



新たな地域医療構想について

令和 7 年度第 2 回在宅医療推進懇話会

三重県医療政策課

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

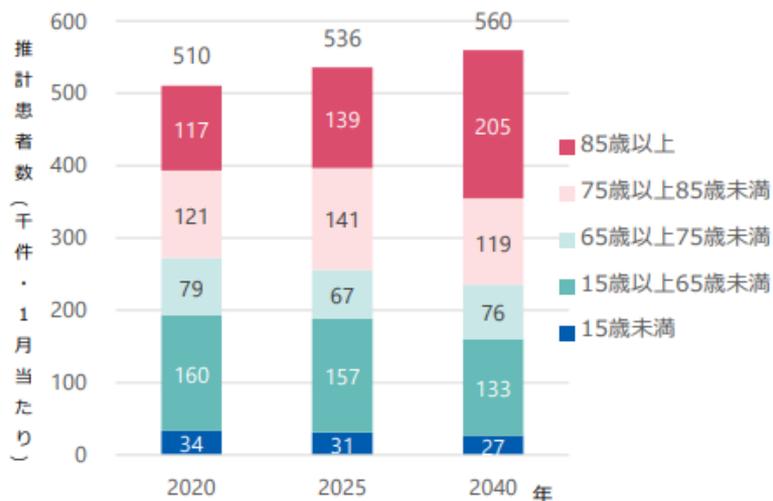
新たな地域医療構想

入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る地域医療構想へ

全国的な背景

救急搬送の増加

年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

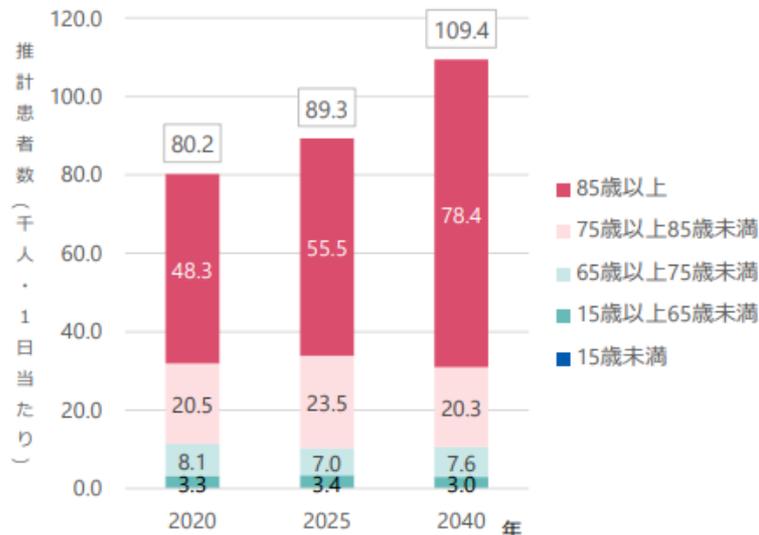
資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。

※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。

※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）

総務省「人口推計」（2017年）

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に地域医療計画課において推計。

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能

- ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

在宅医療等連携機能

- ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

急性期拠点機能

- ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

専門等機能

- ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

医育及び広域診療機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

今後の病床機能報告から新たに追加される事項

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確認することを目安とする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確認することを目安とする</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる <p>※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

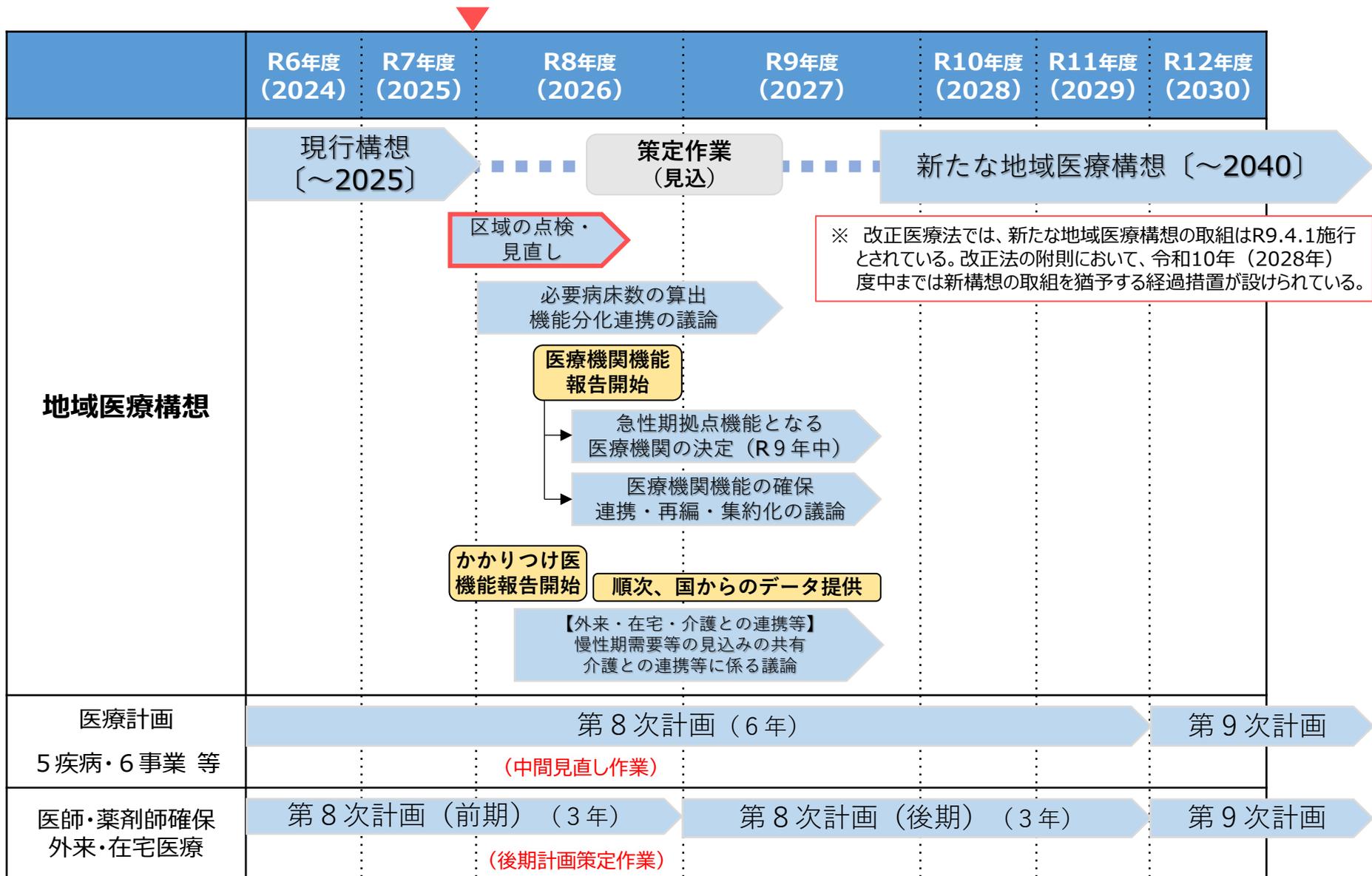
※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

MEMO

県内の8つの構想区域のうち、30万人を超えているのは「三泗区域」のみ

構想策定の具体的なスケジュール（案）

令和7年10月15日
第5回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料を基に一部改



これまでの圏域の設定状況

平成29年3月 三重県地域医療構想を策定

二次医療圏をベースとしつつ、高齢社会に対応するため、在宅医療提供体制や、地域包括ケアシステムの構築などを見据え、より地域に密着した議論がなされるよう、関係団体とも協議の上、二次医療圏を細分化し、8つの構想区域を設定

平成30年4月～

第7次三重県医療計画

三重県

- 北勢・中勢伊賀・南勢志摩医療圏では、患者の8割以上が医療圏内で入院医療を受けており、概ね標準的な医療提供体制が一体的に確保されていると認められる
- 東紀州医療圏を南勢志摩と統合する場合、面積が広大となり、南勢志摩医療圏の基幹病院へのアクセスも悪く、へき地を抱える東紀州地域の医療提供体制の整備がさらに困難になるおそれがある

