

第3部 実現するための取組

平成37(2025)年におけるあるべき医療提供体制を実現していくため、本県では「医療機能の分化・連携の推進」「在宅医療の充実」「医療従事者の確保」を中心に、地域医療介護総合確保基金を活用しつつ必要な取組を講じていきます。

1 医療機能の分化・連携の推進

【現状・課題】

平成37(2025)年の必要病床数と現時点での病床機能報告の病床数とを比較すると、将来、全県的に回復期の機能を担う病床が不足し、その他の機能については過剰となると見込まれます。

限られた医療資源の中で、急性期から退院後の在宅医療等に至るまで、患者の状態に応じた効率的・効果的な医療を提供するため、より一層の機能分化・連携が必要と考えられます。

【取組方向】

(バランスのとれた医療提供体制の構築)

- 地域医療構想調整会議等における医療機関相互の協議や自主的な取組を促進するため、病床機能報告も活用し、必要となるデータの分析・提供を行います。
- 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟等、回復期機能に対応できる病床への転換に必要な施設整備を進めます。
- 主要疾患・主要事業(がん、脳卒中、心筋梗塞、救急医療、周産期医療、小児医療等)に係る医療提供体制を確保するため、医療機関の強化・拠点化のための施設・設備整備を進めます。
- 入院日数の短縮やQOLの向上のため、歯科診療所の協力を得ながら、医科歯科連携を推進し、入院患者等に対する専門的な口腔管理の提供体制の整備を進めます。
- 医療機関相互間の機能の分化・連携を促進し、地域医療構想を達成するための一つの手段として、地域医療連携推進法人制度の導入を検討していきます。

(診療情報の共有化などによる連携の推進)

- 医療間連携、医療と介護の連携体制構築に向けた地域連携クリティカルパスの活用・充実を図ります。
- 医療機関同士の連携はもとより、在宅医療を担う多職種連携強化を図るため、ICTを活用した情報ネットワークシステムの構築を進めます。

(慢性期の医療ニーズへの対応と医療資源の有効活用)

- 現在、国で検討されている、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための新たな

な施設類型の整備や、「支える」医療として、有床診療所の効果的な病床活用について、地域医療構想調整会議において検討を進めます。

- 稼働していない病床の整理については、引き続き病床の稼働状況の把握等の進捗管理を行いながら、地域医療構想調整会議等において協議していきます。

(医療機能の分化・連携に関する県民の理解促進)

- 医療ネットみえや病床機能報告制度の周知を通じ、各医療機関が提供している医療サービスを県民にわかりやすく伝えるとともに、講演会やタウンミーティング等により、医療機能の分化・連携に関する県民理解の促進を図ります。

2 在宅医療の充実

【現状・課題】

急性期や回復期から在宅療養へスムーズに移行し、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる環境を整えるには、地域包括ケアシステムが構築され、円滑な退院調整から、本人や家族が安心して療養生活を送れるための支援、病状が急変しても対応できる体制の整備、希望する場所で人生の最期を迎えることができる支援まで、切れ目のない在宅医療提供体制を整備する必要があります。また、そのためには医療と介護の連携が不可欠です。

さらに、在宅医療提供体制の整備の進み具合の地域差を解消していく必要もあります。

【取組方向】

(在宅医療を提供する基盤の整備)

- 在宅医療を実施する医療機関や介護関係施設、医療・介護人材等の資源を把握し、質と量の確保を図ります。
- 在宅医療に取り組む医師の確保を進めるため、主治医・副主治医制など、医師の負担を軽減する仕組みの導入を図ります。
- 患者や家族が安心して在宅療養を続けられるよう、後方支援ベッドの確保等、病状が急変した際に円滑に入院できる体制を整備します。
- 患者が希望する場所で人生の最期を迎えることができるよう、自宅や介護施設等での看取りを可能とする体制づくりを進めます。
- 患者を支える家族の不安や負担を軽減するため、レスパイト体制の整備や介護に関する情報提供等、家族への支援を拡充します。
- 在宅における薬剤指導が適正に行われるよう、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、服薬支援の実施等、薬剤管理体制の整備を進めます。
- 在宅歯科医療の充実に向け、地域ごとに口腔ケアステーションとしての機能を整備するとともに、歯科医療関係者の人材育成および在宅歯科医療を行うための

歯科医療機器の整備等を進めます。

- 医療依存度の高い小児に対応するための医療提供体制や家族への支援体制を整備します。
- 認知症を早期に発見し治療につなげるために、市町による認知症初期集中支援チームの設置や認知症地域支援推進員の配置、認知症ケアパスの作成を進めるとともに、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者の対応力向上と認知症サポート医の養成を進め、地域における切れ目のない支援体制を整備します。
- 医療・介護関係者等で構成する三重県在宅医療推進懇話会において検討した在宅医療フレームワークに基づき、市町の取組状況を把握しながら、地域の実情に応じた在宅医療提供体制の整備を全県的に進めます。

(多職種連携による在宅医療提供体制の構築)

- 患者が在宅療養へ円滑に移行できるよう、退院時カンファレンスの実施や退院調整ルールの整備等、入院医療機関と在宅医療に関わる医療・介護関係者との連携による退院支援体制の整備・充実を進めます。
- 在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、地域の医療・介護関係者を支援する相談窓口の充実、強化を図ります。
- 在宅医療に関わる多職種が互いに情報共有しながら、チームとして患者や家族を継続的かつ包括的にサポートする体制を整備します。
- 病診連携・診診連携や医療機関と介護施設の連携等により、24時間対応できる体制の拡大を図ります。
- 地域包括ケアシステムの構築に向け、市町による在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施を進めます。

(在宅医療に関する理解の促進)

- かかりつけ医等の普及をはじめ、在宅医療や看取りに対する理解を進めるため、住民や医療・介護関係者等への普及啓発を行います。
- 在宅医療・介護に関する適切な情報提供を行うことで、住民の在宅医療に関する知識や関心を深め、住民自らが主体的に考えることができる意識の醸成を図ります。

3 医療従事者の確保

【現状・課題】

本県の人口 10 万人あたりの医師・看護師数は、増加傾向にあるものの、依然として全国平均を下回っています。

県が平成 25 年度に実施した医師看護師需給状況調査(資料編 190 ページ～)によると、一定の条件のもと、医師については、今後、平成 37(2025)年から平成 42(2030)年の間に

