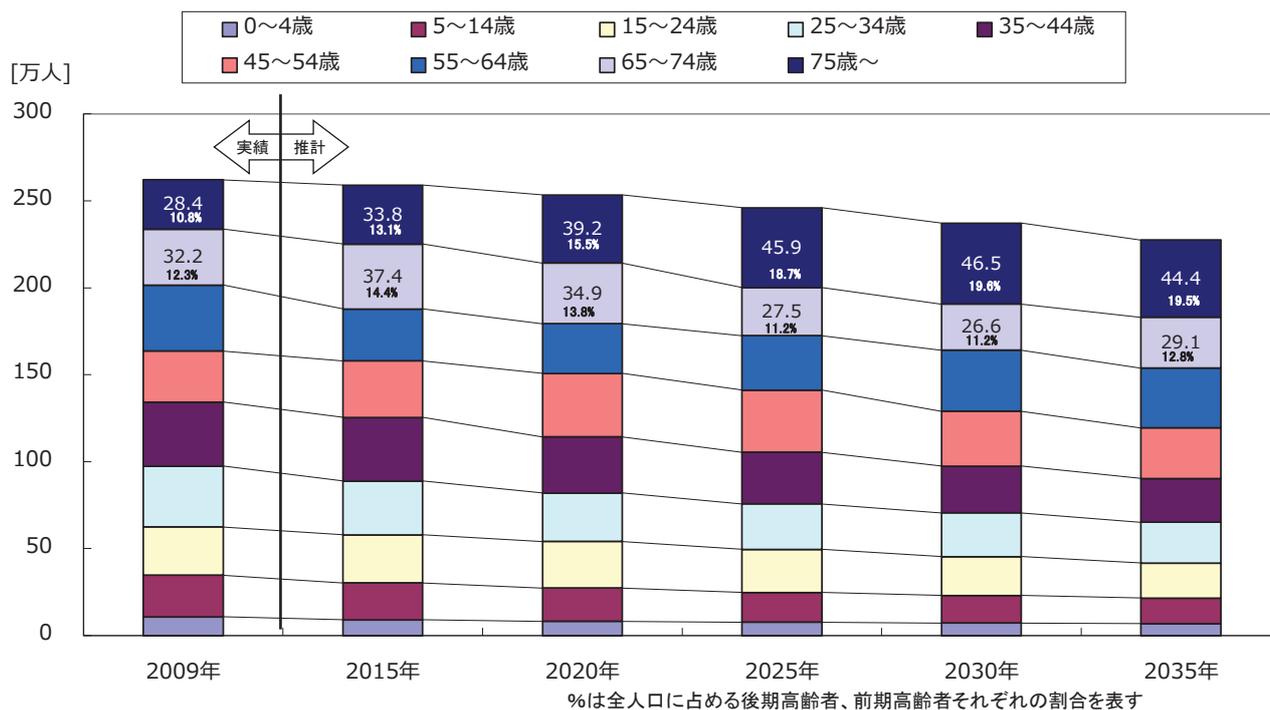


あんしん医療制度研究会

参 考 資 料

京都府 人口の将来推計

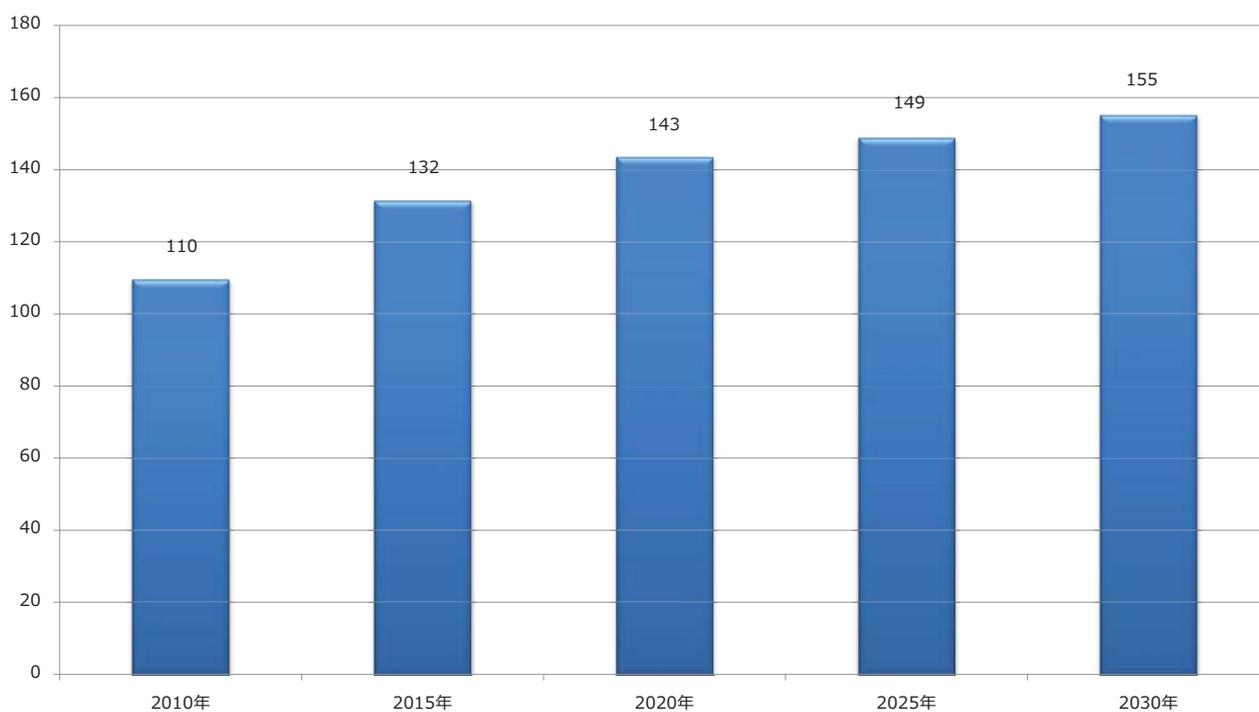


2009年 「都道府県 年齢(5歳階級), 男女別推計人口」(平成21年3月31日現在)

2010年以降 社会保障・人口問題研究所『日本の都道府県別将来推計人口』(平成19年5月推計)

(千世帯)

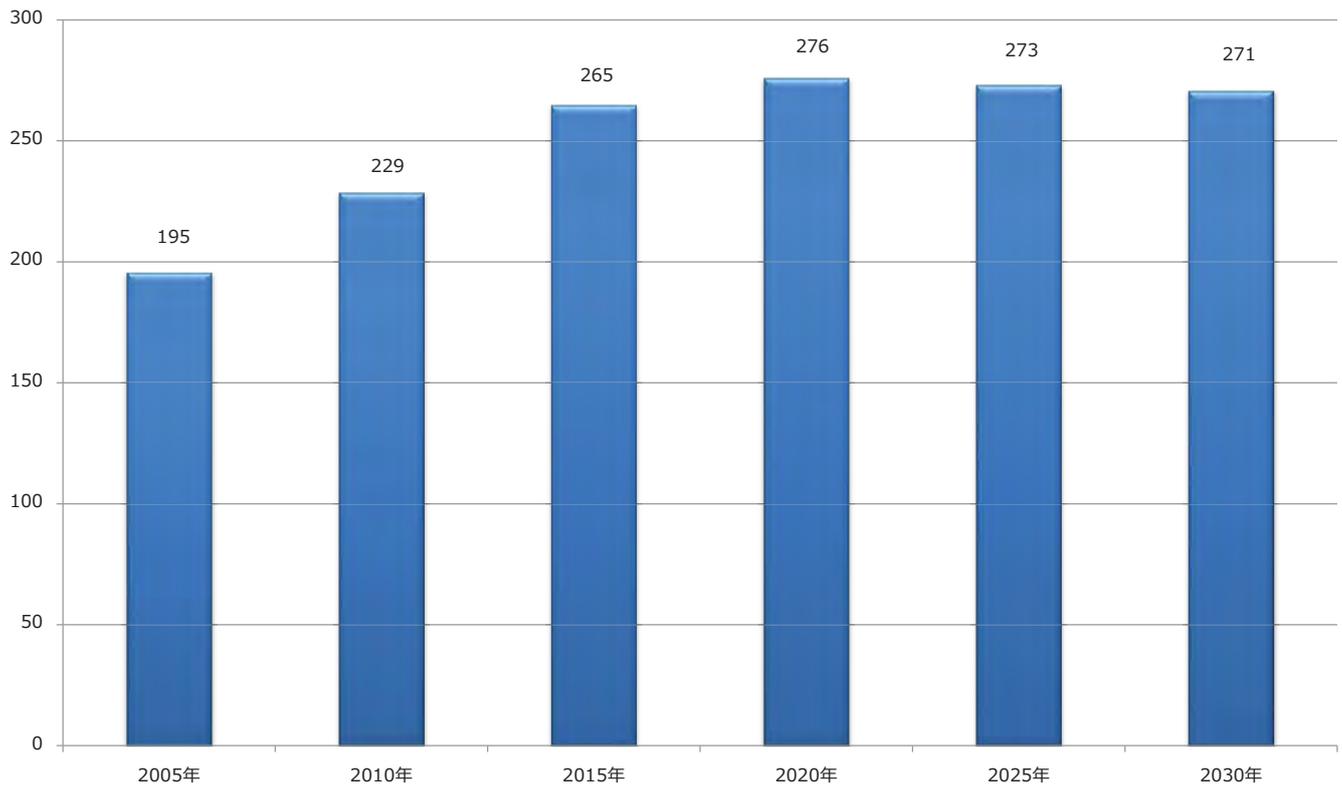
京都府の単身高齢者世帯の推移



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)」(2009年12月推計)

(千世帯)

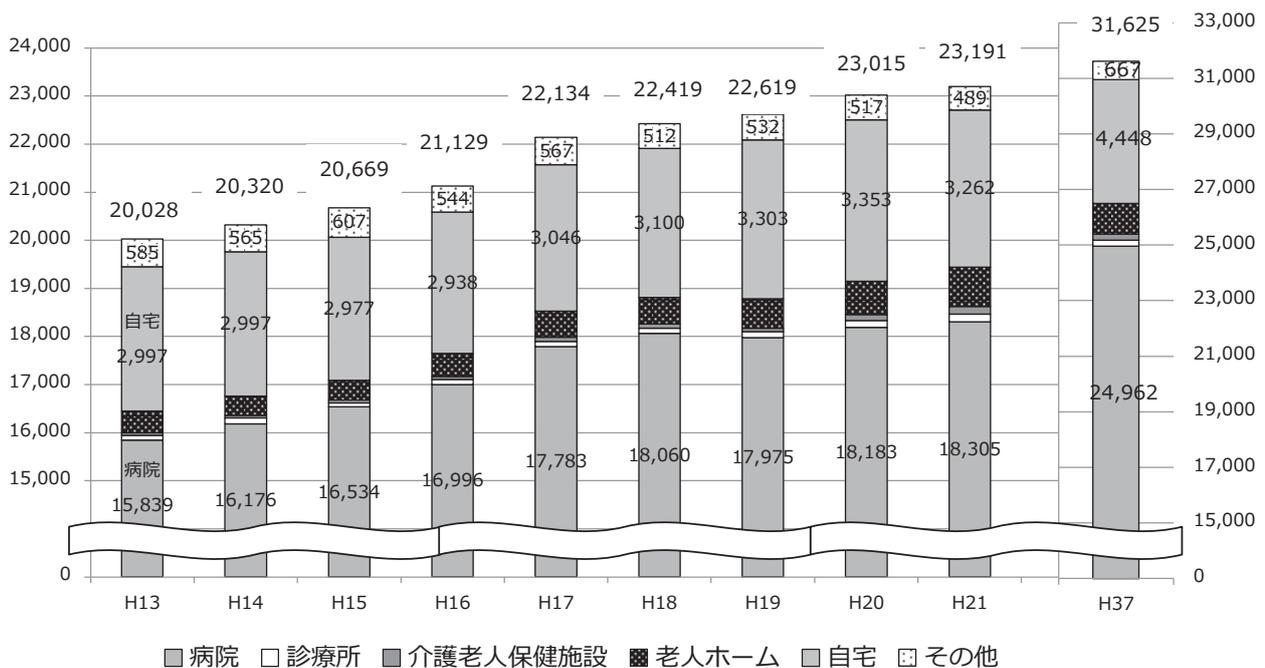
京都府の単独又は高齢夫婦のみの高齢者世帯の推移



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（2009年12月推計）

(人)

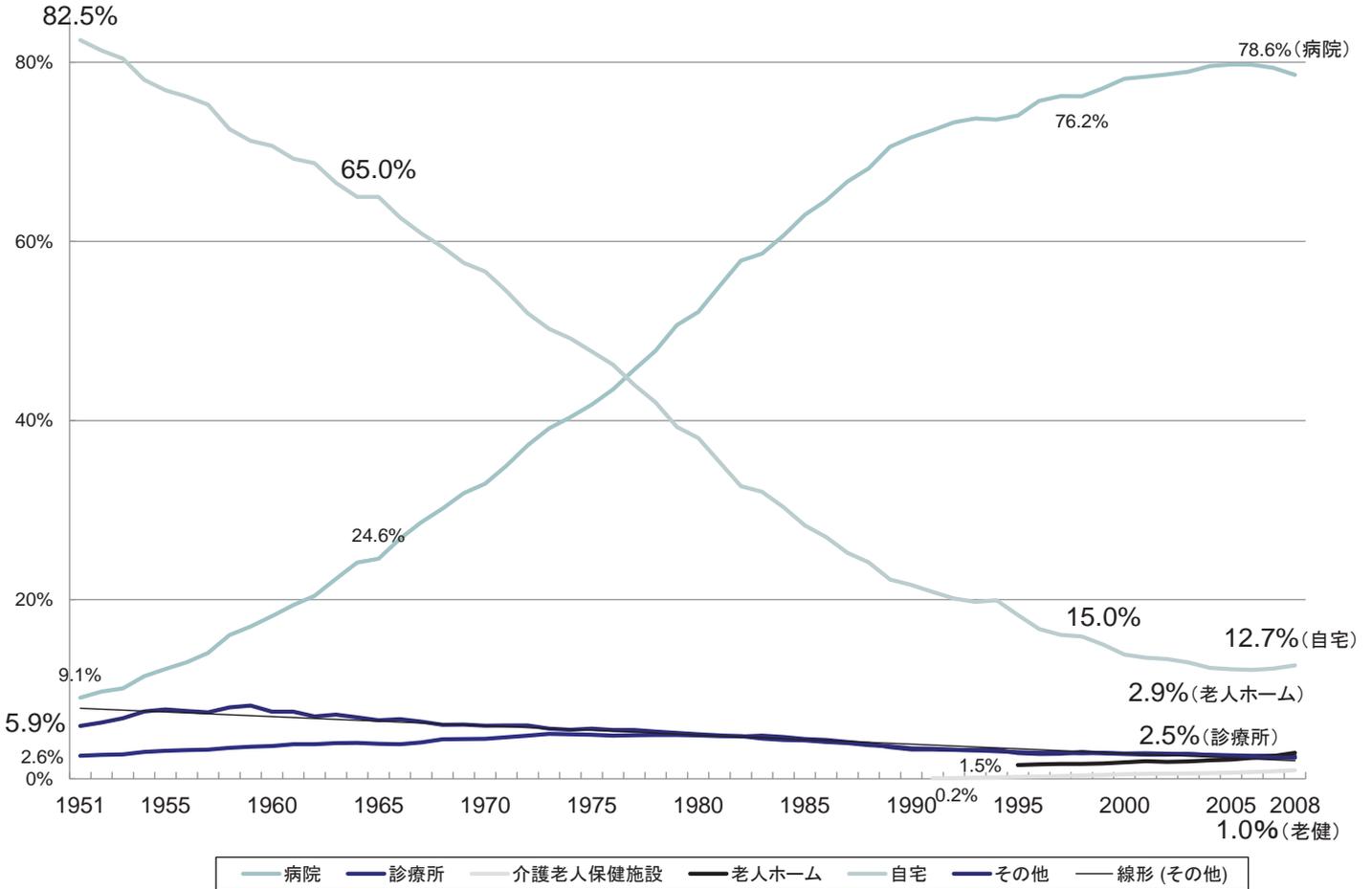
京都府内死亡者の推移（死亡場所別）



厚生労働省「人口動態調査」

社会保障・人口問題研究所「人口推計(h19)」

死亡場所の推移(全国)

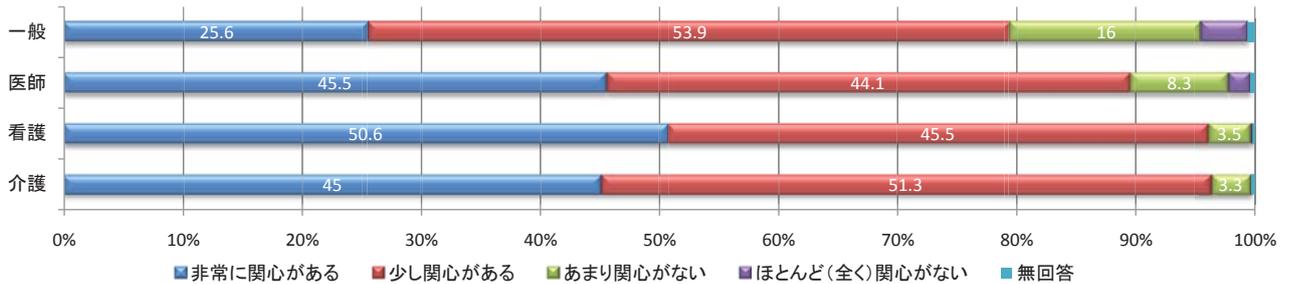


※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている 出典:厚生労働省 人口動態調査 死亡の場所別に見た年次別死亡数

終末期医療に関する調査(1)

■終末期医療に対する関心の有無

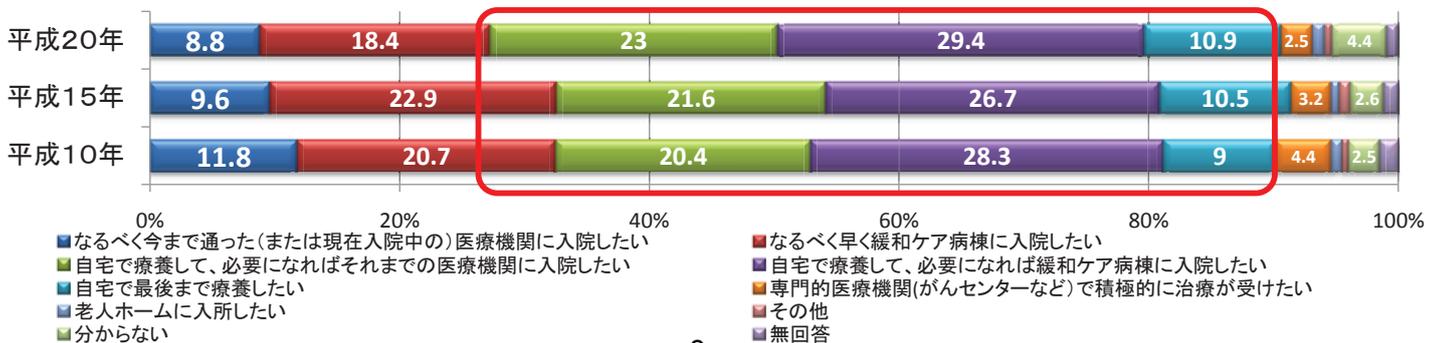
終末期医療に関して、一般国民及び医療福祉従事者ともに「非常に関心がある」、「少し関心がある」と回答した者の割合が高かった。



出典)平成20年終末期医療に関する調査

■終末期の療養場所に関する希望

自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した。

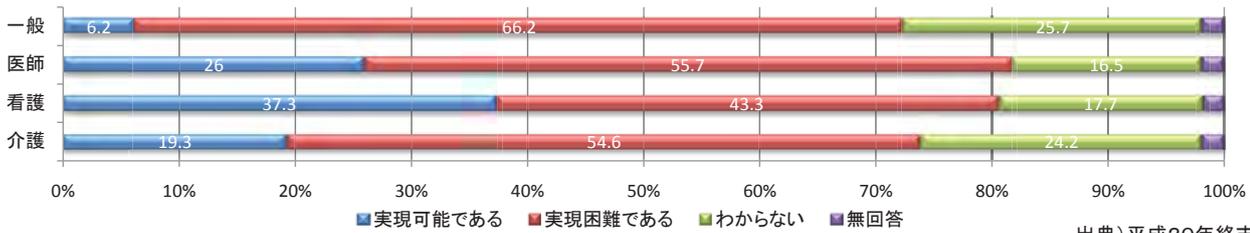


出典)終末期医療に関する調査(各年)

終末期医療に関する調査(2)

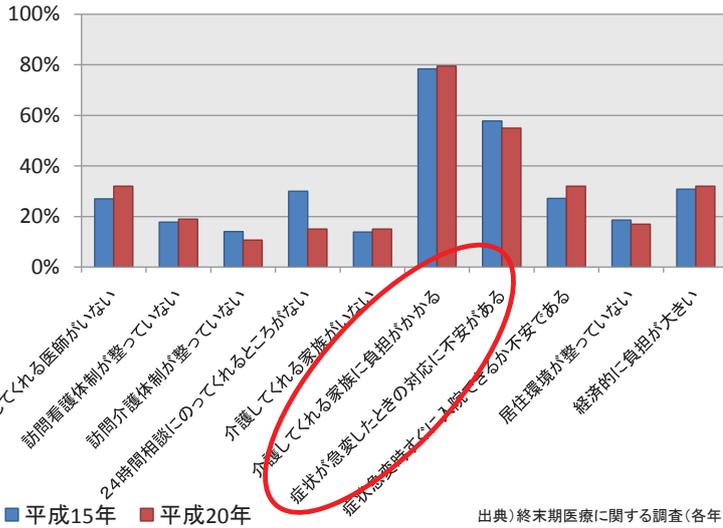
■ 自宅での療養: 60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。

