2	1	3	1	0	13
伊賀	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	6
松阪	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2	1	0	0	7
伊勢志摩	0	0	0	1	1	0	2	1	2	2	1	1	1	12
東紀州	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2

※ 産婦人科・産科・婦人科の合計

資料：三重県調査（令和2年）

図表5-9-16 県内の小児科・小児外科医師数の推移



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」、三重県「月別人口調査」

○ 小児医療に関わる医師数を人口10万人、および小児人口1万人あたりで比較すると、病院に勤務する小児科および小児外科医師数は、中勢伊賀医療圏では、両項目とも全国平均を上回っていますが、三重県全体では全国平均を下回っています。

図表5-9-17 病院に勤務する小児科および小児外科の医師数(上段)
小児科標榜診療所に勤務する医師数(下段)

【病院勤務医師数】

(単位：人)

	全国	三重県	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
病院医師数	11,942.0	145.0	45.0	80.0	19.0	1.0
人口10万人あたり	9.7	8.2	5.4	18.2	4.4	1.5
小児人口1万人あたり	8.1	6.9	4.3	15.4	3.9	1.6

【診療所勤務医師数】

(単位：人)

	全国	三重県	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
診療所医師数	7,320.6	89.5	33.1	26.2	28.2	2.0
人口10万人あたり	5.9	5.1	4.0	6.0	6.5	3.1
小児人口1万人あたり	4.9	4.2	3.2	5.0	5.7	3.3

※いずれも常勤換算の人数

資料：厚生労働省「令和2年 医療施設調査」、厚生労働省「令和2年 医師・歯科医師・薬剤師統計」、三重県調査、総務省「推計人口」(令和2年10月1日現在)、三重県「月別人口調査」(令和2年10月1日現在)、厚生労働省「令和2年 人口動態調査」

【就業助産師数】

○ 本県の人口 10 万人あたりの就業助産師数は 28.5 人と、全国平均 30.5 人を下回っています。

図表 5-9-18 構想区域別の助産師数（人口 10 万人あたり）

（単位：人）

区域	助産師
全 国	30.5
三重県	28.5(39)
桑 員	33.4
三 泗	37.8
鈴 亀	16.5
津	50.5
伊 賀	18.6
松 阪	17.3
伊勢志摩	15.4
東 紀 州	14.4

※（ ）内は全国順位です。

資料：厚生労働省「令和 4 年 衛生行政報告例」

全国と三重県全体の数値は総務省「令和 4 年 人口推計」（令和 4 年 10 月 1 日現在）から算出
構想区域別の数値は三重県「月別人口調査」（令和 4 年 10 月 1 日現在）から算出

図表 5-9-19 県内の就業場所別助産師数

（単位：人）

	総計	病院	診療所	助産所	市町	事業所	学校 養成所等	その他
平成 22 年	297	168	89	18	6	0	16	0
平成 24 年	359	195	110	23	4	2	24	1
平成 26 年	386	214	113	25	8	1	24	1
平成 28 年	420	249	105	25	13	0	26	2
平成 30 年	445	261	106	36	13	0	28	1
令和 2 年	464	254	131	43	14	0	21	1
令和 4 年	496	281	142	30	16	0	25	2

資料：厚生労働省「平成 24 年～26 年、平成 30 年～令和 4 年 衛生行政報告例」、
三重県「平成 28 年 保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」

【母体・新生児搬送】

- 令和3（2021）年中の産科・周産期救急搬送件数518件のうち、他医療機関への転送は382件、転院外の搬送（救急現場からの搬送）は136件でした。
- 転院外の搬送（救急現場からの搬送）のうち、医療機関に受入れの照会を行った回数が4回以上のものは3件、受入れに至らなかったものは43件ありました。また、現場滞在時間が45分以上であったものは2件ありましたが、構成比はいずれも全国平均を下回っています。
- 受入れに至らなかった43件の理由については、処置困難16件、専門外7件、かかりつけ医なし3件、ベッド満床2件、医師不在2件、その他理由不明13件となっています。

図表5-9-20 母体・新生児搬送の救急搬送件数

	産科・周産期搬送人員 ²	うち転院搬送		転院外の搬送
		件数	転院搬送割合	
全 国	37,349	24,903	66.7%	12,446
三重県	518	382	73.7%	136

	転院外の搬送	医療機関への照会		受入れに至らなかった件数	
		照会4回以上	構成比	件数	構成比
全 国	12,446	572	4.6%	5,053	40.6%
三重県	136	3	2.2%	43	31.6%

	転院外の搬送	現場滞在時間30分以上		現場滞在時間45分以上	
		30分以上	構成比	件数	構成比
全 国	12,446	1,366	11.0%	378	3.0%
三重県	136	6	4.4%	2	1.5%

資料 消防庁「令和3年 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」

- NICUとMFICUを備えた総合周産期母子医療センターとして市立四日市病院および三重中央医療センターが指定されており、新生児科医師のコーディネート、消防本部との連携で、母体および新生児の搬送受入体制の中核を担っています。
- 新生児を専門に搬送する三重県新生児ドクターカー（すくすく号）*は、総合周産期母子医療センターである三重中央医療センターに配備されており、令和4（2022）年度の搬送件数は17件でした。なお、より緊急度の高い場合にはドクターヘリを活用した新生児搬送にも対応しています。

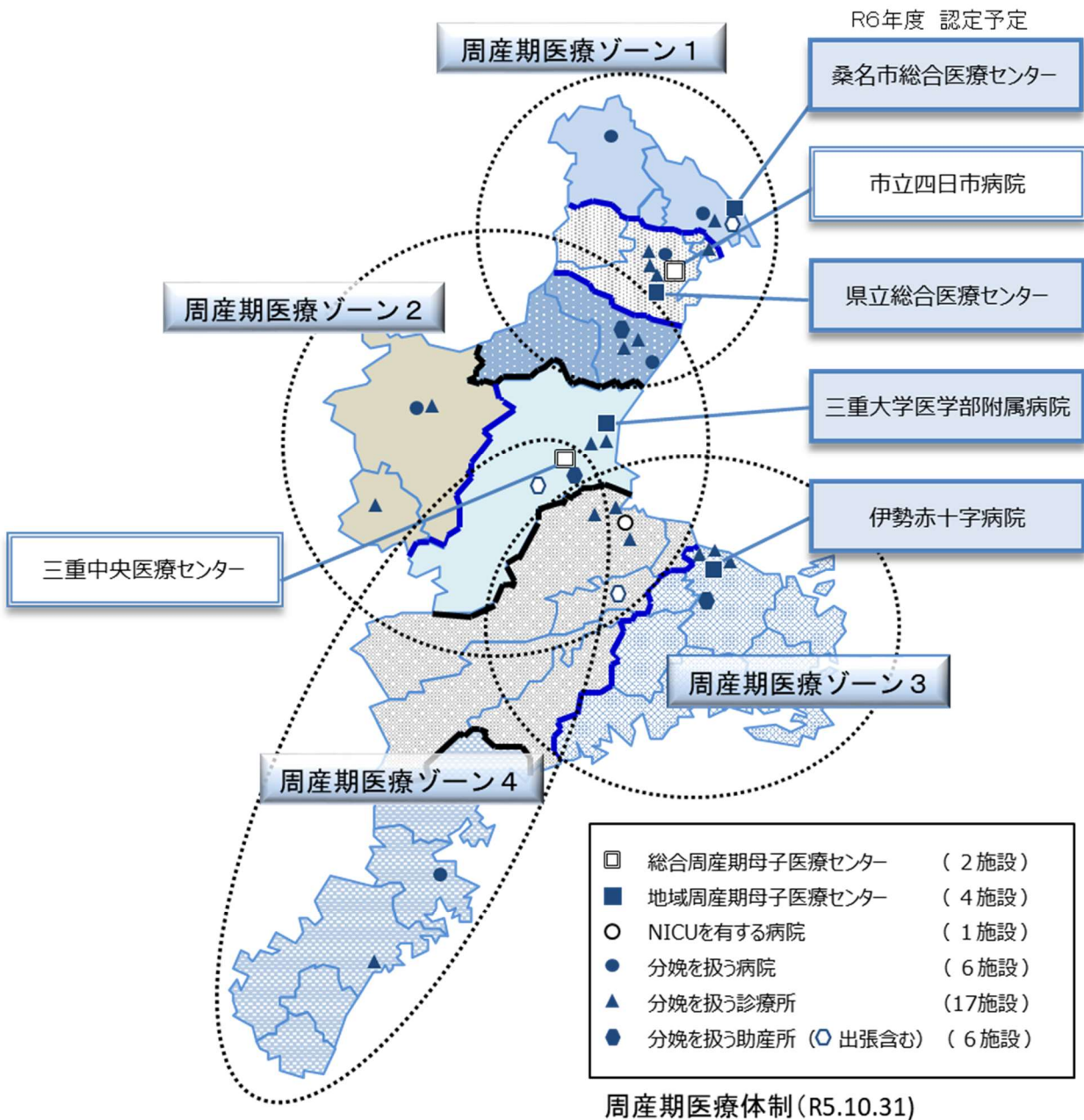
² 妊婦（分娩直後の褥婦を含む。）または出生後1週間未満の新生児

3. 圏域の連携体制

(1) 圏域の設定

○ 県内の周産期医療については、6か所の周産期母子医療センターを中心に、病病連携、病診連携を介したネットワークシステムを構築し、各地域の人口と周産期母子医療センターからの距離に基づいて4つのエリアをつくり、6つのセンターを配置するゾーンディフェンス（エリアを分担して守る）体制とします。

図表5-9-21 県内の周産期医療体制



(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

図表5-9-22 各圏域の医療資源

二次医療圏	リスクの低い分娩	周産期に係る比較的高度な医療を行う機能		
		周産期母子医療センター以外でNICUを有する病院	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター
北勢	一般病院 診療所 助産所		桑名市総合医療センター 県立総合医療センター	市立四日市病院
中勢伊賀			三重大学医学部附属病院	三重中央医療センター
南勢志摩		済生会松阪総合病院	伊勢赤十字病院	
東紀州				

① 医療連携体制

- 各周産期母子医療センターの特徴を生かして機能分担を行っています。具体的には、緊急対応を要する妊産婦の脳出血や心筋梗塞、肺塞栓症等に対しては、脳神経外科医や神経内科医、循環器専門医等が対応し、母体救命を行っています。
- 市立四日市病院と三重中央医療センターの2病院を総合周産期母子医療センターに指定しています。特に三重中央医療センターでは、妊娠28週未満の超早産症例や前期破水症例、さらには重度子宮内胎児発育不全の発育停止により妊娠終了しなければならない症例に対する中核病院として、多くの母体搬送に対応しています。
- 三重大学医学部附属病院では、母体に基礎疾患があるような合併症妊娠の管理や胎児異常症例に対応し、特に子どもの先天異常については出生前から出生後の管理を行う小児科、小児外科、脳神経外科、胸部心臓外科等によるチーム医療を行っています。

② 救急搬送体制

- 平成19(2007)年度に三重県周産期医療救急搬送システム体制を整備し運用してきましたが、周産期医療に係る諸状況の変化に対応するため、令和元(2019)年に周産期救急搬送ルールの見直しを行いました。
- 新生児の救急搬送については、総合周産期母子医療センターが、各周産期母子医療センターの稼働状況などをふまえて受入れ先をコーディネートしています。
- かかりつけ医のいない妊産婦の救急搬送については、直近の周産期母子医療センターが受入要請先となっていますが、受入れが困難な場合は他の周産期母子医療センターと調整し、受入れ先を決定しています。

③ 産科オープンシステム*・セミオープンシステム*の導入

- 妊婦健康診査を担当した診療所等の主治医が、産科や小児科、NICUなどの設備がある周産期母子医療センター等の連携病院に出向き、出産に対応する産科オープンシステムは、三重大学医学部附属病院および伊勢赤十字病院において導入しています。また、妊婦健康診査は診療所等で実施し、周産期母子医療センター等の連携病院の医師が出産に対応するセミオープンシステムは、県立総合医療センターにおいて導入しています。

④ 周産期における災害医療対策および感染症対策

- 周産期医療においては平時から独自のネットワークが形成されており、災害時にも既存のネットワークを活用することが有効であると考えられることから、平成28(2016)年度から災害時小児周産期リエゾンの配置を開始しています。令和5(2023)年4月時点で27名に委嘱し、災害時の小児周産期医療に係るコーディネート体制を強化しています。
- 災害時小児周産期リエゾンは、災害時に保健医療福祉調整本部において災害医療コーディネーターのサポート役として、ネットワークを経由した患者搬送や物資の支援を円滑に行う役割を担うこととしています。
- 災害対応時における連絡体制を確認し、災害時の小児周産期に係る搬送調整にあたっての課題を検討するため、毎年、三重県災害時小児周産期リエゾン協議会を開催するとともに、防災訓練にあわせ、三重県災害時小児周産期リエゾン訓練を実施し、活動体制の整備を行っています。
- 新型コロナウイルス感染症まん延時には、三重大学医学部附属病院がハブとなり、三重県周産期医療ネットワークと連携して、妊婦の入院受入体制の強化に取り組むとともに、入院調整等を行う体制を構築しました。

4. 課題

(1) 周産期医療を担う人材の育成・確保

- 周産期医療に従事する産婦人科医師数は総数としては増加していますが、産科医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、産科医が不足している状況もみられ、また、小児科医、助産師、看護師等も不足していることから、その確保が必要です。
- 分娩を取り扱う診療所の産科医、小児科医が高齢化しており、併せてゾーンによっては非常に少数の医師で対応している状況であることから、周産期医療に関わる若手産科医、小児科医の育成が急務です。
- 周産期医療を充実させるためには、医師数を確保するだけでなく公認心理師や臨床工学技士、MSW(医療ソーシャルワーカー)などの医療従事者も含めて、バランスよく機能する体制が必要です。
- 産婦人科と小児科に従事する医師は、他の診療科に従事する医師と比べて女性の割合が高いことから、ライフステージに合わせた人材の配置が必要です。

(2) 産科における病院と診療所の適切な機能分担、連携体制の構築

① 産科における病院と診療所の適切な機能分担、連携体制の構築

- リスクの低い出産は地域の産科医療機関・助産所で行い、中等度以上のリスクの出産は周産期母子医療センター等が担当するといった機能分担をより一層推進することが必要です。また、限られた医療資源の中、地域で安心・安全に出産ができる体制を将来的にも維持していくためには、産科医療機関・助産所と周産期母子医療センターを共に維持していく必要があります。産科医療機関・助産所を取り巻く社会環境の変化を注視していくことが必要です。
- あわせて、一度、周産期母子医療センター等で受け入れた症例であっても、症状が安定するなどリスクが一定以上低減した場合は、診療所や助産所へ再度転院するなど、リスクに応じて柔軟に対応できる連携体制が必要です。
- NICU、GCUに長期間入院している子どもがいることから、後方ベッドの確保、退院後の受入施設の確保などを進める必要があります。

② 適切な産前産後ケア体制の構築

- 望まない妊娠などにより、妊娠の届出をせず、妊婦健康診査を受けない妊婦においては、必要な支援が届かないことによる、出産・子育てに対する不安、孤独、孤立が生じ、重大な事案につながるおそれのあることから、支援が必要な妊婦を早期に把握し、妊娠の届出を経て、伴走型相談支援をはじめとする妊娠期から地域で寄り添った支援を展開していく必要があります。
- 産後うつ予防のため、妊娠期からの切れ目ない支援に加え、産婦に対して心身のケア等を行い、産後も安心して子育てができるよう、さらなる支援体制の整備が必要です。

③ 新興感染症発生・まん延時や災害等発生時の危機管理体制の構築

- 新型コロナウイルス感染症まん延時に、特定の医療機関に過度の負担が生じたことから、新興感染症発生・まん延にも地域の周産期医療を確保できる体制整備が必要です。
- 災害時において、地域における小児周産期医療の維持を担う人員を確保するため、災害時小児周産期リエゾンを引き続き増員していく必要があります。
- 災害発生時等にも適切な対応ができるよう、県が実施する訓練等への災害時小児周産期リエゾンの参画を進める必要があります。

(3) 周産期医療ゾーン別の課題

周産期医療ゾーン1

- 三重県人口の半数近くが集中している地域であり、分娩数も多いことから、診療所と病院との役割分担もふまえながら、引き続きハイリスク妊娠（分娩）に対応できる体制を整えていくことが必要です。

周産期医療ゾーン2

- 津市内に周産期母子医療センターが集中しているため、伊賀区域からのスムーズなアクセス手段の確保が必要です。

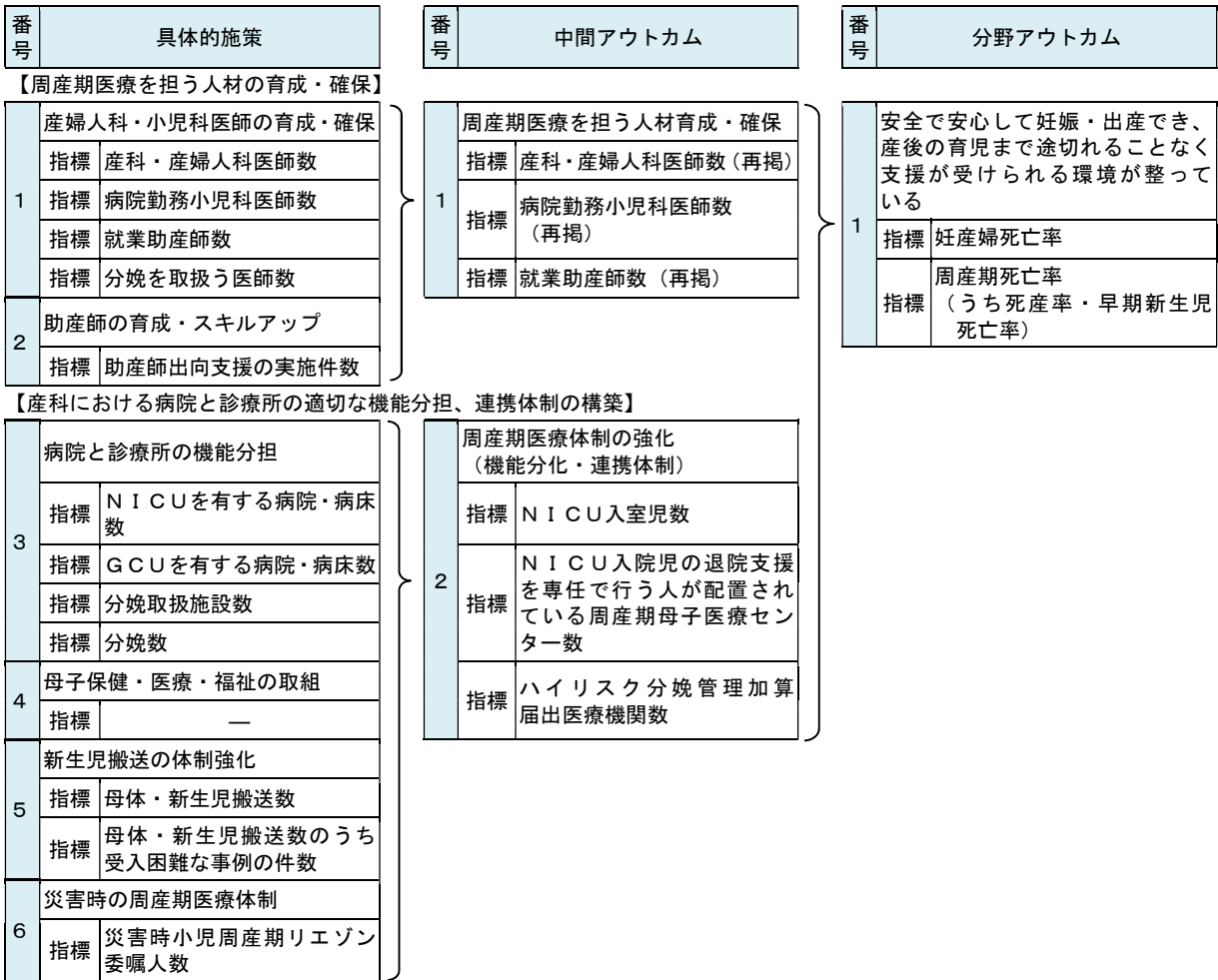
周産期医療ゾーン3

- 他地域と比較して診療所での分娩割合が高いことから、ハイリスク妊娠（分娩）に適切に対応するため、引き続き診療所と周産期母子医療センターとの連携が必要です。

周産期医療ゾーン4

- 東紀州医療圏では2か所の医療機関で分娩を行っていますが、ハイリスク分娩時における周産期母子医療センターへの転院搬送等に係るアクセス手段の確保等、体制整備に取り組む必要があります。
- 和歌山県の分娩可能医療機関との連携を引き続き進めていく必要があります。
- 東紀州医療圏内で将来的にも分娩可能な体制を堅持するため、その方法等について行政、医療関係者による検討、協議を進める必要があります。

