

地域医療構想（素案）について

高知県地域医療構想
(素案)

平成28年 月

高知県

目 次

第 1 章 基本的事項	頁
1 構想策定の主旨	1
2 構想の位置付け	2
3 構想の策定体制	3
第 2 章 高知県の現状	
1 県の人口構成	4～6
2 医療提供体制の状況	7～11
3 療養病床実態調査	12～14
第 3 章 構想区域の設定	
1 構想区域の基本的な考え方	15
2 構想区域の設定	15～16
3 中央区域におけるサブ区域の設定	17
第 4 章 将来の医療需要の推計	
1 療養病床報告制度	18
2 医療需要の推計方法	19～22
3 医療圏間の患者流出入の状況	22
4 医療需要の推計結果及び必要病床数	23～26
5 病床の機能分化等により在宅医療等へ移行する患者	27
第 5 章 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策	
1 病床機能の分化及び連携の推進	28～29
2 在宅医療の充実（地域包括ケアシステムの確立）	29～30
3 医療従事者の確保・養成	30
4 地域医療介護総合確保基金の活用	31

第6章 地域医療構想策定後の推進体制及び役割

- 1 構想策定後の推進体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32～33
- 2 関係団体の役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34

第7章 各構想区域の状況

- 1 安芸区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・
- 2 中央区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・
- 3 高幡区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・
- 4 幡多区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・

第8章 資料

第1章 基本的事項

1 構想策定の主旨

現在日本では、人口減少や高齢化が急速に進展しており、平成37年（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歳以上となる高齢化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ても、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年6月に「地域医療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に関する法律」（平成26年法律第83号）が成立しました。また、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、医療資源の効果的かつ効率的な配置と、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、「地域医療構想」を策定するものです。

本県では全国に先行し高齢化が進んでいる厳しい状況の中で、「日本一の健康長寿県構想」を策定し、保健・医療・福祉の各分野の課題解決に向けて取り組んでいます。

その中の医療提供体制の確保については、「第6期高知県保健医療計画（平成25年度～平成29年度）」に基づき、県民一人ひとりの健康を支え、質が高く効率的な保健医療サービスが提供される体制の構築に向けて取り組んでいます。

そのような取り組みを踏まえ、保健医療計画の一部となる地域医療構想については、日本一の健康長寿県構想の目指す姿、保健医療計画の基本理念の2つの考え方に基づいて策定を行います。

日本一の健康長寿県構想（第3期）の目指す姿

「県民の誰もが住み慣れた地域で、
安心して暮らし続けられることができる高知県の実現」

第6期高知県保健医療計画の基本理念

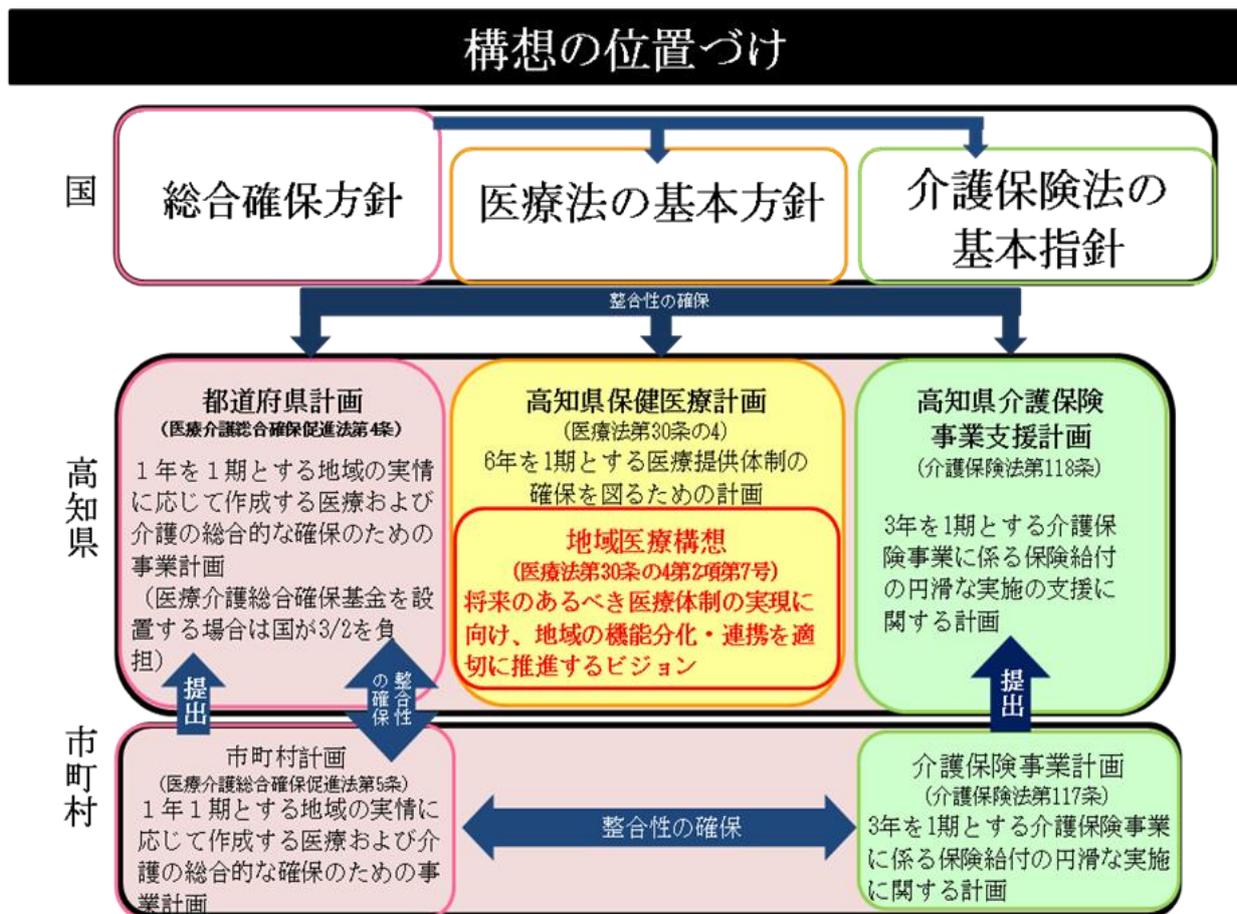
「県民誰もが安心して医療を受けられる環境づくり」

2 構想の位置付け

医療法第30条の4の規定に基づき、「第6期高知県保健医療計画（平成25年3月～平成30年3月）」の一部（別冊）として位置づけます。

また、医療介護総合確保法に基づく県計画（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）、介護保険事業支援計画（介護保険法）、「日本一の健康長寿県構想」等の県が策定する各種構想や計画との整合性の確保を図ります。

