

(案)

令和2年12月1日時点

かわさき保健医療プラン

[2018-2023 年度]改定版



『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

令和3(2021)年3月

川崎市

※ 現行プランとの主な変更箇所に網掛けをつけています

目次

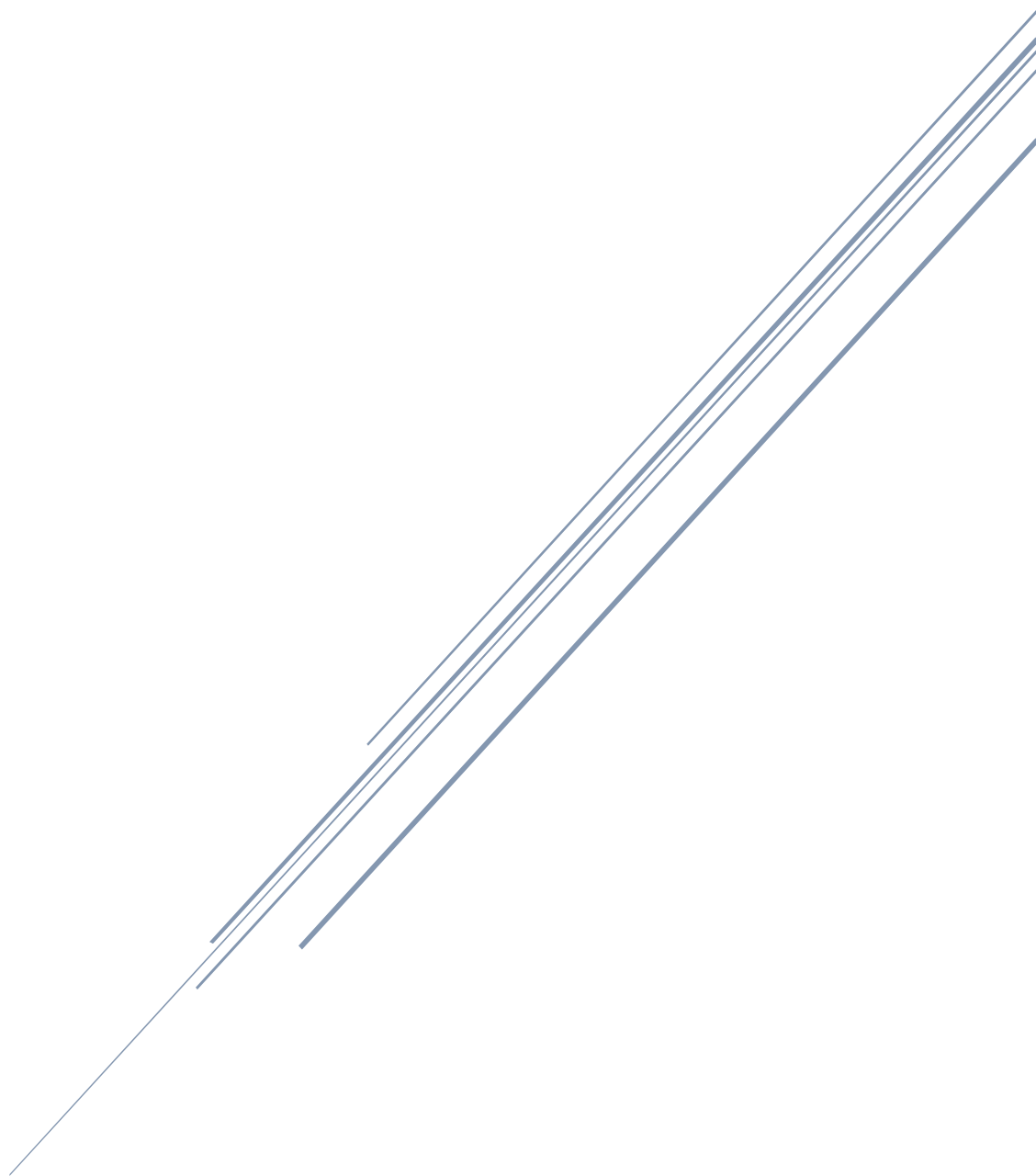
第1章 計画改定の趣旨と位置付け	・・・・・・・・ P1
第1節 計画改定の趣旨	・・・・・・・・ P2
第2節 計画の位置付け	・・・・・・・・ P5
第3節 計画の期間	・・・・・・・・ P6
第4節 これまでの計画の進捗状況と課題	・・・・・・・・ P7
第5節 SDGs(持続可能な開発目標)の推進	・・・・・・・・ P8
第2章 川崎市の概況	・・・・・・・・ P9
第1節 地勢と交通	・・・・・・・・ P10
第2節 人口構造	・・・・・・・・ P12
第3節 人口動態	・・・・・・・・ P18
第4節 市民の受療状況	・・・・・・・・ P24
第5節 保健医療圏と基準病床数	・・・・・・・・ P31
(1) 保健医療圏	・・・・・・・・ P31
(2) 基準病床数	・・・・・・・・ P33
第6節 医療提供施設等の状況	・・・・・・・・ P35
第3章 川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンに基づく取組の推進	・・・・・・・・ P39
第1節 地域包括ケアシステム推進ビジョンに基づく取組の推進	・・・・・・・・ P40
第2節 本市における地域包括ケアシステム構築に向けたロードマップ	・・・・・・・・ P43
第3節 推進ビジョンの推進体制	・・・・・・・・ P44
第4節 推進ビジョンの基本的な5つの視点に沿った取組	・・・・・・・・ P47
第5節 地域包括ケアシステム構築に向けた圏域の考え方	・・・・・・・・ P48
第4章 将来の医療需要を踏まえた目指すべき方向性	・・・・・・・・ P51
第1節 地域医療構想の背景及び概要	・・・・・・・・ P52
第2節 神奈川県地域医療構想	・・・・・・・・ P54
(1) 策定体制及び推進体制	・・・・・・・・ P54
(2) 神奈川県内の構想区域	・・・・・・・・ P57
(3) 病床機能報告及び病床数等の必要量	・・・・・・・・ P58
第3節 神奈川県地域医療構想(川崎地域の状況)	・・・・・・・・ P65
(1) 川崎地域における主な現状・地域特性・将来推計	・・・・・・・・ P65
(2) 川崎地域における令和7(2025)年の必要病床数等	・・・・・・・・ P69
(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	・・・・・・・・ P70
第5章 計画期間における川崎市の保健医療の目指す姿	・・・・・・・・ P75
第1節 基本理念及び基本目標	・・・・・・・・ P76
第2節 かわさき保健医療プラン[2018-2023年度]の施策体系	・・・・・・・・ P78

第6章 地域での暮らしを支える医療提供体制の構築	・ ・ ・ ・ P85
第6章における今後の主な取組（主な改定項目）	・ ・ ・ ・ P86
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	・ ・ ・ ・ P87
（1）病床機能の確保	・ ・ ・ ・ P88
（2）病床機能の分化及び連携	・ ・ ・ ・ P95
（3）地域における医療・介護の連携体制の構築	・ ・ ・ ・ P103
（4）医療機関の選択等に係る普及啓発	・ ・ ・ ・ P109
第2節 在宅医療の推進及び医療と介護の連携	・ ・ ・ ・ P112
（1）在宅医療の体制構築	・ ・ ・ ・ P113
（2）介護サービス基盤の整備推進	・ ・ ・ ・ P121
（3）円滑な入退院支援の推進	・ ・ ・ ・ P127
（4）在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発	・ ・ ・ ・ P129
第3節 医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成	・ ・ ・ ・ P132
（1）働きやすい勤務環境づくりの支援	・ ・ ・ ・ P133
（2）看護職員の新規養成・定着促進・再就業支援	・ ・ ・ ・ P136
（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	・ ・ ・ ・ P143
（4）在宅医療を担う人材の育成	・ ・ ・ ・ P144
第7章 安全・安心を支える保健医療の提供	・ ・ ・ ・ P151
第7章における今後の主な取組（主な改定項目）	・ ・ ・ ・ P152
第1節 主要な疾病別の医療提供体制の構築	・ ・ ・ ・ P153
（1）がんの医療体制	・ ・ ・ ・ P154
（2）脳卒中の医療体制	・ ・ ・ ・ P162
（3）心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制	・ ・ ・ ・ P167
（4）糖尿病の医療体制	・ ・ ・ ・ P172
（5）精神疾患の医療体制	・ ・ ・ ・ P177
第2節 主要な事業別の医療提供体制の充実・強化	・ ・ ・ ・ P184
（1）救急医療の体制	・ ・ ・ ・ P185
（2）周産期(救急)医療の体制	・ ・ ・ ・ P193
（3）小児(救急)医療の体制	・ ・ ・ ・ P198
（4）災害時における医療体制	・ ・ ・ ・ P201
【コラム】災害福祉の充実に向けた取組の推進	・ ・ ・ ・ P212
（5）在宅医療の体制(再掲)	・ ・ ・ ・ P213
第3節 主要な保健医療施策の推進	・ ・ ・ ・ P214
（1）感染症対策	・ ・ ・ ・ P215
（2）難病対策	・ ・ ・ ・ P225
（3）アレルギー疾患対策	・ ・ ・ ・ P228
（4）認知症対策	・ ・ ・ ・ P233
（5）障害(児)者の保健医療	・ ・ ・ ・ P239
（6）歯科保健医療	・ ・ ・ ・ P241
（7）医薬品等の適正使用対策	・ ・ ・ ・ P247
（8）食品衛生	・ ・ ・ ・ P251

(9) 生活衛生	・・・・・・・・P255
(10) 今後の高齢化に伴う対策 (介護予防及び要介護度等の改善・維持)	・・・・・・・・P258
(11) 医療安全対策の推進	・・・・・・・・P265
第4節 生涯を通じた健康づくり	・・・・・・・・P267
(1) 母子保健	・・・・・・・・P268
(2) 学校保健	・・・・・・・・P271
(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)	・・・・・・・・P274
(4) メンタルヘルス対策(自殺予防)	・・・・・・・・P281
第8章 市民とともに育む保健医療の推進	・・・・・・・・P287
第8章における今後の主な取組(主な改定項目)	・・・・・・・・P288
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	・・・・・・・・P289
(1) インターネット等を活用した保健医療情報の発信	・・・・・・・・P290
(2) 救急医療情報センター	・・・・・・・・P295
(3) 地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所)	・・・・・・・・P297
(4) 健康安全研究所	・・・・・・・・P300
(5) 京浜臨海部におけるライフィノベーションの推進	・・・・・・・・P303
第2節 市民の支え合いと助け合いの推進	・・・・・・・・P307
(1) 献血の推進(血液の確保)	・・・・・・・・P307
(2) 市民救命士の育成と応急手当の普及	・・・・・・・・P309
第3節 家庭における安全確保と医療への理解の促進	・・・・・・・・P313
(1) 乳幼児の事故防止	・・・・・・・・P314
(2) 医療の適正な利用	・・・・・・・・P316
(3) ジェネリック医薬品の利用促進	・・・・・・・・P322
第9章 計画の策定及び推進	・・・・・・・・P325
第1節 計画の策定体制	・・・・・・・・P326
第2節 計画の推進体制	・・・・・・・・P327
資料編	・・・・・・・・P329
資料1 川崎市地域医療審議会条例・運営要領・委員名簿	・・・・・・・・P330
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	・・・・・・・・P335

第1章

計画改定の趣旨と位置付け



かわさき保健医療プラン
[2018-2023 年度]改定版

第1節 計画改定の趣旨

- 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(39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、令和7(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(51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、施設における医療的ケアが必要な要介護高齢者への対応のほか、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、平成

30(2018)年3月に「かわさき保健医療プラン」を策定しました。

- 「かわさき保健医療プラン」を策定してから3年間が経過し、この間、地域医療構想の実現に向けて、地域医療構想調整会議における地域医療の実情を踏まえた協議・検討を行ってきました。
- また、全国各地で大規模な風水害が発生し、大きな被害をもたらしており、特に令和元年東日本台風では、本市においても浸水被害などの甚大な被害が発生し、保健医療調整本部を設置するなど、保健医療に関する調整を行いました。
- また、令和2(2020)年1月から世界各地に広がった新型コロナウイルス感染症は、3月には世界保健機関(WHO)がパンデミック(世界的大流行)を宣言するまでに至り、4月には初の感染症拡大に伴う緊急事態宣言が発令されました。
- 新型コロナウイルス感染症の流行は、本市のみならず国全体の医療提供体制に多大な影響を及ぼし、行政や医療現場で様々な課題が浮き彫りになっています。
- 本市においても、新型コロナウイルス感染症に対する対応を最重要の課題として、相談窓口の設置やPCR等検査体制の拡充、感染患者等の入院や宿泊施設・自宅療養の支援などの対策を実施しています。
- 新型コロナウイルス感染症にかかる医療提供体制については、神奈川県及び県内自治体が連携して、広域医療モデルである「神奈川モデル」を構築し、市内・県内医療機関の協力の下、患者受入れ体制を整えています。
- 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた今後の地域医療構想の進め方については、「経済財政運営と改革の基本方針2020」(令和2年7月17日閣議決定)において「感染症への対応の視点も含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進めるため、可能な限り早期に工程の具体化を図る」とされました。
- また、国の社会保障審議会医療部会において、新型コロナウイルス感染症などの新興・再興感染症への対応を踏まえた今後の医療提供体制について、議論が開始されています。
- 本市においても、今後の感染状況などを踏まえ、新型コロナウイルス感染症の対応についての検証を適切な時期に行い、課題の整理や今後の取組に関する検討を進めます。
- こうした本市の保健医療施策を取り巻く社会状況の変化を踏まえて、計画期間の中間年である令和2(2020)年度に、各施策の進捗状況や目標の達成状況を踏まえた見直しを行い、本プランを改定します。
- 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。

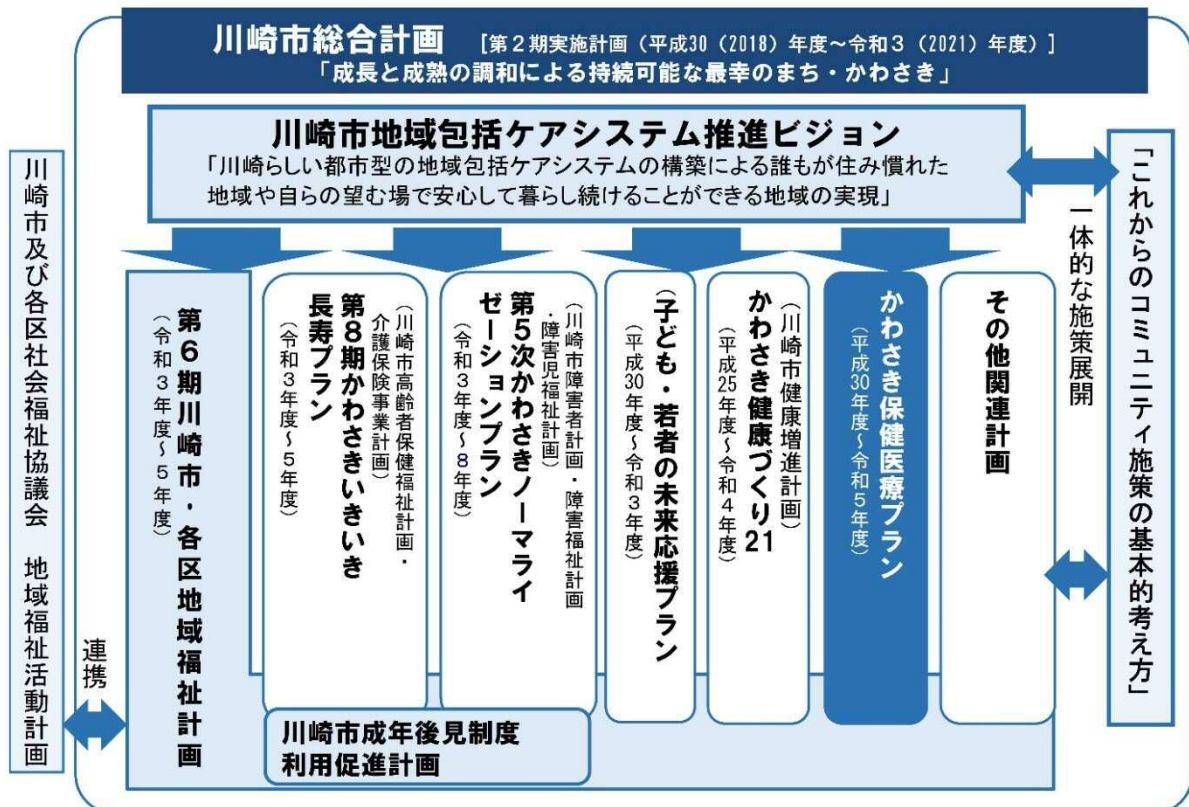
「神奈川県保健医療計画」…

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」（39ページ「第3章」参照）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）。
- さらには、国において健康・医療・介護の総合的なデータヘルス改革が進められていることを踏まえ、質の高い保健医療サービスを効率的に提供できる環境の整備に向け、関連計画と連携しながら必要な取組を推進します。

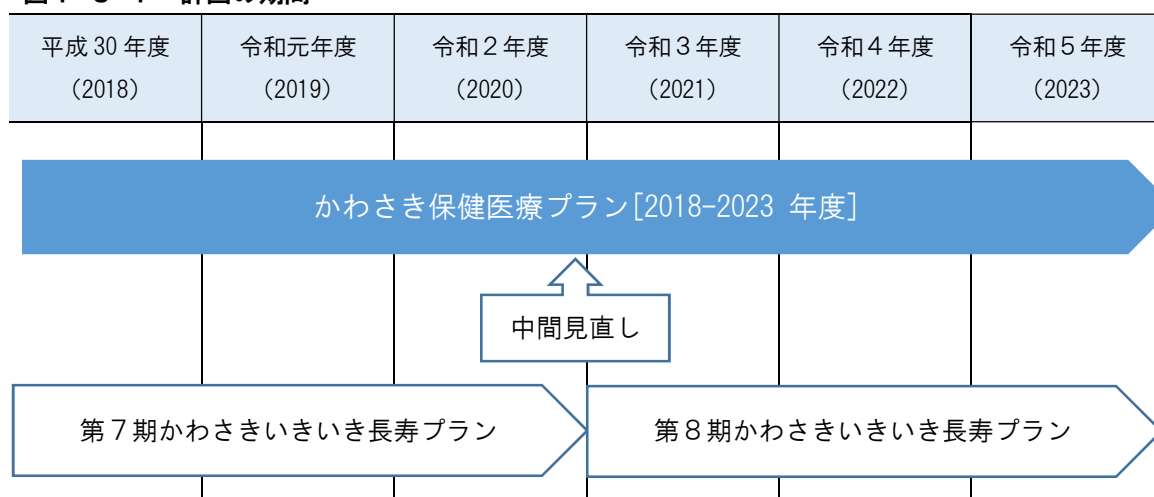
図1-2-1 かわさき保健医療プランの位置付け



第3節 計画の期間

- 令和7(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)年度から令和5(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することとしました(図1-3-1)。
- 計画期間の中間年(3年目)である令和2(2020)年度に、令和5(2023)年度までの3年間についても、「かわさきいきいき長寿プラン」との整合性を確保し、関連する施策を一体的に推進するため、計画改定の趣旨を踏まえた必要な見直しを行います。

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 平成30(2018)～令和2(2020)年度の主な取組

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
<ul style="list-style-type: none"> ・市内二次保健医療圏における基準病床数の見直し検討の実施 ・不足している機能を担う病床への機能転換の促進 ・公立・公的医療機関等に対する具体的対応方針の再検証要請に基づく検証の実施 ・医療ツーリズムと地域医療との調和に関する検討及び国のルール整備を求める要望の実施 ・在宅養推進協議会や医療的ケア児連絡調整会議における実情に応じた多職種連携の推進 ・市立看護短期大学の4年制大学化に向けた取組 など
基本目標Ⅱ 安全・安心を支える保健医療の提供
<ul style="list-style-type: none"> ・市内病院で構成する「川崎脳卒中ネットワーク」による円滑な救急搬送や的確な治療に資する患者の情報共有及び受入調整の仕組みの運用支援 ・真に救急医療が必要な患者に救急医療資源を提供するための救急医療や救急車の適正利用の促進 ・川崎市透析災害対策協議会(kawasaki-DD)による災害等非常時における市内透析医療施設間の全市的な共助ネットワークの構築支援 ・災害時の行動指針や具体化した手順を定めた「川崎市災害時保健医療ガイドライン」の作成 など
基本目標Ⅲ 市民とともに育む保健医療の推進
<ul style="list-style-type: none"> ・情報提供の方法等に関する在宅医療利用者アンケートの実施と在宅医療の普及啓発のあり方の検証 ・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の充実 ・民間企業との協定締結に基づく外国人向けの医療情報リーフレットの作成・周知 など



② 令和3(2021)～令和5(2023)年度の主な課題等

主な課題等
<ul style="list-style-type: none"> ・将来の医療需要を踏まえた「必要な病床数の確保」及び「必要な病床機能の確保」の質量両面の対応（地域医療構想の実現） ・高齢化の進展に伴う要介護等高齢者や医療的ケア児など在宅医療等を必要とする患者数の増加への対応 ・在宅生活を支える地域密着型サービス等の介護サービス基盤の整備推進 ・在宅医療を支える医療従事者の確保・養成 ・主要な疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）の医療体制の構築 ・今後の救急ニーズの増加を踏まえた円滑かつ適切な医療情報の提供 ・大規模自然災害の発生に備える災害時医療救護体制の強化 ・高齢者や障害者を含めた誰もが健康で質の高い生活を送るための総合的な保健医療施策の推進 ・こころの健康を保ち孤立を防ぐための地域や関係機関による連携支援 ・増加している外国人市民及び訪日外国人に対する医療情報発信の充実 ・在宅生活を支える市民の支え合いと助け合いの推進 ・病気の初期医療や日常の健康不安を相談できる「かかりつけ医」の普及啓発 など

第5節 SDGs (持続可能な開発目標) の推進

- 本市では、平成 31 (2019) 年 2 月に「川崎市持続可能な開発目標 (SDGs*) 推進方針」を策定し、全庁が一丸となって、SDGs の達成に向けた取組を進めてきました。
- また、令和元 (2019) 年 7 月には「SDGs 未来都市」に選定され、SDGs の達成に向けて、市民、企業、団体等の多様なステークホルダーと連携・協働し、「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」を目指した取組を推進しています。
- このような本市の SDGs に関する取組状況を踏まえ、本プランに位置付けられた事務事業を実施するにあたっては、以下の SDGs の達成に寄与することを念頭に置きながら、総合的な保健医療施策の推進を図ります。



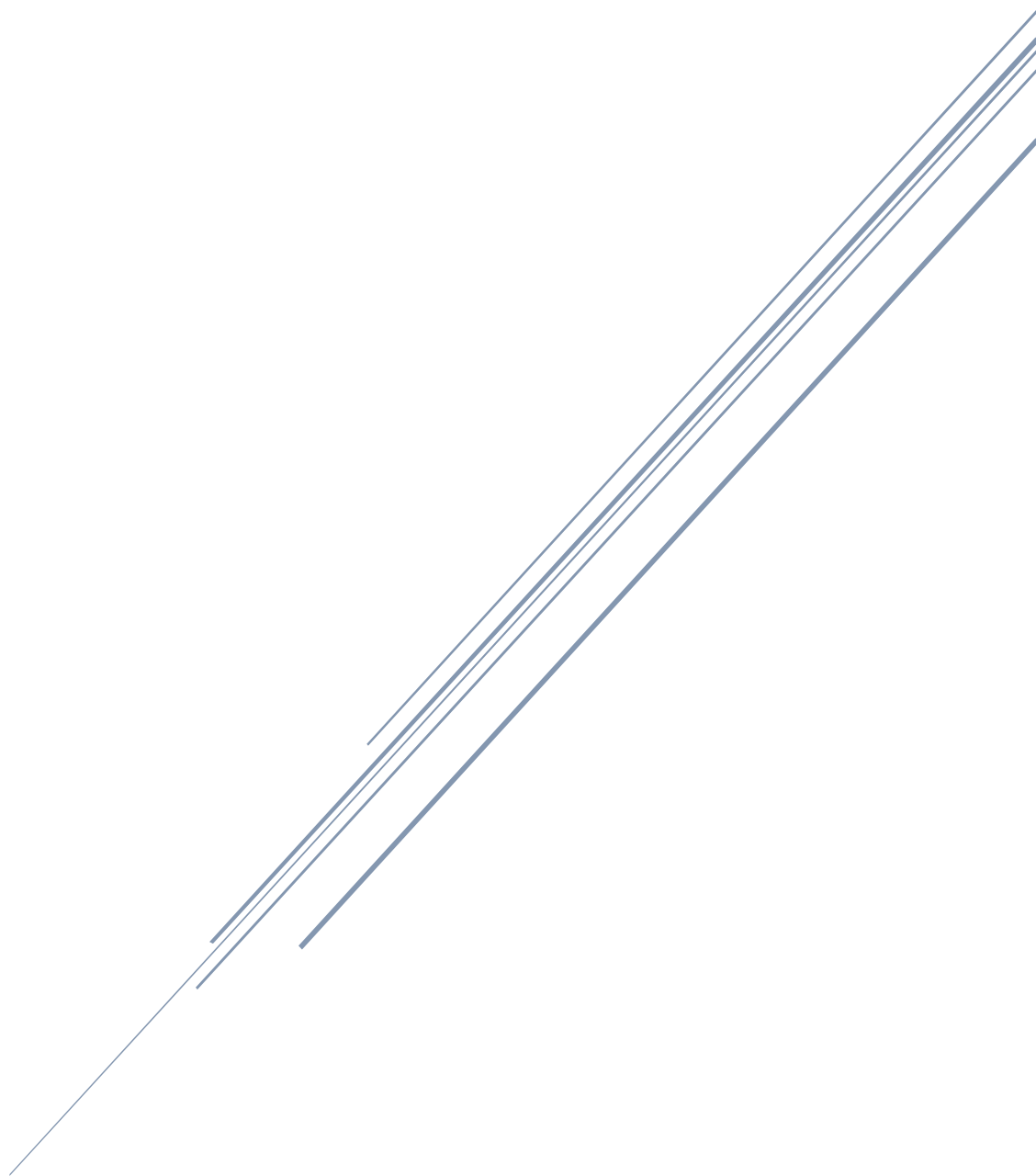
キーワード (用語の説明)

「SDGs (エスディーゼイズ)」…

「Sustainable Development Goals: 持続可能な開発目標」の略で、平成 27 (2015) 年 9 月の国連サミットにて全会一致で採択された「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」にて記載された 2016 年から 2030 年までの国際目標のこと。持続可能な世界を実現するための 17 のゴール・169 のターゲットから構成され、地球上の誰一人として取り残さないことを誓っています。

第2章

川崎市の概況



かわさき保健医療プラン
[2018-2023 年度]改定版

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(303 ページ「第 8 章第 1 節(5)」参照)に指定された殿町国際戦略拠点(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

