

京都府地域包括ケア構想（地域医療ビジョン）の概要

平成29年3月
健康福祉部

1 構想の趣旨

- 平成37年（2025年）に団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる超高齢社会を迎え、医療・介護・福祉への需要は益々増大する中、地域包括ケアの取り組みを一層加速化する必要があります。
- 京都府では、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、医療・介護・介護予防・住まい・日常生活の支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現に向け、全国に先駆けて京都地域包括ケア推進機構を設立し、医療・介護・福祉のオール京都体制で取り組んできました。
- 超高齢社会の進展に伴い、慢性的な疾患を幾つも抱える高齢者が増加する中、これまでの完全治癒・早期復帰を目指す病院完結型の医療から、健康づくり、疾病予防から在宅等でのQOLを高める生活支援を含めた地域全体を支える地域完結型医療へ転換し、住み慣れた地域で医療・介護サービスを受けることができる体制整備が必要です。
- このため、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要とされる方それぞれの状態にふさわしい適切な医療・介護を効果的・効率的に提供する体制を構築するために、平成37年（2025年）における、その地域にふさわしいバランスの取れた医療・介護体制構築に向けた指標として、京都府地域包括ケア構想（地域医療ビジョン含む）を策定することとしました。

2 構想の位置付け

- 京都府地域包括ケア構想は、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、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推進することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を図るためのものです。
- 平成26年に医療介護総合確保推進法が成立し、医療法を始めとする関係法律について所要の整備等が行われ、地域医療ビジョンは、「地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための将来の医療提供体制に関する構想（医療法第30条の4第2項第7号）」として、医療法第30条の4に基づく「京都府保健医療計画」の一部と位置付けられました。
- このため、地域包括ケア構想（地域医療ビジョン）は、「保健医療計画」、「高齢者健康福祉計画」など関連する計画と併せ、今後も見直しを行っていきます。

3 目標年次

平成37年（2025年）とします。

4 構想区域の設定

- 保健医療計画と同じ6区域（丹後、中丹、南丹、京都・乙訓、山城北、山城南）を設定します。

5 構想の主な内容

(1) 人口構造及び高齢者の現状及び将来推計

	平成27年 (2015年)	平成37年 (2025年)	平成52年 (2040年)
総人口	2,579,305人	2,499,460人 (96.9%)	2,223,586人 (86.2%)
65歳以上	691,964人	769,725人 (111.2%)	809,144人 (116.9%)
75歳以上	322,181人	483,506人 (150.1%)	467,069人 (145.0%)

() は、2015年を100%とした場合の比率

出典：平成27年人口…平成27年住民基本台帳人口
平成37年人口、平成52年人口…国立社会保障・人口問題研究所

(2) 居宅・介護施設等で提供される医療の必要量の推計

構想区域名	平成37年(2025年)における 必要量(人/日)
京都府計	39,979
丹後	1,553
中丹	2,546
南丹	1,465
京都・乙訓	27,498
山城北	5,551
山城南	1,366

出典：地域医療構想策定のための将来の医療需要推計データ（厚生労働省提供）

(3) 病院・診療所の医療需要に対する提供体制の目標値

構想区域名	平成37年(2025年)における病床数(床)				許可病床数 H28.5.1 現在
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	
京都府計	29,957				29,690
丹後	1,197				1,197
中丹	2,205				2,205
南丹	1,430	12,000~13,000	8,000~9,000	8,000~9,000	1,430
京都・乙訓	20,206				20,206
山城北	4,184				3,967
山城南	735				685

- 各病院において、病棟単位で高度急性期及び急性期として提供する医療内容を明確に区分することが困難であることから、個別に推計せず、両区分で12,000~13,000床の範囲とします。
- 回復期は、病床機能報告制度における地域包括ケア病棟の位置づけが明確でなく、各病院により位置づけが異なっていることから、8,000床~9,000床の範囲とします。
- 介護療養病床を含む慢性期は今後も維持する必要があること、入院医療と在宅医療を明確に区分することが困難であることから、8,000床~9,000床の範囲とします。

