

三重県保健医療計画【第5次改訂】 (中間案)

第1章	保健医療計画に関する基本方針	1
第2章	三重県の保健医療を取り巻く基本的な状況	2
第3章	保健医療圏	5
第4章	保健医療提供体制の構築	7
第5章	事業ごとの医療連携体制	9
第6章	保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組	31
第7章	健康危機管理体制の構築	32
第8章	保健医療計画の推進体制	33

三重県健康福祉部

第1章 保健医療計画に関する基本方針

○計画作成の趣旨

昨今の急速な高齢化の進展とともに、人口減少化時代を迎え、社会構造の多様化・複雑化が進む中、医療技術の進歩、県民の意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変わりつつあり、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められています。

こうした保健医療を取り巻く環境の変化に対応すべく、県内の医療提供体制の実態把握に努め、県民の皆さんが保健医療に対し、より一層の信頼と安心を実感できるよう、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するために、三重県保健医療計画の第5次改訂を実施します。

○第4次改訂の達成状況

県保健医療計画第4次改訂で掲げた4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞および糖尿病）5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療および小児医療）の数値目標について、平成23年度の三重県医療審議会では、19項目中、14項目（73.7%）の数値目標について達成していることが認められました。

第5次改訂では、第4次改訂の達成状況を踏まえつつ、地域の実情に応じた新たな数値目標の設定に取り組みます。

○第5次改訂の基本的な考え方

- 1 人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化等に伴う患者の疾病構造に的確に対応した保健医療体制の確立
- 2 県内医療提供体制の実態に即した、医療機能の分化と連携強化の一層の推進
- 3 医師、看護師等の医療従事者の確保による医療提供体制の維持・整備

○計画の性格

- 1 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の規定に基づく計画です。
- 2 三重県総合計画（みえ県民カビジョン）の着実な推進に向け、特定の課題に対応するための個別計画です。
- 3 三重県の保健医療行政推進の基本方針であり、県民が保健医療に対し、より一層の信頼と安心を実感できるよう、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築をめざすものです。
- 4 計画の推進にあたっては、「三重県における医療費の見通しに関する計画」、「みえ地域ケア体制整備構想」、「三重の健康づくり基本計画」、その他健康福祉に係る計画との整合を図ります。

○計画の特徴

県民、関係団体、保健医療機関、市町などが取り組む活動についても、明らかにし、それぞれの立場で、できることに取り組むことにより、地域の医療を守る行動等につなげていくとともに、魅力ある医療機関や医療体制づくりを進めていきます。

県民の皆さんが保健医療サービスを必要とされるさまざまな場面で活用いただきやすいものとなるよう、具体的な医療情報についてもわかりやすく示します。

○計画の期間

平成25年4月1日から平成30年3月31日までの5年間とします。

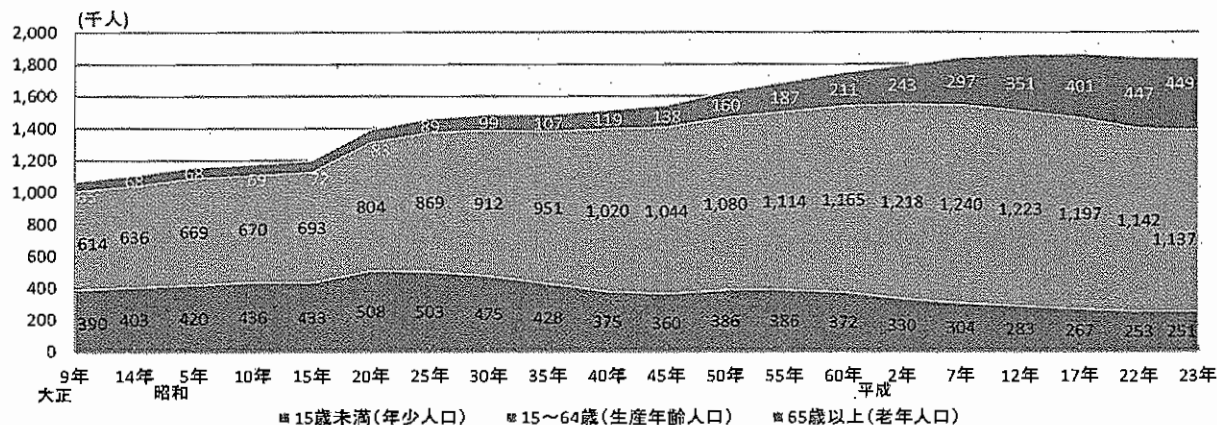
第2章 三重県の保健医療を取り巻く基本的な状況

○人口動態

1. 年齢3区分別人口

県の人口を年少（15歳未満）、生産年齢（15～64歳）および老年（65歳以上）の3つの区分に分けて年次別に推移を見ると、年少人口の割合は低下傾向にあり、平成23年の13.6%（全国平均13.1%¹）は、統計上確認できる大正9年以来最も低くなっています。老年人口の割合は、平成23年に24.3%（全国平均23.3%）となっており、大正9年以来最も高くなっています。

三重県における年齢3区分人口の推移



出典：三重県「三重県統計書」各年10月1日現在

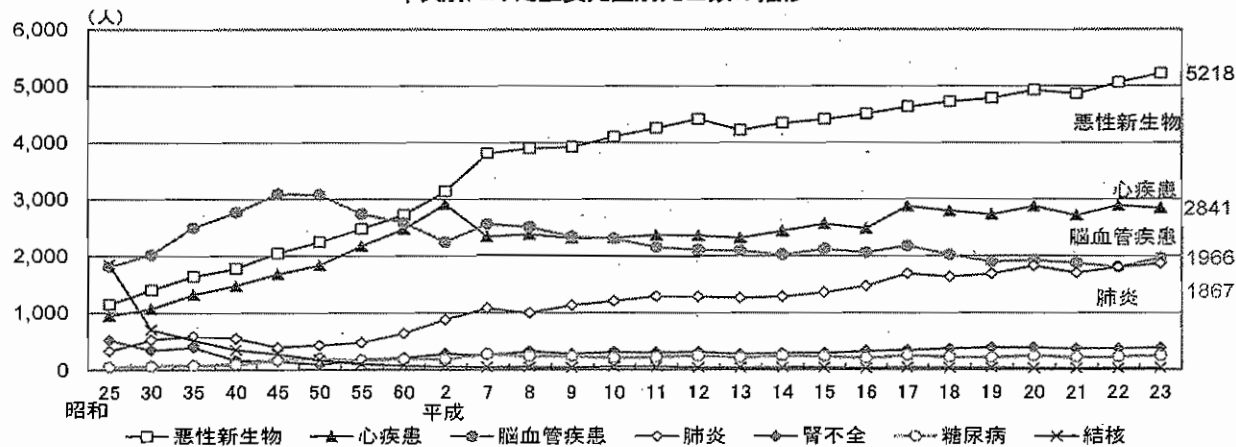
2. 死亡

平成23年の本県の「死亡数」は、19,271人（男性10,038人、女性9,233人）で、人口千人あたりの死亡率は10.6です。「死亡率」は全国（9.9）よりも高く（全国順位27位）、人口の高齢化などに伴い上昇傾向にあります。

平成23年の本県の死因順位は、第1位「悪性新生物」5,218人（死亡総数に占める割合27.1%）、第2位「心疾患」2,841人（同14.7%）、第3位「脳血管疾患」1,966人（同10.2%）で、3疾患が総数に占める割合は51.0%です。

人口10万人あたりの死亡率で比較すると、「悪性新生物」は277.7と全国279.7を下回っていますが、「心疾患」は158.7、「脳血管疾患」は104.4でいずれも全国（149.8、97.7）を上回っています。また、「肺炎」は99と全国94.1を上回っています。

年次別にみた主要死因別死亡数の推移



出典：厚生労働省「平成23年人口動態調査」

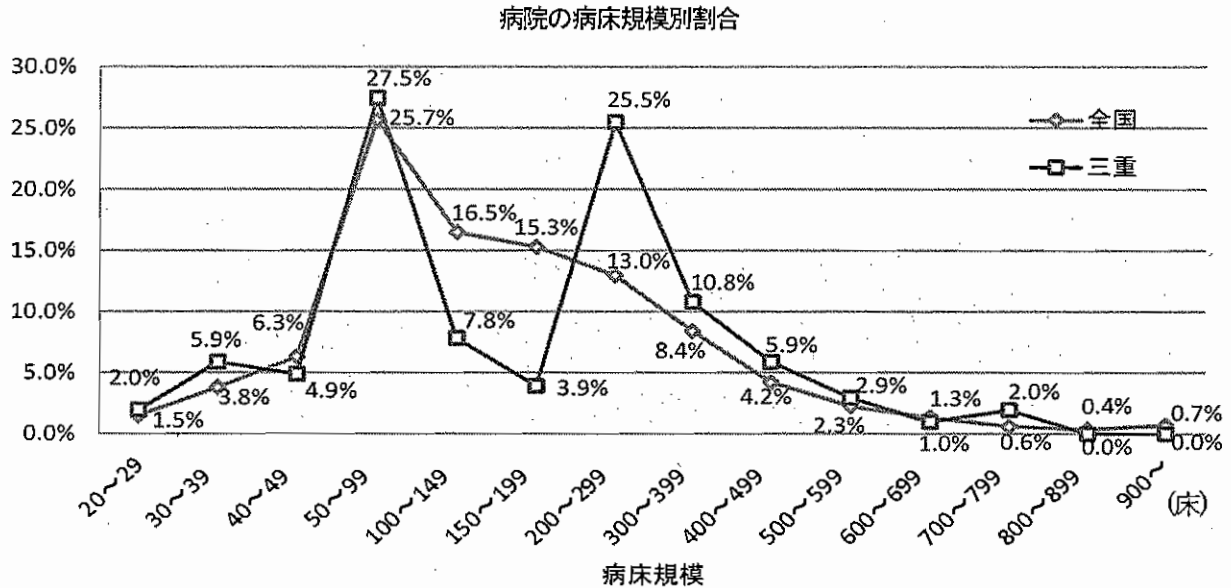
¹ 全国値は平成23年人口推計による。（10月1日現在）

² 高血圧性を除く。

○保健医療施設の状況

1. 医療施設数

病床規模別に病院数の割合を見ると、本県は50～99床、200～399床の中小規模の病院の割合が多いという特徴があります。



出典：厚生労働省「医療施設調査（平成22年）」

2. 病床種類別にみた病院の病床利用率・平均在院日数

病床種類別に病院の平均病床利用率を見ると、全病床合計では81.9%となっています。また、病床利用率が最も高いのは「精神病床」96.4%、続いて「療養病床」89.3%となっています。

三重県の病院の病床利用率の推移 (単位：%)

	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年
総数	80.9	81.6	81.6	86.1	86.1	81.9
一般病床	77.2	79.4	79.9	82.3	84.6	74.8
療養病床	-	-	-	91.9	91.3	89.3
精神病床	103.9	99.6	97.2	95.7	93	96.4
結核病床	41.9	29.9	25.9	35.5	52.9	31.2
感染症病床	0.5	0.3	0.4	0.2	0.3	3.3