実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(6%)よりも医療福祉従事者が上回った(医師26%、看護師37%、介護士19%)



出典)平成20年終末期医療に関する調査

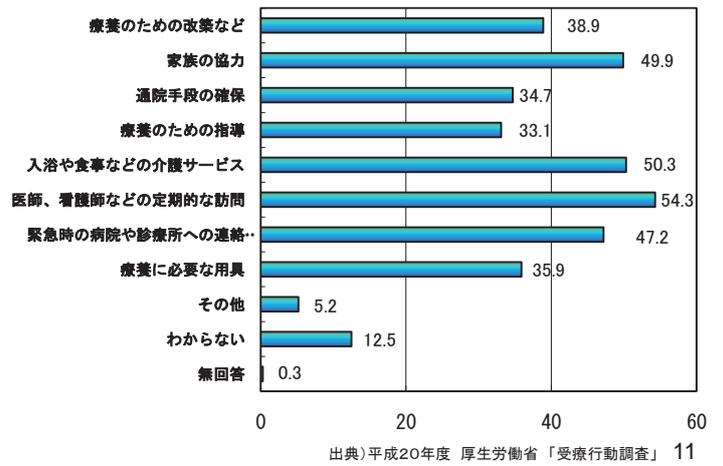
■ 自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



出典)終末期医療に関する調査(各年)

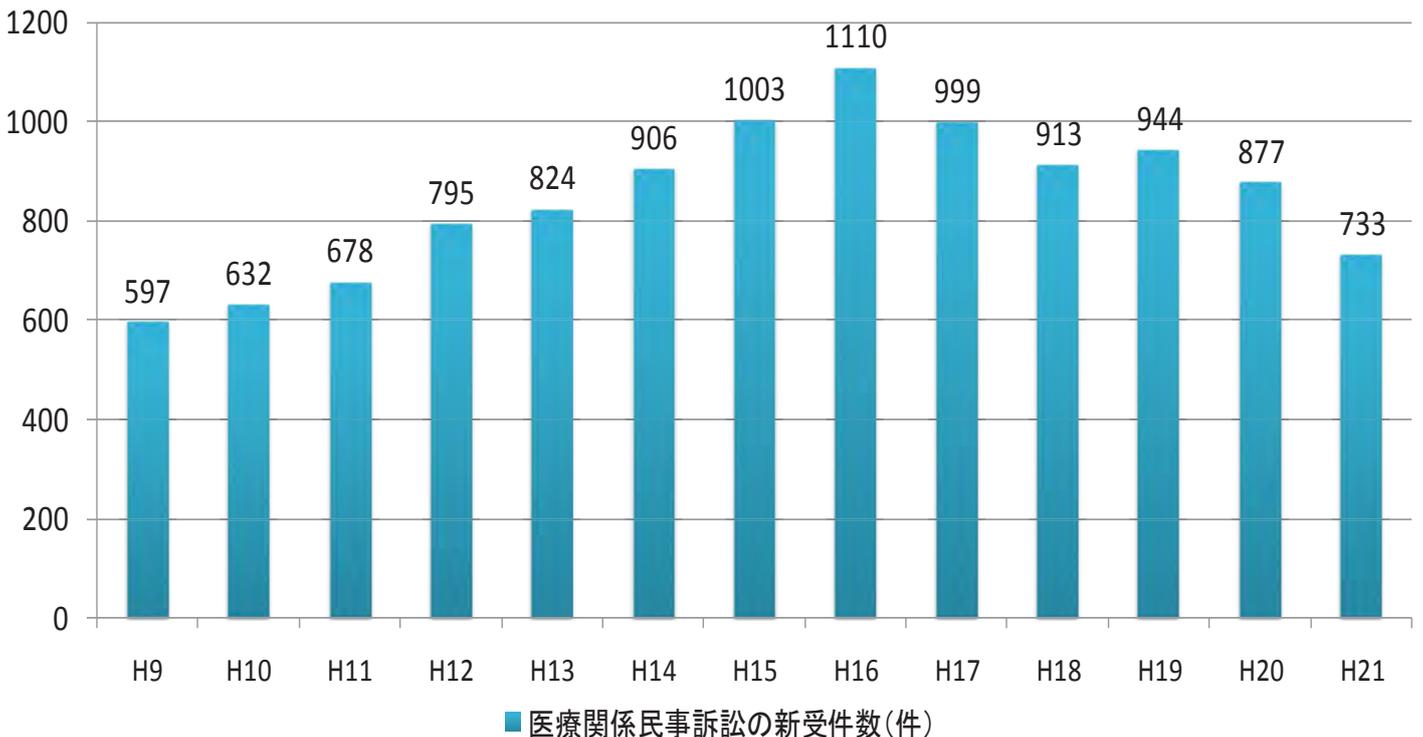
■ 自宅療養を可能にする条件(複数回答)(※)

※「自宅で治療・療養したい」と回答した者のうち、「自宅で療養できない」と答えた者を対象



出典)平成20年度 厚生労働省「受療行動調査」 11

医事関係訴訟(民事)の件数

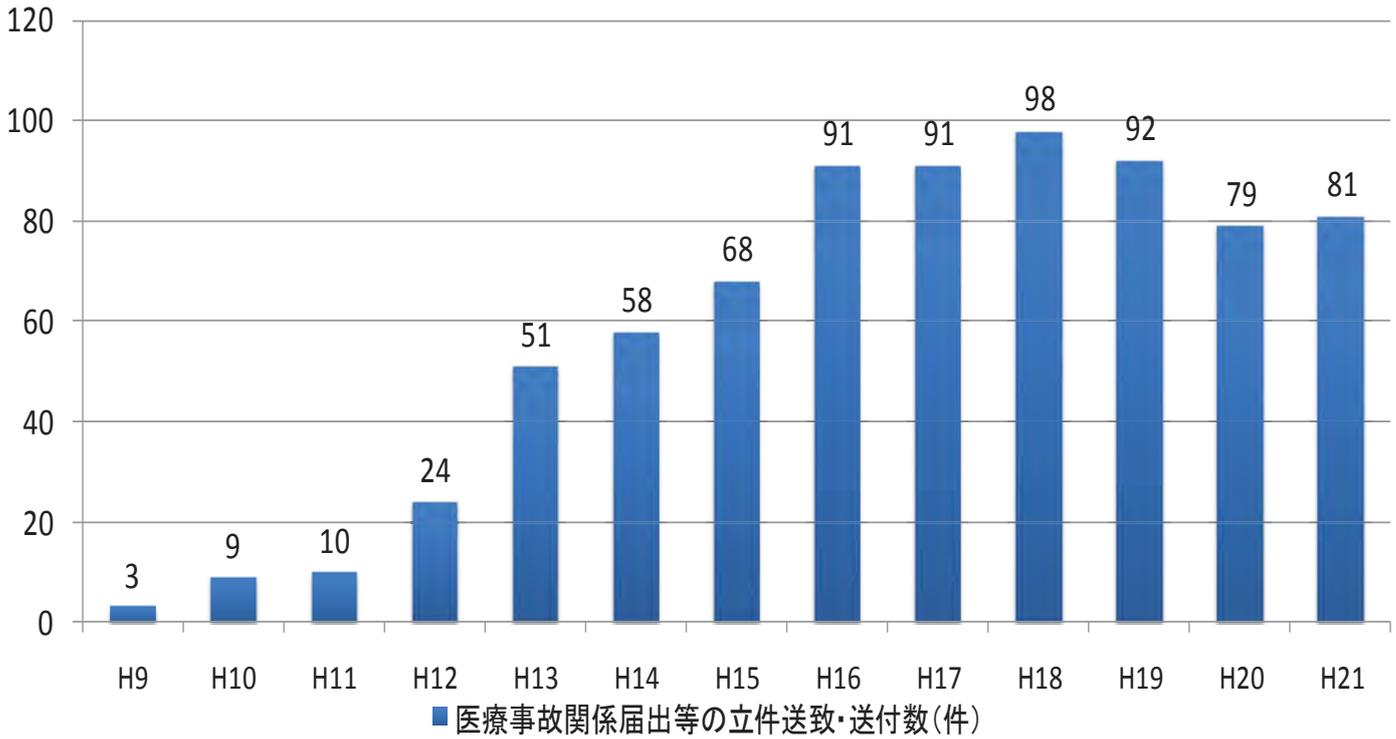


■ 医療関係民事訴訟の新受件数(件)

○ 平成16年までの数値は、各裁判所からの報告に基づくものであり、概数である。

(出典)最高裁判所ウェブサイト

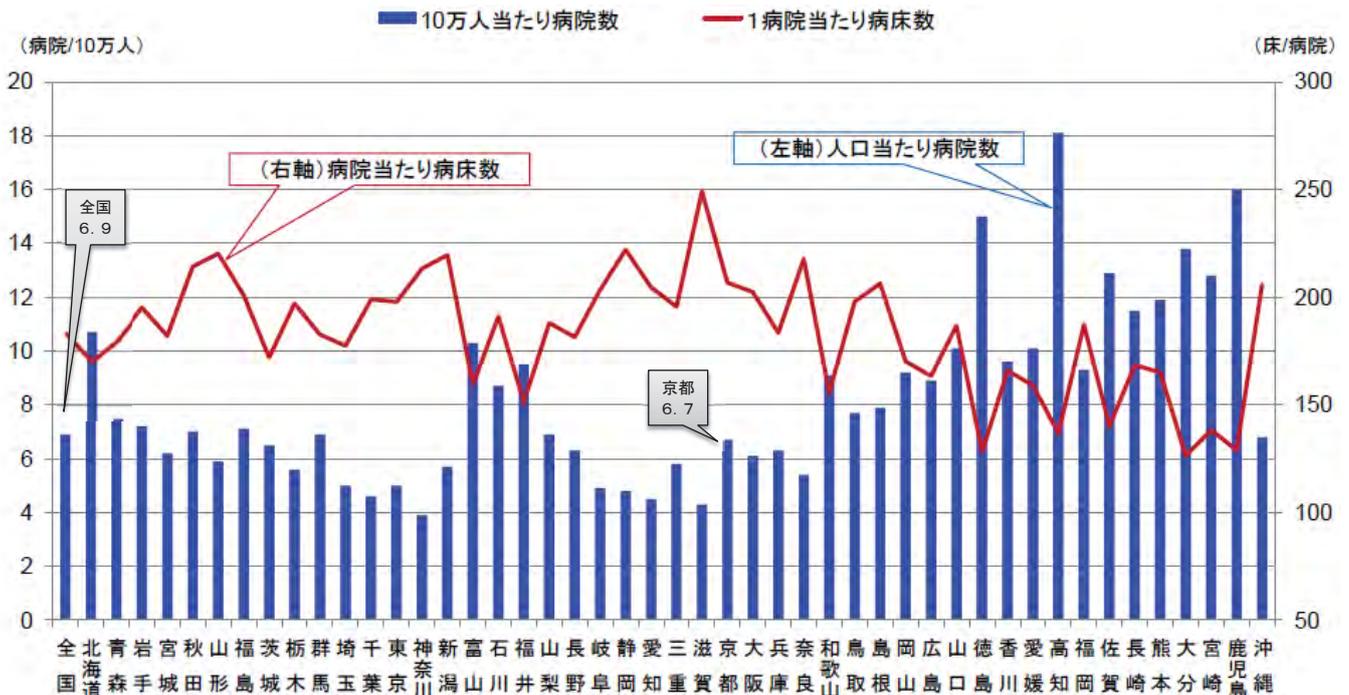
医療事故関係届出等の立件送致・送付数



※1 「医療事故関係届出等」とは、警察において捜査を開始した件数を指す。
 ※2 「年別立件送致・送付数」とは、平成9年以降、届出等の年にかかわらず、その年に立件送致・送付した件数を示す。なお、この件数は、平成9年以降に把握したものに對する数を示しており、平成8年以前に把握したものに對する数は計上されていない。

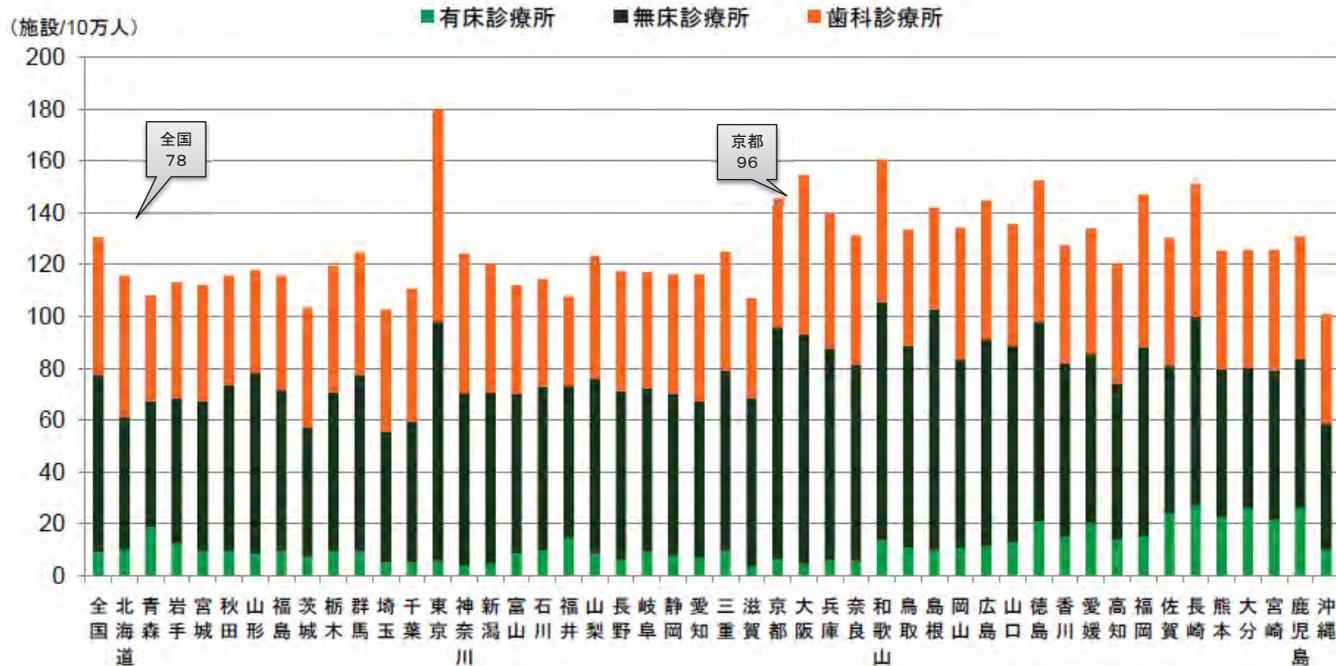
(出典)警察庁刑事局捜査第一課資料
(平成21年12月末現在)

人口当たり病院数（都道府県別）



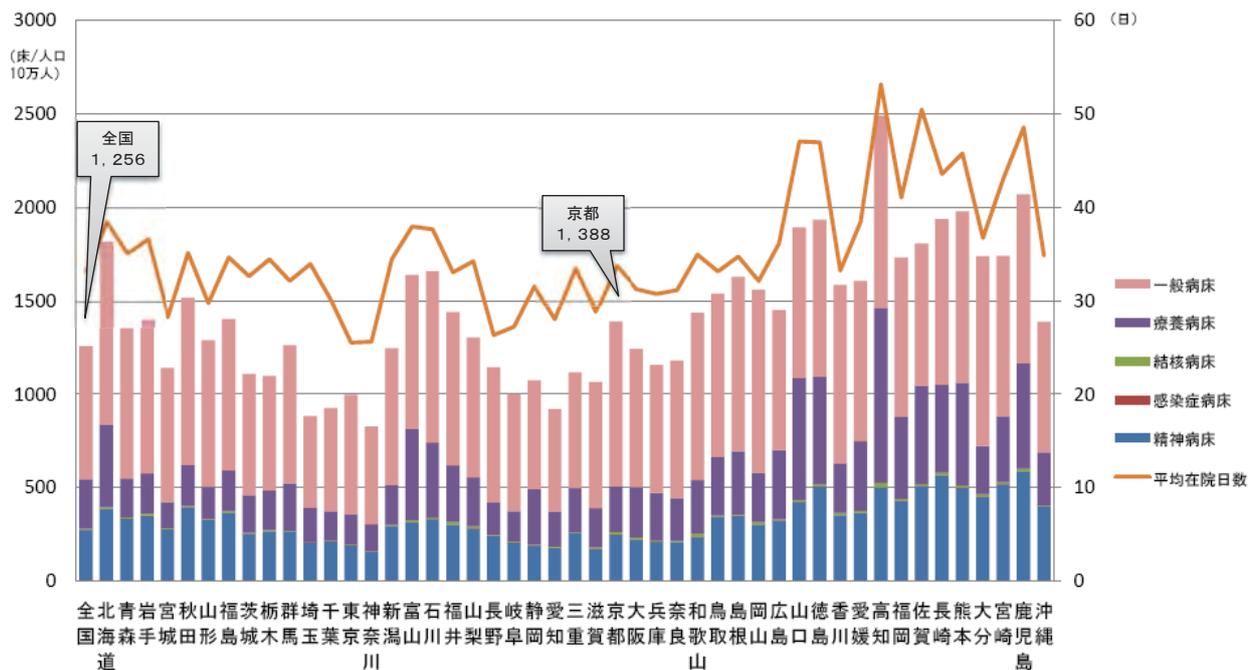
平成20年医療施設調査に基づき作成

人口当たり診療所数（都道府県別）



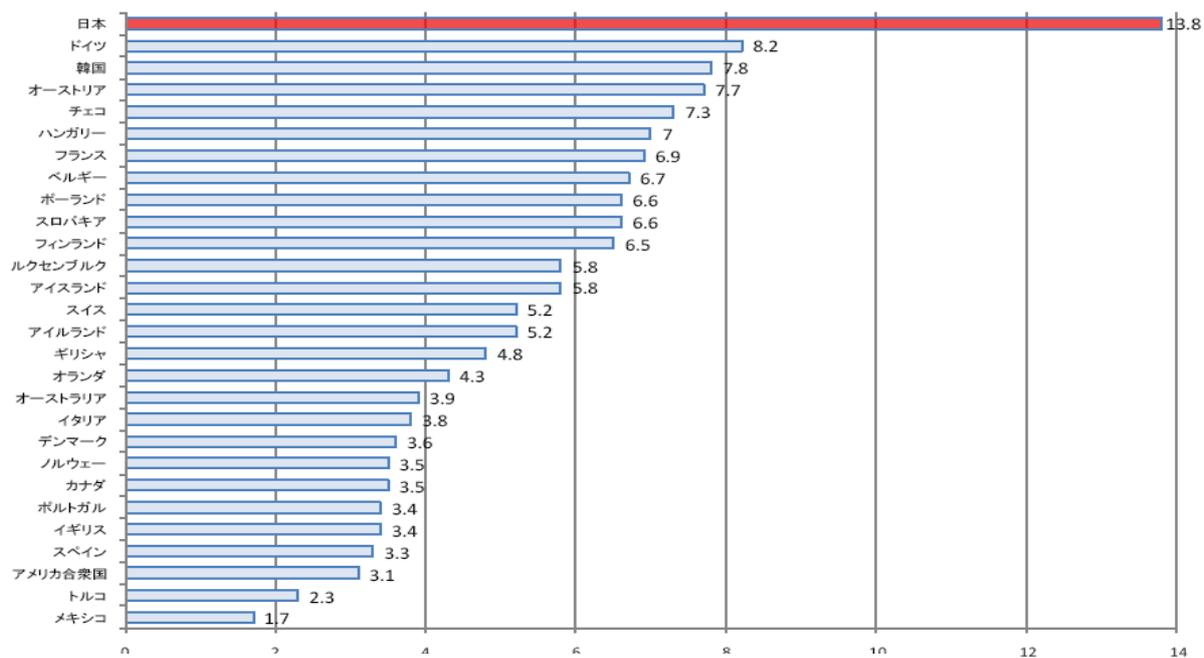
平成20年医療施設調査に基づき作成

人口当たり病院病床数（都道府県別）



(出典) 医療施設調査・病院報告

OECD諸国の人口1,000人当たりの病床数について(2008年(平成20年))



出典:OECD Health Data 2010

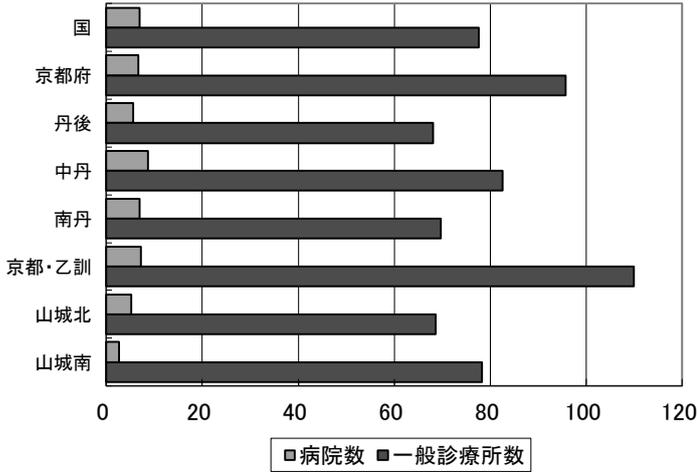
注)上記の病床は、急性期・精神・療養・一般等医療機関における全ての病床数を含めたもの。

(ただし、ナーシングホームや老健施設における病床数などを除く。)

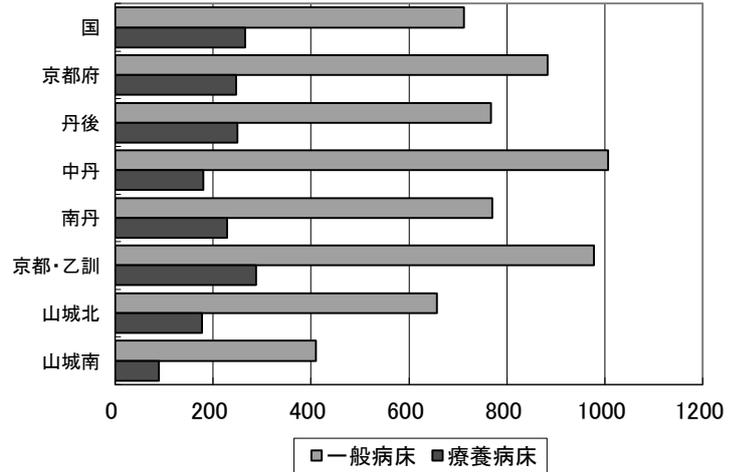
京都府の医療資源分布状況(二次医療圏別)

