

第 7 期高知県保健医療計画（本文）

【新旧対照表】

※ 計画本文の変更等、主な変更
についてのみ、新旧対照表に反
映しております。

第 1 章 保健医療計画の基本的事項

第 1 節 保健医療計画策定の趣旨

医療計画制度は、昭和 60 年の医療法改正により導入され、本県では、地域医療が衛生や予防など保健の領域にも深く関わることから、昭和 63 年の高知県地域保健医療計画以来「保健医療計画」として策定してきました。

この間、生活習慣病の急増など疾病構造の変化、医療技術の進歩や県民の医療に対する意識の変化など、医療を取り巻く環境は大きく変わっており、中でも高齢化の進展については、[令和 7](#)（2025）年にいわゆる「団塊の世代」が75歳以上となり、人口の3割以上が65歳以上となることが見込まれています。高齢化が全国に先行し進んでいる本県においては、[令和 2](#)（2020）年に医療・介護のニーズがピークを[迎えたと考えられますが](#)、その後は人口減少等により徐々に減少すると見込まれています。

こうした背景の下、それぞれの地域において、医療提供体制を維持、充実させるため、引き続き、医師や看護師などの医療従事者の確保や、在宅医療の推進に向けた多職種間の連携強化などに取り組むとともに、その後の中長期的な医療ニーズに沿った、効率的で持続可能なバランスの取れた、その地域における医療・介護サービスの提供体制を構築することが必要となります。

第 7 期となる高知県保健医療計画では、5 疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）、5 事業（救急医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療、へき地医療、災害時における医療）及び在宅医療と、新たに、平成 28 年 12 月に保健医療計画の一部として策定した「高知県地域医療構想」を加え、急性期から回復期、慢性期までの一体的な医療連携体制の構築に向け、医療と介護の整合性を確保しつつ、各項目の現状と課題、そして今後の対策と具体的な施策や目標を明確に示すこととしました。

今後は、この計画に基づいて、行政と医療及び介護関係者が保健・医療・介護の充実を図ることで地域包括ケアシステムの構築に一体的に取り組み、その結果を検証し、また新たな課題にも対応するなど政策循環につなげることで、「日本一の健康長寿県構想」の目標である、「県民の誰もが住み慣れた地域で、[健やかで心豊かに](#)安心して暮らし続けることのできる高知県」を目指します。

第 1 章 保健医療計画の基本的事項

第 1 節 保健医療計画策定の趣旨

医療計画制度は、昭和 60 年の医療法改正により導入され、本県では、地域医療が衛生や予防など保健の領域にも深く関わることから、昭和 63 年の高知県地域保健医療計画以来「保健医療計画」として策定してきました。

この間、生活習慣病の急増など疾病構造の変化、医療技術の進歩や県民の医療に対する意識の変化など、医療を取り巻く環境は大きく変わっており、中でも高齢化の進展については、平成 37（2025）年にいわゆる「団塊の世代」が75歳以上となり、人口の3割以上が65歳以上となることが見込まれています。高齢化が全国に先行し進んでいる本県においては、平成 32（2020）年に医療・介護のニーズがピークを迎えますが、その後は人口減少等により徐々に減少すると見込まれています。

こうした背景の下、それぞれの地域において、医療提供体制を維持、充実させるため、引き続き、医師や看護師などの医療従事者の確保や、在宅医療の推進に向けた多職種間の連携強化などに取り組むとともに、その後の中長期的な医療ニーズに沿った、効率的で持続可能なバランスの取れた、その地域における医療・介護サービスの提供体制を構築することが必要となります。

第 7 期となる高知県保健医療計画では、5 疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）、5 事業（救急医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療、へき地医療、災害時における医療）及び在宅医療と、新たに、平成 28 年 12 月に保健医療計画の一部として策定した「高知県地域医療構想」を加え、急性期から回復期、慢性期までの一体的な医療連携体制の構築に向け、医療と介護の整合性を確保しつつ、各項目の現状と課題、そして今後の対策と具体的な施策や目標を明確に示すこととしました。

今後は、この計画に基づいて、行政と医療及び介護関係者が保健・医療・介護の充実を図ることで地域包括ケアシステムの構築に一体的に取り組み、その結果を検証し、また新たな課題にも対応するなど政策循環につなげることで、「日本一の健康長寿県構想」の目標である、「県民の誰もが住み慣れた地域で、安心して暮らし続けることのできる高知県」を目指します。

【医療計画制度に関する医療法等改正の主な経緯】

昭和 60 年 第 1 次改正

医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指すため医療計画制度を導入。

二次医療圏ごとに必要病床数を設定

平成 9 年 第 3 次改正

医療機関の役割分担の明確化及び連携の推進のため医療計画制度の充実を図る。また、二

次医療圏ごとに医療関係施設間の機能分担、業務連携等を記載

平成 12 年 第 4 次改正

基準病床数へ名称を変更。療養病床及び一般病床を創設

平成 18 年 第 5 次改正

4 疾病 5 事業の具体的な医療連携体制を位置付け

平成 24 年 一部改正

医療計画に医療連携体制を位置付ける疾病等に新たに精神疾患と在宅医療を追加し、「5

疾病 5 事業及び在宅医療」とする

平成 26 年 第 6 次改正

病床機能報告制度と地域医療構想の策定、認定医療法人制度の創設

平成 27 年 第 7 次改正

地域医療連携推進法人制度の創設、医療法人の経営の透明性の確保及びガバナンスの強化

第 2 節 計画の基本理念

県民、医療機関、関係団体、行政などが共通の認識のもとに、『県民誰もが安心して医療を受けられる環境づくり』を目指します。

○県の医療政策の基本指針となる計画

○県民や医療機関、関係団体の活動の指針となる計画

第 3 節 計画の期間

6 年間（平成 30 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日まで）

第 7 期計画より、医療と介護の施策を一体的に進めていく必要があることから、計画期間が 3 年である介護保険事業(支援)計画と見直し時期を一致させるため、計画期間が 5 年間から 6 年間へ変更になります。

また、令和 3 年度に 6 年間の中間年度として、計画の中間見直しを行いました。

第 4 節 関連する他の計画

本計画に関連する保健と医療、福祉の分野では法や条例などに基づきそれぞれ図表 1-1-1 に示す計画や構想があります。これらの計画などの実行においては、日本一の健康長寿県構想を基に、本計画とも整合をとって取組を進めます。

【医療計画制度に関する医療法等改正の主な経緯】

昭和 60 年 第 1 次改正

医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指すため医療計画制度を導入。

二次医療圏ごとに必要病床数を設定

平成 9 年 第 3 次改正

医療機関の役割分担の明確化及び連携の推進のため医療計画制度の充実を図る。また、二

次医療圏ごとに医療関係施設間の機能分担、業務連携等を記載

平成 12 年 第 4 次改正

基準病床数へ名称を変更。療養病床及び一般病床を創設

平成 18 年 第 5 次改正

4 疾病 5 事業の具体的な医療連携体制を位置付け

平成 24 年 一部改正

医療計画に医療連携体制を位置付ける疾病等に新たに精神疾患と在宅医療を追加し、「5

疾病 5 事業及び在宅医療」とする

平成 26 年 第 6 次改正

病床機能報告制度と地域医療構想の策定、認定医療法人制度の創設

平成 27 年 第 7 次改正

地域医療連携推進法人制度の創設、医療法人の経営の透明性の確保及びガバナンスの強化

第 2 節 計画の基本理念

県民、医療機関、関係団体、行政などが共通の認識のもとに、『県民誰もが安心して医療を受けられる環境づくり』を目指します。

○県の医療政策の基本指針となる計画

○県民や医療機関、関係団体の活動の指針となる計画

第 3 節 計画の期間

6 年間（平成 30 年 4 月 1 日から平成 36 年 3 月 31 日まで）

第 7 期計画より、医療と介護の施策を一体的に進めていく必要があることから、計画期間が 3 年である介護保険事業(支援)計画と見直し時期を一致させるため、計画期間が 5 年間から 6 年間へ変更になります。

第 4 節 関連する他の計画

本計画に関連する保健と医療、福祉の分野では法や条例などに基づきそれぞれ図表 1-1-1 に示す計画や構想があります。これらの計画などの実行においては、日本一の健康長寿県構想を基に、本計画とも整合をとって取組を進めます。

第2節 歯科医師

歯科医師は、歯科診療や保健指導、健康管理などを通じて、むし歯・歯周病対策や医療と連携した歯周病による全身疾患への対策、高齢期等における口腔ケア・口腔機能向上などにより、生涯に渡る歯と口の健康づくりを進める重要な役割を担います。

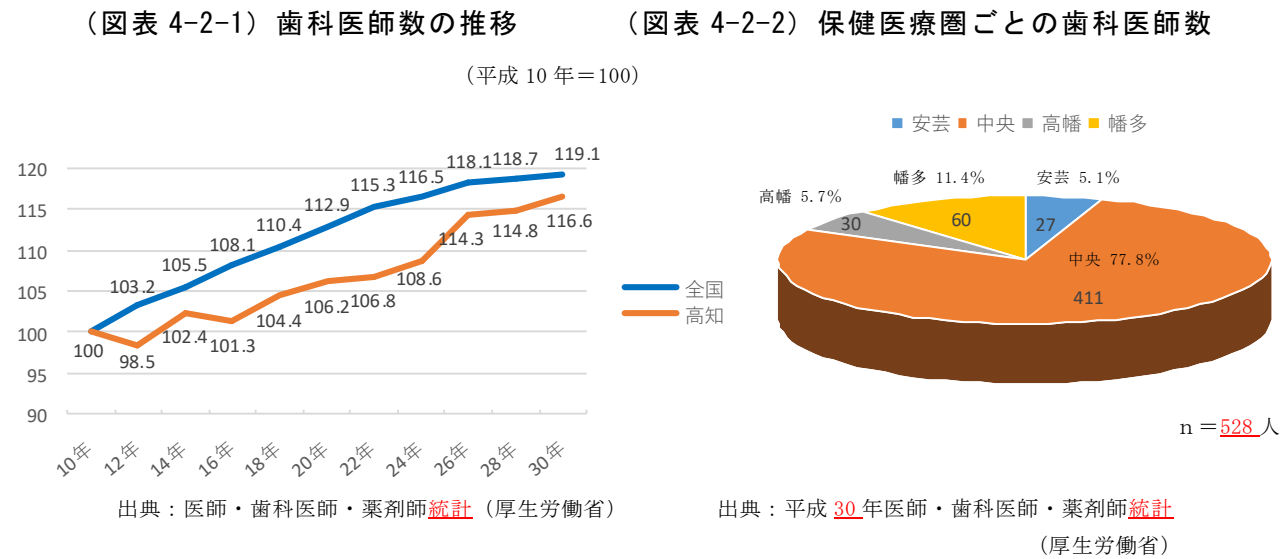
また、南海トラフ地震など大規模災害時には、助かった命を守るための口腔領域の外傷対応や誤嚥性肺炎による災害関連死を防ぐための口腔ケア対策など、災害時の歯科保健医療活動における役割が重視されており、歯科医師の活動分野は広がっています。

現状と課題

1 歯科医師の状況

医師・歯科医師・薬剤師統計により届出のあった本県の歯科医師数は、528人（平成30年調査）であり、人口10万人当たりでは74.8人と全国平均の83.0人を下回っているものの、本県と同様に歯科医師の養成施設がない中四国の各県とほぼ同様の水準となっています。また、保健医療圏別にみると安芸59.4人、中央78.3人、高幡56.3人、幡多72.6人となっており、中央圏域は歯科医師が増加傾向にあります。

一方で、高齢化の進展により介護を必要とする人も増加しているため、居宅や高齢者施設などでの訪問歯科診療のニーズが高まっており、これらを担う歯科医師の確保と、訪問歯科診療に必要な専門技術のスキルアップが必要です。



2 期待される役割

生涯に渡り歯と口の健康づくりを推進するため、妊娠期においては歯周病が早産・低体重児出産のリスクとなることの理解や定期的な歯科健診の重要性についての周知、学齢期においては効果的なむし歯予防法として学校でのフッ化物洗口の実施を推進する必要があります。

また、歯周病ががんや糖尿病といった全身疾患に影響を与えることから、定期的な歯科健診の受診やがん治療時等の医科歯科連携の推進を図ることや、高齢期等における口

第2節 歯科医師

歯科医師は、歯科診療や保健指導、健康管理などを通じて、むし歯・歯周病対策や医療と連携した歯周病による全身疾患への対策、高齢期等における口腔ケア・口腔機能向上などにより、生涯に渡る歯と口の健康づくりを進める重要な役割を担います。

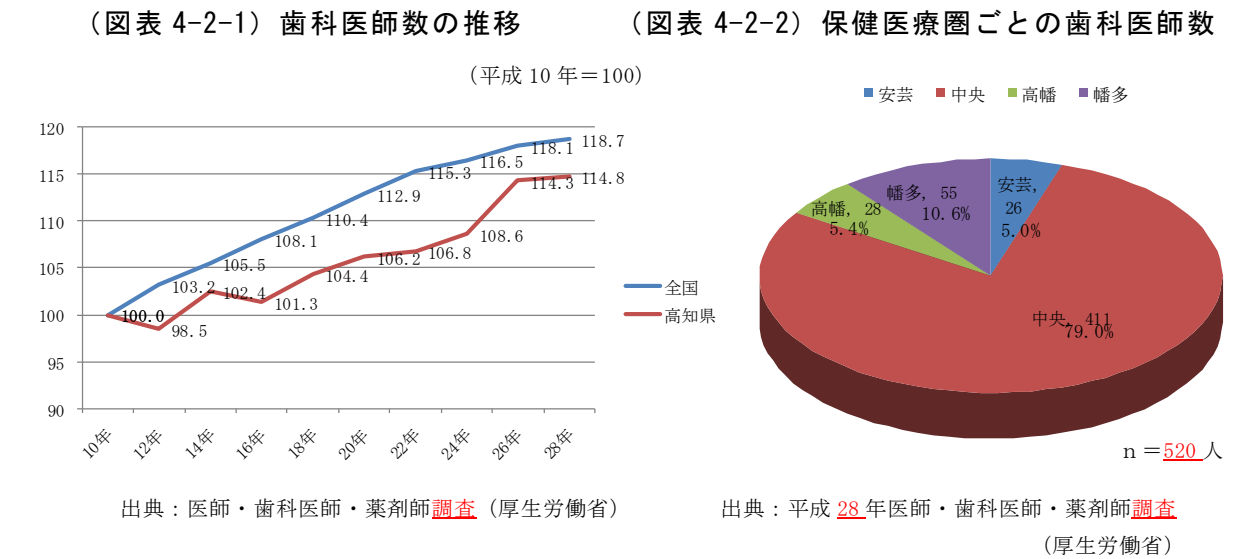
また、南海トラフ地震など大規模災害時には、助かった命を守るための口腔領域の外傷対応や誤嚥性肺炎による災害関連死を防ぐための口腔ケア対策など、災害時の歯科保健医療活動における役割が重視されており、歯科医師の活動分野は広がっています。

現状と課題

1 歯科医師の状況

医師・歯科医師・薬剤師調査により届出のあった本県の歯科医師数は、520人（平成28年調査）であり、人口10万人当たりでは72.1人と全国平均の82.4人を下回っているものの、本県と同様に歯科医師の養成施設がない中四国の各県とほぼ同様の水準となっています。また、保健医療圏別にみると安芸54.8人、中央77.2人、高幡50.7人、幡多64.3人となっており、中央圏域は歯科医師が増加傾向にあります。

一方で、高齢化の進展により介護を必要とする人も増加しているため、居宅や高齢者施設などでの訪問歯科診療のニーズが高まっており、これらを担う歯科医師の確保と、訪問歯科診療に必要な専門技術のスキルアップが必要です。



2 期待される役割

生涯に渡り歯と口の健康づくりを推進するため、妊娠期においては歯周病が早産・低体重児出産のリスクとなることの理解や定期的な歯科健診の重要性についての周知、学齢期においては効果的なむし歯予防法として学校でのフッ化物洗口の実施を推進する必要があります。

また、歯周病ががんや糖尿病といった全身疾患に影響を与えることから、定期的な歯科健診の受診やがん治療時等の医科歯科連携の推進を図ることや、高齢期等における口

第3 保健師

保健師が関わる健康課題は、生活習慣病の予防や感染症対策はもとより、健康危機管理、うつ病・自殺対策、発達障害・障害者の自立支援、介護予防、虐待対策など、様々な分野に広がっています。

県民の乳幼児期から高齢期までのライフステージを通した健康づくりを推進し、保健・医療・福祉の連携がとれたサービスを提供するためには、保健師の専門性の向上を図るとともに、各分野の保健師同士をはじめ、地域の関係機関や団体などとの連携を高めていくことが求められています。

現状と課題

1 保健師の状況（平成30年12月31日現在）

本県の就業保健師数は522人で、人口10万人あたりの就業保健師数は、73.9人と全国平均の41.9人を大きく上回り、全国第4位となっており、就業場所でみると、県・保健所・市町村436人（83.5%）、その他事業所等86人（16.5%）と、行政で従事する保健師が大多数を占めています。

また、年齢別でみると、40歳代が175人（33.5%）、30歳代126人（24.1%）と30～40歳代保健師の割合が高くなっています。

2 養成施設

県内には、保健師を養成する施設は2大学、1短期大学（専攻科）があります。各養成施設の入学定員は、次のとおりです。

（図表 4-4-8）保健師養成施設の定員数

養成施設名	定員数
高知県立大学看護学部看護学科	80人
高知大学医学部看護学科	35人
高知学園短期大学専攻科地域看護学専攻	20人

3 期待される役割

少子高齢化の進展や疾病構造の変化、住民ニーズの多様化などにより、保健師には複雑多岐にわたる健康課題への対応が求められています。

様々な分野で働く保健師が、よりよい住民サービスを提供するためには、それぞれの専門性を高め、実践力を向上させるとともに、分野間の連携を深め、保健活動の優先度を決定し、効果的・効率的な保健活動を展開することが必要です。

また、南海トラフ地震をはじめとする健康危機管理事象発生時には、東日本大震災や熊本地震での支援活動の経験を活かし、迅速に適切な保健活動を行う必要があります。

第3 保健師

保健師が関わる健康課題は、生活習慣病の予防や感染症対策はもとより、健康危機管理、うつ病・自殺対策、発達障害・障害者の自立支援、介護予防、虐待対策など、様々な分野に広がっています。

県民の乳幼児期から高齢期までのライフステージを通した健康づくりを推進し、保健・医療・福祉の連携がとれたサービスを提供するためには、保健師の専門性の向上を図るとともに、各分野の保健師同士をはじめ、地域の関係機関や団体などとの連携を高めていくことが求められています。

現状と課題

1 保健師の状況（平成28年12月31日現在）

本県の就業保健師数は530人で、人口10万人あたりの就業保健師数は、73.5人と全国平均の40.4人を大きく上回り、全国第2位となっており、就業場所でみると、県94人（17.8%）、市町村351人（66.2%）、その他事業所等85人（16.0%）と、行政で従事する保健師が大多数を占めています。

また、年齢別でみると、30歳代が135人（25.5%）、40歳代172人（32.5%）と30～40歳代保健師の割合が高くなっています。

2 養成施設

県内には、保健師を養成する施設は2大学、1短期大学（専攻科）があります。各養成施設の入学定員は、次のとおりです。

（図表 4-4-8）保健師養成施設の定員数

養成施設名	定員数
高知県立大学看護学部看護学科	80人
高知大学医学部看護学科	70人（平成30年度卒業生まで） 35人（平成31年度卒業生以降）
高知学園短期大学専攻科地域看護学専攻	20人

3 期待される役割

少子高齢化の進展や疾病構造の変化、住民ニーズの多様化などにより、保健師には複雑多岐にわたる健康課題への対応が求められています。

様々な分野で働く保健師が、よりよい住民サービスを提供するためには、それぞれの専門性を高め、実践力を向上させるとともに、分野間の連携を深め、保健活動の優先度を決定し、効果的・効率的な保健活動を展開することが必要です。

また、南海トラフ地震をはじめとする健康危機管理事象発生時には、東日本大震災や熊本地震での支援活動の経験を活かし、迅速に適切な保健活動を行う必要があります。

第3 歯科衛生士・歯科技工士

歯科衛生士は、歯科医師の指示のもとでの歯科診療の補助や、むし歯や歯周病にならないための予防処置や歯科保健指導を行うなど、歯の健康を守る重要な役割を担います。

また、歯科技工士は、歯科医師の指示に従い、義歯（入れ歯）や差し歯、歯並びの矯正装置などを製作する専門職で、高い技術が求められる職種です。

現状と課題

1 歯科衛生士・歯科技工士の状況

本県の歯科衛生士の医療機関への就業者数は、平成 30 年衛生行政報告例によると 955 人で、人口 10 万人当たりでは 142.1 人と全国平均の 104.9 人を大きく上回っています。