（図1-1 地域医療構想の位置づけ）

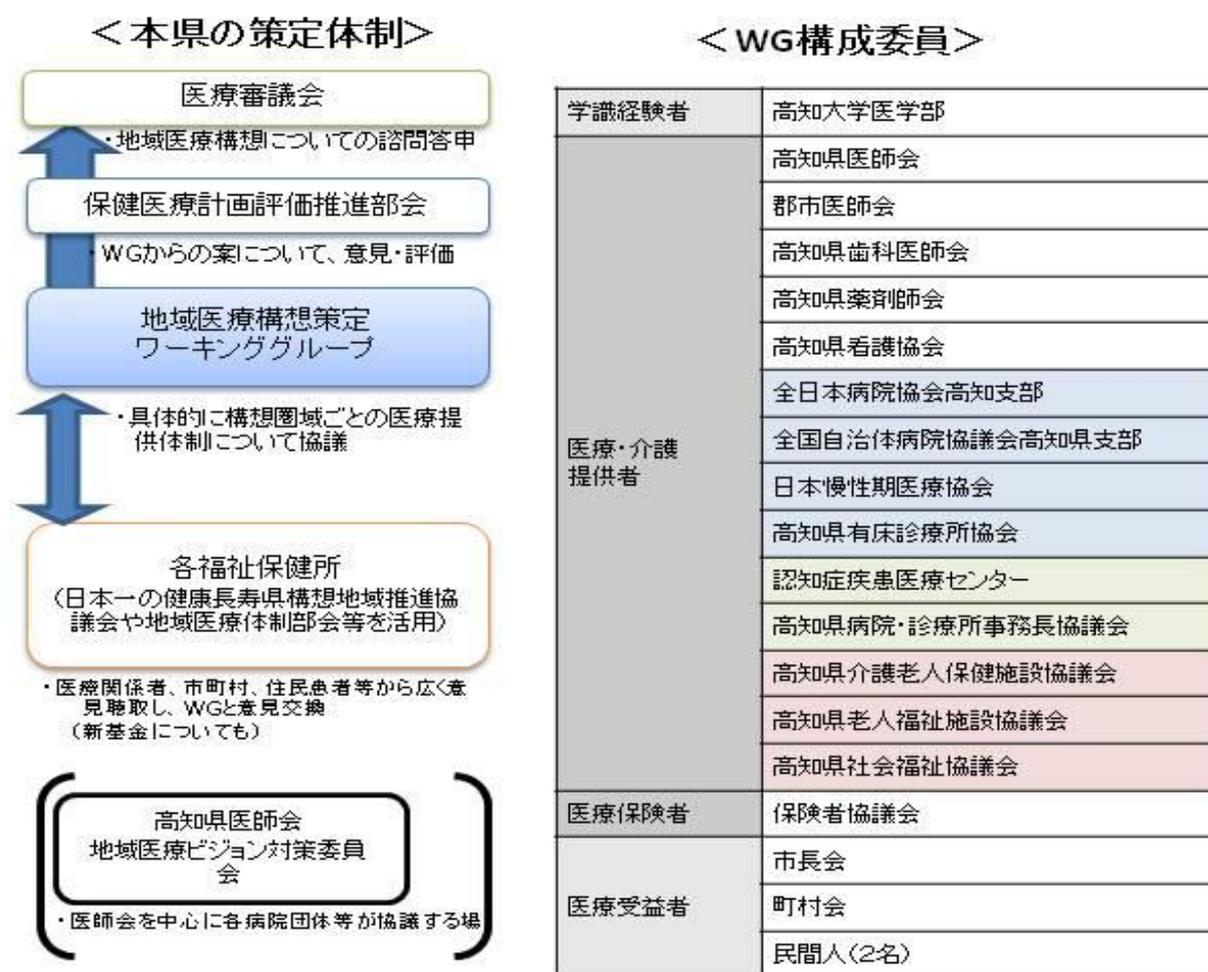


3 構想の策定体制

地域医療構想の策定に当たっては、高知県医療審議会の保健医療計画評価推進部内に医療・介護・福祉をはじめとした関係者による地域医療構想策定ワーキンググループ（以下、地域医療構想策定WGという。）を設置しました。

策定に当たっては、各福祉保健所で設置されている協議会を通じて、構想区域ごとに医療関係者や市町村、住民患者等から広く意見を聴取し、さらに高知県医師会地域医療ビジョン対策委員会において病床数等調整実施の当事者の意見についても聴取したうえで、地域医療構想WGにおいて、構想区域ごとの医療提供体制等について協議を行い、その結果については、高知県保健医療計画と同様に、医療審議会に諮問し策定しています。

（図1－2 地域医療構想の策定体制のイメージ図）



第2章 高知県の現状

1 県の人口構成

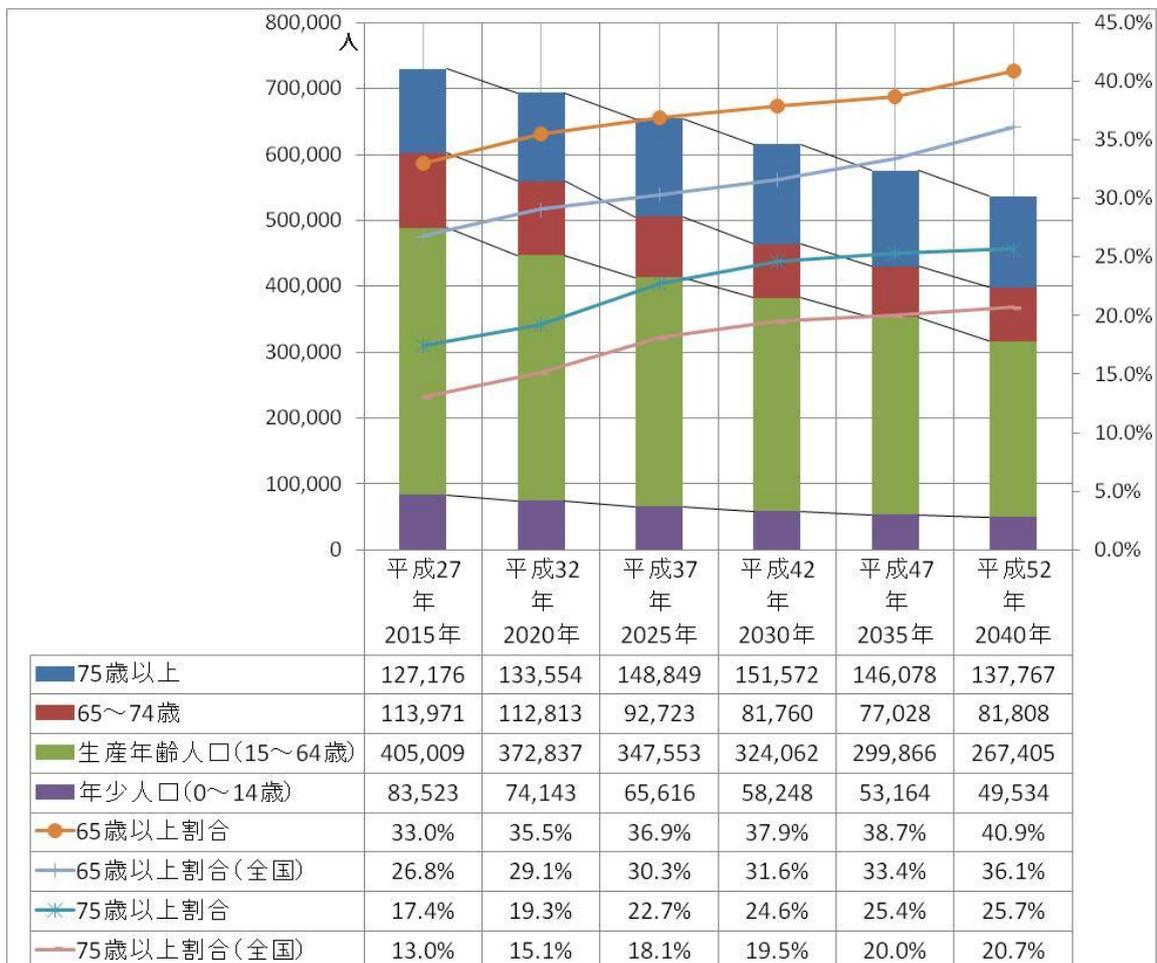
(1) 人口構成の変化の見通し

本県の総人口は、昭和30年をピークに減少に転じ、昭和50年から一旦回復したものの昭和60年から再び減少し、平成27年の国勢調査速報値では約72万8千人となりました。また、全国に先行して高齢化が進行し、高齢者人口はH32年にはピークを迎え、その後は減少に転じると見込まれています。しかし、高齢化率については、少子化の進行により総人口が減少することから、H32年以降も上昇する見込みです。そのため、団塊の世代が後期高齢者となる平成37年(2025年)以降は、県民の約4割が65歳以上になると予測されています。

平成26年時点の高齢化率は32.2%となっており、秋田県の32.6%に続いて全国第2位であり、全国でも特に高齢化が進んでいる状況にあります。

また、地域別にみると、中央医療圏が約54万人、全体の73.7%と集中していますが、このうち高知市が33万7千人と、県全体の46.3%を占めており、同市への一極集中が際立っています。(詳細情報 第7章各構想区域の状況)

(図2-1 高知県の将来推計人口・高齢化率)



(2) 高齢者世帯数の変化の見通し

平成22（2010）年の国勢調査によると本県の一般世帯のうち、世帯主が65歳以上の高齢者世帯は約12万4千世帯で全世帯に占める割合は38.6%であり、全国平均の31.2%と比較して高い水準にあります。推計では今後も上昇を続け、平成37年には46.5%となり、その後は同水準で推移する見込みです。

また、高齢者世帯のうち単独世帯については、約4万7千世帯で全世帯に占める割合は14.6%であり、全国平均9.6%と比較しても高い水準にあります。推計では今後も上昇を続け、平成37年には18.6%となり、その後も上昇を続け平成47年には20.0%になる見込みです。

(表2-2 本県の高齢者世帯数の推移)

項目	平成22年 2010年	平成27年 2015年	平成32年 2020年	平成37年 2025年	平成42年 2030年	平成47年 2035年
全世帯数 千世帯	321	317	309	296	281	265
高齢世帯数（65歳以上） 千世帯	124	138	141	138	132	124
高齢単独世帯数（65歳以上） 千世帯	47	53	55	55	54	53
全世帯に占める高齢世帯の割合 %	38.6	43.5	45.8	46.5	46.8	46.8
全世帯に占める高齢世帯の割合（全国） %	31.2	35.7	37.8	38.4	39.3	40.8
全世帯に占める高齢単独世帯の割合 %	14.6	16.6	17.9	18.6	19.3	20.0
全世帯に占める高齢単独世帯の割合（全国） %	9.6	11.4	12.6	13.4	14.2	15.4

『日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）』（2014年4月推計）

国立社会保障・人口問題研究所

(3) 認知症高齢者数の変化の見通し

本県の認知症高齢者数について、要介護認定における「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の割合（全国値）に基づいて推計すると、平成27年では24,600人ですが、平成37年には6,300人増加し、30,900人になると見込まれています。

(老年人口＝65歳以上人口×日常生活自立度Ⅱ以上)

(表2-3 本県の認知症高齢者数の推移)

区分		平成27年 2015年	平成32年 2020年	平成37年 2025年	平成27年に対する 平成37年の増減
認知症割合 (65歳以上人口当たり)		10.2%	11.3%	12.8%	+2.6ポイント
認知症 高齢者数 (人)	県計	24,600	27,800	30,900	+6,300
	安芸	2,000	2,200	2,300	+300
	中央	16,800	19,300	21,600	+4,800
	高幡	2,300	2,600	2,800	+500
	幡多	3,400	3,800	4,200	+800