5. ロジックモデル



6. 目標と施策

(1) 数値目標

目標項目	現状値	目標値	目標値の説明	データ出典
妊産婦死亡率 (出産10万あたり) ()内は実数	9.4 (1人) 【R4】	0.0	出産10万あたりの妊産婦死亡率0を目標とします。	人口動態調査
周産期死亡率 (出産千あたり)	2.9 【R4】	2.0以下	出産千あたりの周産期死亡率2.0以下(令和元年全国1位相当)を目標とします。	人口動態調査
うち死産率 (22週以後) (出産千あたり)	2.6 【R4】	1.8以下	出産千あたりの22週以後の死産率1.8以下(令和元年全国1位相当)を目標とします。	人口動態調査
うち早期新生児死亡率 (出生千あたり)	0.4 【R4】	0.3以下	出生千あたりの早期新生児死亡率0.3以下(令和元年全国2位相当)を目標とします。	人口動態調査
病院勤務小児科医師数 (小児人口1万人あたり) ()内は実数	6.5人 (137人) 【R2】	7.9人以上 (169人)	小児人口1万人あたりの病院勤務小児科医師数が全国平均以上となることを目標とします。	医療施設調査
就業助産師数 (人口10万人あたり) ()内は実数	28.5人 (496人) 【R4】	30.5人以上 (530人)	人口10万人あたりの就業助産師数が全国平均以上となることを目標とします。	衛生行政報告例

(2) 取組内容

取組方向1：周産期医療を担う人材の育成・確保

- 医師修学資金貸与制度の運用等により、産婦人科医や小児科医等、専門医の育成・確保を進めるため、具体的な施策を検討していくとともに、助産師等の周産期医療を担う専門性の高い人材の育成と確保を進めます。(医療機関、医療関係団体、県)
- 周産期母子医療センターの医師が、産婦人科医の確保が困難な産科医療機関へ応援診療を行う取組を進めます。(医療機関、三重大学、県)
- 子育て中の医師や看護職員等が意欲を持って働き続けることができるよう、病院内保育所の整備や短時間正規雇用制度の導入等、勤務環境や待遇面の改善を進めます。(医療機関、医療関係団体、県)

- 臨床現場から離れている医師や助産師等の復職を支援するために、就業につながる情報提供の充実や就業支援の取組を進めます。(医療機関、関係団体、県)
- 三重大学医学部や県立看護大学における教育体制を充実・強化することで、県内の地域医療を担う人材の育成を進めます。(三重大学、県立看護大学、専門学校、市町、県)
- 医学生、研修医等が産婦人科医や小児科医を志望するよう、教育研修体制を充実させるとともに、産婦人科および小児科のキャリア形成プログラムの策定・運用や、助産師の医療機関への定着を促進するための卒後研修体制の構築等に取り組みます。(医療機関、三重大学、県)
- 周産期医療体制を充実させるため、公認心理師や臨床工学技士、MSW（メディカルソーシャルワーカー）などの医療従事者の充実を図ります。(周産期母子医療センター)
- 医師と助産師の連携のもと、院内助産や助産師外来の活用を図ります。(医療機関、医療関係団体、周産期母子医療センター、県)

取組方向2：産科における病院と診療所の適切な機能分担、連携体制の構築

- リスクの低い出産については、地域の産科医療機関・助産所で行い、中等度以上のリスクの出産は周産期母子医療センター等で適切な対応ができるよう、引き続き支援を行うとともに、搬送体制等の整備に向け協議等に取り組みます。また、限られた医療資源の中、地域で安心・安全に出産ができる体制を将来的にも維持していくために、産科医療機関・助産所と周産期母子医療センターを共に維持していくことをめざします。(医療機関、周産期母子医療センター、消防機関、県)
- 「チームによる周産期医療」を円滑に行う体制を構築するため、基幹病院の小児科・産婦人科とその他周産期医療に関わる医療機関の連携強化に取り組みます。具体的には、引き続き症例検討会の開催による死産や新生児死亡症例の検証、セミナーの開催等により周産期医療ネットワークシステムのさらなる充実を図るとともに、医師、助産師、看護師等関係者が一堂に会するセミナー等を開催します。(医療機関、医療関係団体、周産期母子医療センター、県)
- 三重中央医療センター、三重大学医学部附属病院を拠点として、県内の周産期医療情報の収集と分析、周産期医療関係者への研修等を実施します。(三重大学、三重中央医療センター、県)
- 母体および新生児の救命・搬送が安全かつ円滑に行われるよう、関係機関の連携を密にする機会を設け、搬送体制について現状の課題をふまえた上で検討し、新生児の死亡率のさらなる減少を図ります。(医療機関、周産期母子医療センター、消防機関、県)
- 診療所医師と周産期母子医療センターとが連携し、共同診療できる産科オープンシステム、セミオープンシステムを活用します。(医療機関、周産期母子医療センター、県)
- NICU、GCUから退院後の受入施設の確保について検討します。(医療機関、三重大学、県)
- 妊娠時はむし歯や歯周病になりやすく、重度の歯周病は早産や低出生体重児のリスクを高める要因となることから、産婦人科と歯科が連携して歯科健康診査の受診勧奨等を行います。(医療機関、各関係団体)
- 周産期医療の取組にとどまらず、地域において妊娠期から出産・子育て期にわたり、一貫

- した伴走型相談支援による母子保健サービスが提供されるよう、各関係機関との連携を図ります。(医療機関、三重大学、各関係団体、市町、県)
- 妊娠期から出産・子育て期にわたり切れ目なく、必要な支援が受けられるよう、小児医療および「母子の保健・医療・福祉の推進」(第7章第4節)の母子保健の取組とも相互に連携しながら取り組めます。(医療機関、関係団体、市町、県)
 - 新興感染症の発生・まん延時においても、重症患者や妊産婦を含む特別な配慮が必要な患者にも対応可能な受入医療機関を医療措置協定の締結等を通じて確保するとともに、協定締結状況をふまえた連携のあり方について、関係機関および関係団体と連携の上、検討を進めます。(医療機関、関係団体、市町、県)
 - 国の災害時小児周産期リエゾン養成研修制度を活用し、災害時の周産期医療体制を維持できる人材の確保を行うとともに、災害発生時にも速やかに対応ができるよう関係機関等と連携を取りつつ、技能維持を目的とした県防災訓練等への参画を進めていきます。(医療機関、三重大学、DMAT事務局、県)
 - 災害時小児周産期リエゾンが、一定の技能を保つことができるよう各関係機関との連携を図ります。(医療機関、三重大学、DMAT事務局、県)

取組方向3：周産期医療ゾーン別の課題への取組

周産期医療ゾーン1

- 周産期医療ゾーン1は、分娩数が県内の半数近くを占めており、ハイリスク分娩件数も多いため、市立四日市病院と県立総合医療センターが機能分担を図り、多数の分娩に対応します。また、桑名市総合医療センターに新設したNICUを活用することにより、同区域の妊婦が安心・安全な出産ができるよう、地域周産期母子医療センターの認定に向けて整備を進めています。(医療機関、三重大学、市、県)

周産期医療ゾーン2

- 伊賀区域には、周産期母子医療センターまでの距離が比較的遠い地域があり、対応する分娩のリスクに応じた医療を提供する体制の構築が困難であることをふまえ、中等度以上のリスクの分娩に際して、母体および新生児の救命・搬送が安全かつ円滑に行われるよう、関係機関の連携を密にする機会を設け、搬送体制について、現状の課題をふまえた上で、広域の搬送にも対応できるような体制を検討します。また、当該地域の周産期医療体制のあり方についても引き続き検討を行います。(医療機関、周産期母子医療センター、消防機関、県)

周産期医療ゾーン3

- リスクの低い出産は地域の産科医療機関・助産所で行い、中等以上のリスクの出産は周産期母子医療センターで行うといった機能分担を引き続き維持していくため、連携を進めていきます。(医療機関、助産所、周産期母子医療センター、県)

周産期医療ゾーン4

- 和歌山県の新宮市立医療センターの分娩件数の約3割程度（年間約50件）が三重県に住所地がある方であり、東紀州地域の分娩体制を確保するため、引き続き協定に基づいた費用を三重県として支弁します。（県）
- 東紀州医療圏内で将来的にも分娩可能な体制を堅持するため、その方法等について行政、医療関係者による検討、協議を進めます。（医療機関、消防機関、周産期母子医療センター、市町、県）

第10節 | 小児救急を含む小児医療対策

1. めざす姿

(1) めざす姿

小児医療体制が整っており、安心して子育てができる状態をめざします。

- 医療機関の連携等により、限りある医療資源が有効に活用され、適切な小児医療が提供されています。
- 県民が普段からかかりつけ医を持ち、家庭でできる応急手当や病気に関する正しい知識を得られる環境が整っています。
- 県民が安心して子どもを育て、子どもの心身の健康を守っていくため、保健・医療・福祉・教育分野の連携により、総合的かつ継続的な支援体制が確保されています。
- 医療的ケア児およびその家族が、在宅を含めた医療的ケアを受けることができる支援体制が確保されています。

(2) 取組方向

- 取組方向1： 小児医療を担う人材の育成・確保
- 取組方向2： 地域差のない小児医療提供体制の充実
- 取組方向3： 小児救急医療体制および予防的支援の充実
- 取組方向4： 医療的ケア児の療養・療育*支援体制の充実

2. 現状

(1) 小児患者の概況

【小児医療とは】

- 小児医療は、一般的に0歳児から中学生頃までを対象とする医療分野です。疾病等の内容は急性期から慢性疾患、さらに症状の程度も軽いものから難病と呼ばれるものまで幅広く、それぞれの疾患に対して適切な医療を受けられる体制が必要です。

【県内医療機関の小児患者（15歳未満）の状況】

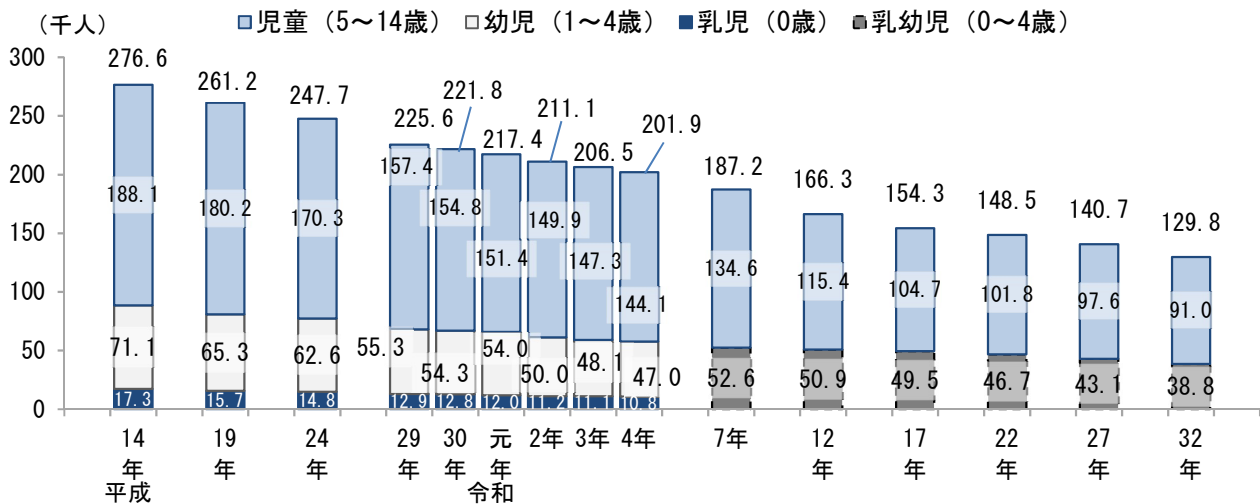
- 令和2（2020）年患者調査によると、三重県内の医療施設に入院している15歳未満の推計患者数は、0.4千人（男性0.2千人、女性0.2千人）で全体の推計入院患者の2.6%となっています。
- 三重県内に居住する15歳未満の推計外来患者数は、8.9千人（男性4.5千人、女性4.4千人）で全体の推計外来患者の8.3%となっており、若干男性の割合が高くなっています¹。

¹ 歯科診療所外来を含む。

【県内小児人口の推移・将来推計】

○ 本県の小児人口は平成 14（2002）年の 276.6 千人から令和 4（2022）年にかけて約 74.7 千人減少しました。また、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、本県の小児人口は令和 32（2050）年には 129.8 千人まで減少する見込みです。

図表5-10-1 三重県小児人口の推計・将来推計



※令和 7 年以降の人口推計データでは 0 歳児が分離されていないため、乳幼児人口の推計（0～4 歳）としてグラフにあらわしている。

資料：三重県「月別人口調査」（各年 10 月 1 日現在）、
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」（令和 5 年推計）

【小児人口地域別構成比】

○ 本県の令和 4（2022）年 10 月 1 日現在の小児人口約 20.2 万人のうち、約 50%にあたる約 10 万人が北勢医療圏に集中しています。国立社会保障・人口問題研究所によると、県内における北勢医療圏の小児人口の割合は徐々に拡大し、令和 32（2050）年には三重県全体の約 54%を占めると推計されています。

図表5-10-2 小児人口地区別構成比

(単位：人、%)

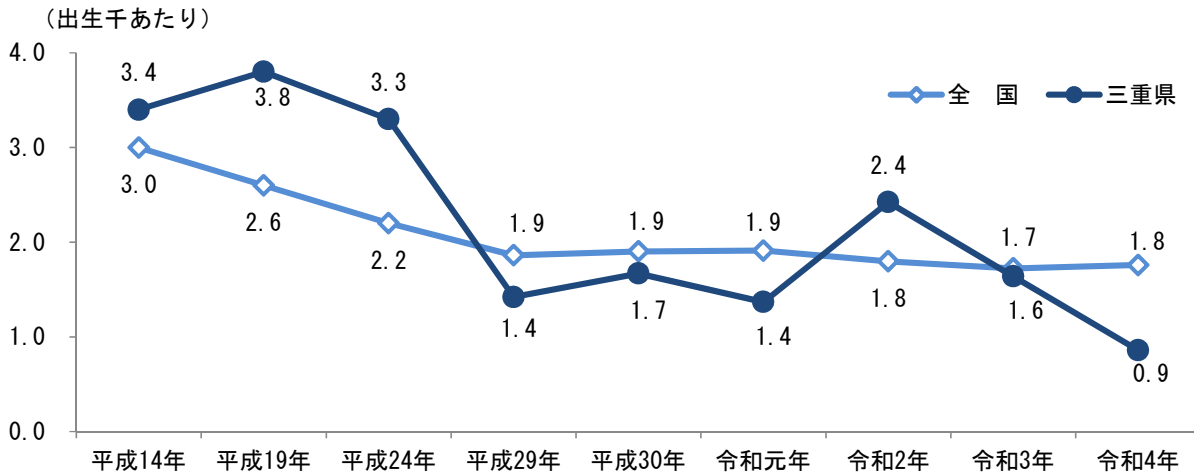
	乳児		幼児		児童		小計	
	0歳	割合	1~4歳	割合	5~14歳	割合	0~15歳	割合
三重県	10,759	100.0	47,023	100.0	144,134	100.0	201,916	100.0
北勢	5,656	52.6	23,726	50.5	70,984	49.2	100,366	49.7
桑員	1,394	13.0	6,033	12.8	18,956	13.2	26,383	13.1
三泗	2,610	24.3	11,145	23.7	32,071	22.3	45,826	22.7
鈴亀	1,652	15.4	6,548	13.9	19,957	13.8	28,157	13.9
中勢伊賀	2,553	23.7	11,465	24.4	35,530	24.7	49,548	24.5
津	1,686	15.7	7,574	16.1	22,643	15.7	31,903	15.8
伊賀	867	8.1	3,891	8.3	12,887	8.9	17,645	8.7
南勢志摩	2,296	21.3	10,691	22.7	33,424	23.2	46,411	23.0
松阪	1,238	11.5	5,631	12.0	17,536	12.2	24,405	12.1
伊勢志摩	1,058	9.8	5,060	10.8	15,888	11.0	22,006	10.9
東紀州	254	2.4	1,141	2.4	4,196	2.9	5,591	2.8

資料：三重県「月別人口調査」(令和4年10月1日現在)

