

第 8 期高知県保健医療計画（案）

◎基準病床（精神病床）	．．．．．	P 1
◎医師（医師確保計画）	．．．．．	P 5
◎歯科医師	．．．．．	P 39
◎薬剤師	．．．．．	P 41
◎薬局の役割	．．．．．	P 46
◎がん ^{※1}	．．．．．	P 51
◎精神疾患 ^{※2}	．．．．．	P 64
◎へき地医療	．．．．．	P 81
◎在宅医療 ^{※2}	．．．．．	P 95
○移植医療等（第 3：血液確保）	．．．．．	P 118
◎高齢化に伴い増加する疾患対策	．．．．．	P 121
◎災害時における医療	．．．．．	P 128
○医薬品等の適正使用	．．．．．	P 141

◎会議で説明あり ○会議で説明なし	}	質疑にて協議を実施
----------------------	---	-----------

※¹ 第 4 期高知県がん対策推進計画（案）からの抜粋で再構成しており、第 7 期保健医療計画との比較ができないため、変更箇所は赤字表示としておりません。

※² 第 8 期保健医療計画作成にあたり、文章やレイアウトを再構成しており、第 7 期保健医療計画との単純な比較ができないため、変更箇所は赤字表示としておりません。

第3章 保健医療圏と基準病床

第1節 保健医療圏

第1回会議（10/11）にて協議済

第2節 基準病床

基準病床制度は、地域ごとにバランスの取れた医療提供体制の整備を行い、限りある医療資源の効率的な配置を図るために設定するもので、一般病床及び療養病床、精神病床、結核病床及び感染症病床のそれぞれについて定めます。

1 基準病床数

(1) 一般病床及び療養病床

二次保健医療圏ごとの一般病床及び療養病床の基準病床数は、次のとおりです。

なお、既存病床数が基準病床数を超過している地域（病床過剰地域）では、原則、病院の開設や増床、病床の種別の変更などが制限されますが、病床過剰地域であることを理由に、当該地域にある医療機関に病床削減の義務が課されるものではありません。

(図表 3-1-4) 各保健医療圏の基準病床数及び既存病床数（一般病床及び療養病床）

二次保健医療圏	基準病床数(A)	既存病床数(B) (令和5年7月31日現在)	(B) - (A)
安芸	528	519	▲9
中央	4,743	9,613	4,870
高幡	550	625	75
幡多	901	1,135	234
県計	6,722	11,892	5,170

※下記のいずれかに該当する診療所については、医療審議会（部会）の審議を経たうえで高知県知事が認めた場合、届出により、療養病床及び一般病床を設置することができます（事前協議必要）。

- ・医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所、その他の地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所
- ・へき地に設置される診療所として、厚生労働省の「無医地区等調査」において、「無医地区」又は「無医地区に準ずる地区」とされた地区に設置する診療所
- ・小児医療の推進に必要な診療所として、小児科専門医又は小児外科専門医を置き、小児科又は小児外科を標榜する診療所
- ・周産期医療の推進に必要な診療所として、産婦人科専門医を置き、産科又は産婦人科を標榜するとともに、産科医療を提供する診療所
- ・救急医療の推進に必要な診療所として、救急病院等を定める省令に基づく救急告示診療所
- ・上記に定めるもののほか、地域において良質かつ適切な医療を提供するために特に必要な診療所

**(2) 精神病床**

県全域を単位とする精神病床の基準病床数は、次のとおりです。

(図表 3-1-5) 基準病床数及び既存病床数 (精神病床)

病床種別	基準病床数 (A)	既存病床数 (B) (令和 5 年 4 月 30 日現在)	(B) - (A)
精神病床	2, 7 4 7	3, 5 3 4	7 8 7

(3) 結核病床

県全域を単位とする結核病床の基準病床数は、次のとおりです。

(図表 3-1-6) 基準病床数及び既存病床数 (結核病床)

病床種別	基準病床数 (A)	既存病床数 (B) (平成 31 年 12 月 31 日現在)	(B) - (A)
結核病床	2 6	8 7	6 1

(4) 感染症病床

県全域を単位とする感染症病床の基準病床数は、次のとおりです。

(図表 3-1-7) 基準病床数及び既存病床数 (感染症病床)

病床種別	基準病床数 (A)	既存病床数 (B) (平成 31 年 12 月 31 日現在)	(B) - (A)
感染症病床 (第 1 種)	1 1 (2)	1 (2)	0 (0)
(第 2 種)	(9)	(9)	(0)

2 病床の算定方法**(1) 一般病床・療養病床**

二次保健医療圏ごとに、次の算定式に基づき設定しています。

ア 「一般病床の基準病床数」 = 【(性別・年齢階級別人口) × {性別・年齢階級別一般病床退院率 (国の告示)} × {平均在院日数 (国の告示 17.1)} + {(流入入院患者数) - (流出入院患者数)}】 ÷ 病床利用率 (国の告示 0.76)

イ 「療養病床の基準病床数」 = 【(性別・年齢階級別人口) × {性別・年齢階級別療養病床入院受療率 (国の告示)} - {在宅医療等対応可能数} + {(流入入院患者数) - (流出入院患者数)}】 ÷ 病床利用率 (国の告示 0.88)

* 二次保健医療圏ごとの流入入院患者数、流出入院患者数については、高知県患者動態調査により把握した患者の受療動向などを勘案し知事が定めます。

* ただし、県外への流出入院患者数が県内への流入入院患者数を上回る場合、流出先都道府県との調整協議を行った上で、都道府県間を越える患者の流出入数について合意を得た上で、加減することができます。

* さらに、急激な人口の増加が見込まれる場合や特定の疾患に罹患する者が異常に多くなる場合は、厚生労働大臣に協議の上、その同意を得た病床数を基準病床数に加算できます。

* 「在宅医療等対応可能数」については、「**第9章 第3節 5** 保健医療計画及び介護保険事業（支援）計画で考慮が必要な追加的需要の推計について」の項目において算出方法等を記載

< 既存病床数の算定方法 >

- 病院の一般病床及び療養病床を算定
- 有床診療所の一般病床（平成19年1月1日以後に使用許可を受けたものに限る）及び療養病床
- 職域病院などの病床数を補正
職域病院などの病床は、部外者が利用している部分を除き、特定の患者のみが利用しているため、既存病床数には算定しません。
（職域病院など：重症心身障害児施設の病床、国立ハンセン病療養所の病床など）

(2) 精神病床

次の算定式に基づき、設定しています。

「精神病床の基準病床数」 = $\left[\left(\text{令和8年における入院患者数推計値} \right) + \left(\text{令和8年における回復期入院患者数推計値} \right) + \left\{ \text{令和8年における慢性期入院患者数推計値（認知症を除く）} \right\} \times \left(\text{地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等に関する政策効果} \right) + \left\{ \text{令和8年における慢性期入院患者数推計値（認知症）} \right\} \times \left(\text{認知症施策の推進等に関する政策効果} \right) + \left(\text{流入入院患者} \right) - \left(\text{流出入院患者} \right) \right] \div \left(\text{病床利用率（国の告示0.95）} \right)$

(3) 結核病床

都道府県において結核の予防などを図るため必要な数を、次の算定式を参考に知事が定めています。

$\left\{ \left(\text{1日当たりの塗抹陽性結核患者数} \right) \times \left(\text{塗抹陽性結核患者の感染性消失までに要する平均日数} \right) \times \left(\text{年間患者数に応じた係数1.5} \right) \times \left(\text{知事の定めた係数1.5} \right) \right\} + \left(\text{慢性排菌患者の入院数} \right)$

(4) 感染症病床

都道府県が次の配置基準により整備している特定感染症指定医療機関などの感染症病床の合計数を基準に知事が定めています。

- 【第1種感染症指定医療機関】 都道府県の区域ごとに1か所 2床
- 【第2種感染症指定医療機関】 二次医療圏ごとに1か所
その人口に応じ次の病床数
(30万人未満) 4床
(30万人以上100万人未満) 6床

第4章 医療従事者の確保と資質の向上

第1節 医師 (医師確保計画)

第1 基本的事項

1 計画策定の趣旨

医師の偏在は、地域間、診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていません。

平成20年度以降、地域枠を中心とした全国的な医師数の増加等が行われてきましたが、医師偏在対策が十分図られなければ、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながりません。

このため、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」において、早急に対応する必要のある実効的な医師偏在対策について検討が行われ、平成29年12月に第2次中間取りまとめがなされました。平成30年3月には、この取りまとめで示された具体的な医師偏在対策について、「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」（以下「改正法」という。）が第196回通常国会に提出され、同年7月に成立しました。

改正法に基づき、国において全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的、これまでより客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、都道府県においては、三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正に資する医師確保対策等を、医療計画の中に新たに「医師確保計画」として平成31年度中に策定することとなりました。

2 計画の位置づけ

医療法第30条の4の医療計画に定める事項の規定に基づき「第8期高知県保健医療計画」の一部として位置づけます。

また、「日本一の健康長寿県構想」等の県が策定する各種構想や計画との整合性の確保を図ります。

3 計画の期間

高知県保健医療計画（第8期）に合わせ、令和6年度から令和11年度までの6年間とし、3年ごとに見直しを行い、本県における医師の偏在の解消をめざします。

(図表 4-1-1) 計画の期間

	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18
保健医療計画	第7期						第8期						第9期						医師偏在解消目標年
医師確保計画			第7期			第8期(前期)			第8期(後期)			第9期(前期)			第9期(後期)				

4 計画の全体像

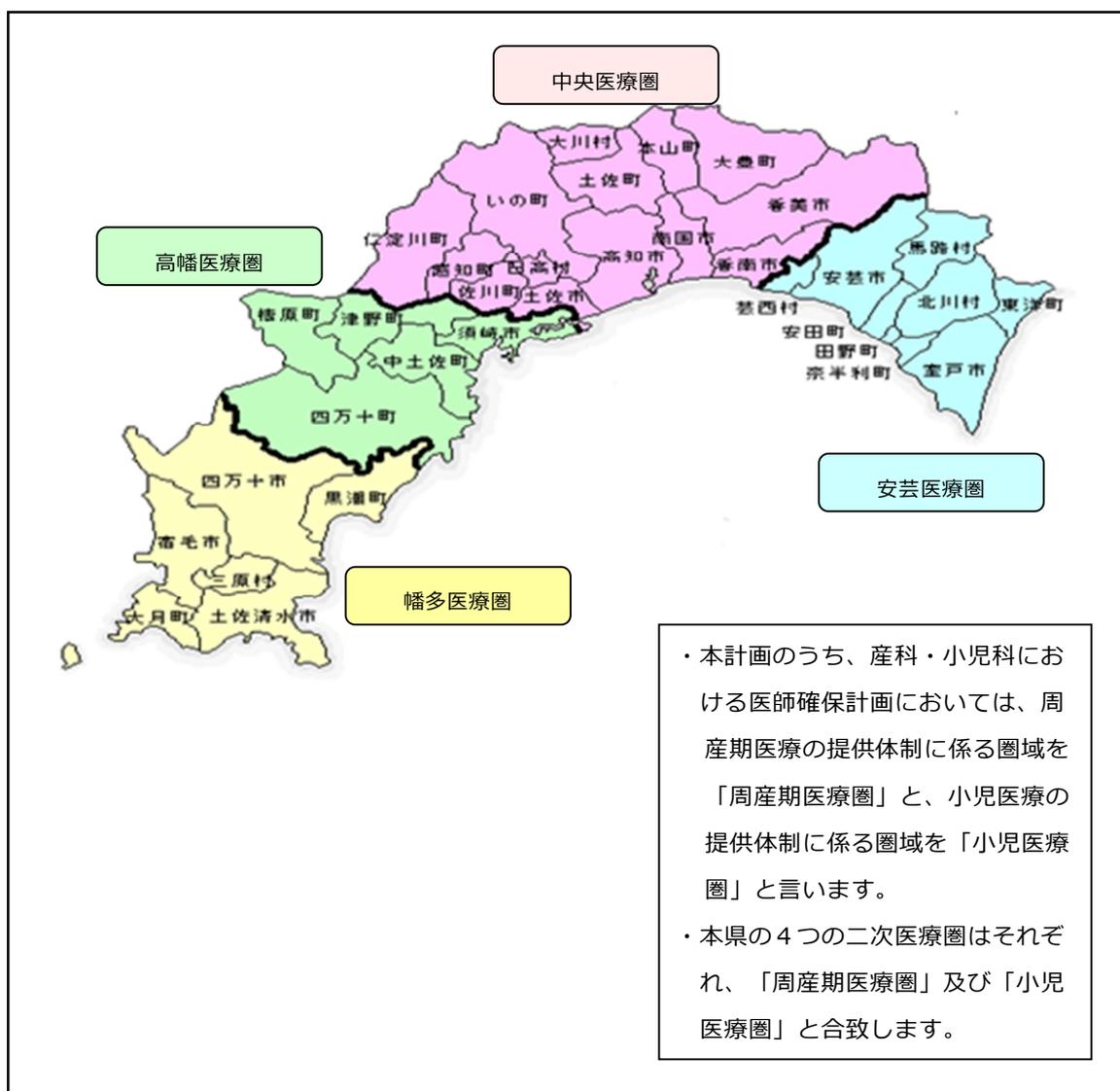
本計画では、厚生労働省令に基づき算出した「医師偏在指標」に基づき、県内の二次医療圏を「医師少数区域」、「医師多数区域」として設定し、それぞれの「医師確保の方針」と「目標医師数」を定めたうえで、「医師確保に向けた取組」を記載します。

あわせて、産科及び小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、全診療科を対象とした「医師確保計画」に加え、個別計画として策定します。

5 計画の対象区域

計画の対象となる区域は、県全体及び県内の二次医療圏・周産期医療圏・小児医療圏を計画の区域とします。

(図表 4-1-2) 本計画における対象区域



6 計画の策定

本計画の策定にあたっては、医師会、高知大学、高知医療再生機構、医療機関、病院団体、市町村等の代表者で構成する地域医療対策協議会（高知県医療審議会医療従事者確保推進部会）のほか、周産期医療協議会、小児医療体制検討会議において必要な協議を行うとともに、パブリックコメントを実施して広く県民からも意見を伺いながら計画案をとりまとめました。

また、本計画は、高知県保健医療計画の一部として位置づけられることから、高知県医療審議会に計画の策定について諮問し、その答申を踏まえて策定しました。

第2 本県の医師数等の状況

1 医療施設従事医師数の推移

本県の医療機関に従事する医師の数は、令和2年末で 2,227 人となり平成14年から 133 人増加しています。人口10万人当たりの医師数でも年々増加しており、令和2 年末では 322.0 人で全国第3位となっています。

しかしながら、年齢、地域及び診療科目ごとの医師数に着目すると、それぞれ大きな偏在があり、あわせて、人口10万人あたり病床数が全国で最も多いことを背景に、病院病床あたり医師数は少ない状況にあり結果として地域の中核的な病院において医師不足の声が生じています。

一方、女性医師も増加しており、出産や育児等のライフステージに応じた多様な働き方への支援が必要となります。

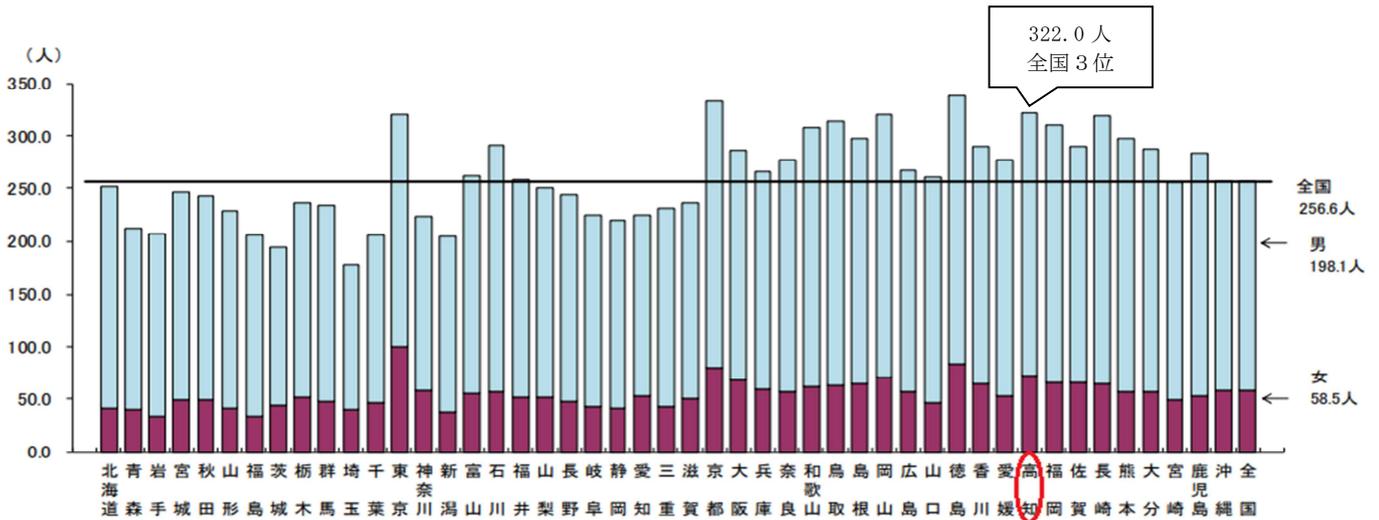
(図表 4-1-3) 高知県の医療機関に従事する医師数

単位：人

年	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
医師総数	2,094	2,099	2,077	2,100	2,095	2,136	2,162	2,206	2,237	2,227
うち男性	1,771	1,770	1,728	1,719	1,692	1,730	1,734	1,742	1,759	1,731
うち女性	323	329	349	381	403	406	428	464	478	496
人口10万人 当たりの医師数	258.5	261.4	263.2	271.7	274.1	284.0	293.0	306.0	316.9	322.0

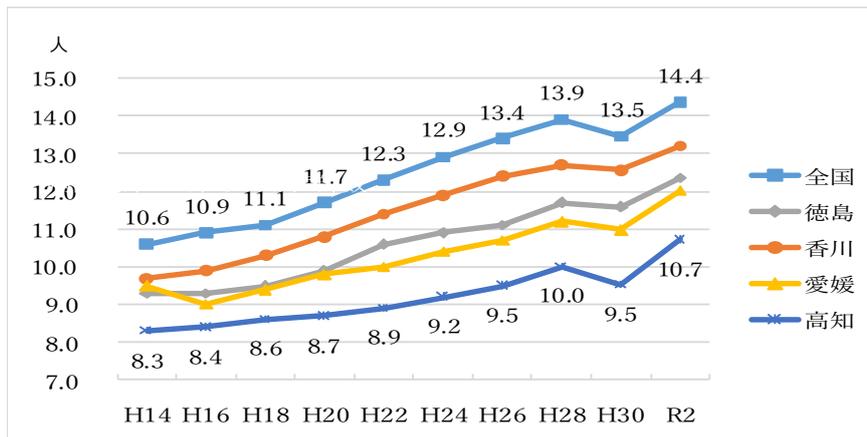
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査・統計（厚生労働省）

(図表 4-1-4) 人口 10 万人当たり医師数 (R2 年 12 月 31 日現在)



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

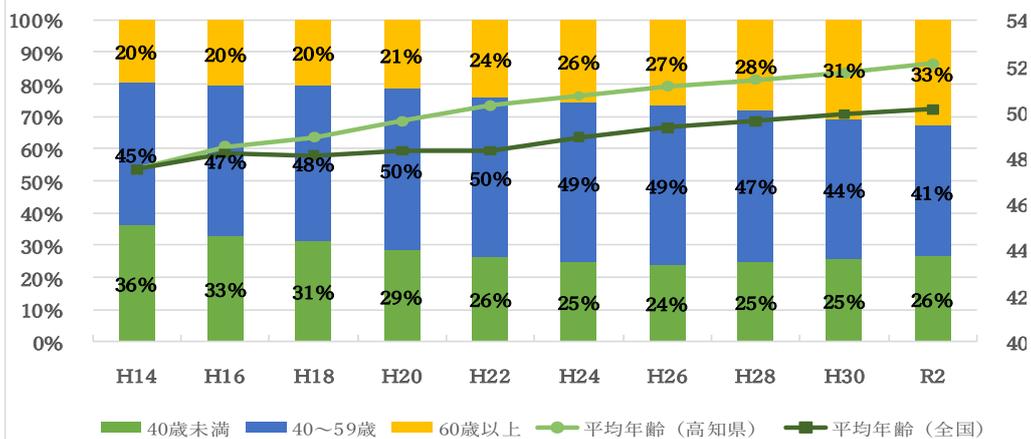
(図表 4-1-5) 病院病床 100 床あたり医師数



出典：医療施設（静態・動態）調査（厚生労働省）

医師の年齢構成をみると、平成 14 年には全体の 20% だった 60 歳以上の医師が平成 30 年には全体の 3 割超を占める一方、40 歳未満の医師は 36% から 25% に減少し、医師が高齢化している状況にあります。

(図表 4-1-6) 医師の年齢構成の推移 (高知県)



出典：医師・歯科医師・薬剤師調査・統計（厚生労働省）

平成14年から令和2年までの18年間における40歳未満の若手医師数は、平成20年度以降の医学部の臨時定員増などにより国全体では微増となっていますが、東京都は約33%も増加しています。

一方、本県においては、平成14年に750人いた若手医師が、平成26年には517人(31%減)と年々減少し、平成28年以降は増加に転じ令和2年には587人まで回復しているものの、平成14年と比較すると22%の減少となっています。

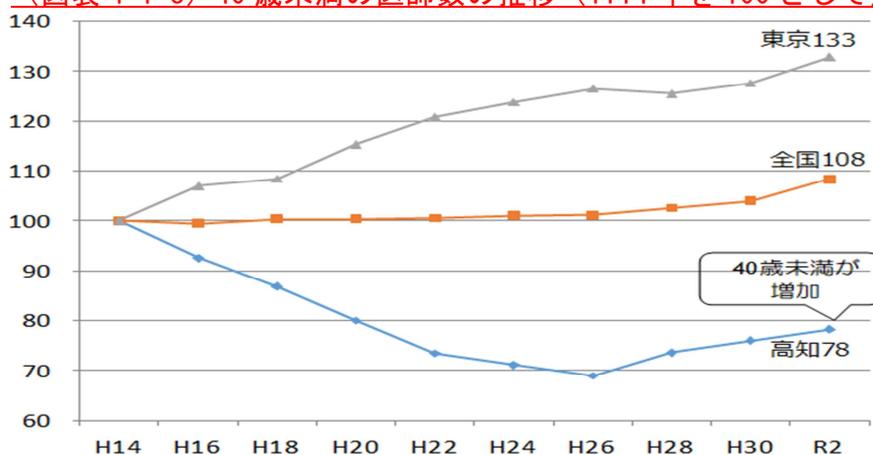
このことから、首都圏などの都市部に若手医師が集まる一方で、地方では若手医師が減少していることが分かります。

(図表4-1-7) 医療機関に従事する40歳未満の医師数

単位：人

年	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
高知県	750	694	651	600	551	533	517	552	570	587
全国	90,292	89,817	90,598	90,596	90,710	91,229	91,293	92,603	93,886	97,819
東京都	12,165	13,009	13,184	14,027	14,684	15,053	15,377	15,265	15,523	16,163

(図表4-1-8) 40歳未満の医師数の推移(H14年を100として)



出典：医師・歯科医師・薬剤師調査・統計（厚生労働省）

2 二次医療圏ごとの医師数の状況

二次医療圏ごとの推移(H14年～R2年)を見ると、中央医療圏が11.4%と大幅に増加する一方、安芸医療圏は微増、高幡医療圏、幡多医療圏ではそれぞれ減少し、県中央部への一極集中が加速しています。

また、中央医療圏の中でも、高知市及び南国市を除く地域では23%減となっており、医療圏内での偏在も顕著になっています。

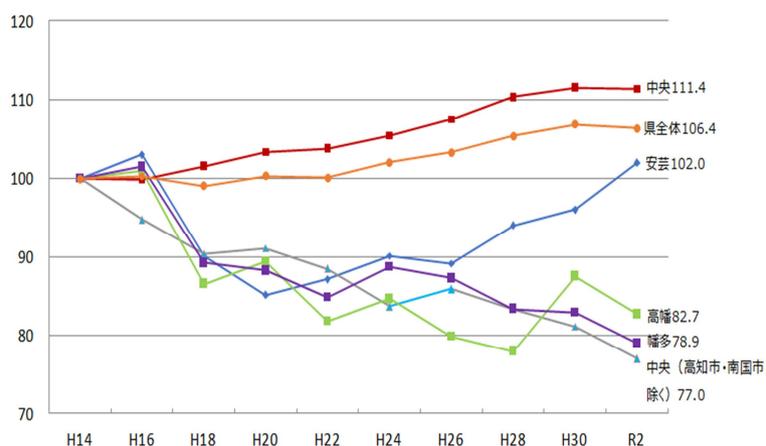
(図表4-1-9) 二次医療圏ごとの医師数

単位：人

年	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2		
										構成比	対H30増減	
県計	2,094	2,099	2,074	2,100	2,095	2,136	2,162	2,206	2,237	2,227	100.0%	-10
安芸	101	104	91	86	88	91	90	95	97	103	4.6%	6
中央	1,685	1,683	1,711	1,741	1,749	1,776	1,811	1,860	1,880	1,877	84.3%	-3
(高知市・南国市)	1,416	1,428	1,468	1,496	1,511	1,551	1,580	1,636	1,662	1,670	75.0%	8
高幡	104	105	90	93	85	88	83	81	91	86	3.9%	-5
幡多	204	207	182	180	173	181	178	170	169	161	7.2%	-8

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査・統計（厚生労働省）

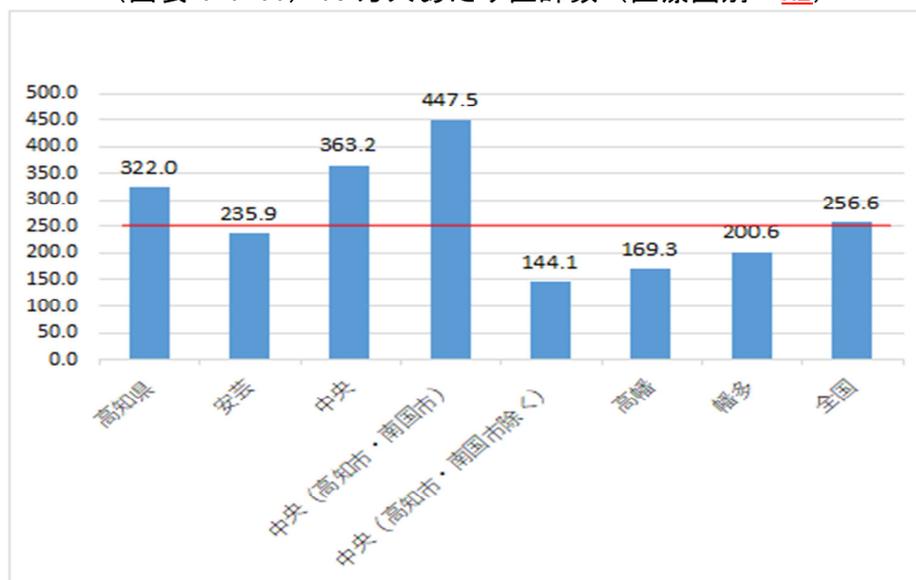
(図表 4-1-10) 二次医療圏別医師数の推移 (H14 年を 100 として)



出典：医師・歯科医師・薬剤師調査・統計（厚生労働省）

10万人あたり医師数で見ると、中央を除く3つの二次医療圏では全国値を下回る状況にあり、加えて、中央医療圏の中でも高知市・南国市を除く地域では全国値を大きく下回っています。

(図表 4-1-11) 10万人あたり医師数 (医療圏別・R2)

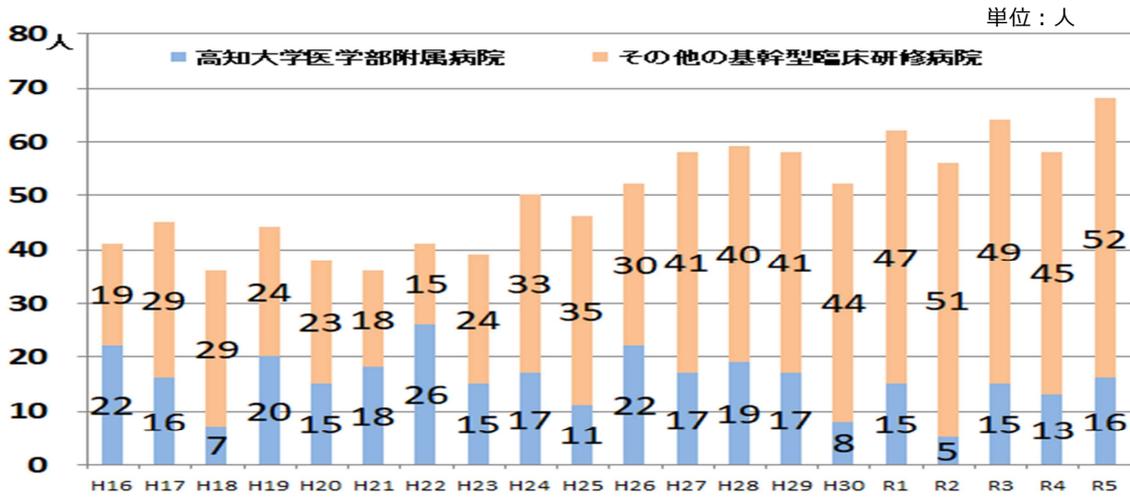


出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

3 臨床研修医の状況

これまで県と関係機関が進めてきた医師確保の取組などにより、近年の臨床研修医の採用数は増加傾向となり、令和5年度に県内で採用された1年目の臨床研修医は68名になりました。

(図表 4-1-12) 県内の臨床研修医採用者数の推移



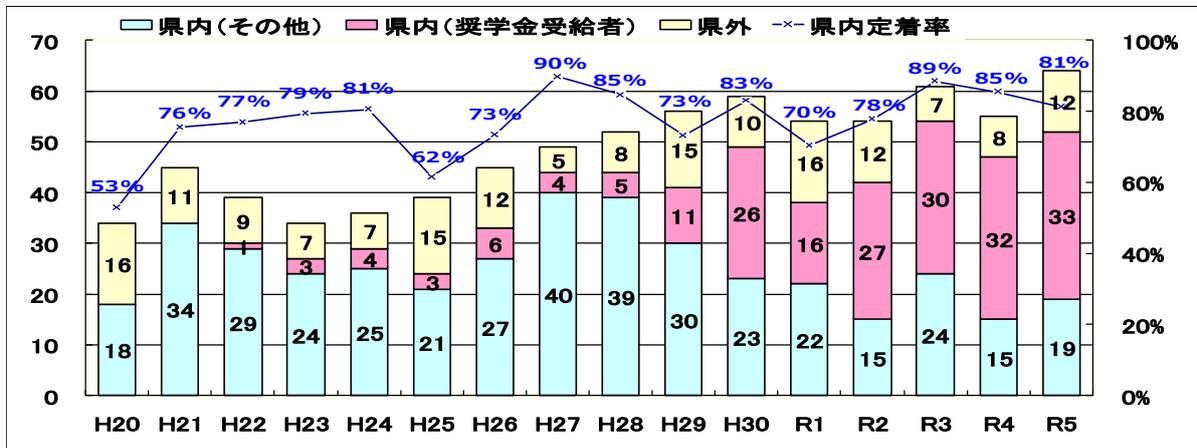
出典：高知県臨床研修連絡協議会

4 専攻医等の状況

臨床研修修了者の県内の採用数については、平成 27 年度以降、毎年 40~50 人前後で推移するようになりました。

しかしながら、県内の臨床研修医が引き続き県内医療機関で働く割合は 8 割程度にとどまり、また、平成 30 年度に開始された新専門医制度での専攻医登録者数は、50 人程度で推移しています。

(図表 4-1-13) 県内臨床研修医の進路



出典：高知県健康政策部調べ

(図表 4-1-14) 診療科別の専攻医採用数 (H30~)

単位：人

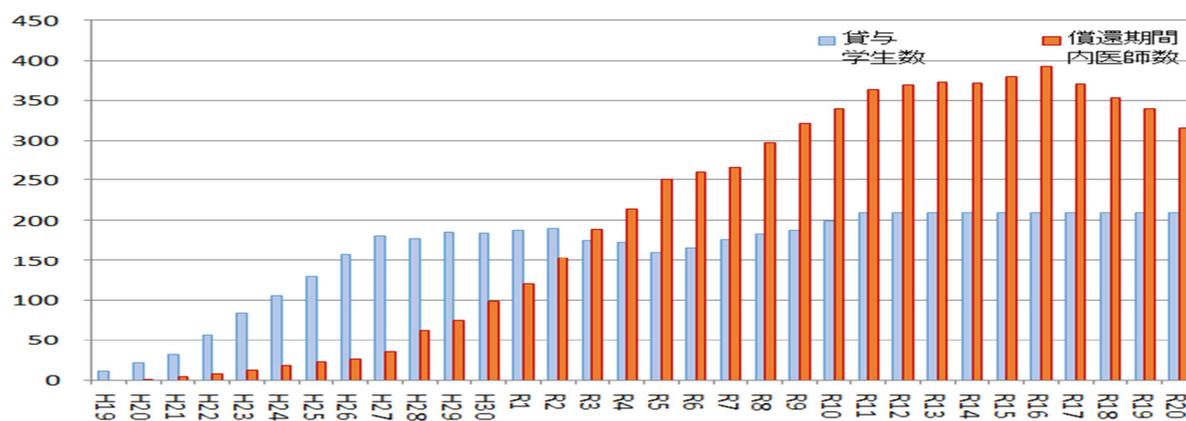
基本領域	内科	小児科	外科	整形外科	産婦人科	救急科	皮膚科	精神科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理科	臨床検査科	形成外科	リハビリテーション科	総合診療科	合計
H30	8	2	1	5	3	3	2	5	3	1	2	3	1	4	1	0	1	0	5	50
R1	16	0	3	2	2	2	0	3	0	0	4	3	1	0	0	0	1	0	0	37
R2	11	2	3	3	1	2	3	2	3	2	1	4	2	4	1	-	-	0	0	45
R3	18	2	6	3	1	2	2	1	2	1	4	4	4	7	1	-	-	0	1	59
R4	17	3	3	4	3	6	3	6	1	1	3	1	2	2	0	-	-	0	1	56
R5	14	3	8	5	1	6	3	5	2	0	0	1	3	2	1	-	0	1	0	55

「-」…指導医不在により募集していない診療科

出典：高知県健康政策部調べ

医学生の卒業後の県内定着促進に向けて創設した奨学貸付金を受給する医学生は、令和3年度以降は170名から160名程度で推移しており、本制度の継続により令和9年以降、償還期間内の医師が300名を超えると推計され、将来的には一定数の若手医師が確保できる見通しが立ってきました。

(図表 4-1-15) 医師養成奨学金受給学生・償還期間内医師数の推計



出典：高知県健康政策部推計（毎年度の新規貸与者を35名で推計）

5 診療科別医師数の推移

県の医師養成奨学貸付金で加算制度を設けている特定の診療科目（小児科、産科・産婦人科、脳神経外科、麻酔科、外科）における本県の医師数の推移を全国と比べると、全国の増加率とのかい離はあるものの、ここ数年は増加傾向に転じています。しかしながら、産科・産婦人科については、平成10年から約12%減少したことに加え、外科が約18%減と全国以上に減少しており、医師不足は依然として深刻な状況にあります。

(図表 4-1-16) 診療科別医師数 (H10~R2)

単位：人

年	総数	内科計	内訳								外科計	内訳				脳神経外科	整形外科	形成外科・美容外科		
			内科	呼吸器科	循環器科	消化器科 (胃腸科)	腎臓内科	神経内科	糖尿病内科 (代謝内科)	血液内科		*1 その他内科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科				*3 その他外科	
H10	2,011	855	719	17	41	63			11			4	246	224	2	12	8	59	171	9
H12	2,041	855	683	23	49	72			15			13	244	215	4	18	7	60	174	11
H14	2,094	861	695	22	51	73			12			8	241	215	6	16	4	64	181	12
H16	2,099	865	682	21	56	80			16			10	237	209	6	17	5	63	166	17
H18	2,077	853	620	26	83	96			16			12	216	189	5	18	4	61	172	17
年	総数	内科計	内訳										外科計	内訳				脳神経外科	整形外科	形成外科・美容外科
			内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科 (胃腸内科)	腎臓内科	神経内科	糖尿病内科 (代謝内科)	血液内科	*2 その他内科	外科		呼吸器外科	心臓血管外科	(胃腸外科)	*4 消化器外科 その他外科			
H20	2,100	836	568	25	89	96	8	17	14	6	13	227	146	8	29	29	15	59	171	21
H22	2,095	834	577	27	75	91	8	14	19	11	12	217	143	8	24	29	13	63	169	20
H24	2,136	840	567	30	77	98	10	17	21	8	12	212	149	7	19	24	13	66	173	17
H26	2,162	837	548	32	86	100	10	18	23	9	11	207	118	12	27	35	15	68	178	21
H28	2,206	839	543	34	90	96	11	21	21	11	12	209	129	14	24	25	17	70	184	25
H30	2,237	848	541	32	97	92	12	22	24	12	16	206	119	12	24	34	17	72	178	24
R2	2,227	858	524	41	100	95	11	28	26	15	18	202	122	11	21	32	16	72	178	22
R2-H20	127	22	-44	16	11	-1	3	11	12	9	5	-25	-24	3	-8	3	1	13	7	1

年	総数	皮膚科	小児科	精神科	泌尿器科	眼科	耳鼻いんこう科	産科+産婦人科	婦人科	リハビリテーション科(理学療法科)	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査科	救命救急	*5 その他診療科	研修医
H12	2,041	50	98	115	59	87	59	70	6	14	41	67				31	
H14	2,094	49	101	122	60	93	56	64	9	18	47	58				58	
H16	2,099	45	100	122	60	86	58	54	18	20	47	53				88	
H18	2,077	45	101	120	59	79	57	58	14	22	43	47	12		15	13	73
年	総数	皮膚科	小児科	精神科	泌尿器科	眼科	耳鼻いんこう科	産科+産婦人科	婦人科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	*6 その他診療科	臨床研修医
H22	2,095	50	100	118	59	76	61	49	14	21	49	54	10	3	17	32	79
H24	2,136	48	104	124	62	76	60	49	13	19	48	63	10	3	26	34	89
H26	2,162	51	102	129	61	77	60	50	12	14	50	64	8	4	28	39	102
H28	2,206	54	106	123	58	82	59	52	13	17	49	66	9	5	29	40	117
H30	2,237	56	106	134	65	84	59	60	12	17	50	71	13	2	32	35	113
R2	2,227	49	104	129	66	82	54	61	11	16	54	71	14	0	32	33	119
R2-H20	127	-1	6	5	9	4	-4	7	-3	-1	5	17	3	-2	16	10	38

H20年以降の医師・歯科医師・薬剤師調査では、標ぼう科の改正(細分化)が行われたため、それ以前との比較はできない。

* 1 その他内科(心療内科、アレルギー科、リウマチ科)

* 3 その他外科(小児外科、肛門科、気管食道科)

* 5 その他診療科(性病科、全科、その他、不詳)

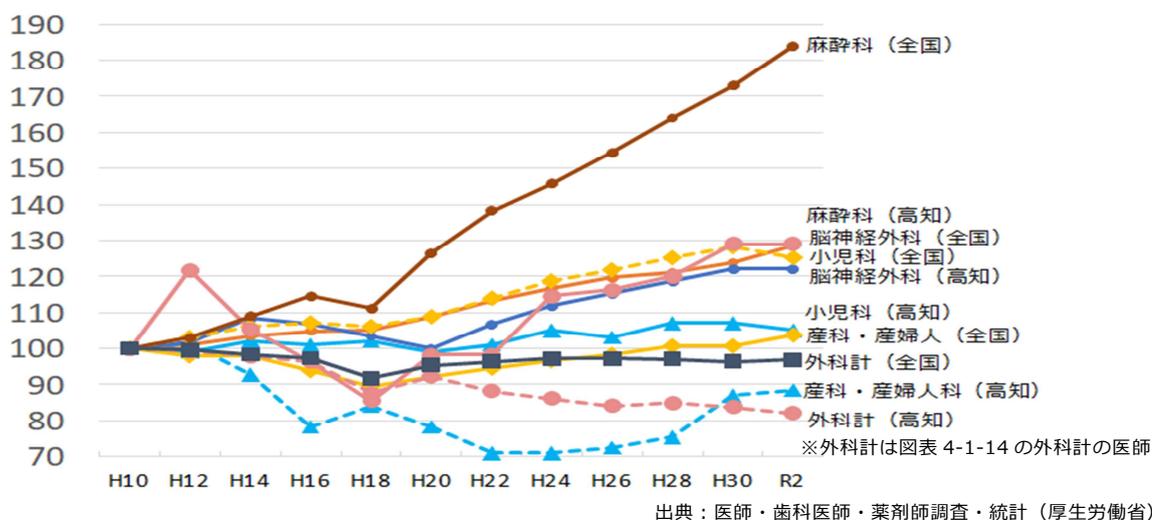
* 2 その他内科(心療内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科)

* 4 その他外科(小児外科、肛門科、気管食道科、乳腺外科)

* 6 その他診療科(全科、その他、不詳)

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査・統計(厚生労働省)

(図表 4-1-17) 診療科医師数の推移 (H10 年を 100 として)



6 将来の人口推計と医療需要の状況

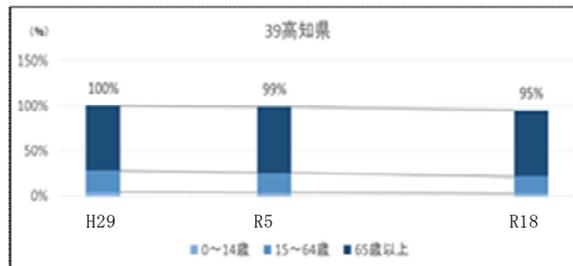
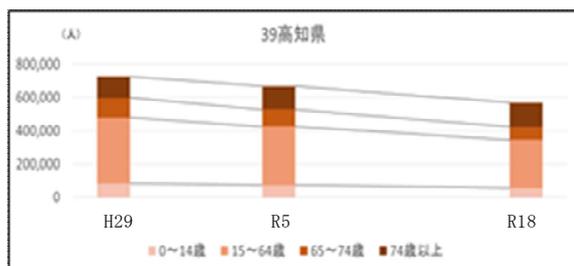
(1) 県全体

県全体の人口は平成 29 年から令和 18 年にかけて 2 割程度減少しますが、高齢化による医療需要の増により、県全体の医療需要は人口減よりも緩やかに減少していきます。

将来人口

(図表 4-1-18)

医療需要



※医療需要は全国における性年齢階級別受療率と当該地域の性年齢別人口を乗じた数値であり、マクロ需給推計の考え方と異なる方法で算出されています。

(2) 二次医療圏

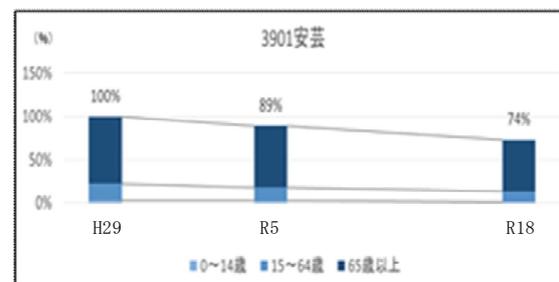
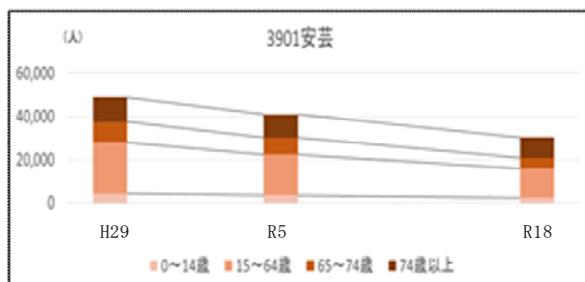
ア 安芸医療圏

高齢化による医療需要の増よりも、人口減少に伴う医療需要の減の方が大きいため、安芸医療圏全体の医療需要は減少していきます。

将来人口

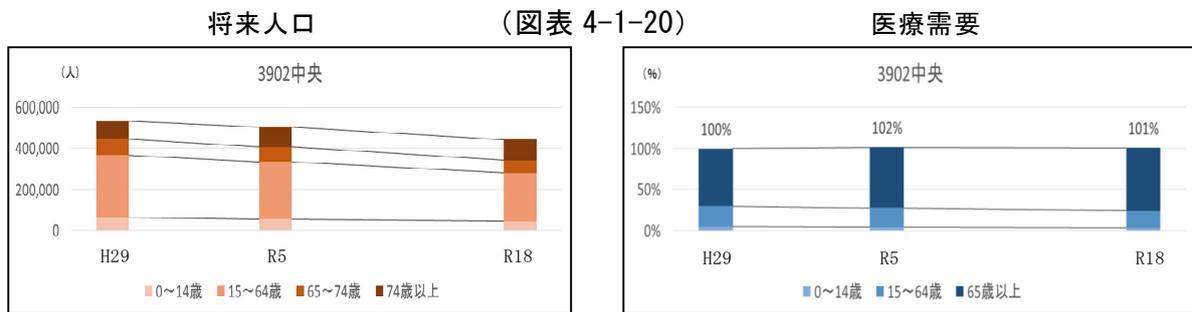
(図表 4-1-19)

