第１章　保健医療計画の基本的事項

第１節　保健医療計画策定の趣旨

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

この間、生活習慣病の急増など疾病構造の変化、医療技術の進歩や県民の医療に対する意識の変化など、医療を取り巻く環境は大きく変わっており、中でも高齢化の進展については、令和７（2025）年にいわゆる「団塊の世代」が75歳以上となり、人口の3割以上が65歳以上となることが見込まれています。高齢化が全国に先行し進んでいる本県においては、令和17（2035）年に医療・介護のニーズがピークを迎えますが、その後は人口減少等により徐々に減少すると見込まれています。

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

第８期となる高知県保健医療計画では、前計画での５疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）、５事業（救急医療、周産期医療、小児医療、へき地医療、災害時における医療）及び在宅医療、地域医療構想等の項目に、新たに「新興感染症発生・まん延時における医療」を加え「５疾病６事業及び在宅医療」とし、さらに医療計画の一部として策定した「高知県外来医療計画（令和２年４月）」、「高知県医師確保計画（令和２年４月）」を追加し、医療と介護の整合性を確保しつつ、各項目の現状と課題、そして今後の対策と具体的な施策や目標を明確に示すこととしました。

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

【医療計画制度に関する医療法等改正の主な経緯】

昭和 60 年　第１次改正

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

二次医療圏ごとに必要病床数を設定

平成９年　第３次改正

医療機関の役割分担の明確化及び連携の推進のため医療計画制度の充実を図る。また、二次医療圏ごとに医療関係施設間の機能分担、業務連携等を記載

平成 12 年　第４次改正

基準病床数へ名称を変更。療養病床及び一般病床を創設

平成 18 年　第５次改正

４疾病５事業の具体的な医療連携体制を位置付け

平成 24 年　一部改正

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

平成 26 年　第６次改正

病床機能報告制度と地域医療構想の策定、認定医療法人制度の創設

平成 27 年　第７次改正

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

令和３年　第９次改正

医師の働き方改革、外来機能報告の創設。また、医療計画に医療連携体制を位置付ける疾病等に新たに新興感染症発生・まん延時における医療を追加し、「５疾病６事業及び在宅医療」とする

第２節　計画の基本理念

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

○県の医療政策の基本指針となる計画

○県民や医療機関、関係団体の活動の指針となる計画

第３節　計画の期間

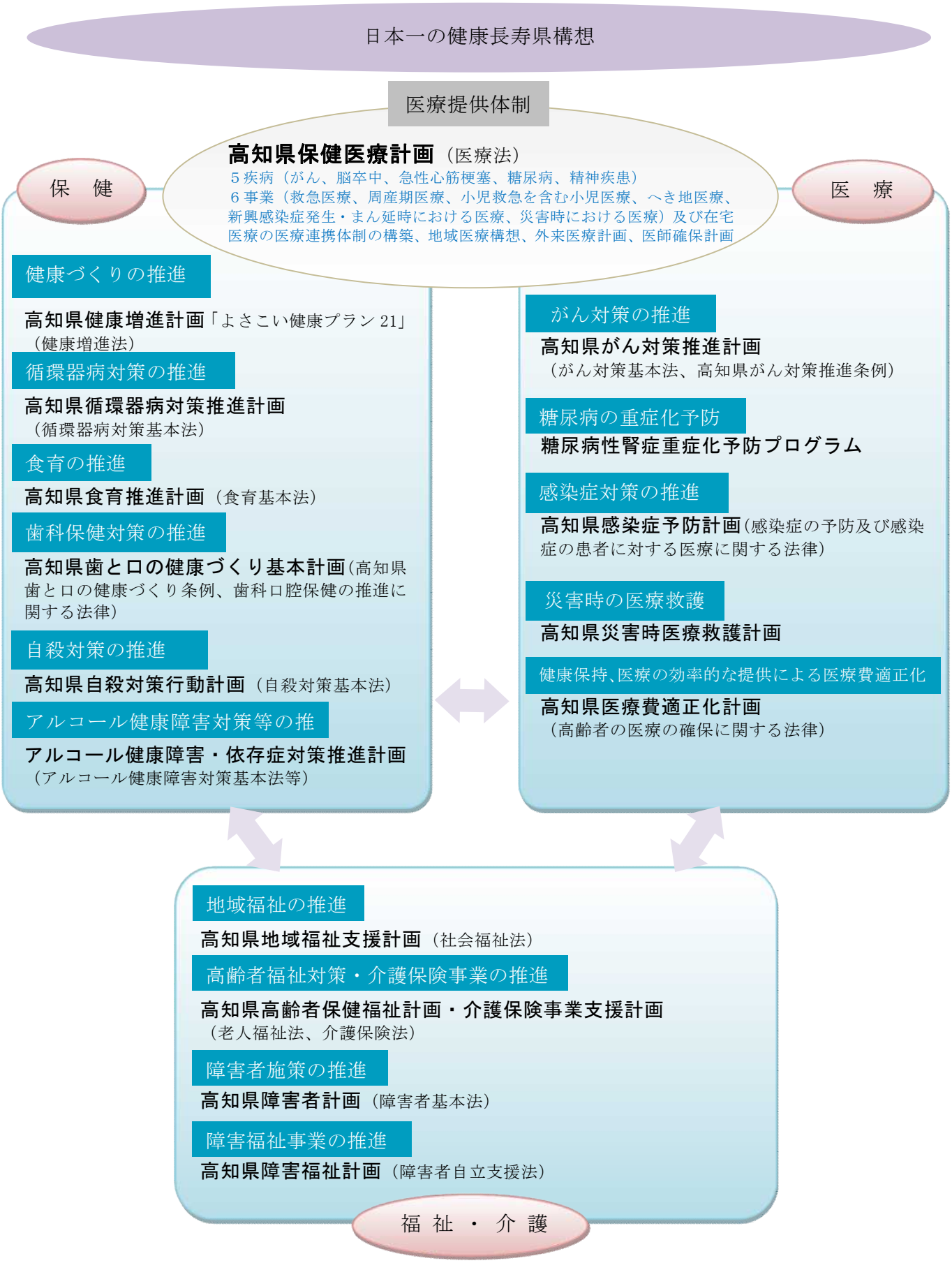
６年間（令和６年４月１日から令和 12 年３月 31 日まで）

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

第４節　関連する他の計画

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

（図表 1-1-1）保健医療計画に関連する主な計画



第２章　地域の現状

第１節　地勢と交通

１　地勢

本県は、北は四国山地によって徳島・愛媛両県に接するとともに、南は太平洋に面した長い海岸線を有しており、東に室戸岬、西に足摺岬が太平洋に突き出しその内に土佐湾を抱く東西に細長い扇状をしています。

県面積は約 7,103ｋ㎡と全国では 18 番目に広い面積でありながら、森林面積の割合が約 84％と全国１位であり、山間部が多く平野部が少ないという特徴があります。

２　交通

高速道路は県内の東西への延伸が進んでいますが、その整備はまだ途上であり、一般道路についても道路改良率は全国平均以下の 48.6％にとどまるとともに、都道府県道の改良率は 56.2％で全国で最下位から２番目となっています。特に山間部には未改良区間が多く、医療機関への通院や救急搬送に時間がかかる要因の一つとなっています。

また、高齢化が進む本県では、自家用車の運転や歩行が困難な方が増加しており、通院や買い物などの日常生活において公共交通の重要性はますます高まっています。しかしながら、路線バスは、過疎化などによる利用者数の減少によって路線の維持が大変厳しい状況となっており、通院への影響も課題となっています。

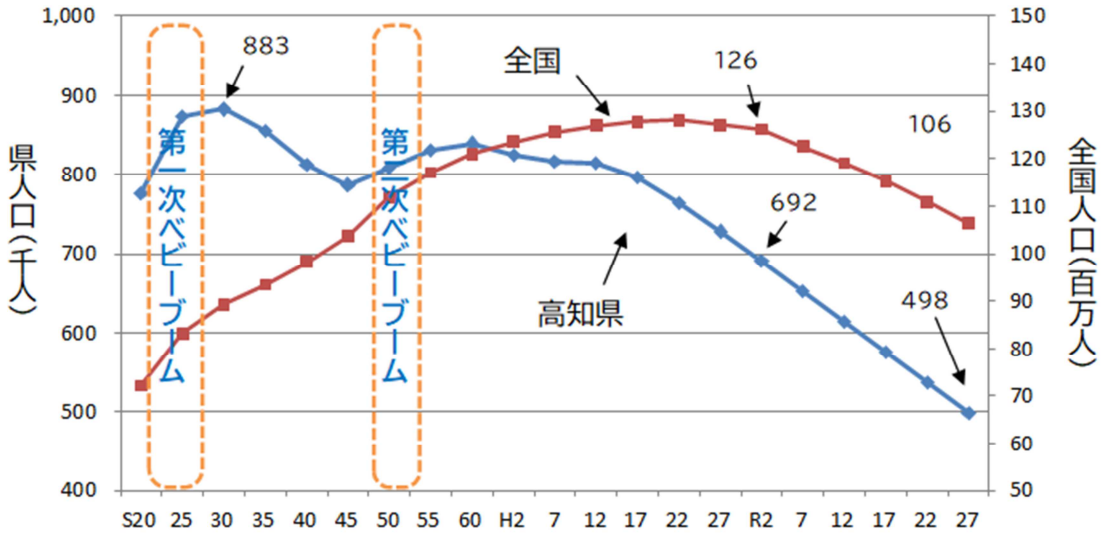
第２節　人口構造

１　総人口

本県の総人口は、昭和 30 年をピークに減少に転じ、昭和 50 年から一旦回復したものの昭和 60 年から再び減少しています。令和２年の国勢調査では約 69 万２千人となり、平成 27 年の前回調査から約３万７千人減少しました。人口流出による社会減が続いているほか、平成２年には全国で初めて都道府県単位で死亡数が出生数を上回る自然減となるなど、厳しい傾向にあります。この減少傾向は今後も続き、令和 27 年には 50 万人を下回ると推測されています。

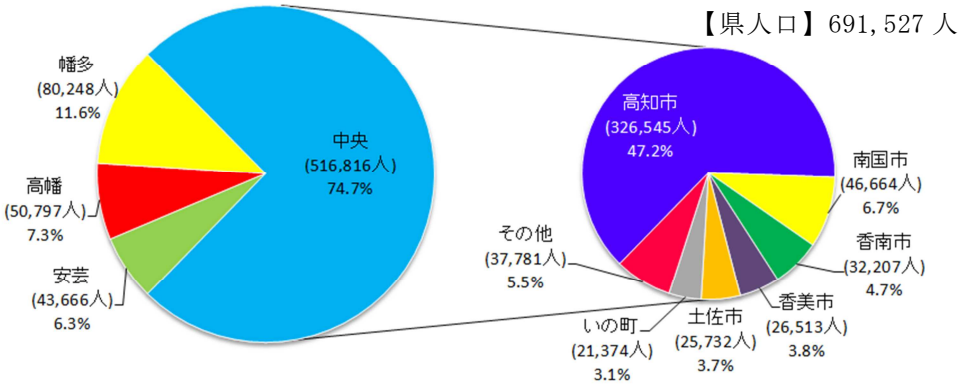
地域別にみると、中央圏域が約 52 万人、全体の 74.7％を占めていますが、このうち高知市が約 32 万７千人と、県全体の 47.2％を占めており、同市への一極集中が際立っています。

（図表 2-2-1）総人口の推移



出典：（昭和 20 年～令和２年）国勢調査（総務省統計局）、（令和７年～令和 27 年　全国人口）日本の将来推計人口（平成 30 年３月推計）、（令和７年～令和 27 年　高知県人口）日本の都道府県別将来推計人口（平成 30 年３月推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

（図表 2-2-2）圏域別人口

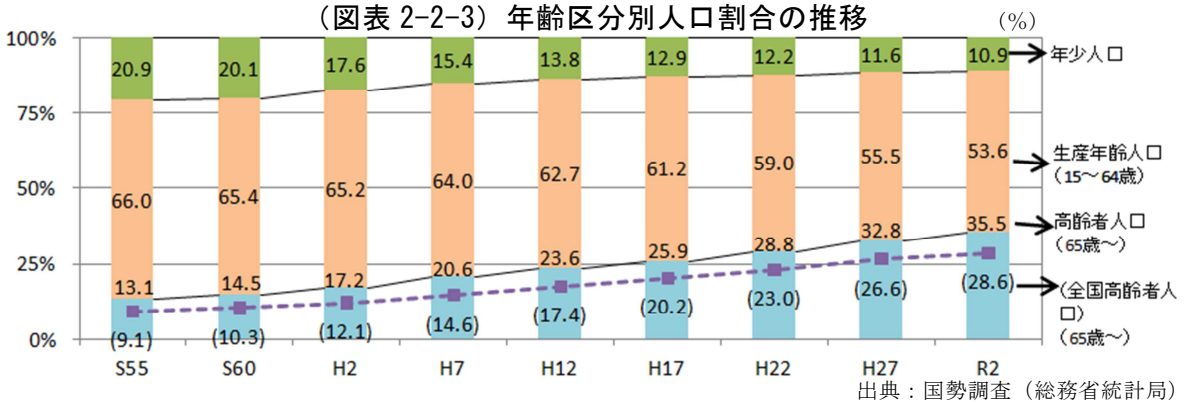


出典：令和２年国勢調査（総務省統計局）

2　人口構成の推移

平成７年を境に高齢者人口が年少人口を上回り、その後も少子高齢化が進行しています。また、令和２年における県全体の人口に占める高齢者人口の割合は 35.5％と、全国平均の 28.6％を大きく上回り、全国第２位となっています。

（図表 2-2-3）年齢区分別人口割合の推移

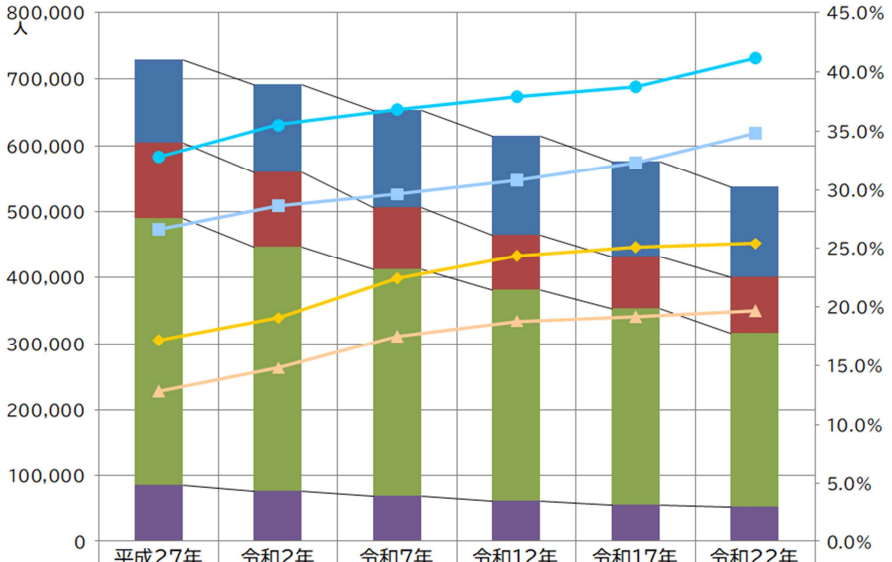


出典：国勢調査（総務省統計局）

今後の本県の人口構成の変化の見通しについては、全国に先行して少子高齢化が進行しているため、高齢者人口は令和２（2020）年をピークに、その後は減少に転じると見込まれています。一方、高齢化率については、少子化の進行により総人口が減少することから、令和２（2020）年以降も上昇する見込みです。

そのため、団塊の世代が後期高齢者となる令和７（2025）年以降は、県民の約４割が65歳以上になると予測されています。

（図表 2-2-4）高知県の将来推計人口・高齢化率



	平成27年 2015年	令和2年 2020年	令和7年 2025年	令和12年 2030年	令和17年 2035年	令和22年 2040年
75歳以上	124,936	131,807	146,535	149,737	144,546	136,364
65～74歳	114,085	113,914	93,741	83,024	78,633	84,543
生産年齢人口(15～64歳)	404,527	369,352	343,706	319,382	296,169	263,431
年少人口(0～14歳)	84,728	76,454	68,775	62,306	56,380	52,105
65歳以上割合	32.8%	35.5%	36.8%	37.9%	38.8%	41.2%
65歳以上割合(全国)	26.6%	28.6%	29.6%	30.8%	32.3%	34.8%
75歳以上割合	17.2%	19.1%	22.4%	24.4%	25.1%	25.4%
75歳以上割合(全国)	12.8%	14.8%	17.5%	18.8%	19.2%	19.7%

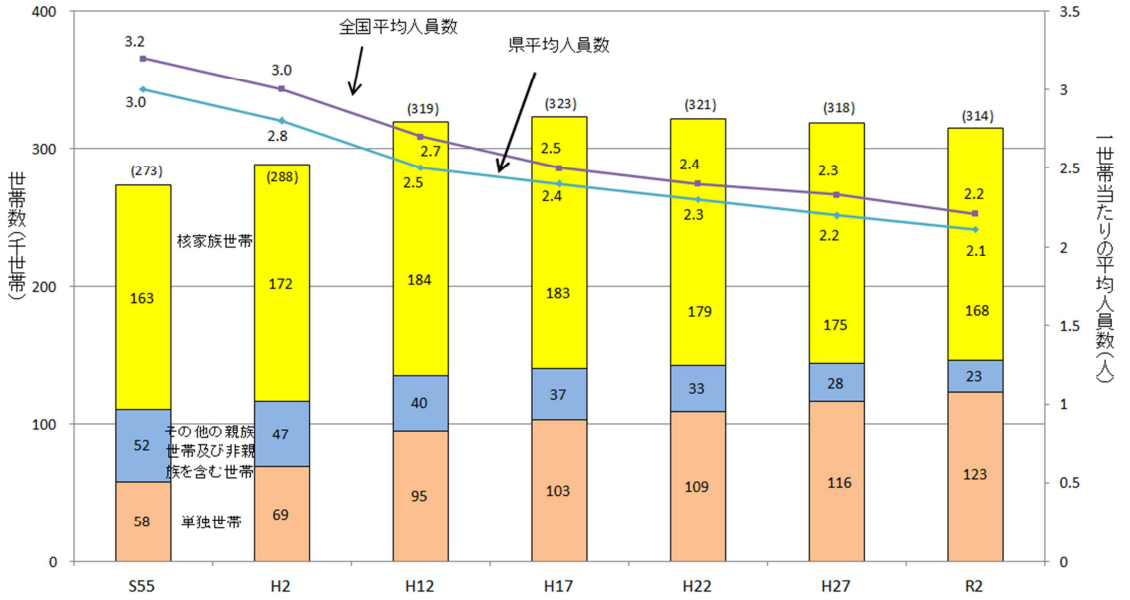
出典：日本の地域別将来推計人口 平成 30 年 3 月推計　国立社会保障・人口問題研究所
平成 27 年、令和 2 年の数値については、国勢調査（総務省統計局）

3　世帯構成

令和２年の国勢調査では、「単独世帯」が39.1%と引き続き増加する一方、「核家族世帯」の数及び総世帯数は減少しています。一世帯当たりの平均人員数を見ても、全国と同様の傾向で年々下がってきており、令和２年には2.1人で過去最少となっています。

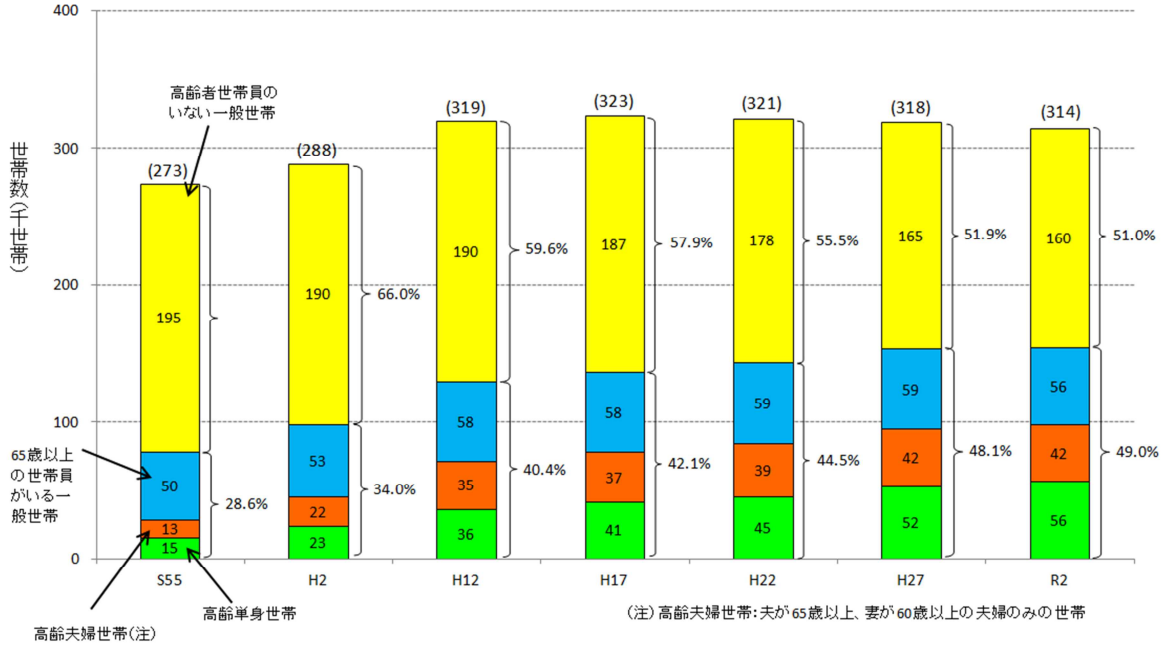
また、65歳以上の高齢世帯員のいる世帯は総世帯数の49.0%で、高齢者のひとり暮らし世帯は総世帯数の17.8%、高齢夫婦世帯（夫が65歳以上、妻が60歳以上の夫婦のみの世帯）は総世帯数の13.6%を占めています。65歳以上の高齢世帯員のいる世帯のうち、高齢者ひとり暮らし世帯と高齢夫婦世帯が63.8%を占めています。

（図表 2-2-5）世帯構成別世帯数と一世帯当たりの平均人員数の推移



出典：国勢調査（総務省統計局）

（図表 2-2-6）高齢世帯員のいる世帯の割合とその推移



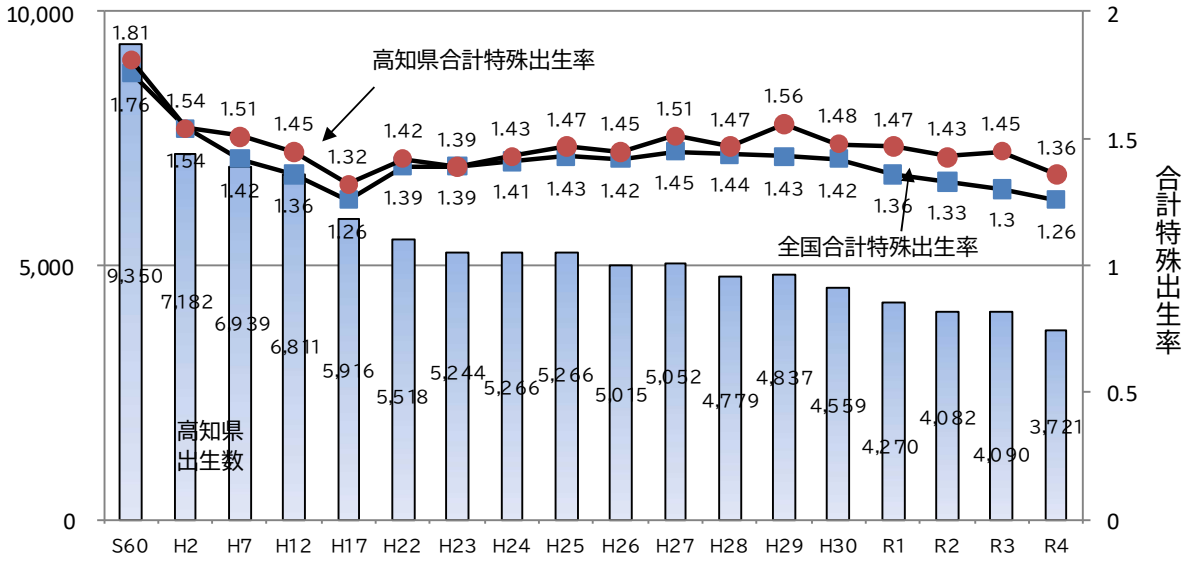
出典：国勢調査（総務省統計局）

第３節　人口動態

１　出生

出生数は徐々に減少しており、令和４年では 3,721 人と過去最小となっています。また、女性が生涯に産む子どもの数の平均値である「合計特殊出生率」は、緩やかな回復傾向の後は横ばいで依然として低く少子化が進行しています。

（図表 2-3-1）出生数及び合計特殊出生率の推移



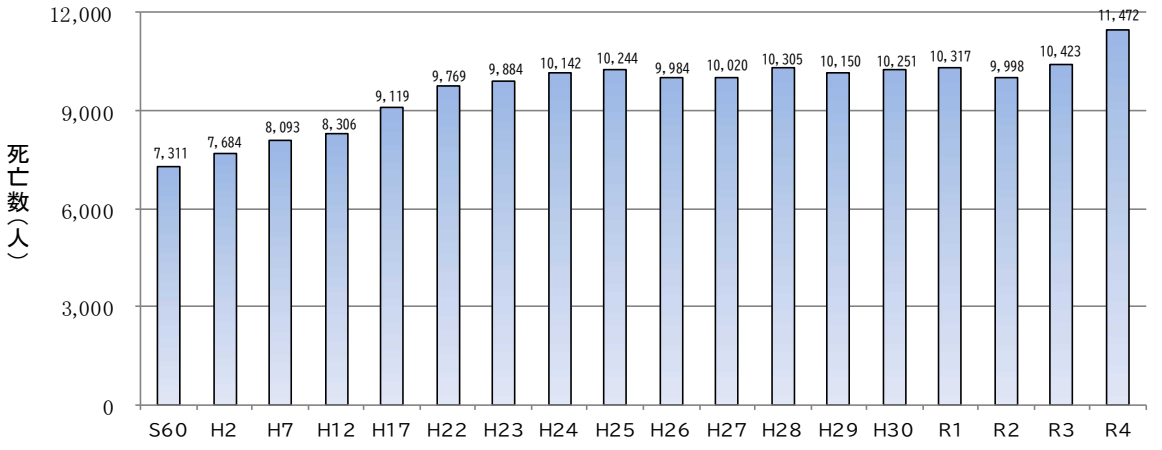
出典：人口動態調査（厚生労働省）

２　死亡

（１）死亡数と年齢調整死亡率

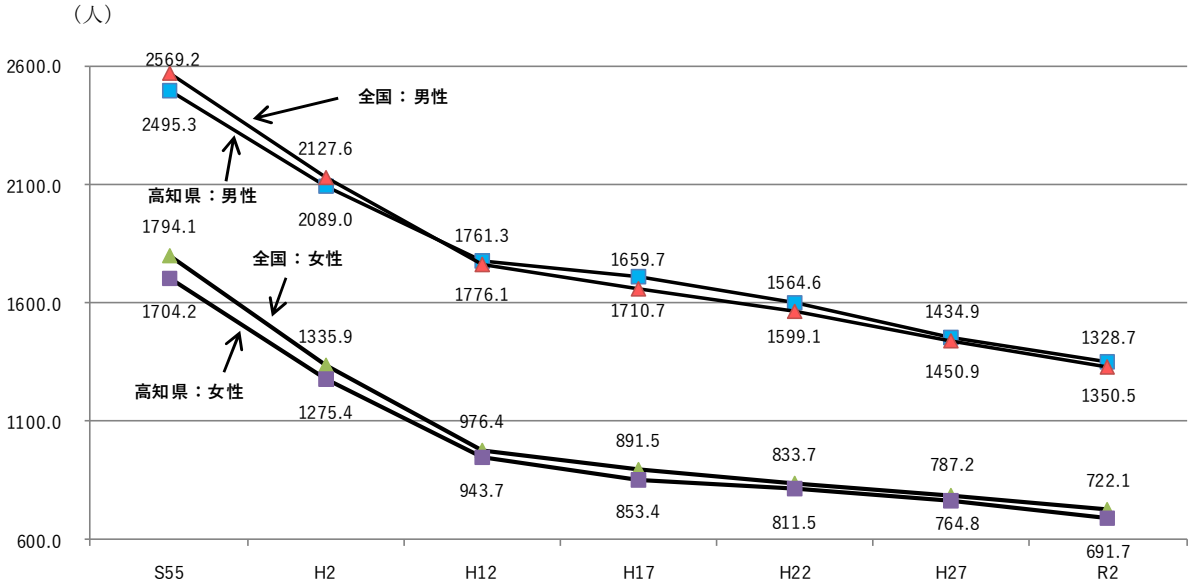
死亡数は、高齢者人口の増加を一因として増加傾向にあり、令和４年では 11,472 人となっています。また、年齢構成を調整した死亡率（年齢調整死亡率）で見ると、女性は全国平均を下回る一方、男性は全国平均を上回っています。

（図表 2-3-2）死亡数の推移



出典：人口動態調査（厚生労働省）

（図表 2-3-3）人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率の推移

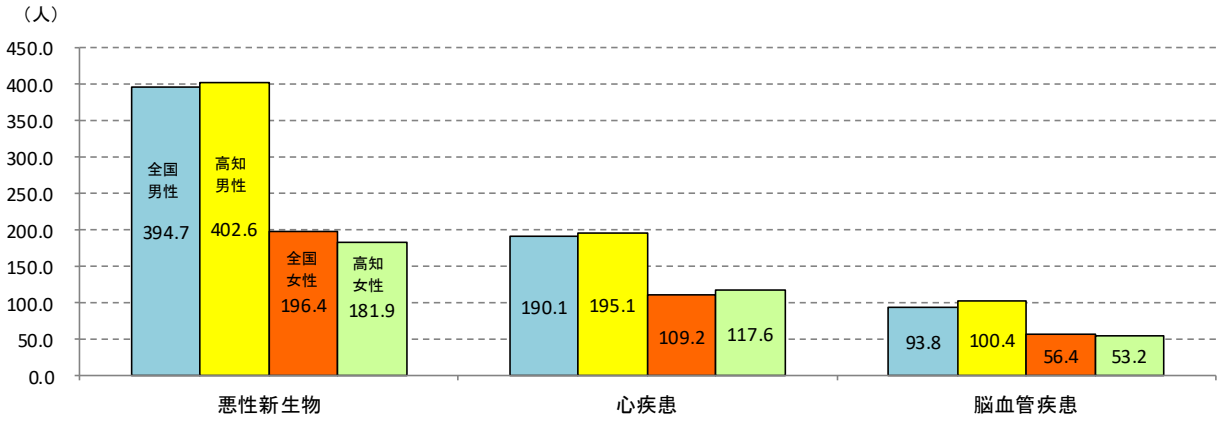


出典：人口動態調査（厚生労働省）

（2）死亡原因

昭和 55 年には、全国の死亡原因の第１位は脳血管疾患、第２位は悪性新生物、第３位は心疾患、第４位は肺炎でしたが、令和２年には、第１位は悪性新生物、第２位は心疾患、第３位は老衰、第４位は脳血管疾患となっています。また、本県の死亡原因の順位についても、ほぼ全国と同じ傾向となっています。

（図表 2-3-4）人口 10 万人当たりの主な死因別の年齢調整死亡率



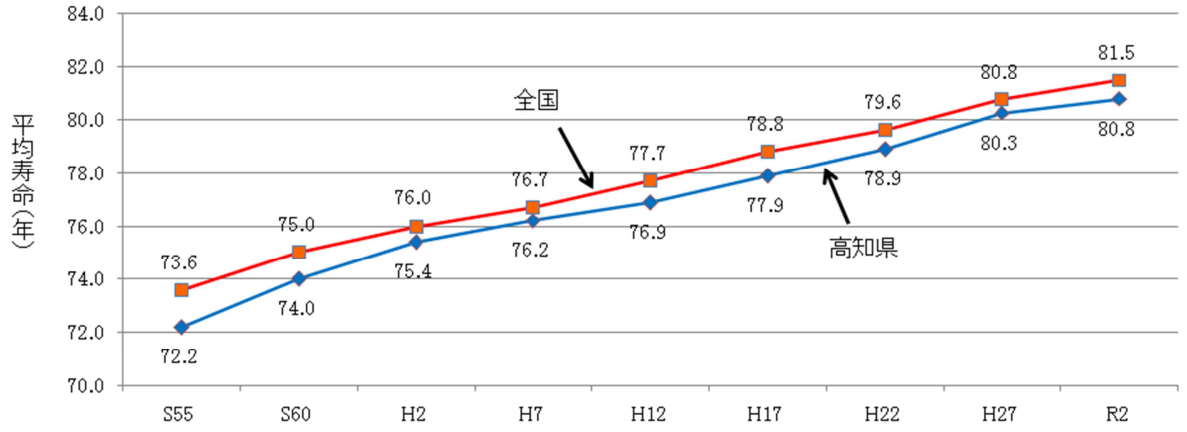
出典：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

3　平均寿命

生まれてから死ぬまでの期間の平均的な期待値を表す平均寿命は、男女ともに年々延びており、令和２年では、男性 80.8 年、女性 87.8 年となっています。

（図表 2-3-5）男性の平均寿命の推移

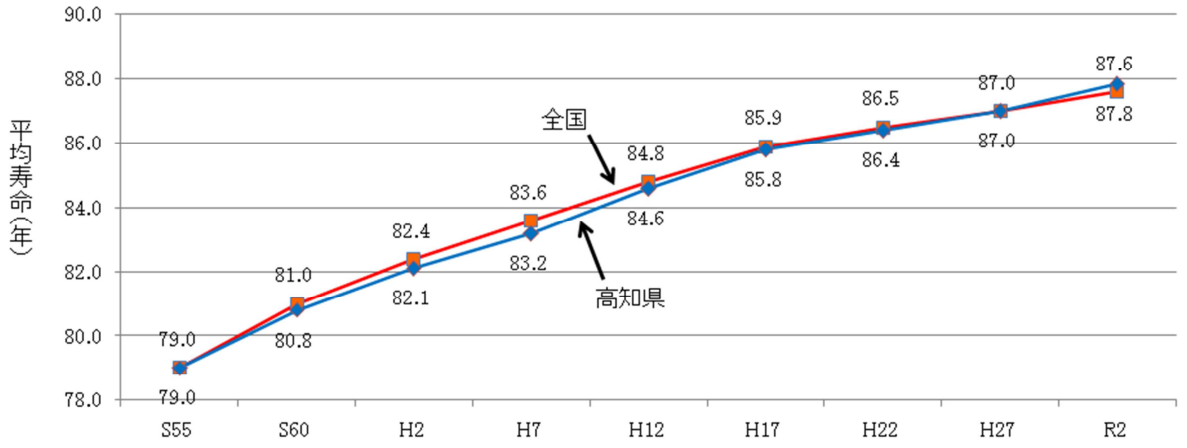
【男性】



出典：都道府県別生命表（厚生労働省）

（図表 2-3-6）女性の平均寿命の推移

【女性】



出典：都道府県別生命表（厚生労働省）

第４節　医療提供施設の状況

１　病院

令和４年 10 月１日現在の病院数は 120 施設で、人口 10 万人当たりでは 17.8 施設と、全国平均の 6.5 施設を大きく上回り、全国第１位となっています。圏域別では、特に幡多と中央の２つの圏域で多く、なかでも高知市とその周辺に集中するなど、都市部と中山間地域では大きな差が生じています。

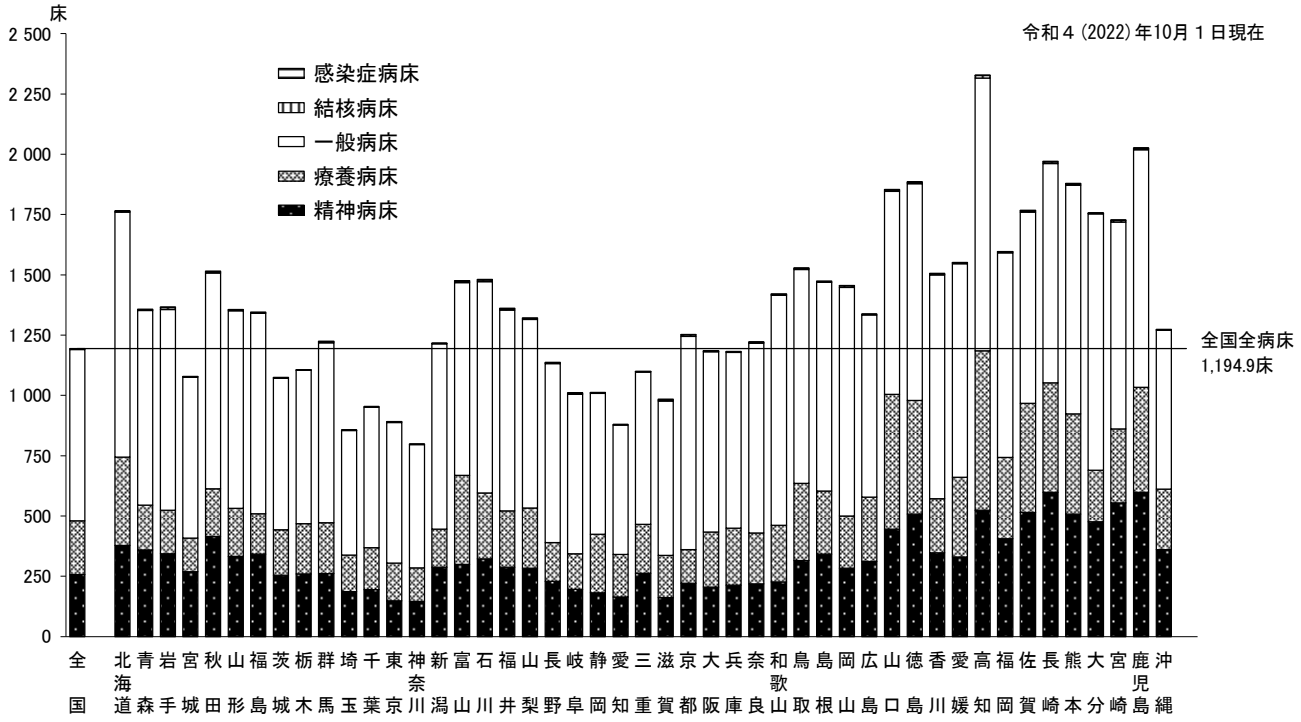
病院の病床数（15,738 床）も人口 10 万人当たりで 2,328.1 床と、全国平均の 1194.9 床の約２倍となっています。特に、療養病床は全病床に占める割合が 28.3%（4,684 床）と、前回計画時（H28：36.4%）と比べ介護医療院への転換により割合が減少したものの、全国平均の 18.7%に比べて高く、増加する介護ニーズの受け皿となってきた本県の医療提供の特徴の一つとなっています。

（図表 2-4-1）圏域別の人口 10 万人当たりの病院数

高知県	安芸	中央	高幡	幡多	全国
17.8	14.3	17.9	16.4	19.4	6.5

出典：令和４年医療施設調査（厚生労働省）

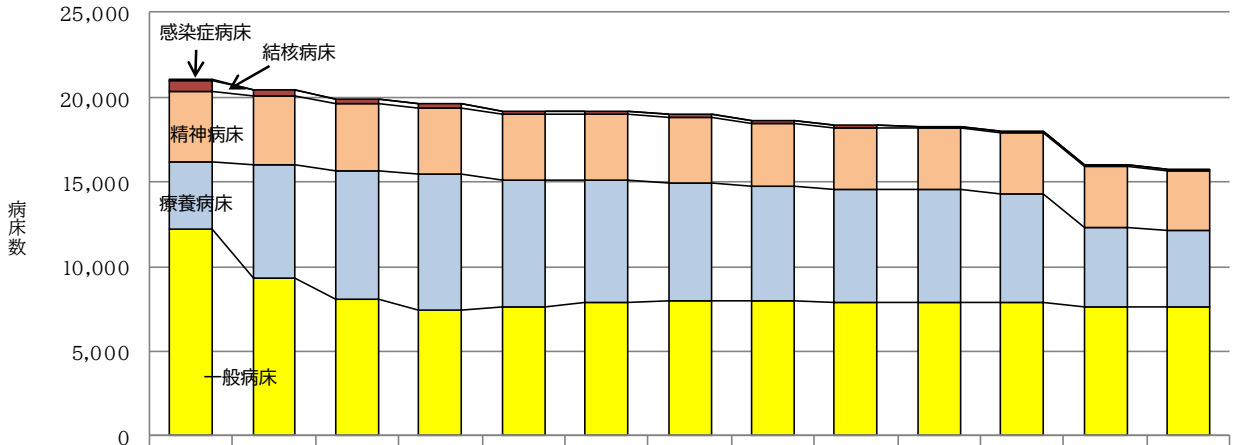
（図表 2-4-2）都道府県別にみた人口 10 万人当たりの病院病床数



＊療養病床には介護療養病床を含む

出典：令和４年医療施設調査（厚生労働省）

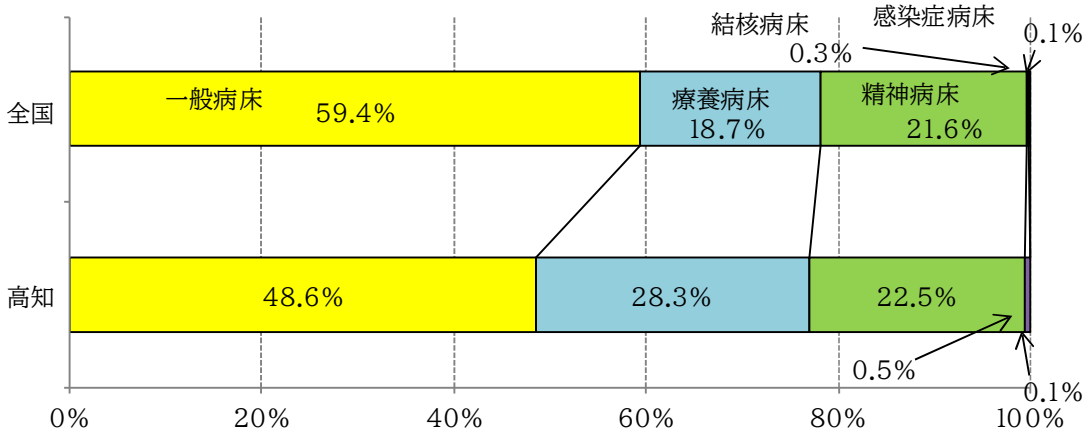
（図表 2-4-3）高知県の病院病床数の推移



	H10	H12	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2	R4
合計	21,064	20,445	19,901	19,651	19,164	19,154	18,951	18,621	18,320	18,244	18,014	15,971	15,738
感染症病床	148	9	9	9	11	11	11	11	11	11	11	11	11
結核病床	616	397	315	264	212	184	184	170	107	87	87	75	75
精神病床	4,112	4,082	3,924	3,931	3,818	3,827	3,824	3,677	3,676	3,627	3,622	3,549	3,548
療養病床	4,014	6,620	7,602	7,985	7,548	7,215	6,992	6,802	6,669	6,633	6,388	4,684	4,461
一般病床	12,174	9,337	8,051	7,462	7,575	7,917	7,940	7,961	7,857	7,886	7,906	7,652	7,643

＊療養病床には介護療養病床を含む　　出典：医療施設調査（厚生労働省）

（図表 2-4-4）病院病床の種類別割合



＊療養病床には介護療養病床を含む　　出典：令和４年医療施設調査（厚生労働省）

2　一般診療所

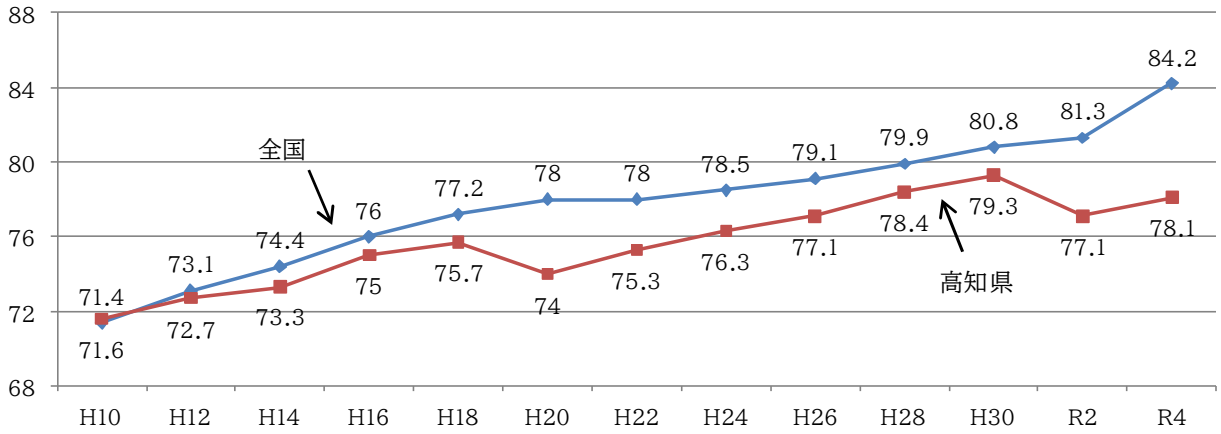
令和４年 10 月１日現在の一般診療所数は 528 施設あり、人口 10 万人当たり 78.1 施設で、全国平均の 84.2 施設を下回っていますが、病床数で見ると全体で 1,075 床、人口 10 万人当たりでは 159.1 床となり、全国平均の 64.4 床を上回っています。

（図表 2-4-5）圏域別の人口 10 万人当たりの一般診療所数

高知県	安芸	中央	高幡	幡多	全国
78.1	86.0	77.8	74.0	78.9	84.2

出典：令和４年医療施設調査（厚生労働省）

（図表 2-4-6）人口 10 万人当たりの一般診療所数の推移



出典：医療施設調査（厚生労働省）

（図表 2-4-7）圏域別の人口 10 万人当たりの一般診療所の病床数

高知県	安芸	中央	高幡	幡多	全国
159.1	160.0	170.3	78.1	135.8	64.4

出典：令和４年医療施設調査（厚生労働省）

3　歯科診療所

令和４年 10 月１日現在、歯科診療所数は 346 施設あり、人口 10 万人当たりでは 51.2 施設で、全国平均の 54.2 施設を下回っています。

圏域別では、幡多を除く圏域で全国平均を下回っています。

（図表 2-4-8）圏域別の人口 10 万人当たりの歯科診療所数

高知県	安芸	中央	高幡	幡多	全国
51.2	52.5	51.0	45.2	55.6	54.2

出典：令和４年医療施設調査（厚生労働省）

4　薬局

令和４年度末現在、薬局数は 403 施設あり、人口 10 万人当たりでは 59.6 施設で、これは全国平均の 49.9 施設を大きく上回っています。

（図表 2-4-9）圏域別の人口 10 万人当たりの薬局数

高知県	安芸	中央	高幡	幡多	全国
59.6	74.0	59.3	55.5	56.9	49.9

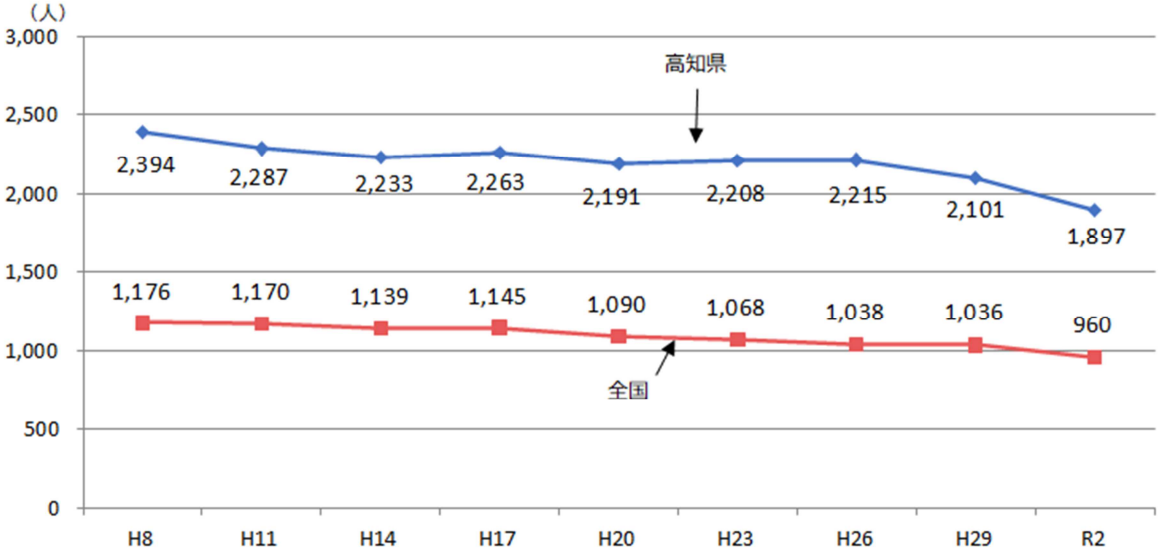
出典:令和４年衛生行政報告例（厚生労働省）、令和４年度薬務衛生関係業務概要（薬務衛生課）

第５節　県民の受療動向

1　一日平均受療率

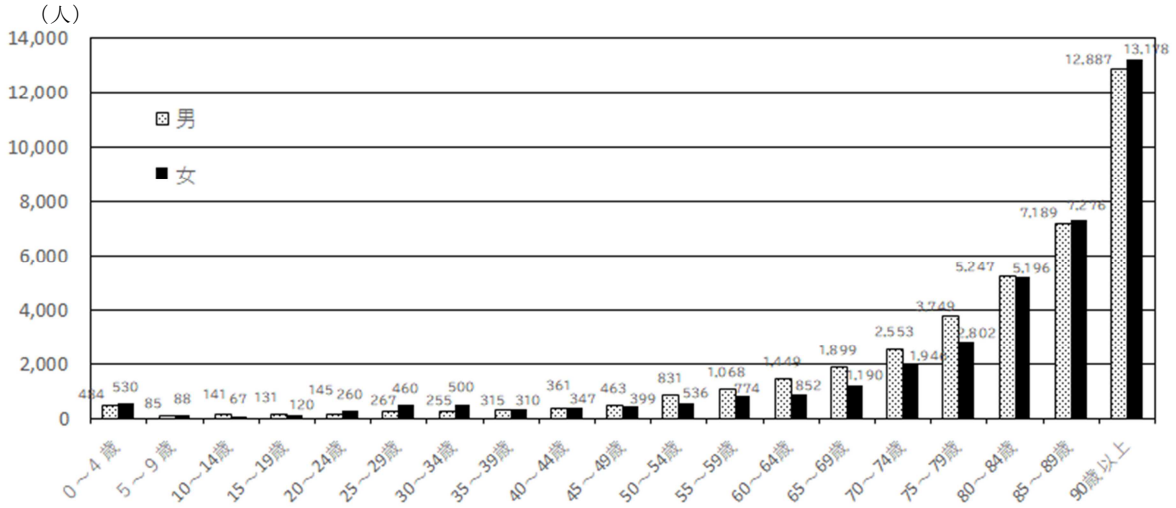
本県の人口 10 万人当たりの一日平均の受療率を全国平均と比較すると、入院患者の受療率は 1,897 人で、全国平均 960 人の約 2 倍ですが、外来患者の受療率は 5,132 人で全国平均 5,658 人を下回っています。

（図表 2-5-1）人口 10 万人当たりの受療率（入院）の推移



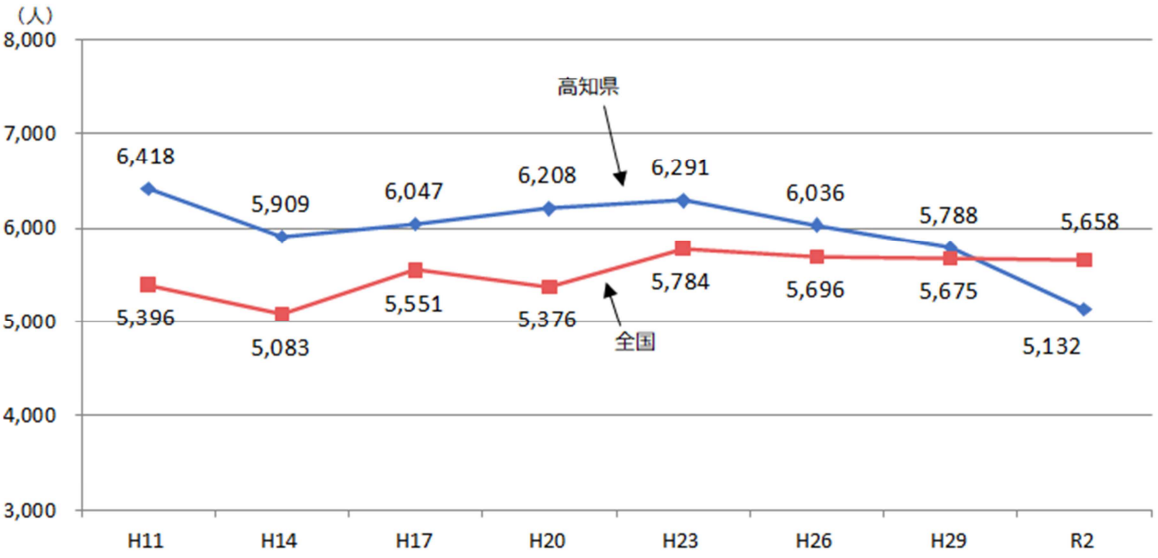
出典：患者調査（厚生労働省）

（図表 2-5-2）人口 10 万人当たりの性別・年齢別受療率（入院）



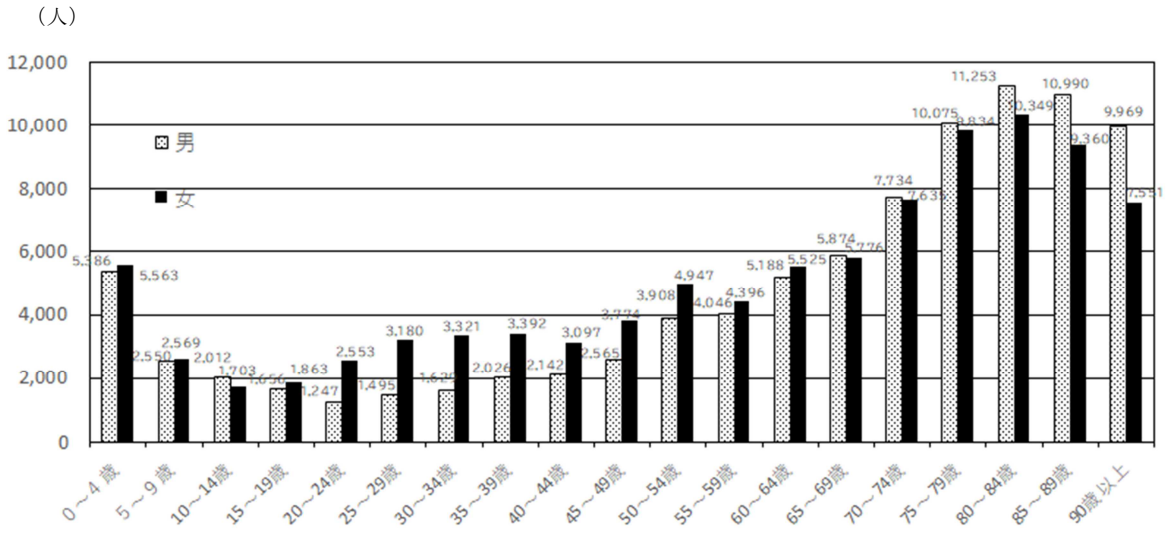
出典：令和４年高知県患者動態調査
＊年齢不詳除く

（図表 2-5-3）人口 10 万人当たりの受療率（外来）の推移



出典：患者調査（厚生労働省）

（図表 2-5-4）人口 10 万人当たりの性別・年齢別受療率（外来）



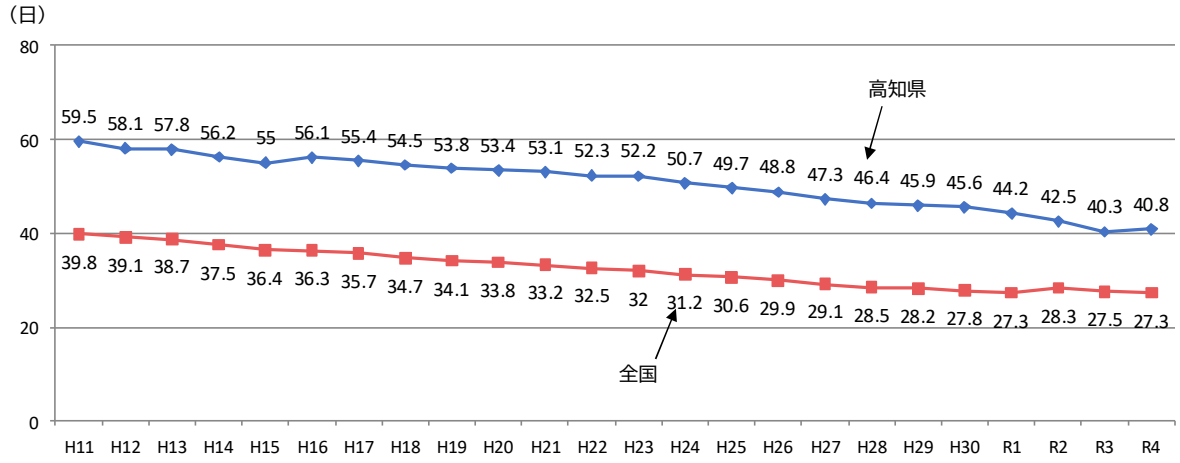
出典：令和４年高知県患者動態調査
＊年齢不詳除く

2　平均在院日数

令和４年の病院の平均在院日数は、「全病床（介護療養病床含む）」は 40.8 日で、全国平均の 27.3 日を大きく上回り、全国第１位となっています。

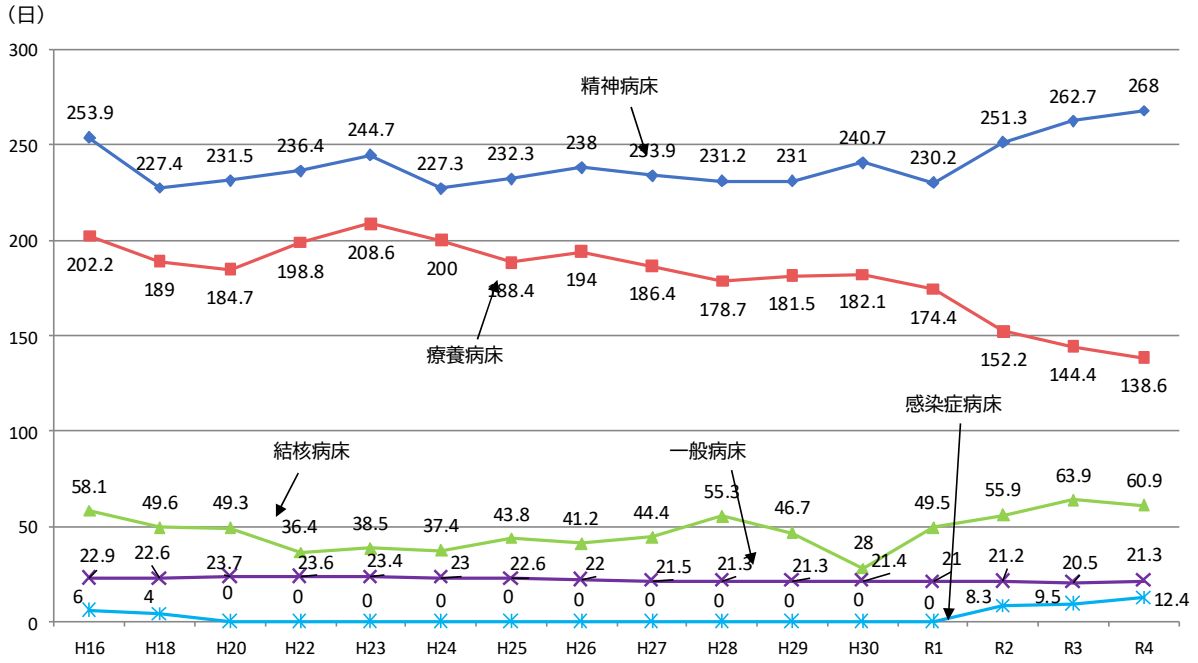
病床別にみると、「一般病床」では 21.3 日と、全国平均の 16.2 日を上回っており、「精神病床」では 268 日と全国平均の 276.7 日を下回っています。また、「療養病床（介護療養病床含む）」では 138.6 日と全国平均の 126.5 日を上回っています。

（図表 2-5-5）病院の全病床の平均在院日数の推移



出典：病院報告（厚生労働省）

（図表 2-5-6）病院の病床別の平均在院日数の推移（高知県）



出典：病院報告（厚生労働省）

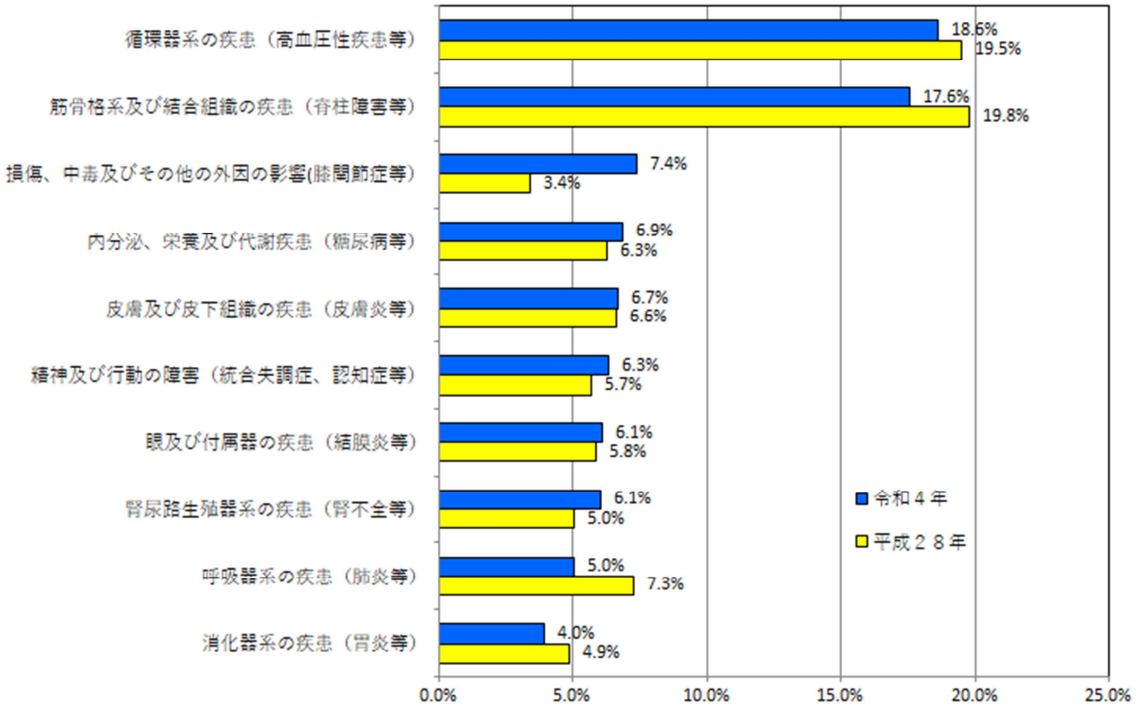
3　外来患者の受療動向

（1）受療原因別の外来患者数

令和４年に県が実施した調査では、当日（９月 16 日）に県内の医療機関を外来で受療した患者は、34,679 人（平成 28 年の同調査 39,307 人）となっています。

疾患別にみると、高血圧などの「循環器系の疾患」が 18.6%と最も多く、次いで脊柱障害などの「筋骨格系及び結合組織の疾患」17.6%、膝関節症などの「損傷、中毒及びその他の外因の影響」7.4%となっています。

（図表 2-5-7）受療原因の上位 10 位（外来）

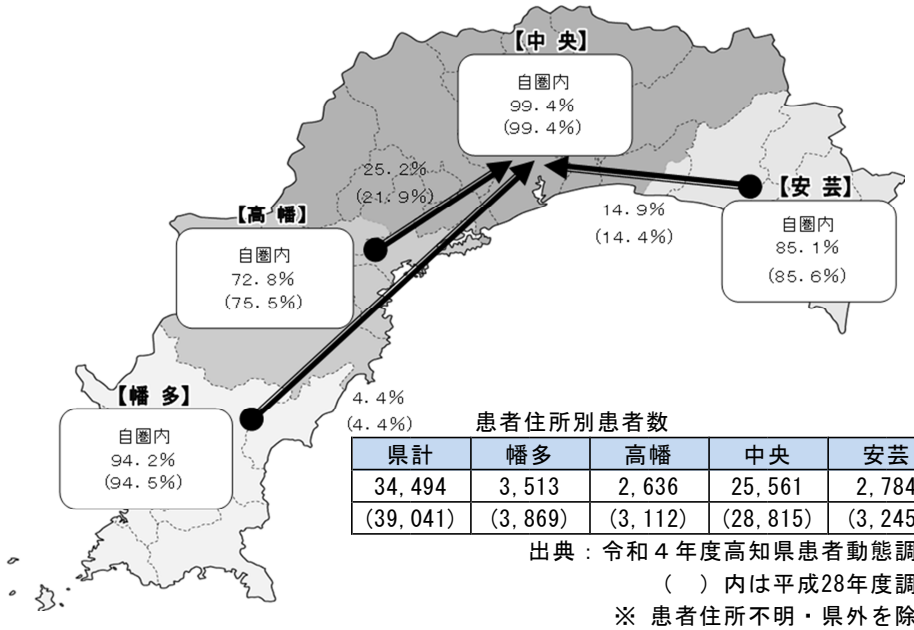


出典：令和４年高知県患者動態調査

（２）圏域別の受療動向

中央圏域と幡多圏域では、ほぼすべての患者が、在住する圏域で受療していますが、安芸圏域では 14.9%、高幡圏域では 25.2%の患者が中央圏域で受療しています。

（図表 2-5-8）外来患者の受療動向（全診療科）



患者住所別患者数

県計	幡多	高幡	中央	安芸
34,494	3,513	2,636	25,561	2,784
(39,041)	(3,869)	(3,112)	(28,815)	(3,245)

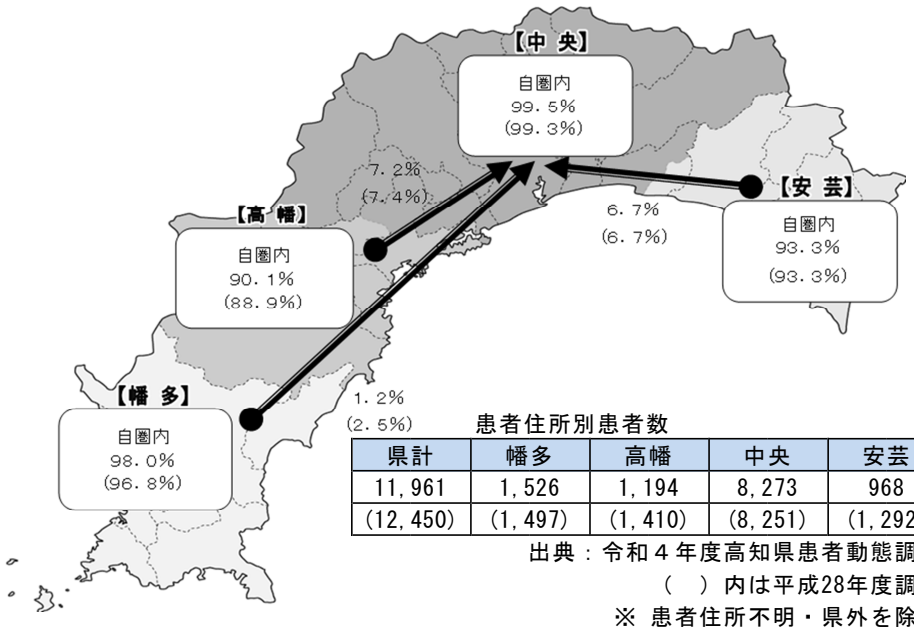
出典：令和４年度高知県患者動態調査
（ ）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

（３）診療科目別の受療動向

ア　内科

各圏域とも、圏域外での受療は少なく、ほぼ在住する圏域内で受療しています。

（図表 2-5-9）外来患者の受療動向（内科）



患者住所別患者数

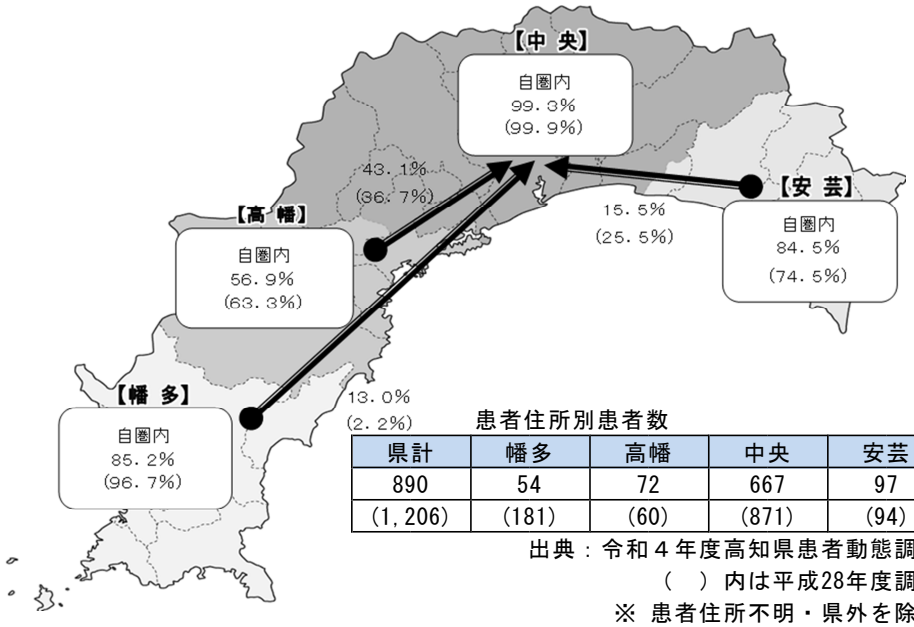
県計	幡多	高幡	中央	安芸
11,961	1,526	1,194	8,273	968
(12,450)	(1,497)	(1,410)	(8,251)	(1,292)

出典：令和４年度高知県患者動態調査
（ ）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

イ　脳神経外科

中央圏域では、ほぼ在住する圏域内で受療していますが、安芸圏域では 15.5%、高幡圏域では 43.1%、幡多圏域では 13.0%の患者が中央圏域で受療しています。

（図表 2-5-10）外来患者の受療動向（脳神経外科）



患者住所別患者数

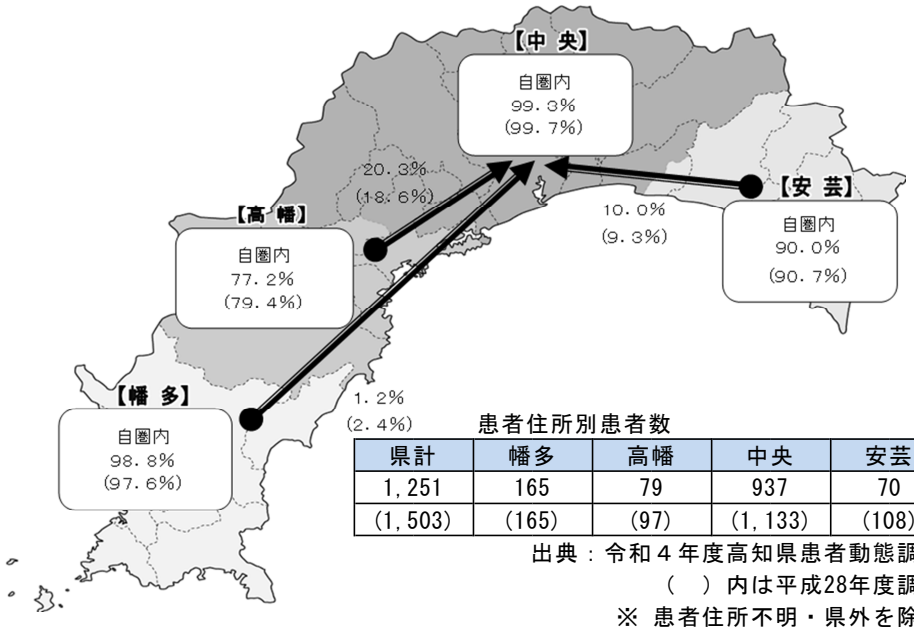
県計	幡多	高幡	中央	安芸
890	54	72	667	97
(1,206)	(181)	(60)	(871)	(94)

出典：令和４年度高知県患者動態調査
（　）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

ウ　小児科

高幡圏域では 20.3%の患者が中央圏域で受療しています。その他の圏域では、ほとんどの患者が、在住する圏域で受療しています。

（図表 2-5-11）外来患者の受療動向（小児科）



患者住所別患者数

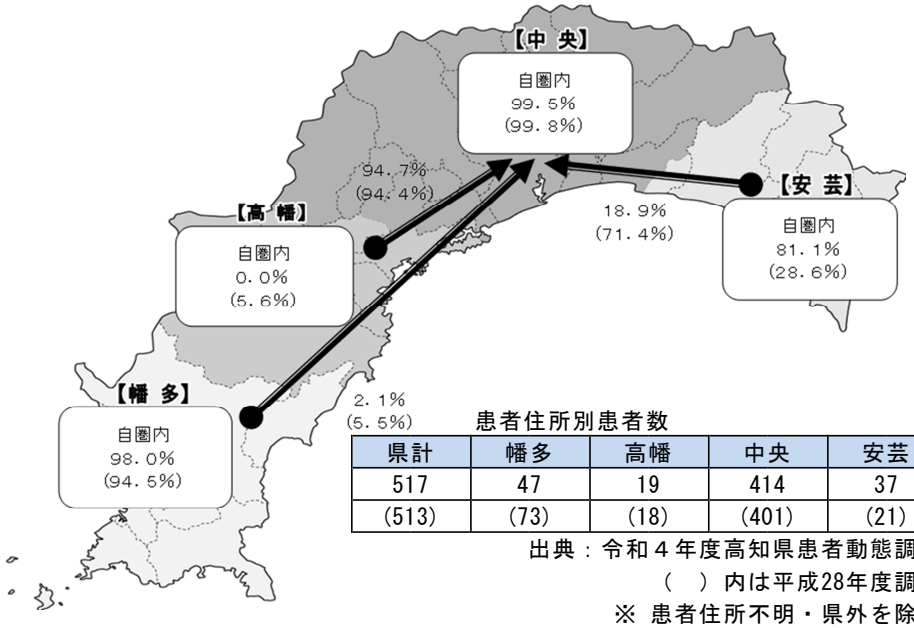
県計	幡多	高幡	中央	安芸
1,251	165	79	937	70
(1,503)	(165)	(97)	(1,133)	(108)

出典：令和４年度高知県患者動態調査
（　）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

エ　産科・産婦人科

高幡圏域では 94.7%の患者が中央圏域で受療しています。また、安芸圏域では、平成 28 年と比較し、在住する圏域内での受療が多くなっています。

（図表 2-5-12）外来患者の受療動向（産科・産婦人科）



患者住所別患者数

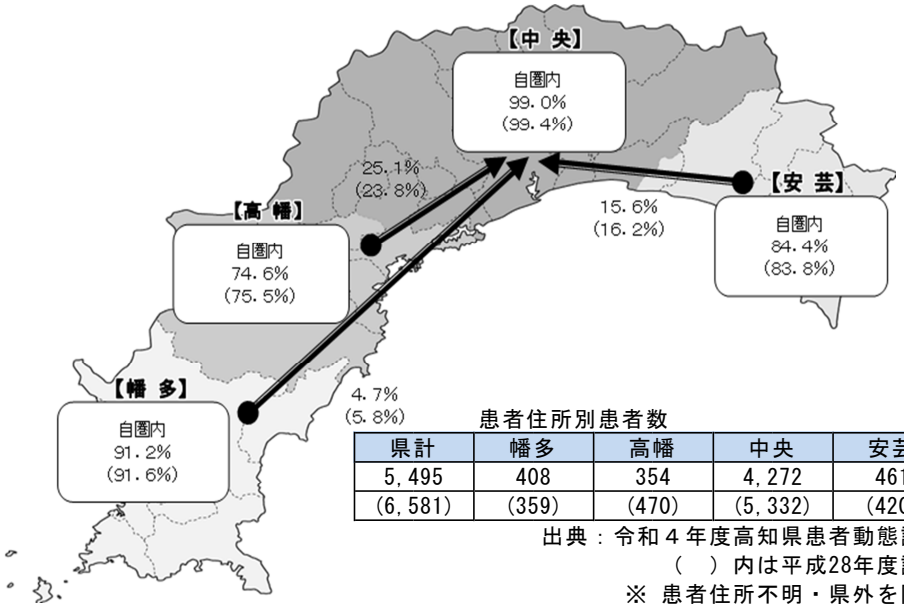
県計	幡多	高幡	中央	安芸
517	47	19	414	37
(513)	(73)	(18)	(401)	(21)

出典：令和４年度高知県患者動態調査
（　）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

オ　整形外科

中央圏域と幡多圏域では、ほぼ在住する圏域で受療していますが、安芸圏域では 15.6%、高幡圏域では 25.1%の患者が中央圏域で受療しています。

（図表 2-5-13）外来患者の受療動向（整形外科）



患者住所別患者数

県計	幡多	高幡	中央	安芸
5,495	408	354	4,272	461
(6,581)	(359)	(470)	(5,332)	(420)

出典：令和４年度高知県患者動態調査
（　）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

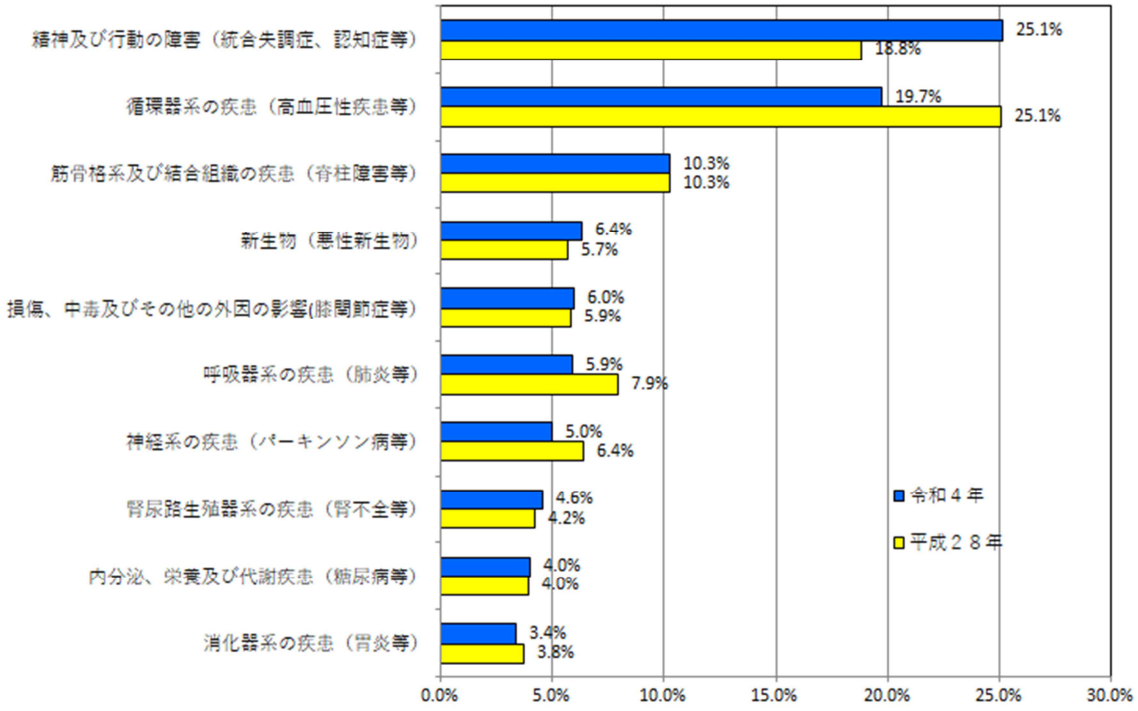
4　入院患者の受療動向

（1）受療原因別の入院患者数

令和４年に県が実施した調査では、当日（９月 16 日）に県内の医療機関において入院中（当日入院した者を含む）の患者は、12,397 人（平成 28 年の同調査 15,481 人）となっています。

疾患別にみると、統合失調症や認知症などの「精神及び行動の障害」が 25.1%、高血圧性疾患などの「循環器系の疾患」19.7%、脊柱障害等などの「筋骨格系及び結合組織の疾患」10.3%となっています。

（図表 2-5-14）受療原因の上位 10 位（入院）

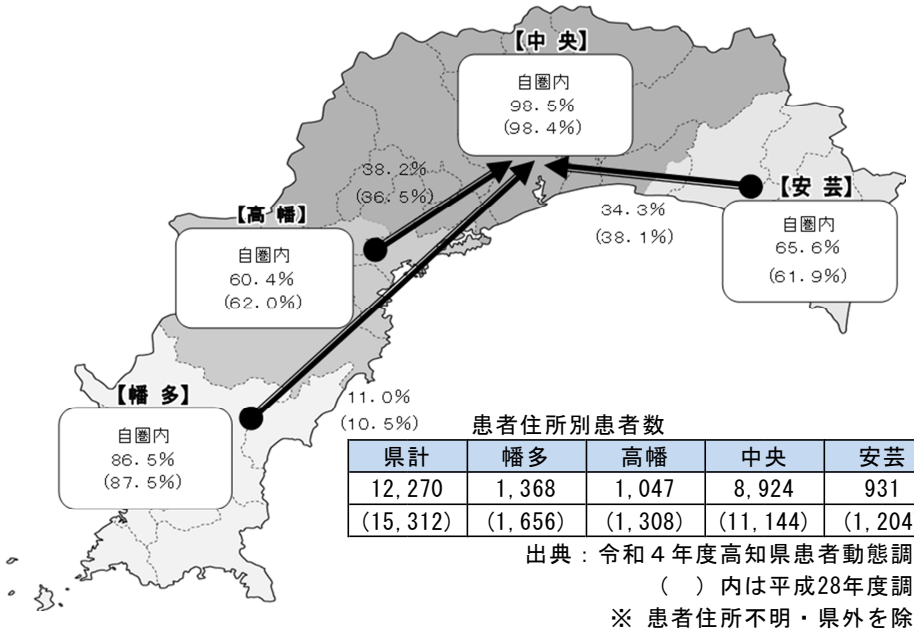


出典：令和４年高知県患者動態調査

（２）圏域別の受療動向

安芸圏域では 34.3%、高幡圏域では 38.2%の患者が中央圏域で受療しています。

（図表 2-5-15）入院患者の受療動向（全診療科）



患者住所別患者数

県計	幡多	高幡	中央	安芸
12,270	1,368	1,047	8,924	931
(15,312)	(1,656)	(1,308)	(11,144)	(1,204)

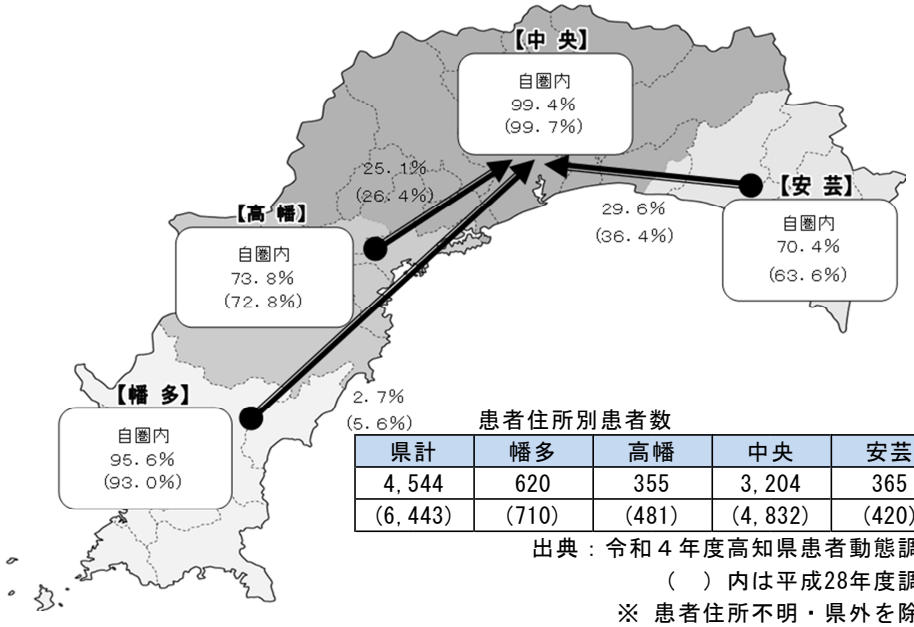
出典：令和４年度高知県患者動態調査
（ ）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

（３）診療科目別の受療動向

ア　内科

中央圏域と幡多圏域では、ほぼ在住する圏域で受療していますが、安芸圏域では 29.6%、高幡圏域では 25.1%の患者が中央圏域で受療しています。

（図表 2-5-16）入院患者の受療動向（内科）



患者住所別患者数

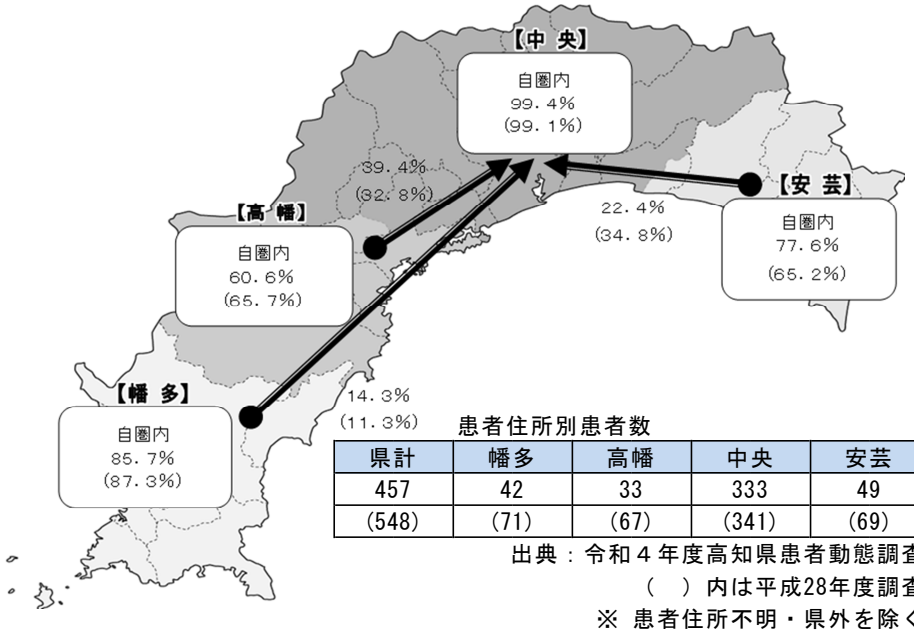
県計	幡多	高幡	中央	安芸
4,544	620	355	3,204	365
(6,443)	(710)	(481)	(4,832)	(420)

出典：令和４年度高知県患者動態調査
（ ）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

イ　脳神経外科

高幡圏域では 39.4%の患者が中央圏域で受療しています。また安芸圏域において自圏域での受療の割合が平成 28 年と比べると 12.4%増加しています。

（図表 2-5-17）入院患者の受療動向（脳神経外科）



患者住所別患者数

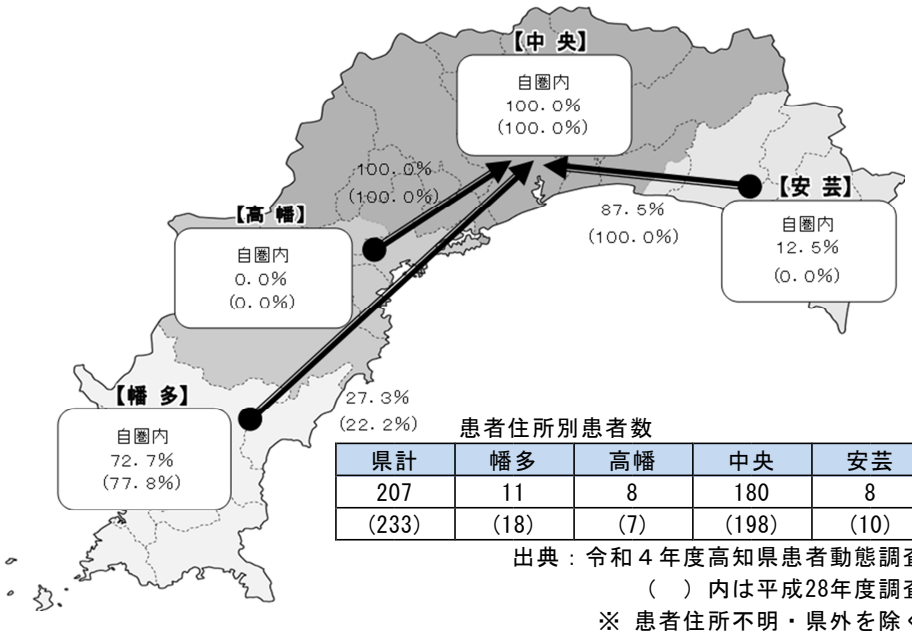
県計	幡多	高幡	中央	安芸
457	42	33	333	49
(548)	(71)	(67)	(341)	(69)

出典：令和４年度高知県患者動態調査
（　）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

ウ　小児科

安芸圏域では 87.5%の患者が中央圏域で受療しています。高幡圏域は、中央圏域での受療は 100%となっています。

（図表 2-5-18）入院患者の受療動向（小児科）



患者住所別患者数

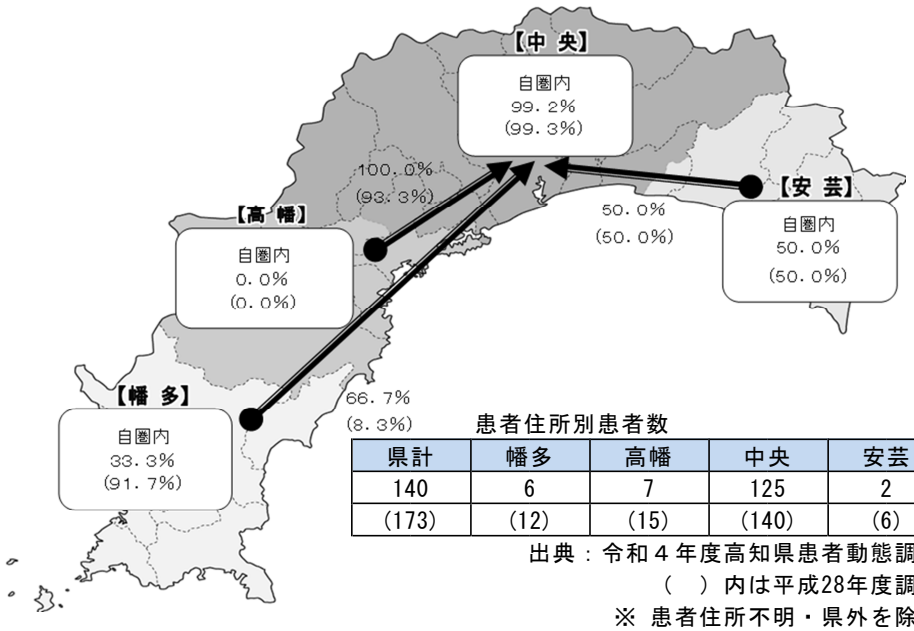
県計	幡多	高幡	中央	安芸
207	11	8	180	8
(233)	(18)	(7)	(198)	(10)

出典：令和４年度高知県患者動態調査
（　）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

エ　産科・産婦人科

安芸圏域で 50.0%、高幡圏域では 100.0%の患者が中央圏域で受療しています。また幡多圏域において自圏域での受療の割合が平成 28 年と比べると 58.4%減少しています。

（図表 2-5-19）入院患者の受療動向（産科・産婦人科）



患者住所別患者数

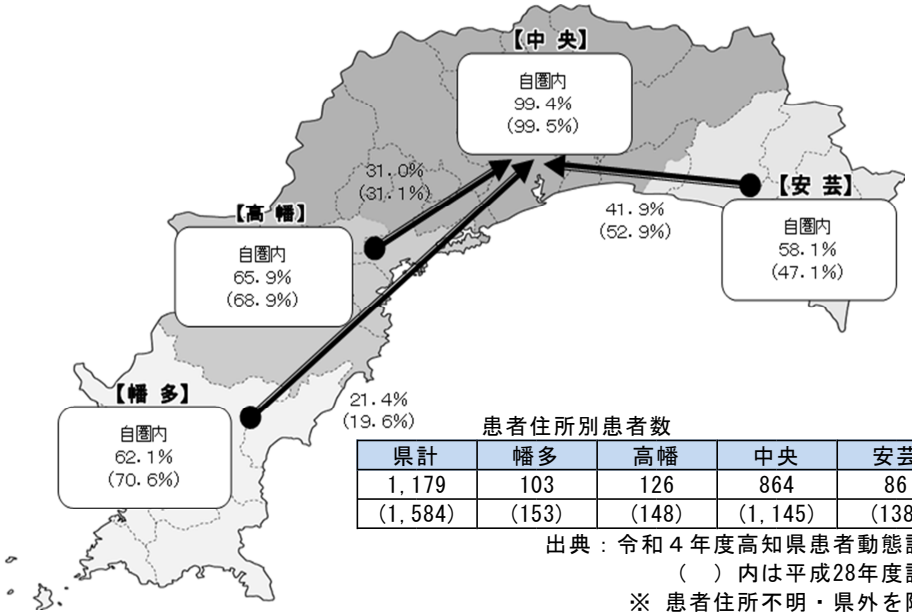
県計	幡多	高幡	中央	安芸
140	6	7	125	2
(173)	(12)	(15)	(140)	(6)

出典：令和４年度高知県患者動態調査
（　）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

オ　整形外科

中央圏域では、ほぼ在住する圏域内で受療していますが、安芸圏域では 41.9%、高幡圏域では 31.0%、幡多圏域では 21.4%の患者が中央圏域で受療しています。

（図表 2-5-20）入院患者の受療動向（整形外科）



患者住所別患者数

県計	幡多	高幡	中央	安芸
1,179	103	126	864	86
(1,584)	(153)	(148)	(1,145)	(138)

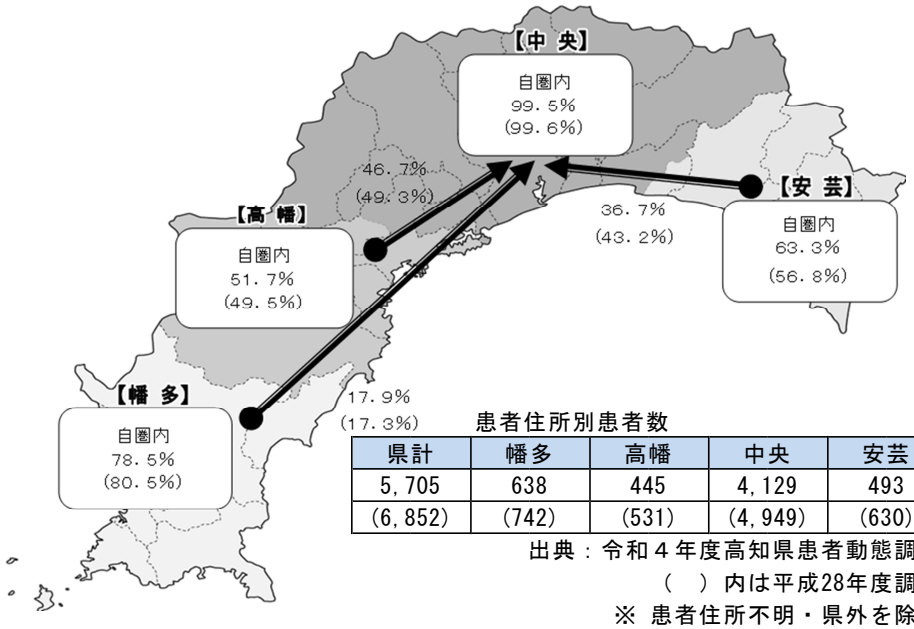
出典：令和４年度高知県患者動態調査
（　）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

（４）病床別の患者の受療動向

患者の受療動向を病床別に見ると、一般病床では、安芸圏域 36.7%、高幡圏域 46.7%、幡多圏域 17.9%の患者が中央圏域で受療しています。安芸圏域においては平成 28 年から、6.5%自圏域内での受療が増加しています。

また、療養病床では、安芸圏域 39.8%、高幡圏域 24.8%の患者が中央圏域で受療しています。

（図表 2-5-21）一般病床の受療動向

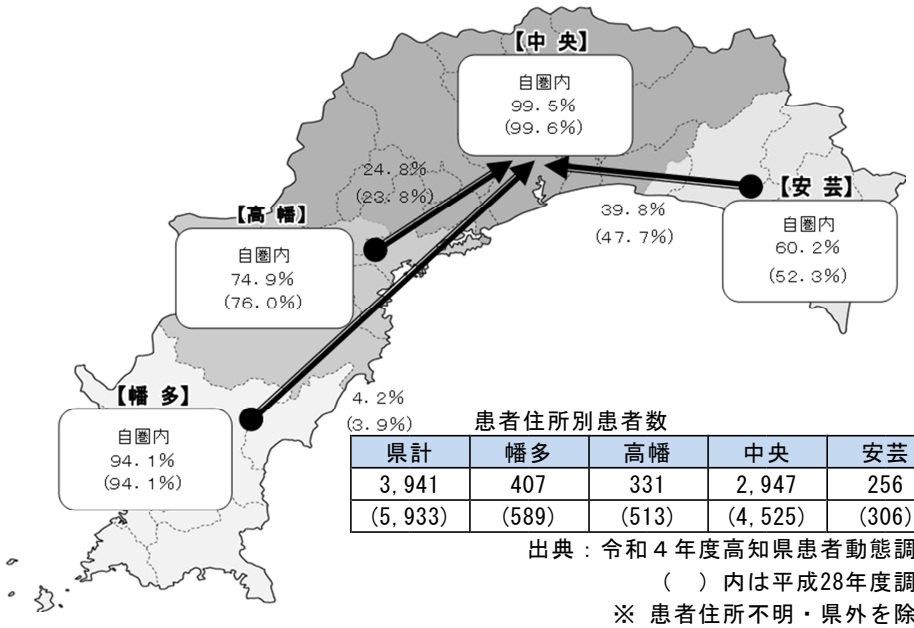


患者住所別患者数

県計	幡多	高幡	中央	安芸
5,705	638	445	4,129	493
(6,852)	(742)	(531)	(4,949)	(630)

出典：令和４年度高知県患者動態調査
（ ）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

（図表 2-5-22）療養病床の受療動向



患者住所別患者数

県計	幡多	高幡	中央	安芸
3,941	407	331	2,947	256
(5,933)	(589)	(513)	(4,525)	(306)

出典：令和４年度高知県患者動態調査
（ ）内は平成28年度調査
※ 患者住所不明・県外を除く

第３章　保健医療圏と基準病床

第１節　保健医療圏

本県は、医療施設や医療従事者などの医療機能が高知市を中心とした県の中央部に集中しており、県下の医療提供体制においては、郡部と、県の中央部では大きな格差があります。

こうした状況の中、県民がそれぞれの地域で安心して保健・医療を受けられる体制を整備するためには、地域のニーズに沿った医療サービスを効率的に提供することが必要です。

そのため、地理的条件や自然的条件、日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件などを踏まえ、限られた医療資源を有効に活用し、医療連携を推進するうえでの地域単位として、また、医療とともに県民の健康に密接に関連する保健分野の提供の単位として、「保健医療圏」を設定します。

１　保健医療圏の区分

保健・医療のそれぞれのサービスの機能により、次の区分とします。

（図表 3-1-1）保健医療圏の種類

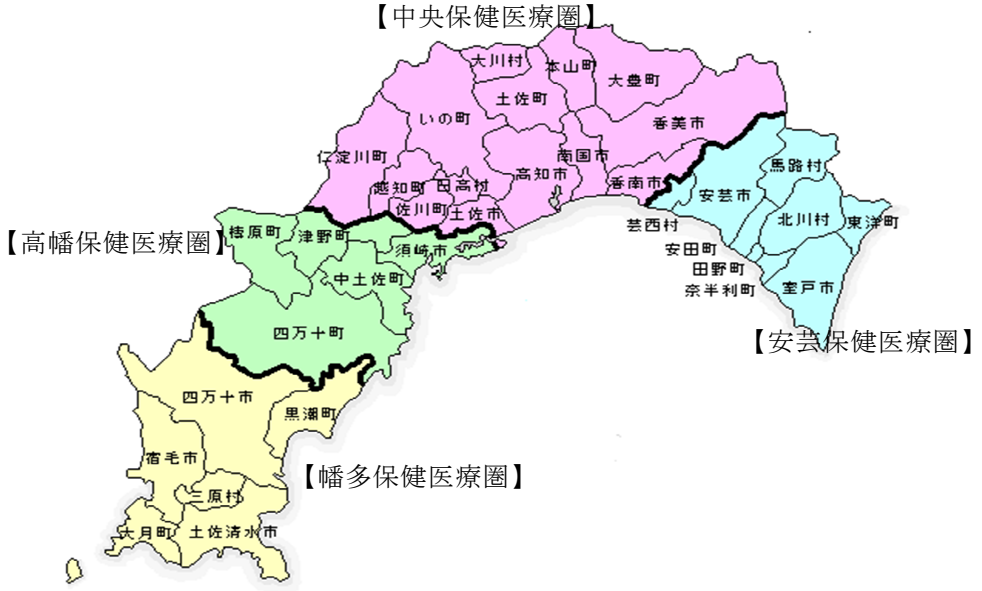
区　　分	機　　能	単　位
一次保健医療圏	県民の健康管理や一般的な疾病への対応など、県民の日常生活に密着した保健・医療サービスが行われる区域	市町村
二次保健医療圏 （医療法第 30 条の４第２項第 14 号の区域）	一体の区域として病院における入院に係る高度・特殊な医療を除いた一般的な入院医療や、治療及びリハビリテーションに至るまでの包括的な保健・医療サービスが行われる区域	圏域
三次保健医療圏 （医療法第 30 条の４第２項第 15 号の区域）	専門性の高い、高度・特殊な医療サービスが行われる区域	全県域

２　二次保健医療圏について

（１）二次保健医療圏の設定

地理的条件などの自然的条件、日常生活の需要の充足状態、交通事情などの社会的条件を考慮して、「中央保健医療圏」、「安芸保健医療圏」、「高幡保健医療圏」、「幡多保健医療圏」の４つの圏域とします。

（図表 3-1-2）高知県の二次保健医療圏



（図表 3-1-3）二次保健医療圏の構成市町村

二次 保健医療圏	構成市町村	面積 (K ㎡)	人口 (人)	人口密度 (人/K ㎡)
安芸 保健医療圏	室戸市　安芸市　東洋町　奈半利町 田野町　安田町　北川村　馬路村　芸西村	1,128.47 (15.9%)	43,666 (6.3%)	38.7
中央 保健医療圏	高知市　南国市　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	3,008.38 (42.3%)	516,816 (74.7%)	171.8
高幡 保健医療圏	須崎市　中土佐町　檮原町　津野町 四万十町	1,405.00 (19.8%)	50,797 (7.4%)	36.2
幡多 保健医療圏	宿毛市　土佐清水市　四万十市　大月町 三原村　黒潮町	1,561.06 (22.0%)	80,248 (11.6%)	51.4
合　　計		7,102.91 (100.0%)	691,527 (100.0%)	97.4

出典：令和２年国勢調査（総務省統計局）、令和５年全国都道府県市区町村別面積調(国土交通省国土地理院)

（２）二次保健医療圏の設定の考え方

令和５年３月 31 日付医政発 0331 第 16 号厚生労働省医政局長通知「医療計画について」では、第７期医療計画に引続き、「人口規模が 20 万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合が20%未満かつ推計流出入院患者割合が 20%以上」となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要とされています。

この基準に照らした場合、本県の既設の二次保健医療圏では、安芸保健医療圏と高幡保健医療圏がこれに該当しますが、次の理由により、本県の二次保健医療圏は既設の圏域のとおりとします。

ア　既設の圏域は、日常的な生活圏や他の行政圏を基に設定されており、人口や入院流出入の割合を基に分割や合区を行うと、住民の生活実態や医療連携体制の上で著しい支障が生じる恐れがあり、適切ではないこと。特に、近い将来発生が予測される南海トラフ地震への対策においては、福祉保健所や保健所単位での災害時の救護体制を強化することが重要であり、この体制の変更は実態と大きくかけ離れること。

イ　２つ以上の既設圏域を合わせて１つの圏域とする場合、中山間地域が広く人口が少ない本県では、一極集中している高知市を含んだ圏域の面積が広大となり、同一圏域の基幹病院へのアクセスが２時間以上かかる地域が相当数発生すること。

ウ　安芸保健医療圏においては､平成 26 年４月から県立あき総合病院が新体制で始動して以降、医師の確保や診療体制の強化が図られ地域医療が充実し、前回計画策定時と比較し流出入院患者割合が減少していること。

エ　高幡保健医療圏については、圏域の核として救急医療・災害医療を含めた医療提供を行っている公立病院及び民間病院を中心とした病病連携・病診連携の推進や、地域で不足している医療の充足に向けて、行政、医療機関及び関係団体が緊密な連携を図り、圏域内の医療提供体制を確保しており、前回計画策定時と比較し流出入院患者割合が大きく変化していないこと。

なお、本県面積の約４割、人口の約７割を占める中央保健医療圏にあっては、同一圏内にあっても地域による病床数の大きな偏りが生じている状態であるため、県は、圏内の病床の移動によって高知市などの都市部への更なる病床集中を来たさないような対応を講じます。

＜ 参 考 ＞

○既設保健医療圏と同一圏域の行政圏の例

「保健福祉圏」

高齢者保健福祉計画における保健福祉サービスの水準の確保や介護保険の対象となるサービス量の見込みを定めるための単位。

「構想区域」

地域医療構想における必要病少数の推計や地域医療構想調整会議の設置するための単位
※保健医療圏と構想区域は一致が原則（平成 29 年 3 月 31 日厚生労働省医政局長通知より）

○既設保健医療圏より細分化された圏域である行政圏の例

「広域市町村圏」

交通・通信手段などの発達に伴い、通勤、通学、レクリエーションなどの住民の日常生活圏が市町村の枠を越えて広域化して形成されていることから､その地域内の共通の課題を解決するために設定された区域。

○既設保健医療圏より大きな圏域の行政圏の例　　なし

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えている地域（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 3-2-1）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 3-2-2）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	２，７４７	３，５３４	７８７

（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 3-2-3）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) （令和５年 12 月１日現在）	(B)－(A)
結核病床	２６	７５	４９

（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 3-2-4）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) （令和５年 12 月１日現在）	(B)－(A)
感染症病床 （第１種） （第２種）	１１ （２） （９）	１１ （２） （９）	０ （０） （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り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

＊「在宅医療等対応可能数」が大きくなり、「療養病床の基準病床数」が０となる地域がありますが、国の示す算式により、基準病床数の算定のために全国一律に算出される数値であり、その地域に療養病床が必要ないことを示すものではありません。

＜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」＝【（令和８年における入院患者数推計値）＋（令和８年における回復期入院患者数推計値）＋｛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）｝×（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）＋｛令和８年における慢性期入院患者数推計値（認知症）｝×（認知症施策の推進等に関する政策効果）＋（流入入院患者）－（流出入院患者）】÷（病床利用率（国の告示0.95））

（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。

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

（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。

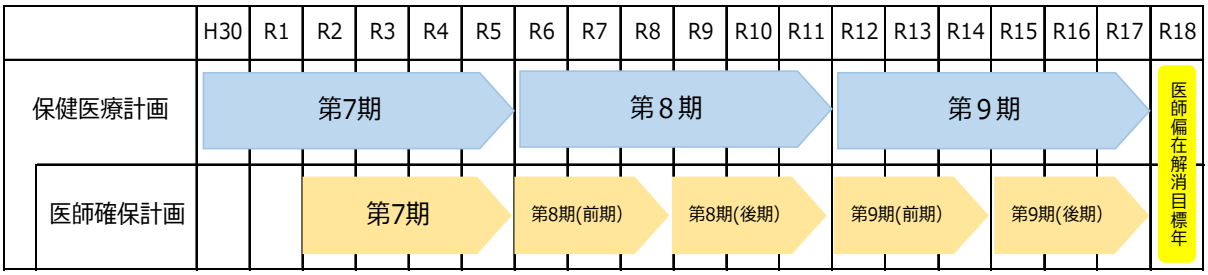
改正法に基づき、国において全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的、これまでより客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、都道府県においては、三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正に資する医師確保対策等について、都道府県においては、三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正に資する医師確保対策等を、医療計画の中に新たに「医師確保計画」として平成 31 年度中に策定することとなり、本県おいては、医療計画の一部として「医師確保計画」を平成 31 年度に策定しました。

なお、第８期医師確保計画については、第８期保健医療計画に追加し策定することとし、「第４章　第１節　医師」の項目と合わせて記載しています。

２　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



3　計画の全体像

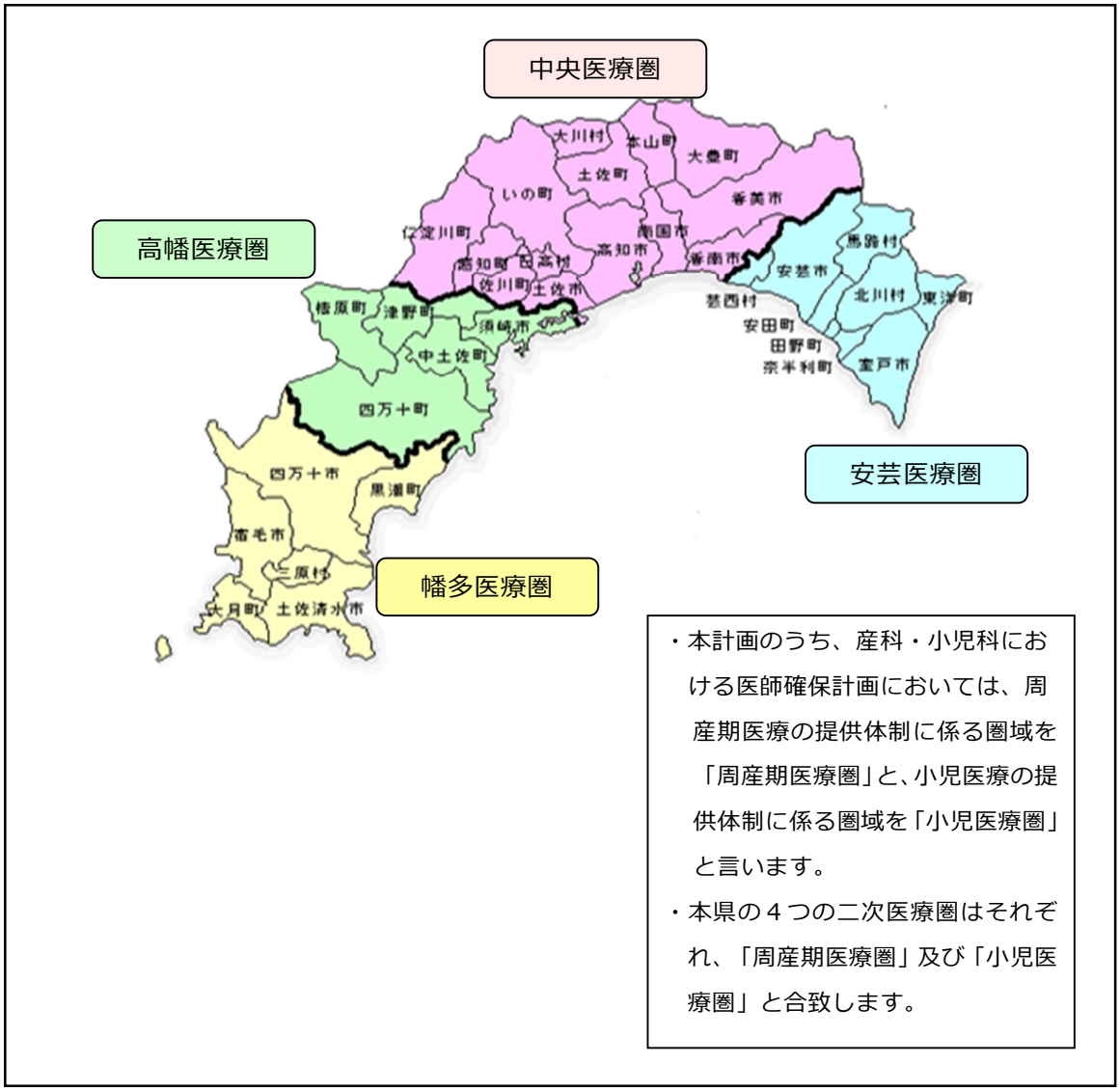
本計画では、厚生労働省令に基づき算出した「医師偏在指標」に基づき、県内の二次医療圏を「医師少数区域」、「医師多数区域」として設定し、それぞれの「医師確保の方針」と「目標医師数」を定めたうえで、「医師確保に向けた取組」を記載します。

