

資料 1

第 7 期高知県保健医療計画（案）について

高知県保健医療計画項目 新旧対照表(案)

現行(第6期)計画の項目			第7期計画の項目(案)			第1回 評価部会 議案項目	第2回 評価部会 議案項目 (予定)	第3回 評価部会 議案項目 (予定)
章	節	項目名	章	節	項目名			
第1章	保健医療計画の基本事項		第1章	保健医療計画の基本事項		○		
	第1節	保健医療計画策定の趣旨		第1節	保健医療計画策定の趣旨			
	第2節	計画の基本理念		第2節	計画の基本理念			
	第3節	計画の期間		第3節	計画の期間			
	第4節	関連する他の計画		第4節	関連する他の計画			
第2章	地域の現状		第2章	地域の現状		○		
	第1節	地勢と交通		第1節	地勢と交通			
	第2節	人口構造		第2節	人口構造			
	第3節	人口動態		第3節	人口動態			
	第4節	医療提供施設状況		第4節	医療提供施設状況			
	第5節	県民の受療動向		第5節	県民の受療動向			
第3章	保健医療圏と基準病床		第3章	保健医療圏と基準病床		○		○
	第1節	保健医療圏		第1節	保健医療圏			
	第2節	基準病床		第2節	基準病床			
第4章	医療従事者の確保と質の向上		第4章	医療従事者の確保と質の向上		○		
	第1節	医師		第1節	医師			
	第2節	歯科医師		第2節	歯科医師			
	第3節	薬剤師		第3節	薬剤師			
	第4節	看護職員		第4節	看護職員			
	第1	看護師・准看護師		第1	看護師・准看護師			
	第2	助産師		第2	助産師			
	第3	保健師		第3	保健師			
	第5節	その他の保健医療従事者		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		第1	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士			
	第2	管理栄養士・栄養士		第2	管理栄養士・栄養士			
	第3	歯科衛生士・歯科技工士		第3	歯科衛生士・歯科技工士			
	第4	医療ソーシャルワーカー		第4	医療ソーシャルワーカー			
第5章	医療提供体制の整備・充実		第5章	医療提供体制の整備・充実		○		
	第1節	患者本位の医療の提供		第1節	患者本位の医療の提供			
	第2節	医療の安全の確保		第2節	医療の安全の確保			
	第3節	薬局の役割		第3節	薬局の役割			
	第4節	公的医療機関及び社会医療法人の役割		第4節	公的医療機関及び社会医療法人の役割			
	第5節	地域医療支援病院の整備		第5節	地域医療支援病院の整備			
第6章	5疾病の医療連携体制		第6章	5疾病の医療連携体制			○	○
	第1節	がん		第1節	がん			
	第2節	脳卒中		第2節	脳卒中			
	第3節	急性心筋梗塞		第3節	心筋梗塞等の心血管疾患			
	第4節	糖尿病		第4節	糖尿病			
	第5節	精神疾患		第5節	精神疾患			
第7章	5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を除く)		第7章	5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を除く)		○	○	○
	第1節	救急医療		第1節	救急医療			
	第2節	周産期医療		第2節	周産期医療			
	第3節	小児救急を含む小児医療		第3節	小児救急を含む小児医療			
	第4節	へき地医療		第4節	へき地医療			
	第5節	在宅医療		第5節	在宅医療			
	第6節	歯科保健医療		第6節	歯科保健医療			
	第7節	臓器等移植		第7節	移植医療			
	第8節	難病		第8節	難病			
				第9節	高齢化に伴い増加する疾患等対策			
第8章	健康危機管理対策の推進		第8章	健康危機管理対策の推進		○	○	
	第1節	総合的な健康危機管理対策		第1節	総合的な健康危機管理対策			
	第2節	災害時における医療		第2節	災害時における医療			
	第3節	感染症		第3節	感染症			
	第4節	医薬品等の適正使用		第4節	医薬品等の適正使用			
第9章	計画の評価と進行管理		第9章	計画の評価と進行管理		○		
			第10章	地域医療構想				
				第1節	基本的事項			
				第2節	構想区域の設定			
				第3節	将来の医療需要及び必要病床数の推計			
				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			
				第5節	地域医療構想の推進体制及び役割			
				第6節	各構想区域の状況			



第6章 5 疾病の医療連携体制

第1節 がん

平成28年の本県の死亡者のうち25.3%が、がんを原因としており、昭和59年以降連続して死亡原因の第1位となっています。

がんは生活習慣と深く関わっていることから、その対策としては県民一人ひとりが生活習慣の改善を心がけるとともに、定期的ながん検診の受診や精密検査の受診により、がんの早期発見・早期治療に努めることが重要です。

がんが発見された場合は、がんの種類や進行度に応じた治療を行うとともに、身体的・精神的な苦痛などに対する緩和ケアを行うことが必要です。また、治療後も再発予防のための術後療法や定期的な検査を行うことが有効です。

現状

1 がん検診の状況

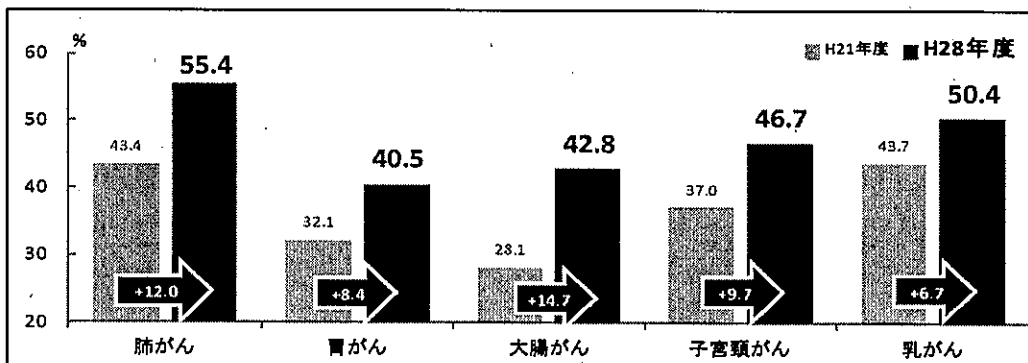
がん検診には、健康増進法に基づき、市町村が地域住民を対象に実施する「市町村検診」や、保険者や事業主が被保険者や従業員等を対象に任意で実施している検診（以下「職域検診」という。）、個人で受診する検診などがあります。

県では、県民全体のがん検診の受診状況を把握するため、全国健康保険協会生活習慣病予防健診指定医療機関及び健診施設を有する医療機関（以下「主要検診機関」という。）の協力により、毎年、県全体の受診率を算出しています。全国平均より死亡率が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、14.7ポイント上昇しています。

また、がん検診の受診率を全国と比較する指標として、県全体の受診率を比較する場合は、厚生労働省が3年ごとに実施する「国民生活基礎調査」があります。

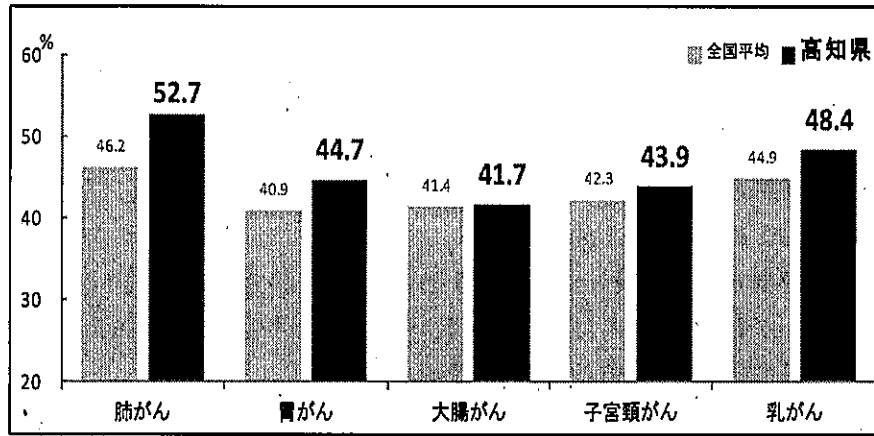
平成28年の国民生活基礎調査による県全体のがん検診受診率は、胃がん44.7%、肺がん52.7%、大腸がん41.7%、乳がん48.4%、子宮頸がん43.9%となっており、いずれの検診も全国平均を上回っています。

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



出典：高知県健康対策課調べ

(図表 6-1-2) 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：平成 28 年 国民生活基礎調査（厚生労働省）

平成 26 年度の市町村がん検診の精密検査受診率は、子宮頸がん検診は 64.1% で、5 つの検診の中で一番精密検査受診率が低く、また、全国平均も下回っています。

その他の、胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん検診の精密検査受診率は、83.1% から 94.4% となっており、全国平均を大きく上回っています。胃がん検診と子宮頸がん検診は平成 26 年度の精検受診率が平成 21 年度の精検受診率を下回っています。

(図表 6-1-3) 市町村がん検診 精密検査受診率

年度	H21		H26		H26	H26-H21	
	高知県	全国	高知県	全国	高知-全国	高知県	全国
胃がん	94.4%	79.6%	92.1%	81.7%	10.4%	-2.3%	-2.1%
肺がん	85.2%	75.8%	90.5%	79.7%	10.8%	5.3%	3.9%
大腸がん	82.3%	62.9%	83.1%	66.7%	16.4%	0.8%	3.8%
乳がん	93.6%	82.8%	94.4%	86.4%	8.0%	0.8%	3.6%
子宮頸がん	83.5%	53.5%	64.1%	72.5%	-8.4%	-19.4%	19.0%

出典：地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）

また、平成 27 年度の市町村及び主要検診機関で実施したがん検診で受診者が最も多かったのは、肺がん検診で 218,733 人でした。また、5 つのがん検診でのがん発見者数は 474 人となっています。

(図表 6-1-4) 市町村検診及び主要検診機関での
がん検診受診者数とがん発見者数

	検診受診者数	がん発見者数	発見率
胃がん	125,243	98	0.08%
肺がん	218,733	63	0.03%
大腸がん	141,207	189	0.13%
乳がん	39,107	102	0.26%
子宮頸がん	43,647	22	0.05%
合計	二	474	二

出典：高知県健康対策課調べ

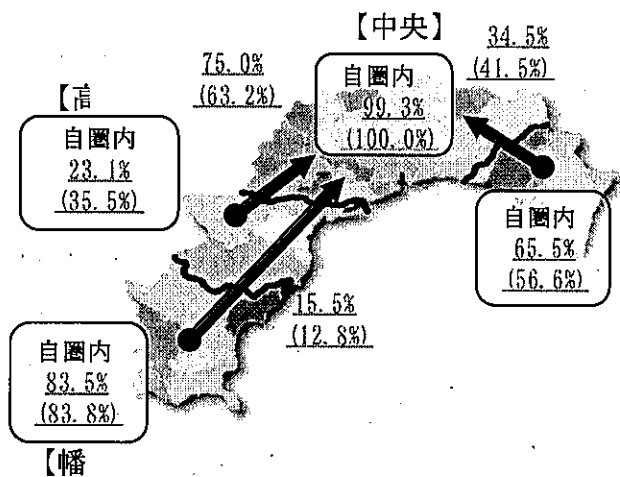
2 受療の状況

平成28年高知県患者動態調査（9月16日の一日の患者動態）では、がんの外来患者の在住医療圏における受療の状況は、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34.5%、高幡保健医療圏に在住の患者の75.0%は中央保健医療圏で受療しています。

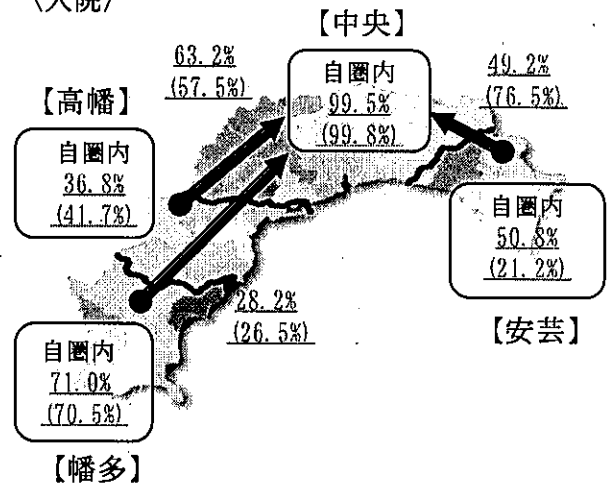
また、がんの入院患者が在住する保健医療圏における受療率は、中央保健医療圏では99.5%とほぼ自圏内で完結しているほかは、安芸保健医療圏では49.2%の患者が、高幡保健医療圏では63.2%の患者が、幡多保健医療圏では28.2%の患者が中央保健医療圏に入院しています。

(図表6-1-5) 平成28年高知県患者動態調査・がん患者の受療動向（括弧内は平成23年の数値）

〈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
842	97	52	609	84
(956)	(117)	(76)	(657)	(106)

入院患者の住所別患者数（人）

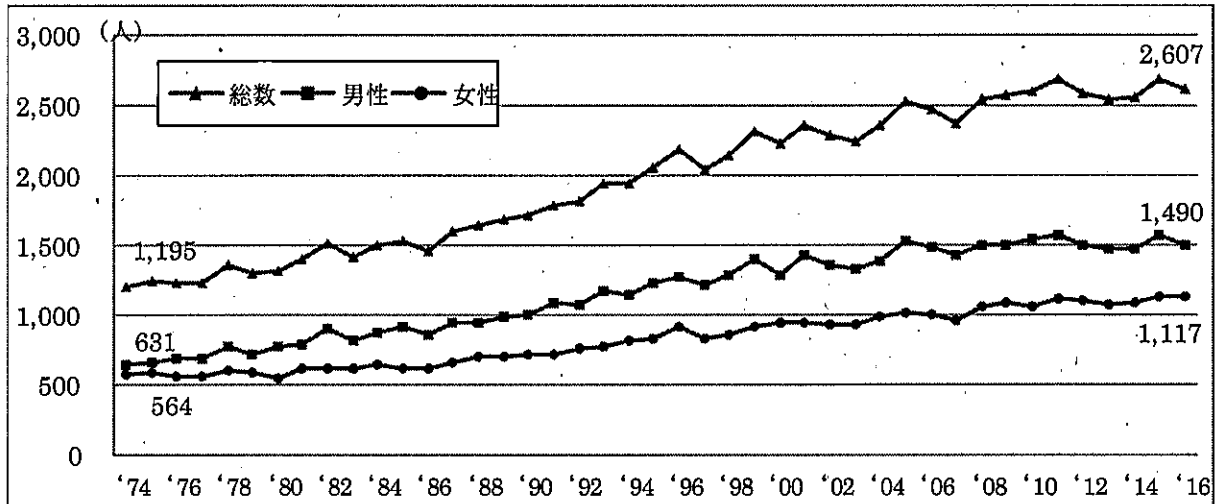
県計	幡多	高幡	中央	安芸
877	124	76	618	59
(1,153)	(132)	(120)	(816)	(85)

3 がんによる死亡

本県のがんによる死亡者数は、平成7年以来毎年2,000人を超えており、平成28年には2,607人（男性1,490人、女性1,117人）となっています。

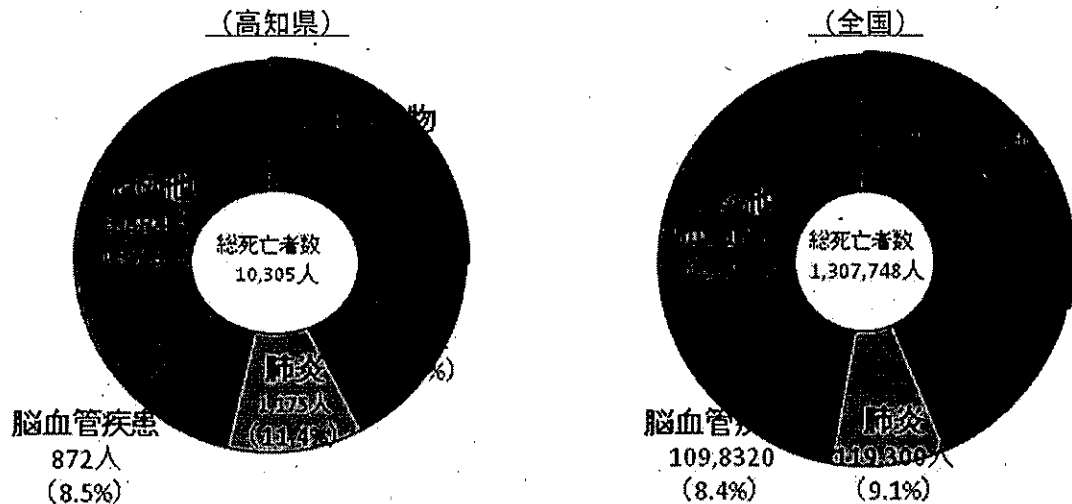
総死亡に占める死亡原因の割合をみると、平成28年は、がんが1位で25.3%と全体の4分の1を占め、2位は心疾患で17.0%、3位は肺炎で11.4%となっており、三大死因で総死亡の約6割を占めています。全国も同様の傾向となっています。

(図表6-1-6) がんによる実死亡数の推移 (高知県) (1974年~2016年)



出典：人口動態統計（厚生労働省）

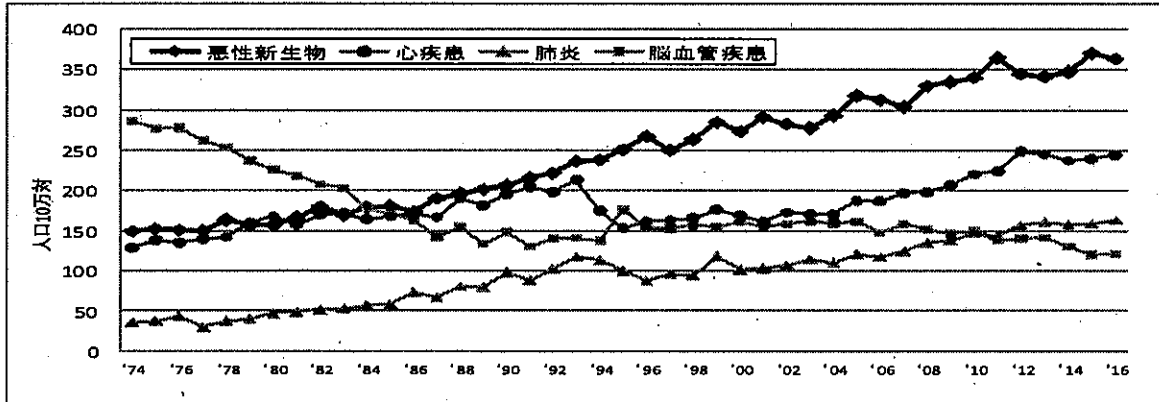
(図表6-1-) 死因別死亡者数と死亡原因の割合



出典：H28 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、肺炎の増加傾向が続いています。

(図表 6-1-) 主な死因の人口 10 万人対死亡率の推移 (高知県) (1974 年～2016 年)



出典：人口動態統計（厚生労働省）

4 医療体制

(1) がん診療連携拠点病院・がん診療連携推進病院の整備状況

がん診療連携拠点病院は、全国どこでも質の高いがん医療を提供することを目指して、都道府県の中心な役割を担う「都道府県がん診療連携拠点病院」と二次医療圏におけるがん診療の中心な役割を担う「地域がん診療連携拠点病院」を、県知事の推薦を基に厚生労働大臣が指定しています。

また、平成 26 年 1 月に国の「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」が改正され、がん診療連携拠点病院の無い二次医療圏に、隣接する二次医療圏のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定を受ける「地域がん診療病院」と、特定のがん種に対し、高い診療実績を持ち、都道府県内で拠点的作用を果たす「特定領域がん診療連携拠点病院」を新たに整備することが盛り込まれました。

現行の「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」では、拠点病院は二次医療圏に 1 か所整備することになっていますが、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。

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。

そのほか、安芸保健医療圏では高知県立あき総合病院が、都道府県拠点病院とのグループ指定により「地域がん診療病院」としての指定に向け準備中です。

(図表 6-1-7) がん診療連携拠点病院・がん診療連携推進病院の整備状況

保健医療圏	医療機関名	拠点病院区分
安芸	なし(あき総合病院が「地域がん診療病院」の指定に向け準備中)	
中央	高知大学医学部附属病院	都道府県がん診療連携拠点病院
	高知医療センター	地域がん診療連携拠点病院
	高知赤十字病院	高知県がん診療連携推進病院
	国立病院機構高知病院	
高幡	なし	
幡多	幡多けんみん病院	地域がん診療連携拠点病院

平成 29 年 11 月 1 日現在

(2) がん医療の提供状況

平成 29 年 5 月に県が実施した医療機関がん診療体制調査によると、手術療法や化学療法(外来化学療法を含む)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るものの、すべての二次保健医療圏で実施されています。

放射線療法によるがんの治療は、放射線治療装置(リニアック)が整備されている病院が、がん診療連携拠点病院とがん診療連携推進病院の 5 病院だけであり、中央保健医療圏と幡多保健医療圏のみで実施されています。このため、手術療法・放射線療法・薬物療法を組み合わせた集学的治療が可能なのはこの 2 つの保健医療圏となっています。