医療需要



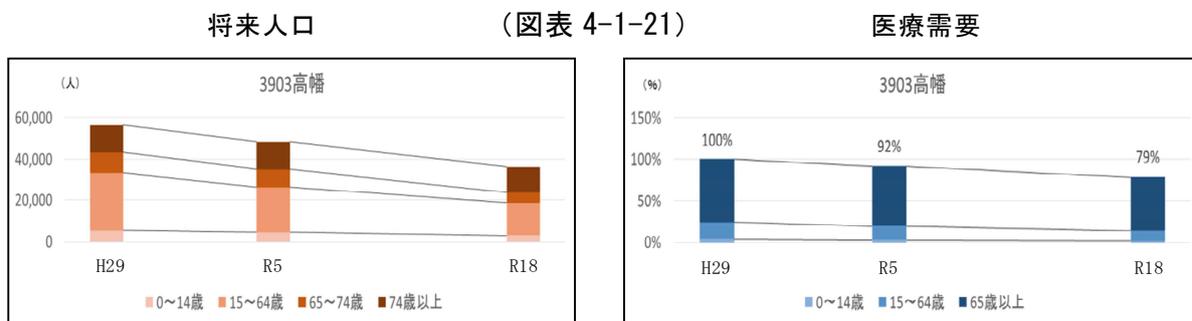
イ 中央医療圏

人口は減少していきませんが、高齢化に伴う医療需要の増により、中央医療圏全体の医療需要はわずかに増加していきます。



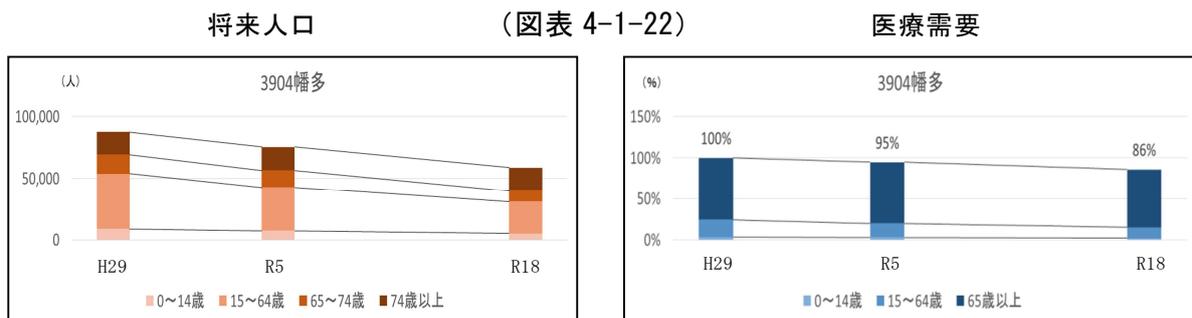
ウ 高幡医療圏

高齢化による医療需要の増よりも、人口減少に伴う医療需要の減の方が大きいため、高幡医療圏全体の医療需要は減少していきます。



エ 幡多医療圏

高齢化による医療需要の増よりも、人口減少に伴う医療需要の減の方が大きいため、幡多医療圏全体の医療需要は減少していきます。



出典：厚生労働省

第3 医師偏在指標及び区域の設定

1 医師偏在指標

これまで、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられてきましたが、これは地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしていないことから、国において、全国ベースで医師の多寡を統一的、これまでより客観的に比較・評価する指標として、医療需要、人口・人口構成とその変化、患者の流出入、医師の性別・年齢分布等の要素を考慮した医師偏在指標を設定することとなりました。

(1) 医師偏在指標の算出方法

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}(\ast 1)}{\text{地域の人口(10万人)} \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 2)}$$

(※1) 標準化医師数 = $\sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$

(※2) 地域の標準化受療率比 = $\frac{\text{地域の期待受療率}(\ast 3)}{\text{全国の期待受療率}}$

(※3) 地域の期待受療率 = $\frac{\text{地域の入院医療需要}(\ast 4) + \text{地域の無床診療所医療需要}(\ast 5)}{\text{地域の人口}}$

(※4) 地域の入院医療需要 = $(\sum \text{全国の性・年齢階級別入院受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口}) \times \text{地域の入院患者流出入調整係数}$

(※5) 地域の無床診療所医療需要 = $(\sum \text{全国の性・年齢階級別無床診療所受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口}) \times \text{無床診療所医療医師需要度}(\ast 6) \times \text{地域の無床診療所患者流出入調整係数}$

(※6) 無床診療所医療医師需要度 = $\frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}}{\text{全国の無床診療所外来患者数}(\ast 7)}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}}{\text{全国の入院患者数}}}$

(※7) 全国の無床診療所外来患者数 = $\text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数[無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数[有床診療所・無床診療所]}}$

(2) 本県の状況

厚生労働省が算出し公表した医師偏在指標では、本県の医師偏在指標は 268.2 となっており、上位 1/3 の範囲内に位置しています。

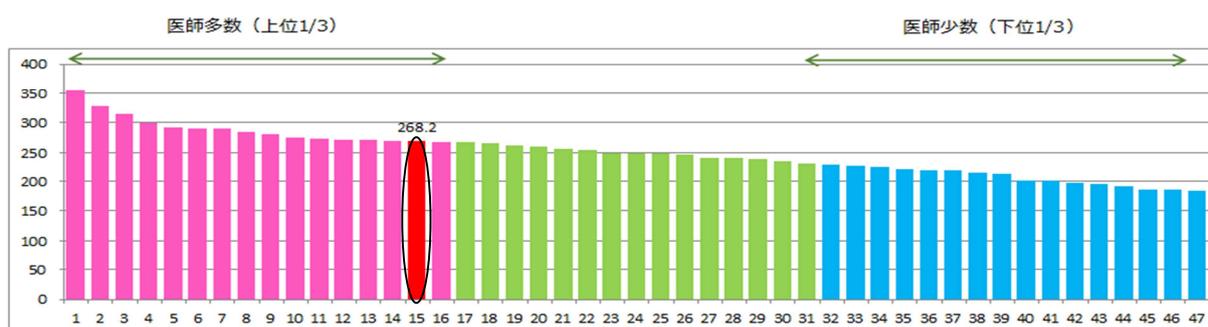
二次医療圏別では、中央医療圏が 300.3 で上位 1/3 の範囲内に位置し、幡多が 159.7 で下位 1/3 の範囲内、安芸が 206.8、高幡が 187.1 でそれぞれ中間に位置しています。なお、医師偏在指標に使用された医師数については、令和2年の数値となっています。

医師偏在指標等は、医師の年齢や年齢ごとの勤務時間が反映されており、単純な人口比より一定精度が高いものと評価できますが、全国一律の基準で機械的に算出されたものであり、本県のように県土が広く東西に長いうえに中山間地域が多いなどの地理的な要因やそれに伴う医療機関へのアクセス性などが考慮されていません。また、今後、医師の働き方改革を進めるうえで必要な医師数も考慮されていないことから、さらなる精度の向上が求められます。このため、今後、人口や医療需要が減少していく中で、県民が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、それぞれの地域の実情に応じた医師の確保が必要であることは言うまでもありません。

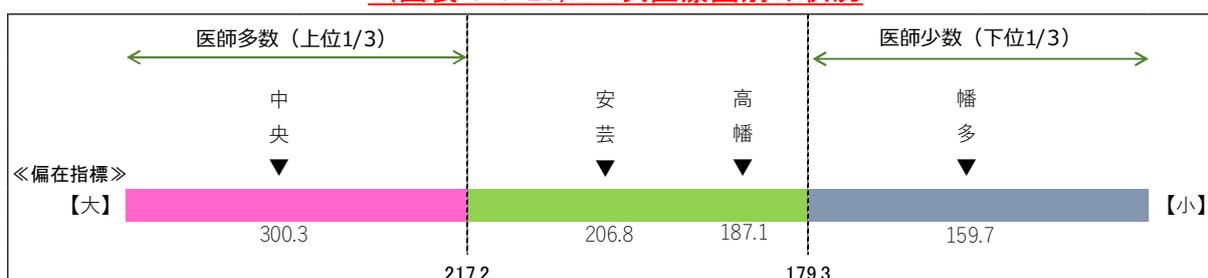
(図表 4-1-23) 国が公表した医師偏在指標等

医療圏	順位	医師偏在指標	R2年 医師数	参考値	
				R8年度末に下位 1/3を脱するために 必要な医師数	医師需要マクロ推計 によりR18年度末に 必要とされる医師数
全国平均	—	255.6	—	—	—
高知県	15/47	268.2	2,227	—	1,918
安芸	136/335	206.8	103	—	94
中央	40/335	300.3	1,877	—	1,516
高幡	199/335	187.1	86	—	95
幡多	269/335	159.7	161	159	220

(図表 4-1-24) 医師偏在指標における本県の相対的位置



(図表 4-1-25) 二次医療圏別の状況



2 医師少数区域・医師多数区域の設定

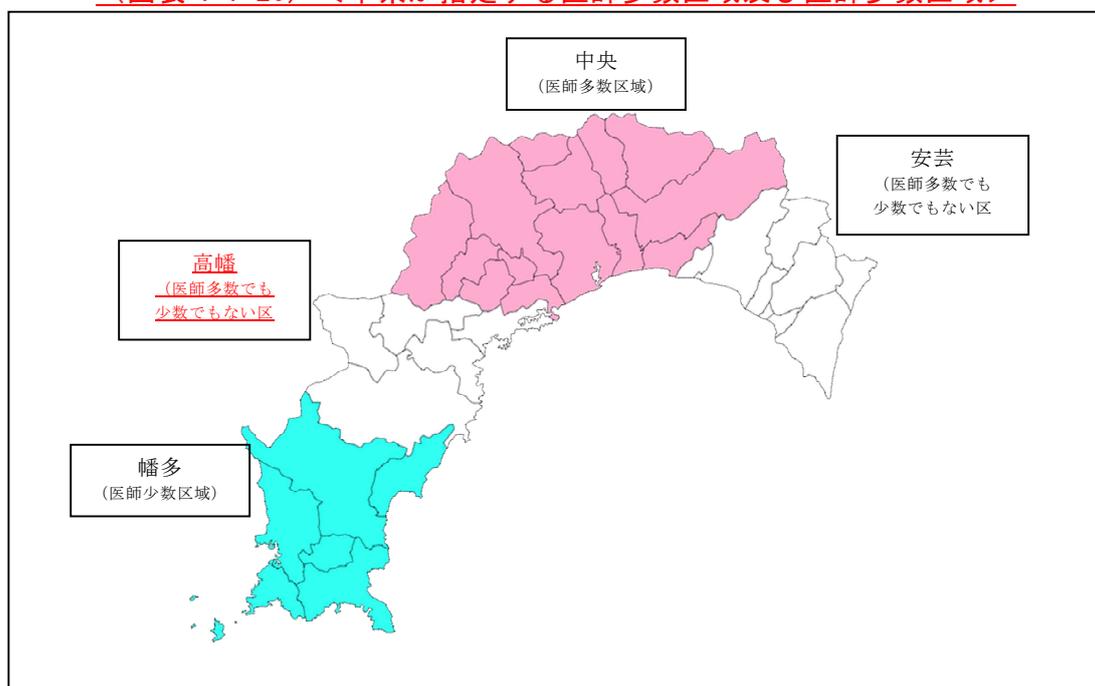
各都道府県においては、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進めるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することになります。

法令等に基づき、医師偏在指標を用いて、国は都道府県を、都道府県は二次医療圏を医師少数区域及び医師多数区域として定めます。

本県では、医師偏在指標に基づき、中央医療圏を医師多数区域、幡多医療圏を医師少数区域と定めます。

ただし、安芸医療圏、中央医療圏、高幡医療圏においても、医師が不足していると判断できる地域を後述する「医師少数スポット」と定め、必要な医師の確保を図ります。

(図表 4-1-26) <本県が指定する医師多数区域及び医師少数区域>



3 医師少数スポットの指定

「医師少数スポット」とは、「医師少数区域」以外で局所的に医師が少ない地域を都道府県が指定し、「医師少数区域」と同様に扱うことができる地域です。

なお、改正医療法における「医師の確保を特に図るべき区域」とは、「医師少数区域」及び「医師少数スポット」を指します。

(1) 医師少数スポットの指定の考え方

本県においては、地理的な条件から他地域と比較して生活環境の整備等が低位にある地域が多くある状況を踏まえ、「医師少数スポット」の指定の考え方は次のとおりとします。

ア 救急医療等の医療計画上の政策医療を担う医療機関が現に存在し、かつ、地理的な条件により当該医療機関へのアクセスが制限されるとともに、当該医療機関における継続的な医師の確保が困難な地域とする。なお、具体的には、関係法令により指定された地域等(※)を有する市町村を指定する。

※過疎地域自立促進特別措置法における過疎地域、振興山村地域(山村振興法)、特定農山村地域(特定農山村法)、離島振興法
 イ 上記の他、地域医療対策協議会において「医師少数スポット」として、特に医師の確保を図ることが必要と了承された地域。

なお、「医師少数スポット」を含む「医師の確保を特に図るべき区域」については、以下の医師確保のための施策において、同様の取扱いとなります。

ア 医師養成奨学貸付金制度

平成 30 年 7 月の「医療法及び医師法の一部を改正する法律」の施行により都道府県が策定することとなった地域枠医師等を対象としたキャリア形成プログラム（医師が不足している地域における医師の確保に資するとともに、当該地域に派遣される医師の能力の開発及び向上を図ることを目的とする計画）の運用指針（令和 3 年 12 月一部改正）においては、地域枠医師等が一定期間勤務することとなる医療機関が所在する地域を「医師の確保を特に図るべき区域等」と規定されています。

イ 「医師少数区域経験認定医師」制度（令和 2 年 4 月施行）

平成 30 年の医療法一部改正により、厚生労働大臣が法第 7 条に規定する臨床研修等修了医師からの申請に基づき、「医師の確保を特に図るべき区域」における医療の提供に関する知見を有するために必要な経験を有する者であることを認定する制度が令和 2 年 4 月から施行されています。

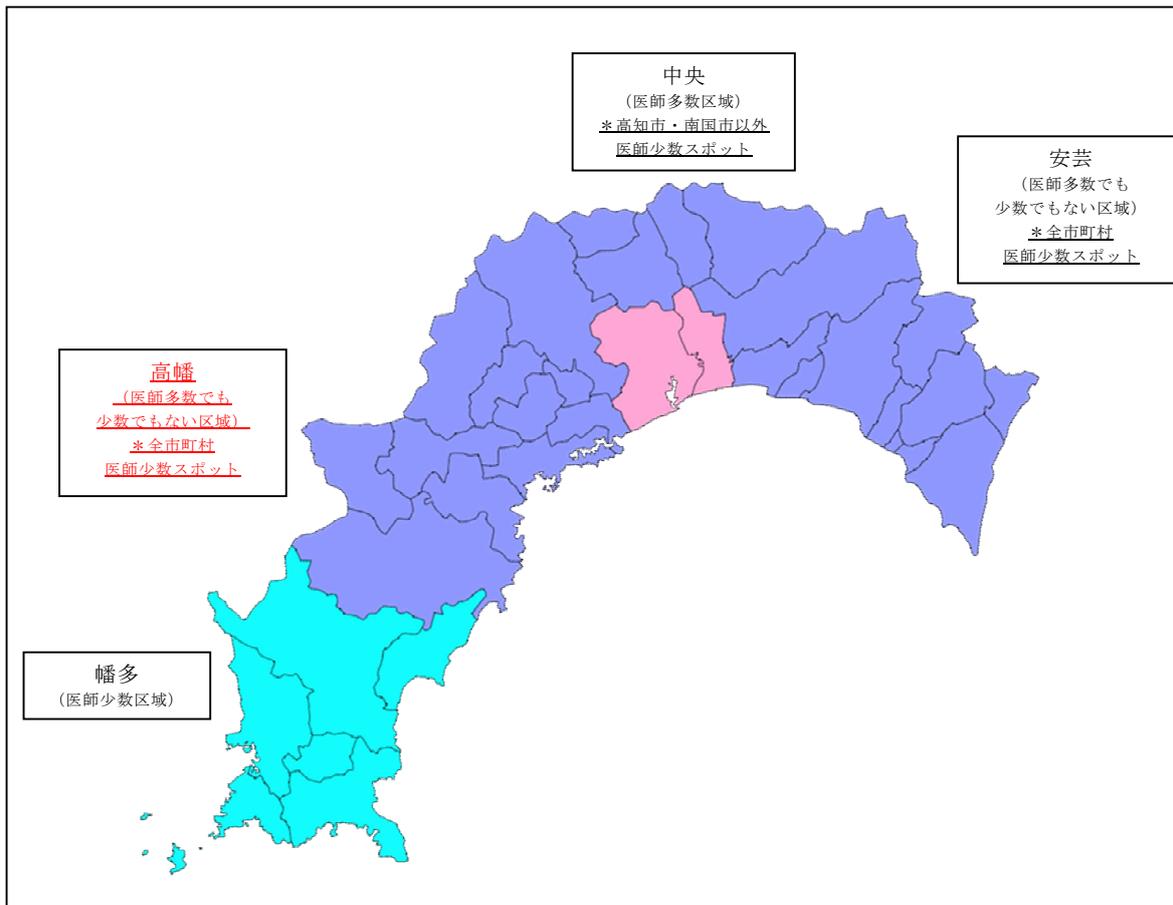
(2) 医師少数スポットの指定

本県では、(1) の考え方にに基づき、中央及び安芸医療圏の次の市町村を「医師少数スポット」として指定します。

(図表 4-1-27) 医師少数スポットとして指定する地域

医療圏	医師少数スポットとして指定する地域
安芸医療圏	室戸市、安芸市、東洋町、奈半利町、田野町、安田町、馬路村、北川村、芸西村
中央医療圏	土佐市、香南市、香美市、本山町、大豊町、土佐町、大川村、いの町、仁淀川町、佐川町、越知町、日高村
高幡医療圏	須崎市、中土佐町、檜原町、津野町、四万十町

(図表 4-1-28) <本県が指定する医師多数及び少数区域、医師少数スポット>



(図表 4-1-29) 本県における過疎地域等の状況

(参考) 高知県の過疎地域等の状況

中央医療圏内の市町村
 安芸医療圏内の市町村
 高幡医療圏内の市町村

(R4.4.1時点)

市町村名	過疎地域	離島	振興山村地域	特定農山村地域	医師不足地域 (奨学金条例)
高知市	△		△	△	
室戸市	○		△	○	○
安芸市	○		△	○	○
南国市			△	△	
土佐市				△	○
須崎市	○		△	△	○
宿毛市	○	沖の島、鵜来島	△	○	○
土佐清水市	○		△	○	○
四万十市	△		△	○	○
香南市	△		△	△	○
香美市	○		△	△	○
東洋町	○		△	○	○
奈半利町	○			○	○
田野町	○				○
安田町	○			○	○
北川村	○		○	○	○
馬路村	○		○	○	○
芸西村			△	△	○
本山町	○		○	○	○
大豊町	○		△	○	○
土佐町	○		△	○	○
大川村	○		○	○	○
いの町	○		△	○	○
仁淀川町	○		△	○	○
中土佐町	○		△	○	○
佐川町			△	△	○
越知町	○		△	○	○
檮原町	○		○	○	○
日高村				△	○
津野町	○		△	○	○
四万十町	○		△	○	○
大月町	○			○	○
三原村	○		○	○	○
黒潮町	○		△	○	○

○全部指定 △一部指定 (過疎における△は、過疎地域とみなされる区域を有する市町村)

第4 医師確保の方針と目標医師数

1 医師確保の方針の考え方

医師の確保とともに県内における偏在是正のため、医師の少ない地域には、医師の多い地域から医師の確保を図ることが望ましいとされているため、それぞれの区域ごとに医師確保の方針を定めることとし、各区域に応じた「医師確保の方針」の考え方は下表のとおりです。

あわせて、短・中期的目標として、県内臨床研修医数と高知大学医学部採用医師数を下表のとおり目標値とします。

2 目標医師数の考え方

国が示す「医師確保計画策定ガイドライン」では、目標医師数は3年間の計画期間中（令和6年～令和8年）に、医師少数区域が計画期間開始時の下位 1/3 の基準を脱する（基準に達する）ために要する医師の数（計画期間終了時点において各医療圏で確保しておくべき医師の総数）と定められています。

目標医師数は、医師偏在指標を計画期間開始時点の下位 1/3 の基準値（179.3）に固定し算出することとなりますが、国が算出した計画期間終了時点における目標医師数（「国が算出した医師数」）は、3年後の人口減少を見込んでいるため、結果的に、県内の全ての二次医療圏において、計画策定時における下位 1/3 の基準を脱することとなっています。

同ガイドラインでは、「目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする」こととされていることから、本県の目標医師数は下表のとおりとなります。

（図表 4-1-30）＜本県の医師確保の方針及び目標医師数＞

圏域	現状の医師数 <u>R2</u>	目標医師数 <u>R8</u> 年度末 (下位 33.3%を 脱するために 要する医師数)	医師確保の方針
県全体 <u>医師多数県</u>	<u>2,227 人</u>	— <u>(1,696 人)</u>	○新たな医師確保対策による、他の都道府県からの医師確保は行いません。 ○現状の医師数の維持を基本とし、既存の医師確保対策を継続して実施します。
安芸	<u>103 人</u>	— <u>(73 人)</u>	○現状の医師数の維持を基本とし、既存の医師確保対策を継続して実施します。 ○医師少数スポットについては、医師少数区域と同様の方針とします。

圏域	現状の医師数 <u>R2</u>	目標医師数 <u>R8</u> 年度末 (下位 33.3%を 脱するために 要する医師数)	医師確保の方針
中央 医師多数区域	<u>1,877 人</u>	— <u>(1,025 人)</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○新たな医師確保対策による、県内の他の二次医療圏からの医師確保は行いません。 ○現状の医師数の維持を基本とし、既存の医師確保対策を継続して実施します。 ○医師少数区域への医師派遣等を推進します。 ○医師少数スポットについては、医師少数区域と同様の方針とします。
高幡	<u>86 人</u>	— <u>(71 人)</u>	<ul style="list-style-type: none"> <u>○現状の医師数の維持を基本とし、既存の医師確保対策を継続して実施します。</u> <u>○医師少数スポットについては、医師少数区域と同様の方針とします。</u>
幡多 医師少数区域	<u>161 人</u>	<u>161 人</u> <u>(159 人)</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○現状の医師数が R8 年度末に下位 33.3%の基準を脱するために要する医師数を上回っているため、現状の医師数の維持を基本とし、既存の医師確保対策を継続して実施します。 ○医師多数区域からの医師派遣等を推進します

(図表 4-1-31) <本県の臨床研修医数及び高知大学医学部採用医師数の目標値>

項目	現状の医師数 (令和 5 年度)	目標医師数 (令和 11 年度)
県内臨床研修医数	68 人 (令和 5 年度)	80 人
高知大学医学部 採用医師数	47 人 (令和 5 年度)	55 人

第5 目標医師数を達成するための施策

1 県全体の医師数を維持・確保するための取組

本県の医師の3つの偏在（若手医師の不足、地域による偏在、診療科による偏在）の解消に向けて、安定的に医師が確保できる仕組みづくりと、現在不足している医師を確保するために、将来性を重視した中長期的な対策と、即効性を重視した短期的な対策を組み合わせを進めます。

また、令和2年4月から、医師の確保を特に図るべき区域での勤務経験を有する医師を厚生労働大臣が「医師少数区域経験認定医師」として認定する制度が施行されています。認定医師については、医師派遣等を行う地域医療支援病院の管理者としての要件となるほか、認定医師個人や医療機関に対する経済的優遇措置も検討されるなど、医師少数地域等で勤務する医師が評価されることにより、医師の定着が期待されます。

2 二次医療圏の医師偏在是正に向けた取組

(1) 中長期的な対策

ア 高知大学医学生の卒業後の県内定着の促進

(ア) 県は、奨学金の貸与期間に応じて一定期間を県内の「医師の確保を特に図るべき地域」にある医療機関に勤務すれば償還が免除される「医師養成奨学貸付金制度」を継続し、高知大学の地域枠入学25名（恒久定員10名、臨時定員15名）の学生については奨学金の受給を必須とし、卒業後の県内定着を促進します。

また、医師養成奨学貸付金制度の加算特定科目については、従来から対象であった産婦人科、小児科、麻酔科、脳神経外科に近年特に減少の著しい外科を追加しました。

あわせて、地域医療の重要性や本県の医療の現状に対する理解を深めてもらえるよう、奨学金受給学生と知事との意見交換会を定期的を開催します。

(イ) 高知大学医学部家庭医療学講座（県の寄附講座）は、県内唯一の医育機関である高知大学内の相談窓口として、学生達にとって身近な存在です。県として支援を続けることで、地域医療実習や黒潮医療人養成プロジェクト、講座主催の講義等を通じて、医学生の地域医療やプライマリ・ケアへの関心やモチベーションを高め、動機付けにつなげていきます。

(ウ) 国が示すキャリア形成プログラム運用指針に基づき、奨学金受給者が償還義務とキャリア形成を両立できるよう、県内の専門研修プログラムをベースとしたキャリア形成プログラム（令和6年3月現在、19診療科44プログラム）を作成しています。今後も引き続き、大学や高知地域医療支援センター、（一社）高知医療再生機構、各医療機関と連携して、キャリア形成プログラムの充実を図るとともに、後述するキャリア形成環境の充実を図ります。

(エ) 全国的な医師確保対策として臨時定員増がなされた高知大学の地域枠については、医師の地域・診療科偏在の解消に有効な施策です。しかしながら国は、令和7年度以降の臨時定員について改めて検討することとしており、臨時定員が終了する

可能性もあるため、国に対して臨時定員増の延長を求めるとともに、高知大学の恒久定員内の地域枠の増員について要請することを検討します。

イ 若手医師にとって魅力あるキャリア形成環境の充実

(ア) 若手医師が県内の医療機関で勤務しながら指導医等による指導を受け、学会認定医資格や専門医・指導医資格といった、専門性を発揮するための資格を取得できるよう、専門医資格取得に必要な研修環境の整備や指導医資格取得に要する経費を支援します。

(イ) 若手医師が国内外の先進的な医療機関に留学する経費を支援します。

(ウ) 地域枠医師等が「医師の確保を特に図るべき地域」にある研修施設においても専門研修を実施することを可能とするため、当該施設へ指導医を派遣する高知大学医学部附属病院など基幹施設に対して派遣に要する経費への支援を行います。

(エ) 若手医師が幡多地域で勤務しながら週1回臨床研究を行うことができる環境を整備するとともに、研究に要する経費への支援を行います。

ウ 地域医療を支える医療従事者の確保

(ア) 県は、県内の高校と連携し、高校生を対象とした地域医療従事医師による出前講座等を通して、地域医療の魅力ややりがいを若い世代に伝え、将来に向けてのロールモデル（具体的な行動や考え方の模範となる人物像）を提示するとともに、医科大学・医学科に関する情報収集の機会を提供する取組を継続します。

(イ) 県は、医師臨床研修制度における必修科目である「地域医療」研修の実施について、（一社）高知医療再生機構や地域の拠点病院等と連携して、本県の地域医療を実際に体験できる環境を整備しており、県内だけでなく、県外大学等からも臨床研修医を招き、本県の地域医療や地域包括ケアについて関心が持てるよう、引き続き研修医の派遣調整を実施していきます。

(ウ) 県は、幅広い領域を診ることのできる総合診療専門医を養成するため、研修に必要な経費への支援を行います。自治医科大学卒業医師については、希望があれば義務年限内に総合診療専門医の資格を取得できるよう配慮していきます。

(エ) 県が人事調整を行うへき地医療協議会所属医師に対しては、市町村の理解を得て、週1回程度、高次医療機関での専門研修を行う機会を設け、へき地勤務医師のキャリア形成支援に努めます。

(オ) へき地医療機関での勤務を希望する医師に対しては、県内外の大学や（一社）高知医療再生機構とも連携し、若手医師を一定の期間、県内のへき地医療拠点病院・診療所に派遣する仕組みを構築していきます。

(2) 短期的な対策

ア 県外からの医師の招へい及び赴任医師に対する支援（継続事業）

(ア) 県は、県外大学と連携して、中山間地域にある中核的な病院への医師の派遣に取り組みます。

(イ) （一社）高知医療再生機構は、県内での就業に意欲のある医師の医療機関への仲介や、県外から赴任する医師の処遇改善及び研修活動を支援します。

イ 県外からの医師の招へいに向けた情報発信及び勧誘活動（継続事業）

（一社）高知医療再生機構は、WEBサイトや医学専門誌を活用したキャリア形成支援対策等のPRを行うとともに、首都圏で活躍する医師等の協力により収集する転職希望医師の情報、県外で活躍している県出身医師の情報、また県民から寄せられる情報などを元に、県外在住の医師や高知での就業を検討中の医師等に対して、勧誘活動を行います。

ウ 医師の確保が困難な地域にある医療機関への支援

県は、県・郡市医師会や県立病院等と連携して、「医師の確保を特に図るべき地域」にある医療機関に県立病院等から応援医師を派遣する仕組みにより、地域の医療提供体制の確保に努めます。

（3）勤務環境改善への支援

県は、医療従事者が働きやすく、働きがいのある職場づくりを支援するため、高知県医療勤務環境改善支援センターを（一社）高知県医療再生機構への委託により設置・運営しています。

また、医師の働き方改革については、県内の医療機関における労働時間短縮に向けた自主的な取組を促進するとともに、令和6年4月から施行される「医師の働き方改革」に関する具体的な内容を踏まえ、医師の労働時間短縮によって地域の医療提供体制に影響が出ることがないように取り組んでいきます。あわせて、特に長時間労働の傾向にある産婦人科や小児科、外科等については、地域医療介護総合確保基金等を活用して医師の負担軽減を図ります。

（4）女性医師の働きやすい環境の整備

県は、多様化する女性医師の働き方の相談を受け、情報提供や医療機関との連携・調整を図る相談窓口を（一社）高知医療機構への委託により設置・運営します。あわせて、女性医師が育児休業等から復職しやすいよう、復職研修を受け入れる医療機関の調整や研修に必要な経費への支援を行います。

（5）国に求める対策

県は、若手医師の確保に向けた国立大学医学部の臨時定員増の継続と、地域医療を確保するための施策の拡充等について、全国知事会等と連携して提言・要望を強化していきます。

（6）取組体制

県は、以下の組織・団体等と強力で連携して、前述の対策に取り組みます。

ア 高知県医療審議会・医療従事者確保推進部会（高知県地域医療対策協議会）

医療法に基づき、医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験者で構成する高知県医療審議会を設置し、医療を提供する体制の確保に関する重要事項の調査・審議を行います。

特に医師の確保については、医療法第30条の23の規定に基づく医療従事者の確保に関する協議の場（地域医療対策協議会）として、高知県医療審議会に医療機関、大学、医療関係団体、関係市町村等の代表者で構成する医療従事者確保推進部会を設置し、以下の事項について調査・審議を行います。

- (ア) 県内において必要とされる医師の確保に関する事
- (イ) 医師確保計画に関する事（医療法第30条の23第1項）
- (ウ) 奨学金受給医師等の派遣に関する事（同第2項）
- (エ) キャリア形成プログラムに関する事（同第3項）
- (オ) 医師の確保を特に図るべき地域に派遣された医師の負担の軽減に関する事（同第4項）
- (カ) 専門研修の内容に関する事（同第5項、医師法第16条の8第4項）
- (キ) 高知大学の地域枠の設定に関する事（医療法第30条の23第6項）
- (ク) 臨床研修病院の指定及び臨床研修医の募集定員の設定に関する事（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令）
- (ケ) 高知県へき地医療支援機構の運営や事業の実施に関する事
- (コ) 県内において必要とされるその他の医療従事者の確保に関する事

イ （一社）高知医療再生機構

県や高知大学医学部関係者等の出資により、高知県地域医療再生計画及び高知県保健医療計画の推進組織として設立した（一社）高知医療再生機構において、医師のキャリア形成への支援等を通じて若手医師の県内定着を図るなど、本県の地域医療を再生することを旨とした以下の事業を実施します。

- (ア) 県内の医師等の研修環境の改善活動への支援
- (イ) 県内の医師等の資質向上活動への支援
- (ウ) 県内臨床研修病院の研修医増加に資する事業
- (エ) 県内の地域医療に関する調査研究
- (オ) 県内の医療機関への就業を希望する医師等に関する情報の提供
- (カ) 医師を募集する医療機関に関する情報の提供
- (キ) 医師等に関する無料の職業紹介事業及び労働者派遣事業
- (ク) 総合診療専門医の研修環境の整備 等

あわせて、女性医師が安心して就業できる環境を整えることを目的として、以下の事業を実施します。

- (ア) 女性医師からの相談対応
- (イ) 女性医師の復職支援

ウ 高知地域医療支援センター

地域医療支援センターは、医療環境の不均衡な状態を、地域条件を勘案しつつ、全国的に是正することを目的に、国によって創設を試みられたものです。

本県では高知地域医療支援センターを高知大学医学部内に設置し、医学部学生や若手医師、Iターン・Uターン医師を対象として、本県の医師の偏在を中心に、その他諸々の要因を再検討しながら、県民が安心できる安全な医療体制を構築するために、課題発見、対応のための企画立案を行い、以下の事業を実施します。

- (ア) 医師不足地域において必要とされる医療の確保に関する調査・分析
- (イ) キャリア形成卒前支援プラン及び診療分野ごとのキャリア形成プログラムの作成・支援

- (ウ) 若手医師や医学生からの相談対応
- (エ) 医師の確保を特に図るべき地域に派遣された医師のキャリア形成支援及び負担軽減のための調整
- (オ) Young Medical Doctors Platform（若手医師やI・Uターン医師の組織）の運営
- (カ) 県内の専門研修の充実及び専攻医増加に資する事業 等

エ 高知県医療勤務環境改善支援センター

平成26年の医療法改正により、医療従事者の勤務環境の改善に取り組む医療機関を支援する拠点として、各都道府県が設置することとされました。

本県では高知県医療勤務環境改善支援センターを（一社）高知医療再生機構内に設置し、高知労働局と連携のうえ、医療スタッフの離職防止や医療安全の確保を図ることを目的として、以下の事業を実施します。

- (ア) 医療機関や医師からの相談対応
- (イ) 医業分野アドバイザー及び労務管理アドバイザーの派遣
- (ウ) 勤務環境改善マネジメントシステムの導入支援
- (エ) 勤務環境改善に資する研修及び啓発の実施
- (オ) 医師の働き方改革に関する相談・支援 等

第6 産科・小児科における医師確保計画

1 産科・小児科における医師確保計画の考え方

産科と小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、全診療科を対象とした「医師確保計画」に加え、個別計画として策定することになったものです。

2 産科医師確保計画

(1) 本県の状況

本県における産科・産婦人科に従事する医師数は、近年は増加傾向にあります。令和2年の出生千人当たりの産科・産婦人科医師数は、14.9人（全国13.9人）と全国よりも高い水準となっていますが、中央保健医療圏に集中している状況です。

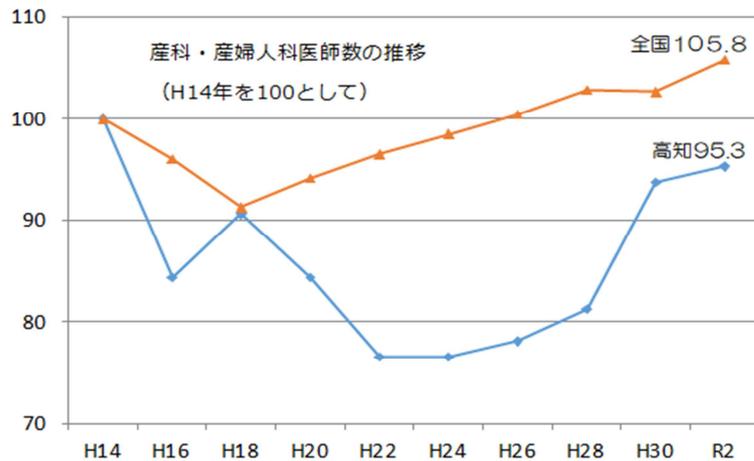
産科・産婦人科医師のうち分娩を取り扱う医療機関に勤務する医師数は、診療所における分娩取扱中止に伴い減少傾向にあります。一方、病院においては増加傾向にあります。

(図表 4-1-32) 産科・産婦人科医師数の推移

単位：人

周産期医療圏	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
安芸	2	2	1	1	1	1	1	1	2	3
中央	52	42	48	45	42	42	43	46	52	52
高幡	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0
幡多	8	7	7	7	6	6	6	5	6	6
高知県合計	64	54	58	54	49	49	50	52	60	61

(図表 4-1-33) 産科・産婦人科医師数の推移



(図表 4-1-34) 分娩を取り扱う医療機関に勤務する医師数の推移 (常勤のみ)

単位：人

		産科・産婦人科						小児科 (小児外科)				
		県計	安芸	中央	高幡	幡多		県計	安芸	中央	高幡	幡多
H22.4	病院	27	1	23	—	3	小児科	40	3	32	—	5
	診療所	15	—	14	—	1	(新生児診療担当)	(8)	(—)	(8)	(—)	(—)
H29.4	病院	30	1	26	—	3	小児科	39	2	30	—	7
	診療所	7	—	6	—	1	(新生児診療担当)	(6)	(—)	(6)	(—)	(—)
R2.4	病院	36	3	30	—	3	小児科	49	2	42	—	5
	診療所	7	—	6	—	1	(新生児診療担当)	(8)	(—)	(8)	(—)	(—)
R5.4	病院	37	3	32	—	2	小児科	54	3	45	—	6
	診療所	6	—	5	—	1	(新生児診療担当)	(8)	(—)	(8)	(—)	(—)

出典：高知県医療政策課調べ (各年 4月1日現在)

県内の分娩を取扱う施設数は、一次周産期医療を担っていた診療所の分娩取扱中止により、平成29年の17施設（7病院、10診療所）から、令和5年10月1日現在は11施設（7病院、4診療所）となっており、このうち1施設が分娩取扱いを休止しています。

令和4年の人口動態調査における本県の出生場所別の割合をみると、病院での出生は69.1%、診療所で30.0%、助産所では0.1%となっており、病院での分娩が約7割を占めています。

二次保健医療圏ごとにみると、11施設中8施設が中央保健医療圏に集中しており、高幡保健医療圏では平成22年1月以降、分娩を取扱う施設がない状況となっています。

分娩取扱い件数は、平成28年には5,269件であったが、令和4年には3,966件であり、減少傾向にあります。

（図表 4-1-35）分娩を取扱う医療提供施設数の推移（助産所を除く） 単位：人

	分娩施設 合計数	高知県		安芸		中央		高幡		幡多	
		病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
H29. 4. 1	17	7	10	1	—	5	9 ^{※1}	—	—	1	1
R2. 4. 1	13	7	6	1	—	5	6	—	—	1	1
R4. 4. 1	12	7	5	1	—	5	4	—	—	1	1
R5. 4. 1	11	7	4	1	—	5	3 ^{※2}	—	—	1	1

※1：分娩休止施設3施設含む、※2：分娩休止施設1施設含む

出典：高知県医療政策課調べ

（図表 4-1-36）保健医療圏別の分娩取扱い件数の推移 単位：人

	高知県		安芸（圏域）		中央（圏域）		幡多（圏域）	
	分娩取扱い件数	（参考） 出生数	分娩取扱い件数	（参考） 出生数	分娩取扱い件数	（参考） 出生数	分娩取扱い件数	（参考） 出生数
平成28年	5,269	4,779	102	217	4,555	4,048	612	514
令和元年	4,067	4,270	124	190	3,405	3,641	538	439
令和4年	3,966	3,721	109		3,473		384	

出典：分娩取扱い件数：高知県医療政策課調べ、出生数：人口動態統計（厚生労働省）

（2）産科医師偏在指標、相対的産科医師少数区域の状況

「産科医師偏在指標」は、分母に「里帰り出産」等の妊婦の流出入の実態を踏まえた「医療施設調査」における「分娩数」を使用し、医療需要を算定するとともに、分子に性別・年齢階級別の平均労働時間を使用した指標となっています。

＜産科医師偏在指標の算出方法＞

$$\text{産科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数（※）}}{\text{分娩件数} \div 1000 \text{ 件}}$$

$$\begin{aligned} \text{（※）標準化産科・産婦人科医師数} &= \sum \text{性年齢階級別医師数} \\ &\times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}} \end{aligned}$$

産科は、相対的に少数でない周産期医療圏においても不足している可能性や周産期医療圏を越えた地域間の連携が進められてきており、医師多数県・医師多数区域を設けると追加確保ができないという誤解を招く恐れがあるため、医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととされています。

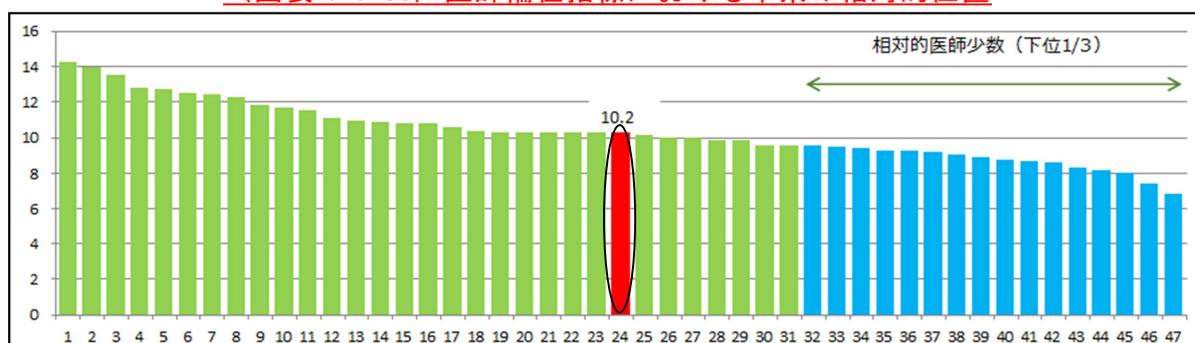
本県は、県全体では相対的産科医師少数県に該当しますが、周産期医療圏別では相対的産科医師少数区域に該当する周産期医療圏はありません。ただし、高幡周産期医療圏は分娩取扱施設がなく分娩件数がゼロであるため医師偏在指標の算出ができませんが、絶対的産科医師不足区域とも言うべき相対的産科医師少数区域に相当します。

(図表 4-1-37) 国が公表した医師偏在指標等

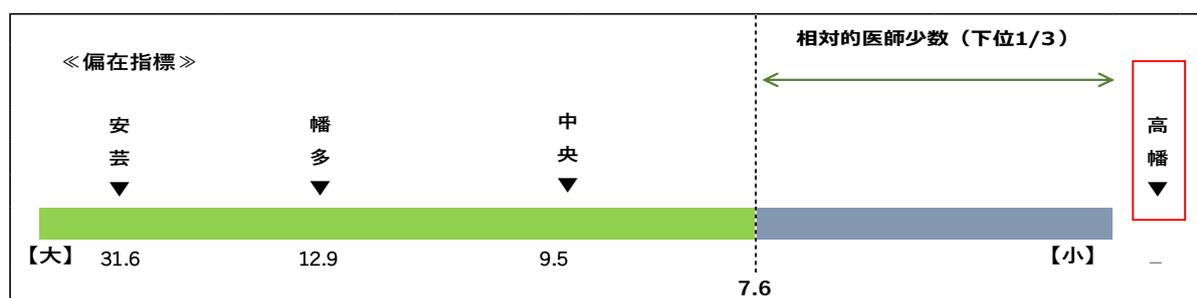
周産期医療圏	医師偏在指標	全国順位	相対的医師少数	R2年医師数	R8年産科偏在対策基準医師数*
高知県	10.2	24/47	該当	61	37
安芸	31.6	6/284	非該当	3	1
中央	9.5	124/284	非該当	52	27
高幡	—	—	—	0	—
幡多	12.9	54/284	非該当	6	3

* 偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師の目標ではない。

(図表 4-1-38) 医師偏在指標における本県の相対的位置



(図表 4-1-39) 周産期医療圏別の状況



(3) 産科医師確保の方針と目標医師数

本県は高幡周産期医療圏を相対的産科医師少数区域に設定。他の周産期医療圏においても相対的産科医師少数区域には該当しないながらも、県全体としては相対的産科医師少数県であることを踏まえ、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、周産期医療に関連する病院、診療所及び助産所の機能分担と連携を行いながら、県全体の周産期医療提供体制の維持に必要な医師確保対策を推進します。

目標医師数については、令和2年末の産科医師数が令和8年の産科偏在対策基準医師数を超えている安芸・中央・幡多周産期医療圏については現状維持を目標とし、相対的産科医師少数区域である高幡周産期医療圏については、医師数の増加を目指します。

(図表 4-1-40) 本計画における目標医師数

周産期医療圏	R8年度末 目標医師数 (人)	R2年 医師数(人)
安芸	3	3
中央	52	52
高幡 (相対的産科医師少数区域)	1	0
幡多	6	6
合計	62	61