県全体での需給ギャップは解消するものの、地域偏在や診療科偏在は、依然として残るとの推計となっており、偏在解消が課題となっています。看護師については、平成 47(2035)年時点においても需給の差が解消されない見込みとなっており、総数の確保が課題となっています。

また、病床の機能分化・連携を推進するため、それぞれの医療機能を担う医療従事者の確保が必要となっています。

【取組方向】

(医師の確保と偏在解消)

- 県内の医師不足の解消を図るため、医師修学資金貸与制度の運用等により、県内に定着する医師の確保に取り組みます。
- 医師の地域偏在や診療科偏在等の解消を図るため、三重県地域医療支援センターを活用して、若手医師の県内定着やキャリア形成支援に取り組みます。
- 周産期医療に係る産婦人科や小児科は、女性医師の占める割合が高いことから、子育て医師等の復帰支援を図るための就労環境改善に取り組みます。
- 在宅医療の推進、地域包括ケアシステムの構築を図るための医療人材(総合診療医等)の育成・確保に取り組みます。
- 急性期から回復期への病床機能の転換にあわせて、回復期機能にかかる一定の経験、技能を持った医師の育成・確保に取り組みます。

(看護職員の確保と定着促進)

- 看護職員の不足の解消を図るため、看護職員修学資金貸付制度の運用等により、看護学生の県内就業率の向上に取り組みます。
- 未就業の看護職員の再就業を促進するため、三重県ナースセンターによる再就業の斡旋や無料相談、潜在看護職員等の復職研修に取り組みます。
- 看護職員の定着促進を図るため、病院内保育所の運営など子育てと仕事の両立支援等に取り組みます。
- 高度化、多様化する医療現場のニーズを踏まえ、訪問看護やがん看護、認知症看護などの専門領域における、高い臨床能力を備えた看護職員の養成に取り組みます。
- 周産期医療を維持するため、助産師の不足解消に向けて、修学資金貸付制度や助産師の卒後研修体制の構築、中堅者・指導者の研修体制の充実に取り組みます。

(様々な医療従事者の確保)

- 回復期機能の充実に必要となる理学療法士、作業療法士や、退院後の療養生活の相談窓口である医療ソーシャルワーカー等の確保や資質向上に取り組みます。

(医療従事者の勤務環境改善)

- 医師や看護職員など医療従事者の勤務環境改善に向けて、三重県医療勤務環境改善支援センターの医療労務管理アドバイザーによる医療機関への助言、支援に取り組みます。

- 女性医師や看護職員をはじめとした医療従事者には女性が多いことから、県の認証制度である「女性が働きやすい医療機関」認証制度の運用により、医療機関の自主的な勤務環境改善の取組を促進します。

第4部 策定後の取組

1 周知と情報の公表

医療機関の自主的な医療機能の分化・連携の取組を促進するため、地域医療構想については、本県のホームページなど様々な媒体を通じて、その内容の周知を図るとともに、併せて病床機能報告制度の情報も広く公表します。

また、地域医療構想や病床機能報告制度等の情報は、医療関係者だけでなく、患者・住民にわかりやすく丁寧に説明することで、適切な受療行動や在宅医療の浸透などにつながることを期待されます。

さらに、地域づくり、まちづくりを考える上でも、患者・住民への情報の公表は重要となります。

2 2025年までのPDCA等

地域医療構想の進捗管理は、各構想区域における地域医療構想調整会議において、平成37(2025)年まで毎年、実施してまいります。また、三重県医療審議会へも毎年、その状況を報告します。

地域医療構想の推進にあたっては、医療機関相互の協議と医療機関の自主的な取組により進められることを基本としています。

地域医療構想調整会議では、医療機関相互の協議を進め、不足している医療機能への対応について具体的な対策を検討するとともに、2025年にめざすべき医療提供体制の方向性や実現するための施策等についても、引き続き具体的な検討を継続してまいります。また、必要に応じて地域医療構想の追記・修正等を行うことで、より実効性のある地域医療構想への発展をめざします。

さらに、稼働していない病床の取扱いについても協議し、めざすべき医療提供体制の実現に向けて取り組んでいくこととします。

第5部 資料編

1 在宅医療フレームワークに係る現状について

在宅医療フレームワークに係る各市町の取組状況について、ヒアリングを行ったところ、各項目に関する状況は下記のとおりでした。

実施市町数：29市町

実施日：平成28年8月25日から10月13日まで

対応者：各市町在宅医療担当課、介護保険担当課、地域包括支援センター等

1 ヒアリング内容

A 相談窓口の設置

- ・取組状況については、対応済みまたは対応中の市町が28市町であり、ほぼ全ての市町で少なくとも具体的な取組方向が定まっている。
- ・しかし、ヒアリング時点で対応済み市町は7市町と少数であるため、対応中の市町については、今後も進捗を注視していく必要がある。
- ・相談窓口の設置手法については、地域包括支援センターの機能充実または医師会等への委託に大別される。

B 地域協議体の設置

- ・対応済みまたは対応中の市町が28市町であり、ほぼ全ての市町で何らかの協議の場が設置されている。
- ・対応中の5市町については、協議の場は設置しているものの、構成員に医療・介護関係者が少ない、研修要素が強い会議であること等から、課題の抽出や検討まで至っていないため、委員の充実や検討内容の深化が必要である。

C チーム体制の整備

- ・在宅医療に係るチームの設置について、対応済みの市町は3市のみである。
- ・事前にチームを設置している市町は少なかったが、実態としては、その他の市町でも関係職種が連携し、チームとして個別ケースに対応しているとのことであった。
- ・認知症初期集中支援チームについては、16の市町で既に設置済みであり、他の市町については、遅くとも平成29年度中には設置予定である。
- ・チーム内における協議については、地域ケア会議やサービス担当者会議を活用している市町がほとんどであったが、いずれについても医師の参加については、得ることが難しいのが現状である。
- ・情報共有ツールについては、既に導入している市町は4市町のみ（ICT2市、紙媒体2市）であったが、検討を進めている市町は21市町であった。
- ・チーム内のコーディネーターについては、いずれの市町もコーディネーター

の養成等を行っていなかったが、実質的には、ケアマネージャーや訪問看護師がその役割を果たしているとのことであった。

D 人材の育成

- ・ 取組状況については、対応済みまたは対応中の市町が 28 市町であり、ほぼ全ての市町で少なくとも具体的な取組方向が定まっている。
- ・ 対応済みの市町が 25 市町であり、他の項目に比較して多い。
- ・ すでに近隣市町で連携して研修を実施するなど、効率的な運営を実施している地域もある。

