

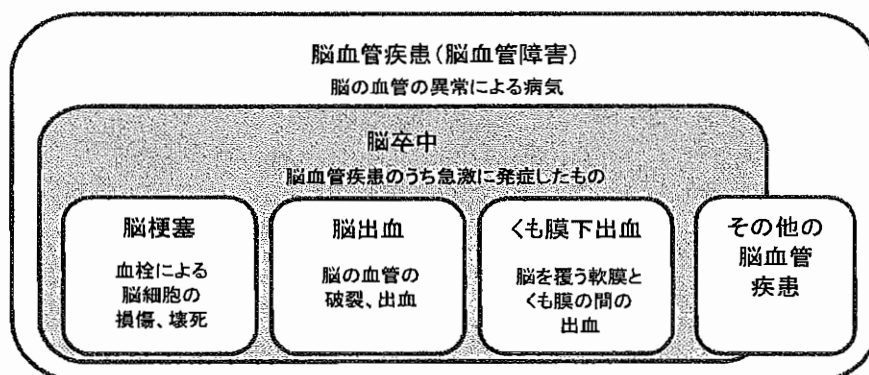
第2節 脳卒中対策

1. 脳卒中における医療の現状

(1) 脳卒中の疫学

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

図表 5-2-1 脳卒中の概念図



- 脳血管疾患は悪性新生物、心疾患に次いで県内における死因の第3位です。年間1,966人が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡数全体の10.2% (全国9.9%) を占めています¹。
- 脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万人あたりの年齢構成を調整した死亡率)は、男性45.4 (全国47.3)、女性27.4 (全国26.3) であり、男性に発症しやすい病気です。また、女性の年齢調整死亡率は全国平均よりやや高くなっています。

図表 5-2-2 脳血管疾患分類別の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)

	区分	脳血管疾患			
		脳梗塞	脳内出血	くも膜下出血	
男	全国 ¹	47.3	24.3	16.5	5.3
	三重県 ²	45.4	23.5	15.9	4.6
女	全国 ¹	26.3	12.3	7.6	5.7
	三重県 ²	27.4	13.8	8.2	4.5

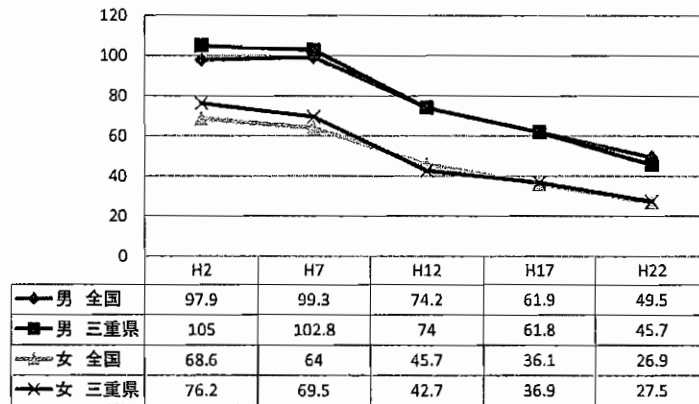
¹出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

²出典：三重県「平成23年 三重県の人口動態調査」

- 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移は、全国とほぼ同様の傾向で低下しています。

¹ 出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

図表 5-2-3 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移（人口10万人あたり）



出典：厚生労働省「平成22年 都道府県別年齢調整死亡率」

- 脳血管疾患患者の在宅死亡割合については、本県は17.4%と全国平均16.7%よりやや高くなっています。

図表 5-2-4 脳血管疾患患者の在宅死亡割合

(単位：人)

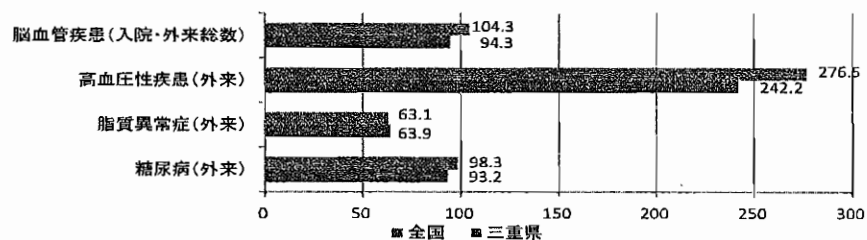
	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人ホーム	自宅	その他	総数
全 国	95,460	3,506	3,027	7,234	13,497	1,143	123,867
	77.1%	2.8%	2.4%	5.8%	10.9%	0.9%	
	82.3%			16.7%		0.9%	
三重県	1,401	54	137	139	203	32	1,966
	71.3%	2.7%	7.0%	7.1%	10.3%	1.6%	
	81.0%			17.4%		0.8%	

出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

(2) 脳血管疾患の患者数と受療動向

- 平成23(2011)年10月の調査日において、県内の医療機関で受療している脳血管疾患の患者数は、18千人と推計されています²。
- 人口10万人あたりの脳血管疾患の年齢調整受療率は、全国の104.3に対して本県は94.3と少ない水準です。

図表 5-2-5 脳血管疾患に関連する疾患の年齢調整受療率



出典：厚生労働省「平成23年 患者調査」

² 出典：厚生労働省「平成23年 患者調査」

- NDBによると、本県の平成22(2010)年10月～平成23(2011)年3月の6か月間における脳血管障害(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血等の脳卒中を含む脳血管の疾患)の入院レセプト件数は、31,830件ありました。
- このうち、1,380件(4.3%)は、愛知県、和歌山県、奈良県、大阪府等の県外医療機関で治療を受けています。また、流出率は、東紀州保健医療圏が28.4%と他の保健医療圏に比べ高くなっています。一方、流入率については、中勢伊賀保健医療圏が16.8%、東紀州保健医療圏が12.0%と高くなっています。
- NDBによる脳血管障害の外来患者の流出・流入率は、入院患者に比べて低くなっていますが、東紀州保健医療圏の流出率と、中勢伊賀保健医療圏の流入率が他の保健医療圏に比べ高くなっています。

図表 5-2-6 保健医療圏別 脳血管障害 入院患者の流出・流入状況

(単位: 件/半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	31,830	11,058	8,240	9,005	2,147	1,380	11.5%
北勢保健医療圏	11,219	10,454	361	33	0	371	6.8%
中勢伊賀保健医療圏	7,747	203	6,857	166	0	521	11.5%
南勢志摩保健医療圏	9,739	125	831	8,543	138	102	12.3%
東紀州保健医療圏	2,640	28	97	239	1,890	386	28.4%
県外	485	248	94	24	119	—	—
流入率	8.5%	5.5%	16.8%	5.1%	12.0%	—	—

出典: 厚生労働省「NDB」(平成22年10月～平成23年3月)

図表 5-2-7 保健医療圏別 脳血管障害 外来患者の流出・流入状況

(単位: 件/半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	402,554	129,556	92,747	148,068	22,677	9,506	5.9%
北勢保健医療圏	132,855	125,892	2,624	242	0	4,097	5.2%
中勢伊賀保健医療圏	91,134	1,609	83,822	3,085	14	2,604	8.0%
南勢志摩保健医療圏	147,763	276	3,856	142,789	122	720	3.4%
東紀州保健医療圏	26,200	93	629	1,442	21,951	2,085	16.2%
県外	4,602	1,686	1,816	510	590	—	—
流入率	4.6%	2.8%	9.6%	3.6%	3.2%	—	—

出典: 厚生労働省「NDB」(平成22年10月～平成23年3月)

(3) 脳卒中の予防

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧の管理が重要です。また、糖尿病、喫煙、不整脈等も発症の危険因子であり、生活習慣の改善や、これらの基礎疾患

を適切に治療することが大切です。

- 本県における特定健康診査*の県内受診率は、44.0%となっています³。
- また、脳卒中由来の認知症を予防する観点からも、脳卒中予防が重要です。

(4) 脳卒中の医療

① 医療提供体制

- 本県の救命救急センター数は平成 24 (2012) 年 4 月現在、4 か所です。ドクターヘリ*等の活用を含め、県内の各保健医療圏の医療機関ごとに、脳卒中の急性期・回復期・維持期の各期に応じた医療を提供しています。
- 平成 22 (2010) 年末における県内の神経内科医師数は 64 人、脳神経外科医師数は 87 人であり、人口 10 万人あたり神経内科医師数は全国平均をやや上回っていますが、脳神経外科医師数は全国平均を下回っています。

図表 5-2-8 神経内科・脳神経外科医師数

(単位：人)

保健医療圏	神経内科医師数	人口 10 万人あたり 神経内科医師数	脳神経外科医師数	人口 10 万人あたり 脳神経外科医師数
全 国	4,094	3.2	6,695	5.3
三重県	64	3.5	87	4.7
北勢保健医療圏	26	3.1	35	4.2
中勢伊賀保健医療圏	21	4.6	25	5.4
伊賀サブ保健医療圏	0	0.0	5	2.8
南勢志摩保健医療圏	17	3.5	23	4.8
伊勢志摩サブ保健医療圏	7	2.8	10	3.9
東紀州保健医療圏	0	0.0	4	4.8

※中勢伊賀保健医療圏、南勢志摩保健医療圏については、それぞれサブ保健医療圏を除いた数値です。
出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 県内には脳卒中集中治療室* (Stroke Care Unit。以下「SCU」という。)を備えた病院が 2 施設と、それ以外に SCU に準じた専門病棟等を設置している病院が 9 施設あります。

図表 5-2-9 SCUを有する病院・病床数

(単位：か所・床)

	SCUを有する施設数 ※		病床数	
	実数	人口 100 万人 あたり施設数	実数	人口 100 万人 あたり病床数
全 国 (平成 23 年)	113	0.90	677	5.36
三重県 (平成 23 年)	1	0.54	3	1.63
三重県 (平成 24 年)	2	1.08	11	5.93

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

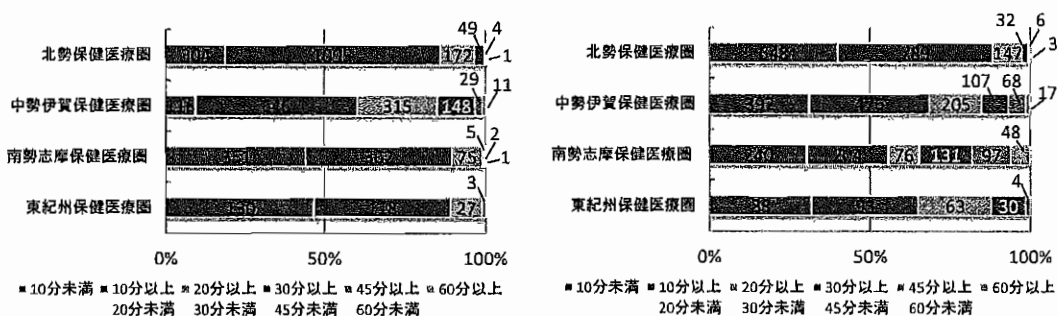
出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」、三重県調査 (平成 24 年)

³ 出典：三重県国民健康保険団体連合会「平成 23 年度特定健診・特定保健指導に関する実施状況アンケート調査報告書」

② 発症直後の救護・搬送

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで効果が高く後遺症もより少なくなるため、本人や家族等周囲にいる者は、脳卒中を疑う症状があれば、診断や治療の開始を遅らせることがないよう、速やかに救急要請を行うことが重要です。
- 救急救命士等は、メディカルコントロール体制のもとで、傷病者を観察して脳卒中の可能性を判断し、適切な救急救命処置等を行った上で、脳卒中の治療が速やかに行われる医療機関に直接搬送することが重要です。
- 県内における救急搬送時間（救急要請から医療機関収容までに要した平均時間）は 36.8 分で、全国平均の 37.4 分より短くなっています⁴。
- 保健医療圏別に脳血管疾患患者の救急搬送状況を見ると、中勢伊賀保健医療圏では現場滞在時間が 20 分以上かかっている件数の割合が高くなっています。また、南勢志摩保健医療圏では現場出発から病院引継ぎまでに 30 分以上かかっている件数の割合が高くなっていますが、これは紀勢地区広域消防組合本部や鳥羽市消防本部において管外への搬送件数割合が高いためと考えられます。
- 特に、脳梗塞の治療においては、速やかに適切な処置が行われることが何よりも重要であることから、今後、救急搬送にかかる現場滞在時間や来院してから治療を開始するまでの時間などを短縮することが必要です。

図表 5-2-10 脳血管疾患患者の救急搬送時間別件数割合
現場滞在時間(左グラフ)、現場出発から病院引継ぎまでの時間(右グラフ)



出典：三重県「平成 23 年 救急隊の活動所要時間別出動状況調査」

図表 5-2-11 脳血管疾患の救急搬送件数

(単位：件・%)

保健医療圏	搬送件数	人口10万人あたりの搬送件数	脳血管件数/全救急出動件数	管外への搬送件数	管外搬送割合
北勢保健医療圏	1,625	190.7	5.0	255	15.7
中勢伊賀保健医療圏	1,265	271.1	6.0	257	20.3
南勢志摩保健医療圏	806	167.3	3.1	303	37.6
東紀州保健医療圏	278	350.3	6.7	22	7.9

出典：三重県「平成 23 年 救急隊の活動所要時間別出動状況調査」

③ 診断

- 問診や身体所見の診察、血液検査に加えて、画像検査（CT、MRI、MRアンギオグラ

⁴ 出典：消防庁「救急・救助の現況」(平成 23 年版)

ファイ等)、超音波検査等を行い診断します。

④ 急性期の治療

- 脳梗塞では血栓を溶かす薬物療法である t-P A（超急性期血栓溶解療法）*が行われる場合があります。この治療は、治療開始までの時間が短いほどその有効性が高く、合併症の発生を考慮すると発症後 4.5 時間以内に治療を開始することが重要であり、できるだけ速やかに専門的な診療が可能な医療機関に搬送されるよう、二次、三次救急医療体制を充実していく必要があります。
- 脳梗塞では患者の状況に応じて、血管内治療による血栓除去術や抗凝固療法（血栓を作らないよう、血液が固まる働きを薬剤により抑える治療法）や抗血小板療法（血栓を作らないよう、血小板の凝集能力を薬剤により低下させる治療法）、脳保護療法（脳梗塞になった際に発生する活性酸素による脳の障害を防ぐため、活性酸素を薬剤により除去する治療法）等の対応が取られます。
- 脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位によっては手術が行われることもあります。
- くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術あるいは開頭を要しない血管内手術を行います。
- 厚生労働省診療報酬施設基準の届出状況に関する集計結果（平成 24 年 1 月現在）によると、t-P Aによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院は県内に 10 施設で、人口 10 万人あたり 0.54 と全国平均の 0.58 をやや下回っています。なお、平成 24（2012）年 7 月の三重県調査によると、県内の実施可能病院は 13 施設に増加しています。
- NDBによると、平成 22（2010）年 10 月～平成 23（2011）年 3 月の 6 か月間におけるくも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術（再出血の防止のため、専用のクリップを用いて脳動脈瘤の根元を挟み、出血を防ぐ方法）の実施件数は県内で 85 件あり、人口 10 万人あたり 4.6 件と、全国平均 5.0 件をやや下回っています。また、くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術（カテーテルを脳血管内へ誘導し、脳動脈瘤内にコイルを詰めて閉塞させる治療方法）の実施件数は県内で 33 件あり、人口 10 万人あたり 1.8 件と、全国平均 1.4 件を上回っています。

図表 5-2-12 急性期の治療に関する医療の提供状況

(単位：か所、件/半年)

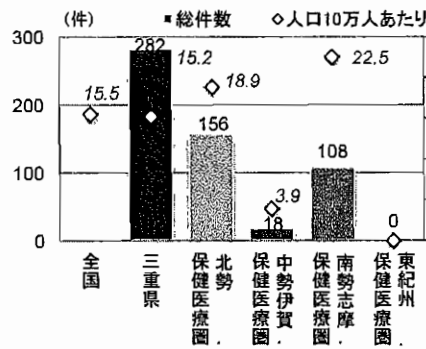
保健医療圏	t-P Aが実施可能な病院数 ¹	人口 10 万人あたり病院数	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術実施件数 ²	人口 10 万人あたり実施件数	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術実施件数 ²	人口 10 万人あたり実施件数
全 国	736	0.6	6,361	5.0	1,812	1.4
三重県	10	0.5	85	4.6	33	1.8
北勢保健医療圏	5	0.6	36	4.4	20	2.4
中勢伊賀保健医療圏	2	0.4	18	3.9	12	2.6
南勢志摩保健医療圏	3	0.6	31	6.4	0	0.0
東紀州保健医療圏	0	0.0	0	0.0	0	0.0

¹出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況に関する集計結果」

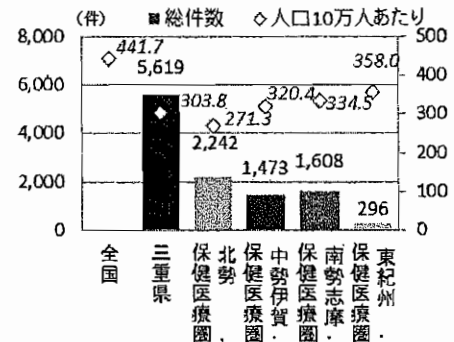
²出典：厚生労働省「NDB」（平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月）

- NDBによると、地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の実施件数は、北勢保健医療圏と南勢志摩保健医療圏で全国平均より多く、中勢伊賀保健医療圏と東紀州保健医療圏では作成の取組が進んでいません。
- 急性期リハビリテーションは廃用症候群（長期の安静状態により引き起こされる筋力低下等の機能低下症状が寝たきりの原因となる）や合併症の予防と早期自立を目的として、可能ならば発症当日からベッドサイドで開始します。
- 早期リハビリテーション実施件数は県内で5,619件あり、人口10万人あたり303.8件と全国平均441.7件を下回っています。

図表 5-2-13 地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の実施件数



図表 5-2-14 早期リハビリテーション実施件数

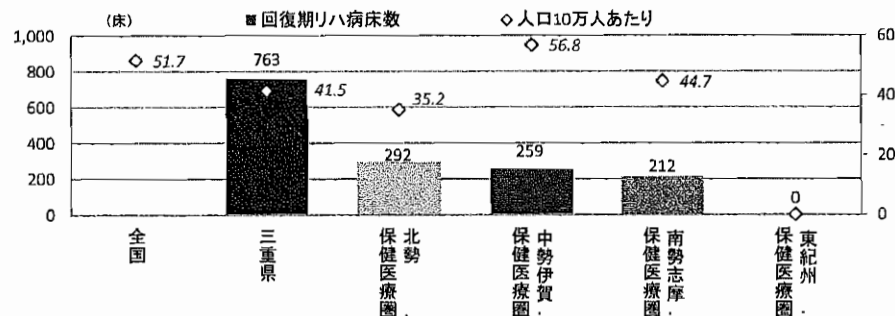


出典：いずれも厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

⑤ 回復期の治療

- 急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、無症候性病変、喫煙、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する治療が行われます。
- 回復期リハビリテーションは機能回復や日常動作の向上を目的として、訓練室での訓練が可能となった時期から集中して行います。
- 本県の人口10万人あたりの回復期リハビリテーションの病床数は、41.5床と、全国平均の50.9床を下回っています。特に、東紀州保健医療圏においては、回復期リハビリテーション病床がありません。

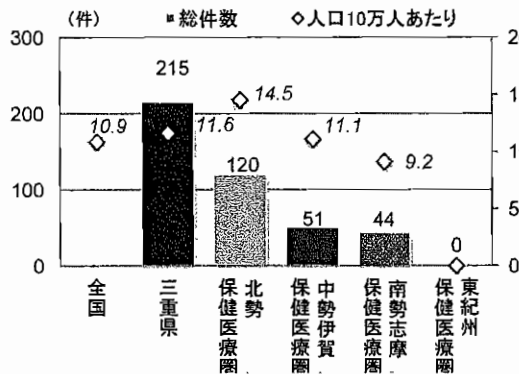
図表 5-2-15 回復期リハビリテーション病床数



出典：三重県調査（平成24年）および回復期リハビリテーション病棟協会調査（平成24年末時点）

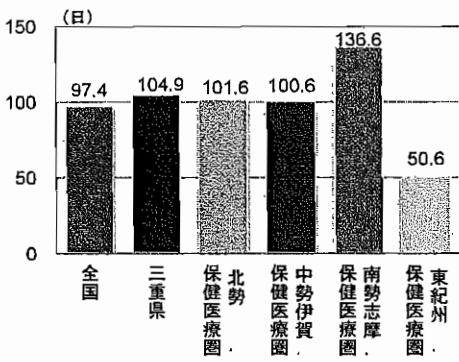
- 地域の医療機関で共通使用する地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数は、北勢保健医療圏と中勢伊賀保健医療圏で全国平均より多くなっています。
- 県内の脳血管疾患患者の平均在院日数は 104.9 日と、全国平均 97.4 日と比べて長くなっています。

図表 5-2-16 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数



出典：厚生労働省「NDB」
(平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月)

図表 5-2-17 脳血管疾患退院患者平均在院日数



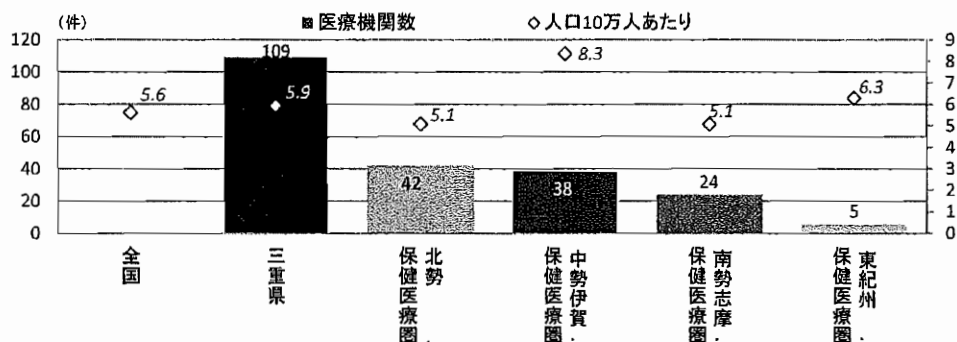
出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

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

⑥ 在宅医療、医療連携

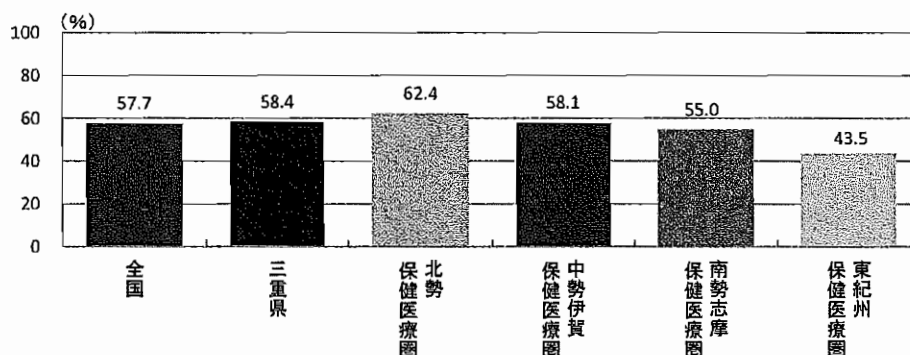
- 在宅療養では、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受けます。脳卒中は再発することも多く、再発に備えて患者の周囲にいる人が対応策を学ぶことが大切です。
- 脳血管疾患等のリハビリテーションが可能な医療機関は県内に 109 施設あり、人口 10 万人あたりで全国平均をやや上回っています。
- 脳血管疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合は 58.4%で、全国平均の 57.7%をやや上回る成果を得ていますが、東紀州保健医療圏では 43.5%と低くなっています。

図表 5-2-18 脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数
(脳血管疾患等リハビリテーション料算定医療機関数合計)



出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

図表 5-2-19 脳血管疾患の在宅等生活の場への復帰割合



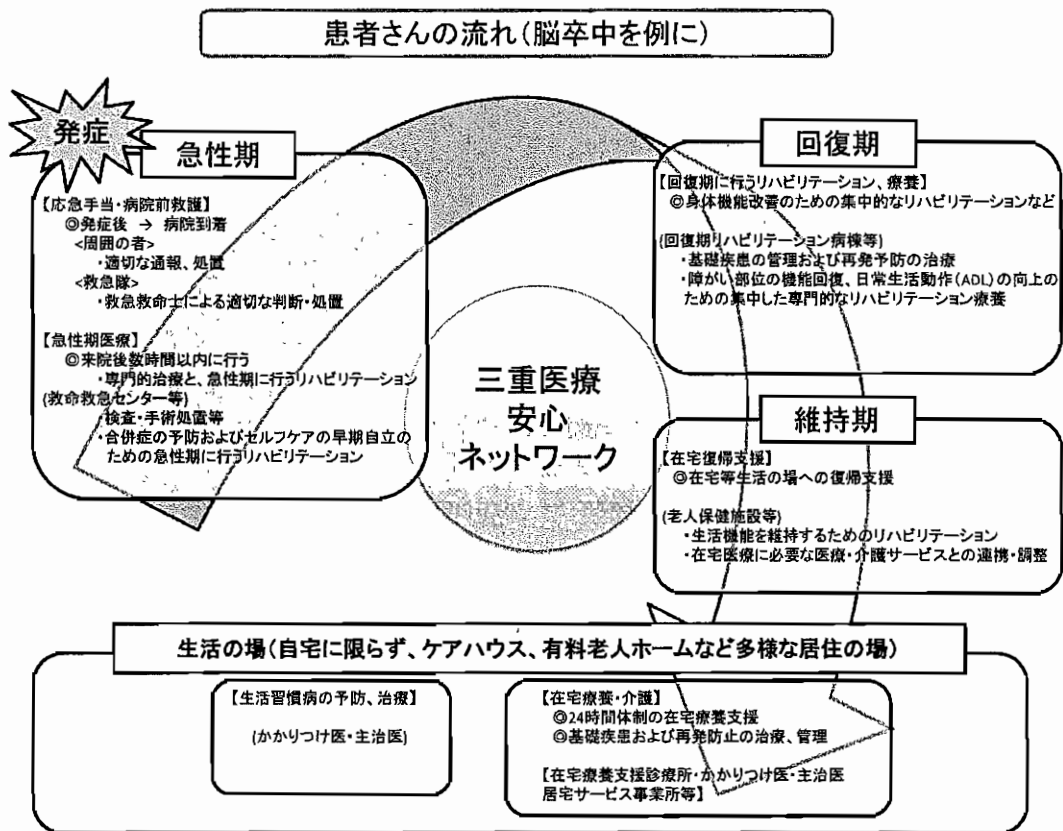
出典：厚生労働省「医政局指導課による平成20年患者調査特別集計」

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 病院前救護を含む急性期、回復期の医療機関の連携に加えて、維持期を担う療養病床、老人保健施設、また、在宅ケアを担う、かかりつけ医、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、ケアマネジャー*等が連携し、切れ目なくケアが提供できる医療連携体制を構築していく必要があります。