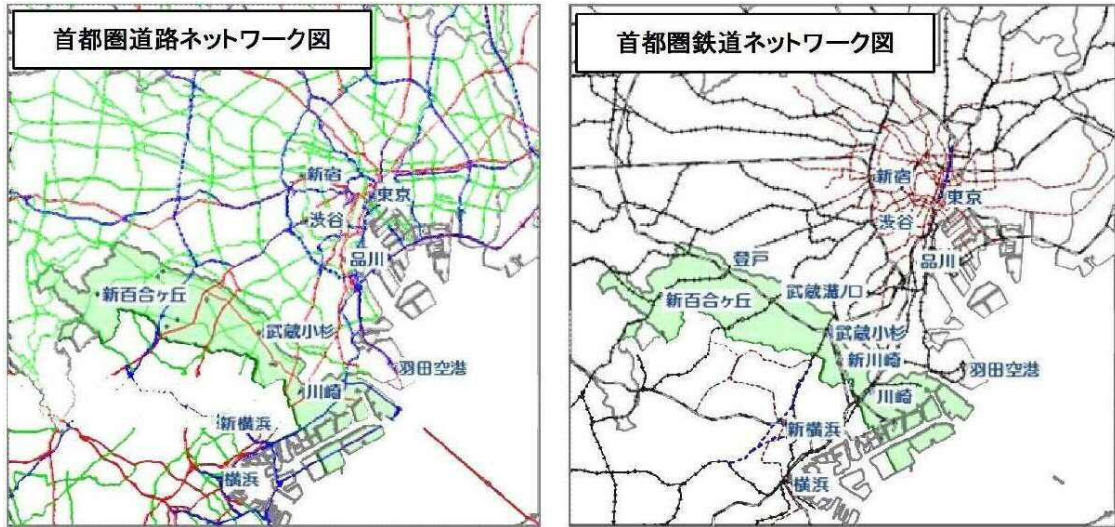
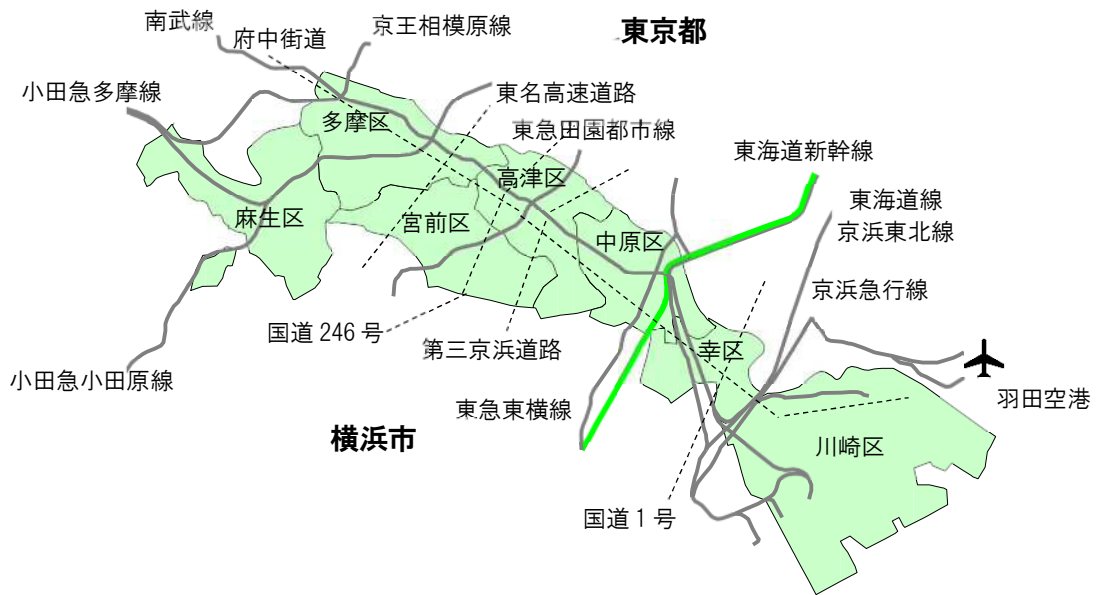


図2-1-2 川崎市内の鉄道の状況



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、令和 2 (2020)年9月 1 日現在で 1, 539, 522 人、世帯数は 750, 949 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 263, 760 人、次いで高津区、宮前区、川崎区の順で、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(令和 2 (2020)年 9 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	233, 446	121, 649	1. 92	40. 25	5, 800
幸 区	171, 282	82, 355	2. 08	10. 09	16, 975
中原区	263, 760	134, 636	1. 96	14. 81	17, 810
高津区	234, 458	114, 643	2. 05	17. 10	13, 711
宮前区	233, 980	102, 291	2. 29	18. 60	12, 580
多摩区	221, 833	115, 529	1. 92	20. 39	10, 879
麻生区	180, 763	79, 846	2. 26	23. 11	7, 822
川崎市	1, 539, 522	750, 949	2. 05	144. 35	10, 665

出典:川崎市総務企画局「川崎市の世帯数・人口(令和 2 年 9 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、平成 27(2015)年と比較して、令和元(2019)年の人口は、「年少人口(0~14 歳)」、「生産年齢人口(15~64 歳)」及び「老年人口(65 歳以上)」のいずれも増加しています(表 2-2-2)。
- 本市の将来人口推計では、人口が令和 12(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、令和 12(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、令和 7 (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、令和 2 (2020)年には 32 万 2 千人(総人口比 21. 0%)、令和 42(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)。

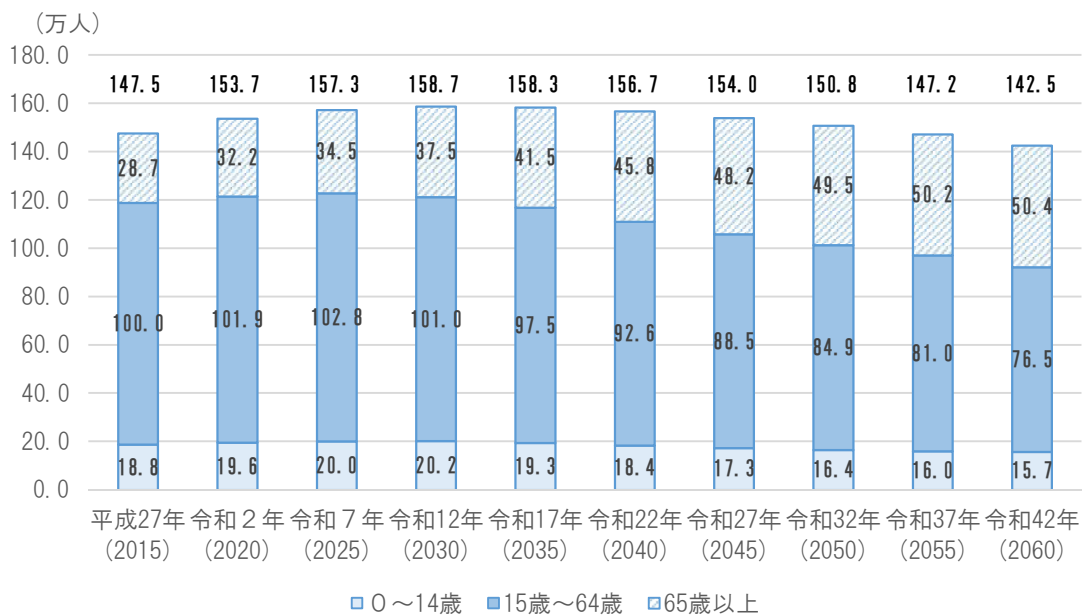
表2-2-2 川崎市の人口推移(各年10月1日現在)

区分	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)
総人口	1,475,213 <100.0>	1,489,477 <101.0>	1,503,690 <101.9>	1,516,483 <102.8>	1,530,457 <103.7>
0～14歳	184,135 (12.5%)	188,414 (12.6%)	188,859 (12.6%)	189,281 (12.5%)	189,536 (12.4%)
15～65歳	972,976 (66.0%)	1,006,094 (67.5%)	1,013,317 (67.4%)	1,020,503 (67.3%)	1,030,115 (67.3%)
65歳以上	279,482 (18.9%)	294,969 (19.8%)	301,514 (20.1%)	306,699 (20.2%)	310,806 (20.3%)
年齢不詳	38,620 (2.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	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27年の数値を100とした場合の指標、()内は構成比

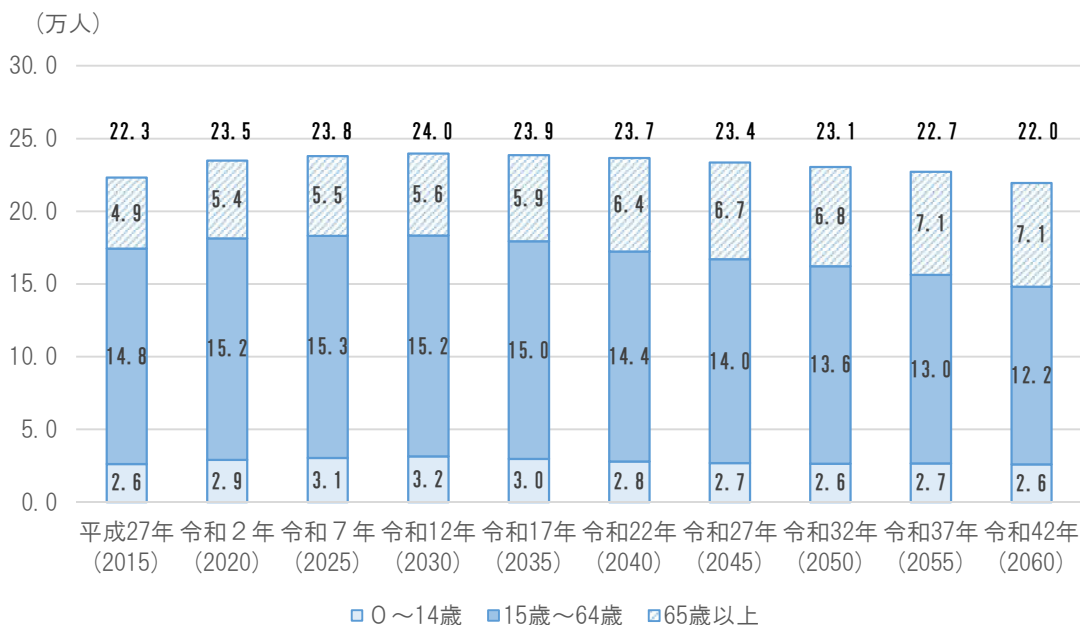
図2-2-1 川崎市の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「第2期実施計画の策定に向けた将来人口推計」(平成29年)

- 川崎区の将来人口推計では、総人口のピークは令和12(2030)年の24万人、年少人口のピークは令和12(2030)年の3万2千人、生産年齢人口のピークは令和7(2025)年の15万3千人、老年人口のピークは令和42(2060)年の7万1千人になると予想されています(図2-2-2)。

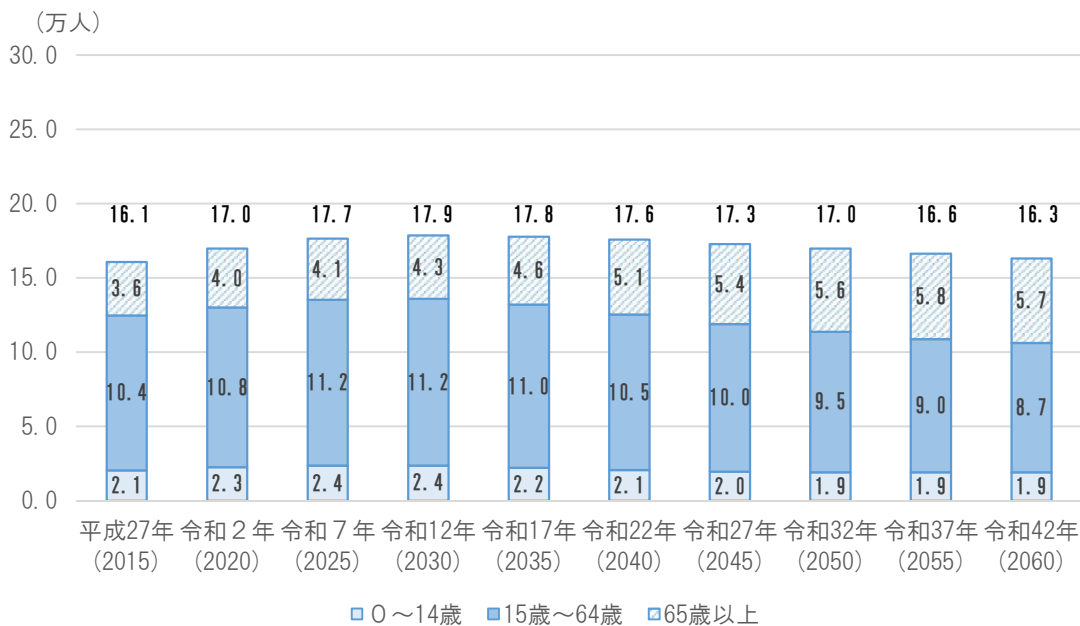
図2-2-2 川崎区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「第2期実施計画の策定に向けた将来人口推計」(平成29年)

- 幸区の将来人口推計では、総人口のピークは令和12(2030)年の17万9千人、年少人口のピークは令和12(2030)年の2万4千人、生産年齢人口のピークは令和12(2030)年の11万2千人、老年人口のピークは令和37(2055)年の5万8千人になると予想されています(図2-2-3)。

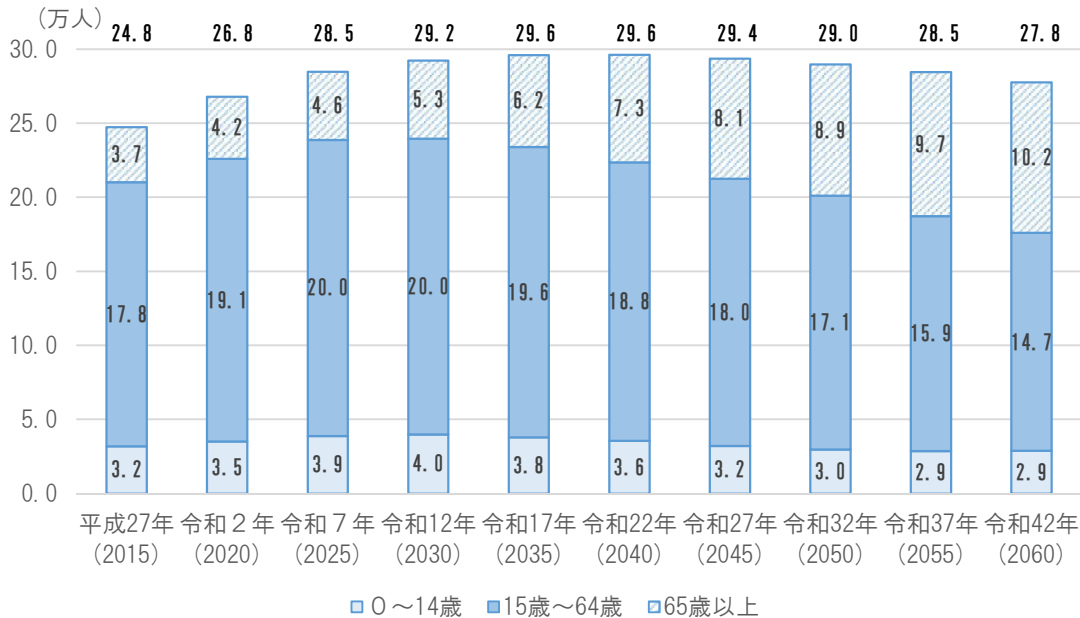
図2-2-3 幸区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「第2期実施計画の策定に向けた将来人口推計」(平成29年)

- 中原区の将来人口推計では、総人口のピークは令和 22(2040)年の 29 万 6 千人、年少人口のピークは令和 12(2030)年の 4 万人、生産年齢人口のピークは令和 7 (2025)年の 20 万人、老年人口のピークは令和 42(2060)年の 10 万 2 千人になると予想されています(図 2-2-4)。

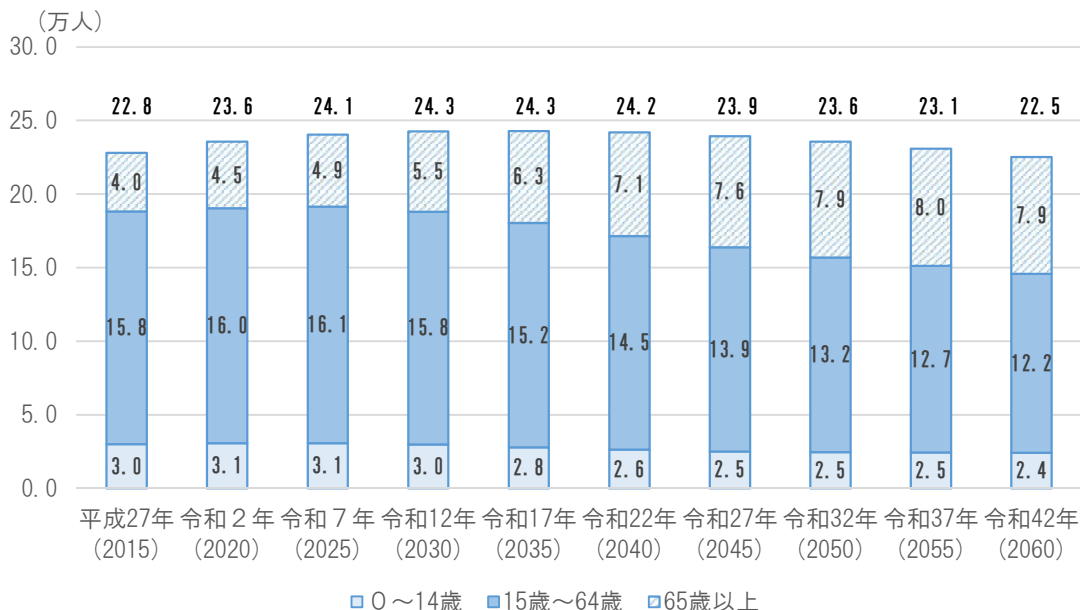
図 2-2-4 中原区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「第2期実施計画の策定に向けた将来人口推計」(平成 29 年)

- 高津区の将来人口推計では、総人口のピークは令和 17(2035)年の 24 万 3 千人、年少人口のピークは令和 7 (2025)年の 3 万 1 千人、生産年齢人口のピークは令和 7 (2025)年の 16 万 1 千人、老年人口のピークは令和 37(2055)年の 8 万人になると予想されています(図 2-2-5)。

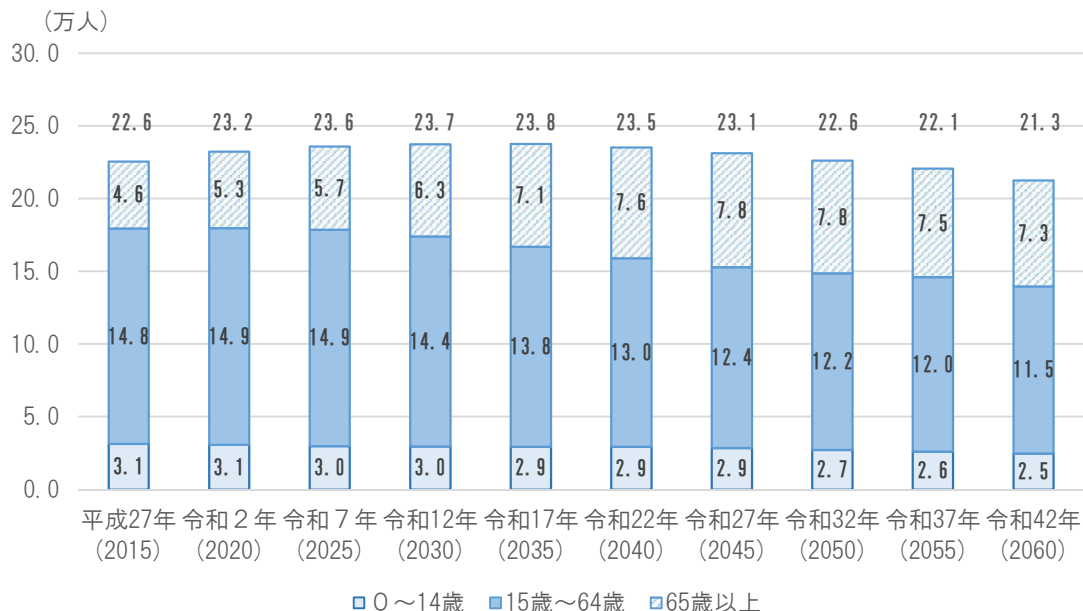
図 2-2-5 高津区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「第2期実施計画の策定に向けた将来人口推計」(平成 29 年)

- 宮前区の将来人口推計では、総人口のピークは令和17(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令和27(2045)年の7万8千人になると予想されています(図2-2-6)。

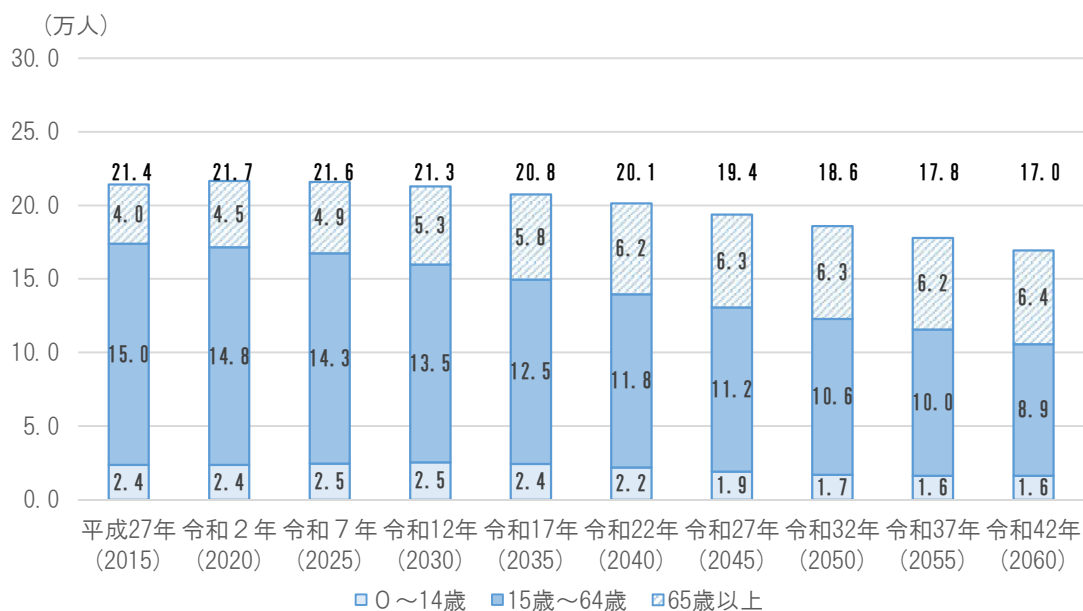
図2-2-6 宮前区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「第2期実施計画の策定に向けた将来人口推計」(平成29年)

- 多摩区の将来人口推計では、総人口のピークは令和2(2020)年の21万7千人、年少人口のピークは令和12(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令和42(2060)年の6万4千人になると予想されています(図2-2-7)。

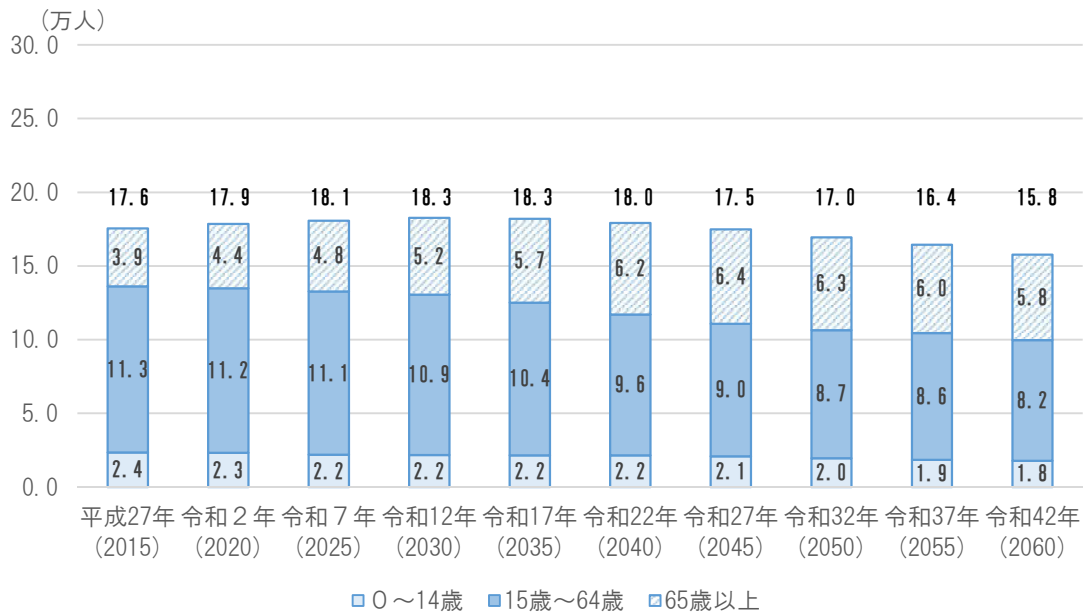
図2-2-7 多摩区の将来人口推計(年齢3区分別人口)



出典:川崎市総務企画局「第2期実施計画の策定に向けた将来人口推計」(平成29年)

- 麻生区の将来人口推計では、総人口のピークは令和12(2030)年の18万3千人、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令和27(2045)年の6万4千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「第2期実施計画の策定に向けた将来人口推計」(平成29年)

将来人口推計は、川崎市総務企画局「川崎市総合計画第2期実施計画の策定に向けた将来人口推計(平成29(2017)年5月)」の推計結果(総人口、区別人口)を記載しています。

第3節 人口動態

① 出生数・出生率

- 全国における平成30(2018)年中の出生数は918,400人で、出生数は平成27(2015)年以降、減少傾向にあります(表2-3-1)。
- 本市における平成30(2018)年中の出生数は13,420人で、平成27(2015)年以降、減少傾向にあります。出生率(人口千人対の出生数)は8.9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26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
川崎区	1,697 (8.6)	1,910 (9.0)	1,770 (8.2)	1,702 (7.9)	1,560 (7.2)
幸 区	1,599 (10.3)	1,708 (10.8)	1,639 (10.3)	1,691 (10.5)	1,672 (10.3)
中原区	2,890 (12.5)	2,992 (12.5)	2,937 (12.1)	2,934 (11.8)	2,816 (11.3)
高津区	2,375 (11.1)	2,416 (11.0)	2,372 (10.7)	2,332 (10.3)	2,189 (9.8)
宮前区	2,181 (10.0)	2,165 (9.7)	2,043 (9.1)	1,945 (8.6)	1,984 (8.7)
多摩区	1,944 (9.8)	2,092 (10.4)	1,987 (9.8)	1,882 (8.9)	1,871 (9.1)
麻生区	1,480 (8.8)	1,420 (8.3)	1,410 (8.2)	1,292 (7.4)	1,328 (7.6)
川崎市	14,126 (9.7)	14,703 (10.1)	14,158 (9.5)	13,778 (9.2)	13,420 (8.9)
神奈川県	72,996 (8.1)	73,475 (8.2)	70,648 (7.9)	68,131 (7.6)	66,564 (7.4)
全 国	1,003,609 (8.0)	1,005,721 (8.0)	977,242 (7.8)	946,146 (7.6)	918,400 (7.4)