第6次と同様、4つ（北勢・中勢伊賀・南勢志摩・東紀州）の二次医療圏を設定

⇒ 従前の伊賀サブ保健医療圏、伊勢志摩サブ保健医療圏は、構想区域と圏域が同じであるため、設定せず

令和6年4月～

第8次三重県医療計画

三重県

- 今後の人口減少・高齢化、医師の働き方改革などを踏まえると、東紀州医療圏に限らず、絶対的な症例数やマンパワーの減少が長期的には避けられず、より広域での体制整備、診療科等の再編・集約化等に向けた検討は引き続き必要ではないか。
- 一方で、新たな地域医療構想の議論が国においてこれから本格化するところであり、二次医療圏と構想区域が異なっている本県は、構想区域の考え方の影響を大きく受けることから、その方向性を注視する必要がある。

- 上記を踏まえ、第8次計画における医療圏は、第7次医療計画での医療圏を維持。
- 東紀州医療圏等の課題や、新たな地域医療構想における構想区域の議論を踏まえ、**第8次計画の中間評価（令和8年度）又は第9次計画策定（令和11年度）の際に、二次医療圏の見直しをあらためて検討**することを第8次計画に明記。

二次医療圏 【基準病床数】

330医療圏（令和6年4月現在）

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定

2県以外で一致

構想区域 【必要病床数】

339構想区域（令和6年4月現在）

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定

現状（ 4 医療圏 ・ 8 構想区域 ） 人口と2040年の人口推計

中勢伊賀医療圏

人口約41.9万人 → **36.7万人**

津構想区域

（人口約26.5万人） → **23.8万人**

伊賀構想区域

（人口約15.4万人） → **12.9万人**

東紀州医療圏

人口約5.8万人 → **4.1万人**

東紀州構想区域

（人口約5.8万人） → **4.1万人**

北勢医療圏

人口約81.4万人 → **75.0万人**

桑員構想区域

（人口約20.9万人） → **19.1万人**

三泗構想区域

（人口約36.5万人） → **34.2万人**

鈴亀構想区域

（人口約23.9万人） → **21.7万人**

南勢志摩医療圏

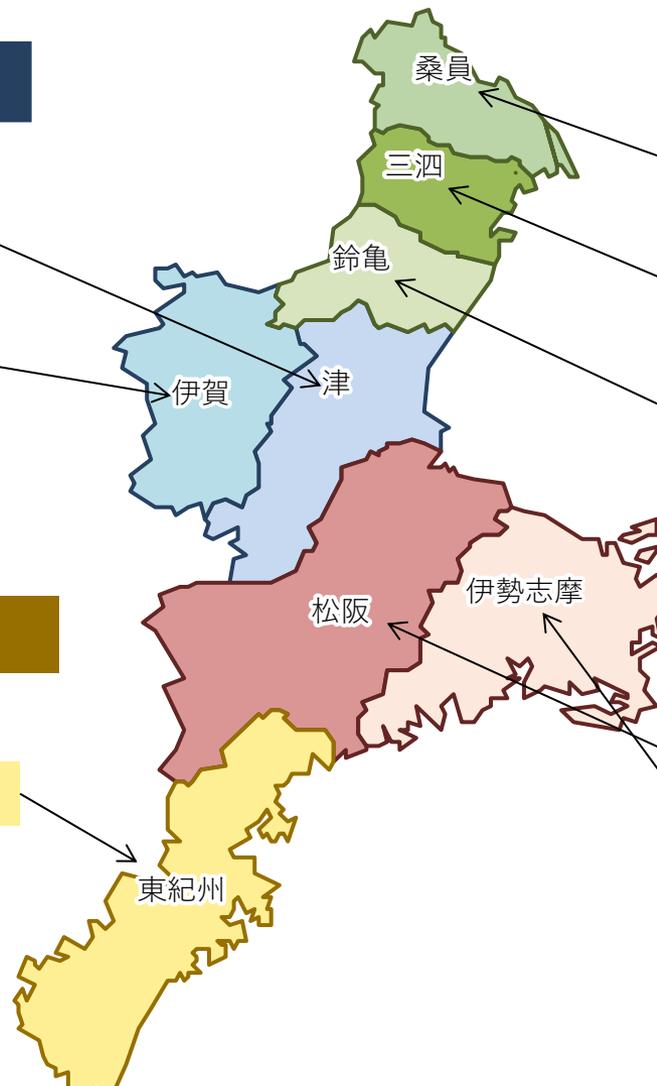
人口約40.5万人 → **33.4万人**

松阪構想区域

（人口約20.1万人） → **17.2万人**

伊勢志摩構想区域

（人口約20.3万人） → **16.2万人**



国は構想区域の役割として、

- ① 医療機関の連携・再編・集約化など
医療提供体制構築のための議論
- ② 必要病床数の運用
が協議できる単位としており、
人口は20～30万人を目安としている。

出典：三重県人口調査結果（令和7年9月1日現在）

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」

国の検討会での意見等

第116回「社会保障審議会医療部会」、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見

- 在宅医療の対象となり得る患者について、在宅医療だけでなく、**地域の医療資源・介護資源に応じて、療養病床や介護施設等と組み合わせ受け皿の確保が必要。**
- 在宅医療については、移動時間の制約がある中で、医療資源の状況や医療へのアクセス等も踏まえながら、オンライン診療や訪問看護等と組み合わせることで広く効果的・効率的にサービスが提供できるよう提供のあり方について検討が必要。
- 外来医療や在宅医療について、今後提出されるかかりつけ医機能報告も含め、**地域ごとに提供状況を共有するためのデータについて検討が必要。**
- 人口の少ない圏域でも提供体制を確保・維持するため、**病院が担う外来医療・在宅医療や訪問看護も含めた提供体制の検討が必要。**

- **新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとして位置づける。このため、構想区域について、二次医療圏を基本としたこれまでの構想区域のほか、広域な観点で求められる診療や医療従事者の育成等を検討するための広域な区域、在宅医療等についてきめ細かく対応するためのより狭い区域を設定して取組を推進する。**
- 区域全体の医療資源に応じて確保する医療や、区域内で確保が困難な医療に関する隣接区域等との連携のあり方等の具体的な運用については、2025年度に策定予定の新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成段階で検討する。

基本となる構想区域

- 高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能の医療機関機能を整備
- 二次医療圏（330程度）を基本としつつ、人口規模が20万人未満の区域や、100万人以上の区域で医療提供体制上の課題がある場合には必要に応じて構想区域の見直しを行う

広域な区域

- 大学病院や、その他急性期の拠点となる医療機関による広域な観点で確保すべき医師の派遣や診療、人材育成を議論するための区域を設定。
- 都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定

より狭い区域

- 在宅医療等については地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、より狭い区域を設定
- 医療計画の在宅医療の圏域の設定は、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定

一方で、検討会では、市町単位などで新たに会議体を設けることは相当数の会議体が必要となることの懸念が示されている。



特に課題のある地域において重点的に議論することや在宅医療を協議する場として既存の会議体を活用することが重要としている。

第116回社会保障審議会医療部会（令和7年7月4日）

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

（3）医療機関機能・病床機能

⑤ 調整会議

- 地域医療構想調整会議には、議題に応じて、医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の必要な関係者が参画して、医療機関の経営状況等の地域の実情も踏まえながら、実効性のある協議を実施することが重要である。一方、地域においては、調整会議を含む多くの会議が開催されていることを踏まえ、既存の会議の活用や合同で開催するなど、都道府県や参加者に過重な負担が生じないよう効率的に開催することが適当である。
- 新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論や効率的な運用に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者を明確化する等について、ガイドラインを検討する際に検討するべきである。

（6）国・都道府県・市町村の役割

③ 市町村

- 新たな地域医療構想においては、新たに在宅医療、介護との連携等が対象に追加される中で、在宅医療・介護連携推進事業を実施するとともに、介護保険事業を運営している市町村の役割が重要となる。
- このため、市町村に対して、議題に応じて調整会議への参画を求め、在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等に努めることとすることが適当である。