(4) 目標医師数を達成するための施策

ア 産科・産婦人科医師の確保

- (ア) 県は、将来、県内の指定医療機関において産婦人科の医師として勤務する意思のある医学生に対する奨学金の加算貸与や、キャリア形成環境の整備等により若手医師の県内定着を促進するとともに、「こちらの医療RYOMA大使」を通じたU・Iターンの可能性のある医師へのアプローチや、県外大学との連携強化等により、周産期医療を担う医師の早期確保に努めます。
- (イ) 県は、産科医師の分娩手当に対する助成を継続します。
- (ウ) 高幡周産期医療圏については、医療法人川村会くぼかわ病院への産科医師の定期的な派遣を引き続き行い、地域住民が妊婦健康診査を受診できる体制整備を支援します。

イ 周産期医療提供体制の維持

- (ア) 分娩取扱施設のない地域等に居住する妊婦については、中央周産期医療圏で分娩する際の母体及び胎児への負担を軽減するため、出産までの期間中、分娩待機や妊婦健診の際に妊婦とその家族に滞在施設として利用していただけるよう分娩待機施設の確保に引き続き取り組みます。
- (イ) 分娩取扱施設のない地域等における陣痛発来や病院外での妊産婦救急事例に突然遭遇する可能性がある救急救命士等を対象とした「妊産婦救急救命基礎研修(BLSO)」を行ってきたところであり、こうした妊産婦救急事例への対応力の向上に努めます。
- (ウ) 三次周産期医療提供施設である高知医療センターと高知大学医学部附属病院において、一次周産期医療提供施設及び二次周産期医療提供施設と連携しながら正常分娩も受け入れていくことで、県内の分娩機能の維持に努めます。

3 小児科医師確保計画

(1) 本県の状況

令和2年の本県の小児科医師は104人となっており、平成22年と比較すると、医師総数はわずかに増加しましたが、小児医療圏別では、依然として中央小児医療圏に8割が集中しており、この小児科医師の偏在が受療動向に影響していると考えられます。

平成30年の小児科医師の平均年齢は53.5歳で、病院勤務医師は48.3歳、診療所勤務医師は66.1歳となっています。

また、40歳未満の小児科医師が減少し、60歳以上が増加するなど、徐々に平均年齢が高くなっており、特に診療所の医師の高齢化が顕著です。

(図表 4-1-41) 小児医療圏別小児科医師数※の推移 単位：人

年	県計	安芸	中央	高幡	幡多
H22	100	4	81	2	13
H24	104	3	83	3	15
H26	102	4	80	3	15
H28	106	4	85	3	14
H30	106	4	84	4	14
R2	104	3	84	4	13

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査・統計（厚生労働省）

※小児科医師数は、単科若しくは主として小児科に従事する医師数を計上

(図表 4-1-42)

病院及び診療所の小児科医師数と平均年齢

年		病院	診療所
H22	平均年齢	45.2	58.8
	人数	66	34
H24	平均年齢	46.8	60.6
	人数	67	37
H26	平均年齢	47.3	62.7
	人数	67	35
H28	平均年齢	46.6	64.6
	人数	73	33
H30	平均年齢	48.3	66.1
	人数	67	39

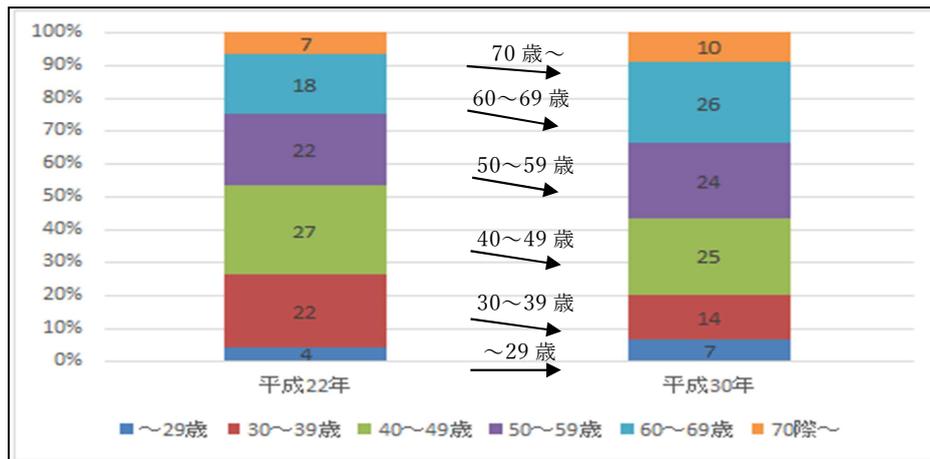
(図表 4-1-43)

小児科医師の平均年齢と年齢階級別人数

	全体	病院	診療所
平均年齢	53.5	48.3	66.1
～29歳	7	7	0
30～39歳	14	14	0
40～49歳	25	20	5
50～59歳	24	14	10
60～69歳	26	10	16
70歳～	10	2	8
合計	106	67	39

出典：平成30年高知県健康政策部調べ

(図表 4-1-44) 小児科医師の年齢分布比較



出典：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）
平成 30 年高知県健康政策部調べ

平成 30 年の調査によると、専門医の資格取得者は、小児科学会専門医 70 人、日本腎臓学会専門医 3 人、日本血液学会専門医 2 人、日本感染症学会専門医 1 人、日本アレルギー学会専門医 4 人、日本小児神経学会専門医 7 人、日本小児循環器学会専門医 1 人、日本小児科医会「子どもの心」相談医 5 人、日本新生児医学会専門医 6 人などとなり、広範な分野で専門的な治療が行われています。しかし、小児科専門医の多くは中央小児医療圏に集中しており、高度な治療ほど中央小児医療圏で受療しなくてはならない状況にあります。

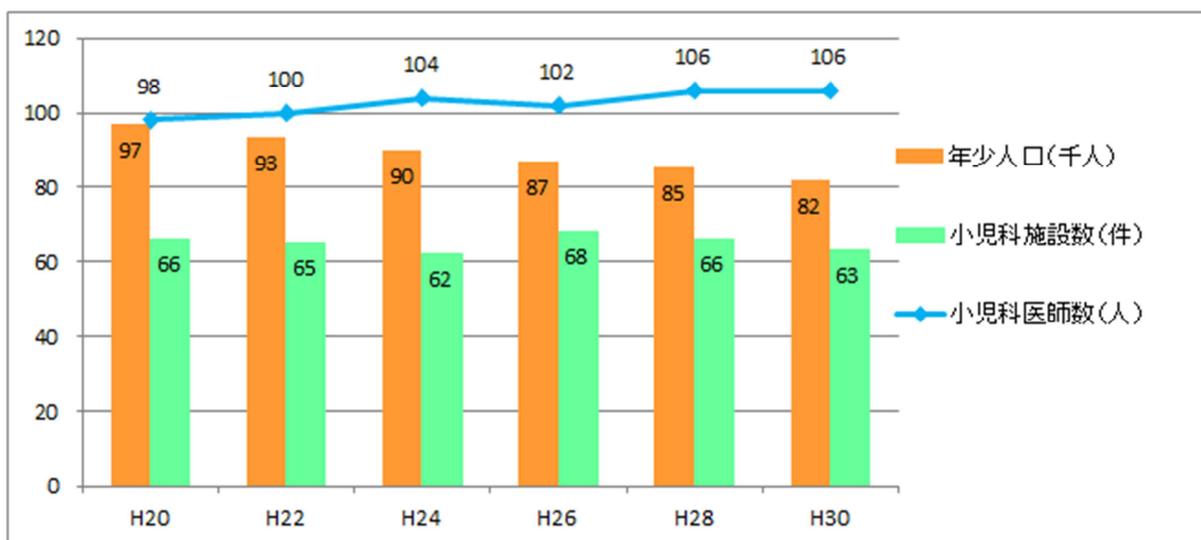
(図表 4-1-45) 認定医の小児医療圏別状況(重複計上あり)※

資格名	安芸	中央	高幡	幡多
日本小児科学会専門医	4	54	3	9
日本腎臓学会専門医	0	2	0	1
日本血液学会専門医	0	2	0	0
日本感染症学会専門医	0	1	0	0
日本アレルギー学会専門医	0	3	1	0
日本小児神経学会専門医	1	5	0	1
日本小児循環器学会専門医	0	1	0	0
日本小児科医会「子どもの心」相談医	0	4	0	1
日本新生児医学会専門医	0	6	0	0

※上記小児科医師数で計上した 106 名を対象に調査 出典：平成 30 年高知県健康政策部調べ

また、少子化を背景に本県の年少（15 歳未満）人口は減少傾向にあり、平成 30 年には約 82 千人と平成 20 年以降の 10 年間で 15 千人減少しています。

(図表 4-1-46) 県内の小児人口及び小児科施設数、小児科医師数の推移



(2) 小児科医師偏在指標、相対的小児科医師少数区域の状況

「小児科医師偏在指標」は、人口10万人対医師数をベースとしながら、分母に15歳未満の「年少人口」を、小児医療圏ごとの人口構成の違いや流出入の状況調整したものを使用し、医療需要を算定するとともに、分子に性別・年齢階級別の平均労働時間を使用した指標となっています。

<小児科医師偏在指標の算出方法>

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数 (※1)}}{\text{地域の年少人口 (10万人) } \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}}$$

$$(※1) \text{ 標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(※2) \text{ 地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率 (※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$(※3) \text{ 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

小児科は、相対的に少数でない小児医療圏においても不足している可能性や小児医療圏を越えた地域間の連携が進められてきており、小児科医師多数県・多数区域を設けると追加確保ができないという誤解を招く恐れがあるため、小児科医師多数都道府県や小児科医師多数区域は設けないこととされています。

本県は、県全体では相対的小児科医師少数県に該当せず、また、4つの小児医療圏も全て相対的小児科医師少数区域に該当しません。

しかしながら、医師偏在指標は、全国一律の基準で機械的に算出されたものであり、本県のように県土が広く東西が長いうえに中山間地域が多いなどの地理的な要因やそれ

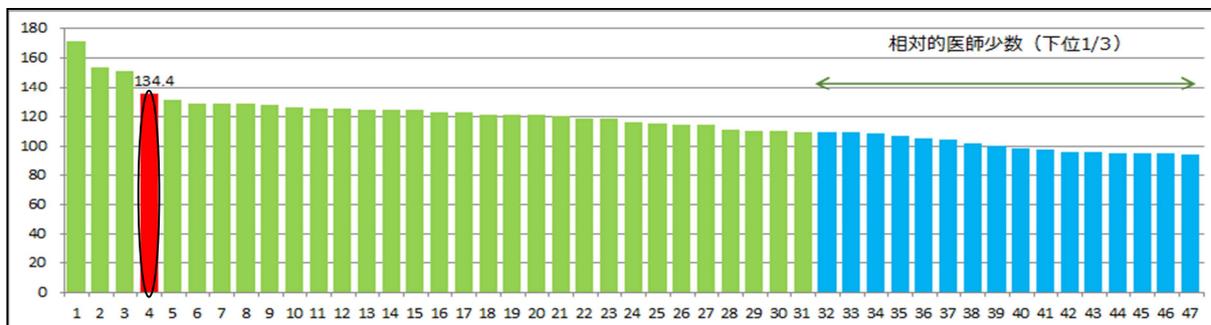
に伴う医療機関へのアクセス性等が考慮されておらず、この数値をもって本県の小児科医師数が充足していると評価することは困難です。

(図表 4-1-47) 国が公表した医師偏在指標等

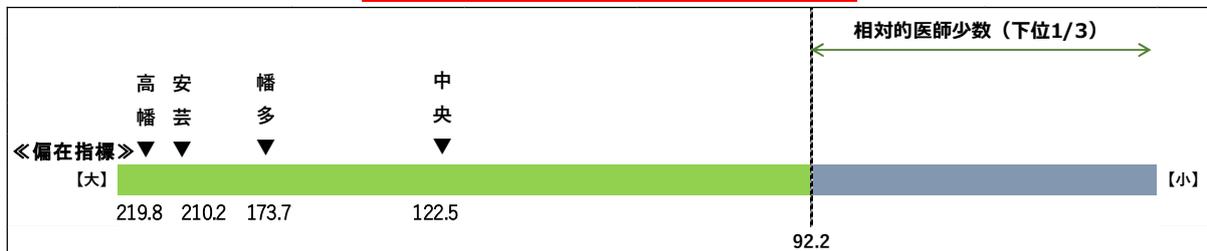
小児医療圏	医師偏在指標	全国順位	相対的医師少数	R2年医師数	R8年小児科偏在対策基準医師数*
高知県	134.4	4/47	非該当	104	72
安芸	210.2	4/307	非該当	3	1
中央	122.5	92/307	非該当	84	54
高幡	219.8	2/307	非該当	4	1
幡多	173.7	11/307	非該当	13	5

* 偏在対策基準医師数は、医療受給に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師の目標ではない。

(図表 4-1-48) 医師偏在指標における本県の相対的位置



(図表 4-1-49) 小児医療圏別の状況



(3) 小児科医師確保の方針と目標医師数

本県は相対的小児科医師少数区域は設定しません。しかしながら、(2)における小児科医師偏在指標に対する評価に加え、小児救急医療に従事する医師を含む小児科医師の労働環境を鑑みれば、小児科医師多数県とされる本県でさえも小児科医師の不足感が高い現状にあります。小児救急医療の適切な受診を促す啓発事業等も行いながら、小児医療提供体制の維持、再構築に向けて必要な医師確保対策を推進します。

目標医師数については、令和2年末の医師数が令和8年の小児科偏在対策基準医師数をすべての小児医療圏で超えています。輪番当直医師への負担が過重になっており、病院群輪番制を維持していくためには、更なる医師の確保が必要であるため、中央小児医療圏で医師数の増加を目標とし、その他の小児医療圏では現状維持を目標とします。

(図表 4-1-50) 本計画における目標医師数

小児医療圏	R8年度末 目標医師数(人)	R2年 医師数(人)
安芸	3	3
中央	88	84
高幡	4	4
幡多	13	13
合計	108	104

(4) 目標医師数を達成するための施策

ア 小児科医師の確保

- (ア) 県は、将来、県内の指定医療機関において小児科の医師として勤務する意思のある医学生に対する奨学金の加算貸与や、小児科専門医の資格取得を目指す若手医師に対する研修支援等により、小児科医師の育成を支援し、確保を図ります。
- (イ) 県外からの医師の招聘に向け、引き続き、県内の医師求人情報や医師のキャリア形成支援策等の紹介、また、赴任する医師への研修修学金の貸与等を行います。
- (ウ) 県及び医療機関等は、若手医師の県外専門医療機関での研修等を通してキャリアアップを支援し、県内の高度専門医療のレベルの向上に努めます。

イ 小児医療提供体制の維持

- (ア) 県は、小児科医師の勤務環境の改善のため、中央小児医療圏の小児科病院群輪番制病院の運営を支援します。あわせて、小児救急勤務医師への手当の支給や、トリアージナースの配置に要する経費を支援するとともに「医師の働き方改革」に適応できるよう支援します。
- (イ) 県は、小児科医師の負担軽減を図るため、適正受診の推進に引き続き取り組むこととし、広報紙、新聞広告やテレビ広告等のメディアを活用し小児救急電話相談事業「こうちこども救急ダイヤル（＃8000）」、高知県救急医療情報センター等の利用を啓発をしていきます。

第7 計画の評価と進行管理

1 推進体制

本県では、県内の医師の適正配置の調整や若手医師の育成・県内定着の促進に向け、高知大学医学部に設置した「高知地域医療支援センター」や、県や高知大学医学部関係者等の出資により高知県地域医療再生計画及び高知県保健医療計画の推進組織として設立した「一般社団法人高知医療再生機構」と連携して医師確保の取組を進めてきました。

今後も引き続きこれらの関係機関をはじめ、医師会や医療機関等と連携しながら本計画を進めていきます。

2 進行管理

計画に掲げた目標の達成状況や施策の効果について、分析・評価を行い、計画の進行管理を図るとともに、必要に応じた計画の見直しを行います。

あわせて、計画の着実な推進を図るため、高知県医療審議会に設置する「医療従事者確保推進部会（地域医療対策協議会）」や「高知県周産期医療協議会」、「高知県小児医療体制検討会議」において、計画期間中の進行管理と評価を毎年度行うとともに、その結果を「第8期高知県保健医療計画」の進行管理の中で「高知県医療審議会」に報告します。

第2節 歯科医師

歯科医師は、歯科診療や保健指導、口腔健康管理などを通じて、むし歯・歯周病予防対策や医科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・口腔機能維持・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、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健康管理など、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。

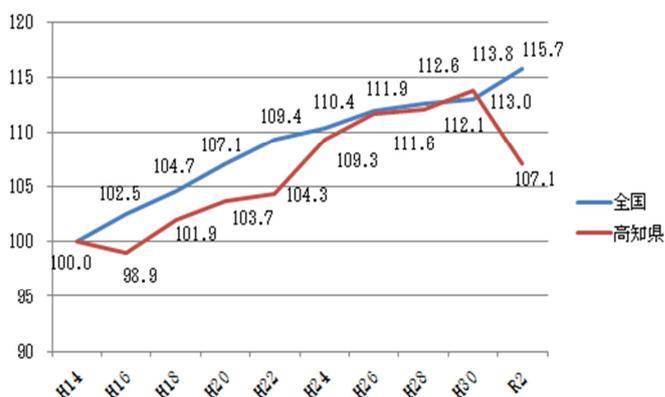
現状と課題

1 歯科医師の状況

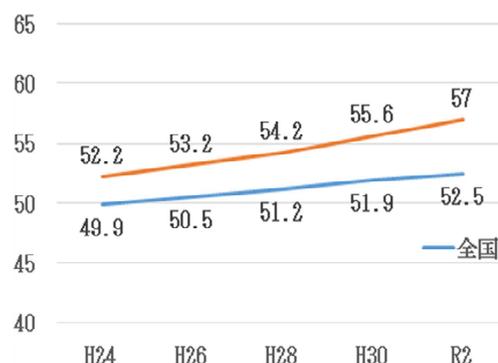
令和2年度 医師・歯科医師・薬剤師統計により届出のあった本県の歯科医師数は、497人であり、平成30年度まで増加していた歯科医師数が減少に転じています。人口10万人あたりでは71.9人と全国平均の85.2人を下回ってはいるものの、本県と同様に歯科医師の養成施設がない中四国の各県とほぼ同様の水準です。保健医療圏別にみると安芸 27人、中央 387人 (高知市 279人)、高幡 28人、幡多 55人となっており、中央圏域（高知市）を除く中山間地域には歯科医師が少ない状況にあります。

また、歯科医師の平均年齢は年を追うごとに高くなっており、将来的には、歯科医師の引退に伴う診療所の閉院などにより、中山間地域を中心として歯科保健医療の提供が難しくなるおそれがあります。

(図表 4-2-1) 歯科医師数の推移



(図表 4-2-2) 歯科医師の平均年齢の推移



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

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・低出生体重児を出産する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、歯周病が糖尿病を始めとした全身疾患に影響を与えることから医科歯科連携の推進を図ることや、高齢期等における口腔衛生状態の改善や摂食嚥下機能の向上を図ることで誤嚥性肺炎の予防やADL（日常生活動作）の改善につなげることが重要になっています。高齢化の進行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。

加えて、南海トラフ地震など大規模災害には、口腔領域の外傷対応に加え、死亡者の身元確認や被災者への口腔ケアなど多くの役割を担います。このため、災害時のマンパワーや通信連絡手段の確保、医療救護活動の体制について、更なる検討を進める必要があります。

対策

1 中山間地域で歯科保健医療の提供を担う歯科医師の確保

県は歯科医師会などと連携して、歯科医師の確保や育成支援を行います。とりわけ、近い将来、不足するおそれがある中山間地域での歯科保健医療の提供を担う人材の確保に努めます。

2 多様化する役割への対応

県は歯科医師会と連携して、むし歯・歯周病予防対策や訪問歯科診療の充実、災害時の応急対応・口腔ケア対策といった、多様化する歯科保健医療に適切に対応するための研修などを行うことにより人材の育成と確保に努めます。

3 大規模災害への対応

県は、災害時における地域住民の健康を守るため、それぞれの地域で歯科医師会、医師会、薬剤師会、看護協会などとの連携及び情報共有を進め、災害時に機能する連絡網の整備と歯科医師の派遣体制の検討を行います。また、避難所などで歯科治療を行うための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人材の確保に努めます。

目標

- 関係機関と連携した取組を開始し、歯科医師の減少傾向に歯止めをかけます。
(区分：S、P)

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
------	--

第3節 薬剤師

薬剤師は医薬品の専門家として、医薬品の開発から使用に至る幅広い分野の業務に従事しています。医療の高度化や機能分化に伴い、薬剤師がチーム医療や地域包括ケアシステムを担う一員として、県民の健康づくりの推進や安全かつ有効な薬物療法を切れ目なく提供することなど、職能を発揮することが求められています。

本県の薬剤師数は、10年間で145人増加して、令和2年末時点で1,787人となっています。

一方、令和5年度に県内の病院を対象に実施したアンケート調査からは、急性期病院を含む多くの病院において薬剤師が充足していない実態とともに、薬剤師業務のさらなる充実化といった課題が明らかとなっています。

このため、若手薬剤師の安定的な確保と薬剤師としてより専門性を高めるために必要な知識・技能を修得するためのキャリア形成ができる環境を整備することが重要です。

県では、県内急性期病院をはじめとして、薬剤師不足が深刻な病院や地域への就業を促進します。

現状と課題

1 県内の薬剤師の状況

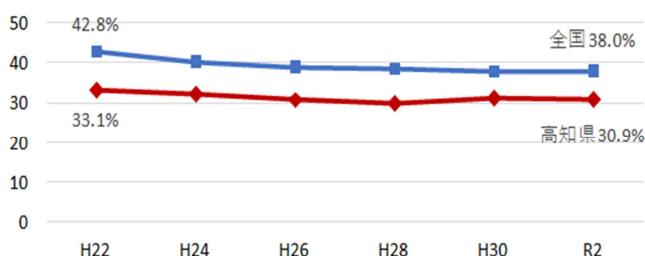
(1) 薬剤師

本県の薬剤師数は令和2年末時点で1,787人と増加傾向にあるものの、増加率は全国に比べて低くなっています。

平均年齢は、令和2年末時点で50.6歳と全国平均の46.6歳を4.0歳上回り、40歳未満の薬剤師が占める割合は30.9%と全国平均の38.0%を大きく下回っていることから、退職者の補充も含め、中・長期にわたって安定的に若手の薬剤師を確保する必要があります。

また、少子化に加え、本県には薬学部がないことから県外薬系大学への進学に伴う経済的な負担等により受験者数が減少し、県出身薬学生はH30年度476人でしたが、R5年度には387人へと減少しており（出典：「在籍者数調査結果」一般社団法人薬学教育協議会）、薬学部を目指す中高生への対策も必要です。

(図表 4-3-1) 若手薬剤師（40歳未満）の割合

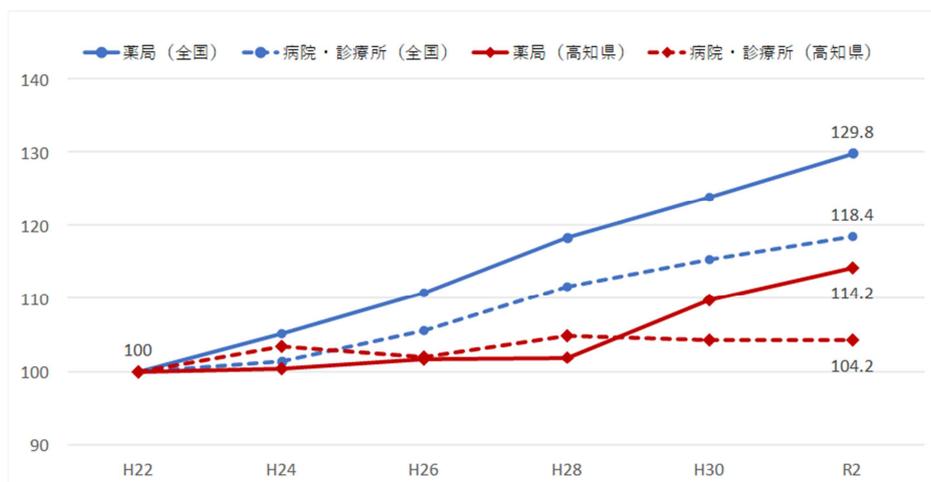


出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

(2) 就業種別

就業種別では、薬局薬剤師数は増加傾向にあるものの、本県の病院薬剤師数はほぼ横ばいで、病床当たりの薬剤師数は3.6人(全国平均4.12人)、病棟薬剤業務実施加算の算定状況は18%(全国平均35%)と全国平均を下回っており(出典：令和4年度「病院薬剤師の勤務実態調査」(厚生労働省))、急性期病院をはじめ、病棟への薬剤師の配置が十分ではない状況です。

(図表 4-3-2) 就業種別の薬剤師数 (H22 年を 100 とした場合の推移)

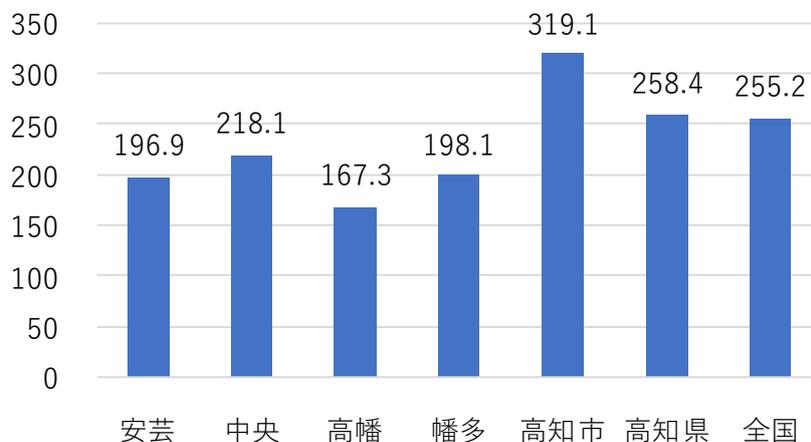


出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

(3) 就業地域別

就業地域別では、高知市は人口10万人当たり319.1人で全国平均(255.2人)を上回っていますが、その他の地域ではいずれも全国平均を下回っており、地域偏在が顕著で、郡部では薬局や病院を問わず恒常的に薬剤師が不足しています。

(図表 4-3-3) 就業地域別の薬剤師数 (人口10万人当たり) 単位：人



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

2 期待される薬剤師の役割

近年、医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、薬剤師には、適正な薬物治療のための薬剤相互作用や副作用の防止・早期発見、ポリファーマシーの解消などの役割が求められています。

薬局に従事する薬剤師は、かかりつけ薬剤師として、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握しそれに基づく薬学的管理・指導を行うとともに、自宅で療養している患者や施設の入所者の服薬管理への積極的な参画や、薬局内外での健康づくりやセルフメディケーションの推進など、県民が安心して相談できる身近な医療従事者としての役割が期待されています。

病院に従事する薬剤師は、急性期から慢性期まで、患者に切れ目なく安全で有効な薬物療法を提供するために、病院機能に合わせた介入が期待されています。活動場所も調剤室だけでなく病棟や外来、手術室など多岐にわたり、医療安全に配慮した薬学的管理、医師への処方提案、タスクシフト・シェアによる医師の負担軽減などチーム医療における医薬品の専門家として、より高度な専門性が必要となっています。

さらに、入院時の持参薬の整理や、退院後の安全で適正な薬物療法を継続するため、薬局と病院の薬剤師が服薬情報や患者の基本情報を共有するなど薬薬連携をさらに強化する必要があります。

こうした薬剤師の職能の向上、薬剤師間や多職種での連携を強化するためには、薬剤師としての基本的な知識や技能を習得する段階から、学位や専門・認定資格の取得など、より専門的なキャリア形成への支援が必要です。

また、南海トラフ地震などの大規模災害時には、医療救護チームとして、あるいは薬剤の専門家として被災者への医薬品の供給調整や、医薬品の交付及び服薬指導、また避難所等の衛生管理など、被災者の支援を行う必要があります。

対策

県は、高知県薬剤師会及び高知県病院薬剤師会と協働で以下の取組みを推進します。

1 若手薬剤師の確保

(1) 中高生への啓発

中高生を対象として、薬学部進学セミナーなどの開催による進学情報の提供、協定締結大学薬学部オープンキャンパスへの参加を支援します。加えて、奨学金返還への支援やキャリアアビジョン等、将来像がよりイメージしやすくなるように学生とその保護者に周知します。

(2) 薬学生への啓発

薬学生を対象として、インターンシップの実施やふるさと実習の受入体制の強化、関西地区等での就職説明会を適宜開催します。併せて、SNS等を活用した求人情報サイトの周知や、卒業後のキャリア形成支援を周知します。

(3) 若手薬剤師のキャリア形成支援

高知県薬剤師会及び高知県病院薬剤師会と連携したキャリア形成プログラムを確立し、病院等での基本的な知識や技能の習得とともに、就業しながら大学院での学位の取得や専門・認定資格の取得を支援します。こうした魅力あるキャリア形成プログラムにより、意欲のある若手薬剤師のU・Iターンを促すとともに、地域医療における薬剤師職能の向上を図ります。

2 急性期病院等の薬剤師確保

病院等へ就職した薬剤師には、奨学金返還支援制度により経済的支援を行います。また、協定締結大学や協定締結企業などと連携し、その特色を活かした実効性のある薬剤師確保策を進めます。

3 地域偏在の解消

キャリア形成プログラムを活用して薬剤師不足地域における薬剤師を確保するため、薬局や病院でキャリアを積んだ薬剤師が、薬剤師不足地域の薬局や病院に一定期間就業するといった、薬局・病院間や病院間での相互支援を可能とする人事交流制度の創設に向けた検討を進めます。

4 薬剤師のキャリア形成支援

(1) 研修等への支援

薬剤師の業務をさらに充実、強化し、薬物療法をとりまく最新の知見を幅広く習得するなど生涯研修による資質の向上を図るため、関係団体が実施する研修等を支援します。

また、就業、未就業に関わらず希望する薬剤師が、病院や薬局等で研修ができる制度の創設に向けた検討を進めます。

(2) 大学や企業等との連携

本県には薬系大学がないことから、協定締結大学や協定締結企業などと地域振興のための協働研究や、社会人大学院での地域医療に係る研究、就職支援など、幅広い分野での連携を強化します。

5 災害時の対応に向けた取組み

県は、大規模災害時における薬剤師の活動が円滑にできるよう、平成24年度から配置した災害薬事コーディネーターを中心として、研修の開催や医療救護訓練を実施します。また、災害薬事コーディネーターのもと、地域で活動するリーダー的薬剤師の育成も実施します。

目標

- 若手薬剤師（40歳未満）の確保を推進します。
- 二次医療圏別薬剤師数を維持します。

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

第5章 医療提供体制の充実

第3節 薬局の役割

高齢化の進展や生活習慣病などの増加に伴い、ポリファーマシーや患者の自己判断による服薬の中断などが課題となっており、薬物の安全性・有効性の向上による適正な薬物治療の確保や、それに伴う医療費の適正化が図れる医薬分業の意義は大きく、本県の処方箋受取率は令和4（2022）年度において73.8%（全国76.6%）に至っています。

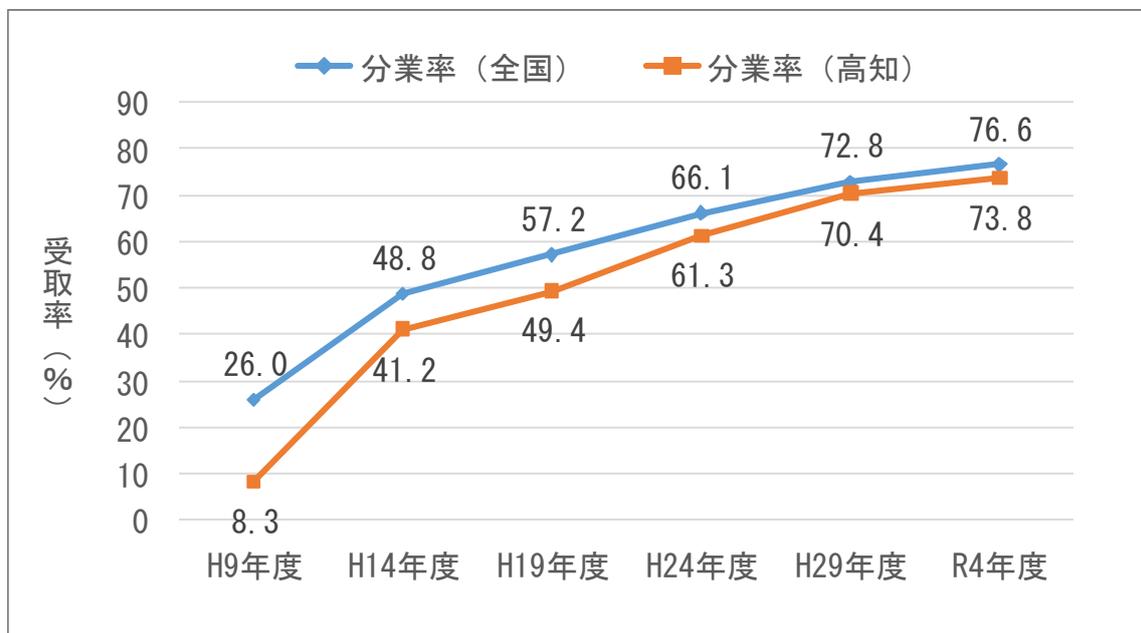
しかしながら、患者は受診した医療機関ごとに近くの薬局で調剤を受ける機会も多いことから、医薬分業における薬局の役割が十分に発揮されていないという現状があります。

このような状況を踏まえ、国は医薬分業の原点に立ち返り、薬局を患者本位のかかりつけ薬局に再編するため、平成27（2015）年に「患者のための薬局ビジョン」を策定し、地域住民の「健康サポート機能」の強化と、令和7（2025）年までに全ての薬局が、服薬情報の一元管理や在宅対応等の「かかりつけ機能」を持つことを目標としました。

さらに、地域医療における薬剤師の役割の拡大、ICT等の発展による薬剤師を取り巻く環境の変化等を踏まえ、令和4（2022）年には「薬剤師が地域で活躍するためのアクションプラン」が公表されました。

本計画では、こうした国の動きを踏まえ、薬剤師会等の関係団体と協働して、健康サポート機能・かかりつけ機能のさらなる充実や医療DXへの対応等について取組みを進めます。

（図表 5-3-1）院外処方箋受取率の推移



出典：公益社団法人日本薬剤師会調べ

現状と課題

1 高知家健康づくり支援薬局等

（1）健康サポート機能

本県では、県民にとって身近で気軽に医薬品や健康に関する専門的な相談・支援を受

けられる総合的な健康情報拠点として、平成 26 (2014) 年から「高知家健康づくり支援薬局」(以下、「支援薬局」という。)を認定してきました。令和 5 (2023) 年 10 月現在、全薬局の 75.1%にあたる 303 薬局が様々な県民への健康サポート活動を行っています。

支援薬局の健康サポート活動や相談対応力をさらに強化するため、薬剤師会と協働し、薬局薬剤師を対象に様々な分野の研修を実施してきました。

引き続き、本県の少子高齢化や県民の健康志向の高まりへの対応や、医療DX等の新たな動きにも対応するため、薬局薬剤師のさらなるスキルの向上が必要です。

また、県民の健康志向を後押しするため、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」と定義されるセルフメディケーションも推進する必要があります。

(2) かかりつけ薬剤師・薬局機能

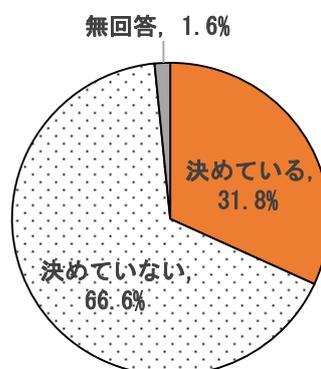
高齢者を中心に複数の診療科を受診することによるポリファーマシーの問題や重複投薬、飲み残しによる残薬の問題、医薬品の相互作用による副作用など、医薬品による有害事象を未然に防止することが必要です。そのためには、患者の服薬情報を一元的・継続的に管理して服薬指導を行う「かかりつけ薬剤師・薬局」を持つことが重要ですが、かかりつけ薬局を決めている県民は 31.8%に留まっています。

県では、24 時間対応や在宅対応、医療機関等との連携を含め、かかりつけ機能を強化するため、薬剤師会と協働して、在宅対応できる人材の育成や多職種による在宅患者の服薬管理体制の整備、重複投薬等の是正に取り組んできました。

引き続き、こうした取組みを継続するとともに、EHR^(注1)などの医療DXを有効に活用したかかりつけ機能の強化が必要です。

(注1) EHR : Electronic Health Record の略語。個人の医療・健康等に係る情報の共有等を行うための医療情報連携ネットワークのこと。高知あんしんネット、はたまるねっと、高知家@ライン、国のEHRを指す。

(図表 5-3-2) かかりつけ薬局を決めている県民の割合



出典：令和 5 年度県民世論調査

2 医療DX（デジタルトランスフォーメーション）の活用

高齢化が進む中山間地域では、最寄りの医療機関や薬局へのアクセスが悪いことから距離や移動時間の制約等の課題があります。また、高齢者を中心に、複数の診療科受診や複数の薬局での投薬により多剤傾向にある患者の服薬情報の一元管理といった課題もあり、オンライン服薬指導やEHRをはじめ、マイナポータルや電子版お薬手帳、電子処方箋等の医療DXの有効活用が必要です。

特に、本県では常勤薬剤師が少ない小規模薬局が多いため、オンライン服薬指導等の活用により、中山間地域の住民や高齢者施設等入所者に対するより効果的・効率的な服薬管理・指導の実施が期待されており、今後、対面での服薬指導や服薬フォローアップを補完する手段として、積極的にICTの活用を進める必要があります。

一方、ICTに関するリテラシーは、薬剤師や患者及びその支援者ごとに個人差があり、ICTを活用するうえでは使用方法やサイバーセキュリティ面の確保等の知識・技能の習得や支援者の確保が重要です。

3 (電子版)お薬手帳の利活用

お薬手帳は、服薬情報を一元管理するためのツールとして普及を図っており、複数の医療機関に通院している場合は、一冊に集約することが重要です。

また、電子版お薬手帳は、新たな機能として、マイナポータルと連携することで、過去3年分の薬剤情報等を取り込むことが可能となることから、服薬情報を管理する手段としての有効活用等について、県民の理解の向上と普及が必要です。

4 薬局間連携の強化

本県は、34市町村のうち中山間地域を中心に17町村の薬局数が2件以下となっており、5町村には薬局がありません。こうした地域では医療資源が不足していることに加え、常勤薬剤師が1、2名の小規模薬局が多く、当該地域全体で健康サポート機能やかかりつけ機能を果たすことは難しいことから、広域での薬局間の連携を強化し、複数の薬局で地域の医療や保健を支える体制の強化が必要です。

5 薬局機能情報提供制度

患者が適切に薬局を選択できるよう、薬局は、薬局機能に関する一定の情報について県へ報告することが、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律で義務付けられています。

この情報は令和6年から厚生労働省が構築する全国の医療機関を検索可能な医療情報サイト「医療機関等情報支援システム（G-MIS）」にて閲覧することが可能になります。

6 災害時の医薬品供給体制等

大規模災害時には、本格的な外部支援が入るまでの間、地域の中で医薬品の供給及び薬剤師の派遣をスムーズに行うための体制整備や、地域外からの支援を円滑に受入れるための受援体制の整備が必要となっています。

対策

県は、薬剤師会等関係団体と協働で以下の取組みを推進します。

1 高知家健康づくり支援薬局等

(1) 健康サポート機能

県民の身近な健康情報拠点として、薬局薬剤師の職能やゲートキーパーとしての機能を向上するために、関係団体が実施する研修会の開催等を支援するとともに、地域活動強化システム^(注2)等を活用するなどして、地域ニーズに対応しながら地域活動に参加する薬剤師の裾野を広げます。

また、セルフメディケーションを推進するため、県民がその意義や重要性について理解を深めるための広報や、薬局での要指導医薬品や一般用医薬品の取扱いを進めるとともに、(電子版)お薬手帳を活用し、一般用医薬品や健康食品等の服用履歴の把握に努め、これらの相互作用による有害事象を未然に防止する取組みを進めます。

(注2) 地域活動強化システム：地域活動と薬剤師のマッチングを行い、地域包括ケアシステムの一翼を担う存在として積極的に地域と連携するための支援システム。

(2) かかりつけ薬剤師・薬局機能

かかりつけ薬剤師・薬局が持つ機能や患者のメリット等について、改めて県民に周知し、定着を図るとともに、かかりつけ機能のさらなる強化のため、人材育成や医薬品の適正使用等の取組みを継続して実施します。

また、通院から入院、退院から在宅等へ服薬情報等の患者情報を共有し、切れ目のない薬物治療を確保するため、薬局及び病院薬剤師間の連携強化のための研修会を実施するとともに、各地域の入退院時ルールを踏まえた多職種との連携体制の整備を図ります。さらに、医療DX等を活用したかかりつけ機能強化に取り組めます。

2 医療DX (デジタルトランスフォーメーション)

高齢者施設やあったかふれあいセンター等、高齢者や地域住民、多職種の支援者等が集う場で、医療DXを活用した服薬情報の把握とともにオンラインによる服薬指導やお薬教室・相談会を実施し、高齢者及びその支援者のICTリテラシーの醸成を図り、対面による服薬指導を補完するためのオンライン服薬指導の普及を図ります。

また、服薬情報の一元管理や医薬品の適正使用が期待できるEHRや電子処方箋、マイナポータル等の普及や活用について、関係課や関係団体との検討を進めます。

医療DXについては、引き続き、マイナンバーカードの普及状況をはじめ国の動向を注視するとともに、県内の普及状況を踏まえながら、県民の理解の向上と薬局における活用を支援します。

3 (電子版)お薬手帳の利活用

お薬手帳の活用により、服薬情報の一元的・継続的管理が可能となり、重複投薬の防止や災害時のスムーズな投薬治療等につながることから、その有用性やお薬手帳の一冊

化について、改めて県民に周知します。

また、電子版お薬手帳は、マイナポータル³の服薬情報に加え、一般用医薬品等の情報を登録することが可能なことや、こうした服薬情報を薬剤師等が把握することにより、適正な薬物治療の確保につながるなどについて、県民の理解の向上と普及を図ります。

4 薬局間連携の強化

薬局間の医薬品の融通はもとより、地域での健康サポート活動や、在宅訪問、24時間対応等のかかりつけ機能について、その対応可能な範囲等を薬局間等で共有し、患者やその家族、また地域住民の様々なニーズに対応できる薬局連携体制を整備するとともに、多職種、他機関連携を強化します。

5 薬局機能情報の提供

薬局機能情報提供制度により登録された情報について、薬局開設者に対して定期的に情報を確認するとともに、情報の更新が必要となった場合には速やかに対応するよう徹底して、情報の精度を高めます。

6 災害時の医薬品供給体制等

市町村や地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係機関や薬業団体と連携し、医療救護活動に必要な医薬品等の確保対策や薬剤師の配置等を進めるとともに、地域の薬局が保有する医薬品等の供給や薬剤師派遣がスムーズにできるよう、地域の行動計画の策定を進めます。

また、災害薬事コーディネーター^(注3)のスキルアップを図るとともに、地域の医療救護活動に参加する薬剤師のリーダーとなる人材を育成するための研修会や訓練を実施します。

(注3) 大規模災害の発生時に、高知県災害医療対策本部及び支部において医薬品などの供給及び薬剤師派遣についての調整を行う。コーディネーターは、薬局薬剤師や病院薬剤師等の中から知事（高知市においては高知市長）があらかじめ委嘱する。

目標

○ オンライン服薬指導に対応可能な薬局数を増やします。（区分：P）

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 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
------	--

第6章 5 疾病の医療連携体制

第1節 がん

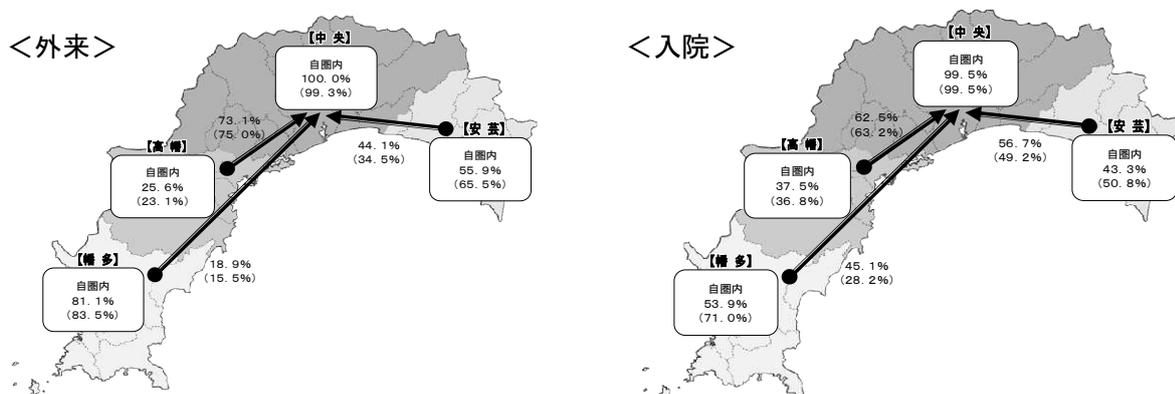
1 がん患者の受療動向

令和3年度高知県患者動態調査では、がんの外来患者が在住する保健医療圏における受療割合は、中央保健医療圏では圏内ではほぼ完結していますが、安芸保健医療圏に在住の患者の約44%、高幡保健医療圏に在住の患者の73%が中央保健医療圏で受療しています。