【乳児死亡率、幼児死亡率、児童死亡率】

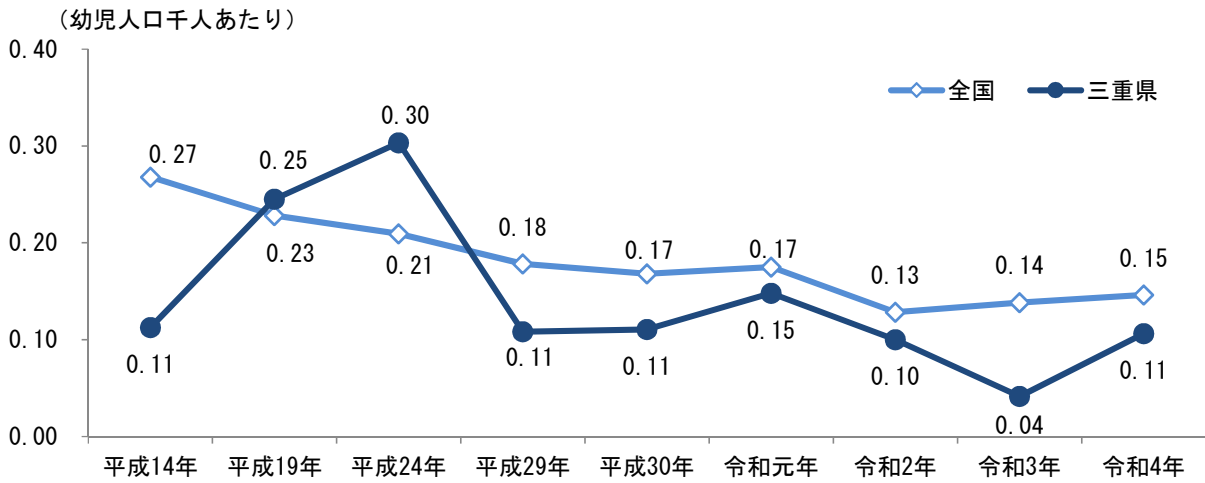
- 乳児死亡率、幼児死亡率の全国平均は近年低い値を維持しています。
- 本県の乳児死亡率は令和2(2020)年に全国平均を上回りましたが、令和4(2022)年には0.9となり、広島県と並んで最も低い数値となっています。

図表5-10-3 乳児(0歳)死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

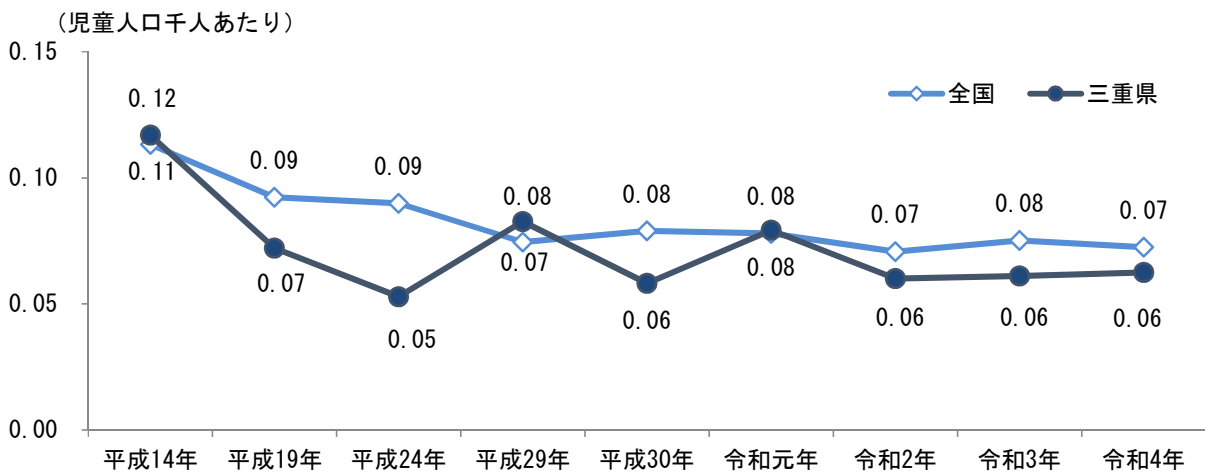
図表5-10-4 幼児(1歳から4歳)死亡率の推移



※死亡率算出に用いた人口は、全国は日本人に限りますが、三重県は住民票を登録している外国人を含みます。このため、三重県の死亡率は全国に比べて下2桁の数値が1~2ポイント低く表示されます。

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

図表5-10-5 児童(5歳から14歳)死亡率の推移

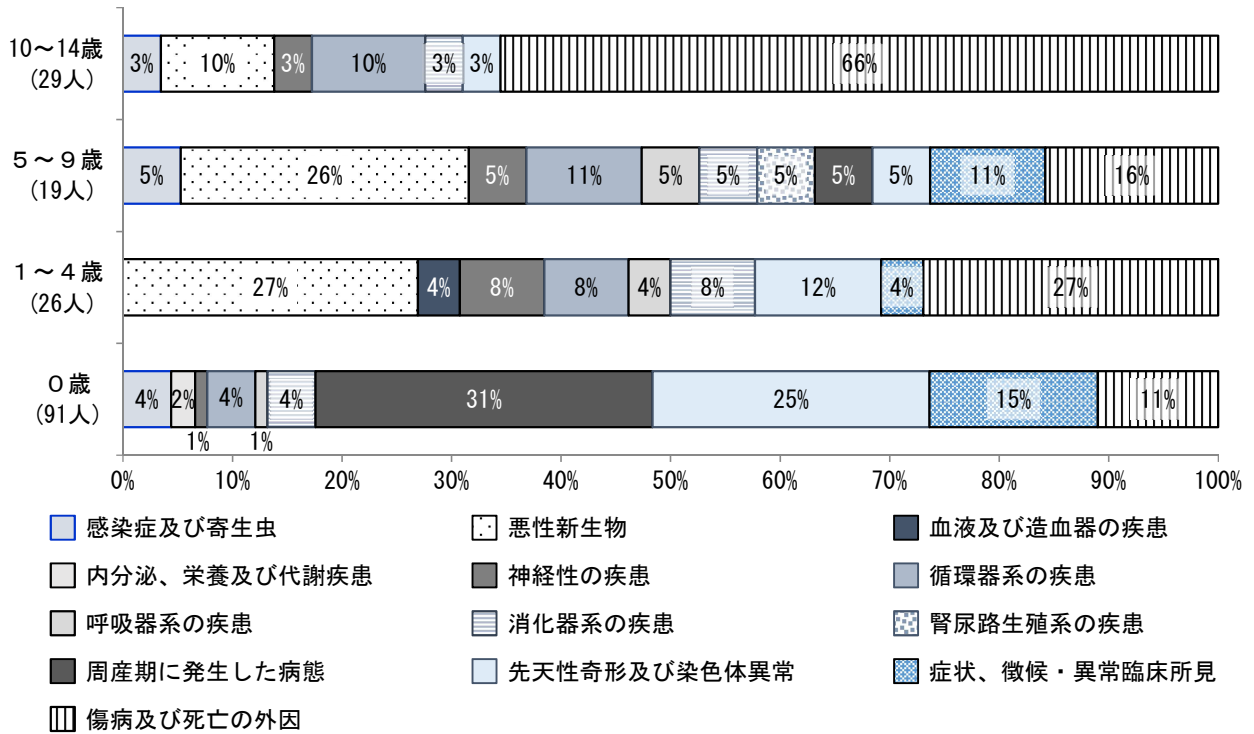


資料：厚生労働省「人口動態調査」、三重県「月別人口調査」(各年10月1日現在)

【県内における小児の死因・死亡数】

- 本県における平成30(2018)年から令和4(2022)年の直近5年間の乳児(5年間で91人)の死因は、周産期に発生した病態が最も多く、1~9歳の死因では「悪性新生物」が25%以上を占めています。また、10~14歳では半数以上の19人の死因が不慮の事故等を含む「傷病及び死亡の外因」となっています。

図表5-10-6 県内における小児の死因(平成30年~令和4年)



資料：厚生労働省「平成30年~令和4年 人口動態調査」

- 直近5年間の構想区域別の小児死亡率は、全区域で乳児（0歳児）の死亡率が高く、その中でも東紀州区域の死亡率は3.57と他の構想区域より高くなっています。
- 全国の乳幼児（0歳~4歳）の88%は医療機関で、11%は自宅で亡くなっています。児童（5歳~14歳）は73%が医療機関で、20%が自宅で亡くなっており、屋外等のその他が7%とやや高くなっています²。

図表5-10-7 構想区域別・年齢階級別死亡数・死亡率(平成30年~令和4年)

(単位：人、‰)

	0歳		1~4歳		5~9歳		10~14歳	
	死亡数	死亡率 (人口千対)	死亡数	死亡率 (人口千対)	死亡数	死亡率 (人口千対)	死亡数	死亡率 (人口千対)
三重県	91	1.58	26	0.10	19	0.05	29	0.07
桑 員	15	2.05	6	0.18	1	0.02	5	0.10
三 泗	22	1.60	5	0.09	5	0.06	10	0.12
鈴 亀	14	1.64	6	0.17	4	0.08	2	0.04
津	13	1.43	2	0.05	7	0.13	4	0.07
伊 賀	2	0.42	4	0.19	0	0.00	3	0.09
松 阪	12	1.74	0	0.00	2	0.05	1	0.02
伊勢志摩	8	1.34	2	0.07	0	0.00	4	0.09
東紀州	5	3.57	1	0.15	0	0.00	0	0.00

資料：厚生労働省「平成30年~令和4年 人口動態調査」、三重県「月別人口調査」(各年10月1日現在)

² 出典：厚生労働省「令和4年 人口動態調査」

図表5-10-8 小児患者の時間外外来受診回数(0歳から14歳)

(単位：件、か所)

	算定回数		医療機関数	
	実数	小児人口 10万人あたり	実数	小児人口 10万人あたり
全 国	5,317,395	36,522	-	-
三重県	51,563	24,967	350	169
北 勢	18,797	18,404	185	181
中勢伊賀	22,030	43,460	80	158
南勢志摩	10,375	21,673	79	165
東 紀 州	361	6,194	6	103

※全国の医療機関数については秘匿値があるため、集計できず。

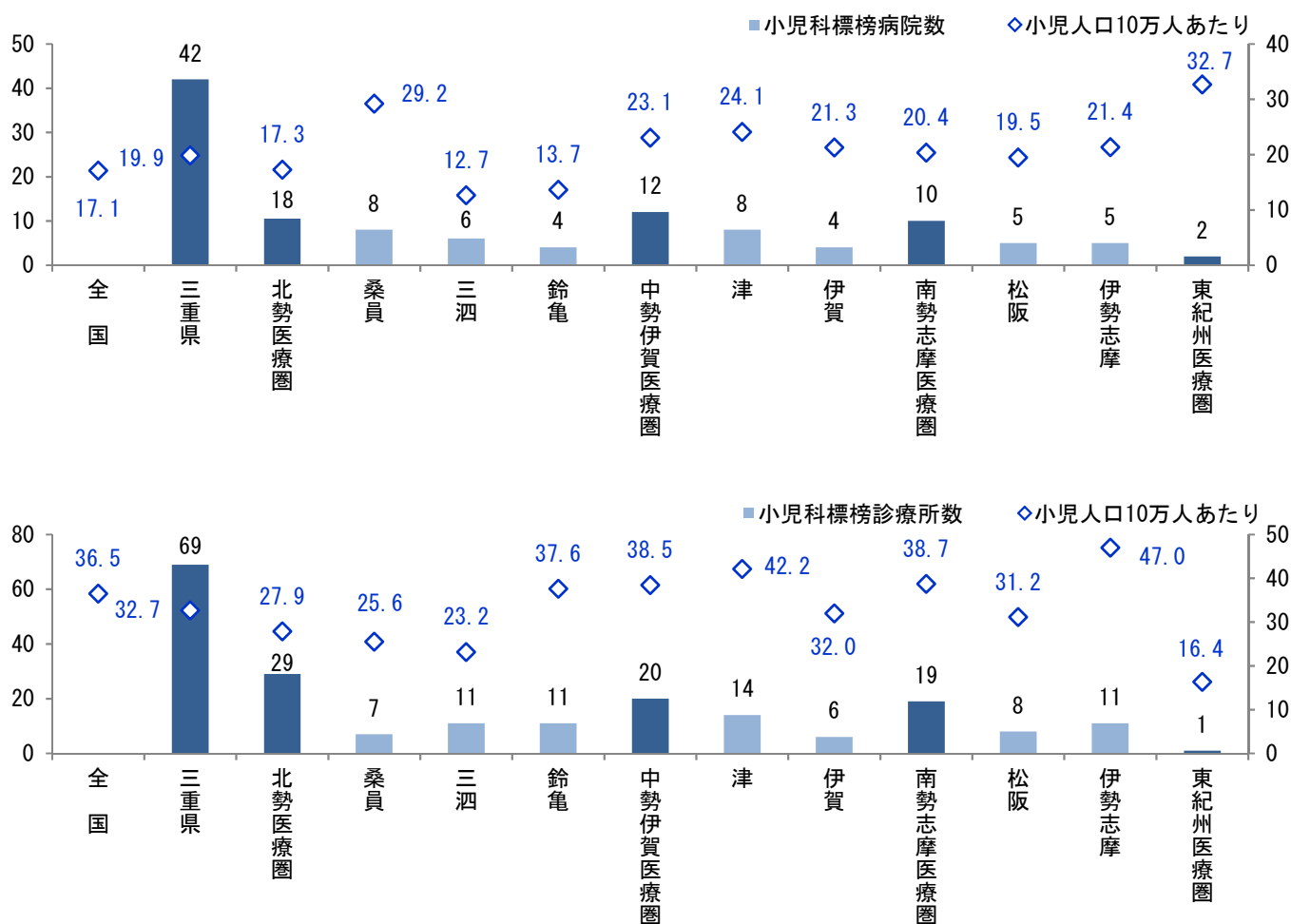
資料：厚生労働省「NDB（令和3年度）」、厚生労働省「令和3年 人口動態調査」、三重県「月別人口調査」（令和3年10月1日）

(2) 小児医療の提供体制

【小児科を標榜する医療機関】

- 令和2（2020）年の医療施設調査では、本県において小児科を標榜している医療機関（精神科病院を除く）は42病院、69診療所あり、全国同様に年々減少しています。小児人口10万人あたりの医療機関数は、病院は全国平均をやや上回っていますが、診療所はやや下回っています。
- 同調査では、小児外科を標榜している病院は北勢医療圏と中勢伊賀医療圏の3病院のみであり、小児人口10万人あたりでは、全国の2.7に対して本県は1.4と5割程度の水準です。
- リスクの高い妊産婦の医療および高度な新生児医療を担う周産期母子医療センターは、県内に5施設設置されています。また、令和4（2022）年4月現在、新生児集中治療室（NICU）は7施設に63床あり、国の指針による必要数と出産件数あたりの全国平均を上回っていますが、東紀州医療圏には整備されておらず、他の医療圏において対応しています。
- また、NICUと母体・胎児集中治療室（MFICU）を備えた総合周産期母子医療センターとして市立四日市病院および三重中央医療センターが指定されており、三重県新生児ドクターカーや消防本部の協力のもと、新生児の救急搬送を担っています。

図表5-10-9 小児科を標榜する病院数(上段)と診療所数(下段)



資料：厚生労働省「令和2年 医療施設調査（個票解析）」、「令和2年 人口動態調査」、三重県「月別人口調査」（令和2年10月1日現在）

【小児歯科を標榜する歯科診療所】

○ 本県において小児歯科を標榜する歯科診療所数は595診療所で、小児人口10万人あたりでは281.9と全国平均296.5をやや下回っていますが、一般歯科診療所においても小児に対する治療が可能となっています。

図表5-10-10 小児歯科を標榜する歯科診療所数

(単位：か所)

	小児歯科標榜診療所数	小児人口10万人あたり
全国	43,909	296.5
三重県	595	281.9

資料：厚生労働省「令和2年 医療施設調査」、厚生労働省「令和2年 人口動態調査」、三重県「月別人口調査」（令和2年10月1日現在）

【小児入院管理料から見る、小児科医の人員配置】

○ 令和5（2023）年5月現在、小児入院患者のための設備や人員が配置され、一定数以上の小児救急患者等の受入れ実績がある病院が算定できる小児入院医療管理料を算定している病院は県内に12病院、241床あります。そのうち小児入院管理料2を算定している病院は、市立四日市病院、県立総合医療センター、三重大学医学部附属病院、三重病院の4病院、小児入院管理料3は、伊勢赤十字病院のみが算定しています。小児入院管理料4を算定している病院は、松阪中央総合病院、名張市立病院、三重中央医療センターの3病院、小児入院管理料5を算定している病院は桑名市総合医療センター、鈴鹿中央総合病院、県立子ども心身発達医療センター、いなべ総合病院の4病院です。

（県立総合医療センターは、令和6（2024）年3月に小児入院医療管理料2の届出を取り下げ予定）

図表5-10-11 小児入院医療管理料を算定している病院数

（単位：か所）

	小児入院医療管理料1		小児入院医療管理料2		小児入院医療管理料3		小児入院医療管理料4		小児入院医療管理料5		合計	
	実数	小児人口 10万人 あたり	実数	小児人口 10万人 あたり	実数	小児人口 10万人 あたり	実数	小児人口 10万人 あたり	実数	小児人口 10万人 あたり	実数	小児人口 10万人 あたり
全 国	36	0.2	111	0.8	40	0.3	229	1.6	115	0.8	531	3.6
三 重 県	0	0.0	4	1.9	1	0.5	3	1.5	4	1.9	12	5.8
北 勢	0	0.0	2	2.0	0	0.0	0	0.0	3	2.9	5	4.9
桑 員	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	7.4	2	7.4
三 泗	0	0.0	2	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.3
鈴 亀	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.5	1	3.5
中勢伊賀	0	0.0	2	3.9	0	0.0	2	3.9	1	2.0	5	9.9
津	0	0.0	2	6.1	0	0.0	1	3.1	1	3.1	4	12.3
伊 賀	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.5	0	0.0	1	5.5
南勢志摩	0	0.0	0	0.0	1	2.1	1	2.1	0	0.0	2	4.2
松 阪	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.0	0	0.0	1	4.0
伊勢志摩	0	0.0	0	0.0	1	4.4	0	0.0	0	0.0	1	4.4
東 紀 州	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

※小児入院管理料は小児科常勤医がいて、複数の夜勤看護師がいる等、一般的な小児病棟より人員配置が厚い病院が算定できる基準です。小児医療管理料1が最も高度な小児医療を提供する病院で、小児科常勤医20人以上、6歳未満の手術年200件以上、小児緊急入院患者年800件以上等の基準を満たす病院です。（管理料2～5の配置が必要な常勤小児科医師数 管理料2：9名以上、管理料3：5名以上、管理料4：3名以上、管理料5：1名以上）

資料：各厚生局届出（令和5年5月現在）、厚生労働省「令和3年 人口動態調査」、三重県「月別人口調査」（令和3年10月1日現在）

【小児科医師数】

○ 全国の小児科医師数は近年増加しており、本県の小児科医師も同様に、平成 28（2016）年から令和 2（2020）年までの 4 年間で 24 人増加しています。しかし、小児人口 10 万人あたりの小児科医師数は全国平均を下回っており、また構想区域ごとに大きな差異が見られます。

図表5-10-12 構想区域別小児科医師数

（単位：人）

	全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
小児科医数	17,997	232	19	46	18	85	14	17	29	4
小児人口 10万人あたり	121.5	109.9	69.4	97.0	61.6	256.2	74.7	66.3	124.0	65.5
人口 10万人あたり	14.6	13.1	8.8	12.4	7.3	31.0	8.5	8.0	13.2	6.1