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。

4　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



・本計画のうち、産科・小児科における医師確保計画においては、周産期医療の提供体制に係る圏域を「周産期医療圏」と、小児医療の提供体制に係る圏域を「小児医療圏」と言います。

・本県の４つの二次医療圏はそれぞれ、「周産期医療圏」及び「小児医療圏」と合致します。

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みて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。

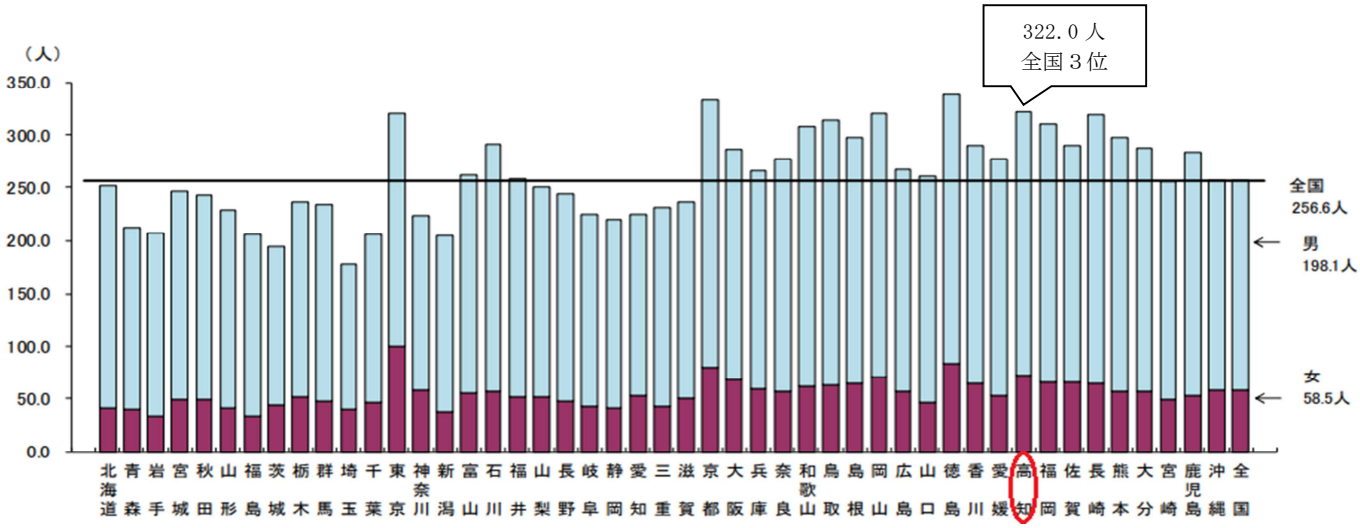
一方、女性医師も増加しており、出産や育児等のライフステージに応じた多様な働き方への支援が必要となります。

（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

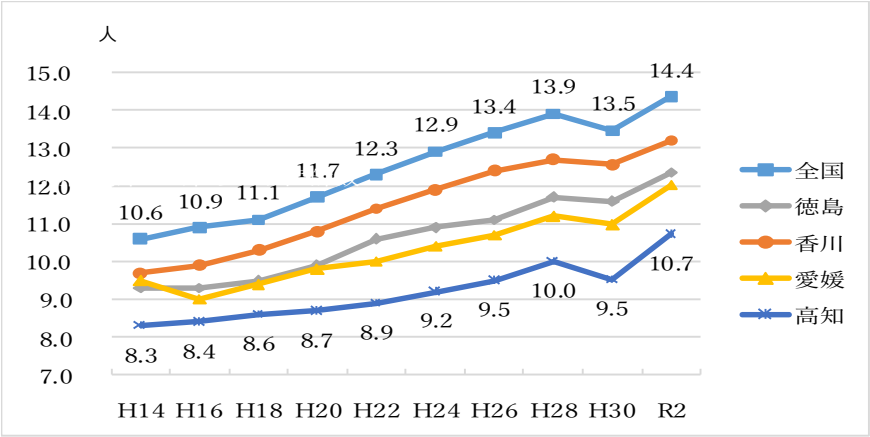
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査・統計（厚生労働省）

（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）

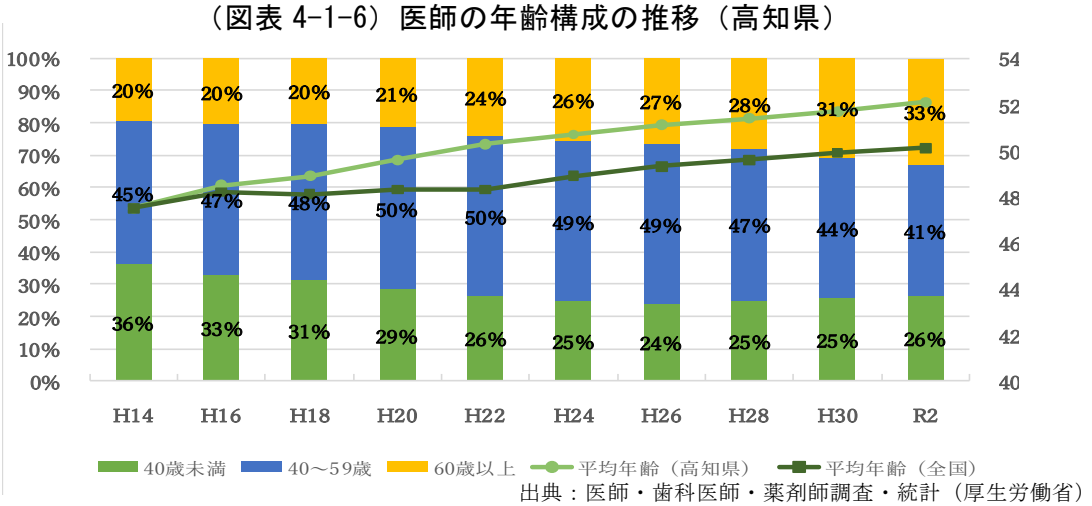
（図表 4-1-5）病院病床 100 床あたり医師数



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。

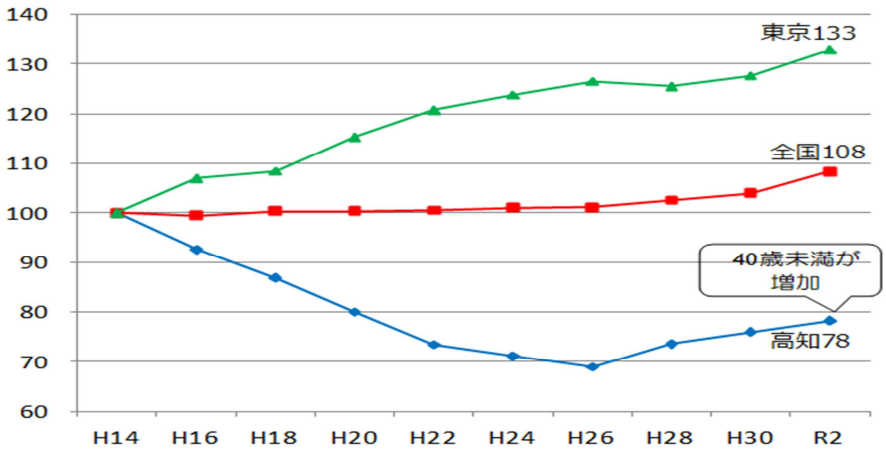
（図表 4-1-7）医療機関に従事する 40 歳未満の医師数

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

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査・統計（厚生労

（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

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～R 2 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。

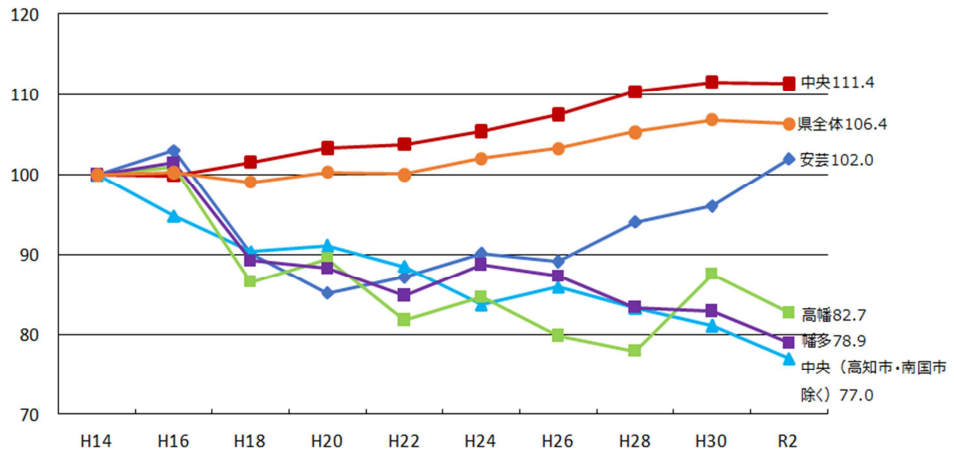
単位：人

（図表 4-1-9）二次医療圏ごとの医師数

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）

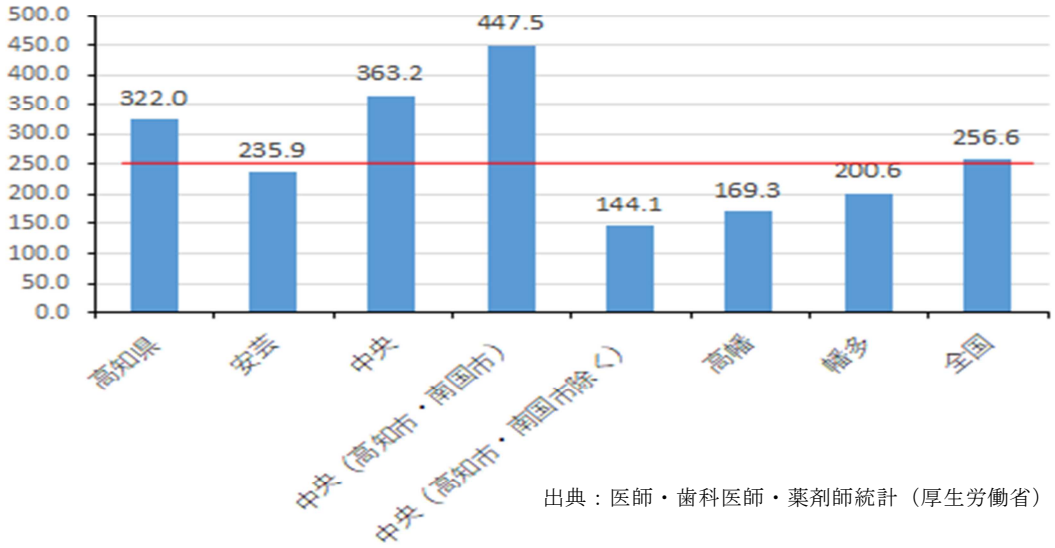
（図表 4-1-10）二次医療圏別医師数の推移（H14 年を 100 として）



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みると、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）



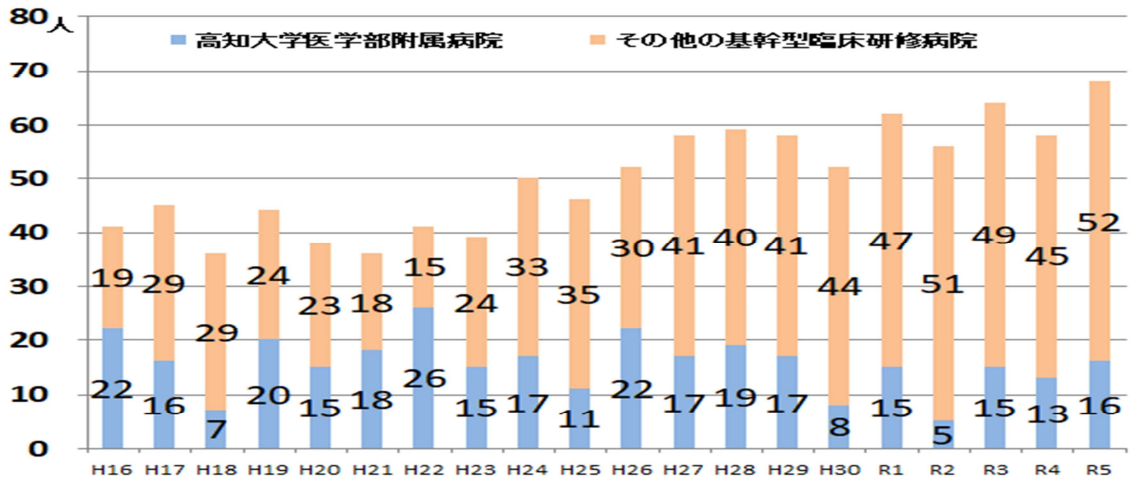
出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

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

単位：人



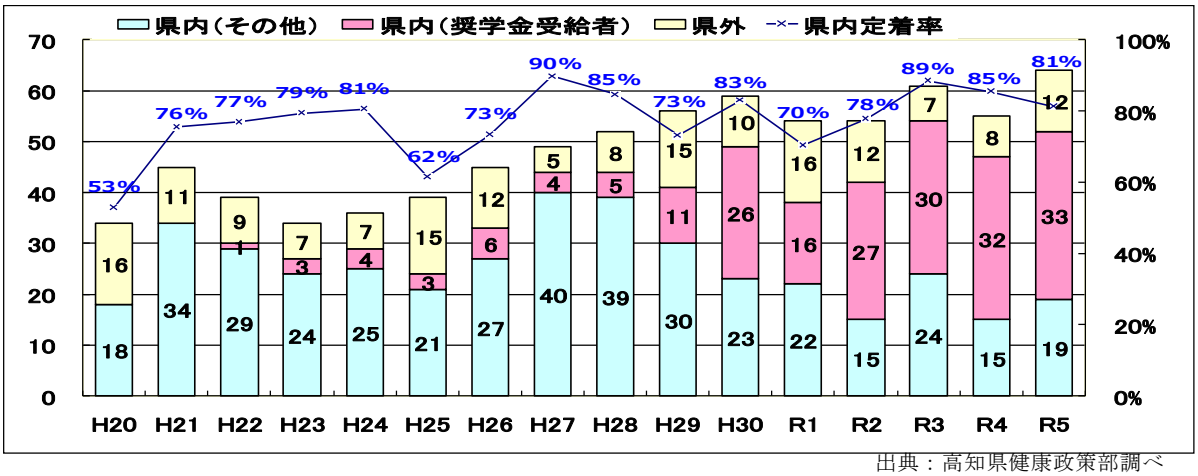
出典：高知県臨床研修連絡協議会

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

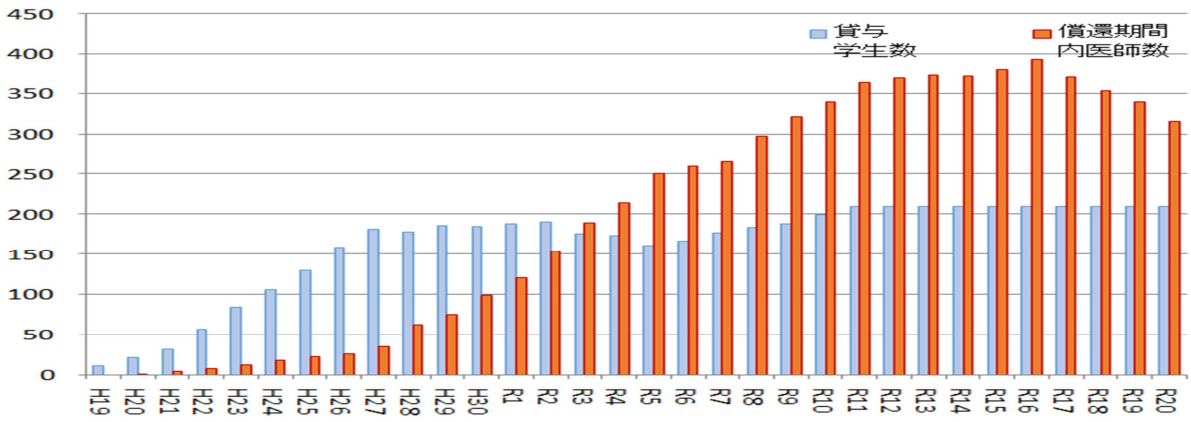
基本領域	内科	小児科	外科	整形外科	産婦人科	救急科	皮膚科	精神科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理科	臨床検査科	形成外科	リハビリテーション科	総合診療科	合計
H30	8	2	1	5	3	3	2	5	3	1	2	3	1	4	1	0	1	0	5	50
R1	16	0	3	2	2	2	0	3	0	0	4	3	1	0	0	0	1	0	0	37
R2	11	2	3	3	1	2	3	2	3	2	1	4	2	4	1	－	－	0	0	45
R3	18	2	6	3	1	2	2	1	2	1	4	4	4	7	1	－	－	0	1	59
R4	17	3	3	4	3	6	3	6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

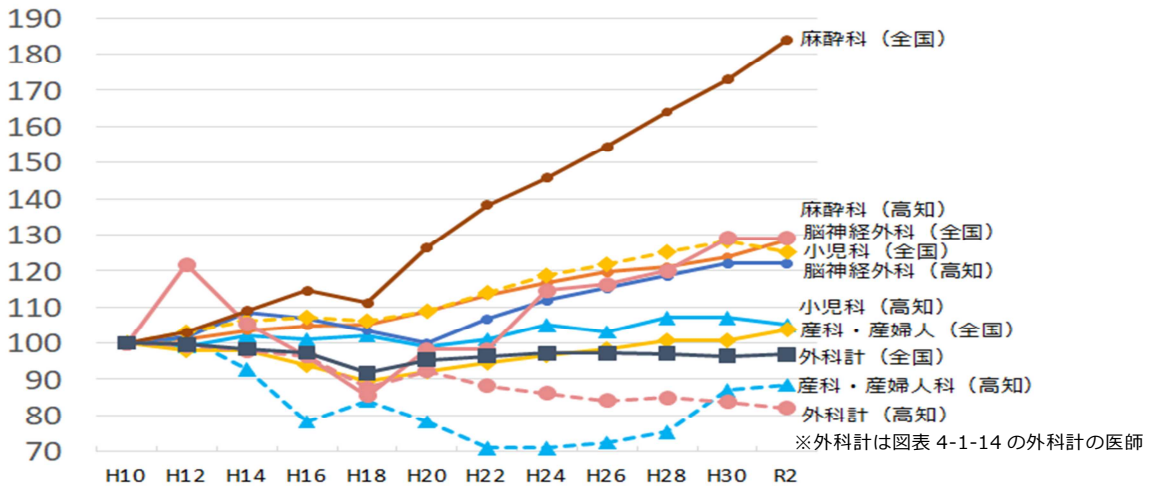
年	総数	皮膚科	小児科	精神科	泌尿器科	眼科	耳鼻いんこう科	産科＋産婦人科	婦人科	リハビリテーション科（理学診療科）	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査科	救命救急	＊5 その他診療科	研修医
H10	2,011	44	99	111	56	80	57	69	5	14	39	55				42	
H12	2,041	50	98	115	59	87	59	70	6	14	41	67				31	
H14	2,094	49	101	122	60	93	56	64	9	18	47	58				58	
H16	2,099	45	100	122	60	86	58	54	18	20	47	53				88	
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
H20	2,100	50	98	124	57	78	58	54	14	17	49	54	11	2	16	23	81
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）
＊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）
＊３その他外科（小児外科、肛門科、気管食道科）
＊４その他外科（小児外科、肛門外科、気管食道外科、乳腺外科）
＊５その他診療科（性病科、全科、その他、不詳）
＊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）



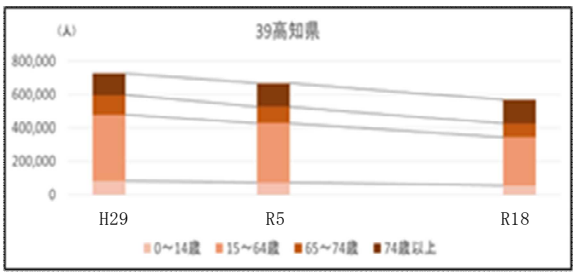
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査・統計（厚生労働省）

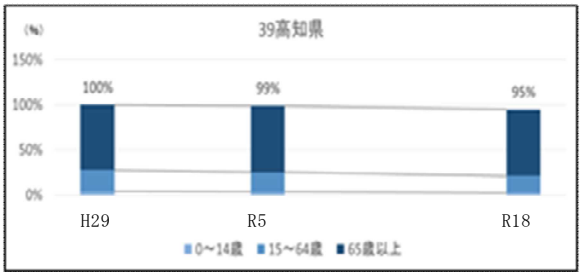
6　将来の人口推計と医療需要の状況

（1）県全体

県全体の人口は平成 29 年から令和 18 年にかけ 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





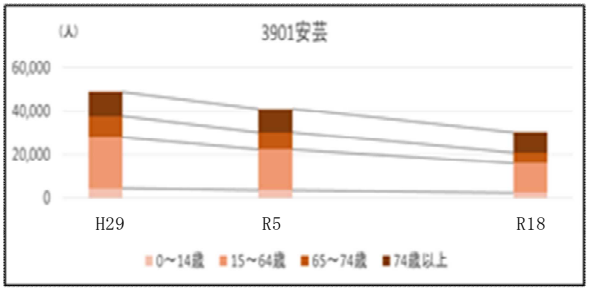
※医療需要は全国における性年齢階級別受療率と当該地域の性年齢別人口を乗じた数値であり、マクロ需給推計の考え方と異なる方法で算出されています。

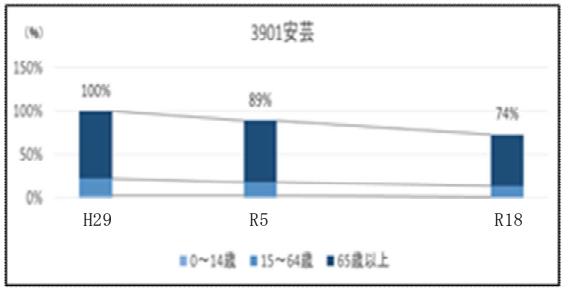
（2）二次医療圏

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

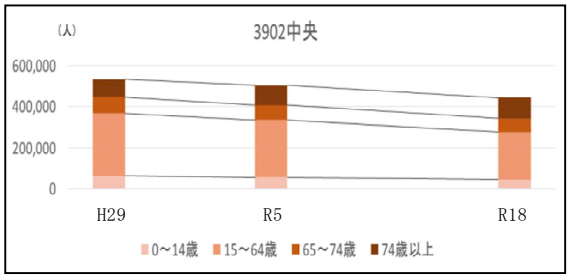


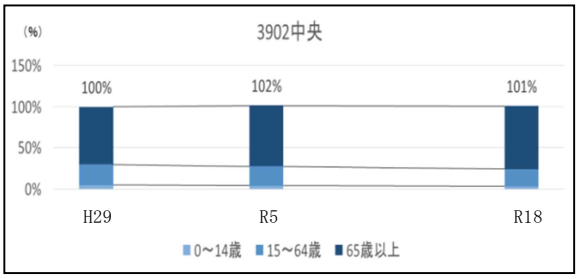


イ　中央医療圏

人口は減少していきますが、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。

将来人口　（図表 4-1-20）　医療需要

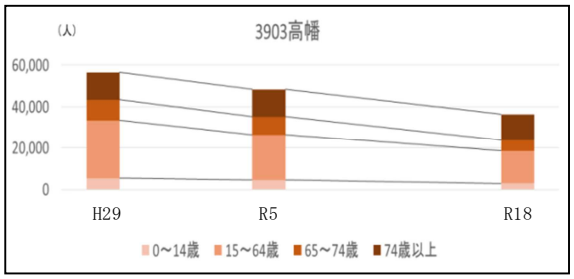


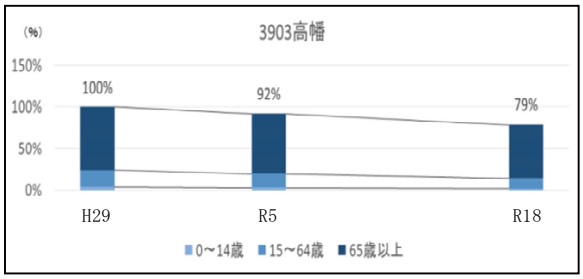


ウ　高幡医療圏

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。

将来人口　（図表 4-1-21）　医療需要

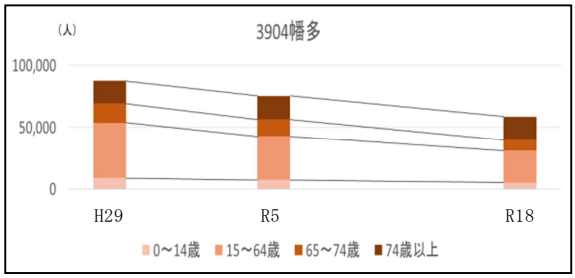


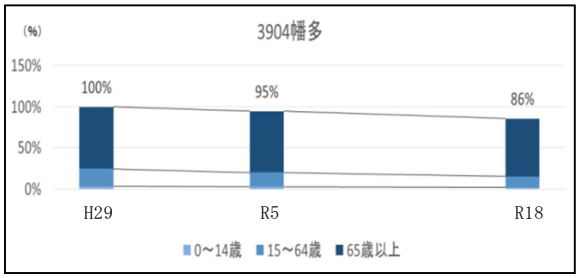


エ　幡多医療圏

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。

将来人口　（図表 4-1-22）　医療需要





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とのことから、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

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数(※１)}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比(※２)}}$$

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

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

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

（※４）地域の入院医療需要＝ （Σ 全国の性・年齢階級別入院受療率 × 地域の性・年齢階級別人口） × 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＝ （Σ 全国の性・年齢階級別無床診療所受療率 × 地域の性・年齢階級別人口） × 無床診療所医療医師需要度(※6) × 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＝$\dfrac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要} \div \text{全国の無床診療所外来患者数(※7)}}{\text{マクロ需給推計における入院医師需要} \div \text{全国の入院患者数}}$

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

（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。

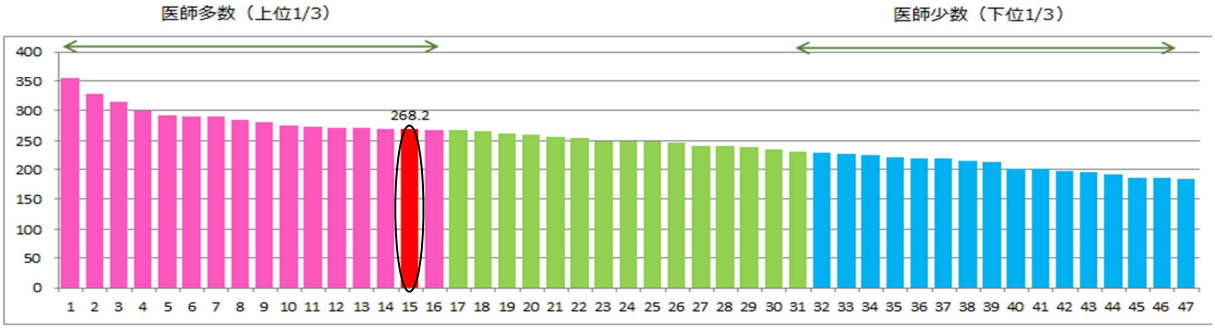
二次医療圏別では、中央医療圏が 300.3 で上位 1/3 の範囲内に位置し、幡多が 159.7 で下位 1/3 の範囲内、安芸が 206.8、高幡が 187.1 でそれぞれ中間に位置しています。なお、医師偏在指標に使用された医師数については、令和２年の数値となっています。

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。

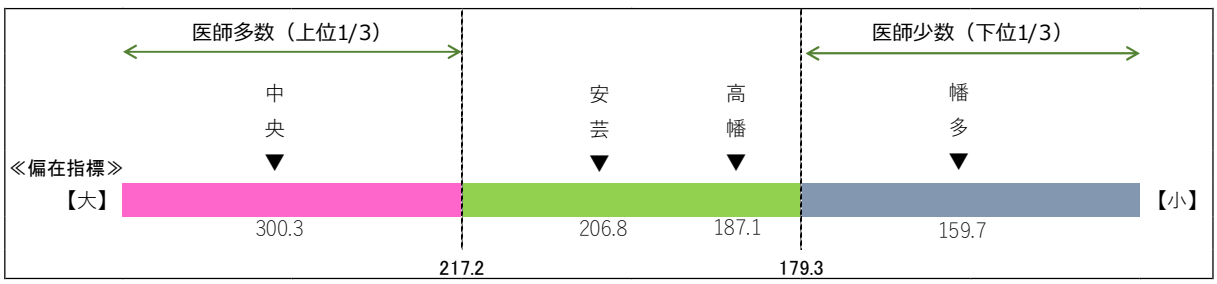
（図表 4-1-23）国が公表した医師偏在指標等

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	136/330	206.8	103	－	94
中央	40/330	300.3	1,877	－	1,516
高幡	199/330	187.1	86	－	95
幡多	267/330	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

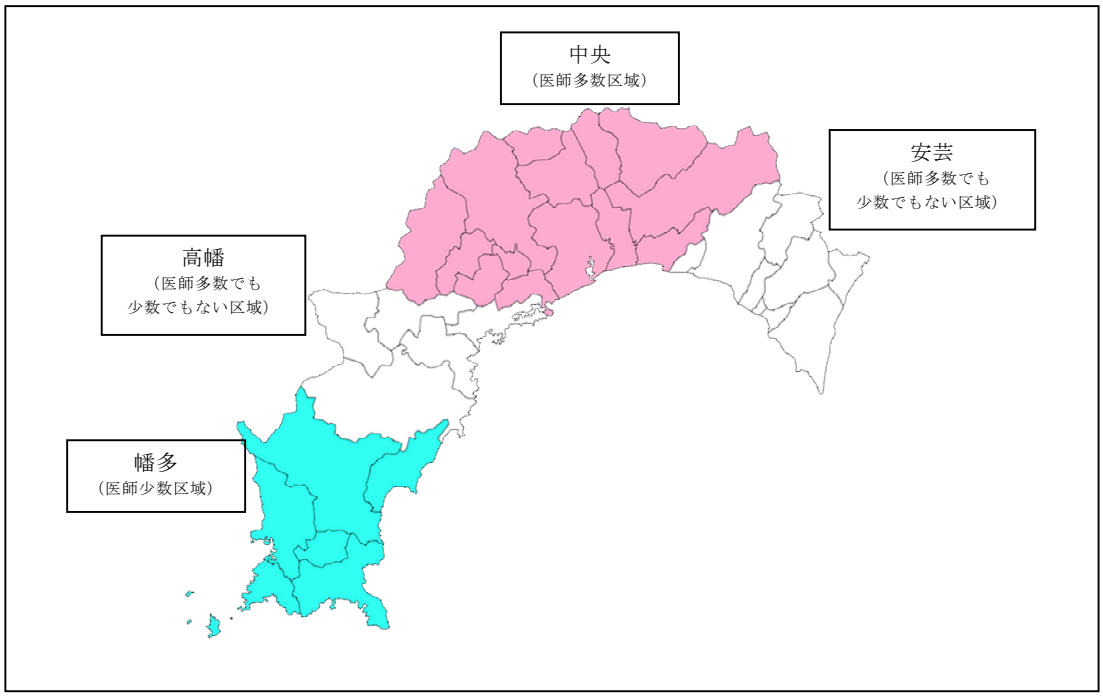
各都道府県においては、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進めるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することになります。

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」と同様に取り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。

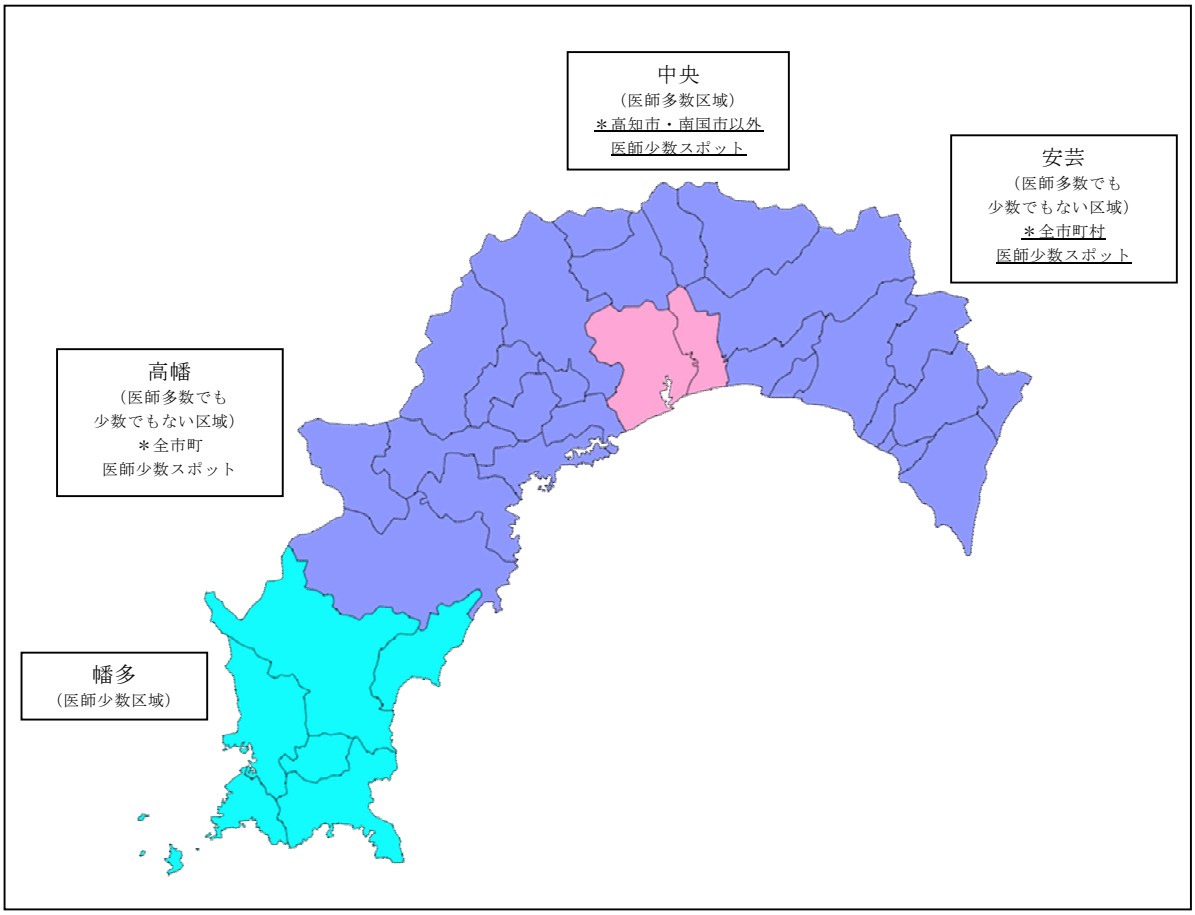
（２）医師少数スポットの指定

本県では、（１）の考え方に基づき、中央及び安芸、高幡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、檮原町、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」の考え方は図表 4-1-30 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図表 4-1-31 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年度～令和８年度）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 R2	目標医師数 R8 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 医師多数県	2,227 人	2,227 人 （1,696 人）	○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	103 人	103 人 （73 人）	○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 R2	目標医師数 R8 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	1,877 人	1,877 人 （1,025 人）	○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	86 人	86 人 （71 人）	○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。
幡多 医師少数区域	161 人	161 人 （159 人）	○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	80 人
高知大学医学部 採用医師数	47 人	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て進めます。

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

①　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に開催します。

②　県の寄附講座として開講している高知大学医学部家庭医療学講座は、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となっています。県として支援を続けることで、地域医療実習や講座主催の講義、文部科学省のポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業として採択された、地域ニーズに応える総合的な能力を有する「黒潮医療人」を養成することを目標とした黒潮医療人養成プロジェクト等を通じて、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。

③　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。

④　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、県は、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

①　県は、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。

②　県は、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。

③　県は、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。

④　県は、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

①　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。

②　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。

③　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。

④　県は、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、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。

⑤　県は、県内外の大学や（一社）高知医療再生機構とも連携し、へき地医療機関での勤務を希望する医師に対し、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）

①　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。

② （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）高知医療再生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・団体等と強力に連携して、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。

① 県内において必要とされる医師の確保に関すること
② 医師確保計画に関すること（医療法第 30 条の 23 第 2 項第 1 号）
③ 奨学金受給医師等の派遣に関すること（同第 2 項第 2 号）
④ キャリア形成プログラムに関すること（同第 2 項第 3 号）
⑤ 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こと（同第 2 項第 4 号）
⑥ 専門研修の内容に関すること（同第 2 項第 5 号、医師法第 16 条の 10 第 4 項）
⑦ 高知大学の地域枠の設定に関すること（医療法第 30 条の 23 第 2 項第 6 号）
⑧ 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こと（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）
⑨ 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こと
⑩ 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こと

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目指した以下の事業を実施します。

① 県内の医師等の研修環境の改善活動への支援
② 県内の医師等の資質向上活動への支援
③ 県内臨床研修病院の研修医増加に資する事業
④ 県内の地域医療に関する調査研究
⑤ 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
⑥ 医師を募集する医療機関に関する情報の提供
⑦ 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
⑧ 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。

① 女性医師からの相談対応
② 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。

① 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
② 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
③ 若手医師や医学生からの相談対応
④ 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
⑤ Young Medical Doctors Platform（若手医師やＩ・Ｕターン医師の組織）の運営
⑥ 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。

① 医療機関や医師からの相談対応
② 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
③ 勤務環境改善マネジメントシステムの導入支援
④ 勤務環境改善に資する研修及び啓発の実施
⑤ 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

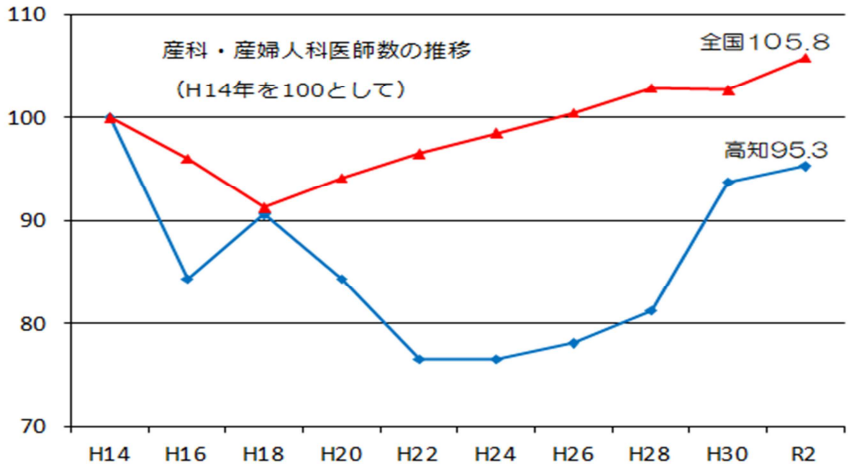
本県における産科・産婦人科に従事する医師数は、近年は増加傾向にあります。令和２年の出生千人当たりの産科・産婦人科医師数は、14.9 人（全国 13.9 人）と全国よりも高い水準となっていますが、中央保健医療圏に集中している状況です。

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	17	7	10	1	－	5	9※1	－	－	1	1
R2.4	13	7	6	1	－	5	6	－	－	1	1
R4.4	12	7	5	1	－	5	4	－	－	1	1
R5.4	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
H28	5,269	4,779	102	217	4,555	4,048	612	514
R1	4,067	4,270	124	190	3,405	3,641	538	439
R4	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）分娩取扱医師偏在指標、相対的産科医師少数区域の状況

「分娩取扱医師偏在指標」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。

＜分娩取扱医師偏在指標の算出方法＞

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数（※）}}{\text{分娩件数} \div 1000\text{ 件}}$$

$$\text{（※）標準化分娩取扱医師数} = \Sigma \left[\text{性年齢階級別分娩取扱医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}} \right]$$

産科は、相対的に産科医師が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。

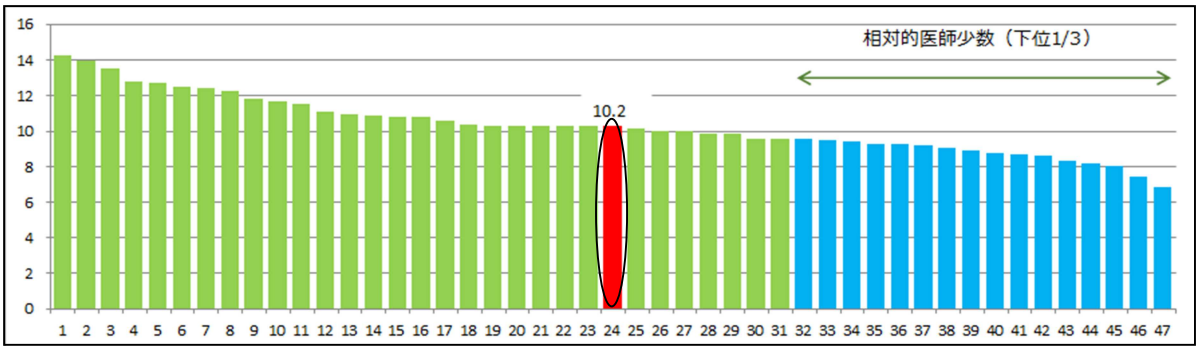
本県は、県全体としては相対的産科医師少数県に該当しません。ただし、高幡周産期医療圏は分娩取扱施設がなく分娩件数がゼロであるため医師偏在指標の算出ができませんが、絶対的産科医師不足区域とも言うべき相対的産科医師少数区域に相当します。

（図表 4-1-37）国が公表した医師偏在指標等

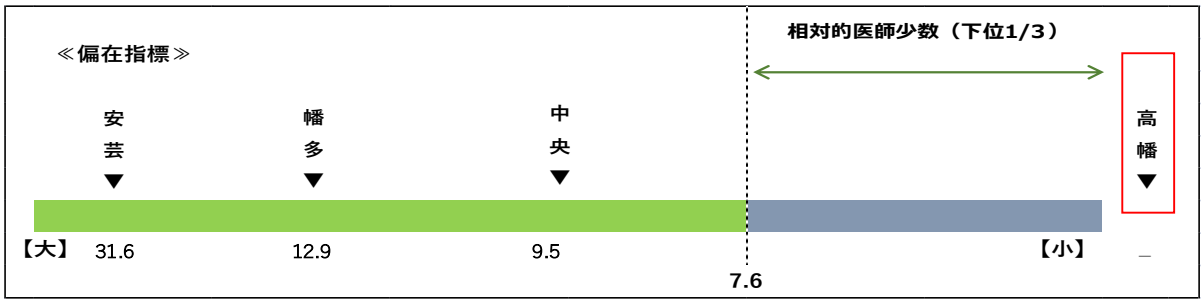
周産期医療圏	医師偏在指標	全国順位	相対的医師少数	R2年医師数	R8年産科偏在対策基準医師数*
高知県	10.2	24/47	非該当	61	37
安芸	31.6	6/263	非該当	3	1
中央	9.5	118/263	非該当	52	27
高幡	－	－	－	0	－
幡多	12.9	47/263	非該当	6	3

＊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、県全体としては相対的産科医師少数県には該当しないながらも、高幡周産期医療圏を相対的産科医師少数区域に設定し、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年度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

①　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、「こうちの医療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。

②　県は、産科医師の分娩手当に対する助成を継続します。

③　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

①　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。

②　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。

③　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

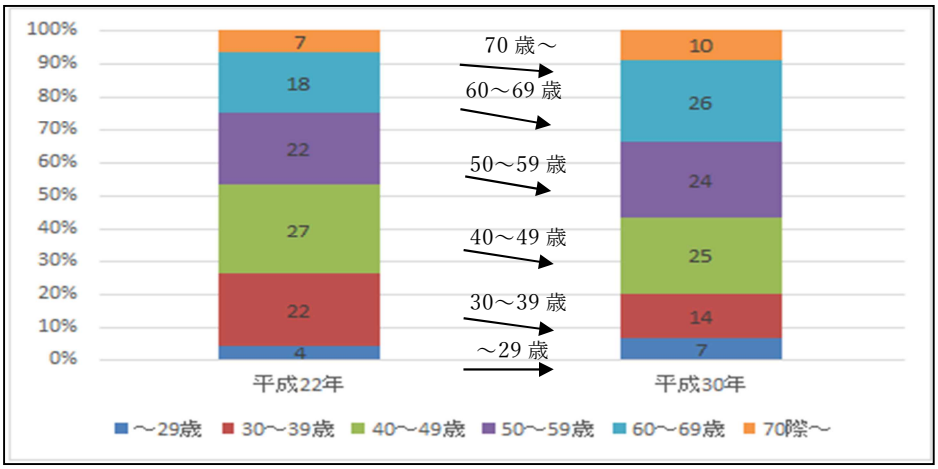
年		病院	診療所
H22	平均年齢	45.2	58.8
	人　数	66	34
H24	平均年齢	46.8	60.6
	人　数	67	37
H26	平均年齢	47.3	62.7
	人　数	67	35
H28	平均年齢	46.6	64.6
	人　数	73	33
H30	平均年齢	48.3	66.1
	人　数	67	39

（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人などとなっており、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。

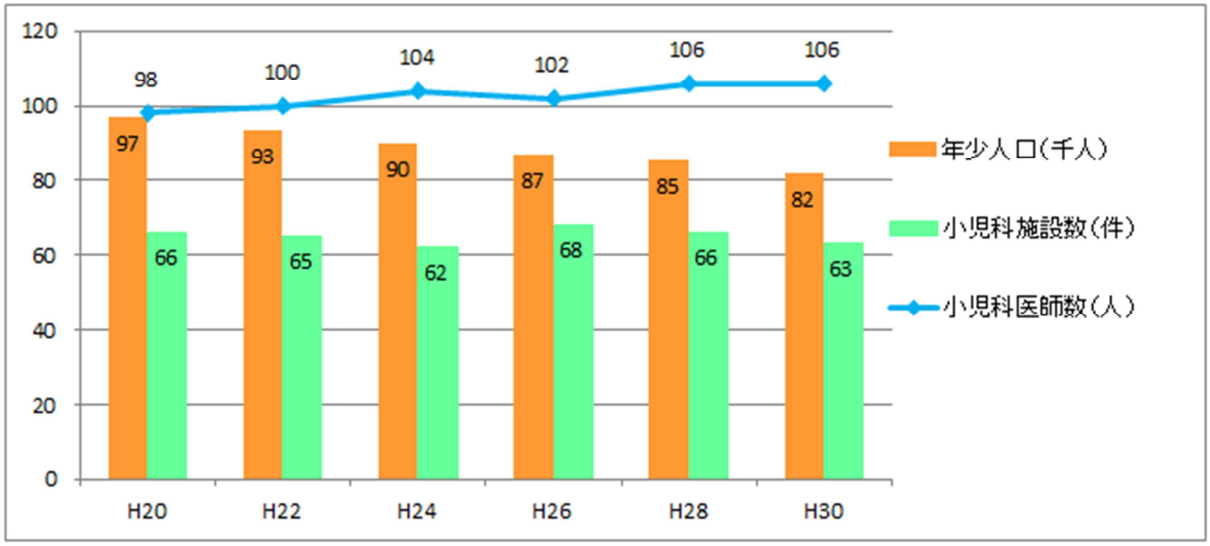
（図表 4-1-45）認定医の小児医療圏別状況（重複計上あり）※

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

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

小児科は、相対的に小児科医師が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。

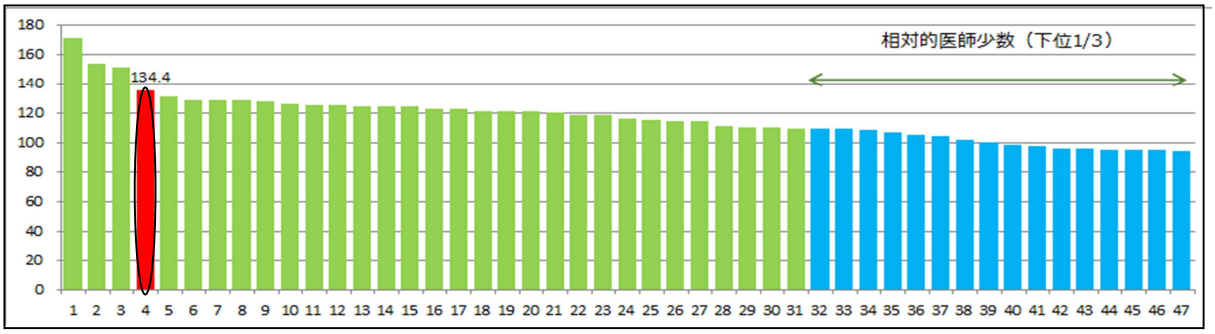
しかしながら、医師偏在指標は、全国一律の基準で機械的に算出されたものであり、本県のように県土が広く東西が長いうえに中山間地域が多いなどの地理的な要因やそれに伴う医療機関へのアクセス性等が考慮されておらず、この数値をもって本県の小児科医師数が充足していると評価することは困難です。

（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	4/303	非該当	3	1
中央	122.5	93/303	非該当	84	54
高幡	219.8	2/303	非該当	4	1
幡多	173.7	11/303	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、小児科医師が多い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が、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

①　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。

②　県は、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。

③　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

①　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。

②　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

県は、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「(一社) 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

県は、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。

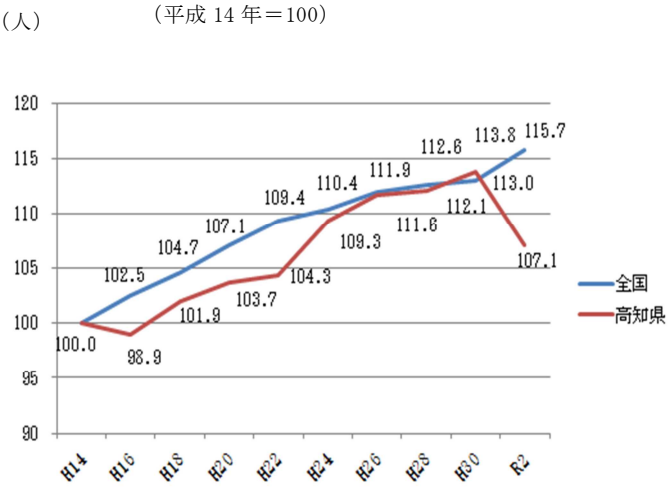
現状と課題

１　歯科医師の状況

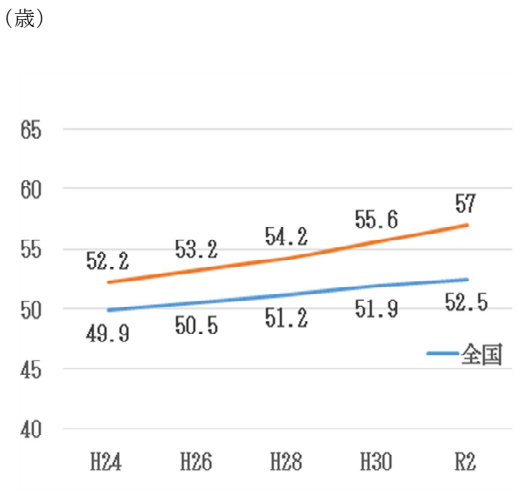
令和２年度 医師・歯科医師・薬剤師統計により届出のあった本県の歯科医師数は、497人であり、平成 30 年度まで増加していた歯科医師数が減少に転じています。人口 10 万人当たりでは 71.9 人と全国平均の 85.2 人を下回ってはいるものの、本県と同様に歯科医師の養成施設がない中四国の各県とほぼ同様の水準です。保健医療圏別にみると安芸 27 人、中央 387 人（高知市 279 人）、高幡 28 人、幡多 55 人となっており、中央圏域（高知市）を除く中山間地域には歯科医師が少ない状況にあります。

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、妊娠期においては早産・低出生体重児を出産するリスクに歯周病が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。加えて、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。さらに、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。

また、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

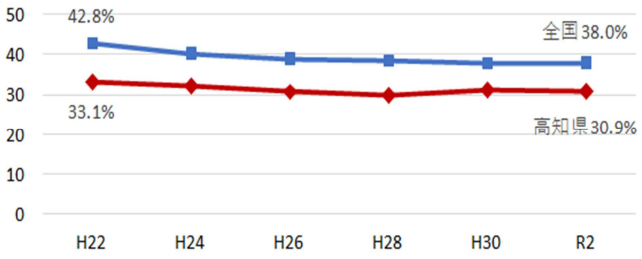
（１）薬剤師

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

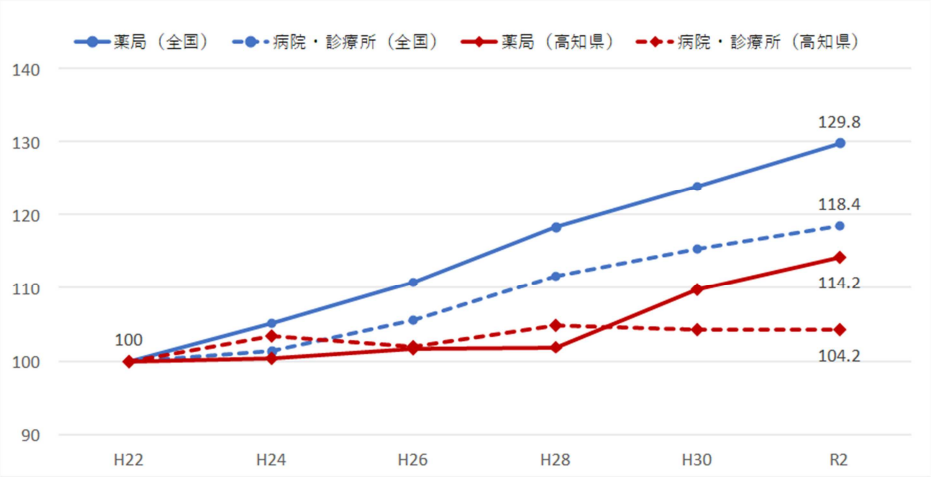


出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

（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）

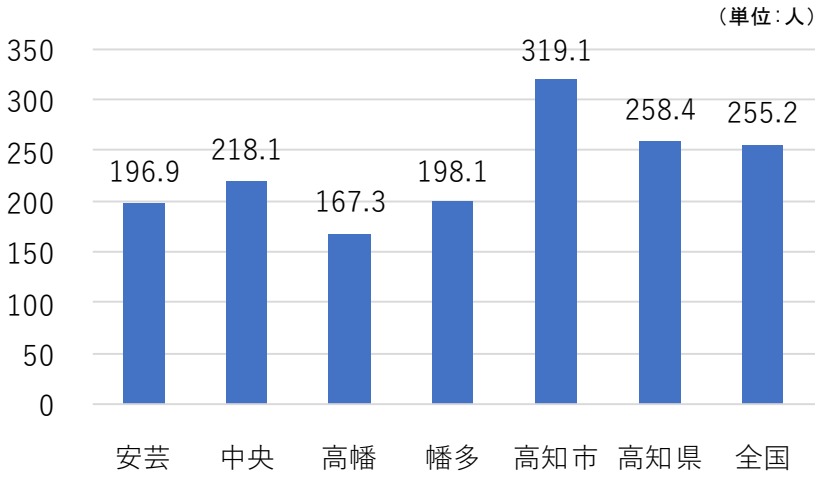


出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

（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）



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（注1）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（注2）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修得する段階から、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。

（注１）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２）セルフメディケーション：「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」世界保健機構（ＷＨＯ）の定義

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

県は、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

県は、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

県は、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修得とともに、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

県は、急性期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

県は、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

県は、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修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、県は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

○　病院薬剤師を確保します。（区分：Ｓ）

○　若手薬剤師（40 歳未満）を確保します。（区分：Ｓ）

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４節　看護職員

第１　看護師・准看護師

看護師・准看護師（以下「看護師等」という。）は、医療の高度化や在院日数の短縮化、医療安全に対する意識の高まりなど、患者側からの医療需要が増大・多様化しており、また、高度化・専門化する医療においてチーム医療を行う一員として、その役割が増大しています。

このため、看護師等の量的確保とともに、資質向上が求められています。

また、全国に先駆けて高齢化が進む本県では、より一層看護師等の活動の場の拡大が求められており、特に中山間地域などでの看護師等の確保に積極的に取り組む必要があります。

現状と課題

１　就業状況

（図表 4-4-1）高知県の看護師等の就労場所の状況　　単位：人

場所／職種	病院	診療所	助産所	訪問看護ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	保健所市町村	その他	合計
看護師	8,322	893	1	437	1,038	387	83	232	11,393
准看護師	1,196	619	0	33	709	181	12	7	2,757
合計	9,518	1,512	1	470	1,747	568	95	239	14,150
構成比	67.3%	10.7%	0.0%	3.3%	12.3%	4.0%	0.7%	1.7%	100%

出典：令和４年衛生行政報告例（厚生労働省）

本県の看護師の人口 10 万人当たりの就業者数は、1,685.4 人と全国平均を大きく上回り全国第１位です。また、准看護師の人口 10 万人当たりの就業者数は、407.8 人で全国第９位です。

（図表 4-4-2）人口 10 万人当たりの就業者数　　単位：人

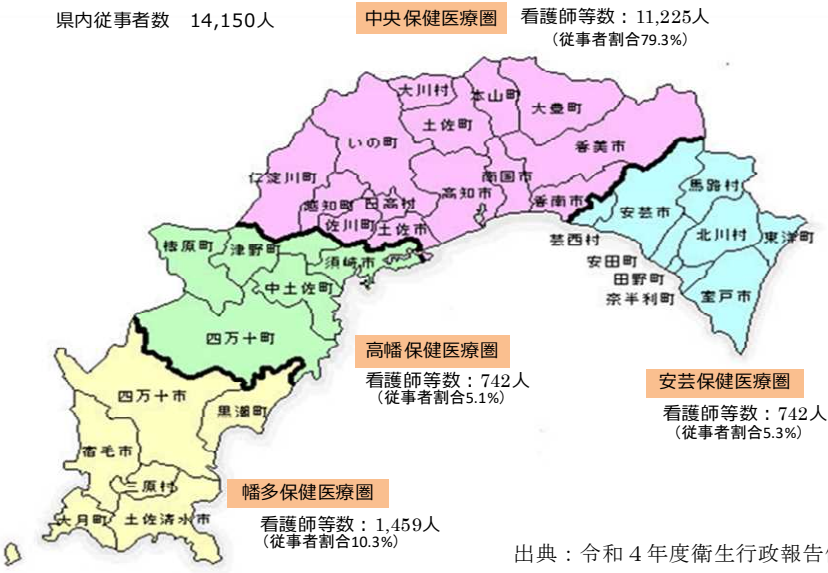
区分	看護師	准看護師	合計
高知県	1,685.4	407.8	2,093.2
全国	1,049.8	203.5	1,253.3

出典：令和４年度衛生行政報告例（厚生労働省）

100 床当たりの就業者数では、看護師が全国平均 55.8 人（常勤換算）に対して、本県は 51.3 人と全国 36 位です。また、准看護師では、全国平均 6.1 人（常勤換算）に対して、本県は 8.4 人と全国８位となっています。（出典：令和２年「医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省）

また、保健医療圏ごとの就業先では、看護師等の約８割が、中央保健医療圏に集中しており、これは高知市内に医療機関が集中していることが主な要因と考えられます。

（図表 4-4-3）保健医療圏ごとの看護師等数



出典：令和４年度衛生行政報告例（厚生労働省）

2　養成、確保、定着状況

県内には令和５年４月時点で 12 校の看護師等養成施設（以下「養成施設」という。）があり、令和５年度の入学定員数は 625 人となっています。今後、養成施設２校が閉校予定であり、入学定員数も減少する見込みです。一方で入学定員に対する充足率は、平成 28 年度の 95.5%から令和５年度には 73.3%と低下しており、看護師等を目指す人材の確保と県内定着について取組を進めて行く必要があります。

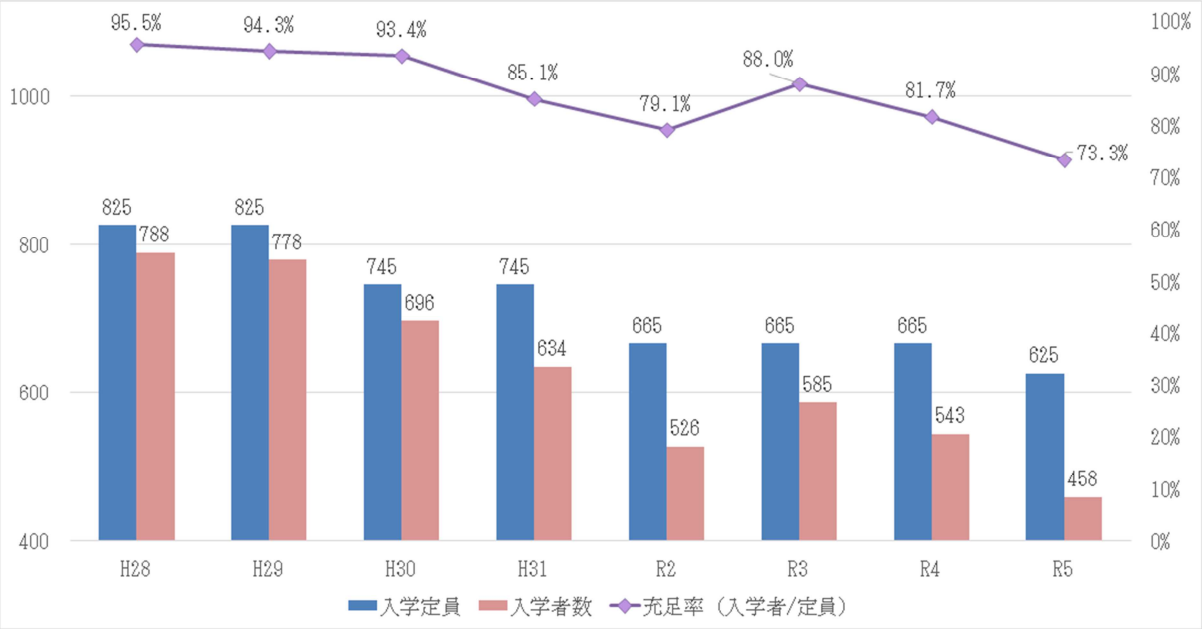
（図表 4-4-4）看護師等養成施設の入学定員数　　単位：人

養成施設名			H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度
看護師	大学	高知大学医学部看護学科	60	60	60	60	60	60	60	60
		高知県立大学看護学部看護学科	80	80	80	80	80	80	80	80
	短大	高知学園短期大学看護学科	60	60	60	60	60	60	60	60
	３年課程	国立病院機構高知病院附属看護学校（注１）	40	40	40	40	40	40	40	—
		高知県立幡多看護専門学校	35	35	35	35	35	35	35	35
		龍馬看護ふくし専門学校	60	60	60	60	60	60	60	60
		四万十看護学院（注２）	40	40	40	40	40	40	—	—
		高知開成専門学校	40	40	40	40	40	40	40	40
		近森病院附属看護学校	40	40	40	40	40	40	40	40
	２年課程	高知県医師会看護専門学校	80	80	80	—	—	—	—	—
	５年一貫	高知県立高知東高等学校	30	30	30	30	30	30	30	30
		高知中央高等学校	160	160	160	160	160	160	160	160
准看護師		高知県医師会准看護学院	80	—	—	—	—	—	—	—
		清和准看護学院	20	20	20	20	20	20	20	20
合　計			825	745	745	665	665	665	625	585

（注１）令和８年３月末閉校予定
（注２）令和７年３月末閉校予定

出典：看護系学校状況調査（高知県医療政策課）

（図表 4-4-5）看護師等養成施設の入学者の推移



出典：看護系学校状況調査（高知県医療政策課）

県内の養成施設を卒業して就職した者について、その就職先（県内の医療機関）を保健医療圏ごとに見ると、約８割が中央保健医療圏に、特に６割以上が高知市内に就職しています。依然として中央圏域以外への就職割合は低く、新卒者が確保しにくくなっています。

また、県内就職率について養成施設全体では６割を維持していますが、課程別にみると県外出身者の多い大学では令和４年度で３割を切る状況となっており、今後、県内で養成した看護師等の県内定着について取り組みを進めて行く必要があります。

（図表 4-4-6）看護師等養成施設新卒者（注 3）の保健医療圏ごとの就業状況

年度	H30		R1		R2		R3		R4		合計	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
安芸	21	5.0	16	4.0	12	3.7	16	4.9	20	7.0	85	4.8
中央（高知市除く）	87	20.9	94	23.5	59	18.0	66	20.1	43	15.1	349	19.9
高知市	279	67.1	248	62.0	220	67.1	217	66.2	182	64.1	1146	65.3
高幡	12	2.9	27	6.8	14	4.3	10	3.0	17	6.0	80	4.6
幡多	17	4.1	15	3.8	23	7.0	19	5.8	22	7.7	96	5.5
県計	416		400		328		328		284		1,756	

（注 3）　看護師・准看護師として就業した者　　出典：看護系学校状況調査（高知県医療政策課）

（図表 4-4-7）看護師等養成施設新卒者の就職状況

養成所	令和２年度卒業（R3.3）					令和３年度卒業（R4.3）					令和４年度卒業（R5.3）				
	卒業者	就職者数(a)	県内就職者(b)	県内就職の割合(b/a)	県外就職	卒業者	就職者数(a)	県内就職者(b)	県内就職の割合(b/a)	県外就職	卒業者	就職者数(a)	県内就職者(b)	県内就職の割合(b/a)	県外就職
大学（注 4）	149	126	47	37.3%	79	146	125	50	40.0%	75	151	129	36	27.9%	93
短期大学（注 5）	68	43	31	72.1%	12	89	63	42	66.7%	21	91	54	35	64.8%	19
３年課程	223	211	149	70.6%	62	230	213	150	70.4%	63	190	176	135	76.7%	41
２年課程	37	35	32	91.4%	3										
５年一貫校	110	107	73	68.2%	34	136	135	80	59.3%	55	122	121	81	66.9%	40
准看護師課程	10	5	5	100.0%	0	13	12	12	100.0%	0	10	9	9	100.0%	0
合　計	597	527	337	63.9%	190	614	548	334	60.9%	214	564	489	296	60.5%	193

（注 4）大学には保健師・助産師として就職した者を含む　　出典：看護系学校状況調査（高知県医療政策課）

（注 5）短期大学には保健師として就職した者を含む

質の高い看護師等の養成には、看護教員の教育力の向上が求められます。看護教員を育成するための講習会として、専任教員養成講習会が位置づけられていますが、県内養成施設の看護教員の５割が未受講となっており、受講しやすい環境の整備が必要です。

3　離職防止と復職支援

日本看護協会が令和４年に調査した結果によると、本県の看護師等の正規雇用看護職員における離職率は 9.7%で、新人看護師等に関しても、ほぼ同水準の 9.8%でした。今後 18 歳人口が減少していくことから、新卒者の確保が困難になることが見込まれるため、看護師確保対策としては、離職防止、復職支援と定着が課題となっており、働きやすい職場環境の整備が求められています。

4　専門性の高い看護師の状況

医療の高度化・複雑化が進む中で質の高い安全な医療を提供するために、「チーム医療」を推進し、各医療従事者が高い専門性を発揮しつつ、互いに連携・協働することがますます重要となります。

看護師の高い専門性を認証する資格として、専門看護師や認定看護師（（公社）日本看護協会が認定）、特定行為研修制度があります。専門看護師は、「複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識及び技術を深めた者」をいい、認定看護師は、「ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践のできる者」とされています。

また、「特定行為に係る看護師の研修制度」が平成 27 年度に施行され、医師または歯科医師の判断を待たずに、手順書により一定の医療行為（特定行為）を行える看護師を養成し、これにより在宅医療等を支える看護師の確保とチーム医療が促進されるとともに、質の高い安全な医療が提供されることが期待されています。

県内の専門看護師教育機関は、高知県立大学大学院の修士課程で、「がん看護」「精神看護」「老人看護」「小児看護」「慢性疾患看護」「急性・重症患者看護」「家族支援」「在宅看護」の８つの専門領域が開設されています。認定看護師教育機関は、高知大学医学部附属病院で「感染管理」分野が令和５年度より開講されています。特定行為に係る看護師の研修は、３医療機関で 21 区分のうち 18 区分が開講されています。

本県では、令和４年 12 月現在、専門看護師は 14 分野で 58 人、認定看護師は、A課程 21 分野 102 人、B課程 19 分野 20 人の 122 人、特定行為に係る看護師の研修制度については、24 施設 72 名が修了し、医療機関等で勤務しています。

これらの資格等を得るためには、長期間の研修を受ける必要があり、さらに県内で開講している研修課程は限られていることから本人及び勤務先の負担が大きく、受講しやすい体制の整備が課題となっています。

対策

1　次世代の育成と県内定着

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し、県内定着を促進します。

また、「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。

県内養成施設に対しては、安定した学校運営及び教育体制の充実を図るため、運営費の補助を継続するとともに、看護教員の教育力向上のため、看護教員を対象とした講習会を開講するなど、看護基礎教育の質の確保を図ります。

2　職場環境の整備と復職支援の取組

県は、厚生労働省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の報告書を踏まえ、医療機関や高知県看護協会、公共職業安定所などの関係団体と連携し、看護管理者（管理者や事務長含む）を対象とした勤務環境改善に関する研修や就労環境改善のための体制整備事業、院内保育所運営費の補助等を通して、勤務環境改善に取り組む医療機関等を支援します。

また、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づく、離職者の届出義務の周知徹底を図ります。加えて、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、その他看護師等確保の拠点として無料職業紹介事業等を行う都道府県ナースセンターの活動を通して看護職員の復職支援を行います。

3　研修体制の充実

県は、看護学生の臨地実習での教育効果を高めるため、高知県看護協会や県内の大学などの協力も得ながら実習施設の看護師等を対象に実習指導者講習会を開講します。

また、新人看護師等が県内のどこの医療機関に就職しても、厚生労働省の示すガイドラインに沿った研修が受けられるよう、新人看護職員研修を実施する施設に対し新人看護師等の育成に係る費用の補助を行うとともに、臨床現場で新人看護師等の教育を担う実地指導者、教育担当者の育成を行います。

4　専門性の高い看護師のキャリア形成支援

県は、高知医療再生機構等と連携し、安心で質の高い医療提供体制の充実を図るため、認定看護師及び特定行為研修修了者等を計画的に養成していく医療機関等を支援します。

目標

○　令和11年度末には県内の医療機関等で働く看護師等を一定数確保していることを目指します。

区分	項目	直近値	目標値（令和 11 年度）
S	県内看護師等学校養成所卒業者の県内就職率（※大学及び県外出身者・医療機関奨学生が多い養成校２校を除く）	78.7% （令和４年度）	85%以上
P	看護師等養成奨学金貸付者の 指定医療機関等就業率（未就業者を除く）※	92.1% （令和４年度）	95%以上

※指定医療機関…高知市など県中心部以外の医療機関及び県内全域の訪問看護ステーション

○　令和 11 年度末には、認定看護師及び特定行為研修修了者等を一定数確保していることを目指します。

区分	項目	直近値	目標値（令和 11 年度）
S	認定看護師 特定行為研修修了者等	認定看護師 122 人 （令和４年 12 月末） 特定行為研修修了者 72 人 （令和４年 12 月末）	新規養成者数 30 人／年

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２　助産師

助産師は、女性の妊娠、分娩、産褥の助産過程において、専門的な判断と技術に基づき、分娩介助ならびに妊婦・じょく婦及び新生児へのケアを行います。

近年、少子化や核家族化に起因し、妊娠・出産・育児を取り巻く環境は大きく変化しており、地域で生活する妊産婦とその家族が安全で安心して出産や子育てができる環境の整備に加えて、性と生殖にかかわる健康相談や教育活動を通して、女性の生涯における健康課題に取り組み、健康の保持増進を促すなど助産師のウィメンズヘルスケア能力の発揮が求められています。

現状と課題

１　就業状況

本県の就業助産師数（主たる業務が助産業務である者）は、平成 28 年末の 184 人から令和４年末には 206 人に増加しています。また、人口 10 万人当たりの就業助産師数は平成 28 年末の 25.6 人（全国 28.6 人）から令和４年末には 30.5 人（全国 30.5 人）（全国第 30 位）と増加しております。

助産師 206 人のうち一次周産期医療を担う診療所で勤務する助産師は 31 人（平均年齢 45.6 歳、１施設当たりの平均助産師数 5.2 人）、二次・三次周産期医療を担う病院で勤務する助産師は 140 人（平均年齢 37.1 歳、１施設当たりの平均助産師数 20 人）で、全体の 83.0％が病院又は診療所で助産業務に従事しています。また、保健医療圏別にみると中央 177 人（85.9％）、幡多 13 人（6.3％）、安芸 13 人（6.3％）、高幡３人（1.5％）と周産期医療提供施設の中央保健医療圏への集中を反映した分布となっています。

２　養成・現任教育

（図表 4-4-7）助産師養成施設の養成定員数

養成施設名	養成定員
高知県立大学看護学部看護学科（助産師課程）	１学年　８人
高知大学大学院総合人間自然科学研究科看護学専攻（実践助産学課程）	１学年　５人

近年は、出生数の減少や分娩取扱施設の減少等により、助産学生が介助する正常分娩事例の確保には困難を極めています。また、出生数の減少とハイリスク妊産婦の増加、産科と他科との混合病棟で看護業務に従事するなどの施設の特性等によって、助産師が経験年数に応じた正常分娩の介助経験等の助産実践を積み重ねることが難しい状況になっています。

このような周産期医療を取り巻く環境の変化や女性の健康課題が多様化する中で、助産師が就業した施設で力を発揮していくためには継続的な現任教育が必要であり、新人助産師の研修のほか助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）を活用してステップアップすることで助産師一人ひとりの助産実践能力の獲得を支援する必要があります。

※令和５年度の助産実践能力習熟段階（クリカルラダー）レベルⅢ認証制度において認証されているアドバンス助産師数は、本県では 61 人。

3　期待される役割の拡大

本県では、人口 10 万人当たりの就業助産師数は、全国平均となっておりますが、分娩取扱施設の減少と中央保健医療圏への偏在があり、病院・診療所で勤務する助産師が８割を占めています。今後、分娩取扱施設の減少やハイリスク妊産婦の増加により地域母子保健活動と連携の取れた支援の提供など、地域で生活する妊産婦とその家族が安全で安心して出産や子育てができる環境の整備に向けた助産師の役割の拡大に伴い、人材の確保と資質の向上が必要となります。

対策

1　助産師の確保

平成 20 年度に「高知県助産師緊急確保対策奨学金」を創設し、県内外の助産師養成施設に通う学生に対して奨学金の貸付を行ってきました。令和３年度からは「高知県助産師確保対策奨学金」と名称を変更し、引き続き貸付けを行うことで県内の就業助産師数の安定確保につとめます。

さらに、助産師の就業先の偏在の是正や助産実践能力の獲得のために、施設間での助産師の出向支援に継続して取り組みます。

2　研修体制の確保

関係機関と連携しクリニカルラダーを踏まえた研修を実施します。また、新人助産師がクリニカルラダーを踏まえた研修が受けられるよう、新人助産師研修を実施する施設に対し、新人助産師の育成に係る費用の補助を行います。

目標

区分	項目	直近値	目標値（令和 11 年度）
S	助産師確保対策奨学金貸付者の県内就業率（未就業者を除く）	100％ （就業者９名全員が県内就業） （令和４年度）	100％

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３　保健師

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

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

現状と課題

１　保健師の状況（令和２年 12 月 31 日現在）

本県の就業保健師数は 558 人で、人口 10 万人あたりの就業保健師数は、80.7 人と全国平均の 44.1 人を大きく上回り、全国第２位となっており、就業場所でみると、県・保健所・市町村 462 人（82.8%）、その他事業所等 96 人（17.2%）と、行政で従事する保健師が大多数を占めています。

また、年齢別でみると、40 歳代 174 人（31.2%）、30 歳代 137 人（24.5%）と 30～40 歳代の保健師の割合が高くなっています。

２　養成施設

県内には、保健師を養成する施設は２大学、１短期大学（専攻科）があります。

各養成施設の入学定員は、次のとおりです。

（図表 4-4-8）保健師養成施設の定員数

養成施設名	定員数
高知県立大学看護学部看護学科	72 人
高知大学医学部看護学科	30 人
高知学園短期大学専攻科地域看護学専攻	20 人

３　期待される役割

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

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

また、南海トラフ地震や新興・再興感染症のパンデミック等の健康危機の発生時には、迅速に適切な保健活動を行う必要があります。

対策

1　行政に所属する保健師の人材育成

県及び市町村は令和４年度に改定した「高知県保健師人材育成ガイドライン（ver3.1）」に基づき、人事交流や集合研修、保健師の OJT（職場内研修）を充実させ、新任期、中堅期、管理期と階層に応じた人材育成に努めるとともに、さらに、ガイドラインの内容を見直し、充実していきます。

住民の多様なニーズに対応できる保健師を育成するため、保健分野を基本に、福祉や介護保険分野等へのジョブローテーションを進めるとともに、各分野に配置された保健師を指導・統括する役割を持つ保健師（統括保健師）を明確にし、保健師の資質の向上や連携のとれた取り組みを進めます。

2　健康危機に備えた保健師の人材育成

地域の健康危機管理体制を確保するため、健康危機の発生時に組織横断的にマネジメントを担う保健師（統括保健師）の人材育成に努めます。

また、令和３年度に感染症対策等に関する記述を充実させ改定した「南海トラフ地震時保健活動ガイドライン（ver3）」に基づき、市町村ごとの災害時保健活動マニュアルの作成及び見直しを支援するとともに、研修や訓練によって災害時に活動できる保健師の育成を進めます。

3　関係団体と連携した保健師の人材育成

県及び関係団体は、生活習慣病の予防や介護予防など、地域における県民の健康づくりの取り組みを進めるため、相互に連携して保健や医療に関する研修会を開催するなど、体系的に研修を実施します。

また、高知県保健師人材育成評価検討会において、関係団体や大学などが実施する研修や人材育成の取組とも連携を図ります。

目標

○　高知県保健師人材育成ガイドラインに基づき、関係団体と連携して保健師の資質向上を図ります。

区分	項目	直近値	目標値（令和 11 年度）
P	新任期保健師育成プログラム参加率	対象者 70 名中 70 名参加（R4） （実施率：100%）	100%を継続 （長期休業取得者を除く）

区分の欄　P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

第５節　その他の保健医療従事者

第１　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

理学療法士（ＰＴ）、作業療法士（ＯＴ）、言語聴覚士（ＳＴ）は、リハビリテーションを必要とする者に対し、医師や看護師と連携しながら、身体や精神あるいは言語機能の回復や発達の促進をサポートする重要な役割を担っています。

現状

１　就業の状況

県内の病院での就業者数(常勤換算)は、令和２年 10 月１日現在で、理学療法士 1,159.2 人、作業療法士 630.1 人、言語聴覚士 267.4 人となっており、平成 27 年と比べるといずれの職種も横ばいとなっています。また、人口 10 万人当たりで見ると理学療法士 168.7 人、作業療法士 91.7 人、言語聴覚士 38.9 人であり、いずれの職種も全国平均を大きく上回っています。

（図表 4-5-1）理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の就業状況　　単位：人

			理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
就業者数（常勤換算）	H27		1,207.6	618.9	247.9
	R2		1,159.2	630.1	267.4
人口 10 万人当たり	高知県	H27	166.6	85.4	34.2
		R2	168.7	91.7	38.9
	全国	H27	56.3	33.0	11.4
		R2	68.4	38.8	13.6

※人口 10 万人当たりの就業者数を算定するにあたっての人口は人口動態調査（厚生労働省）に拠る

出典：病院報告、医療施設調査

２　養成施設

県内には、理学療法士を養成する施設は３か所、作業療法士を養成する施設は２か所、言語聴覚士を養成する施設は１か所あります。

各養成施設の学年定員は下記のとおりです。

（図表 4-5-2）理学療法士、作業療法士、言語聴覚士養成施設の学年定員数

養成施設名		学年定員(人)	
高知リハビリテーション専門職大学		理学療法士	70
		作業療法士	40
		言語聴覚士	40
土佐リハビリテーションカレッジ		理学療法士	40
		作業療法士	40
	高知健康科学大学 （令和６年４月開設予定）	理学療法士	35
		作業療法士	35
高知医療学院		理学療法士	40

出典：高知県医療政策課調べ

課題

県内の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の従事者数は、人口 10 万人当たりでは全国平均と比較して大きく上回っていますが、高齢化の進展と慢性疾患の増加などの疾病構造の変化や、医学・医療技術の急速な進歩・発展に対応するために、一層の資質の向上に努める必要があります。

また、高知市内に医療機関が集中していることから、地域偏在が生じており、東部や西部、中山間地域での人材確保に向けての取り組み、地域の課題に対応できる人材の育成が必要です。

対策

各職種の関係団体などが行う、各業務に関する知識・技能の向上を目指した研修及び人材確保に向けた取り組みに対して支援を行います。

第２　管理栄養士・栄養士

管理栄養士・栄養士は、生活習慣病予防や疾病の重症化予防、低栄養の改善などを目的にした栄養指導や、病態に対応した食事の提供を通じた栄養管理、また、県民に対して食育をすすめることで健全な食生活の実現や食文化の継承を図るなど、県民の健康づくりに重要な役割を担っています。近年は、医療機関における栄養サポートチームや介護施設などでの栄養ケア・マネジメントなどの分野で栄養の専門家としての高度な知識や技術が求められています。

現状と課題

１　管理栄養士・栄養士の状況

管理栄養士・栄養士は、福祉保健所や保健所、病院、診療所、介護施設など様々な施設で就業しています。このうち、地域保健など保健衛生行政に従事する管理栄養士・栄養士は、令和４年６月現在で県 18 人、高知市 15 人、その他市町村 41 人であり、中核市である高知市を除いた市町村管理栄養士･栄養士の配置率は75.8%と、全国平均の90.0%を下回っています。今後、多様化する保健衛生行政のニーズに応えるため、すべての市町村で管理栄養士・栄養士の配置が求められます。

また、平成 17 年４月から、学校における食育の推進を担う栄養教諭制度が始まり、本県でも栄養教諭の配置を行った結果、令和５年４月現在、県内の小中学校などに 81 人の栄養教諭が配置されています。

県内の病院に従事する管理栄養士・栄養士は、令和２年の病院報告によると、374.1 人（常勤換算）で、人口 10 万人当たりの従事者数はいずれも全国平均を大きく上回っています。しかし、適正な栄養管理を行っていくためには複数の配置や未配置の有床診療所への配置（非常勤であっても差し支えない）が望まれます。

さらに、生活習慣病の重症化予防のためには、無床診療所でも早期に栄養指導が受けられるように管理栄養士の活用が望まれます。

（図表 4-5-3）高知県の病院の管理栄養士・栄養士の人数 単位：人

	常勤換算	人口 10 万人当たり	
		高知県	全国
管理栄養士	278.0	40.7	17.7
栄　養　士	96.1	14.1	3.5

出典：令和２年病院報告（厚生労働省）

2　養成施設

県内には管理栄養士養成施設が２校（定員 110 人）あり、今後は人材ニーズの高まる管理栄養士を一層確保していく必要があります。

＊参考：管理栄養士資格の取得方法

管理栄養士養成施設を卒業後に国家試験に合格すること、あるいは、栄養士養成施設を卒業後に厚生労働省令で定める施設で１年ないし３年以上従事したのち、国家試験に合格することが必要です。

（図表 4-5-4）管理栄養士・栄養士養成施設の入学定員数

養成施設名	入学定員
高知県立大学	管理栄養士　40 人
高知学園大学	管理栄養士　70 人

＊令和２年４月からの定員数　　出典：高知県保健政策課調べ

3　期待される役割

メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための特定健診・特定保健指導では、管理栄養士が医師、保健師とともに特定保健指導の中核を担う者として位置付けられており、栄養面の専門知識と栄養指導の実践が求められています。

また、患者中心の医療を実現するために医師、看護師、薬剤師などの多職種と連携した「栄養サポートチーム」の展開、介護施設などの入所者一人ひとりのための「栄養ケア・マネジメント」の実施、市町村が一体的に実施する高齢者の保健事業と介護予防における低栄養予防の取組など、多岐にわたる活動が求められています。

さらに、南海トラフ地震などの災害時には、栄養・食生活支援に関する重要な役割を担います。そのため、マンパワーの確保や関係機関と連携した支援活動が求められています。

これらの活動ではより専門的な栄養指導や栄養管理が必要であることから、管理栄養士・栄養士の確保と併せて専門性の向上が重要となります。

対策

1　人材の確保

県は、県民の健康づくりを総合的に進め、生活習慣病予防のための特定健診・特定保健指導の強化を図るため、管理栄養士・栄養士がいない市町村に対しては配置を、また、既に配置している市町村に対しては、複数人数の配置を促します。

高知県教育委員会及び各市町村の教育委員会は、栄養教諭を積極的に配置し、それぞれの小中学校などで栄養教諭を中心とした食育を推進します。

県は、医療機関の管理栄養士・栄養士の需要動向を把握し、人材の確保や養成の在り方、再就職に向けた支援方法などについて、養成施設や関係団体と協議します。

2　人材の育成

県は、管理栄養士・栄養士に求められる役割が従来に比べ多様化していることから、専門性の向上を図るため、医療機関や養成施設、関係団体が行う人材育成の実態を把握し、それぞれの団体と連携して研修の充実を支援します。福祉保健所においても、管内の市町村や医療機関などと連携し、管理栄養士・栄養士の資質向上に向けた研修を実施します。

県は「高知県行政栄養士人材育成ガイドライン」に基づき、県や市町村の行政栄養士を対象に、健康づくり及び栄養・食生活の改善に関する施策の推進や成果が見える栄養施策を展開できる力を身につけることができ、さらに経験年数別ステージや職位に応じて求められる能力を発揮できるよう体系的に育成に取り組みます。

県は災害時における栄養・食生活支援活動において、市町村や関係団体などと連携し、避難者の健康状態の把握や要配慮者の特性に応じた食料の調査及び栄養指導に対応できる管理栄養士・栄養士の育成に努めます。

第３　歯科衛生士・歯科技工士

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

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

現状と課題

1　歯科衛生士・歯科技工士の状況

本県の歯科衛生士の医療機関への就業者数は、令和２年衛生行政報告例によると 953 人で、人口 10 万人当たりでは 144.3 人と全国平均の 113.2 人を大きく上回っています。

しかし、圏域別の歯科診療所に従事する歯科衛生士数は、令和２年医療施設調査によると、１歯科診療所当たり安芸保健医療圏 2.0 人、中央保健医療圏 2.3 人に対し、高幡保健医療圏 1.5 人、幡多保健医療圏 1.2 人と県西部の地域で少なくなっています。

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

県内の医療機関や歯科技工所に勤務する歯科技工士は、令和２年衛生行政報告例によると 231 人となっています。人口 10 万人当たりは 33.4 人で全国平均 27.6 人を上回っていますが、平成 22 年度末に県内唯一の歯科技工士養成所が廃止された影響もあり平成 10 年の 39.9 人からは減少傾向にあります。

2　期待される役割

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

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

対策

1　人材の確保

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

また、歯科衛生士については、中山間地域の歯科衛生士を確保するために設けている「高知県歯科衛生士養成奨学金制度」を継続し、高知市及び南国市周辺以外の地域で働く歯科衛生士の確保を図ります。

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

2　在宅歯科医療の充実

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

第４　医療ソーシャルワーカー

医療ソーシャルワーカーは、病院や介護老人保健施設、介護医療院、地域包括支援センターなどにおいて、患者や家族が安心して療養できるよう、経済的・心理的・社会的問題の解決に必要な援助を行い、退院援助や退院後の社会復帰が円滑に進むように援助しています。

さらに、患者のニーズに合ったサービスが地域において提供されるよう、関係機関と連携しながら地域の保健医療福祉のシステムづくりに貢献し、高齢者や障がいのある方が地域で安心して暮らしていけるよう地域の理解を深め、社会復帰の促進や自立した生活等の必要性について啓発しています。

医療ソーシャルワーカーの役割は、医療と福祉の連携強化が求められる中で非常に大きくなっています。

現状

１　就業者数

医療ソーシャルワーカーは、病院をはじめとして、介護老人保健施設、障害者福祉サービス事業所などの様々な場において就業しています。高知県医療ソーシャルワーカー協会の会員については、令和５年５月時点で 270 人を超えています。（なお、高知県社会福祉士会の会員については、令和５年３月末で 241 人、高知県精神保健福祉士協会の会員については、令和５年５月時点で 100 人程度となっています。）

２　養成施設

医療ソーシャルワーカーは診療報酬の算定上、社会福祉士や精神保健福祉士の資格が必要です。県内においては、社会福祉士及び精神保健福祉士の国家試験受験資格を取得できる大学は１校、社会福祉士の国家試験受験基礎資格が取得できる専門学校は１校あります。

（図表 4-5-5）社会福祉士及び精神保健福祉士の受験資格・受験基礎資格を取得できる養成施設の養成定員数

養成施設名	学部・学科名	学年定員	修学年数
高知県立大学	社会福祉学部社会福祉学科＊	70 人	４年
高知福祉専門学校	社会福祉学科＊＊	40 人	３年

＊社会福祉士国家試験受験資格取得を前提に精神保健福祉士国家試験受験資格を取得することができます。（定員 30 人）

＊＊国家試験受験には実務年数（１年）が必要です。

課題と対策

県内における医療ソーシャルワーカーの就業者数は一定数を確保できているものの、求められる役割が大きくなる中にあって、患者や家族、医療機関や介護サービス事業者などの関係者を円滑につなぐための技術の向上を図る必要があります。

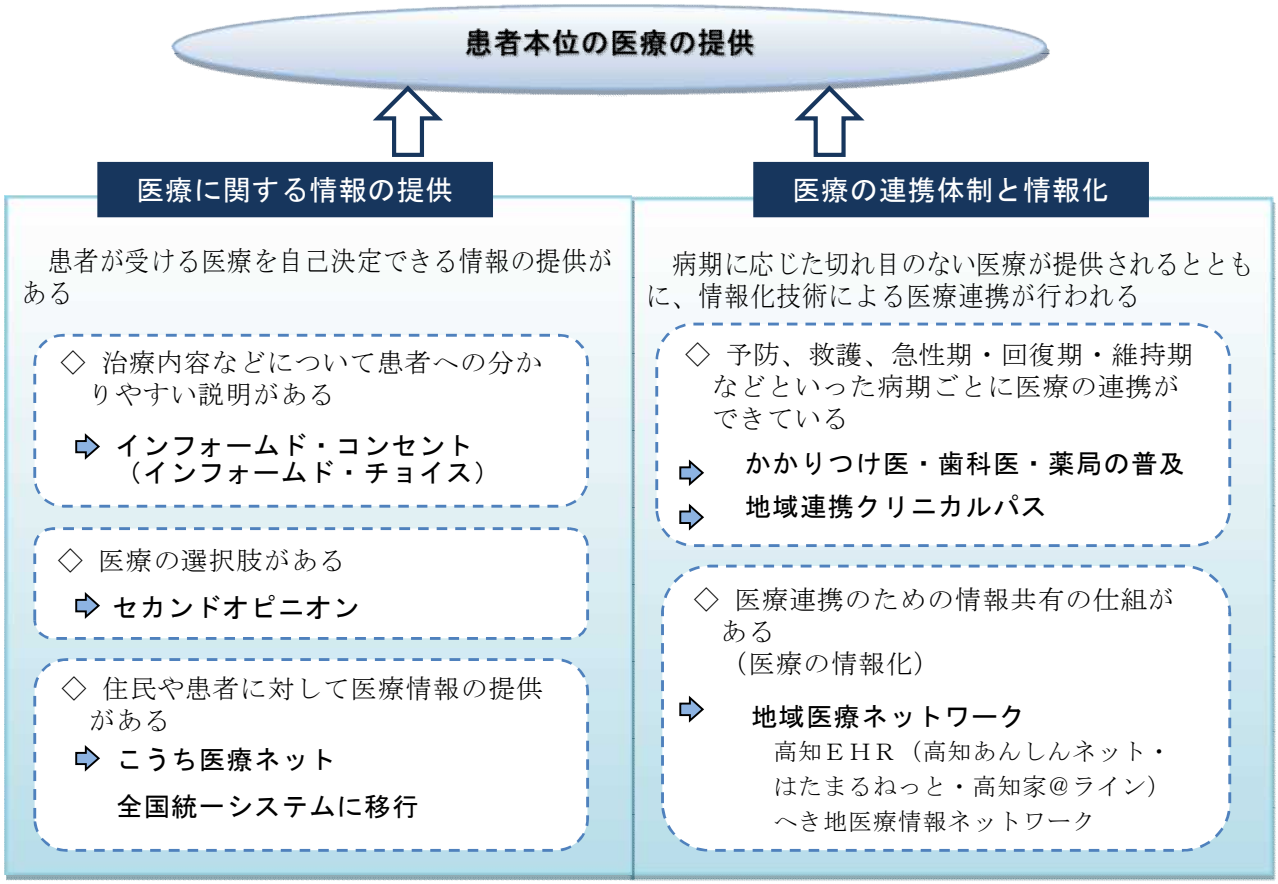
このため、関係団体と連携し、医療ソーシャルワーカーのリーダーシップ機能やマネジメント機能等を修得するための研修等の支援を行っていきます。

第５章　医療提供体制の充実

第１節　患者本位の医療の提供

限られた医療資源の中で、質の高い医療を県民に適切に提供していくには、患者に対して治療に関する情報を伝えることや病期や病態に応じた医療の連携が行われるなど、患者本位の医療体制が必要です。

（図表 5-1-1）患者本位の医療提供体制のイメージ



1　医療に関する情報の提供

（1）インフォームド・コンセント（チョイス）の推進

現状と課題

患者が安心して医療を受けるためには、患者と医療従事者との間に信頼関係が構築されていることが重要であり、そのため、医療を受ける主体である患者本人が求める医療サービスを受けることが可能となる取組が求められています。

そのための手法として、インフォームド・コンセント、さらにはインフォームド・チョイスの考え方があります。これは医師や歯科医師などの医療従事者が患者に対して、

診療記録の開示も含めた、治療内容やその効果、危険性、治療にかかる費用などについての十分、かつ、分かりやすい説明を行い、そのうえで治療方針について同意を得る（インフォームド・チョイスでは十分な説明をもとに、治療内容を患者自らが選択する）ものです。患者側も治療を医師任せにせず、理解できないことや不安なことは質問するなど、自分の病気についての知識を持つことが必要です。

こうした取組は一定浸透してきましたが、一部には、患者に対する医療機関からの説明が不十分であったり、患者側の理解が足りないままであったりする場合があり、一層の取組が必要です。

対策

インフォームド・コンセント及びインフォームド・チョイスの推進のため、平成 18 年の医療法改正により、「病院または診療所の管理者は患者を入院させたときは、入院中の治療に関する計画を記載した書面の作成並びに交付及び適切な説明が行われるようにしなければならない」、また、退院時においても、「退院後の療養に必要な保健医療サービスまたは福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明が行われるように努めなければならない」と規定されました。

病院・診療所は、これらの書面や診療情報などの提供・提示を含め、患者に分かりやすい情報の提供に努める必要があります。県は、医療法に基づく立入検査をはじめ、必要に応じて医療機関に対して必要性の周知と指導を行うなどの取組を推進します。

（2）セカンドオピニオン

現状と課題

診断や治療方針について主治医以外の医師の意見を聞くセカンドオピニオンを活用することで、患者は、主治医が示した治療方針以外に、どのような治療があるのかを確認することができます。

主治医以外の意見を聞くことは、治療方針が同じであれば安心して治療を受けることができ、異なった治療方針であれば自分に適した治療法を患者自身で選択することができるメリットがあります。希望する患者や家族がセカンドオピニオンを受けられるような情報の提供が必要です。

対策

「こうち医療ネット」で、セカンドオピニオンを実施している医療機関名を引き続き公表していきます。

（3）こうち医療ネットの運用

現状

医療法では、医療機関における診療内容に関する一定の情報についての報告を義務付けるとともに、その情報を住民や患者に対し分かりやすい形で提供することで、適切な医療機関の選択を支援する医療機能情報提供制度を設けています。

本県では、医療機関がインターネット上から医療機能情報を登録でき、かつ、県民の方々がその情報を閲覧できるシステム「こうち医療ネット（https://www.kochi-iryo.net/）」を平成 22 年度から運用しています。ここでは、各医療機関の診療科目、診療日、診療時間、診療内容（在宅医療の有無を含む。）、医療の実績、従事者数などの情報を公開しています。

また、「現在診療中の医療機関」や「今いる場所からさがす」などの検索機能があり、利用状況（アクセス数）は、令和３年度で 223,452 件、令和４年度で 360,157 件と増加しています。

なお、令和６年４月より、厚生労働省が構築する「全国統一システム」に移行し、情報を公開していきます。

（図表 5-1-2）こうち医療ネットの検索機能別年間アクセス件数

	急いで探す(医療機関)			急いで探す(歯科)			助産所一覧	現在の場所から探す	マイホームへ登録
年度	平日	休日	合計	平日	休日	合計	合計	合計	合計
R3	11,690	8,491	20,181	2,253	1,127	3,380	956	20	3,671
R4	11,463	9,330	20,793	1,707	847	2,554	870	16	2,578

出典：高知県医療政策課調べ

課題と対策

医療機能情報提供制度は、医療機関が自らの責任で情報を報告し、報告を受けた県は、基本的にその情報をそのまま公表するものとされているため、医療機関側の入力誤りや定期的な更新作業を怠った場合、結果として誤った情報が発信されることとなります。

このため、県は、誤った情報登録があった場合は速やかに是正を求めるほか、医療機関への立入検査などにおいて医療機能情報提供制度の周知徹底を行います。

2　医療の連携体制

（1）病期ごとの医療体制と連携

医療の専門化・高度化の進展、患者のニーズの多様化などにより、一つの医療機関だけで患者の治癒・回復までの医療サービスを提供することは困難になってきました。このため、地域の医療関係者などの協力の下に、医療機関が機能を分担及び連携することで、患者の病期や病態に応じた切れ目のない適切な医療を提供することが必要です。

このためには、県民がまず地域において、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局といった日ごろ相談できる医療機関を持つことが必要です。そのうえで、専門治療が必要な場合は、かかりつけ医などから高度医療機関に紹介を行い、一定の治療が終わった後はかかりつけ医に逆紹介するといった、病診連携（病院と診療所との連携）、病病連携（病院と病院の連携）の推進を図り、限られた医療資源を有効に活用することが重要です。また、早期に居宅などでの生活に復帰できるよう、在宅医療の充実が必要となります。

（２）地域連携クリニカルパス

一人の患者が急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に復帰できるよう、治療にあたる複数の医療機関が共有する診療計画表（クリニカルパス）の活用は、患者に切れ目のない医療の提供を行うために有効なツールです。特に、回復期では、患者がどのような状態で転院してくるのかをあらかじめ把握できることから、重複した検査の省略や転院直後からのリハビリテーションの開始が可能となります。

現在、本県では脳卒中の地域連携クリニカルパスが普及していますが、治療面だけでなく、症例検討会や研修会などを通じて多職種の連携が図られており、効果を上げています。

地域連携クリニカルパスは、病期に応じた病病連携・病診連携が必要な疾病には有効であり、脳卒中だけでなく、急性心筋梗塞や糖尿病などの分野でも、地域連携クリニカルパスの必要性や活用方法などについて、引き続き検討します。

＜参考＞地域連携クリニカルパスのホームページ

https://clinicalpath.kochi-iryo.net/

３　医療の情報化（医療ＤＸの推進）

本県は、全国に先駆けて少子高齢化と人口減少が進行する中、医療・介護の人材確保が課題となっていることに加え、中山間地域が県土のほとんどを占める特性があり、その地理的条件を克服するためにも医療ＤＸ（注１）を推進して効率的かつ効果的に、医療・介護サービスを提供する必要があります。

このため、本県では、情報通信技術（ＩＣＴ）を活用して医療・介護情報を切れ目なくネットワークでつなぐことで、より質の高い医療・介護サービス提供を通じて地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

（注１）医療 DX（デジタルトランスフォーメーション）とは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えること（出典：令和４年９月 22 日 第１回「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チーム 資料）

（１）高知ＥＨＲ（注1）（高知あんしんネット・はたまるねっと・高知家＠ライン）

「高知あんしんネット（注２）」「はたまるねっと（注３）」は、患者のカルテや検査結果、薬などの医療情報を病院や診療所、薬局などで共有するネットワークです。

このネットワークを利用することにより、医療機関が治療や検査内容を確認でき、重複投薬や重複検査を防ぐことができます。

また、救急でこれまで受診したことのない病院を受診した場合や、転院や退院により医療機関が変わった場合などはこれまでの治療の内容や投薬歴を参考に、より効果的な治療に活かされることが期待できます。

「高知家＠ライン（注４）」は、医療・介護に携わる多職種間において、患者のケアを行ううえで必要な情報を迅速に効率よく共有できるツールです。

モバイル端末を用いてリアルタイムで患者の状態を情報共有することで、適時・適切なケアを実践することが可能となることに加え、多職種の情報伝達の効率化も図れます。

（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。
（注２）高知あんしんネット：一般社団法人高知県保健医療介護福祉推進協議会が幡多地域以外で運用中
（注３）はたまるねっと：一般社団法人幡多医師会が幡多地域で運用中
（注４）高知家＠ライン：一般社団法人高知医療介護情報連携システムが県下全域で運用中

（２）へき地医療情報ネットワーク

へき地に勤務する医師が、診療や検査、治療方針などについて専門医師にコンサルテーションとセカンドオピニオンを求められる環境を整備するため、へき地医療情報ネットワークが整備され、令和５年９月現在、県内 31 か所のへき地診療所及び救急・地域医療の拠点病院が参加しています。

ネットワーク参加病院間で遠隔画像伝送システムを活用してＣＴ画像などを共有し、地域の医師と専門医が治療方針を検討することにより、地域の医療機関での治療が可能であるか、高次救急医療機関への搬送が必要かなどの判断を行い、より迅速で的確な医療提供を行うことができます。また、へき地に暮らす患者は、遠隔地の高度医療機関まで出向かなくても治療方針の決定にあたって専門医師の支援を受けることができ、症例によっては地元で治療を完結することもできるようになっています。

第２節　医療の安全の確保

１　医療安全管理対策

医療への信頼性を高めるためには、医療機関における医療安全管理対策を進める必要があり、医療法では、病院や診療所における安全管理のための体制の確保と、都道府県、保健所を設置する市及び特別区に「医療安全支援センター」の設置を求めています。

医療安全の確保のためには、医療機関において多職種横断的に医療安全活動が推進され、医療事故を防止するための適切な対応が行われることや、患者やその家族と医療従事者の円滑な対話による不安解消とトラブルの防止、トラブルに対応する職員のスキルアップ、院内の相談体制の整備が重要です。

また、患者や家族に対して医療機関の相談窓口の役割の周知が必要です。

現状

医療安全支援センターは、県と高知市に設置しており、患者やその家族、住民などからの医療に関する苦情や相談に対応し、相談者や医療機関に対し助言や情報提供を行っています。また、医療関係者に対する研修会の実施や県民を対象にした啓発活動など、医療の安全確保のために必要な支援を行っています。

平成 25 年度から福祉保健所にも相談窓口が設置され、身近な場所で医療相談ができる体制となりました。

（図表 5-2-1）医療安全支援センターへの相談件数の推移

年度 ＼ センター設置別		R２		R３		R４	
		相談件数（件）	（再掲）苦情	相談件数（件）	（再掲）苦情	相談件数（件）	（再掲）苦情
高知県	医療政策課	939	250 (26.6%)	715	125 (17.5%)	761	118 (15.5%)
	福祉保健所（５か所）	18	13 (72.2%)	19	11 (57.9%)	23	16 (69.6%)
高知市		621	54 (8.7%)	684	99 (14.5%)	798	74 (9.3%)
計		1578	317 (20.1%)	1418	235 (16.6%)	1582	208 (13.1%)

出典：　高知県医療政策課調べ

課題

医療安全支援センターへの医療相談の内容は、苦情だけでなく健康や病気に関する相談や医療制度に関すること等多岐にわたるため、幅広い専門的な知識が必要です。どこの医療安全支援センターでも適切な対応ができるよう、各センターの連携や情報共有が必要です。

また、患者やその家族は、医療機関の相談窓口について知らない方が多く、周知を図る必要があります。

医療相談件数の２割を占める医療機関に対する苦情・不満の要因として、医療機関側の説明が不十分であることや、患者との意思疎通不足による誤解などが挙げられ、医療機関と患者及びその家族とのコミュニケーションの充実が必要です。

対策

医療安全支援センターの運営については、高知県、高知市医療安全支援センター連絡会や担当者会で活動報告や情報交換を行い、連携体制の強化を図ります。

県民の皆様に対しては、県のホームページや県政出前講座等で医療相談窓口の周知や上手な医療機関へのかかり方の啓発を行います。

医療機関における医療安全の確保については、立入検査などの機会に助言や情報提供を行うとともに、医療安全管理研修会を開催するなど、職員のスキルアップを図ります。

目標

○　全医療機関において、医療安全の確保や相談体制を確立します。（区分:S）

○　県民の皆様が医療機関の相談窓口に気軽に相談できる環境を整備します。（区分:S）

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

2　医療関連感染対策

院内感染(注 1)を防止するためには、医療機関としての具体的な方針のもと、院内すべての医療従事者が院内感染について正しく理解し、対策に取り組むことが必要です。

しかし、高齢者など感染症にかかりやすい患者の増加や、多剤耐性(注 2)菌や新興感染症の拡がりなど、院内感染が発生しやすい現状があるため、個々の医療機関での日常の感染対策の強化とともに、医療機関、高知市及び福祉保健所などの関係機関が連携して、院内感染予防及び院内感染発生時の体制を構築することが重要です。

高知県では、医療機関に限らず、在宅ケアや高齢者施設など、医療を行うすべての場所での感染対策が重要と考え、院内感染対策のみではなく、医療関連感染(注３)対策として取り組んでいます。

（注１）病気の治療を受けている病院などの医療施設において、新たに感染症にり患することをいう
（出典：医学大辞典第２版/医歯薬出版㈱）
（注２）ある細菌が複数の抗生物質に対して耐性を示す場合をいう（出典：医学大辞典第２版/医歯薬出版㈱）
（注３）病棟や外来に限らず、在宅ケアや老人保健施設など、医療を行うすべての場所での感染に対する対策が重要であることから、「院内感染対策」を「医療関連感染対策」と呼称する（米国疾病情報センター提唱）

現状と課題

本県は、100 床以下の病院が全病院数の半数を占めていることから、臨床検査部門がない病院が多くあります。また、基本となる標準予防策(注 4)などの院内感染対策が不十分であったり、感染対策の体制が脆弱な医療機関があります。さらに、高知市に医療機関が集中していることから、医療機関のネットワークを構築し、標準化された質の高い感染対策ができるよう取組を進めることが必要です。加えて、南海トラフ地震に備え、災害時の感染管理体制の検討等も必要です。

平成24年度より拠点病院の感染管理の専門家（ＩＣＤ・ＩＣＮ）や関係行政機関をメンバーとした「高知県医療関連感染対策地域支援ネットワーク会議」を立ち上げ、アウトブレイク時の対応を検討するとともに、情報の共有や日常的な相互の協力関係の構築を進めています。

医療機関等への具体的な支援としては、県下を保健所管轄区域の６エリアに区分し検討会を行い、エリア毎の課題に対応した研修会等を開催し、感染対策の底上げを図るとともに、感染症のアウトブレイク発生時には、拠点病院等の感染管理の専門家による院内ラウンド等を実施し、院内感染防止対策や感染管理についての助言を行っています。しかし、高知県内のＩＣＮ数は全国で最も少なく、対応できるマンパワーが限られており、ＩＣＮの養成が必要です。

また、南海トラフ地震時等の災害時の感染症対策についても検討が必要です。

（注4）全ての患者に対して感染予防策のために行う予防策
（H26.12.19 医療機関における院内感染対策について　厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

対策

- 県下全域の医療関連感染対策の取り組み方針を決定するために、「高知県医療関連感染対策地域支援ネットワーク会議」において、拠点病院と行政機関の情報の共有や協力関係の構築、医療機関の感染対策への支援体制について検討するとともに、感染症のアウトブレイク発生時には、拠点病院の感染管理専門家による院内ラウンドや、臨時のネットワーク会議を開催するなどの支援を行います。
- 医療機関等からの感染対策に関する相談内容は、県のホームページに「医療関連感染対策Ｑ＆Ａ」として掲載し、他の医療機関でも活用できるよう情報提供を行います。
  さらに、県内医療従事者に対する研修会では、最新の感染対策の情報・知識・技術を提供することで、個々のスキルアップを図り、医療機関等の感染対策の全体の底上げにつなげます。
- 保健所管轄区域ごとの支援については、拠点病院と保健所が協働して各エリアの医療機関等に対し、研修会や交流会等、地域の実情に応じた事業を企画し開催します。
- 「高知県医療関連感染対策地域支援ネットワーク会議」を中心とした医療関連感染対策のネットワークを生かし、災害時の感染症対策についても検討します。
- ＩＣＮの養成については、令和５年度に高知大学医学部附属病院において認定看護師教育課程（感染管理分野）を開講し、ＩＣＮの養成を行います。

目標

○　各エリアでの医療機関等の医療関連感染対策の取り組み等の情報共有や日常的な相互の協力関係の構築により、県下全域の医療機関の医療関連感染対策を強化します。（区分：S）

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。

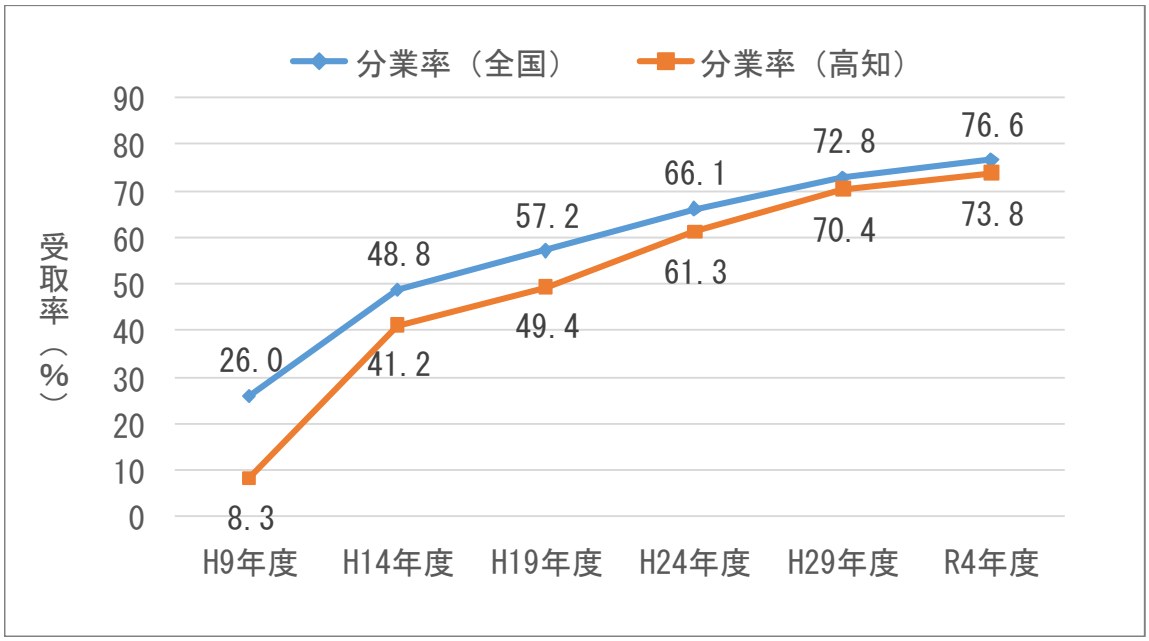
しかしながら、患者は受診した医療機関ごとに近くの薬局で調剤を受ける機会も多いことから、医薬分業における薬局の役割が十分に発揮されていないという現状があります。

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 12 月現在、全薬局の 74.7%にあたる 301 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、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相談対応力の向上が必要です。

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

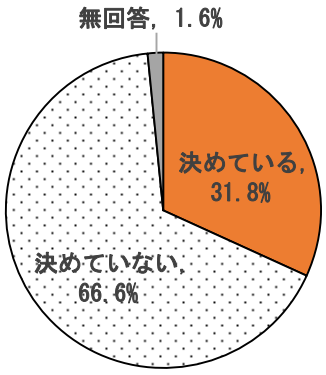
高齢者を中心に複数の診療科を受診することによるポリファーマシーの問題や重複投薬、飲み残しによる残薬の問題、医薬品の相互作用による副作用など、医薬品による有害事象を未然に防止することが必要です。そのためには、患者の服薬情報を一元的・継続的に管理して服薬指導を行う「かかりつけ薬剤師・薬局」を持つことが重要ですが、かかりつけ薬局を決めている県民は 31.8%に留まっています。

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との連携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