(図表 6-1-8) 高知県内でがん診療を行う医療機関数

保健医療圏		安芸	中央	高幡	幡多	総数	
手術療法	医療機関数	2	20	2	4	28	
	再掲	肺がん	1	8	0	2	11
		胃がん	2	18	2	2	24
		肝がん	2	8	0	1	11
		大腸がん	2	17	2	4	25
		乳がん	2	15	1	2	20
化学療法	医療機関数	4	37	6	7	54	
	再掲	肺がん	2	16	2	3	23
		胃がん	3	30	4	5	42
		肝がん	3	16	2	3	24
		大腸がん	3	28	3	6	40
		乳がん	2	23	2	4	31
外来化学療法	5	28	6	6	45		
放射線療法	医療機関数	0	6	0	1	7	

出典：平成 29 年度高知県医療機関がん診療体制調査
回答機関数 450/576 機関、回収率 78.1%

(3) セカンドオピニオン

高知県では2年に1回、県内のがん診療医療機関の協力を得て「患者満足度等調査」を実施しています。その中で、セカンドオピニオンについて聞いたところ、セカンドオピニオンを知っていると答えた方は、平成23年度調査では55.2%であったものが平成27年度調査では59%と、認知度は徐々に上昇しています。

また、セカンドオピニオンに関する説明があったと回答した方は、平成23年度調査では30.5%であったものが、平成27年度調査では38.4%まで上昇してきています。

ただ、「病気のことについて他の医師に意見を聞きたいと思った」と答えた方は、29.2%でしたが、実際に意見を聞いた方は16.0%に留まっています。

(図表 6-1-9) 患者満足度等調査の結果の推移

		H23	H25	H27
病気のことについて他の医師に意見を聞くことができることについて知っていましたか	はい	55.2%	55.8%	59.0%
	いいえ	41.9%	39.4%	38.2%
病気のことについて他の医師に意見を聞くことができることについて説明がありましたか	はい	30.5%	35.3%	38.4%
	いいえ	63.5%	57.0%	57.5%
病気のことについて他の医師に意見を聞きたいと思いましたが	はい	28.2%	28.9%	29.2%
	いいえ	69.4%	65.7%	68.3%
病気のことについて他の医師に意見をききましたか	はい	14.8%	20.0%	16.0%
	いいえ	83.2%	75.9%	82.0%
医師の説明はわかりやすかったですか	はい	88.2%	84.9%	88.9%
	いいえ	8.4%	10.2%	8.7%
医師の説明で内容は理解できましたか	はい	87.3%	85.8%	88.2%
	いいえ	9.5%	8.9%	7.9%

出典：平成27年度高知県患者満足度等調査の概況

(4) 小児がん、AYA世代のがん

小児、AYA世代（思春期世代と若年成人世代）の病死の主な原因の1つはがんです。多種多様ながん種を多く含むことや、成長発達の過程においても、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し、治療後も晩期合併症のため長期にわたりフォローアップを要することなどから、成人の希少がんとは異なる対策が求められています。

小児がんの治療は、県内の拠点病院を中心に行われています。また、拠点病院によっては、小児がん拠点病院である広島大学病院が中心となって開催している「小児がん中国・四国ネットワーク会議」に参加し、毎月1回のテレビ会議で情報共有を図っています。

全国的にAYA世代に発症するがんについては、その診療体制が定まっておらず、また、小児と成人領域の狭間で患者が適切な治療を受けられないおそれがあります。AYA世代は、年代によつて、就学、就労等の状況が異なり、患者視点での教育、就労等に関する情報・相談体制等も十分ではありません。

小児・AYA世代の緩和ケアは、家族に依存しており、家族の負担が非常に大きいことも特徴です。小児の在宅医療に対応できる医療関係者は限られており、緩和ケア病棟も殆どないと言われています。

(5) 高齢者のがん

高知県では、65歳以上の高齢者の人口は今後も徐々に増加し、平成32年頃にピークを迎えると言われてしています。(24.6万人、高齢化率35.5%) 高齢化が全国に先行して進んでいることから、高齢のがん患者へのケアが必要です。

高齢者のがんについては、全身の状態が不良であることや併存疾患があること等により、標準的治療の適応とならない場合や、主治医によって標準的治療を提供すべきでないと判断される場合等があり、こうした判断は、医師の裁量に任されているところですが、現在の診療ガイドライン等において、明確な判断基準は示されていません。

(6) がん医療専門従事者

がん医療に携わる専門の医療従事者は、がん診療連携拠点病院に集中しています。がん医療専門従事者の養成については、中国・四国地方の大学院、がんセンター、がん診療連携拠点病院が参加する「中国・四国高度がんプロ養成基盤プログラム」などが担っており、医師、看護師、薬剤師、栄養士、放射線技師、医学物理士などの分野で専門家の養成が行われています。

(図表 6-1-10) 県内の主な資格認定者の状況

資格名	H24.5		H29.12	
	認定数	拠点割合	認定数	拠点割合
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医	56 (48)	86%	87 (77)	89%
日本放射線腫瘍学会 放射線治療専門医	5 (5)	100%	5 (5)	100%
日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医	4 (4)	100%	6 (3)	50%
日本病院薬剤師会 がん薬物療法認定薬剤師	6 (6)	100%	6 (5)	83%
日本病理学会 認定病理専門医	15 (12)	80%	14 (12)	86%
日本看護協会 専門看護師(がん看護)	6 (3)	50%	11 (5)	45%
日本看護協会 認定看護師(がん化学療法看護)	4 (4)	100%	10 (9)	90%
日本看護協会 認定看護師(がん性疼痛看護)	2 (1)	50%	3 (2)	67%
日本看護協会 認定看護師(緩和ケア)	8 (4)	50%	6 (4)	67%
日本看護協会 認定看護師(乳がん看護)	()		2 (2)	100%
日本看護協会 認定看護師(がん放射線療法看護)	()		1 (1)	100%
日本放射線治療専門放射線技師認定機構 放射線治療専門放射線技師	6 (6)	100%	9 (8)	89%
放射線治療品質管理機構 放射線治療品質管理士	3 (3)	100%	5 (5)	100%

() 内は、がん診療連携拠点病院、がん診療推進病院で内数

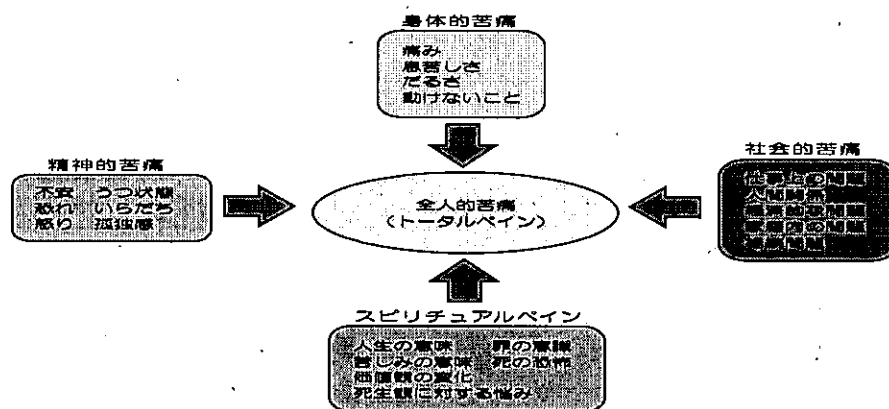
出典：各学会・機構のホームページ (H29.12.現在)

(注) 上記はがん医療に関する主要な資格であるが、他にも各専門分野の学会が認定する専門医等の資格等にもがん医療の専門性が含まれるものが多い。

(7) 緩和ケア

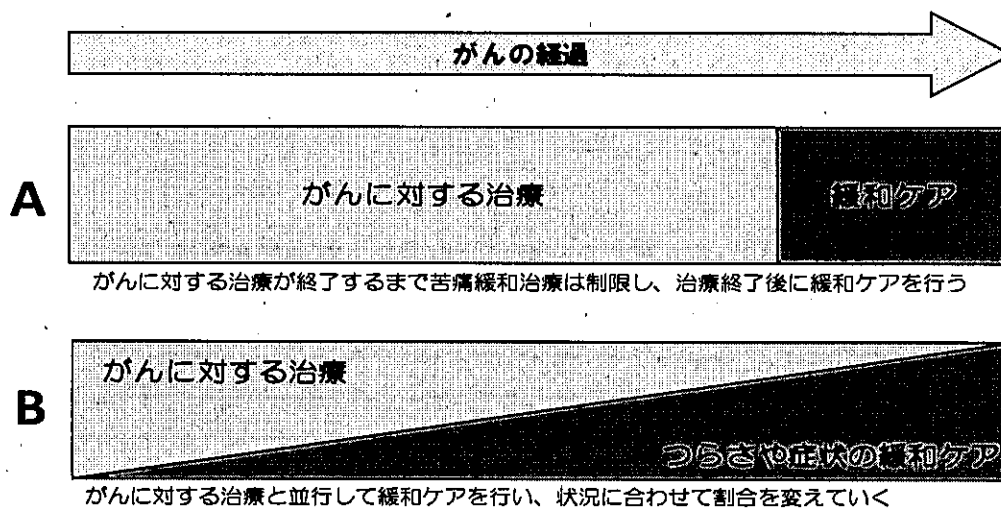
がん治療において患者のQOL（生活の質）を向上させるには、身体的苦痛の軽減のほか、不安や抑うつなどの精神的苦痛、就業や経済的負担などの社会的苦痛やスピリチュアル（霊的な・魂の）な問題も含めた全人的な緩和ケアを、終末期だけでなく、がんと診断された時から積極的な治療と並行して提供することが求められています。また、その対象は、患者だけでなく、その家族や遺族も含まれます。

(図表 6-1-11) 全人的苦痛（トータルペイン）をもたらす背景



出典：独立行政法人国立がん研究センター

(図表6-1-12) がんの治療と緩和ケアの関係
(A: これまでの考え方 B: 新しい考え方)



出典：独立行政法人国立がん研究センター

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修の修了者は704人で、そのうち約7割に当たる507人は、がん診療連携拠点病院と推進病院の医師となっています（H20～H29.6末実績）。

また、平成23年度からは、対象者を医療従事者に拡大し、看護師なども同研修に参加しています（H23からH29.6末実績 34人が修了）。

平成26年度からは、医師に対する緩和ケア研修会を修了した医師を対象に、フォローアップ研修を開始しています。

治療が困難とされたがん患者に対し、身体的・精神的苦痛の緩和を最優先し、がんを治すための治療より、その人らしい時間を家族とともに過ごせることを目指した緩和ケアのための病床が本県では7病院に88床設置されていますが、その大部分が中央保健医療圏に集中しています。

(図表 6-1-13) 緩和ケア病床の保健医療圏ごとの届出医療機関数・許可病床数

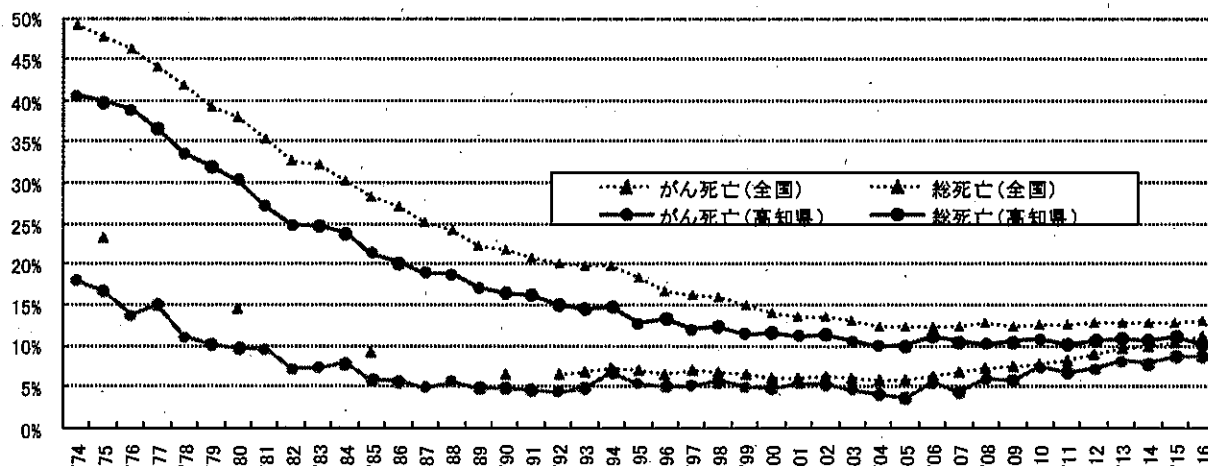
保健医療圏	医療機関数	病床数(床)	医療機関名(病床数)
安芸	0	0	
中央	6	78	いずみの病院(12)、国吉病院(12) 高知厚生病院(16)、函南病院(12) 細木病院(14)、もみのき病院(12)
高幡	1	10	須崎くろしお病院(10)
幡多	0	0	
県計	7	88	

出典：診療報酬施設基準（平成29年12月1日現在）

5 在宅医療

本県の自宅死亡率は、がん死亡、総死亡ともに長期的には減少傾向が続き、かつ、全国平均を下回っていましたが、近年、がんによる自宅死亡率は微増傾向になっており、平成17年に3.7%（全国5.7%）であったものが平成28年には8.8%（全国11.0%）まで上昇している状況です。これは、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院や訪問看護ステーションが増加するなど、在宅医療の提供体制が整ってきたことが要因として考えられます。

(図表 6-1-14) がん死亡と総死亡の自宅死亡率の年次推移（1974～2016）



出典：人口動態統計（厚生労働省）

(図表 6-1-15) がん患者の自宅看取率

年	H17	H18	H20	H22	H24	H26	H28
全国	5.7%	6.2%	7.3%	7.8%	8.9%	9.9%	11.0%
高知県	3.7%	4.7%	5.9%	7.4%	7.1%	7.8%	8.8%

出典：人口動態調査（厚生労働省）

がん患者の在宅での療養を支えるために必要な訪問看護、訪問診療、往診を行う医療機関数は次表のとおりです。

(図表 6-1-16) がん患者に対する訪問看護、訪問診療、往診の提供が可能な医療機関数

保健医療圏	安芸	中央	高幡	幡多	県計
訪問看護	3	20	3	5	31
訪問診療	5	36	4	6	51
往診	5	27	4	6	42

出典：平成 29 年度高知県医療機関がん診療体制調査
回答機関数 450/576 機関、回収率 78.1%

6 相談体制と情報提供体制

県内のがん診療連携拠点病院及びがん診療連携推進病院では、がん相談を専門に受けるがん相談支援センターを設置し、国立がん研究センターが実施する研修を修了した相談員が、面談や電話などによる相談に対応しています。

また、県は、「がん相談センターこうち」を設置し、相談員の研修を修了したがん患者の家族などが県民からの相談に対応するとともに、がんに関する各種情報の提供を行っています。

高知県患者満足度等調査で、がん相談に関して質問をしたところ、医療機関の相談窓口等で相談をしたいと思った方は、19.7%いましたが、実際に相談をした方は6.8%に留まっています。

その他、がん診療連携拠点病院や患者会、県などが共催で行う「高知県がんフォーラム」の開催、拠点病院ごとの市民公開講座、がん患者が活用できる制度、相談窓口や地域の交流の場などを紹介した「高知県版がんサポートブック」の作成・配付など、県民への情報提供に努めています。

また、各拠点病院やがん相談センターこうちなどでは、がん患者やその家族同士の交流や話し合いが行える患者サロンも開設され、情報交換の場が広がりつつあります。

7 がん登録

がん登録には、各都道府県内のがん患者の診断、治療、その後の生存の状況を把握する「地域がん登録」、各医療機関が院内のがん患者の診断、治療、その後の生存の状況に関する情報を登録する「院内がん登録」、学会・研究会が中心となって臓器別のがんに関するデータを収集する「臓器別がん登録」がありました。

地域がん登録は、都道府県間で登録精度が異なることや、国全体のがんの罹患数の実数による把握ができないことが課題となっていました。そのため、がんの罹患等に関する情報をできるだけ正確に把握することを目的として、平成28年1月からがん登録等の推進に関する法律に基づく全国がん登録が開始され、がんの種類や進行度等の情報が一元的に管理されるようになりました。

(図表 6-1-14) 各種がん登録の特徴

	地域がん登録 (県単位)	➔	全国がん登録 (全国統一)	院内がん登録 (施設単位)	臓器別がん登録 (臓器単位)
目的	地域の がん実態把握		日本全体の がん実態把握	当該施設の がん診療評価	全国のがんの 詳細情報の収集
実施主体	都道府県・広島市		国(都道府県)	医療機関	学会・研究会

出典：地域がん登録の手引き改訂第5版（地域がん登録全国協議会）を一部改変

課題

1 予防・検診

(1) がんの予防

がんの原因は、喫煙（受動喫煙を含む）、ウイルスや細菌への感染、過剰飲酒・塩蔵食品の過剰摂取、野菜・果物不足・運動不足など、様々なものがあります。

がんの予防対策としては、喫煙対策、ウイルスや細菌への感染予防、飲酒・食生活・運動等に関する生活習慣の改善などに取り組むことが大切です。

(2) がん検診

がんを早期に発見し、早期治療に結びつけるには、早期のがんは自覚症状が無いこと、早期のがんを見つけるためにはがん検診が有効であることなど、がん検診の意義・重要性を広く県民に周知し、受診行動に結びつけることや、未受診理由の上位が「忙しい」「面倒」となっていることから、がん検診の利便性を向上させる取り組みが必要です。

また、がんを早期に発見するためには、要精密検査となった方が確実に精密検査を受診することが必要です。

就労者のがん検診の受診をより一層促進させるためには、事業主や健康管理担当者の理解と協力が必要です。

医療機関は、検診の精度を一定に保つなど信頼性のあるがん検診を提供することが必要です。

(3) がんの予防等に関する教育・普及啓発

国が作成している「がん教育推進のための教材」や「外部講師を用いたガイドライン」に基づき、学校等ではがん教育を実施する場合に、県で講師の派遣依頼を行う体制を整備していますが、学校等に十分周知できていないことから、関係機関との連携による効果的な情報提供が必要です。

2 がん医療の推進

(1) 医療連携

中央保健医療圏にがん診療連携拠点病院が集中していることから、周辺圏域からの患者の動向を考慮し、拠点病院の機能の強化・拡充と周辺圏域の医療機関との機能に応じた役割分担と連携体制の強化が必要です。

また、在宅療養や、院内に口腔ケア専門チームが無い医療機関において、がん診療医科歯科連携の更なる強化が必要です。

(2) 人材の育成・確保

手術療法、放射線療法、薬物療法、緩和ケア、口腔ケアなど、がん医療に関わる医療従事者が少ないことから、こうした分野の専門的な医療従事者の確保と育成を進める必要があります。

(3) セカンドオピニオン

患者自らが納得して治療を受けられるよう、病態・治療内容に対する説明と、セカンドオピニオンを受けられる体制の整備の充実と、患者・家族への普及啓発が必要です。

(4) 小児がん、AYA世代のがん

小児・AYA世代のがん患者は、成人のがんとは異なった対応が求められており、適切な医療を受けられる体制や、患者や家族に向けた長期的な支援体制の整備の検討が必要です。

(5) 高齢者のがん、

高齢者のがん対策については、提供すべき医療のあり方について検討が必要です。

また、医療と介護の連携により適切ながん医療を受けられることが重要なため、介護従事者についてもがんに関する十分な知識が必要です。

(6) 緩和ケア

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、がん性疼痛緩和のための医療麻薬に対しても「最後の手段」「だんだん効かなくなる」といった誤解があることなど、その意義や必要性について、患者・医療従事者を含む県民に十分周知されていない状況にあるため、更なる普及啓発を行う必要があります。

あわせて、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。

緩和ケア病棟のみならず一般病棟や住み慣れた自宅でも緩和ケアが受けられるよう、多職種による連携を促進する必要があります。そのためにはお互いの役割や専門性を理解し、共有する事が必要です。

3 在宅医療

(1) 患者（県民）の側での課題

在宅療養という選択肢があることを知らないまま入院療養する患者がいることから、在宅緩和ケアに関する情報提供が必要です。

ただし、患者が在宅療養を望んでも、核家族化・高齢化・低所得等により、家族が受け入れできない場合があることから、社会資源の活用方法の周知も必要です。

(2) 医療機関内部での課題

がん診療を行う医療機関では、緩和ケアに関する知識はありますが、実際の在宅療養に関する実地体験が少ないことから、現場研修による知識習得が必要です。緩和ケアに携わっている方を対象に開催している「多職種で考える地域連携緩和ケア研修会」について、特に拠点病院等の医師の参加が少ないことから、積極的な参加を求めていく必要があります。

また、がん患者を地域で受け入れる医療機関等では、「24時間診療体制」を維持することが必要です。

がん患者を送り出す病院と、受け入れる医療機関との連携を密にするため、受け入れ側の医療機関が参加できる退院時カンファレンスの実施が必要です。また、「在宅緩和ケア移行シート」については、使用に当たって様々な問題があります。

がん患者を看取ることのできる訪問看護ステーションでは、在宅緩和ケアに関する専門的知識・技術の習得が必要であり、また、24時間対応体制や訪問看護ターミナルケアを提供できる支援体制の構築とその維持が必要です。

(3) 地域性に関する課題・社会的課題

医療機関等の偏在による医療提供体制の地域間格差をなくすことが必要です。

4 相談体制と情報提供体制

(1) 相談支援体制

まず、がん患者やその家族にがん相談センター・がん相談センターこうちの存在を周知するほか、相談内容が多様化していることから、患者会等との機能連携、人材の適切な配置、がん相談支援センターやがん相談センターこうちの相談員に対する更なる研修が必要です。