論点

- 新たな地域医療構想について、2040年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来医療や在宅医療も対象となり、地域住民の参画がますます重要となる。地域住民が、地域の課題を適切に把握等ができるよう、都道府県は、住民やその他の関係者が地域医療構想の全体的な方針等を議論することとなる県全体の調整会議に参画することとするほか、各構想区域の協議においても、現状の把握や課題の共有、対応案の検討等の各段階において、各医療機関の経営方針に関する協議等を除き、可能な限り参画等ができるよう努めることとしてはどうか。また各協議事項について、保険者に対しては保険者協議会の場を活用する等定期的に報告する場を設定することとしてはどうか。
- また、新たな地域医療構想において、関係者や議題等が多岐にわたる中、都道府県が効率的かつ効果的に調整会議を運用できるよう、次頁のとおり検討事項や既存の協議体との関係を整理することとしてはどうか。また、市町村や介護関係者について、市町村立病院の開設者としての役割や、医療と介護の連携にあたっての当事者としての役割などが考えられる。それぞれに求められる役割について、次々頁のとおり、ガイドラインに位置付けることとしてはどうか。

- 新たな地域医療構想において各検討する事項の協議の場については、都道府県ごとの既存の協議体と一体的に実施することや主な既存の協議体の議論を調整会議に報告するといった、都道府県の体制に応じて柔軟に設定できることとしてはどうか。

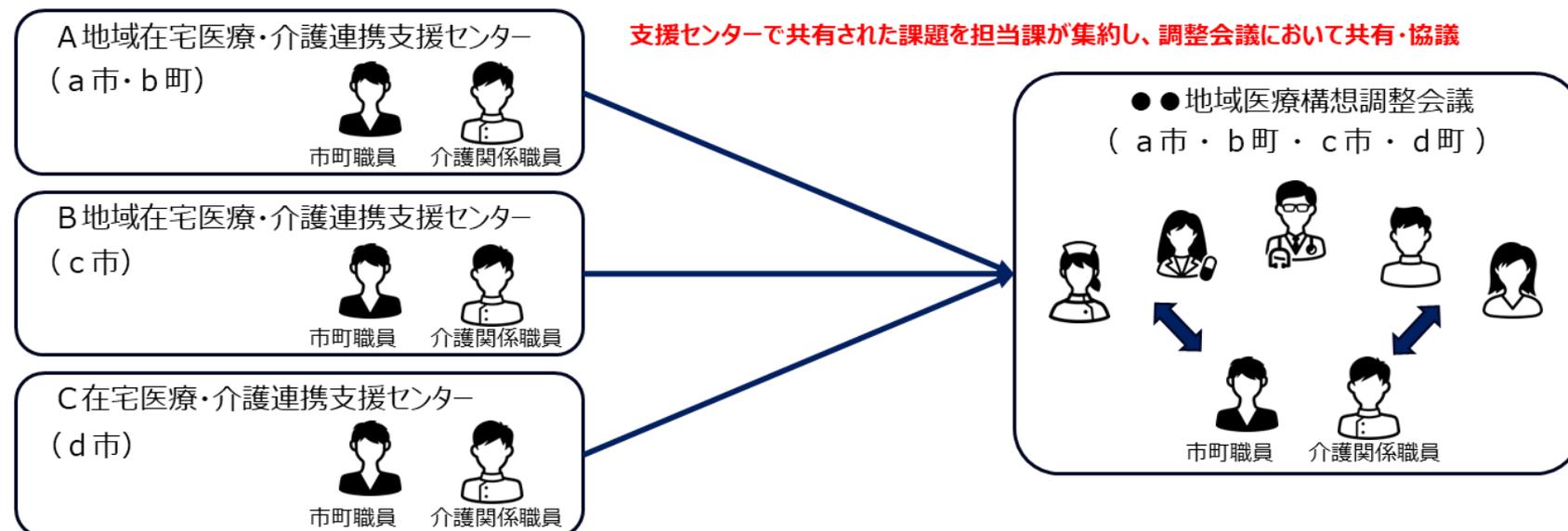
	具体的な検討事項	主な既存の協議体
全体的な事項・広域的な連携に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 医療提供体制についての都道府県の方針、大学病院との連携に関する事項等 	<ul style="list-style-type: none"> 医療審議会 都道府県単位の地域医療構想調整会議
構想区域の見直し、地域ごとの医療機関機能、病床機能に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想調整会議
外来医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） 	<ul style="list-style-type: none"> 外来医療の協議の場、かかりつけ医の協議の場 （二次医療圏その他の当該都道府県知事が適当と認める区域）
在宅医療、介護との連携	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策 	<ul style="list-style-type: none"> 作業部会 医療及び介護の体制整備に係る協議の場（二次医療圏※） ※二次医療圏と老人福祉圏域が一致していない場合や二次医療圏単位での開催が適当でない場合は、都道府県が適当と認める区域 在宅医療・介護連携推進事業に関する協議の場（市町村、都道府県）
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> 区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） ※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療対策協議会等の各職種の確保対策に係る協議体（都道府県）

既存の会議体について（基本となる構想区域より狭い区域の設定）

- 次期構想において、在宅医療・医療介護連携についても基本となる構想区域より狭い区域の設定についても検討することとされている。
- 一方で、構想区域より狭い単位で新たな協議体等を設置することは委員の負担増にもつながる。
- 効率的に在宅医療や介護連携にかかる地域ごとの課題を抽出、共有するために、既存の会議体の活用としては在宅医療・介護連携拠点などが考えられる。

一例）在宅医療・介護連携について、既存の在宅医療・介護連携推進事業拠点（在宅医療・介護連携支援センター）単位を区域とみなし、共有された内容を集約の上、新たな構想区域での調整会議において関係者と協議する。

（例） ●●地域



- 地域医療構想調整会議に参加する関係者として位置付けることとなる市町村及び介護関係者について、以下のような役割についてガイドラインにおいて位置付けることとしてはどうか。

	主な役割
市町村	<ul style="list-style-type: none"> 市町村立病院の開設者としての観点だけではなく、将来にわたって、地域全体での医療提供を確保するといった観点も踏まえ、他の医療機関と同様に、地域全体の提供体制の構築・維持や医療提供体制の連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。 <u>介護保険事業の実施主体として、介護側の課題を調整会議において共有するとともに、医療側の課題を理解し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。</u> <u>隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。</u>
介護関係者	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題の把握や、医療機関との協力体制の構築等、医療における課題の解決に向けた取組への協力が求められる。 <u>介護施設における入所者の重症化予防に向けた取組や、医療機関から施設への早期退院に向けた取組を推進することが求められる。</u>

今後の方針

新たな地域医療構想の策定ガイドラインは今年度末に固まり、在宅医療・介護連携の協議方法等も示される見込み。

県ではこれまでも地域医療構想調整会議において、在宅医療に関する議題を取り入れてきたところであるが、具体的な課題提示や医療・介護連携に関する議論はできていない状況。

国の検討会の議論では、在宅医療等については、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、より狭い区域を設定することとされているが、一方で、新たな会議体を作ることも負担増となることから、課題のある地域に絞り込むことや既存の会議体を活用することも重要とされている。

また、どのようなデータを用いて、患者像が重複する受け皿（医療・介護・在宅）を分析し、各地域の将来像を描くかについて整理していく必要がある。（下表例）

提供の場	サービス	需要等の把握について														
病院・有床診療所	入院医療	<ul style="list-style-type: none"> 入院料の算定回数や入院患者数により提供実態を把握可能であるほか、入院料の算定病床数により提供可能性を把握可能 データの把握にあたっては、地域において、病床機能報告やNDBオープンデータ、患者調査等が活用可能 その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要 														
自宅	在宅医療 訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> 病床機能報告においては、主に入院医療に関するデータを収集しており、看取り件数等の一部を除き在宅医療の提供等（訪問看護STを有しているか等）の情報は収集していない 提供実態について、総数については訪問診療料等の算定回数により把握可能であるが、どういった施設等において提供されているか、訪問先の把握は現時点では困難 ※訪問先種別の把握に関して、訪問看護については医療保険給付分の一部について、一定把握可能だが、訪問診療については把握不可 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>コード</th> <th>施設等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>社会福祉施設及び身体障害者施設</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>小規模多機能居宅介護</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>複合型サービス</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>認知症対応型グループホーム</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>特定施設</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> データの把握にあたっては、地域において、NDBオープンデータ、患者調査等が活用可能 その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要 	コード	施設等	01	社会福祉施設及び身体障害者施設	02	小規模多機能居宅介護	03	複合型サービス	04	認知症対応型グループホーム	05	特定施設	06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設
コード	施設等															
01	社会福祉施設及び身体障害者施設															
02	小規模多機能居宅介護															
03	複合型サービス															
04	認知症対応型グループホーム															
05	特定施設															
06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設															
介護老人保健施設 介護医療院等	入所中の患者への医療 (原則介護報酬)	<ul style="list-style-type: none"> 受給者数で提供実態を把握可能であるほか、施設定員数で提供可能性を把握可能 														

