

健康福祉委員会資料

(健康福祉局関係)

2 所管事務の調査（報告）

(1) (仮称) かわさき保健医療プラン（案）の策定について

資料1 (仮称) かわさき保健医療プラン（案）の策定について

資料2 (仮称) かわさき保健医療プラン（案）

資料3 (仮称) かわさき保健医療プラン（案）の意見募集について

平成29年12月8日

健康福祉局

1 医療計画の概要

医療計画は、「地域の実情に応じた医療提供体制の確保」を図るために策定する計画であり、医療法第30条の4に基づき策定する「都道府県の計画」及び都道府県の計画を踏まえて任意に策定する「自治体独自の計画」の2種類があります。本市においては、市民の安全・安心な暮らしを支える地域医療をより充実・強化できるよう、自治体独自の計画を策定しています。

2 計画策定の趣旨

現計画の策定: 平成25(2013)年3月 「川崎市地域医療計画(平成25年度～平成29年度)」の策定
制度改正: 平成26(2014)年6月 「医療介護総合確保推進法」の成立
地域医療構想: 平成28(2016)年10月 「神奈川県地域医療構想」の策定
本市の課題等: 市民ニーズへの対応

平成30(2018)年3月(予定) 「(仮称)かわさき保健医療プラン[平成30年度～平成35年度]」の策定
変更前の名称: 「川崎市地域医療計画」
変更後の名称: 「(仮称)かわさき保健医療プラン」

3 計画の期間

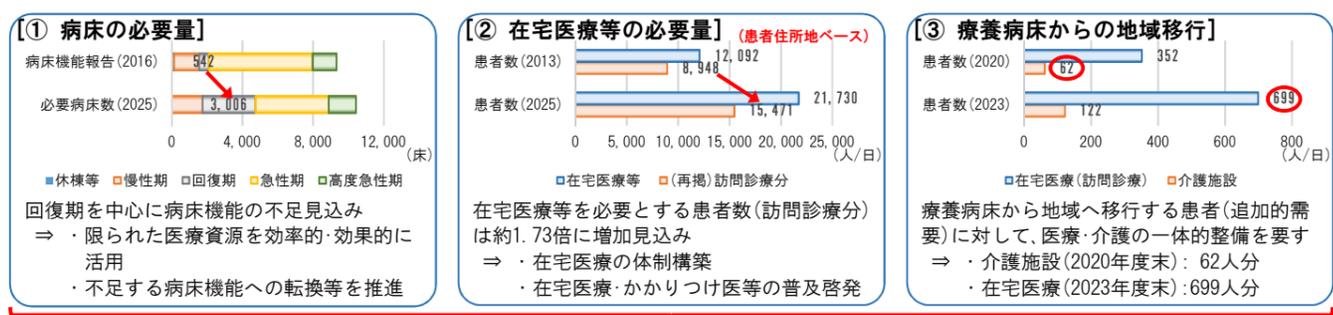
医療計画と介護保険事業(支援)計画の整合性を確保するため、計画期間を5年から6年に変更するとともに、必要に応じて中間年(3年目)に見直しを行います。

4 これまでの計画の進捗状況と課題

取組Ⅰ 地域での暮らしを支える医療の充実
取組Ⅱ 安全・安心を支える医療の提供
取組Ⅲ 市民とともに育む医療の推進

(仮称)かわさき保健医療プラン[平成30年度～平成35年度]への主な課題等
○将来の医療需要を踏まえた病床機能の確保(回復期機能を担う病床の確保及び病床機能の分化・連携)
○救急ニーズの増加を踏まえた救急病院等の支援のあり方検討

5 将来の医療需要(神奈川県地域医療構想)



④ 医療提供体制を支える医療従事者の確保 これらを支える医療従事者の確保・養成を要す

6 基本理念・基本目標及び基本方針(施策体系)

[上位概念] 川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン
[基本理念] 市民とともに支える誰もが住み慣れた地域で安心して保健医療サービスを受けられる社会の実現
基本目標Ⅰ 地域での暮らしを支える医療提供体制の構築
基本目標Ⅱ 安全・安心を支える保健医療の提供
基本目標Ⅲ 市民とともに育む保健医療の推進

基本方針 ※ 下線は新たに計画に記載する項目
施策Ⅰ-1 将来の医療需要を踏まえた病床機能の確保及び連携
施策Ⅰ-2 在宅医療の推進及び医療と介護の連携
施策Ⅰ-3 医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成
施策Ⅱ-1 主要な疾病別の医療提供体制の構築
施策Ⅱ-2 主要な事業別の医療提供体制の充実・強化
施策Ⅱ-3 主要な保健医療施策の推進
施策Ⅱ-4 生涯を通じた健康づくり
施策Ⅲ-1 市民の視点からの医療情報提供及び相談・情報発信拠点等の整備
施策Ⅲ-2 市民の支え合いと助け合いの推進
施策Ⅲ-3 家庭における安全確保と医療への理解の促進

[主なポイント] ① 上位概念に地域包括ケアシステム推進ビジョンを位置付け ② 地域医療構想を踏まえた取組を記載 ③ 主要な疾病・事業の体系整理 ④ 関連する保健分野の取組を記載

(仮称)かわさき保健医療プラン(案)

[平成30年度～平成35年度]

※ 計画書(案)は、平成29年11月末時点の内容のものであり、第7次神奈川県保健医療計画との整合を図るとともに、地域医療審議会やパブリックコメント・市民説明会の意見、庁内協議等を反映し、平成30年3月に向けて、一部内容や表現が変更となる場合があります。



『成長と成熟の調和による持続可能な
最幸のまち かわさき』に向けて

平成29年11月

川崎市

目次

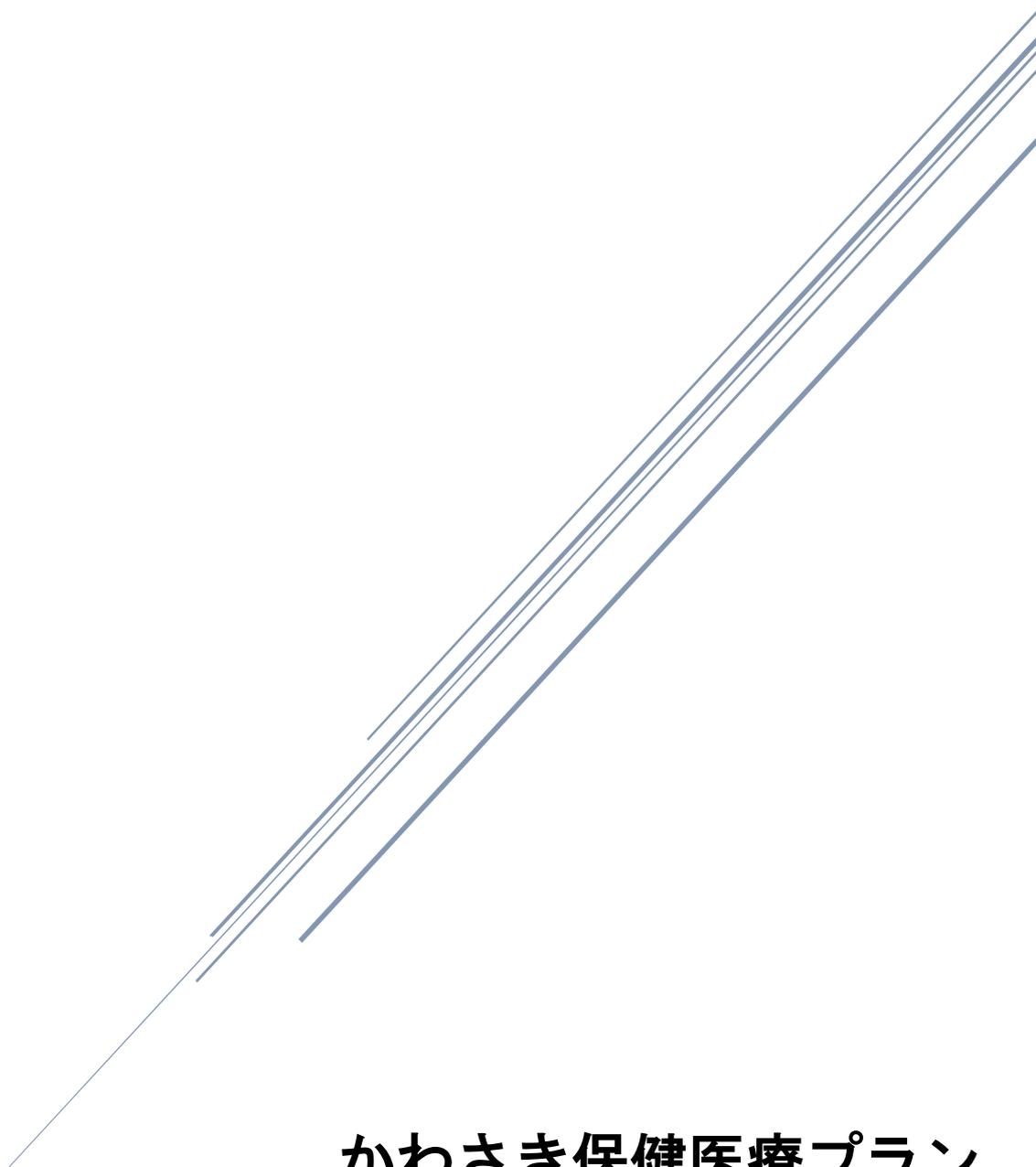
第1章 計画の趣旨と位置付け	..... P1
第1節 計画策定の趣旨	..... P2
第2節 計画の位置付け	..... P4
第3節 計画の期間	..... P5
第4節 これまでの計画の進捗状況と課題	..... P6
第2章 川崎市の概況	..... P7
第1節 地勢と交通	..... P8
第2節 人口構造	..... P10
第3節 人口動態	..... P16
第4節 市民の受療状況	..... P22
第5節 保健医療圏と基準病床数	..... P29
(1) 保健医療圏	..... P29
(2) 基準病床数	..... P31
第6節 医療提供施設等の状況	..... P33
第3章 川崎市地域包括ケアシステムの構築に向けた取組	..... P37
第1節 地域包括ケアシステム推進ビジョン策定の社会的背景と位置付け	..... P38
第2節 基本理念と基本的な視点	..... P42
第3節 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の検証(健康づくり施策・医療施策関係)	..... P44
第4章 将来の医療需要を踏まえた目指すべき方向性	..... P47
第1節 地域医療構想の背景及び概要	..... P48
第2節 神奈川県地域医療構想	..... P50
(1) 策定体制及び推進体制	..... P50
(2) 神奈川県内の構想区域	..... P53
(3) 病床機能報告及び病床数等の必要量	..... P54
第3節 神奈川県地域医療構想(川崎地域の状況)	..... P61
(1) 川崎地域における主な現状・地域特性・将来推計	..... P61
(2) 川崎地域における平成37(2025)年の必要病床数等	..... P65
(3) 川崎地域における将来の医療提供体制を目指すための施策の方向性	..... P67
第5章 計画期間における川崎市の保健医療の目指す姿	..... P73
第1節 基本理念及び基本目標	..... P74
第2節 かわさき保健医療プラン[平成30年度～平成35年度]の施策体系	..... P76

第6章 地域での暮らしを支える医療提供体制の構築	・・・・・・・・ P83
第1節 将来の医療需要を踏まえた病床機能の確保及び連携	・・・・・・・・ P84
(1) 病床機能の確保	・・・・・・・・ P85
(2) 病床機能の分化及び連携	・・・・・・・・ P92
(3) 地域における医療・介護の連携体制の構築	・・・・・・・・ P99
(4) 医療機関の選択等に係る普及啓発	・・・・・・・・ P103
第2節 在宅医療の推進及び医療と介護の連携	・・・・・・・・ P106
(1) 在宅医療の体制構築	・・・・・・・・ P107
(2) 介護サービス基盤の整備推進	・・・・・・・・ P115
(3) 円滑な退院支援と急変時の対応	・・・・・・・・ P121
(4) 在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発	・・・・・・・・ P123
第3節 医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成	・・・・・・・・ P126
(1) 働きやすい勤務環境づくりの支援	・・・・・・・・ P127
(2) 看護職員の新規養成・定着促進・再就業支援	・・・・・・・・ P130
(3) 病床機能の確保・分化に伴い必要となる医療従事者の確保	・・・・・・・・ P137
(4) 在宅医療を担う人材の育成	・・・・・・・・ P138
第7章 安全・安心を支える保健医療の提供	・・・・・・・・ P143
第1節 主要な疾病別の医療提供体制の構築	・・・・・・・・ P144
(1) がんの医療体制	・・・・・・・・ P145
(2) 脳卒中の医療体制	・・・・・・・・ P152
(3) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制	・・・・・・・・ P157
(4) 糖尿病の医療体制	・・・・・・・・ P161
(5) 精神疾患の医療体制	・・・・・・・・ P165
第2節 主要な事業別の医療提供体制の充実・強化	・・・・・・・・ P171
(1) 救急医療の体制	・・・・・・・・ P172
(2) 周産期(救急)医療の体制	・・・・・・・・ P179
(3) 小児(救急)医療の体制	・・・・・・・・ P184
(4) 災害時における医療体制	・・・・・・・・ P187
(5) 在宅医療の体制(再掲)	・・・・・・・・ P197
第3節 主要な保健医療施策の推進	・・・・・・・・ P198
(1) 感染症対策	・・・・・・・・ P199
(2) 難病対策	・・・・・・・・ P208
(3) アレルギー疾患対策	・・・・・・・・ P211
(4) 認知症対策	・・・・・・・・ P215
(5) 障害(児)者の保健医療	・・・・・・・・ P220
(6) 歯科保健医療	・・・・・・・・ P225
(7) 医薬品等の適正使用対策	・・・・・・・・ P230
(8) 食品衛生	・・・・・・・・ P234
(9) 生活衛生	・・・・・・・・ P238
(10) 今後の高齢化に伴う対策(介護予防及び要介護度の改善・維持)	・・・・・・・・ P241
(11) 医療安全対策の推進	・・・・・・・・ P248

第4節 生涯を通じた健康づくり	・ ・ ・ ・ ・ P250
(1) 母子保健	・ ・ ・ ・ ・ P251
(2) 学校保健	・ ・ ・ ・ ・ P254
(3) 生活習慣病予防の推進(第2期かわさき健康づくり 21 の推進)	・ ・ ・ ・ ・ P258
(4) メンタルヘルス対策(自殺予防)	・ ・ ・ ・ ・ P265
第8章 市民とともに育む保健医療の推進	・ ・ ・ ・ ・ P269
第1節 市民の視点からの医療情報提供及び相談・情報発信拠点等の整備	・ ・ ・ ・ ・ P270
(1) インターネット等を活用した保健医療情報の発信	・ ・ ・ ・ ・ P271
(2) 救急医療情報センター	・ ・ ・ ・ ・ P276
(3) 地域みまもり支援センター	・ ・ ・ ・ ・ P278
(4) 健康安全研究所	・ ・ ・ ・ ・ P281
(5) 京浜臨海部におけるライフイノベーションの推進	・ ・ ・ ・ ・ P284
第2節 市民の支え合いと助け合いの推進	・ ・ ・ ・ ・ P287
(1) 献血の推進(血液の確保)	・ ・ ・ ・ ・ P288
(2) 市民救命士の育成と応急手当の普及	・ ・ ・ ・ ・ P290
第3節 家庭における安全確保と医療への理解の推進	・ ・ ・ ・ ・ P293
(1) 乳幼児の事故防止	・ ・ ・ ・ ・ P294
(2) 医療の適正な利用	・ ・ ・ ・ ・ P297
(3) ジェネリック医薬品の利用促進	・ ・ ・ ・ ・ P301
第9章 計画の策定及び推進	・ ・ ・ ・ ・ P303
第1節 計画の策定体制	・ ・ ・ ・ ・ P304
第2節 計画の推進体制	・ ・ ・ ・ ・ P305
資料編	・ ・ ・ ・ ・ P307
資料1 川崎市地域医療審議会条例・運営要領・委員名簿	・ ・ ・ ・ ・ P308
資料2 川崎地域地域医療構想調整会議設置要綱・委員名簿	・ ・ ・ ・ ・ P313

第1章

計画の趣旨と位置付け



かわさき保健医療プラン
[平成30年度～平成35年度]

第1節 計画策定の趣旨

- 川崎市では、市内の人口の急増や高齢化の進行など、社会環境の変化を踏まえ、市民の医療ニーズや医療現場の課題を把握しながら、将来を見据えた施策を推進するため、平成 25(2013)年 3 月に「川崎市地域医療計画(平成 25 年度～平成 29 年度)」を策定しました。
- その後、平成 26(2014)年 6 月の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(以下「医療介護総合確保推進法」という。)*」の成立に伴い、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(37 ページ「第3章」参照)の構築を通じて、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法が改正され、都道府県に「地域医療構想」の策定が義務づけられました。
- 地域医療構想は、平成 37(2025)年における医療需要と病床数の必要量等を推計するとともに、あるべき医療提供体制の構築に向けた長期的な取組の方向性を示すものです。
- 神奈川県においては、本市を含む 8 つの地域医療構想調整会議を県内に設置し、平成 27(2015)年 7 月から同構想の策定に向けて協議を進め、平成 28(2016)年 10 月に「神奈川県地域医療構想(47 ページ「第4章」参照)」を策定しました。
- 神奈川県地域医療構想においては、川崎地域(川崎北部構想区域及び川崎南部構想区域)の将来推計として、県内全域の傾向と同様、回復期病床の不足や在宅医療等を必要とする患者数の増加が見込まれており、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟など、回復期機能を担う病床の確保を図るとともに、在宅医療の充実に取り組んでいくこと等が課題に掲げられています。
- 本市が実施する「かわさき市民アンケート*」の結果においても、医療や健康は常に関心の高い事項であり、医療ニーズが増加・多様化する中、医療機関相互の機能分担を図るとともに、救急医療の充実や小児医療体制の強化、円滑な精神科救急の実施など、すべての市民のすこやかな生活を支えることができるよう、良質かつ適切な医療提供体制の構築に取り組んでいく必要があります。
- また、在宅医療の充実や医療と介護の連携、施設における医療依存度が高い人への対応のほか、健康寿命の延伸に向けた健康づくりや介護予防など、医療・介護ニーズの増加を抑制する取組も重要となります。
- こうした状況を踏まえ、本市では、市民が主体となって健康づくりに取り組めるよう、生涯を通じた健康づくりを支援するとともに、入院医療から在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく円滑に提供できる体制の構築を目指し、主要な疾病や事業に加え、保健分野も含めた「総合的な保健医療施策」を示すものとして、本計画の

改定を行います。

- 併せて、計画の名称を「川崎市地域医療計画」から「かわさき保健医療プラン(以下、「本プラン」といいます。)」に変更します。
- なお、本プランの推進にあたっては、「神奈川県保健医療計画*」、「神奈川県地域医療構想」をはじめ、「かわさきいきいき長寿プラン」や「かわさき健康づくり 21」など、本市の関連計画との連携を図りながら、各施策に取り組んでいきます。

キーワード(用語の説明)

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(医療介護総合確保推進法)」…

地域における医療・介護サービスを一体的に提供するための法律のこと。社会の高齢化に伴い、将来にわたって存続しうる社会保障制度を確立するために、地域での効率的かつ質の高い医療や介護の提供を総合的に確保する地域包括ケアシステムの構築と、それに向けた税制や法律の整備を目的としています。平成 26(2014)年 6 月に公布とともに施行され、医療法や介護保険法などの関係法令の改定も行われています。

「かわさき市民アンケート」…

昭和50(1975)年度から行っていた「市民意識実態調査」を拡充する形で、平成18(2006)年度から実施する本市独自のアンケートのこと。市民の定住状況、生活環境の評価、市政に対する評価と要望等に加えて、市民に関するいくつかのテーマについて、市民の生活意識や行政に対する意識を調査し、市政運営や政策立案の参考資料とすることを目的としています。

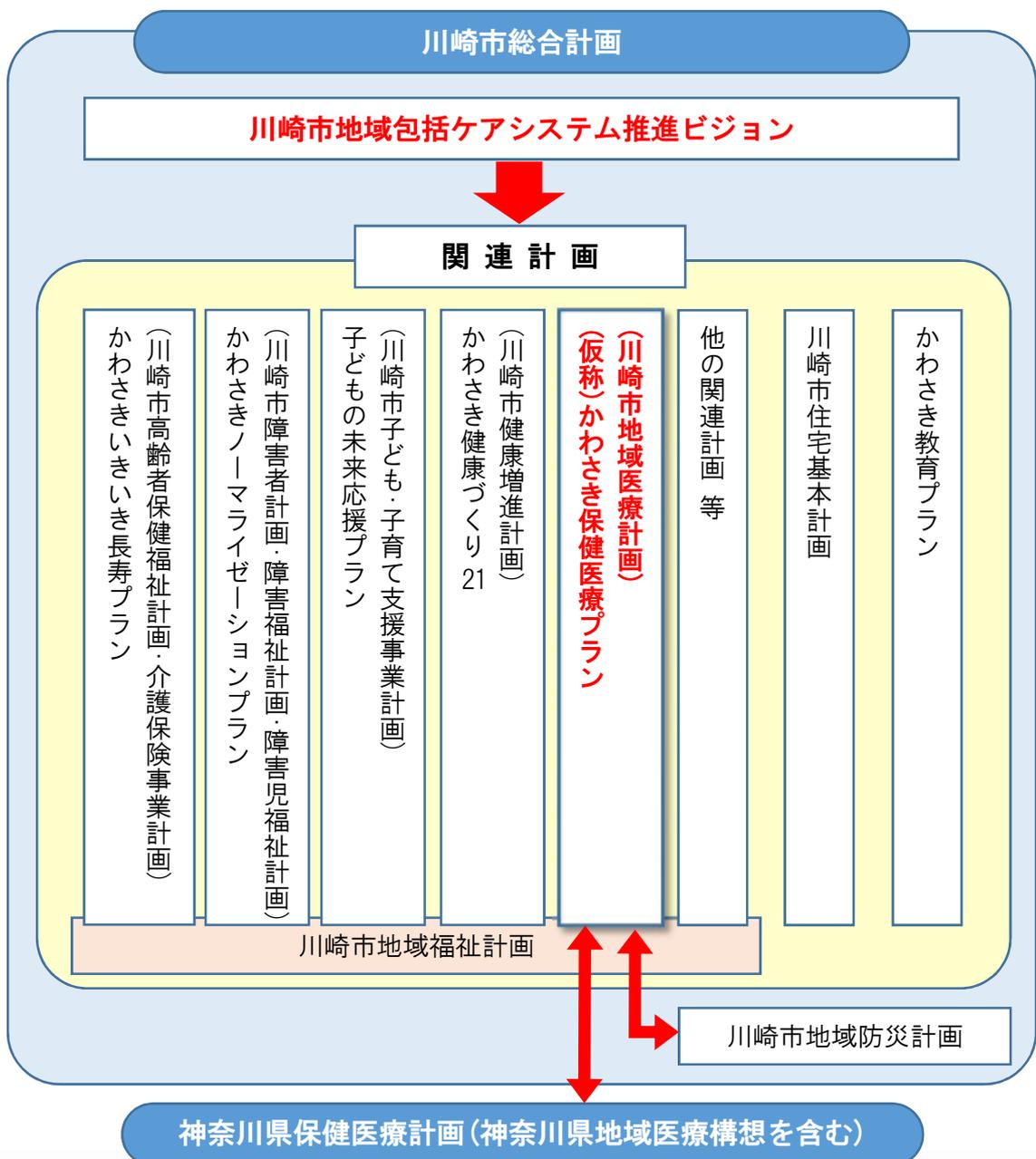
「神奈川県保健医療計画」…

医療法第 30 条の 4 第 1 項の規定により神奈川県が策定する法定計画のこと。今後の急速な高齢化等により、特に患者数の増加が見込まれる 5 疾病(がん・脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患・糖尿病・精神疾患)と地域医療の確保において重要な課題となる 5 事業(総合的な救急医療・精神科救急医療・小児医療・周産期医療・災害時医療)等における保健医療提供体制の基本的方向及び目指すべき目標を明らかにする計画となります。

第2節 計画の位置付け

- 本プランは、医療法第30条の4第1項の規定により神奈川県が策定する医療計画（神奈川県保健医療計画）を踏まえながら、より地域の実情に応じた保健医療の提供体制を構築するための本市独自の計画であり、保健医療施策の基本的な理念と目標を明らかにするものです。
- また、本プランは、「川崎市総合計画」の下に位置付けられ、「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を上位概念とするとともに、「川崎市地域福祉計画」のほか、保健・医療・福祉・教育・住宅など関連する計画と連携しながら、誰もが住み慣れた地域で健やかに暮らし続けることができるよう策定するものです（図1-2-1）。

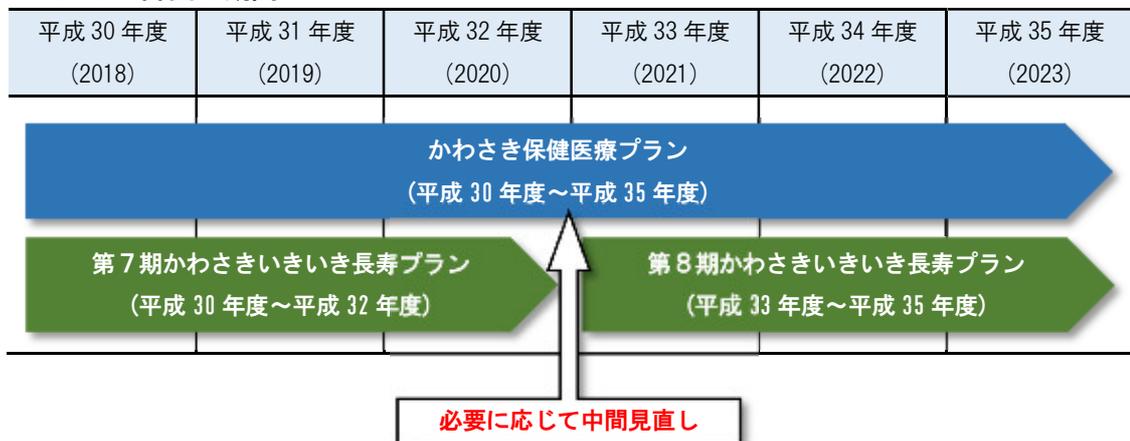
図1-2-1 かわさき保健医療プランの位置付け



第3節 計画の期間

- 平成 37(2025)年に向け、医療と介護がより一層連携してサービスを提供できるよう、医療法が改正され、都道府県が策定する医療計画については、これまで5年の計画期間を6年に変更するとともに、計画期間の3年目には、必要に応じて中間見直しを行うことで、3年ごとを計画期間とする介護保険事業(支援)計画*との整合性を確保することとされました。
- 本プランの期間についても、平成 30(2018)年度から平成 35(2023)年度までの6年とし、在宅医療その他必要な事項については、必要に応じて中間年に見直しを行うことで、本市の介護保険事業計画である「かわさきいきいき長寿プラン」との整合性を図り、関連する施策を一体的に推進します(図1-3-1)。

図1-3-1 計画の期間



キーワード(用語の説明)

「介護保険事業(支援)計画」…

地方自治体が策定する介護保険の保険給付を円滑に実施するための計画のこと。市町村が策定する「介護保険事業計画」と都道府県が策定する「介護保険事業支援計画」があります。

第4節 これまでの計画の進捗状況と課題

① 川崎市地域医療計画(平成25年度～平成29年度)における主な取組

<p>取組Ⅰ 地域での暮らしを支える医療の充実</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・事前協議の実施による病床の適正整備 ・市立看護短期大学の運営、看護師養成施設・院内保育所の運営支援及び修学資金制度の運用 ・在宅療養推進協議会の設置及び在宅医療サポートセンターの運営 ・在宅医療を担う人材育成研修の実施及び「在宅医療・介護多職種連携マニュアル」の策定 ・コールセンターを活用したがん検診の受診勧奨及びがん診療連携拠点病院・指定病院の指定申請の支援 ・神奈川県地域医療構想の策定 <p style="text-align: right;">など</p>
<p>取組Ⅱ 安全・安心を支える医療の提供</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・救急病院・周産期母子医療センター等に対する運営支援及び休日急患診療所の事業移管 ・救護のためのプロトコールに即した救命措置及び川崎脳卒中ネットワーク等と連携した救急搬送 ・災害医療コーディネーター会議や医療救護訓練等を通じた災害時医療救護体制の整備推進及び検証 ・食品・飲料水の衛生検査等による安全な生活の確保及び正しい知識の普及啓発 ・各種予防接種の実施、新型インフルエンザ等の医療体制及び特定接種・住民接種体制の整備 ・医療機関・薬局に対する立入検査、医療安全セミナーの開催及び医療安全相談センターの運営 <p style="text-align: right;">など</p>
<p>取組Ⅲ 市民とともに育む医療の推進</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・川崎市地域包括ケアシステムポータルサイトの開設及び在宅医療情報誌「あんしん」の発行 ・救急医療情報センター及び医療機関検索サイト「かわさきのお医者さん」による医療機関案内 ・健康安全研究所における公衆衛生に関する試験検査・調査研究・研修指導・情報発信 ・プロスポーツチームとの協働による献血の普及啓発及び献血意欲の向上を図るための功労者の顕彰 ・市民救命士講習の委託化による受講機会の拡大及び各種救命講習におけるAED使用方法の指導 ・乳幼児事故の特徴や応急手当等の普及啓発及び両親学級における乳幼児期の家庭環境整備の学習 <p style="text-align: right;">など</p>

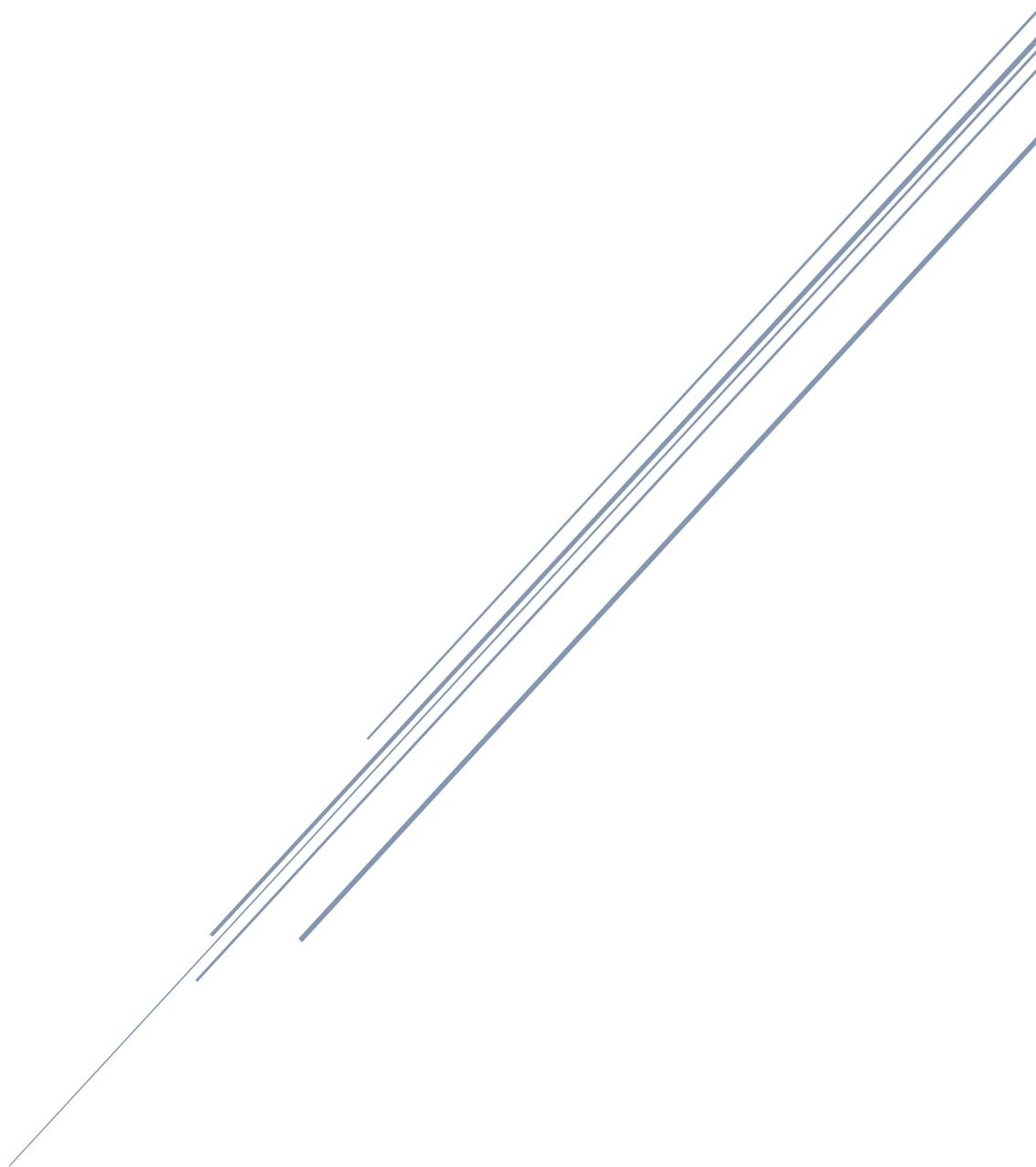


② かわさき保健医療プラン[平成30年度～平成35年度]への主な課題等

<p>本プランへの主な課題等(詳細は第5章を参照)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・将来の医療需要を踏まえた病床機能の確保(回復期機能を担う病床の確保及び病床機能の分化・連携) ・救急ニーズの増加を踏まえた救急病院等の支援のあり方検討及びかかりつけ医等の普及啓発 ・地域包括ケアシステムを支える看護人材を養成するための市立看護短期大学等の今後のあり方検討 ・病床機能及び在宅医療を支える医療従事者の確保・養成 ・在宅医療等を必要とする患者数の増加への対応(退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取りに係る体制整備) ・役割分担と連携により限りある資源を最大限に活用した入院医療から在宅医療・介護まで一連のサービスを切れ目なく円滑に提供できる体制の整備 ・近い将来の首都直下型地震等の発生に備えた災害医療コーディネーターを中心とする災害時医療救護体制の強化 <p style="text-align: right;">など</p>

第2章

川崎市の概況



かわさき保健医療プラン
[平成30年度～平成35年度]

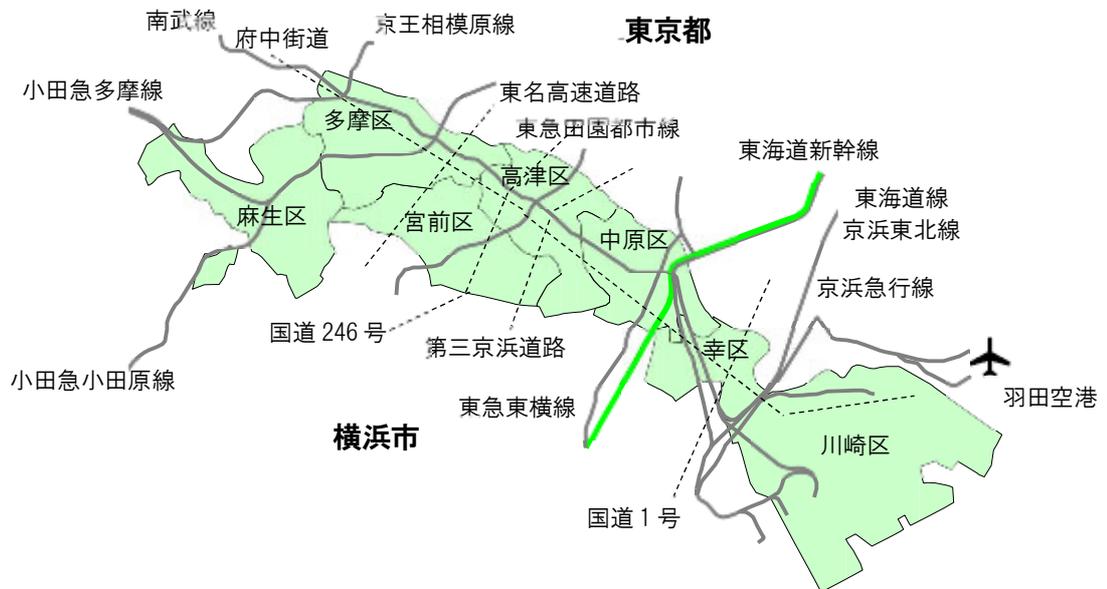
第1節 地勢と交通

- 川崎市は、首都圏の中心部、神奈川県の北東部に位置し、北側は多摩川を挟んで東京都に、南側は横浜市に隣接し、西側は多摩丘陵をひかえ、東側は東京湾に臨んでいます。
- 市域は、臨海部から多摩川上流に向かって徐々に拡大した南東から北西に細長い地形となっており、最長距離は約 33.1 km、最短距離約 1.2 km、面積は 144.35k m²となっています。
- 地形は、北西部の多摩丘陵や台地、南東部の多摩川と沖積低地、臨海部の埋立地で形成されており、北西部の丘陵地を除き起伏が少なく、標高の最も高い地点は麻生区(海拔 148.0m)、最も低い地点は川崎区(海拔-0.365m)で、比較的平坦な地形となっています。
- 本市は、南東部(臨海部)の重工業地域、北西部(中部・北部)の住宅地域という性格の異なった地域が合わさって、都市が形成され、市を横断する形で通過している道路・鉄道網が整備されています。
- 充実した道路・鉄道網により、新幹線や羽田空港等へのアクセス性が高く、利便性の高い交通ネットワークが構築されています(図 2-1-1)。
- 特に、臨海部の殿町区域では、横浜市の元町区域や、みなとみらい地区、福浦地区とともに京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区(286 ページ「第 8 章第 1 節(5)」参照)に指定された殿町戦略拠点(キングスカイフロント)として、研究機関、医療・健康関連企業、医療機関などが連携する取組を進めています。
- 中部・北部では、良好な住環境と交通の利便性を活かし、東京のベッドタウンとしての住宅地の開発も進み、人口が増加しています。
- また、市内には 2 つの音楽大学をはじめ、日本初の映画の単科大学があり、文化・芸術活動が盛んに行われています。
- 鉄道では、JR 南武線が市内を南北に結び、東京都内から放射線状に延びる京急線、東急線、小田急線、京王線及び他の JR 各線が走っています(図 2-1-2)。

図2-1-1 交通ネットワークの状況



図2-1-2 川崎市内の鉄道の状況



第2節 人口構造

① 人口・世帯数

- 本市の人口は、平成 29(2017)年 4 月に 150 万人を突破し、平成 29(2017)年 10 月 1 日現在で 1,503,690 人、世帯数は 716,470 世帯となっています(表 2-2-1)。
- 区別にみると、人口が最も多いのは中原区の 254,156 人、次いで高津区、川崎区、宮前区の順で、人口はいずれも約 23 万人となっています(表 2-2-1)。

表 2-2-1 川崎市の人口と世帯数(平成 29(2017)年 10 月 1 日現在)

区分	人口 (人)	世帯数 (世帯)	1 世帯当たり 人員(人)	面積 (K m ²)	人口密度 (人/K m ²)
川崎区	229,653	116,078	1.98	40.25	5,706
幸 区	165,974	78,589	2.11	10.09	16,449
中原区	254,156	127,991	1.99	14.81	17,161
高津区	230,507	110,335	2.09	17.10	13,480
宮前区	229,481	97,839	2.35	18.60	12,338
多摩区	216,681	109,639	1.98	20.39	10,627
麻生区	177,238	75,999	2.33	23.11	7,669
川崎市	1,503,690	716,470	2.10	144.35	10,417

出典:川崎市総務企画局「川崎市の世帯数・人口(平成 29 年 10 月 1 日現在)」

② 年齢3区分別人口及び将来人口推計

- 我が国では、人口増加の社会から人口減少の社会へと転換する中で、本市の人口は、依然として増加が続いており、年齢 3 区分別にみると、「年少人口(0~14 歳)」及び「生産年齢人口(15~64 歳)」の人口は僅かながら減少傾向にあるのに対し、「老年人口(65 歳以上)」の人口は増加しています(表 2-2-2)。
- 本市の将来人口推計では、人口が平成 42(2030)年まで増加を続け、ピーク値は 158 万 7 千人になると予想されています(図 2-2-1)。
- 年少人口は、平成 42(2030)年まで増加を続け、20 万 2 千人をピークに、その後減少過程に移行することが予想されています(図 2-2-1)。
- 生産年齢人口は、平成 37(2025)年まで増加を続け、102 万 8 千人をピークに、その後減少過程に移行することが予想されています(図 2-2-1)。
- 老年人口は、今後も増加を続け、平成 32(2020)年には 32 万 2 千人(総人口比 21.0%)、平成 72(2060)年には 50 万 4 千人(同 35.3%)となることが予想されています(図 2-2-1)。

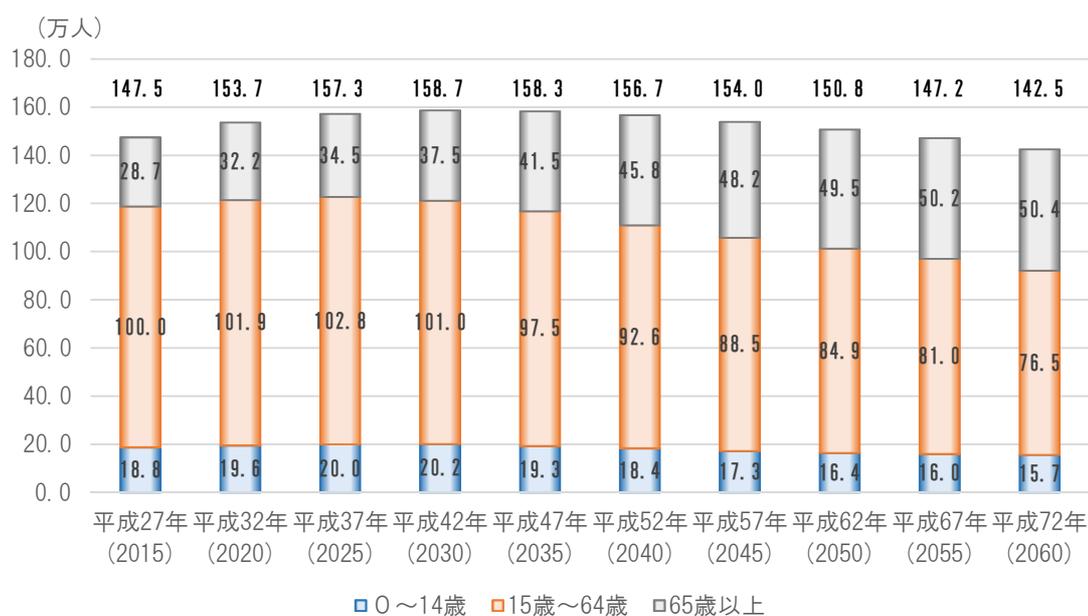
表2-2-2 川崎市の人口推移(各年10月1日現在)