しかし、圏域別の歯科診療所に従事する歯科衛生士数は、平成 29 年医療施設調査によると、1 歯科診療所当たり安芸保健医療圏 2.1 人、中央保健医療圏 2.3 人に対し、高幡保健医療圏 1.5 人、幡多保健医療圏 1.3 人と県西部の地域で少なくなっています。

また、高齢化の進展に伴い増加する訪問歯科診療のニーズに対応するため、口腔ケア等を担う歯科衛生士のマンパワーを充足していく必要があります。

県内の医療機関や歯科技工所に勤務する歯科技工士は、平成 30 年衛生行政報告例によると 235 人となっています。人口 10 万人当たりは 33.3 人で全国平均 27.3 人を上回っていますが、平成 22 年度末に県内唯一の歯科技工士養成所が廃止された影響もあり平成 10 年の 39.9 人からは減少傾向にあります。

2 期待される役割

高齢化の進行や要介護者の増加により、疾病や障害等のために歯科医療機関への通院が困難なケースに対する潜在的な訪問歯科診療にニーズの増加が見込まれており、在宅歯科医療の対応力強化に向けた人材の確保と専門性の向上が必要となっています。

また、南海トラフ地震など大規模災害には、被災者への口腔ケアなど多くの役割を担うため、災害時のマンパワーや通信連絡手段の確保、医療救護活動などへの派遣体制について、検討を進める必要があります。

対策

1 人材の確保

県は、歯科保健・医療のニーズなど需要動向を踏まえた養成のあり方について関係団体とともに検討し、歯科衛生士・歯科技工士の確保に努めます。

また、県及び歯科医師会は、結婚・出産などで離職した歯科医療従事者に対する復職支援を行うとともに、養成施設などの関係機関と連携して人材確保に努めます。

2 在宅歯科医療の充実

県は歯科医師会と連携して、在宅歯科医療の推進・充実に向け、歯科衛生士に対する研修を行うなど専門性の強化に取り組めます。

第3 歯科衛生士・歯科技工士

歯科衛生士は、歯科医師の指示のもとでの歯科診療の補助や、むし歯や歯周病にならないための予防処置や歯科保健指導を行うなど、歯の健康を守る重要な役割を担います。

また、歯科技工士は、歯科医師の指示に従い、義歯（入れ歯）や差し歯、歯並びの矯正装置などを製作する専門職で、高い技術が求められる職種です。

現状と課題

1 歯科衛生士・歯科技工士の状況

本県の歯科衛生士の医療機関への就業者数は、平成 28 年衛生行政報告例によると 1,023 人で、人口 10 万人当たりでは 141.9 人と全国平均の 97.6 人を大きく上回っています。

しかし、圏域別の歯科診療所に従事する歯科衛生士数は、平成 26 年医療施設調査によると、1 歯科診療所当たり安芸保健医療圏 2.1 人、中央保健医療圏 2.5 人に対し、高幡保健医療圏 1.4 人、幡多保健医療圏 1.1 人と県西部の地域で少なくなっています。

また、高齢化の進展に伴い増加する訪問歯科診療のニーズに対応するため、口腔ケア等を担う歯科衛生士のマンパワーを充足していく必要があります。

県内の医療機関や歯科技工所に勤務する歯科技工士は、平成 28 年衛生行政報告例によると 236 人となっています。人口 10 万人当たりは 32.7 人で全国平均 27.3 人を上回っていますが、平成 22 年度末に県内唯一の歯科技工士養成所が廃止された影響もあり平成 10 年の 39.9 人からは減少傾向にあります。

2 期待される役割

高齢化の進行や要介護者の増加により、疾病や障害等のために歯科医療機関への通院が困難なケースに対する潜在的な訪問歯科診療にニーズの増加が見込まれており、在宅歯科医療の対応力強化に向けた人材の確保と専門性の向上が必要となっています。

また、南海トラフ地震など大規模災害には、被災者への口腔ケアなど多くの役割を担うため、災害時のマンパワーや通信連絡手段の確保、医療救護活動などへの派遣体制について、検討を進める必要があります。

対策

1 人材の確保

県は、歯科保健・医療のニーズなど需要動向を踏まえた養成のあり方について関係団体とともに検討し、歯科衛生士・歯科技工士の確保に努めます。

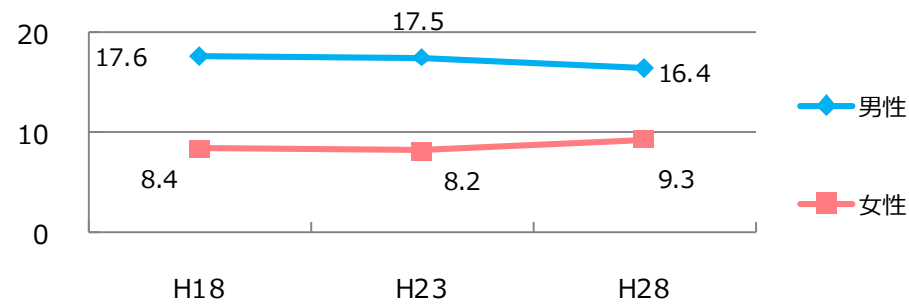
また、県及び歯科医師会は、結婚・出産などで離職した歯科医療従事者に対する復職支援を行うとともに、養成施設などの関係機関と連携して人材確保に努めます。

2 在宅歯科医療の充実

県は歯科医師会と連携して、在宅歯科医療の推進・充実に向け、歯科衛生士に対する研修を行うなど専門性の強化に取り組めます。

新

(図表6-2-6) 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合



出典：高知県県民健康・栄養調査

(注1) 運動習慣のある者とは、週2日以上、1回30分以上の運動を1年以上続けている者
(医師に運動を禁止されている者を除く。)

(注2) 統計解析による評価

(注3) 生活習慣病のリスクを高める量は以下が基準。

男性 毎日×2合以上、週5～6日×2合以上、週3～4日×3合以上、週1～2日×5合以上、月1～3日×5合以上のいずれか

女性 毎日×1合以上、週5～6日×1合以上、週3～4日×1合以上、週1～2日×3合以上、月1～3日×5合以上のいずれか

(2) 脳卒中患者調査からみた危険因子の状況(危険因子の管理)

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、その他に、糖尿病、脂質異常症、心房細動などの影響が大きいといわれています。脳卒中センター・脳卒中支援病院(全28医療機関)から退院する急性期の退院患者を対象に行う高知県脳卒中患者調査^(注4)によると、脳卒中発症者の7割は高血圧者であり、その中で6割は高血圧治療中の者から発症しており、高血圧治療のコントロールが良好な者を増やすことと高血圧者を減少させることが脳卒中の危険因子の管理として重要です(図表6-2-7)。高血圧患者の血圧コントロール状況を、特定健康診査(以下「特定健診」という。)を受診した高血圧患者(降圧剤の服薬者)の収縮期血圧を用いて平成22年度と平成27年度を比較すると、血圧コントロール率は改善傾向にあります(図表6-2-8)。

また、脳卒中発症者の3割は脂質異常症の有病者で、その内2割は治療中の者から発症しています。その他、2割は糖尿病の有病者で、その内1.5割は治療中の者から発症しています(図表6-2-7)。

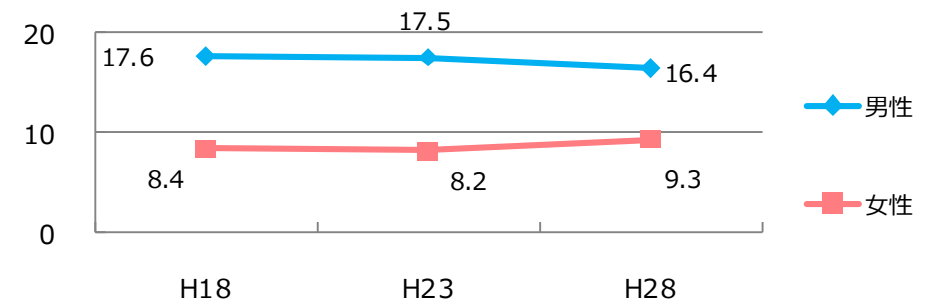
心原性脳塞栓症では心房細動が危険因子であるため、内服薬(NOAC^(注5)もしくはワルファリン)による抗凝固療法が強く勧められますが、心原性脳塞栓症の発症者の6割が心房細動を指摘されておりながら、その半数近くが未治療者です(図表6-2-9)。

(注4) 高知県脳卒中患者調査は、高知県内の脳卒中センター・脳卒中支援病院全28医療機関(平成29年10月時点)を対象に行うもので、脳卒中の急性期の患者のうち退院する患者(転院、転棟、死亡含む)が対象。

(注5) 非ビタミンK阻害経口凝固薬(Non-vitamin K antagonist oral anticoagulant)

旧

(図表6-2-6) 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合



出典：高知県県民健康・栄養調査

(注1) 運動習慣のある者とは、週2日以上、1回30分以上の運動を1年以上続けている者
(医師に運動を禁止されている者を除く。)

(注2) 統計解析による評価

(注3) 生活習慣病のリスクを高める量は以下が基準。

男性 毎日×2合以上、週5～6日×2合以上、週3～4日×3合以上、週1～2日×5合以上、月1～3日×5合以上のいずれか

女性 毎日×1合以上、週5～6日×1合以上、週3～4日×1合以上、週1～2日×3合以上、月1～3日×5合以上のいずれか

(2) 脳卒中患者調査からみた危険因子の状況(危険因子の管理)

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、その他に、糖尿病、脂質異常症、心房細動などの影響が大きいといわれています。脳卒中センター・脳卒中支援病院(全28医療機関)から退院する急性期の退院患者を対象に行う高知県脳卒中患者調査^(注4)によると、脳卒中発症者の7割は高血圧者であり、その中で6割は高血圧治療中の者から発症しており、高血圧治療のコントロールが良好な者を増やすことと高血圧者を減少させることが脳卒中の危険因子の管理として重要です(図表6-2-7)。高血圧患者の血圧コントロール状況を、特定健診を受診した高血圧患者(降圧剤の服薬者)の収縮期血圧を用いて平成22年度と平成27年度を比較すると、血圧コントロール率は改善傾向にあります(図表6-2-8)。

また、脳卒中発症者の3割は脂質異常症の有病者で、その内2割は治療中の者から発症しています。その他、2割は糖尿病の有病者で、その内1.5割は治療中の者から発症しています(図表6-2-7)。

心原性脳塞栓症では心房細動が危険因子であるため、内服薬(NOAC^(注5)もしくはワルファリン)による抗凝固療法が強く勧められますが、心原性脳塞栓症の発症者の6割が心房細動を指摘されておりながら、その半数近くが未治療者です(図表6-2-9)。

(注4) 高知県脳卒中患者調査は、高知県内の脳卒中センター・脳卒中支援病院全28医療機関(平成29年10月時点)を対象に行うもので、脳卒中の急性期の患者のうち退院する患者(転院、転棟、死亡含む)が対象。

(注5) 非ビタミンK阻害経口凝固薬(Non-vitamin K antagonist oral anticoagulant)

	P	⑤喫煙率	男性 28.6% 女性 7.4%	同左	男性 20% 女性 5%	平成 28 年高知 県県民健康・栄 養調査
個別 施策	P	①特定健診受 診率	46.6%	49.2%	70%	平成 29 年度厚生 労働省「特定健康 診査・特定保健指 導に関するデー タ」(都道府県別一 覧)
	P	②特定保健指 導実施率	14.6%	17.9%	45%	平成 29 年度厚生 労働省「特定健康 診査・特定保健指 導に関するデー タ」(都道府県別一 覧)

2 救護搬送体制・急性期の医療提供体制

- 【最終目標】①②③④脳血管疾患の年齢調整死亡率が低下する
- ⑤⑥脳卒中になっても自立している人が多い
- 【中間目標】①救急車・ドクターヘリ搬送以外の患者で時間超過による禁忌で t-PA 投与で
きなかった件数を減らす
- ②t-PA 療法の実施率が上がる
- ③発症から受診まで 4.5 時間以内の割合
- ④病院到着から t-PA 療法開始までの時間が 60 分以内の割合が増える
- 【個別施策】脳卒中プロトコルの策定の検討

	区 分	項目	計画 策定時	直近値	目標（令和 5 年度）	直近値の出典
最終 目標	0	①脳血管疾患の 年齢調整死亡率 （人口 10 万人当たり）	男性 37.6 女性 20.2	男性 34.8 女性 19.9	男性 34.0 女性 16.0	令和元年人口 動態統計
	0	②脳梗塞の 年齢調整死亡率 （人口 10 万人当たり）	男性 17.7 女性 9.0	男性 17.2 女性 7.6	男性 16.0 女性 8.0	令和元年人 口動態統計
	0	③脳出血の 年齢調整死亡率 （人口 10 万人当たり）	男性 14.7 女性 5.0	男性 12.2 女性 6.9	男性 13.0 女性 4.0	令和元年人口 動態統計
	0	④くも膜下出血の 年齢調整死亡率 （人口 10 万人当たり）	男性 3.7 女性 5.7	男性 4.2 女性 4.8	男性 2.5 女性 4.0	令和元年人 口動態統計
最終 目標	0	⑤発症 90 日後の mRS 0-2	*	*	<u>高知県脳卒中患者 実態調査等によりデ ータを集積し、現状値 を把握する。</u>	—
	0	⑥急性期病院から 在宅等の生活の場 に復帰した脳血管 疾患患者の割合 （%）	40.7	37.4	50 以上	令和元年高知 県脳卒中患者 実態調査

最終 目標	0	⑤発症 90 日後の mRS 4-5	*	*	高知県脳卒中 患者調査（予定）
	0	⑥急性期病院から在 宅等の生活の場に復 帰した脳血管疾患患 者の割合（%）	40.7	50 以上	平成 28 年高知県 脳卒中患者調査
中間 目標	P	①救急車・ドクター ヘリ搬送以外の患者 で、時間超過による 禁忌で t-PA 投与でき なかった件数と割合	55% 44 件	30% 24 件	平成 27 年 高知県脳卒中 患者調査
	P	②t-PA 投与した症例 数／発症 4.5 時間以 内来院で t-PA 投与が 禁忌でない症例数	*	*	高知県脳卒中 患者調査（予定）
	P	③発症から受診まで 4.5 時間以内の割合	*	*	高知県脳卒中 患者調査（予定）
	P	④病院到着から t-PA 療法開始までの時間 が 60 分以内の割合	*	*	高知県脳卒中 患者調査（予定）
個別 施策	P	脳卒中プロトコル の策定	なし	策定の検討を実施	

3 回復期～慢性期の医療提供体制

- 【最終アウトカム】回復期リハビリテーション病棟から自宅への復帰割合の増加
- 【中間アウトカム】~~①回復期医療機関退院時の FIM の上昇~~
- ~~②回復期医療機関退院時の Barthel Index の上昇~~

	区 分	項目	直近値	目標（平成 35 年度）	直近値の出典
最終 目標	0	回復期リハビリテーシ ョン病棟から在宅復帰 率	*	*	高知県回復期リハビ リテーション病棟連 絡会提供（予定）
中間 目標	0	①回復期医療機関 退院時の FIM	*	*	高知県回復期リハビ リテーション病棟連 絡会提供（予定）
	0	②回復期医療機関 退院時の Barthel Index	*	*	高知県回復期リハビ リテーション病棟連 絡会提供（予定）

*の項目については、対策の成果を確認するため必要な指標であるが、現時点では把握が困難なため、今後調査の実施
や目標設定等について検討を行う。

区分の欄	P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
	O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

中間 目標	P	①救急車・ドクター ヘリ搬送以外の患 者で、時間超過によ る禁忌でt-PA投与 できなかった件数 と割合	44 件 55%	*	24 件 30%	高知県脳卒中 患者実態調査
	P	②t-PA 投与した症 例数／発症 4.5 時 間以内来院で t-PA 投与が禁忌でない 症例数	*	*	<u>高知県脳卒中患者 実態調査等によりデ ータを集積し、現状値 を把握する。</u>	—
	P	③発症から受診ま で 4.5 時間以内の 割合	*	55%	<u>現状値以上</u>	令和元年高知 県脳卒中患者 実態調査
	P	④病院到着から t-PA 療法開始ま での時間が 60 分以 内の割合	*	*	<u>高知県脳卒中患者 実態調査等によりデ ータを集積し、現状値 を把握する。</u>	高知県脳卒中 患者実態調査
個別 施策	P	脳卒中プロトコ ールの策定	なし	H31 年 4 月 策定・運用 開始	策定の検討を実施	

3 回復期～慢性期の医療提供体制

【最終アウトカム】回復期リハビリテーション病棟から自宅への復帰割合の増加

【中間アウトカム】回復期医療機関退院時の FIM (注 27) の上昇

	区分	項目	計画 策定時	直近値	目標（令和 5 年度）	直近値の出典
最終 目標	0	回復期リハビリテ ーション病棟から 在宅復帰率	*	77%	<u>高知大学及び高知県回 復期リハビリテーショ ン病棟連絡会の協力を 得ながら、現状値を把 握する。</u>	—
<u>中間 目標</u>	<u>0</u>	<u>回復期医療機関 退院時の FIM</u>	*	平均 85 点	<u>〃</u>	—

(注 27) FIM とは、「運動 ADL」13 項目と「認知 ADL」5 項目を各 7 ～ 1 点の 7 段階で評価する日常生活動作の指標
* の項目については、対策の成果を確認するため必要な指標であるが、現時点では把握が困難なため、今後現状値を把握しながら具体的目標を設定していく。

区分の欄	P （プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標 O （アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標
------	--

最終 目標	0	⑤発症 90 日後の mRS <u>4-5</u>	*	<u>*</u>	高知県脳卒中 患者調査（予定）
	0	⑥急性期病院から在 宅等の生活の場に復 帰した脳血管疾患患 者の割合（%）	40.7	50 以上	平成 28 年高知県 脳卒中患者調査
中間 目標	P	①救急車・ドクター ヘリ搬送以外の患者 で、時間超過による 禁忌で t-PA 投与でき なかった件数と割合	55% 44 件	30% 24 件	平成 27 年 高知県脳卒中 患者調査
	P	②t-PA 投与した症 例数／発症 4.5 時間以 内来院で t-PA 投与が 禁忌でない症例数	*	<u>*</u>	高知県脳卒中 患者調査（予定）
	P	③発症から受診まで 4.5 時間以内の割合	*	<u>*</u>	高知県脳卒中 患者調査（予定）
	P	④病院到着から t-PA 療法開始までの時間 が 60 分以内の割合	*	<u>*</u>	高知県脳卒中 患者調査（予定）
個別 施策	P	脳卒中プロトコ ールの策定	なし	策定の検討を実施	

3 回復期～慢性期の医療提供体制

【最終アウトカム】回復期リハビリテーション病棟から自宅への復帰割合の増加

【中間アウトカム】~~①回復期医療機関退院時の FIM の上昇~~

~~②回復期医療機関退院時の Barthel Index の上昇~~

	区分	項目	直近値	目標（平成 35 年度）	直近値の出典
最終 目標	0	回復期リハビリテーシ ョン病棟から在宅復帰 率	*	*	高知県回復期リハビ リテーション病棟連 絡会提供（予定）
中間 目標	0	①回復期医療機関 退院時の FIM	*	*	高知県回復期リハビ リテーション病棟連 絡会提供（予定）
	0	②回復期医療機関 退院時の Barthel Index	*	*	高知県回復期リハビ リテーション病棟連 絡会提供（予定）

* の項目については、対策の成果を確認するため必要な指標であるが、現時点では把握が困難なため、今後調査の実施
や目標設定等について検討を行う。

区分の欄	P （プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標 O （アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標
------	--

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

心血管疾患には、心臓の筋肉（心筋）に必要な酸素や栄養を供給する血管である冠動脈が閉塞する心筋梗塞や狭くなる狭心症、大動脈が裂ける大動脈解離などがあります。死に至る可能性が高く、突然死の原因の多くを占めています。

急性心血管疾患による死亡者を減少させ、予後を向上させるためには、発症後早期に治療を開始する必要があります。そのため、医療提供体制の構築には、時間的制約を考慮する必要があります。救急隊や医療機関内のオペレーションを改善することに加え、急性心血管疾患を発症した患者のそばに居合わせた者は、速やかに救急要請を行うとともに、心肺蘇生や電氣的除細動を行うなど県民の協力も不可欠です。