50

次期地域医療構想を策定、推進していくにあたり、在宅医療や介護連携についての協議の場のあり方や協議に資するデータ等について、国が示すガイドラインの内容やいただいたご意見を参考に令和8年の秋ごろまでに協議の場のあり方の方向性を固めていきたい。

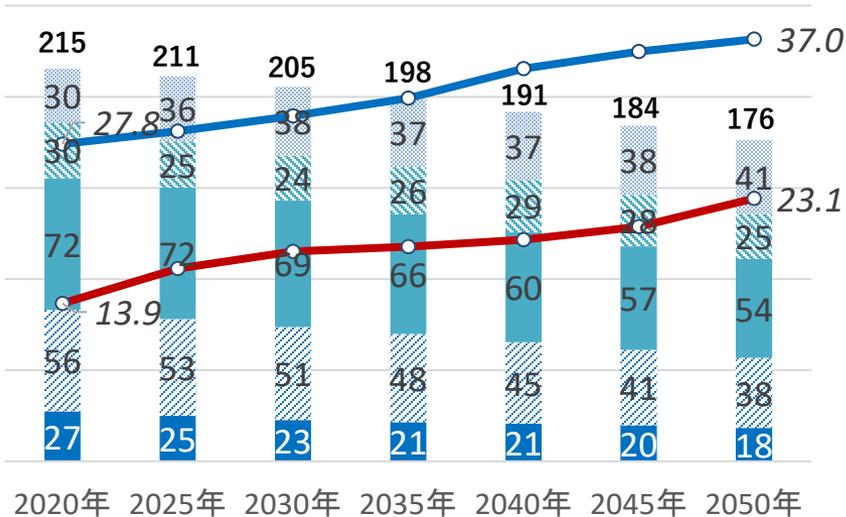
【参考】三重県の構想区域別人口の将来推計①

○ 生産年齢人口の減少や75歳以上人口の増加は、桑員や三泗では比較的緩やかに進展する。

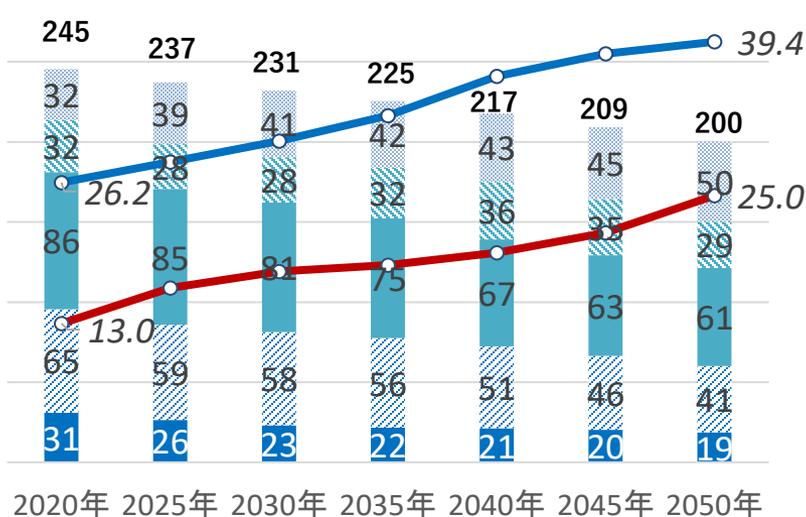
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」

（単位：棒グラフ（千人）、折れ線グラフ（％））

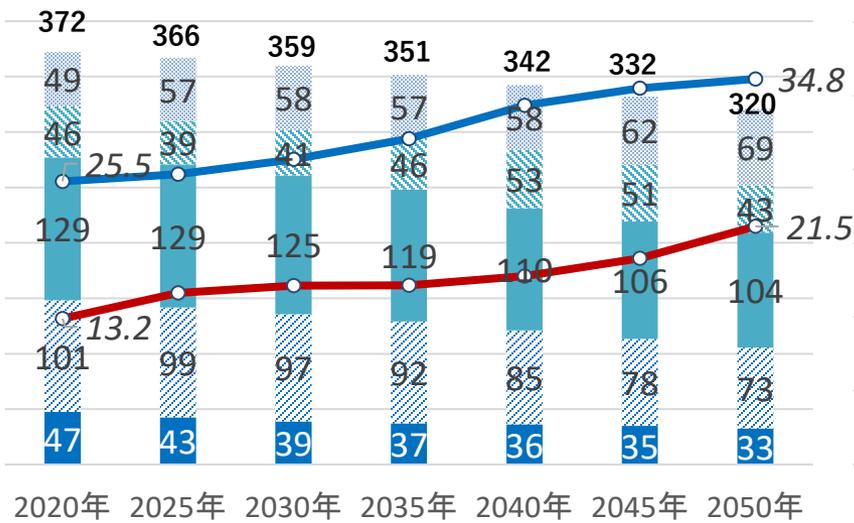
桑員



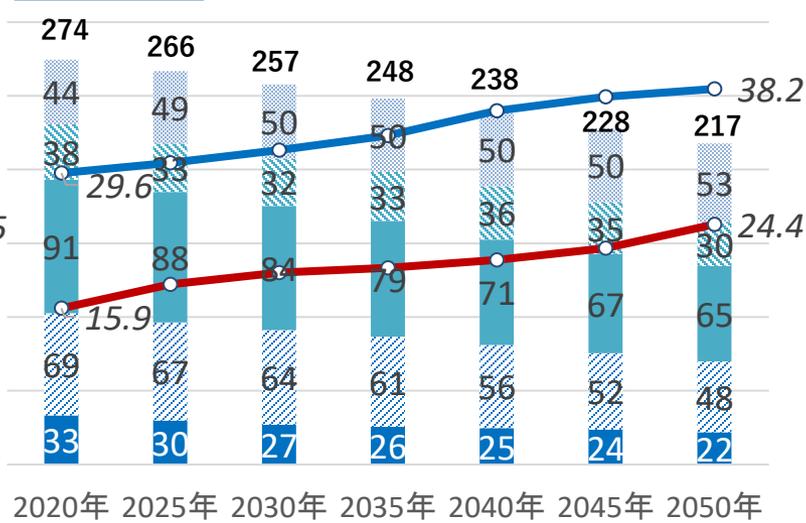
鈴亀



三泗



津



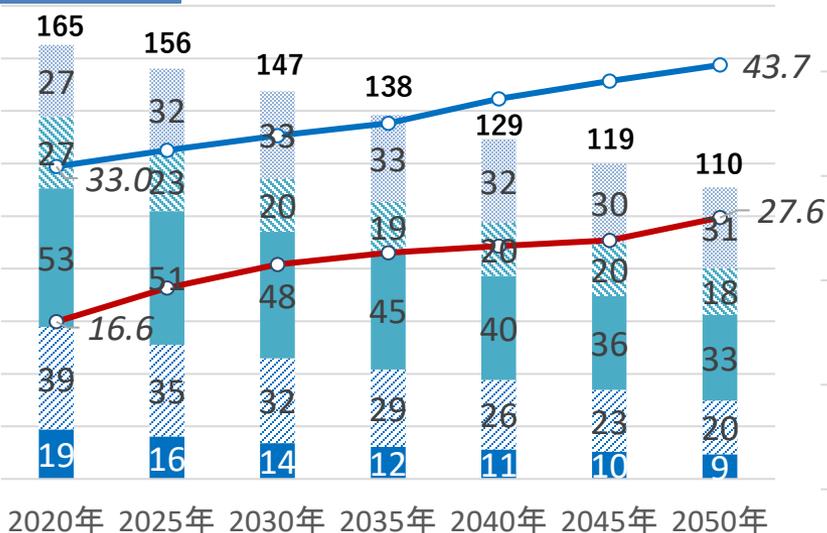
- 75歳以上
- 65~74歳
- 40~64歳
- 15~39歳
- 0~14歳
- 高齢化率
- 75歳以上割合