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成26年～平成30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30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26(2014)年に31.8歳であったものが平成30(2018)年に31.9歳となっており、ほぼ横ばいで推移しています(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26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
川崎市	31.8	31.9	32.0	32.0	31.9
神奈川県	31.5	31.5	31.5	31.4	31.4
全国	30.6	30.7	30.7	30.7	30.7

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成26年～平成30年)」

- 合計特殊出生率*をみると、本市においては、平成26(2014)年に1.41であったものが平成29(2017)年に1.39となっており、ほぼ横ばいで推移しています(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26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
川崎市	1.38	1.45	1.40	1.38	1.35
神奈川県	1.31	1.39	1.36	1.34	1.33
全国	1.42	1.45	1.44	1.43	1.42

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成26年～平成30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30年度)」による

② 死亡数・死亡率

- 全国における平成30(2018)年中の死亡数は1,362,470人で、死亡率(人口千人対の死亡数)は11.0となっています(表2-3-4)。
- 本市における平成30(2018)年中の死亡数は11,174人となっており、死亡率は7.7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26(2014)年に2.1であったものが平成30(2018)年に1.3となっており、0.8ポイント減少しています(表2-3-5)。
- 新生児の死亡率(出生千人対の生後4週間未満の死亡数)をみると、本市においては、平成26(2014)年に0.9であったものが平成30(2018)年に1.0となっており、0.1ポイント上昇しています(表2-3-6)。

表2-3-4 死亡数の年次推移 (人)

区分	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
川崎区	2,106 (10.2)	2,254 (10.6)	2,130 (9.9)	2,273 (10.6)	2,235 (10.3)
幸 区	1,340 (8.7)	1,336 (8.5)	1,361 (8.6)	1,422 (8.8)	1,420 (8.7)
中原区	1,468 (6.3)	1,510 (6.3)	1,398 (5.8)	1,552 (6.2)	1,587 (6.4)
高津区	1,418 (6.6)	1,358 (5.7)	1,395 (5.8)	1,549 (6.2)	1,542 (6.9)
宮前区	1,365 (6.2)	1,353 (6.1)	1,435 (6.4)	1,410 (6.2)	1,519 (6.7)
多摩区	1,372 (6.8)	1,372 (6.8)	1,399 (6.9)	1,505 (7.1)	1,490 (7.3)
麻生区	1,065 (6.3)	1,226 (7.2)	1,261 (7.3)	1,286 (7.4)	1,381 (7.9)
川崎市	10,134 (7.2)	10,409 (7.3)	10,379 (7.2)	10,997 (7.5)	11,174 (7.7)
神奈川県	74,387 (8.3)	75,762 (8.4)	77,361 (8.6)	80,352 (8.9)	82,336 (9.2)
全 国	1,273,025 (10.1)	1,290,510 (10.0)	1,308,158 (10.5)	1,340,567 (10.8)	1,362,470 (11.0)

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成26年～平成30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26年度～平成30年度)」による

表2-3-5 乳児死亡数の年次推移 (人)

区分	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
川崎市	29 (2.1)	20 (1.4)	32 (2.3)	28 (2.0)	18 (1.3)
神奈川県	149 (2.0)	142 (1.9)	147 (2.1)	157 (2.3)	134 (2.0)
全 国	2,080 (2.1)	1,916 (1.9)	1,928 (2.0)	1,761 (1.9)	1,748 (1.9)

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成26年～平成30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26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
川崎市	13 (0.9)	10 (0.7)	16 (1.1)	13 (0.9)	13 (1.0)
神奈川県	75 (1.0)	75 (1.0)	80 (1.1)	80 (1.2)	64 (1.0)
全国	952 (0.9)	902 (0.9)	874 (0.9)	832 (0.9)	801 (0.9)

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成26年～平成30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26(2014)年に2.8であったものが平成30(2018)年に3.1となっており、0.3ポイント上昇しています(表2-3-7)。

表2-3-7 周産期死亡数の年次推移

(人)

区分	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
川崎市	39 (2.8)	50 (3.4)	42 (3.0)	49 (3.6)	41 (3.1)
神奈川県	274 (3.7)	290 (3.9)	258 (3.6)	259 (3.8)	224 (3.4)
全国	3,750 (3.7)	3,728 (3.7)	3,516 (3.6)	3,308 (3.5)	2,999 (3.3)

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成26年～平成30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30(2018)年中の死亡順位は、第1位「悪性新生物」、第2位「心疾患(高血圧性を除く)」、第3位「老衰」、第4位「脳血管疾患」、第5位「肺炎」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29.6%、14.9%、8.5%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30(2018)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)	老衰	脳血管疾患	肺炎
	3,309 (218.3) <29.6%>	1,666 (109.9) <14.9%>	954 (62.9) <8.5%>	791 (52.2) <7.1%>	705 (46.5) <6.3%>
	悪性新生物	心疾患(高血圧性を除く)	老衰	脳血管疾患	肺炎
神奈川県	24,030 (267.2) <29.2%>	12,256 (136.3) <14.9%>	7,636 (84.9) <9.3%>	6,052 (67.3) <7.4%>	5,052 (56.2) <6.1%>
	悪性新生物	心疾患(高血圧性を除く)	老衰	脳血管疾患	肺炎
	全国	373,584 (300.7) <27.4%>	208,221 (167.6) <15.3%>	109,605 (88.2) <8.0%>	108,186 (87.1) <7.9%>
悪性新生物		心疾患(高血圧性を除く)	老衰	脳血管疾患	肺炎

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成30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29(2017)年以降、老衰の順位が上がっており、平成30(2018)年に第3位となっています(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30(2018)年中で最も多い場所は「病院・診療所(68.2%)」で、次いで「自宅(18.5%)」、「介護老人保健施設・老人ホーム(11.3%)」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

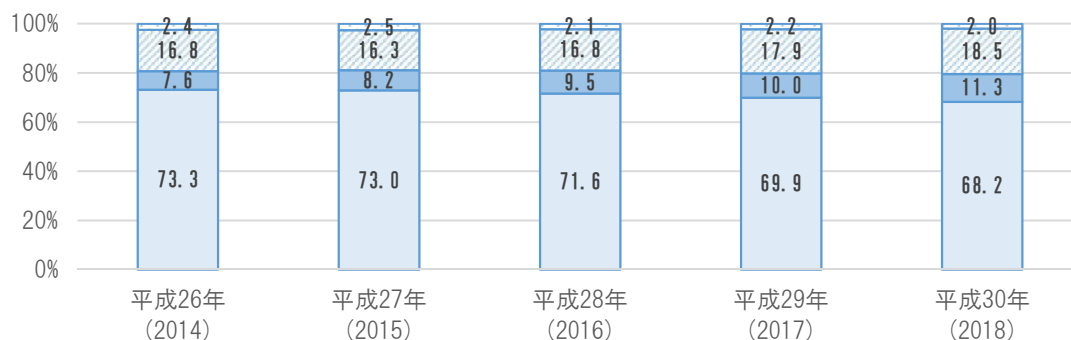
(人)

区分	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
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
	3,195 (218.7)	3,171 (218.8)	3,122 (209.7)	3,250 (216.1)	3,309 (218.3)
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)
	1,422 (97.3)	1,489 (102.7)	1,486 (99.8)	1,683 (111.9)	1,666 (109.9)
第3位	肺炎	肺炎	肺炎	脳血管疾患	老衰
	883 (60.4)	847 (58.4)	876 (58.8)	866 (57.6)	954 (62.9)
第4位	脳血管疾患	脳血管疾患 (同第3位)	脳血管疾患	老衰	脳血管疾患
	882 (60.4)	847 (58.4)	854 (57.4)	848 (56.4)	791 (52.2)
第5位	老衰	老衰	老衰	肺炎	肺炎
	561 (38.4)	673 (46.4)	741 (49.8)	681 (45.3)	705 (46.5)

出典:厚生労働省「人口動態調査(平成26年～平成30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26年～平成30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
出産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30(2018)年中の1日平均在院患者数は558.8人で、その内訳は一般病院468.3人、精神科病院90.5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)。

○ また、本市における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386.2人、療養病床70.7人、精神病床100.8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30(2018)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	8,471 (558.8)	7,099 (468.3)	1,372 (90.5)	5,854 (386.2)	1,072 (70.7)	1,528 (100.8)
神奈川県	59,863 (652.3)	49,795 (542.6)	10,067 (109.7)	36,008 (392.4)	11,849 (129.1)	11,917 (129.9)
全国	1,246,867 (986.1)	1,031,911 (816.1)	214,956 (170.0)	679,070 (537.1)	281,799 (222.9)	284,317 (224.9)

出典:厚生労働省「病院報告(平成30年)」

※ 下段()内は人口10万人対の1日平均在院患者数

○ 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26(2014)年に552.0人であったものが平成30(2018)年に558.8人となっており、6.8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30(2018)年中の1日平均新入院患者数(人口10万人対)は30.7人で、その内訳は一般病院30.3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29.9人、療養病床0.2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26(2014)年に28.4人であったものが平成30(2018)年に30.7人となっており、2.3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26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
川崎市	総数	8,065 (552.0)	8,242 (558.7)	8,397 (564.0)	8,440 (561.2)	8,471 (558.8)
	一般病院	6,920 (473.7)	6,950 (471.1)	7,016 (471.2)	7,056 (469.1)	7,099 (468.3)
	精神科病院	1,144 (78.3)	1,292 (87.6)	1,381 (92.8)	1,384 (92.0)	1,372 (90.5)
神奈川県	総数	58,796 (646.4)	58,915 (645.6)	59,085 (646.1)	59,329 (647.8)	59,863 (652.3)
	一般病院	48,710 (535.5)	48,772 (534.4)	48,868 (534.4)	49,247 (537.7)	49,795 (542.6)
	精神科病院	10,086 (110.9)	10,143 (111.1)	10,218 (111.7)	10,082 (110.1)	10,067 (109.7)
全国	総数	1,261,181 (992.4)	1,255,404 (987.8)	1,250,769 (985.4)	1,252,295 (988.3)	1,246,867 (986.1)
	一般病院	1,037,337 (816.3)	1,034,513 (814.0)	1,032,188 (813.2)	1,035,642 (817.4)	1,031,911 (816.1)
	精神科病院	223,843 (176.1)	220,890 (173.8)	218,581 (172.2)	216,654 (171.0)	214,956 (170.0)

出典：厚生労働省「病院報告(平成26年～平成30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30(2018)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	465 (30.7)	459 (30.3)	6 (0.4)	454 (29.9)	3 (0.2)	7 (0.5)
神奈川県	2,740 (29.9)	2,702 (29.4)	39 (0.4)	2,639 (28.8)	50 (0.5)	50 (0.5)
全国	44,826 (35.5)	44,113 (34.9)	713 (0.6)	42,482 (33.6)	1,248 (1.0)	1,061 (0.8)

出典：厚生労働省「病院報告(平成30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26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
川崎市	総数	415 (28.4)	429 (29.1)	440 (29.5)	452 (30.1)	465 (30.7)
	一般病院	409 (28.0)	423 (28.7)	433 (29.1)	446 (29.6)	459 (30.3)
	精神科病院	6 (0.4)	7 (0.5)	6 (0.4)	6 (0.4)	6 (0.4)
神奈川県	総数	2,562 (28.2)	2,614 (28.6)	2,647 (28.9)	2,691 (29.4)	2,740 (29.9)
	一般病院	2,525 (27.8)	2,575 (28.2)	2,608 (28.5)	2,652 (28.9)	2,702 (29.4)
	精神科病院	37 (0.4)	39 (0.4)	40 (0.4)	40 (0.4)	39 (0.4)
全国	総数	42,210 (33.2)	43,171 (34.0)	43,852 (34.5)	44,444 (35.1)	44,826 (35.5)
	一般病院	41,507 (32.7)	42,461 (33.4)	43,135 (34.0)	43,729 (34.5)	44,113 (34.9)
	精神科病院	703 (0.6)	710 (0.6)	717 (0.6)	715 (0.6)	713 (0.6)

出典：厚生労働省「病院報告(平成26年～平成30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30(2018)年中の人口10万人対の1日平均退院患者数は30.9人で、その内訳は一般病院30.5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30.1人、療養病床0.3人、精神病床0.5人となっています(表2-4-5)。
- 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26(2014)年に28.4人であったものが平成30(2018)年に30.9人となっており、2.5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30(2018)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	468 (30.9)	462 (30.5)	6 (0.4)	456 (30.1)	4 (0.3)	7 (0.5)
神奈川県	2,742 (29.9)	2,703 (29.5)	39 (0.4)	2,624 (28.6)	64 (0.7)	52 (0.6)
全国	44,878 (35.5)	44,160 (34.9)	718 (0.6)	41,890 (33.1)	1,879 (1.5)	1,078 (0.9)

出典:厚生労働省「病院報告(平成30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26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
川崎市	総数	415 (28.4)	429 (29.1)	440 (29.5)	451 (30.0)	468 (30.9)
	一般病院	410 (28.0)	422 (28.6)	433 (29.1)	445 (29.6)	462 (30.5)
	精神科病院	6 (0.4)	6 (0.4)	6 (0.4)	6 (0.4)	6 (0.4)
神奈川県	総数	2,561 (28.2)	2,614 (28.6)	2,646 (28.9)	2,689 (29.4)	2,742 (29.9)
	一般病院	2,524 (27.7)	2,575 (28.2)	2,606 (28.5)	2,650 (28.9)	2,703 (29.5)
	精神科病院	37 (0.4)	39 (0.4)	40 (0.4)	40 (0.4)	39 (0.4)
全国	総数	42,222 (33.2)	43,220 (34.0)	43,833 (34.5)	44,411 (35.1)	44,878 (35.5)
	一般病院	41,508 (32.7)	42,504 (33.4)	43,112 (34.0)	43,691 (34.5)	44,160 (34.9)
	精神科病院	714 (0.6)	717 (0.6)	721 (0.6)	721 (0.6)	718 (0.6)

出典:厚生労働省「病院報告(平成26年～平成30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30(2018)年中の人口10万人対の1日平均外来患者数は797.3人で、その内訳は一般病院769.4人、精神科病院27.9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26(2014)年に847.4人であったものが平成30(2018)年に797.3人となっており、50.1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30(2018)年) (人)

区分	病院の種類		
	総数	一般病院	精神科病院
川崎市	12,087 (797.3)	11,664 (769.4)	423 (27.9)
神奈川県	75,890 (827.0)	73,482 (800.7)	2,407 (26.2)
全 国	1,334,097 (1055.1)	1,275,608 (1008.8)	58,489 (46.3)

出典:厚生労働省「病院報告(平成30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26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
川崎市	総数	12,381 (847.4)	12,278 (832.3)	12,083 (811.5)	12,128 (806.4)	12,087 (797.3)
	一般病院	11,948 (817.8)	11,836 (802.3)	11,641 (781.8)	11,686 (777.0)	11,664 (769.4)
	精神科病院	434 (29.7)	442 (29.9)	443 (29.7)	442 (29.4)	423 (27.9)
神奈川県	総数	78,713 (865.4)	78,101 (855.8)	77,205 (844.2)	76,494 (835.2)	75,890 (827.0)
	一般病院	76,250 (838.3)	75,618 (828.6)	74,712 (817.0)	74,025 (808.2)	73,482 (800.7)
	精神科病院	2,463 (27.1)	2,483 (27.2)	2,493 (27.3)	2,469 (27.0)	2,407 (26.2)
全 国	総数	1,372,114 (1079.7)	1,366,693 (1075.3)	1,355,757 (1068.1)	1,346,627 (1062.8)	1,334,097 (1055.1)
	一般病院	1,315,066 (1034.3)	1,309,018 (1030.0)	1,297,906 (1022.5)	1,288,024 (1016.5)	1,275,608 (1008.8)
	精神科病院	57,047 (44.9)	57,675 (45.4)	57,850 (45.6)	58,603 (46.3)	58,489 (46.3)

出典:厚生労働省「病院報告(平成26年～平成30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30(2018)年中の平均在院日数は、全病床18.2日、一般病床12.9日、療養病床252.8日、精神病床204.3日、結核病床52.4日、介護療養病床687.9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30(2018)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	18.2	12.9	252.8	204.3	-	52.4	687.9
神奈川県	21.8	13.7	171.3	233.2	20.4	61.6	451.2
全国	27.8	16.1	141.5	265.8	8.3	65.6	311.9

出典:厚生労働省「病院報告(平成30年)」

- また、平均在院日数の年次推移をみると、本市においては、一般病床が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26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)
川崎市	全病床	19.4	19.2	19.1	18.7	18.2
	一般病床	13.6	13.2	13.2	13.1	12.9
	療養病床	227.1	216.5	201.8	209.5	252.8
	精神病床	153.3	175.0	191.8	196.4	204.3
神奈川県	全病床	23.0	22.5	22.3	22.1	21.8
	一般病床	14.1	13.9	13.8	13.7	13.7
	療養病床	202.0	198.9	187.0	178.3	171.3
	精神病床	234.1	232.7	229.3	227.5	233.2
全国	全病床	29.9	29.1	28.5	28.2	27.8
	一般病床	16.8	16.5	16.2	16.2	16.1
	療養病床	164.6	158.2	152.2	146.3	141.5
	精神病床	281.2	274.7	269.9	267.7	265.8

出典:厚生労働省「病院報告(平成26年～平成30年)」

③ 患者の受療状況

- 神奈川県における入院の受療率*は706で、全国平均の約68%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5,331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)。

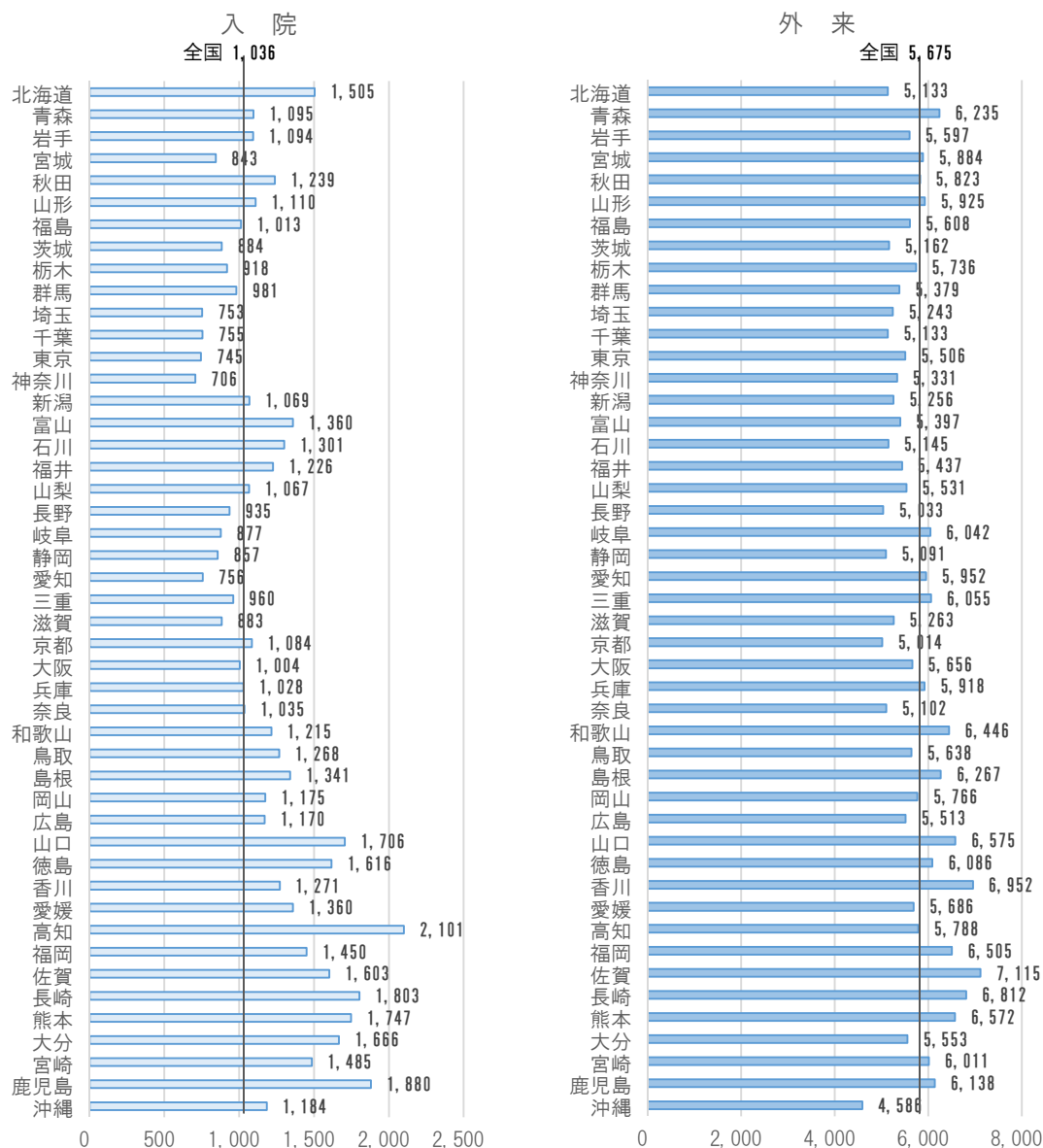
表2-4-11 受療率(人口10万人対)(平成29(2017)年10月時点)

区分	入院			外来			
	総数	病院	一般 診療所	総数	病院	一般 診療所	歯科 診療所
神奈川県	706	698	8	5,331	1,046	3,282	1,003
全国	1,036	1,004	32	5,675	1,286	3,325	1,064

出典:厚生労働省「患者調査(平成29年)」

※ 川崎市のデータなし

図2-4-1 都道府県（患者住所地）別にみた受療率（人口10万人対）（平成29（2017）年10月時点）



出典：厚生労働省「患者調査（平成29年）」

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に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られる体制の整備が求められます。
- 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

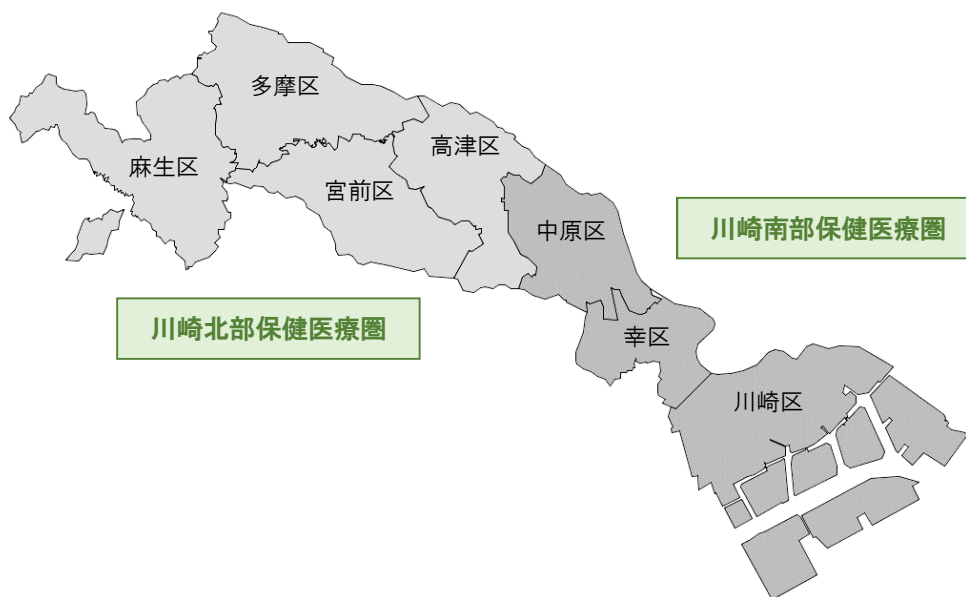


表2-5-2 川崎2医療圏の人口・面積・人口密度

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	871,034	10,998
川崎南部	65.15	668,488	10,261

※ 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(令和2年9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、医療法施行規則による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(療養病床及び一般病床)の算定式

○ 療養病床の算定式

$$\frac{\left(\begin{array}{c} \text{性別・年齢階級別人口} \\ \text{(直近の夜間人口)} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{性別・年齢階級別} \\ \text{療養病床入院受療率} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} \text{在宅医療等} \\ \text{対応可能数} \end{array} \right) + \left(\begin{array}{c} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right)}{\left(\begin{array}{c} \text{病床利用率} \\ \text{(下限 0.90)} \end{array} \right)}$$

○ 一般病床の算定式

$$\frac{\left(\begin{array}{c} \text{性別・年齢階級別人口} \\ \text{(直近の夜間人口)} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{性別・年齢階級別} \\ \text{一般病床退院率} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{平均在院日数} \\ \text{(上限 13.6日)} \end{array} \right) + \left(\begin{array}{c} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right)}{\left(\begin{array}{c} \text{病床利用率} \\ \text{(下限 0.76)} \end{array} \right)}$$

○ 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

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。(※条項は第7次基準病床数算定時のもの)

- 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)。
- 神奈川県保健医療計画では、療養病床及び一般病床の基準病床数について、各医療機関の病床利用率の状況や役割分担の進捗状況等を踏まえ、計画期間の中間年である令和2(2020)年に見直しの要否を含め、全地域で検討した結果を反映するとしています。

第2章 川崎市の概況

- なお、横浜、川崎北部及び横須賀・三浦の二次保健医療圏については、医療需要の大幅な増加が見込まれる地域であり、将来に与える影響が大きいことから、神奈川県保健医療計画の策定後、毎年度、最新の人口と病床利用率により再計算を行い、地域の医療提供体制の現状等を踏まえて、基準病床数(療養病床及び一般病床)の見直しについて検討するとされています。

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)(今後修正) (床)

二次保健医療圏	基準病床数				既存病床数 B	過不足 病床数 B-A
	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021) A		
横 浜	23,516	23,605	23,785	調整中	23,183	未確定
川 崎 北 部	3,662	3,768	3,796		4,331	
川 崎 南 部	4,189	4,189	4,189		4,776	
相 模 原	6,545	6,545	6,545		6,522	
横 須 賀・三 浦	5,307	5,307	5,307		5,249	
湘 南 東 部	4,064	4,064	4,064		4,405	
湘 南 西 部	4,635	4,635	4,635		4,674	
県 央	5,361	5,361	5,361		5,347	
県 西	2,809	2,809	2,809		3,138	
計(9圏域)	60,088	60,283	60,491		61,625	

※ 既存病床数は、令和2(2020)年4月1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	11,317	13,976	2,659

※ 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 (平成30(2018)年10月1日現在)

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	74	74	0

※ 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 (平成30(2018)年10月1日現在)

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	129	166	37

※ 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 (平成30(2018)年10月1日現在)