また、それぞれのがん相談窓口寄せられる相談内容などを情報交換することにより、相談者のニーズや傾向を共有し、患者支援に活かすことが必要です。

(2) 情報提供に関する課題

インターネットの情報をはじめ、がんに関する情報の中には科学的根拠に基づいていとは言えない情報があるため、県民に対して正しい情報が伝わるように努める必要があります。

がん相談窓口で患者や家族へ正しい情報を伝えるためには、窓口において各医療機関のがん診療に関する詳細な情報を収集し、提供できる仕組みが必要です。

また、がん診療連携拠点病院及びがん診療連携推進病院は、がんに関する一般的な情報に加え、がんの診療実績などに関する情報についても、積極的に公開していく必要があります。

(3) 就労に関する課題

がん患者の職場復帰や治療と仕事の両立については、企業は、支援を必要とするがん患者に対して、患者の治療状況等必要な情報を踏まえた上で、就業上の措置等を講ずることが重要ですが、がん患者自身がそういった情報を整理することが難しい場合があるため、患者に寄り添った相談支援の充実が必要です。

また、再就職については、再就職後の治療と仕事の両立状況を把握したうえで、よりよい支援を行う必要があります。

そのほか、企業内におけるがん患者への理解や協力も必要です。

5 がん登録

院内がん登録では、がん診療に携わる医師や医療機関などの理解、協力が不可欠であり、がん登録実務者の育成・確保を進め、効率的に登録を実施していく必要があります。

対策

1 予防・検診の推進

(1) がんの予防

ア 喫煙対策、生活習慣改善

県は、「高知県健康増進計画（よさこい健康プラン21）」に基づき、喫煙、食生活、運動などの生活習慣の改善の啓発を行います。

イ 感染に起因するがん対策

(7) 肝がん

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、県及び市町村は、医療機関、肝炎医療コーディネーターと協力して、肝炎ウイルス陽性者が適切な治療が受けられるよう支援します。

(4) 成人T細胞白血病（ATL）

妊婦は、市町村が発行する妊婦一般健康診査受診票（14回分受診券）で適切な時期に必要な検査を受け、健康状態を確認します。

医療機関は、スクリーニング検査と確認検査を実施し、妊産婦に適切な指導を行います。

県は、HTLV-1母子感染対策協議会を開催し、現状把握を行い感染予防対策及び相談支援体制の整備に取り組みます。

県及び市町村は、HTLV-1の母子感染について、リーフレットの配布等により、妊婦等に正しい知識の普及啓発を行います。

(ウ) 胃がん

県は、国がヘリコバクター・ピロリの除菌の胃がん発症予防における有効性等について、科学的根拠に基づいた対策について検討するため、国の動向を注視していきます。

(2) がん検診

ア 受診促進対策

県及び市町村は、がん検診及び精密検査の意義・重要性とがん検診の実施時期や場所などの情報をホームページや広報紙、個別通知などで広く県民に周知するとともに、県民が検診を受けやすいよう、複数のがん検診の同時実施や医療機関での検診機会の確保に努めます。

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

県は、市町村検診について、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情報を定期的に収集するとともに高知県健康診査管理指導協議会の各がん部会において、県内のがん検診の精度管理指標の分析を行い、市町村及び検診機関に情報を還元することにより、市町村及び検診機関において、検診の事業評価が行われるよう支援し、検診精度の維持・向上に努めます。

また、検診精度の維持・向上のため、検診業務従事者を対象とした「検診従事者講習会」を開催し参加を促します。

県は、現在国において作成中の「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」が、完成した際は、保険者や事業主に広く周知し、がん検診の精度向上を促します。

ウ 精密検査の受診促進

市町村及び検診機関は、要精密検査対象者のフォローアップを行い、未受診者に対する受診勧奨に努めます。

保険者や事業主は、被保険者や従業員に対してがん検診を実施している場合は、受診状況の把握に努めるとともに、要精密検査未受診者に対しては、精密検査の受診勧奨に努めます。

2 がん医療の推進

(1) 拠点病院の機能充実

拠点病院は、手術療法、放射線療法、薬物療法、緩和ケア、口腔ケアなどがん医療に専門的に関わる医療従事者の確保・育成に努めるとともに、地域のがん診療を行って

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などを通じて、地域全体のがん医療水準の向上に努めます。

また、チーム医療を推進し、医療従事者間の連携を更に強化するため、がんセンターボードへの多職種の参加を促すとともに、専門チーム（緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等）に依頼する等により、一人ひとりの患者に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がされた上で、在宅での療養支援も含めて患者が必要とする連携体制がとられるよう環境整備を推進します。

拠点病院などは、国が3年以内に検討し普及に努めることとなっている、がん患者の社会復帰や社会協働という観点を踏まえたりハビリテーションを含む医療体制について、その検討動向を注視するとともに、結果が公表された際は、迅速に対応できるよう努めます。

(2) がん診療に携わる人材育成

県と拠点病院は連携して、医療従事者の研修の充実に努めるとともに、拠点病院は国立がん研究センターが実施する研修に職員を積極的に派遣するなどして幅広い人材育成に取り組み、これら医療従事者が協力して診療にあたることのできる体制を整備します。

また、拠点病院などは、がん医療体制をさらに充実するため、「中国・四国高度がんブ口養成基盤プログラム」などを活用し、がんに関する専門の医療従事者の養成を推進します。

拠点病院などは、外来や病棟などでのがん看護体制の更なる強化を図るために、専門看護師や認定看護師の配置を促進します。

(3) セカンドオピニオン

県と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るとともに、がん診療に携わる医療機関は、患者が相談しやすい環境を整備します。

また、主治医等の医療従事者は、患者が主体的にセカンドオピニオンが必要かどうか判断できるよう、がん患者の病態や治療内容等について十分理解できるよう、わかりやすい説明に努めます。

(4) 小児がん、AYA世代のがん

県及び拠点病院等は、小児・AYA世代のがんについて、国の「小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会」の動向を注視し、取りまとめた内容を踏まえた上で、患者会と連携しながら、適切な医療や社会的支援等が受けられる体制の整備を検討します。

(5) 高齢者のがん

県及び拠点病院等は、国が検討する高齢のがん患者に対する医療のあり方について、その動向を注視し、対応が公表された際は、その対応について検討します。

(6) 医療連携体制の整備

高知がん診療連携協議会は、構成委員と連携して、現在整備されている地域連携クリティカルパスの改善策を検討します。

また、県及び拠点病院は、拠点病院を中心として、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院などとの相互支援や情報の共有を進めることにより、地域ごとの連携強化を図っていきます。

都道府県がん診療連携拠点病院は、遠隔病理診断装置のネットワークにより、各医療機関への診断支援などを行います。

(7) 緩和ケアの推進

県及び関係機関は、県民及び医療従事者等が緩和ケアの意義やがんと診断された時からの緩和ケアの必要性について正しく理解し、治療方針や療養の選択肢として理解を深めることができるよう、情報提供及び普及啓発を行います。

また、拠点病院は、拠点病院等以外の医療機関も対象として、すべてのがん診療に携わる医師及び医療従事者が緩和ケアについての基本的な知識を習得できるよう国の指針に基づいた研修を引き続き実施し、積極的に受講を促していくとともに、修了した医師を対象としたフォローアップ研修を実施していきます。

県は関係機関と連携して、大学などの教育機関での緩和ケアの実践的な教育の実施を検討します。

県及び県薬剤師会は、身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用と普及を進めます。

3 在宅医療の推進

(1) 医療・介護サービス従事者の育成

県は、関係団体と協力して、医療・介護サービス従事者向けの「在宅緩和ケアに関する研修及び実地研修」を継続して実施していきます。(多職種で考える地域連携緩和ケア研修会・がん患者退院調整従事者研修会)

拠点病院等は、地域医療連携をより質の高いものにしていけるよう、在宅緩和ケアに携わっている様々な職種の方を対象に実施している「多職種で考える地域連携緩和ケア研修会」に医師の参加を促します。

訪問看護ステーション連絡協議会及び看護協会は、関係団体と協力して、訪問看護師を対象とした在宅緩和ケア研修等を継続して実施し、「看取りのできる訪問看護師」を養成します。

県歯科医師会は、がん患者が術前・術後、在宅においてスムーズに歯科治療・口腔管理を受けられるよう「がん患者医科歯科医療連携講習会」を引き続き開催し、歯科領域の専門職(連携歯科医師)のさらなる増加を図るとともに、県内全域に周術期における口腔機能管理システムを浸透させることを目指します。

県薬剤師会は、訪問薬剤師の育成を継続して実施します。

(2) 在宅医療・介護サービス提供体制の構築

県及び関係団体は、「在宅緩和ケアに関する県民向け講演会」を開催するとともに、社会資源や様々な制度についてホームページへの掲載や、啓発冊子の作成などにより、情報提供を行います。

拠点病院等は、地域における緩和ケアの提供体制について検討する場を設けるなど、地域における他の医療機関との連携を図ります。

がん診療を行う病院は、緩和ケアスタッフと専門科スタッフの連携体制を強化するとともに、適切な時期に在宅緩和ケアを提案できるコーディネーターの養成に努めます。

在宅医療提供機関は、医師会や病院と連携し在宅での医療のみで患者や家族を支えきれないときのためのバックベットの確保等、病診連携を継続して行います。

既存の在宅緩和ケア移行シートに代わるツール等を用いて、適切な情報提供に努めます。

4 相談体制と情報提供体制の充実

(1) がん相談体制の整備・充実

県及び拠点病院は、がん相談支援センター及びがん相談センターこうちについて、ポスターやカード、インターネットなど様々な手段を通じて、広く県民に対し周知します。

県、がん診療連携拠点病院及びがん診療連携推進病院は、全相談員に国立がん研究センターが実施する相談員研修を受講させるなどして、相談員の相談支援技術の向上を図るとともに、相談者の多様なニーズに応じた相談支援ができるようがん相談支援センターの相談機能の充実・強化に努めます。

また、県はがん相談支援センターと連携し、がん患者・経験者及び家族との協働を進め、ピアサポートを充実するよう努めます。

県、がん診療連携拠点病院及びがん診療連携推進病院は、高知がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会を通じるなどして、がん相談支援センター等が相互に情報交換を行い、情報提供の方法や内容等について検討し、がん患者や家族等にわかりやすい相談対応に努めます。

(2) がんに関する情報提供の充実

県、がん診療連携拠点病院及びがん診療連携推進病院は、あふれる情報の中で惑わされることなく、がんに関する治療や正しい知識などの情報をインターネットやパンフレットなど様々な手段を通じてがん患者及びその家族が入手できるようにします。

また、県は、各医療機関で提供可能ながん治療などの内容について定期的に調査を行い、ホームページなどで公表します。

医療機関は、患者に診断内容などを説明する際は、冊子や視覚教材などの分かりやすい資料の活用や看護師やソーシャルワーカーの同席など、患者や家族が十分理解できる環境を整備します。

がん診療連携拠点病院及びがん診療連携推進病院は、診療実績、専門的にがん診療を行う医師、相談窓口に関する情報などを、がん患者・家族などに分かりやすい形で提供するよう努めます。

(2) 就労を含めた社会的な問題対策

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

また、その取り組みにあたっては、がん患者・経験者に対する就労支援を推進するため、高知労働局を事務局として設置しています「高知県地域両立支援推進チーム」とも連携しながら進めていきます。

企業は、社員研修等により、がんを知り、がん患者への理解を深め、がん患者が働きやすい社内風土づくりを行うよう努めます。

5 がん登録

(1) がん登録情報の活用と個人情報保護

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みを徹底します。

(2) 院内がん登録の推進

県は、院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、拠点病院以外の医療機関においても、国が示す標準登録様式に基づいた院内がん登録の整備を促進します。

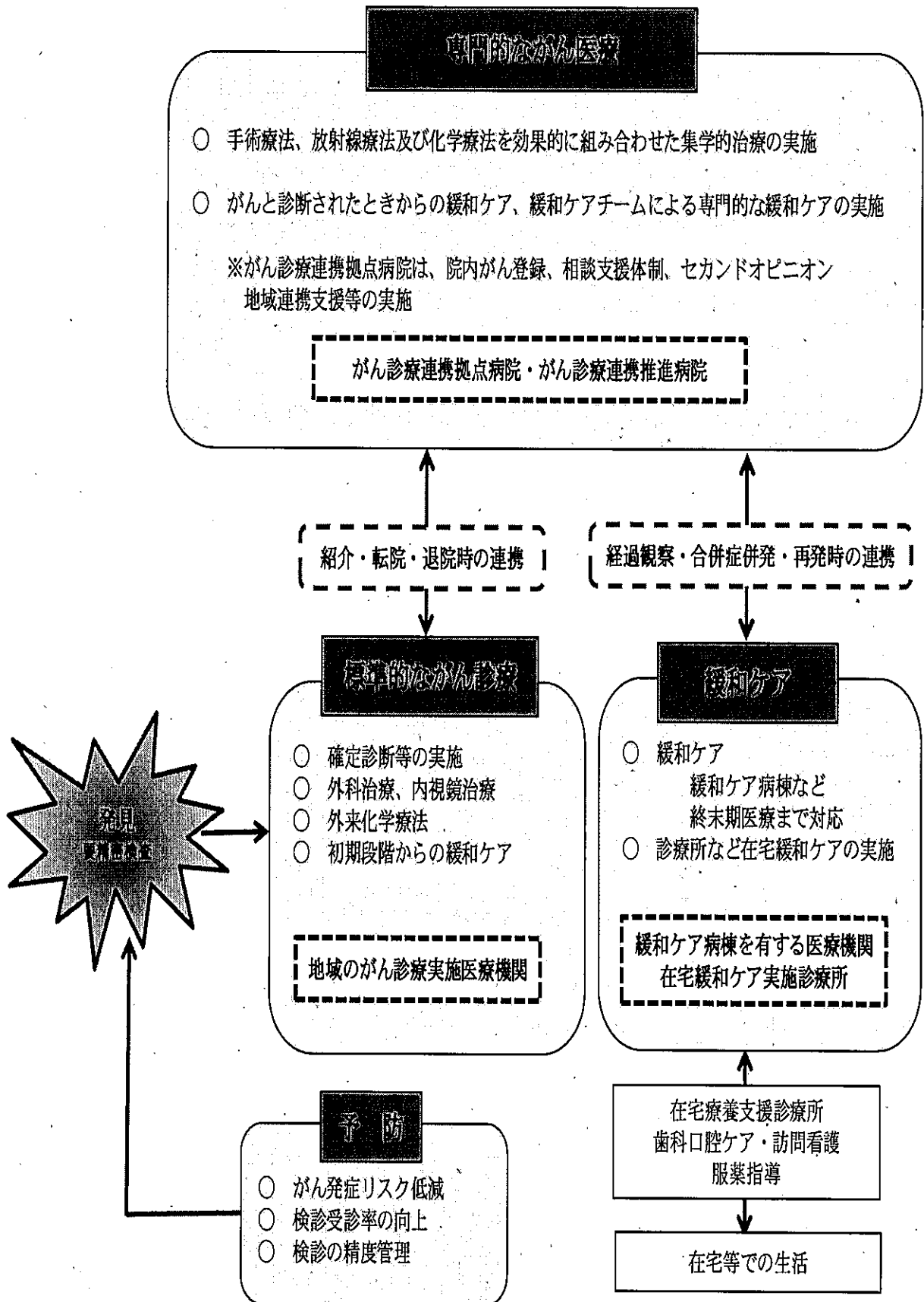
また、拠点病院は、取組事例を県内医療機関に情報提供するとともに、がん登録に対する技術支援を互いに行います。

院内がん登録を推進するためには、がん登録の実務を担う職員の育成・確保が必要なことから、高知がん診療連携協議会などにおいて、実務者の情報共有及び研修会を実施します。

目標

項目	直近値	目標（平成34年度）	直近値の出典
がん検診受診率 (40-50歳代)	胃がん 40.5% 肺がん 55.4% 大腸がん 42.8% 乳がん 50.4% 子宮頸がん 46.7%	胃がん 50.0% 肺がん 現受診率の維持・上昇 大腸がん 50.0% 乳がん 現受診率の維持・上昇 子宮頸がん 50.0%	高知県健康対策課調べ (平成28年度)
市町村がん検診 の精密検査受診率	胃がん 92.7% 肺がん 91.4% 大腸がん 86.5% 乳がん 95.1% 子宮頸がん 69.9%	胃がん 現受診率の維持・上昇 肺がん 現受診率の維持・上昇 大腸がん 90.0% 乳がん 現受診率の維持・上昇 子宮頸がん 90.0%	地域保健・健康増進事業報告 (平成27年度)
がん患者の 自宅看取率	8.8%	10%以上	平成28年人口動態調査 (厚生労働省)

<参考> がんの医療連携体制図





第5節 精神疾患

現状

1 患者の状況

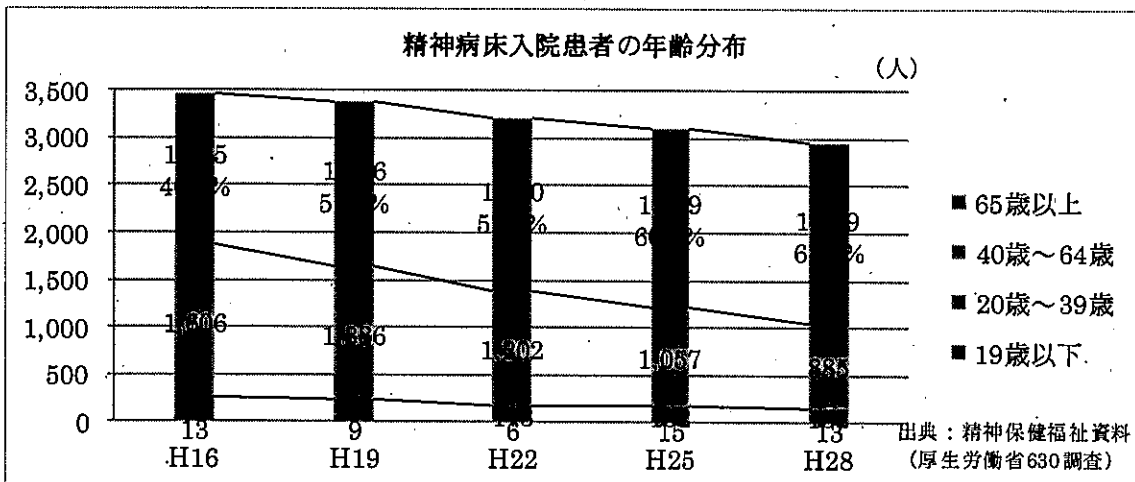
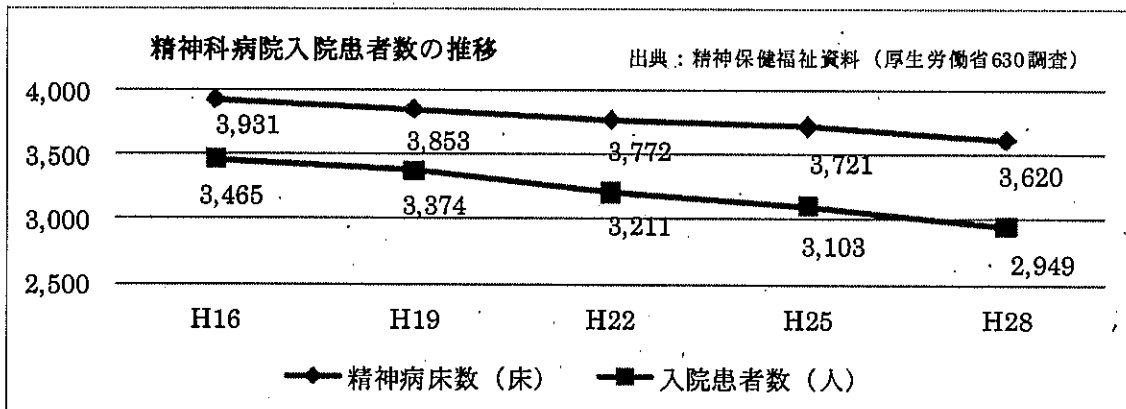
本県の精神疾患のある入院患者数の推移をしてみると、これまで減少傾向が続いており、平成28年は3,000人を下回りました。