(単位:人口10万あたりの数)

医療施設の分布(二次医療圏別)

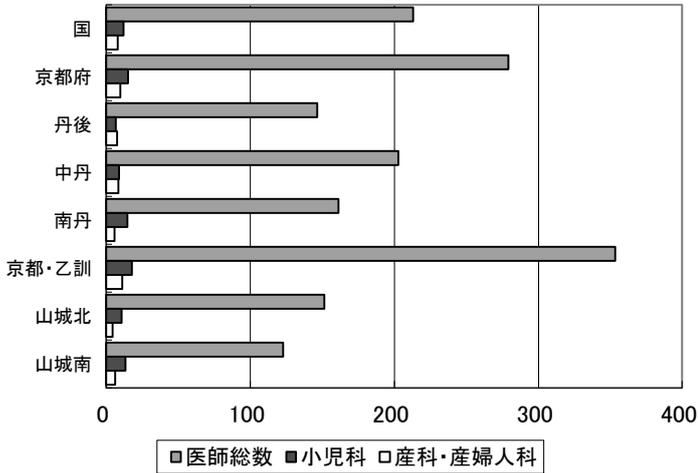


病床の分布(二次医療圏別)

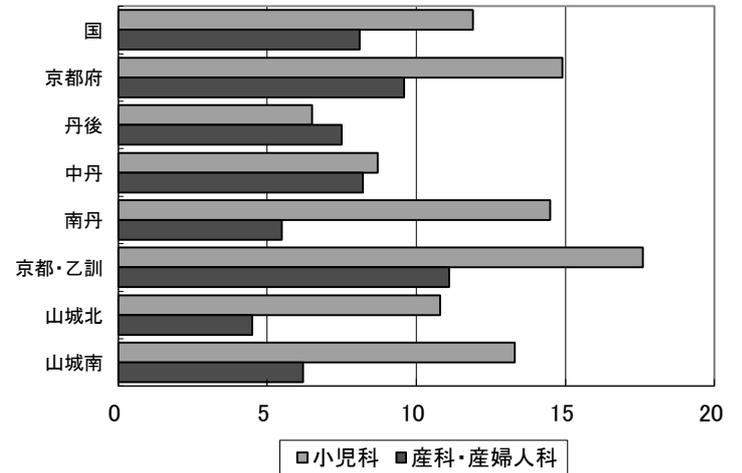


資料:医療施設調査(平成20年)

医師の分布(二次医療圏別)

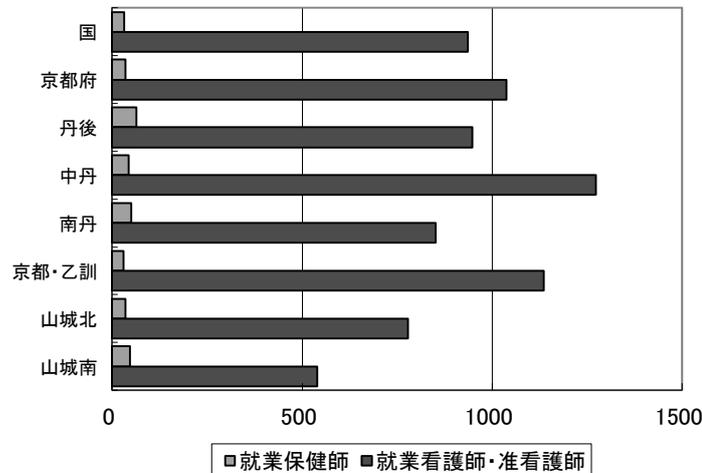


産科・小児科医師の分布(二次医療圏別)

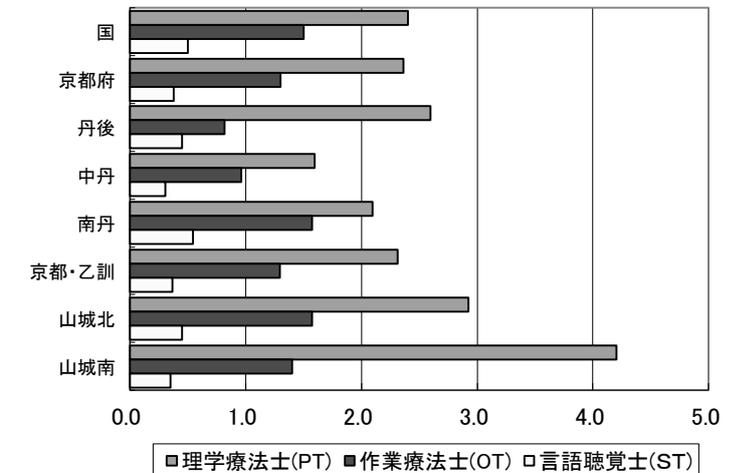


資料:医師・歯科医師・薬剤師調査(平成20年)

保健師・看護師の分布(二次医療圏別)

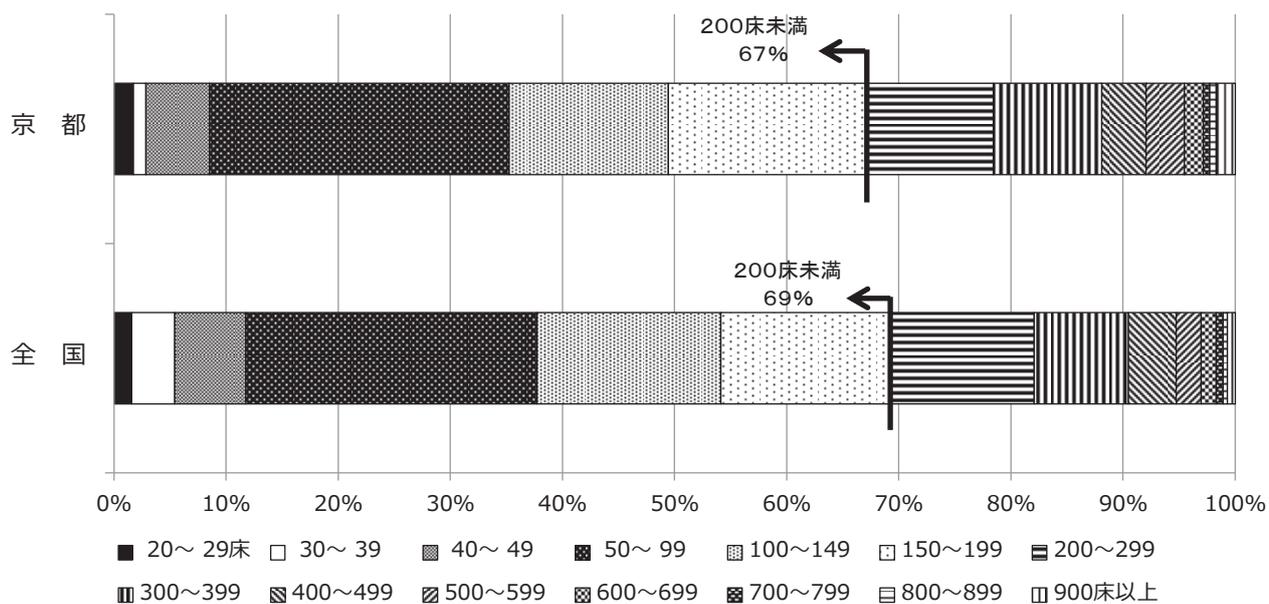


その他の医療従事者の分布(二次医療圏別)



資料:病院報告(平成20年)

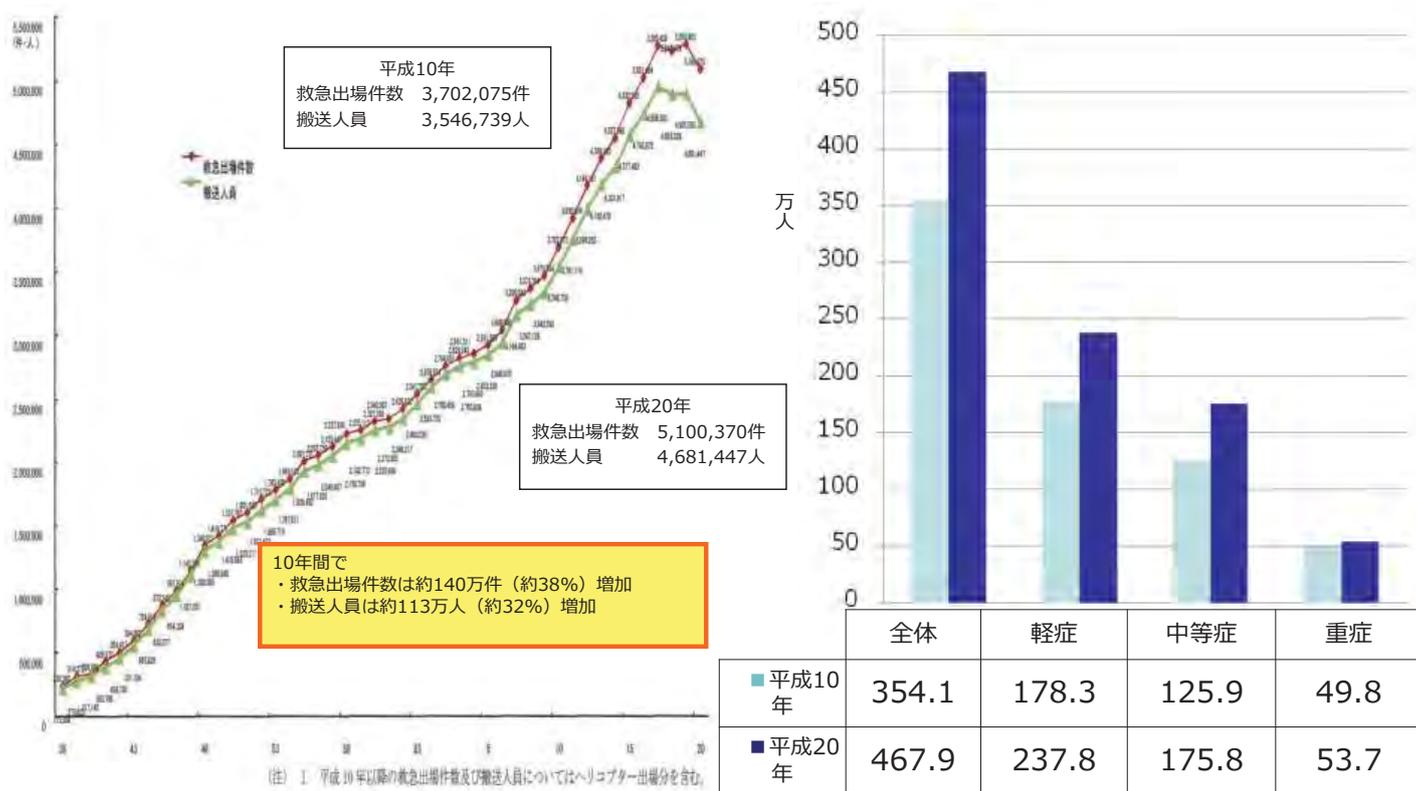
病床規模別の病院数



平成20年医療施設調査に基づき作成

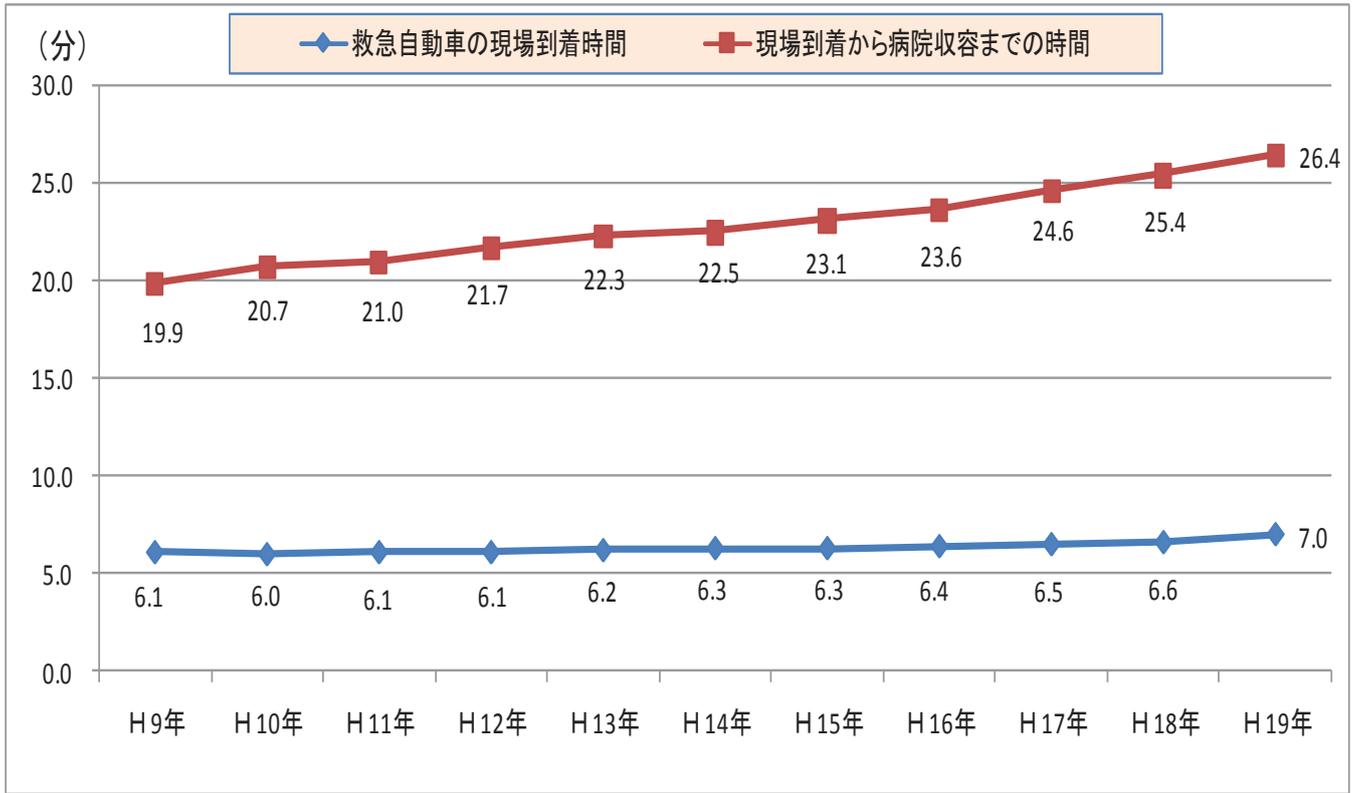
救急出動件数及び搬送人員の推移(全国)(左図) 過去10年間の救急搬送人員の変化(重症度別)(全国)(右図)

○救急出動件数及び搬送人員数ともに、10年間で急増しているが、それらの変化はほぼ、軽症者・中等症者の搬送人員増によるものである。



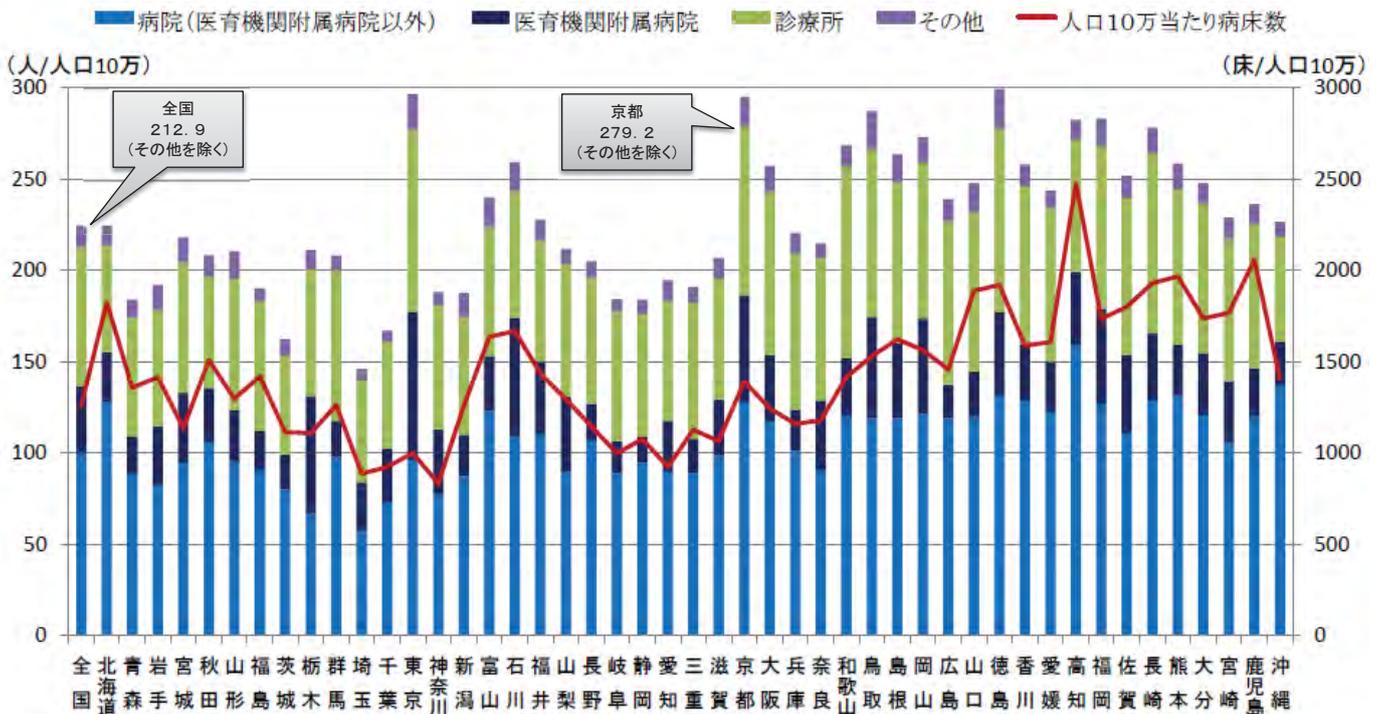
救急搬送の現状(全国)

- 平成19年中の救急車の現場到着時間は7.0分で、10年間で0.9分遅延している。
- 現場到着から病院収容までの時間は26.4分で、10年間で6.5分遅延している。



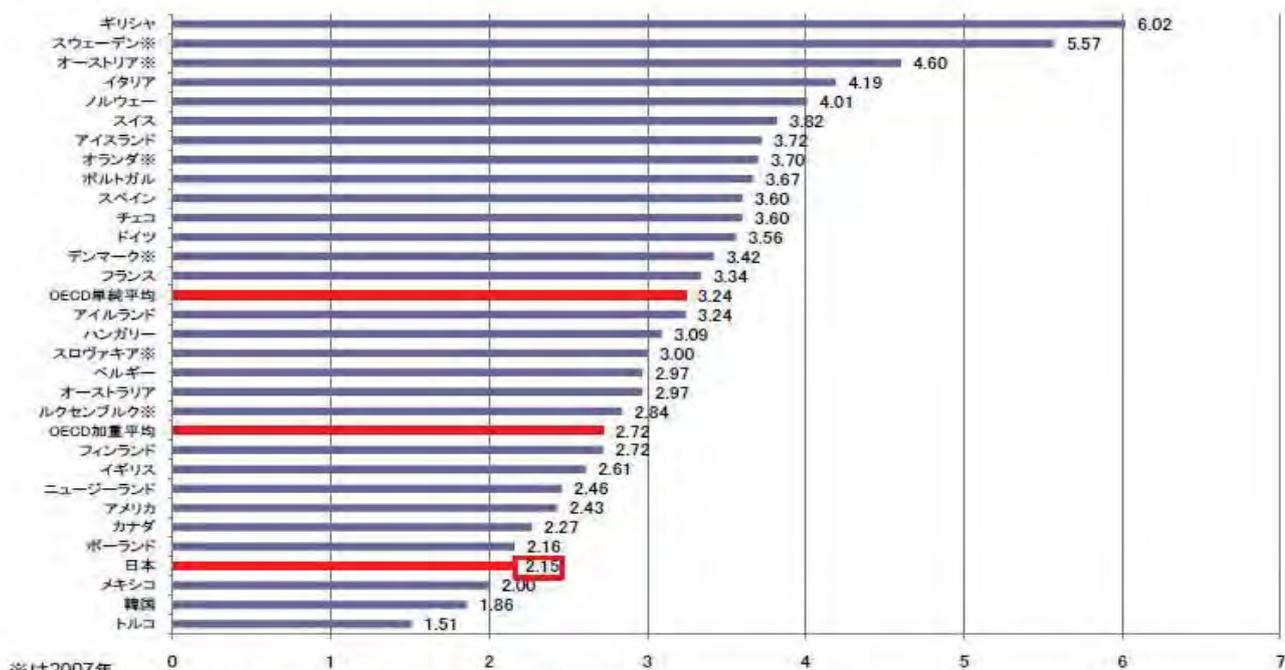
2

人口当たり医師数 (都道府県別)