E 症例支援マニュアルの作成

- ・ 症例支援マニュアルについては、いわゆるマニュアルとして整備している市町はなかったが、認知症については、マニュアルに準ずるものとして、認知症ケアパスを作成している市町が 8 市町あった。
- ・ 他の市町についても、遅くとも平成 29 年度中には、作成することとしており、全ての市町で対応済みまたは対応中である。

F 緊急時対応にかかる体制の整備

- ・ 緊急時対応に係る体制の整備（医療レスパイトを含む）については、対応済みまたは対応中の市町が 17 市町と全ての項目の中で最も少ない。

G レスパイト体制の確保

- ・ レスパイト体制の確保については、福祉レスパイトの状況について確認を行った。
- ・ いずれの市町においても緊急ショートステイを含め円滑に利用ができているとのことであった。

H 家族同士のつながりの構築

- ・ 家族同士のつながりの構築については、27 市町で実施済みであり、一部の市町を除き、家族介護教室や家族会を開催しているとのことであった。

2 課題について

- ・ 委託による相談窓口の設置を検討している一部の市町において、相談窓口に配置するコーディネーターの人材確保が課題となっている。
- ・ 情報共有ツールの作成について、ICTの活用を検討している市町もあるが、その共有範囲や周辺市町のシステムとの互換性の確保が課題となっている。
- ・ 症例支援マニュアルの作成について、認知症ケアパスについては、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に基づいて作成が必要であるため、整備が進んでいるが、脳卒中およびがんについては、整備が進んでいない。
- ・ 緊急時対応にかかる体制の整備については、医療資源への依存度が高く、医

療資源の少ない市町では、体制整備は難しい。

- ・ 郡部や過疎地域では、医療資源が少ないため、近隣市町や郡市医師会等との連携の推進が必要である。

3 今後の取組方向について

ヒアリングで把握した現状をふまえ、以下の方向性で取り組むこととしたい。

- ・ 相談窓口の設置に係る支援（コーディネーターの設置、関係団体等との調整）
- ・ 相談窓口に配置するコーディネーターに係る人材育成
- ・ 情報共有ツールの作成に係る支援
- ・ 緊急時対応にかかる体制整備の支援
- ・ 退院支援体制の強化に係る支援
- ・ 近隣市町や郡市医師会をはじめとする医療・介護関係機関との連携の推進
- ・ 県内外の先進事例に係る情報の共有

2 医師看護師需給状況調査（平成 25 年度三重県実施）

三重県における医療提供体制の充実・強化に向けて(第一フェーズ報告書概要)

目的・趣旨

- 現状のトレンドを踏まえ、医師・看護師に関する需要量と供給量を推計し、需給バランスの面からの課題(県全体又は6つの医療圏(サブ医療圏を含む)ごと)を明らかにする
- 上記の表層課題を生み出す根源的課題を特定および整理し、課題に対する打ち手の初期的な事例研究を行う

基本的な考え方

- 推計は、県全体および6つの医療圏(サブ医療圏を含む)・診療科別・病院/診療所勤務別で行う
- 需要量に関しては、患者数に対応するのに望ましい「目標水準」を推計し、この「目標水準」は医師においては「現状の全国平均と三重県平均のいずれか高い方」を基準とし、看護師においては「全国の中央値と三重県平均のいずれか高い方」を基準とする
- 医療従業者の供給量は、現状トレンドを基本に医学部・看護学部・養成学校の今後の動向も反映させつつ、一定の妥当性ある前提のもとで推移した場合を想定する
- 医療需要のピークを見据えた2035年までを範囲とする

需要量・供給量推計方法

需要量

- 今後の人口構成の変化、それに伴う疾病構造の変化(傷病の構成等)を前提として患者数を推計する
- 入院・外来で負担の違いがあるため、関係法令上求められている人員配置をもとに重み付けをする
- 患者数を対応するのに望ましい「目標水準」に基づき、必要な医師数・看護師数(需要)に変換する

供給量

- 供給量に影響を与える以下の要素が現状のトレンドで継続すると仮定して推計する
 - 三重県への流入量、女性の比率、診療科間の配分、医学部・看護学部・養成学校定員数、年齢ごとの就業率
- 地域枠の設定による偏在是正効果は織り込まず
- 医師数は実数、看護師は常勤換算人数で推計する

需要量・供給量推計結果(医師数・総論)

- 高齢化の進展により医療への負担は大きくなるが、2010年から2035年までに人口は185万人から158万人まで減少し、高齢者数も飽和状態となるため、医師の需要は2025年にピークを迎え、2035年時点では現状より若干増える程度である
- 近年の医学部入学定員の大幅増加に伴い、医師供給量は現状よりも増加し、2035年時点では約4,300人程度になる見込み
- 医師数全体では、2010年に-11%の需給ギャップは2025年から2030年の間に解消される
- うち病院勤務医師においても、2010年時点での需要量は約2,300人、供給量は約2,100人で不足しているが、需給ギャップは2025年から2030年の間に解消される

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
需要量	3,964	4,072	4,111	4,125	4,093	4,008
供給量	3,525	3,646	3,889	4,086	4,222	4,314
需給ギャップ	-11%	-10%	-5%	-1%	4%	8%

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
需要量	2,339	2,672	2,873	3,000	3,025	2,975
供給量	2,080	2,393	2,719	2,974	3,124	3,204
需給ギャップ	-11%	-10%	-5%	-1%	3%	6%

需要量・供給量推計結果(医師数・医療圏別)

- 県全体での医師不足は解消するが、北勢・伊賀サブ・東紀州では、2035年時点でもまだ不足の状況と見込まれる
- <北勢>
 - 現時点では最も高齢化が進んでいないものの今後急速に進む北勢では需要の増加が見込まれ、需給ギャップは2035年時点でも-12%と、伊賀サブに続き不足分が大きい
- <伊賀サブ>
 - 高齢化が進むと同時に他医療圏に比べ早い人口減が予想される伊賀サブでは、2010年で既にある-48%の需給ギャップは、2035年時点で-35%まで縮むが、他医療圏に比べ乖離が大きい
- <東紀州>
 - 既に高齢化が進んでおり県内で一番の人口減が予想される東紀州では、需要量は減少する一方、供給量増加するため、2010年では42%の需給ギャップは2035年時点で-10%まで縮む見込み