入院患者の年齢別の内訳では、65歳以上の高齢者が増加傾向にあり、平成28年は64.4%を占め、60%を超えています。

また、入院期間別の内訳としては、入院患者のうち60%を超える方が、1年以上の長期入院患者という状況が続いています。

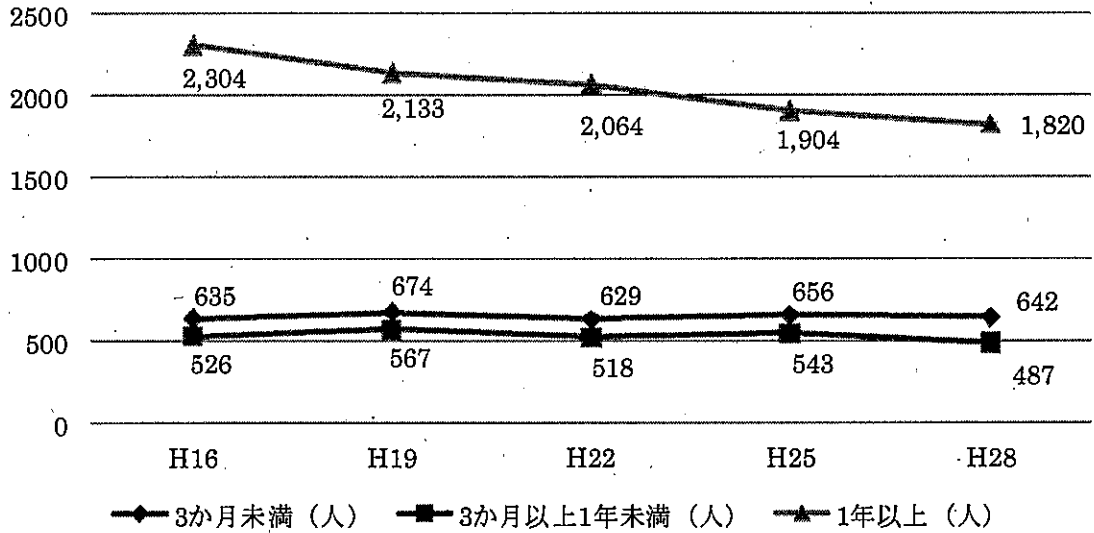
疾病別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が減少傾向にあるものの、入院患者全体の約半数を占め、次いで、認知症を含む「症状性を含む器質性精神障害」が約4分の1を占めています。また、うつ病を含む「気分（感情）障害」が微増ながら増加する傾向にあります。

外来患者数については増加傾向にあり、自立支援医療制度の精神通院医療の承認数も大幅に増加してきています。



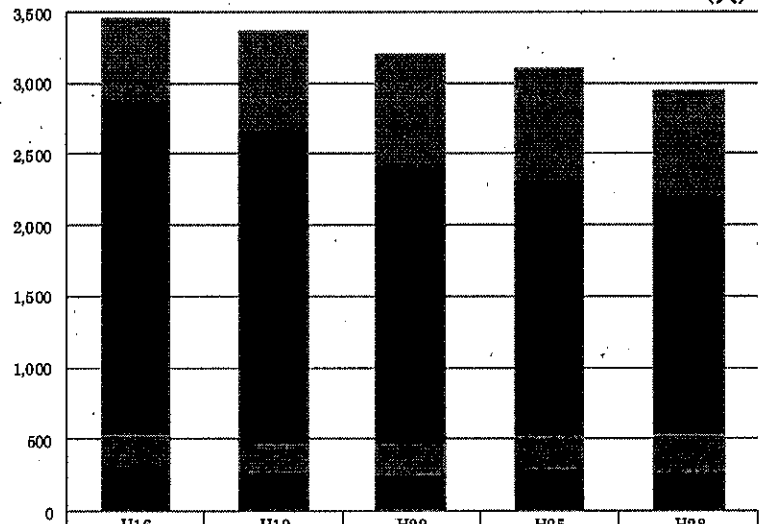
入院期間別の入院患者数の推移

出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査）

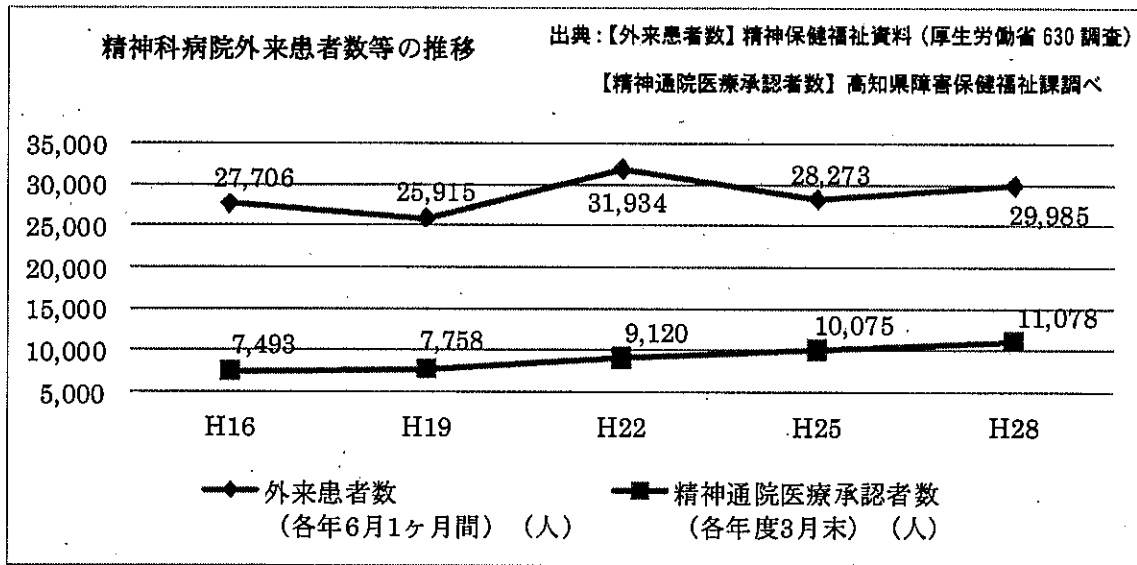


精神病床入院患者の疾病別内訳

出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 630 調査） (人)



	H16	H19	H22	H25	H28
■ 症状性を含む器質性精神障害	596	709	809	797	751
■ 精神作用物質による精神及び行動の障害	267	254	205	192	175
■ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	2,072	1,943	1,739	1,591	1,490
■ 気分（感情）障害	227	208	212	226	265
■ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	83	69	65	68	61
■ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	4	5	9	9	9
■ 成人のパーソナリティ及び行動の障害	15	21	17	16	7
■ 精神遅滞（知的障害）	80	88	84	74	65
■ 心理的発達障害	4	6	6	18	16
■ 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	3	0	6	9	10
■ てんかん	74	54	40	36	30
■ その他	60	17	19	77	70



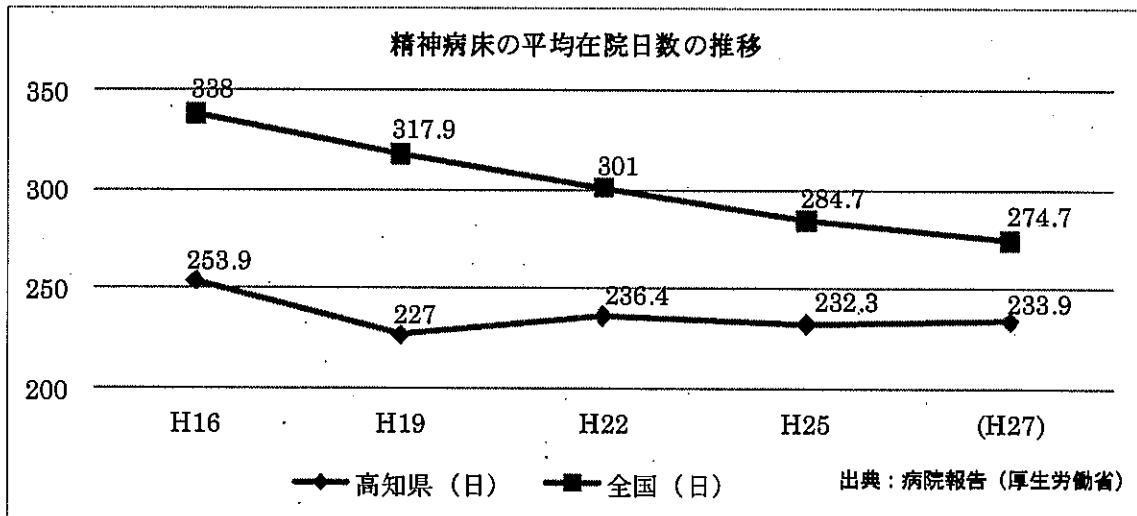
2 精神医療圏

本県の精神医療圏は、二次保健医療圏と同一とします。

3 受療の状況

(1) 平均在院日数

精神病床の平均在院日数は、全国と比較して短く、平成 27 年は 233.9 日（全国 6 位）となっています。



(2) 外来患者の受療動向

平成 29 年高知県患者動態調査（平成 28 年 9 月 16 日の一日の患者動態）（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通院治療を受けている割合は、安芸で 78.5%、中央で 98.4%、高幡で 58.8%、幡多で 96.2%となっています。

外来患者の 受療動向		医療機関所在地								
		安芸		中央		高幡		幡多		合計
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数
患 者 住 所	安芸	124	78.5	34	21.5	0	0	0	0	158
	中央	12	0.7	1,638	98.4	14	0.8	1	0.1	1,665
	高幡	0	0	53	35.8	87	58.8	8	5.4	148
	幡多	0	0	9	3.8	0	0	227	96.2	236

(3) 入院患者の受療動向

患者動態調査によると、居住する保健医療圏で入院治療を受けている割合は、安芸で83.2%、中央で93.9%、高幡で57.2%、幡多で91.6%となっています。

入院患者の 受療動向		医療機関所在地								
		安芸		中央		高幡		幡多		合計
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数
患 者 住 所	安芸	227	83.2	46	16.8	0	0	0	0	273
	中央	119	5.9	1,866	93.9	20	1.0	3	0.1	2,008
	高幡	5	1.9	100	37.9	151	57.2	8	3.0	264
	幡多	0	0	24	7.2	4	1.2	307	91.6	335

4 医療提供体制の状況

(1) 精神科病院の状況

人口10万人当たりの精神病床数は全国7位（平成27年医療施設調査）と高い水準にありますが、平均在院日数は全国6位と短く、平均退院率（1年未満群）も全国1位（平成26年精神保健福祉資料）となっています。

(2) 精神科を標榜する診療所の状況

精神科を標榜する診療所は、中央保健医療圏に16か所、幡多保健医療圏に2か所となっています。

(3) 精神科医師の状況

本県の精神科病院・診療所に勤務する医師数は129人となっており、約8割が中央保健医療圏に集中しています（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））。

保健医療圏	精神科	心療内科	計
安芸	9	0	9
中央	104	4	108
高幡	5	0	5
幡多	11	0	11
県計	129	4	133

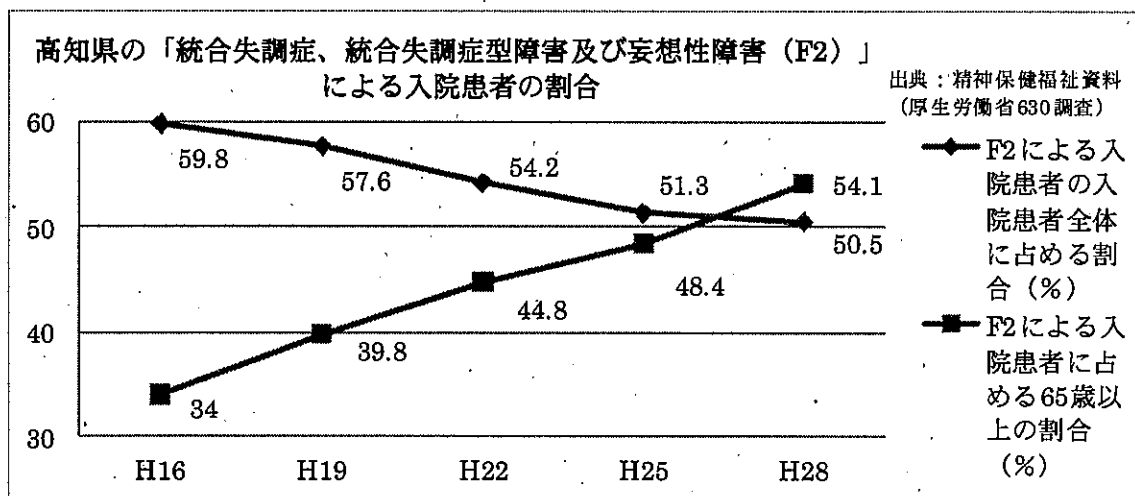
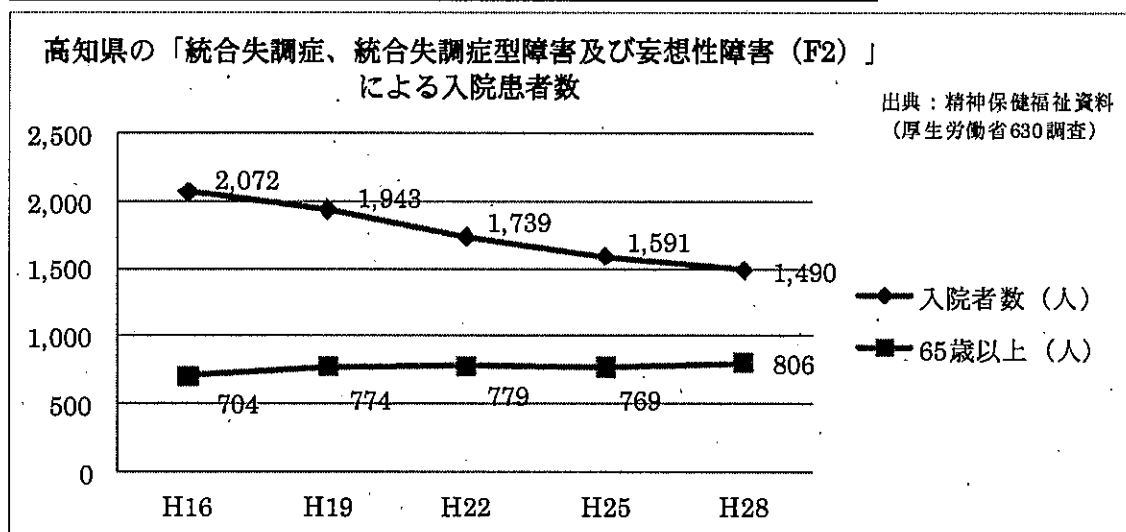
出典：平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

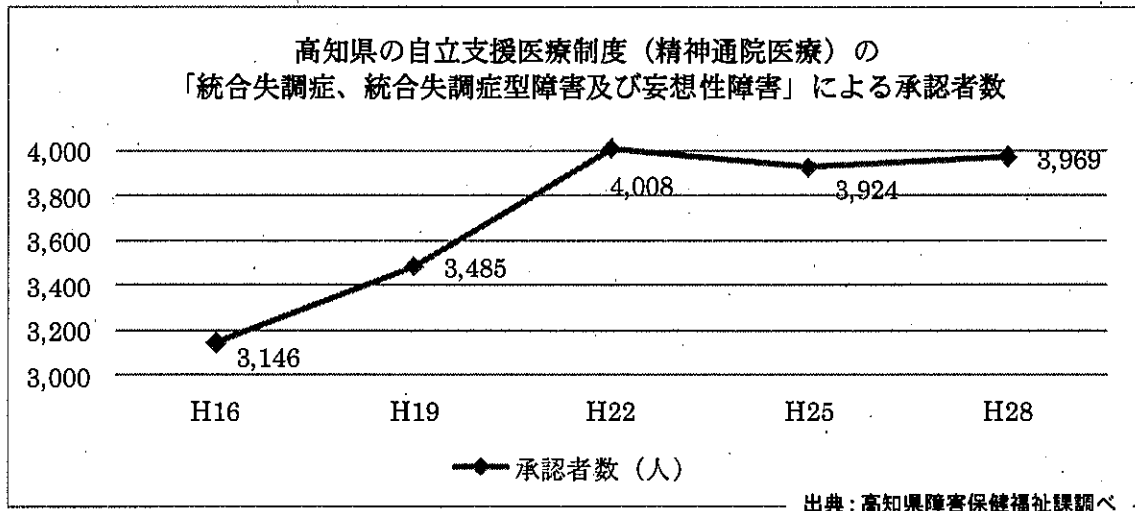
5 疾病・分野ごとの状況

(1) 統合失調症

本県の「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」で精神科病院に入院している患者は年々減少傾向にありますが、精神科病院の入院患者の約 5 割となっています。

また、平成 28 年には、65 歳以上の入院患者の割合が 5 割を超えており、自立支援医療制度の精神通院医療の承認者数でみると、件数は増加傾向にあります。

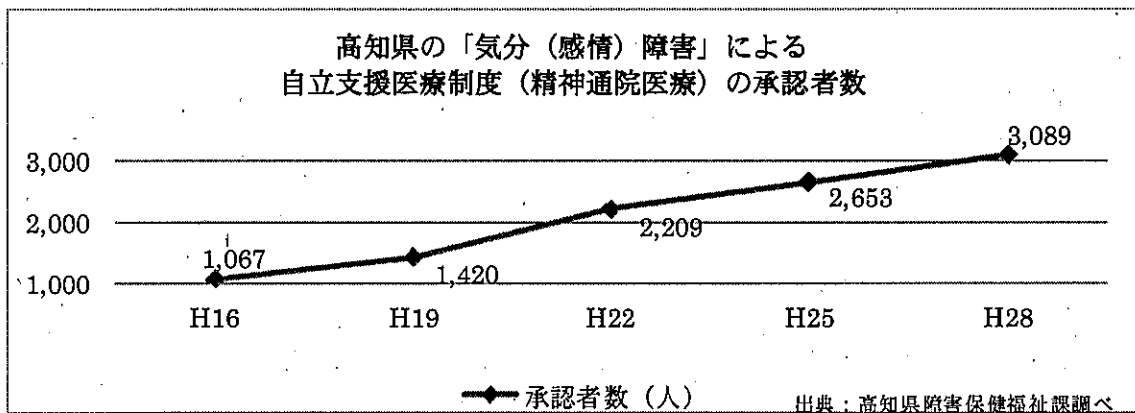
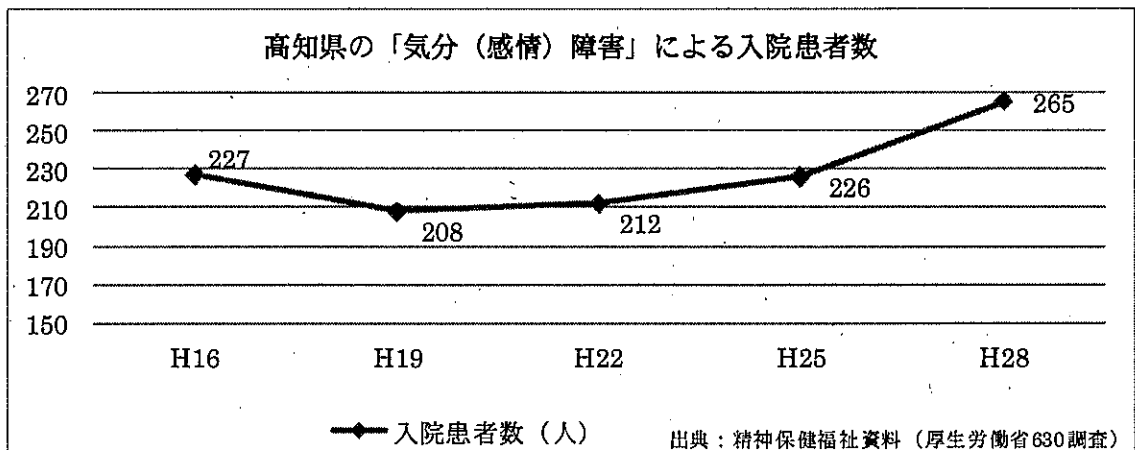