出典：厚生労働省「病院報告」

病床種類別に平均在院日数を見ると、「一般病床」は平成17年より1.8日減少し17.9日、「療養病床」は平成17年より33.6日増加し163.5日となっています。

三重県の病院の平均在院日数の推移 (単位：日)

	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年
総数	53.6	50.3	44.2	38.1	35.7	33.2
一般病床	37.3	35.9	31.5	23.1	19.7	17.9
療養病床	-	-	-	143.1	129.9	163.5
精神病床	648.0	584.4	545.0	393.5	315.8	321.0
結核病床	260.4	206.3	149.7	88.7	80.7	41.5
感染症病床	24.9	18.4	25.8	16.0	10.5	8.8

出典：厚生労働省「病院報告」

○県民の受療動向

1. 病院における患者の流入・流出状況

入院患者は、東紀州保健医療圏を除いた二次保健医療圏では患者の80%以上がその保健医療圏域内で入院医療を受けており、当該保健医療圏において特殊な医療を除く一般的な医療サービスが完結していると言えます。

一方、東紀州保健医療圏では保健医療圏域内で入院医療を受けた割合（完結率）が67.3%と他の二次保健医療圏に比べて低く、県外への流出率が高くなっています。

保健医療圏別 病院の療養病床・一般病床の入院患者の流出・流入状況

施設所在地 患者住所地	総数	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	13,051	5,219	3,782	2,322	749	978	16.5%
北勢保健医療圏	5,800	4,945	244	22	128	461	14.7%
中勢伊賀保健医療圏	3,622	146	3,089	86	2	300	14.7%
南勢志摩保健医療圏	2,608	33	288	2,139	55	94	18.0%
東紀州保健医療圏	810	16	60	66	545	124	32.7%
県外	211	80	102	10	20		
流入率	10.4%	5.2%	18.3%	7.9%	27.2%		

※空欄はデータなし

出典：厚生労働省「平成20年患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

第3章 保健医療圏

○保健医療圏設定の考え方

保健医療圏とは、地域の医療需要に応じて包括的に医療を提供するために、医療資源の適正な配置を図ることを目的とした地域単位をいいます。

二次保健医療圏

二次保健医療圏とは、医療機能を考慮した病院や救急医療体制の整備のほか、一般的な入院医療への対応を図り、保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組を行うために、市町を越えて設定する圏域です。

平成24年3月に厚生労働省から発出された医療計画作成指針（厚生労働省医政局長通知）では、人口規模、患者の受療の状況等を参考として二次保健医療圏を設定するよう、その設定基準が初めて示されました。

入院患者は、東紀州保健医療圏を除いた二次保健医療圏では患者の80%以上がその保健医療圏域内で入院医療を受けており、当該保健医療圏は、おおむね標準的な医療提供体制が一体的に確保されていると認められます。

東紀州保健医療圏については、仮に隣接する南勢志摩保健医療圏との統合を考えた場合、面積が広大となり（全国第3位、北海道を除く）、へき地を抱える東紀州のさらなる医療過疎を招く恐れがあります。また、圏域内の尾鷲市、熊野市から、主な流出先となっている南勢志摩保健医療圏、中勢伊賀保健医療圏へのアクセス時間が2時間から3時間程度となっており、基幹病院へのアクセスが悪く、住民にとって統合によるメリットは薄いと考えられます。

こうしたことから、二次保健医療圏については、これまでと同様の4つの圏域を設定することとします。

また、伊賀サブ保健医療圏と伊勢志摩サブ保健医療圏についても、人口規模、患者流出割合に加え、住民の日常生活圏等を考慮して、これまでと同様に維持していくこととします。

二次保健医療圏およびサブ保健医療圏

二次保健医療圏名	構成市町村	圏域人口（人） （平成23年10月1日）
北 勢	四日市市、桑名市、鈴鹿市、亀山市、いなべ市 （桑名郡）木曾岬町 （員弁郡）東員町 （三重郡）菰野町、朝日町、川越町	840,194
中勢伊賀	津市	461,354 (284,867)
伊賀サブ	伊賀市、名張市	176,487
南勢志摩	松阪市 （多気郡）多気町、明和町、大台町 （度会郡）大紀町	468,708 (225,720)
伊勢志摩サブ	伊勢市、鳥羽市、志摩市 （度会郡）玉城町、度会町、南伊勢町	242,988
東 紀 州	尾鷲市、熊野市 （北牟婁郡）紀北町 （南牟婁郡）御浜町、紀宝町	77,851

※ 「圏域人口」欄の（ ）内の数字は、サブ医療圏を除いた人口です。

なお、本県では、日常生活に密着した保健医療サービスを提供する一次保健医療圏については、市、町を単位に設定し、高度で特殊な専門的医療を提供する三次保健医療圏については、県全域を圏域としています。

また、圏域の範囲については、今後の社会情勢や地域事情の変化に対応するため、必要に応じ見直します。

○基準病床数

保健医療圏域内で、効率的、効果的な医療提供体制を確立するためには、各地域における病院等の病床数は重要な要素となります。

基準病床数は、医療法に基づいて定められた圏域内での病床数の目安であるとともに、一定以上の病床が整備されている場合の規制基準としての役割を併せ持っており、病床の適正な配置を行う上で、基本となるものです。

基準病床数は、医療法第30条の4第2項第12号に基づき、療養病床、一般病床については二次保健医療圏ごとに、精神病床、結核病床および感染症病床については県全域を単位として、定めています。

		基準病床数		単位：床
病床種別	区分	基準病床数	既存病床数	過不足数
療養病床 および 一般病床	北勢保健医療圏	5,542	6,076	534
	中勢伊賀保健医療圏	3,796	4,548	752
	南勢志摩保健医療圏	3,510	4,208	698
	東紀州保健医療圏	764	909	145
	合計	13,612	15,741	2,129
精神病床	全県域	4,120	4,804	684
結核病床	全県域	60	54	▲6
感染症病床	全県域	24	24	0

(注) 1 既存病床数は、平成24年4月1日現在です。

2 療養病床および一般病床並びに精神病床に係る基準病床数は、各圏域の人口、人口構成、流入流出患者数等を基に医療法に定められた計算方式により算出しています。

3 結核病床に係る基準病床数は、「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」(厚生労働省健康局結核感染症課長通知)に基づき、算出しています。

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

第4章 保健医療提供体制の構築

○医師の確保と資質の向上

(1) めざす姿

若手医師を対象としたキャリア形成支援等に重点的に取り組むことによって、若手医師が県内に定着するとともに、医師不足地域の病院の医師確保支援にもつながっています。

これにより、県内の全ての地域において、地域医療体制の整備に必要な医師が確保され、地域間、診療科目間の偏在の解消が進むとともに、救急医療や周産期医療等への対応が円滑に行われています。

(2) 取組方向

取組方向1：総合的な医師確保対策の実施

取組方向2：地域医療を担う若手医師や女性医師への支援体制の充実

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

○医療従事者の人材確保と資質の向上

1. 歯科医師

(1) めざす姿

歯科保健医療ニーズの高度化・多様化と、歯科医療技術の進歩に対応した、予防と治療が一体となった歯科保健医療の提供に向け、県内の全ての地域において必要な歯科医師が確保されています。

(2) 取組方向

取組方向1：歯科医師が少ない地域での歯科保健医療体制の充実

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

2. 薬剤師

(1) めざす姿

県内の全ての地域において、在宅医療に必要な医薬品などの供給や医薬分業の進展による院外処方に対応できる薬剤師が確保されるとともに、医療現場が必要とする、薬剤管理指導やがん治療など薬物療法に精通した質の高い薬剤師が確保されています。

(2) 取組方向

取組方向1：薬剤師の人材育成と確保

取組方向2：薬剤師の資質の向上

3. 看護師、准看護師

(1) めざす姿

医療機関における高度先進医療から地域における在宅医療、介護・福祉分野での看護まで幅広い領域において、県民により良い看護サービスが提供できるよう、医療現場が必要とする質の高い看護師の確保と定着が進められ、看護職員の不足が解消されています。

(2) 取組方向

取組方向1：看護職員養成のさらなる充実強化と看護職員の確保促進

取組方向2：離職防止対策の充実等による定着促進

取組方向3：資質向上のための研修の充実

4. 保健師

(1) めざす姿

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

(2) 取組方向

取組方向1：保健師の養成・確保

取組方向2：効果的な保健活動を行うための適正配置の促進

取組方向3：保健師の資質向上

5. 助産師

(1) めざす姿

安全・安心で快適な出産ができる体制の確保に向け、県内の助産師不足が解消され、助産師が自立して専門性を発揮できるようになっています。

(2) 取組方向

取組方向1：助産師の養成・確保

取組方向2：助産師の定着促進

取組方向3：助産師の資質向上

6. 管理栄養士、栄養士、7. 理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）、
8. 救急救命士、9. その他保健医療関係従事者

○公的病院等の役割

公的病院等は、地域における中核的な病院として、また、へき地における医療の確保、さらには二次・三次救急医療機関として、重要な役割を果たしており、今後も公的病院等の多くが地域の中核的な病院として、地域医療の確保に重要な役割を果たしていかなければなりません。

第5章 事業ごとの医療連携体制

○ がん医療対策

1. がん医療の現状

- 人口10万人あたりのがんの年齢調整受療率は、全国の141.6に対して三重県は134.2とやや少ないが、25歳から44歳にかけては全国を上回っている。
- 三重県ではがん診断のために重要な病理診断科医師が14人、人口10万人あたり0.76人と全国(1.19人)に比べて少なく、東紀州保健医療圏では病理診断科医師がいない。
- がん診療連携拠点病院は現在6病院、がん診療連携拠点病院に準ずるがん診療連携推進病院は5病院/東紀州保健医療圏については指定病院がない。(南勢志摩医療圏にがん診療連携拠点病院が2施設指定されており、東紀州保健医療圏を補完)
- がんの痛みを緩和する疼痛管理に使用する医療用麻薬の人口千人あたりの消費量は三重県で29.1gと全国の41.7gより少ない。
- がん患者の罹患や、治療の経過および結果を把握し、分析することで、がんの罹患率や生存率などのデータを得るために、平成23年7月から地域がん登録事業を開始
- 保健医療圏外での受療割合である流出率は、東紀州保健医療圏では45.6%と、隣接する和歌山県と南勢志摩保健医療圏等に患者が流出/一方、保健医療圏外からの流入率は、中勢伊賀保健医療圏が21.3%と高い/外来患者は入院患者に比べて流出・流入率が低いが、東紀州保健医療圏では34.5%が保健医療圏外に流出