2035年時点でマイナス需給ギャップが見込まれる二次医療圏(サブ医療圏を含む)の病院・診療所含む医師数全体の需給バランスの推計

		2010年		2025年		2030年		2035年	
北勢	需要量	1,692		1,859		1,878		1,872	
	供給量	1,349	-20%	1,561	-16%	1,612	-14%	1,647	-12%
伊賀サブ	需要量	388		396		388		373	
	供給量	202	-48%	231	-42%	238	-39%	243	-35%
東紀州	需要量	202		179		168		155	
	供給量	118	-42%	133	-26%	137	-19%	139	-10%

2

需要量・供給量推計結果(医師数・診療科別)

- 高齢化率が高まる影響で、外科・内科・整形外科の需要は増加傾向にある
- 2010年時点でのマイナス需給ギャップが大きい眼科と耳鼻科に加え、整形外科、外科では2035年でも不足の状況が見込まれる

2035年時点でマイナス需給ギャップが見込まれる診療科の病院・診療所含む医師数全体の需給バランスの推計

		2010年		2025年		2030年		2035年	
眼科	需給								
	ギャップ	-103	-40%	-91	-34%	-88	-31%	-69	-27%
整形外科	需給								
	ギャップ	-33	-10%	-48	-13%	-44	-11%	-35	-9%
耳鼻科	需給								
	ギャップ	-35	-23%	-20	-13%	-14	-10%	-9	-6%
外科	需給								
	ギャップ	-16	-4%	-26	-5%	-16	-3%	-1	-1%

- 少子化に伴い、産婦人科・小児科の需要は減少傾向にある
- 過去10年の医学部生の33%は女性であり、小児科・産婦人科・皮膚科を専門にする割合が男性医師より高く、同科における将来の医師過剰の要因となっている

2035年時点でプラス20%以上の需給ギャップが見込まれる診療科の病院・診療所含む医師数全体の需給バランスの推計

		2010年		2025年		2030年		2035年	
小児科	需給								
	ギャップ	-33	-14%	71	41%	91	54%	107	66%
産婦人科	需給								
	ギャップ	-33	-17%	24	15%	37	24%	9	35%
皮膚科	需給								
	ギャップ	-21	-17%	3	3%	13	12%	13	20%

3

需要量・供給量推計結果(看護師数・総論)

- 2010年から2035年までに人口は185万人から158万人まで減少するが、高齢の人口が増加すると看護師の負担が大きい入院患者数が増加するため、看護師需要量は現状より増加する見込み
- 三重の看護師の約60%は40歳以上であり比較的高齢化が進んでいるため、今後の大学・専門学校での定員増加を考慮しても、2015年から2020年では供給量が減少する
- 2025年以降は定員増加の影響で、40歳以上が占める割合も50%以下となり、2035年には約18,400人まで増加する見込み
- 2010年で-1%の需給バランスは、2020年に-6%まで悪化し、2035年に-2%まで回復する見込み

三重県における常勤換算看護師の需給バランスの推定

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
需要量	16,789	17,703	18,318	18,804	18,955	18,843
供給量	16,658	17,341	17,241	17,899	18,215	18,410
需給ギャップ	-1%	-2%	-6%	-5%	-4%	-2%

4

需要量・供給量推計結果(看護師数・医療圏別)

- <北勢・伊賀サブ>
- 高齢化が今後急速に進む北勢と、他医療圏に比べ早い人口減が予想される伊賀サブでは、2010年での看護師不足(北勢:-2%, 伊賀サブ:-28%)は2035年時点でも解消されず、それぞれ-12%、-27%と引き続き深刻な看護師不足が見込まれる
- <中勢伊賀・南勢志摩>
- 高齢化が県全体と同様に進む中勢伊賀では、2010年での需給ギャップ+26%は、2035年時点で+23%まで縮む見込み
 - 高齢化・人口減が県全体と同様に進む南勢志摩では、2010年時点で+7%の需給ギャップは2035年時点でも+10%と一定に推移する
- <伊勢島サブ・東紀州>
- 既に高齢化が進んでおり人口減が予想される伊勢志摩サブでは、2010年時点で-9%の需給ギャップは2030年から2035年の間に解消する見込み
 - 既に高齢化が進んでおり県内で一番の人口減が予想される東紀州では、2010年時点で-17%と深刻な需給ギャップは2025年から2030年の間に解消する

二次医療圏(サブ医療圏)における常勤換算看護師の需給バランスの推定

	2010年	2020年	2035年		2010年	2020年	2035年	
北勢	需要量	6,927	7,855	8,563	南勢志摩	需要量	2,187	2,331
	供給量	6,814	7,052	7,530		供給量	2,335	2,397
中勢伊賀	需要量	2,612	2,875	2,957	伊勢志摩サブ	需要量	2,470	2,553
	供給量	3,297	3,413	3,644		供給量	2,241	2,320
伊賀サブ	需要量	1,665	1,796	1,803	東紀州	需要量	929	908
	供給量	1,198	1,240	1,324		供給量	773	800

5

3 構想策定の経緯

(1) 三重県医療審議会

回数	開催日	主な検討内容
第1回	平成27年6月5日	・構想区域、地域医療構想調整会議メンバー等の検討
第2回	平成27年12月15日	・地域医療構想の策定にかかる方向性の検討
第3回	平成28年3月29日	・地域医療構想の策定にかかる検討
第4回	平成28年12月20日	・三重県地域医療構想（中間案）の検討
第5回	平成29年3月16日	・三重県地域医療構想（最終案）の検討

(2) 地域医療構想調整会議等

・地域医療構想調整会議

回数	区域	開催日	主な検討内容
第1回	桑員	平成27年8月4日	・地域医療構想の策定にかかる意見交換
	三泗	平成27年7月27日	
	鈴亀	平成27年8月3日	
	津	平成27年7月31日	
	伊賀	平成27年7月15日	
	松阪	平成27年7月28日	
	伊勢志摩	平成27年7月31日	
	東紀州	平成27年7月14日	
第2回	桑員	平成27年10月7日	・構想区域の現状分析、課題等の検討
	三泗	平成27年10月19日	
	鈴亀	平成27年9月25日	
	津	平成27年10月5日	
	伊賀	平成27年10月6日	
	松阪	平成27年10月6日	
	伊勢志摩	平成27年10月13日	
	東紀州	平成27年10月7日	
第3回	桑員	平成27年11月16日	・2025年にめざすべき医療提供体制の方向性の検討
	三泗	平成27年11月20日	
	鈴亀	平成27年12月4日	
	津	平成27年12月3日	
	伊賀	平成27年12月1日	
	松阪	平成27年11月20日	
	伊勢志摩	平成27年12月1日	
	東紀州	平成27年11月27日	