区分	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
総人口	1,439,164 <100.0>	1,448,196 <100.6>	1,461,043 <101.5>	1,475,213 <102.5>	1,489,477 <103.5>
0～14歳	187,135 (13.0%)	188,019 (13.0%)	189,237 (13.0%)	184,135 (12.5%)	188,414 (12.6%)
15～65歳	986,038 (68.5%)	983,224 (67.9%)	983,908 (67.3%)	972,976 (66.0%)	1,006,094 (67.6%)
65歳以上	251,888 (17.5%)	262,850 (18.2%)	273,795 (18.7%)	279,482 (18.9%)	294,969 (19.8%)
年齢不詳	14,103 (1.0%)	14,103 (1.0%)	14,103 (1.0%)	38,620 (2.6%)	0 (0.0%)

出典:川崎市総務企画局「川崎市年齢別人口(各年10月1日現在)」

※ 下段< >内は平成24年の数値を100とした場合の指標、()内は構成比

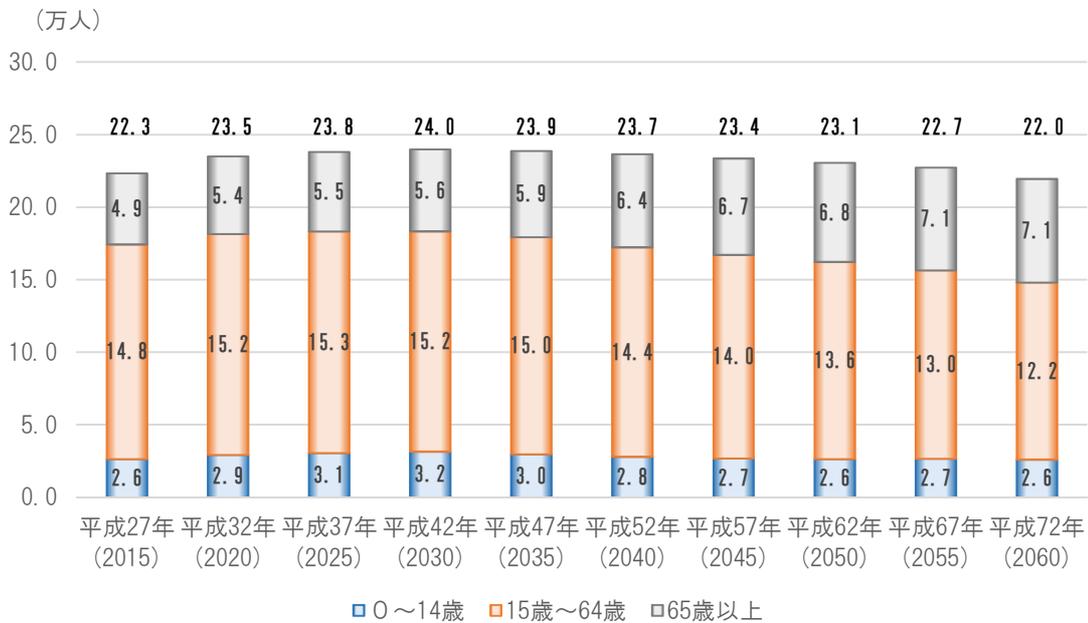
図2-2-1 川崎市の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「将来人口推計」

- 川崎区の将来人口推計では、総人口のピークは平成42(2030)年の24万人、年少人口のピークは平成42(2030)年の3万2千人、生産年齢人口のピークは平成37(2025)年の15万3千人、老年人口のピークは平成72(2060)年の7万1千人になると予想されています(図2-2-2)。

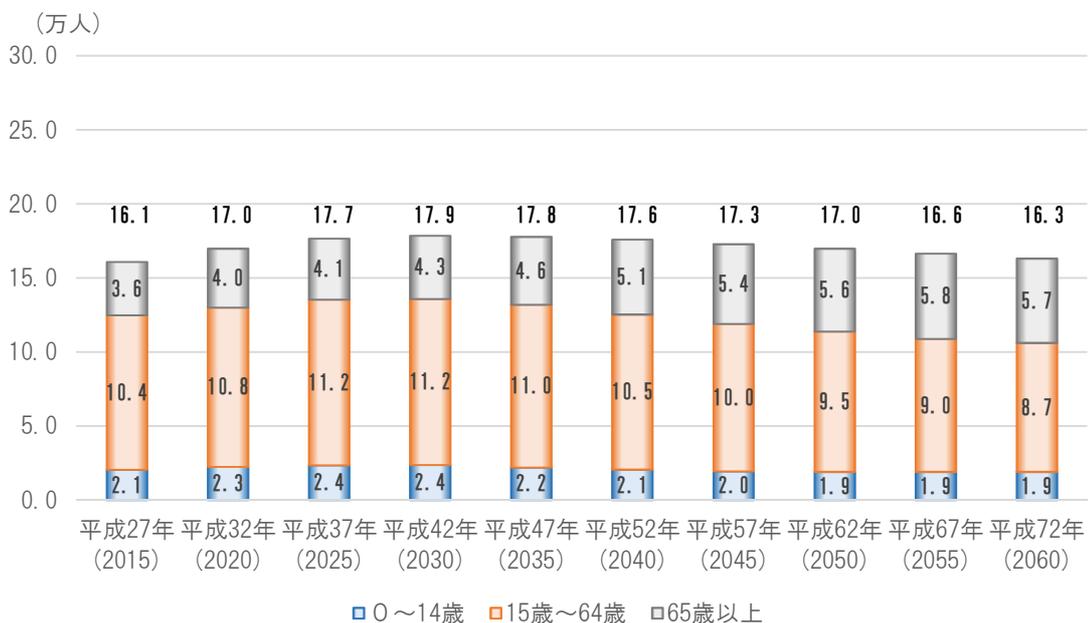
図2-2-2 川崎区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「将来人口推計」

- 幸区の将来人口推計では、総人口のピークは平成42(2030)年の17万9千人、年少人口のピークは平成42(2030)年の2万4千人、生産年齢人口のピークは平成42(2030)年の11万2千人、老年人口のピークは平成67(2055)年の5万8千人になると予想されています(図2-2-3)。

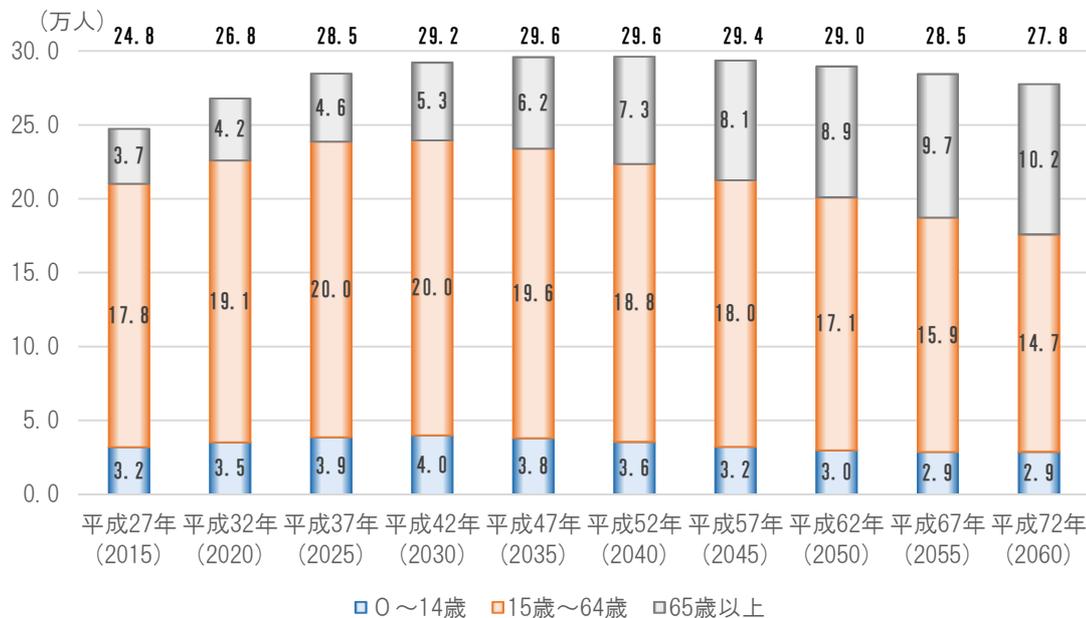
図2-2-3 幸区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「将来人口推計」

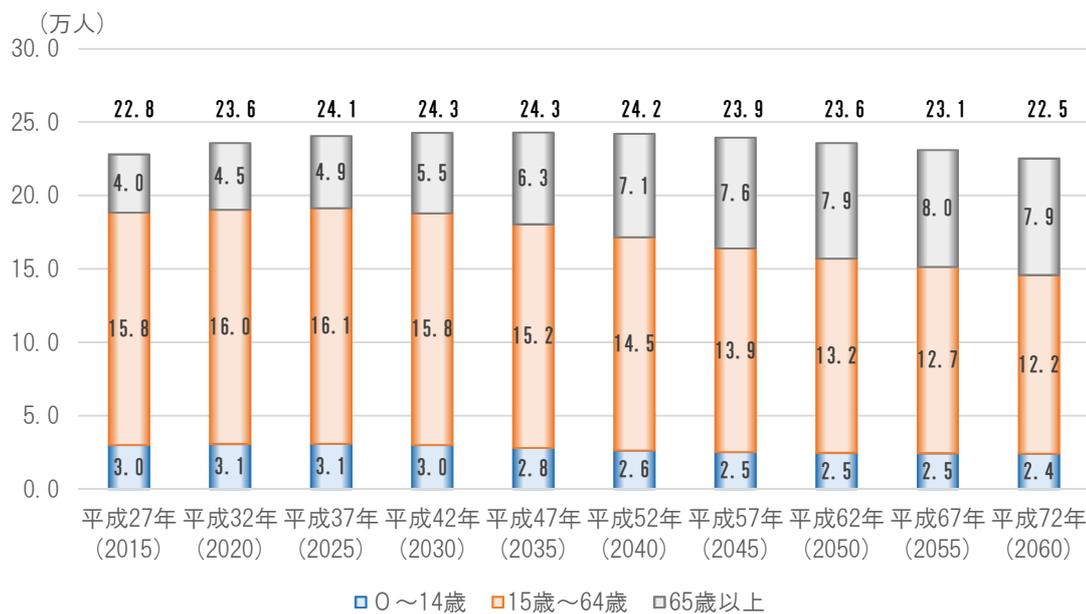
- 中原区の将来人口推計では、総人口のピークは平成 52(2040)年の 29 万 6 千人、年少人口のピークは平成 42(2030)年の 4 万人、生産年齢人口のピークは平成 37(2025)年の 20 万人、老年人口のピークは平成 72(2060)年の 10 万 2 千人になると予想されています(図 2-2-4)。

図 2-2-4 中原区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



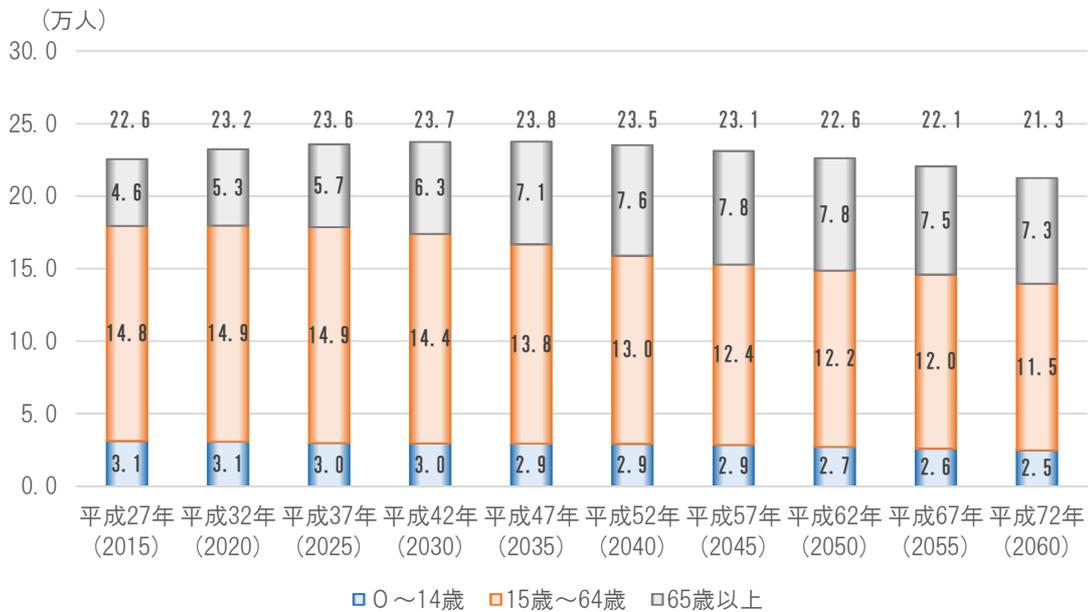
- 高津区の将来人口推計では、総人口のピークは平成 47(2035)年の 24 万 3 千人、年少人口のピークは平成 37(2025)年の 3 万 1 千人、生産年齢人口のピークは平成 37(2025)年の 16 万 1 千人、老年人口のピークは平成 67(2055)年の 8 万人になると予想されています(図 2-2-5)。

図 2-2-5 高津区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



- 宮前区の将来人口推計では、総人口のピークは平成 47(2035)年の 23 万 8 千人、年少人口のピークは平成 22(2010)年の 3 万 3 千人、生産年齢人口のピークは平成 22(2010)年の 15 万 1 千人、老年人口のピークは平成 57(2045)年の 7 万 8 千人になると予想されています(図 2-2-6)。

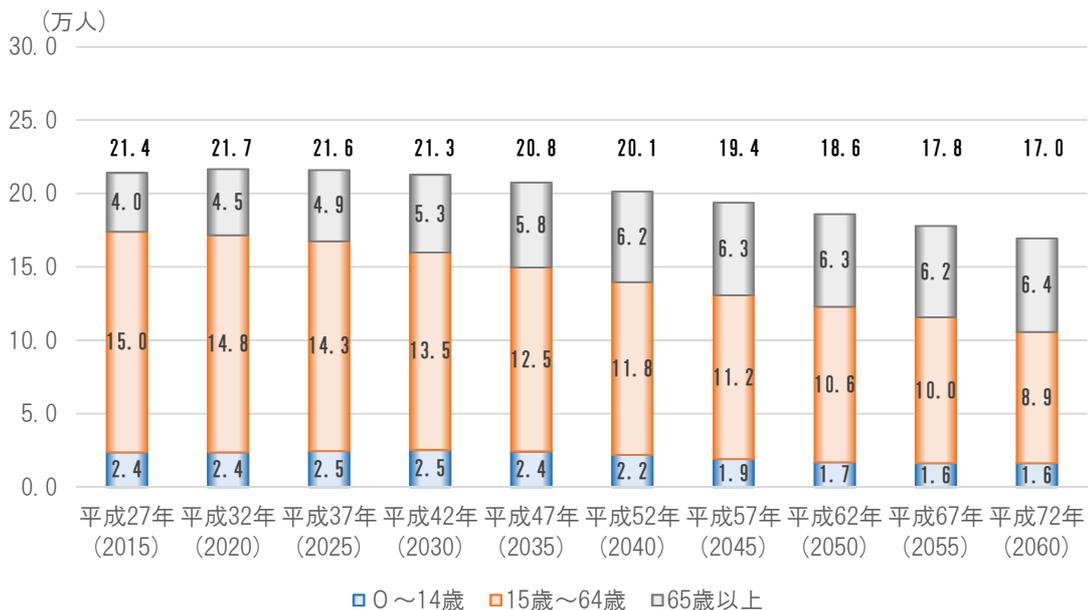
図 2-2-6 宮前区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「将来人口推計」

- 多摩区の将来人口推計では、総人口のピークは平成 32(2020)年の 21 万 7 千人、年少人口のピークは平成 42(2030)年の 2 万 5 千人、生産年齢人口のピークは平成 22(2010)年の 15 万 4 千人、老年人口のピークは平成 72(2060)年の 6 万 4 千人になると予想されています(図 2-2-7)。

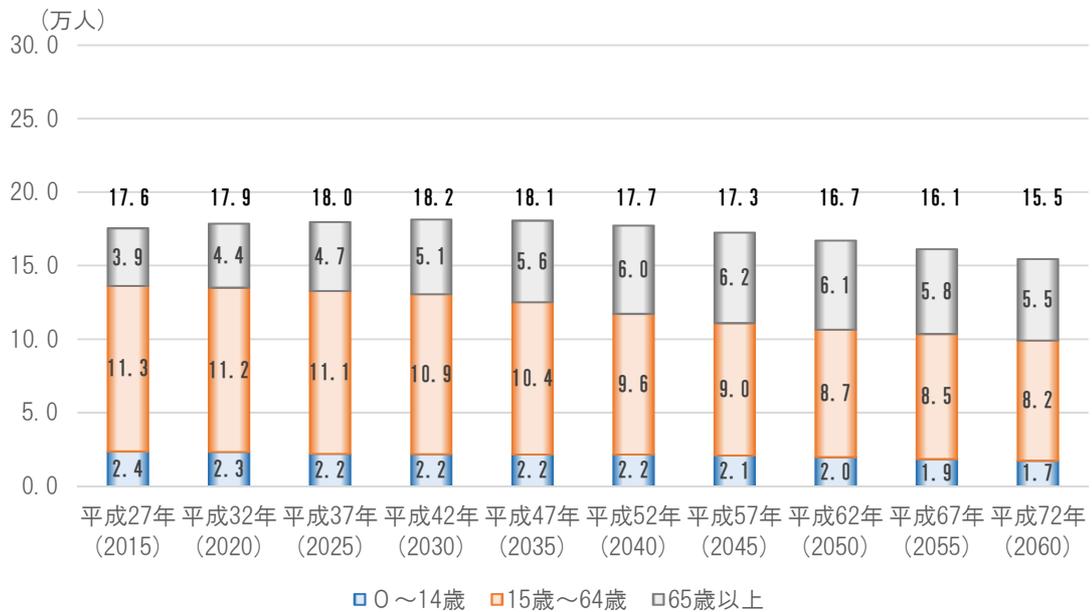
図 2-2-7 多摩区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「将来人口推計」

- 麻生区の将来人口推計では、総人口のピークは平成 42(2030)年の 18 万 2 千人、年少人口のピークは平成 27(2015)年の 2 万 4 千人、生産年齢人口のピークは平成 22(2010)年の 11 万 4 千人、老年人口のピークは平成 57(2045)年の 6 万 2 千人になると予想されています(図 2-2-8)。

図 2-2-8 麻生区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「将来人口推計」

第3節 人口動態

① 出生数・出生率

- 全国における平成28(2016)年中の出生数は976,978人となっており、出生数は減少傾向にあります(表2-3-1)。
- 本市における平成28(2016)年中の出生数は14,158人で、毎年1万4千人以上が出生しており、出生率(人口千人対の出生数)は9.5で、全国及び神奈川県よりも高い数値となっています(表2-3-1)。

表2-3-1 出生数の年次推移 (人)

区分	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
川崎区	1,803 (8.6)	1,824 (8.7)	1,697 (8.6)	1,910 (9.0)	1,770 (8.2)
幸区	1,670 (10.9)	1,685 (10.9)	1,599 (10.3)	1,708 (10.8)	1,639 (10.3)
中原区	2,712 (11.9)	2,773 (12.0)	2,890 (12.5)	2,992 (12.5)	2,937 (12.1)
高津区	2,344 (10.9)	2,367 (11.0)	2,375 (11.1)	2,416 (11.0)	2,372 (10.7)
宮前区	2,247 (9.1)	2,200 (10.0)	2,181 (10.0)	2,165 (9.7)	2,043 (9.1)
多摩区	1,991 (11.2)	1,936 (9.6)	1,944 (9.8)	2,092 (10.4)	1,987 (9.8)
麻生区	1,490 (8.9)	1,501 (8.9)	1,480 (8.8)	1,420 (8.3)	1,410 (8.2)
川崎市	14,257 (9.9)	14,286 (9.9)	14,126 (9.7)	14,703 (10.1)	14,158 (9.5)
神奈川県	75,477 (8.4)	74,320 (8.3)	72,996 (8.1)	73,475 (8.2)	70,648 (7.9)
全国	1,037,231 (8.2)	1,029,816 (8.2)	1,003,539 (8.0)	1,005,677 (8.0)	976,978 (7.8)

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成24年～平成28年)」

※ 下段()内は出生率(人口千人対の出生数)

※ 各区の出生率は川崎市健康福祉局「川崎市健康福祉年報(平成28年度)」による

- 第1子出生時の母の平均年齢をみると、本市においては、平成24(2012)年に31.6歳であったものが平成28(2016)年に32.0歳となっており、平均年齢は上昇傾向にあります(表2-3-2)。

表2-3-2 第1子出生時の母の平均年齢の年次推移 (歳)

区分	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
川崎市	31.6	31.8	31.8	31.9	32.0
神奈川県	31.2	31.3	31.5	31.5	31.5
全国	30.3	30.4	30.6	30.7	30.7

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成24年～平成28年)」

- 合計特殊出生率*をみると、川崎市においては、平成24(2012)年に1.36であったものが平成28(2016)年に1.40となっており、0.4ポイント上昇しています(表2-3-3)。

表2-3-3 合計特殊出生率の年次推移 (人)

区分	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
川崎市	1.36	1.38	1.41	1.45	1.40
神奈川県	1.30	1.31	1.31	1.39	1.36
全国	1.41	1.43	1.42	1.45	1.44

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成24年～平成28年)」

※ 川崎市の合計特殊出生率は川崎市健康福祉局「川崎市健康福祉年報(平成28年度)」による

② 死亡数・死亡率

- 全国における平成28(2016)年中の死亡数は1,307,748人で、死亡率(人口千人対の死亡数)は10.5となっています(表2-3-4)。
- 本市における平成28(2016)年中の死亡数は10,379人となっており、死亡率は7.0で、全国及び神奈川県よりも低い数値となっています(表2-3-4)。
- 乳児の死亡率(出生千人対の生後1年未満の死亡数)をみると、本市においては、平成24(2012)年に2.1であったものが平成28(2016)年に2.3となっており、0.2ポイント上昇しています(表2-3-5)。
- 新生児の死亡率(出生千人対の生後4週未満の死亡数)をみると、本市においては、平成24(2012)年に1.1であったものが平成28(2016)年においても同数値となっています(表2-3-6)。

表2-3-4 死亡数の年次推移 (人)

区分	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
川崎区	2,148 (10.3)	2,110 (10.0)	2,106 (10.2)	2,254 (10.6)	2,130 (9.9)
幸 区	1,331 (8.7)	1,332 (8.6)	1,340 (8.7)	1,336 (8.5)	1,361 (8.6)
中原区	1,370 (6.0)	1,434 (6.2)	1,468 (6.3)	1,510 (6.3)	1,398 (5.8)
高津区	1,287 (6.0)	1,358 (6.3)	1,418 (6.6)	1,358 (5.7)	1,395 (5.8)
宮前区	1,203 (5.5)	1,318 (6.0)	1,365 (6.2)	1,353 (6.1)	1,435 (6.4)
多摩区	1,283 (6.4)	1,345 (6.7)	1,372 (6.8)	1,372 (6.8)	1,399 (6.9)
麻生区	1,094 (6.5)	1,087 (6.4)	1,065 (6.3)	1,226 (7.2)	1,261 (7.3)
川崎市	9,716 (6.8)	9,984 (6.9)	10,134 (6.9)	10,409 (7.2)	10,379 (7.0)
神奈川県	71,996 (8.0)	72,970 (8.1)	74,387 (8.3)	75,762 (8.4)	77,361 (8.6)
全 国	1,256,359 (10.0)	1,268,436 (10.1)	1,273,004 (10.1)	1,290,444 (10.3)	1,307,748 (10.5)

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成24年～平成28年)」

※ 下段()内は死亡率(人口千人対の死亡数)

※ 各区の死亡率は川崎市健康福祉局「川崎市健康福祉年報(平成24年度～平成28年度)」による

表2-3-5 乳児死亡数の年次推移 (人)

区分	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
川崎市	30 (2.1)	33 (2.3)	29 (2.1)	20 (1.4)	32 (2.3)
神奈川県	174 (2.3)	149 (2.0)	149 (2.0)	142 (1.9)	147 (2.1)
全 国	2,299 (2.2)	2,185 (2.1)	2,080 (2.1)	1,916 (1.9)	1,928 (2.0)

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成24年～平成28年)」

※ 下段()内は乳児死亡率(出生千人対の生後1年未満の死亡数)

表2-3-6 新生児死亡数の年次推移

(人)

区分	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
川崎市	16 (1.1)	16 (1.1)	13 (0.9)	10 (0.7)	16 (1.1)
神奈川県	91 (1.2)	81 (1.1)	75 (1.0)	75 (1.0)	80 (1.1)
全国	1,065 (1.0)	1,026 (1.0)	952 (0.9)	902 (0.9)	874 (0.9)

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成24年～平成28年)」

※ 下段()内は新生児死亡率(出生千人対の生後4週間未満の死亡数)

- 周産期の死亡率(出生千人対の妊娠満22週以後の死産数及び生後1週未満の死亡数の合計)をみると、本市においては、平成24(2012)年に3.3であったものが平成28(2016)年に3.0となっており、0.3ポイント減少しています(表2-3-7)。

表2-3-7 周産期死亡数の年次推移

(人)

区分	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
川崎市	47 (3.3)	47 (3.3)	39 (2.8)	50 (3.4)	42 (3.0)
神奈川県	304 (4.0)	281 (3.8)	274 (3.7)	290 (3.9)	258 (3.6)
全国	4,133 (4.0)	3,862 (3.7)	3,750 (3.7)	3,728 (3.7)	3,516 (3.6)

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成24年～平成28年)」

※ 下段()内は周産期死亡率(出生千人対の妊娠満22週以後の死産数及び生後1週未満の死亡数の合計)

- 死因順位別の死亡数をみると、本市における平成28(2016)年中の死亡順位は、第1位「悪性新生物(がん)」、第2位「高血圧を除く心疾患(急性心筋梗塞など)」、第3位「肺炎」、第4位「脳血管疾患(脳卒中など)」、第5位「老衰」となっています(表2-3-8)。
- また、悪性新生物、心疾患及び脳血管疾患は、全国的にも死亡率が高く、「三大死因」と言われており、本市においても、それぞれ死亡割合の30.1%、14.3%、8.2%を占めています(表2-3-8)。

表2-3-8 死因順位別死亡数(平成28(2016)年) (人)

区分	死亡順位				
	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
川崎市	悪性新生物	心疾患(高血圧性を除く)	肺炎	脳血管疾患	老衰
	3,122 (209.7) <30.1%>	1,486 (99.8) <14.3%>	876 (58.8) <8.4%>	854 (57.4) <8.2%>	741 (49.8) <7.1%>
神奈川県	悪性新生物	心疾患(高血圧性を除く)	老衰	肺炎	脳血管疾患
	23,395 (260.3) <30.2%>	11,284 (125.6) <14.6%>	6,332 (70.5) <8.2%>	6,224 (69.3) <8.0%>	6,094 (67.8) <7.9%>
全国	悪性新生物	心疾患(高血圧性を除く)	肺炎	脳血管疾患	老衰
	372,986 (298.3) <28.5%>	198,006 (158.4) <15.1%>	119,300 (95.4) <9.1%>	109,320 (87.4) <8.4%>	92,806 (74.2) <7.1%>

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成28年)」

※ 中段()内は死因順位別死亡率(人口10万人対の死因順位別死亡数)、下段< >内は全死亡数に対する割合

- 本市における死因順位別死亡数の年次推移をみると、平成26(2014)年に脳血管疾患と肺炎の順位が逆転(平成27(2015)年においては同順位)しています(表2-3-9)。
- 本市における死亡場所別の死亡割合をみると、平成28(2016)年中で最も多い場所は「病院・診療所(71.6%)」で、次いで「自宅(16.8%)」、「介護老人保健施設・老人ホーム(9.5%)」の順となっています(図2-3-1)。
- 死亡場所別死亡割合の年次推移をみると、「病院・診療所」の死亡割合は減少傾向となっており、「自宅」及び「介護老人保健施設・老人ホーム」の死亡割合は増加傾向にあります(図2-3-1)。

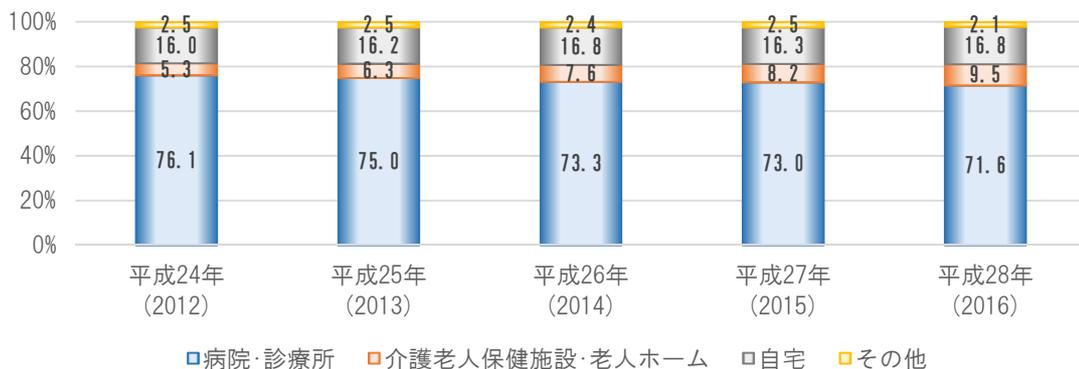
表2-3-9 川崎市における死因順位別死亡数の年次推移 (人)

区分	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
第1位	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物
	3,010 (209.2)	3,102 (214.2)	3,195 (218.7)	3,171 (218.8)	3,122 (209.7)
第2位	心疾患(高血圧性を除く)	心疾患(高血圧性を除く)	心疾患(高血圧性を除く)	心疾患(高血圧性を除く)	心疾患(高血圧性を除く)
	1,385 (96.2)	1,386 (95.7)	1,422 (97.3)	1,489 (102.7)	1,486 (99.8)
第3位	脳血管疾患	脳血管疾患	肺炎	肺炎	肺炎
	929 (64.6)	989 (68.3)	883 (60.4)	847 (58.4)	876 (58.8)
第4位	肺炎	肺炎	脳血管疾患	脳血管疾患 (同第3位)	脳血管疾患
	844 (58.7)	862 (59.5)	882 (60.4)	847 (58.4)	854 (57.4)
第5位	老衰	老衰	老衰	老衰	老衰
	422 (29.3)	461 (31.8)	561 (38.4)	673 (46.4)	741 (49.8)

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成24年～平成28年)」

※ 下段()内は死因順位別死亡率(人口10万人対の死因順位別死亡数)

図2-3-1 川崎市の死亡場所別死亡割合の推移



出典:厚生労働省「人口動態調査(平成24年～平成28年)」

キーワード(用語の説明)

「合計特殊出生率」…

15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計した指標のこと。1人の女性が平均して一生の間に出生する子どもの数の推計として利用されます。

第4節 市民の受療状況

① 入院・外来患者数

- 本市における人口10万人対の平成28(2016)年中の1日平均在院患者数は564.0人で、その内訳は一般病院471.2人、精神科病院92.8人となっており、いずれも全国よりも低い数値となっています(表2-4-1)。
- 病床の種類別の人口10万人対の1日平均在院患者数では、一般病床377.8人、療養病床82.9人、精神病床102.1人となっています(表2-4-1)。

表2-4-1 1日平均在院患者数(平成28(2016)年) (人)

区分	病院の種類			病床の種類(再掲)		
	総数	一般病院	精神科病院	一般病床	療養病床	精神病床
川崎市	8,397 (564.0)	7,016 (471.2)	1,381 (92.8)	5,625 (377.8)	1,233 (82.9)	139 (102.1)
神奈川県	59,085 (646.1)	48,868 (534.4)	10,218 (111.7)	35,077 (383.6)	11,935 (130.5)	1,754 (130.9)
全国	1,250,769 (985.4)	1,032,188 (813.2)	218,581 (172.2)	670,449 (528.2)	289,771 (228.3)	70,049 (227.4)

出典:厚生労働省「病院報告(平成28年)」

※ 下段()内は人口10万人対の1日平均在院患者数

- また、1日平均在院患者数の年次推移(人口10万人対)をみると、本市においては、平成24(2012)年に539.8人であったものが平成28(2016)年に564.0人となっており、24.2ポイント上昇していますが、全国の6割以下の数値と少ない状況となっています(表2-4-2)。
- 本市における平成28(2016)年中の1日平均新入院患者数(人口10万人対)は29.5人で、その内訳は一般病院29.1人、精神科病院0.4人となっており、全国よりも低い数値となっています(表2-4-3)。
- 病床の種類別の1日平均新入院患者数(人口10万人対)では、一般病床28.6人、療養病床0.3人、精神病床0.5人となっています(表2-4-3)。
- また、人口10万人対の1日平均新入院患者数の年次推移をみると、本市においては、平成24(2012)年に25.9人であったものが平成28(2016)年に29.5人となっており、3.6ポイント上昇しています(表2-4-4)。

表2-4-2 1日平均在院患者数の年次推移 (人)

区分		平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
川崎市	総数	7,768 (539.8)	7,838 (541.3)	8,065 (552.0)	8,242 (558.7)	8,397 (564.0)
	一般病院	6,687 (464.7)	6,782 (468.4)	6,920 (473.7)	6,950 (471.1)	7,016 (471.2)
	精神科病院	1,081 (75.1)	1,056 (72.9)	1,144 (78.3)	1,292 (87.6)	1,381 (92.8)
神奈川県	総数	59,342 (654.5)	58,986 (649.7)	58,796 (646.4)	58,915 (645.6)	59,085 (646.1)
	一般病院	49,143 (542.0)	48,863 (538.2)	48,710 (535.5)	48,772 (534.4)	48,868 (534.4)
	精神科病院	10,199 (112.5)	10,123 (111.5)	10,086 (110.9)	10,143 (111.1)	10,218 (111.7)
全国	総数	1,287,181 (1,009.4)	1,275,347 (1,001.9)	1,261,181 (992.4)	1,255,404 (987.8)	1,250,769 (985.4)
	一般病院	1,057,821 (829.6)	1,048,455 (823.6)	1,037,337 (816.3)	1,034,513 (814.0)	1,032,188 (813.2)
	精神科病院	229,296 (179.8)	226,885 (178.2)	223,843 (176.1)	220,890 (173.8)	218,581 (172.2)

出典:厚生労働省「病院報告(平成24年～平成28年)」

※ 下段()内は人口10万人対の1日平均在院患者数

表2-4-3 1日平均新入院患者数(平成28(2016)年) (人)

区分	病院の種類			病床の種類(再掲)		
	総数	一般病院	精神科病院	一般病床	療養病床	精神病床
川崎市	440 (29.5)	433 (29.1)	6 (0.4)	426 (28.6)	5 (0.3)	2 (0.5)
神奈川県	2,647 (28.9)	2,608 (28.5)	40 (0.4)	2,549 (27.9)	45 (0.5)	11 (0.6)
全国	43,852 (34.5)	43,135 (34.0)	717 (0.6)	41,596 (32.8)	1,156 (0.9)	346 (0.8)

出典:厚生労働省「病院報告(平成28年)」

※ 下段()内は人口10万人対の1日平均新入院患者数

表2-4-4 1日平均新入院患者数の年次推移 (人)

区分		平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
川崎市	総数	372 (25.9)	390 (27.0)	415 (28.4)	429 (29.1)	440 (29.5)
	一般病院	368 (25.5)	385 (26.6)	409 (28.0)	423 (28.7)	433 (29.1)
	精神科病院	5 (0.3)	5 (0.4)	6 (0.4)	7 (0.5)	6 (0.4)
神奈川県	総数	2,470 (27.2)	2,511 (27.7)	2,562 (28.2)	2,614 (28.6)	2,647 (28.9)
	一般病院	2,434 (26.8)	2,475 (27.3)	2,525 (27.8)	2,575 (28.2)	2,608 (28.5)
	精神科病院	36 (0.4)	36 (0.4)	37 (0.4)	39 (0.4)	40 (0.4)
全国	総数	41,285 (32.4)	41,686 (32.7)	42,210 (33.2)	43,171 (34.0)	43,852 (34.5)
	一般病院	40,593 (31.8)	40,983 (32.2)	41,507 (32.7)	42,461 (33.4)	43,135 (34.0)
	精神科病院	692 (0.5)	703 (0.6)	703 (0.6)	710 (0.6)	717 (0.6)

出典:厚生労働省「病院報告(平成24年～平成28年)」

※ 下段()内は人口10万人対の1日平均新入院患者数

- 本市における平成28(2016)年中の人口10万人対の1日平均退院患者数は29.5人で、その内訳は一般病院29.1人、精神科病院0.4人となっており、全国よりも低い数値となっています(表2-4-5)。
- 病床の種類別の人口10万人対の1日平均退院患者数では、一般病床28.6人、療養病床0.4人、精神病床0.5人となっています(表2-4-5)。
- また、人口10万人対の1日平均退院患者数の年次推移をみると、本市においては、平成24(2012)年に25.9人であったものが平成28(2016)年に29.5人となっており、3.6ポイント上昇しています(表2-4-6)。

表2-4-5 1日平均退院患者数(平成28(2016)年) (人)

区分	病院の種類			病床の種類(再掲)		
	総数	一般病院	精神科病院	一般病床	療養病床	精神病床
川崎市	440 (29.5)	433 (29.1)	6 (0.4)	426 (28.6)	6 (0.4)	2 (0.5)
神奈川県	2,646 (28.9)	2,606 (28.5)	40 (0.4)	2,530 (27.7)	60 (0.7)	13 (0.6)
全 国	43,833 (34.5)	43,112 (34.0)	721 (0.6)	40,955 (32.3)	1,768 (1.4)	355 (0.8)

出典:厚生労働省「病院報告(平成28年)」

※ 下段()内は人口10万人対の1日平均退院患者数

表2-4-6 1日平均退院患者数の年次推移 (人)

区分		平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
川崎市	総数	373 (25.9)	390 (26.9)	415 (28.4)	429 (29.1)	440 (29.5)
	一般病院	368 (25.6)	385 (26.6)	410 (28.0)	422 (28.6)	433 (29.1)
	精神科病院	5 (0.3)	5 (0.3)	6 (0.4)	6 (0.4)	6 (0.4)
神奈川県	総数	2,470 (27.2)	2,513 (27.7)	2,561 (28.2)	2,614 (28.6)	2,646 (28.9)
	一般病院	2,434 (26.8)	2,477 (27.3)	2,524 (27.7)	2,575 (28.2)	2,606 (28.5)
	精神科病院	36 (0.4)	36 (0.4)	37 (0.4)	39 (0.4)	40 (0.4)
全 国	総数	41,323 (32.4)	41,744 (32.8)	42,222 (33.2)	43,220 (34.0)	43,833 (34.5)
	一般病院	40,622 (31.9)	41,033 (32.2)	41,508 (32.7)	42,504 (33.4)	43,112 (34.0)
	精神科病院	701 (0.5)	710 (0.6)	714 (0.6)	717 (0.6)	721 (0.6)

出典:厚生労働省「病院報告(平成24年～平成28年)」

※ 下段()内は人口10万人対の1日平均退院患者数

- 本市における平成28(2016)年中の人口10万人対の1日平均外来患者数は811.5人で、その内訳は一般病院781.8人、精神科病院29.7人となっており、全国よりも低い数値となっています(表2-4-7)。
- また、人口10万人対の1日平均外来患者数の年次推移をみると、本市においては、平成24(2012)年に850.9人であったものが平成28(2016)年に811.5人となっており、39.4ポイント減少しています(表2-4-8)。

表2-4-7 1日平均外来患者数(平成28(2016)年) (人)

区分	病院の種類		
	総数	一般病院	精神科病院
川崎市	12,083 (811.5)	11,641 (781.8)	443 (29.7)
神奈川県	77,205 (844.2)	74,712 (817.0)	2,493 (27.3)
全国	1,355,757 (1,068.1)	1,297,906 (1,022.5)	57,850 (45.6)

出典:厚生労働省「病院報告(平成28年)」

※ 下段()内は人口10万人対の1日平均外来院患者数

表2-4-8 1日平均外来患者数の年次推移 (人)

区分		平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
川崎市	総数	12,244 (850.9)	12,397 (856.2)	12,381 (847.4)	12,278 (832.3)	12,083 (811.5)
	一般病院	11,825 (821.8)	11,976 (827.1)	11,948 (817.8)	11,836 (802.3)	11,641 (781.8)
	精神科病院	419 (29.1)	421 (29.1)	434 (29.7)	442 (29.9)	443 (29.7)
神奈川県	総数	79,870 (880.9)	79,801 (879.0)	78,713 (865.4)	78,101 (855.8)	77,205 (844.2)
	一般病院	77,392 (853.6)	77,353 (852.0)	76,250 (838.3)	75,618 (828.6)	74,712 (817.0)
	精神科病院	2,479 (27.3)	2,448 (27.0)	2,463 (27.1)	2,483 (27.2)	2,493 (27.3)
全国	総数	1,397,864 (1,096.2)	1,389,983 (1,091.9)	1,372,114 (1,079.7)	1,366,693 (1,075.3)	1,355,757 (1,068.1)
	一般病院	1,340,643 (1,051.4)	1,333,055 (1,047.2)	1,315,066 (1,034.3)	1,309,018 (1,030.0)	1,297,906 (1,022.5)
	精神科病院	57,216 (44.9)	56,927 (44.7)	57,047 (44.9)	57,675 (45.4)	57,850 (45.6)

出典:厚生労働省「病院報告(平成24年～平成28年)」

※ 下段()内は人口10万人対の1日平均外来患者数

② 平均在院日数

- 本市における平成28(2016)年中の平均在院日数は、全病床19.1日、一般病床13.2日、療養病床201.8日、精神病床191.8日、結核病床52.8日、介護療養病床394.4日で、療養病床及び介護療養病床を除き、全国よりも低い数値となっています(表2-4-9)。

表2-4-9 平均在院日数(平成28(2016)年) (日)

区分	全病床	一般病床	療養病床	精神病床	感染症 病床	結核病床	介護 療養病床
川崎市	19.1	13.2	201.8	191.8	-	52.8	394.4
神奈川県	22.3	13.8	187.0	229.3	14.6	62.7	400.4
全国	28.5	16.2	152.2	269.9	7.8	66.3	314.9

出典:厚生労働省「病院報告(平成28年)」

- また、平均在院日数の年次推移をみると、精神病床を除き、本市においては、いずれの病床も短縮傾向にあります(表2-4-10)。

表2-4-10 平均在院日数の年次推移 (日)