資料：厚生労働省「令和 2 年 医師・歯科医師・薬剤師統計」、厚生労働省「令和 2 年 人口動態調査」、三重県「月別人口調査」（令和 2 年 10 月 1 日現在）

- 小児人口 10 万人あたりの勤務小児科医師数は、病院・診療所ともに全国を下回っています。また、本県では小児科標榜診療所に勤務する小児科医師の高齢化が進んでおり、7 割以上が 60 歳以上となっています。
- 小児外科医は 8 人で、小児人口 10 万人あたりの小児外科医師数は、全国平均に比べてやや少ない状況にあります。

図表5-10-13 勤務場所別小児科医師数

（単位：人）

	小児科医				小児外科医			
	病院		診療所		病院		診療所	
	実数	小児人口 10万人 あたり	実数	小児人口 10万人 あたり	実数	小児人口 10万人 あたり	実数	小児人口 10万人 あたり
全 国	11,088	74.9	6,909	46.6	854	5.8	33	0.2
三重県	137	64.9	95	45.0	8	3.8	0	0.0

資料：厚生労働省「令和 2 年 医師・歯科医師・薬剤師統計」、厚生労働省「令和 2 年 人口動態調査」、三重県「月別人口調査」（令和 2 年 10 月 1 日現在）

図表5-10-14 小児科医の年齢分布

【病院】

(単位：人)

	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85歳以上	計
桑員	2	1	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	11
三泗	5	2	5	4	4	2	3	1	1	1	1	0	0	29
鈴亀	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	4
津	4	20	8	7	9	6	4	5	2	0	1	0	0	66
伊賀	0	1	1	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	8
松阪	0	0	2	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	7
伊勢志摩	2	1	1	0	2	0	2	2	0	1	0	0	0	11
東紀州	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
計	13	25	18	14	20	10	13	12	5	4	3	0	0	137

【診療所】

(単位：人)

	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85歳以上	計
桑員	0	0	0	0	0	1	0	1	4	2	0	0	0	8
三泗	0	0	0	1	1	2	0	7	2	2	1	1	0	17
鈴亀	0	0	0	2	0	0	1	3	5	2	1	0	0	14
津	0	0	0	0	4	1	3	1	4	1	2	3	0	19
伊賀	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	6
松阪	0	0	0	0	1	0	1	2	2	2	2	0	0	10
伊勢志摩	0	0	0	1	2	1	1	6	4	1	1	0	1	18
東紀州	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3
計	0	0	1	4	9	5	6	22	23	12	8	4	1	95

資料：三重県調査（令和2年）

図表5-10-15 二次医療圏別先天奇形、変形および染色体異常の者の流出入状況

患者住所地	流出先	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県外	域外への流出率		
							うち県内	うち県外	
北勢医療圏			66.7%			33.3%	100.0%	66.7%	33.3%
中勢伊賀医療圏			50.0%			50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
南勢志摩医療圏						100.0%	100.0%	0.0%	100.0%
東紀州医療圏									

施設住所地	流出元	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県外	域内への流入率		
							うち県内	うち県外	
北勢医療圏									
中勢伊賀医療圏		66.7%	16.7%			16.7%	83.3%	66.7%	16.7%
南勢志摩医療圏									
東紀州医療圏									

※10月のある1日の患者の受療動向であり、地域全体の受療動向をあらわしているわけではありません。

出典：厚生労働省「令和2年 患者調査（個票解析）」

(3) 小児救急・予防的支援

- 小児救急医療提供体制について、症状の軽い初期救急医療は、休日夜間応急診療所等により対応していますが、小児医療機関の少ない地域では十分な体制が取れていないことがあり、中でも東紀州医療圏は体制の構築が特に求められます。
- 入院治療を必要とする小児二次救急医療に対応するために、地域によっては、小児救急に対応できる機能の集約化や病院群輪番制により対応していますが、病院に勤務する小児科医の不足から、小児科医による当直対応が困難な地域があります。

【小児救急搬送状況・小児救急電話相談】

- 令和4（2022）年の本県の救急搬送人員は97,177人で、そのうち軽症（外来診療）は51,968人で全体の53.5%ですが、乳幼児については、乳幼児搬送人員の75.9%が軽症者であり、高い割合となっています。
- 家庭における応急手当や疾病に関する知識の普及を図るため、三重県小児科医会との連携により、「子どもの救急対応マニュアル」を、ホームページ「医療ネットみえ」で公開しています。
- 小児の救急搬送時、医療機関に受入れの照会を行った回数が4回以上の件数は、平成27（2015）年の244件から、令和4（2022）年には146件に減少しています。一方、現場滞在時間が30分以上の件数は平成27（2015）年の175件から、令和4（2022）年には207件に増加しています。

図表5-10-16 小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数

(単位：件)

		医療機関に受入れの照会を行った回数が4回以上	現場滞在時間が30分以上
全 国	平成27年	8,570	12,039
	令和4年	15,347	33,678
三重県	平成27年	244	175
	令和4年	146	207

資料：消防庁「令和5年版 消防白書」、三重県調査

- 本県では、急な子どもの病気に関する電話相談「みえ子ども医療ダイヤル（#8000）」を実施し、月～土曜 19時30分から翌朝8時、および日曜、祝日の8時から翌朝8時の相談に対応しています。令和4（2022）年度は10,182件の相談を受けており、そのうち「119番をすすめた」または「すぐに医療機関の受診をすすめた」件数は全体の31.8%です。
- なお、小児に限らず24時間年中無休対応の救急・医療・健康相談等フリーダイヤルが、桑名市、鈴鹿市、津市、伊賀市、松阪地区（松阪市、多気町、明和町）、伊勢市において実施されています。

図表5-10-17 小児救急電話相談の件数

(単位：件)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
三重県	12,048	7,075	8,263	10,182

資料：三重県調査

【かかりつけ医受診件数】

- NDBによると、「当該保険医療機関を4回以上受診（予防接種の実施等を目的とした保険外のものを含む）した未就学児（6歳以上の患者にあたっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）」が対象となる小児かかりつけ診療料については、令和3（2021）年度の本県のレセプト件数が20,426件となっています。

【地域連携小児夜間・休日診療料届出医療機関】

- 地域の小児科医と連携をとりつつ、夜間、休日の小児救急患者の診療が可能な体制を保つ医療機関（地域連携小児夜間・休日診療料 1 の届出医療機関）は三重県内に 6 施設あり、さらに常時、小児科医を配置し 24 時間の診療体制を保つ医療機関（地域連携小児夜間・休日診療料 2 の届出医療機関）は、南勢志摩医療圏に 1 施設あります。

地域連携小児夜間・休日診療料 1 の届出医療機関

桑名市応急診療所、鈴鹿市応急診療所、
津市こども応急クリニック・休日デンタルクリニック、伊勢市休日・夜間応急診療所、
伊賀市応急診療所、名張市応急診療所

地域連携小児夜間・休日診療料 2 の届出医療機関

松阪中央総合病院

(4) 療養・療育支援

- 平成 29（2017）年 6 月に開設した「県立子ども心身発達医療センター」において、児童精神科や整形外科・小児整形外科、リハビリテーション科を中心に子どもの心身の発達や健康を一体的に支えています。
- 障がいのある児童を入所により受け入れ、治療および日常生活の指導を行う医療型障害児入所施設としては、県立子ども心身発達医療センター、明和病院なでしこ障害児入所施設、三重病院、鈴鹿病院の 4 施設がありますが、入所できる定員が限られています。
- 障がい児・者の歯科診療に対応している歯科医療機関の情報を「みえ歯ートネット」協力歯科医院名簿として取りまとめ、三重県歯科医師会、障がい者支援団体と連携して、広く発信しています。
- 本県の令和 4（2022）年の出生数は 10,489 件であり、出生数が減少する一方で、低出生体重児（2,500 g 未満）の出生数は全体の 9.2% であり、1,000 g 未満の超低出生体重児は 0.3% でした。
- 令和 3（2021）年に「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」（令和 3 年法律第 81 号）が施行され、医療的ケア児とその家族への支援は、国、地方公共団体等の責務であると明記されました。
- 在宅で生活を送る 20 歳未満の医療的ケア児数は年々増加傾向にあり、令和 4（2022）年度には、全国で 20,385 人、うち人工呼吸器使用児が 5,449 人います³。
- 令和 4（2022）年度の調査結果⁴によると、県内に 309 人の医療的ケア児が暮らしており、うち 88 人が人工呼吸器を使用しています。

³ 出典：子ども家庭庁障害福祉課作成資料

⁴ 出典：三重県・三重大学医学部附属病院小児・AYAがんトータルケアセンター「三重県医療的ケア児実態調査」（令和 5 年 3 月）

- 令和5（2023）年度の調査結果⁵によると、県内に896人の重症心身障がい児（者）が暮らしています。
- 令和5（2023）年度の調査結果⁶によると、本県において、令和5（2023）年度に、小児（0歳から14歳）に対し訪問診療を実施した医療機関数は23施設あります。
- 平成25（2013）年度から県庁内に小児在宅医療推進ワーキンググループを設置し、三重大学医学部附属病院小児・AYAがんトータルケアセンターと連携して、小児在宅医療について部局横断的に検討を行っています。
- 三重県医師会において、小児在宅連絡協議会を立ち上げ、医師を中心とした連携体制構築などの取組を進めています。
- 三重県障害者自立支援協議会専門部会の中に、「医療的ケア課題検討部会」を設置し、関係機関と情報共有や課題の整理を行っています。
- 医療的ケア児が利用可能なレスパイト*・短期入所施設は、圏域ごとに偏りがあり、その数は限られています。
- 医療的ケア児・者が適切な支援を受けられるよう、令和4（2022）年度に、三重県医療的ケア児・者相談支援センターを設置し、4つの地域ネットワークや市町、関係機関と連携して、相談支援等を行う体制を整備しました。
- 県内全域において地域に根ざしたネットワークが構築されており、小児在宅医療に関わる医療、保健、福祉、教育関係者等の多職種による事例検討会や講演会等、さまざまな事例への対応力を向上させる取組が進められています。

図表5-10-18 医療的ケア児数(0～19歳)

(単位：人)

	総数	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州
医療的ケア児	309	159	79	62	9
うち人工呼吸器使用児	88	47	22	16	3

資料：「三重県医療的ケア児実態調査」（令和4年度）

図表5-10-19 医療的ケア児数の推移

(単位：人)

医療圏	平成30年		令和元年		令和2年		令和3年		令和4年	
	計	うち呼吸器	計	うち呼吸器	計	うち呼吸器	計	うち呼吸器	計	うち呼吸器
北勢	119	31	122	40	125	45	148	44	159	47
中勢伊賀	65	13	67	19	65	15	87	16	79	22
南勢志摩	51	13	47	11	58	13	60	16	62	16
東紀州	6	3	4	3	6	4	11	3	9	3
計	241	60	240	73	254	77	306	79	309	88

資料：「三重県医療的ケア児実態調査」

⁵ 出典：三重県「重症心身障がい児（者）人数調査結果」（令和5年4月）

⁶ 出典：三重県「小児在宅医療にかかるアンケート調査」（郡市医師会あて）（令和6年1月）

図表5-10-20 レスパイト入院が可能な病院および医療型短期入所が可能な施設数

(単位：か所)

医療圏	レスパイト入院が可能な病院数	医療型短期入所が可能な施設の数
北 勢	2	1
中勢伊賀	4	2
南勢志摩	1	1
東 紀 州	0	0
計	7	4

※レスパイト入院とは、医療保険を利用したレスパイト的入院（検査入院等）を指します。

資料：「小児科標榜病院におけるレスパイト体制の現状調査」（令和5年度）

図表5-10-21 特別児童扶養手当等の受給者数および交付数

(単位：件数)

	特別児童扶養手当 受給者数		障害児福祉手当交付数		身体障害者手帳交付数	
	実数	人口10万人 あたり	実数	人口10万人 あたり	実数 (18歳未満)	人口10万人 あたり
全 国	254,706	207.4	63,372	51.6	94,051	76.6
三重県	4,201	246.4	1,039	60.9	1,336	78.4

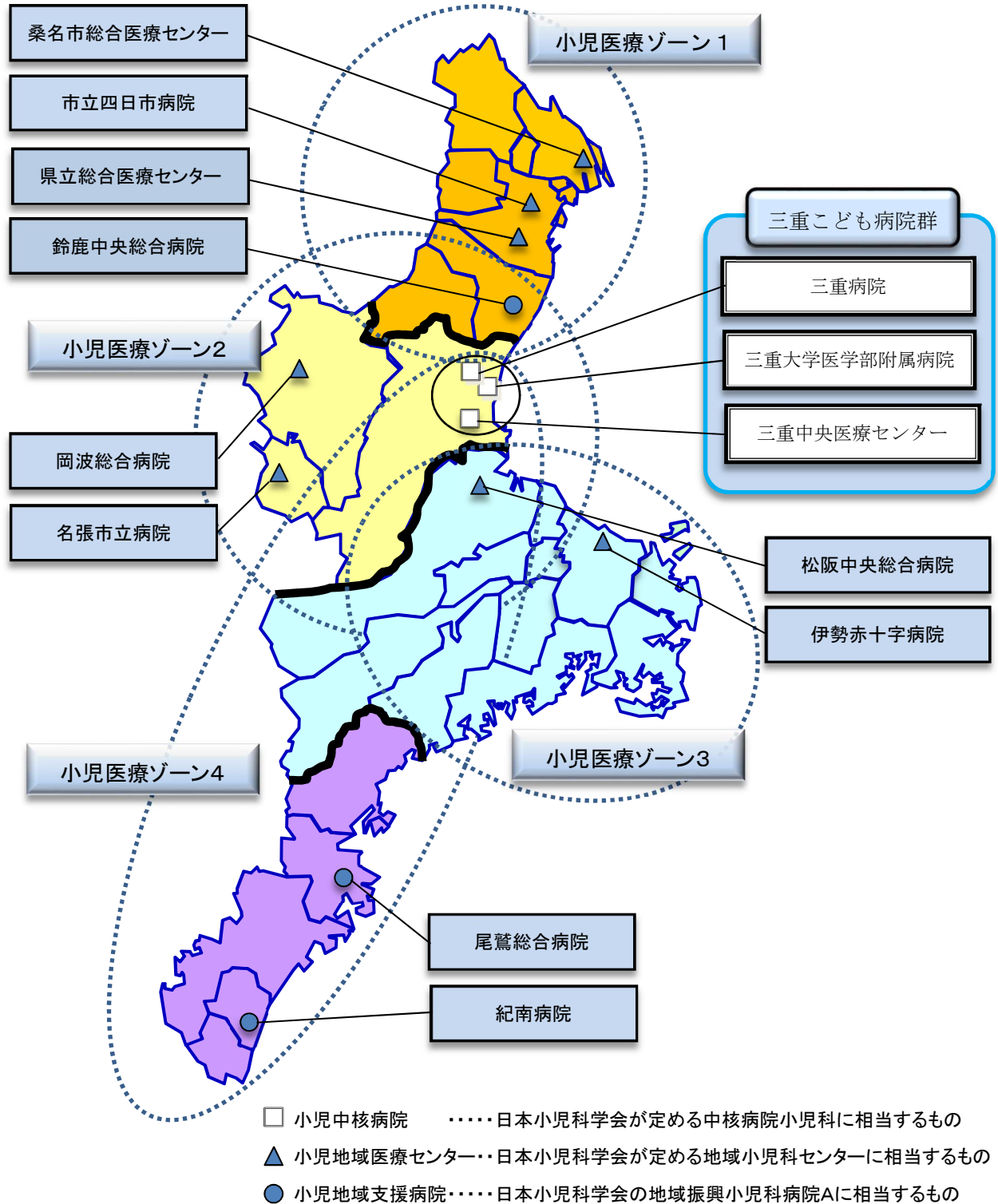
資料：厚生労働省「令和3年 福祉行政報告例」、厚生労働省「令和3年 人口動態調査」

3. 連携体制

(1) 圏域の設定

- 小児医療体制の構築にあたっては、小児救急において常時診療できる体制を整備するとともに、圏域ごとに少なくとも1か所の小児専門医療を取り扱う病院を確保するため、以下の4つのエリアを圏域とします。

図表5-10-22 県内の小児医療体制



(2) 各医療機能

① 小児科標榜診療所、一般小児科病院

- 一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療や、軽症の入院治療を実施します。また、訪問看護ステーションや福祉サービス事業者等との連携により、療養・療育が必要な小児に対する支援を行います。
- 初期小児救急医療を実施します。

② 小児地域支援病院（日本小児科学会の「地域振興小児科 A」に相当するもの）

- 小児医療資源の少ない地域において、軽症患者の診察、入院を実施します。

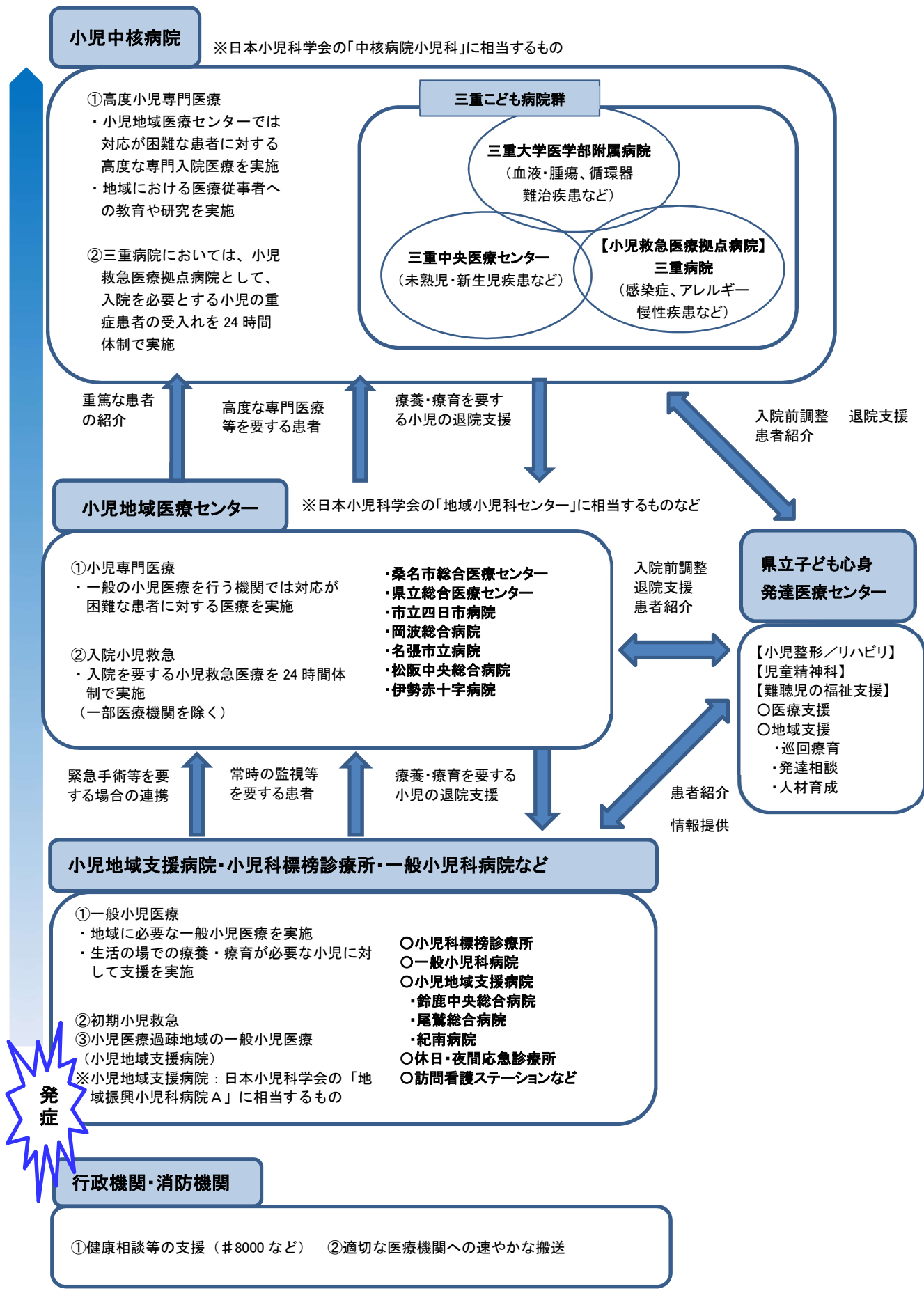
③ 小児地域医療センター（日本小児科学会の「地域小児科センター」に相当するもの）