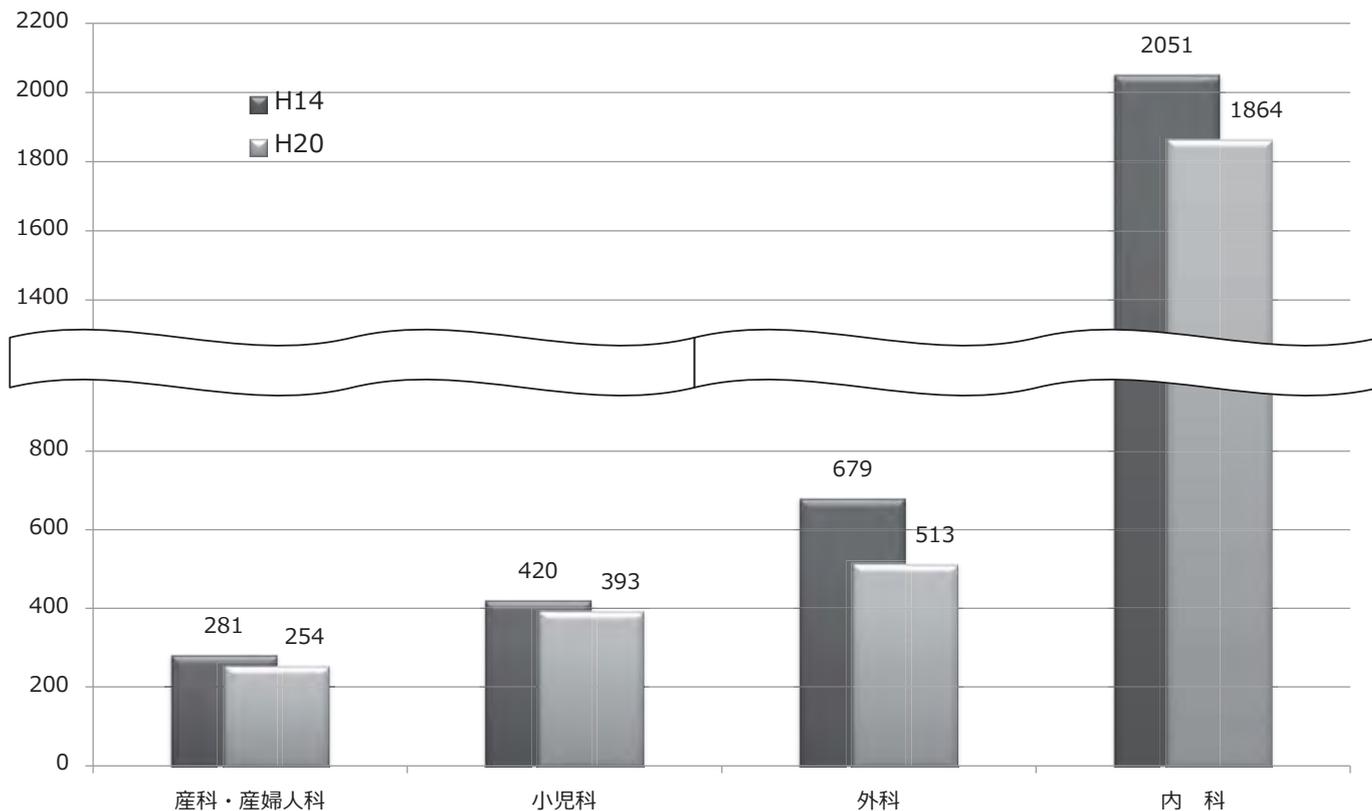
医療施設調査、医師・歯科医師・薬剤師 (各平成20年) に基づき作成

OECD諸国の人口1,000人当たりの臨床医数(2008年(平成20年))



※は2007年
 注1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。
 注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。
 注3 カナダ・フランス・ギリシャ・イタリア・トルコは現職医師数を、アイルランド・オランダ・ポルトガル・スウェーデンは総医師数を用いている。
 OECD Health Data2010より

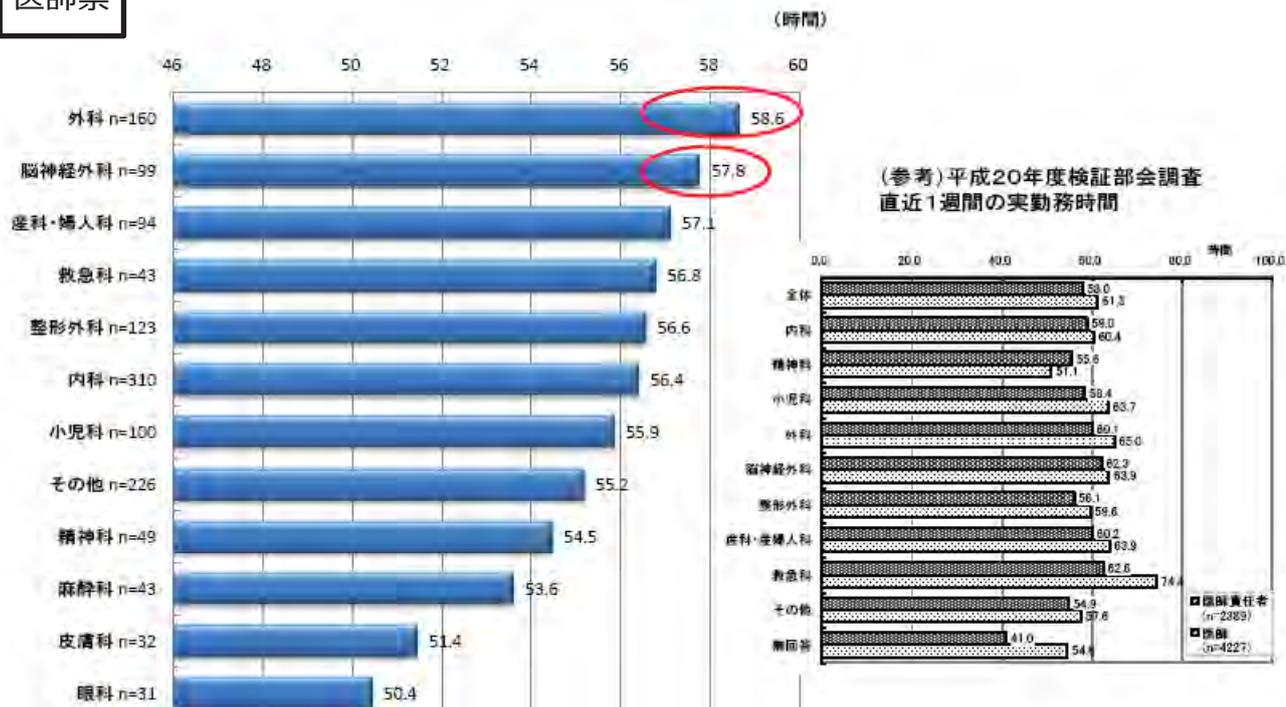
京都府 診療科別医師数



厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

診療科ごとの勤務時間（全国）

医師票



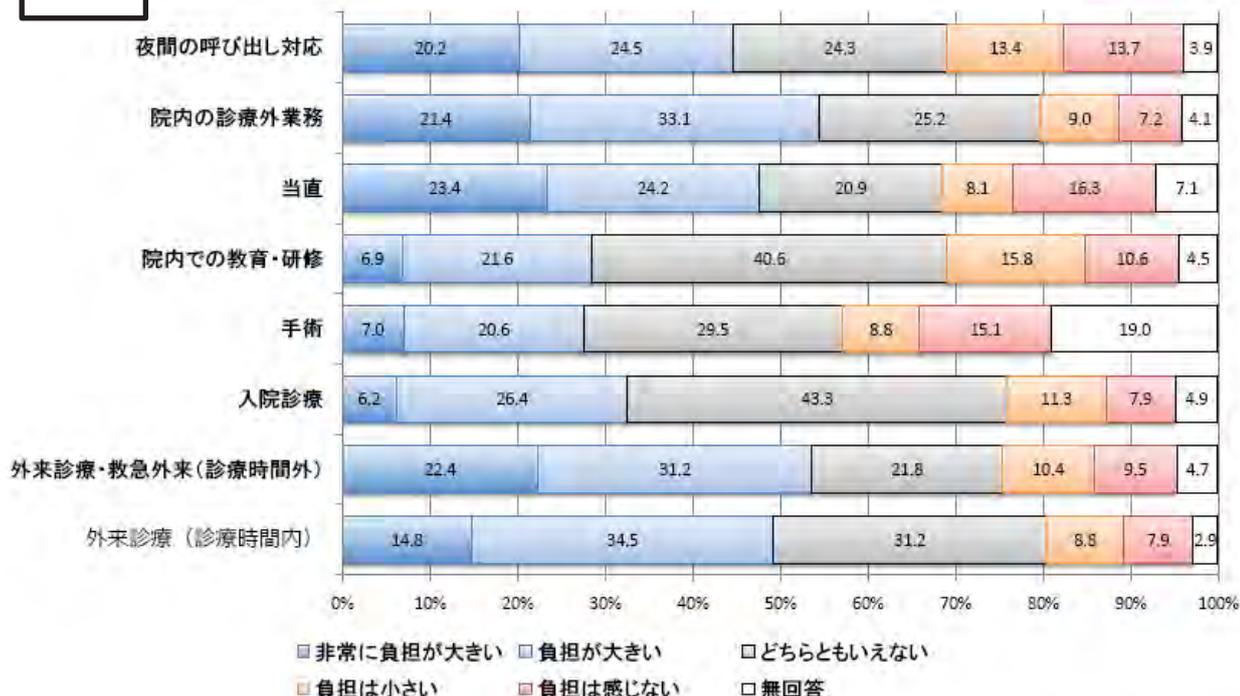
「勤務医の負担の現状と負担軽減のための取組みに係る調査」

(平成21年9月 中医協 診療報酬基本問題小委員会)

業務ごとの負担感（全国）

医師票

業務ごとの負担感(n=1,300)



「勤務医の負担の現状と負担軽減のための取組みに係る調査」

(平成21年9月 中医協 診療報酬基本問題小委員会)

京都府女性医師の状況 (医療施設従事者)

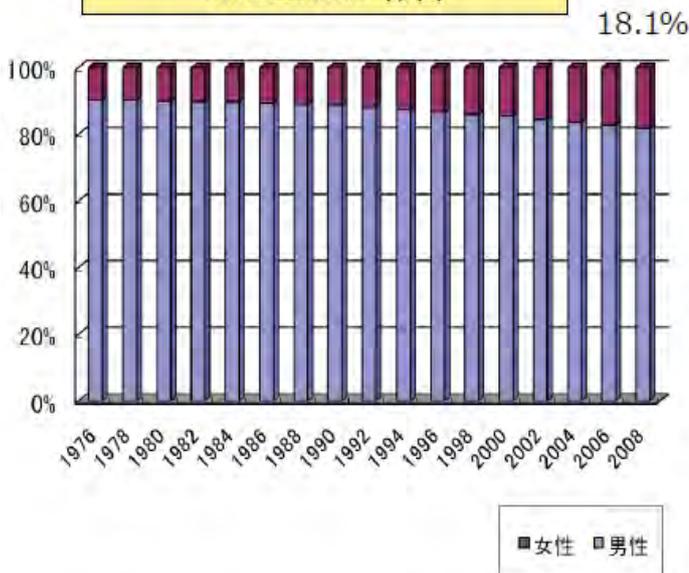
区 分	医師総数	女性医師数	割 合
平成20年末	7,340人	1,473人	20.1%
平成8年末	6,388人	989人	15.5%

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

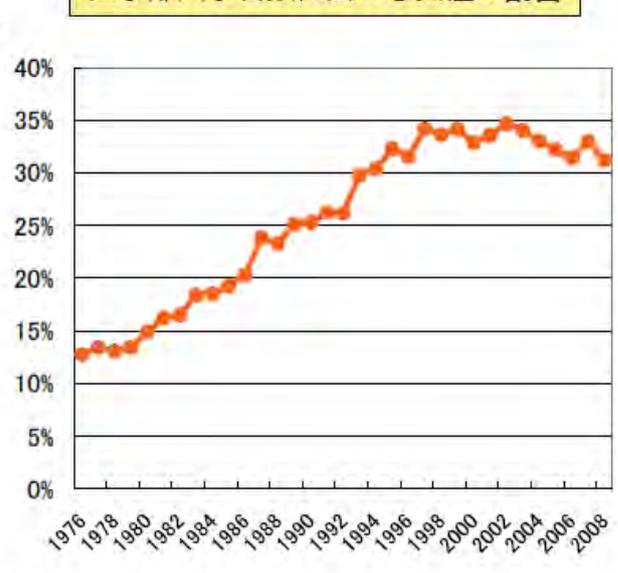
女性医師の推移 (全国)

- 全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成20年時点で18.1%を占める。
- 近年、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっているなど、若年層における女性医師の増加は著しい。

女性医師数の割合



医学部入学者数に占める女性の割合

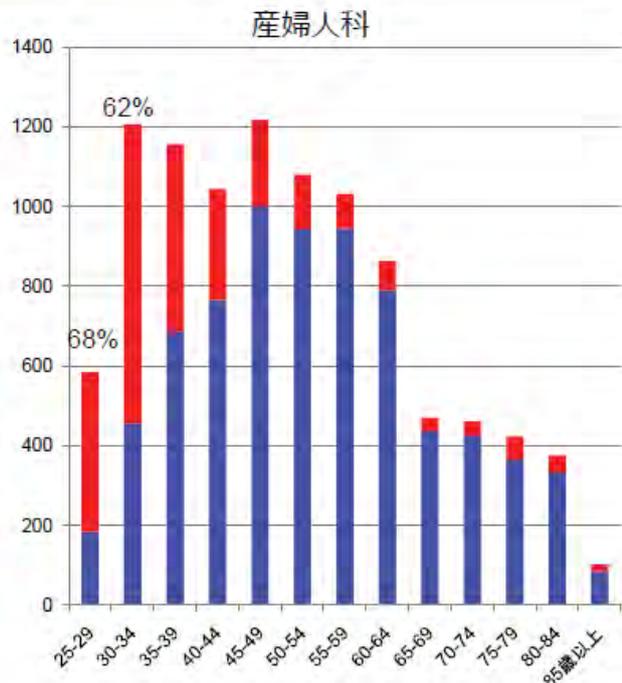
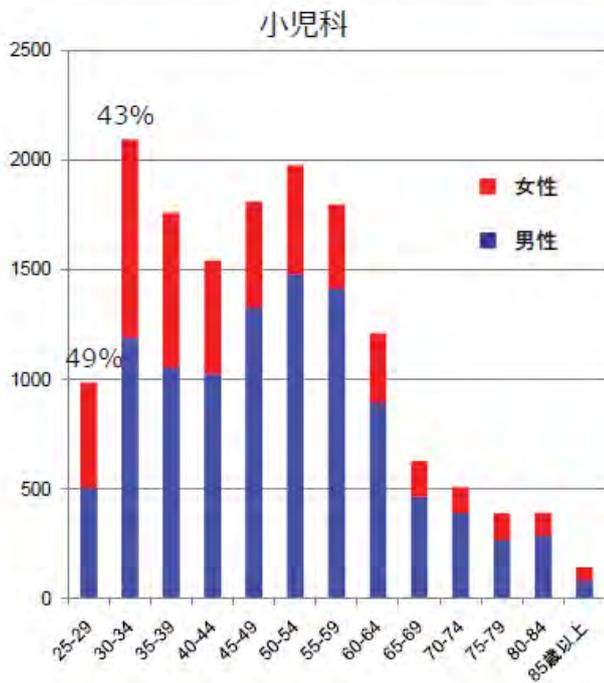


(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

(出典) 文部科学省「学校基本調査」

年齢別小児科医、産婦人科医数の男女比（全国）

○全医師数に占める女性医師の割合は18%、全小児科医師数に占める女性の割合は32%、全産婦人科医師数に占める女性の割合は26%となっている。
特に、若年層における女性医師の増加が著しい。



（出典）平成20年 医師・歯科医師・薬剤師調査

参考 第七次看護職員需給見通し都道府県別

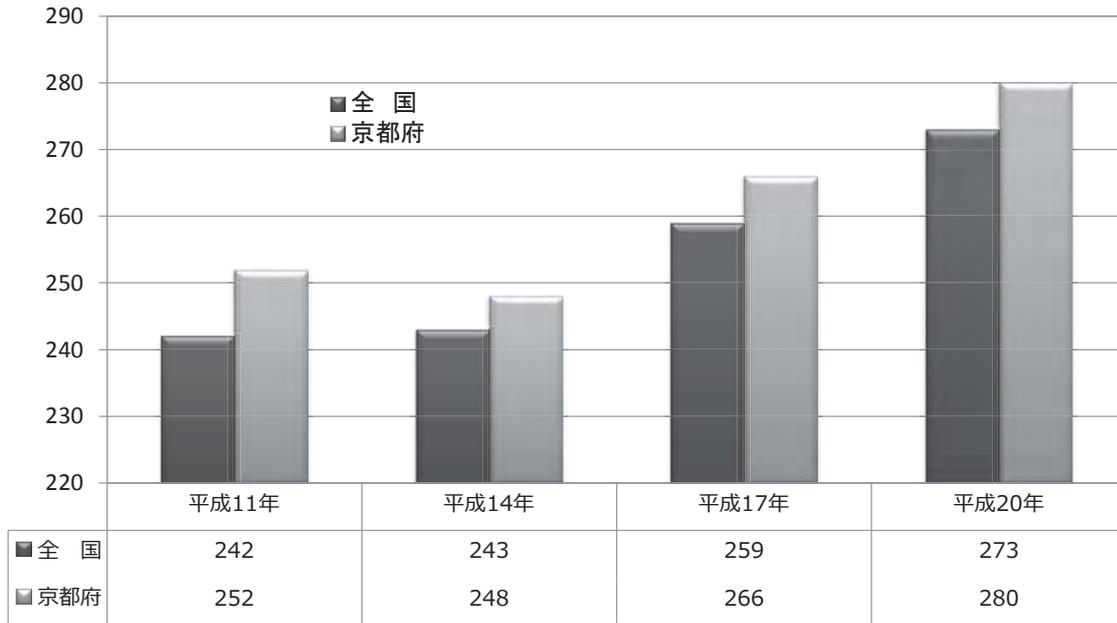
(単位：人、実人員)

区分	平成23年			平成27年		
	需要数	供給数	需要見通しと供給見通しの差	需要数	供給数	需要見通しと供給見通しの差
01北海道	82,504	76,954	5,550 93.3%	86,577	83,165	3,412 96.1%
02青森県	20,871	19,923	948 95.5%	22,377	22,199	178 99.2%
03岩手県	17,341	16,564	777 95.5%	18,033	17,201	832 95.4%
04宮城県	25,764	25,089	675 97.4%	28,218	27,854	364 98.7%
05秋田県	14,626	14,470	156 98.9%	15,256	15,203	53 99.7%
06山形県	15,282	14,351	931 93.9%	15,605	15,328	277 98.2%
07福島県	25,619	25,295	324 98.7%	26,869	26,774	95 99.6%
08茨城県	30,409	28,200	2,209 92.7%	32,748	32,326	422 98.7%
09栃木県	22,947	21,995	952 95.9%	24,023	23,235	788 96.7%
10群馬県	24,713	24,288	425 98.3%	27,310	26,212	1,098 96.0%
11埼玉県	55,548	54,420	1,128 98.0%	61,899	60,669	1,230 98.0%
12千葉県	51,815	49,266	2,549 95.1%	59,127	57,434	1,693 97.1%
13東京都	128,069	124,660	3,409 97.3%	134,409	134,409	0 100.0%
14神奈川県	82,585	66,670	15,915 80.7%	91,704	89,486	2,218 97.6%
15新潟県	28,862	28,720	142 99.5%	30,821	31,099	△ 278 100.9%
16富山県	15,498	14,866	632 95.9%	16,311	16,124	187 98.9%
17石川県	17,779	17,495	284 98.4%	18,834	19,041	△ 207 101.1%
18福井県	11,490	11,260	230 98.0%	12,357	12,290	67 99.5%
19山梨県	9,766	9,525	241 97.5%	10,185	9,999	186 98.2%
20長野県	26,854	26,350	503 98.1%	28,381	28,135	246 99.1%
21岐阜県	23,060	21,430	1,630 92.9%	24,763	24,406	357 98.6%
22静岡県	39,130	37,805	1,325 96.6%	41,325	40,939	386 99.1%
23愛知県	80,227	74,828	5,399 93.3%	86,146	84,710	1,436 98.3%
24三重県	20,964	20,221	743 96.5%	22,993	22,843	150 99.3%
25滋賀県	15,056	14,881	175 98.8%	16,430	16,355	75 99.5%
26京都府	34,508	34,227	282 99.2%	36,801	36,998	△ 197 100.5%
27大阪府	98,207	98,603	△ 396 100.4%	109,031	119,530	△ 10,499 109.6%
28兵庫県	69,189	67,374	1,815 97.4%	74,264	73,682	582 99.2%
29奈良県	16,961	15,266	1,695 90.0%	19,234	18,766	468 97.6%
30和歌山県	15,998	15,285	713 95.5%	16,922	16,517	405 97.6%
31鳥取県	9,047	8,747	300 96.7%	9,554	9,223	331 96.5%
32島根県	11,475	11,001	474 95.9%	12,042	11,586	456 96.2%
33岡山県	27,324	26,916	408 98.5%	28,835	28,755	80 99.7%
34広島県	45,320	43,807	1,513 96.7%	47,970	47,287	683 98.6%
35山口県	23,231	22,819	412 98.2%	24,681	24,589	92 99.6%
36徳島県	13,164	12,684	480 96.4%	13,731	13,611	120 99.1%
37香川県	15,275	14,900	375 97.5%	15,962	15,811	151 99.1%
38愛媛県	20,788	20,630	158 99.2%	21,187	20,892	295 98.6%
39高知県	13,509	13,258	251 98.1%	14,068	13,903	165 98.8%
40福岡県	80,785	80,229	556 99.3%	85,263	85,059	204 99.8%
41佐賀県	14,460	14,066	394 97.3%	15,263	15,083	180 98.8%
42長崎県	25,776	24,898	878 96.6%	26,343	25,765	578 97.8%
43熊本県	30,400	29,716	684 97.8%	33,041	32,622	419 98.7%
44大分県	20,278	20,007	271 98.7%	21,143	20,967	176 99.2%
45宮崎県	19,747	19,495	252 98.7%	21,013	20,950	63 99.7%
46鹿児島県	30,597	30,110	487 98.4%	32,139	31,983	156 99.5%
47沖縄県	18,134	17,603	531 97.1%	18,984	18,706	278 98.5%