また、心血管疾患の回復期～慢性期にかけては、再発や増悪を繰り返しやすく、特に慢性心不全患者の約20～40％が、1年以内に再入院する等の現状があります。

このように患者の予後やQOLを高めるためには、各関係機関が連携し、予防・健診から急性期～回復期～慢性期にかけての一貫した「ケアサイクル」全体での医療の質を向上する取り組みが必要になります。

現状

1 予防の状況

（1）生活習慣の状況

急性心筋梗塞の危険因子として、脂質異常症、喫煙、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどの影響が大きいといわれています。

平成27年度の厚労省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（都道府県別一覧）によると、本県の特定健康診査（以下「特定健診」という。）受診者のうち27.8％がメタボリックシンドローム該当者及び予備群^{（注1）}であり、全国平均より高い割合となっています。特に、男性のメタボリックシンドローム該当者及び予備群は、特定健診受診者の41.4％と高い割合になっています（図表6-3-3）。

（注1）ウエスト周囲径（男性85cm以上、女性90cm以上）で、次の3項目のうち2つ以上該当者をメタボリックシンドローム該当者、1つ該当者を予備群という。
①中性脂肪150mg/dl以上かつ又はHDLコレステロール40mg/dl未満。
②収縮期血圧130mmHg以上かつ又は拡張期血圧85mmHg以上。
③空腹時血糖110mg/dl以上。ただし、空腹時血糖の値が適切に得られない場合は、HbA1c(NGSP値)6.0％（空腹時血糖110mg/dlに相当する値）以上。

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

心血管疾患には、心臓の筋肉（心筋）に必要な酸素や栄養を供給する血管である冠動脈が閉塞する心筋梗塞や狭くなる狭心症、大動脈が裂ける大動脈解離などがあります。死に至る可能性が高く、突然死の原因の多くを占めています。

急性心血管疾患による死亡者を減少させ、予後を向上させるためには、発症後早期に治療を開始する必要があります。そのため、医療提供体制の構築には、時間的制約を考慮する必要があります。救急隊や医療機関内のオペレーションを改善することに加え、急性心血管疾患を発症した患者のそばに居合わせた者は、速やかに救急要請を行うとともに、心肺蘇生や電氣的除細動を行うなど県民の協力も不可欠です。

また、心血管疾患の回復期～慢性期にかけては、再発や増悪を繰り返しやすく、特に慢性心不全患者の約20～40％が、1年以内に再入院する等の現状があります。

このように患者の予後やQOLを高めるためには、各関係機関が連携し、予防・健診から急性期～回復期～慢性期にかけての一貫した「ケアサイクル」全体での医療の質を向上する取り組みが必要になります。

現状

1 予防の状況

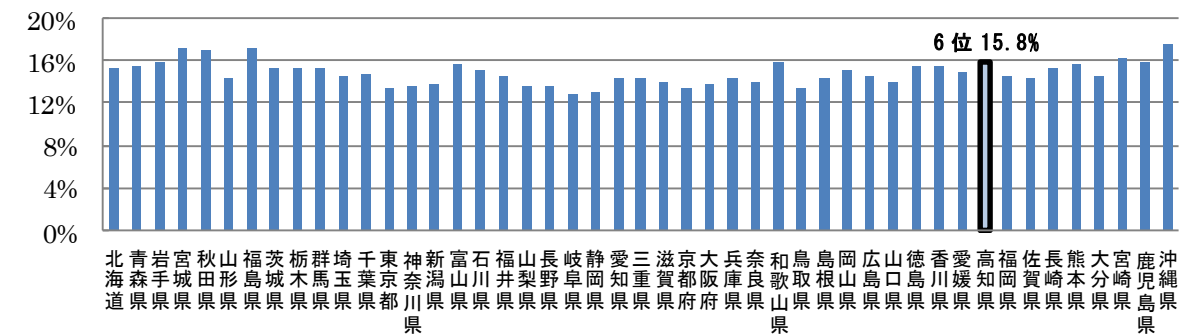
（1）生活習慣の状況

急性心筋梗塞の危険因子として、脂質異常症、喫煙、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどの影響が大きいといわれています。

平成27年度の厚労省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（都道府県別一覧）によると、本県の特定健診受診者のうち27.8％がメタボリックシンドローム該当者及び予備群^{（注1）}であり、全国平均より高い割合となっています。特に、男性のメタボリックシンドローム該当者及び予備群は、特定健診受診者の41.4％と高い割合になっています（図表6-3-3）。

（注1）ウエスト周囲径（男性85cm以上、女性90cm以上）で、次の3項目のうち2つ以上該当者をメタボリックシンドローム該当者、1つ該当者を予備群という。
①中性脂肪150mg/dl以上かつ又はHDLコレステロール40mg/dl未満。
②収縮期血圧130mmHg以上かつ又は拡張期血圧85mmHg以上。
③空腹時血糖110mg/dl以上。ただし、空腹時血糖の値が適切に得られない場合は、HbA1c(NGSP値)6.0％（空腹時血糖110mg/dlに相当する値）以上。

（図表6-3-1）メタボリックシンドローム該当者の割合



出典：厚生労働省提供データ

新

（図表 6-3-3）高知県の特定健診受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の人数・割合

年齢	平成27年度 受診者数		人数						割合					
			予備群		該当者		予備群＋該当者		予備群		該当者		予備群＋該当者	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40～44歳	13,805	10,773	2,381	447	1,877	256	4,258	703	17.2%	4.1%	13.6%	2.4%	30.8%	6.5%
45～49歳	11,317	9,643	2,071	512	2,114	328	4,185	840	18.3%	5.3%	18.7%	3.4%	37.0%	8.7%
50～54歳	11,378	9,779	2,021	550	2,658	511	4,679	1,061	17.8%	5.6%	23.4%	5.2%	41.1%	10.8%
55～59歳	11,352	10,215	1,958	628	2,976	730	4,934	1,358	17.2%	6.1%	26.2%	7.1%	43.5%	13.3%
60～64歳	10,090	9,880	1,809	676	2,855	929	4,664	1,605	17.9%	6.8%	28.3%	9.4%	46.2%	16.2%
65～69歳	10,923	12,736	1,961	853	3,336	1,481	5,297	2,334	18.0%	6.7%	30.5%	11.6%	48.5%	18.3%
70～74歳	7,003	9,247	1,289	681	2,109	1,261	3,398	1,942	18.4%	7.4%	30.1%	13.6%	48.5%	21.0%
合計	75,868	72,273	13,490	4,347	17,925	5,496	31,415	9,843	17.8%	6.0%	23.6%	7.6%	41.4%	13.6%
	148,141		17,837		23,421		41,258		12.0%		15.8%		27.8%	

年齢	令和元年度 受診者数		人数						割合					
			予備群		該当者		予備群＋該当者		予備群		該当者		予備群＋該当者	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40～44歳	13,507	10,967	2,215	495	1,910	292	4,125	787	16.4%	4.5%	14.1%	2.7%	30.5%	7.2%
45～49歳	14,993	12,689	2,694	779	2,970	524	5,664	1,303	18.0%	6.1%	19.8%	4.1%	37.8%	10.3%
50～54歳	11,912	11,017	2,198	769	2,994	682	5,192	1,451	18.5%	7.0%	25.1%	6.2%	43.6%	13.2%
55～59歳	12,155	11,057	2,066	764	3,527	905	5,593	1,669	17.0%	6.9%	29.0%	8.2%	46.0%	15.1%
60～64歳	10,808	10,203	1,805	692	3,390	1,022	5,195	1,714	16.7%	6.8%	31.4%	10.0%	48.1%	16.8%
65～69歳	10,272	11,179	1,829	774	3,474	1,421	5,303	2,195	17.8%	6.9%	33.8%	12.7%	51.6%	19.6%
70～74歳	10,661	12,682	1,887	841	3,693	1,901	5,580	2,742	17.7%	6.6%	34.6%	15.0%	52.3%	21.6%
合計	84,308	79,794	14,694	5,114	21,958	6,747	36,652	11,861	17.4%	6.4%	26.0%	8.5%	43.5%	14.9%
	164,102		19,808		28,705		48,513		12.1%		17.5%		29.6%	

出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

（２）特定健康診査・特定保健指導の状況

平成27年度の厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（都道府県別一覧）によると、本県の特定健診の受診者は148,141人、受診率は46.6％であり、全国平均を3.5ポイント下回っています（図表 6-3-4）。また、特定保健指導の実施率は14.6％、全国平均を2.9ポイント下回っている状況です（図表 6-3-5）。

（図表 6-3-4）特定健診受診率

年	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1
県	35.8	38.1	41.5	43.4	42.9	44.7	46.6	48.2	49.2	50.7	52.5
全国	41.3	43.2	44.7	46.2	47.6	48.6	50.1	51.4	53.1	54.7	55.6

出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

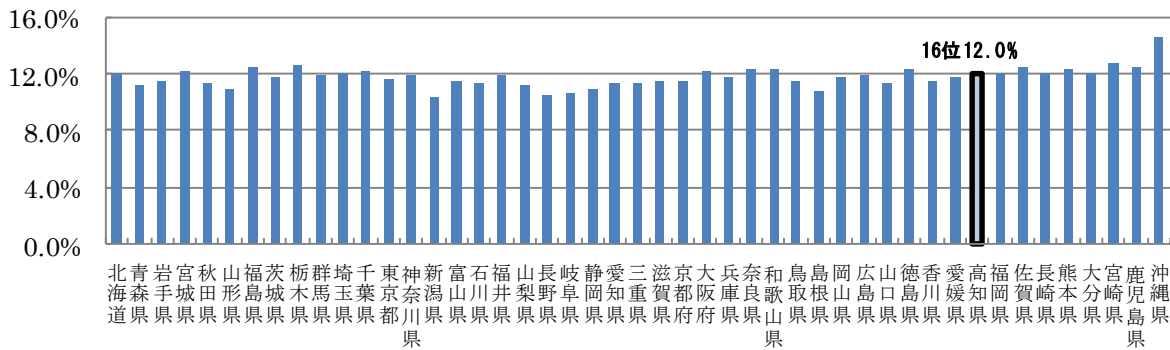
（図表 6-3-5）特定保健指導実施率

年	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1
県	13.9	12.7	15.1	15.6	15.5	15.8	14.6	18.0	17.9	23.7	23.7
全国	12.3	13.1	15.0	16.4	17.7	17.8	17.5	18.8	19.5	23.2	23.2

出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

旧

（図表 6-3-2）メタボリックシンドローム予備群の割合



出典：厚生労働省提供データ

（図表 6-3-3）高知県の特定健診受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者及び予備重の人数・割合

年齢	平成27年度 受診者数		人数						割合					
			予備群		該当者		予備群＋該当者		予備群		該当者		予備群＋該当者	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40～44歳	13,805	10,773	2,381	447	1,877	256	4,258	703	17.2%	4.1%	13.6%	2.4%	30.8%	6.5%
45～49歳	11,317	9,643	2,071	512	2,114	328	4,185	840	18.3%	5.3%	18.7%	3.4%	37.0%	8.7%
50～54歳	11,378	9,779	2,021	550	2,658	511	4,679	1,061	17.8%	5.6%	23.4%	5.2%	41.1%	10.8%
55～59歳	11,352	10,215	1,958	628	2,976	730	4,934	1,358	17.2%	6.1%	26.2%	7.1%	43.5%	13.3%
60～64歳	10,090	9,880	1,809	676	2,855	929	4,664	1,605	17.9%	6.8%	28.3%	9.4%	46.2%	16.2%
65～69歳	10,923	12,736	1,961	853	3,336	1,481	5,297	2,334	18.0%	6.7%	30.5%	11.6%	48.5%	18.3%
70～74歳	7,003	9,247	1,289	681	2,109	1,261	3,398	1,942	18.4%	7.4%	30.1%	13.6%	48.5%	21.0%
合計	75,868	72,273	13,490	4,347	17,925	5,496	31,415	9,843	17.8%	6.0%	23.6%	7.6%	41.4%	13.6%
	148,141		17,837		23,421		41,258		12.0%		15.8%		27.8%	

出典：厚生労働省提供データ

（２）特定健康診査・特定保健指導の状況

平成27年度の厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（都道府県別一覧）によると、本県の特定健康診査（以下「特定健診」という。）の受診者は148,141人、受診率は46.6％であり、全国平均を3.5ポイント下回っています（図表 6-3-4）。また、特定保健指導の実施率は14.6％、全国平均を2.9ポイント下回っている状況です（図表 6-3-5）。

（図表 6-3-4）特定健康診査受診率

年	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
県	35.8	38.1	41.5	43.4	42.9	44.7	46.6
全国	41.3	43.2	44.7	46.2	47.6	48.6	50.1

出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

（図表 6-3-5）特定保健指導実施率

年	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
県	13.9	12.7	15.1	15.6	15.5	15.8	14.6
全国	12.3	13.1	15.0	16.4	17.7	17.8	17.5

出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

課題

1 発症前

(1) 生活習慣の改善

急性心筋梗塞を予防するためには、脂質異常症、喫煙、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどの危険因子についての啓発と、特定健診等による健康状態の把握と生活習慣の改善を通じた発症リスクの低減を図ることが求められています。

特定健診等において脂質異常等の発症リスクを指摘された方が保健指導や医療機関受診に着実につながるよう特定保健指導の徹底や受診勧奨の取り組みが重要です。

(2) 心血管疾患（特に急性心筋梗塞）の知識の普及

急性心筋梗塞を発症しても胸痛などの典型的な症状でなければ、急性心筋梗塞を疑わずに医療機関を受診するのが遅くなる患者さんがいます。患者さん自身が急性心筋梗塞のハイリスク者だと認識すること、そして非典型的な症状を知っているか否かが発症から受診時間までを大きく左右します。

2 救護搬送体制

急性心筋梗塞を発症した後は、速やかな専門的治療が必要ですが、急性心筋梗塞治療センターは、中央医療圏に4医療機関、幡多医療圏に1医療機関と中央医療圏に集中しており、アクセス性に課題があります。

しかしながら、あき総合病院で緊急冠動脈造影や経皮的冠動脈形成術が行えるようになり、救急隊の現場到着から病院到着までに要する時間は改善傾向にあり、アクセス性は改善の方向性を示しています。

3 急性期の医療提供体制

「病院到着からバルーン拡張までの時間（D 2 B）の中央値と 90 分以内の割合」は、急性心筋梗塞治療センターの各医療機関が対策を行い、成績は改善傾向となっていますが、「発症から病院到着までの時間の平均」はあまり改善がみられません。

なお、あき総合病院については、県東部の急性期診療を担っており、平成 30 年より治療成績調査の対象としています。

学会等で心臓血管外科医・麻酔科医が不在の時は、急性大動脈解離の緊急手術に対応できない場合があります、四国全体で対策を考えていく必要があります。

4 回復期～慢性期の医療提供体制

本県の慢性心不全の増悪による再入院等の現状把握が不十分であり、課題設定や対策の立案がしにくい状況です。

心不全患者が急性期病院から転院する場合に、転院選定に難渋する場合があります、地域の医療機関でも心不全に対応できる体制を整えることが重要です。

心臓リハビリテーションが実施可能な施設が少なく、地域偏在もみられます。

(図表 6-3-33) 虚血性心疾患の退院患者平均在院日数および在宅復帰率

保健医療圏	安芸	中央	高幡	幡多	県
虚血性心疾患の退院患者平均在院日数（日）	2.6	25.1	30.7	5.6	23.1
在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合（％）	88.9	93.2	65.8	80.0	91.8

出典：平成 26 年患者調査

課題

1 発症前

(1) 生活習慣の改善

急性心筋梗塞を予防するためには、脂質異常症、喫煙、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどの危険因子についての啓発と、特定健診等による健康状態の把握と生活習慣の改善を通じた発症リスクの低減を図ることが求められています。

特定健診等において脂質異常等の発症リスクを指摘された方が保健指導や医療機関受診に着実につながるよう特定保健指導の徹底や受診勧奨の取り組みが重要です。

(2) 心血管疾患（特に急性心筋梗塞）の知識の普及

急性心筋梗塞を発症しても胸痛などの典型的な症状でなければ、急性心筋梗塞を疑わずに医療機関を受診するのが遅くなる患者さんがいます。患者さん自身が急性心筋梗塞のハイリスク者だと認識すること、そして非典型的な症状を知っているか否かが発症から受診時間までを大きく左右します。

2 救護搬送体制

急性心筋梗塞を発症した後は、速やかな専門的治療が必要ですが、急性心筋梗塞治療センターは、中央医療圏に4医療機関、幡多医療圏に1医療機関と中央医療圏に集中しており、アクセス性に課題があります。

しかしながら、あき総合病院で緊急冠動脈造影や経皮的冠動脈形成術が行えるようになり、救急隊の現場到着から病院到着までに要する時間は改善傾向にあり、アクセス性は改善の方向性を示しています。

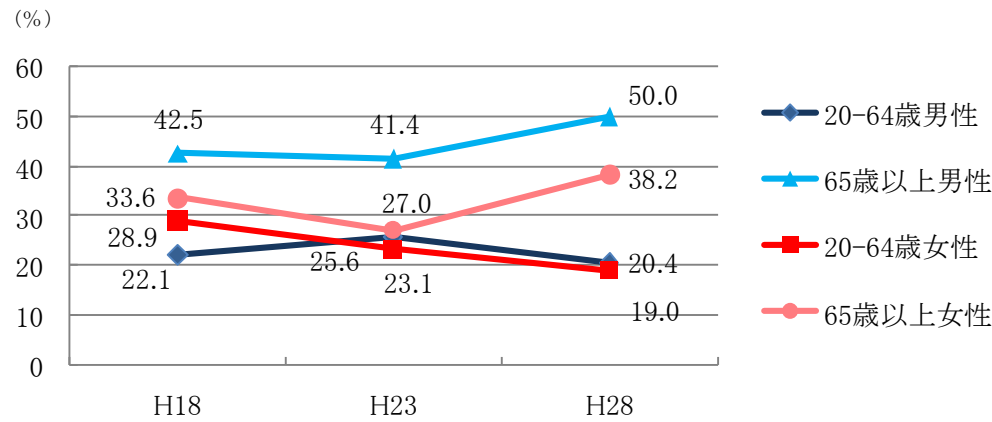
3 急性期の医療提供体制

「病院到着からバルーン拡張までの時間（D 2 B）の中央値と 90 分以内の割合」は、急性心筋梗塞治療センターの各医療機関が対策を行い、成績は改善傾向となっていますが、「発症から病院到着までの時間の平均」はあまり改善がみられません。

また、あき総合病院を治療成績調査の対象としておらず、安芸医療圏の急性期診療の実態を把握できていません。

学会等で心臓血管外科医・麻酔科医が不在の時は、急性大動脈解離の緊急手術に対応できない場合があります、四国全体で対策を考えていく必要があります。

(図表 6-4-2) 運動習慣のある者の割合



出典：高知県県民健康・栄養調査

(2) 特定健康診査・特定保健指導の状況

平成 27 年度の厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（都道府県別一覧）によると、本県の特定健康診査（以下「特定健診」という。）の受診者は 148,141 人、受診率は 46.6％であり、全国平均を 3.5 ポイント下回っています（図表 6-4-3）。

また、特定保健指導の実施率は 14.6％であり、全国平均を 2.9 ポイント下回っている状況です（図表 6-4-4）。市町村国保での平成 28 年度特定健診では、個別健診が 15.2％、集団健診が 20.6％となっています（図表 6-4-5）。

(図表 6-4-3) 特定健診受診率

年	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1
県	35.8	38.1	41.5	43.4	42.9	44.7	46.6	48.2	49.2	50.7	52.5
全国	41.3	43.2	44.7	46.2	47.6	48.6	50.1	51.4	53.1	54.7	55.6

出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

(図表 6-4-4) 特定保健指導実施率

年	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1
県	13.9	12.7	15.1	15.6	15.5	15.8	14.6	18.0	17.9	23.7	23.7
全国	12.3	13.1	15.0	16.4	17.7	17.8	17.5	18.8	19.5	23.2	23.2