がんの入院患者が在住する保健医療圏における受療割合は、中央保健医療圏ではほぼ自圏内で完結しているほかは、安芸保健医療圏では約57%の患者が、高幡保健医療圏では約63%の患者が、幡多保健医療圏では約45%の患者が中央保健医療圏に入院しています。(図表6-1-1)

第4期高知県がん対策推進計画(案)からの抜粋で再構成しており、第7期保健医療計画との比較ができないため、変更箇所は赤字表示としておりません。

図表6-1-1 がん患者の受療動向 (括弧内は平成28年度の数值)



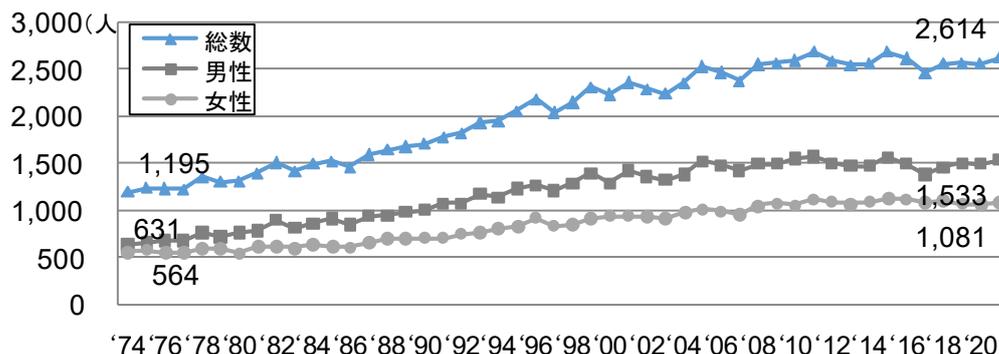
出典：令和4年度高知県患者動態調査

2 がん死亡者数と死亡率の傾向

(1) がんによる実死亡者数の推移

高知県のがんによる死亡者数は、平成7(1995)年以来毎年2,000人を超えており、令和3(2021)年には2,614人(男性1,533人、女性1,081人)となっています。(図表6-1-2)

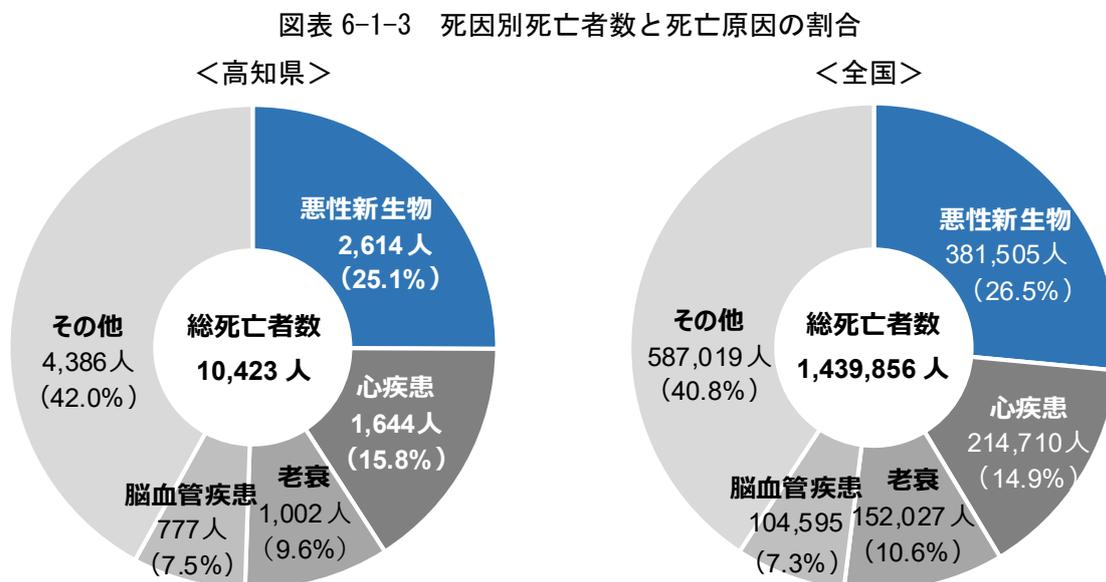
図表6-1-2 がんによる実死亡数の推移(高知県)(1974年~2021年)



出典：令和3年人口動態統計(厚生労働省)

総死亡に占める死亡原因の割合をみると、令和3（2021）年は、がんが1位で25.1%と全体の4分の1を占め、2位は心疾患で15.8%、3位は脳血管疾患で7.5%となっており、上位3位までで総死亡の約5割を占めています。

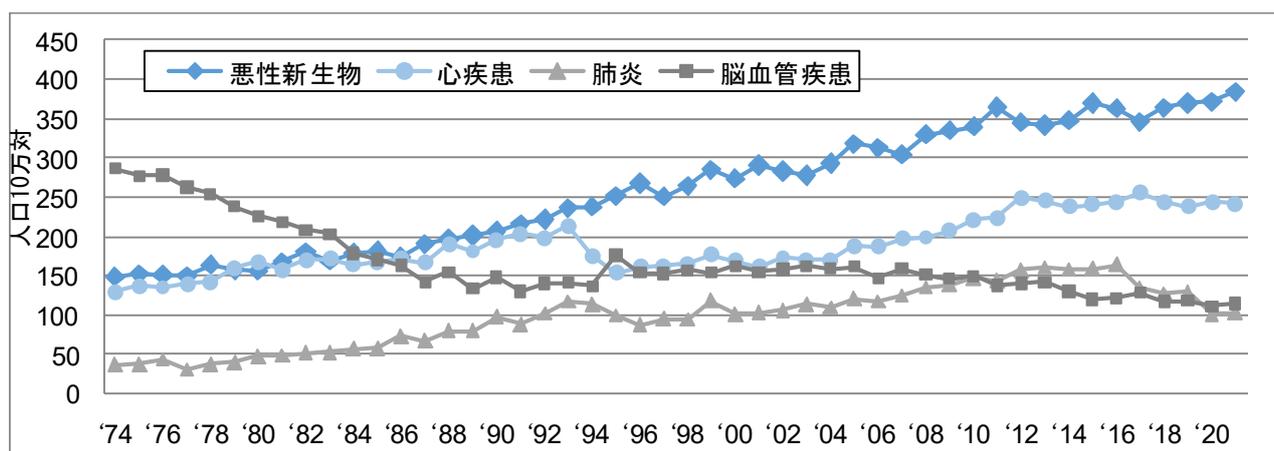
また、全国も同様の傾向となっています。（図表6-1-3）



出典：令和3年人口動態統計（厚生労働省）

主な死因別による死亡率の年次推移を見ると、がん、心疾患の増加傾向が続いています。（図表6-1-4）

図表 6-1-4 主な死因の人口10万対死亡率の推移（高知県）（1974年～2021年）



出典：令和3年人口動態統計（厚生労働省）

3 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

(1) がんの1次予防

ア 生活習慣について

現状と課題

がんの原因には、喫煙（受動喫煙を含む）、飲酒、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染など、様々なものがあります。

生活習慣の中でも、喫煙が肺がんをはじめとする種々のがんの原因となっていることは、科学的根拠をもって示されており、がん予防の観点からも、たばこ対策を進めていくことが重要です。

図表 6-1-5 がん発生及びがん死の要因別 PAF（人口寄与割合）



出典：国立研究開発法人国立がん研究センター

「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防が「ドライ」提言に関する研究」

対策

県は、喫煙が健康に及ぼす影響などを県民に対して啓発し、喫煙者が禁煙に取り組むきっかけづくりを行います。また、県は、飲酒、食生活、運動などの生活習慣について、幅広い世代が参加し、健康意識の醸成や健康的な保健行動の定着化につながる取組を継続して実施します。

イ 感染症対策について

現状と課題

ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで2番目に、女性では最も大きく発がんに寄与する因子となっています。

発がんに大きく寄与するウイルスや細菌としては、肝がんに関連する肝炎ウイルス、子宮頸がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、成人T細胞白血病（ATL）と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（以下「HTLV-1」という。）、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ（以下「ピロリ菌」という。）等があります。

図表 6-1-6 インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療受給者証交付人数（人）

		平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
インターフェロンフリー治療	新規	136	110	49	57	50
核酸アナログ製剤治療		67	45	23	43	41
核酸アナログ製剤治療	更新	515	512	376	523	522

令和4年度高知県健康対策課調べ

対策

県及び市町村は、肝炎に関する正しい知識の普及啓発に努めるとともに、肝炎ウイルス検査未受検の者への効果的な受検促進を図ります。

また、県は、令和4年4月に再開したHPVワクチンの定期接種の推進と、定期接種及びキャッチアップ接種の対象者に対する適切な情報提供に取り組めます。

医療機関は、妊産婦に対し必要な検査（HTLV-1抗体検査等）を実施し、適切な指導を行います。

県は、ピロリ菌除菌治療が胃がん罹患の予防に有効であるとする疫学研究等について、今後の国の動向等を注視するとともに、必要な対策に取り組めます。

ウ がんの教育

現状と課題

子どもが健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解や命の大切さに対する認識を深めることが大切です。

これらをより一層効果的なものにするため、医師やがん患者・経験者等の外部講師の協力を得て、がんの正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要です。

対策

県、市町村、拠点病院、患者団体及び学校は、医師、看護師等医療従事者、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、連携してがん教育を実施していきます。

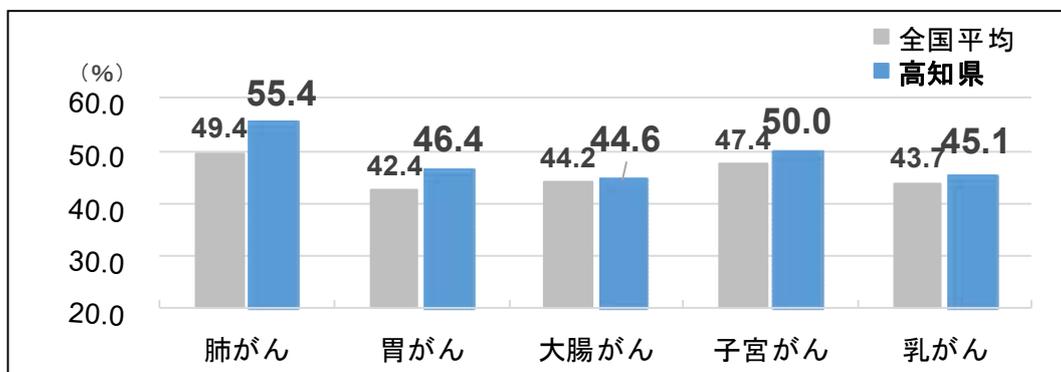
(2) がんの2次予防（がん検診）

ア 受診率向上対策について

現状と課題

がんの死亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率向上が必要不可欠です。

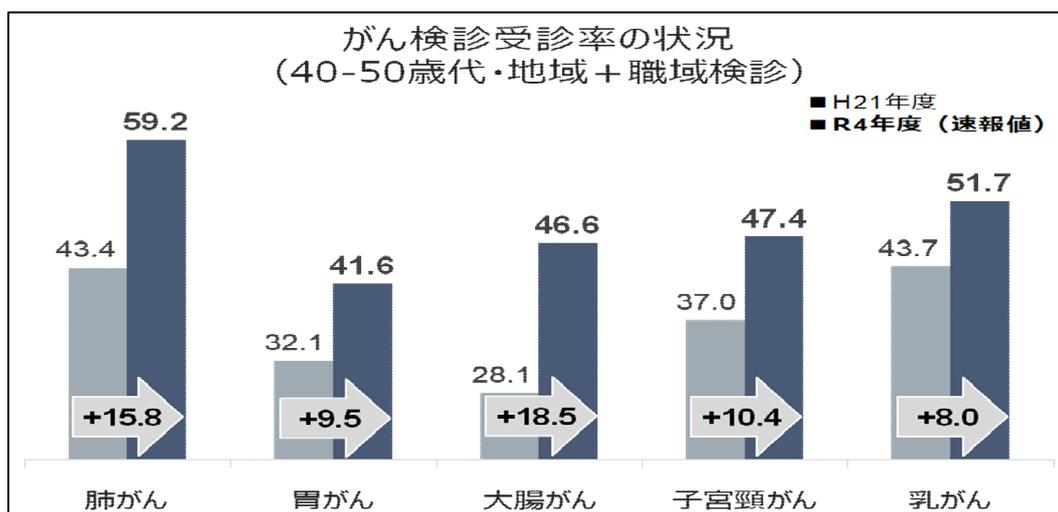
図表 6-1-7 がん検診受診率の全国との比較（40-69 歳・子宮頸がんは 20-69 歳）



出典：令和4年国民生活基礎調査（厚生労働省）

全国平均より高い壮年期の死亡率改善のため、40～50 歳代のがん検診の受診率向上に重点を置いて平成 22 年度から取組を始めており、対策を講じ始める前と直近の状況を比較すると、**<P> 5つの検診全てで受診率が向上し、特に大腸がん検診は、18.5 ポイント上昇しています。**

図表 6-1-8 高知県民全体のがん検診受診率（40-50 歳代・市町村健診＋職域検診）



出典：令和4年度高知県健康対策課調べ

がん検診を受けた者のうち、30～70%程度は職域において受診していますが、職域におけるがん検診は、保険者や事業主が任意で実施しているものであり、実施割合、実施されているがん検診の種類、対象者数及び受診者数等を継続的に把握する仕組みがありません。

職域におけるがん検診について、実施企業における実施状況の把握や、未実施企業における未実施理由の把握など課題の整理が必要です。

対策

県は、がん検診を受診しやすい体制の整備に向け、がん検診と特定健診の同時実施の推進、事業主健診時における市町村等で実施するがん検診の受診勧奨の推進、受診手続きのデジタル化など、利便性の向上に努めます。

また、県及び市町村は、職域におけるがん検診推進のため、事業主等と連携したがん検診の受診促進に取り組みます。

イ がん検診の精度管理について

現状と課題

がんの早期発見・早期治療につなげ、がんの死亡率を減少させるためには、がん検診における精度管理が必要不可欠です。

対策

県は、市町村及び検診機関において、指針に基づく方法でがん検診が行われているか、がん検診の精度管理状況の把握・評価を行い、市町村及び検診機関に情報を還元することにより、検診精度の維持・向上に努めます。

ウ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について

現状と課題

県では、市町村が行うがん検診に対し、国が定める「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づき、「高知県各種検診実施指針（胸部・胃がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）」を定め、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進していますが、一部の市町村では、指針に基づかないがん検診が実施されています。

対策

県は、市町村に対し、がん検診の担当者ヒアリングや研修会を通じた必要な指導・助言等を行うことで、死亡率の減少効果が認められている、指針に基づくがん検診の適切な実施を引き続き推進します。また、県及び市町村は、科学的根拠に基づくがん検診について、県民の理解を促進するため、普及啓発に努めます。

4 患者本位で持続可能ながん医療の提供

(1) がん医療提供体制等

ア 医療提供体制の均てん化・集約化について

現状と課題

がん診療の体制整備については、国は全国どこにいても質の高いがん医療が等しく受けられるよう、「都道府県がん診療連携拠点病院」（以下「県拠点病院」という。）、「地域がん診療連携拠点病院」を2次医療圏ごとに1か所指定することとしています。

また、「地域がん診療病院」をがん診療連携拠点病院とのグループ指定をしたうえで拠点病院のない2次医療圏に1か所整備することとしており、厚生労働大臣が指定しています。

本県では、医療機能の集積状況やがん患者の保健医療圏間移動、地理的条件等を踏まえ、4

つの保健医療圏（安芸・中央・高幡・幡多）のうち、中央保健医療圏で2病院、幡多保健医療圏で1病院が拠点病院として指定を受けています。

平成30年度からは、安芸保健医療圏で1病院が県拠点病院とのグループ指定により「地域がん診療病院」として指定されました。

また、高知県独自に、拠点病院に準ずる病院として、「がん診療連携推進病院」を中央保健医療圏に2病院、指定をしています。

図表 6-1-10 高知県内のがん診療連携拠点病院等の整備状況

保健医療圏	医療機関名	所在地	拠点病院等区分
安芸	高知県立あき総合病院	安芸市宝永町	地域がん診療病院
中央	国立大学法人 高知大学医学部附属病院	南国市岡豊町	都道府県がん診療連携拠点病院
	高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター	高知市池	地域がん診療連携拠点病院
	高知赤十字病院	高知市秦南町	高知県がん診療連携推進病院
	国立病院機構高知病院	高知市朝倉西町	
高幡	なし		
幡多	高知県立幡多けんみん病院	宿毛市山奈町	地域がん診療連携拠点病院

令和5年4月1日現在

対策

拠点病院等は、地域のがん診療を行っている医療機関に対する診療支援や地域のがん診療に携わる医療従事者に対する研修等を通じて、地域全体のがん医療水準の向上に努めます。

県は、がん診療連携拠点病院機能強化事業等で、拠点病院の機能強化にかかる取り組みを支援します。

イ がんゲノム医療について

現状と課題

県内では、高知大学医学部附属病院と高知医療センターが、がんゲノム医療連携病院の指定を受けており、がんゲノム医療中核拠点病院等と連携してがんゲノム医療提供体制整備を推進していく役割が求められています。

本県では、医療機能の集積状況や地理的課題を抱えながらも、対象患者ががん遺伝子パネル検査を受けられるようにするための取り組みが必要です。

対策

がんゲノム医療連携病院は、がんゲノム医療に係る医療提供体制の整備を引き続き推進します。

県及び拠点病院等は、がんゲノム医療に関する県民の理解を促進するため、普及啓発に努めます。

ウ 手術療法・放射線療法・薬物療法について

現状と課題

令和5年度に県が実施した医療機関がん診療体制調査によると、手術療法と薬物療法（外来薬物療法を含む）によるがんの治療については、中央保健医療圏に集中していますが、全ての二次保健医療圏で提供されています。

放射線療法によるがんの治療は、中央及び幡多医療圏に限定されています。

図表 6-1-11 高知県内でがんの手術療法・放射線療法・薬物療法が提供可能な医療機関数

保健医療圏		安芸	中央	高幡	幡多	総数	
手術療法	医療機関数	1	24	3	2	30	
	再掲	肺がん	0	7	1	0	8
		胃がん	1	14	2	2	19
		肝がん	0	7	0	1	8
		大腸がん	1	14	2	2	19
		乳がん	1	11	1	2	15
放射線療法	医療機関数	0	5	0	1	6	
	再掲	肺がん	0	4	0	1	5
		胃がん	0	3	0	1	4
		肝がん	0	3	0	1	4
		大腸がん	0	4	0	1	5
		乳がん	0	4	0	1	5
薬物療法	医療機関数	3	37	6	3	49	
	再掲	肺がん	1	16	2	2	21
		胃がん	1	24	4	3	32
		肝がん	1	14	1	1	17
		大腸がん	1	24	4	3	32
		乳がん	1	22	2	3	28
外来化学療法	2	24	4	3	33		

出典：令和5年度高知県医療機関がん診療体制調査（回収率 78.8%）

対策

拠点病院等は、患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な手術療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく、ロボット支援手術を含む鏡視下手術等の高度な手術療法の提供についても、医療機関間の役割分担を整理するとともに連携体制の整備に取り組みます。

また、患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切な放射線療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な放射線療法の提供についても、医療機関間の役割分担整理するとともに連携体制の整備に取り組みます。

さらに、患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を外来も含め適切な場で受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な薬物療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進めます。

エ チーム医療の推進について

現状と課題

患者やその家族等が抱える様々な苦痛、悩み、負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要です。

対策

拠点病院等は、多職種連携を更に推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、高知がん診療連携協議会において地域の医療機関と議論を行い、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備に取り組みます。

県は、医療関係者に対して、がん治療における医科歯科連携の必要性について研修を行う等、一層の啓発を行います。また、院内歯科のない病院に対して、「高知県におけるがん診療に関わる医科歯科連携マニュアル」の再周知を図ります。

オ がんのリハビリテーションについて

現状と課題

がん治療の影響から、患者の嚥えん下や呼吸運動等に障害が生じることがあります。また、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害を来し、生活の質の著しい低下が見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されています。

対策

拠点病院等を中心に、研修を受講した医師や看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の拠点病院等への配置に努めます。

カ 支持療法の推進について

現状と課題

がん患者は、がんそのものによる症状やがん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に悩みを抱えることがあり、こうした症状を軽減させる支持療法が求められています。

対策

拠点病院等は、国等が作成する支持療法に関する診療ガイドラインに基づき、支持療法を実施し、患者とその家族のQOL低下の防止に努めます。

キ がんと診断された時からの緩和ケアの推進について

【緩和ケアの提供】

現状と課題

すべての拠点病院には、専門的な緩和ケアを実施するための緩和ケアチームが設置されていますが、より質の高い緩和ケアを実践していくための体制整備が求められています。

対策

拠点病院等を中心とした医療機関は、がん医療に携わる全ての医療従事者により、がん患者の身体的苦痛や、がん患者やその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらの個別状況に応じた適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進します。

【医療・介護サービス従事者の育成】

現状と課題

がん診療に携わる医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得するため、人材育成が引き続き必要です。

対策

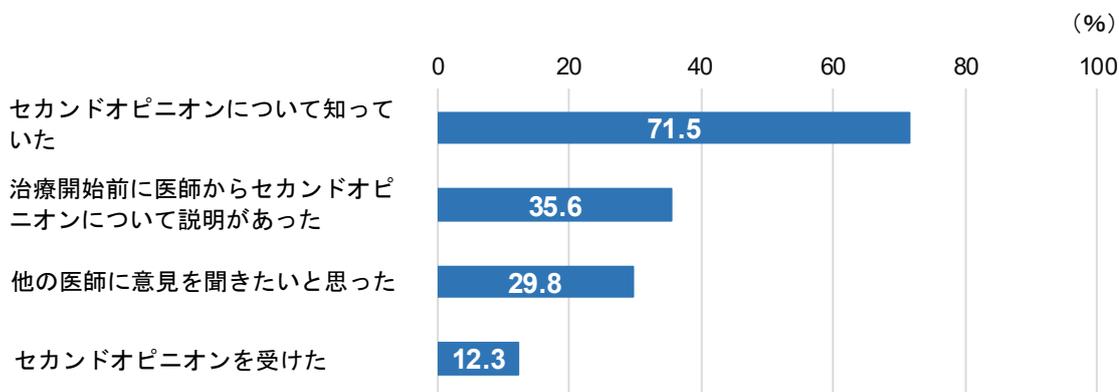
拠点病院等は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実践し、その知識や技能を維持・向上できるよう、がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の更なる推進に努めます。

【セカンドオピニオン】

現状と課題

セカンドオピニオンについて、十分実施・活用されるよう、患者や家族の視点に立った医療提供体制の整備が必要です。

図表 6-1-12 セカンドオピニオンの状況



出典：令和5年度高知県患者満足度等調査

対策

県及びがん診療に携わる医療機関は、セカンドオピニオンについて、より一層患者や家族への普及啓発を図ります。

【普及啓発】

現状と課題

緩和ケアは、がんと診断された時から治療と並行して行われる必要がありますが、未だに終末

期のケアであるという誤解や、医療用麻薬に対しても「最後の手段」「だんだん効かなくなる」といった誤解があるため、県民に対する正しい知識の更なる普及啓発に取り組む必要があります。

対策

県及び関係機関は、患者・医療従事者を含む県民に対し、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を引き続き推進します。

ク 妊よう性温存治療について

現状と課題

がん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊よう性が低下することは、将来こどもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者にとって大きな課題です。

対策

県は、国の事業内容を踏まえながら、妊よう性温存治療に係る助成事業により、治療費用の一部を助成します。

また、県や拠点病院等は、地域がん・生殖医療ネットワークにおいて適切な支援や治療提供のため、連携体制の強化に努めます。

(2) 希少がん及び難治性がん対策

現状と課題

希少がんについては、国において、国立がん研究センターを希少がん医療を統括する希少がん中央機関として位置づけ診断支援や専門施設の整備等が進められています。

また、膵がんをはじめとした、いわゆる難治性がんは、治療成績の向上が課題として指摘されており、適切な医療機関を受診できる体制構築が求められます。

対策

拠点病院等は、希少がんや難治性がんについて県内の医療機関で連携するとともに、必要に応じて国立がん研究センターと連携し、適切な医療の提供に努めます。

(3) 小児がん及びAYA世代のがん対策

現状と課題

がんは、小児及びAYA世代の病死の主な原因の1つですが、多種多様ながん種を含むことや、成長発達の過程において、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人のがんとは異なる対策が求められています。

対策

拠点病院は、小児がん中国・四国ネットワークに参加している高知大学医学部附属病院、高知医療センターを中心として、小児がん拠点病院である広島大学病院をはじめとした同ネットワー

ク参加病院と症例等を共有しつつ、連携の強化に努め、小児がん医療提供体制の更なる向上に取り組めます。

(4) 高齢者のがん対策

現状と課題

令和元（2019）年には、新たにがんと診断された人のうち65歳以上の高齢者の数は5,218人（がん患者全体の79.8%）、75歳以上の高齢者の数は3,199人（がん患者全体の48.9%）となっています。

対策

拠点病院等は、高齢者ががん診療に関するガイドラインをふまえ、地域の医療機関や介護事業所等と連携し、合併症や要介護等のがん患者やその家族がそれぞれの状況に応じたがん治療を受けられる環境整備を進めます。

5 がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

(1) 相談支援及び情報提供

現状と課題

がん患者及びその家族の多くは、がんと診断された時から、あらゆる時期において精神心理的な苦痛を抱えています。患者とその家族のみならず、医療従事者が抱く治療上の疑問や、精神的・心理社会的な悩みに対応できる相談支援体制と、がんに関する情報があふれる中で、患者と家族が、確実に必要な情報にアクセスできる情報提供体制の充実が求められています。

対策

県及び拠点病院等は、がん相談支援センター等についての認知度を高め適切なタイミングで利用できるよう、ホームページや啓発資材などにより、広く県民に対し周知します。

また、相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンラインを活用した体制整備を検討します。

(2) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）

ア 就労支援について

現状と課題

がんになっても自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要であり、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援の充実が強く求められています。

対策

県は、関係部局と連携のうえ、企業におけるがん患者に対する理解や協力のための正しい知識の普及や、がん患者・事業者等に対する情報提供・相談支援について取り組みを実施していきます。

6 これらを支える基盤の整備

(1) 人材育成の強化

現状と課題

手術療法、放射線療法、薬物療法、緩和ケア、口腔ケア等がん医療に専門的に関わる医療従事者が少ないことから、医療従事者の確保・育成の促進が必要です。

対策

県拠点病院は、がんに関する主な治療法の知識を持った医師に加え、がん治療全般を理解しつつ、質の高い手術療法を安全に提供し得る知識と技能を有する医師を育成します。

また、拠点病院等は、手術療法、放射線療法、薬物療法、緩和ケア、口腔ケア等がん医療に専門的に関わる医療従事者の確保・育成に努めます。

(2) がん登録の利活用の推進

現状と課題

がん登録は、がん患者の罹患の発症時の状況や治療及びその後の生存等の状況を把握し、分析するもので、がん対策の計画や評価を行うときの基礎資料となる重要な情報です。

がん登録の推進にあたっては、がん診療に携わる医師や医療機関等の理解、協力が必要であるとともに、その負担を軽減し効率的に実施していく必要があることから、がん登録実務者の育成・確保が必要です。

対策

県は、がん患者等へがん登録の意義と内容を周知するとともに、がん登録等により得られたがんの罹患状況や治療成績等に関する情報を、がん対策の計画立案・評価等において積極的に活用します。

また、がん登録の情報の収集・管理にあたっては、個人情報保護に関する取組みを徹底します。

目標

区分	項目	直近値	目標（令和11年度）	直近値の出典
S	緩和ケアチームのある医療機関数	11 機関	増加	高知県健康対策課調査 (R5)
P	がん検診受診率 (40-50歳代)	肺 : 59.2% 胃 : 41.6% 大腸 : 46.6% 子宮頸 : 47.4% 乳 : 51.7%	60%以上	高知県健康対策課調査 (R4)
P	がん検診の精密検査受診率 (地域)	肺 : 90.4% 胃 : 91.7% 大腸 : 84.6% 子宮頸 : 80.0% 乳 : 96.6%	90%以上	地域保健・健康増進事業報告 (R2)
P	がん検診の精密検査受診率 (地域・職域)	肺 : 71.2% 胃 : 61.4% 大腸 : 56.5% 子宮頸 : 57.4% 乳 : 89.9%	90%以上	高知県健康対策課調査 (R4)
P	各療法の実施件数	手術療法 : 3,464 件 放射線療法 : 1,105 件 薬物療法 : 21,947 件	増加	病床機能報告 (手術療法・放射線療法) (R3) 外来機能報告 (薬物療法) (R3)
O	がんの年齢調整死亡率	72.2	減少	人口動態統計 (R3)
O	受けた治療等に満足している患者の割合	72.2%	向上	高知県患者満足度等調査 (R5)

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

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5節 精神疾患

※第8期保健医療計画作成にあたり、文章やレイアウトを再構成しており、第7期保健医療計画との単純な比較ができないため、変更箇所は赤字表示としておりません。

統合失調症や気分障害、依存症などの精神疾患は誰もが罹り得る、すべての人にとって身近な病気です。また、精神疾患はその症状が多様であるとともに自覚しにくい場合があります。

できるだけ早期に治療を受ければ、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことが可能ですが、入院治療が必要な状態や状況になって初めて受診したり、重症化してから入院したりしたため治療が困難になり、長期の入院が必要となってしまうケースがあります。

こうしたことから、精神科医療の提供体制を充実するとともに、精神障害の有無やその程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進めることが必要です。

現状

1 入院患者の状況

本県の精神科病院の入院患者数の推移を見てみると、平成28年以降は3,000人を下回り減少傾向でしたが、令和元年以降は横ばい状態となっています。(図表6-5-1)

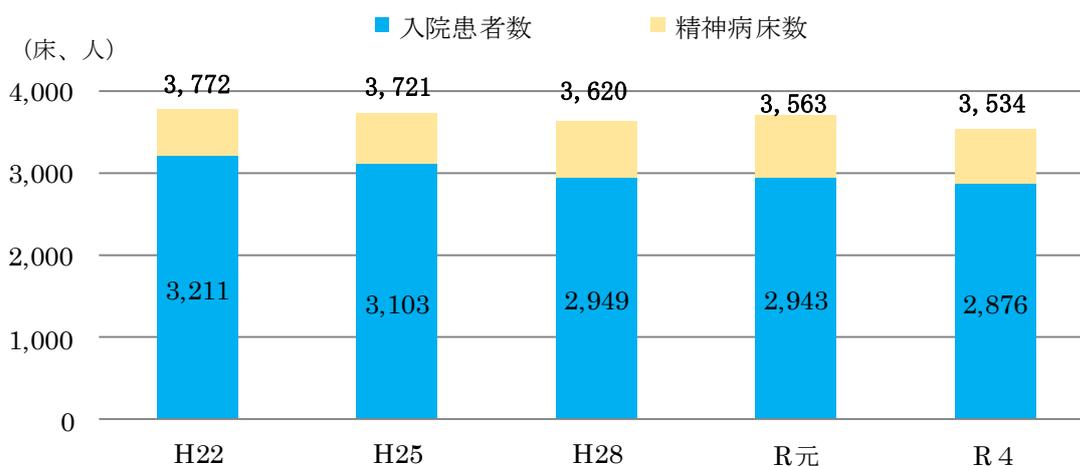
年齢別内訳では、65歳以上の高齢者が増加傾向にあり、令和4年には73.4%となりました。(図表6-5-2)

入院形態別内訳では、医療保護入院が全体の半分以上を占めています。(図表6-5-3)

また、入院期間別内訳では、入院患者のうち6割を超える方が1年以上の長期入院という状況が続いています。(図表6-5-4)

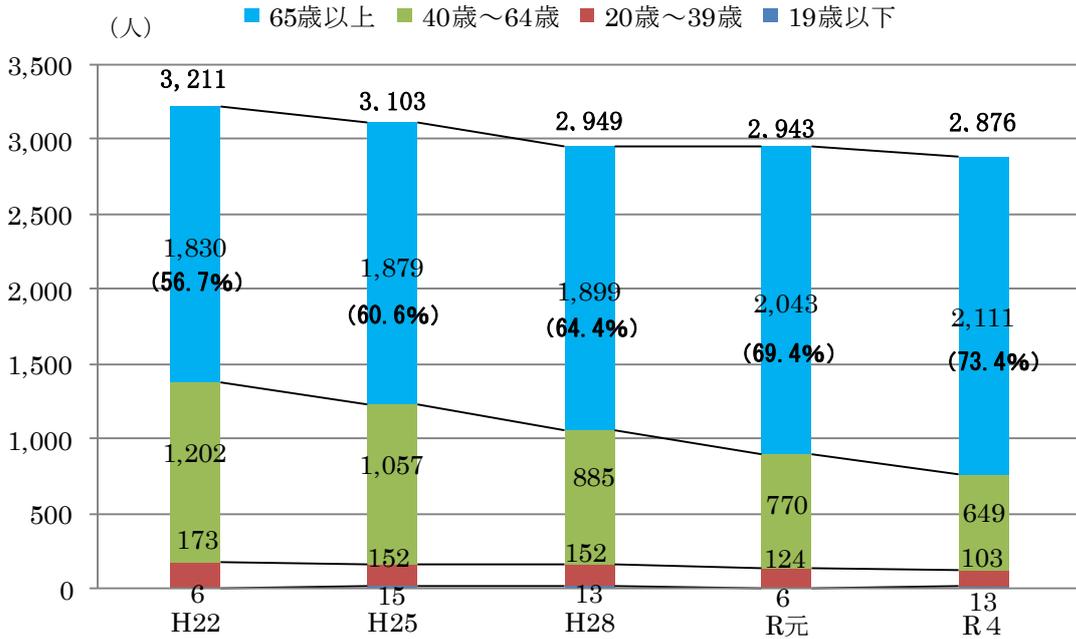
平均在院日数は全国よりも短い状況が続いていますが、その差は年々縮まっています。(図表6-5-5)

(図表 6-5-1) 精神科病院精神病床及び入院患者数の推移



出典：精神保健福祉資料（厚生労働省630調査）
高知県障害保健支援課調べ

(図表 6-5-2) 精神科病院入院患者の年齢別内訳



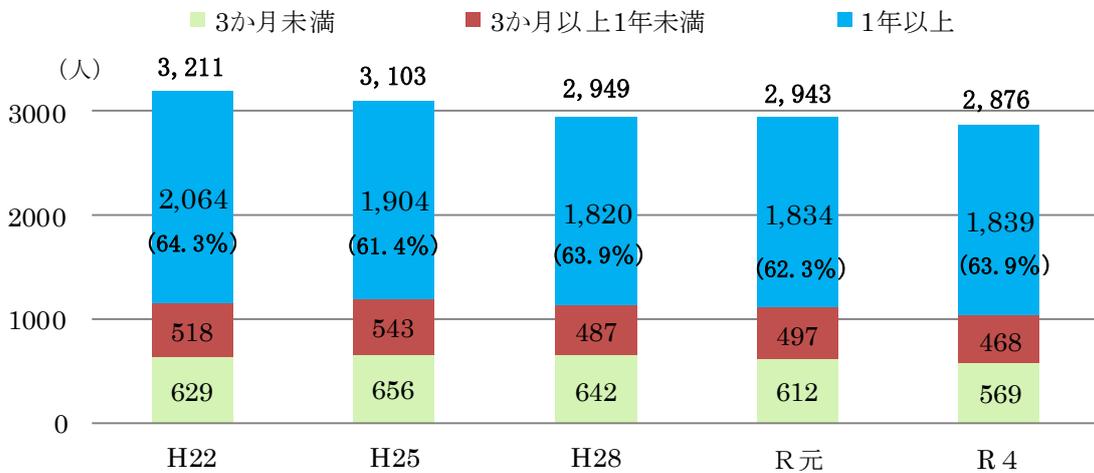
出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）
障害保健支援課調べ

(図表 6-5-3) 精神科病院入院患者の入院形態別内訳（令和4年度）

入院期間	措置入院	医療保護入院	任意入院	その他	計
慢性期(1年以上)	1	980	858	0	1,839
回復期(3～12か月)	1	239	228	0	468
急性期(3か月未満)	14	258	296	1	569
計	16	1,477	1,382	1	2,876

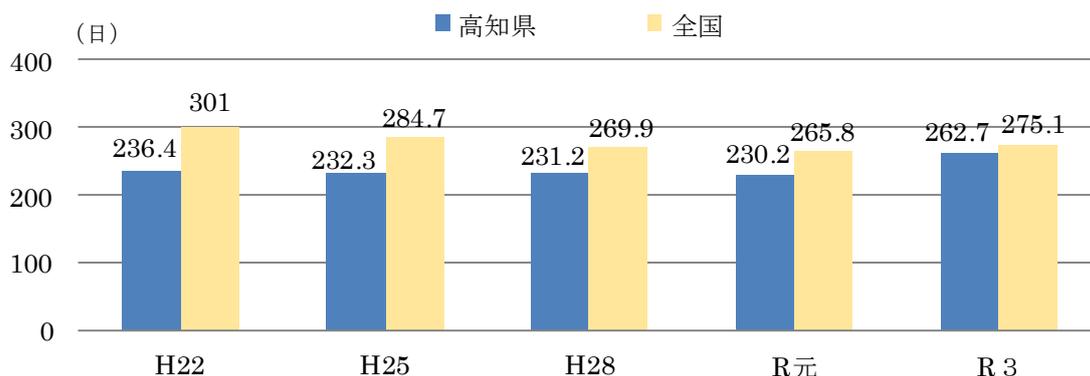
出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）

(図表 6-5-4) 入院期間別の入院患者数の推移



出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）
高知県障害保健支援課調べ

(図表 6-5-5) 精神病床の平均在院日数の推移



出典：病院報告（厚生労働省）

疾患別内訳では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)」は減少傾向にあるものの、令和4年では入院患者全体の約45%を占め、最も多い疾患となっています。(図表 6-5-6) そのうち、65歳以上の患者の割合は増加傾向にあり、令和4年では6割を超えています。(図表 6-5-7)

入院患者のうち2番目に多いのは、認知症を含む「症状性を含む器質性精神障害 (F0)」です。令和元年から人数、割合ともに増加し、令和4年では3割を超えています。(図表 6-5-6、6-5-8)

うつ病を含む「気分(感情)障害 (F3)」の入院患者は、平成28年までは増加していましたが、令和元年以降は人数、割合ともに横ばい傾向にあります。(図表 6-5-6)

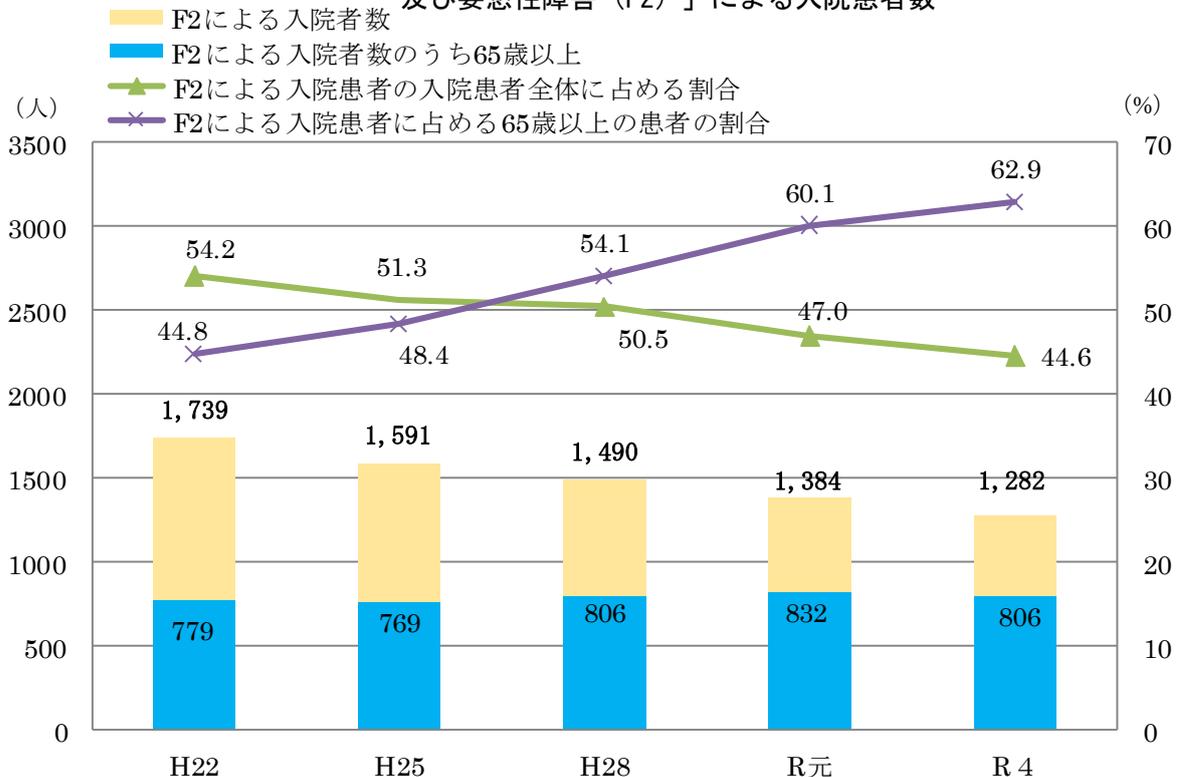
「精神作用物質による精神及び行動の障害 (F1)」のうち、「アルコール使用」の入院患者は減少傾向にありますが、「アルコール以外」の入院患者は少数で、増減を繰り返しながら推移しています。(図表 6-5-6、6-5-9)

(図表 6-5-6) 精神科病院入院患者の疾病別内訳

	H22	H25	H28	R 元	R 4
F0：症状性を含む器質性精神障害	809	797	751	879	955(33.2%)
F1：精神作用物質による精神及び行動の障害	205	192	175	169	160(5.6%)
F2：統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	1,739	1,591	1,490	1,384	1,282(44.6%)
F3：気分（感情）障害	212	226	265	249	243(8.4%)
F4：神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	65	58	61	58	63(2.2%)
F5：生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	9	9	9	7	9(0.3%)
F6：成人のパーソナリティ及び行動の障害	17	16	7	7	11(0.4%)
F7：精神遅滞（知的障害）	84	74	65	68	71(2.5%)
F8：心理的発達の障害	6	18	16	16	15(0.5%)
F9：小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	6	9	10	10	10(0.3%)
G40：てんかん	40	36	30	25	20(0.7%)
その他	19	77	70	71	37(1.3%)
計	3,211	3,103	2,949	2,943	2,876

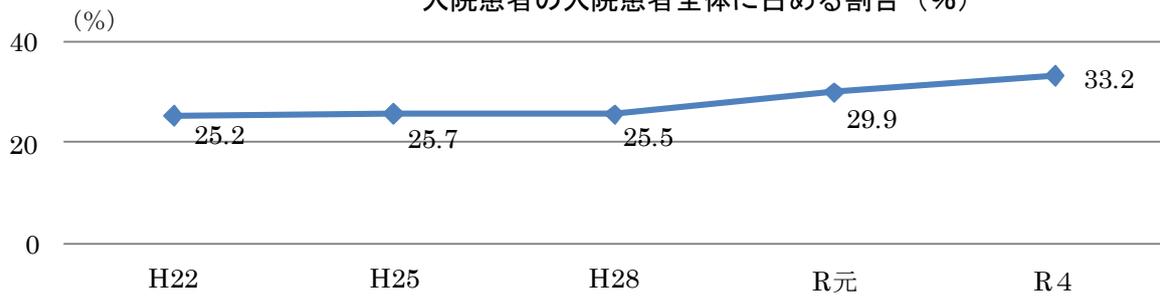
出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）
高知県障害保健支援課調べ

(図表 6-5-7) 高知県の「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）」による入院患者数



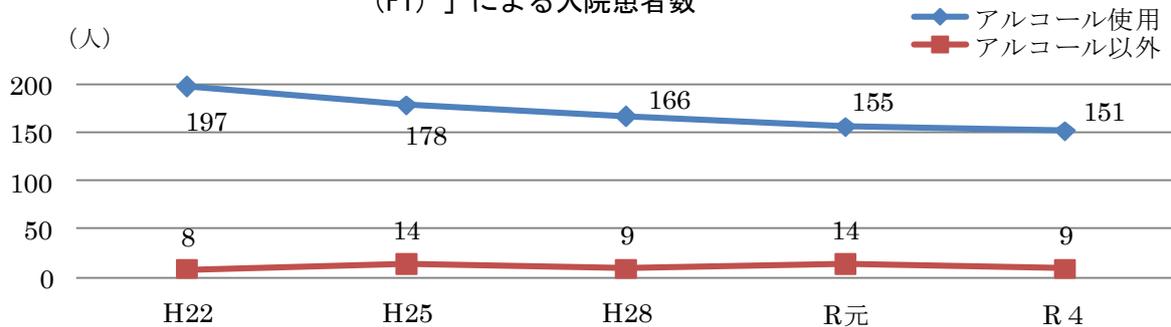
出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）
高知県障害保健支援課調べ