注)四捨五入のため、需要見通しと供給見通しの差が需要数－供給数と一致しない都道府県もある。

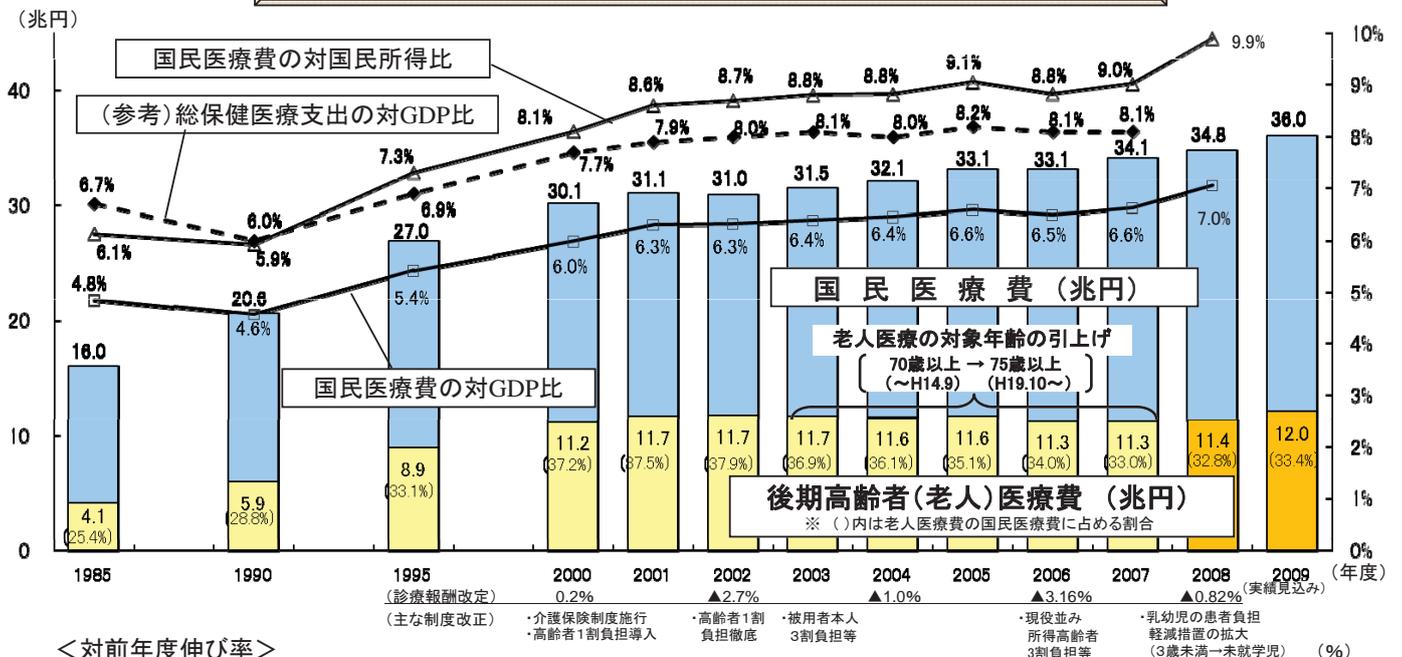
単位:千円

1人当たり医療費の推移



厚生労働省「国民医療費」

医療費の動向



	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.5
老人医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.5
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲2.8	▲1.5	0.7	1.6	0.5	2.6	0.9	▲7.1	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲2.1	▲0.8	0.8	1.0	0.9	1.5	0.9	▲4.2	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2009.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含まれており、国民医療費より範囲が広い。2008年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.0%

注2 2009年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、2008年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に2009年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより推計している。また、2009年度の対前年度伸び率は、概算医療費の伸び率である。

OECD加盟国の医療費の状況(2008年)

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考	国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
	順位		順位				順位		順位		
アメリカ合衆国	16.0	1	7,538	1		イギリス	8.7	17	3,129	16	
フランス	11.2	2	3,696	10		アイルランド	8.7	17	3,793	8	
スイス	10.7	3	4,627	3	*	ノルウェー	8.5	19	5,003	2	*
ドイツ	10.5	4	3,737	9		オーストラリア	8.5	19	3,353	15	※
オーストリア	10.5	4	3,970	7		フィンランド	8.4	21	3,008	17	
カナダ	10.4	6	4,079	5	*	日本	8.1	22	2,729	20	※
ベルギー	10.2	7	3,677	11	*	スロバキア	7.8	23	1,738	26	
ポルトガル	9.9	8	2,151	23	※	ハンガリー	7.3	24	1,437	27	
オランダ	9.9	8	4,063	6	*	ルクセンブルク	7.2	25	4,210	4	※
ニュージーランド	9.8	10	2,683	22		チェコ	7.1	26	1,781	25	
デンマーク	9.7	11	3,540	12	※	ポーランド	7.0	27	1,213	28	
ギリシャ	9.7	12	2,687	21	※	チリ	6.9	28	999	29	
スウェーデン	9.4	13	3,470	13		韓国	6.5	29	1,801	24	
アイスランド	9.1	14	3,359	14		トルコ	6.0	30	767	31	※
イタリア	9.1	14	2,870	19		メキシコ	5.9	31	852	30	
スペイン	9.0	16	2,902	18		OECD平均	9.0		3,060		

【出典】「OECD HEALTH DATA 2010」

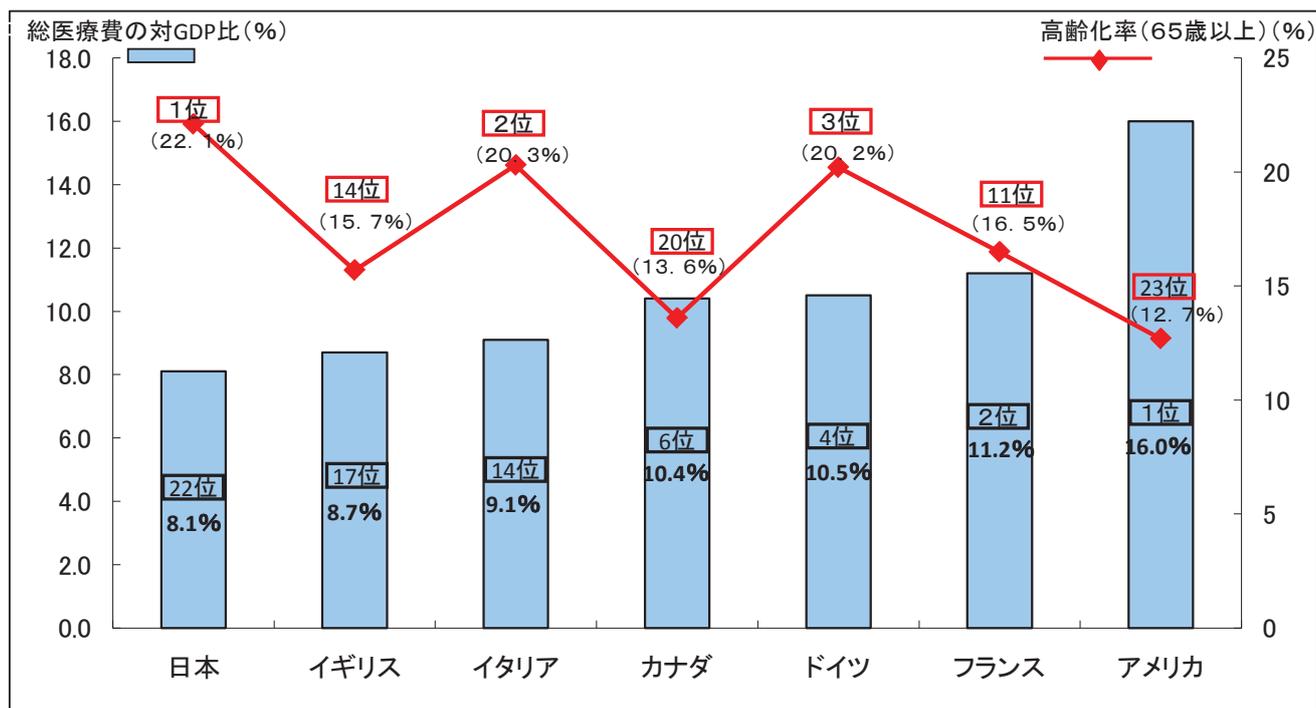
(注1) 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

(注2) ※の数値は2007年のデータ(ただし、ポルトガル、ルクセンブルクは2006年のデータ)

(注3) *の数値は予測値

G7諸国における総医療費(対GDP比)と高齢化率の状況(2008年(平成20年))

□ OECD31カ国内の順位



○ 出典:「OECD HEALTH DATA 2010」

○ OECDの「総医療費」には、国民医療費に加え、介護費用の一部(介護保険適用分)、民間の医療保険からの給付、妊娠分娩費用、予防に係る費用等が含まれていることに留意が必要。

○ 日本の総医療費の対GDP比は2007年(平成19年)のデータ。

医療分野についての国際比較(2008年)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 総病床数	3.1	3.4	8.2	6.9	—	13.8
人口千人当たり 急性期医療病床数	2.7(※1)	2.7	5.7	3.5	—	8.1
人口千人当たり臨床医師数	2.4	2.6	3.6	3.3#	5.6(※1)	2.2
病床百床当たり臨床医師数	77.9	76.5	43.3	48.5#	—	15.7
人口千人当たり 臨床看護職員数	10.8#	9.5	10.7	7.9#	10.8(※2)	9.5
病床百床当たり 臨床看護職員数	344.1#	279.6	130.0	115.1#	—	69.4
平均在院日数	6.3	8.1	9.9	12.9	5.8(※1)	33.8
平均在院日数 (急性期)	5.5	7.1	7.6	5.2	4.5(※1)	18.8
人口一人当たり 外来診察回数	4.0(※1)	5.9	7.8	6.9	2.8(※2)	13.4(※1)
女性医師割合(%)	30.8	41.5	40.6	39.6	43.1(※2)	18.0
一人当たり医療費(米ドル)	7,538	3,838	4,714	4,996	4,879	2,781(※1)
総医療費の対GDP比(%)	16.0	8.7	10.5	11.2	9.4	8.1(※1)
OECD加盟諸国間での順位	1	17	4	2	13	23
平均寿命(男)(歳)	75.4	77.4	77.2	77.8	79.4	79.6
平均寿命(女)(歳)	80.4	81.6	82.4	84.5	83.4	86.4

(出典):「OECD Health Data 2010」

注1 「※1」は2007年のデータ 「※2」は2006年のデータ

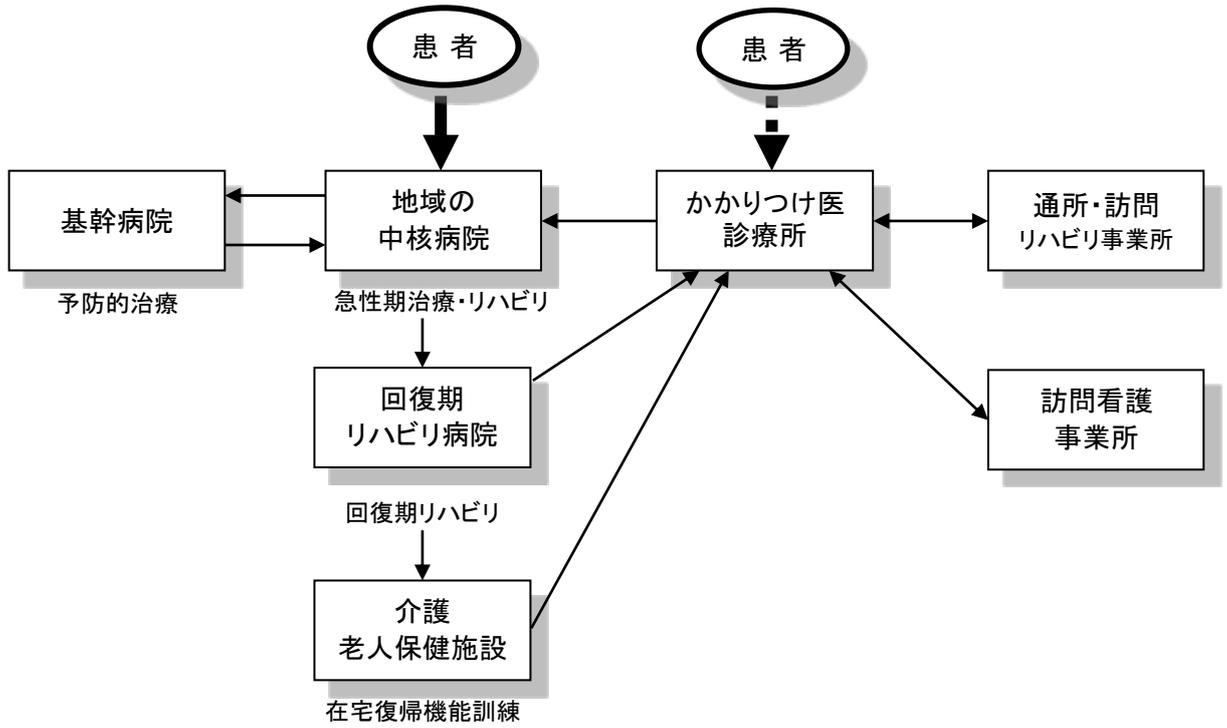
注2 スウェーデンは病床数非公表

注3 スウェーデンは臨床医師数ではなく総医師数。

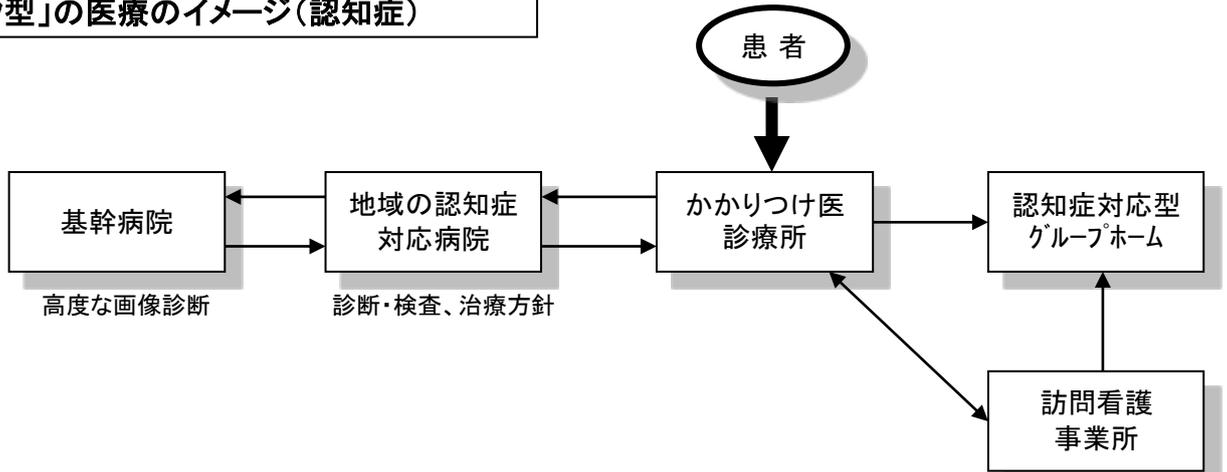
注4 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注5 平均寿命については、アメリカは2007年、イギリス、ドイツは2006年～2008年の平均、フランス、スウェーデン、日本は2009年のデータ

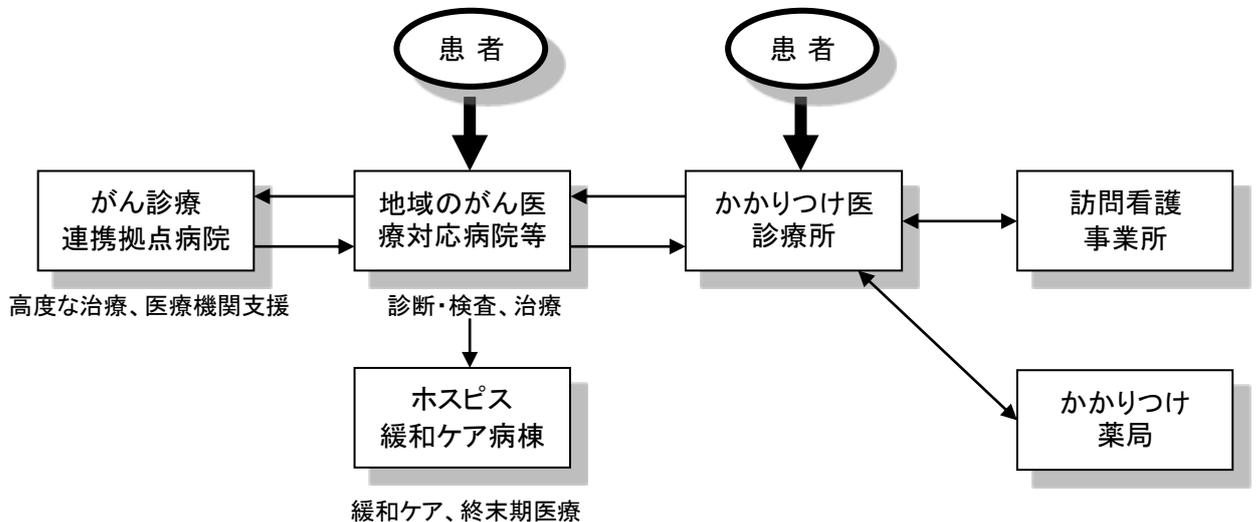
「ネットワーク型」の医療のイメージ(脳卒中)



「ネットワーク型」の医療のイメージ(認知症)



「ネットワーク型」の医療のイメージ(がん)



脳梗塞急性期インディケータ

(二次医療圏別)

(対象)

国民健康保険・後期高齢者医療制度のレセプトデータ

※1 医療資源を最も投入した傷病名が脳梗塞(DPCデータ)、又は主病名が脳梗塞(出来高請求データ)

※2 在院日数90日間超の症例、府外に居住する症例は除外

(期間)

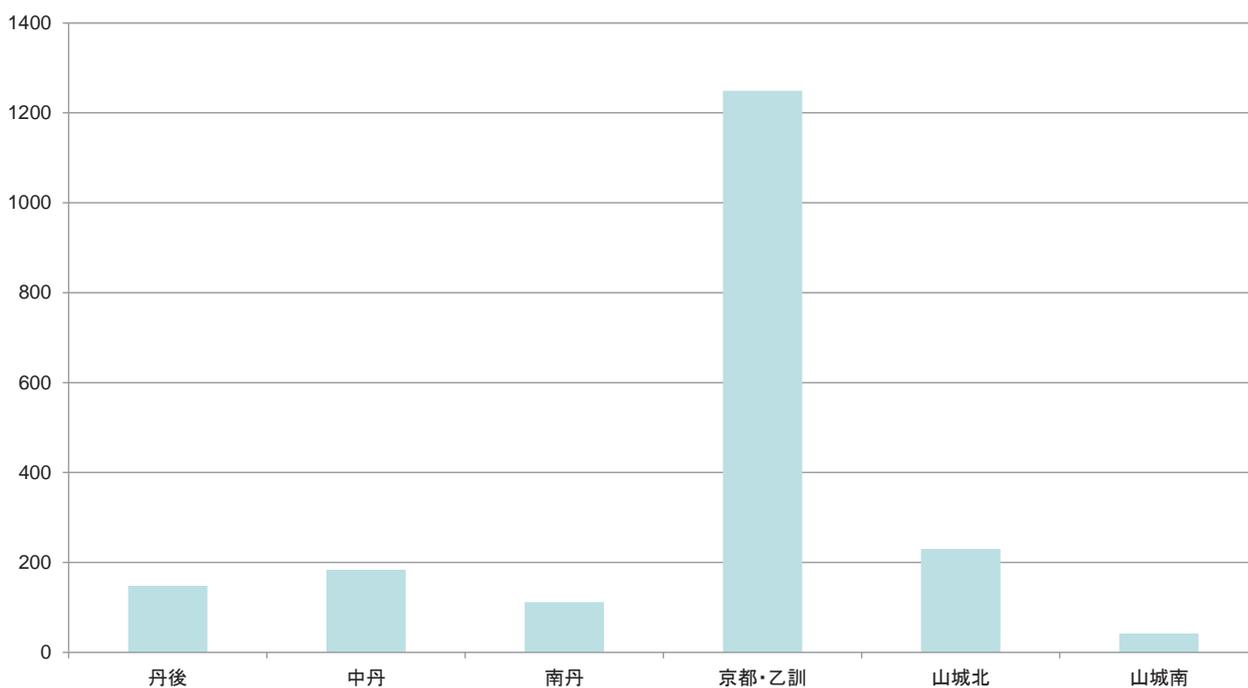
2009.2 ~ 2009.11

(サンプル数)