(2) うつ病・躁うつ病

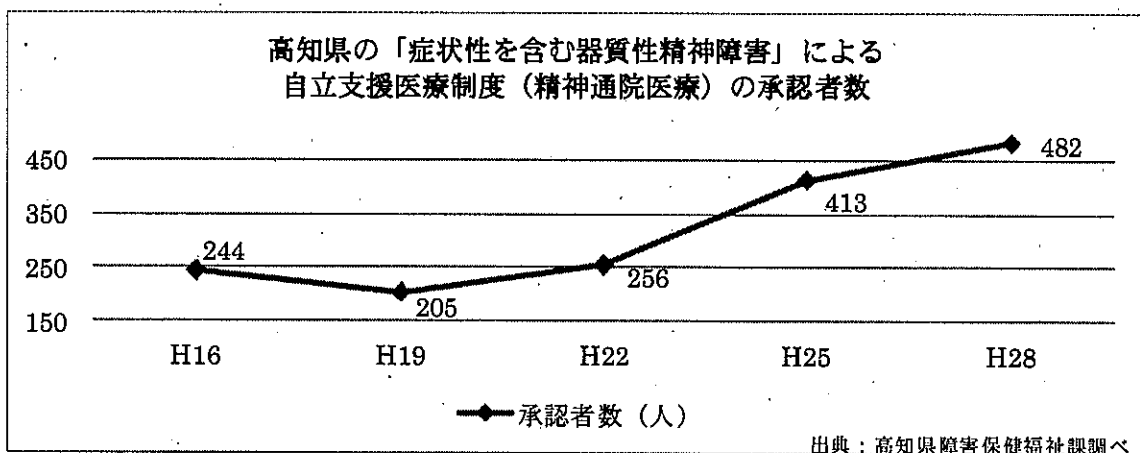
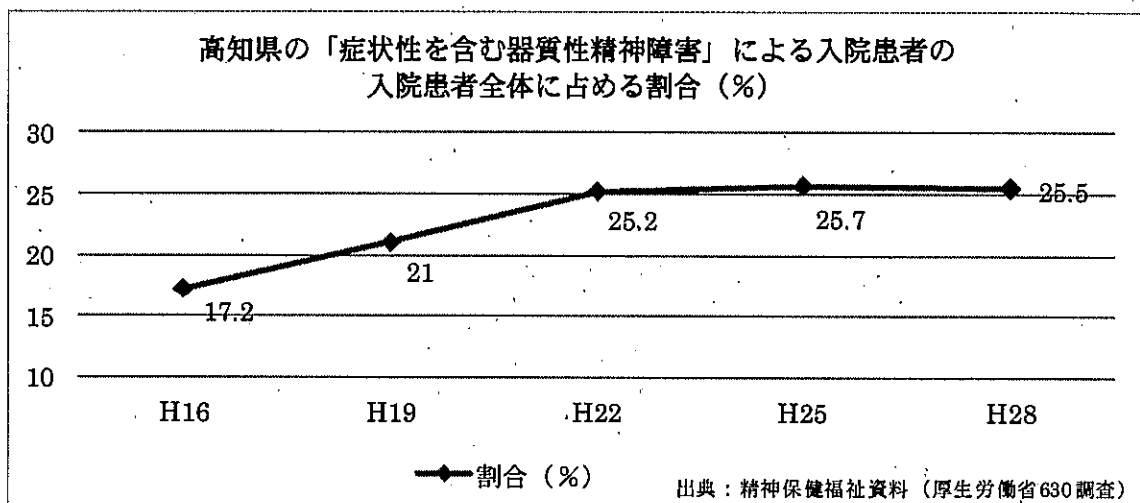
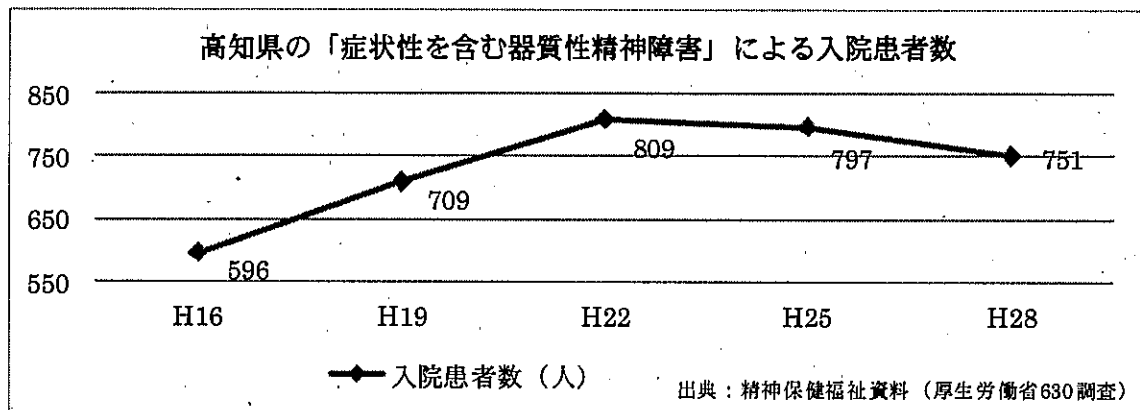
うつ病を含む「気分（感情）障害」の精神科病院に入院している患者は人数、割合ともに増加傾向にあります。

また、自立支援医療制度の精神通院医療でも、承認者数が年々増加してきており、平成 28 年度は 3,000 人を上回っています。



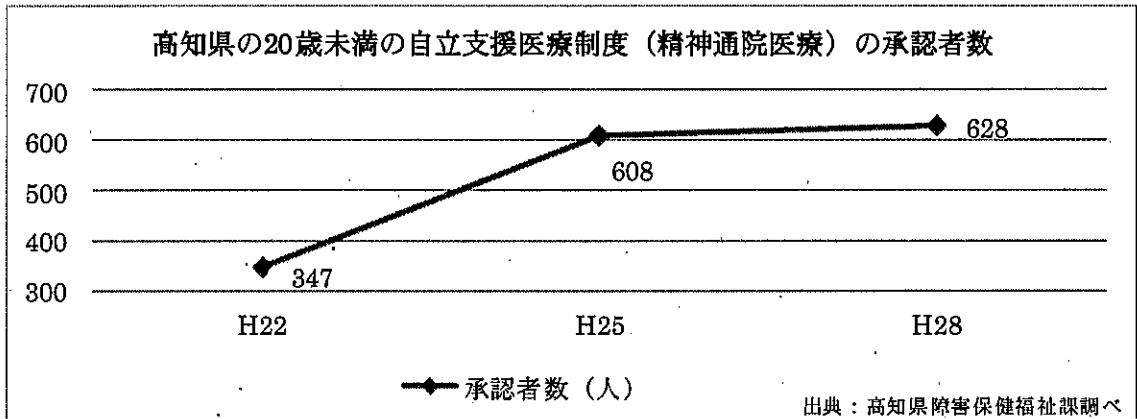
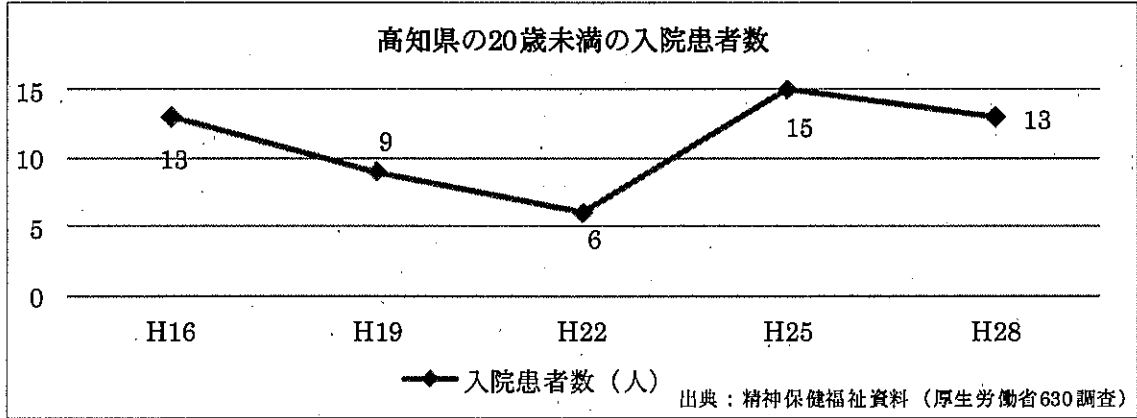
(3) 認知症

認知症を含む「症状性を含む器質性精神障害」の精神科病院に入院している患者の割合は、近年では入院患者の4分の1を超えて推移しており、自立支援医療制度の精神通院医療の承認者数も増加傾向にあります。



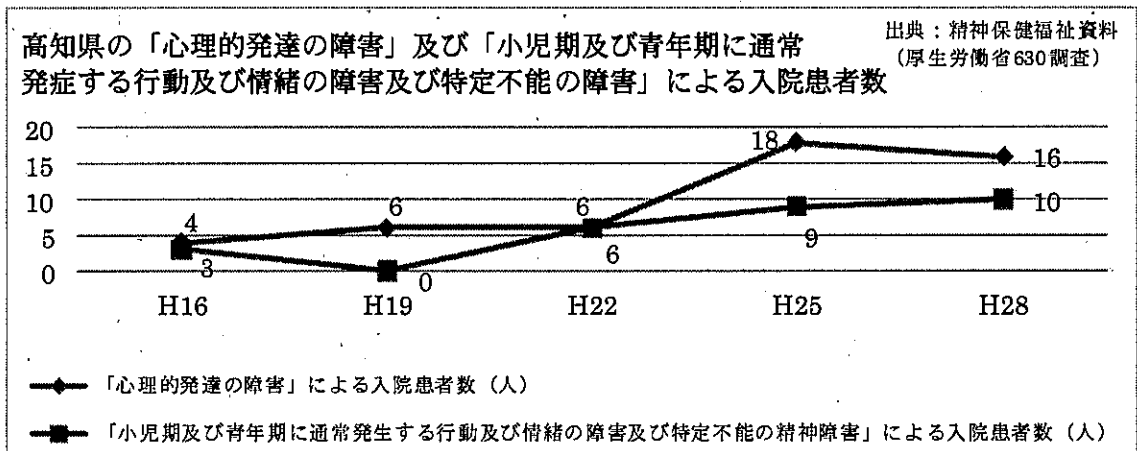
(4) 児童・思春期精神疾患

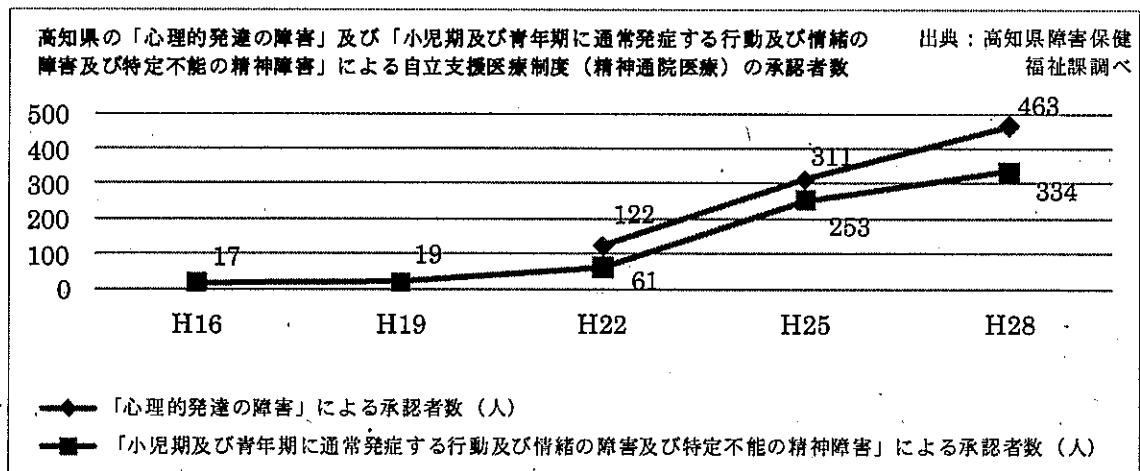
20歳未満の精神科病床への入院患者は人数の増減はありますが、全体では0.4%程度で推移していますが、自立支援医療制度の精神通院医療の承認者数は増加傾向にあります。



(5) 発達障害

「心理的発達の障害」、「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」についての入院患者の人数は少数ではありますが、年々増加してきており、自立支援医療制度の精神通院医療の承認件数についても増加してきています。

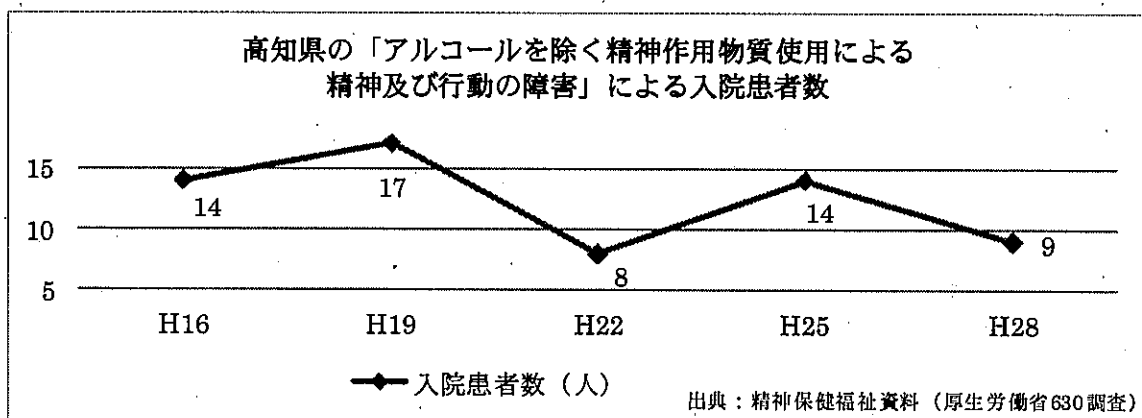
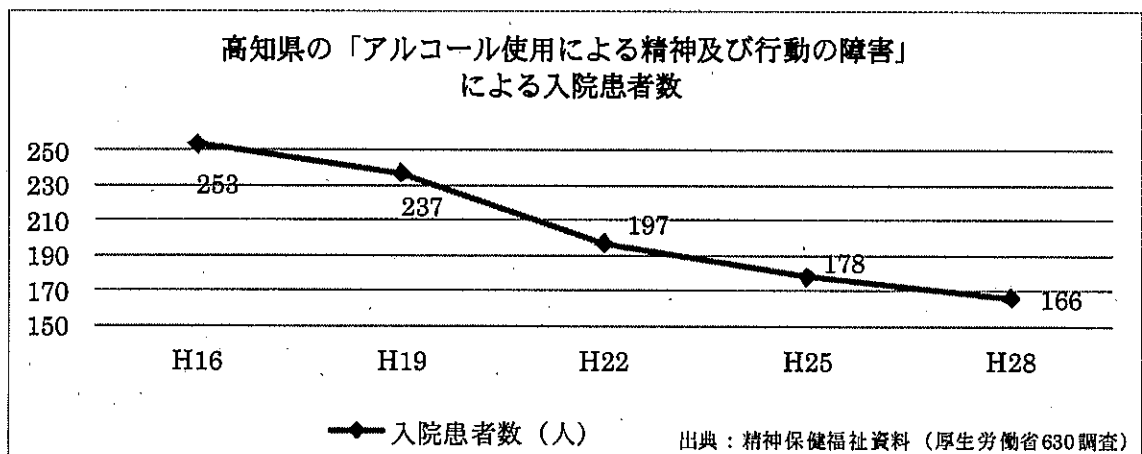




(6) 依存症

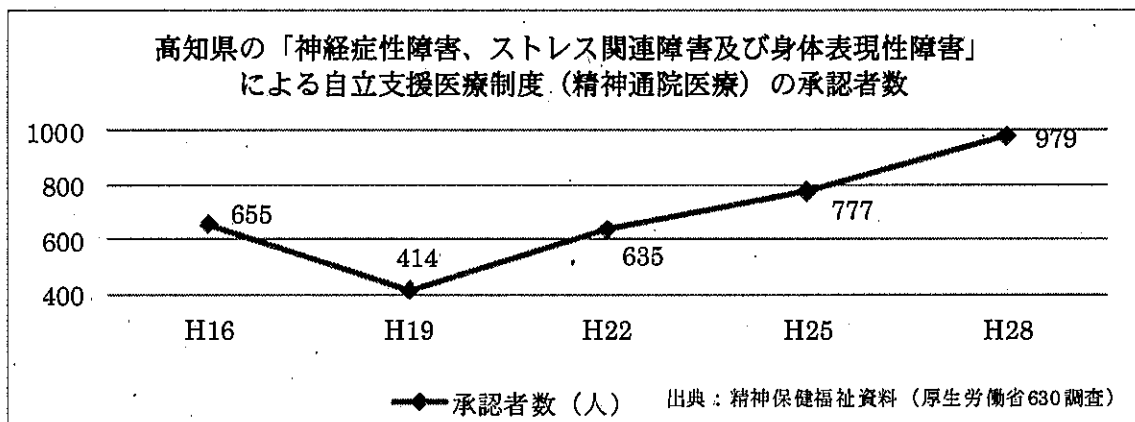
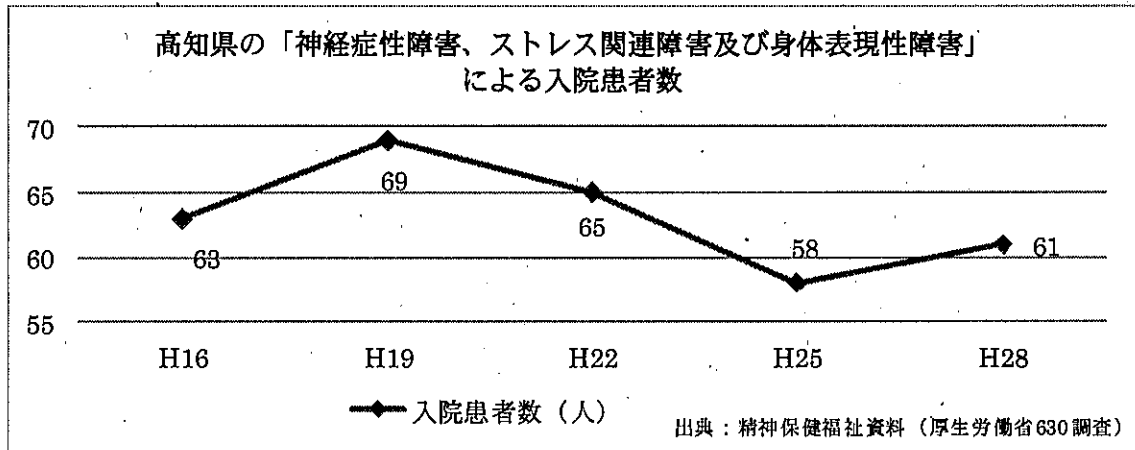
「アルコール使用による精神及び行動の障害」で精神病床に入院している患者は減少傾向にあります。

「覚せい剤による精神及び行動の障害」及び「アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害」で精神病床に入院している患者は少数で、増減がありながら推移しています。



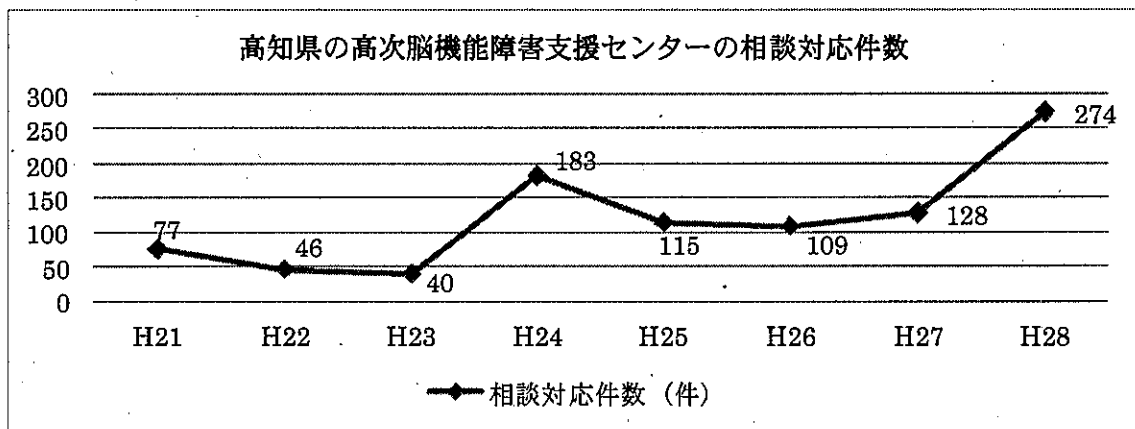
(7) 外傷後ストレス障害 (PTSD)

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」で精神病床に入院している患者は、横ばいで推移していますが、自立支援医療制度の精神通院医療の承認者数は増加してきています。



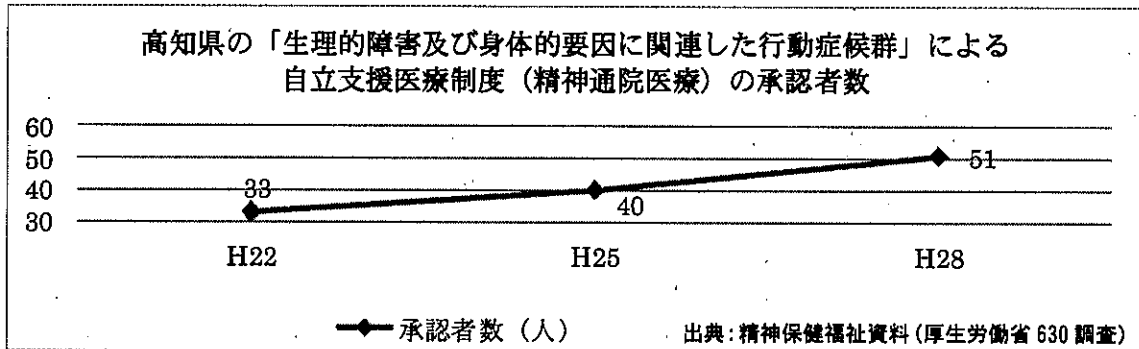
(8) 高次脳機能障害

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、平成24年に増加し、その後、減少しましたが、また増加してきています。



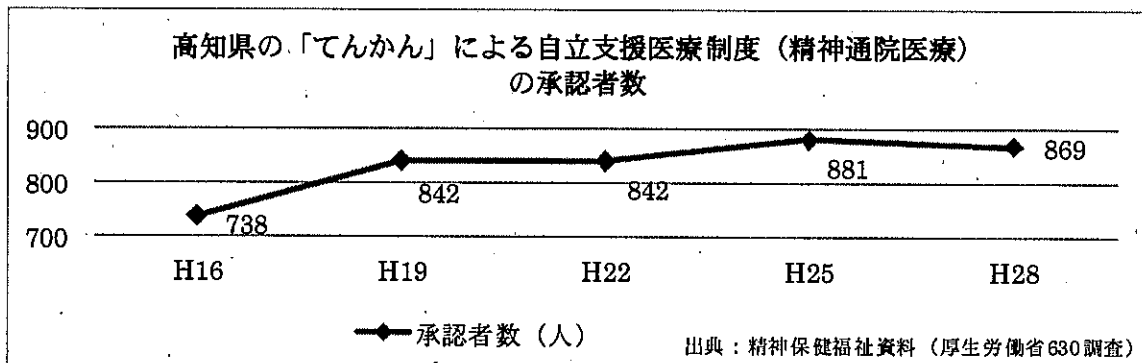
(9) 摂食障害

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」で自立支援医療制度の精神通院医療の承認者数は、増加傾向にあります。