※『日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）』（国立社会保障・人口問題研究所）による本県の老年人口に、「「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について」（平成24（2012）年8月24日付け厚生労働省発表）における日常生活自立度Ⅱ以上の割合を乗じた数値

よって県計と4区域の合計とは一致しない場合がある

2 医療提供体制の状況

(1) 医療人材の状況

①医師

平成 26 年の本県の医師数（医療施設の従事者数）は、2,162 人で平成 22 年よりも 67 人増加しています。医師数は全国的にも増加していますが、本県の人口 10 万人あたり医師数は 293 人と全国平均 233 人よりも高い数値となっており、全国第 4 位となっています。

全国と比較し本県の医師数は多くなっていますが、医師の中央医療圏への集中の一方、その他の医療圏では不足しており地域で偏在が生じていることや、若手医師の減少による医師の年齢構成の偏在、産婦人科の減少による診療科の偏在等の問題が生じています。

ただし、医師養成奨学貸付金や研修制度の充実等の医師確保の取組により、30 歳未満の若手医師の数は平成 20 年の 135 人から平成 26 年には 153 人に増加しており、医師確保の取組による改善が見られます。

(表 2-4 医師数の推移)

(単位：人)

	平成 22 年		平成 24 年		平成 26 年	
高知県の医師数	2,183	(285.6)	2,224	(295.7)	2,232	(302.4)
うち医療施設の従事者	2,095	(274.1)	2,136	(284.0)	2,162	(293.0)
全国の医師数	295,049	(230.4)	303,268	(237.8)	311,205	(244.9)
うち医療施設の従事者	280,431	(219.0)	288,850	(226.5)	296,845	(233.6)

※ () 内は人口 10 万人対

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

②歯科医師

平成 26 年の本県の歯科医師数（医療施設の従事者数）は、503 人で平成 22 年よりも 28 人増加しています。歯科医師数は全国的にも増加していますが、本県の人口 10 万人あたり歯科医師数は 68.2 人と全国平均 79.4 人よりも低い数値となっています。

また、医療圏ごとの偏在は比較的少なく、医師ほど著しくありません。

(表 2-5 歯科医師数の推移)

(単位：人)

	平成 22 年		平成 24 年		平成 26 年	
高知県の歯科医師数	484	(63.3)	507	(67.4)	518	(70.2)
うち医療施設の従事者	475	(62.1)	492	(65.4)	503	(68.2)
全国の歯科医師数	101,576	(79.3)	102,551	(80.4)	103,972	(81.8)
うち医療施設の従事者	98,723	(77.1)	99,659	(78.2)	100,965	(79.4)

※ () 内は人口 10 万人対

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

③薬剤師

平成 26 年の本県の薬剤師数（医療施設の従事者数）は、1,370 人で平成 22 年よりも 24 人増加しています。薬剤師数は全国的にも増加していますが、本県の人口 10 万人あたり薬剤師数は 185.6 人と全国平均 170 人よりも高い数値となっています。

全国と比較し本県の薬剤師数は多くなっていますが、本県の薬剤師の平均年齢が高くなっており年齢構成に偏在が生じていることや、今後の調剤業務に加え、チーム医療の推進、在宅医療への参画、かかりつけ薬局機能の充実等が求められることから、薬剤師のニーズが拡大することから、薬剤師の確保の取り組みが必要となります。

（表 2－6 薬剤師数の推移）

（単位：人）

	平成 22 年		平成 24 年		平成 26 年	
高知県の薬剤師数	1,642	(214.8)	1,698	(225.8)	1,669	(226.2)
うち医療施設の従事者	1,346	(176.0)	1,366	(181.7)	1,370	(185.6)
全国の薬剤師数	276,517	(215.9)	280,052	(219.6)	288,151	(226.7)
うち医療施設の従事者	197,616	(154.3)	205,716	(161.3)	216,077	(170.0)

※（ ）内は人口 10 万人対

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

④看護職員等

平成 26 年の本県の看護師と准看護師の合計数は、13,622 人で平成 22 年よりも 784 人増加しています。看護師数は全国的にも増加していますが、本県の人口 10 万人あたり看護師数は 1,317.4 人と全国平均 855.2 人を大きく上回り、全国第 1 位となっています。

一方、平成 26 年の助産師は 162 人で平成 22 年より 7 人減少しています。

全国と比較し本県の看護師数は多くなっていますが、中央医療圏へ集中による地域偏在により中山間地域では看護師や訪問看護師が不足しています。

（表 2－7 看護職員等の数の推移）

（単位：人）

		平成 22 年		平成 24 年		平成 26 年	
高知県	看護師	8,522	(1,114.8)	9,196	(1,222.9)	9,700	(1,314.4)
	准看護師	4,316	(564.6)	4,108	(546.3)	3,922	(531.4)
	助産師	169	(22.1)	162	(22.0)	162	(22.0)
全国	看護師	952,723	(744.0)	1,015,744	(796.6)	1,086,779	(855.2)
	准看護師	368,148	(287.5)	357,777	(280.6)	340,153	(267.7)
	助産師	29,672	(23.2)	31,835	(25.0)	33,956	(26.7)

※（ ）内は人口 10 万人対

資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

(2) 医療機関・病床の状況

①病院数

平成 26 年の本県の病院数は 130 施設で、人口 10 万人あたりでは 17.6 施設と、全国平均の 6.7 施設を大きく上回り、全国第 1 位となっています。

医療区域別では、特に幡多と中央の 2 つの圏域で多く、なかでも高知市とその周辺に集中するなど、都市部と中山間地域では大きな差が生じています。

また、本県の病院数の特性として、全国と比較して病院数全体に占める公立病院数の割合が少なく、民間病院数の割合が高くなっています。

(表 2 - 8 病院機関数)

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	
安芸	7	6	3	1
	14.1	12.1	6.0	2.0
中央	96	88	64	8
	17.7	16.2	11.8	1.5
高幡	8	7	6	1
	14.0	12.2	10.5	1.7
幡多	19	18	12	1
	21.3	20.2	13.4	1.1
高知県	130	119	85	11
	17.6	16.1	11.5	1.5
全国	8,493	7,426	3,848	1,067
	6.7	5.8	3.0	0.8

※厚生労働省「医療施設調査」(平成 26 年(2014)年)

※上段は実数、下段は人口 10 万人対(二次医療圏は H26.10.1 高知県推計人口調査により算定)

(表 2 - 9 中小病院・大病院の割合、公的病院・民間病院の割合)

医療区域	病院数	中小病院	大病院	公的病院	民間病院
		200 床未満割合	500 床以上割合		
安芸	7	71.4%	0.0%	14.3%	85.7%
中央	97	81.4%	4.1%	10.3%	89.7%
高幡	8	87.5%	0.0%	12.5%	87.5%
幡多	19	89.5%	0.0%	15.8%	84.2%
県全体	131	82.4%	3.1%	11.5%	88.5%
全国	255	68.9%	5.1%	22.4%	77.6%

※平成 28 年 2 月 29 日現在の病院一覧について(高知県医事業務課)

②病院病床数

平成 26 年の本県の病床数は 18,320 床で、人口 10 万人あたりでは 2,482.4 床と全国平均の 1,234.0 床を大きく上回っています。また、そのうち療養病床については、人口 10 万人あたり 903.7 床と、全国平均の 258.2 を大きく上回り全国 1 位となっています。

理由としては、高知県が全国に先行して高齢化が進展し、独居の高齢者が多く、家庭での介護力もせい弱であることや、通院に不便な中山間地域が多いことから、疾患を抱えた場合は、家庭での療養が困難であり、その受け入れ先となってきたためと推測されます。

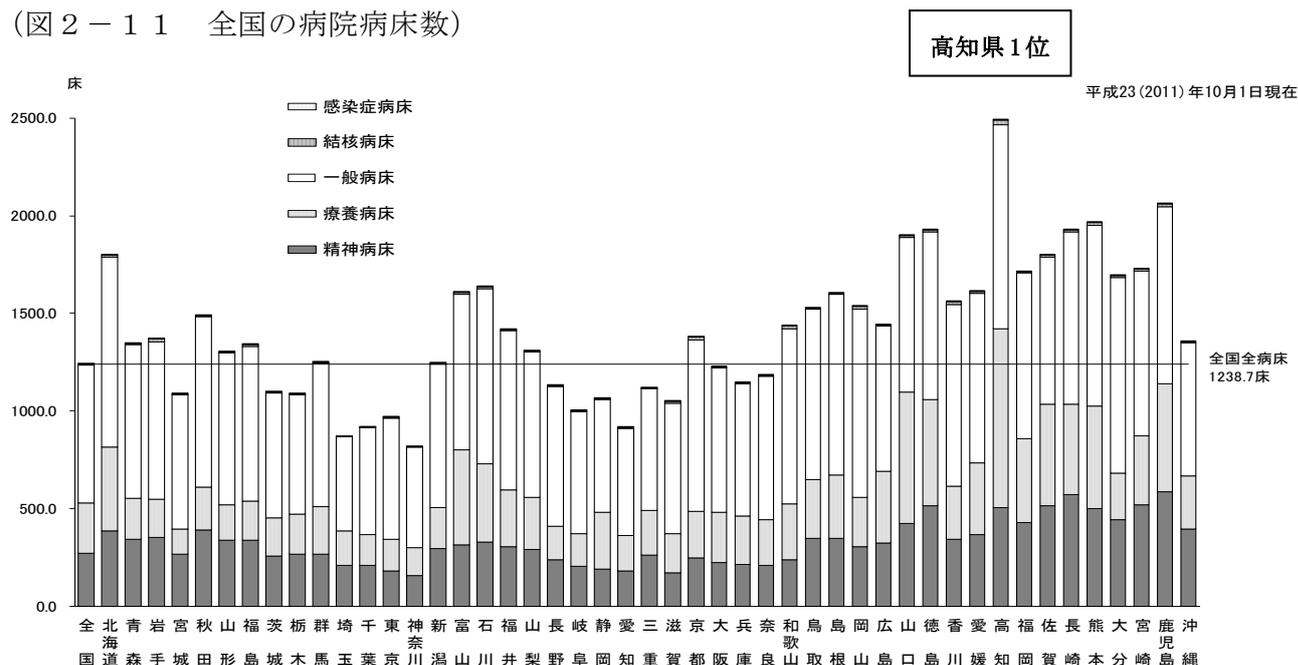
(表 2 - 1 0 病院病床数)