(図表 6-5-8) 高知県の「症状性を含む器質性精神障害 (F0)」による入院患者の入院患者全体に占める割合 (%)



出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）
障害保健支援課調べ

(図表 6-5-9) 高知県の「精神作用物質による精神及び行動の障害 (F1)」による入院患者数



出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）
高知県障害保健支援課調べ

2 自立支援医療制度における精神通院医療の状況

自立支援医療制度の精神通院医療（以下「精神通院医療」という。）の承認数及び公費の支払い件数は増加傾向にあります。（図表 6-5-10）

疾患別では、最も多いうつ病を含む「気分（感情）障害 (F3)」は承認者数が年々増加し、令和 4 年度には 4,000 人を超え、全体の約 3 割を占めています。（図表 6-5-11）

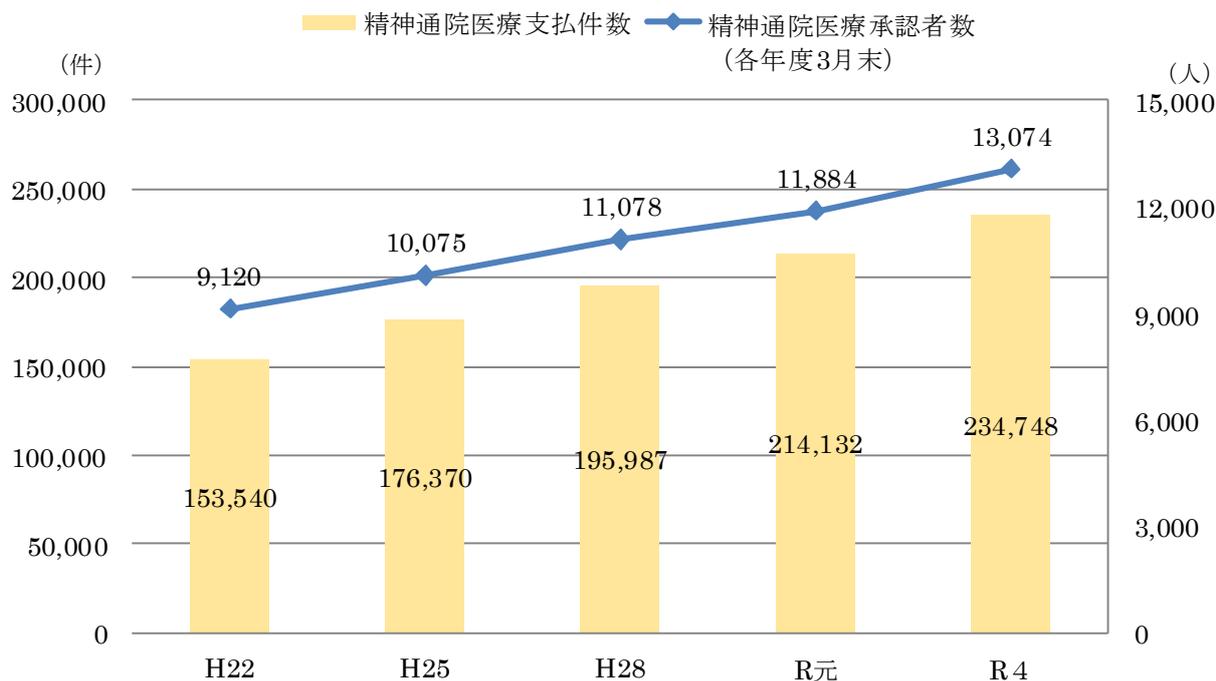
2 番目に多い「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)」は減少傾向にあり、令和 4 年度は 3 割を切りました。（図表 6-5-11）

次いで、外傷後ストレス障害 (PTSD) を含む「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F4)」は増加が続き、令和 4 年度には 1 割を超えました。（図表 6-5-11）

また、摂食障害を含む「生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 (F5)」、「心理的発達の障害 (F8)」、「小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害 (F9)」は大幅に増加しています。（図表 6-5-11）

20 歳未満の精神通院医療の承認者数は令和元年度は減少しましたが、令和 4 年度は「心理的発達の障害 (F8)」や「小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害 (F9)」を中心に増加しています。（図表 6-5-12）

(図表 6-5-10) 自立支援医療制度精神通院医療承認者数等の推移



出典：高知県障害保健支援課調べ

(図表 6-5-11) 自立支援医療制度（精神通院医療）承認者の疾病別内訳

	H22	H25	H28	R元	R4
F0：症状性を含む器質性精神障害	256	413	482	575	533(4.1%)
F1：精神作用物質による精神及び行動の障害	405	412	454	499	540(4.1%)
F2：統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	4,008	3,924	3,969	3,799	3,733(28.5%)
F3：気分（感情）障害	2,209	2,653	3,089	3,532	4,096(31.3%)
F4：神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	635	777	979	1,108	1,316(10.0%)
F5：生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	33	40	51	60	71(0.5%)
F6：成人のパーソナリティ及び行動の障害	96	86	76	72	89(0.7%)
F7：精神遅滞（知的障害）	277	287	311	294	282(2.2%)
F8：心理的発達の障害	122	311	463	651	936(7.2%)
F9：小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	61	253	334	367	521(4.0%)
G40：てんかん	842	881	869	906	951(7.3%)
その他	176	38	1	21	6(0.1%)
計	9,120	10,075	11,078	11,884	13,074

出典：高知県障害保健支援課調べ

(図表 6-5-12) 20歳未満の自立支援医療制度(精神通院医療)承認者の疾病別内訳

	H22	H25	H28	R元	R4
F0: 症状性を含む器質性精神障害	0	1	1	0	0 (0.0%)
F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	14	10	16	5	8 (1.3%)
F3: 気分(感情)障害	16	11	11	11	20 (3.4%)
F4: 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	10	18	19	16	31 (5.2%)
F5: 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	2	2	1	2	4 (0.7%)
F7: 精神遅滞(知的障害)	7	9	6	6	4 (0.7%)
F8: 心理的発達の障害	43	156	191	194	218 (36.6%)
F9: 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	47	215	231	175	204 (34.2%)
G40: てんかん	204	184	152	112	106 (17.8%)
その他	4	2	0	62	1 (0.2%)
計	347	608	628	583	596

出典: 高知県障害保健支援課調べ

3 受療の状況

(1) 入院患者の受療動向

令和4年高知県患者動態調査(令和4年9月16日の患者動態)(以下「患者動態調査」という。)によると、居住する保健医療圏で入院治療を受けている人の割合は、中央圏域で94.6%、幡多圏域で92.8%となっていますが、安芸圏域では2割の人が、高幡圏域では約4割の人が他の圏域の精神科病院に入院しています。

(図表 6-5-13) 令和4年高知県患者動態調査・精神疾患患者の受療動向(入院)

入院患者の 受療動向		医療機関所在圏域								
		安芸		中央		高幡		幡多		合計
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数
患者居住圏域	安芸	140	80.0	34	19.4	1	0.6	0	0	175
	中央	73	3.9	1,771	94.6	23	1.2	5	0.3	1,872
	高幡	0	0.0	108	40.4	153	57.3	6	2.2	267
	幡多	1	0.3	20	6.3	2	0.6	297	92.8	320
	合計	214		1,933		179		308		2,634

出典: 患者動態調査資料

(2) 外来患者の受療動向

令和4年の患者動態調査によると、居住する保健医療圏で通院治療を受けている人の割合は、中央圏域と幡多圏域では90%を大きく超えています。安芸圏域と高幡圏域では約4割の人が他の圏域の医療機関に通院しています。

(図表 6-5-14) 令和4年高知県患者動態調査・精神疾患患者の受療動向（外来）

外来患者の 受療動向		医療機関所在圏域								
		安芸		中央		高幡		幡多		合計
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数
患者 居住 圏域	安芸	43	61.4	27	38.6	0	0	0	0	70
	中央	11	1.0	1,042	97.6	11	1.0	4	0.4	1,068
	高幡	0	0	39	32.2	69	57.0	13	10.7	121
	幡多	0	0	8	4.8	0	0	159	95.2	167
	合計	54		1,116		80		176		1,426

出典：患者動態調査資料

(3) 精神科訪問看護・指導料を算定した患者数

本県の精神病床を有する医療機関で精神科訪問看護・指導料を算定した患者数は、令和元年より減少しており、令和4年度では人口10万人あたりでは全国平均よりも少なくなっています。

(図表 6-5-15) 精神科訪問看護患者数

		R元	R2	R3	R4
高知県	患者数	288	239	239	228
	10万人あたり	37	34	38	33
全国	患者数	46,696	43,077	48,139	45,323
	10万人あたり	40	34	34	36

出典：精神保健福祉資料（厚生労働省630調査）

4 医療提供体制の状況

(1) 精神科病院数

本県の精神病床を有する精神科病院は24病院あり、その8割近く（精神病床数では約7割）が中央圏域にあります。また、精神疾患と身体疾患の合併症の患者に対応できる医療機関は17カ所あります。

なお、本県の精神科病院と精神病床の人口10万人あたりの数は、どちらも全国平均を上回っています。

(図表 6-5-16) 精神科病床を有する精神科病院数及び精神病床数 (令和5年3月末時点)

		安芸	中央	高幡	幡多	計	全国
病院数		3	18	1	2	24	1,545
	人口10万人あたり	7.1	3.5	2.0	2.5	3.5	1.2
病床数		411	2,557	218	348	3,534	300,801
	人口10万人あたり	981.6	503.5	447.9	449.9	523	239
身体合併症に対応できる医療機関		2	12	1	2	17	

出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）
障害保健支援課調べ

(2) 精神科訪問看護施設数

指定自立支援医療機関の指定を受けている訪問看護施設数は68カ所ありますが、8割以上が中央圏域に集中しています。

(図表 6-5-17) 精神科訪問看護施設数 (令和5年3月末時点)

安芸	中央	高幡	幡多	計
6	57	1	4	68

出典：高知県障害保健支援課調べ

(3) 精神科を標榜する診療所の状況

令和5年7月31日時点で精神科を標榜する診療所は、中央圏域に33カ所、幡多圏域に2カ所あり、全て無床診療所です。その内「こうち医療ネット」に登録されている、精神神経学会専門医または精神保健指定医が外来診療を行っている診療所は、中央圏域に12カ所、幡多圏域に1カ所あります。

(4) 精神科医師の状況

本県の精神科病院・診療所に勤務する精神科及び心療内科の医師は135人おり、約83%が中央圏域の医療機関に勤務しています。

(図表 6-5-18) 精神科医師数

	安芸	中央	高幡	幡多	計	全国
精神科	8	109	4	8	129	16,490
心療内科	2	3	0	1	6	885
計	10	112	4	9	135	17,375
人口10万人あたり	22.0	21.3	7.5	10.8	19.1	13.6

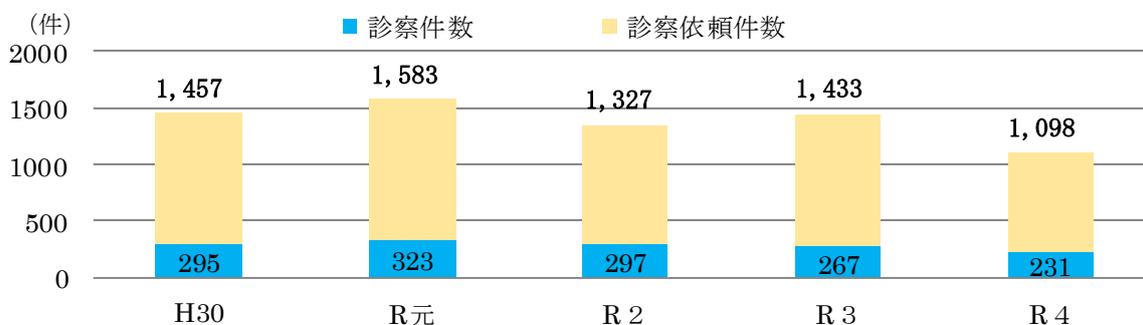
出典：令和2年医師・歯科医師・薬剤師調査

※複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と1診療科のみに従事している場合の診療科として回答のあった者（主たる診療科・従業地による医療施設従事医師数）

(5) 精神科救急

精神科救急は、中央圏域で輪番体制として平日夜間及び休日に9病院が対応しています。平日夜間及び休日に設置している精神科救急情報センターでの診察依頼件数は、年間1,000件を超えて推移しています。

(図表 6-5-19) 高知県精神科救急情報センターの診察依頼及び診察件数



出典：高知県障害保健支援課調べ

(6) 災害精神医療

東日本大震災や熊本地震では、官民協働の心のケアチームや高知 DPAT を被災地に派遣し、精神疾患の治療を必要とする人や精神的不調、不安を抱えた人に対して、心のケアなどの支援を行いました。

また、国が主催する大規模地震時医療活動訓練に参加したり、県独自で DPAT の受援訓練や DPAT 隊員養成研修を行うなど、南海トラフ地震などの大規模災害に備えています。

(7) 医療観察法における対象者への医療

県内に医療観察法による指定通院医療機関は、病院(9)、診療所(1)、薬局(84)、訪問看護(6)を合わせて100か所(令和5年4月1日現在)となっています。

5 相談支援の状況

(1) 都道府県及び市町村における精神保健福祉専従職員数及び相談支援件数

人口10万人あたりの県及び市町村における精神保健福祉専従職員数及び相談支援件数は、全国平均より少なくなっています。

(図表 6-5-20) 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数及び相談支援の実施件数(令和3年度)

	職員数		実施件数	
	人数	10万人あたり	件数	10万人あたり
高知県	8	1.12	2,114	294.6
全国	1,612	1.26	432,841	339.6

出典：令和3年度地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)

(2) 自殺対策

県内の自殺者数は、平成30年以降概ね130人から140人で推移しており、人口10万人あたりの自殺者数を示す自殺死亡率は全国平均を上回っています。

令和4年の自殺者（動機・原因が不詳の人を除く）のうち約4割の人は、精神疾患の悩みや影響が自殺の原因の一つと考えられています。

(図表 6-5-21) 自殺者数の推移

		H30	R元	R2	R3	R4
高知	自殺者数	135	134	132	142	138
	(自殺死亡率)	(19.1)	(19.2)	(19.1)	(20.8)	(20.2)
	うち精神疾患等	42	35	26	25	49
全国	自殺者数	20,840	20,169	21,081	21,007	21,881
	(自殺死亡率)	(16.4)	(15.9)	(16.7)	(16.7)	(17.5)
	うち精神疾患等	6,647	6,238	6,570	6,415	7,723

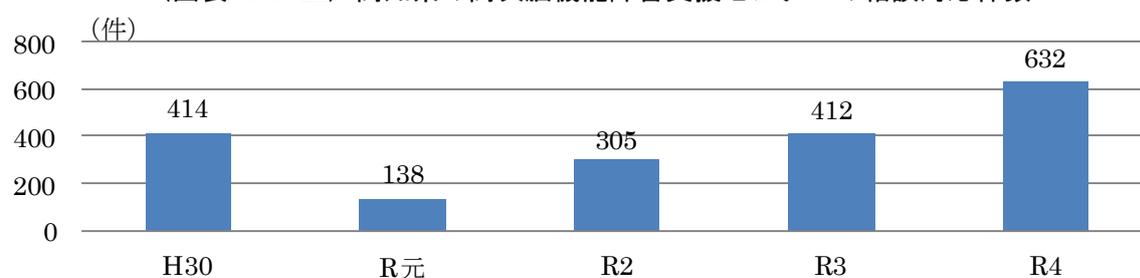
出典：自殺統計（警察庁）

※令和4年度より自殺の原因・動機の集計方法が変更となったため、令和3年度以前と単純に比較することはできません。

(3) 高次脳機能障害

県が設置する高次脳機能障害相談支援センターの相談対応件数は、令和元年度は減少しましたが、令和2年度より再び増加しています。

(図表 6-5-22) 高知県の高次脳機能障害支援センターの相談対応件数



出典：高知県障害保健支援課調べ

課題

1 精神科医療提供体制の構築

(1) 様々な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制の構築

①精神科医療提供体制の充実

本県の精神科医療の提供体制は、精神科病院、精神科診療所及び精神科訪問看護ともに、中央圏域、特に高知市に集中しています。また、長期の受診待ちが常態化していますが、その実態については十分に把握ができていません。

精神科医療の提供体制の充実には、精神保健における平時の対応を充実する観点と精神科救急医療体制をはじめとする緊急時の対応を充実する観点が必要です。

精神障害のある人が地域で安心して暮らしていくためには、身近な地域で適時に診療につながるができる環境が必要です。

②地域移行等への取組

精神科病院へ入院している患者は高齢化や長期化の傾向にあります。入院が長期化しないよう、できるだけ早い段階から退院に向けた支援に取り組むことが必要です。

地域で暮らしている精神障害のある人等で未治療の人や治療を中断している人が、精神症状が重症化する前に精神科医療につなげられるよう、専門職による相談支援体制の整備が必要です。

③うつ病

うつ病の人は、精神科にかかる前に睡眠障害や身体症状などで、内科などの一般科を受診していることもあります。また、妊娠や出産に際してうつ病になることがあります。そのため、内科や産婦人科等のかかりつけの医療機関と精神科等の医療機関との連携が重要です。

④依存症

アルコール健康障害やギャンブル等の依存症は、適切な治療や対応により十分回復できる病気です。身近な地域で早期に必要な支援につながるよう、一般科のかかりつけ医に依存症の知識を持ってもらうとともに、かかりつけ医と依存症専門医療機関等との連携が重要です。

⑤児童・思春期の精神疾患

発達障害や児童・思春期精神疾患など、小児期の精神疾患に対応できる医師の育成や確保を図る必要があります。

発達障害のある人は、子どもから大人になるまでの過程、いわゆる AYA (adolescent and young adult) 世代にさまざまな困難に直面する可能性があり、特に 15 歳から 20 歳頃は、社会的な期待や役割が増える中で、自分の特性やニーズに合ったサービスや環境が見つからないという課題を抱えることが多くあります。このため、ライフステージに沿った継続的な支援体制の構築が必要です。

⑥認知症

認知症は、症状の早期発見・早期対応により、進行を遅らせたり、改善が可能な場合があるとされているため、各市町村での認知症初期集中支援チームの組織化や、適切な認知症診療の知識を習得した医師である「こうちオレンジドクター」の拡大などを図ってまいりました。一方、認知症の人にBPSDや身体合併症等が見られた場合は、専門の医療機関での適切な対応が必要です。また、認知症の人が精神科医療機関に長期入院することにならないように、退院を阻害する要因を医療機関と関係支援機関で共有・検討し、施設への移行や在宅復帰に向けた支援に取り組む必要があります。

若年性認知症については、医療・福祉に加えて、就労等総合的な支援の実施や支援方策の構築が必要です。

⑦精神疾患に関する正しい知識の啓発

精神疾患は誰もが罹り得る病気ですが、県民に対する啓発は十分ではなく、また、精神科等への受診に抵抗感を持つ人も少なくありません。そのため、重症化して初めて受診するといった事例も見受けられます。多くの場合、早期に受診することで、症状を抑えることが可能であるため、精神疾患に関する正しい知識や相談窓口などの周知啓発が必要です。

特に、若いうちから精神疾患への理解を深められるよう、児童・生徒へのメンタルヘルスに関する健康教育や啓発が必要です。

また、仕事に関する強い不安やストレスからメンタルに不調をきたす労働者も少なく、職場における心の健康づくりの取組や相談窓口の周知、啓発が必要です。

⑧精神科救急

平日昼間に症状が悪くなったときにも、速やかに適切な医療が受けられるように、平日昼間の救急体制の整備が課題となっています。

精神障害のある人が地域で安心して暮らすためには、夜間・休日の中央圏域での輪番体制だけでなく、中央圏域以外でも対応できる体制を整備していく必要があります。

(2) 災害精神医療

南海トラフ地震などの大規模災害に備え、発災時に速やかに対応できる体制を構築する必要があります。また、急性期以降の災害関連死を防ぐ観点からも、精神障害のある人や被災者への精神的ケアなどに適切に対応できる体制づくりが必要です。

あわせて、各精神科病院における災害対応力の向上を図るとともに、被災時の病院間の連携体制の強化も必要です。

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていく

ことのできる「地域共生社会」の実現には、メンタルヘルスの視点が欠かせません。

精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らしていくことができるよう、地域住民の協力を得ながら、精神科医療機関や地域の援助事業者、市町村などとの連携支援体制の構築と地域で暮らしていくための基盤整備を推進することが必要です。

対策

1 精神科医療提供体制の構築

(1) 様々な精神疾患ごとに対応できる医療連携体制の構築

①精神科医療提供体制の充実

県内の精神科医療機関の協力を得ながら、精神科医療の提供状況の実態を把握するための調査を実施します。

かかりつけ医から、うつ病や統合失調症、依存症、認知症などの精神疾患の人を精神科医療機関での適切な治療につなげられるよう、内科や産婦人科等の精神科以外の医師や看護師等に、精神疾患についての知識・技術などを習得してもらうための研修を実施します。また、精神疾患を早期に発見し適切な治療につなげられるよう、精神科以外の医師と精神疾患等の専門医との連携強化を図ります。

②地域移行等への取組

精神科病院に入院している人のうち退院可能な人ができるだけ早期に退院できるよう、病院と市町村や相談支援事業所等が連携した地域移行の取組を推進します。

あわせて、地域で暮らしている精神障害のある人等で、未治療の人や治療を中断している人などが、精神症状が重症化することなく早期に精神科医療につなげられるよう、看護師や精神保健福祉士等が訪問支援を行うアウトリーチ推進事業を全圏域で実施します。

③依存症

アルコール健康障害やギャンブル等の依存症対策では、精神科病院の協力を得ながら、専門医療機関の指定を進めます。また、専門的な知識や技術を持った医療機関職員を増やすために、専門研修の受講を促進します。

④認知症

高齢者自らが自身の認知機能の状態を気軽にチェックできる環境整備を行い、早期発見及び認知症初期集中支援チームなどの支援機関への繋ぎの円滑化を市町村と連携して図っていきます。また、身近な医療機関で認知症について気軽に相談できるよう「こうちオレンジドクター」を増やし、早期発見・早期治療につなげる取組を推進します。

各保健医療圏に地域型、県中央部に基幹型の認知症疾患医療センターを構え、こうちオレンジドクターやかかりつけ医と連携して、認知症の専門相談や鑑別診断、治療等を行うことに加えて、ピアサポート活動の実施により診断後支援の充実を図ります。これらの取組によって認知症の悪化を防ぎ、できるだけ地域での生活を継続できるよう支援します。

入院治療後の円滑な退院・在宅復帰に向けては、精神科病院における地域移行の取組を推進します。また、退院後の療養を支える認知症介護従事者に対し、BPSD への適切な対応など認知症ケアに必要な知識や技術を習得できるスキルアップのための研修を継続して実施します。

若年性認知症については、若年患者の就労継続支援や社会参加を支援する若年性認知症支援コーディネーターを配置し、個々のニーズや状態に応じた生活支援に取り組みます。

認知症の人とその家族を地域で支えるため、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と支援者をつなぐ仕組みであるチームオレンジの設置を推進していきます。

⑤児童・思春期の精神疾患

発達障害や児童・思春期の精神疾患などに対応できる医師の養成を図ります。また、児童・思春期の精神疾患に対応できる専門職等の技術力向上を図るほか、地域の医療機関、保健、福祉、教育等の関係機関による連携体制の構築にも取り組み、支援していきます。

⑥精神障害や精神疾患に関する啓発

精神科等への受診に対する抵抗感をなくし、安心して精神科等を受診できるよう、精神疾患等に関する正しい知識や関わり方について、精神保健福祉センターや福祉保健所等が普及啓発に努めます。また、メンタルヘルス総合サイト（メンタルヘルスサポートナビ）等の様々な広報媒体を活用して周知啓発していきます。

児童・生徒や教育関係者に対しても、精神疾患への理解を深めて必要な対応ができるよう、精神保健福祉センターや福祉保健所が、関係機関や学校等と連携しながら、メンタルヘルスに関する健康教育等に取り組みます。

労働者の心の健康問題への誤解や偏見をなくすため、高知産業保健総合支援センター等と連携し、うつ病を始めとする精神疾患の正しい知識を普及啓発していきます。また、福祉保健所において、地域産業保健センターや商工会等の地域の関係機関と連携して、メンタルヘルスに関する健康教育を実施するなど、産業保健と地域保健が連携して職域での取組を推進します。

⑦精神科救急

精神科救急では、中央圏域における夜間・休日の輪番体制を継続するとともに、平日昼間の救急体制の構築に向けて検討を進めます。

また、夜間及び休日に状態に応じた医療機関を紹介する「精神科救急情報センター」を適切に運用して、円滑な受診につなげます。

(2) 災害精神医療

南海トラフ地震などの大規模災害時に適切な精神科医療の提供や心のケアができるよう、DPAT 隊員を養成するとともに、訓練などを通じて県外からの DPAT 等の受入体制を整備す

るなど、災害時の精神科医療提供体制を構築します。

被災後の心理的ストレスに起因する災害関連死を防ぐ観点を持ってこころのケア活動や被災者支援が行える人材の育成に取り組んでいきます。

各精神科病院に対しては、建物の耐震化やBCPの策定、水や食料等の備蓄など、災害対策の強化を働きかけるとともに、被災した病院からの患者の受け入れや病院間の物資の融通など、病院間の連携体制の構築に取り組みます。

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

精神障害のある人等が地域で安心して暮らしていくためには、地域住民の理解が不可欠です。そのため、精神障害のある人等に対する偏見や誤解が生じないように、また、身近な人のメンタルの不調に気付き必要な支援に繋がられるよう、学校におけるメンタルヘルスに関する健康教育なども含め、精神障害や精神疾患の症状や特徴などの正しい知識について周知啓発します。

地域共生社会における市町村の包括的な支援には、メンタルヘルスの視点が欠かせません。このため、保健師や各分野の支援担当者など、支援に関わる職員に対してメンタルヘルスに関する研修を実施するなど、人材育成に取り組めます。

市町村だけでは対応が困難な相談等に対しては、福祉保健所や精神保健福祉センターが専門的な助言・指導を行うほか、アウトリーチ推進事業を実施している精神科病院などが連携して支援します。

精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域づくりを目指し、「保健・医療・福祉」の関係者が各地域の課題の解決に向けて協議を重ねる「協議の場」を全圏域に設けます。

目標

項 目		直近値	目標 (令和8年度末)
精神病床における入院患者数 (①+②+③)		2,876 (*1)	2,727
①急性期 (3か月未満)		569 (*1)	761
②回復期 (3か月以上1年未満)		468 (*1)	496
③慢性期 (1年以上)		1,839 (*1)	1,470
65歳以上		1,404 (*1)	1,122
65歳未満		435 (*1)	348
精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均日数		314.9 (*2)	325.3
退 院 率	入院後3ヶ月時点	61.2 (*2)	68.9
	入院後6ヶ月時点	79.1 (*2)	84.5
	入院後1年時点	85.9 (*2)	91.0
精神病床における新規入院患者の平均在院日数		114.0 (*2)	94.0

*1：令和4年度（630調査）

*2：令和元年度（NDBデータ）

第7章 6 事業及び在宅医療などの医療連携体制

第4節 へき地医療

本県では、高齢化率がすでに50%を超える自治体が7市町あり(令和5年9月:室戸市53.6%、土佐清水市52.9%、東洋町51.5%、大豊町60.1%、仁淀川町56.9%、中土佐町50.7%、大月町51.2%)、また、無医地区(注1)・無歯科医地区(注2)も多く存在することから、過疎地に暮らす地域住民の健康管理や医療及び医療従事者の確保は大きな課題となっています。

過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法では図表7-4-1に示す地域を過疎地域としていますが、本県では医師や医療機関が集中する高知市・南国市(一部、無医地区を除く。)以外の地域をへき地医療の対象地域と捉えて、へき地医療の確保に取り組んでいます。

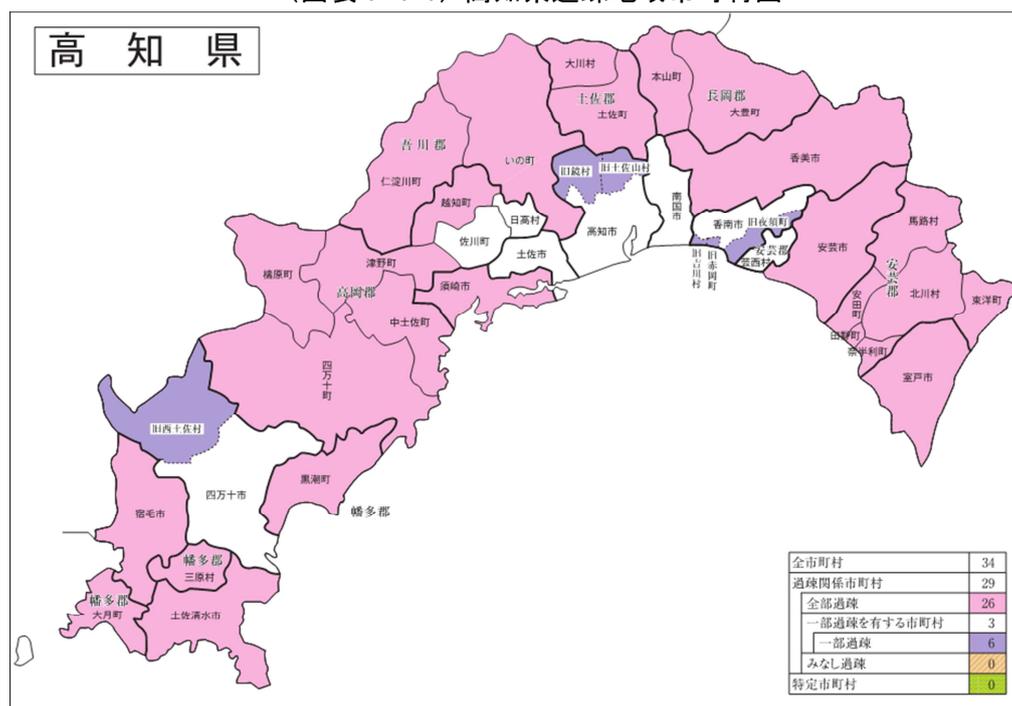
へき地では、高齢化の進行と人口の減少とともに、市町村合併も契機の一つとして、互助の限界が近づきつつある地域が増加しています。人口減に付随する受診者の減少に伴いへき地医療機関の再編成(へき地診療所などの統廃合など)がなされ、その結果、さらに最寄りの医療機関までの距離が延びたことや、利用者の減少に伴う公共交通の減便・廃止などにより通院の手段がなくなるなど、社会生活の維持が困難な地域が増加しています。

へき地医療に係る計画としては、平成29年度まで「へき地保健医療計画」を定めていましたが、国のへき地保健医療対策検討会において「保健医療計画」と一体的に策定する方針が示され、医療計画の見直し等に関する検討会で承認されたことから、平成30年度(「第7期高知県保健医療計画」：平成30年度～令和5年度)より、へき地保健医療対策については保健医療計画で策定を行っています。

(注1) 無医地区：原則として医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区

(注2) 無歯科医地区：原則として歯科医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に歯科医療機関を利用することができない地区

(図表 7-4-1) 高知県過疎地域市町村図



出典：高知県過疎地域持続的発展方針 令和3年度～令和7年度

(2) へき地診療所・過疎地域等特定診療所の現状

へき地診療所は、半径4km以内に1,000人以上が居住し、かつ、最寄りの医療機関まで30分以上を要するなど、容易に医療機関を利用できない地区の住民の医療を確保するため、市町村などが設置した診療所です。

県内では出張診療所を含めて29か所が設置され、それぞれの地域の住民に対して医療を提供する重要な役割を果たしています。へき地診療所では、患者数の減少による経営の問題が生じています。また、医師1名体制のところが多く、肉体的・精神的に大変厳しい環境に置かれており、へき地医療拠点病院や医師会などからの医師派遣によって「面で支えるへき地診療所の運営」を行っている状況にあります。医療の内容としては、生活習慣病など慢性疾病の治療が主で、外科的処置が必要となる急患に対する救急対応が十分ではない地域がまだまだ多く残されています。

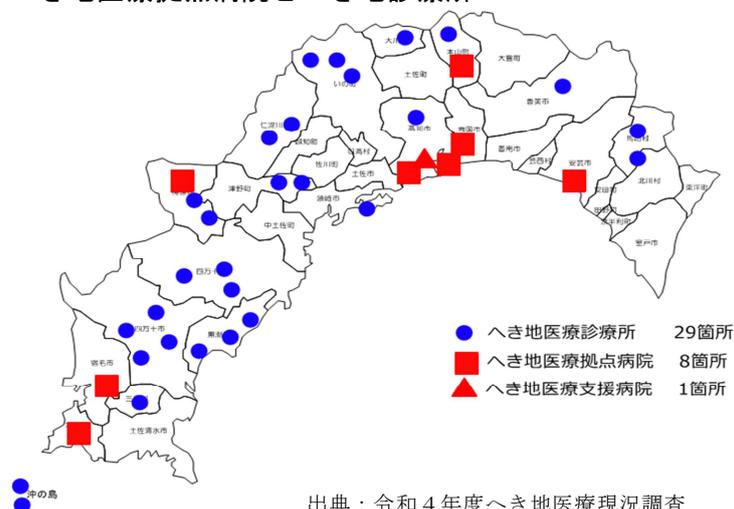
なお、過疎地域等特定診療所は、眼科、耳鼻いんこう科、歯科（特定診療科）の機能を有する医療機関がない市町村において、その地域住民の特定診療科の医療を確保することを目的として設置された診療所であり、県内では歯科2か所が設置されています。

(3) へき地医療拠点病院の現状

へき地医療拠点病院は、へき地医療支援機構の指導・調整のもとに無医地区巡回診療やへき地診療所等への医師派遣、へき地診療所の医師の休暇時等における代替医師の派遣、へき地医療従事者に対する研修、遠隔医療支援等の診療支援事業など、へき地における医療活動を継続的に実施している病院であり、本県では8か所を指定しています。このうち、町立病院（3か所）は、近隣市町村を含む地域の医療を守る役割も担っています。

しかしながら、どの病院も医師不足が深刻な状況に置かれています。そのような状況下であっても、特に常勤医師が不在となったへき地診療所等への支援が必要で、派遣・代診件数は増加しています。また、高知市・南国市以外の地域では、へき地診療所のみならず医師の高齢化のためにやむなく急性期病院の医療機能を取り下げる病院や、医師の退職のために入院機能が維持できなくなる病院も見られ、転院先の病床を維持・確保するために、これらの病院に対する支援なども業務として担う必要性が出てきています。

(図表 7-4-4) へき地医療拠点病院とへき地診療所



(図表 7-4-5) へき地診療所・過疎地域等特定診療所・へき地医療拠点病院の状況

へき地診療所

保健医療圏	名称	所在地	全病床数	常勤医師数	非常勤医師数	1週間の開院日数	1日平均外来患者数	歯科	巡回診療			訪問診療			訪問看護	
									実施回数	延べ日数	延べ受診者数	実施回数	延べ日数	延べ患者数	実施回数	患者数
安芸(2)	馬路村立馬路診療所	馬路村		1		4	14									
	馬路村立魚梁瀬診療所	馬路村			1	2	6									
中央(9)	高知市土佐山へき地診療所	高知市			4	5	13.5				14	14	14			
	香美市立大橋診療所	香美市	19	1		6	26									
	本山町立汗見川へき地診療所	本山町			1	0.5	4									
	大川村国民健康保険小松診療所	大川村				3	3	8								
	いの町立国民健康保険長沢診療所	いの町		1		4	15									
	いの町立国民健康保険大橋出張診療所	いの町			1	1	4									
	いの町立国民健康保険越裏門出張診療所	いの町			1	1	2									
	仁淀川町国民健康保険大崎診療所	仁淀川町		1		5	44				82	42	82			
	仁淀川町国民健康保険仁淀診療所	仁淀川町		1		6	40				55	55	55			
	高幡(8)	浦ノ内診療所	須崎市			2	2	12								
梶原町立松原診療所		梶原町			1	2	8									
梶原町立四万川診療所		梶原町			1	1	12									
津野町国民健康保険杉ノ川診療所		津野町		1		5	26									
津野町国民健康保険姫野々診療所		津野町		1		5	37									
四万十町国民健康保険大正診療所		四万十町	19	2	1	5	75				60	60	60	12	1	
四万十町国民健康保険十和診療所		四万十町			9	5	50				85	51	85			
幡多(10)	四万十町大道へき地診療所	四万十町			1	0.25	3									
	宿毛市立沖の島へき地診療所	宿毛市			16	3	5									
	宿毛市立沖の島へき地診療所弘瀬出張所	宿毛市			16	2	4									
	四万十市国民健康保険西土佐診療所	四万十市	19	2	3	5	42				34	34	34			
	四万十市国民健康保険大宮出張診療所	四万十市			1	1	12									
	四万十市国民健康保険口屋内出張診療所	四万十市			1	0.5	14									
	四万十市奥屋内へき地出張診療所	四万十市			1	0.5	10									
	三原村国民健康保険診療所	三原村	6	1		5	23									
	黒潮町国民健康保険拳ノ川診療所	黒潮町			6	3.5	8									
	黒潮町国民健康保険鈴出張診療所	黒潮町			1	0.25	3									
黒潮町国民健康保険伊与喜出張診療所	黒潮町			1	0.25	8										

過疎地域等特定診療所

中央(1)	香美市立物部歯科診療所	香美市						○								
高幡(1)	国民健康保険梶原歯科診療所	梶原町						○								

へき地医療拠点病院

保健医療圏	名称	開設者	所在地	全病床数	全医師数	標準医師数	巡回診療			医師派遣		代診医派遣	
							実施回数	延べ日数	延べ受診者数	実施回数	延べ派遣日数	実施回数	延べ派遣日数
安芸(1)	県立あき総合病院	③	安芸市	270	43	20.4	12	12	54			1	1
中央(4)	高知大学医学部附属病院	②	南国市	613	360.62	110				287	287		
	独立行政法人国立病院機構高知病院	①	高知市	424	55.06	29.5				12	12		
	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター	③	高知市	620	197.61	43.2	12	12	69	204	178	231	231
	本山町立国民健康保険嶺北中央病院	③	本山町	99	10.2	7.45				174	174		
高幡(1)	梶原町立国民健康保険梶原病院	③	梶原町	30	5.4	3.1				146	146		
幡多(2)	県立幡多けんみん病院	③	宿毛市	322	65	25	12	12	129				
	大月町国民健康保険大月病院	③	大月町	25	4	3.5				14	24		

※開設者 ①国立機構病院 ②国立大学法人 ③地方公共団

出典：令和4年度へき地医療現況調査

(4) へき地医療に従事する医師の現状

本県では、自治医科大学卒業医師を含むへき地医療協議会に参加する医師が主にへき地医療に携わっていますが、新規加入者の不足や、義務明け後に専門医研修を指向する医師が増えたことから、へき地医療協議会に所属する医師が減少傾向にあり、へき地での医師確保や診療機能の継続が極めて困難な状況になっています。

また、高知市・南国市に医療機関及び医師が集中（令和5年8月：医療機関数の49.9%、病床数の53.9%が高知市内に存在）しており、医師の確保はへき地を抱える市町村だけの問題ではなくなってきました。

(5) へき地医療を支援する機関等

ア へき地医療支援機構

平成15年に県（医療政策課内）に高知県へき地医療支援機構を設置し、へき地医療に関わる各種事業を円滑かつ効果的に実施するため専任担当官を配置しました。広域的なへき地医療支援の企画・調整などを行っており、主な事業は以下のとおりです。

- ① へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請及びへき地診療所への派遣調整
- ② へき地医療拠点病院における医師・歯科医師等の派遣登録及び当該人材のへき地診療所等への派遣業務に係る指導・調整
- ③ へき地医療従事者に対する研修計画・プログラムの作成
- ④ 総合的な診療支援事業の企画・調整
- ⑤ へき地医療拠点病院の活動評価
- ⑥ へき地医療拠点病院における巡回診療の実施に関すること
- ⑦ へき地医療機関へ派遣する医師を確保するドクタープール機能
- ⑧ へき地で勤務する医師のキャリアパスの構築
- ⑨ へき地における地域医療の分析
- ⑩ へき地医療拠点病院においてへき地医療支援に従事している医師に対する研修費の配分
- ⑪ へき地保健医療情報システムのデータ登録、更新及び管理
- ⑫ 就職の紹介斡旋、就職相談、その他就職に関する情報提供

イ へき地医療協議会

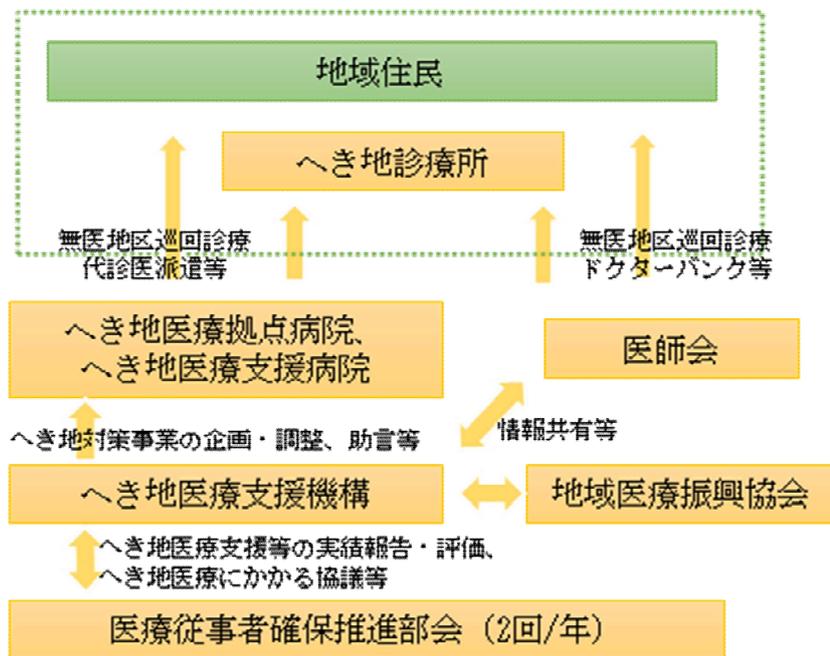
高知県へき地医療協議会は、へき地を抱え医師不足に悩む県内の市町村が、自治医科大学卒業医師の受入れにあたって、労働条件の均てん化や研修機会の確保などを目的に昭和61年に設立されました。

この協議会では、自治医科大学卒業医師などのへき地医療に従事する医師、医師の派遣を受ける市町村、県の三者が一体となって県内のへき地などにおける質の高い地域保健医療活動の安定的な確保や、医学生のへき地医療研修などを行っています。

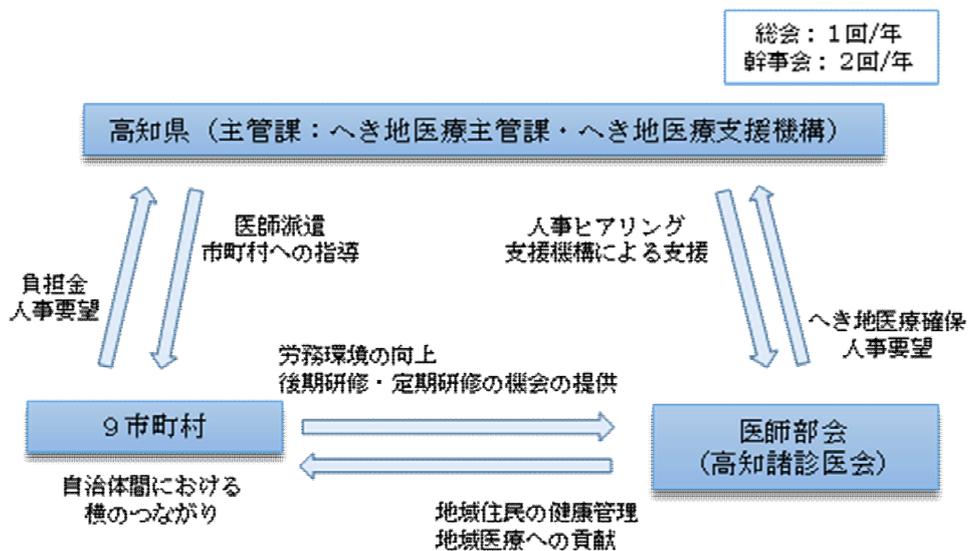
また、へき地診療所の勤務が無期限に続かないことを明確にし、一定期間勤務すれば、次の医師に円滑にバトンタッチできるよう配慮したり、医師個人のライフサイクルや家庭の事情などに合わせて、都市部とへき地勤務をある程度は融通をしながら行き来ができるよう調整しています。さらに、勤務地による処遇の均てん化、週1回の

定期研修の機会や長期研修の確保のほか、へき地医療情報ネットワークの整備について推進しています。

(図表 7-4-6) へき地医療を支援する機関等 各市町村



(図表 7-4-7) 高知県へき地医療協議



ウ 医療従事者確保推進部会

本県では、医療審議会医療従事者確保推進部会を、へき地保健医療対策にかかる総合的な意見交換・調整等を図る協議会として位置づけています。

部会は、へき地医療支援機構の専任担当官、へき地医療拠点病院の代表者、県医師会・歯科医師会の代表者、関係市町村の実務者、大学医学部関係者等により構成されており、へき地医療拠点病院の支援実績、無医地区巡回診療所の実績、へき地診療所や医師確保に向けての取り組みなどについて協議を行っています。