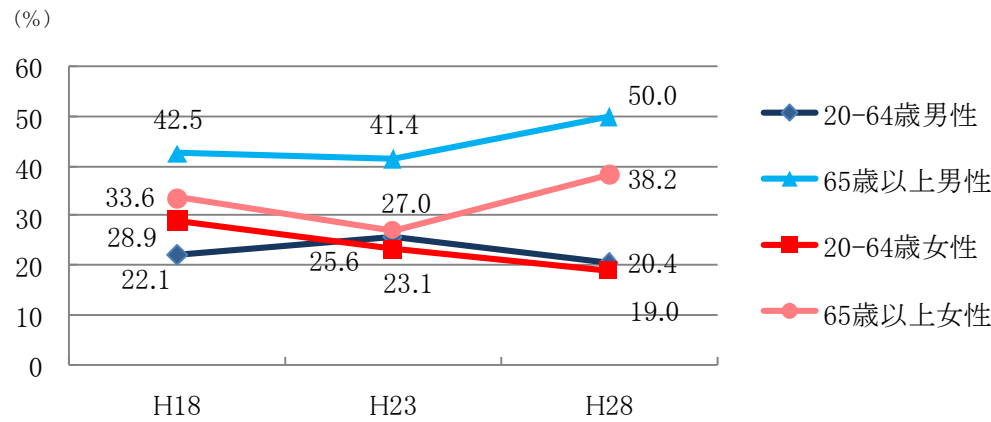
出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

(図表 6-4-5) 市町村国保特定健診の集団・個別の状況

年	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
個別	13.3	13.2	13.4	14.0	15.2	15.6	17.4	16.7	17.9
集団	19.6	19.1	19.3	20.3	20.6	20.7	20.6	20.6	16.6

出典：平成 24 年度～令和 2 年度特定健康診査 個別・集団受診率（高知県国民健康保険団体連合会データ）

(図表 6-4-2) 運動習慣のある者の割合



出典：高知県県民健康・栄養調査

(2) 特定健康診査・特定保健指導の状況

平成 27 年度の厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（都道府県別一覧）によると、本県の特定健康診査（以下「特定健診」という。）の受診者は 148,141 人、受診率は 46.6％であり、全国平均を 3.5 ポイント下回っています（図表 6-4-3）。

また、特定保健指導の実施率は 14.6％であり、全国平均を 2.9 ポイント下回っている状況です（図表 6-4-4）。市町村国保での平成 28 年度特定健診では、個別健診が 15.2％、集団健診が 20.6％となっています（図表 6-4-5）。

(図表 6-4-3) 特定健康診査受診率

年	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
県	35.8	38.1	41.5	43.4	42.9	44.7	46.6
全国	41.3	43.2	44.7	46.2	47.6	48.6	50.1

出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

(図表 6-4-4) 特定保健指導実施率

年	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
県	13.9	12.7	15.1	15.6	15.5	15.8	14.6
全国	12.3	13.1	15.0	16.4	17.7	17.8	17.5

出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

(図表 6-4-5) 市町村国保特定健診の集団・個別の状況

年	H24	H25	H26	H27	H28
個別	13.3	13.2	13.4	14.0	15.2
集団	19.6	19.1	19.3	20.3	20.6

出典：平成 24 年度～28 年度特定健康診査 個別・集団受診率（高知県国民健康保険団体連合会データ）

4 救急医療情報提供の充実

県は、「こうち医療ネット」を活用して、医療機関の診療科目や時間などの基本的情報や、提供している医療サービスや医療の実績に関する事項など、分かりやすい医療機能情報の公表に努めます。また、救急安心センター事業（大人の救急電話相談事業）などの病院前救護に資する取組について、他県における実施状況や成果を参考としながら、検討を進めていきます。

目標

区分	項目	直近値	目標 (令和5年度)	直近値の出典
S	救急隊のうち、常時救急救命士が配備されている割合	87.2%	100%	平成28年救急・救助の現況 (総務省消防庁)
P	救急車による 軽症患者の搬送割合	44.5%	30%	平成28年救急・救助の現況 (総務省消防庁)
P	救急車による 医療機関への収容時間	39.7分	38分	平成28年救急・救助の現況 (総務省消防庁)
P	救命救急センターへの 搬送割合	39.2%	30%	平成28年救急搬送における 医療機関の受入れ状況等 実態調査
P	救急医療情報センター 応需入力率(救急告示病院)	97.6%	100%	令和元年度救急医療情報 センター報告

区分の欄 S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

4 救急医療情報提供の充実

県は、「こうち医療ネット」を活用して、医療機関の診療科目や時間などの基本的情報や、提供している医療サービスや医療の実績に関する事項など、分かりやすい医療機能情報の公表に努めます。また、救急安心センター事業（大人の救急電話相談事業）などの病院前救護に資する取組について、他県における実施状況や成果を参考としながら、検討を進めていきます。

目標

区分	項目	直近値	目標 (平成35年度)	直近値の出典
S	救急隊のうち、常時救急救命士が配備されている割合	87.2%	100%	平成28年救急・救助の現況 (総務省消防庁)
P	救急車による 軽症患者の搬送割合	44.5%	30%	平成28年救急・救助の現況 (総務省消防庁)
P	救急車による 医療機関への収容時間	39.7分	38分	平成28年救急・救助の現況 (総務省消防庁)
P	救命救急センターへの 搬送割合	39.2%	30%	平成28年救急搬送における 医療機関の受入れ状況等 実態調査
P	救急医療情報センター 応需入力率	53.6%	100%	平成28年度救急医療情報 センター報告

区分の欄 S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

(5) 障害児（者）、要介護者

県は歯科医師会などと連携して、[通所事業所](#)、特別養護老人ホームなどにおいて、通所児（者）・入所児（者）への歯科健診及び施設職員などへの口腔ケア・食事介助指導を推進します。また、在宅歯科連携室での相談事業や、在宅歯科医療に関わる多職種間の連携を促進します。そのほか、歯科医師会、歯科衛生士会などの関係団体と連携し、介護に従事する職員などに対して、在宅歯科医療の必要性を啓発するとともに、歯科医療従事者などに対して訪問歯科医療に係る研修会などを実施し、資質の向上を図ります。

（図表 7-6-2）在宅歯科連携室

名称	所在地及び電話番号	相談受付（開設時間）
在宅歯科連携室	高知市丸ノ内 1-7-45 総合あんしんセンター内 （電話番号）088-875-8020	平日（年末年始除く）の 午前 9 時から午後 5 時まで
幡多地域 在宅歯科連携室	四万十市中村東町 1 丁目 1-27 四万十市立市民病院内 （電話番号）0880-34-8500	
東部 在宅歯科連携室	安芸市寿町 2 番 8 号 安芸市総合社会福祉センター2 階 （電話番号）0887-34-2332	

(6) へき地

県は歯科医師会などと連携して、無歯科医地区への訪問診療が可能な歯科医療機関を増やすとともに、離島（鵜来島）に対しては、離島歯科診療班を定期的に派遣する体制づくりを維持します。

(7) 災害時

県は、災害時に円滑な歯科医療の提供及び口腔衛生の確保を行うため、高知県災害時歯科保健医療対策活動指針を策定し、歯科医療関係団体の連携を強化するとともに、指針に基づいた災害時の対応力を向上させるための訓練等を行います。

また、県は歯科医師会などと連携して、災害時にも対応できる携帯用歯科医療機器の整備を行うとともに、災害時に対応できる歯科保健・医療に関する研修などを実施し、人材の育成を行います。

さらに、県は、歯科医療救護活動に使用する歯科用医薬品や歯科用材を、歯科医師会が地区（高知市を除く。）ごとに選定する歯科診療所、歯科医師会歯科保健センター、高知医療センター及び高知大学医学部附属病院に流通備蓄の方法により備蓄します。

(5) 障害児（者）、要介護者

県は歯科医師会などと連携して、通園施設、通所作業所、特別養護老人ホームなどにおいて、通所児（者）・入所児（者）への歯科健診及び施設職員などへの口腔ケア・食事介助指導を推進します。また、在宅歯科連携室での相談事業や、在宅歯科医療に関わる多職種間の連携を促進します。そのほか、歯科医師会、歯科衛生士会などの関係団体と連携し、介護に従事する職員などに対して、在宅歯科医療の必要性を啓発するとともに、歯科医療従事者などに対して訪問歯科医療に係る研修会などを実施し、資質の向上を図ります。

（図表 7-6-2）在宅歯科連携室

名称	所在地及び電話番号	相談受付（開設時間）
在宅歯科連携室	高知市丸ノ内 1-7-45 総合あんしんセンター内 （電話番号）088-875-8020	平日（年末年始除く）の 午前 9 時から午後 5 時まで
幡多地域 在宅歯科連携室	四万十市中村東町 1 丁目 1-27 四万十市立市民病院内 （電話番号）0880-34-8500	

(6) へき地

県は歯科医師会などと連携して、無歯科医地区への訪問診療が可能な歯科医療機関を増やすとともに、離島（鵜来島）に対しては、離島歯科診療班を定期的に派遣する体制づくりを維持します。

(7) 災害時

県は、災害時に円滑な歯科医療の提供及び口腔衛生の確保を行うため、高知県災害時歯科保健医療対策活動指針を策定し、歯科医療関係団体の連携を強化するとともに、指針に基づいた災害時の対応力を向上させるための訓練等を行います。

また、県は歯科医師会などと連携して、災害時にも対応できる携帯用歯科医療機器の整備を行うとともに、災害時に対応できる歯科保健・医療に関する研修などを実施し、人材の育成を行います。

さらに、県は、歯科医療救護活動に使用する歯科用医薬品や歯科用材を、歯科医師会が地区（高知市を除く。）ごとに選定する歯科診療所、歯科医師会歯科保健センター、高知医療センター及び高知大学医学部附属病院に流通備蓄の方法により備蓄します。

第8章 健康危機管理体制

第1節 総合的な健康危機管理対策

1 健康危機管理体制の整備

新たな感染症や毒劇物汚染、放射能被ばくなど、あらゆる健康危機管理事象に対応するため、「高知県健康政策部健康危機管理基本方針」及び「高知県健康危機管理マニュアル」を作成し、福祉保健所や市町村、消防、警察などの行政機関と医療機関などが、互いに連携して迅速に対応できるよう努めることとしています。

「高知県健康政策部健康危機管理基本方針」では、県民の生命・健康の安全を確保するため、医薬品や食中毒、感染症、毒劇物などにより生じる健康被害の発生と拡大の防止などに関する健康政策部の基本的な対応について定めています。また、「高知県健康危機管理マニュアル」では、この基本方針に基づき「高知県健康危機管理調整会議」を設けるとともに、福祉保健所及び衛生研究所が所掌する業務に関するマニュアルを作成することを規定しています。

2 健康危機管理に関連する主な計画

県では、健康危機が発生した場合、事案に応じて、それぞれに策定された指針や計画に基づいた危機管理体制が発動されることとなります。

（1）高知県危機管理指針（平成23年3月）

県内で危機事象が発生し、または発生するおそれのある場合に備え、県の組織的な対応の基本的な枠組みを示し、これに基づき実践力を高めることで危機事象に速やかに対応するための管理方針

（2）高知県国民保護計画（平成30年6月改定）

国民保護法（武力攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法律）第34条の規定に基づき、武力攻撃事態などにおける関係機関が県民の保護のための措置を、的確かつ迅速に実施するための計画

（3）高知県地域防災計画（令和3年3月改定）

災害対策基本法第40条の規定に基づき、各種の災害から、県民の生命、身体及び財産を保護するために、防災上必要な諸施策について、県民と関係機関の役割を明らかにするとともに、重点を置くべき事項を示すことにより、災害時の対応能力を強化するための計画

（4）高知県感染症予防計画（平成30年3月改定）

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第9条第1項に基づき、感染症患者への人権に配慮しつつ、本県の実情に即した感染症対策を総合的かつ計画的に推進するための計画

第8章 健康危機管理体制

第1節 総合的な健康危機管理対策

1 健康危機管理体制の整備

新たな感染症や毒劇物汚染、放射能被ばくなど、あらゆる健康危機管理事象に対応するため、「高知県健康政策部健康危機管理基本方針」及び「高知県健康危機管理マニュアル」を作成し、福祉保健所や市町村、消防、警察などの行政機関と医療機関などが、互いに連携して迅速に対応できるよう努めることとしています。

「高知県健康政策部健康危機管理基本方針」では、県民の生命・健康の安全を確保するため、医薬品や食中毒、感染症、毒劇物などにより生じる健康被害の発生と拡大の防止などに関する健康政策部の基本的な対応について定めています。また、「高知県健康危機管理マニュアル」では、この基本方針に基づき「高知県健康危機管理調整会議」を設けるとともに、福祉保健所及び衛生研究所が所掌する業務に関するマニュアルを作成することを規定しています。

2 健康危機管理に関連する主な計画

県では、健康危機が発生した場合、事案に応じて、それぞれに策定された指針や計画に基づいた危機管理体制が発動されることとなります。

（1）高知県危機管理指針（平成23年3月）

県内で危機事象が発生し、または発生するおそれのある場合に備え、県の組織的な対応の基本的な枠組みを示し、これに基づき実践力を高めることで危機事象に速やかに対応するための管理方針

（2）高知県国民保護計画（平成21年3月改定）

国民保護法（武力攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法律）第34条の規定に基づき、武力攻撃事態などにおける関係機関が県民の保護のための措置を、的確かつ迅速に実施するための計画

（3）高知県地域防災計画（平成26年9月改定）

災害対策基本法第40条の規定に基づき、各種の災害から、県民の生命、身体及び財産を保護するために、防災上必要な諸施策について、県民と関係機関の役割を明らかにするとともに、重点を置くべき事項を示すことにより、災害時の対応能力を強化するための計画

（4）高知県感染症予防計画（平成30年3月改定）

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第9条第1項に基づき、感染症患者への人権に配慮しつつ、本県の実情に即した感染症対策を総合的かつ計画的に推進するための計画

（５）高知県新型コロナウイルス等対策行動計画（平成 30 年 3 月改定）

新型コロナウイルス等が発生した場合に、健康被害や県民の生活への影響を最小限にとどめることができるよう、感染拡大を可能な限り抑制し、社会機能・経済機能を破綻に至らせないための計画

（６）高知県食の安全・安心推進計画（平成 29 年 3 月 第 3 次計画策定）

平成 17 年に制定された「高知県食の安全・安心推進条例」に基づき、県民と関係機関が連携して、生産から消費に至る一貫した食の安全・安心に関する施策を総合的かつ計画的に進めるための計画

（７）高知県災害時医療救護計画（平成 31 年 4 月改定）

近い将来に発生が予想される南海トラフ地震やその他の災害から、県民の生命と健康を守ることができるよう、医療救護の体制や関係者の役割を明らかにするための計画

3 健康危機管理体制

健康危機管理事案が生じた場合、以下の連絡体制をとることとしています。また、全庁的な対応が必要となった事案については高知県危機管理本部での対応とし、各部局が連携して対処することとしています。

（５）高知県新型コロナウイルス等対策行動計画（平成 30 年 3 月改定）

新型コロナウイルス等が発生した場合に、健康被害や県民の生活への影響を最小限にとどめることができるよう、感染拡大を可能な限り抑制し、社会機能・経済機能を破綻に至らせないための計画

（６）高知県食の安全・安心推進計画（平成 29 年 3 月 第 3 次計画策定）

平成 17 年に制定された「高知県食の安全・安心推進条例」に基づき、県民と関係機関が連携して、生産から消費に至る一貫した食の安全・安心に関する施策を総合的かつ計画的に進めるための計画

（７）高知県災害時医療救護計画（平成 29 年 4 月改定）

近い将来に発生が予想される南海トラフ地震やその他の災害から、県民の生命と健康を守ることができるよう、医療救護の体制や関係者の役割を明らかにするための計画

3 健康危機管理体制

健康危機管理事案が生じた場合、以下の連絡体制をとることとしています。また、全庁的な対応が必要となった事案については高知県危機管理本部での対応とし、各部局が連携して対処することとしています。

第2節 災害時における医療

本県は、温暖多雨な気候であり、台風や集中豪雨により、これまでも洪水や土砂崩れなど、多くの災害に見舞われてきました。

加えて、南海トラフを震源とする巨大地震は、概ね100～150 年周期で発生しており、その都度本県に大きな被害をもたらしてきました。

昭和21 年（1946 年）12 月21 日に発生した昭和南海地震から70年以上経過し、年々切迫の度合いが高まってきていることを踏まえると、今後の対策をますます加速化していくことが必要になっています。

南海トラフで最大クラスの地震が発生すると、最悪の場合、死者約4万2千人、負傷者約3万6千人（うち重症者が約1割と仮定すると3千6百人）という、甚大な被害が想定されており、県内の医療資源が圧倒的に不足する状況に陥ります。

また、災害直後からの一定期間は外部からの支援も期待できず、後方搬送もできない状況になることが予想されるため、より負傷者に近い場所での医療救護活動（前方展開型の医療救護活動）を可能な限り強化する必要があります。

こうした厳しい状況に対応するため、「高知県災害時医療救護計画」の不断の見直しを行いながら、地域の医療施設や医療従事者、さらには住民も参画した「総力戦」の医療救護体制の構築に全力で取り組んでいます。

なお、本計画における災害時における医療とは、概ね災害急性期とその後の被災地域における医療の提供が通常の医療提供体制に引き継がれるまでの期間を想定したものです。

（図表 8-2-1）南海トラフ地震での被害予測

単位：人

	建物倒壊	津波	急傾斜地面崩壊	火災	合計	算出ケース
死 者	約 5,200	約 36,000	約 110	約 500	約 42,000	○地震・津波の設定 揺れ：陸側ケース 津波：四国沖で大きな津波が発生するケース ○時間：冬深夜
負傷者	約 33,000	約 2,900	約 140	約 300	約 36,000	

出典：高知県版南海トラフ巨大地震による被害想定（平成 25 年 5 月 15 日公表）

（図表 8-2-2）浸水予測区域内の病院数

	浸水予測区域内の病院数
南海トラフ地震による被害予測（平成 29 年 6 月）	56 病院（43.1％ 56/130）
南海トラフ地震による被害予測（令和 3 年 6 月）	53 病院（43.4％ 53/122）

出典：高知県医療政策課調べ（平成 29 年）
高知県健康長寿政策課調べ（令和 3 年）

現状

1 災害医療の実施体制

（1）概要

災害が発生すると、高知県災害時医療救護計画に基づき、県庁内に高知県保健医療調

第2節 災害時における医療

本県は、温暖多雨な気候であり、台風や集中豪雨により、これまでも洪水や土砂崩れなど、多くの災害に見舞われてきました。

加えて、南海トラフを震源とする巨大地震は、概ね100～150 年周期で発生しており、その都度本県に大きな被害をもたらしてきました。

昭和21 年（1946 年）12 月21 日に発生した昭和南海地震から今年で72 年となり、年々切迫の度合いが高まってきていることを踏まえると、今後の対策をますます加速化していくことが必要になっています。

南海トラフで最大クラスの地震が発生すると、最悪の場合、死者約4万2千人、負傷者約3万6千人（うち重症者が約1割と仮定すると3千6百人）という、甚大な被害が想定されており、県内の医療資源が圧倒的に不足する状況に陥ります。

また、災害直後からの一定期間は外部からの支援も期待できず、後方搬送もできない状況になることが予想されるため、より負傷者に近い場所での医療救護活動（前方展開型の医療救護活動）を可能な限り強化する必要があります。

こうした厳しい状況に対応するため、「高知県災害時医療救護計画」の不断の見直しを行いながら、地域の医療施設や医療従事者、さらには住民も参画した「総力戦」の医療救護体制の構築に全力で取り組んでいます。

なお、本計画における災害時における医療とは、概ね災害急性期とその後の被災地域における医療の提供が通常の医療提供体制に引き継がれるまでの期間を想定したものです。

（図表 8-2-1）南海トラフ地震での被害予測

単位：人

	建物倒壊	津波	急傾斜地面崩壊	火災	合計	算出ケース
死 者	約 5,200	約 36,000	約 110	約 500	約 42,000	○地震・津波の設定 揺れ：陸側ケース 津波：四国沖で大きな津波が発生するケース ○時間：冬深夜
負傷者	約 33,000	約 2,900	約 140	約 300	約 36,000	

出典：高知県版南海トラフ巨大地震による被害想定（平成 25 年 5 月 15 日公表）

（図表 8-2-2）浸水予測区域内の病院数

	浸水予測区域内にある病院数
南海トラフ地震による被害予測（平成 29 年 6 月）	56 病院（43.1％ 56/130）

出典：高知県医療政策課調べ

現状

1 災害医療の実施体制

（1）概要

災害が発生すると、高知県災害時医療救護計画に基づき、県庁内に高知県災害医療対

整本部（以下「県保健医療本部」という。）を、被災地を所管する福祉保健所や高知市保健所に保健医療調整支部（以下「県保健医療支部」という。）を設置し対策にあたります。県保健医療本部及び県保健医療支部は、市町村災害対策本部と連携をとり、消防や警察、自衛隊などの関係機関及び県内外の各地から参集する医療救護チームとの調整を行います。