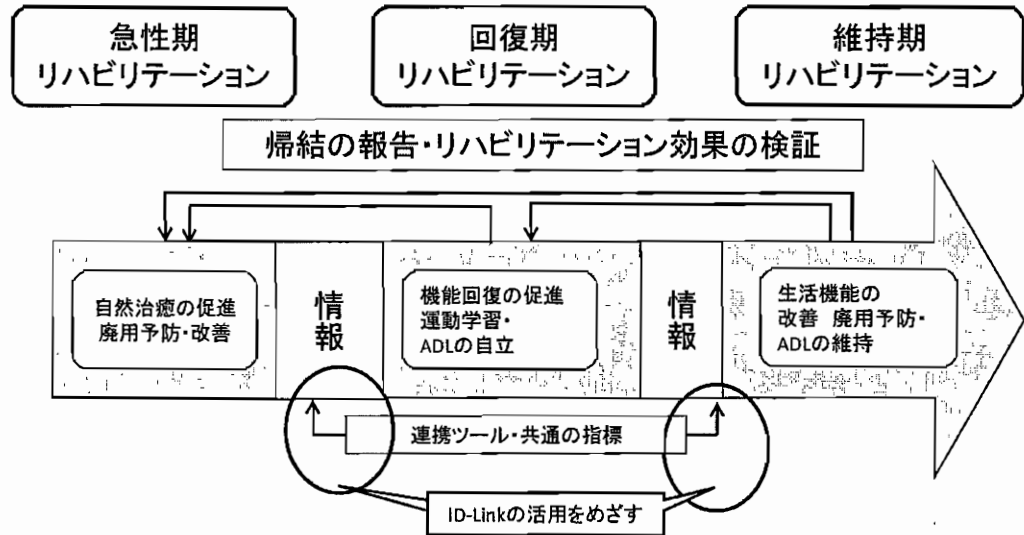
図表 5-2-20 脳卒中地域連携図



- それぞれの地域において、脳卒中地域連携を推進するためには急性期医療、回復期リハビリテーション、維持期リハビリテーションおよび在宅でのケアを担う各機関が、連携ツールや共通の指標、リハビリテーション実施計画書などを明確にした地域連携クリティカルパスを構築していくことが必要です。

図表 5-2-21 脳卒中の地域連携クリティカルパス

地域連携クリティカルパス(リハビリテーションの立場から)



出典：脳卒中医療連携研究会資料をもとに作成

(2) 連携体制の現状

- 脳卒中医療連携システムの構築に向けて、北勢地域、中南勢地域の脳神経外科医、神経内科医、リハビリテーション専門医等が参加した地域脳卒中医療連携研究会が設立され、それぞれの地域における急性期・回復期の脳卒中医療の連携の仕組みが構築されつつあります。
- 県全域を対象にした脳卒中医療福祉連携懇話会において、地域連携クリティカルパスの構築に向けた取組や、先進地の事例を学ぶ研修会が開催されています。
- 本県の脳卒中医療連携圏域は、脳卒中に関する治療や医療資源の状況等から、桑名・員弁、四日市、鈴鹿・亀山、津、伊賀・名張、松阪、伊勢志摩、紀北、紀南の9つを設定することが適切と考えます。

図表 5-2-22 脳卒中医療連携圏域ごとの医療資源と連携体制等の現状

圏域	医療資源と連携体制等の現状
桑名・員弁地域	・ SCUを備えた病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院があり、老人保健施設、訪問看護ステーションも一定程度整備されています。
四日市地域	・ 救命救急センターの機能を有する急性期病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院が整備されています。 ・ 在宅医療の連携の仕組みが構築されつつあります。
鈴鹿・亀山地域	・ 急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院が整備されています。
津地域	・ 救命救急センターの機能を有する急性期病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院が整備されていますが、二次救急医療体制の充実が課題となっています。 ・ 神経内科、脳神経外科の医師が比較的多く確保されています。 ・ 脳卒中に関する在宅医療に向けた機能連携検討会が開催され、地域における回復期の在宅医療等の連携の仕組みが構築されつつあります。

伊賀・名張地域	<ul style="list-style-type: none"> ・地域での二次救急医療体制も構築されていますが、神経内科、脳神経外科医師の確保が必要です。 ・地域連携クリティカルパスの導入に向けた取組が必要です。 ・津地域や鈴鹿・亀山地域の急性期病院と連携した急性期対応も必要です。
松阪地域	<ul style="list-style-type: none"> ・SCUを備えた病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院があり、回復期リハビリテーション病床を有する病院も一定程度整備されています。
伊勢志摩地域	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センターの機能を有する急性期病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院が整備されています。
紀北地域	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の急性期医療を担う病院において脳神経外科、神経内科医師の確保が課題となっています。 ・地域連携クリティカルパスの導入に向けた取組が必要です。 ・松阪地域等の急性期病院との連携を図る必要があります。
紀南地域	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の急性期を担う病院に脳神経外科、神経内科医師の確保が課題となっています。 ・地域連携クリティカルパスの導入に向けた取組が必要です。 ・脳卒中が疑われた急患患者についてCT等により撮影した画像を、医療情報ネットワークにより、和歌山県新宮市の二次救急病院へ送信し、診断および治療は新宮市内の病院で、回復期・維持期の治療は東紀州の二次救急病院で実施するといった、隣県との脳卒中医療体制が構築されつつあります。 ・東紀州地域の回復期リハビリテーションを有する病床がないことから、その整備を進めています。

(3) 各医療機能を担う医療機関

脳卒中医療連携圏域	医療機能	受入れ可能範囲			設 SCUまたは 準備する専門 病棟等を設定 している施設	脳卒中ケア ユニット入院 医療管理料の 届出を行 っている施設	t-PAを用いた 軽静脈的血栓 溶解療法を 実施している 施設	脳外科手術を 実施している 施設	脳血管内手術 を実施してい る施設	急性期リハビ リテーション を実施してい る施設	回復期患者の 外来での受入 が可能である 施設	回復期患者の 入院での受入 が可能である 施設	回復期リハビ リテーション を実施でき る病床を有 している施設	維持期患者の 外来での受入 が可能である 施設	維持期患者の 入院での受入 が可能である 施設	地域連携クリ ティカルパス を導入してい る施設
		急性期	回復期	維持期												
北勢	桑名・員弁	4	8	10	1	1	3	2	2	7	9	9	3	10	10	4
	四日市	2	6	5	2	0	2	2	2	4	5	6	4	4	3	7
	鈴鹿・亀山	2	4	4	2	0	2	2	2	4	5	4	1	5	3	3
中勢	津	5	10	10	1	0	2	2	2	5	7	6	4	12	12	7
伊賀	伊賀・名張	2	1	1	1	0	1	2	2	2	1	1	1	2	1	0
南勢 志摩	松阪	2	5	8	2	1	2	2	2	3	5	5	2	7	8	5
	伊勢志摩	2	4	4	2	0	1	1	1	2	4	3	2	5	5	5
東紀州	紀北	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
	紀南	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0
	総計	20	40	43	11	2	13	14	13	28	38	36	17	46	43	31

出典：三重県調査（平成24年）

3. 課題

(1) 予防体制

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

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

- 脳卒中の治療にあたる神経内科・脳神経外科医師の確保が必要であり、特に伊賀サブ保健医療圏や東紀州保健医療圏において不足しています。
- 救急搬送時間は、全国平均より短くなっていますが、救急搬送時の現場滞在時間や病院引継ぎまでの時間において、保健医療圏で差が見られます。
- 発症後、速やかな救命処置の実施と、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送体制が望まれます。

② 急性期の治療

- 東紀州保健医療圏では、t-P Aによる脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関が不足しており、ドクターヘリの活用や、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が必要です。
- 地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の実施件数は、東紀州保健医療圏と中勢伊賀保健医療圏で少ない状況であり、急性期の地域連携クリティカルパスの作成に向けた取組が必要です。
- 脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数は、全国平均より多くなっていますが、早期リハビリテーション実施件数が全国平均を下回っており、早期リハビリテーション実施への体制整備が必要です。

③ 回復期の治療

- 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病床がないため、回復期リハビリテーション体制を整備していく必要があります。
- 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成件数は、東紀州保健医療圏と南勢志摩保健医療圏で少ない状況であり、回復期の地域連携クリティカルパスの作成に向けた取組が必要です。

④ 在宅医療、医療連携

- 東紀州保健医療圏では、脳卒中医療連携の仕組みを構築し、早期の在宅復帰を推進していく必要があります。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

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

【 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 【人口動態調査】	脳血管疾患の年齢調整死亡率を国の「健康日本 21（第2次）」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 (H23)	
		男性 45.4	女性 27.4
特定健康診査受診率 【特定健康診査】	特定健康診査の受診率を国の「健康日本 21（第2次）」に準じて向上させることを目標とします。	目 標	
		70%以上	
		現 状 (H22)	
		44.0%	
脳卒中地域連携クリティカルパス導入実施割合 【地域連携診療計画管理料】	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 40%以上に増加することを目標とします。	目 標	
		40%以上	
		現 状 (H24)	
		17.2%	
脳梗塞に対する t-P A による脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関数 【診療報酬施設基準】	脳梗塞に対する t-P A による脳血栓溶解療法が、二次保健医療圏域ごとに 1 施設増加することを目標とします。	目 標	
		17 機関	
		現 状 (H24)	
		13 機関	
人口 10 万人あたりの回復期リハビリテーションを実施できる病床数 【診療報酬施設基準】	人口 10 万人あたりの回復期リハビリテーションを実施できる病床数が増加することを目標とします。	目 標	
		50 床	
		現 状 (H24)	
		41.5 床	

(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」の普及啓発等により、脳卒中予防について県民への正しい知識の浸透を図るとともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙等の生活習慣病の予防に取り組みます。(県民、事業者、保険者、市町、県、関係機関)
- 脳卒中の発症につながる高血圧のコントロールと内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)*の予防に向け、健康診断等の受診率の向上を図るとともに、県民への保健指導を充実します。(県民、事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 脳卒中発症の危険因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈等の管理を進めるため、かかりつけ医の定着を促進します。(医療機関、医師会、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、かかりつけ医と地域の基幹病院の病診連携を強化します。(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

- 医療機関の協力を得て、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、家族等発見者による速やかな救急搬送要請についての必要性の周知に努めます。(県民、医療機関、医師会、消防機関、市町、県)
- 脳梗塞発症後、速やかにt-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・連携強化に努めます。(医療機関、消防機関、市町、県)
- 地域メディカルコントロール協議会の定めた手順等に従って、脳卒中による救急搬送事例の事後検証を行います。(医療機関、消防機関、市町、県)

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

- 特に東紀州保健医療圏で不足している回復期リハビリテーションの整備を進めていきます。(医療機関、市町、県)
- 東紀州保健医療圏については、神経内科医、リハビリテーション専門医が不足していることから、圏域内の中核病院の診療体制の充実を図るとともに、ドクターヘリの活用や、隣県の医療機関とも連携した脳卒中医療連携体制の充実に努めます。(医療機関、市町、県、関係機関)

- 在宅療養患者に対する支援を進めるため、入院医療機関と在宅医療に係る機関の情報共有や連携を図り、切れ目のない継続的な医療提供体制を確保するとともに、患者からの連絡を24時間体制で受け、往診や訪問看護等を行う在宅療養支援診療所等の設置を促進します。(医療機関、市町、県)
- 急性期病院において、退院支援に関わる医療従事者およびケアマネジャーなどに対して、在宅医療についての研修を行います。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 回復期・維持期における摂食・嚥下等の口腔機能の回復、誤嚥性肺炎等の予防のための口腔ケアの推進に取り組みます。(医療機関、歯科医師会、県)

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・維持期の各期に対応したリハビリテーション機能をコーディネート*する体制の構築に努めます。(医療機関、地域包括支援センター、介護施設、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(ケアマネジャー、訪問看護・訪問介護事業者、リハビリテーション事業者等)との情報交換を促進します。(医療機関、介護施設、市町、県)
- 各脳卒中医療連携圏域で脳卒中地域連携クリティカルパスが構築されるよう、情報通信技術(ICT)の活用も含め、関係機関が連携して取り組みます。(医療機関、介護施設、医師会、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、研究等を行います。(医療機関、介護施設、医療関係団体、県、関係機関)

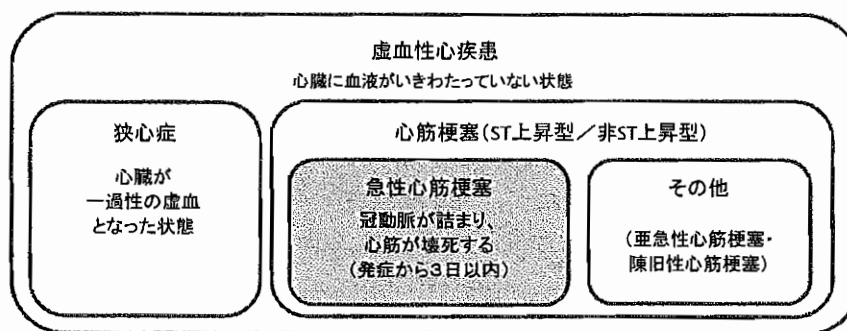
第3節 急性心筋梗塞対策

1. 急性心筋梗塞における医療の現状

(1) 急性心筋梗塞の疫学

- 急性心筋梗塞とは、心臓に十分に血液がいきわたっていない「虚血性心疾患」のひとつで、心臓に酸素と栄養を送る血管である冠動脈に血栓が詰まって心臓の筋肉に血液が流れなくなり、その細胞が壊死してしまう状態です。
- 心筋梗塞は、心電図上の所見によりST上昇型心筋梗塞*と非ST上昇型心筋梗塞*に大別されます。

図表 5-3-1 急性心筋梗塞の概念図



- 本県における心疾患を原因とする死亡数は年間 2,841 人であり、死因別の割合としてはがんに次いで第2位となっています。また心疾患のうち急性心筋梗塞による死亡数は 799 人で、心疾患による死亡割合の 28.1%を占めています¹。
- 本県の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたりの年齢構成を調整した死亡率）は男性 24.0（全国 20.3）、女性 10.5（全国 8.3）であり、全国より高い水準となっています²。

図表 5-3-2 心疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

	区分	心疾患	
			急性心筋梗塞
男	全国 ¹	73.9	20.3
	三重県 ²	72.1	24.0
女	全国 ¹	39.5	8.3
	三重県 ²	37.0	10.5

¹ 出典：厚生労働省「平成23年 人口動態」

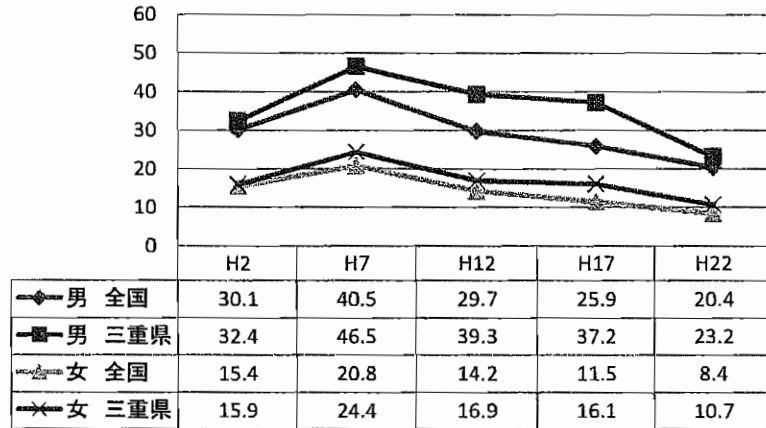
² 出典：三重県「平成23年 三重の人口動態」

¹ 出典：厚生労働省「平成 23 年 人口動態調査」

² 出典：厚生労働省「平成 22 年 都道府県別年齢調整死亡率」

- 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、平成7（2005）年から男女ともに経年的に低下していますが、男女ともに全国の水準をやや上回って推移しています。

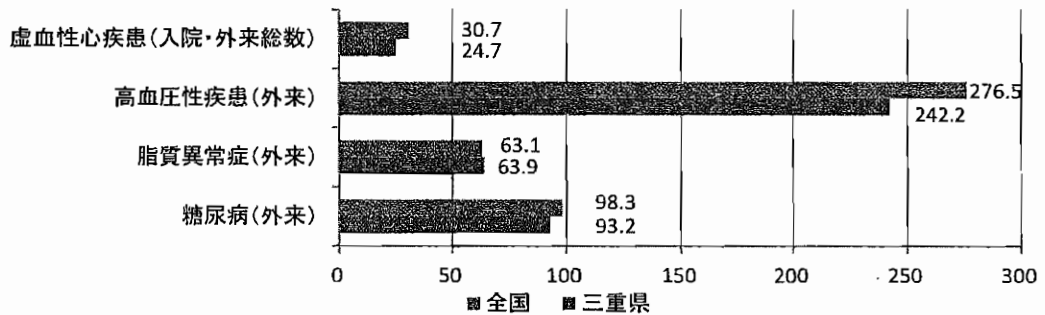
図表 5-3-3 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)



出典：厚生労働省「平成22年 都道府県別年齢調整死亡率」

- 平成23年10月の調査日に、県内の医療機関で受療した急性心筋梗塞の患者数は0.1千人（全国7.5千人）と推計されています³。
- 本県の人口10万人あたりの虚血性心疾患の年齢調整受療率は24.7と、全国平均の30.7に対して低い水準です。しかし、脂質異常症患者の年齢調整受療率は、全国と比較してやや高い傾向にあります。

図表 5-3-4 心疾患に関連する疾患の年齢調整受療率(人口10万人あたり)



出典：厚生労働省「平成23年 患者調査」

(2) 急性心筋梗塞の予防

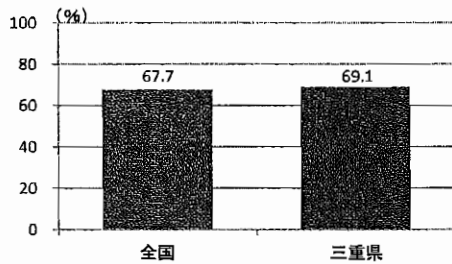
- 急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病に基づくものや喫煙、肥満、ストレス等があり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 本県の健康診断・健康診査の受診率は69.1%で、全国の67.6%と比較して高い傾向にあ

³ 出典：厚生労働省「平成23年 患者調査」

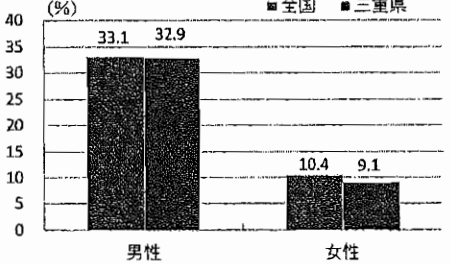
ります。

- 本県における平成 22（2010）年度の特定健康診査の受診率は、44.0%となっています⁴。
- 本県の喫煙率は、男性は 32.9%と全国平均並みであり、女性は 9.1%と全国平均より 1.3ポイント低い水準です。三重の健康づくり総合計画「ヘルシーピープルみえ・21」における平成 22（2010）年の目標値は男性 36.5%、女性 9.0%であり、ほぼ目標値に収まっています。

図表 5-3-5 健康診断・健康診査の受診率



図表 5-3-6 全国と三重県の男女別喫煙率



出典：いずれも厚生労働省「平成 22 年 国民生活基礎調査」

- 禁煙外来を行っている県内の医療機関は、診療所が 148 施設、病院が 15 施設あります。

図表 5-3-7 禁煙外来を行っている診療所数および病院数

(単位:か所)

保健医療圏	診療所数	人口 10 万人あたり 診療所数	病院数	人口 10 万人あたり 病院数
全国	8,536	6.7	1,688	1.3
三重県	148	8.0	15	0.8
北勢保健医療圏	55	6.7	7	0.9
中勢伊賀保健医療圏	38	8.2	4	0.9
南勢志摩保健医療圏	47	9.7	4	0.8
東紀州保健医療圏	8	9.4	0	0.0

出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査（個票解析）」

(3) 急性心筋梗塞の医療

① 急性心筋梗塞の受療動向

- NDBによると、本県の平成 22（2010）年 10 月～平成 23（2011）年 3 月の 6 か月間における急性心筋梗塞の入院レセプト件数は、610 件ありました。このうち、11 件は県外医療機関で治療を受けています。
- 急性心筋梗塞の入院患者の県平均流出率は、1.8%ですが、中勢伊賀保健医療圏は 7.3%と県外への流出率が高くなっています。一方、各保健医療圏への流入はありませんでした。
- 急性心筋梗塞の外来患者のレセプト件数は 5,964 件ありました。このうち 74 件は県外医療機関で治療を受けており、県平均流出率は 3.0%です。特に東紀州保健医療圏の流出率が 13.4%と高くなっています。

⁴ 出典：三重県国民健康保険団体連合会「平成 23 年度 特定健診・特定保健指導に関する実施状況等アンケート調査報告書」

図表 5-3-8 保健医療圏別 急性心筋梗塞 入院患者の流出・流入状況
(単位：件/半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	610	260	140	186	13	11	1.8%
北勢保健医療圏	260	260	0	0	0	0	0.0%
中勢伊賀保健医療圏	151	0	140	0	0	11	7.3%
南勢志摩保健医療圏	186	0	0	186	0	0	0.0%
東紀州保健医療圏	13	0	0	0	13	0	0.0%
県外	0	0	0	0	0	—	—
流入率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	—	—

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

図表 5-3-9 保健医療圏別 急性心筋梗塞 外来患者の流出・流入状況
(単位：件/半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	5,964	2,914	996	1,773	207	74	3.0%
北勢保健医療圏	2,901	2,841	18	0	0	42	2.1%
中勢伊賀保健医療圏	1,050	46	966	38	0	0	8.0%
南勢志摩保健医療圏	1,735	0	0	1,735	0	0	0.0%
東紀州保健医療圏	239	0	0	0	207	32	13.4%
県外	39	27	12	0	0	—	—
流入率	2.4%	2.5%	3.0%	2.1%	0.0%	—	—

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

② 医療提供体制

- 本県の救命救急センター数は、平成24（2012）年4月現在、4か所です。
- 本県において、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人です。人口10万人あたりの医師数では、中勢伊賀保健医療圏は全国平均を上回っていますが、他の保健医療圏では低い水準となっています。

図表 5-3-10 循環器内科・心臓血管外科医師数
(単位：人)

保健医療圏	循環器内科 医師数	人口10万人 あたり医師数	心臓血管 外科医師数	人口10万人 あたり医師数
全国	10,829	8.5	2,812	2.2
三重県	120	6.5	33	1.8
北勢保健医療圏	50	6.0	8	1.0
中勢伊賀保健医療圏	40	8.7	16	3.5
南勢志摩保健医療圏	30	6.2	9	1.9
東紀州保健医療圏	0	0.0	0	0.0

出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 急性心筋梗塞等の重篤な患者を集中治療する冠状動脈疾患集中治療室（Coronary Care Unit。以下「CCU*」という。）を設置する病院は県内に14施設あり、人口10万人あたりの施設設置数は各保健医療圏ともに全国を上回っています。
- CCU設置病院における専用病床は50床あり、人口10万人あたりの病床数も各保健医療圏ともに全国を大きく上回っています。

図表 5-3-11 CCUを有する病院数と病床数

(単位：か所、床)

保健医療圏	施設数	人口10万人あたり施設数	病床数	人口10万人あたり病床数
全 国	350	0.3	1,772	1.4
三重県	14	0.8	50	2.7
北勢保健医療圏	4	0.5	20	2.4
中勢伊賀保健医療圏	3	0.7	8	1.7
南勢志摩保健医療圏	6	1.3	19	4.0
東紀州保健医療圏	1	1.2	3	3.7