エ ヘき地医療支援病院

へき地における巡回診療、定期的な医師の派遣、代診医の派遣によるへき地診療所への診療支援、へき地医療拠点病院への医師派遣等によるへき地診療所の間接的支援に自主的かつ継続的に取り組む社会医療法人をへき地医療支援病院として認定しています。本県では、平成27年4月1日に社会医療法人仁生会細木病院が認定を受けています。

(6) 患者輸送車等による搬送体制

市町村では住民の通院手段を確保するため、患者輸送車やデマンドバスの運行などにより、患者の送迎を行っています。

また、救急搬送が必要な場合は、救急車により医療圏を越えて3つの救命救急センターへ広域搬送するケースや、救命救急センターが運用するドクターカーで現場へ医療関係者を運ぶ運用も行われています。有人離島である宿毛市沖の島、鶴来島では、民間の漁船や観光船を自治体がチャーターし、救急搬送に活用しています。

(図表 7-4-8) 患者輸送車の状況

保健医療圏	名称	所在地	患者輸送実施無医地区等数	代診医派遣	
				稼働日数	延べ輸送患者数
中央(1)	大川村国民健康保険小松診療所	大川村	1	87	214
高幡(3)	浦ノ内診療所	須崎市		90	374
	四万十町国民健康保険大正診療所	四万十町		242	591
	四万十町国民健康保険十和診療所	四万十町	1	242	1308
幡多(3)	四万十市国民健康保険大宮出張診療所	四万十市		47	143
	四万十市国民健康保険口屋内出張診療所	四万十市		22	106
	四万十市奥屋内へき地出張診療所	四万十市		21	111

出典：令和4年度へき地医療現況調査

(7) ドクターヘリ等の活用について

本県では、交通外傷や高所からの転落事故、海難事故などからの現場要請に限らず、重症患者が発生した際に、へき地医療拠点病院やへき地診療所から地域の消防本部を介してドクターヘリや消防防災ヘリなどを要請し、各地域の実情に応じて活用しています。また、ドクターヘリに救命救急センター医師が同乗して現場へ医療関係者を運び、救命処置を行うシステムが確立されています(令和4年度実績 ドクターヘリ：年間587件、防災ヘリ：年間55件)。

(8) 情報通信技術 (ICT) による診療支援体制

患者の同意のもと医療機関や薬局、介護事業所等が保有する情報を相互に共有する「高知あんしんネット」及び「はたまるねっと」の活用により、診療情報、薬剤情報等を事業所間で共有し、迅速かつ適切な治療につなげることができます。

また、県の情報ハイウェイを利用した「へき地医療情報ネットワーク」を構築して

おり、へき地医療拠点病院（8ヶ所）、へき地診療所（15ヶ所）及び民間病院（13ヶ所）を結んで運用しています。各医療機関間において、遠隔画像伝送や患者コンサルト、多地点 Web 会議などが行うことができます。

課題

1 へき地医療提供体制の確保

へき地医療の確保のためには、市町村が主体となって、地域の医療資源と連携しながら取り組んでいくことが重要です。健康診断の受診による一次予防や患者輸送支援などを行うと同時に、診療所の集約・統合・出張診療所化などを検討する必要がある場合には、指定管理者制度などの対応策も含めた新たな形態による存続の方策を検討することも必要となります。また、公共交通サービスの維持が次第に困難になっていくなか、医療機関への受診負担の軽減と利便性の確保、及び医療の効率化につなげるため、病状安定期におけるオンライン診療の併用など情報通信技術（ICT）の活用を図ることが必要です。

県は、市町村やへき地医療拠点病院が行う無医地区巡回診療の継続やへき地診療所及びへき地医療拠点病院の施設・設備整備や運営費に対して支援を行う必要があります。また、へき地診療所への代診調整機能を強化するなど、へき地医療提供体制が維持されるようきめ細やかな対策・支援の継続が必要です。

2 医療従事者の確保と支援

へき地診療所やへき地の中核的な病院においては、へき地医療を提供するために必要な医師及び看護師などコメディカルスタッフを確保することが課題となつており、市町村や大学、医療機関、各関係団体と連携・協力を密にして人材確保に努めていく必要があります。

また、へき地に勤務する医師が継続的に勤務することができるよう支援が必要です。

(1) 診療支援

日常診療支援に用いるインターネットを介した情報環境の整備、ドクターヘリなどを活用した広域救急搬送体制の構築などを進めることが必要です。

(2) 研修等の支援

学会出張時の代診対応や、専門的な研修を受けられる環境づくりが必要です。

(3) 勤務環境の整備

医師住宅や病院・診療所など居住・診療環境の改善・整備はもちろんのこと、出産・育児・介護に対する支援といった勤務環境の整備が必要です。産前産後休暇や育児・介護休業への対応について、検討を深める必要があります。

対策

1 へき地の医療提供体制に対する支援

(1) へき地医療支援機構の役割の強化と機能の充実

へき地医療の現場で働く医師と行政とのパイプ役として、へき地医療支援機構に配置しているへき地医療専任担当官が、その役割を円滑に担えるよう、県はバックアップしていきます。

専任担当官は、定期的な現地視察や首長との意見交換などを実施して、相互の連携を

促進するとともに、定期的に地域医療の調査・分析による情報把握を行い、効果的な支援方策を検討します。

また、医師不足によりへき地医療の提供を維持することが厳しい状況にあります。地域医療支援センターなどとも連携し、へき地の医療体制について総合的な企画・調整を行います。

(2) へき地医療協議会等によるへき地医療の確保

高知県へき地医療協議会において、医学生の地域医療研修の実施や、へき地に勤務する医師の研修機会の確保、情報ネットワークの整備などに引き続き取り組み、へき地医療の確保を図ります。

今後は、地域の医療提供体制の維持に不安を抱える市町村に対して支援の範囲を拡大していけるよう検討を進めます。

(3) へき地保健医療対策に関する協議会（医療従事者確保推進部会）における協議

県では、へき地保健医療対策に関する協議会の位置づけとして、医療審議会医療従事者確保推進部会を開催し、医療計画等の作成のほか、へき地保健医療対策にかかる総合的な意見交換・調整等を実施し、医療提供体制の確保や関係機関間の連携を図ります。

また、医療従事者確保推進部会においてへき地医療拠点病院の活動を評価し、そのフィードバックを各病院へ行います。

(4) へき地医療拠点病院等による代診医派遣等の機能強化

へき地医療支援機構の調整のもと、へき地診療所医師の学会への出張や休暇取得などの際に、へき地医療拠点病院等から代診医を派遣します。

へき地医療拠点病院の医師の確保ができなければ、へき地診療所に対する後方支援の継続が困難となることから、県は高知医療再生機構等と連携して医師確保に取り組み、医師派遣業務に係る指導・調整についても更なる強化を図ります。

また、県は、へき地医療支援病院が増えるよう、関係機関に働きかけていきます。

(5) 情報通信技術（ICT）による診療支援

へき地医療情報ネットワークにより、画像伝送による診断支援や多地点遠隔WEB会議などを実施し、孤立化の防止並びに情報共有を図ります。

また、県は患者の診療機会の確保と医療の効率化につなげるため、市町村と連携してへき地診療所やへき地医療拠点病院等のオンライン診療環境の整備を進めます。

(6) ドクターヘリ等の活用

県は、ドクターヘリや消防防災ヘリを活用して搬送にかかる時間を短縮することで、患者の救命率の向上と後遺障害の軽減を図ります。また、へき地において医師や救急車が不在になることを回避し、地域医療格差の是正を図ります。

(7) 無医地区巡回診療など

県は、市町村が実施する無医地区巡回診療や患者輸送、健康診断、健康相談などへの支援について、今後も継続および拡充を図ります。

(8) 歯科医療体制について

関係機関と協議を行い歯科医療の確保に向けた具体的な対応方針などの策定について取り組みます。

また、歯科医師会などとの連携により、離島の鶴来島への無歯科地区巡回診療を引き続き実施していきます。

2 へき地医療を支える医療従事者の確保と支援

(1) 高校生

県は、地元の高校生を対象として、へき地医療勤務医師による出前講座を開催して、地域医療に対する魅力ややりがいを若い世代に伝え、将来に向けてのロールモデル（具体的な行動や考え方の模範となる人物像）を提示することや情報収集の機会を提供する取り組みを継続します。

(2) 医学生

県は、自治医科大学と連携し、将来、へき地医療に従事する医師の育成を支援します。また、高知大学医学部と連携した地域枠や医師養成奨学貸付金制度により、地域医療に従事する医師の育成を支援します。医学生との定期面談、へき地医療協議会等による地域医療実習、行政との意見交換会などを継続的に行い、コミュニケーションを図りながら医学生をフォローしていきます。

高知大学医学部家庭医療学講座（県の寄附講座）は、県内唯一の医育機関である高知大学内の相談窓口として、学生達にとって身近な存在です。県として支援を続け、講座主催の講義や臨地実習などを通じ、医学生の地域医療やプライマリ・ケアへのモチベーションを高め、へき地医療に従事する動機付けにつなげていきます。

（注3）プライマリ・ケア：患者にとって最も重要な医療の基本的条件は、①初期医療が十分効果的に行われ、②必要な場合それに引き続く療養が確実に保証され、③それらの医療が患者の立場に立って行われることである。これらの基本原則をふまえた医療のことをいう。（出典：医学大辞典第2版/医歯薬出版㈱）

(3) 臨床研修医

県は、医師臨床研修制度の「地域医療」研修（必修科目）の実施について、高知医療再生機構や地域の拠点病院などと連携し、本県のへき地医療を実際に体験できる環境を整備しています。県内だけでなく、県外大学等からも臨床研修医を招いています。本県のへき地医療や地域包括ケアについて関心が持てるよう、引き続き研修医の派遣調整を実施していきます。

(4) 医師

平成30年度より開始された新専門医制度の中で、総合診療専門医の資格が取得できる「高知家総合診療専門研修プログラム」を整備しました。幅広い領域を診ることのできる総合診療専門医を養成することで、へき地医療の現場で活躍する医師が増えるように

努めます。自治医科大学卒業医師については、希望があれば、県立幡多けんみん病院を中心とした専門医養成プログラムを活用し、義務年限内に資格を取得できるように配慮していきます。

また、県が人事調整を行うへき地医療協議会所属医師については、市町村の理解を得て、週1回程度、高次医療機関で専門研修を行う機会を設けることでキャリア形成支援を行います。

加えて、へき地医療機関での勤務を希望する医師に対しては、県内外の大学や高知医療再生機構と連携し、一定の期間、県内のへき地医療拠点病院・診療所に派遣する仕組みを継続していきます。

高知県へき地医療協議会所属医師（自治医科大学卒後医師）については、すでにキャリアパスがイメージできる人事調整をしていますが、協議会以外のへき地勤務医師については対応できていないため、将来的には協議会の見直し等も検討していきます。

(5) 看護師等

県は、看護への関心と理解を深めてもらうために、高等学校への進学説明会や関係団体と連携した「看護フェア」や「ふれあい看護体験」などの取組を行い、次代を担う看護師等の育成を図ります。

看護学生に対しては、「看護学生インターンシップ事業」や「就職フェア」などの職場探しの機会を提供することで県内医療機関等への就職を促すとともに、「看護師等養成奨学金」の貸付などを通じて、高知市など県中心部以外の地域で働く看護師等の確保を図ります。

また、高知県看護協会等関係機関と連携し、勤務環境改善に取り組む医療機関等への支援、看護師等の資格を持ちながら就業していない者への就業促進（ナースバンク）、無料職業紹介事業等を通じた看護職員の復職支援を行い看護職員の人材確保に取り組んでいきます。

目標

区分	項目	直近値	目標（令和11年度）	直近値の出典
S	<u>へき地診療所勤務医師の充足率</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>令和4年度へき地医療現況調査</u>
S	<u>オンライン診療環境を整備している医療機関数</u>	<u>26機関</u>	<u>66機関</u>	<u>四国厚生支局への情報通信機器を用いた診療届出状況（R5.5）</u>
P	<u>無医地区・準無医地区への医療サービス提供率</u>	<u>67.5%</u>	<u>100%</u>	<u>令和4年度無医地区等及び無歯科医地区等調査</u>
S	<u>総合診療専門研修プログラム修了者数</u>	<u>5人</u>	<u>11人</u>	<u>令和5年度高知県医療政策課調べ</u>

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

<参考> 医療機能別医療機関

○へき地診療所（出張診療所含む）

保健医療圏	医療機関	
安芸（2）	馬路診療所	魚梁瀬診療所
中央（9）	土佐山へき地診療所 汗見川へき地診療所 国保長沢診療所 国保越裏門出張診療所 国保仁淀診療所	大柘診療所 国保小松診療所 国保大橋出張診療所 国保大崎診療所
高幡（8）	浦ノ内診療所 松原診療所 国保杉ノ川診療所 国保大正診療所	四万川診療所 大道へき地診療所 国保姫野々診療所 国保十和診療所
幡多（10）	奥屋内へき地診療所 沖の島へき地診療所弘瀬出張所 国保鈴出張診療所 国保西土佐診療所 国保口屋内出張診療所	沖の島へき地診療所 国保拳ノ川診療所 国保伊与喜出張診療所 国保大宮出張診療所 三原村国民健康保険診療所

○過疎地域等特定診療所

保健医療圏	医療機関
中央（1）	物部歯科診療所
高幡（1）	梶原歯科診療所

○へき地医療拠点病院

保健医療圏	医療機関	
安芸（1）	あき総合病院	
中央（4）	高知医療センター 嶺北中央病院	国立病院機構高知病院 高知大学医学部附属病院
高幡（1）	梶原病院	
幡多（2）	幡多けんみん病院	大月病院

○高知県へき地医療支援病院

保健医療圏	医療機関
中央（1）	細木病院

○地域医療支援病院

保健医療圏	医療機関		
中央（3）	高知赤十字病院	高知医療センター	近森病院

<参考> 無医地区・準無医地区・無歯科医地区・準無歯科医地区 一覧表

無医地区

保健医療圏	市町村名	無医地区名	人口	世帯数	無医地区巡回診療		患者輸送			
					実施回数	延べ受診者数	運行日数 (日/週)	1日あたり 往復回数	1日平均 利用者数	
中央	大豊町	久 寿 軒	59	37	12	68	0	0	0	
		西 峰	149	113	12	192	5	2	3	
		立 川	89	66	12	114	5	2	11	
	土佐町	石 原	299	160	12	29	0	0	0	
		いの町	柳 野	153	90			0	0	0
			妙 見	63	41			0	0	0
	中 追		55	39			0	0	0	
	仁淀川町	古 江	101	62			0	0	0	
		下 名 野 川	135	74			0.25	1	5	
		上 名 野 川	54	37			0.25	1	4	
		北 川	66	37			0.25	1	2	
		瓜 生 野	56	42			0	0	0	
	越知町	大 桐	108	68			4	2	6	
		横 島	172	94			2	2	2.7	
明 治		333	185			4	3	5.2		
高幡	須崎市	池 ノ 浦	171	83			2	1	4	
	梶原町	初 瀬	106	62			0	0	0	
	四万十町	地 吉、古城	260	129			2	1	3.1	
幡多	四万十市	藤 ノ 川	115	67			0	0	0	
		竹 屋 敷	68	37			0	0	0	
		権 谷	85	44			0	0	0	
	宿毛市	楠 山	70	40			0	0	0	
大月町	竜 ケ 迫	55	34			0	0	0		
計	11	23	2822	1641	48	403				

準無医地区

保健医療圏	市町村名	無医地区名	人口	世帯数	無医地区巡回診療		患者輸送			
					実施回数	延べ受診者数	運行日数 (日/週)	1日あたり 往復回数	1日平均 利用者数	
安芸	室戸市	黒 見	47	22	0	0	0	0	0	
	安芸市	畑 山	31	22	0	0	1	1	2	
		別 役	9	7	6	30	1	1	1	
	北川村	小 島	90	26	0	0	0	0	0	
		久 江 ノ 上	38	52	0	0	0	0	0	
中央	土佐町	安 倉	13	8	0	0	0	0	0	
		瀬 戸	34	25	0	0	0	0	0	
	仁淀川町	泉 川	111	68	0	0	0.25	1	6	
		別 枝 上	43	33	0	0	1.25	1	6	
		別 枝 下	35	26	0	0	0.5	1	5	
		檜 山	1	1	0	0	0	0	0	
	越知町	椿 山	6	5	0	0	0	0	0	
		南 国	26	19	0	0	2	2	1.4	
	高幡	須崎市	久 通	42	30	0	0	0	0	0
		中土佐町	下 ル 川	39	22	0	0	0	0	0
幡多	宿毛市	鶉 来 島	29	26	12	129	0	0	0	
		京 法	6	4	0	0	0	0	0	
計	9	17	600	396	18	159				

無歯科医地区

保健医療圏	市町村名	無歯科医地区名	人口	世帯数	
安芸	室戸市	佐喜浜町	1,221	725	
	北川村	小島	90	52	
	馬路村	魚梁瀬	155	91	
中央	本山町	汗見川	174	100	
	大豊町	久寿軒	59	37	
		立川	89	66	
		西峯	149	113	
	土佐町	石原	299	160	
	大川村	井野川	61	26	
		小松	75	39	
	いの町	越裏門	51	32	
		脇ノ山	145	93	
		妙見	179	106	
		柳野	318	188	
		古江	101	62	
		中追	55	39	
	仁淀川町	用居	167	118	
		上名野川	54	37	
		下名野川	135	74	
		北川	66	37	
		安居土居	195	136	
		明治	333	185	
	越知町	横島	172	94	
		大桐	108	68	
	高幡	須崎市	池ノ浦	171	83
		梶原町	初瀬	106	62
			四万川	462	245
			松原	209	132
		四万十町	地吉、古城	260	61
	幡多	四万十市	竹屋敷	68	37
権谷			85	44	
奥屋内			86	50	
藤ノ川			115	67	
口屋内			96	64	
津野川			100	53	
須崎			98	50	
大宮			209	120	
下家地			74	37	
西ヶ方			138	67	
江川崎		447	213		
本村		108	56		
宿毛市		楠山	70	40	
大月町	龍ヶ迫	55	34		
計	16	46	7,514	4,254	

準無歯科医地区

保健医療圏	市町村名	準無歯科医地区名	人口	世帯数
安芸	安芸市	畑山	31	22
		別役	9	7
	北川村	安倉	13	8
中央	土佐町	久江ノ上	38	26
		瀬戸	34	25
	仁淀川町	別枝上	43	33
		別枝下	35	26
		泉川	111	68
	越知町	南国	26	19
高幡	須崎市	久通	42	30
	中土佐町	下ル川	39	22
	宿毛市	京法	6	4
計	8	13	456	316

出典：令和4年度無医地区等及び無歯科医地区等調査

※第8期保健医療計画作成にあたり、文章やレイアウトを再構成しており、第7期保健医療計画との単純な比較ができないため、変更箇所は赤字表示としておりません。

第5節 在宅医療

本県の高齢化率は既に35%を超え、令和20年には40%に達すると推計される中、県民一人ひとりが医療や介護が必要な状態になっても、出来る限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことは喫緊の課題です。

また、医療・介護ニーズが高く、自宅等で療養している小児（医療的ケア児）の成長と家族の生活を支える支援も重要です。

地域包括ケアシステムは、高齢者等が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自分らしい暮らしを最後まで続けられるよう、医療・介護・予防・住まい及び生活支援・福祉サービスが相互に連携しながら一体的に提供され、包括的な支援が確保される体制を行い、その実現には在宅医療の充実が一つの鍵となります。

在宅医療は、寝たきりやそれに近い状態、または認知症や他の精神疾患などで通院に支障があり、自宅での治療・療養を望む患者に対し、医療従事者が自宅等へ訪問し、継続的に医療行為を行うものです。在宅医療の提供体制は、入院から在宅へと移行する一連の入退院支援から始まります。退院後は、医師・歯科医師・看護師・薬剤師などの多職種が連携し、患者の状態に応じた適切な医療を提供するとともに、急変時には後方支援体制を整えます。また、人生の最終段階においては、患者の意思決定支援や本人が望む場所での看取り体制などの医療機能で構成されます。

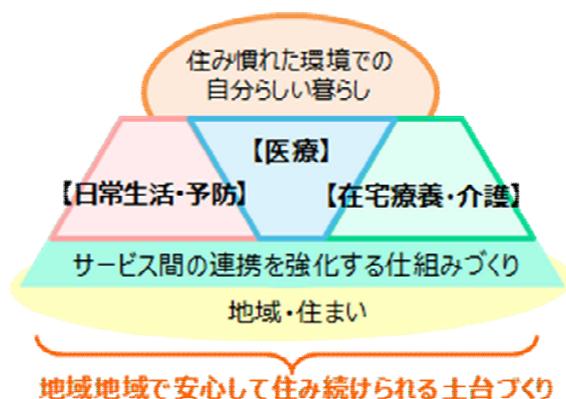
在宅医療が患者の日常生活を支える医療であるためには、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスが相互に補完しながら、関係機関が連携し、多職種協働による一体的なサービス提供体制を構築・維持することが求められています。

一方で、人口減少と少子高齢化による生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の供給が今後大きく増えることは考えにくく、在宅医療のニーズが増大するなかにおける人材確保は大きな課題です。

また、中山間地域などの人口集積度が低い地域では、患者数の減少や訪問診療などの訪問効率の悪さを背景としたサービス提供体制の縮小化や撤退が懸念されています。

こうしたことから、在宅医療サービスの省力化や患者の受診機会の確保を図るため、全ての市町村においてオンライン診療やICTなどのデジタル技術の活用を通じた効率化や、利便性の向上に取り組んでいくことが必要です。

(図表 7-5-1) 高知版地域包括ケアシステムの構築概念図



地域包括ケアシステム構築のための施策の方向性

- 1 健康づくり・介護予防の推進
- 2 生活支援サービスの充実
- 3 包括的相談支援体制の構築
- 4 在宅医療・介護サービスの充実

在宅医療の圏域は、急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、対象範囲が広域にわたる中央保健医療圏については、福祉保健所や保健所の圏域である高知市・中央東・中央西の3つに区分し設定することとします。

(図表 7-5-2) 在宅医療に係る保健医療圏の人口動態

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
R2	65歳以上人口	19,755	41,081	98,675	30,231	22,215	33,402	245,359
	高齢化率	45.2%	35.4%	30.2%	40.7%	43.7%	41.6%	35.5%
R22	65歳以上人口	13,305	34,981	106,002	23,475	16,660	26,484	220,907
	高齢化率	48.5%	38.6%	37.3%	49.3%	50.7%	49.3%	41.2%

出典：R2 国勢調査/総務省、日本の地域別将来推計人口 (H30年推計)/国立社会保障・人口問題研究所

現状

1 患者動向

令和4年に県が実施した高知県在宅医療実態調査では、訪問診療を受けた患者の年齢構成割合は、70才以上の患者が9割以上を占めています。

70才以上の患者の割合は、平成28年時点に比べ令和4年時点では増加しています。

(図表 7-5-3) 訪問診療を受けた患者の年齢構成

年齢区分	0～15才	16～59才	60～69才	70～79才	80才以上	県計	(再掲) 60才以上	(再掲) 70才以上
R4	11 (0.2%)	91 (2.2%)	133 (3.2%)	561 (13.5%)	3,362 (80.9%)	4,158 (100%)	4,056 (97.5%)	3,923 (94.3%)
H28	11 (0.4%)	105 (4.0%)	147 (5.7%)	360 (13.8%)	1,986 (78.1%)	2,609 (100%)	2,488 (95.6%)	2,341 (89.9%)

上段：患者数、下段：全体に占める割合

出典：高知県在宅医療実態調査※

※高知県在宅医療実態調査：高知県内の在宅医療提供体制及び提供実態を明らかにすることで、保健医療行政の基本指針となる「高知県保健医療計画」への反映はじめ、本県の医療提供体制の整備を進めるための調査。

H28 調査の回答率：病院 72.3%(94/130)、診療所 76.2% (425/558)

R4 調査の回答率：病院 54.2%(65/120)、診療所 81.1% (335/413)

2 在宅医療の実施状況

(1) 退院支援

退院支援とは、患者が病院から退院した後、自宅や地域で生活を継続できるよう、入院中の医療機関と地域の医療・介護関係者などが連携して行う支援をいいます。

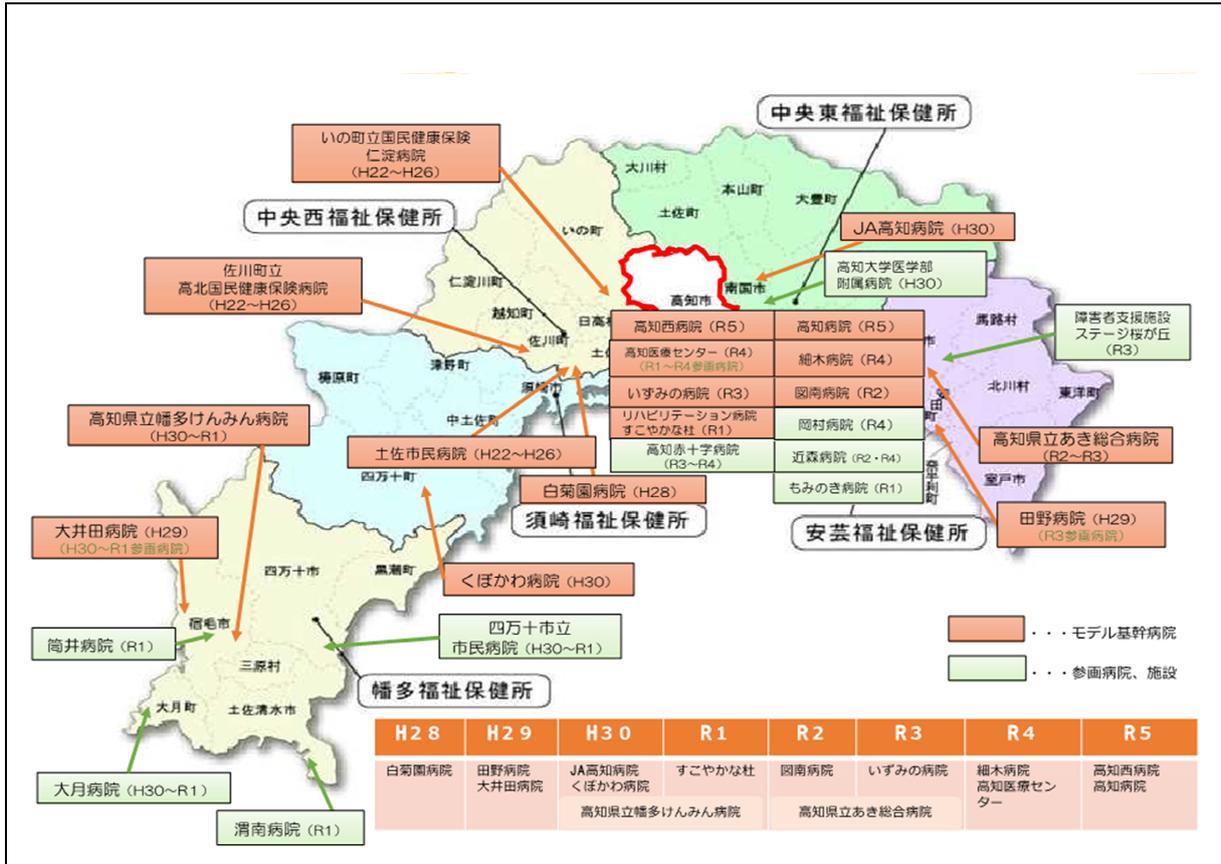
病院から地域移行の過程において、病院と地域の様々な多職種が患者の課題と目標を共有し、入院初期から退院後の生活を見据え、互いの持つ専門知識や資源を活用し早期の社会復帰及び在宅生活の安定に向けたケアを創造し実践していくことが望まれています。

本県では、高知県立大学と協働して、保健医療圏域ごとに病院と地域が協働で関わる在宅移行支援に向けた仕組みづくりに取り組んでいます。

診療報酬改定の面からは、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院・在宅復帰に向けて支援することを評価した”入退院支援加算”に対する報酬評価が充実されたこともあり、退院支援、調整を受けたレセプト件数は、平成28年時点に比べ令和2年時点では約1.7倍に増加しています。

また、病院における退院支援担当者の配置割合は5割を超え、多職種による退院前の在宅療養に向けた調整（退院時共同指導料1・2）も増加しています。

(図表 7-5-4) 入退院支援事業 モデル基幹病院・参画病院・施設一覧 (H28～)



(図表 7-5-5) 退院支援・調整のレセプト件数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	累計
退院支援 ※	R2	1,903 (4,359)	3,331 (2,871)	9,974 (3,055)	3,198 (4,307)	1,636 (3,220)	2,586 (3,223)	22,628 (3,272)
	H30	1,274 (2,796)	2,466 (2,095)	8,489 (2,561)	2,791 (3,666)	1,218 (2,286)	2,590 (3,126)	18,828 (2,663)
	H28	1,151 (2,423)	1,927 (1,614)	6,364 (1,898)	2,216 (2,833)	785 (1,420)	1,134 (1,325)	13,577 (1,882)
退院時共同 指導料 1・2	R2	10 (22.9)	66 (56.9)	199 (60.9)	31 (41.7)	14 (27.6)	8 (10)	328 (47.4)
	H30	2 (4.4)	24 (20.4)	140 (42.2)	13 (17.1)	20 (37.5)	16 (19.3)	215 (30.4)
	H28	2 (4.2)	14 (11.7)	92 (27.4)	5 (6.4)	0 (0)	12 (14)	125 (17.3)

上段：レセプト件数、下段：人口10万対件数

出典：国保データベース (KDB) を活用した集計データ (厚生労働省提供)

※介護支援連携指導料、退院支援加算1、退院支援加算2、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2のレセプト件数の合計

(図表 7-5-6) 退院支援担当者を配置している医療機関数 (R2)

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
退院支援担当者の配置	診療所	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (14.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	6 (8.7%)
	病院	4 (66.7%)	9 (56.3%)	37 (60.7%)	8 (57.1%)	2 (25.0%)	9 (52.9%)	69 (56.6%)

上段：医療機関数、下段：全医療機関に占める割合

出典：病床機能報告/厚生労働省

(2) 日常の療養支援

日常の療養支援の目標は、「医療・介護関係者の多職種協働によって患者及び家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護を必要とする患者が、住み慣れた場所で生活が出来るようにする」ことであり、切れ目のない医療・介護連携の体制を整えることが必要です。

その際、医療については、患者の療養生活を訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問薬剤管理指導等が十分に支えていくことが療養継続の鍵となります。

ア 訪問診療

訪問診療は、患者の自宅や施設に医師や看護師が訪問して診療を行うことを言い、通院が困難な高齢者や障害者、寝たきりの方など、在宅療養を行っている患者の健康管理や療養生活を支える重要な医療サービスのことです。

訪問診療のレセプト件数は、平成 28 年時点に比べ令和 2 年時点では約 1.2 倍に増加しています。

令和 4 年に県が実施した高知県在宅医療実態調査では、訪問診療を実施している医療機関の約 8 割が担当医師数 1～2 名で訪問診療に対応し、担当医師の年齢も 60 歳以上が約 5 割を占めるなど、24 時間対応や急変時の対応を行うためのマンパワー確保に向けた連携体制の構築が求められています。

在宅療養をされる方のために、その地域で主たる責任をもって診療にあたる医療機関を在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院といい、どちらの施設数も平成 28 年時点に比べ、令和 5 年は増加しています。

(図表 7-5-7) 訪問診療のレセプト件数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
訪問診療	R2	3,911 (8,956)	8,574 (7,390)	20,545 (6,292)	5,160 (6,949)	3,845 (7,569)	4,699 (5,856)	46,734 (6,758)
	H30	3,562 (7,819)	7,396 (6,284)	17,800 (5,371)	4,837 (6,353)	3,568 (6,698)	4,871 (5,879)	42,034 (5,946)
	H28	3,941 (8,297)	6,635 (5,558)	15,652 (4,668)	4,727 (6,042)	3,713 (6,716)	5,705 (6,666)	40,373 (5,597)

上段：レセプト件数、下段：人口 10 万対件数

出典：国保データベース (KDB) を活用した集計データ (厚生労働省提供)

(図表 7-5-8) 訪問診療を実施している医療機関数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
診療所	R2	10 (23)	20 (17)	39 (12)	17 (23)	9 (18)	8 (10)	103 (15)
	H28	11 (23)	20 (17)	36 (11)	18 (23)	11 (20)	12 (14)	108 (15)
病院	R2	5 (11)	7 (6)	22 (7)	8 (11)	5 (10)	11 (14)	58 (8)
	H28	4 (8)	6 (5)	26 (8)	9 (12)	5 (9)	12 (14)	62 (9)

上段：施設数、下段：人口10万対施設数

出典：国保データベース（KDB）を活用した集計データ（厚生労働省提供）

(図表 7-5-9) 小児訪問診療を実施している医療機関数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
小児の訪問診療を実施している医療機関	R4	0 (0.0)	1 (0.9)	2 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.4)
	H29	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.7)

上段：施設数、下段：人口10万対施設数

出典：高知県在宅医療実態調査

(図表 7-5-10) 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
診療所	R5	4 (9.7)	9 (7.9)	19 (6.0)	4 (5.6)	2 (4.2)	5 (6.6)	43 (6.4)
	H29	5 (10.8)	8 (6.7)	18 (5.4)	3 (3.9)	1 (1.8)	3 (3.6)	38 (5.3)
病院	R5	1 (2.4)	2 (1.8)	14 (4.4)	2 (2.8)	3 (6.3)	3 (3.9)	25 (3.7)
	H29	1 (2.2)	1 (0.8)	9 (2.7)	1 (1.3)	2 (3.7)	2 (2.4)	16 (2.2)

上段：施設数、下段：人口10万対施設数

出典：保険医療機関の管内指定状況（四国厚生支局）（平成29年10月1日、令和5年6月1日現在）

(図表 7-5-11) 施設基準別 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院数 (R5)

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計	
診療所	基準別 施設	単独	0	0	1	0	0	0	1
		連携	0	0	8	1	1	0	10
		従来	4	9	10	3	1	5	32
	計	4 (9.7)	9 (7.9)	19 (6.0)	4 (5.6)	2 (4.2)	5 (6.6)	43 (6.4)	
病院	基準別 施設	単独	0	0	3	0	0	1	4
		連携	0	0	1	0	0	0	1
		従来	1	2	10	2	3	2	20
	計	1 (2.4)	2 (1.8)	14 (4.4)	2 (2.8)	3 (6.3)	3 (3.9)	25 (3.7)	

上段：施設数、下段：人口10万対施設数

出典：保険医療機関の管内指定状況（四国厚生支局）（令和5年6月1日現在）

イ 訪問歯科診療

訪問歯科診療とは、患者の自宅や施設に歯科医師や歯科衛生士が訪問して歯科診療を行うことを言い、通院が困難な高齢者や障害者、寝たきりの患者などの食事や会話の楽しさや誤嚥性肺炎などのリスク軽減のために重要な医療サービスです。

訪問歯科診療を受けたレセプト件数は、平成28年時点に比べ平成30年時点では増加しているが、令和2年時点では減少しています。

令和4年に県が実施した高知県在宅医療実態調査では、訪問歯科診療を実施している医療機関の9割以上が担当医師数1～2名で訪問診療に対応し、担当医師の年齢も60歳以上が約5割を占めるなど、マンパワー確保に向けた連携体制の構築が求められています。

(図表 7-5-12) 訪問歯科診療のレセプト件数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
訪問歯科 診療	R2	1,040 (2,382)	2,456 (2,117)	10,106 (3,095)	2,161 (2,910)	665 (1,309)	1,900 (2,368)	18,328 (2,650)
	H30	1,332 (2,924)	2,513 (2,135)	12,490 (3,769)	2,519 (3,309)	773 (1,451)	2,636 (3,181)	22,263 (3,149)
	H28	1,337 (2,815)	2,246 (1,881)	11,371 (3,392)	2,566 (3,280)	671 (1,214)	2,278 (2,662)	20,469 (2,838)

上段：レセプト件数、下段：人口10万対件数

出典：国保データベース（KDB）を活用した集計データ（厚生労働省提供）

(図表 7-5-13) 訪問歯科診療を実施している医療機関数 (R4)

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
訪問歯科 診療の実施	歯科 診療所	14 (33.4)	28 (24.5)	60 (18.7)	9 (12.5)	12 (24.7)	25 (32.3)	148 (21.9)

上段：施設数、下段：人口 10 万対施設数

出典：R4 高知県在宅医療実態調査※

※高知県在宅医療実態調査：高知県内の在宅医療提供体制及び提供実態を明らかにすることで、保健医療行政の基本指針となる「高知県保健医療計画」への反映はじめ、本県の医療提供体制の整備を進めるための調査。

(歯科診療所を対象とした調査は R4 のみ)

R4 調査の回答率：歯科診療所 84.7%(293/346)

ウ 訪問看護

訪問看護は、病気や障害のために自宅で療養している患者に対して、看護師が自宅に訪問して看護を行うことです。患者の身体的・精神的・社会的に必要な看護を提供することで、患者の QOL（生活の質）を向上させるために重要な役割を果たします。

訪問看護のレセプト件数は、平成 30 年時点に比べ令和 2 年時点では約 1.3 倍に増加しています。また、訪問看護サービス利用者数は、平成 28 年時点に比べ令和 2 年時点では約 1.6 倍に増加しています。

訪問看護ステーション数は、令和 4 年時点では 79 か所あり、平成 26 年頃からこれまで増加傾向にあります。一方、ステーションの 5 割は高知市保健医療圏に所在するなど、地域によって偏在傾向にあります。また、従事者規模は 4 名未満が全体の 4 割を占めており、小規模の事業所が多い状況です。

(図表 7-5-14) 訪問看護のレセプト件数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
医療保険	R2	1,085 (2,485)	2,636 (2,272)	7,244 (2,218)	1,724 (2,322)	733 (1,443)	1,910 (2,380)	15,332 (2,217)
	H30	709 (1,556)	2,106 (1,789)	5,432 (1,639)	1,333 (1,751)	695 (1,305)	1,878 (2,267)	12,153 (1,719)
	H28	-	-	-	-	-	-	-

上段：レセプト件数、下段：人口 10 万対件数

出典：国民保険のレセプト件数（高知県国民保険連合会提供）と後期高齢者医療保険のレセプト件数（高知県後期高齢者医療広域連合提供）の合計。H28 の件数はデータがないため非掲載。

(図表 7-5-15) 訪問看護サービス利用者数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
介護保険	R2	3,012 (6,898)	7,080 (6,103)	13,344 (4,086)	3,888 (5,236)	960 (1,890)	2,220 (2,766)	30,504 (4,411)
	H30	2,184 (4,794)	5,130 (4,359)	10,879 (3,283)	2,899 (3,808)	1,068 (2,005)	1,884 (2,274)	24,044 (3,401)
	H28	1,392 (2,931)	3,924 (3,287)	8,268 (2,466)	2,160 (2,761)	1,116 (2,019)	1,932 (2,257)	18,792 (2,605)

上段：人数、下段：人口 10 万対人数

出典：介護保険状況報告（厚生労働省）

(図表 7-5-16) 訪問看護ステーション数 (R4)

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
訪問看護ステーション	6 (14.3)	11 (9.6)	45 (14.0)	7 (9.7)	2 (4.1)	8 (10.3)	79 (11.7)
24時間体制を取っているステーション数	2 (4.8)	8 (7.0)	40 (12.5)	5 (6.9)	2 (4.1)	7 (9.1)	64 (9.5)
小児の訪問看護に対応できるステーション数	4 (9.6)	5 (4.4)	12 (3.7)	3 (4.2)	2 (4.1)	5 (6.5)	31 (4.6)

上段：施設数、下段：人口10万対施設数

出典：訪問看護に関する実態調査(高知県)※

※訪問看護に関する実態調査(高知県)：高知県訪問看護推進協議会において、訪問看護の充実・推進に向けて具体的に取り組むための検討を重ね、施策の充実を図るための調査。

R4調査の回答率：訪問看護ステーション97.5%(77/79)

(図表 7-5-17) 訪問看護ステーション従事看護師数 (R4)

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計	
訪問看護ステーション従事看護師数	24 (57.3)	64 (56.0)	286 (89.0)	51 (70.6)	10 (20.6)	43 (55.6)	478 (70.7)	
(再掲) 従事者 規模別	4名未満	8	26	54	14	4	16	122
	4～7名未満	16	28	126	6	6	19	201
	7名以上	0	10	106	31	0	8	155

上段：実人数、下段：人口10万対実人数

出典：訪問看護に関する実態調査

エ 訪問薬剤管理指導

訪問薬剤管理指導とは、医師の指示により、薬剤師が患者の自宅や入所施設等を訪問して薬剤の服用状況や副作用の有無等を観察し、適切な薬学的管理や指導を実施することです。

薬剤師と医療・介護関係者が連携して患者の服薬状況等の情報を共有することで、在宅での服薬状況が改善される等、患者の安心安全な薬物治療につながっています。

訪問薬剤管理指導のレセプト件数は、平成28年時点に比べ令和2年時点では約1.8倍に増加しています。また、居宅療養管理指導(薬局分のみ)のレセプト件数は、平成28年時点に比べ令和2年時点では約1.9倍に増加しています。

令和5年1月時点の在宅患者訪問薬剤管理指導の届出をしている保険薬局は、約9割にあたる360薬局で、多くの薬局が在宅に対応できる状況です。

また、県では、薬剤師会の在宅連携室と連携して計画的に在宅訪問薬剤師を養成しています。令和4年度に県が実施した薬局の状況等に関するアンケートでは、1年間で在宅訪問を実施した薬局は215件と、在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局の約6割にあたります。

(図表 7-5-18) 訪問薬剤管理指導のレセプト件数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
医療保険	R2	22 (50)	137 (118)	583 (179)	62 (84)	54 (106)	40 (49)	898 (130)
	H30	22 (48)	79 (67)	494 (149)	32 (42)	52 (98)	48 (58)	727 (103)
	H28	13 (27)	37 (31)	373 (111)	50 (64)	20 (36)	17 (20)	510 (71)

上段：レセプト件数、下段：人口 10 万対件数
出典：国保データベース (KDB) を活用した集計データ (厚生労働省提供)

(図表 7-5-19) 居宅療養管理指導 (薬局分のみ) のレセプト件数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
介護保険	R2	561 (1,285)	2,288 (1,972)	15,812 (4,842)	819 (1,103)	378 (744)	367 (457)	20,225 (2,924)
	H30	232 (509)	1,934 (1,643)	11,959 (3,609)	563 (740)	244 (458)	146 (176)	15,078 (2,133)
	H28	177 (373)	1,172 (982)	8,585 (2,561)	306 (391)	83 (150)	76 (89)	10,399 (1,442)

上段：レセプト件数、下段：人口 10 万対件数
出典：国民保険のレセプト件数 (高知県国民保険連合会提供)

(図表 7-5-20) 保険薬局の在宅訪問実施状況 (R4)

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	須崎	幡多	計
保険薬局数※1	31	58	195	40	26	42	392
在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局※1	28	54	177	38	25	38	360
在宅訪問実施薬局数※2	14	35	113	21	16	16	215
保険薬局における割合	45%	60%	58%	53%	62%	38%	55%
在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局における割合	50%	65%	64%	55%	64%	42%	60%

※1 出典：保険薬局の管内指定状況 (四国厚生支局) (令和 5 年 1 月 1 日現在)

※2 出典：令和 4 年度薬局の状況等に関するアンケート (高知県) ※

※薬局の状況等に関するアンケート (高知県)：薬局機能の強化に向けた取組をさらに進めるにあたり、薬局等の状況等を把握する為の調査。

R4 調査の回答率：薬局 82.7%(335/405)

オ 訪問栄養食事指導

訪問栄養食事指導は、管理栄養士や栄養士が患者の自宅を訪問し、食事の摂取量や内容、栄養状態などを評価・指導するものです。患者の健康状態や生活習慣、食事習慣などを考慮して、個別に食事指導を行います。

訪問栄養食事指導のレセプト件数は、高知市圏域にしか算定実績がなく、平成 28 年時点に比べ令和 2 年時点では減少しています。

(図表 7-5-21) 訪問栄養食事指導のレセプト件数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
管理栄養士による訪問栄養食事指導	R2	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.2 (0.4)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.2 (0.2)
	H30	0.0 (0.0)						
	H28	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	9.6 (2.9)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	9.6 (1.3)

上段：レセプト件数、下段：人口10万対件数
出典：国保データベース（KDB）を活用した集計データ（厚生労働省提供）

カ 訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションは、病気やけがで身体機能が低下した患者に対し、自宅等でリハビリテーションを実施するものです。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が訪問し、それぞれの専門的な知識と技術を用いて、身体機能や認知機能、コミュニケーション能力の向上を図ります。

訪問リハビリテーションのレセプト件数は、平成28年時点に比べ令和2年時点では約1.2倍に増加しています。

(図表 7-5-22) 訪問リハビリテーションのレセプト件数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
訪問リハビリテーション※	R2	1,103 (2,526)	1,140 (983)	4,033 (1,235)	1,063 (1,432)	785 (1545)	1,655 (2,062)	9,779 (1,414)
	H30	1,118 (2,454)	991 (842)	3,716 (1,121)	991 (1,302)	900 (1,689)	604 (729)	8,320 (1,177)
	H28	1,354 (2,850)	826 (692)	3,512 (1,048)	862 (1,101)	487 (881)	991 (1,158)	8,032 (1,114)