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30(2018)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39施設の病院、987施設の一般診療所及び760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30(2018)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	39 (2.6)	33 (2.2)	6 (0.4)	987 (65.1)	27 (3.4)	960 (63.3)	760 (50.1)
神奈川県	340 (3.7)	293 (3.2)	47 (0.5)	6,739 (73.4)	201 (2.2)	6,538 (71.2)	4,933 (53.8)
全国	8,372 (6.6)	7,314 (5.8)	1,058 (0.8)	102,105 (80.8)	6,934 (5.5)	95,171 (75.3)	68,613 (54.3)

出典:厚生労働省「医療施設調査(平成30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30(2018)年10月1日現在の病院の病床数は、全病床10,815床、一般病床7,837床、療養病床1,168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30(2018)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	10,815 (713.4)	7,837 (517.0)	1,168 (77.0)	1,758 (116.0)	12 (0.8)	40 (2.6)
神奈川県	74,461 (811.4)	46,645 (508.3)	13,757 (149.9)	13,819 (150.6)	74 (0.8)	166 (1.8)
全国	1,546,554 (1223.1)	890,712 (704.4)	319,506 (252.7)	329,692 (260.7)	1,882 (1.5)	4,762 (3.8)

出典:厚生労働省「医療施設調査(平成30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30(2018)年中の病床利用率は、全病床78.3%、一般病床74.9%、療養病床90.1%、精神病床86.9%、結核病床41.6%、介護療養病床95.5%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30(2018)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	78.3%	74.9%	90.1%	86.9%	-	41.6%	95.5%
神奈川県	80.6%	77.3%	87.0%	86.2%	15.6%	46.5%	86.6%
全国	80.5%	76.2%	87.7%	86.1%	3.6%	33.3%	91.3%

出典:厚生労働省「病院報告(平成30年)」

④ 医師・歯科医師・薬剤師・看護職員数

- 本市における平成30(2018)年12月31日現在の医師数は3,489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1,069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3,706人で、増加傾向にあり、人口10万人対の薬剤師数は、全国とほぼ同率となっています(表2-6-4)。
- 本市における平成30(2018)年12月31日現在の看護職員数は13,071人で、その内訳は保健師293人、助産師402人、看護師11,099人、准看護師1,277人で、助産師及び看護師は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861.9人、保健師19.3人、助産師26.5人、看護師731.9人、准看護師84.2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26年 (2014)	平成28年 (2016)	平成30年 (2018)
川崎市	医師	3,190 (218.3)	3,352 (225.1)	3,489 (230.1)
	歯科医師	1,018 (69.7)	1,040 (69.8)	1,069 (70.5)
	薬剤師	3,256 (222.9)	3,520 (236.4)	3,706 (244.5)
神奈川県	医師	19,036 (209.3)	19,476 (213.0)	20,254 (220.7)
	歯科医師	7,414 (81.5)	7,298 (79.8)	7,365 (80.3)
	薬剤師	21,541 (236.8)	22,104 (241.7)	22,913 (249.7)
全国	医師	311,205 (244.9)	319,480 (251.7)	327,210 (258.8)
	歯科医師	103,972 (81.8)	104,533 (82.4)	104,908 (83.0)
	薬剤師	288,151 (226.7)	301,323 (237.4)	311,289 (246.2)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査(平成26年・平成28年・平成30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26年 (2014)	平成28年 (2016)	平成30年 (2018)
川崎市	総数	11,557 (791.0)	11,606 (779.2)	13,071 (861.9)
	保健師	312 (21.4)	317 (21.3)	293 (19.3)
	助産師	364 (24.9)	391 (26.3)	402 (26.5)
	看護師	9,456 (647.2)	9,678 (649.8)	11,099 (731.9)
	准看護師	1,425 (97.5)	1,220 (81.9)	1,277 (84.2)
神奈川県	総数	75,663 (831.8)	76,223 (833.5)	80,815 (880.6)
	保健師	2,072 (22.8)	2,149 (23.5)	2,157 (23.5)
	助産師	2,196 (24.1)	2,322 (25.4)	2,337 (25.5)
	看護師	61,164 (672.4)	62,794 (686.6)	67,763 (738.4)
	准看護師	10,231 (112.5)	8,958 (98.0)	8,558 (93.3)
全国	総数	1,509,340 (1,187.7)	1,559,562 (1,228.6)	1,612,951 (1,275.6)
	保健師	48,452 (38.1)	51,280 (40.4)	52,955 (41.9)
	助産師	33,956 (26.7)	35,774 (28.2)	36,911 (29.2)
	看護師	1,086,779 (855.2)	1,149,397 (905.5)	1,218,606 (963.8)
	准看護師	340,153 (267.7)	323,111 (254.6)	304,479 (240.8)

出典:厚生労働省「衛生行政報告例(隔年報)(平成26年・平成28年・平成30年)」

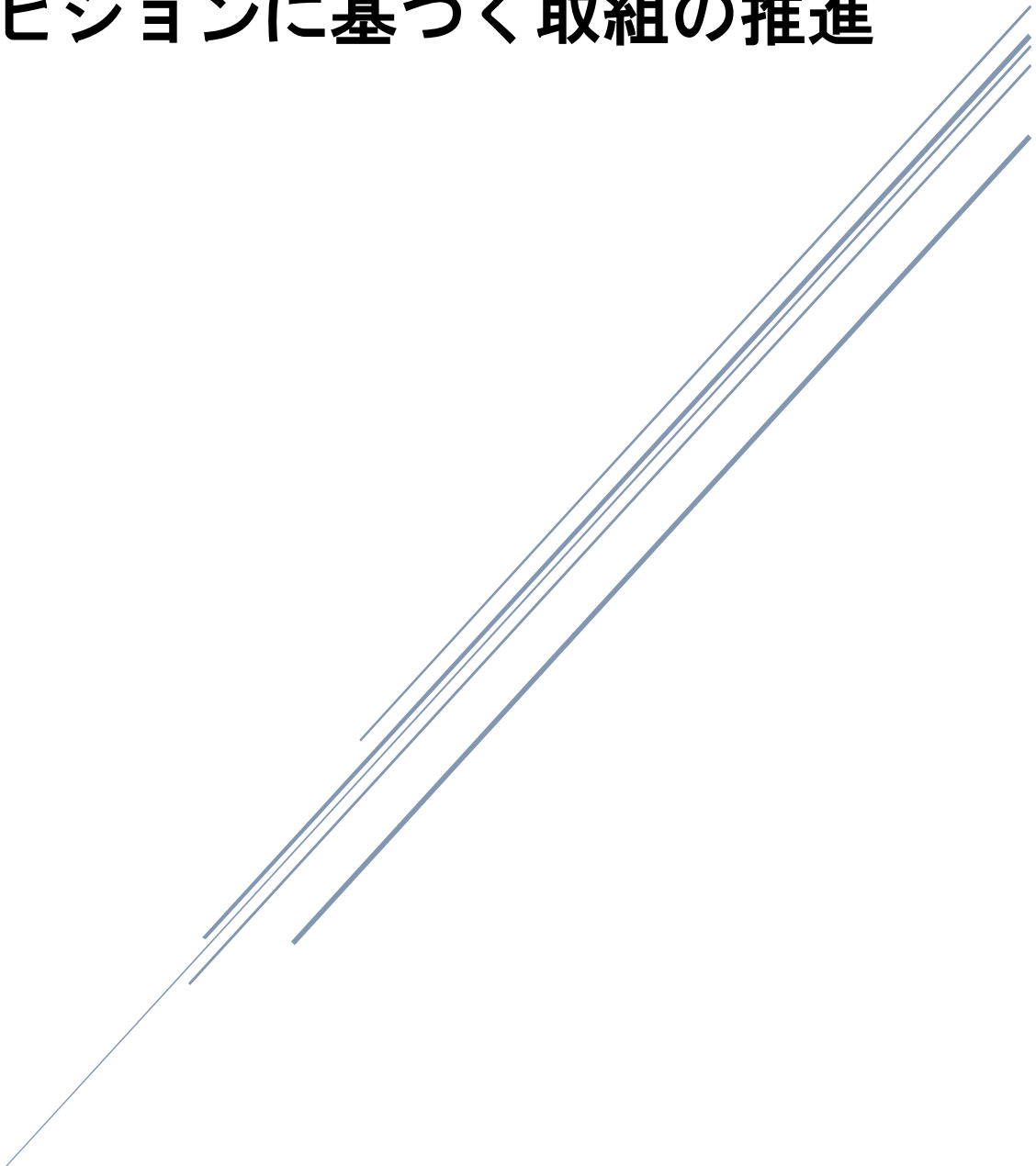
※ 下段()内は人口10万人対の看護職員数

※ 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推進 ビジョンに基づく取組の推進



かわさき保健医療プラン
[2018-2023 年度]改定版

第1節 地域包括ケアシステム推進ビジョンに基づく取組の推進

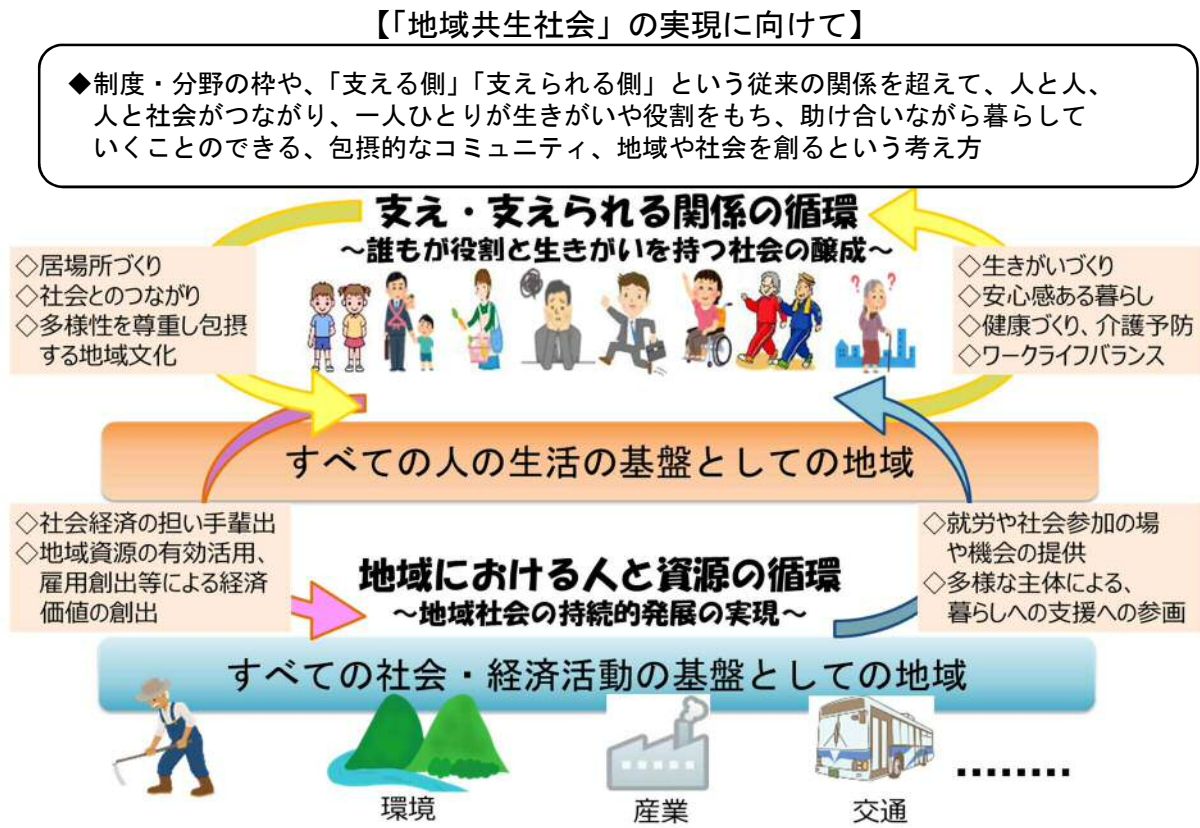
① 社会環境の変化

- 社会環境の変化として、本市は比較的若い都市ですが、今後、高齢化率が21%を超え、超高齢社会が到来します。また、急速な高齢化の進行とともに、少子化が同時に進むことが予測されています。
- 少子高齢化の進行は、同時に、生産年齢人口の減少を伴い、社会・産業構造の変化、ケア人材の不足などが進んでいくことにつながります。
- 特に、今後、後期高齢者が増加することで、慢性疾患、さらには複数の疾患を抱えながら生活を送る高齢者が増加していき、疾病構造の変化が想定され、「治す医療」から「治し支える医療・介護」への転換が必要となっています。

② 地域包括ケアシステム推進ビジョン策定の背景

- 超高齢社会に突入し疾病構造などの社会環境の変化に対応していくため、国においては、「医療介護総合確保推進法」に、高齢者を対象として、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た体制づくりを目指す地域包括ケアシステムの構築について規定されています。
- 本市では、高齢者施策が、住宅施策等の関連施策との連携を図ることや、認知症の人を支える生活支援等、他の様々な施策と仕組みを共有できる部分が多いと考えられることから、そのようなシステムの汎用性に着目し、昨今の家族・地域社会の変容などによるニーズの多様化・複雑化による地域における生活課題の多様性の高まりを踏まえて、高齢者に限らず、障害者や子ども、子育て中の親などを加え、現時点で他者からのケアを必要としない方々を含め、すべての地域住民を対象として、平成27(2015)年3月に、関連個別計画の上位概念として、「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。）」を策定しました。
- また、地域包括ケアシステムの基幹的な取組としては、様々な医療・介護等の専門職による協働からはじめられましたが、まちづくりの側面も重要と考えられ、地域包括ケアシステムの構築に向けては、保健・医療・福祉分野に限らず、幅広い行政分野が総合的に取り組んでいくことを目指しています。
- さらに、今日では、国においても、高齢者に限らず、多様な対象者が想定され、地域包括ケアシステムの普遍化に向け、「地域共生社会の実現」を目指し、まちづくりや地方創生などの取組との連携とともに、①本人・世帯の属性に関わらず受け止める「断らない相談」、②狭間のニーズに対応できるように、地域資源を活かしながら、就労支援、居住支援などを提供することで社会とのつながりを回復する「参加支援」、③地域社会からの孤立を防ぎ、地域における多世代の交流や多様な活躍の機会と役割を生み出す「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に行うことが求められています(図3-1-1)。

図3-1-1 「地域共生社会」の実現に向けて

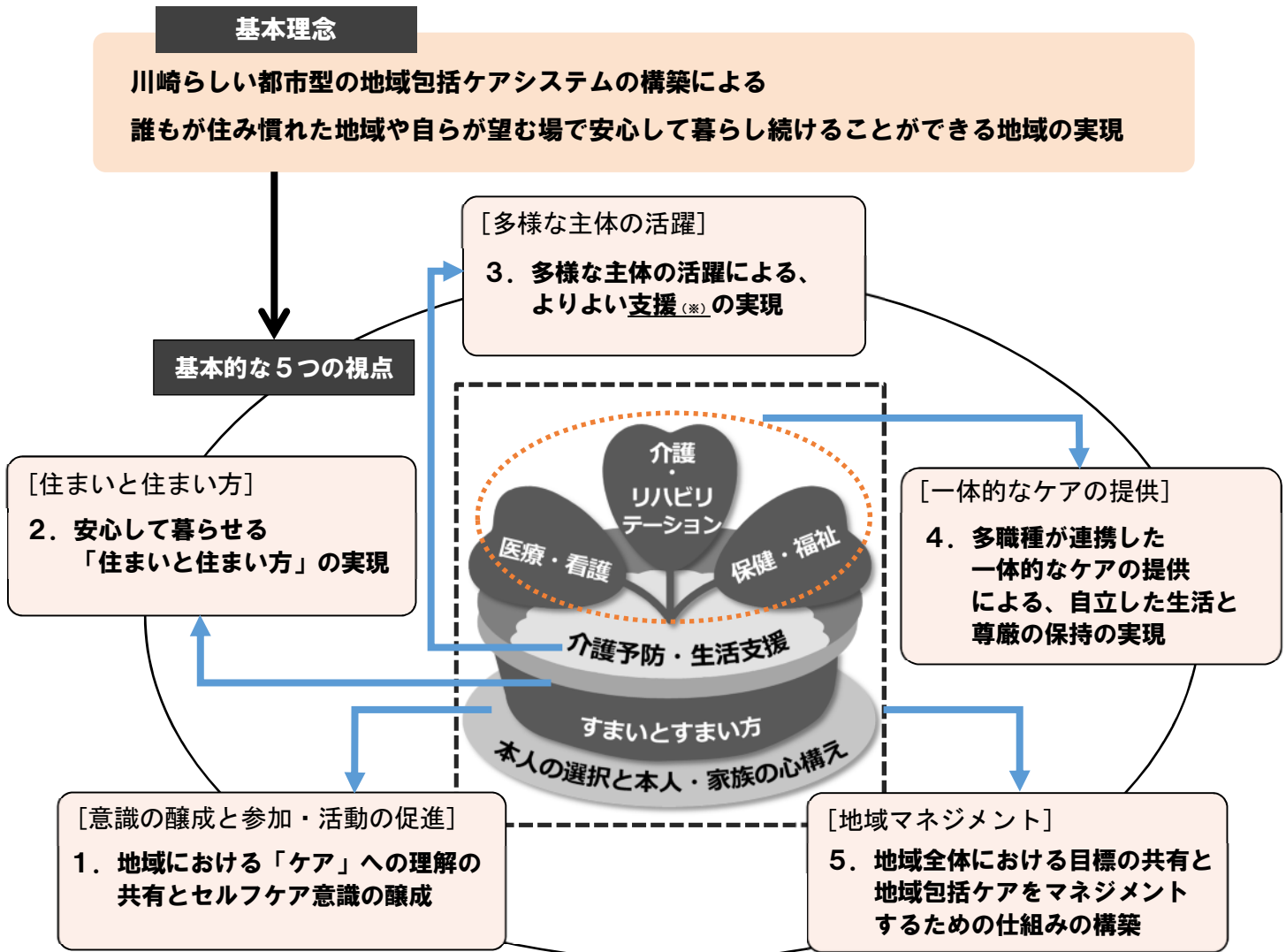


③ 推進ビジョンの概要

- 推進ビジョンは、「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」を基本理念とし、「①意識の醸成と参加・活動の促進」「②住まいと住まい方（地域コミュニティ等との関わり方）」「③多様な主体の活躍」「④一体的なケアの提供」「⑤地域マネジメント」の基本的な5つの視点で取り組むものです。
- これらの取組を通じて、住み慣れた地域で自分らしさを発揮し、自立した日常生活を営むことができるように、生活に必要な要素が包括的に確保された体制づくりとして、地域包括ケアシステムの構築を目指しています（図3-1-2）。

図3-1-2 「推進ビジョン」における取組の視点

～一生住み続けたい最幸のまち・川崎をめざして～



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」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年をもとに作成

※「川崎市地域包括ケアシステム連絡協議会運営委員会」での議論を踏まえて、民間企業なども含めたより多様な主体の参画が進んでいることから、「3. 多様な主体の活躍による、よりよいケアの実現」の「ケア」を「支援」と読み替えて表記しています。

キーワード(用語の説明)

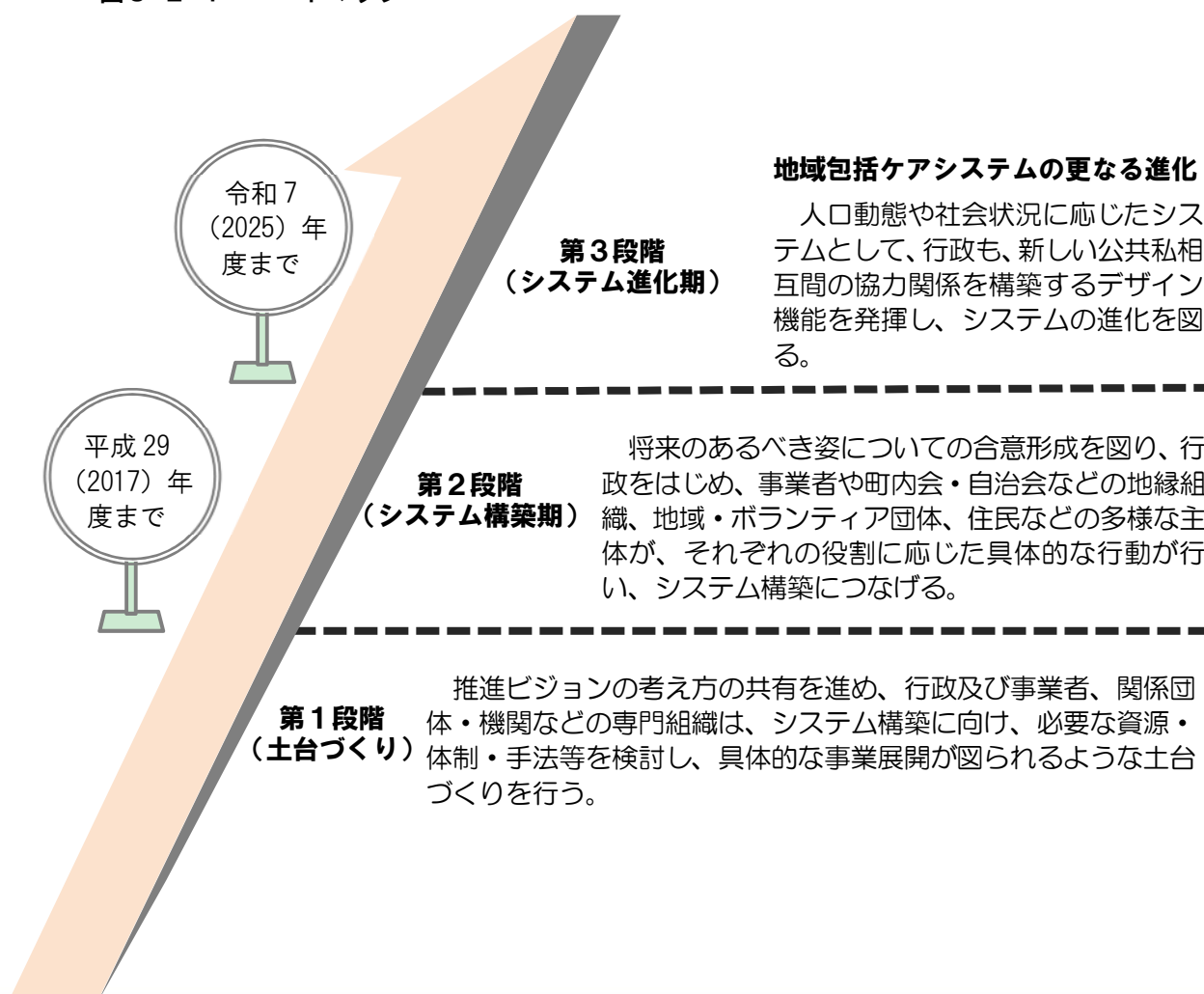
「地域共生社会」…

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。

第2節 本市における地域包括ケアシステム構築に向けたロードマップ

- ロードマップとしては、推進ビジョンを策定して以降の平成 27(2015)年度から 29(2017)年度までを第1段階の「土台づくり」の期間として、平成 30(2018)年度から令和 7(2025)年度までを第2段階の「システム構築期」、令和 8(2026)年度以降を第3段階の「システム進化期」として、地域包括ケアシステムの構築を目指しています。
- 団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる 2040 年以降には、高齢者ひとり暮らし世帯、夫婦のみの世帯の増加、認知症の人の増加も見込まれるなど、医療・介護サービスの需要がさらに増加・多様化することが想定されています。
- こうした中、令和 7(2025)年度までのシステム構築に向けた取組を着実に進めるとともに、新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた「新しい生活様式」や、デジタル化・スマート化など新たな技術を取り入れた社会（Society 5.0）を意識しながら、安心できる社会保障の構築と包摂的な社会の実現に向けて、令和 22(2040)年度を見据えた中長期的な視点で取組を推進します(図 3-2-1)。

図 3-2-1 ロードマップ



第3節 推進ビジョンの推進体制

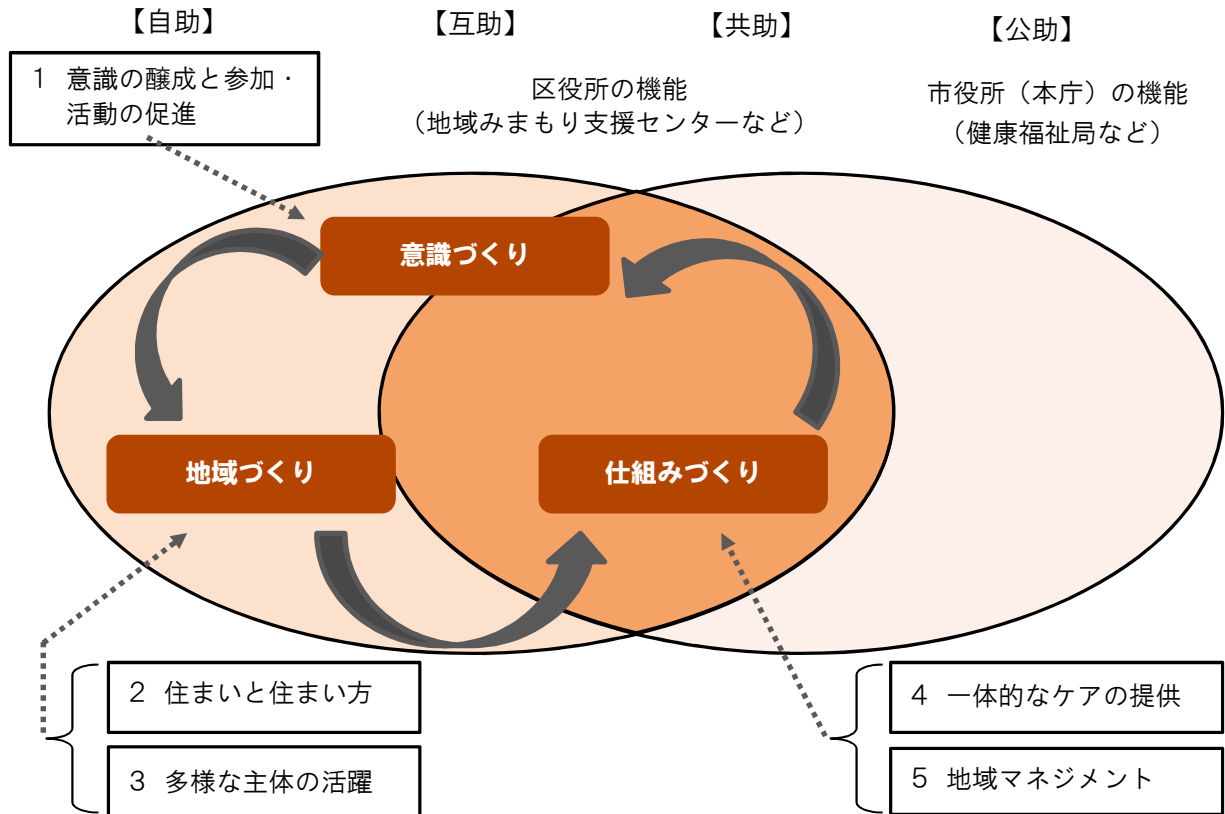
① 地域みまもり支援センターによる取組

- 「推進ビジョン」の策定に伴い、平成28(2016)年4月には、「推進ビジョン」の具体的な推進に向けて、専門職種のアウトリーチ機能を充実して連携を強化し、地域包括支援センターや障害者相談支援センター、児童家庭支援センターなどの専門相談支援機関をはじめとして、連携を推進するため、各区保健福祉センター内に「地域みまもり支援センター」を設置し、平成31(2019)年4月には、センター内での個々人へのケアを中心とした専門支援機能との連携の強化を図るため、保健福祉センター全体を「地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所)」と改称して、「個別支援の強化」と「地域力の向上」を目指しています。