(4) 主な取り組み

①地域包括ケアシステムの推進

項目	現状と課題	施策の方向
地域包括ケアシステムの推進		
地域包括ケアシステムの強化	○ 医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、医療・介護・福祉のサービスを一体的に提供できる体制整備の充実が必要	○ 医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活の支援等が切れ目なく提供されるよう、市町村、保健所、京都地域包括ケア推進機構、地域包括ケア推進ネット、職能団体等と連携し、オール京都体制で地域包括

		ケアシステムを推進
認知症対策の推進	○ 厚生労働省研究班が高齢者の認知症有症率を15%と推計している中、認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、介護保険サービスだけでなく、医療、介護、福祉、地域が連携し、様々な環境整備が必要	○ 認知症の初期から看取り期まで、症状の進行に応じた適切な医療・介護・福祉サービスを馴染みのスタッフから受けることができる認知症総合センターと地域づくりを合わせて推進し、認知症になっても地域ぐるみで認知症の人を支える京都創発ケアモデルを目指し、もって病院機能の適正化を図る
看取り対策の推進	○ 地域にある資源と府民及び関係者の力を結集し、本人や家族が、変化していく状態や状況に応じ、療養する場所及び医療・介護サービス等が柔軟に選択できる環境と体制の構築が必要	○ 自宅、施設、病院における看取り体制の支援や、緩和ケアの充実、専門人材の養成と多職種協働の推進など、状態や状況に応じ、療養する場所及び医療・介護サービス等が柔軟に選択できる体制づくりを推進
リハビリ対策の推進	○ 誰もが住み慣れた地域で、安心して暮らせるようにするには、急性期から回復期、維持・生活期まで継続した総合的なリハビリテーション提供体制の整備が必要	○ 地域リハビリテーション支援センター、医療関係団体等と連携し、総合リハビリテーションを推進することで、適切で質の高いリハビリテーションを受けられる体制を強化
在宅医療の充実		
在宅医療の推進体制の整備	○ 地域住民の方々が安心して在宅等で療養するためには、病院、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員、訪問看護、訪問サービス、通所サービス等の体制が十分に整備されるとともに、入退院時、日常の療養生活、病状の急変時、看取り期などそれぞれの場面でのこれら多職種の連携が不可欠	○ 地域において増加する医療依存度の高い在宅高齢者等の受け皿として、必要な在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーションの新設・拡充を支援するとともに、地域において多職種が連携するための研修会等を実施
在宅歯科医療の充実	○ 通院が困難な在宅療養者、認知症の者、障害者（児）等の要介護者は、口腔ケアが不十分になりやすく、むし歯や歯周疾患による歯の喪失、誤嚥性肺炎などの危険性が懸念されるため、これらの者に対する在宅歯科医療、口腔ケア、摂食嚥下リハビリテーション等を行う体制の整備が必要	○ 自己での口腔ケアが困難な者に対して、医療分野や介護分野等と家族等が連携し、口腔機能管理を行う体制を整備
在宅等での薬剤管理の推進	○ 在宅等での薬剤管理には十分な知識・経験が求められており、今後、薬局が地域包括ケアシステムの一翼を担うためには、薬学的知見を用いたきめ細かな服薬指導、患者が服薬しやすい剤形・服用方法への処方変更提案等ができる「かかりつけ薬局・薬剤師」に加え、無菌調剤等の高度な調剤機能も必要	○ 在宅等に必要な知識、技術を有する「かかりつけ薬局・薬剤師」の在宅医療への参画を進めるとともに、地域の実情に応じ、薬局の無菌調剤への対応を支援
介護サービスの基盤整備と介護予防の推進		