また、県保健医療本部及び保健医療支部には、災害医療コーディネーターが配置され、災害薬事コーディネーター、災害透析コーディネーター、災害歯科コーディネーター、災害看護コーディネーター、災害時周産期リエゾンなどとともに医療救護活動について調整を行います。

（２）災害拠点病院

災害拠点病院は、救護病院などで処置が困難な重症患者及び中等症患者の処置・収容並びに県保健医療支部管内の医療救護活動への支援を行います。

県は、厚生労働省が定める要件により、基幹災害拠点病院として高知医療センターを指定し災害時医療従事者の研修など人材養成に努めるとともに、あき総合病院、JA 高知病院、高知大学医学部附属病院、近森病院、国立病院機構高知病院、高知赤十字病院、仁淀病院、土佐市民病院、須崎くろしお病院、くぼかわ病院、幡多けんみん病院を災害拠点病院として指定しています。

これらの災害拠点病院のうち、高知医療センターと高知赤十字病院、高知大学医学部附属病院は、県内全域の広域的な医療救護活動の支援を担う「広域的な災害拠点病院」として位置付け、災害時には県保健医療本部と直接調整を行います。

（３）医療救護所、救護病院など

市町村は、郡市医師会など医療関係機関の協力を得て、あらかじめ、初期救急医療に相当する応急措置を行うための医療救護所と、重傷者などの収容と治療にあたる救護病院を指定します。令和 2 年 4 月現在で、県下に、80 か所の医療救護所と 68 か所の救護病院が指定されています。

また、地域ごとに作成している医療救護の活動計画に基づき、孤立することが想定される地域などで、予め地域の診療所や公民館などを「準医療救護所」として指定しておくなど、対策が進められています。

（４）医療救護チーム

ア 災害派遣医療チーム（DMAT）の養成

県は、災害急性期に被災地に速やかに参集し、医療救護活動を行う DMAT の養成を進めており、県内には令和 2 年 5 月末現在で 20 病院に 44 チームが整備されています。

平時は災害訓練に参加して技能維持に努め、災害が発生した場合の出動に備えています。また、南海トラフ地震に備え、できるだけ多くの災害医療従事者を確保するため、「高知 DMAT 研修」を開催し、県内だけの医療救護活動を行う DMAT の養成を行っています。この研修の修了者は、厚生労働省が行う DMAT 研修の短期コース

策本部（以下「県医療本部」という。）を、被災地を所管する福祉保健所や高知市保健所に災害医療対策支部（以下「県医療支部」という。）を設置し対策にあたります。県医療本部及び県医療支部は、市町村災害対策本部と連携をとり、消防や警察、自衛隊などの関係機関及び県内外の各地から参集する医療救護チームとの調整を行います。

また、県医療本部及び医療支部には、災害医療コーディネーターが配置され、災害薬事コーディネーター、災害透析コーディネーター、災害歯科コーディネーター、災害看護コーディネーター、災害時周産期リエゾンなどとともに医療救護活動について調整を行います。

（２）災害拠点病院

災害拠点病院は、救護病院などで処置が困難な重症患者及び中等症患者の処置・収容並びに県医療支部管内の医療救護活動への支援を行います。

県は、厚生労働省が定める要件により、基幹災害拠点病院として高知医療センターを指定し災害時医療従事者の研修など人材養成に努めるとともに、あき総合病院、JA 高知病院、高知大学医学部附属病院、近森病院、国立病院機構高知病院、高知赤十字病院、仁淀病院、土佐市民病院、須崎くろしお病院、くぼかわ病院、幡多けんみん病院を災害拠点病院として指定しています。

これらの災害拠点病院のうち、高知医療センターと高知赤十字病院、高知大学医学部附属病院は、県内全域の広域的な医療救護活動の支援を担う「広域的な災害拠点病院」として位置付け、災害時には県医療本部と直接調整を行います。

（３）医療救護所、救護病院など

市町村は、郡市医師会など医療関係機関の協力を得て、あらかじめ、初期救急医療に相当する応急措置を行うための医療救護所と、重傷者などの収容と治療にあたる救護病院を指定します。平成 29 年 9 月現在で、県下に、76 か所の医療救護所と 65 か所の救護病院が指定されています。

また、地域ごとに作成している医療救護の活動計画に基づき、孤立することが想定される地域などで、予め地域の診療所や公民館などを「準医療救護所」として指定しておくなど、対策が進められています。

（４）医療救護チーム

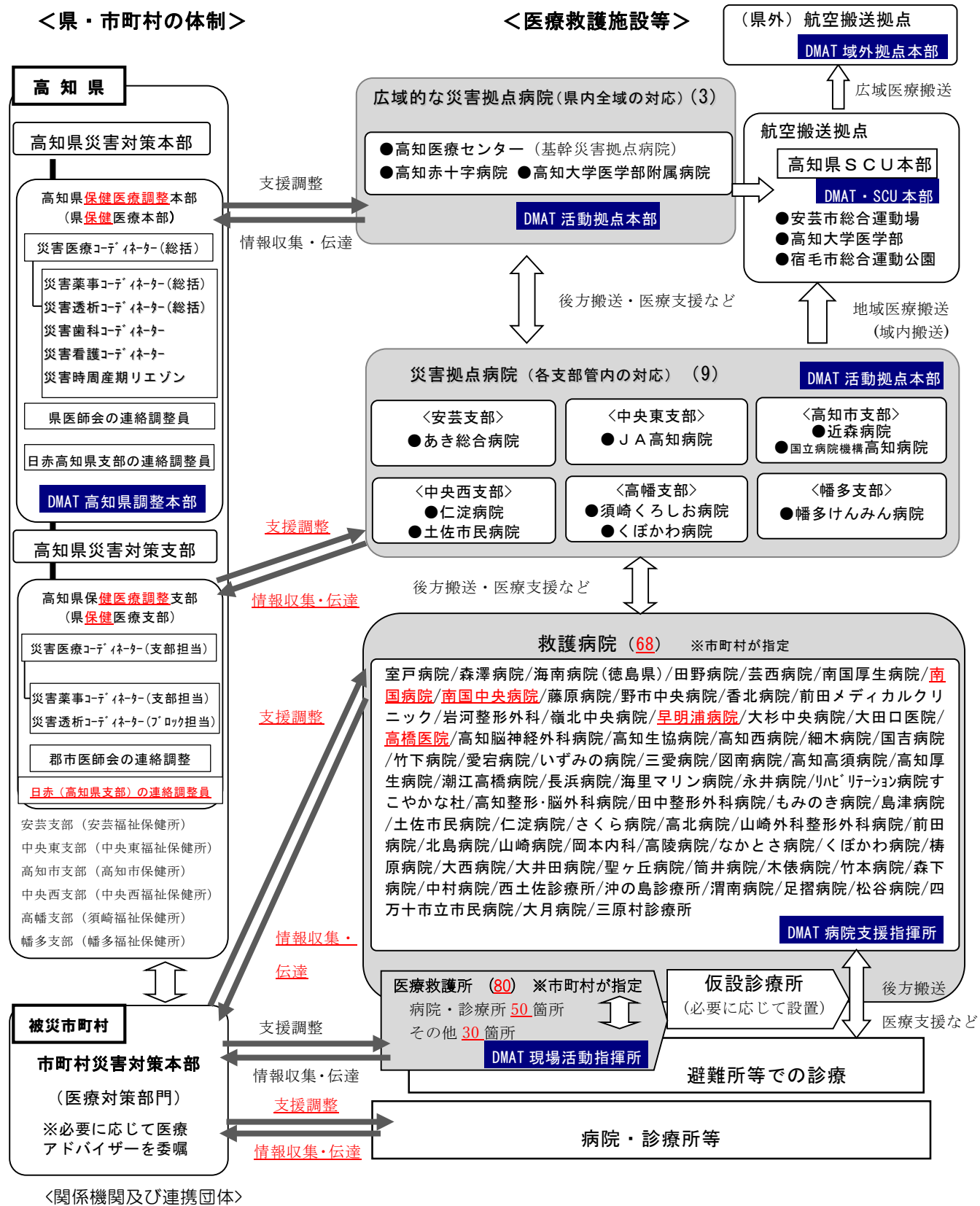
ア 災害派遣医療チーム（DMAT）の養成

県は、災害急性期に被災地に速やかに参集し、医療救護活動を行う DMAT の養成を進めており、県内には平成 29 年 9 月末現在で 18 病院に 41 チームが整備されています。

平時は災害訓練に参加して技能維持に努め、災害が発生した場合の出動に備えています。また、南海トラフ地震に備え、できるだけ多くの災害医療従事者を確保するため、「高知 DMAT 研修」を開催し、県内だけの医療救護活動を行う DMAT の養成を行っています。この研修の修了者は、厚生労働省が行う DMAT 研修の短期コースを受講することができます。

新

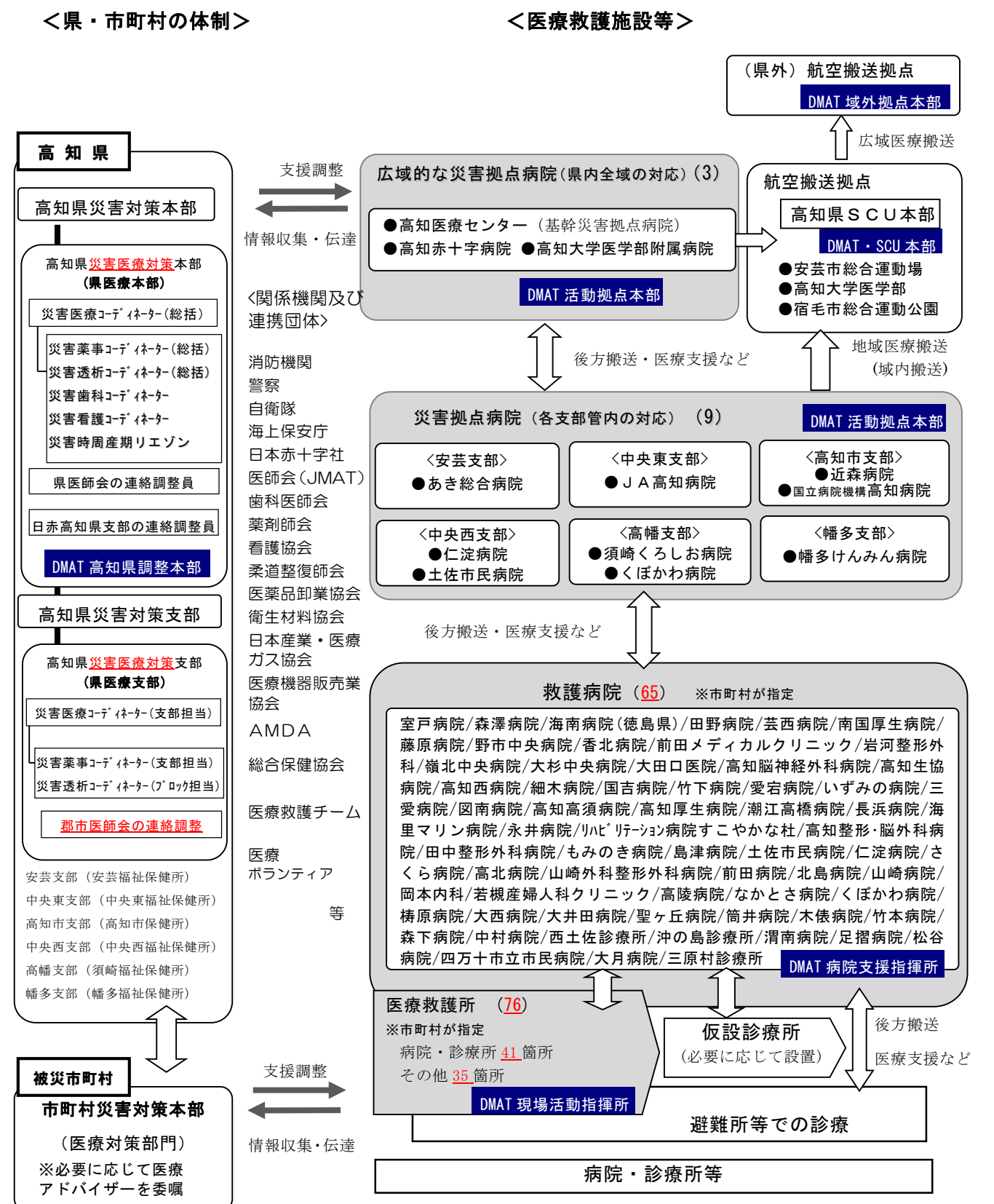
(図表 8-2-6) 災害時の医療救護体制



令和2年4月現在

旧

(図表 8-2-6) 災害時の医療救護体制



平成29年9月現在

2 医療機関の防災対応

(1) 医療機関の耐震化など

多くの入院患者や病院で働く医療従事者の安全確保のためには、まず施設が地震による倒壊などの被害を受けないようにしておく必要があります。令和元年度の調査では、災害拠点病院の耐震化率は100%ですが、病院全体では約 73 %、有床診療所では約 78 %となっています。

また、災害時には、医療提供機能が低下するにも関わらず、負傷者が大幅に増え、平時を上回る医療ニーズが発生しますが、事業継続計画（BCP）を策定しておくことで、災害発生後の医療サービスの提供機能の低下を抑制する効果があるとされています。

出典：高知県実施「災害対策に関するアンケート」

（図表 8-2-7）病院の耐震化率の推移

平成 29 年 4 月	平成 30 年 4 月	平成 31 年 4 月	令和 2 年 4 月
68%	70%	73%	73%

出典：高知県実施「災害対策に関するアンケート」

(2) 通信体制の確保

令和元年6月現在で、災害時の通信手段として衛星携帯電話を整備している割合は、災害拠点病院では100%、病院全体では 75 %です。衛星回線を利用したインターネット環境を整備している災害拠点病院は100%です。

出典：高知県実施「災害対策に関するアンケート」

(3) 備蓄の状況

県内の病院及び有床診療所において災害時医薬品を備蓄している施設は全体の 66 %で、その平均備蓄日数は入院患者用として概ね5日分、外来患者用（災害による負傷者含む）として概ね6日分です。

医療救護活動に必要な医薬品などについては市町村による備蓄や市町村と薬剤師会支部との協定に基づく確保対策が進められています。また、県においても、災害拠点病院や救護病院などに供給できるよう、19の医療機関に流通備蓄（通常の診療に必要な数量に上乗せして在庫する方法）しています。

また、患者向けの食料・飲料水の平均備蓄日数は概ね4日で、備蓄がない病院は全体の1%です。

出典：高知県実施「災害対策に関するアンケート」

2 医療機関の防災対応

(1) 医療機関の耐震化など

多くの入院患者や病院で働く医療従事者の安全確保のためには、まず施設が地震による倒壊などの被害を受けないようにしておく必要があります。平成 29年度の調査では、災害拠点病院の耐震化率は100%ですが、病院全体では約 68 %、有床診療所では約 69 %となっています。

また、災害時には、医療提供機能が低下するにも関わらず、負傷者が大幅に増え、平時を上回る医療ニーズが発生しますが、事業継続計画（BCP）を策定しておくことで、災害発生後の医療サービスの提供機能の低下を抑制する効果があるとされています。

出典：高知県実施「災害対策に関するアンケート」

（図表 8-2-7）病院の耐震化率の推移

平成 27 年 4 月	平成 28 年 4 月	平成 29 年 4 月
64%	66%	68%

出典：高知県実施「災害対策に関するアンケート」

(2) 通信体制の確保

平成 29年6月現在で、災害時の通信手段として衛星携帯電話を整備している割合は、災害拠点病院では100%、病院全体では 59 %です。衛星回線を利用したインターネット環境を整備している災害拠点病院は100%です。

出典：高知県実施「災害対策に関するアンケート」

(3) 備蓄の状況

県内の病院及び有床診療所において災害時医薬品を備蓄している施設は全体の 57 %で、その平均備蓄日数は入院患者用として概ね5日分、外来患者用（災害による負傷者含む）として概ね6日分です。

医療救護活動に必要な医薬品などについては市町村による備蓄や市町村と薬剤師会支部との協定に基づく確保対策が進められています。また、県においても、災害拠点病院や救護病院などに供給できるよう、19の医療機関に流通備蓄（通常の診療に必要な数量に上乗せして在庫する方法）しています。

また、患者向けの食料・飲料水の平均備蓄日数は概ね4日で、備蓄がない病院は全体の 3 %です。

出典：高知県実施「災害対策に関するアンケート」

合併症予防を含む専門治療		年度等	計等	安芸 医療圏	中央 医療圏	高橋 医療圏	幡多 医療圏	出典等
ストラクチャー 指標	●教育入院を行う医療機関数	H29	66	3	44	5	14	医療政策課調査
		R2.10	37	3	27	3	4	高知医療ネット
	■日本糖尿病学会糖尿病専門医数	H29.6	42	0	41	0	1	(一社)日本糖尿病学会HP
		H30.10	41	0	40	0	1	
		R1.11	44	0	42	1	1	
		R2.10	42	0	40	1	1	
	■日本腎臓学会腎臓専門医数	H29.5	26	0	25	0	1	(一社)日本腎臓学会HP
		R2.10	28	0	27	0	1	
	■糖尿病看護認定看護師数	H28.11	7	—				(公社)日本看護協会HP
		H29.12	7	—				
		H30.11	7	—				
		R1.11	6	—				
		R2.10	6	—				
	■日本糖尿病療養指導指数	H29.6	162	9	138	1	9	(一社)日本糖尿病療養指導士 認定機構HP
		H30.6	163	—				
		R2.10	156	—				
■高知県糖尿病療養指導士数	H29	449	164	206	9	70	高知県糖尿病療養指導士 認定機構HP	
	R1	463	—					
■管理栄養士を配置している医療機関数	H29	141	9	107	9	16	医療政策課調査	
●1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	H30	6	二				厚生労働省提供資料	
プロセス 指標	●在宅インスリン治療件数	H27	45,960	3,180	35,131	2,031	5,618	厚生労働省提供資料
		H30	48,085	3,654	37,379	2,190	4,862	
	●糖尿病透析予防指導管理料の実施件数	H27	1,395	0	1,395	0	0	
		H30	376	0	360	0	16	
アウトカム 指標	●低血糖患者数	H27	3,045	248	2,301	274	222	初期・安定期治療に同じ
		H30	2,526	129	1,998	202	197	
	●糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏迷患者数	H27	1,190	75	864	42	209	
		H30	1,235	89	927	34	185	
	●年齢調整死亡率							
	■年齢調整外来受療率							
	●退院患者平均在院日数							

合併症治療		年度等	計等	安芸 医療圏	中央 医療圏	高橋 医療圏	幡多 医療圏	出典等
ストラクチャー 指標	■糖尿病性腎症による透析が可能な医療機関数	H29.10	37	3	27	2	5	医療政策課調査
		H30.4	40	3	27	4	6	健康対策課調査
	■糖尿病透析予防管理指導料の届出医療機関数	H29.8	14	0	13	0	1	四国厚生支局HP
		H30.10	15	0	14	0	1	
		R1.1	18	0	15	1	2	
		R2.10	17	0	16	0	1	
		H28.8	21	1	20	0	0	
		H30.11	23	1	21	0	0	
	●糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数	R1.11	25	2	22	0	1	医療政策課調査
		R2.10	23	2	20	0	1	
		●糖尿病網膜症のレーザー治療が可能な医療機関数	H29	38	3	28	2	
	H30		40	3	30	3	4	
●歯周病専門医の在籍する歯科医療機関数	H28	4	【参考】全国平均:17				(公社)日本糖尿病協会HP	
	R1.10	4	【参考】全国平均:24					
■日本糖尿病協会登録歯科医師数(括弧内は人口10万人対)	H29.6	22(3.0)	【参考】全国平均:69.7人(2.6)					
	R2.10	11(1.6)	【参考】全国平均:52人(1.9)					
プロセス 指標	●糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数	H27	11,337	1,107	8,647	685	898	厚生労働省提供資料
		H30	12,648	1,262	9,901	580	905	
	●糖尿病足病変に対する管理(糖尿病合併症管理料のレセプト件数)	H27	815	0	815	0	0	
		H30	1,452	0	1,452	0	0	
	●糖尿病網膜症手術数(糖尿病網膜症手術のレセプト件数)	H27	614	24	548	23	19	
		H30	575	10	530	16	19	
アウトカム 指標	■糖尿病網膜症により新規に硝子体手術を行った患者(括弧内は人口10万人対)	H27	77(10.6)	—				高知大学藤本教授 提供資料
		H28	73(10.1)	—				
		H29	63(8.8)	—				
		H30	62(8.8)	—				
	●糖尿病腎症による新規透析導入状況(括弧内は人口10万人対)	H27	115(15.8)	【参考】全国10万人対:12.6				日本透析医学会提供資料
		H28	118(16.3)	【参考】全国10万人対:12.7				
		H29	120(16.8)	【参考】全国10万人対:13.2				
		H30	127(18.0)	【参考】全国10万人対:12.8				
	●糖尿病患者の新規下肢切断術の件数	H30	59	二				厚生労働省提供資料
	●年齢調整死亡率			初期・安定期治療に同じ				
	■年齢調整外来受療率							
●退院患者平均在院日数								