区分		平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
川崎市	全病床	20.9	20.1	19.4	19.2	19.1
	一般病床	14.8	14.2	13.6	13.2	13.2
	療養病床	273.0	250.0	227.1	216.5	201.8
	精神病床	175.5	162.3	153.3	175.0	191.8
神奈川県	全病床	24.0	23.5	23.0	22.5	22.3
	一般病床	14.8	14.5	14.1	13.9	13.8
	療養病床	211.7	208.5	202.0	198.9	187.0
	精神病床	239.9	239.7	234.1	232.7	229.3
全国	全病床	31.2	30.6	29.9	29.1	28.5
	一般病床	17.5	17.2	16.8	16.5	16.2
	療養病床	171.8	168.3	164.6	158.2	152.2
	精神病床	291.9	284.7	281.2	274.7	269.9

出典:厚生労働省「病院報告(平成24年～平成28年)」

③ 患者の受療状況

- 神奈川県における入院の受療率*は683で、全国平均の約66%と低い水準となっています(表2-4-11及び図2-4-1)。
- また、神奈川県における外来の受療率は5,748で、全国平均と同程度の水準となっています(表2-4-11及び図2-4-1)。

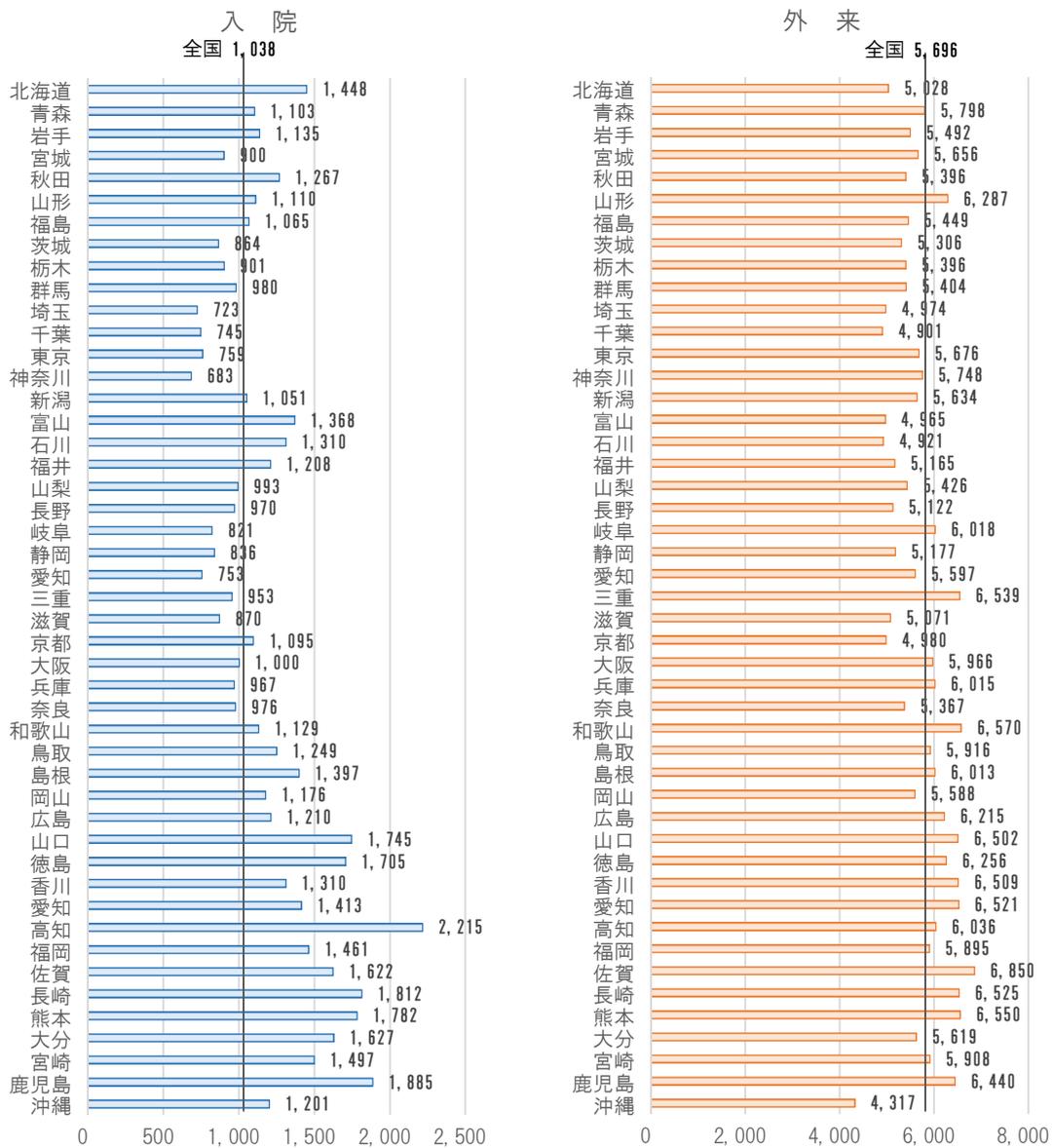
表2-4-11 受療率(人口10万人対)(平成26(2014)年10月時点)

区分	入院			外来			
	総数	病院	一般 診療所	総数	病床	一般 診療所	歯科 診療所
神奈川県	683	678	10	5,748	1,089	3,399	1,260
全国	1,038	1,002	36	5,696	1,292	3,331	1,073

出典:厚生労働省「患者調査(平成26年)」

※ 川崎市のデータなし

図2-4-1 都道府県別にみた受療率(人口10万人対)(平成26(2014)年10月時点)



出典：厚生労働省「患者調査(平成26年)」

※ 都道府県別の受療率は、患者の住所地に基づき算出

キーワード(用語の説明)

「受療率」…

ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に「入院、通院又は往診を受けた患者数」と「人口10万人」との比率のこと。厚生労働省が3年ごとに実施する患者調査によって、病院あるいは診療所へ入院又は外来患者として治療のために通院した患者の全国推計患者数を把握し、受療率を算出しています。

第5節 保健医療圏と基準病床数

(1) 保健医療圏

- 誰もが住み慣れた地域で健康に生活していくためには、誰もが必要なときに身近な場所で適切な保健医療サービスを受けることが求められます。
- 神奈川県保健医療計画において、健康づくりから疾病の予防、治療、社会復帰までの総合的な保健医療体制を整備するための地域的単位として、一次、二次及び三次の保健医療圏を設定しています。
- 一次保健医療圏は、住民の健康相談、健康管理や初期医療に関する保健医療サービスを提供するための最も基礎的な地域単位であり、市区町村を圏域としています。
- 二次保健医療圏は、一般的な入院医療への対応を図り、保健・医療・福祉の連携した総合的な取組を行うために市区町村を超えて設定する圏域で、神奈川県内には9区域の二次保健医療圏が設けられています(表2-5-1)。

表2-5-1 神奈川県内の二次保健医療圏の構成市(区)町村

二次保健医療圏	構成市(区)町村
横 浜	横浜市
川 崎 北 部	高津区 宮前区 多摩区 麻生区
川 崎 南 部	川崎区 幸区 中原区
相 模 原	相模原市
横 須 賀・三 浦	横須賀市 鎌倉市 逗子市 三浦市 葉山町
湘 南 東 部	藤沢市 茅ヶ崎市 寒川町
湘 南 西 部	平塚市 秦野市 伊勢原市 大磯町 二宮町
県 央	厚木市 大和市 海老名市 座間市 綾瀬市 愛川町 清川村
県 西	小田原市 南足柄市 中井町 大井町 松田町 山北町 開成町 箱根町 真鶴町 湯河原町
計(9区域)	(19市13町1村)

- 市内には、高津区、宮前区、多摩区及び麻生区で構成される「川崎北部保健医療圏」と、川崎区、幸区及び中原区で構成される「川崎南部保健医療圏」の2つの二次保健医療圏が設定されています(図2-5-1及び表2-5-2)。

図2-5-1 川崎市内の二次保健医療圏



表2-5-2 川崎2医療圏の人口・面積・人口密度

二次保健医療圏	面積 (k m ²)	人口 (人)	人口密度 (人/k m ²)
川崎北部	79.20	853,907	10,782
川崎南部	65.15	649,783	9,974

※ 独自に算出(人口データ:川崎市総務企画局「川崎市の世帯数・人口(平成29年10月1日現在)」)

- 三次保健医療圏は、高度・特殊な専門領域や広域的に実施することが必要な保健医療サービスを提供するために県全域を範囲として設定する圏域となります。

(2) 基準病床数

- 基準病床数は、「病床を整備するための目標」であるとともに、「基準病床数を超える病床の増加を抑制する基準」であり、全国統一の算定式に基づき、都道府県が医療計画において定めることとされています(図2-5-2)。

図2-5-2 基準病床数(療養病床及一般病床)の算定式

○ 療養病床の算定式
$\frac{\left(\begin{array}{c} \text{性・年齢階級別人口} \\ \text{(2016年1月1日時点)} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{性・年齢階級別} \\ \text{療養病床入院受療率} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} \text{在宅医療等} \\ \text{対応可能数} \end{array} \right) + \left(\begin{array}{c} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right)}{\left(\begin{array}{c} \text{病床利用率} \\ \text{(下限0.90)} \end{array} \right)}$
○ 一般病床の算定式
$\frac{\left(\begin{array}{c} \text{性・年齢階級別人口} \\ \text{(2016年1月1日時点)} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{性・年齢階級別} \\ \text{一般病床退院率} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} \text{平均在院日数} \\ \text{(上限13.6日)} \end{array} \right) + \left(\begin{array}{c} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right)}{\left(\begin{array}{c} \text{病床利用率} \\ \text{(下限0.76)} \end{array} \right)}$
○ 今後病床の整備が必要となる構想区域における基準病床数の対応 医療法第30条の4第7項の規定に基づく「基準病床数の算定の特例」による対応を検討
<p>医療法第30条の4第7項 都道府県は、第2項第14号に規定する基準病床数を定めようとする場合において、急激な人口の増加が見込まれること、特定の疾患に罹患するものが異常に多いことなどの事情がある場合は、算定基準等に従い算定した数に厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数またはその同意を得た数を基準病床数とすることができる。</p>

- また、基準病床数は、既存病床数が基準病床数を超える地域から、基準病床数を満たさない地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保することを目的としています。
- そのため、既存病床数が基準病床数を超える地域では、原則として、病院及び有床診療所の開設・増床は行えません。
- 療養病床及び一般病床の基準病床数は、二次保健医療圏ごとに、精神病床、感染症病床及び結核病床の基準病床数は、それぞれ県全域を範囲として、神奈川県保健医療計画において定められています(表2-5-3～表2-5-6)。
- 本市の二次保健医療圏ごとの既存病床数(平成29(2017)年3月31日現在)は、基準病床数に対して、川崎北部で●●床の過剰、川崎南部で●●床の過剰となっています。

表2-5-3 神奈川県内の基準病床数(療養病床及び一般病床) (床)

二次保健医療圏	基準病床数A	既存病床数B	過不足病床数 B-A
横 浜	未確定	22,869	未確定
川 崎 北 部		4,362	
川 崎 南 部		4,814	
相 模 原		6,564	
横 須 賀・三 浦		5,357	
湘 南 東 部		4,319	
湘 南 西 部		4,901	
県 央		5,233	
県 西		3,155	
計(9圏域)				61,574

※ 既存病床数は、平成29(2017)年3月31日現在の数値

※ 既存病床数には「整備中の病床」が含まれているため、稼働実態とは異なる

表2-5-4 神奈川県内の基準病床数(精神病床) (床)

二次保健医療圏	基準病床数A	既存病床数B	過不足病床数 B-A
県 全 域	未確定	13,976	未確定

※ 既存病床数は、平成29(2017)年3月31日現在の数値

※ (参考)川崎市内の既存病床数(精神病床): 9病院 1,758床

表2-5-5 神奈川県内の基準病床数(感染症病床) (床)

二次保健医療圏	基準病床数A	既存病床数B	過不足病床数 B-A
県 全 域	未確定	74	未確定

※ 既存病床数は、平成29(2017)年3月31日現在の数値

※ (参考)川崎市内の既存病床数(感染症病床): 1病院 12床

表2-5-6 神奈川県内の基準病床数(結核病床) (床)

二次保健医療圏	基準病床数A	既存病床数B	過不足病床数 B-A
県 全 域	未確定	166	未確定

※ 既存病床数は、平成29(2017)年3月31日現在の数値

※ (参考)川崎市内の既存病床数(結核病床): 1病院 40床

第6節 医療提供施設等の状況

① 病院・診療所数

- 市内には、平成28(2016)年10月1日現在、市立3病院(市立川崎病院・市立井田病院・市立多摩病院)を含む40施設の病院、992施設の一般診療所及び752施設の歯科診療所が設置され、人口10万人対の施設数は、いずれも全国よりも低い数値となっています(表2-6-1)。

表2-6-1 病院・診療所数(平成28(2016)年10月1日現在) (施設)

区分	病院			一般診療所			歯科診療所
	総数	一般病院	精神科病院	総数	有床診療所	無床診療所	
川崎市	40 (2.7)	34 (2.3)	6 (0.4)	992 (66.6)	32 (2.1)	960 (64.5)	752 (50.5)
神奈川県	341 (3.7)	294 (3.2)	47 (0.5)	6,711 (73.4)	229 (2.5)	6,482 (70.9)	4,989 (54.6)
全国	8,442 (6.7)	7,380 (5.8)	1,062 (0.8)	101,529 (80.0)	7,629 (6.0)	93,900 (74.0)	68,940 (54.3)

出典:厚生労働省「医療施設調査(平成28年)」

※ 下段()内は人口10万人対の病院・診療所数

② 病院の病床数

- 本市における平成28(2016)年10月1日現在の病院の病床数は、全病床10,831床、一般病床7,763床、療養病床1,258床、精神病床1,758床、感染症病床12床、結核病床40床で、人口10万人対の病床数は、いずれも全国よりも低い数値となっています(表2-6-2)。

表2-6-2 病院の病床数(平成28(2016)年10月1日現在) (床)

区分	全病床	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床
川崎市	10,831 (727.4)	7,763 (521.4)	1,258 (84.5)	1,758 (118.1)	12 (0.8)	40 (2.7)
神奈川県	73,974 (808.9)	46,562 (509.2)	13,269 (145.1)	13,908 (152.1)	69 (0.8)	166 (1.8)
全国	1,561,005 (1,229.8)	891,398 (702.3)	328,161 (258.5)	334,258 (263.3)	1,841 (1.5)	5,347 (4.2)

出典:厚生労働省「医療施設調査(平成28年)」

※ 下段()内は人口10万人対の病床数

③ 病床利用率

- 本市における平成28(2016)年中の病床利用率は、全病床77.5%、一般病床73.2%、療養病床92.4%、精神病床86.5%、結核病床46.4%、介護療養病床93.7%で、全病床、一般病床及び感染症病床を除き、全国よりも高い数値となっています(表2-6-3)。

表2-6-3 病床利用率(平成28(2016)年)

区分	全病床	一般病床	療養病床	精神病床	感染症 病床	結核病床	介護 療養病床
川崎市	77.5%	73.2%	92.4%	86.5%	-	46.4%	93.7%
神奈川県	79.8%	75.4%	89.1%	86.0%	14.1%	54.8%	89.2%
全国	80.1%	75.2%	88.2%	86.2%	3.2%	34.5	91.4

出典:厚生労働省「病院報告(平成28年)」

④ 医師・歯科医師・薬剤師・看護職員数

- 本市における平成26年12月31日現在の医師数は3,190人で、増加傾向にありますが、人口10万人対の医師数は、全国よりも低い数値となっています(表2-6-4)。
- 歯科医師数は1,018人で、増加傾向にありますが、人口10万人対の歯科医師数は、全国よりも低い数値となっています(表2-6-4)。
- 薬剤師数は3,256人で、増加傾向にあり、人口10万人対の薬剤師数は、全国よりも高い数値となっています(表2-6-4)。
- 本市における平成28年12月31日現在の看護職員数は11,606人で、その内訳は保健師317人、助産師391人、看護師9,678人、准看護師1,220人で、准看護師を除き、増加傾向にあります(表2-6-5)。
- 人口10万人対の看護職員数は、総数779.2人、保健師21.3人、助産師26.3人、看護師649.8人、准看護師81.9人で、いずれも全国よりも低い数値となっています(表2-6-5)

表2-6-4 医師・歯科医師・薬剤師数(各年12月31日現在) (人)

区分		平成22年 (2010)	平成24年 (2012)	平成26年 (2014)
川崎市	医師	2,877 (192.9)	3,008 (200.8)	3,190 (209.7)
	歯科医師	999 (69.2)	971 (67.0)	1,018 (69.1)
	薬剤師	3,014 (168.9)	3,069 (176.4)	3,256 (186.2)
神奈川県	医師	17,676 (187.8)	18,291 (193.7)	19,036 (201.7)
	歯科医師	7,057 (76.1)	7,126 (76.9)	7,414 (79.5)
	薬剤師	19,610 (167.2)	20,212 (174.0)	21,541 (187.7)
全国	医師	295,049 (219.0)	303,268 (226.5)	311,205 (233.6)
	歯科医師	101,576 (77.1)	102,551 (78.2)	103,972 (79.4)
	薬剤師	276,517 (154.3)	280,052 (161.3)	288,151 (170.0)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査(平成22年・平成24年・平成26年)」

※ 下段()内は人口10万人対の医師・歯科医師・薬剤師数

表2-6-5 看護職員数の年次推移(各年12月31日現在) (人)

区分		平成24年 (2012)	平成26年 (2014)	平成28年 (2016)
川崎市	総数	10,539 (732.3)	11,557 (791.0)	11,606 (779.2)
	保健師	292 (20.3)	312 (21.4)	317 (21.3)
	助産師	366 (25.4)	364 (24.9)	391 (26.3)
	看護師	8,491 (590.0)	9,456 (647.2)	9,678 (649.8)
	准看護師	1,390 (96.6)	1,425 (97.5)	1,220 (81.9)
神奈川県	総数	71,594 (789.6)	75,663 (831.8)	76,223 (833.5)
	保健師	1,965 (21.7)	2,072 (22.8)	2,149 (23.5)
	助産師	2,091 (23.1)	2,196 (24.1)	2,322 (25.4)
	看護師	56,674 (625.1)	61,164 (672.4)	62,794 (686.6)
	准看護師	10,864 (119.8)	10,231 (112.5)	8,958 (98.0)
全国	総数	1,452,635 (1,139.2)	1,509,340 (1,187.7)	1,559,562 (1,228.6)
	保健師	47,279 (37.1)	48,452 (38.1)	51,280 (40.4)
	助産師	31,835 (25.0)	33,956 (26.7)	35,774 (28.2)
	看護師	1,015,744 (796.6)	1,086,779 (855.2)	1,149,397 (905.5)
	准看護師	357,777 (280.6)	340,153 (267.7)	323,111 (254.6)

出典:厚生労働省「衛生行政報告例(隔年報)(平成24年・平成26年・平成28年)」

※ 下段()内は人口10万人対の看護職員数

※ 川崎市の人口10万人対の看護職員数は独自に算出(人口データ:川崎市総務企画局「川崎市の世帯数・人口(各年10月1日現在)」)

第3章

川崎市地域包括ケアシステム の構築に向けた取組

かわさき保健医療プラン
[平成30年度～平成35年度]

第1節 地域包括ケアシステム推進ビジョン策定の社会的背景と位置付け

① 社会的背景

- 介護保険制度が発足して以降、同制度は、介護を支える仕組みとして定着・普及してきた一方で、サービス利用の拡大に伴い、介護給付費や保険料が上昇し、制度の持続可能性の担保が大きな課題となっています。
- 特に、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる平成37(2025)年を目途に、その対応への議論が行われるようになりました。
- こうした中で、平成17(2005)年の介護保険制度改正の中で示されたのが、「地域包括ケア」という考え方であり、平成26(2014)年の「医療介護総合確保推進法」の改正において、「地域包括ケアシステム」は、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。」と定義されました。

② これまでの本市の取組等

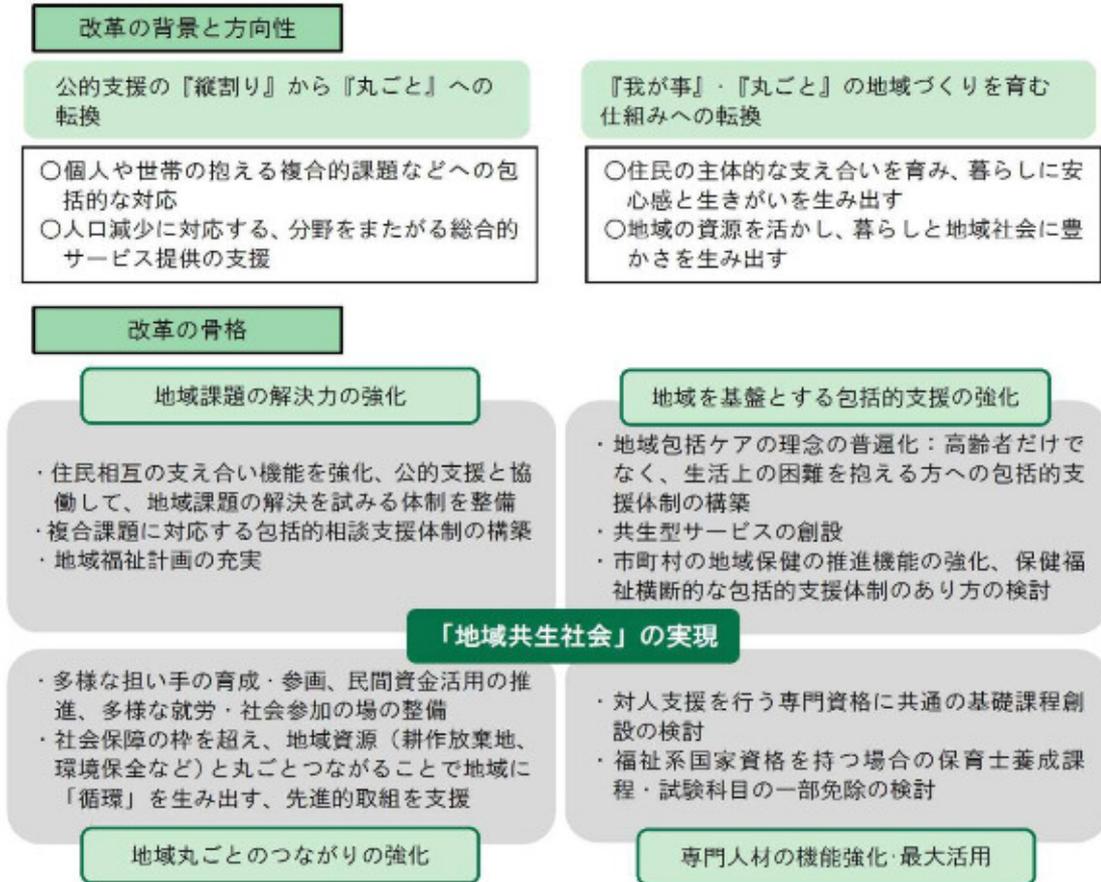
- 「高齢者をはじめ、障害者や子ども、子育て中の親などに加え、現時点で他者からのケアを必要としない方々を含めた全ての地域住民を対象として、誰もが住み慣れた地域や自ら望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現をめざし、時代や社会状況に応じて常に進化した取組を進めていく」ことを目的に「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン(以下「推進ビジョン」という。))を平成27(2015)年に策定しました。
- 推進ビジョンは、全市に共通する基本的な考え方を明確化したものであり、関連する個別計画の「上位概念」として位置付けています。
- 関連計画においては、推進ビジョンの内容について、より具体的な目標・取組方針・施策として定め、その達成に必要な資源・体制・手法等を明確化・具現化するとともに、あらゆる行政分野に関わりがあることから、関係部局区や関係機関が連携して取り組むことが必要です。

③ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進(国の動向)

- 地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、公的なサービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる「地域共生社会*」の実現に向け、一億総活躍社会づくりが進められています。

- 国は、平成 28(2016)年 7月に、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部を設置し、「他人事」になりがちな地域づくりを地域住民が「我が事」として主体的に取り組み仕組みを作っていくことをめざしています(図 3-1-1)。

図3-1-1 地域共生社会のイメージ図



出典:厚生労働省資料をもとに作成

キーワード(用語の説明)

「地域共生社会」…

制度や分野ごとの「縦割り」や、「支え手」・「受け手」という関係を越えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて、「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のこと。

④ 本市の地域包括ケアシステムの推進

- 国の「地域共生社会」の実現に向けた取組について、本市においては、これに先駆けて「推進ビジョン」を策定し、高齢者をはじめ、障害者や子ども、子育て中の親などに加え、現時点で他者からのケアを必要としない方々を含めた全ての地域住民を対象とした取組を進めていることから、これを引き続き継続し、誰もが住み慣れた地域や自ら望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現(地域包括ケアシステムの構築)をめざします。

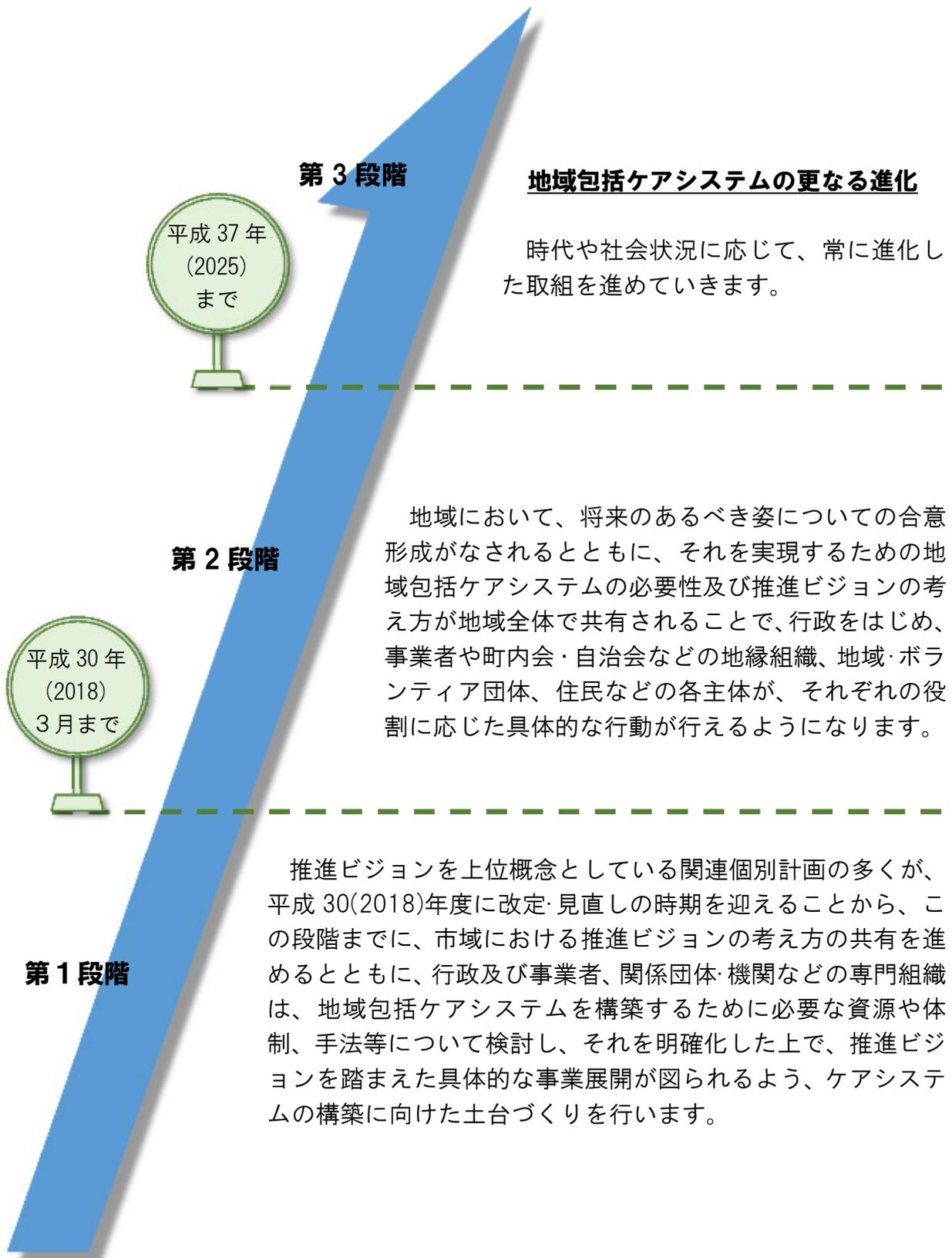
- 地域包括ケアシステムの構築に向けては、行政だけではなく、事業者や町内会・自治会などの地縁組織、地域・ボランティア団体、住民など地域内の多様な主体による適切な役割分担が重要となります。
- この多様な主体による役割分担について、本市の災害分野においては「自助、共助、公助」と表現されていますが、推進ビジョンにおいては、ボランティアなどのインフォーマルなサポートによる助け合いを意味する「互助」を加え、「自助・互助・共助・公助」と区分し、求められる「ケア」の多様性に対応しながら、柔軟に適時・適切な役割分担が重要となります(図3-1-2)。
- また、地域包括ケアシステムは、「一人ひとりに寄り添って、QOLの向上を目指すための取組」であることから、超高齢社会の中で自分でできることを考えたり、新たな取組にチャレンジするなど、「我が事」として捉えて取り組むことが必要です。

図3-1-2 地域包括ケアシステムのイメージ図



出典:川崎市「みまもりつながる地域の輪 川崎版地域包括ケアシステムの取組み」

⑤ ロードマップ



第2節 基本理念と基本的な視点

- 一人の住民の地域生活を支える地域包括ケアシステムの構成要素を示すものとして、植木鉢をかたどった図が国から提示されています(図3-2-1)。
- 地域の中に多数の植木鉢が存在し、それぞれの住民のニーズにあった資源を適切に組み合わせ、様々な支援やサービスが連携して一体的に提供される体制が求められています。
- 「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」及び「保健・福祉」の3枚の葉が、専門職によるサービス提供として表現され、その機能を十分に発揮するための前提として、「住まいと住まい方(地域での生活の基盤をなす「植木鉢」)」、「介護予防・生活支援(植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」)」が基本になるとともに、これらの要素が相互に関係しながら、包括的に提供されるあり方の重要性を示したものです。
- さらに、植木鉢、土、葉は「本人の選択と本人・家族の心構え(皿)」の上に成り立っています。
- 本市では、これらの要素を基本的な5つの視点として捉え、川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築をめざしています。

図3-2-1 地域包括ケアシステムの5つの基本的な視点



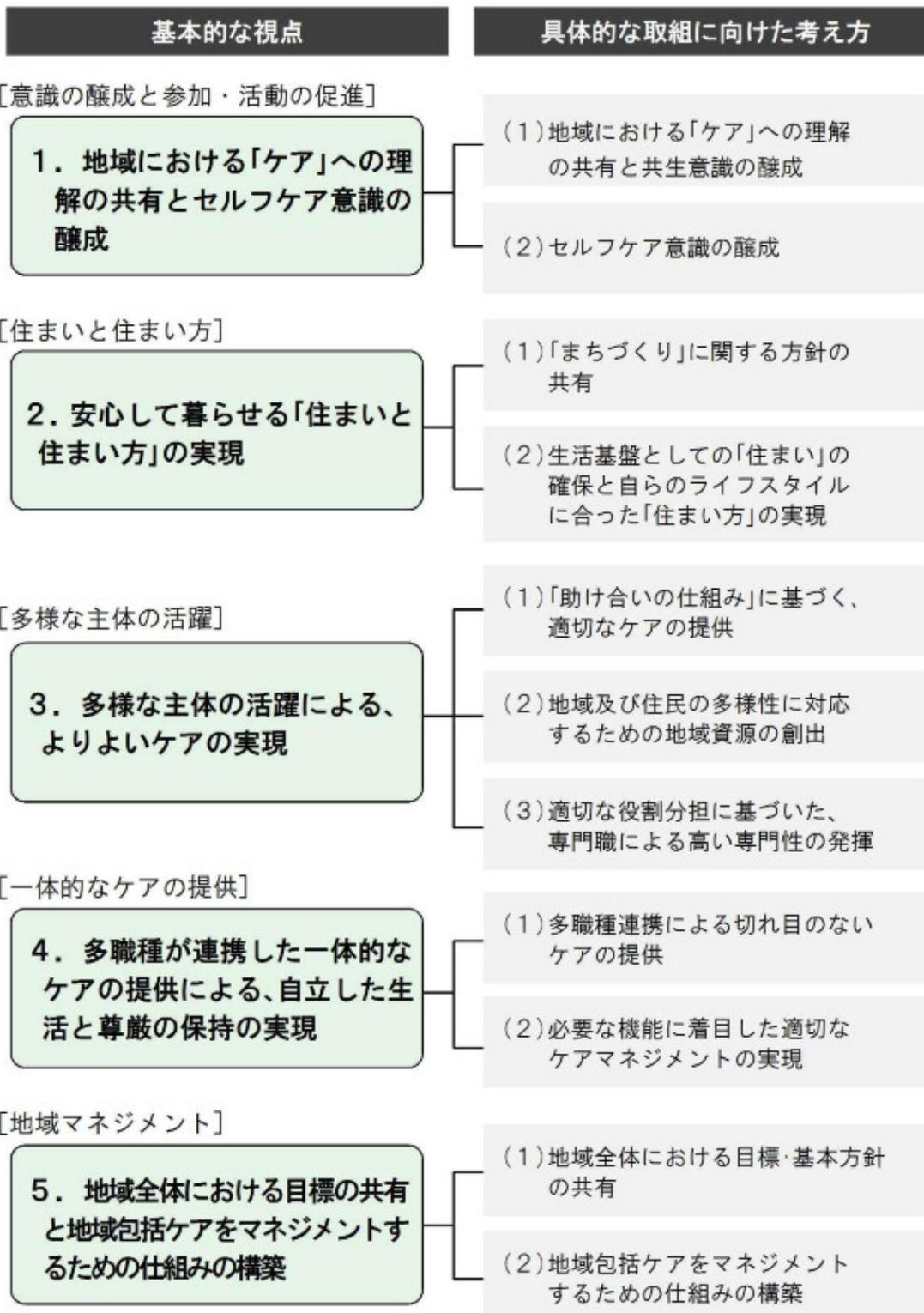
出典:三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケア研究会」地域包括ケアシステムと地域マネジメント」2016年をもとに作成

～ 一生住み続けたい最幸のまち・川崎をめざして ～

基本理念

川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築による

誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現



第3節 地域包括ケアシステムの取組の検証(健康づくり施策・医療施策関係)

★: 推進ビジョン策定以降の新たな取組

- 「健康づくり施策」及び「医療施策」に関連する地域包括ケアシステムの取組は、「視点1」、「視点3」、「視点4」及び「視点5」となります。

視点1 『地域における「ケア」への理解の共有とセルフケア意識の醸成』

これまでの主な取組

- ・ 健康的な生活習慣を身につけるための普及啓発
- ★ 中学校給食を通じた食育の推進
- ・ 「健康都市かわさき」に向けたすべての年代の市民を対象とした食育の推進
- ・ 適正な飲酒量の啓発
- ・ たばこの害に関する普及啓発
- ・ お口の健康に関する啓発
- ・ 特定健診・保健指導、がん検診、歯周疾患検診
- ・ 休養やこころの健康に関する普及啓発
- ・ 保険者努力支援制度への対応(特定健診、保健指導、生活習慣病重症化予防、ジェネリック医薬品利用促進、重複・頻回受信者対応、レセプト点検業務の強化など)
- ・ 市立病院の医師等による病気の治療や予防を内容とした市民公開講座、ラジオ講座などの実施、並びに介護予防や日常生活支援等を内容とした出張講座の実施

課題等

- ・ 健康の意識の低い人が健康的な生活習慣を身につける効果的な取組
- ・ 市民一人ひとりが食に関する知識と食を選択する力を養い、健全な食生活の実践
- ・ 啓発等による健康づくりに関する意識の醸成
- ・ 保険者努力支援制度への一層の取組の検討

視点3 『多様な主体の活躍による、よりよいケアの実現』

これまでの主な取組

- ・健康づくりに関連するボランティアの育成・活動支援
- ・関係団体・企業等との連携による健康づくりの取組
- ・川崎市地域・職域連携関連会議を通じた働き盛り世代の健康づくりの取組
- ・市立病院において、患者等への受診支援、療養支援等を目的としたボランティアを活用(外来案内、車椅子介助、患者向け図書の整理、入浴介助、イベント手伝い、園芸ほか)



課題等

- ・ボランティアが自主的に活動できるような支援
- ・健康づくりのボランティアに関心がある人が多いことから、はじめるきっかけづくり

視点4 『多職種が連携した一体的なケアの提供による、自立した生活と尊厳の保持の実現』

これまでの主な取組

- ・事前協議の実施に基づく病床の適正整備
- ・救急病院・周産期母子センター等に対する運営支援及び休日急患診療所の川崎市医師会への事業移管
- ・市立看護短期大学の運営、看護師養成施設・院内保育所の運営支援及び修学資金制度の運用
- ・在宅療養推進協議会の設置
- ★「在宅医療・介護多職種連携マニュアル」の策定
 - ・在宅医療を担う人材育成研修の実施
 - ・在宅医療サポートセンターの運営
- ★神奈川県地域医療構想の策定
 - ・地域の医療機関との役割分担及び連携の推進(患者の紹介・逆紹介、医療機器や病床の共同利用、地域医療従事者を対象とした研修会等の実施)
 - ・地域ケア懇談会の開催、地域包括支援センターや訪問看護ステーション、介護施設職員との市立病院退院患者の在宅療養に向けた調整会議の開催
 - ・市立病院看護職員と訪問看護ステーション・介護施設等の看護職員・介護職員との学習会の開催
 - ・市立井田病院に在宅・生活復帰支援等の機能を有する「地域包括ケア病棟」を整備
 - ・市立病院退院患者の在宅療養支援の実施
 - ・災害医療コーディネーター会議や医療救護訓練等を通じた災害時医療体制の整備推進及び検証



課題等

- ・ 将来の医療需要を踏まえた病床機能の確保（不足が見込まれる回復期機能を担う病床の確保及び病床機能の分化・連携）
- ・ 救急ニーズの増加に対応した救急病院等に対する支援のあり方検討及びかかりつけ医等を持つことの普及啓発
- ・ 地域包括ケアシステムを支える看護人材を養成するための市立看護短期大学等の今後のあり方検討
- ・ 病床機能及び在宅医療を支える医療従事者の確保・養成
- ・ 在宅医療等を必要とする患者数の増加への対応（退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取りに係る体制整備）
- ・ 役割分担と連携により限りある資源を最大限に活用した入院医療から在宅医療・介護まで一連のサービスを切れ目なく円滑に提供できる体制の整備
- ・ 近い将来の首都直下型地震等の発生に備えた災害医療コーディネーターを中心とする災害時医療救護体制の強化

視点5 『地域全体における目標の共有と地域包括ケアをマネジメントするための仕組みの構築』

これまでの主な取組

- ・ 川崎市健康増進計画推進評価検討委員会の開催
- ・ 川崎市市民健康づくり運動推進懇談会の開催
- ★健康意識実態調査の実施

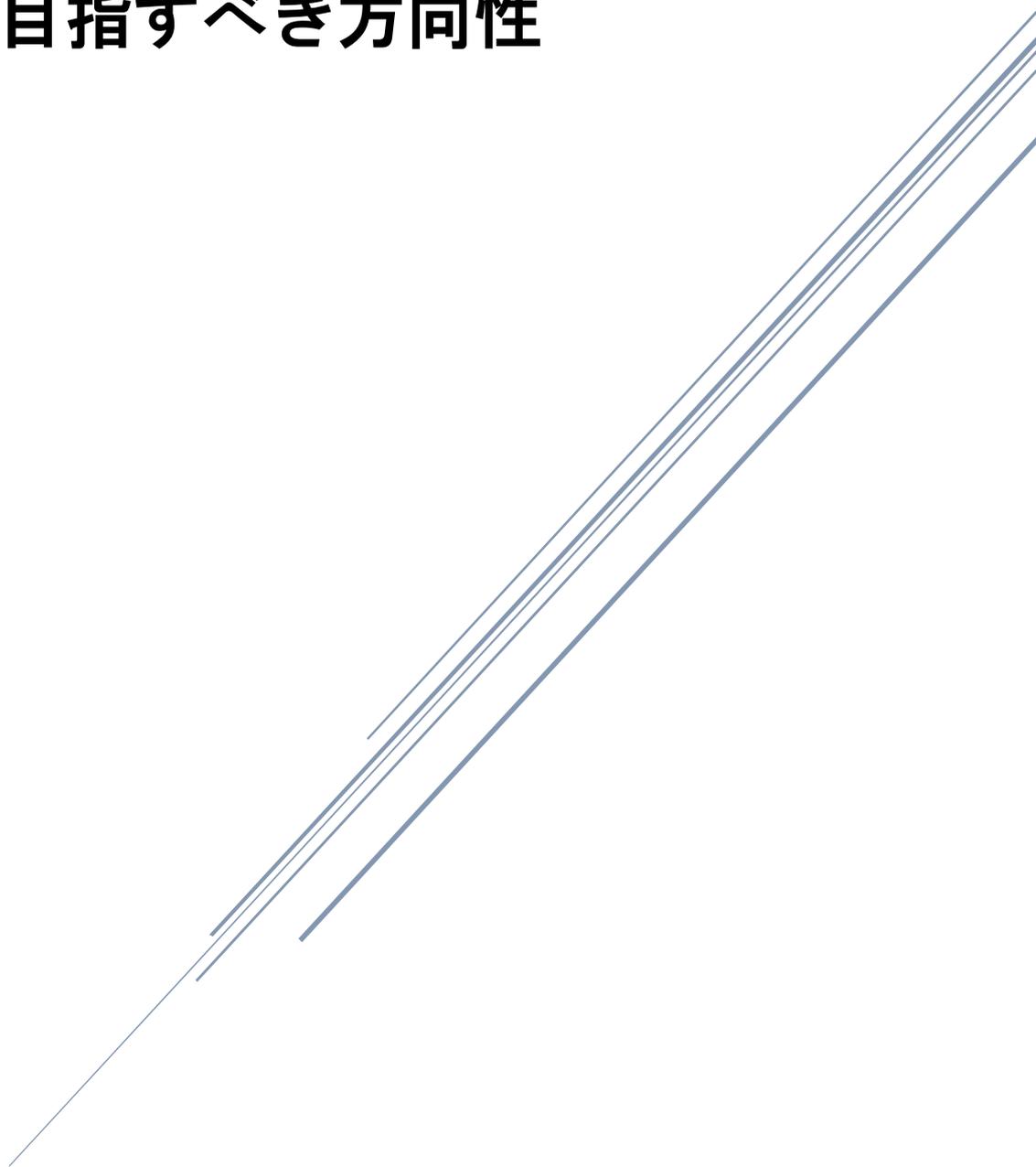


課題等

- ・ 中間評価による、地域包括ケアシステムの構築に向けた計画後期（平成 30（2018）年度～平成 34（2022）年度）の方向性の検討

第4章

将来の医療需要を踏まえた 目指すべき方向性

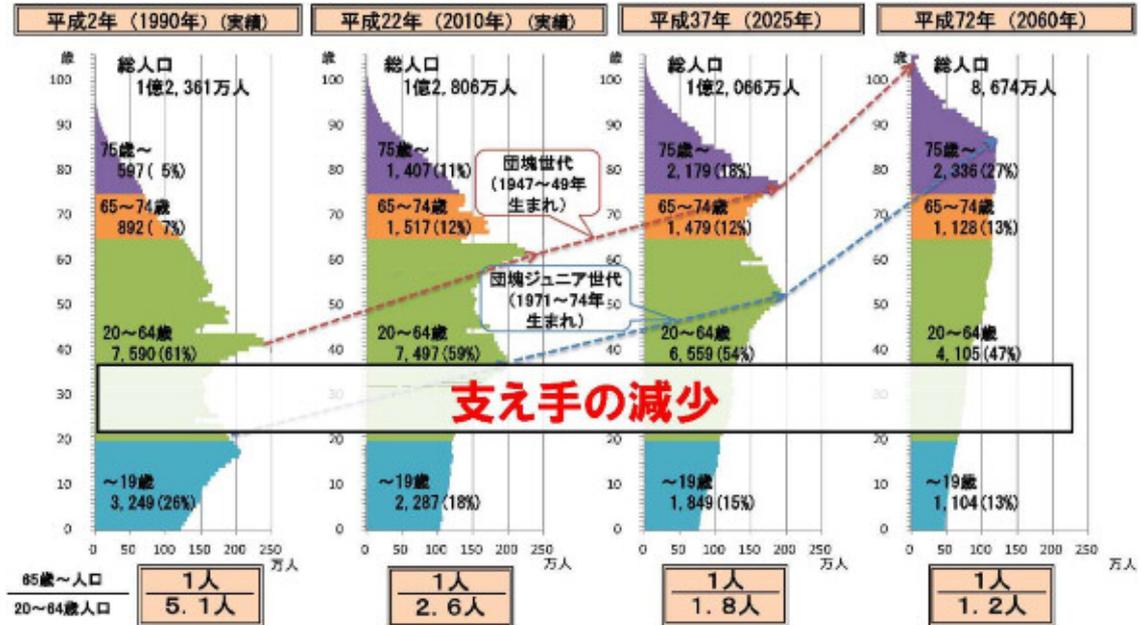


かわさき保健医療プラン
[平成30年度～平成35年度]