② 取組の推進イメージ

- 本市においては、住民に身近な区役所と市役所(本庁)が全市的な調整を図り調和のとれた施策を展開していることから、それぞれの適切な役割分担によって、一体的に取組を推進します。
- その際に、基本的な視点として、①地域福祉に関する市民啓発を図るための「意識づくり」、②地域における人材養成や居場所づくりをはじめとした取組を推進する「地域づくり」、③「意識づくり」や「地域づくり」を専門多職種と共に、地域においてシステム化していくための「仕組みづくり」を3つの視点として、「自助」「互助」「共助」「公助」の組み合わせによるシステム構築を目指します。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(図3-3-1)。

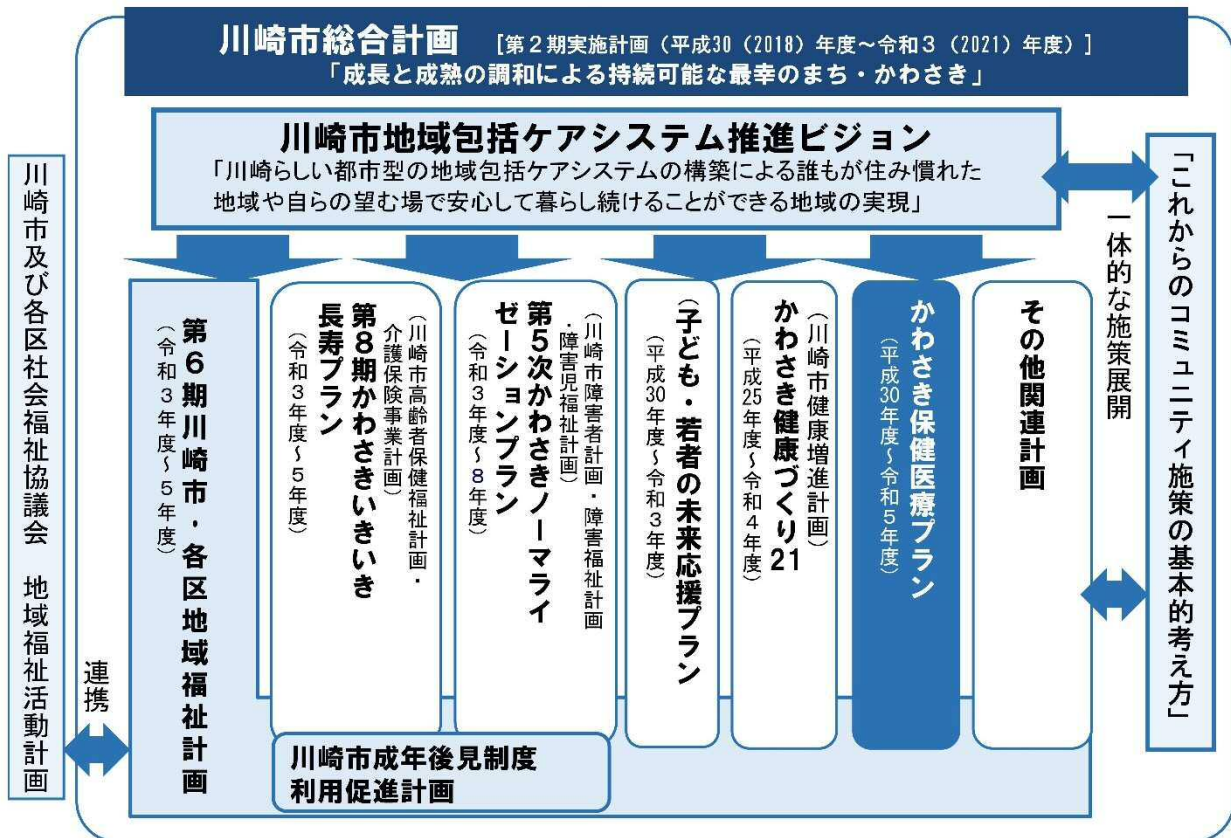
図3-3-1 地域包括ケアシステム推進ビジョンの推進イメージ



③ 推進ビジョンと関連個別計画の関係性

- 本市における地域包括ケアシステム構築に向けて、総合計画のもと、地域包括ケアシステム推進ビジョンを上位概念として、「かわさきいきいき長寿プラン」「かわさきノーモライゼーションプラン」「川崎市子ども・若者の未来応援プラン」等の関連計画と連携を図りながら取組を推進してきました。
- 今般（令和2（2020）年度）の「かわさき保健医療プラン」の改定にあたっては、保健医療施策に関する行政計画として、住民の視点から地域福祉を推進していくための地域福祉計画（社会福祉法に基づく福祉に関する上位計画）と連携を図りながら、地域包括ケアシステムの構築につなげていきます（**図3-3-2**）。

図3-3-2 推進ビジョンと関連個別計画の関係性



- なお、地域包括ケアシステムの構築に向けては、令和元(2019)年度の外部有識者による「超高齢社会の到来に向けた地域包括ケアシステムのあり方検討会議」での検討を踏まえ、市民一人ひとりを支える上での「個別支援の充実」と「地域力の向上」を不可分一体で進めていくこととし、個人へのアプローチにあたっては、一人ひとりが生活の中で築いている本人に由来する地域資源（本人資源）に着目した対応を図ることが重要であるとともに、家族機能をどのように捉えていくかに留意していく必要があります。
- こうした視点を着実に施策推進の中で活かしていくために、①小地域ごとの特性に配慮した施策展開、②分野横断的な施策連携の実現、③民間企業なども含めた多様な主体の連携の手法開発などを取組の視座として、地域包括ケアシステムの構築を推進します。

第4節 推進ビジョンの基本的な5つの視点に沿った取組

○ 5つの視点は、①セルフケア（民間サービス等を購入することを含む。）を自発的に行うなど、「自分でできることは自分です」という意識を前提に、生活の基盤となる②「住まい」や「住まい方（地域コミュニティ等との関わり方）」と、③多様な主体による互助的な支え合いを含めた「生活支援」に加え、疾患を抱えながらも地域で暮らし続けられるための④医療や介護等の「専門的なサービス」が一体的に提供されるようなまちづくりに向けて、⑤行政が「包括的な地域マネジメント」を推進する、という一連の流れとして相互に関連しています。5つの視点に基づく具体的な取組に向けた考え方と、関連する主な取組を記載します(表3-4-1)。こうした個々の取組について関連性を意識しながら着実に推進し、地域包括ケアシステムの構築を目指します。

表3-4-1 ビジョン実現に向けた考え方と取組例

基本的な視点	視点に基づく具体的な方策の考え方	関連する主な取組
①意識の醸成と参加・活動の促進	すべての住民が社会環境の変化に対応する意識を持ち、自発的に努力するとともに、「共生の意識」を育み、「自立した生活」と「尊厳の保持」を実現できる地域を目指す。	①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メンタルヘルス対策 ③医療機関の選択等に係る普及啓発 ④在宅医療・かかりつけ医の普及啓発 ⑤医薬品等の適正使用の普及啓発 ⑥食中毒予防の普及啓発
②住まいと住まい方	生活の基盤として、本人の尊厳が十分に守られた住環境が整備され、本人の希望にかなった住まい方が確保された環境を目指す。	①在宅医療を支える介護サービス基盤の整備 (認知症グループホーム等の整備)
③多様な主体の活躍	自立した生活の維持に向けて、インフォーマル・サポートが地域の中で提供されるよう、多様な主体の役割分担による「互助」を支える仕組みづくりを進める。	①介護予防・生活支援の取組強化 ②市民救命士の育成と応急手当の普及 ③輸血用血液の安定確保のための献血啓発
④一体的なケアの提供	本人の身体状況に応じた、専門職によるケアを多職種連携により、切れ目なく提供できる体制づくりを進める。特に、医療と介護の円滑な連携を推進する。	①在宅療養推進協議会等による医療・介護の連携に向けた取組 ②地域リハビリテーションの推進 ③保健・医療・福祉・教育機関で構成する医療的ケア児連絡調整会議の設置
⑤地域マネジメント	地域の目標を地域全体で共有しながら、個々の活動が一つの目標に向かってより効果的に機能できるような仕組みづくりを進める。	①地域の課題や目指すべき姿を共有し、取組を進めるための神奈川県地域医療構想の策定及び川崎地域地域医療構想調整会議における協議 ②「地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所)」を中心とした地域マネジメントの推進

第5節 地域包括ケアシステム構築に向けた圏域の考え方

- 人口 150 万人を超える本市においては、これまでの歴史や文化に根差した多様性があり、地域によって生活上の課題も異なることから、地域包括ケアシステムの構築に向けては、小地域ごとの特性に配慮した施策展開が重要です。
- また、生活に身近な課題や問題を発見し、住民を中心とした地域福祉活動を展開するには、区、さらに地域の実情に応じたより小さな圏域を単位とすることが望ましいことから、「第5期川崎市地域福祉計画」においては、「区域」を第1層とし、相談や居場所など、地域の課題に公的に対応し地域づくりを進めてきた概ね中学校区を基本とする圏域を第2層として、「地域ケア圏域」としてきました。
- 今般、これまで行政が取組を推進してきた状況を踏まえ、「地域ケア圏域」を44圏域に分け、地区カルテ等を活用して、より多くの方々と共に地域の状況を共有するとともに、地区社会福祉協議会との連携を進めていきます。なお、この圏域は、介護保険制度上の日常生活圏域としても位置付けます。
- 今後は、さらに地域の実情に応じて、より小規模な地域の状況把握や課題解決が重要となっていくことから、小地域を第3層としながら、「地域ケア圏域」については、より市民に身近な地域での様々な活動の展開を目指して、圏域の設定のあり方を検討していきます(表3-5-1)。

表3-5-1 地域包括ケアシステム構築に向けた圏域の考え方(令和2年5月1日時点)

	圏域	圏域の考え方
第3層	小地域 町内会・自治会(650) 小学校区(114校区) など	(例示) ・町内会・自治会の班(組)程度の日常的な支え合いを基本としながら、民生委員児童委員などが、地域の状況を把握し、見守りや日常生活支援などを行う。 ・地域住民の生活課題の解決に向けて、見守りなど具体的に日常的な活動を行っていくことが求められる。 ・PTAを中心に、子どもの健やかな成長ができる教育環境づくりを各学校と共に推進していく。 など
第2層	地域ケア圏域(44圏域) 人口平均 約35,000人 中学校区(52校区)	・身近な地域において、相談や居場所など、地域の課題に公的に対応し、地域づくりを進める。 ・地区社協や地区民児協を組織し、活動を推進している。
第1層	区域(7区) 人口 約17万人~26万人	・効果的なサービス提供を実現するために区社協、地域みまもり支援センターなどの公的機関があり、区役所が中心となって、地域課題を把握し、住民と共有しながら、各地域を支援する地域福祉を推進する。
	市域 人口 約154万人	・市全体の調和を保ちながら地域福祉の向上を図るための取組を推進する。

- また、「第6期川崎市地域福祉計画」においては、地域包括ケアシステム構築に向けた基幹的な計画としての位置付けを高め、小地域において、住民同士の「地域づくり」が進んでいくように、各区地域福祉計画に「地域ケア圏域」(表3-5-2)ごとの地域の概況を掲載するとともに、地区カルテを活用した地域マネジメントを推進します。さらに、「個別支援の充実」と「地域力の向上」を不可分一体で進め、包括的な支援体制づくりにつなげます。

表3-5-2 各区の地域ケア圏域



No	区名	圏域	町名
1	川崎区	中央第一地区	旭町、砂子、駅前本町、榎町、境町、新川通、鈴木町、東田町、富士見1丁目、堀之内町、本町、港町、宮前町、宮本町
2		中央第二地区	池田、小川町、貝塚、京町1・2丁目、下並木、堤根、日進町、南町、元木
3		渡田地区	小田1丁目、渡田、渡田山王町、渡田新町、渡田東町、渡田向町
4		大島地区	大島、大島上町、中島、富士見2丁目
5		大師第一地区	伊勢町、川中島、大師駅前、藤崎
6		大師第二地区	池上新町、観音、台町、四谷上町、四谷下町
7		大師第三地区	浮島町、江川、小島町、塩浜、田町、大師河原、千鳥町、出来野、殿町、東扇島、日ノ出、水江町、夜光
8		大師第四地区	昭和、大師公園、大師町、大師本町、中瀬、東門前
9		田島地区	浅野町、池上町、追分町、扇島、扇町、鋼管通、桜本、田島町、浜町、南渡田町
10		小田地区	京町3丁目、浅田、大川町、小田2～7丁目、小田栄、白石町、田辺新田
11	幸区	南河原地区	大宮町、幸町、中幸町、堀川町、南幸町、都町、柳町
12		御幸東地区	遠藤町、小向、小向町、小向東芝町、小向仲野町、小向西町、紺屋町、神明町、戸手、戸手本町
13		河原町地区	河原町
14		御幸西地区	下平間、塚越、東古市場、古市場、古川町、新塚越
15		日吉第一地区	北加瀬、矢上、新川崎、鹿島田
16		日吉第二地区	南加瀬
17		日吉第三地区	小倉、新小倉、東小倉

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

No	区名	圏域	町名
18	中原区	大戸地区	上新城、下小田中、下新城、新城、新城中町、宮内、上小田中
19		小杉地区	市ノ坪、小杉、小杉御殿町、小杉陣屋町、小杉町、等々力、今井上町、今井仲町、今井西町、今井南町
20		丸子地区	上丸子山王町、上丸子天神町、上丸子八幡町、新丸子東、新丸子町、丸子通
21		玉川地区	上平間、上丸子、北谷町、下沼部、田尻町、中丸子
22		住吉地区	大倉町、井田、井田三舞町、井田杉山町、井田中ノ町、木月伊勢町、木月大町、木月祇園町、木月住吉町、木月、苅宿、西加瀬
23	高津区	高津第一地区	宇奈根、久地、溝口
24		高津第二地区	梶ヶ谷、上作延、坂戸、下作延、久本、向ヶ丘
25		高津第三地区	下野毛、北見方、諏訪、瀬田、二子
26		橘地区	明津、蟹ヶ谷、子母口・子母口富士見台、新作、千年、千年新町、久末、末長、北野川、東野川
27	宮前区	宮前第一地区	梶ヶ谷、野川、野川本町、西野川
28		宮前第二地区	けやき平、神木、土橋
29		有馬・鷺沼地区	有馬、鷺沼
30		東有馬地区	東有馬
31		宮前第三地区	小台、宮崎、馬絹
32		宮前中央地区	宮崎1～6丁目、宮前平
33		向丘地区	犬蔵、五所塚、潮見台、神木本町、白幡台、菅生、菅生ヶ丘、平、南平台、初山、水沢
34	多摩区	登戸地区	和泉、登戸、登戸新町
35		菅地区	菅、菅稲田堤、菅北浦、菅城下、菅仙谷、菅野戸呂、菅馬場
36		中野島地区	中野島、布田
37		稲田地区	宿河原、堰、長尾
38		生田地区	生田、東生田、東三田、枡形、栗谷、寺尾台、長沢、西生田、三田、南生田
39	麻生区	麻生東第一地区	高石、多摩美
40		麻生東第二地区	金程、千代ヶ丘、細山、向原
41		麻生東第三地区	東百合丘、百合丘
42		柿生第一地区	王禅寺、虹ヶ丘、白山、王禅寺西、王禅寺東
43		柿生第二地区	岡上、上麻生、下麻生、早野
44		柿生第三地区	片平、栗木、栗木台、栗平、黒川、五力田、白鳥、古沢、万福寺、南黒川、はるひ野

※ 町丁コード順

※ 各種統計データの捕捉などの観点から、一部、エリアを調整している場合がある。

第4章

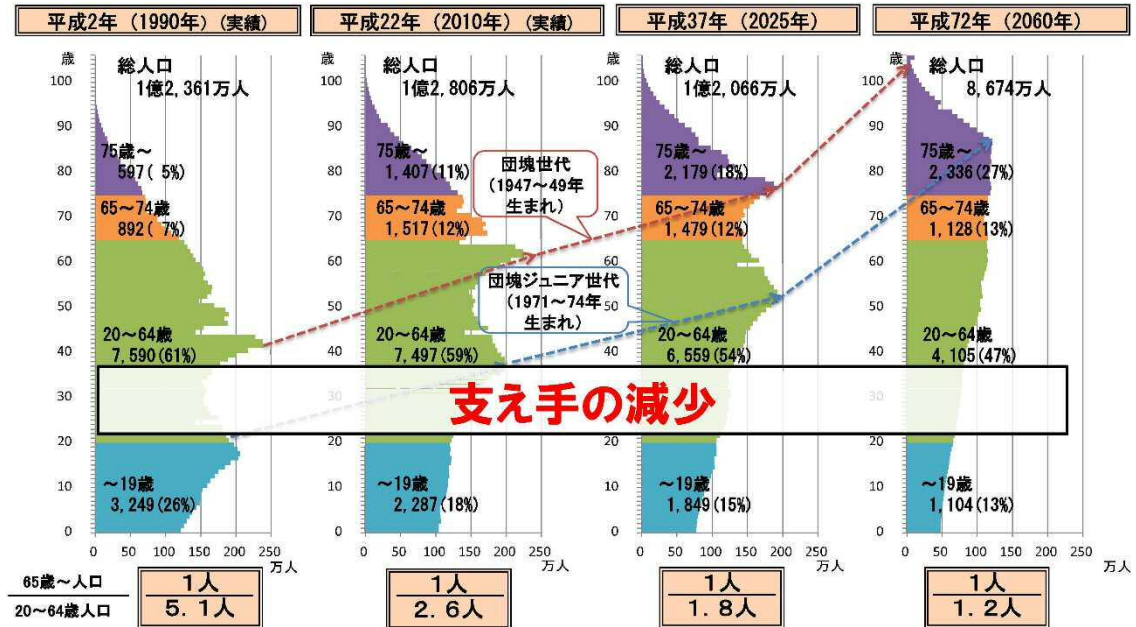
将来の医療需要を踏まえた 目指すべき方向性

かわさき保健医療プラン
[2018-2023 年度]改定版

第1節 地域医療構想の背景及び概要

- 団塊の世代が75歳以上になる令和7(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)。

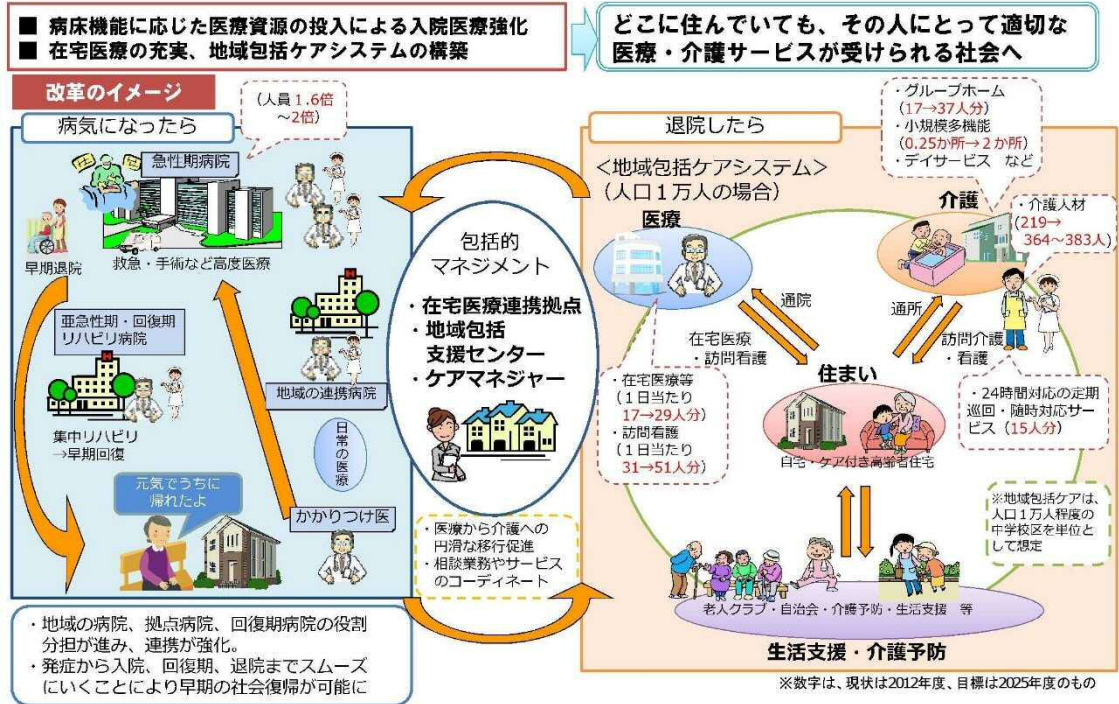
図4-1-1 日本の人口ピラミッドの変化



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、「令和7(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令和7(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

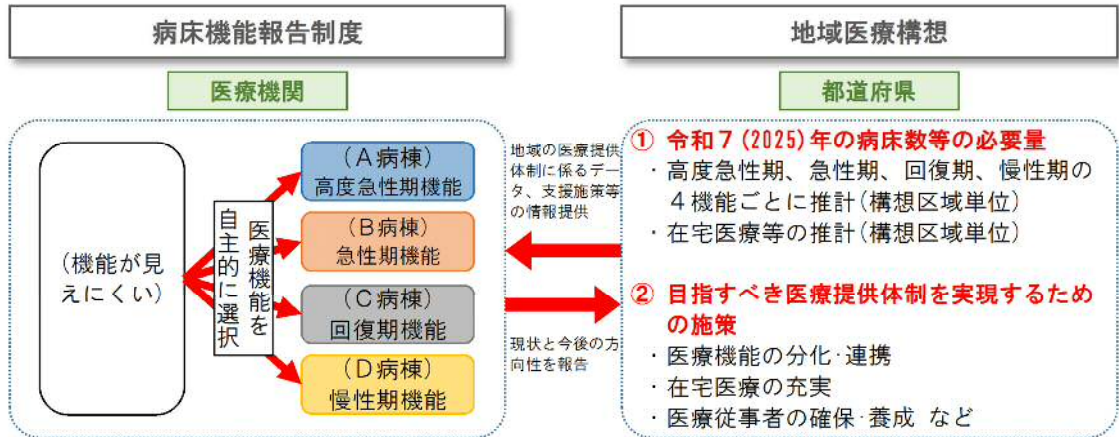


表4-1-1 地域医療構想の記載事項

区分	記載事項
令和7(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、令和7(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 神奈川県地域医療構想の策定に向けた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確定 ・ 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るところです(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

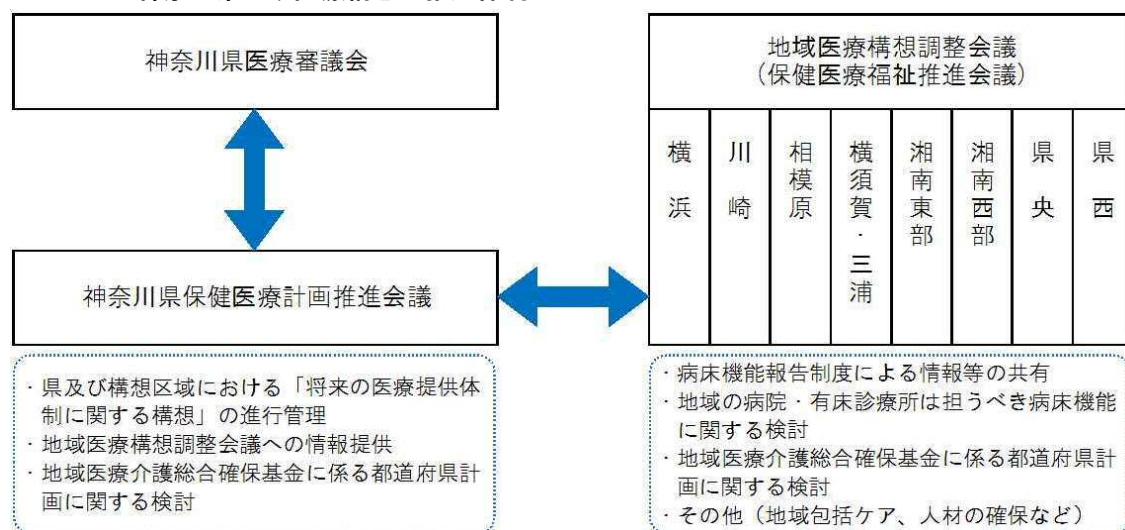
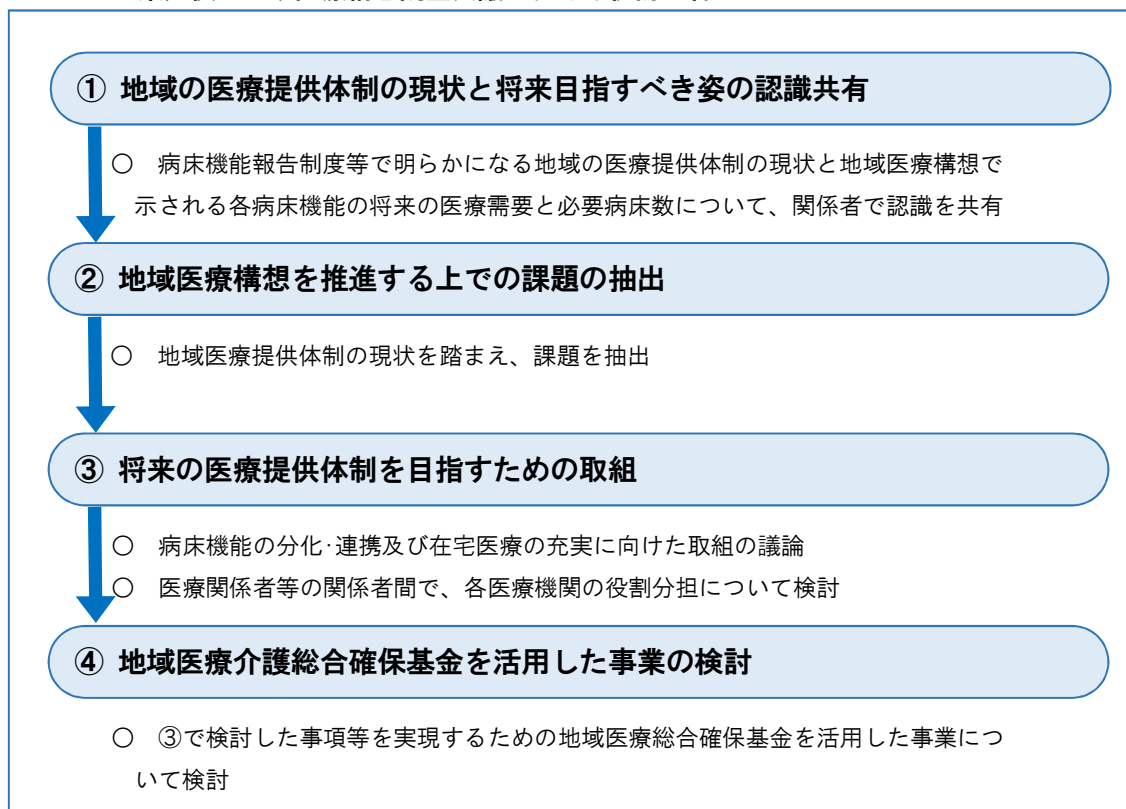