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	941	349	176	411	5	0
	1,896.1	703.2	354.6	828.2	10.1	0.0
中央	14,470	6,327	5,363	2,698	74	8
	2,671.5	1,168.1	990.1	498.1	13.7	1.5
高幡	986	326	442	218	0	0
	1,721.6	569.2	771.8	380.6	0.0	0.0
幡多	1,923	855	688	349	28	3
	2,155.2	958.2	771.1	391.1	31.4	3.4
高知県	18,320	7,857	6,669	3,676	107	11
	2,482.4	1,064.6	903.7	498.1	14.5	1.5
全国	1,568,261	894,216	328,144	338,174	5,949	1,778
	1,234.0	703.6	258.2	266.1	4.7	1.4

※厚生労働省「医療施設調査」(平成 26 年(2014)年)

※上段は実数、下段は人口 10 万人対(二次医療圏は H26.10.1 高知県推計人口調査により算定)

(図 2 - 1 1 全国の病院病床数)



③一般診療所・歯科診療所数及び病床数

平成 26 年の本県の一般診療所数は 569 施設で、人口 10 万人当たりでは 77.1 施設と、全国平均の 79.1 施設を若干下回っていますが、病床数で見ると全体で 1,466 床、人口 10 万人当たりで 202.6 床となり、全国平均の 88.4 床を上回っています。

また、歯科診療所数は 370 施設で、人口 10 万人当たりでは 50.1 施設と、全国平均の 54 施設を若干下回っています。

(表 2 - 1 2 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 施設数	
	施設数	有床診療所			無床診療所	病床数	病床数		
		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			療養病床		
安芸	41 82.6	5 10.1	0 0.0	36 72.5	51 102.8	51 102.8	0 0.0	23 46.3	
中央	422 77.9	73 13.5	2 0.4	349 64.4	1,227 226.5	1,210 223.4	17 3.1	272 50.2	
高幡	41 71.6	3 5.2	1 1.7	38 66.4	57 99.5	51 89.1	6 10.5	25 43.7	
幡多	65 72.8	11 12.3	1 1.1	54 60.5	160 179.3	154 172.6	6 6.7	50 56.0	
高知県	569 77.1	92 12.5	4 0.5	477 64.6	1,495 202.6	1,466 198.7	29 3.9	370 50.1	
全国	100,461 79.1	8,355 6.6	1,125 0.9	92,106 72.5	112,364 88.4	100,954 79.4	11,410 9.0	68,592 54.0	

※厚生労働省「医療施設調査」(平成26年(2014)年)

※上段は実数、下段は人口10万人対(二次医療圏はH26.10.1高知県推計人口調査により算定)

3 療養病床実態調査

現在の療養病床に入院している患者の実態を把握するため、「療養病床実態調査アンケート」を実施しました。

(1) 調査の概要

調査日：平成27年12月11日

調査対象：療養病床を有する医療機関の療養病床に入院する全患者

対象施設：89施設 医療療養病床 4,795床

介護療養病床 1,978床

回答施設数：86施設 医療療養病床 4,552床（回答率：94.9%）

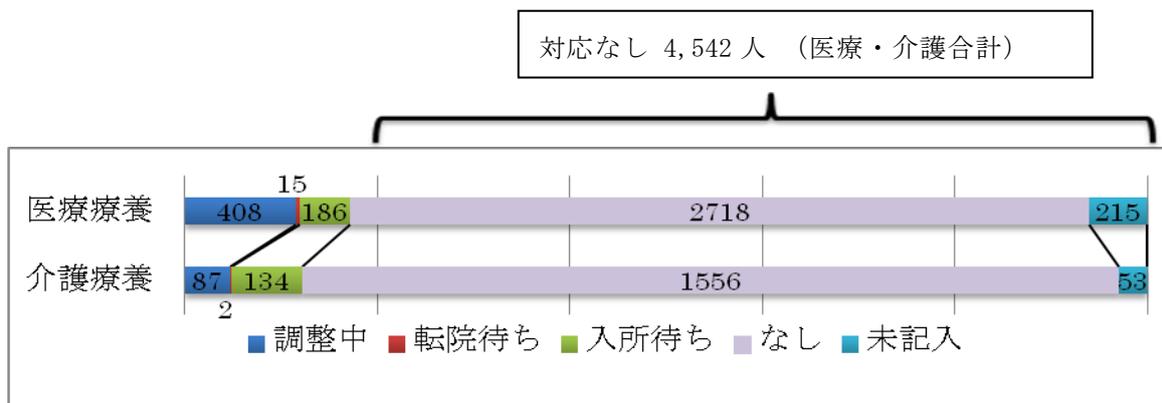
介護療養病床 1,948床（回答率：98.5%）

(2) 調査の結果

①入院患者の行き先について

医療療養病床と介護療養病床の入院患者の行き先については、4,542人の患者は受け入れ先がなく、これは全体（5,374人）の約85%に当たります。

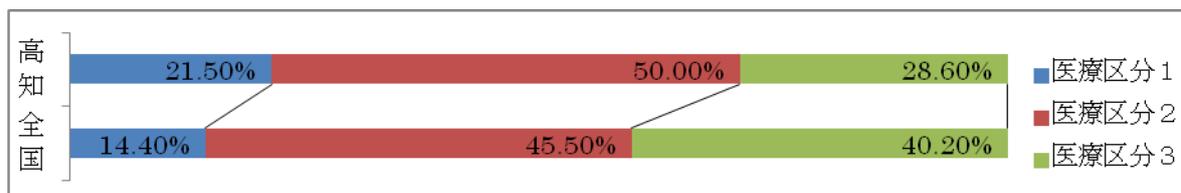
（図2-13 医療療養と介護療養の比較）



②入院患者の状態について（医療区分、ADL区分）

医療療養病床と介護療養病床の入院患者の状態については、全国と比較して医療区分が軽度な患者が多いです。しかし、医療の必要度が低い患者（医療区分1,2）の日常生活自立度の低い患者（ADL区分3）が全国より多く、介助が必要な患者が多くなっています。

（図2-14 全国との比較）



<高知県>

医療療養病床 n=3,470

	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3	計
医療区分1	6.7%	8.1%	6.7%	21.5%
医療区分2	9.0%	16.3%	24.7%	50.0%
医療区分3	2.5%	4.3%	21.8%	28.6%
計	18.1%	28.7%	53.2%	100.0%

介護療養病床 n=718

	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3	計
医療区分1	6.4%	26.9%	48.9%	82.2%
医療区分2	0.1%	1.9%	10.7%	12.8%
医療区分3	0.0%	0.1%	4.9%	5.0%
計	6.5%	29.0%	64.5%	100.0%

療養病床実態調査アンケート(高知県H27.12.11)

<全国>

医療療養病床 n=12,410

	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3	計
医療区分1	3.2%	5.2%	6.0%	14.4%
医療区分2	5.0%	12.3%	28.2%	45.5%
医療区分3	2.5%	7.8%	29.9%	40.2%
計	10.6%	25.3%	64.0%	100.0%

介護療養病床 n=1,746

	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3	計
医療区分1	8.3%	17.0%	34.6%	59.9%
医療区分2	1.5%	9.5%	18.8%	29.8%
医療区分3	3.5%	0.9%	6.0%	10.4%
計	13.3%	27.3%	59.5%	100.0%

日本慢性期医療協会医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査
調査日：平成27年5月31日
調査対象：日本慢性期医療協会正会員1143件

③患者、家族と医療機関側の療養病床への入院必要性の認識にずれが生じています。
患者、家族が療養病床での入院が望ましいと考えている人数が、病院の退院支援担当が療養病床での入院が望ましいと考えている人数よりも多くなっています。

(調査結果)

患者・家族 が望ましいと考える療養環境
内 医療療養病床＋介護療養病床 4,081 床
退院支援担当者 が望ましいと考える療養環境
内 医療療養病床＋介護療養病床 3,405 床