第1節 地域医療構想の背景及び概要

- 団塊の世代が75歳以上になる平成37(2025)年には、全国で3人に1人が65歳、5人に1人が75歳以上になることが見込まれています(図4-1-1)。

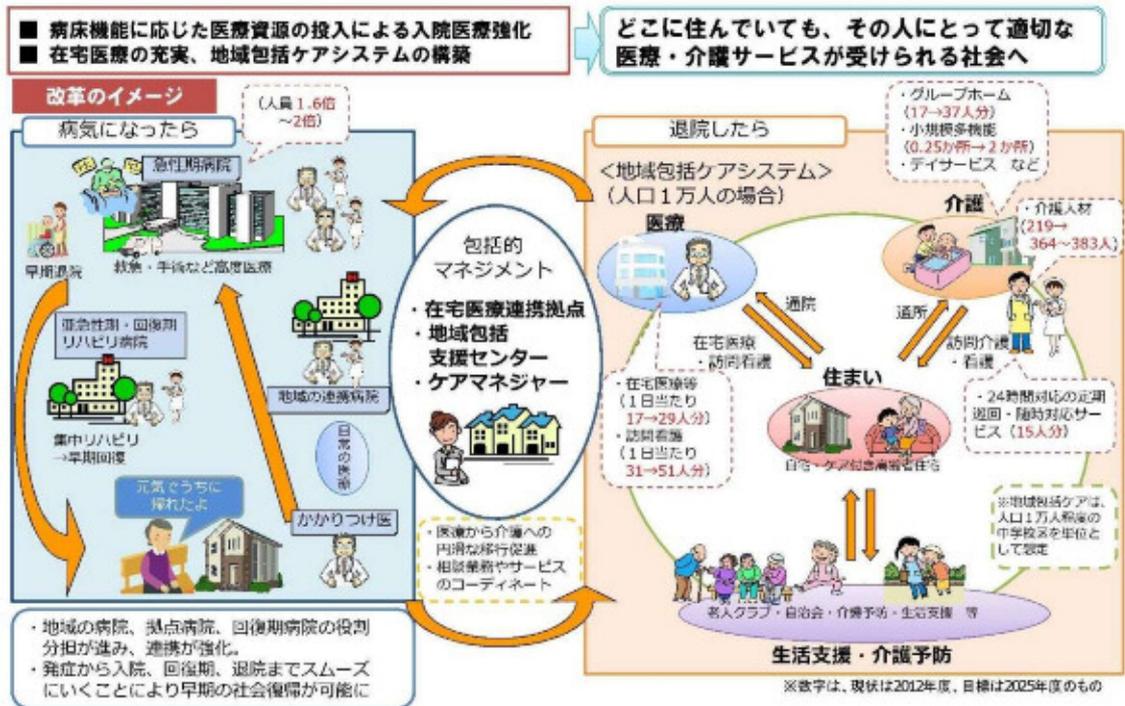
図4-1-1 日本の人口ピラミッドの変化



出典：総務省「国勢調査」、総務省「人口推計」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計(平成24年1月推計)：出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

- 今後、高齢化の進展に伴い、医療・介護ニーズのさらなる増大が見込まれることから、限られた資源を最大限に活用しながら、変化に対応した適切な医療・介護の提供体制の構築を図ることが必要となっています(図4-1-2)。
- こうした課題を踏まえ、国では、平成26(2014)年6月に「医療介護総合的確保推進法」が制定され、同法により改正された医療法の規定に基づき、各医療機関が担う病床機能を明らかにする「病床機能報告制度」が開始されるとともに、都道府県には、将来における地域の医療提供体制のあるべき姿を示す「地域医療構想」の策定が義務付けられました(図4-1-3)。
- 地域医療構想は、医療法第30条の4第2項第7号及び第8号の規定に基づき、都道府県が策定するものであり、「平成37(2025)年の病床数等の必要量」及び「目指すべき医療提供体制を実現するための施策」に関する事項を定めることとされています(表4-1-1)。
- また、地域医療構想の対象期間は平成37(2025)年までとされ、同構想は、医療法第30条の4第1項に基づく「都道府県の医療計画」の一部として位置付けられています。

図4-1-2 医療・介護サービスの強化



出典：厚生労働省「地域包括ケアシステム」について

図4-1-3 病床機能報告制度と地域医療構想

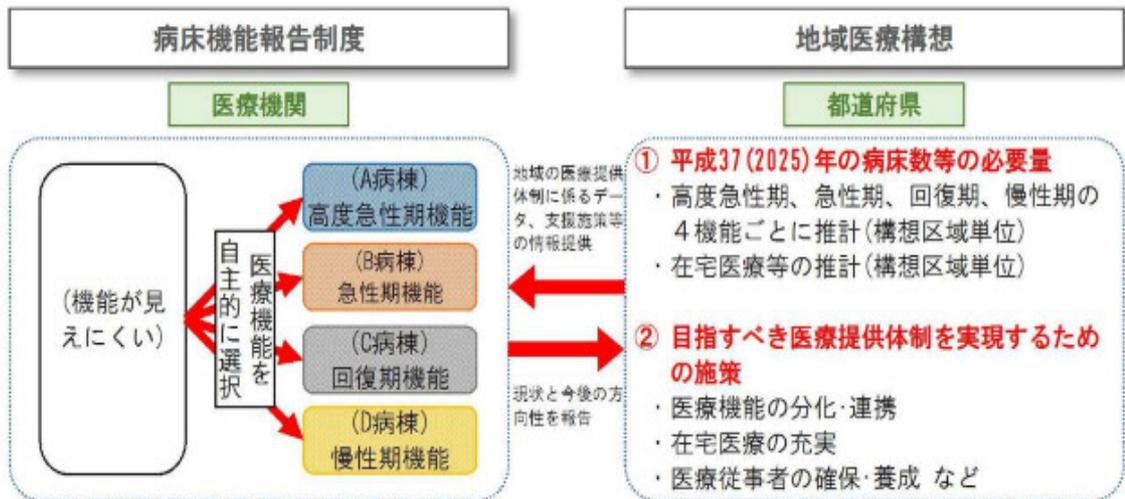


表4-1-1 地域医療構想の記載事項

区分	記載事項
平成 37(2025)年の病床数等の必要量	構想区域ごとに厚生労働省令で定める計算式により算定された以下の数値 ・病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量 ・将来の居宅等における医療の必要量
目指すべき医療提供体制を実現するための施策	地域医療構想の達成に向けた病床機能の分化及び連携の推進に関する事項

第2節 神奈川県地域医療構想

(1) 策定体制及び推進体制

- 神奈川県地域医療構想は、高齢化の進展に伴い医療ニーズが増大する中において、地域の限られた資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療提供体制を構築することを目的として、平成 37(2025)年のあるべき医療提供体制の構築に向けた長期的な取組の方向性を示すものです。
- 将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を構築するためには、地域の医療関係者、医療保険者、市町村等が共に地域の課題や目指すべき姿を共有し、それぞれの取組を進めていくことが重要となることから、神奈川県は、県内に8つの「地域医療構想調整会議(以下「調整会議」という。)*」を設置し、必要な協議を開始しました(表4-2-1)。

表4-2-1 神奈川県内の地域医療構想調整会議

構想区域	会議名称
横 浜	横浜地域地域医療構想調整会議
川 崎 北 部	川崎地域地域医療構想調整会議
川 崎 南 部	
相 模 原	相模原地域地域医療構想調整会議
横 須 賀・三 浦	三浦半島地区保健医療福祉推進会議 (旧:三浦半島地区保健医療福祉推進会議地域医療構想専門部会)
湘 南 東 部	湘南東部地区保健医療福祉推進会議 (旧:湘南東部地区保健医療福祉推進会議地域医療構想部会)
湘 南 西 部	湘南西部地区保健医療福祉推進会議 (旧:湘南西部地区保健医療福祉推進会議地域医療構想専門部会)
県 央	県央地区保健医療福祉推進会議 (旧:県央地区保健医療福祉推進会議地域医療構想部会)
県 西	県西地区保健医療福祉推進会議 (旧:県西地区保健医療福祉推進会議地域医療構想部会)

- 調整会議は、医療法第 30 条の 14 の規定に基づき、将来の病床数の必要量を達成するための方策等について協議するため、都道府県が原則として構想区域ごとに設置するものです。
- 神奈川県では、地域の実情を反映させるため、地域医療構想の策定段階から調整

会議を設置し、協議を進めてきました。

- 神奈川県地域医療構想の策定に向けては、平成 27(2015)年7月から構想区域ごとに調整会議を開催し、各構想区域において計6回の調整会議における協議・検討を経て、平成 28(2016)年10月に同地域医療構想が策定されました(表4-2-2)。

表4-2-2 地域医療構想調整会議の開催状況等

開催時期	会議内容等	
平成 27(2015)年7月30日 ～9月2日	(第1回)	・ 推計結果の共有 ・ 策定スケジュールの共有
平成 27(2015)年10月8日 ～11月5日	(第2回)	・ 都道府県間調整の議論 ・ 構想区域の設定
平成 28(2016)年1月14日 ～2月10日	(第3回)	・ 構想区域間調整の議論
平成 28(2016)年3月14日 ～3月31日	(第4回)	・ 構想区域と病床数等の必要量の買う帝 ・ 骨子案の議論
平成 28(2016)年6月9日 ～7月6日	(第5回)	・ 素案の議論
平成 28(2016)年7月15日 ～8月15日	パブリックコメントの実施	
平成 28(2016)年9月15日 ～10月4日	(第6回)	・ 構想(案)の議論
平成 28(2016)年10月31日	神奈川県地域医療構想の策定	

- 同地域医療構想の策定後は、引き続き調整会議を活用しながら、関係者との連携を図りつつ、その実現に向け、必要な協議を行っていきます(図4-2-1及び図4-2-2)。

図4-2-1 神奈川県地域医療構想の推進体制イメージ

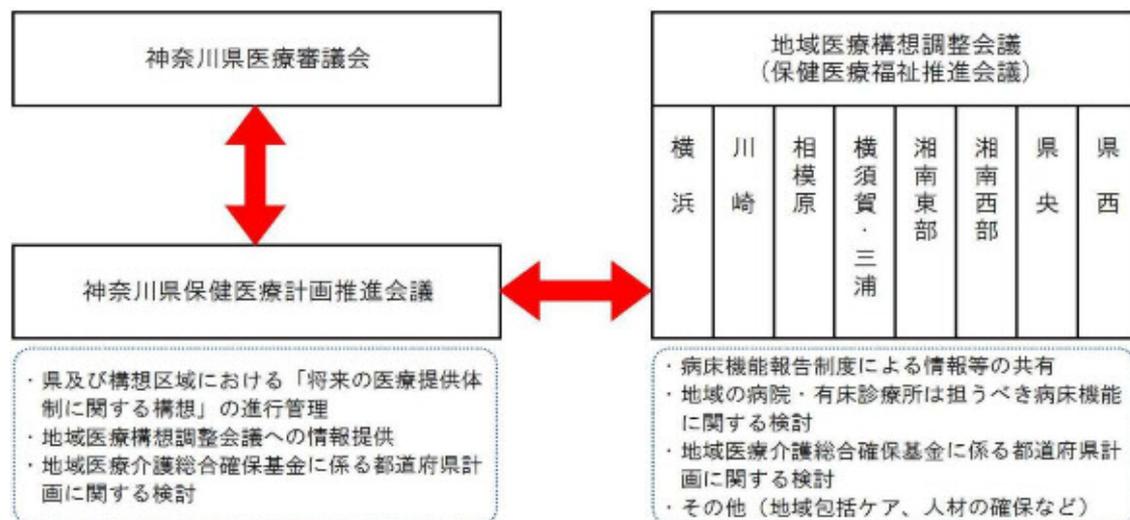
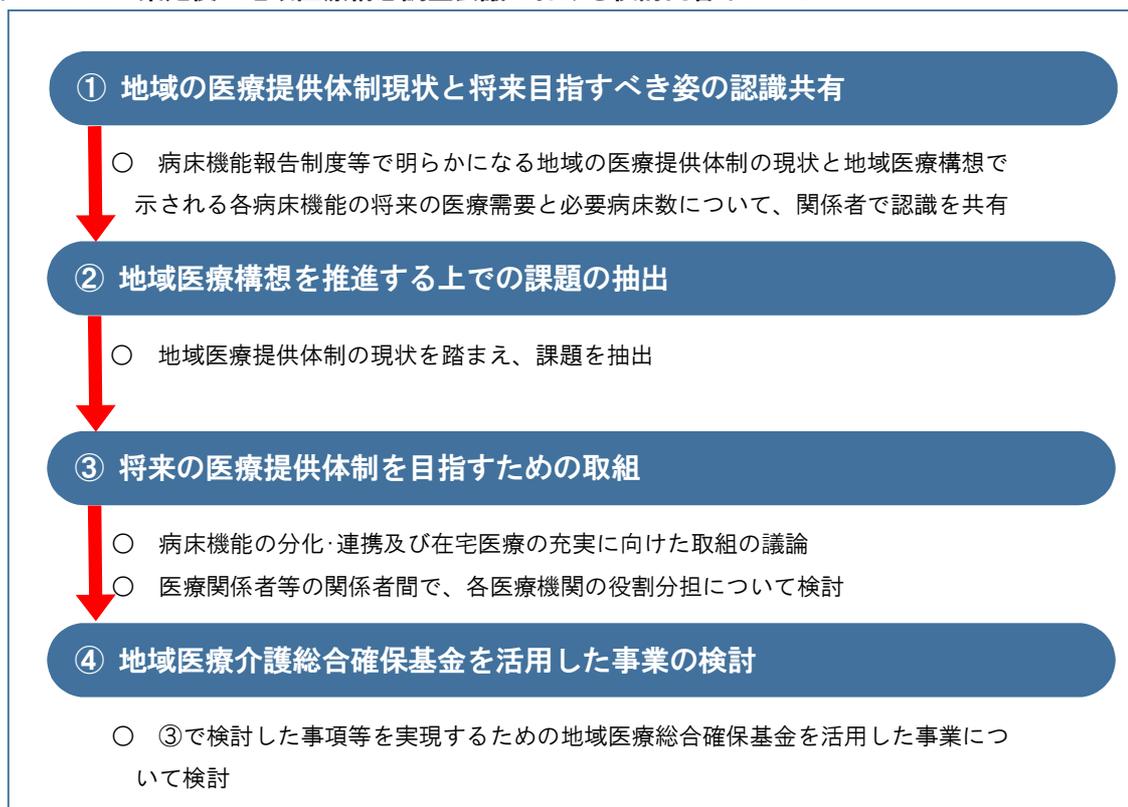


図4-2-2 策定後の地域医療構想調整会議における検討内容イメージ



キーワード(用語の説明)

「地域医療構想調整会議」…

医療法第30条の14の規定に基づき、将来における病床数等の必要量を達成するための方策等について、医療関係者、医療保険者等と協議することを目的として、都道府県が原則構想区域ごとに設置する会議のこと。

(3) 病床機能報告及び病床数等の必要量

① 病床機能報告制度の状況

- 地域医療構想の策定にあたっては、地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握や分析を行う必要があります。
- そのため、平成26(2014)年度から医療機関がその有する病床(一般病床及び療養病床)において担っている医療機能を自ら選択し、病棟単位を基本として都道府県に報告する制度(病床機能報告制度)が開始されました。
- 病床機能報告の対象となる医療機関は、一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所で、自らが有する病床の現状(各年7月1日現在)と将来(6年が経過した時点及び平成37(2025)年度時点)における病床機能について、「高度急性期」・「急性期」・「回復期」・「慢性期」の4機能から、いずれか1つの機能を選択し、都道府県に報告することとされています(表4-2-3)。

表4-2-3 病床機能報告制度における病床機能の定義

区分	病床機能の定義
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て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て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)
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

- また、併せて、病棟の構造設備や人員配置、具体的な医療内容に関する項目についても報告することとされています。
- 平成26(2014)年度から平成28(2016)年度の病床機能報告の結果をみると、神奈川県における各病床機能の構成割合は、全国と比べて高度急性期の割合が高く、慢性期の割合が低くなっています(表4-2-4)。

表4-2-4 病床機能別の病床数(各年度7月1日現在) (床)

区分		平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)
川崎北部	高度急性期	1,111 (24%)	1,121 (25%)	1,166 (26%)
	急性期	2,124 (47%)	2,085 (47%)	2,059 (47%)
	回復期	221 (5%)	220 (5%)	250 (6%)
	慢性期	1,101 (24%)	914 (21%)	898 (20%)
	休棟中	6 (0%)	92 (2%)	39 (1%)
	合計	4,563 (100%)	4,432 (100%)	4,412 (100%)
川崎南部	高度急性期	838 (18%)	190 (4%)	182 (4%)
	急性期	3,116 (65%)	3,870 (79%)	3,823 (78%)
	回復期	233 (5%)	273 (6%)	292 (6%)
	慢性期	512 (11%)	507 (10%)	526 (11%)
	休棟中	60 (1%)	71 (1%)	96 (2%)
	合計	4,759 (100%)	4,911 (100%)	4,919 (100%)
神奈川県	高度急性期	13,576 (22%)	12,137 (20%)	10,583 (17%)
	急性期	28,109 (46%)	28,658 (46%)	30,310 (49%)
	回復期	4,427 (7%)	4,958 (8%)	5,208 (8%)
	慢性期	14,567 (24%)	14,487 (23%)	14,759 (24%)
	休棟中	660 (1%)	1,523 (2%)	1,396 (2%)
	合計	61,339 (100%)	61,763 (100%)	62,256 (100%)
全 国	高度急性期	193,538 (15%)	169,367 (13%)	未 確 定
	急性期	587,484 (47%)	592,634 (47%)	
	回復期	110,164 (9%)	129,100 (10%)	
	慢性期	356,176 (28%)	353,528 (28%)	
	休棟中	13,764 (1%)	26,054 (2%)	
	合計	1,261,126 (100%)	1,270,683 (100%)	

※ ()内は構成割合

※ 医療機関の報告率は、平成26年度94.2%、平成27年度97.6%、平成28年度96.6%

※ 休棟中には、休棟中、廃止予定等のほか、未選択を含む

- なお、病床機能報告制度については、いくつかの事項に留意する必要があります(表4-2-5)。

表4-2-5 病床機能報告制度に関する留意事項

主な留意事項
① 病床機能の定量的な基準がない中で、各医療機関が自主的に報告した内容であること ② 病棟単位による報告であり、1つの病棟内で複数の機能を担っている場合、主として担っている機能を1つ選択していること ③ 病床機能報告制度で定義されている病床機能と、地域医療構想における必要病床数の推計上の病床機能では、次のとおり算定の考え方が異なっていること ・ 病床機能報告制度においては、医療機関が自らの考えに基づき、病床機能を選択する ・ 必要病床数の推計においては、診療報酬の点数等を基に病床機能を区分する

② 平成37(2025)年の病床数の必要量

- 限られた資源を有効に活用し、将来の医療需要の変化に適切に対応するためには、地域ごとに医療需要を踏まえ、バランスの取れた医療提供体制を構築する必要があります。
- そのため、地域医療構想の策定にあたっては、地域における病床機能の分化及び連携を推進することを目的に、医療法施行規則第30条の28の3の規定に基づく全国统一の算出方法に従って、構想区域ごとに、将来における病床機能別の入院医療需要を踏まえた病床数の必要量(以下「必要病床数」という。)を推計することとされています(図4-2-5及び表4-2-6)。

図4-2-5 必要病床数の算定方法

○ 医療需要の算出式

	NDB [*] のレセプトデータ(①)
①～⑨の総和を365日 で除す	+ DPCデータ [*] (②)
	+ 公費医療データ(③・④・⑤)
	+ 分娩のデータ(⑥)
	+ 介護老人保健施設サービス受給者データ(⑦)
	+ 労災保険医療データ(⑧)
	+ 自賠責保険医療データ(⑨)
医療受療(人/日) =	$\frac{\text{①～⑨の総和}}{365\text{日}}$

※ 医療需要は、上記データを「病床の機能区分等(4機能分類及び在宅医療等)」、「疾患区分(約90分類)」、「性(2分類)」、「年齢(17分類)」、「患者住所地二次保健医療圏(344分類)」及び「医療機関所在地二次保健医療圏(344分類)」別に算出

○ 入院受療率の算出式

入院受療率 (平成25(2013)年度) =	$\frac{\text{医療需要(平成25(2013)年度)}}{\text{性年齢階級別人口(平成25(2013)年度)}}$
---------------------------	---

※ 構想区域ごとに受療率を算出

○ 必要病床数の算出方式

必要病床数(床) =	$\frac{\text{入院受療率(平成25(2013)年度)} \times \text{性年齢階級別人口(将来年度)}}{\text{病床稼働率}}$
------------	--

※ 病床稼働率は全国一律の値を用いる(高度急性期75%・急性期78%・回復期90%・慢性期92%)

表4-2-6 病床の機能別分類の境界線

区分	医療資源投入量	基本的な考え方
高度急性期	3,000点以上	救命救急病院やICU・HCU*で実施するような重傷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	600点以上	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
回復期	225点以上 (175点以上)	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在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する)

- 神奈川県における平成37(2025)年の必要病床数は72,410床で、病床機能別では、高度急性期9,419床、急性期25,910床、回復期20,934床、慢性期16,147床となります(表4-2-7)。

表4-2-7 神奈川県における平成37(2025)年の医療需要及び必要病床数

区分		医療需要 (人/日)	病床稼働率	必要病床数 (床)[①/②]
川崎北部	高度急性期	515	75%	687 (13%)
	急性期	1,410	78%	1,808 (35%)
	回復期	1,293	90%	1,437 (28%)
	慢性期	1,077	92%	1,171 (23%)
	合計	4,295	-	5,103 (100%)
川崎南部	高度急性期	642	75%	856 (16%)
	急性期	1,815	78%	2,327 (44%)
	回復期	1,412	90%	1,569 (29%)
	慢性期	526	92%	572 (11%)
	合計	4,395	-	5,324 (100%)
神奈川県	高度急性期	7,064	75%	9,419 (13%)
	急性期	20,209	78%	25,910 (36%)
	回復期	18,842	90%	20,934 (29%)
	慢性期	14,855	92%	16,147 (22%)
	合計	60,970	-	72,410 (100%)

※ ()内は構成割合

- なお、必要病床数については、いくつかの事項に留意する必要があります(表4-2-8)。

表4-2-8 必要病床数に関する留意事項

主な留意事項
<p>① 必要病床数は、「医療法施行規則に基づき算出した平成37(2025)年の入院医療需要」を「全国一律の病床稼働率(高度急性期75%・急性期78%・回復期90%・慢性期92%)」で除して算出した推計値であり、必ずしも将来の医療提供体制の全ての変動要素(例:交通網の発達・医療技術の進歩等)を勘案したものではないこと</p> <p>② 神奈川県においては、医療法施行規則で定められた病床稼働率よりも高い病床稼働地域があるほか、将来的な医療の効率化などの取組の推進により、実際は推計された医療需要や必要病床数とは異なる可能性があること</p> <p>③ 必要病床数は、「病床を整備する目標である基準病床数」とは位置付けがことなること</p>

③ 平成37(2025)年の在宅医療等の必要量

- 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、介護老人保健施設など、病院・診療所以外の療養生活を営む場所で受ける医療を指しています。
- 在宅医療等の必要量の算出方法は、国が定めており、表4-2-9の各患者数の合計により推計することとされています(表4-2-9及び図4-2-6)。

表4-2-9 在宅医療等の必要量の算出に用いる患者数

在宅医療等の患者数
<p>① 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1*の患者数の70%の患者数</p> <p>② 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することによって推計される患者数</p> <p>③ 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</p> <p>④ 一般病床の入院患者のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数</p> <p>⑤ 慢性期の入院受療率の地域差を解消することで、将来的に在宅医療等に対応する患者数</p>

- 神奈川県における平成37(2025)年の在宅医療等の必要量の推計結果は、表4-2-10のとおりです。

図4-2-6 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ

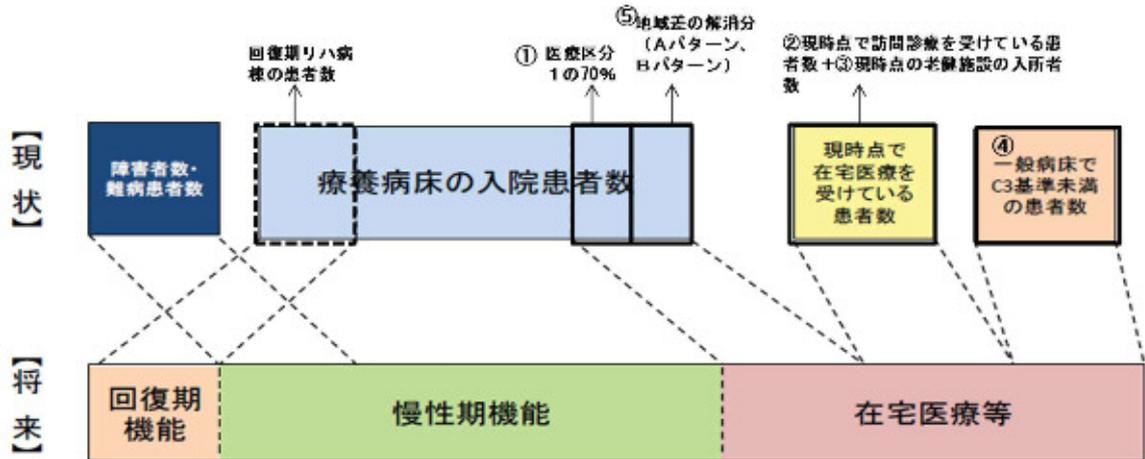


表4-2-10 神奈川県における平成37(2025)年の在宅医療等の必要量 (人/日)

区分		平成25年 (2013)①	在宅医療等の 必要量②	差引 [②-①]	増加率 [②/①]
川崎北部	在宅医療等	8,014	13,599	5,586	169.7%
	(再掲)訪問診療分	6,359	9,705	3,346	152.6%
川崎南部	在宅医療等	5,808	8,131	2,323	140.0%
	(再掲)訪問診療分	4,319	5,766	1,447	133.5%
神奈川県	在宅医療等	83,775	138,718	54,943	165.6%
	(再掲)訪問診療分	60,081	95,752	35,671	159.4%

※ 平成25(2013)年の在宅医療等の患者数は、次の①～④の患者数の合計

- ① 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%の患者数
- ② 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
- ③ 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
- ④ 一般病床の入院患者のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数

○ なお、在宅医療等の必要量については、いくつかの事項に留意する必要があります(表4-2-11)。

表4-2-11 在宅医療等の必要量に関する留意事項

主な留意事項
① 在宅医療等の必要量は、厚生労働省が定めた計算式で算出しており、必ずしも将来における全ての変動要素を勘案したものではないこと
② 在宅医療等の必要量は、入院患者の一定数が在宅医療等に移行することを前提に算出されており、療養病床の医療区分1の70%の患者数や一般病床の医療資源投入量175点未満の患者数が含まれていること

キーワード(用語の説明)

「レセプト情報・特定健診等情報データベース(National Date Base:NDB)」…

厚生労働大臣が医療保険者等から収集するレセプト(診療報酬明細書・調剤報酬明細書)に関する情報及び特定健診・保健指導の結果からなるデータベースのこと。

「DPC データ(Diagnosis Procedure Combination:DPC)」…

DPC 制度の参加病院が退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について提出する「全国统一形式の調査データのこと。なお、DPC 制度とは、急性期入院医療を対象とする診断と処置の組み合わせによる診断群分類に基づき1日あたりの包括払い制度となります。

「集中治療室(Intensive Care Unit:ICU)」…

重篤な患者に対して、医師や看護師が24時間体制で高度な医療・看護を行うことを目的とした病室のこと。

「高度治療室(High Care Unit:HCU)」…

高度で緊急を要する医療を行うための病室のこと。ICUと一般病棟の間に位置する病棟で、ICUよりもやや重篤度の低い患者を受け入れます。

「医療資源投入量」…

1日あたりの診療報酬の出来高点数のこと。

「医療区分」…

医療療養病床の入院患者における医療必要度に応じた区分のこと。「医療区分3」は24時間の持続点滴や中心静脈栄養など医療必要度が高い区分、「医療区分2」は筋ジストロフィーや透析など医療依存度が中程度の区分、「医療区分1」は医療区分2及び3以外の区分となります。

第3節 神奈川県地域医療構想(川崎地域の状況)

(1) 川崎地域における主な現状・地域特性・将来推計

① 現状・地域特性

- 川崎北部構想区域における主な現状・地域特性は、表4-3-1のとおりです(詳細は、神奈川県地域医療構想(平成28(2016)年10月策定)及び別冊「神奈川県構想に係るデータ集(以下「構想データ集」という。)」を参照してください。)

表4-3-1 川崎北部構想区域における現状及び地域特性

区分	現状及び地域特性
人口の状況	<ul style="list-style-type: none"> 人口は81.5万人で年少人口及び生産年齢人口の構成比は、県全体の数値を上回る 老年人口の構成比及び増加率は、県全体の数値を下回る【構想データ集P4・5】
医療資源等の状況	<ul style="list-style-type: none"> 人口10万人対の医療施設数、病床数及び在宅医療施設数は、概ね県全体の数値を下回る 人口10万人対の医療施設従事医師数及び薬局・医療施設従事薬剤師数は、県全体の数値と同程度 人口10万人対の医療施設従事歯科医師数及び病院に従事する助産師数・看護師数・准看護師数・理学療法士数・作業療法士数は、県全体の数値を下回る 人口10万人対の病院に従事する保健師数は、県全体の数値を上回る <p style="text-align: right;">【構想データ集P6～10】</p>
基本診療体制の医療提供状況	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料(7対1・10対1)の自己完結率*は49.7% 療養病棟入院基本料の自己完結率は52.2% 回復期リハビリテーション病棟入院基本料の自己完結率は48.8% <p style="text-align: right;">【構想データ集P46～50】</p>
疾患別の医療提供状況	<ul style="list-style-type: none"> がん(肺がん・胃がん・大腸がん・肝がん・乳がん)における入院の自己完結率は、最も高い肝がんで60.1% 急性心筋梗塞における入院の自己完結率は51.6% 脳卒中(くも膜下出血・脳梗塞・脳出血)における入院の自己完結率は、最も高い脳梗塞で53.0% 糖尿病における入院及び外来の自己完結率は69.6% 精神医療における入院の自己完結率は43.5% <p style="text-align: right;">【構想データ集P51～85】</p>
救急医療の状況	<ul style="list-style-type: none"> 二次救急における自己完結率は川崎北部48.5% 【構想データ集P86～88、90】
在宅医療の状況	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に関する医療行為に係るレセプト出現比は、概ね全国平均と同程度 患者における多職種でのカンファレンスに係るレセプト出現比は、全国平均を上回る 入院機関との退院時カンファレンスや地域連携パスに係るレセプト出現比は、全国平均を下回る <p style="text-align: right;">【構想データ集P98～100】</p>

- 川崎南部構想区域における主な現状・地域特性は、表4-3-2のとおりです(詳細は、神奈川県地域医療構想(平成28(2016)年10月策定)及び構想データ集を参照してください。)

表4-3-2 川崎南部構想区域における現状及び地域特性

区分	現状及び地域特性
人口の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・人口は61.1万人で年少人口及び生産年齢人口の構成比は、県全体の数値を上回る ・老年人口の構成比及び増加率は、県全体の数値を下回る【構想データ集P4・5】
医療資源等の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・人口10万人対の医療施設数、病床数及び在宅医療施設数は、概ね県全体の数値を同程度 ・人口10万人対の医療施設従事医師数、薬局・医療施設従事薬剤師及び病院に従事する助産師数・看護師数は、県全体の数値を上回る ・人口10万人対の医療施設従事歯科医師数及び病院に勤務する理学療法士数は、県全体の数値と同程度 ・人口10万人対の病院に従事する保健師数・准看護師数・作業療法士数は、県全体の数値を下回る【構想データ集P6～10】
基本診療体制の医療提供状況	<ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟入院基本料(7対1・10対1)の自己完結率は86.5% ・療養病棟入院基本料の自己完結率は58.6% ・回復期リハビリテーション病棟入院基本料の自己完結率は38.0%【構想データ集P46～50】
疾患別の医療提供状況	<ul style="list-style-type: none"> ・がん(肺がん・胃がん・大腸がん・肝がん・乳がん)における入院の自己完結率は、最も高い胃がんで82.2% ・急性心筋梗塞における入院の自己完結率は85.3% ・脳卒中(くも膜下出血・脳梗塞・脳出血)における入院の自己完結率は、最も高いくも膜下出血で63.8% ・糖尿病における入院及び外来の自己完結率は87.0% ・精神医療における入院の自己完結率は30.1%【構想データ集P51～85】
救急医療の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・二次救急における自己完結率は川崎北部87.8%【構想データ集P86～88、91】
在宅医療の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療に関する医療行為に係るレセプト出現比は、概ね全国平均を上回る ・在宅経管栄養法に係るレセプト出現比は、全国平均を下回る ・入院機関との退院時カンファレンスや在宅療養中の患者の緊急受入れに係るレセプト出現比は、全国平均を上回る【構想データ集P98～100】

キーワード(用語の説明)

「自己完結率」…

患者が住所地の構想区域内で入院する割合のこと。基本的な入院医療や主な疾患について、構想区域内でどの程度対応できているかを示しています。

② 医療需要等の将来推計

- 川崎北部構想区域における医療需要等の将来推計は、表4-3-3のとおりです（詳細は、神奈川県地域医療構想(平成28(2016)年10月策定)及び構想データ集を参照してください。)

表4-3-3 川崎北部構想区域における医療需要等の将来推計

区分	将来推計
人口の将来推計	<ul style="list-style-type: none"> ・総人口は、82.0万人(平成22(2010)年)から87.9万人(平成37(2025)年)に増加 ・75歳以上の人口は、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年には1.86倍に増加 <p style="text-align: right;">【構想データ集P116】</p>
医療需要の将来推計	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の医療需要は、平成25(2013)年と比較して平成37(2025)年には1.32倍に増加 ・病床機能別にみると、平成25(2013)年と比較して平成37(2025)年には高度急性期1.28倍、急性期1.36倍、回復期1.46倍、慢性期1.14倍に増加 ・在宅医療等の医療需要は、平成25(2013)年と比較して平成37(2025)年には1.70倍に増加 ・在宅医療等の医療需要のうち、居宅等において訪問診療を受ける患者数は、平成25(2013)年と比較して平成37(2025)年には1.53倍に増加 ・がんにおける入院の医療需要は、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年には肺がん1.47倍、胃がん1.54倍、大腸がん1.56倍、肝がん1.57倍、乳がん1.33倍、前立腺がん1.55倍に増加 ・急性心筋梗塞における入院の医療需要は、実数は少ないものの、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年には1.57倍に増加 ・脳卒中における入院の医療需要は、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年にはくも膜下出血1.53倍、脳梗塞1.82倍に増加 ・肺炎(肺炎・急性気管支炎・急性細気管支炎)における入院の医療需要は、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年には1.72倍に増加 ・骨折等(損傷・中毒・その他外因)における入院の医療需要は、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年には1.59倍に増加 ・救急搬送件数は、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年には1.26倍に増加 <p style="text-align: right;">【構想データ集P116~118】</p>
平成37(2025)年における患者の流出流入の推計	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期及び急性期における県外への流出入は、流出超過であり、主に東京都への流出 ・高度急性期及び急性期における県内の流出入は、流出超過であり、主に川崎南部、横浜への流出 ・回復期における県外への流出入は、概ね同程度であり、主に東京都との流出入 ・回復期における県内の流出入は、流出超過であり、主に川崎南部、横浜への流出 ・慢性期における県外への流出入は、流出超過であり、主に東京都への流出 ・慢性期における県内の流出入は、流出超過であり、主に川崎南部、横浜、相模原への流出 <p style="text-align: right;">【構想データ集P106・107、119】</p>

第4章 将来の医療需要を踏まえた目指すべき方向性

- 川崎南部構想区域における医療需要等の将来推計は、表4-3-4のとおりです（詳細は、神奈川県地域医療構想(平成28(2016)年10月策定)及び構想データ集を参照してください。)

表4-3-4 川崎南部構想区域における医療需要等の将来推計

区分	将来推計
人口の将来推計	<ul style="list-style-type: none"> ・総人口は、60.5万人(平成22(2010)年)から62.4万人(平成37(2025)年)に増加 ・75歳以上の人口は、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年には1.56倍に増加 <p style="text-align: right;">【構想データ集P122】</p>
医療需要の将来推計	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の医療需要は、平成25(2013)年と比較して平成37(2025)年には1.26倍に増加 ・病床機能別にみると、平成25(2013)年と比較して平成37(2025)年には高度急性期1.23倍、急性期1.28倍、回復期1.31倍、慢性期1.13倍に増加 ・在宅医療等の医療需要は、平成25(2013)年と比較して平成37(2025)年には1.40倍に増加 ・在宅医療等の医療需要のうち、居宅等において訪問診療を受ける患者数は、平成25(2013)年と比較して平成37(2025)年には1.34倍に増加 ・がんにおける入院の医療需要は、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年には肺がん1.23倍、胃がん1.28倍、大腸がん1.29倍、肝がん1.28倍、乳がん1.21倍、前立腺がん1.26倍に増加 ・急性心筋梗塞における入院の医療需要は、実数は少ないものの、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年には1.31倍に増加 ・脳卒中における入院の医療需要は、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年にはくも膜下出血1.29倍、脳梗塞1.42倍に増加 ・肺炎(肺炎・急性気管支炎・急性細気管支炎)における入院の医療需要は、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年には1.37倍に増加 ・骨折等(損傷・中毒・その他外因)における入院の医療需要は、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年には1.31倍に増加 ・救急搬送件数は、平成22(2010)年と比較して平成37(2025)年には1.26倍に増加 <p style="text-align: right;">【構想データ集P122~124】</p>
平成37(2025)年における患者の流出流入の推計	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期及び急性期における県外への流出入は、流出超過であり、主に東京都への流出 ・高度急性期及び急性期における県内の流出入は、流入超過であり、主に川崎北部、横浜からの流入 ・回復期における県外への流出入は、流出超過であり、主に東京都への流出 ・回復期における県内の流出入は、流入超過であり、主に川崎北部、横浜からの流入 ・慢性期における県外への流出入は、流出超過であり、主に東京都、千葉県、静岡県への流出 ・慢性期における県内の流出入は、流出超過であり、主に川崎北部、横浜、相模原への流出 <p style="text-align: right;">【構想データ集P106・107、125】</p>

(2) 川崎地域における平成37(2025)年の必要病床数等

① 平成37(2025)年の必要病床数

- 川崎地域における平成37(2025)年の必要病床数は、表4-3-5のとおりです。
- なお、必要病床数は、将来の医療提供体制を目指すための施策を検討する上で、参考とすべき推計値であり、病床を整備する目標である基準病床数とは位置付けが異なります。
- 併せて、56 ページ表4-2-5 及び 58 ページ表4-2-8 の病床機能報告制度及び必要病床数に関する留意事項を参照してください。

表4-3-5 川崎地域における平成37(2025)年の必要病床数等

区分		病床機能報告 (床)①	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)②	差引 (床)[②-①]
川崎北部	高度急性期	1,121(25%)	515	687(13%)	▲434
	急性期	2,085(47%)	1,410	1,808(35%)	▲277
	回復期	220(5%)	1,293	1,437(28%)	1,127
	慢性期	914(21%)	1,077	1,171(23%)	257
	休棟中	92(2%)	-	-	-
	合計	4,432(100%)	4,295	5,103(100%)	671
川崎南部	高度急性期	190(4%)	642	856(16%)	666
	急性期	3,870(79%)	1,815	2,327(44%)	▲1,543
	回復期	273(6%)	1,412	1,569(29%)	1,292
	慢性期	507(10%)	526	572(11%)	65
	休棟中	71(1%)	-	-	-
	合計	4,911(100%)	4,395	5,324(100%)	413
合計	高度急性期	1,311(14%)	1,157	1,543(15%)	232
	急性期	5,955(64%)	3,225	4,135(39%)	▲1,820
	回復期	493(5%)	2,705	3,006(29%)	2,513
	慢性期	1,421(15%)	1,603	1,743(17%)	322
	休棟中	163(2%)	-	-	-
	合計	9,343(100%)	8,690	10,427(100%)	1,084