2　医療ＤＸ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、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高齢者を中心に、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、県民の理解の促進と普及が必要です。

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 町村で薬局数が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、相談対応力を向上するために、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組みます。

2　医療ＤＸの活用

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、服薬管理の一元管理の重要性に関する理解を深めます。加えて、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、県民の理解の促進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ことなどについて、県民の理解の促進と普及を図ります。

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となる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

第４節　公立・公的病院等及び社会医療法人、地域医療支援病院の役割

公立病院をはじめとする公的病院等（注 1）や社会医療法人、地域医療支援病院等については、地域で求められる医療を提供する体制を確保するため、５疾病６事業及び在宅医療などの政策医療において、大きな役割を担っており、引き続き、医療機関ごとの機能分担の整理や円滑な医療連携の構築を進めていく必要があります。

（注 1）医療法に規定される公的医療機関等は、都道府県や市町村、地方公共団体の組合、日本赤十字社、厚生農業協同組合連合会、独立行政法人地域医療機能推進機構などが設立する病院ですが、本計画では、平成 29 年 8 月 4 日医政局長通知「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等 2025 プラン」の策定について」に基づき、独立行政法人国立病院機構、地域医療支援病院、特定機能病院が開設する病院を含めて記載。

1　公立・公的病院等の現状と役割

県内には、県や市町村、日本赤十字社、厚生農業協同組合連合会などが開設する 16 の公立・公的病院等があります。病床数は合計で 4,096 床で県下全体の 24.5%を占めています。

（図表 5-4-1）公的病院の設置状況　　令和 5 年 7 月 31 日現在

保健医療圏	所在地	開設者	病院名	病床数					
				一般	療養	精神	結核	感染症	計
安芸	安芸市	高知県	高知県立あき総合病院	175		90	5		270
中央	高知市	日本赤十字社	高知赤十字病院	402					402
		独立行政法人国立病院機構	独立行政法人国立病院機構 高知病院	402			22		424
		独立行政法人地域医療機能推進機構	独立行政法人地域医療機能推進機構 高知西病院	154					154
		高知県・高知市病院企業団	高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター	548		44	20	8	620
		社会医療法人近森会	近森病院	452		60			512
	南国市	国立大学法人高知大学	高知大学医学部附属病院	583		30			613
		高知県厚生農業協同組合連合会	JA高知病院	178					178
	土佐市	土佐市	土佐市立土佐市民病院	150					150
	本山町	本山町	本山町立国民健康保険嶺北中央病院	55	44				99
	いの町	いの町	いの町立国民健康保険仁淀病院	60	40				100
	佐川町	佐川町	佐川町立高北国民健康保険病院	56	42				98
高幡	梼原町	梼原町	梼原町立国民健康保険梼原病院	30					30
幡多	四万十市	四万十市	四万十市国民健康保険 四万十市立市民病院	99					99
	宿毛市	高知県	高知県立幡多けんみん病院	291			28	3	322
	大月町	大月町	大月町立国民健康保険大月病院	25					25
合計　16病院				3,660	126	224	75	11	4,096

公立・公的病院等には、地域に必要な医療のうち、救急・小児・周産期・災害・精神などの政策医療や、へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地などにおける一般医療など、採算性や技術的な面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供するとともに、地域において中核的な医療を行う基幹病院として、地域の病院や診療所等との連携強化や支援を積極的に行うことが求められています。

本県の公立・公的病院等の機能については、次表のとおりです。

（図表 5-4-2）公立・公的病院等の機能　　令和 5 年 7 月 31 日時点

保健医療圏	病院名	がん		脳卒中		急性心筋梗塞	糖尿病	精神疾患		小児救急を含む小児医療	周産期医療		救急医療			災害時の医療			へき地医療	
		がん診療連携拠点病院	がん診療連携推進病院	脳卒中センター	脳卒中支援病院	心筋梗塞治療センター	集学的治療	児童思春期専門病床	精神科救急	休日夜間に小児救急に対応できる病院	二次周産期医療	三次周産期医療	救急告示病院	病院群輪番制	救命救急センター	基幹災害拠点病院	災害拠点病院	救護病院	へき地医療拠点病院	地域医療支援病院
安芸	高知県立あき総合病院	○		○		○	○		○	○	○		○	◎			○		○	
中央	高知赤十字病院		○	○		○	○			◎	○		○		○		○			○
	独立行政法人国立病院機構高知病院		○				○			◎	○		○				○		○	
	独立行政法人地域医療機能推進機構高知西病院												○					○		
	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター	○		○		○	○	○	◎	◎		○	○		○	○	○		○	○
	近森病院			○		○	○		◎				○		○		○			○
	高知大学医学部附属病院	○		○		○	○			◎		○	○				○		○	
	JA高知病院				○		○			◎	○		○				○			
	土佐市立土佐市民病院				○								○				○	○		
	本山町立国民健康保険嶺北中央病院				○								○					○	○	
	いの町立国民健康保険仁淀病院												○				○	○		
	佐川町立高北国民健康保険病院												○					○		
高幡	梼原町立国民健康保険梼原病院				○								○	◎				○	○	
幡多	四万十市国民健康保険四万十市立市民病院				○		○							◎				○		
	高知県立幡多けんみん病院	○		○		○	○			○	○		○	◎			○		○	
	大月町立国民健康保険大月病院												○	◎				○	○	

※◎は輪番を行っている病院

また、病床機能報告において、病床機能の把握が可能となる中、これらの公立・公的病院等が地域において果たしている役割等を考えると、他医療機関に率先して、地域医療構想の達成に向け、役割・機能などの将来の方向性について示すことが重要です。

本県の公立・公的病院等の病床機能については、次表のとおりです。

（図表 5-4-3）公立・公的病院等の病床機能報告の状況　　令和４年７月１日現在

保健医療圏	病院名	病床数					
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床	計
安芸	高知県立あき総合病院		130	45			175
	（参考：圏域の状況）	0	182	125	235	0	542
中央	高知赤十字病院	146	256				402
	独立行政法人国立病院機構高知病院	7	275		120		402
	独立行政法人地域医療機能推進機構高知西病院		60	94			154
	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター	341	207				548
	近森病院	141	277	34			452
	高知大学医学部附属病院	390	193				583
	JA高知病院		120	58			178
	土佐市立土佐市民病院		96	54			150
	本山町立国民健康保険嶺北中央病院		55		44		99
	いの町立国民健康保険仁淀病院		60		40		100
	佐川町立高北国民健康保険病院		56		42		98
	公的病院等の計	1,025	1,655	240	246	0	3,166
	（参考：圏域の状況）	1,025	3,599	1,538	4,244	248	10,654
高幡	椿原町立国民健康保険椿原病院			30			30
	（参考：圏域の状況）	0	234	209	212	0	655
幡多	四万十市国民健康保険四万十市立市民病院			55		44	99
	高知県立幡多けんみん病院	6	285				291
	大月町立国民健康保険大月病院		25				25
	公的病院等の計	6	310	55	0	44	415
	（参考：圏域の状況）	6	476	218	481	50	1,231
公的病院の県計		**1,031**	**2,095**	**370**	**246**	**44**	**3,786**
県計		1,031	4,491	2,090	5,172	298	**13,082**

2　公立・公的病院等の取組

（１）公立病院の取組

公立病院では、経営の悪化や医師不足による診療体制の縮小など、本来期待されている医療提供体制を維持することが困難な状況もみられるようになってきたことから、公立病院を設置する地方公共団体では、平成 19 年度に総務省が示した公立病院改革ガイドラインに基づく「公立病院改革プラン」を策定し、改革の取組を進めてきました。

また、平成 26 年度には総務省から「新公立病院改革ガイドライン」が示され、地域医療構想により示された各地域の医療提供体制の将来の目指す姿を踏まえ「新公立病院改革プラン」を策定し、病院機能の見直しや病院事業経営に総合的に取り組んできました。

さらに、令和３年度には総務省から「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」が示され、持続可能な地域医療提供体制を確保するため、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視しつつ、新興感染症等への対応も踏まえ、令和５年度内に「公立病院経営強化プラン」を策定し、公立病院の経営強化に取り組む必要があります。

本県では、人口減少が進む中、郡部等において、どのように医療提供体制を維持していくかが課題となっており、公立病院には各地域における医療連携体制の構築等において、中核的な役割が期待されています。

（２）公的病院等の取組

公立病院を除く公的病関等については、平成 29 年度に厚生労働省から、「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等２０２５プラン」策定について」の通知が示され、地域医療構想を踏まえ今後担うべき役割や機能などについて整理した、「公的医療機関等２０２５プラン」を策定した上で、地域医療構想調整会議において、協議することを要請されました。

本県においても、対象病院である６つの公的病院等が同プランの策定のうえ、各区域別の地域医療構想調整会議での協議を行い、役割・機能などの将来の方向性について示すことが重要です。

３　社会医療法人の現状と役割

社会医療法人は、救急医療や災害医療など地域で特に必要な医療の提供を担う医療法人で、救急医療等確保事業（注3）を行うために必要な設備や体制を有するものとして、知事の認定を受けた法人です。こうした法人が地域医療の担い手として救急医療等確保事業に積極的に参加することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っており、本県について２つの法人が認定を受けています。

（注３）公益性の高い医療であって、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）、その他知事が本県での疾病の発生状況などに照らして特に必要と認める医療

（図表 5-4-4）高知県における社会医療法人　　令和５年 12 月１日現在

保健医療圏	所在地	法人名	施設の名称	認定年月日	認定を受けた業務の区分				
					救急医療	災害医療	へき地医療	周産期医療	小児救急医療
中央	高知市大川筋	社会医療法人近森会	近森病院	平成22年1月1日	○	○			
	高知市越前町	社会医療法人仁生会	細木病院	平成27年4月1日			○		

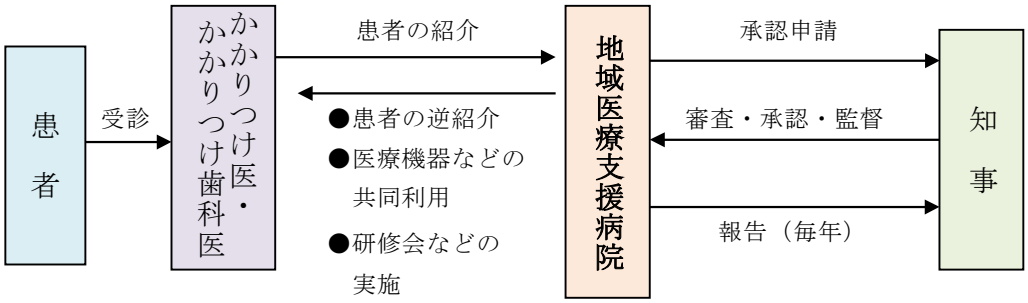
４　地域医療支援病院の現状と役割

地域医療支援病院は、かかりつけ医・かかりつけ歯科医からの紹介患者への医療の提供、医療機器などの共同利用、救急医療の実施、地域の医療従事者の資質向上の研修などを行うなど、かかりつけ医への支援を行う能力や設備を有する病院として知事が承認する病院です。

地域の病院、診療所などの後方支援により医療機関の機能の分担と連携を推進することを目的に、平成９年 12 月の第３次医療法改正により創設されました。また、平成 18 年の第５次医療法改正により、在宅医療の提供の推進についても地域の医療機関を支援すること。さらに、令和５年５月の医療法改正により、研修の実施によるかかりつけ医機能の確保について支援することが求められています。

なお、本県においては、３つの医療機関が承認を受けています。

（図表 5-4-5）地域医療支援病院のイメージ



＜参考＞　地域医療支援病院の主な承認要件

（１）他の病院または診療所から紹介された患者に対し医療を提供する紹介外来制を原則とし、次のいずれかに該当する。

ア　他の医療機関からの紹介患者数の割合が 80%を上回る。

イ　他の医療機関からの紹介患者数の割合が 65%を上回り、かつ、逆紹介率が 40%を上回る。

ウ　他の医療機関からの紹介患者数の割合が 50%を上回り、かつ、逆紹介率が 70%を上回る。

（２）他の医療機関に対し、医療施設や医療機器などを提供し共同利用のための体制が整備されている。

（３）救急医療を提供する能力を有している。

（４）地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修などを実施している。

（５）原則として 200 床以上の病床を有する。

（図表 5-4-6）高知県における地域医療支援病院承認状況　令和５年 12 月 31 日現在

医療機関名	保健医療圏	所在地	承認年月日	病床数
近森病院	中央	高知市大川筋	平成 15 年 2 月 25 日	512
高知赤十字病院	中央	高知市秦南町	平成 17 年 8 月 16 日	402
高知医療センター	中央	高知市池	平成 19 年 4 月 25 日	620

第６章　５疾病の医療連携体制

第１節　がん

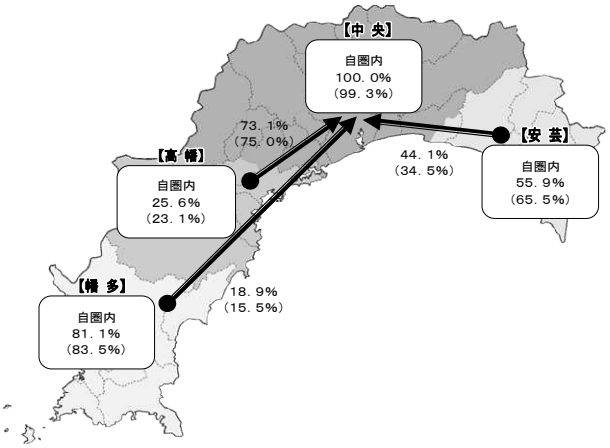
１　がん患者の受療動向

令和４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。

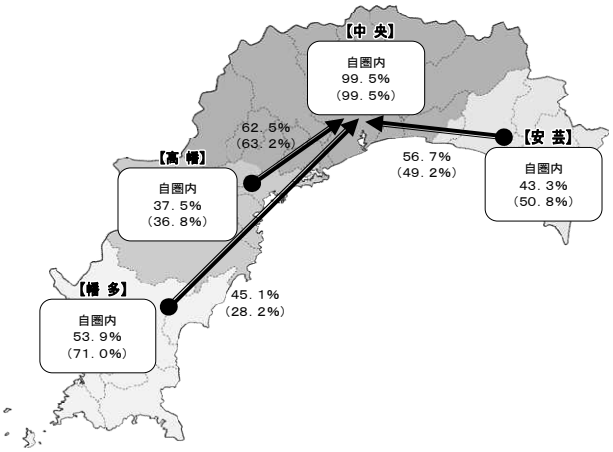
がんの入院患者が在住する保健医療圏における受療割合は、中央保健医療圏ではほぼ自圏内で完結しているほかは、安芸保健医療圏では約 57%の患者が、高幡保健医療圏では約 63%の患者が、幡多保健医療圏では約 45%の患者が中央保健医療圏に入院しています。（図表 6-1-1）

（図表 6-1-1）　がん患者の受療動向（括弧内は平成 28 年度の数値）

＜外来＞



＜入院＞



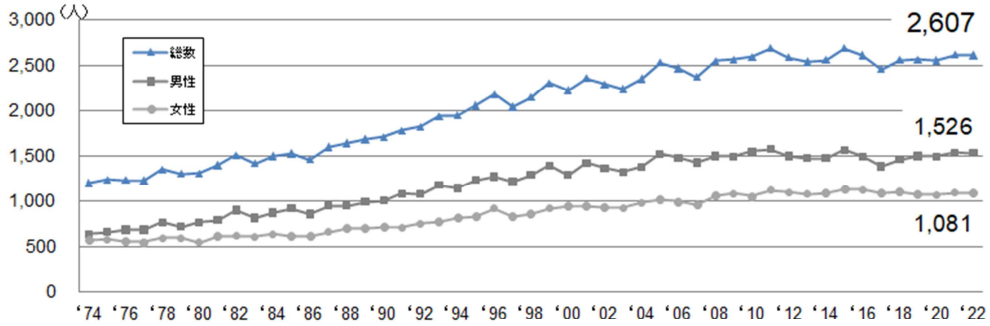
出典：令和４年度高知県患者動態調査

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４(2022)年には 2,607 人（男性 1,526 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～2022 年）



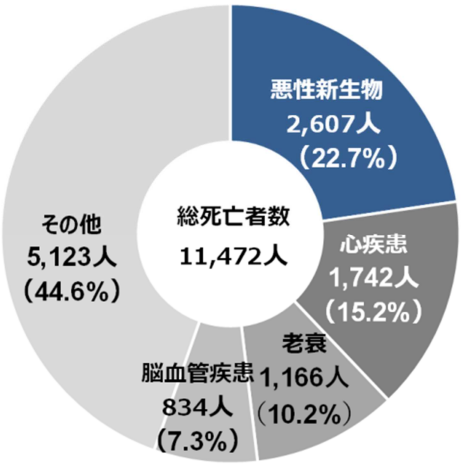
出典：令和４年人口動態統計（厚生労働省）

総死亡に占める死亡原因の割合をみると、令和４（2022)年は、がんが１位で 22.7%と全体の４分の１を占め、２位は心疾患で 15.2%、３位は老衰で 10.2%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。

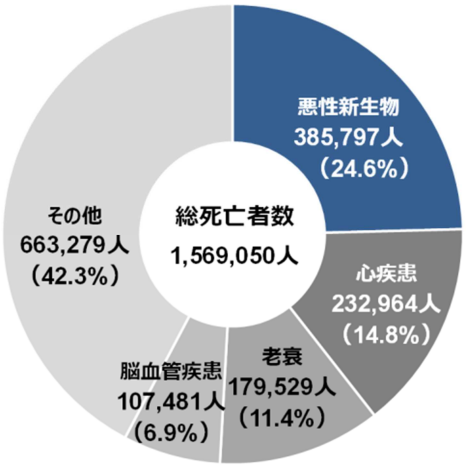
また、全国も同様の傾向となっています。

（図表 6-1-3）死因別死亡者数と死亡原因の割合

＜高知県＞



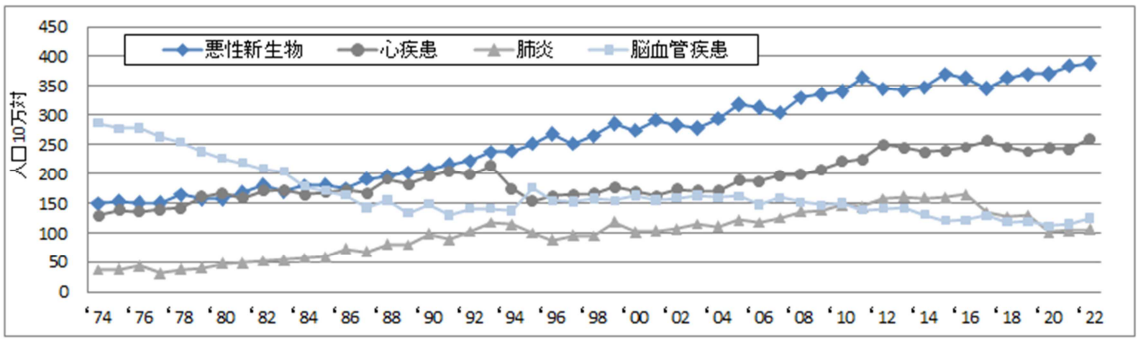
＜全国＞



出典：令和４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）主な死因の人口 10 万対死亡率の推移（高知県）（1974 年～2022 年）



出典：令和４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

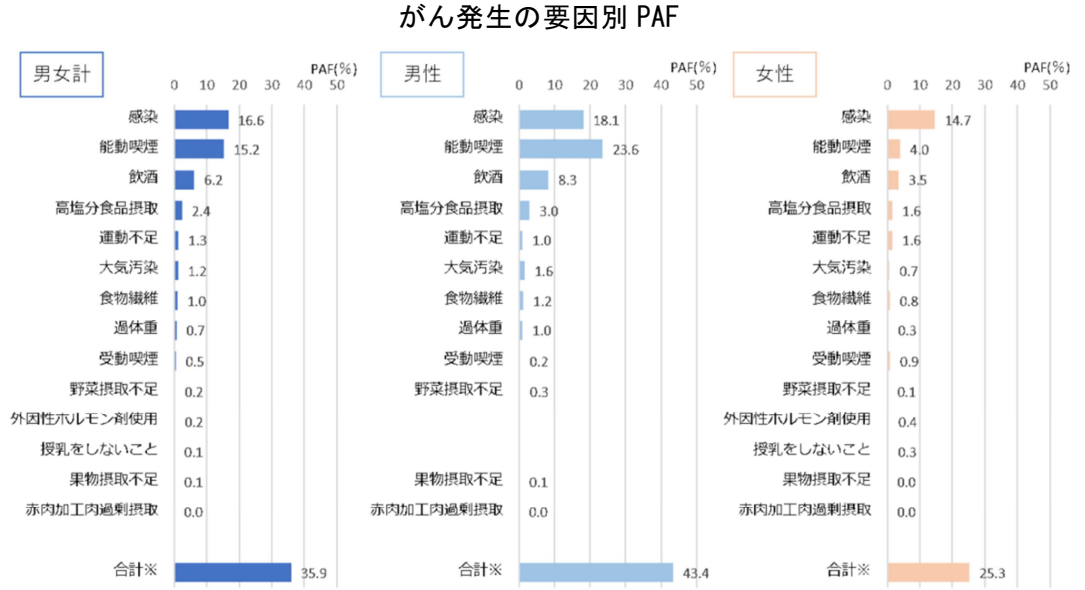
ア　生活習慣について

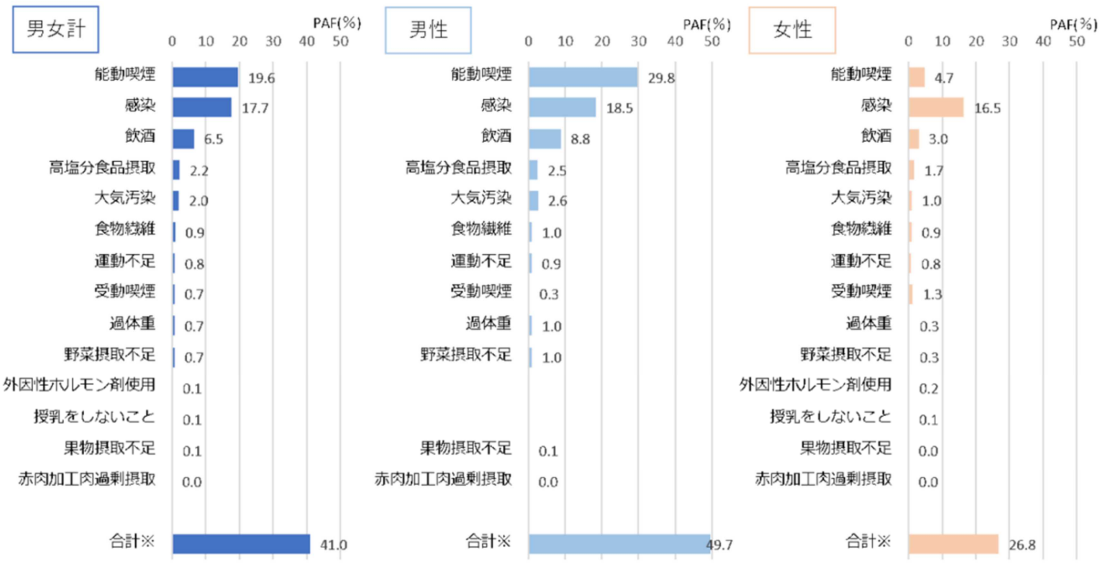
現状と課題

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等、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：その要因によって起こっているであろうがんの割合）





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ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ提言に関する研究」

対策

県は、喫煙が健康に及ぼす影響等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、運動等の生活習慣について、健康意識の醸成や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、肝がんと関連する肝炎ウイルス、子宮頸がんと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。）、胃がんと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	新規	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みます。

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のリスクを低下させるとする疫学研究等について、国の動向等を含め情報を収集・発信していきます。

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。

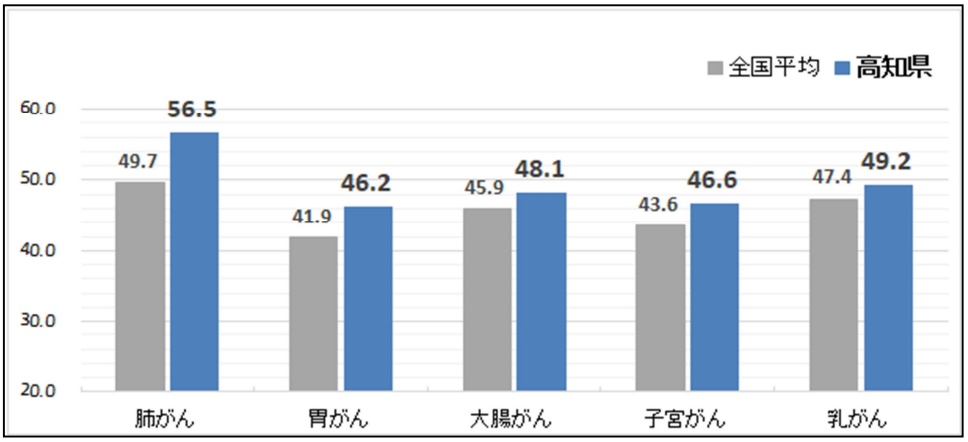
（２）がんの２次予防（がん検診）

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。

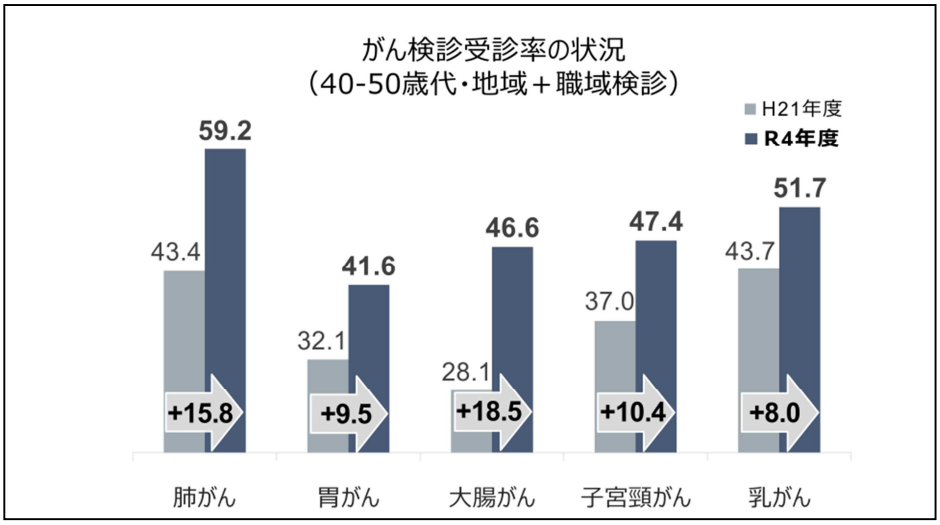
（図表 6-1-7）がん検診受診率の全国との比較（40-69 歳・子宮頸がんは 20-69 歳）



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、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５年度高知県健康対策課調べ

令和４年国民生活基礎調査によれば、職域においてがん検診を受けた方の割合は、胃・肺・大腸がんは約 70%、乳がんは約 50%、子宮頸がんは約 40%となっていますが、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等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等、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。

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組を支援します。

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組が必要です。

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を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、薬物療法に関する正しい情報を提供するとともに、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

がん患者の診療を行う全ての医療機関は、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

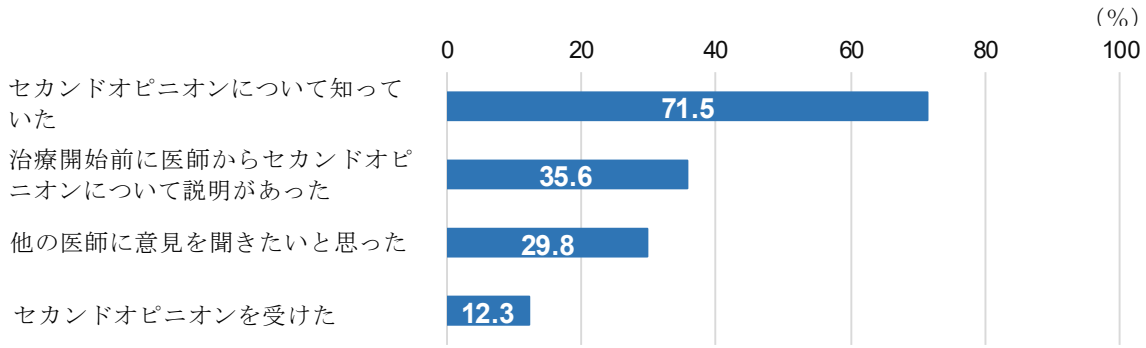
拠点病院等は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実践し、その知識や技能を維持・向上できるよう、がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の更なる推進に努めます。

【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みます。

（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等により、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活き活きと働き、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組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・管理に当たっては、個人情報保護に関する取組を徹底します。

目標

区分	項目	直近値	目標（R11）	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・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　：71.4%　胃　：62.0% 大腸：56.6%　子宮頸：57.7% 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	男性：183.96 （全国平均160.00） 女性：88.3 0（全国平均 93.56）	男性：全国以下 女性：R3以下	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２節　脳卒中

脳卒中には、脳血管を閉塞する脳梗塞、脳の血管が破綻し脳内に出血する脳出血、脳動脈瘤が破綻し、くも膜下腔に出血するくも膜下出血があります。

脳卒中の発症に直接的に影響を与える要因には、高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒があり、発症予防のためにはこれらの管理が重要です。

脳卒中による死亡者を減少させ、予後を向上させるためには、発症後できるだけ早期に適切な治療を開始できるよう治療へのアクセス向上を図ることが重要です。

また、脳卒中は介護が必要となる主な原因のひとつであり、社会生活に復帰するまでに、身体機能の回復を目的としたリハビリテーションが必要です。さらに、多職種の連携による再発予防や誤嚥性肺炎等の合併症予防も重要です。

このように患者の予後やＱＯＬを高めるためには、各関係機関が連携し、予防から急性期、回復期、維持期にかけての切れ目ない医療提供体制や、脳卒中患者を中心とした包括的な支援体制の強化が必要になります。

現状

１　予防の状況

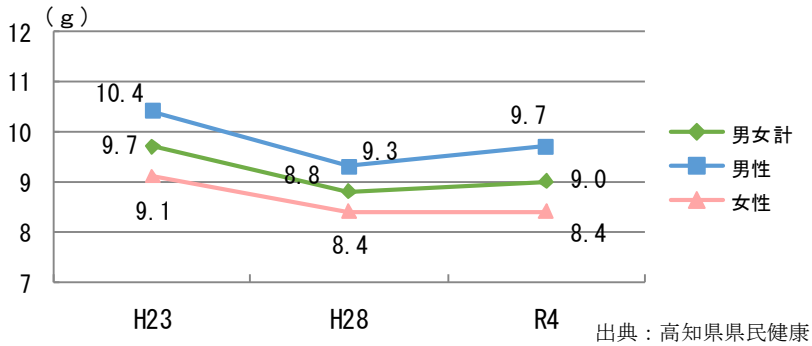
（１）生活習慣の状況

脳卒中の発症に関係する生活習慣には食塩の過剰摂取、運動不足、喫煙などがあります。

１日の食塩摂取量は減少傾向にありましたが、令和４年高知県県民健康・栄養調査によると、男性では 9.7g と増加し、女性では 8.4g と横ばいとなり、目標の８ｇ以下には達していません（図表 6-2-1）。

また、１日推定食塩摂取量が８ｇ以上の者の割合は、男性の 40～64 歳で 73.3%、65～74 歳で 73.8%、女性の 40～64 歳で 68.1%、65～74 歳で 69.7%を占めています（令和４年度推定塩分摂取量測定事業結果）。

（図表 6-2-1）１日あたりの食塩摂取量

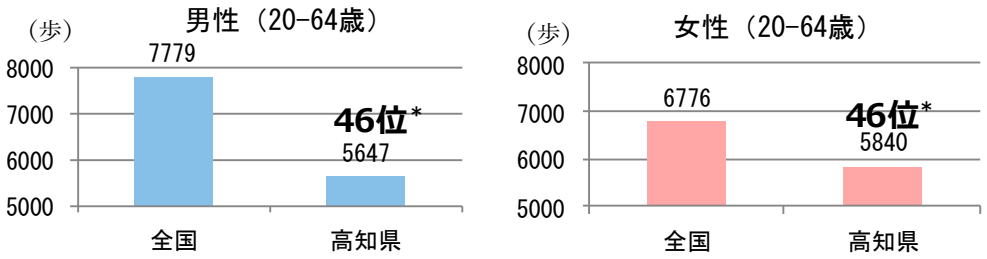


出典：高知県県民健康・栄養調査

身体活動・運動分野について、平成 28 年国民健康・栄養調査によると、20～64 歳の一日歩数の平均値（年齢調整値）は全国平均を大きく下回っています（図表 6-2-2）。

また、令和４年高知県県民健康・栄養調査によると、運動習慣のある者の割合は 20～64 歳の男性が 25.5%、女性が 21.8%であり、65 歳以上（男性 58.2%、女性 36.7%）と比較して少ない状況です。

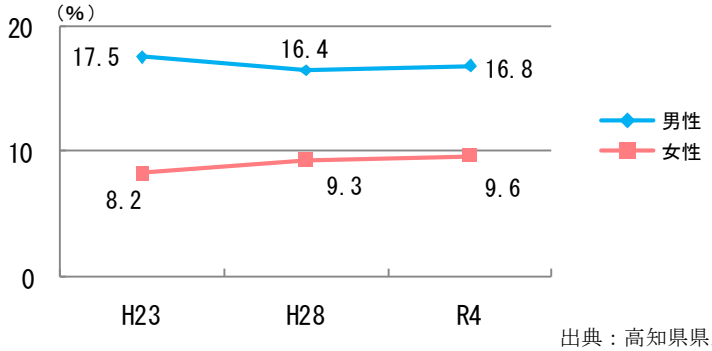
（図表 6-2-2）一日歩数の平均値（年齢調整値）



出典：平成 28 年国民健康・栄養調査
＊熊本県を除く

飲酒について、令和４年高知県県民健康・栄養調査によると、生活習慣病のリスクを高める量（注１）の飲酒をしている者の割合は、男性 16.8%、女性 9.6%と、男女とも横ばい傾向ですが（図表 6-2-3）、全国平均よりも高い割合となっています。

（図表 6-2-3）生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合

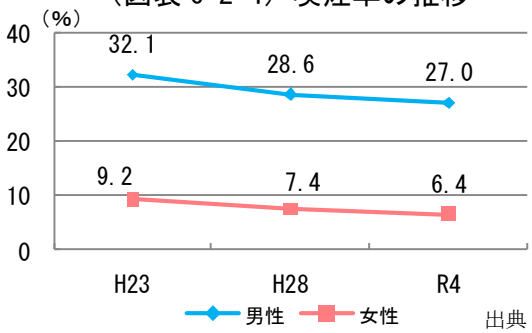


出典：高知県県民健康・栄養調査

（注１）生活習慣病のリスクを高める量：次のいずれかに該当
男性　毎日×2 合以上、週 5～6 日×2 合以上、週 3～4 日×3 合以上、週 1～2 日×5 合以上、月 1～3 日×5 合以上
女性　毎日×1 合以上、週 5～6 日×1 合以上、週 3～4 日×1 合以上、週 1～2 日×3 合以上、月 1～3 日×5 合以上

喫煙率については、令和４年高知県県民健康・栄養調査によると減少傾向です（図表 6-2-4）。

（図表 6-2-4）喫煙率の推移



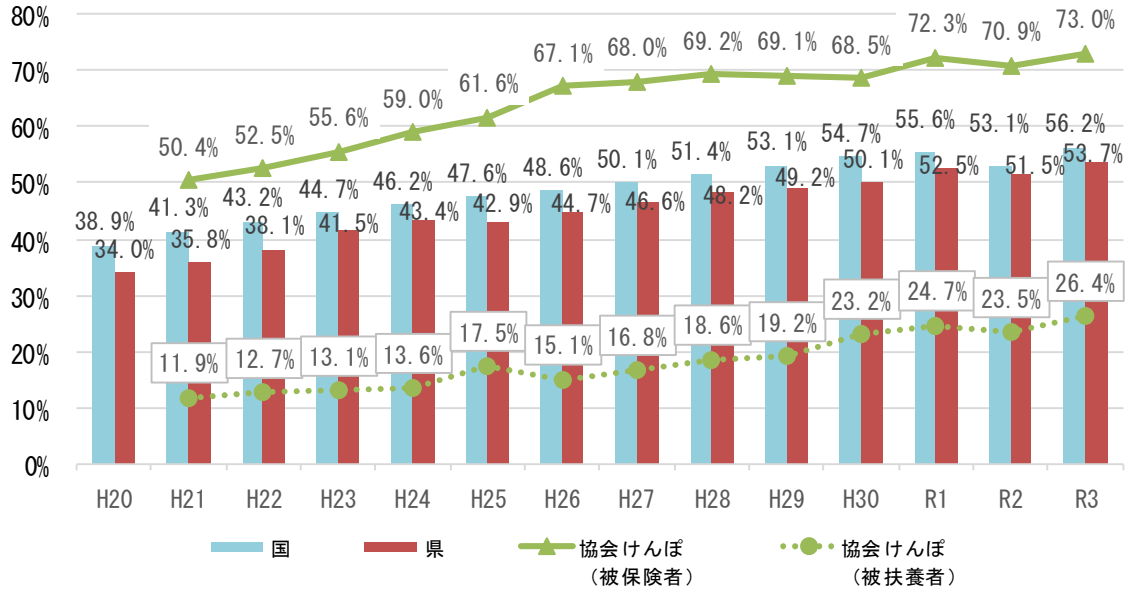
出典：高知県県民健康・栄養調査

（２）特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上と健診によるリスク管理

健康状態の把握及び生活習慣の改善を通じた発症リスクの低減を図るため、保険者による特定健診及び特定保健指導の実施率の向上が重要です。

特定健診の実施率は上昇傾向にあり、令和３年度特定健診の実施率は 53.7%です（図表 6-2-5）。全国との差は縮小しているものの、全国平均より 2.5 ポイント低く、全国 28 位となっています。保険者別では、市町村国保 35.6%、全国健康保険協会高知支部（以下「協会けんぽ」という。）被保険者 73.0%、協会けんぽ被扶養者 26.4%と、実施率に差があります。

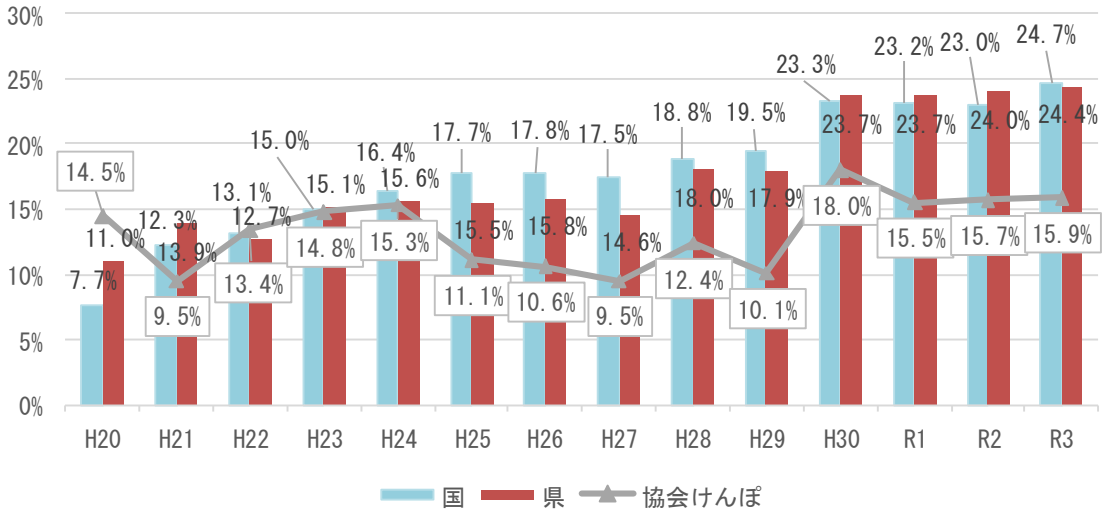
（図表 6-2-5）特定健診実施率



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」
高知県保険者協議会「特定健康診査・特定保健指導実施状況調べ」

特定保健指導の実施率は上昇傾向にあり、令和３年度特定保健指導の実施率は 24.4%です（図表 6-2-6）。平成 30 年度から全国平均と同様の傾向で推移していますが、目標値である 45%には達していません。

（図表 6-2-6）特定保健指導実施率



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」
高知県保険者協議会「特定健康診査・特定保健指導実施状況調べ」

令和３年度特定健診の結果によると、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者及び予備群の割合が 30.4%（該当者 18.2%、予備群者 12.1%）となっており、全国の 29.1%（該当者 16.6%、予備群者 12.5%）と比較すると高くなっています。

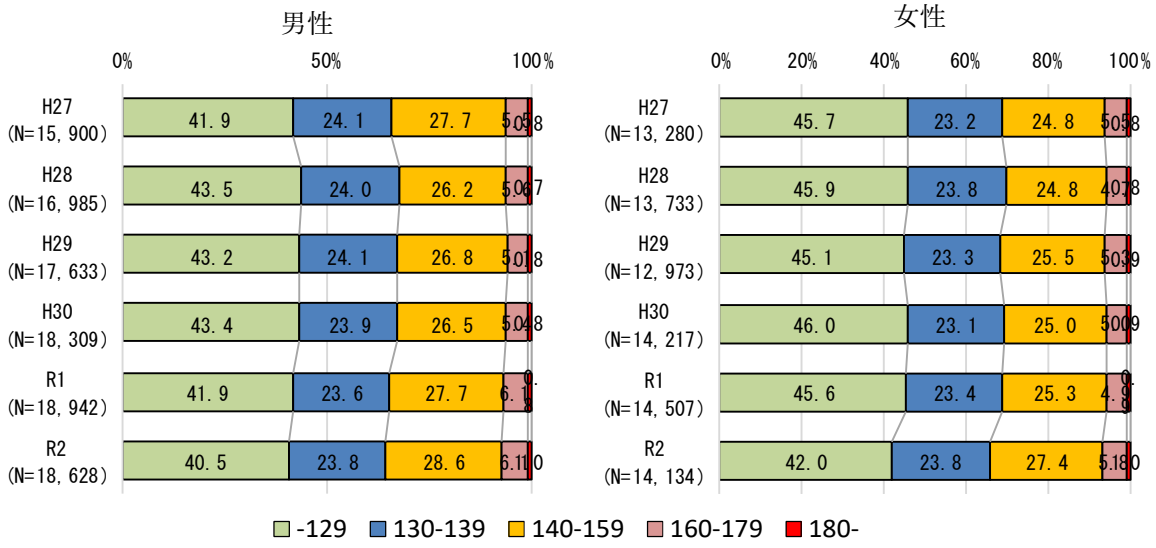
また、令和４年度の市町村国保特定健診結果では、血圧の有所見者が 48.2%、血糖の有所見者が 66.2%と高い割合となっており、発症リスクを認識し、生活習慣を見直す機会となっています。

（３）脳卒中の危険因子の管理

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、その他に、糖尿病、脂質異常症、心房細動などの影響が大きいといわれています。

特定健診結果によると、高血圧治療者（服薬有）で収縮期血圧 140mmHg 以上の人の割合は、平成 27 年度と比較すると増加傾向にあります（図表 6-2-7）。平成 28 年の高知県県民健康・栄養調査によると、40 歳以上の収縮期血圧の平均値は男性 141mmHg、女性 134mmHg となっており、全国（男性 134mmHg、女性 127mmHg）と比較して高いです。

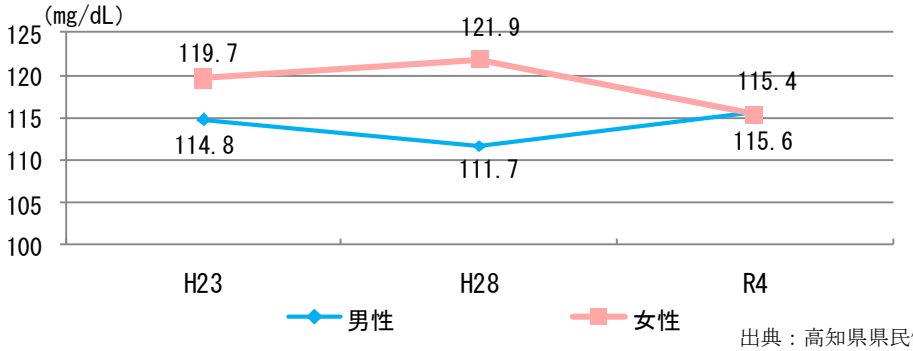
（図表 6-2-7）降圧剤服用者の収縮期血圧



出典：市町村国保・協会けんぽ「特定健診実績」

脂質異常の状況については、令和４年高知県県民健康・栄養調査によると、LDL コレステロールの平均値は、男性 115.6mg/dL、女性 115.4mg/dL となっており、平成 28 年と比較すると、男性は上昇しています（図表 6-2-8）。

（図表 6-2-8）LDL コレステロールの平均値の推移（20 歳以上）



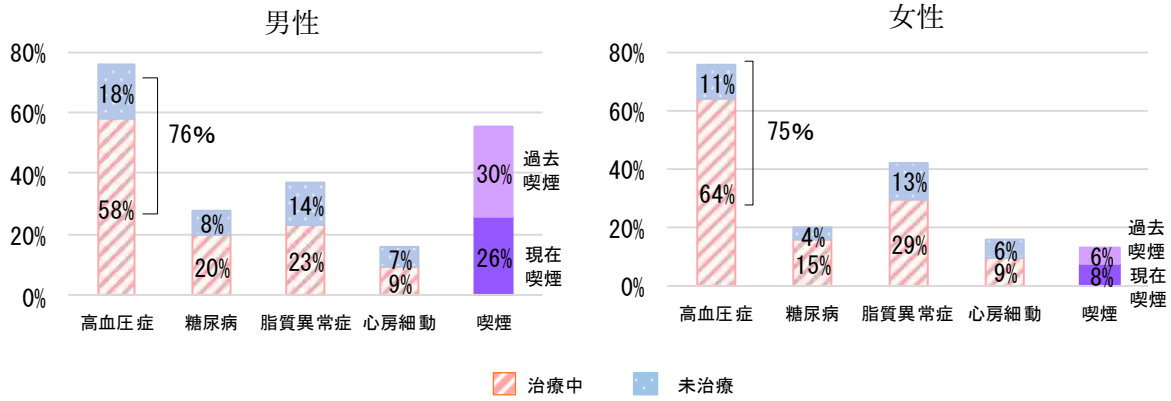
出典：高知県県民健康・栄養調査

平成 24 年から、脳卒中センター及び脳卒中支援病院の協力を得て、県内脳卒中急性期患者の実態把握のため、高知県脳卒中患者実態調査（注２）を実施しています。令和４年高知県脳卒中患者実態調査によると、初発患者に占める高血圧有病者の割合は、男性 76%、女性 75%で、高血圧症有病者で未治療である割合は男性 18%、女性 11%となっています。

また、脂質異常症有病者の割合は、男性 37%、女性 42%で、脂質異常症有病者で未治療である割合は男性 14%、女性 13%となっています（図表 6-2-9）。これら危険因子の未治療者を減少させるとともに、コントロールが良好な者を増やすことが脳卒中の発症予防として重要です。

（注２）高知県脳卒中患者調査は、高知県内の脳卒中センター・脳卒中支援病院全 28 医療機関（令和５年 10 月時点）を対象に行うもので、脳卒中の急性期の患者のうち退院する患者（転院、転棟、死亡含む）が対象。

（図表 6-2-9）脳卒中発症者の有病＊・喫煙の状況（初発患者集計）

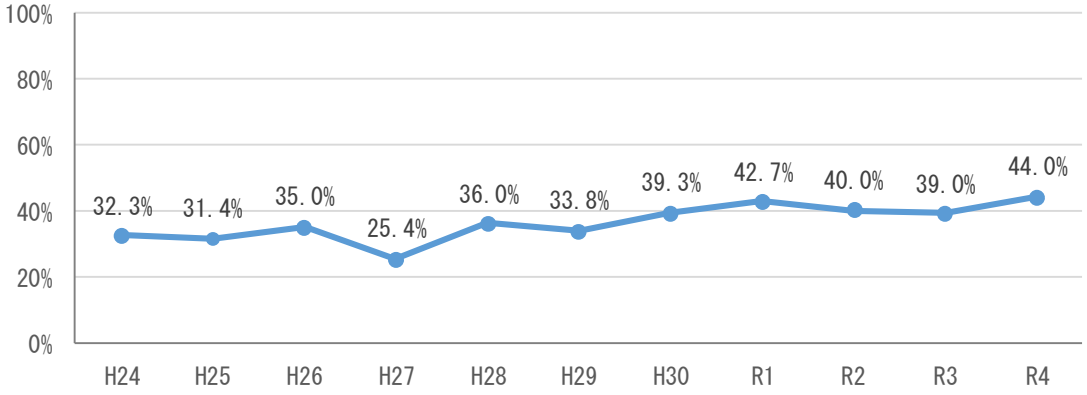


出典：令和４年高知県脳卒中患者実態調査

＊ 調査協力医療機関において入院中に診断された者も含む

心原性脳塞栓症では心房細動が危険因子であるため、抗凝固療法が強く勧められますが、心原性脳塞栓症患者のうち発症前に心房細動を治療していた者（抗凝固療法ありの者）の割合は約４割にとどまっており、心房細動患者の早期発見と適切な治療が重要です（図表 6-2-10）。

（図表 6-2-10）心原性脳塞栓症患者のうち、発症前に心房細動を治療していた者の割合



出典：高知県脳卒中患者実態調査

さらに、高知県脳卒中患者実態調査と高知地方気象台の気象データを用いた分析結果(注３)によると、前日の最高気温から当日の最低気温への気温下降がくも膜下出血の発症因子となる可能性が示唆されており、特に 65 歳未満の発症に強く関与する可能性が示唆されています。

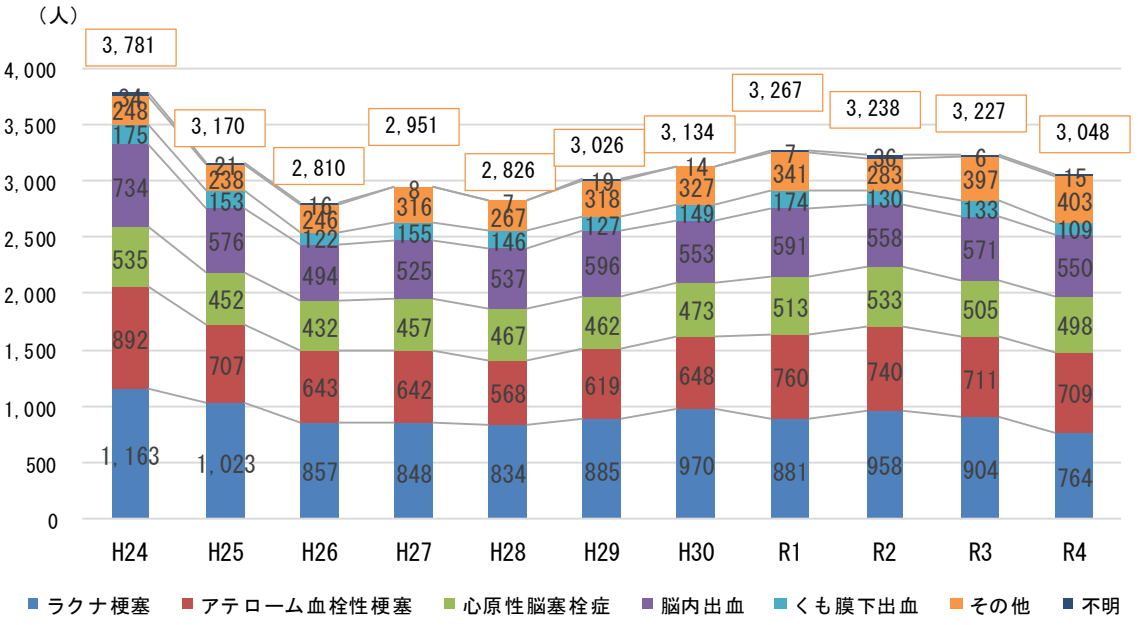
（注３）出典：Fukuda H J Neurosurg. 2019 Jul 5:1-9. doi: 10.3171/2019.4.JNS19175.

2　脳卒中の発症と死亡

（１）病型割合と患者数等

高知県脳卒中患者実態調査によると、近年の発症者数は 3,000 人超で推移しています。令和４年の病型別発症者数は、ラクナ梗塞が最も多く 764 人（25.1%）、次いでアテローム血栓性梗塞 709 人（23.3%）、脳内出血 550 人（18.0%）となっています（図表 6-2-11）。

（図表 6-2-11）脳血管疾患発症者数の推移

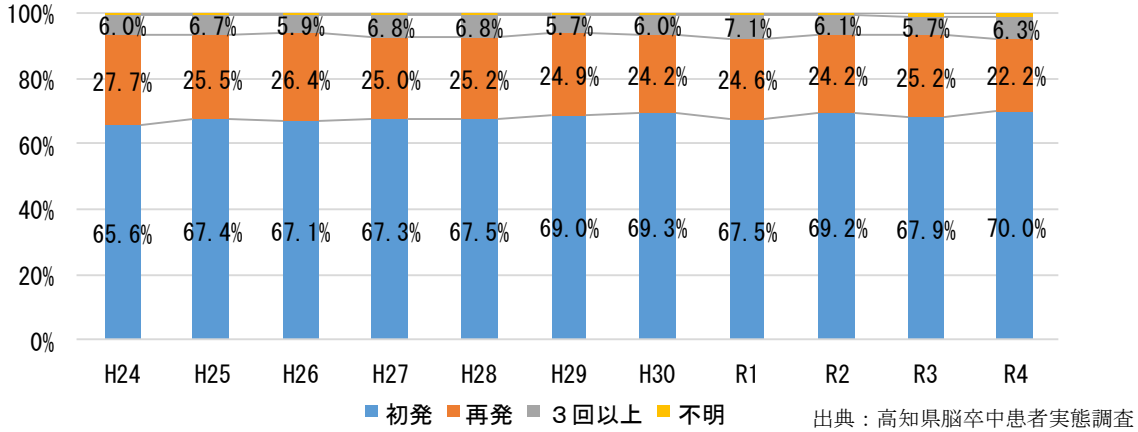


出典：高知県脳卒中患者実態調査

また、令和４年発症者のうち再発(注４)の者の割合は、28.5%となっています（図表 6-2-12）。

（注４）高知県脳卒中患者実態調査で、発症区分が「再発」または「３回以上」になっている者の割合

（図表 6-2-12）脳血管疾患発症者の発症区分

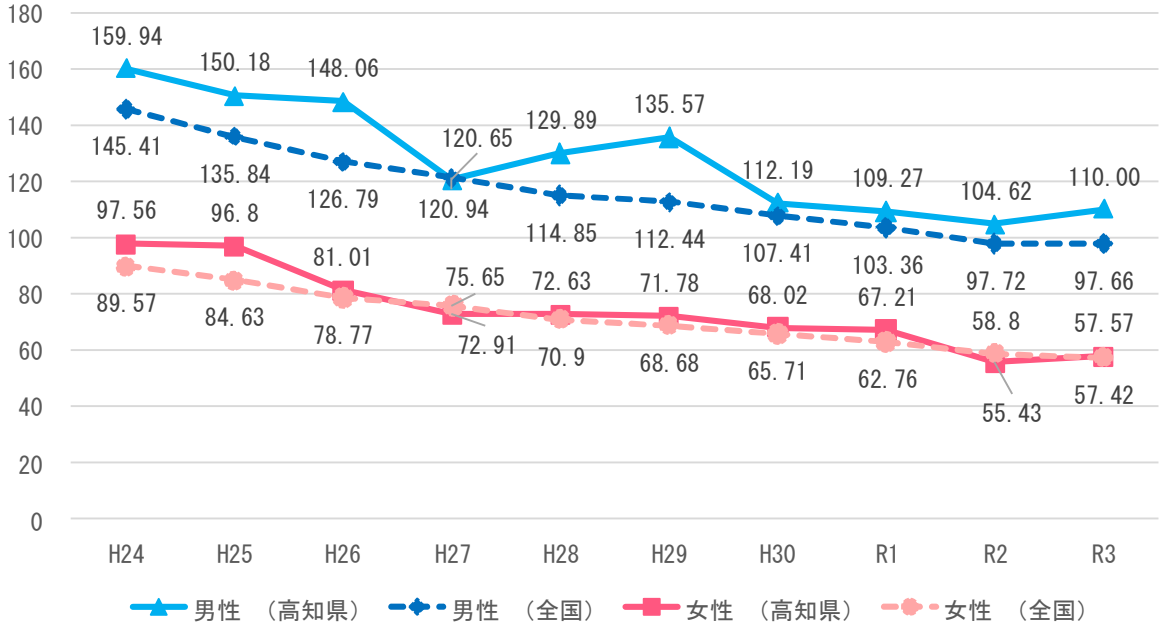


出典：高知県脳卒中患者実態調査

（２）脳血管疾患に係る死亡率等

高知県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は男女ともに減少傾向にあり、全国平均に近づいた年もあります（図表 6-2-13）。

（図表 6-2-13）脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人対）の推移

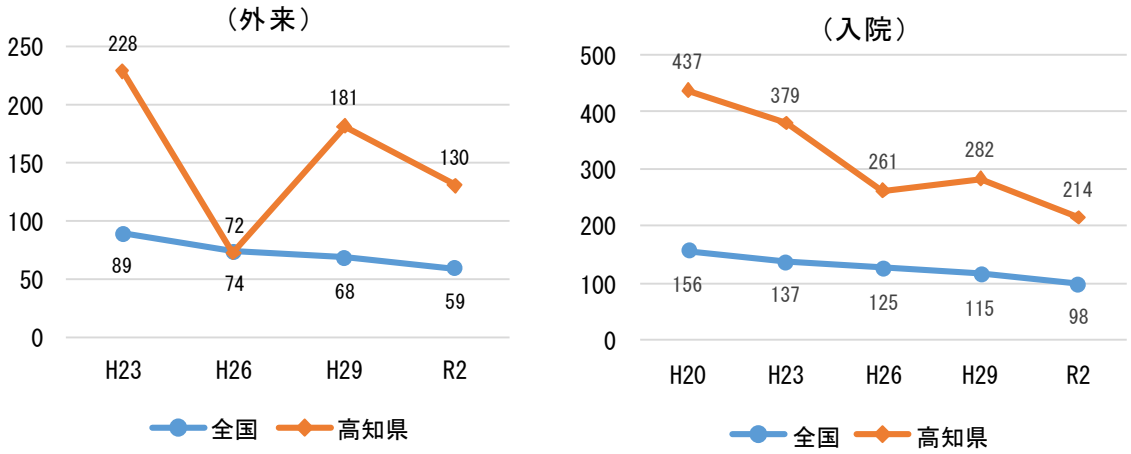


出典：人口動態調査（年齢調整死亡率の基準人口は平成 27 年モデル人口）

（３）脳卒中患者の受療動向

患者調査によると、人口 10 万人あたりの脳血管疾患の受療率は、入院及び外来ともに全国より高い傾向にありますが、全国と同様に減少傾向にあります（図表 6-2-14）。

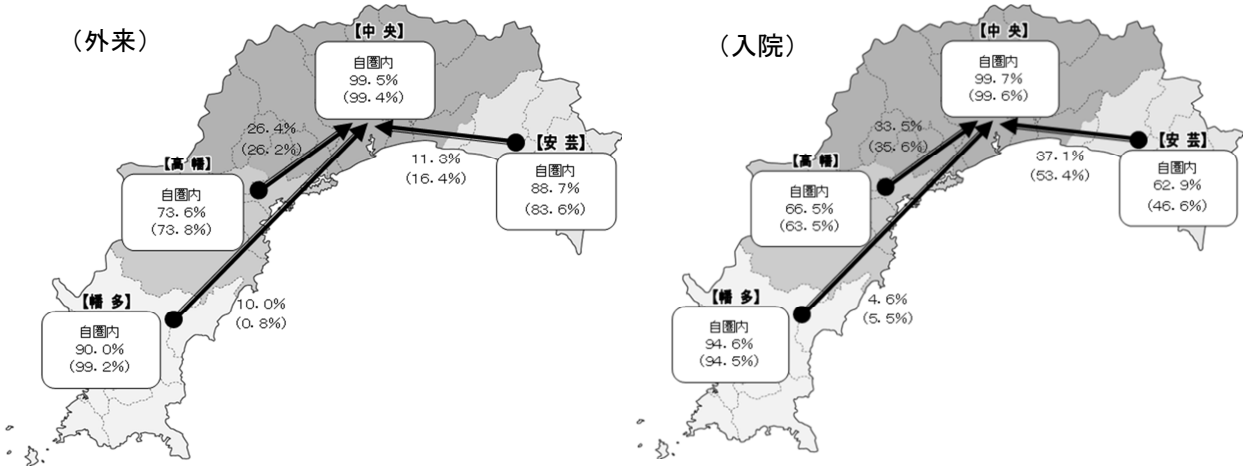
（図表 6-2-14）脳血管疾患の受療率（人口 10 万人対）の推移



出典：患者調査

高知県患者動態調査によると、令和４年の脳卒中による自圏内の受療率について、平成 28 年と比較すると、外来については、リハビリテーション目的の患者も含まれていると考えられますが、幡多保健医療圏の患者が中央保健医療圏で受療する割合が増加しています。入院については、安芸保健医療圏が自圏内で受療する割合が増加しています（図表 6-2-15）。

（図表 6-2-15）令和４年患者動態調査　脳卒中患者の受療動向
（括弧内は平成 28 年調査の数値）



外来患者の住所別患者数（人）

県計	幡多	高幡	中央	安芸
896 (1,325)	70 (126)	72 (65)	648 (1,018)	106 (116)

入院患者の住所別患者数（人）

県計	幡多	高幡	中央	安芸
1,616 (2,686)	130 (199)	164 (219)	1,182 (2,094)	140 (174)

3　病院前救護活動と救急搬送の状況

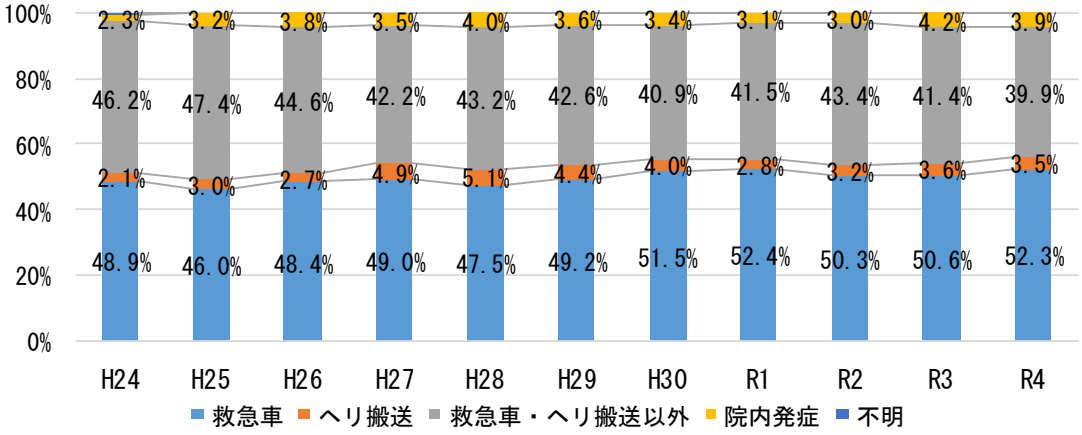
救急隊は、脳卒中を疑った場合には、適切な病院前救護と病院の選定を行い、脳卒中センターあるいは脳卒中支援病院へ搬送します。また、居合わせた一般市民が脳卒中の症状を理解し、救急要請もしくは受診勧奨を行うことも重要です。

救急搬送が必要な患者を適切な医療機関に最短で搬送するため、県民向けに、脳卒中の急性症状や救急要請に関する啓発を行っています。

また、脳卒中患者の状態評価から病院選定をより円滑に行えるよう、平成 31 年４月より脳卒中プロトコールの運用を開始しています。令和４年高知県脳卒中患者実態調査によると、52.3%は救急車による搬送となっており（図表 6-2-16）、脳卒中プロトコール活用による円滑な搬送が求められます。

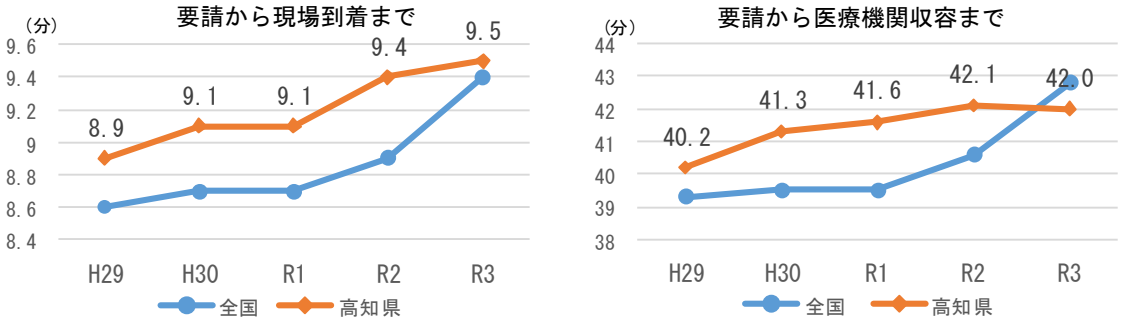
救急要請から現場到着及び医療機関への収容までに要した平均時間については、令和元年から３年にかけて、新型コロナウイルス感染症による搬送困難事例の増加等の影響により、全国的に平均所要時間が遅延しています（図表 6-2-17）。

（図表 6-2-16）脳卒中患者の搬送方法



出典：高知県脳卒中患者実態調査

（図表 6-2-17）救急要請から現場到着まで及び医療機関収容までに要した時間



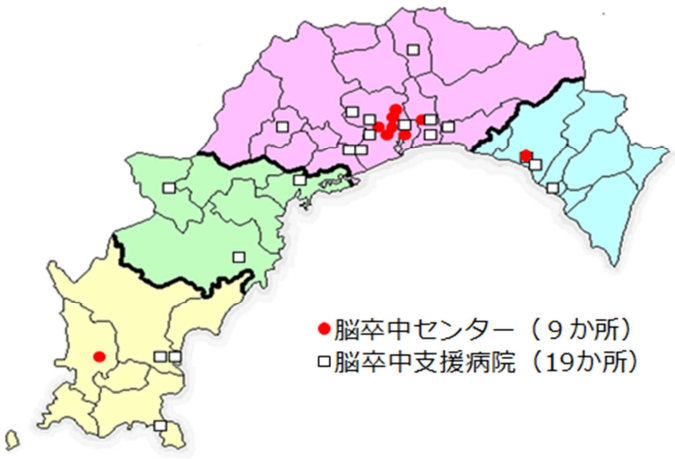
出典：救急・救助の現況

4　急性期の医療提供体制

急性期脳卒中診療は来院後 1 時間以内に専門的な治療を開始することが求められているため、脳卒中センターは、速やかな診療を行えるように、救急科、脳神経外科、神経内科等の院内の関係各科との連携体制を構築しています。

本県では平成 20 年度から、24 時間 365 日、脳卒中の急性期患者の受入体制が整備され、緊急かつ専門的な治療が可能な医療機関を「脳卒中センター」と、脳卒中患者への初期処置や全身状態安定後の治療等を行う医療機関を「脳卒中支援病院」として指定し、緊急治療が必要な患者を脳卒中センターへ集約することを進めています（図表 6-2-18）。

（図表 6-2-18）脳卒中センター及び脳卒中支援病院



血栓を溶解し血流を再開させることのできるt-PA療法(注5)は、脳梗塞の発症後4.5時間以内であれば使用することができるため、適応患者に対してできるだけ速やかに治療を開始する必要があります。

平成24年から平成27年までの高知県脳卒中患者実態調査によると、t-PA療法の適応患者において時間制限のためにt-PA療法を実施できなかった患者の割合は減少傾向にありました（図表6-2-19）。搬送方法別にみると、t-PA療法の禁忌のない者に対するt-PA療法実施率は、救急車・ヘリ搬送以外の患者よりも救急車・ヘリ搬送の患者のほうが数倍高くなっています（図表6-2-20）。

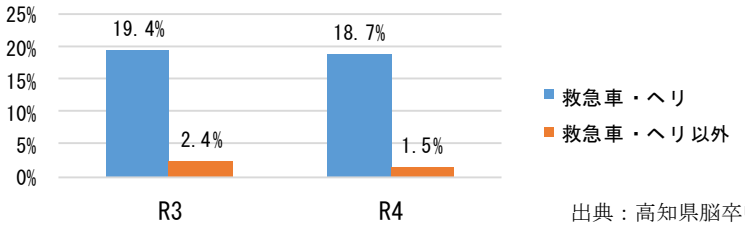
（注５）t-PA療法：発症から4.5時間以内に治療可能な虚血性脳血管障害患者に対して行う血栓溶解療法

（図表6-2-19）t-PA療法の適応があったが時間制限のため使用できなかった件数とその割合

	H24	H25	H26	H27
件数	97	120	86	112
割合（%）	61.6	52.5	40.0	34.5

出典：高知県脳卒中患者実態調査

（図表6-2-20）t-PA療法禁忌なし患者へのt-PA療法実施率（搬送・入院手段別）



出典：高知県脳卒中患者実態調査

本県全体の急性期診療に関係する医療資源については、神経内科医数は少ないものの、10万人当たりの脳神経外科医数（図表6-2-21）や脳卒中専門病室（ＳＣＵ）病床数（図表6-2-23）などは全国平均を大きく上回っています。しかし、中央保健医療圏に医療資源が集中しており、地域偏在が存在します。t-PA実施件数については、安芸保健医療圏の体制整備等により、平成27年度と比較すると増加しています(図表6-2-24、6-2-25)。

（図表6-2-21）神経内科医師数

	安芸	中央	高幡	幡多	県	全国
医師数	0	28	0	0	28	5,758
10万人対	0	5.4	0	0	4.1	4.6

出典：令和２年医師・歯科医師・薬剤師調査

（図表6-2-22）脳神経外科医師数

	安芸	中央	高幡	幡多	県	全国
医師数	7	56	2	7	72	7,349
10万人対	16.1	10.9	3.9	8.8	10.4	5.8

出典：令和２年医師・歯科医師・薬剤師調査

（図表 6-2-23）脳卒中の専門病室を有する病院の病床数（注６）

	安芸	中央	高幡	幡多	県	全国
病床数	0	28	0	0	28	1,577
10 万人対	0	5.4	0	0	4.1	1.3

（注６）病院表（28）特殊診療設備で、SCU の病床数　　出典：令和２年医療施設調査票

（図表 6-2-24）t-PA 製剤による脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関数

保健医療圏	安芸	中央	高幡	幡多	県	全国
医療機関数	1 (0)	7 (4)	0 (0)	1 (1)	9 (5)	

出典：四国厚生支局　施設基準の届出受理状況「超急性期脳卒中加算」（令和５年６月、括弧内は平成 29 年８月）

（図表 6-2-25）脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数（レセプト算定回数）

	安芸	中央	高幡	幡多	県	全国
実施件数	13 (-)	153（175）	0 (0)	44 (17)	210 (192)	
10 万人対	31.0 (-)	30.1 (32.2)	0 (0)	56.8 (18.5)	31.1 (25.7)	

出典：令和３年度 NDB（括弧内は平成 27 年度）

（図表 6-2-26）脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術（注７）等）の実施件数（レセプト算定回数）

	安芸	中央	高幡	幡多	県	全国
実施件数	－※ (0)	117 (67)	0 (0)	13 (-)	－※ (67)	
10 万人対	－ (0)	23.0 (12.3)	0 (0)	16.8 (-)	－ (9.4)	

※一定数よりも少ない場合は表示されないため０ではない　　出典：令和３年度 NDB（括弧内は平成 27 年度）

（注７）カテーテルから特殊な機材を通して、血管の内腔から病変に到達し、遠視下に病気を治す治療法である血管内治療のひとつ。t=PA が使用できない場合や主幹動脈が閉塞した場合に t-PA 療法に追加して行うことがある。特殊なデバイスを用いて血栓を体外に回収する方法。

（図表 6-2-27）くも膜下出血に対する脳動脈コイル塞栓術の実施件数（レセプト算定回数）

	安芸	中央	高幡	幡多	県	全国
実施件数	－※ (-)	40 (33)	－※ (-)	－※ (-)	－※ (-)	
10 万人対	－ (-)	7.9 (6.1)	－ (-)	－ (-)	－ (-)	

※一定数よりも少ない場合は表示されないため０ではない　　出典：令和３年度 NDB（括弧内は平成 27 年度）

（図表 6-2-28）くも膜下出血に対する脳動脈クリッピング術の実施件数（レセプト算定回数）

	安芸	中央	高幡	幡多	県	全国
実施件数	-※	21 (44)	-※	-※ (10)	-※ (-)	
10 万人対	-	4.1 (8.1)	-	- (10.9)	- (-)	

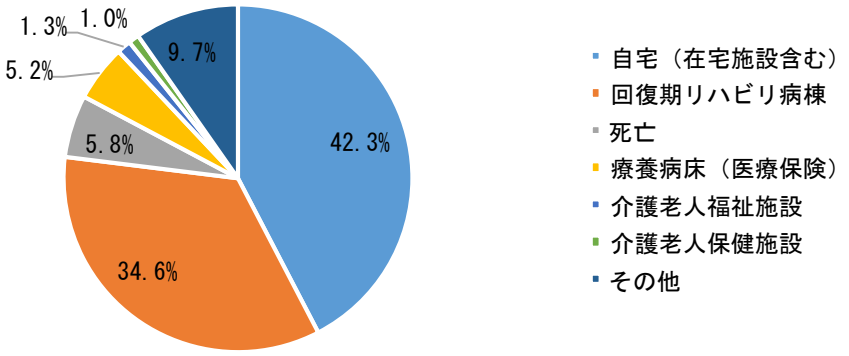
※一定数よりも少ない場合は表示されないため０ではない　　出典：令和３年度 NDB（括弧内は平成 27 年度）

脳卒中発症後は、リハビリテーションの開始時期が早いほど、ＡＤＬの改善度が良好で、在宅復帰率も高いため、脳卒中の急性期診療時に適切なリハビリテーションを開始し身体麻痺や嚥下障害等の回復を図る必要があります。

また、多職種連携によって脳卒中急性期の重症化や合併症を予防するとともに、適切なタイミングで患者の状態に合った場へ転院・退院できるよう努めています。

急性期病院からの退院後の行き先については、令和４年高知県脳卒中患者調査によると、在宅施設を含めた自宅復帰の割合が 42.3%、回復期リハビリテーション病棟が 34.6%、5.8%が死亡となっています（図表 6-2-29）。

（図表 6-2-29）急性期脳卒中患者の退院後の行き先



出典：令和４年高知県脳卒中患者調査

急性期から回復期及び維持期の医療への移行においては、県内２つの脳卒中地域連携パスの会（「高知中央・高幡・安芸医療圏脳卒中地域連携の会」及び「幡多地域連携パス検討委員会」）を中心に、脳卒中地域連携パスを運用しています。令和３年１月からは県下統一パスの運用や高知あんしんネットを活用したＩＣＴによる運用を開始する等、医療連携のための基盤整備が進んできています。

また、高知県脳卒中患者実態調査によると、脳卒中患者の地域連携パスの利用割合は年々増加傾向にあります（図表 6-2-30）。

（図表 6-2-30）脳卒中患者における地域連携パスの利用割合

	利用数	利用割合
R2	1,570 人	48.5%
R3	1,662 人	51.5%
R4	1,596 人	52.4%

出典：高知県脳卒中患者実態調査

5　回復期及び維持期の医療提供体制

脳卒中の回復期には、患者の希望や状態に応じた身体機能、生活機能面の向上のため、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等を組み合わせたリハビリテーションの実施が必要です。

また、歯科医師や歯科衛生士、管理栄養士等による口腔機能や栄養摂取面からのアプローチも必要です。

脳血管疾患等リハビリテーション料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出医療機関は中央医療圏に多くが集中していますが、人口 10 万人対のレセプト算定回数によるとその提供量の地域差は施設数に比して少なくなっています（図表 6-2-31、6-2-32）。

（図表 6-2-31）脳血管疾患等リハビリテーション料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出医療機関数

	安芸	中央	高幡	幡多	県
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ～Ⅲ）	8	90	7	16	121
回復期リハビリテーション病棟入院料（１～６）	1	14	2	2	19

出典：四国厚生支局　施設基準の届出受理状況（令和５年 10 月現在）

（図表 6-2-32）脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数

	安芸	中央	高幡	幡多	県	全国
レセプト算定回数	31,921	545,583	18,642	98,869	695,015	
10 万人対	76,083.9	107,371.4	38,227.5	127,688.2	102,770.6	61,392.1

出典：令和３年度 NDB

高知大学及び高知県回復期リハビリテーション病棟連絡会の協力を得て、令和元年度から回復期の脳卒中患者のデータ集約を行っています。それによると、発症から回復期リハビリテーション病棟への入棟平均日数については、全国よりも約８日早くなっており、早期から脳卒中患者に対するリハビリテーションが実施できています（図表 6-2-33）。

（図表 6-2-33）脳卒中発症から回復期リハビリテーション病棟への入棟または退棟までの日数

	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R元～R4中央値	全国
発症 ～ 回復期病棟入棟平均日数（日）						
全年齢	28.7	25.3	34.3	28.1	28.4	36.7
発症 ～ 回復期病棟退棟平均日数（日）						
全年齢	120	113.5	124	116.1	118.05	－

出典：回復期データベース実行委員会「回復期アウトカム調査」

また、回復期リハビリテーション病棟からの在宅復帰率は、新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響を受けた令和３年度を除くと、高齢化率や地理的な条件のある本県においても、70%台を維持できています（図表 6-2-34）。県内では、早期から適切なリハビリテーション資源を投入できる体制が維持できているとともに、地域連携パスの普及等による急性期から回復期への切れ目のない支援ができる体制が構築されています。今後も、こうした医療連携体制や脳卒中患者の在宅復帰率を維持していくことが望まれます。

（図表 6-2-34）脳卒中患者における回復期リハビリテーション病棟からの在宅復帰率

	R 元年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R1～4 中央値
65 歳未満	90.3	93.9	75	93.8	92.05
65～74 歳	85.8	85.1	79.1	84	84.55
75 歳以上	72.6	72.8	68.4	72.4	72.5
全年齢	78.2	79.2	71	77.2	77.7

※ 急性期転院を除いた数値、「在宅」には介護医療院、居住系の施設を含む
出典：回復期データベース実行委員会「回復期アウトカム調査」

維持期には、脳卒中の再発予防や合併症予防が重要となります。高知県脳卒中患者実態調査によると、約 30%は再発患者であり（図表 6-2-12）、在宅等に復帰してからも適切に服薬を継続すること等により再発予防に取り組む必要があります。

また、訪問リハビリテーションや介護老人保健施設等の施設によるリハビリテーションを組み合わせたり、歯科医師と連携した誤嚥性肺炎予防を行う等、療養を支える医療及び介護従事者の多職種連携による重症化予防及び合併症予防対策が必要です。

6　包括的な支援体制の整備

脳卒中患者は、再発・合併症への不安や後遺症による日常生活の活動度の低下など、診療や生活における疑問、心理社会的・経済的な悩み等、多様なニーズを抱えています。

こうした脳卒中患者のニーズに対応する専門窓口の設置が進んでいます。（一社）日本脳卒中学会は、県内２医療機関（令和５年 10 月現在）を「一次脳卒中センター（ＰＳＣ）コア」施設に認定しており、当該施設では、脳卒中相談窓口が設置されています。

また、平成 30 年 12 月に成立した循環器病対策基本法（注８）第９条第１項に基づく「循環器病対策推進基本計画」の理念を踏まえ、本県においても令和４年３月に「高知県循環器病対策推進計画」を策定して、健康寿命の延伸と循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指し、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進しています。その中では、治療と仕事の両立支援に関することも含め、循環器病における適切な相談支援や必要な情報提供体制を整えるとともに、地域の病院、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護事業者、訪問看護ステーション等との情報ネットワークを強化し、地域全体で患者支援体制の充実を図ることとしています。

（注８）「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成 30 年法律第 105 号）」。なお、「循環器病」とは、同法に基づき、脳卒中、心臓病その他の循環器病のことを言う。

課題

1　予防

本県は、男女の１日平均歩数及び男性のＢＭＩ（平均値）が全国最下位であるとともに、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者及び予備群者の割合も全国と比べ高くなっていることなどから、生活習慣の改善に向けたポピュレーションアプローチの強化が必要です。併せて、高血圧等、脳卒中の危険因子についての啓発や、特定健診及び特定保健指導等による健康状態の把握と生活習慣の改善を通じた発症リスクの低減を図ることも重要です。

2　病院前救護活動・急性期の医療提供体制

本県は地理的な問題や、脳卒中センター等の医療資源が中央に集中していることにより、医療へのアクセス性に地域差があります。

また、搬送別にみると、救急車・ドクターヘリを利用した場合とそれ以外で来院する場合、t-PA 療法の実施率に大きな差があります。生命予後および後遺症等の予後改善のため、脳卒中発症から治療を受けるまでの時間短縮に向け、初期症状と早期の救急要請・受診についての啓発を強化する必要があります。新興感染症発生・まん延時においても、急性期の患者を速やかに搬送し、適切な医療を提供できる体制の構築をする必要があります。

3　回復期及び維持期の医療提供体制

回復期にある脳卒中患者の実態把握については、高知大学や回復期リハビリテーション病棟連絡会の協力により可能となったため、データ集積の継続やパス運用の促進に向けた支援の継続が必要です。

また、脳卒中の再発予防に向けた施策を検討するとともに、脳卒中患者の身体機能等の維持・向上及び合併症予防に向けた多職種連携体制の構築を継続する必要があります。

4　包括的な支援体制の整備

医療機関等で相談支援が実施され、患者とその家族が必要な情報にアクセスできる支援体制が整備されてきましたが、地域包括支援センター等の既存の取組との連携・協力など、各ステージに応じた課題の解決につながるよう、急性期から回復期、維持期までの切れ目のない相談支援体制の構築が必要です。

対策

1　予防

働きざかり世代の健康づくりを推進するため、企業や地域の関連団体の参画を得ながら、適正体重維持に関する重要性の啓発や、職域への支援提供を行い、健康意識の醸成及び行動変容の促進を図ります。

また、関係機関や地域活動等と連携し、高血圧、心房細動、喫煙などの発症の危険因子に関する知識の普及や発症予防等に関する具体的な啓発活動を行います。

特定健診の受診率の向上に向け、受診率の低い年代をターゲットにした啓発等、効果的な受診勧奨に継続して取り組みます。特定保健指導については、将来の循環器病等の発症リスクも踏まえた効果的な指導を実施できるよう、保健指導従事者の資質向上に努めます。

脳卒中の最大の危険因子である高血圧対策としては、家庭血圧の測定や減塩に関する啓発を継続するとともに、高知家健康づくり支援薬局等による積極的な健康相談対応や受診勧奨の取組を継続します。

2　病院前救護活動・急性期の医療提供体制

脳卒中治療は時間的な制約があるため、県民が脳卒中の発症を認識し迅速な救急要請をすることにより t-PA 療法等の治療へのアクセス性の向上を図ることができるよう、地域住民の集まる場等での周知も含めて様々な機会を活用した県民啓発を行います。

併せて、高知県脳卒中患者実態調査によって医療機関到着から t-PA 療法開始までの時間に関する実態把握を行い、時間短縮に向けた対策の検討を行うとともに、病院前救護に携わる救急救命士等の資質向上に向け、再教育プログラム等の推進に引き続き取り組みます。

また、脳卒中プロトコールの活用と、必要時には内容の見直しを行い、救急搬送時間の短縮に向けた取組を行います。

新興感染症発生・まん延時においても感染症対応と通常の救急医療を両立できるよう、「第８章第３節 新興感染症を含む感染症」と連携しながら取り組みます。

急性期から回復期及び維持期の切れ目のない医療連携体制のため、高知中央・高幡・安芸医療圏脳卒中地域連携の会、幡多地域連携パス検討委員会、高知あんしんネット等の関係機関が連携した取組を継続するとともに、県はそれらの取組を支援します。

３　回復期及び維持期の医療提供体制

高知大学、回復期リハビリテーション病棟連絡会による回復期アウトカム調査による回復期データの集積を継続できるよう、県はパス運用の促進に向けた啓発と支援を継続します。

また、脳卒中の再発予防に向けた施策を検討するとともに、脳卒中患者の身体機能等の維持・向上及び合併症予防に向けた多職種連携体制の構築を継続します。

４　包括的な支援体制の整備

「高知県循環器病対策推進計画」及び本計画「第６章第３節 心筋梗塞等の心血管疾患」による取組と連携し、循環器病における適切な相談支援や必要な情報提供体制を整えるとともに、地域の病院、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護事業者、訪問看護ステーション等を対象とした研修会や勉強会を開催して情報ネットワークを強化し、地域全体の患者支援体制の充実を図ります。

目標

【最終アウトカム】　脳卒中による死亡率が減少する

項　目	直近値		目標（令和 11 年度）	直近値の出典
	高知県	（参考）全国		
①脳血管疾患年齢調整死亡率	男性　110.00 女性　57.57	男性　97.66 女性　57.42	減少	平成３年人口動態統計（注９）
②脳梗塞年齢調整死亡率	男性　65.23 女性　31.23	男性　55.04 女性　30.08	減少	平成３年人口動態統計（注９）
③脳出血年齢調整死亡率	男性　34.55 女性　16.17	男性　32.74 女性　16.77	減少	平成３年人口動態統計（注９）
④くも膜下出血年齢調整死亡率	男性　8.27 女性　9.41	男性　7.28 女性　8.84	減少	平成３年人口動態統計（注９）

（注９）年齢調整死亡率の基準人口は平成27年モデル人口

1　予防

区分	項　目	直近値	目標 （令和 11 年度）	直近値の出典
初期アウトカム	①特定健診実施率	53.7%	70%以上	厚生労働省 HP （令和３年度）
	②特定保健指導実施率	24.4%	45%以上	厚生労働省 HP （令和３年度）
中間アウトカム	③喫煙率	男性　27.0% 女性　6.4%	男性　20%以下 女性　５%以下	令和４年高知県県民健康・栄養調査
	④収縮期血圧 130mmHg 以上の人の割合（40 歳以上）	男性　56.3% 女性　59.6%	男女とも 45%以下	令和４年高知県県民健康・栄養調査
	⑤脂質高値（ＬＤＬコレステロール 160mg/dL 以上）の人の割合	男性　9.5% 女性　7.1%	男性　7.6% 女性　5.6%	令和４年高知県県民健康・栄養調査
	⑥高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口 10 万人当たり）	211.8	250 以上	令和２年医療施設静態調査
	⑦脂質異常症の年齢調整外来受療率（人口 10 万人当たり）	51.1	60 以上	令和２年医療施設静態調査
	⑧脳血管疾患発症者数	3,048 人	減少	令和４年高知県脳卒中患者実態調査

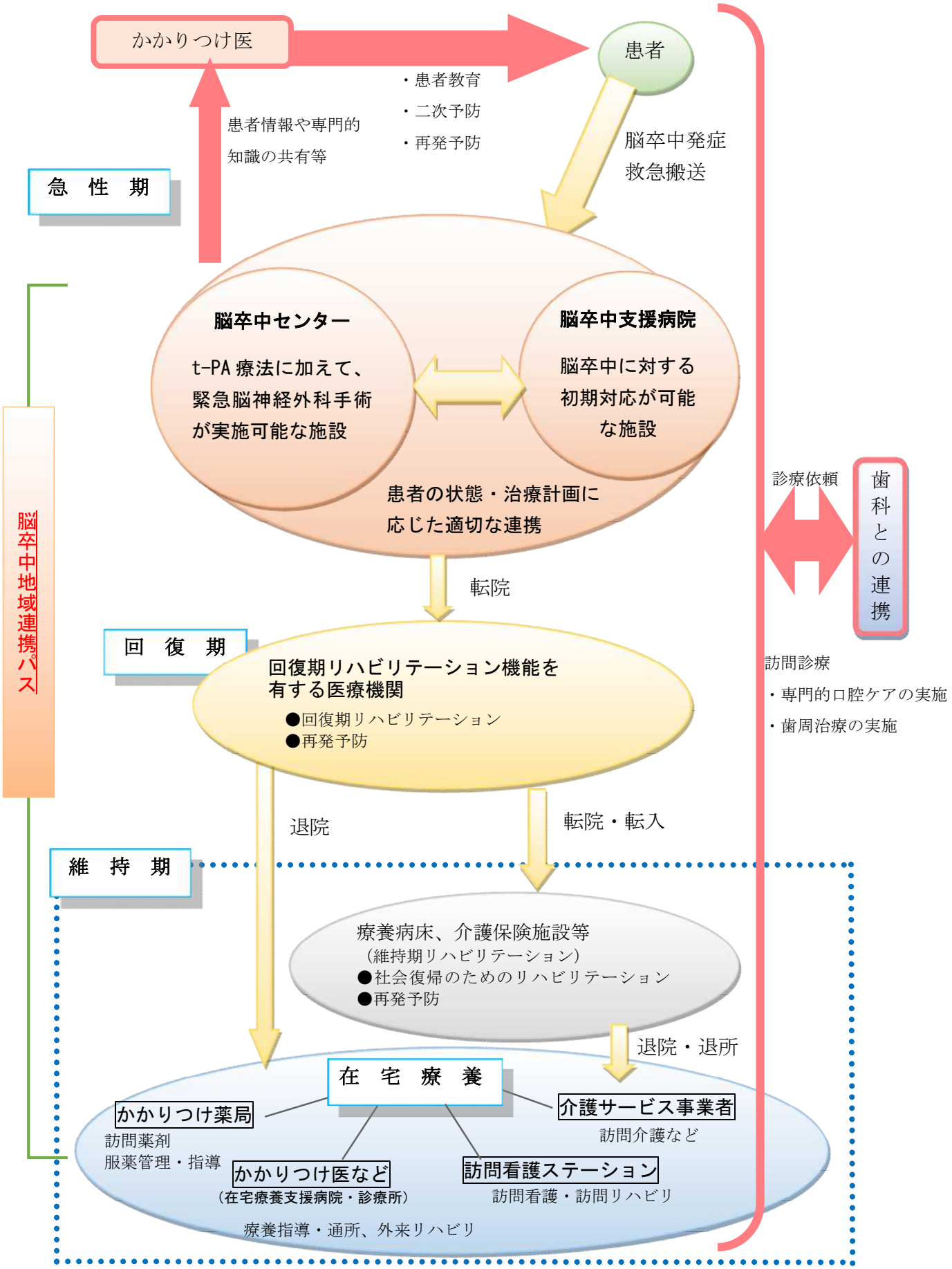
2　病院前救護搬送活動・急性期の医療提供体制

区分	項　目	直近値	目標 （令和 11 年度）	直近値の出典
中間アウトカム	①脳卒中の発症から受診までが4.5時間以内の割合	52.0%	55%	令和４年高知県脳卒中患者実態調査
	②救急要請から病院到着までに要した平均時間	42.0 分	短縮	令和４年版 救急・救助の現況
初期アウトカム	③脳卒中患者における地域連携パスの利用率	52.4%	増加	令和４年高知県脳卒中患者実態調査

3　回復期及び維持期の医療提供体制

区分	項目	直近値	目標 （令和 11 年度）	直近値の出典
中間アウトカム	①発症から回復期リハビリテーション病棟入棟・退棟までの日数	28.1 日/ 116.1 日	25 日/ 維持	高知県回復期アウトカム調査 （令和４年）
	②在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	47.3%	増加	令和２年患者調査

（図表 6-2-35）脳卒中の医療連携体制図



＜参考＞ 医療機能別医療機関情報

1　脳卒中センター

24 時間 365 日、脳卒中の急性期患者の受入れ体制が整備されているとともに、緊急血栓溶解療法（t-PA 製剤治療）や緊急脳外科手術などの専門的な治療が可能な病院です。

【要件】

(1)　24 時間 365 日、脳卒中の急性期患者の受入れが可能である。
(2)　常勤の脳神経外科医または神経内科医が３名以上いる。
(3)　診療報酬施設基準による脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ又はⅡの届出があり、常勤の理学療法士２人以上による急性期リハビリテーションを実施している。
(4)　ＣＴ及びＭＲＩを有する。
(5)　年間の脳卒中による入院患者数が 50 症例以上である。
(6)　緊急ｔ－ＰＡ 製剤治療及び緊急脳神経外科手術が実施可能である。
(7)　緊急血管内治療が実施可能である。※
(8)　ＮＳＴ（栄養サポートチーム）、ＩＣＴ（感染制御チーム）などの活動を実施している。
(9)　連携による継続的なリハビリテーションを実施している。
(10)　脳卒中データバンクへ参加している。
(11)　県民・救急隊・かかりつけ医への教育や啓発活動を実施している。

（図表 6-2-36）脳卒中センター

保健医療圏	医　療　機　関	
安芸(1)	あき総合病院	
中央(7)	愛宕病院	いずみの病院
	高知医療センター	高知赤十字病院
	高知大学医学部附属病院	近森病院
	もみのき病院	
幡多(1)	幡多けんみん病院	

出典：令和４年高知県脳卒中患者調査

※ 要件（7）については、一部要件を満たしていない医療機関についても現在果たしている役割を考慮し、本計画策定時においては、脳卒中センターとして記載を行う。

2　脳卒中支援病院

脳卒中センターと連携し、脳卒中の急性期患者を受け入れる地域の医療機関で、脳卒中患者への初期処置、全身状態安定後の治療及び急性期のリハビリテーションなど、比較的症状の軽い患者の処置などを行います。

【要件】

(1)　脳卒中の急性期患者を受け入れ可能である。

(2)　ＣＴを有する。

(3)　脳卒中センターなどが開催する脳卒中急性期医療に関する研修会に参加している。

（図表 6-2-37）脳卒中支援病院

保健医療圏	医　療　機　関
安芸(2)	田野病院　　森澤病院
中央(11)	高知脳神経外科病院　　内田脳神経外科　　高知生協病院　　図南病院 細木病院　　野市中央病院　　JA 高知病院　　南国中央病院 嶺北中央病院　　土佐市民病院　　北島病院
高幡(3)	須崎くろしお病院　　椿原病院　　くぼかわ病院
幡多(3)	四万十市立市民病院　　竹本病院　　渭南病院

出典：令和４年高知県脳卒中患者調査

3　回復期、維持期のリハビリテーションの機能を有する医療機関

回復期のリハビリテーション、回復した機能や残存した機能を活用し、生活機能維持・向上を目指した維持期のリハビリテーションを行います。

（図表 6-2-38）脳血管疾患等リハビリテーション料の届出がある医療機関

保健医療圏	医　療　機　関
安芸(8)	あき総合病院　　芸西病院　　田野病院　　森澤病院　　はまうづ医院 室戸中央病院　　芸西オルソクリニック　　室戸診療所
中央(90)	国吉病院　　岡村病院　　近森病院　　野並会高知病院 だいいちリハビリテーション病院　　高知記念病院　　平田病院　　南病院 潮江高橋病院　　長浜病院　　川村病院　　高知厚生病院　　土佐田村病院 上町病院　　海里マリン病院　　図南病院　　愛宕病院　　朝倉病院 高知整形・脳外科病院　　高知城東病院　　高知西病院　　細木病院 三愛病院　　愛宕病院分院　　岡林病院　　田中整形外科病院　　横浜病院 久病院　　高知総合リハビリテーション病院　　高知生協病院 内田脳神経外科　　山村病院　　高知脳神経外科病院　　木村病院 島津病院　　島本病院　　もみのき病院　　田村内科整形外科病院 中ノ橋病院　　もりもと整形外科・内科　　梅ノ辻クリニック いずみの病院　　高知高須病院　　クリニックひろと　　高知医療センター うしおえ太陽クリニック　　永井病院　　すこやかな杜　療育福祉センター

	みなみの風診療所　中内整形外科クリニック　きんろう病院 近森リハビリテーション病院　近森オルソリハビリテーション病院 竹下病院　島崎クリニック　高知赤十字病院 ともざわ整形外科・リウマチクリニック　北村病院　南国病院 藤原病院　南国中央病院　ＪＡ高知病院　南国厚生病院 土佐市民病院　白菊園病院　井上病院　川田整形外科 ひろせ整形外科リハビリテーションクリニック　野市中央病院 野市整形外科医院　香長中央病院　同仁病院　岩河整形外科 香北病院　前田メディカルクリニック　嶺北中央病院 大杉中央病院　早明浦病院　さくら病院　仁淀病院　大崎診療所 高北国民健康保険病院　山﨑外科・整形外科病院　清和病院 北島病院　前田病院　山﨑病院　国立病院機構高知病院 高知大学医学部附属病院
高幡(7)	ネオリゾートちひろ病院　高陵病院　須崎くろしお病院 大西病院　くぼかわ病院　椿原病院　大正診療所
幡多(16)	中村病院　木俵病院　中村クリニック　森下病院 四万十市立市民病院　西土佐診療所　竹本病院　幡多クリニック 渭南病院　松谷病院　足摺病院　聖ケ丘病院　大井田病院 筒井病院　幡多けんみん病院　大月病院

出典：四国厚生支局　施設基準の届出受理状況（令和５年 10 月現在）

第３節　心筋梗塞等の心血管疾患

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

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

また、心血管疾患の回復期～維持期にかけては、再発や増悪を繰り返しやすく、特に慢性心不全患者の約３割が、1 年以内に再入院する等の現状があることから、在宅等の場における再発・再入院予防が重要となります。

このように、患者の予後やＱＯＬを高めるためには、各関係機関が連携し、予防から急性期、回復期、維持期にかけての切れ目ない医療提供体制や、心血管疾患患者を中心とした包括的な支援体制の強化が必要になります。

現状

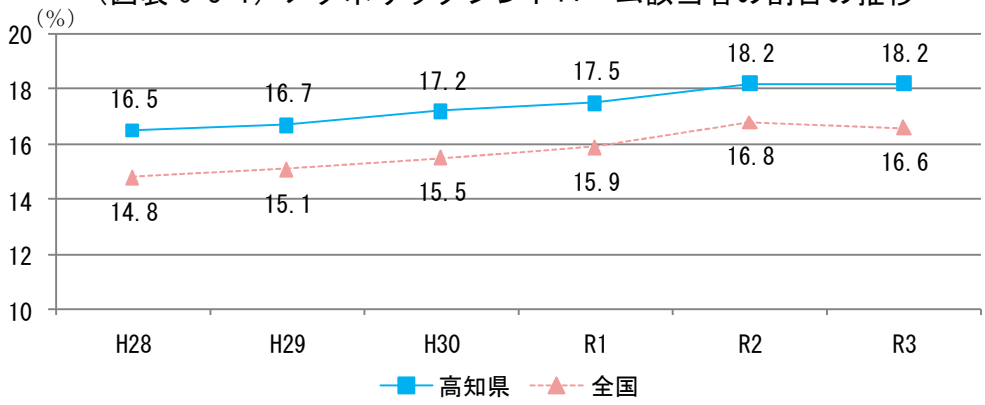
１　予防の状況

（１）生活習慣の状況、特定健診結果の状況

急性心筋梗塞の危険因子として、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどの影響が大きいといわれています。それら危険因子に係る生活習慣や特定健診等の状況については、概ね「第６章第２節 脳卒中」と同様です。なお、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）(注 1) 該当者の割合については、全国よりも高く、増加傾向にあります（図表 6-3-1）。

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

（図表 6-3-1）メタボリックシンドローム該当者の割合の推移



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」

また、本県の急性心筋梗塞の死亡率が全国に比べて高い実態を踏まえ、令和３年度から、テレビＣＭ、ＹｏｕＴｕｂｅ、新聞広告等を用いた啓発活動を産官学連携により実施しています。その啓発効果をインターネット調査により検証したところ、本県の心筋梗塞の死亡率が高いことや、発症のリスク因子等についての認知度は上昇傾向にあります。

（２）虚血性心疾患の危険因子の管理

虚血性心疾患重症化予防対策として、モデル保険者の過去５年間の健診及びレセプトデータをもとに、動脈硬化性疾患の発症リスクを分析した結果、全体に占めるリスクの高い者の割合は、冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往がある「再発リスク」群が 14.9%、既往歴はないが糖尿病等のリスク因子をもつ「発症リスク高」群が 37.2%となっています（図表 6-3-2）。

また、「再発リスク」群のうち、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」に基づく脂質管理基準値を達成している者の割合は 13.0%と低くなっており、適切な治療が重要です。

（図表 6-3-2）母集団における動脈硬化性疾患の発症リスク別の割合

	再発リスク	発症リスク高	発症リスク中	発症リスク低
該当割合	14.9%	37.2%	35.4%	12.5%
該当者のうちLDLコレステロールの管理基準値達成者の割合	13.0%	40.2%	69.0%	93.8%

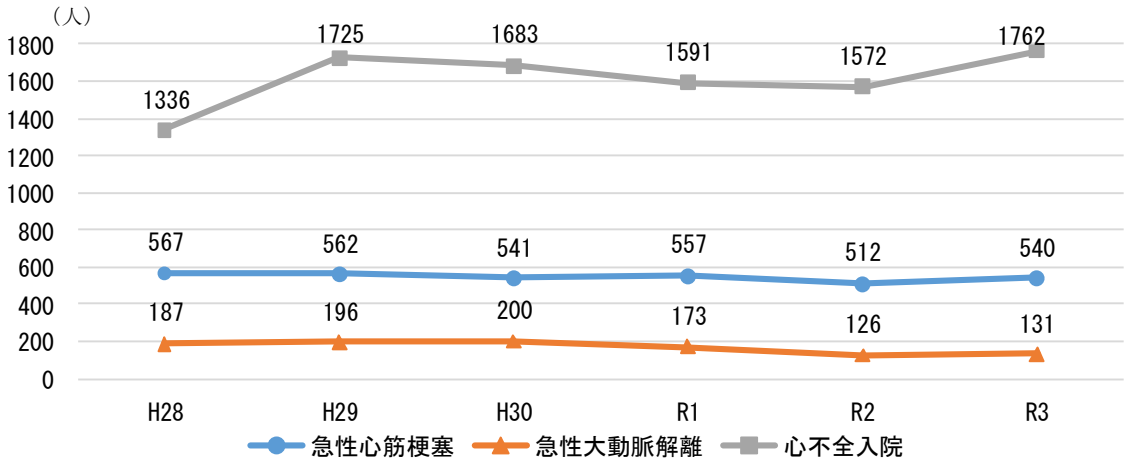
出典：令和５年度高知県循環器病重症化予防事業より

２　心血管疾患の発症と死亡

（１）患者数及び死亡の状況

循環器疾患診療実態調査（ＪＲＯＡＤ）によると、高知県の急性心筋梗塞患者数、急性大動脈解離患者数は横ばいですが、心不全入院患者数は減少傾向の後、令和３年に増加しました（図表 6-3-3）。

（図表 6-3-3）心血管疾患患者数の推移



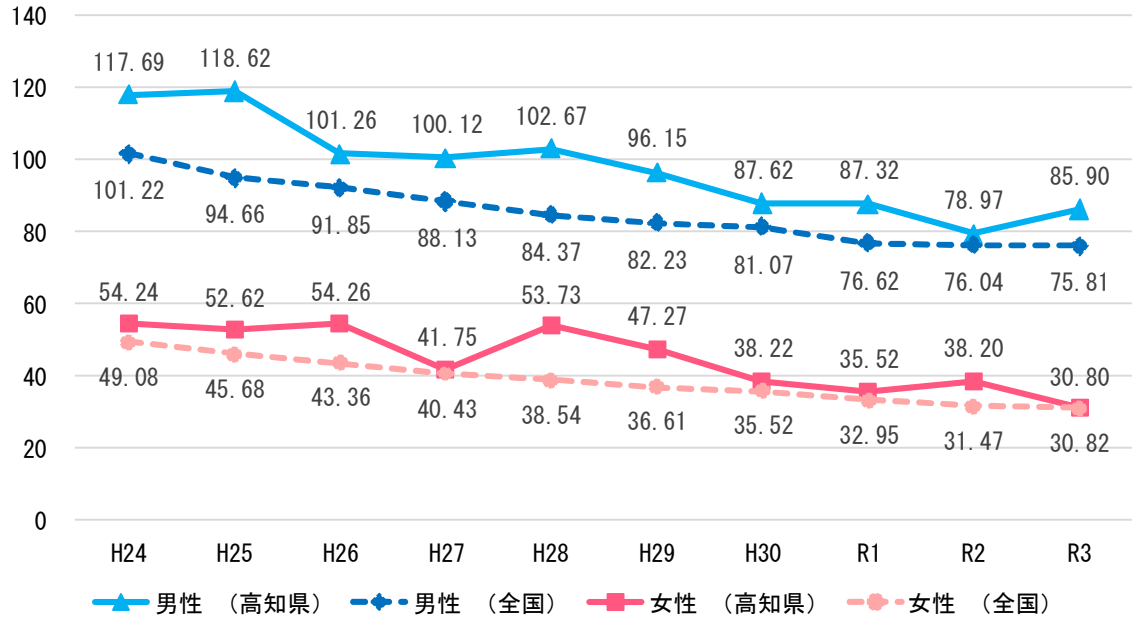
出典：日本循環器学会　循環器疾患診療実態調査（JROAD）
ただし、循環器研修・関連施設からのみ集計されたデータである。

人口動態調査では、虚血性心疾患の年齢調整死亡率は、男女ともに減少傾向にありますが、全国よりもやや高い状況です（図表 6-3-4）。

また、急性心筋梗塞の年齢調整死亡率については、全国平均との差が大きくなっています（図表 6-3-5）。人口動態統計特殊報告（注２）によると、令和２年都道府県別年齢調整死亡率（急性心筋梗塞）は、男性は 53.3 で全国５位、女性は 24.5 で全国３位となっています。

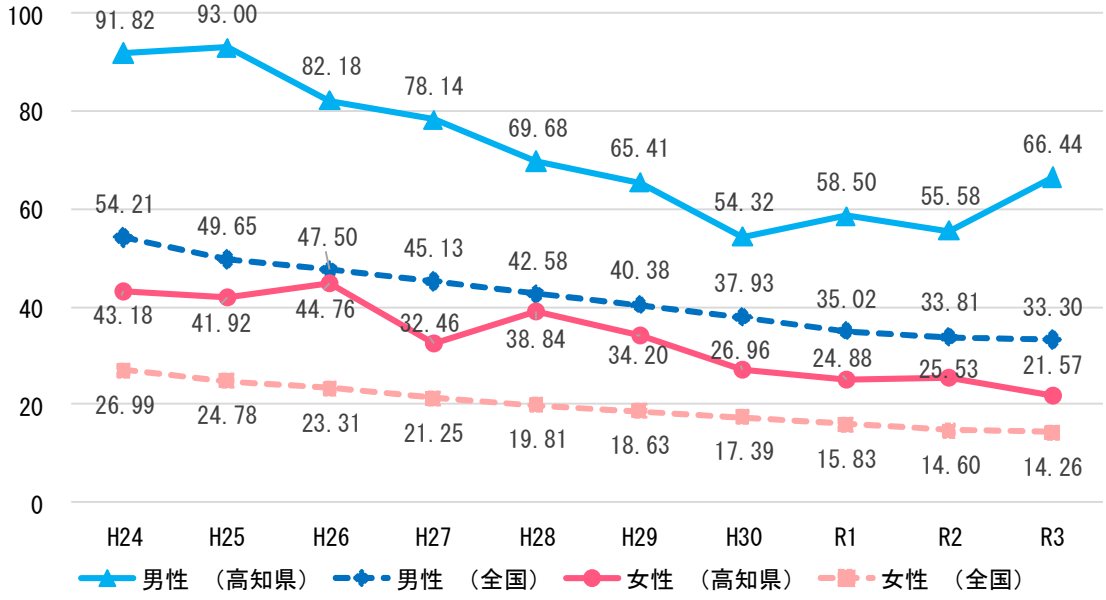
（注２）人口動態統計特殊報告：人口動態統計のデータをもとに、様々な角度から多面的な分析を行っている加工統計。５年に１回公表される。年齢調整死亡率の全国平均との比較が可能（人口動態統計の年齢調整死亡率とは数値が異なる）。

（図表 6-3-4）虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人対）の推移



出典：人口動態調査（年齢調整死亡率の基準人口は平成 27 年モデル人口）

（図表 6-3-5）急性心筋梗塞年齢調整死亡率（人口 10 万人対）の推移



出典：人口動態調査（年齢調整死亡率の基準人口は平成 27 年モデル人口）

一方、循環器疾患診療実態調査（ＪＲＯＡＤ）による急性心筋梗塞の入院中死亡率は、本県は高齢化率や地理的な条件があるため全国平均に比べて高いですが、人口動態調査ほどの差はありません。（図表 6-3-6）。

（図表 6-3-6）急性心筋梗塞の入院患者数及び死亡数

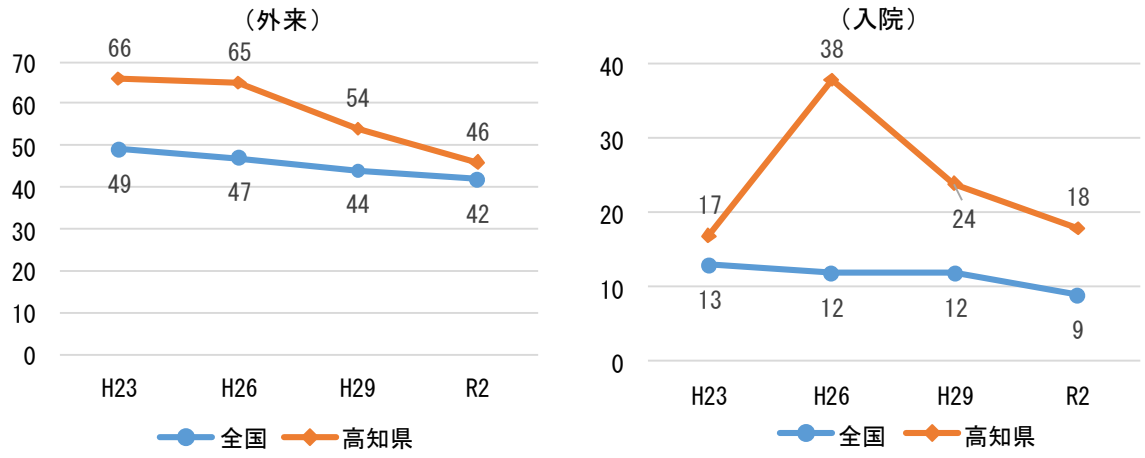
	調査施設	急性心筋梗塞 患者数①	急性心筋梗塞 入院中死亡数②	急性心筋梗塞 死亡率（②/①）
県	研修：5 施設 関連：7 施設	540	53	9.8%
全国	研修：1,010 施設 関連：344 施設	76,569	6,522	8.5%

出典：令和４年度循環器疾患診療実態調査事務局（JROAD）調査（令和３年１月１日～12 月 31 日まで）

（２）心血管疾患患者の受療動向

人口 10 万人あたりの虚血性心疾患の受療率は、全国に比べ高い傾向にありましたが、外来受療率については減少傾向にあり、令和２年の患者調査では、全国平均に近づいています（図表 6-3-7）。

（図表 6-3-7）虚血性心疾患の受療率（人口 10 万人対）の推移



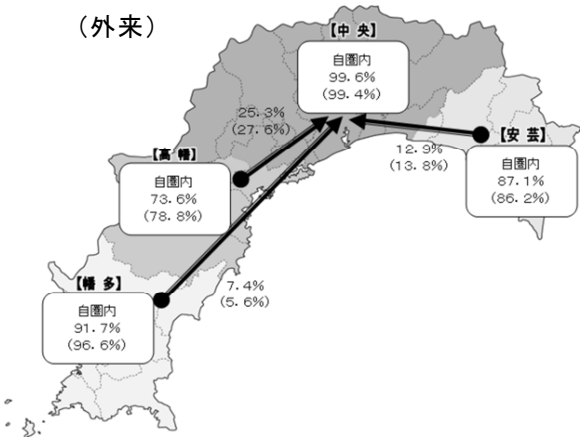
出典：患者調査

心疾患（注３）による受療動向については、外来では平成 28 年と比較し大きな変動はありませんが、入院については、安芸保健医療圏と高幡保健医療圏において自圏内で受療する割合が前回調査時よりも大幅に増加しています（図表 6-3-8）。

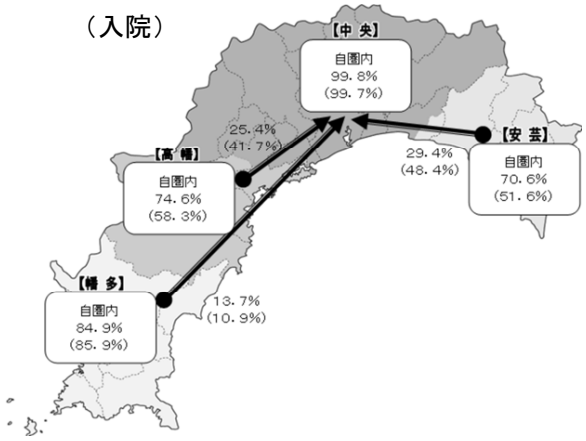
なお、心筋梗塞の急性症例については、外来、入院いずれも、急性心筋梗塞治療センターが設置されていない高幡保健医療圏の患者はすべて中央保健医療圏を受療しています。