(表2-15 療養病床実態調査の集計結果)

<患者・家族>

<退院支援担当者>

病床区分	医療療養	介護療養	合計	4,081	医療療養	介護療養	合計	3,405
一般病床	9	3	12	↑	11	3	14	↑
医療療養病床	2,489	36	2,525					
介護療養病床	99	1,457	1,556					
介護老人保健施設	75	22	97					
介護老人福祉施設	175	115	290					
有料老人ホーム	39	2	41					
軽費老人ホーム(ケアハウス)	15	1	16					
認知症高齢者グループホーム	29	4	33					
サービス付き高齢者住宅	16	1	17					
自宅	261	24	285					
その他	24	6	30					
不明	227	132	359					
未記入	84	29	113					
合計	3,542	1,832	5,374		3,542	1,832	5,374	

④前回調査との比較（前回調査平成18年実施）

調査項目	比較等（平成27年度状況）
1 療養病床入院患者の医療区分	医療療養病床は、医療区分2が最も多く、平成18年調査と比較して医療区分3が増加し、医療区分1が減少している。介護療養病床は医療区分1が最も多く、平成18年調査と比較して医療区分3が増加し、医療区分2が減少している。
2 医療療養病床入院患者の医療区分ごとのADL区分	ADL区分3が最も多く、平成18年調査と比較してADL区分3が増加している。
3 医療療養病床における医療処置について	吸痰吸引、経管栄養、酸素療法、膀胱カテーテル、点滴等が多く、特に夜間の吸痰吸引が多い
4 介護療養病床における医療処置について	吸痰吸引、経管栄養、胃ろう、膀胱カテーテル等が多く、特に夜間の吸痰吸引が多い
5 介護療養病床入院患者の要介護度	要介護5が6割いる。平成18年度調査と比較して要介護4以上が増加している。
6 住居と世帯の状況	自宅が8割前後で、単身世帯都高齢者のみの世帯が半分以上である。平成18年調査と大きな差はない。
7 所得の状況	医療療養病床は、低所得Iが最も多く、平成18年調査に比べて低所得者の割合が増加している。介護療養病床は、利用者負担第2段階が最も多く、平成18年調査に比べて利用者第2、3段階が増加し、利用者第1、4段階が減少している。
8 家庭での介護者の状況	医療療養病床及び介護療養病床入院患者とも、日中、夜間とも介護できる人がいないが最も多く、平成18年調査に比べて増加している。
9 療養病床入院患者の医療や介護の必要性を踏まえた望ましい施設	望む施設は医療療養病床が最も多く、介護療養病床が続き。介護施設を望ましいと考える割合が、減少している。特に患者家族は医療療養病床を望んでいる。

（参考）療養病床のあり方検討会について（開催 平成27年7月（第1回）～平成28年1月（第7回））

<検討会の目的>：性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービス提供体制を整備するため、介護療養病床を含む療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行う。

<検討内容>

（1）新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な条件

○基本的な考え方

「医療」、「介護」、「住まい」のニーズを併せ持つ高齢者に対して、これまでの類型にない、日常的な医学的管理、一定程度の介護に加え、「住まい」の機能を同時に満たす新たな類型として、利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備や、経管栄養や喀痰吸引等を中心とした日常的・継続的な医学管理や、充実した看取りやターミナルケアを実施する体制が求められる。

○新たな選択肢に求められる基本的な条件

- ・利用者の視点
- ・実現可能性の視点

（2）考えられる選択肢

○個別の制度や法律等については、社会保障審議会医療部会、介護保険部会等において議論を行うものであり、本検討会ではそこでの議論を行うことを前提として、新たな類型を新たな選択肢として追加・提示している。

- ・医療を内包した施設類型
- ・医療を外部から提供する「住まい」と医療機関の併設類型

第3章 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）

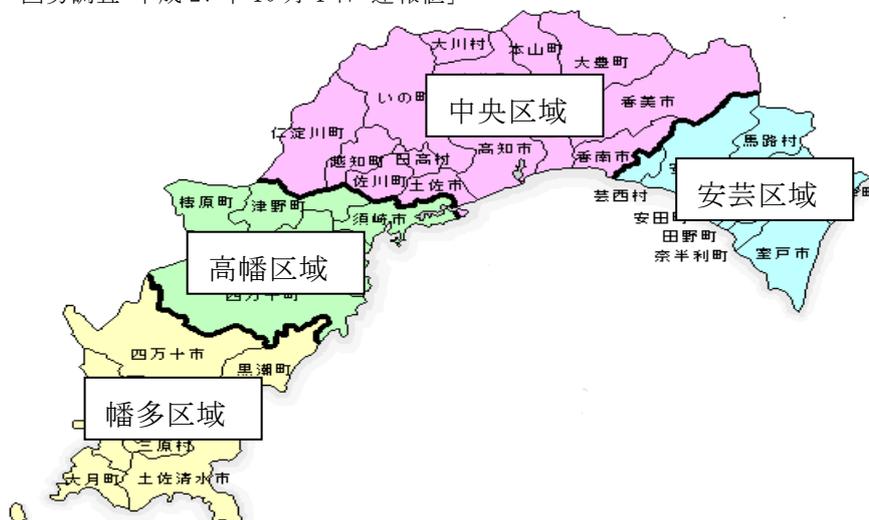
2 構想区域の設定

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。

（図3-1 構想区域の構成市町村）

構想区域	構成市町村	面積 (K m ²)	人口 (人)	人口密度 (人/K m ²)
安芸区域	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	1,128.98 (15.9%)	48,329 (6.7%)	42.8
中央区域	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	3,008.77 (42.3%)	537,100 (74.0%)	178.5
高幡区域	須崎市 中土佐町 椿原町 津野町 四万十町	1,405.44 (19.8%)	56,129 (7.3%)	39.9
幡多区域	宿毛市 土佐清水市 四万十市 大月町 三原村 黒潮町	1,561.97 (22.0%)	86,903 (12.0%)	55.6
合 計		7,105.16 (100.0%)	728,461 (100.0%)	102.5

総務省「国勢調査 平成27年10月1日 速報値」



(参考) 現行(第6期高知県保健医療計画)の二次医療圏の設定の考え方

平成24年3月30日付医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知「医療計画について」では、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、推計流出入院患者割合が20%以上となっている既設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、人口や入院流入の割合を基に分割や合区を行うと、住民の生活実態や医療連携体制の上で著しい支障が生じる恐れがあり、適切ではないこと。特に、近い将来発生が予測される南海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24年4月に地域の中核病院である県立病院が再編されたが、今後、平成26年4月の新病院全体の完成に向け、医師の確保や診療体制の強化を図ることで地域医療が充実し、流出入院患者割合が減少することが期待されること。
- 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ることとする。

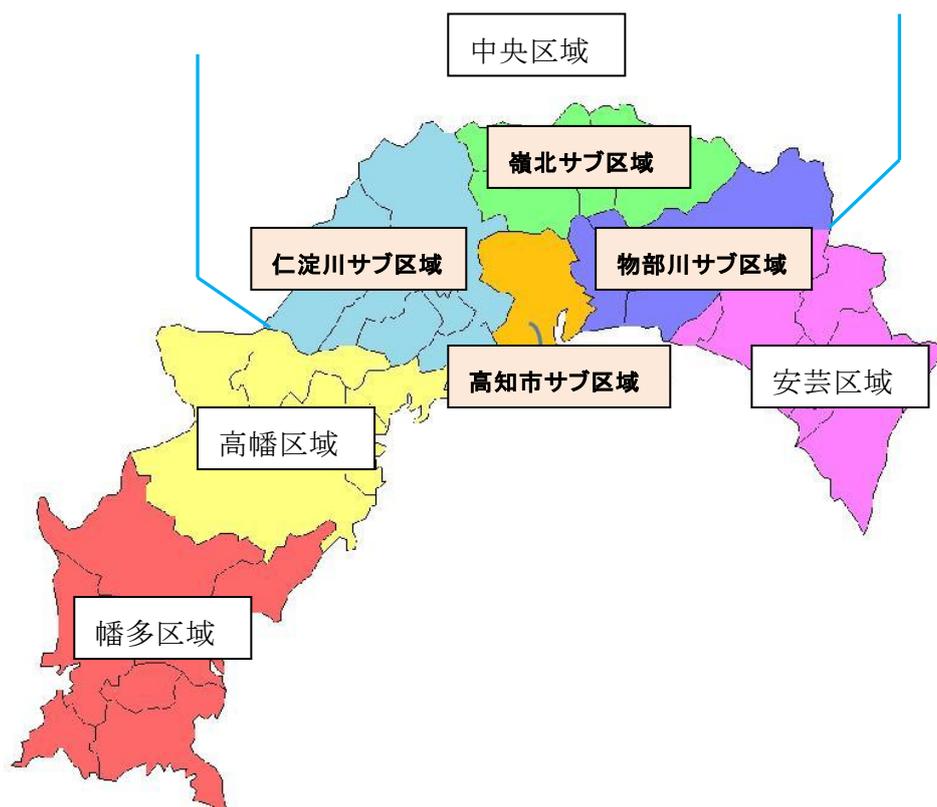
なお、本県面積の約4割、人口の約7割を占める中央保健医療圏にあつては、同一圏内にあつても地域による病床数の大きな偏りが生じている状態であるため、県は、圏内の病床の移動によって高知市などの都市部への更なる病床集中を来たさないような対応を講じます。