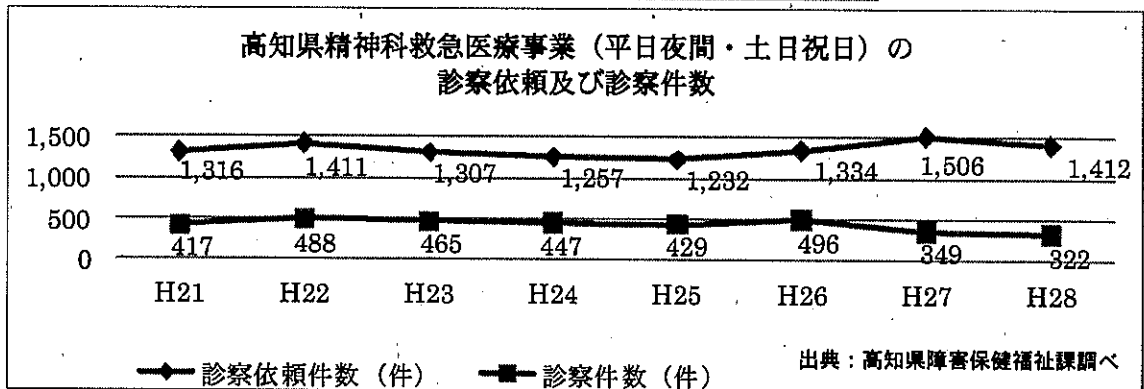
(10) てんかん

自立支援医療制度の精神通院医療の承認者数は、近年は 800 人から 900 人の間でほぼ横ばいで推移しています。



(11) 精神科救急

高知県が中央保健医療圏を主な対象に実施している精神科救急医療事業では、診察依頼件数は年間 1,000 件を超えて推移しており、実際に診察に至った件数は 400 件代で推移していましたが、平成 27 年、平成 28 年は 300 件代で減少しています。

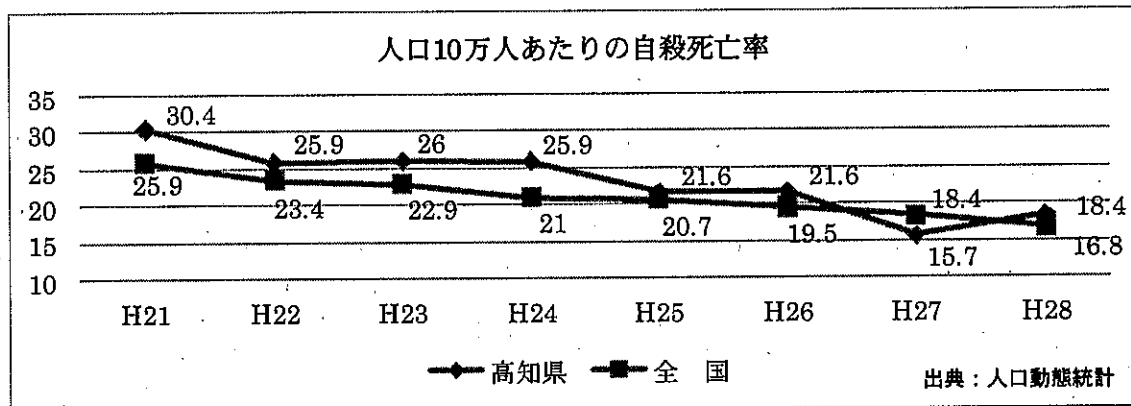
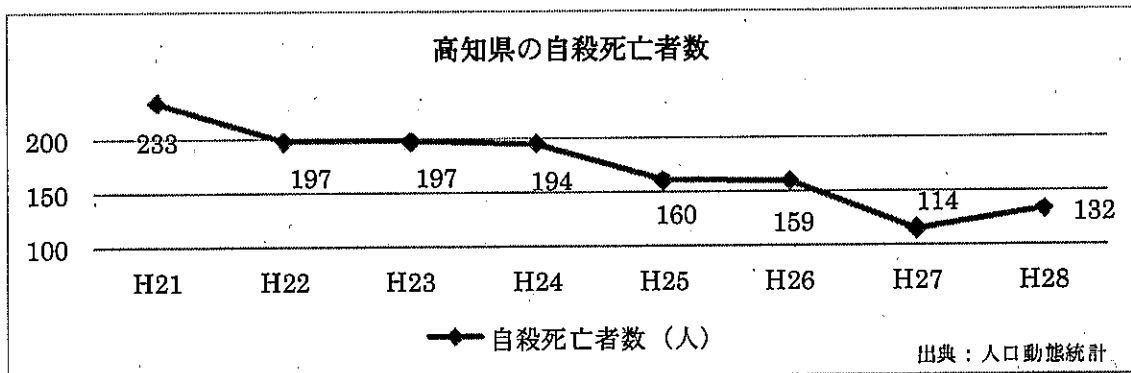


(12) 身体合併症

精神疾患と身体疾患の合併症による対応困難な患者に対する、救急対応も含め身体面、精神面を併せた、迅速かつ適切な医療の提供が必要となっています。

(13) 自殺対策

県内の自殺死亡者数は、平成22年に200人を下回って以降、減少傾向にあり、平成27年には114人、人口10万人あたりの自殺死亡率では15.7と初めて全国平均を下回りましたが、平成28年には過去2番目の低さではありますが、18人増加し、132人になっており、自殺死亡者は依然100人を超えて推移しています。



(14) 災害精神医療

東日本大震災や熊本地震において、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方や精神的不調、不安を抱えた方への心のケアなど、精神面の支援を行っています。

(15) 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、診療所、薬局、訪問看護を合わせて109か所(平成29年7月1日現在)となっています。

課題

1 多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制の構築

(1) 早期発見・早期治療

精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくありません。

また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要になってしまう場合もあります。

発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになります。

このほか、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取組や小児期から成人期へ成長する過程のなかでの医療機関の連携の強化が必要となっています。

また、多様な精神疾患等に対応できるよう、医師をはじめとした医療従事者の養成や確保も必要となっています。

そのため、多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神科医療の提供体制の構築が必要であり、医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していける体制を構築していく必要があります。

(2) 精神科救急、身体合併症

精神科救急は、中央保健医療圏で、平日夜間（1病院）、休日（6病院輪番）で、安芸、幡多の保健医療圏ではそれぞれ1病院が24時間対応できる体制をとっていますが、身体疾患を合併した患者など、状態に応じた医療機関を紹介したり、24時間365日対応できる相談窓口が設置されていないなど、身体合併症や緊急的な精神医療相談に対応した体制は整備されていません。

(3) 災害精神医療

大規模災害に備え、発災時に速やかに対応し、精神障害者や被災者への精神的ケアなどに適切に対応できる体制の構築を図っていく必要があります。

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、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ような地域づくりを進める必要があります。

また、長期の入院が必要となっている精神障害者が地域へ移行していくためには、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のな

い、あらゆる人が共生できる社会を構築していく必要があります。

このため、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要があります、精神科医療機関、その他の医療機関、地域の援助事業者、市町村などとの重層的な連携支援体制や本人の意思を尊重した多職種協働による支援体制の構築と地域で暮らしていくための基盤整備が必要です。

対策

1 多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制の構築

(1) 早期発見・早期治療

県は、精神疾患や精神障害に対する正しい知識の普及啓発の取組を進め、重症化することなく、早期に精神科医療機関の受診につながる環境整備を推進します。

また、うつ病等精神疾患の患者を最初に診察することが多いかかりつけ医に、精神疾患についての診療の知識・技術などを習得してもらい、かかりつけ医と精神疾患等の専門医との連携を推進することで、自殺の原因の一つとされているうつ病など、精神疾患を早期に発見し、適切な治療につなげる取組を推進します。

認知症では、診察時に認知症について相談できるよう認知症についての研修を終了した医師を「こうちオレンジドクター」として登録し、名簿を県のホームページで公表するなど、早期発見・早期治療につなげる取組も行っています。

若年性の認知症の方については、若年性認知症支援コーディネーターを設置し、こうちオレンジドクターや地域包括支援センター等と連携して、早期に発見し、適切な医療や支援につなげる体制づくりを行っています。

このほか、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設置しており、地域型では、かかりつけ医等との医療連携を図っていくとともに、地域包括支援センターや介護事業所との連携支援体制を築き、基幹型では、人材育成や地域型の後方支援を行っています。

発達障害や児童・思春期精神疾患など、小児期の精神疾患では、対応できる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んでいます。

また、多様な精神疾患等に対応できるよう、医師をはじめとした医療従事者の養成や確保に取り組んでいくほか、多職種連携・多施設連携を推進し、医療機関相互の連携体制の構築を進めるため、不足している医療機能や調整・整理が必要な医療機能など、地域の実情を勘案し、医療機関の地域における連携拠点機能及び県における連携拠点機能の強化を図ります。

(2) 精神科救急、身体合併症

県は、精神科救急において、中央、安芸、幡多の保健医療圏での24時間対応できる体制を継続していくとともに、身体疾患を合併した患者など、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や、緊急的な精神医療相談に24時間365日対応できる精神科救急相談窓口を設置します。

(3) 災害精神医療

県は、大規模災害に備えて、DPAT隊員等の人材養成や訓練を行い、また被災地での精神障害者や被災者への適切なケアを行えるよう、発災時の速やかなDPATの編成、派遣が行える体制の整備を行うとともに、DPAT等の受入体制を整備し、適切な精神科医療等が提供できるよう災害時の医療提供体制の構築を図ります。

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

県及び市町村は、退院可能な精神障害者の退院を促進し、地域に定着するための取組を推進していくため、精神科病院や地域の援助事業者の取組だけではなく、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組を推進し、地域住民の協力も得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる社会の構築を進めていきます。

また、精神科医療機関、その他の医療機関、地域の援助事業者、市町村などとの多職種協働による重層的な連携支援体制の構築を図り、精神障害者が生活の場で必要な支援を受けられる基盤整備を促進します。

県及び市町村は、精神障害のある方々が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、統合失調症、うつ病や認知症などの多様な精神疾患を持つ方々にも対応した地域包括ケアシステムの構築を図ります。

目標

項目	直近値 (平成 28 年)	目標 (平成 32 年度末)	目標 (平成 36 年度末)
精神病床における急性期(3 か月未満)入院需要(患者数)	642	557	540
精神病床における回復期(3 か月以上1 年未満)入院需要(患者数)	487	524	516
精神病床における慢性期(1 年以上)入院需要(患者数)	1,820	1,757	1,302
精神病床における慢性期入院需要(65 歳以上患者数)	1,231	1,315	1,020
精神病床における慢性期入院需要(65 歳未満患者数)	589	442	282
精神病床における入院需要(患者数)	2,949	2,838	2,358
地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)	二	346	754
地域移行に伴う基盤整備量(65 歳以上利用者数)	二	230	511
地域移行に伴う基盤整備量(65 歳未満利用者数)	二	116	243
精神病床における入院後3 か月時点の退院率	61.6	70.8	二
精神病床における入院後6 か月時点の退院率	80.3	87.9	二
精神病床における入院後1 年時点の退院率	86.6	93.2	二

第5節 在宅医療

在宅医療は、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの重要な構成要素で、生活の場で提供される医療サービスのことです。医療技術の進歩や高齢化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中、在宅医療の体制整備は、住み慣れた所で療養を受けたいという患者の希望にこたえるとともに、QOLの向上に寄与するものです。

まず、医療機関から退院後にスムーズに在宅医療へ移行できるように、入院当初から退院後の生活を見据えた適切な退院支援を行うことが重要です。医療提供等のサービスの空白期間をなくすことは、疾病の再発や廃用症候群の予防につながります。

次に、在宅医療へ移行した後の日常の療養では、在宅医療に関わる医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリテーションスタッフなどの多様な医療従事者が、介護従事者と連携して、定期的に医療サービスを提供しつつ、迅速な対応が求められる急変時に備えて、往診や訪問看護に加えて、後方支援病院と連携体制を構築することが重要です。

さらに、人生の最終段階においては、患者が望む場で看取りができる体制を整えることも求められています。医療関係者は、患者の意思や人生観等に沿って意思決定を行えるように、患者や家族へ情報提供や支援を行うことも重要です。

平成29年の県民世論調査では、長期療養が必要となった場合に、「自宅で暮らしながら、訪問診療や訪問看護などにより在宅医療を受けることを希望する」と回答した者は27.9%と、「入院を希望する」(31.1%)に次いで2番目に多くなっています。

住み慣れた家庭や地域において、療養しながら生活を送ることに高いニーズがあることから、患者が希望すれば、在宅医療が選択できる環境を整備する必要があります。

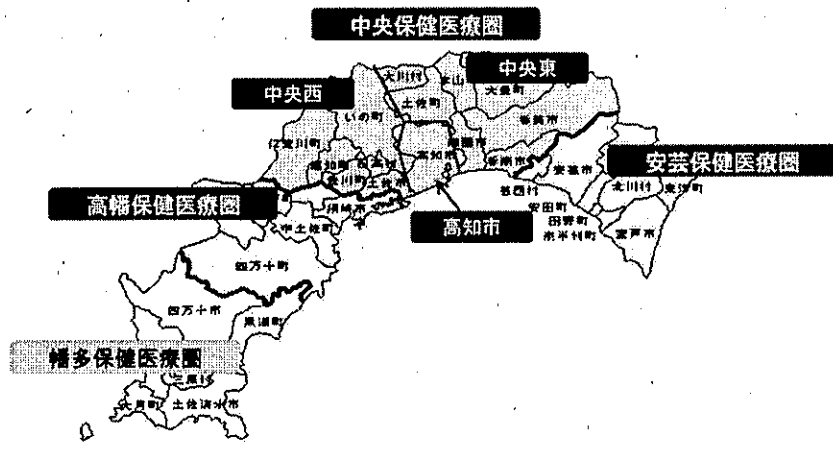
在宅医療の医療提供は、緊密な地域との連携が必要となることから、対象範囲が広域にわたる中央保健医療圏については、福祉保健所や保健所の圏域である高知市・中央東・中央西の3つに区分することとします。

在宅医療についての現状把握や課題抽出、対策の検討を行い、医療と介護の連携を推進し、地域包括ケアシステムの構築を進めることにより、県内全域で必要な在宅医療が受けられ、地域で安心して暮らし続けることのできる高知県を目指します。

(図表1) 在宅医療に係る保健医療圏

保健医療圏	人口	内65歳以上	高齢化率
安芸	48,350	19,891	41%
中央東	120,384	40,065	33%
高知市	337,190	91,788	27%
中央西	79,295	29,998	38%
高幡	56,173	22,381	40%
幡多	86,884	32,889	38%
計	728,276	237,012	33%

平成27年国勢調査人口等基本集計(総務省統計局) H28.10.26公表



現状

1 患者の状況

(1) 訪問診療受診患者数

平成 28 年の県の調査では、1 か月間で訪問診療を受けている実患者数は 2,617 人で、
 受診場所では、施設等 (注1) の割合が 居室の割合より 20% 大きくなっています。

(注1：居室と施設等)

この調査の「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する。「居室」は、上記以外の住まいとする。

(図表 2) 訪問診療受診者数 (医療機関所在地別)

保健医療圏	安 芸	中央東	高知市	中央西	高 幡	幡・多	県 計	割 合
居 宅	97	108	505	180	57	95	1,042	40%
施設等	117	327	712	145	179	95	1,575	60%
計	214	435	1,217	325	236	190	2,617	100%

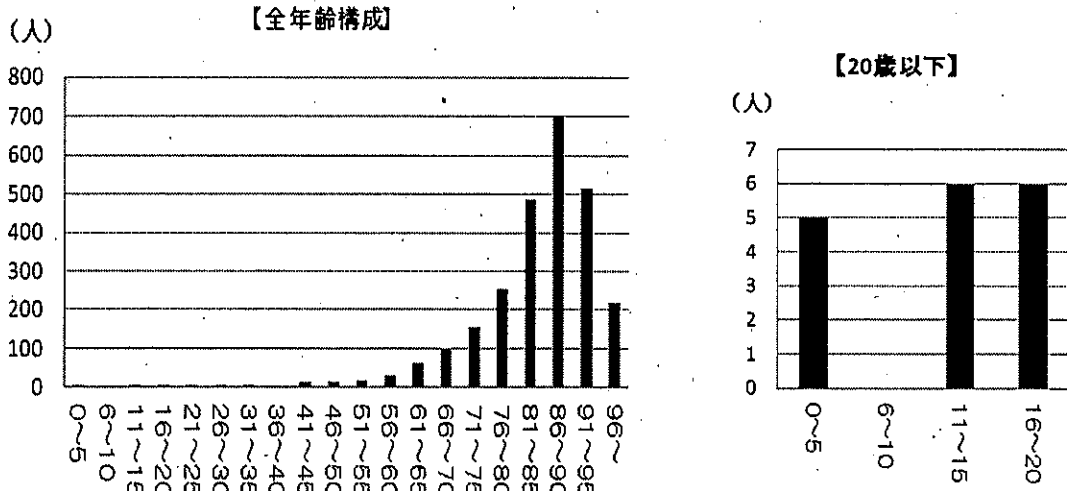
出典：平成 28 年高知県在宅医療実態調査

(2) 訪問診療受診患者の年齢構成と原疾患

訪問診療を受けた患者の年齢は、76 歳以上が全体の 83% 以上と、高齢者が多くなっています。また、20 歳以下の患者も、全体の 0.5% 程度と少数ではありますが、訪問診療を受診しています。

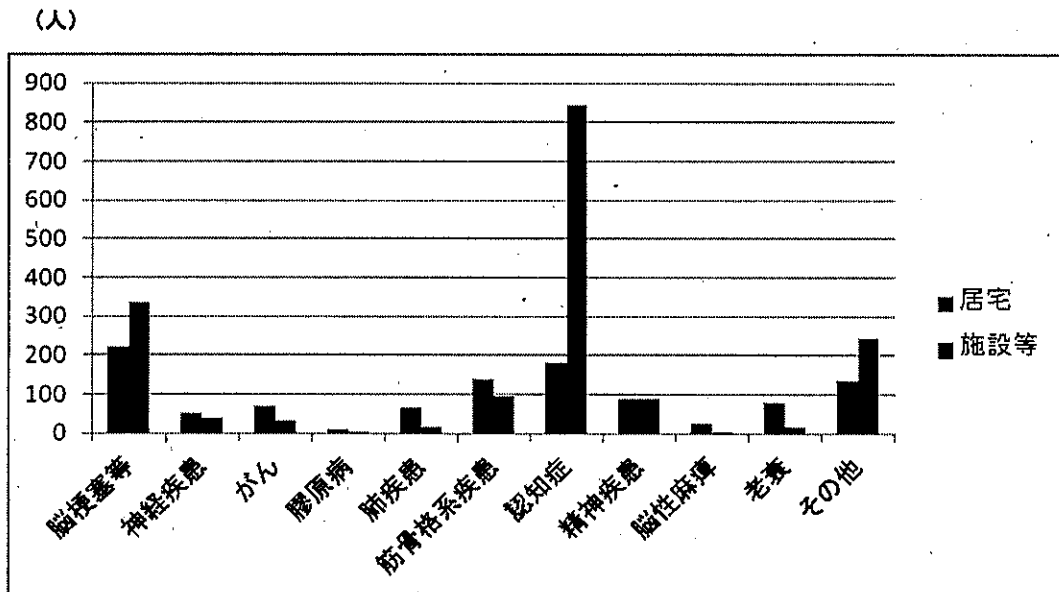
また、訪問診療を受けた患者の原因となっている疾患をみると、「居室」の場合は、脳梗塞・脳出血後遺症が最も多く、次いで認知症、筋骨格系疾患であり、「施設等」の場合では、認知症が最も多くなっています。