第4回	桑員	平成28年2月22日	・地域医療構想の策定にかかる検討
	三泗	平成28年2月24日	
	鈴亀	平成28年2月12日	
	津	平成28年2月15日	
	伊賀	平成28年2月16日	
	松阪	平成28年2月12日	
	伊勢志摩	平成28年2月22日	
	東紀州	平成28年3月8日	
第5回	桑員	平成28年8月2日	・平成37(2025)年における必要病床数の検討
	三泗	平成28年8月1日	
	鈴亀	平成28年8月10日	
	津	平成28年8月9日	
	伊賀	平成28年7月27日	
	松阪	平成28年7月26日	
	伊勢志摩	平成28年8月1日	
	東紀州	平成28年8月8日	
第6回	桑員	平成28年11月30日	・三重県地域医療構想(中間案)の検討 ・平成37(2025)年における必要病床数の検討
	三泗	平成28年11月21日	
	鈴亀	平成28年11月15日	
	津	平成28年11月21日	
	伊賀	平成28年11月15日	
	松阪	平成28年12月2日	
	伊勢志摩	平成28年11月30日	
	東紀州	平成28年11月28日	
第7回	桑員	平成29年3月1日	・三重県地域医療構想(最終案)の検討
	三泗	平成29年2月28日	
	鈴亀	平成29年2月15日	
	津	平成29年2月27日	
	伊賀	平成29年2月27日	
	松阪	平成29年3月3日	
	伊勢志摩	平成29年2月15日	
	東紀州	平成29年2月17日	

・医療機関との意見交換会

区域	回数	開催日	主な検討内容
桑員	第1回	平成27年9月15日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成28年8月31日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第3回	平成28年10月31日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
三泗	第1回	平成27年9月8日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成28年8月29日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第3回	平成28年11月2日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
鈴亀	第1回	平成27年9月1日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成28年9月8日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第3回	平成28年10月24日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
津	第1回	平成27年9月7日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成27年11月10日	・第2回調整会議の報告について
	第3回	平成28年9月12日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第4回	平成28年10月21日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
	第5回	平成29年1月5日	・平成28年度第2回（第7回）調整会議の報告について
伊賀	第1回	平成27年8月28日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成28年8月19日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第3回	平成28年11月4日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
松阪	第1回	平成27年9月1日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について

松阪	第2回	平成28年8月30日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第3回	平成28年11月1日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
伊勢 志摩	第1回	平成27年9月3日	・地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成28年8月22日	・2025年の医療需要と必要病床数および構想区域内における機能分化・連携の検討について
	第3回	平成28年11月2日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について
東紀州	第1回	平成27年9月8日	・東紀州地域の地域医療構想の策定について ・各病院・有床診療所の病床機能の方向性について
	第2回	平成28年11月1日	・2025年の医療需要と必要病床数について ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策の検討について

4 委員名簿

(1) 三重県医療審議会 委員名簿

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
公益社団法人三重県医師会	会 長	青木 重孝	
三重県市長会	会 長	大口 秀和	平成 27 年度第 3 回審議会まで
三重県市長会	会 長	日沖 靖	平成 28 年度第 1 回審議会から
国立大学法人三重大学	学 長	◎駒田 美弘	
三重県精神科病院会	会 長	齋藤 純一	
健康保険組合連合会三重連合会	会 長	高林 学	平成 27 年度第 3 回審議会まで
健康保険組合連合会三重連合会	会 長	北村 亨	平成 28 年度第 1 回審議会から
公益社団法人三重県歯科医師会	会 長	田所 泰	
三重県町村会	会 長	谷口 友見	
株式会社百五経済研究所	主任研究員	谷ノ上 千賀子	
一般社団法人三重県薬剤師会	会 長	西井 政彦	
株式会社橋本醤油店	専務取締役	橋本 陽子	
一般社団法人三重県病院協会	理事長	濱田 正行	
公立大学法人三重県立看護大学	学 長	早川 和生	平成 27 年度第 3 回審議会まで
公立大学法人三重県立看護大学	学長代理	玉田 章	平成 28 年度第 1 回審議会から
公益社団法人三重県看護協会	会 長	藤田 せつ子	平成 27 年度第 1 回審議会まで
公益社団法人三重県看護協会	会 長	西宮 勝子	平成 27 年度第 2 回審議会から

(敬称略、◎印は審議会会長)

(2) 地域医療構想調整会議 委員名簿

(桑員地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
一般社団法人桑名医師会	会 長	◎東 俊策	
一般社団法人いなべ医師会	会 長	桑原 浩	
公益社団法人三重県医師会	理 事	田中 孝幸	
一般社団法人桑員歯科医師会	会 長	星野 良行	
一般社団法人桑名地区薬剤師会	会 長	田崎 文昭	
公益社団法人三重県看護協会	桑員地区支部長	岡本 きみ子	第 4 回調整会議まで
公益社団法人三重県看護協会	桑員地区支部長	池畑 やす子	第 5 回調整会議から
地方独立行政法人 桑名市総合医療センター	理事長・総括病院長	竹田 寛	
いなべ総合病院	院 長	石川 雅一	
医療法人(社団)佐藤病院 長島中央病院	理事長	佐藤 剛一	
医療法人財団青木会 青木記念病院	院 長	青木 大五	

桑名市民生委員児童委員協議会 連合会	会 長	山中 啓圓	第5回調整会議から
三重県介護支援専門員協会 桑員支部	支部長	福本 美津子	第5回調整会議から
全国健康保険協会三重支部	業務部長	岡出 康	
桑名市	保健福祉部理事	黒田 勝	
いなべ市	健康こども部長	藤岡 弘毅	
木曾岬町	福祉健康課長	星野 香代	
東員町	福祉部長	松下 文丈	

(敬称略、◎印は調整会議議長、以下同じ)