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3-2 サブ区域のイメージ図等)

<p>中央区域内のサブ区域</p> <ul style="list-style-type: none">・物部川サブ区域(中央東福祉保健所)・嶺北サブ区域(中央東福祉保健所)・高知市サブ区域(高知市保健所)・仁淀川サブ区域(中央西福祉保健所)	<p>※日常的な医療の例</p> <ul style="list-style-type: none">・かかりつけ医機能・保健・福祉・介護との連携・急性増悪時の一時受入れ・回復期リハビリテーション・退院調整 <p>等</p>
---	---



第4章 将来の医療需要の推計

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（2014年度）から新たに、国において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を、毎年度、県に報告するものです。

(表4-1 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

今後は、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の報告された内容と、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、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機能分化・連携を推進していきます。

(2) 病床機能報告の状況

平成27年度の報告については、下記のとおりとなります。

(表4-2 平成27年度病床機能報告の結果)

(単位：床)

県計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床・無回答等
15,222	895	5,482	1,642	6,971	232

2 医療需要の推計方法

平成37（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る基礎データを基に都道府県において推計します。

（1）高度急性期、急性期、回復期機能

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、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、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。

（表4－3 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) 慢性期機能及び在宅医療等

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、一般病床のように医療資源投入量に基づく分析が困難であることから、慢性期機能の中に在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提（推計方針）に立った上で、療養病床の入院受療率の全国の地域差を縮小するよう一定の幅の中で推計することとされています。

具体的には、療養病床の入院患者数のうち、「医療区分1の患者の70%を在宅医療等に対応する患者数」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します。

地域差を縮小するための入院受療率については、構想区域ごとに以下のパターンAからパターンBの範囲内で定めることとされています。

なお、一定の要件に該当する場合には、入院受療率の達成年次を平成37（2025）年から平成42（2030）年とする（パターンC：特例）ことができます。

パターンA：全ての構想区域の入院受療率を全国最小値にまで低下させる

パターンB：構想区域ごとの入院受療率と全国最小値との差を一定割合解消する

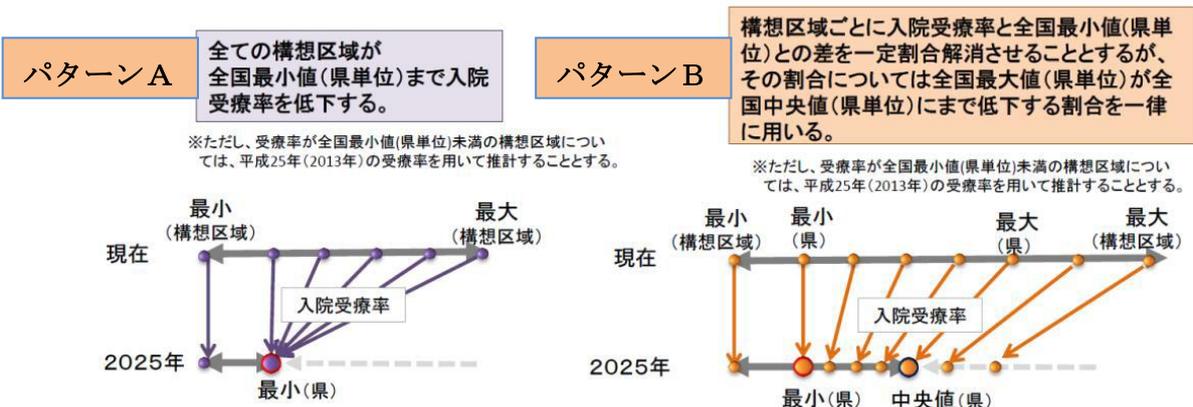
パターンC：パターンBの入院受療率の達成年次を、平成37（2025）年から平成42（2030）年とする

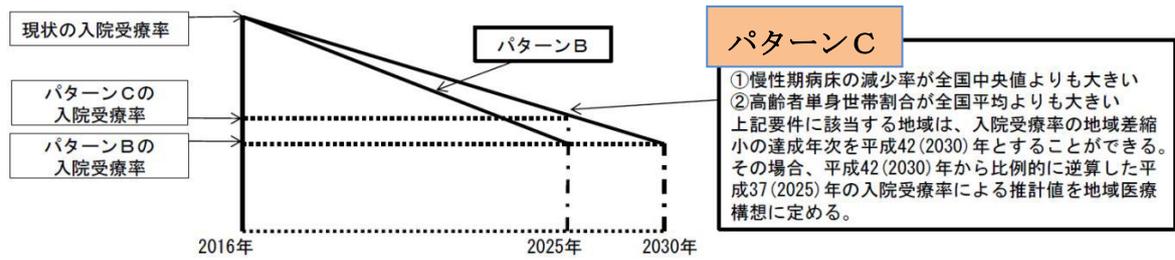
※パターンCの要件

- 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。

本県においては、上記の要件に該当するため安芸、中央、高幡、幡多の4つの構想区域すべてにおいて、パターンCによる入院受療率を用いて医療需要を推計しています。

(図4-4 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)

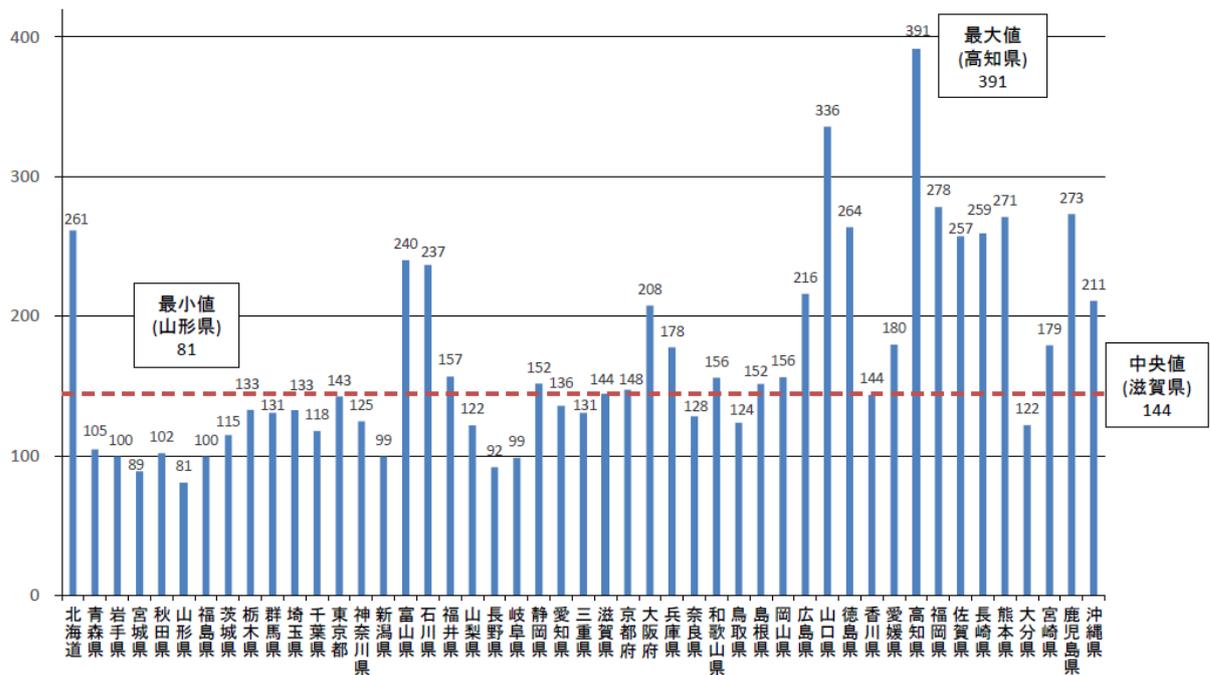




(図4-5 療養病床の都道府県別入院受療率)

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)



(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」)

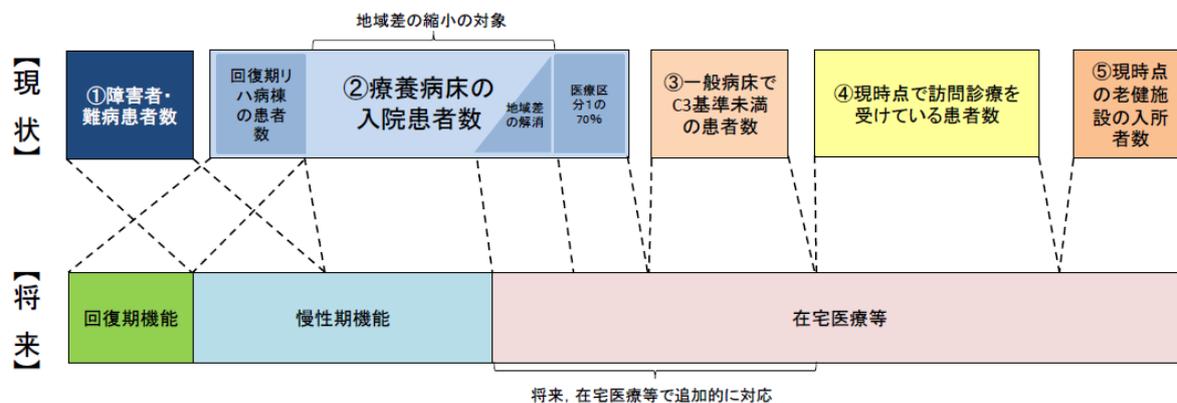
(3) 在宅医療等の医療需要推計の考え方

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。

- ① 慢性期の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%及び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
- ② 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
- 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平成37(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
- 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平成37(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