※ ()内は構成割合

※ 病床機能報告の数値は、平成27(2015)年度の結果(神奈川県全体の報告率97.6%)

※ 休棟中には、休棟中、廃止予定等のほか、未選択を含む

② 平成 37(2025)年の在宅医療等の必要量

- 川崎地域における平成 37(2025)年の在宅医療等の必要量は、表4-3-6のとおりです。
- 併せて、59 ページ表4-2-11 の在宅医療等の必要量に関する留意事項を参照してください。

表4-3-6 川崎地域における平成 37(2025)年の在宅医療等の必要量

区分		平成 25 年 (2013)①	在宅医療等の 必要量②	差引 [②-①]	増加率 [②/①]
川崎北部	在宅医療等	8,014	13,599	5,586	169.7%
	(再掲)訪問診療分	6,359	9,705	3,346	152.6%
川崎南部	在宅医療等	5,808	8,131	2,323	140.0%
	(再掲)訪問診療分	4,319	5,766	1,447	133.5%
合 計	在宅医療等	13,822	21,730	7,908	157.2%
	(再掲)訪問診療分	10,678	15,471	4,793	144.8%

※ 平成 25(2013)年の在宅医療等の患者数は、次の①～④の患者数の合計

- ① 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%の患者数
- ② 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
- ③ 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
- ④ 一般病床の入院患者のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数

(3) 川崎地域における将来の医療提供体制を目指すための施策の方向性

- 高齢者の増加、慢性疾患を中心とした疾病構造の変化、医療の高度化等により、地域住民の医療ニーズが増加するとともに多様化しています。
- 地域における医療機関相互の機能分担と連携を図り、良質かつ適切な医療を効果的に提供できる体制づくりや、救急医療体制の充実により、すべての地域住民のすこやかな生活を支えます。
- また、ひとり暮らしや認知症の高齢者、障害のある高齢者が増加するなど、地域生活を取り巻く状況が急速に変化しています。
- このような中で、地域住民の健康寿命の延伸をめざすとともに、保健・医療・福祉・住まい等の関係機関の連携を強化することや、地域の様々な主体が世代を超えて、支え合い、助け合うことで、高齢者や障害者をはじめとした誰もが役割と生きがいを持ち、住み慣れた地域や自らが望む場で生涯にわたって安心して暮らし続けられるしくみづくりを進めます。
- これらの取組みに当たっては、限りある資源を最大限活用しながら、地域特性を踏まえた上で、医療関係者や介護関係者と連携するとともに、地域住民の理解を得ながら進めます。

ア 病床機能の確保及び連携体制の構築

① 課題

- 川崎地域における平成 37(2025)年の病床数は、平成 27(2015)年と比較すると回復期を中心に不足することが推計されています。
- 医療需要の増加に対応するためには、限られた医療資源を効率的・効果的に活用するとともに、不足する病床機能への転換等を推進し、病床機能を確保することが必要です。
- また、入院医療から在宅医療・介護まで一連のサービスが、切れ目なく円滑に患者の状態に応じた医療が提供されるよう、異なる病床機能を有する医療機関などの連携体制を構築する必要があります。
- 併せて、地域住民に分かりやすい情報提供などにより医療提供体制の理解を深め、適切な医療機関の選択及び受療につなげることが必要です。

② 施策の方向性

- 病床機能の確保及び連携の推進にあたっては、各医療機関の自主的な取組及び川崎地域地域医療構想調整会議を通じた取組を基本とします。
- 地域医療構想調整会議において、病床機能報告制度の結果や地域の医療提供体制に関する各種データを示しながら、病床機能の確保及び連携に係る支援策等について、医療機関や関係団体相互の協議を進めます。
- 川崎地域における病床機能の確保及び連携体制の構築に係る施策の方向性は、表4-3-7のとおりです。

表4-3-7 病床機能の確保及び連携体制の構築に係る施策の方向性

区分	主な施策の方向性
病床機能の確保・連携	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期機能を担う病床の確保 ・異なる病床機能を有する医療機関の連携体制の構築 ・医療機関の対応力の向上 ・医療機関の病床稼働率の向上
地域の医療・介護の連携体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の病院、診療所、介護施設等の連携体制の構築
主要な疾患等の医療提供体制の強化	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携クリティカルパスの普及 ・県立がんセンターや地域がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の強化 ・周産期医療及び小児救急体制を含めた総合的な医療提供体制の充実
医療機関の選択等に係る普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の理解や医療機関の選択等に関する普及啓発及び情報発信

イ 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実

① 課題

- 川崎地域における平成37(2025)年の在宅医療等を必要とする患者数は、平成25(2013)年と比較すると、川崎北部構想区域で1.7倍、川崎南部構想区域で1.4倍に増加することが推計されています。
- そのため、地域住民が住み慣れた地域や本人の望む場で、安心して暮らし続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実に係る取組を推進することが必要です。
- また、患者・家族に対して、在宅医療に係る適切な情報提供や負担軽減に向けた取組を行う必要があります。

② 施策の方向性

- 今後の高齢化の進展等に伴い、在宅医療等を必要とする患者の増加が見込まれることから、誰もが住み慣れた地域や自ら望む場で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護の連携を図りながら、在宅医療の体制構築や人材育成、地域住民への普及啓発など、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実に取り組みます。
- こうした取組みを進めるにあたっては、行政、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の地域の医療関係団体、福祉・介護関係団体等と綿密な連携を図ります。
- 川崎地域における地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実に係る施策の方向性は、表4-3-8のとおりです。

表4-3-8 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実に係る施策の方向性

区分	主な施策の方向性
在宅医療の体制構築	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携に向けた連携のルールづくりやコーディネート ・在宅医療介護を担う医療機関等の24時間365日対応の充実 ・在宅療養調整医師の配置や在宅医療サポートセンターの運営等による医療と介護の連携構築 ・地域居住の実現に向けた介護サービス基盤の整備
在宅歯科医療の充実及び医療と介護の連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養生活における口腔ケアの提供体制の充実 ・在宅医療に取り組む一般歯科診療所の充実
地域で支える高齢者支援	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者等の地域による見守り機能の充実 ・地域に密着した事業者とのネットワークの構築
適切な精神科医療の体制構築	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の精神科医療機関と関係機関との連携構築 ・こころの病気や健康についての普及啓発
在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療に関する普及啓発 ・かかりつけ医等を持つことの普及啓発

ウ 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

① 課題

- 将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を目指すためには、病床機能の確保や連携体制の構築のみならず、医療従事者の確保・養成が重要となります。
- 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成にあたっては、現在の既存病床（一般病床・療養病床）の状況や病床機能なども踏まえながら、その取組を推進することが必要です。

② 施策の方向性

- 将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を目指すためには、病床機能の確保・連携がもとより、医療従事者の確保・養成が重要となります。
- 医療従事者の確保・養成にあたっては、県全体の取組みとしての推進が基本であることから、神奈川県における取組との連携を図ります。
- また、医療従事者の確保・養成については、現在、国において実施されている「医療従事者の需給に関する検討会」の検討内容を踏まえて、必要な取組を検討します。
- 川崎地域における将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成に係る施策の方向性は、表4-3-9のとおりです。

表4-3-9 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成に係る施策の方向性

区分	主な施策の方向性
働きやすい勤務環境づくりの支援	・ 院内保育環境の整備に取り組む医療機関の支援
看護職員の養成・定着支援・再就業支援	・ 看護師等養成施設の運営支援及び修学資金制度の運用 ・ 関係団体との連携による各種研修の実施
病床機能の確保に伴い必要となる医療従事者の確保	・ 関係団体との連携による病床機能の確保に伴い必要となる医療従事者の確保
在宅医療の担う人材の育成	・ 在宅医療を担う地域リーダー研修等の継続実施 ・ 高齢者や障害者に対しても適切に対応できる歯科医師等の確保・養成

エ 将来の医療提供体制の構築に関連する取組

① 課題

- 高齢になっても、健康で生き生きとした生活を送ることができる地域住民を一人でも多く増やすためには、生涯を通じた主体的な健康づくりとそれを支える環境づくりが必要となります。
- 国民病とも言うべき「がん」の早期発見・早期治療のため、がん検診の受診率の向上を図る必要があります。
- 社会・経済・文化の国際化等に伴いモノやヒトの流れが活発になる中、新型インフルエンザ等の感染症をはじめ、新たな感染症に対しても的確な対応を図る必要があります。

- 大規模災害の発生時には、ひとりでも多くの地域住民の命を守るため、迅速かつ適切な医療救護活動を実施する必要があります。

② 施策の方向性

- 今後の高齢化の進展等による医療・介護需要の増加に対しては、質の高い医療・介護を安心して受けられる社会の構築を目指すとともに、医療・介護需要の増加の抑制も重要であることから、誰もが高齢になっても元気で暮らせるよう、地域住民の健康寿命の延伸に取り組みます。
- また、感染症や災害の発生時においても、迅速かつ適切に必要な医療が受けられる体制の確保等に取り組みます。
- 川崎地域における将来の医療提供体制の構築に関連する取組に係る施策の方向性は、表4-3-10のとおりです。

表4-3-10 将来の医療提供体制の構築に関連する取組に係る施策の方向性

区分	主な施策の方向性
健康づくり支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民の主体的な健康づくりのための普及啓発 ・ 生活の質の向上のための生活習慣の改善支援
がん対策	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん検診等に関するコールセンターによる受診勧奨 ・ 企業との連携による普及啓発
感染症対策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平時における感染症に関する普及啓発 ・ 各種予防接種の接種率の維持・向上 ・ 新型インフルエンザなどの新たな感染症の発生に備えた医療提供体制の確保
災害時医療救護体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 川崎DMAT(災害医療派遣チーム)や災害医療コーディネーターなどが十分に機能を発揮できる災害時医療救護体制の構築

第5章

計画期間における

川崎市の保健医療の目指す姿

かわさき保健医療プラン
[平成30年度～平成35年度]

第1節 基本理念及び基本目標

- 本市の医療提供体制は、市民の健康を確保し、市民が安心して生活を送るための重要な基盤となっています。
- 一方で、高齢化の進行や医療技術の進歩、市民意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変わる中、誰もが安心して保健医療サービスを受けられることができる環境の整備が求められています。
- 特に、人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化が進む中、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の主要な疾病については、患者数の増加状況を踏まえつつ、生活の質の向上も視野に入れた医療提供体制の構築が求められています。
- また、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、周産期医療及び小児医療の主要な事業についても、ニーズに対応した医療提供体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが必要です。
- さらに、今後の高齢化の進展等による医療・介護ニーズの増加に対しては、健康寿命の延伸に向けた健康づくりや介護予防など、医療・介護ニーズの増加を抑制する取組も重要となります。
- こうした状況を踏まえ、行政だけではなく、市民を含めた多様な主体が限りある医療資源等を大切なものと認識し、それぞれの役割分担のもと、一丸となって、誰もが安心して必要な保健医療サービスを受けられることができる環境づくりを進めていくといった視点も求められます。
- そのため、本プランでは、「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を上位概念として、『市民とともに支える誰もが住み慣れた地域で安心して保健医療サービスを受けられることができる社会の実現』を基本理念に、市民が主体となって健康づくりに取り組めるよう、生涯を通じた健康づくりを支援するとともに、入院医療から在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく円滑に提供できる体制の構築を目指します。
- 基本理念の実現に向けては、「地域での暮らしを支える医療提供体制の構築」、「安全・安心を支える保健医療の提供」及び「市民とともに育む保健医療の推進」の3つを基本目標として、様々な施策を3つの基本目標の中に位置づけて取組を推進していきます(図5-1-1)。

図5-1-1 基本理念・基本目標及び基本方針

[上位概念]

『川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン』

川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築による、誰もが住み慣れた地域や自らのぞむ場で安心して暮らし続けることができる地域の実現

『かわさき保健医療プラン[平成30年度～平成35年度]』

[基本理念]

『市民とともに支える誰もが住み慣れた地域で安心して保健医療サービスを受けられる社会の実現』

[基本目標]

基本目標Ⅰ

『地域での暮らしを支える医療提供体制の構築』

基本目標Ⅱ

『安全・安心を支える保健医療の提供』

基本目標Ⅲ

『市民とともに育む保健医療の推進』

[基本方針]

【施策Ⅰ-1】

・ 将来の医療需要を踏まえた病床機能の確保及び連携

【施策Ⅰ-2】

・ 在宅医療の推進及び医療と介護の連携

【施策Ⅰ-3】

・ 医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

【取組Ⅱ-1】

・ 主要な疾病別の医療提供体制の構築

【施策Ⅱ-2】

・ 主要な事業別の医療提供体制の充実・強化

【施策Ⅱ-3】

・ 主要な保健医療施策の推進

【施策Ⅱ-4】

・ 生涯を通じた健康づくり

【施策Ⅲ-1】

・ 市民の視点からの医療情報提供及び相談・情報発信拠点等の整備

【施策Ⅲ-2】

・ 市民の支え合いと助け合いの推進

【施策Ⅲ-3】

・ 家庭における安全確保と医療への理解の促進

第2節 かわさき保健医療プラン[平成30年度～平成35年度]の施策体系

基本理念 『市民とともに支える誰もが住み慣れた地域で安

基本目標Ⅰ

地域での暮らしを支える医療提供体制の構築

基本目標Ⅱ

安全・安心を

基本方針

施策Ⅰ-1 将来の医療需要を踏まえた病床機能の確保及び連携

(P84～)

- (1) 病床機能の確保
- (2) 病床機能の分化及び連携
- (3) 地域における医療・介護の連携体制の構築
- (4) 医療機関の選択等に係る普及啓発

施策Ⅰ-2 在宅医療の推進及び医療と介護の連携

(P106～)

- (1) 在宅医療の体制構築
- (2) 介護サービス基盤の整備推進
- (3) 円滑な退院支援と急変時の対応
- (4) 在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発

施策Ⅰ-3 医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

(P126～)

- (1) 働きやすい勤務環境づくりの支援
- (2) 看護職員の新規養成・定着促進・再就業支援
- (3) 病床機能の確保・分化に伴い必要となる医療従事者の確保
- (4) 在宅医療を担う人材の育成

施策Ⅱ-1 主要な疾病別の医療提供体制の構築

(P144～)

- (1) がんの医療体制
- (2) 脳卒中の医療体制
- (3) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制
- (4) 糖尿病の医療体制
- (5) 精神疾患の医療体制

施策Ⅱ-2 主要な事業別の医療提供体制の充実・強化

(P171～)

- (1) 救急医療の体制
- (2) 周産期(救急)医療の体制
- (3) 小児(救急)医療の体制
- (4) 災害時における医療体制
- (5) 在宅医療の体制(再掲)

心して保健医療サービスを受けることができる社会の実現』

基本目標Ⅲ

支える保健医療の提供

市民とともに育む保健医療の推進

施策Ⅱ-3 主要な保健医療施策の推進 (P198～)

- | | | |
|---------------|-----------------|--------------------|
| (1) 感染症対策 | (5) 障害(児)者の保健医療 | (9) 生活衛生 |
| (2) 難病対策 | (6) 歯科保健医療 | (10) 今後の高齢化に伴う対策 |
| (3) アレルギー疾患対策 | (7) 医薬品等の適正使用対策 | (介護予防及び要介護度の改善・維持) |
| (4) 認知症対策 | (8) 食品衛生 | (11) 医療安全対策の推進 |

施策Ⅱ-4 生涯を通じた健康づくり (P250～)

- | | |
|----------|-----------------------------------|
| (1) 母子保健 | (3) 生活習慣病予防の推進(第2期かわさき健康づくり21の推進) |
| (2) 学校保健 | (4) メンタルヘルス対策(自殺予防) |

施策Ⅲ-1 市民の視点からの医療情報提供及び相談・情報発信拠点等の整備 (P270～)

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| (1) インターネット等を活用した保健医療情報の発信 | (4) 健康安全研究所 |
| (2) 救急医療情報センター | (5) 京浜臨海部におけるライフイノベーションの推進 |
| (3) 地域みまもり支援センター | |

施策Ⅲ-2 市民の支え合いと助け合いの推進 (P287～)

- | |
|----------------------|
| (1) 献血の推進(血液の確保) |
| (2) 市民救命士の育成と応急手当の普及 |

施策Ⅲ-3 家庭における安全確保と医療への理解の推進 (P293～)

- | | |
|--------------|--------------------|
| (1) 乳幼児の事故防止 | (3) ジェネリック医薬品の利用促進 |
| (2) 医療の適正な利用 | |

基本目標Ⅰ 地域での暮らしを支える医療提供体制の構築

施策名(基本方針)	施策の課題	施策の取組	掲載ページ
施策Ⅰ-1 将来の医療需要を踏まえた病床機能の確保及び連携	(1) 病床機能の確保	ア 将来の医療需要を踏まえた病床数の確保	P88
		イ 政策医療を担う病床機能の確保	P90
	(2) 病床機能の分化及び連携	ア 病床機能の分化	P93
		イ 異なる病床機能の連携体制の構築	P95
		ウ 市立病院の機能と役割	P96
	(3) 地域における医療・介護の連携体制の構築	P99	
	(4) 医療機関の選択等に係る普及啓発	P103	
施策Ⅰ-2 在宅医療の推進及び医療と介護の連携	(1) 在宅医療の体制構築	P107	
	(2) 介護サービス基盤の整備推進	P115	
	(3) 円滑な退院支援と急変時の対応	P121	
	(4) 在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発	P123	
施策Ⅰ-3 医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成	(1) 働きやすい勤務環境づくりの支援	ア 医療従事者の働き方サポート	P128
		イ 院内保育事業の運営支援	P128
	(2) 看護職員の新規養成・定着促進・再就業支援	ア 看護職員の新規養成(養成促進)	P131
		イ 看護職員の定着促進(離職防止)	P134
		ウ 看護職員の再就業支援	P135
	(3) 病床機能の確保・分化に伴い必要となる医療従事者の確保	P137	
	(4) 在宅医療を担う人材の育成	ア 在宅医療を担う医師の育成	P138
		イ 在宅医療を担う歯科医師等の育成	P139
		ウ 在宅医療を担う薬剤師・薬局の育成	P140
		エ 在宅医療を担う看護職員・ケアマネジャーの育成	P141

基本目標Ⅱ 安全・安心を支える保健医療の提供

施策名(基本方針)	施策の課題	施策の取組	掲載ページ
施策Ⅱ-1 主要な疾病別の医療提供体制の構築	(1) がんの医療体制	ア がんの予防・早期発見	P145
		イ がんの医療	P147
		ウ がんとの共生	P150
	(2) 脳卒中の医療体制	ア 脳卒中の予防・啓発	P152
		イ 脳卒中の救護・医療	P154
	(3) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制	ア 心血管疾患の予防	P157
		イ 心血管疾患の救護・医療	P158
	(4) 糖尿病の医療体制	ア 糖尿病の予防	P161
		イ 糖尿病の医療	P163
	(5) 精神疾患の医療体制	ア 多様な精神疾患への対応	P166
		イ 製紙疾患にも対応した地域包括ケアシステムの構築	P169
施策Ⅱ-2 主要な事業別の医療提供体制の充実・強化	(1) 救急医療の体制	ア 初期救急医療体制の充実	P173
		イ 第二次・第三次救急医療体制の充実	P175
	(2) 周産期(救急)医療の体制		P179
	(3) 小児(救急)医療の体制		P184
	(4) 災害時における医療体制	ア 広域災害時における保健医療体制の充実・強化	P188
		イ 局地災害時における医療体制の充実・強化	P193
	(5) 在宅医療の体制(再掲)		P197
施策Ⅱ-3 主要な保健医療施策の推進	(1) 感染症対策	ア 予防接種事業	P199
		イ 感染症対策の推進	P200
		ウ エイズ・結核対策の推進	P202
		エ 新型インフルエンザ等対策の推進	P205
	(2) 難病対策	ア 指定難病医療費助成制度の円滑な実施	P209
		イ 地域における療養生活支援の推進	P209
	(3) アレルギー疾患対策		P211
	(4) 認知症対策	ア 認知症に関する医療支援と医療・介護連携	P216
		イ 認知症の人及び家族の生活支援	P217
	(5) 障害(児)者の保健医療		P220

第5章 計画期間における川崎市の保健医療の目指す姿

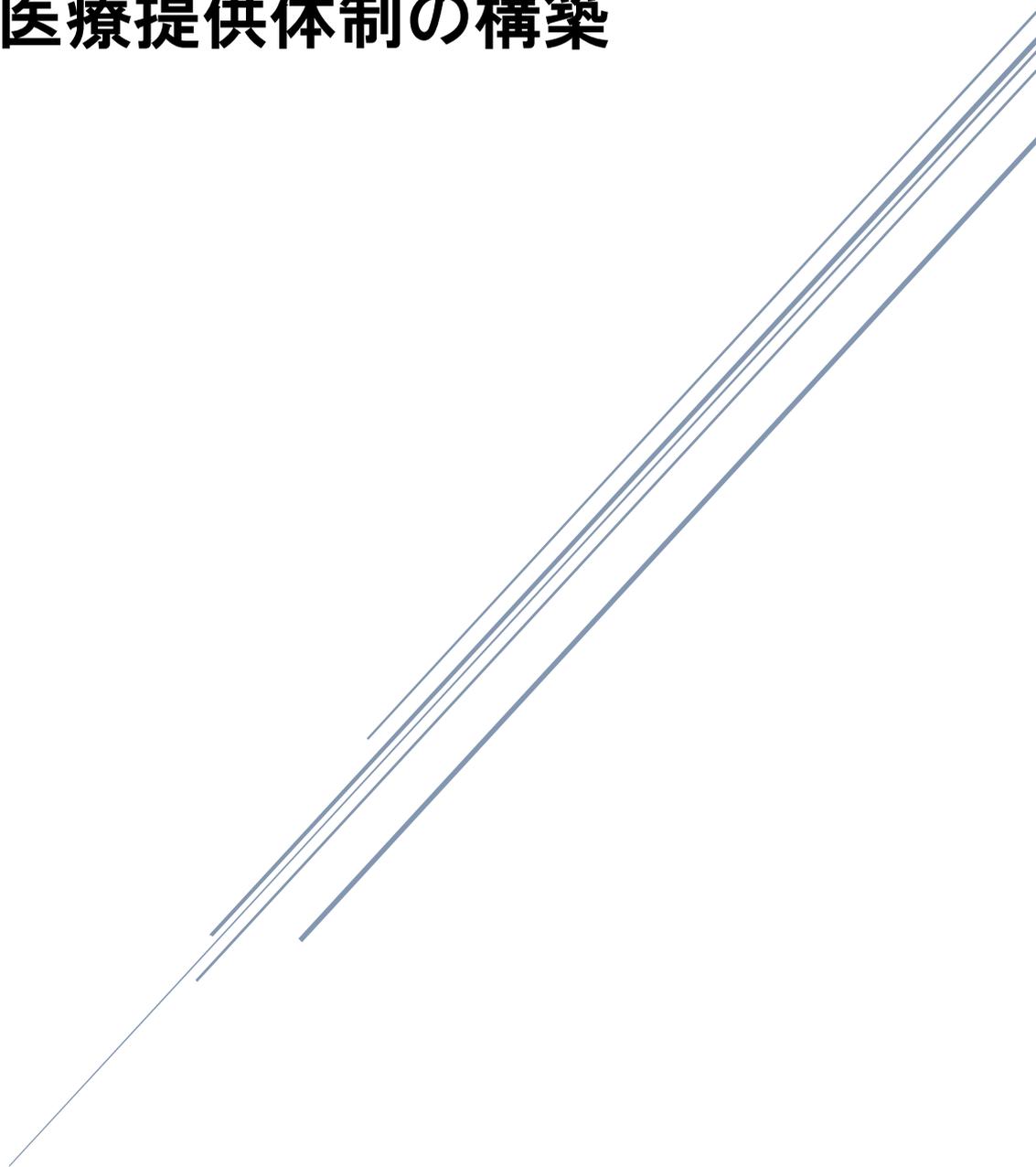
施策名(基本方針)	施策の課題	施策の取組	掲載ページ
施策Ⅱ-3 主要な保健医療施策の推進	(6) 歯科保健医療	ア ライフステージに応じた切れ目のない歯科口腔保健の推進	P 225
		イ 高齢者・障害者等に対する歯科保健医療の推進	P 228
	(7) 医略品等の適正使用対策	ア 薬剤師・薬局による医薬品適正使用の推進	P 231
		イ 薬物乱用防止対策	P 232
	(8) 食品衛生	ア 監視指導の実施	P 234
		イ 情報提供・意見交換の推進	P 236
	(9) 生活衛生	ア 専用水道施設等の適正管理	P 238
		イ 災害時における井戸及び受水槽の有効活用	P 239
	(10) 今後の高齢化に伴う対策(介護予防及び要介護度の改善・維持)	ア 介護予防・生活支援の取組強化	P 242
		イ 健康づくりの推進	P 243
		ウ 要介護度の改善・維持に向けた取組	P 244
(11) 医療安全対策の推進		P 248	
施策Ⅱ-4 生涯を通じた健康づくり	(1) 母子保健		P 251
	(2) 学校保健	ア 健康診断	P 254
		イ 健康管理	P 255
		ウ 健康教育	P 256
	(3) 生活習慣病予防の推進 (第2期かわさき健康づくり21の推進)		P 258
(4) メンタルヘルス対策(自殺予防)		P 265	

基本目標Ⅲ 市民とともに育む保健医療の推進

施策名(基本方針)	施策の課題	施策の取組	掲載ページ
施策Ⅲ-1 市民の視点からの保健医療情報及び相談・情報発信拠点等の整備	(1) インターネット等を活用した保健医療情報の発信	ア 医療機関検索サイト「かわさきのお医者さん」	P272
		イ 地域包括ケアシステムポータルサイト	P273
		ウ 在宅医療情報誌「あんしん」	P274
	(2) 救急医療情報センター		P276
	(3) 地域みまもり支援センター		P278
	(4) 健康安全研究所		P281
	(5) 京浜臨海部におけるライフィノベーションの推進		P284
施策Ⅲ-2 市民の助け合いと支え合いの推進	(1) 献血の推進(血液の確保)		P288
	(2) 市民救命士の育成と応急手当の普及		P290
施策Ⅲ-3 家庭における安全確保と医療への理解の推進	(1) 乳幼児の事故防止		P294
	(2) 医療の適正な利用		P297
	(3) ジェネリック医薬品の利用促進		P301

第6章

地域での暮らしを支える 医療提供体制の構築



かわさき保健医療プラン
[平成30年度～平成35年度]

第1節 将来の医療需要を踏まえた病床機能の確保及び連携

- 神奈川県地域医療構想において、川崎地域の入院医療需要は、川崎北部構想区域で1.32倍、川崎南部構想区域で1.26倍に増加すると推計されています(63ページ表4-3-3及び64ページ表4-3-4)。
- 将来の医療需要の増加に対応するためには、限られた医療資源を効率的・効果的に活用するとともに、過剰が見込まれる病床機能から不足が見込まれる病床機能への転換等を推進し、地域の医療需要を適切に受け止められるよう、病床機能を確保する必要があります。
- そのためには、地域において、将来の医療提供体制を構築するための方向性を共有するとともに、各医療機関の役割の明確化を図り、病床機能の分化を推進することが必要です。
- また、入院医療から在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく円滑に提供されるよう、異なる病床機能を有する医療機関の連携や、地域の病院・診療所・介護施設等の連携体制の構築が求められています。
- 併せて、分かりやすい情報提供等によって、医療提供体制に関する市民の理解を深め、適切な医療機関の選択及び受療に繋げることが重要となります。
- 病床機能の確保及び連携にあたっては、各医療機関の自主的な取組との連携を図りながら、次の施策に取り組みます。

施策の体系

基本目標Ⅰ 地域での暮らしを支える医療提供体制の構築

施策Ⅰ-1 将来の医療需要を踏まえた病床機能の確保及び連携

- (1) 病床機能の確保 (P85 ~)
- (2) 病床機能の分化及び連携 (P92 ~)
- (3) 地域における医療・介護の連携体制の構築 (P99 ~)
- (4) 医療機関の選択等に係る普及啓発 (P103~)

(1) 病床機能の確保

- 病院及び有床診療所には、患者の症状に応じて、「一般病床」や「療養病床」など、5つの種類の「病床」が設けられ、同じ目的や機能の病床を集めた単位を「病棟」と呼んでいます(表6-1-1)。

表6-1-1 病床の種類

区分	定義
一般病床	主に急性疾患の患者を入院させるための病床
療養病床	主に長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床
精神病床	精神疾患を有する患者を入院させるための病床
感染症病床	感染症(結核を除く)の患者を入院させるための病床
結核病床	結核の患者を入院させるための病床

※ 有床診療所の病床については、療養病床であるか否かの区分のみ

- 本市においては、平成29(2017)年3月31日現在、9,176床(療養病床及び一般病床)の病床が整備されています(32ページ表2-5-3)。
- また、病床について、平成26(2014)年度から開始された病床機能報告制度においては、「高度急性期」・「急性期」・「回復期」・「慢性期」の4つの機能から、いずれかに1つの機能を選択することとされています(54ページ表4-2-3)。
- 患者などの症状や治療の時期・期間に応じて医療機関が提供する医療は、一般に「予防医療」・「急性期医療」・「回復期医療」・「慢性期医療」・「終末期医療」に分類することもできます(表6-1-2)。

表6-1-2 医療の分類

分類	定義
予防医療	健康診断や予防接種、保健指導などの予防医学に基づいて行われる医療のこと
急性期医療	病気やケガが発生して間もない緊急又は重症な患者に、手術などの集中的な治療を提供する医療のこと
回復期医療	病気やケアをする以前の生活により早く戻ることができるよう、リハビリテーションなどを提供する医療のこと
慢性期医療	長期にわたる療養や介護などが必要な患者に対して、再発予防や体力維持を目指して提供する医療のこと
終末期医療	重い病気の末期と判断されたときなど、穏やかに日々を過ごせるよう、治療よりも患者の心身的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減することを目的とした医療のこと

- さらに、様々な医療ニーズに応じた提供体制が確保できるよう、診療報酬の評価においては、これらの区分や分類とは別に、病棟や病室の持つ特有の機能や特定の疾患等に対する入院医療などに応じて、病床が定義されています(表6-1-3)。

表6-1-3 平成28年度診療報酬における特定入院料に基づく区分(抜粋)

区分	定義
新生児特定集中治療室(NICU)	低出生体重児や先天性の疾患を持った新生児を集中的に治療する病室のこと
回復期リハビリテーション病棟(床)	脳血管疾患や大腿骨頸部骨折などの患者に対する集中的なリハビリテーションを実施する病棟(床)のこと
地域包括ケア病棟(床)	急性期治療後の患者や在宅患者の受入れ、患者の在宅復帰支援などの機能を有する病棟(床)のこと
緩和ケア病棟(床)	悪性腫瘍や後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアを提供するとともに、外来や在宅への移行を支援する病棟(床)のこと

- 平成28年度病床機能報告によると、市内には、平成28(2016)年7月1日現在、NICUを有する病院が3施設、回復期リハビリテーション病床を有する病院が5施設、地域包括ケア病床を有する病院が5施設、緩和ケア病床を有する病院が3施設あります(表6-1-4～表6-1-7)。

表6-1-4 川崎市におけるNICUを有する病院(平成28(2016)年7月1日現在)

病院名	所在地	病床数
川崎市立川崎病院	川崎市川崎区新川通12-1	6床
日本医科大学武蔵小杉病院	川崎市中原区小杉町2-396	6床
聖マリアンナ医科大学病院	川崎市宮前区菅生2-16-1	12床

表6-1-5 川崎市における回復期リハビリテーション病床を有する病院
(平成28(2016)年7月1日現在)

病院名	所在地	病床数
A01 国際病院	川崎市川崎区田町2-9 1	60床
川崎協同病院	川崎市川崎区桜本2-1-5	53床
総合川崎臨港病院	川崎市川崎区中島3-13-1	54床
虎の門病院分院	川崎市高津区梶ヶ谷1-3-1	40床
麻生リハビリ総合病院	川崎市麻生区上麻生6-23-50	180床

表6-1-6 川崎市における地域包括ケア病床を有する病院(平成28(2016)年7月1日現在)

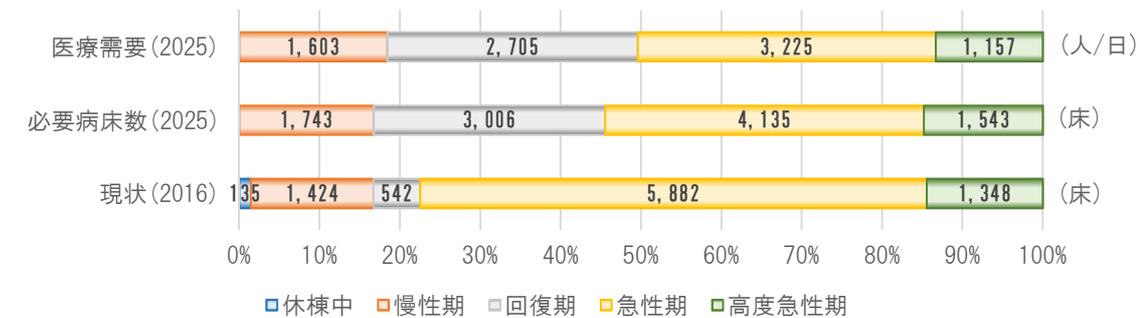
病院名	所在地	病床数
総合川崎臨港病院	川崎市川崎区中島3-13-1	12床
第一病院	川崎市川崎区元木2-7-2	16床
日本鋼管病院	川崎市川崎区鋼管通1-2-1	37床
宮川病院	川崎市川崎区大師駅前2-13-13	28床
麻生総合病院	川崎市麻生区上麻生6-25-1	30床

表6-1-7 川崎市における緩和ケア病床を有する病院(平成28(2016)年7月1日現在)

病院名	所在地	病床数
AOI国際病院	川崎市川崎区田町2-9-1	28床
宮川病院	川崎市川崎区大師駅前2-13-13	11床
川崎市立井田病院	川崎市中原区井田2-27-1	23床

- 今後の高齢化の進展等に伴い医療ニーズが増加する中で、地域での暮らしを支える医療提供体制を構築するためには、将来の医療需要を踏まえた病床機能の確保が必要となります。
- 神奈川県地域医療構想では、川崎地域における医療需要の将来推計として、特に回復期機能を中心に病床機能の不足が見込まれています(図6-1-1)。

図6-1-1 川崎地域における将来の医療需要と必要病床数



- 将来の医療需要に適切に対応するためには、限られた医療資源を効率的・効果的に活用するとともに、「必要な病床数の確保(量的対応)」と「必要な病床機能の確保(質的対応)」の両面から取組を進めることが求められています。

ア 将来の医療需要を踏まえた病床数の確保

① 現状(これまでの取組)

- 病床を整備する目標である基準病床数(31 ページ「第2章第5節(2)」参照)を確実に整備するため、病院・診療所の開設・設置又は増床にあたっては、開設許可の申請前に開設予定者との事前協議を実施するとともに、地域の実情を踏まえ、適正な病床配分を行っています。
- また、病床の事前協議の実施にあたっては、医療機関の整備状況や市民ニーズ等を踏まえ、優先的に配分する病床機能など、必要に応じて公募する対象を設定しています。
- 将来の医療需要を踏まえた病床数を確保するため、病床機能報告の結果や各種関連データを分析し、各医療機関が提供している機能の現状把握に取り組んでいます。
- 病床の確保には、医療機関との連携が不可欠であることから、地域医療構想調整会議等の場を通じて、川崎市病院協会などの関係団体と連携を図りながら、将来の医療提供体制の構築に向けた課題の共有や必要となる取組について検討しています。

② 課題

- 医療需要の増加に対しては、限られた資源を最大限に活用することが不可欠であるため、医療機関との連携のもと、病床利用率の向上を図るとともに、現在稼働していない病床についても有効活用していくことが必要です(表6-1-8)。

表6-1-8 病床機能報告に基づく許可病床数等の状況(平成28(2016)年7月1日現在) (床)

保健医療圏	許可病床数 A	稼働病床数 B	非稼働病床数 C=A-B
川崎北部	4,412	4,097	315
川崎南部	4,919	4,604	315
合計	9,331	8,701	630

出典:神奈川県「病床機能報告(平成28年度)」

- 病床の整備は、神奈川県保健医療計画に定める基準病床数を超えて行うことができないため、病床利用率の向上等によっても将来の医療需要に対応することが困難な場合は、本プランの計画期間中においても、基準病床数の見直しを検討する必要があります。

③ 今後の取組

- 基準病床数の整備にあたっては、引き続き、開設許可の申請前に事前協議を実施するとともに、将来の医療需要に対応するため、病床機能報告の結果の変化や実際の医療提供の状況、これまでに配分した病床の整備状況等を把握し、川崎市地域医療審議会や地域医療構想調整会議の場などを通じて、地域の課題や実情に留意しながら、適正な病床配分を行います。
- また、病床の事前協議にあたっては、原則として「現に不足する機能区分の病床」又は「将来不足することが見込まれる機能区分の病床」を公募の対象とすることとします。
- 病床配分にあたっては、病床機能が継続して確保できるよう、原則として、整備する病床や病床機能の変更などについて条件を付すこととします。
- 病床機能報告の結果や各種関連データを分析するとともに、現状を把握し、川崎市病院協会などの関係団体と連携を図りながら、病床利用率の向上や稼働していない病床の有効活用の取組を検討します。
- また、高齢者人口の増加や患者の受療動向、病床利用率や病床の稼働状況等の医療機関の受入体制などを勘案し、本プランの中間見直し時等に向けた基準病床数の見直しについて、神奈川県や関係団体と協議します。

④ 目標

① 基準病床数の適正な整備

平成 30 年度 (2018)	平成 31 年度 (2019)	平成 32 年度 (2020)	平成 33 年度 (2021)	平成 34 年度 (2022)	平成 35 年度 (2023)
●事前協議の 実施及び病 床配分(※)		●基準病床数 の検討及び 見直し			

※ 新たに病床を配分することができる場合

② 病院における病床利用率の向上

指標	現状	中間評価	目標
	平成 28 年度 (2016)	平成 32 年度 (2020)	平成 35 年度 (2023)
病床利用率の向上	81.2%	84.2%	向上

※ 病床利用率の数値は「病床機能報告」をもとに独自に算出

イ 政策医療を担う病床機能の確保

① 現状(これまでの取組)

- 病床の事前協議の実施にあたっては、療養病床や回復期リハビリテーション病床、緩和ケア病床など、現に不足する機能を担う病床の整備計画に対して、優先的な配分を実施しています。
- 療養病床の整備を促進するため、本市独自に療養病床の施設及び設備機器の整備を支援しています。
- NICU等を有する総合(地域)周産期母子医療センターの運営を支援しています(181 ページ「第7章第2節(2)」参照)。

② 課題

- 高齢化の進展等に伴い、回復期機能を中心に病床機能の不足が見込まれていることから、入院から在宅への復帰が円滑に行えるよう、医療需要を踏まえた回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床などの確保が必要です。
- また、在宅医療等を必要とする患者の増加を踏まえ、在宅療養者の急変時において患者を受け入れるなど、在宅医療を支える病床の確保が必要です。
- 今後も増加が見込まれる救急ニーズに対応するため、救急病院等における急性期の治療を終えた後、さらに長期間の入院治療を要する患者の転院を円滑化するため、療養病床などの慢性期機能を有する病床の確保が必要です。
- 本市の人口に比して緩和ケアを実施する病床数が不足していることから、医療需要を踏まえた緩和ケア病床の確保が必要です。
- 市内のNICUの病床数は24床であり、「出生1万人あたり29床」の基準を下回っています。

③ 今後の取組

- 回復期機能を担う病床や緩和ケア病床などを確保するため、神奈川県と連携し、地域医療介護総合確保基金*を活用した支援事業を検討・運用するとともに、当該支援事業の周知を図ります。
- 安心・安全な出産を確保するため、引き続き、NICU等を有する総合(地域)周産期母子医療センターの運営を支援します。
- 病床の事前協議にあたっては、原則として、優先的に配分する病床機能を設定することとします(表6-1-9)。

表6-1-9 優先的に配分する病床機能

優先的に配分する病床機能の例
<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床などの回復期機能を担う病床(特に在宅療養者の急変時における受入れを積極的に行う地域包括ケア病床) ・慢性期機能を担う病床 ・緩和ケア病床 ・NICU ・その他(地域の課題や実情を踏まえて必要となる病床)

○ さらに、これら政策医療を担う病床機能を確保するため、川崎市病院協会などの関係団体と連携しながら、本市独自の支援のあり方について検討します。

4 目標

① 政策医療を担う病床機能を確保するための支援

平成30年度 (2018)	平成31年度 (2019)	平成32年度 (2020)	平成33年度 (2021)	平成34年度 (2022)	平成35年度 (2023)
●支援のあり方の検討	●検討に基づく支援の実施				

キーワード(用語の説明)

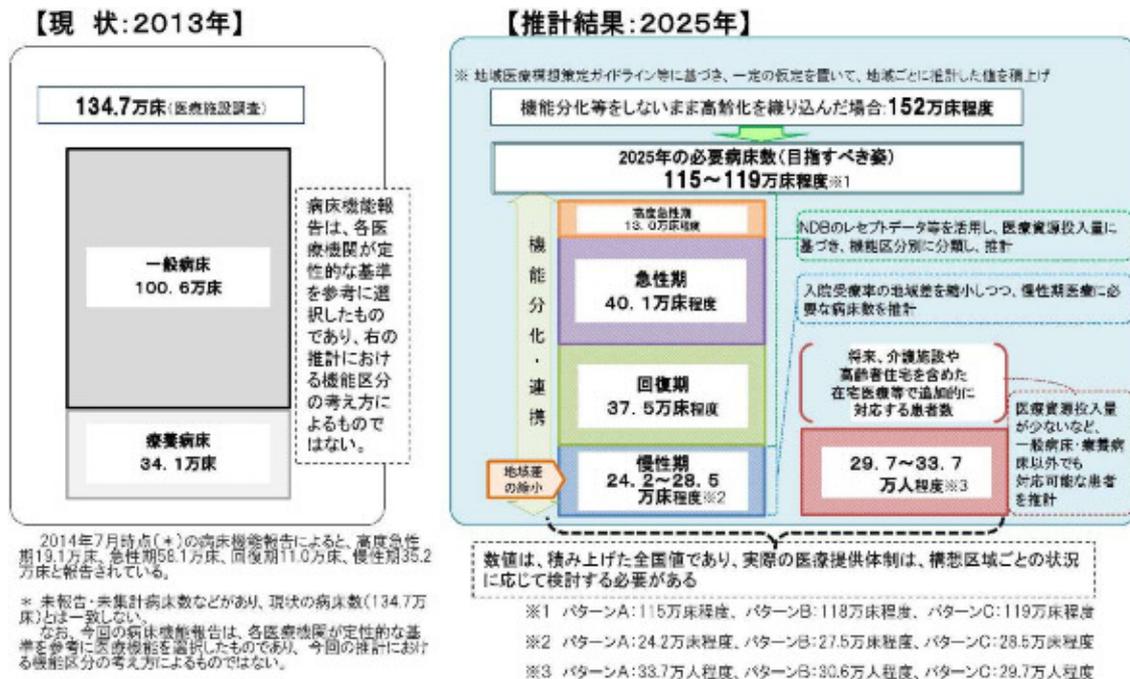
「地域医療介護総合確保基金」…

医療介護総合確保推進法に基づき、消費税の増収分を活用して都道府県に設置した財政支援のこと。入院医療から在宅医療・介護まで一連のサービスを総合的に確保するため、医療・介護の実施事業を対象として財政支援を行います。