- 高度な診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を行います。また、一般の小児医療を行う医療機関では対応が困難な患者や、常時監視・治療が必要な患者等に対する入院診療を行います。
- 入院を要する小児救急医療を 24 時間体制で実施します。

④ 小児中核病院（日本小児科学会の「中核病院小児科」に相当するもの）

- 小児地域医療センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療や、医療従事者への教育等を実施します。

図表5-10-23 小児医療体制図



4. 課題

(1) 小児医療を担う人材の不足

- 小児科医師数は平成 28 (2016) 年と比較して、令和 2 (2020) 年には 24 人増加し、小児人口 10 万人あたりの医師数も増加してきましたが、依然として全国平均を下回っています。
- 小児科、小児外科、新生児科、児童精神科等の子どもの診療を専門的に担う医師が不足しています。専門医療と救急医療の両面から、小児医療体制の強化に必要となる専門医師の人材育成・確保に努める必要があります。特に新生児科医師を中心としたNICUのスタッフの充実に努める必要があります。
- 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。医師の労働時間短縮等に関する指針もふまえ、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必要です。

(2) 地域差のない小児医療提供体制の充実

- 小児人口や小児入院患者数の減少、疾病構造の変化に応じた機能分担・連携を進める必要があります。
- 小児医療は、耳鼻咽喉科、眼科等さまざまな診療科による専門的な医療提供が求められるため、「三重こども病院群」等と一般小児医療を担う病院が機能分担・連携し、県全域において、必要な医療を受けられる体制整備を進める必要があります。
- 小児外科等、小児科の一定の領域において人材が分散していることにより、緊急手術等対応が困難な場合があります。小児科勤務医の職場環境改善のため、また、限られた医療資源を効果的・効率的に活用し、機能分担・連携を進めるため、集約化・重点化を図る必要があります。
- 医療資源を効果的・効率的に活用し、小児人口の多い地域にも対応できるように、小児医療提供体制の整備に引き続き取り組む必要があります。
- 総合周産期母子医療センターとして三重中央医療センターおよび市立四日市病院が指定されており、三重中央医療センターには、新生児の救急搬送を担う三重県新生児ドクターカー（すくすく号）が配備されていますが、運行について、関係機関との調整が必要です。
- 医療的ケア児を含む小児患者について、成長と共に変化する病態や合併症に対応できる医療を継続して提供するための診療体制の整備が必要です。
- NICU、GCUに長期間入院している小児患者がいることから、後方ベッドの確保、退院後の受入施設の確保などを進める必要があります。
- 災害時に小児および小児患者に適切な医療や物資を提供できるよう、平時より小児周産期リエゾンを養成する必要があります。

(3) 小児（救急）患者の症状に応じた救急医療体制および予防的支援の充実

- 小児救急医療提供体制については、症状の軽い初期救急医療は、休日夜間応急診療所等により対応していますが、小児医療機関の少ない地域では十分な体制がとれていないところがあり、中でも東紀州医療圏は体制の構築が特に求められます。

- 診療所の小児科医の高齢化により、今後小児の一次医療の担い手の不足が考えられます。
- 小児救急搬送患者の多くが軽症であり、時間外や軽症患者による二次救急医療機関の受診も増加しているため、初期小児救急医療を担う機能の強化、救急医療のかかり方やかかりつけ医への早期受診等、適切な受診行動についての啓発、小児救急に関する情報提供、相談体制の充実が必要です。
- 入院治療を必要とする小児二次救急医療に対応するために、地域によっては、小児救急機能の集約化や病院群輪番制により対応していますが、病院に勤務する小児科医の不足から、小児科医による当直対応が困難な地域があるため、引き続き、支援体制の整備が求められます。
- 夜間緊急対応できる小児外科医が常勤する医療機関が限られており、小児外科医の負担が大きくなっています。
- 乳幼児健康診査等をとおして、市町や医療機関などの関係機関が連携しながら予防的な視点を含めた小児医療の提供が必要です。
- 小児の死亡数は減少傾向にありますが、乳幼児では不慮の事故、思春期では自殺が多くを占めており、予防可能な死亡は少なくないと考えられます。このような死亡をなくすためにチャイルド・デス・レビュー（CDR）*による検証を行い、結果を行政等の施策に反映することが必要です。
- 発達障がい等の早期発見・早期治療は、保健・福祉・教育分野の連携が重要ですが、初診待機の解消をはじめ、その後のフォローアップと継続的な診療体制の整備も必要です。
- 新型コロナウイルス感染症まん延時に、特定の医療機関に過度の負担が生じたことから、新興感染症発生・まん延時にも地域の小児医療を確保できる体制整備が必要です。

(4) 医療的ケア児の療養・療育支援体制の充実

- 県および市町は、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」に基づき、関係機関と連携して、医療的ケア児の支援体制を構築していく必要があります。
- 医療的ケア児・者や家族等が地域で安心して暮らしていくためには、医療的ケア児・者や家族等を支える人材の育成が必要です。
- 医療的ケア児の急変時に入院対応できる医療機関が少ないため、小児中核病院や小児地域医療センター等とかかりつけ医の連携体制の充実が求められます。
- 地域における小児在宅医療の提供体制を整備していくためには、引き続き地域の医療的ケア児数を把握する必要があります。
- 人工呼吸器を使用している医療的ケア児が増えているため、訪問診療が可能な医療機関、小児対応訪問看護ステーション、学校、保育所等の体制を強化する必要があります。
- 医療的ケア児・者が適切な支援を受けられるよう、三重県医療的ケア児・者相談支援センターを中心に、4つの地域ネットワークや市町、関係機関と連携して、相談支援等を行う必要があります。
- 医療的ケア児の家族の負担を軽減するため、県内で格差なくレスパイト・短期入所を行う施設の体制整備やサービス利用率の向上を行う必要があります。
- 災害発生時に備え、在宅人工呼吸器を使用している全ての医療的ケア児の非常用電源確保が必要です。

5. ロジックモデル

番号	具体的施策	番号	中間アウトカム	番号	分野アウトカム
【小児医療を担う人材の育成・確保】					
1	小児科医師の確保	1	小児医療を担う人材の育成・確保	1	小児医療体制が整っており、24時間365日、安心して子育てができる
	指標 小児科医師数		指標 小児科医師数（再掲）		指標 乳児死亡率
2	人材育成の支援	2	小児医療体制の整備		指標 幼児死亡率
	指標 ー		指標 小児科を標榜する病院数（再掲）		指標 児童死亡率
3	災害時の小児医療を担う人材の育成	3	小児救急医療体制および予防的支援の充実		指標 小児科を標榜する診療所数（再掲）
	指標 災害時小児周産期リエゾン委嘱人数		指標 小児救急患者受入体制支援		
【地域差のない小児医療提供体制の充実】					
4	小児医療体制の整備	2	小児医療体制の整備	指標 小児科を標榜する病院数（再掲）	
	指標 小児科を標榜する病院数		指標 小児科を標榜する診療所数（再掲）		
4	指標 小児科を標榜する診療所数	3	指標 小児救急患者受入体制支援	指標 軽症乳幼児の救急搬送率	
	指標 小児科を標榜する診療所数		指標 小児傷病者救急搬送時の現場滞在時間30分以上の件数		
【小児救急医療体制および予防的支援の充実】					
5	小児救急患者受入体制支援	3	指標 ー	指標 小児かかりつけ診療料	
	指標 ー		指標 小児人口あたり時間外外来受診回数		
6	みえこども医療ダイヤル#8000の実施	6	指標 #8000相談件数、応答率	指標 適切な受診行動の啓発	
	指標 医療ネットみえ検索数		指標 地域連携小児夜間・休日診療料届出医療機関数		
6	指標 救急医療情報センターコール案内件数	7	指標 母子保健・医療・福祉の推進取組	指標 ー	
	指標 ー		指標 ー		
【療養・療育支援体制の充実】					
9	退院後の長期療養児の療養・療育支援体制の充実	4	退院後の療養・療育支援体制の充実	指標 退院支援を受けたNICU・GCU入院児数	
	指標 小児の訪問診療実施医療機関数		指標 レスパイト入院が可能な病院および医療型短期入所が可能な施設数		
9	指標 小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	9	指標 医療的ケア児数	指標 在宅人工呼吸指導管理料*を算定している診療所の割合	
	指標 医療的ケア児数		指標 ー		

6. 目標と施策

(1) 数値目標

目標項目	現状値	目標値	目標値の説明	データ出典
幼児死亡率 (幼児人口千人あたり)	0.11 【R4】	0.04以下	幼児(1～4歳)の死亡率(幼児人口千人あたり)を0.04以下とすることを目標とします。	人口動態調査
軽症乳幼児の救急搬送率 (乳幼児の急病による救急搬送のうち軽症患者の割合)	75.9% 【R4】	70.0%以下	急病に係る乳幼児(生後28日以上満7歳未満)の軽症者搬送率を70.0%まで減少させることを目標とします。	三重県調査
小児傷病者救急搬送時の現場滞在時間30分以上の件数 ()内は重症以上で搬送された件数 ※重症以上の件数は30分以上の件数の内数	207件 (1件) 【R4】	90件以下 (0件)	小児傷病者の救急搬送に係る現場滞在時間が30分以上の件数を90件以下とすることを目標とします。	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査
小児科医師数 (人口10万人あたり) ()内は実数	13.1人 (232人) 【R2】	14.6人以上 (258人)	人口10万人あたり的小児科医師数が全国平均(R2)以上となることを目標とします。	医師・歯科医師・薬剤師統計
レスパイト入院が可能な病院および医療型短期入所が可能な施設数	入院可能 : 7施設 短期入所可能 : 4施設 ※1施設は入院可能かつ短期入所可能な施設です。	入院または短期入所が可能な施設 12施設	医療的ケア児が利用できるレスパイト施設を増やすことを目標とします。	三重県調査

(2) 取組内容

取組方向1：小児医療を担う人材の育成・確保

- 三重大学医学部における教育・研修体制を充実・強化することで、小児医療に関わるさまざまな診療科について専門医療を実践できる質の高い小児科医や小児外科医の育成を進めます。(三重大学、市町、県)
- 医学生に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、将来における小児科の専門医の確保を図ることにより、小児科、小

児外科、新生児科、児童精神科等子どもの診療を専門的に担う医師の確保につなげていきます。(医療機関、三重大学、医療関係団体、県)

- 研修医、医学生等が小児科医や産婦人科医を志望するよう、三重大学、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、小児科および産婦人科のキャリア形成プログラムの策定や医師養成課程から卒後研修体制の構築等、キャリア形成のための支援を進めます。(医療機関、三重大学、MMC 卒後臨床研修センター、県)
- 国の養成研修制度を活用し、災害時において、小児周産期医療の維持を担う人員を確保しつつ、災害対応を行う災害時小児周産期リエゾンを確保できるよう各関係機関との連携を図ります。(医療機関、三重大学、県)

取組方向 2：地域差のない小児医療提供体制の充実

- 三重県内の小児医療圏については、救急医療を含め、重なり合うゾーンディフェンスでの体制を敷くことで地域差のない小児医療の提供を行います。(医療機関、関係団体、市町、県)
- 限られた医療資源を効果的・効率的に活用するため、小児医療体制の集約化・重点化を検討するとともに、小児医療に関わるさまざまな診療科による専門医療等を含め、病院の小児に関わる診療機能強化を進めます。(医療機関、関係団体、市町、県)
- 一般の小児医療を担う医療機関では対応困難な患者に対する医療は小児地域医療センターが、さらに重篤な患者に対する医療は小児中核病院である「三重こども病院群」が担い、連携を図りながら必要な医療が受けられる体制整備を進めます。(医療機関、関係団体、市町、県)
- 県立子ども心身発達医療センターが担うべき専門的な児童精神科医療の提供と、地域の小児科等の医療機関や市町の相談窓口など支援機関における役割との明確化を図るため、地域での診療体制の確保や支援体制の整備に取り組みます。(医療機関、関係団体、市町、県)
- 県立子ども心身発達医療センターは、途切れのない発達支援をめざして、隣接する三重病院をはじめとする医療機関や市町、特別支援学校等関係機関と連携を図りながら、入院前調整や退院後支援、地域における発達相談や人材育成研修などに取り組み、地域とともに小児の発達に関わる包括的医療・療育体制の充実に努めます。(医療機関、関係団体、市町、県)
- 三重大学医学部附属病院や関係機関が連携して、小児患者が、成長に合わせて適切な医療を受けられるよう、移行期体制の整備に向けて検討を進めます。(医療機関、関係団体、市町、県)

取組方向 3：小児救急医療体制および予防的支援の充実

- 小児救急医療拠点病院や二次救急医療機関の輪番制による小児救急患者の受入れ等について、引き続き支援を行い、小児救急医療体制の確保に努めます。(医療機関、市町、県)
- 夜間や休日の不要不急の受診を抑制するため、受診判断の目安を提供するツールの啓発や、「みえ子ども医療ダイヤル」による電話相談を実施します。また、「子どもの救急対応マニュアル」など、知っておくと役に立つ一次救命処置方法の周知や親子教室などにより、家庭における看護力の向上をめざします。(医療機関、医療関係団体、市町、県)

- 「医療ネットみえ」において、休日・夜間応急診療所等、小児救急医療情報の提供を行うとともに、休日や時間外に診療を行う医療機関の三重県救急医療情報システムへの参加促進に努めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 日常の診察だけでなく、母子保健事業を通じ、妊娠期から子育て期にわたり、一貫した伴走型相談支援を行うとともに、関係機関と連携を図りながら、乳幼児の事故や児童虐待等の予防的な視点を含めた小児医療の提供をめざします。(医療機関、関係団体、市町、県)
- あらゆる子どもの死亡事例を検証し、死因を究明するチャイルド・デス・レビュー(CDR)に取り組むことで、予防可能な小児の死亡事例を減少させることをめざします。(医療機関、関係団体、市町、県)
- 新興感染症の発生・まん延時において、重症患者や小児を含む特別な配慮が必要な患者に対応可能な受入医療機関を医療措置協定の締結等を通じて確保するとともに、協定締結状況をふまえた連携のあり方について、関係機関および関係団体と連携の上、検討を進めていきます。(医療機関、関係団体、市町、県)
- 予防的支援の充実については、周産期医療および「母子の保健・医療・福祉の推進」(第7章第4節)の母子保健の取組とも相互に連携しながら取り組みます。(医療機関、関係団体、市町、県)

取組方向4：医療的ケア児の療養・療育支援体制の充実

- 三重大学医学部附属病院小児・AYAがんトータルケアセンターと連携し、医療、福祉、保健、教育等地域における支援関係機関の連携強化を図ります。(医療機関、三重大学、医療関係団体、関係機関、市町、県)
- 医療的ケア児・者に係る関連分野の支援を調整する医療的ケア児・者コーディネーター(相談支援専門員、訪問看護師等)の養成に取り組みます。(医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 医療的ケア児に必要な支援体制の整備に向け、県や市町、三重大学医学部附属病院小児・AYAがんトータルケアセンターが連携して、県内の医療的ケア児数の調査に継続して取り組みます。(三重大学、市町、県)
- 訪問診療が可能な医療機関、小児対応訪問看護ステーション、学校や保育所などの体制を強化するため、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等を対象とした研修等を実施するなど、人材育成に取り組みます。(三重大学、医療関係団体、関係機関、県)
- 三重県医療的ケア児・者相談支援センターを中心に、4つの地域ネットワークや市町、関係機関と連携を図り、医療的ケア児・者や家族等の相談に応じ、助言等の支援に取り組みます。(三重大学、医療関係団体、関係機関、県)
- 医療的ケア児とその家族が地域で安心して生活できるよう、各圏域でレスパイト・短期入所を行うための体制整備を進めるとともに、家族の負担を減らすためにサービスの利用を促進します。(医療機関、三重大学、医療関係団体、関係機関、県)
- 災害時においても、在宅人工呼吸器を使用している全ての医療的ケア児の安全が確保できるよう、市町や医療機関等と協力して非常用電源の確保・整備を進めます。(医療機関、関係機関、市町、県)

第 1 1 節 | 在宅医療対策

1. めざす姿

(1) めざす姿

- できる限り住み慣れた地域で、誰もが必要な医療・介護・福祉サービス、教育が受けられ、人生の最期まで安心して自分らしい生活を実現できる体制が整っています。
- 在宅医療に関わる多職種チームが在宅療養患者およびその家族を継続的かつ包括的にサポートする体制が確保できています。
- 入退院支援の実施および切れ目のない継続的な医療提供体制が確保できています。
- 24 時間体制で看取りを実施できる体制が整っています。