(三四地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
公益社団法人四日市医師会	会 長	◎淵田 則次	
公益社団法人四日市医師会	副会長	加藤 尚久	
公益社団法人三重県医師会	理 事	片岡 紀和	
一般社団法人四日市歯科医師会	会 長	永田 健一	
一般社団法人四日市薬剤師会	会 長	藤戸 健司	
公益社団法人三重県看護協会	第1地区理事	佐藤 榮子	
地方独立行政法人 三重県立総合医療センター	院 長	高瀬 幸次郎	
市立四日市病院	四日市市病院事業 管理者兼院長	一宮 恵	
独立行政法人地域医療機能推進機構 四日市羽津医療センター	病院長	住田 安弘	
医療法人社団主体会 小山田記念温泉病院	病院長	濱口 均	
菰野厚生病院	院 長	小嶋 正義	
明日の地域医療を考える住民の 会・あした葉	会 長	伊世 利子	
菰野町区長会	会 長	芝田 一男	第5回調整会議から
四日市市北地域包括支援センター	センター長	鈴木 廣子	第5回調整会議から
全国健康保険協会三重支部	企画総務部長	中井 康裕	第6回調整会議まで
全国健康保険協会三重支部	企画総務部長	大八木 一彰	第7回調整会議から
三重交通健康保険組合	常務理事	中川 勝典	
四日市市	健康福祉部理事 四日市市保健所長	河合 信哉	
菰野町	健康福祉課長	大橋 裕之	
朝日町	子育て健康課長	水谷 浩	第4回調整会議まで
朝日町	保険福祉課長	後藤 清一	第5回調整会議から
川越町	町民保険課長	東 弘之	第4回調整会議まで
川越町	町民保険課長	小林 由美子	第5回調整会議から

(鈴亀地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
一般社団法人鈴鹿市医師会	会 長	◎西城 英郎	
一般社団法人亀山医師会	会 長	落合 仁	
公益社団法人三重県医師会	副会長	二井 栄	
一般社団法人鈴鹿歯科医師会	会 長	北川 弘二	
一般社団法人鈴鹿亀山薬剤師会	会 長	藤本 修嗣	
公益社団法人三重県看護協会	副会長	豊田 妙子	
亀山市立医療センター	院 長	今井 俊積	
鈴鹿中央総合病院	院 長	森 拓也	
鈴鹿回生病院	院 長	加藤 公	
社会福祉法人 鈴鹿市社会福祉協議会	事務局長	渥美 秀人	第5回調整会議から
鈴亀地区居宅介護支援事業所・ 介護支援専門員連絡協議会	会 長	岩崎 清隆	第5回調整会議から
全国健康保険協会三重支部	保健グループ 統括リーダー	鏡谷 直永	第5回調整会議まで
全国健康保険協会三重支部	保健グループ グループ長	小寺 智志	第6回調整会議から
鈴鹿市	保健福祉部長	松井 一人	第4回調整会議まで
鈴鹿市	健康福祉部長	近藤 昌洋	第5回調整会議から
亀山市	健康福祉部長(兼) 亀山市立医療セン ター理事	伊藤 誠一	第4回調整会議まで
亀山市	亀山市立医療セン ター地域医療部長 (兼)亀山市健康福 祉部参事	古田 秀樹	第5回調整会議から

(津地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
公益社団法人津地区医師会	会 長	◎浦和 健人	
公益社団法人久居一志地区医師会	会 長	上野 利通	
公益社団法人三重県医師会	理 事	今野 信太郎	
公益社団法人津歯科医師会	会 長	前田 和賢	
一般社団法人津薬剤師会	会 長	寺田 幸司	
公益社団法人三重県看護協会	第2地区理事	奥田 艶子	
医療法人同心会遠山病院	院 長	竹内 敏明	
医療法人永井病院	院 長	星野 康三	
三重大学医学部附属病院	病院長	伊藤 正明	

独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター	院 長	森本 保	第4回調整会議まで
独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター	院 長	霜坂 辰一	第5回調整会議から
三重県立一志病院	院 長	四方 哲	
津市民生委員児童委員連合会	会 長	速水 正美	第5回調整会議から
三重県介護支援専門員協会津支部	支部長	柴田 隆行	第5回調整会議から
全国健康保険協会三重支部	支部長	真柄 欽一	
三重県農協健康保険組合	常務理事	河内 嘉文	
津市	健康福祉部 健康医療担当理事	別所 一宏	第4回調整会議まで
津市	健康福祉部 健康医療担当理事	松岡 浩二	第5回調整会議から

(伊賀地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
一般社団法人伊賀医師会	会 長	※1◎水谷 敬一	第4回調整会議まで
一般社団法人伊賀医師会	副会長	清水 雄三	第5回調整会議から
一般社団法人名賀医師会	会 長	矢倉 政則	第4回調整会議まで
一般社団法人名賀医師会	会 長	東 明彦	第5回調整会議から
公益社団法人三重県医師会	常任理事	※2◎馬岡 晋	
一般社団法人伊賀歯科医師会	会 長	村田 省三	
一般社団法人伊賀薬剤師会	会 長	廣田 育史	
公益社団法人三重県看護協会	伊賀地区支部長	湯村 美雪	
名張市立病院	院 長	伊藤 宏雄	
伊賀市立上野総合市民病院	院 長	三木 誓雄	
社会医療法人畿内会 岡波総合病院	理事長	猪木 達	
医療法人寺田病院	理事長	寺田 紀彦	
伊賀の地域医療を守る会	会長	高木 裕美子	
三重県介護支援専門員協会 伊賀支部	支部長	小田 永	第5回調整会議から
全国健康保険協会三重支部	企画総務グループ長	西尾 央	第1回調整会議まで
全国健康保険協会三重支部	企画総務グループ長	保田 正人	第2回調整会議から
名張市	健康福祉部長	菅生 治郎	第4回調整会議まで
名張市	福祉子ども部長	森嶋 和宏	第5回調整会議から
伊賀市	健康福祉部長	増田 基生	第4回調整会議まで
伊賀市	健康福祉部長	稲森 洋幸	第5回調整会議から

※1 第4回調整会議まで議長

※2 第5回調整会議から議長

(松阪地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
公益社団法人松阪地区医師会	会 長	◎野呂 純一	
公益社団法人三重県医師会	理 事	石田 亘宏	
公益社団法人三重県医師会	理 事	齋藤 洋一	
公益社団法人三重県医師会	監 事	志田 幸雄	
一般社団法人松阪地区歯科医師会	会 長	長井 雅彦	
一般社団法人松阪地区薬剤師会	会 長	長島 喜久雄	
公益社団法人三重県看護協会	第3地区理事	眞砂 由利	
松阪中央総合病院	病院長	三田 孝行	
恩賜財団済生会松阪総合病院	院 長	諸岡 芳人	
松阪市民病院	院 長	小倉 嘉文	第4回調整会議まで
松阪市民病院	院 長	櫻井 正樹	第5回調整会議から
松阪厚生病院	院 長	齋藤 純一	
大台厚生病院	院 長	中井久太夫	
松阪市民生委員児童委員協議会 連合会	会 長	中山 清治	第5回調整会議から
松阪市第四地域包括支援センター	センター長	奥田 隆利	第5回調整会議から
第三銀行健康保険組合	常務理事	長野 憲照	
松阪市	健康ほけん部長	山敷 敬純	第4回調整会議まで
松阪市	健康ほけん部長	三宅 義則	第5回調整会議から
多気町	町民福祉課副参事	三木 弘隆	
明和町	長寿健康課長	小池 弘紀	第4回調整会議まで
明和町	長寿健康課長	菅野 由美	第5回調整会議から
大台町	健康ほけん課長	湯谷 静也	
大紀町	健康福祉課長	森岡 律弥	