施設サービスの確保	○ 今後、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者や重度の要介護者、医療的ケアが必要な高齢者も増加することが見込まれ、また、核家族化や単身高齢者の増加等、家庭環境の変化などを踏まえると、在宅等での生活が困難となり、介護保険施設や居住系施設への入所・入居が必要な方が増加	○ 介護保険施設については、地域の高齢者のニーズや介護する家族の就労状況等を踏まえ、市町村が介護保険事業計画で定めるサービス提供見込量及び現在の施設の整備状況等をもとに、必要となる入所定員総数を定め、その整備を促進
在宅サービスの充実	○ 一人暮らしの高齢者や高齢夫婦世帯が増加し、また、今後も認知症高齢者等の増加が見込まれる中で、在宅等での生活を希望する方が、地域の福祉・医療サービスとの連携を図りながら、できる限り住み慣れた地域や家庭で自立した生活が継続できるよう、サービスの充実や居宅サービスの基盤整備が必要	○ 高齢者が要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた地域で在宅生活が継続できるよう、介護サービスを充実 ○ 医療と介護など多職種の連携ができるよう、介護支援専門員の資質向上を図る
介護予防の推進	○ 高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を図るため、介護予防を積極的に推進することが必要	○ 介護予防が継続的に実施されるよう、住民主体の通いの場の創出などを支援
高齢者の住まいの確保と日常生活の支援		
高齢者の住まいの確保	○ 超高齢社会を迎え、単身世帯の高齢者や、介護を要する高齢者が増加することが見込まれるが、現在の持ち家や賃貸住宅には、高齢者にとって暮らしにくく、介護がしづらいものが少なくない。	○ 高齢者の暮らしには、生活の場としての住まいに加え、保健・医療・福祉・介護・生活支援等のサービスの提供が必要となる。高齢者が安心・安全・快適に暮らすことのできる住まいと、高齢者の心身の状況やニーズに応じたサービスが総合的に提供される環境を整備
日常生活の支援	○ ボランティア、NPO、住民組織等では、高齢者への配食、居場所作り等の助け合い活動が行われているが、さらに充実させていくことが必要	○ ボランティア、NPO、住民組織等による日常生活支援や居場所作り等の助け合い活動を推進
高齢者共生型まちづくり	○ 誰もが生涯にわたって共に支え合い、安心していきいきと暮らせる共生社会の実現が必要	○ 医療・介護施設の集積地をベースとして、多世代交流による地域コミュニティづくりや健康づくりなど「共生型まちづくり」の京都モデルを整備
健康づくりの推進	○ 京都府の平均寿命は男性80.21歳、女性86.65歳と全国平均をやや上回る一方、介護を要する期間が男性約10.00年、女性約13.54年と長期に渡ることが課題	○ がんや心疾患、腎不全の早期発見または重症化を遷延させるために、がん検診や特定健診の受診率向上対策や、医療と連携した糖尿病性腎症等の重症化予防を推進

②病床の役割強化及び連携の促進

項目	現状と課題	施策の方向

病床の役割強化及び連携の促進

<p>病床の役割強化及び連携の促進</p>	<p>○ 高齢化の進展による医療需要の増加に伴い、高度急性期から在宅医療まで切れ目のない医療提供体制の構築が必要。 2025年に向け、京都府全医療圏において、回復期機能を担う病床の拡充が必要 ○ 医療を受ける方が日頃から自らの状態に応じた医療機関を選択する意識を持ち、適切な受療行動がとることが重要</p>	<p>○ 地域に必要な機能を担う病院の運営に必要な人材の養成、配置の支援並びに病床機能の転換においては必要な施設・設備の整備や病床機能転換後の病棟運営に必要な人材の養成、配置への支援 ○ 行政や医療機関、保険者などの関係者が協働して住民への啓発に取り組む</p>
<p>医療機関の施設・設備の推進</p>	<p>○ 2025年に向け、必要となる病床機能を充足させ、需要と供給バランスの取れた医療提供体制を整備するには、医療機関の自主的な取組みを基本としながら、地域の人口や疾患、医療需要等に応じ、限られた医療資源を有効活用した病床機能転換と併せて在宅医療機能の強化、促進が必要</p>	<p>○ 病床機能転換に併せて医療機関が行う、地域の在宅医療供給体制充実に向けた事業を支援</p>
<p>疾病別・事業別の医療機能の強化と連携の促進</p>	<p>○ 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、構想区域を越えた連携体制の構築が必要</p>	<p>○ 高度急性期や一部の急性期など、緊急性の高い脳卒中、虚血性心疾患を含む救急医療については、アクセス時間等を考慮した連携体制の構築を図る</p>
<p>慢性期医療及び在宅医療等の患者へのサービス提供体制の確保</p>	<p>○ 慢性期、在宅医療等を含めた地域の医療・介護提供体制について、国の「療養病床の在り方等に関する特別部会」の議論も踏まえつつ、次期京都府高齢者健康福祉計画への反映が必要</p>	<p>○ 在宅等へ移行する慢性期、在宅医療等の患者を地域で支えるため、医療と介護の一層の連携を図る</p>
<p>ICTの活用による医療・介護連携体制の整備</p>	<p>○ 病床の役割強化及び連携を進めることで、患者がその状態に応じてふさわしい医療機関において医療の提供を受け、また、退院後における在宅医療・介護サービスへの移行が円滑に行われる体制整備が必要</p>	<p>○ ICTを活用した在宅医療・介護情報連携システム「京あんしんネット」について、基本的な操作を学ぶための説明会や、より効果的な利用方法を共有するための運用勉強会を開催等、システムの積極的な導入・利活用の促進を図る</p>