【参考】三重県の構想区域別人口の将来推計②

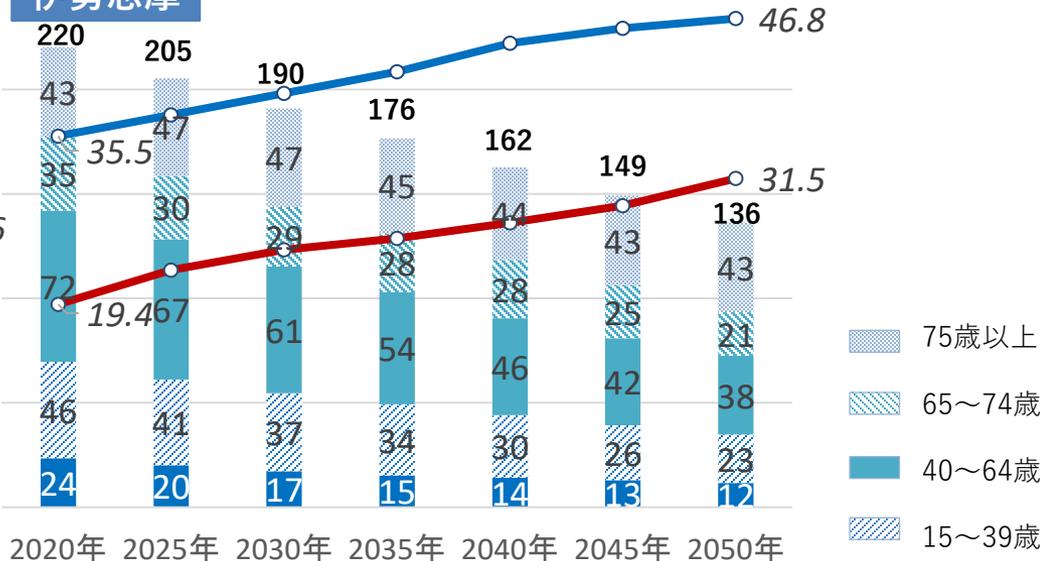
○ 県南部では人口減少が加速度的に進むと予測される。

(単位：棒グラフ(千人)、折れ線グラフ(%))