(伊勢志摩地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
一般社団法人伊勢地区医師会	会 長	◎畠中 節夫	
公益社団法人志摩医師会	会 長	羽根 靖之	第4回調整会議まで
公益社団法人志摩医師会	会 長	日比 秀夫	第5回調整会議から
公益社団法人三重県医師会	理 事	橋上 裕	
一般社団法人伊勢地区歯科医師会	会 長	田口 昇	
一般社団法人伊勢薬剤師会	会 長	後久 正昭	
公益社団法人三重県看護協会	第4地区理事	大辻 利榮子	第4回調整会議まで
公益社団法人三重県看護協会	第4地区理事	谷 眞澄	第5回調整会議から

伊勢赤十字病院	院 長	楠田 司	
公益社団法人地域医療振興協会 三重県立志摩病院	管理者	片山 繁	
市立伊勢総合病院	伊勢市病院事業 管理者	藤本 昌雄	
医療法人全心会伊勢慶友病院	院 長	堂本 洋一	
志摩地域医療を考える会	会 長	山下 美恵	
三重県介護支援専門員協会 南勢志摩支部	支部長	川口 美也香	第5回調整会議から
シンフォニアテクノロジー 健康保険組合	常務理事	千葉 五郎	
伊勢市	健康福祉部長	鈴木 正人	第4回調整会議まで
伊勢市	健康福祉部長	江原 博喜	第5回調整会議から
鳥羽市	健康福祉課長	寺田 勝治	第4回調整会議まで
鳥羽市	健康福祉課長	下村 悦生	第5回調整会議から
志摩市	健康福祉部長	西井 久仁夫	第4回調整会議まで
志摩市	健康福祉部長	高木 静	第5回調整会議から
玉城町	生活福祉課長	中村 元紀	第5回調整会議まで
玉城町	参事兼生活福祉課長	西野 公啓	第6回調整会議から
度会町	福祉保健課長	中西 力	第4回調整会議まで
度会町	福祉・環境課長	岡田 美和	第5回調整会議から
南伊勢町	福祉課長	広田 真理子	

(東紀州地域医療構想調整会議 委員)

所 属 機 関	役 職	氏 名	備 考
一般社団法人紀北医師会	会 長	◎長谷川 陽	
一般社団法人紀南医師会	会 長	平谷 一人	
公益社団法人三重県医師会	常任理事	中村 康一	
一般社団法人南紀歯科医師会	会 長	斎藤 鉄郎	
一般社団法人紀北薬剤師会	会 長	清川 治	
公益社団法人三重県看護協会	尾鷲地区支部長	川口 恵	
尾鷲総合病院	院長（第4回調整会 議まで） 院長代行（第5回調 整会議から）	加藤 弘幸	
第一病院	院長	帆刈 睦男	
紀南病院	病院長	須崎 真	
健康保険組合連合会三重連合会	常務理事	久保 法司	
紀北町民生委員児童委員協議会	会長	松永 幸也	第5回調整会議から

御浜町民生委員児童委員協議会	会長	尾崎 貞義	第5回調整会議から
尾鷲市地域包括支援センター	センター長	松島 貴美	第5回調整会議から
尾鷲市	福祉保健課長	三鬼 望	
熊野市	健康・長寿課長	松本 健	
紀北町	福祉保健課長	大谷 眞吾	第4回調整会議まで
紀北町	福祉保健課長	堀 秀俊	第4回調整会議から
御浜町	健康福祉課長	下川 博愛	
紀宝町	健康福祉担当理事兼 福祉課長	平野 典光	

5 用語の解説

用 語	意 味
あ	
一般病床	病床の種別の1つで、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床のことをいいます。
医療勤務環境改善支援センター	勤務環境マネジメントシステムに基づき、各医療機関が策定する「勤務環境改善計画」の策定、実施、評価などをワンストップで、専門家のチームにより各医療機関のニーズに応じて、総合的にサポートする施設として都道府県が設置するものです。
医療区分	療養病床における医療の必要性の度合いを示した診療報酬上の制度です。「医療区分1～3」に分類され、重度の病態を区分3、中等度の医療必要度を持つ患者を区分2とし、医療区分2、3に該当しない患者を医療区分1としています。
医療ネットみえ	さまざまな病気や専門外来、所在地等、目的に合った県内の医療機関を探ることができる医療情報システムです。また、医療機関が診療応需の可否（応需情報）をパソコンに入力することにより、その時点で受診可能な医療機関を24時間365日検索することもできます。
か	
介護予防特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム等の特定施設に入居している人が、介護予防を目的とした入浴、排せつ、食事などの介護や機能訓練および療養上の世話を受けます。
介護予防認知症対応型共同生活介護	認知症の高齢者が少人数で共同生活をしながら、認知症の治療を中心として、生活機能の向上のために、介護予防を目的とした介護や機能訓練を受けます。
介護療養型医療施設	病状が安定し、長期間の療養が必要な方が入所して、医療や看護または介護などを受けます。
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	身体上または精神上の著しい障がいのため常時介護が必要で在宅生活が困難な寝たきり高齢者等を入所させて、入浴・排泄・食事等の介護、相談および援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行うことを目的とする施設です。介護保険では、介護老人福祉施設として位置づけられています。
介護老人保健施設	病状が安定期にある要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話を行う施設として、都道府県知事の許可を受けたものをいいます。
がん診療連携拠点病院	全国どこに住んでいても質の高いがん医療が受けられるよう、地域ごとに国が指定した病院です。指定された病院は、がん医療の内容、医療従事者、診療実績、設備、相談体制等で一定の要件を満たしています。がん診療連携拠点病院には、各都道府県で中心的役割を