出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

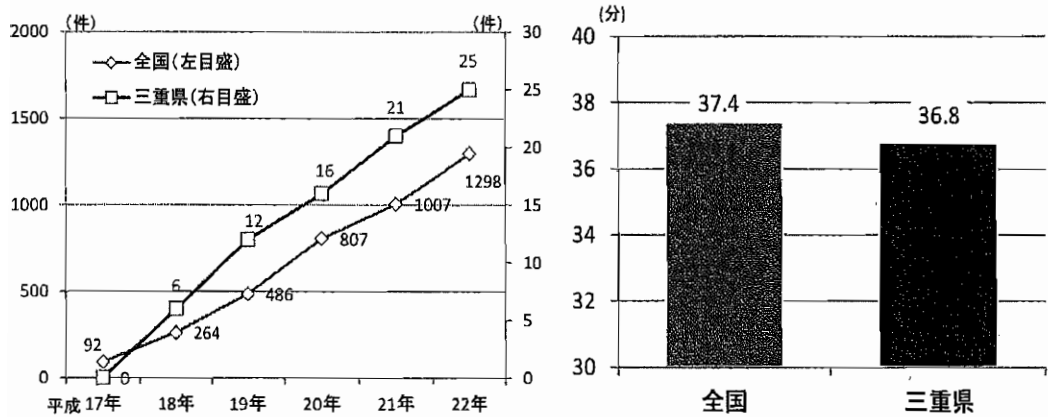
③ 発症後の救護・搬送等

- 前胸骨部から左前胸部にかけて激しい胸痛を生じる等の急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は速やかに救急要請を行います。
- また、急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施やAED（自動体外式除細動器*）等による電気的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要です。
- AEDは、全国に約33万台普及しており、住民による心肺機能停止傷病者への応急手当実施率は約43%となっています。
- 県内のAEDの公共施設における設置台数は1,413台⁵で、県民により除細動が実施された件数は年々増加しています⁶。
- 平成22（2010）年の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は36.8分で、全国平均の37.4分より短くなっています。

⁵ 出典：三重県調査（平成21年度）

⁶ 出典：消防庁「平成23年度 救急・救助の現況」

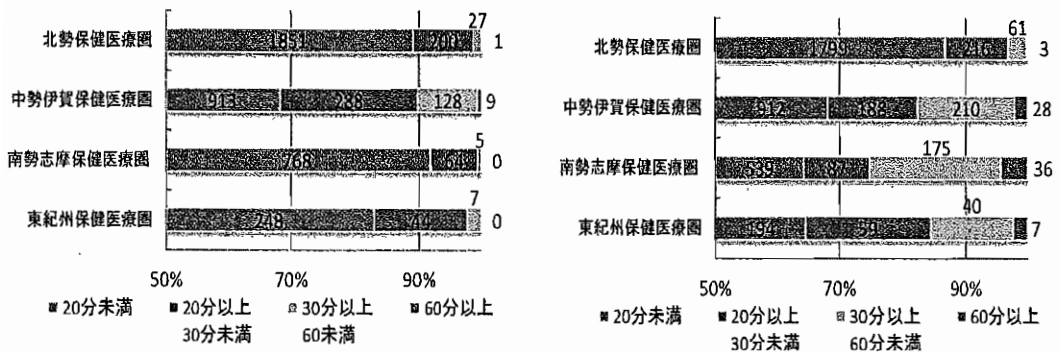
図表 5-3-12 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち住民により除細動が実施された件数(左グラフ)
救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間(右グラフ)



出典：消防庁「平成23年度 救急・救助の現況」

- 県内において、平成 22 (2010) 年の救急蘇生法講習 (普通・上級講習) の受講者数は、人口 1 万人あたり 128 人であり、全国平均の 116 人を上回っています。
- 保健医療圏別に心疾患患者の救急搬送状況を見ると、現場到着から現場出発時間 (現場滞在時間) が 20 分以上かかっている件数割合が中勢伊賀保健医療圏において高くなっています。また現場出発から病院引継ぎまでの時間については、南勢志摩保健医療圏において 30 分以上かかっている件数の割合が高くなっています。これは鳥羽市消防本部や紀勢地区広域消防組合消防本部管内において管外への搬送件数割合が高くなっているためと考えられます。

図表 5-3-13 心疾患患者の救急搬送時間別件数割合
現場滞在時間(左グラフ)、現場出発から病院引継ぎまでの時間(右グラフ)



出典：三重県「平成 23 年 救急隊の活動所要時間別出動状況調査」

図表 5-3-14 心疾患の救急搬送件数

(単位：件、%)

消防本部		全搬送件数	管外への搬送件数	管外搬送割合
北勢 保健医療圏	桑名消防本部	480	73	15
	四日市市消防本部	956	64	7
	菰野町消防本部	73	43	59
	鈴鹿市消防本部	423	47	11
	亀山市消防本部	147	77	52
中勢伊賀 保健医療圏	津市消防本部	745	17	2
	伊賀市消防本部	328	158	48
	名張市消防本部	265	114	43
南勢志摩 保健医療圏	松阪地区広域消防組合	—	—	—
	伊勢市消防本部	458	4	1
	鳥羽市消防本部	82	81	99
	志摩広域消防組合消防本部	204	92	45
	紀勢地区広域消防組合消防本部	93	69	74
東紀州 保健医療圏	三重紀北消防組合消防本部	157	0	0
	熊野市消防本部	142	33	23

※松阪地区広域消防組合については、集計不能のため掲載していません。

出典：三重県「平成23年 救急隊の活動所要時間別出動状況調査」

④ 診断

- 問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、X線検査や心エコー検査等の画像診断、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行って診断します。

⑤ 急性期の治療

- 急性心筋梗塞の治療においては、発症後速やかに専門的治療が実施できる体制整備が重要であり、急性心筋梗塞の患者が医療機関到着後30分以内に治療を開始できる体制が必要です。
- ST上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査およびそれに続く経皮的冠動脈形成術（Percutaneous Coronary Intervention。以下「PCI*」という。）により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体です。特に発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高く、発症後1時間以内に治療を開始した場合に最も死亡率が低くなります。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術（Coronary Artery Bypass Graft。以下「CABG*」という。）等の外科的治療が第一選択となることもあります。非ST上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物治療に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、結果によりPCI、CABGを行います。
- 急性心筋梗塞等の患者に対してバルーン（風船）のついた大動脈内カテーテルを用いて心臓の動きを助ける大動脈バルーンポンピング法（IABP*）が実施可能な病院が県内に25施設あります。

図表 5-3-15 大動脈バルーンパンピング法が実施可能な病院数
(単位：か所)

保健医療圏	病院数	人口10万人 あたり病院数
全 国	1,641	1.3
三重県	25	1.4
北勢保健医療圏	11	1.3
中勢伊賀保健医療圏	7	1.5
南勢志摩保健医療圏	6	1.3
東紀州保健医療圏	1	1.2

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況（平成24年1月）」

- NDBによると、本県の平成22（2010）年10月～平成23（2011）年3月の6か月間における急性心筋梗塞に対するカテーテル*を用いた経皮的冠動脈形成手術件数は525件、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数は141件実施されています。
- 急性心筋梗塞に対するPCIは、各保健医療圏で実施されていますが、人口10万人あたりでは南勢志摩保健医療圏や中勢伊賀保健医療圏で多く実施されています。虚血性心疾患に対する人口10万人あたりの心臓血管外科手術は、南勢志摩保健医療圏で多く実施され、東紀州保健医療圏では実施されていません。

図表 5-3-16 手術件数

(単位：件／半年)

保健医療圏	急性心筋梗塞に対する 経皮的冠動脈形成手術		虚血性心疾患に対する 心臓血管外科手術	
	件 数	人口10万人あたり	件 数	人口10万人あたり
全 国	36,483	28.7	8,098	6.4
三重県	525	28.4	141	7.6
北勢保健医療圏	193	23.4	62	7.5
中勢伊賀保健医療圏	148	32.2	23	5
南勢志摩保健医療圏	176	36.6	56	11.6
東紀州保健医療圏	—	—	0	0

※東紀州保健医療圏では、レセプト数が10件未満のため非表示「—」となっています。

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

⑥ 心臓リハビリテーション

- 心臓リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰および社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法等を実施します。
- 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施設あります。

図表 5-3-17 心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数

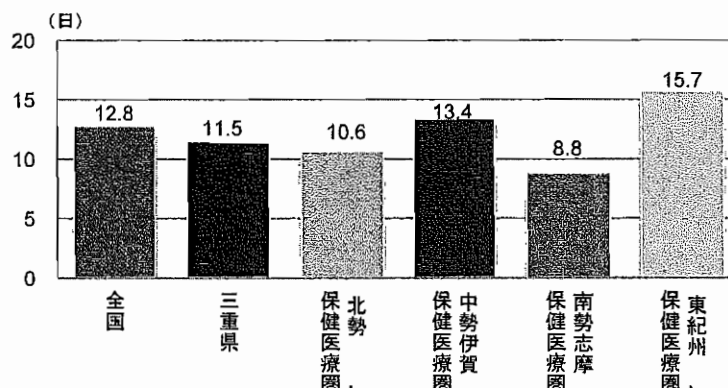
(単位：か所)

保健医療圏	心大血管リハビリテーション料 I*の病院数	人口 10 万人あたりの病院数	心大血管リハビリテーション料 II*の病院数	人口 10 万人あたりの病院数
全 国	581	0.5	98	0.1
三重県	6	0.3	2	0.1
北勢保健医療圏	1	0.1	0	0.0
中勢伊賀保健医療圏	4	0.9	2	0.4
南勢志摩保健医療圏	1	0.2	0	0.0
東紀州保健医療圏	0	0.0	0	0.0

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況（平成 24 年 1 月）」

- 循環器疾患の予防や運動療法、食事療法等の包括的リハビリテーションを実施する専門職として、日本心臓リハビリテーション学会が認定を行う心臓リハビリテーション指導士*は、県内に 21 人（平成 25 年 1 月 25 日現在）います。
- 本県の虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数は 11.5 日であり、各保健医療圏で差があります。

図表 5-3-18 虚血性心疾患患者平均在院日数



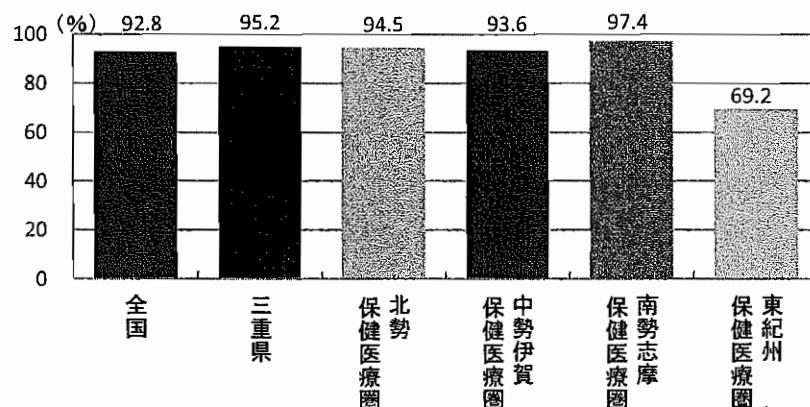
※本県のデータについては、虚血性心疾患の治療とは考えにくい短期および長期入院と思われるデータを除くことにより補正しました。全国データは補正していませんので、参考値となります。

出典：厚生労働省「平成 20 年 患者調査（個票解析）」をもとに作成

⑦ 急性期以降の医療

- 急性心筋梗塞発症当日から数週間以内に発症する可能性のある不整脈、ポンプ失調（血液が心臓から出入りしにくい状態）、心破裂（心室の壁をつくっている心筋が裂ける状態）等の合併症予防、再発予防、心臓リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の継続的な管理が行われています。
- 県内の虚血性心疾患退院患者の在宅等への復帰割合は 95.2%と、全国平均の 92.8%に比べて高くなっています。保健医療圏別に見ると、東紀州保健医療圏は 69.2%と低い割合となっています。

図表 5-3-19 虚血性心疾患退院患者の在宅等への復帰割合



出典：厚生労働省「医政局指導課による平成20年患者調査の特別集計」

⑧ 保健医療圏別の特徴や取組

- 地域の特徴に応じて、個々の医療機能や、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築することが重要です。
- 保健医療圏別には、次のような特徴や取組があります。

図表 5-3-20 各保健医療圏の特徴および取組

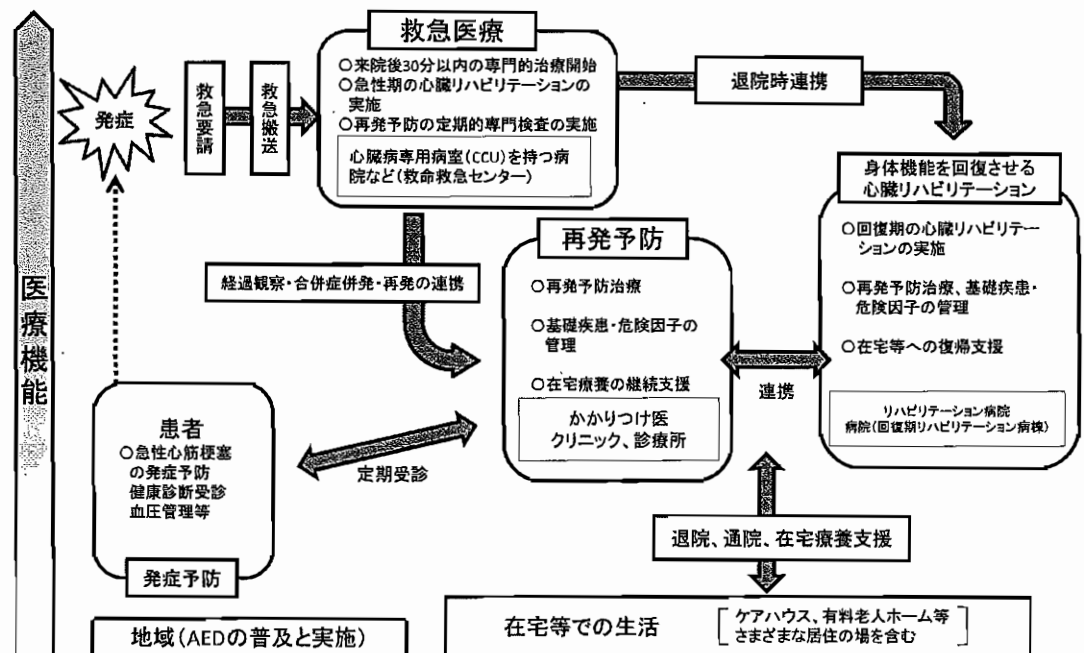
保健医療圏	特徴および取組
北勢保健医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急性心筋梗塞の急性期の治療を行う3施設において地域連携クリティカルパスが整備されています。
中勢伊賀保健医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急車の現場滞在時間が他の保健医療圏よりも長くなっています。 ・ モデル的に救急車に心電図の電送システムを配備し、救急搬送中から、患者の心電図を救急医療機関へ伝送し、読影が可能となる仕組みを構築する予定です。 ・ 他の保健医療圏と比べて、循環器内科や心臓血管外科の医師数が多くなっています。
南勢志摩保健医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ CCUを有する病院が多く整備され、経皮的冠動脈形成手術件数、心臓血管外科手術の人口10万人あたり件数は、他の保健医療圏と比べて多くなっています。他の保健医療圏からの流入患者数も多くなっています。
東紀州保健医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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ります。 ・ 循環器内科や心臓血管外科の医師が不足しています。

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 急性心筋梗塞に対する医療については、血圧管理から、発症後の救急要請、搬送、救急病院での迅速な専門的治療、急性期における心臓リハビリテーションの実施、回復期の心臓リハビリテーション、在宅での療養、再発予防治療といった一連の流れが、切れ目なく実施されることが重要です。そのためには、かかりつけ医、救急医療機関、回復期のリハビリテーションを担う医療機関等の連携体制を構築する必要があります。

図表 5-3-21 急性心筋梗塞の医療連携体制



(2) 連携体制の現状

- 三重大学医学部に「三重県CCUネットワーク支援センター」を設置し、三重県CCU連絡協議会を組織して、急性心筋梗塞の医療提供体制や連携についての情報分析を行い、課題抽出や問題解決の検討を行っています。
- 本県の急性心筋梗塞医療連携圏域は、CCUまたはそれに準ずる専用病棟の配置状況から、二次救急医療を提供する圏域と同じ範囲とすることが適切と考えます。

(3) 各医療機能を担う医療機関

医療機能 保健医療圏	予防	救急・急性期			回復期	再発予防
		メディカルコントロール体制	二次救急医療圏	CCUの専用病棟を有する施設 ¹	心臓リハビリテーションが実施できる施設 ²	
北勢保健医療圏	病院または診療所	桑員地域	北勢地域 桑名地区	1	1	病院または診療所
		四日市地域	北勢地域 四日市地区	1		
		鈴鹿亀山地域	北勢地域 鈴鹿地区	2		
中勢伊賀保健医療圏		津・久居地域	中勢伊賀地域 津地区	2	6	
		伊賀地域	中勢伊賀地域 伊賀地区	1		
南勢志摩保健医療圏		松阪地域	南勢志摩地域 松阪地区	4	1	
		三地域	南勢志摩地域 伊勢地区	2		
			南勢志摩地域 志摩地区	0		
東紀州保健医療圏		尾鷲地区	東紀州地域 尾鷲地区	1	0	
		紀南地域	東紀州地域 熊野地区	0		

¹出典：厚生労働省「平成23年医療施設調査」

²出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」

3. 課題

(1) 予防体制

- 急性心筋梗塞による年齢調整死亡率は減少傾向にありますが、全国と比較すると高い傾向にあります。特定健康診査の受診率を向上させ、早期発見に努めるとともに、重症化を防ぐための生活習慣病対策の推進が必要です。
- 喫煙率は全国と比較して低い傾向にありますが、さらなる低下のための取組を推進する必要があります。
- 本県における急性心筋梗塞の発症状況やリスク要因、治療状況等の疫学情報を把握し、分析する体制を構築する必要があります。

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

- 発症後、バイスタンダー*（患者に一番近い人）による速やかな心肺蘇生法等の救命処置の実施と、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送体制が望まれます。

- 救急搬送において、全国平均より短い時間で搬送されていますが、心疾患患者の救急搬送時に受入医療機関を決定するのに時間がかかり、現場での滞在時間が長くなっている地域があり、速やかに受入病院が決定できる体制整備が必要です。
 - 消防本部管内に心疾患の専門的な診療が可能な医療機関がない場合は、管外医療機関への搬送が必要であるため、救急搬送時間が長くなっており、搬送時の適切な処置やより迅速な搬送が望まれます。
- ② 急性期の治療
- 保健医療圏によって手術等の治療実施状況に偏りがあり、医療提供体制において地域間で差があります。各保健医療圏において専門的な治療が受けられる体制整備が必要です。
 - 心臓血管外科医師、循環器内科医師等の専門医についても偏在があり、不足している保健医療圏では確保の必要があります。
- ③ 心臓リハビリテーション
- 合併症予防や在宅復帰を目的とした心臓リハビリテーションが可能な体制、ならびに運動耐容能（身体運動負荷に耐えるために必要な呼吸や心血管系の能力に関する機能）等に基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、包括的あるいは多要素リハビリテーションを実施できる施設を増やすことが必要です。
 - 急性心筋梗塞に対する医療や心臓リハビリテーションの質を向上させるため、医師や理学療法士、看護師の教育が必要です。
- ④ 急性期以降の医療
- CCU設置病院と心臓リハビリテーション病院の連携構築が必要です。
 - 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が必要です。
 - 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連携の強化が必要です。
 - 急性心筋梗塞の発症時における細菌性心内膜炎等の術後合併症の予防や、急性心筋梗塞の発症（再発）のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し専門的な口腔ケアや歯周疾患治療に取り組むことが必要です。

4. 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、バランスのとれた食生活や適度な運動の実施、定期的な健康診断の受診により生活習慣病の予防に取り組んでいます。
- 急性心筋梗塞を発症した患者に対して、周囲の人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。

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

【 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 【人口動態調査】	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率を平成 23 (2011) 年の全国値まで低減することを目標とします。	目 標	
		男性 20.3 以下	女性 8.3 以下
		現 状 (H23)	
		男性 24.0	女性 10.5
特定健康診査受診率 【特定健康診査】	特定健康診査受診率を国の「健康日本 21 (第 2 次)」に準じて向上することを目標とします。	目 標	
		70%以上	
		現 状 (H22)	
		44.0%	
医師、理学療法士および看護師の心臓リハビリテーション指導士を配置している医療機関数 【三重県調査】	心臓リハビリテーション指導士として、医師、理学療法士および看護師が配置された医療機関の増加を目標とします。	目 標	
		5 施設以上	
		現 状 (H24)	
		0 施設	

(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

- 「三重の健康づくり基本計画」の普及啓発等により、急性心筋梗塞について県民への正しい知識の浸透を図るとともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙等生活習慣病の予防に取り組みます。(県民、事業者、保険者、市町、県、関係機関)
- 急性心筋梗塞の発症につながる内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の予防に向け、健康診断の受診率の向上を図るとともに、県民への保健指導を充実します。(県民、事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 急性心筋梗塞発症の危険因子である高血圧、糖尿病、高脂血症、慢性腎疾患等の疾患を持つ患者が継続して適切な治療を受け、重症化を防ぐことができるよう、保健指導に取り組みるとともに、急性心筋梗塞や狭心症の初発症状について、理解し、適切に対応できるよう

普及啓発を行います。(医療機関、医師会、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、かかりつけ医と基幹病院の病診連携を強化します。(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

- 急性心筋梗塞を発症したバイスタンダーが迅速な心肺蘇生法の実施やAEDの使用ができるよう救急蘇生法講習を積極的に実施するとともに、AEDの普及啓発を行います。(県民、消防機関、市町、県)
- 救急車の不要不急な利用により、真に救急対応が必要な人への救急医療が支障を来す結果とならないよう、救急車の適正利用について啓発を行います。(消防機関、医療関係団体、市町、県)
- 発症後の患者に対して、救急搬送中からの処置、適切な専門医療機関の決定、医療機関において受入準備が整えられ早期治療が可能となるように、患者情報の伝達の仕組みを含め、二次、三次救急医療体制の充実を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県)
- 地域メディカルコントロール協議会の定めた手順等に従って、心筋梗塞患者に対する救急搬送事例の事後検証を行います。(医療機関、消防機関、市町、県)

取組方向3：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医療連携が強化できる体制を検討します。(医療機関、三重大学、消防機関、医師会、県)
- 回復期の心臓リハビリテーション実施施設の整備を進めるとともに、救急医療から回復期心臓リハビリテーション施設への病病連携の強化を図るため、医療連携クリティカルパス等の作成を進めます。(医療機関、三重大学、医師会、県、関係機関)
- 回復期の心臓リハビリテーション病院と地域のかかりつけ医との間で地域連携クリティカルパス等の構築を行い、病診連携を強化します。また、術後の口腔ケアについて医科歯科連携を強化できる体制を検討します。(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や心臓リハビリテーションの質を向上させるため、心臓リハビリテーション指導士の養成を含めた、医師、理学療法士、看護師等の研修を推進します。(医療機関、三重大学、医師会、看護協会、県)

第4節 糖尿病対策

1. 糖尿病における医療の現状

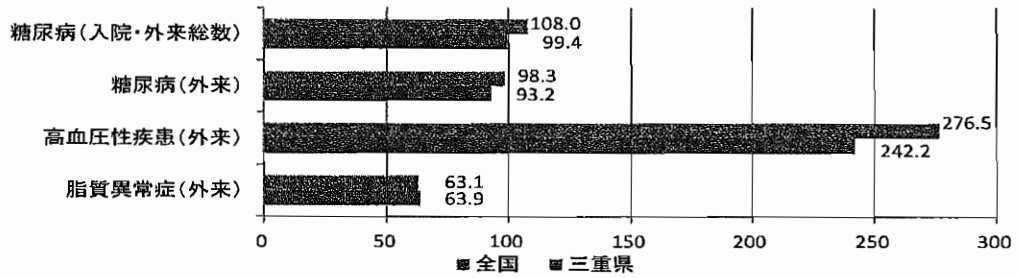
(1) 糖尿病の疫学

- 食品に含まれる糖質は、消化・分解されてブドウ糖となり、体や脳が活動するためのエネルギー源として使われます。ところが、膵臓から分泌されるインスリン*が不足したり、十分に作用しなくなったりすると血液中のブドウ糖がエネルギー源として取り入れられなくなり、慢性的に血糖値が高くなります。余ったブドウ糖は尿から排出されるので糖尿病と呼ばれます。
- 血糖値が高くなると、細かい血管の集まっている眼や腎臓等が障害を受け、合併症を引き起こします。また心筋梗塞や脳梗塞等の原因となる動脈硬化も起きやすくなります。
- 糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリンの分泌低下・抵抗性等を来す遺伝因子に過食、運動不足、肥満等の環境因子および加齢が加わり発症する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型糖尿病により異なりますが、適切な血糖コントロールが必要であることは変わりません。
- 平成19（2007）年時点で、全国で糖尿病が強く疑われている人は約890万人であり、過去5年間で約150万人増加しています。また糖尿病の可能性が否定できない人は約1,320万人であり、過去5年間で約440万人増加しています。全国で継続的に医療を受けている糖尿病の患者数は約237万人であり、国民病といっても過言ではない病気です¹。
- 全国の糖尿病患者のうち、11.8%が糖尿病神経障害*を、11.1%が糖尿病腎症*を、10.6%が糖尿病網膜症*を、0.7%が糖尿病足病変*を合併しています。また、人工透析*患者のうち43.5%の人が糖尿病腎症を原疾患*としています。糖尿病の患者は、高血圧、脂質異常症を併発していることが多く、これらの因子が揃うと脳卒中や心筋梗塞になる可能性が非常に高くなるといわれています²。
- 人口10万人あたりの糖尿病の年齢調整受療率は、全国の108.0人に対して本県は99.4人とやや少ない水準ですが、糖尿病合併症の危険因子である脂質異常症の患者の年齢調整外来受療率は全国平均よりも高くなっています。
- 近年の子どもの健康問題として、テレビ・パソコン・ゲーム機の長時間使用による運動不足、塾や習い事等によって、夜間の遅い帰宅となるための生活リズムや食生活の乱れによって、生活習慣病が懸念されます。

¹ 出典：厚生労働省「平成20年患者調査」、厚生労働省「健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料」