合併症予防を含む専門治療		年度等	計等	安芸 医療圏	中央 医療圏	高橋 医療圏	幡多 医療圏	出典等
ストラクチャー 指標	●教育入院を行う医療機関数	H29	66	3	44	5	14	医療政策課調査
		R2.10	37	3	27	3	4	高知医療ネット
	■日本糖尿病学会糖尿病専門医数	H29.6	42	0	41	0	1	(一社)日本糖尿病学会HP
		H30.10	41	0	40	0	1	
		R1.11	44	0	42	1	1	
		R2.10	42	0	40	1	1	
	■日本腎臓学会腎臓専門医数	H29.5	26	0	25	0	1	(一社)日本腎臓学会HP
		R2.10	28	0	27	0	1	
	■糖尿病看護認定看護師数	H28.11	7	—				(公社)日本看護協会HP
		H29.12	7	—				
		H30.11	7	—				
		R1.11	6	—				
		R2.10	6	—				
	■日本糖尿病療養指導指数	H29.6	162	9	138	1	9	(一社)日本糖尿病療養指導士 認定機構HP
		H30.6	163	—				
		R2.10	156	—				
	■高知県糖尿病療養指導士数	H29	449	164	206	9	70	高知県糖尿病療養指導士 認定機構HP
		R1	463	—				
	■管理栄養士を配置している医療機関数	H29	141	9	107	9	16	医療政策課調査
プロセス 指標	●在宅インスリン治療件数	H27	45,960	3,180	35,131	2,031	5,618	厚生労働省提供資料
		H30	48,085	3,654	37,379	2,190	4,862	
	●糖尿病透析予防指導管理料の実施件数	H27	1,395	0	1,395	0	0	
		H30	376	0	360	0	16	
アウトカム 指標	●低血糖患者数	H27	3,045	248	2,301	274	222	
		H30	2,526	129	1,998	202	197	
	●糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏迷患者数	H27	1,190	75	864	42	209	
		H30	1,235	89	927	34	185	
	●年齢調整死亡率			初期・安定期治療に同じ				
	■年齢調整外来受療率							
	●退院患者平均在院日数							

合併症治療		年度等	計等	安芸 医療圏	中央 医療圏	高橋 医療圏	幡多 医療圏	出典等		
ストラクチャー 指標	■糖尿病性腎症による透析が可能な医療機関数	H29.10	37	3	27	2	5	医療政策課調査		
		H30.4	40	3	27	4	6	健康対策課調査		
	■糖尿病透析予防管理指導料の届出医療機関数	H29.8	14	0	13	0	1	四国厚生支局HP		
		H30.10	15	0	14	0	1			
		R1.1	18	0	15	1	2			
		R2.10	17	0	16	0	1			
		H28.8	21	1	20	0	0			
		H30.11	23	1	21	0	0			
	●糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数	R1.11	25	2	22	0	1	医療政策課調査		
		R2.10	23	2	20	0	1			
		●糖尿病網膜症のレーザー治療が可能な医療機関数	H29	38	3	28	2		5	厚生労働省提供資料
			H30	40	3	30	3		4	
	●歯周病専門医の在籍する歯科医療機関数	H28	4	【参考】全国平均:17					(公社)日本糖尿病協会HP	
		R1.10	4	【参考】全国平均:24						
	■日本糖尿病協会登録歯科医師数(括弧内は人口10万人対)	H29.6	22(3.0)	【参考】全国平均:69.7人(2.6)						
		R2.10	11(1.6)	【参考】全国平均:52人(1.9)						
プロセス 指標	●糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数	H27	11,337	1,107	8,647	685	898	厚生労働省提供資料		
		H30	12,648	1,262	9,901	580	905			
	●糖尿病足病変に対する管理(糖尿病合併症管理料のレセプト件数)	H27	815	0	815	0	0			
		H30	1,452	0	1,452	0	0			
	●糖尿病網膜症手術数(糖尿病網膜症手術のレセプト件数)	H27	614	24	548	23	19			
		H30	575	10	530	16	19			
アウトカム 指標	■糖尿病網膜症により新規に硝子体手術を行った患者(括弧内は人口10万人対)	H27	77(10.6)	—				高知大学藤本教授 提供資料		
		H28	73(10.1)	—						
		H29	63(8.8)	—						
		H30	62(8.8)	—						
	●糖尿病腎症による新規透析導入状況(括弧内は人口10万人対)	H27	115(15.8)	【参考】全国10万人対:12.6				日本透析医学会提供資料		
		H28	118(16.3)	【参考】全国10万人対:12.7						
		H29	120(16.8)	【参考】全国10万人対:13.2						
		H30	127(18.0)	【参考】全国10万人対:12.8						
	●年齢調整死亡率			初期・安定期治療に同じ						
	■年齢調整外来受療率									
	●退院患者平均在院日数									

精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標

	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症	児童・思春期精神疾患	発達障害	アルコール依存症
455	（病院や医療従事者の充実度） ●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 24 ●外来診療している医療機関数 H26 51 ●治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数 H26 0-2 ●治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数 H26 0-2	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 24 ●外来診療している医療機関数 H26 58 ●閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施する病院数 H26 0-2 ●認知行動療法を外来で実施した医療機関数 H26 0-2	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 23 ●外来診療している医療機関数（精神療法に限定） H26 46 (精神療法に限定しない) ●認知症疾患医療センターの指定数 H26 5 ●認知症サポート医養成研修修了者数 H26 35 ●かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数 H26 325 ●認知療法・認知行動療法実施医療機関数 R元.6.30 2	●20歳未満の入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 11 ●20歳未満の外来診療している医療機関数 H26 46 ●知的障害を入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 3 ●知的障害を外来診療している医療機関数 H26 13 ●児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された精神病床を持つ病院数 H26 1	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 15 ●外来診療している医療機関数（精神療法に限定） H26 36 (精神療法に限定しない)	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 22 ●外来診療をしている医療機関数 H26 36 ●重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された精神病床を持つ病院数 R元 3 ●依存症専門医療等機関(依存症専門医療等機関、依存症治療拠点機関)数 R2.11.30 1 ●依存症集団療法を実施している医療機関数 R元.6.30 1
	（医療やプロフェッショナルの視点から） ●精神病床での入院患者数 H26 3,128 ●外来患者数(1回以上) H26 9,673 (継続) ●治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神病床) H26 0-9 ●治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数(1回以上) H26 0-9 (継続) ●統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率 H26 0.12%	●精神病床での入院患者数 H26 1,949 ●外来患者数(1回以上) H26 15,121 (継続) ●閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を受けた患者数 H26 0-9 ●認知行動療法を外来で実施した患者数(1回以上) H26 0-9 (継続)	●精神病床での入院患者数 H26 1,552 ●外来患者数(1回以上)（精神療法に限定） H26 4,471 (継続)（精神療法に限定） ●治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神病床) H26 0-9 ●治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数(1回以上) H26 0-9 (継続) ●統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率 H26 0.12%	●20歳未満の精神病床での入院患者数 H26 45 ●20歳未満の外来患者数(1回以上) H26 2,213 (継続) ●知的障害の入院患者数 H26 0-9 ●知的障害の外来患者数(1回以上) H26 336 (継続) ●児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数 H26 9	●精神病床での入院患者数 H26 127 ●外来患者数(1回以上)（精神療法に限定） H26 2,249 (継続)（精神療法に限定） ●知的障害の入院患者数 H26 6,090 (継続)（精神療法に限定しない） ●知的障害の外来患者数(1回以上) H26 5,162	●精神病床での入院患者数 H26 395 ●外来患者数(1回以上) H26 925 ●外来患者数(継続) H26 811 ●重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された患者数 H26 64

精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標

	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症	児童・思春期精神疾患	発達障害	アルコール依存症
406	（病院や医療従事者の充実度） ●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 24 ●外来診療している医療機関数 H26 51 ●治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数 H26 0-2 ●治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数 H26 0-2	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 24 ●外来診療している医療機関数 H26 58 ●閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施する病院数 H26 0-2 ●認知行動療法を外来で実施した医療機関数 H26 0-2	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 23 ●外来診療している医療機関数（精神療法に限定） H26 46 (精神療法に限定しない) ●認知症疾患医療センターの指定数 H26 5 ●認知症サポート医養成研修修了者数 H26 35 ●かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数 H26 325	●20歳未満の入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 11 ●20歳未満の外来診療している医療機関数 H26 46 ●知的障害を入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 3 ●知的障害を外来診療している医療機関数 H26 13 ●児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された精神病床を持つ病院数 H26 1	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 15 ●外来診療している医療機関数（精神療法に限定） H26 36 (精神療法に限定しない)	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 22 ●外来診療をしている医療機関数 H26 36 ●重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された精神病床を持つ病院数 H26 3
	（医療やプロフェッショナルの視点から） ●精神病床での入院患者数 H26 3,128 ●外来患者数(1回以上) H26 9,673 (継続) ●治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神病床) H26 0-9 ●治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数(1回以上) H26 0-9 (継続) ●統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率 H26 0.12%	●精神病床での入院患者数 H26 1,949 ●外来患者数(1回以上) H26 15,121 (継続) ●閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を受けた患者数 H26 0-9 ●認知行動療法を外来で実施した患者数(1回以上) H26 0-9 (継続)	●精神病床での入院患者数 H26 1,552 ●外来患者数(1回以上)（精神療法に限定） H26 4,471 (継続)（精神療法に限定） ●治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神病床) H26 0-9 ●治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数(1回以上) H26 0-9 (継続) ●統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率 H26 0.12%	●20歳未満の精神病床での入院患者数 H26 45 ●20歳未満の外来患者数(1回以上) H26 2,213 (継続) ●知的障害の入院患者数 H26 0-9 ●知的障害の外来患者数(1回以上) H26 336 (継続) ●児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数 H26 9	●精神病床での入院患者数 H26 127 ●外来患者数(1回以上)（精神療法に限定） H26 2,249 (継続)（精神療法に限定） ●知的障害の入院患者数 H26 6,090 (継続)（精神療法に限定しない） ●知的障害の外来患者数(1回以上) H26 5,162	●精神病床での入院患者数 H26 395 ●外来患者数(1回以上) H26 925 ●外来患者数(継続) H26 811 ●重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された患者数 H26 64

精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標 ●国の作成指針で示された指標

	薬物依存症	外傷後ストレス障害（PTSD）	摂食障害	てんかん	身体合併症	精神科救急
（病院や医療従事者の充実度）	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 4	●入院診療している精神病床を持つ病院 H26 4	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 19	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 24	●診療している精神科病床を持つ病院数 （精神科救急・合併症入院科＋精神科身体合併症管理加算） R元.6.30 0	●精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）数 R2.4.1 9
	●外来診療している医療機関数 H26 11	●外来診療している医療機関数 H26 8	●外来診療している医療機関数（精神療法に限 H26 27 （精神療法に限定しない） H26 131	●外来診療している医療機関数（精神療法に限 H26 45 （精神療法に限定しない） H26 341	●精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数 （精神疾患診療体制加算＋精神疾患患者受入加算） H26 0-2	●精神科救急外来対応施設数 R2.4.1 9
	●依存症専門医療等機関（依存症専門医療等 機関、依存症治療拠点機関）数 R2.11.30 0		●摂食障害入院医療管理加算を算定された病院 R元.6.30 0	●てんかん診療拠点機関数 R2.11.30 0	●精神科リエンゾンチームを持つ病院数 H26 0-2	●精神科救急身体合併症対応施設数 R1.6.30 0
	ギャンブル等依存症	高次脳機能障害	●摂食障害治療支援センター数 R2.11.30 0			●精神科救急入院料を算定した病院数 R1.6.30 1
（医療や看護の内容）	●入院診療をしている精神病床を持つ病院数 H26 0-2	●高次脳機能障害支援拠点機関数 H26 1				
	●外来診療している医療機関数 H26 6					
	●依存症専門医療等機関（依存症専門医療等 機関、依存症治療拠点機関）数 R2.11.30 0					
	ギャンブル等依存症				自殺対策	
（病院や医療従事者の充実度）	●精神科病床での入院患者数 H26 0-9	●精神科病床での入院患者数 H26 0-9	●精神科病床での入院患者数 H26 108	●精神科病床での入院患者数 H26 926	●精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患 者数 （精神科救急・合併症入院科＋精神科身体合併症管理加 算） H26 339	●精神科救急医療体制整備事業における受診件数 R2.3.31 323件
	●外来患者数（1回以上） H26 33	●外来患者数（1回以上） H26 32 （継続）	●外来患者数（1回以上）（精神療法に限定） H26 228 （継続）（精神療法に限定） H26 206 （1回以上）（精神療法に限定しない） H26 1,006 （継続）（精神療法に限定しない） H26 767	●外来患者数（1回以上）（精神科病床に限定） H26 2,447 （継続）（精神療法に限定） H26 2,252 （1回以上）（精神療法に限定しない） H26 11,580 （継続）（精神療法に限定しない） H26 10,316	●体制を持つ一般病院で受け入れた精神疾患の患者数 （精神疾患診療体制加算＋精神疾患患者受入加算） H26 0-9	●精神科救急医療体制整備事業における入院件数 R2.3.31 141件
	●外来患者数（継続） H26 30	●外来患者数（継続） H26 23	●摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数 H26 0-9		●精神科リエンゾンチームを算定された患者数 H26 0-9	
	ギャンブル等依存症				自殺対策	
（医療や看護の内容）	●精神科病床での入院患者数 H26 0-9				●救命救急入院科精神疾患診断治療初回加算をとる一般 病院数 H26 0-2	
	●外来患者数（1回以上） H26 0-9 （継続） H26 0-9					

精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標

	薬物依存症	外傷後ストレス障害（PTSD）	摂食障害	てんかん	身体合併症
（病院や医療従事者の充実度）	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 4	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 4	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 19	●入院診療している精神病床を持つ病院数 H26 24	●診療している精神科病床を持つ病院数 （精神科救急・合併症入院科＋精神科身体合併症管理加 算） H26 12
	●外来診療している医療機関数 H26 11	●外来診療している医療機関数 H26 8	●外来診療している医療機関数（精神療法に限定） H26 27 （精神療法に限定しない） H26 131	●外来診療している医療機関数（精神療法に限定） H26 45 （精神療法に限定しない） H26 341	●精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数 （精神疾患診療体制加算＋精神疾患患者受入加算） H26 0-2
			●摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数 H26 0-2		●精神科リエンゾンチームを持つ病院数 H26 0-2
	ギャンブル等依存症	高次脳機能障害			自殺対策
（医療や看護の内容）	●入院診療をしている精神病床を持つ病院数 H26 0-2	●高次脳機能障害支援拠点機関数 H26 1			●救命救急入院科精神疾患診断治療初回加算をとる一般 病院数 H26 0-2
	●外来診療している医療機関数 H26 6				
（病院や医療従事者の充実度）	●精神科病床での入院患者数 H26 0-9	●精神科病床での入院患者数 H26 0-9	●精神科病床での入院患者数 H26 108	●精神科病床での入院患者数 H26 926	●精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患 者数 （精神科救急・合併症入院科＋精神科身体合併症管理加 算） H26 339
	●外来患者数（1回以上） H26 33	●外来患者数（1回以上） H26 32 （継続）	●外来患者数（1回以上）（精神療法に限定） H26 228 （継続）（精神療法に限定） H26 206 （1回以上）（精神療法に限定しない） H26 1,006 （継続）（精神療法に限定しない） H26 767	●外来患者数（1回以上）（精神科病床に限定） H26 2,447 （継続）（精神療法に限定） H26 2,252 （1回以上）（精神療法に限定しない） H26 11,580 （継続）（精神療法に限定しない） H26 10,316	●体制を持つ一般病院で受け入れた精神疾患の患者数 （精神疾患診療体制加算＋精神疾患患者受入加算） H26 0-9
	●外来患者数（継続） H26 30	●外来患者数（継続） H26 23	●摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数 H26 0-9		●精神科リエンゾンチームを算定された患者数 H26 0-9
	ギャンブル等依存症				自殺対策
（医療や看護の内容）	●精神科病床での入院患者数 H26 0-9				●救命救急病院で精神疾患診断治療初回加算を算定され た患者数 H26 0-9
	●外来患者数（1回以上） H26 0-9 （継続） H26 0-9				

精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標

（アウトカム）

（医療の結果）

予防・アクセス
（うつ病・認知症を含む）

●こころの状態（日常生活における悩みやストレスの有無）
【国民生活基礎調査 H22年度】

		高知県	全国
悩みやストレスあり	総数	294	49,841
	人口10万人当たり	38.1	39.2
悩みやストレスなし	総数	284	45,664
	人口10万人当たり	36.8	35.9

【国民生活基礎調査 H30年度】

		高知県	全国
悩みやストレスあり	総数	281	51,430
	人口10万人当たり	38.6	40.5
悩みやストレスなし	総数	330	55,954
	人口10万人当たり	45.3	44.0

治療・回復・社会復帰（うつ病・認知症を含む）

●精神病床における入院後3か月、6か月、12か月時点の退院率【精神保健福祉資料 H26→29年度】
(H26) (H27) (H28) (H29)

	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国
入院後3か月時点退院率	60.4	66	69	65	61.6	65	64	64
入院後6か月時点退院率	86.7	82	87.9	82	80.3	82	83	81
入院後12か月時点退院率	92.4	90	93.2	90	86.6	89	91	88

●精神病床における在院期間1年以上入院患者数【精神保健福祉資料 H29→R元年度】
(H29) (H30) (R元)

	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国
65歳未満	569	68,046	526	64,870	540	61,088
65歳以上	1,232	106,246	1,265	106,750	1,294	104,880

●地域平均生活日数

H28
298

●精神病床における新規入院患者の平均在院日数【精神保健福祉資料 H26→H29年度】
(H26) (H27) (H28) (H29)

	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国
新規入院患者の平均在院日数	137	128	132	127	136	129	141	127

●退院患者平均在院日数（認知症）
【患者調査 H20年（医政局指導課による特別集計結果）】

血管性及び詳細不明の認知症	169.7
アルツハイマー病	124.9
退院患者の平均在院日数	147.3

●医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合
【患者調査 H20年（医政局指導課による特別集計結果）】

血管性及び詳細不明の認知症推計患者数(総数)	800
アルツハイマー病推計患者数(総数)	800
血管性及び詳細不明の認知症推計患者数(外来)	100
アルツハイマー病推計患者数(外来)	400
外来患者の割合[%]	31.3

●認知症新規入院患者2か月以内退院率【精神保健福祉資料 H22→H28年度】
(H22) (H24) (H25) (H26) (H27) (H28)

前年6月の入院患者数	13	21	15	18	13	18
前年6月の入院患者のうち6月～8月に退院した患者数	8	6	6	10	5	7
2か月以内退院率 [%]	75.0%	37.5%	37.5%	55.6%	38.5%	38.9%

予防・アクセス（うつ病・認知症を含む）

●自殺死亡率（人口10万当たり）【人口動態調査 H23→H28年】
(H23) (H25) (H26) (H27) (H28) (H29) (H30) (R元)

	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国
総数	194	28,874	160	26,038	159	26,038	114	23,152	132	21,017	109	20,465
人口10万人当たり	26.0	22.9	21.6	20.7	21.6	19.5	15.7	18.4	18.4	16.8	15.4	16.4