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4-6 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ)

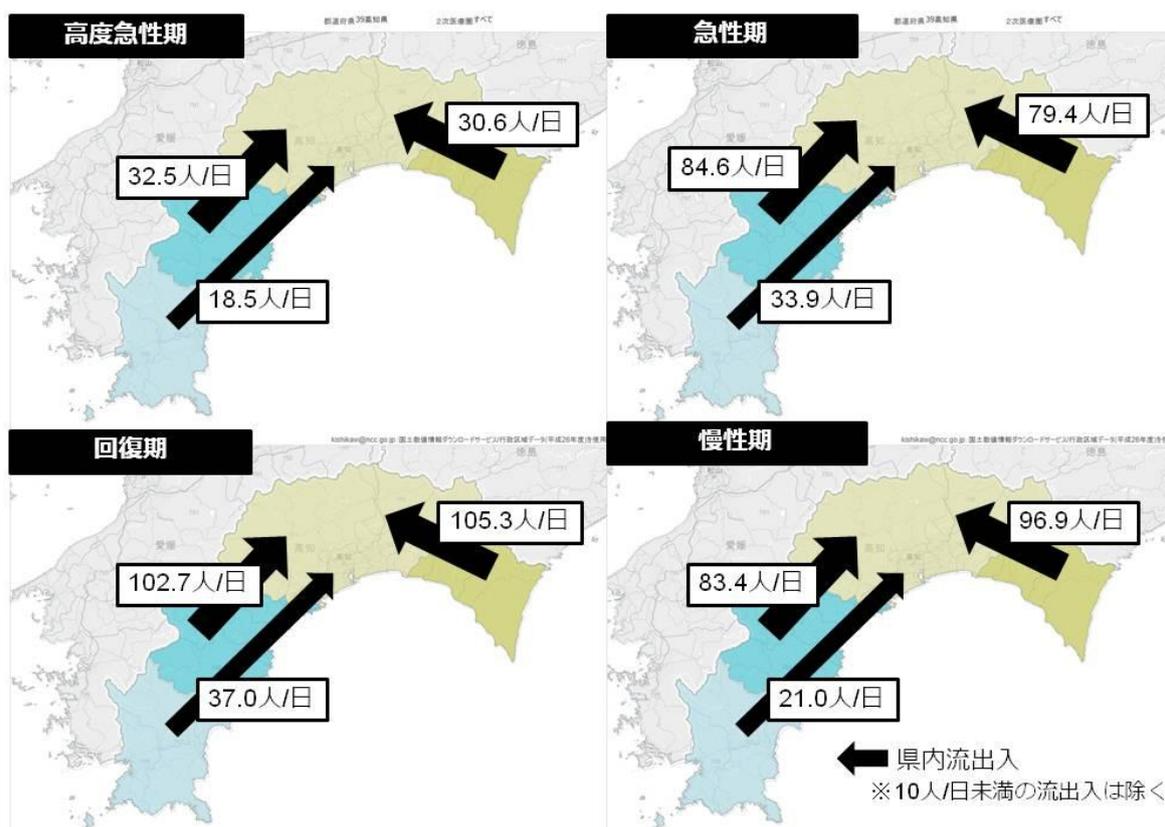


3 医療圏間の患者流出入の状況

現在の医療提供体制が今後も継続した場合、県内における平成37年（2025年）の患者流出入の状況は下図のとおりです。

現在の患者の流出入を基に推計を行っており、平成37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4-7 医療圏間の患者流出入の状況（平成37年推計）)



4 医療需要の推計結果及び必要病床数

(1) 医療需要の推計結果

平成37年(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、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、圏域ごとに患者住所地で推計値をまとめたものになります。

(表4-8 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	平成37(2025)年	平成37(2025)年
		医療需要(患者数) ＜医療機関所在地ベース＞ (人/日)	医療需要(患者数) ＜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	1815.2	1,610.1
	回復期	2401.9	2,135.4
	慢性期*	3304.5	3,100.3
	小計	8071.8	7,317.0
	在宅医療等	8,833.70	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	1,491.80	1,524.6
県計	高度急性期	607.9	628.4
	急性期	2219.3	2,228.9
	回復期	2962.6	2,956.1
	慢性期*	3939.4	3,922.3
	合計	9729.2	9,735.7
	在宅医療等	11,889.60	11,909.5

*慢性期は、入院受療率の達成年次を2025(平成37)年から2030(平成42)年とするパターンC(特例)で推計

(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、下記の調整を行ったものが、平成37（2025）年における必要病床数（病床の必要量）となります。

(必要病床数の推計における調整方法)

○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、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（患者住所地ベース）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の急性期については、中央区域への患者流出割合が20％以上となっている現状を踏まえ、以下のとおり調整を行います。

①医療機関所在地ベースの病床数に流出入差の一定割合を加算します。

②このうち、安芸区域については、必要病床数を推計するためのデータが県立あき総合病院の開院（平成26年4月）以前のものであり、日本一の健康長寿県構想の安芸地域推進協議会においてDPCデータ等に基づいた意見が出されたことを踏まえ、開院以降における患者流出の減少を考慮した加算を検討します。

③県全体の必要病床数が患者住所地ベースとなるよう中央区域の必要病床数を調整します。

※患者流出が20％以上である安芸、高幡は二次医療圏として不十分ですが、地域性を考慮し流出入を調整したうえで基準病床数を定めています。（第6期高知県保健医療計画）

(表4-9 必要病床数の推計結果)

(単位：床)

医療機関所在地	医療機能	平成37(2025)年	平成37(2025)年	平成37(2025)年 必要病床数
		医療需要(病床数) <医療機関所在地ベース>	医療需要(病床数) <患者住所地ベース>	
安芸	高度急性期	0.0(10未満)	56.3	
	急性期	88.6	199.0	
	回復期	141.9	268.0	
	慢性期*	118.1	224.1	
	小計	348.6	747.4	
中央	高度急性期	733.5	628.3	
	急性期	2,327.2	2,064.2	
	回復期	2,668.7	2,372.7	
	慢性期*	3,591.8	3,369.9	
	小計	9,321.2	8,435.1	
高幡	高度急性期	20.4	65.5	P
	急性期	157.2	264.3	
	回復期	169.7	283.8	
	慢性期*	185.7	268.1	
	小計	533.0	881.7	
幡多	高度急性期	56.6	87.9	
	急性期	272.2	330.2	
	回復期	311.4	360.1	
	慢性期*	386.3	401.3	
	小計	1,026.5	1,179.5	
県計	高度急性期	810.5	838.0	
	急性期	2,845.2	2,857.7	
	回復期	3,291.7	3,284.6	
	慢性期*	4,281.9	4,263.4	
	合計	11,229.3	11,243.7	

*慢性期は、入院受療率の達成年次を2025(平成37)年から2030(平成42)年とするパターンC(特例)で推計

パターンCにおける平成42(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
3,191.8	187.0	2,505.7	193.3	305.8

P

本県では、この推計値を必要病床数(暫定推計値)としつつ、引き続き検証していき、不足する機能を充足するよう病床の機能の分化及び連携を推進します。

また、慢性期機能の必要病床数は、国の「療養病床の在り方等に関する検討会」の動向や本県が実施した医療療養病床入院患者の実態調査の結果を踏まえると、現状では慢性期医療を入院医療と在宅医療とに明確に区分することが難しいため、〇〇〇床以上とします。

なお、地域医療構想の達成に向けた病床機能の分化及び連携については、構想区域における各医療機能の医療需要に基づき、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進めることとされています。



(3) 病床機能報告結果と必要病床数との比較

平成37年（2025年）の必要病床数は、平成26年と比較し、全体で〇〇〇床少ない推計と
なっています。

これは、平成37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、医療機能別では、
高度急性期、急性期及び慢性期が多く、回復期が〇〇〇床不足しています。

なお、病床機能報告は、医療機関が定性的な基準による病棟単位の自己申告をしていも
のであり、一方、必要病床数の推計は、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ているため、比較・分析に当たっては留意する必要があります。

(表4-11 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27（2015）年 病床機能報告 における報告結果 （A）	平成37（2025）年 必要病床数 （B）	平成37（2025）年 に向けた 病床数の過不足 （A） - （B）
安芸	高度急性期	0		
	急性期	290		
	回復期	42		
	慢性期*	235		
	休床・無回答等	3		
	小計	570		
中央	高度急性期	889		
	急性期	4,224		
	回復期	1,308		
	慢性期*	5,674		
	休床・無回答等	190		
	小計	12,285		
高幡	高度急性期	0	P	P
	急性期	299		
	回復期	88		
	慢性期*	508		
	休床・無回答等	0		
	小計	895		
幡多	高度急性期	6		
	急性期	669		
	回復期	204		
	慢性期*	554		
	休床・無回答等	39		
	小計	1,472		
県計	高度急性期	895		
	急性期	5,482		
	回復期	1,642		
	慢性期*	6,971		
	休床・無回答等	232		
	合計	15,222		