² 出典：厚生労働省「平成19年国民健康・栄養調査」

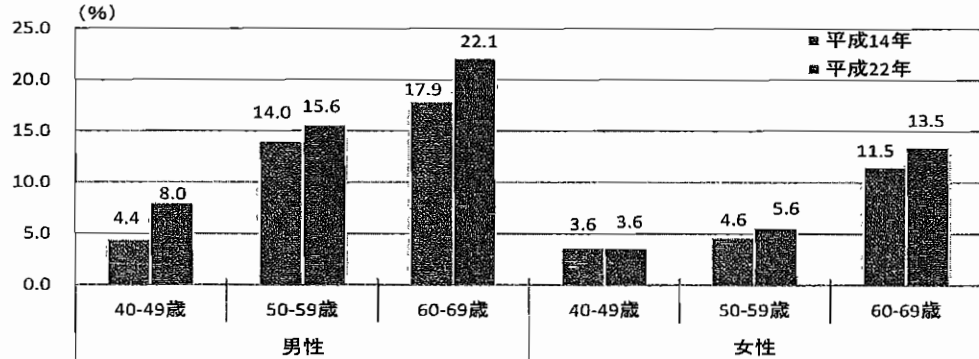
図表 5-4-1 糖尿病に関連する疾患の年齢調整受療率(人口 10 万人あたり)



出典：厚生労働省「平成23年 患者調査」

- 平成 22 (2010) 年のデータを平成 14 (2002) 年のデータと比較すると、糖尿病が強く疑われる人の割合 (HbA1c *6.1%以上の人：JDS 値*) は、全国・三重県共に壮年期の男性において強い増加傾向が見られます。また、糖尿病予防のための特定保健指導対象者の割合 (HbA1c 5.2~6.0%：JDS 値) は、性別年代を問わず南勢志摩保健医療圏で強い増加傾向が見られます。

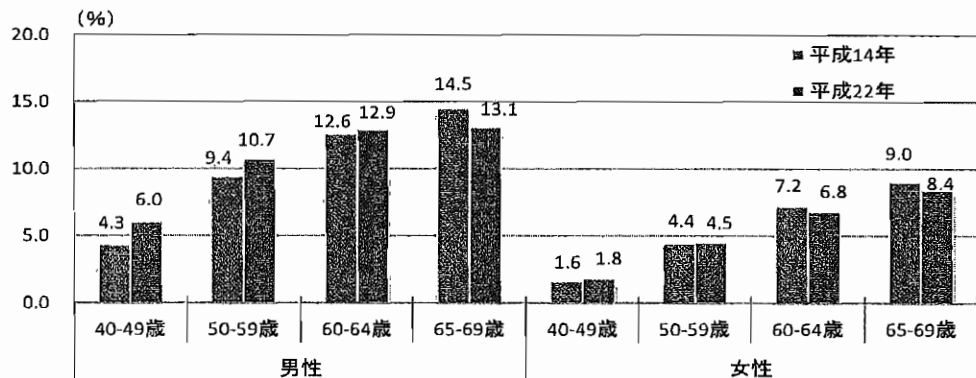
図表 5-4-2 糖尿病が強く疑われる人の割合(全国)



※ 糖尿病が強く疑われる人 (HbA1c 6.1%以上：JDS 値)

出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

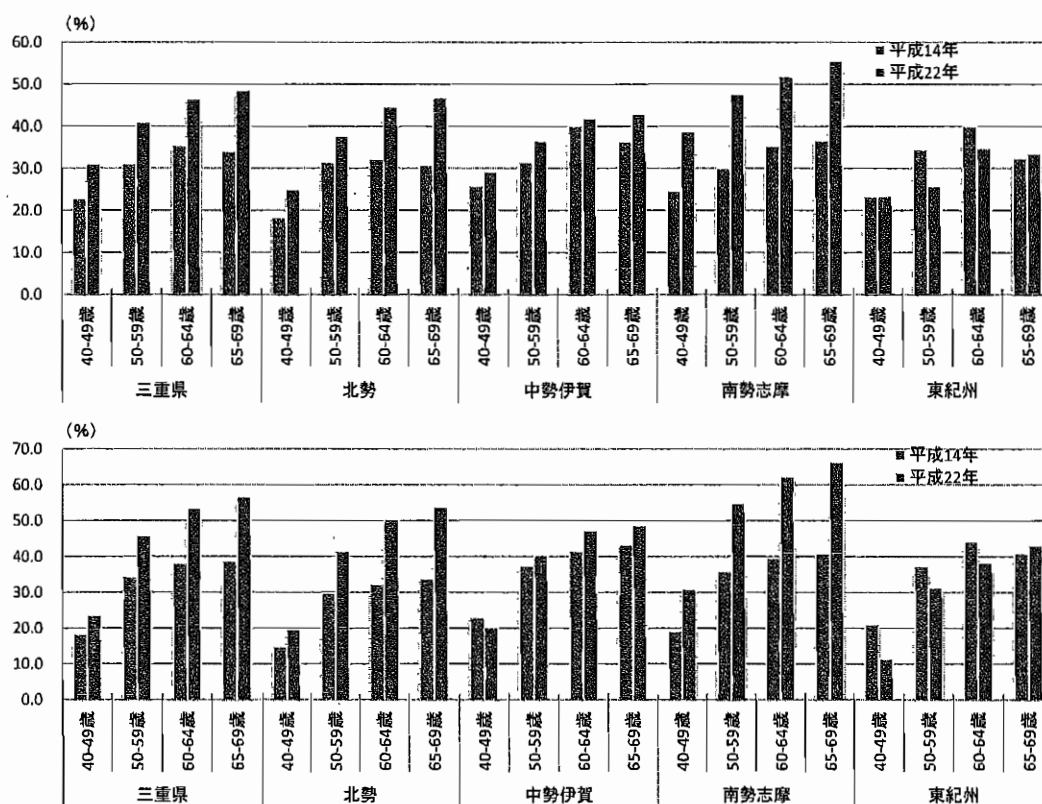
図表 5-4-3 糖尿病が強く疑われる人の割合(三重県)



※糖尿病が強く疑われる人 (HbA1c 6.1%以上：JDS 値)

出典：三重県「特定健康診査及び老人保健健康診査」

図表 5-4-4 三重県の年齢別糖尿病予防のための特定保健指導対象者の割合
(男性:上グラフ、女性:下グラフ)



※糖尿病予防のための特定保健指導対象者 (HbA1c 5.2-6.0% : JDS値)

出典: 三重県「特定健康診査及び老人保健健康診査」

- 本県の健康診断・健康診査の受療率は 69.1%で、全国平均の 67.6%と比較して高い傾向にあります³。
- 本県の糖尿病年齢調整死亡率(人口 10 万人あたりの年齢構成を考慮した死亡率)は、男性 6.9 (全国 6.7)、女性 3.4 (全国 3.2) となっています⁴。

(2) 糖尿病の予防

- 糖尿病の予防のためには、過剰な栄養量を摂り過ぎないことと、栄養のバランスをとること、また適度な運動を継続して行うことが効果的です。
- 健康診断等によって、糖尿病やその疑いがあるとされた場合は、早期に医療機関を受診し、適切な治療を開始することが糖尿病の重症化や合併症の発症を予防する上でとても重要となります。
- 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。

³ 出典: 厚生労働省「平成 22 年 国民生活基礎調査」

⁴ 出典: 三重県「平成 23 年 人口動態調査(三重県による特別集計)」

- 小児の肥満については減少傾向ですが、高学年になるほど、肥満の割合が増えており、小児期においても、生活習慣の改善や、適切な食育が重要です。また、食育は大人の理解、実践が必要であり、家庭や学校での取組がとて重要となります。

(3) 糖尿病の医療

① 医療提供体制

- 糖尿病の治療は、一般的には内科等を標榜している医療機関で行います。その中で、糖尿病の治療や血糖コントロールが困難なケースについては、日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医のいる医療機関で治療を行います。
- 日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医の数は、平成 24 (2012) 年 11 月現在で県内に 32 人おり、うち病院に勤務する医師が 16 人、診療所に勤務する医師が 15 人（その他 1 人は勤務先不明）であり、糖尿病専門医のいる病院は 12 施設、診療所は 14 施設あります。また、糖尿病看護認定看護師は 8 人（平成 25 年 1 月 25 日現在）、糖尿病療養指導士*は 278 人（平成 24 年 6 月現在）います。

図表 5-4-5 糖尿病学会専門医、看護協会糖尿病看護認定看護師の県内配置状況

(単位：か所、人)

保健医療圏	糖尿病専門医の いる病院数	糖尿病専門医の いる診療所数	糖尿病専門医数	認定看護師
三重県	12	14	32	8
北勢保健医療圏	4	7	11	3
中勢伊賀保健医療圏	5	5	15	2
南勢志摩保健医療圏	2	2	4	2
東紀州保健医療圏	1	0	1	0

※専門医 1 人、認定看護師 1 人は、勤務先不明のため、集計は三重県値と一致しません。

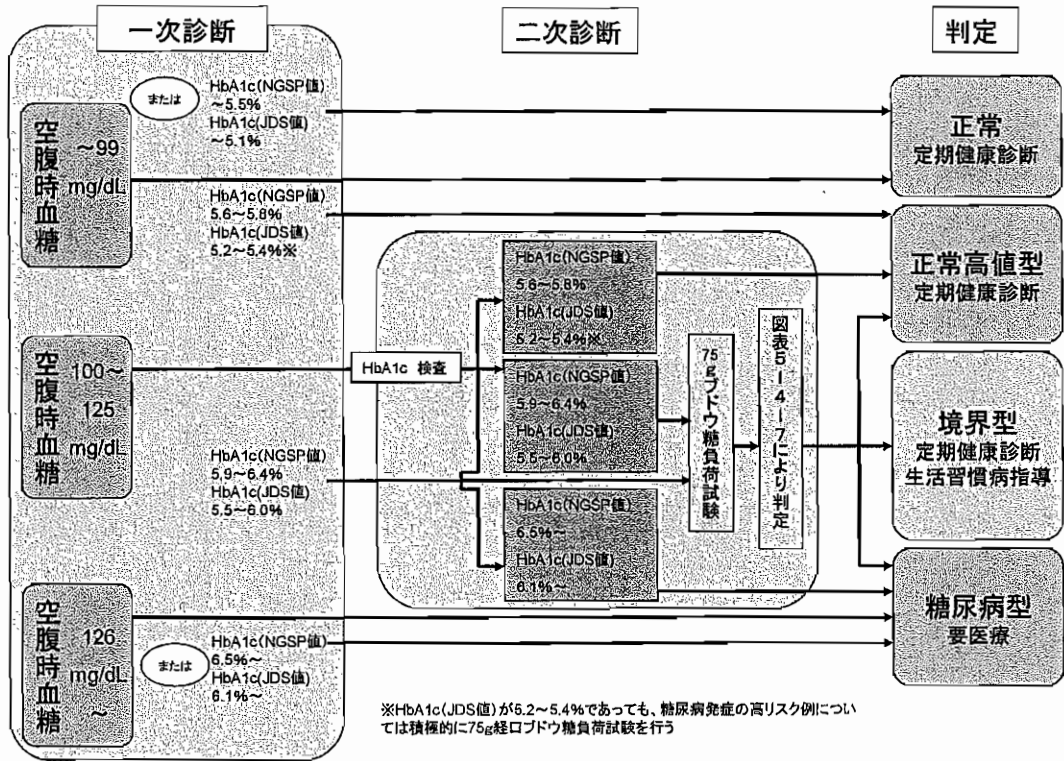
出典：日本糖尿病学会ホームページ（平成 24 年 11 月 5 日現在）、日本看護協会ホームページより

- 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。

② 診断

- 健康診断等によって、糖尿病あるいはその疑いのある人を見逃すことなく診断し、早期に治療を開始することが、糖尿病の重症化、合併症の発症を予防する上で重要です。
- 二次健康診断において、早朝空腹時血糖値 126mg/dL 以上、75g 経口ブドウ糖負荷試験 (OGTT*) 2 時間値 200mg/dL 以上、随時血糖値 200mg/dL 以上、HbA1c (NGSP 値*) 6.5 % 以上のいずれかであれば糖尿病型と判定されます。
- 糖尿病型の場合は、その後、医療機関などで再検査を行った際、糖尿病と診断が確定しない場合でも、生活指導を行いながら経過を観察します。
- 境界型 (空腹時血糖値 110~125mg/dL または OGTT 2 時間値 140~199mg/dL) の場合は糖尿病予備群であり、運動・食生活指導等、定期的な管理が重要です。

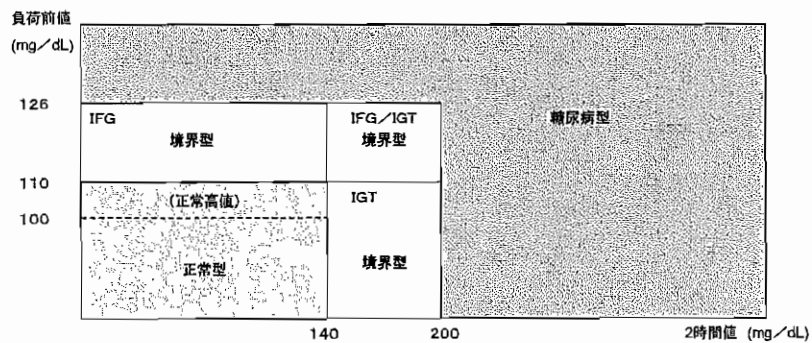
図表 5-4-6 境界型糖尿病のスクリーニング*チャート



図表 5-4-7 糖尿病の判定基準

75g経口ブドウ糖負荷試験(OGTT)

	正常域	糖尿病域
負荷前	<110mg/dL	≥126mg/dL
2時間	<140mg/dL	≥200mg/dL
判定	両者をみたまものを正常型	
	何れかをみたまものを糖尿病型	
	正常型にも糖尿病型にも属さないものを境界型	



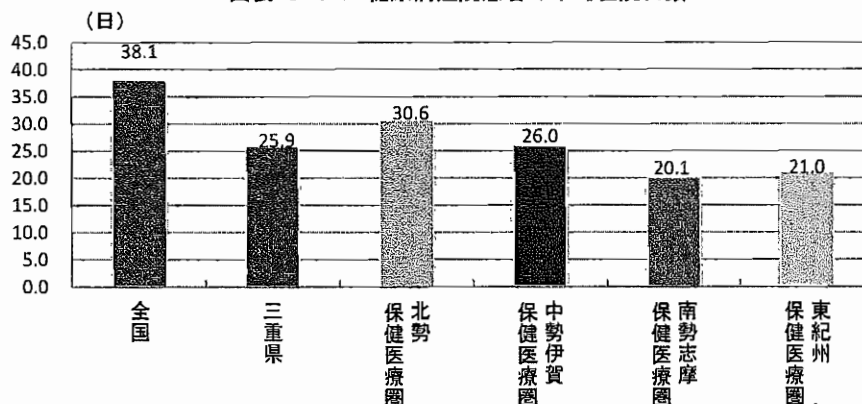
境界型とは、IFG(WHO):impaired fasting glycemla と IGT(WHO):impaired glucose tolerance の2種類あり、75gブドウ糖負荷試験(OGTT)で糖尿病型にも正常型にも属さないものをさします。

出典:三重県医師会・三重県糖尿病対策推進会議「境界型糖尿病スクリーニングチャート」をもとに作成

③ 治療・保健指導

- 糖尿病の治療は、1型糖尿病と2型糖尿病で異なります。1型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行うことが多いですが、2型糖尿病の場合は、2～3か月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、経口血糖降下薬またはインスリン製剤を用いた薬物療法を開始します。
- 薬物療法開始後、体重の減少や生活習慣の改善により、経口血糖降下薬やインスリン製剤の服薬を減量または中止できることがあるため、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種と連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を重点的に実施します。
- 慢性合併症は、血糖コントロール、高血圧の治療等、内科的治療を行うことによって病期の進展を阻止または遅らせることが可能です。HbA1c（NGSP値）8.4%以上が持続する場合はコントロール不可の状態であり、教育入院*等を検討する必要があります。
- 本県における糖尿病退院患者の平均在院日数は、25.9日となっており、各保健医療圏で差があります。

図表 5-4-8 糖尿病退院患者の平均在院日数



※本県のデータについては、糖尿病とは考えにくい長期入院のデータを除き補正しましたが、全国データは糖尿病とは考えにくい長期入院データを除くことができませんので参考値となります。

出典：厚生労働省「平成20年 患者調査（個票解析）」をもとに作成

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、慢性合併症としては、糖尿病神経障害、糖尿病網膜症、糖尿病腎症等があり、主には、血糖や血圧コントロール、生活習慣の改善、薬物療法や食事療法が行われます。
- さらに重症化し、腎不全に至った場合は透析療法が実施されます。増殖前網膜症*や早期の増殖網膜症*に進行した場合は、失明予防の観点から光凝固療法*が実施されます。硝子体出血および網膜剥離は手術療法が実施されます。
- 本県には、主な合併症である糖尿病足病変に対応できる病院は 41 施設、糖尿病網膜症に対応できる病院は 27 施設、急性合併症に対応できる病院は 46 施設あります。
- 歯周病専門医が在籍している医療機関は県内で7施設あり、日本歯周病学会の認定医は 1 人、専門医は 6 人います。しかし歯周病の治療は、歯周病専門医でなくても歯科診療所等で可能です。

図表 5-4-9 糖尿病医療機能状況

(単位：か所)

保健医療圏	糖尿病足病変への対応	糖尿病網膜症への対応	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
北勢保健医療圏	17	9	19	2
中勢伊賀保健医療圏	10	7	12	1
南勢志摩保健医療圏	11	9	13	4
東紀州保健医療圏	3	2	2	0

出典：三重県調査（平成24年）

- 入院中の患者を対象とした口腔ケアの実施状況について調査（回答病院数は72施設、回答率は70.6%）をしたところ、63施設（88%）が、毎日あるいは毎日ではないが定期的に実施しており、主には看護師が行っています。

図表 5-4-10 入院患者に対する口腔ケアの実施状況

	毎日実施	毎日ではないが定期的に実施	必要に応じ実施	ほとんど・全く実施していない
件数・割合	59施設（82%）	4施設（6%）	6施設（8%）	3施設（4%）

出典：三重県調査（平成24年）

⑤ 糖尿病の受療動向

- NDBの集計期間である平成22（2010）年10月～平成23（2011）年3月の6か月間において、本県では32,210件の糖尿病の入院レセプト件数がありました。このうち1,549件（4.8%）は、愛知県、和歌山県、奈良県、大阪府等の県外医療機関で治療を受けています。
- 入院患者については、おおむね各保健医療圏内で受療していますが、東紀州保健医療圏の流出率（30.2%）、中勢伊賀保健医療圏の流出率（流出率14.7%、流入率18.0%）が高くなっています。

図表 5-4-11 保健医療圏別 糖尿病 入院患者の流出・流入状況

(単位：件/半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	32,210	12,129	7,866	8,757	1,909	1,549	12.7%
北勢保健医療圏	12,412	11,350	415	84	0	563	8.6%
中勢伊賀保健医療圏	7,566	306	6,452	293	0	515	14.7%
南勢志摩保健医療圏	9,162	149	699	8,079	91	144	11.8%
東紀州保健医療圏	2,485	52	111	261	1,734	327	30.2%
県外	585	272	189	40	84	—	—
流入率	9.5%	6.4%	18.0%	7.7%	9.2%	—	—

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

- 外来患者についても、各保健医療圏内で受療していますが、東紀州保健医療圏では県外への流出率（17.2%）が高くなっています。

図表 5-4-12 保健医療圏別 糖尿病 外来患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総 数	629,672	245,892	146,241	186,750	33,619	17,170	6.1%
北勢保健医療圏	251,773	238,916	5,154	356	0	7,347	5.1%
中勢伊賀保健医療圏	146,210	3,351	133,461	4,776	18	4,604	8.7%
南勢志摩保健医療圏	184,931	460	3,951	179,080	225	1,215	3.2%
東紀州保健医療圏	39,237	189	623	1,943	32,478	4,004	17.2%
県 外	7,521	2,976	3,052	595	898	—	—
流入率	4.5%	2.8%	8.7%	4.1%	3.4%	—	—

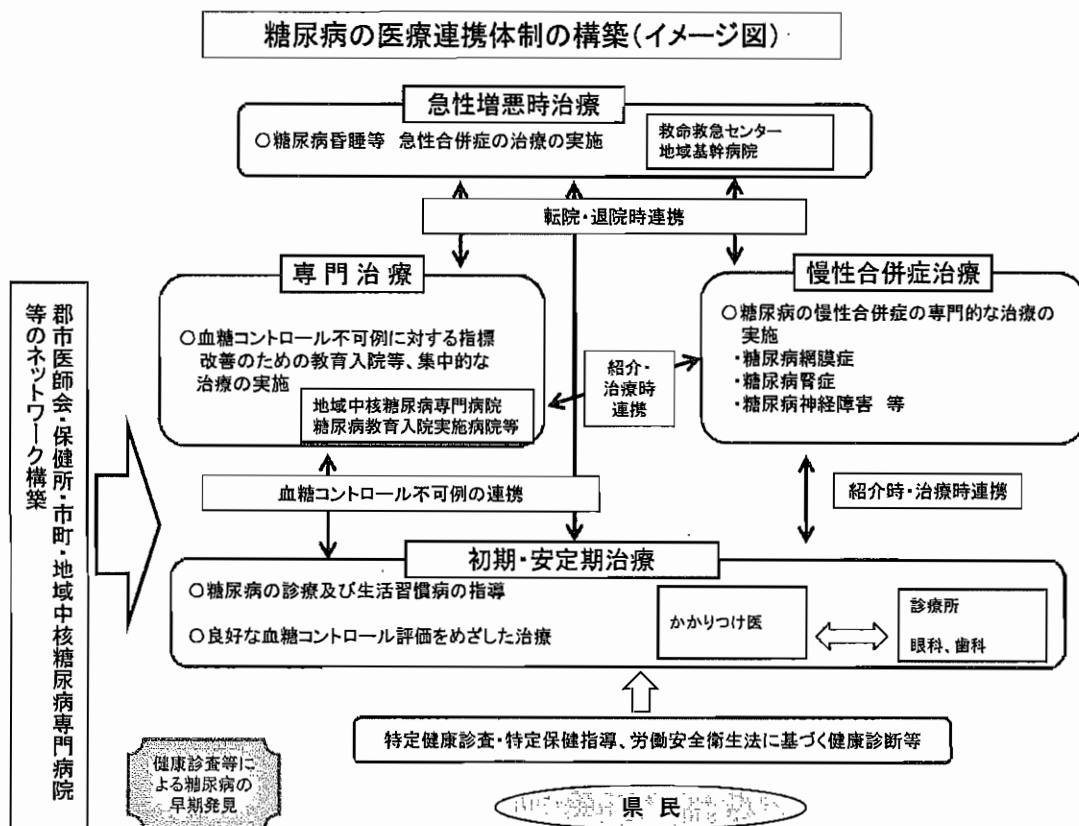
出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 糖尿病対策には、保健センター、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）が連携することが望まれます。そのためには、関係機関が、診療情報や治療計画を共有するなど連携体制（糖尿病地域連携クリティカルパス）を構築することが必要です。

図表 5-4-13 糖尿病の医療連携体制



(2) 連携の現状

- 糖尿病の治療は、一般的には内科等を標榜している医療機関で行っています。糖尿病の合併症や急性増悪時治療が可能な医療機関も、各二次保健医療圏に存在し、おおむね圏域内での対応が可能です。
- 本県の糖尿病医療連携圏域は、糖尿病の受診状況、医療機関の配置状況から見て、予防、健康診断、治療や保健指導と合併症の治療が、各医療機関の連携により、切れ目なく提供できるよう、桑名、四日市、鈴鹿、津、伊賀、松阪、伊勢、尾鷲、熊野の9つの保健所圏域に設定することが適切と考えます。

(3) 各医療機能を担う医療機関

医療機能 保健医療圏		初期・ 安定期 治療	専門治療	急性 増悪時 治療 病院	慢性合併症治療		歯周病専門医 の在籍してい る施設
			糖尿病専門医、 糖尿病看護認定看護師 のいずれかが在籍している 施設		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	
北勢	桑名	各地域における内科等を標榜する医療機関	病院1、診療所3	5	3	6	1
	四日市		病院2、診療所2	9	4	7	1
	鈴鹿		病院1、診療所2	5	2	4	0
中勢伊賀	津		病院5、診療所4	8	5	8	1
	伊賀		診療所1	4	2	2	0
南勢志摩	松阪		病院1、診療所1	8	5	4	1
	伊勢		病院1、診療所1	5	4	7	3
東紀州	尾鷲		病院1	1	1	2	0
	熊野		0	1	1	1	0

※歯周病専門医でなくても、歯科診療所で歯周病治療は可能です。

出典：三重県調査（平成24年）

3. 課題

(1) 予防体制

- 特定健康診査受診者のうち、糖尿病が強く疑われる人の割合が経年的に増えています。また、糖尿病予備群も経年的に増えています。このことから、特定健康診査の受診率を向上させ、早期発見に努めるとともに、予備群の人たちが発症に至らないよう適切な保健指導を行う必要があります。
- 地域・職域に向けた食生活の改善、適度な運動の実施等、生活習慣病対策に関する普及啓発を進めていく必要があります。さらに、特定健康診査結果の継続的な把握と、地域傾向にあわせた予防活動を進めていく必要があります。

(2) 医療提供体制

- 要精密検査者の早期受診を促すための連携体制の構築が必要です。
- 医師だけでなく、医療従事者が連携した治療・保健指導体制を構築することが必要です。また、糖尿病は一般的な疾患ですが、重症化や治療中断等を防ぐためにも、治療に関わる全ての医療従事者のスキルアップが必要です。
- 糖尿病患者の病態にあわせた治療を行う上で、情報通信技術（ICT）等を活用した地域