（図表 6-3-8）令和４年患者動態調査　心疾患患者（注３）の受療動向
（括弧内は平成 28 年調査の数値）

（外来）



（入院）



外来患者の住所別患者数（人）

県計	幡多	高幡	中央	安芸
996 (1,009)	108 (118)	91 (80)	723 (724)	70 (37)

入院患者の住所別患者数（人）

県計	幡多	高幡	中央	安芸
721 (909)	73 (110)	67 (72)	513 (663)	68 (64)

（注３）主傷病名が「急性心筋梗塞」「虚血性心疾患（急性心筋梗塞を除く）」「その他の心疾患」となっている患者の総計

３　病院前救護活動と救急搬送の状況

心肺機能停止傷病者に対して、救急隊が到着するまでに一般市民により適切な応急処置が実施されれば、より高い救命効果が期待されます。令和４年版救急・救助の現況によると、一般市民により応急手当が実施された傷病者の割合は全国的に増加傾向で推移していましたが、令和３年は減少しています。

また、一般市民により心肺機能停止が目撃された心原性の心肺停止症例の１か月後の生存率及び社会復帰率も、令和２年～３年は減少しています（図表 6-3-9）。

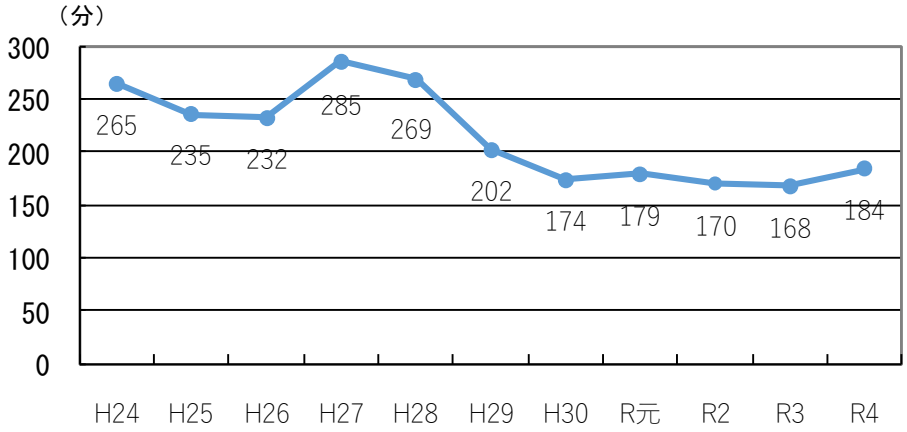
（図表 6-3-9）一般市民により心肺機能停止が目撃された
心原性の心肺停止症例の１か月後の生存率及び社会復帰率

	H29	H30	R1	R2	R3
生存率　【県】	11.6%	12.4%	19.5%	13.1%	10.9%
生存率【全国】	13.5%	13.9%	13.9%	12.2%	11.1%
社会復帰率【県】	3.9%	7.1%	12.0%	7.5%	6.9%
社会復帰率【全国】	8.7%	9.1%	9.0%	7.5%	6.9%

出典：救急・救助の現況

急性心筋梗塞治療センターの治療成績による発症から病院到着までの時間（Onset to hospital time）の施設ごとの平均値の中央値をデータ集約を始めた平成 24 年と比較すると、平成 29 年以降は短くなっており、安芸保健医療圏の医療体制整備等が影響していると考えられます（図表 6-3-10）。

（図表 6-3-10）急性心筋梗塞の発症から急性心筋梗塞治療センター到着までの時間（各施設の平均値の中央値）の推移



出典：急性心筋梗塞治療センター治療成績（※12 時間以上は除外）
（調査施設数）H24～H25：４施設、H26～H28：５施設、H29～R4：６施設

救急要請から現場到着及び医療機関への収容までに要した平均時間については、本県は地理的な問題により、全国と比較し長い傾向が続いていました。令和元年～３年にかけては、新型コロナウイルス感染症による搬送困難事例の増加等の影響により、全国的に平均所要時間が遅延し、全国との差は縮まっています（図表 6-2-17(P127)）。

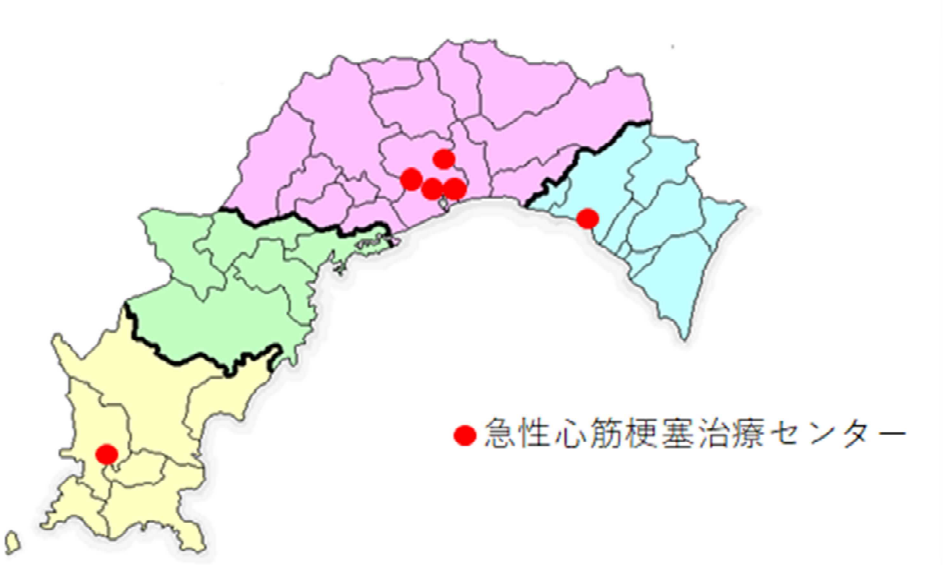
4　急性期の医療提供の状況

虚血性心疾患の中でも、特に、急性心筋梗塞においては、致死率を減少させ、予後を改善するためには、病院到着から経皮的冠動脈形成術のバルーン拡張までの時間（D2B:Door to Balloon time）を短縮するなど、早急な治療を行うことが重要です。しかし、緊急手術が24時間可能な施設は限られているため、集約化とアクセス性を担保することが重要です。

また、急性大動脈解離については、外科手術が中心となる StanfordＡ型と、内科的治療が中心となる StanfordＢ型に大別され、特に、StanfordＡ型の病院着前致死率は61.4%に及び、93%が 24 時間以内に死亡するため、発症後早急に適切な治療を受けることが重要です。外科的治療は虚血性心疾患と同様、緊急手術が 24 時間可能な施設は限られているため、集約化とアクセス性を担保することが重要です。

本県では、急性心筋梗塞患者を常時受入可能であることや、心臓カテーテル術が実施可能な医療機関を「急性心筋梗塞治療センター」として指定し、平成 24 年から毎年治療成績を公表しています（図表 6-3-11）。

（図表 6-3-11）急性心筋梗塞治療センター



その他の急性期の医療資源の状況については、循環器内科医、心臓血管外科医等は、全国平均より多くなっています(図表 6-3-12)（図表 6-3-14)。しかし、医療資源は中央保健医療圏に集中し、急性心筋梗塞治療センターについても、高幡保健医療圏にはありません(図表 6-3-11)。

（図表 6-3-12）循環器内科医数

保健医療圏	安　芸	中　央	高　幡	幡　多	県	全国
医師数	4	85	2	9	100	13,026
10 万人対	9.2	16.5	3.9	11.3	14.5	10.4

出典：令和 2 年医師・歯科医師・薬剤師調査

（図表 6-3-13）心血管カテーテル治療専門医数

保健医療圏	安　芸	中　央	高　幡	幡　多	県	全国
医師数	0	11	0	0	11	4,701
10 万人対	0	2.2	0	0	1.6	3.8

出典：日本心血管インターベンション治療学会（CVTI）専門医検索（令和 5 年 5 月 15 日現在）

（図表 6-3-14）心臓血管外科医師数

保健医療圏	安　芸	中　央	高　幡	幡　多	県　計	全国
医師数	0	20	0	1	21	3,222
10 万人対	0	3.9	0	1.3	3.0	2.6

出典：令和 2 年医師・歯科医師・薬剤師調査

（図表 6-3-15）心臓血管外科専門医数

保健医療圏	安　芸	中　央	高　幡	幡　多	県	全国
医師数	－	－	－	－	18	2,557
10 万人対	－	－	－	－	2.7	2.1

出典：令和 5 年 4 月心臓血管外科専門医認定機構

（図表 6-3-16）心筋梗塞の専用病室（ＣＣＵ）を有する病院数

県計	安芸	中央	高幡	幡多	県	全国
病床数	－	2	－	－	2	258
10 万人対	－	0.4	－	－	0.3	0.2

出典：令和 2 年医療施設調査

（図表 6-3-17）冠動脈造影検査・治療が実施可能な医療機関数

保健医療圏	安　芸	中　央	高　幡	幡　多	県	全国
病院数	－※	6	0	1	－	

※ 一定よりも数値が少ない場合は表示されないため、0 ではない。　出典：令和 2 年医療施設調査

（図表 6-3-18）心臓血管手術（冠動脈バイパス術）が実施可能な医療機関数

保健医療圏	安　芸	中　央	高　幡	幡　多	県　計	全国
病院数	0	4	0	0	4	

出典：令和5年医療機能情報

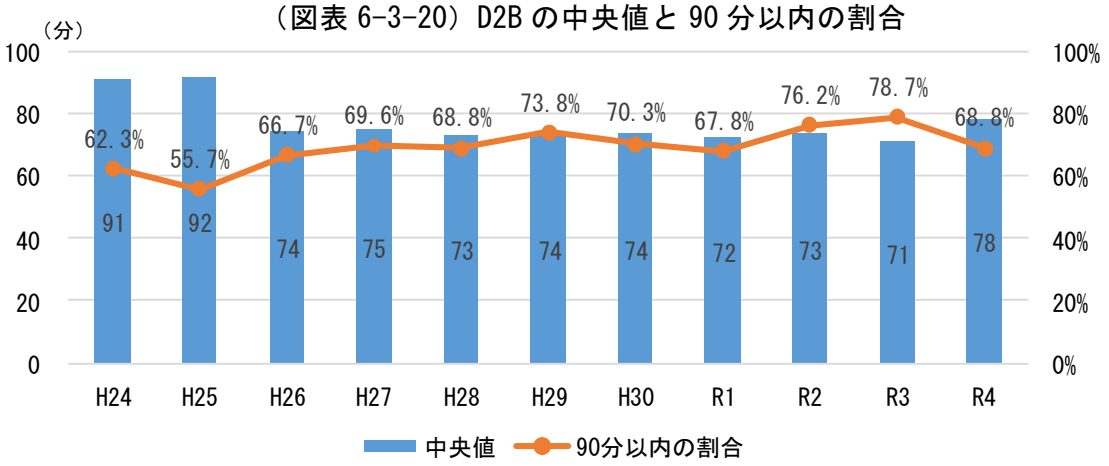
（図表 6-3-19）大動脈バルーンパンピング法施設基準届出病院数

保健医療圏	安　芸	中　央	高　幡	幡　多	県　計	全国
病院数	1 (1)	13 (12)	0 (0)	1 (1)	15 (14)	

出典：四国厚生支局　施設基準の届出受理状況（令和 5 年 10 月（括弧内は平成 29 年 8 月））

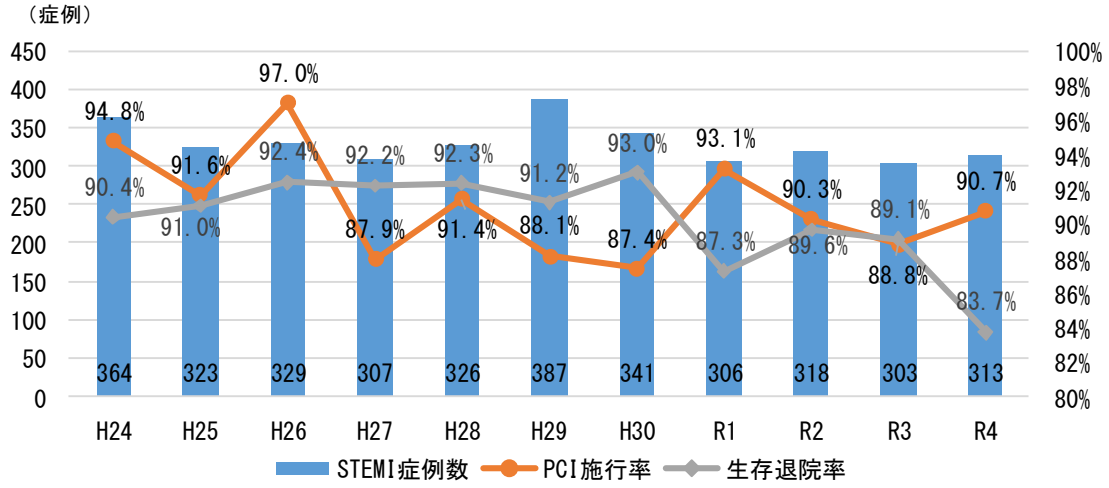
急性心筋梗塞治療センターの治療成績によると、病院到着から経皮的冠動脈形成術のバルーン拡張までの時間（D2B：Door to Balloon time）について、90 分以内の割合は増加傾向にあります。D2B 中央値も、平成 24 年当初と比較すると短縮傾向にはありますが、令和４年度は新型コロナウイルス感染症の影響等もあり、やや長くなっています（図表 6-3-20）。ＳＴ上昇型心筋梗塞症例（ＳＴＥＭＩ）における経皮的冠動脈インターベンション（ＰＣＩ）実施率及び生存退院率は各年により差があります（図表 6-3-21）。

（図表 6-3-20）D2B の中央値と 90 分以内の割合



出典：急性心筋梗塞治療センター治療成績

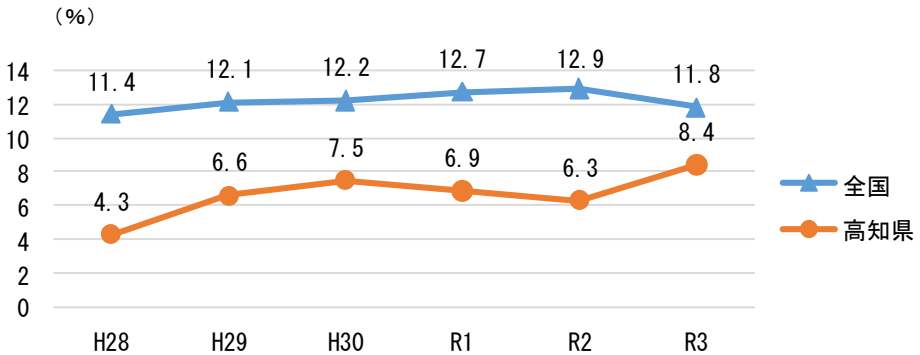
（図表 6-3-21）ＳＴ上昇型心筋梗塞症例におけるＰＣＩ実施率及び生存退院率



出典：急性心筋梗塞治療センター治療成績

急性大動脈解離については、入院中の死亡率は全国と比べて低い状況が続いているものの、近年は死亡率が上昇傾向にあります（図表6-3-22）。高知県内では、当該医療機関で心臓血管外科医・麻酔科医が不在で急性大動脈解離の緊急手術に対応できない場合には、他の医療機関と個別に連絡を取り協力を得ることにより、概ね全ての患者に県内の医療機関で対応できる体制が構築されています。

（図表 6-3-22）急性大動脈解離による入院中の死亡率



出典：日本循環器学会 循環器疾患診療実態調査（JROAD）
ただし、循環器研修・関連施設からのみ集計されたデータである。

5　回復期及び維持期の医療提供体制

心血管疾患の回復期から維持期には、再発予防・再入院予防が重要です。多職種連携により、運動療法に加えて危険因子の是正等の患者教育を適切に行う必要があります。

心大血管リハビリテーション料のＳＣＲ（注４）は、入院では県全体で概ね全国平均の実施ができていますが、外来では中央保健医療圏は高く、県全体では低くなっています（図表 6-3-23）。

（注４） SCR：全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域にあてはめた場合に計算により求められる期待されるレセプト件数と、実際のレセプト件数を比較したもの。年齢構成の異なる地域間の比較に用いられ、SCR が 100 以上の場合は全国平均より当該項目の件数が多いとされる。

（図表 6-3-23）心大血管リハビリテーション届出医療機関数とＳＣＲ

	安芸	中央	高幡	幡多	県
心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）届出施設数　＊	1	8	2	1	12
心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）（入院）SCR　＊＊	－※	116.3	－	－	98.4
心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）（外来）SCR　＊＊	－	108.4	－	－	75.3
心大血管リハビリテーション料（Ⅱ）届出施設数　＊	0	0	1	2	3
心大血管リハビリテーション料（Ⅱ）（入院）SCR　＊＊	－	－	－	－	－
心大血管リハビリテーション料（Ⅱ）（外来）SCR　＊＊	－	－	－	－	－

※ 一定よりも数値が少ない場合は表示されないため、０ではない。

出典：＊四国厚生支局　施設基準の届出受理状況（令和５年 10 月）
＊＊経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト（内閣府）
（レセプトデータは令和２年度）

一方、本県の実態として、心大血管リハビリテーション料の施設基準には該当していない医療機関においても、心疾患患者へのリハビリテーションを担っている医療機関も多くあると考えられますが、その実態や課題等は把握できていません。

維持期には、在宅等の場での再発・再入院予防や繰り返す心血管イベント等による心不全に対する管理も重要となります。

心不全は、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です。心不全の原因疾患は虚血性心疾患、心筋症、弁膜症、高血圧症等があり、多くの場合、内科的治療が中心となります。

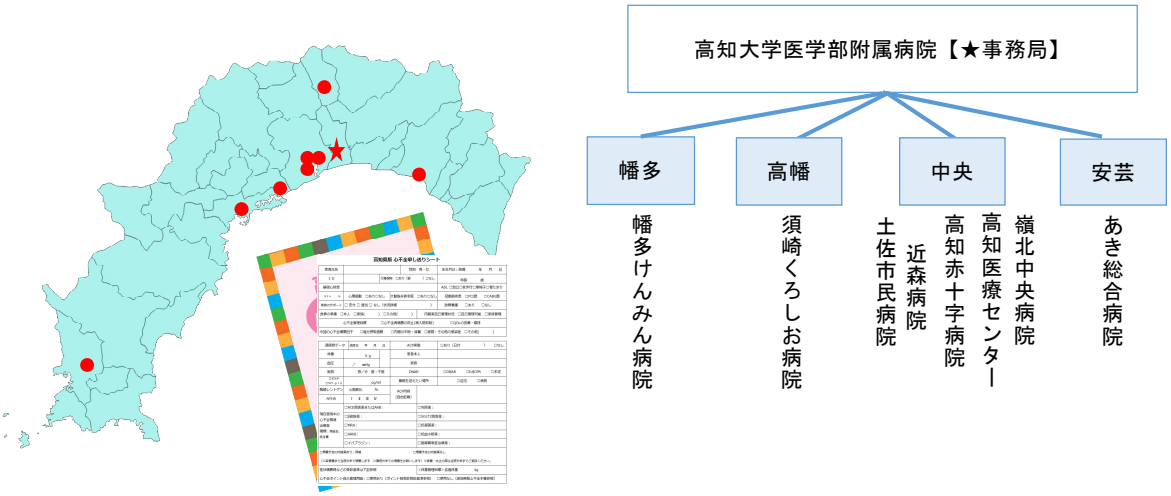
高知県急性非代償性心不全患者レジストリ研究によると、約30％の慢性心不全患者が１年以内に再入院しており、社会的フレイル（注５）は半年以内の再入院に関連しているとされています。また、入院治療が必要となる心不全増悪の原因として服薬アドヒアランス（注６）の不良が関連しているとされています。

心不全対策としては、令和２年度より高知大学医学部附属病院を中心とした９つの医療機関による「高知心不全連携の会」において、心不全患者を中心とした地域連携体制の構築等を実施しています（図表 6-3-24）。患者・家族、基幹病院、かかりつけ医、かかりつけ薬剤師、地域のケア専門職（介護職等）が共通ツールにより情報共有し、症状増悪時の早期受診及び治療につなげる取組を行っています。このような取組を推進することで、患者や家族のセルフケア能力が向上し、受診や服薬の自己中断を防ぐことができ、再入院の予防につながる可能性があります。

（注５）社会的フレイル：独居、支援者の欠如、家族や近隣者との接触機会の少なさなど、社会活動への参加や社会的交流が脆弱な状態

（注６）アドヒアランス：医師と患者が連携をとって治療方針を決めていく姿勢のこと。

（図表 6-3-24）高知心不全連携の会における基幹病院



また、平成 30 年度の診療報酬改定により、緩和ケア診療加算の対象疾患に末期心不全が追加されました。平成 30 年４月の厚生労働省の報告書（注７）によると、「循環器疾患の中でも、心不全は、すべての心疾患に共通した終末的な病態であり、今後の患者増加が予想されるものであることから緩和ケアの対象となる主な循環器疾患として心不全を想定し、今後の取組を考える必要がある。」とされています。本県においても、各医療機関の心不全チーム等を中心として、末期心不全患者に対する緩和ケアが実施されています。

さらに、将来の医療及びケアについて、本人を主体に家族や医療チーム等が話し合いを行い、本人の意思決定を支援する「人生会議（Advance Care Planning：ＡＣＰ）」について、医療従事者をはじめとする支援者の理解を促進し、対象者に適切な支援が行えるよう取り組む必要があります。

（注７） 報告書：循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について（平成 30 年４月循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ）

6　包括的な支援体制の整備

心血管疾患患者は、再発・合併症への不安をはじめ、診療や生活における疑問、心理社会的・経済的な悩み等、多様なニーズを抱えています。「高知心不全連携の会」では、高知大学医学部附属病院及び県内８か所の基幹病院に、心不全に関する相談窓口を設置し、家族や支援者等からの相談に対応しています。

また、平成 30 年 12 月に成立した循環器病対策基本法（注８）及び法第９条第１項に基づく「循環器病対策推進基本計画」の理念を踏まえ、本県においても令和４年３月に「高知県循環器病対策推進計画」、令和６年３月には第２期計画を策定して、健康寿命の延伸と循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指し、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進しています。その中では、治療と仕事の両立支援に関することも含め、循環器病における適切な相談支援や必要な情報提供体制を整えるとともに、地域の病院、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護事業者、訪問看護ステーション等との情報ネットワークを強化し、地域全体の患者支援体制の充実を図ることとしています。

（注８）「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成30年法律第105号）」。なお、「循環器病」とは、同法に基づき、脳卒中、心臓病その他の循環器病のことを言う。

課題

１　予防

本県は、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者の割合が全国と比べ高くなっていることなどから、生活習慣の改善に向けたポピュレーションアプローチの強化が必要です。併せて、高血圧等の急性心筋梗塞の危険因子についての啓発や、特定健診及び特定保健指導等による健康状態の把握と生活習慣の改善を通じた発症リスクの低減を図ることも重要です。特に、虚血性心疾患の重症化予防の取組により、動脈硬化性疾患の再発または発症リスクが高い層における脂質異常症の適切な治療が必要であることが明らかとなりましたが、現在の高知県の対策が、高血圧及び喫煙に重点を置く取組が多く、脂質異常症のリスクに関する県民啓発と、適切な治療に関する啓発が必要です。

２　病院前救護活動・急性期の医療提供体制

心血管疾患の予後改善及びＱＯＬ向上のため、発症から治療を受けるまでの時間短縮に向けて、急性心筋梗塞及び急性心不全の初期症状と早期の救急要請及び除細動等の適切な病院前救護活動についての啓発を強化する必要があります。

本県の急性心筋梗塞による死亡率は全国と比較して高くなっていますが、実態が十分把握されていません。急性心筋梗塞治療センターの治療成績の集約と併せ、本県の診療実態の把握が必要であり、心血管疾患の発症状況等の現状把握のためのデータ集約体制の構築について検討する必要があります。

新興感染症発生・まん延時においても、急性期の患者を速やかに搬送し、適切な医療を提供できる体制の構築をする必要があります。

3　回復期及び維持期の医療提供体制

心血管疾患の回復期及び維持期の患者実態に関するデータ集約は不十分であり、今後関係機関の協力を得ながらその実態把握と分析を行い、具体的施策を検討する必要があるとともに、維持期の患者については再発・再入院率が高いことから、医療機関だけでなく、地域のケア専門職（介護職等）等と連携した取組を推進する必要があります。在宅療養者の介護者へのサポート体制や終末期にある患者への適切な医療・ケアの提供に向けた取組の強化が必要です。さらに、心不全患者への緩和ケアについても、心不全対策と併せて推進していく必要があります。

4　包括的な支援体制の整備

「高知心不全連携の会」の取組により、維持期にある患者とその家族が必要な情報にアクセスできる支援体制が整備されてきましたが、今後は、地域包括支援センター等の既存の取組との連携・協力など、各ステージに応じた課題の解決につながるよう、急性期から回復期、維持期までの切れ目のない相談支援体制の構築が必要です。

対策

1　予防

急性の心血管疾患の危険因子は、脳卒中と共通するものが多いため、「第６章第２節脳卒中」における予防対策と連携しつつ、生活習慣の改善に向けたポピュレーションアプローチや、県民に向けた高知県の心血管疾患に関する現状と発症予防・発症時の対応等に関する具体的な啓発活動等を行います。

また、循環器病が重症化するリスクの高い医療機関未治療・治療中断者への受診勧奨を行い、循環器病の重症化を予防する重症化予防プログラムを検討するとともに、保険者が医療機関への受診勧奨を実施できるよう、研修会の開催等を通じて効果的な保健指導の推進の支援を行います。さらに、高血圧、脂質異常症、心房細動等について、かかりつけ医において適切な標準治療が行えるよう医療機関向けの研修会や啓発活動を行います。

2　病院前救護活動・急性期の医療提供体制

心肺機能停止傷病者等に対して救急車が到着するまでに、一般市民による適切な応急処置が実施されるよう、住民の集まる場等様々な機会を活用して啓発を行います。併せて、病院前救護に携わる救急救命士等の資質向上に向け、再教育プログラム等を推進します。

救急搬送時間の短縮に向け、胸痛プロトコールの活用促進及び必要時の見直しを行うとともに、救急車内 12 誘導心電図伝送の現状把握を行い、必要な対策を検討すること等を通して、円滑な搬送体制の整備に努めます。

また、急性心筋梗塞の死亡率減少に向け、心疾患の発症例を把握できるよう、データ集約の体制を検討していきます。

新興感染症発生・まん延時においても感染症対応と通常の救急医療を両立できるよう、「第８章第３節新興感染症を含む感染症」の取組と連携しながら取り組みます。

3　回復期及び維持期の医療提供体制

心不全等の再発・再入院予防のため、患者や家族のセルフケア能力向上を図るとともに、地域のかかりつけ医やコメディカル（注９）、介護職等が症状増悪した患者を適切に専門医療機関につなげられる連携体制構築を推進します。

また、在宅療養者の介護者へのサポート体制の強化や、アドバンス・ケア・プランニングの普及及び心不全患者の緩和ケアの推進に取り組みます。

（注９）コメディカル：医師、歯科医師以外の医療に携わる職種の総称

4　包括的な支援体制の整備

「高知県循環器病対策推進計画」及び本計画「第６章第２節 脳卒中」による取組と連携し、循環器病における適切な相談支援や必要な情報提供体制を整えるとともに、地域の病院、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護事業者、訪問看護ステーション等を対象とした研修会や勉強会の開催等による情報ネットワークの強化や、心不全療養指導士等の再発・重症化予防に携わる人材育成への支援等を通して、地域全体の患者支援体制の充実を図ります。

目標

【最終アウトカム】　心血管疾患による死亡率が減少する

項　目	直近値		目標（令和 11 年度）	直近値の出典
	高知県	（参考）全国		
①虚血性心疾患年齢調整死亡率	男性　85.90 女性　30.80	男性　75.81 女性　30.82	減少	平成３年人口動態統計（注９）
②急性心筋梗塞年齢調整死亡率	男性　66.44 女性　21.57	男性　33.30 女性　14.26	減少	平成３年人口動態統計（注９）
③心不全年齢調整死亡率	男性　96.01 女性　56.56	男性　74.69 女性　52.31	減少	平成３年人口動態統計（注９）
④大動脈瘤及び解離年齢調整死亡率	男性　35.58 女性　21.49	男性　18.00 女性　11.23	減少	平成３年人口動態統計（注９）

（注９）年齢調整死亡率の基準人口は平成27年モデル人口

1　予防

区分	項　目	直近値	目標（令和 11 年度）	直近値の出典
初期アウトカム	①特定健診実施率	53.7％	70％以上	厚生労働省 HP（令和３年度）
	②特定保健指導実施率	24.4％	45％以上	厚生労働省 HP（令和３年度）
中間アウトカム	③喫煙率	男性　27.0％ 女性　6.4％	男性　20％以下 女性　５％以下	令和４年高知県県民健康・栄養調査

	④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	10.5%	平成 20 年度と比べて 25%以上減少	厚生労働省 HP（令和３年度）
	⑤収縮期血圧 130mmHg 以上の人の割合（40 歳以上）	男性　56.3% 女性　59.6%	男女とも 45%以下	令和４年高知県県民健康・栄養調査
	⑥脂質高値（ＬＤＬコレステロール160mg/dL以上）の人の割合	男性　9.5% 女性　7.1%	男性　7.6% 女性　5.6%	令和４年高知県県民健康・栄養調査
	⑦高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万人当たり）	211.8	250 以上	令和２年医療施設静態調査
	⑧脂質異常症の年齢調整外来受療率（人口 10 万人当たり）	51.1	60 以上	令和２年医療施設静態調査

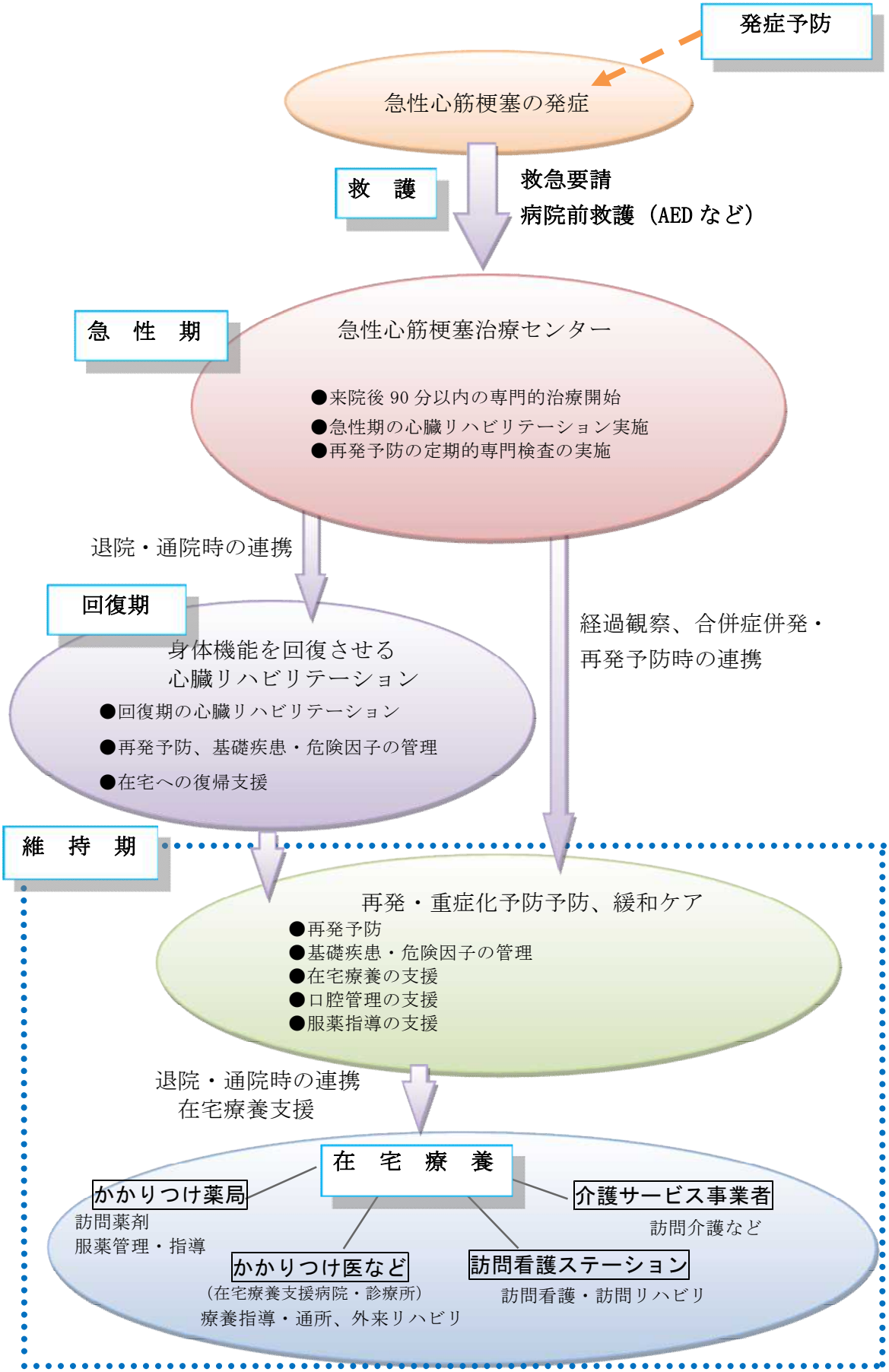
2　救護搬送体制・急性期の医療提供体制

区分	項　目	直近値	目標（令和 11 年度）	直近値の出典
中間アウトカム	①心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	7 件	増加	令和４年版 救急・救助の現況
	②救急要請から病院到着までに要した平均時間	42.0 分	短縮	令和４年版 救急・救助の現況
	③急性心筋梗塞の発症から急性心筋梗塞治療センター到着までの時間（各施設の平均値の中央値）	3 時間 4 分	短縮	令和４年急性心筋梗塞治療センター治療成績
	④急性心筋梗塞治療センター到着からバルーン拡張までの時間（D2B）（各施設の平均値の中央値）	1 時間 19 分	短縮	令和４年急性心筋梗塞治療センター治療成績
	⑤急性心筋梗塞治療センターにおける再灌流療法実施率	90.7%	維持・増加	令和４年急性心筋梗塞治療センター治療成績

3　回復期及び維持期の医療提供体制

区分	項目	直近値	目標（令和 11 年度）	直近値の出典
中間アウトカム	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	91.8%	増加	令和２年患者調査の調査表から国が独自集計

（図表 6-3-25）急性心筋梗塞の医療連携体制図



＜参考＞ 医療機能別医療機関情報

1　急性心筋梗塞治療センター

急性心筋梗塞患者を常時、受入可能であることや心臓カテーテル術が実施可能な病院です。

「急性心筋梗塞治療センター」の基本要件　　＊は必須要件

＊(1)心筋梗塞患者常時受入れ可能　　＊(2)常勤循環器専門医２人以上
＊(3)緊急経皮的冠動脈形成術(PCI)24 時間 365 日体制あり
＊(4)冠動脈集中治療室(CCU)24 時間 365 日体制あり　(5)年間 PCI 数 200 例以上
(6)年間入院急性心筋梗塞患者数 100 例以上
(7)常勤心臓外科医と常勤麻酔科医各１名以上　(8)年間開心術数 50 例以上
(9)緊急冠動脈バイパス術(CABG)24 時間 365 日体制あり
(10)急性期心臓リハビリテーション実施体制あり　＊(11)治療成績の公表

（図表 6-3-26）急性心筋梗塞治療センター

保健医療圏	医　療　機　関
安芸（1）	あき総合病院
中央(4)	近森病院　高知医療センター 高知赤十字病院　高知大学医学部附属病院
幡多(1)	幡多けんみん病院

2　急性心筋梗塞治療機能別病院情報

（図表 6-3-27）救命救急センターを有する医療機関

保健医療圏	医　療　機　関
中央(3)	近森病院　高知医療センター　高知赤十字病院

出典：日本救急医学会「全国救命救急センター設置状況」

（図表 6-3-28）心臓血管手術（冠動脈バイパス術）が実施可能な医療機関

保健医療圏	医　療　機　関
中央(4)	近森病院　高知医療センター 高知赤十字病院　高知大学医学部附属病院

出典：令和５年医療機能情報

（図表 6-3-29）心大血管リハビリテーション届出医療機関

保健医療圏	医　療　機　関
安芸(1)	あき総合病院
中央(8)	近森病院　細木病院　福田心臓・消化器科内科 いずみの病院　高知医療センター　帯屋町ハートクリニック 高知赤十字病院　高知大学医学部附属病院
高幡(3)	高陵病院　須崎くろしお病院　くぼかわ病院
幡多(3)	竹本病院　温クリニック四万十　幡多けんみん病院

出典：四国厚生支局　施設基準の届出受理状況(令和５年 10 月)

第４節　糖尿病

糖尿病は、インスリン作用の不足によって慢性的に血液中のブドウ糖（血糖）の値が高くなっている状態です。軽度な高血糖の場合は、症状にほとんど気づくことはありませんが、放置すると様々な合併症を引き起こし、糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害などの糖尿病特有の合併症に併せて、心筋梗塞や脳梗塞などの動脈硬化性疾患も起こりやすくなります。発症には肥満や食生活、身体活動を含めた生活習慣が関連しています。

発症後は、食事療法や運動療法、適切な血糖コントロールと内服を行わなければ、合併症の発症や進行のリスクが高くなります。

合併症の発症・重症化予防が糖尿病患者に対する治療の主体であり、発症自体の予防と併せた糖尿病診療の２本柱です。そのためには、「患者の行動変容」が重要であり、医療者・医療機関に限らず、保険者などの様々な関係者と連動して施策を展開していく必要があります。

現状

１　予防の状況

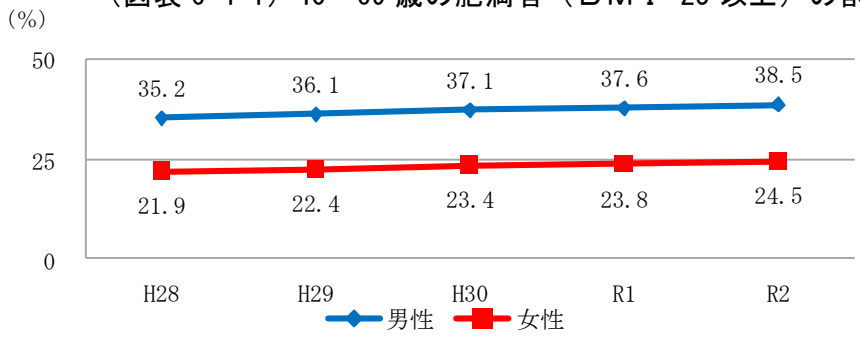
（１）生活習慣の状況

糖尿病は、脳卒中や心筋梗塞などの血管の異常が原因で起こる血管病の発症リスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するほか、人工透析の導入に至る最大の原因疾患です。糖尿病の予防には、肥満の防止、適切な食事や運動の継続が重要です。令和２年のＮＤＢデータによる肥満者（ＢＭＩ　25 以上の者）の状況は、40 歳から 69 歳において、男性が 38.5%、女性が 24.5%であり、経年を見ると肥満者の割合は増加傾向です（図表 6-4-1）。

また、運動習慣のある者の割合(注１)については、20 歳から 64 歳において男性が 25.5%、女性が 21.8%、65 歳以上において男性が 58.2%、女性が 36.7%であり、経時的にみて 20 歳から 64 歳の男女及び 65 歳以上の女性は変化がなく(注２)、65 歳以上の男性は増加傾向にあります（図表 6-4-2）。

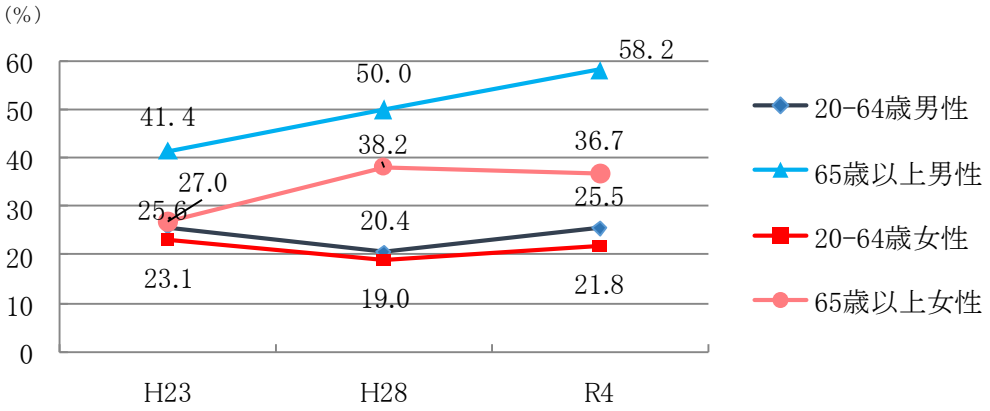
（注１）運動習慣のある者：週２日以上、１回 30 分以上の運動を１年以上続けている者
（医師に運動を禁止されている者を除く。）
（注２）R4 のデータが H28 から改善したかを統計学的に判定した結果、「変化がなかった」と判定された。

（図表 6-4-1）40 - 69 歳の肥満者（ＢＭＩ　25 以上）の割合



出典：NDB データ

（図表 6-4-2）運動習慣のある者の割合



出典：高知県県民健康・栄養調査

（２）特定健康診査・特定保健指導の状況

令和３年度の厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（都道府県別一覧）によると、本県の特定健康診査（以下「特定健診」という。）の受診者は 164,929 人、実施率は 53.7%であり、全国平均を 2.5 ポイント下回っています（図表 6-4-3）。

また、特定保健指導の実施率は 24.4%であり、全国平均を 0.3 ポイント下回っている状況です（図表 6-4-4）。市町村国保での令和４年度特定健診では、個別健診が 16.4%、集団健診が 19.5%となっています（図表 6-4-5）。

（図表 6-4-3）特定健診実施率

年	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R１	R２	R３
県	43.4	42.9	44.7	46.6	48.2	49.2	50.7	52.5	51.5	53.7
全国	46.2	47.6	48.6	50.1	51.4	53.1	54.7	55.6	53.1	56.2

出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

（図表 6-4-4）特定保健指導実施率

年	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R１	R２	R３
県	15.6	15.5	15.8	14.6	18.0	17.9	23.7	23.7	24.0	24.4
全国	16.4	17.7	17.8	17.5	18.8	19.5	23.3	23.2	23.0	24.7

出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

（図表 6-4-5）市町村国保特定健診の集団・個別の状況

年	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R１	R２	R３	R４
個別	13.3	13.2	13.4	14.0	15.2	15.6	17.4	16.7	17.9	16.8	16.4
集団	19.6	19.1	19.3	20.3	20.6	20.7	20.6	20.6	16.6	18.2	19.5

出典：平成 24 年度～令和４年度特定健康診査　個別・集団受診率（高知県国民健康保険団体連合会データ）

2　患者の状況

（１）有病者等の状況

令和２年の厚生労働省の患者調査によると、本県の人口 10 万人当たりの糖尿病による患者の年齢調整外来受療率は、82.5 で全国平均の 92.0 より下回っています。外来受療率は、平成 26 年を境に下降傾向で全国と同水準ですが、入院受療率は全国の傾向と異なり、上昇傾向です（図表 6-4-6）。

令和２年度特定健診（市町村国保＋協会けんぽ）を受診した者のうち、糖尿病が強く疑われる者(注３)の割合は 12.1%、糖尿病の可能性を否定できない者(注４)の割合は 13.8%となっており（図表 6-4-7）、経年で見ると糖尿病が強く疑われる者の割合が増加傾向、可能性を否定できない者の割合は横ばいとなっています。

また、令和３年度特定健診（市町村国保）を受診した 40 歳から 74 歳の者のうち、未治療ハイリスク者(注５)は、市町村国保において 195 人でした（図表 6-4-8）。

令和２年度特定健診（市町村国保＋協会けんぽ）の結果から、糖尿病治療中の者のうち HbA1c8.0%以上の者の割合は、男性 11.4%、女性 10.4%となり、平成 29 年度以降ほぼ横ばいで推移しています。（図表 6-4-9）。

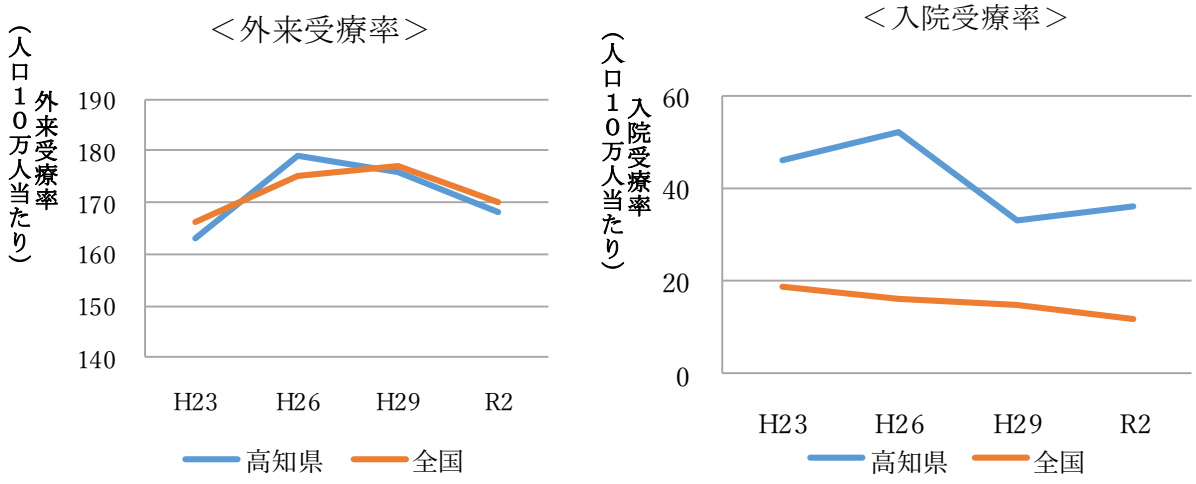
（注３）糖尿病の内服治療を受けている者と HbA1c6.5%以上の者
（注４）HbA1c6.0-6.4%の者
（注５）次の①②、①③、①②③のいずれかの組合せに該当する者

①血糖：いずれかに該当
- 空腹時　126mg/dL 以上
- 随時　200mg/dL 以上
- HbA1c（NGSP）6.5%以上

②血圧
- 40～74 歳
  収縮期 140mmHg 以上又は
  拡張期 90mmHg 以上
- 75 歳以上
  収縮期 160mmHg 以上又は
  拡張期 95mmHg 以上

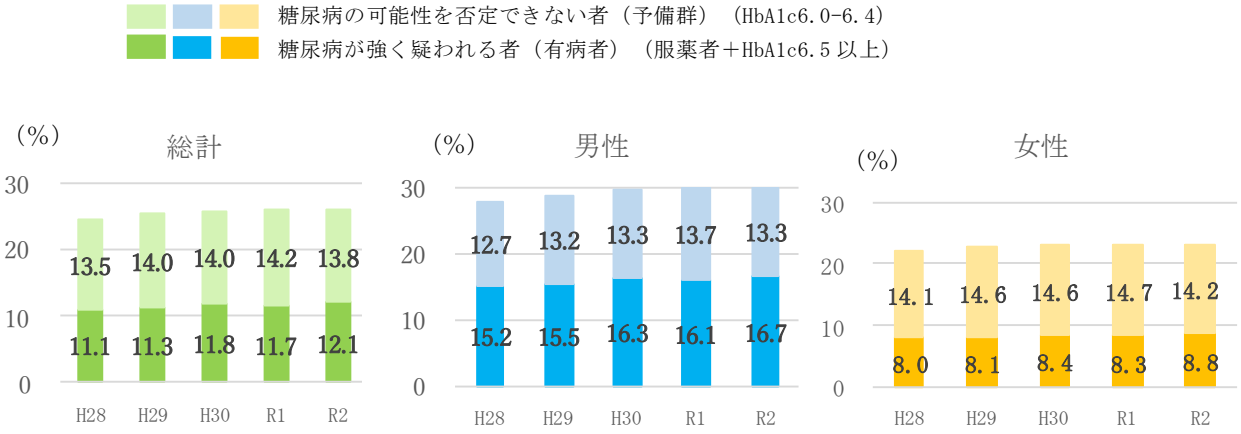
③腎機能：いずれかに該当
- 尿蛋白（＋）以上
- eGFR 45mL/分/1.73m^2 未満

（図表 6-4-6）糖尿病の外来・入院受療率の全国との比較



出典：患者調査

（図表 6-4-7）特定健診結果からみた糖尿病有病者と予備群の割合



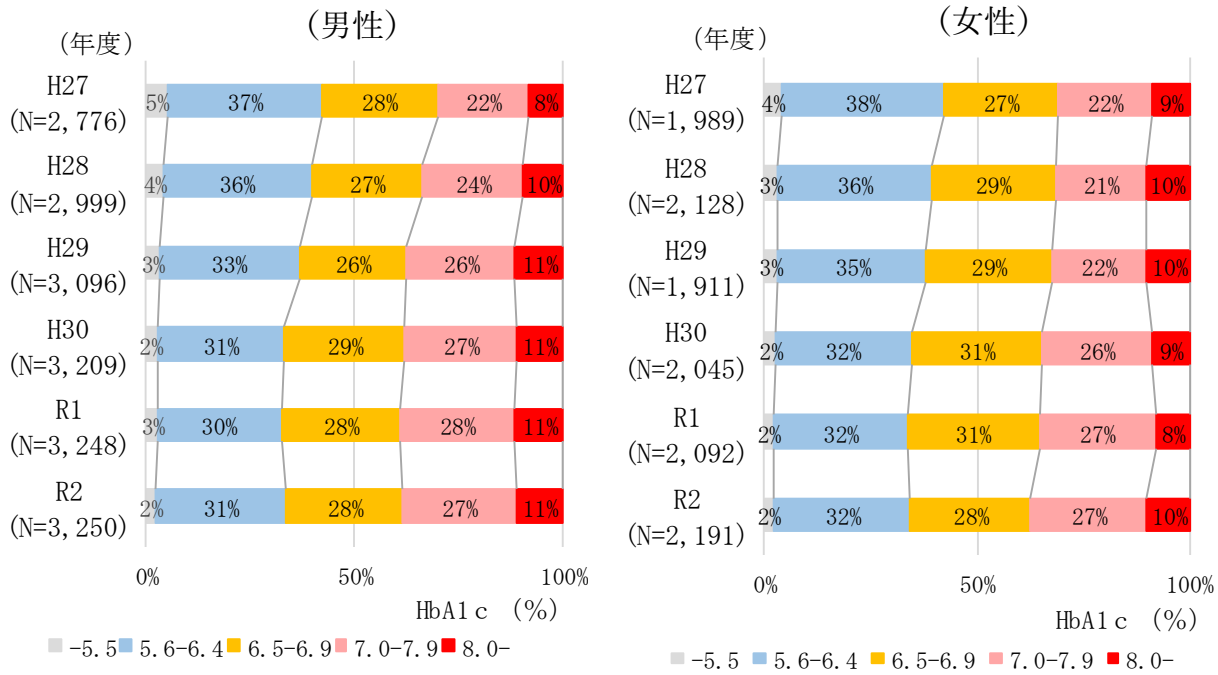
出典：平成 28 年度～令和２年度特定健診結果（市町村国保＋協会けんぽ）

（図表 6-4-8）未治療ハイリスク者の状況（市町村国保）

未治療 ハイリスク者	国保連合会名簿 新規対象者数 (A)	市町村での 介入対象者数 (B)	介入人数（C） （介入割合 (C/B)）	受診者数（D） （受診割合 (D/C)）
R３年度	195 人	152 人	121 人 (79.6%)	43 人 (35.5%)

出典：高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（市町村国保）

（図表 6-4-9）特定健診受診者で、糖尿病治療者の HbA1c 値の状況



出典：特定健診結果（市町村国保＋協会けんぽ）

（２）合併症の状況

糖尿病合併症（網膜症、腎症、神経障害）があり、治療継続が必要だが、６か月以上糖尿病治療のレセプトがない者は、令和３年度の市町村国保において、312人となっています。また、市町村が介入が必要な対象者とし、介入した人数のうち医療機関を受診した割合は68.7%となっています（図表6-4-10）。

令和３年度特定健診受診者のうち、糖尿病で通院する患者のうち腎症が重症化するリスクの高い者は、市町村国保において、2,509人となっています。そのうち、市町村が介入が必要な対象者としたのは、1,016人で、そのうち55.4%に介入を実施しています。介入した対象者のうち51.5%には、医療機関への糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票を渡し、対象者がプログラムを利用した割合は12.1%となっています（図表6-4-11）。

（図表6-4-10）治療中断者（注６）の状況（市町村国保）

治療中断者	新規対象者数（A）	市町村での介入対象者数（B）	介入人数（C）（介入割合（C/B））	受診者数（D）（受診割合（D/C））
Ｒ３年度	312人	126人	99人（78.6%）	68人（68.7%）

出典：高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（市町村国保）

（注６）次の①②に該当
①６か月以上治療歴なし　②糖尿病合併症（網膜症、腎症、神経障害）と診断又はインスリン注射歴がある者

（図表6-4-11）治療中ハイリスク者（注７）の状況（市町村国保）

治療中ハイリスク者	新規対象者数	市町村での介入対象者数（A）	介入人数（B）（介入割合（B/A））	連絡票を渡した数（C）（活用割合（C/B））	プログラム利用割合
Ｒ３年度	2,509人	1,016人	563人（55.4%）	290人（51.5%）	12.1%

出典：高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（市町村国保）

（注７）次の①～④のいずれかに該当の者
①HbA1c(NGSP)：8.0%以上　②血圧：収縮期150mmHg以上または拡張期90mmHg以上　③尿蛋白：（２＋）以上
④eGFR：45mL/分/1.73m^{2}未満

本県には令和４年末現在で2,549人の人工透析患者がおり、人口１万人当たり37.7人と全国平均の26.8人より高い状況です。

また、令和４年の新規透析導入患者は316人で、そのうち、糖尿病性腎症によるものは98人（31.0%）であり、本県の10万人あたりの糖尿病性腎症による新規透析導入率もまだ高い状況にあります（図表6-4-12）。

糖尿病網膜症により新規に硝子体手術を受けた患者は、平成29年を境に減少傾向となっています（図表6-4-13）。

（図表 6-4-12）糖尿病性腎症による新規透析導入状況

年	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R１	R２	R３	R４
県（実数）	124	106	113	97	115	118	120	127	125	104	122	98
県 （10 万人対）	16.3	14.1	15.1	13.1	15.8	16.3	16.8	18.0	17.9	15.1	17.8	14.5
全国 （10 万人対）	13.1	12.7	12.6	12.4	12.6	12.7	13.2	12.8	12.7	12.5	12.2	11.5

出典：（一社）日本透析医学会 新規導入患者 原疾患;糖尿病性腎症（2011～2022 年末）

（図表 6-4-13）糖尿病網膜症により新規に硝子体手術を受けた患者

年	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R１	R２
県（実数）	72	72	108	75	77	73	63	62	63	59
県 （10 万人対）	10.1	9.6	14.6	10.2	10.6	10.1	8.8	8.8	9.0	8.5

出典：糖尿病医療体制検討会議提供データ

（３）死亡の状況

本県の糖尿病による年齢調整死亡率は男性 23.2、女性 11.7 で全国平均を上回っています（図表 6-4-14）。平成 30 年度から男性、女性ともに減少傾向となっています。（図表 6-4-15）。糖尿病による実死亡数は、安芸・中央医療圏では減少傾向、他の医療圏は横ばいです（図表 6-4-16）。

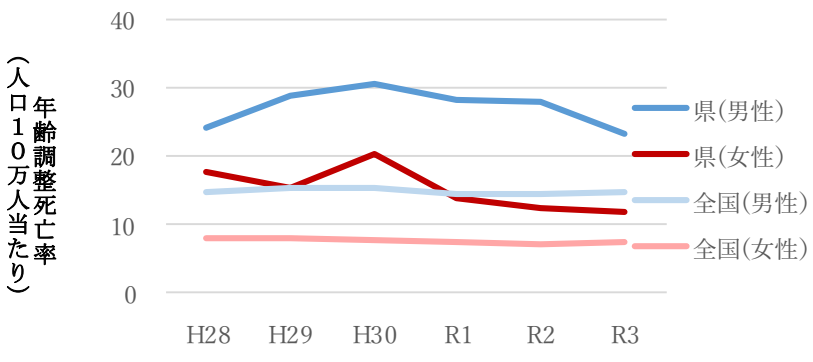
なお、糖尿病患者の死因（2001－2010）は、悪性腫瘍 38.3%、感染症 17.0%、血管障害（慢性腎不全、虚血性心疾患、脳血管障害）14.9%であり（中村二郎ら 2016）、糖尿病の年齢調整死亡率が必ずしも糖尿病診療のアウトカムを反映しているとは言えません。

（図表 6-4-14）糖尿病の年齢調整死亡率

	男	女
高知県	23.2	11.7
全　国	14.7	7.3

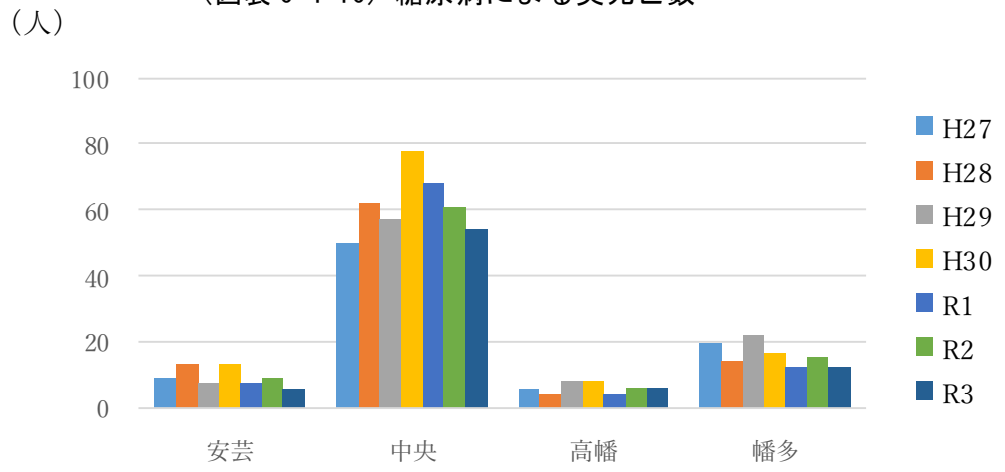
出典：令和３年人口動態調査

（図表 6-4-15）糖尿病の年齢調整死亡率



出典：人口動態調査

（図表 6-4-16）糖尿病による実死亡数



出典：平成 27 年～令和３年人口動態調査

（４）糖尿病に関わると想定されるＳＣＲ（注 8）

外来栄養食事指導料（注 9）の件数は、中央圏域は 96.4 で全国と同水準ですが、他の３医療圏は特に低い傾向です。糖尿病において医師の指示のもとに管理栄養士が行う栄養食事指導は、血糖コントロールの改善に有効であるとされていますが、十分に行えていない状況です（図表 6-4-17）。

（図表 6-4-17）糖尿病に関わると想定されるＳＣＲ

	安芸	中央	高幡	幡多	県
糖尿病透析予防指導管理料（注 10）	－	94.7	－	－	68.3
外来栄養食事指導料	39.3	96.4	15.8	26.7	76.6

出典：経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト（内閣府）令和２年度診療分

（注８）SCR（Standardized Claim data Ratio）とは、全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域に当てはめた場合に計算により求められる期待されるレセプト件数と実際のレセプト件数とを比較したもの。年齢構成の異なる地域間の比較に用いられ SCR が 100 以上の場合は全国平均より当該項目の件数が多いとされる。（経済財政諮問会議 経済・財政一体改革推進委員会第２回評価・分析 WG（４月６日）藤森委員提出資料　参照）

（注９）外来栄養食事指導料　外来栄養食事指導料は、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者又は次のいずれかに該当する者に対し、管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあっては概ね 30 分以上、２回目以降にあっては概ね 20 分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。

（注 10）糖尿病透析予防指導管理料

【算定基準】

・入院中の患者以外の糖尿病患者のうち HbA1c（NGSP）6.5%以上または内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第２期以上の患者（現に透析療法を行っている者を除く。）に対して、月に１回に限り算定する。

・専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。

・透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行いその結果に基づいて指導計画を作成すること。

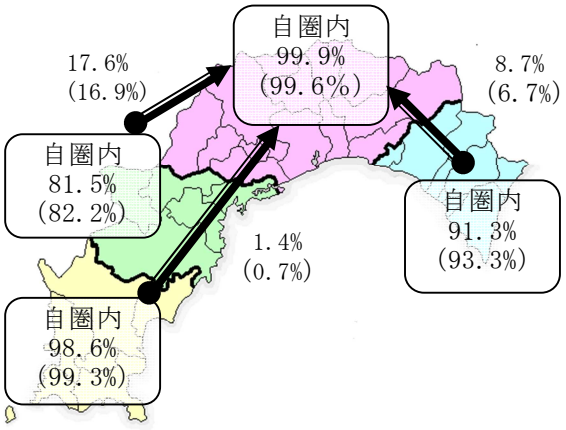
・透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録及び栄養指導記録に記載すること。

（５）糖尿病患者の受療動向

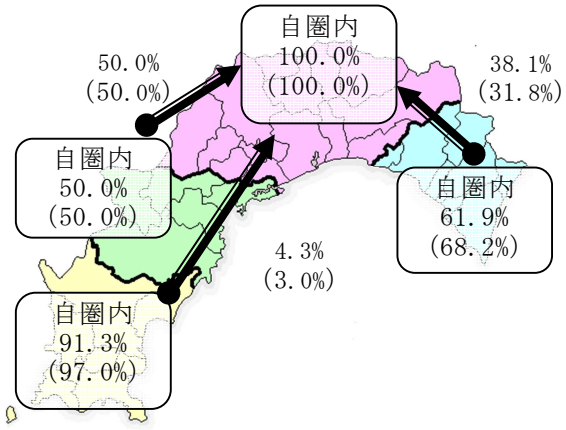
令和４年高知県患者動態調査では、外来においては、居住する保健医療圏を中心に受療しており、入院においては、高幡・安芸保健医療圏から中央保健医療圏への 30～50%程度の流出を認めていますが、実数にすると 10～20 人程度となります（図表 6-4-18）。

（図表 6-4-18）令和４年高知県患者動態調査･糖尿病患者の受療動向

〈外来〉



〈入院〉



外来患者の住所別患者数（人）

県計	幡多	高幡	中央	安芸
1,388 (1,481)	138 (151)	119 (118)	1,004 (1,047)	127 (165)

入院患者の住所別患者数（人）

県計	幡多	高幡	中央	安芸
245 (384)	23 (33)	12 (26)	189 (303)	21 (22)

（括弧内は平成 28 年の数値）

3　医療提供体制の状況

（１）糖尿病の治療・重症化予防

初期（安定期を含む）の治療は、かかりつけ医が中心となります。薬物療法に加え、食事指導、運動指導及び患者・家族への教育を行い、適切な血糖コントロールを図ります。かかりつけの医療機関で外来栄養食事指導を実施できない場合は、実施可能な医療機関へ紹介し、外来栄養食事指導の病診連携を進めます。

糖尿病が進行すると、糖尿病の専門医師及び糖尿病療養指導士による専門治療が必要となります。この専門治療を行ううえで医師や看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士などの各職種が連携したチーム医療による、食事療法や運動療法、薬物療法などの専門的治療が必要となります。

糖尿病による低血糖や糖尿病性昏睡を発症した場合、緊急に治療を受ける必要があり、脳卒中や心筋梗塞、足壊疽などの重症な合併症の発症時や、１型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠等についても、それぞれの疾患の専門医や産科医と糖尿病専門医との連携による集学的治療が必要です。

（図表 6-4-19）糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口 10 万人あたり）

県計	安芸	中央	高幡	幡多
3.9	0	4.6	2.1	2.6

出典：日本糖尿病学会（令和５年８月現在）

（図表 6-4-20）糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口 10 万人あたり）

県計	安芸	中央	高幡	幡多
4.9	9.7	5.0	2.1	3.9

出典：日本糖尿病療養指導士認定機構（令和４年度）

（図表 6-4-21）糖尿病教室を実施している医療機関数

県計	安芸	中央	高幡	幡多
23(35)	2(4)	18(27)	1(1)	2(3)

出典：令和５年８月高知医療ネット　括弧内は平成 29 年 10 月高知県医療政策課

（図表 6-4-22）外来栄養食事指導の実施件数

県計	安芸	中央	高幡	幡多
13.6(12.3)	6.6（7.9）	18.3（14.4）	1.6（3.0）	4.3（6.9）

出典：令和４年高知県保健政策課　括弧内は平成 29 年高知県医療政策課
1 か月の実施件数（人/月・施設）
（協力医療機関 91 施設（令和 4 年度）76 施設（平成 29 年度））

（図表 6-4-23）血管病調整看護師が在籍する医療機関数

県計	安芸	中央	高幡	幡多
13	1	10	1	1

出典：令和５年高知県保健政策課

（２）「糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防」

糖尿病の慢性合併症（網膜症、腎症、神経障害など）を発症した場合、それぞれ専門的な治療が必要となります。

糖尿病腎症は重症化予防を行い、透析導入を防ぐことが重要となります。かかりつけ医は、尿アルブミンの定期的（3-6 か月）な測定を行い、腎症の進行がないことを確認しながら診療を行います。腎臓専門医への紹介基準を満たした場合には、慢性腎臓病（ＣＫＤ）の診療が可能な医療機関へ紹介し、専門的診療と併せて栄養指導を行うことが重要です。

網膜症は初期だけでなく進行した状態でも自覚症状に乏しいことがあるため、網膜症の発症・進展予防のためには少なくとも１年に１度は眼科を受診し、眼底検査を受けることが推奨されます。光凝固治療等の眼科治療は網膜症の進展を抑制するのに有効です。

歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されています。さらに、重症歯周病を有する糖尿病患者では糖尿病性腎症の発症率や虚血性心疾患による死亡率が上昇することが示されており、糖尿病患者の歯科受診も大切です。

（図表 6-24）腎臓専門医が在籍する医療機関数（人口 10 万人あたり）

県計	安芸	中央	高幡	幡多
2.5	0	3.2	0	1.3

出典：日本腎臓学会（令和５年８月）

（図表 6-4-25）歯周病専門医が在籍する医療機関数（人口 10 万人あたり）

県計	安芸	中央	高幡	幡多
0.58	0	0.79	0	0

出典：日本歯周病学会（令和５年 10 月）

（図表 6-4-26）糖尿病透析予防指導管理料の届出施設数

県計	安芸	中央	高幡	幡多
17	0	15	1	1

出典：令和５年四国厚生支局届出受理医療機関名簿（令和５年８月１日）

（図表 6-4-27）糖尿病腎症による透析が実施可能な医療機関数

県計	安芸	中央	高幡	幡多
39(37)	3(3)	26(27)	4(2)	6(5)

出典：令和５年３月高知県健康対策課　括弧内は平成 29 年

（３）保健医療連携体制

医療提供体制において、糖尿病の専門的な医療従事者は、高知市へ集中しているなど地域偏在がみられます。チーム医療の体制、かかりつけ医と専門医、合併症治療医療機関の連携、糖尿病の治療を行う医療機関と歯科医療機関との連携など連携体制を構築していく必要があります。

地域との連携では、血管病調整看護師や糖尿病看護認定看護師などを中心に、糖尿病の予防、重症化予防を行う保険者等の社会資源と情報共有や協力体制を構築するなどして連携していく必要があります。

（図表 6-4-28）糖尿病性腎症透析予防強化プログラム実施市町村数

県計	安芸	中央	高幡	幡多
11	1	4	2	4

出典：令和５年高知県保健政策課

（４）感染症流行時等への対応

感染症流行時には、医療機関において適切な感染症対策や患者の受け入れ体制の整備など多大な負担となり、通常診療の遅れや受診控えが発生しました。非常時においても、切れ目なく適切な医療の提供できるよう体制整備が必要となります。

課題

1　予防

特定健診の結果から、糖尿病が強く疑われる者の割合が増加傾向にあることや、糖尿病の可能性が否定できない者の割合も減少していないことから、栄養・食生活習慣の改善や運動習慣の定着など糖尿病予防につながる、生活習慣の普及啓発や、関係機関と連携し健康づくりの取り組みを強化していくことが必要です。

また、特定健診の実施率が全国に比べて低いことから、早期発見・早期治療につなげるため保険者による受診勧奨等により実施率の向上を図る必要があります。

2　患者への対応

保険者は、健診後に糖尿病患者あるいはその予備群に対して保健指導を実施していますが、自覚症状がないため医療機関の受診に結びつかないことや、受診しても中断してしまう場合があります。医療機関と保険者は、病期が進展し糖尿病性腎症による新規人工透析導入を防止するため、支援の必要な患者情報の共有や協働して患者への支援を行うなど、連携をさらに強化していくことが必要です。

糖尿病患者の重症化を防ぐために、「糖尿病連携手帳」などを用いて、かかりつけ医と眼科医や歯科医との連携を進めていく必要があります。

糖尿病に対するスティグマ（社会的烙印）を放置すると、社会活動の不利益を被るだけでなく適切な治療機会の損失など様々な影響を及ぼすため、糖尿病の予防や治療に関わる関係者は、社会に蔓延する糖尿病に対するスティグマの払拭に取り組むことが求められます。

糖尿病患者が適切な治療を受けながら働き続けられるよう、治療と仕事の両立支援を各関係機関が連携し、取組を推進していく必要があります。

3　医療提供体制

糖尿病の治療には、医師や看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、歯科医師などがチームとなって医療を提供するとともに、患者の心理や生活習慣に密着したきめ細かいフォローが必要ですが、各職種間の連携体制が十分とは言えない状況です。

糖尿病の重症化を防ぐためには、患者の病態に応じて、かかりつけ医から専門医や合併症治療の医療機関を紹介することが大切ですが、紹介・逆紹介などの連携は十分とはなっていません。

併せて、生活習慣の改善として食事指導が重要となりますが、県中央部以外は医療機関における管理栄養士による外来栄養食事指導の実施件数及び連携体制が十分ではありません。

感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備が必要となります。

対策

1　予防（糖尿病を未然に防ぐ）

（１）生活習慣の改善

糖尿病の発症予防を図るため、県はマスメディア等を活用して栄養・運動をはじめ、肥満、高血圧、ストレス、喫煙、過度の飲酒などの危険因子に関する知識の普及を図ります。

また、減塩や野菜摂取量の増加などの栄養・食生活習慣の改善、運動習慣の定着などの身体活動・運動習慣の改善、禁煙、多量飲酒の抑制など生活習慣を改善し、県民の健康行動の定着化を図るため高知家健康パスポートを活用した健康づくりの県民運動を推進していきます。

働きざかり世代に対し、職場での健康づくりが取り組めるよう事業所ごとに健康パスポートアプリを運用できる仕組みを導入し、従業員の健康づくりを後押ししていきます。

（２）糖尿病の知識の普及

県、市町村、医師会及び歯科医師会が連携し、市町村主体の健康に関する行事などを通じて、糖尿病の専門医師による講演などを行います。

また、県と医師会、歯科医師会は、公開講座などを開催します。

県は、広報紙やラジオ、テレビを活用して県民への広報を行うとともに、事業主と連携し職域における啓発活動を行います。

（３）特定健診の実施率の向上

県は、市町村等保険者と連携して集団健診会場及び個別健診における感染症への感染防止対策を継続し、県民が安心して健診を受けることができるよう体制整備に取り組みます。

また、県医師会と連携し、医療機関からの個別健診の受診勧奨の強化に努めます。協会けんぽ被扶養者には、地域における特定健診の実施等受診しやすい環境整備に取り組むとともに、継続した受診勧奨を行います。

2　患者への対応（糖尿病の重症化を防ぐ）

（１）重症化の予防

合併症のうち、糖尿病性腎症は、人工透析導入を防ぐことが重要であることから、県は、「高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び「高知県糖尿病性腎症透析予防強化プログラム」により、市町村及び他の保険者が地域の医師会や医療機関等と連携して実施する受診勧奨や保健指導等の重症化予防の取組を支援していきます。

また、二次保健医療圏単位等で県・市町村、医療機関・医療関係者との連携会議を開催し、地域連携の強化を図ることにより、糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を推進していきます。これらの重症化予防の取組は、慢性腎臓病（ＣＫＤ）対策と連携して進めていきます。

（２）関係機関の連携体制の構築

血管病調整看護師を中心として、医療機関と地域が協働で糖尿病患者を支援できるよう継続的かつ効果的な生活指導を実施できる体制の構築を推進します。

自己判断による服薬等中断を防ぐため、薬剤師会と連携し効果的な服薬指導を実施できる等体制の充実を図ります。

糖尿病に対するスティグマの払拭に向けて、糖尿病の予防や治療に関わる関係者が取り組みを進められるよう周知を行います。

糖尿病患者が適切な治療を受けながら働き続けられるよう、治療と仕事の両立支援の取組を進めることが求められています。

3　医療提供体制の推進

初期（安定期を含む）の治療は、かかりつけ医が中心となります。薬物療法に加え、食事指導、運動指導及び患者・家族への教育を行い、適切な血糖コントロールを図ります。薬物療法では、かかりつけ薬局における服薬指導とその後の適正使用の確認を継続的に行うことも重要です。かかりつけの医療機関で管理栄養士による外来栄養食事指導を実施できない場合は、実施可能な医療機関へ紹介し、外来栄養食事指導の病診連携を進めます。

患者の血糖コントロール不良が続く場合には、かかりつけ医が中心となって専門的な診療が可能な医療機関や専門医等と連携することが重要であり、その際には地域の医療資源や対象者の背景を考慮しながら、腎臓・糖尿病専門医への紹介基準に沿って、連携する必要があります。

紹介を受けた医療機関では、教育入院などによる集中的な治療に加え、糖尿病網膜症等の慢性合併症に対する専門的な治療を合わせて行います。特に、糖尿病透析予防指導管理料を算定している医療機関は、医師、看護師、管理栄養士からなる糖尿病チームを形成しており、チームの診療レベルの均一化を図るために学習会等を行うことも重要です。

糖尿病性昏睡、重症感染症、心筋梗塞及び脳卒中などの急性合併症が併発する急性増悪時においては、集学的治療ができる医療機関と速やかに連携し、より高度な医療を提供します。

このように、かかりつけ医からより専門的な治療が可能な医療機関や専門医と連携し、迅速な対応が可能となる医療体制の整備が重要となります。

併せて、かかりつけ医は高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び高知県糖尿病性腎症透析予防強化プログラムに沿って保険者に情報の提供・保健指導への助言を行い、保険者は受診勧奨及び保健指導を行い、人工透析への移行阻止に努めます。

また、県及び医師会は高知県糖尿病療養指導士との連携を推進し、患者が糖尿病療養を受けることの地域偏在の緩和に努めていきます。加えて、医師会は歯科医師会と連携し、糖尿病患者に対する積極的な歯科検診の受診を勧奨します。

糖尿病診療の連携体制を構築するため、公益社団法人日本糖尿病協会から出版されている糖尿病連携手帳を活用し、患者、医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、保険者、ケアマネジャー等との連携を図っていきます。

県は栄養士会と連携し、外来栄養食事指導推進事業を推進します。協力医療機関は、外来栄養食事指導の実績向上を目指すとともに、管理栄養士不在の診療所等からの紹介患者への外来栄養食事指導を実施し、病診連携に取り組みます。

感染症流行時等の非常時においても、適切な医療を受けられるよう「第８章第３節新興感染症を含む感染症」の取組と連携しながら検討を進めていきます。

目標

1　予防

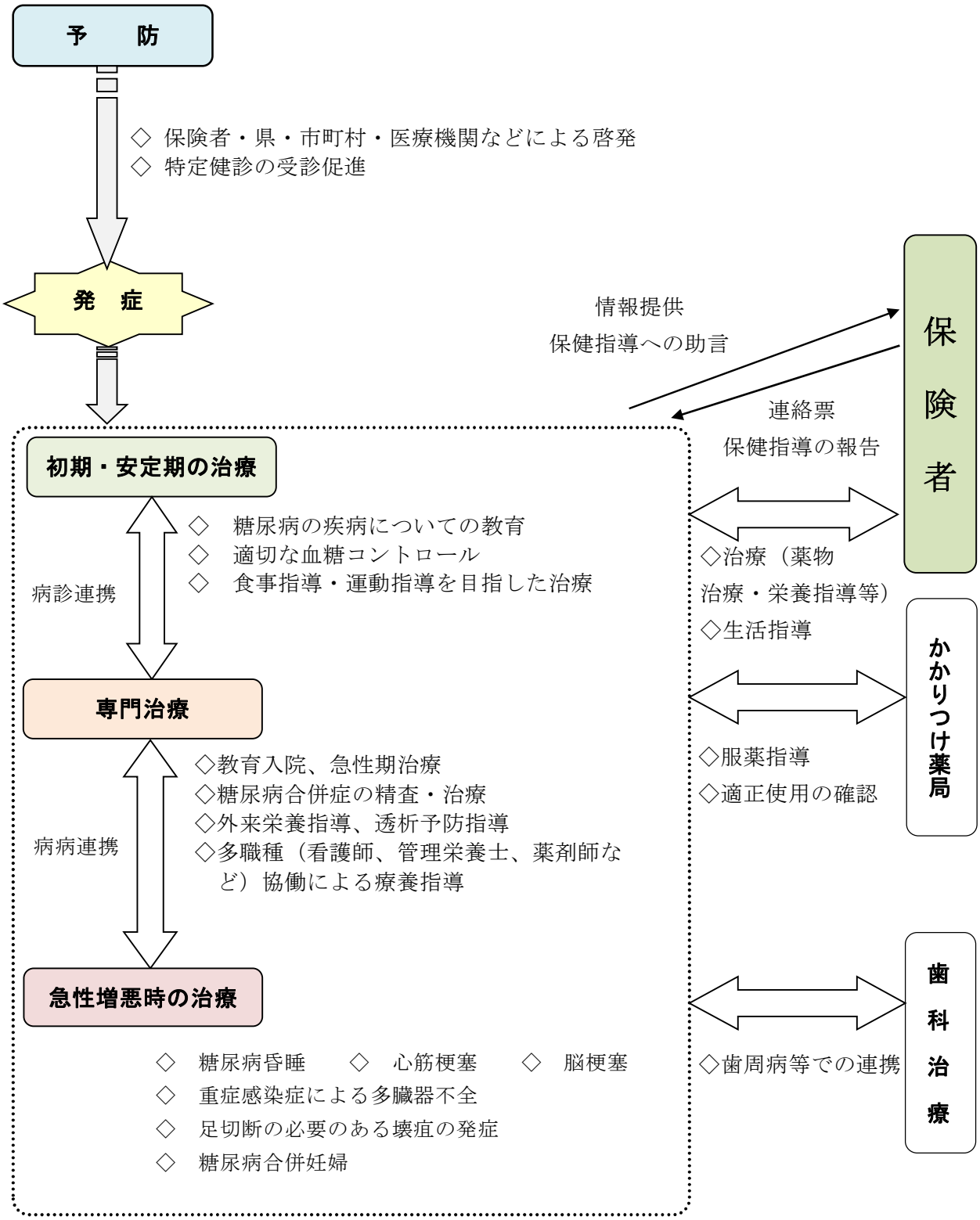
区分	項目	直近値	目標（令和 11 年度）	直近値の出典
O	①糖尿病有病者（糖尿病が強く疑われる者）の割合（40-74 歳）	12.1% 【R２年度】	増加させない	令和２年度特定健診結果（市町村国保+協会けんぽ）
O	②糖尿病予備群（糖尿病の可能性が否定できない者）の割合（40-74 歳）	13.8% 【R２年度】	増加させない	令和２年度特定健診結果（市町村国保+協会けんぽ）
P	③1 日 1 回以上健康パスポートアプリを利用している人数（月平均人数）	14,411 人 【R５月 10 月末】	23,000 人	保健政策課
P	④特定健診実施率	53.7% 【R３年度】	70%以上	厚労省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（都道府県別一覧）
P	⑤特定保健指導実施率	24.4% 【R３年度】	45%以上	厚労省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（都道府県別一覧）

2及び3　患者への対応、医療提供体制の推進

区分	項目	直近値	目標（令和 11 年度）	直近値の出典
O	①糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	108 人 【R２～４年の平均値】	100 人以下	（一社）日本透析医学会 新規導入患者 原疾患;糖尿病性腎症（2020～2022 年末）
O	②糖尿病年齢調整死亡率	男性 23.2 女性 11.7	減少	令和３年人口動態調査
O	③糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる未治療ハイリスク者のうち治療開始の割合	35.5% 【R３年度】	50%以上	市町村国保取組み報告（令和３年度）
O	④糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる治療中断者のうち治療再開の割合	68.7% 【R３年度】	70%以上	市町村国保取組み報告（令和３年度）
P	⑤糖尿病年齢調整外来受療率	82.5	減少	令和２年患者調査
P	⑥糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを実施する市町村数	11 市町村 【R５年度】	34 市町村	高知県糖尿病性腎症透析予防強化プログラム実施市町村数（令和５年度）
P	⑦医療圏ごとの外来栄養食事指導 SCR	安芸 35.1 中央 96.4 高幡 15.8 幡多 26.7 【R２年度】	各医療圏 100 以上	経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト（内閣府）

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

（図表 6-4-29）糖尿病の医療連携体制図



＜参考＞　医療機能別医療機関情報

（図表 6-4-30）糖尿病教室を実施している医療機関

保健医療圏	医　療　機　関
安芸(3)	県立あき総合病院　　森澤病院　　津田クリニック
中央(17)	いずみの病院　　川村病院　　高知記念病院　　島本病院 高知生協病院　　高知赤十字病院　　高知大学医学部附属病院 高知高須病院　　高北国民健康保険病院　　島津病院　　近森病院 土佐市民病院　　細木病院　　嶺北中央病院　植田医院　　下司病院 玉木小児科内科クリニック
高幡(1)	くぼかわ病院
幡多(2)	大井田病院　　幡多けんみん病院

出典：令和５年 10 月高知医療ネット

（図表 6-4-31）糖尿病教育入院が可能な医療機関

保健医療圏	医　療　機　関
安芸(2)	県立あき総合病院　　田野病院
中央(27)	いずみの病院　　高知医療センター　　高知記念病院　　高知赤十字病院 高知大学医学部附属病院　　高知厚生病院　　高知高須病院　　近森病院 高北国民健康保険病院　　JA 高知病院　国立病院機構高知病院　　島津病院 高知脳神経外科病院　南国中央病院　　潮江高橋病院　　国吉病院 土佐市民病院　　細木病院　　山村病院　　高橋病院　　清和病院 きんろう病院　　田村内科整形外科病院　　川村病院　　図南病院 永井病院　竹下病院
高幡(3)	くぼかわ病院　　須崎くろしお病院　　椿原病院
幡多(4)	大井田病院　　森下病院　　幡多けんみん病院　　幡多クリニック

出典：令和５年 10 月高知医療ネット

（図表 6-4-32）日本糖尿病学会専門医が常勤している医療機関

中央(23)	下司病院　　高知医療センター　　高知記念病院　高知大学医学部附属病院 高知赤十字病院　　高知高須病院　　島津病院　　近森病院　　細木病院 南病院　　きんろう病院　　仁淀病院　　三愛病院　　横浜病院 南国いのうえクリニック　　植田医院　　高松内科クリニック 玉木内科小児科クリニック　　お日さまクリニック　もえぎクリニック 青柳クリニック　地域医療推進機構高知西病院　　いずみの病院
高幡(1)	くぼかわ病院
幡多(2)	大野内科　　竹本病院

出典：令和５年８月日本糖尿病学会

（図表 6-4-33）日本内分泌学会専門医が常勤している医療機関

保健医療圏	医　療　機　関
中央(8)	高知医療センター　高知赤十字病院　高知大学医学部附属病院 高知高須病院　久病院　細木病院　近森病院　土佐市民病院

出典：令和５年５月日本内分泌学会

（図表 6-4-34）慢性腎臓病（CKD）の診療可能な医療機関一覧

保健医療圏	医　療　機　関
安芸（2）	県立あき総合病院　高知高須病院附属安芸診療所
中央(25)	野市中央病院　高知大学医学部附属病院　南国厚生病院　島津病院 北村病院　高知高須病院　近森病院　高知医療センター　細木病院 高知赤十字病院　高知記念病院　竹下病院　国立病院機構高知病院 地域医療推進機構高知西病院　リハビリテーション病院すこやかな杜 森木病院　土佐市民病院　北島病院　南国いのうえクリニック 島崎クリニック　高松内科クリニック　植田医院　三愛病院 いずみの病院　高北病院
高幡（1）	くぼかわ病院
幡多（5）	四万十市立市民病院　幡多けんみん病院　川村内科クリニック 松谷病院　幡多クリニック

出典：高知県保健政策課（令和５年 12 月現在）

（図表 6-4-35）外来栄養食事指導推進事業協力医療機関一覧（令和５年８月末現在）

保健医療圏	医　療　機　関
安芸（5）	県立あき総合病院　高知高須病院附属安芸診療所　森澤病院　田野病院 芸西病院
中央(62)	高知大学医学部附属病院　ＪＡ高知病院　高田内科　南国厚生病院 南国中央病院　南国病院　藤原病院　野市中央病院　香長中央病院 嶺北中央病院　朝倉病院　愛宕病院　愛宕病院分院 アズマ耳鼻咽喉科アレルギー科　一宮きずなクリニック　いずみの病院 潮江高橋病院　岡林病院　岡村病院　川村病院　きんろう病院 国吉病院　下司病院　高知医療センター　高知記念病院 高知厚生病院　高知生協病院　高知赤十字病院　高知高須病院 地域医療推進機構高知西病院　高知脳神経外科病院　高知病院 国立高知病院　三愛病院　島崎クリニック　島津病院　下村病院 すこやかな杜　だいいいちリハビリテーション病院　高橋病院 竹下病院　田村内科整形外科病院　近森病院　図南病院　永井病院 久病院　平田病院　福田心臓・消化器内科　フレッククリニック 細木病院　海里マリン病院　もみのき病院　横浜病院　井上病院 川田整形外科　白菊園病院　土佐市立土佐市民病院　仁淀病院 佐川町立高北国民健康保険病院　清和病院　北島病院　前田病院

高幡（9）	須崎くろしお病院　ちひろ病院　一陽病院　くぼかわ病院 大西病院　大正診療所　なかとさ病院　椿原病院　高陵病院
幡多（15）	幡多けんみん病院　大井田病院　竹本病院　渭南病院　木俵病院 足摺病院　松谷病院　大月病院　四万十市立市民病院　筒井病院 西土佐診療所　中村病院　幡多クリニック　森下病院　渡川病院

出典：令和５年８月高知県保健政策課

（図表 6-4-36）糖尿病腎症による透析が実施可能な医療機関

保健医療圏	医　療　機　関
安芸(3)	県立あき総合病院　高知高須病院安芸診療所 高知高須病院室戸クリニック
中央(26)	いずみの病院　北島病院　北村病院　高知医療センター　島津病院 高知赤十字病院　高知大学医学部附属病院　高知高須病院　近森病院 高北国民健康保険病院　国立病院機構高知病院　JA 高知病院 土佐市民病院　長浜病院　野市中央病院　嶺北中央病院　森木病院 高知記念病院　竹下病院　もえぎクリニック　愛宕病院 藤田クリニック　クリニックひろと　山崎内科泌尿器科 地域医療機能推進機構高知西病院　快聖クリニック
高幡(4)	くぼかわ病院　須崎医療クリニック　島津クリニック　なかとさ病院
幡多(6)	渭南病院　四万十市立市民病院　幡多クリニック　幡多けんみん病院 川村内科クリニック　松谷病院

出典：令和５年３月高知県健康対策課

第５節　精神疾患

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が、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）

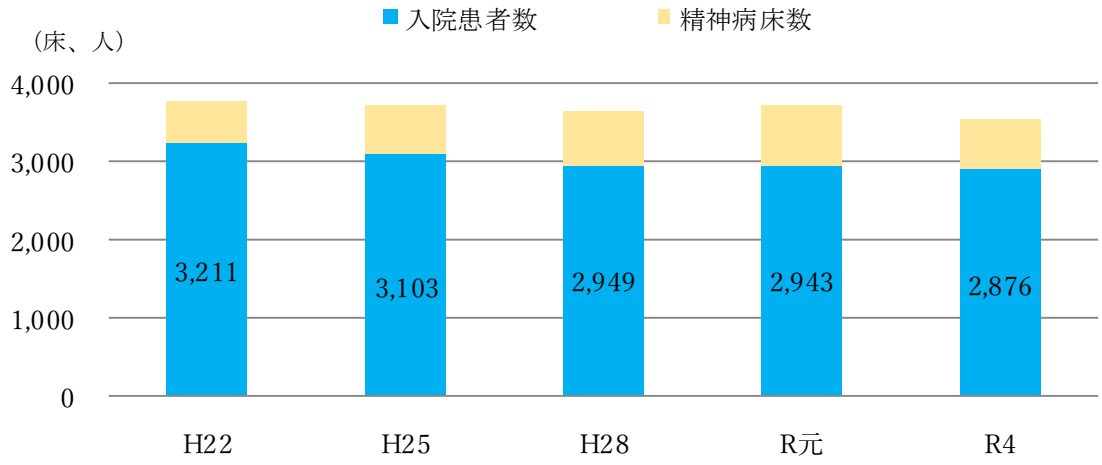
年齢別内訳では、65 歳以上の高齢者が増加傾向にあり、令和４年には 73.4%となりました。（図表 6-5-2）

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）

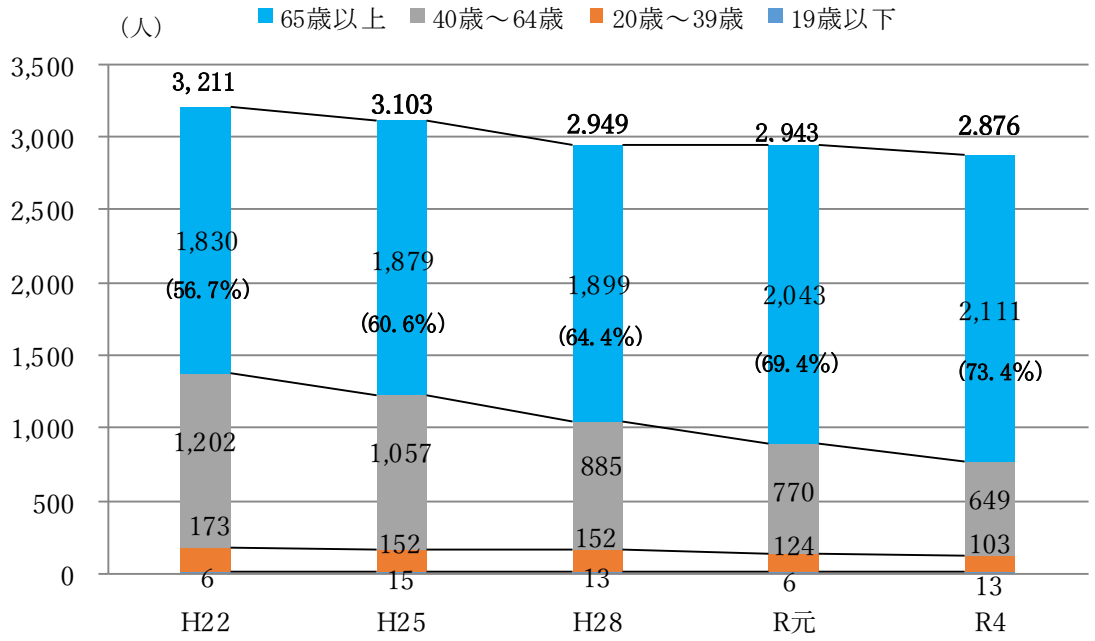
平均在院日数は全国よりも短い状況が続いていますが、その差は年々縮まっています。（図表 6-5-5）

（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



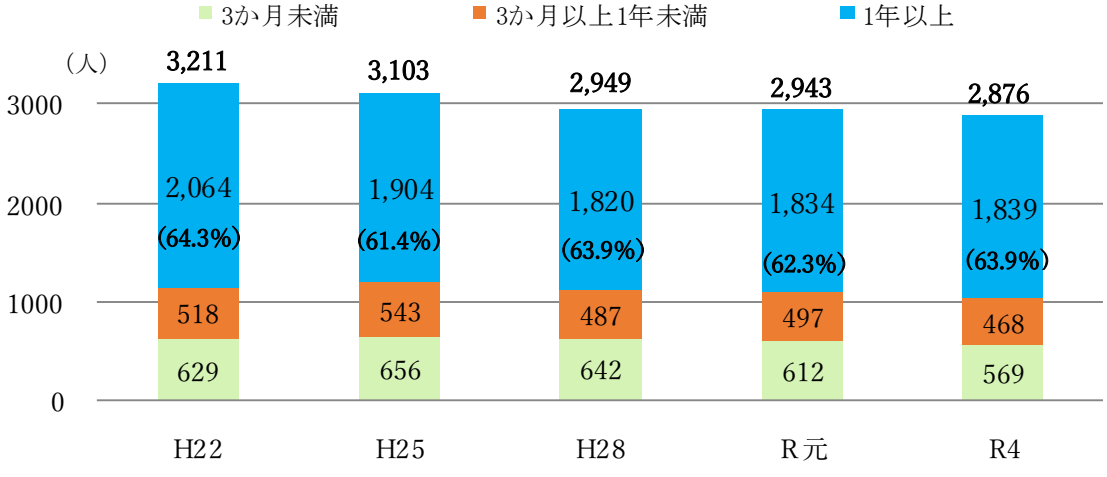
出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）
障害保健支援課調べ

（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

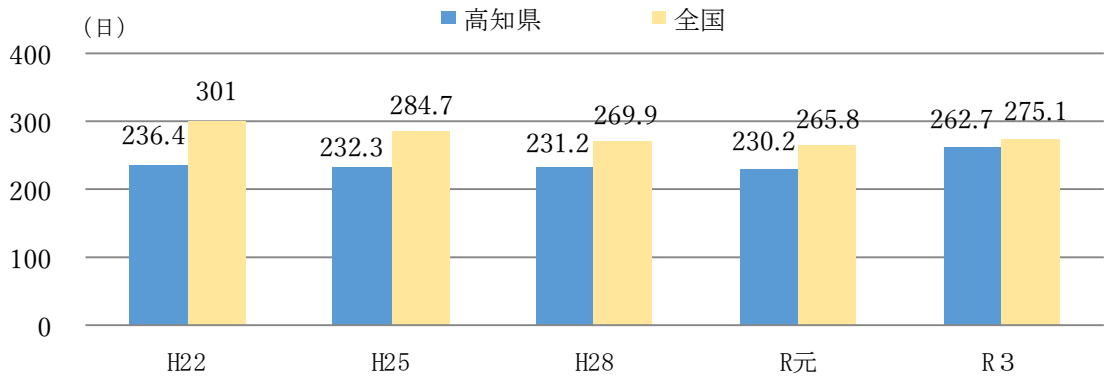
出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）

（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）

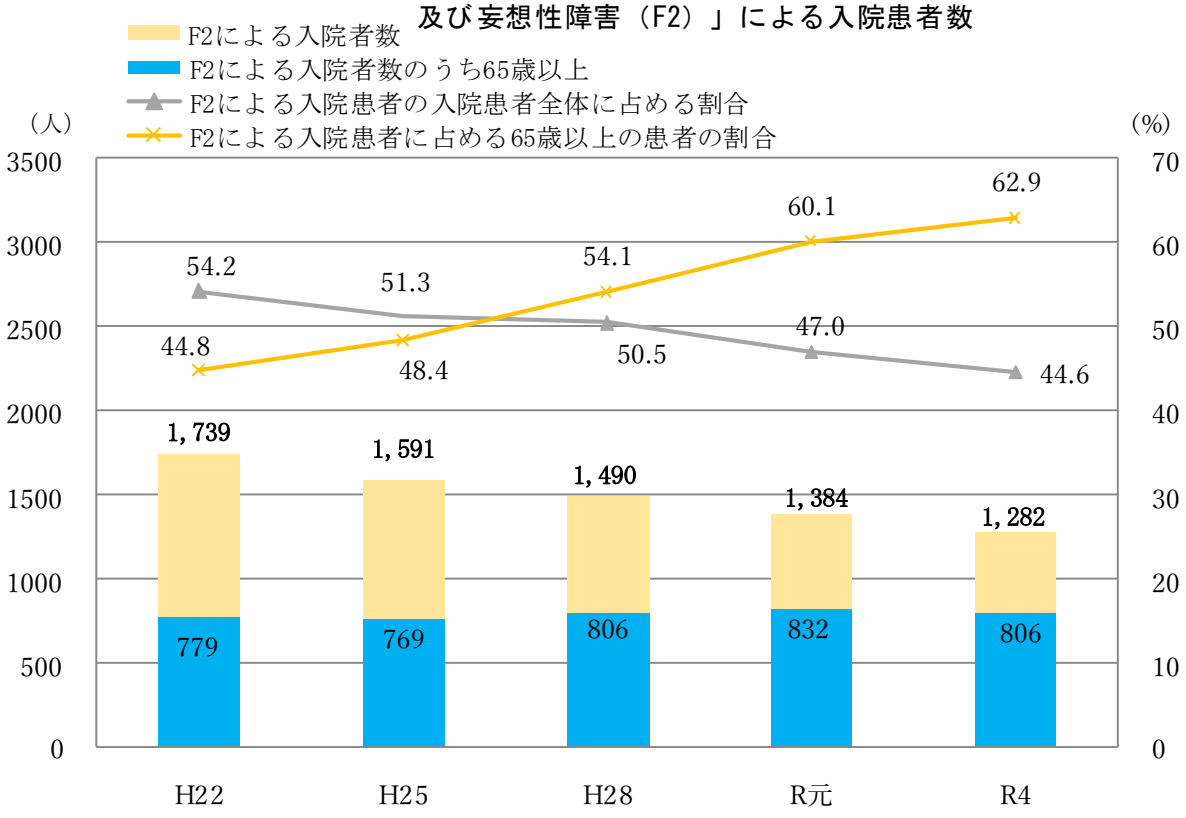
「精神作用物質による精神及び行動の障害（F1）」のうち、「アルコール使用」の入院患者は減少傾向にありますが、「アルコール以外」の入院患者は少数で、増減を繰り返しながら推移しています。（図表 6-5-6、6-5-9）

（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	R4
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

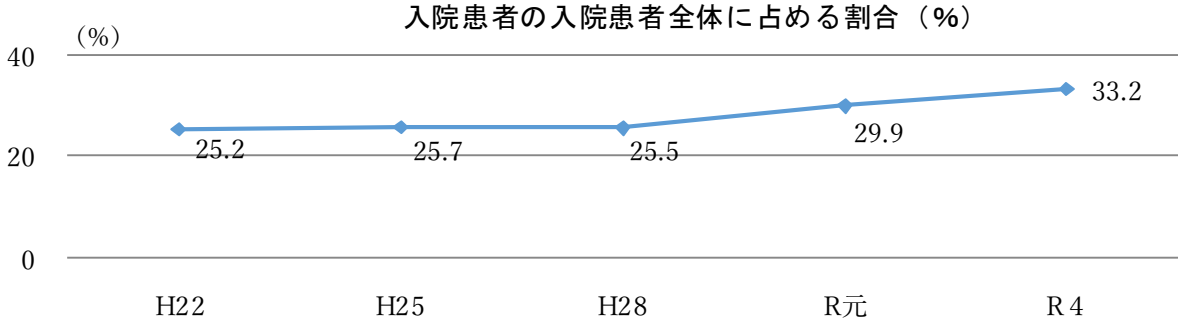
出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）
高知県障害保健支援課調べ

（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



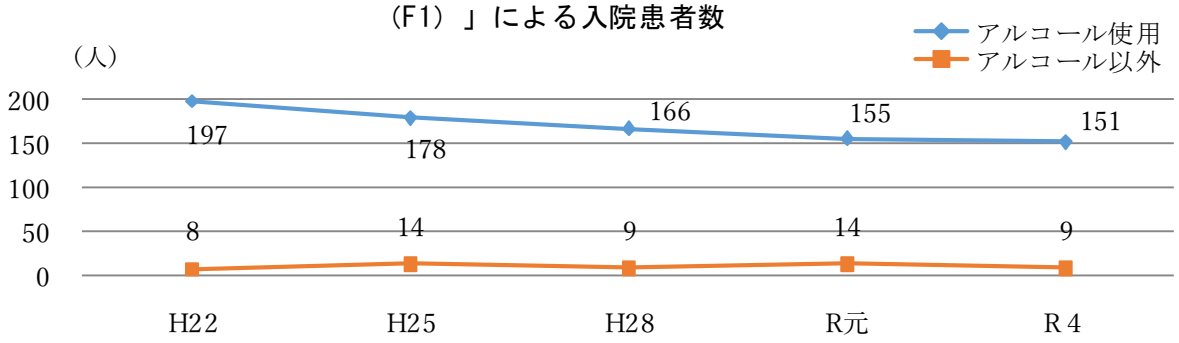
出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）
高知県障害保健支援課調べ

（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）

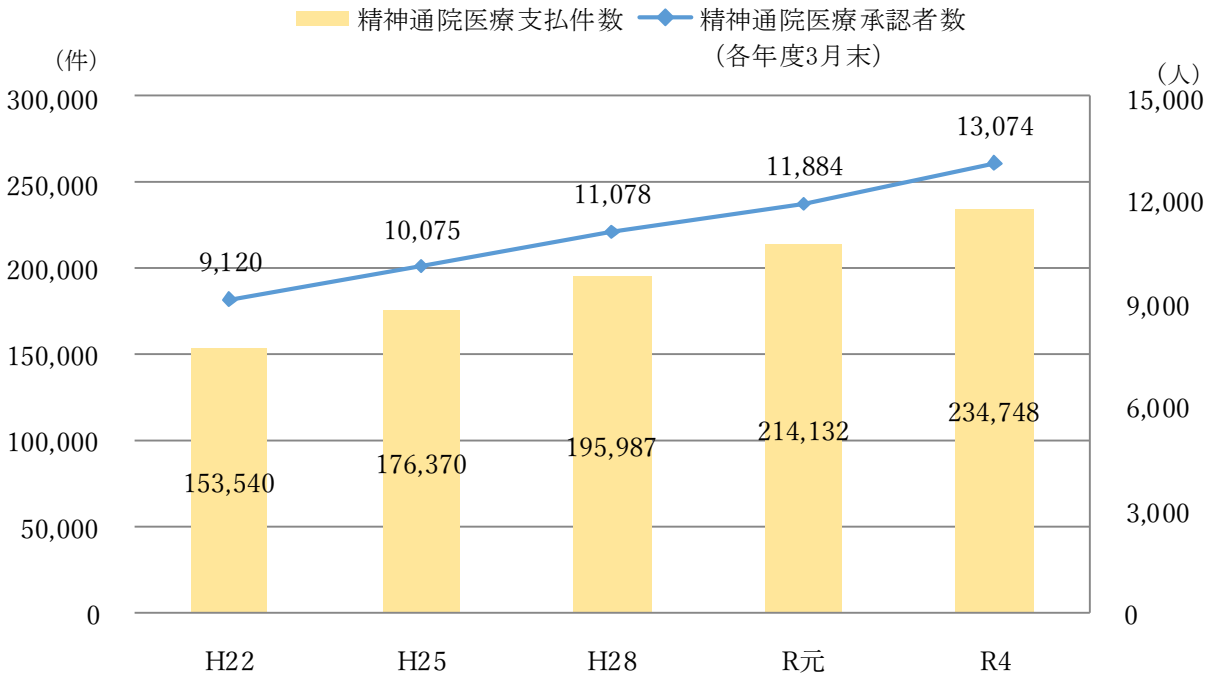
２番目に多い「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）」は減少傾向にあり、令和４年度は３割を切りました。（図表 6-5-11）

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が、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精神科訪問看護施設数は 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

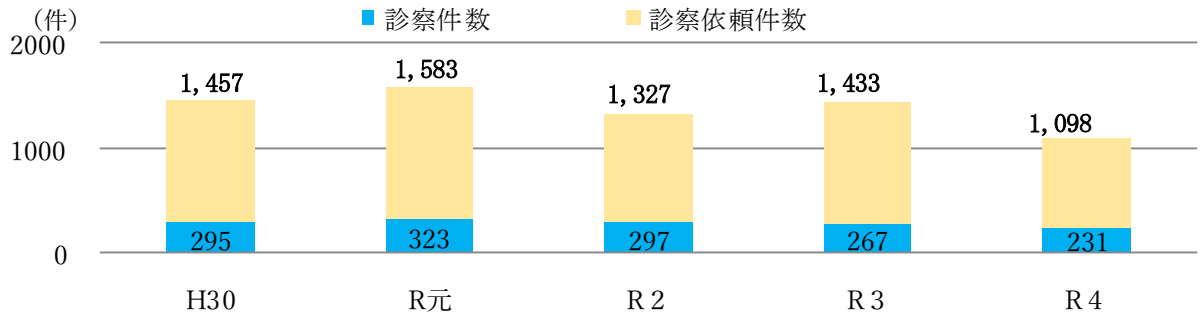
※複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と１診療科のみに従事している場合の診療科として回答のあった者（主たる診療科・従業地による医療施設従事医師数）

（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 （自殺死亡率、人口 10 万対）	135 (19.1)	134 (19.2)	132 (19.1)	142 (20.8)	138 (20.2)
	うち精神疾患等	42	35	26	25	49
全国	自殺者数 （自殺死亡率、人口 10 万対）	20,840 (16.4)	20,169 (15.9)	21,081 (16.7)	21,007 (16.7)	21,881 (17.5)
	うち精神疾患等	6,647	6,238	6,570	6,415	7,723

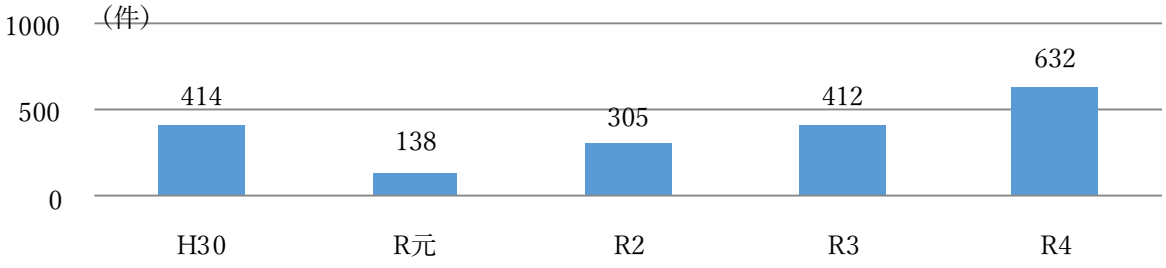
出典：自殺統計（警察庁）

※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こと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言われているため、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きました。一方、認知症の人にＢＰＳＤ(※1)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。

（※1）周辺症状ともいい、脳の機能低下によって二次的に起こる症状。具体的には、妄想、幻覚、うつ、異常行動などが含まれる。

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、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。さらに、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」という従来の関係を超えて、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（※2）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。

（※2）自ら障害や疾病の経験を持ち、その経験を活かしながら、他の障害や疾病のある人のための支援を行うこと

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るとともに、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等の受入れ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、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げられるよう、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、人材育成に取り組みます。

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生活日数			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

（災害時における医療、新興感染症を含む感染症を除く）

第１節　救急医療

本県の救急医療の需要は高く、救急搬送人員を例にとると、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和４年度には過去最多の 41,145 人(注 1)に達し、依然として高い水準で推移しており、今後もこの傾向は続くことが予想されています。救急医療資源に限りがある中で、より質の高い救急医療を提供するために救急医療体制の充実・強化を図ることが重要です。

救急医療体制は、県民への救急蘇生法の普及などの病院前救護活動、入院を必要としない患者に対応する在宅当番医制などの初期救急医療体制、入院が必要な重症患者に対応する病院群輪番制などの第二次救急医療体制、重篤な患者に対する救命救急センターなどの第三次救急医療体制からなり、救急告示制度や救急医療情報システムなどとともに体系的に整備されています。あわせて、各救命救急センターへのドクターカー、県ドクターヘリの配備により、救急患者への医師の早期接触が可能となるなど、よりよい救急医療の提供に向けた環境が整備されてきました。

その一方で、軽症患者の救急車の利用や救急医療機関への休日・夜間の受診は依然として多く、特に、救急搬送のうち、約４割が軽症患者となっています。

さらに、高齢者の救急搬送も増加傾向にあるため、高齢者への救急医療体制の整備も必要となっています。

また、新型コロナウイルス感染症のまん延時には救急医療が逼迫し、搬送困難事例（注２）も増加したことから、新興感染症の発生・まん延時における感染症対応と通常の救急医療との両立も救急医療提供体制の大きな課題となっています。

このため、救急医療の適正受診の啓発を引き続き行うとともに、医療機関間の連携強化を図るための取組を進める必要があります。

(注 1)：こうち医療ネットの速報値データ
(注 2)　：搬送困難事例
　　救急隊による「医療機関への受入れ照会回数４回以上」かつ「現場滞在時間 30 分以上」の事案

現状

１　救急搬送の状況

（１）救急出場件数・搬送人員

令和４年度の県内の消防機関の救急出場件数は 44,965 件、搬送人員は 41,145 人であり、新型コロナウイルス感染症の発生以前の平成 30 年度と比較をしても増加傾向にあります。また、令和３年度における人口１万人当たりの救急出場件数は 581 件と、大阪府（630 件）に次いで全国第２位となっています。

また、高齢化が進む本県においては、令和４年度の救急車による搬送人員のうち65歳以上の高齢者の割合は、平成29年度の67.9%から3.1ポイント増加し、71.0%(29,204人)と全体の約７割を占めており、救急搬送に占める高齢者の割合も高く、その中でも75歳以上の後期高齢者の割合が増加しています。

（図表 7-1-1）救急出場件数及び搬送人員の推移

年　度	H29	H30	R1	R2	R3	※R4
救急出場件数	41,056 件	42,414 件	42,057 件	39,022 件	40,212 件	44,965 件
搬 送 人 員	38,258 人	39,368 人	38,971 人	36,047 人	37,169 人	41,145 人

出典：救急・救助の現況（総務省消防庁）
※はこうち医療ネット速報値(令和４年度)

（図表 7-1-2）救急車による年齢区分別搬送人員

年　度		H29	H30	R1	R2	R3	※R4
新生児 （構成比：%）		60 (0.2)	49 (0.1)	47 (0.1)	39 (0.1)	53 (0.1)	40 (0.1)
乳幼児 （構成比：%）		1,049 (2.7)	976 (2.5)	1,057 (2.7)	763 (2.1)	899 (2.4)	1,090 (2.6)
少年 （構成比：%）		1,155 (3.0)	1,149 (2.9)	1,148 (2.9)	875 (2.4)	956 (2.6)	1,191 (2.9)
成人 （構成比：%）		10,034 (26.2)	10,213 (25.9)	9,966 (25.6)	8,829 (24.5)	8,839 (23.8)	9,580 (23.3)
高齢者 （構成比：%）		25,960 (67.9)	26,981 (68.5)	26,753 (68.6)	25,541 (70.9)	26,422 (71.1)	29,204 (71.0)
	※高齢者のうち 65歳～74歳までの割合	26.0%	25.9%	25.8%	24.3%	23.9%	22.8%
	※高齢者のうち 75歳～84歳までの割合	35.6%	35.7%	35.3%	33.9%	34.1%	35.2%
	※高齢者のうち 85歳以上の割合	38.3%	38.5%	39.0%	41.7%	43.3%	41.9%
不詳		－	－	－	－	－	40 (0.1)
計		38,258 (100)	39,368 (99.9)	38,971 (99.9)	36,047 (100)	37,169 (100)	41,145 (100)

出典：救急・救助の現況（総務省消防庁）
※はこうち医療ネット速報値

（２）救急車の現場到着所要時間

救急要請から救急車の現場への到着所要時間は令和３年度は平均9.5分と、平成30年度の平均9.1分から0.4分延びていますが、ほぼ全国平均となっています。

しかし、地域によって到着時間に差があり、土佐市消防本部が平均6.7分、仁淀消防組合消防本部が平均7.9分ほどで到着するのに対して、室戸市消防本部や嶺北広域行政事務組合消防本部などでは、管轄が広範囲なことや道路事情の悪さなどから平均10分以上の到着時間を要しています。