*慢性期は、入院受療率の達成年次を2025(平成37)年から2030(平成42)年とするパターンC(特例)で推計

5 病床の機能分化等により在宅医療等へ移行する患者

地域全体で治し、支える「地域完結型」医療への転換を図る中で、将来、介護施設や高齢者住宅、更には外来医療を含めた在宅医療等の医療・介護ネットワークでの対応が必要になると想定される患者数は、「医療・介護情報活用による改革の推進に関する専門調査会」の推計では平成37（2025）年の段階で4,700人程度と見込まれます。

なお、4,700人程度と見込まれる在宅等での受療に移行する患者数は、「表4-8 構想区域ごとの医療需要の推計結果」の在宅医療等の推計患者数に含まれています。

将来の各市町における在宅医療等へ移行する患者数を、平成37（2025）年における65歳以上人口のうち、各市町が県全体に占める割合を基に算出しました。

（表4-10 在宅医療等へ移行する患者数）

（単位：人）

二次医療圏	在宅医療等で追加的に対応する患者数（2025）
安芸	349
中央	3,288
高幡	423
幡多	640
合計	4,700

第5章 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策

平成37年（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 在宅医療の充実（地域包括ケアシステムの確立）
- 3 医療従事者の確保・養成

また、施策の推進に向けては、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、急性期機能を選択する医療機関が多く、各医療区域で病床機能に偏りが生じており、将来の医療需要に対応し、各地域で機能区分ごとの必要病床数を不足なく確保していく必要があります。

また、入院から退院までの支援が十分でないため、関係機関の連携強化が必要です。

【施策の方向】

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を促進します。また、関係機関の連携体制を強化することにより、適切な医療提供体制を構築します。

【取組内容】

- ・地域医療構想調整会議において、地域の関係者が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て継続して協議・調整を行っていきます。特に回復期病床が不足しているため転換を促進します。
- ・医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議を進めるための、病床機能報告等必要なデータ分析や情報を共有します。
- ・地域医療介護総合確保基金等を有効活用して、病床の転換に必要な施設・設備整備等への支援を進めていきます。
- ・患者にとって適切な医療サービスの提供体制を構築するため、ICTを活用し必要情報を共有することにより、医療機関や在宅療養、介護関係者などの関係機関の連携体制を強化します。

(慢性期医療の取り扱いについて)

慢性期医療の提供体制等の在り方については、在宅医療の整備と一体的に検討する必要がありますとされています。

現在、国の「療養病床の在り方に関する検討会」において、医療提供側に求められる機能の在り方、医療提供形態の在り方、療養病床における医療等の在り方、療養病床以外の医療・介護サービス提供体制の在り方等が検討されています。

今後、同検討会からの報告を踏まえ、社会保障審議会等において制度改正に向けて議論されることとなっていることから、この状況を見て地域医療構想調整会議において検討していきます。

2 在宅医療の充実（地域包括ケアシステムの確立）

【現状・課題】

今後さらに在宅医療の需要の増加が見込まれる中、本県の在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所数は全国平均の約半数であり、特に中央区域の高知市に集中しており、地域偏在があります。また、訪問看護事業所についても不足しています。

一方で、家庭での介護力が弱く、地理的にも中山間地域が多いためアクセスが悪く、患者が点在しているため訪問等の効率も悪い状況にあります。

しかし、県のニーズ調査では療養が必要になって居宅において生活したいという県民の高いニーズがあります。

そのため、病床の機能分化・連携の推進に当たり、退院後の受け皿となり、患者の療養生活を支える在宅医療提供体制（地域包括ケアシステム）の整備を図る必要があります。

【施策の方向】

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、在宅医療提供体制の整備を促進します。

【取組内容】

- ・在宅医療連携拠点を中心とした多職種協働による在宅医療提供体制の構築
- ・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
- ・療養病床から老人保健施設等への転換の促進
- ・在宅医療の各機能（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）における適切な連携体制の構築
- ・医療資源が十分でない地域では、自宅での在宅医療の提供に限らない、へき地等医療対策も含めた介護施設等での対応の検討
- ・訪問看護サービスの充実（訪問看護ステーションへの支援）
- ・あったかふれあいセンター機能強化

- ・ 認知症カフェ
- ・ 急変時に24時間対応できる医療機関との連携作り
- ・ 在宅で受けられる医療・介護に関する患者や家族への適切情報提供
- ・ 患者にとって適切な医療サービスの提供体制を構築するため、ICTを活用し必要情報を共有することにより、医療機関や在宅療養、介護関係者などの関係機関の連携体制を強化します。

3 医療従事者の確保・養成

【現状・課題】

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が重要です。

増加が見込まれる在宅医療を担う医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の確保・養成するとともに、在宅医療と介護の連携を深めるための人材育成を図っていく必要があります。

また、へき地等医療を担う総合診療医の養成が必要です。

【施策の方向】

医師が指導医・専門医の取得等のキャリアアップができ、県内定着を進めていくための体制を構築します。

在宅医療を担う医療従事者（特に訪問看護師）の確保・養成を促進します。

【取組内容】

- ・ 在宅医療を担う医師の増加に向けた支援体制や情報提供の充実
- ・ 24時間対応できる訪問看護ステーションの増加に向けた訪問看護師の育成
- ・ 在宅医療を担う薬剤師の増加に向けた研修の実施
- ・ 歯科医師の在宅歯科医療に向けた支援体制の構築
- ・ 多職種が協働して在宅医療・介護を提供するための人材育成
- ・ へき地等医療を担う総合診療医の定着に向けた育成体制を構築

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>

- (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
- (3) 介護施設等の整備
- (4) 医療従事者の確保
- (5) 介護従事者の確保

第6章 地域医療構想策定後の推進体制及び役割

1 構想策定後の推進体制

(1) 地域医療構想調整会議

県は、医療法第30条の14に基づいて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。

(2) 中央区域調整会議部会

中央区域地域調整会議については、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。

(3) 地域医療構想調整会議連合会

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るため、病床に係る協議は各区域ごとでは完結しないため、調整等の場として連合会を設置します。

連合会の委員については、ワーキンググループのメンバーを基に、各地区調整会議の議長を加えて構成します。

病床機能及び増床等に関する事項は、原則連合会で協議し、各地区調整会議で承認等をしていきます。

(図6-1 地域医療構想推進体制)



 医療法第30条の14による調整会議 【議事①②③④(⑤⑥)】

 高度急性期等広域で調整が必要な時に開催 【議事⑤⑥】
(情報の共有及び基金事業等の地域に密接した事項以外はすべて)

 情報共有及び地域に密接する調整時には、地域の委員に限定して地域ごとに開催 【議事①④(②③)】
(法定の調整会議の開催とする。)

※中央地区調整会議の委員は、中央西、中央東（物部川・嶺北）日本一の健康長寿県構想推進協議会及び高知市の〇〇協議会の委員で構成する。

※在宅医療や地域包括ケア等については、これまで保健所ごとに協議を重ねてきており、引き続き、その協議会で情報の共有や意見等の収集を行っていくことが重要

(図6-2 議事、開催時期、参加者)

(「地域医療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 (※)	地域の实情に応じて、都道府県が <u>随時開催</u>	議事等に応じ、都道府県が選定
	②病床機能報告制度による情報等の共有	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	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、市町村など幅広く 都道府県が選定
	機能の 病院の 開設・ 増床、 医療 の 対応	⑤開設・増床等の許可申請の内容に関する協議 (法30の14③)	医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合に <u>随時開催</u>	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りて都道府県が選定
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 <u>随時開催</u>	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りて都道府県が選定	

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

(※) 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

2 関係団体の役割

地域医療構想策定後は、関係団体が構想の理念の達成に向けてそれぞれの役割を担う必要があります。

- (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。

- ①地域では住民、医療提供者、保険者の3者が中心となり、行政（首長含む）が連携して日常的な医療を支え、保健所がそれを調整する
- ②住民は、医療を受けるものとしての努力義務を果たす
- ③医療提供者は、プロフェッショナルとして質の高い医療が最大限効率的に提供されるよう努める
- ④医療機関経営者は、プロフェッショナルとして質の高い医療経営を行うよう努める
- ⑤保険者は、加入者ができるだけ長く健康でいられ、医療が必要になっても質の高い医療を安く効率的に受けられるよう、健康投資や医療の質の評価に必要なデータを提供するよう努める
- ⑥地域では日常的な医療について、住民を中心に包括的に対応できる体制を作る
- ⑦日常的な医療と連携し高知型福祉や予防の質についても効率を上げることで、県民の人生の質を高める

- (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）の体制をもって広域でこれを効率的に支えます。

- ① 県は医療計画の5疾病5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、その質と効率性について評価のために必要なデータを提供する

第7章 各構想区域の状況

1 安芸区域

2 中央区域

3 高幡区域

4 幡多区域

第8章 資料