(図表 3) 訪問診療受診者の年齢構成



出典：平成 28 年高知県在宅医療実態調査

(図表 4) 訪問診療受診者の原疾患



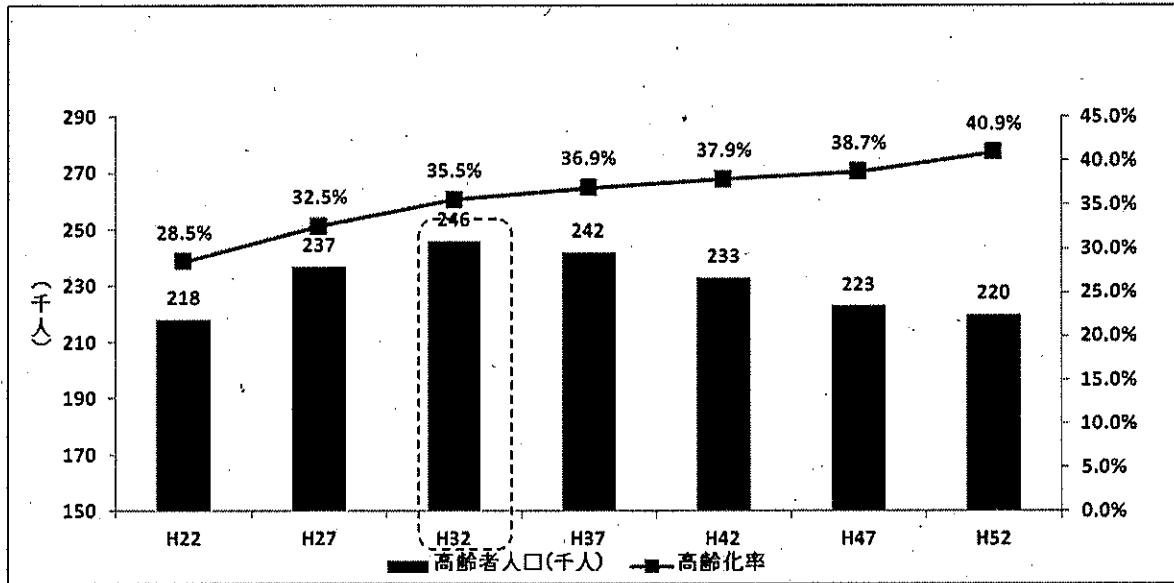
出典：平成 28 年高知県在宅医療実態調査

(3) 高知県の高齢者人口推計

本県の 65 歳以上の高齢者人口は、平成 32 年にピークを迎え、その後は減少に転じると見込まれています。

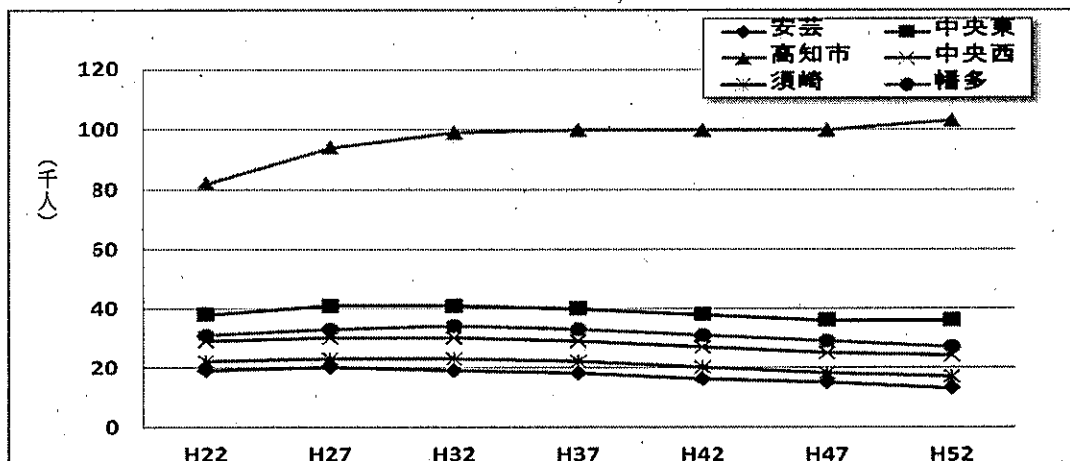
圏域別の高齢者人口では、高知市の増加が著しく、ピークとなる平成 52 年には、平成 27 年と比較して約 1.1 万人の増加が見込まれています。その他の地域では、現状と比較して、微減もしくは横ばいの見込みです。

(図表 5) 高知県の高齢者の将来推計人口



出典：(平成 22 年、平成 27 年) 国勢調査 (総務省統計局)
 (平成 32 年～平成 52 年) 都道府県別将来推計人口、平成 25 年 3 月推計 (国立社会保障・人口問題研究所)

(図表 6) 高齢者の保健医療圏別将来推計人口



出典：(平成 22 年～平成 27 年) 国勢調査 (総務省統計局)
 (平成 32 年～平成 52 年) 市区町村別将来推計人口、平成 25 年 3 月推計 (国立社会保障・人口問題研究所)

2 医療機関・事業所の状況

(1) 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

在宅医療を推進する上で中心的な役割が期待される医療機関として、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院がありますが、人口 10 万人当たりで見ると、前者が 5.1 か所で全国値の 11.5 か所 (平成 26 年 3 月現在：厚生労働省医政局地域医療計画課調べ) と比較して約半数、後者が 0.5 か所で全国値の 0.8 か所と比較して約 6 割 (平成 26 年 3 月現在：厚生労働省医政局地域医療計画課調べ) となっています。また、高知市保健医療圏や中央東保健医療圏の市部に集中しています。

平成 24 年度の診療報酬改定により、在宅医療を担当する医師が単独の医療機関で 3 名

以上、または複数の医療機関でグループを作り3名以上確保することなどを条件とした「機能を強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院」が設置されました。高知市保健医療圏では、この機能を強化した在宅療養支援診療所の数が他の地域と比較して多くなっています。

(図表7) 在宅療養支援診療所数

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
機能強化型在宅療養支援診療所 (単独)	0	0	0	0	0	0	0
機能強化型在宅療養支援診療所 (連携)	0	1	9	1	1	0	12
在宅療養支援診療所(従来型)	5	7	9	2	0	3	26
計	5	8	18	3	1	3	38

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日現在)

(図表8) 在宅療養支援病院数

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
機能強化型在宅療養支援病院 (単独)	0	0	0	0	0	0	0
機能強化型在宅療養支援病院 (連携)	0	1	2	0	0	0	3
在宅療養支援病院(従来型)	1	0	7	1	2	2	13
計	1	1	9	1	2	2	16

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日現在)

(2) 訪問診療を実施している病院・診療所

平成28年の県の調査では、「訪問診療を実施している」と回答した医療機関は133か所あり、高知市が最も多いですが、人口10万人当たりの数は中央西、安芸、幡多の順に多く、高知市、中央東は少なくなっています。また、訪問診療を実施している医療機関の8割以上が、担当医師数1～2人で訪問診療の対応をしています。

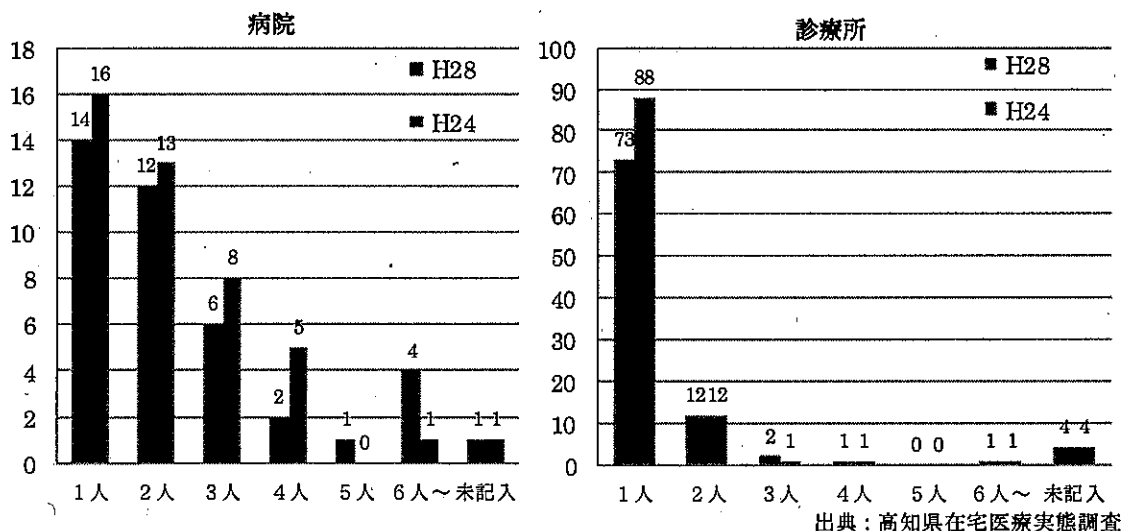
一方、訪問診療を実施していない医療機関は319か所あり、その理由としては、「院内人的資源不足」が最も多く、次いで「患者急変時の対応が困難」、「訪問診療へのニーズがない」、「在宅医療連携を行うノウハウの不足」が挙げられています。

(図表9) 訪問診療実施医療機関数

保健医療圏	県計	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多
病院	40	3	3	13	7	5	9
診療所	93	10	17	32	15	7	12
計	133	13	20	45	22	12	21
人口10万人当たり	18.3	26.9	16.6	13.3	27.7	21.4	24.2

出典：平成28年高知県在宅医療実態調査

(図表 10) 訪問診療を担当する医師数別の医療機関数



(図表 11) 在宅医療を実施していない理由

* 重複計上あり

順位	実施していない理由	回答医療機関数	訪問未実施医療機関割合 (%)
1	院内人的資源不足	214	66
2	患者急変時の対応が困難	108	33
3	訪問診療へのニーズがない	87	26
4	在宅医療連携を行うノウハウの不足	75	23
5	医療保険制度の在宅医療項目が複雑で困難	65	20

出典：平成 28 年高知県在宅医療実態調査

(3) 訪問歯科診療所

在宅患者の歯周病対策や義歯管理など口腔機能を確保するために、歯科医師などの訪問による訪問歯科診療が行われています。訪問歯科診療を実施するための施設基準の届出（「歯援診」又は「歯訪診」）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275か所あります。

(図表 12) 訪問歯科診療を実施するため施設基準の届出を行っている歯科診療所数

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
歯科診療所数	20	40	141	23	19	32	275
65歳以上人口1万人当たり	10.0	9.8	14.7	7.6	8.4	9.6	11.3

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 8 月 1 日現在）

一方で、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、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提供体制を構築するため、口腔ケア等を担う歯科衛生士のマンパワーを充実させる必要があります。

(4) 訪問薬剤管理指導を実施する薬局

在宅での医薬品管理や服薬指導などのために、薬剤師による訪問薬剤管理指導等を実施した薬局は95か所あり、県内保険薬局の約25%にあたります。

(図表13) 訪問薬剤管理指導等実施薬局数

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	計
薬局数	5	9	64	11	2	4	95
65歳以上人口1万人当たり	2.5	2.2	7.0	3.7	0.6	1.2	4.0

出典：平成28年7月高知県薬剤師会調査

(5) 訪問看護ステーション、訪問看護実施医療機関（病院・在宅療養支援診療所）

訪問看護ステーションは、医師の指示に基づき、看護師や理学療法士などによる訪問看護や訪問リハビリテーションを実施する事業所であり、在宅医療において必要不可欠な役割を担っています。

訪問看護ステーションは、県内に61事業所ありますが、高知市と幡多保健医療圏に多く地域偏在があります。訪問看護ステーション従事者についても同様の傾向が認められます。

訪問看護ステーション1事業所当たりの常勤換算看護職員は3.5人(全従業者数4.8人)と、全国平均の3.5人(全従業者数4.9人)と比較して同水準です。(介護サービス施設・事業所調査 平成27年10月1日)

その他、訪問看護を実施している病院・在宅療養支援診療所は25か所あり、特に幡多保健医療圏でその割合が高くなっています。訪問看護ステーションによる訪問看護サービスの提供が少ない地域では、医療機関からの訪問看護事業者が補完している状況が考えられます。

(図表14) 訪問看護ステーション数

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
訪問看護ステーション数	4	8	33	5	2	9	61
65歳以上人口1万人当たり	2.0	2.0	3.6	1.7	0.9	2.7	2.6

出典：平成29年高知県訪問看護ステーション連絡協議会調査

(図表15) 訪問看護ステーション従事者数

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
訪問看護ステーション従事者数	保健師	0	0	1	0	0	1
	助産師	0	0	0	0	0	0
	看護師	12	42	132	27	11	262
	准看護師	1	2	8	1	0	17
	合計	13	46	141	28	11	280

出典：平成28年高知県従事者届け

(図表16) 訪問看護が実施可能な病院・在宅療養支援診療所数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
病院・ 在宅療養支援診療所数	H23	5	4	15	5	4	6	39
	H28	2	4	9	2	2	6	25
65歳以上人口 1万人当たり	H23	2.6	1.1	1.9	1.8	1.8	1.9	1.8
	H28	1.0	1.0	1.0	0.7	0.9	1.8	1.1

出典：平成23年高知県在宅看護実態調査、平成28年高知県在宅医療実態調査

3 医療提供体制の状況

在宅医療提供体制について、「退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」の4つに区分しています。

(1) 退院支援

退院支援とは、患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も必要な医療や介護を継続して受けながら、療養生活を送る場所を自己決定するための支援です。患者が望む場所で療養することができるよう、患者や家族の意向や地域の社会資源を踏まえて、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を実施することが重要です。

平成28年度の診療報酬改定により、早期退院を支援する退院調整加算の見直しが行われ、大きく三つに分類される退院支援加算に組み替えられました。退院支援加算届出医療機関は、県内に54か所あり、平成24年の退院調整加算届出医療機関数51か所（診療報酬施設基準-平成24年11月1日現在）と比較して増加しています。

また、入院医療機関は、退院後、患者に起こりうる病状の変化や心理的・社会的問題への予防・対応について、多職種による退院前カンファレンスや入院時及び退院時ににおける在宅医療に係る機関との情報共有を十分に図り、連携して必要なケアを決定するための退院支援体制の構築が必要です。

訪問診療を実施していると回答した病院・有床診療所58か所のうち、病院の95%（38/40）、有床診療所の33.3%（6/18）が自院入院患者の退院前カンファレンスを実施しています。

(図表17) 退院支援加算届出医療機関数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
医療機関数	H24	3	5	29	7	3	4	51
	H29	3	6	32	7	3	3	54
人口10万人当たり	H24	5.6	4.0	8.4	8.1	4.9	4.2	6.7
	H29	6.2	5.0	9.5	8.8	5.3	3.5	7.4

出典：保険医療機関の管内指定状況（四国厚生支局）（平成24年11月1日現在）、（平成29年8月1日現在）

(図表18) 自院入院患者の退院前カンファレンスを実施している病院・有床診療所数

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
病院数	3	3	13	7	4	8	38
有床診療所	1	1	2	0	1	1	6

出典：平成 28 年高知県在宅医療実態調査

(2) 日常の療養支援

在宅医療に係る機関には、相互の連携により、在宅で療養する患者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保することが望めます。

訪問診療については、1 か月間で訪問診療を行った実患者数と、医療機関が訪問診療を実施可能であるとした患者数を比較すると、安芸保健医療圏においては、訪問診療実施数が、訪問診療可能数を超えています。また、中央東保健医療圏や中央西保健医療圏、高幡保健医療圏において、現状以上の訪問診療を実施できる余裕がない状況です。

また、訪問看護ステーション連絡協議会の調査によると、高幡保健医療圏のうち、1 つの旧市町村が訪問看護ステーションの訪問看護サービス対象外の地域となっていますが、この地域については、医療機関からの訪問看護を提供することが可能であり、県内全域において訪問看護を受けることが可能となっています。

小児の訪問診療・訪問看護については、小児への訪問診療を行った医療機関は、高知市の 5 か所のみで、訪問看護ステーションは 32 か所（相談可能件数を含む）あり、平成 23 年の小児（乳幼児、乳児）の訪問看護利用者は 14 人（平成 23 年訪問看護療養費調査/厚生労働省医政局指導課による特別集計結果）です。

短期入所サービス（ショートステイ）を実施する事業所として、短期入所療養介護（注 2）が 70 か所、短期入所生活介護（注 3）が 67 か所整備されています。（平成 29 年 8 月 31 日現在指定サービス事業者の状況）

（注 2：短期入所療養介護）※みなし指定含む

基準に適合する居宅要介護者等が、介護老人保健施設・介護療養型医療施設への短期入所で受ける、医学的管理下の介護と機能訓練等の必要な医療と日常生活上の世話

（注 3：短期入所生活介護）

特別養護老人ホーム等の施設や老人短期入所施設への短期入所で受ける、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話と機能訓練

(図表 19) 訪問診療実施患者数と対応可能な患者数（患者住所別）

保健医療圏	病院	診療所	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
①訪問診療実施患者数	1,090	1,527	214	435	1,217	325	236	190	2,617
②対応可能な訪問患者数	1,003	1,879	140	490	1,344	363	270	275	2,882
さらに訪問診療可能な患者数（②－①）	-87	352	-74	55	127	38	34	85	265

出典：平成 28 年高知県在宅医療実態調査

(図表 20) 小児訪問診療実施医療機関・訪問看護ステーション数（月間）

保健医療圏		病院	診療所	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
医療機関数	H24	3	5	1	2	2	1	2	0	8
	H29	0	5	0	0	5	0	0	0	5
訪問看護ステーション数	H24	—	—	1	1	8	3	0	4	17
	H29	—	—	4	6	10	5	1	6	32

出典：高知県在宅医療実態調査、高知県訪問看護ステーション連絡協議会調べ

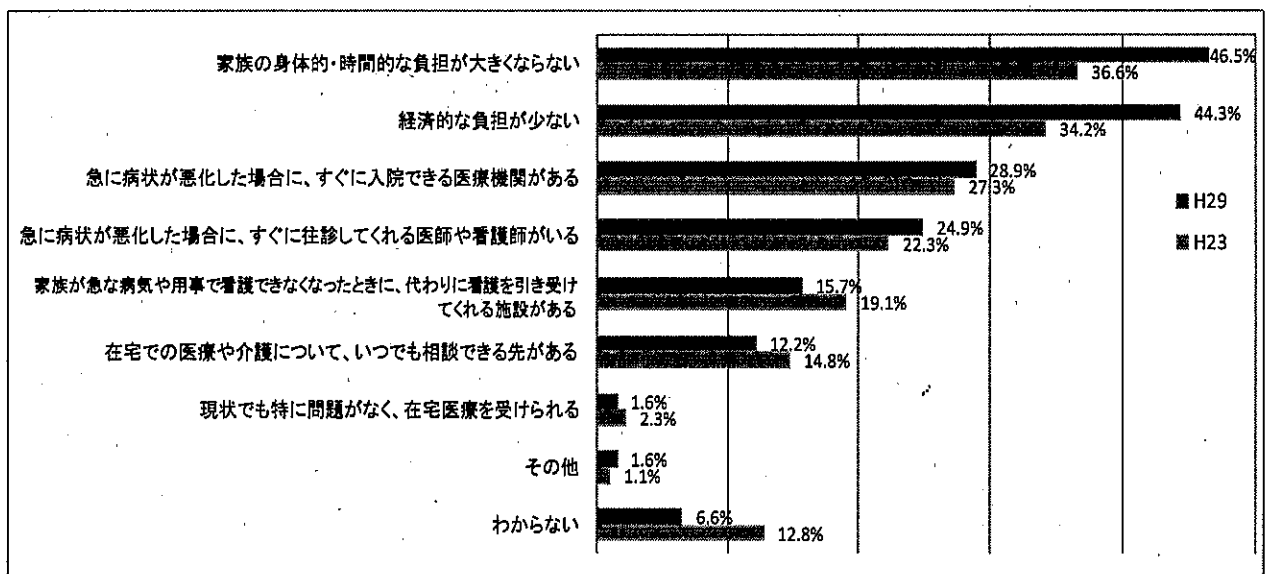
(3) 急変時の対応

平成 29 年の県民世論調査における「長期の療養が必要になった場合、どのような条件や環境を整えば在宅医療を選択しますか」という質問に対して、家族の身体的・時間的な負担への懸念に続き、急に病状が悪化した場合にすぐに入院できる医療機関があることや往診してくれる医師や看護師がいることが多数回答されており、家族をサポートする役割ももつ訪問看護師の存在や、24 時間対応可能な病院や訪問看護ステーション等、急変時の対応が可能な環境が整備されていることが在宅医療を選択するうえで重要な要素となっています。

訪問診療を実施していると回答した病院・有床診療所 58 か所のうち、病院の 70% (28/40)、有床診療所の 50% (9/18) が、他院の在宅患者が急変した場合に「受入を行っている」と回答しています。

また、訪問看護ステーションは、61 事業所中 45 事業所 (73%) が 24 時間対応可能としており、全保健医療圏に該当する事業所があります。

(図表 21) あなたが長期の療養が必要になった場合、
どのような条件や環境を整えば在宅医療を選択しますか。(2 つまで選択可)



出典：高知県県民世論調査

(図表 22) 急変時受入可能病院・有床診療所数

保健医療圏		病院	診療所	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
医療機関数	H24	31	10	6	2	14	9	3	7	41
	H28	28	9	4	5	10	6	5	7	37
人口 10 万人当たり	H24	—	—	11.2	1.6	4.1	10.5	4.9	7.4	5.4
	H28	—	—	8.3	4.2	3.0	7.0	8.1	8.1	5.1

出典：高知県在宅医療実態調査

(図表 23) 24 時間対応可能加算届出訪問看護ステーション数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
訪問看護ステーション	H24	0	3	17	4	2	6	32
	H29	3	3	26	4	2	7	45

出典：高知県訪問看護ステーション連絡協議会調べ

(4) 看取り（在宅患者が望む場所での看取り）

看取りを実施している医療機関は 133 か所あり、人口 10 万人当たりの看取りを行った患者数（平成 27 年度）は、高知市、高幡、幡多で多くなっています。

また、ターミナルケア（注4）に対応する訪問看護ステーションは 47 事業所で、平成 24 年の 35 事業所（平成 24 年高知県訪問看護ステーション連絡協議会調べ）と比較して増加しています。

自宅と老人ホームでの死亡を含めた在宅での死亡率は 13.8%と、全国平均 19.8%より低い状況です。

（注4：ターミナルケア）

回復の見込みのない疾患の末期に、苦痛を軽減し、精神的な平安を与えるように施される医療・介護

(図表 24) 看取り実施可能な医療機関数

保健医療圏		病院	診療所	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
医療機関数	H24	22	65	12	12	26	14	11	12	87
	H28	40	93	13	20	45	22	12	21	133

出典：高知県在宅医療実態調査

(図表 25) 看取りに対応する加算届出介護施設数

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
介護老人福祉施設※	2	8	13	2	9	11	45
介護老人保健施設	2	6	8	3	2	6	27
特定施設入居者生活介護※	8	3	8	3	0	3	18
認知症対応型共同生活介護	5	18	32	21	10	13	99