（図表 7-1-3）救急車の現場到着所要時間(消防本部別)　単位：分

年　度	H30	R1	R2	R3
全国平均	8.7	8.7	8.9	9.4
県平均	9.1	9.1	9.4	9.5
室戸市消防本部	11.4	11.7	12.4	12.6
中芸広域連合消防本部	9.3	8.8	9.5	9.9
安芸市消防本部	11.3	10.7	11.3	10.7
香南市消防本部	8.6	9.0	9.1	9.0
香美市消防本部	7.5	8.2	7.9	8.0
南国市消防本部	9.0	9.2	9.7	9.8
嶺北広域行政事務組合消防本部	14.6	15.5	14.2	13.8
高知市消防局	8.5	8.5	9.0	9.1
仁淀消防組合消防本部	8.3	8.6	8.3	7.9
高吾北広域町村事務組合消防本部	11.6	10.8	11.0	11.2
土佐市消防本部	5.1	5.4	5.2	6.7
高幡消防組合消防本部	9.2	9.0	9.7	9.6
幡多中央消防組合消防本部	10.1	9.8	10.0	10.4
幡多西部消防組合消防本部	9.8	9.3	10.4	10.6
土佐清水市消防本部	9.9	9.4	10.5	10.2

出典：救急・救助の現況（総務省消防庁）

（3）救急車による医療機関への収容時間

医療機関への収容時間は、管外搬送率が増加傾向にあることや、新型コロナウイルス感染症の影響からも大幅に延びており、平成 30 年度の 41.3 分から令和４年度は平均で 47 分と 5.7 分延びています。

また、受入照会を４回以上行った件数の割合も新型コロナウイルス感染症による救急医療の逼迫の影響により、非常に高くなっており、平成 28 年度の 1.3%から令和４年度は 7.2%と 5.9 ポイントも高くなっています。

（図表 7-1-4）病院収容時間と管外搬送率割合（消防本部別）　単位：分

年　度	H30	R1	R2	R3	※R4	※管外搬送率
全国平均	39.5	39.5	40.6	42.8	―	―
県平均	41.3	41.6	42.1	42.0	47.0	38.0%
室戸市消防本部	66.2	67.6	66.3	69.2	71.0	96.8%
中芸広域連合消防本部	50.1	51.2	50.3	54.4	56.0	73.6%
安芸市消防本部	44.6	42.8	44.1	44.6	48.0	35.9%
香南市消防本部	42.9	43.7	44.2	44.3	50.0	85.9%
香美市消防本部	42.0	43.6	44.1	45.3	51.0	84.8%
南国市消防本部	35.6	36.6	36.7	36.6	41.0	62.9%
嶺北広域行政事務組合消防本部	55.1	55.3	53.1	52.5	56.0	47.4%
高知市消防局	35.7	36.0	36.7	35.7	41.0	7.3%
仁淀消防組合消防本部	42.6	43.3	44.0	42.0	46.0	76.5%
高吾北広域町村事務組合消防本部	53.8	52.0	51.5	53.5	60.0	61.6%
土佐市消防本部	36.3	37.4	36.7	39.3	44.0	58.0%
高幡消防組合消防本部	50.7	50.7	52.2	53.7	61.0	58.9%
幡多中央消防組合消防本部	46.2	45.9	45.6	46.3	48.0	70.3%
幡多西部消防組合消防本部	39.9	38.3	39.3	40.2	41.0	3.4%
土佐清水市消防本部	47.1	49.2	50.2	49.7	55.0	38.8%

出典：救急・救助の現況（総務省消防庁）
※はこうち医療ネット速報値（令和４年度）

（図表 7-1-5）救急搬送時の照会件数４回以上の割合

年　度	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
４回以上	438	696	872	858	789	1,046	2,971
割合(%)	1.3	1.8	2.2	2.3	2.2	2.8	7.2

出典：こうち医療ネット速報値

（４）管外搬送

消防本部の管轄外地域への管外搬送率は平成29年度以降横ばいで推移しておりましたが、新型コロナウイルス感染症の影響による救急医療の逼迫から、管外搬送が増加し、令和４年度の速報値では38.0％と平成29年度の36.3%から1.7ポイント上昇しております。

（図表 7-1-6）管外搬送人員及び搬送率の推移

年　度	H29	H30	R1	R2	R3	※R4
管外搬送人員（人）	13,896	14,157	14,061	13,299	13,565	15,803
管外搬送率（%）	36.3	36.0	36.1	36.9	36.5	38.0

出典：救急・救助の現況（総務省消防庁）
※はこうち医療ネット速報値(令和４年度)

（図表 7-1-7）医療機関への収容所要時間別搬送人員（令和３年度）

区分	合計（人）	所要時間の区分					
		10 分未満	10 分以上 20 分未満	20 分以上 30 分未満	30 分以上 60 分未満	60 分以上 120 分未満	120 分以上
管内搬送	23,604	1	755	6,865	14,890	1,061	32
		0.0%	3.2%	29.1%	63.1%	4.5%	0.1%
管外搬送	13,565	0	21	820	9,017	3,554	153
		0.0%	0.2%	6.0%	66.5%	26.2%	1.1%

出典：救急・救助の現況（総務省消防庁）

（５）救急車による傷病程度別搬送人員

令和４年度の救急車による搬送人員のうち軽症者の割合は、44.5%（18,321 人）と全体のおよそ半数を占めていますが、平成 28 年度の 44.6%からはほぼ横ばいとなっています。

（図表 7-1-8）救急車による傷病程度別搬送人員（令和４年度）

傷病程度	死亡	重症	中等症	軽症	その他	未集計	計
実人数（人）	738	5,613	15,897	18,321	278	298	41,145
割合（%）	1.8	13.6	38.6	44.5	0.7	0.8	100

出典：こうち医療ネット速報値

（６）転院搬送

消防機関による転院搬送の割合は全国平均より高い状況が続いていますが、平成 29 年度以降ほぼ横ばいで推移しています。

（図表 7-1-9）救急車による転院搬送件数

年　度	H29	H30	R1	R2	R3	※R4
転院搬送件数	4,457	4,438	4,403	4,257	4,465	4,436
割合（%）	10.9	10.5	10.5	10.9	11.1	10.8
全国平均（%）	8.4	8.2	8.3	8.3	8.4	―

出典：救急・救助の現況
※はこうち医療ネット速報値（令和４年度）

2　病院前救護活動

（１）病院前救護活動

日常生活における救急時や災害時の対応力向上のため、消防機関や日本赤十字社などにより、ＡＥＤ（自動体外式除細動器）の使用を含む救急蘇生法の講習が実施されており、県内における消防機関が実施する救命講習には、平成 17 年から令和 4 年の間に 45 万人を超える方が受講されています。

（２）救急救命士の状況

傷病者に対して、救急救命士法に規定する「救急救命処置」を行うことができる救急救命士は、令和４年４月現在 320 人登録されています。県内の救急隊 48 隊のうち、これらの救急救命士が常時配備されている隊は 44 隊で 91.7％となっています（全国平均 93.2％）。

また、救急隊員を対象としたＪＰＴＥＣ（外傷病院前救護）研修を平成 16 年度から開催し、令和２年度、令和３年度については、新型コロナウイルス感染症の拡大により中止となりましたが、令和４年度には 19 名が受講し、病院前救護体制も着実に強化されてきています。

（図表 7-1-10）救急隊員のＪＰＴＥＣ研修受講人数

年　度	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
受講人数(人)	42	24	36	18	0	0	19

出典：高知県消防政策課調べ

（３）メディカルコントロール体制の整備

県では、病院前救護体制の構築や救急医療体制の整備について検討を行う、「高知県救急医療協議会メディカルコントロール（注３）専門委員会」を設置し、救急救命士に対する医師の指示や事後検証体制の整備、心肺停止・除細動・気管挿管・薬剤投与などのプロトコール（救急救命処置実施基準）を作成するなど、メディカルコントロール体制の整備を進めており、平成 23 年３月には、「高知県傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定し、同年４月から施行しました。さらに、令和５年からは、心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関するプロトコール策定に向け、医療機関も交え、協議を行っています。

あわせて、各消防本部において、メディカルコントロール専門委員会との連携や救急救命士を含む救急隊全体の指導について中心的な役割を担うことを目的とした指導救命士の認定制度も継続して行っています。

（注３）メディカルコントロール　病院前救護、特に救急救命士の活動の医学的な質を担保すること
（出典：救急用語辞典 改訂第２版/ぱーそん書房）

3　救急医療の適正利用及び受診支援

（1）救急医療情報の提供

高知県救急医療情報センターでは、電話とインターネット上に開設した高知県救急医療・広域災害情報システム「こうち医療ネット」により、救急医療情報を的確に集約しながら、県民をはじめ医療機関及び消防機関などに円滑かつ迅速に情報提供を行っています。

電話による照会件数は、感染症の流行状況などに左右されやすく、新型コロナウイルス感染症が流行し始めた令和２年度とそれに続く令和３年度においては、受診控えの影響から照会件数は減少したものの、令和４年度においては平年並みの照会件数に戻ってきております。

また、問い合わせが多い診療科目は、小児科、内科及び整形外科であり、中でも小児科の問い合わせは全体の 26%を占めています。

（図表 7-1-11）高知県救急医療情報センターへの電話照会件数　　単位：人

年　度	H30	R1	R2	R3	R4
総件数	43,109	42,710	31,951	36,828	44,076
小児科	12,182	12,394	6,502	9,247	12,333
内科	11,799	11,304	9,614	11,147	15,781
整形外科	5,361	5,504	4,484	4,682	4,594

出典：高知県救急医療情報センター調べ

さらに、「こうち医療ネット」では、救急対応できる医療機関の診療科目や地図情報などの医療情報をインターネットで提供しており、令和４年度は、約 20 万件のアクセスがあり、医療情報を取得する方法の１つとして、県民に浸透してきています。

なお、令和６年４月より、厚生労働省が構築する「全国統一システム」へ医療機関の基本情報等の公表機能が移行されることに伴い、こうち医療ネットのシステムの移行作業を進めています。

（2）こうち医療ネットを活用した情報の共有

「こうち医療ネット」の応需情報入力医療機関（注４）は、令和５年３月 31 日現在で 101 機関あります。そのうち、救急告示病院である 41 機関における応需情報入力率は令和４年度時点で 95.8%となっています。

また、救急搬送先の選定に必要な医療情報について、各救急隊が所持しているタブレットを通じて取得できる環境を整えたことで、救急隊が救急搬送先の医療情報を容易に取得することが可能となりました。

さらに、交通事故現場の状況や、患者の患部、心電図等の画像データも含めた患者情報を、救急車から搬送先医療機関に直接、電送することも可能となっています。

あわせて、令和２年度には、システムサーバをクラウド化し、ハード面の整備も行ったことで、より迅速なシステム障害対応が可能となりました。

（注４）応需情報入力医療機関
救急患者の受入可否などの情報（応需情報）の入力に協力をいただいている医療機関

（図表 7-1-12）救急告示病院の応需情報入力率（令和４年度）

入力率	医療機関数	構成比（%）
80%以上	40	97.6
60%以上 80%未満	0	0
30%以上 60%未満	0	0
30%未満	1	2.4

出典：高知県医療政策課調べ（こうち医療ネット）

（３）高知家の救急医療電話（＃７１１９）の導入

急な病気やケガで、救急車を呼ぶか、病院に行くか迷った時に、専門家からのアドバイスを受けることができる電話相談窓口として、令和４年８月より、「高知家の救急医療電話（＃７１１９）」事業が新たに開始され、看護師や医師が病気やケガの症状を把握し、トリアージを行い必要に応じた助言等を行っています。

これにより、緊急性が高いときには救急車の要請を、そうでないときは症状等に応じたタイミングで医療機関を受診することを支援し、地域の限られた医療資源の一つである救急車を有効に活用する一翼を担っています。

4　搬送体制

（１）ドクターカー

ドクターカーは、県内３ヶ所の救命救急センター（高知赤十字病院、高知医療センター、近森病院）にそれぞれ１台ずつ配置され、運用されています。

（図表 7-1-13）ドクターカーの出動回数

年　度	高知赤十字病院	高知医療センター	近森病院
R1	74	79	80
R2	63	85	91
R3	63	120	100
R4	110	122	117

出典：高知県医療政策課調べ

（２）ドクターヘリ

県土が広く中山間地域が多い本県において、救急医療へのヘリコプターの活用は、医師が救急患者に接触するまでの時間を短縮することができ、救命率の向上や後遺障害の軽減に大きな効果を発揮します。平成 17 年３月には消防防災ヘリコプターに医師が同乗する消防防災ヘリコプターの「ドクターヘリ的運用」を開始するとともに、平成 23 年３月には、高知医療センターを基地病院として、ドクターヘリを導入し、救急現場において早期に治療を開始できる体制を整備しました。平成 24 年５月には高知医療センターに格納庫付きの専用地上ヘリポートを整備し、朝夕の運航時間を延長するなどドクターヘリによる救急搬送体制を強化しました。

救急出動などの要請が重複し、ドクターヘリが出動できない時は、消防防災ヘリコプターが出動して救急搬送を行ったり、関西広域連合（徳島県）、香川県（令和５年に追加）及び愛媛県との相互応援に係る基本協定に基づき他県ドクターヘリが出動して対応しています。

（図表 7-1-14）ドクターヘリの出動件数（令和４年度）

	出動件数（合計）	現場搬送	病院間搬送	フライトキャンセル
ドクターヘリ	589	398	106	85
消防防災ヘリ	62			
徳島県ドクターヘリ	0	0	0	0
愛媛県ドクターヘリ	0	0	0	0

※消防防災ヘリの出動件数は、高知医療センター運航管制に係わる出動件数（合計）のみ集計

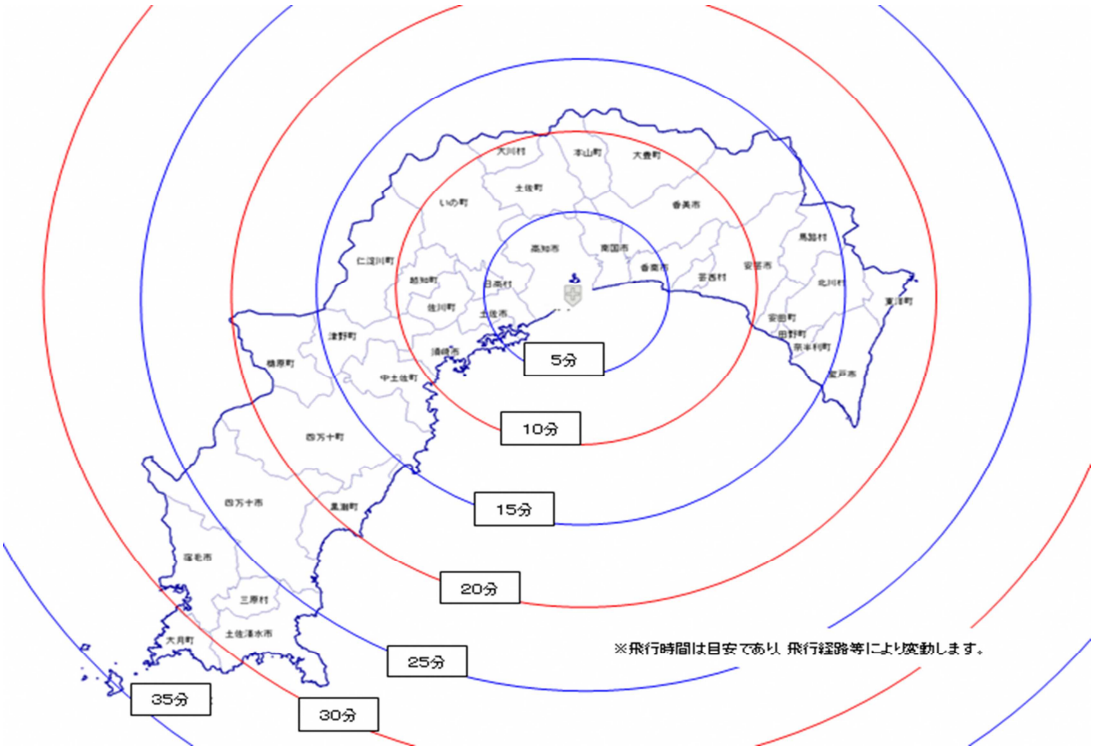
出典：高知県ドクターヘリ運航調整委員会

（図表 7-1-15）ドクターヘリ病院別搬送実績（令和４年度）

	高知医療センター	近森病院	高知大学医学部附属病院	高知赤十字病院	あき総合病院	幡多けんみん病院	その他県内	県 外	合 計
現 場	237	69	9	46	5	22	7	4	399
転 院	46	26	18	9	0	2	0	5	106
合 計	283	95	27	55	5	24	7	9	505

出典：高知県ドクターヘリ運航調整委員会

（図表 7-1-16）ドクターヘリ離陸後の到達時間



5　医療提供体制の状況

（１）初期救急医療体制

休日・夜間の比較的軽症な救急患者の医療に対応するために、医師会単位で、在宅当番医制により、外来診療を行っています（高知市医師会を除く）。

高知市では、「休日夜間急患センター・平日夜間小児急患センター」を開設し、一般医療機関における診療が困難な時間帯において、内科、小児科、耳鼻咽喉科及び眼科の初期救急医療を提供しています。

また、歯科の初期救急患者に対応するために、安芸、高幡、幡多の各保健医療圏では、在宅当番医制により年末年始や５月の連休時に、中央保健医療圏では、「高知県歯科医師会歯科保健センター」において休日などに、歯科診療を行っています。

（２）第二次救急医療体制

事故や突然の発症によって早急な治療が必要になった時に、24 時間 365 日救急搬送を受入れ、適切な救急医療を提供できる医療体制として、救急告示制度及び病院群輪番制度があり、二次保健医療圏内において治療を受けることができるよう整備されています。

ア　救急告示病院・診療所

救急告示病院・診療所は「救急病院等を定める省令」（昭和 39 年厚生省令第８号）に基づき、事故や突然の発症によって早急な治療が必要になった時の救急医療が可能であるとして、知事が認定・告示している医療機関です。令和５年４月現在、41 施設を認定・告示しています。

イ　病院群輪番制

休日・夜間の入院治療を必要とする救急患者に対応するために、中央保健医療圏以外の保健医療圏では、地域の病院が当番により診療を行う病院群輪番制を実施しています。中央保健医療圏では、高知医療センター、高知赤十字病院、高知大学医学部附属病院、国立病院機構高知病院、ＪＡ高知病院の５つの病院が小児科の病院群輪番制を実施しています。

（図表 7-1-17）第二次救急医療体制に参画する医療機関数

	救急告示病院・診療所		病院群輪番制 （※は 小児科のみ）	
保健医療圏	平成 29 年 4 月	令和 5 年 4 月	平成 29 年 4 月	令和 5 年 4 月
県計	40	41	17	16
安芸	3	3	3	3
中央	31	32	※5	※5
高幡	3	3	5	5
幡多	3	3	9	8

出典：高知県医療政策課調べ

（3）第三次救急医療体制

三次救急を担う救命救急センターは、初期救急や二次救急では対応できない医療や、生命の危機を伴う重篤な救急患者に対する救命措置や高度な医療を総合的に行っています。

急性心筋梗塞や脳卒中、重度の外傷・熱傷などの重篤な患者に対応するために、ＩＣＵ（集中治療室）、ＣＣＵ（心臓病専用病室）を備え 24 時間高度な治療が可能な施設である救命救急センターとして、高知赤十字病院、高知医療センター及び近森病院を指定しています。

（図表 7-1-18）救命救急センターへの年度別搬送割合

年　度	H29	H30	R1	R2	R3	※R4
三救命救急センターへの搬送人員（人）	17,288	16,933	16,294	14,762	15,888	16,950
搬送割合（%）	45.2	43.0	41.8	41.0	42.7	41.2

出典：救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査
※はこうち医療ネット速報値（令和４年度）

（図表 7-1-19）各救命救急センターにおける救急車等搬送人員数と
重篤患者数及び入院患者数（令和４年度）

	救急車等搬送人員※（人）	重篤患者数※（人）	入院患者数※（人）
高知赤十字病院	6, 008	922	4, 256
高知医療センター	4, 555	1, 251	4, 317
近森病院	6, 802	1, 680	5, 474

出典：三病院救命救急センター連絡協議会
※救急車等搬送人員には、病院が所有している病院救急車による搬送も含んでいます。
※重篤患者数と入院患者数には、救急車搬送人員数以外の患者も含んでいます。

課題

1　救急医療の適正利用及び受診支援

本県の救急搬送件数は増え続けており、その約半数が軽症者で占められています。これにより、消防機関や医療機関への負担が大きくなり、早期に治療を必要としている方への対応の遅れなども考えられることから、救急医療の適正利用に向けて啓発を行っていく必要があります。

また、これまで、幅広い医療機能の情報を県民へ分かりやすく提供するために、「こうち医療ネット」の拡充を行いましたが、今後は、＃７１１９事業とも連携しながら、救急医療機関の適正受診ならびに救急車の適正利用について、引き続き県民に広く周知していく必要があります。

2　救急搬送体制

重傷者に対しては、速やかに適切な救命処置を行いながら医療機関に搬送することが必要であり、救急救命士によるオンラインメディカルコントロール（注５）による処置等も重要となっています。

このためにも消防機関と医療機関との協力体制づくりなどメディカルコントロール体制を充実・強化していく必要があります。

また、全国と比較し、救急車による転院搬送の割合が高くなっており、本来、消防機関が対応すべき緊急性の高い救急搬送に影響が出ている恐れがあります。

（注５）医療機関または消防本部等の医師が電話、無線などにより救急現場または搬送途上の救急隊員と医療情報の交換を行い、救急隊員に対して処置に関する指示、救急救命士に対する特定行為指示、指導あるいは助言などを与えること。（出典：救急用語辞典 改訂第２版/ぱーそん書房）

3　救急医療提供体制

（１）医師確保

救急医療機関では、救急医療を担う医師が不足しており、また、新たに令和６年４月より「医師の働き方改革」が導入されることから、限られた医療資源（医師数）の中で、各救急医療機関の救急搬送の受入状況や医師の勤務形態等を考慮しつつ、救急医療提供体制をどのように維持するかが課題となっています。

（２）救急医療提供体制

三次救急医療機関（救命救急センター）においては、重症患者ばかりでなく、多くの軽症患者が受診しているほか、県内の救急搬送の全体の約４割が同医療機関に集中しており、負担が大きくなっています。

また、全国の中でも高齢化が進んでいる本県においては、救急搬送における高齢者の割合が約７割を占め年々増加しており、救急医療の大きなウエイトを占めております。

今後、医師の働き方改革などにより救急医療体制の維持が課題となっている中、重症外傷など高度な知識や技術を要する患者に対応する三次救急や二次救急の医療提供体制を守るためにも、救急医療体制について、改めて検討していく必要があります。

さらに、新型コロナウイルス感染症のまん延時には、医療従事者の感染による人員不足等により、救急医療機関の対応能力が制限されるとともに、休日や夜間帯を中心に、一部の二次救急医療機関や三次救急医療機関への搬送が集中したことなどにより、搬送困難事例の増加に繋がったことから、通常の救急と両立した救急医療提供体制を構築することが大きな課題となっています。

対策

１　救急医療の適正利用及び受診支援

県は、救急車や救命救急センター本来の役割を確保するため、関係機関と連携し、啓発ポスターの掲示、新聞やテレビなどのメディアの活用を通じて、救急車の適正利用や、救急病院の適正受診について啓発を進めるとともに、高知家の救急医療電話（＃７１１９）などの病院前救護に資する取組についても、引き続き広報に努め、県民の安全安心に繋がるよう運用をしていきます。

あわせて、「こうち医療ネット」を活用して、医療機関の診療科目や時間などの基本的情報や、提供している医療サービスや医療の実績に関する事項など、分かりやすい医療機能情報の公表に努めるだけでなく、厚生労働省が構築する「全国統一システム」へ移行後もスムーズに情報確認ができるよう医療機関等をはじめ、県民へも移行について周知を行っていきます。

２　救急搬送体制

県及び市町村は、救急隊員の救急救命士養成所への派遣や資格取得者の採用などを進めます。

また、「高知県救急医療協議会メディカルコントロール専門委員会」において、各地域で合同検証会を実施し、検証医と救急隊だけでなく、地域の医師も含めた事後検証などを行っていきます。

さらに、救急救命士などの技能の維持・向上を図るため、医療機関との協力体制づくりを進めます。また、病院での実習等研修を通じて救急救命士をはじめとした救急隊員の資質の向上を図ります。

あわせて、緊急性の乏しい転院搬送の状況について分析を行うとともに、医療機関が所有する病院救急車や民間救急等の活用を推進するなど、転院搬送体制の構築に向け、検討を進めていきます。

3　救急医療提供体制

（1）医師確保

県は、高知医療再生機構や高知地域医療支援センターなどと連携して、県外からの医師の招聘及び赴任医師に対する支援、若手医師にとって魅力あるキャリア形成環境の整備などに努め、医師の確保を進めます。

また、救急科専門医の育成に関する基幹プログラムを実施している高知大学医学部附属病院、高知赤十字病院、高知医療センター及び近森病院の各病院間での連携を促進して、県内への救急科専門医の定着を図ります。

あわせて、医師の働き方改革への対応も含めた勤務環境改善については、高知県医療勤務環境改善支援センターによる医療機関への支援を継続し、多職種とのタスクシェア等について自主的な取組を促進します。

（2）救急医療提供体制

三次救急医療機関の負担を軽減し救急医療体制を維持していくためには、三次救急医療機関と二次救急医療機関の役割分担の明確化や、急性期を乗り越えた患者の早期の転院・退院の促進に向けた医療機関間の連携体制の強化等について、検討を進めていきます。

また、高齢者救急への対応については、三次救急医療機関等が重症患者等に集中できるよう、各地域の初期救急医療機関が、かかりつけ医機能や独歩で来院する軽度の救急患者への対応等を担うとともに、二次救急医療機関は、高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を担うなど、救急医療機関の役割の明確化を進めていきます。

あわせて、居宅・介護施設等での人生の最終段階の対応について、医療機関との連携強化を進めるとともに、救急搬送時における、心肺蘇生を望まない患者への対応等については、引き続き、メディカルコントロール専門委員会で救急隊の対応プロトコールの策定に向け協議等を進め、第７章第５節の在宅医療において掲げているアドバンス・ケア・プランニングの関連事業とも連携しながら、取組を進めていきます。

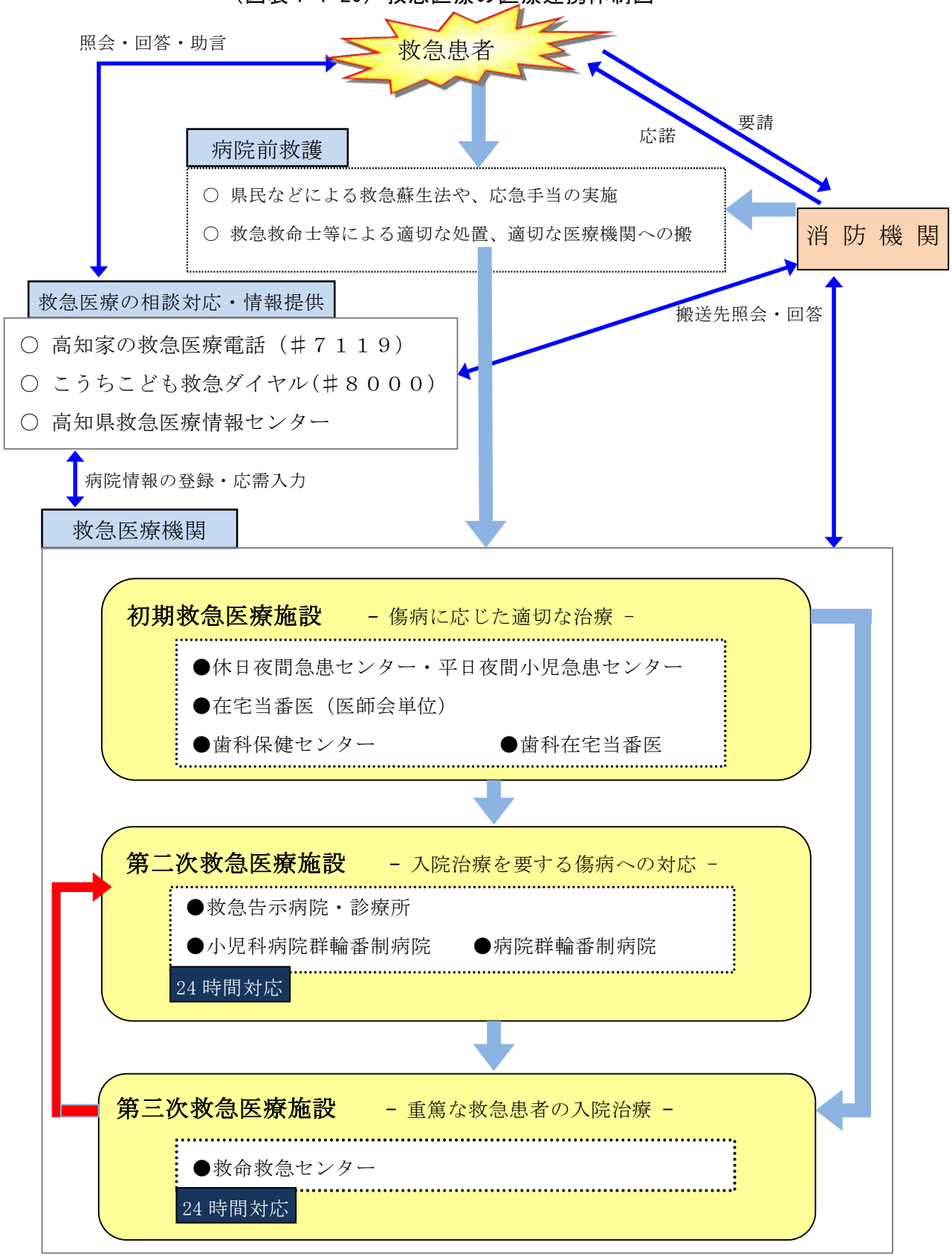
さらに、新興感染症への対応については、救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材の育成や、救急医療機関への集中を分散するために電話等による相談体制（＃７１１９、＃８０００）及びオンライン診療の体制を平時から充実させるとともに、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような救急医療提供体制について、第８章第３節の新興感染症の取組と連携しながら、検討を進めていきます。

目標

区分	項目	直近値	目標 （令和 11 年度）	直近値の出典
S	救急隊のうち、常時救急救命士が配備されている割合	91.7% （令和３年度）	100%	救急・救助の現況 （総務省消防庁）
P	救急車による 軽症患者の搬送割合	42.7% （令和３年度）	30%	救急・救助の現況 （総務省消防庁）
P	救急車による 医療機関への収容時間	42.0 分 （令和３年度）	38 分	救急・救助の現況 （総務省消防庁）
P	救命救急センターへの 搬送割合	42.7% （令和３年度）	30%	救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査
P	救急搬送時の照会件数 4 回以上の割合	7.2% （令和４年度）	1.8%	こうち医療ネット速報値

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

（図表 7-1-20）救急医療の医療連携体制図



＜参考＞ 医療機能別医療機関情報

○第二次救急医療施設

（救急告示病院・診療所）

保健医療圏	医　療　機　関
安芸(3)	あき総合病院　田野病院　森澤病院
中央(32)	愛宕病院　いずみの病院　内田脳神経外科　北島病院 国吉病院　高知医療センター　高知生協病院　高知整形・脳外科病院 高知赤十字病院　高知大学医学部附属病院　高知高須病院 高知脳神経外科病院　高北国民健康保険病院　国立病院機構高知病院 ＪＡ高知病院　島津病院　清和病院　田中整形外科病院 近森病院　地域医療機能推進機構高知西病院　土佐市民病院 図南病院　永井病院　南国中央病院　仁淀病院 野市中央病院　細木病院　前田病院　前田メディカルクリニック もみのき病院　山﨑外科整形外科病院　嶺北中央病院
高幡(3)	くぼかわ病院　須崎くろしお病院　椿原病院
幡多(3)	渭南病院　大月病院　幡多けんみん病院

（令和５年６月現在）

（病院群輪番制病院）

保健医療圏	医　療　機　関
安芸(3)	あき総合病院　田野病院　森澤病院
高幡(5)	大西病院　くぼかわ病院　高陵病院　須崎くろしお病院 椿原病院
幡多(8)	渭南病院　大井田病院　大月病院　木俵病院 四万十市立市民病院　竹本病院　幡多けんみん病院 森下病院

出典：高知県医療政策課調べ（令和５年６月現在）

○第三次救急医療施設

（救命救急センター）

保健医療圏	医　療　機　関
中央（3）	高知医療センター　高知赤十字病院　近森病院

（令和５年６月現在）

第２節　周産期医療

周産期とは、妊娠満 22 週から生後１週未満までの時期をいい、この時期は、母体や胎児・新生児の生命に関わる事態が発生する危険性があり、産科と小児科及び行政機関（県・市町村）との連携によって母体と胎児・新生児を総合的に管理して母と子の生命と健康を護る医療が周産期医療です。

近年、出生率が低下し少子化が進行する一方で、晩婚化や不妊治療の進歩による出産年齢の上昇や妊娠合併症などにより、リスクの高い妊婦及び新生児は依然として多い状況となっており、今後さらに増加することが予想されます。このような中、周産期医療に携わる医療従事者をはじめ関係者の献身的な努力により、周産期死亡率や妊産婦死亡率は 10 年前に比べ改善しており、安全で安心できる医療が確保されています。

今後、更なる少子化の進行や分娩取扱い施設の減少、周産期医療にかかる医療従事者の不足など地域の実情に考慮しつつ限られた資源を有効に生かしながら、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により、周産期医療提供体制を維持する必要があります。

このため、県は、県民の理解と協力を得ながら、周産期医療の総合的な体制を整備し、安心して子どもを産み育てることができる環境づくりに努めます。

なお、この計画のほか「高知県子ども・子育て支援事業支援計画」や「高知県次世代育成支援行動計画」、「高知県まち・ひと・しごと創生総合戦略」などにおいても周産期医療に関する数値目標を設定し取組を進めていきます。

現状

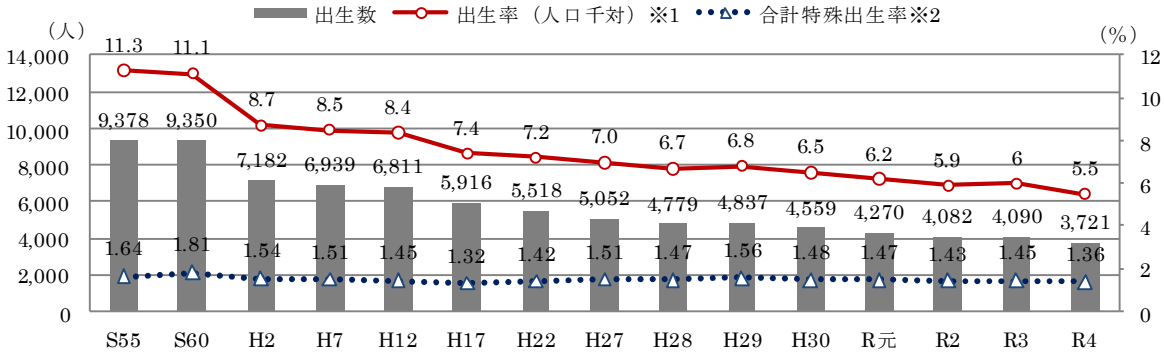
1　出生の動向

（1）出生

人口動態調査によると、平成 28 年に 4,779 人だった本県の出生数は令和４年に 3,721 人となり、平成 28 年度と比較すると約２割減少し、人口千人当たりの出生率は令和４年に 5.5（全国 6.3）と昭和 63 年の計画策定以降最低となり、少子化がさらに進んでいます。

また、合計特殊出生率は、令和４年に 1.36（全国 1.26）となっており、全国平均を上回る状態で推移しています。

（図表 7-2-1）高知県における出生数の推移



出生率※1：人口1,000人あたりにおける出生数
合計特殊出生率※2：合計特殊出生率は「15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもの」で、
1 人の女性がその年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子ども数に相当する。

【出典】人口動態統計（厚生労働省）

（図表 7-2-2）圏域別出生数の推移

	全国		県計		安芸		中央		高幡		幡多	
	出生数	出生率	出生数	出生率	出生数	出生率	出生数	出生率	出生数	出生率	出生数	出生率
平成 28 年	976,978	7.8	4,779	6.7	217	4.6	3,780	7.3	268	4.9	514	6.1
平成 29 年	946,065	7.6	4,837	6.8	239	5.2	3,829	7.4	313	5.9	456	5.5
平成 30 年	918,400	7.4	4,559	6.5	212	4.7	3,600	7.0	258	5.0	489	6.0
令和元年	865,239	7.0	4,270	6.2	190	4.3	3,403	6.7	238	4.7	439	5.5
令和 2 年	840,835	6.8	4,082	5.9	204	4.7	3,272	6.4	216	4.3	390	4.9
令和 3 年	811,622	6.6	4,090	6.0	158	3.7	3,320	6.5	243	5.0	369	4.7
令和 4 年	770,759	6.3	3,721	5.5	160	3.9	3,022	6.0	205	4.3	334	4.4

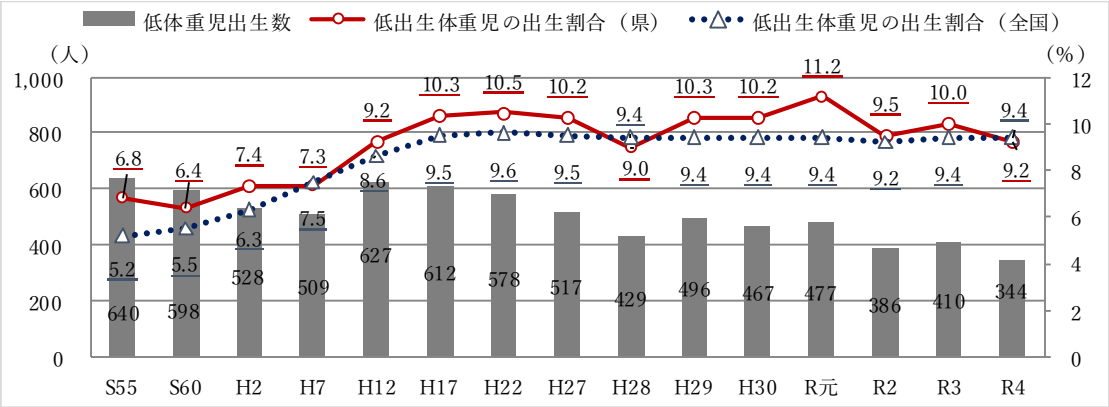
【出典】人口動態統計（厚生労働省）

（2）低出生体重児

出生数が減少する中で、2,500 グラム未満で生まれる低出生体重児の割合は全国的にみて横ばい傾向にあります。本県においては、令和４年に 344 人（9.2%）となっており、全出生数に占める低出生体重児の割合はここ数年１割程度で推移しています。

低出生体重児の中でもＮＩＣＵ（新生児集中治療室）への入院が必要となる児の出生状況についてみると、令和４年の総出生数に占める極低出生体重児（1,500 グラム未満）の割合は 1.0%（37 人）であり、全国水準（0.7%）よりも上回っています。このうち超低出生体重児（1,000 グラム未満）の割合は 0.3%（11 人）で、全国水準（0.3%）と同程度となっています。

（図表 7-2-3）低出生体重児の推移



【出典】人口動態統計（厚生労働省）

（図表 7-2-4）低出生体重児の体重区分別出生数と出生割合　　単位：人（%）

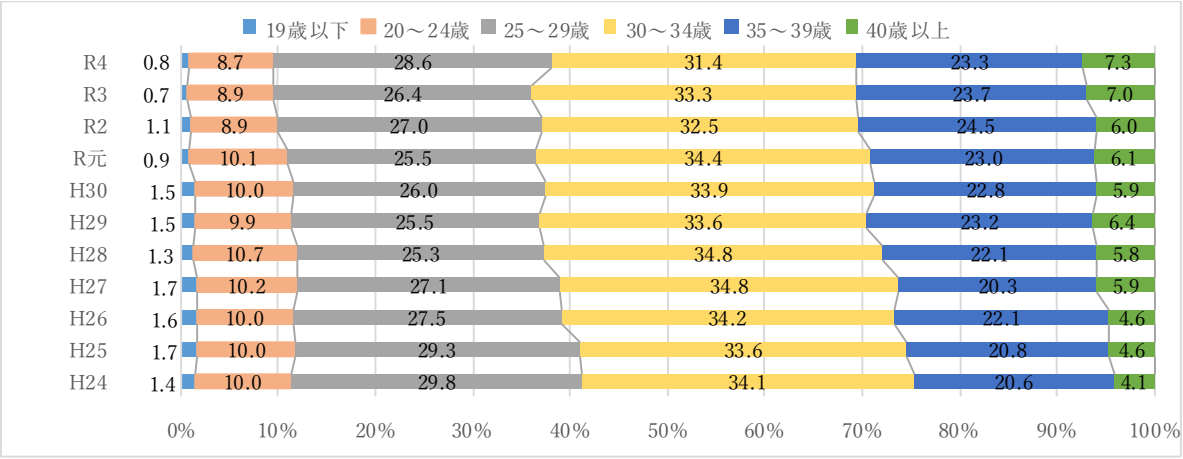
年	1,000g 未満	1,000g 以上 1,500g 未満	1,500g 以上 2,000g 未満	2,000g 以上 2,500g 未満	1,500g 未満 （再掲）	2,500g 未満 （再掲）
平成 28 年	16（0.3）	16（0.3）	55（1.2）	342（7.2）	32（0.7）	429（ 9.0）
（全国）	（0.3）	（0.4）	（1.2）	（7.5）	（0.7）	（9.4）
平成 29 年	18（0.4）	21（0.4）	70（1.4）	387（8.0）	39（0.8）	496（10.3）
平成 30 年	19（0.4）	35（0.8）	54（1.2）	359（7.9）	54（1.2）	467（10.2）
令和元年	15（0.4）	16（0.4）	56（1.3）	390（9.1）	31（0.7）	477（11.2）
令和２年	11（0.3）	27（0.7）	40（1.0）	308（7.5）	38（0.9）	386（ 9.5）
令和３年	14（0.3）	21（0.5）	56（1.4）	319（7.8）	35（0.9）	410（10.0）
令和４年	11（0.3）	26（0.7）	41（1.1）	266（7.1）	37（1.0）	344（ 9.2）
（全国）	（0.3）	（0.4）	（1.2）	（7.5）	（0.7）	（9.4）

【出典】人口動態統計（厚生労働省）

（３）母親の年齢

母親の年齢別出産数構成割合をみると、令和４年は 35～39 歳が 23.3%（868 人）、40 歳以上が 7.3%（271 人）と、35 歳以上の母親が出産する割合が増えてきており、35 歳以上の母親の占める割合は 30.6%（全国 30.0%）となっています。

（図表 7-2-5）母親の年齢別出産数構成割合の推移



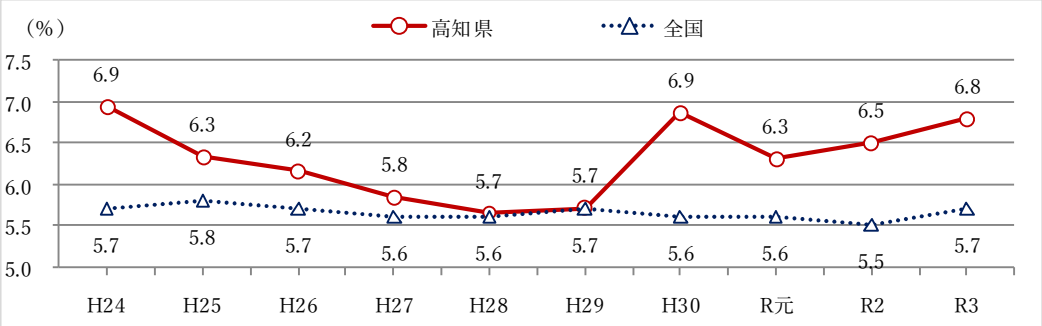
【出典】人口動態統計（厚生労働省）

（４）早産の占める割合

本県は、平成 24 年から産科医療施設と県が早産防止対策を実施しており、妊娠 37 週未満の早期産の割合が一時減少し全国水準に近づいていましたが、平成 30 年から再度増加傾向にあり、令和３年は 6.8%（全国 5.7%）となっています。

なお、妊娠 28 週未満の早期産（超早産児）は、令和３年は 0.2%（全国 0.3%）となっており、全国水準よりも低くなっています。

（図表 7-2-6）全出生に対する早産の占める割合の推移



【出典】人口動態統計（厚生労働省），高知県医療政策課調べ

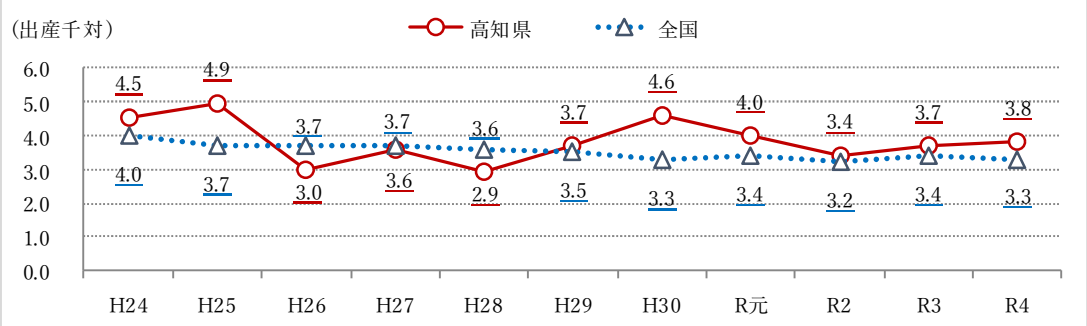
（５）周産期死亡率、新生児死亡率及び乳児死亡率

本県は、率を算出するために必要となる出産数や出生数そのものが少ないため、１件の死産または新生児・乳児死亡が率の変動に大きく影響し、年によってばらつきがみられるものの、妊娠満 22 週以後の死産と生後１週未満の死亡の割合である周産期死亡率（出産千対）は、近年では、全国水準を上回っています。

生後４週未満に死亡する割合である新生児死亡率（出生千対）及び生後１年未満に死亡する割合である乳児死亡率（出生千対）においても、近年は全国水準を上回っています。

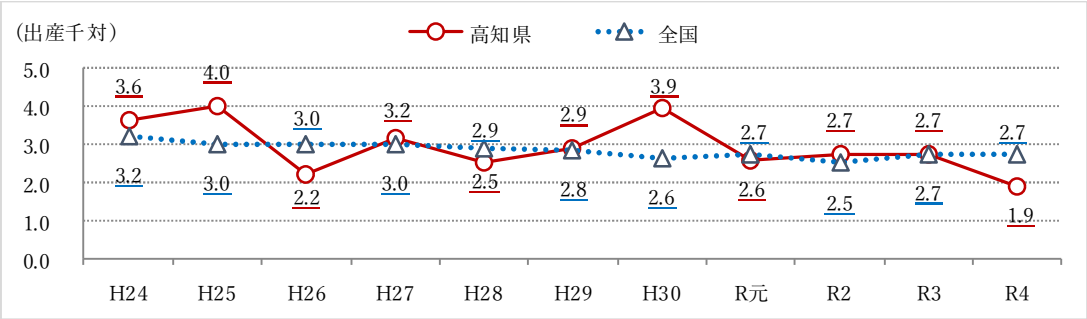
県では、周産期死亡症例及び乳児死亡症例の要因について分析を行っていますが、近年の本県の新生児死亡は救命困難な早産未熟児と先天異常によるものに集約されています。

（図表 7-2-7）周産期死亡率の推移



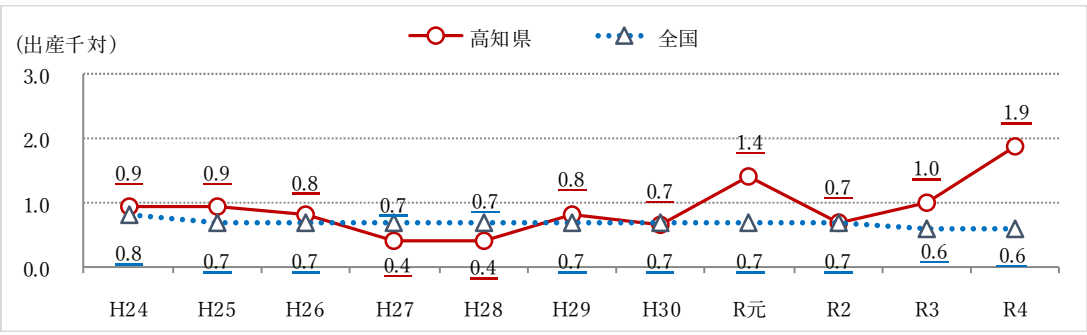
【出典】人口動態統計（厚生労働省）

（図表 7-2-8）妊娠 22 週以後の死産率の推移



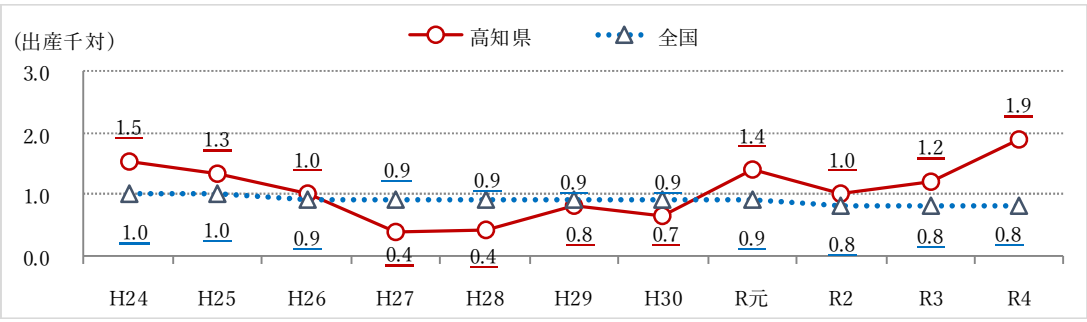
【出典】人口動態統計（厚生労働省）

（図表 7-2-9）早期新生児（生後１週未満）死亡率の推移



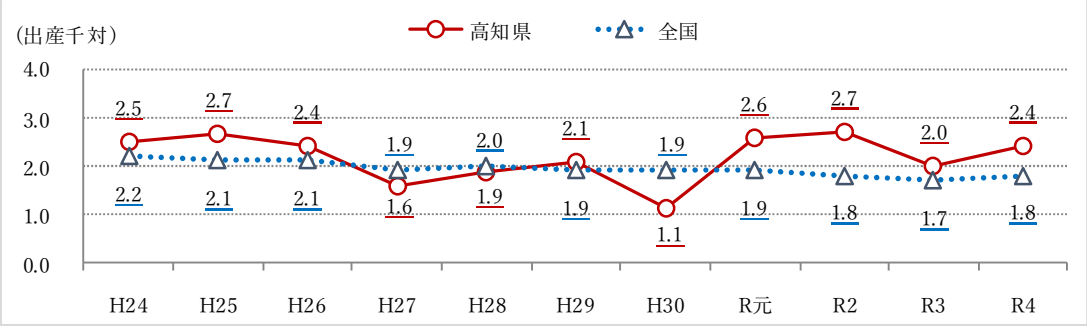
【出典】人口動態統計（厚生労働省）

（図表 7-2-10）新生児（生後４週未満）死亡率の推移



【出典】人口動態統計（厚生労働省）

（図表 7-2-11）乳児（生後１年未満）死亡率の推移



【出典】人口動態統計（厚生労働省）

（６）妊産婦死亡

人口動態調査によると、全国の妊産婦死亡は、近年、年間 20～30 件程度で推移しています。本県では、平成 22 年以降の妊産婦死亡の発生はありません。

２　周産期医療の提供体制

（１）分娩を取扱う施設

県内の分娩を取扱う医療提供施設数（助産所を除く）は、平成 29 年の 17 施設（７病院、10 診療所）から、令和５年 12 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診療所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。

二次保健医療圏別にみると、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 件でしたが、令和４年には 3,966 件であり、県内の分娩取扱い件数は平成 28 年と比較し、約 25%減少しています。

（図表 7-2-12）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
R5.12.1	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 7-2-13）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・高幡（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	160	3,473	3,227	384	334

【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）院内助産及び助産師外来

本県は、院内助産を行っている施設はありませんが、助産師外来は５施設（病院４施設、診療所１施設）で行われています。

（図表 7-2-14）助産師外来を行っている施設　　令和５年４月１日現在

	病院		診療所
助産師外来	県立あき総合病院 高知赤十字病院	高知医療センター 国立病院機構高知病院	国見産婦人科

【出典】高知県医療政策課調べ

（３）周産期医療従事者

ア　周産期医療に従事する医師

本県における産婦人科医師の数は、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。小児科医師の数は、近年横ばいで推移しています。

分娩を取り扱う医療機関に勤務する医師のうち産婦人科医師の数は、診療所における分娩取扱中止に伴い減少していますが、病院においては増加傾向にあります。同様に小児科医師は増加していますが、新生児診療担当医師は横ばいで推移しています。しかし、地域偏在や令和６年度から開始される医師の働き方改革等により、地域において必要な周産期医療を維持するために医師の確保が必要な状況にあります。

（図表 7-2-15）診療科目別医師数の推移　　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
平成 20 年	54	1	45	1	7	98(4)	4	76(4)	2	16
平成 22 年	49	1	42	0	6	100(3)	4	81(3)	2	13
平成 24 年	49	1	42	0	6	104(2)	3	83(2)	3	15
平成 26 年	50	1	43	0	6	102(3)	4	80(3)	3	15
平成 28 年	52	1	46	0	5	106(5)	4	85(5)	3	14
平成 30 年	60	2	52	0	6	106(3)	4	84(3)	4	14
令和２年	61	3	52	0	6	104(2)	3	84(2)	4	13

【出典】医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

（図表 7-2-16）分娩を取扱う医療機関に勤務する医師数の推移（常勤のみ）単位：人

		産婦人科						小児科				
		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)

イ　助産師

衛生行政報告例によると、本県の就業助産師数（主たる業務が助産業務である者）は、平成 28 年末の 184 人から令和４年末には 206 人に増加しており、人口 10 万人当たりの就業助産師数は平成 28 年末の 25.6 人（全国 28.6 人）から令和４年末には 30.5 人（全国 30.5 人）と増加し、全国第 30 位となっています。

また、分娩を取扱う医療機関に勤務する助産師は、令和５年４月１日において、診療所で 23 名、病院で 131 名となっており、病院で勤務する助産師は増加傾向にあります。

（図表 7-2-17）分娩を取扱う医療機関に勤務する助産師数（常勤のみ）　単位：人

	病院				
	県計	安芸	中央	高幡	幡多
H22.4	97	7	79	－	11
H29.4	110	12	82	－	16
R2.4	124	12	102	－	10
R5.4	131	10	110	－	11

	診療所				
	県計	安芸	中央	高幡	幡多
H22.4	23	－	23	－	－
H29.4	22	－	20	－	2
R2.4	21	－	20	－	1
R5.4	23	－	22	－	1

【出典】高知県医療政策課調べ（各年４月１日現在）

ウ　医療従事者の資質向上

周産期医療関係者の資質の向上のため、高知医療センター（総合周産期母子医療センター）では、県と連携しながら、周産期医療に携わる医師、助産師、看護師、保健師等を対象に毎年研修を行っています。

3　周産期医療の機能と連携体制

県内の分娩を取扱う医療提供施設（助産所を除く）は、医療機能に応じた役割分担がなされ、一般の産科診療所４施設と搬送受入可能な高次医療施設である病院７施設に分かれています。

（図表 7-2-18）周産期医療提供施設と機能　令和５年 12 月現在

	機　　能	医療提供施設	NICU 等
一次 周産期医療	正常分娩、軽度異常分娩を取扱う	診療所　４	
二次 周産期医療	ハイリスク母体・胎児及び新生児を常時受入れ、母体・胎児及び新生児の集中管理を行う	国立病院機構高知病院	NICU　３床
		高知赤十字病院	
		幡多けんみん病院	
	正常から軽度異常の母体・胎児及び戻り搬送によるハイリスク児の受入れを行う	ＪＡ高知病院 あき総合病院	
三次 周産期医療	充実した設備とスタッフを備え、ハイリスク母体・胎児及び新生児を常時受入れ、母体・胎児及び新生児の集中治療管理を行う	高知医療センター （総合周産期母子医療センター）	MFICU　３床 NICU　12 床 GCU　15 床
		高知大学医学部附属病院 （地域周産期母子医療センター）	NICU　９床 GCU　12 床

（１）一次周産期医療

正常分娩、軽度異常分娩を取扱う医療提供施設で診療所が４施設あります。

なお、分娩の取扱いはしていませんが、妊婦健康診査や妊産婦保健指導及び相談に対応する医療提供施設として病院が２施設、診療所が 10 施設あります。

（２）二次周産期医療

周産期にかかる比較的高度な医療を提供する医療提供施設で、国立病院機構高知病院、高知赤十字病院、県立幡多けんみん病院が機能を担っています。令和５年 12 月現在の各医療提供施設の体制は次のとおりです。

国立病院機構高知病院は、３床のＮＩＣＵ（新生児集中治療室）を併設し、推定児体重1,800グラム以上のハイリスク児や妊娠34週以降の重症妊産婦に対する高度な医療を提供し、三次周産期医療を補う新生児救急医療を担っています。

高知赤十字病院は、推定児体重 2,000 グラム以上のハイリスク児や妊娠 34 週以降の重症妊産婦に対する高度な医療を提供しています。また、救命救急センターの併設により、主に母体の救命救急及び婦人科緊急医療も担っています。

県立幡多けんみん病院は、正常分娩から推定児体重 1,800 グラム以上のハイリスク児や妊娠 32 週以降の重症妊産婦に対する高度な医療を提供し、幡多地域の拠点病院としての役割を担っています。

二次周産期医療に準ずる機能を持つ医療機関として、ＪＡ高知病院と県立あき総合病院があり、正常分娩、軽度異常に対応する医療を提供するとともに、高次医療施設からの戻り搬送（※）によるハイリスクの妊産婦や新生児の受入れを行っています。

（※）戻り搬送：状態が改善した妊産婦または新生児を受入れ医療機関から搬送元医療機関等に搬送すること。

（３）三次周産期医療

充実した設備と専任のスタッフを備え、ハイリスク母体・胎児及び新生児を常時受入れ、母体・胎児及び新生児の集中治療管理を行う医療提供施設で、高知医療センターと高知大学医学部附属病院が機能を担っています。

ア　総合周産期母子医療センター

県は、平成 17 年２月に高知医療センターを周産期医療体制の中心となる総合周産期母子医療センターに指定しています。高知医療センターには、３床のＭＦＩＣＵ（母体・胎児集中治療管理室）を含む産科病棟、12 床のＮＩＣＵ及び 15 床のＧＣＵ（ＮＩＣＵに併設された回復期治療室）を含む新生児病棟を備え、常時の母体搬送及び新生児搬送受入れ体制を有し、合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体または児にリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行います。特に、出生体重 1,000 グラム未満の新生児や妊娠 28 週未満の切迫早産等の重症妊産婦に対する極めて高度な医療を提供しています。

また、妊婦の妊娠以外の緊急合併症（頭蓋内出血・交通外傷）にも、高知医療センター内に設置されている救急救命センターと協力して対応しています。

さらに、周産期医療システムの核として他の周産期医療提供施設との連携を図り、必要な情報の提供や相談等に応じています。

イ　地域周産期母子医療センター

県は、平成 27 年８月に高知大学医学部附属病院を周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる地域周産期母子医療センターに指定しています。高知大学医学部附属病院には、９床のＮＩＣＵ及び 12 床のＧＣＵを備え、高知医療センターと同じく常時母体搬送及び新生児搬送を受入れ、出生体重 1,000 グラム未満の新生児や妊娠 28 週未満の切迫早産等の重症妊産婦に対する極めて高度な医療を提供するとともに、関係診療科と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症及び精神疾患を有する母体にも対応できる体制を整えています。

（４）ＭＦＩＣＵ・ＮＩＣＵ・ＧＣＵの病床数・病床利用率

ＭＦＩＣＵ（母体・胎児集中治療室）は、総合周産期母子医療センターに３床設置されています。国の指針では、三次医療圏の人口が概ね 100 万人以下の地域に総合周産期母子医療センターが設置されている場合は、当分の間、３床以上で差し支えないとされており、本県においては必要数確保できている状況です。

ＮＩＣＵ（新生児集中治療管理室）を有する医療機関は３病院で、計 24 床あります。国の指針では、令和４年の出生数から算出したＮＩＣＵの必要病床数は９床～11 床であり、必要病床数は確保されています。

ＧＣＵ（ＮＩＣＵに併設された回復期治療室）を有する医療機関は２病院で、計 27 床あります。国の指針では、総合周産期母子医療センターにおけるＮＩＣＵの２倍以上の病床数を有することが望ましいとされていますが、総合周産期母子医療センターで稼働しているＧＣＵ病床数は 15 床で、ＮＩＣＵ病床の 1.25 倍となっており充足はしていない状況です。

ＭＦＩＣＵ・ＮＩＣＵ・ＧＣＵそれぞれの病床利用率は、医療機関により異なっていますが、やや低下傾向にあります。

（図表 7-2-19）令和４年におけるＭＦＩＣＵ・ＮＩＣＵ・ＧＣＵの状況

	MFICU				NICU				GCU			
	病床数（床）	病床利用率（%）	入院日数		病床数（床）	病床利用率（%）	入院日数		病床数（床）	病床利用率（%）	入院日数	
			平均（日）	最大（日）			平均（日）	最大（日）			平均（日）	最大（日）
高知医療センター(総合)	3	43.4	12.5	32	12	81.7	15.7	360	15	13.0	6.7	69
高知大学医学部附属病院(地域)	－	－	－	－	9	53.3	15.9	116	12	58.2	9.1	116
国立病院機構高知病院	－	－	－	－	3	61.0	34.1	44	－	－	－	－

【出典】高知県医療政策課調べ

（５）圏域の設定

周産期医療における圏域は、二次医療圏と同一の４つの周産期医療圏と設定しています。しかし、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おり、産科医師や分娩取扱い施設が存在しない二次医療圏（以下「無産科二次医療圏」という。）が長期間続いています。

このため、高幡保健医療圏在住の妊産婦が安全で安心な出産ができる体制を確保するため、高知大学医学部附属病院が同圏域内の医療機関に医師を派遣し、妊婦健康診査の受診ができる体制整備を支援しています。

また、県では、中央保健医療圏で分娩する妊婦への分娩待機を行う施設への補助や、圏域の救急隊員の周産期への対応力を強化するための「妊産婦救急救命基礎研修（ＢＬＳＯ）」を高知医療センターの協力により実施しているところです。

（６）周産期医療の搬送体制

母体及び新生児の救急搬送及び受入れについては、平成 23 年８月より「こうち医療ネット（高知県救急医療・広域災害情報システム）」内に周産期搬送受入空床情報機能を整備し、高次医療施設から提供された周産期搬送受入空床情報の活用により、医療機能に応じた搬送を行っています。

また、令和元年２月には受入れ搬送基準の見直しを含めた「高知県母体・新生児搬送マニュアル」の改訂を行い、搬送体制の強化に取り組んでいます。

なお、各高次医療施設が受入れ困難な場合は、搬送コーディネーターと同様の役割を総合周産期母子医療センターが担い、受入れ先の調整を行っています。さらに、県内施設での受入れが困難な場合に備えて、県から県外の２施設（愛媛県立中央病院・四国こどもとおとなの医療センター）に対して協力要請を行っています。

ア　ハイリスク妊産婦、新生児の搬送

母体搬送件数は減少傾向にあり、新生児搬送件数については近年横ばいで推移しています。このことは、一次医療施設の減少による影響も考えられますが、早産防止をはじめ、母体管理の徹底を行い、ハイリスクと考えられる場合は、早めに高次医療施設へ紹介する等の体制が整ってきたためと推測されます。

また、ハイリスク妊産婦や新生児が増加する中で、県内では対応困難な高度な外科的治療を必要とする新生児や在胎週数が少なく未熟性の高い胎児、出生直後に外科的治療を必要とする胎児を妊娠中の妊婦の県外搬送事例も一定数みられます。

（図表 7-2-20）母体・新生児搬送件数

年	母体搬送件数				新生児搬送件数			
	総数	高次医療施設↓高次医療施設	一次医療施設↓高次医療施設	県外搬送	総数	高次医療施設↓高次医療施設	一次医療施設↓高次医療施設	県外搬送
平成 18 年	128	20	108	0	72	18	47	7
平成 23 年	122	22	99	1	38	4	26	8
平成 28 年	76	21	55	0	47	15	27	5
令和元年	82	18	63	1	48	13	32	3
令和４年	58	16	39	3	40	10	27	3

【出典】高知県医療政策課調べ

イ　救急搬送受入れ状況

県内の救急搬送受入れは、総合周産期母子医療センターである高知医療センターと、地域周産期母子医療センターが連携を取りながら、常にいずれかで受入れることができる体制を整えています。

ＮＩＣＵ救急搬送受入れ件数は、近年増加傾向にあり、今後、高齢妊娠や生殖補助医療による妊娠の増加に伴い、さらに搬送対象となるハイリスク妊産婦や新生児が増えることが予測されます。

ＮＩＣＵを有する医療機関において搬送受入れができなかったケースは、平成 28 年には母体搬送 24 件と新生児搬送８件の 32 件ありましたが、令和４年は母体搬送 19 件と新生児搬送１件となり減少しています。受入れできなかった理由としては、ＮＩＣＵ又は産科病床が満床であったことや、医師が別患者を対応しており受入れができなかったことが主な理由です。

（図表 7-2-21）ＮＩＣＵ救急搬送受入れ件数

	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和２年	令和３年	令和４年
高知医療センター	39	35	19	23	23	57	38
高知大学医学部附属病院	19	15	5	11	6	14	19
計	58	50	24	34	29	71	57

【出典】高知県医療政策課調べ

（図表 7-2-22）ＮＩＣＵを有する医療機関における搬送受入れができなかった件数

	平成 28 年	令和元年	令和４年
母体搬送	24	21	19
新生児搬送	8	3	1
計	32	24	20

【出典】高知県医療政策課調べ

４　ＮＩＣＵ等入院児の支援

周産期・新生児医療の進歩に伴い、多くの新生児の救命が可能になった中で、ＮＩＣＵ等に長期入院した後も引き続き人工呼吸器や喀痰吸引などの医療的ケアを必要とする場合も多くあります。

本県においては、総合及び地域周産期母子医療センターにおいて、ＮＩＣＵ等入院児の退院支援を専任で行う職員が配置されています。そのうち、総合周産期母子医療センターにおいては、「ＮＩＣＵ等入院児支援コーディネーター」を配置し、在宅などに円滑に移行できるように退院調整をするとともに、地域の保健師や関係機関と連携を取りながら継続した支援が提供できる体制を整えています。

また、ＮＩＣＵ病床等の効率的な運営と在宅への円滑な移行支援のために、在宅移行を支援する病床として、総合周産期母子医療センターに在宅移行支援病床として３床整備しています。

さらに、医療的ケア児とその家族からの相談支援体制の充実に向け、令和３年４月から重症心身障害児者・医療的ケア児等支援センターを設置し、総合的な支援を図っています。

5　妊産婦のメンタルヘルス等に関する対応

県は、産後うつの予防や新生児への虐待予防等を図る観点から、国が平成 29 年度に開始した「産婦健康診査事業」について、令和元年に設置した産婦健康診査事業体制整備検討会で検討し、令和２年 10 月より産婦健康診査を開始しています。健診において、産後うつ及びその前段階等に該当した方に関しては、健診実施施設から市町村へ情報提供を行い、早期に市町村による支援が行えるように取り組んでいます。

また、ハイリスク母体・胎児及び新生児の受入れを行っている周産期母子医療センターにおいては、臨床心理士を配置し、母親や家族へ心理的な支援及びスタッフや市町村との多職種連携による関わりに努めています。

6　早産予防を目的とした母体管理の徹底

県及び周産期医療協議会は、妊娠 20 週台を中心とした 1,000 グラム未満の超低出生体重児の出生を防ぐため、妊婦健康診査の検査項目に早産徴候を早期に発見するための「子宮頸管長の測定」及び「腟分泌物の細菌培養検査」の２項目を追加して実施しています。

また、これらの取組に対する効果を分析及び評価するため、早産防止対策評価検討会を設置して検討を進めています。

7　災害時の周産期医療体制

県は、県全体の災害時医療体制について整備を進める中で、周産期医療分野に特化した体制整備に取り組み、令和２年２月に「高知県災害時周産期マニュアル」を策定し、各関係機関の災害時の役割や小児周産期リエゾンの活動内容等について明確化しています。

また、災害時に小児・周産期医療に特化した支援・調整を行う「災害時小児周産期リエゾン」を養成するため、国が実施している研修会に医師や助産師を派遣し、現在 22 名を「高知県小児周産期リエゾン」として任命しています。

8　新興感染症発生・まん延時の周産期医療体制

新型コロナウイルス感染症発生時においては、周産期医療協議会にて体制整備に取り組み、入院等に係るコーディネートについては総合母子周産期医療センターを中心に入院調整を行うことで、地域での周産期医療の確保に努めました。しかし、分娩を取扱う病院においては、新型コロナウイルス感染症患者受入れ施設にもなっていることから、病床逼迫時に受入れが難しい状況もみられました。

課題

県民が安心して出産できるためには、すべての二次保健医療圏において、ハイリスク例を除いた妊婦管理や出産が可能な医療体制の整備が必要ですが、県内の分娩を取扱う施設が減少し、高幡保健医療圏では分娩を取扱う施設がない状況が続いています。

また、医療機関も中央保健医療圏に集中しており、周産期医療提供体制においては地域偏在がみられています。今後、さらに少子化が進むと予測される中で、限られた医療資源のもと、中山間地域への医療提供体制を含めた県全体の周産期医療のあり方を検討し、県民にとって安全で安心な体制を確保することが急務となっています。

1　周産期医療提供体制

（1）周産期医療提供施設

ア　医療機関の分娩機能

本県では、周産期医療を提供する施設の中央保健医療圏への集中と地域偏在があり、ここ数年で相次いだ分娩を取扱う診療所の減少により、周産期医療を提供する施設にとっても、診療への圧迫と医療従事者の負担の増加から、分娩機能の維持が厳しい状況にあります。

高幡保健医療圏においては、分娩を取り扱う施設がなく、地域内で重症例を除く産科症例の診療が完結する体制が整っていない状況が長期化しているため、妊産婦に対する安全で安心な出産や産後の支援体制を引き続き維持する必要があります。

また、県民にとっては、周産期医療を提供する施設を受診するための所要時間も長くなっており、安心して出産に対応できるよう妊産婦のニーズに応じた移動等に対する支援を図る必要があります。

今後、人口減少とそれに伴う医療機関や従事者の減少などを考慮し、限られた医療資源の中で安全で安心な出産ができる環境を提供するため、医療機関や機能の集約化・重点化も含め、将来を見据えた周産期医療提供体制について見直しをする必要があります。

イ　医療機関の機能分担と連携

限られた医療資源を最大限に活用するためには、それぞれの施設の医療機能に応じた役割分担を明確にするとともに、施設間の連携を強化する必要があります。現在、一次周産期医療を担っていた分娩を取り扱う診療所の減少により、約７割が病院での分娩となっていることから、二次及び三次周産期医療施設での役割の負荷が生じています。県内での周産期医療体制の維持のため、妊婦健診のみを取り扱う施設も含めた一次周産期医療施設と二次・三次周産期医療施設の役割及び連携体制を再度見直す必要があります。

また、母体・胎児及び新生児の病態に応じた、適切な時期の搬送が確実に実施できるような体制の充実が必要です。医療機関の役割見直しにあわせて、搬送基準の見直し、周知徹底を図るとともに、周産期医療情報の集約と活用の推進が必要です。

ウ　高次周産期医療提供体制

現在、高次周産期医療提供体制については、概ね必要病床数が確保できている状況ですが、一方で、病床利用率はやや低下傾向にあります。

県内で出生するハイリスク新生児を常時受入れることができる体制を確保するためには、空床病床を一定確保しておく必要があり、今後は慎重な周産期管理が求められるハイリスク妊婦の増加が見込まれるため、高次周産期医療提供体制の維持を図る必要があります。

ハイリスク新生児を常時受入れることができる体制を確保しつつ、将来を見据えた周産期医療体制の見直しにあわせて高次周産期医療提供体制について検証する必要があります。

エ　周産期医療圏の設定

本県においては、高幡保健医療圏が平成 22 年１月から無産科二次医療圏となっています。妊産婦が安全で安心な出産ができる体制を確保するため、医師派遣や分娩待機施設への補助、救急隊員の周産期への対応力強化に向けた取り組みをしており、引き続き支援を継続していく必要があります。

また、周産期医療体制の見直しにあわせ、重症例を除く産科症例の診療が医療圏内で完結することを目安に、従来の周産期医療圏についても見直す必要があります。

（２）周産期医療を担う人材

本県では、産婦人科医師数は増加傾向にありますが、中央保健医療圏に集中しており地域偏在が起こっています。

また、令和６年度から開始となる医師の働き方改革や医師の高齢化等から分娩を取り扱う医師一人当たりの負担は増大しています。産科医師及び新生児医療を行う小児科医師が慢性的に不足している状況は続いており、医師確保は、本県の周産期医療における喫緊の課題です。

助産師については、県内の就業助産師数は増えています。近年の分娩を取り扱う施設の減少や慢性的な医師不足を踏まえると、助産師外来や院内助産、産後ケアなど医療機関及び地域において、妊産婦の多様なニーズに応え、安全で安心なお産の場を確保するために、助産師への役割の期待も高まっています。そのため、助産師の安定的な養成と確保とともに、助産師がより専門性を発揮できる場の拡大が必要です。

２　ＮＩＣＵ等入院児の支援

ＮＩＣＵ等入院児が在宅へ円滑に移行できるよう、総合母子周産期医療センターにおいて、ＮＩＣＵ等入院児支援コーディネーターの配置や在宅支援病床の確保などの支援を行っていますが、すべての医療的ケアを必要とする児や家族が必要な支援を受けられるためには、ＮＩＣＵ等を有する医療機関及び母子保健や障害福祉分野との連携を強化する必要があります。

３　妊産婦のメンタルヘルス等に関する対応

産後うつの予防や虐待予防を図る観点から実施された産婦健康診査の取り組みは、定着しつつあります。今後、さらなる産婦健康診査の普及と妊娠早期からの速やかな支援に向けて、市町村と産科・精神科医療機関等との連携を強化する必要があります。

また、精神疾患を合併する妊産婦の対応について、周産期母子医療センターを中心に支援体制を検討し、受入体制の整備を図る必要があります。

４　早産予防を目的とした母体管理

本県は、早産予防の取り組みにより、早期産の割合は一時全国水準となっていましたが、近年増加傾向にあり、35 歳以上の母親から出生する児も増えていることからも、引き続き早産を予防する対策及び県民の理解を深めるための啓発に取り組む必要があります。

5　災害時の周産期医療体制

災害時の周産期医療体制については、マニュアルの策定及び小児周産期リエゾンの養成を行うことで体制が整いつつあります。引き続き「周産期医療災害ワーキング」において、マニュアルの見直しや災害訓練、小児周産期リエゾンの養成を行う必要があります。さらに、小児医療と連携し、周産期から小児まで幅広い体制整備を進める必要があります。

6　新興感染症発生・まん延時の周産期医療体制

本県においては、周産期医療における資源が限られているため、適切な妊婦のトリアージを行い、円滑に入院調整を行うことで、地域での周産期医療体制を確保する必要があります。今後、新興感染症発生・まん延時の周産期医療体制整備に向けコーディネーター等の配置について検討する必要があります。

7　関係者の連携協働

本県における早産予防やメンタルヘルスケア対策、ハイリスク妊産婦及び新生児への支援、産後ケア、思春期保健等の課題に対処するには、医療従事者、地域母子保健従事者、思春期保健従事者等の各関係者の有機的連携と協働をつくり、妊娠期から子育て期まで切れ目のない包括的な支援が行われるように取り組む必要があります。

また、将来を見据えた周産期医療提供体制の見直しに向けて医療機関や医師会、助産師会など各関係機関と綿密に協議していく必要があります。

8　県民への啓発

県内の周産期医療体制や母子感染予防への取り組みなど周産期医療の現状や情報を積極的に発信し、県民の理解と協力を得ることが重要です。

対策

県は、以下の対策を推進します。

1　周産期医療提供体制

（1）周産期医療提供体制の整備

ア　産科医療機関における分娩機能の維持

限られた医療資源の中で安全で安心な出産ができる環境を提供するため、医療機関や機能の集約化・重点化も含め、周産期医療協議会において、将来を見据えた周産期医療提供体制について協議し、見直しを行います。

分娩を取扱う施設において分娩機能を維持するため、産科医師及び新生児医療を担当する小児科医師等の確保や必要な施設・整備に関する財政的支援を継続して行います。

受診する医療提供施設から遠隔の地域に居住する妊産婦に対し、安心して出産できるよう地域の実情に応じた妊婦健診や診療体制の維持・強化に取り組みます。

イ　産科医療機関の機能分担と連携の強化

①　周産期医療連携体制の強化

周産期医療提供体制の見直しにあわせ、一次・二次・三次周産期医療機関における機能を確認し、各施設の果たす役割について適宜見直しを行います。

各周産期医療提供施設は、それぞれの役割を果たすとともに、限られた医療資源のもと、オープンシステム・セミオープンシステムなど地域の分娩を担う施設と周産期母子医療センター等の基幹となる施設との連携体制についても検討を行います。

また、施設相互の連携が円滑に実施できるよう、既存のネットワークシステムの活用も含めた情報共有機能の充実を図ります。

②　母体・新生児搬送体制の充実

母体・胎児及び新生児の病態に応じた適切な時期の搬送が確実に実施できるように、関係する周産期医療提供施設に対して周知するとともに、総合周産期母子医療センターの搬送調整機能の維持に努めます。

また、県外搬送が必要な場合に備え、四国こどもとおとなの医療センターをはじめとした県外の受入れ要請施設との連携を図ります。

周産期医療情報システムの充実については、二次、三次周産期医療提供施設は「こうち医療ネット（高知県救急医療・広域災害情報システム）」上の周産期搬送受入空床情報の適時更新に努め、県及び周産期医療協議会において、その活用促進を図るとともに、災害時の情報共有等について具体的な検討を行います。

ウ　高次周産期医療提供体制の整備

将来において三次周産期医療機関の機能を維持するため、周産期母子医療センター等における機能の集約化・重点化について、周産期医療提供体制の見直しにあわせた検証を行います。

三次周産期医療機関の機能を維持するため、運営や施設整備に対する財政的支援を行い、高次周産期医療提供体制の確保に努めます。

エ　周産期医療圏の見直し

無産科二次医療圏については、重症例を除く産科症例の診療が医療圏内で完結することを目安に地域の実情に沿った周産期医療圏の設定に向け、周産期医療提供体制の見直しにあわせた検討を行います。

高幡保健医療圏への産科医師の定期的な派遣について、引き続き高知大学医学部附属病院の協力のもと、妊婦健康診査が受診ができる体制を維持します。

また、分娩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）」を行い、妊産婦救急への対応力の向上に努めます。

（２）周産期医療を担う人材の確保

ア　産婦人科医師、小児科医師の確保

①　医師確保対策の強化

産婦人科、小児科医師の確保に向けて、奨学金の貸与やキャリア形成環境の整備などにより若手医師の県内定着を促進するとともに、「こうちの医療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などにより、周産期医療を担う医師の早期確保に努めます。

②　産婦人科医師、小児科医師の処遇改善

産婦人科医師の分娩手当や出生児がＮＩＣＵでの管理が必要となった場合の新生児担当医師に支給する手当について助成を継続します。

また、「医師の働き方改革」に適応し、医師の負担を軽減できるよう、高知県医療勤務改善支援センターを設置し、高知労働局とも連携のうえ、医療機関からの相談への対応など、支援を行います。

イ　助産師等の確保

助産師の役割拡大に伴う人材の確保が必要になることから、奨学金制度の継続と利用促進、県内で助産師を養成する大学等との連携を行い助産師の確保に努めます。

また、妊産婦等の多様なニーズに応え、地域における安全・安心なお産の場を確保するため、院内助産所や助産師外来の開設に向けた支援を行います。

助産師の就業先の偏在の是正や助産実践能力の獲得のために、施設間での助産師の出向支援に継続して取り組みます。

ウ　周産期医療従事者の資質向上

医師や助産師、看護師等の周産期医療従事者の資質向上のために、総合母子周産期医療センターに委託して実施している研修を継続するとともに、研修内容の充実や参加促進が図られるよう努めます。

また、新人助産師に対する研修会などの継続により資質の向上を図ります。

2　ＮＩＣＵ等入院児の在宅等への円滑な移行と継続した支援体制の充実

ＮＩＣＵ等に入院している児が、在宅あるいは施設での療養に円滑に移行できるように「ＮＩＣＵ入院時支援コーディネーター」の充実に努めます。

また、医療的ケアを必要とする児とその家族が必要な支援を受けられるよう、障害福祉分野及び地域の保健師等の母子保健分野との連携強化に努めます。

3　妊産婦のメンタルヘルス等に関する対応の強化

妊産婦のメンタルヘルス等に関する対応については、引き続き市町村及び産科・精神科医療機関等との連携強化に努めます。

また、妊産婦の産前・産後の支援体制の充実に向けて母子保健分野との連携に努めます。

精神疾患を合併する妊産婦についての受入れ体制については、周産期母子医療センターを中心にサポート体制についても検討します。

4　早産予防を目的とした母体管理の徹底

妊娠 20 週台を中心とした 1,000 グラム未満の早産児の出生を防ぐためには、医学的管理の徹底、地域における妊婦保健指導の強化、相談窓口の拡充、意識の啓発等が必要であり、これらの総合的な早産防止対策に産科医療施設と県、市町村行政が一体となって取り組みます。

また、早産徴候を早期に発見するため、妊婦健康診査の検査項目への「子宮頸管長の測定」及び「腟分泌物の細菌培養検査」の２項目の追加を継続して実施します。

歯周疾患が早産を引き起こす要因となることがあるため、市町村、高知県歯科医師会及び産科医療施設と協働して、妊婦の歯科受診と歯周病予防を推進します。

5　災害時周産期医療体制の整備

災害時における妊産婦や新生児に対する適切な支援の提供のため、「高知県災害時周産期マニュアル」の適時見直しを行い、災害時小児周産期リエゾンを中心とした情報伝達等の訓練を定期的に行います。

また、小児医療と連携し、妊産婦・新生児・小児を対象とした災害時の医療体制の整備に努めます。

6　新興感染症発生・まん延時の周産期医療体制の整備

新興感染症発生・まん延時において、地域での周産期医療体制を確保するため、入院調整等のコーディネーターの配置等について検討します。

7　県民への啓発と理解の促進

県民に対して本県の周産期医療についての現状や情報を伝え、理解と協力を得ることができるよう努めます。

目標

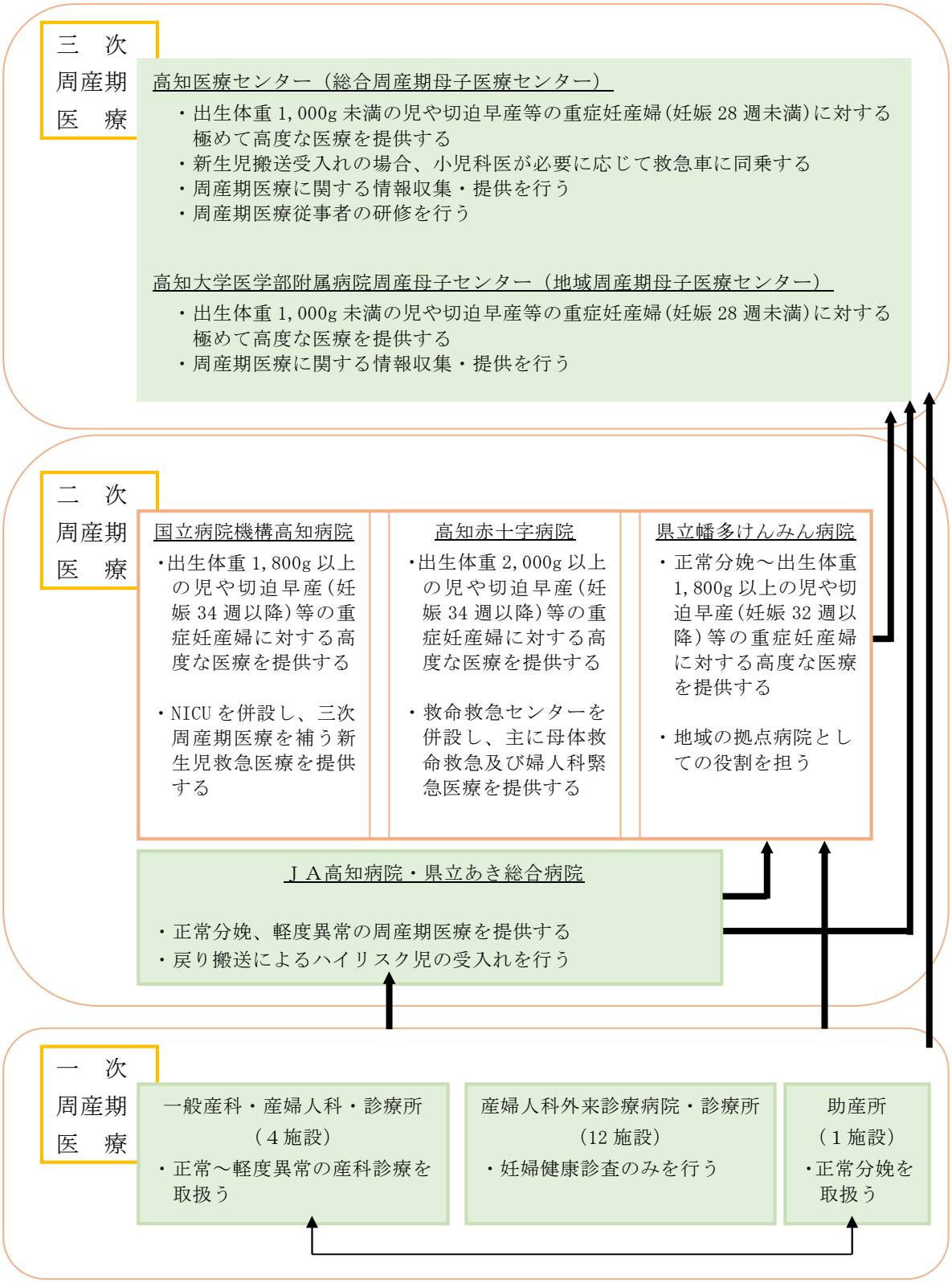
計画の実効性を高めるため数値目標を設定しＰＤＣＡサイクルにより定期的に進捗管理を行い、周産期医療協議会や同協議会の小検討会である早産防止対策評価検討会、高知県医療審議会保健医療計画評価推進部会などで評価を実施し取組を進めます。

区分	項目	計画策定時	目標（令和 11 年度）	直近値の出典
O	新生児死亡率 （出生千人当たり）	1.9	全国平均以下を 維持	令和４年 人口動態調査 （厚生労働省）
O	周産期死亡率 （出産千人当たり）	3.8	全国平均以下を 維持	令和４年 人口動態調査 （厚生労働省）
O	妊産婦死亡数	０件	０件	令和４年 人口動態調査 （厚生労働省）
P	出生数に対する 超低出生体重児の 占める割合	0.3%	全国水準を維持	令和４年 人口動態調査 （厚生労働省）
P	ＮＩＣＵ満床を理由 とした県外緊急搬送 件数	０件	０件	令和４年 高知県医療政策課調べ

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

（図表 7-2-23）周産期医療の医療連携体制図

令和５年 12 月１日現在



＜参考＞　医療機能別医療機関情報

令和５年 12 月１日現在

○一次周産期医療提供施設

（妊婦健康診査のみを取扱う病院・診療所）

保健医療圏	医　療　機　関	
中央（11）	愛宕病院	浅井産婦人科・内科
	内田産婦人科	梅原産科婦人科
	けやまクリニック	高須どい産婦人科
	にこにこレディースクリニック	はまだ産婦人科
	レディスクリニックコスモス	北村産婦人科
	たにむら産婦人科	
高幡（1）	くぼかわ病院	

（正常分娩・軽度異常の分娩を取扱う診療所）

保健医療圏	医　療　機　関	
中央（3）	国見産婦人科	高知ファミリークリニック
	田村産婦人科※	
幡多（1）	菊地産婦人科	

※R5.12.１現在、分娩取扱休止中の医療機関

（正常分娩を取扱う助産所）

保健医療圏	医　療　機　関
中央（1）	アニタ助産院

○二次周産期医療提供施設

（正常から軽度異常の母体・胎児及び戻り搬送によるハイリスク児の受入れを行う病院）

保健医療圏	医　療　機　関
安芸（1）	県立あき総合病院
中央（1）	ＪＡ高知病院

（ハイリスク母体・胎児及び新生児を常時受入れ、母体・胎児及び新生児の集中治療管理を行う病院）

保健医療圏	医　療　機　関	
中央（2）	高知赤十字病院	国立病院機構高知病院
幡多（1）	県立幡多けんみん病院	

○三次周産期医療提供施設

（充実した設備とスタッフを備え、ハイリスク母体・胎児及び新生児を常時受入れ、母体・胎児及び新生児の集中管理を行う病院）

保健医療圏	医　療　機　関
中央（2）	高知医療センター（総合周産期母子医療センター） 高知大学医学部附属病院（地域周産期母子医療センター）

第３節　小児医療

本県は、総人口の減少が続き、15歳未満の小児の人口も平成27年の83,683人から令和２年には74,946人となるなど、５年間で約8,700人と大幅に減少しています。

一方で、単身又は共働きの子育て家庭が多いことや核家族化により、少子化が進行する中で小児医療に対するニーズが相対的に高まるとともに、病気の軽重に関わらず、小児救急病院などでの時間外の受診が多く、こうした病院に勤務する医師の頻回な当直や休日勤務の増加を招いています。

さらに、乳幼児期から保育所等の利用も多く、子どもの病中・病後の保育サービスの充実が求められるとともに、医療的ケア児への支援体制の充実や、新興感染症の発生・まん延時並びに災害に備えた小児医療体制の整備も求められています。

このような状況に対し、本県では、「こうちこども救急ダイヤル（＃8000）」の相談日の拡充やテレビ・新聞などのメディアを利用した啓発事業等を行うとともに、小児医療提供体制の確保に向けて、輪番制による夜間・休日の体制を構築し、小児救急医療に従事する小児科医師等への支援等を行ってきましたが、深夜帯における受診者数の低下など一定の効果が認められるものの、小児科医師数は横ばいの状況にあり、依然として小児科医師のおかれた厳しい労働環境は続いています。

また、中央保健医療圏に小児科医師が集中しているため、小児医療・小児救急に十分に対応できない保健医療圏もあります。

小児救急を含む小児医療の確保は、地域で安心して子育てができる環境作りに不可欠であることから、郡部での小児科医師の確保や小児医療体制の維持、再構築に向けて、今後も県や関係機関による取組を進めていく必要があります。

このため、本県では、地域の小児医療に携わる医師、看護師、保健医療関係機関の代表、児童福祉関係者、学校・教育関係者、住民等で構成する「高知県小児医療体制検討会議」を設置し、小児医療体制について引き続き協議を行ってまいります。

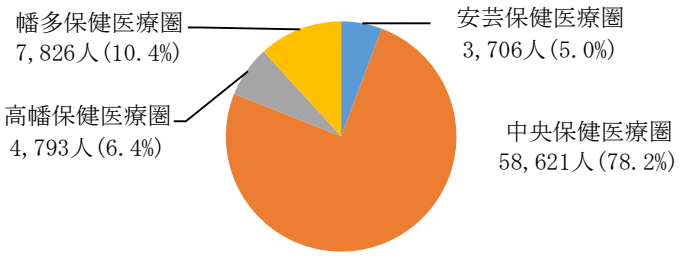
現状

１　小児を取り巻く状況

（１）小児人口

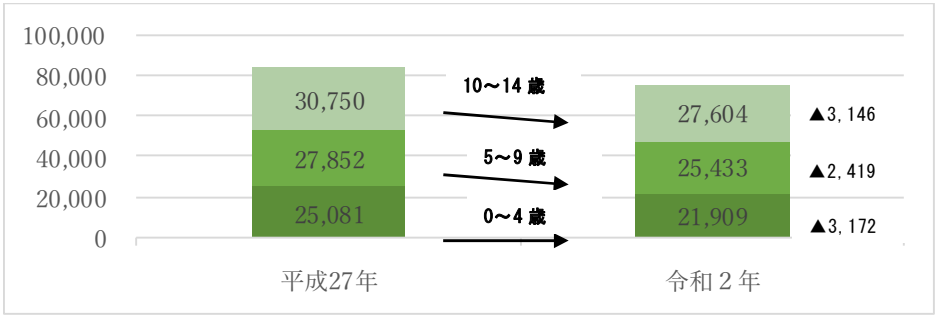
令和２年における本県の小児人口は 74,946 人となっており、そのうち中央保健医療圏は 58,621 人で約 78.2%を占めています。

（図表 7-3-1）保健医療圏ごとの 15 歳未満人口



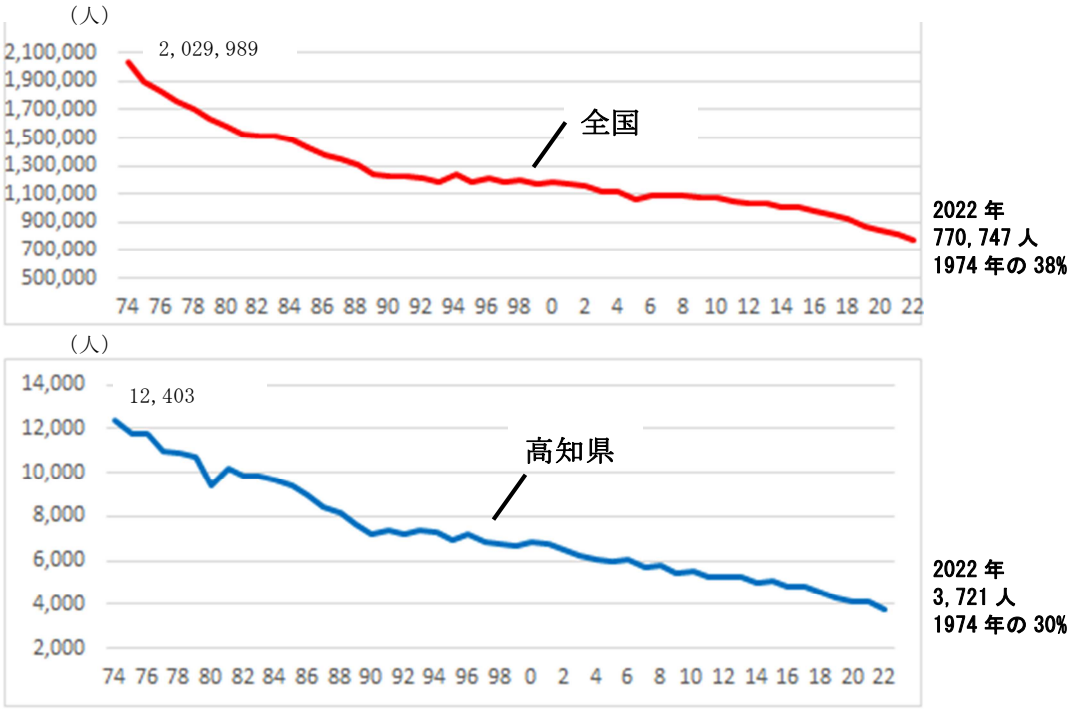
出典：令和２年国勢調査（総務省統計局）

（図表 7-3-2）高知県の小児人口の変化



出典：令和２年国勢調査（総務省統計局）

（図表 7-3-3）出生数の推移



出典：人口動態調査（厚生労働省）

（２）世帯構造

令和２年の国勢調査によると、本県の一般世帯数は 314,330 世帯で、そのうち６歳未満の子どもがいる核家族世帯は 18,193 世帯（約 5.8%）となっています。

また、３歳未満の子どもがいる夫婦世帯は 10,449 世帯で、そのうち夫婦共働き世帯数は 6,494 世帯で約 62.1%（全国 48.7%）を占めています。

（３）小児慢性特定疾病医療受給者及び自立支援医療(育成医療)受給者の状況

ア　小児慢性特定疾病医療受給者数

慢性腎疾患、慢性心疾患、悪性新生物など、長期に療養が必要な小児慢性特定疾病（14 疾患群）の児童に対する令和４年度の小児慢性特定疾病医療の受給者は 604 人となっています。

イ　自立支援医療（育成医療）受給者数

肢体不自由や視覚障害、聴覚障害、心臓機能障害など、身体に障害があり、治療によりその症状が回復する見込みのある児童に対する令和４年度の自立支援医療（育成医療）の受給者は 125 人となっています。

（図表 7-3-4）小児慢性特定疾病医療受給者数及び自立支援医療（育成医療）受給者数

	H29	H30	H31(R1)	R2	R3	R4
小児慢性特定疾病医療	648	640	629	678	639	604
自立支援医療（育成医療）	142	148	139	133	134	125

出典：高知県健康政策部調べ

（４）県内で対応が困難な疾患

ア　小児心臓手術・胎児治療対象疾患等

高度な心臓手術や胎児治療対象疾患等は県内では対応が困難であり、国立病院機構四国こどもとおとなの医療センターや岡山大学病院、国立循環器病研究センター、愛媛大学医学部附属病院など県外の医療機関と連携しています。

イ　その他の高度専門医療

骨髄移植、その他症例が少なく対応が困難な疾患についても、県外の医療機関と連携して対応しています。

（５）小児の死亡

令和４年までの人口動態調査によると、小児の死亡率は、全国より高い状況が続いています。

また、乳児の死亡数は、14 歳以下の死亡数の約５割（17 人中８人）を占めています。

（図表 7-3-5）人口千人当たりの小児（15 歳未満）の死亡率

	年	H30	H31(R1)	R2	R3	R4
小児（0～14 歳）死亡率	全国	0.21	0.21	0.18	0.18	－
	高知県	0.21	0.38	0.29	0.23	－
幼児（1～4 歳）死亡率	全国	0.17	0.18	0.13	0.14	－
	高知県	0.25	0.27	0.34	0.17	－
乳児（0 歳）死亡率	全国	1.9	1.9	1.8	1.7	1.8
	高知県	1.1	2.6	2.7	2.0	2.4

出典：人口動態調査（厚生労働省）

2　小児医療提供体制

（１）小児科医師の状況

令和２年の本県の小児科医師は 104 人となっており、平成 28 年の 106 人と比較すると、医師総数はわずかに減少しています。保健医療圏別では、依然として中央保健医療圏に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、とも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 7-3-6）保健医療圏別小児科医師数※の推移

年	県　計	安　芸	中　央	高　幡	幡　多
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（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 7-3-7）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

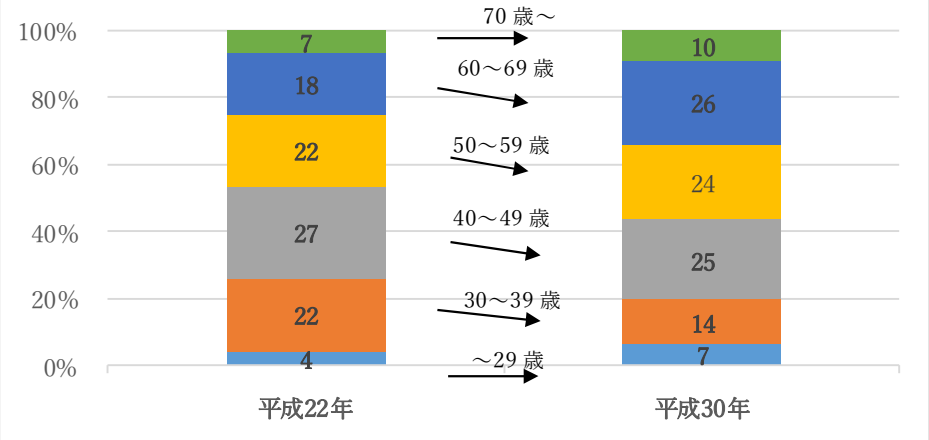
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）
H30 のみ高知県健康政策部調べ

（図表 7-3-8）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 7-3-9）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

（２）小児科医師の専門資格などの状況

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２人、日本アレルギー学会専門医６人、小児神経学会専門医８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８人、日本周産期・新生児医学会新生児専門医６人などとなっており、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保健医療圏に集中しており、高度な治療ほど中央保健医療圏で受療しなくてはならない状況にあります。

（図表 7-3-10）認定医の保健医療圏別状況（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	3	0	0
日本血液学会専門医	0	2	0	0
日本感染症学会専門医	0	2	0	0
日本アレルギー学会専門医	0	5	1	0
日本小児神経学会専門医	1	6	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	6	1	1
日本周産期・新生児医学会新生児専門医	0	6	0	0

出典：令和５年高知県健康政策部調べ

３　健康相談などの支援の機能

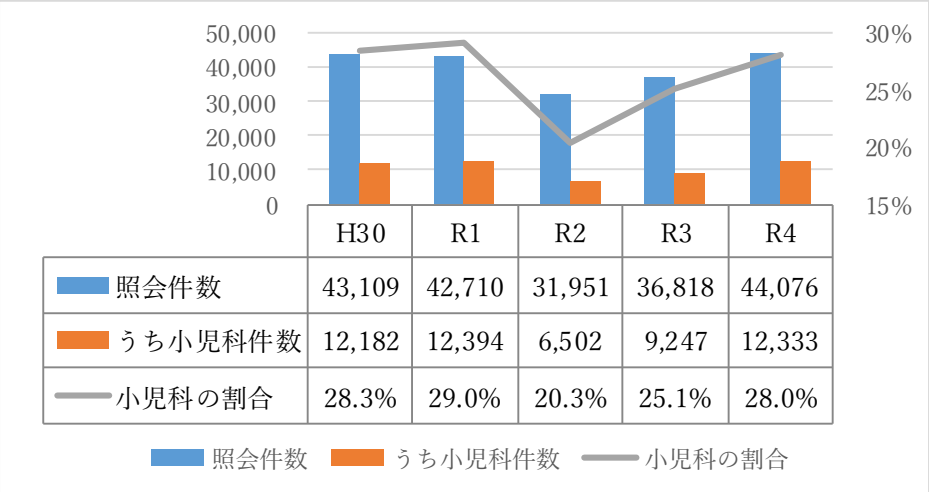
（１）医療情報提供体制

県では、高知県救急医療・広域災害情報システム「こうち医療ネット」により、県内の病院、診療所、歯科診療所、薬局及び消防機関などをインターネットで結び、救急医療や医療機関の情報を県民にお知らせしています。

また、高知県救急医療情報センターでは、県民に対し、病気や怪我のときに、迅速に適切な医療機関を紹介しています。令和４年度の照会件数は 44,076 件で、このうち小児科に関する問い合わせは、12,333 件と３割程度を占めています。令和２年度の新型コロナウイルス感染症発生時に一時減少しましたが、その後増加傾向にあります。

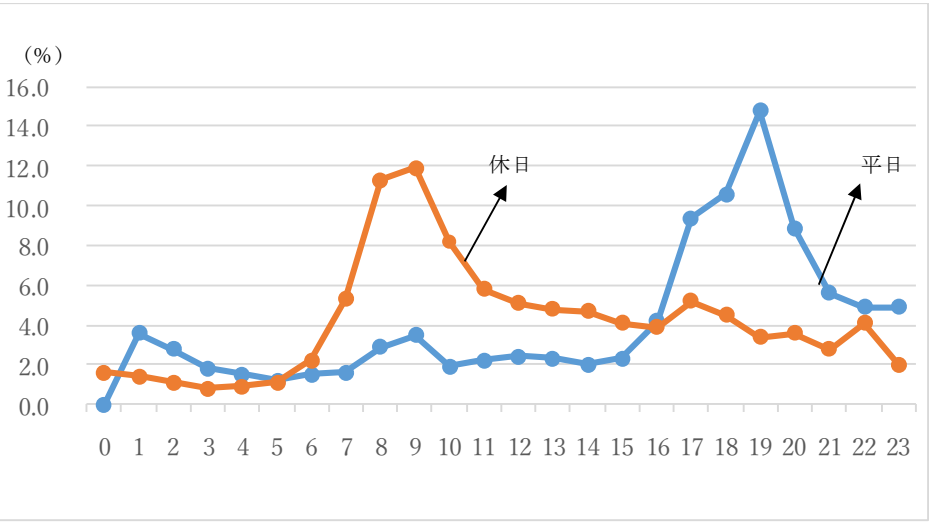
小児科の照会は１日平均 33.8 件ですが、休日は 68.1 件と、２倍以上に増加します。また、時間帯別では、平日は午後５時から９時まで、休日は午前７時から 11 時までの間の照会が特に多くなります。

（図表 7-3-11）年度別相談件数と小児関係の相談割合（令和 4 年度）



	H30	R1	R2	R3	R4
照会件数	43,109	42,710	31,951	36,818	44,076
うち小児科件数	12,182	12,394	6,502	9,247	12,333
小児科の割合	28.3%	29.0%	20.3%	25.1%	28.0%

（図表 7-3-12）時間帯別の相談件数割合（令和 4 年度）



出典：高知県救急医療情報センター調べ

（２）小児救急電話相談

夜間や休日の診療時間外に、子どもの具合が急に悪くなった際に、専門の相談員（看護師）が、保護者などからの相談に応じることにより、不安解消や適正受診を図ることを目的とした小児救急電話相談「こうちこども救急ダイヤル（＃8000）」を、平成 19 年 12 月から開設しています。（当初は、土曜、日曜、祝日、年末年始（12 月 29 日～１月３日）の午後８時から午前１時までの対応としていましたが、平成 25 年度からは 365 日体制へと拡充し、相談に対応しています。）

相談件数は、令和２年度の新型コロナウイルス感染症発生時に一時減少しましたが、その後増加傾向にあり、令和４年度は 3,821 件の相談が寄せられ、１日当たりの相談件数は 10.5 件となっています。

（図表 7-3-13）こうちこども救急ダイヤル相談件数

年　　度	H29	H30	H31(R1)	R2	R3	R4
相談件数	4,461	4,345	4,219	2,622	3,539	3,821
相談日数	365	365	366	365	365	365
1日当たり相談件数	12.2	11.9	11.5	7.2	9.7	10.5

出典：高知県看護協会調べ

こうちこども救急ダイヤル（＃８０００）

子どもの夜間のケガや急病などの際、保護者の方が対処に戸惑うときや、医療機関を受診すべきかどうか判断が難しいときに、応急対処の方法や受診の要否について医療スタッフ（看護師）が助言を行います。
相談は、毎日午後８時から午前１時まで受付けています。（令和５年４月１日現在）

【電話番号】＃８０００　又は　０８８－８７３－３０９０

4　小児医療体制

（1）一般小児医療

地域に必要な一般小児医療を実施する医療機関について、令和２年の医療施設調査では、小児科を標榜する病院は 33 か所、診療所についても 26 か所と減少傾向にあります。

また、令和４年度の高知県患者動態調査によると、小児科医師が少ない安芸保健医療圏、高幡保健医療圏では、依然として中央保健医療圏での外来受療が多く見られます。（「第２章第５節　県民の受療動向」参照）

小児歯科を標榜する歯科診療所は 167 か所と増加傾向にあります。

（図表 7-3-14）一般小児医療を担う病院・診療所数

年	H23	H26	H29	R2
病　院※	36	36	34	33
診療所※	27	32	30	26

※病院数は、小児科を標榜している病院を計上　　出典：医療施設調査（厚生労働省）
※診療所は、単科若しくは主な診療科が小児科である診療所を計上

（図表 7-3-15）小児歯科を標榜する歯科診療所数

年	H23	H26	H29	R2
小児歯科を標榜する歯科診療所数	127	160	155	167

出典：医療施設調査（厚生労働省）

（２）小児専門医療（日本小児科学会の「地域小児科センター」の提供する医療）

一般小児医療を行う医療機関で対応困難な患者については、高知大学医学部附属病院、高知医療センター、国立病院機構高知病院、幡多けんみん病院（以上４病院は日本小児科学会の「地域小児科センター」）や、高知赤十字病院、ＪＡ高知病院（以上２病院は日本小児科学会の「地域小児科センター」に相当）において医療を提供しています。

（３）高度小児専門医療（日本小児科学会の「中核病院小児科」の提供する医療）

小児専門医療で対応できない高次医療については、本県の中核病院小児科である高知大学医学部附属病院で対応しています。対応できない高次医療（小児心臓手術など）については、県外の中核病院と連携して対応しています。

（４）障害のある子ども・医療的ケア児の状況

県内では、高知大学医学部附属病院、国立高知病院、高知医療センター、高知赤十字病院、ＪＡ高知病院、県立療育福祉センターなどで、それぞれの専門性に応じて、障害のある子どもやその疑いのある子どもの診療を行っていますが、中央保健医療圏以外では、診療できる医療機関が少ない状況です。

また、令和３年９月には、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」も施行され、自宅や学校などの医療機関以外の場所において、人工呼吸器の使用や喀痰吸引、経管栄養等、日常的に医療的なケアを必要とする医療的ケア児並びにその家族に対する支援が求められています。

県では、医療的ケア児への支援として、訪問看護師の育成や、医療的ケア児支援センター（令和４年度：１か所）や医療的ケア児等コーディネーター（令和４年度：90 人）を設置し相談に対応しています。

5　小児救急医療体制

（１）初期小児救急

ア　中央保健医療圏

高知市が平日夜間小児急患センター・休日夜間急患センター（小児科、内科、耳鼻いんこう科、眼科）を設置しています。

①　高知市平日夜間小児急患センター

平日の午後８時から 11 時までの間、また、土曜日は午後８時から翌朝８時まで、開業医や病院勤務医により診療を行っています。

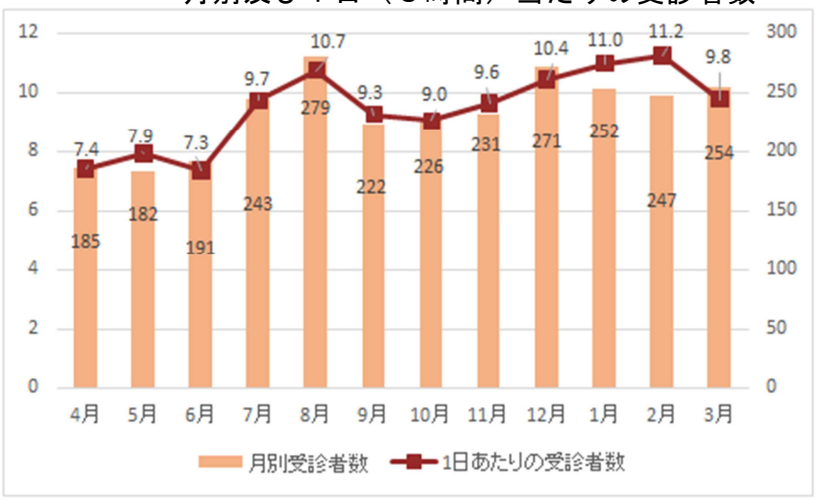
受診者数は、令和２年度の新型コロナウイルス感染症発生時に一時減少し、その後増加傾向にありますが、令和４年度の小児科受診者数は 2,783 人と、平成 29 年度と比較して、受診者数は 2,313 人、約 45％減少しています。

（図表 7-3-16）高知市平日夜間小児急患センターの年度別受診者数

年　度	H29	H30	H31(R1)	R2	R3	R4
受診者数	5,096	4,336	4,226	1,857	2,694	2,783

出典：高知県医療政策課調べ

（図表 7-3-17）令和４年度高知市平日夜間小児急患センターの
月別及び１日（３時間）当たりの受診者数



出典：高知県医療政策課調べ

② 高知市休日夜間急患センター

休日（日曜、祝日、年末年始）の午前９時から午後 10 時の間は、内科、小児科の救急患者に対して、さらに、日曜日の午前９時から午後０時までは、耳鼻咽喉科、眼科についても診療を行っています。

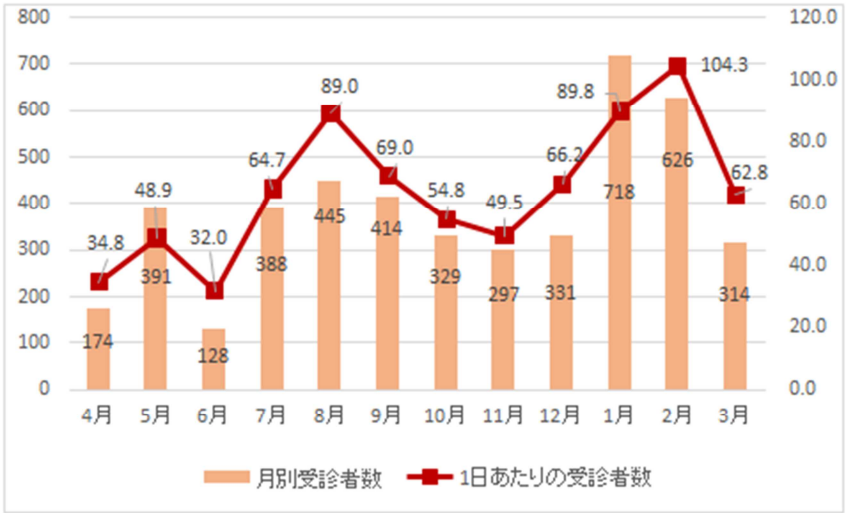
受診者数は、令和２年度の新型コロナウイルス感染症発生時に一時減少しましたが、その後増加傾向にあり、令和４年度の小児科受診者数は 4,555 人と、平成 29 年度と比較して、受診者数は 2,677 人、約 37%減少しています。

（図表 7-3-18）高知市休日夜間急患センター（小児科）の年度別受診者数

年　度	H29	H30	H31(R1)	R2	R3	R4
受診者数	7,232	6,766	7,046	2,252	3,476	4,555

出典：高知県医療政策課調べ

（図表 7-3-19）令和４年度高知市休日夜間急患センター（小児科）の
月別及び１日（11 時間）当たりの受診者数



出典：高知県医療政策課調べ

イ　安芸保健医療圏

あき総合病院と田野病院において対応しています。なお、診療時間外については、内科医等の協力を得て対応していますが、当直医等が対応できない場合は、オンコール体制で小児科医が対応しています。

ウ　高幡保健医療圏

在宅当番医制などにより対応していますが、当番医によって対応できない場合は、中央保健医療圏及び幡多保健医療圏の初期小児救急医療機関などが対応しています。

エ　幡多保健医療圏

幡多けんみん病院において対応しています。なお、診療時間外については、内科医等の協力を得て対応していますが、当直医等が対応できない場合は、オンコール体制で小児科医が対応しています。

（２）入院小児救急

ア　中央保健医療圏

小児科がある５ヶ所の公的病院（高知大学医学部附属病院、高知医療センター、国立病院機構高知病院、高知赤十字病院、ＪＡ高知病院）が、小児科医師の人数に応じて当番日を調整し（輪番制）、入院小児救急医療を担っています。

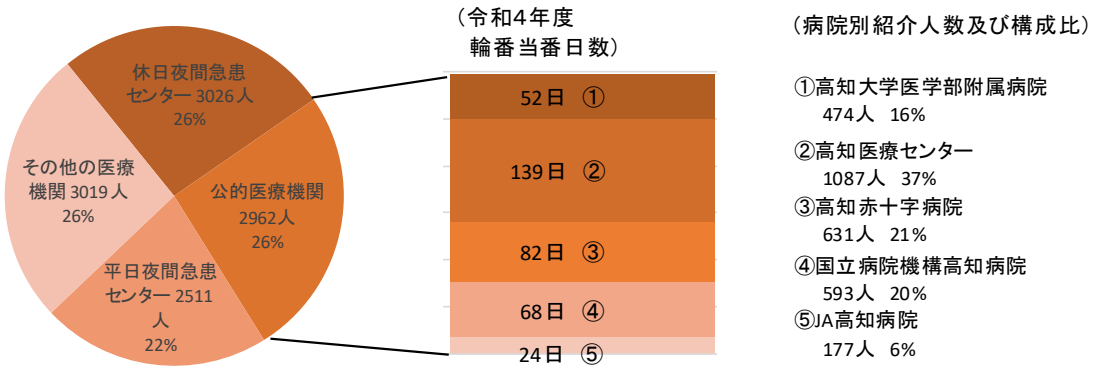
また、高知市平日夜間小児急患センター・休日夜間急患センターの診察終了から翌朝まで、初期救急も担っています。

深夜帯(23 時～８時)の受診者数は、令和２年度の新型コロナウイルス感染症発生時に一時減少しましたが、その後増加傾向にあり、令和４年度は 1,568 人、１日当たり 4.3 人が受診しています。

受診者数に占める入院患者の割合は約 11.6％と軽症患者の受診が多い状況です。

また、輪番を担う小児科医師は増加しましたが、輪番制を維持することが困難な状況には変わりありません。

（図表 7-3-20）令和４年度救急医療情報センターの小児科紹介件数



出典：高知県医療政策課調べ

（図表 7-3-21）小児科病院群輪番制病院の深夜帯における受診者数

年　度	H29	H30	H31(R1)	R2	R3	R4
小児患者数	2,068	1,918	2,068	879	1,391	1,568
1日当たりの患者数	5.7	5.3	5.7	2.4	3.8	4.3

出典：高知県医療政策課調べ

（図表 7-3-22）小児科病院群輪番制病院の小児科勤務医数及び輪番当直医師数の推移

医療機関名	年度	H29	H30	H31(R1)	R2	R3	R4
高知大学医学部附属病院	勤務医数	19	19	19	19	20	21
	うち輪番当直医数	15	11	11	10	12	12
高知医療センター	勤務医数	11	10	12	12	12	13
	うち輪番当直医数	5	5	5	7	6	7
国立病院機構高知病院	勤務医数	7	7	6	7	7	7
	うち輪番当直医数	5	4	5	5	5	5
高知赤十字病院	勤務医数	2	2	2	2	3	4
	うち輪番当直医数	2	2	2	2	3	4
ＪＡ高知病院	勤務医数	2	3	3	3	3	3
	うち輪番当直医数	2	2	2	2	2	2
計	勤務医数	41	41	42	43	45	48
	うち輪番当直医数	35	29	32	26	28	30

出典：高知県医療政策課調べ

イ　安芸保健医療圏

あき総合病院と田野病院が入院小児救急医療を担っています。

なお、令和４年の高知県患者動態調査（9月16日の一日の患者動態）によると、自圏内における入院患者の受療動向は、平成28年の０％から約12.5%へと改善しています。

ウ　高幡保健医療圏

令和４年の高知県患者動態調査（9月16日の一日の患者動態）によると、自圏内における入院患者の受療動向は、０％となっており、救急医療を担う医療機関が少ないことなどから、中央保健医療圏の入院小児救急医療機関が補完しています。

エ　幡多保健医療圏

幡多けんみん病院が入院小児救急医療を担っています。令和４年の高知県患者動態調査（9月16日の一日の患者動態）によると、自圏内における入院患者の受療動向は、平成28年の約77.8%と比較して、約72.7%とほぼ横ばいです。

（３）小児救命救急医療

24 時間体制で小児の重篤な患者に対して高度な治療を行う高知大学医学部附属病院や、救命救急センターである高知医療センターが対応しています。

（４）小児救急患者搬送状況

令和３年に救急車で搬送した 18 歳未満の救急患者 1,908 人のうち 1,481 人、77.6%が軽症者でした。

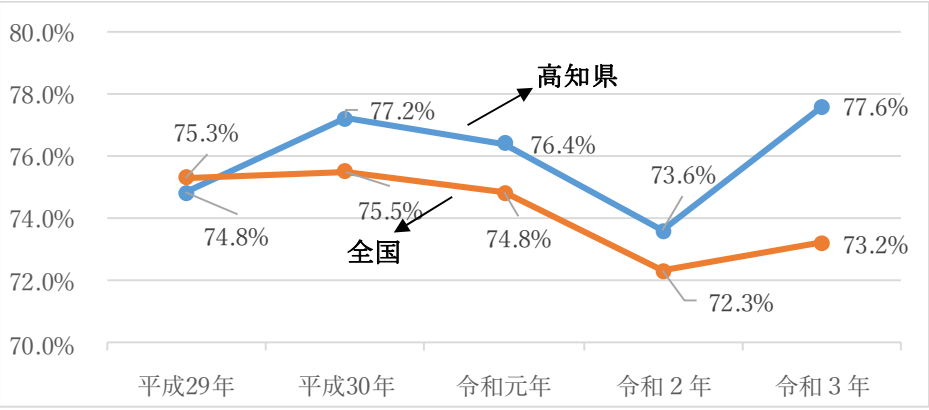
救急病院に勤務する小児科医師や搬送機関にとって、軽症患者の救急対応が大きな負担となっています。

（図表 7-3-23）令和３年の救急車による年齢区分・傷病程度別搬送人員

	新生児（生後 28 日未満）		乳幼児（生後 28 日から７歳未満）		少年（7 歳から 18 歳未満）		計	
死亡※	0	0%	3	0.3%	2	0.2%	5	0.3%
重症	8	15.1%	4	0.5%	22	2.3%	34	1.8%
中等症	43	81.1%	184	20.5%	158	16.5%	385	20.2%
軽症	2	3.8%	706	78.5%	773	80.9%	1,481	**77.6%**
その他	0	0%	2	0.2%	1	0.1%	3	0.1%
計	53	100%	899	100%	956	100%	1,908	100.0%

※死亡数は、初診時において死亡が確認されたもの　　出典：令和４年版救急・救助の現況（消防庁）

（図表 7-3-24）救急車による搬送者（小児）の軽症割合



出典：令和４年度救急・救助の現況（消防庁）

6　災害時の小児医療体制

現在、県全体の災害医療体制については整備が進められていますが、小児医療分野に特化した災害時の体制は整備できていない状況にあり、今後の体制整備に向け、関係者と検討を進めているところです。

7　新興感染症の発生・まん延時の小児医療体制

新型コロナウイルス感染症のまん延時には、小児の感染者も多く発生し、平時の小児医療体制がひっ迫しました。

また、医療機関においてもクラスターが発生し、輪番制病院等による夜間・休日の外来診療等の小児救急医療体制の確保も困難となりました。

課題

1　医療情報提供体制

「こうちこども救急ダイヤル（＃8000）」は病院前の小児救急トリアージ（重症度や治療の緊急性などを判断）の役割を果たしており、小児救急医療の適正受診に繋がっています。限られた医療資源の中で小児救急医療を提供していくためには、今後もその利用について啓発するとともに、更なる利便性の向上に努める必要があります。

2　小児医療提供体制

（１）小児科医師の確保

小児科医師の不足と地域偏在により、救急医療体制をはじめ、学校医や乳幼児健診を担う医師が不足する等、小児医療体制の維持が困難な状況にあることから、県内で小児科の医師として勤務する意思のある学生、研修医等の確保に向けた体制を整えることが必要です。

（２）医療機関の連携

高次の小児医療は、中央保健医療圏の医療機関が担っており、各保健医療圏の一般小児医療施設や小児専門医療機関との連携が必要です。

また、県内で対応が困難な高度専門医療については、引き続き、県外の医療機関と連携していくことが必要です。

さらに、少子高齢化が進む中、医療機関が減少することで、医療へのアクセスが悪化し地域の小児患者の診療機会の確保が困難な地域が増加していくと考えられ、今後、周産期医療分野の保健医療圏の見直しの検討がされた場合は、小児医療の保健医療圏についても併せて検討が必要となります。

（３）専門医の育成・確保

県内の小児医療提供体制の維持、向上を図るためには、不足する小児科医師全体の数を確保することはもちろんのこと、小児の精神疾患や発達障害等の専門的な分野に対応できる医師の育成や確保を図る取組が必要です。

（４）障害のある子ども・医療的ケア児等への対応

医療的ケアの必要な障害児、発達障害児、被虐待児及び医療的ケア児の診療や、健やかな成長・発達には、小児医療従事者ばかりでなく、市町村、地域の保健師や助産師、スクールカウンセラー、訪問看護師など多職種が連携して継続的な支援を行っていくことが必要です。

また、医療的ケア児並びにその家族への支援については、保護者の負担を軽減するためのレスパイトの実施体制の確保や、緊急入院に対応できる医療機関との連携体制の更なる強化も必要です。

3　小児救急医療体制

（１）小児救急医療体制の確保

中央保健医療圏において、５ヶ所の公的病院の小児科勤務医師数は増加していますが、医師の高齢化が進んでいることや隣接する保健医療圏の患者への対応など、休日・夜間の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す。

また、安芸保健医療圏・幡多保健医療圏では、初期救急医療提供体制が十分でないことから、小児救急を担うあき総合病院と幡多けんみん病院の小児科医師への負担が過重になっており、この負担を軽減する対策が必要です。

さらに、令和６年４月より「医師の働き方改革」が導入され、時間外労働時間の上限規制も適用されることから、限られた医療資源（医師数）の中で小児救急医療体制を確保する必要があります。

（２）小児患者の症状に応じた対応が可能な体制の構築

小児患者については、病状に応じた対応が必要となりますが、県内の小児救急医療体制は脆弱であり、保健医療圏ごとに対応していくことは困難であることから、県全体で小児救急医療体制を確保していく方法を検討することが必要です。

4　適正受診

救急車による搬送患者や夜間の小児救急病院への受診者に軽症者が多いことから、適正受診について保護者の理解が得られるよう啓発していくことが必要です。

5　災害時の小児医療体制

災害時における関係者間での情報共有等の連携方法や、災害時小児周産期リエゾンの役割及び位置づけ等が明らかになっておらず、対応できる人材も不足しています。災害時において適切な小児医療を提供するため、災害時の小児医療体制の整備が必要です。

6　新興感染症の発生・まん延時の小児医療体制

新興感染症の発生・まん延時においては、小児の患者が多く発生するばかりでなく、小児医療従事者の確保も困難となるおそれがあり、そのような状況下の対応について検討が必要です。

対策

1　医療情報提供体制

県は、保護者の不安解消や適正受診を図るため、引き続き、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の利用を啓発していくとともに、更なる利便性の向上に向け、救急医療電話相談「高知家の救急医療電話（＃7119）」と連携し対応していきます。

2　小児医療提供体制の確保

（１）小児科医師の確保

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学生、研修医に対する貸付金の貸与や、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などにより、小児科医師の育成を支援し、確保を図るとともに、県外からの医師の招聘に向けて、県内の医師求人情報や医師のキャリアアップ支援策などの紹介、赴任する医師への研修修学金の貸与などを行います。

また、学校医や乳幼児健診を担う医師の確保についても検討していきます。

（２）医療機関の連携等

県及び医療機関は、県内の医療連携を推進することはもとより、県内では対応が困難な心疾患などの患者に対しては、県外の医療機関と連携し、速やかに受入れることができる医療機関を確保する体制を維持します。

また、アクセスが悪化する地域の小児患者の診療機会の確保のため、オンラインの診療体制について、「第７章第５節在宅医療」の取組と連携して検討していきます。

（３）専門医の育成・確保

県及び医療機関などは、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。

また、引き続き、高知ギルバーグ発達神経精神医学センターにおいて、発達障害に関する専門医師の養成やその他専門職による支援の技術力向上を図っていきます。

さらに、発達障害の専門的な診療機関がその機能を十分に活用できるようにするため、地域の医療機関、保健福祉機関、教育機関等による連携体制の構築についても継続して取り組んでいきます。

（４）障害のある子ども・医療的ケア児等への対応

障害のある子どもや、被虐待児及び医療的ケア児への対応として、行政機関、医療機関、保育所・学校等の多職種が連携して取組みを実施し、子どもの状況や成長に応じた支援ができるよう努めます。

また、医療的ケア児については、レスパイトの実施に向け医療的ケア児に対応できる訪問看護師等の確保や、緊急入院が必要となった場合に医療機関との連携を円滑に実施できるよう医療的ケア児コーディネーターの養成等、支援体制の強化に引き続き取り組みます。

3　小児救急体制の確保

（１） 小児救急体制の検討

県は、小児科医師の確保に努めるとともに、高知県小児医療体制検討会議において、二次保健医療圏の小児救急医療体制について引き続き検討します。

（２） 小児科医師の勤務環境の改善

県は、中央保健医療圏の小児科病院群輪番制病院の小児科機能を維持するため、その運営について支援します。併せて、同病院の救急勤務医師や、小児救急患者のトリアージを担当する看護師を設置する医療機関を支援します。

さらに、「医師の働き方改革」に適応できるよう、高知県医療勤務環境改善支援センターを設置し、高知労働局とも連携のうえ、医療機関からの相談への対応等、支援を行います。

（３） 小児患者の症状に応じた対応が可能な体制の構築

小児人口の減少を踏まえつつ、小児救急医療体制の充実・確保に向けて、高知県小児医療体制検討会議において課題や対策を検討します。

4　適正受診の推進

（１） 広報活動

県は、広報紙、新聞広告やテレビ広告などのメディアなどを活用した広報活動を行います。

（２） 講習会の開催

県は、小児の急病時に適切に対応できるよう、小児科医師による保護者や幼児教育施設の職員を対象とした講習会を開催します。

5　災害時の小児医療体制

災害時の小児医療体制の整備に向け、関係者と引き続き検討を進めます。

また、災害時小児周産期リエゾンの役割及び県の災害医療対策本部への位置づけを明確にするとともに、災害時の活動に向け、厚生労働省が実施する災害時小児周産期リエゾン養成研修の修了者等、災害時に対応できる人材を確保します。

6　新興感染症の発生・まん延時の小児医療体制

新興感染症の発生・まん延時への対応については、「第８章第３節　新興感染症を含む感染症」の取組と連携した新興感染症対策やオンライン診療等の活用など、小児医療体制の確保に向けた検討を進めていきます。

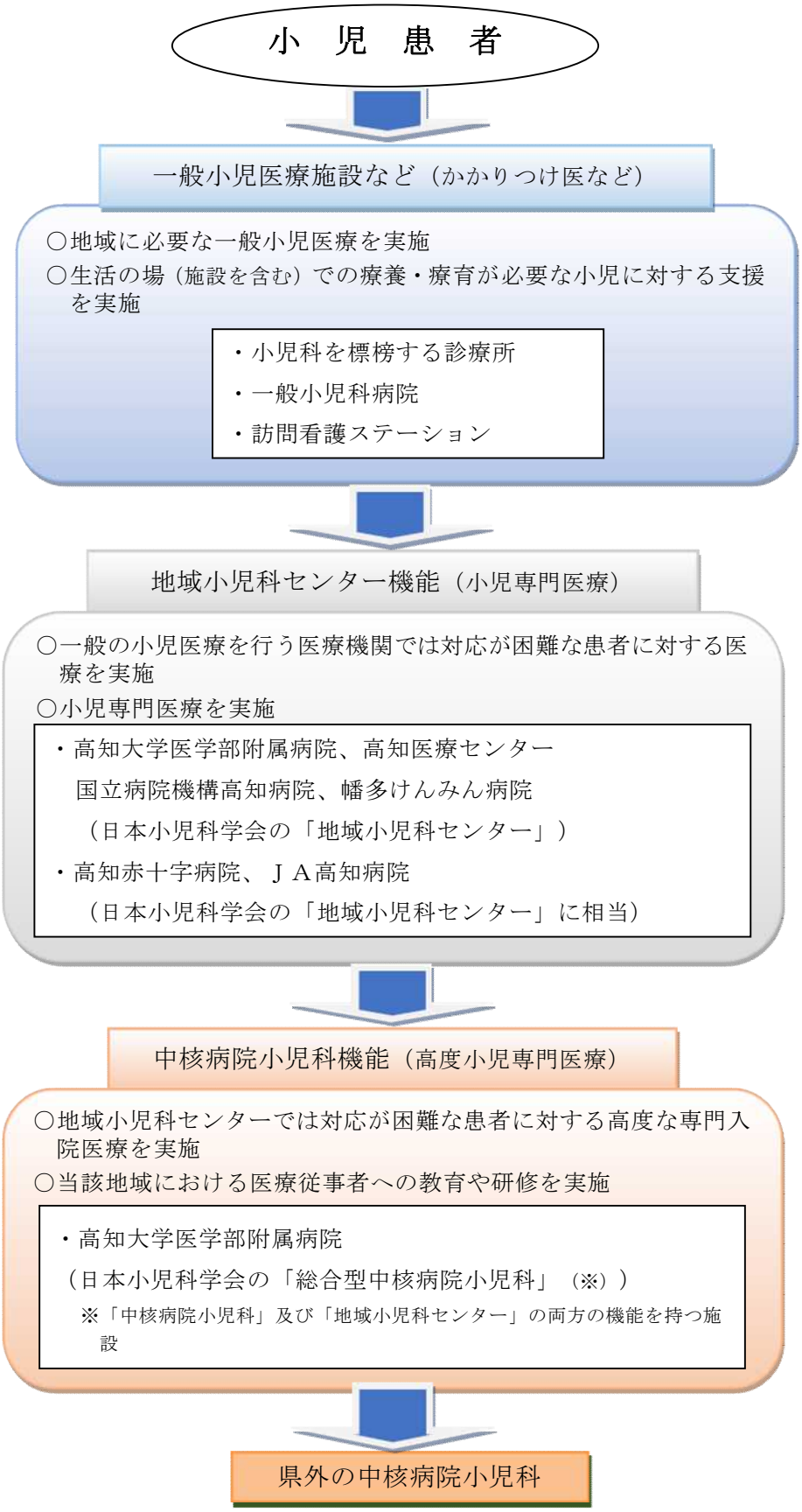
目標

区分	項目	直近値	目標	直近値の出典
S	小児科医師数	104 人	108 人以上 (令和８年度)※	令和２年 医師・歯科医師・ 薬剤師調査 (厚生労働省)
S	小児救急搬送の 軽症患者割合	77.6%	70%以下 (令和 11 年度)	令和４年版 救急・救助の現況 (消防庁)
P	輪番病院 深夜帯受診者 (一日当たり)	4.3 人	6 人以下 (令和 11 年度)	令和４年度 高知県医療政策課 調べ
S	安芸・中央・ 幡多保健医療圏の 小児救急体制	○高知市小児急患センター ○小児科病院群輪番制 ○あき総合病院及び幡多けんみん病院の小児救急	維　持 (毎年度)	
S	中央保健医療圏５輪番病院、あき総合病院及び幡多けんみん病院に勤務する小児科医師数	55 人	59 人以上 (令和８年度)※	令和４年度 高知県医療政策課 調べ

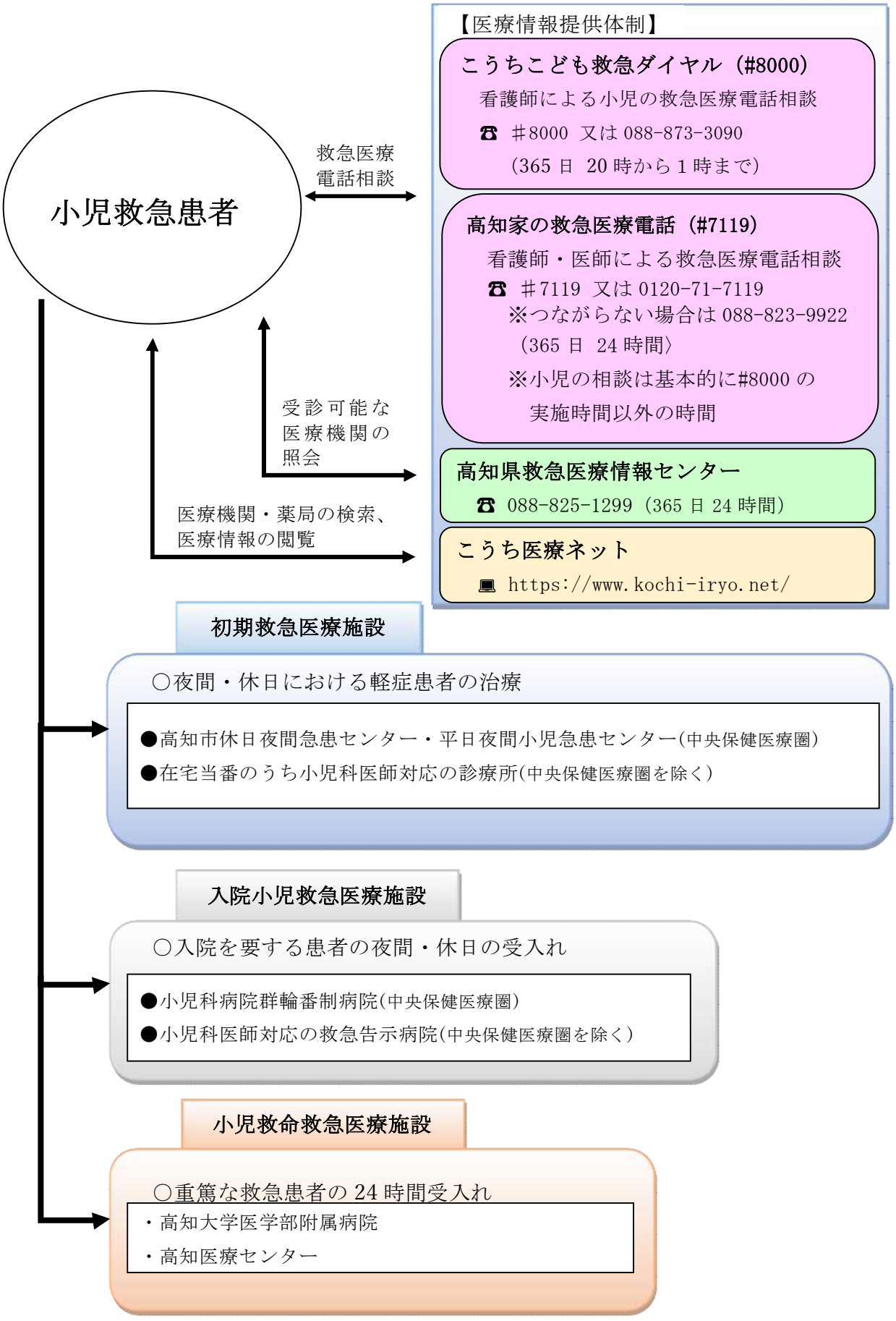
※「第４章第１節　医師（医師確保計画）」の目標に合わせ、中間見直し（令和８年度）までの目標として設定

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

（図表 7-3-25）小児医療の医療連携体制図



（図表 7-3-26）小児救急医療の医療連携体制図



＜参考＞ 医療機能別医療機関情報

小児医療機能別病院情報

○地域小児科センター（小児専門医療）

保健医療圏	医　療　機　関
中央（５）	高知大学医学部附属病院　　高知医療センター 国立病院機構高知病院 （日本小児科学会の「地域小児科センター」）
	高知赤十字病院　　ＪＡ高知病院 （日本小児科学会の「地域小児科センター」に相当）
幡多（１）	幡多けんみん病院（日本小児科学会の「地域小児科センター」）

○中核病院小児科（高度小児専門医療）

保健医療圏	医　療　機　関
中央（１）	高知大学医学部附属病院 （日本小児科学会の「総合型中核病院小児科」（※）） ※「中核病院小児科」及び「地域小児科センター」の両方の機能を持つ施設

救急医療機能別病院情報

○入院小児救急医療機関

・小児科病院群輪番制病院(中央保健医療圏)

保健医療圏	医　療　機　関
中央（５）	高知医療センター　　高知赤十字病院 高知大学医学部附属病院　　国立病院機構高知病院 ＪＡ高知病院

・小児科医師対応の救急告示病院（安芸・幡多保健医療圏）

保健医療圏	医　療　機　関
安芸（２）	あき総合病院　　田野病院
幡多（１）	幡多けんみん病院

○小児救命救急医療機関

保健医療圏	医　療　機　関
中央（２）	高知大学医学部附属病院　　高知医療センター

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。

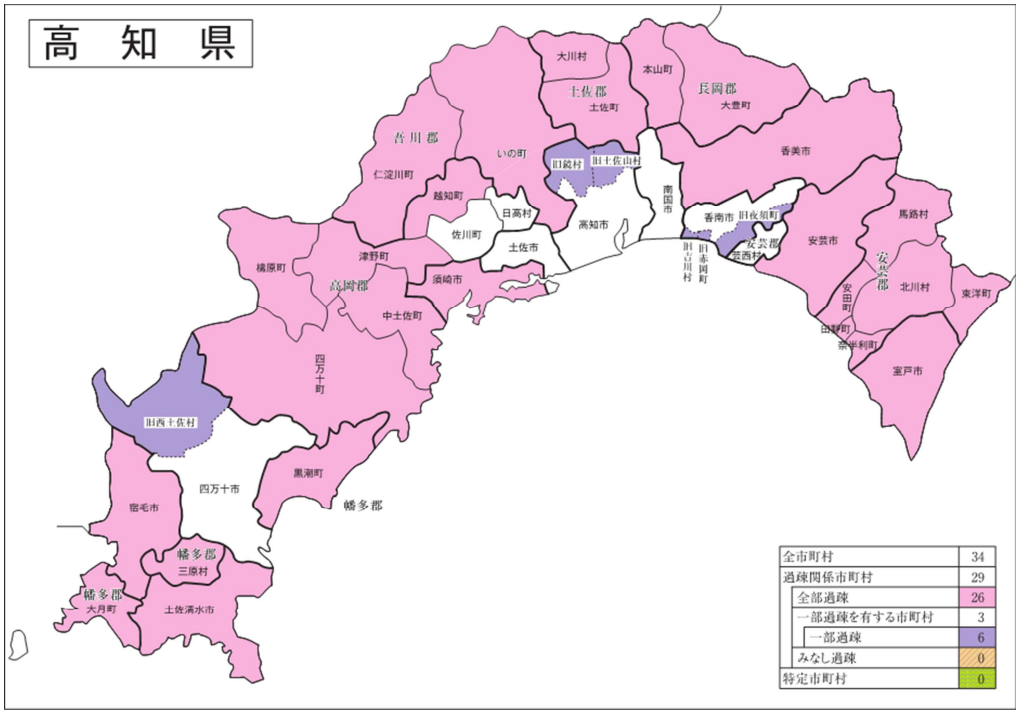
過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法では図表 7-4-1 に示す地域を過疎地域としていますが、本県では医師や医療機関が集中する高知市・南国市（一部、無医地区を除く。）以外の地域をへき地医療の対象地域と捉えて、へき地医療の確保に取り組んでいます。

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、共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４㎞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４㎞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



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

現状

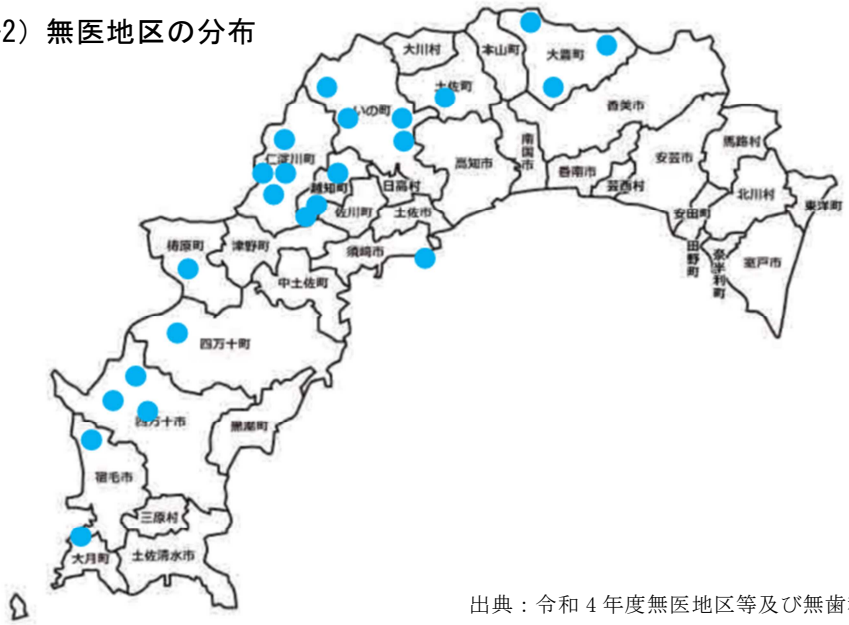
1　無医地区等の現状

無医地区は、11 市町村 23 地区（令和 4 年 10 月末）と、北海道、広島県、大分県、島根県、岩手県に次いで全国で 6 番目に多くなっています。準無医地区[注 3]は、9 市町村 17 地区（令和 4 年 10 月末）あり、近年、人口減少により無医地区から準無医地区となる地区が増加しています。無医地区や準無医地区（以下「無医地区等」という。）などにおける医療の提供については、比較的人口の多い地区には市町村やへき地医療拠点病院が無医地区巡回診療を行い、人口の少ない地区には市町村が患者輸送車やデマンド交通などにより最寄りの医療機関への移動支援を行っています。ただし、へき地医療拠点病院においては医師不足などの問題もあり、無医地区等における医療の継続は大変厳しい状況にあります。

無歯科医地区は、16 市町村に 46 地区（令和 4 年 10 月末）があり、県では、離島である鵜来島に暮らす住民に対して、毎年 6 月に 2 日間、宿毛市歯科医師会の協力を得て無歯科地区巡回診療を行っています(令和５年度実績　17 人の住民に対し､受診患者８人)。

（注 3）準無医地区：無医地区には該当しないが、特殊事情により無医地区に準じた医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議できる地区

（図表 7-4-2）無医地区の分布



出典：令和 4 年度無医地区等及び無歯科医地区等調査

（図表 7-4-3）無医地区巡回診療の状況

【へき地医療拠点病院】
　高知医療センター　　：大豊町久寿軒（月 1 回）
　県立あき総合病院　　：安芸市別役（2 ヶ月に 1 回）
　県立幡多けんみん病院：宿毛市鵜来島（月 1 回）
【県】
　離島歯科診療派遣　　：宿毛市鵜来島（年 2 日間）
【市町村】
　土佐町　　：石原（月 1 回）
　大豊町　　：立川（月 1 回）、西峰（月 1 回）

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るとともに、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。

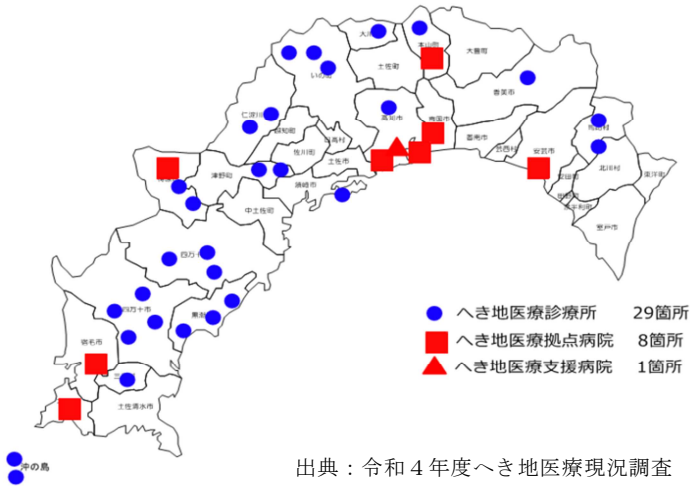
3　へき地医療拠点病院の現状

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



出典：令和４年度へき地医療現況調査

（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		
	香美市立大栃診療所	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									
	椋原町立松原診療所	椋原町			1	2	8									
	椋原町立四万川診療所	椋原町			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		
	四万十町大道へき地診療所	四万十町			1	0.25	3									
幡多(10)	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)	国民健康保険椋原歯科診療所	椋原町						○								

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)	椋原町立国民健康保険椋原病院	③	椋原町	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ています。

5　へき地医療を支援する機関等

（１）へき地医療支援機構

平成15年に県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

（２）へき地医療協議会

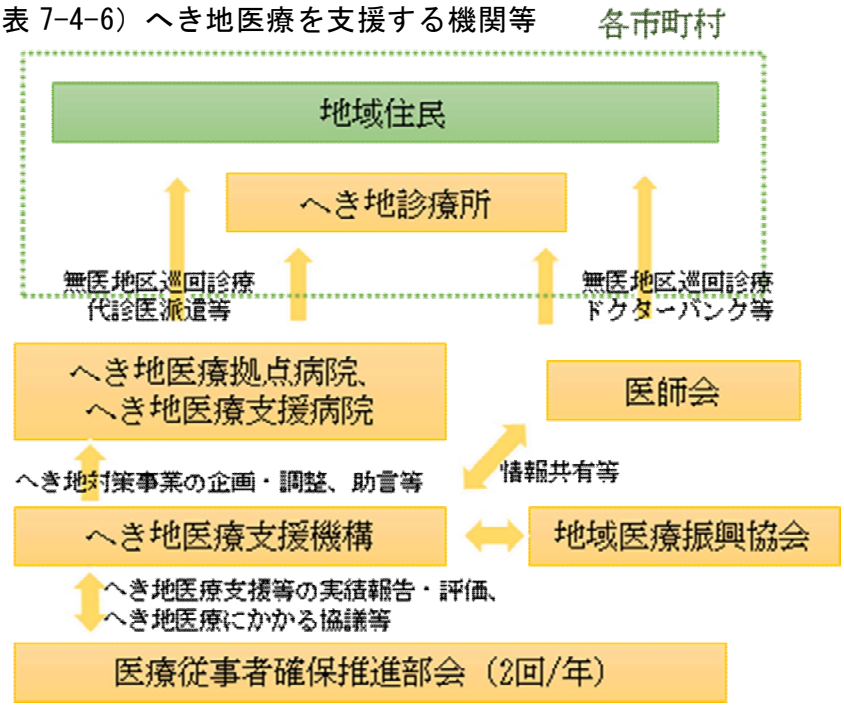
高知県へき地医療協議会は、へき地を抱え医師不足に悩む県内の市町村が、自治医科大学卒業医師の受入れにあたって、労働条件の均てん化や研修機会の確保などを目的に昭和 61 年に設立されました。

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。

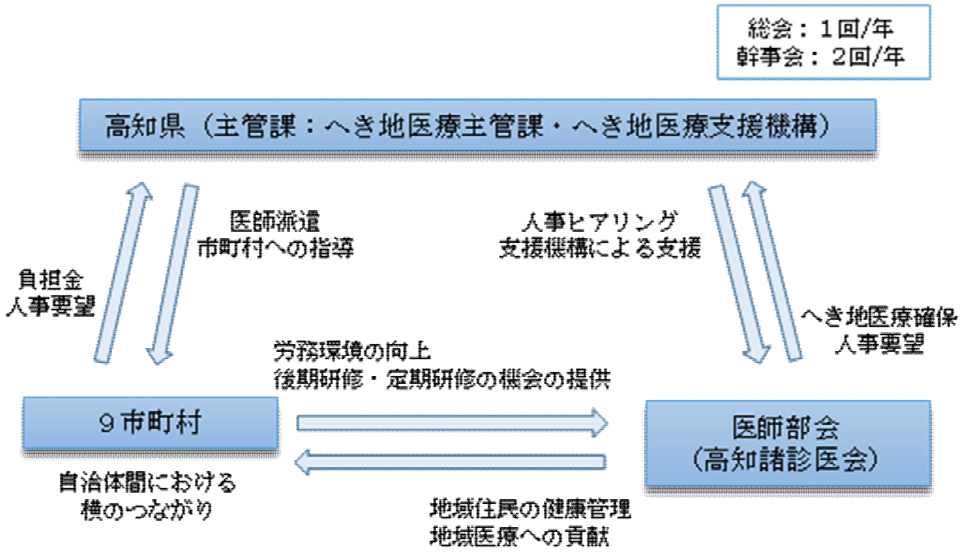
また、へき地診療所の勤務が無期限に続かないことを明確にし、一定期間勤務すれば、次の医師に円滑にバトンタッチできるよう配慮したり、医師個人のライフサイクルや家庭の事情などに合わせて、都市部とへき地勤務をある程度は融通をしながら行き来ができるよう調整しています。

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



（図表 7-4-7）高知県へき地医療協議会



（３）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。

（４）へき地医療支援病院

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、鵜来島では、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。健康診断を受診するための利便性向上や患者輸送の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生じた場合には、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、医療機関を受診するための負担軽減と利便性確保について、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っており、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以下の支援が必要です。

（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

県は、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、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、その役割を円滑に担えるよう、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ることから、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することで、搬送にかかる時間を短縮し、患者の救命率の向上と後遺障害の軽減を図るとともに、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、地域の救急医療維持を図ります。

（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、離島の鵜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、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するとともに、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。その際、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となっていることから、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(注４)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 4）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おり、県内だけでなく、県外大学等からも臨床研修医を招くことで、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整備した、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」により、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します。

また、特にへき地等への看護師等の確保のために、「看護師等養成奨学金」の貸付けを引き続き行います。

さらに、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し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	へき地診療所勤務医師の充足率	100%	100%	令和 4 年度 へき地医療現況調査
S	オンライン診療環境を整備している医療機関数	26 機関	66 機関	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）
P	無医地区・準無医地区への医療サービス提供率	67.5%	100%	令和 4 年度 無医地区等及び無歯科医地区等調査
S	総合診療専門研修プログラム修了者数	5 人	11 人	令和 5 年度 高知県医療政策課調べ

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	大栃診療所
	汗見川へき地診療所	国保小松診療所
	国保長沢診療所	国保大橋出張診療所
	国保越裏門出張診療所	国保大崎診療所
	国保仁淀診療所	
高幡（8）	浦ノ内診療所	四万川診療所
	松原診療所	大道へき地診療所
	国保杉ノ川診療所	国保姫野々診療所
	国保大正診療所	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
	沖の島へき地診療所弘瀬出張所	国保拳ノ川診療所
	国保鈴出張診療所	国保伊与喜出張診療所
	国保西土佐診療所	国保大宮出張診療所
	国保口屋内出張診療所	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）	梼原歯科診療所

○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	国立病院機構高知病院
	嶺北中央病院	高知大学医学部附属病院
高幡（1）	梼原病院	
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
		古江	101	62			0	0	0
	仁淀川町	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
		横畠	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
	梼原町	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
		安倉	13	8	0	0	0	0	0
中央	土佐町	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
		樫山	1	1	0	0	0	0	0
		椿山	6	5	0	0	0	0	0
	越知町	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	鵜来島	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
	越知町	明治	333	185
		横畠	172	94
		大桐	108	68
高幡	須崎市	池ノ浦	171	83
	梼原町	初瀬	106	62
		四万川	462	245
		松原	209	132
	四万十町	地吉、古城	260	61
		大道	106	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	龍ケ迫	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
		久江ノ上	38	26
中央	土佐町	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
		鵜来島	29	26
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いい、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、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。

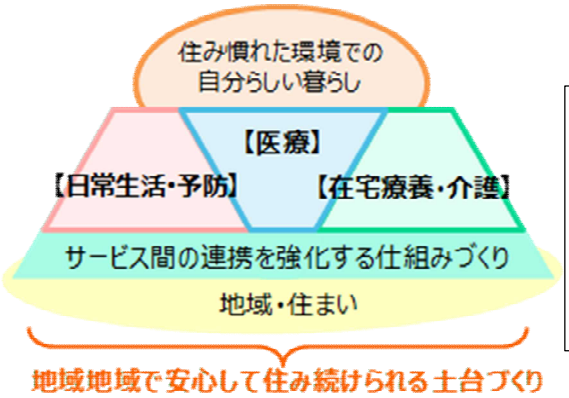
在宅医療が患者の日常生活を支える医療であるためには、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスが相互に補完しながら、関係機関が連携し、多職種協働による一体的なサービス提供体制を構築・維持することが求められています。

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

圏域		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。

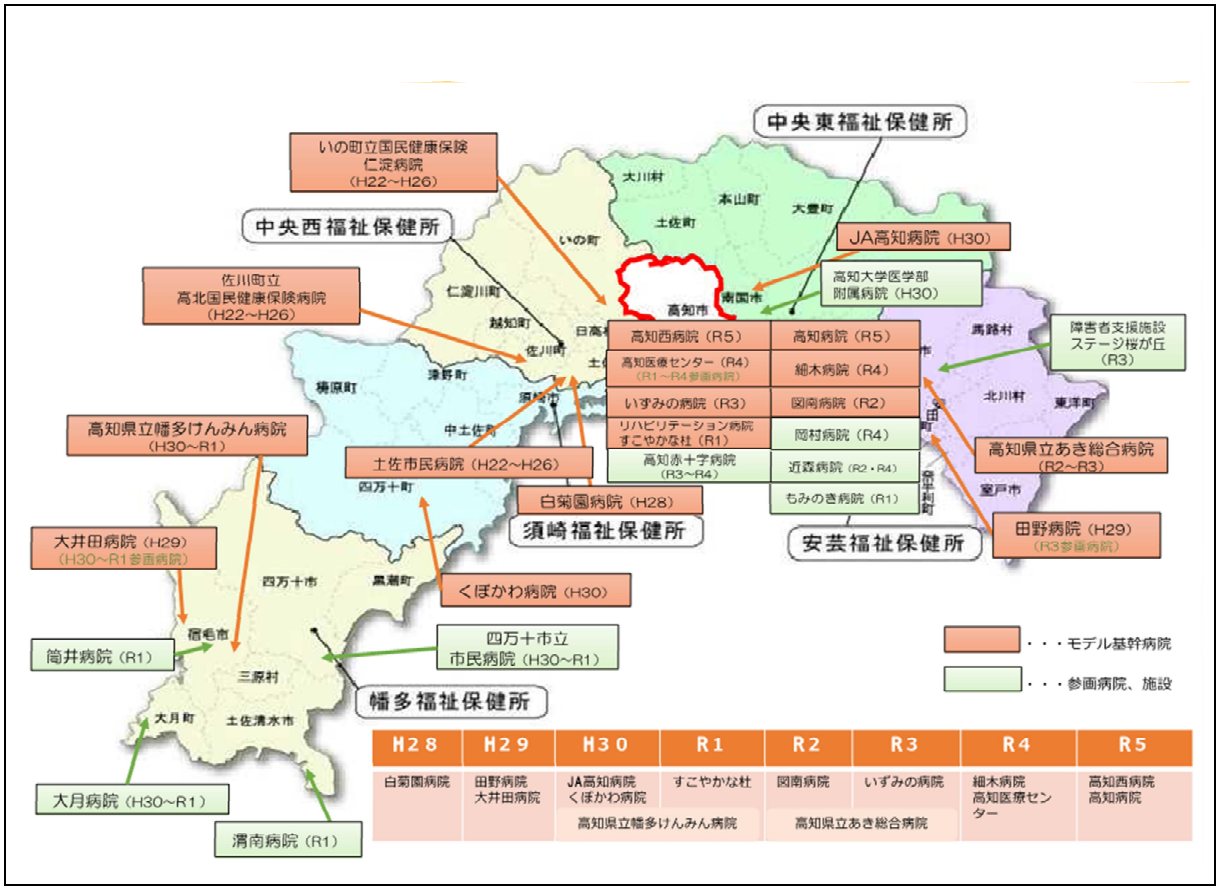
病院から地域移行の過程において、病院と地域の様々な多職種が患者の課題と目標を共有し、入院初期から退院後の生活を見据え、互いの持つ専門知識や資源を活用し早期の社会復帰及び在宅生活の安定に向けたケアを創造し実践していくことが望まれています。

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

圏域		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
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）

圏域		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

圏域		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

圏域		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

圏域		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

圏域		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）

圏域			安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
診療所	施設基準別	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	施設基準別	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み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ますが、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

圏域		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）

圏域		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

圏域		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

圏域		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）

圏域	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）

圏域		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

圏域		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

圏域		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提供）

（図表 7-5-20）保険薬局の在宅訪問実施状況（R4）

圏域	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
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

圏域		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)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	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、病気やけがで心身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

圏域		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

圏域		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

圏域		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

圏域		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

圏域		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

圏域		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

圏域		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）

圏域		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）

圏域		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一連の退院支援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は、立地に偏在がみられ、遠距離の訪問ではより経費がかかっています。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が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あるとともに、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。

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。さらに、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運用を推進します。

2　日常の療養支援

県は、医療関係団体と連携して、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、症状安定期において活用することにより、患者の受診時の負担軽減と医療の効率化と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確保を図ります。そのため、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、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するとともに、在宅医療を担う医療機関の間で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むとともに、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療従事者等の育成に取り組みます。

県は、訪問看護連絡協議会と連携して高知県訪問看護総合支援センターを設置し、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、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みます。

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みます。

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するとともに、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提供に努めます。

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るとともに、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みます。

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。

各地域に設置された地域包括ケア推進協議体等は、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でも、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、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みます。

県は、県民に、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、市町村と連携して人生会議についての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となる知識・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）

〇在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

（図表 7-5-31）在宅療養支援診療所

圏域	医　療　機　関	
安　芸	尾木医院	芸西オルソクリニック
	寿美医院	松本医院
中央東	赤岡医院	あけぼのクリニック
	さくら香美クリニック	田井医院
	寺田内科	藤川クリニック
	前田メディカルクリニック	
高知市	あおぞら診療所高知潮江	朝倉医療クリニック
	潮江診療所	内田脳神経外科
	帯屋町ハートクリニック	かもだの診療所
	くぼぞえ外科胃腸内科	こうち在宅医療クリニック
	福田心臓・消化器内科	藤井クリニック
	みなみ在宅クリニック	みなみの風診療所
中央西	伊与木クリニック	岡本内科
	橋本外科胃腸科内科	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	かなめ循環器内科在宅クリニック
	吉井クリニック	

＊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 7-5-32）在宅療養支援病院

圏域	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	川村病院
	高知厚生病院	高知生協病院
	高知西病院	島津病院
	竹下病院	近森オルソリハビリテーション病院
	図南病院	平田病院
	南病院	
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	高陵病院
	須崎くろしお病院	
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 7-5-33）在宅医療に必要な連携を担う拠点

圏域	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

施策		中間アウトカム		分野アウトカム	
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

施策		中間アウトカム	
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）
			指標：訪問看護サービス利用者数（月間・介護保険）
3	在宅支援に取り組む医療機関の確保		
	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		
	指標：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

施策	
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
	指標：急変時受入可能医療機関数
	指標：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

施策	
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：60 歳以上の県民が人生会議（ACP）を実施している割合

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
P	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	60 歳以上の県民が 人生会議（ACP)を実施 している割合	(参考値) 27.4%※1 38.5%※2	50%	70%	・下記調査における一般高齢者の回答を参考値とする。 ※1：令和５年度介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（高知市) ※２：令和４年度介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(仁淀川町) ・R8、R11 年度は高知県県民世論調査（予定）
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６節　歯科保健医療

歯と口の健康は、おいしく食べ・楽しく会話し・明るく笑える豊かな人生を送るための基礎となるものであり、子どもの頃から高齢期まで生涯にわたり歯と口の健康を保つことは、楽しく自分らしく、そして充実した人生を送るために重要です。

また、口腔衛生状態と誤嚥性肺炎の関係性や、歯周疾患と糖尿病等の全身疾患の関係性等が指摘されており、口腔の健康が全身の健康状態に影響することが明らかになっています。

生涯にわたり歯と口の健康を保つことは生活の質の向上に寄与することから、県民自らが歯と口の健康づくりに取り組む機運を一層醸成するとともに、生涯を通じた切れ目のない歯科保健医療対策を推進していく必要があります。

現状と課題

１　歯科保健医療の取組

県ではこれまでに、平成 23 年８月の「歯科口腔保健の推進に関する法律」施行に先立って、平成 23 年４月に「高知県歯と口の健康づくり条例」を施行し、条例に基づき「高知県歯と口の健康づくり基本計画（計画期間：平成 24 年度から平成 28 年度末）」を策定し歯科保健医療対策を推進してきました。

令和４年度からは第３期計画（計画期間：令和４年度から令和８年度）に基づき、「子どもの頃からの口腔機能向上及びむし歯・歯肉炎の予防」、「歯周病予防対策の推進」、「オーラルフレイル対策の推進」の３つのポイントを定め、取組を強化しています。

また、在宅医療における訪問歯科診療の体制強化、がん医療等周術期の口腔健康管理の充実や、糖尿病重症化予防のための医科歯科連携の推進、さらには災害時の歯科保健医療対策などについて、市町村や関係機関と連携を図りながら歯と口の健康づくりに取り組んでいます。

２　かかりつけ歯科医の普及

かかりつけ歯科医とは、患者のライフステージに応じた歯科疾患の治療と予防を含めた歯科医学的管理や指導を総合的に行うとともに、地域住民の健康増進に寄与するため、歯科医療のニーズに応じた適切な歯科保健サービスを提供することができる歯科医師のことを指します。

令和２年度高知県歯と口の健康づくり実態調査では、定期的に歯科健診を受けている者の割合が 62.4％と、平成 27 年度の 53.5％と比較して約９％高くなっており、かかりつけ歯科医を持つ県民が増えてきていることが伺えます。

３　訪問歯科医療の取組

病気やけがなどで、歯科診療所を受診することが困難な方でも、自宅や施設などで歯科医療を受けることができます。訪問歯科診療を実施するための施設基準の届出を行っている歯科診療所は、県内の歯科診療所の７割以上の 273 ヶ所あります。

訪問歯科診療は、在宅医療を支える医療機関や介護事業所等との連携を含めた地域完結型医療として医療体制を構築する必要があるため、口腔ケア等を担う歯科衛生士のマンパワーを充実させる必要があります。

4　年代や対象別の歯科保健医療

（１）妊娠期・胎児期

妊娠期には胎児の顎の中で乳歯と永久歯ができ始めており、この時期は必要な栄養素をバランス良く適切に摂ることが大切です。

また、母体ではホルモンバランスの変化に加え、つわりなどによる不十分な歯みがきや間食回数の増加により、むし歯や歯周病が進行しやすくなるため、将来、妊娠する可能性のある女性や妊婦に対する歯科疾患対策を推進する必要があります。

（２）乳幼児期から学齢期

乳歯が生える前の生後５か月頃から、食べる機能が発達・形成されていくので、適切な形態の離乳食を始めていく必要があります。

幼児期から学齢期は、顎や歯列が発達・形成されていくため、歯みがきの習慣化やよく噛んで食べることなど望ましい生活習慣を身につけることが重要です。

むし歯数は減少傾向にありますが、歯肉に炎症所見を有する者の割合は、ほぼ横ばい傾向にあり、学童期からの歯周病予防対策を進める必要があります。

（３）成人

成人期になると、全ての年代で進行した歯周炎を有する者が増加しており、50 歳代以降の各年代では７割以上の人に、歯周炎の症状がみられ、一人平均喪失歯数は、40 歳代後半から急増します。

成人になると、仕事や家庭など個人を取り巻く環境が変わり、学齢期のような定期的な歯科健診などを受けられる機会が少なくなるため、意識的に歯と口の健康管理を行うことが重要となります。

（４）高齢者

高齢期になると歯の喪失本数が多くなり、摂食・咀嚼・嚥下機能のほか全身的な身体機能の低下により、様々な問題が起きやすくなります。

また、複数の慢性疾患を持つ人の割合が多くなり、多剤を併用している人の割合が増加しますので、全身状態に応じた歯科治療と予防に努める必要があります。

（５）障害児（者）、要介護者

障害児（者）や要介護者においては、歯科疾患が重症化しやすいことや、必要な歯科保健サービスや歯科医療が本人や介護者などに認識されにくいという課題があります。

障害児（者）に対する歯科治療は専門医の対応が必要であり、中央保健医療圏では、平成９年度から高知県歯科医師会・歯科保健センターで、平成 17 年度からは歯科保健センター幡多分室の開設により幡多保健医療圏でも専門治療を実施しています。

また、従来の行動変容法による治療では困難な障害児（者）に対し、歯科保健センターにおいて、令和４年度から全身麻酔法による治療を開始しています。引き続き、利用者のニーズに対応できる診療体制の整備や地域の医療機関と歯科保健センターとの連携が求められています。

（６）へき地

山間部などのへき地や離島においては、通院が困難なため必要な歯科医療を受けにくい状況があります。さらに、中山間地域においては、人口減少や歯科医師の高齢化などにより、将来的に歯科医療提供体制の維持が困難になるおそれがあります。

（７）休日歯科医療

現在、日曜・祝日・年末年始の休日の歯科医療体制は、次表のとおり在宅当番医制によって確保されていますが、地域や時間が限られているため受診困難な場合があります。

（図表 7-6-1）休日歯科診療の状況

地区	開設形態など	場所	診療日	診療時間
県下全地区	休日等歯科診療 （高知市歯科医師会員を中心に県下全域の歯科医師会員の当番医制で実施）	総合あんしんセンター１階	日曜日・祝日 年末年始	午前９時から午後３時 ※12 月 29 日から１月３日は午前９時から正午
安芸地区	在宅当番医制 （安芸室戸地区歯科医師会員の当番医制で実施）	各歯科医院	ゴールデンウィーク及び年末年始	午前９時から正午
高岡地区	在宅当番医制 （高岡地区歯科医師会員の当番医制で実施）	各歯科医院	年末年始	午前９時から正午
幡多地区	在宅当番医制 （幡多地区歯科医師会員の当番医制で実施）	各歯科医院	年末年始	午前９時から正午

（８）災害時

南海トラフ地震等大規模災害時には、情報伝達が困難な状況や歯科保健医療に必要な人員が不足することが予想されるため、大規模災害時に必要な歯科保健医療サービスを提供できる体制を強化する必要があります。さらに、災害時の歯科保健医療活動が円滑に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が必要です。

対策

１　歯科保健医療推進体制の構築

県は、高知県歯と口の健康づくり条例第 13 条に基づく「高知県歯と口の健康づくり推進協議会」を設置し、歯と口の健康づくりに関する施策の実施状況についての評価・検討及び進捗管理や、関係者間の連携及び協働の推進等を行います。

また、福祉保健所管内ごとに歯科保健地域連絡会を設置し、それぞれの地域の実情に応じた歯科保健事業を実施します。

加えて、令和６年度から歯科医師会などと連携し、歯科医師確保による歯科医療提供体制の維持に向けた取組を実施します。

2　かかりつけ歯科医の普及

県及び歯科医師会は、引き続き、かかりつけ歯科医の重要性と必要性について、県民へ啓発します。

3　訪問歯科医療の取組

県は歯科医師会などと連携して、訪問歯科診療が可能な歯科医療従事者の育成を進めます。

また、病気やけがなどで通院が困難な場合でも、居宅や施設などで歯科医療・保健サービスが受けられることや、歯と口の健康の大切さについて啓発するとともに、在宅歯科連携室の活用により訪問歯科診療のニーズに対応していきます。

4　年代や対象別の歯科保健医療

（１）妊娠期・胎児期

県は歯科医師会や市町村などと連携して、妊婦歯科健診の受診率向上や歯科保健指導等の取組を支援するとともに、歯周病が早産・低出生体重児の出産に影響を及ぼすことや、妊娠期の歯周病予防が重要であること等の啓発を行います。

（２）乳幼児期から学齢期

県は歯科医師会や市町村などと連携して、食育を推進するなかで、噛むことの大切さと望ましい食事等について啓発します。

また、効果的なむし歯予防法として、保育所、幼稚園、学校へのフッ化物洗口導入及びフォローアップに向けた支援を行い、歯科口腔保健に係る児童・生徒の健康格差の縮小に努めます。更に、むし歯・歯肉炎予防のため、教育委員会と連携し、学校での歯みがき指導に加え、デンタルフロス等の歯間部清掃用具を使用した口腔清掃の実施を推進します。

（３）成人

県は歯科医師会や歯科衛生士会と連携して、40 歳代における進行した歯周炎を有する者の減少や 60 歳で 24 本以上の歯をもつ者の増加などを目標に、マスメディア等を活用して、歯周病予防の重要性や定期的な歯科健診受診、全身疾患との関連性等を周知します。

また、かかりつけの歯科医療機関をもち、定期的に歯科健診を受けることの普及啓発を行います。

（４）高齢者

県は市町村や関係団体などと連携して、高齢者が日常生活を送る中で無理なく口腔及び全身機能を向上させ、健康寿命延伸に繋げられるようオーラルフレイル予防対策を推進します。

また、市町村が行う通いの場での介護予防の取り組みなどの状況を把握し、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の職員に対して、介護予防に関するスキルアップ研修を実施します。

（5）障害児（者）、要介護者

県は歯科医師会などと連携して、障害児通所支援事業所、特別養護老人ホームなどにおいて、障害児（者）・入所児（者）への歯科健診及び施設職員などへの口腔ケア・食事介助指導を推進します。

また、在宅歯科連携室での相談事業や、在宅歯科医療に関わる多職種間の連携を促進します。そのほか、歯科医師会、歯科衛生士会などの関係団体と連携し、介護に従事する職員などに対して、在宅歯科医療の必要性を啓発するとともに、歯科医療従事者などに対して訪問歯科医療に係る研修会などを実施し、資質の向上を図ります。

（図表 7-6-2）在宅歯科連携室

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

（6）へき地

県は歯科医師会などと連携して、離島（鵜来島）への離島歯科診療班を定期的に派遣する体制を維持します。

また、中山間地域における歯科医師確保の取組を進め、歯科医療提供体制の維持を図ります。

（7）休日歯科医療

休日の救急歯科診療体制を確保するため、高知県歯科医師会等と連携しながら、休日等歯科診療所や在宅当番医制の運営等を支援します。

（8）災害時

県は、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、高知県災害時医療救護計画や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。

※詳細は、第３期高知県歯と口の健康づくり基本計画の第３章に記載

目標

区分	項目	直近値	目標（令和８年度）
O	むし歯のない３歳児の割合	89.0%（注１）	92%以上
O	一人平均むし歯数 12 歳（永久歯） 17 歳（永久歯）	 0.50 本（注 2） 1.82 本（注 2）	 0.5 本以下 1.5 本以下
O	歯肉に炎症所見を有する者の割合 12 歳 17 歳	 24.0%（注 2） 20.0%（注 2）	 20%以下 20%以下
O	20 歳代における歯肉に炎症を有する者の割合	62.1%（注 3）	50%以下
O	40 歳代における進行した歯周炎（４mm 以上の歯周ポケットあり）を有する者の割合	68.7%（注 3）	50%以下
O	60 歳で自分の歯を 24 本以上有する者の割合	70.1%（注 4）	80%以上
O	80 歳で自分の歯を 20 本以上有する者の割合	56.7%（注 4）	60%以上
P	定期的に歯科健診を受けている者の割合（17 歳以上）	62.4%（注 3）	70%以上

※目標数値・目標年度については、「第３期高知県歯と口の健康づくり基本計画」に基づく
（注 1）令和４年度３歳児歯科健康診査（高知県）
（注 2）令和４年度高知県学校歯科保健調査（高知県歯科医師会）
（注 3）令和２度高知県歯と口の健康づくり実態調査（高知県）
（注 4）令和２度高知県歯と口の健康づくり実態調査をもとに智歯を加味して再集計したもの

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

第７節　移植医療等

第１　臓器移植

臓器移植とは、重い病気や事故などにより臓器の機能が低下した人に、他者の健康な臓器と取り替えて機能を回復させる医療です。

平成９年10月に「臓器の移植に関する法律」が施行され、脳死状態の方からの臓器（心臓・肺・肝臓・腎臓・すい臓・小腸・眼球）の移植が可能となりました。

また、平成22年７月の法改正では、本人の臓器提供の意思が不明な場合も、家族の承諾があれば臓器提供ができ、15歳未満の者からの脳死下での臓器提供もできるようになりました。

日本で臓器の移植を希望して待機している方はおよそ16,000人ですが、それに対して移植を受けられる方は年間およそ400人です。臓器移植には、第三者の善意による臓器の提供が必要であることから、意思表示の方法が拡充されるとともに臓器提供への理解を促す取組が行われています。

現状と課題

１　腎移植希望登録者数などの推移

臓器提供の意思表示については、意思表示カードに加え、平成19年３月から日本臓器移植ネットワークの公式サイトにおいて、インターネットによる臓器提供意思登録ができるようになりました。

また、平成22年には運転免許証や保険証に意思表示欄が設けられ、さらには、平成28年１月から交付が開始された個人番号カード（マイナンバーカード）にも意思表示欄が設けられたことで、県民一人ひとりの意思表示が可能となりました。

しかしながら、令和３年度に内閣府が行った調査では、意思表示をしている人の割合は１割程度にとどまっています。県内における腎移植の例を見ても、腎臓提供者数、移植例数ともに増加していない状況にあります。

（図表7-7-1）臓器提供の意思に関する調査結果　　調査該当数＝1705人

	している	していない	無回答
意思表示の有無	10.2%	87.9%	1.9%

	健康保険証	運転免許証	意思表示カード	マイナンバーカード	インターネットの臓器提供意思登録システム	いずれも知らなかった	無回答
意思表示方法の認知度	63.5%	61.9%	34.4%	18.9%	1.6%	10.3%	1.7%

	関心がある	関心がない	未回答
臓器提供の関心の有無	65.5%	30.9%	3.6%

出典：「移植医療に関する世論調査」（内閣府）

（図表7-7-2）高知県の腎移植希望登録者数・提供者数・移植例数の推移
（脳死下・心肺停止下）

年　別	R1	R2	R3	R4
移植希望登録者（人）	59	66	70	65
提供者数（人）	1	0	0	0
移植例数（件）	2	0	1	0

出典：日本臓器移植ネットワークホームページ（令和４年12月31日現在）

（図表7-7-3）全国の腎移植希望登録者数・提供者数・移植例数の推移
（脳死下・心肺停止下）

年　別	R1	R2	R3	R4
移植希望登録者（人）	12,505	13,163	13,738	14,080
提供者数（人）	111	65	79	112
移植例数（件）	216	127	148	215

出典：日本臓器移植ネットワークホームページ（令和４年12月31日現在）

2　臓器提供の推進体制

臓器提供は、的確な脳死判定を行うことはもちろん、脳死やこれに近い状態の患者家族への情報提供や支援を行うことが重要です。このため、情報提供を行う医療関係者の理解と資質の向上及び医療機関の体制整備を進める必要があります。

本県における臓器移植を推進するため、昭和63年に設立された高知県腎バンク協会では、平成７年に臓器移植コーディネーターを配置し、病院内の臓器提供に関する体制整備をする臓器移植院内コーディネーターに対して研修などの支援を行っています。

臓器提供に関係する団体などは次のとおりとなっています。

（１）高知県腎バンク協会

県民の移植医療についての理解を深めるために、普及啓発活動や公開講座を開くなどの取組を行っています。

（２）臓器移植コーディネーター（県内１人）

県民や医療関係者に対する普及啓発活動、臓器移植に関わる医療機関及び搬送機関などの調整など、臓器提供を円滑に行うための取組を行っています。

（３）臓器移植院内コーディネーター[注1]（県内30人/15病院：令和５年６月末現在）

臓器移植コーディネーターと連携し、病院職員への院内研修の実施などによる移植医療の普及啓発活動、院内における臓器提供希望者などの移植情報の収集、臓器移植希望者などからの相談などの初期対応を行っています。

（注1）臓器移植院内コーディネーター：医療従事者に対する臓器移植医療の普及啓発を推進するとともに、県民の臓器移植の意思が的確に生かされる環境を整備することにより、県内における臓器移植の円滑な実施及び普及推進を図ることを目的として、県が県内の臓器移植関連医療機関内に置いたコーディネーター

（４）ＮＰＯ法人高知アイバンク

眼球（角膜）提供の普及啓発、献眼登録、斡旋などの活動を行っています。

３　県内の医療提供施設

県内の移植医療の関係施設は次のとおりです。

県内では、平成11年に我が国で初めてとなる脳死下における臓器提供が行われて以来、６件の提供が行われています。

（図表7-7-4）脳死下臓器提供施設と事例　　令和５年６月現在

医　療　施　設	摘　出　事　例
高知赤十字病院	平成11年２月　全国で初めての脳死下における臓器提供 平成18年12月　２例目（全国50例目）の脳死下における臓器提供
高知医療センター	平成24年２月　３例目（全国162例目）の脳死下における臓器提供
高知大学医学部附属病院	該当なし
近森病院	該当なし

・平成24年２月、４例目（全国167例目）脳死下における臓器提供（家族の希望により医療施設は非公開）
・平成25年、　５例目（家族の希望により非公開）
・平成28年６月、６例目（全国382例目）脳死下における臓器提供（家族の希望により医療施設は非公開）

（図表7-7-5）移植実施施設

医療施設	可能な移植
高知医療センター	腎移植
高知大学医学部附属病院	角膜移植

４　献眼の状況

献眼登録者数、献眼者数ともに増加していない状況にあることから、献眼者やご家族の理解と協力を一層深めることが重要です。

（図表7-7-6）高知県における献眼登録者数と献眼者数の推移

年　　度	R1	R2	R3	R4
新規献眼登録者数（人）	13	1	3	1
献眼者数（人）	3	2	1	2

出典：ＮＰＯ法人高知アイバンク調べ

対策

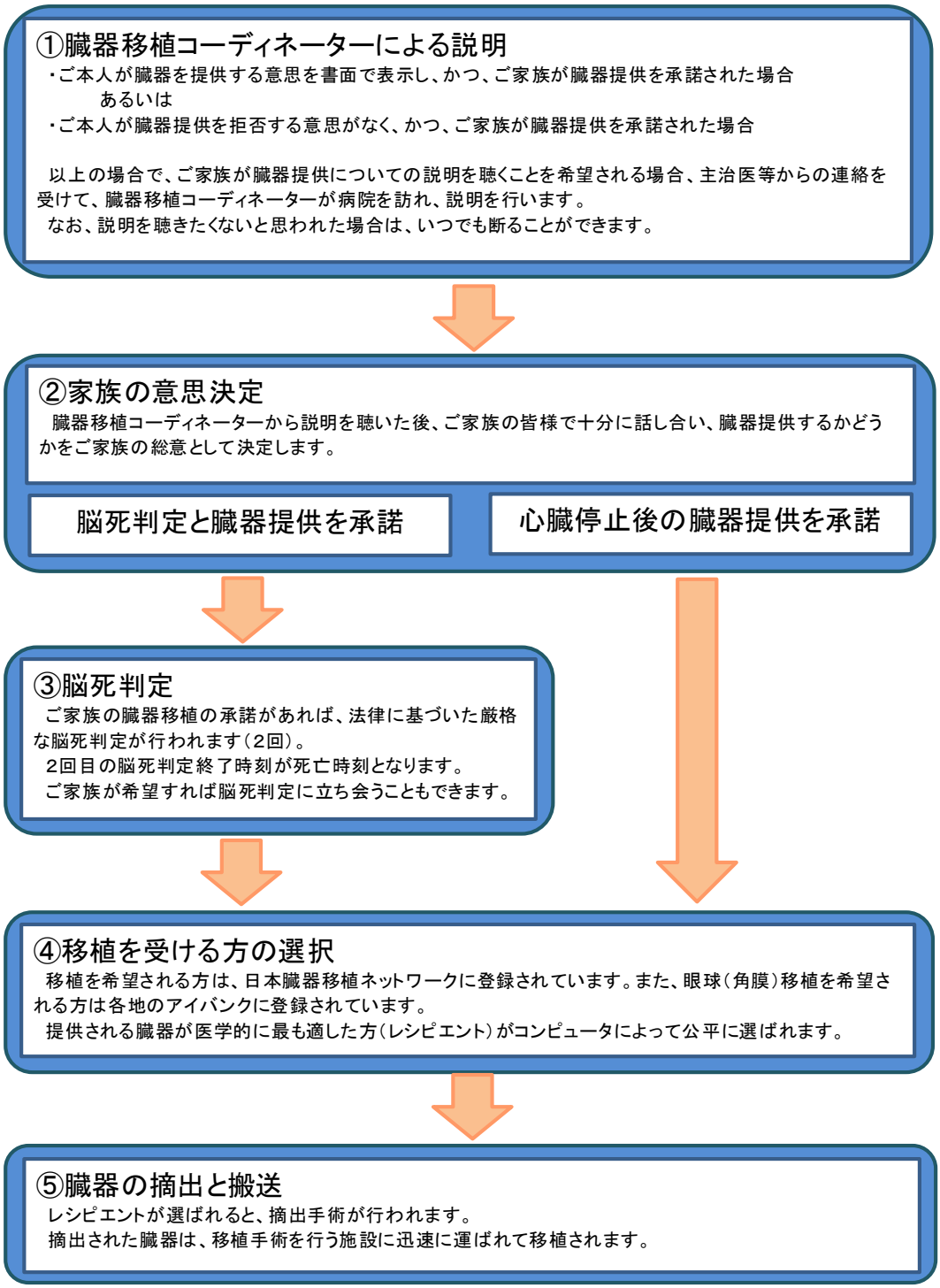
１　県民に対する啓発活動の強化

県は、日本臓器移植ネットワーク、高知県腎バンク協会など関係団体と協力して、街頭キャンペーンや講演会などを開催し、県民に対する正しい知識の啓発を行います。あわせて、臓器提供者の意思が尊重されるよう運転免許証、保険証及びマイナンバーカードに設けられた意思表示欄や、インターネットによる臓器提供意思登録制度など制度についての周知を行います。

2　臓器移植院内コーディネーターの育成

医療関係者が臓器移植の正しい理解を深め一層の協力を得られるよう、医療機関で調整にあたる臓器移植院内コーディネーターを対象とする研修会を行います。

＜参考＞　臓器提供の流れ



第２　骨髄移植・末梢血幹細胞移植

骨髄移植及び末梢血幹細胞移植は、白血病や再生不良性貧血などの難治性血液疾患のため、正常な造血機能を失った造血幹細胞を、健康な方の造血幹細胞と入れ替え、造血機能を回復させる治療法です。

現状と課題

１　骨髄移植ドナー登録者及び移植希望者

骨髄移植・末梢血幹細胞移植の対象となる主な病気は、白血病、再生不良性貧血、先天性免疫不全症、一部の先天性代謝異常疾患です。移植を成功させるためには、患者（骨髄移植希望者）とドナー（骨髄提供者）のＨＬＡ型といわれる白血球の型を一致させる必要があります。このＨＬＡ型は、両親からの遺伝子を受継ぐため、兄弟姉妹間では約４分の１の確率で適合ドナーが見つかりますが、日本では年間約2,000人の方が骨髄バンクによる非血縁者間の骨髄移植を希望している現状があり、一人でも多くのドナー登録が必要です。

高知県赤十字血液センター献血ルーム「ハートピアやまもも」での登録実績は年間約40人程度です。近年、支援団体等のご協力により県内各地で行っている登録会では、多くの方に登録いただいており、高知県は令和５年３月末現在、人口１千人当たりのドナー登録者数は15.38人[注1]と全国第11位となっています。

（注１）公益財団法人日本骨髄バンク調べ　20～54歳人口１千人あたりの登録者数

（図表 7-7-7）ドナー登録者数の推移　　単位：人

年度	R1	R2	R3	R4
高知県	468	81	75	86
全国	47,655	27,218	32,371	34,507

出典：高知県骨髄バンク推進協議会、公益財団法人日本骨髄バンク調べ

２　認定施設

県内でドナーの骨髄採取・移植手術の可能な医療施設は、高知大学医学部附属病院及び高知医療センターであり、令和５年３月末までの移植例数は125件、適合確認のための骨髄細胞の採取件数は119件となっています。

対策

１　普及啓発の推進

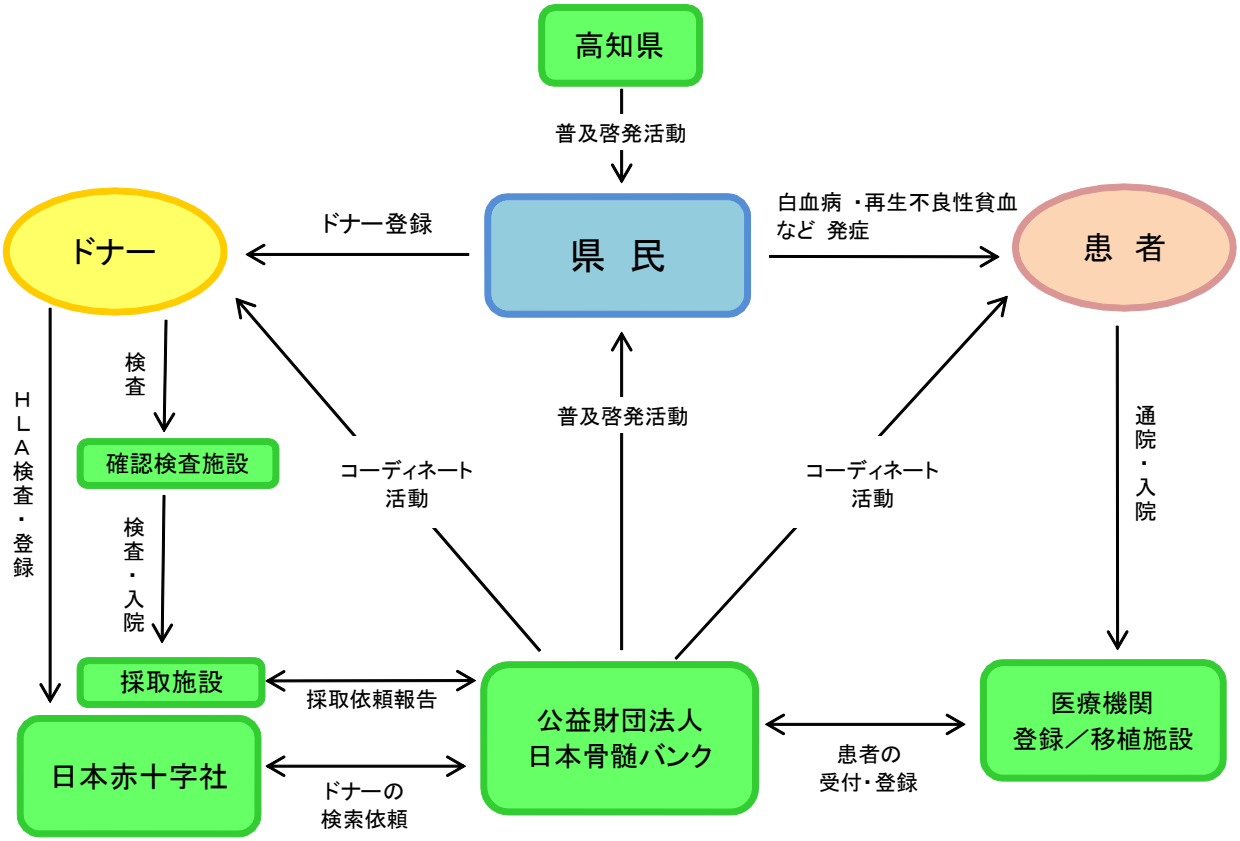
高知県骨髄バンク推進協議会、公益財団法人日本骨髄バンク、高知県赤十字血液センターなどの関係機関と連携して、県民に対して、ドナー登録制度や骨髄提供について、イベント活動等を通じて普及啓発を行います。

また、多くの県民にドナー登録をしていただくために、福祉保健所（安芸、須崎、幡多）や高知県赤十字血液センター献血ルーム「ハートピアやまもも」での登録について、広報活動を行うとともに、県内各地において、骨髄バンクドナー登録会、献血併行型ドナー登録会を開催します。

2　ドナー（骨髄提供者）への支援

ドナー候補者となった場合、経済的な理由や勤務先の理解が得られないこと等により、ドナーとなることを断念している現状があることから、ドナーの経済的負担の軽減や提供しやすい環境づくりのため、県及び市町村が連携し、補助制度等の支援を行っていきます。令和５年６月末現在では、17市町が「高知県骨髄・末梢血幹細胞移植促進事業補助金助成制度」を制定しています。

＜参考＞骨髄移植体制図



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。

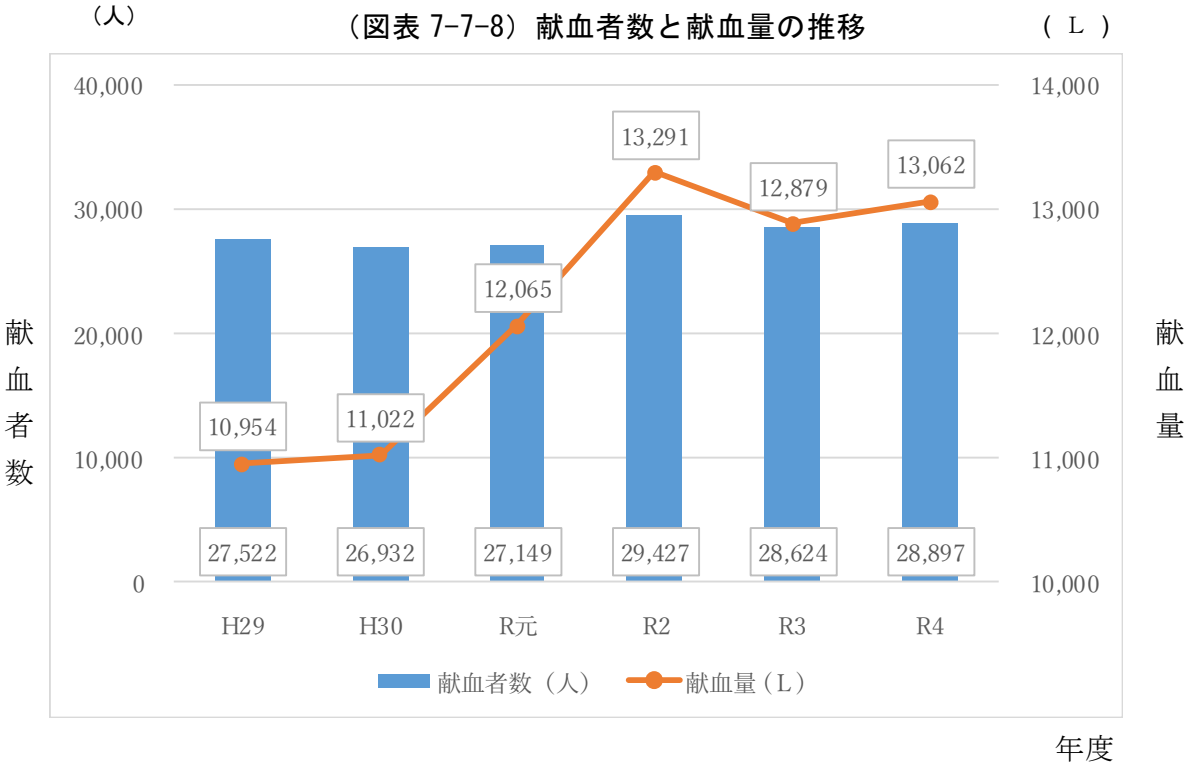
現状

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。

（図表 7-7-8）献血者数と献血量の推移



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 7-7-9）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

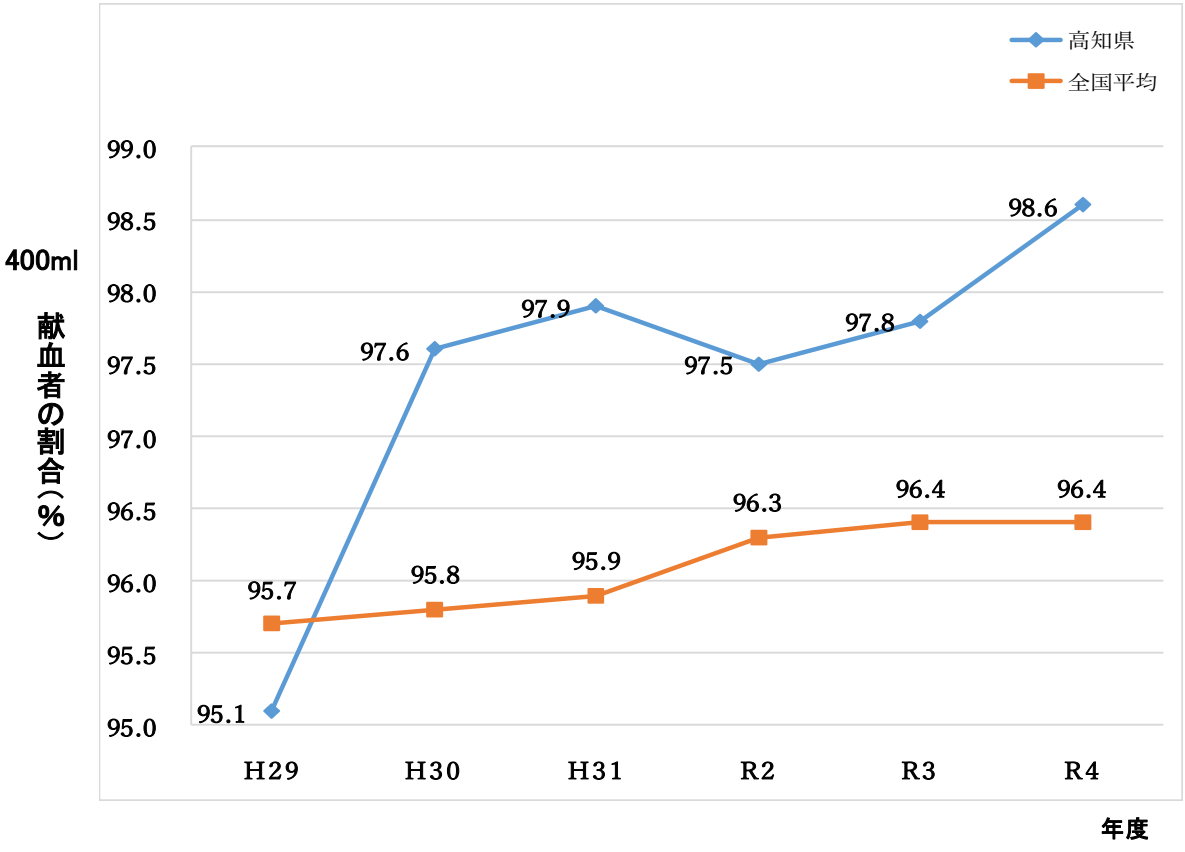
出典：高知県赤十字血液センター調べ

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や一人の人に輸血する際の血液製剤数（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、移動採血車での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 7-7-10）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 7-7-11）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８節　難病

原因が不明で、治療方法が確立していない、いわゆる難病のうち、原因究明や治療方法の解明等を目的として、厚生労働大臣が定めた疾病を対象に、医療費の一部公費負担をしています。

難病は、長期の療養生活を余儀なくされ、症状も多岐にわたるため、地域で安心して療養生活及び日常生活を送るためには、診断や治療ができる専門の医療機関の確保及び患者や家族の相談先の確保が重要です。

さらに、疾病の特性や個々の状況に応じた多様なニーズに対応するために、保健・医療・福祉・介護・労働等の関係機関と情報共有し、連携を図りながら総合的な取り組みを進める必要があります。

現状と課題

１　医療費の助成

難病のうち、患者数が本邦において一定の人数に達しないこと及び客観的な診断基準が確立していることの要件を満たすものについて、指定難病として医療費の助成を行い、患者の経済的な負担軽減を図っています。

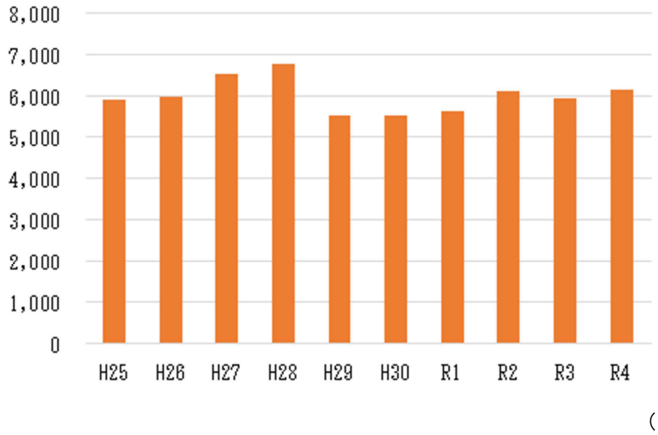
特定医療費受給者証交付件数は、ほぼ横ばいで推移しており、令和５年３月末時点で6,152件となっています。指定難病の対象疾病数は、令和３年11月から338疾病に増えていますが、現在、厚生労働省の厚生科学審議会において指定難病の選定検討がなされているところであり、今後も対象疾病数が増えることが予想されています。

そのため、医療関係者等による申請勧奨漏れが生じないよう、特定医療費制度の周知・広報・手続き事務を円滑に行うことが求められます。

また、「難病の患者に対する医療等に関する法律」（平成26年法律第50号。以下、「難病法」という。）が令和４年12月に改正され、医療費助成の開始時期を申請日時点から重症化時点に遡り可能とする仕組みや、マイナンバー連携を活用した登録者証の登録・発行による福祉・就労等の各種支援を円滑に利用できる仕組みが創設されました。

今後は、難病法の改正内容に基づいた取り組みが必要です。

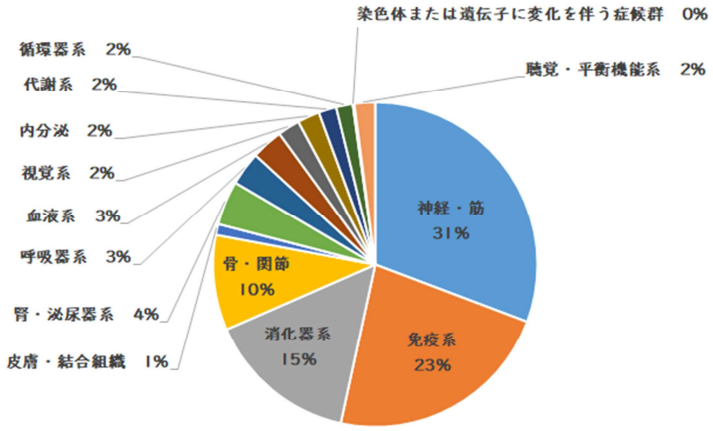
（図表 7-8-1）特定医療費受給者証交付件数の推移



（H25年度までは特定疾患治療研究事業受給者証交付件数、H26年度からは特定医療費受給者証交付件数）

※平成27年1月～平成29年9月は経過措置により患者数が増大

（図表 7-8-2）疾患群別の特定医療費受給者証交付割合（令和５年３月末現在）



（図表 7-8-3）特定医療費受給者証の年代別交付件数　　各年度末時点

年度	高知県	20 歳未満	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳以上
R２	6,213	21	248	376	718	858	1,164	2,828
R３	6,045	15	241	354	672	855	1,127	2,781
R４	6,152	14	260	349	677	898	1,101	2,853

（図表 7-8-4）特定医療費受給件数の状況　　令和５年３月末現在

受給状況＼圏域	安芸	中央	高幡	幡多	総数
特定医療費受給件数	430	4,533	494	695	6,152
うち軽症者特例該当	56	526	61	79	722
うち人工呼吸器等装着者（24 時間離脱不可）	3	29	4	3	39

（図表 7-8-5）指定医療機関の状況　　令和５年３月末現在

医療機関＼圏域	安芸	中央	高幡	幡多	総数
病院・診療所	27	297	26	44	394
歯科	3	38	4	5	50
薬局	30	283	28	42	383
訪問看護	6	72	2	8	88

（図表 7-8-6）難病指定医・協力難病指定医の状況　令和５年３月末現在

圏域／指定医	安芸	中央	高幡	幡多	総数
難病指定医	50	870	50	75	1,045
協力難病指定医	2	62	9	11	84
合　計	52	932	59	86	1,129

2　地域における保健・医療・福祉・介護の連携と充実

難病は、希少かつ多様であり、長期の療養が必要となるため、身近な地域での療養が求められます。難病患者及び家族が安心して住み慣れた地域で療養生活を送れるよう、県では、保健・医療・福祉・介護などの関係機関と連携した、地域における包括的な療養支援体制の構築に取り組んでいます。

とりわけ、医療提供については、専門医とかかりつけ医の連携を促進し、病病連携、病診連携等が充実するよう難病医療ネットワークの構築を進めています。順次、「難病診療連携拠点病院」「難病診療分野別拠点病院」を指定し、「難病医療協力病院」を登録することで、難病の医療提供体制を整備しています。

また、拠点病院である高知大学医学部附属病院には、「高知県難病診療連携コーディネーター」を配置し、かかりつけ医の診断支援や医療従事者、介護従事者等関係者からの難病医療に関する相談、調整等の対応を行っています。

（図表 7-8-7）県内の難病医療提供体制　令和５年８月末現在

区　分	役　割　と　機　能	医療機関
拠点病院	・高度の医療を必要とする患者の受入 ・基幹協力病院、一般協力病院・診療所、地域の医療機関への指導と助言 ・難病診療連携コーディネーターの配置	高知大学医学部附属病院

神経・筋疾患分野（旧：神経難病医療ネットワーク事業）

区　分	役　割　と　機　能	医療機関
拠点病院	・高度の医療を必要とする患者の受入 ・基幹協力病院、一般協力病院・診療所、地域の医療機関への指導と助言	高知大学医学部附属病院
基幹協力病院	・一般協力病院・診療所及び福祉保健所・保健所等からの要請に応じ、重症患者を受入 ・一時入院のための病床確保への協力 ・患者のかかりつけ医、福祉施設への指導と助言	あき総合病院 南国病院 近森病院 いずみの病院 島本病院 図南病院 須崎くろしお病院 幡多けんみん病院
一般協力病院・診療所	・拠点病院、基幹協力病院及び福祉保健所からの要請に応じ、患者の受入と訪問診療など ・患者のかかりつけ医、福祉施設への指導と助言	安芸保健医療圏　3 中央保健医療圏　13 高幡保健医療圏　3 幡多保健医療圏　5

免疫分野

区　分	役　割　と　機　能	医療機関
拠点病院	・高度の医療を必要とする患者の受入 ・基幹協力病院、一般協力病院・診療所、地域の医療機関への指導と助言	国立病院機構 高知病院

また、個別ケースへの支援や関係機関との連携を通じて、地域の現状・課題について協議することを目的とした難病対策地域協議会を県及び福祉保健所単位で設置しています。

そのほか、安定した療養生活の確保とその介護者の福祉の向上を図ることを目的とした「在宅難病患者一時入院事業」や、看護職員を対象に、重症神経難病患者の入院治療環境及び在宅ケアの質の向上を図るとともに、看護職員の連携強化によるネットワーク化につなげることを目的とした「神経難病医療従事者研修」等を実施しています。

高齢の難病患者の増加や介護者の高齢化、病気の進行による医療や介護ニーズの増大にともない、地域における支援体制の強化がより一層求められています。

一方で、利用できる社会資源に地域偏在があり、住み慣れた地域での療養が難しくなるケースもあります。また、障害者総合支援法に基づくサービスの利用、相談支援専門員の障害・福祉分野との連携強化も求められています。

そのため、保健・医療・福祉・介護の総合的な支援体制の強化を図るとともに、多様な症状や病状の進行度に応じた意志決定支援やサービス調整を行いながら、個々のケースの状況に応じた支援を展開できるよう、支援者間の密な連携が必要です。

3　相談・支援体制

難病患者は治療を受けるうえで、病気や症状に関すること、将来に対する不安、治療費や生活費のこと、就労に関すること等多くの心配事を抱えています。

福祉保健所及び保健所では、医療費助成の申請の際や家庭訪問で、難病患者やその家族からの相談を受けています。さらに、「こうち難病相談支援センター」では、保健師等の難病支援専門員やピアサポーター（注１）に気軽に相談できる体制を整えています。

特に、難病相談支援センターでは、県内全域を対象に疾病やテーマ別での医療学習会や交流会、サロン、就労相談会などを開催し、患者同士の交流や就労、学びや、社会参加の促進によるＱＯＬの向上を図っています。

ほかにも、県では、地震や風水害などの災害に備えた取り組みを推進しています。特に、人工呼吸器などの医療機器の使用中断が生命の維持に関わる方に対しては、発災時にも医療ケアが継続できるよう、医療機関やサービス事業所とともに、市町村の災害時個別支援計画の作成や訓練を通じた体制づくりを支援しています。

近年、難病相談支援センターでは、新規就労や就労継続等に関する相談を一定数受け付けており、難病患者就職サポーターや産業保健総合支援センター等の就労支援機関と連携した治療と仕事の両立に向けた対策の充実が求められています。

また、小児慢性特定疾病児童等の成人期に向けた支援と成人後の各種支援との連携強化が望まれており、教育機関と連携して、自立支援事業を強化し、切れ目ない支援を行うことが必要です。

（注１）ピアサポーター：同じ職業や障害を持っているなど、患者・家族と同じ立場にある仲間同士のサポーター

（図表 7-8-8）福祉保健所及び保健所の難病患者訪問相談・指導等実施状況 （延件数：人）

年度／件数	R2	R3	R4
訪問相談・指導（うち診療件数）	257（4）	219（3）	293（5）
面接・電話・メール	3,607	4,286	4,122
ケース会（回）	43	50	44
交流会	5	18	27

出典：高知県健康対策課調べ

（図表 7-8-9）難病相談支援センター相談状況 （延人数：人）

年度／件数	R2	R3	R4
相談対応（面接・電話・メール）	406	338	279
うち、ピアサポーター相談	24	19	16
うち、就労に関する相談	41	47	18
相談会・交流会・学習会・研修会	329	230	343
うち、ピアサポーター養成研修・フォローアップ研修	29	24	20
サロンの利用	186	246	276

出典：高知県健康対策課調べ

対策

1　医療費の助成制度の周知と適正な運用

指定疾病数の増加に伴い、医療関係者等の申請勧奨漏れが生じないよう、特定医療費制度の周知・広報を行います。

また、臨床調査個人票の記載方法や、診断等を行う難病指定医等関係者の制度理解が進むよう、難病指定医オンライン研修や様々な機会を活用して、制度の最新状況について情報提供していきます。

2　地域における保健・医療・福祉・介護の連携と充実

難病患者の早期診断等に資するよう、分野別の拠点病院の拡充に努めます。

また、住み慣れた地域での療養生活を支えるため、保健・医療・介護・福祉の関係機関が連携し、各地域の実情に応じた包括的な支援体制の強化に努めます。そのためにも、難病診療連携コーディネーターを中心とした専門医とかかりつけ医の連携を継続するとともに、個々のケースの状況に応じた支援を展開するため、現在実施している研修等の広報の工夫等により参加者の拡大を図り、支援者のスキルアップを行います。

さらに、福祉保健所や保健所において、医学的指導等を目的に実施している訪問相談・指導事業等の活用による在宅医療ケアの地域偏在解消など、長期療養の支援体制の充実に向けて取り組んでいきます。

3　相談・支援体制の整備

患者・家族の療養上の相談に応じ、必要な支援を行えるよう福祉保健所や保健所による相談や家庭訪問、交流会等の実施を継続します。

また、難病相談支援センターでは、難病患者就職サポーター等と連携した就労支援を含む各種支援の機能強化を図り、社会参加等の促進等を含む QOL の向上に向けた支援を行います。

さらに、難病相談支援センターに配置している小児慢性特定疾病児童等自立支援員や福祉保健所において教育や療育機関と連携して、小児期から成人期への移行にあたり切れ目のない支援体制の構築に努めます。

※ 難病の患者への災害時の支援については、「第８章第２節　災害時における医療」の「在宅難病等患者及び人工透析者の医療救護」に記載しています。

第９節　高齢化に伴い増加する疾患対策

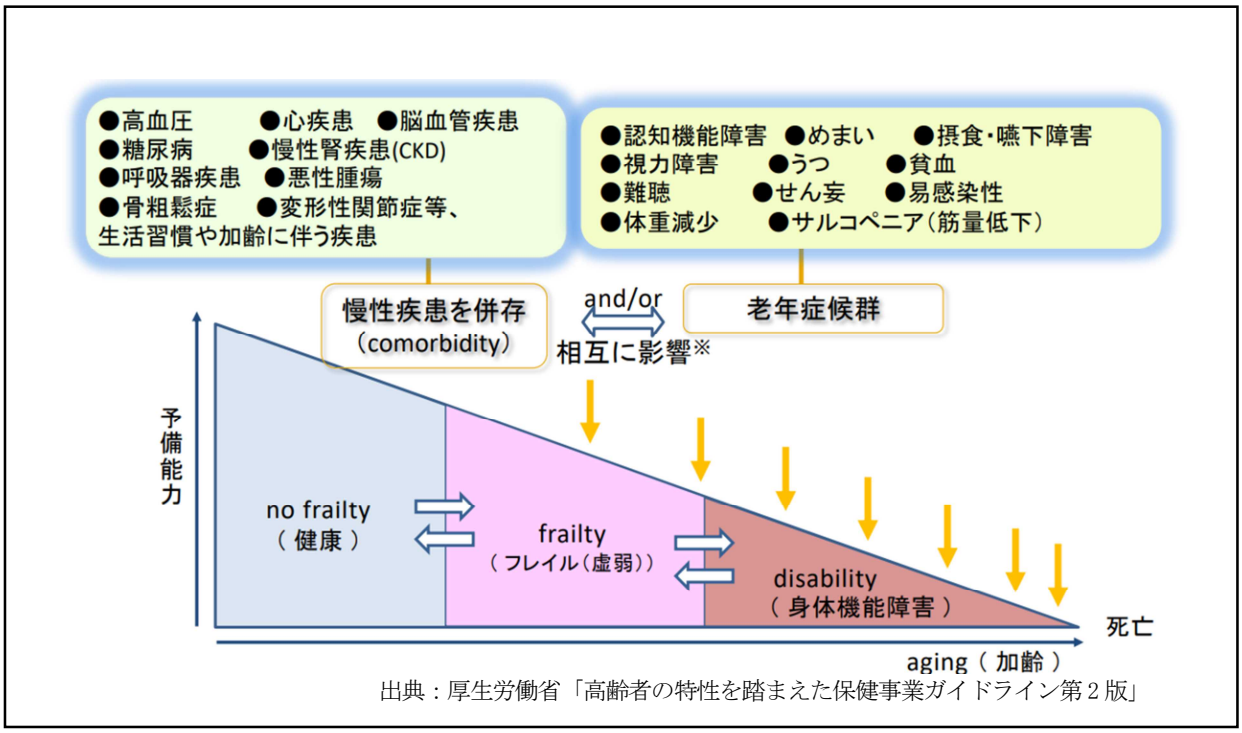
加齢に伴って、視覚や聴覚、味覚などの五感に加えて、平衡感覚や運動能力、免疫機能など幅広く心身機能の低下が生じるといわれています。これらの機能低下は、成人期早期から徐々に進む自然な変化ではありますが、高齢期には日常生活に影響を及ぼすほどの機能低下が起こりうる場合があり、この状態のことをフレイル（虚弱）といいます。

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関係する「身体的フレイル」、うつ状態や認知機能低下などが関係する「精神的フレイル」、ひきこもりや孤立などが関係する「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。

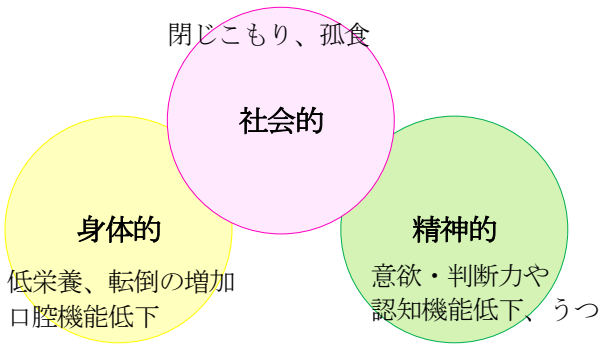
一方で、フレイルが進行すると、転倒による股関節や脊椎の骨折、嚥下・摂食機能低下による誤嚥性肺炎などを起こすリスクが高まり、これら疾患が起点となって長期入院や要介護状態に至る可能性があります。

（図表 7-9-1）高齢者の健康状態の特性等について

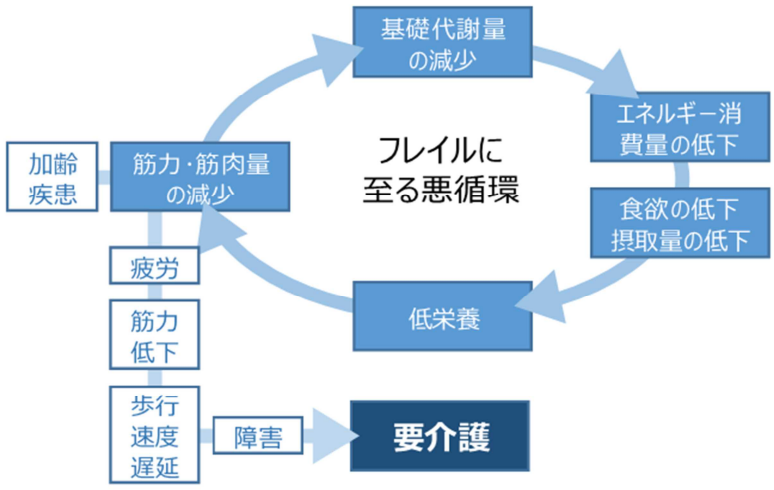


出典：厚生労働省「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第２版」

（図表 7-9-2）フレイルの分類

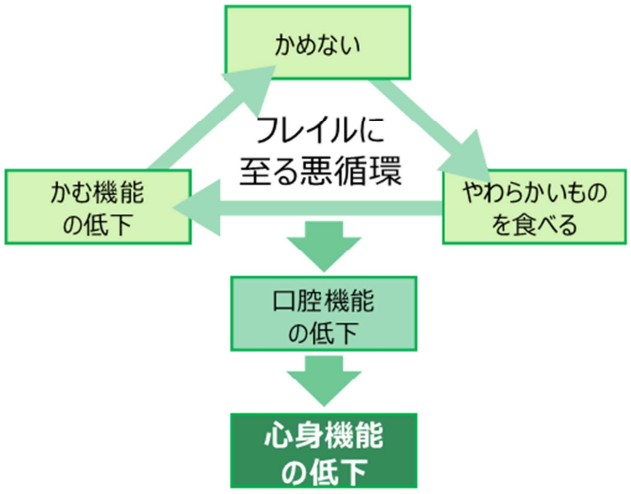


（図表 7-9-3）身体的フレイルに至る悪循環



出典：J Gerontol A Biol Sci Med Sci.2008 Sep;63(9):984-90.（改変）

（図表 7-9-4）オーラルフレイルと口腔機能の関係



出典：東京都健康長寿医療センター　平野浩彦：作図

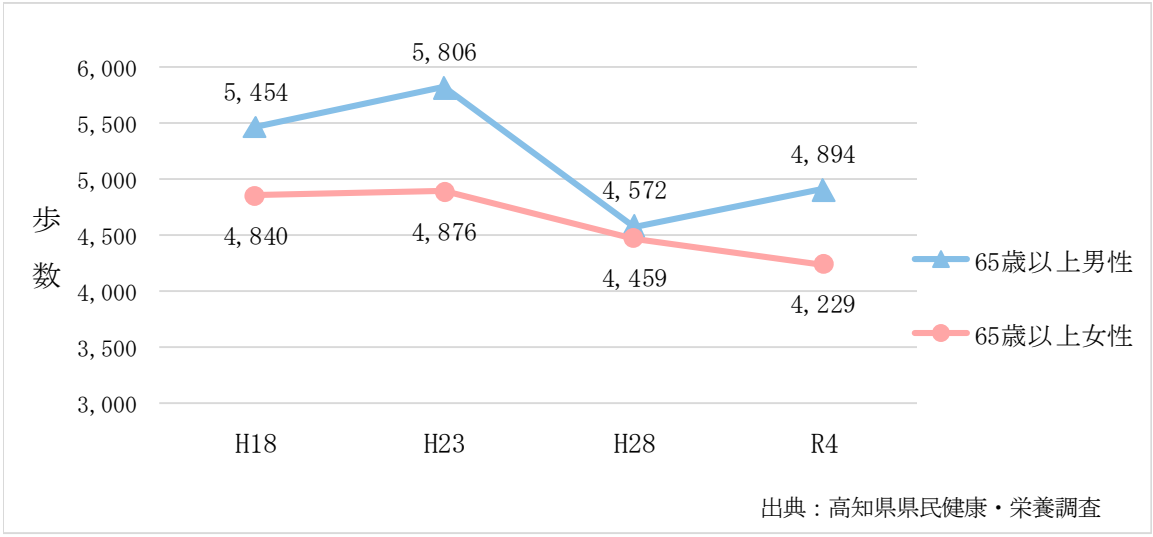
現状

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。65 歳以上の低栄養傾向の者（BMI≦20kg/㎡）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。

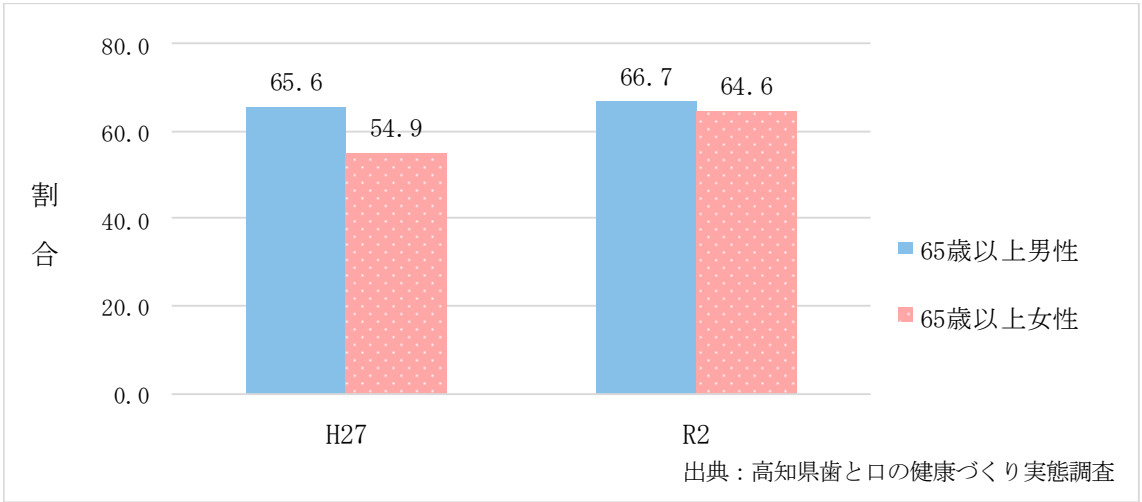
また、令和２年度高知県歯と口の健康づくり実態調査によると、65 歳以上で自分の歯を 20 本以上有する者の割合は、男性 66.7%、女性 64.6%となっており、平成 27 年度の前回調査と比較すると男女とも増加しています。

（図表 7-9-5）65 歳以上の日常生活における歩数の推移



出典：高知県県民健康・栄養調査

（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



出典：高知県歯と口の健康づくり実態調査

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。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。

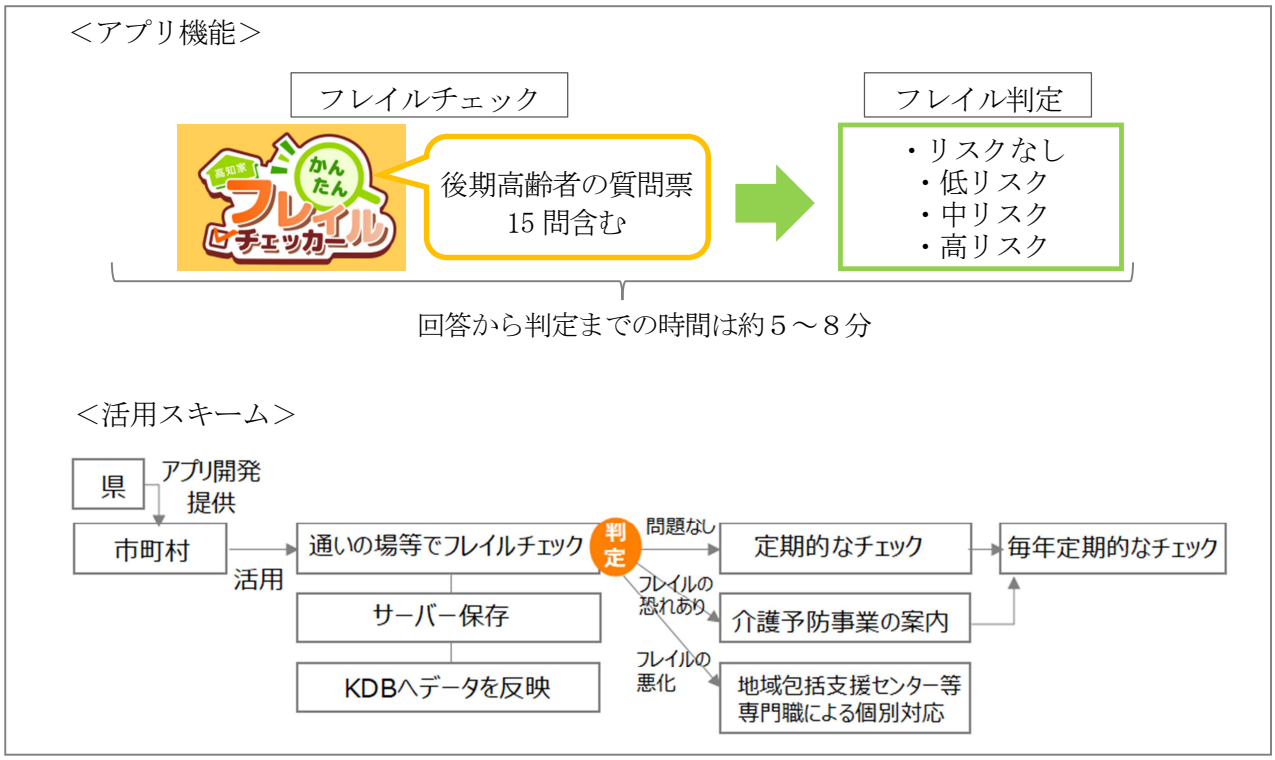
また、県は、令和２年にフレイル予防推進ガイドラインを策定し、その中でフレイルチェックの方法やフレイル予防活動の具体的な先進事例を紹介するなど、取り組みの重要性を市町村及び関係機関に周知しています。

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」が一部施行され、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」が開始されました。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。

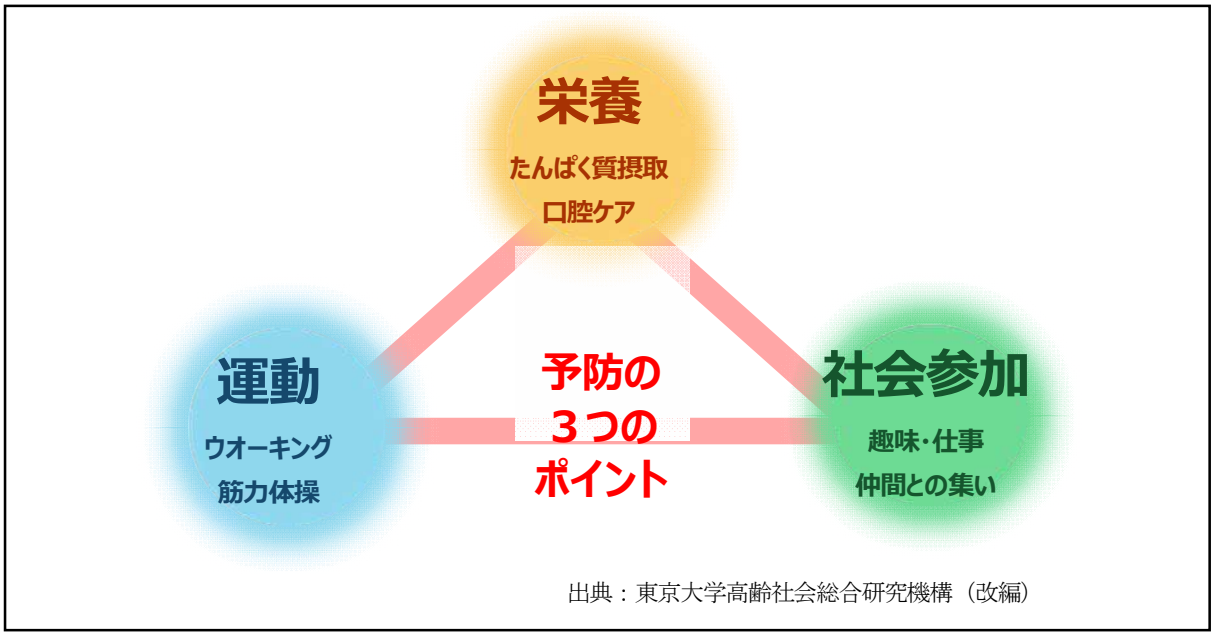
県は、多くの高齢者がフレイルチェックを受けることができる環境を整備するため、高知家フレイルチェッカーを活用した官民協働によるフレイルチェック体制の拡大を目指します。

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



出典：東京大学高齢社会総合研究機構（改編）

＜フレイルリスクに応じた対策＞

1 身体的フレイル等への対応

（1）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オーキングの普及に取り組みます。

（2）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。

（3）口腔機能の向上

県は、通いの場における介護予防の取り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活用などにより、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 精神的フレイル及び社会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１節　総合的な健康危機管理対策

１　健康危機管理体制の整備

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

「高知県健康政策部健康危機管理基本方針」では、県民の生命・健康の安全を確保するため、医薬品や食中毒、感染症、毒劇物などにより生じる健康被害の発生と拡大の防止などに関する健康政策部の基本的な対応について定めています。

また、「高知県健康危機管理マニュアル（※）」では、この基本方針に基づき「高知県健康危機管理調整会議」を設けるとともに、福祉保健所及び衛生環境研究所が所掌する業務に関するマニュアル等を作成することを規定しています。

（※）今後、厚生労働省の地域健康危機管理ガイドラインの改定（次期未定）の動向を注視しながら、「高知県健康危機管理マニュアル」についても見直しを図る予定です。

２　健康危機管理に関連する主な計画

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

（１）高知県危機管理指針（平成 23 年３月修正）

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

（２）高知県国民保護計画（平成 30 年６月改定）

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

（３）高知県地域防災計画（令和５年６月修正）

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

（４）高知県感染症予防計画（令和６年３月改定・同年４月１日施行）

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 10 条第１項に基づき、感染症患者への人権に配慮しつつ、本県の実情に即した感染症対策を総合的かつ計画的に推進するための計画

（５）高知県新型インフルエンザ等対策行動計画（平成 30 年３月改定）

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

（６）高知県食の安全・安心推進計画（令和４年４月 第４次計画策定）

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

（７）高知県災害時医療救護計画（令和５年７月一部改定）

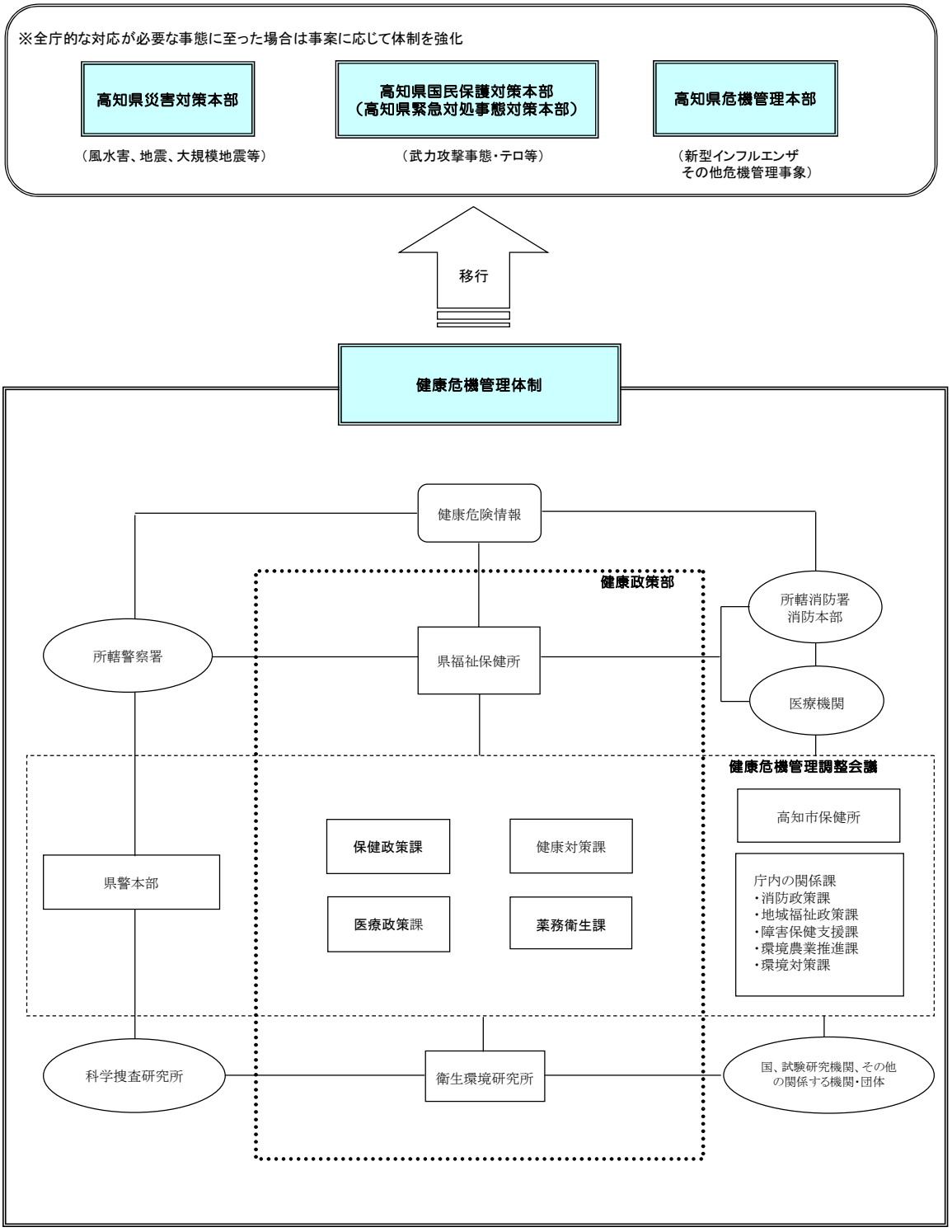
近い将来に発生が予想される南海トラフ地震やその他の災害から、県民の生命と健康を守ることができるよう、医療救護の体制や関係者の役割を明らかにするための計画

３　健康危機管理体制

健康危機管理事案が生じた場合、以下の連絡体制をとることとしています。

また、全庁的な対応が必要となった事案については高知県危機管理本部での対応とし、各部局が連携して対処することとしています。

（図表 8-1-1）健康危機管理体制図



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） ＪＡ高知病院(2)　愛宕病院(0)　図南病院（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ＤＭＡＴ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ＤＭＡＴ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）
１．特定医療費（指定難病）医療受給者証交付者	6,152
２．小児慢性特定疾病医療受給者証交付者	604
３．在宅人工呼吸器使用者	144
４．在宅酸素療法患者	904
５．人工透析患者	2,568

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

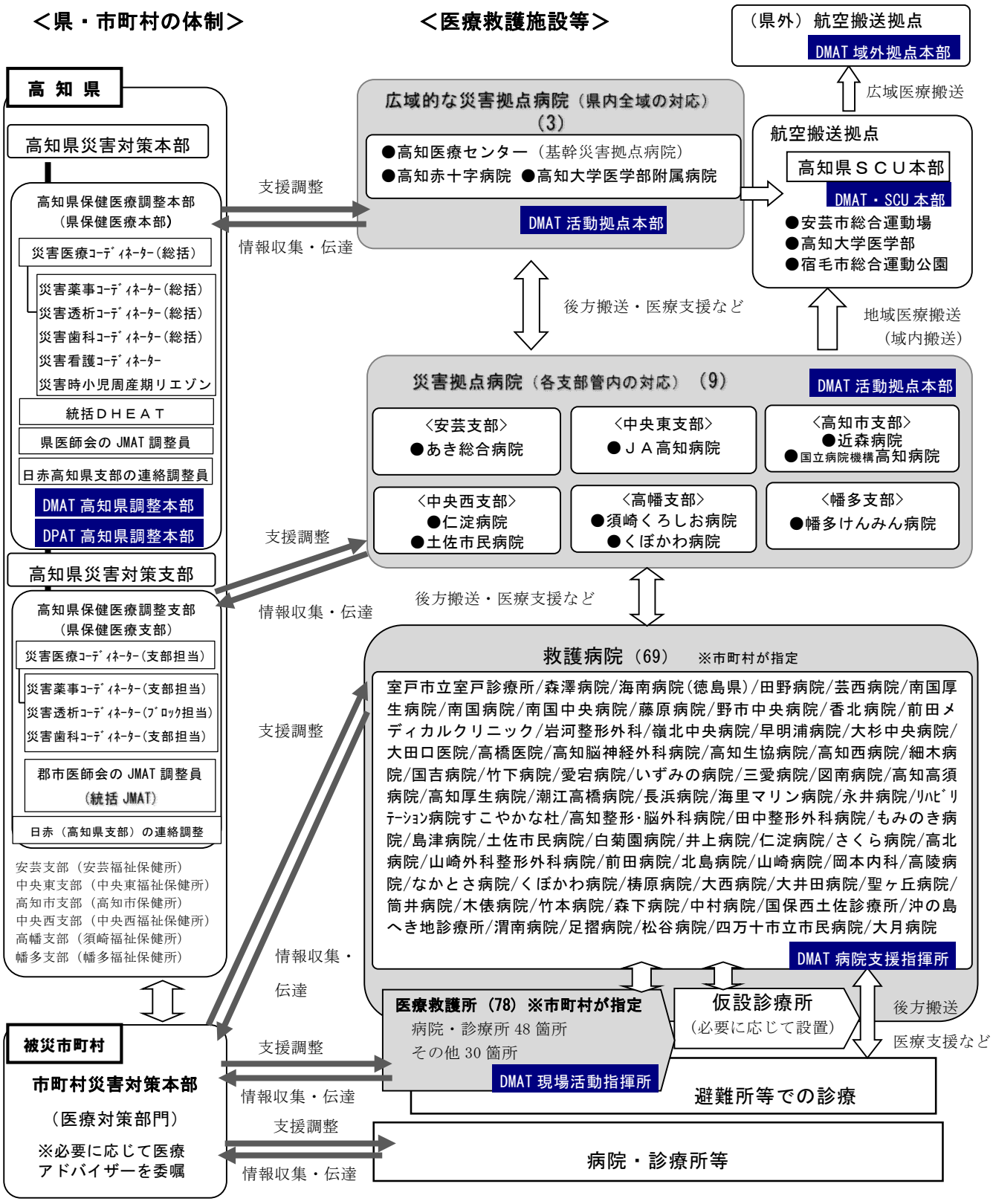
災害時に精神科医療の提供や精神保健活動を行うＤＰＡＴ隊員の養成や、大規模災害発生時に、県外ＤＰＡＴ隊の受入れを円滑に行う体制を整備するための受援訓練を実施しています。

(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。

なお、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、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強化が必要です。

(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（ＭＣＬＳ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（最大クラスの地震・津波）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。

さらに、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。

さらに、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・充実を図ります。

（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、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きます。

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３節　新興感染症を含む感染症

感染症は、医学・医療の進歩や衛生水準の向上、国際交流の活発化など人と物の動きのグローバル化により、エボラ出血熱や重症急性呼吸器症候群（ＳＡＲＳ）、新型コロナウイルス感染症（COVID-19)、腸管出血性大腸菌感染症（O157 など）といった新たな感染症の発生や、高病原性鳥インフルエンザウイルスなどの変異による新型インフルエンザの流行など、その発生状況は著しく変化しています。

このため、常に感染症の発生動向を監視するとともに、発生した場合には、直ちに感染拡大の防止や、適切な医療が提供できる体制を構築しておく必要があり、県は、感染症対策を総合的かつ計画的に推進するため、「高知県・高知市感染症予防計画（令和６年３月改定・同年４月１日施行予定）」を策定し取り組んでいます。

１　感染症全般

感染症は、法律により感染力及びり患した場合の重篤性などに基づいて、総合的な観点から危険性が高い順に一類から五類までに分類されています。本県では、ペストやエボラ出血熱といった最も危険性が高いとされる一類感染症とジフテリアや重症急性呼吸器症候群（ＳＡＲＳ）といった二類感染症（結核以外）の発生は無く、また、細菌性赤痢や腸チフスといった三類感染症の発生も、近年低位に推移しています。

また、本県では、感染症の患者に対して良質で適切な医療を提供するため、一類感染症と二類感染症の感染症患者に対応できる第一種感染症指定医療機関と、二類感染症の感染症患者に対応できる第二種感染症指定医療機関を整備しています。

（図表 8-3-1）感染症の類型

感染症の分類		規定されている感染症	入院措置
一類感染症		エボラ出血熱、ペスト、ラッサ熱　等	原則として入院
二類感染症		結核、SARS、MERS、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）　等	状況に応じ入院
三類感染症		コレラ、細菌性赤痢、腸チフス　等	－
四類感染症		狂犬病、マラリア、デング熱　等	－
五類感染症		インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）　等	－
新興感染症	新型インフルエンザ等感染症	新型、再興型インフルエンザ、新型、再興型コロナウイルス感染症	状況に応じ入院
	指定感染症	政令で指定	一類～三類感染症に準じた措置
	新興感染症		原則として入院

（図表 8-3-2）三類感染症発生状況の推移

単位：人

病名＼年	H30	R 元	R2	R3	R4	直近 5 年間計
コレラ	0	0	0	0	0	0
細菌性赤痢	0	0	0	0	0	0
腸管出血性大腸菌感染症	4	9	1	0	3	17
腸チフス	0	1	0	0	0	1
パラチフス	0	0	0	0	0	0

出典：高知県健康対策課調べ

（図表 8-3-3）感染症指定医療機関

令和５年４月１日現在

種別	医療機関名	病床数
第一種感染症指定医療機関	高知医療センター	2
第二種感染症指定医療機関	高知医療センター	6
	幡多けんみん病院	3

2　新興感染症

（１）新興感染症

現状・課題（新型コロナウイルス感染症の感染状況（発生から五類感染症指定まで）

令和２年２月に第１例の感染者が確認されて以降、令和５年５月８日に五類感染症に指定されるまでの間、県内では感染者は累計 170,253 人、死亡者は累計 602 人、１日あたりの療養者は最大で 17,178 人（発生届の全数届出を行っていた令和４年９月 26 日までの最大値）にのぼり、施設や学校等におけるクラスター（感染者集団）は少なくとも 1,140 件発生しました。県では、医療機関や施設等と協力・連携し、保健医療体制の確保を行いましたが、新型インフルエンザ対応等を踏まえて構築していた県内の体制では、感染拡大時の急速な医療ニーズの増大に対応することができず、さまざまな困難が生じました。

新型コロナウイルス感染症患者の受入れは当初、感染症指定医療機関で行っていましたが、感染者の増加とともに、感染症指定医療機関以外の医療機関の受入れが必要となりましたが、適切な感染症対策により患者に対応するための体制整備には相応の期間を要し、医療機関等にとって大きな負担となりました。

また、令和３年２月の感染症法改正により新型コロナウイルス感染症患者が急増した際には、軽症患者の自宅・宿泊施設・高齢者施設等での療養の仕組みが法定化されましたが、施行時点においても、十分に療養体制が整備されておらず、通常医療と両立した保健医療体制を早急に構築することが求められる中で、平時から入院、外来、在宅等にわたる県内医療全体を視野に入れて、医療機能やネットワークを強化し、必要な医療を提供していくことの重要性が改めて認識されました。

さらに、医療機関や高齢者施設等において施設内クラスターが発生した場合等、医療人材を外部から確保する必要が生じた際に、十分に人材を確保できない状況が発生したことから、平時より早期に人材派遣の体制を整えるとともに、対応可能な医療人材の確保や養成の重要性も認識されました。

＜参考＞県の新型コロナウイルス感染症の「保健・医療提供確保計画」（病床確保計画）

	令和４年９月８日（最大確保）	
	機関数	病床数
感染症指定医療機関	2	123
重点医療機関	11	195
その他入院協力医療機関	16	126
合計	29	444

対策

感染症患者に対して早期に良質かつ適切な医療を提供し、重症化を防ぐとともに、周囲への感染症のまん延を防止することを施策の基本とします。

新興感染症に係る医療では、患者の隔離及びまん延の防止を担保しながら、良質かつ適切な医療の提供に努めます。

県は、新興感染症が発生した際に、速やかに外来診療、入院等の医療等が提供できるよう、高知県感染症対策連携協議会等を活用し、関係者や関係機関と協議の上、平時から計画的な準備を行います。その際、主に新興感染症に対応する医療機関等と新興感染症以外に対応する医療機関等の役割分担が図られるよう調整します。

＜県における医療の提供体制＞

ア　第一種感染症指定医療機関

県は、主として一類感染症の患者の入院を担当し、これと併せて二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関として、総合的な診療機能を有する病院のうち、感染症法第 38 条第２項に規定する厚生労働大臣の定める基準に適合するものについて、その開設者の同意を得て、第一種感染症指定医療機関を県に１か所、２病床指定します。

高知県：１医療機関２病床（高知県・高知市病院企業団立高知医療センター）

イ　第二種感染症指定医療機関

県は、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症患者の入院を担当させる医療機関として、総合的な診療機能を有する病院のうち、厚生労働大臣の定める基準に適合するものについて、その開設者の合意を得て、高知県医師会及び県立病院担当部局等と協議のうえ、第二種感染症指定医療機関を指定します。

第二種感染症指定医療機関として指定する医療機関及びその病床数は、県内の人口分布及び地域性、二次保健医療圏の区域、医療体制、患者発生動向を踏まえ、次のとおりとします。

【感染症病床】

中央保健医療圏：１医療機関６床（高知県・高知市病院企業団立高知医療センター）

幡多保健医療圏：１医療機関３床（高知県立幡多けんみん病院）

【結核病床】

安芸保健医療圏：１医療機関５床（高知県立あき総合病院）

中央保健医療圏：２医療機関 42 床（高知県・高知市病院企業団立高知医療センター、独立行政法人国立病院機構高知病院）

幡多保健医療圏：１医療機関 28 床（高知県立幡多けんみん病院）

ウ　医療措置協定による入院体制及び外来体制等の確保

全国的かつ急速なまん延が想定される新興感染症については、入院患者数及び外来受診者の急増が想定されることから、平時から、法に基づき締結する医療措置協定等により、当該感染症の患者の入院体制及び外来体制や、当該感染症の後方支援体制を迅速に確保します。

①　入院医療体制

新興感染症の発生等が公表された期間（新興感染症の発生等が公表された期間（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 36 条の 2「新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間」をいう。以下、同じ。）新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に新興感染症の入院を担当する医療機関と平時に医療措置協定を締結し、第一種協定指定医療機関に指定します。

②　発熱外来及び自宅療養者等への医療提供体制

新興感染症の発生等が公表された期間に新興感染症の発熱外来、自宅療養者等への医療の提供を担当する医療機関、薬局及び訪問看護事業所と平時に医療措置協定を締結し、第二種協定指定医療機関に指定します。

③　後方支援体制及び医療人材の派遣体制

新興感染症の発生等が公表された期間に①又は②の医療機関に代わって患者を受け入れる医療機関又は感染症医療担当従事者等を派遣する医療機関と平時に医療措置協定を締結します。

また、医療人材の応援体制を整備するとともに、法の規定に基づく都道府県の区域を越えた医療人材の応援を要請する場合の方針について、平時から確認します。

④　医薬品の確保及び個人防護具の備蓄

新興感染症の汎流行期に、地域におけるその予防又は治療に必要な医薬品等の供給及び流通を適確に行うため、医療機関及び薬局等は必要な医薬品等の確保に努め、必要に応じて使用できるようにします。

また、医療機関と平時に法に基づき医療措置協定を締結するに当たっては、診療等の際に用いる個人防護具の備蓄を求めておくことにより、個人防護具の備蓄の実施が医療措置協定に適切に位置づけられるように努めます。

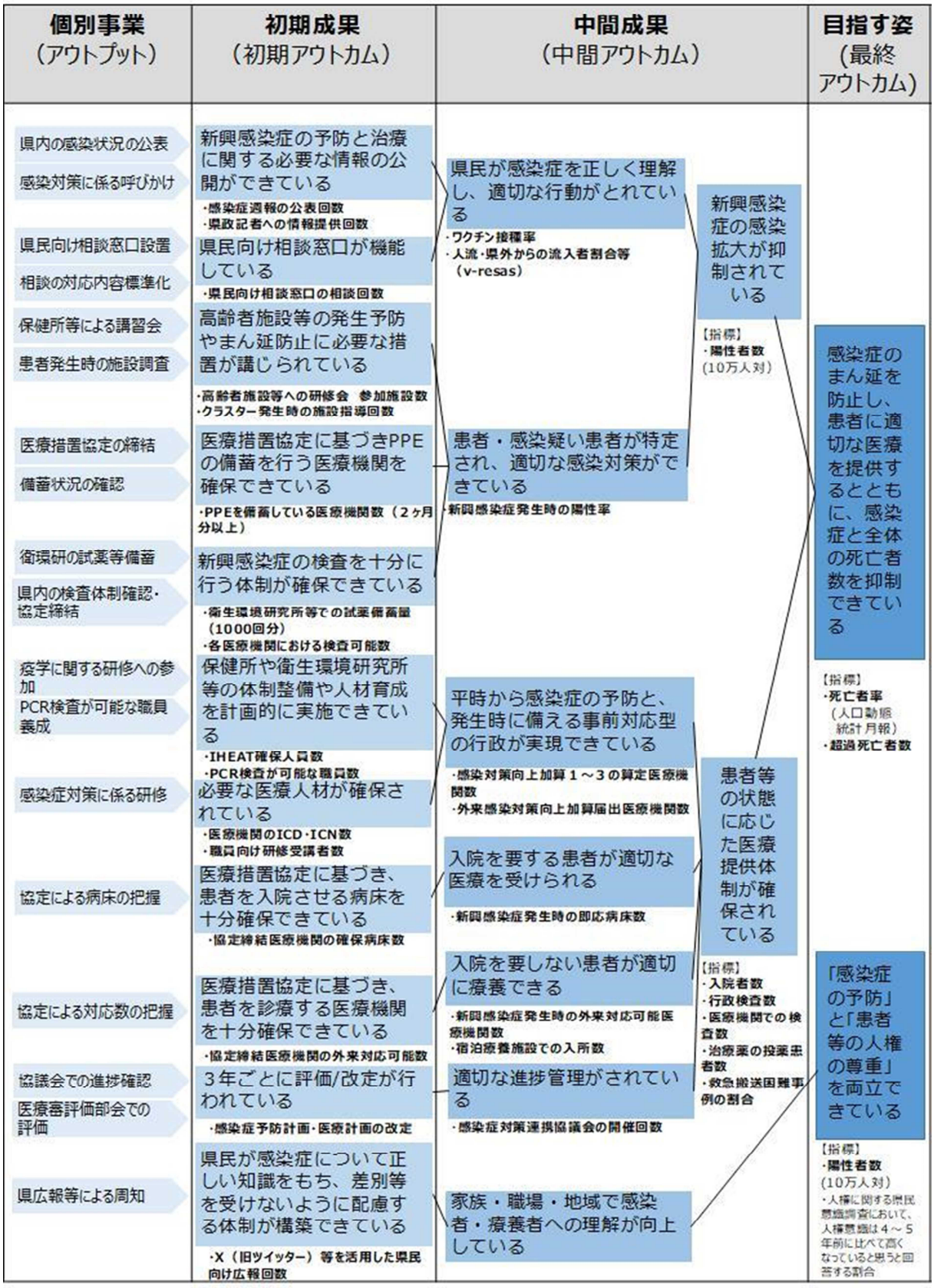
⑤　医療機関、医師会等における感染症に関する人材の養成及び資質の向上

特定・第一種・第二種感染症指定医療機関及び第一種協定指定医療機関並びに第二種協定指定医療機関においては、医療従事者等に対し、新興感染症の発生を想定した必要な研修・訓練を実施すること、又は国、県及び高知市若しくは医療機関が実施する当該研修・訓練に医療従事者を参加させることにより、院内の体制強化を図ります。

新興感染症の発生等が公表された期間においては、感染症医療に従事する医療専門職等を他の医療機関、宿泊施設及び高齢者施設等に派遣できるように平時から研修や訓練を実施しておくことが重要です。

また、医師会等の医療関係団体においては、会員等に対して感染症に関する情報提供及び研修等を行います。

新興感染症対策に係るロジックモデル



（２）新型インフルエンザ

現状・課題

新型インフルエンザは、人に免疫がないことや感染力が強いことから、感染を完全に防止することは困難であり、発生した場合は、感染の拡大を可能な限り防止することが重要です。このため、県では平成 25 年に新型インフルエンザ等対策行動計画を策定（平成 30 年３月一部改正）し、新型インフルエンザが発生した場合やそのおそれがある場合の市町村や医療機関などの役割分担を明確にし、関係者が協力して感染の拡大を防止することとしています。

また、外来協力医療機関及び入院協力医療機関を確保することにより、新型インフルエンザに感染した患者への速やかな医療が提供できる体制を整備しています。

（図表 8-3-4）新型インフルエンザ協力医療機関数　令和５年４月１日現在

種　　別	医療機関数
入院協力医療機関	10
外来協力医療機関	21

新型インフルエンザ対策は、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」に基づき、市町村や医療機関などとの協力体制をはじめ、更なる強化が必要です。

対策

「高知県新型インフルエンザ等対策行動計画」により、医療機関や市町村などと連携して、医療提供体制の整備などに取り組みます。

３　新興感染症以外の感染症

（１）結核

現状・課題

本県の結核患者数は減少傾向にあり、平成 15 年以降、り患率は全国平均と同程度か下回った状態で推移し、結核のまん延状況は改善されてきました。しかし、新規登録患者数の減少率は、近年鈍化しています。特に、70 歳以上の高齢者の患者が多く、新規登録患者の約７割を占めています。

また、結核活動性分類及びその受療状況をみると、病状が不安定で悪化のおそれがある活動結核の患者は２割程度いますが、ほとんどの患者が入院または外来治療を行っています。一方で、活動性が不明で治療なしの患者が約４割、活動性も受療区分も不明な者が１割弱います。高齢者は、過去に肺結核に感染し免疫力が低下すると、再発する例があり、注意が必要です。

（図表 8-3-5）新規結核登録患者数及びり患率の推移　単位：人

	区分＼年	H30	R 元	R2	R3	R4
全国	新規結核登録患者数	15,590	14,460	12,739	11,519	10,235
	り患率（人口 10 万人当たり）	12.3	11.5	10.1	9.2	8.2
高知県	新規結核登録患者数	74	77	49	48	54
	り患率（人口 10 万人当たり）	10.5	11.0	7.1	7.0	8.0

出典：高知県健康対策課調べ

（図表 8-3-6）新規結核登録患者数の年次別・年齢別患者数　単位：人

年	高知県	年代別構成（人）						
		19 歳 以 下	20 代	30 代	40 代	50 代	60 代	70 歳 以 上
H30	74	0	2	0	3	3	10	56
R 元	77	1	6	2	5	3	6	54
R2	49	0	1	4	0	1	5	38
R3	48	0	2	3	1	4	6	32
R4	54	1	1	3	0	1	6	42

出典：高知県健康対策課調べ

（図表 8-3-7）結核登録者の症状別受療状況　単位：人

受療区分	総数	肺結核活動性		肺外結核 活動性	不活動性	活動性 不明
		感染性	非感染性			
入　　院	15	15	0	0	0	0
外来治療	13	5	3	1	0	4
治療なし	75	1	0	0	31	43
不　　明	10	0	0	0	0	10
計	113	21	3	1	31	57

出典：高知県健康対策課調べ（令和 4 年 12 月 31 日現在）

結核医療の提供体制としては、県内の結核病床を有する第二種感染症指定医療機関（結核指定医療機関）が 4 施設あり、結核病床は 75 床（うち稼動病床数 51 床）となっています。

また、多剤耐性結核や合併症への医療を提供するため、県内の結核医療の中核となる病院及び地域で基幹となる病院としては、次表の医療機関がその役目を担っています。

（図表 8-3-8）中核病院及び基幹病院などの結核病床　令和 5 年 12 月 1 日現在

	医療機関名	基準病床数の 割振数	既存の病床数 （稼動病床数）
中核病院	高知医療センター	5	20（20）
	国立病院機構 高知病院	15	22（22）
基幹病院	あき総合病院	3	5　（5）
	幡多けんみん病院	3	28　（4）
その他の第二種感染症指定医療機関		0	0　（0）
合　　計		26	75（51）

（図表 8-3-9）中核病院及び基幹病院の合併症治療などへの対応 令和５年 12 月６日現在

	医療機関名	多剤耐性結核	合併症					
			透析	心疾患１	心疾患２	精神疾患	認知症疾患１	認知症疾患２
中核病院	高知医療センター			○				
	国立病院機構高知病院	○	○		△			△
基幹病院	あき総合病院		○		○	○	○	○
	幡多けんみん病院		△	△	○			○

○：他院からの紹介患者も受入れ可能
△：従来からの当院の患者のみ可能
心疾患１：CCU 対応が必要な患者
心疾患２：安定しているがモニターなど一定管理が必要な患者
認知症疾患１：徘徊等がある患者
認知症疾患２：健忘程度の患者

現在、結核のり患率は減少しており、高知県結核予防計画（第４次高知県結核根絶計画）の目標は達成していますが、引き続きり患率の減少に向けた取組を行い、高齢化の進む本県においては、合併症治療の体制整備などの対策が必要です。

本県から結核を根絶することを目指し、結核の発生予防・まん延防止と適正な医療の提供に取り組んでいく必要があります。

対策

「高知県結核予防計画（第４次高知県結核根絶計画）」（平成 29 年３月策定）により、結核の発生予防・まん延防止と適正な医療の提供に取り組みます。

（２）肝炎

現状・課題

Ｂ型、Ｃ型慢性肝炎は、気づかないうちに進行し、肝硬変や肝がんに移行する恐れがあります。感染時期が明確でないことや自覚症状がないことが多いため、肝炎検査を受ける機会がなく、感染自体に気づいていない、あるいは感染を知っているが受診していない患者が県内にも一定数いることが問題となっています。

県民が肝炎検査を受け、早期に必要な治療に結びつくよう、保健所等では無料のウイルス肝炎検査を実施し、重症化予防を推進しています。

また、医療提供体制として、肝疾患診療連携拠点病院（高知大学医学部附属病院）及び肝疾患専門医療機関（72 施設）を整備しています。

（図表 8-3-10）肝疾患専門医療機関数（保健医療圏別） 令和５年６月 30 日現在

保健医療圏	安芸	中央	高幡	幡多	県計
肝疾患専門医療機関	9	50	5	8	72

対策

県は、検査、治療、普及啓発に係る総合的な肝炎対策を推進することとしています。県民が一度はウイルス肝炎検査を受け、陽性と判明したにも関わらず専門医療機関を受診していない場合には、初回の精密検査費用を助成するなど、受検、受診、早期受療に取り組みます。

現在、ウイルス性肝炎治療は確立されており、Ｂ型肝炎では内服薬でウイルスを抑えることが可能となっています。またＣ型肝炎では数ヶ月の服薬でウイルスを排除することができるようになっており、いずれの場合も医療費助成を行っています。

これらのウイルス肝炎に関する正しい知識や制度の普及等のため、肝炎医療コーディネーター養成を行っています。

（３）エイズ・性感染症

現状・課題

県内では、平成５年から令和４年までの 30 年間で、エイズ患者は 39 名（男 35、女４）、ＨＩＶ感染者は 53 名（男 49、女４）の報告があり、近年はエイズを発症してからの報告が増えています。

エイズに関する治療の推進を図るため、エイズ治療拠点病院を指定しエイズに関する総合的かつ高度な医療を提供するとともに、保健所等において、無料・匿名によるＨＩＶに関する相談・検査（平日昼間・夜間）を実施しています。

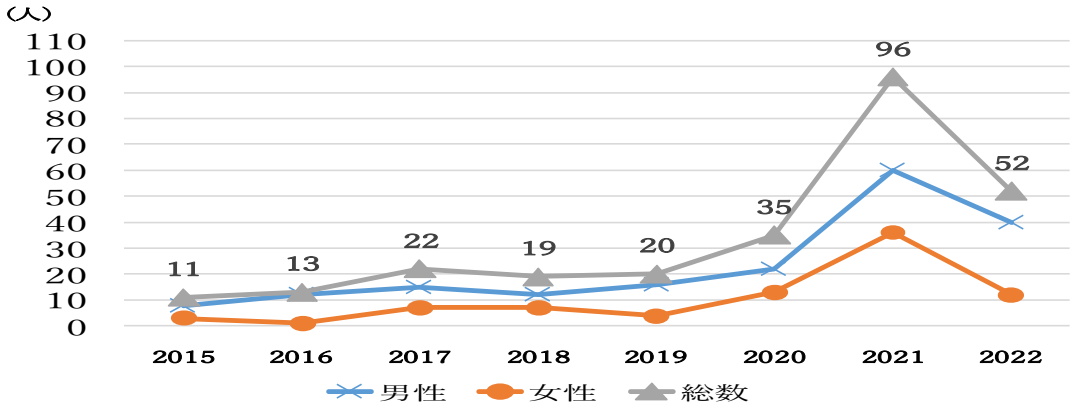
また、針刺し事故等が生じた場合に、ＨＩＶ感染防止のための予防薬を服用できる体制を整備しています。エイズの他、近年、梅毒等の性感染症も増加傾向にあり、公衆衛生上からも広く普及啓発を図り、予防法などの情報提供やパートナーに検査を勧めるなど、検査・相談体制の充実、強化を図ることが必要です。

（図表 8-3-11）エイズ患者・ＨＩＶ感染者数（平成５年から５年毎の計） 単位：人

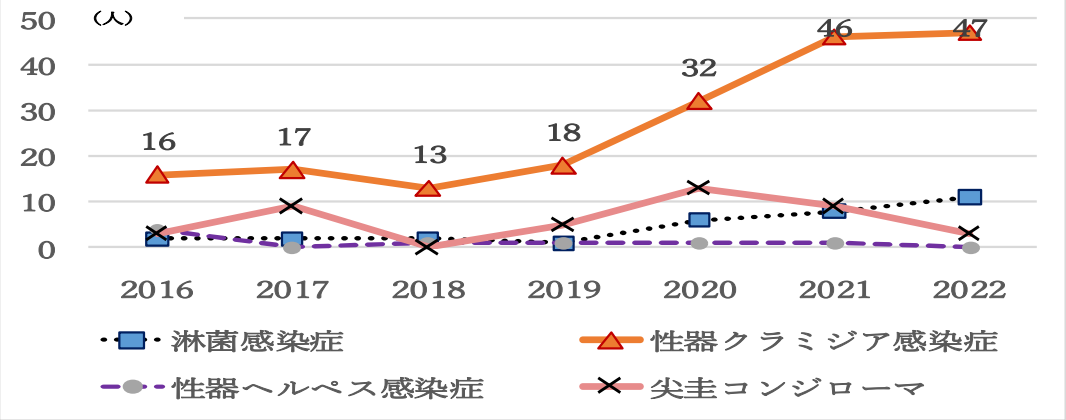
年度	H5-9	H10-14	H15-19	H20-24	H25-29	H30-R4	計
エイズ患者	1	3	6	6	16	7	39
HIV 感染者	3	2	11	8	15	14	53

出典：高知県健康対策課調べ

（図表 8-3-12）梅毒の報告数



（図表 8-3-13）その他性感染症の報告数（定点）



（図表 8-3-14）エイズ治療拠点病院及びＨＩＶ予防薬配置医療機関

令和５年４月１日現在

保健医療圏	エイズ治療拠点病院名	ＨＩＶ予防薬配置医療機関
安芸	あき総合病院	あき総合病院　　田野病院
中央	高知大学医学部附属病院（中核拠点病院） 高知医療センター 国立病院機構高知病院	高知大学医学部附属病院 高知医療センター　国立病院機構高知病院 ＪＡ高知病院　嶺北中央病院　高知赤十字病院 近森病院　細木病院　土佐市民病院 仁淀病院　高北国民健康保険病院
高幡		須崎くろしお病院　椿原病院　くぼかわ病院
幡多	幡多けんみん病院	幡多けんみん病院　四万十市立市民病院 大月病院

対策

保健所等で実施している無料検査や相談についてさらに広報を行い、夜間検査の実施回数を増加するなど、検査及び相談体制の一層の充実を図るとともに、思春期からのエイズ・性感染症に関する正しい知識の普及啓発を関係機関と連携して行います。

また、梅毒等の増加の現状や予防法に関する情報提供等を強化し、まん延防止の取組を推進します。

目標

1　新興感染症

（1）入院医療

区分	項目	直近値	目標値	
			流行初期 （発生公表後３ヶ月以内）	流行初期以降 （発生公表後６ヶ月程度）
S	確保病床数 （重症病床）	－	令和 11 年 208 床（11 床）	令和 11 年 333 床（23 床）
S	うち、特別な配慮が必要な患者を受け入れる病床数			
S	妊産婦	－	令和 11 年 7 床	令和 11 年 8 床
S	透析	－	令和 11 年 21 床	令和 11 年 28 床

（2）発熱外来

区分	項目	直近値	目標値	
			流行初期 （発生公表後３ヶ月以内）	流行初期以降 （発生公表後６ヶ月程度）
S	対応可能 医療機関数	－	令和 11 年 25 機関	令和 11 年 275 機関

（3）自宅・宿泊施設・高齢者施設等の療養者等への医療提供

区分	項目	直近値	目標値
			流行初期以降 （発生公表後６ヶ月程度）
S	対応可能 医療機関数	－	令和 11 年 98 機関
S	対応可能 薬局数	－	令和 11 年 226 機関
S	対応可能 訪問看護事業所数	－	令和 11 年 46 機関

（4）後方支援

区分	項目	直近値	目標値
			流行初期以降 （発生公表後６ヶ月程度）
S	対応可能 医療機関数	－	令和 11 年 53 機関

（５）派遣可能な医療人材

区分	項目		目標値 流行初期以降 （発生公表後６ヶ月程度）
S	**医師**		
	感染症医療担当 （県外派遣可能数）	－	令和 11 年 4 人（1 人）
	感染症予防業務 （県外派遣可能数）	－	令和 11 年 14 人（2 人）
S	**看護師**		
	感染症医療担当 （県外派遣可能数）	－	令和 11 年 41 人 （11 人）
	感染症予防業務 （県外派遣可能数）	－	令和 11 年 45 人 （3 人）
S	DMAT（医師、看護師、その他）（県外派遣可能数）	－	令和 11 年 348 人 （240 人）
S	DPAT（医師、看護師、その他） （県外派遣可能数）	－	令和 11 年 18 人 （6 人）
S	災害支援ナース	－	令和 11 年 120 人

（６）個人防護具を２ヶ月分以上備蓄している医療機関

区分	項目	直近値	目標値
S	５物資（サージカルマスク、N95 マスク、アイソレーションガウン、フェイスシールド、非滅菌手袋）の使用量２ヵ月分以上を備蓄している医療機関数	－	令和 11 年 224 機関

（７）国、県及び高知市若しくは医療機関が実施する当該研修・訓練に医療従事者等を参加させる医療機関

区分	項目	直近値	目標値
P	協定締結医療機関において、年１回以上、医療従事者等を研修･訓練等に参加させている割合	－	令和 11 年 100%

（８）感染対策向上加算（１．２．３）・外来感染対策向上加算届出医療機関

区分	項目	直近値	目標値	直近の出典
P	加算１	10	維持	保険医療機関の指定状況等（四国厚生支局）
	加算２	14	増加	保険医療機関の指定状況等（四国厚生支局）
	加算３	31	増加	保険医療機関の指定状況等（四国厚生支局）
	外来	49	増加	保険医療機関の指定状況等（四国厚生支局）

（直近値：令和５年 10 月 24 日現在）

２　新興感染症以外

区分	項目	直近値	目標値	直近値の出典
0	１類、２類（結核以外）感染症発生数	令和４年度 ０人	令和 11 年度 ０人	感染症発生動向調査 （高知県健康対策課調べ）
0	全結核り患率 （人口 10 万人当たり）	令和４年度 8.0	令和 11 年度 6.0 未満	感染症発生動向調査 （高知県健康対策課調べ）
0	肝炎ウイルス陽性者の精密検査受診率	令和４年度 77.8%	令和 11 年度 90%以上	地域保健健康増進事業報告 （高知県健康対策課調べ）
0	HIV 検査受検者数・相談件数	令和４年度 受検者数：259 件 相談件数：　70 件	令和 11 年度 受検者数：350 件 相談件数：120 件	保健所報告 （高知県健康対策課調べ）
0	梅毒検査件数	令和４年度 325 件	令和 11 年度 400 件	保健所報告 （高知県健康対策課調べ）

＊「全結核り患率」の目標値・目標年度については、「高知県結核予防計画」に基づく

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図る指標
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。

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います。

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、セルフメディケーション（注１）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。

（注１）「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」世界保健機構（ＷＨＯ）の定義

（３）後発医薬品の使用促進

後発医薬品（注２）の使用促進については、薬局薬剤師による品質、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）の取組みを進めており、平成 31 年３月に 73.5％であった使用割合は令和５年５月現在 7.8％増加し、81.3％（全国平均 84.5％）で全国 45 位となっており、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３）やバイオシミラー（注４）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２）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３）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４）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５）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６）などの医療ＤＸの普及が期待されています。

なお、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７）からの電話勧奨も行っています。

さらに、市町村と協働して、「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、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います。

（注５）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６）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７）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 48 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、乱用される薬物に関する正しい知識を持ち、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８）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８）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の普及啓発を行い、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開催を支援します。

（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、医療・介護の多職種連携により在宅患者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な管理と使用を求めます。

（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るとともに、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。

特に、中・高校生を中心とした若年層に対しては、教育委員会、警察、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乱用薬物に関する正しい知識の普及啓発を行うとともに、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。

また、薬物依存に関する悩みを抱えている人やその家族等に対して、精神保健福祉センター、福祉保健所、県庁に薬物相談窓口を設置し、薬物に関する相談に対応するほか、地域のイベント等で相談窓口を周知し、薬物相談対応の充実を図ります。

加えて、学校や地域での薬物乱用防止教室に携わる方や、地域で相談支援を行う薬物乱用防止推進員に対しては研修会を開催し、資質向上を図ります。

第９章　地域医療構想

第１節　基本的事項

１　構想策定の趣旨

現在日本では、人口減少や高齢化が急速に進展しており、令和７（2025）年には、「団塊の世代」が 75 歳以上となり、人口の３割以上が 65 歳以上となる超高齢社会を迎えることとなります。

こうした中、今後、急激な医療・介護のニーズの増大が見込まれており、その中で医療や介護が必要な状態となったすべての県民が、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を続けられるよう、その地域でバランスの取れた医療・介護サービスの提供体制を構築することが課題となります。

このような課題を踏まえ、国では、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療・介護の総合的な確保を促進するため、平成 26（2014）年６月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号）が成立するとともに、同法により改正された医療法（昭和 23 年法律第 205 号）の規定により、都道府県に対して地域医療構想の策定が義務付けられました。

本県においては、同法に基づき、将来の各地域の医療・介護のニーズに応じた、医療資源の効率的な配置と、医療と介護の連携を通じて、より効果的な医療提供体制を構築するため、平成28年12月に保健医療計画の一部として「高知県地域医療構想」を策定しました。

第２節　構想区域の設定

１　構想区域の基本的な考え方

構想区域とは、地域医療構想の実現のために設定するものであり、現行の二次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、基幹病院へのアクセス時間の変化等の将来における要素を勘案して検討し決定するものとされています。（医療法第30条の4第2項第9号）

また、構想区域の設定に当たっては、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではありません。一方、急性期、回復期及び慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましいとされています。

（「地域医療構想策定ガイドライン」平成27（2015）年3月31日付け医政発0331第53号厚生労働省医政局長通知）

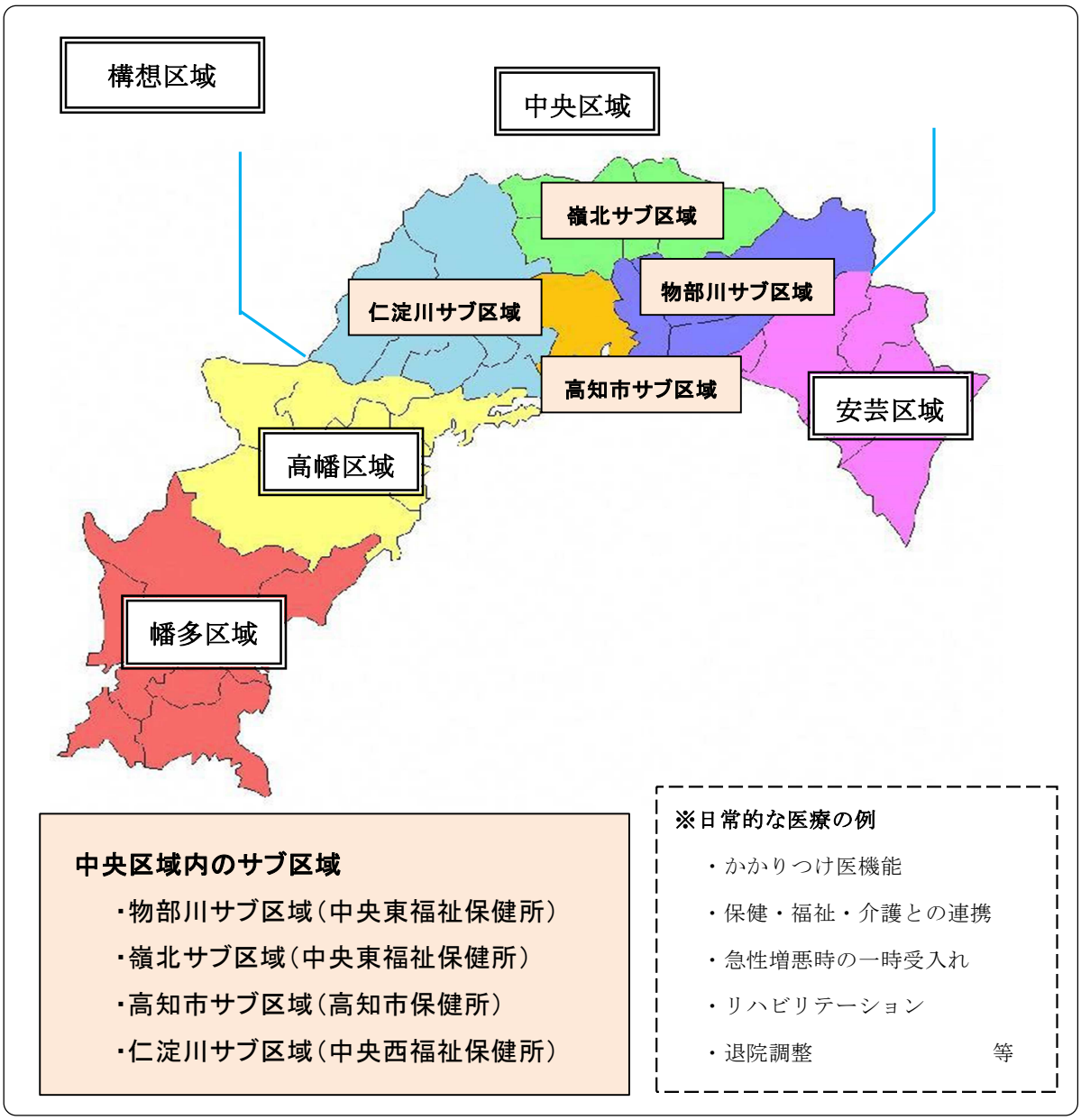
2　構想区域の設定

県民の生活圏域や現行の医療連携体制を考慮し、現行の二次医療圏である安芸保健医療圏、中央保健医療圏、高幡保健医療圏、幡多保健医療圏の４医療圏を、構想区域として設定します。

3　中央区域におけるサブ区域の設定

４つの構想区域のうち、中央については３つの保健所管内に行政区域が分かれていることに加え、「日本一の健康長寿県構想推進協議会」など４つの地域単位で会議体が設置されているため、その既存の場を活用したサブ区域を設定することによって、日常的な医療（※）を中心とした議論や合意形成を進めていきます。

（図表9-2-1）高知県の構想区域及び中央区域におけるサブ区域



第３節　将来の医療需要及び必要病床数の推計

１　病床機能報告制度

（１）病床機能報告制度について

平成26年度から新たに、医療法に基づく病床機能報告制度が開始されました。

病床機能報告制度とは、一般病床・療養病床を有する病院又は診療所が、自らの判断により病床が担っている医療機能の現状と今後の方向性について、病棟ごとに、以下の４区分からの選択を報告するほか、医療機関ごとの構造設備や人員配置等に関する項目、具体的な医療に関する報告事項等について、毎年度７月１日時点の状況を県に報告するものです。

（図表9-3-1）病床機能報告制度の医療機能区分

医療機能	医療機能の内容
高度急性期	○　急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○　急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○　急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○　特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頚部骨折等の患者に対し、ＡＤＬ(注1)の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期	○　長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○　長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注1) ADL：「日常生活動作」（Activities of Daily Living）と呼び、人が毎日の生活を送るために各人が共通に繰り返す、さまざまな基本的かつ具体的な活動を指す。具体的には、歩行、移動、食事、更衣、入浴、排泄、整容、交通機関の利用、電話の応対、買物、食事の支度、家事、洗濯、服薬管理、金銭管理など。

今後は、県の各構想区域で設置される地域医療構想調整会議等において、病床機能報告制度で各医療機関から報告された内容と、現在の医療提供体制や地域医療構想で推計された将来の必要病床数を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を、医療機関相互の協議により検討します。その結果に基づき機能分化・連携について議論、調整を行い、医療機関による自主的な取り組みを推進していきます。

（２）病床機能報告の状況

平成26年から開始された病床機能報告の報告結果について、直近３年間の推移は下記のとおりとなります。

（図表9-3-2）病床機能報告の推移

（単位：床）

医療機関所在地	医療機能	令和2（2020）年	令和3（2021）年	令和4（2022）年
安芸	高度急性期	0	0	0
	急性期	176	182	182
	回復期	106	106	125
	慢性期	235	235	235
	休床・無回答等	6	0	0
	小計	523	523	542
中央	高度急性期	1,025	1,025	1,025
	急性期	3,753	3,691	3,599
	回復期	1,515	1,539	1,538
	慢性期	4,498	4,357	4,244
	休床・無回答等	288	269	248
	小計	11,079	10,881	10,654
高幡	高度急性期	0	0	0
	急性期	234	234	234
	回復期	167	209	209
	慢性期	254	212	212
	休床・無回答等	0	0	0
	小計	655	655	655
幡多	高度急性期	6	6	6
	急性期	520	476	476
	回復期	197	197	218
	慢性期	568	528	481
	休床・無回答等	25	50	50
	小計	1,316	1,257	1,231
県計	高度急性期	1,031	1,031	1,031
	急性期	4,683	4,583	4,491
	回復期	1,985	2,051	2,090
	慢性期	5,555	5,332	5,172
	休床・無回答等	319	319	298
	合計	13,573	13,316	13,082

2　厚生労働省から示された医療需要の推計方法

令和７（2025）年における一般病床及び療養病床に係る病床の医療機能ごとの医療需要（推計入院患者数）については、構想区域ごとに厚生労働省から示された基礎データと推計方法に基づき、都道府県において推計します。本節では、厚生労働省から示された推計方法を説明します。

（１）高度急性期、急性期、回復期機能の医療需要推計の考え方

高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、平成25（2013）年における年間の医療実績に基づき、令和７（2025）年の推計人口を用いて推計します。

平成25（2013）年における年間の医療実績については、患者に対して行われた医療の内容に注目することで、患者の状態や診療の実態を的確に勘案した推計になると考えられることから、実際のレセプトデータ等によって患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）で分析しています。（その際、看護体制等を反映する入院基本料を含めた場合、同じような診療行為を行った場合でも医療資源投入量に差が出ることから、入院基本料相当分は含まないこととしています。）

病床の機能別分類の境界点の考え方は、下表のとおりです。高度急性期と急性期とを区分する境界線（Ｃ１）を3,000点、急性期と回復期とを区分する境界線（Ｃ２）を600点、回復期と慢性期及び在宅医療等とを区分する境界線（Ｃ３）を225点（在宅復帰に向けた調整を行っている患者については、175点まで境界線を下げる）とし、175点未満の患者数については、慢性期及び在宅医療等の患者数として一体的に推計します。

（図表 9-3-3）高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の分類の境界線の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やＩＣＵ、ＨＣＵで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。
※		

※　在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

（２）慢性期機能の医療需要推計の考え方

慢性期機能の医療需要の推計については、療養病床の診療報酬が包括算定であるために、一般病床のように実際の医療資源投入量に基づく分析が困難であることから、療養病床の入院患者数のうち、「医療区分１の患者の70%を在宅医療等で対応する患者数」として推計し、「その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を縮小していく」観点で医療需要を推計することとされています。

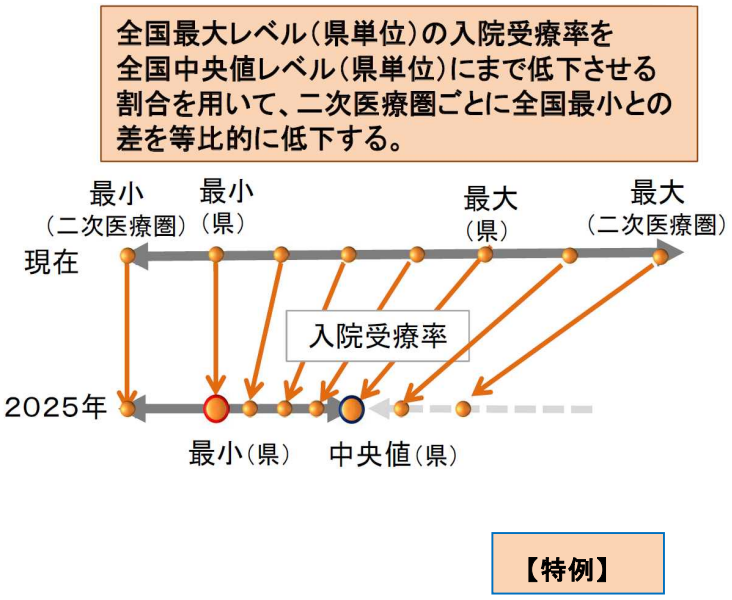
本県においては、地域差を縮小するための入院受療率について、厚生労働省から示された２つの推計パターンのうち、より緩やかに在宅移行を行う方法（パターンＢ）をすべての構想区域で選択するとともに、一定の要件に該当する場合に可能となる特例も適用しています。

推計方法：全国最大値（県単位）の入院受療率を全国中央値まで減少させる率(▲63.2%)を乗じる
特例：上記の入院受療率の達成年次を、令和７（2025）年ではなく令和 12（2030）年に延長する

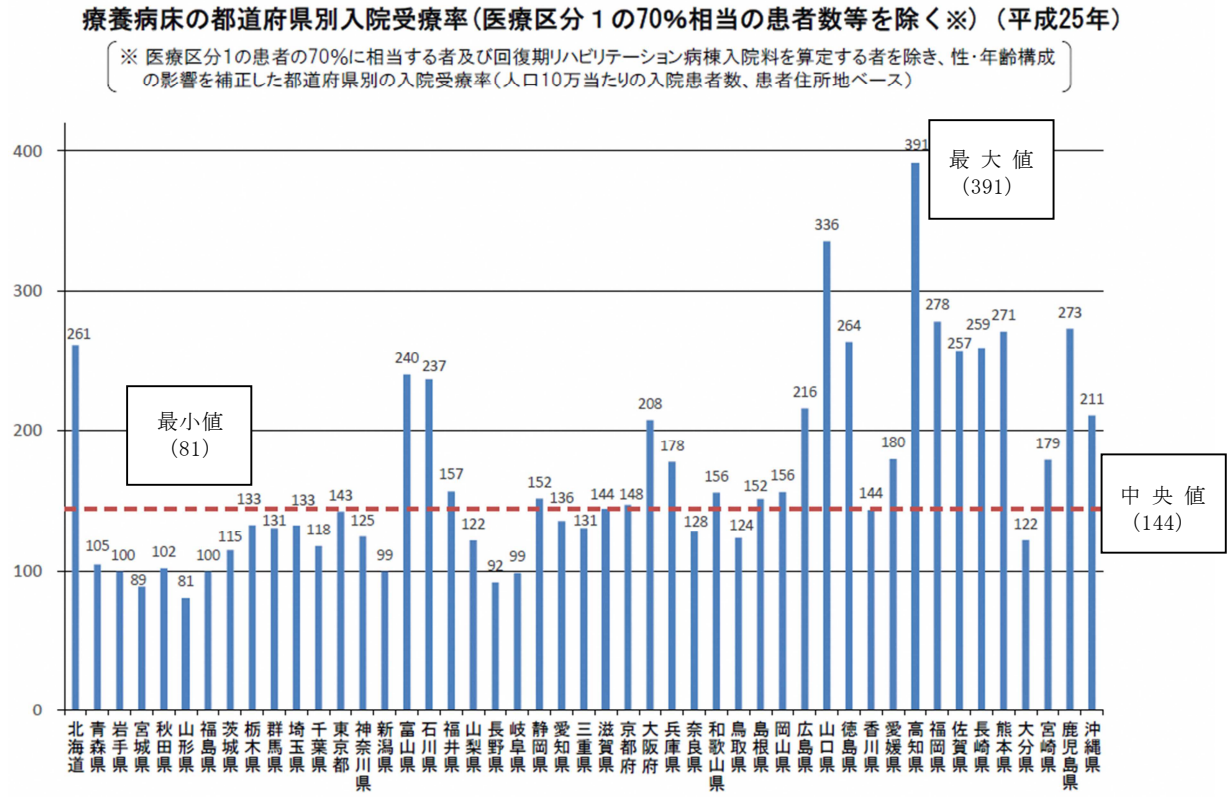
※特例適用の要件

① パターンＢにより入院受療率を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい。
② 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい。

（図表9-3-4）地域の実情に応じた慢性期機能の医療需要推計の考え方



（図表 9-3-5）　療養病床の都道府県別入院受療率



出典：社会保障制度改革推進本部専門調査会「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第１次報告」

（３）在宅医療等の医療需要推計の考え方

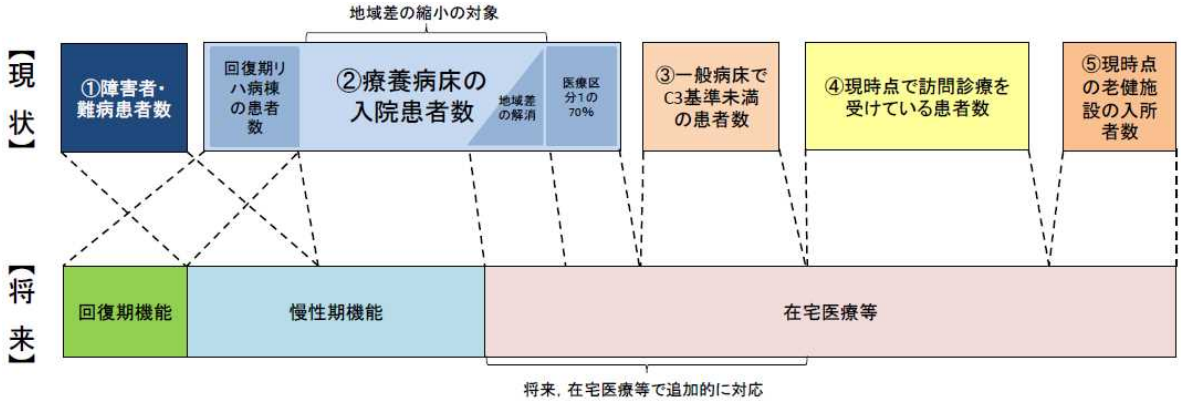
在宅医療等の医療需要については、次の４つを合計することで推計します。

【在宅医療等の必要量推計値の構成要素】

① 一般病床の入院患者数のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数（**一般病床分**）
② 療養病床の入院患者数のうち、医療区分１の患者数の70%の患者数と入院受療率の地域差を解消していくことで、将来的に在宅医療等で対応する患者数　（**療養病床分**）
③ 平成25（2013）年に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の令和７（2025）年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数（**訪問診療分**）
④ 平成25（2013）年の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の令和７（2025）年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数（**介護老人保健施設分**）

なお、在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定しています。

（図表 9-3-6）慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ

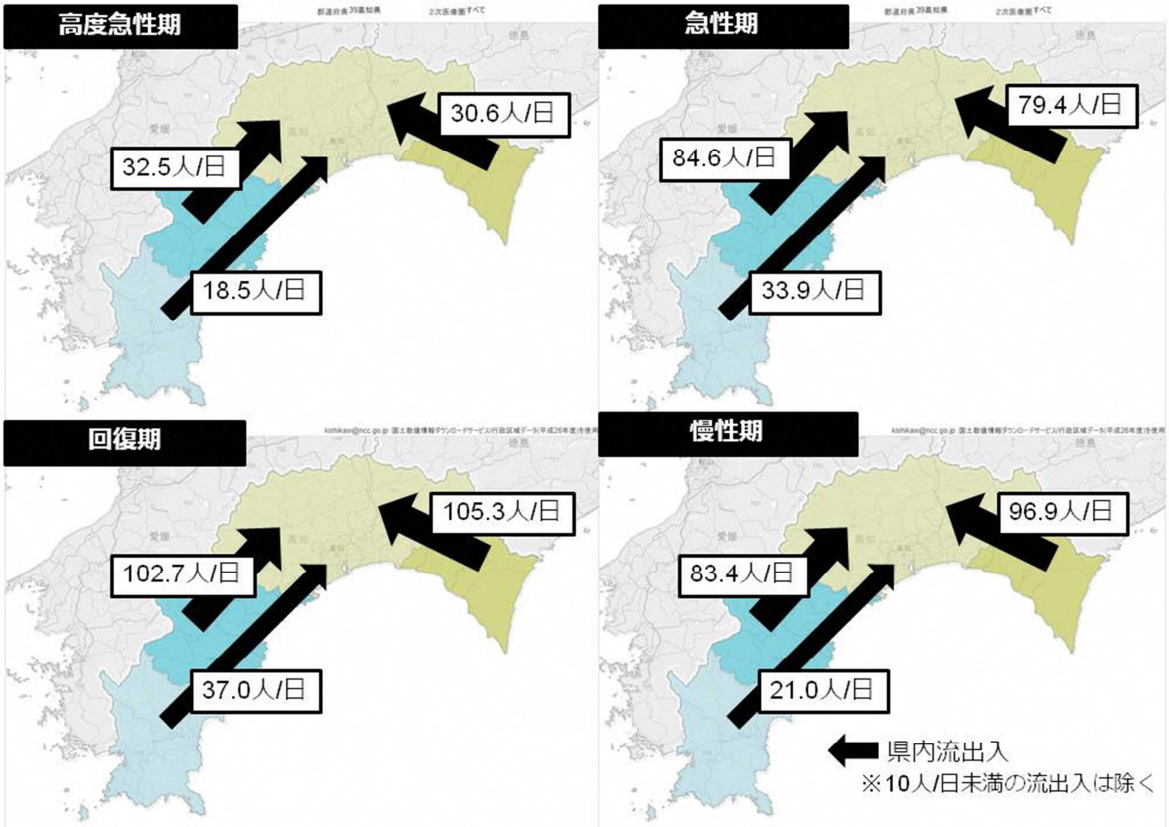


3　構想区域間の患者流出入の状況

策定時の医療提供体制が今後も継続した場合、県内における令和７（2025）年の患者流出入の状況は下図のとおりです。

策定時の患者の流出入を基に推計を行っており、令和７（2025）年の推計結果についても各区域から中央区域への流出が継続する見込みです。

（図表 9-3-7）構想区域間の患者流出入の状況（令和７（2025）年の推計結果）



4　医療需要及び必要病床数の推計結果

（1）医療需要の推計結果

令和７（2025）年の医療需要（患者数）の推計結果は、下表のとおりです。

このうち、「医療機関所在地ベース」は、現在の医療の提供体制を考慮して、実際に受診した医療機関の所在地で推計値をまとめたもので、「患者住所地ベース」は、地域の医療機関を受診したとして圏域ごとに患者の住所地で推計値をまとめたものになります。

（図表9-3-8）構想区域ごとの医療需要の推計結果

医療機関所在地	医療機能	令和7（2025）年 医療需要（患者数）	
		＜医療機関所在地ベース＞（人／日）	＜患者住所地ベース＞（人／日）
安芸	高度急性期	0.0（10未満）	42.2
	急性期	69.1	155.2
	回復期	127.7	241.2
	慢性期＊	108.7	206.2
	小計	305.5	644.8
	在宅医療等	658.9	793.0
中央	高度急性期	550.2	471.2
	急性期	1,815.2	1,610.1
	回復期	2,401.9	2,135.4
	慢性期＊	3,304.5	3,100.3
	小計	8,071.8	7,317.0
	在宅医療等	8,833.7	8,589.6
高幡	高度急性期	15.3	49.1
	急性期	122.7	206.1
	回復期	152.7	255.4
	慢性期＊	170.8	246.6
	小計	461.5	757.2
	在宅医療等	905.1	1,002.3
幡多	高度急性期	42.4	65.9
	急性期	212.3	257.5
	回復期	280.3	324.1
	慢性期＊	355.4	369.2
	小計	890.4	1,016.7
	在宅医療等	1,491.8	1,524.6
県計	高度急性期	607.9	628.4
	急性期	2,219.3	2,228.9
	回復期	2,962.6	2,956.1
	慢性期＊	3,939.4	3,922.3
	合計	9,729.2	9,735.7
	在宅医療等	11,889.6	11,909.5

＊慢性期は、入院受療率の達成年次を令和７（2025）年から令和12（2030）年とする特例を適用して推計

（２）必要病床数について

構想区域ごとの医療需要（患者数）の推計結果を、医療機能ごとの病床稼働率（高度急性期75％、急性期78％、回復期90％、慢性期92％）で割り戻したものが医療需要（病床数）となります。

その医療需要（病床数）について、地域医療構想ガイドラインや本県の状況を考慮し、本県においては、構想区域間で下記の調整を行い令和７（2025）年における必要病床数（病床の必要量）を推計しています。

（本県の必要病床数の推計における構想区域間の調整方法）

○高度急性期

現状として中央区域に機能が集中していることから、各区域の病床機能報告において既に報告されている病床以外は中央区域の必要病床数とします。

なお、中央区域以外の医療機関が高度急性期を選択しようとする場合は、全県的な調整会議において調整を行います。

○急性期、回復期及び慢性期

区域内における地域医療と密接に関わる機能区分であるため、必要病床数は原則として患者住所地ベースで算定します。

ただし、安芸区域と高幡区域については、中央区域への患者流出割合が30～55％以上となっている現状を踏まえ、患者住所地ベースの病床数のうち、流出入差の一定割合を中央区域の必要病床数とするよう調整します。

なお、地域の意見を反映し、調整の対象とする医療機能区分は、回復期とします。

なお、必要病床数の取扱については、次の点に留意する必要があります。

○必要病床数は、医療法に基づく計算方法により一定の仮定をおいて機械的に人口推計等を代入して計算した推計値であり、将来のあるべき医療提供体制を検討するための方向性を示すものであって、病床の削減目標ではありません。

○地域ごとの需要に応じた適切な医療提供体制の検討については、今後の協議等の中で、医療関係者や介護関係者、住民の方などの意見を十分に踏まえつつ、丁寧に調整を行っていくものです。

本県の必要病床数については、以下（図表9-3-9）のとおり推計されます。

（図表9-3-9）必要病床数の推計結果　（単位：床）

医療機関所在地	医療機能	令和7（2025）年 医療需要（病床数）		令和7（2025）年 必要病床数
		＜医療機関所在地ベース＞	＜患者住所地ベース＞	
安芸	高度急性期	0（10未満）	57	0
	急性期	89	199	199
	回復期	142	268	205
	慢性期＊	119	225	225以上
	小計	350	749	629以上
中央	高度急性期	734	629	834
	急性期	2,328	2,065	2,065
	回復期	2,669	2,373	2,493
	慢性期＊	3,592	3,370	3,370以上
	小計	9,323	8,437	8,762以上
高幡	高度急性期	21	66	0
	急性期	158	265	265
	回復期	170	284	227
	慢性期＊	186	269	269以上
	小計	535	884	761以上
幡多	高度急性期	57	88	6
	急性期	273	331	331
	回復期	312	361	361
	慢性期＊	387	402	402以上
	小計	1,029	1,182	1,100以上
県計	高度急性期	812	840	840
	急性期	2,848	2,860	2,860
	回復期	3,293	3,286	3,286
	慢性期＊	4,284	4,266	4,266以上
	合計	11,237	11,252	11,252以上

＊慢性期は、入院受療率の達成年次を令和７（2025）年から令和12（2030）年とする特例を適用して推計

特例適用後における令和12（2030）年の慢性期の医療需要（病床数）＜患者住所地ベース＞　（単位：床）

県計	安芸	中央	高幡	幡多
3,193 以上	187 以上	2,506 以上	194 以上	306 以上

慢性期医療の提供体制等のあり方については、在宅医療の整備と一体的に検討する必要がありますが、本県が実施した療養病床実態調査等の結果（※１）や国の検討状況（※２）を踏まえると、現状では慢性期医療を入院医療と在宅医療等とに明確に区分することは難しいため、国が示す算定方法による慢性期機能の必要病床数は 4,266 床となりますが、本構想においては 4,266 床以上と定めます。

なお、必要病床数は、平成25（2013）年時点での実績値を基にした推計値であることから、その後の状況変化や社会情勢等を踏まえて、必要に応じて見直しを行います。

（※１）療養病床実態調査等の結果

○高齢化が進んだ中山間地域を抱え、独居高齢者が多く家庭の介護力が脆弱であるといった背景から長期療養の入院ニーズが高い

○療養病床の患者の84.5%が引き続き療養病床での療養が必要な状況にある

（※２）国の検討状況

○平成27年度「療養病床の在り方等に関する検討会」において、慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型を選択肢として整理

○平成28年度「社会保障審議会　療養病床のあり方等に関する特別部会」において、平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床及び医療療養病床２（25対1）の今後の在り方を整理。

○「社会保障審議会　療養病床のあり方等に関する特別部会」検討状況を踏まえて、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）により、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた介護保険施設として、平成30年度から介護医療院が創設、あわせて転換までの経過措置として、介護療養病床については、廃止期限が令和５年度まで６年間延長。

○医療療養病床２（25対１）についても、その医療法施行規則に基づく人員配置標準の経過措置が令和５年度末まで延長。

（参考）療養病床の届出数等の状況　　（単位：床）

病床区分等		病床数				
		高知県計	安芸区域	中央区域	高幡区域	幡多区域
医療療養病床	療養病棟入院基本料(20 対 1)	3,494	176	2,791	217	310
	経過措置(25 対 1)	0	0	0	0	0
	地域包括ケア病棟(病室を含む)	162	0	92	34	36
	回復期リハビリテーション病棟	688	0	561	42	85
介護療養病床		121	0	105	4	12
未届等		0	0	0	0	0
合計		4,465	176	3,549	297	443

出典：令和５年７月調査（高知県長寿社会課）、四国厚生支局発表「施設基準の届出受理状況（令和５年７月１日現在）」

（３）必要病床数と病床機能報告との比較

令和７（2025）年の必要病床数は、令和４年病床機能報告と比較し、全体で1,830床少ない推計となっています。

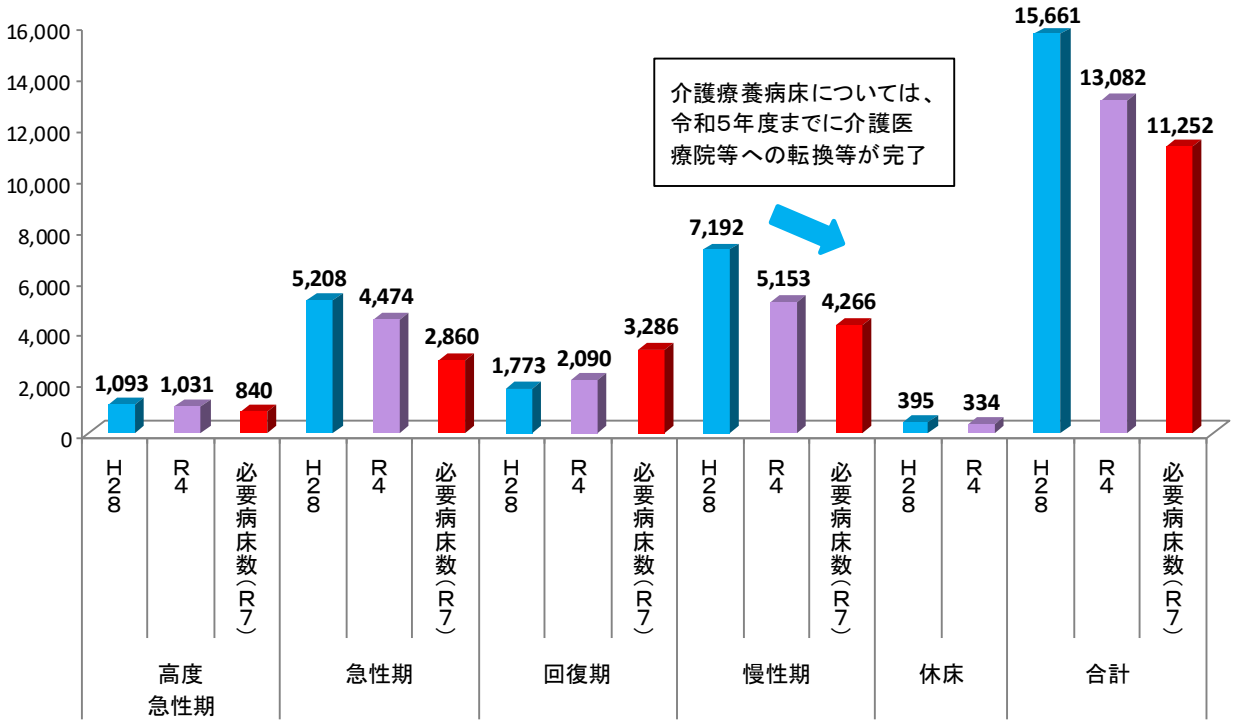
これは、令和７（2025）年に向けて、病床の機能分化・連携を図るとともに、在宅医療等の提供体制が整備されることを前提とした必要病床数の推計となります。また、必要病少数は病床機能報告の値と比べて、高度急性期、急性期及び慢性期ではそれぞれ191床、1,631床、906床少なく、回復期では1,196床多くなっています。

（図表9-3-10）必要病床数と病床機能報告の比較　（単位：床）

医療機関所在地	医療機能	平成28（2016）年病床機能報告における報告結果（参考）	令和4（2022）年病床機能報告における報告結果（A）	令和7（2025）年必要病床数（B）	令和7（2025）年に向けた病床数の過不足（A）－（B）	
安芸	高度急性期	0	0	0	0	
	急性期	245	182	199	▲ 17	
	回復期	87	125	205	▲ 80	
	慢性期＊	235	235	225	10	※
	休床・無回答等	3	0		0	
	小計	570	542	629	▲ 87	※
中央	高度急性期	1,087	1,025	834	191	
	急性期	4,081	3,599	2,065	1,534	
	回復期	1,312	1,538	2,493	▲ 955	
	慢性期＊	5,836	4,244	3,370	874	※
	休床・無回答等	386	248		248	
	小計	12,702	10,654	8,762	1,892	※
高幡	高度急性期	0	0	0	0	
	急性期	247	234	265	▲ 31	
	回復期	107	209	227	▲ 18	
	慢性期＊	452	212	269	▲ 57	※
	休床・無回答等	0	0		0	
	小計	806	655	761	▲ 106	※
幡多	高度急性期	6	6	6	0	
	急性期	635	476	331	145	
	回復期	267	218	361	▲ 143	
	慢性期＊	669	481	402	79	※
	休床・無回答等	6	50		50	
	小計	1,583	1,231	1,100	131	※
県計	高度急性期	1,093	1,031	840	191	
	急性期	5,208	4,491	2,860	1,631	
	回復期	1,773	2,090	3,286	▲ 1,196	
	慢性期＊	7,192	5,172	4,266	906	※
	休床・無回答等	395	298		298	
	合計	15,661	13,082	11,252	1,830	※

＊慢性期は、入院受療率の達成年次を令和７（2025）年から令和12（2030）年とする特例を適用して推計
※「（A）－（B）」欄は、慢性期に係る最小値との差を表示

（図表9-3-11）必要病床数と病床機能報告の比較



なお、地域医療構想の策定後においては、これを踏まえたあるべき医療提供体制の実現に向けた取組を推進するための参照情報として、構想区域単位で各医療機関からの病床機能報告制度の病床数を活用することとなりますが、この際、次の点に留意する必要があります。

○病床機能報告制度は、地域医療構想の策定・進捗評価等に活用するとともに、患者・住民・他の医療機関にそれぞれの医療機関が有する機能を明らかにすることを目的とした、各医療機関からの定性的な基準による病棟単位の自己申告である一方で、地域医療構想で推計する必要病床数（病床の必要量）は、レセプトデータ等から入院患者に対する医療資源投入量を分析し各機能に区分したものであって、個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも必要病床数と病床機能報告の病床数は相応するものではありません。

○病床機能報告制度については、医療機関の自主的な判断により報告が行われること、急性期機能と回復期機能の区分が明確化されていないことといった状況が全国で生じており、その状況を考慮するとともに、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、平成30年8月16日の厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（医政地発0816第1号）により、各都道府県に対して、地域の実情に応じた「定量的な基準」の導入が要請されました。

高知県においても、平成30年度に県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、本県における「定量的な基準」を新たに導入しました。

○定量的な基準

急性期等の病棟を以下の基準で、回復期の病棟に分類

【基準】

・回復期とみなすことができる病床数（地域包括ケア入院管理料算定病床、転換協議が調った病床）

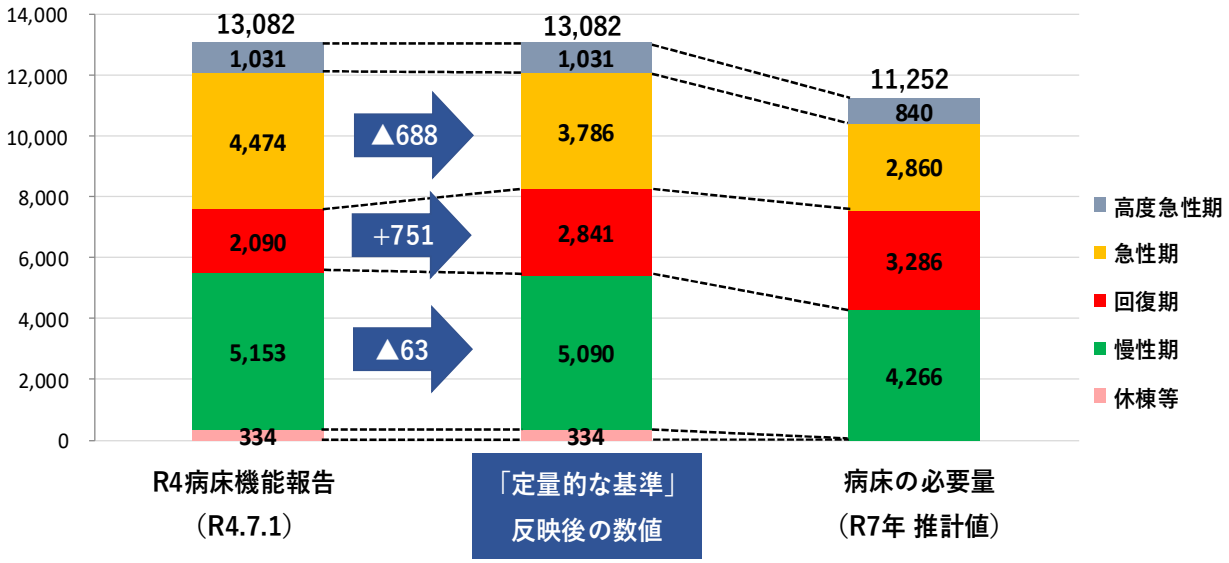
・回復期に近い急性期の病床数（平均在棟日数22日以上の急性期病棟の病床）

※平均在棟日数22日の根拠：診療報酬 急性期一般入院基本料（平均在院日数21日以内）

※「定量的な基準」については、あくまでも現状の医療体制の状況を把握し、地域医療構想調整会議等での議論の活性化を図るための目安の基準として整理するものです。

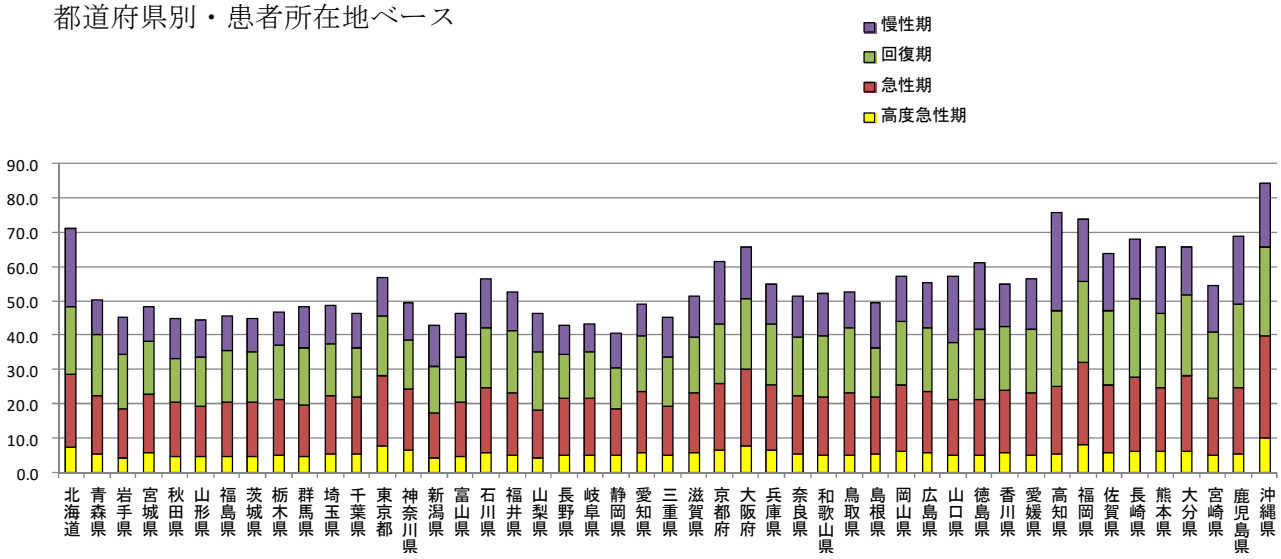
○「定量的な基準」を反映した結果、急性期及び慢性期が減少し、回復期が増加しました。

（図表9-3-12）定量的基準反映結果



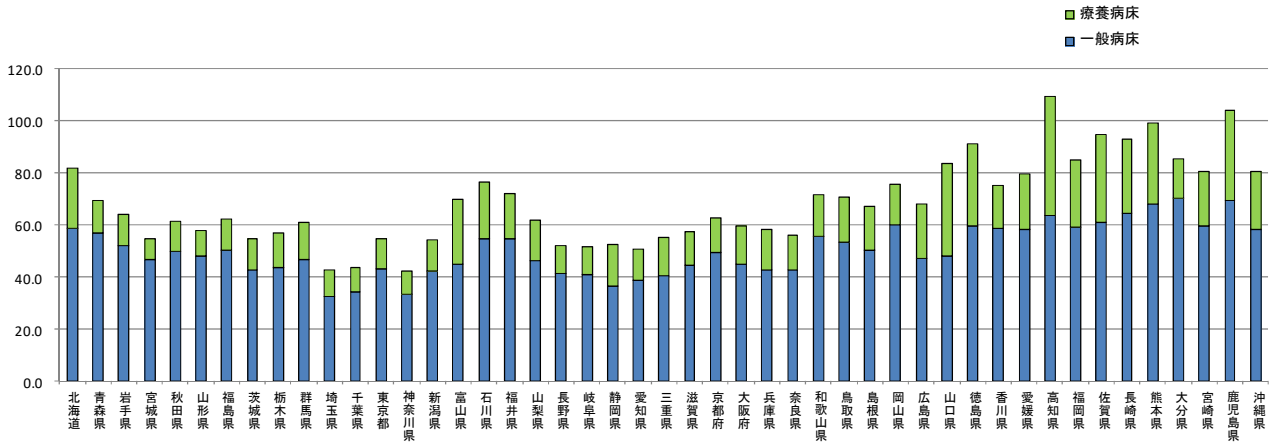
（参考）都道府県別の令和７（2025）年医療機能別必要病床数・75歳以上人口千人当たり

都道府県別・患者所在地ベース



出典：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第一次報告（平成 27 年 6 月 15 日）.

（参考）都道府県別の平成 25（2013）年病床数・75 歳以上人口千人当たり



出典：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第一次報告（平成 27 年 6 月 15 日）

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（医療と介護の整合性）

（１）地域医療構想における在宅医療等の推計値について

令和７（2025）年度における在宅医療等の必要量については、Ｐ350の（３）在宅医療等の医療需要推計の考え方の【在宅医療等の必要量推計値の構成要素】を基に推計していますが、その構成要素の①から④のうち、①から③については、第７期保健医療計画及び高知県高齢者保健福祉計画・第７期介護保険事業（支援）計画（平成30～令和２年度）の策定にあたり、国から内訳が示されました。

そのうち、①、②に関しては、通常の人口構造の変動とは別に、病床の機能分化・連携に伴って新たに生じる、在宅医療等（介護施設含む）の追加的需要（以下「追加的需要」）とされています。

【在宅医療等の必要量推計値の構成要素】再掲

① 一般病床の入院患者数のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数**（一般病床分）**
② 療養病床の入院患者数のうち、医療区分１の患者数の70%の患者数と入院受療率の地域差を解消していくことで、将来的に在宅医療等で対応する患者数 **（療養病床分）**
③ 平成25（2013）年に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の令和７（2025）年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数**（訪問診療分）**
④ 平成25（2013）年の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の令和７（2025）年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数**（介護老人保健施設分）**

（図表9-3-13）令和７（2025）年度における在宅医療等の推計結果内訳 （単位：人／日）

構想区域	在宅医療等の必要量	内訳					
		追加的需要				③訪問診療分	④介護老人保健施設分
		①一般病床分	**②療養病床分**	医療区分１ 70%	地域差解消分		
安芸	793.0	86.6	**144.9**	76.4	68.4	369.3	192.2
中央	8,589.6	752.2	**2,905.1**	1,314.9	1,590.1	3,146.0	1,786.3
高幡	1,002.3	62.9	**277.0**	139.3	137.7	416.1	246.2
幡多	1,524.6	130.2	**379.8**	203.9	175.9	663.3	351.3
県計	11,909.5	1,031.9	**3,706.7**	1,734.6	1,972.1	4,594.7	2,576.1

出典：地域医療構想策定支援ツールより　※内訳の①～③については平成 29 年度追加提供　（厚生労働省）

（２）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

追加的需要のうち、一般病床から生じると推計される需要である構成要素の「①一般病床分」については、一般病床から退院する患者の多くが、退院後に通院（外来医療）により医療を受ける傾向にあることを踏まえ、外来医療での対応を基本とし、在宅医療の受け皿整備の対象とはしない考え方が国から示されています。

一方、療養病床から生じる追加的需要の構成要素の「②療養病床分」については、令和７（2025）年に向けて病床機能の分化・連携を推進するに当たり、医療と介護の両計画において考慮が必要な見込量を推計し、療養病床から介護医療院等への転換の場合も含め、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病床以外でも療養生活を継続できる受け皿の整備を先行して検討していく必要があります。

推計について、第７期保健医療計画及び高知県高齢者保健福祉計画・第７期介護保険事業（支援）計画においては、国から示された推計方法により、追加的需要が第７期保健医療計画及び高知県高齢者保健福祉計画・第７期介護保険事業（支援）計画の開始年度となる平成30年度から生じ、令和７年度末までの８年間にわたり毎年度同じ量ずつ増加するものと仮定して、地域医療構想における令和７年度の推計値から、比例的に推計しました。

第８期保健医療計画及び高知県高齢者保健福祉計画・第９期介護保険事業（支援）計画においては、計画期間のうち、地域医療構想の取り組みを行う２年間分で生じる追加的需要を比例的に推計します。

ただし、本県は特例により、地域差の解消の達成年次を令和12（2030）年に延長しているため、追加的需要のうち、地域差の解消に係る部分については、第８期保健医療計画の最終年度である令和11年度まで比例的に推計します。

両計画の該当年次である令和11年度と令和８年度の値は、次のとおり推計されます。

（図表9-3-14）各計画年次における追加的需要の推計値　（単位：人／日）

構想区域	追加的需要		
	令和７年度 （②療養病床分）	令和８年度	令和11年度
安芸	144.9	44.8	70.4
中央	2,905.1	925.0	1,521.3
高幡	277.0	86.5	138.1
幡多	379.8	116.9	182.9
県計	3,706.7	1,173.2	1,912.7

（３）追加的需要に対する対応

療養病床から生じる追加的需要に対する対応としては、在宅医療と介護サービスのどちらで対応するかを検討していく必要があります。

そのため、令和11年度、令和８年度の追加的需要について、市町村の介護保険事業計画や国から示された考え方に基づき、高知県高齢者保健福祉計画・介護保険事業（支援）計画の介護サービス見込量の考え方と整合性を図るよう検討していきます。

第４節　将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策

令和７（2025）年に向け、地域医療構想を実現し、その地域におけるバランスのとれた医療・介護サービスの提供体制を構築するため、以下の３つの方針に基づき、施策の方向性を示します。

１　病床機能の分化及び連携の推進
２「高知版地域包括ケアシステム」の構築に向けた在宅医療の充実
３　医療従事者の確保・養成

また、施策の推進においては、当面は現在入院している患者の療養環境を確保しつつ、中長期的には、患者のＱＯＬにふさわしい療養環境を確保することにより、患者が最後まで自分らしく生きられる体制を構築します。

なお、施策の推進に際しては、国からの交付金により設置された地域医療介護総合確保基金等を有効活用し、支援を進めていきます。

１　病床機能の分化及び連携の推進

【現状・課題】

病床機能報告と医療機能別の必要病床数を比較すると、急性期と慢性期機能を選択する医療機関が多く、回復期が少ないなど各構想区域で病床機能に偏りが生じています。そのため、将来の医療需要に応じた必要病床数を各地域で機能区分ごとに不足なく確保していく必要があります。

また、安芸区域及び高幡区域においては、令和４年病床機能報告の報告結果が令和７（2025）年の必要病床数を下回る、幡多区域においては、必要病床数に近づいています。そのため、郡部等においては、特に医療提供体制を確保していく必要があります。

なお、令和５年度で廃止となった医療療養病床（25対1）、介護療養病床については、介護医療院等への転換等が完了しています。

【施策の方向性】

患者の医療需要に応じた適切な医療機能を提供できるよう、不足する病床機能への転換などを通して必要な病床機能を確保します。

また、郡部等における医療体制を確保できるよう、関係機関の連携体制を強化するなど、適切な医療提供体制を構築する必要があります。

なお、本県においては、医療機関が施設介護のニーズを補完するとともに、救急医療を含め地域医療が大きな混乱を招くことなく医療提供体制が維持されてきた経緯を踏まえ、引き続き安定的な医療提供体制が構築できるよう関係機関間の連携を図っていく必要があります。

【主な取組内容】

・地域医療構想調整会議における、地域の実情に応じて将来必要となる医療・介護提供体制の実現に向けた協議・調整の実施
・医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議を推進するための、病床機能報告等必要なデータ分析や情報の共有
・国の社会保障審議会や中央社会保険医療協議会等における制度見直しの動きを注視し、必要に応じて経過措置や患者の負担軽減策等を提言
・南海トラフ地震対策の観点も踏まえ、転換を機に行う耐震化等への支援を実施
・地域医療介護総合確保基金等を活用し、不足する病床機能への転換や過剰気味な機能の病床を削減する際に必要な施設・設備整備等への支援を実施するとともに、過剰気味な機能の病床を削減する場合には、さらに病床稼働率に応じた給付金の支給による支援を実施
・郡部等の医療提供体制確保のため、地域医療連携推進法人等を活用した医療連携体制の構築への支援を実施
・高知ＥＨＲを活用した多職種協働によるチーム医療体制の構築

2　「高知版地域包括ケアシステム」の構築に向けた在宅医療の充実

（詳細　「第７章　第５節　在宅医療」　記載）

【現状・課題】

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となっています。

加えて、在宅医療のニーズが増大するなか、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、人材確保は大きな課題です。

そのような状況で、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。

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おり、ＩＣＴなどデジタル技術の活用を通じた省力化、効率化を図ることが必要となっています。

【施策の方向性】

在宅医療ニーズの増加と多様化に対応し、患者や家族が希望する場所で安心して医療・介護サービスを受けられるよう、医療提供体制の整備を促進するとともに、高齢者本人が自分らしい暮らしを最後まで続けられるよう、医療・介護・福祉サービス等の地域資源を切れ目ないネットワークでつなぐ「高知版地域包括ケアシステム」の構築を推進します。

【主な取組内容】
・急変時に24時間対応できる医療体制の推進
・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、人材確保等への支援を実施
・訪問看護師の確保の取り組みや中山間地域等での訪問看護ステーション活動への支援による訪問看護サービスの充実
・在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション、薬局、歯科診療所の拡充及び参画の推進
・高知ＥＨＲを活用した多職種協働によるチーム医療体制の構築
・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の実施による切れ目のない継続的な医療体制の確保
・患者や家族に在宅での看取りに関する適切な情報の提供

3　医療従事者の確保・養成

（詳細　第４章「医療従事者の確保と資質の向上」記載）

【現状・課題】

地域における将来の在るべき医療提供体制を構築する上で、医療従事者の確保・養成は不可欠なものです。

県内の医師については、中央医療圏への集中による地域偏在や、若手医師の減少による年齢構成の偏在、産科・婦人科医師等の減少による診療科の偏在が課題となっています。薬剤師については、今後ニーズが拡大する中、新たな人材の確保が課題となっています。看護職員及び助産師については、中央医療圏への集中による地域偏在が課題となっています。

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

また、今後は在宅医療の増加が見込まれるため、在宅医療を担う医療従事者の確保も必要となってきます。訪問看護師については、中央医療圏に集中しており、中山間地域で不足しているため、その確保・養成が課題となります。

【施策の方向性】

病床の機能分化・連携を推進するため、それぞれの医療機能を担う医療従事者の確保を促進します。特に、今後増加が見込まれる在宅医療を担う医療従事者の確保・養成を促進します。また、医師が指導医・専門医の資格取得等のキャリアアップができる仕組みづくり等、医師の県内定着を進めていくための体制を構築します。

【主な取組内容】
・奨学金貸付、寄附講座、キャリア形成への支援等による医師の確保
・地域医療支援センターや医療機関と連携した研修プログラムの検証・調整や総合診療専門医の資格取得の環境整備等医師の資質向上に向けた支援
・大学等への高知県内就職への働きかけや奨学金貸付等による、薬剤師、看護師、准看護師、助産師などの医療従事者の確保
・在宅医療を担う医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の確保・養成
・奨学金貸付や寄附講座等を活用した訪問看護師の育成
・病床機能分化に伴う看護の質の変化に対応できる看護師の育成
・医療勤務環境改善支援センター等の取り組みによる医療従事者の勤務環境改善支援

4　地域医療介護総合確保基金の活用

地域医療介護総合確保基金は、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業に要する経費の財源に充てることを目的として、平成26年度から県に設置しています。

県は毎年度、事業計画を策定し、地域医療構想の実現に向けた取組を含む、医療と介護の総合的な確保のための地域医療介護総合確保基金を活用し積極的に事業を実施します。

＜基金対象事業＞

医療分
1　地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備
2　居宅等における医療の提供
4　医療従事者の確保
6　勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

介護分
3　介護施設等の整備
5　介護従事者の確保

第５節　地域医療構想の推進体制及び役割

１　地域医療構想調整会議

（１）高知県地域医療構想調整会議の体制

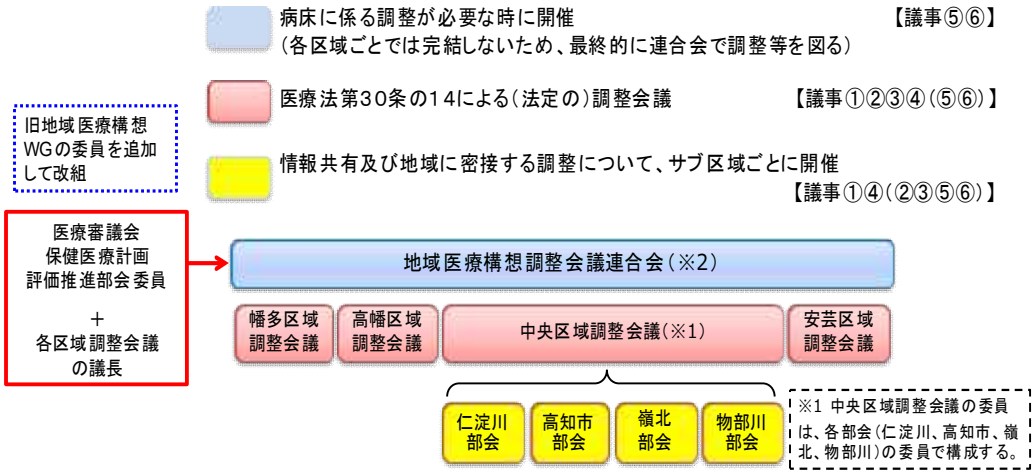
県は、医療法第30条の14に基づいて４つの構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置し、医療関係団体、医療関係者、医療保険者、市町村その他関係者と地域医療構想の実現に向けて協議します。

なお、中央区域については、日常的な医療を中心とした議論や合意形成を進めていくため、構想区域におけるサブ区域の設定と同様に、調整会議内に４つの部会「仁淀川部会、高知市部会、嶺北部会、物部川部会」を設置します。

また、より深い議論を行うため、地域医療構想調整会議の協議体制を地域の実情等を広く協議する「定例会議」と、郡医師会や地域の医療機関の院長を委員に加え、病床機能転換や増床等の利害調整に係る議題を協議する「随時会議」に分割し、開催することとします。

さらに、高知県の特殊事情として、中央区域への患者流入が多数あり、病床に係る協議は各区域では完結しない場合があるため、県全体の調整等の場として「地域医療構想調整会議連合会」を設置します。連合会の委員については、高知県医療審議会保健医療計画評価推進部会（構想策定後にワーキンググループの構成員を継承して改組）に、各区域の調整会議の議長を加えて構成します。

（図表 9-5-1）　地域医療構想推進体制



基本地域	幡多	高幡	仁淀川	高知市	嶺北	物部川	安芸
所管保健所	幡多	須崎	中央西	高知市	中央東		安芸
構想区域	**幡多**	**高幡**	**中央**				**安芸**

※2 病床に係る協議については、中央区域への患者流入の現状等を踏まえ、各区域の調整会議における協議において完結しないものは、連合会で最終調整等を図る。

（２）地域医療構想調整会議の議事内容等

地域医療構想調整会議においては、下記の内容等について議論を行います。

（図表 9-5-2）議事、開催時期、参加者（「地域医療構想策定ガイドライン」より抜粋）

議事			開催時期	参加する関係者
通常の開催（法30の14②）	病床の機能分化・連携の推進	①地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議（※）	地域の実情に応じて、都道府県が随時開催	議事等に応じ、都道府県が選定
		②病床機能報告制度による情報等の共有	病床機能報告制度や地域医療介護総合確保基金のスケジュールを念頭に定期的に開催	医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広い関係者のうちから都道府県が選定
		③地域医療介護総合確保基金都道府県計画に盛り込む事業に関する協議		
	その他	④その他の地域医療構想の達成の推進（地域包括ケア、人材の確保、診療科ごとの連携など）に関する協議（※）	地域の実情に応じて、都道府県が随時開催	議事等に応じ、都道府県が選定
病院の開設・増床、医療機能の転換への対応		⑤開設・増床等の許可申請の内容　に関する協議（法30の14③）	医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合に随時開催	許可申請をした医療機関及び当該申請に係る利害関係者等に限って都道府県が選定
		⑥過剰な病床機能への転換に関する協議（法30の15②）	医療機関が過剰な病床機能に転換しようとする場合に随時開催	転換をしようとする医療機関及び当該転換に係る利害関係者等に限って都道府県が選定

議長等：都道府県関係機関、医師会の代表など（利益相反が生じないよう、あらかじめ代理者の規定を定める）

都道府県：参加を求めなかった病院・有床診療所へ書面・メールでの意見提出などにより幅広い意見表明の機会を設けることが望ましい

（※）随時開催である議事①、④の具体例

（①の例示）

・地域で不足する回復期機能をどの医療機関が担うのか、そのために必要な施策（医療介護連携、病診連携、病病連携（機能分化含む）、経営支援等）について

・在宅の受け皿整備のために、需要（推計ツール）に対して現状の供給量を把握するための調査を行い、それをもとに不足する供給量を補うために必要な施策（入院機能の分化・連携促進、効率化により生まれる資源の適正配分等）について

・医療機関の現状を把握するための病院経営管理指標の整理について　等

（④の例示）

・各医療機関の地域連携を担う人材育成支援

・地域の医療資源の効率的運用のためのコーディネーター設置（医療機器共同利用や材料・薬剤共同購入、医療・介護・事務職員向け研修会の周知や整理、住民向け受診マニュアル作成等）

・医療・介護・事務人材育成のための相互乗り入れＯＪＴ研修

・地元商店街や青年会議所等との協働のための会議体運営　等

（３）地域医療構想調整会議の進め方

地域医療構想調整会議の進め方について、議論の方針及び推進に向けた実施項目を下記のとおり整理します。

＜議論の進め方の方針＞

１、地域の医療提供体制の現状の共有
２、将来目指すべき医療体制の認識の共有
３、地域医療構想を実現するうえでの課題の抽出
４、具体的な構想区域における病床の機能分化及び連携のあり方についての協議
５、構想を実現するための施策の協議

＜具体的に進めるための取組み＞

○　病床機能報告データやデータブック等を活用した、地域において各医療機関が担っている役割等に関する現状分析と共有
○　病床機能報告と病床の必要量との比較
○　休床、非稼動病床の状況の確認（病棟単位）
○　中心的な医療機関の役割の明確化（救急医療、災害医療、政策医療を担う医療機関）
（対象）公的医療機関、国立病院機構、地域医療支援病院、特定機能病院　など
・５疾病６事業及び在宅医療等の医療体制で中心的な医療機関が担う役割について
・「公立病院経営強化プラン」(注 2)と構想区域における公立病院の担うべき役割
・「公的医療機関等 2025 プラン」(注 3)と構想区域における公的医療機関等の担うべき役割
・特定機能病院の地域における役割と病床機能報告内容の分析
○　療養病床等の転換意向を踏まえた医療提供体制の検討（療養病床転換の意向調査の実施等）
○　国による療養病床等の検討状況など病床の機能分化の推進に必要な情報の共有
○　病床の機能分化・連携の推進に向けた支援策の協議（転換補助金等）
○　地域住民・市区町村・医療機関等への普及啓発（調整会議の資料・議事録の公表等）

（注2）公立病院経営強化プラン：「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」（令和4年3月：総務省）に基づき、公立病院等が、役割・機能の最適化と連携の強化、医師・看護師等の確保と働き方改革、経営形態の見直し、新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組、施設・設備の最適化、経営の効率化の取組を、令和9年度までの期間として、経営強化プランとして策定したもの。

（注3）公立医療機関等2025プラン：公的医療機関等（＊）が、地域医療構想を踏まえた、地域において今後担うべき役割等の方向性を、率先して明らかにし、地域で共有するため、地域における今後の方向性について記載した「公的医療機関等2025プラン」の作成を求めるもの。また、策定したプランを踏まえ、地域医療構想調整会議においてその役割について議論行う。
（＊）対象医療機関
・公的医療機関（日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等が開設する医療機関）（公立病院除く）　・医療法第７条の２第１項第２号から第８号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関　・その他の独立行政法人（国立病院機構、労働者健康安全機構）が開設する医療機関　・地域医療支援病院　・特定機能病院

2　関係団体等の役割

地域医療構想策定後は、医療関係者だけでなく、県、市町村、住民、保険者がそれぞれの役割を担い、一体となって地域の医療を守っていく必要があります。

（１）医療を地域づくりの枠組みの中で捉え、持続可能な日常的な医療を各地域で創りあげるため、関係団体は下記の役割を担います。

＜住民＞

医療を受ける者として、地域の限りある医療資源について理解を深め、医療体制を守ることに努めるとともに、健康の増進や疾病の予防に努める

＜医療提供者＞

県及び関係団体と連携を図り、良質かつ適切な医療を最大限に効率的に提供するとともに、住民の予防・健康づくりの取組を推進する

＜保険者＞

被保険者ができるだけ長く健康を維持できるよう、健康診査の受診の促進やデータに基づく保健事業の実施などに努めるとともに、たとえ医療が必要になっても質の高い医療を適正に受けられるよう医療費の適正化に努める

＜県及び市町村＞

県は、保健医療計画を策定するとともに、その計画に基づき、市町村、医療機関等の関係団体と連携を図り、地域の実情に応じた施策を実施する

市町村は、県を含む関係団体等と連携を図り、その地域の特性に応じた施策の推進に努める

（２）日常的な医療以外の医療（二次・三次救急医療、循環器疾患の急性期医療、手術等の入院を要するがん医療など）は、二次医療圏（構想区域）・三次医療圏（県全域）といったより広域な医療体制で効率的に支えます。

① 県は医療計画の５疾病６事業を基本とし、関係者の調整を図り、体制を整備し評価する

② 広域を担う医療提供者は行政と共に社会的役割を果たし、地域最適化（機能分化・連携）を図る

③ 保険者は上記（２）①、②についての評価・検証に当たり、必要に応じて保険者が所有するデータを行政に提供するよう努める

第６節　各構想区域の状況

１　安芸区域

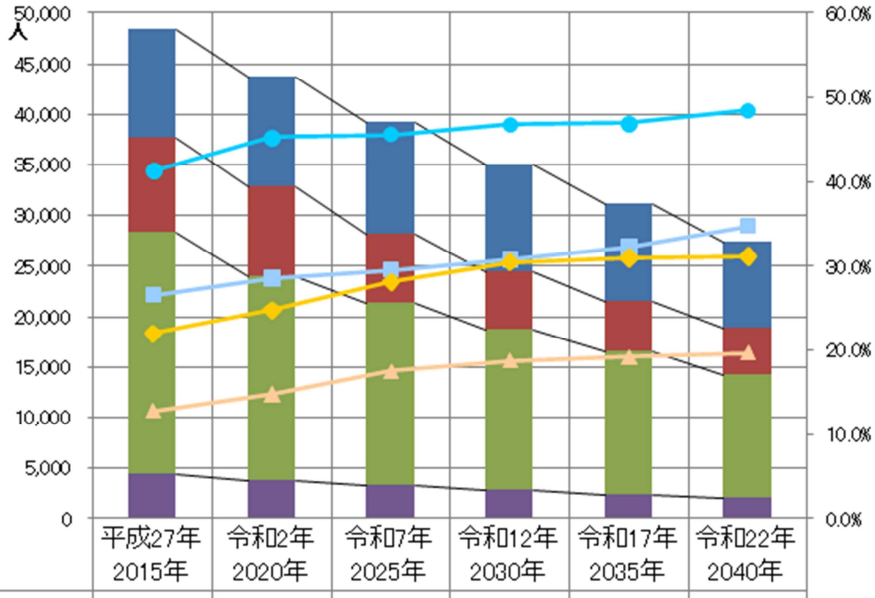
（１）人口構成の推移

安芸区域の総人口は、平成27（2015）年の48,350人（平成27年国勢調査）から減少が続き、令和７（2025）年には39,238人、令和22（2040）年には27,449人（平成27年比43.2%減）になると推計されています。人口減少率は県内で最も高く推移していく見込みです。

65歳以上の高齢者人口は、平成27（2015）年をピークに年々減少しますが、高齢化率は、少子化の進行により総人口が減少することから、今後も上昇する見込みです。

構想区域の中では、人口が最小であり、県内で最も高齢化が進んでいます。

（図表9-6-1）　安芸区域の将来推計人口・高齢化率



	平成27年 2015年	令和2年 2020年	令和7年 2025年	令和12年 2030年	令和17年 2035年	令和22年 2040年
75歳以上	10,648	10,839	11,035	10,704	9,645	8,559
65～74歳	9,308	8,926	6,865	5,693	4,985	4,746
生産年齢人口(15～64歳)	23,939	20,171	18,081	15,857	14,080	12,001
年少人口(0～14歳)	4,455	3,730	3,257	2,811	2,428	2,143
65歳以上割合	41.3%	45.3%	45.6%	46.8%	47.0%	48.5%
65歳以上割合(全国)	26.6%	28.6%	29.6%	30.8%	32.3%	34.8%
75歳以上割合	22.0%	24.8%	28.1%	30.5%	31.0%	31.2%
75歳以上割合(全国)	12.8%	14.8%	17.5%	18.8%	19.2%	19.7%

出典：日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年３月推計）　国立社会保障・人口問題研究所
平成 27 年、令和２年の数値については、国勢調査(総務省統計局)

（２）医療提供体制の状況

ア　医療人材の状況

医師、歯科医師、薬剤師の医療施設の従事者数（人口10万対）は、いずれも県平均、全国平均を下回っており、中央区域との格差があります。

看護師（人口10万対）は、全国平均を上回っていますが、県平均を下回っており、中央区域との偏在があります。准看護師数については、県平均、全国平均を上回っています。助産師数については、県平均、全国平均を下回っています。

（図表 9-6-2）令和２年の安芸区域の医師・歯科医師・薬剤師数　（単位：人）

	安芸区域		高知県		全国	
医師	105	(240.5)	2,305	(333.3)	339,623	(269.2)
うち医療施設の従事者	103	(235.9)	2,227	(322.0)	323,700	(256.6)
歯科医師	27	(61.8)	497	(71.9)	107,443	(85.2)
うち医療施設の従事者	26	(59.5)	486	(70.3)	104,118	(82.5)
薬剤師	86	(196.9)	1,787	(258.4)	321,982	(255.2)
うち医療施設等の従事者	80	(183.2)	1,487	(215.1)	250,585	(198.6)

※（　）内は人口 10 万人対　　出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

（図表 9-6-3）令和２年の安芸区域の看護師・助産師数　（単位：人）

	安芸区域		高知県		全国	
看護師	542	(1,241.2)	11,226	(1,623.4)	1,280,911	(1,015.4)
准看護師	217	(497.0)	3,091	(447.0)	284,589	(225.6)
助産師	12	(27.5)	196	(28.3)	37,940	(30.1)

※（　）内は人口 10 万人対　　出典：衛生行政報告例（厚生労働省）

イ　医療機関・病床の状況

病院施設及び一般診療所数、病床数（人口 10 万人対）は、いずれも全国平均を上回っていますが、県平均は下回っています。

（図表 9-6-4）令和２年の安芸区域の病院施設数

医療区域	病院施設数	一般病院	療養病床を有する病院	精神科病院
安芸	6	5	3	1
	13.7	11.5	6.9	2.3
高知県	122	111	74	11
	17.6	16.1	10.7	1.6
全国	8,238	7,179	3,554	1,059
	6.5	5.7	2.8	0.8

出典：厚生労働省「医療施設調査」令和２年及び「令和２年国勢調査」の総人口
※上段は実数、下段は人口 10 万人対

（図表9-6-5）令和２年の安芸区域の病院病床数

医療区域	病院病床数	内訳				
		一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
安芸	891	299	176	411	5	0
	2,040.5	684.7	403.1	941.2	11.5	0.0
高知県	16,104	7,671	4,784	3,563	75	11
	2,873.2	1,368.6	853.6	635.7	13.4	2.0
全国	1,507,526	887,920	289,114	324,481	4,107	1,904
	1,195.1	703.9	229.2	257.2	3.3	1.5

出典：厚生労働省「医療施設調査」令和２年及び「令和２年国勢調査」の総人口
※上段は実数、下段は人口 10 万人対

（図表 9-6-6）令和２年の安芸区域の一般診療所数・歯科診療所数

医療区域	一般診療所数							歯科診療所数
	施設数	有床診療所	療養病床を有する診療所	無床診療所	病床数	一般病床	療養病床	施設数
安芸	34	4	0	30	48	48	0	22
	77.9	9.2	0.0	68.7	109.9	109.9	0.0	50.4
高知県	533	70	2	463	1,139	1,129	10	354
	77.1	10.1	0.3	67.0	164.7	163.3	1.4	51.2
全国	102,612	6,303	699	96,309	86,064	79,110	6,936	67,874
	81.3	5.0	0.6	76.3	68.2	62.7	5.5	53.8

出典：厚生労働省「医療施設調査」令和２年及び「令和２年国勢調査」の総人口
※上段は実数、下段は人口10万人対

（３）必要病床数と病床機能報告の比較

令和４（2022）年の病床機能報告の値は、令和７（2025）年の必要病床数と比較し、全体で 87 床少なくなっています。慢性期では 10 床多く、急性期及び回復期ではそれぞれ 17 床、80 床少なくなっています。

（図表 9-6-7）安芸区域の医療需要の推計結果

医療機関所在地	医療機能	令和7（2025）年 医療需要（患者数）	
		＜医療機関所在地ベース＞ （人／日）	＜患者住所地ベース＞ （人／日）
安芸	高度急性期	0.0（10未満）	42.2
	急性期	69.1	155.2
	回復期	127.7	241.2
	慢性期＊	108.7	206.2
	小計	305.5	644.8
	在宅医療等	658.9	793.0

（図表 9-6-8）安芸区域の必要病床数の推計結果

医療機関所在地	医療機能	令和7（2025）年 医療需要（病床数）		令和7（2025）年 必要病床数
		＜医療機関所在地ベース＞	＜患者住所地ベース＞	
安芸	高度急性期	0（10未満）	57	0
	急性期	89	199	199
	回復期	142	268	205
	慢性期＊	119	225	225以上
	小計	350	749	629以上

（図表 9-6-9）安芸区域の必要病床数と病床機能報告の比較

医療機関所在地	医療機能	平成28（2016）年 病床機能報告における報告結果（参考）	令和4（2022）年 病床機能報告における報告結果（A）	令和7（2025）年 必要病床数（B）	令和7（2025）年に向けた病床数の過不足（A）－（B）	
安芸	高度急性期	0	0	0	0	
	急性期	245	182	199	▲ 17	
	回復期	87	125	205	▲ 80	
	慢性期＊	235	235	225	10	※
	休床・無回答等	3	0		0	
	小計	570	542	629	▲ 87	※

（図表9-6-7～図表9-6-9について）
＊慢性期は、入院受療率の達成年次を令和７（2025）年から令和12（2030）年とする特例を適用して推計
※「（A）－（B）」欄は、慢性期に係る最小値との差を表示

（4）地域医療構想を実現するための施策

【現状・課題】

患者数に比べて医療機関の数が少なく、患者が中央区域に流出しています。

民間病院の医療従事者の不足等により、急性期医療の維持が困難になってきています。

病床機能報告と必要病床数を比較すると、既に現在の病床数が必要病床数を下回っており、病床機能にも偏りが生じているため、将来の医療需要に応じた必要病床数を機能区分ごとに不足なく確保していく必要があります。

【施策の方向性】

急性期医療については、地域内で完結できるよう医療体制の構築を図るとともに、患者の医療需要に応じた適切な医療機能を提供できるよう、必要な病床機能を確保します。

2　中央区域

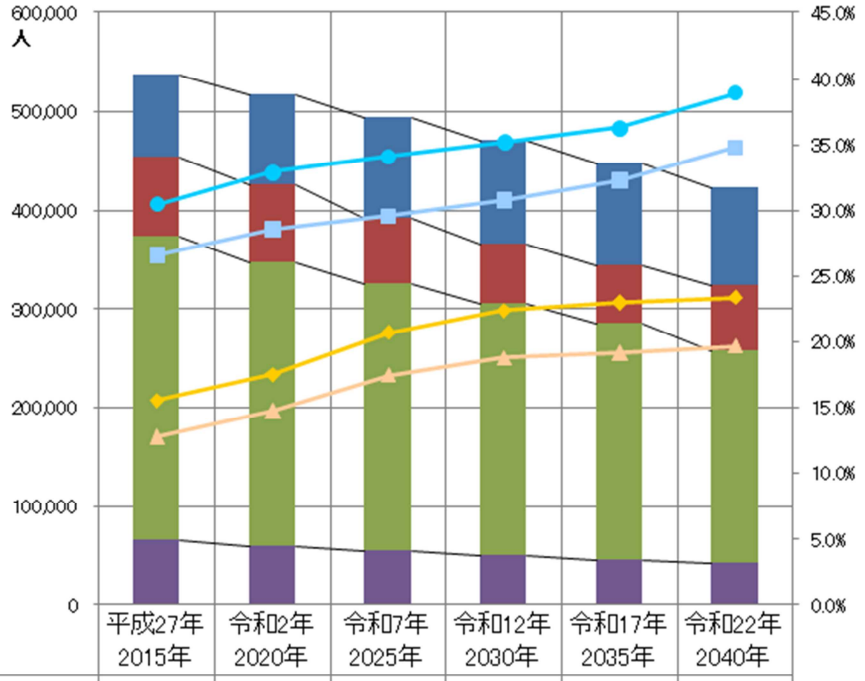
（1）人口構成の推移

中央区域の総人口は、平成27（2015）年の536,869人（平成27年国勢調査）から徐々に減少し、令和７（2025）年には494,297人、令和22（2040）年には422,381人（平成27年比21.3%減）になると推計されます。人口減少率は県内で最も低く推移していく見込みです。

65歳以上の高齢者人口は、令和２（2020）年をピークに年々減少しますが、高齢化率は、少子化の進行により総人口が減少することから、今後も上昇する見込みです。

構想区域の中では、人口が最大であり、特に区域内の高知市の人口は約32万7千人と県全体の人口の47.2%を占めています。

（図表9-6-10）中央区域の将来推計人口・高齢化率



	平成27年 2015年	令和2年 2020年	令和7年 2025年	令和12年 2030年	令和17年 2035年	令和22年 2040年
75歳以上	83,574	90,605	102,531	105,494	102,883	98,911
65～74歳	80,060	79,645	66,032	60,464	59,480	65,547
生産年齢人口(15～64歳)	307,832	286,587	271,364	255,443	239,229	215,179
年少人口(0～14歳)	65,403	59,979	54,370	49,879	45,703	42,744
65歳以上割合	30.5%	32.9%	34.1%	35.2%	36.3%	38.9%
65歳以上割合(全国)	26.6%	28.6%	29.6%	30.8%	32.3%	34.8%
75歳以上割合	15.6%	17.5%	20.7%	22.4%	23.0%	23.4%
75歳以上割合(全国)	12.8%	14.8%	17.5%	18.8%	19.2%	19.7%

出典：日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年３月推計）　国立社会保障・人口問題研究所
平成 27 年、令和２年の数値については、国勢調査(総務省統計局)

（２）医療提供体制の状況

ア　医療人材の状況

医師、歯科医師、薬剤師の医療施設の従事者数（人口10万対）は、いずれも県平均、全国平均を上回っており、県内でも中央区域に集中しています。

看護師、准看護師、助産師数（人口10万対）は、いずれも県平均、全国平均を上回っています。

（図表 9-6-11）令和２年の中央区域の医師・歯科医師・薬剤師数　（単位：人）

	中央区域		高知県		全国	
医師	1,949	(377.1)	2,305	(333.3)	339,623	(269.2)
うち医療施設の従事者	1,877	(363.2)	2,227	(322.0)	323,700	(256.6)
歯科医師	387	(74.9)	497	(71.9)	107,443	(85.2)
うち医療施設の従事者	377	(72.9)	486	(70.3)	104,118	(82.5)
薬剤師	1,457	(281.9)	1,787	(258.4)	321,982	(255.2)
うち医療施設等の従事者	1,181	(228.5)	1,487	(215.1)	250,585	(198.6)

※（　）内は人口 10 万人対　　出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

（図表 9-6-12）令和２年の中央区域の看護師・助産師数　（単位：人）

	中央区域		高知県		全国	
看護師	9,023	(1,745.9)	11,226	(1,623.4)	1,280,911	(1,015.4)
准看護師	2,324	(449.7)	3,091	(447.0)	284,589	(225.6)
助産師	169	(32.7)	196	(28.3)	37,940	(30.1)

※（　）内は人口 10 万人対　　出典：衛生行政報告例（厚生労働省）

イ　医療機関・病床の状況

病院施設及び一般診療所数、病床数（人口 10 万人対）は、いずれも県平均、全国平均を上回っています。

（図表 9-6-13）令和２年の中央区域の病院施設数

医療区域	病院施設数	一般病院	療養病床を有する病院	精神科病院
中央	91	83	55	8
	17.6	16.1	10.6	1.5
高知県	122	111	74	11
	17.6	16.1	10.7	1.6
全国	8,238	7,179	3,554	1,059
	6.5	5.7	2.8	0.8

出典：厚生労働省「医療施設調査」令和２年及び「令和２年国勢調査」の総人口

※上段は実数、下段は人口 10 万人対

（図表 9-6-14）令和２年の中央区域の病院病床数

医療区域	病院病床数	内訳				
		一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
中央	12,787	6,320	3,832	2,585	42	8
	2,474.2	1,222.9	741.5	500.2	8.1	1.5
高知県	16,104	7,671	4,784	3,563	75	11
	2,873.2	1,368.6	853.6	635.7	13.4	2.0
全国	1,507,526	887,920	289,114	324,481	4,107	1,904
	1,195.1	703.9	229.2	257.2	3.3	1.5

出典：厚生労働省「医療施設調査」令和２年及び「令和２年国勢調査」の総人口
※上段は実数、下段は人口 10 万人対

（図表 9-6-15）令和２年の中央区域の一般診療所数・歯科診療所数

医療区域	一般診療所数							歯科診療所数
	施設数	有床診療所	療養病床を有する診療所	無床診療所	病床数	一般病床	療養病床	施設数
中央	402	57	0	345	948	948	0	265
	77.8	11.0	0.0	66.8	183.4	183.4	0.0	51.3
高知県	533	70	2	463	1,139	1,129	10	354
	77.1	10.1	0.3	67.0	164.7	163.3	1.4	51.2
全国	102,612	6,303	699	96,309	86,064	79,110	6,936	67,874
	81.3	5.0	0.6	76.3	68.2	62.7	5.5	53.8

出典：厚生労働省「医療施設調査」令和２年及び「令和２年国勢調査」の総人口
※上段は実数、下段は人口10万人対

（３）必要病床数と病床機能報告の比較

令和４（2022）年の病床機能報告の値は、令和７（2025）年の必要病床数と比較し、全体で 1,892 床多くなっています。高度急性期、急性期及び慢性期ではそれぞれ 191 床、1,534 床、874 床多く、回復期では 955 床少なくなっています。

（図表 9-6-16）中央区域の医療需要の推計結果

医療機関所在地	医療機能	令和7（2025）年 医療需要（患者数）	
		＜医療機関所在地ベース＞ （人／日）	＜患者住所地ベース＞ （人／日）
中央	高度急性期	550.2	471.2
	急性期	1,815.2	1,610.1
	回復期	2,401.9	2,135.4
	慢性期＊	3,304.5	3,100.3
	小計	8,071.8	7,317.0
	在宅医療等	8,833.7	8,589.6

（図表 9-6-17）中央区域の必要病床数の推計結果

医療機関所在地	医療機能	令和7（2025）年 医療需要（病床数）		令和7（2025）年 必要病床数
		＜医療機関所在地ベース＞	＜患者住所地ベース＞	
中央	高度急性期	734	629	834
	急性期	2,328	2,065	2,065
	回復期	2,669	2,373	2,493
	慢性期＊	3,592	3,370	3,370以上
	小計	9,323	8,437	8,762以上

（図表 9-6-18）中央区域の必要病床数と病床機能報告の比較

医療機関所在地	医療機能	平成28（2016）年 病床機能報告における報告結果（参考）	令和4（2022）年 病床機能報告における報告結果（A）	令和7（2025）年 必要病床数（B）	令和7（2025）年に向けた病床数の過不足（A）－（B）	
中央	高度急性期	1,087	1,025	834	191	
	急性期	4,081	3,599	2,065	1,534	
	回復期	1,312	1,538	2,493	▲ 955	
	慢性期＊	5,836	4,244	3,370	874	※
	休床・無回答等	386	248		248	
	小計	12,702	10,654	8,762	1,892	※

（図表9-6-16～図表9-6-18について）
＊慢性期は、入院受療率の達成年次を令和７（2025）年から令和12（2030）年とする特例を適用して推計
※「（A）－（B）」欄は、慢性期に係る最小値との差を表示

（４）地域医療構想を実現するための施策

【現状・課題】

構想区域で人口が最大であり、医療資源についても集中しています。

安芸区域、高幡区域からの患者の流入が多く、高度急性期病床については、同区域に集中しています。

また、病床機能報告と必要病床数を比較すると、病床機能に偏りが生じています。

そのため、地域に必要な日常的な医療についてはサブ区域ごとに確保しつつ、将来の医療需要に応じた必要病床数を機能区分ごとに不足なく確保していく必要があります。

【施策の方向性】

患者の医療需要に応じた適切な医療機能を提供できるよう、不足している病床への転換などを通して、必要な病床機能を確保します。

また、他区域からの流入や医療資源が集中していることから、区域の医療需要だけでなく県全体の医療需要を考慮していく必要があります。

高度急性期医療についても、県全体の医療需要を考慮し、患者の状態に応じた救急患者受け入体制を維持していく必要があります。

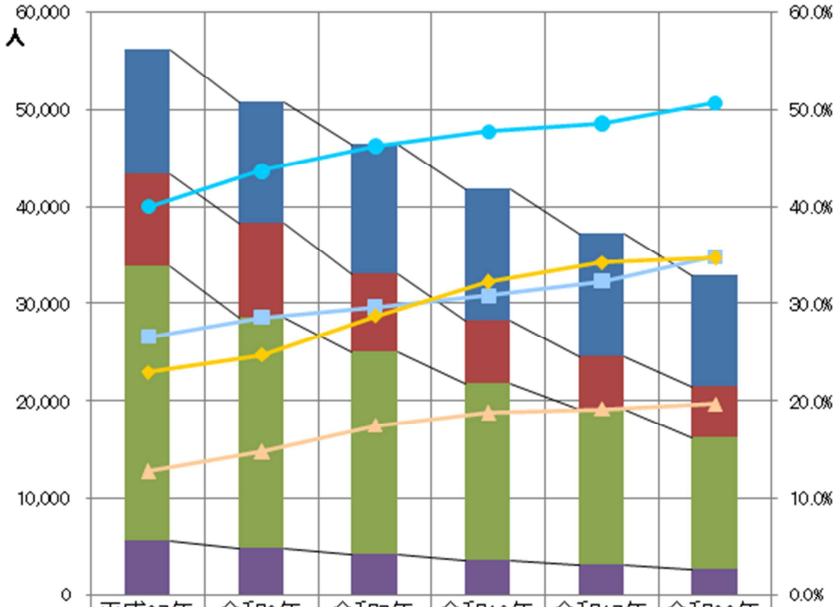
3　高幡区域

（1）人口構成の推移

高幡区域の総人口は、平成27（2015）年の56,173人（平成27年国勢調査）から減少が続き、令和７（2025）年には46,377人、令和22（2040）年には32,870人（平成27年比41.5%減）になると推計されています。

65歳以上の高齢者人口は、平成27（2015）年をピークに年々減少しますが、高齢化率は、少子化の進行により総人口が減少することから、今後も上昇する見込みです。

（図表9-6-19）高幡区域の将来推計人口・高齢化率



	平成27年 2015年	令和2年 2020年	令和7年 2025年	令和12年 2030年	令和17年 2035年	令和22年 2040年
75歳以上	12,883	12,566	13,329	13,457	12,734	11,412
65～74歳	9,576	9,668	8,135	6,465	5,350	5,248
生産年齢人口(15～64歳)	28,082	23,749	20,689	18,192	16,075	13,553
年少人口(0～14歳)	5,632	4,814	4,224	3,611	3,072	2,657
65歳以上割合	40.0%	43.8%	46.3%	47.7%	48.6%	50.7%
65歳以上割合(全国)	26.6%	28.6%	29.6%	30.8%	32.3%	34.8%
75歳以上割合	22.9%	24.7%	28.7%	32.3%	34.2%	34.7%
75歳以上割合(全国)	12.8%	14.8%	17.5%	18.8%	19.2%	19.7%

出典：日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年３月推計）　国立社会保障・人口問題研究所
平成 27 年、令和２年の数値については、国勢調査(総務省統計局)

（2）医療提供体制の状況

ア　医療人材の状況

医師、歯科医師、薬剤師の医療施設の従事者数（人口10万対）は、いずれも県平均、全国平均を下回っており、中央区域との偏在があります。

准看護師（人口10万対）は、県平均、全国平均を上回っていますが、看護師、助産師は県平均、全国平均は下回っており、中央区域との格差があります。

（図表 9-6-20）令和２年の高幡区域の医師・歯科医師・薬剤師数　（単位：人）

	高幡区域		高知県		全国	
医師	87	(150.2)	2,305	(333.3)	339,623	(269.2)
うち医療施設の従事者	86	(146.6)	2,227	(322.0)	323,700	(256.6)
歯科医師	28	(50.7)	497	(71.9)	107,443	(85.2)
うち医療施設の従事者	28	(50.7)	486	(70.3)	104,118	(82.5)
薬剤師	80	(144.8)	1,787	(258.4)	321,982	(255.2)
うち医療施設等の従事者	72	(130.3)	1,487	(215.1)	250,585	(198.6)

※（　）内は人口 10 万人対　　出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

（図表 9-6-21）令和２年の高幡区域の看護師・助産師数　（単位：人）

	高幡区域		高知県		全国	
看護師	506	(996.1)	11,226	(1,623.4)	1,280,911	(1,015.4)
准看護師	234	(460.7)	3,091	(447.0)	284,589	(225.6)
助産師	2	(3.9)	196	(28.3)	37,940	(30.1)

※（　）内は人口 10 万人対　　出典：衛生行政報告例（厚生労働省）

イ　医療機関・病床の状況

病院施設及び一般診療所数、病床数（人口 10 万人対）は、いずれも全国平均を上回っていますが、県平均は下回っています。

（図表 9-6-22）令和２年の高幡区域の病院施設数

医療区域	病院施設数	一般病院	療養病床を有する病院	精神科病院
高幡	8 15.7	7 13.8	6 11.8	1 2.0
高知県	122 17.6	111 16.1	74 10.7	11 1.6
全国	8,238 6.5	7,179 5.7	3,554 2.8	1,059 0.8

出典：厚生労働省「医療施設調査」令和２年及び「令和２年国勢調査」の総人口
※上段は実数、下段は人口 10 万人対

（図表9-6-23）令和２年の高幡区域の病院病床数

医療区域	病院病床数	内訳				
		一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
高幡	835	324	293	218	0	0
	1,643.8	637.8	576.8	429.2	0.0	0.0
高知県	16,104	7,671	4,784	3,563	75	11
	2,873.2	1,368.6	853.6	635.7	13.4	2.0
全国	1,507,526	887,920	289,114	324,481	4,107	1,904
	1,195.1	703.9	229.2	257.2	3.3	1.5

出典：厚生労働省「医療施設調査」令和２年及び「令和２年国勢調査」の総人口
※上段は実数、下段は人口 10 万人対

（図表 9-6-24）令和２年の高幡区域の一般診療所数・歯科診療所数

医療区域	一般診療所数							歯科診療所数
	施設数	有床診療所	療養病床を有する診療所	無床診療所	病床数	一般病床	療養病床	施設数
高幡	39	39	1	37	38	34	4	22
	76.8	3.9	2.0	72.8	74.8	66.9	7.9	43.3
高知県	533	70	2	463	1,139	1,129	10	354
	77.1	10.1	0.3	67.0	164.7	163.3	1.4	51.2
全国	102,612	6,303	699	96,309	86,064	79,110	6,936	67,874
	81.3	5.0	0.6	76.3	68.2	62.7	5.5	53.8

出典：厚生労働省「医療施設調査」令和２年及び「令和２年国勢調査」の総人口
※上段は実数、下段は人口10万人対

（３）必要病床数と病床機能報告の比較

令和４（2022）年の病床機能報告の値は、令和７（2025）年の必要病床数と比較し、全体で 106 床少なくなっています。急性期、回復期及び慢性期でそれぞれ 31 床、18 床、57 床少なくなっています。

（図表 9-6-25）高幡区域の医療需要の推計結果

医療機関所在地	医療機能	令和7（2025）年 医療需要（患者数）	
		＜医療機関所在地ベース＞（人／日）	＜患者住所地ベース＞（人／日）
高幡	高度急性期	15.3	49.1
	急性期	122.7	206.1
	回復期	152.7	255.4
	慢性期＊	170.8	246.6
	小計	461.5	757.2
	在宅医療等	905.1	1,002.3

（図表 9-6-26）高幡区域の必要病床数の推計結果

医療機関所在地	医療機能	令和7（2025）年 医療需要（病床数）		令和7（2025）年 必要病床数
		＜医療機関所在地ベース＞	＜患者住所地ベース＞	
高幡	高度急性期	21	66	0
	急性期	158	265	265
	回復期	170	284	227
	慢性期＊	186	269	269以上
	小計	535	884	761以上

（図表 9-6-27）高幡区域の必要病床数と病床機能報告の比較

医療機関所在地	医療機能	平成28（2016）年 病床機能報告における報告結果（参考）	令和4（2022）年 病床機能報告における報告結果（A）	令和7（2025）年 必要病床数（B）	令和7（2025）年に向けた病床数の過不足（A）－（B）	
高幡	高度急性期	0	0	0	0	
	急性期	247	234	265	▲ 31	
	回復期	107	209	227	▲ 18	
	慢性期＊	452	212	269	▲ 57	※
	休床・無回答等	0	0		0	
	小計	806	655	761	▲ 106	※

（図表9-6-25～図表9-6-27について）
＊慢性期は、入院受療率の達成年次を令和７（2025）年から令和12（2030）年とする特例を適用して推計
※「（A）－（B）」欄は、慢性期に係る最小値との差を表示

（4）地域医療構想を実現するための施策

【現状・課題】

患者数に比べて医療機関の数が少なく、患者が中央区域に流出しています。

民間病院の医療従事者の不足等により、急性期医療の維持が困難になってきています。

病床機能報告と必要病床数を比較すると、既に現在の病床数が必要病床数を下回っており、病床機能に偏りが生じているため、将来の医療需要に応じた必要病床数を機能区分ごとに不足なく確保していく必要があります。

【施策の方向性】

急性期医療については、地域内で完結できるよう医療体制の構築を図るとともに、患者の医療需要に応じた適切な医療機能を提供できるよう、不足している病床への転換などを通して、必要な病床機能を確保します。

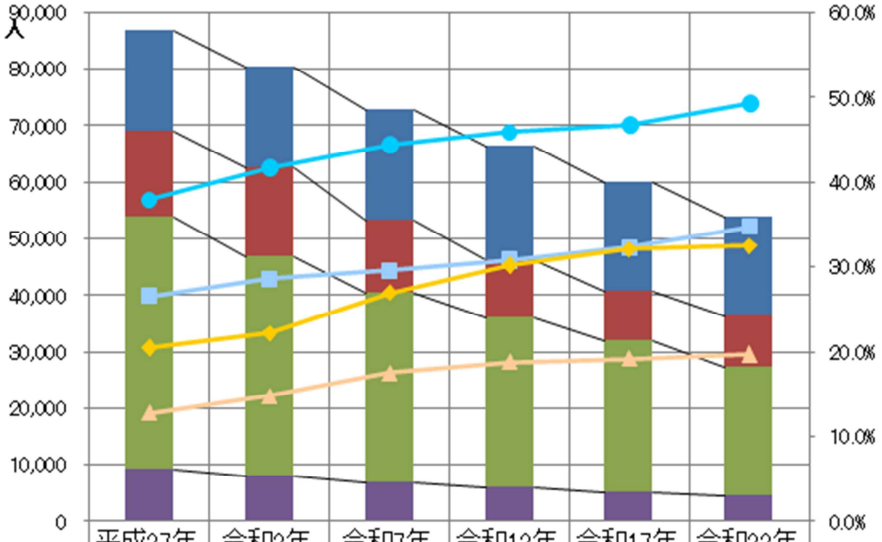
４　幡多区域

（１）人口構成の推移

幡多区域の総人口は、平成27（2015）年の86,884人（平成27年国勢調査）から減少が続き、令和７（2025）年には72,845人、令和22（2040）年には53,743人（平成27年比38.1％減）になると推計されます。

65歳以上の高齢者人口は、令和２（2020）年をピークに年々減少しますが、高齢化率は、少子化の進行により総人口が減少することから、今後も上昇する見込みです。

（図表9-6-28）幡多区域の将来推計人口・高齢化率



	平成27年 2015年	令和2年 2020年	令和7年 2025年	令和12年 2030年	令和17年 2035年	令和22年 2040年
75歳以上	17,831	17,797	19,640	20,082	19,284	17,482
65～74歳	15,141	15,675	12,709	10,402	8,818	9,002
生産年齢人口(15～64歳)	44,674	38,845	33,572	29,890	26,785	22,698
年少人口(0～14歳)	9,238	7,931	6,924	6,005	5,177	4,561
65歳以上割合	37.9%	41.7%	44.4%	45.9%	46.8%	49.3%
65歳以上割合(全国)	26.6%	28.6%	29.6%	30.8%	32.3%	34.8%
75歳以上割合	20.5%	22.2%	27.0%	30.3%	32.1%	32.5%
75歳以上割合(全国)	12.8%	14.8%	17.5%	18.8%	19.2%	19.7%

出典：日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年３月推計）　国立社会保障・人口問題研究所
平成 27 年、令和２年の数値については、国勢調査(総務省統計局)

（２）医療提供体制の状況

ア　医療人材の状況

医師、歯科医師、薬剤師の医療施設の従事者数（人口10万対）は、いずれも県平均、全国平均を下回っており、中央区域との偏在があります。

看護師、准看護師数（人口10万対）は、全国平均を上回っていますが、県平均は下回っており、中央区域との格差があります。助産師数は、全国平均を下回っています。

（図表 9-6-29）令和２年の幡多区域の医師・歯科医師・薬剤師数　（単位：人）

	幡多区域		高知県		全国	
医師	164	(204.4)	2,305	(333.3)	339,623	(269.2)
うち医療施設の従事者	161	(200.6)	2,227	(322.0)	323,700	(256.6)
歯科医師	55	(68.5)	497	(71.9)	107,443	(85.2)
うち医療施設の従事者	55	(68.5)	486	(70.3)	104,118	(82.5)
薬剤師	159	(198.1)	1,787	(258.4)	321,982	(255.2)
うち医療施設等の従事者	147	(183.2)	1,487	(215.1)	250,585	(198.6)

※（　）内は人口 10 万人対　　出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

（図表 9-6-30）令和２年の幡多区域の看護師・助産師数　（単位：人）

	幡多区域		高知県		全国	
看護師	1,155	(1,439.3)	11,226	(1,623.4)	1,280,911	(1,015.4)
准看護師	316	(393.8)	3,091	(447.0)	284,589	(225.6)
助産師	13	(16.2)	196	(28.3)	37,940	(30.1)

※（　）内は人口 10 万人対　　出典：衛生行政報告例（厚生労働省）

イ　医療機関・病床の状況

病院施設及び一般診療所数、病床数（人口 10 万人対）は、いずれも全国平均を上回っています。

（図表 9-6-31）令和２年の幡多区域の病院施設数

医療区域	病院施設数	一般病院	療養病床を有する病院	精神科病院
幡多	17	16	10	1
	21.2	19.9	12.5	1.2
高知県	122	111	74	11
	17.6	16.1	10.7	1.6
全国	8,238	7,179	3,554	1,059
	6.5	5.7	2.8	0.8

出典：厚生労働省「医療施設調査」令和２年及び「令和２年国勢調査」の総人口
※上段は実数、下段は人口 10 万人対

（図表9-6-32）令和２年の幡多区域の病院病床数

医療区域	病院病床数	内訳				
		一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
幡多	1,591	728	483	349	28	3
	1,982.6	907.2	601.9	434.9	34.9	3.7
高知県	16,104	7,671	4,784	3,563	75	11
	2,873.2	1,368.6	853.6	635.7	13.4	2.0
全国	1,507,526	887,920	289,114	324,481	4,107	1,904
	1,195.1	703.9	229.2	257.2	3.3	1.5

出典：厚生労働省「医療施設調査」令和２年及び「令和２年国勢調査」の総人口
※上段は実数、下段は人口 10 万人対

（図表 9-6-33）令和２年の幡多区域の一般診療所数・歯科診療所数

医療区域	一般診療所数							歯科診療所数
	施設数	有床診療所	療養病床を有する診療所	無床診療所	病床数	一般病床	療養病床	施設数
幡多	58	7	1	51	105	99	6	45
	72.3	8.7	1.2	63.6	130.8	123.4	7.5	56.1
高知県	533	70	2	463	1,139	1,129	10	354
	77.1	10.1	0.3	67.0	164.7	163.3	1.4	51.2
全国	102,612	6,303	699	96,309	86,064	79,110	6,936	67,874
	81.3	5.0	0.6	76.3	68.2	62.7	5.5	53.8

出典：厚生労働省「医療施設調査」令和２年及び「令和２年国勢調査」の総人口
※上段は実数、下段は人口10万人対

（３）必要病床数と病床機能報告の比較

令和４（2022）年の病床機能報告の値は、令和７（2025）年の必要病床数と比較し、全体で 131 床多くなっています。急性期及び慢性期ではそれぞれ 145 床、79 床多く、回復期では 143 床少なくなっています。

（図表 9-6-34）幡多区域の医療需要の推計結果

医療機関所在地	医療機能	令和7（2025）年 医療需要（患者数）	
		＜医療機関所在地ベース＞（人／日）	＜患者住所地ベース＞（人／日）
幡多	高度急性期	42.4	65.9
	急性期	212.3	257.5
	回復期	280.3	324.1
	慢性期＊	355.4	369.2
	小計	890.4	1,016.7
	在宅医療等	1,491.8	1,524.6

（図表 9-6-35）幡多区域の必要病床数の推計結果

医療機関所在地	医療機能	令和7（2025）年 医療需要（病床数）		令和7（2025）年 必要病床数
		＜医療機関所在地ベース＞	＜患者住所地ベース＞	
幡多	高度急性期	57	88	6
	急性期	273	331	331
	回復期	312	361	361
	慢性期＊	387	402	402以上
	小計	1,029	1,182	1,100以上

（図表 9-6-36）幡多区域の必要病床数と病床機能報告の比較

医療機関所在地	医療機能	平成28（2016）年 病床機能報告における報告結果（参考）	令和4（2022）年 病床機能報告における報告結果（A）	令和7（2025）年 必要病床数（B）	令和7（2025）年に向けた病床数の過不足（A）－（B）	
幡多	高度急性期	6	6	6	0	
	急性期	635	476	331	145	
	回復期	267	218	361	▲ 143	
	慢性期＊	669	481	402	79	※
	休床・無回答等	6	50		50	
	小計	1,583	1,231	1,100	131	※

（図表9-6-34～図表9-6-36について）
＊慢性期は、入院受療率の達成年次を令和７（2025）年から令和12（2030）年とする特例を適用して推計
※「（A）－（B）」欄は、慢性期に係る最小値との差を表示

（４）地域医療構想を実現するための施策

【現状・課題】

医療資源の集中している中央区域と地理的に離れており、中央区域への患者の流出は少なく、高度急性期以外の医療需要については、ほぼ区域内で完結しています。

病床機能報告と必要病床数を比較すると、病床機能に偏りが生じており、将来の医療需要に応じた必要病床数を機能区分ごとに不足なく確保していく必要があります。

公立病院を中心に一部の医療機関において、地域医療連携推進法人の設立を視野に医療機関の連携体制の構築に向けた協議が進んでいます。

【施策の方向性】

地域内で医療を完結できるよう、高度急性期医療を確保し医療体制を構築するとともに、患者の医療需要に応じた適切な医療機能を提供できるよう、不足している病床への転換や地域医療連携推進法人制度の活用した連携体制の構築の検討などを通して、必要な病床機能を確保します。

第 10 章　外来医療に係る医療提供体制の確保（外来医療計画）

第１節　基本的事項

１　計画策定の趣旨

外来医療については、診療所の新規開設数が全国的に増加している中で、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の取り組みが個々の医療機関の自主的な取り組みに委ねられていること等の課題があることから、平成 30 年の医療法改正により医療計画に定める事項に

- 外来医療機能に関する情報の可視化
- 新規開設者等への情報提供
- 外来医療に関する協議の場の設置

を内容とする「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（外来医療計画）」が追加されました（医療法第 30 条の４第２項第 10 号）。

本県においては、同法に基づき、開設に際しての参考としてもらうとともに、住民が地域で安心して暮らし続けるために必要な医療機能である初期救急や在宅医療等の医療機能を担うことを新規開設の際には検討してもらうことで、地域地域で適切な外来医療提供体制が構築されるとともに、県民誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けることの出来る高知県を目指すため、令和２年４月に外来医療計画を策定しました。

２　計画の期間

令和６年度から令和８年度（３年間）

３　圏域の設定

後述する外来医療偏在指標が二次医療圏で設定されていることもあり、本県においても二次医療圏とします。ただし中央医療圏においては外来医療が日常的な医療であることを踏まえサブ圏域を設定します。

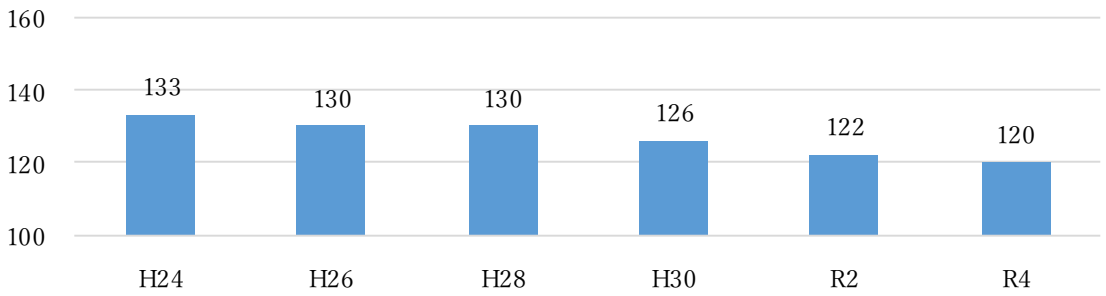
第２節　外来医療提供体制の現状

１　医療機関の状況

令和４年 10 月 1 日現在の病院は 120 施設あり、人口 10 万人当たり 17.8 施設となっており、施設数自体は減少傾向ですが、全国平均 6.5 施設を大きく上回っています。

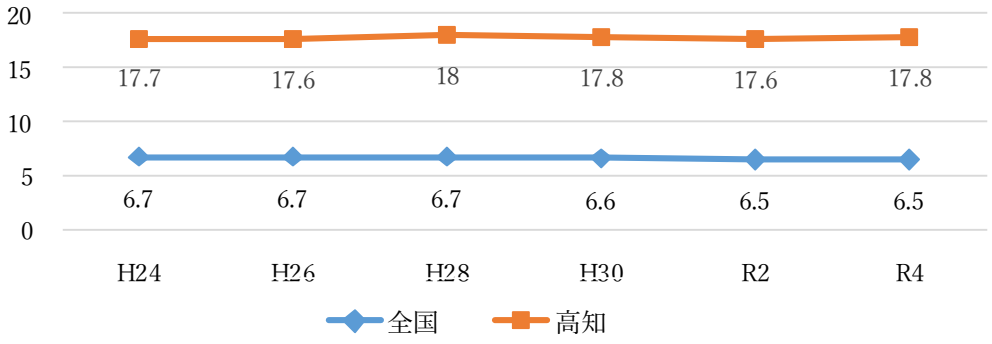
一方、令和４年 10 月 1 日現在の一般診療所は 528 施設あり、人口 10 万人当たり 78.1 施設で、全国平均 84.2 施設を下回っています。施設数は平成 16 年をピーク（142 施設）に減少傾向であるものの、人口の減に伴い、人口 10 万人当たりの施設数は上昇傾向でしたが、令和２年には減少しています。

（図表 10-2-1）病院数の推移



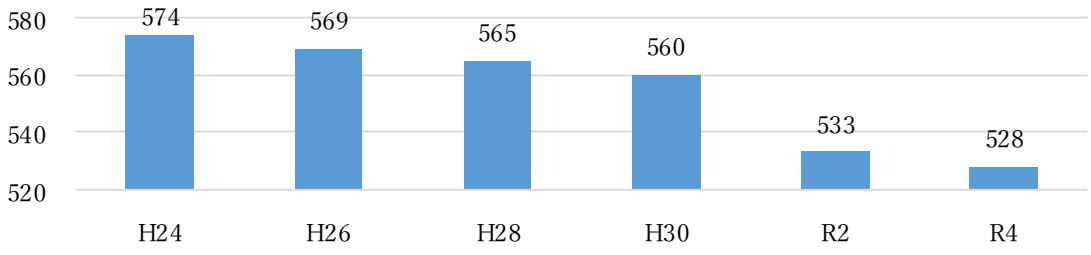
出典：医療施設調査（厚生労働省）

（図表 10-2-2）人口 10 万人当たりの病院数の推移



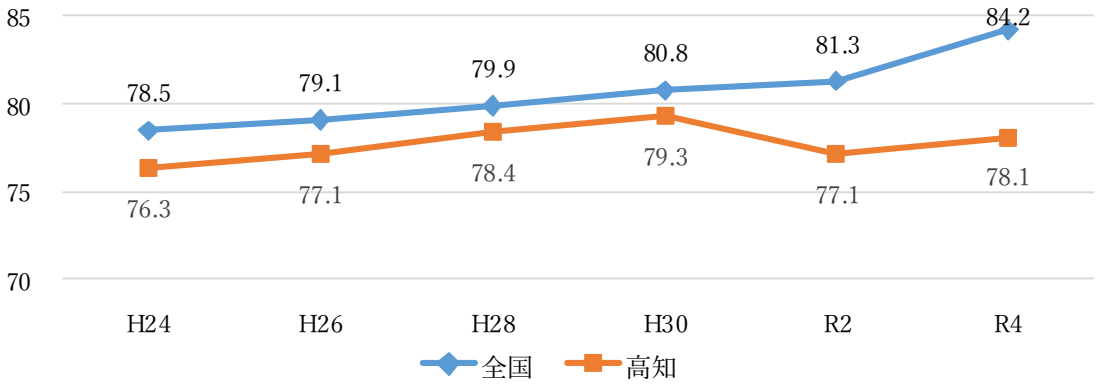
出典：医療施設調査（厚生労働省）

（図表 10-2-3）一般診療所数の推移



出典：医療施設調査（厚生労働省）

（図表 10-2-4）人口 10 万人当たりの一般診療所数の推移



出典：医療施設調査（厚生労働省）

医療圏単位で見ると、嶺北サブ圏域、高幡医療圏を除く全ての圏域の診療所で減少をしています。

（図表 10-2-5）圏域毎の診療所数

		H24	H26	H28	H30	R2	R4
39	高知県	133	130	130	126	122	120
3901	安芸医療圏	7	7	7	6	6	6
3902	中央医療圏	99	96	97	94	91	91
	物部川サブ圏域	15	15	15	14	13	13
	嶺北サブ圏域	3	3	3	3	3	3
	高知市サブ圏域	66	63	64	62	61	61
	仁淀川サブ圏域	15	15	15	15	14	14
3903	高幡医療圏	8	8	8	8	8	8
3904	幡多医療圏	19	19	18	18	17	15

出典：医療施設調査（厚生労働省）

（図表 10-2-6）診療所の開設・廃止の状況

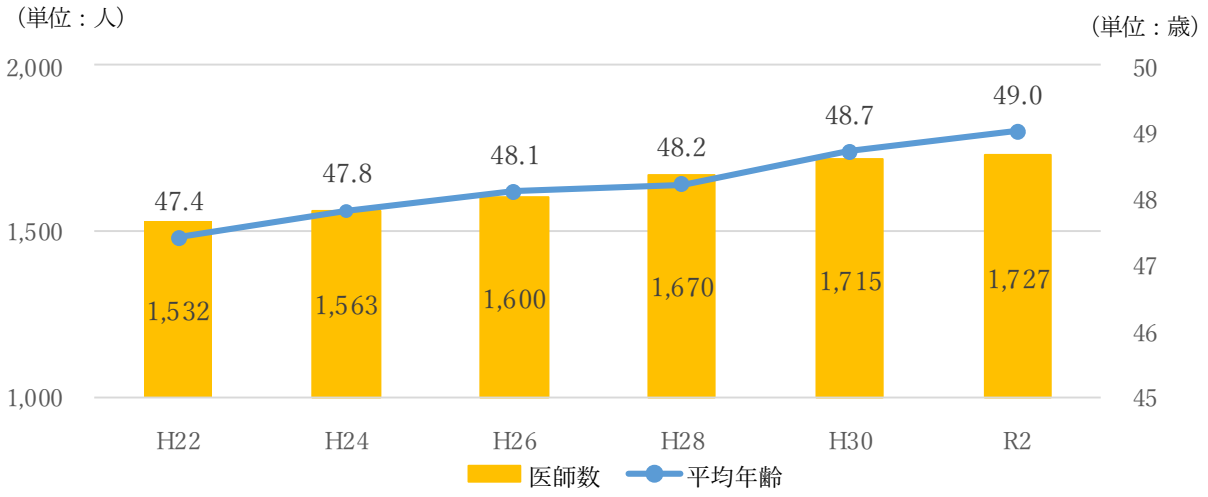
		H30				R1				R2			
		新設	特養等除く	廃止	特養等除く	新設	特養等除く	廃止	特養等除く	新設	特養等除く	廃止	特養等除く
39	高知県	11	7	17	15	10	8	27	22	13	11	15	15
3901	安芸医療圏							2	2	1	1	1	1
3902	中央医療圏	10	7	13	11	9	7	18	16	10	10	11	11
	物部川サブ圏域	4	2	4	3	1	1	1	1	1	1		
	嶺北サブ圏域												
	高知市サブ圏域	6	5	9	8	7	5	13	11	9	9	11	11
	仁淀川サブ圏域					1	1	4	4				
3903	高幡医療圏							4	3	2		2	2
3904	幡多医療圏	1		4	4	1	1	3	1			1	1

巡回健診のための新設・廃止を除く　　県医療政策課調べ

2　医師の状況

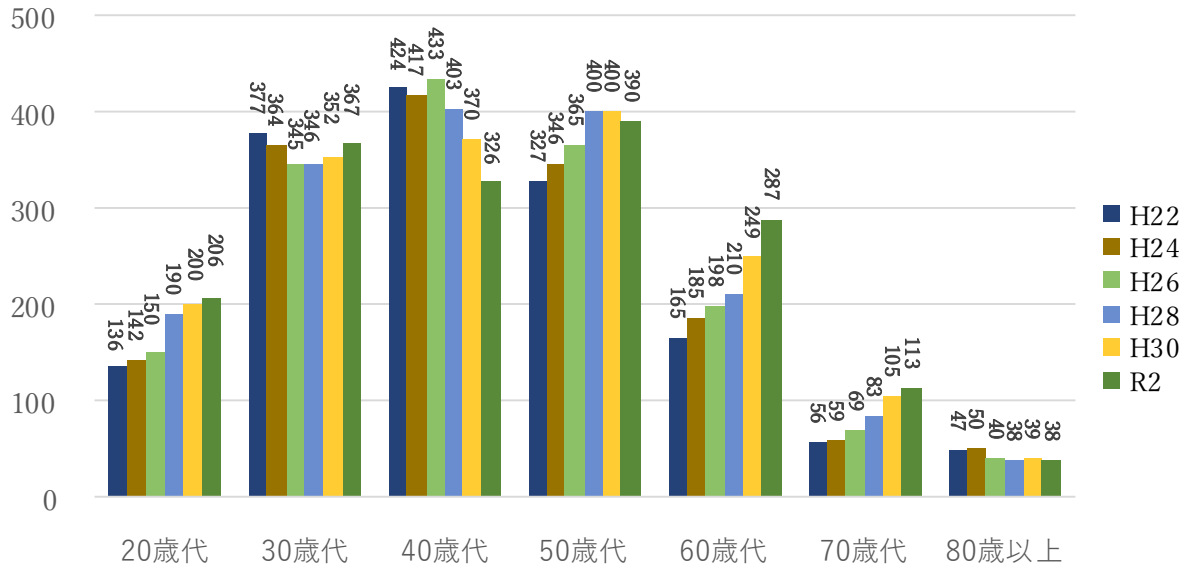
病院に勤務する医師は緩やかに増加し、直近令和２年の医師・歯科医師・薬剤師調査における医師数は 1,727 人と 10 年前の 1.1 倍となっています。その中でこれまで 40 歳未満の若手医師は減少していましたが、平成 28 年からは増加に転じています。

（図表 10-2-7）病院に勤務する医師数及び医師の平均年齢



出典：医師、歯科医師、薬剤師統計（厚生労働省）

（図表 10-2-8）病院に勤務する医師の年齢区分毎の状況

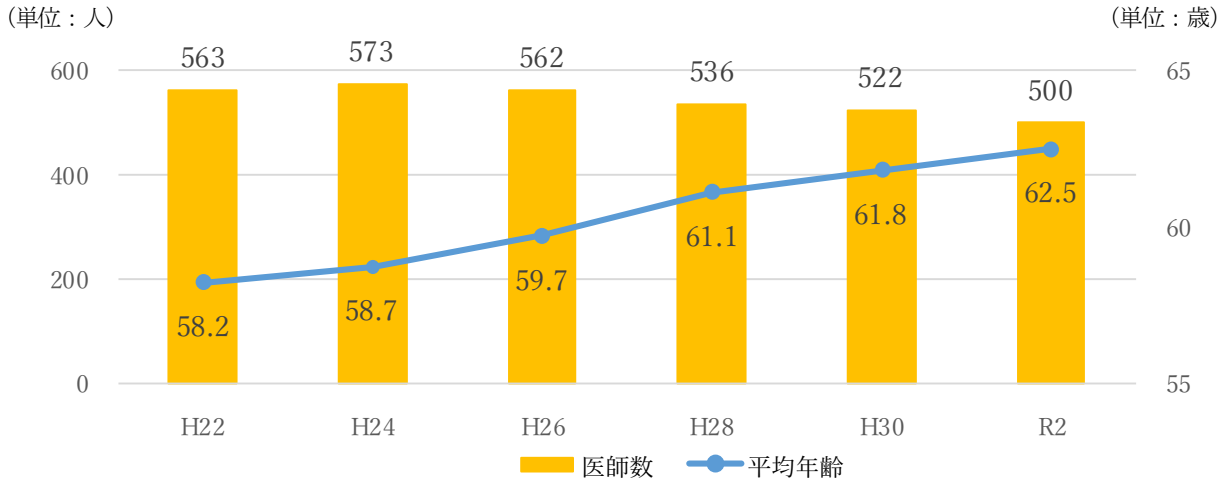


出典：医師、歯科医師、薬剤師統計（厚生労働省）

一方、一般診療所に勤務する医師は、これまで 560～570 人程度で推移してきましたが、近年は減少傾向となっており、令和２年には、500 人となりました。

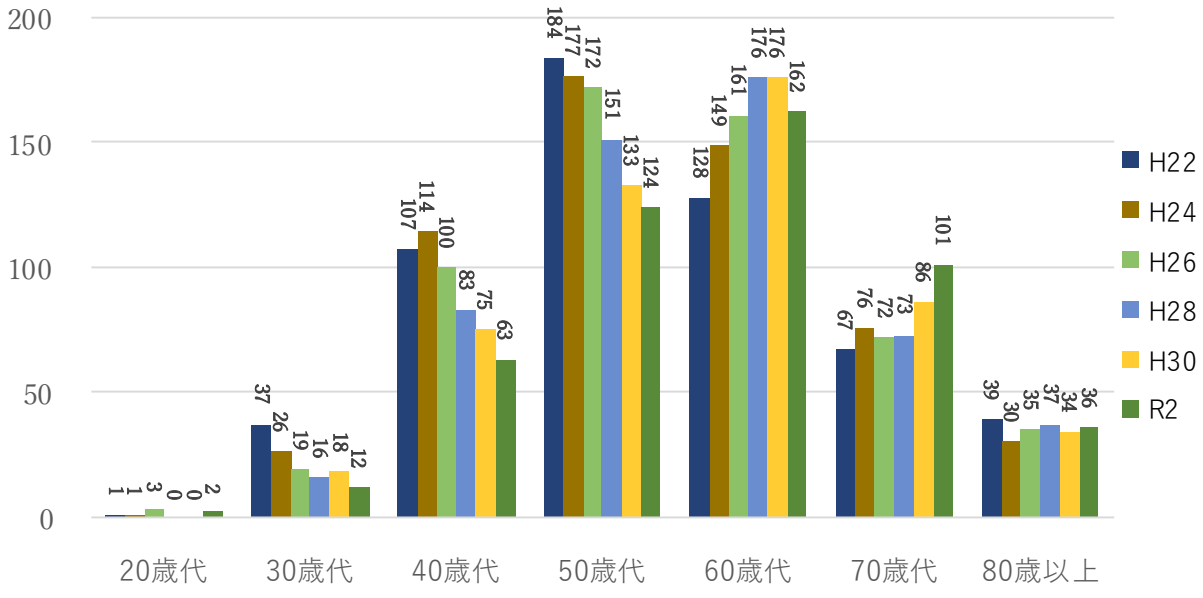
また、平均年齢も５歳上昇しています。さらに、その中でも 20 歳代から 40 歳代の医師は平成 22 年（145 人）と比べると令和２年（77 人）にはほぼ半減しています。

（図表 10-2-9）一般診療所に勤務する医師数及び医師の平均年齢



出典：医師、歯科医師、薬剤師統計（厚生労働省）

（図表 10-2-10）一般診療所に勤務する医師の年齢区分毎の状況



出典：医師、歯科医師、薬剤師統計（厚生労働省）

県全体では、65 歳以上の医師が占める割合が 40%を超えており、また、医療圏で見ると、特に安芸医療圏では 65 歳以上の医師が占める割合が 50%を超えるなど、医師数の減とともに高齢化も進んでいます。

（図表 10-2-11）一般診療所に勤務する医師の主たる従事地

		H22	H24	H26	H28	H30	R2
39	高知県	563	573	562	536	522	500
3901	安芸医療圏	38	38	38	36	34	30
3902	中央医療圏	444	453	449	432	421	409
	物部川サブ圏域	76	75	74	71	69	68
	嶺北サブ圏域	3	3	3	3	3	2
	高知市サブ圏域	322	330	326	312	305	297
	仁淀川サブ圏域	43	45	46	46	44	42
3903	高幡医療圏	32	32	29	26	27	24
3904	幡多医療圏	49	50	46	42	40	37

出典：医師、歯科医師、薬剤師統計（厚生労働省）

（図表 10-2-12）一般診療所に勤務する医師の年齢区分毎の状況

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上	計	65歳以上の割合
高知県	2	12	63	124	162	101	36	500	43%
安芸医療圏	0	1	3	6	10	6	4	30	53%
中央医療圏	0	9	50	111	126	88	25	409	43%
高幡医療圏	2	1	2	5	9	3	2	24	33%
幡多医療圏	0	1	8	2	17	4	5	37	46%

出典：医師、歯科医師、薬剤師統計（厚生労働省）

（図表 10-2-13）病院に勤務する医師の診療科別の医師数（主たる従業地）

出典：医師、歯科医師、薬剤師統計（厚生労働省）

	高知県	安芸医療圏	中央医療圏	物部川サブ圏域	嶺北サブ圏域	高知市サブ圏域	仁淀川サブ圏域	高幡医療圏	幡多医療圏
総数	2,227	103	1,877	495	16	1,236	130	86	161
内科	524	29	411	82	11	270	48	38	46
呼吸器内科	41	1	40	19	0	19	2	0	0
循環器内科	100	4	85	27	0	51	7	2	9
消化器内科(胃腸内科)	95	3	83	22	0	56	5	1	8
腎臓内科	11	0	10	3	0	6	1	0	1
脳神経内科	28	0	28	11	0	16	1	0	0
糖尿病内科(代謝内科)	26	0	26	5	0	19	2	0	0
血液内科	15	0	15	7	0	8	0	0	0
皮膚科	49	2	43	16	0	25	2	1	3
アレルギー科	1	0	1	0	0	1	0	0	0
リウマチ科	10	0	10	5	0	5	0	0	0
感染症内科	1	0	1	1	0	0	0	0	0
小児科	104	3	84	33	1	46	4	4	13
精神科	129	8	109	25	1	73	10	4	8
心療内科	6	2	3	0	0	3	0	0	1
外科	122	7	93	18	2	64	9	8	14
呼吸器外科	11	0	11	5	0	6	0	0	0
心臓血管外科	21	0	20	3	0	17	0	0	1
乳腺外科	9	0	9	4	0	5	0	0	0
気管食道外科	1	0	1	0	0	1	0	0	0
消化器外科(胃腸外科)	32	0	31	10	0	20	1	0	1
泌尿器科	66	2	55	17	0	34	4	6	3
肛門外科	4	0	4	0	0	4	0	0	0
脳神経外科	72	7	56	15	0	39	2	2	7
整形外科	178	9	142	25	1	101	15	12	15
形成外科	21	1	20	4	0	16	0	0	0
美容外科	1	0	1	0	0	1	0	0	0
眼科	82	5	70	27	0	39	4	2	5
耳鼻いんこう科	54	3	46	15	0	26	5	0	5
小児外科	2	0	2	1	0	1	0	0	0
産婦人科	59	3	50	21	0	27	2	0	6
産科	2	0	2	0	0	2	0	0	0
婦人科	11	0	11	2	0	9	0	0	0
リハビリテーション科	16	0	16	4	0	11	1	0	0
放射線科	54	2	48	16	0	29	3	1	3
麻酔科	71	1	65	19	0	44	2	2	3
病理診断科	14	0	13	8	0	5	0	0	1
臨床検査科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
救急科	32	1	31	3	0	28	0	0	0
臨床研修医	119	7	104	16	0	88	0	0	8
全科	1	0	1	1	0	0	0	0	0
その他	23	2	21	5	0	16	0	0	0
不詳	9	1	5	0	0	5	0	3	0

（図表 10-2-14）一般診療所に勤務する医師の診療科別の医師数（主たる従業地）

出典：医師、歯科医師、薬剤師統計（厚生労働省）

	高知県	安芸医療圏	中央医療圏	物部川サブ圏域	嶺北サブ圏域	高知市サブ圏域	仁淀川サブ圏域	高幡医療圏	幡多医療圏
総数	500	30	409	68	2	297	42	24	37
内科	219	16	171	31	2	117	21	17	15
呼吸器内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
循環器内科	11	0	11	3	0	7	1	0	0
消化器内科(胃腸内科)	12	2	9	0	0	9	0	0	1
腎臓内科	1	0	1	0	0	1	0	0	0
脳神経内科	6	0	6	2	0	4	0	0	0
糖尿病内科(代謝内科)	1	0	1	0	0	1	0	0	0
血液内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	19	0	17	2	0	14	1	0	2
アレルギー科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
リウマチ科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
感染症内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児科	29	0	24	4	0	17	3	1	4
精神科	14	0	13	0	0	13	0	0	1
心療内科	1	0	1	0	0	1	0	0	0
外科	13	1	10	1	0	7	2	1	1
呼吸器外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心臓血管外科	1	0	1	0	0	1	0	0	0
乳腺外科	2	0	2	0	0	2	0	0	0
気管食道外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消化器外科(胃腸外科)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
泌尿器科	10	1	8	1	0	7	0	1	0
肛門外科	2	0	2	0	0	2	0	0	0
脳神経外科	8	2	6	0	0	6	0	0	0
整形外科	48	3	37	4	0	26	7	3	5
形成外科	3	0	3	0	0	3	0	0	0
美容外科	1	0	1	0	0	1	0	0	0
眼科	39	3	31	8	0	20	3	1	4
耳鼻いんこう科	26	1	23	4	0	16	3	0	2
小児外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	16	0	14	3	0	11	0	0	2
産科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
婦人科	8	0	8	0	0	8	0	0	0
リハビリテーション科	1	0	1	0	0	0	1	0	0
放射線科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
麻酔科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臨床検査科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
救急科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臨床研修医	0	0	0	0	0	0	0	0	0
全科	1	0	1	1	0	0	0	0	0
その他	8	1	7	4	0	3	0	0	0
不詳	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3　患者の状況

外来患者は病院、一般診療所とも減少しており、このうち一般診療所はH20をピークに、R２にはH20の約67%にまで減少しています。

なお、病院が多いという本県の特徴から、全ての外来患者に対する診療所の対応割合は58.3%で、全国で最も低くなっています。

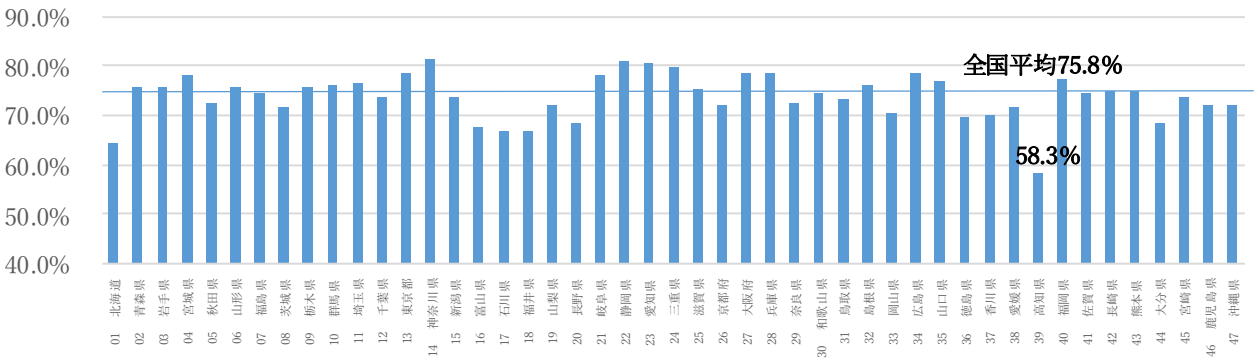
（図表 10-2-15）一日あたりの推計外来患者数

単位：千人

	H20		H23		H26		H29		R2	
	病院	一般診療所	病院	一般診療所	病院	一般診療所	病院	一般診療所	病院	一般診療所
高知県計	16.5	24.3	16	23.8	15.3	20.7	14.8	19.7	13.4	16.2

出典：患者調査（厚生労働省）

（図表 10-2-16）外来患者の診療所での対応割合



出典：R2NDB（厚生労働省）

外来患者の流出入については、中央医療圏及び幡多医療圏においては９割以上が自医療圏で受診していますが、安芸医療圏及び高幡医療圏においては中央医療圏への流入が認められます。

また、中央医療圏においても、サブ圏域単位で見ると、高知市サブ圏域へ流入しています。

（図表 10-2-17）外来患者の流出入の状況（二次医療圏）

		出展	単位	施設住所地								県外	計
				安芸医療圏	中央医療圏	物部川サブ区域	嶺北サブ区域	高知市サブ区域	仁淀川サブ区域	高幡医療圏	幡多医療圏		
患者住所地	安芸圏域	県調査（R4.9.16）	人数	**2,370**	414	186		224	4				2,784
			流出割合	**85%**	15%	7%	0%	8%	0%	0%	0%		100%
	中央圏域	県調査（R4.9.16）	人数	90	**25,412**	4,668	346	17,239	3,159	43	16		25,561
			流出割合	0%	**99%**	18%	1%	67%	12%	0%	0%		100%
	物部川サブ区域	県調査（R4.9.16）	人数	73	5,464	**3,900**	1	1,550	13		2		5,539
			流出割合	1%	99%	**70%**	0%	28%	0%	0%	0%		100%
	嶺北サブ区域	県調査（R4.9.16）	人数		543	69	**336**	132	6				543
			流出割合	0%	100%	13%	**62%**	24%	1%	0%	0%		100%
	高知市サブ区域	県調査（R4.9.16）	人数	16	15,581	605	7	**14,480**	489	16	12		15,625
			流出割合	0%	100%	4%	0%	**93%**	3%	0%	0%		100%
	仁淀川サブ区域	県調査（R4.9.16）	人数	1	3,824	94	2	1,077	**2,651**	27	2		3,854
			流出割合	0%	99%	2%	0%	28%	**69%**	1%	0%		100%
	高幡圏域	県調査（R4.9.16）	人数	1	663	39		387	237	**1,918**	54		2,636
			流出割合	0%	25%	1%	0%	15%	9%	**73%**	2%		100%
	幡多圏域	県調査（R4.9.16）	人数		155	26		122	7	50	**3,308**		3,513
			流出割合	0%	4%	1%	0%	3%	0%	1%	**94%**		100%
	県外・不明	県調査（R4.9.16）	人数	13	118	13	4	91	10	6	48		185
		県調査（R4.9.16）	人数	2,474	26,762	4,932	350	18,063	3,417	2,017	3,426		34,679

出典：R2NDB（厚生労働省）

（図表 10-2-18）外来患者の疾病別患者数

出典：患者調査　単位：千人

	H14		H17		H20		H23		H26		H29		R2	
	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	病院	診療所	病院	診療所
総数	18.9	20.9	17.3	23.5	16.5	24.3	16	23.8	15.3	20.7	14.8	19.7	13.4	16.2
Ⅰ　感染症及び寄生虫症	0.7	1.1	0.7	1.1	0.5	0.9	0.3	0.8	0.3	0.6	0.2	0.7	0.2	0.3
腸管感染症（再掲）	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0	0.1	0	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1
結核（再掲）	0	-	0	0	0	-	0	0	0	-	0	-	0	-
皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性疾患（再掲）	0.1	0.1	0.1	0.2	0	0.1	0	0.2	0	0.2	0	0.2	0	0.1
真菌症（再掲）	0.1	0.2	0	0.4	0	0.2	0	0.2	0	0.2	0	0.2	0.1	0.1
Ⅱ　新生物＜腫瘍＞	0.9	0.2	0.9	0.4	1.3	0.3	0.9	0.4	1	0.5	1	0.1	1.1	0.1
（悪性新生物＜腫瘍＞）（再掲）	0.6	0.1	0.7	0.3	1	0.2	0.7	0.3	0.8	0.5	0.8	0.1	0.7	0.1
胃の悪性新生物＜腫瘍＞（再掲）	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0	0.1	0	0.1	0	0.1	0	0.1	-
結腸及び直腸の悪性新生物＜腫瘍＞（再掲）	0.1	0	0.1	0	0.1	0	0.1	0	0.1	0	0.1	0	0.1	0
気管，気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞（再掲）	0	-	0	0	0.1	0	0.1	0	0	0	0.1	0	0.1	-
Ⅲ　血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0
Ⅳ　内分泌，栄養及び代謝疾患	1.2	1.3	1.2	1.8	1.1	1.1	1	1.5	1	1.6	1	1.6	0.9	1.3
甲状腺障害（再掲）	0.1	0.1	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0	0.1
糖尿病（再掲）	0.8	0.8	0.6	0.8	0.7	0.5	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.6
Ⅴ　精神及び行動の障害	1.3	0.3	1	0.4	1.3	0.8	1.1	0.4	1.2	0.5	0.9	0.7	1.1	0.3
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	0.6	0	0.4	0	0.5	0.2	0.5	0	0.4	0	0.4	0	0.3	0
気分［感情］障害（躁うつ病を含む）（再掲）	0.3	0.1	0.3	0.1	0.3	0.3	0.3	0.1	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.1
神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1
Ⅵ　神経系の疾患	0.6	0.4	0.5	0.6	0.6	0.7	0.6	0.6	0.9	0.4	0.6	0.7	0.5	0.4
Ⅶ　眼及び付属器の疾患	0.9	0.8	0.4	0.9	0.5	2.4	0.4	1.5	0.6	1.1	0.3	0.5	0.4	0.8
白内障（再掲）	0.3	0.2	0.1	0.3	0.1	0.5	0.1	0.4	0.2	0.2	0.1	0	0.1	0.1
Ⅷ　耳及び乳様突起の疾患	0.3	0.6	0.1	0.6	0.1	1	0.1	0.6	0.2	0.7	0.2	0.4	0.1	0.4
Ⅸ　循環器系の疾患	3.6	4.7	3.6	4.4	3.7	4.6	3.3	5.3	2.5	3.7	2.9	4.1	1.9	3.8
高血圧性疾患（再掲）	1.5	3.1	1.8	3.1	1.7	2.7	1.4	3.3	1.4	3	1.5	3.1	1.1	2.7
（心疾患（高血圧性のものを除く））（再掲）	0.6	0.7	0.8	0.6	0.6	0.7	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.4	0.4	0.3
虚血性心疾患（再掲）	0.3	0.5	0.4	0.3	0.3	0.4	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
脳血管疾患（再掲）	0.7	0.3	0.7	0.3	0.9	0.4	0.7	1.1	0.4	0.1	0.7	0.5	0.3	0.6
Ⅹ　呼吸器系の疾患	1.4	2.8	1.2	3.2	0.8	3.1	0.8	2.7	0.8	2.4	0.7	2.6	0.4	1.7
急性上気道感染症（再掲）	0.4	1.1	0.3	1.4	0.2	1.3	0.2	1.2	0.2	0.9	0.1	1	0.1	0.5
肺炎（再掲）	0.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
急性気管支炎及び急性細気管支炎（再掲）	0.1	0.4	0.2	0.4	0.1	0.4	0.1	0.4	0.1	0.3	0.1	0.4	0	0.1
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患（再掲）	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.1
喘息（再掲）	0.4	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.2	0.4	0.2	0.5	0.2	0.4	0.1	0.4
ⅩⅠ　消化器系の疾患	1	1.4	1.1	1.3	0.8	1	0.6	1	0.7	1.1	0.7	0.7	0.6	0.5
う蝕（再掲）	0	-	0	-	0	0.1	0	0	0	0	0	-	0	-
歯肉炎及び歯周疾患（再掲）	-	0	0	-	0	0.1	0	-	0	0.2	0	0	0.1	-
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（再掲）	0.2	0.4	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0	0	0	0	0
胃炎及び十二指腸炎（再掲）	0.1	0.4	0.3	0.4	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1	0.3	0.1	0.2
肝疾患（再掲）	0.3	0.3	0.3	0.3	0.1	0.2	0.1	0.4	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
ⅩⅡ　皮膚及び皮下組織の疾患	0.5	0.8	0.4	1.3	0.5	0.7	0.3	1	0.4	1.4	0.4	1.3	0.5	0.8
ⅩⅢ　筋骨格系及び結合組織の疾患	3.1	4.2	2.9	4.8	2.8	5	3.6	4.5	2.4	3.3	2.2	3.2	1.7	2.7
炎症性多発性関節障害（再掲）	0.4	0.2	0.2	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2
関節症（再掲）	0.6	1	0.7	1	0.4	1.2	0.8	1	0.5	0.8	0.5	0.9	0.4	0.8
脊柱障害（再掲）	1.5	2.3	1.4	2.5	1.5	2.6	1.8	2.4	1.2	1.8	1	1.4	0.8	1.1
骨の密度及び構造の障害（再掲）	0.3	0.2	0.1	0.4	0.1	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.3	0.1	0.2
ⅩⅣ　腎尿路生殖器系の疾患	1.2	0.5	1.1	0.8	0.7	0.5	0.5	1	0.8	1	1.4	0.7	1.4	0.4
糸球体疾患，腎尿細管間質性疾患及び腎不全（再掲）	0.6	0.2	0.7	0.3	0.4	0	0.2	0.5	0.4	0.2	1	0.3	1	0.1
前立腺肥大（症）（再掲）	0.2	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0	0.1	0.1	0.1	0	0.2	0.1
乳房及び女性生殖器の疾患（再掲）	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.3	0.1	0.3	0.1	0.5	0.1	0.3	0.1	0.2
ⅩⅤ　妊娠，分娩及び産じょく	0	0.1	0	0	0	0.1	0	0	0	0.1	0	0.1	0.1	0
妊娠高血圧症候群（再掲）	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ⅩⅥ　周産期に発生した病態	0	-	0	-	0	-	0	0	0	0	0	0	0	-
ⅩⅦ　先天奇形，変形及び染色体異常	0	0	0.1	0	0	0	0.1	0	0.1	0	0.1	0	0.1	0
ⅩⅧ　症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2
ⅩⅨ　損傷，中毒及びその他の外因の影響	1.3	1	1.3	1	1.3	1.1	1.6	0.9	1.3	1	1.3	1	1	0.5
骨折（再掲）	0.4	0.3	0.5	0.2	0.5	0.4	0.6	0.2	0.5	0.1	0.5	0.2	0.4	0.2
ⅩⅩⅠ　健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	0.4	0.4	0.4	0.5	0.3	0.9	0.5	1.2	0.7	1.2	0.7	1	1.1	2.1
歯の補てつ（再掲）	0	-	0	-	0	0.1	0	0	0	0	0	-	0	-

4　初期救急医療体制

休日・夜間の比較的軽度の救急患者に対応するための体制として、高知市では「休日夜間急患センター・平日夜間小児急患センター」を開設し、一般医療機関における診療が困難な時間帯において、内科、小児科、耳鼻咽喉科及び眼科の初期救急医療を提供しています。高知市以外では、医師会単位で在宅医当番制により外来診療を行っています。しかし、参画する診療所は減少傾向です。

時間外等外来患者数については、人口当たりの病院と診療所の合計では全国の６割程度となっています。内訳として中央圏域では、診療所での受診が多くなっていますが、中央圏域以外の圏域では、病院での受診が多くなっています。

一方で、救急搬送件数が年々増加している中で、軽症患者が救急搬送患者の約４割を超えている現状があります。

なお、各圏域での在宅当番医制の中で、嶺北サブ圏域においては在宅当番医療機関がないため、南国市地域を含め運営しており、高幡圏域においては、病院のみで実施しています。

また、高知市医師会で実施している「休日夜間急患センター・平日夜間小児急患センター」では、高知市以外の患者も受診をしている状況です。

今回の計画から、新興感染症発生・まん延時における医療体制の構築として、「発熱外来」の設置に関する取組を推進していきます。

※詳細は「第８章 第３節 新興感染症を含む感染症」に記載。

（図表 10-2-19）初期救急医療提供体制に参画する診療所について

出典：医療施設調査

圏域名	H23						H26					H29					R2				
	一般診療所数	在宅当番医制有	夜間(深夜も含む)救急対応の可否				一般診療所数	在宅当番医制有	夜間(深夜も含む)救急対応の可否			一般診療所数	在宅当番医制有	夜間(深夜も含む)救急対応の可否			一般診療所数	在宅当番医制有	夜間(深夜も含む)救急対応の可否		
			対応している			対応していない			対応している		対応していない			対応している		対応していない			対応している		対応していない
			ほぼ毎日	週3-5日	週1-2日				ほぼ毎日	ほぼ毎日以外				ほぼ毎日	ほぼ毎日以外			ほぼ毎日	ほぼ毎日以外	
高知県	580	89	49	11	13	484	569	85	48	51	470	560	72	45	37	478	533	69	37	23	473
安芸圏域	41	11	5	1	1	32	41	11	6	4	31	39	7	6	2	31	34	5	6	2	26
中央圏域	431	66	34	4	11	367	422	61	33	37	352	417	54	31	26	360	402	56	26	18	358
高幡圏域	43		4	2	0	32	41		2	4	35	42		2	4	36	39		2		37
幡多圏域	65	12	6	4	1	53	65	13	7	6	52	62	11	6	5	51	58	8	3	3	52

（図表 10-2-20）時間外等外来患者延数・対応施設数

出典：R元NDB

圏域名	時間外等外来患者延数			時間外等外来施設数			1施設あたり患者延数		
	時間外等外来患者延数（病院）	時間外等外来患者延数（一般診療所）	計	時間外等外来施設数（病院）	時間外等外来施設数（一般診療所）	計	時間外等外来患者延数／時間外等外来施設数（病院）	時間外等外来患者延数／時間外等外来施設数（一般診療所）	計
全国	9,812,736	55,462,138	65,274,874	*	68,592	*	*	808.6	*
高知県	77,976	136,839	214,815	114	311	425	684.0	440.0	505.4
安芸圏域	5,088	1,835	6,923	5	25	30	1,017.6	73.4	230.8
中央圏域	55,023	130,832	185,855	85	248	333	647.3	527.5	558.1
高幡圏域	4,755	1,673	6,428	8	14	22	594.4	119.5	292.2
幡多圏域	13,110	2,499	15,609	16	24	40	819.4	104.1	390.2

「＊」はデータ秘匿マーク。

（図表 10-2-21）時間外等外来患者延数・対応施設数（人口 10 万人対）

出典：R元NDB

圏域名	人口あたり時間外等外来患者延数			人口あたり時間外等外来施設数		
	時間外等外来患者延数（病院）	時間外等外来患者延数（一般診療所）	計	時間外等外来施設数（病院）※	時間外等外来施設数（一般診療所）	計
全国	7,747.7	43,790.2	51,537.8	*	54.2	*
高知県	11,120.1	19,514.5	30,634.6	16.3	44.4	60.6
安芸圏域	11,089.5	3,999.4	15,088.9	10.9	54.5	65.4
中央圏域	10,601.3	25,207.5	35,808.8	16.4	47.8	64.2
高幡圏域	8,974.6	3,157.6	12,132.2	15.1	26.4	41.5
幡多圏域	15,732.1	2,998.8	18,730.9	19.2	28.8	48.0

「＊」はデータ秘匿マーク。

（図表 10-2-22）R4 在宅当番実施医療機関

出典：高知県救急医療情報センター

圏域		計	病院	診療所
安芸医療圏		11	3	8
中央医療圏	物部川サブ圏域	58	11	47
	嶺北サブ圏域	0	0	0
	仁淀川（土佐市を除く）サブ圏域	14	3	11
高幡医療圏		5	5	0
幡多医療圏		26	11	15

（図表 10-2-23）R4 休日夜間急患センター・平日夜間小児急患センター受診状況

	患者数	高知市内	高知市以外
休日夜間急患センター	7,160	5,164	1,996
平日夜間小児急患センター	2,783	1,860	923

5　在宅医療体制

高齢化等によって疾病構造が変化し慢性期疾患の増加が見込まれるとともに、病床の機能分化及び連携の取り組みが進み、在宅患者の増加が見込まれる中、住み慣れた地域で安心して療養したいという患者の希望に応えるとともにＱＯＬの向上に寄与する在宅医療の提供体制の整備は重要なものです。

訪問診療を受けている患者の実数については、R2 に 3,477 人（NDB）となっておりますが、その７割近くは施設等※1 に入居中の方に対するものです。訪問診療に係る SCR※2 は、高知県全体及び各圏域ですべて全国平均の 100 を大きく下回っています。高齢化が進む中で、家庭の介護力が脆弱また所得水準が低い中で、自己負担が少ない療養病床への入院が多いことなどがその要因と考えられます。

※１　ここでいう施設等は、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームとします。

※２　全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域に当てはめた場合に計算により求められる期待されるレセプト件数と実際のレセプト件数とを比較したもの。年齢構成の異なる地域間の比較に用いられ SCR が 100 以上の場合は全国平均より当該項目の件数が多いとされます。

（図表 10-2-24）在宅患者訪問診療患者延数・実施設数

出典：R元NDB

圏域名	在宅患者訪問診療患者延数			在宅患者訪問診療実施施設数			1施設あたり患者延数		
	在宅患者訪問診療患者延数（病院）	在宅患者訪問診療患者延数（一般診療所）	計	在宅患者訪問診療実施施設数（病院）	在宅患者訪問診療実施施設数（一般診療所）	計	在宅患者訪問診療患者延数／在宅患者訪問診療実施施設数（病院）	在宅患者訪問診療患者延数／在宅患者訪問診療実施施設数（一般診療所）	計
全国	2,648,420	*	2,648,420	*	*	*	*	*	*
高知県	25,406	59,694	85,100	59	115	174	430.6	519.1	489.1
安芸圏域	3,417	4,088	7,505	4	10	14	854.3	408.8	536.1
中央圏域	15,926	45,753	61,679	37	84	121	430.4	544.7	509.7
高幡圏域	1,902	5,614	7,516	6	10	16	317.0	561.4	469.8
幡多圏域	4,161	4,239	8,400	12	11	23	346.8	385.4	365.2

「＊」はデータ秘匿マーク。

（図表 10-2-25）在宅患者訪問診療患者延数・実施設数（人口 10 万人対）

出典：R元NDB

圏域名	人口あたり在宅患者訪問診療患者延数			人口あたり在宅患者訪問診療実施施設数		
	在宅患者訪問診療患者延数（病院）	在宅患者訪問診療患者延数（一般診療所）	計	在宅患者訪問診療実施施設数（病院）	在宅患者訪問診療実施施設数（一般診療所）	計
全国	2,091.1	*	*	*	*	*
高知県	3,623.1	8,512.9	12,136.0	8.4	16.4	24.8
安芸圏域	7,447.5	8,909.9	16,357.4	8.7	21.8	30.5
中央圏域	3,068.5	8,815.3	11,883.7	7.1	16.2	23.3
高幡圏域	3,589.8	10,595.9	14,185.7	11.3	18.9	30.2
幡多圏域	4,993.2	5,086.8	10,080.0	14.4	13.2	27.6

「＊」はデータ秘匿マーク。

（図表 10-2-26）高知県内の訪問診療を受けている患者数

出典	R4在宅医療実態調査※3（県在宅療養推進課）	R2NDB※4（厚生労働省）	R3NDB※4（厚生労働省）
居宅	1,353		
施設等	3,002		
計	4,355	3,477.1	秘匿項目が含まれるため不明

※3：R4.10の患者数
※4：１年間の訪問診療のレセプト件数÷12

（図表 10-2-27）在宅患者訪問診療料にかかる SCR

出典： 経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト（内閣府）

圏域名	H30		R元		R2	
	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）
高知県	55.5	65.4	52.7	60.8	51.9	61.4
安芸圏域	61.9	52.0	54.2	50.7	53.8	45.7
中央圏域	63.9	67.1	59.8	61.9	58.1	63.1
高幡圏域	23.8	71.3	22.2	67.7	21.0	67.1
幡多圏域	33.5	60.0	35.3	51.3	31.4	46.1

6　公衆衛生

（1）学校医

学校医は学校保健安全法において設置するよう定められており、その用務は健康診断や保健指導に従事することや、学校保健計画の立案に参与することなど学校保健安全法施行規則に定められています。

高知県内においても各学校に配置されていますが、特に郡部においては一人の医師が複数の学校を担当としていることが多く、学校眼科医や学校耳鼻咽喉科医はそもそも配置がされていない学校も多い状況です。

（図表 10-2-28）学校医、学校眼科医、学校耳鼻科医の配置状況（公立小中学校）

		小中学校数（分校・休校除く）	延べ学校医（学校内科医含む）	学校医実数（学校内科医含む）	延べ学校眼科医数（＝学校眼科医配置校）	学校眼科医実数	延べ学校耳鼻科医数（＝学校眼耳鼻科医配置校）	学校耳鼻科医実数
安芸医療圏		38	41	17	1	1	1	1
中央医療圏	物部川サブ圏域	38	41	25	0	0	17	2
	嶺北サブ圏域	7	7	4	0	0	0	0
	高知市サブ圏域	61	89	74	58	17	58	17
	仁淀川サブ圏域	42	42	27	0	0	37	4
高幡医療圏		40	41	17	0	0	0	0
幡多医療圏		53	60	25	18	1	29	1
計		279	321	189	77	19	142	25

出典：令和５年度高知県教員関係職員名簿より作成

（2）予防接種

予防接種法に基づき各市町村又は広域連合が実施している予防接種は、医療機関によって受けられる予防接種は異なりますが、令和５年８月時点で 443 医療機関（うち診療所 327 医療機関）が登録されており、身近な地域で予防接種を受けることが可能となっています。

（図表 10-2-29）予防接種法に基づく予防接種受諾医療機関の状況

出典：健康対策課調査

			施設数(A)	特養等除く施設数(B)	予防接種受諾医療機関数(C)	(C)/(A)	(C)/(B)
病院			119		116	97.5%	
	安芸医療圏		6		6	100.0%	
	中央医療圏	物部川サブ圏域	13		13	100.0%	
		嶺北サブ圏域	3		3	100.0%	
		高知市サブ圏域	60		57	95.0%	
		仁淀川サブ圏域	14		14	100.0%	
	高幡医療圏		8		8	100.0%	
	幡多医療圏		15		15	100.0%	
一般診療所			523	414	327	62.5%	79.0%
	安芸医療圏		36	28	28	77.8%	100.0%
	中央医療圏	物部川サブ圏域	73	55	50	68.5%	90.9%
		嶺北サブ圏域	7	5	5	71.4%	100.0%
		高知市サブ圏域	254	222	157	61.8%	70.7%
		仁淀川サブ圏域	52	36	33	63.5%	91.7%
	高幡医療圏		39	24	20	51.3%	83.3%
	幡多医療圏		62	44	34	54.8%	77.3%

施設数は令和5年7月31日、予防接種受諾医療機関は令和5年8月21日

（3）産業医

産業医は、事業所において労働者の健康管理等について、専門的な立場から指導・助言を行う医師であり、50 人以上の労働者を使用する事業所には１名以上選任をすることや、1000 人以上の労働者を使用する事業所には専属の者を選任することなどが義務付けられており、高知労働局においても指導を行っています。一方で、労働者 50 人未満の小規模な事業所については、産業医を選任することが望ましいとされていますが、選任することができない場合であっても、県下４か所の地域産業保健センターが産業保健総合支援センターと連携し、産業保健に関する相談や個別指導等を提供しています。

なお、県医師会へ登録している産業医は令和５年 10 月時点で 361 名となっています。

第３節　外来医師の偏在状況

１　外来医師偏在指標及び外来医師多数区域

地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うため、厚生労働省より診療所の医師の多寡の状況が、外来医師偏在指標として可視化がされ、次の計算式により算出されることとされました。（令和５年７月厚労省提供データにより見直しを実施）

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}^{※1}}{\text{地域の人口（10万人）} \times \text{地域の標準化受療率比}^{※2} \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{※3} \times \text{患者の流出入割合}}$$

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}^{(※1)}}{\text{地域の人口（10万人）} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(※2)} \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{(※4)}}$$

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

$$\text{地域の標準化外来受療率比}^{(※2)} = \frac{\text{地域の外来期待受療率}^{(※3)}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$\text{地域の期待外来受療率}^{(※3)} = \frac{\sum \text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口} \times \text{昼夜間人口比}}{\text{地域の人口} \times \text{昼夜間人口比}}$$

$$\text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{(※4)} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$$

また、全国で外来医師偏在指標が上位33.3%以内の二次医療圏は外来医師多数区域として設定されることとされ、この基準に当てはめると、高知県においては、中央、高幡の２つの医療圏が上位33.3%以内の外来医師多数区域となっています。

高幡医療圏の外来医師偏在指標が高い理由は、患者が中央医療圏に流出していることにより計算式の分母である患者数が減少したことがその要因であり、患者の流出入を反映しない場合の高幡医療圏の外来医師偏在指標は全国下位となっています。

このような状況の中で患者は中央医療圏に流出をしており、高幡医療圏の新規開設は少なく、診療所数は減少傾向の中で、患者の流出入をそのまま反映した外来医師偏在指標を用いて高幡の医療圏を外来医師多数区域と位置づけることは、身近な地域で提供させるべきである外来医療との方向性と合致しません。このことから、中央医療圏のみを外来医師多数区域と位置づけます。

（図表 10-3-1）外来医師偏在指標

医療圏	順位		外来医師偏在指標		標準化医師数	人口（十万人）	地域の標準化受療率	診療所の外来患者対応割合	患者の流出入割合	外来医師多数区域
安芸	155/335	(257/335) ※	101.8	(80.1) ※	29.2	0.46	1.232	64.5%	78.7%	
中央	81/335	(52/335) ※	114.6	(121.5) ※	407.1	5.19	1.065	60.6%	106.0%	○
高幡	69/335	(248/335) ※	117.0	(81.1) ※	24.3	0.53	1.210	46.7%	69.3%	
幡多	272/335	(270/335) ※	83.1	(78.2) ※	37.3	0.83	1.179	48.5%	94.1%	

※流出入を反映しない場合の順位及び指標（参考値）

出典：厚生労働省提供データ

2　地域で不足する機能

全ての圏域において不足する外来医療機能は初期救急医療、在宅医療、公衆衛生とします。

このうち、安芸医療圏・高幡医療圏・幡多医療圏においては診療所が少なく、新規開設も限られる中で、外来医療機能は病院との役割分担のもとこれまで維持されてきているところですが、今後、需要の増又は医師の高齢化等による担い手の不足等が進むと予想されるため、初期救急医療、在宅医療、公衆衛生を計画上「不足する医療機能」に位置づけます。

また、中央医療圏においては、県下の 70%以上の診療所が集中していますが、高知市サブ圏域が県下の 50%弱の診療所が開設している一方で、周辺部のサブ圏域では診療所が少なく新規開設が限られており、その中でこれまで外来医療機能は、病院との役割分担のもとこれまで維持されてきているところです。今後、需要の増又は医師の高齢化等による担い手の不足等が進むと予想されるため、初期救急医療、在宅医療、公衆衛生を計画上「不足する医療機能」に位置づけます。

外来医師多数区域と位置づける中央医療圏において新規に診療所を開設する際には、初期救急医療、在宅医療、公衆衛生の医療機能について担うことを検討してもらうこととしますが、具体的には下記のような役割を担うものとします。

初期救急：在宅当番医・休日夜間急患センター・平日夜間小児急患センターへの参加
在宅医療：訪問診療、往診の実施
公衆衛生：学校医、産業医、予防接種等への協力

第４節　外来医療体制の確保に向けた取組

１　協議の場の設置及び協議内容

国ガイドラインにおいて、地域毎に外来医療機能について協議を行う場を設けることとされており、本県では各圏域で設置している地域医療構想調整会議において、協議を行うこととします。

この協議の場では、以下の事項等について、協議を行います。

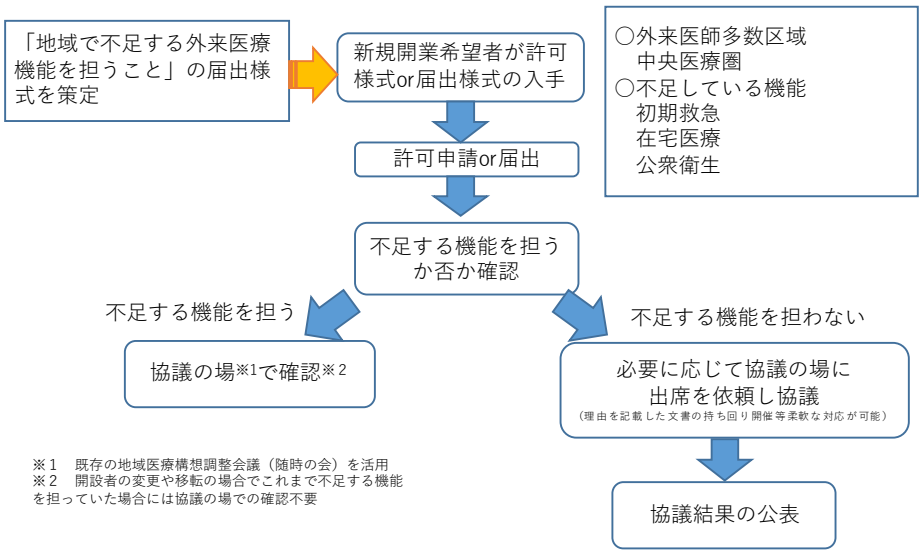
- 地域でどのような外来医療機能が不足しているかの確認
- 外来医師多数区域においては、新規開設者が地域で不足している外来医療機能を担うことの検討結果の確認
- 新規開設者が地域で不足する外来医療機能を担わないこととしている場合には、新規開設者にその理由を確認し、必要に応じて出席を依頼のうえ協議を行う

この協議の場において、協議の構成員と出席の依頼を受けた当該新規開設者の間で協議を行い、その協議結果を公表することとします。ただし、協議の簡素化のため、協議の形態については書面での開催とするなど柔軟な対応を行うこともあります。

なお、外来医師多数区域と位置づける中央医療圏においては、診療所の新規開設予定者は、不足している外来医療機能を担うことについて検討し、開設許可申請又は開設届出時に併せてその検討結果を届け出てもらうこととします。

また、その結果については協議の場（地域医療構想調整会議）で確認等を行うこととしますが、不足する外来医療機能を担わない場合や協議の場での結果によって診療所の開設が妨げられるものではありません。

外来医師多数区域における新規開業時のプロセス



※１　既存の地域医療構想調整会議（随時の会）を活用
※２　開設者の変更や移転の場合でこれまで不足する機能を担っていた場合には協議の場での確認不要

2　外来機能報告制度

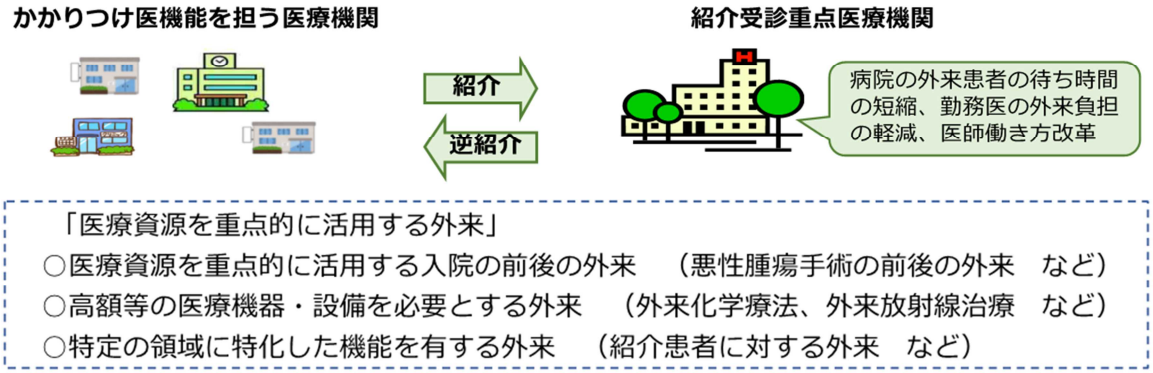
令和４年度から新たに、医療法に基づく外来機能報告制度が開始されました。

外来機能報告とは、医療機関が医療資源を重点的に活用する外来の実施状況や地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項等について、毎年度７月１日時点の状況を県に報告するものです。

3　医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関

外来機能報告制度で報告された医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）の実施状況を基に、地域医療構想調整会議で協議し、紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）を決定します。

紹介受診重点医療機関の決定により、患者がまずは地域のかかりつけ医機能を担う医療機関を受診し、必要に応じて紹介を受けて紹介受診重点医療機関を受診。状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻る受診の流れを明確化することが期待されます。



（図表 10-4-1）紹介受診重点医療機関

令和５年 12 月１日時点

医療機関名	保健医療圏	所在地	公表年月日
独立行政法人 国立病院機構高知病院	中央	高知市朝倉西町	令和５年８月１日
高知医療センター	中央	高知市池	令和５年 11 月１日
高知赤十字病院	中央	高知市秦南町	令和５年 11 月１日
近森病院	中央	高知市大川筋	令和５年 11 月１日
高知大学医学部附属病院	中央	南国市岡豊町	令和５年 11 月１日

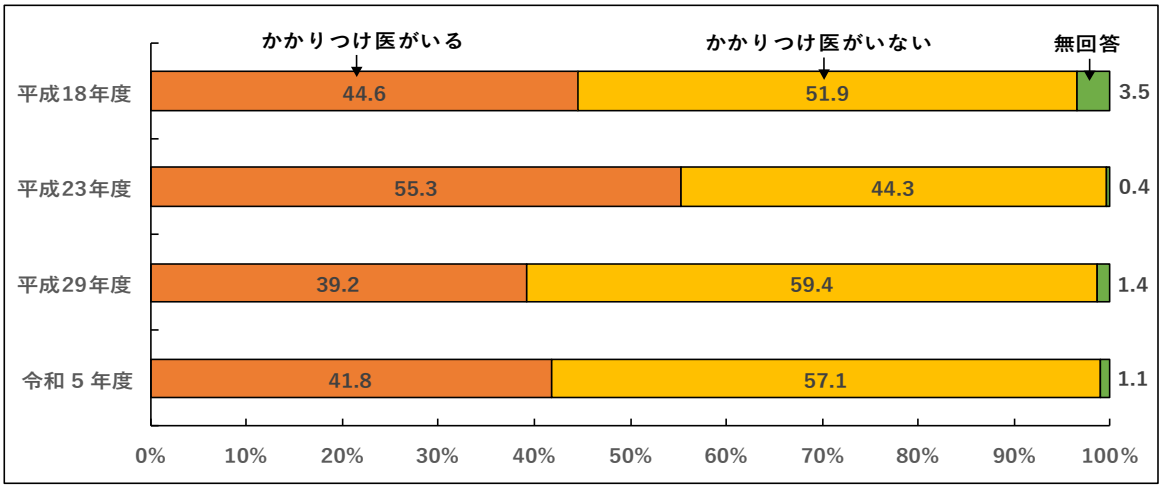
4　かかりつけ医の普及

かかりつけ医は、一般的な疾病の治療を担うほか、患者にとって、何でも相談できる上、必要なときには専門医を紹介でき、身近で頼りになる医師などのことを言います。体調が悪かったり怪我をしたりしたときには、まずは地域の診療所などのかかりつけ医などで診療を受け、症状や病態に応じて高度医療を担う病院を受診するといった役割分担が、患者本人の健康と地域の医療提供体制を守ることにつながります。

また、専門的医療機関での治療後に在宅での療養管理を行うなど、かかりつけ医等の役割の重要性はより高くなってきています。

令和５年の県の調査では、日ごろから診療を受けるだけでなく、病気や健康に関して相談することができる「かかりつけ医」が「いる」と答えた人は 41.8%（男性 39.4%、女性 43.6%）と半数を下回っていますが、平成 29 年に比べ 2.6%増えています。

（図表 10-4-2）かかりつけ医の有無の状況



出典：高知県県民世論調査

かかりつけ医がいることのメリットとして、住んでいる場所や職場に近い場所で受診できること、病気について気軽に相談できること、病気や治療などについて詳しく説明してくれること、必要に応じて適切な専門医を指示・紹介してくれることなどがあります。

また、患者が専門的な病院に集中することは、重症患者の治療などその病院が有する本来の高度な医療機能を十分に生かせなくなったり、患者の待ち時間が長くなったりするなどの弊害が生じます。

このため、医師会などの関係団体や県において、かかりつけ医を持つことの利点などの広報や医療機関において、自院が担うかかりつけ医機能の周知を行い、普及に努めるとともに、高度な診療機能を持つ医療機関等と相互の連携体制の構築を図っていきます。

第５節　医療機器の効率的な活用

１　趣旨

人口当たりの医療機器の台数には地域差があり、また医療機器ごとに地域差の状況は異なっていますが、今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的な活用を行う必要があります。

そういった中、地域における外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項の１つとして、「医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用に関する事項」が規定され、医療法第 30 条の 18 の４第１項第５号に基づき、当該事項について協議を行い、その結果を公表することとされました。

２　協議の場

医療の効率的な活用について、協議の場を確保する必要がありますが、外来医療に関する協議の場と同様に、地域医療構想調整会議を協議の場として活用します。

３　医療機器の配置状況

厚生労働省より、地域の医療機器のニーズを踏まえて地域ごとの医療機器の配置状況を医療機器の項目ごとに可視化するため、下記のとおり、指標が作成されました。

＜医療機器の効率的活用における性・年齢階級別検査率を用いた各地域の医療機器の配置状況に関する指標の計算方法＞

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10\text{ 万}} \times \text{地域の標準化検査率比（※１）}}$$

$$\text{（※１）地域の標準化検査率比} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数（外来（※２））}}{\text{全国の人口当たり期待検査数（外来）}}$$

$$\text{（※２）地域の人口当たり期待検査数} = \frac{\Sigma\left\{\frac{\text{全国の性年齢階級別検査数（外来）}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口}\right\}}{\text{地域の人口}}$$

（図表 10-5-1）人口当たりの医療機器の台数

圏域名	調整人口あたり台数					人口10万人対医療機器台数（台／10万人）				
	ＣＴ	ＭＲＩ	PET	マンモグラフィー	放射線治療（体外照射）	ＣＴ	ＭＲＩ	PET	マンモグラフィー	放射線治療（体外照射）
全国	11.5	5.7	0.5	3.4	0.8	11.5	5.7	0.5	3.4	0.8
高知県	18.2	9.1	0.63	2.7	0.86	21.0	10.1	0.71	2.7	1.00
安芸	9.5	8.5	0.00	2.2	0.00	13.1	10.9	0.00	2.2	0.00
中央	19.5	10.2	0.89	3.0	1.06	21.4	11.0	0.96	3.1	1.16
高幡	16.8	4.5	0.00	2.0	0.00	22.6	5.7	0.00	1.9	0.00
幡多	16.8	5.9	0.00	1.2	0.92	21.6	7.2	0.00	1.2	1.20

出典：厚生労働省提供データ

（図表 10-5-2）医療機器の稼働率

圏域名	医療機器稼働率（機器1台あたり件数） 病院（件数／台）					医療機器稼働率（機器1台あたり件数） 一般診療所（件数／台）				
	ＣＴ	ＭＲＩ	PET	マンモグラフィー	放射線治療（体外照射）	ＣＴ	ＭＲＩ	PET	マンモグラフィー	放射線治療（体外照射）
全国	2,188	1,814	*	*	2,718	*	*	*	*	6,925
高知県	1,113	1,445	808	287	1,623	389	1,648	-	1,157	-
安芸	1,542	1,112	-	0	-	2,075	1,112	-	-	-
中央	1,142	1,511	808	305	1,782	336	1,753	-	1,157	-
高幡	958	1,502	-	49	-	235	196	-	-	-
幡多	889	1,184	-	607	670	797	-	-	-	-

※表記の「－」は台数が無い場合、「０」は台数があっても検査件数が無い場合、「＊」はデータ秘匿マーク。

出典：厚生労働省提供データ

（図表 10-5-3）医療機器の保有台数

圏域名	保有台数				
	ＣＴ	ＭＲＩ	PET	マンモグラフィー	放射線治療（体外照射）
全国	14,595	7,240	594	4,261	1,044
高知県	156	73	3	21	7
安芸	6	5	0	1	0
中央	120	59	3	18	5
高幡	13	4	0	1	0
幡多	17	5	0	1	1

圏域名	病院保有台数					一般診療所保有台数				
	ＣＴ	ＭＲＩ	PET	マンモグラフィー	放射線治療（体外照射）	ＣＴ	ＭＲＩ	PET	マンモグラフィー	放射線治療（体外照射）
全国	8,500	4,872	480	2,621	1,033	6,095	2,368	114	1,640	11
高知県	112	52	3	16	7	44	21	0	5	0
安芸	5	3	0	1	0	1	2	0	0	0
中央	86	41	3	13	5	34	18	0	5	0
高幡	7	3	0	1	0	6	1	0	0	0
幡多	14	5	0	1	1	3	0	0	0	0

出典：厚生労働省提供データ

＜現状と課題＞

ＣＴ及びＭＲＩの人口当たりの台数については、全国平均を上回っており、ＰＥＴ及びマンモグラフィー、放射線治療（体外照射）については、ほぼ全国平均並となっています。

今後、人口減少による医療需要の減少を踏まえると、機器の稼働率についてもさらに減少すると見られるため、より効率的な医療機器の活用を進めていく必要があります。

4　医療機器の保有状況

今後、新規購入者の判断材料として、近隣の医療機関で保有している共同利用可能な医療機器の配置状況及び利用状況について、情報共有を行う必要があります。

（図表 10-5-4）医療機器の保有医療機関一覧

（出典：令和２年度時点　病床機能報告、医療政策課調査）※令和５年９月時点で廃止の医療機関を除く

【① ＣＴ】

マルチスライスCT		
安芸（5）		森澤病院、芸西病院、田野病院、県立あき総合病院、つつい脳神経外科
中央	嶺北（2）	嶺北中央病院、早明浦病院
	物部川（22）	藤原病院、高知大学医学部附属病院（7台）、南国中央病院、南国厚生病院、同仁病院、野市中央病院、ＪＡ高知病院、北村病院、南国病院、香北病院、高田内科、もえぎクリニック、前田メディカルクリニック、きび診療所、脳外科・内科高知東クリニック、さくら香美クリニック
	高知市（73）	もみのき病院、いずみの病院、高知ハーモニー・ホスピタル、高知高須病院、高知医療センター（4台）、近森リハビリテーション病院、竹下病院、土佐病院、愛宕病院、高知整形・脳外科病院、岡村病院、国吉病院、下司病院、高知病院、高知厚生病院、高知赤十字病院（3台）、国立病院機構高知病院（2台）、島本病院、だいいちリハビリテーション病院、高知記念病院、潮江高橋病院、海里マリン病院、近森病院（6台）、図南病院、長浜病院、細木病院、上町病院、山村病院、地域医療機能推進機構高知西病院、三愛病院、高知総合リハビリテーション病院、岡林病院、田中整形外科病院、横浜病院、田村内科整形外科病院、永井病院、高知生協病院、高知脳神経外科病院、島津病院、リハビリテーション病院すこやかな杜、土佐田村病院、朝倉病院、城東病院、きんろう病院、海辺の杜ホスピタル、中ノ橋病院、畠中クリニック、山下脳神経外科、吉村神経内科リハビリクリニック、梅ノ辻クリニック、原脳神経外科、クリニックひろと、快聖クリニック、川村整形外科、高知県総合保健協会中央健診センター、高知検診クリニック、内田脳神経外科、青木脳神経外科形成外科、クリニックグリーンハウス、福田心臓・消化器科内科、たむら内科クリニック、ながの内科クリニック
	仁淀川（12）	仁淀病院、井上病院、土佐市民病院、高北病院、清和病院、北島病院、山崎外科整形外科病院、前田病院、白菊園病院、石川記念病院、橋本外科胃腸科内科、大崎診療所
高幡（13）		高陵病院、ネオリゾートちひろ病院、一陽病院、須崎くろしお病院、梼原病院、大西病院、くぼかわ病院、大正診療所、石川ヘルスクリニック、島津クリニック、須崎医療クリニック、大野見診療所、高橋内科・呼吸器科・消化器科
幡多（17）		四万十市立市民病院、森下病院、大井田病院、筒井病院、大月病院、県立幡多けんみん病院（2台）、竹本病院、渭南病院、松谷病院、聖ヶ丘病院、中村病院、木俵病院、渡川病院、西土佐診療所、中村クリニック、佐賀診療所

その他CT		
安芸（1）		室戸中央病院
中央	嶺北（1）	大杉中央病院
	物部川（4）	川田内科、寺田内科、鈴木内科、宇賀循環器内科・歯科
	高知市（4）	島津クリニック比島、朝倉医療クリニック、長尾神経クリニック、おおつ耳鼻咽喉科
	仁淀川（2）	高岡内科、はなさく耳鼻咽喉科・いびき睡眠クリニック

【② MRＩ】

MRI（3テスラ以上）		
中央	物部川（3）	高知大学医学部附属病院（２台）、ＪＡ高知病院
	高知市（7）	もみのき病院、いずみの病院、高知医療センター、愛宕病院、高知赤十字病院、近森病院、内田脳神経外科
	仁淀川（1）	土佐市民病院

MRI（1.5テスラ以上 3テスラ未満）		
安芸（2）		田野病院、県立あき総合病院
中央	嶺北（2）	嶺北中央病院、大杉中央病院
	物部川（4）	高知大学医学部附属病院、同仁病院、JA高知病院、脳外科・内科高知東クリニック
	高知市（20）	もみのき病院、いずみの病院、高知医療センター（2台）、愛宕病院、高知整形・脳外科病院、国吉病院、高知赤十字病院、国立高知病院、近森病院、図南病院、久病院、細木病院、田中整形外科病院、高知脳神経外科病院、高知検診クリニック、内田脳神経外科（2台）、青木脳神経外科形成外科、フレッククリニック
	仁淀川（2）	仁淀病院、北島病院
高幡（2）		須崎くろしお病院、くぼかわ病院
幡多（4）		四万十市立市民病院、県立幡多けんみん病院（２台）、渭南病院

MRI（1.5テスラ未満）		
安芸（3）		森澤病院、ＥＡＳＴマリンクリニック、芸西オルソクリニック
中央	物部川（6）	南国病院、南国厚生病院、野市中央病院、岩河整形外科、しばた整形外科、野市整形外科医院

MRI（1.5テスラ未満）		
中央	高知市（9）	だいいちリハビリテーション病院、海里マリン病院、島津病院、梅ノ辻クリニック、かわむらクリニック整形外科、クリニックひろと、なかやまクリニック内科・循環器科、みちなか整形外科クリニック、伊藤整形外科
	仁淀川（5）	高北病院、山崎外科整形外科病院、町田整形外科、川田整形外科、ＷＥＳＴほね関節クリニック
高幡（2）		高陵病院、須崎医療クリニック
幡多（1）		竹本病院

【 ③ ＰＥＴ 】

PETCT		
中央	物部川（2）	高知大学医学部付属病院（2台）
	高知市（1）	高知医療センター

【 ④ マンモグラフィー 】

マンモグラフィー		
安芸（1）		県立あき総合病院
中央	物部川（3）	高知大学医学部附属病院（2台）、ＪＡ高知病院
	高知市（13）	いずみの病院、高知医療センター、高知赤十字病院、国立高知病院、近森病院、細木病院、地域医療機能推進機構高知西病院、高知生協病院、やまかわ乳腺クリニック（2台）、伊藤外科乳腺クリニック、高知検診クリニック、クリニックグリーンハウス
	仁淀川（2）	仁淀病院、土佐市民病院
高幡（1）		くぼかわ病院
幡多（1）		県立幡多けんみん病院

【 ⑤ 放射線治療（体外照射）】

リニアック		
中央	物部川（2）	高知大学医学部附属病院（2台）
	高知市（4）	高知医療センター（2台）、高知赤十字病院、国立高知病院
幡多（1）		県立幡多けんみん病院

ガンマナイフ		
中央	高知市（1）	もみのき病院

５．共同利用方針

①対象医療機器の共同利用の方針（県内全区域、全医療機器共通）

対象医療機器（ＣＴ、ＭＲＩ、ＰＥＴ、マンモグラフィー並びに放射線治療）については、共同利用（対象医療機器について連携先の病院又は診療所から紹介された患者のために利用される場合を含む）に努めるものとする。

６．共同利用計画の記載事項とチェックのためのプロセス

医療機関が対象医療機器を購入・更新する場合は、下記の記載事項により当該医療機器の共同利用計画を策定し、協議の場（地域医療構想調整会議）において確認を行います。

①記載事項

○共同利用の対象とする医療機器
○共同利用の方針
○共同利用の相手方となる医療機関
○保守、整備等の実施に関する方針
○画像撮影等の検査機器については、画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

②チェックのためのプロセス

○制度の周知（計画策定後書面により、全医療機関及び関係機関への通知）
現在の医療機器の保有状況について情報共有（県ホームページで公表）
関係する手続きの際にも合わせて周知（エックス線装置設置届など）

○対象医療機器を購入・更新する医療機関は、共同利用計画等を、対象医療機器の設置の原則４か月前に地域医療構想調整会議事務局（窓口：保健所）宛に提出することとします。

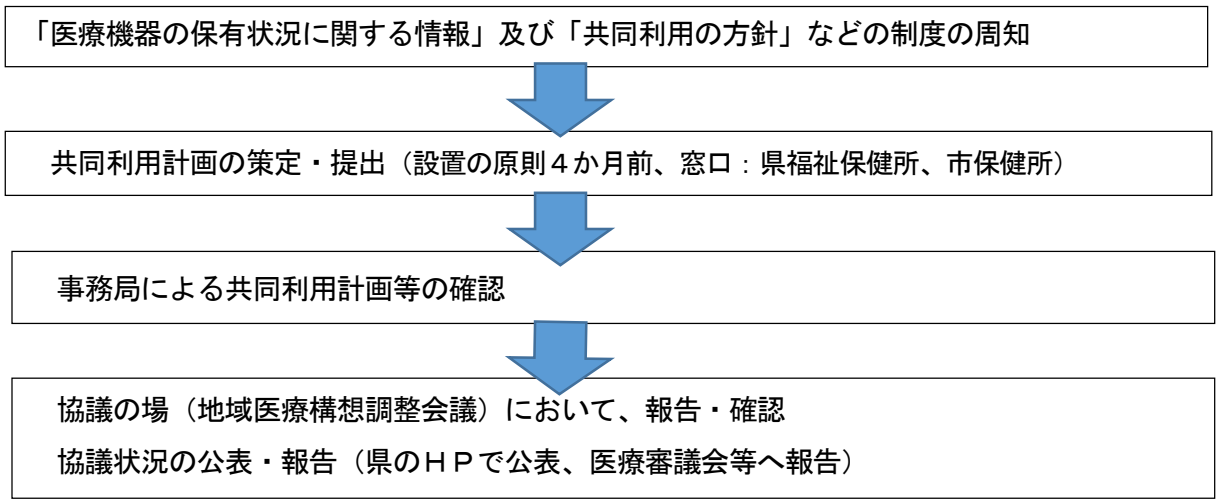
○事務局は共同利用計画及び保守点検計画、医療法に基づく医療機器の設置届等により、共同利用の方針や医療機器の安全管理に係る体制並びに診療用放射線の安全管理に係る体制等について確認を行います。

○協議の場において、提出された共同利用計画等により共同利用の方針について報告を行うこととし、医療機関が共同利用を行わない場合については、その内容を確認し、必要に応じて出席を依頼のうえ協議を行います。なお、協議の場における協議結果については、公表することとします。

※なお、共同利用を行わない場合や協議の場での結果により、医療機器の購入・更新が妨げられるものではありません。

○「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」（平成 31 年３月 29 日付け医政地発 0329 第３号・医政医発第６号）を踏まえ、対象医療機器の稼働状況の把握に努めます。

＜手続きのイメージ＞



（参考）特別償却の優遇措置について

医療機器の共同利用については、平成 28 年診療報酬改定にて評価されているほか、地域医療構想調整会議で情報共有したものについては、特別償却の優遇措置を受けられる場合があります。

＜医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却＞

・概要：青色申告書を提出する法人又は個人において、H31.4.1～R7.3.31 の間に医療用機器の取得をして医療保険業に供した場合には、その取得額の 12%の特別償却ができます。

・対象医療機器：全身用 CT・MRI のうち、下記のいずれかを満たすものです。

①買い換えの場合、買い換える年の前年の各月における利用回数が、一定回数以上のもの（全身用 CT：20 件／月、全身用 MRI：40 件／月）

②新規購入の場合、他の病院又は診療所と連携して共同利用を行うことが外形的に確認できること

③①、②に掲げる条件に該当しない場合、地域医療構想調整会議にて必要な医療機器の整備だと認められたもの

※詳細は、「医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度について」（平成 31 年３月 29 日付け医政発 0329 第 39 号厚生労働省医政局長通知（令和５年３月 31 日最終改正））を参照。

第 11 章　　計画の評価と進行管理

計画に掲げた数値目標などの達成状況について定期的な分析・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。

また、評価結果を公表し、計画全体の推進状況及び二次保健医療圏単位の課題解決の取組などについて、関係者間の情報共有を図ります。

1　県全体の評価と進行管理

（1）計画全体

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「保健医療計画評価推進部会」において、計画期間中の進行管理と評価を毎年度行います。

（2）５疾病６事業及び在宅医療

疾病及び事業ごとに設置している協議会や医療体制検討会議などにおいて、医療機関や医療関係団体などと連携を図りながら計画を推進するとともに、達成状況などについての評価を毎年度行います。

2　二次保健医療圏（構想区域）単位の評価と進行管理

（1）計画全体

福祉保健所単位で設置している日本一の健康長寿県構想地域推進協議会や構想区域別に設置している地域医療構想調整会議において、一体的に、各保健医療圏（構想区域）における医療提供体制の構築を図るとともに、地域ごとの課題に対する取組を推進します。

※地域医療構想調整会議の進め方については、「第９章 第５節 地域医療構想の推進体制及び役割」（P371）で詳細を記載

（2）５疾病６事業及び在宅医療等

地域で課題となっているものについて、必要に応じて日本一の健康長寿県構想地域推進協議会に部会を設置し、医療機関や医療関係団体などと連携を図りながら取組を推進します。

3　評価結果の公表

原則として毎年度評価を行い、評価結果は県のホームページで公表します。

（図表 11-1）保健医療計画の評価・進行管理体制図