図4-2-2 策定後の地域医療構想調整会議における検討内容イメージ



キーワード(用語の説明)

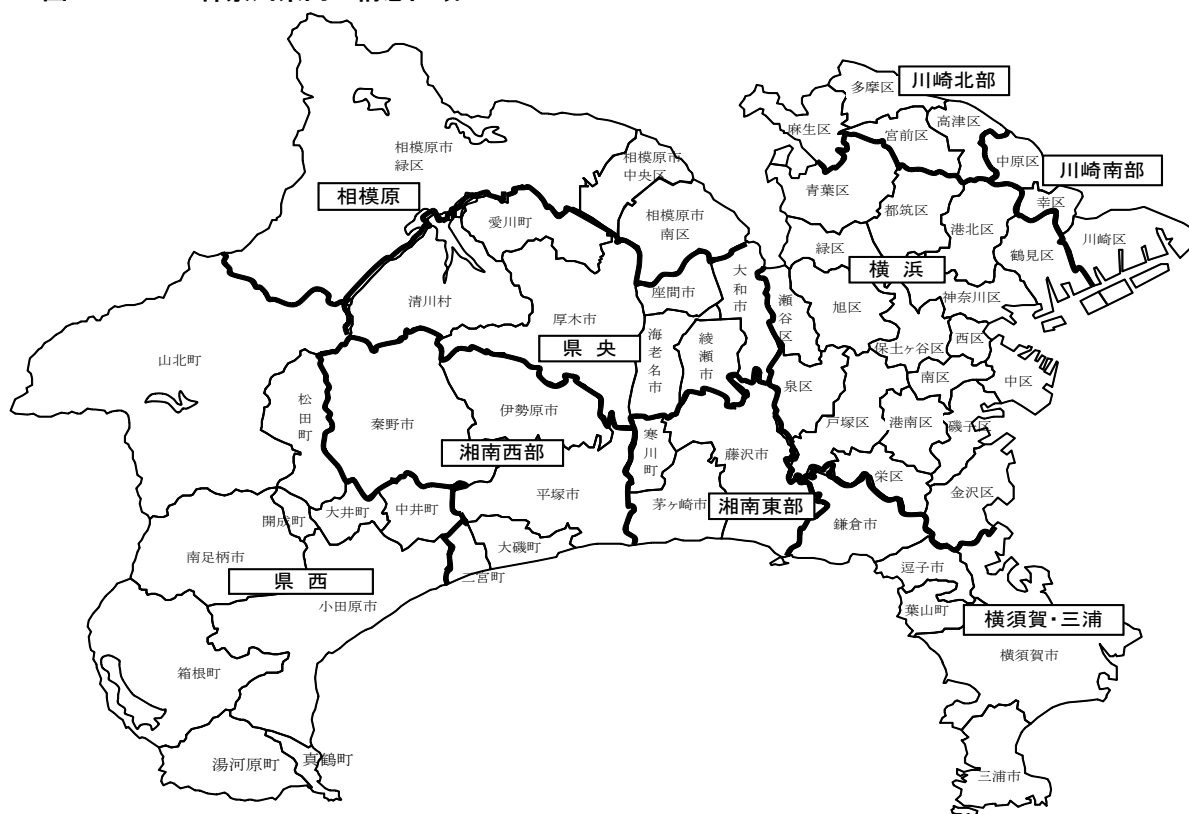
「地域医療構想調整会議」…

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。

(2) 神奈川県内の構想区域

- 地域医療構想における構想区域とは、「地域における病床機能の分化及び連携を推進するための区域」のことです。
- 構想区域の設定については、国の地域医療構想策定ガイドラインにおいて、二次保健医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間等の要素を勘案して、柔軟に設定することとされています。
- 神奈川県内には、9つの構想区域が設けられています(図4-2-3)。
- なお、構想区域の市(区)町村と二次保健医療圏を構成する市(区)町村は、同一となります(31 ページ「第2章第5節(1)」参照)。

図4-2-3 神奈川県内の構想区域



(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令和7(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30(2018)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及び急性期の割合が高く、回復期及び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29年度 (2017)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)
川崎北部	高度急性期	1,174 (26%)	1,174 (26%)	1,150 (26%)
	急性期	2,091 (47%)	2,063 (47%)	2,004 (46%)
	回復期	250 (6%)	250 (6%)	306 (7%)
	慢性期	870 (20%)	881 (20%)	881 (20%)
	休棟中	26 (1%)	52 (1%)	21 (0%)
	合計	4,411 (100%)	4,420 (100%)	4,362 (100%)
川崎南部	高度急性期	185 (4%)	234 (5%)	184 (4%)
	急性期	3,735 (77%)	3,711 (77%)	3,784 (78%)
	回復期	336 (7%)	346 (7%)	346 (7%)
	慢性期	526 (10%)	443 (9%)	443 (9%)
	休棟中	82 (2%)	111 (2%)	108 (2%)
	合計	4,864 (100%)	4,845 (100%)	4,865 (100%)
神奈川県	高度急性期	10,322 (17%)	10,052 (17%)	10,237 (17%)
	急性期	29,906 (48%)	29,581 (48%)	28,853 (47%)
	回復期	5,865 (9%)	6,952 (9%)	7,705 (12%)
	慢性期	14,573 (24%)	14,306 (24%)	13,953 (23%)
	休棟中	1,251 (2%)	1,428 (2%)	1,088 (2%)
	合計	61,917 (100%)	62,319 (100%)	61,836 (100%)
全国	高度急性期	163,521 (13%)	159,660 (13%)	未確定
	急性期	583,010 (47%)	568,733 (46%)	未確定
	回復期	152,264 (12%)	170,960 (13%)	未確定
	慢性期	349,745 (28%)	346,458 (28%)	未確定
	休棟中	-	-	未確定
	合計	1,248,540 (100%)	1,245,811 (100%)	未確定

※ ()内は構成割合

※ 神奈川県内の医療機関の報告率は、平成29年度93.1%、平成30年度99.6%、令和元年度(速報値)99.1%

※ 全国の医療機関の報告率は平成29年度94.2%

※ 休棟中には、休棟中、廃止予定等のほか、未選択を含む

※ 平成30年度の「全国」は国速報値、令和元年度は県速報値

○ 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

第4章 将来の医療需要を踏まえた目指すべき方向性

主な留意事項
<ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 令和7(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4-2-4及び表4-2-6)。

図4-2-4 必要病床数の算定方法

○ 医療需要の算出式	
①～⑨の総和を365日で除す	$\begin{aligned} & \text{NDB}^* \text{のレセプトデータ (①)} \\ & + \text{DPCデータ}^* \text{(②)} \\ & + \text{公費医療データ (③・④・⑤)} \\ & + \text{分娩のデータ (⑥)} \\ & + \text{介護老人保健施設サービス受給者データ (⑦)} \\ & + \text{労災保険医療データ (⑧)} \\ & + \text{自賠責保険医療データ (⑨)} \end{aligned}$ $\text{医療受療(人/日)} = \frac{\text{上記の総和}}{365 \text{日}}$
※ 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	
$\text{入院受療率 (平成25(2013)年度)} = \frac{\text{医療需要 (平成25(2013)年度)}}{\text{性年齢階級別人口 (平成25(2013)年度)}}$	
※ 構想区域ごとに受療率を算出	
○ 必要病床数の算出方式	
$\text{必要病床数(床)} = \frac{\text{入院受療率 (平成25(2013)年度)} \times \text{性年齢階級別人口 (将来年度)}}{\text{病床稼働率}}$	
※ 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概要

第4章 将来の医療需要を踏まえた目指すべき方向性

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症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量*
急性期	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)

- 神奈川県における令和7(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 神奈川県における令和7(2025)年の医療需要及び必要病床数

区分		医療需要 (人/日)A	病床稼働率B	必要病床数 (床)[A/B]
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
① 必要病床数は、「医療法施行規則に基づき算出した令和7(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
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
③ 必要病床数は、「病床を整備する目標である基準病床数」とは位置付けが異なること

③ 令和7(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4-2-5)。

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
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の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の令和7(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
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令和7(2025)年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数
④ 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
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で対応する患者数

- 神奈川県における令和7(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4-2-5 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ

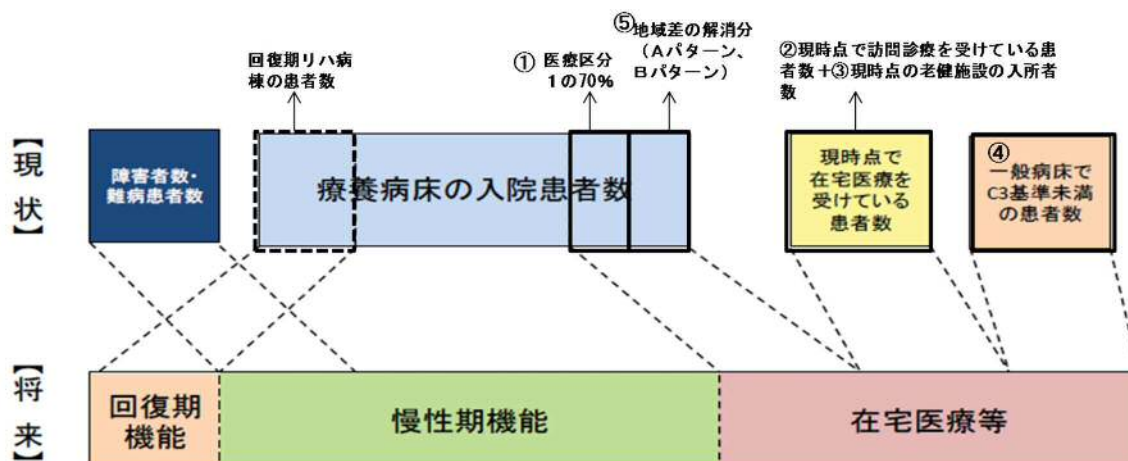


表4-2-10 神奈川県における令和7(2025)年の在宅医療等の必要量 (人/日)

区分		平成25年 (2013) A	在宅医療等の 必要量 B	差引 [B-A]	増加率 [B/A]
川崎北部	在宅医療等	8,014	13,599	5,585	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 Data 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と一般病棟の中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「神奈川県地域医療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% 精神疾患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48.5% <p style="text-align: right;">【構想データ集P86～88、90】</p>
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、概ね県全体の数値と同程度 ・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数及び病院に勤務する助産師数・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10万人対の病院に勤務する保健師数・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% <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% ・精神疾患における入院の自己完結率は30.1% <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87.8% <p style="text-align: right;">【構想データ集P86～88、91】</p>
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 <p style="text-align: right;">【構想データ集P98～100】</p>

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(令和7(2025)年)に増加 ・75歳以上の人口は、平成22(2010)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(2025)年には1.32倍に増加 ・病床機能別にみると、平成25(2013)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(2025)年には1.59倍に増加 ・救急搬送件数は、平成22(2010)年と比較して令和7(2025)年には1.26倍に増加 <p style="text-align: right;">【構想データ集P116~118】</p>
令和7(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(令和7(2025)年)に増加 ・75歳以上の人口は、平成22(2010)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(2025)年には1.26倍に増加 ・病床機能別にみると、平成25(2013)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(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)年と比較して令和7(2025)年には1.31倍に増加 ・救急搬送件数は、平成22(2010)年と比較して令和7(2025)年には1.26倍に増加 <p style="text-align: right;">【構想データ集P122~124】</p>
令和7(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) 川崎地域における令和7(2025)年の必要病床数等

① 令和7(2025)年の必要病床数

- 川崎地域における令和7(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、60 ページ表4-2-5及び62 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 川崎地域における令和7(2025)年の必要病床数等

区分		病床機能報告 (床) A	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床) B	差引 (床) [B-A]
川崎北部	高度急性期	1,174 (26%)	515	687(13%)	▲487
	急性期	2,063 (47%)	1,410	1,808(35%)	▲255
	回復期	250 (6%)	1,293	1,437(28%)	1,187
	慢性期	881 (20%)	1,077	1,171(23%)	290
	休棟中	52 (1%)	-	-	-
	合計	4,420 (100%)	4,295	5,103(100%)	683
川崎南部	高度急性期	234 (5%)	642	856(16%)	622
	急性期	3,711 (77%)	1,815	2,327(44%)	▲1,384
	回復期	346 (7%)	1,412	1,569(29%)	1,223
	慢性期	443 (9%)	526	572(11%)	129
	休棟中	111 (2%)	-	-	-
	合計	4,845 (100%)	4,395	5,324(100%)	479
合計	高度急性期	1,408 (15%)	1,157	1,543(15%)	135
	急性期	5,774 (62%)	3,225	4,135(39%)	▲1,639
	回復期	596 (7%)	2,705	3,006(29%)	2,410
	慢性期	1,324 (14%)	1,603	1,743(17%)	419
	休棟中	163 (2%)	-	-	-
	合計	9,265 (100%)	8,690	10,427(100%)	1,162

※ ()内は構成割合

※ 病床機能報告の数値は、平成30(2018)年度の結果(神奈川県全体の報告率99.6%)

※ 休棟中には、休棟中、廃止予定等のほか、未選択を含む

② 令和7(2025)年の在宅医療等の必要量

- 川崎地域における令和7(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、63 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 川崎地域における令和7(2025)年の在宅医療等の必要量

区分		平成25年 (2013) A	在宅医療等の 必要量 B	差引 [B-A]	増加率 [B/A]
川崎北部	在宅医療等	8,014	13,599	5,585	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健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目指すとともに、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仕組みづくりを進めます。
- これらの取組にあたっては、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

- 川崎地域における令和7(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

- 川崎地域における令和7(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めます。
- こうした取組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・連携はもとより、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貸付制度の運用 ・ 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
在宅医療を担う人材の育成	・ 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、健康でいきい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	・ 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	・ がん検診等に関する郵送や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	・ 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	・ 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
[2018-2023 年度]改定版

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、「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、引き続き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

『かわさき保健医療プラン[2018-2023 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[2018-2023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

(P87～)

- (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

(P112～)

- (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) 円滑な入退院支援の推進
- (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

(P132～)

- (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

(P153～)

- (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

(P184～)

- (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 (P214～)

- | | | |
|---------------|-----------------|-------------------------------------|
| (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(介護予防及び要介護度等の改善・維持) |
| (3) アレルギー疾患対策 | (7) 医薬品等の適正使用対策 | (11) 医療安全対策の推進 |
| (4) 認知症対策 | (8) 食品衛生 | |

施策Ⅱ-4 生涯を通じた健康づくり (P267～)

- | | |
|----------|-----------------------------------|
| (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 (P289～)

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| (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 |
| (3) 地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所) | の推進 |

施策Ⅲ-2 市民の支え合いと助け合いの推進 (P307～)

- | |
|----------------------|
| (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促進 (P313～)

- | | |
|--------------|--------------------|
| (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	改定有無
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	P 91	
		イ 政策医療を担う病床機能の確保	P 93	
	(2) 病床機能の分化 及び連携	ア 病床機能の分化	P 97	
		イ 異なる病床機能の連携体制の構築	P 99	
		ウ 市立病院の機能と役割	P 100	新規
	(3) 地域における医療・介護の連携体制の構築	P 103	新規	
(4) 医療機関の選択等に係る普及啓発	P 109	拡充		
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		P 113	新規 拡充
	(2) 介護サービス基盤の整備推進		P 121	
	(3) 円滑な入退院支援の推進		P 127	拡充
	(4) 在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発		P 129	
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	P 134	
		イ 院内保育所の運営支援	P 134	
	(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)	P 137	
		イ 看護職員の定着促進(離職防止)	P 140	
		ウ 看護職員の再就業支援	P 141	
	(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	P 143		
	(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	P 144	
		イ 在宅医療を担う歯科医師等の育成	P 146	
		ウ 在宅医療を担う薬剤師・薬局の育成	P 147	
		エ 在宅医療を担う看護職員・ケアマネジャーの育成	P 147	

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	改定有無
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	P154	
		イ がんの医療	P156	
		ウ がんとの共生	P159	
	(2) 脳卒中の医療体制	ア 脳卒中の予防・啓発	P162	拡充
		イ 脳卒中の救護・医療	P164	
	(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	P167	拡充
		イ 心血管疾患の救護・医療	P169	
	(4) 糖尿病の医療体制	ア 糖尿病の予防	P173	拡充
		イ 糖尿病の医療	P175	
	(5) 精神疾患の医療体制	ア 多様な精神疾患への対応	P178	
イ 保健・医療・福祉が連携した支援体制の構築		P181		
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	P186	
		イ 第二次・第三次救急医療体制の充実	P190	
	(2) 周産期(救急)医療の体制		P193	
	(3) 小児(救急)医療の体制		P198	
	(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	P202	拡充
		イ 局地災害時における医療体制の充実・強化	P208	
		(参考)災害福祉の充実に向けた取組の推進	P212	拡充
	(5) 在宅医療の体制(再掲)		P213	
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	P215	新規
		イ 感染症対策の推進	P217	新規
		ウ エイズ・結核対策の推進	P219	
		エ 新型インフルエンザ等対策の推進	P222	
	(2) 難病対策	ア 指定難病医療費助成制度の円滑な実施	P226	
		イ 地域における療養生活支援の推進	P226	
	(3) アレルギー疾患対策		P228	
	(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	P234	
		イ 認知症の人及び家族の生活支援	P236	
	(5) 障害(児)者の保健医療		P239	

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	改定有無
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 242	
		イ 高齢者・障害者等に対する歯科保健医療の推進	P 245	
	(7) 医薬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 249	拡充
		イ 薬物乱用防止対策	P 250	
	(8) 食品衛生	ア 監視指導の実施	P 252	新規
		イ 情報提供・意見交換の推進	P 254	拡充
	(9) 生活衛生	ア 専用水道施設等の適正管理	P 256	
		イ 災害時における井戸及び受水槽の有効活用	P 257	
	(10) 今後の高齢化に伴う対策(介護予防及び要介護度等の改善・維持)	ア 介護予防・生活支援の取組強化	P 259	
		イ 健康づくりの推進	P 261	
		ウ 要介護度等の改善・維持に向けた取組	P 262	
(11) 医療安全対策の推進		P 265		
施策Ⅱ-4 生涯を通じた健康づくり	(1) 母子保健		P 268	
	(2) 学校保健	ア 健康診断	P 271	
		イ 健康管理	P 272	
		ウ 健康教育	P 273	
	(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 274	
(4) メンタルヘルス対策(自殺予防)		P 281		

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	改定有無
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	(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」による救急医療の適正利用	P 291	
		イ 外国人向け医療情報発信の充実	P 292	拡充
		ウ 地域包括ケアシステムポータルサイトにおける情報発信	P 293	
		エ 在宅医療に関する普及啓発	P 294	
	(2) 救急医療情報センター		P 295	
	(3) 地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）		P 297	
	(4) 健康安全研究所		P 300	新規
	(5) 京浜臨海部におけるライフイノベーションの推進		P 303	
施策Ⅲ-2 市民の支え合いと助け合いの推進	(1) 献血の推進(血液の確保)		P 307	
	(2) 市民救命士の育成と応急手当の普及		P 309	
施策Ⅲ-3 家庭における安全確保と医療への理解の促進	(1) 乳幼児の事故防止		P 314	
	(2) 医療の適正な利用		P 316	
	(3) ジェネリック医薬品の利用促進		P 322	

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
[2018-2023 年度]改定版

第6章における今後の主な取組（主な改定項目）

【これまでの主な取組】

- 市内2次保健医療圏における基準病床数の見直し検討の実施
- 不足している機能を担う病床への機能転換の促進
- 公立・公的医療機関等に対する具体的対応方針の再検証要請に基づく検証の実施
- 医療ツーリズムと地域医療との調和に関する検討及び国のルール整備を求める要望の実施
- 在宅療養推進協議会や医療的ケア児連絡調整会議における実情に応じた多職種連携の推進
- 市立看護短期大学の4年制大学化に向けた取組

【主な課題】

- 将来の医療需要を踏まえた「必要な病床数の確保」及び「必要な病床機能の確保」の質量
- 高齢化の進展に伴う要介護等高齢者や医療的ケア児など在宅医療等を必要とする患者数の増加への対応
- 在宅生活を支える地域密着型サービス等の介護サービス基盤の整備推進
- 在宅医療を支える医療従事者の確保・養成

【今後の主な取組】

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

- 基準病床制度に基づく適正な病床数の確保及び救急等政策医療を担う病床機能への優先配分
- 病床機能の分化・連携の取組（回復期・慢性期など不足する病床機能への転換及び連携体制の構築に向けた地域医療介護総合確保基金の活用や支援事業の検討等）
- 国による公立・公的医療機関等の再検証要請や医療ツーリズム等の課題に対する地域の実情に沿った地域医療のあり方検討
- 病院と診療所の機能分化・連携等の推進及びかかりつけ医等身近な地域の医療機関での受診など適切な受療行動に係る普及促進

施策Ⅰ－2 在宅医療の推進及び医療と介護の連携

- 地域リハビリテーション体制の構築を通じた在宅支援の強化【拡充】
- 円滑な入退院支援を提供する仕組みや退院後の在宅生活を支援する体制の構築【拡充】
- 医療的ケア児連絡調整会議による協議を踏まえた総合的な相談支援体制の検討【拡充】
- 在宅生活を支える地域密着型サービスの整備

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(67ページ表4-3-3及び68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つな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 | (P88 ~) |
| (2) 病床機能の分化及び連携 | (P95 ~) |
| (3) 地域における医療・介護の連携体制の構築 | (P103~) |
| (4) 医療機関の選択等に係る普及啓発 | (P109~) |

(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、令和2(2020)年4月1日現在、9,107床(療養病床及び一般病床)の病床が整備されています(34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1つの機能を選択することとされています(58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の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 令和2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30年度病床機能報告によると、市内には、平成30(2018)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7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30(2018)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1-396	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30(2018)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	60床
川崎協同病院	川崎市川崎区桜本2-1-5	92床
総合川崎臨港病院	川崎市川崎区中島3-13-1	55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30(2018)年7月1日現在)

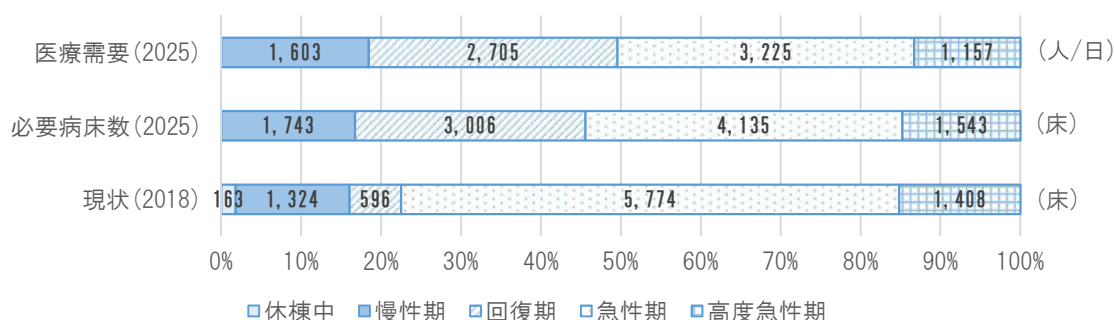
病院名	所在地	病床数
太田総合病院	川崎市川崎区日進町1-50	25床
川崎協同病院	川崎市川崎区桜本2-1-5	54床
日本鋼管病院	川崎市川崎区鋼管通1-2-1	48床
宮川病院	川崎市川崎区大師駅前2-13-13	27床
川崎市立井田病院	川崎市中原区井田2-27-1	45床
虎の門病院分院	川崎市高津区梶ヶ谷1-3-1	56床
麻生総合病院	川崎市麻生区上麻生6-25-1	30床

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30(2018)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	28床
宮川病院	川崎市川崎区大師駅前2-13-13	12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(33 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30(2018)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	4,420	4,107	313
川崎南部	4,845	4,559	286
合計	9,265	8,666	599

出典:神奈川県「病床機能報告(平成30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、基準病床数について、高齢者人口の増加や患者の受療動向、病床利用率・病床稼働の状況など医療機関の受入体制等を勘案し、本プランの計画期間中においても、神奈川県や関係団体と協議しながら見直しを検討します。

④ 目標

① 基準病床数の適正な整備

平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
●事前協議の実施及び病床配分(※) (実績なし)	(実績なし)	(実績なし)			
●基準病床数の見直しの検討					
川崎北部 (プラン策定時) 3,662床	川崎北部 (年次見直し) 3,768床	川崎北部 (年次見直し) 3,796床	川崎北部 (調整中)		
川崎南部 (プラン策定時) 4,189床	川崎南部	川崎南部	川崎南部 (調整中)		

※ 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	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和2年度 (2020)	令和5年度 (2023)
病床利用率の向上	81.2%	85.7%	84.2%	維持・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(193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)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5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)

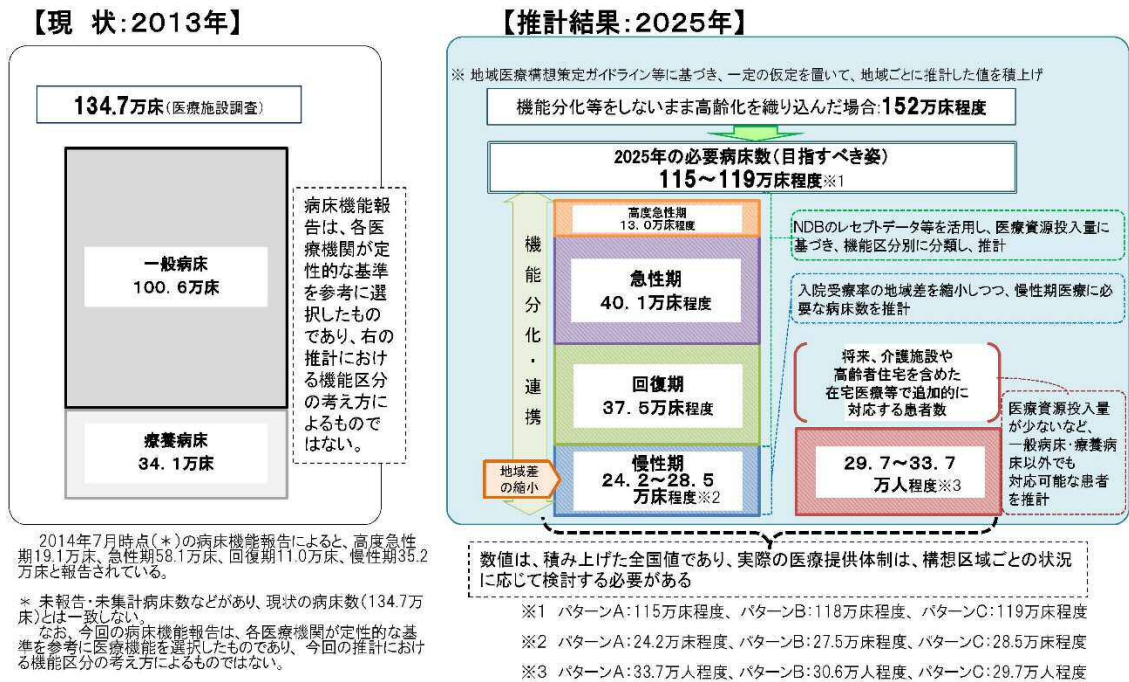
「地域医療介護総合確保基金」…

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、令和7(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)。