治療・回復・社会復帰（うつ病・認知症を含む）

精神科救急・身体合併症・専門医療・認知症

精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標

（医療の結果）

予防・アクセス （うつ病・認知症を含む）				治療・回復・社会復帰（うつ病・認知症を含む）／精神科救急・身体合併症・専門医療・認知症													
●こころの状態(日常生活における悩みやストレスの有無) 【国民生活基礎調査 H22年度】				●精神病床における入院後3か月、6か月、12か月時点の退院率【精神保健福祉資料 H26→29年度】													
				(H26)		(H27)		(H28)		(H29)							
				高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国						
				入院後3か月時点退院率	67	66	63	65	68	65	64	64					
				入院後6か月時点退院率	82	82	82	82	86	82	83	81					
				入院後12か月時点退院率		91	90	90	90	91	89	91	88				
●精神病床における在院期間1年以上入院患者数【精神保健福祉資料 H29→R元年度】				(H29)		(H30)		(R元)									
				高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国								
				65歳未満	569	68,046	526	64,870	497	61,088							
				65歳以上	1,232	106,246	1,265	106,750	1,271	104,880							
●精神病床における退院後3か月、6か月、12か月時点の再入院率【精神保健福祉資料 H26→H29年度】				(H26)		(H27)		(H28)		(H29)							
				高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国						
				退院後3か月時点の再入院率	30	23	26	24	27	25	24	20					
				退院後6か月時点の再入院率	38	30	37	32	34	32	32	27					
				退院後12か月時点の再入院率	47	37	47	39	44	40	38	36					
●精神病床における新規入院患者の平均在院日数【精神保健福祉資料 H26→H29年度】				(H26)		(H27)		(H28)		(H29)							
				高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国						
				新規入院患者の平均在院日数	137	128	132	127	136	129	141	127					
●退院患者平均在院日数(認知症) 【患者調査 H20年（医政局指導課による特別集計結果）】				血管性及び詳細不明の認知症		169.7											
				アルツハイマー病		124.9											
				退院患者の平均在院日数		147.3											
●医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合 【患者調査 H20年（医政局指導課による特別集計結果）】				血管性及び詳細不明の認知症推計患者数(総数)		800											
				アルツハイマー病推計患者数(総数)		800											
				血管性及び詳細不明の認知症推計患者数(外来)		100											
				アルツハイマー病推計患者数(外来)		400											
				外来患者の割合[%]		31.3											
●認知症新規入院患者2か月以内退院率【精神保健福祉資料 H22→H28年度】				(H22)		(H24)		(H25)		(H26)		(H27)		(H28)			
				前年6月の入院患者数		13		21		15		18		13		18	
				前年6月の入院患者のうち6月～8月に退院した患者数		8		6		6		10		5		7	
				2か月以内退院率 [%]		75.0%		37.5%		37.5%		55.6%		38.5%		38.9%	
予防・アクセス（うつ病・認知症を含む）／治療・回復・社会復帰（うつ病・認知症を含む）／精神科救急・身体合併症・専門医療・認知症																	
●自殺死亡率(人口10万当たり)【人口動態調査 H23→H28年】																	
(H23)		(H25)		(H26)		(H27)		(H28)		(H29)		(H30)		(R元)			
	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	高知県	全国	
総数	196	28,874	160	26,038	159	26,038	114	23,152	132	21,017	109	20,465	126	20,031	121	-	
人口10万人当たり	26.0	22.9	21.6	20.7	21.6	19.5	15.7	18.4	18.4	16.8	15.4	16.4	17.9	16.1	17.5	-	

周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された項目

■県独自で追加した項目

正常分娩

●医療施設に勤務する産科・産婦人科医師数（医師・歯科医師・薬剤師調査）

県 計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H22.12末	49	1	42	6	(人)
H30.12末	60	2	52	6	

*人口10万人当たりの産科・産婦人科医師数：6.4人（全国 8.4人）→8.5人（全国 9.3人）

*出生千人当たりの産科・産婦人科医師数：8.9人（全国 9.9人）→13.1人（全国 12.8人）

■医療施設に勤務する小児科医師数（医師・歯科医師・薬剤師調査）

県 計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H22.12末	100	4	81	2	(人)
H30.12末	106	4	84	4	

*人口10万人当たりの小児科医師数：13.1人（全国 12.6人）→15.0人（全国 21.8人）

●就業助産師数（衛生行政報告）

県 計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H22.12末	169	9	148	12	(人)
H30.12末	191	13	162	14	

*人口10万人当たりの就業助産師数：22.2人（全国 23.5人）→27.1人（全国29.2人）

*出生千人当たりの就業助産師数：30.6人（全国 27.7人）→41.8人

●分娩を収容する病院数（県健康対策課）

県 計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H19.10末	8	1	5	1	1
H29.4.1	7	1	5	1	1
R2.4.1	7	1	5	1	1

●■分娩を収容する病院の産科（産婦人科）病床数（県健康対策課）

県 計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H22.4.1	231	39	157	35	(床)
H29.4.1	199	41	116	42	
R2.4.1	220	41	130	49	
H19.10末	13	12	1	1	

●分娩を収容する診療所数（県健康対策課）

県 計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H22.4.1	13	12	1	1	(床)
H24.4.1	11	10	1	1	
H24.9.1	9	8	1	1	
H29.4.1	7	6	1	1	
R2.4.1	6	5	1	1	
H19.10末	13	12	1	1	

■分娩を収容する診療所の病床数（県健康対策課）

県 計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H22.4.1	198	182	16	16	(床)
H24.9.1	135	119	16	16	
H29.4.1	120	104	16	16	
R2.4.1	99	83	16	16	
H19.10末	13	12	1	1	

●分娩を収容する助産所数

H29.4	1（中央圏域）
R2.4	1（中央圏域）

●院内助産所数

H29.4	0
R2.4	0

●助産師外来開設施設数

H29.4	5施設（中央圏域）
R2.4	4施設（中央圏域）

（病院や医療事業者の充実度）

（県民生活の向上）

高次周産期医療提供施設						
●分娩取扱施設に勤務する常勤産科・産婦人科医師数（県健康対策課）						
・高次医療施設（7病院）						
(人)						
	小計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H22.4	27	1	23	-	3	
H29.4	30	1	26	-	3	
R2.4	36	3	30	-	3	
・一次医療施設						
(人)						
	小計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H22.4（13診療所）	15	-	14	-	1	
H29.4（10診療所）	7	-	6	-	1	
R2.4（6診療所）	7	-	6	-	1	
●■高次医療施設に勤務する常勤小児科医師数（県健康対策課）						
(人)						
	小計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H22.4	40	3	32	-	5	
	(新生児診療担当)	(8)	(-)	(8)	(-)	(-)
H29.4	39	2	30	-	7	
	(新生児診療担当)	(6)	(-)	(6)	(-)	(-)
R2.4	49	2	42	-	5	
	(新生児診療担当)	(8)	(-)	(8)	(-)	(-)
●分娩取扱施設に勤務する常勤助産師数（県健康対策課）						
(人)						
	小計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H22.4	97	7	79	-	11	
H29.4	110	12	82	-	16	
R2.4	124	12	102	-	10	
・一次医療施設						
(人)						
	小計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H22.4（13診療所）	23	-	23	-	-	
H29.4（10診療所）	22	-	20	-	2	
R2.4（6診療所）	21	-	20	-	1	
●NICU						
	H24.9	H28	R2			
有する病院数	3病院（中央圏域）	3病院（中央圏域）	3病院（中央圏域）			
病床数	18床	24床	24床			
*人口10万人当たりのNICU病床数：3.34床(H28)→3.4床(R元)						
*出生千人当たりのNICU病床数：5.02床(出生1万対：50.2床)(H28) → 5.62床(出生1万対：56.2床)(R元)						
●GCU						
	H24.9	H28	R2			
有する病院数	2病院（中央圏域）	2病院（中央圏域）	2病院（中央圏域）			
病床数	23床	27床	27床			
*人口10万人当たりのGCU病床数：3.76床(H28) → 3.87床(R元)						
*出生千人当たりのGCU病床数：5.65床(H28) → 6.32床(R元)						
●MFICU						
	H24.9	H28	R2			
有する病院数	1病院（中央圏域）	1病院（中央圏域）	1病院（中央圏域）			
病床数	3床	3床	3床			
*人口10万人当たりのMFICU病床数：0.42床(H28) → 0.43床(R元)						
*出生千人当たりのMFICU病床数：0.63床(H28) → 0.70床(R元)						

総合・地域周産期母子医療センター

●■広告可能な小児領域専門医師数

(医師・歯科医師・薬剤師調査)

	小児外科 専門医	周産期（新生児） 専門医
H22.12末	3	0
H26.12末	3	5
H28.12末	4	5
H30.12末	4	10

(人)

●アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数（県健康対策課）

	アドバンス助産師	新生児集中ケア認定看護師
H29.4.1	21	4
R2.4.1	34	3

(人)

●災害時小児周産期リエゾン任命者数（県健康対策課）

	産科医師	新生児診療担当医師	助産師
H28年度	1	—	—
H29年度	1	2	—
H30年度	3	—	—
R元年度	—	1	1

(人)

※災害時小児周産期リエゾン養成研修（厚生労働省）受講者

●ヘイリスク妊産婦連携指導料1加算届出医療機関数（診療報酬施設基準）					
県 計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
R2.7	4	2	2	2	4

●ヘイリスク妊産婦連携指導料加2算届出医療機関数（診療報酬施設基準）					
県 計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
R2.7	1	1	1	1	1

●ヘイリスク分娩管理加算届出医療機関数（診療報酬施設基準）					
県 計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H24.7	5	4	1	1	(人)
H30.7	6	5	1	1	
R2.7	6	5	1	1	

療養・療育支援					
●医療型障害児入所施設（重症心身障害児施設）の数（県障害保健福祉課）					
県 計	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
H24.5	4	3	1	1	(人)
H30.6	3	2	1	1	
R2.10	3	2	1	1	

●身体障害者手帳交付数（18歳未満）（福祉行政報告）		年 度		交付数	
H22	551				
H23	540				
H24	529				
H25	531				
H26	509				
H27	495				
H28	487				
H29	473				
H30	460				
R元	444				

■出生数（人口動態統計）（人）					
	高知県	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域
2014	5,015	243	3,940	325	507
2015	5,052	236	3,975	305	536
2016	4,779	217	3,780	268	514
2017	4,837	239	3,829	313	456
2018	4,559	212	3,600	258	489
2019	4,270	190	3,403	238	439

●出生率（人口動態統計）（対千人）						
	全国	高知県	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域
2014	8.0	6.8	5.0	7.4	5.8	5.7
2015	8.0	7.0	4.9	7.5	5.5	6.2
2016	7.8	6.7	4.6	7.3	4.9	6.1
2017	7.6	6.8	5.2	7.4	5.9	5.5
2018	7.4	6.5	4.7	7.0	5.0	6.0
2019	7.0	6.2	4.3	6.5	4.6	5.4

●■低出生体重児数と出生割合（人口動態統計）											（人）		（％）	
	全国	高知県	安芸圏域		中央圏域		高幡圏域		幡多圏域					
2014	9.5	535	10.7	34	14.0	393	10.0	40	12.3	68	13.4			
2015	9.5	517	10.2	25	10.6	400	10.1	33	10.8	59	11.0			
2016	9.4	429	9.0	20	9.2	337	8.9	24	9.0	48	9.3			
2017	9.4	496	10.3	32	13.4	382	10.0	32	10.2	50	11.0			
2018	9.4	467	10.3	21	9.9	360	10.0	24	9.3	62	12.7			
2019	9.4	477	11.2	18	9.5	370	10.9	27	11.3	62	14.1			

■低出生体重児の内訳（人口動態統計）							（人）／（％）	
		全国（％）	高知県	安芸圏域	中央圏域	高幡圏域	幡多圏域	
超低出生体重児数／出生割合	H22	0.3	19/0.3	1/0.4	17/0.4	-/-	1/0.2	
	H29	0.3	18/0.4	3/1.3	14/0.4	-/-	1/0.2	
	H30	0.3	19/0.4	3/1.4	14/0.4	-/-	2/0.4	
	R元	0.3	15/0.4	1/0.5	12/0.4	-/-	2/0.5	
極低出生体重児数／出生割合	H22	0.8	46/0.8	3/1.1	37/0.9	1/0.3	5/0.8	
	H29	0.7	39/0.8	4/1.7	33/0.9	-/-	2/0.4	
	H30	0.7	54/1.2	3/1.4	42/1.2	1/0.4	8/1.6	
	R元	0.7	31/0.7	1/0.5	26/0.8	-/-	4/0.9	
低出生体重児数／出生割合	H22	9.6	578/10.5	24/8.7	438/10.3	34/9.7	82/13.1	
	H29	9.4	496/10.3	32/13.4	382/10.0	32/10.2	50/11.0	
	H30	9.4	467/10.2	21/9.9	360/10.0	24/9.3	62/12.7	
	R元	9.4	477/11.2	18/9.5	370/10.9	27/11.3	62/14.4	

小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標 ■県独自で追加した指標

■県独自で追加した指標

[illegible]

小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標 ■県独自で追加した指標

相親支援等

●小児人口

●小児救急受診事業における啓発活動実施回数

●小児救急電話相談の件数

●小児救急電話相談回数

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児救急電話相談における深夜対応の可否

●小児

へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標 ●国の作成指針で示された指標 ■県独自で追加した指標

	へき地診療				へき地診療の支援医療				行政機関等の支援				
ストラクチャー （病院や医療従事者の充実度）	●へき地（無医地区）の数 (H26 無医地区等調査)												
	安芸	中央	高幡	幡多	計								
	4	20	7	7	38								
	●へき地診療所の数 (R2.10県医療政策課調べ)				●へき地医療拠点病院の数 (R2.10 県医療政策課調べ)				●へき地医療支援機構の数 (R1年度)				
	安芸	中央	高幡	幡多	計				(1)	高知県へき地医療支援機構			
	2	8	9	10	29								
	●へき地診療所の医師数（常勤医） (R1.9 県医療政策課調べ)				●社会医療法人の数 (R2.10 県医療政策課調べ)				●へき地医療支援機構の専任・併任担当官数 (R1年度)				
	安芸	中央	高幡	幡多	計				人数				
	1	5	5	2	13				2				
	■へき地診療所の病床数 (R1.9 県医療政策課調べ)				●へき地医療拠点病院の実績 (H30年度 県医療政策課調べ)				●協議会の開催回数 (R1年度)				
	安芸	中央	高幡	幡多	計				回数				
	0	19	19	25	63				1				
	●へき地診療所の実績 (H30年度 県医療政策課調べ)				●へき地医療拠点病院の支援医療 (H30年度 県医療政策課調べ)				●協議会におけるへき地の医療従事者確保の検討回数 (R1年度)				
	へき地診療所の名称	1 週間の 開院日数	巡回診療 実施 回数	延べ 日数	延べ受診 患者数	訪問診療 実施 回数	延べ 日数	延べ患 者数	訪問看護 実施 回数	延べ 日数	延べ患 者数	回数	
	馬路村立馬路診療所	4											1
	馬路村立魚梁瀬診療所	2											
高知市土佐山へき地診療所	5				12	10	11						
香美市立大槌診療所	6												
本山町立汗見川へき地診療所	0.5												
大川村国民健康保険小松診療所	3												
いの町立国民健康保険長沢診療所	4												
いの町立国民健康保険大橋出張診療所	1				12	12	12						
いの町立国民健康保険越前門出張診療所	1												
仁淀川町国民健康保険大崎診療所	5				47	47	127						
浦ノ内診療所	2												
梶原町立松原診療所	3												
梶原町立四万川診療所	2												
津野町国民健康保険杉ノ川診療所	5							200	200	200			
津野町国民健康保険姫野々診療所	5							400	400	400			
四万十町興津診療所	0												
四万十町国民健康保険大正診療所	5				161	55	148	59	59	59			
四万十町国民健康保険十和診療所	5				178	67	178						
四万十町大道へき地診療所	0.25				31	12	31						
宿毛市立沖の島へき地診療所	3												
宿毛市立沖の島へき地診療所弘瀬出張所	2												
四万十市国民健康保険西土佐診療所	5												
四万十市国民健康保険大宮出張診療所	1												
四万十市国民健康保険口屋内出張診療所	0.5												
四万十市奥屋内へき地出張診療所	0.5												
三原村国民健康保険診療所	5												
黒潮町国民健康保険幸ノ川診療所	4				63	63	63						
黒潮町国民健康保険鈴出出張診療所	0.25				4	4	4						
黒潮町国民健康保険伊予喜出張診療所	0.25				10	10	10						
プロセス （医療や看護の内容）					●へき地医療拠点病院の中で主要 3 事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合				●協議会におけるへき地の医療従事者確保の検討回数 (R1年度)				
					R1				回数				
					87.50%				1				
					●へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間 1 回以上の医療機関の割合				■へき地医療支援機構の調整によるへき地への代診医派遣日数 (R1年度)				
				R1				日数					
				87.50%				213					
								■へき地医療支援機構における専任担当官のへき地医療支援業務従事日数 (R1年度)					
								業務内容		日数（週）			
								へき地診療所への代診		1～2日			
								代診医派遣調整、医療計画策定への関与、へき地医療従事者への研修計画立案、へき地医療現場の意見の調整・集約		1～2日			
								へき地医療拠点病院での業務		3～4日			

へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標 ●国の作成指針で示された指標 ■県独自で追加した指標

へき地診療					へき地診療の支援医療					行政機関等の支援					
ストラクチャー （病院や医療従事者の充実度）	●へき地（無医地区）の数 (H26 無医地区等調査)														
	安芸	中央	高幡	幡多	計										
	4	20	7	7	38										
	●へき地診療所の数 (R2. 10県医療政策課調べ)					●へき地医療拠点病院の数 (R2. 10 県医療政策課調べ)					●へき地医療支援機構の数 (R1年度)				
	安芸	中央	高幡	幡多	計	二次保健医療圏機能を有する医療機関					(1)	高知県へき地医療支援機構			
	2	8	9	10	29	安芸 (1)あき総合病院									
						中央 (4)高知大学医学部附属病院 国立病院機構高知病院 高知医療センター 嶺北中央病院					●へき地医療支援機構の専任・併任担当官数 (R1年度)				
						高幡 (1)梶原病院					人数				
	●へき地診療所の医師数（常勤医） (R1. 9 県医療政策課調べ)														
	安芸	中央	高幡	幡多	計	幡多けんみん病院 大月病院					2				
	1	5	5	2	13	計 (8)									
	■へき地診療所の病床数 (R1. 9 県医療政策課調べ)					●社会医療法人の数 (R2. 10 県医療政策課調べ)					●へき地医療に従事する地域枠医師数 (R1年度)				
安芸中央高幡幡多					(1)社会医療法人仁生会細木病院					人数					
0191925										0					
第19回は休止中															
プロセス （医療や看護の内容）	●へき地診療所の実績 (H30年度 県医療政策課調べ)					●へき地医療拠点病院の実績 (H30年度 県医療政策課調べ)					●協議会の開催回数 (R1年度)				
	へき地診療所の名称	1 週間の 開院日数	巡回診療		訪問診療		訪問看護		へき地医療拠点病院の 名称	巡回診療	医師派遣	代診医派遣	遠隔医療等 I C Tを活用 した診療支援		
			実施 回数	延べ 日数	延べ受診 患者数	実施 回数	延べ 日数	延べ患 者数	実施 回数	延べ 日数	実施 回数	延べ 日数	回数		
	馬路村立馬路診療所	4							17	17	72		5	5	1
	馬路村立魚梁瀬診療所	2													
高知市土佐山へき地診療所	5				12	10	11					1	1	●協議会におけるへき地の医療従事者確保の検討回数 (R1年度)	
香美市立大槌診療所	6													回数	
本山町立汗見川へき地診療所	0.5								12	12	93	205	148	1	
大川村国民健康保険小松診療所	3											175	175	2	
いの町立国民健康保険長沢診療所	4													2	
いの町立国民健康保険大橋出張診療所	1				12	12	12							○	
いの町立国民健康保険越前門出張診療所	1													○	
仁淀川町国民健康保険大崎診療所	5				47	47	127					16	24	○	
浦ノ内診療所	2													○	
梶原町立松原診療所	3													○	
梶原町立四万川診療所	2													○	
津野町国民健康保険杉ノ川診療所	5							200	200	200				○	
津野町国民健康保険姫野々診療所	5							400	400	400				○	
四万十町興津診療所	0													○	
四万十町国民健康保険大正診療所	5				161	55	148	59	59	59				○	
四万十町国民健康保険十和診療所	5				178	67	178							○	
四万十町大道へき地診療所	0.25				31	12	31							○	
宿毛市立沖の島へき地診療所	3													○	
宿毛市立沖の島へき地診療所弘瀬出張所	2													○	
四万十市国民健康保険西土佐診療所	5													○	
四万十市国民健康保険大宮出張診療所	1													○	
四万十市国民健康保険口屋内出張診療所	0.5													○	
四万十市奥屋内へき地出張診療所	0.5													○	
三原村国民健康保険診療所	5													○	
黒潮町国民健康保険幸ノ川診療所	4				63	63	63							○	
黒潮町国民健康保険鈴出出張診療所	0.25				4	4	4							○	
黒潮町国民健康保険伊与喜出張診療所	0.25				10	10	10							○	