上段：レセプト件数、下段：人口10万対件数
出典：国保データベース（KDB）を活用した集計データ（厚生労働省提供）

※在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、【介護保険】訪問リハビリテーション（介護給付）、【介護保険】訪問リハビリテーション（予防給付）のレセプト件数の合計

(3) 急変時の対応

ア 往診

往診は、患者が医療機関に行くことが困難な場合に、医師が患者の居宅を訪問して診療するもので、緊急性が高い場合に多く利用されます。

往診のレセプト件数は、平成28年時点に比べ令和2年時点はほぼ横ばいですが、人口10万人あたりの件数は増加しています。

(図表 7-5-23) 往診のレセプト件数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
往診	R2	622 (1,424)	1,247 (1,075)	2,502 (766)	734 (989)	718 (1,414)	534 (665)	6,357 (919)
	H30	666 (1,462)	1,240 (1,054)	2,392 (722)	718 (943)	886 (1,663)	502 (606)	6,404 (906)
	H28	727 (1,531)	1,264 (1,059)	2,179 (650)	752 (961)	798 (1,444)	557 (651)	6,277 (870)
(再掲) 緊急・夜 間・深夜※	R2	170 (389)	222 (191)	562 (172)	150 (202)	184 (362)	188 (234)	1,476 (213)
	H30	133 (292)	175 (149)	526 (159)	122 (160)	190 (357)	149 (180)	1,295 (183)
	H28	162 (341)	234 (196)	514 (153)	142 (182)	192 (347)	185 (216)	1,429 (198)

上段：レセプト件数、下段：人口10万対件数

出典：国保データベース（KDB）を活用した集計データ（厚生労働省提供）

※緊急加算、夜間・休日加算、深夜加算のレセプト件数の合計

(図表 7-5-24) 往診を実施している医療機関数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
診療所	R2	18 (41.2)	30 (25.9)	55 (16.8)	21 (28.3)	14 (27.6)	10 (12.5)	148 (21.4)
	H28	17 (35.8)	28 (23.5)	59 (17.6)	26 (33.2)	17 (30.8)	16 (18.7)	163 (22.6)
病院	R2	4 (9.2)	4 (3.4)	24 (7.3)	9 (12.1)	5 (9.8)	9 (11.2)	55 (8.0)
	H28	6 (12.6)	4 (3.4)	23 (6.9)	9 (11.5)	5 (9.0)	11 (12.9)	58 (8.0)

上段：施設数、下段：人口10万対施設数

出典：国保データベース（KDB）を活用した集計データ（厚生労働省提供）

イ 急変時の受入

令和4年に県が実施した高知県在宅医療実態調査では、訪問診療を実施していると回答した病院・診療所124か所のうち、病院の72% (23/32)、診療所の5% (5/92) が他院の在宅療養患者が急変した場合の受入を行っているとは回答しており、施設数は平成28年時点と比べ、令和4年時点では減少しています。

(図表 7-5-25) 急変時受入可能医療機関数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
急変時 受入可能	R4	1 (2.4)	1 (0.9)	12 (3.7)	4 (5.5)	3 (6.2)	7 (9.1)	28 (4.1)
	H28	4 (8.4)	5 (4.2)	10 (3.0)	6 (7.7)	5 (9.0)	7 (8.2)	37 (5.1)

上段：医療機関数、下段：人口10万対件数

出典：高知県在宅医療実態調査

(4) 在宅での看取り

令和3年の県民世論調査では、治る見込みがない病気になった場合に、自宅で最期を迎えることを望んでいる割合は5割と最も高くなっています。

一方、厚生労働省の人口動態統計による令和3年の死亡場所別割合は、病院での死亡が最も多く75%を占めています。一方、自宅での死亡割合は13%、施設等（介護医療院・介護老人保健施設、老人ホーム）での死亡割合は9%を占めています。

こうした状況から、自宅で最期を迎えることを可能にする医療介護体制と併せて、介護施設等による看取り体制の構築への支援も重要となります。

令和5年度に県が市町村を対象に実施した人生会議※の取組状況調査では、県民への人生会議の普及啓発に取り組んでいる市町村割合は65%（22/34）にとどまっており、取り組めていない理由は、事業の取り組み方や効果的な普及方法が分からないなどでした。

※人生会議：自分自身が大切にしていることや望み、どのような医療やケアを望んでいるかについて前もって考え、信頼する人たちと話し合うこと。アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とも呼ばれる。

ア ターミナルケア

ターミナルケア加算とは、患者の余命が6か月以内と診断された場合に、医療機関が行う終末期医療を支援するための診療報酬上の加算をいいます。

医療機関におけるターミナルケア加算のレセプト件数は、平成28年時点に比べ令和2年時点では約1.5倍に増加しています。訪問看護ステーションによる在宅看取り件数においても平成26年時点に比べ、令和4年時点は約2.5倍に増加しています。

訪問診療を行っている医療機関数のうち、在宅又は施設での看取りを実施している病院は25か所（約4割）、診療所は67か所（約6割）、訪問看護ステーションは51か所（約7割）あります。

(図表 7-5-26) ターミナルケア加算のレセプト件数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
ターミナルケア加算	R2	23 (53)	56 (49)	192 (59)	50 (67)	30 (59)	29 (36)	380 (55)
	H30	20 (44)	29 (25)	161 (49)	37 (49)	20 (38)	22 (27)	289 (41)
	H28	22 (46)	36 (30)	134 (40)	24 (31)	23 (42)	19 (22)	258 (36)

上段：レセプト件数、下段：人口10万対件数
出典：国保データベース（KDB）を活用した集計データ（厚生労働省提供）

(図表 7-5-27) 訪問看護ステーションによる在宅看取り件数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
訪問看護ステーション	R4	20 (48)	29 (25)	346 (108)	104 (144)	14 (29)	55 (71)	568 (84)
	H26	4 (8)	29 (24)	143 (42)	17 (21)	8 (14)	27 (31)	228 (31)

上段：在宅看取り件数、下段：人口10万対件数
出典：訪問看護に関する実態調査（高知県）

(図表 7-5-28) 看取りを実施している医療機関、訪問看護ステーション数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
診療所	R2	11	16	16	9	5	10	67
	H28	8	9	17	14	9	6	63
病院	R2	2	2	10	4	3	4	25
	H28	2	2	11	2	2	7	26
訪問看護ステーション	R4	4	3	31	5	2	6	51
	H29	4	6	24	5	1	7	47

出典：国保データベース（KDB）を活用した集計データ（厚生労働省提供）、訪問看護に関する実態調査（高知県）

(図表 7-5-29) 死亡者数（死亡場所別）

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
R3	自宅	115	212	611	186	70	150	1,344
	施設等	88	140	313	119	101	178	939
	計	203	352	924	305	171	328	2,283
	人口10万人当たり	465	303	283	411	337	409	330
H30	自宅	106	193	526	115	75	123	1,138
	施設等	54	82	160	54	86	113	549
	計	160	275	686	169	161	236	1,687
	人口10万人当たり	351	234	207	222	302	285	239
H28	自宅	82	168	476	123	79	125	1,053
	施設等	48	101	150	24	81	145	549
	計	130	269	626	147	160	270	1,602
	人口10万人当たり	274	225	187	188	289	316	222

出典：人口動態調査（厚生労働省）

※施設等とは、介護医療院・介護老人保健施設、老人ホームをいう。

イ ターミナル期の治療方針の確認

令和4年に県が実施した高知県在宅医療実態調査では、患者が治療の選択について自分で判断できなくなった場合に備えて、あらかじめ書面等で記録をしている割合は、診療所は約2割、病院7割です。

(図表 7-5-30) ターミナル期の治療方針の確認をしている医療機関数 (R4)

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
全医療機関	診療所	9 (41%)	12 (26%)	37 (20%)	6 (19%)	3 (21%)	10 (28%)	77 (23%)
	病院	1 (100%)	6 (67%)	25 (68%)	5 (71%)	3 (100%)	7 (88%)	47 (72%)

上段：医療機関数、下段：全医療機関に占める割合
出典：高知県在宅医療実態調査

課題

1 退院支援

退院支援に向けた検討では、医療・介護・福祉などの専門性が細分化され多職種が連携して行うがゆえに、それぞれの職種が持つ専門知識や視点など価値観の違いも生じやすくなります。このため、多角的視点と捉えつつ相互の専門性の強みを引き出しながら連携促進を働きかけるコーディネート機能を持つ人材の育成が必要です。

また、退院支援の効率化のためには、地域と病院の多職種がそれぞれどのような役割を担い、どう動けばよいのかを可視化した手順書を作成し活用することで協働化がうまく図れます。このため、連携地域ごとに一連の退院支援を可視化した手順書を作成し、標準化した退院支援の仕組みを定着化させることが必要です。

2 日常の療養支援

訪問診療や訪問歯科診療を担う医師・歯科医師の多くは、一人経営の診療所が多く、高齢化(60歳以上が全体の約5割)が進んでいます。また、地理的な問題から特定の医師や歯科医師に診療依頼が集中している地域もあり、将来に向けた在宅医療提供体制の維持が課題です。このため、訪問診療医同士の連携強化など複数の市町村を含む広域的なチーム医療体制の構築が必要となります。

訪問看護ステーションの立地には偏在がみられ、遠距離の訪問ではより経費がかかります。また、近年は小規模なステーションの設立が多い傾向にあり、大規模ステーションに比べて、人材不足や訪問できる距離の制限、対応できる医療処置に限られるといった課題もあり、施設の大規模化や経営の効率化に向けた支援が必要です。

薬局は、在宅ニーズの増加、医療的ケア児や多様な病態の患者に対応するため、在宅訪問薬剤師のさらなる養成と、専門的な知識や技術の習得によるスキルの向上が必要です。また、地域の薬局が、高齢者施設等の入所者や中山間地域の患者の服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理と服薬指導等を効率的・効果的に実施できる体制整備が必要です。

訪問栄養食事指導は、まだ十分に普及しているとは言い難く、在宅医療における食支援をサポートできる人材の育成並びに食支援の重要性についての医療福祉関係者への周知・理解が必要です。あわせて、これらのサービスが応需可能な医療機関の情報共有も必要です。

在宅医療を支えるマンパワーに制約がある中では、症状安定期におけるオンライン診療の併用やEHR※の活用などによる効率的な多職種連携体制を構築するなど、ICTなどのデジタル技術の活用を図ることが必要です。

※EHR：Electronic Health Recordの略語。個人の医療・健康等に係る情報の共有等を行うための医療情報連携ネットワークのこと。高知あんしんネット、はたまるねっと、高知家@ライン、国のEHRを指す。

3 急変時の対応

中山間地域などで医療人材の不足等により常時 24 時間対応する体制を維持することが難しい地域もあり、普段から急変時の受入体制について、訪問診療医と受入病院間における調整の仕組みづくりや地域の医療関係機関間での認識共有が必要です。

4 在宅での看取り

訪問診療を実施する医療機関のうち、看取りをしていない医療機関は約 6 割あり、看取りに関わる人材の育成と確保及び関係機関の体制整備が求められます。

市町村と連携し、県民への人生会議の意識の醸成など、更なる普及啓発が必要です。

また、急変時に慌てて救急搬送を要請した場合などに、救急隊が心肺蘇生をするかどうかや病院での集中治療の希望については、患者家族や関係機関と連携しつつ、患者本人の意思を尊重した上で適切な対応をとることが必要です。

対策

1 退院支援

県は、病院と地域の多職種が協働する退院支援体制の構築及び維持のため、退院調整のコーディネートに取り組む人材の育成や多職種連携に関する研修を実施します。また、これまで取り組んできた退院支援を可視化した手順書等も活用しながら標準化された退院支援の仕組みの定着状況をモニタリングし、必要に応じて仕組みづくりの再構築を支援するなどし、入退院から在宅療養に至るまでの切れ目のない継続的な医療体制の確保に引き続き取り組みます。

県は、医療機関とケアマネジャー間の情報連携を強化するため、保健医療圏ごとに入退院時の引継ぎルールの実用を推進します。

2 日常の療養支援

県は、医療関係職能団体と連携して、あらゆる医療従事者を対象に、在宅医療の従事に必要となる知識・技能の習得と向上に向けた研修を実施し、在宅医療への参入やサービス拡充を促進します。

県は、オンライン診療を対面診療を補完する診療と位置づけ、症状安定期における活用を図ることにより、患者の受診時の負担軽減と医療の効率化を図ります。また、医療へのアクセスが不便な中山間地域における受診機会を確保するため、地域の集会所等でのオンライン診療の導入を支援します。

県は、在宅療養者の疾患や重症度等に対応した医療・介護が包括的に提供されるよう、「高知医療介護連携情報システム」などの EHR を活用した多職種協働によるチーム医療体制の構築を推進します。また、在宅医療を担う関係機関が EHR を活用した効率的な多職種連携が進むよう、システムの運営団体と連携して関係機関へのシステム導入と継続的な利用を働きかけます。

県は、歯科医師会と連携して、歯科への受診が困難な患者に対し、在宅歯科連携室を核として口腔機能に関する相談や訪問歯科診療の受診調整に取り組みます。また、十分な食事量

の確保や最後までおいしく安全に口から食べることができるよう、口腔機能のアセスメントや個々の咀嚼嚥下機能にあわせた食支援に関する助言ができる歯科医師従事者等の育成に取り組めます。

県は、訪問看護連絡協議会と連携して、地域のニーズに応じた訪問看護サービスが継続して提供されるよう高知県訪問看護総合支援センターを設置し、訪問看護ステーションの大規模化や新規開設への支援、人材確保や周知啓発等に取り組めます。

また、県立大学と連携して、新卒・新任の訪問看護師の育成を図るとともに、神経難病や医療的ケア児など高度な医療的ケアに対応するための看護技術の向上に取り組めます。

さらに、訪問看護連絡協議会と連携して、遠方の中山間地域への訪問看護に係る経費を助成することにより、中山間地域への訪問看護師の派遣を推進します。

県は、薬剤師会の在宅連携室と連携して、福祉保健所単位に配置している在宅訪問指導薬剤師による在宅訪問に係る基礎的な知識や技術を習得するための研修会を開催し、引き続き、計画的に在宅訪問薬剤師を養成します。また、地域のニーズに応じて、より専門的な知識や技術が求められる医療的ケア児等に対応できる在宅訪問薬剤師を養成します。

さらに、服薬管理・指導におけるEHRや、オンライン服薬指導等の活用を推進し、多職種間の連携をより強化することで、高齢者施設等の入所者をはじめ中山間地域の在宅患者の効率的かつ効果的な服薬管理体制を整備します。

県は、訪問栄養食事指導、訪問リハビリテーションを実施する医療機関を把握し、多職種連携を担う関係機関への情報共有に努めます。

また、保健医療圏によって医療資源や将来の医療需要が異なることから、各地域に設置された地域包括ケア推進協議体や地域医療構想調整会議等を活用し、医療、介護、市町村などの関係者と在宅医療の具体的な取組や連携体制等について、協議を進めていきます。

3 急変時の対応

県は、在宅医療を担う医療機関と連携し、病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、急変時の備えについて意識づけを図ります。

また、24時間対応の急変時受け入れを可能とするため、救急医療提供体制の充実に取り組めます。

県は、高知県訪問看護総合支援センターによる訪問看護ステーションの大規模化を支援し、機能強化型訪問看護ステーションの充実を図ります。

医師1名体制など院内の体制により24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所（歯科含む）、訪問看護ステーション、薬局などとの連携により、24時間対応が可能な体制を確保するため、各地域に設置された地域包括ケア推進協議体等による急変時の在宅医療の具体的な姿や地域内でのグループづくりなどの検討を進めていきます。

4 在宅での看取り

県は、国と連携して、人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる医療・ケアチーム（医師・看護師等）の育成を図るとともに、こうした人材を活用した、県民への在宅での看取りに関する適切な情報提供に取り組めます。

県は、市町村と連携して、人生会議について、元気な時からもしもの時のことについて考えてもらうきっかけを持ってもらうための県民啓発に取り組みます。また、医療従事者と連携し、退院時や在宅療養中に患者及び家族への人生会議の啓発に取り組みます。

県は、医療関係職能団体と連携して、あらゆる医療従事者を対象に、在宅での看取りに必要な知識・技能の習得と向上に向けた研修を実施し、医療機関等において患者が望む場所での看取りの支援ができる体制の構築を推進します。

県は、急変時の救急搬送において心肺蘇生を望まない患者への対応について、救急隊の対応プロトコールの策定と運用について検討を進めていきます。

<参考> 在宅医療の中心的役割を担う機関

(1) 積極的役割を担う医療機関（推進機能）

○在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

(図表 28) 在宅療養支援診療所

保健医療圏	医療機関	
安芸	尾木医院 寿美医院	芸西オルソクリニック 松本医院
中央東	赤岡医院 さくら香美クリニック 寺田内科 前田メディカルクリニック	あけぼのクリニック 田井医院 藤川クリニック
高知市	あおぞら診療所高知潮江 潮江診療所 帯屋町ハートクリニック くぼぞえ外科胃腸内科 福田心臓・消化器内科 みなみ在宅クリニック	朝倉医療クリニック 内田脳神経外科 かもだの診療所 こうち在宅医療クリニック 藤井クリニック みなみの風診療所
中央西	伊与木クリニック 橋本外科胃腸科内科	岡本内科 ひろせ整形外科リハビリテーションクリニック
高幡	高橋内科・呼吸器科・消化器科	
幡多	温クリニック四万十 吉井クリニック	かなめ循環器内科在宅クリニック

*掲載について同意を得た医療機関のみ記載

出典：高知県在宅療養推進課調べ（令和5年）

(図表 29) 在宅療養支援病院

保健医療圏	医 療 機 関	
安 芸	田野病院	
中央東	南国中央病院	野市中央病院
高知市	岡村病院 高知厚生病院 高知西病院 竹下病院 函南病院 南病院	川村病院 高知生協病院 島津病院 近森オルソリハビリテーション病院 平田病院
中央西	佐川町立高北国民健康保険病院	
高 幡	くぼかわ病院 須崎くろしお病院	高陵病院
幡 多	大井田病院	筒井病院

*掲載について同意を得た医療機関のみ記載

出典：高知県在宅療養推進課調べ（令和5年）

(2) 在宅医療に必要な連携を担う拠点（調整機能）

(図表 30) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

保健医療圏	拠 点
安 芸	安芸福祉保健所
中央東	中央東福祉保健所
高知市	高知市保健所
中央西	中央西福祉保健所
高 幡	須崎福祉保健所
幡 多	幡多福祉保健所

施策・指標マップ

施策			中間アウトカム		分野アウトカム			
(1) 退院支援								
1	入院から退院、在宅までの流れを支援する仕組み作り		1	円滑な入退院支援が行われる		1	人生の最終段階の医療・ケアにおいて本人の意思が尊重される	
	指標	退院時共同指導料1・2のレセプト件数(年)		指標	平均在院日数(一般病床)		指標	ターミナルケア加算のレセプト件数(年)
(2) 日常の療養支援								
2	ICTを活用した医療・介護の連携		2	在宅医療提供体制が整備される				
	指標	多職種連携のためのEHRを導入した病院の割合		指標	訪問診療のレセプト件数(月間)			
3	在宅支援に取り組む医療機関の確保			指標	訪問看護サービス利用者数(月間・介護保険)			
	指標	訪問診療を実施している医療機関数						
4	訪問看護サービスの充実							
	指標	訪問看護ステーション数 訪問看護ステーション従事者数						
5	訪問歯科診療に取り組む歯科診療所の確保							
	指標	訪問歯科診療を実施している医療機関の割合						
6	在宅患者への服薬支援							
	指標	在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局に占める1年間に在宅訪問を実施した薬局の割合						
(3) 急変時の対応								
7	急変時の在宅医療を実施する医療機関等の確保							
	指標	往診を実施している医療機関数						
		急変時受入可能医療機関数						
		24時間体制をとる訪問看護ステーション数・従事者数						
(4) 看取り								
8	看取りを行うことができる医療機関等の確保							
	指標	在宅看取りを実施している医療機関数						
	ACPの普及啓発							
	指標	県民のACP認知度						

目標

1 退院支援

区分	項目	直近値	目標値 (R8年度)	目標値 (R11年度)	直近値の出典
S	退院時共同指導料1・2の レセプト件数(年)	328件	367件	383件	国保データベース(KDB)を 活用した集計データ (厚生労働省提供)(R2)
P	平均在院日数(一般病床)	14.7日	14.4日	14.2日	令和3年厚生労働省「病 床報告」一般病床の平均 在院日数

2 日常の療養支援

区分	項目	直近値	目標値 (R8年度)	目標値 (R11年度)	直近値の出典
S	多職種連携のためのEHR を導入した病院の割合	51.7%	81%	90%	EHRシステム運営 事務局より(R5.2)
S	訪問診療を実施している 医療機関数	161か所	180か所	188か所	令和4年高知県在宅医療 実態調査
S	訪問看護ステーション数	95か所	95か所	95か所	指定介護サービス 事業所数(R5.8)
S	訪問看護ステーション 従事者数	470人	507人	524人	令和4年 高知県従事者届(R4)
P	訪問診療のレセプト件数 (月間)	3,895件	4,370件	4,560件	国保データベース(KDB)を 活用した集計データ (厚生労働省提供)(R2)
P	訪問看護サービス利用者数 (月間・介護保険)	2,542件	2,909件	2,929件	介護保険状況報告(厚生 労働省)(R2)
S	往診を実施している 医療機関数	203か所	227か所	237か所	国保データベース(KDB)を 活用した集計データ (厚生労働省提供)(R2)
S	訪問歯科診療を実施してい る医療機関の割合	78.9%	80%	80%	令和4年高知県在宅医療 実態調査
S	在宅患者訪問薬剤管理指導 届出薬局に占める1年間に 在宅訪問を実施した薬局の 割合	60%	65%	70%	令和4年度薬局の状況等 に関するアンケート (令和5年1月高知県調べ)

3 急変時の対応

区分	項目	直近値	目標値 (R8年度)	目標値 (R11年度)	直近値の出典
S	急変時受入可能 医療機関数	28 か所	31 か所	32 か所	令和4年高知県在宅医療 実態調査
S	24時間体制をとる 訪問看護ステーション数・ 従事者数	64 か所 388 人	64 か所 419 人	64 か所 433 人	令和4年訪問看護に 関する実態調査

4 看取り

区分	項目	直近値	目標値 (R8年度)	目標値 (R11年度)	直近値の出典
S	在宅看取りを実施している 医療機関数	92 か所	101 か所	104 か所	国保データベース (KDB)を 活用した集計データ (厚生労働省提供) (R2)
O	県民の ACP 認知度	13.3%	35%	50%	令和3年度高知県県民 世論調査
O	ターミナルケア加算の レセプト件数 (年)	380 件	426 件	445 件	国保データベース (KDB)を 活用した集計データ (厚生労働省提供) (R2)

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
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7節 移植医療等

(第1、第2については第1回で協議済)

第3 血液確保

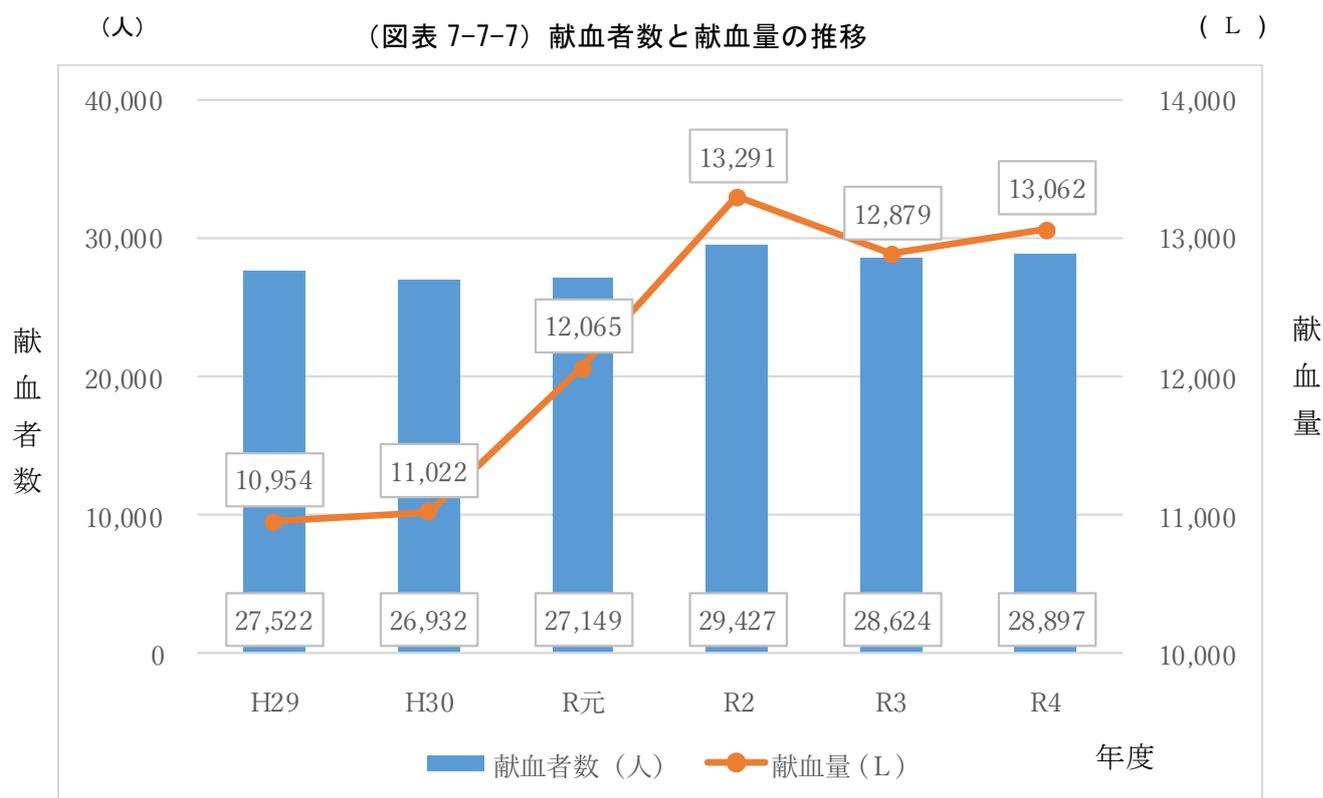
県内の献血可能人口（16歳から69歳）は年々減少しています。若年層を中心とした県民に対する献血への理解と協力を積極的に呼びかけるとともに、医療機関での適正使用に向けた取組を進める必要があります。

現状

1 献血者数と献血量

平成22年度以降、少子高齢化に伴う人口減少により、献血者数は減少し続けていましたが、令和元年度以降は微増傾向にあります。しかし、若い世代（10代、20代）の献血者は直近10年間で約半数に減少しています。

また、平成24年度からは各都道府県の血液センター単位の運営から、より広域的なブロックを単位とする広域事業運営体制が始まり、ブロックごとに血液の検査や在庫調整などを行っています。現在は、全国を7つのブロックに分け、高知県の血液は中国四国ブロックの中で管理されています。



出典：高知県赤十字血液センター調べ

2 献血率

本県の献血率（献血可能人口に占める年間献血者数の割合）は、常に全国平均を上回っています。

（図表 7-7-8）献血率の推移

年度	H29	H30	R1	R2	R3	R4
高知県 (%)	6.1	6.1	6.3	6.9	6.9	7.1
全国平均 (%)	5.5	5.6	5.9	6.0	6.1	6.1

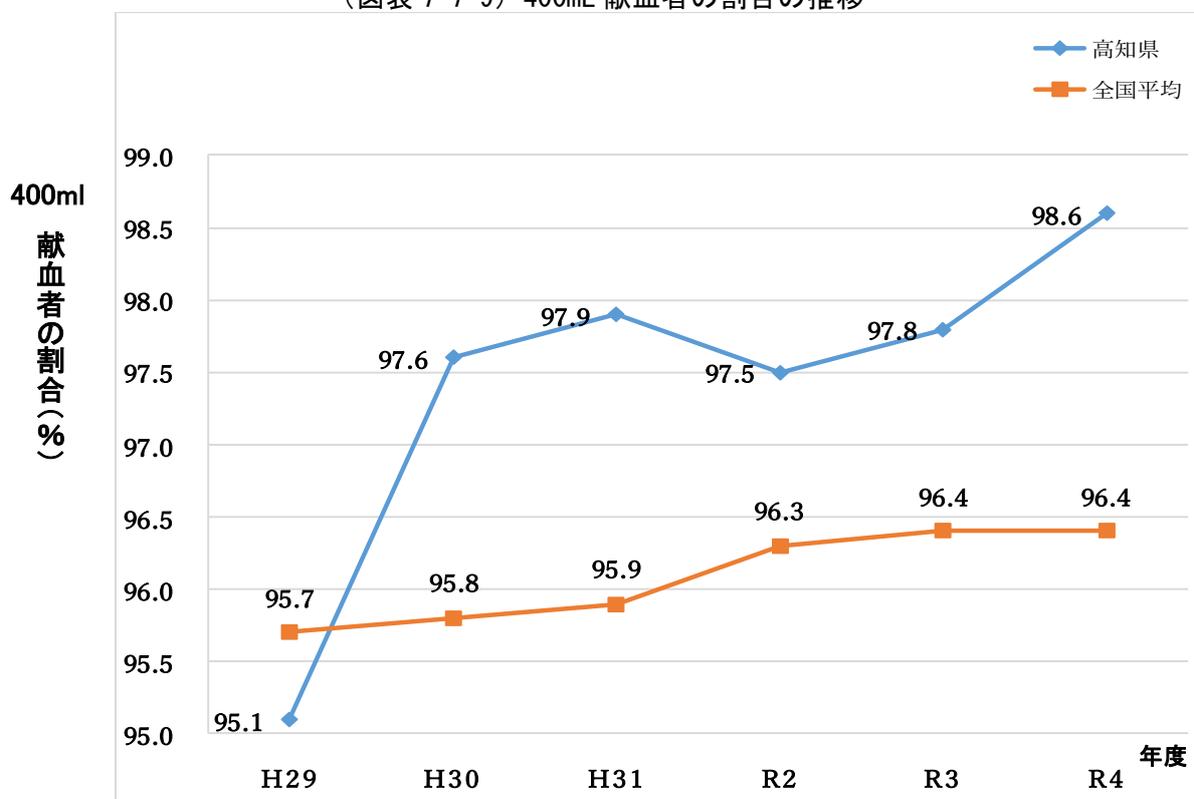
出典：高知県赤十字血液センター調べ

3 400mL 献血者の割合

400mL 献血は、より多くの血液の確保を可能にすること、また、一人の人に輸血する際、血液製剤数（献血者数）を少なくすることで、感染や副作用のリスクの軽減などが期待されるため、全国的に普及が進められています。

本県では、平成 25 年度より、移動採血車で献血受入れについては、400mL 献血者のみに変更したため、それ以降の 400mL 献血の割合が高くなっています。

（図表 7-7-9）400mL 献血者の割合の推移



出典：高知県赤十字血液センター調べ

4 血液製剤の供給量

血液製剤の種類には、「赤血球製剤」、「血漿製剤」、「血小板製剤」等があり、献血で得られた血液はこれらの製剤として医療機関に供給され、使用されています。

血液製剤は、人体の一部かつ有限で貴重な資源である血液から作られていることから、その取扱いには倫理的観点からの配慮が必要であり、自国内での自給を目指すことが国際的な原則となっています。そのため、血液製剤の自給を達成するには、その使用が適正であることが求められています。

本県の人口千人当たりの血液製剤供給量（200mL換算本数）は、平成29年度以降、全国平均を上回っています。

（図表 7-7-10）人口千人当たりの血液製剤供給量の推移

年度		H29	H30	H31	R2	R3	R4
赤血球製剤	高知県	59.0	56.4	57.7	58.1	61.3	60.9
	全国	50.7	50.1	50.6	50.4	51.6	52.1
血漿製剤	高知県	21.4	19.7	20.5	19.2	19.0	19.3
	全国	17.4	17.2	17.0	16.7	16.7	16.7
血小板製剤	高知県	80.5	79.3	70.4	71.5	78.5	76.3
	全国	71.4	69.5	70.5	68.7	69.2	69.2
総供給数	高知県	160.8	155.4	148.5	148.9	158.8	156.5
	全国	139.5	136.8	138.1	135.8	137.4	138.0

出典：日本赤十字社調べ

課題と対策

1 献血者数及び献血量の確保

本県で必要な血液を少しでも多く県内で賄えるよう、献血思想の啓発を進め、若年層を含めた献血者数を増やしていく必要があります。

そのため、県は、市町村や高知県赤十字血液センターと連携し、献血推進キャンペーンや献血功労者の顕彰、400mL献血の普及、県民や企業などへの献血の要請などを通じて、献血に対する理解と協力を求めていきます。特に、若年層に対しては学校などでの献血セミナーの実施やSNS等を活用した広報活動を通じて、献血についての理解と意識の向上を目指します。

2 血液製剤の適正使用の推進

県では、血液製剤を使用する医療機関や関係団体、高知県赤十字血液センター、県で構成する高知県合同輸血療法委員会を設けて県内の血液製剤の使用状況を分析、評価しながら、引き続き血液製剤の適正使用に向けた取組を推進します。

第9節 高齢化に伴い増加する疾患対策

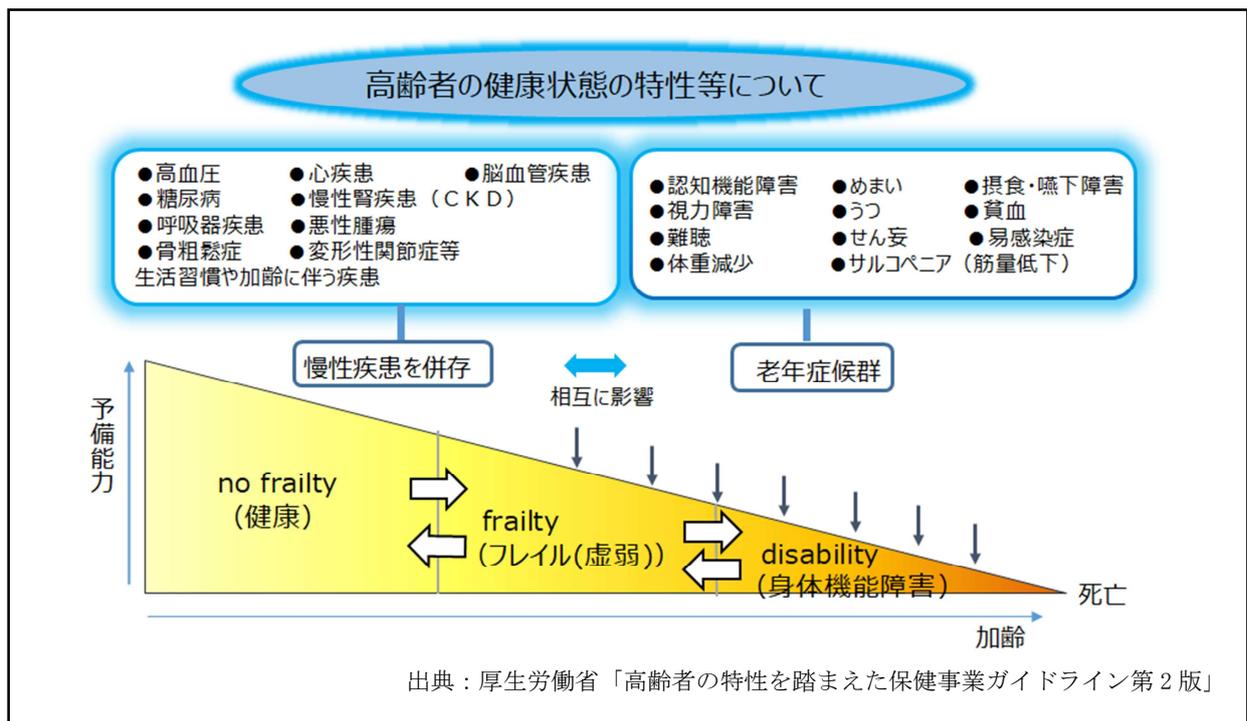
加齢に伴って、視覚や聴覚、味覚などの五感に加えて、平衡感覚や運動能力、免疫機能など幅広く身体機能の低下が生じるといわれています。これらの機能低下は、成人期早期から徐々に進む自然な変化ではありますが、高齢期には日常生活に影響を及ぼすほどの機能低下が起こりうる場合があります、この状態のことをフレイル（虚弱）といいます。

フレイルには、筋肉量の減少や筋力の低下、低栄養や口腔機能の低下などが原因の「身体的フレイル」、うつ状態や認知機能低下などが原因の「心理的フレイル」、ひきこもりや孤立などが原因の「社会的フレイル」があります。

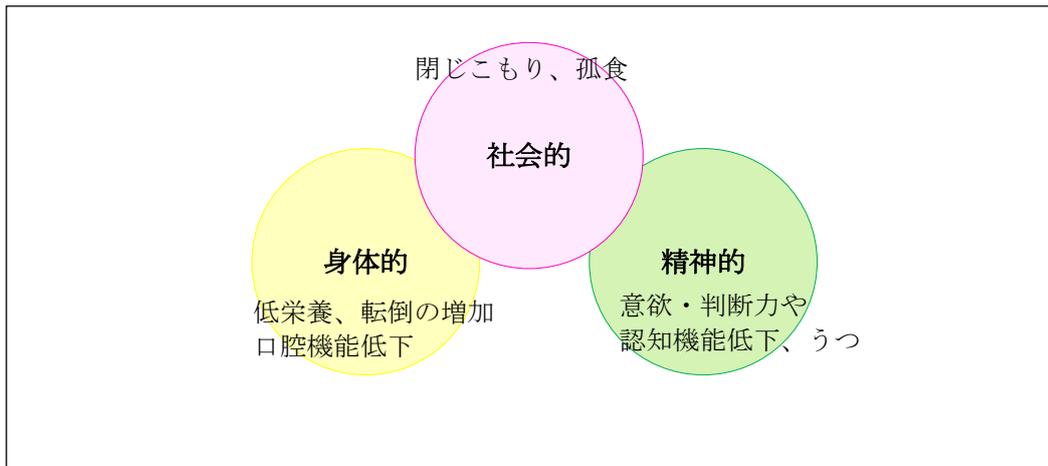
フレイルは、健常と要介護の中間の状態であり、複数の要因によって機能低下の連鎖が起こっている状態ですが、個々の要因に対する適切な予防的介入や日常生活の工夫等により機能改善を図ることが可能といわれています。

一方で、フレイルが進行すると、転倒による股関節や脊椎の骨折、嚥下・摂食機能低下による誤嚥性肺炎などを起こすリスクが高まり、これら疾患が起点となって長期入院や要介護状態に至る可能性があります。

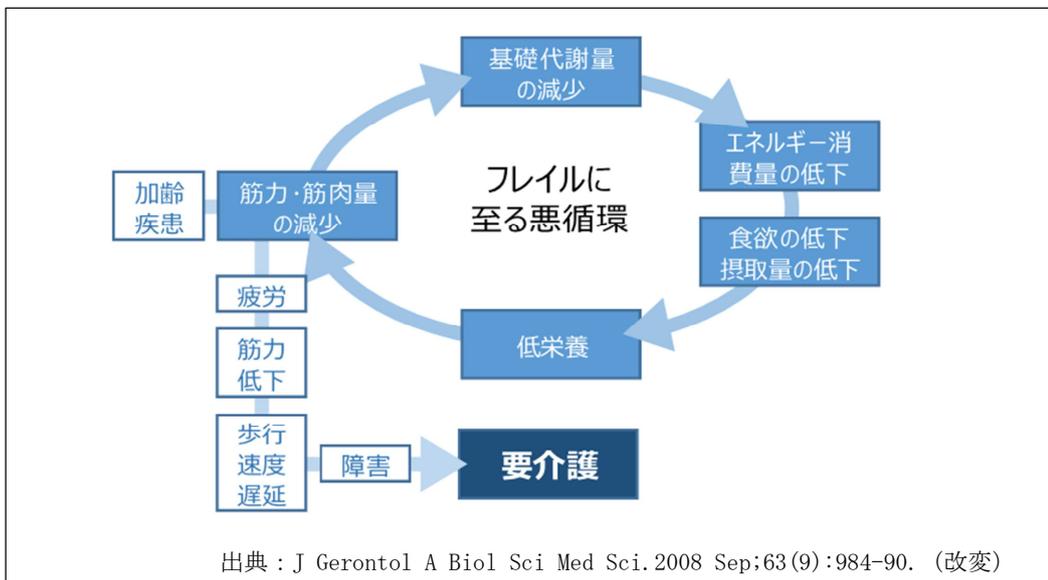
（図表 7-9-1）高齢者の健康状態の特性等について



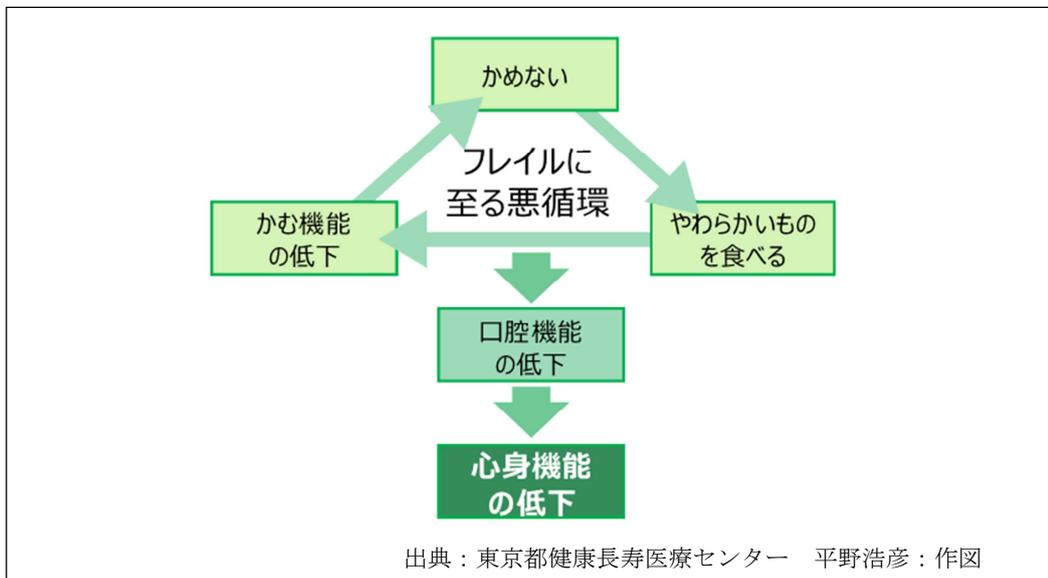
(図表 7-9-2) フレイルの分類



(図表 7-9-3) 身体的フレイルに至る悪循環



(図表 7-9-4) オーラルフレイルと口腔機能の関係



現状

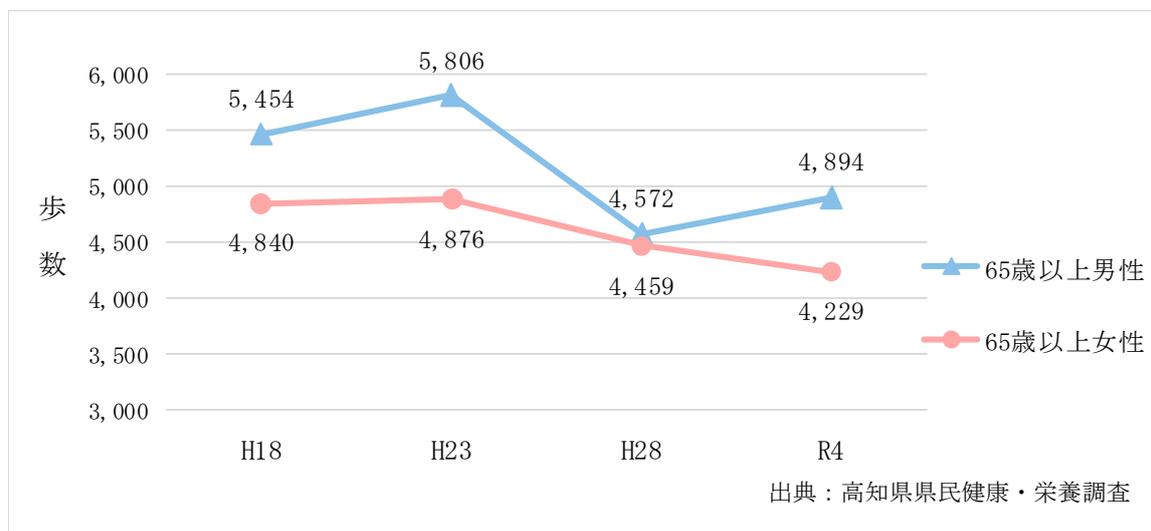
1 高齢者の健康等に関する状況

令和4年高知県県民健康・栄養調査によると、65歳以上の日常生活における歩数は、男性では4,894歩、女性は4,229歩となっており、平成28年の前回調査と比較すると女性は減少しています。