③医療・介護・福祉人材の確保・育成

項目	現状と課題	施策の方向
医療人材の確保・育成		
<p>医師、薬剤師、看護職員等の確保・資質向上</p>	<p>○ 人口10万人当たりの医師数（医療施設従事者医師数）は全国で最多ですが、医療圏ごとでは京都・乙訓のみ全国平均を大きく上回り、その他は全国平均以下となっており、医師の地域偏在が起こっ</p>	<p>○ 京都府地域医療支援センター（KMCC）を中心に、府内の大学、病院、医療関係団体と連携したオール京都体制で、医師のキャリア形成支援や医師確保等、総合医師確保対策の取組を充実・強化。</p>

	<p>ている状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人口10万人当たりの歯科医師数は、京都・乙訓のみ全国平均を上回り、その他は全国平均以下となっており、地域偏在が起きている状況 ○ 在宅等での薬剤管理に必要な幅広い医療知識及び地域包括ケアシステムの一翼を担えるスキルを有する薬剤師の確保が必要 ○ 看護職員については、特に在宅医療分野、福祉分野、府北部地域、小規模施設での看護師確保が課題 ○ 歯科衛生士については、全地域で全国平均以下となっており、地域偏在が起きている状況 ○ リハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）については、就業先に地域的、施設間の偏在が起きている状況 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 女性医師・歯科医師・薬剤師、看護職員、歯科衛生士等が勤務を継続又は結婚や出産等による離職後に再就業できるよう、ハローワーク等と連携し、ワークライフバランスを考慮した勤務環境の改善や院内保育所の運営等を支援 ○ 歯科医師が担う歯科治療や口腔ケア等において、医科・歯科連携がより一層推進するよう支援 ○ 病院・施設・養成所や関係機関と連携し、看護職員の確保・定着と資質向上を図る ○ 在宅医療において、高度な調剤技術に加え、在宅患者が服薬しやすい剤形・服用方法や副作用・相互作用を考慮した処方提案などのきめ細やかな訪問薬剤管理を行うため、医療関係団体と連携して薬剤師の確保・育成に取り組む ○ 府内への就業を希望する理学療法士等養成施設修学者に対し修学資金を貸与する修学資金制度の実施、北部地域や介護系施設を含めたリハビリテーション就業フェアの開催等の人材確保対策を実施
医療従事者の就業環境改善	<ul style="list-style-type: none"> ○ 長時間労働や当直、夜勤・交代制勤務等厳しい勤務環境にある医師、看護職員等の医療スタッフの勤務環境を改善することにより、医療安全の確保及び医療の質の向上が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関に対して労務管理面などの勤務環境改善を支援するため、「京都府医療勤務環境改善支援センター」において病院経営者向け研修や医療相談を実施
福祉・介護人材の確保・育成		
福祉・介護人材の確保・資質向上	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護・福祉人材については、28年3月現在で、有効求人倍率が3.0を超えるとともに、離職率も高い現状 	<ul style="list-style-type: none"> ○ きょうと福祉人材育成認証制度を推進することにより福祉業界全体のモチベーションを高め、介護サービス事業所の勤務環境の整備を一層進めるとともに、介護福祉士等修学資金貸付事業や介護人材再就職準備金貸付事業の活用による人材確保を実施
福祉・介護従事者の就業環境改善	<ul style="list-style-type: none"> ○ 小規模な介護・福祉サービス事業所単独では職場環境改善の取り組みを進めることが難しい状況 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 小規模な介護・福祉サービス事業者の連携を支援することで、個々の事業者単位では実施出来ない勤務環境改善の課題研究、ワークショップ、交流会、職員研修など、地域での福祉サービス向上のための協働した取組を実施し、離職率の低減や職員募集における魅力づくりを推進