連携クリティカルパス等の構築が必要です。

- 糖尿病患者の血糖コントロールを行っていく上で、口腔ケアや歯周病予防が必要であり、医科歯科連携の充実が必要です。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 県民一人ひとりが健康であろうと意識するとともに、自身の健康状態を知るべく、定期的な健康診断を受けることで、糖尿病の兆候が早期に発見でき、治療につながっています。
- 糖尿病予備群の人や糖尿病患者が、経過観察や治療を自己判断で中断することなく、重症化予防に努めています。
- 糖尿病専門医やかかりつけ医をはじめとする、さまざまな職種の連携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 【人口動態調査】	糖尿病の発症者数は高齢化が進むにつれて増加することが見込まれますが、年齢調整死亡率において現状値の割の減少をめざします。	目 標	
		男性 6.0以下	女性 3.0以下
		現 状 (H23)	
		男性 6.7	女性 3.4
糖尿病が強く疑われる人 (HbA1c (NGSP値) 6.5%以上)の増加率 【特定健康診査】	特定健康診査受診者(40～74歳)の糖尿病が強く疑われる人の増加率を抑制することを目標とします。(国の「健康日本21(第2次)」における、増加率から算出。	目 標	
		1.06	
		現 状 (H22)	
		1.24	
糖尿病による新規透析導入数 【NDB】	入院・外来における糖尿病による新規透析導入数を現状値以下に低減することを目標とします。	目 標	
		新規導入数の低減	
		現 状 (H22)	
		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

- 「三重の健康づくり基本計画」の普及啓発等により、糖尿病についての県民への正しい知識の浸透を図るとともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙、定期的な健康診断の受診等、生活習慣病予防に取り組みます。(県民、事業者、保険者、市町、県、関係機関)
- 糖尿病の予防に向け、特定健康診査等の健康診断の重要性を認識し、受診率の向上に努めます。(県民、事業者、保険者、医療機関、医師会、市町、県、関係機関)
- さまざまな主体が行う糖尿病の予防活動を支援します。(事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)

取組方向2：糖尿病予備群の発症予防

- 糖尿病の兆候を早期に発見し、受療行動につながるよう適切な保健指導に取り組むとともに各種保険者とかかりつけ医の連携を進めます。(事業者、保険者、医療機関、医師会、市町、県、関係機関)
- かかりつけ医の役割の重要性について啓発するとともに、かかりつけ医と専門治療を行う医療機関との連携を図ります。また、かかりつけ医や専門治療を行う医療機関が予防に取り組んでいる地域の活動状況を把握し、相互に連携して、糖尿病の発症予防に努めます。(医療機関、保険者、医師会、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

- 糖尿病患者の重症化予防に向けて、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等の各職種のための研修や勉強会等を支援します。(医療機関、医師会、歯科医師会、看護協会、医療関係団体、県)
- 血糖コントロール不良者に対応できる、教育入院等の集中的な治療体制を充実します。また、医科歯科連携等により糖尿病患者の口腔ケアの充実に取り組みます。(医療機関、医師会、歯科医師会、関係機関)
- 糖尿病の合併症による臓器障害の防止のため、かかりつけ医と合併症治療が可能な医療機関との連携を図ります。(医療機関、医師会、県、関係機関)

第5節 精神疾患対策

1. 精神科医療の現状

(1) 精神科医療の概況

① 精神疾患について

- 精神疾患とは、脳の機能的・器質的障がい*によって引き起こされる疾患で、統合失調症や躁うつ病から、認知症、神経症、パニック障がい、適応障がいといったものまでさまざまな疾患を含みます。

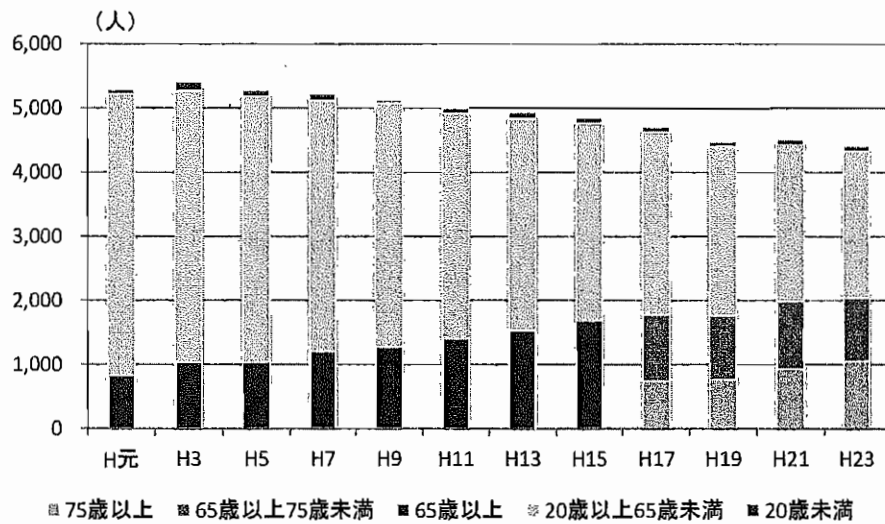
② 県内の精神疾患の状況

- 本県における精神科病院の入院患者（各年度の6月30日現在）は、平成3（1991）年の5,410人をピークに年々減少を続け、平成20（2008）年には4,452人となりましたが、平成21（2009）年は4,520人と増加しました。その後は減少し、平成23（2012）年は4,416人となっています¹。これに対し自立支援医療（精神通院）受給者（各年度の3月31日現在）は、平成20（2008）年の18,601人が、平成22（2010）年には20,698人となり、平成24（2012）年は22,906人と増加傾向が続いています²。
- 本県の精神科病院の入院患者の年齢構成は、65歳未満の患者が減少している一方、高齢者、特に75歳以上の入院患者が増加しています¹。
- 本県の精神科病院の入院患者の在院期間は、1年未満の入院患者が32.4%、1年以上5年未満が28.3%、5年以上10年未満が15.3%、10年以上20年未満が11.9%、20年以上が12.1%となっています¹。
- 入院患者を疾患別で見ると、統合失調症が61.3%と半数以上を占め、次に器質性精神障がいが18.9%、気分障がいが8.3%となっています。一方、自立支援医療（精神通院）受給者では、気分障がい40.3%、統合失調症が28.0%、神経症性障がい9.1%となっています。統合失調症の患者は減少傾向ですが、高齢化の進行に伴い認知症が増加しています¹。
- 平成24（2012）年3月31日現在で、本県の精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている人の総数は、8,612人となっています²。

¹ 出典：厚生労働省「平成23年度 精神保健福祉資料」（平成23年6月30日現在）

² 出典：厚生労働省「平成23年度 衛生行政報告例」（平成24年3月31日現在）

図表 5-5-1 年齢別在院患者数



※平成 23 年 6 月 30 日現在 (平成 15 年以前の 75 歳以上の在院患者数は統計がありません)

出典：厚生労働省「平成 23 年度 精神保健福祉資料」

- 入院形態別では任意入院が 2,386 件で 54.0%と一番多く、次いで医療保護入院*等が 1,988 件で 45.0%となっています。一方、措置入院*患者は 15 件で 0.3%となっています³。
- 精神科入院患者の保健医療圏別の在院期間割合を見ると、北勢保健医療圏と中勢伊賀保健医療圏では「1年未満」の割合が最も高く、南勢志摩保健医療圏と東紀州保健医療圏では「1年以上5年未満」の割合が最も高くなっています⁵。

③ 認知症

- 認知症には、大きく分けてアルツハイマー型認知症と脳卒中等の脳血管疾患が原因となる脳血管性認知症があります。これまでの研究によると、認知症予防には、運動・栄養改善等の生活習慣病予防が有効とされており、生活習慣病予防は介護予防と併せて認知症予防にもつながるとされています。
- 厚生労働省の推計によると、全国の認知症高齢者数は平成 22 (2010) 年に 280 万人で、65 歳以上高齢者に占める割合は 9.5%とされており、平成 22 年国勢調査における本県の 65 歳以上高齢者数にこの割合を乗じると、県内の認知症高齢者数は約 4 万人程度と推計されます。

④ その他

- わが国では平成 10 (1998) 年に自殺者が年間 3 万人を超え、その後も高い水準で推移しています⁴。
- 平成 23 (2011) 年の本県の自殺者数は 359 人で、人口 10 万人あたりの自殺死亡率は 19.8 と全国と比較すると低い水準にあります。しかし、自殺死亡率を県内保健所圏域別に見る

³ 出典：厚生労働省「平成 23 年度 精神保健福祉資料」(平成 23 年 6 月 30 日現在)

⁴ 出典：厚生労働省「人口動態調査」

と、県平均と比べ高水準で推移している地域があります⁵。

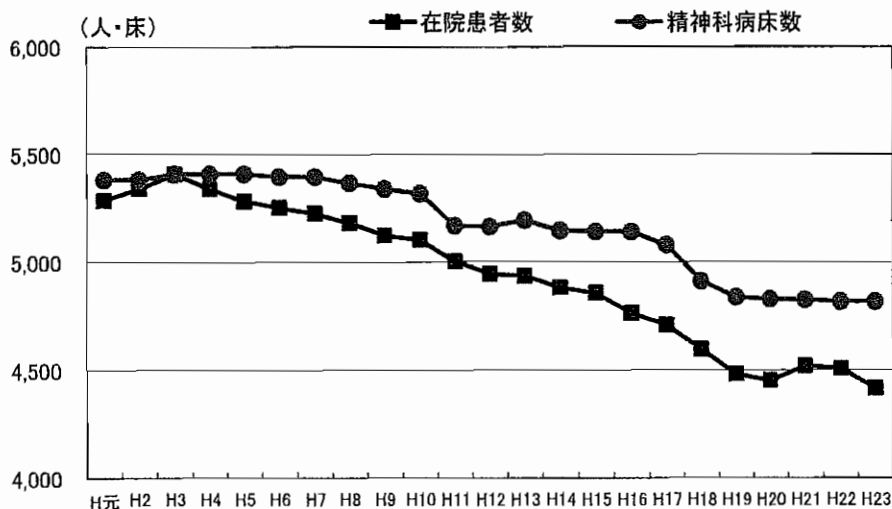
- 高齢化率等の社会的背景が地域によって異なり、地域の自殺の状況や特性に応じた取組が必要です。
- 自殺の原因・動機は複雑ですが、その背景要因として、自殺を図った人の多くがうつ病などの精神疾患にかかっているといわれており、自殺と精神疾患の関連性は深いといえます。

(2) 精神科医療提供体制の現状

① 県内の精神科病院の状況

- 県内の精神科病院は、北勢保健医療圏に 8 施設、中勢伊賀保健医療圏に 6 施設、南勢志摩保健医療圏に 3 施設、東紀州保健医療圏に 1 施設で、うち救急医療施設は 15 施設です⁶。
- 平成 24 (2012) 年 4 月 1 日現在の県全体の精神科病床数は 4,804 床となっています。精神科病床数は、北勢保健医療圏が 2,205 床と県全体の半数近くが集中しています。中勢伊賀保健医療圏の 1,374 床とあわせると 3,579 床となり、県内の 70%以上を占めています⁷。
- 精神科医師数については、実人員で、北勢保健医療圏が 80 人、中勢伊賀保健医療圏が 74 人、南勢志摩保健医療圏が 39 人、東紀州保健医療圏は 9 人となっています⁸。

図表 5-5-2 在院患者数および精神科病床数



出典：厚生労働省「平成 23 年度 精神保健福祉資料」

- 精神科病院 18 施設以外で精神科を標榜する一般病院は、北勢保健医療圏で 5 施設、中勢伊賀保健医療圏で 2 施設、南勢志摩保健医療圏で 3 施設、東紀州保健医療圏で 1 施設あります⁹。

⁵ 出典：三重県「三重県衛生統計年報」

⁶ 出典：厚生労働省「平成 23 年度 精神保健福祉資料」(平成 23 年 6 月 30 日現在)

⁷ 出典：医療法に基づく精神科病床届出数

⁸ 出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

⁹ 出典：平成 23 年度医療法に基づく届出数

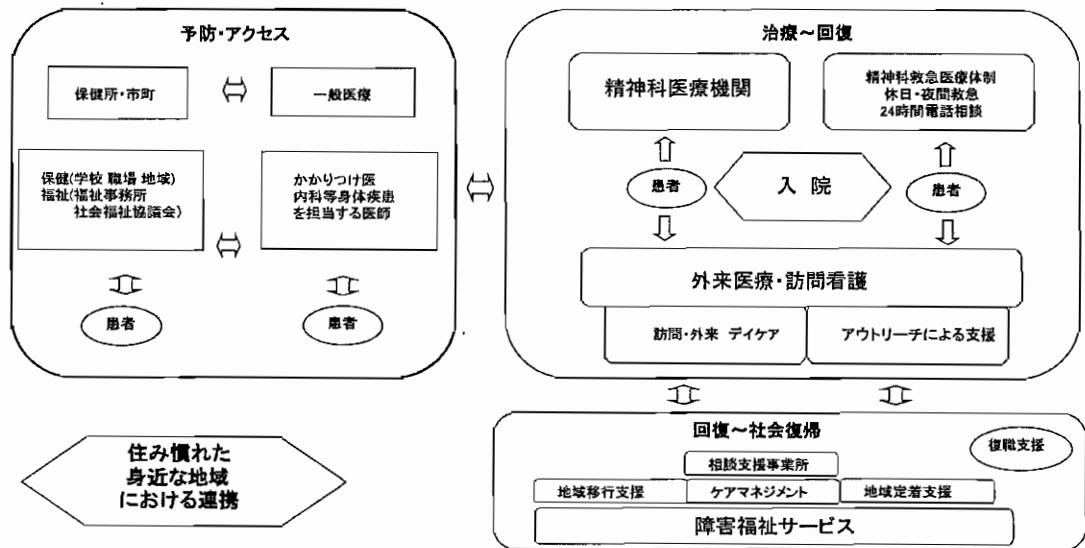
- 精神科を標榜する診療所は、北勢保健医療圏で 21 施設、中勢伊賀保健医療圏で 15 施設、南勢志摩保健医療圏で 7 施設、東紀州保健医療圏で 2 施設あります。
- ② 精神科救急医療システム
- 精神疾患の急性発症等により緊急の医療を必要とする精神障がい者に対応するため、県内を北部と中南部の 2 ブロックに分け、13 の病院による輪番制を敷いています。また、2 病院が精神科救急の輪番支援病院となっています。
 - 24 時間 365 日電話相談等を行う精神科救急情報センターが設置されています。
- ③ 認知症疾患医療センター
- 平成 21 (2009) 年度から 3 病院を認知症疾患医療センターとして指定しています。また、認知症疾患医療センターを、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ものとして位置づけ、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。さらに、平成 24 (2012) 年度からは、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、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、認知症疾患医療センターと認知症サポート医^{*}、かかりつけ医等が連携して、認知症の方への支援を充実しています。

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 精神科医療に関する連携体制には、予防から専門治療まで継続した医療の提供が望まれます。そのため、精神科医療機関、一般医療機関、保健所、市町、精神保健福祉センター等関係機関の連携を促進し、保健・医療・福祉サービス等を充実することが求められます。
- また、地域の状況によっては、他の地域との連携も進めていく必要があります。

図表 5-5-3 精神科医療の連携体制



(2) 連携の現状

- 精神科医療連携圏域については、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、二次保健医療圏と同じ範囲とすることが適切と考えます。
- なお、各保健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、隣接する保健医療圏を中心に相互に補完して対応を行うものとしします。

① 北勢保健医療圏

- 保健医療圏内の精神科病院8病院は全て救急医療施設で、総合心療センターひながは精神科救急輪番基幹病院になっています。多度あやめ病院、東員病院、厚生連鈴鹿厚生病院、鈴鹿さくら病院に認知症治療病棟があり、このうち東員病院が認知症疾患医療センターとなっています。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が5か所、精神科・神経科を標榜する診療所が21か所あります。
- 他の保健医療圏等への患者の流出は入院患者で6.3%、外来患者で8.2%となっており、保健医療圏内で医療がおおむね完結しています¹⁰。

② 中勢伊賀保健医療圏

- 保健医療圏内の精神科病院6病院のうち救急医療施設は4病院で、精神科救急輪番病院は2病院です。県立こころの医療センターと国立病院機構榊原病院が精神科救急輪番支援病院となっています。
- 県立こころの医療センターと信貴山病院分院上野病院に認知症治療病棟があり、県立こころの医療センターが認知症疾患医療センター、三重大学医学部附属病院が基幹型認知症疾

¹⁰ 出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

患医療センターとなっています。

- 専門病棟として、県立こころの医療センターにアルコール病棟、県立小児心療センターあすなろ学園に児童思春期病棟があり、合併症については国立病院機構榊原病院に結核病棟があります。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が2か所、精神科・神経科を標榜する診療所が15か所あります。
- 南勢志摩保健医療圏との間で10%から20%程度の患者の流出・流入状況が見られ、一定の結びつきがあります¹¹。

③ 南勢志摩保健医療圏

- 保健医療圏内の精神科病院3病院のうち救急医療施設は2病院で、いずれも松阪市内にあります。
- 松阪厚生病院が精神科救急輪番基幹病院および認知症疾患医療センターとなっています。
- 保健医療圏内の精神科病床数は895床ですが、伊勢志摩地域においては精神科病院が1病院で精神科病床が100床のみであり、病院の立地数に差があります。このため松阪地域との連携を密にする必要があります。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が3か所、精神科・神経科を標榜する診療所が7か所あります。
- 中勢伊賀保健医療圏との間で10%から20%程度の患者の流出・流入状況が見られ、一定の結びつきがあります¹¹。

④ 東紀州保健医療圏

- 救急医療施設である精神科病院が1病院で、熊野病院に認知症治療病棟があります。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が1か所、精神科・神経科を標榜する診療所が2か所あります。
- 南勢志摩保健医療圏への患者の流出は入院患者で8.0%、外来患者で10.1%となっています¹¹。
- 他保健医療圏との距離があるため、隣接する南勢志摩保健医療圏の精神科病院等と連携を図っていく必要があると考えられます。

¹¹ 出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

(3) 各医療機能を担う医療機関

保健医療圏	市町	医療機関	精神科救急医療施設	応急入院指定病院	精神科救急入院料届出病院	認知症疾患医療センター
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	○			
	鈴鹿市	厚生連鈴鹿厚生病院	○	○	○	
	鈴鹿市	鈴鹿さくら病院	○			
中勢伊賀	津市	県立こころの医療センター	○	○	○	○
	津市	県立小児心療センターあすなろ学園				
	津市	国立病院機構榊原病院	○	○		
	津市	久居病院	○	○		
	津市	三重大学医学部附属病院				○
	伊賀市	信貴山病院分院上野病院	○			
南勢志摩	松阪市	南勢病院	○	○		
	松阪市	松阪厚生病院	○	○		○
	志摩市	県立志摩病院				
東紀州	熊野市	熊野病院	○	○		

3. 課題

(1) 予防・在宅支援体制の課題

- 精神障がい者等が住み慣れた地域に必要な医療支援（正確な診断と適切な外来・入院等の医療の提供）等が受けられる体制の構築が求められます。

① 予防

- 私たちの日常の暮らしの中には、人間関係、健康問題、経済問題、社会的孤立等、多くの生活のしづらさがあり、各世代にストレス・精神疾患を引き起こす要因が存在します。

- 県民が、こころの健康について関心を持ち、ストレスや睡眠の確保について適切な対応が取れ、身近な人に相談して、相談機関につなげることができるように、正しい知識の普及や相談支援体制の充実が必要です。
 - 受診の早期化に向け、精神的な問題の相談を行う市町や保健所、精神保健福祉センター等の相談窓口機関と精神科医療機関、一般医療機関、学校、産業保健関係等も含めた関係機関が情報共有を行い、患者が容易にアクセスできる体制を作り、精神疾患の発症・進行の予防を図っていく必要があります。
- ② 在宅支援**
- 地域生活や社会生活の場において、患者に対し必要な支援が提供できるよう、精神科医療機関、一般医療機関等の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が求められます。
 - 長期入院患者を中心とする入院患者の早期退院と地域移行を促進するとともに、地域での生活を維持するために自宅等への訪問などの支援が求められます。
- ③ その他**
- 精神障がい者に対する社会的偏見が依然として残っているため、継続して正しい知識の普及啓発を図る必要があります。

(2) 精神科医療に関する課題

① 精神科医療体制

- 精神科救急医療体制において、救急輪番ブロック内の病院間の距離が離れていたり、地域によっては病院の立地数に差があったりするため、ブロック内における各関係機関等との連携の推進が必要です。
- 身体合併症、専門的身体疾患等を発症している精神疾患患者への対応のため、24時間365日の精神科救急医療提供・相談を含め、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求められます。
- 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が必要です。
- 精神科救急輪番病院において、当番日以外でも自院の患者について、精神科救急情報センター等と連携して対応ができるような体制の整備を検討していく必要があります。
- 統合失調症患者は、本県でも入院、通院患者数において大きな割合を占めています。本人が病気であることに気づかないことが多く、家族や周囲の人が早めに兆候に気づき、早期受診、早期診断を行い、適切な治療等を行う必要があります。
- 統合失調症の早期受診、早期診断につなげるために、疾患の特徴、症状や周囲の対応方法に関する知識の普及や相談窓口等の啓発が必要です。
- 治療の中断や病状が不安定な統合失調症患者に対し、訪問支援などの地域生活支援が必要です。
- 保護者など周囲の人が子どものこころの健康やその特徴、児童思春期の精神疾患の特徴、

症状や疾患の兆しをどう発見するかなど対応方法等についての知識を啓発するとともに、早期発見、早期治療のためには、教育機関等における精神保健の重要性の理解の促進等が必要です。

② 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、また本人およびその家族への支援の一步として、認知症についての正しい知識の普及が必要です。
- 認知症の治療を適切に行うためには、原因となる病気を早期に発見することが大切です。そのためには、認知症の疑いがある段階で、本人やその家族、かかりつけ医等が気づき、専門医療機関を早期に受診し、認知症の早期の確定診断につなげるのが重要です。
- 高齢者は慢性疾患を抱えていることも多く、かかりつけ医等の日常の診察の中から、認知症を発見することが重要であり、認知症を専門としない医療関係者の理解と協力が必要です。
- 認知症の人が、できるだけ長く在宅で生活できるように、認知症初期の段階から適切な治療や介護の提供ができるよう連携していくことが重要です。

③ うつ病に対する医療支援

- うつ病は、自殺を図った人の多くが罹患しているといわれていることから、精神科医療機関と一般医療機関、保健所等関係機関、民間団体等の連携により、患者の早期発見、早期治療や社会復帰等のための取組を促進することが必要です。
- うつ病の患者は身体症状がでることも多く、かかりつけ医等の日常の診察の中から、うつ病を発見することが重要であり、かかりつけ医等の精神疾患に対する診断・治療技術の向上を図ることが必要です。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 精神科医療機関と一般医療機関相互や保健・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 【三重県調査】	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することを目標とします。	目 標
		9 会議
		現 状 (H24)
		0
退院促進委員会設置数 【三重県調査】	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、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することを目標とします。	目 標
		16 委員会 (病院)
		現 状 (H24)
		4 委員会 (病院)
高齢・長期入院患者の退院者数 (1 か月平均) 【精神保健福祉資料調査】	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 人とすることを目標とします。	目 標
		7 人
		現 状 (H23)
		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の構築
- 取組方向 3 : 認知症患者への対応の推進
- 取組方向 4 : うつ病に対する医療支援の充実
- 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

- 精神障がい者が、正確な診断と適切な外来・入院等の医療の提供など必要な医療支援が受けられる体制の確保を図ります。
特に統合失調症については、近年の薬物療法等の進展による治療技術の向上に伴う適正な医療の効果が見受けられるため、継続して治療を行っている患者の状況に応じた医療の実施や保健・福祉サービスの提供も含めた社会復帰への支援を進めます。(医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関)
- 人権の擁護や精神保健福祉業務における適正な手続きの保持のため、精神科を標榜する一般病院や診療所における精神保健指定医の協力を拡大していきます。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)
- 身体合併症患者、薬物依存症患者等への専門的な精神科医療の提供を図るとともに、児童思春期、アルコール依存症の患者への専門医療を進めます。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)

- 県内を北部と中南部に分けた精神科救急輪番制と、24時間精神科救急医療電話相談等の精神科救急医療システムの的確な運用を行うとともに、一般医療機関等との連携を図ります。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)
- 精神科救急輪番病院において、当番日以外の夜間においても自院の患者について、精神科救急情報センターと連携し精神科救急医療体制に協力できる体制の整備を図ります。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)
- 統合失調症についての正しい知識の普及や身近に相談ができる体制を整えることにより、適切な治療のための早期発見、早期受診につなげます。(医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- 治療の中断や病状が不安定な統合失調症患者およびその家族に対し、地域で生活することを前提として、保健・医療・福祉等の多職種によるチームで訪問支援に取り組みます。(医療機関、福祉施設、相談支援事業所、地域包括支援センター、市町、県、関係機関)
- 児童思春期精神科医療について、県立小児心療センターあすなろ学園等において医療相談や専門医療を提供するとともに、教育機関等と連携し学校における精神保健に関する取組を進めます。(医療機関、教育機関、市町、県、関係機関)
- 心神喪失者等医療観察法の指定通院医療機関の確保について、関係機関等と連携して取り組みます。(医療機関、津保護観察所、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の構築