	果たす「都道府県がん診療連携拠点病院」と、都道府県内の各地域（二次医療圏）で中心的役割を果たす「地域がん診療連携拠点病院」があります。
がん診療連携準拠点病院	がん診療連携拠点病院に準ずる診療実績や診療体制があり、手術、化学療法およびこれらの効果的な組み合わせによる標準的・集学的治療や緩和ケアなどの提供体制を有する県指定の病院です。
がん診療連携推進病院	拠点病院や準拠点病院と連携しながら、高度または特異性のある医療など拠点病院や準拠点病院だけでは提供できないがん医療を提供する医療機関であり、三重県が指定を行います。（平成 30 年度までの指定）
がん診療連携病院	がん診療連携拠点病院や準拠点病院との連携しながら、高度または特異性のある医療したり、二次医療圏内で拠点病院および準拠点病院で対応しきれない患者に医療を提供することで、拠点病院や準拠点病院を補完する役割を持った県指定の病院です。
基準病床	医療法第 30 条の 4 第 2 項第 14 号の規定に基づき、病床整備の基準として定める病床数です。
既存病床	医療法第 7 条の 2 第 4 項の規定に基づき、医療機関の開設許可病床数から必要な補正を行った病床数です。
許可病床	医療法第 7 条第 1 項、第 2 項および第 3 項の規定に基づき、都道府県知事が許可した病床です。
経常収支比率	地方税、普通交付税のように用途が特定されておらず、毎年度経常的に収入される一般財源（経常一般財源）のうち、人件費、扶助費、公債費のように毎年度経常的に支出される経費（経常的経費）に充当されたものが占める割合をいいます。
軽費老人ホーム	無料または低額な料金で高齢者を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設をいいます。
結核モデル病床	「結核患者収容モデル病床事業」に基づき、合併症等の医療上の必要から、一般病床において収容治療するためのより適切な基準を策定するためにモデル事業として行うものです。
サービス付き高齢者向け住宅	高齢者世帯や要介護者等の増加に対応し、高齢者が安心して生活できるバリアフリー構造の新たな高齢者向けの住宅。安否確認や生活相談サービスの提供を必須とします。
財政力指数	地方公共団体の財政力を示す指数で、基準財政収入額を基準財政需要額で除して得た数値の過去 3 年間の平均値をいいます。財政力指数が高いほど、普通交付税算定上の留保財源が大きいことになり、財源に余裕があるといえます。
在宅療養支援診療所	在宅医療を支えるために 24 時間往診・訪問看護ができる診療所をいいます。

さ

周産期母子医療センター

周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる地域周産期母子医療センターと、よりリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を提供できる総合周産期母子医療センターがあります。

実質公債費比率

地方公共団体の一般会計等が負担する元利償還金および準元利償還金の標準財政規模に対する比率の過去3年間の平均値で、借入金（地方債）の返済額およびこれに準じる額の大きさを指標化し、資金繰りの程度を表す指標のことをいいます。「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」における早期健全化基準については、市町村・都道府県とも25%とし、財政再生基準については、市町村・都道府県とも35%としています。

た

地域医療安心度指数

地域医療に対する安心感を構成する重要な要素と考える、医療へのアクセスのしやすさ、かかりつけ医の有無、地域医療に対する理解度の3つの項目の複合指標をいいます。

地域医療支援センター

都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーとして、都道府県庁や大学病院等に設置されるものです。

地域医療支援病院

紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県が承認しています。

地域医療連携推進法人制度

医療機関等を開設する法人等が参加し、参加する法人等の医療機関等の業務の連携を推進することを目的とする一般社団法人を、都道府県知事が地域医療連携推進法人として認定する制度。複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保することを目的とします。

地域包括ケアシステム

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まいおよび自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいいます。

地域密着型介護老人福祉施設

定員29人以下の介護老人福祉施設をいいます。

地域密着型特定施設入居者生活介護

介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つです。定員29人以下の小規模な有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホームで、入居者が要介護者と配偶者等に限られる介護専用型の特定施設をいいます。入居者がその能力に応じ自立した生活が営めるよう、入浴・排泄・食事等の介護、洗濯・掃除等の家事、生活相談・助言など日常生活上の世話、機能訓練と療養上の世話を行います。

地域連携クリティカルパス

急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画（クリティカルパス）を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものをいいます。

特定機能病院

最先端医療を提供する病院として厚生労働大臣の承認を受けた病院で、高度の医療技術や設備を備え、高度医療技術の開発・評価、高度医療に関する研修を行っている施設です。

特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム、軽費老人ホームおよび養護老人ホームで、一定の計画に基づき入浴、排泄、食事等の介護、洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談・助言等の日常生活の世話、機能訓練、療養上の世話を行います。都道府県知事の指定を必要とします。

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

「介護老人福祉施設」参照。

な

入院受療率

人口に占める1日あたり入院患者数の割合をいいます。年間入院患者延べ数（人）を365（日）で除して1日あたり入院患者延べ数を求め、これを人口で除したものとします。

認知症ケアパス

認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをいいます。

認知症対応型共同生活介護

介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つでグループホームのことです。認知症の高齢者に対して、共同生活を営む住居において、家庭的な環境の下、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話や機能訓練を行います。

年齢調整死亡率

年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率をいいます。

は

標準財政規模

地方公共団体の標準的な状態で通常収入されるであろう経常的一般財源の規模を示すもので、標準税収入額等に普通交付税を加算した額をいいます。

や

有料老人ホーム

老人福祉法に規定された高齢者向けの生活施設で、常時1人以上の老人を入所させて、生活サービスを提供することを目的とした施設（特別養護老人ホーム等の老人福祉施設ではないもの）をいいます。

養護老人ホーム

環境上の理由および経済的理由により在宅での生活が困難な高齢者の利用施設をいいます。

ら

療養病床

長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床です。

レスパイト（ケア）

乳幼児や障がい児（者）、高齢者などを在宅でケアしている家族を癒やすため、施設への短期入所等により一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サー

ビスをいいます。

レセプト

診療報酬明細書のことです。患者が受けた診療に対して医療機関が保険者に請求する明細書のこと、診療内容や処方した薬の費用が記載されています。

D

DPC
(Diagnosis Procedure
Combination)

診断と処置の組み合わせによる診断群分類のことです。DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPSといます。DPC/PDPS参加病院は、退出した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出しています。

N

NDB
(National Database)

レセプト情報・特定検診等情報データベースの呼称です。高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書および調剤報酬明細書に関する情報ならびに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理しています。なお、診療報酬明細書および調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれます。