

## 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）

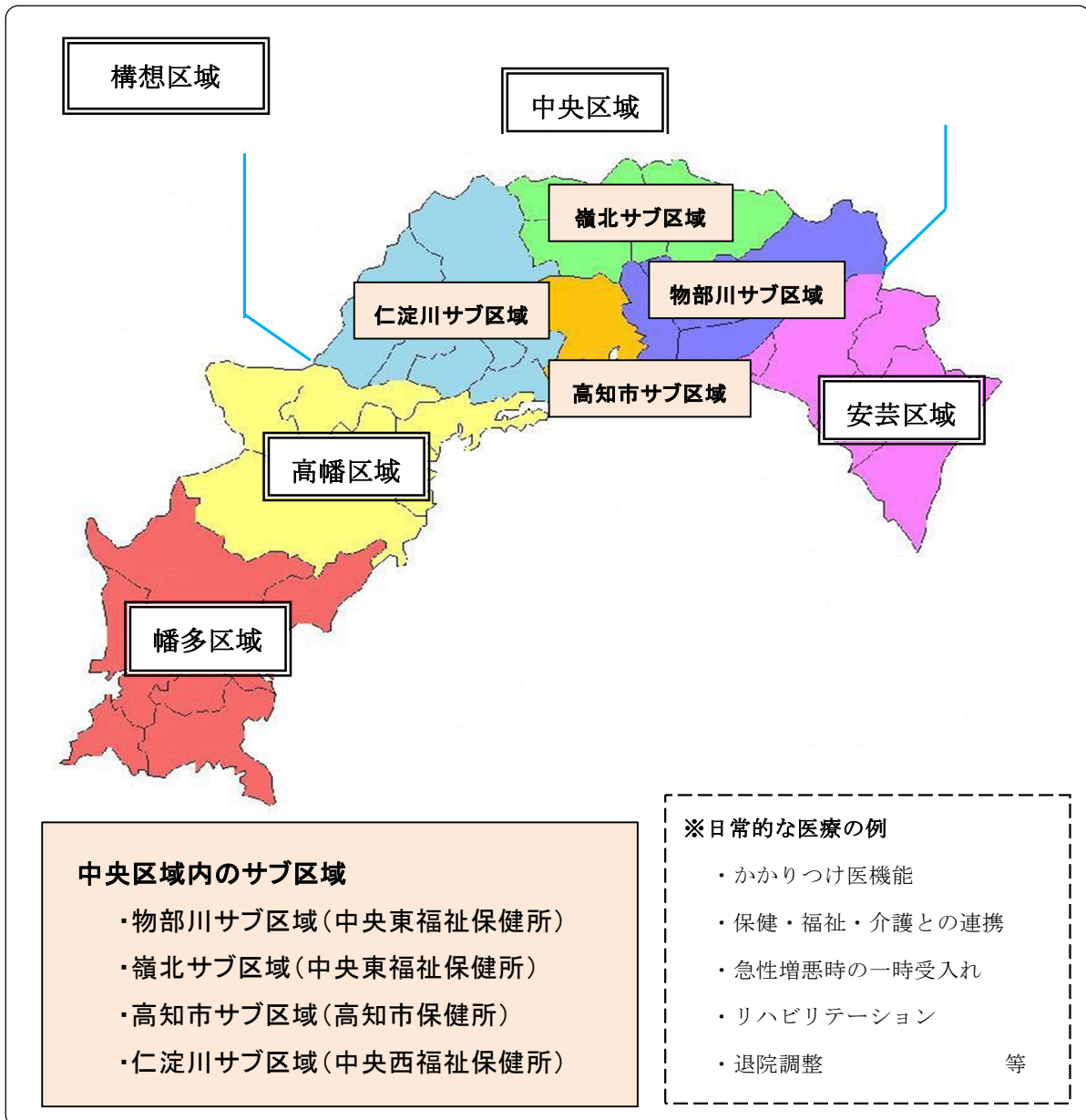
## 2 構想区域の設定

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頸部骨折等の患者に対し、ADL <sup>(注1)</sup> 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線の考え方は、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		
回復期	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
※	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。

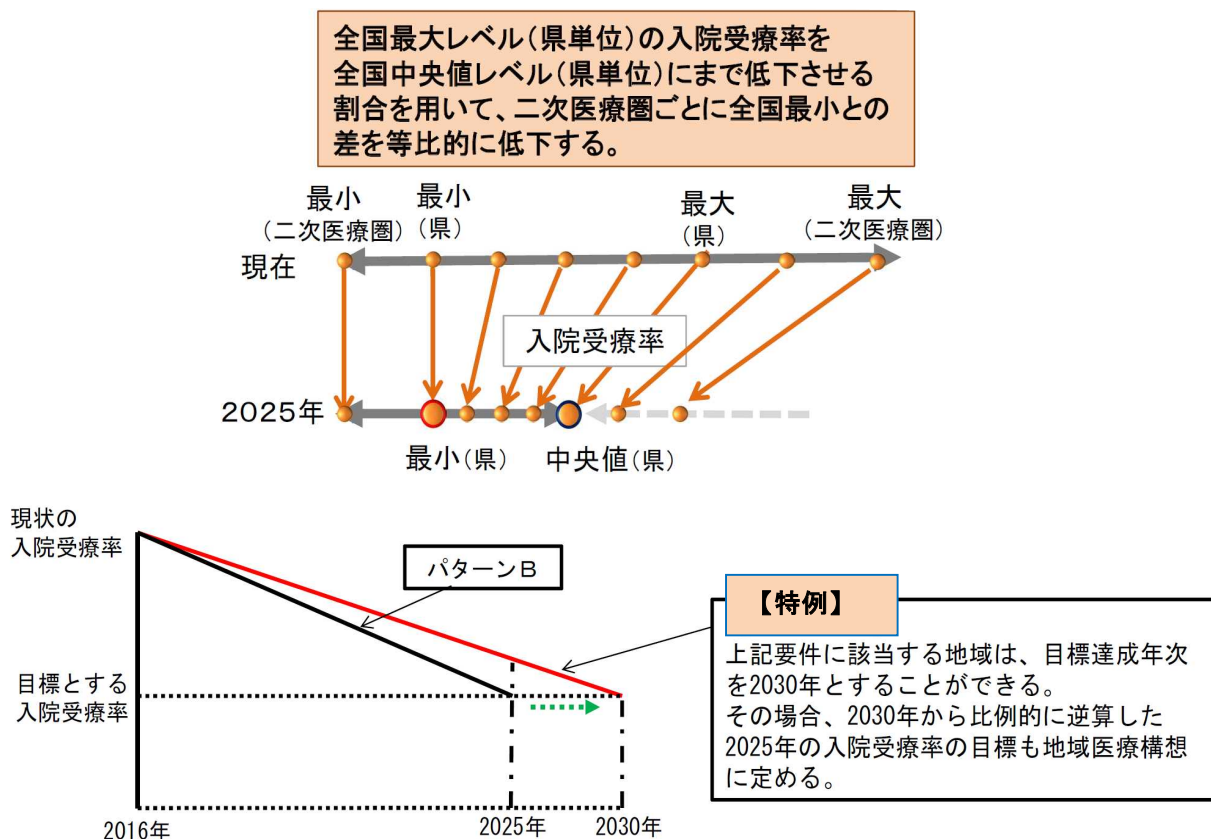
本県においては、地域差を縮小するための入院受療率について、厚生労働省から示された2つの推計パターンのうち、より緩やかに在宅移行を行う方法（パターンB）をすべての構想区域で選択するとともに、一定の要件に該当する場合に可能となる特例も適用しています。

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。

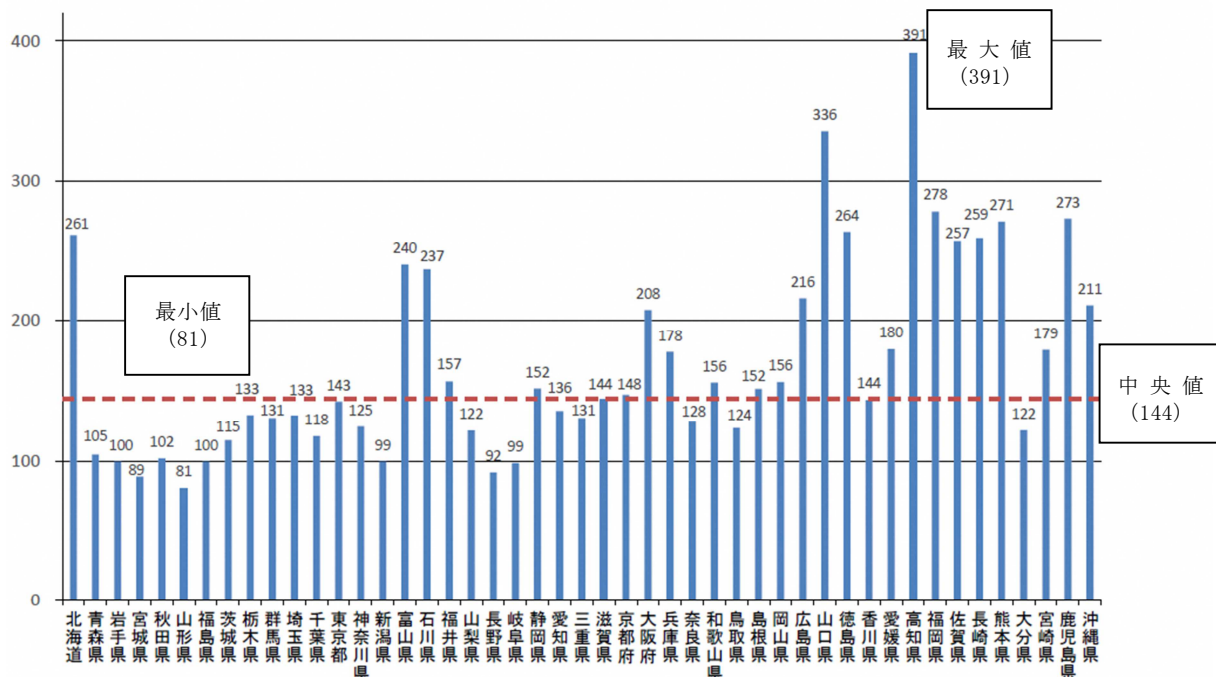
（図表9-3-4）地域の実情に応じた慢性期機能の医療需要推計の考え方



(図表 9-3-5) 療養病床の都道府県別入院受療率

療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



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

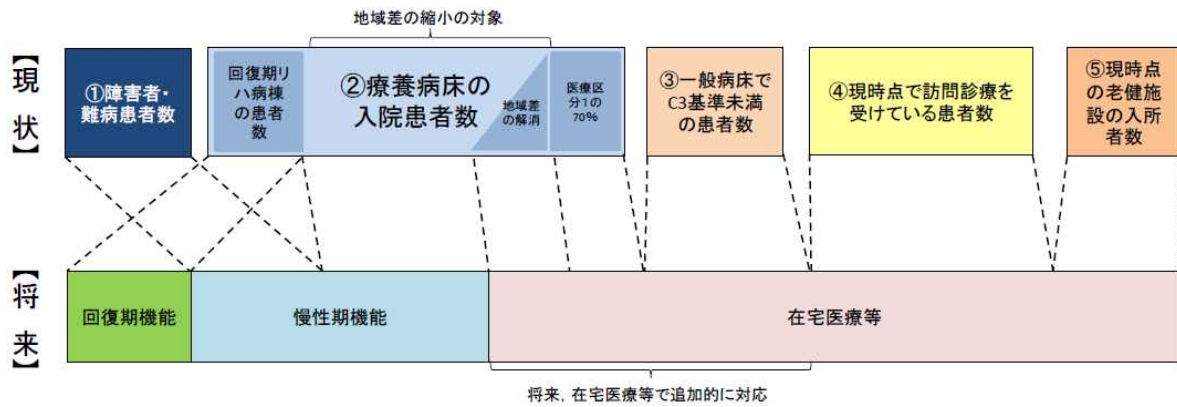
在宅医療等の医療需要については、次の4つを合計することで推計します。

#### 【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に対応する患者数（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

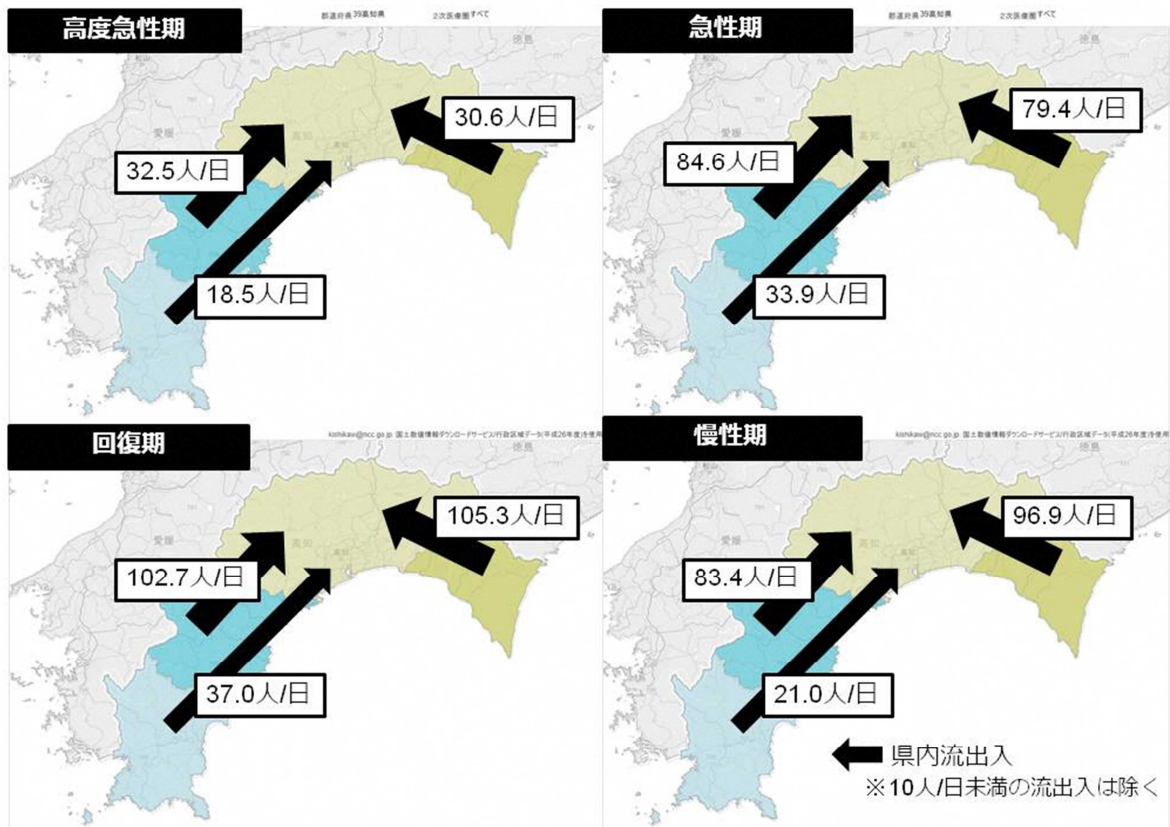


### 3 構想区域間の患者流出入の状況

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、必要病床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)

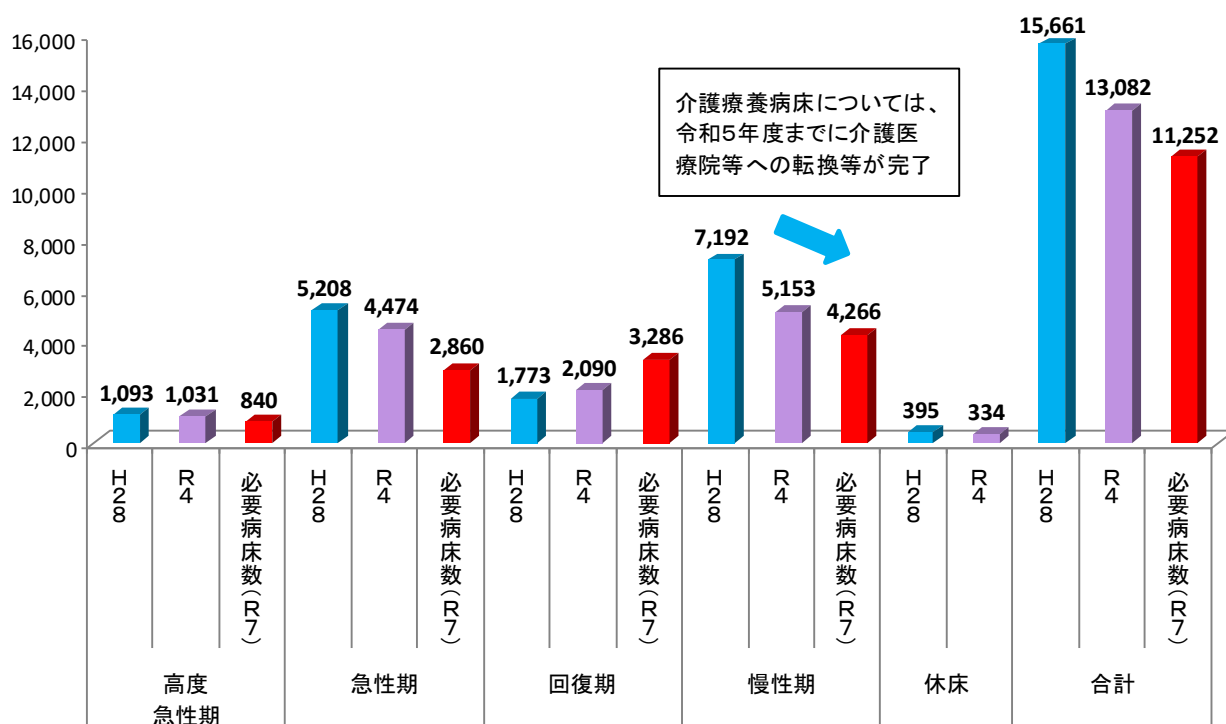
医療機関所在地	医療機能	平成28（2016）年 病床機能報告 における報告結果 (参考)	令和4（2022）年 病床機能報告 における報告結果 (A)	令和7（2025）年 必要病床数 (B)	令和7（2025）年 に向けた 病床数の過不足 (A) - (B)
安芸	高度急性期	0	0	0	0
	急性期	245	182	199	▲ 17
	回復期	87	125	205	▲ 80
	慢性期*	235	235	225	10 ※
	休床・無回答等	3	0		0
	小計	570	542	629	▲ 87 ※
中央	高度急性期	1,087	1,025	834	191
	急性期	4,081	3,599	2,065	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】

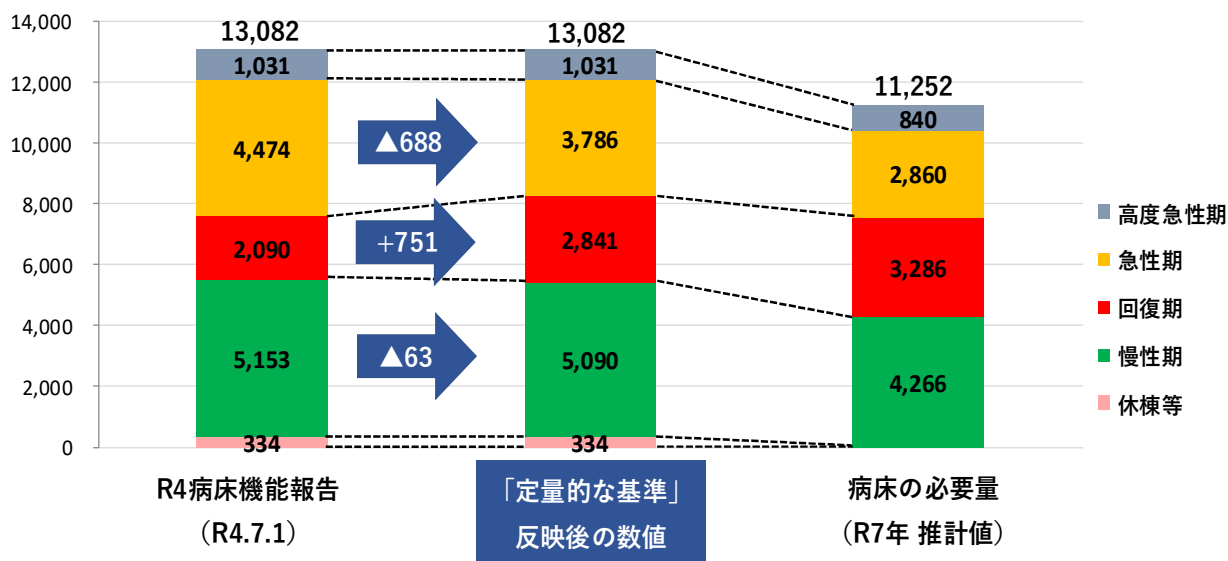
- ・回復期とみなすことができる病床数（地域包括ケア入院管理料算定病床、転換協議が調った病床）
- ・回復期に近い急性期の病床数（平均在棟日数22日以上の急性期病棟の病床）

※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。

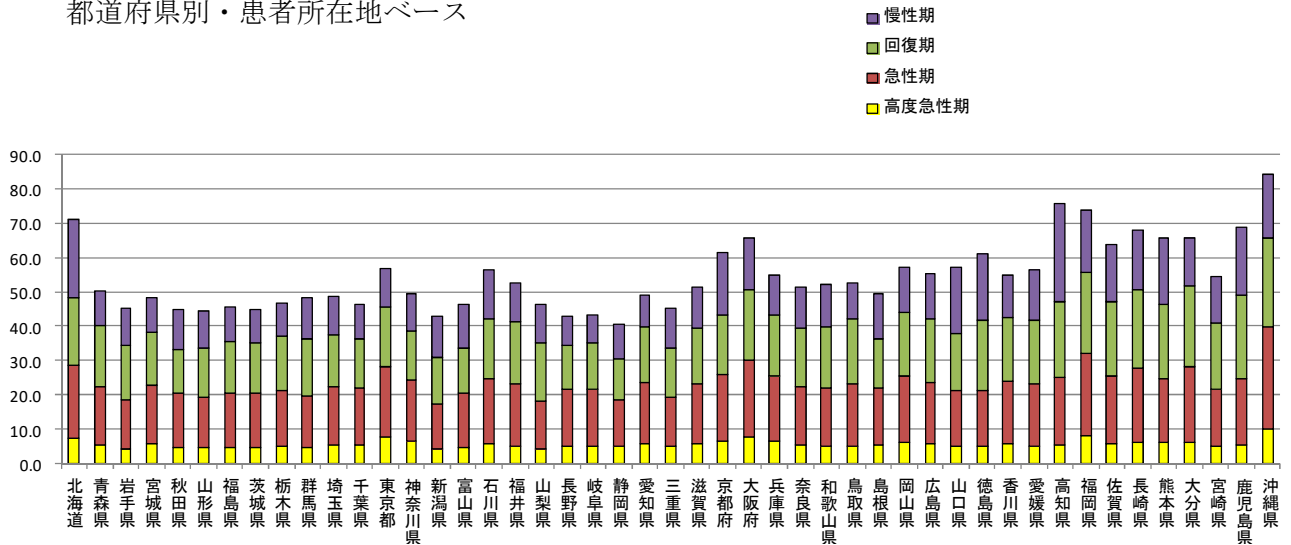
○「定量的な基準」を反映した結果、急性期及び慢性期が減少し、回復期が増加しました。

（図表9-3-12）定量的基準反映結果



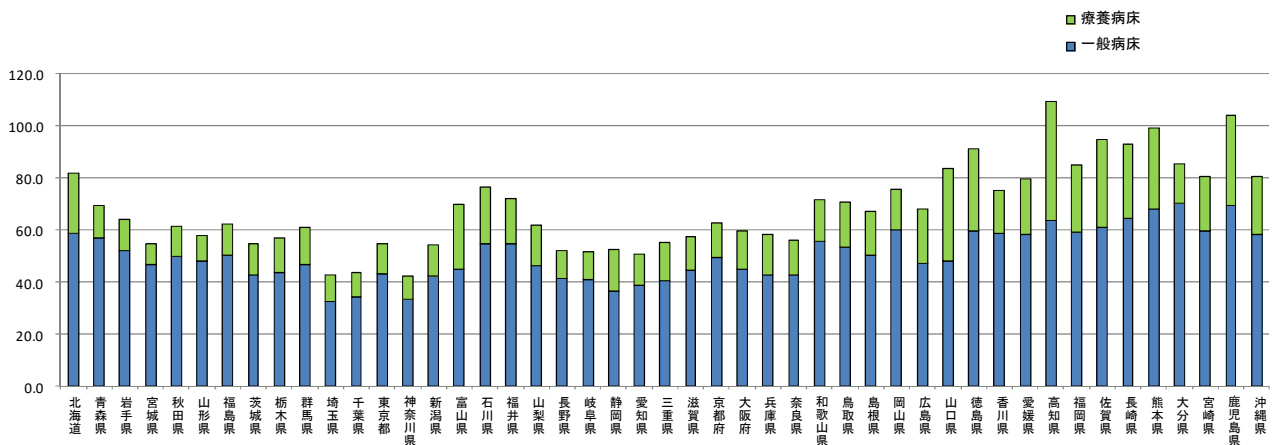
(参考) 都道府県別の令和7(2025)年医療機能別必要病床数・75歳以上人口千人当たり

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に対応する患者数（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

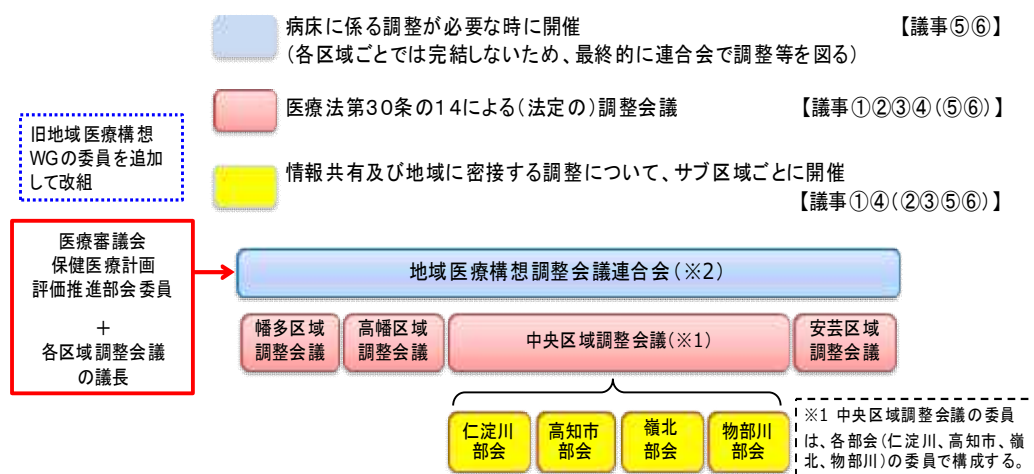
県は、医療法第30条の14に基づいて4つの構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置し、医療関係団体、医療関係者、医療保険者、市町村その他関係者と地域医療構想の実現に向けて協議します。

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	幅多	高幡	仁淀川	高知市	嶺北	物部川	安芸
所管保健所	幅多	須崎	中央西	高知市	中央東		安芸
構想区域	幅多	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
	その他	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
機能の転換への対応 病院の開設・増床、医療	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に、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、非稼働病床の状況の確認（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」<sup>（注2）</sup>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」<sup>（注3）</sup>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

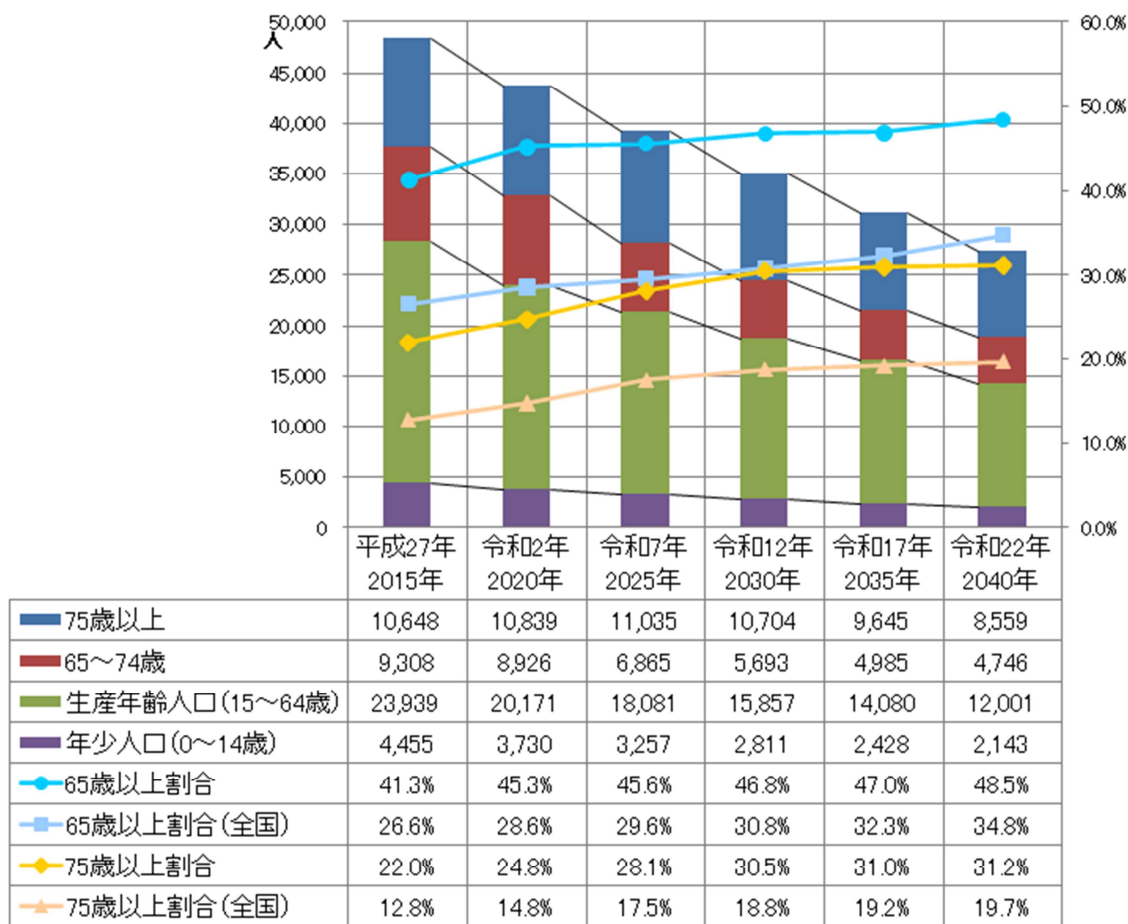
#### (1) 人口構成の推移

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



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		精神科病院
		一般病院	療養病床を有する病院	
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			無床診療所	病床数			施設数
		療養病床を有する診療所	療養病床を有する診療所	療養病床を有する診療所		一般病床	療養病床	療養病床	
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

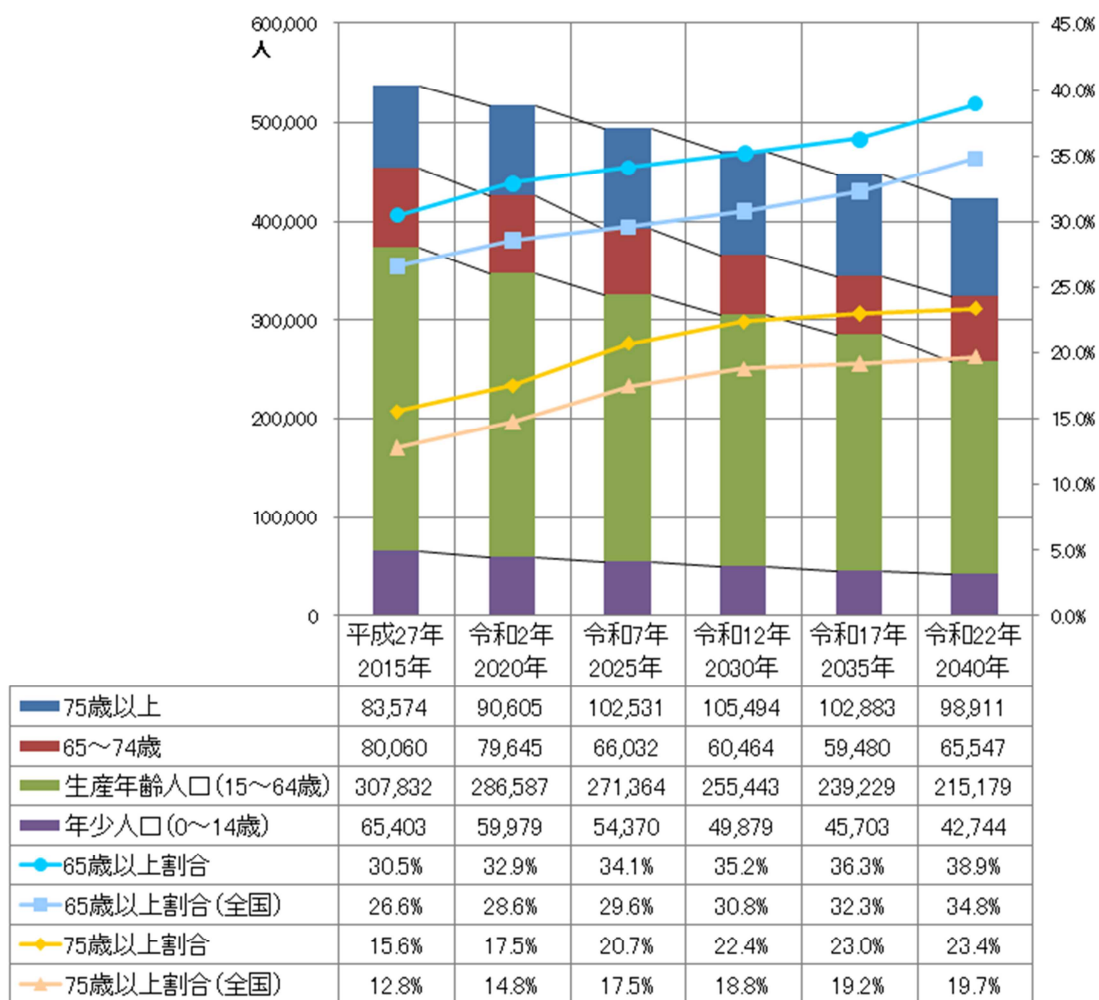
### (1) 人口構成の推移

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



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		精神科病院
			療養病床を有する病院	
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	
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
	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。

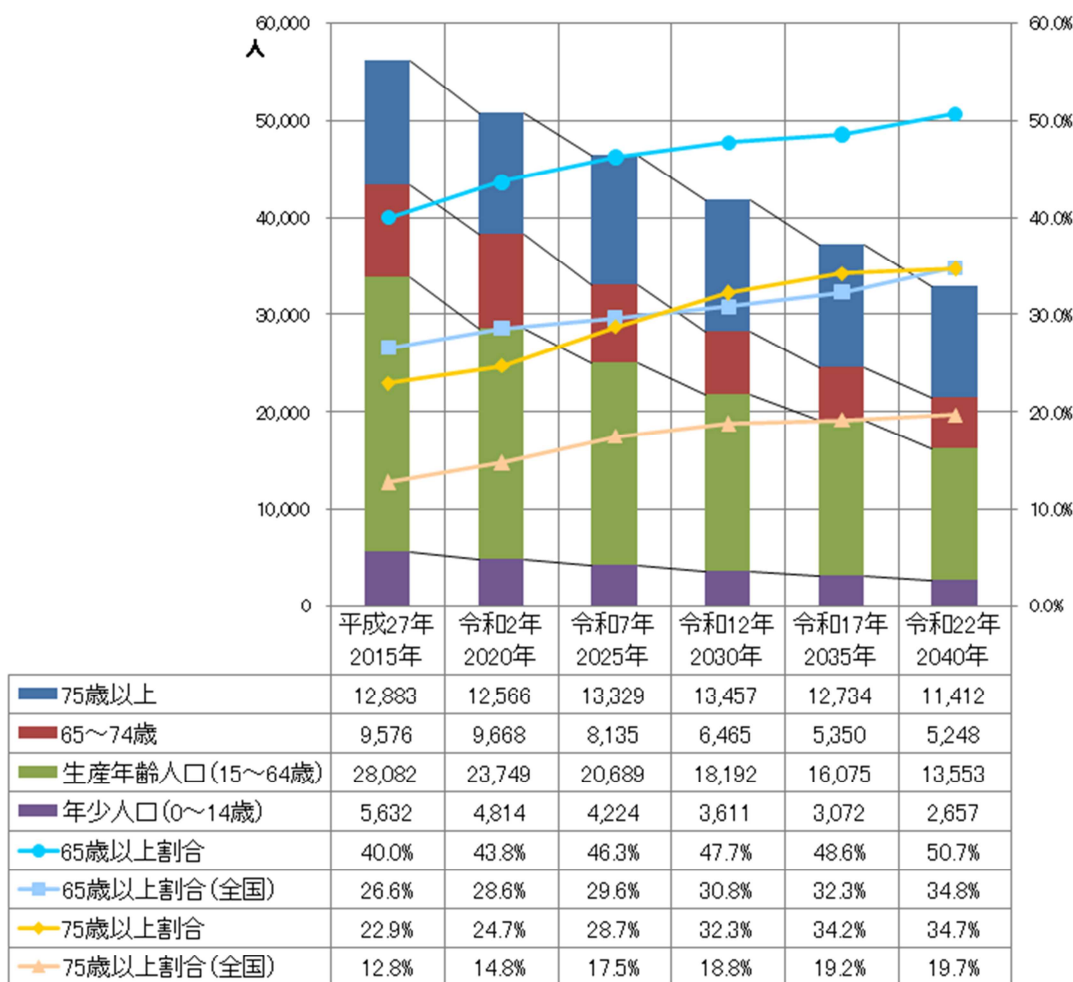
### 3 高幡区域

#### (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



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		精神科病院
			療養病床を有する病院	
高幡	8	7	6	1
	15.7	13.8	11.8	2.0
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9-6-23) 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。

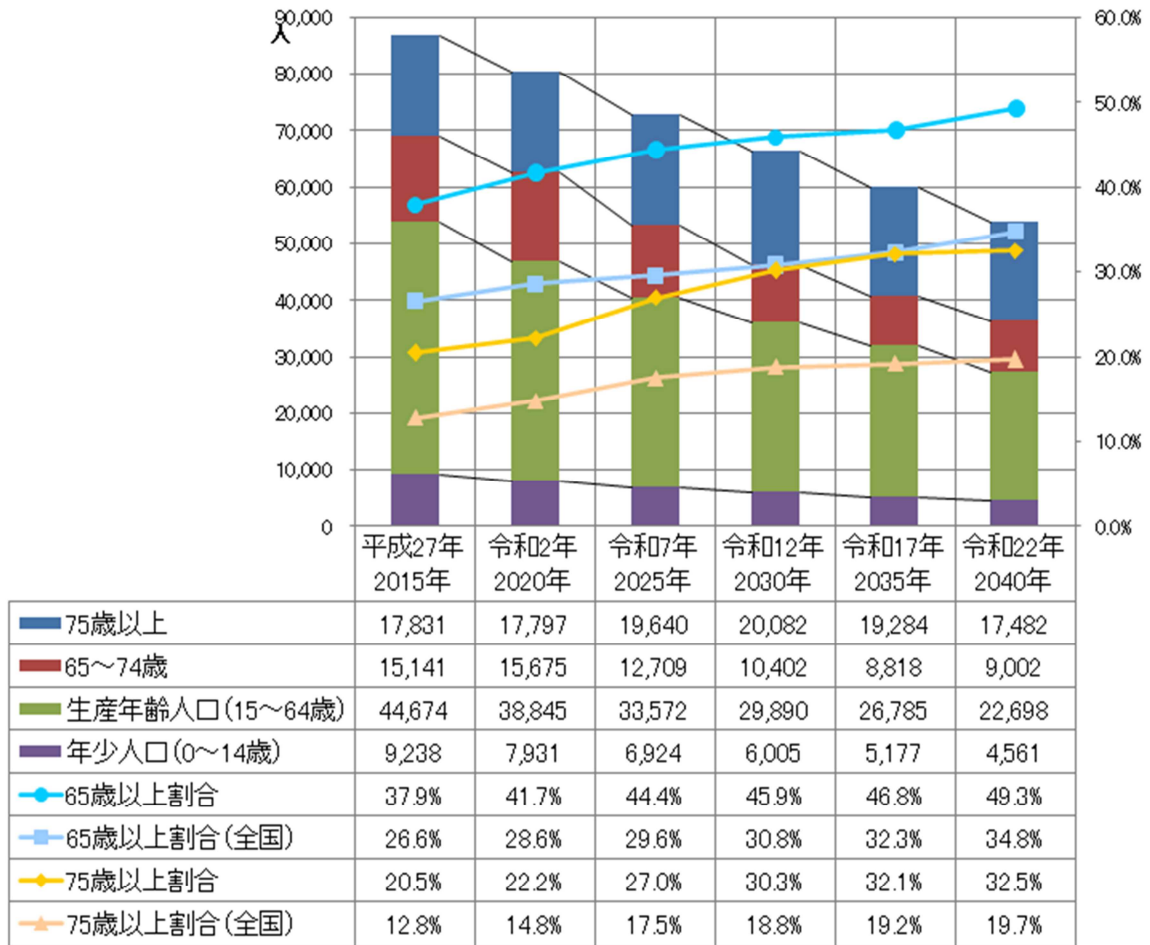
## 4 幡多区域

### (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



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		精神科病院
			療養病床を有する病院	
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。