2. 課題

- 肺がん予防のため喫煙率の低下に向けた取組および病院・診療所の敷地内禁煙の推進
- がん検診の受診率を向上することにより、早期発見に努めるとともに、発見された要精検者に対する受診促進のための体制を構築し、早期発見から早期受診への徹底
- がんの診断に必要な病理検査を行える病理診断科医師のさらなる確保
- がんへの不安軽減や、がんと診断された時からの緩和ケアの実施/特に東紀州保健医療圏における緩和ケア実施医療機関の整備と緩和ケアチームの発足
- 放射線療法、化学療法、手術療法を組み合わせた集学的治療を行うための連携体制とチーム医療の構築/チーム医療に関わる各種専門医、放射線治療専門医、放射線治療品質管理師等、さまざまな専門メディカルスタッフ等の充実とスキルアップ
- 仕事を続けながら治療が行えるよう、利用しやすい外来化学療法体制の構築
- 身近な場所でのリハビリテーションや、がん性疼痛緩和指導管理などが行える、在宅医療提供体制の整備
- がん相談支援センターの活用促進およびがん診療連携拠点(推進)病院のがん相談窓口の充実/標準項目による院内がん登録、地域がん登録によるがん患者の実態把握
- ICTを活用した地域連携クリティカルパス等によるがん診療連携拠点(推進)病院と地域の医療機関の連携強化

3. 施策の展開

(1) めざす姿

がんの可能性が疑われる段階から完治ないしは終末期に至るまで、県民および医療機関、関連団体、行政等さまざまな関係機関が一体的、総合的ながん対策に取り組んでいます。また、がん患者が自身の病態を知り、その病態に応じた治療を、納得し、安心して受けています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
がんによる年齢調整死亡率 (75歳未満)	がんによる年齢調整死亡率 (75歳未満) を、毎年、全国平均よりも▲10%以上とすることを目標とします。	目 標 ----- 全国平均よりも▲10%以上
		現 状 ----- 77.4 (全国 84.3)
がん検診受診率	がん検診の受診率を、がん対策推進基本計画で定める目標値以上とすることを目標とします。	目 標 ----- 50.0%以上 (大腸がん、胃がん、肺がんは当面 40.0%)
		現 状 ----- 乳がん 20.8%、子宮頸がん 26.7% 大腸がん 20.5%、胃がん 8.0% 肺がん 20.2%
がん検診後の精密検査受診率	がん検診後の精密検査受診率を、現状値より向上させることを目標とします。	目 標 ----- 現状値以上
		現 状 ----- 乳がん 75.5%、子宮頸がん 66.1% 大腸がん 62.9%、胃がん 71.2% 肺がん 62.7%

(2) 取組方向

- 取組方向1：がんにならないための健康な生活習慣づくりと、がん予防の普及啓発
- 取組方向2：がんの早期発見の推進
- 取組方向3：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり
- 取組方向4：がんと共に生きるための社会づくりの推進

(3) 取組内容

取組方向1：がんにならないための健康な生活習慣づくりと、がん予防の普及啓発

- 禁煙対策の取組推進およびがんの予防のための知識やウォーキングなどの運動習慣の普及 (県民、医療機関、がん診療連携病院、保険者、市町、県、関係機関)

取組方向2：がんの早期発見の推進

- がん検診の重要性に関する普及啓発および未受診者に対する受診勧奨、要精密検査者の受診状況の把握 (医療機関、がん診療連携病院、検診機関、保険者、医療関係団体、市町、県)

取組方向3：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

- さまざまな病態の患者に対し専門性を生かしながら連携して集学的治療が行えるよう、がん医療を担う人材の育成 (医療機関、医療関係団体、県)
- がん診療が可能な診療所や訪問看護ステーション等の充実や多職種との連携強化による在宅医療体制の整備 (医療機関、がん診療連携病院、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション等福祉施設、がん相談支援センター、医療関係団体、県)
- 地域がん登録、院内がん登録など、がんの罹患や治療の経過および結果を把握し、分析する仕組みの充実 (医療機関、がん診療連携病院、県)

取組方向4：がんと共に生きるための社会づくりの推進

- 小児がん患者およびその家族に対する長期的なフォローアップ体制の検討 (医療機関、社会福祉施設等、市町、県)
- 治療と就業生活の両立を支援するための仕組みの検討 (労働局、医師会等、市町、県)

○ 脳卒中对策

1. 脳卒中の現状

- 本県における脳血管疾患を原因とする死亡者数は、1,803（平成22年人口動態統計）であり、死因別の割合はがん、心疾患に次ぐ第3位、死亡者数全体の10.2%
- 平成22年の時点では人口10万人あたりの神経内科医師数3.5人は全国（3.2人）を若干上回っているが、脳神経外科医師数4.7人は全国（5.3人）を下回っている。
- 県内には脳卒中専用集中治療室（SCU：stroke care unit）等を備えているのは2病院、それ以外にSCUに準じた専門病棟等を設置しているのは9病院
- 早期リハビリテーション実施件数は、人口10万人あたり303.8件と全国441.7件を下回っている。
- 中勢伊賀保健医療圏では、救急搬送で現場滞在時間が30分以上かかっている件数の割合が高い。
- 東紀州保健医療圏では、脳血管障害の流出率が28.4%と高く、脳血管疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、43.5%と低い／東紀州保健医療圏では、急性期治療の提供体制や回復期リハビリテーションを専門に行う医師、回復期リハビリテーション病棟が不足／脳卒中患者平均在院日数は、東紀州保健医療圏で127日と全国平均109.2日を上回っている。

2. 課題

- 重症化を防ぐための生活習慣病対策の推進
- 神経内科・脳神経外科医師の確保（特に東紀州保健医療圏や伊賀サブ保健医療圏）
- 早期リハビリテーション実施への体制整備
- 重症者の救急搬送時の現場滞在時間や医療機関への照会回数の保健医療圏別の格差解消
- 東紀州保健医療圏におけるドクターヘリの活用、隣県の医療機関と連携した脳卒中医療連携体制
- 地域連携クリティカルパスに基づく急性期・回復期の診療計画の作成推進（東紀州と中勢伊賀保健医療圏）
- 東紀州保健医療圏における回復期リハビリテーションを実施できる体制や早期の在宅復帰の推進

3. 施策の展開

(1) めざす姿

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

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
脳血管疾患による年齢調整死亡率	脳血管疾患の年齢調整死亡率を、国の「健康日本21」に準じて減少させることを目標とします。	目標 男性42.2以下 女性26.5以下
		現状 男性45.4 女性27.4
特定健康診査受診率	特定健康診査受診率のさらなる向上をめざします。	目標 70%以上
		現状 39.2%

脳卒中地域連携クリティカルパス導入実施割合	脳卒中地域連携クリティカルパスを計画作成し、実施している割合が増加することを目標とします。	目 標 40%以上
		現 状 17.2%
脳梗塞に対するt-PA による脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関数	脳梗塞に対するt-PA による脳血栓溶解療法が、二次保健医療圏ごとに1施設増加することを目標とします。	目 標 17 (全保健医療圏に設置)
		現 状 13

(2) 取組方向

取組方向1：発症予防対策の充実

取組方向2：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築

取組方向3：地域における脳卒中医療の急性期、回復期、維持期および在宅での地域ケア体制の整備

取組方向4：地域ケア体制を推進する連携システムの充実

(3) 取組内容

取組方向1：発症予防対策の充実

- 「三重の健康づくり基本計画」の普及啓発、生活習慣病の予防促進（県民、市町、県、関係機関）
- 健康診断の受診率の向上／住民への保健指導の充実（県民、医療機関、保険者、市町、県）
- 脳卒中発症の危険因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈などの管理を進めるため、かかりつけ医の定着を促進／かかりつけ医の役割の重要性について啓発／かかりつけ医と地域の基幹病院の病診連携を強化（医療機関、医師会、市町、県）

取組方向2：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築

- 本人・家族等への脳卒中の初期症状や救急時の対応に関する正しい知識、発見者による速やかな救急搬送要請の必要性の周知（県民、消防機関、市町、県）
- 脳梗塞発症後速やかに、t-PA 投与が常時可能な医療機関への搬送が行われるよう、脳卒中医療提供体制についての消防機関と医療機関における情報共有・連携強化（医療機関、市町、県、関係機関）
- 地域メディカルコントロール協議会の定めた手順等に従って、患者に対する適切な観察・判断・処置の実施（医療機関、消防機関、市町、県）

取組方向3：地域における脳卒中医療の急性期、回復期、維持期および在宅での地域ケア体制の整備

- 東紀州保健医療圏の回復期リハビリテーション体制の整備／在宅療養患者からの連絡を24時間体制で受け、往診や訪問看護などを行う在宅療養支援診療所の設置の促進（医療機関、市町、県）
- 東紀州保健医療圏内の中核病院の診療体制の充実／ドクターヘリの活用／隣県の医療機関とも連携した脳卒中医療連携体制の充実（医療機関、市町、県、関係機関）

取組方向4：地域ケア体制を推進する連携システムの充実

- 各脳卒中医療連携圏域で、急性期・回復期・維持期の各ステージに対応したリハビリテーション機能をコーディネートする体制を構築（医療機関、介護施設、地域包括支援センター、市町、県）
- 脳卒中患者が回復期病棟を退院後、安定した地域生活が送れるよう、かかりつけ医や介護保険サービス事業者との情報交換を促進（医療機関、介護施設、市町、県）
- それぞれの脳卒中医療連携圏域で脳卒中地域連携クリティカルパスが構築されるよう、情報通信技術（ID-Link等）の活用も含め、関係機関が連携（医療機関、介護施設、医師会、市町、県、関係機関）
- 三重県脳卒中医療福祉連携懇話会において、地域における脳卒中医療福祉連携のシステムづくりのための情報交換、人材育成、研究の実施（医療機関、福祉施設、県、関係機関）

○ 急性心筋梗塞対策

1. 急性心筋梗塞における医療の現状

- 本県における心疾患を原因とする死亡者数は2,890人（平成22年人口動態統計）であり、死因別の割合はがんに次いで多く、第2位/また、心疾患の死亡の26.6%は急性心筋梗塞
- 平成22年の本県の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は男性23.2、女性10.7で、全国（男性20.4、女性8.4）より高い。
- 本県の健康診断・健康診査の受診率は69.1%で、全国の67.6%と比較して高い。
- 県内において、心疾患の専門医である循環器内科医師数は120人、心臓血管外科医師数は33人/人口10万人あたりの医師数は、中勢伊賀保健医療圏を除いて全国平均を下回っている。
- 急性心筋梗塞等の重篤な患者を集中治療する冠動脈疾患集中治療室(CCU)を設置する病院は県内に14施設あり、CCU専用病床は50病床
- 平成22年の救急要請（知覚）から医療機関への収容までに要した平均時間は36.8分で、全国平均の37.4分より短い。中勢伊賀保健医療圏において重症者の救急搬送の現場滞在時間が30分以上かかっている件数の割合が高い。
- 急性心筋梗塞等の心疾患患者に対するリハビリテーションを実施する施設は県内に8施設
- 保健医療圏別には、下記のとおりの特徴や取組がある。

北勢 保健医療圏	専門病院である3施設において地域連携クリティカルパスが整備されている。
中勢伊賀 保健医療圏	救急搬送時間が長くかかる件数が多い傾向にある。 モデル的に救急車に十二誘導心電図の電装システムを配備し、救急搬送中より、専門施設への伝送が可能な仕組みを検討中である。
南勢志摩 保健医療圏	CCUが多く整備され、経皮的冠動脈形成手術（PCI）件数、心臓血管外科手術の人口あたり件数は、他の保健医療圏より多く実施されている。保健医療圏外からの流入患者数も多くなっている。
東紀州 保健医療圏	急性心筋梗塞の治療について、外来患者の県外への流出が多い傾向にある。循環器内科や心臓血管外科の医師が不足している。

2. 課題

- 急性心筋梗塞の発症状況やリスク要因および治療状況などの疫学情報の分析体制の構築
- 心疾患患者の救急搬送時の現場滞在時間の保健医療圏別の格差解消
- 手術等の治療の実施状況等の地域間格差の解消
- 心臓血管外科医師、循環器内科医師等の専門医の確保、医師および理学療法士、看護師等の教育
- かかりつけ医による、合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施、再発予防のための定期的専門的検査の実施等の在宅療養が可能な体制の充実
- 救急医療機関や心臓リハビリテーション病院等の基幹病院とかかりつけ医との地域連携クリティカルパス等による地域連携の強化
- 急性心筋梗塞の発症時における術後合併症の予防や再発リスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し専門的な口腔ケアや歯周疾患治療の実施

3. 施策の展開

(1) めざす姿

県民が急性心筋梗塞予防の知識を持つとともに、バランスの良い食生活や適度な運動の実施、定期的な健康診断の受診により生活習慣病の予防に取り組んでいます。

急性心筋梗塞を発症した患者に対して、周囲の者により迅速な救急要請と心肺蘇生法の実施や

AEDの使用が行われるとともに、搬送後はCCU等を設置している医療機関において専門的な治療が速やかに行われています。

また発症後は、早期からの心臓リハビリテーションを受け、退院後においても、かかりつけ医などによる再発予防治療や在宅療養支援が継続して行われています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
急性心筋梗塞による年齢調整死亡率	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率を平成 22 年の全国平均まで低減することを目標とします。	目 標 男性 20.4 以下 女性 8.4 以下
		現 状 男性 23.2 女性 10.7
特定健康診査受診率	特定健康診査受診率のさらなる向上をめざします。	目 標 70%以上
		現 状 39.2%
心臓リハビリテーションを実施する医師および理学療法士、看護師の配置数	心臓リハビリテーションの充実を目指し、実施できる医師および理学療法士、看護師を育成します。	目 標 各保健医療圏に心臓リハビリテーション専門医と理学療法士、看護師の配置
		現 状 —

(2) 取組方向

- 取組方向 1：発症予防対策の充実
- 取組方向 2：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築
- 取組方向 3：急性心筋梗塞医療の地域ケア連携システムの構築

(3) 取組内容

取組方向 1：発症予防対策の充実

- 急性心筋梗塞についての正しい知識の浸透、発症予防への取組（県民、市町、県等）
- 健康診断の受診率の向上、住民への保健指導の実施（県民、医療機関、保険者、市町、県）
- 継続して適切な治療を受け、重症化を防ぐための啓発や、急性冠疾患の発症時の対応の普及啓発、かかりつけ医と基幹病院の病診連携強化（医療機関、医師会、市町、県）

取組方向 2：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築

- 普通救命講習の受講促進、AEDの普及啓発（県民、市町、県、関係機関）
- 患者情報の伝達の仕組みを含めた二次・三次救急医療体制の充実（医療機関、市町、県）

取組方向 3：急性心筋梗塞の地域ケア連携システムの構築

- 三重県 CCU ネットワーク支援センターや三重県 CCU 連絡協議会と連携を図りながら、急性心筋梗塞の疫学情報や各地域の医療提供体制、治療状況を把握・分析し、各地域の状況に応じた、治療連携が強化できる体制を検討（医療機関、消防本部、医師会、県）
- 回復期の心臓リハビリテーション施設の充実と救急医療、回復期心臓リハビリテーション病院、かかりつけ医等との連携強化（医療機関、医師会、歯科医師会、関係機関）
- 急性心筋梗塞に対する医療従事者の研修の促進（医療機関、医師会、県）

○ 糖尿病対策

1. 糖尿病の現状

- 人口 10 万人あたりの糖尿病の年齢調整受療率は、全国の 101.6 に対して三重県は 98.5 とやや低い／糖尿病合併症や心筋梗塞・脳卒中などの危険因子である高血圧症の患者の年齢調整外来受療率は全国よりも高い。
- 平成 22 年のデータを平成 14 年と比較すると、糖尿病を強く疑う者の割合（ヘモグロビン A1c6.1%以上の者：JDS 値）は、全国・三重県ともに壮年期の男性において強い増加傾向／糖尿病予備群（ヘモグロビン A1c5.2～6.0%の者：JDS 値）は性別年代を問わず南勢志摩保健医療圏で高い増加傾向
- 糖尿病の治療は一般的に内科等を標榜している医療機関で行うが、治療や血糖コントロールが困難な場合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行う。糖尿病専門医の数は、病院で 12 か所 16 人、診療所で 14 か所 15 人が勤務
- 糖尿病の悪化により、さまざまな症状や合併症が発現／悪化予防のため血糖コントロールが不可欠であるが、歯周病の炎症により血糖コントロールは困難となるため、口腔ケアが重要／歯周病の治療は一般的な歯科診療所で行うが、歯周病専門医が在籍している医療機関は県内で 7 施設

糖尿病医療機能別施設数（102 施設/99 施設回答/79 施設該当）

保健医療圏	糖尿病性足病変	糖尿病性網膜症への対応	急性合併症への対応	歯周病専門医の在籍
三重県	41	27	46	7
北勢	17	9	19	2
中勢伊賀	10	7	12	1
南勢志摩	11	9	13	4
東紀州	3	2	2	0

出典：医療機能アンケート調査結果（総数/回答数/糖尿病関係対応）

歯周病専門医 日本歯周病学会ホームページ

2. 課題

- 糖尿病対策として地域・職域に向けた食生活の改善、適度な運動の実施など、生活習慣病対策に関する普及啓発、特定健康診査結果の継続的な把握、地域傾向にあわせた予防活動の実施
- 特定健康診査により、確認された糖尿病予備群が発症しないように適切な保健指導の実施
- 重症化や治療中断などを防ぐためにも、治療に関わるすべての医療従事者のスキルアップ
- 糖尿病患者の病態にあわせて治療を行う上で、ICT等のツールを活用した円滑な地域連携クリティカルパス等の構築
- 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、歯周病予防が必要であり、医科歯科連携による口腔ケアの充実

3. 施策の展開

(1) めざす姿

県民が健康であろうと意識するとともに、自身の健康状態を知るべく、定期的な健康診断を受け、糖尿病の兆候が早期に発見でき、治療につながっています。さらに糖尿病予備群、糖尿病患者が、経過観察や治療を自己判断による中断がされることなく、重症化予防に努めています。

そのためには、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による糖尿病の治療や、保健指導等の取組が行われています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
糖尿病による年齢調整死亡率	糖尿病の発症者数は高齢化が進むことに合わせて増加することが見込まれるが、年齢調整死亡率は減少をめざします。(現状値の1割減)	目 標 男性6.0以下 女性3.0以下
		現 状 男性6.7 女性3.4
糖尿病有病者（ヘモグロビンA1c6.5%国際標準値）の増加率	特定健診受診者（40～74歳代）の糖尿病有病者の増加率を抑制することを目標とします。（健康日本21より、増加傾向の傾斜から算出（現状1.24 → 目標1.06）	目 標 1.06
		現 状 1.24
糖尿病に対する透析導入数	入院・外来における糖尿病に対する透析導入数の低減をめざします。	目 標 新規導入数の低減
		現 状 343件

(2) 取組方向

取組方向1：健康診断等による早期発見

取組方向2：糖尿病予備群の発症予防

取組方向3：糖尿病患者の重症化予防と合併症による臓器障害の予防

(3) 取組内容

取組方向1：健康診断等による早期発見

- 糖尿病についての正しい知識の浸透、バランスの取れた食生活や運動習慣の定着、定期的な健康診断の受診などの生活習慣病予防の取組（県民、事業者、保険者、市町、県）
- 糖尿病の予防に向け、特定健診等の健康診断の重要性の認識し、受診率の向上に向けた取組（県民、医療機関、保険者、医師会、市町、県、関係機関）

取組方向2：糖尿病予備群の発症予防

- 早期発見、受療行動につながるような適切な保健指導の実施／各種保険者とかかりつけ医の連携強化（医療機関、保険者、医師会、市町、県、関係機関）
- かかりつけ医と基幹病院の病診連携強化、およびかかりつけ医や基幹病院による地域の予防活動の把握と連携構築（医療機関、保険者、医師会、市町、関係機関）

取組方向3：糖尿病患者の重症化予防と合併症による臓器障害の予防

- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等、各職種の連携促進、資質向上の研究や勉強会等を推進（医療機関、医療関係団体、県）
- 医科歯科連携などにより糖尿病患者の口腔ケアの充実／血糖コントロール不良の場合は教育入院等の集中的な治療体制の充実（医療機関、医師会、歯科医師会、関係機関）
- 糖尿病の慢性合併症による臓器や機能障害の防止のため、かかりつけ医と慢性合併症治療可能な医療機関との連携構築（医療機関、医師会、関係機関）

○ 精神疾患対策

1. 精神疾患の現状

- 本県における精神科病院の入院患者は、平成23年6月30日現在4,416人で、75歳以上の患者が増加／平成24年3月31日現在の自立支援医療（精神通院）受給者は22,906人、精神保健福祉手帳交付者は8,612人／三重県における平成22年の認知症高齢者数は約4万人程度と推計／入院患者の在院期間は、1年未満の入院患者が32.4%と最も多く、疾患別では、統合失調症が61.3%と半数以上
- 県内の精神科病院は北勢保健医療圏8施設、中勢伊賀保健医療圏6施設、南勢志摩保健医療圏3施設、東紀州保健医療圏1施設で、うち救急医療機関は15施設／平成24年4月1日現在の県全体の精神科病床数は4,804床で、うち北勢保健医療圏が2,205床
- 県内を北部と中南部の2ブロックに分け、13の病院による精神科救急輪番制を実施し、24時間365日電話相談等を行う精神科救急情報センターを設置
- 平成21年度から3病院を認知症疾患医療センターに、平成24年4月1日から1病院を基幹型認知症疾患医療センターに指定

2. 課題

- こころの健康やストレス対策等についての知識の普及や相談支援の充実
- 精神疾患に関する相談窓口と精神科医療機関等の情報共有による精神疾患の発症・進行の予防
- 保健医療サービスと福祉サービス相互の機能分担および連携による必要な支援の提供
- 入院患者の早期退院と地域移行の促進、地域での生活を維持するための支援の実施
- 身体合併症等の精神疾患患者の対応のための精神科および一般医療機関等との連携体制の構築
- 精神科を標榜する一般病院や診療所の精神保健指定医の精神科医療体制確保への協力の拡大
- 精神科輪番病院の当番日以外で、自院の患者に対し、精神科救急情報センター等との連携による対応が可能な体制の整備
- 認知症に関する知識を普及することで、認知症の疑いがある段階での、家族等の周囲の気づきや、かかりつけ医等の診察による専門医療の早期受診、確定診断の実施
- 認知症の初期の段階から適切な治療や介護が行われるための連携
- 精神科および一般医療機関と保健所等関係機関の連携による、うつ病の患者の早期発見と早期診断の実施
- うつ病の患者の身体症状への対応も含めた、かかりつけ医等の治療技術の向上