- 地域住民および産業、教育関係者等に対して、精神疾患に関する正しい知識や相談窓口についての普及・啓発を行います。(関係団体、市町、県、関係機関)
- 各地域における精神疾患等に関する相談窓口の体制・機能の強化を進め、精神科医療機関等との連携を促進することで情報共有を行い、患者の早期発見、早期治療につなげていきます。(医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関)
- 行政をはじめとする保健、医療、福祉、産業保健、教育等の関係機関、関係団体による連携体制・ネットワークの強化を図ります。(医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関)
- 精神科医療機関、一般医療機関等の保健医療サービスと福祉サービスが連携して、適切な医療・福祉サービスの提供を進めます。(医療機関、福祉施設、市町、県、関係機関)
- 入院患者の早期退院、地域移行を促進するとともに、患者の状況に応じた訪問支援等を進めます。(医療機関、福祉施設、市町、県、関係機関)
- 100床以上の病床を有する精神科病院において、多職種により構成される「退院促進委員会」等を設置し、入院患者数において高い割合を占める高齢・長期入院患者のうち、特に5年以上かつ65歳以上の入院患者を主な対象として、各病院の状況、特色に応じた退院促進に関する取組を実施し、地域生活移行を促進します。(医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関)
- 各保健所圏域において「地域精神保健福祉連携会議」を設置して、多様な精神疾患に関する問題に対し、関係機関等が連携してネットワークを構築し、各地域の状況、特性に応じた総合的な取組を行います。(医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関)

取組方向3：認知症患者への対応の推進

- 認知症の早期発見、早期治療、予防につなげるため、また本人およびその家族への支援として、認知症を正しく理解するための講座を開催し、認知症サポーター*を養成します。(市町、県)
- 認知症の人の診療に関し、かかりつけ医への助言その他支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医について、関係機関等とともに養成を進めます。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)
- 認知症サポート医の協力を得て、主治医・かかりつけ医等への認知症対応力向上研修を実施し、早期発見、早期治療につなげます。(医療機関、医療関係団体、県)
- 認知症サポート医や地域のかかりつけ医を対象とした事例相談会等を開催することにより、認知症サポート医のフォローアップを行い、地域における認知症サポート医、かかりつけ医、専門医療機関や地域包括支援センター等の連携を進めます。(医療機関、地域包括支援センター、医療関係団体、県、関係機関)
- 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、地域の医療関係者や地域包括支援センター等との研修会や連携協議会を開催することで、医療と介護の連携を図ります。(医療機関、地域包括支援センター、市町、県)

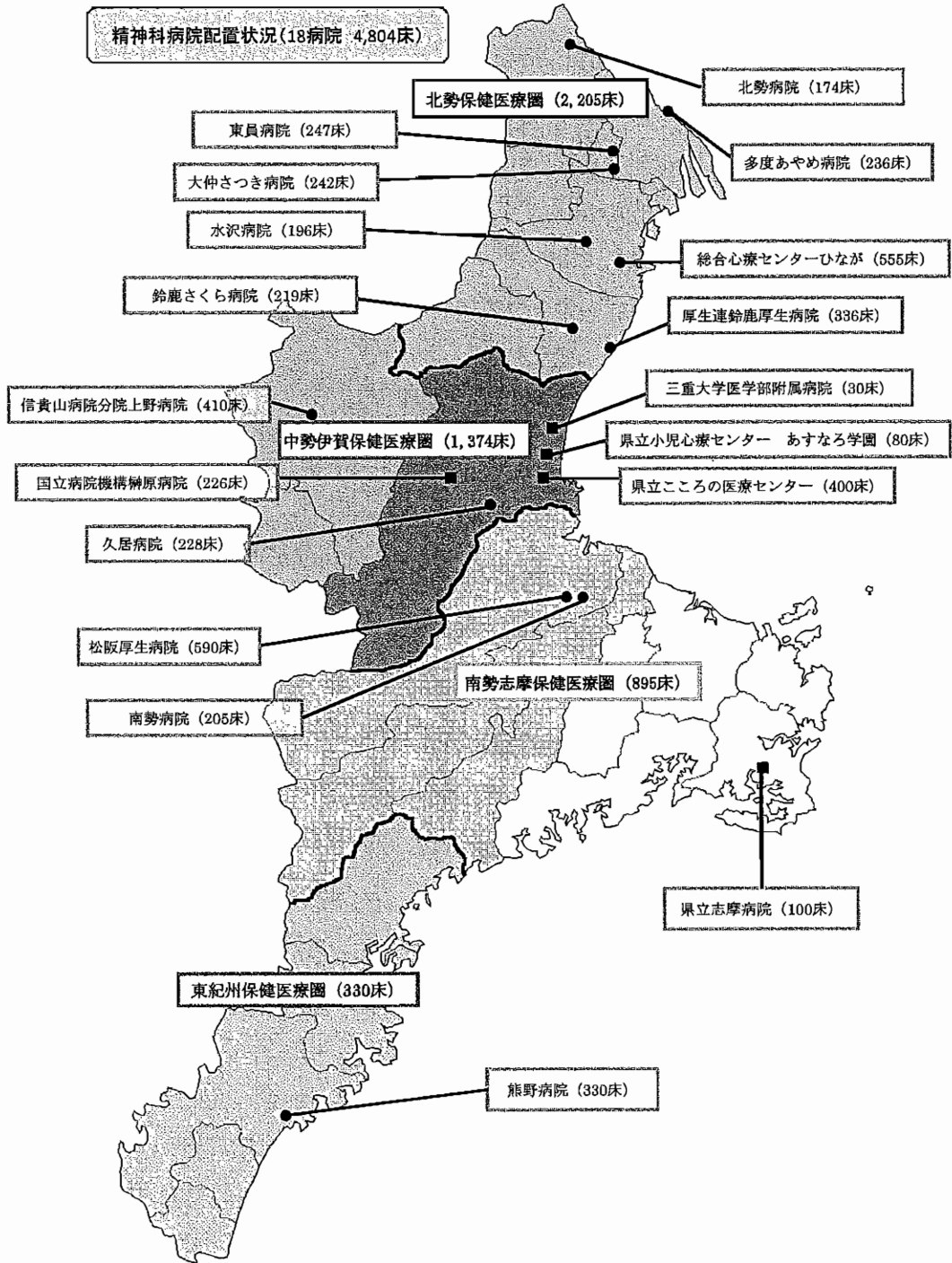
取組方向4：うつ病に対する医療支援の充実

- うつ病の早期発見、早期治療や適切な治療の継続が図られるよう、かかりつけ医・産業医等と精神科医との連携を推進します。(医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- うつ病についての正しい知識の普及や偏見をなくすための啓発を行うことで、早期相談、早期受診につなげます。また、周囲の見守り体制の強化や身近な相談窓口の充実、かかりつけ医等のうつ病の診断・治療技術の向上を図ります。(医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- うつ病は自殺を図った人の多くが罹患しているといわれていることから、自殺未遂者への精神的ケアや支援を効果的に行うため、医療機関や関係機関等の従事者の研修等を行い、対応できる人材の育成を行います。(医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- 自殺予防について正しい知識を持ち、身近な人の変化に気づき、自殺を考えている人や悩んでいる人を相談窓口等へつなぐ役割が期待されるメンタルパートナー*の養成を進めます。(市町、県、関係機関)
- 職場等におけるうつ病が要因となった休職者の復帰について、事業所への支援や相談・指導等により、医療、産業保健、地域保健などの機関が連携して、休職した労働者の復帰への支援に取り組みます。(事業者、医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- 各障害保健福祉圏域の相談支援事業所による、精神障がい者等およびその家族の地域生活の支援や、県内全域を対象とした相談事業を行うとともに、新たな相談支援ニーズに対応できるよう、人材育成を図ります。(医療機関、福祉施設、相談支援事業所、関係団体、市町、県、関係機関)
- 長期入院後退院した人や、継続して在宅で通院治療を受けている人の就労について、病態、状況等に応じて、障がい福祉サービスを利用しつつ、支援等を行います。(事業者、医療機関、福祉施設、関係団体、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、学校、家族会、当事者会等のさまざまな団体やピアサポーター*と連携し、啓発活動等を実施することにより、精神障がいに対する理解について県民一人ひとりに積極的に働きかけます。(県民、医療機関、福祉施設、教育機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- 県内で活動している精神保健ボランティアを対象に研修会等を開催し、資質の向上を図るとともに、その活動を通じて精神障がい者に対する理解の促進や正しい知識の普及啓発を進めます。(関係団体、市町、県、関係機関)
- 「障がい者週間*」、「人権週間」、「差別をなくす強調月間」の期間を中心とする、人権擁護委員、法務局、市町等と連携した街頭啓発や三重県人権センターにおける県民人権講座、企画パネル展示、パンフレット作成等による啓発を推進します。(関係団体、市町、県、関係機関)
- 小中学校における児童生徒、教員を対象としたバリアフリー*体験の実施、障がい者との交流など福祉教育の充実を図ります。(教育機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- 文化祭や精神保健に関する講座の開催など精神科病院の行事へ地域住民の参加を呼びかけ、地域との日常的な交流をとおして、精神障がい者への理解を促進します。(医療機関、関係団体、市町、県)

図表 5-5-4 精神病床を有する病院配置状況



(平成 24 年 4 月 1 日現在)

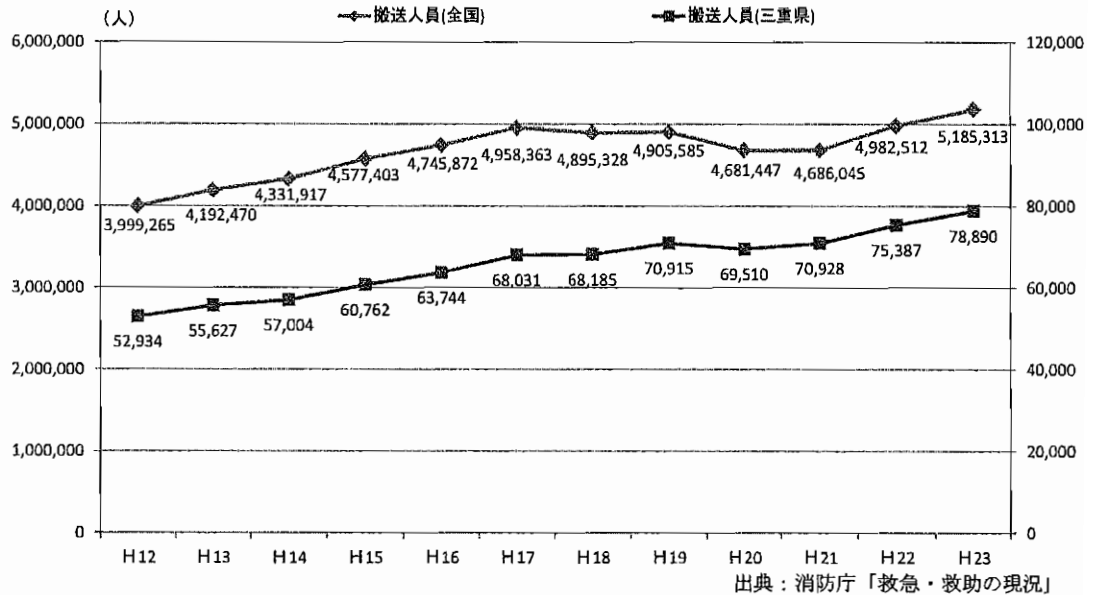
第6節 救急医療対策

1. 救急医療の現状

(1) 救急医療の概況

- 全国で救急搬送された人数は、平成12(2000)年は約400万人でしたが、平成23(2011)年には約518.5万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、平成23(2011)年には78,890人と増加傾向にあります。

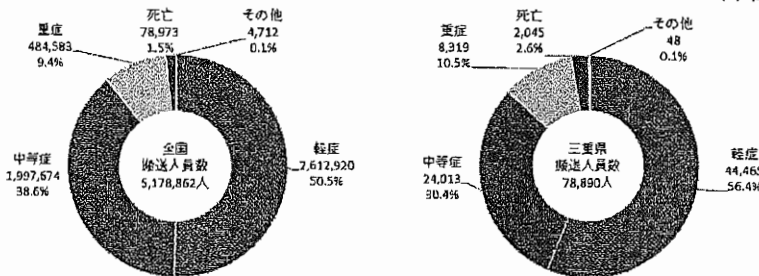
図表 5-6-1 救急搬送人員の推移



- 全国における救急搬送患者のうち、診療の結果、帰宅可能な軽症者が50%程度を占めます。本県における救急搬送人員数の傷病程度別割合(重症、軽症など)を見ると、半数以上が軽症です。この中の一部には、不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見されます。

図表 5-6-2 救急自動車による傷病程度別搬送人員の割合

(単位：人/年)



※東日本大震災の影響により、釜石大槌地区行政事務組合消防本部および陸前高田市消防本部のデータを除いた数値により集計しています。

出典：消防庁「救急・救助の現況」(平成24年版)

- 全国の救急患者の状況を見ると、救急の受診による入院は全体の 20.2%、また救急の受診のうち救急車による搬送、徒歩や自家用車等による救急の受診を合わせた診療時間外の受診による入院は 44.1%となっています。本県においては、救急の受診による入院は全体の 18.1%、また救急の受診のうち救急車による搬送、徒歩や自家用車等による救急の受診を合わせた診療時間外の受診による入院は 45.2%となっています。

図表 5-6-3 来院時の状況別に見た推計患者数(全国)

(単位：千人/日、%)

来院時の状況	入院						外来					
	総数		病院		一般診療所		総数		病院		一般診療所	
総数	1341.0	100.0	1290.1	100.0	50.9	100.0	5898.0	100.0	1659.2	100.0	4238.8	100.0
通常受診	1070.0	79.8	1026.7	79.6	44.0	86.4	5852.3	99.2	1622.1	97.8	4230.2	99.8
救急受診	270.3	20.2 (100.0)	263.4	20.4 (100.0)	6.9	13.6 (100.0)	45.7	0.8 (100.0)	37.1	2.2 (100.0)	8.6	0.20 (100.0)
救急車により搬送	138.6	(51.3)	137.1	(52.0)	1.6	(22.9)	15.3	(33.4)	13.2	(35.6)	2.1	(24.0)
診療時間内の受診	71.1	(26.3)	69.9	(26.5)	1.2	(17.8)	7.3	(16.1)	5.9	(15.9)	1.4	(16.8)
診療時間外の受診	67.5	(25.0)	67.2	(25.5)	0.4	(5.1)	7.9	(17.4)	7.3	(19.7)	0.6	(7.2)
徒歩や自家用車等による救急受診	131.7	(48.7)	126.3	(48.0)	5.3	(77.1)	30.4	(66.6)	23.9	(64.4)	6.5	(76.0)
診療時間内の受診	80.1	(29.6)	76.9	(29.2)	3.2	(45.8)	12.5	(27.4)	7.8	(21.2)	4.7	(54.3)
診療時間外の受診	51.6	(19.1)	49.4	(18.8)	2.2	(31.3)	17.9	(39.2)	16.0	(43.2)	1.9	(21.6)

出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

図表 5-6-4 来院時の状況別に見た推計患者数(三重県)

(単位：千人/日、%)

来院時の状況	入院		外来	
	総数		総数	
総数	17.2	100.0	90.3	100.0
通常受診	14.2	82.6	89.5	99.1
救急受診	3.1	18.0 (100.0)	0.7	0.8 (100.0)
救急車により搬送	1.7	(54.8)	0.2	(28.6)
診療時間内の受診	0.8	(25.8)	0.1	(14.3)
診療時間外の受診	0.8	(25.8)	0.1	(14.3)
徒歩や自家用車等による救急受診	1.5	(48.4)	0.6	(85.7)
診療時間内の受診	0.8	(25.8)	0.4	(57.1)
診療時間外の受診	0.6	(19.4)	0.2	(28.6)

出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

- 全国で救急搬送された高齢者は、平成 12(2000)年には約 149 万人でしたが、平成 23(2011)年には約 269 万人と大きく増加しています¹。また、85 歳以上の高齢者については、救急搬送件数の 17.3%と他の年齢層より多く、その中の事故種別についても急病が 11.6%と多くなっています²。

¹ 出典：消防庁「救急・救助の現況」

² 出典：消防庁「平成 22 年度 救急業務高度化推進検討会 報告書：第 8 章 救急搬送の将来推計」

- 全国の平成 23 (2011) 年における全救急搬送人員のうち、重症 (死亡も含む) と分類されたものを見ると、33.7 万人のうち、脳疾患 7.8 万人、心疾患等 7.8 万人と、全体の半数近くを占めています。また、急病のうち死亡が最も多いのは心疾患等です³。

(2) 救急医療提供体制

- 本県の医師数は全国平均と比べて不足しており、診療科目別では、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ます。また、救急医療を担う病院勤務医についても、50 歳未満の医師数が減少傾向にあります⁴。

① 病院前救護体制

- 病院前救護とは、病気を発症したり、ケガをしたりした患者を救急現場や救急車で搬送中に応急処置を行うものです。そのうち、その時の状況等を事後に検証するとともに、救急隊員の教育訓練を行うことにより、よりよい搬送体制を構築していくことをメディカルコントロール体制と呼んでいます。
- 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、事後検証等を実施しています。
- 救急現場や搬送途中における重症患者に対する救急救命士等の救命処置や、AED (自動体外除細動器) などを使った市民による応急手当 (プレホスピタル・ケア) の重要性が高まっています。
- プレホスピタル・ケアの主な担い手となる救急救命士は、平成 3 (1991) 年の制度発足以来、県内 15 消防本部で平成 23 (2011) 年までに 349 名が養成され、救急患者の救命率の向上に努めているところです。救急救命士を含めて運用している救急隊の割合は全国よりも高くなっていますが、救急車の稼働台数 (人口 10 万人あたり) が全国平均よりも多いことから、救急救命士が常時同乗している救急車の割合が低くなっています。救急救命士の必要性・重要性が高まる中、救急救命士が担う業務範囲も拡大しており、救急救命士の資質向上に向けた取組が実施されています。
- 住民の救急蘇生法講習 (普通・上級講習) の人口 1 万人あたりの受講者数は 121 人で、全国平均 111 人を上回っています。また、AED の公共施設における設置台数は 1,413 台です⁵。
- 救急搬送において、受入医療機関が速やかに決定しない事案が全国各地で発生し、社会問題となっています。こうした中、平成 21 (2009) 年 5 月に消防法が改正されたことをふまえ、県では現状の医療資源を前提に消防機関と医療機関の連携体制を強化し、受入医療機関の選定困難事案の発生をなくすとともに、医学的観点から質の高い、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の基準として、平成 22 (2010) 年 9 月

³ 出典：消防庁「救急・救助の現況」

⁴ 出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

⁵ 出典：三重県調査 (平成 21 年度)

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、平成 23（2011）年 4 月から運用を開始しています。

図表 5-6-5 救急救命士の数および住民の救急蘇生法講習の受講者数

(単位：人/年)

	救急救命士の数		住民の救急蘇生法講習の 受講者数
	実数	人口 10 万人あたり	
全国	22,930	18.1	111
三重県	363	19.7	121

※ 普通・上級講習の人口 1 万人あたりの受講者数

出典：消防庁「救急・救助の現況」（平成24年版）

図表 5-6-6 救急隊の総数および救急救命士が同乗している救急車の割合

(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	うち救命士運用隊数	
全国	4,965	4,763	95.9%
三重県	102	99	97.1%

出典：消防庁「救急・救助の現況」（平成 24 年版）

図表 5-6-7 救急車の稼働台数および救急救命士が常時同乗している救急車の割合

(単位：台/年)

	救急車の稼働台数		救急救命士が同乗して いる救急車の割合
	実数	人口 10 万人あたり	
全国	6,054	4.8	83.1%
三重県	118	6.4	59.8%

出典：消防庁「救急・救助の現況」（平成24年版）

図表 5-6-8 救急患者搬送数

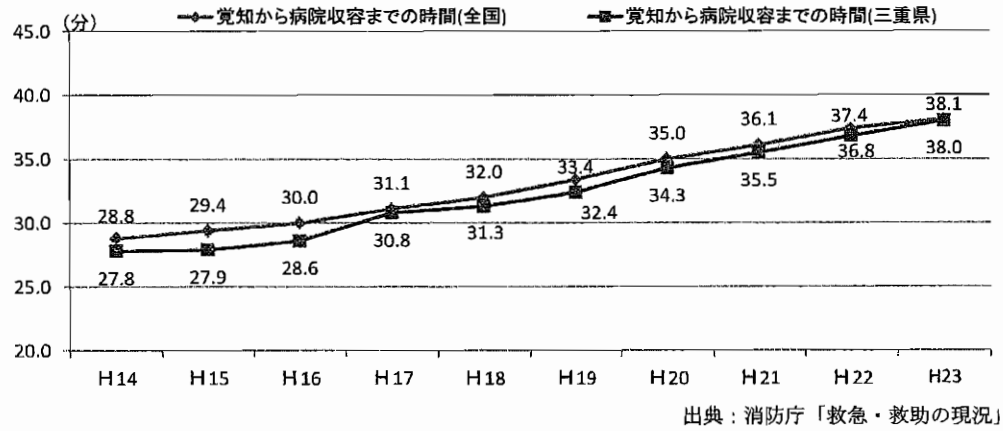
(単位：件/年)

	実数	人口 10 万人あたり
全国	5,178,862	4080.3
三重県	78,890	4,277.5

出典：消防庁「救急・救助の現況」（平成24年版）

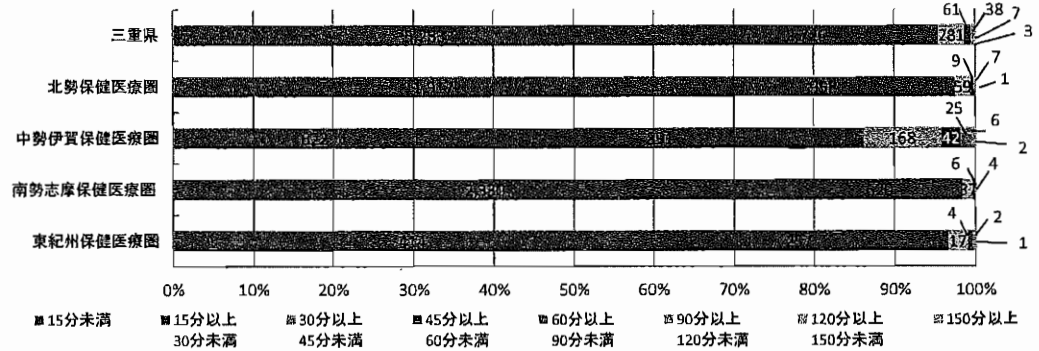
- 本県において、平成 23（2011）年中に救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は 38.0 分で、全国平均 38.1 分と同水準です。
- 受入困難事例を見ると、救急車が搬送する病院が決定するまでに、救急要請開始から 30 分以上かかった割合は 4.6%（全国 4.9%）、4 医療機関以上に要請を行った割合は 4.1%（全国 3.9%）となっており、いずれも地域によって差があります。
- 受入医療機関の選定困難事案の原因の一つに病床の満床があると考えられます。急性期を脱した患者に対して適切な医療を提供する体制の整備が必要です。
- 心肺停止患者の 1 か月後の予後は、生存率 9.6%（全国 11.4%）、社会復帰率 5.6%（全国 7.2%）であり、ともに全国平均を下回っています。

図表 5-6-9 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

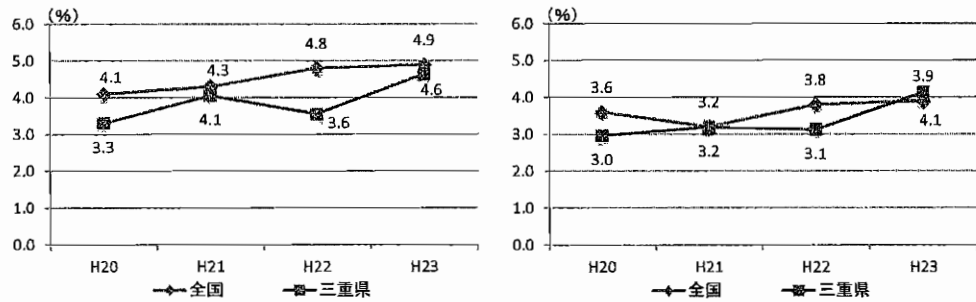


図表 5-6-10 救急車が搬送する病院が決定するまでに要した時間(医療圏別)

(単位：件/年)



図表 5-6-11 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分以上を要した割合(左グラフ)、あるいは4医療機関以上に要請を行った割合(右グラフ)(受入困難事例)



※重症以上の救急搬送に占める割合です。(転院搬送を除く)

出典：消防庁「消防白書」

図表 5-6-12 心肺停止患者の1か月後の予後

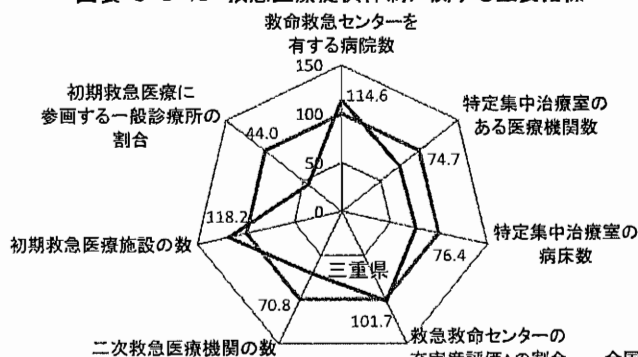
	生存率	社会復帰率
全国	11.4%	7.2%
三重県	9.6%	5.6%

出典：消防庁「救急・救助の現況」（平成24年版）

② 初期救急医療

- 初期救急医療については、比較的軽症の患者を対象に主に外来診療により行われており、休日夜間は「休日夜間急患センター」や在宅当番医制*で対応しています。県内では平成24（2012）年4月現在、14か所に休日夜間急患センターが設置されており、また、地域の医師会等で当番を決めて休日や夜間の患者を受け入れる体制を整備している地域もあります。
- 一般診療所のうち、初期救急医療に参画する一般診療所（在宅当番医制のある診療所）の割合は7.2%（全国16.3%）と全国平均を下回っています。
- 三重県救急医療情報センターにおいて救急医療情報システム「医療ネットみえ」や、コールセンターの電話案内により初期救急医療の情報提供を行っています。
- 耳鼻科、眼科等の医師の診察を必要とする疾患についても、同案内を活用し、時間外診療の応需可能な医療機関等を紹介しています。