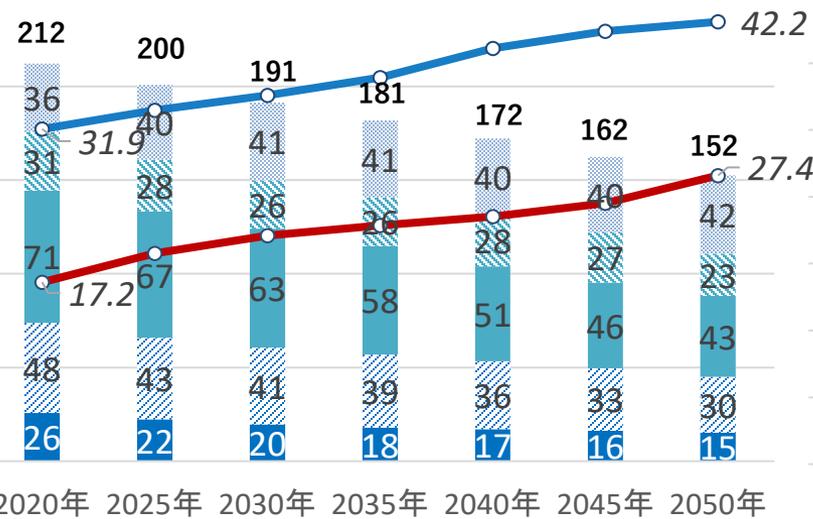
伊賀



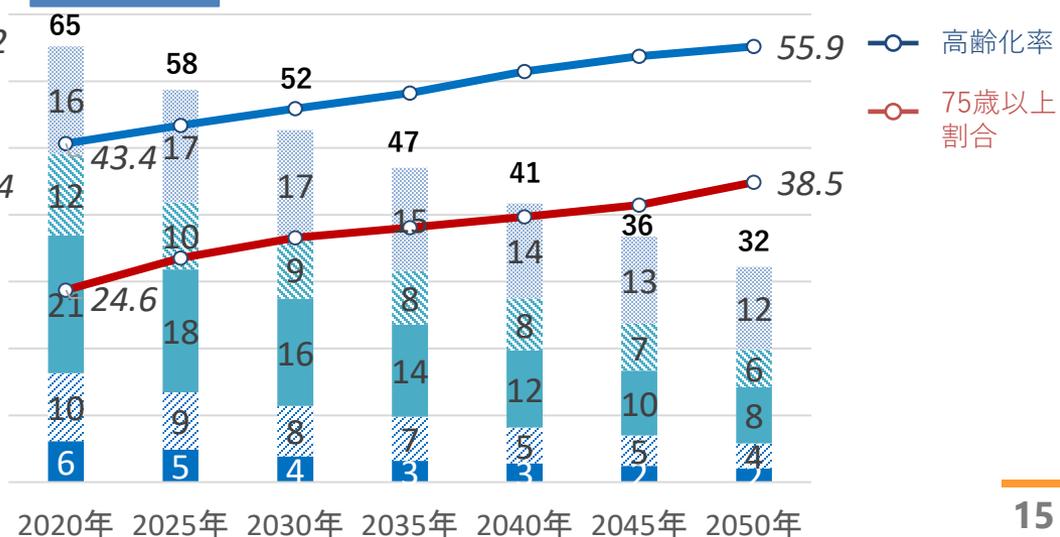
伊勢志摩



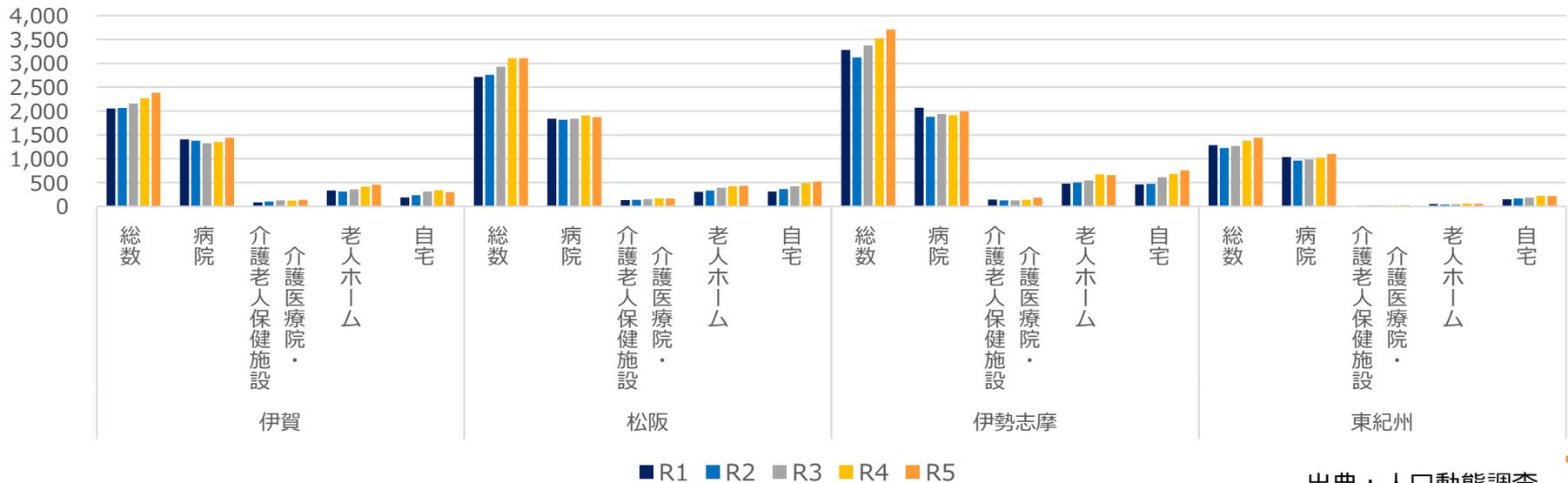
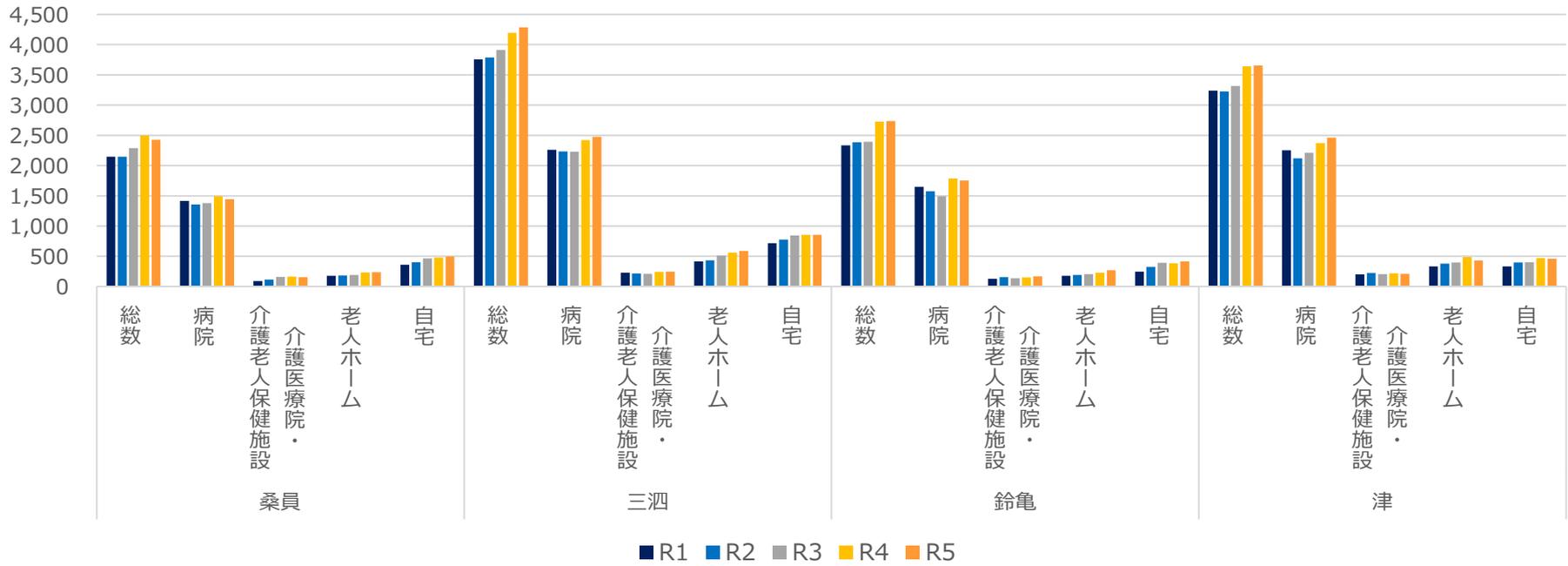
松阪