3. 施策の展開

(1) めざす姿

精神科医療機関、一般医療機関相互および保健・福祉サービス等の連携により、地域において精神科医療が適切に実施される体制が整備され、患者がさまざまな病態に応じて安心して医療を受けることにより、自立した日常生活、社会生活を送ることができています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
地域精神保健福祉連携会議の設置数	各保健所圏域において、保健所、市町および関係機関による精神疾患対策等の連携会議を設置します。	目標
		9会議
		現状
		0

退院促進委員会設置数	各精神科病院における長期入院患者の退院を促進するために、100床以上の精神科病床を有する精神科病院に退院促進委員会を設置します。	目 標
		16委員会（病院）
高齢・長期入院患者の退院者数	高齢・長期入院患者の退院を促進するため、5年以上かつ65歳以上の退院者数を1か月平均7人とします。	現 状
		4委員会（病院）
		目 標
		7人
		現 状
		6人

(2) 取組方向

取組方向1：精神科医療提供体制の充実

取組方向2：精神障がい者が地域で生活していくための連携体制

取組方向3：認知症患者への対応

取組方向4：うつ病に対する医療支援

取組方向5：精神障がい者に対する理解の促進

(3) 取組内容

取組方向1：精神科医療提供体制の充実

- 精神科を標榜する一般病院、診療所における精神保健指定医の協力拡大（医療機関、県、関係機関）
- 身体合併症患者や専門的な精神科医療が必要な患者への対応（医療機関、県、関係機関）
- 精神科救急医療システムの的確な運用、および精神科輪番病院の当番日以外の夜間に、自院の患者に対し、精神科救急情報センター等との連携による対応を可能とする体制の整備（医療機関、県、関係機関）

取組方向2：精神障がい者が地域で生活していくための連携体制

- 精神疾患に関する相談窓口の体制・機能の強化、精神科医療機関等との情報共有による患者の早期発見と早期治療の実施（医療機関、福祉施設、市町、県、関係機関）
- 保健医療サービスと福祉サービスの連携による適切なサービスの提供、入院患者の早期退院、地域移行の促進と、患者の状況に応じた訪問支援等の推進（医療機関、福祉施設、市町、県、関係機関）

取組方向3：認知症患者への対応

- 認知症の早期発見・早期治療、予防につなげるための認知症サポーターを養成（市町、県）
- 認知症サポート医の養成と主治医・かかりつけ医等への認知症対応力向上研修の実施（医療機関、医療関係団体、県）
- 二次保健医療圏ごとに認知症疾患医療センターを整備し、地域での医療連携を実施（医療機関、県）

取組方向4：うつ病に対する医療支援

- かかりつけ医等と精神科医の連携の推進による早期発見、早期治療および適切な治療の実施（医療機関、市町、県、関係機関）
- うつ病の正しい知識の普及と周囲の見守体制の強化や相談窓口の充実、かかりつけ医等のうつ病診断治療技術の向上（医療機関、市町、県、関係機関）

取組方向5：精神障がい者に対する理解の促進

- 地域や学校、各団体等と連携し啓発・広報等による、精神障がいへの理解促進のための働きかけの実施（県民、関係団体、市町、県、関係機関）

○ 救急医療対策

1. 救急医療の現状

- 本県で救急搬送された人数は平成 12 年に 52,934 人、平成 22 年には 75,387 人と増加傾向／救急搬送人員数の傷病程度別割合（重症、軽症など）は、半数以上が軽症
- 本県の診療科目別の医師数については、小児科、産婦人科、脳神経外科および麻酔科において、人口 10 万人あたりの医師数が全国順位の低位に位置している。
- 救急救命士は県内 15 消防本部で、438 人が従事
- 要請から救急搬送先の病院が決定するまでに 30 分以上かかった割合は 3.6%（全国 4.8%）、4 医療機関以上に要請を行った割合は 3.1%（全国 3.8%）で、いずれも地域格差がある。
- 心肺停止患者の 1 か月後の予後は、生存率 12.5%（全国 11.4%）、社会復帰率 5.7%（全国 6.9%）であり、社会復帰率は全国平均を下回っている。
- 本県の救命救急センターは平成 24 年 4 月現在、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
- 特定集中治療室のある医療機関数は、人口 100 万人あたりで 5.9 か所（全国 6.3 か所）、特定集中治療室の病床数は人口 10 万人あたりで 4.0（全国 4.8 床）
- 休日夜間急患センターである診療所は、平成 24 年 4 月時点で北勢保健医療圏 3 か所、中勢伊賀保健医療圏 7 か所、南勢志摩保健医療圏 3 か所、東紀州保健医療圏 1 か所
- 人口 10 万人あたりの二次救急医療機関数は、中勢伊賀保健医療圏 2.8 か所で全国 2.6 か所を上回っているが、他の保健医療圏では全国平均を下回っている。
- 平成 24 年 2 月にドクターヘリの導入により、県内全域の三次救急医療体制が充実・強化

2. 課題

- 小児科、産婦人科、脳神経外科、および麻酔科の医師の不足の解消、若手医師の確保
- 救急救命士の増員や資質の向上のための実習病院の充実と確保
- 地域住民への AED を用いた応急手当の普及啓発や心肺蘇生法の実習などのさらなる充実
- 適切な救急医療機関受診の普及啓発を行い、軽症患者の安易な受診による医療機関の負担軽減
- 地域メディカルコントロール体制の充実・強化
- 休日夜間急患センターなどの初期救急医療を担う医療機関の確保
- 夜間・休日等に受診できる初期救急医療機関の情報提供について自治体等との連携・強化
- 救急医療情報システムへの参加医療機関の増加
- 医師不足などの理由により二次救急医療体制の維持が困難
- 軽症患者の二次救急医療機関受診により二次輪番病院などの救急患者の診療が困難
- ドクターヘリの早期の現場出勤に対する消防本部の判断、病院間搬送に対する医療機関の理解の促進
- 災害時や重複要請時のドクターヘリの運航についての近隣府県との連携
- ドクターヘリの円滑な運航体制強化のための訓練の実施や搬送事例の検証
- 急性期を脱した患者の回復期リハビリテーション病棟の整備など、後方支援体制の強化
- 急性心筋梗塞等の疾病に対する病院間の機能連携等を推進

3. 施策の展開

(1) めざす姿

- 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・二次救急医療体制、およびドクターヘリの活用による迅速な搬送、救命率の向上などにより三次救急医療体制の充実が図られています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値	
救急医療情報システム 参加医療機関数	県の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。	目 標	
		693 機関	
		現 状	
		568 機関	
受け入れ困難事例の割合	救急車が搬送する病院が決定するまでに要請開始から 30 分以上あるいは 4 回以上医療機関に要請を行った割合の低減をめざします。	目 標	
		30 分以上	4 回以上
		3.3	3.0
		現 状	
30 分以上	4 回以上		
4.6	4.1		
救急搬送患者のうち、傷病程度が軽症であった者の割合	救急搬送患者のうち、診察に結果として帰宅可能な軽症者の割合の低減をめざします。	目 標	
		50.0%以下	
		現 状	
		56.0%	
救急救命士が同乗している救急車の割合	救急救命士が常時同乗している救急車の割合を増やすことを目標とします。	目 標	
		70.0%	
		現 状	
		54.9%	

(2) 取組方向

- 取組方向 1：県民の適切な受診行動の推進
- 取組方向 2：病院前救護体制の充実
- 取組方向 3：初期、二次、三次救急医療体制の充実

(3) 取組内容

取組方向 1：県民の適切な受診行動の推進

- 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の提供/救急車の適切な利用など、適切な受診行動に関する啓発/小さな子どもを持つ保護者などを対象に、「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)」により情報提供や相談事業/ (市町、県、関係機関)
- 救急医療情報センターや医療ネットみえにおける初期救急医療機関情報および案内業務の充実による適切な受診行動の促進 (医療機関、市町、県、関係機関)

取組方向 2：病院前救護体制の充実

- AED を使った普通救命講習の積極的な実施 (市町、県、関係機関)
- 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/メディカルコントロール体制の充実のため、県メディカルコントロール協議会や地域メディカルコントロール協議会において、救急救命士の再教育訓練や搬送後の事後検証体制の充実/救急救命士を対象とする講習・実習の実施、資質向上/傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の適用事案についての検証、見直し/地域におけるメディカルコントロール体制の推進組織等の再検討 (医療機関、市町、県、関係機関)

取組方向 3：初期、二次、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/三重県地域医療支援センターを核とした救急医療を担う若手病院勤務医の確保 (医療機関、三重大学、県)
- 地域の救急医療体制を協議する場において、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話し合いを推進/桑名地域および紀勢地域の病院の再編統合など、二次救急医療機関等の体制整備/地域内または県内の医療機関の間や救急現場と医療機関の間で、患者の画像情報や診療情報などを相互に伝送できる仕組みづくり/伊賀地域における二次救急医療体制について、3病院の機能強化や機能分担を進めることにより、さらなる体制強化/三重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 (医療機関、市町、県、関係機関)
- 地域連携クリティカルパスの構築など医療機関同士の連携を充実/東紀州保健医療圏において三重県ドクターヘリや和歌山県ドクターヘリを活用するなどの広域的な連携 (医療機関、市町、県)

○ 災害医療対策

1. 災害医療の現状

- 医療関係機関と県において、災害時の応援協定を締結
- 県は災害拠点病院を 12 病院指定しており、全ての建物に耐震性がある病院は 10 病院
- 災害拠点病院や関係機関が参加する DMAT・SCU 連絡協議会を開催
- 広域災害・救急医療情報システム(EMIS)には二次救急医療等を担う 34 病院が参加
- 災害拠点病院 12 病院全てが広域災害・救急医療情報システム (EMIS) に参加
- 活動可能な災害医療派遣チーム(DMAT)は、7災害拠点病院に合計 13 チーム
- 広域搬送拠点臨時医療施設(SCU)は三重大学グラウンドと宮川ラブリバー公園に設置予定
- 東日本大震災時は、県全体で医療救護班を編成し、約 4 ヶ月間の医療救護活動を実施

2. 課題

- 東日本大震災後の被害想定見直しを踏まえた対策
- 災害拠点病院および二次救急医療機関等の耐震化
- 救急告示医療機関の広域災害・救急医療情報システム (EMIS) への参加促進
- 地域の実情に合わせた関係団体との連携会議の開催
- 災害医療コーディネーターのあり方について検討
- 全ての災害拠点病院における DMAT 保有と欠員補充
- 検視・検案における実施体制の検討
- 災害の規模・期間に応じた DMAT 派遣体制の整備
- 2か所の SCU の津波被害時の代替施設の検討、宮川ラブリバー公園での SCU 設置訓練
- 心のケアや口腔ケア等が適切に実施できる体制や医療従事者の確保
- それぞれの災害拠点病院における地域の二次救急医療機関等と連携した訓練の実施
- 医療救護班として災害医療に従事する医療職の人材育成
- 地域における災害拠点病院の補完体制についての検討