図表 5-6-13 救急医療提供体制に関する主要指標



出典：救急救命センターの充実度評価Aの割合は厚生労働省「救命救急センターの評価結果報告書」（平成22年実績に基づく評価）、二次救急医療機関の数は厚生労働省「社会保障審議会医療部会資料（平成23年3月31日時点）」および三重県調査（平成24年4月）、その他は厚生労働省「平成23年医療施設調査」

③ 二次救急医療

- 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おり、中核的な病院が曜日などで交替して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日二次救急患者の受入を行う体制が医療機関や市町などの協力により構築されています。
- 現在、県内には二次救急医療体制の維持が困難な地域が見られます。その理由の一つとして、初期救急患者が二次救急医療機関に直接受診するため、過度の患者の集中が起こり、病院勤務医等の負担が大きくなったことが挙げられます。

- 二次救急医療体制が脆弱な地域において、「三重県地域医療再生計画」などに基づき、病院の再編統合や機能連携などを進めることにより、地域の救急医療体制の充実が図られています。
- 本県において救急告示病院は 64 医療機関あります。

④ 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、二次救急医療提供体制の確保と、重篤な疾患の患者の受入れ先となる三次救急医療施設の充実が求められています。
- 救命救急センターを有する病院においては、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医療が提供されています。なお、脳卒中や急性心筋梗塞の医療は、救命救急センターを有する病院以外の病院等においても行われています。
- 本県では、平成 24（2012）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 か所が救命救急センターとして指定され、重篤な救急患者等への対応を行っています。
- 離島や中山間地域など、救急患者等の搬送に長時間を要する地域などでは、救急現場において早期に医師による治療を行うことや、救命救急センター等高度な医療機関に短時間で搬送することにより、救命率の向上や後遺障がいの軽減等が期待できることから、平成 24（2012）年 2 月から本県独自のドクターヘリを導入しています。また、平成 15（2003）年 1 月から、奈良県とともに共同運航している和歌山県のドクターヘリについても、引き続き東紀州保健医療圏において活用しています。
- 人口 100 万人あたりの特定集中治療室のある医療機関数は、4.9 施設（全国 6.5 施設）、人口 10 万人あたりの特定集中治療室の病床数はで 4.0 床（全国 5.2 床）となっており、いずれも全国平均を下回っています⁶。

図表 5-6-14 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	239	146	93
累計	258	155	103

※ 平成 24 年度は平成 25 年 2 月末現在

出典：三重県調査

⁶ 出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

図表 5-6-15 和歌山県ドクターヘリの共同利用実績

(単位：件)

	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
三重県	3	6	7	10	7	9	15	8	9	14	3
3県計	35	265	338	341	347	379	386	387	384	392	332

※ 平成 24 年度は平成 25 年 2 月末現在

出典：三重県調査

2. 医療連携体制の現状

- 救急医療体制の現状は保健医療圏ごとに異なっています。各保健医療圏における救急医療体制の現状は次のとおりです。

(1) 各保健医療圏における医療提供体制

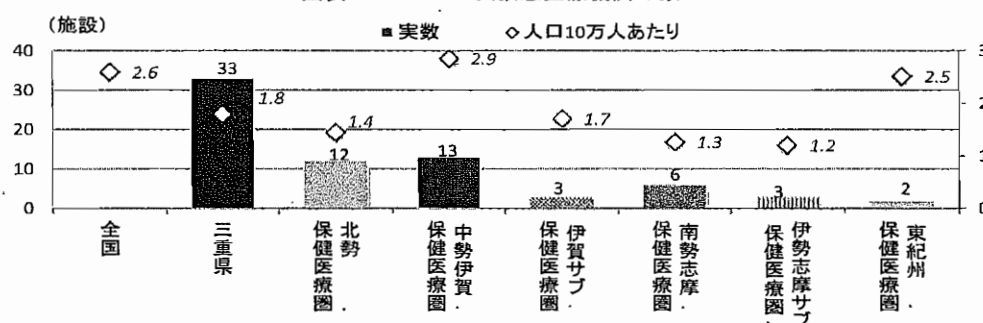
① 初期救急医療

- 休日夜間急患センターである診療所は、平成 24（2012）年 4 月時点で北勢保健医療圏に 3 か所、中勢伊賀保健医療圏に 7 か所、南勢志摩保健医療圏に 3 か所および東紀州保健医療圏に 1 か所あり、休日夜間の初期救急医療患者に対応しています。
- 一般診療所のうち、初期救急医療に参画する一般診療所（在宅当番医制のある診療所）の割合は、東紀州保健医療圏で全国平均を上回っています。
- 医療機関の数だけでなく、医療従事者数なども保健医療圏ごとに大きな差があります。

② 二次救急医療

- 人口 10 万人あたりの医療機関の整備状況を見ると、平成 23（2011）年度の二次救急医療機関数は、中勢伊賀保健医療圏で 2.9 施設（全国 2.6 施設）と全国平均を上回っていますが、他の保健医療圏では全国平均を下回っています。
- 医療機関の数だけでなく、医療従事者数なども保健医療圏ごとの差があります。

図表 5-6-16 二次救急医療機関の数

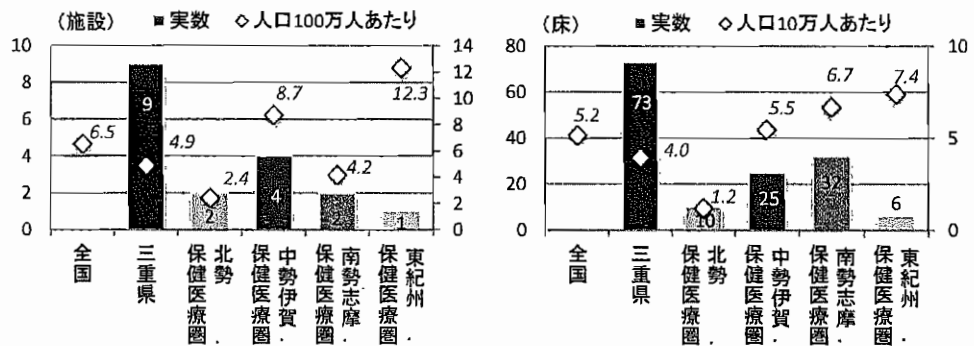


※中勢伊賀保健医療圏、南勢志摩保健医療圏については、それぞれサブ保健医療圏を除いた数値です。
出典：厚生労働省医政局調べ（社会保障審議会医療部会資料の平成23年3月31日時点の数）、三重県調査（平成24年）

③ 三次救急医療

- 救命救急センターを有する医療機関数は、平成 20 (2008) 年医療施設調査では、北勢保健医療圏に 1 か所、南勢志摩保健医療圏に 1 か所の合計 2 か所でした。その後、北勢保健医療圏、中勢伊賀保健医療圏に各 1 か所整備され、平成 24 (2012) 年 4 月現在は計 4 か所となっています。
- これにより、県内の 4 つの二次保健医療圏のうち北勢、中勢伊賀、南勢志摩保健医療圏では、救命救急センターが確保されましたが、東紀州保健医療圏では未設置となっています。
- 本県では、平成 24 (2012) 年 2 月にドクターヘリを導入したことにより、東紀州保健医療圏をはじめとする県内全域の三次救急医療体制の充実・強化につながっています。
- 人口 100 万人あたりの特定集中治療室のある病院数は、東紀州保健医療圏と中勢伊賀保健医療圏で全国平均を上回っています。人口 10 万人あたりの特定集中治療室の病床数は、北勢保健医療圏を除く各保健医療圏で全国平均を上回っています。

図表 5-6-17 特定集中治療室のある病院数(左グラフ)・病床数(右グラフ)



出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

(2) 医療提供体制

平成24年4月現在

保健医療圏	市町	初期救急医療機関					二次救急医療機関			三次救急医療機関	小児救急医療拠点病院
		休日夜間 急患センター	休日		平日	在宅当番医制	二次救急 医療圏名	施設名			
			昼間	準夜					準夜		
北勢保健医療圏	桑名市 木曾岬町 いなべ市 東員町	桑名市 応急診療所	○		○※1	桑名市医師会 (5施設) いなべ医師会 (24施設) (その他救急告示による施設) 山崎病院・桑名病院・森栄病院・日下病院・青木内科・大桑ク リニック・桑名南医療センター	北勢地域 桑名地区	(病院群輪番制病院参加施設) 桑名西医療センター・桑名東医 療センター・青木記念病院・ヨ ナハ総合病院・厚生連いなべ総 合病院	県立総合医 療セン ター (救命救急 センター) 市立四日市 病院 (救命救急 センター)	国立病院機 構 三重病院	
	四日市市 菰野町 朝日町 川越町	四日市市 応急診療所	○			北勢地域 四日市 地区	(病院群輪番制病院参加施設) 県立総合医療センター・市立四 日市病院・四日市社会保険病 院・厚生連菰野厚生病院				
	鈴鹿市 亀山市	鈴鹿市 応急診療所	○	○	○	亀山医師会 (29施設) (その他救急告示による施設) 高木病院・塩川病院・川口整形外科	北勢地域 鈴鹿地区	(病院群輪番制病院参加施設) 厚生連鈴鹿中央総合病院・鈴鹿 回生病院 亀山市立医療センター			
中勢伊賀保健医療圏	津市	津市休日応 急・夜間 こども応急 クリニック	○	○※2	○※2		中勢伊賀 地域 津地区	(病院群輪番制病院参加施設) 武内病院・永井病院・遠山病院・ 吉田クリニック・岩崎病院・大 門病院・津生協病院・国立病院 機構三重中央医療センター・榊 原温泉病院・小淵病院	三重大学医 学部附属病 院 (救命救急 センター)		
		津市夜間成人 応急診療所		○	○						
		津市久居休日 応急診療所	○			(その他救急告示による施設) 若葉病院・県立一志病院					
	伊賀市	伊賀市 応急診療所	○	○	○		中勢伊賀 地域 伊賀地区	(病院群輪番制病院参加施設) 上野総合市民病院・岡波総合病 院・名張市立病院			
名張市	名張市 応急診療所	○	○	○							
南勢志摩保健医療圏	松阪市 多気町 明和町 大台町	松阪市 休日夜間 応急診療所	○	○	○		南勢志摩 地域 松阪地区	(病院群輪番制病院参加施設) 松阪市民病院・松阪中央総合病 院・済生会松阪総合病院	伊勢十字 病院 (救命救急 センター)		
		松阪市歯科 休日 応急診療所	○※3			(その他救急告示による施設) 厚生連大台厚生病院・国保報徳病院・三重ハートセンター					
	伊勢市 玉城町 度会町 大紀町	伊勢市 休日・夜間 応急診療所	○	○	○		南勢志摩 地域 伊勢地区	(病院群輪番制病院参加施設) 市立伊勢総合病院・伊勢赤十字 病院			
	鳥羽市	鳥羽市 休日・夜間 応急診療所	○		○※4		南勢志摩 地域 志摩地区	(病院群輪番制病院参加施設) 県立志摩病院			
志摩市 南伊勢町	志摩市 休日・夜間 応急診療所	○		○※5	(その他救急告示による施設) 南島メディカルセンター・町立南伊勢病院・国保志摩市民病院						
東紀州保健医療圏	尾鷲市 紀北町					紀北医師会 (28施設)	東紀州 地域 尾鷲地区	(病院群輪番制病院参加施設) 尾鷲総合病院			
	熊野市 御浜町 紀宝町	紀南医師会 応急診療所	○				東紀州 地域 熊野地区	(病院群輪番制病院参加施設) 紀南病院			

※1 土曜日のみ、※2 夜間は小児科のみ、※3 午前中のみ、※4 木・金・土曜日のみ、※5 月・水・土曜日のみ

(3) 各保健医療圏における現状

- 初期、二次救急医療、小児救急医療については、その体制の維持が困難となっている地域が増加しており、地域救急医療対策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。
- 救命救急センターについては、当初、人口100万人に1か所を目途に整備が行われてきました。しかしながら、本県は南北に長い地理的要件や人口の集中度合いにより、より多くの救命救急センターを設置しています。

図表 5-6-18 各保健医療圏における救急医療の現状

保健医療圏	地域	救急医療に関する現状
北勢保健医療圏	桑名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 二次救急医療については、病院群輪番制により体制が維持されているものの、勤務医が不足しています。 ・ 旧桑名市民病院と旧山本総合病院を再編統合し、桑名市総合医療センターとして病院を整備し、地域の二次救急医療を担っています。 ・ 二次・三次救急医療患者については、四日市地域および愛知県など圏域を越えた搬送があります。 ・ 桑名市では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。
	四日市	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 平成21（2009）年2月に市立四日市病院を救命救急センターとして指定し、県立総合医療センターとともに北勢地域の重篤な救急患者への対応を実施しています。 ・ 平成22（2010）年度から厚生連菰野厚生病院が二次救急輪番に加入しています。 ・ 医療ニーズに迅速、的確に対応するため、平成24（2012）年4月に県立総合医療センターを地方独立行政法人としています。
	鈴鹿	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期救急医療については、鈴鹿市休日夜間応急診療所や亀山医師会の在宅当番医制度などにより対応しています。 ・ 二次救急医療については、厚生連鈴鹿中央総合病院と鈴鹿回生病院の連携により対応しています。 ・ 亀山地域では、二次救急医療を担う亀山市立医療センターが中心となって、三重大学と連携し、最適な地域医療体制の確立に向けた研究や地域医療を担う医師養成等の取組が進められています。

中勢伊賀保健医療圏	津	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期救急医療については、津市休日応急・夜間こども応急クリニック、夜間成人応急診療所、久居休日応急診療所において対応しています。 ・ 初期救急患者の二次救急病院への集中の緩和と二次救急病院の受入体制の充実を図るため、病院群輪番制を担う二次救急医療機関の機能強化に向け、郡市医師会や三重大学と連携して、医師の派遣など診療支援の取組を進めています。 ・ 平成22（2010）年6月に三重大学医学部附属病院を救命救急センターとして指定し、中勢伊賀地域の重篤な救急患者への対応を実施しています。 ・ 平成24（2012）年2月から県ドクターヘリを導入し、三重大学医学部附属病院と伊勢赤十字病院が2か月交替で基地病院を担っています。 ・ 津市では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。
中勢伊賀保健医療圏	伊賀	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期救急医療については、伊賀市応急診療所と名張市応急診療所において対応しています。 ・ 二次救急医療については、地域の3病院が協力して病院群輪番制の維持に努めていますが、常勤医師数の減少が著しく、体制の維持が困難な状況となっています。そのため、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。 ・ 伊賀市では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。 ・ 伊賀地域において、市民や団体による「地域医療を守る会」が地域医療を守る活動を行っています。
南勢志摩保健医療圏	松阪	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期救急医療については、松阪市休日夜間応急診療所と松阪市歯科休日応急診療所において対応しています。 ・ 病院の医師不足や軽症患者の二次救急病院への集中などによって、病院群輪番制病院による救急患者の受入が困難な状況となっています。そのような状況の中、市、郡市医師会、消防本部等の協議により、初期救急患者は市の応急診療所で対応し、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。 ・ 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などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。
	伊勢	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期救急医療については、伊勢市休日・夜間応急診療所と鳥羽市休日・夜間応急診療所において対応しています。 ・ 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三次救急医療機関、小児医療の二次救急病院、地域医療支援病院に指定されており、平成24（2012）年1月に移転開業して伊勢志摩地域だけでなく県南部の中核病院として、広範囲に受け入れる体制整備がなされつつあります。 ・ 平成24（2012）年2月から県ドクターヘリを導入し、伊勢赤十字病院と三重大学医学部附属病院が2か月交替で基地病院を担っています。 ・ 伊勢市では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。
	志摩	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期救急医療については、志摩市休日・夜間応急診療所において対応しています。 ・ 県立志摩病院は、指定管理者制度を導入したことにより、民間事業者の柔軟かつ効果的なノウハウを活用し、医師確保および救急医療体制等の充実に努めています。 ・ 志摩地域において、市民や団体による「地域の医療を考える会」が、地域医療を守る活動を行っています。

東紀州保健医療圏	尾鷲	<ul style="list-style-type: none"> 初期救急医療については、休日は紀北医師会の休日在宅当番制の利用を呼びかけるとともに、毎週日曜日と祝日は、紀北医師会の協力を得て、病院の外来において対応しています。 三次救急患者への対応は、県独自の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行っています。 尾鷲総合病院では、医師不足の中で救急対応が困難な状況が続いていますが、医師確保のためのバディ・ホスピタルシステムを導入し、地域医療への貢献に努めています。
	熊野	<ul style="list-style-type: none"> 初期救急医療については、紀南医師会応急診療所において対応しています。 三次救急患者への対応は、県独自の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行っています。 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) 各保健医療圏における受療動向

- 本県における平成 20（2008）年の 1 日あたりの救急車で搬送された入院患者数は 1.4 千人と推定され、そのうち 0.1 千人は県外で治療を受けています。また、北勢保健医療圏では 0.6 千人のうち 12.1%が県外を含む保健医療圏外の医療機関に入院していますが、これは桑名地域から愛知県の医療機関への患者の流出が著しいためと考えられます。保健医療圏外の医療機関で治療を受けた割合（流出率）は、県全体（平均）では 11.4%ですが、東紀州保健医療圏で 23.9%とやや高くなっています。

図表 5-6-19 保健医療圏別 救急車により搬送された入院患者の流出・流入状況
(単位：千人/日)

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	1.4	0.6	0.4	0.3	0.1	0.1	11.4%
北勢保健医療圏	0.6	0.5		0.0	0.0	0.0	12.1%
中勢伊賀保健医療圏	0.5	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	11.2%
南勢志摩保健医療圏	0.3	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	5.8%
東紀州保健医療圏	0.1				0.1	0.0	23.9%
県外	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—	—
流入率	6.7%	7.6%	4.0%	4.5%	26.4%	—	—

※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）」

3. 課題

(1) 救急医療提供体制

- 本県の医師数は、全国平均と比べて不足しており、特に、救急医療においても重要な役割を担う小児科、産婦人科、脳神経外科、麻酔科、救急専門医の不足の解消、若手医師の確

保が喫緊の課題です。

- 症状の程度が不明な患者は、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」等にて紹介された初期救急医療機関へ、明らかに重症な患者は救急車により二次救急の病院群輪番制病院へ、生命の危機が差し迫っている患者はさらに三次救急医療機関へという、本来あるべき救急患者の流れを構築することが課題となっています。
- 高齢化の一層の進行により、今後、ますます増加すると予想される高齢者の救急搬送への対策が必要です。

① 病院前救護体制

- 平成 22（2010）年 9 月に策定した「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、事後検証を行うことにより継続的な見直しが必要です。
- 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が必要です。
- 地域住民への AED を用いた応急手当の普及啓発や救急蘇生法の実習などのさらなる充実が必要です。
- 適切な救急医療機関受診に関する普及啓発を行い、軽症患者の安易な二次救急医療機関の受診による医療機関の負担を軽減する必要があります。
- 今後、充実が求められる病院前救護体制には、事後検証や教育訓練等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。また事後検証等を効果的に実施するため、より広域での地域メディカルコントロール体制の整備を図る必要があります。

② 初期救急医療

- 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が確保されていない地域をなくすことが必要です。
- 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、市町等との連携の上、強化する取組が必要です。
- 「医療ネットみえ」に参加登録をしている医療機関数を増やす必要があります。また、その中で、特に耳鼻科、眼科などを標榜する医療機関の登録を増やす必要があります。

③ 二次救急医療

- 医師不足などの理由により二次救急医療の提供が困難な状況となっている地域がみられることから、病院群輪番制の維持に努める必要があります。
- 軽症の患者であっても二次救急医療機関を受診する傾向があり、特に病院群輪番制病院などでは、救急患者の診療に支障を来していることから、県民の適切な受診行動を促進する必要があります。

④ 三次救急医療

- 東紀州保健医療圏には三次救急医療施設がないため、隣接する地域をはじめとする県内全域での支援体制の強化が必要です。
- ドクターヘリの出動要請においては、早期の現場出動に対する消防本部の判断や、病院間搬送に対する医療機関の理解の促進が必要です。

- 災害時や重複要請時のドクターヘリの運航について、近隣府県と連携を図る必要があります。
- ドクターヘリの円滑な運航体制を強化するため、訓練の実施や搬送事例の検証等が必要です。

(2) 急性期を脱した患者への後方支援等について

- 急性期を脱した患者のため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が必要です。
- 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連携の強化が必要です。

(3) 各保健医療圏における課題

- 救急搬送件数の増加に対応するとともに、受入照会回数の減少等を図るため、二次および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を制限するなど、いわゆる出口問題が生じています。
- 小児救急を含む救急医療体制の充実を図るため、さらなる医師及び看護師の確保が必要です。

図表 5-6-20 各保健医療圏における救急医療の課題

保健医療圏	地域	救急医療に関する課題
北勢保健医療圏	桑名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、勤務医不足の中、維持が困難な状況となっています。
	四日市	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他地域からの救急患者搬送の増加に対応するため、二次および三次救急医療体制のさらなる充実が求められています。 ・ 救急搬送者のうち、診断の結果、帰宅可能な軽症者の割合が6割強と、他地域と比べて多くなっており、本来対応すべき重症者への対応に支障をきたす恐れがあります。
	鈴鹿	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鈴鹿市を中心とした地域の二次救急医療については、厚生連鈴鹿中央総合病院と鈴鹿回生病院の連携により対応していますが、他地域からの救急患者の搬送が増加しており、その対策が課題となっています。 ・ 亀山市において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。
中勢伊賀保健医療圏	津	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急搬送における受入先医療機関の選定が困難な事案(いわゆる“たらい回し”)が多く発生しており、地域内の救急医療体制の整備・充実が急務となっています。 ・ 救急搬送において、他地域と比べて搬送件数の増加が著しく、病院群輪番制病院の負担になっています。 ・ 救急医療や応急処置などの相談に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」の利用について、普及啓発を行っていく必要があります。

	伊賀	<ul style="list-style-type: none"> 常勤医師の減少が著しく、現在の3病院による病院群輪番制の維持が困難な状況となっていることから、二次救急医療体制の再構築が喫緊の課題となっています。
南勢志摩保健医療圏	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。 松阪地域での救急搬送数が増加を続けている中、救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談「救急相談ダイヤル24」を導入しましたが、効果が目に見えて現れていない状況であり、救急車の適正利用等のさらなる啓発が必要です。 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。
	伊勢	<ul style="list-style-type: none"> 医療従事者の不足から、二次救急医療をはじめとする救急医療体制の維持がやや困難な状況となっています。
	志摩	<ul style="list-style-type: none"> 国保志摩市民病院、町立南伊勢病院は、医師・看護師不足から救急医療対応が困難になっています。 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。
東紀州保健医療圏	尾鷲	<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です。
	熊野	<ul style="list-style-type: none"> 二次救急医療を担う紀南病院の医師確保が困難な状況となっています。

4. 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・二次救急医療体制の充実や、重篤患者の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。
- 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、地域へ戻っていくことができるよう在宅医療および多職種連携した地域医療提供体制が構築されています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値	
救急医療情報システム 参加医療機関数 【三重県調査】	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 (H23)	
		568 機関	
受入困難事例の割合 【三重県調査】	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 分以上を要したあるいは 4 回以上医療機関に要請を行った割合の低減を目標とします。	目 標	
		30 分以上	4 回以上
		3.3%	3.0%
		現 状 (H23)	
		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人の割合 【救急・救助の現況】	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。	目 標	
		50.0%以下	
		現 状 (H23)	
		56.4%	
救急救命士が同乗している救急車の割合 【救急・救助の現況】	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	
		80.0%	
		現 状 (H24)	
		59.8%	

(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、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の提供を行うとともに、救急車の適正な利用など、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、市町、県、関係機関)
- 救急医療情報センターにおける「医療ネットみえ」の初期救急医療機関情報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、市町、県、関係機関)
- 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を行います。(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を使った応急手当が実施できる県民を増やすため、救急蘇生法講習の実施を推進します。(消防機関、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を行います。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 三重県メディカルコントロール協議会や各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を円滑に推進することができるよう体制の充実を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 事後検証等をより効果的に実施し、メディカルコントロール体制の充実を図るため、各地域メディカルコントロール協議会の連携を進めます。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 救急救命士を対象とする講習・実習を実施し、資質の向上を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適用事案について検証を行い、必要に応じて基準の見直しを行うとともに、搬送体制の新たな仕組みづくりなどを行うことにより、円滑な搬送と受入体制の充実強化を図ります。(医療機関、消防機関、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に努めるとともに、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を進めます。(医療機関、三重大学、県)
- 高齢者の人口増加とともに、今後ますます増加すると予想される高齢者の救急需要について、国の救急医療の体制構築に係る指針を踏まえ、現状を検証するとともに、その対策について他都道府県の取組等も参考にしつつ検討を進めます。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 医療機関や市、医師会など関係機関・団体と協力し、初期救急医療を担う医療機関等の増加に努めます。(医療機関、市、県、関係機関)
- 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進めて、二次救急患者や三次救急患者の迅速な搬送のできる体制づくりを進めます。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 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、地域へ戻っていく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など医療機関同士の連携の充実を図ります。(医療機関、市町、県)
- 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を図ります。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 地域内または県内の医療機関間や救急現場と医療機関間で、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を進めることにより、円滑な診療支援体制や救急搬送体制の構築を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)