- 病院数：京都府内の46病院（うちDPC対象29病院）
- 症例数：1,965人

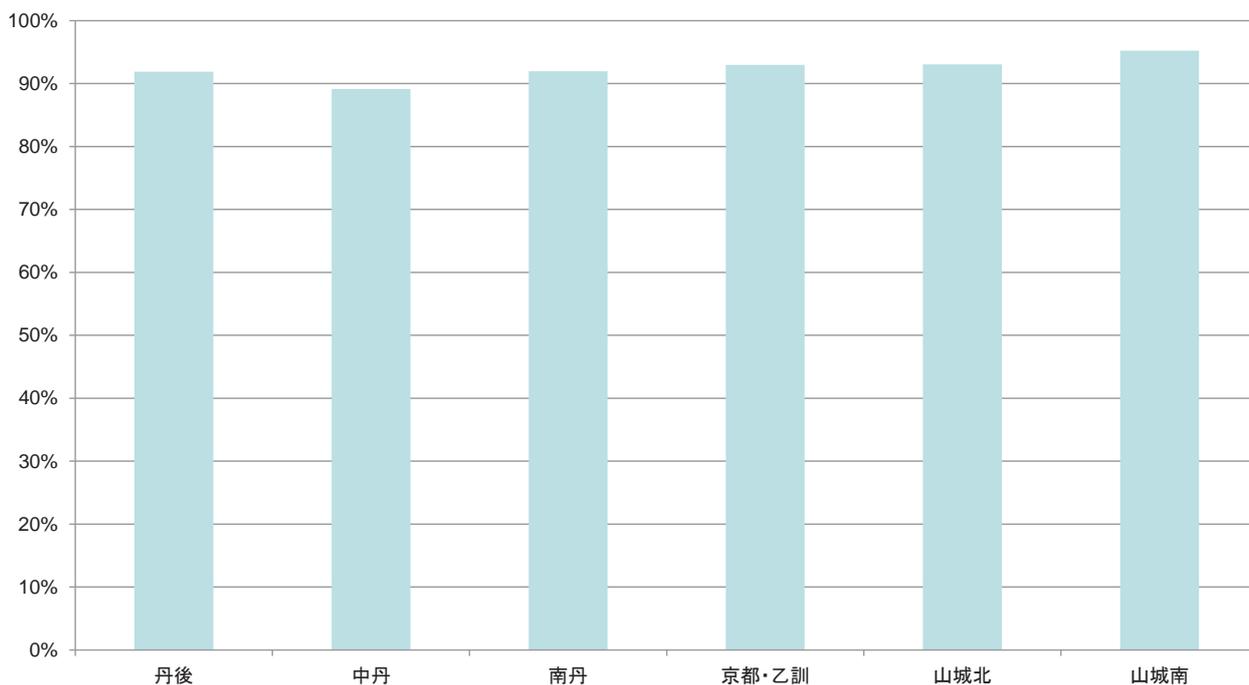
C-1

症例数（件）



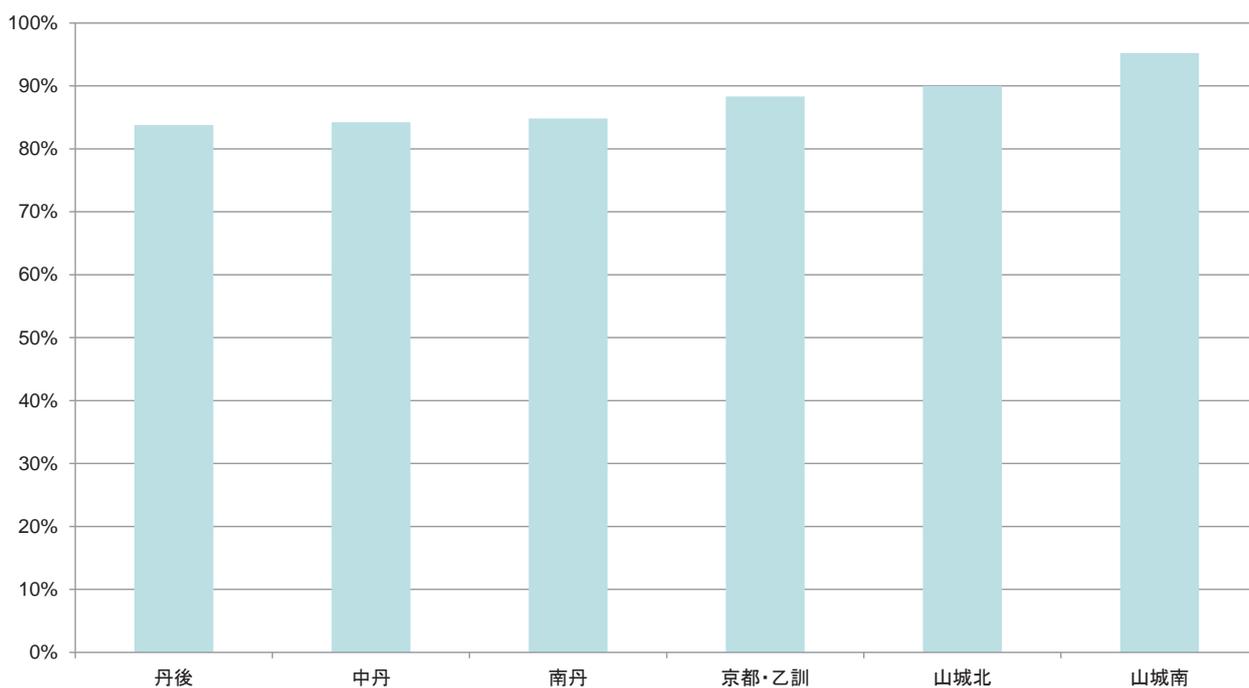
C-2

CTまたはMRIの施行率



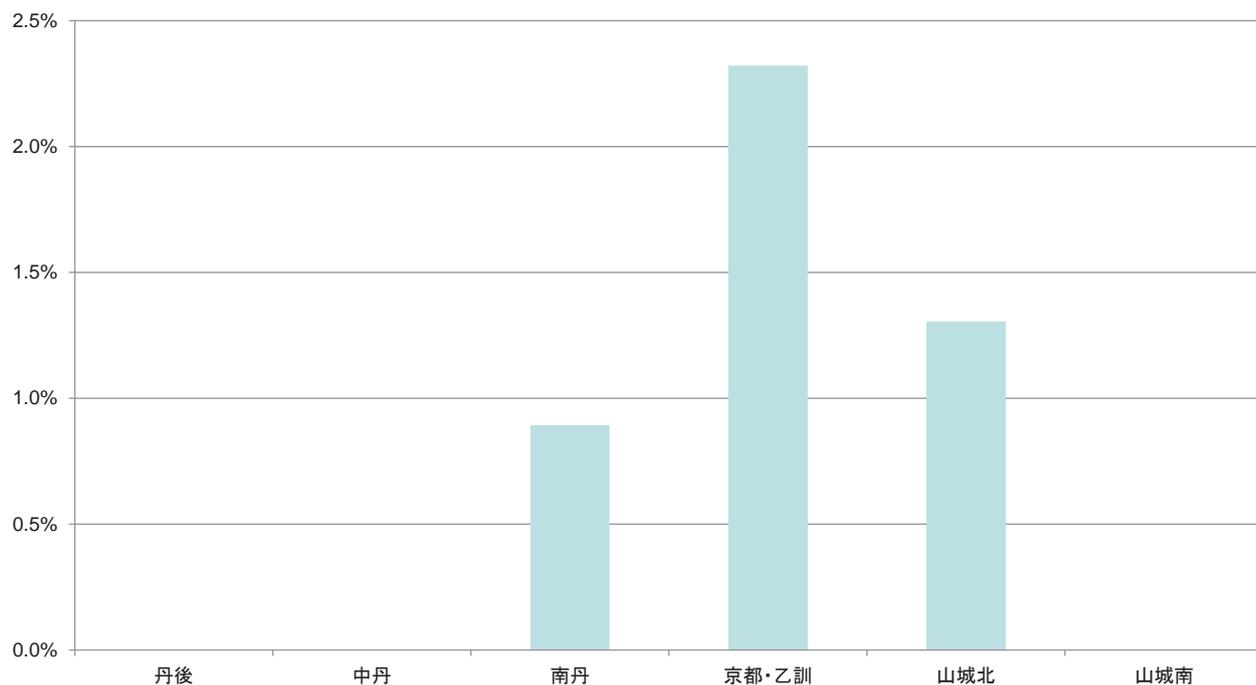
C-3

頸動脈エコーまたはMRIの施行率



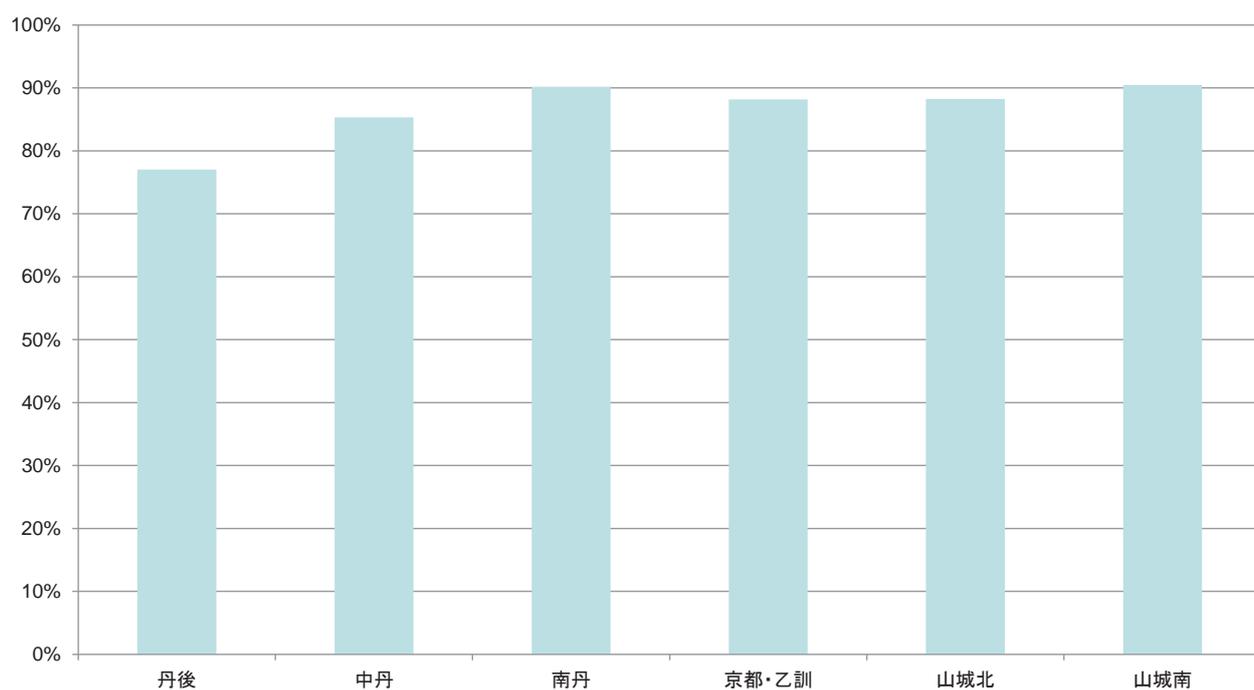
C-4

t-PA注射療法施行率



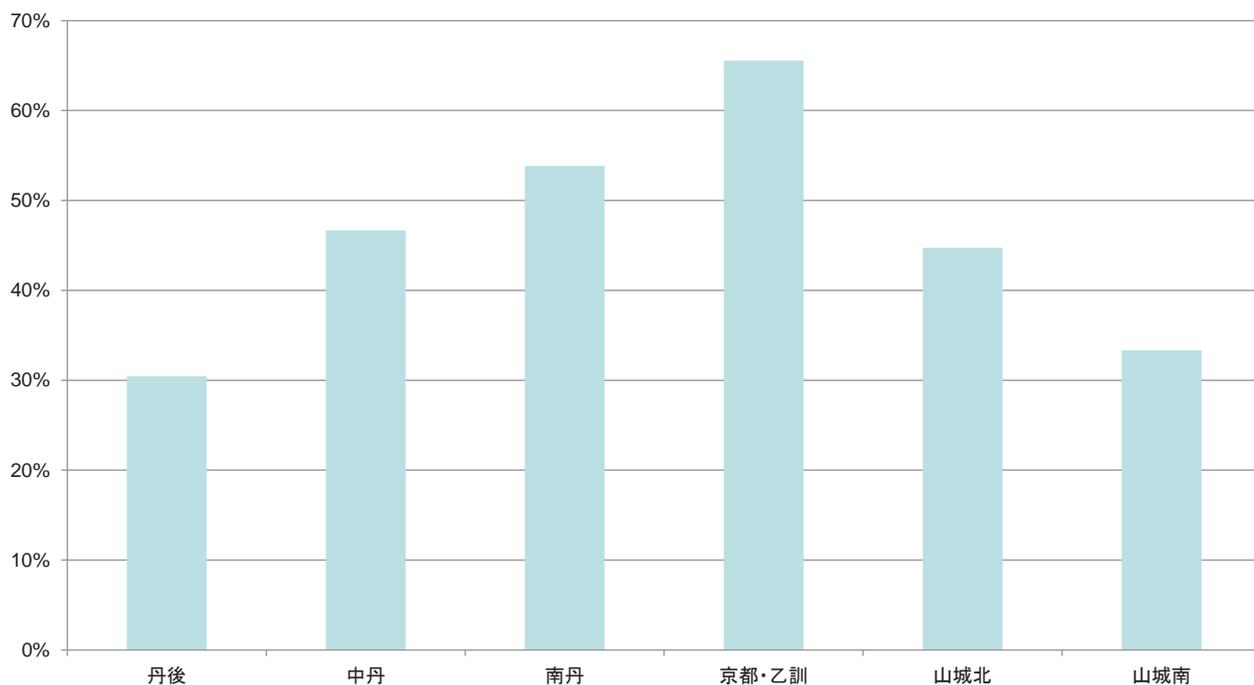
C-5

抗血栓療法施行率



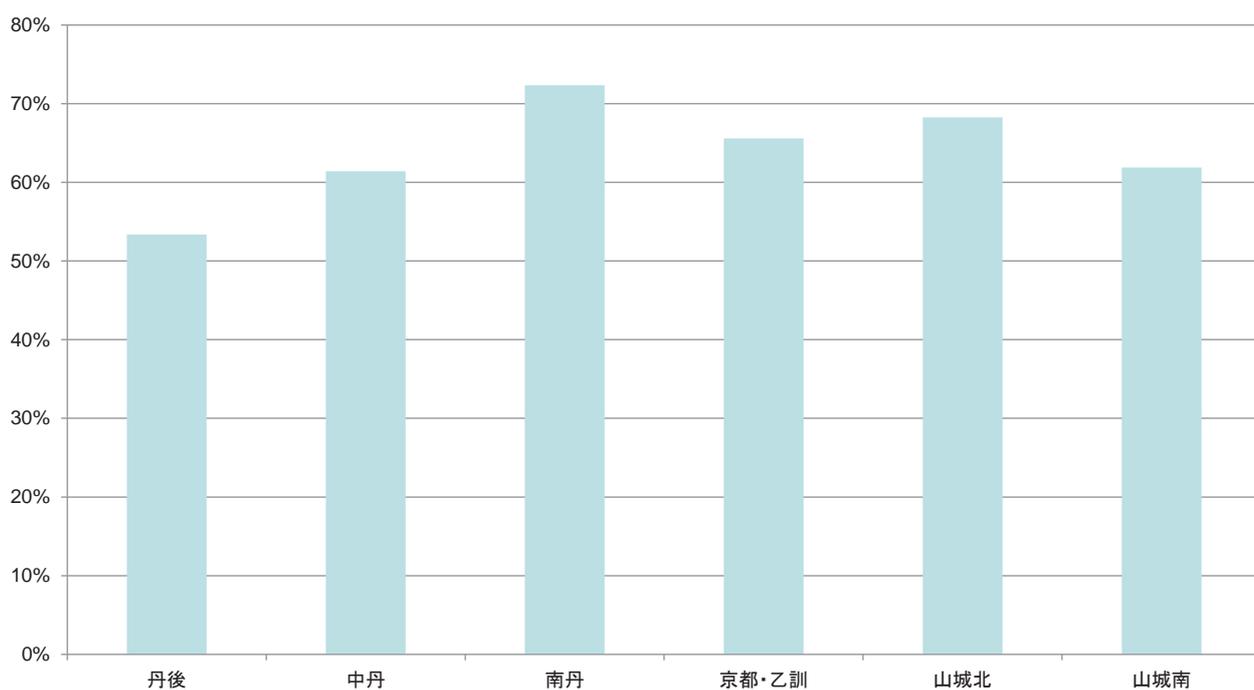
C-6

ワーファリン使用率



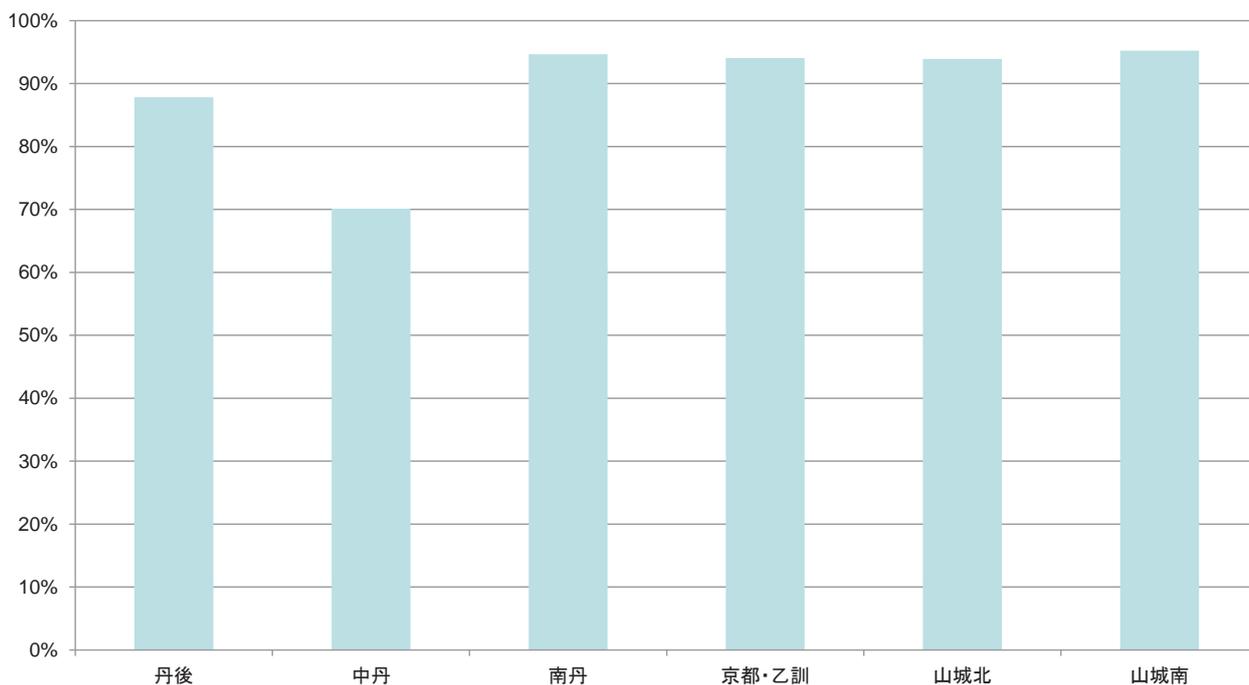
C-7

入院後3日以内に 理学療法の評価を行った率



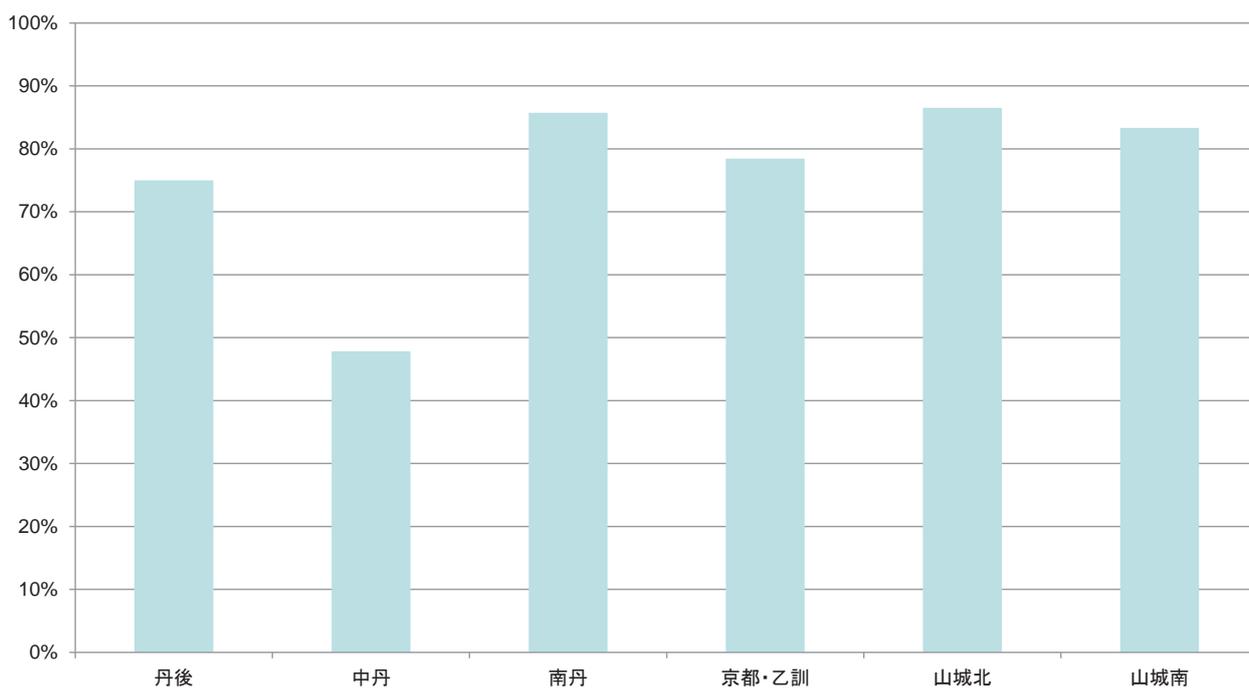
C-8

脂質又は血糖検査を行った率



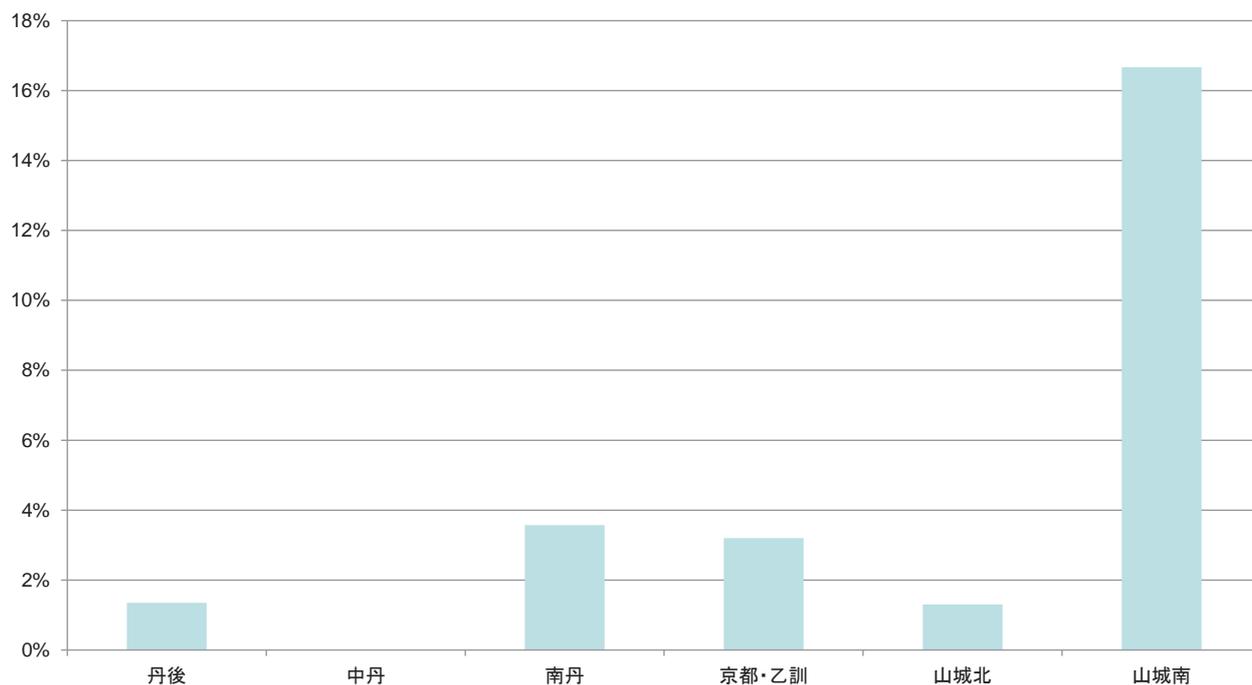
C-9

脂質と血糖の検査を行った率



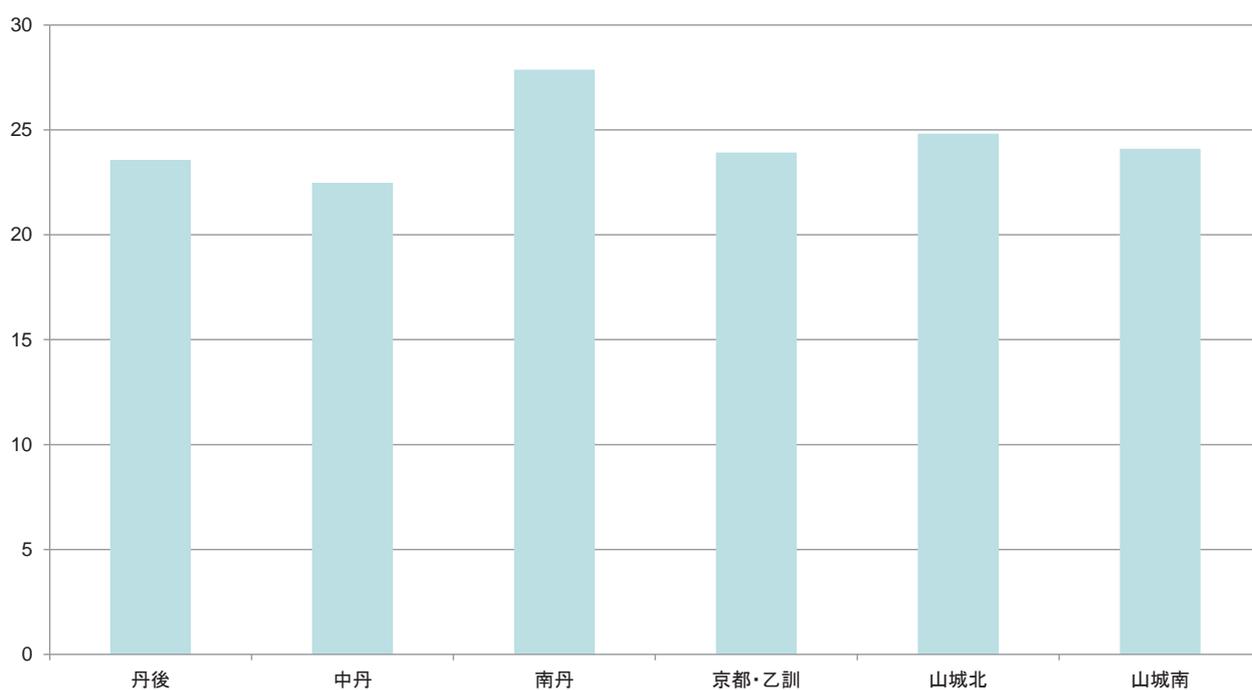
C-10

深部静脈血栓症の予防を行った率



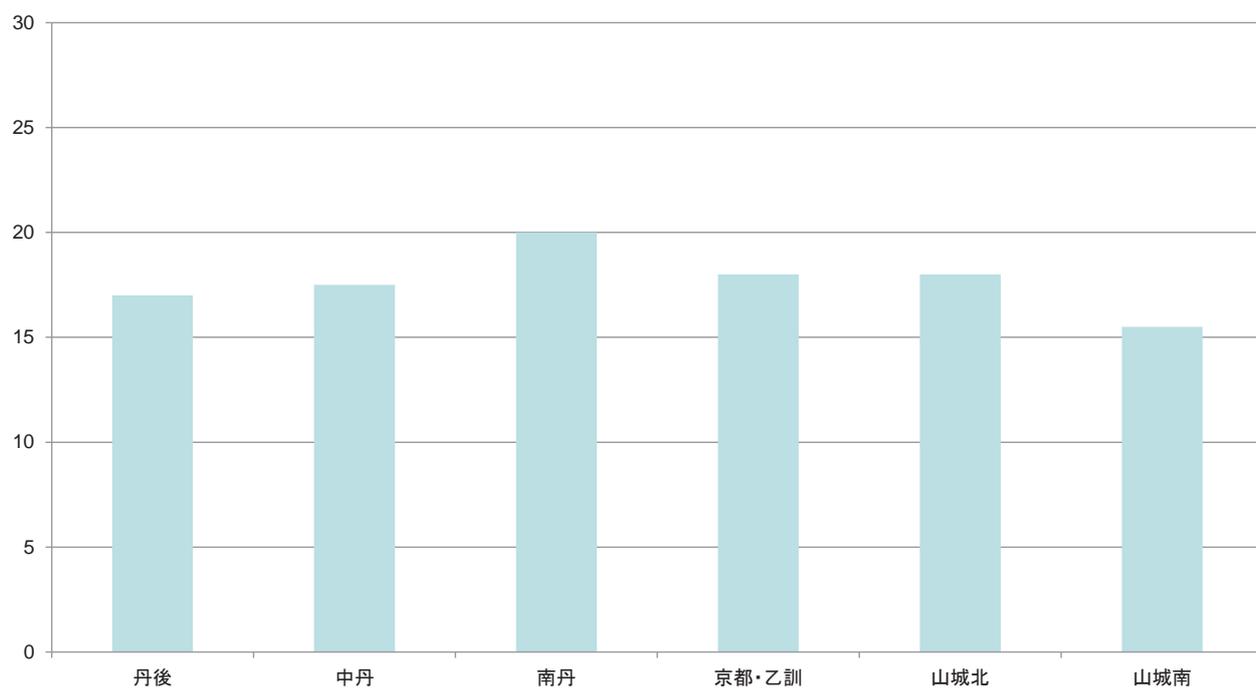
C-11

在院日数（平均）



C-12

在院日数（中央値）



C-13

老後も安心して暮らせる地域包括ケアシステム推進プラン

<p>検討委員会名</p>	<p>地域包括ケア実施委員会</p>																									
<p>担当部課</p>	<p>健康福祉部 高齢者支援課</p>																									
<p>現状と課題</p>	<p>2025年には「団塊の世代」が75歳を迎え高齢者が急増することによって、独居、夫婦二人暮らしの高齢者世帯が全世帯の4分の1を占めると推計されます。多死化社会が到来し、高齢者の孤立化が進むことも危惧されます。</p> <p>このような状況の中、介護保険の利用者からの「医療と介護の連携が必要」との意見や、サービスの現場からも「個人的なネットワークや経験頼みになっている」という声があり、医療、介護、福祉の各分野のコーディネート機能が別立てとなっているなど連携不足が指摘されています。</p> <p>また、内閣府の調査（「高齢者の健康に関する意識調査」H21.3）によると、「終の棲家は在宅で」と考えている方が約半数を占めるものの、「家族の負担」「急変時の不安」から、現実には約8割が医療機関で亡くなっている状況にあり、在宅療養を支える資源の整備が急務です。</p> <table border="0" data-bbox="391 873 1444 1064"> <tr> <td>【参考】</td> <td></td> <td>2010年</td> <td></td> <td>2025年</td> </tr> <tr> <td>高齢化率</td> <td>(京都府)</td> <td>23%</td> <td>→</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>独居、高齢夫婦世帯</td> <td>(京都府)</td> <td>23万世帯</td> <td>→</td> <td>28万世帯</td> </tr> <tr> <td>認知症高齢者</td> <td>(全国)</td> <td>200万人</td> <td>→</td> <td>323万人 ※</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(※ 高齢者介護研修会報告書H15.6)</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 在宅医療・介護・福祉を支える各サービス基盤の充実強化 ▶ 医療、介護、福祉の各分野における連携強化及び人材育成 </div> <p>高齢者の方が介護や療養が必要となっても、地域と関わりを持ちながら、自分の意思で生活の場を選択できるような環境整備が必要であり、個人の尊厳が尊重される社会の実現が求められます。</p>	【参考】		2010年		2025年	高齢化率	(京都府)	23%	→	30%	独居、高齢夫婦世帯	(京都府)	23万世帯	→	28万世帯	認知症高齢者	(全国)	200万人	→	323万人 ※					(※ 高齢者介護研修会報告書H15.6)
【参考】		2010年		2025年																						
高齢化率	(京都府)	23%	→	30%																						
独居、高齢夫婦世帯	(京都府)	23万世帯	→	28万世帯																						
認知症高齢者	(全国)	200万人	→	323万人 ※																						
				(※ 高齢者介護研修会報告書H15.6)																						
<p>新規施策と期待される効果</p>	<p>I 目指すべき姿</p> <p style="text-align: center;">目指すべき姿：京都式地域包括ケアシステムが実現される社会</p> <p>高齢者が住み慣れた地域で、医療、介護、福祉のサービスを組み合わせることで24時間、365日安心して暮らせる社会。</p> <p style="text-align: center;">－医療・介護・福祉一体型のあんしん社会－</p> <p>このような社会を実現するためには、生涯にわたり健康を保つ介護予防から、どのようにして望む終末期を過ごしていくのか、までを包括的に支えるシステムが必要となります。それを支えるシステムが「京都式地域包括ケアシステム」です。</p> <p>本プランではその第1段階として、医療、介護、福祉が一体となって、介護や療養が必要になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるためのシステム作りを目指すものです。</p> <p>併せて地域包括ケアシステムの一環として行われる「総合リハビリテーション推進プラン」により、住み慣れた地域で安心して、いきいきと暮らせるようにするため、リハビリテーションの充実を一体的に進めることとします。</p>																									

個別的ケア…高齢者の個別ニーズにあわせて
包括的ケア…必要な情報、サービスを包括的に、ワンストップで
継続的ケア…長期間にわたり、切れ目なく継続的に

医療・介護・福祉が連携し、チームケアを実現

京都式地域包括ケアシステムの実現に向けて（第1ステージ）

1 4つの領域を充実強化

〈在宅医療サービス〉かかりつけ医、訪問看護ステーション等を充実

〈在宅医療サービスのバックアップ体制〉地域包括ケア支援病院（仮称）の指定、認知症疾患医療センターの設置

〈在宅介護サービス〉小規模多機能施設、訪問介護など中重度の要介護者が地域で安心して暮らせるサービス等の充実

〈見守り、生活支援サービス〉社会福祉協議会、社会福祉法人、NPO等を支援

2 安心して暮らせる「すまい」の整備促進

3 各領域をつなぐ「扇のかなめ」（ネットワーク）の機能強化及び人材の育成

4 「京都式」地域包括ケアシステムを支える機能の構築

4つの領域を充実し、各領域間の連携を強化することにより、本人の意思を尊重し、希望すれば誰でも住み慣れた地域で安心して暮らせる社会を目指します。

II 計画期間

目標達成年次 2025年

- ・第1ステージ 2010年～2013年（4年間）
- ・第2、第3ステージ （3～5年スパンで実施）

III 施策の方向

1 4つの領域を充実強化

①在宅療養を支える医療サービスの充実

在宅医療サービスを充実することで、中重度の介護を必要とする方や、在宅での療養を望む方が在宅で終生過すことを可能にする条件を整備します。

《かかりつけ医への支援方策》

- ◇「ドクターズネット」を構築・支援…在宅医療を専門的に行う診療所と、かかりつけ医機能を有する診療所間のネットワークにより、24時間、365日在宅療養支援診療所機能の向上、拡大
- ◇かかりつけ医紹介システムなど在宅医療サポートセンター（府医師会）の充実を支援

《訪問看護の充実方策》

- ◇複数の訪問看護ステーションを束ねる基幹ステーションを設置し、規模を拡大
- ◇訪問看護ステーションのサテライト化を進め、身近な地域で看護ケアを提供