(2) 病床機能の分化及び連携

- 今後の高齢化の進展に伴い、平成 37(2025)年には、全国で3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上になることから、医療ニーズのさらなる増大が見込まれています。
- こうした医療ニーズの増加に対応するためには、医療機関が担っている現状の機能を明らかにするとともに、医療需要の増加や変化を踏まえながら、将来に向けて、病床機能の分化及び連携を進めていくことが必要となります(図6-1-2)。

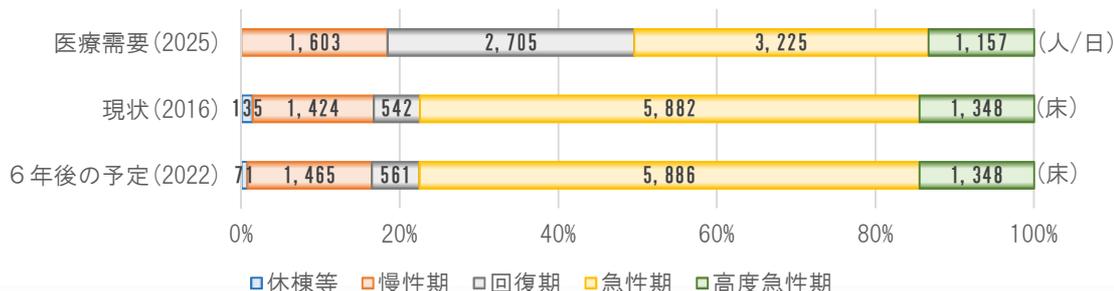
図6-1-2 2025年の医療機能別の病床の必要量の推計結果



出典:厚生労働省「第344回中央社会保険医療審議会資料」

- 神奈川県地域医療構想では、川崎地域における医療需要の将来推計として「回復期機能」を中心に病床機能の不足が見込まれていますが、現状の病床機能は「急性期機能」を中心としていることから、将来の医療需要に対応するため、病床機能の分化(過剰な機能から不足する機能への転換)と連携(急性期から回復期を経て在宅に復帰するまでの円滑な移行)が促進することが求められています(図6-1-3)。

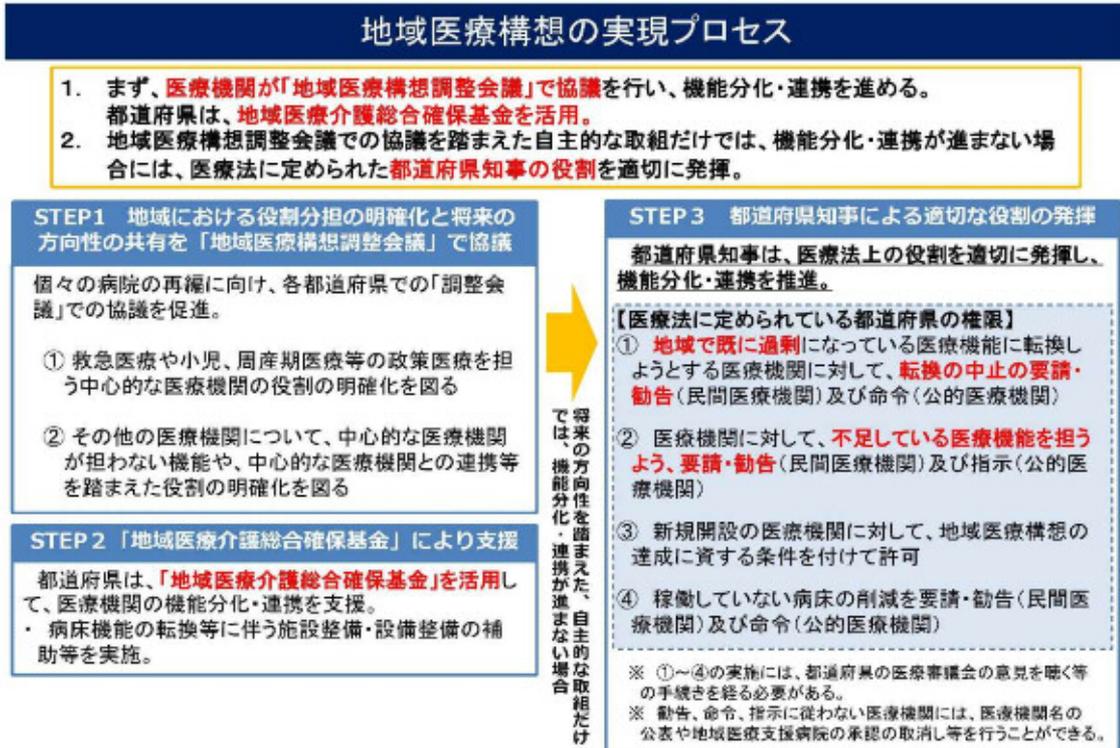
図6-1-3 川崎地域における将来の医療需要と現状・6年後の病床機能



出典:神奈川県「神奈川県地域医療構想」及び神奈川県「病床機能報告(平成28年度)」をもとに作成

- こうした中、国においては、病床機能の分化・連携を進め、将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を構築するため、地域における役割分担の明確化や将来の方向性の共有など、地域医療構想の実現に向けた議論の進め方を示しています(図6-1-4)。

図6-1-4 地域医療構想の実現に向けた議論の進め方



出典:厚生労働省「第4回地域医療構想に関するワーキンググループ資料」

ア 病床機能の分化

① 現状(これまでの取組)

- 病床機能報告の結果や各種関連データを分析し、地域医療構想調整会議における協議や関係団体との情報共有・意見交換を通じて、将来の医療需要を踏まえた病床機能の分化について検討を行っています。
- 医療機関の自主的な取組を支援するため、地域医療介護総合確保基金を活用した支援事業について周知しています。
- 医療機関等を対象とする「地域医療構想普及啓発セミナー」を開催し、川崎地域における将来の医療需要や方向性、病床機能の分化及び連携の必要性について普及啓発を行い、医療機関の自主的な取組を推進しています。

② 課題

- 病床機能の分化は、今後の医療需要の増加や変化に対応するための取組であり、2年ごとに改定される診療報酬などの影響を踏まえながら、中長期的な視点かつ計画的に進める必要があります。
- 病床機能の分化にあたっては、地域において、将来の医療提供体制を構築していくための方向性を共有した上で、各医療機関の役割の明確化を図り、不足が見込まれる病床機能を確保するための支援について検討する必要があります。

③ 今後の取組

- 病床機能報告の結果や各種関連データを分析するとともに、現状を把握し、各医療機関が策定する「公的医療機関等 2025 プラン*」や診療報酬の改定等を踏まえながら、地域医療構想調整会議による協議等を通じて、各医療機関の役割の明確化を図ります。
- 過剰が見込まれる病床機能から不足が見込まれる病床機能への転換を促進するため、神奈川県と連携し、地域医療介護総合確保基金を活用した支援事業を検討・運用するとともに、当該支援事業の周知を図ります。
- 過剰が見込まれる病床機能への変更については、原則として、地域偏在や人口の急増、その他地域の実情に応じて必要性が高いと判断される場合に認めることとし、必要に応じて地域医療構想調整会議の場において説明を求めるなど、医療機関から変更の理由等の確認を行います。
- 病床機能の分化を促進するため、川崎市病院協会などの関係団体と連携しながら、本市独自の支援のあり方について検討します。
- 引き続き、医療機関等を対象とする「地域医療構想普及啓発セミナー」を開催し、将来の医療提供体制の構築に向けた医療機関の自主的な取組を推進します。

④ 目標

① 医療機関の役割の明確化

平成 30 年度 (2018)	平成 31 年度 (2019)	平成 32 年度 (2020)	平成 33 年度 (2021)	平成 34 年度 (2022)	平成 35 年度 (2023)
●政策医療等を担う医療機関の役割の検討	●その他の医療機関の役割の検討		●役割に基づく連携体制の構築		

② 病床機能の分化を促進するための支援

平成 30 年度 (2018)	平成 31 年度 (2019)	平成 32 年度 (2020)	平成 33 年度 (2021)	平成 34 年度 (2022)	平成 35 年度 (2023)
●支援のあり 方の検討	●検討に基づ く支援の実 施				

イ 異なる病床機能の連携体制の構築

① 現状(これまでの取組)

- 病床機能報告の結果や各種関連データを分析し、地域医療構想調整会議における協議や関係団体との情報共有・意見交換を通じて、将来の医療需要を踏まえた病床機能の連携について検討を行っています。
- 医療機関等を対象とする「地域医療構想普及啓発セミナー」を開催し、川崎地域における将来の医療需要や方向性、病床機能の分化及び連携の必要性について普及啓発を行い、医療機関の自主的な取組を推進しています。

② 課題

- 病床機能の連携にあたっては、現状の病床機能のみならず、今後の病床機能の分化を踏まえながら、円滑な連携体制を構築する必要があります。
- 患者の状態に応じて急性期から回復期を経て在宅に復帰するまで、病院と病院、病院と診療所、医療機関と介護施設など、入院医療機関と地域の診療所の医師をはじめとする多職種が円滑に連携できるよう、「地域連携クリティカルパス*」の利用を促進する必要があります。

③ 今後の取組

- 病床機能の分化を踏まえながら、地域医療構想調整会議による協議等を通じて、急性期や回復期の病院、在宅医療を担う診療所など、異なる病床機能における連携体制の構築に取り組みます。
- 神奈川県と連携しながら、医療機関や介護施設における地域連携クリティカルパスの利用を促進するとともに、利用患者及びその家族に対しても、パスの内容や効果についての啓発に取り組みます。
- 引き続き、医療機関等を対象とする「地域医療構想普及啓発セミナー」を開催し、将来の医療提供体制の構築に向けた医療機関の自主的な取組を推進します。

ウ 市立病院の機能と役割

① 現状(これまでの取組)

- 市の基幹病院として市立川崎病院、地域の中核病院として市立井田病院及び市立多摩病院の3病院を設置し、公共の福祉の増進と経済性の発揮を基本としながら、高度・特殊・急性期医療や救急医療等を継続的かつ安定的に提供しています(表6-1-10)。

表6-1-10 川崎市立病院における医療機能等の状況(平成29(2017)年4月1日現在)

病院名	病床数	救命救急センター	第二次救急輪番参加病院	災害拠点(協力)病院	周産期母子医療センター	がん診療連携拠点(指定)病院	地域医療支援病院
川崎市立川崎病院	713床	○	○	拠点病院	○	指定病院	○
川崎市立井田病院	383床	-	○	協力病院	-	拠点病院	-
川崎市立多摩病院	376床	-	○	拠点病院	-	-	○

※ 川崎市立川崎病院の病床数は、「感染症病床12床」及び「精神病床38床」を含む

※ 川崎市立井田病院の病床数は、「結核病床40床」を含む

- また、災害、研修教育等の対応を含めた医療行政施策を推進し、地域の医療機関と連携することで、医療資源の有効活用と本市の医療水準の向上に努めています。
- 市立病院それぞれの特色を活かすとともに、3病院の緊密な連携を図りながら、多様化する市民の医療ニーズに的確に対応できる体制を整えています。
- 市立川崎病院は、救命救急センター及び地域周産期母子医療センターを含めた救急医療を提供するほか、神奈川県地域がん診療連携指定病院及び災害拠点病院としての役割を担っています。
- また、市立川崎病院は、第二種感染症指定医療機関として市内唯一の感染症病床を有し、エイズ治療拠点病院*の指定を受けています。
- さらには、地域医療支援病院として、高度医療・急性期医療の役割を果たすため、地域の医療機関との連携を積極的に進めています。
- 市立井田病院は、地域がん診療連携拠点病院の指定を受け、増加するがんに対する各種治療や緩和ケア医療を行うとともに、救急医療を提供しています。
- また、市立井田病院は、市内唯一の結核病棟を有し、結核患者への透析などに対応しています。

- 市立多摩病院は、救急医療や小児救急医療を提供するとともに、災害拠点病院としての役割も担っています。
- また、市立多摩病院は、地域医療支援病院として、地域のかかりつけ医等と連携し、地域における医療水準の向上に努めています。
- 平成 28(2016)年 3 月に「川崎市立病院 中期経営計画 2016-2020」を策定し、従来の「経営の効率化」・「経営形態の見直し」・「再編・ネットワーク化」の3つに加え、新たに「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を視点に位置付け、さらなる経営改革と経営の健全化に取り組んでいます。

② 課題

- 地域医療構想の実現に向けて、市立病院は、地域医療構想調整会議における協議等を踏まえながら、公立病院としての役割の明確化を図る必要があります。
- 高齢者人口が増加する中、市内の救急搬送は増加傾向にあることから、救急搬送件数の約3割を受け入れている市立病院として、今後の救急搬送の増加に対応できる体制を構築する必要があります。
- 高齢者人口の増加に伴い、市内のがん入院患者の増加が見込まれていることから、がんに関する医療提供体制を充実させる必要があります。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて「多職種が連携した一体的なケアの提供による自立した生活と尊厳の保持の実現」が図られるよう、行政をはじめ、地域の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、ケアマネジャー、介護施設などとの連携強化を図る必要があります。
- 災害時において、一人でも多くの命を救うことができるよう、医療を迅速かつ確実に提供する必要があります。

③ 今後の取組

- 地域における基幹病院及び中核病院として、診療所等では対応が困難な高度な治療や検査、手術など、迅速かつ効果的に提供できるよう、かかりつけ医等との相互の機能分担と連携を進める「地域医療連携」の取組をより一層推進します。
- 地域医療構想調整会議における協議等を踏まえながら、今後市立病院が担うべき役割について検討を進めます。
- 市立川崎病院の救命救急センターにおいて担っている第三次救急医療や、市立井田病院及び市立多摩病院が担っている初期救急医療・第二次救急医療といった救急医療の強化に取り組み、多くの救急患者を効率よく受け入れられる体制づくりを進めます。

- 市内のがん患者の増加を見据えて、がん診療機能の強化を図ります。
- また、市立井田病院の緩和ケア病棟を活用し、外来・入院治療・在宅医療まで切れ目のない緩和ケアを提供します。
- 住み慣れた地域で誰もが安心して暮らせるよう、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進するとともに、地域で活動する医療・介護従事者等との患者情報の共有を進めます。
- 市内外の様々な災害や事故の発生時において、災害拠点病院である市立川崎病院及び市立多摩病院は災害派遣医療チーム(DMAT)等を保有することから、一人でも多くの命を救うことができるよう、要請に応じて迅速に医療チーム又は医師を派遣します。
- 市立井田病院は、神奈川県指定の災害協力病院として、災害発生時には災害拠点病院と連携し、円滑に傷病者等を受け入れられるよう必要な準備を行います。
- また、市立3病院は、防災マニュアルの見直しや、災害・防災訓練等の充実を図るとともに、物資供給や電力の途絶などの災害発生時の孤立化に備え、引き続き、必要な食料・飲料水・医薬品の備蓄に努めます。

4 目標

① 市立病院における救急医療の強化

指標	現状	中間評価	目標
	平成 28 年度 (2016)	平成 32 年度 (2020)	平成 35 年度 (2023)
救急患者受入数の増加(市立3病院の合計)	48,835 人	52,000 人	52,500 人

キーワード(用語の説明)

「公的医療機関等 2025 プラン」…

地域医療構想の達成に向けて、公的医療機関等が策定する将来の方向性(今後担うべき役割や提供する機能等)を示すプランのこと。このプラン等を踏まえながら、まずは政策医療を担う公的病医療機関等の役割の明確化について、地域医療構想会議の議論が進められることとなります。

「地域連携クリティカルパス」…

地域の医療機関があらかじめ役割分担を決めておき、患者が急性期の病院から回復期の病院を経て、早期に自宅に帰れるよう、治療を受ける全ての医療機関で診療計画を共有する取組のこと。

「エイズ治療拠点病院」…

エイズに関する総合的かつ高度な医療を提供し、地域においてエイズ診療の中核的役割を担う病院として、都道府県が選定する医療機関のこと。

(3) 地域における医療・介護の連携体制の構築

- 多くの人が自宅や住み慣れた環境での療養を望んでおり、高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活するようになる中、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められています。
- 患者の状態に応じて、入院医療から在宅医療・介護まで一連のサービスを切れ目なく円滑に提供するためには、地域の病院、診療所、介護施設等の綿密な連携体制を構築することが重要となります。
- そのため、入院医療を提供する医療機関においては、患者の在宅復帰を目指して円滑な退院支援を行うとともに、日常の療養生活を支える地域の診療所や訪問看護ステーション、介護施設等と連携し、在宅療養者の状態が急変した場合には、必要に応じて入院医療を提供するなどの役割が求められています。
- こうした中、平成 26(2014)年の診療報酬の改定において、病院から在宅への円滑な復帰を目的とし、新たに「地域包括ケア病床(床)」が導入されました。
- 地域包括ケア病床には、病院と在宅をつなげる役割が期待されており、急性期の治療を経て容態が落ち着いた患者を受け入れるとともに在宅復帰を支援し、緊急時に在宅療養者を受け入れる機能を担っています(図6-1-5)。

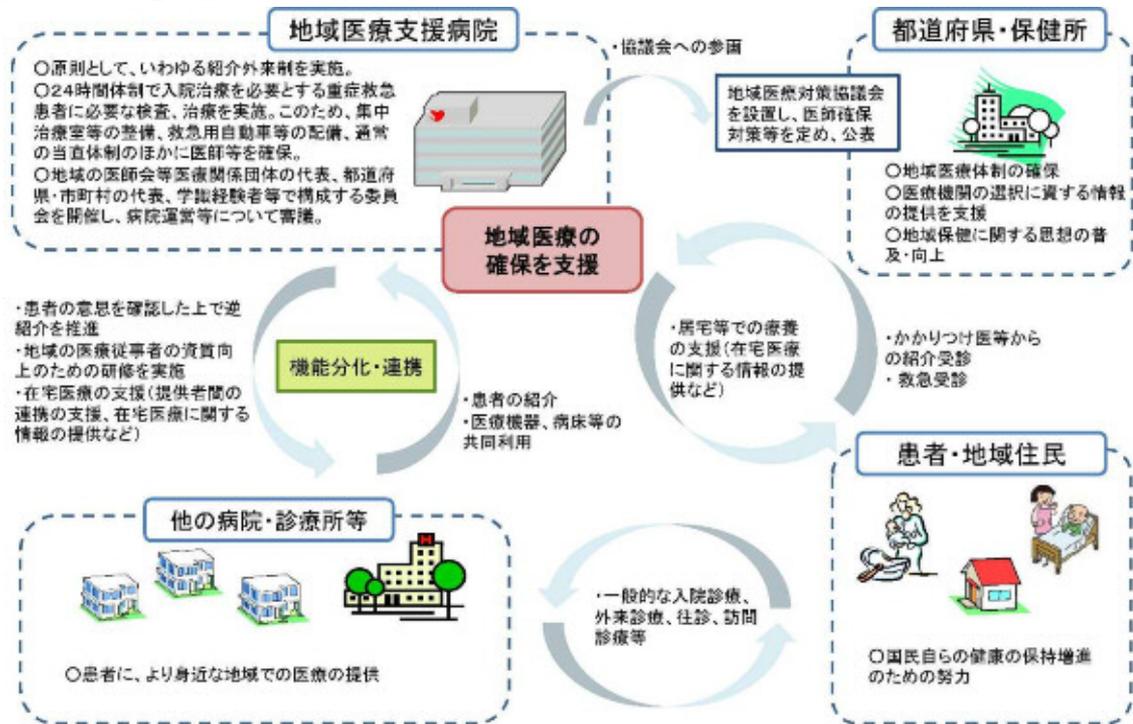
図6-1-5 地域包括ケア病床のイメージと要件



出典:厚生労働省「診療法相改定資料(平成 26 年)」

- また、患者に身近な地域で医療が提供されるよう、「地域医療支援病院」制度が創設されており、第一線で地域医療を担う「かかりつけ医」等を支援するとともに、他の医療機関と適切な連携を図り、地域医療の充実を図る役割を担っています(図6-1-6)。

図6-1-6 地域医療支援病院の役割



出典：厚生労働省「地域医療支援病院について」

- なお、市内には、平成 28(2016)年 7月 1日現在、地域包括ケア病床を有する病院 5施設、地域医療支援病院 4施設のほか、25施設の病院に退院調整部門が設置されており、5施設の在宅療養支援病院*及び 121施設の在宅療養支援診療所*が 24時間体制の窓口等を設けるなど、他の病院・診療所と連携を図りながら、患者の在宅療養生活を支援しています(在宅療養支援診療所の施設数は平成 28(2016)年 3月 31日現在)。

① 現状(これまでの取組)

- 地域医療構想調整会議における協議や関係団体との情報共有・意見交換を通じて、地域包括ケア病床を含め、将来の医療需要を踏まえた病床機能の分化について検討を行っています。
- 地域包括ケア病床への転換を支援するため、地域医療介護総合確保基金を活用した回復期機能を担う病床の整備に関する支援について周知しています。
- 地域医療の確保を支援するため、地域医療支援病院が開催する委員会に参画し、地域における課題や現状について情報共有及び意見交換を行っています。

- 川崎市在宅療養推進協議会を開催し、入院医療機関と在宅医療・介護を担う関係者との「顔も見える関係づくり」を推進しています。
- 地域で活躍する看護師を確保するため、川崎市看護協会への委託により訪問看護師を育成するとともに、看護職員の資質向上研修など、川崎市看護協会が実施するナーシングセンター事業を支援しています。

② 課題

- 高齢化の進展等に伴う在宅医療等を必要とする患者数の増加を踏まえ、施設から在宅への実現に向け、「退院支援」や「急変時における対応」の取組を強化する必要があります。
- 必要な患者情報を共有し、医療と介護の連携が円滑に図れるよう、入院医療機関の医療従事者と在宅医療を支える医療・介護従事者の意識合わせや、専門性・役割等の確認・共有をより一層進めることが必要です。

③ 今後の取組

- 地域包括ケア病床の確保に向けて、地域医療構想調整会議における協議等を進めるとともに、引き続き、地域医療介護総合確保基金を活用した回復期機能を担う病床の整備に関する支援について周知し、その転換を勧奨します。
- 基準病床数の整備にあたっては、地域包括ケア病床(特に在宅療養者の急変時の受入れを積極的に行う整備計画)に対して優先的に病床を配分します。
- 在宅療養者の急変時における受入体制を強化するため、川崎市病院協会などの関係団体と連携しながら、地域包括ケア病床や療養病床などを活用した本市独自の取組について検討します。
- 円滑な患者情報の共有に向け、神奈川県と連携しながら、医療機関や介護施設における地域連携クリティカルパスの利用を促進します。
- 医療と介護の連携が円滑に行えるよう、引き続き、川崎市在宅療養推進協議会を開催し、入院医療機関と在宅医療・介護を担う関係者との「顔も見える関係づくり」を推進するとともに、訪問看護師の育成やナーシングセンター事業を支援します。

④ 目標

① 地域包括ケア病床の整備

指標	現状	中間評価	目標
	平成 28 年度 (2016)	平成 32 年度 (2020)	平成 35 年度 (2023)
地域包括ケア病床数の増加	123 床	375 床	447 床

キーワード(用語の説明)

「在宅療養支援病院」…

24時間365日体制で往診や訪問看護を行う病院のこと。在宅医療を推進するため、平成20(2008)年の医療保険制度改革によって創設された診療報酬上の制度で、半径4km以内に診療所がないか又は200床未満の病院が登録できます。

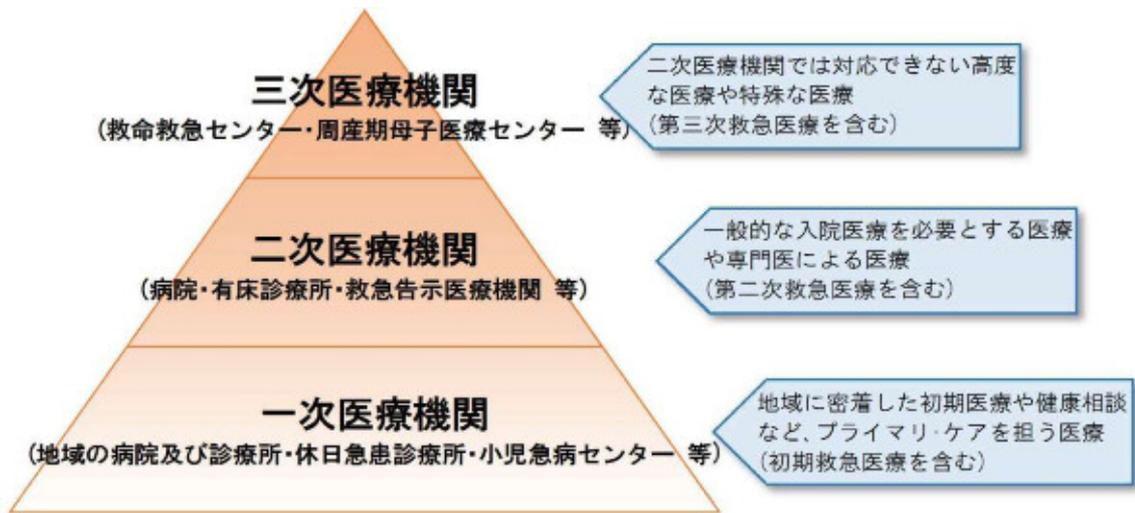
「在宅療養支援診療所」…

在宅療養支援病院と同様、24時間365日体制で往診や訪問看護を行う診療所のこと。在宅医療を推進するため、平成18(2006)年の医療保険制度改革によって創設された診療報酬上の制度となります。

(4) 医療機関の選択等に係る普及啓発

- 将来の医療需要に対応するためには、限られた資源を最大限に活用し、病床機能の分化・連携を進めるとともに、医療の提供を受ける市民の理解と協力が必要になります。
- 診療所は地域に暮らす人の日常的な病気や軽いケガなどを幅広く診療し、病院においては、手厚い職員の配置のもと、診断・検査・手術・入院等の設備を備え、重症患者や救急医療などに対応しています。
- 一般に、医療機関は、一次から三次の医療機関に分類され、それぞれの機能や役割に応じて医療を提供しています(図6-1-7)。

図6-1-7 医療機関の分類のイメージ



- 国においては、医療機関の機能分化をさらに推進するため、平成 27(2015)年5月に成立した「医療保険制度改革法」により、平成 28(2016)年4月から、いわゆる「大病院(特定機能病院*及び一般病床の数が500床以上の地域医療支援病院)」を紹介状なしで受診する場合、初診時(再診時)に特別料金を徴収する制度を導入しています。
- これは、大病院と中小病院・診療所が互いに連携しながら、効率的で質の高い医療の実現を目指すためのものであり、今後、医療機関においては、将来の医療需要を踏まえ、「高度急性期」・「急性期」・「回復期」・「慢性期」の4つの病床機能への分化及び連携も進められていくこととなります。
- そのため、市民においては、病院や診療所の機能・役割を理解するとともに、日常の健康管理や体調の変化などを気軽に相談できる身近な「かかりつけ医」等を持つほか、入院医療や専門的な医療が必要となった場合には、症状に応じた機能を有する医療機関を選択するなど、適切な受療行動が求められています。

① 現状(これまでの取組)

- 平成28(2016)年10月に神奈川県地域医療構想が策定されたことに伴い、神奈川県と連携して、将来の医療提供体制に関する市民向けリーフレットの作成・配布を行うとともに、神奈川県が公表する病床機能報告の結果について周知しています。
- かかりつけ医を持つことや救急医療の適正利用について、リーフレットの作成や市ホームページへの情報掲載を通じて普及啓発を図っています。
- パソコン、スマートフォン、携帯電話により市内の医療機関を探することができる医療機関検索サイト「かわさきのお医者さん」を運用し、外国語(7か国語)による対応も行っています(272ページ「第8章第1節(1)ア」参照)。

② 課題

- 将来の医療需要を踏まえて病床機能の分化及び連携が推進されていくことから、現状や将来の医療提供体制について、市民の安心につながる分かりやすい情報提供を行う必要があります。
- 東京2020オリンピック・パラリンピックの開催により、外国人観光者などの増加が見込まれることから、外国人に対する医療情報発信の充実化が必要です。

③ 今後の取組

- 引き続き、神奈川県と連携して、将来の医療提供体制に関する市民向けリーフレットの作成や病床機能報告結果の情報発信を行うとともに、医療機関検索サイト「かわさきのお医者さん」を運用します。
- 適切な受療行動につながるよう、地域の医療提供体制の現状・将来像、疾病に関する基礎知識(初期症状)、気軽に相談できる身近な「かかりつけ医」等を持つことなどについて、市民啓発セミナーを開催します。
- 地域の病院と提供する機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)について、医療資源マップを作成するなど、市民に分かりやすい情報提供を行います。
- 増加が見込まれる外国人に対しても適切な医療を提供できるよう、神奈川県と連携して「医療通訳派遣システム事業^{*}」の周知を図るとともに、医療情報の外国語対応について検討します。

キーワード(用語の説明)

「特定機能病院」…

高度の医療の提供、高度な医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院として、厚生労働大臣の承認を受けた医療機関のこと。平成 29(2017)年6月1日現在、全国で 85 施設が特定機能病院として承認されています。

「医療通訳派遣システム事業」…

日本御を母国としない患者が安心して医療を受けられるよう、医療機関からの依頼を受けて医療通訳スタッフを派遣するシステムのこと。神奈川県医師会や NPO 法人多言語社会リソースかながわなどの関係団体との協力・協働のもと、神奈川県がシステムを運営しています。

第2節 在宅医療の推進及び医療と介護の連携

- 今後の高齢化の進展等に伴い、慢性期の医療ニーズの受け皿や、看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして、在宅医療への期待が高まっています。
- 川崎地域において、平成 37(2025)年の在宅医療等を必要とする患者数は、平成 25(2013)年と比較すると、川崎北部構想区域で約 1.7 倍、川崎南部構想区域で約 1.4 倍に増加することが推計されています(66 ページ表 4-3-6)。
- また、地域医療構想における平成 37(2025)年の介護施設、在宅医療等の追加的な必要量を踏まえ、在宅医療で対応を目指すべき部分と介護施設等で対応を目指すべき部分の整合性を確保し、医療と介護の一体的な体制整備に取り組むことが求められています。
- こうした需要の増大に確実に対応するとともに、誰もが住み慣れた地域や自ら望む場で安心して暮らし続けることができるよう、医療と介護の連携を図りながら、在宅医療の充実に向け、次の施策に取り組みます。

施策の体系

基本目標 I 地域での暮らしを支える医療提供体制の構築

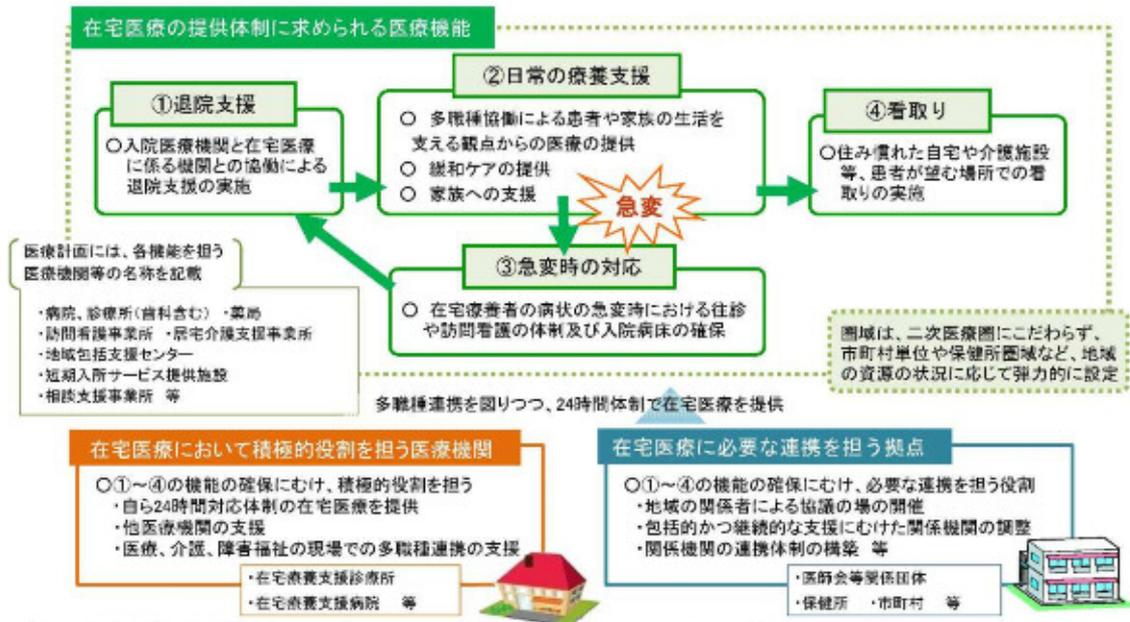
施策 I-2 在宅医療の推進及び医療と介護の連携

- (1) 在宅医療の体制構築 (P107~)
- (2) 介護サービス基盤の整備推進 (P115~)
- (3) 円滑な退院支援と急変時の対応 (P121~)
- (4) 在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発 (P123~)

(1) 在宅医療の体制構築

- 多くの人が自宅や住み慣れた環境での療養を望んでおり、高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活するようになる中、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められています。
- 在宅医療とは、高齢になっても、病気になっても、障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、「入院医療や外来医療、介護・福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療」のことで、地域包括ケアシステムを支える不可欠の要素となっています。
- 国の「在宅医療の体制構築に係る指針」においては、在宅医療の提供体制に求められる医療機能として、「退院支援」・「日常の療養支援」・「急変時の対応」・「在宅での看取り」の4つの機能が示されています(図6-2-1)。

図6-2-1 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ



出典:厚生労働省「第11回医療計画の見直し等に関する検討会」資料

- 神奈川県地域医療構想では、川崎地域における将来推計として、高齢化の進展に伴い「在宅医療等を必要とする患者数」の大幅な増加が見込まれています(図6-2-2)。

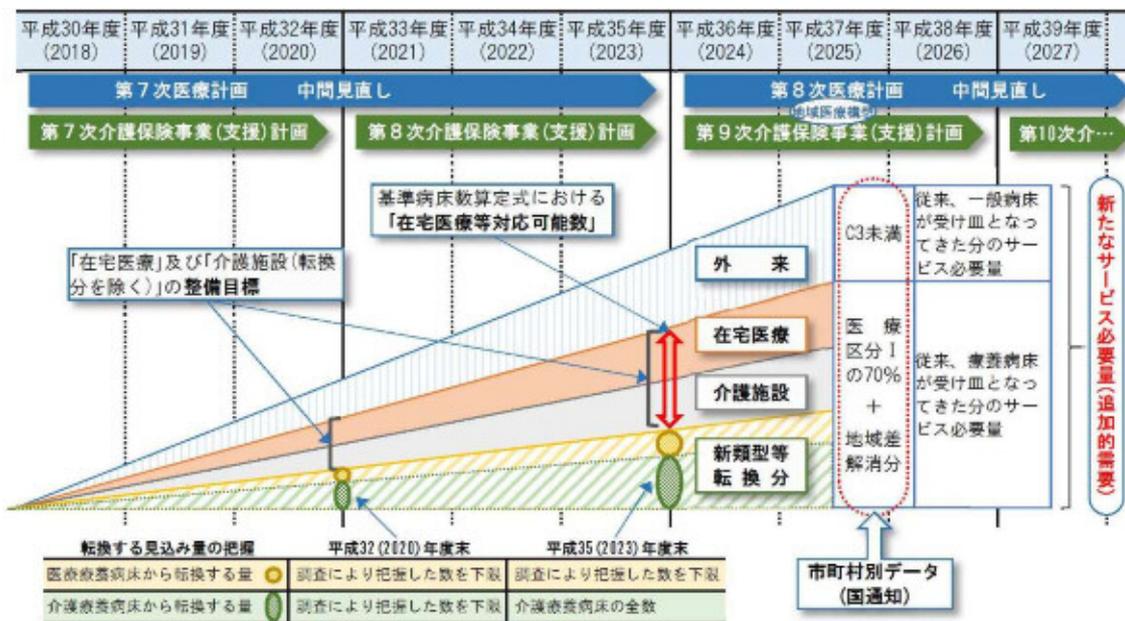
図6-2-2 川崎地域における在宅医療等を必要とする患者数



出典:神奈川県「神奈川県地域医療構想」をもとに作成

- また、地域医療構想の実現に向け、今後進められていく病床機能の分化・連携に伴い、療養の場が病院(療養病床)から地域へ移行する患者に対しては、地域においても安心して暮らし続けることができるよう、医療と介護の一体的な整備が求められています(図6-2-3)。

図6-2-3 医療と介護の一体的な体制整備のイメージ



出典:厚生労働省「第11回医療計画の見直し等に関する検討会」資料(一部改編)

- 本市においては、平成37(2025)年に向けて、1,200人の患者が療養病床から地域へ移行できると推計されていることから、在宅医療や介護施設など、関連計画との整合を図りながら、その受け皿の整備を進める必要があります(表6-2-1)。

表6-2-1 療養病床から地域への移行が見込まれる患者数 (人/日)

区分	平成32年度時点 (2020)	平成35年度末時点 (2023)	平成37年末時点 (2025)
在宅医療	352	699	1,019
介護施設	62	122	181
合計	414	821	1,200

出典:医療と介護の協議の場を踏まえた神奈川県による算定(小数点以下調整)

- さらに、医療技術の進歩等を背景に、多くの命を救うことができるようになった一方で、在宅において、長期間の療養生活を送る子どもが増加しています。
- こうした医療的ケアが必要となる子ども(以下「医療的ケア児*」という。)に対しては、保健・医療・福祉・教育などの関連する支援の連携を推進し、地域生活の向上を図る必要があります。

① 現状(これまでの取組)

- 本市の実情に応じた医療と介護の連携を推進するため、関係団体を構成する「川崎市在宅療養推進協議会」を設置し、多職種連携の強化や在宅療養者に対する一体的な支援体制など、医療と介護の円滑な連携に向けた取組を協議しています(図6-2-4及び図6-2-5)。
- チームにより在宅療養者・家族を支えるため、在宅医療に係る医療・介護従事者に対して、多職種連携を促進するとともに、在宅医療に取り組む医師の裾野を広げ、チームで在宅医療を担う医師の育成を目指して、「在宅チーム医療を担う地域リーダー研修(以下「地域リーダー研修」という。)」を実施しています。
- 在宅において、医療従事者と介護従事者の連携や本人・家族との情報共有を円滑に行えるよう、「在宅療養連携ノート」を作成し、その普及・活用に努めています。
- 多職種連携に向けて症例検討を実施するとともに、より良いケアを提供するため、平成29(2017)年1月に「在宅医療・介護多職種連携マニュアル」を作成し、その普及に努めています。
- 多職種間の円滑な情報共有に向け、川崎市在宅療養推進協議会においてICT*を活用した取組の検討を進めています。
- 訪問診療や往診などを実施する診療所等の情報を掲載する「医療資源ガイドブック」を作成し、区役所や地域包括支援センター等における在宅療養相談に活用しています。
- 在宅医療の推進役として、多職種への医療的助言や開業医のネットワークづくりの推進、退院調整支援などを行う「在宅療養調整医師」を各区に配置しています。
- 各区在宅療養推進協議会において、在宅療養調整医師が中心となり、各区の実情に応じた「診診連携*(在宅医の負担軽減に向けた検討)」、「多職種連携(多職種による緊密な連携)」及び「市民啓発(在宅医療に関する正しい知識・理解の啓発)」の取組を実施しています(表6-2-2)。
- 川崎市看護協会への委託により「在宅医療サポートセンター」を運営し、看護職のコーディネーターが在宅療養調整医師との連携を図りながら、退院調整支援や医療資源等の把握、在宅医療に向けた出前講座等による市民啓発などを実施しています。