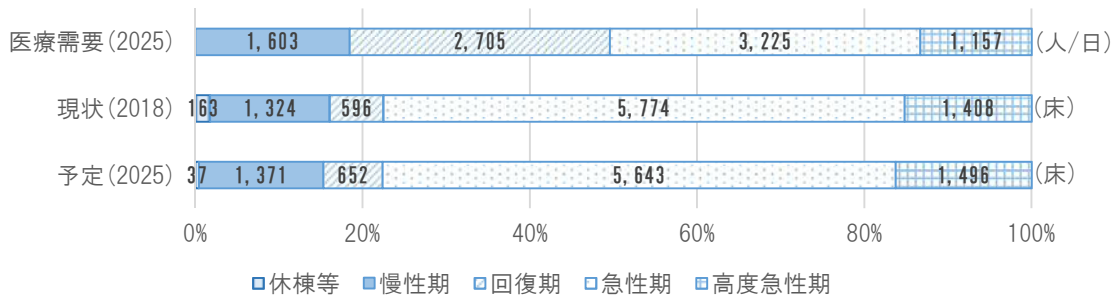
図6-1-2 2025年の医療機能別の病床の必要量の推計結果



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)を促進することが求められています(図6-1-3)。

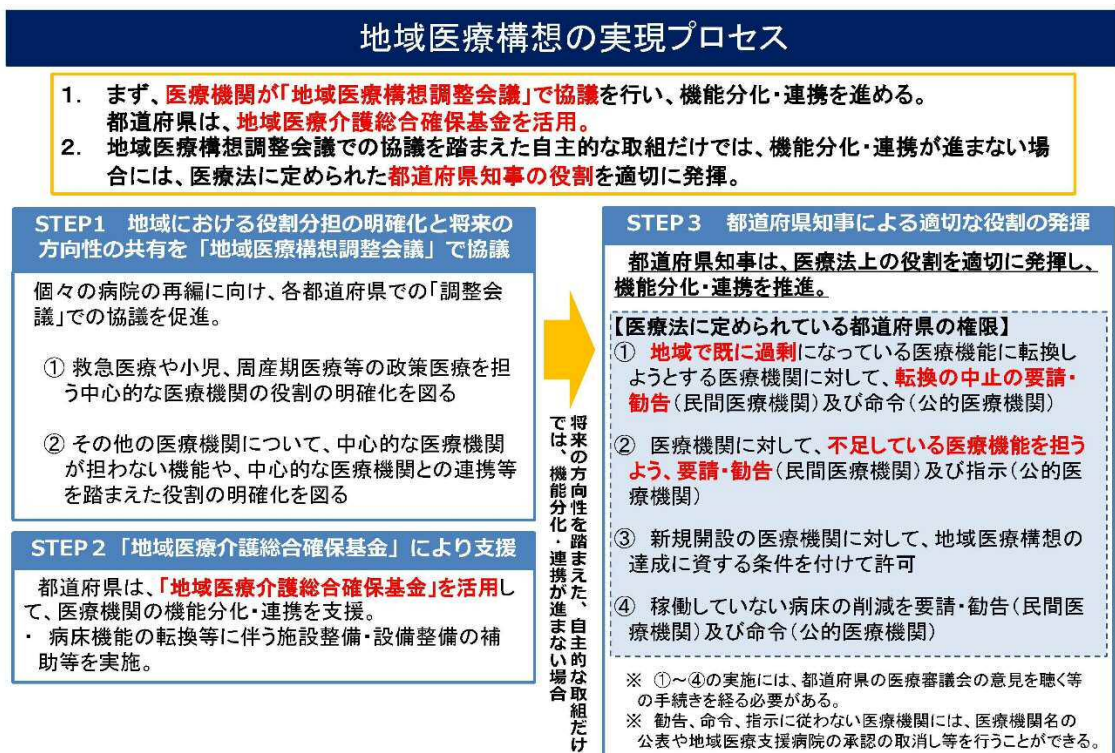
図6-1-3 川崎地域における将来の医療需要と現状・予定の病床機能



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30年度)」をもとに作成
 ※「現状」は2018年7月1日時点の機能、「予定」は2025年7月1日時点の予定の機能として、病床機能報告(平成30年度)において各医療機関が自主的に選択した機能の状況

- 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)。
- また、国は、令和元(2019)年に、各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が重点化されているかを再検証することで、地域医療構想の実現に必要な協議を促進するため、令和7(2025)年に向けた具体的対応方針の再検証を行うことが必要な公立・公的医療機関を選定して、本市では川崎市立井田病院が再検証を要請され、地域医療構想調整会議等で方向性をまとめています。

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。
- 国による公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証要請については、川崎市立井田病院では、今後も医療需要の増加が見込まれる中、地域に根差し必要な医療を提供しており、地域の中核病院として重要な役割を担っていることから、現時点では現状の機能を維持することとし、具体的対応方針の見直しは行わないことで、地域医療構想調整会議での合意を得て、神奈川県を通じて国に回答しています。
- 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。
- 平成30(2018)年9月に、民間医療法人による自由診療専門の「医療ツーリズム専用病院」の開設構想が明らかになったことを受け、「神奈川県医療ツーリズムと地域医療との調和に関する検討会」を設置し、約1年にわたる協議検討を行った結果、県内における医療ツーリズム受入れに関する現状や課題を整理するとともに、自由診療専門の「医療ツーリズム専用病院」に関する対応も含め、あり方の方向性を「神奈川ルール」として提言しました。
- また、県知事と市長の連名で、国に対して、医療ツーリズムの健全な発展のためには国が主体的に法改正を含め必要なルールを整備するよう求める要望を行いました。

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。
- 公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証要請にかかる議論等を踏まえ、地域の実情に沿った地域医療構想の実現に向けて、引き続き取り組みます。
- 医療ツーリズムと地域医療との調和にかかる議論を行った結果を踏まえ、国に医療ツーリズムに関するルール策定を求めていくなど、地域医療との調和に向けた取り組みを行います。
- 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、医療機関に対し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セミナーを適宜開催するなど、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)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)
●政策医療等を担う医療機関の役割の検討	→		●役割に基づく連携体制の構築	→	
●その他の医療機関の役割の検討	→				

② 病床機能の分化を促進するための支援

平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5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セミナーを適宜開催するなど、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(令和2(2020)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	地域周産期	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には「感染症病床12床」及び「精神病床38床」、川崎市立井田病院の病床数には「結核病床40床」を含む

※ がん診療連携拠点(指定)病院のうち、拠点病院とは「地域がん診療連携拠点病院」、指定病院とは「神奈川県がん診療連携指定病院」のこと

- 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。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に対し、市立3病院は神奈川モデル*の高度医療機関*あるいは重点医療機関*として、感染患者等の受入に積極的に対応しています。
- 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 2 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。
- 安全・安心な医療を安定的かつ継続的に提供していくため、引き続き経営健全化に取り組む必要があります。

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

第6章 地域での暮らしを支える医療提供体制の構築

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。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に対し、市立3病院は、引き続き、神奈川モデル*の高度医療機関*あるいは重点医療機関*として、感染患者等の受入に積極的に対応していきます。【新規】
- 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。
- また、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。
- 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。
- さらなる経営健全化を図るため、川崎市総合計画や神奈川県地域医療構想、国の新たな公立病院改革ガイドライン等を踏まえながら、新たな中期経営計画を策定します。【新規】

4 目標

① 市立病院における救急医療の強化

指標	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成28年度 (2016)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和5年度 (2023)
救急患者受入数の増加(市立3病院の合計)	48,835人	44,628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医療機関等の役割の明確化について、地域医療構想調整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。

「神奈川モデル」…

新型コロナウイルス感染症にかかる医療提供体制の広域医療モデルとして、神奈川県及び県内自治体が連携して、市内・県内医療機関の協力のもとで構築する患者受入れ体制のこと。

「高度医療機関」「重点医療機関」…

神奈川モデルにおいて、「高度医療機関」は主に重症者を受入れる医療機関のこと、「重点医療機関」は主に中等症者を受入れる医療機関のこと。

「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。

第6章 地域での暮らしを支える医療提供体制の構築

- こうした中、平成 26(2014)年度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「地域包括ケア病棟(床)」が導入され、平成 30(2018)年7月1日現在、市内には地域包括ケア病床を有する病院が7施設設置されています(90 ページ表6-1-6)。
- 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)。

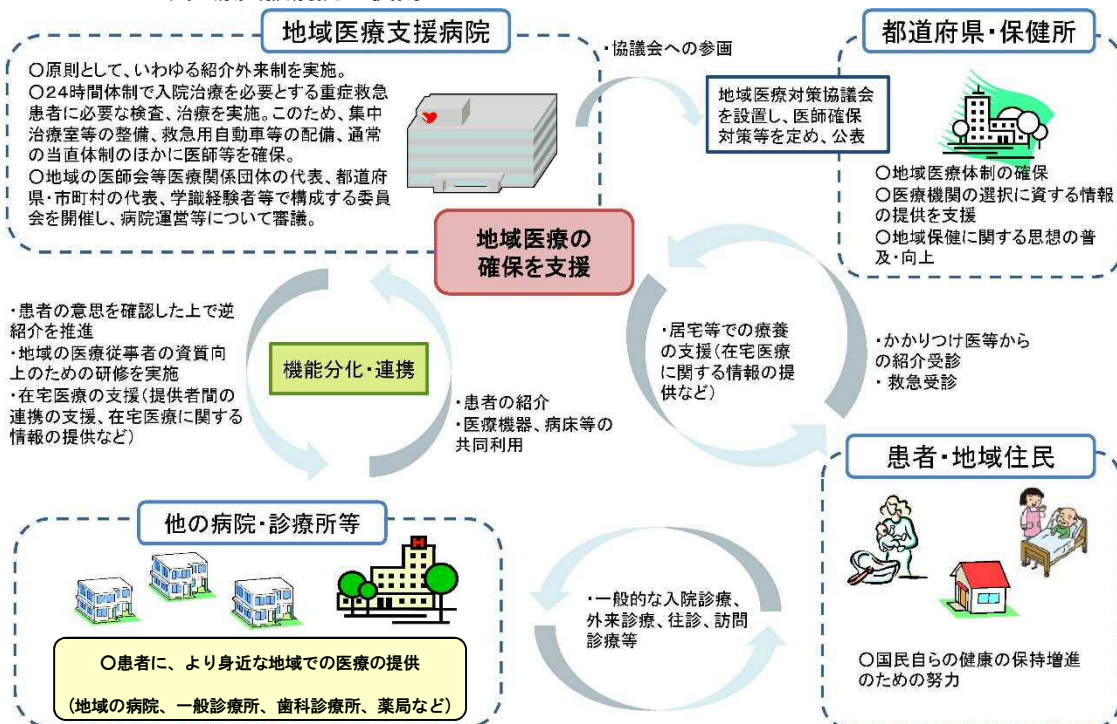
図6-1-5 地域包括ケア病床のイメージと要件



出典:厚生労働省「診療報酬改定関係資料(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、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う「地域医療支援病院」制度が創設されており、令和 2(2020)年4月1日現在、市内には5施設の地域医療支援病院が設置されています(図6-1-6及び表6-1-11)。

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」(一部改編)

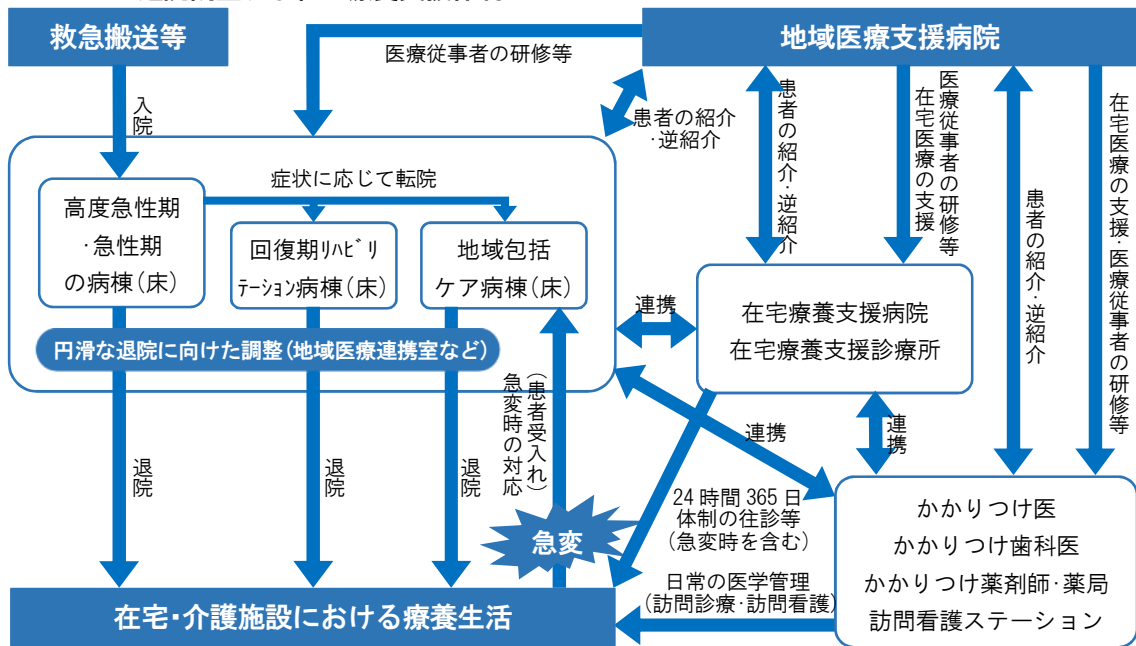
表6-1-11 川崎市における地域医療支援病院(令和2(2020)年4月1日現在)

病院名	所在地
川崎市立川崎病院	川崎市川崎区新川通 12-1
川崎幸病院	川崎市幸区大宮町 31-27
関東労災病院	川崎市中原区木月住吉町 1-1
川崎市立多摩病院	川崎市多摩区宿河原 1-30-37
新百合ヶ丘総合病院	川崎市麻生区古沢都古 255

出典:川崎市健康福祉局調べ

- さらには、平成 30(2018)年 7月 1日現在、円滑な退院を支援するため、市内には 25 施設の病院に退院調整部門が設置されているほか、24 時間 365 日体制で往診や訪問看護を実施する在宅療養支援病院* 5 施設及び在宅療養支援診療所*127 施設が他の病院・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令和 2(2020)年 7月 1日現在)(図6-1-7)。

図6-1-7 退院調整及び在宅療養支援体制のイメージ



- 国は、大規模な健康・医療・介護の分野を連結した ICT 基盤を構築する「データヘルス改革」を進めています。本人同意の下、患者の診療・服薬・健診データ等を複数の医療機関等が共有できるサービスをはじめとした「全国保健医療情報ネットワーク（全国保健医療記録共有サービス）」を今後稼働することを目指しています(図6-1-8)。

図6-1-8 全国保健医療情報ネットワーク（全国保健医療記録共有サービス）のイメージ



出典：厚生労働省「医療情報連携ネットワーク Navi」

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「顔の見える関係づくり」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スングセンター事業を支援しています。
- 国の動向を踏まえ、将来の医療需要の増加に対応していくため、限られた医療資源を効率的・効果的に活用して医療を提供することが求められることから、県においては、ガイドラインを策定するとともに、多職種連携において患者情報の電子的共有ができるような仕組みを構築する協議・検討が行われています。

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、実効的なネットワークの構築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「顔の見える関係づくり」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。
- 実効的なネットワークの構築に当たっては、国の標準規格や県による支援の方向性等を踏まえ、本市においても医療関係団体等から要望があった場合、速やかに協議・検討を行います。【新規】

4 目標

① 地域包括ケア病床の整備

指標	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成 28 年度 (2016)	平成 30 年度 (2018)	令和 2 年度 (2020)	令和 5 年度 (2023)
地域包括ケア病床数の増加	123 床	285 床	375 床	447 床

※ 地域包括ケア病床数は「病床機能報告」に基づく数値

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 4 km 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。

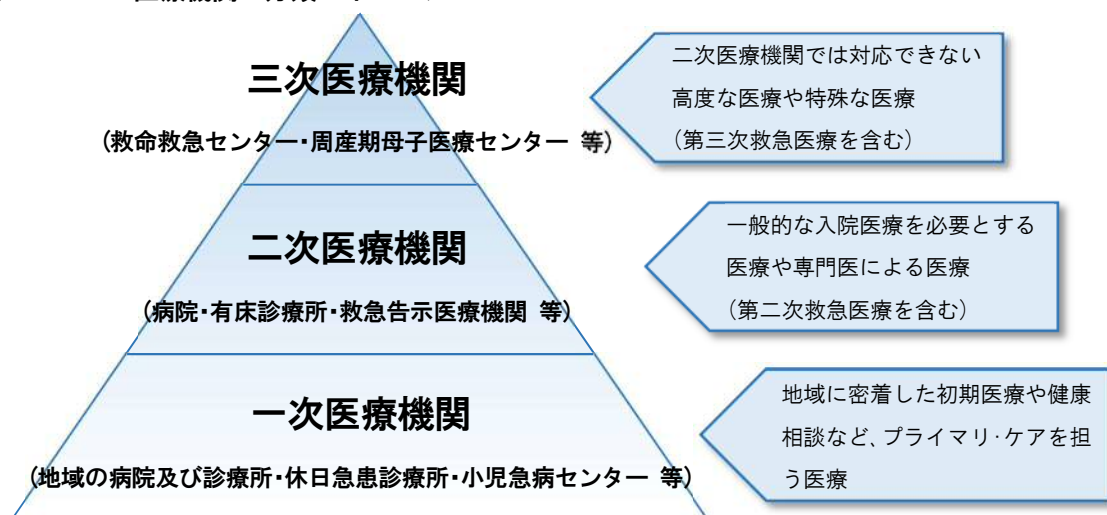
「在宅療養支援診療所」…

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6-1-9)。

図6-1-9 医療機関の分類のイメージ



- 平成28(2016)年4月から「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が導入されていますが、平成30(2018)年4月の診療報酬改定で対象が400床以上の病院に拡大され、さらに令和2(2020)年4月の診療報酬改定では200床以上の病院に拡大されています。
- 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、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が引き続き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、引き続き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)による対応を行っています(291 ページ「第8章第1節(1)ア」参照)。
- 令和2(2020)年3月にMSD株式会社と協定を締結し、外国人向けの医療情報リーフレットを作成し、周知することとしました。

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。
- 入管法改正を契機とした在留資格の多様化等に伴い市内の外国人住民が増加していると共に、近年の国際的な大規模イベント等を契機に、来日外国人の更なる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、引き続き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、MSD株式会社と作成した外国人向け医療情報リーフレットによる情報発信に努めます。

【拡充】

4 目標

① 身近な地域の医療機関を受診する市民の割合

指標	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成28年度 (2016)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和5年度 (2023)
身近な地域の医療機関を受診する市民の割合の増加	90.7%	90.4%	-	91.0%

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」…

日本語を母国語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、令和7年(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(70ページ表4-3-6)。
- また、地域医療構想における令和7年(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が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

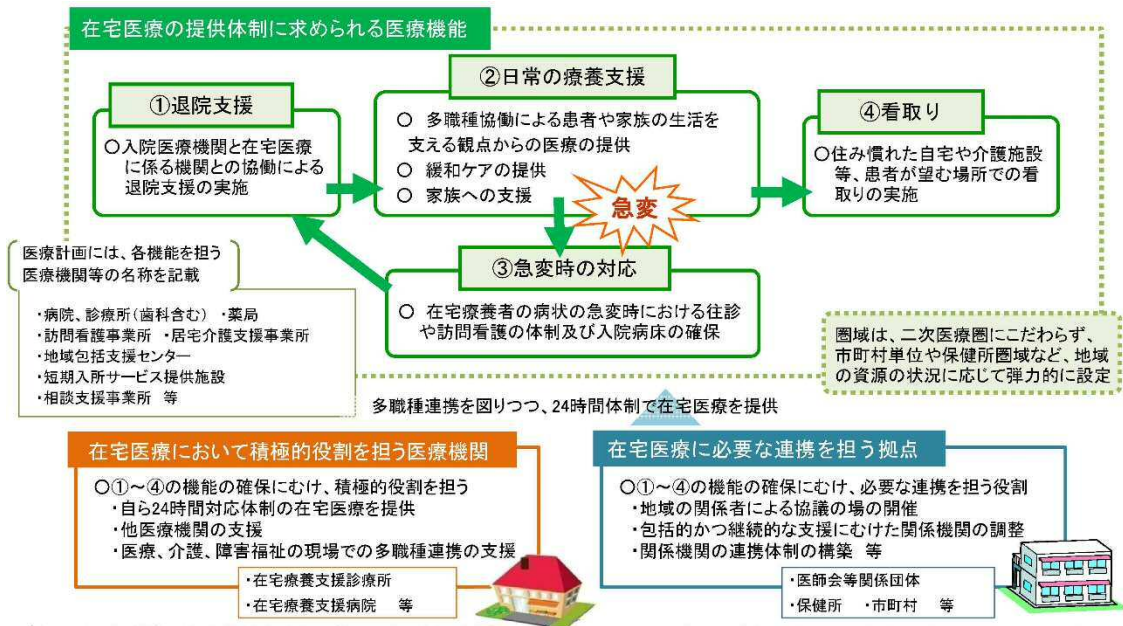
施策Ⅰ-2 在宅医療の推進及び医療と介護の連携

- (1) 在宅医療の体制構築 (P113~)
- (2) 介護サービス基盤の整備推進 (P121~)
- (3) 円滑な入退院支援の推進 (P127~)
- (4) 在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発 (P129~)

(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)。

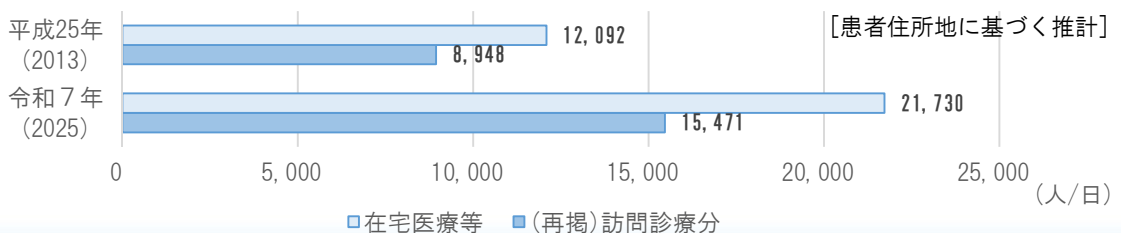
図6-2-1 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ



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

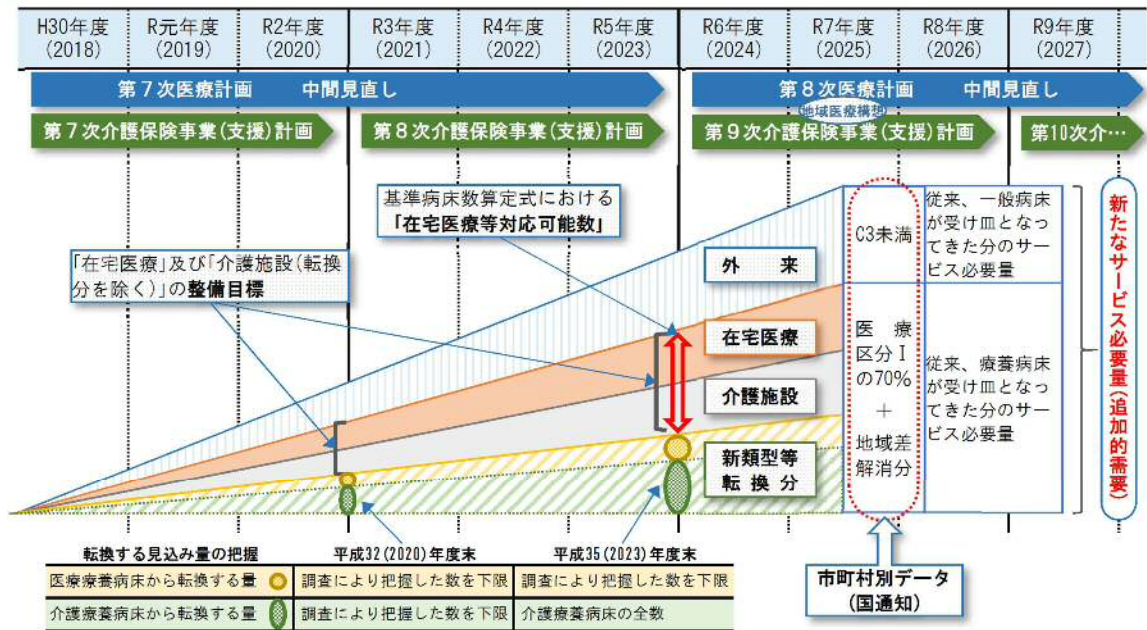


出典:神奈川県「神奈川県地域医療構想」をもとに作成

第6章 地域での暮らしを支える医療提供体制の構築

- 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体制の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)

- ※ C3未滿…医療資源投入量 175 点未滿のこと。医療資源投入量とは、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値のことで、175 点未滿とは、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に相当する医療資源投入量として見込まれる 225 点を境界点(C3)とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅をさらに見込んだ点数。ここでは、従来、一般病床に入院している患者のうち、在宅等で外来対応が可能な患者と位置付けている。
- ※ 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必要度が中程度の区分、「医療区分1」は医療区分2及び3以外の区分。
- ※ 地域差解消分…地域によって、在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況なども異なっている中で、療養病床には大きな地域差がある。このため、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定するように国が一定のルールのもとで推計した患者数のこと。
- ※ 新類型等…令和5(2023)年度末に設置の経過措置が切れる「介護療養病床」及び「基準を満たさない医療療養病床」の転換先である介護医療院等のこと。