3. 施策の展開

(1) めざす姿

- 三重県で、南海トラフ巨大地震で想定される規模の地震が発生した場合に、災害拠点病院等における被災状況を早急に把握し、円滑な救助・救援活動を展開して、人的被害を最小限に抑えることができる体制ができています。
- また、他の都道府県において大規模な災害が発生した場合に、速やかに医療救護班等を派遣できる体制ができています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
県内災害拠点病院等の耐震化率	県内災害拠点病院、二次救急医療機関等における災害発生時の安全性の向上を目標とします。	目標 91.4% (32/35)
		現状 65.7% (23/35)
救急告示医療機関の EMIS 参加割合	災害時に円滑な情報収集ができるよう、EMIS に参加する救急告示医療機関を増やすことを目標とします。	目標 100% (64/64)
		現状 53.1% (34/64)

地域災害医療対策会議 設置数	地域において、災害時の医療が円滑に 提供できるよう、関係者が、取組を検 討する場を設置することを目標としま す。	目 標
		9 地域
		現 状
		3 地域
災害拠点病院の訓練参 加率	全ての災害拠点病院が年に1回以上、 訓練の実施または参加していること を目標とします。	目 標
		100%
		現 状
		83.3%

(2) 取組方向

取組方向1：災害時における医療体制の充実と強化

取組方向2：大規模災害時を見据えた災害拠点病院の体制強化

取組方向3：災害医療を支える人材育成

(3) 取組内容

取組方向1：災害時における医療体制の充実と強化

- 災害急性期から中長期への医療提供が円滑に移行できる体制づくり（医療機関、県）
- 「医療審議会災害医療対策部会」や「DMAT・SCU連絡協議会」などによる関係機関との連携の充実（医療機関、市町、県、関係機関）
- 災害拠点病院等の速やかな耐震化（医療機関、県）
- 救急告示医療機関に対するEMISへの参加促進（医療機関、県）
- 災害医療対応マニュアルに基づく訓練の実施（医療機関、県）
- 災害医療コーディネーターの充実強化（医療機関、市町、県、関係機関）
- 各地域において、医療機関、医療関係団体、消防本部、市町、保健所等が連携した会議「地域災害医療対策会議（仮称）」と地域災害医療コーディネーターの設置（医療機関、市町、県、関係機関）
- SCU設置場所の代替地についての検討（医療機関、県、関係機関）
- 災害発生時の歯科保健医療対応マニュアルの作成（歯科医師会、県、関係機関）

取組方向2：大規模災害時を見据えた災害拠点病院の体制強化

- 地域における災害拠点病院の補完体制の構築および体制の充実強化（医療機関、県）
- 災害拠点病院による地域の二次救急医療機関や地区医師会との訓練や研修を通じたネットワークづくり（医療機関、市町、県、関係機関）

取組方向3：災害医療を支える人材育成

- 災害発生時の多様な状況に適切に対応できる災害医療コーディネーターの養成/DMATの保有・維持のための計画的な養成研修の受講/EMIS入力担当者へのEMIS入力訓練、操作研修の実施/基幹災害拠点病院による、県内の医療従事者への災害医療研修（医療機関、県）
- 各医療機関の医療救護班を対象とした研修の実施/避難所等において、感染症の防止やメンタルケアができる保健師や看護師等の研修を実施（医療機関、市町、県、関係機関）
- 開業医を対象に、検視や検案の研修を実施（医師会、県、関係機関）

○ へき地医療対策

1. へき地医療の現状

- 県内におけるへき地診療所は24か所、そのうち常勤医師が勤務する診療所は13か所
- 常勤医師の年齢構成は60歳以上5か所、50歳以上59歳以下5か所、49歳以下3か所
- 平成24年4月現在のへき地医療拠点病院は8病院
(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、国立病院機構三重病院、県立総合医療センター)
- へき地医療拠点病院からへき地診療所等への代診医派遣の応需率はこれまで100%
- 県内の人口10万人あたりの医療施設従事医師数および看護師数は全国平均を下回り、特に医師数については、伊賀サブ保健医療圏、伊勢志摩サブ保健医療圏、東紀州保健医療圏における不足が顕著

全国、県、主な不足地域の比較(人口10万人あたり)

【医師数】

(単位:人)

全国	三重県	伊賀サブ 保健医療圏	伊勢志摩サブ 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
219.0	190.1	113.8	185.1	148.3

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成22年12月31日現在）」

【看護師数】

(単位:人)

全国	三重県	伊賀サブ 保健医療圏	伊勢志摩サブ 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
744.6	701.8	533.8	618.7	569.7

出典：厚生労働省「衛生行政報告例（平成22年12月31日現在）」

- 県内の無医地区は4地区（3市町）、無歯科医地区は2地区（1市）、無歯科医地区に準じる地域は8地区（3市）

2. 課題

- へき地医療機関への代診医派遣の継続
- へき地に所在するへき地医療拠点病院からの巡回診療等の継続
- へき地診療所の医師の高齢化
- 地域医療を担う医師や看護師の確保に向けた動機づけの機会提供
- へき地医療に従事する医師へのキャリア形成上の不安解消、関係機関の連携による卒前・卒後一貫したキャリア形成支援
- 保健福祉、在宅医療、救急医療、入院治療等柔軟で幅広い対応が可能な医師の育成

3. 施策の展開

(1) めざす姿

- 手術や入院加療を要するへき地の患者のために、へき地医療拠点病院間での連携等を通じてその機能の充実が図られ、関係機関との連携のもとで、十分なバックアップ体制が確保されています。
- へき地医療を担う医師の育成等に取り組み、へき地に所在する医療機関に必要な医師等が確保され、住民の健康を守るために必要な医療提供体制が整備されています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
へき地診療所等からの代診医派遣依頼応需率	へき地診療所等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。	目標 ----- 100%
		現状 ----- 100%
へき地診療所に勤務する常勤医師数	へき地診療所に勤務する常勤医師の人数について、現在の13人を維持することを目標とします。	目標 ----- 13人
		現状 ----- 13人
三重県地域医療研修センター研修医受入数(累計数)	当該センターにおける地域医療研修を提供するへき地医療機関の拡充を図り、現在の研修医受入数(35人)について、10人増の45人を受け入れることが可能となるよう段階的に体制を整えることをめざし、それに対応した研修医の受入数(累計)を目標とします。	目標 ----- 332人
		現状 ----- 127人

(2) 取組方向

取組方向1：へき地等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・看護師等の育成・確保

(3) 取組内容

取組方向1：へき地等の医療提供体制の維持・確保

- へき地医療拠点病院の指定および協力医療機関、協力医師の増加(医療機関、県)
- 巡回診療・代診医派遣の継続支援、在宅医療、訪問診療等のニーズへの対応(医療機関、県)
- へき地医療拠点病院、へき地診療所への支援(市町、県)
- 三重医療安心ネットワーク等を活用した病病・病診連携の推進(医療機関、県)
- 三重県独自のドクターヘリ、奈良県と共同利用している和歌山県ドクターヘリの活用(医療機関、市町、県)
- 研修・設備整備支援等を通じた在宅訪問歯科診療の充実(医療機関、歯科医師会、市町、県)
- タウンミーティング、健康教室等を通じたへき地保健医療の普及啓発(県民、医療機関、市町、県)

取組方向2：へき地医療を担う医師・看護師等の育成・確保対策

- 医師無料職業紹介事業やバディ・ホスピタル・システムを通じた医師確保(医療機関、県)
- 三重県地域医療研修センターにおける実践的研修の提供と受入機関の拡充(医療機関、県)
- 現場を離れた看護師の復職支援(医療機関、看護協会、市町、県)
- 医学部進学セミナー、一日看護体験等将来の地域医療の担い手となる高校生への動機づけ(医療機関、教育機関、看護協会、県)
- 看護大学における効果的な入学者選抜や就職支援(看護大学)
- 自治医科大学におけるへき地医療を担う医師の養成、自治医科大学義務年限終了後の医師等を対象とするキャリアサポートシステムの充実と利用促進(県)
- 三重大学医学部における地域医療教育の充実(医療機関、三重大学、市町、県)
- 総合医の育成拠点整備(医療機関、三重大学、市町、県)
- 三重県地域医療支援センターにおけるへき地・医師不足地域の医療機関も組み込んだ専門医資格取得につながる後期臨床研修プログラムの作成(医療機関、三重大学、医師会、市町、県)

○ 周産期医療対策

1. 周産期医療の現状

- 「周産期」とは妊娠満 22 週から生後満 7 日未満の期間のことをいい、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ている。
- 産婦人科医の高齢化が進んでおり、全体の約 68%が 50 歳以上/女性の産婦人科医の割合は 50 歳未満においては 50%を超える。
- 人口 10 万人あたりの就業助産師数は 16.0 人と全国 23.2 人を大きく下回り、全国で最も少ない。
- 人口 10 万人あたりの分娩数は、東紀州保健医療圏を除いて診療所の方が病院より多い。北勢および中勢伊賀保健医療圏では一般診療所での分娩数が全国平均を大幅に上回っている。
- かかりつけ医のいない妊産婦の救急搬送は、周産期母子医療センターのほか県内の周産期救急搬送協力病院の連携・協力を図り、平成 20 年度から運用
- 産科オープンシステム（妊婦健康診査や正常分娩は診療所等で、リスクの高い分娩は周産期母子医療センターで行うように、各施設の特徴を活かして機能を分担し連携するシステム）を三重大学医学部附属病院において実施

2. 課題

- 産婦人科医、小児科医、助産師、看護師等の確保
- 医療機関の機能分担の徹底（リスクの低い妊婦は診療所、中等度以上のリスクを有する場合は周産期母子医療センターや周産期救急搬送協力病院で妊娠・分娩管理を行う）
- 県内出生数の約半数を占める北勢保健医療圏における周産期医療体制の強化
- 妊娠の届出をせず、妊婦健診等が未受診の妊産婦への対応
- 東紀州保健医療圏における周産期医療体制の整備

3. 施策の展開

(1) めざす姿

- 必要な産婦人科医、小児科医、助産師等が確保され、安全で安心して分娩ができる環境が整っています。
- 正常分娩やリスクの低い分娩は地域の産科医療機関・助産所で行い、リスクの高い分娩は周産期母子医療センターで行うといった機能分担が確立されています。
- 妊産婦や新生児、その家族に対して、産婦人科医と小児科医、保健師、助産師、看護師等が密接に連携し、妊娠から出産、産後まで切れ目なく指導や相談が適切に行われています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
妊産婦死亡率	出産 10 万あたりの妊産婦死亡率がゼロであることを目標とします。	目 標 0.0
		現 状 6.5
周産期死亡率	周産期死亡率を減少させることで、全国の上位 10 位以内を目標とします。	目 標 10 位以内 (3.8)
		現 状 29 位 (4.4)