図6-2-4 川崎市における医療と介護の連携のイメージ

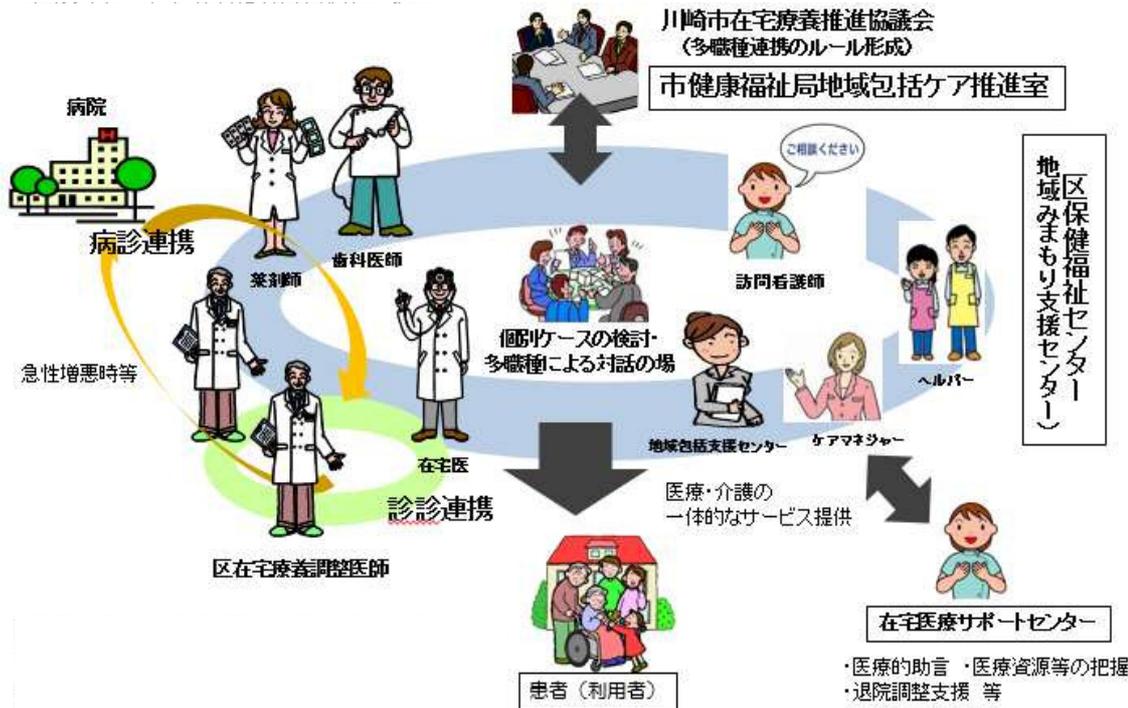


図6-2-5 川崎市在宅療養推進協議会

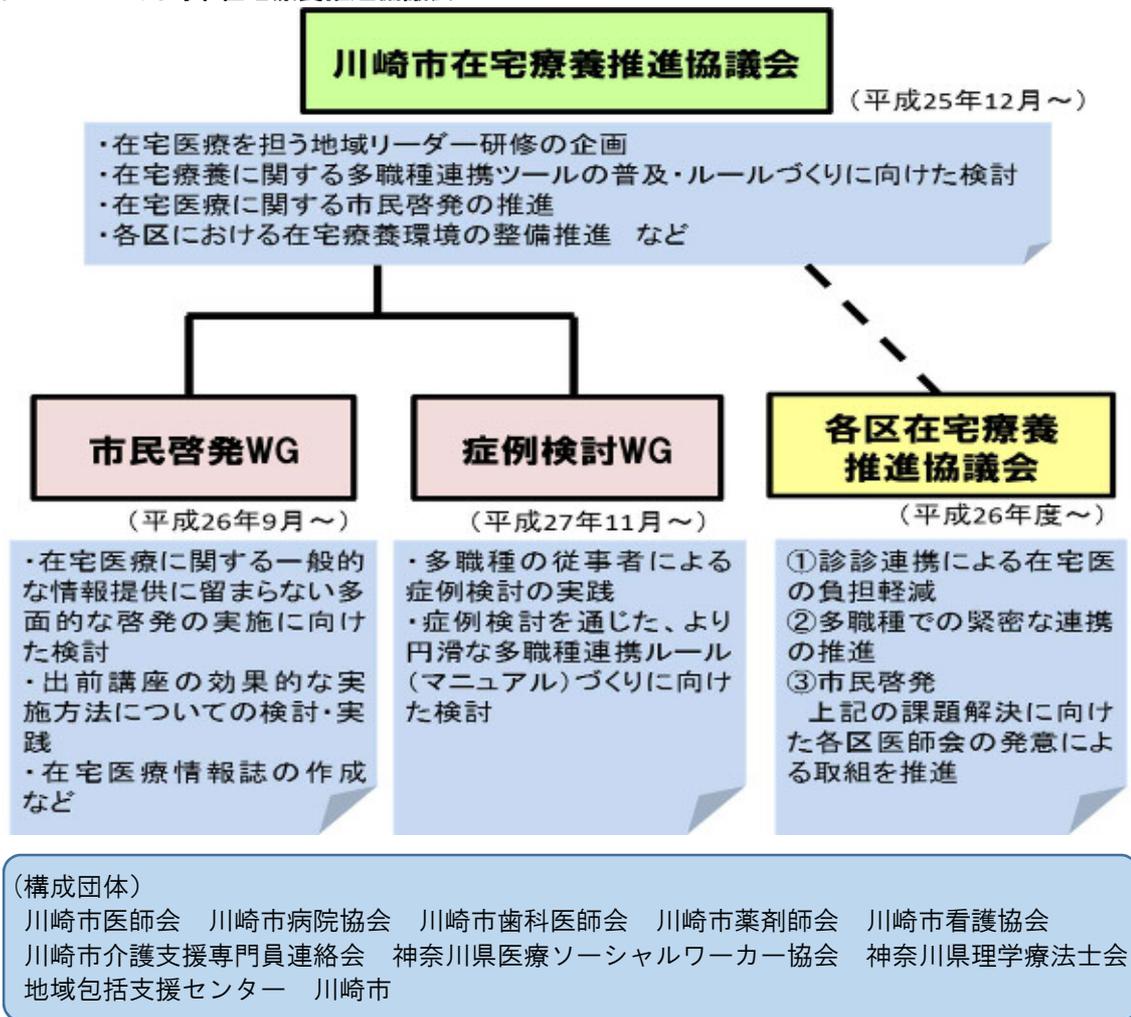


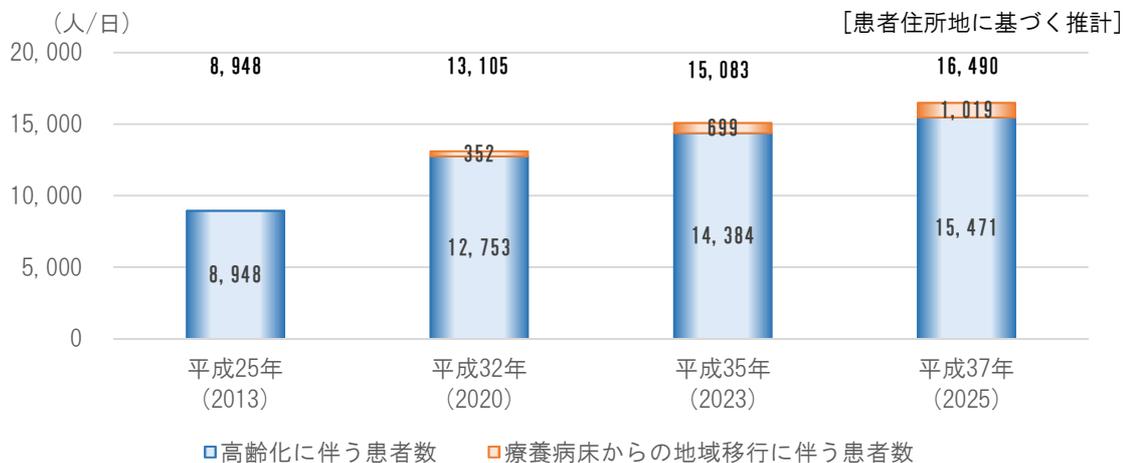
表6-2-2 各区における在宅療養推進協議会の取組状況(平成28(2016)年度)

区	取組の分類	取組の状況(概要)
川崎区	・多職種連携 ・市民啓発	行き届いた医療・介護サービスのあるまちづくりに向け、多職種連携会議を開催し、医療・介護従事者相互の業務理解を深め、その成果をワークショップとして広め、冊子にまとめるなど、啓発活動につなげる
幸 区	・多職種連携 ・市民啓発	多職種による誤嚥性肺炎の予防対策の研究会において、スキルアップセミナーや市民公開フォーラム、在宅医療の普及に向けた市民公開講座を開催
中原区	・多職種連携	多職種間で円滑な連携を図るため、多職種による協議会や勉強会、グループワーク等を行う「多職種による顔の見える関係会議」を開催
高津区	・多職種連携	これまで進めてきた在宅医療関係団体間での「顔の見える連携」から、さらに各専門職の独自性が発揮された事例検討会や関係団体代表者による連携会議を通じて、スキルアップを図り、介護の質の向上を図る
宮前区	・診診連携 ・多職種連携 ・市民啓発	多職種連携の ICT を通じた推進に向け、「在宅医療ホットライン」の運用、ICT の普及、「在宅医ネットよこはま」と共催の研究会、医療・介護関係者等による合同カンファレンスを開催
多摩区	・診診連携 ・多職種連携 ・市民啓発	在宅医療に加え、住民の健康と看取りの相談窓口及び連携を目標に多職種で設立した「チーム・たま」としての活動のほか、3部会(団体間連携強化部会・地域連携強化部会等)における報告会や研修会、講演会を開催
麻生区	・診診連携 ・多職種連携 ・市民啓発	在宅医療機関を増やしていくため、在宅医療に関する勉強会、多職種連携の会における意見交換、在宅医療の理解を広めるための市民フォーラムを開催

② 課題

- 医療と介護の連携をより円滑に進めるとともに、患者数の増加を踏まえた在宅医療体制(退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取り)を構築する必要があります(図6-2-6)。

図6-2-6 訪問診療を必要とする在宅療養者の推計



出典:神奈川県地域医療構想をもとに独自に算出

- 円滑な多職種連携を推進するため、在宅療養者について効果的・効率的な情報共有を図る必要があります。
- リハビリテーションにより在宅療養者の社会参加を促進するため、本市におけるリハビリテーションの提供状況を把握する必要があります。
- 住み慣れた地域で安心して医療を受けながら生活できるよう、医療的ケア児・家族に対する医療提供体制の整備が求められています。
- 在宅医療が終末期における選択肢の一つとなるよう、居宅や介護施設における看取りの提供状況を把握する必要があります。

③ 今後の取組

- 本市の実情に応じた医療と介護の連携を推進するため、引き続き、川崎市在宅療養推進協議会及び各区在宅療養推進協議会における取組を推進するとともに、在宅療養調整医師や在宅医療サポートセンターによる退院調整支援等を実施します。
- 在宅医療を必要とする患者数の増加を踏まえ、訪問診療を実施する病院・診療所を確保するため、かかりつけ医による在宅医療の提供など、新たに在宅医療を担う医師を育成するとともに、夜間・休日における後方支援機能の仕組みづくりを検討し、24時間365日対応の体制構築に向けた取組を進めます。
- 円滑な多職種連携を推進するため、引き続き、地域リーダー研修を開催するとともに、多職種間の効果的・効率的な情報共有に向け、ICTを活用したモデル事業等の取組を検討します。
- リハビリテーションの提供状況を把握するため、実態調査を実施するとともに、在宅医療・介護連携におけるリハビリテーション体制のあり方について検討します。
- 小児在宅療養者を含め、医療的ケア児及びその家族を地域で支えることができるよう、保健・医療・福祉・教育等の関係機関で構成する協議の場を設置し、医療的ケア児の実態を把握するとともに、在宅医療の視点からの支援策について検討します。
- 居宅や介護施設における看取りの実態調査を実施し、住み慣れた地域や自ら望む場で最期を迎えることができるよう、看取りの提供体制のあり方について検討します。

4 目標

① 在宅医療を必要とする患者数の増加への対応

指標	現状	中間評価	目標
	平成 25 年度 (2013)	平成 32 年度 (2020)	平成 35 年度 (2023)
訪問診療利用者数の増加	8,948 人	13,105 人 (352 人)	15,083 人 (699 人)

※ 下段()内の数値は再掲で、地域医療構想の追加的需要(療養病床からの地域移行分)に対する目標

② 地域リーダー研修受講者の増加

指標	現状	中間評価	目標
	平成 28 年度 (2016)	平成 32 年度 (2020)	平成 35 年度 (2023)
研修受講者数の増加(累計)	609 人	1,200 人以上	1,650 人以上

③ 効果的・効率的な多職種連携の推進(ICT 活用の検討)

平成 30 年度 (2018)	平成 31 年度 (2019)	平成 32 年度 (2020)	平成 33 年度 (2021)	平成 34 年度 (2022)	平成 35 年度 (2023)
●ICT の活用に向けた協議・検討		●モデル事業の実施及び検証	●本格実施(取組の推進)		

④ リハビリテーション体制のあり方の検討

平成 30 年度 (2018)	平成 31 年度 (2019)	平成 32 年度 (2020)	平成 33 年度 (2021)	平成 34 年度 (2022)	平成 35 年度 (2023)
●検討体制の構築	●実態の調査	●実態を踏まえた取組の検討	●取組の推進		

⑤ 医療的ケア児の支援の推進

平成 30 年度 (2018)	平成 31 年度 (2019)	平成 32 年度 (2020)	平成 33 年度 (2021)	平成 34 年度 (2022)	平成 35 年度 (2023)
●関係機関の協議の場の設置 ●実態の把握	●実態に基づく協議及び取組の検討	●取組の推進			

⑥ 看取りの提供体制のあり方検討

平成 30 年度 (2018)	平成 31 年度 (2019)	平成 32 年度 (2020)	平成 33 年度 (2021)	平成 34 年度 (2022)	平成 35 年度 (2023)
●実態の調査	●実態を踏まえた取組の検討	●取組の推進			

キーワード(用語の説明)

「医療的ケア児」…

日常生活を営むために人口呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要とする障害児のこと。

「情報通信技術(Information and Communication Technology:ICT)」…

情報処理・情報通信分野の関連技術の総称こと。

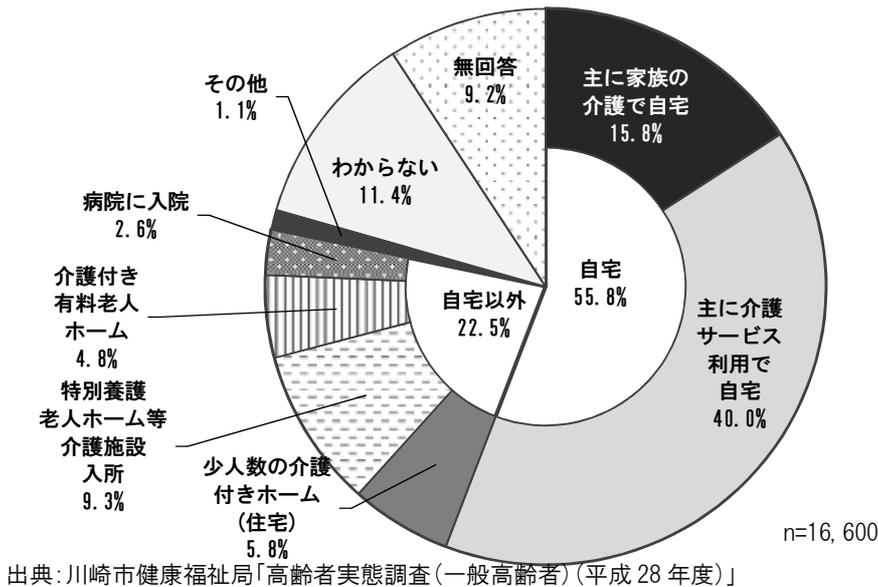
「診診連携」…

診療所間の連携のこと。在宅医療においては、24時間365日対応に向けて、訪問診療を実施する診療所間での連携を意味します。

(2) 介護サービス基盤の整備推進

- 今後増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズに対応するとともに、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けるため、多様な手法により特別養護老人ホーム*等の整備や地域密着型サービスの充実など、地域居住の実現に向けた介護サービス基盤の整備が求められています。
- また、地域医療構想の実現に向け、療養の場の地域移行が促進されていくことに伴い、介護施設等の整備により受け皿が必要となる患者数は、平成 32(2020)年度末時点で 62 人、平成 35(2023)年度末時点で 122 人と推計されています(108 ページ表6-2-1)。
- こうした需要に確実に対応するとともに、「川崎らしい都市型の地域居住の実現」に向け、本市では「かわさきいきいき長寿プラン」を策定し、「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり」及び「介護が必要となっても「かわさき」で暮らし続けられる支え合いのまちづくり」を基本目標に掲げ、地域居住の実現に向けた介護サービス基盤の整備に取り組んでいます。
- 平成 28(2016)年度に実施した本市調査の結果では、多くの高齢者が「介護が必要になった場合でも、家族に負担をかけずに自宅で暮らしたい」と望んでいることから、在宅生活を支えるための「居宅サービス」や「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「小規模多機能型居宅介護」、医療的ケアを加えた「看護小規模多機能型居宅介護」等の地域密着型サービスの充実、さらには、介護者の負担軽減のための「ショートステイ*」などの整備を進めていくことも重要となります(図6-2-7)。

図6-2-7 介護が必要になった場合の高齢者の意向



- さらには、特別養護老人ホームの入居申込者などの中には医療依存度の高い人も多いことから、こうした介護施設における医療依存度の高い人への対応も求められています。

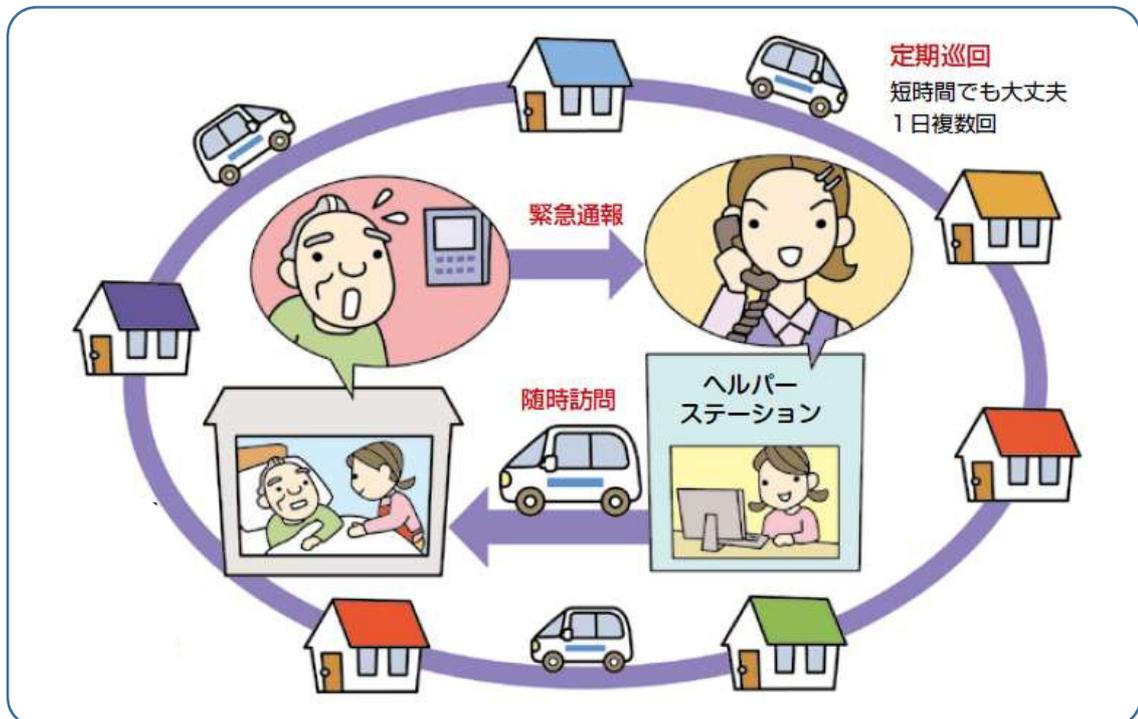
① 現状(これまでの取組)

- 介護が必要となっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、在宅生活を支える地域密着型サービスとして、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「(看護)小規模多機能型居宅介護」の整備を推進しています(表6-2-3及び図6-2-8～図6-2-10)。

表6-2-3 在宅生活を支える地域密着型サービス

区分	内容
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	医療ニーズが高い高齢者に対して、日中・夜間を通じて、「訪問介護」・「訪問看護」の両方を提供し、定期巡回及び随時の対応を行うサービスのこと
小規模多機能型居宅介護	在宅での生活継続を支援するため、要介護・要支援者の状態や希望に応じて、「通い」・「訪問」・「泊まり」を柔軟に組み合わせて対応するサービスのこと
看護小規模多機能型居宅介護	主に医療ニーズの高い高齢者に対して、地域・在宅における多様な療養生活を支援するため、「小規模多機能型居宅介護」に医療的ケアを提供する「訪問看護」の機能を加えたサービスのこと

図6-2-8 定期巡回・随時対応型訪問介護看護のイメージ



出典：一般社団法人 24 時間在宅ケア研究会「定期巡回・随時対応サービスのポイント」

図6-2-9 小規模多機能型居宅介護のイメージ

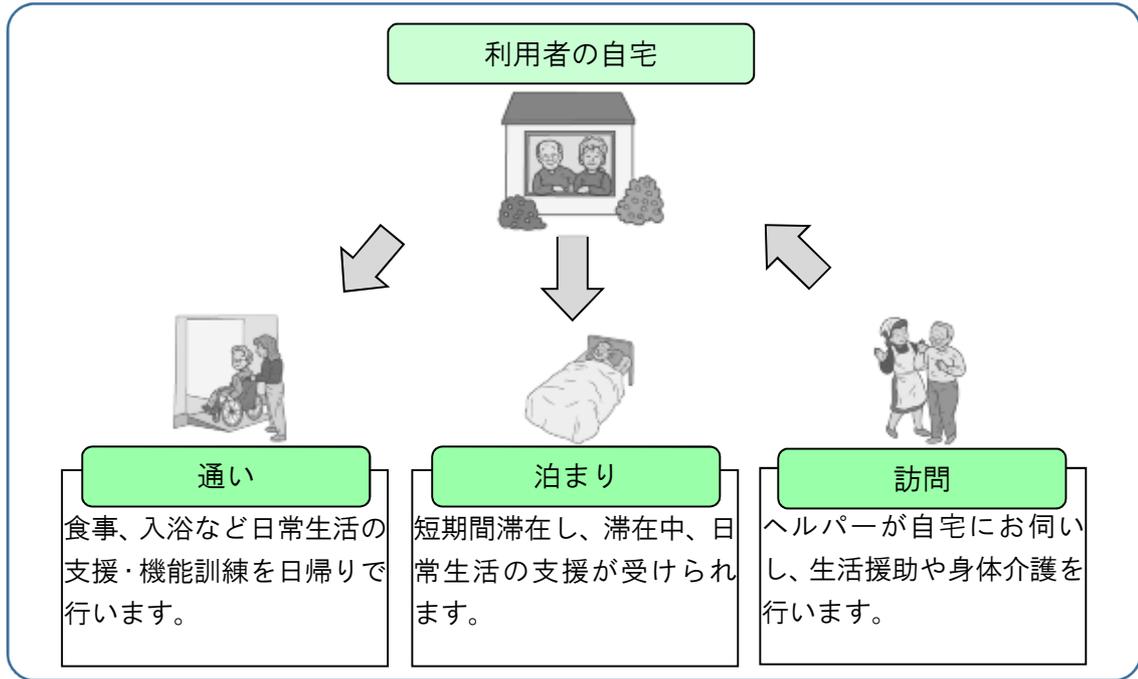
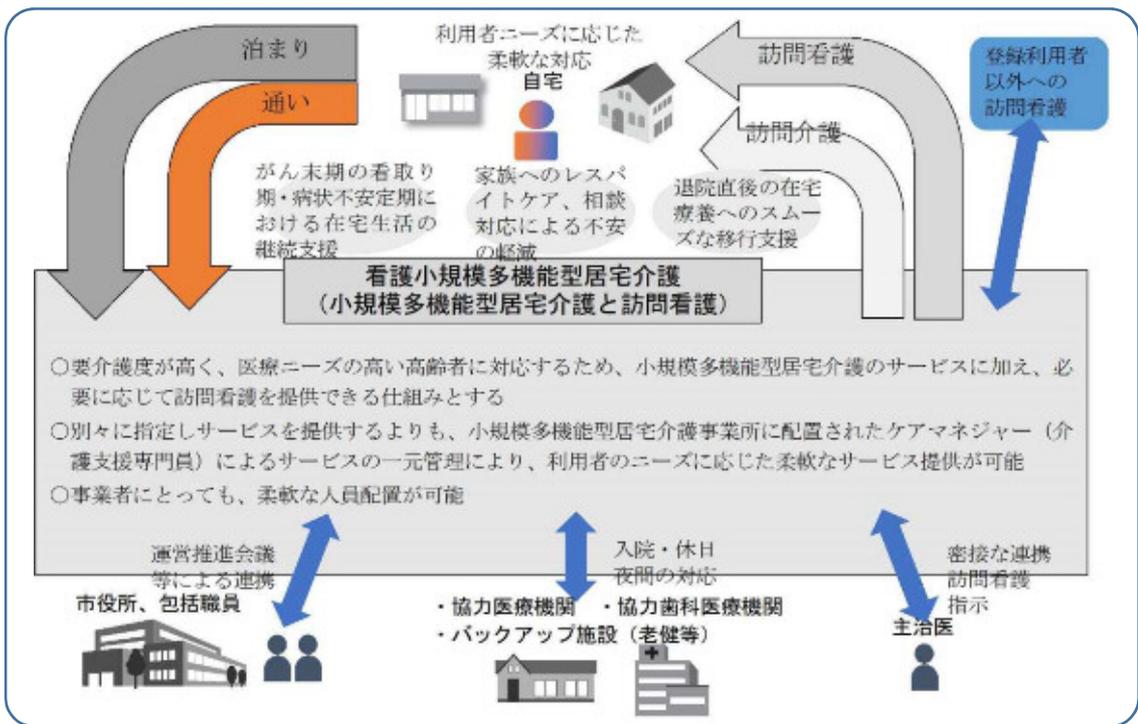
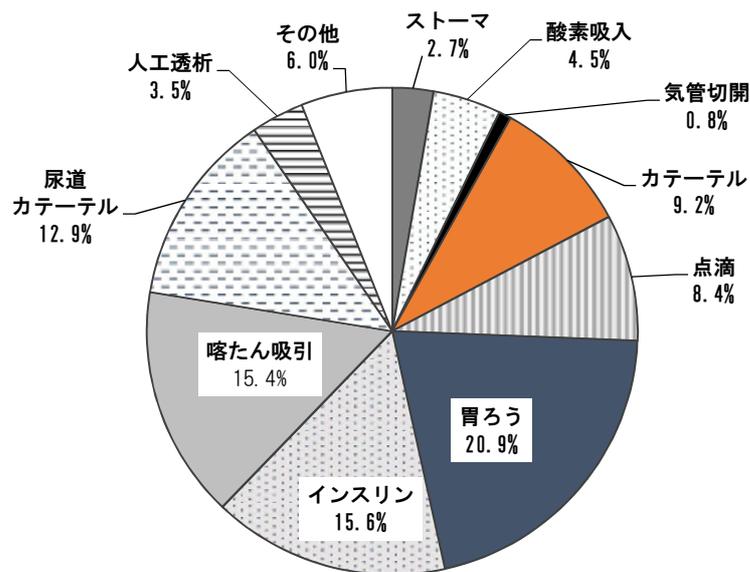


図6-2-10 看護小規模多機能型居宅介護のイメージ



- 自宅での生活が困難な高齢者のため、平成 30(2018)年 3月現在、特別養護老人ホーム延べ 54 施設(4,544 床)の整備を行いました。
- また、医療依存度の高い人への対応を図るため、特別養護老人ホームの整備にあたっては、胃ろう、経管栄養、喀たん吸引など、「医療的処置が必要な要介護高齢者を受け入れること」等を条件として整備を進めています(図6-2-11)。

図6-2-11 医療的ケアが必要な特別養護老人ホーム入居申込者の状況



出典：川崎市健康福祉局「高齢者実態調査（一般高齢者）（平成28年度）」

- 高齢者が安心して暮らせる住まいとして、「認知症高齢者グループホーム」や「介護付有料老人ホーム」、「サービス付き高齢者向け住宅」などの供給又は供給支援を行っています(表6-2-4)。

表6-2-4 高齢者が安心して暮らせる住まい

区分	内容
認知症高齢者グループホーム	比較的状态が安定している認知症高齢者に対して、共同生活の中で入浴・排せつ・食事等の日常生活上の世話や機能訓練などのサービスを提供する住まいのこと
介護付有料老人ホーム	入居者に介護・食事の提供・洗濯・掃除等の家事や健康管理などのサービスが提供される有料老人ホームのうち、介護保険が利用できる住まいのこと
サービス付き高齢者向け住宅	バリアフリー構造で、ケアの専門家による生活相談や24時間の安否確認が提供される住まいのこと

② 課題

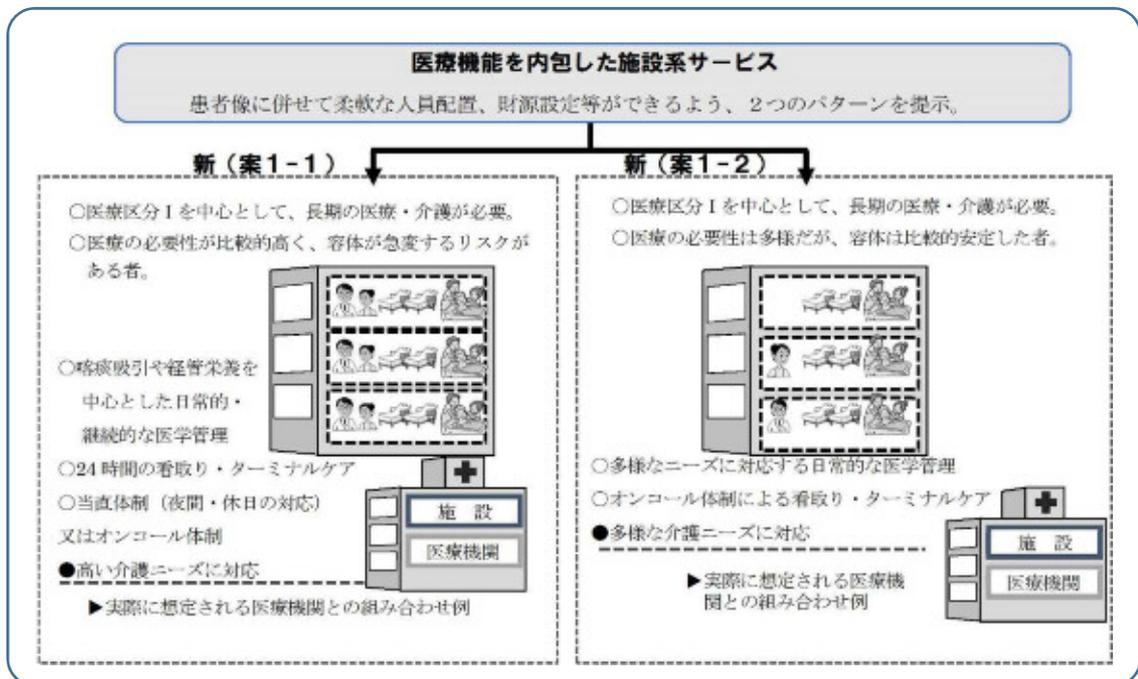
- 医療と介護の連携をより円滑に進めるとともに、地域医療構想を踏まえた介護サービス基盤の整備が必要です。
- 高齢者や介護者の多様なニーズに対応する介護サービスの提供が求められています。
- 認知症や医療依存度の高い高齢者、高齢障害者等への対応を含め、個々の状態に応じて住まいを選択できるよう、安心して暮らせる住まいの確保等が必要です。

- 既存の特別養護老人ホームの老朽化への対応が必要です。

③ 今後の取組

- 要介護3以上の中重度の要介護高齢者の在宅生活を支えるため、引き続き、地域密着型サービスの整備を推進します。
- 地域密着型サービスの整備にあたっては、地域バランスを考慮しながら、民有地を活用した整備に加え、市有地の活用について検討します。
- 特別養護老人ホームの整備にあたっては、引き続き、医療依存度の高い高齢者や高齢障害者等の受入れを推進するとともに、老朽化施設の再編整備に取り組みます。
- 介護付有料老人ホームの設置運営法人の選定にあたっては、医療的ケアの充実を公募要件に加えるなど、医療依存度が高い人であっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、居住環境の整備を図ります。
- 慢性期の医療・介護ニーズに対応するため、介護医療院の創設を検討します(図6-2-12)。

図6-2-12 介護医療院のイメージ



出典:厚生労働省「第369回中央社会保険医療協議会総会」資料をもとに作成

4 目標

① 在宅生活を支える地域密着型サービスの整備

指標	現状	目標
	平成29年度 (2017)	平成32年度 (2020)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備(累計)	21 施設	28 施設
小規模多機能型居宅介護の整備(累計)	48 施設	61 施設
看護小規模多機能型居宅介護の整備(累計)	10 施設	19 施設

※ 「第7期かわさきいきいき長寿プラン」の目標

※ 平成29(2017)年度の数値は見込値

② 介護施設等の整備

指標	現状	目標
	平成29年度 (2017)	平成32年度 (2020)
特別養護老人ホームの整備(小規模を含む)(累計)	4,544 床	5,134 床 (16 床)
介護老人保健施設*の整備(累計)	2,281 床	2,281 床 (46 床)
介護付有料老人ホームの整備(累計)	7,352 人	7,592 人

※ 「第7期かわさきいきいき長寿プラン」の目標

※ 平成29(2017)年度の数値は見込値

※ 下段()内の数値は再掲で、地域医療構想の追加的需要(療養病床からの地域移行分)に対する目標

※ 介護老人保健施設については第7期期間中の新規整備を行わず、稼働率の向上により対応

キーワード(用語の説明)

「特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)」…

常時介護を必要とし、家族等の生活環境により、自宅で生活することが困難な寝たきりや認知症の人を受け入れる役割を担う施設のこと。

「ショートステイ」…

在宅介護中の高齢者の心身の状況・症状に合わせて、介護者の負担軽減や一時的に介護ができない場合の対応を目的として、施設への短期入所により日常生活全般の介護を提供するサービスのこと。

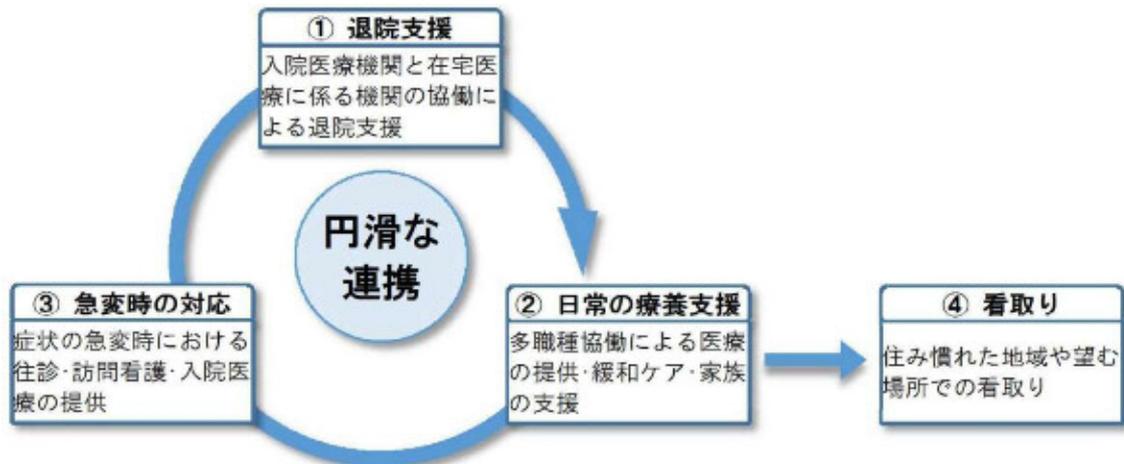
「介護老人保健施設」…

急性期の治療が終わり、症状が安定した状態にある人が在宅復帰のためのリハビリテーションによって在宅への復帰を目指すための施設のこと。

(3) 円滑な退院支援と急変時の対応

- 高齢化の進展に伴い、誰もが何らかの病気を抱えながら生活するようになる中、多くの人が自宅や住み慣れた環境での療養を望んでいます。
- また、平成 28(2016)年度に実施した本市調査の結果では、介護が必要になった場合においても、約 55%の人が「自宅で暮らしたい」と望んでいます(115 ページ図 6-2-7)。
- そのためには、患者の在宅復帰を目指して円滑な退院支援を実施するとともに、患者の症状が急変した場合には、往診や入院医療を提供するなど、可能な限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、日常の療養生活を支える体制の構築が求められています(図 6-2-13)。

図 6-2-13 円滑な退院支援と急変時の対応のイメージ



出典:厚生労働省「第 11 回医療計画の見直し等に関する検討会」資料をもとに作成

- なお、患者が安心して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続することができるよう、診療報酬及び介護報酬の双方において、病院や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等が実施する退院支援の取組を高く評価しています。

① 現状(これまでの取組)

- 円滑な退院支援の実施に向け、川崎市在宅療養推進協議会において、入院医療機関と在宅医療・介護を担う関係者との「顔の見える関係づくり」を推進するとともに、平成 29(2017)年度から退院支援に関する事例検討を行っています。

② 課題

- 高齢化の進展等に伴う在宅医療等を必要とする患者数の増加を踏まえ、施設から在宅への実現に向け、「退院支援」や「急変時における対応」の取組を強化する必要があります。

- 必要な患者情報を共有し、医療と介護の連携が円滑に図れるよう、入院医療機関の医療従事者と在宅医療を支える医療・介護従事者の意識合わせや、専門性・役割等の確認・共有をより一層進めることが必要です。
- 入院医療から在宅医療への移行が円滑に行われるよう、在宅療養中の急変時の対応など、日常の療養生活を支える仕組みを構築し、患者・家族の不安や負担を軽減する必要があります。

③ 今後の取組

- 引き続き、川崎市在宅療養推進協議会を開催し、入院医療機関と在宅医療・介護を担う関係者との「顔の見える関係づくり」を推進するとともに、円滑な退院支援の実施に向け、事例検討や関係機関との連携、退院調整に係る目安とすべき行動指針などを検討します(表6-2-5)。

表6-2-5 円滑な退院支援に向けた検討

検討内容
・地域の対応力に関する情報共有 ・退院支援に関する事例検討 ・ケアマネジャーとの連携 ・退院支援に係る関係機関との連携 ・地域の実情を踏まえた退院調整に係る行動指針の検討 など

- 急変時における往診・訪問看護の体制確保や在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所等との連携強化など、可能な限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、日常の療養生活を支える体制の仕組みづくりに取り組みます。

④ 目標

① 円滑な退院支援に向けた検討

平成30年度 (2018)	平成31年度 (2019)	平成32年度 (2020)	平成33年度 (2021)	平成34年度 (2022)	平成35年度 (2023)
●事例検討 ●円滑な退院支援に向けた取組の検討	●取組の推進				

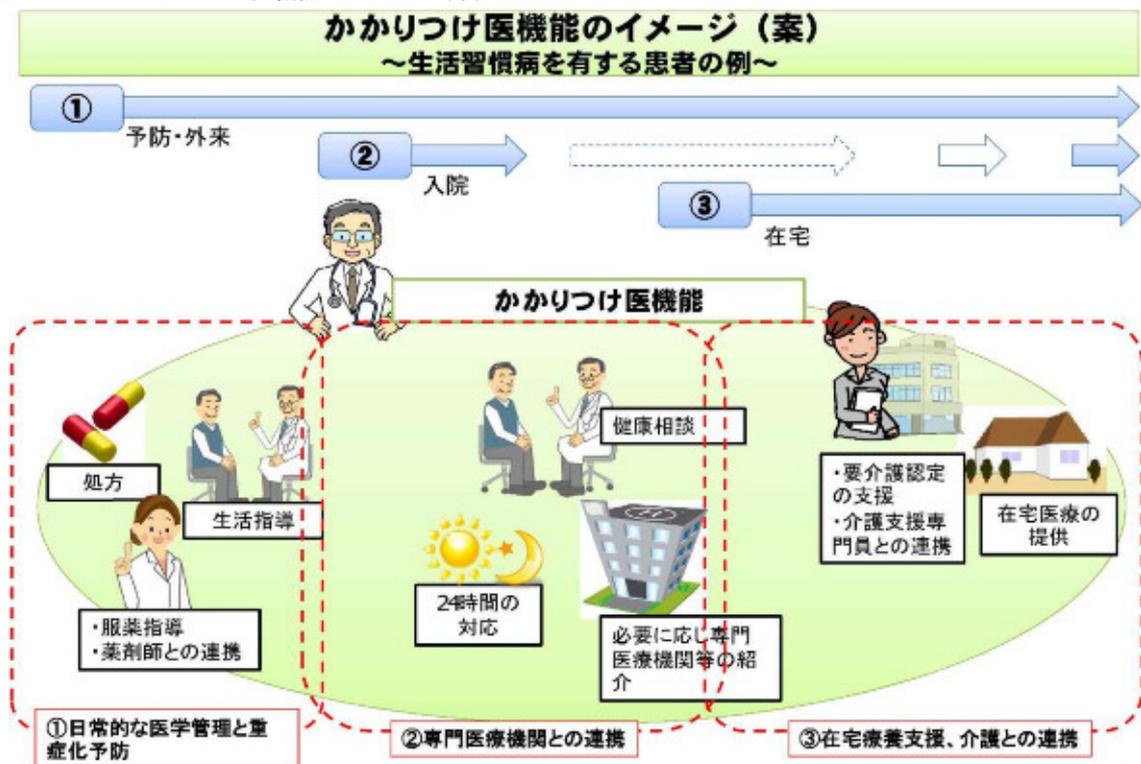
② 急変時の対応に係る体制の構築

平成30年度 (2018)	平成31年度 (2019)	平成32年度 (2020)	平成33年度 (2021)	平成34年度 (2022)	平成35年度 (2023)
●実態の調査	●実態を踏まえた取組の検討		●取組の推進		

(4) 在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発

- 在宅医療は、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、患者の日常生活を支える医療であり、今後増大する慢性期の医療ニーズの受け皿として、さらには看取りを含む医療提供体制の基盤としての役割が期待されています。
- 在宅医療を推進するためには、医療と介護の連携を図りながら、その体制構築や人材育成に取り組むとともに、「時々入院、ほぼ在宅」といった、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けながら受ける医療として、市民の正しい知識と理解が求められています。
- また、患者一人ひとりの状態に応じた適切な医療を受けるためには、日常の健康管理や体調の変化などを気軽に相談できる身近な「かかりつけ医」・「かかりつけ歯科医」・「かかりつけ薬剤師・薬局」を持つことも重要となります(図6-2-14)。

図6-2-14 かかりつけ医機能のイメージ(案)



出典：厚生労働省「第346回中央社会保険医療協議会総会」資料

- 今後、在宅医療等を必要とする患者の増加が見込まれていることから、在宅医療に関する正しい知識と理解が市民に浸透し、かかりつけ医等を持つことの意義が広まるよう、より一層の普及啓発に取り組んでいく必要があります。

① 現状(これまでの取組)

- 在宅医療に関する正しい知識と理解が浸透し、終末期における選択肢の一つとして認識されるよう、リーフレット「在宅医療 Q&A」や在宅医療情報誌「あんしん」を発行するとともに、町内会等への出前講座の実施や市民シンポジウムを開催しています(表6-2-6)。
- かかりつけ医を持つことの意義について、リーフレットの作成や市ホームページへの情報掲載を行っています。