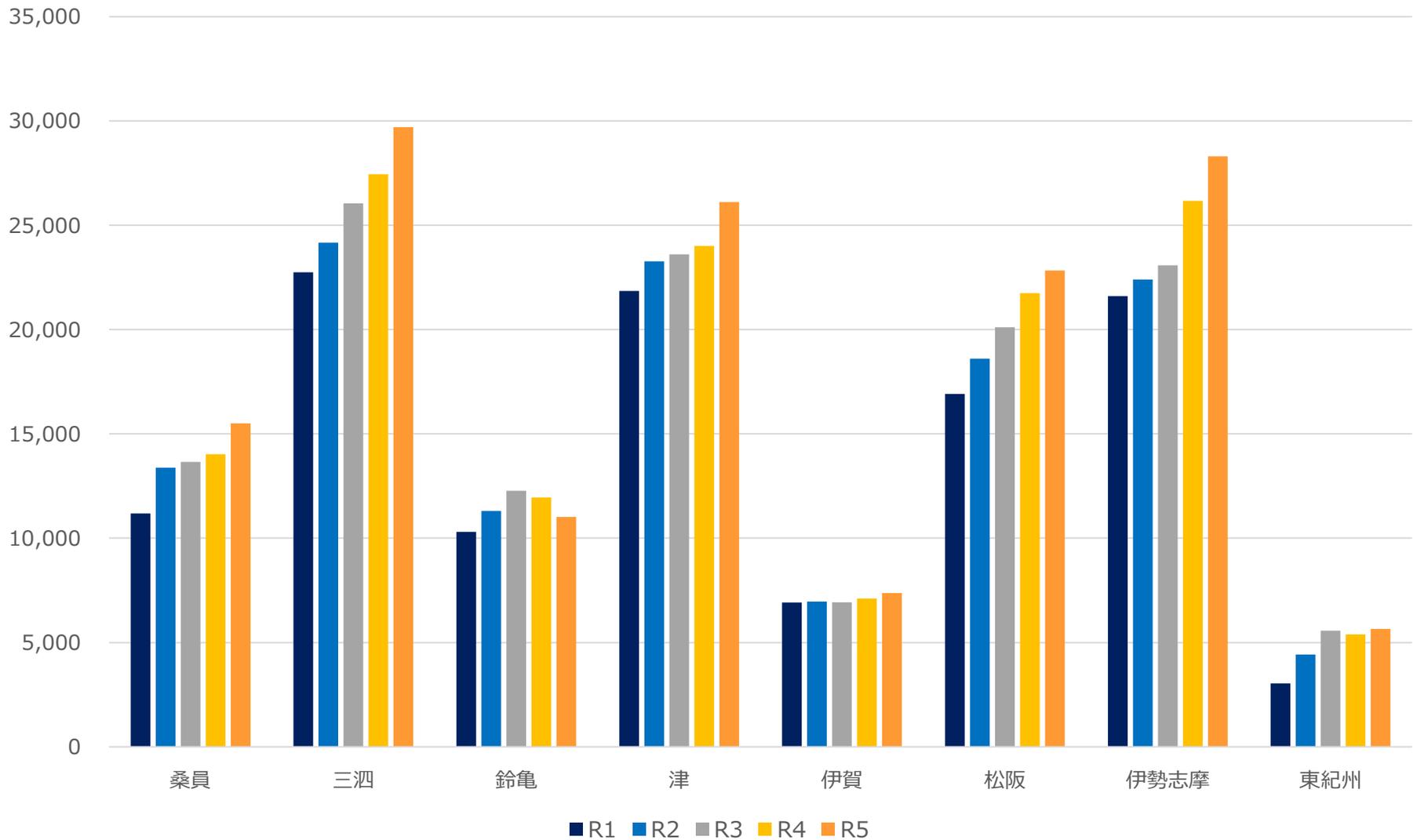
東紀州



【参考】主な死亡場所別死亡者数（構想区域別）



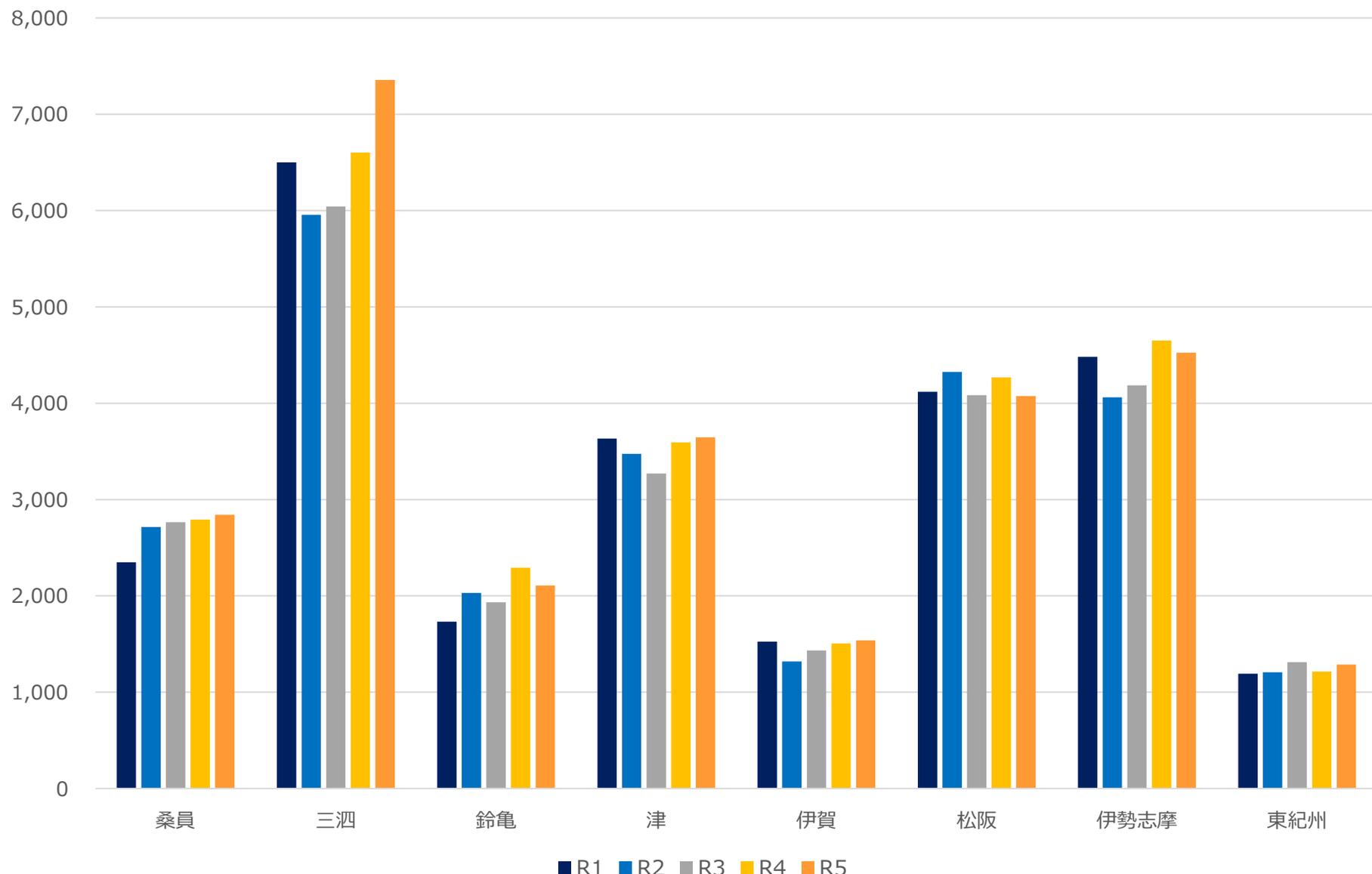
【参考】訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）（構想区域別）