(2) 取組方向

取組方向 1 : 【日常の療養支援】地域における在宅医療の提供体制の質と量の確保

取組方向 2 : 【入退院支援】【急変時の対応】多職種連携による、24 時間安心のサービス提供体制の構築

取組方向 3 : 【看取り】在宅医療・在宅看取りの啓発と体制の充実

2. 在宅医療の現状

(1) 在宅医療の概況

- 県内の 65 歳以上の高齢者人口は、令和 2（2020）年の 522,073 人¹（30.2%）から令和 22（2040）年には 555,974 人²（37.2%）に増加し、同年の 75 歳以上の人口は、318,644 人（21.3%）になり、高齢者の人口は増加する一方で、全体の人口が減るため、高齢者人口割合が増え、3 人に 1 人が 65 歳以上、5 人に 1 人が 75 歳以上になると見込まれています。
- 疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、自宅や地域で疾病を抱えつつ生活を送る人が今後とも増加していくと考えられます。
- 医療的ケア児の数も増加しており、県内に 309 人の医療的ケア児が暮らし、うち 88 人が人工呼吸器を使用しながら暮らしている状況です³。
- 平成 29（2017）年 3 月に策定した「三重県地域医療構想」では、本県における在宅医療等の医療需要は平成 25（2013）年の 16,133.1 人/日から令和 7（2025）年には 21,656.4 人/日になると見込まれており、この需要に対応していくには、病床の機能分化・連携と併せて、在宅医療や地域包括ケアシステムに係る体制整備を進めていくことが重要となります。

¹ 出典：総務省「令和 2 年 国勢調査」

² 出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（令和 5 年推計）

³ 出典：三重県・三重大学医学部附属病院小児・AYA がんトータルケアセンター「三重県医療的ケア児実態調査」（令和 5 年 3 月）

- 40 歳以上の県民の 36.2%が病気などで介護が必要となった場合に自宅で介護を受けることを望んでおり⁴、患者や家族のQOL*（生活の質）の維持向上を図りつつ療養生活を支える在宅医療の提供体制を構築することが必要です。

(2) 訪問診療・往診*

- 人口 10 万人あたりの訪問診療を実施している病院は 1.1 施設で、全国平均を下回っています。
- 人口 10 万人あたりの訪問診療を実施している診療所は 21.3 施設で、全国平均を上回っています。
- 人口 10 万人あたりの小児（15 歳未満）の訪問診療を実施している医療機関は 5.8 施設で、全国平均を上回っています。
- 訪問診療を実施している医療機関は 19 病院、384 診療所の合計 403 施設です。

図表5-11-1 訪問診療実施施設数

(単位：か所)

構想区域	病院		診療所		病院・診療所 (15 歳未満)	
	施設数	人口 10 万人 あたり	施設数	人口 10 万人 あたり	施設数	小児人口 10 万人 あたり
桑 員	5	2.3	33	15.1	*	*
三 泗	5	1.3	68	17.9	3	9.5
鈴 亀	3	1.2	55	22.1	*	*
津	6	2.2	55	19.9	5	23.0
伊 賀	*	*	34	20.3	0	0.0
松 阪	*	*	50	23.1	*	*
伊勢志摩	*	*	65	28.7	*	*
東 紀 州	*	*	24	35.3	0	0.0
三 重 県	19	1.1	384	21.3	8	5.8
全 国	2,570	2.0	23,297	18.4	467	3.0

*NDB利用ルールによる秘匿値。全国および三重県の値は秘匿値を除いた合計。

資料：厚生労働省「NDB」（令和3年度）、

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

⁴ 出典：三重県「e-モニター」（令和5年7月）

- 人口 10 万人あたりの機能強化型在宅療養支援診療所*数は 3.6 施設で、全国平均を上回っています。
- 人口 10 万人あたりの在宅療養支援診療所*数は 7.0 施設で、全国平均を下回っています。
- 人口 10 万人あたりの機能強化型在宅療養支援病院*数は 0.6 施設で、全国平均を上回っています。
- 人口 10 万人あたりの在宅療養支援病院*数は 0.4 施設で、全国平均を下回っており、在宅療養後方支援病院*は 0.1 施設で、全国平均を下回っています。

図表5-11-2 在宅療養支援施設数

(単位：か所)

		施設数	人口 10 万人あたり
機能強化型在宅療養支援診療所	全 国	3,796	3.0
	三重県	65	3.6
在宅療養支援診療所	全 国	11,294	8.9
	三重県	126	7.0
機能強化型在宅療養支援病院	全 国	696	0.5
	三重県	10	0.6
在宅療養支援病院	全 国	976	0.8
	三重県	8	0.4
在宅療養後方支援病院	全 国	420	0.3
	三重県	1	0.1

資料：厚生労働省「NDB」（令和3年度）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

- 人口 10 万人あたりの訪問診療実施件数は 7,289 件/年となっており、全国平均を下回っています。うち、小児人口 10 万人あたりの小児の訪問診療件数は 134.2 件/年となっており、全国平均を下回っています。

図表5-11-3 病院・診療所の訪問診療件数

(単位：件/年)

構想区域	病院・診療所		うち小児（15歳未満） 病院・診療所	
	件数	人口 10 万人 あたり	件数	小児人口 10 万人 あたり
桑 員	13,654	6,239.6	44	157.4
三 泗	26,045	6,868.3	94	192.6
鈴 亀	12,274	4,936.2	11	33.8
津	23,602	8,549.2	70	207.7
伊 賀	6,931	4,141.7	0	0.0
松 阪	20,104	9,285.7	*	*
伊勢志摩	23,085	10,206.0	73	306.2
東 紀 州	5,563	8,186.8	0	0.0
三 重 県	131,258	7,289.0	292	134.2
全 国	10,501,954	8,291.8	40,411	263.8

*NDB利用ルールによる秘匿値。全国および三重県の値は秘匿値を除いた合計。

資料：厚生労働省「NDB」（令和3年度）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

○ 人口 10 万人あたりの往診を実施している病院・診療所数は、32.5 施設で全国平均を上回っていますが、往診患者数は、1,389.7 人/年で全国平均を下回っています。

図表5-11-4 往診を実施している病院・診療所と往診・特別往診を受けた患者数

(単位：か所、人/年)

構想区域	病院・診療所		往診		特別往診	
	施設数	人口 10 万人あたり	患者数	人口 10 万人あたり	患者数	人口 10 万人あたり
桑 員	49	22.4	2,766	1,264.0	0	0.0
三 泗	111	29.3	6,043	1,593.6	0	0.0
鈴 亀	75	30.2	1,933	777.4	12	4.8
津	95	34.4	3,269	1,184.1	0	0.0
伊 賀	53	31.7	1,433	856.3	0	0.0
松 阪	74	34.2	4,084	1,886.3	0	0.0
伊勢志摩	94	41.6	4,187	1,851.1	0	0.0
東 紀 州	35	51.5	1,311	1,929.3	0	0.0
三 重 県	586	32.5	25,026	1,389.7	12	0.7
全 国	35,364	27.9	1,923,265	1,518.5	454	0.4

資料：厚生労働省「NDB」(令和3年度)、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(令和3年1月1日現在)

(3) 訪問看護

○ 人口 10 万人あたりの訪問看護ステーション数は 10.6 施設で、全国平均を下回っています。訪問看護ステーションの数の変化は大きくありませんが、休止と新規の訪問看護ステーションが増えています。従事者数は准看護師のみ全国平均より多くなっています。

図表5-11-5 訪問看護ステーション数

(単位：か所)

訪問看護ステーション	事業所数		人口 10 万人あたり
	全 国	三重県	
	13,554	190	10.7
			10.6

資料：厚生労働省「令和3年 介護サービス施設・事業所調査」、
三重県「指定事業所等管理システム」(令和3年10月現在)、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(令和3年1月1日現在)

図表5-11-6 訪問看護ステーションの職種別従事者数

(単位：人)

		従事者数	人口10万人あたり	24時間体制を取っている事業所の従事者数	
				人口10万人あたり	
保健師	全 国	1,283	1.0	1,185	0.9
	三重県	14	0.8	13	0.7
助産師	全 国	111	0.1	99	0.1
	三重県	0	0.0	0	0.0
看護師	全 国	68,852	54.4	63,153	49.9
	三重県	878	48.8	767	42.6
准看護師	全 国	5,700	4.5	4,953	3.9
	三重県	116	6.4	109	6.1
理学療法士	全 国	15,487	12.2	14,273	11.3
	三重県	153	8.5	145	8.1
作業療法士	全 国	6,866	5.4	6,249	4.9
	三重県	57	3.2	50	2.8

資料：厚生労働省「令和3年 介護サービス施設・事業所調査」、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」（令和3年1月1日現在）

- 人口10万人あたりの医療保険、介護保険による訪問看護提供件数は、それぞれ373.8件/年、6,585.3件/年で、いずれも全国平均を下回っています。
- 人口10万人あたりの医療保険による訪問看護利用者数は84.9人/月、小児の訪問看護利用者数は45.9人/月で、いずれも全国平均を下回っています。
- 人口10万人あたりの介護保険による訪問看護利用者数は560.9人/年、介護予防訪問看護利用者数は88.9人/年で、いずれも全国平均を下回っています。

図表5-11-7 訪問看護提供件数

(単位：件/年)

	医療保険		介護保険	
	提供件数	人口10万人あたり	提供件数	人口10万人あたり
全 国	617,444	487.5	11,359,879	8,969.2
三重県	6,731	373.8	118,586	6,585.3

資料：厚生労働省「NDB」（令和3年度）、厚生労働省「介護DB」（令和3年度）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

図表5-11-8 医療保険による訪問看護の利用者数

(単位：人/月)

	利用者数	人口10万人あたり	うち小児利用者数	小児人口10万人あたり
全 国	126,633	100.0	7,654	50.0
三重県	1,528	84.9	100	45.9

※小児は15歳未満

資料：厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」（令和3年）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

図表5-11-9 介護保険による訪問看護利用者数

(単位：人/年)

	利用者数		人口 10 万人あたり	
	全 国	三重県	全 国	三重県
訪問看護利用者数	874,400	10,100	690.4	560.9
介護予防訪問看護利用者数	159,700	1,600	126.1	88.9

資料：厚生労働省「介護給付費等実態統計」（令和3年度）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

- 人口 10 万人あたりの「介護保険法」（平成9年法律第 123 号）の緊急時訪問看護加算*等の届出状況は、各項目ともに全国平均を下回っています。
- 訪問看護ステーションは 190 事業所を指定しており、人口 10 万人あたりの事業所数は 10.6 施設となっています。
- 4 町において訪問看護ステーションがない状況ですが、近隣市町の訪問看護ステーションが広域的にカバーしています。

図表5-11-10 訪問看護ステーション数と緊急時訪問加算等の届出状況

(単位：か所、件)

		全国	三重県	人口 10 万人あたり	
				全国	三重県
訪問看護ステーション数		13,554	190	10.7	10.6
介護 保険法	緊急時訪問看護加算の届出	11,903	155	9.4	8.6
	特別管理体制*の届出	11,830	157	9.3	8.7
	ターミナルケア加算*の届出	11,045	149	8.7	8.3
健康 保険法	24 時間対応体制加算*の届出	11,994	161	9.5	8.9
	特別管理（旧：重症者管理）加算*の届出	11,692	156	9.2	8.7

資料：厚生労働省「令和3年 介護サービス施設・事業所調査」、
三重県「指定事業者等管理システム」（令和3年10月現在）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

図表5-11-11 訪問看護ステーション数

(単位：か所)

構想区域	訪問看護 ステーション	人口 10 万人あたり	緊急時訪問看護 加算届出施設	人口 10 万人あたり
桑 員	21	9.6	18	8.2
三 泗	41	10.8	36	9.5
鈴 亀	19	7.6	16	6.4
津	29	10.5	21	7.6
伊 賀	16	9.6	15	9.0
松 阪	26	12.0	24	11.1
伊勢志摩	31	13.7	28	12.4
東 紀 州	7	10.3	6	8.8
合 計	190	10.6	164	9.1

※休止届の出ている訪問看護ステーションの8施設は含まれない。

資料：三重県「指定事業者等管理システム」（令和3年10月現在）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

(4) 訪問歯科診療

- 人口 10 万人あたりの在宅療養支援歯科診療所数は 6.7 施設で、全国平均と同じです。東紀州区域は 1.5 施設であり、地域によってばらつきがあります。
- 人口 10 万人あたりの歯科訪問診療を実施している診療所数は 15.6 施設で、全国平均を下回っています。
- 人口 10 万人あたりの訪問歯科診療実施件数は 2,891.4 人/年となっており、全国平均を下回っています。
- 医療・介護関係者等と連携し、地域で効果的な歯科治療や口腔ケアが受けられる体制を整備するため、地域口腔ケアステーションを 11 か所設置しています。

図表5-11-12 在宅療養支援歯科診療所数と歯科訪問診療を実施している診療所数

(単位：か所)

構想区域	在宅療養支援 歯科診療所数	人口 10 万人あたり	歯科訪問診療 実施診療所数	人口 10 万人あたり
桑 員	12	5.5	24	11.0
三 泗	19	5.0	44	11.6
鈴 亀	6	2.4	36	14.5
津	21	7.6	50	18.1
伊 賀	16	9.6	33	19.7
松 阪	28	12.9	52	24.0
伊勢志摩	17	7.5	38	16.8
東紀州	1	1.5	4	5.9
三重県	120	6.7	281	15.6
全 国	8,523	6.7	21,268	16.8

資料：厚生労働省「NDB」（令和3年度）、厚生労働省「診療報酬施設基準」（令和4年3月31日）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

図表5-11-13 訪問歯科診療を受けた患者数

(単位：人/年)

構想区域	件数	人口 10 万人あたり
桑 員	4,573	2,089.8
三 泗	8,633	2,276.6
鈴 亀	4,030	1,620.7
津	9,553	3,460.3
伊 賀	7,520	4,493.7
松 阪	5,916	2,732.5
伊勢志摩	11,678	5,162.9
東紀州	164	241.4
三重県	52,067	2,891.4
全 国	6,548,646	5,170.5

資料：厚生労働省「NDB」（令和3年度）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

(5) 訪問薬剤管理指導・訪問リハビリテーション・訪問栄養食事指導

- 人口 10 万人あたりの訪問薬剤管理指導の届出がある薬局数は 46.4 施設で、全国平均を上回っています。市町別に見ると、都市部では一定数の確保ができているものの、郡部では少ない状況となっています。
- 人口 10 万人あたりの居宅療養管理指導を実施する薬局数は、訪問薬剤指導を実施する薬局数の約 2.6 倍になっています。
- 人口 10 万人あたりの本県の医療保険による訪問薬剤管理指導を受けた患者数は 138.9 人、介護保険による居宅療養管理指導を受けた患者数は 3,053.5 人で、いずれも全国平均を下回っています。

図表5-11-14 訪問薬剤管理指導の届出等がある薬局数

(単位：か所)

構想区域	訪問薬剤管理指導の届出がある薬局数		訪問薬剤指導を実施する薬局数		居宅療養管理指導を実施している薬局数	
	施設数	人口 10 万人あたり	施設数	人口 10 万人あたり	施設数	人口 10 万人あたり
桑 員	102	47.2	18	8.2	58	26.7
三 泗	164	43.4	39	10.3	85	22.5
鈴 亀	111	45.1	35	14.1	68	27.5
津	125	45.8	38	13.8	76	27.7
伊 賀	71	43.5	17	10.2	46	27.8
松 阪	105	49.5	16	7.4	60	28.0
伊勢志摩	112	51.1	15	6.6	59	26.5
東 紀 州	32	49.2	*	*	13	19.5
三 重 県	822	46.4	178	9.9	465	26.1
全 国	55,818	44.5	12,689	10.0	—	—

*NDB利用ルールによる秘匿値。全国および三重県の値は秘匿値を除いた合計。

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（令和5年7月1日）、
 総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和5年1月1日現在）、
 厚生労働省「NDB」（令和3年度）、
 総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）、
 「三重県国保連合会介護給付適正化システム」（令和4年）
 総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和4年1月1日現在）

図表5-11-15 訪問薬剤管理指導等を受けた患者数

(単位：人/年)

構想区域	訪問薬剤管理指導を受けた患者数 (医療保険)		居宅療養管理指導を受けた患者数 (介護保険)	
	患者数	人口10万人あたり	患者数	人口10万人あたり
桑 員	364	166.3	8,233	3,762.3
三 泗	404	106.5	13,212	3,484.1
鈴 亀	377	151.6	9,163	3,685.0
津	432	156.5	7,812	2,829.7
伊 賀	151	90.2	2,432	1,453.3
松 阪	632	291.9	8,820	4,073.8
伊勢志摩	121	53.5	4,968	2,196.4
東紀州	20	29.4	346	509.2
三重県	2,501	138.9	54,986	3,053.5
全 国	301,238	237.8	6,949,637	5,487.1

資料：厚生労働省「NDB」（令和3年度）、「三重県国保連合会介護給付適正化システム」（令和4年）
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

- 人口10万人あたりの本県の訪問リハビリテーションの利用者数、介護予防訪問リハビリテーションの利用者数はそれぞれ172.1人、44.4人で、いずれも全国平均を上回っています。

図表5-11-16 訪問リハビリテーション事業所数(左表)および訪問リハビリテーション利用者数(右表)

	施設数 (か所)	人口10万人 あたり			人 数	人口10万人
					(千人)	あたり(人)
全 国	5,214	4.1	訪問リハビリテーション 利用者数	全 国	176.1	139.0
				三重県	3.1	172.1
三重県	87	4.8	介護予防訪問 リハビリテーション 利用者数	全 国	41.0	32.4
				三重県	0.8	44.4

資料：厚生労働省「令和3年度 介護給付費等実態統計」、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

図表5-11-17 在宅リハビリテーション提供件数

(単位：件/年)

	件数	人口10万人あたり	うち小児 (15歳未満) 件数	小児人口10万人あたり
全 国	276,441	218.3	34,588	225.8
三重県	2,486	138.1	*	*

*はデータなし

資料：厚生労働省「NDB」（令和3年度）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

- 令和5（2023）年7月現在の医療ネットみえにおける在宅患者訪問栄養食事指導に対応できる医療機関数は36施設で、令和3（2021）年度のNDBによると、県内の訪問栄養食事指導料は50件です。

(6) 短期入所サービス（ショートステイ）

- 人口 10 万人あたりの短期入所生活介護事業所数は 10.7 施設、短期入所療養介護事業所数は 4.7 施設で、いずれも全国平均を上回っています。
- 人口 10 万人あたりの短期入所サービス利用者数は、短期入所生活介護 325.1 人/月で全国平均を上回り、短期入所療養介護は 30.3 人/月で全国平均を下回っています。

図表5-11-18 短期入所サービス(ショートステイ)の事業所数

(単位：か所)

	事業所数		人口 10 万人あたり
	全 国	三重県	
短期入所生活介護事業所数	全 国	10,226	8.1
	三重県	192	10.7
短期入所療養介護事業所数	全 国	5,068	4.0
	三重県	84	4.7

資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（令和3年）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」（令和3年1月1日現在）

図表5-11-19 短期入所サービス事業所数、利用者数

(単位：か所、人/月)

	短期入所サービス（ショートステイ）利用者数		人口 10 万人あたり	
	短期入所生活介護	短期入所療養介護	短期入所生活介護	短期入所療養介護
全 国	290,214	39,457	229.1	31.2
三重県	5,855	546	325.1	30.3

資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（令和3年）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」（令和3年1月1日現在）