【 数値目標（2年毎に確認する目標） 】

産科・産婦人科医師数	出産1万あたりの産科・産婦人科医師数が110人以上となることを目標とします。	目 標	110以上(168人以上)
		現 状	93(142人)
小児科医師数	小児人口1万人あたりの病院勤務小児科医師が全国平均以上となることを目標とします。	目 標	5.5以上(140人以上) (H22全国平均)
		現 状	4.3(109人)
就業助産師数	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。	目 標	23.2以上(429人以上) (H22全国平均)
		現 状	16.0(297人)

(2) 取組方向

取組方向1：周産期医療を担う人材の養成・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：地域における母子保健サービスの充実

(3) 取組内容

取組方向1：周産期医療を担う人材の養成・確保

- 医師修学資金・研修医研修資金貸与制度の活用等による産婦人科医や小児科医の確保、認定看護師や助産師等の専門性の高い人材の確保・育成／臨床現場から離れている医師や助産師の復職支援のための情報提供・就業支援の推進（医療機関、医療関係団体、県）
- 子育て中の医師や助産師等看護職員のための院内保育所の整備や短時間正規雇用制度の導入など、勤務環境や待遇面の改善および医師、看護職員の負担軽減（医療機関、県）
- 研修医、医学生など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／東紀州地域に必要な産婦人科医や小児科医を確保する取組の推進／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（医療機関、大学、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

- 市立四日市病院、県立総合医療センターの密接な協力・補完のための支援／県外への患者流出が多い桑名・員弁地域の周産期医療体制の充実の検討（医療機関、三重大学、市、県）
- 産科オープンシステムを全ての周産期母子医療センターにおいて実施できるよう支援（医療機関、三重大学、県）
- 県内の産婦人科と基幹病院の小児科・産婦人科との連携を図る周産期医療ネットワークのさらなる充実／三重県新生児ドクターカーの更新（医療機関、県）

取組方向3：地域における母子保健サービスの充実

- 入院が必要な未熟児に対する適切な医療を提供／小児科の相談支援等、出産前後からの親子支援／妊娠早期での届出の啓発／妊産婦への情報提供／妊婦の専門的口腔ケアや歯周疾患治療に取り組めるよう産婦人科と歯科医療機関との連携（医療機関、市町、県）
- 若年妊婦、産後のうつ状態、低出生体重児の療育・保育に対する相談支援等総合的な子育て環境の整備（医療機関、NPO、市町、県）
- 在宅療養児の訪問看護やレスパイト入院（介護する家族等の負担を軽減するための短期の入院）等の支援が効果的に実施される体制の整備（医療機関、福祉施設、市町、県）

○ 小児救急を含む小児医療対策

1. 小児医療の現状

- 平成 23 年の人口 10 万人あたりの幼児（1 歳から 4 歳）死亡率は 33.5（全国は 27.6）で、その主な死因は「先天性奇形および染色体異常」8 人（38%）、「不慮の事故」3 人（14.3%）
- 平成 20 年患者調査によると本県の 1 日あたり小児（0～14 歳）推計入院患者 232 人のうち、保健医療圏外の医療機関で治療を受けた割合（流出率）は、県平均で 38.8%／一方、保健医療圏外の患者が治療を受けに来た割合を示す流入率は、中勢伊賀保健医療圏が 52.9%と高い。
- 平成 22 年末の三重県の 15 歳未満の人口 1 万人あたりの小児科医数は 7.9 人／北勢保健医療圏 5.7 人、東紀州保健医療圏 5.5 人、伊賀地域においては 5.3 人と県平均を大きく下回る。
- 本県の産婦人科、小児科を含む救急医療等を中心的に担う医師は、50 歳以上が増加傾向
- NICU（新生児特定集中治療室）退院児の約 8 割は軽快し家庭へ帰っているが、小児在宅患者の往診対応可能な医療機関は、県内で 11 施設のみ
- 障がいのある児童を入所により保護し、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は県立小児心療センターあすなる学園（定員 56 人）、県立草の実リハビリテーションセンター（定員 60 人）、済生会明和病院なでしこ障害児入所施設（定員 22 人）の 3 施設／その他に入所できる指定医療施設として国立病院機構鈴鹿病院と国立病院機構三重病院の 2 施設のみ

2. 課題

- 小児科、小児外科等の子どもの診療を専門的に担う医師の育成・確保／「三重こども病院群」等と連携し耳鼻咽喉科、眼科等必要な医療が受けられる体制整備
- 小児医療を担う病院・診療所数の地域差を補う、他保健医療圏との機能連携の推進、病病連携、病診連携による小児医療提供体制の推進
- 小児外科に係る重症外傷を含む専門的治療の対応に向けた、「三重こども病院群」の三重大学医学部附属病院、国立病院機構三重病院、国立病院機構三重中央医療センターによる機能分担、連携体制の推進
- 救急医療のかかり方やかかりつけ医への早期受診等保護者の理解、適切な受診行動への啓発および小児救急に関する情報提供、相談体制の充実
- 介護保険制度におけるケアマネジャーのようなコーディネーター的役割を担う人材配置による医療、介護および福祉サービスの一体的な支援体制の整備
- 小児対応訪問看護ステーションおよび訪問診療等の対応に向けた人材育成

3. 施策の展開

(1) めざす姿

- 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ような環境が整っています。
- 医療機関の連携や医療機能の広域化、集約化により限りある医療資源を有効に活用し、適切な小児医療が提供されています。
- 県民が安心して健やかに子どもが育てられるよう、保健・医療・福祉・教育分野が連携し総合的かつ継続的な支援体制が進められています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
幼児死亡率	1～4歳人口 10 万人あたりの死亡率を全国平均まで減少させることを目標とします。	目標
		全国平均以下
		現状
		33.5

小児科医師数	人口 10 万人あたりの小児科医師が全国平均以上となることを目標とします。	目標 12.4 以上 (H22 全国平均)
		現状 10.8
救急搬送数	乳幼児（生後 28 日以上満 7 歳未満）の軽症者救急搬送数を減少させることを目標とします。	目標 2,017 件以下
		現状 2,017 件
小児の訪問診療実施機関数	在宅医療を受ける小児（0 歳～14 歳）の訪問診療を実施する医療機関数を増やすことを目標とします。	目標 14 施設
		現状 7 施設

(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：小児医療に関する情報提供の充実
- 取組方向 4：療養・療育支援体制の充実

(3) 取組内容

取組方向 1：小児医療を担う人材の育成・確保

- 三重大学医学部の医学・看護学教育センターにおける教育体制の充実・強化（三重大学、市町、県）
／関係機関が連携したキャリア形成支援（医療機関、三重大学、MMC 卒後臨床研修センター、県）

取組方向 2：地域差のない小児医療提供体制の充実

- 小児医療に関わる多様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／東紀州保健医療圏と他の保健医療圏との連携体制の構築に向けた検討（医療機関、関係団体、市町、県）

取組方向 3：小児医療に関する情報提供の充実

- 「医療ネットみえ」をはじめとしたさまざまな広報手段を活用して、休日・夜間応急診療所など小児救急医療情報の提供（三重県救急医療情報センター、市町、県、関係機関）
- 育児や小児救急医療に関する相談に小児科医が応じる「みえ子ども医療ダイヤル（#8000）」や各市町におけるフリーダイヤル「24 時間救急・健康相談ダイヤル」の取組／小児のスポーツ外傷について、子どもの事故予防教室等の機会を活用し保護者や教育関係者への情報提供（市町、県、関係機関）

取組方向 4：療養・療育支援体制の充実

- 長期療養を余儀なくされている障がい児等が生活の場で療養・療育できるよう、連携コーディネーター的な役割を果たす人材の確保について検討／NICU 設置病院とかかりつけ医、行政との顔の見える関係構築に向けた取組の推進（医療機関、関係団体、市町、県）
- 長期療養児の在宅療養への円滑な移行に向け、三重大学医学部附属病院に小児在宅医療支援部を設置し小児在宅支援施設ネットワーク体制の構築／小児訪問看護ステーションの確保に向け小児科医や小児看護専門看護師による研修等の人材育成（医療機関、三重大学、関係機関）
- 子どもの発達支援体制強化を図るため、県立草の実りハビリテーションセンターおよび県立小児心療センターあすなろ学園、児童相談センター言語聴覚部門を、「こども心身発達医療センター（仮称）」として、隣接の国立病院機構三重病院と連携し子どもに対する発達支援の拠点として一体整備を促進（医療機関、県）

○ 在宅医療対策

1. 在宅医療の現状

- 高齢化に伴う脳血管疾患、認知症、関節疾患、老衰等の増加によって、医療依存度の高い在宅療養者の増加が予想される。
- 県医師会・県実施のアンケート調査によると、三重県で在宅医療を行っている診療所は、在宅療養支援診療所の届出施設 114、一般診療所 264 の計 378 施設で、在宅医療を行っている病院は 35 病院
- 平成24年6月分の訪問診療件数は8,027件であり、人口1万人あたりの実施件数は県平均43.3件/各市町別では、松阪市が75.2件、大紀町が72.1件、桑名市が71.6件と多いが、地域における医療機関の取組状況によってばらつきがある。
- 平成24年6月現在、訪問診療を受けている在宅患者の主傷病割合は、がん以外の内部臓器疾患が45%、次いで認知症を含む精神疾患が33%/がんに関しては、在宅療養支援診療所では11%であるものの、全体では6%と少ない。
- 24時間体制をとる訪問看護ステーションの従事者数は、全国平均を大きく下回っている。
- 本県の医療保険による訪問看護利用者数は全国平均の70%、小児の訪問看護利用者数は全国平均の43%/介護保険による訪問看護利用者数も全国平均と比較して若干少ない。
- 県内に訪問服薬指導を実施する薬局数は605施設あり、人口1万人あたりの訪問服薬指導を実施する薬局数は全国と同水準
- 在宅医療を実施する病院・診療所のうち緊急一時入院を常に受け入れできるのは19施設のみ
- 在宅看取りを実施している病院は22施設（在宅医療を実施している病院の63%）、診療所（一般診療所と在宅療養支援診療所）は296施設（同じく78%）
- 本県の人口10万人あたりの在宅死者数は177.7人（うち老人ホームでの死亡は43.1人）と、全国151.8人（同33.1人）を大きく上回る。

2. 課題

- サービスを利用する側である地域住民の在宅医療に対する理解の促進
- 県内の在宅医療の提供体制にばらつきがあることから、在宅医療資源の量と質の確保
- 緩和ケアを含むがん医療が可能な診療所や訪問看護ステーションの充実
- 24時間対応の訪問看護ステーションやその従事者の確保
- 在宅への円滑な移行にあたり、入院医療機関が行う退院支援体制の充実
- 多職種連携による退院時カンファレンスの開催など、スタッフの顔の見える関係の構築
- 多職種の関係機関の情報共有の仕組みの構築と、診療材料を効率的に供給する支援
- 在宅における薬剤使用が適正に行われるよう、訪問薬剤管理指導を行う薬局の増加
- 在宅歯科医療および在宅療養患者の摂食・嚥下機能の回復・向上サービスの提供の充実
- 在宅療養患者の病状急変時に24時間対応が可能な体制、および必要に応じて一時受入れを行う病院・有床診療所の連携体制の構築
- 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
- 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