- ◇訪問看護ステーションみなし指定制度の創設（国へ提案）…一定数以上の看護師を配置する訪問介護事業所を訪問看護ステーションに指定し、訪問看護ステーションを増加、看護と介護の連携を促進
- ◇医療系サービス（訪問看護、訪問リハ等）を介護サービス支給限度額の対象外に（国へ提案）…医療系サービスを支給限度額対象外とし、訪問介護等との役割分担を明確にした上で、使い控えを緩和

《その他の支援方策》

- ◇歯科用ポータブルユニット等の整備…在宅療養中でも口腔ケアを充実
- ◇薬剤師等との連携強化

②在宅医療サービスを支えるバックアップ体制整備

在宅療養を困難にする原因となっている「家族の負担」「急変時の不安」を軽減するとともに、在宅療養を支える医療関係者を支援します。

《在宅医療への支援方策》

- ◇「地域包括支援病院（仮称）」の指定…在宅医療の後方支援として、かかりつけ医等をサポートするとともに、家族の在宅介護の負担を軽減
 - ・在宅療養の急変時に対応できる緊急のベッドの確保
- ◇退院調整機能（地域連携室）の強化…退院調整看護師、医療ソーシャルワーカーの資質向上とネットワークづくりを支援
- ◇医療的ケアの必要な利用者向けのショートステイの拡充（国へ提案）…新たにショートステイの専用ベッドを確保。介護老人保健施設、介護療養型医療施設、有床診療所等にショートステイのベッドを確保し、新たに併設型ショートステイ制度やレスパイト制度を創設

《認知症患者への支援方策》

- ◇認知症疾患医療センターの設置…認知症かかりつけ医のバックアップ、認知症患者の合併症対応を支援

◇地域包括支援センターに認知症専門職員を配置し、認知症疾患医療センターと連携強化

◇認知症を熟知したかかりつけ医の養成

- ・かかりつけ医対応力向上研修
- ・認知症サポート医研修

◇在宅療養が困難な認知症の人の受け入れ先の確保…グループホーム等

③在宅介護サービスの充実

地域密着型の在宅介護サービスをはじめとする、在宅介護サービスの基盤を整備するとともに、医療と介護の連携を推進します。

《中重度の要介護者でも在宅生活が可能となる方策》

◇小規模多機能型居宅介護事業所、グループホーム等地域密着型事業所の整備、充実

◇24時間地域巡回型訪問サービス事業の創設

《レスパイト機能の充実方策》

◇緊急ショートステイの拡充(国への提案)…小規模多機能型居宅介護事業所の空室を利用した、登録者以外の緊急ショートステイ事業を提案

◇お泊まりデイサービスの検討

《介護保険施設における在宅機能の充実方策》

◇地域包括ケアに資する整備を行う介護保険施設への支援…介護保険施設に連携相談機能等を設置し、地域密着型サービスの展開

④見まもり、生活支援サービスの充実

独居等の増加により地域で孤立する高齢者の増加が予想される状況を踏まえ、地域で高齢者を支える仕組みを作るとともに、介護保険になじまないものの生活の「質」を維持するために必要なサービスの提供体制を構築します。

《生活支援サービスの充実方策》

◇ナイトサービス(独居に不安のある比較的自立度の高い高齢者のサポート)等あんしんを支えるサービスの整備

◇「あんしんサポーター」を養成…高齢者の相談を身近で受ける人材を養成し、身近な地域の相談場所やサロン等で、高齢者の日常生活を支援するため、様々な機会をとらえて介護や福祉サービスの情報提供を実施するほか、特にひとり暮らしの方の日常の見まもりや、日常生活の様々な手続き等のアドバイス等により、漏れ落ち等を防止

◇「暮らしのサポートコーディネータ」の設置…地域包括支援センターと連携して地域の生活支援サービス情報の収集・提供

◇ファミリーサポートセンターの機能に、高齢者家庭の支援サービスを付加

《見まもりサービスの充実方策》

- ◇認知症の方の見まもり体制の充実…認知症キャラバンメイトや認知症サポーターの養成など、徘徊高齢者の捜索・通報・保護や見まもり活動を行うボランティアを幅広く育成し、地域の徘徊・見まもりSOS機能を強化
- ◇人と情報の集まる「いきいきふれあいサロン」の充実…小学校区に最低1つの「サロン」を設置し、高齢者だけでなく、障害者、子育て世代も気軽に集まれる場を提供
- ◇高齢者見まもり体制の充実…ITシステムの活用や社会福祉協議会、社会福祉法人、NPO等と協働して高齢者を地域で支えるネットワークを強化

2 安心して暮らせる「すまい」の整備促進

在宅で生活するためには、まず居住環境の確保が先決です。独居であっても、要介護状態であっても、低所得であっても、安心して暮らせるすまいを確保します。

- ◇「高齢者あんしんサポートハウスの整備」…独居等自立生活に不安のある者を支えるために、医療・介護・福祉が連携したサービスが利用できるようなすまいを確保
 - ・ 独居の方へ医療・介護・福祉サービスを提供
- ◇公営住宅における医療・介護・福祉サービスの提供…公営住宅と地域包括支援センターが連携し、医療や介護・福祉サービスを提供
- ◇医療・介護と連携したサービス付き高齢者向け賃貸住宅などの普及促進等
- ◇住宅金融支援機構の融資制度を利用した、リバースモーゲージ制度を活用したすまい確保対策の推進

3 各領域をつなぐ「扇のかなめ」(ネットワーク)の機能強化及び人材の育成

①ネットワークづくりと人材の育成

医療、介護、福祉の連携不足は、サービス利用者である高齢者とその家族からも、サービス現場も課題との指摘があります。ネットワークのかなめとなる地域包括支援センターへの支援を強化することで、サービスのネットワークを強化し、安心して在宅で療養できる環境をつくります。

《ネットワークへの支援方策》

- ◇特区申請(継続)に加え、先行的に地域包括支援センターの強化を図り、「介護予防マネジメント業務」を軽減することで地域ネットワークづくりを推進し、地域包括ケアを充実
- ◇地域包括支援センターが、地域の実情に応じて既存の資源(特別養護老人ホーム、グループホーム、在宅介護支援センター等)と連携して、地域包括ケアを推進

◇医療的ケア、認知症対応、低所得者問題、虐待対応などの困難事例に対し、地域包括支援センターが中心となって、医療、介護、福祉の各サービスを包括的に提案する「地域包括ケアプラン（仮称）」づくりを推進

◇認知症クリティカルパス（仮称）の導入…認知症専門医とかかりつけ医等の認知症医療連携及びケアマネジャー等との介護の連携、また、地域で生活を支える人たちとの連携など、包括的に支えるパスを作成し、本人と家族を支援

◇「ドクターズネット」を構築・支援…在宅医療を専門的に行う診療所と、かかりつけ医機能を有する診療所のネットワークにより、24時間、365日在宅療養支援診療所機能の向上、拡大(再掲)

《人材養成の充実方策》

◇在宅医療を担当する医師、訪問看護師、病院医等の合同研修会の開催

◇特別養護老人ホーム入所者への安心・安全な医療的ケアの提供…医療的ケア実施に向けた指導者研修、サポート体制の構築

◇医療職、介護職それぞれに対して他領域の研修を実施し、在宅高齢者を支える人材を育成

◇介護人材4,000人の確保

◇学校教育と連動したキャリア教育の推進

◇潜在人材の現場復帰プログラムの充実と保育の確保

◇資格、経験に基づくキャリア・アップ制度の検討

②地域包括ケアシステム実現に向けた支援方策

地域により異なる資源、ニーズに対応するため、各地域の実情に応じた支援が重要です。

また、地域で高齢者を支える生活支援サービスについては、各市町村が主体的に取り組んでいく必要があります。

◇地域の実情にあわせた地域包括ケアシステムの実現を目指す支援制度を創設

4 「京都式」地域包括ケアシステムを支える機能を構築

「京都式」地域包括ケアシステムを実現するため、医療・介護・福祉の各関係機関と連携し、地域包括ケアを支援する仕組みを構築します。

◇京都地域包括ケア推進センター（仮称）の設置

- ・京都式地域包括ケアシステムの実現に向けて、関係各機関が連携し、オール京都体制で事業を展開
- ・京都府医師会「トレーニングセンター」や府リハビリテーション支援センターとも密接に連携し、地域包括支援センター等を支援

5 本プランの今後の展開

高齢者の方が高齢期をいきいきと健やかに過ごしていくためには、介護予防の取組が重要です。一方で自らの終末期をどのように迎えるかを主体的に決定し、それに沿ったケアを行うターミナルケアについても、今後重要性が増していくことから、京都府としてこれらについての検討を進めていきます。

なお、介護予防については、現在、国において見直しが進められていることから、その動向を見ながら進めることとします。

また、その高齢者の方を支えていく家族介護者が、高齢者への敬意を持って介護に当たっていただけるよう、介護者自身を支える方策の検討や、高齢者、特に認知症の方やその家族への社会全体での理解を深めていくため、今後具体的な方策について、検討を進める必要があります。