【出典】 NDB C001在宅患者訪問診療料算定件数

※ 件数が少ない地域の件数はマスク処理されているため、一部実数と異なります

【参考】往診を受けた患者数（レセプト件数）（構想区域別）



【出典】 NDB

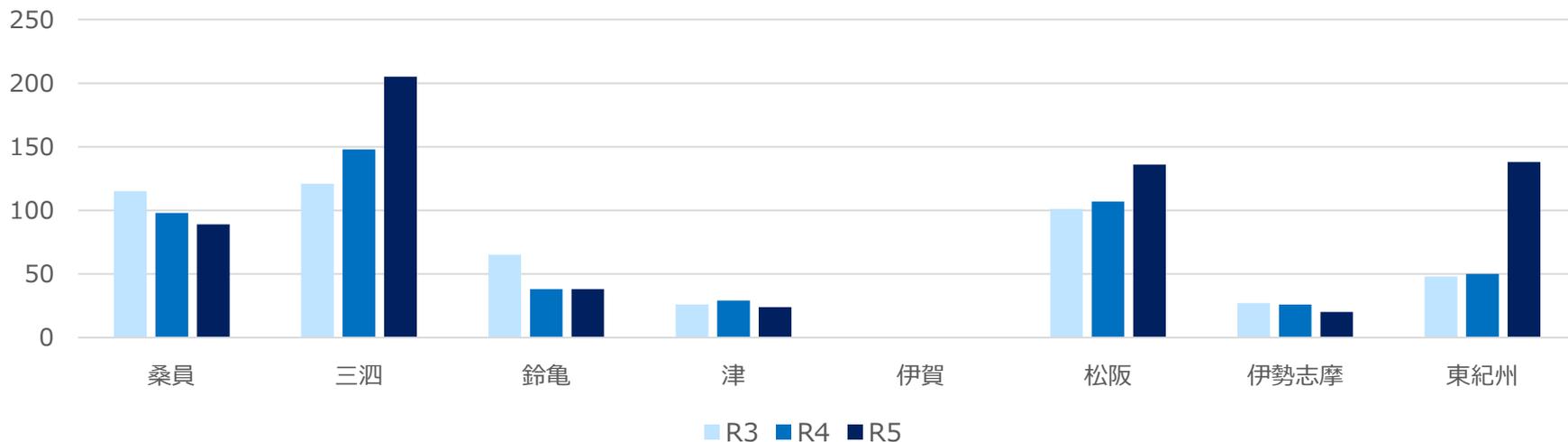
※ 件数が少ない地域の件数はマスク処理されているため、一部実数と異なります

【参考】訪問リハビリテーションを受けた患者数

【NDB】 訪問リハビリテーション患者数（レセプト件数）（構想区域別）

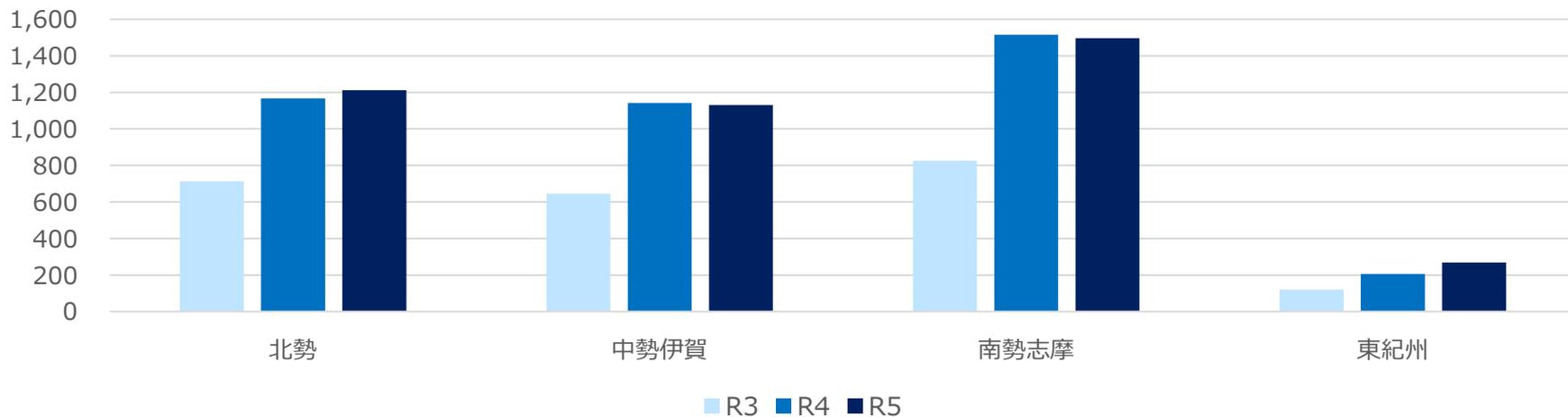
【出典】 NDB

※件数が少ない地域の件数はマスク処理されているため、一部実数と異なります



【介護DB】 訪問リハビリテーション患者数（受給者数）（二次医療圏別）

【出典】 介護DB

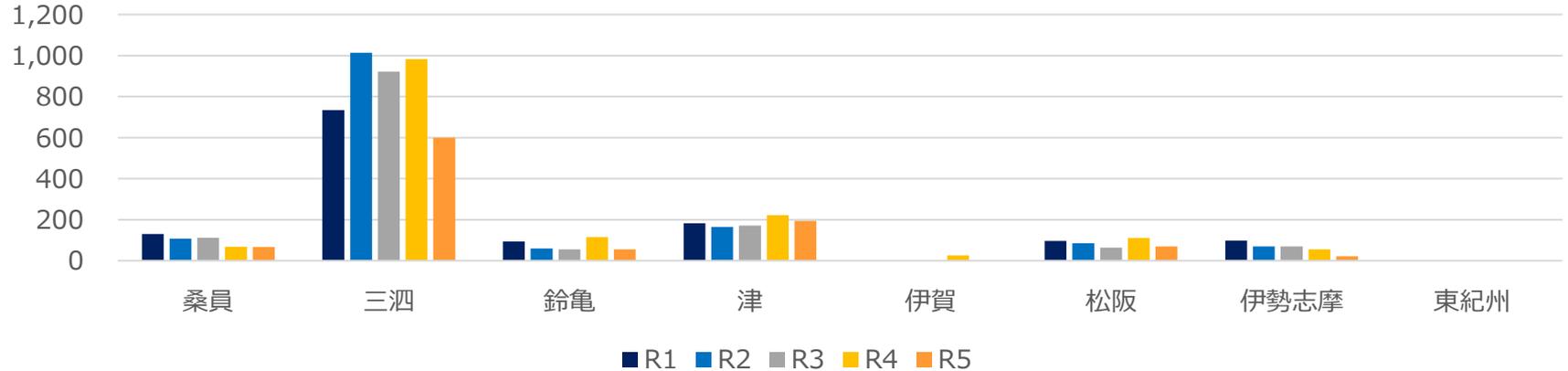


【参考】訪問看護利用者数（レセプト件数・NDB）（構想区域別）

【NDB】訪問看護利用者数（精神以外）

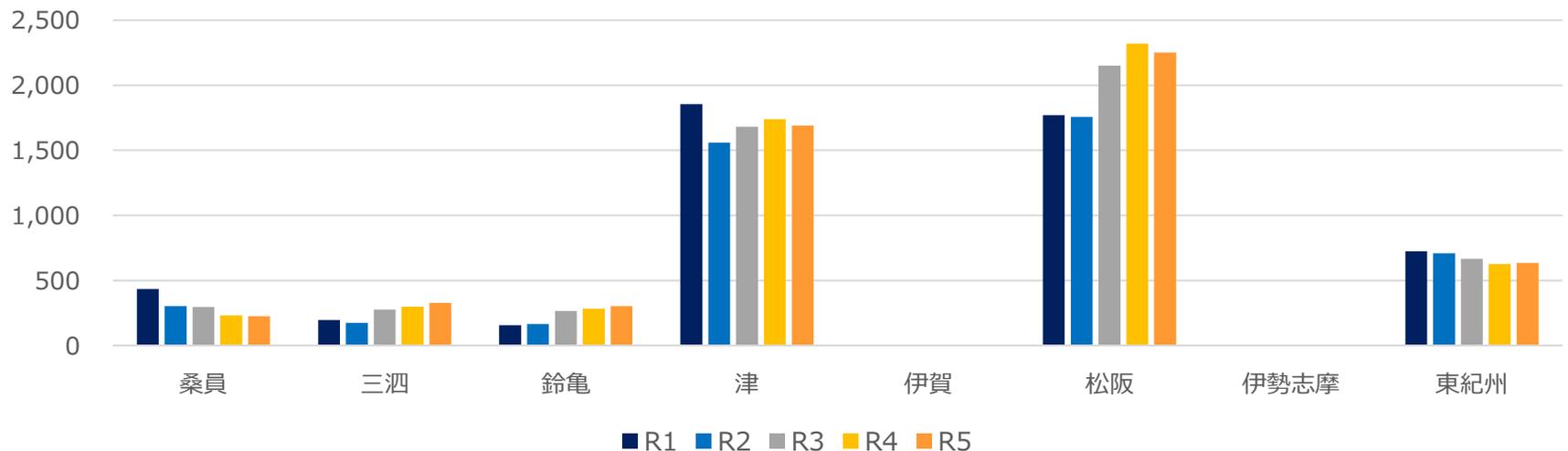
【出典】 NDB C005 在宅患者訪問看護・指導料の算定件数

※件数が少ない地域の件数はマスク処理されているため、一部実数と異なります

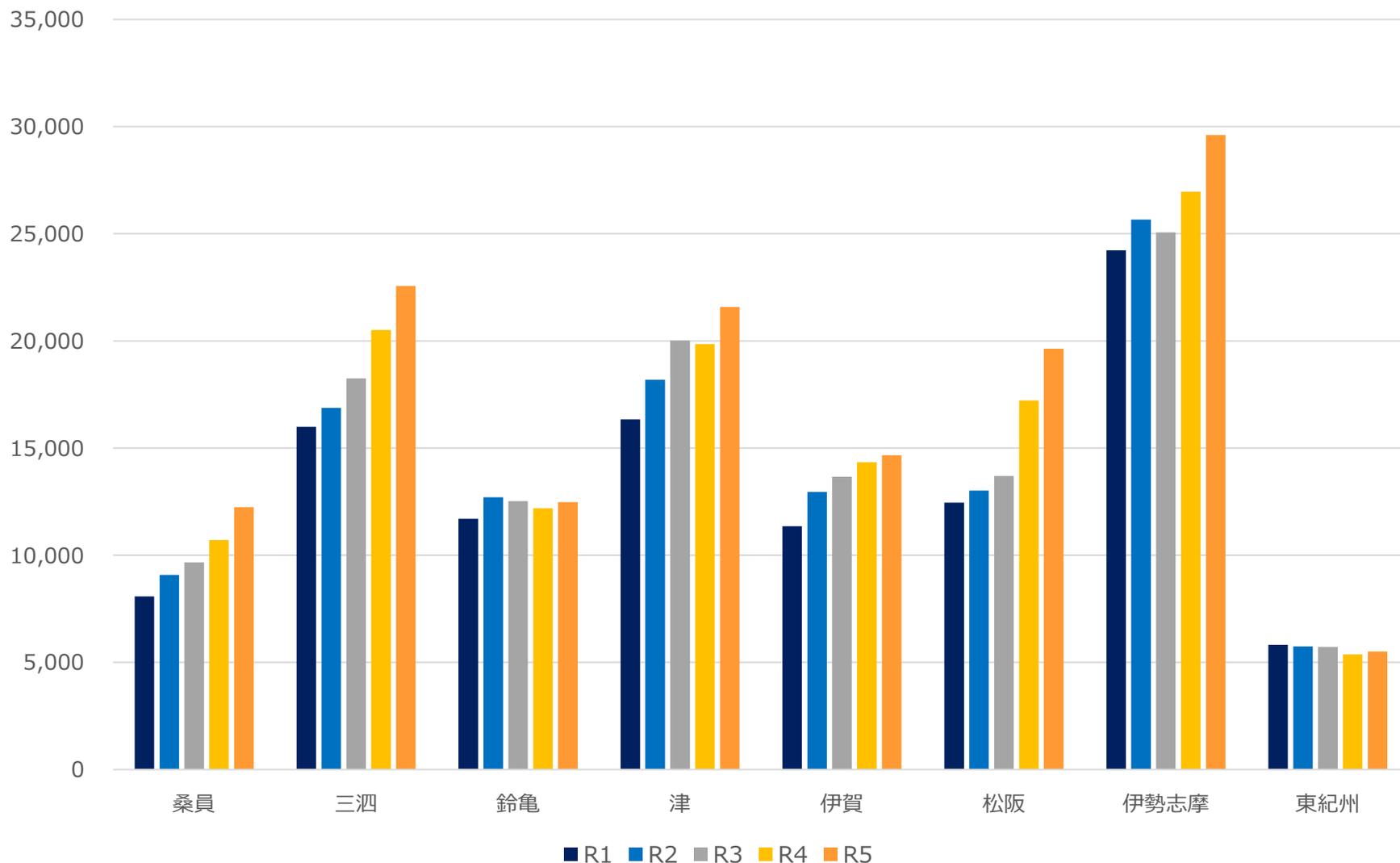


【NDB】訪問看護利用者数（精神）

【出典】 NDB I012 精神科在宅患者訪問看護・指導料の算定件数



【参考】訪問看護利用者数（介護DB）（構想区域別）



【出典】 介護DB

「訪問看護」「介護予防訪問看護」のうち、「基本サービスコード」または「合成サービスコード」のサービス項目コードの延べレセプト件数
※ 件数が少ない地域の件数はマスク処理されているため、一部実数と異なります