- 伊賀地域における二次救急医療体制については、3 病院の機能強化や機能分担を進めることにより、さらなる体制強化を図ります。(医療機関、消防機関、市、県、関係機関)
- 志摩地域、東紀州地域については、二次救急医療機関の機能強化を図るとともに、特に、東紀州地域については、平成 24 (2012) 年 2 月に導入した県ドクターヘリや、奈良県とともに共同運航している和歌山県ドクターヘリを活用するなど、広域的な連携を進めることにより、重症患者への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、円滑な運航体制の強化を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)

第7節 災害医療対策

1. 災害医療の現状

(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（事故災害）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。
- 東海・東南海・南海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。
- 東海・東南海・南海地震が同時発生した場合には、阪神・淡路大震災と東日本大震災を合わせた被害が生ずる可能性があります。
- 昭和 34（1959）年の台風 15 号（伊勢湾台風）では約 32 万人が被災し、そのうち死者・行方不明者が 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。
- 東日本大震災では、急性期における外傷だけでなく中長期に及ぶ慢性疾患等の対応を含む医療支援等が行われたこともあり、今後幅広い災害時の医療が求められます。

図表 5-7-1 想定される東海・東南海・南海地震同時発生時の被害（早朝5時）

○死者	約 2,700 名～4,800 名
○負傷者	約 11,700 名～11,800 名
○建物全壊	約 66,100～69,000 棟（半壊 約 98,000 棟）

出典：三重県「三重県地域防災計画被害想定調査報告書（平成 17 年 3 月）」

図表 5-7-2 南海トラフの巨大地震による被害想定 の最大数

○死者	約 43,000 名
○負傷者	約 66,000 名
○建物全壊	約 239,000 棟

出典：中央防災会議（防災対策推進検討会議 南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループ）
「南海トラフ巨大地震の被害想定について（第一次報告）（平成 24 年 8 月 29 日）」

(2) 災害医療体制¹

① 県の取組

- 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、県では災害救助法が適用されるような大規模かつ広範囲にわたる災害が発生した場合に、医療救護班の派遣や災害拠点病院を

¹ 原子力災害、危険物等災害およびテロ等への対策については、関係する法律に基づき体制整備がなされるものであり、本計画では対象としていません。

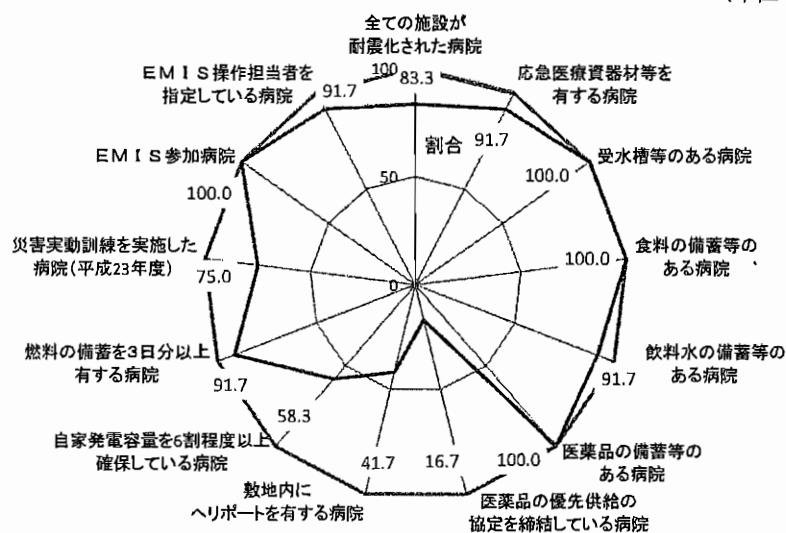
活用した医療救護活動を行うこととしています。

- 保健所は、県の地域災害医療地方部として、被害情報の収集や整理を行います。
- 津医療地方部と伊勢医療地方部は、患者を被災地外へ搬送する必要がある場合は、広域搬送拠点臨時医療施設（Staging Care Unit。以下「SCU*」という。）を設置します。
- 県では、県医師会、県病院協会、県歯科医師会、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、災害拠点病院の指定により、災害発生時の医療救護体制の整備を進めています。
- 県では、県内の 12 病院を災害拠点病院に指定し、災害拠点病院の担当者を対象に、災害拠点病院担当者連絡会議を開催しています。
- 東日本大震災を機に、国が示す災害拠点病院の指定要件が見直しされました。これを受けて、県は、災害拠点病院が指定要件を満たしているかどうか、毎年確認することとなりました。
- 県では、災害時における医療機関の診療状況を把握するため、医療機関の稼働状況等を入力することで関係機関（都道府県、医療機関、消防等）と都道府県を越えた情報が共有できる三重県広域災害・救急医療情報システム（Emergency Medical Information System。以下「EMIS*」という。）の運用を行っており、平成 24（2012）年 4 月現在、二次救急医療以上を担う 34 病院が参加しています。
- 災害医療に携わる人材を育成するため、災害看護研修を実施しています。

② 災害拠点病院の取組

- 全ての災害拠点病院が、EMISに参加しています。また、12 病院中 11 病院が、EMISへの情報を入力する複数の担当者を事前に決めて、入力内容や操作方法等の研修・訓練を行っています。
- 基幹災害拠点病院では、県や他の二次救急医療機関等と連携して、EMIS入力訓練を行っています。
- 災害拠点病院のうち、全ての建物が耐震化されている病院は 10 病院、病院機能を維持するために必要な全ての建物が耐震構造である病院は 1 病院、病院機能を維持するために必要な建物に耐震構造でない建物がある病院が 1 病院あります。
- 病院機能を維持するために必要な建物に耐震構造でない建物がある病院については、現在耐震化に取り組んでおり、平成 26（2014）年度に完成する予定です。

図表 5-7-3 災害拠点病院のうち災害への対応体制等がある病院の割合
(単位：%)



出典：三重県調査（平成24年4月1日現在）

③ 医療救護体制

- 医療救護班には、災害急性期（発災後 48 時間以内）に、救出・救助部門と一体となり機動的に医療活動を行う災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team、以下「DMAT」という。と、移行期（発災後 2 日から 1 週間程度）から中長期（一週間前後から）にかけて慢性疾患等の対応も含めた医療活動を行う医療救護チームがあります。
- DMAT が果たす任務と役割は、災害発生後直ちに被災地に入り、「被災地内におけるトリアージや救命処置」、「患者を近隣・広域へ搬送する際における必要な観察・処置」、「被災地内の病院における診療支援」等を行うことです。
- 一度に数名から十数名程度の患者が発生する災害では、必要に応じて近隣の DMAT が災害現場へ入り、トリアージや救命処置等の医療支援を行います。
- 平成 24（2012）年 3 月 30 日現在、DMAT は全国に 1,002 チームあり、県内でも平成 24（2012）年 4 月 1 日現在 22 チームが DMAT 養成研修を受講済みですが、活動可能なチームは 13 チーム、DMAT を保有する災害拠点病院は 7 病院です。
- 厚生連いなべ総合病院、市立四日市病院、県立総合医療センター、厚生連鈴鹿中央総合病院、三重大学医学部附属病院、松阪市民病院、伊勢赤十字病院、県立志摩病院の 8 病院が県と DMAT 派遣協定を締結しています。
- DMAT 養成研修を受講したり、県総合防災訓練等に DMAT が参加したりして、人材育成と技能維持に努めています。
- 東日本大震災では、急性期における DMAT 派遣を行った後、県医師会、県病院協会、県看護協会、三重大学医学部附属病院と県の 5 者で協議を行い、日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team、以下「JMAT」という。）の身分も兼ねた三重県医療救護チームを編成し、約 4 か月にわたり岩手県陸前高田市の医療救護活動を支援しました。
- その他、日本赤十字社三重県支部が、日本赤十字社の全国的な取組において医療救護活動

を行うなど、各団体等における医療救護班の派遣も行われました。

④ 広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）

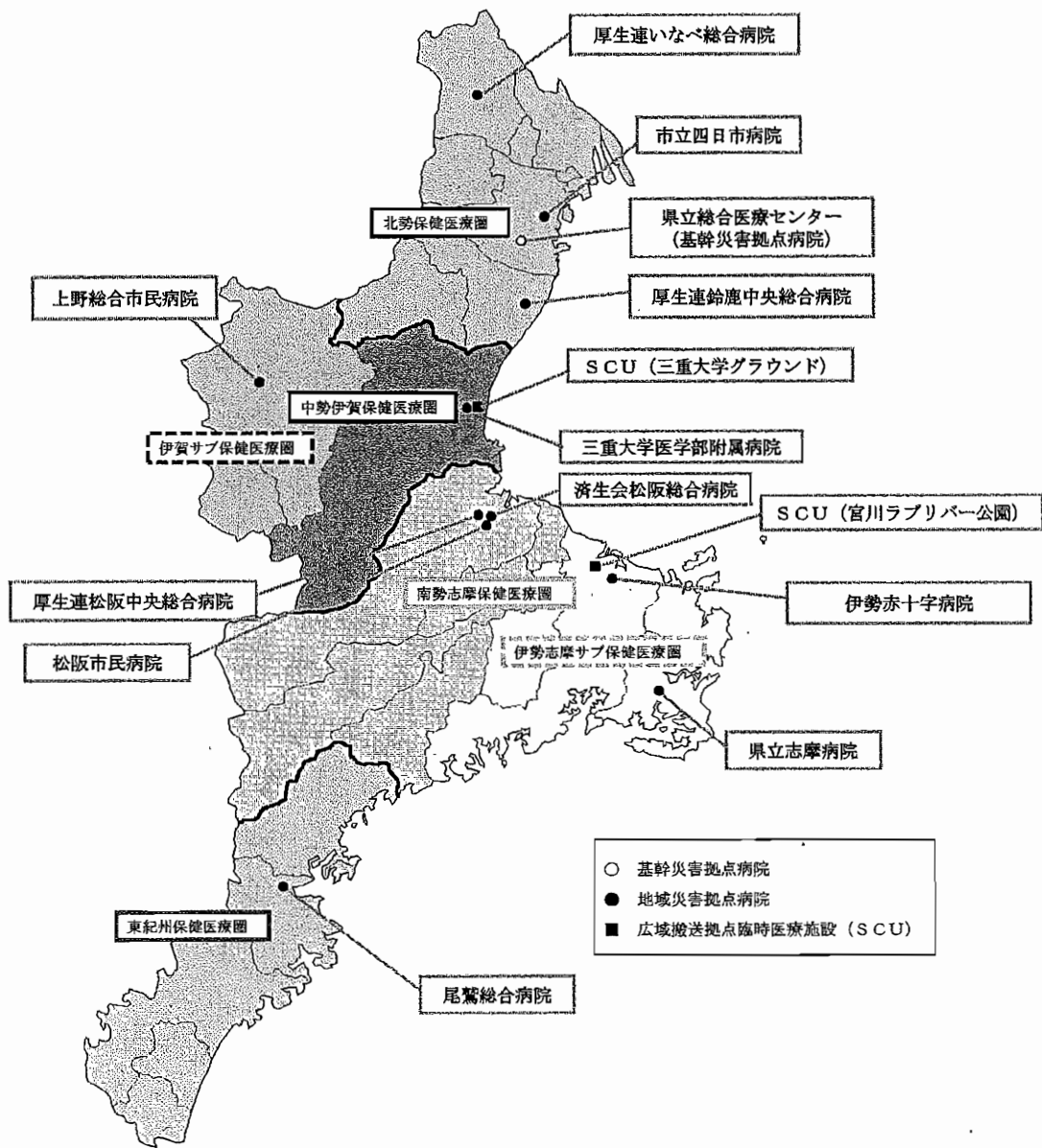
- 平成 19（2007）年 3 月に中央防災会議幹事会が作成した「東南海・南海地震応急対策活動要領に基づく具体的な活動内容に係る計画」において、広域医療搬送の計画が記載されています。同計画において、県は、三重大学グラウンドと宮川ラブリバー公園に SCU を設置することとしています。
- 三重大学グラウンドの SCU は三重大学医学部附属病院、宮川ラブリバー公園の SCU は伊勢赤十字病院の協力を得ながら県（保健所）が設置します。
- 平成 23（2011）年度に DMAT 実動訓練と合わせて、三重大学グラウンドの SCU 設置訓練を実施しました。

図表 5-7-4 各災害拠点病院の災害医療提供体制等の状況

保健医療圏	保健所	区分	医療機関	医療法許可病床数	災害医療提供体制			
					医療チーム(DMAT)	災害派遣	二次救急医療機関 もしくは 救命救急センター	救命救急センター 病床数
北勢保健医療圏	桑名	地域	厚生連いなべ総合病院	220	1	二次救急		
	四日市市	基幹	県立総合医療センター	446	2	救命救急	27	○
		地域	市立四日市病院	568	2	救命救急	30	○
	鈴鹿	地域	厚生連鈴鹿中央総合病院	460	2	二次救急		○
中勢伊賀保健医療圏	津	地域	三重大学医学部附属病院	685	2	救命救急	20	○
伊賀サブ保健医療圏	伊賀	地域	上野総合市民病院	281	0	二次救急		○
南勢志摩保健医療圏	松阪	地域	松阪市民病院	328	2	二次救急		○
		地域	済生会松阪総合病院	430	0	二次救急		
		地域	厚生連松阪中央総合病院	440	0	二次救急		
伊勢志摩サブ保健医療圏	伊勢	地域	伊勢赤十字病院	655	2	救命救急	30	○
		地域	県立志摩病院	350	0	二次救急		○
東紀州保健医療圏	尾鷲	地域	尾鷲総合病院	255	0	二次救急		○
	熊野							

出典：三重県調査（平成 24 年 4 月 1 日現在）

図表 5-7-5 三重県の災害拠点病院の配置図

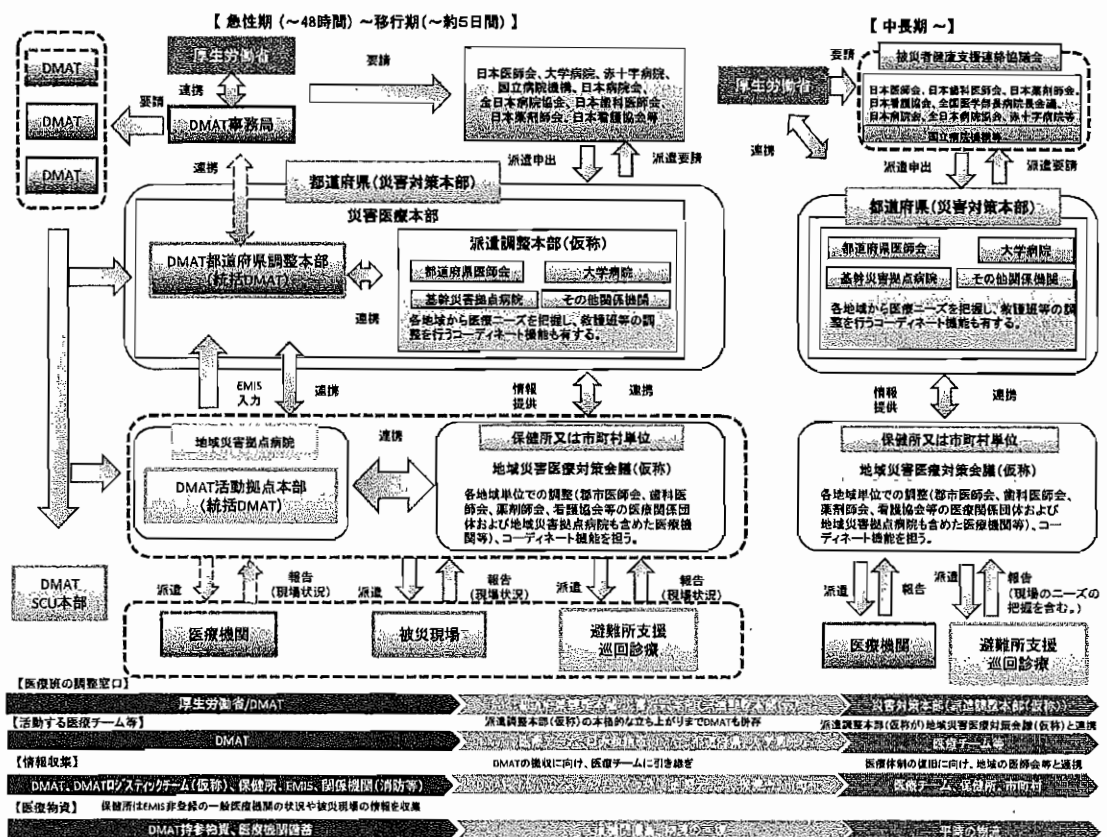


2 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 厚生労働省が東日本大震災をふまえて、急性期から中長期にわたる医療提供体制の考え方を示しており、従来の急性期体制だけでなく、移行期、中長期の医療提供体制を整備することが求められています。
- 急性期から中長期にわたる医療提供体制の考え方の概要は以下のとおりです。
 - ・急性期（～48時間）は、DMAT、災害拠点病院を中心に災害医療活動を行う。
 - ・移行期（～約5日間）は、必要に応じてDMATから医療救護チーム（各医療機関、医師会JMAT等）への引継を行う。
 - ・中長期は、医療救護チーム（各医療機関、医師会JMAT等）が中心となって活動を行う。

図表 5-7-6 東日本大震災をふまえた急性期から中長期にわたる医療提供体制の考え方



出典：厚生労働省資料をもとに作成

(2) 連携の現状

- 災害拠点病院、日本赤十字社三重県支部、県消防長会、陸上自衛隊、県警本部等が参加する「DMAT・SCU連絡協議会」を開催し、情報を共有しています。

- 東海・東南海・南海地震や風水害で被害が想定される東紀州地域の災害医療体制を補完するため、平成 24（2012）年 2 月に、新たに災害拠点病院として、済生会松阪総合病院、厚生連松阪中央総合病院を指定しました。
- 東日本大震災では、県医師会、県病院協会、県看護協会、三重大学医学部附属病院と県の 5 者が連携して JMAT の身分も兼ねた三重県医療救護チームを編成し、被災地に派遣しました。

3. 課題

(1) 医療提供体制

① 災害時の対応

- 東日本大震災をふまえて南海トラフの巨大地震による被害想定が見直されるため、見直しをふまえた対策を検討する必要があります。
- 慢性疾患患者の災害時の対応を検討する必要があります。
- 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を検討する必要があります。
- 検視*・検案*を円滑に実施するための体制を検討する必要があります。
- 大規模災害においては、医療施設の能力を超える負傷者の集中や医療施設が被災して、十分機能しないことが想定されます。
- 本人・家族の自助努力だけでは対応が難しい在宅患者（人工透析、人工呼吸器装着、酸素療法等の患者）への対応の検討が必要です。
- 医療機関は、自ら被災することを想定し、災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努めることなどが求められています。

② 県の体制

- E M I S に参加している医療機関が、二次救急医療機関 34 病院にとどまっているため、関係機関と協力して、救急告示医療機関に参加を促す必要があります。
- D M A T 以外で、医療救護班（各医療機関、医師会 J M A T 等）として災害医療に従事する人材の育成が必要です。
- 県は、災害拠点病院が指定条件を満たしているか、毎年確認することが必要です。
- 県の災害対策本部に招へいする災害医療コーディネーター*や、地域の災害医療コーディネーターを設置する必要があります。
- 災害拠点病院だけでなく二次救急医療機関等の耐震化を計画的に進める必要があります。
- 災害時において、保健所と関係機関が情報共有を図る体制を平時から構築しておくことが必要です。
- 東日本大震災の経験をふまえた災害時の透析マニュアルの改定版の着実な運用ができるよう、関係機関との調整が必要です。

③ 災害拠点病院の体制

- 指定要件を満たしていない災害拠点病院の体制整備をどのように進めるか検討する必要があります。
- 災害を想定した定期的な訓練の実施が求められています。

④ 医療救護体制

- DMATの活動が長期間（1週間等）に及ぶ場合には、2次隊や3次隊の派遣により、1週間程度の対応が可能な体制の整備が求められます。
- 全ての災害拠点病院がDMATを保有する必要があります。
- 退職や人事異動によりDMATが維持できない病院の欠員補充が必要です。
- DMATが衛星携帯電話を保有し、インターネット回線を使ってEMISへアクセスできる体制の整備が求められています。
- 外傷だけでなく、慢性疾患等を含めた幅広い疾患に対応することが求められています。

⑤ 広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）

- 県が平成23（2011）年度に発表した浸水予測によると、2か所の設置予定場所が、いずれも浸水地域にあるため、津波被害時の代替施設を検討しておく必要があります。
- 官川ラブリバー公園でSCU設置訓練を実施する必要があります。

(2) 連携に関する課題

- 災害時における関係機関等との連携を想定し、定期的な訓練を実施することが求められています。
- 地域（保健所等）単位で、地域の実情に合わせた関係機関との連携会議を開催し、日頃から、緊密な関係を構築することが必要です。
- 県の災害医療対応マニュアルを改訂した後に、地域の災害医療対応マニュアルを見直すことが必要です。
- それぞれの災害拠点病院において、地域の二次救急医療機関等と連携した訓練を実施することが求められています。
- 災害拠点病院が機能不全に陥った場合に備えて、二次救急医療機関を中心に災害拠点病院を補完する災害医療支援病院（仮称）の指定等の検討が必要です。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 東海・東南海・南海地震で想定される規模の地震が発生した場合に、急性期から中長期にわたる円滑な救助・救援活動を展開するとともに、災害拠点病院等をはじめとして人的被害を最小限に抑えることができる体制および検視・検案が円滑にできる体制が整備されています。

- 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
災害拠点病院等の耐震化率 【三重県調査】	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(H23)
		62.9% (22/35)
救急告示医療機関の EMIS参加割合 【三重県調査】	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(H23)
		53.1% (34/64)
地域災害医療対策会議設置数 【三重県調査】	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(H24)
		4地域
災害拠点病院の訓練参加率 【三重県調査】	災害拠点病院が年に1回以上、訓練を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(H23)
		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

《県全体の取組》

- 三重県医療審議会災害医療対策部会やDMAT・SCU連絡協議会を開催するなど、災害拠点病院等の医療機関や、医師会、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体、警察、消防本部、市町等の関係機関との連携を深めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 災害時において、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を進めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)

- 医療救護チームは、実情にあわせた柔軟なチーム編成ができる体制づくりを進めます。(医療機関、医療関係団体、県)
- 救急告示医療機関に対して、EMISへの参加を促し、災害時の円滑な情報提供体制を強化します。(医療機関、県)
- 心のケア、口腔ケア、医薬品確保、感染症防止等への対応が円滑に取り組めるよう、医師会、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の活動との連携や情報共有ができる体制づくりを進めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 二次救急医療機関等の耐震化を計画的に進めます。(医療機関、県)
- SCU設置場所の代替地について検討を行います。(医療機関、県、関係機関)
- 県歯科医師会と共に災害発生時の歯科保健医療対応マニュアルを作成するとともに、災害時に、地域ごとの災害歯科医療支援コーディネーターが迅速に対応できる体制づくりを進めます。(歯科医師会、県、関係機関)
- 検視・検案を円滑に実施するための体制づくりを進めます。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)
- SCU設置訓練や関係機関との連携訓練を実施します。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 県庁および地域において、災害医療コーディネーターの体制整備を進めます。(医療機関、医療関係団体、県)

《地域の取組》

- 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）」を設置し、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、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 各地域において、災害時に対応できる地域災害医療コーディネーターの設置を行い、地域のコーディネート機能が十分に発揮できる体制を整えます。(医師会、医療機関、市町、県、関係機関)
- 県の災害医療対応マニュアルの改訂をふまえて、地域の災害医療対応マニュアルを見直します。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 医療救護所の配置等、地域における連携体制を整えます。(医師会、医療機関、市町、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

- 災害拠点病院の指定要件に関する整備が進むよう取り組みます。(医療機関、県)
- 災害拠点病院が機能不全に陥った場合に備えて、二次救急医療機関を中心に災害拠点病院を補完する災害医療支援病院（仮称）の指定等の検討を進めます。(医療機関、県)
- 災害拠点病院は、地域の二次救急医療機関や郡市医師会と連携しながら訓練や研修を実施し、災害医療ネットワークづくりを進めるとともに、訓練等を通じて災害拠点病院の役割について地域住民の理解を得ることに努めます。(医療機関、医師会、市町、県、関係機関)

取組方向3：災害医療を支える人材育成

- 災害発生時のさまざま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を行います。(医療機関、県)
- DMATは、基幹災害拠点病院が2チーム、地域災害拠点病院が1チーム以上保有し、維持できるよう、計画的な養成研修の受講に取り組みます。(医療機関、県)
- 医療機関において、あらかじめ医療救護班のメンバーを選定し、災害時に備えます。(医療機関、医師会、市町、県、関係機関)
- 医療救護班として派遣予定の医療従事者を対象とした研修を行います。(医療機関、医師会、市町、県、関係機関)
- 救護所、避難所等において、感染症の防止やメンタルケア*を適切に対応できるよう、保健師、助産師、看護師の研修を実施します。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- EMISに加入する医療機関と保健所において、あらかじめ指名された入力担当者を対象としたEMIS入力訓練、操作研修を実施し、災害時の円滑な情報提供体制を強化します。(医療機関、県)
- 基幹災害拠点病院が県内の医療従事者を対象とした災害医療研修を実施し、災害時に対応できる医療従事者の増加を図ります。(医療機関、県)
- 大規模な災害発生時においても多数の検視・検案が行えるように、開業医等を対象に研修を実施し、意識向上や人材育成を図るとともに、犠牲者が安置される場所や施設の候補地を確保します。(医療機関、医師会、市町、県、関係機関)
- 検案の指揮命令系統について、関係機関が協議し、検案体制の強化を図ります。(医師会、歯科医師会、医療関係団体、県、関係機関)