さらに、医療、介護、福祉の各分野でサービスの「質」や生活の「質」を意識し、「京都式」地域包括ケアシステムを支える、各分野のリーダー的な人材の育成方策についても検討を進めます。

検討委員からの 主な意見

■医療関係

- ・在宅療養支援診療所は大変重要だが、要件基準のハードルが高い
- ・介護保険対象者の退院調整加算が新設されたことで病院側が退院調整に積極的になってきており、今後は、退院調整部門をサポートすることが大事
- ・訪問看護ステーションの看護師が病院に戻されているという現状がある
- ・訪問看護師が不足しており、潜在的な人材の現場復帰のための方策が必要

■ネットワーク関係

- ・ケアマネジャーと医師や訪問看護師とのコミュニケーションに問題がある
- ・基礎資格が福祉職であったケアマネジャーが約7割を占め、医療知識が不足の傾向
- ・「連携」よりもさらに密接に協力するというイメージを出すために、「一体となって」としてはどうか
- ・「特養施設等」を「介護保険施設」とする方が適当な表現ではないか
- ・医療・介護・福祉の各界でリーダーとして活躍できる人材の育成など、今までの枠にとらわれない人材育成や家族介護者を中心に据えた展開等も考える必要があるのではないか

■認知症関係

- ・中重度の認知症患者の行き場がないのが現状
- ・本人を身近にケアしていく家族の心を支える仕組みが必要
- ・認知症の人を支えるには、小規模多機能型居宅介護事業所が欠かせない存在
- ・小規模多機能を普及させるためには介護報酬を上げないと採算が合わない
- ・認知症を看られる施設として介護療養病床が適しているのではないか

■生活支援サービス

- ・老老介護や高齢の母と障害を持った息子の世帯等、ケースが複雑化している
- ・就労、家族、将来の生活等様々な問題に対し広く受け止める仕組みが必要
- ・見まもりサービスについて、同じような内容の記載があり、一本化できないか
- ・ふれあいきいきサロン設置については、すでに社協が高齢者いきいきサロン活動をしているところもあることから「充実」に変更してはどうか

■地域包括支援センター

- ・地域包括支援センター業務では、予防給付ケアプラン作成でかなり手を取られており、地域に出て行き、コーディネートするところまでは来ていない

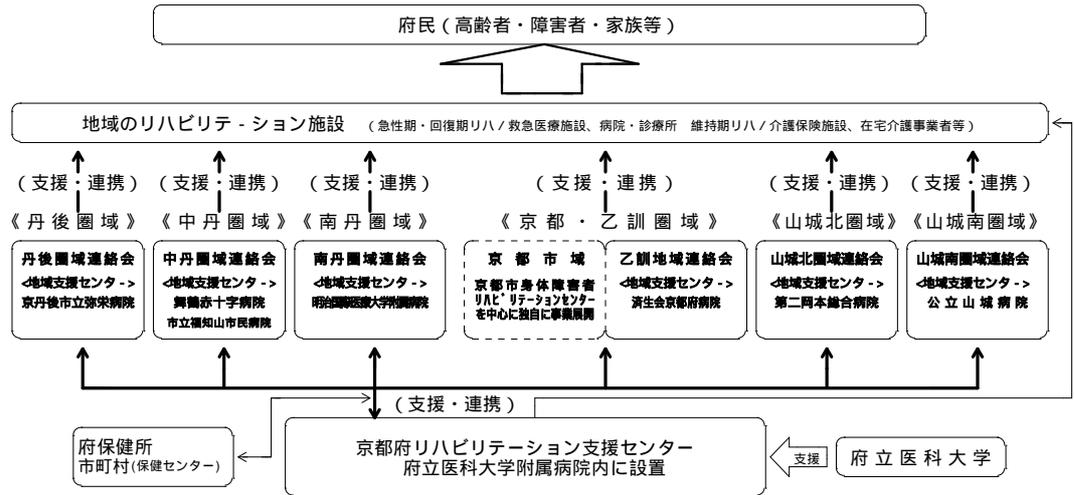
プラットフォームなど現場からのニーズ、提案、検証結果等

- 「医療と介護・福祉サービス連携協議会(H20設置)」を設置
- ・医療と介護・福祉サービスを一体的・重層的に提供する体制の構築を検討
- ・計6回の開催の中で、現状と課題を整理し、連携ツールやネットワークの素案を作成(4つのハート)
- 地域包括支援センターをはじめ各サービス事業所から現場での課題等の聴き取り
- 各市町村の現状について意見交換(府内4カ所)

総合リハビリテーション推進プラン

<p>検討委員会名</p>	<p>京都府総合リハビリテーション推進プラン検討会 (京都府地域リハビリテーション連携推進会議)</p>
<p>担当部課</p>	<p>健康福祉部 健康対策課</p>
<p>現状と課題</p>	<p>府立医科大学附属病院内に府リハビリテーション支援センター、各二次医療圏に地域リハビリテーション支援センターを設置し、地域での連携体制の構築や人材育成を図ってきた。</p> <p>急性期等におけるリハビリテーション体制は整いつつあるが、回復期、維持・生活期までの総合的なリハビリテーション提供体制を推進する必要がある。</p> <p>リハビリテーション支援センター及び回復期リハビリテーション病床の状況</p> <p>回復期リハ病床(人口10万人当たり) 全国:4.6床、京都府:3.2床(40位)</p>

京都府における地域リハビリテーション支援体制図



〔資源 - 人材〕

- ・リハビリテーション従事者は、京都市内に集中するなどの地域的偏在や介護系施設に少ないなどの施設間の偏在がある。
- ・介護系施設で機能回復訓練を中心的に担っているのは看護職・介護職である。

〔資源 - 施設〕

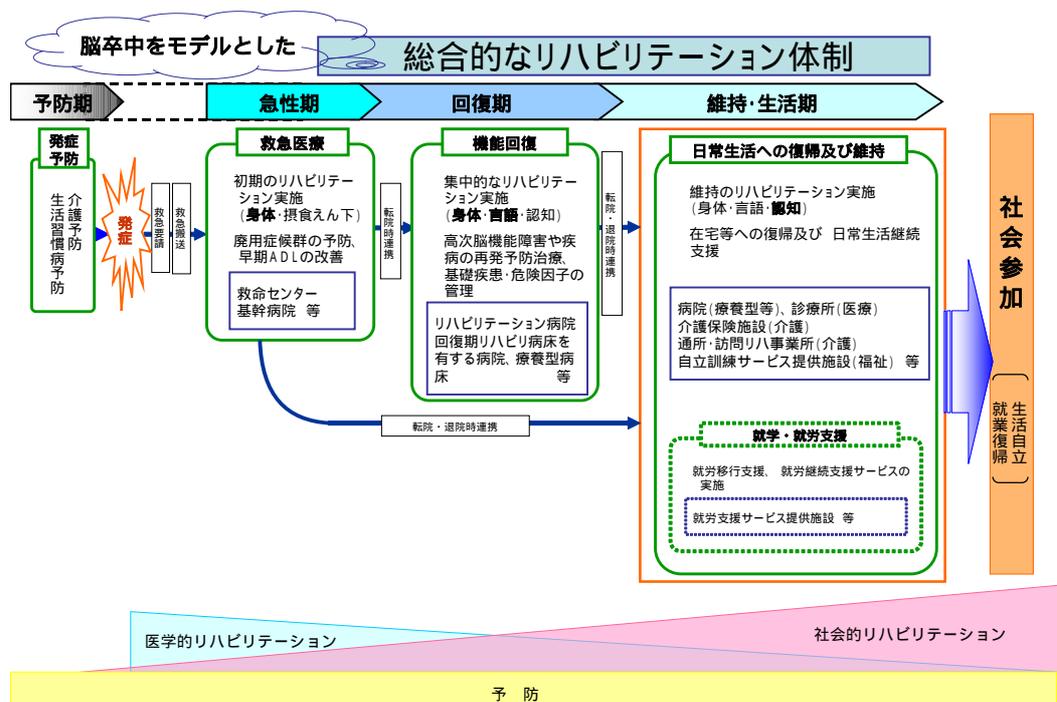
- ・リハビリテーションサービスの中心となる回復期リハビリテーション病床数が少ない。
- ・維持・生活期における在宅系のサービス提供が不足している。

〔連携〕

- ・医療系従事者（医師、看護師等）と介護系従事者（社会福祉士、介護福祉士等）のリハビリテーションに関する意識の差により連携がとれていない側面もある。

新規施策と期待される効果

目指すべき姿



本プランは、脳卒中をモデルに急性期から回復期、維持・生活期まで適なりハビリテーションが受けられる体制のあり方を検討することで、他の疾患や障害の特性に応じ、かつ、一定地域で完結する総合的なリハビリテーション提供体制を構築することを目的に策定する。また、高齢者が住み慣れた地域で安心して、いきいきと暮らせるようにするため、地域包括ケアシステムの一環として、在宅リハビリテーションの充実を担う。

推進施策

1 人材の確保・育成

量の充足

- 地域間・施設間の偏在の解消、不足職種の充足
 - 高校生を対象としたセラピスト（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の就業体験の実施
 - 北部施設や介護施設等への就業フェアの実施や人材バンクの設置
 - 府内就業希望のセラピスト（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に対して奨学制度等を実施
 - 府内における言語聴覚士養成施設・課程の設置誘導

質の確保

- 専門職
 - 府立医科大学でのリハビリテーション講座の開設
 - 脳卒中リハビリテーション等の認定看護師資格の取得に対する助成
 - セラピスト（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）のキャリアパス制度の創設
 - 小規模事業所からの受入研修の拡充及び大規模事業所との交流制度の創設
 - 府リハビリテーション支援センターによる巡回事業所指導の実施
 - 言語聴覚士の不足地域等へ府リハビリテーション支援センターからの人材育成等に係る人材派遣
- 専門職以外
 - 看護職・介護職のキャリアパス制度の創設
 - 府リハビリテーション支援センターによる巡回事業所指導の実施（再掲）

2 施設の拡充

量の充足

- 医療系
 - 回復期リハビリテーション病床の増床に対する支援
 - 許可病床や施設基準等の規制の緩和
 - 一般病床や療養型病床でのリハビリテーションサービスの提供の拡充
- 介護系
 - 地域の集会所等へ出向いた、リハビリテーションサービスの導入
 - 老人保健施設等での府認定訪問リハビリテーションサービスの提供
- 北部の充実
 - 北部地域でのリハビリテーション拠点病院の整備
 - 府リハビリテーション支援センターの北部センターの設置

質の確保

- 人材の育成・確保の確実な実施
- 老人保健施設や療養型病床等における回復期リハビリテーション病床に続くサービスの充実のために人材育成等の実施

3 在宅リハビリテーションの充実

人材の確保・育成

- セラピスト（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）のキャリアパス制度の創設（再掲）
- 小規模事業所からの受入研修の拡充及び大規模事業所との交流制度の創設（再掲）
- 府リハビリテーション支援センターによる巡回事業所指導の実施（再掲）
- 看護職・介護職のキャリアパス制度の創設（再掲）

事業の拡充

- 訪問・通所リハビリテーション事業の充実・強化
- 地域の集会所等へ出向いた、リハビリテーションサービスの導入（再掲）
- 老人保健施設等での府認定訪問リハビリテーションサービスの提供（再掲）

地域包括ケアシステムとの一体的な推進

- 府リハビリテーション支援センターの体制を強化し、地域包括ケアシステムの一環として在宅リハビリテーション施策を推進
- 地域リハビリテーション支援センターの地域連携機能を強化し、在宅リハビリテーションの充実のため、地域包括支援センター等と協働して、リハビリテーションサービスの提供を調整

4 連携体制のシステム化

医医・医介の円滑な連携の実施のために、ケアマネージャー、地域連携室の機能の強化（情報・人材等）

- ケアマネージャーに対して、リハビリテーションに関する知識の普及
- 退院調整看護師の養成

府リハビリテーション支援センターによる京都市内の連携機能の強化

地域リハビリテーション支援センターの地域連携機能の強化

- 地域内病院・施設の窓口担当者の定期的協議
- 地域連携パス等施設間連携のツールの普及（介護施設までの利用促進）

5 推進体制の整備

府リハビリテーション支援センターの機能強化

- リハビリテーションに係る施策企画・立案機能の強化
- 北部センターの設置（再掲）

地域リハビリテーション支援センターの機能強化

- 在宅リハビリテーションの充実のため、地域包括支援センター等と協働して、リハビリテーションサービスの提供を調整（再掲）

< 今後の展開 >

- ・脳卒中等を中心とした総合的なリハビリテーション提供体制をベースに、第2期として障害者のリハビリテーション提供体制の整備
- ・府心身障害者福祉センターを高次脳機能障害の中核施設として機能強化

等

<p>検討委員からの 主な意見</p>	<p>人 材</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士・作業療法士は全国で約1万人ほど養成され、今後は人材の不足ではなく、質の確保が課題である。 ・言語聴覚士は養成方法の違いもあり、未だ不足状態である。 ・専門医、認定看護師は質の高い医療の提供が可能である。 <p>施 設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都市部以外では施設が足りないなので、施設をつくれれば人材を確保しやすいのではないかと。 <p>連 携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基礎資格が介護系のケアマネージャーが多くなっている。医療的な専門知識やリハビリテーションに関する知識等の普及が必要
<p>プラットフォームなど現場からのニーズ、提案、検証結果等</p>	<p>< リハビリテーションに係る医療機関調査結果 > (平成22年度実施、回答数144病院)</p> <p>< 介護保険リハビリテーションサービスの利用に係るアンケート調査 > (平成22年度実施、回答者数198人)</p> <p>< 回復期リハビリテーション病棟入院料算定医療機関及び訪問リハビリテーションサービス実施老人保健施設ヒアリング調査 > (平成22年度実施、訪問数：回復期リハ4医療機関、訪問リハ3施設)</p>

きょうと健康長寿日本一プラン

<p>検討委員会名</p>	<p>きょうと健康長寿日本一プラン政策検討会議（京都府がん対策検討会議）</p>
<p>担当部課</p>	<p>健康福祉部 健康対策課</p>
<p>現状と課題</p>	<p>がん対策については、京都大学・京都府立医科大学などのがん診療連携拠点病院（9ヶ所）がん診療連携病院（4ヶ所）を中心とした医療体制の整備や検診受診率促進キャンペーン、たばこ対策、相談支援センターの設置などをがん対策推進計画に基づき実施してきた。</p> <p>しかしながら、がんは依然として死亡原因の1位であり、毎年7千人を超える府民が亡くなっており、高齢化に伴い更にがん患者の増加が予想される。がん対策の推進には、府民や医療関係者等の理解・協力が不可欠であり、今後もより効果的ながん対策を総合的に進めていく必要がある。</p> <p style="text-align: center;">京都府におけるがん診療連携拠点病院、連携病院</p> <p>〔予防・早期発見〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予防効果を上げるため、取組分野を絞る等重点化が必要 ・ 啓発を進めているが、受診率が全国的に見てまだ低位 ・ 受診率の向上に伴う受診者の増加に対応した受け入れ体制の整備が必要 <p>〔治療・緩和〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の負担軽減の観点・専門性等を考慮した医療体制の整備、専門医の養成が必要 ・ 緩和ケア病床の充実、在宅での緩和ケア体制の整備が必要

- ・がん登録の調査・分析体制の充実が必要

〔患者・家族・遺族への情報提供・支援〕

- ・療養生活の不安を解消するため患者どうしの交流・情報交換の場の充実

新規施策と期待される効果

がん対策推進条例の制定

府の果たすべき役割を条例で明らかにし、より着実ながん対策推進の拠り所とする
 保健医療関係者や府民等に広く協力を呼びかけ、関係者が一体となった取組を推進
 受動喫煙対策、がん患者団体の支援等、がん対策基本法に規定のない事項についても積極的に取組、対策を強化するため、府の役割を明確に位置付ける

条例制定の基本的な考え方

1. 制定趣旨・条例の理念

- ・府・関係者・府民等が一体となり総合的ながん対策に取り組む
- ・患者本位・患者目線の観点から、療養生活に伴う様々な不安を軽減

2. 府の行うべき施策

- ・予防手段の普及や啓発
- ・検診受診率の向上や検診実施体制の確保等がんの早期発見
- ・専門人材の養成確保や緩和ケアの普及等医療体制の構築
- ・がんに関する研究推進、罹患・治療データ等の蓄積・活用
- ・患者・家族・遺族に対する情報提供や患者相互の支え合いの場の構築等患者支援
- ・国や関連学会等に対し、必要な取組を要請

3. 関係者に期待される役割

- ・保健医療：府や市町村のがん対策への協力
 関係者 自らの技能向上に向けた自己研鑽
 がんに関する研究、研究データの蓄積・活用
- ・府民：がんの知識を学び予防に努める
 検診受診など早期発見に努める
- ・事業者：従業員への予防啓発・検診受診勧奨
 従業員やその家族が、がんになっても働ける環境づくり

4. 条例の推進体制

- ・条例の趣旨を踏まえた新たながん対策推進計画の策定
- ・がん対策推進のための専任組織を設置するなど、施策の執行体制の強化
- ・府民、関係者等と連携してがん対策を推進するため、府民会議を設置

(期待される効果)

府の行うべき取組、整備すべき体制等を条例に責務として位置づけることで、がん対策の各分野における推進が期待される。

条例に規定することで、府民や関係者に対し連携・協力を呼びかけやすい環境が整備されるため、関係者一体となった、がん対策の推進体制の構築が期待される。

総合的ながん対策の実施

1 予 防

予防効果が明確な取組の優先的な実施

- └ 子宮頸がん予防ワクチン接種の支援
- └ 行政庁舎等の全面禁煙化、受動喫煙防止の取組強化、防煙教育等の推進

(期待される効果)

予防・死亡率減少効果のある施策を重点的に推進することで、年齢調整死亡率等の減少をより促進することが期待される

2 早期発見

受診しやすい環境づくり

- └ 検診受診に係る啓発の充実
- └ 特定健診とのセット化
- └ 休日検診の実施、乳がん検診等についての広域化

検診機関の拡大や従事者の育成・確保

- └ 乳がん検診等の検診実施医療機関の増加、専門従事者の養成等マンパワーの確保を支援
- └ 早期診断に携わる医療従事者確保のため、医師会等の関係団体と連携し、各地で行われる研修等の受講を促進

検診方法の見直し

- └ 国に対し効率的な検診実施方法の検討を要望

(期待される効果)

がん検診受診の働きかけを行う一方で、受診者の増加に対応しうる体制を確保することで、多くの府民が、質の高い検診を受診できるようになることが期待される。

3 治療、緩和ケア

通院や診療開始までの待機時間等、がん患者の療養生活の負担の軽減

- └ 5大がんの地域連携パスの普及
- └ 二次医療圏等の地域単位で整備・充実する分野と、放射線治療等より広範囲で整備すべき分野等をがん医療分野別に検討
- └ 小児がん患者の長期フォローアップ体制の強化

医療従事者の専門知識・資格の修得の推進

- └ 大学病院における放射線・緩和ケア等に係る専門医・看護師等の養成機能の充実
- └ 認定等看護師・薬剤師養成に係る支援制度の創設

緩和ケアの充実

- └ 緩和ケア病床の設置支援
- └ 緩和ケアチームに係る専門医療従事者育成
- └ 在宅緩和ケア支援体制の充実

がんに関する研究の推進、データの収集・分析や施策評価等への活用

- └ 粒子線等先進的治療方法の普及、開発を支援
- └ がん登録のデータ蓄積・施策への活用の仕組みを充実

(期待される効果)

府内により多くの専門家を養成・確保することで、個々の技能向上はもちろん、所属施設の取組強化や、他の医療従事者への研修を通じ、全体の診療機能のレベルアップが期待される。

緩和ケア病床や、緩和ケアチームを整備することで、患者の療養生活の質の確保が適切に行われる。

府民にとって先進的な治療の恩恵がより受けやすくなるとともに、統計的評価に基づくがん対策の推進、がん情報の提供が期待できる。

4 患者・家族・遺族への情報提供、支援

患者・家族等の療養生活の不安への対応

- └ 患者サロン等の開設支援
- └ ピアカウンセラー（がん経験者である相談員）の養成支援
- └ がん総合相談体制の整備

患者・家族・遺族への情報の提供

- └ 患者必携等パンフレットの作成
- └ 患者サロン等と連携したきめ細かい情報提供体制の整備

(期待される効果)

現在患者サロンのある地域以外でのサロンの開設や、きめ細かい情報提供により、より多くの患者の不安を解消することが期待される。

5 推進体制の整備

条例の趣旨を踏まえた新たながん対策推進計画を策定

がん対策推進のため府に専任組織を設置するなど、施策の執行体制を強化
ピンクリボンなどがんに関する運動体や民間企業、医療関係団体、患者・家族団体、学識経験者等で構成するがん対策推進のための府民会議を設置し、がん撲滅のための府民運動を展開

(期待される効果)

がん対策について専任の組織を設置し、関連施策を集約し・体制を強化するとともに、府民・関係者との連携体制を強化することで、総合的な施策の推進が期待される。

検討委員からの
主な意見

検診のマンパワーの確保や、通常の診療において、がんが疑われる患者を適切に専門病院に紹介する等、開業医の協力やスキルアップは重要。学習機会はあるが、参加する者が限られている。政策的にインセンティブが与えられればよい。

二次医療圏内の完結、拠点病院での完結を一律に目指すのではなく、柔軟性のあるシステムを指向すべき。患者の待ち時間等負担の問題もあり、多くの医療機関ががん診療に関わり、連携することが必要。

プラットフォームなど現場からのニーズ、提案、検証結果等

< 検討会にがん患者・家族・遺族を招聘し意見をお聞きした >

- ・ 家族の亡くなる時、緩和ケアで残された時間を思うように過ごすことが出来て良かった。多くの病院で緩和ケアが提供されることを望む。
- ・ 家族・遺族も患者と同様に不安・喪失感が大きい。がん患者サロンに助けられたので、多くの病院でがん患者サロンが設置されればよいと思う。全ての患者に必要ではないが、患者の数に対し少ないと感じる。