(7) 入退院支援

- 入退院支援を行う担当者を配置している病院は 60 施設です。担当者を配置していない病院・有床診療所でも退院調整や退院先等とのカンファレンス*を行っています。
- 人口 10 万人あたりの退院時共同指導の件数は 45.5 件で、全国平均を上回っていますが、医療機関数は 1.1 施設で、全国平均を下回っています。

図表5-11-20 患者の入退院に伴う地域連携や調整をするための担当者の配置と連携の状況
(病院・有床診療所)

(単位：か所)

構想区域	担当者の配置あり	入院中に退院・転院に係る関係者との情報共有や退院後に利用できるサービスの調整状況				退院・転院に係る関係者との合同カンファレンス開催状況			
		行方ほとんど行っていない	行方ほとんど行っている	必要に応じて行っている	あまり行っていない	行っていない	行っている	必要に応じて行っている	あまり行っていない
桑 員	6	1	2	2	0	1	3	0	4
三 泗	10	0	3	0	0	0	2	1	0
鈴 亀	7	4	3	2	0	1	7	1	1
津	16	3	6	1	0	2	3	4	0
伊 賀	4	4	0	0	1	0	4	0	1
松 阪	6	4	1	0	0	2	2	2	0
伊勢志摩	9	2	4	0	0	0	6	0	0
東 紀 州	2	1	2	0	0	0	2	0	0
三重県	60	19	21	5	1	6	29	8	6

資料：厚生労働省「NDB」（令和3年度）、
三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（令和5年）回答数52施設

図表5-11-21 退院時共同指導件数、退院時共同指導を実施している医療機関数

(単位：件/年、か所)

	件数	人口10万人あたり	医療機関数	人口10万人あたり
全 国	55,861	44.1	1,554	1.2
三重県	820	45.5	19	1.1

資料：厚生労働省「NDB」（令和3年度）、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

(8) 急変時対応

- 在宅医療および退院支援アンケート調査（対象216医療機関）によると、緊急一時入院を実施している病院等は回答があったうちの67.3%で、受入れに関して苦慮することは病院等のマンパワー不足との回答が多数ありました。また、受入れを行っていないと回答した施設の多くは、病床を休止している有床診療所です。

(9) 看取り

- 40歳以上の県民の36.2%が病気などで介護が必要となった場合に自宅で介護を受けることを望んでおり⁵、患者や家族が希望した場合には自宅で最期を迎えることを可能にする医療および介護の提供体制の構築が求められています。
- 一方、人生の最終段階における医療について家族等に伝えたことがないと84.1%が回答しています⁵。

⁵ 出典：三重県「e-モニター」（令和5年7月）

- 人口 10 万人あたりの在宅ターミナルケア*を受けた患者数は 141.6 人/年で、全国平均を上回っています。
- 人口 10 万人あたりの在宅看取り数は 232.2 人/年で、全国平均を上回っています。
- 人口 10 万人あたりの在宅看取りを実施している病院数は 0.3 施設で全国平均を下回り、在宅看取りを実施している診療所数は 9.4 施設で全国平均を上回っています。

図表5-11-22 在宅ターミナルケアを受けた患者数・在宅看取り数

(単位：人/年)

構想区域	在宅ターミナルケアを受けた患者数		在宅看取り数 (死亡診断書のみを含む)	
	人数	人口 10 万人あたり	人数	人口 10 万人あたり
桑 員	308	140.7	433	197.9
三 泗	826	217.8	1,066	281.1
鈴 亀	269	108.2	360	144.8
津	300	108.7	530	192.0
伊 賀	236	141.0	350	209.1
松 阪	255	117.8	580	267.9
伊勢志摩	285	126.0	725	320.5
東 紀 州	71	104.5	137	201.6
三 重 県	2,550	141.6	4,181	232.2
全 国	161,500	127.5	239,337	189.0

資料：厚生労働省「NDB」(令和3年度)、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(令和3年1月1日現在)

図表5-11-23 在宅看取りを実施している病院数・診療所数

(単位：か所)

構想区域	病院		診療所	
	施設数	人口 10 万人あたり	施設数	人口 10 万人あたり
桑 員	3	1.4	12	5.5
三 泗	3	0.8	32	8.4
鈴 亀	*	*	26	10.5
津	*	*	25	9.1
伊 賀	*	*	14	8.4
松 阪	*	*	25	11.5
伊勢志摩	*	*	30	13.3
東 紀 州	0	0.0	6	8.8
三 重 県	6	0.3	170	9.4
全 国	565	0.4	10,909	8.6

*NDB利用ルールによる秘匿値。全国および三重県の値は秘匿値を除いた合計。

資料：厚生労働省「NDB」(令和3年度)、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(令和3年1月1日現在)

- 人口 10 万人あたりのターミナルケアを実施する訪問看護ステーション数については、医療保険による施設数は 3.5 施設で全国平均を上回り、介護保険事業所数は 8.3 施設で全国平均を下回っています。

図表5-11-24 ターミナルケアを実施する訪問看護ステーション数

(単位：か所)

構想区域	ターミナルケアを実施する 訪問看護ステーション数 【医療】	人口 10 万人 あたり	ターミナルケアを実施する 訪問看護ステーション数 【介護】	人口 10 万人 あたり
桑 員	28	12.8	18	8.2
三 泗	9	2.4	35	9.2
鈴 亀	10	4.0	13	5.2
津	1	0.4	18	6.5
伊 賀	2	1.2	14	8.4
松 阪	1	0.5	21	9.7
伊勢志摩	7	3.1	25	11.1
東 紀 州	5	7.4	6	8.8
三 重 県	63	3.5	150	8.3
全 国	4,240	3.3	11,063	8.7

資料：厚生労働省「NDB」（令和3年度）、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（令和3年）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和3年1月1日現在）

- 令和3（2021）年度における本県の在宅（自宅、老人ホーム、介護医療院、介護老人保健施設）死亡者割合は 34.3%で、全国平均 30.7%を上回っており、平成 28（2016）年度と同調査 25.0%と比べて増加しています。
- がん患者死亡者数のうち在宅死亡者割合は 31.1%で、全国平均 28.6%を上回っています⁶。

図表5-11-25 令和3年と平成28年の在宅死亡者数の比較

(単位：人/年、%)

構想区域	令和3年			平成28年			比較		
	総数 A	在宅 死亡者数 B	総数に占める在宅 死亡者数の割合 C	総数 D	在宅 死亡者数 E	総数に占める在宅 死亡者数の割合 F	A/D (%)	B/E (%)	C-F
桑 員	2,288	814	35.6	2,117	442	20.9	108.1	184.2	14.7
三 泗	3,913	1,563	39.9	3,576	1,065	29.8	109.4	146.8	10.2
鈴 亀	2,392	734	30.7	2,245	504	22.4	106.5	145.6	8.2
津	3,317	1,005	30.3	3,113	715	23.0	106.6	140.6	7.3
伊 賀	2,160	802	37.1	2,058	539	26.2	105.0	148.8	10.9
松 阪	2,929	969	33.1	2,632	628	23.9	111.3	154.3	9.2
伊勢志摩	3,373	1,285	38.1	3,143	987	31.4	107.3	130.2	6.7
東 紀 州	1,267	253	20.0	1,214	139	11.4	104.4	182.0	8.5
三 重 県	21,639	7,425	34.3	20,098	5,019	25.0	107.7	147.9	9.3
全 国	1,439,856	442,598	30.7	1,308,158	290,272	22.2	110.1	152.5	8.5

資料：厚生労働省「人口動態調査」

⁶ 出典：厚生労働省「令和4年 人口動態調査」

3. 連携体制

(1) 圏域の設定

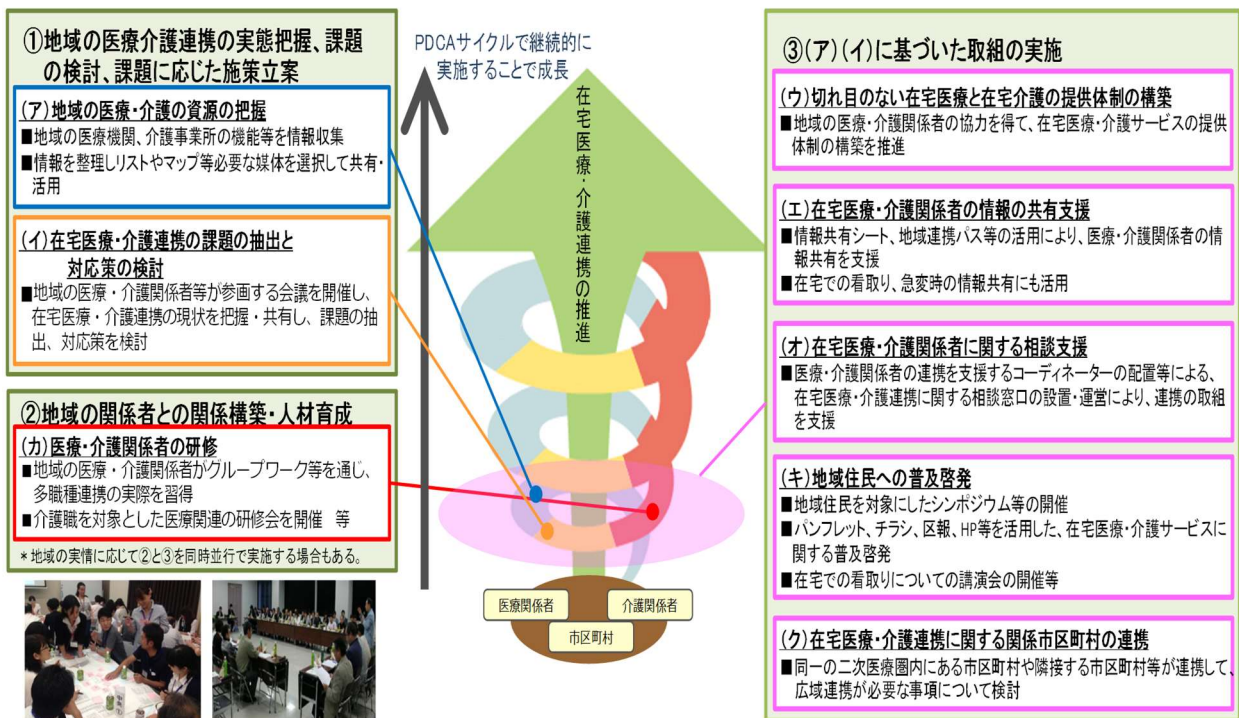
- 在宅医療と介護を切れ目なく連携させる仕組みを面的に整備するためには、医療資源に乏しい市町が広域的に補完し合えることや、地域医療構想との整合性を取ることも必要です。本県の在宅医療圏域は、8つの構想区域を基本的な圏域としつつ、実際に事業を実施する際には、圏域にこだわらず必要に応じて市町単位等での各指標の分析や、医療と介護の連携体制の構築等を実施していきます。

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

- 平成26(2014)年6月に成立した医療介護総合確保推進法により、「在宅医療・介護連携の推進」が介護保険法における地域支援事業に位置づけられ、(ア)から(ク)までの事業を全ての市町で実施しています。
- 在宅医療・介護連携推進事業に基づき、地域の実情に応じた在宅医療体制整備と連携強化を進めていくことが必要です。

図表5-11-26 在宅医療・介護連携推進事業

事業項目と事業の進め方のイメージ



* 図の出典: 富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変(平成27年度老人保健健康増進等事業)

資料: 厚生労働省資料

図表5-11-27 市町における在宅医療・介護連携推進事業進捗状況

項目		実施済み	
ア	地域の医療・介護の資源の把握	29 市町	100%
イ	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	29 市町	100%
ウ	切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築	29 市町	100%
エ	在宅医療・介護関係者の情報の共有支援	29 市町	100%
オ	在宅医療・介護関係者に関する相談支援	29 市町	100%
カ	医療・介護関係者の研修	29 市町	100%
キ	地域住民への普及啓発	29 市町	100%
ク	在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	29 市町	100%

資料：三重県調査（令和4年2月）

- 在宅医療を実施する際の関係機関との連携状況を見ると、在宅療養支援診療所等では訪問看護ステーションとの連携が 81.7%で最も多く、次に多いのが病院との連携で 73.3%になっています。

図表5-11-28 関係機関との連携による往診や訪問診療の実施状況(在宅療養支援診療所等)

(単位：%)

構想区域	在宅療養支援診療所および居宅療養管理指導算定診療所の連携先									
	病院	診療所	歯科診療所	保険薬局	訪問看護ステーション	包括支援センター等	市町	介護（障がい）事業所	看護多機能小規模事業所	保健所
桑 員	45.5	18.2	9.1	54.6	81.8	45.5	27.3	18.2	27.3	9.1
三 泗	73.7	68.4	21.1	36.8	79.0	31.6	31.6	21.1	5.3	15.8
鈴 亀	81.0	57.1	14.3	61.9	81.0	52.4	47.6	38.1	23.8	14.3
津	69.6	21.7	17.4	56.5	78.3	43.5	26.1	26.1	4.4	4.4
伊 賀	66.7	16.7	0.0	66.7	100.0	33.3	66.7	16.7	0.0	0.0
松 阪	57.1	28.6	21.4	57.1	71.4	14.3	14.3	14.3	14.3	0.0
伊勢志摩	90.9	50.0	18.2	72.7	81.8	36.4	36.4	36.4	13.6	9.1
東 紀 州	80.0	40.0	0.0	80.0	100.0	60.0	60.0	20.0	—	20.0
三 重 県	73.3	41.7	15.8	59.2	81.7	39.2	35.0	26.7	12.5	9.2

資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（令和5年）

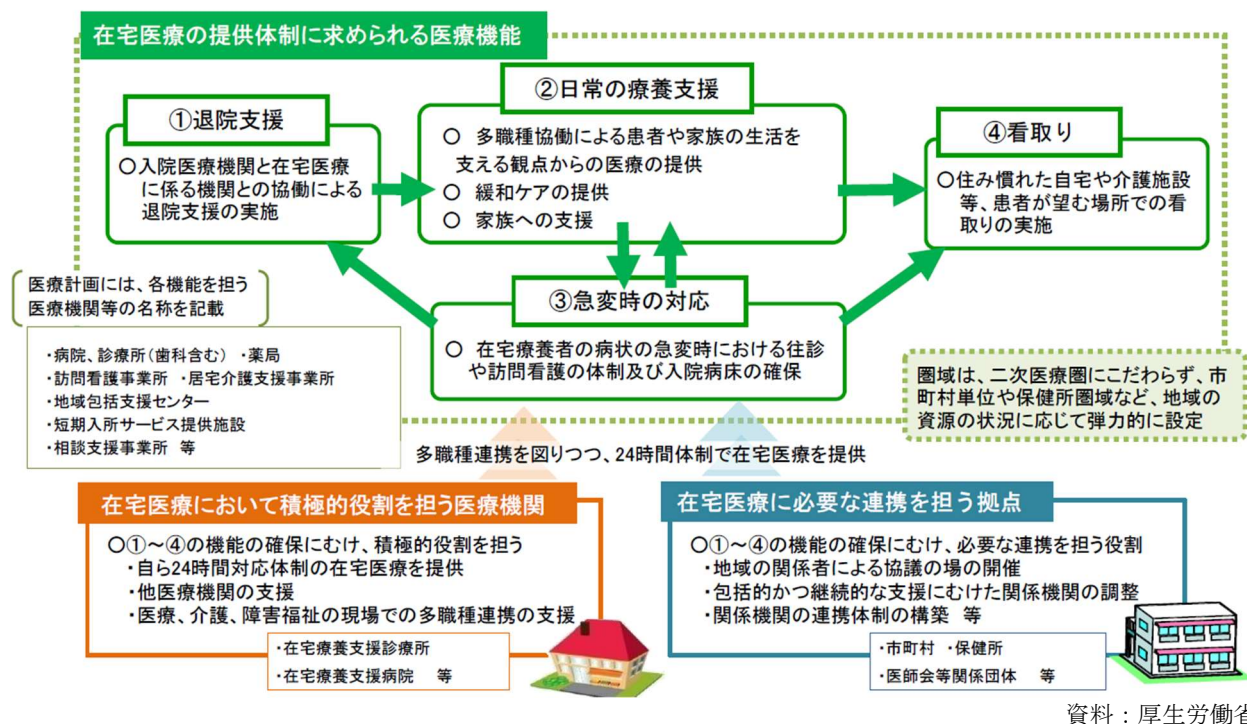
(3) 連携のあり方

- 在宅医療の充実のためには、以下の4つのめざすべき方向から、各医療機関がそれぞれの機能を発揮し、さらにそれぞれの役割を担う関係機関が連携することにより、在宅医療が円滑に提供される体制を構築することが重要です。

- ① 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施
- ② 多職種協働により在宅療養患者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供

- ③ 在宅療養患者の病状急変時における往診や訪問看護の体制および入院病床の確保
- ④ 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

図表5-11-29 在宅医療のイメージ図



(4) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関および在宅医療に必要な連携を担う拠点の位置づけ

- 在宅医療において積極的役割を担う医療機関とは、県では在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院に加え、在宅療養支援診療所等の届出をしていない医療機関のうち、訪問診療（往診を含む）を行っており、新規の訪問診療を行う予定または自院に通院中の患者で訪問診療が必要になった時に対応する予定の医療機関と定義しました。退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りの機能の確保に向けて、地域で連携して24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を在宅医療において積極的役割を担う医療機関として、医療計画で位置づけ、県ホームページで公表します。
- 在宅医療に必要な連携を担う拠点とは、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りの機能の確保に向けて、地域の実情に応じ、在宅医療に必要な連携を担う拠点であり、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、市町等の主体のいずれかを医療計画で位置づけ、県ホームページで公表します。

4. 課題

(1) 日常の療養生活の支援

- 総合的な診療能力を持つ医師を育成するため、三重大学医学部附属病院における総合診療に関する医学生への教育や専攻医*・指導医の資質向上に係る研修等の取組の支援を継続し、総合診療医等の確保・育成を進める必要があります。
- 医療的ケアが必要な障がい児・者を十分に理解して相談支援を実施できる相談支援専門員（医療的ケア児・者コーディネーター）や、医療的ケアに対応できる人材（医師、看護師、介護職員等）の育成に取り組むとともに、医療的ケアが必要な障がい児・者のレスパイト・短期入所等の社会資源の拡充を図る必要があります。
- 医療的ケア児の在宅医療への移行が進む中、保健、医療、福祉、教育等との連携体制の構築や、医療的ケア児にも対応可能な医療機関、薬局、訪問看護ステーションの充実が求められます。
- 令和 22（2040）年に認知症高齢者が 119,000 人に増加する⁷と見込まれることから、認知症の早期診断や対応ができるよう、認知症疾患医療センターを中心に、かかりつけ医、認知症サポート医、専門医療機関による医療連携体制の強化を図り、医療と介護関係機関との連携を深め、医療と介護の両面から包括的かつ継続的な支援体制を構築することが必要です。
- 多職種で構成される認知症初期集中支援チームが、認知症の早期診断・早期対応のために認知症患者（疑い含む）やその家族を訪問し、本人と環境の客観的評価を行うなど、本人や家族への初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行っていくことが必要です。
- 人材育成として、訪問看護ケアの知識・技術を習得するための研修や、訪問看護管理者の資質向上を図るための研修等が必要です。また、医療機関の看護職員が退院支援・地域連携に関する知識を習得することも必要です。
- 訪問看護ステーションの運営の安定化や効率化に資する取組の推進を図るとともに、訪問看護師の確保・資質向上や在宅医療推進のための連携強化に資する取組を推進していく必要があります。
- 緩和ケアや看取り、さまざまな病態や重症度の高い利用者に対応できるよう、訪問看護ステーションの機能強化、連携強化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が求められます。
- 在宅において効果的な歯科保健医療を提供するため、地域口腔ケアステーション等と医療、介護関係者との連携をより一層図ることが必要です。そのためには、医療機関や地域包括支援センター等の関係機関に対して地域口腔ケアステーションを周知することが必要です。
- 服薬情報の一元管理や副作用等のフォローアップ等、薬剤師に期待される役割が担えるよう、必要な研修の実施や環境整備に取り組む必要があります。
- 医薬品、医療機器等の提供体制の構築や、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれ

⁷ 出典：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成 26 年度 厚生労働科学研究費補助金特別研究事業） 内閣府作成資料

に基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携が必要です。

- 高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を促進するため、麻薬調剤や無菌製剤処理等の対応が可能な薬局を整備していく必要があります。
- 在宅生活を継続していく上で、身体機能・生活機能の維持向上のため訪問リハビリテーションを提供する体制の確保が求められます。
- 居宅等で療養生活を送る際、低栄養の予防など食生活の改善につながるよう、歯科とも連携して適切な栄養管理を提供する体制が必要です。
- 病院・診療所・訪問看護ステーションの職員が在宅医療サービス提供時に暴力やハラスメントを受けたことがあるとの回答が病院・診療所で 15%⁸、訪問看護ステーションで 52%⁹ あることから、在宅サービス提供者の安全・安心を確保するための支援が必要です。
- 自然災害発生時や新興感染症まん延時においても在宅医療サービスが継続できるよう、各医療機関等で業務継続計画（BCP）の策定が必要です。
- 地域住民の在宅医療に対する理解を深めるとともに、各関係機関が実施する在宅医療サービスの情報を適切に提供していく必要があります。
- 県内の在宅医療の提供体制に偏在があることから、在宅医療のニーズの高まりや多様化に対応するため、在宅医療資源の質と量の確保を図る必要があります。
- 安心して在宅療養生活を継続できるよう、レスパイト体制の拡充等、在宅療養患者の家族の不安、負担を軽減する体制の構築が求められます。
- 在宅医療に関わる多職種の関係機関が相互に密接な連携が図れるよう、ICT*を含む効率的な情報共有の仕組みを構築するとともに、その活用を促進する必要があります。

(2) 入退院支援

- 在宅医療のニーズが増えており、また、医療処置を必要とする患者が増えていることから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要です。
- 入退院支援に関する各市町の取組について、他の市町に情報共有を進めていく必要があります。
- 在宅療養に関する医療・介護資源の情報について、地域での把握を行うとともに、入院医療機関に対して情報提供を行っていくことが必要です。
- 入院医療機関から在宅療養への移行や在宅療養の継続を円滑に行えるよう、病院と在宅療養のスタッフおよび介護のスタッフが顔の見える関係を構築することが必要です。

⁸ 出典：三重県「在宅医療アンケート調査」（令和5年）回答数 172 施設

⁹ 出典：三重県「訪問看護事業所におけるカスタマーハラスメントに関するアンケート調査」（令和5年）回答数 71 施設

(3) 急変時の対応

- 在宅療養患者の病状急変時に対応できるよう、関係機関の連携によって24時間対応が可能な体制を構築するとともに、必要に応じて一時受入れを行う病院・有床診療所との連携体制を維持する必要があります。
- 人生の最終段階において本人の意思が尊重されるよう、高齢者施設等と救急隊が本人の医療等に関する情報を共有できる仕組みを構築する必要があります。

(4) 看取り

- できる限り住み慣れた地域や望む場所で人生の最期を迎えられるよう、住民の看取りに対する理解を深めるとともに、24時間体制を含む地域の看取りを実施するための体制の確保・充実が必要です。
- 介護施設入所者数の増加に伴い、介護施設での看取りを支援する体制の確保が必要です。
- 本人の意思決定を尊重した医療・ケアを進めるため、県民等に対してACP*（人生会議）についてさらに周知し、一人ひとりが人生の最終段階を考える機会を設けることが必要です。
- 在宅看取りに係る住民への普及啓発を促進していくとともに、市町、医療機関、介護事業所等関係機関職員がACP（人生会議）への対応力や知識、共通認識を持てる研修に取り組む必要があります。

5. ロジックモデル

番号	具体的施策	番号	中間アウトカム	番号	分野アウトカム		
	【日常の療養支援】						
1	訪問診療を実施する一般診療所や在宅療養支援診療所・病院の支援	1	在宅医療に関わる多職種チームが在宅療養患者およびその家族を継続的かつ包括的にサポートする体制の確保	1	できる限り住み慣れた地域で、誰もがが必要な医療・介護・福祉サービス、教育が受けられ、QOLの維持向上や人生の最期まで安心して自分らしい生活が実現できる		
	指標 訪問診療を実施している病院・診療所数（成人・小児）					訪問歯科診療件数	指標 訪問診療件数（成人・小児）
	訪問看護ステーションの支援					訪問リハビリを受けた患者数	指標 訪問看護提供件数（成人・小児）
	指標 訪問看護ステーション数（成人・小児）					薬局からの訪問薬剤管理指導を受けた患者数（成人・小児）	指標 退院時共同指導件数
	在宅医療に関わる人材の育成支援					麻薬（持続注射療法を含む）の調剤および訪問薬剤管理指導を受けた患者数	指標 在宅ターミナルケアを受けた患者数
	指標 訪問薬剤管理指導を実施している薬局数					無菌製剤（TPN輸液を含む）の調剤および訪問薬剤管理指導を受けた患者数	
	指標 在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数					訪問栄養指導を受けた患者数	
	指標 無菌製剤（TPN輸液を含む）の調剤および訪問薬剤管理指導を実施している薬局数					在宅時医学総合管理料・施設入居時医学総合管理料算定件数	
	指標 麻薬（持続注射療法を含む）の調剤および訪問薬剤管理指導を実施している薬局がある構想区域数					業務継続計画（BCP）が策定できている病院・診療所数	
	指標 訪問栄養食事指導を実施している病院・診療所数					在宅人工呼吸器を使用している医療的ケア児の非常用電源確保のために補助を実施している市町数	
	指標 在宅ケアおよび訪問看護認定看護師数						
	指標 積極的役割を担う医療機関と連携を担う拠点が協力し、資質向上・人材育成、業務継続計画（BCP）に取り組んでいる構想区域数						
	指標 在宅医療に関する普及啓発を実施している構想区域数						
	医療・介護と歯科医療との連携促進						
	指標 在宅療養支援歯科診療所数またはかかりつけ歯科医機能強化届出診療所数						
	在宅医療サービス提供者の安全安心の支援						
	指標 —						
	地域の関係機関が協力して災害時等に適切な医療を提供するための計画策定の支援						
指標 —							
	【入退院支援・急変時の対応】						
2	地域ケア会議の取組支援（認知症総合支援事業、地域包括ケア全般・地域づくり、在宅医療・介護連携事業）	2	入退院支援の実施および切れ目のない継続的な医療提供体制の確保	2			
	指標 退院時共同指導を実施している病院・診療所数					指標 介護支援連携指導を受けた患者数	
	指標 往診を実施している病院・診療所数					指標 退院・退所加算	
	指標 24時間対応可能な薬局数					指標 往診を受けた患者数	
指標 地域包括ケア病床数・患者数							
	【看取りの支援】						
3	在宅医療機関において人生の最終段階における家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行う体制構築	3	24時間体制で看取りを実施できる体制の確保	3			
	指標 —					指標 在宅死亡者	
	県民への普及啓発					指標 看取り数（死亡診断のみの場合を含む）	
指標 在宅看取り（ターミナルケア）を実施している病院・診療所数	指標 訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数						
指標 ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数							

6. 目標と施策

(1) 数値目標

目標項目	現状値	目標値	目標値の説明	データ出典
訪問診療件数	131,258 件 【R3】	163,632 件 以上	令和元年度の実績と年齢階級別の受療率および将来人口推計から、サービスの必要量の目安として、目標値とします。	NDB
訪問看護提供件数	125,317 件 【R3】	156,395 件 以上	在宅医療のニーズの増加が予測され、訪問看護提供数の確保が必要なことから、令和11年までの訪問診療の需要の伸び率と同じ比率を用いて、令和3年度実績に乗じた値を目標値とします。	NDB 介護DB
退院時共同指導件数	820 件 【R3】	1,025 件 以上	退院後の医療や生活のQOLの維持向上を図るため、令和11年までの訪問診療の需要の伸び率と同じ比率を用いて、令和3年度実績に乗じた値を目標値とします。	NDB
在宅ターミナルケアを受けた患者数	2,550 人 【R3】	3,182 人 以上	人生の最期の迎え方の多様化、在宅死の増加、本人および家族に対し丁寧なケアを提供することが必要なため、令和11年までの訪問診療の需要の伸び率と同じ比率を用いて、令和3年度実績に乗じた値を目標値とします。	NDB

※いずれの目標値も高齢者人口の増加に比例してサービス量の確保が必要。

(2) 取組内容

取組方向1：【日常の療養支援】地域における在宅医療の提供体制の質と量の確保

- 訪問診療を実施する一般診療所や在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーション等職員のスキルアップのための研修会を開催します。
- 第一線の現場でさまざまな疾患を幅広く診ることのできる医師を確保し、地域の医療と介護をつなぐ役割を果たすことのできる、かかりつけ医や総合診療医等の総合的な診療能力を持つ医師の育成を進めます。(医療機関、医師会、三重大学、県)
- 地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、認知症疾患医療センターがかかりつけ医や関係機関等と連携し、地域の介護・医療資源を有効に活用できるよう、関係機関間の調整・助言・支援の機能を強化し、ネットワークづくりを進めるとともに、県民に対しても、認知症疾患医療センターについて幅広く周知を行います。(医療機関、関係機関、市町、県)
- 認知症疾患医療センターは、「認知症の診断後支援」の取組を強化し、医療と介護のサービスの空白期間の短縮を図り、適切な医療、介護サービス等につなげます。(医療機関、関係機関、市町、県)

- 研修や先進事例の共有および情報交換の場の設定等の支援を行い、認知症初期集中支援チームの支援対応力の向上を図ります。(関係機関、市町、県)
- 訪問看護ステーションの運営の安定化や効率化に資する取組の推進を図るとともに、訪問看護職員の確保・資質向上や在宅医療推進のための連携強化に資する取組を推進します。(関係団体、県)
- 訪問看護職員の人材育成のため、高度な医療処置における看護ケアの知識・技術を習得するための研修、訪問看護の経験が浅い看護職員への訪問看護ケアの知識・技術を習得するための研修、訪問看護管理者の資質向上を図るための研修等に取り組みます。また、医療機関の看護職員を対象に退院支援・地域連携に関する研修にも取り組みます。(関係団体、県)
- 医療的ケア児が安心して在宅療養できるよう、保健、医療、福祉、教育等との連携体制の構築や、対応可能な医療機関、薬局、訪問看護ステーションの確保に向けた人材育成に取り組めます。(三重大学、関係団体、関係機関、県)
- 多様化する在宅医療ニーズをふまえ、在宅療養患者への訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等を担う人材の育成や定着を図ります。(医療機関、関係団体、関係機関、市町、県)
- 病状急変時における緊急入院やレスパイトケア*等、短期受入れベッドの確保を進めます。(医療機関、市町、県)
- 在宅療養患者が、自宅や施設等で適切に歯科治療や口腔ケアを受けることができるよう、地域口腔ケアステーションにおいて医療、介護関係者と連携した在宅歯科保健医療を提供します。また、在宅歯科保健医療等に係る相談や依頼の窓口としての活用が一層進むよう、活動内容等について県民や医療、介護関係者に周知します。(医療機関、歯科医師会、関係団体、関係機関、市町、県)
- 医療用麻薬をはじめとするターミナルケアに必要な医薬品・医療機器等の提供体制の整備や無菌調剤設備の共同利用を進めるとともに、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした病院薬剤師と薬局薬剤師の薬薬連携*や、多職種との連携のための研修等を進めます。(医療機関、医師会、薬剤師会、関係機関)
- 三重県薬事審議会等を活用して、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制の把握・分析を行い、適切な供給体制が整えられるよう取り組みます。(医療機関、医師会、薬剤師会、関係機関)
- 在宅医療サービス提供者が暴力やハラスメントを受けないよう研修等に取り組みます。(関係団体、市町、県)
- 自然災害や新興感染症の発生・まん延時でも在宅医療サービスが継続できるよう、各医療機関等における業務継続計画(BCP)の策定を支援します。(医療機関、市町、県)
- 市町担当者同士が情報交換できる場を設定し、他市町の具体的な取組を参考に各市町が在宅医療・介護連携機能を強化できるよう支援します。(市町、県)

取組方向2：【入退院支援】【急変時の対応】多職種連携による、24時間安心のサービス提供体制の構築

- 医師、看護師、歯科医療従事者、薬剤師、リハビリテーション関係職種、栄養士、介護・福祉職種等による多職種協働が図られるよう、さまざまな職種が参加する事例検討会等の取組を促進します。(医療機関、関係機関、市町、県)
- 介護支援専門員、相談支援専門員等に対し、医療に関する理解を深める研修の充実を図ります。(関係団体、関係機関、市町、県)
- 医療・介護にまたがるさまざまな支援を包括的・継続的に提供する連携体制の構築を図るため、市町が中心となって、関係機関間の緊密な連携調整を行います。(医療機関、関係機関、市町、県)
- 地域の医療・介護関係者を支援する相談窓口や連携拠点の強化を図ります。(医療機関、関係機関、市町、県)
- 地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供をめざし、連携会議の設置、在宅医療等に関する人材育成、切れ目のない在宅医療提供体制の構築、在宅医療等に関する相談支援、ICTの活用を含めた効率的な情報共有のための取組を推進します。(医師会、関係機関、市町、県)

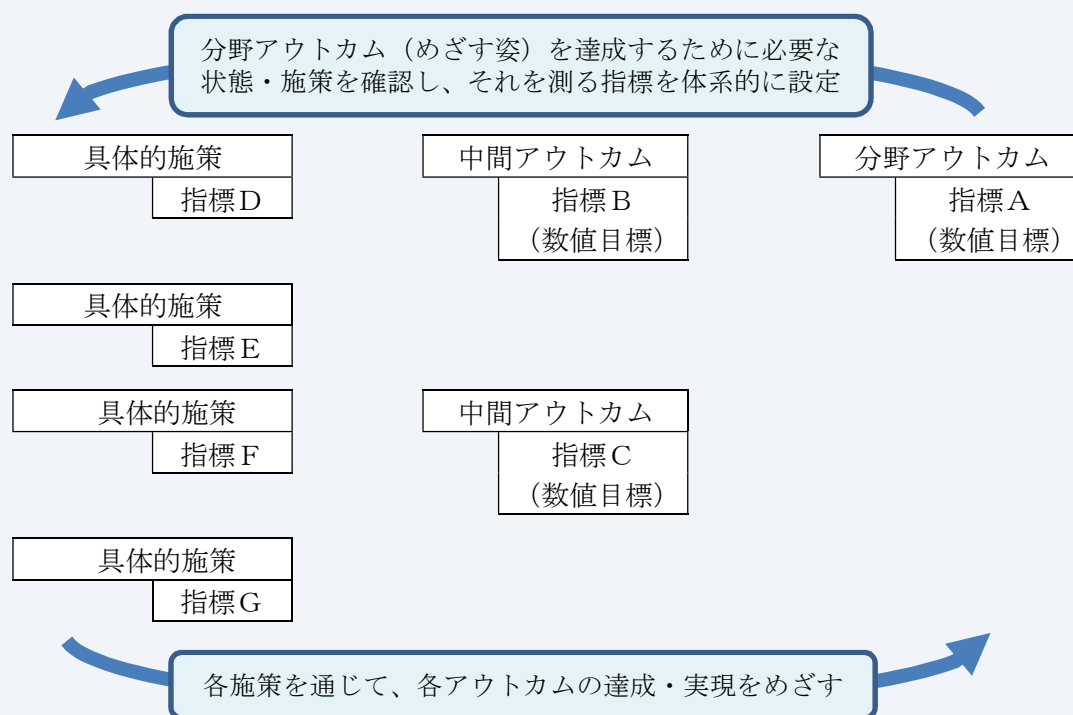
取組方向3：【看取り】在宅医療・在宅看取りの啓発と体制の充実

- 入院医療機関の医師や看護師、退院支援に関わる担当者等および地域の介護支援専門員(ケアマネジャー)、相談支援専門員等に対して、在宅医療、在宅看取りやACP(人生会議)についての研修を行います。(医療機関、関係団体、関係機関、市町、県)
- 介護施設における職員への看取り教育を推進します。(医療機関、関係団体、関係機関、市町、県)
- 在宅看取りや人生の最期の過ごし方について考える機会の提供(ACP(人生会議))、在宅医療、各関係機関が提供できる医療・介護サービスについての周知など、地域住民等への普及啓発を行い、家族等への不安の解消に努めます。(医療機関、関係団体、関係機関、市町、県)

ロジックモデルとは

- 第8次医療計画に向けた厚生労働省の指針において、5疾病・6事業および在宅医療に係る施策の検討や計画の評価の際、また各々の施策と解決すべき課題との関連を示す際に、各都道府県においてロジックモデル等のツールの活用を検討することとされました。
- ロジックモデルとは、施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化し、「何のために、何をする」のかについて示したものです。
- 計画の策定や推進にあたっての各段階（現状把握、策定、評価、見直し等）にロジックモデルを活用することで、PDCAサイクルの質の担保が期待できることから、本計画において、各疾病・事業（新興感染症を除く）・在宅医療対策にロジックモデルを導入しています。

【本計画におけるロジックモデルの枠組例】



【アウトカムとは】

- 具体的施策が対象にもたらした変化のことで、本計画がめざす各疾病・事業・在宅医療の医療提供体制や患者等の状態を示しています。

【指標とは】

- アウトカムおよび具体的施策の状態や推移を測るための目安となる項目を、指標としてそれぞれ設定しています。また、各疾病・事業・在宅医療対策の数値目標は、基本的に分野アウトカムと中間アウトカムの一部の指標における6年後の達成すべき値を設定しています。
- また、数値目標を設定しない指標（基本指標）についても、その推移を把握し、本計画の評価・見直しに随時活用していきます。（各指標は第9章「資料編」に再掲）