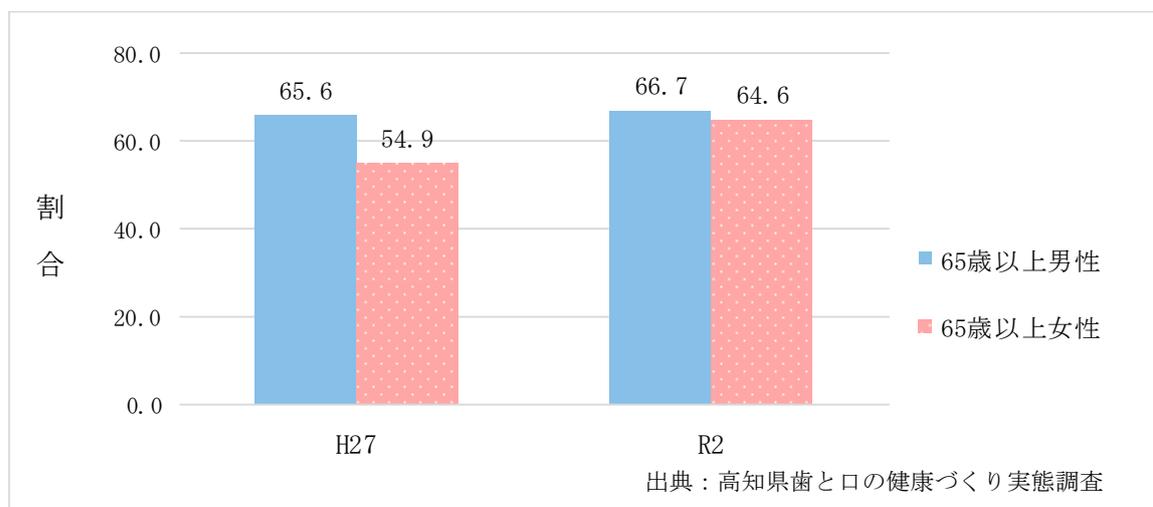
また、65歳以上の低栄養傾向の者（BMI \leq 20kg/m²）の割合は、男性10.7%、女性18.4%となっており、男性よりも女性における割合が高くなっています。

令和2年度高知県歯と口の健康づくり実態調査によると、65歳以上で自分の歯を20本以上有する者の割合は、男性66.7%、女性64.6%となっており、平成27年度の前回調査と比較すると男女とも増加しています。

(図表 7-9-5) 65歳以上の日常生活における歩数の推移



(図表 7-9-6) 65歳以上で自分の歯を20本以上有する者の割合の推移



2 フレイル予防の取り組み状況

東京都健康長寿医療センターの研究では、日本人高齢者のフレイル割合は8.7%と算出されており、本県の高齢者人口に当てはめると約21,200人が該当することになります。

フレイルの予防は、高齢者自身が元気に生き生きと自立した生活を送ることや、介護保険制度の安定的な持続にもつながることから、重点的に取り組みを続けていく必要があります。

本県では、平成14年に高知市が開発した「いきいき百歳体操」が県内各地に広まり、地域住民の自主的なフレイル予防活動として定着しています。また、近年は、高齢住民がフレイルサポーターとなり、地域住民のフレイルのチェックから予防活動、機能改善の評価までを一貫して取り組むグループ活動が複数の市町村で実施されています。

また、県は、令和2年にフレイル予防推進ガイドラインを策定し、その中でフレイルチェックの方法やフレイル予防活動の具体的な先進事例を紹介するなど、取り組みの重要性を市町村及び関係機関に周知しています。

令和2年4月に「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が施行され、後期高齢者医療広域連合と市町村が協力して、後期高齢者の健康増進・フレイル予防に努める仕組みとして「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を開始しました。本県では、令和5年度中に29市町村で一体的な実施が展開されており、令和6年度からは全市町村で取り組まれる予定です。

また、令和3年度にオーラルフレイル予防複合プログラム、令和4年度に低栄養予防レシピを作成し、市町村等と連携し県内各地で予防啓発を実施しています。

さらに、令和5年度には、誰もが気軽にフレイル状態を確認できるツールとして「高知家フレイルチェッカー」を開発し、市町村事業や集いの場等での活用を通じて、高齢者が気軽にフレイルチェックを実施できる環境を整えました。

(図表 7-9-7) 高知家フレイルチェッカーの概要



課題

フレイルチェック活動は、後期高齢者の健康診断や地域の集いの場に参加した場合などに実施されていますが、限られた高齢者にしか取り組めておらず、より広範囲の高齢者を対象に実施する必要があります。

フレイルのリスクがある高齢者に対する保健医療専門職からの支援状況は、市町村のマンパワー確保等の課題から取り組みに差が生じており、市町村の取り組みを補完する支援策の検討が必要です。

また、運動機能の向上や低栄養予防、口腔機能の向上など、フレイルリスクに応じた対策が必要です。

対策

県は、高齢者が健康を維持・増進し、フレイルの予防に努める活動を促すため、住民向けの研修会等により、フレイル予防に関する知識の普及啓発や、フレイル予防活動の地域の担い手となる人材を育成する市町村への支援を行います。

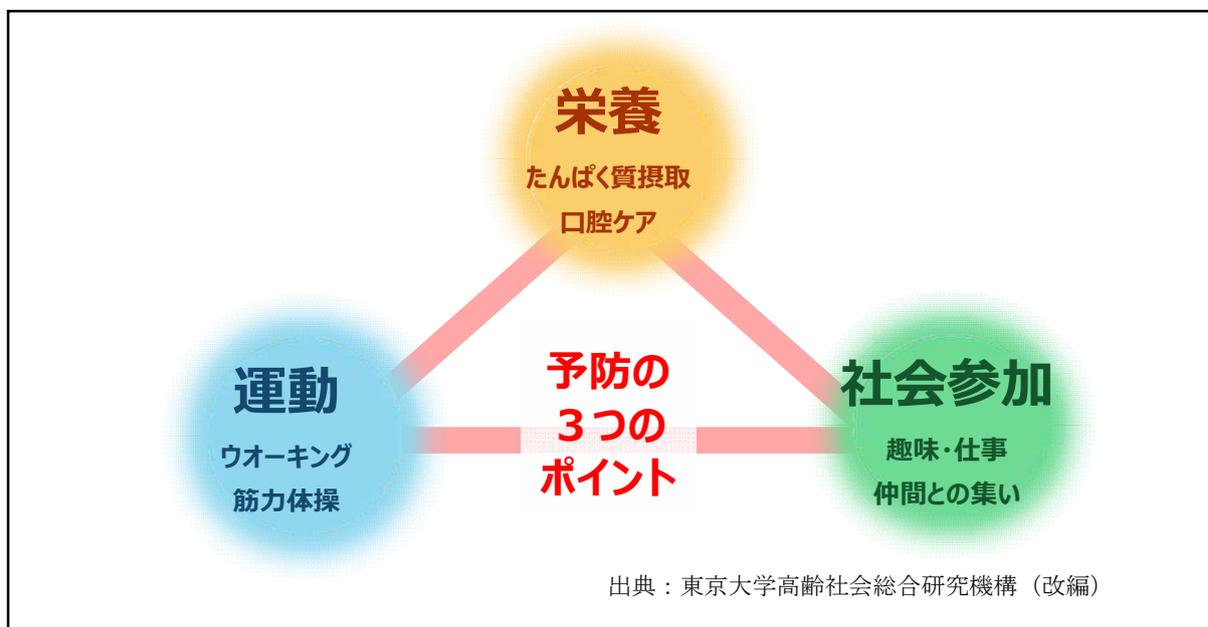
県は、多くの高齢者がフレイルチェックを受けることができる環境を整備するため、高知家フレイルチェッカーを活用した官民協働によるフレイルチェック体制の拡大を目指します。

また、フレイルチェックで把握したリスクの高い高齢者に対して、保健医療専門職の予防的介入が県下全域において提供できる体制の検討を市町村等と進めます。

県は、フレイル予防活動に関する先進事例のエビデンスを集約・共有等を通じて、効果的なフレイル予防プログラムの展開を推進します。

県は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が適切かつ有効に行われるよう、事業の実施主体である高知県後期高齢者医療広域連合や高知県国民健康保険団体連合会と連携し、研修会の開催や好事例の横展開など、市町村での取組の支援を行います。

(図表 7-9-8) フレイル予防の3つのポイント



<フレイルリスクに応じた対策>

(1) 身体的フレイル・社会的フレイル等への対応

ア 介護予防の推進

県は、あったかふれあいセンター等へリハビリテーション専門職の派遣を推進し、地域の実情に応じた対策を行うとともに、高齢者の介護予防や重度化防止に資する助言が得られるよう、リハビリテーション専門職、栄養士、歯科衛生士等の職能団体と連携して人材を育成するとともに、市町村への派遣を調整します。

県は、「いきいき百歳体操」をはじめとした、対象者が参加しやすい取組について、普及啓発等を図ります。

県は、健康づくりにおける運動の効果などの普及啓発を行うとともに、手軽に取り組める運動としてウォーキングの普及に取り組みます。

イ 栄養状態の改善

県は、市町村の栄養改善の取組に対して、栄養士会等の協力を得てその取組を支援します。

県は、「低栄養予防レシピ」を活用することなどにより、高齢者の低栄養が身体の機能の低下を招く危険があることや、噛むことを意識して栄養バランスを整えた食事をすることについて、正しい知識の普及啓発を図ります。

ウ 口腔機能の向上

県は、通いの場における介護予防の取組みなど市町村の状況を把握し、歯科衛生士を派遣するなど、関係機関と連携して介護予防活動の機会の確保を行うとともに、地域

で高齢者の生活を支える地域包括支援センター職員に対して、介護予防に関するスキルアップ研修を実施します。

県は、オーラルフレイル予防複合プログラムでの検証を踏まえた通いの場等でできるオーラルフレイル予防マニュアルの作成などにより、市町村におけるオーラルフレイル対策の取組を支援します。

(2) 精神的フレイルへの対応

県は、フレイル予防の3つのポイントである身体活動、栄養、社会参加を推進するとともに、自身の認知機能の状態を気軽に確認できるようにするため、あったかふれあいセンター等の集いの場で精神的フレイルの状態かどうかをチェックできる環境を整備します。

県は、社会的フレイルの要因となる独居や経済的困窮等への対策を「地域福祉支援計画」等に基づき取り組みを進めていきます。

第8章 健康危機管理体制

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75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（令和 5 年 9 月）	52 病院（43.7% 52/119）

出典：高知県保健政策課調べ（令和 5 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県保健医療支部には、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、災害時小児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5年9月現在で、県下に、78か所の医療救護所と69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行動計画に基づき、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) 医療従事者の搬送

地域の医療従事者の多くは、高知市など県中央部に居住しながら、各地域の医療機関へ通勤しており、診療時間以外の時間帯には、医療従事者が不足する状況です。そのため、南海トラフ地震発災時に、各地域において速やかに医療救護活動が展開できるよう、道路寸断等により自院に参集できない地域の医療従事者や、必要な地域に支援に向かう医療支援チームをヘリコプターで搬送する仕組みとして、高知県災害時医療救護計画の令和5年7月の改定において医療従事者搬送計画を定めました。

(5) 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

を進めています。

厚生労働省の研修により養成される日本DMATは、令和5年9月末現在で県内18病院に48チームが整備されており、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、県独自に「高知DMAT研修」を開催し、県内だけの医療救護活動を行うDMAT（ローカルDMAT）の養成を行っています。同月末現在で県内13医療機関に15チームが整備されており、この研修の修了者は、厚生労働省が行うDMAT研修の短期コースの受講により日本DMATに認定されます。

(図表 8-2-3) DMAT指定医療機関と日本DMATチーム数

保健医療圏	医療機関名 (チーム数)
安芸	あき総合病院 (1) 田野病院 (1)
中央	高知医療センター (7) 高知大学医学部附属病院 (5) 高知赤十字病院 (6) 近森病院 (4) 国立病院機構高知病院 (3) J A高知病院 (2) 愛宕病院 (0) 凶南病院 (2) 仁淀病院 (2) 土佐市民病院 (2) いずみの病院 (0) もみのき病院 (1)
高幡	須崎くろしお病院 (1) くぼかわ病院 (1)
幡多	渭南病院 (1) 幡多けんみん病院 (4) 四万十市立市民病院 (2) 大井田病院 (3)

出典：高知県保健政策課調べ（令和5年9月現在）

イ その他の医療救護チーム

災害時には、DMATのほか、日本医師会災害医療チーム（JMAT）や日本赤十字社の日赤救護班、国立大学附属病院や国立病院機構のチーム、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職をはじめとする各種医療団体などを中心とした医療チームや保健チーム、災害派遣精神医療チーム（DPAT）、日本災害歯科支援チーム（JDAT）、自衛隊衛生科部隊、医療ボランティアなど、多くの支援が予想されます。

そのため、令和4年9月には、災害時に効果的かつ円滑な活動ができるよう医療救護チームの受援の仕組みを構築し、高知県災害時医療救護計画に定めました。

(6) 災害時の協定

大規模な災害が発生した場合、医療救護活動に必要な医薬品や衛生材料、医療救護活動を行う医療従事者が不足する可能性があります。そのため、県は関係機関と災害時の医療救護に関する協定を締結しており、災害時には必要物資や人材の派遣を受けます。

(図表 8-2-4) 災害時の医療救護に関する協定を締結した関係機関

包括的な支援協定（6 団体）	物資などの支援協定（4 団体）
高知県医師会 高知県歯科医師会 高知県薬剤師会 高知県看護協会 高知県柔道整復師協会 高知県総合保健協会	高知県医薬品卸業協会 高知県衛生材料協会 高知県医療機器販売業協会 日本産業・医療ガス協会四国地域本部高知県支部

(7) 保健衛生活動

大規模災害時には、避難所生活などによる生活環境の変化や身体的、精神的疲労に伴う健康問題を最小限に抑えるための保健衛生活動も重要となります。

このため、県では「南海トラフ地震時保健活動ガイドライン」を策定、市町村においても保健活動マニュアルを策定し、保健衛生活動を行うこととしています。

(8) 災害時のドクターヘリの運用

ドクターヘリは、平成 23 年 3 月の東日本大震災や平成 28 年 4 月の熊本地震においても、被災者への医療救護活動に活用され、高知県ドクターヘリも両地震への支援活動に出動しました。災害時には、陸路による進出が困難な場所等へ速やかに進出するなど、ヘリコプターの強みを活かしてDMA Tやその他医療支援チームとともに医療救護活動を行うことが期待されています。

(9) 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）

EMISとは、災害発生時に各医療機関の情報入力又は都道府県による代行入力により、各医療機関の被災状況や患者受入れ状況などの災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速かつ適切な医療救護活動のための各種情報を集約し提供していくためのシステムです。災害時にはEMISを通して病院が被災状況を発信し、行政機関やDMA Tは病院の被災状況や患者収容状況を把握して、病院支援や後方搬送につなげます。

(10) 在宅難病等患者及び人工透析患者の医療救護

災害時などに支援が必要となる慢性疾患患者（①在宅人工呼吸器使用者、②在宅酸素療法者、③人工透析患者等）への災害対策促進のため、「高知県南海トラフ地震時重点継続要医療者支援マニュアル（令和5年3月改定）」を作成しています。なお、平成 27 年から、透析医療継続のための企画・調整・指示を行う高知県災害透析コーディネーター（総括 2 人、ブロック担当 12 人）を配置しています。

(図表 8-2-5) 高知県の在宅難病等患者及び人工透析患者の人数

対 象 者	人数 (人)
<u>1. 特定医療費 (指定難病) 医療受給者証交付者</u>	<u>6,152</u>
<u>2. 小児慢性特定疾病医療受給者証交付者</u>	<u>604</u>
<u>3. 在宅人工呼吸器使用者</u>	<u>144</u>
<u>4. 在宅酸素療法患者</u>	<u>904</u>
<u>5. 人工透析患者</u>	<u>2,568</u>

令和5年3月末時点

出典：1,2は高知県健康対策課調べ、3,4は医療機器取扱業者令和5年3月末時点からの報告、5は高知県透析医会、高知県健康対策課調べ

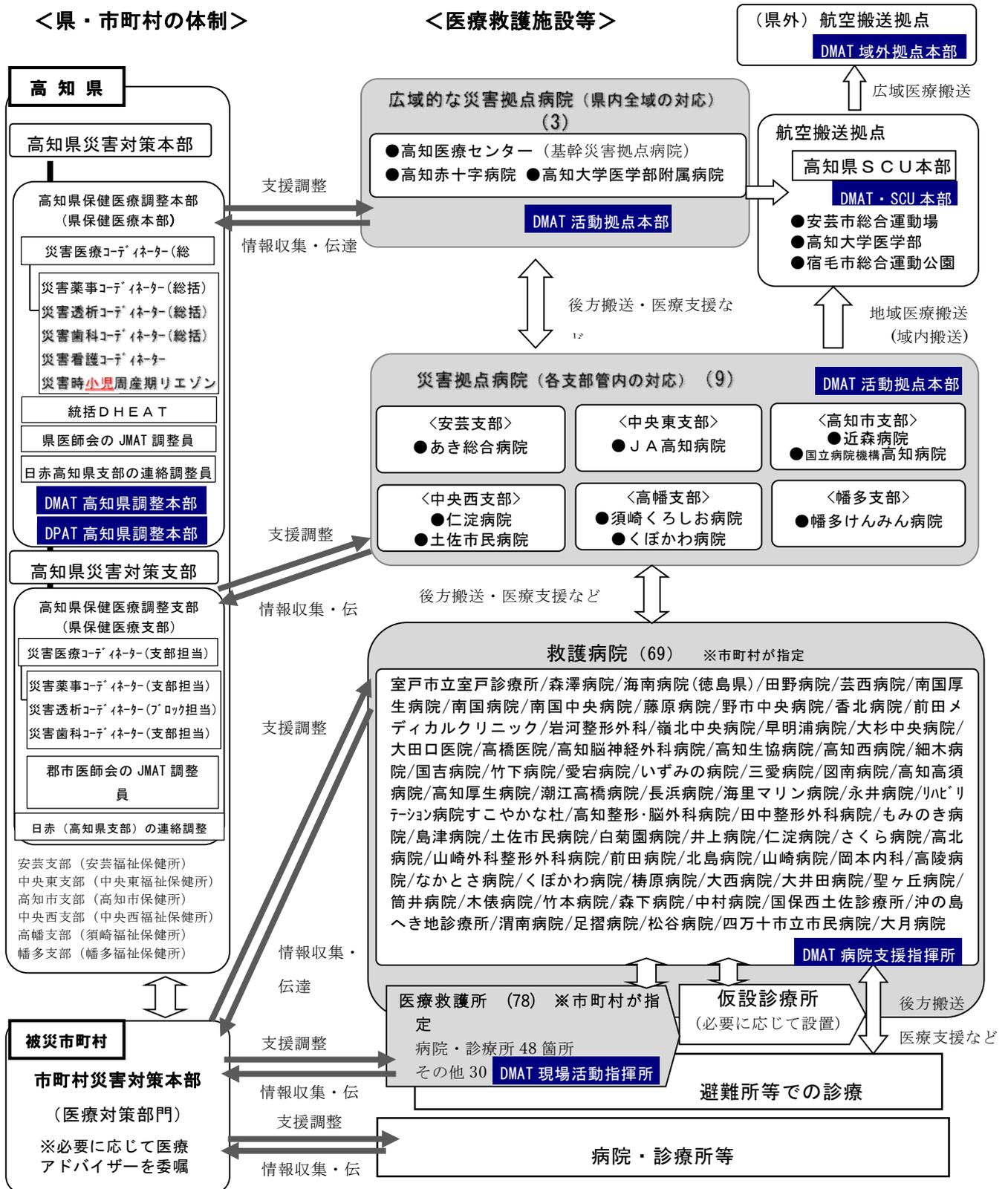
(11) 災害精神医療

災害時に精神科医療の提供や精神保健活動を行うD P A T隊員の養成や、大規模災害発生時に、県外D P A T隊の受入れを円滑に行う体制を整備するための受援訓練を実施しています。

(12) 災害時の歯科保健医療

大規模災害時には、発災直後の口腔領域の外傷対応や避難生活者の歯科治療、災害関連死を防ぐための口腔ケア対策などの歯科保健医療活動が必要です。このため、県では平成28年度に「高知県災害時歯科保健医療対策活動指針」を作成して、県内外の関係機関等との調整を行う災害歯科コーディネーターを県保健医療本部及び県保健医療支部に配置し、発災直後から歯科保健医療従事者及び行政機関が連携した初動体制を整え、中長期にわたる避難生活者への支援を行うこととしています。

(図表 8-2-6) 災害時の医療救護体制



<関係機関及び連携団体>

消防機関、警察、自衛隊、海上保安庁、日本赤十字社、医師会(JMAT)、歯科医師会(JDAT)、薬剤師会、看護協会、柔道整復師会、医薬品卸業協会、衛生材料協会、日本産業・医療ガス協会、医療機器販売業協会、AMDA、総合保健協会、医療救護チーム、医療ボランティア等

令和5年7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5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76%、有床診療所では約75%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。

(図表 8-2-7) 病院の耐震化率の推移

令和3年4月	令和4年4月	令和5年9月
73%	74%	76%

出典：保健政策課調べ

(2) 通信体制の確保

令和5年9月現在で、災害時の通信手段として衛星携帯電話等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80%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64%で、その平均備蓄日数は入院及び外来患者用として概ね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）をするとともに、あわせて、一部の総合防災拠点（医療活動の支援機能を持つ拠点）に備蓄しています。

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2%です。

出典：高知県実施「災害対策に関するアンケート」

課題

1 災害医療の実施体制

(1) 医療救護の人材確保

南海トラフ地震などの大規模災害時には、同時に広域で大量の負傷者が発生し、地域の医療従事者が大幅に不足することになるため、日頃から災害医療に関わる人材の確保・充実に取り組む必要があります。

(2) 総合防災拠点等の機能の維持・強化

医療活動の支援機能や物資等の備蓄機能など、それぞれの総合防災拠点ごとに必要な機能を維持・強化していく必要があります。

また、より災害現場に近いところとなる医療救護所や救護病院などの災害対応力を強化する必要があります。

更に、南海トラフ地震の津波浸水エリアにある医療機関が多いことから、発災した場合、十分な医療提供体制が確保できないことが懸念されます。

(3) 県保健医療本部及び支部の調整機能のあり方と関係機関との連携

大規模災害時には、保健・医療・福祉の連携が重要であることから、県保健医療本部及び支部においては、福祉分野の取組との連携をはじめ多職種と緊密に連携し、対応することが必要です。

また、健康危機管理について、指揮調整部門が混乱し対応が困難となることが想定されるため、DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）の体制整備が必要です。

更に、県内の医療従事者だけでは必要な医療救護ができない恐れがあるため、関係団体との連携が重要です。

(4) 保健衛生活動

保健や生活環境に係る様々な健康課題について、中長期にわたって切れ目なく対策を提供できる体制を構築することが必要です。

(5) 災害時のドクターヘリの運用

災害時のドクターヘリの運用については、「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に係る指針について」（平成28年12月5日付け医政地発1205第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により、災害時におけるドクターヘリ運用の基本的な事項が示されています。この指針に基づき、引き続き大規模災害時における運用体制について中国四国各県と協議を進める必要があります。

(6) 広域災害救急医療情報システム（EMIS）の活用

災害時に迅速に医療救護活動を開始するためには、EMISへの災害時の被害状況等の入力だけでなく、平時より基本情報を漏れなく入力し、適切に更新しておくことが重要です。

(7) 在宅難病等患者及び人工透析患者の医療救護

在宅療養者で医療ケアの中断が生命の維持に関わる患者においては、災害時個別支援計画の作成などを通じ、その特性に応じた備えが求められます。

さらに、人工透析患者への対応については、災害透析コーディネーター及び透析医療機関と行政間のネットワークの充実が、また、在宅人工呼吸器使用者と在宅酸素療法者への対応については、関係者と市町村等の連携体制の充実が必要です。

(8) 災害精神医療

災害精神医療においても、発災時に速やかに精神科医療の提供や精神保健活動などに適切に対応できる人材の更なる確保・充実に取り組む必要があります。

(9) 災害時の歯科保健医療

災害時の円滑な歯科医療の提供や口腔衛生の確保、歯科医療機能の早期回復が図られる体制の維持が必要です。

(10) 遺体に関すること

災害時には生者に対する医療救護が必要となるだけでなく、多数の死亡者が同時期に発生し、多くの検案や身元確認が必要となります。これらに適切に対応し、死者の尊厳を守るため、各地域において医師や歯科医師の協力が必要となります。

2 医療機関の防災対応

(1) 耐震化など

災害時の医療救護活動を円滑に行うために、患者や医療従事者の安全確保や医療機能を維持する必要があり、医療機関の更なる耐震化が必要です。

また、津波災害警戒区域や浸水想定区域やに所在する災害拠点病院をはじめ医療機関は、南海トラフ地震や風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置や排水ポンプの設置等による浸水対策が必要です。

予想される被害想定をもとに、医療施設の状況に応じてBCPを策定する必要がありますが、令和5年4月時点で医療機関のBCPの策定率は災害拠点病院で100%、病院全体では65%にとどまっています。

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

災害時は一般電話や携帯電話、インターネットなどの通常の通信手段が一時的あるいは長期にわたり使用できなくなる場合に備えて、平時から複数の通信手段を整備し、通信体制を確保することが必要です。

(3) 備蓄及びライフラインの確保

災害時に備えて、医療機関は必要とする物資（医療従事者向けを含む）を自院でできるだけ確保及び備蓄することが必要です。

また、南海トラフ地震地震後に予測される長期浸水は喫緊の課題であり、医療機関は災害時にも医療を継続できるよう、医療に必要な自家発電機燃料や水を確保しておく必要がありますが、令和5年4月時点で、3日分の燃料を確保している病院は29%、井戸水等の代替手段や受水槽に3日分の水を確保している病院は51%にとどまっています。

出典：保健政策課調べ（災害等に関するアンケート）

対策

県は、以下の取組を推進します。

1 災害医療の実施体制

(1) 医療救護の人材確保

ア 災害医療に関する人材の確保及び能力の維持・向上

災害医療の知識をもった医療従事者を養成するため、新興感染症対応を含め、医療従事者を対象とする災害医療研修〔高知DMAT研修（日本DMAT養成研修に準ずる研修）、災害医療図上演習（エマルゴ演習）、多数傷病者への対応標準化トレーニング（MCLSR研修）、ロジスティック技能向上研修、災害医療研修（急性期の外傷患者等への対応を想定した、医師等を対象とした研修）〕などを継続して実施することで、災害医療に関わる人材の確保とその能力の維持・向上を図ります。

イ 地域における医療従事者の確保

医療従事者搬送計画に基づき、搬送対象者のリストを作成、管理し、適切な運用が行えるよう、地域ごとに運用の詳細を検討しておくとともに、訓練を通じた検証を行い、随時計画の見直しも行います。

(2) 総合防災拠点等の機能の維持・強化

訓練等の実施により、各総合防災拠点の運営や必要な機能について検証を行うことで、各総合防災拠点の機能の維持・強化につなげていきます。

また、医療救護所や救護病院などの災害対応力を強化するため、地域ごとに作成する医療救護の行動計画をL2想定にバージョンアップのうえ、これに基づき訓練を重ねるとともに、設備や備品の整備を進めます。

更には、医療機関が全て津波浸水エリアにあるなど、医療機能の喪失が懸念される地域においては、災害時の医療提供体制を維持するため、医療コンテナを検査や治療に活用することについて、国の動向を把握しながら検討を進めます。

(3) 県保健医療本部及び支部の調整機能のあり方と関係機関との連携

県保健医療本部・支部の体制強化を図り、被災時の迅速な動きにつなげるため、会議や訓練を通じ、各地域における現状や課題の共有を行うとともに、DMATや福祉分野との連携、配置される各コーディネーターを中心とした調整機能のあり方や多職種連携による役割分担を確認し、高知県災害時医療救護計画を随時見直します。

また、訓練等により四国の3県や「中国・四国地方の災害発生等の広域支援に関する協定（平成24年3月1日）に基づくカウンターパート（島根県、山口県）のほか、国や警察、消防機関、自衛隊、海上保安庁、日本赤十字社等の公的機関や、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、柔道整復師会、医薬品卸業協会等との連携に努めるとともに、医療救護チームの受援マニュアルの検証を行います。

更には、健康危機管理に係る指揮調整機能の維持・強化のため、「地方ブロックDHEAT協議会」等との連携による研修を実施するほか、災害発生時に迅速に対応できるよう運用の詳細を定めた受援マニュアルを策定し、DHEATの体制整備を図ります。

(4) 保健衛生活動

県及び市町村の保健師を対象とした健康危機管理研修の開催により、発災時に迅速に対応できる人材を育成するとともに、災害時保健活動に係る訓練を実施し、発災時に県と市町村が情報を共有し、保健活動を円滑に実施できるよう体制整備を図ります。

(5) 災害時のドクターヘリの運用

災害時のドクターヘリの運用に備えて、図上訓練も含めた訓練等を積み重ねるとともに、他県との連携も強化し、災害時においても円滑な運航ができるよう「中国四国ドクターヘリ連絡協議会」等において、各県が具体的にどのような役割や機能を担うか協議を進めます。

(6) 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の活用

災害時にいち早く病院の被災状況や傷病者の受入れ可否などの情報を集約し、速やかな医療救護活動につなげていくためにはEMISの活用が不可欠であることから、平時から基本情報の入力、更新を確実に行うことと併せ、その重要性を啓発するとともに、繰り返し入力訓練を実施します。

(7) 在宅難病等患者及び人工透析患者に対する支援

在宅で医療ケアの必要な患者については、「高知県南海トラフ地震時重点継続要医療者支援マニュアル（令和5年3月改定）」に基づき、被災後も必要な医療が継続して受けられるよう体制整備を図ります。そのためにも、災害透析コーディネーターや関係者と市町村の連携体制の充実を図り、支援体制を強化させます。

また、災害時個別支援計画の作成や訓練を通じて、個々の状況に応じた備えを加速化させていきます。

(8) 災害精神医療

精神科医療機関の医療従事者を対象とする研修を継続実施することで、発災時に速やかに精神科医療の提供や精神保健活動などに適切に対応できる人材の更なる確保・充実に図ります。

(9) 災害時の歯科保健医療の取組

関係団体と災害時の歯科保健医療活動の在り方について検討を継続するとともに、円滑な医療救護活動が行えるよう、高知県災害時歯科保健医療対策活動指針の継続的な見直しを行います。

また、災害時にも対応できる携帯用歯科医療機器の貸出管理を行い、避難所に歯科保健医療スタッフを派遣できる態勢を維持します。歯科医療救護活動に使用する歯科用医薬品等は、選定した歯科医療機関や高知県歯科医師会歯科保健センターに流通備蓄の方法により備蓄します。

(10) 遺体に関すること

市町村等と連携し、災害時の遺体対応に関する研修、訓練を随時行うことにより市町村が遺体検案所及び安置所を運営できるようにします。

また、警察機関は、平時から県医師会、県歯科医師会、警察協力医会等の関係機関と連携し、検案や身元確認に従事する警察協力医及び警察協力歯科医の確保及び資質向上に努めます。

2 医療機関の防災対応

(1) 耐震化の促進など

医療機関に対して施設の耐震化の実施、止水対策や自家発電機等電気設備の高所移設、排水ポンプの設置等による浸水対策を働きかけるとともに、津波対策としての施設の高台移転も視野に、国に対して支援制度の拡充や新制度の創設などの政策提言を行います。

BCPの策定については、未策定の医療機関、特に、病院や産科・透析医療機関に対して策定を促すとともに、策定済みの医療機関については、浸水対策の追加や、発災時に迅速に対応できるよう、BCPに基づく防災訓練の実施などを働きかけていきます。

(2) 通信体制の確保

災害時には、医療機関の被災状況などの情報収集や関係機関との情報共有が重要です。そのため、地上の情報インフラが断絶した場合に備えて、衛星携帯電話などの音声の通信機器の整備を進めるほか、特に、EMISの入力環境を確保するため、人工衛星を使ったインターネット通信環境の整備などを促進します。

(3) 医薬品、食料、飲料水などの備蓄とライフラインの確保

災害時の円滑な医療救護活動には、支援物資の到着が遅れることを考慮すると、入院患者に必要な医薬品の備蓄が不可欠です。また、食料や飲料水は、患者だけでなく、医療従事者にも必要となりますので医療機関に対して、備蓄の充実を働きかけます。

また、医薬品などの備蓄については、県が行っている流通備蓄に加え、地域の被害想定に応じて、市町村等における確保対策を推進するとともに、併せて、急性期以降の医療救護活動に必要な医薬品の確保対策を推進します。

ライフラインの確保に関しては、少なくとも3日分の燃料や水を備えるよう、医療機関に対し働きかけを行うとともに、国に対し支援制度の拡充を求めています。

目標

区分	項目	直近値 (令和5年度)	目標 (令和11年度)
S	病院の耐震化率	76% (91/119)	87% (103/119)
P	病院の事業継続計画（BCP）策定率	65% (77/119)	100%
S	県内医療機関に所属するDMATのチーム数 カッコ内は日本DMATのチーム数（内数）	63 チーム (48 チーム)	87 チーム (60 チーム)
S	3日分の燃料を確保している病院の割合	29% (35/119)	50%

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

第4節 医薬品等の適正使用

医薬品等は、保健・医療に不可欠なものであり、不良医薬品等の製造・販売や医薬品等の不適正使用による事故の発生を防ぎ、薬物治療等の質的向上、県民の健康の維持・増進を図ることが必要です。このため、製造・流通・販売から服薬などに至るまでの品質、有効性及び安全性を確保します。

医薬品は適正な使用ができていないと、病気を予防、診断、治療できないばかりか健康被害を引き起こすこともあるため、医薬品等の適正使用を啓発し、県民の安全・安心を目指します。

現状と課題

1 医薬品等の適正使用

(1) 医薬品等の安全対策の推進

本県の薬事関係許可届出施設数は、令和5年3月末現在で3,340か所です。

医薬品等は、生命と密接な関わりを持つことから、その品質、有効性及び安全性の確保が求められており、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づいた製造や販売に関する基準の遵守について、定期的かつ継続的な監視指導を行う必要があります。

また、健康志向の高まりやインターネットによる通信販売の普及などにより、無承認無許可医薬品等による健康被害が散発しています。このため、これらを販売する業者などに対する監視指導を行う必要があります。

医療機関や薬局などに対しては、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するための必要があると認めるような医薬品等についての副作用などの発生情報を入手した場合は、国に対して直接副作用などを報告するよう、指導しています。

(2) 医薬品等の正しい知識の普及啓発

医薬品等の不適正使用による県民の健康被害を防止するため、「薬と健康の週間」事業などあらゆる機会を通じ、医薬品等の正しい知識を普及啓発しています。

患者やその家族等が医薬品の服用方法や副作用等の留意点等について理解を深めることが適正な薬物治療には最も重要です。

このため、薬局及び医薬品販売業者の薬剤師や登録販売者には、医薬品のリスクに応じた患者等への情報提供や、医薬品に関する相談を受けた場合の適切な対応等が求められています。

また、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てする」(WHO定義)セルフメディケーションを推進し、県民の自発的な健康管理や疾病予防の取組みを促進することが必要です。

(3) 後発医薬品の使用促進

令和5年5月現在の本県の後発医薬品^(注1)の使用割合は81.3%(全国平均84.5%)で

全国 45 位です。

後発医薬品の使用促進については、薬局等での品質、有効性及び安全性等に関する正しい知識の普及啓発や、保険者による差額通知事業（服用中の先発医薬品を後発医薬品に変更した場合の差額をお知らせするもの）の取組みを進めた結果、平成 31 年 3 月に 73.5%であった使用割合は現在までに 7.8%増加しており、今後も、継続的な普及啓発等の取組みが必要です。

また、地域フォーミュラリ^(注2)やバイオシミラー^(注3)の普及促進は、後発医薬品の使用促進のみならず、医療費適正化の取組みとしても重要視されています。

(注1) 後発医薬品：新薬（先発医薬品）と同じ有効成分で効能・効果が原則的に等しい医薬品。先発医薬品の特許が切れた後に、厚生労働大臣の承認のもとに新たに他社から製造販売されるため、「後発医薬品」とも言われる。開発コストが少ないため、先発医薬品よりも安価な薬。（出典：厚生労働省）

(注2) 地域フォーミュラリ：「地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針。（出典：厚生労働省）

(注3) バイオシミラー（バイオ後続品）：国内ですでに承認・販売されているバイオ医薬品（先行バイオ医薬品）の特許期間・再審査期間終了後に異なるメーカーから販売される、先行バイオ医薬品と同等/同質の製品。（出典：厚生労働省）

(4) 重複投薬の是正等

重複投薬の是正やポリファーマシー^(注4)による健康被害の防止には、患者一人ひとりの服薬状況を把握することが重要です。そのため、お薬手帳（電子版を含む）のほか、EHR^(注5)などの医療DXの普及が期待されています。

こうした医療DXが普及するまで、これまでどおり、かかりつけ薬剤師・薬局がお薬手帳を活用して服薬情報を一元的・継続的に管理する必要があります。

また、保険者（高知県国保連合会、高知県後期高齢医療広域連合）から、被保険者に対して重複・多剤投薬をお知らせし、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局への相談を促すとともに、国保の被保険者には、服薬サポーター^(注6)からの電話勧奨も行っています。

さらに、モデル市町村において、「高齢者の医薬品適正使用の指針」を踏まえ、地域の薬剤師が保健師等とともに患者宅を訪問するなど、多職種と連携して生活環境にあった服薬指導を行い、適正な薬物治療につなげる取組みを実施しており、他の市町村にも横展開を図ります。

(注4) ポリファーマシー：単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態（出典：厚生労働省）

(注5) EHR：Electronic Health Recordの略語。個人の医療・健康等に係る情報の共有等を行うための医療情報連携ネットワークのこと。高知あんしんネット、はたまるねっと、高知家@ライン、国のEHRを指す。

(注6) 服薬サポーター：重複・多剤通知対象者の中から特に服薬状況が気になる患者に電話連絡で通知内容の確認とかかりつけ医・薬剤師への相談を促す支援をする人。

2 毒物劇物による危害防止

本県の毒物劇物関係登録届出施設数は、令和 5 年 3 月末現在で 422 か所です。

毒物劇物は、化学工業薬品、農薬、塗料など種々の製品に広く用いられていますが、その毒性などにより保健衛生上重大な危害を及ぼすおそれがあるため、漏洩や紛失などの事故防止対策が不可欠です。

そのため、南海トラフ地震などの災害時に流出や漏洩をすることがないように対策を講じていくことが必要です。

また、爆発物の原料となる劇物を適正に管理する等、テロ等の未然防止のための取組みを推進することが重要です。

3 麻薬、覚醒剤、大麻などの薬物乱用防止

我が国においては、若年層を中心に大麻による検挙者が急増しており「大麻乱用期」とも言える状況となっています。本県においても令和4年の薬物事犯の検挙者数53人のうち約半数を大麻事犯が占めており、大麻の乱用が拡大しています。この背景には、インターネットやSNS等の普及により違法薬物に関する情報へのアクセスが容易となり、若年層が大麻を入手しやすい環境にあることや、大麻は健康に良い等の誤った情報がインターネット等で氾濫していることに一因があると考えられています。

そのため、薬物乱用の正しい知識を持ち、薬物乱用を拒絶する意識向上のための取組みについて一層の強化が必要です。

また、近年、若年層の間でオーバードーズ^(注7)が広がり、社会問題化しています。乱用の要因とされる「不安や生きづらさ」を抱える若年層に対して、相談先を周知するとともに相談体制の強化を図ることが必要です。

覚醒剤事犯は全国的に検挙人員が減少傾向にあるものの、再犯率は約7割と高水準のうえ、その割合は増加傾向にあります。再乱用防止のために、関係機関と連携して、薬物依存の問題を抱える方等への相談・支援体制の更なる充実を図ることが必要です。

(注7) オーバードーズ：医薬品を用法・用量を守らずに過剰に摂取。(出典：厚生労働省)

(図表 8-4-1) 法令別検挙者数の推移

単位：人

年	H29	H30	R1	R2	R3	R4
麻薬及び向精神薬取締法	505 (1)	528 (1)	558 (0)	638 (3)	639 (1)	783 (2)
あへん法	12 (0)	2 (0)	2 (0)	15 (0)	16 (0)	3 (0)
大麻取締法	3,218 (18)	3,762 (29)	4,570 (21)	5,260 (24)	5,783 (33)	5,546 (26)
覚醒剤取締法	10,284 (35)	10,030 (36)	8,730 (51)	8,654 (36)	7,970 (32)	6,289 (20)
合計	14,019 (54)	14,322 (66)	13,860 (72)	14,567 (63)	14,408 (66)	12,621 (48)

出典：厚生労働省、警察庁、海上保安庁の統計資料 括弧内は高知県の検挙者数

対策

県は、以下の取組みを推進します。

1 医薬品等の適正使用

(1) 医薬品等の安全対策の推進

医薬品等の製造販売業者及び製造業者に対しては、計画的に立入検査を実施し、適正な製造管理又は品質管理などの実施状況について確認します。

薬局や医薬品販売業者などに対しては、「薬局、医薬品販売業等監視指導ガイドライン」などに基づく定期的な立入検査を行い、流通・販売段階における医薬品等の品確保、不正表示及び薬剤師・登録販売者の適正な情報提供などについて確認します。

また、無承認無許可医薬品等については、健康食品の買上調査や広告監視などを強化し、流通、販売の防止に努めます。

(2) 医薬品等の正しい知識の普及啓発

関係団体と連携し「薬と健康の週間」事業に併せて、高齢者など県民に対し医薬品の正しい知識について計画的な広報を行うとともに、若年層などに対しては薬物乱用防止教室などの機会に啓発を行います。さらに、一般用医薬品等の適正使用や感染症対策をはじめとする公衆衛生意識の向上を目指した普及啓発を行い、セルフメディケーションを推進します。

こうした取組みを実効的かつ効果的に進めるために、医薬品等の製造や販売業者の関係団体等が法律の理解を深め、資質向上を図るために行う研修会等の支援を行います。

(3) 後発医薬品の使用促進

医薬品の安定的な供給を基本としつつ、引き続き、高知県薬剤師会や保険者等と連携して、後発医薬品の品質、有効性や安全性に関する普及啓発や、個別の差額通知と服薬サポーターによる電話勧奨の取組みを推進します。

地域フォーミュラリは、モデル地域において地域の医師（会）や薬剤師（会）をはじめ、中核病院、保険者、自治体等の関係者による検討会を実施して取組みを進め、その実績と成果を基にその他の地域への横展開を図ります。

また、バイオシミラーの普及促進については、本県における流通や使用状況等の実態把握をしたうえで、医療関係者や保険者を含めた多様な主体と連携しながら方策を検討し、取組みを進めます。

(4) 重複投薬の是正等

引き続き、高知県薬剤師会と連携して、お薬手帳（電子版を含む）の効果的な活用方法を普及啓発し、服薬情報の一元的・継続的管理を行い、重複投薬等の是正を進めます。

また、保険者の重複・多剤服薬通知事業に協力するとともに、市町村と薬剤師の連携による患者宅の訪問や多職種連携による高齢者等の適正な薬物治療を推進します。

さらに、高知県薬剤師会と連携して、薬局が高知あんしんネットの活用を促進するための方策を検討、実施します。

2 毒物劇物による危害防止

毒物劇物営業者、業務上取扱者へ定期的に立入りし、毒物劇物の保管取扱上の基準、譲渡手続きなどの指導の徹底を図るとともに、講習会を開催し、南海トラフ地震などの発生時における毒物劇物の流出・漏洩などを想定した対応策を検討するよう指導します。

また、監視時などに事故発生時の届出、連絡体制の整備について周知を図ります。

3 麻薬、覚醒剤、大麻などの薬物乱用防止

(1) 麻薬などの適正管理と適正使用

麻薬、覚醒剤、向精神薬など取扱施設に対する指導取締及び講習会を実施し、不適正な取扱の防止と適正な保管・管理の周知徹底を図り、盗難など事故防止の啓発に努めます。

また、医療機関や薬局等に対し医療用麻薬、向精神薬などの適正使用を求めます。

(2) 普及啓発活動

高知県薬物乱用防止推進連合協議会を拠点に、薬物乱用防止推進員を中心とした地域に根差した薬物乱用防止活動の推進を図ります。また、国連決議による「6. 26 国際麻薬乱用撲滅デー」に合わせ、官民一体となって「ダメ。ゼッタイ。」普及運動を実施するとともに、様々なイベントを通じて薬物乱用防止意識の高揚を図ります。

中・高校生を中心とした若年層に対しては、学校薬剤師等と連携して薬物乱用防止教室を開催し、医薬品の適正使用や危険ドラッグも含めた薬物に関する正しい知識の普及啓発を行うとともに、学校や地域での薬物乱用防止教室に携わる指導者に対しては研修会を開催し、指導者の資質向上を図ります。また、関係団体と連携してオーバードーズによる健康被害や相談先の周知等の対策を進めるとともに、SNS等の、より若年層の目に触れやすい広告媒体を活用し、効果的な広報・啓発を実施します。

薬物相談については、薬物相談窓口などの相談体制を強化するとともに、医療機関、矯正施設などの協力を得て、薬物依存症者・中毒者に対する医療保護対策の充実を図ります。また、薬物依存症者・中毒者の社会復帰の支援及び家族への支援を強化し、再乱用防止の推進を図ります。