在宅医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標 ■県独自で追加した指標

	●訪問リハビリテーション事業者数	H22							50	介護給付費実態調査報告
		H23							50	
		H24							53	
		H25							49	
		H26							62	
		H27							47	
		H28							43	
		H29							50	
		H24.8							29	
		H24.8							29	
	●管理栄養士による訪問栄養指導を提供している事業者数	H23	0		21		0	1	22	国民健康保険団体連合会 (H24.8)
		H26	0		25		0	4	29	
		H29	0		24		1	3	28	
		H29	0		24		1	3	28	
	●歯科衛生士による居宅管理指導を提供している事業者数	H24.11	3	5	29	7	3	4	51	医療施設（静態・動態）調査
		H26.7	2	5	28	6	3	4	48	
		H27.8	2	4	30	6	2	4	48	
		H28.9	3	4	31	6	3	4	51	
		H29.9	3	5	31	6	3	3	51	
		H30.12	3	5	34	7	2	7	58	
		R1.6	3	5	34	7	1	7	57	
		R2.10	3	6	34	7	1	6	57	
		H24.11	3	5	29	7	3	4	51	
		H26.7	2	5	28	6	3	4	48	
	●遠院支援担当者を配置している病院・診療所数	H24.11	3	5	29	7	3	4	51	診療報酬施設基準（入退院支援加算）
		H26.7	2	5	28	6	3	4	48	
		H27.8	2	4	30	6	2	4	48	
		H28.9	3	4	31	6	3	4	51	
		H29.9	3	5	31	6	3	3	51	
		H30.12	3	5	34	7	2	7	58	
		R1.6	3	5	34	7	1	7	57	
		R2.10	3	6	34	7	1	6	57	
		H24.11	3	5	29	7	3	4	51	
		H26.7	2	5	28	6	3	4	48	
プロセス指標	●遠院患者平均在院日数	H20	56.0		56.4		53.3	50.1	55.4	患者調査
		H23	87.9		52.1		54.9	62.9	54.7	
		H26	31.9		51.7		57.7	57.2	51.8	
		H29							52.8	
アウトカム指標	●在宅死亡者数 <自宅及び老人ホームでの死亡数。()内は自宅での死亡数。>	H22	101	214	495	100	125	178	1,213 (1,052)	人口動態調査
		H23	84	230	464	104	118	176	1,176 (997)	
		H24	81	230	519	112	153	172	1,267 (1,073)	
		H25	104	259	515	133	175	187	1,373 (1,113)	
		H26	95	247	513	157	149	176	1,337 (1,058)	
		H27	129	185	578	175	184	184	1,435 (1,111)	
		H28	97	229	599	140	155	202	1,422 (1,053)	
		H29	103	229	651	146	156	197	1,482 (1,133)	
		H30	135	248	645	157	152	193	1,530 (1,138)	
		R1	139	290	580	176	157	173	1,506 (1,122)	
		H22	101	214	495	100	125	178	1,213 (1,052)	
		H23	84	230	464	104	118	176	1,176 (997)	
		H24	81	230	519	112	153	172	1,267 (1,073)	

在宅医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標 ■県独自で追加した指標

	●訪問リハビリテーション事業者数	H22							50	介護給付費実態調査報告
		H23							50	
		H24							53	
		H25							49	
		H26							62	
		H27							47	
		H28							43	
		H29							50	
		H24.8							29	
		H24.8							29	
	●管理栄養士による訪問栄養指導を提供している事業者数	H23	0		21		0	1	22	国民健康保険団体連合会 (H24.8)
		H26	0		25		0	4	29	
		H29	0		24		1	3	28	
		H29	0		24		1	3	28	
	●歯科衛生士による居宅管理指導を提供している事業者数	H24.11	3	5	29	7	3	4	51	医療施設（静態・動態）調査
		H26.7	2	5	28	6	3	4	48	
		H27.8	2	4	30	6	2	4	48	
		H28.9	3	4	31	6	3	4	51	
		H29.9	3	5	31	6	3	3	51	
		H30.12	3	5	34	7	2	7	58	
		R1.6	3	5	34	7	1	7	57	
		R2.10	3	6	34	7	1	6	57	
		H24.11	3	5	29	7	3	4	51	
		H26.7	2	5	28	6	3	4	48	
	●遠院支援担当者を配置している病院・診療所数	H24.11	3	5	29	7	3	4	51	診療報酬施設基準（入退院支援加算）
		H26.7	2	5	28	6	3	4	48	
		H27.8	2	4	30	6	2	4	48	
		H28.9	3	4	31	6	3	4	51	
		H29.9	3	5	31	6	3	3	51	
		H30.12	3	5	34	7	2	7	58	
		R1.6	3	5	34	7	1	7	57	
		R2.10	3	6	34	7	1	6	57	
		H24.11	3	5	29	7	3	4	51	
		H26.7	2	5	28	6	3	4	48	
プロセス指標	●遠院患者平均在院日数	H20	56.0		56.4		53.3	50.1	55.4	患者調査
		H23	87.9		52.1		54.9	62.9	54.7	
		H26	31.9		51.7		57.7	57.2	51.8	
		H29							52.8	
アウトカム指標	●在宅死亡者数 <自宅及び老人ホームでの死亡数。()内は自宅での死亡数。>	H22	101	214	495	100	125	178	1,213 (1,052)	人口動態調査
		H23	84	230	464	104	118	176	1,176 (997)	
		H24	81	230	519	112	153	172	1,267 (1,073)	
		H25	104	259	515	133	175	187	1,373 (1,113)	
		H26	95	247	513	157	149	176	1,337 (1,058)	
		H27	129	185	578	175	184	184	1,435 (1,111)	
		H28	97	229	599	140	155	202	1,422 (1,053)	
		H29	103	229	651	146	156	197	1,482 (1,133)	
		H30	135	248	645	157	152	193	1,530 (1,138)	
		R1	139	290	580	176	157	173	1,506 (1,122)	
		H22	101	214	495	100	125	178	1,213 (1,052)	
		H23	84	230	464	104	118	176	1,176 (997)	
		H24	81	230	519	112	153	172	1,267 (1,073)	

日常の療養支援			安芸医療圏		中央医療圏		高幡医療圏		樟多医療圏		計等	出典等
			安芸	中央東	高知市	中央西	須崎	樟多				
ストラクチャー指標	●短期入所サービス事業者数	H21	8	26	37	16	16	23	126	介護サービス施設・事業所調査		
		H25							125			
		H26							127			
		H27							133			
		H28							127			
		H29							137			
	H30							140				
	●機能強化型の訪問看護ステーション数	H24.8	0	0	4	1	0	0	5	診療報酬施設基準		
	●訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	H30	0	7	37	3	0	3	50	厚生労働省提供データ		
	プロセス指標	●訪問診療を受けた患者数	H22.10～H23.3	1,926		12,117		1,815	2,926	18,784	厚生労働省提供資料 (H22.10～H23.3)	
H30			297	613	1,480	403	297	405	3,495	国保データベース (月平均)		
●訪問リハビリテーション利用者数		H22								7,000	介護給付費実態調査報告	
		H23								8,000		
		H24								8,000		
		H25								8,000		
		H26								8,000		
		H27								7,600		
		H28								8,000		
		H29								8,000		
		H30								8,000		
●介護予防訪問リハビリテーション利用者数		H22								1,000	介護給付費実態調査報告	
		H23								1,000		
		H24								1,000		
		H25								1,000		
		H26								1,000		
		H27								1,200		
		H28								1,000		
		H29								2,000		
		H30								1,000		
●短期入所サービス利用者数		H21	142	284	641	216	242	209	1,734	介護サービス施設・事業所調査		
		H25							1,973			
		H26							2,095			
		H27							2,014			
		H28							1,988			
		H29							2,058			
		H30							2,289			
●資料衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数	H30	541	1,824	11,078	769	150	2,209	16,571	厚生労働省提供データ			
●訪問口腔衛生指導を受けた患者数	H30	88	691	5,232	507	0	1,131	7,649	厚生労働省提供データ			
●訪問看護利用者数(医療保険)	H23								942	訪問看護療養費調査(H23特別集計)		
	H30	62	175	562	123	84	130	1,136	国保データベース			
●訪問看護件数(介護保険)	H22								12,000	介護給付費実態調査報告		
	H23								13,000			
	H24								14,000			
	H25								15,000			
	H26								16,000			
	H27								16,300			
	H28								17,000			
	H29								19,000			
H30								22,000				

在宅医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標 ■県独自で追加した指標

	●小児(乳幼児、乳児)の訪問看護利用者数	H23							14	訪問看護療養費調査(H23特別集計)
	■小規模多機能型居宅介護事業所数(市町村別)	H25.1	2	2	14	3	0	5	26	高知県介護保険サービス提供事業者一覧
		H26.6	3	2	16	3	1	6	31	
		H27.8	3	2	16	4	1	6	32	
		H28.10	3	3	16	5	1	6	34	
		H29.9	3	5	16	4	1	5	34	
		R1.8	3	4	18	4	2	5	36	
アウトカム指標	●在宅死亡者数(再掲)	R2.9	3	4	18	6	2	5	38	
		退院支援に同じ								

急変時の対応			安芸医療圏		中央医療圏		高幡医療圏		幡多医療圏		計等	出典等
			安芸	中央東	高知市	中央西	須崎	幡多				
ストラクチャー指標	●在宅療養支援診療所数(再掲)	退院支援に同じ										
	●在宅療養支援診療所(病床数)(再掲)											
	●在宅療養支援病院数(再掲)											
	●在宅療養支援病院(病床数)(再掲)											
	●機能強化型の訪問看護ステーション数		R2.8	0	0	4	1	0	0	5	診療報酬施設基準	
プロセス指標	●往診を受けた患者数	H22.10～ H23.3	301	2554			382	391	3,628	厚生労働省提供資料(H22.10～H23.3)		
		H30	55	103	197	59	73	42	529	国保データベース(月平均)		
アウトカム指標	●在宅死亡者数(再掲)	退院支援に同じ										

看取り			安芸医療圏	中央医療圏		高幡医療圏	幡多医療圏	計等	出典等	
ストラクチャー指標	●在宅看取りを実施している診療所	H20	1	2	0	1	2	2	8	医療施設調査(3年ごと)
		H23	1				0	0	9	
		H28	2		11		2	3	18	
		H20	0	0	3	0	0	2	5	
		H23	0		1		0	1	2	
		H28	0		1		0	1	2	
	●在宅看取りを実施している病院数	H21	2	4	12	4	2	7	31	介護サービス施設・事業所調査(H21特別調査)
		H29	4	6	24	5	1	7	47	
	●機能強化型の訪問看護ステーション数	R2.8	0	0	4	1	0	0	5	診療報酬施設基準
	●看取りに対応する介護施設(介護老人福祉施設)	H22	0	2	4	0	4	7	17	
		H25	1	3	5	0	6	5	20	
		H27	0	4	7	0	7	6	24	
		H28	1	4	6	0	7	9	27	
		H29	2	5	7	0	6	9	29	
		H30	0	3	6	3	6	4	22	
		R1	0	5	8	2	4	6	25	
	●看取りに対応する介護施設(介護老人保健施設)	H22	0	1	1	2	2	3	9	高知県介護サービス情報システム
		H25	0	2	1	1	1	3	8	
		H27	0	2	1	1	1	3	8	
		H28	1	4	2	1	1	2	11	
		H29	1	4	3	1	1	3	13	
		H30	1	2	5	1	1	1	11	
		R1	1	5	5	2	1	2	16	
	●看取りに対応する介護施設(認知症対応型共同生活介護事業所)	H22	4	13	13	7	6	7	50	
		H25	3	11	15	5	5	13	52	
		H28	3	9	16	8	7	12	55	
		H29	7	10	16	7	7	12	54	
		H30	1	9	22	5	7	10	54	
		R1	1	9	23	7	5	10	55	
プロセス指標										
アウトカム指標	●在宅死亡者数(再掲)	退院支援に同じ								

在宅医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標 ■県独自で追加した指標

		R2.9	3	4	18	6	2	5	38	
アウトカム指標	●在宅死亡者数(再掲)	退院支援に同じ								

急変時の対応			安芸医療圏		中央医療圏			高幡医療圏		幡多医療圏		計等	出典等
			安芸	中央東	高知市	中央西	須崎	幡多					
ストラクチャー指標	●在宅療養支援診療所数(再掲)		退院支援に同じ										
	●在宅療養支援診療所(病床数)(再掲)												
	●在宅療養支援病院数(再掲)												
	●在宅療養支援病院(病床数)(再掲)												
プロセス指標	●往診を受けた患者数		H22.10～ H23.3	301	2554			382		391	3,628	厚生労働省提供資料(H22.10～ H23.3)	
			H30	55	103	197	59	73	42	529	国保データベース(月平均)		
アウトカム指標	●在宅死亡者数(再掲)		退院支援に同じ										

看取り			安芸医療圏		中央医療圏		高幡医療圏	幡多医療圏	計等	出典等
			安芸	中央東	高知市	中央西	須崎	幡多		
ストラクチャー指標	●在宅看取りを実施している診療所	H20	1	2	0	1	2	2	8	医療施設調査(3年ごと)
		H23	1		8		0	0	9	
		H28	2		11		2	3	18	
	●在宅看取りを実施している病院数	H20	0	0	3	0	0	2	5	
		H23	0		1		0	1	2	
		H28	0		1		0	1	2	
	●ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数	H21	2	4	12	4	2	7	31	介護サービス施設・事業所調査(H21特別調査)
		H29	4	6	24	5	1	7	47	高知県訪問看護ステーション連絡協議会調べ
	●看取りに対応する介護施設(介護老人福祉施設)	H22	0	2	4	0	4	7	17	
		H25	1	3	5	0	6	5	20	
		H27	0	4	7	0	7	6	24	
		H28	1	4	6	0	7	9	27	
		H29	2	5	7	0	6	9	29	
		H30	0	3	6	3	6	4	22	
		R1	0	5	8	2	4	6	25	
	●看取りに対応する介護施設(介護老人保健施設)	H22	0	1	1	2	2	3	9	高知県介護サービス情報システム
		H25	0	2	1	1	1	3	8	
		H27	0	2	1	1	1	3	8	
		H28	1	4	2	1	1	2	11	
		H29	1	4	3	1	1	3	13	
		H30	1	2	5	1	1	1	11	
		R1	1	5	5	2	1	2	16	
	●看取りに対応する介護施設(認知症対応型共同生活介護事業所)	H22	4	13	13	7	6	7	50	
		H25	3	11	15	5	5	13	52	
		H28	3	9	16	8	7	12	55	
		H29	7	10	16	7	7	12	54	
		H30	1	9	22	5	7	10	54	
		R1	1	9	23	7	5	10	55	
プロセス指標										
アウトカム指標	●在宅死亡者数(再掲)	退院支援に同じ								

災害時の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標 ■県独自で追加した指標

	災害時に拠点となる病院	災害時に拠点となる病院以外の病院	都道府県
ストラクチャー （病院や医療従事者の充実度）	●病院の耐震化率 H29:68%(89/130)→H30:72%(91/126)→R元:73%(89/122) (※R2.3時点)		●医療活動相互応援態勢に関わる応援協定等を締結している都道府県数 8県（中国・四国地方の災害等発生時の広域支援に関する協定）
	●複数の災害時の通信手段の確保 H29:100%（12/12）→H30:100%（12/12）→R元:100%（12/12）（※H31.4時点） ●多数傷病者に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合 H29:75%(9/12)→H30:75%(9/12)→H31:75%(9/12)（※H31.4時点）	●災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率 H29:33%(39/118)→H30:39%(44/114)→R元:44%(50/113)（※R元.6時点） ●広域災害・救急医療情報システム（E M I S）への登録率 H29:100%(118/118)→H30:100%(114/114)→R元:100%(112/112)（※R2.3時点）	●DMAT、D P A T等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数 DMAT H29:41チーム（218名）→H30:45チーム（245名） →R元:46チーム（274名）（※R2.3時点） ※D P A Tは災害時に必要に応じて編成するためチーム数の記載はできない。 ■高知DMAT研修（ローカルDMAT養成研修）の受講者数 H29:56名→H30:29名→R元:56名 ●災害医療コーディネーター任命者数 23名（本部：4名 支部：6支部19名）（R2.9現在） ●災害時周産期リエゾン任命者数 R元:9名（※R2.3時点）
プロセス （医療や看護の内容）	●E M I Sの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合 H29:97%(126/130)→H30:100%(126/126)→R元:95%(119/125) ※R元年度に実施したEMIS入力訓練（3回）に1回以上参加した医療機関の数		
	●災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等、 <u>保健所、市町村等</u> ）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数 H29: 1回→H30: 2回→R元: 1回 ※災害対策本部事務局等震災対策訓練 ●災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、保健所管轄区や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数 H29: 1回→H30: 2回→R元: 2回 ※災害薬事コーディネーター研修（2回） ●広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数 H29: 1回→H30: 2回→R元: 1回 ※災害対策本部事務局等震災対策訓練		●都道府県による災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数 R元: 6回 ※ 高知DMAT研修、MCLS研修（2回） 高知DMATロジスティック研修（2回） エマルゴ研修 ●都道府県による地域住民に対する災害医療教育の実施回数 （県の大学・医学部支援プロジェクトで実施） R元: 3回（自治会2、小学校養護教諭）
	●被災した状況を想定した災害実動訓練を実施した病院の割合 H29: 92%(11/12)→H30:100%(12/12)→R元:100%(12/12) (※H31.4時点(R元.11調査)) ●基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数 H29: 5回→H30: 5回→R元: 6回 ※高知DMAT研修、MCLS研修(2回) 高知DMATロジスティック研修(2回) エマルゴ研修		

災害時の医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標 ■県独自で追加した指標

	災害時に拠点となる病院	災害時に拠点となる病院以外の病院	都道府県
ストラクチャー （病院や医療従事者の充実度）	●病院の耐震化率 H29:68%(89/130)→H30:72%(91/126)→R元:73%(89/122) (※R2.3時点)		●医療活動相互応援態勢に関わる応援協定等を締結している都道府県数 8県（中国・四国地方の災害等発生時の広域支援に関する協定）
	●複数の災害時の通信手段の確保 H29:100%（12/12）→H30:100%（12/12）→R元:100%（12/12）（※H31.4時点） ●多数傷病者に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合 H29:75%(9/12)→H30:75%(9/12)→H31:75%(9/12)（※H31.4時点）	●災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率 H29:33%(39/118)→H30:39%(44/114)→R元:44%(50/113)（※R元.6時点） ●広域災害・救急医療情報システム（E M I S）への登録率 H29:100%(118/118)→H30:100%(114/114)→R元:100%(112/112)（※R2.3時点）	●DMAT、D P A T等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数 DMAT H29:41チーム（218名）→H30:45チーム（245名） →R元:46チーム（274名）（※R2.3時点） ※D P A Tは災害時に必要に応じて編成するためチーム数の記載はできない。 ■高知DMAT研修（ローカルDMAT養成研修）の受講者数 H29:56名→H30:29名→R元:56名
プロセス （医療や看護の内容）	●E M I Sの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合 H29:97%(126/130)→H30:100%(126/126)→R元:95%(119/125) ※R元年度に実施したEMIS入力訓練（3回）に1回以上参加した医療機関の数		
	●災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数 H29: 1回→H30: 2回→R元: 1回 ※災害対策本部事務局等震災対策訓練 ●災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、保健所管轄区や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数 H29: 1回→H30: 2回→R元: 2回 ※災害薬事コーディネーター研修（2回） ●広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数 H29: 1回→H30: 2回→R元: 1回 ※災害対策本部事務局等震災対策訓練		
	●被災した状況を想定した災害実動訓練を実施した病院の割合 H29: 92%(11/12)→H30:100%(12/12)→R元:100%(12/12) (※H31.4時点(R元.11調査)) ●基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数 H29: 5回→H30: 5回→R元: 6回 ※高知DMAT研修、MCLS研修(2回) 高知DMATロジスティック研修(2回) エマルゴ研修		