3. 施策の展開

(1) めざす姿

施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる体制ができています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
死亡者のうち死亡場所が在宅の割合(自宅および老人ホームでの死亡)	在宅看取りを実施と回答している病院で3人、一般診療所で2人、在宅療養支援診療所で4人をそれぞれ増加させ、22.2%にすることを目標とします。	目標 ----- 22.2%
		現状 ----- 17.6%
訪問診療件数(人口10万人あたり) ※往診は含みません。	平成22年の算出医療機関1施設あたり月5件増加させ、人口10万人あたり2561件とすることを目標とします。	目標 ----- 2,561件
		現状 ----- 1,879件
24時間体制の訪問看護ステーション従事者数のうち、看護職員数	平成22年介護サービス施設・事業所調査における緊急時訪問看護加算届出63事業所が1施設1人増加させ、255人とすることを目標とします。	目標 ----- 255人
		現状 ----- 192人
入院医療機関との退院時カンファレンス開催回数	医療ネットみえで退院時共同指導に対応と回答している48医療機関が、各2回以上実施し、96件以上とすることを目標とします。	目標 ----- 96件以上
		現状 ----- 27件

(2) 取組方向

取組方向1：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：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：県民等への在宅医療・在宅看取りの普及啓発

(3) 取組内容

取組方向1：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の充実／訪問看護や終末期緩和ケアなどを担う人材の育成(医療機関、市町、県)
- 病状急変時における緊急入院やレスパイト入院など、短期受入れベッドの確保／医療材料等を効率的に供給できるルートの整備を検討(医療機関、医師会、市町)
- 患者、家族および関係職種における薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施など、在宅における薬剤管理体制の整備(薬局、関係機関)
- 三重県口腔ケアステーションを拠点とした在宅歯科診療の体制整備(医療機関、歯科医師会)

取組方向2：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

- 地域リーダー研修受講者が核となって実施する、地域における在宅医療の課題抽出を行う検討会および多職種連携による事例検討会等の取組を促進(市町、県、関係機関)
- 医師の在宅医療に対する負担を軽減するネットワーク構築の検討(医療機関、医師会)
- 多職種の密接な連携を図るため、情報共有システムの構築の検討(関係団体、市町)

取組方向3：県民等への在宅医療・在宅看取りの普及啓発

- 在宅医療・在宅看取りや医療・介護サービスの住民への普及啓発(関係団体、市町、県)
- 退院支援に関わる急性期病院やケアマネジャーに対して、在宅医療についての普及啓発／介護施設における職員への看取り教育の実施を検討(市町、関係機関)

○その他の対策

- ①医療安全対策、②臓器移植対策、③難病・特定疾患対策、④歯科保健医療対策、⑤血液確保対策、⑥医療に関する情報化の推進、⑦外国人に対する医療対策

第6章 保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組

○保健・医療・介護（福祉）の連携

保健・医療・介護（福祉）のサービスは、それぞれの別の制度に基づいて実施されていますが、急速な高齢化の進展や、疾病構造の変化等により、各分野において機能を発揮するだけでなく、分野同士が連携を図り、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活が送れるよう、総合的かつ一体的に提供することが重要です。

第5次改訂では、こうした考え方にに基づき、「三重の健康づくり基本計画」や「みえ高齢者元気・かがやきプラン」「みえ障がい者共生社会づくりプラン」「健やか親子いきいきプランみえ」等の各計画との整合性を確保しつつ、医療と密接に関連する施策の展開を推進します。

○健康づくり活動の推進

近年、平均寿命とともに、健康寿命（介護保険法による介護認定（介護サービス）を受けることなく自立して心身ともに健康的な日常生活を営むことができる期間）の延伸が注目されており、適切な生活習慣の定着に向けたライフステージに応じた健康づくりの重要性が高まっています。

このため、健康づくりの取組促進に向けた環境整備や普及啓発の充実、健康診査の受診率向上に向けた取組を進めていきます。

○高齢者保健福祉の推進

一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加が見込まれる中、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、高齢者のニーズに応じた医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを包括的、継続的に提供する「地域包括ケアシステム」の整備が求められています。

このため、地域包括ケアの推進をはじめ、介護予防の推進、介護サービス基盤の整備、介護・福祉人材の安定的な確保などに取り組みます。

○障がい者のための保健医療の充実

障がいの程度を軽減し、また、心身の機能を維持していくためには、リハビリテーションの充実が重要であることから、適切なリハビリテーション提供体制の整備や社会復帰に向けた支援の充実に取り組みます。

○母子保健対策の推進

県民が安心して子どもを産み、子どもの健やかな成長発達を支えるため家庭や地域における環境づくりの推進を目的として、ライフステージに応じた母子保健サービスの実施や子どもの健やかな育ちを支えるための環境整備に取り組みます。

第7章 健康危機管理体制の構築

○結核・感染症対策

結核やさまざまな感染症から、県民の生命・健康を守るため、発生防止に努めることはもとより、まん延防止に向けた迅速な情報収集、正確な情報提供などを的確に行うとともに、適正な医療の提供体制をめざします。

○医薬品等の安全対策と薬物乱用

医薬品等は、私たちの健康と密接な関係を持つことから、その品質、有効性および安全性を確保するため、監視指導を実施するとともに、医薬分業の推進とかかりつけ薬局の育成を図ります。

また、薬物乱用問題は、世界的な広がりを見せるなど深刻化するとともに、最近では、「脱法ハーブ」「合法ハーブ」と称した製品が流通しており、摂取による健康被害が報告されています。このため、関係機関との連携等により、広く県民に対し薬物乱用防止の啓発活動や相談体制の充実を図ります。

○食の安全確保、生活衛生の確保対策

食品衛生対策を総合的に推進しているものの、食中毒は依然として発生しているため、食品事業者の自主衛生管理の促進や消費者への啓発など、食品による事故の未然防止に向けた取組などを推進していきます。

第8章 保健医療計画の推進体制

○保健医療計画の推進体制

県保健医療計画を着実に推進していくために、県民の皆さんをはじめとして、医療機関、医師会・歯科医師会・病院協会・看護協会・薬剤師会などの医療関係団体、教育機関、市町、県、その他県内で活動する関係機関・団体が、計画におけるそれぞれの立場と役割を正しく理解し、取組を進めていく必要があります。

○保健医療計画に関連する主な計画

「みえ県民カビジョン」「三重県における医療費の見直しに関する計画」「みえ地域ケア体制整備構想」「三重の健康づくり基本計画」「みえ高齢者元気・かがやきプラン」「みえ障がい者共生社会づくりプラン」「健やか親子いきいきプランみえ」「みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」「三重県がん対策戦略プラン」「三重県周産期医療体制整備計画」「三重県へき地保健医療計画」「三重県地域医療再生計画」「三重県地域医療再生計画（拡充分）」

○数値目標の進行管理

県保健医療計画の基本方針を実現していくために、5疾病・5事業及び在宅医療対策にかかる数値目標を定め、毎年度、目標に対する取組の進捗状況の確認を行うとともに、三重県医療審議会および疾病・事業に係る各部会等において報告と検証を行い、県保健医療計画の着実な推進をめざします。

また、数値目標の達成状況や取組の評価・検討結果については、県民皆さんおよび関係機関に対し公表します。

県保健医療計画第5次改訂における数値目標（5疾病・5事業及び在宅医療）

対策・事業	数値目標	現状値	目標値
がん対策	がんによる年齢調整死亡率（75歳未満）	77.4	全国平均よりも ▲10%以上
	がん検診受診率	乳がん 20.8% 子宮頸がん 26.7% 大腸がん 20.5% 胃がん 8.0% 肺がん 20.2%	50%以上 (大腸がん、胃がん、 肺がんは当面 40%)
	がん検診後の精密検査受診率	乳がん 75.5% 子宮頸がん 66.1% 大腸がん 62.9% 胃がん 71.2% 肺がん 62.7%	現状値以上
脳卒中対策	脳血管疾患による年齢調整死亡率	男性 45.4 女性 27.4	男性 42.2 以下 女性 26.5 以下
	特定健康診査受診率	39.2%	70%以上
	脳卒中地域連携クリティカルパス導入実施割合	17.2%	40%以上
	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関数	13	17
急性心筋梗塞対策	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率	男性 23.2 女性 10.7	男性 20.4 以下 女性 8.4 以下
	特定健康診査受診率	39.2%	70%以上
	心臓リハビリテーションを実施する医師および理学療法士、看護師の配置数	—	各保健医療圏に心臓リ ハビリテーション専門 医と理学療法士、看護 師の配置

対策・事業	数値目標	現状値	目標値
糖尿病対策	糖尿病による年齢調整死亡率	男性 6.7 女性 3.4	男性 6.0以下 女性 3.0以下
	糖尿病有病者の増加率	1.24	1.06
	糖尿病に対する透析導入数	343件	新規導入数の低減
精神疾患対策	地域精神保健福祉連携会議の設置数	0	9
	退院促進委員会設置数	4委員会	16委員会
	高齢・長期入院患者の退院者数	6人	7人
救急医療対策	救急医療情報システム参加医療機関数	568機関	693機関
	受け入れ困難事例の割合	30分以上 4.6 4回以上 4.1	30分以上 3.3 4回以上 3.0
	救急搬送患者のうち、傷病程度が軽症であった者の割合	56.0%	50.0%以下
	救急救命士が同乗している救急車の割合	54.9%	70.0%
災害医療対策	県内災害拠点病院等の耐震化率	65.7%	91.4%
	救急告示医療機関のEMIS参加割合	53.1%	100%
	地域災害医療対策会議設置数	3地域	9地域
	災害拠点病院の訓練参加率	83.3%	100%
へき地医療対策	へき地診療所等からの代診医派遣依頼応需率	100%	100%
	へき地診療所に勤務する常勤医師数	13人	13人
	三重県地域医療研修センター研修医受入数(累計数)	127人	332人
周産期医療対策	妊産婦死亡率	6.5	0.0
	周産期死亡率	29位	10位以内
	産科・産婦人科医師数	93	110以上
	小児科医師数	4.3	5.5以上
	就業助産師数	16.0	23.2以上
小児救急対策 小児医療対策	幼児死亡率	33.5	全国平均以下
	小児科医師数	10.8人	12.4人以上
	救急搬送数	2,017件	2,017件以下
	小児の訪問診療実施機関数	7施設	14施設
在宅医療対策	死亡者のうち死亡場所が在宅の割合	17.6%	22.2%
	訪問診療件数	1,879件	2,561件
	24時間体制の訪問看護ステーション従事者数のうち、看護職員数	192人	255人
	入院医療機関との退院時カンファレンス開催回数	27件	96件以上