※地域密着型サービスを含む

（平成 29 年 9 月 1 日現在指定サービス事業者の状況）

(図表 26) 看取り数 (H27. 4. 1~H28. 3. 31)

保健医療圏	病院	診療所	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
居宅	71	168	20	7	144	40	10	18	239
施設等	290	83	4	6	213	14	50	86	373
計	361	251	24	13	357	54	60	104	612
人口10万人当たり			49.6	10.8	105.9	68.1	106.8	119.7	84.0

出典：平成28年高知県在宅医療実態調査

(図表27) ターミナル実施訪問看護ステーション数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
訪問看護ステーション	H24	2	4	17	4	2	6	35
	H29	4	6	24	5	1	7	47

出典：高知県訪問看護ステーション連絡協議会調べ

(図表28) 在宅死亡者数

保健医療圏		安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計	全国
在宅死亡者数	H22	101	214	495	100	125	178	1,213	192,882
	H27	129	185	578	175	184	184	1,435	245,653
在宅死亡率(%)	H22	10.8	12.3	14.2	8.2	13.2	12.4	12.4	16.1
	H27	—	—	—	—	—	—	14.3	19.0

出典：人口動態調査(平成22年は厚労省による特別集計結果)

課題

1 退院支援

入院医療機関と在宅医療に係る機関は、入院中の患者を円滑に在宅へ移行させるために、患者や地域の社会資源に関する情報を共有するとともに、地域と病院が連携して在宅療養環境を整備し、地域の限りある医療資源を効果的に活用する必要があります。

退院前カンファレンスを含めた退院調整支援は、患者や家族に安心を与え、円滑な在宅移行に有効な手段ですが、病院の機能・地域の実情に応じた退院支援体制が構築されるように、地域内でリーダーとなって退院支援を展開できる人材の育成が必要です。また、円滑な在宅生活への移行に向けて、入退院時に患者情報の引き継ぎを確実に行う必要があります。

2 日常の療養支援

在宅医療に係る機関は、医療と介護が包括的に提供できるよう、患者の医療情報を共有する体制の構築が必要です。

また、訪問診療では、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院以外の医療機関からも訪問診療が行われることが、在宅医療の普及のために重要となります。地域によっては訪問診療を実施している医療機関に、現状以上の訪問診療を実施できる余裕がない地域

があり、訪問診療を行う医療機関の増加が望まれます。

高知市以外の医療圏においては、市町村や医療機関及び住民が利用できる在宅医療の社会資源が少ない状況であり、看護職員をはじめ在宅医療従事者の確保が困難です。

また、訪問看護ステーションの偏在があり、訪問できない地域があります。中山間地域のように人口集積が少ない地域では、訪問サービスを実施しても不採算となる問題があります。

小児や障害者等さまざまな状態の在宅療養者に対応する在宅医療体制の構築が求められています。

今後増加が見込まれる在宅患者に対して、在宅歯科医療の提供体制の強化や、訪問薬剤師の養成等、多職種による在宅医療の取組の確保が必要です。

また、日常の療養支援時から急変した際の対応や看取りについて、事前に在宅患者や家族と医療従事者などが十分なコミュニケーションをとり、情報を提供し、意思決定を支援することが必要です。

在宅医療を進めるうえで、在宅患者の日常生活の保持や介護を行う家族の負担軽減のため、訪問介護、訪問・通所リハビリテーション、短期入所サービスなどの居宅介護サービスや小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスによる支援が必要です。

3 急変時の対応

在宅患者が急変した場合の受入について、診療所の在宅患者の緊急時受入先が不足しており、自院のみでは休日や夜間も含めた24時間対応が難しい医師1名体制の診療所などが、連携により24時間対応ができる体制づくりや、在宅医療を担う医師（歯科医師）と看護師、薬剤師などの連携のもと、多職種が協力し対応することが必要です。また、1事業所当たりの従業者数が少ない訪問看護ステーションは、24時間対応が困難であるなどの問題があります。

4 看取り（在宅患者が望む場所での看取り）

在宅患者が望む場所での看取りのため、日常の療養支援や急変時の対応のときから、看取りに関する適切な情報提供などが必要です。また、介護施設における看取りについて、施設職員等への情報提供など必要に応じた支援が求められます。

対策

1 退院支援

県や医療機関は、入院から退院、在宅療養への移行がスムーズに進む環境を整備するため、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退院調整支援を実施する人材の育成、地域の多職種による研修活動を実施し、地域の連携体制を構築します。これとあわせて、県は、病院及び介護関係者（ケアマネジャー・地域包括支援センター）と協働し、地域の実情に応じた入退院時の引継ぎルールの策定・運用に向けた支援を進

めます。

このルールの運用開始後は、半年ごとに活用状況について把握、改善のための協議を行い、PDCAサイクルを回しながら取り組むことで、地域での定着を促進していきます。

2 日常の療養支援

県は、質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、県からの支援によって高知大学が開発した「高知医療介護連携情報システム」などの情報通信技術（ICT）を利用した在宅医療に係る多職種による情報共有の促進を図ります。

在宅医療に係る機関は、ICTを利用した在宅医療に係る多職種の相互の連携を行い、在宅で療養する患者のニーズに対応した医療や介護を包括的に提供します。また、様々な理由により全ての地域で一斉にICTを利用することは難しいことから、ICTの利用がなくても可能なところから連携を進められるよう、在宅医療に係る機関は、ICTの利用と並行して高知県かかりつけ連携手帳を利用して相互に連携します。

県は、今後訪問診療が必要な患者の増加が見込まれる地域について、訪問診療可能な医療機関数の増加方策についての検討を行います。また、訪問看護ステーション連絡協議会と協力し、不採算となる中山間地域への訪問看護に係る経費を補助することにより、中山間地域への訪問看護師の派遣を推進します。また、あったかふれあいセンターや集会所における訪問看護の普及啓発をすすめます。

加えて、訪問看護師を継続的に育成するために県立大学と連携し、新人看護師を含む看護経験に対応したプログラムを用いて訪問看護利用者とその家族のセルフケア能力の向上を支援する訪問看護師の育成に努めていきます。また、高知県看護協会と連携し、訪問看護ステーション管理者の研修を実施することで、在宅ケアにおいて特徴的なリスクマネジメントも含む訪問看護の質向上に向けた組織の取組等への研鑽を図るとともに、訪問看護師だけでなく在宅ケアに関係する看護職者を含めた育成を実施することで、組織を超えた看護職者の連携を促進します。

県は、県看護協会や大学等教育機関、訪問看護ステーション連絡協議会などと協力し、訪問看護について、訪問看護ステーションのサービス提供地域の拡大の方策を検討するとともに、医療機関からの訪問看護の実施数増加のために教育支援を実施し、訪問看護が実施できる地域の増加を図ります。

さらに、市町村や医療機関及び住民のニーズに対応できる訪問看護体制整備を目指し、訪問看護ステーションの設立または、サテライトステーションの設置のための支援を行います。

県は、高齢者のみでなく、疾病や障害を抱えた小児や若年層の在宅療養者に対して、ニーズに沿った在宅医療を提供するための体制整備について検討を行います。

歯科については、在宅歯科連携室を核として、医科・介護等との連携や相談窓口及び

訪問歯科診療の調整機能を強化します。また、県は、歯科保健医療の需要動向を踏まえた歯科衛生士等の養成のあり方について関係団体とともに検討し、人材確保に努めるとともに、在宅歯科医療への対応力向上を図るために歯科医療従事者を対象にした研修を行います。

県は、在宅での安心安全な薬物療法を提供するために、訪問薬剤師としての専門的、基礎的知識及び技術を修得するための研修を実施し、人材育成に努めます。

在宅医療に係る機関は、自己以外の職種の専門性への理解を深め、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士、リハビリテーションスタッフ、ソーシャルワーカー、介護支援専門員、歯科衛生士などの多職種が、互いの専門性を発揮した医療・介護を実施することで、在宅医療提供者間の負担を軽減するよう努めます。

県や在宅医療に係る機関は、在宅患者や介護する家族などが在宅医療への理解を深め、急変時や看取り期の対応について決定できるよう、事前に十分なコミュニケーションをとることの必要性などについて啓発を行います。

また、県や市町村は、在宅医療を行ううえで必要な介護資源を把握し、医療と介護の連携に努めるとともに、必要とされる介護資源確保の検討を行います。

3 急変時の対応

在宅医療に係る機関は、病状急変時における連絡先を患者や家族に提示し、急変時対応について意識づけするとともに、医師1名体制など院内の体制により24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や（歯科）診療所、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よう、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を推進します。

県は、入院医療機関とともに、急変時受入可能医療機関の増加方策を検討します。また、県看護協会や訪問看護ステーション連絡協議会とともに、1事業所当たりの従業員数増加など24時間対応可能な訪問看護ステーションの充実を図ります。

4 看取り（在宅患者が望む場所での看取り）

県は、人生の最終段階における症状に対する患者や家族の不安を解消するとともに、患者や家族が看取りに関して理解し、患者自身の最期を迎える場所などについて自己選択が可能となるよう情報提供を行います。また、看取りなどにより居宅で最後を迎えた患者に対するその後の対応について、かかりつけ医、訪問看護師、病院、介護施設、ケアマネジャー（介護支援専門員）、消防機関など多様な立場の関係者の共通理解と役割分担に取り組めます。

在宅医療に係る機関や介護施設などは、患者や家族が看取りについて選択が可能となるよう情報提供を行います。

5 在宅医療の中心的役割を担う機関

(1) 積極的役割を担う医療機関（推進機能）

○在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

(図表 29) 在宅療養支援診療所

保健医療圏	医療機関		
安芸	尾木医院 寿美医院	芸西オルソクリニック 松本医院	三宅医院
中央東	赤岡医院 鈴木内科 藤川クリニック	かがみ診療所 田井医院 前田メディカルクリニック	さくら香美クリニック 寺田内科
高知市	あおぞら診療所高知潮江 潮江診療所 おざきクリニック かもだの診療所 こうち在宅医療クリニック ながの内科クリニック 福田心臓・消化器内科 松岡胃腸科内科	朝倉医療クリニック 内田脳神経外科 帯屋町ハートクリニック 高知いちょう医院 たむら内科クリニック 原脳神経外科 藤井クリニック みなみの風診療所	
中央西	岡本内科	伊与木クリニック	橋本外科胃腸科内科
高幡	須崎医療クリニック		
幡多	いなげ胃腸科内科	奥谷整形外科	田村内科クリニック

*掲載について同意を得た医療機関のみ記載

出典：高知県医療政策課調べ（平成29年10月現在）

(図表 30) 在宅療養支援病院

保健医療圏	医療機関	
安芸	田野病院	
中央東	南国中央病院	
高知市	川村病院 高知生協病院 だいいちりハビリテーション病院 竹下病院 函南病院	高知厚生病院 島津病院 近森オルソリハビリテーション病院 平田病院
中央西	いの病院	
高幡	くぼかわ病院	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：高知県医療政策課調べ（平成29年10月現在）

(2) 在宅医療に必要な連携を担う拠点（調整機能）

(図表 31) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

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

目標

1 退院支援

項目	直近値	目標値 (平成 35 年度)	直近値の出典
退院前カンファレンスを 実施している医療機関数 (退院支援実施医療機関数)	54 か所	60 か所	保険医療機関の管内指定 状況 (四国厚生支局) (平成 29 年 8 月時点)

2 日常の療養支援

項目	直近値	目標値 (平成 35 年度)	直近値の出典
多職種連携のための 情報通信技術 (ICT) を 導入した施設数	54 か所	250 か所	在宅医療・介護連携の ICT 連携システム構築事 業事務局より
訪問診療を実施している 医療機関数 (※)	133 か所	151 か所 (H32:149 か所)	平成 28 年 高知県在宅医療実態調査
訪問看護ステーション数	61 か所	66 か所	平成 29 年 高知県訪問看護ステーシ ョン連絡協議会調べ
訪問看護ステーション 従事者数	280 人	330 人	平成 28 年 高知県従事者届け
訪問診療を受けた患者数 (月間) (※)	2,617 人	2,971 人 (H32:2,945 人)	平成 28 年 高知県在宅医療実態調査
往診を実施している 医療機関数 (※)	249 か所	279 か所 (H32:277 か所)	こうち医療ネットにおい て往診可と登録している 医療機関数
訪問歯科診療を実施するため 施設基準の届出を行っている 歯科診療所数 <訪問診療を行っている 歯科診療所数>	275 <144>	300 <200>	保険医療機関の管内指定 状況 (四国厚生支局) <高知県歯科医師会調査 (平成 28 年 6 月調査)>

在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局に占める1年間に在宅患者訪問薬剤管理指導(医療)及び居宅療養管理指導(介護)を実施した薬局の割合	25.5%	50%	高知県薬剤師会調査 (平成28年7月調査)
--	-------	-----	--------------------------

3 急変時の対応

項目	直近値	目標値 (平成35年度)	直近値の出典
急変時の受入可能病院・有床診療所数(※)	37か所	42か所 (H32:41か所)	平成28年 高知県在宅医療実態調査
24時間体制をとる訪問看護ステーション数・従事者数	45か所 219人	45か所 219人 (維持)	平成29年 高知県訪問看護ステーション連絡協議会調べ

4 看取り

項目	直近値	目標値 (平成35年度)	直近値の出典
在宅看取りを実施している医療機関数(※)	133か所	151か所 (H32:149か所)	平成28年 高知県在宅医療実態調査
看取り数(年間)(※)	612人	694人 (H32:688人)	平成28年 高知県在宅医療実態調査

<目標値の設定における考え方について(療養病床から生じる追加的需要に対する対応)>

地域医療構想の必要病床数の推計に関連して、通常的人口構造の変動とは別に、病床の機能分化・連携に伴って療養病床から新たに生じる、在宅医療等(介護施設含む)の追加的需要(以下「追加的需要」)が、国より示されました。

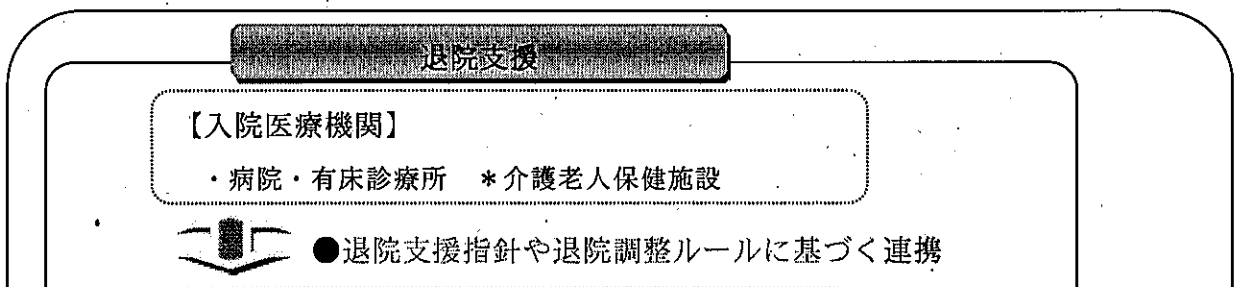
(追加的需要については、「第10章 第3節 5 保健医療計画及び介護保険事業計画で考慮が必要な追加的需要の推計について」で記載)

県では、この追加的需要について、市町村(介護保険者)及び医師会等の関係者と協議を行い、在宅医療で対応するもの、介護施設で対応するものについて、整理を行いました。

このうち、在宅医療で対応する追加的需要については、高齢化等の影響による在宅医療の需要増加に上乗せして見込み、これを基に上記の目標値(※)部分を設定しています。

なお、介護保険事業(支援)計画との整合性の観点から、平成32年度の目標値も設定しています。

<参考1> 在宅医療の医療連携体制図



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。

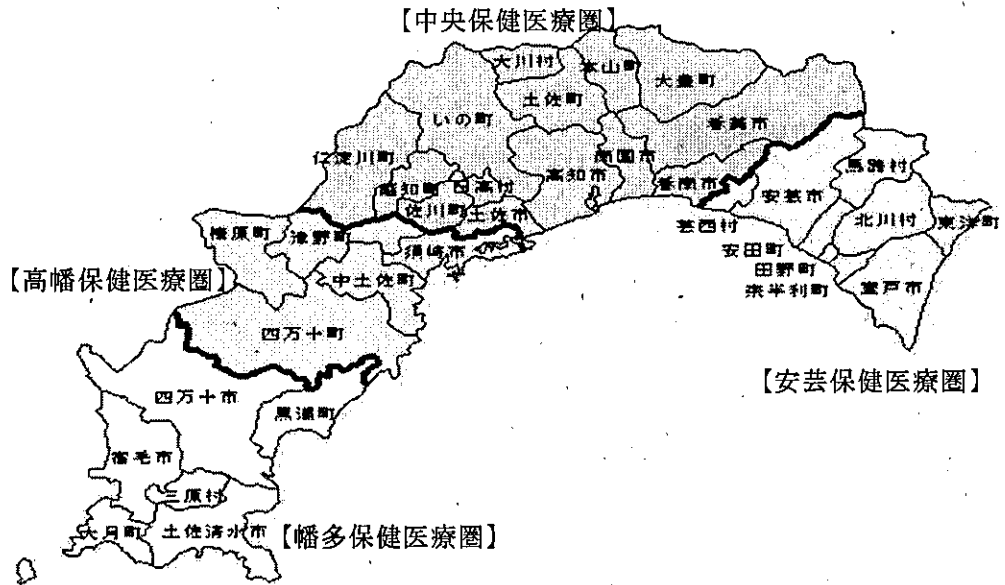
区 分	機 能	単 位
一次保健医療圏	県民の健康管理や一般的な疾病への対応など、県民の日常生活に密着した保健・医療サービスが行われる区域	市町村
二次保健医療圏 (医療法第30条の4 第2項第12号の区域)	一体の区域として病院における入院に係る高度・特殊な医療を除いた一般的な入院医療や、治療及びリハビリテーションに至るまでの包括的な保健・医療サービスが行われる区域	圏域
三次保健医療圏 (医療法第30条の4 第2項第13号の区域)	専門性の高い、高度・特殊な医療サービスが行われる区域	全県域

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) 高知県の二次保健医療圏



(図表 3-2) 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 m ²)	人口 (人)	人口密度 (人/K m ²)
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	1,128.51 (15.9%)	48,350 (6.7%)	42.8
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%)	536,869 (73.7%)	178.5
高幡保健医療圏	須崎市 中土佐町 檜原町 津野町 四万十町	1,405.32 (19.8%)	56,173 (7.7%)	40.0
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	1,561.72 (22.0%)	86,884 (11.9%)	55.6
	合計	7,103.93 (100.0%)	728,276 (100.0%)	102.5

出典：平成 27 年国勢調査（総務省統計局）、平成 28 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

平成 29 年 3 月 31 日付医政発 0331 第 57 号厚生労働省医政局長通知「医療計画について」では、第 6 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、推計流出院患者割合が 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月より県立あき総合病院が新体制で始動し、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おり、今後改善が期待されること。

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の改善を図っており、前回計画策定時と比較し流出入院患者割合が増加しておらず、今後改善が期待されること。

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つては、同一圏内にあつ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過している地域（病床過剰地域）では、原則、病院の開設や増床、病床の種別の変更などが制限されますが、病床過剰地域であることを理由に、当該地域にある医療機関に病床削減の義務が課されるものではありません。

二次保健医療圏	基準病床数 (A)	既存病床数 (B) (平成 29 年 11 月 30 日現在)	(B) - (A)
安 芸			
中 央			
高 幡		P 評価推進部会当日に配布予定	
幡 多			
県 計			

※下記に該当する診療所については、届出により一般病床を設置することができます（事前協議必要）。

○次のいずれかに該当する診療所（届出予定を含む。）で、医療審議会（部会）の議を経た診療所

・診療報酬上の在宅療養支援診療所の届出をしている診療所

・診療報酬上の在宅療養支援診療所の連携診療所で、緊急時入院施設として届出をしている診療所

○国民健康保険法に基づく第1種・第2種へき地診療所及びへき地保健医療対策実施要綱に基づいて設置されるへき地診療所

○産科又は産婦人科を標榜するとともに分娩を取扱う診療所

(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。

病床種別	基準病床数 (A)	既存病床数 (B) (平成 29 年 11 月 30 日現在)	(B) - (A)
精神病床		P 評価推進部会当日に配布予定	

(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。

病床種別	基準病床数 (A)	既存病床数 (B) (平成 29 年 11 月 30 日現在)	(B) - (A)
結核病床			

P 評価推進部会当日に配布予定

(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。

病床種別	基準病床数 (A)	既存病床数 (B) (平成 29 年 11 月 30 日現在)	(B) - (A)
感染症病床 (第 1 種) (第 2 種)			

P 評価推進部会当日に配布予定

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 15.9) | + | (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 0.90)

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

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

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

※在宅医療等対応可能数について、「第 10 章 第 3 節 5 保健医療計画及び介護保険事業計画で考慮が必要な追加的需要の推計について」の項目で算出方法を記載

<既存病床数の算定方法>

- 病院の一般病床及び療養病床を算定
- 有床診療所の一般病床（平成19年1月1日以後に使用許可を受けたものに限る）及び療養病床
- 介護老人保健施設については、入所定員数に0.5を乗じた数を既存病床数に算定
※経過措置により、平成29年現在は原則算定対象外
- 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。

$$\text{「精神病床の基準病床数」} = \frac{(\text{平成32年度末の入院需要(患者数)}) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})}{(\text{病床利用率(国の告示0.95)})}$$

(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。

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

(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