表6-2-6 在宅医療市民シンポジウムの開催状況

開催	開催年月	テーマ
第1回	平成27(2015)年2月	基調講演:「在宅医療から考える地域包括ケアのまちづくり」 パネルディスカッション:「最期まで自分らしく暮らすために」
第2回	平成27(2015)年10月	基調講演:「最期まで自分らしく暮らすために」 パネルディスカッション:「わが家で暮らす！を支えます」
第3回	平成28(2016)年10月	基調講演:「住み慣れた地域で暮らし続けるために」 パネルディスカッション:「わが家で暮らす！を支えます～認知症の事例を通じて～」
第4回	平成29(2017)年11月	基調講演:「最期まで住み慣れた地域で暮らすために」 パネルディスカッション:「医療的ケアのある事例を通じて」

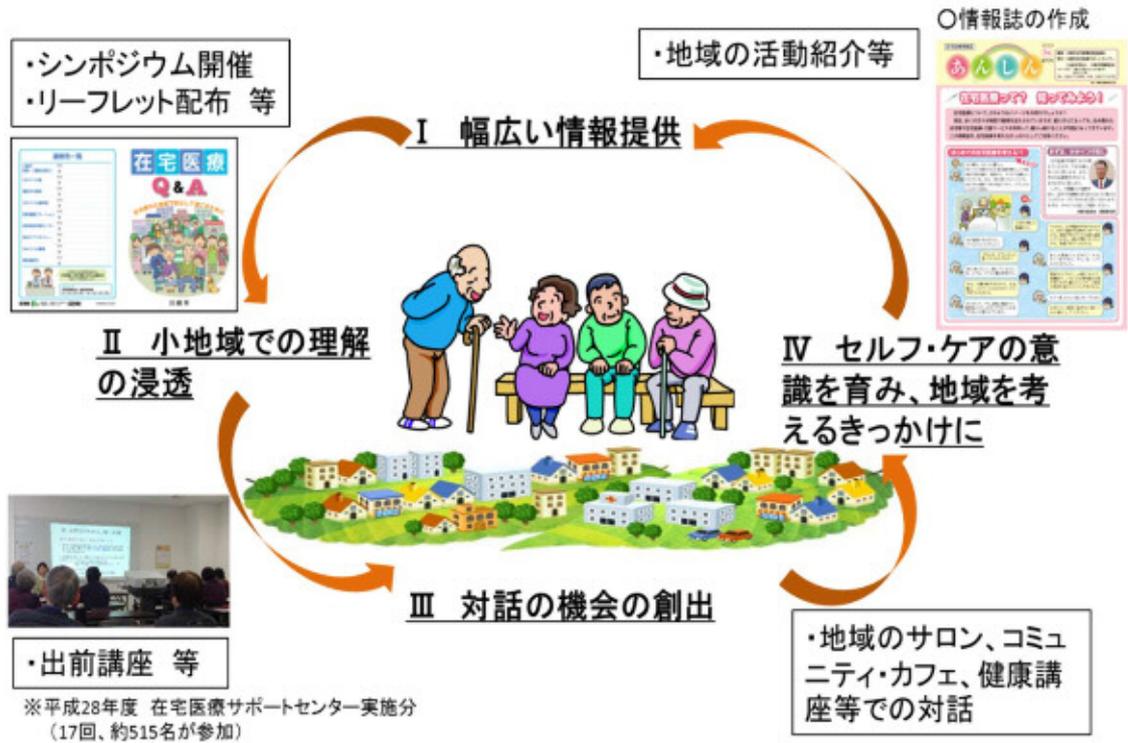
② 課題

- 在宅医療が終末期における選択肢の一つとなるよう、在宅医療の4つの機能(退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取り)について、市民の安心につながる分かりやすい情報提供が必要です。
- 患者一人ひとりの状態に応じた医療を提供できるよう、日頃から気軽に相談でき、健康管理などを行ってくれる「かかりつけ医」等を持つことについて、より一層の普及啓発が必要です。

③ 今後の取組

- 在宅医療に関する市民の疑問や誤解しやすい点を踏まえながら、引き続き、リーフレットの発行や出前講座、市民シンポジウムを開催し、安心して在宅医療を選択できるよう、患者の状態に応じて提供される在宅医療の機能について、分かりやすい情報提供を行います(図6-2-15)。
- かかりつけ医等の役割について、引き続き、リーフレットの作成や市ホームページ、各種イベント開催時の啓発などを行うとともに、川崎市医師会や川崎市歯科医師会、川崎市薬剤師会などの関係団体との連携を図りながら、かかりつけ医等を持つ市民の増加に向けて、効果的な普及啓発に取り組みます。

図6-2-15 在宅医療における市民啓発のイメージ



4 目標

① かかりつけ医がいる人の割合

指標	現状	中間評価	目標
	平成 28 年度 (2016)	平成 32 年度 (2020)	平成 35 年度 (2023)
かかりつけ医がいる人の割合の増加	59.5%	59.75%以上	60.5%以上

※ 休日急患診療所患者統計による数値

第3節 医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

- 将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を目指すためには、病床機能の確保・連携を進めるとともに、医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成が重要となります。
- 市内に勤務する医師・歯科医師・薬剤師数は、増加傾向にありますが、人口10万人対の人数は、薬剤師を除き、全国よりも低い数値となっています(35 ページ表2-6-4)。
- また、市内に勤務する看護職員数も増加傾向にありますが、人口10万人対の人数は、同様に全国の数値よりも低い状況です(36 ページ表2-6-5)。
- 医療従事者の確保・養成にあたっては、神奈川県全体の取組との連携を図りながら、次の施策に取り組みます。
- なお、現在、国においては「医療従事者の需給に関する検討会」を設置し、将来の医療需要を踏まえた「医療従事者の需給見通し」を策定するための検討を進めていることから、当該需給見通しの策定後に、必要に応じて施策の見直しを行います。

施策の体系

基本目標Ⅰ 地域での暮らしを支える医療提供体制の構築

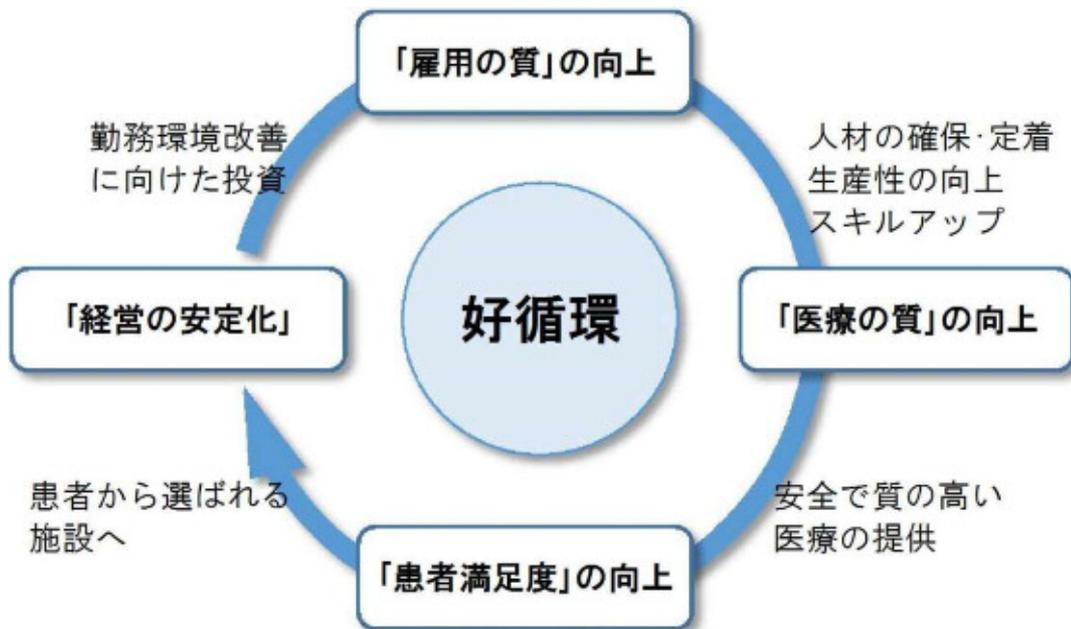
施策Ⅰ-3 医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

- (1) 働きやすい勤務環境づくりの支援 (P127~)
- (2) 看護職員の新規養成・定着促進・再就業支援 (P130~)
- (3) 病床機能の確保・分化に伴い必要となる医療従事者の確保 (P137)
- (4) 在宅医療を担う人材の育成 (P138~)

(1) 働きやすい勤務環境づくりの支援

- 全国的に医療人材の確保が課題となっている状況において、医療機関等に勤務する医療従事者が意欲を持ち、その能力を最大限に発揮できるよう、働きやすい勤務環境づくりの推進が求められています。
- そのため、国は、平成 26(2014)年 10 月施行の改正医療法に基づき、「医療機関が PDCA サイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み(以下「勤務環境マネジメントシステム」という。)」を創設するとともに、医療機関が自主的に勤務環境の改善に取り組めるよう、その取組を支援するガイドラインを策定しました。
- 勤務環境の改善は、医療従事者の勤務負担の軽減や働きがいの向上につながり、「雇用の質の向上」・「医療の質の向上」・「患者満足度の向上」・「経営の安定化」といった好循環が期待されます(図 6-3-1)。

図 6-3-1 医療勤務環境改善の好循環(イメージ)



出典:厚生労働省「勤務環境改善の意義」をもとに作成

- また、神奈川県は、医療従事者の離職防止や定着促進、医療安全の確保等を図るため、平成 27(2015)年 1 月、勤務環境の改善を支援する拠点として「神奈川県勤務環境改善支援センター」を開設し、勤務環境の改善に取り組む医療機関からの相談に対して専門的な支援を行っています。

ア 医療従事者の働き方サポート

① 現状(これまでの取組)

- 神奈川県医療勤務環境改善センターによる専門的な相談窓口や勤務環境改善のための研修等の情報を発信しています。
- 看護職員が自身の持つ能力を最大限に発揮できる環境づくりのため、川崎市看護協会の相談事業や研修事業等の実施を支援しています。

② 課題

- 厚生労働省の「病院等の勤務環境に関するアンケート調査(平成 28(2016)年度)」によると、働き方・休み方の改善が図られたとする結果が出されている一方で、当直明けの勤務者への配慮などを求める声があることから、さらに勤務環境の改善に取り組む必要があります。
- 命を扱う医療従事者には、高い緊張感の中、高度なスキルと正確な処置が求められるため、勤務実態を踏まえ、精神的・肉体的に負担を緩和できる環境づくりを進める必要があります。

③ 今後の取組

- 看護職員を対象とした相談事業・研修事業等を活用しながら、医療従事者同士の連携をはじめ、医療機関間の支え合いなど、働き方をサポートできる仕組みの構築について検討します。
- 働き方改革の一環として、ワークライフバランスのとれた職場環境の構築に向けて、情報発信や普及啓発に努めます。
- 本市医療機関における勤務環境改善を推進するため、神奈川県医療勤務環境改善支援センターと連携した取組について検討します。

イ 院内保育事業の運営支援

① 現状(これまでの取組)

- 神奈川県と協調し、子どもを持つ医療従事者の離職防止及び再就職の促進を図るため、一定の基準を満たす院内保育所*を設置する医療機関に対して、当該保育所の運営を支援しています(表6-3-1)。
- また、夜間勤務の場合や子どもが病気になった時にも対応できる24時間保育や病児等保育を実施している医療機関には、上乘せ支援を行っています。

表6-3-1 川崎市内における院内保育所に対する運営支援の実態 (施設)

区分	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2017)	平成28年度 (2016)
院内保育所	12	14	16	17	17
(再掲)24時間保育	7	7	9	10	10
(再掲)病児等保育	1	2	2	2	1

出典:川崎市健康福祉局調べ

② 課題

- 院内保育所の運営支援にあたっては、市内の保育所整備や医療従事者の保育ニーズ等の状況を把握しながら、効果的に支援制度を運用する必要があります。
- 夜勤を含む医療従事者の勤務特性を踏まえ、24時間保育や病児等保育の実施など、子どもを持つ医療従事者がより働きやすくなるよう、院内保育環境の充実化が求められます。

③ 今後の取組

- 医療従事者が仕事と子育てを両立し、安心して業務に従事できる勤務環境の構築を図るため、引き続き、医療機関に設置する院内保育所に対する運営支援を行います。
- また、院内保育所の運営は、医療機関の財政的な負担が大きいことを踏まえ、神奈川県との支援制度と歩調を合わせながら、院内保育所整備の推進及び充実化を図るための検討を進めます。
- 国(内閣府)が実施する「企業誘導型保育事業*」など、他の実施主体による事業所内保育所の運営支援についても情報発信し、一層の支援体制の充実化を図ります。

キーワード(用語の説明)

「院内保育所」…

勤務する医療従事者のために医療機関が設置する保育施設のこと。

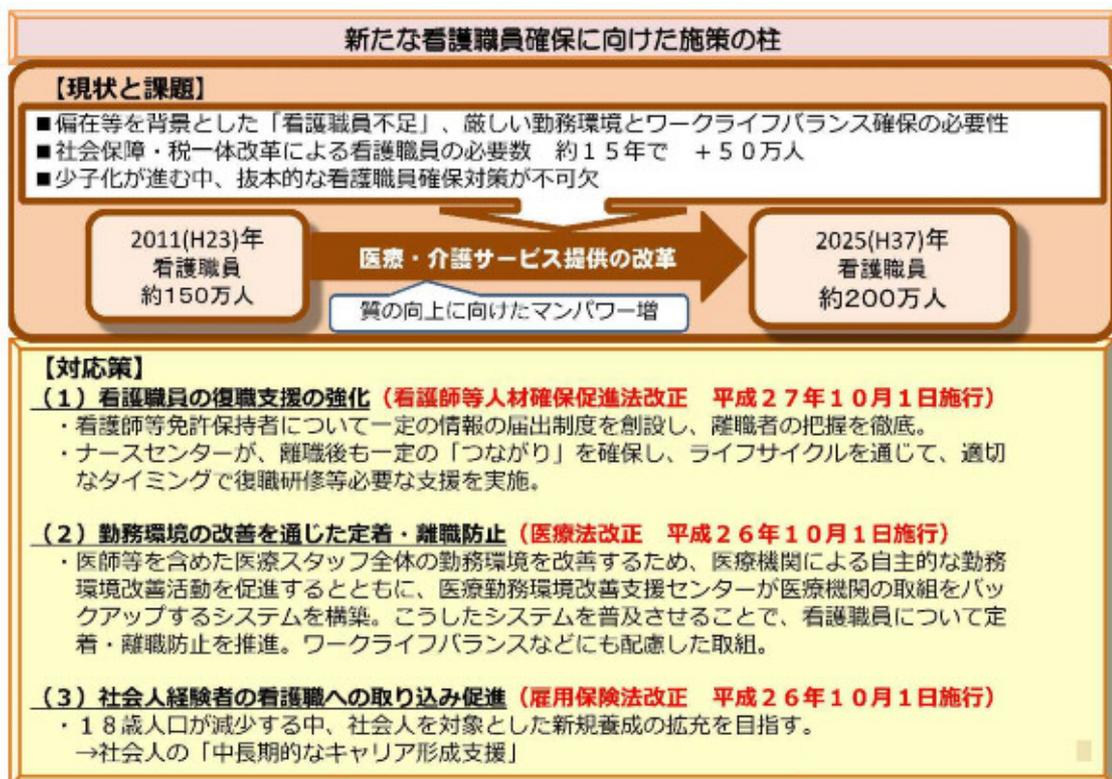
「企業誘導型保育事業」…

企業が従業員のための保育施設を設置する場合に費用の助成を行う制度のこと。

(2) 看護職員の新規養成・定着促進・再就業支援

- 看護職員とは、「保健師」・「助産師」・「看護師」・「准看護師」の総称のことで、国の「社会保障と税の一体改革」における推計(平成 25(2013)年)では、団塊の世代が後期高齢者となる平成 37(2025)年には、看護職員は約 200 万人必要になるとされています。
- 国は、必要となる看護職員を着実に確保するため、平成 26 年 6 月に公布された医療介護総合確保推進法に基づき、「復職支援」及び「定着促進(離職防止)」に取り組んでいます(図 6-3-2)。

図 6-3-2 国における新たな看護職員確保に向けた施策の柱



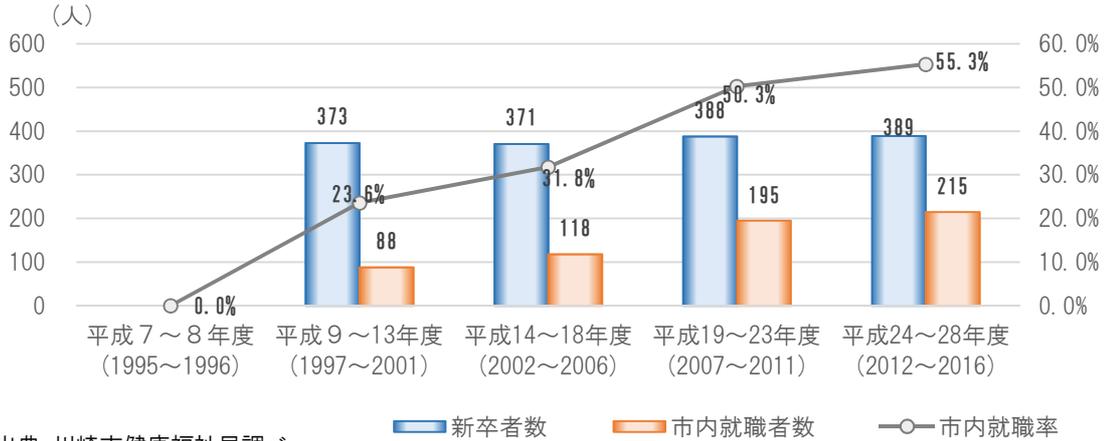
- 市内に勤務する看護職員数は、准看護師を除き、増加傾向にあります。人口 10 万人対の人数は、全国よりも低い数値となっていることから、本市では、「新規養成(養成促進)」・「定着促進(離職防止)」・「再就業支援」の 3 つを柱に、看護職員確保対策を推進しています(36 ページ表 2-6-5)。
- なお、現在、国が設置する「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」において、将来の医療需要を踏まえた新たな見通しの検討が進められています。

ア 看護職員の新規養成(養成促進)

① 現状(これまでの取組)

- 平成7(1995)年4月に「市立看護短期大学(1学年定員80人)」を設置し、短期間(3年間)で看護師を養成できるメリットを活かし、市内の医療機関等に看護人材を供給しています(図6-3-3)。

図6-3-3 市立看護短期大学新卒者の市内就職状況

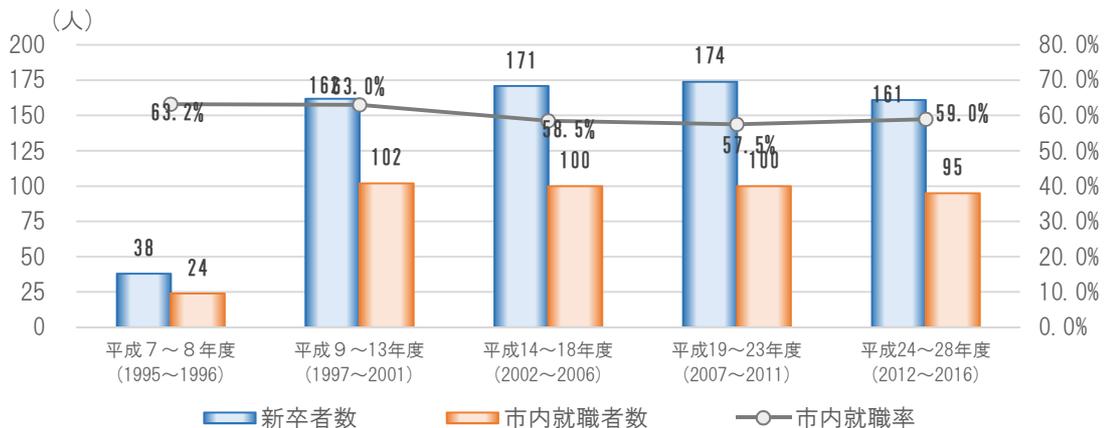


出典:川崎市健康福祉局調べ

※「平成7~8年度」は設立直後のため卒業者は存在せず

- また、同年4月に本市の出資法人である川崎市看護師養成確保事業団が「川崎看護専門学校(1学年定員40人)」を設立し、准看護師を看護師に育成するとともに市内の医療機関等に看護人材を供給しており、その学校運営を支援しています(図6-3-4)。

図6-3-4 川崎看護専門学校新卒者の市内就職状況



出典:川崎市健康福祉局調べ

※「平成7年度」は設立直後のため卒業者は存在せず

- さらに、市内において、3年間で看護師を養成する「聖マリアンナ医科大学看護専門学校(1学年定員80人)」及び准看護師を看護師に育成する「高津看護

専門学校(1学年定員40人)の運営を支援しています。

- 看護師等修学資金制度を運用し、看護師資格の取得後、市内の医療機関に勤務しようとする看護学生に対して、修学の支援を行っています。
- 市立看護短期大学奨学金制度を運用し、同短期大学の学生で、経済的理由のため修学が困難な者に対して支援を行っています。
- 併せて、市内の関係団体が実施する看護職員の養成促進に関する事業を支援しています(表6-3-2)。

表6-3-2 看護職員の養成促進に関する支援事業

事業名	支援対象
看護師養成所運営費補助事業	看護師養成の充実を図るため、市内の聖マリアンナ医科大学看護専門学校及び高津看護専門学校の運営を支援
看護師充足対策(一日看護体験)事業	市内の病院が実施する看護体験事業を支援
川崎市ナースングセンター事業	川崎市看護協会が実施するナースングセンター事業(相談窓口・各種研修・就業促進・潜在的看護職員の掘り起し・再就業支援)を支援

② 課題

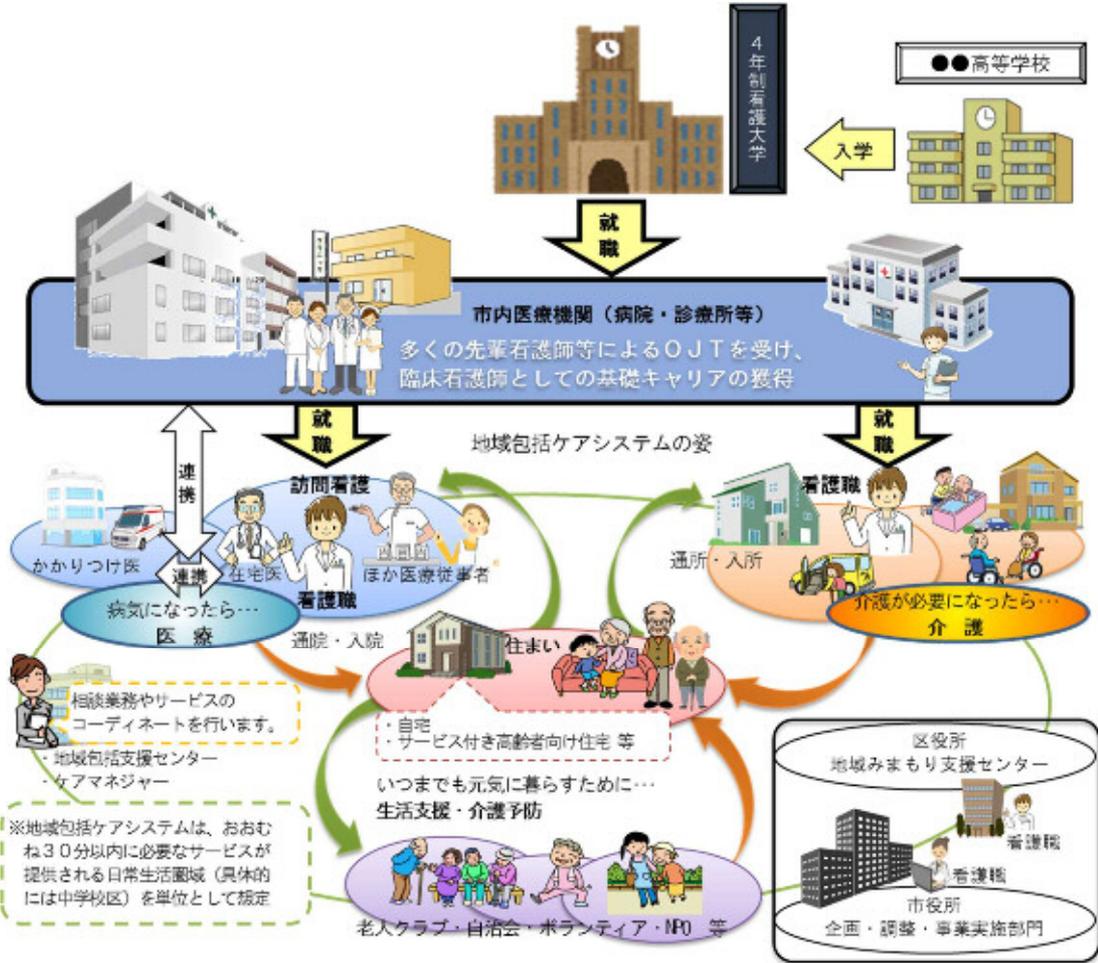
- 地域包括ケアシステムの構築に向け、医療依存度の高い人を含め、誰もが住み慣れた場所や望む場所で暮らし続けることができるよう、円滑な多職種連携のもと、知識・技術・経験を有し、地域で医療・介護現場などで活躍できる看護人材を養成していく必要があります。
- 自衛隊横須賀病院准学院を除く、神奈川県内の准看護学校の閉校に伴い、准看護師を看護師に育成する川崎看護専門学校の入学者の確保が困難な状況となっています。
- 国においては、将来の医療需要を踏まえた新たな看護職員の需給見通しの検討を進めていることから、看護職員の養成にあたっては、当該見通しを勘案する必要があります。

③ 今後の取組

- 医療の進歩に伴う高度化・多様化への的確な対応や、地域包括ケアシステムを支える質の高い看護人材を安定的に確保・養成するため、市立看護短期大学の4年制大学化に向けて取組を進めます(図6-3-5)。
- 川崎看護専門学校について、同校が果たしてきた実績や看護教育ノウハウを踏まえ、市立看護短期大学の4年制大学化に向けた取組に併せて見直しを図ります。

- 市内に勤務する看護職員を安定的に確保するため、引き続き、看護師等修学資金制度等の運用や、市内の関係団体が実施する看護職員の養成促進事業の支援を行います。

図6-3-5 市立看護短期大学の4年制大学化のイメージ



4 目標

① 市立看護短期大学の4年制大学化

平成30年度 (2018)	平成31年度 (2019)	平成32年度 (2020)	平成33年度 (2021)	平成34年度 (2022)	平成35年度 (2023)
●基本計画の策定	●国との事前協議	●設置申請及び審査		●開学 ●学校運営	

② 市立看護短期大学新卒者の市内就業率の向上

指標	現状	中間評価	目標
	平成28年度 (2016)	平成32年度 (2020)	平成35年度 (2023)
市内の医療機関等への就業率の向上	50.7%	59.1%	67.5%

イ 看護職員の定着促進(離職防止)

① 現状(これまでの取組)

- 看護師等修学資金制度を運用し、看護師資格の取得後、市内の医療機関に勤務しようとする看護学生に対して、修学の支援を行うとともに、一定の期間、市内の医療機関で勤務した者に対して、修学資金の返済を免除しています(表6-3-3)。

表6-3-3 川崎市看護師等修学資金制度の状況 (件)

区分	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)
新規貸付	21	17	21	21	16
返済猶予	12	21	20	17	25
返済免除	14	13	16	13	12

出典:川崎市健康福祉局調べ

- ※「新規貸付」「返済猶予」「返済免除」は各年度に決定した件数(対象者は異なる)
- ※「返済猶予」は、新たに市内の医療機関へ勤務したことにより返済を猶予した件数
- ※「返済免除」は、一定の期間、市内の医療機関に勤務したことにより返済を免除した件数

- 川崎市ナースセンターを設置し、看護なんでも相談や新人看護職員研修など、川崎市看護協会が実施するナースセンター事業を支援しています。
- 神奈川県と協調し、子どもを持つ医療従事者の離職防止及び再就職の促進を図るため、一定の基準を満たす院内保育所を設置する医療機関に対して、当該保育所の運営を支援しています(128 ページ「第6章第3節(1)イ」参照)。

② 課題

- 本市における病院に勤務する看護職員(常勤)の離職率は、神奈川県全体の数値よりも高い状況にあるため、引き続き、離職防止に取り組む必要があります(表6-3-4)。

表6-3-4 神奈川県における病院に勤務する看護職員の離職状況(平成27(2015)年度)

横浜市	川崎市	相模原市	横須賀 ・三浦	湘南	県央	県西	神奈川県
14.5%	15.3%	13.0%	13.3%	13.4%	13.1%	11.0%	14.0%

※ 離職率は神奈川県「病院看護職員就業実態調査(平成27年度)」の数値

③ 今後の取組

- 市内に勤務する看護職員の定着を促進するため、引き続き、看護師等修学資金制度の運用や医療機関に設置する院内保育所に対する運営支援、川崎市看護協会が実施するナースセンター事業の支援を行います。

- また、川崎市看護協会や医療機関と連携して、離職理由の実態を把握するとともに、離職率の改善に向けた効果的な取組について検討します。

4 目標

① 市内就業看護師の離職率の減少

指標	現状	中間評価	目標
	平成 28 年度 (2016)	平成 32 年度 (2020)	平成 35 年度 (2023)
市内病院の常勤看護職員の離職率の減少	15.5%	14.1%	減少

※ 離職率は神奈川県「病院看護職員就業実態調査」の数値

ウ 看護職員の再就業支援

① 現状(これまでの取組)

- 川崎市ナースングセンターを設置し、再就業のための情報提供やハローワークと連携した就業斡旋、看護ジョブフォーラム*、未就業看護師等復職支援研修など、川崎市看護協会が実施するナースングセンター事業を支援しています。
- 神奈川県と協調し、子どもを持つ医療従事者の離職防止及び再就職の促進を図るため、一定の基準を満たす院内保育所を設置する医療機関に対して、当該保育所の運営を支援しています(128 ページ「第6章第3節(1)イ」参照)。
- 潜在的な看護職員について、離職後も一定のつながりを確保し、求職者になる前から効果的・総合的な支援を実施できるよう、神奈川県看護協会と連携して、離職時における神奈川県ナースセンターへの届出制度(以下「看護師等免許保持者の届出制度*」という。)の周知を行っています。

② 課題

- 看護師等免許所持者の届出制度の周知及び届出勧奨を行うとともに、当該データを活用して、市内における潜在的な看護職員の状況を把握することが必要です。
- 潜在的な看護職員が円滑に復職できるよう、ニーズに合ったきめ細やかな再就業支援に取り組む必要があります。

③ 今後の取組

- 潜在的な看護職員の円滑な復職を支援するため、引き続き、医療機関に設置する院内保育所に対する運営支援や川崎市看護協会が実施するナースングセンター事業の支援を行います。
- 神奈川県看護協会や川崎市看護協会と連携して、看護師等免許所持者の届出

制度の周知及び届出勧奨を継続するとともに、市内における潜在的な看護職員の状況を分析し、効果的な再就業支援の取組について検討を進めます。

- 市立看護短期大学の4年制大学化について、再就業支援の充実化に向けて求められる役割や機能を含め、検討を進めます。

キーワード(用語の説明)

「看護ジョブフォーラム」…

看護師資格を活かせる場の情報提供や看護師の働き方の相談などのため、潜在看護師や看護学生等を対象に川崎市看護協会が実施する集会のこと。病院・訪問看護ステーション・老人福祉施設等の活躍の場の説明や就業相談等を行っています。

「看護師等免許保持者の届出制度」…

看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づき、看護師等の仕事に就いていない免許保持者に、氏名や連絡先などの情報を都道府県ナースセンターに届け出てもらう制度のこと。都道府県ナースセンターは、届出情報をもとに職業紹介や復職に向けた研修・相談などの就業支援を行います。

(3) 病床機能の確保・分化に伴い必要となる医療従事者の確保

- 今後高齢社会が一層進む中で、人口の構造変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するためには、将来の医療需要を踏まえた病床機能の確保・分化を進めるとともに、医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成が重要となります。
- また、医療従事者には、高度急性期・急性期・回復期・慢性期のそれぞれの機能に応じて、適正かつ円滑に医療を提供することが求められます。
- 神奈川県地域医療構想においては、川崎地域の将来推計として、回復期及び慢性期の病床機能の不足が見込まれていることから、これらの病床機能に対応した医療従事者の確保・養成に取り組む必要があります(65 ページ表4-3-5)。

① 現状(これまでの取組)

- 神奈川県全体の取組との連携を図りながら、医師・看護職員・リハビリテーション専門職など、病床機能を支える医療従事者の確保・養成に取り組んでいます。

② 課題

- 大幅な不足が見込まれる回復期を中心に病床機能を支える医療従事者を確保・養成する必要があります。

③ 今後の取組

- 病床機能に応じた看護業務を行うことのできる看護職員を養成するため、関係団体との連携により、必要な技術等を習得するための研修機会の拡充を図ります。
- 市立看護短期大学の4年制大学化について、病床機能に応じた看護職員の確保に向けて求められる役割や機能を含め、検討を進めます。
- 引き続き、神奈川県全体の取組との連携を図り、医師・看護職員・リハビリテーション専門職など、医療従事者の確保・養成に努めます。

(4) 在宅医療を担う人材の育成

- 今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、在宅医療はその受け皿として、さらには看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されています。
- 神奈川県地域医療構想においては、川崎地域の将来推計として、在宅医療等を必要とする患者の増加が見込まれていることから、在宅医療を担う人材の育成が求められています(66 ページ表4-3-6)。
- また、在宅医療では、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りといった患者の状態に応じて、多職種連携により対応する必要があることから、医師・歯科医師・薬剤師・看護職員・ケアマネジャーなど、在宅医療を担う様々な職種の確保・養成に取り組む必要があります。

ア 在宅医療を担う医師の育成

① 現状(これまでの取組)

- 川崎市医師会において「在宅医連絡協議会」を設置し、在宅医療の推進を図るため、在宅医の意見交換や訪問診療の同行研修を実施しており、本市では、在宅医の負担軽減に向けて、連携のルールづくりや在宅療養調整医師によるコーディネートなど、多職種連携によるチーム医療を推進しています。
- 平成 25(2013)年度から、市内で新たに開業する医師や在宅医療に関心のある医師が新たに在宅医療に取り組めるよう、多職種を対象とした「在宅チーム医療を担う地域リーダー研修(以下「地域リーダー研修」という。)」を開催しています(表6-3-5)。

表6-3-5 地域リーダー研修の実施状況

区分	開催日	受講者数
第1回	平成 26(2014)年 2月 9日	150人(うち医師 30人)
第2回	平成 27(2015)年 3月 8日	158人(うち医師 30人)
第3回	平成 28(2016)年 2月 21日	147人(うち医師 26人)
第4回	平成 29(2017)年 2月 5日	154人(うち医師 27人)

② 課題

- 在宅医療等を必要とする患者の増加を踏まえ、新たに在宅医療を担う医師を育成する必要があります。
- 在宅医療の 24 時間 365 日体制の充実に向けて、多職種連携を一層推進するとともに、在宅医の負担が過重とならないよう、在宅医療に取り組みやすい環

境の整備が求められています。

③ 今後の取組

- 在宅医療等を必要とする患者の増加に対応するため、新たに在宅医療を担う医師の育成に向けて、川崎市医師会等と連携を図りながら、在宅医養成研修など、必要となる取組を検討します。
- 夜間・休日対応等の在宅医の負担軽減に向けて、在宅療養調整医師を推進役とした開業医のネットワークづくりを進めます。
- 引き続き、地域リーダー研修を実施し、在宅医療に取り組む医師の裾野を広げるとともに、医療と介護の連携を推進し、多職種によるチームとして在宅医療を担う医師を育成します。

④ 目標

① 新たに在宅医療を担う医師の育成に向けた取組の検討

平成 30 年度 (2018)	平成 31 年度 (2019)	平成 32 年度 (2020)	平成 33 年度 (2021)	平成 34 年度 (2022)	平成 35 年度 (2023)
●関係団体等 との協議・検討	→	●取組の推進	→	→	→

② 開業医のネットワークづくりに向けた取組の検討

平成 30 年度 (2018)	平成 31 年度 (2019)	平成 32 年度 (2020)	平成 33 年度 (2021)	平成 34 年度 (2022)	平成 35 年度 (2023)
●協議・検討	●取組の推進	→	→	→	→

③ 地域リーダー研修受講医師の増加

指標	現状	中間評価	目標
	平成 28 年度 (2016)	平成 32 年度 (2020)	平成 35 年度 (2023)
研修を受講する医師数の増加(累計)	113 人	230 人	320 人

イ 在宅医療を担う歯科医師等の育成

① 現状(これまでの取組)

- 訪問歯科診療の技術習得や地域における一般歯科診療所の対応力向上を図るため、歯科医師・歯科衛生士等(以下「歯科医師等」という。)を対象に、川崎市歯科医師会が実施する歯科診療研修事業を支援しています。

② 課題

- 在宅医療等を必要とする患者の増加や周術期口腔機能管理*に対するニーズを踏まえ、誤嚥性肺炎*の発症を予防するとともに、在宅療養生活においても口腔機能を維持又は改善できるよう、引き続き、口腔ケア*や訪問歯科診療、周術期口腔機能管理に取り組む歯科医師等を育成する必要があります。
- 認知症高齢者や障害者でも、身近な地域で歯科診療を受診できるよう、一般歯科診療所の対応力をさらに向上させる取組が必要です。
- 高齢化の進展に伴い認知症高齢者や疾患を有する高齢者の増加が見込まれるため、医師や看護職員など、歯科医師等と多職種との連携を強化する必要があります。

③ 今後の取組

- 在宅医療等を担う歯科医師等を育成するため、引き続き、川崎市歯科医師会が実施する歯科診療研修の支援を行うとともに、研修機会の拡大や充実化に取り組めます。
- 川崎市在宅療養推進協議会の取組を通じて「顔の見える関係づくり」を推進するとともに、川崎市歯科医師会をはじめ、関係団体との協力のもと、歯科医師等と多職種の連携強化に取り組めます。

ウ 在宅医療を担う薬剤師・薬局の育成

① 現状(これまでの取組)

- かかりつけ薬剤師*の育成やかかりつけ薬局*・健康サポート薬局*の普及を図るため、川崎市薬剤師会が実施する薬剤師の技能向上のための研修を支援するとともに、講習会等により薬剤師の能力向上を行っています。

② 課題

- 在宅医療等を必要とする患者の増加を踏まえ、引き続き、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握するほか、訪問薬剤管理や健康相談など、患者ニーズに応じた適切な実務能力を有する薬剤師の育成及び薬局の普及に取り組む必要があります。
- 訪問薬剤管理においては、看護職員や介護従事者等との連携が不可欠であるため、薬剤師と多職種との連携を強化する必要があります。

③ 今後の取組

- 在宅医療を担う薬剤師・薬局を育成するため、引き続き、川崎市薬剤師会が実施する薬剤師の技能向上のための研修を支援するとともに、講習会等により

薬剤師の能力向上に取り組めます。

- 川崎市在宅療養推進協議会の取組を通じて「顔の見える関係づくり」を推進するとともに、川崎市薬剤師会をはじめ、関係団体との協力のもと、薬剤師と多職種の連携強化に取り組めます。

エ 在宅医療を担う看護職員・ケアマネジャーの育成

① 現状(これまでの取組)

- 川崎市看護協会への委託により、訪問看護に携わる看護職員に対して、在宅生活の支援に必要な知識や技術を習得し、質の高いサービスを提供できるよう、訪問看護師養成講習会を実施しています。
- 平成 29(2017)年 1 月に、円滑な医療・介護の連携に向けて、ケアマネジャーがケアプランを作成する場合など、医療従事者と介護従事者が必要とされる情報を共有できるよう、「在宅医療・介護連携のための情報チェックシート」を作成しました。
- また、在宅医療に関する知識の習得や、チームとして在宅療養患者・家族を支援するための多職種連携に向けて、ケアマネジャーの地域リーダー研修への参加を促進しています。

② 課題

- 在宅医療等を必要とする患者の増加を踏まえ、引き続き、訪問看護師の育成に取り組む必要があります。
- 訪問看護業務にあたっては、医師や薬剤師、介護従事者等との連携が不可欠であるとともに、地域において、医療と介護をつなぐ役割が期待されるため、訪問看護師と多職種との連携を強化する必要があります。
- 今後、医療ニーズの高い介護サービス利用者の増加が見込まれるため、ケアマネジャーを中心に、医療ニーズを踏まえたケアプランの作成など、医療従事者との連携を強化する必要があります。

③ 今後の取組

- 在宅医療を担う訪問看護師を育成するため、引き続き、訪問看護師養成講習会を開催します。
- 市立看護短期大学の4年制大学化について、将来、訪問看護業務など、地域においても活躍が期待できる看護人材を養成できるよう、魅力的なカリキュラムの検討を進めます。

- また、医療従事者と介護従事者の円滑な連携に向けて、市立看護短期大学に求められる役割や機能を含め、検討を進めます。
- 川崎市在宅療養推進協議会の取組を通じて「顔の見える関係づくり」を推進するとともに、川崎市看護協会をはじめ、関係団体との協力のもと、看護職員と多職種連携強化に取り組めます。
- ケアマネジャー等に対して、より円滑に医療と介護の連携を図れるよう、医療に関する基礎知識習得の場を提供するなどの環境づくりを進めます。

キーワード(用語の説明)

「周術期口腔機能管理」…

がん等の手術の周術期(術前・術後の一連の期間)において、歯・口腔の診査や歯科治療、口腔内清掃など、歯と口の機能を管理すること。周術期の口腔機能管理により、手術後の誤嚥性肺炎(術後肺炎)の発症リスクを低下させることが明らかになっています。

「誤嚥性肺炎」…

口腔内の唾液や細菌が誤って気道に入り込むことなどで起きる肺炎のこと。要介護高齢者等の誤嚥性肺炎の予防には、口腔ケアにより口腔内の衛生状態を良好に保つことが重要となります。

「口腔ケア」…

むし歯や歯周病の原因である歯垢(プラーク)を取り除くための清掃のこと。自分自身で行う「セルフケア」とセルフケアでは取り除けない歯垢や歯石を歯科診療所等で除去する「プロフェッショナル」の2種類があります。

「かかりつけ薬剤師」…

患者が使用する医薬品について一元的かつ継続的な薬学管理指導を担い、医薬品や薬物治療、健康等に関する多様な相談に対応できる資質を有するとともに、地域に密着し、地域の住民から信頼される薬剤師のこと。

「かかりつけ薬局」…

地域に必要な医薬品等の供給体制を確保し、その施設に従事する「かかりつけ薬剤師」が患者の使用する医薬品の一元的かつ継続的な薬学管理指導を行っている薬局のこと。

「健康サポート薬局」…

かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を備えた薬局のうち、要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制、健康相談受付、受診勧奨、医療機関紹介等により、地域住民による主体的な健康維持・増進を積極的に支援する薬局のこと。