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	調整中
在宅医療	
介護施設	
合計	

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、関係団体で構成する「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の構築など、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。
- 在宅療養における多職種連携を推進するため、「在宅療養連携ノート」や「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。
- 訪問診療可能な医療機関等に関する在宅医療資源情報をホームページに掲載し、病院やケアマネジャーによ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。
- 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、在宅医療の普及に向けた市民啓発などを実施しました。
- 入院期間が短くなってきており、入退院調整を円滑化するため、多くの関係者・関係機関が共通の認識をもって支援を実施できるよう、「入退院調整モデル」を作成し、その普及に努めています。
- 高齢者福祉施設における医療対応の状況を把握するため、令和元年度に実態調査を実施しました。

第6章 地域での暮らしを支える医療提供体制の構築

- 保健・医療・福祉・教育等の関係機関で構成する医療的ケア児連絡調整会議を設置し、医療的ケア児の実態把握を行うとともに、医療的ケア児及びその家族を地域で支えるための支援策を検討しました。

図6-2-4 川崎市における医療と介護の連携のイメージ

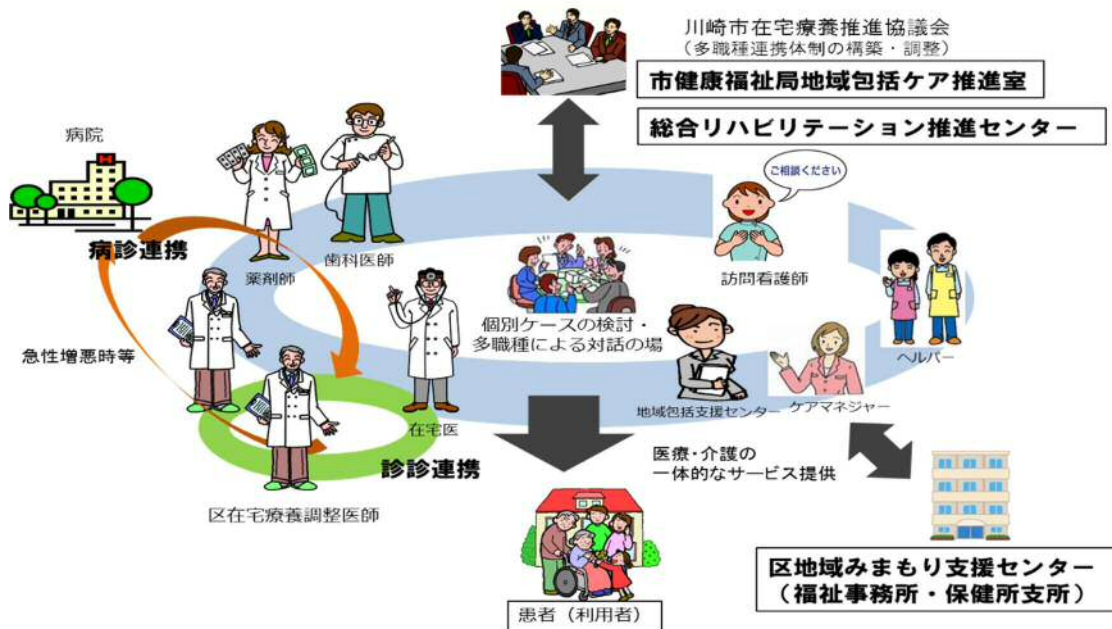
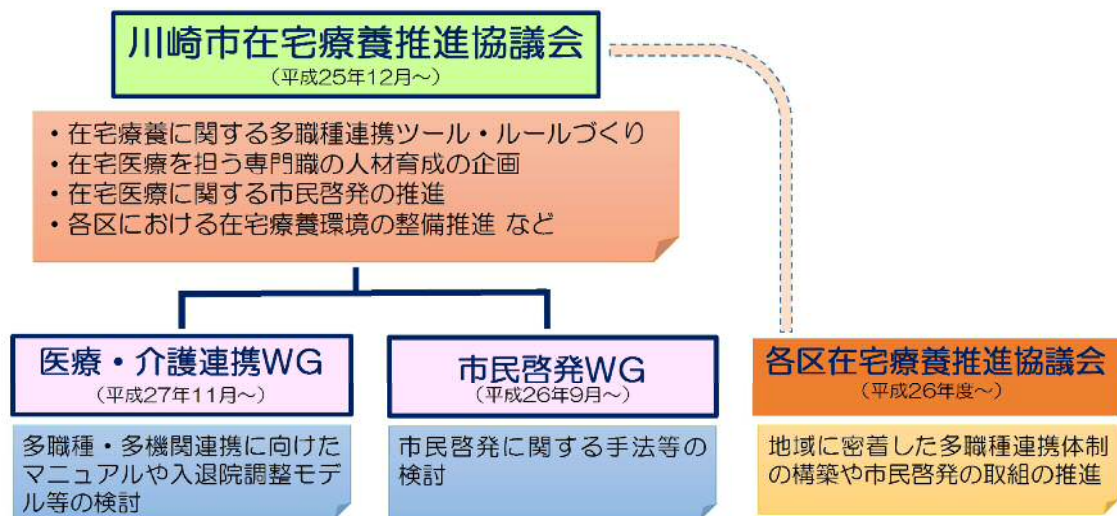


図6-2-5 川崎市在宅療養推進協議会

【構成団体】

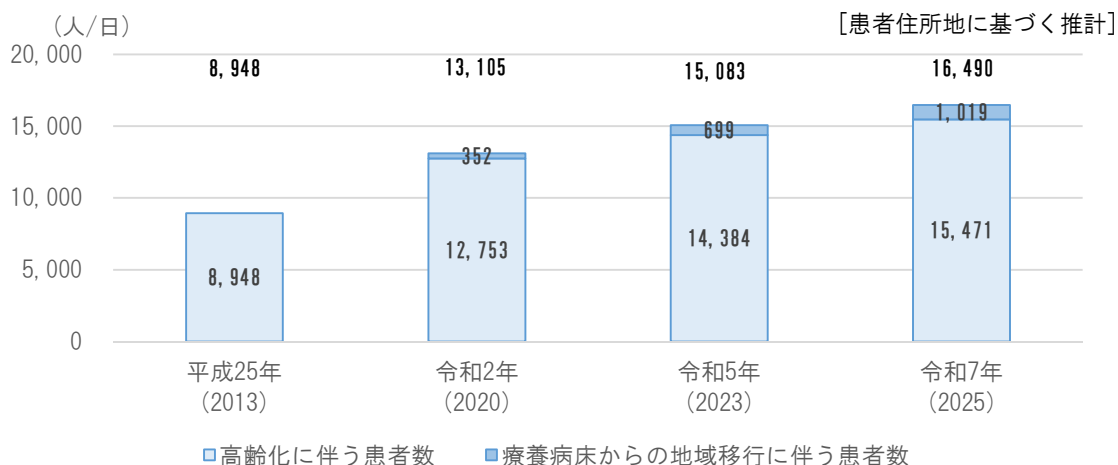
医師会、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員連絡会、医療ソーシャルワーカー協会、理学療法士会、地域包括支援センター、川崎市



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「神奈川県地域医療構想」をもとに独自に算出

- 病院・施設・在宅で医療・介護に従事する専門職が、円滑な入退院調整を行うために必要な知識を習得するとともに、共通の視点をもって支援を実施できるようにしていく必要があります。
- 医療や介護が必要になった場合でも、地域での暮らしを支えるために、重度化を防止する地域リハビリテーションの取組を進める必要があります。
- 終末期において、本人の希望を尊重した医療を提供できるよう、居宅や施設における看取りのあり方について検討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。

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します。
- 医療・介護を含むさまざまな複合的な課題に対して、総合的・一体的に支援していくことが求められていることから、令和3(2021)年4月に開設する総合リハビリテーション推進センターに在宅医療担当部門を設置するとともに、関連分野と連携を図りながら医療・介護連携を推進していきます。【新規】

- 入退院支援の重要性が高まっていることを踏まえ、各病院における窓口・運用一覧の作成やヒアリングの実施等を通じて支援ネットワークの構築を図るとともに、医療・介護に従事する専門職が、入退院支援の必要性やノウハウを習得するためのガイドブックを作成し、幅広い場面で人材育成を促す取組を進めます。
【新規】
- 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活用方策について検討を行っていきます。
- リハビリの視点を踏まえた質の高い在宅医療・介護サービスを提供することにより、要介護高齢者等の重度化を防止していくため、市内3か所の地域リハビリテーションセンターを設置し、併せて地域リハビリテーション支援機能の検討を進め、質の高い在宅医療・介護サービスを提供する体制を構築します。
【拡充】
- 住み慣れた地域の中で、自らが望むような最期を迎えることができるよう、看取りのあり方について検討します。
- 医療的ケア児連絡調整会議による協議を踏まえ、重度訪問看護事業や地域活動の場の充実に向けた検討を進めるとともに、医療や福祉などの相談に総合的に対応できる相談支援体制の構築を図っていきます。

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	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成25年度 (2013)	平成30年度 (2018)	令和2年度 (2020)	令和5年度 (2023)
訪問診療利用者数の増加	8,948人	11,245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	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和2年度 (2020)	令和5年度 (2023)
研修受講者数の増加(累計)	609人	923人	1,200人以上	1,450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)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
●宮前区において試行的取組を実施	●ICT活用に向けた説明会や研修会を開催	●国が整備する情報ネットワークの情報収集	●国の動向等を踏まえたICT活用の方策検討及び検討結果に基づく取組の推進	→	

④ 地域リハビリテーション体制の構築

平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
●庁内において地域リハビリテーション体制のあり方を検討	●地域リハビリテーション体制検討プロジェクトを4回開催	●地域リハビリテーションセンターの体制整備 ●地域リハビリテーション支援機能の検討	●地域リハビリテーションセンターの運営開始（市内3か所）	→	

⑤ 看取りのあり方検討

平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
●庁内で実態把握の方策を検討	●高齢者福祉施設における医療対応の実態調査を実施	●高齢者福祉施設における医療対応のあり方について、他都市と共同研究	●国による取組を踏まえた看取りのあり方検討及び検討結果に基づく取組の推進	→	

⑥ 医療的ケア児等の支援の推進

平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
●川崎市医療的ケア児連絡調整会議を設置	●医療的ケア児の実態調査を実施	●医療的ケア児の支援策を検討	●医療的ケア児の支援策の検討と検討に基づく取組の推進	→	

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工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のこと。

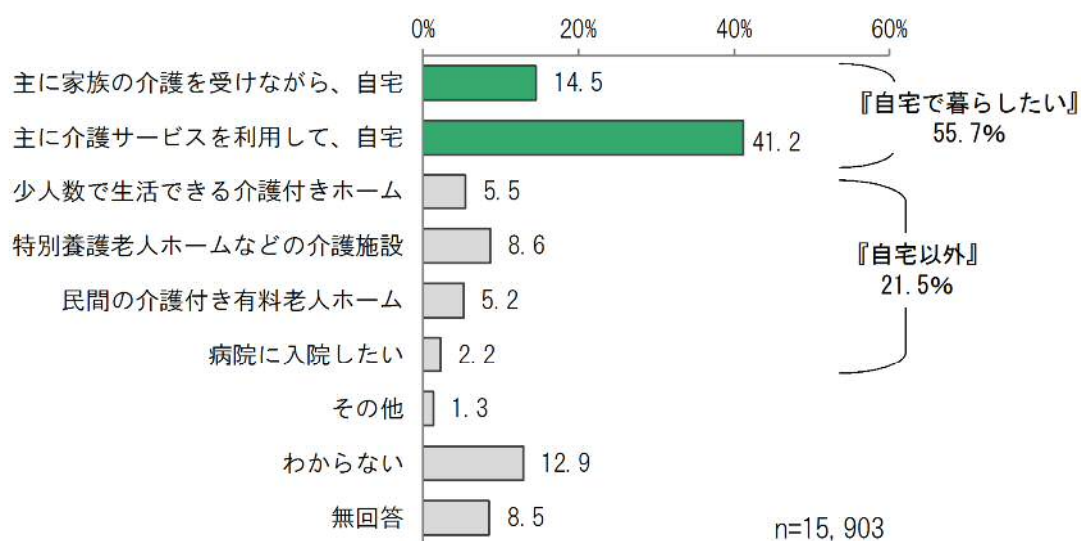
「診診連携」…

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、療養の場の地域への移行が進むことに伴い、介護施設等の整備により受け皿が必要となる患者数は、令和5(2023)年度末時点で **調整中** 人と推計されています(114 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。
- 令和元(2019)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、家族からの支援や介護サービスを利用して自宅で暮らしたい」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*」などの整備について、現状における課題の把握を行いながら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



出典:川崎市健康福祉局「高齢者実態調査(一般高齢者)(令和元年度)」

- 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的ケアが必要な要介護高齢者も多いことから、こうした介護施設における医療的ケアの対応も求められています。

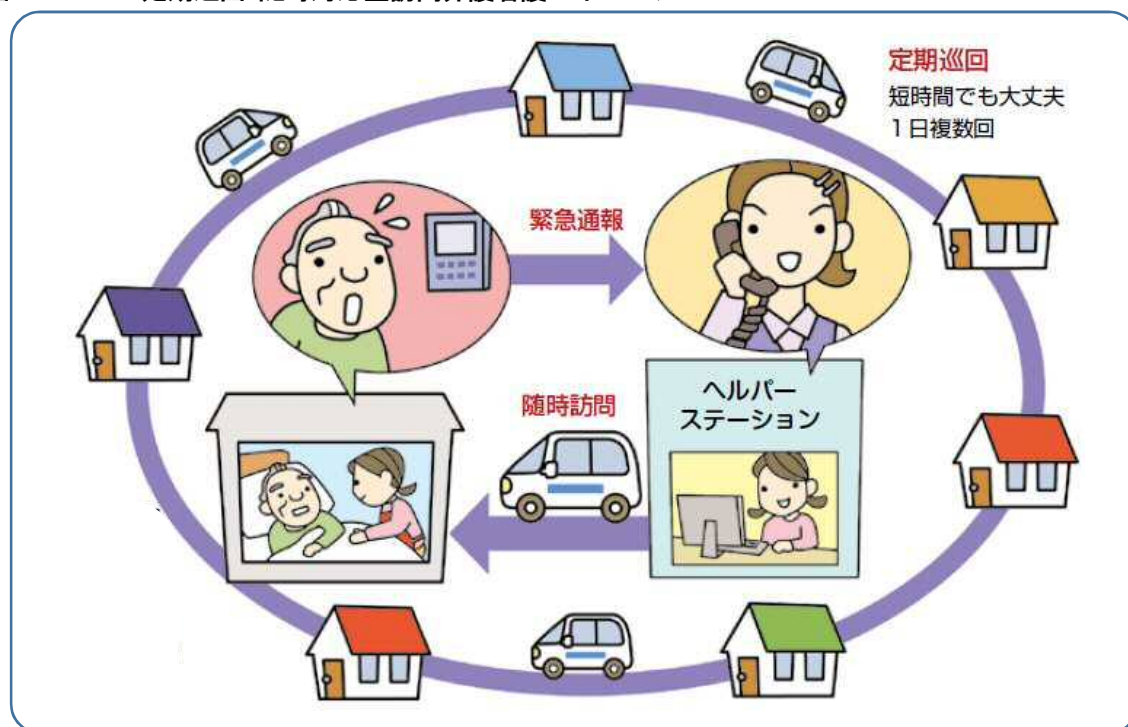
① 現状(これまでの取組)

- 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6-2-2及び図6-2-8～図6-2-10)。

表6-2-2 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	医療的ケアが必要な要介護高齢者に対して、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	主に医療的ケアが必要な要介護高齢者に対して、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

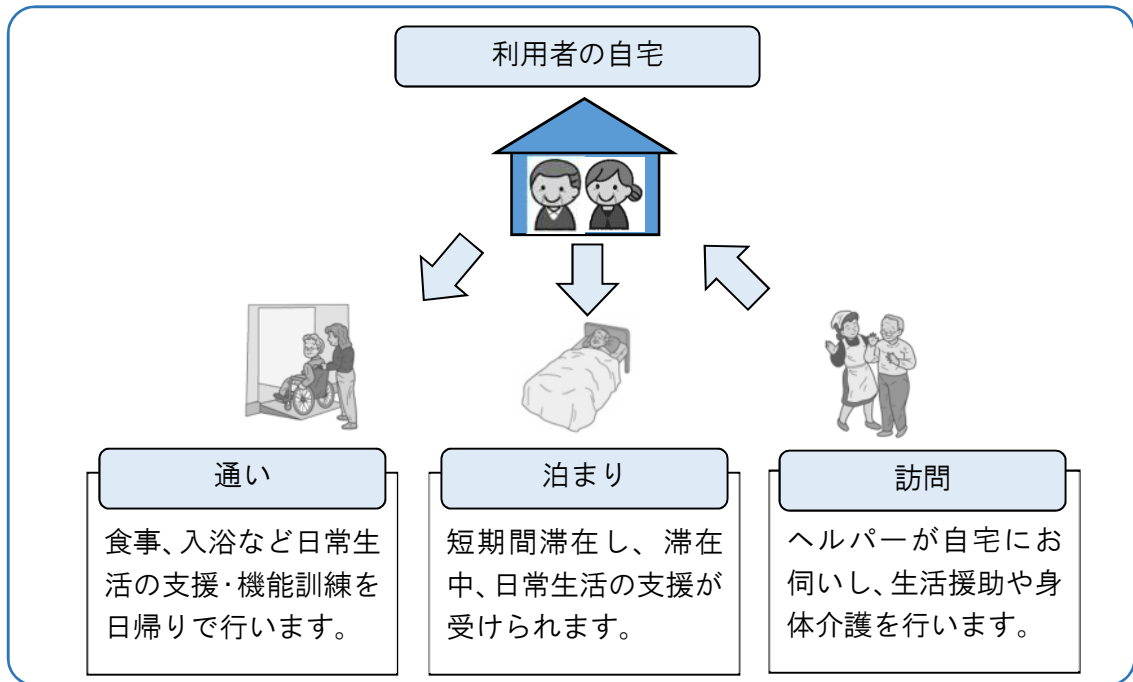
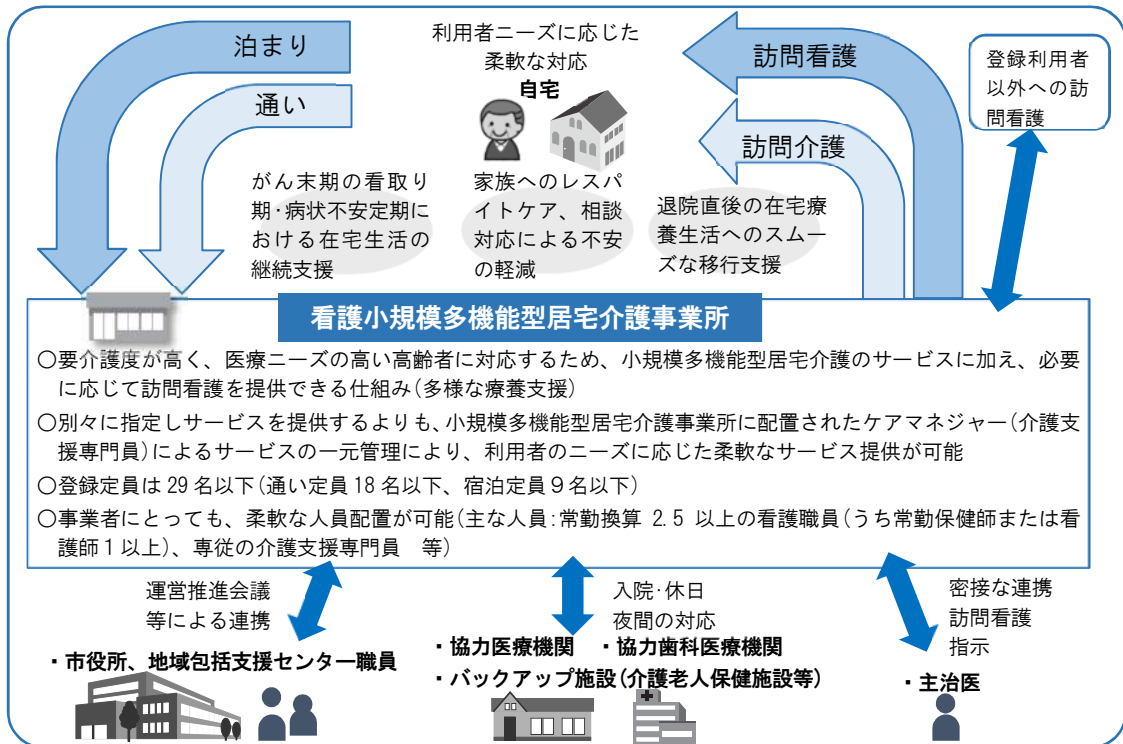
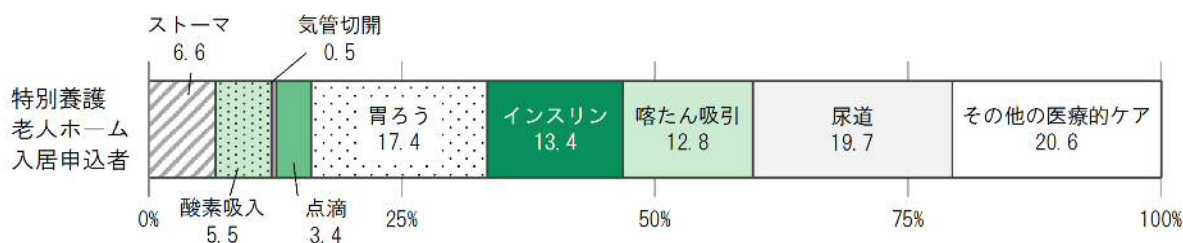


図6-2-10 看護小規模多機能型居宅介護のイメージ



- 自宅での生活が困難な高齢者のため、令和2(2020)年3月現在、特別養護老人ホーム延べ57施設(4,901床)の整備を行いました。
- また、医療的ケアが必要な要介護高齢者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、「医療的ケア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 特別養護老人ホーム入居申込者に必要な医療的ケア



出典：川崎市健康福祉局「特別養護老人ホーム入居申込者における統計結果」(令和2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6-2-3)。

表6-2-3 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。
- 認知症や医療的ケアが必要な要介護高齢者、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に、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、医療的ケアが必要な要介護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、医療的ケアが必要な要介護高齢者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、介護医療院の一定の整備を進めます（図6-2-12）。

図6-2-12 介護医療院の形態



病院又は診療所に併設（同一施設内又は隣接する敷地において、サービスの提供、夜勤を行う職員の配置等が一体的に行われているもの）され、入所者の療養生活の支援を目的とする介護医療院

併設型小規模介護医療院

- 医療機関併設型介護医療院のうち、当該介護医療院の入所定員が19人以下のもの。
- 病院又は診療所に1カ所の設置とする。

出典：厚生労働省関連資料

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	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成 29 年度 (2017)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 5 年度 (2023)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備 (累計)	21 施設	23 施設	28 施設	31 施設
小規模多機能型居宅介護の整備(累計)	48 施設	48 施設	61 施設	63 施設
看護小規模多機能型居宅介護の整備(累計)	11 施設	15 施設	20 施設	25 施設
主な地域密着型サービスの延べ利用者数の 増加	13,788 人/年	19,704 人/年	23,316 人/年	31,812 人/年

※ 令和5年度目標値は「第8期かわさきいきいき長寿プラン」の目標

② 介護施設等の整備

指標	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成 29 年度 (2017)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 5 年度 (2023) ※
特別養護老人ホームの整備(小規模を含む) (累計)	4,541 床	4,901 床	5,131 床 (16 床)	5,281 床 () 床
介護老人保健施設*の整備(累計)	2,281 床	2,281 床	2,281 床 (46 床)	2,431 床 () 床
介護付有料老人ホームの整備(累計)	7,267 人	7,584 人	7,592 人	7,944 人

※ 令和5年度目標値は「第8期かわさきいきいき長寿プラン」の目標

※ 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

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。

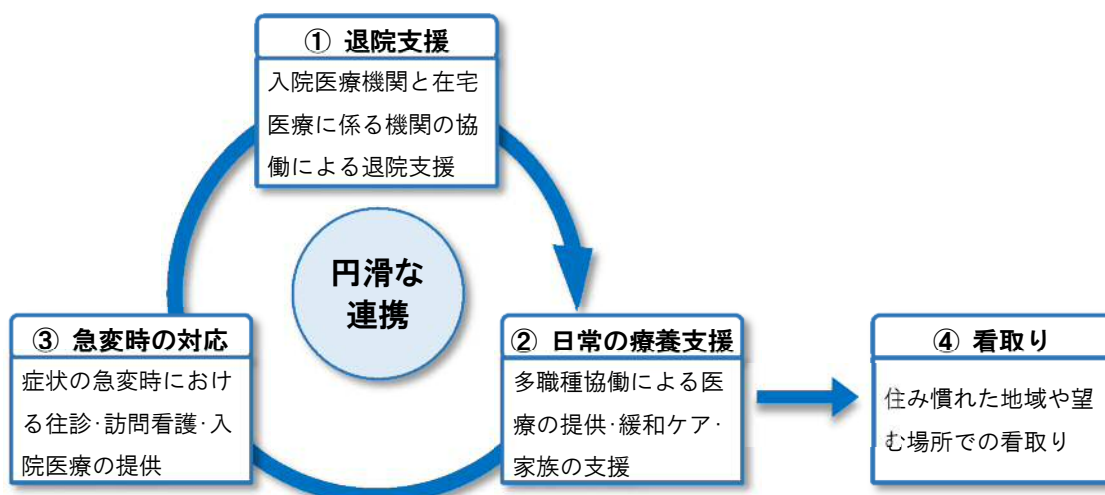
「介護老人保健施設」…

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) 円滑な入退院支援の推進

- 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、令和元(2019)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56%の高齢者が「自宅で暮らしたい」と望んでいます(121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)

- 円滑な入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、入退院調整モデルを作成し、入院医療機関と在宅医療・介護を担う関係者との円滑な連携体制の構築に向けた取組を推進しています。
- 福祉施設における医療対応や入退院の現状を把握するため、実態調査を実施しました。

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」と「日常の療養支援」、「急変時における対応」の取組を一体的に推進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、病院における入退院支援の実態把握や、相談支援・ケアマネジメント推進会議等における協議との連動を図ることにより、入院医療機関と在宅医療・介護の連携を強化します。
- 入院医療機関と在宅医療・介護が、共通の視点をもって円滑に連携しながら入退院支援を展開できるよう、専門職の人材育成と一体となった取組を進めます。
【拡充】
- 福祉施設における医療対応や入退院支援について、広域的な実態把握や制度の改善が進むよう、他都市と連携しながら検討を進めます。

④ 目標

① 円滑な入退院支援の推進

平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
<ul style="list-style-type: none"> ●事例検討 ●円滑な入退院支援に向けた取組の検討 	<ul style="list-style-type: none"> ●入退院調整モデルの作成 	<ul style="list-style-type: none"> ●入退院支援ガイドブックの作成 ●入退院支援に関する人材育成に関する検討 	<ul style="list-style-type: none"> ●取組の推進 		

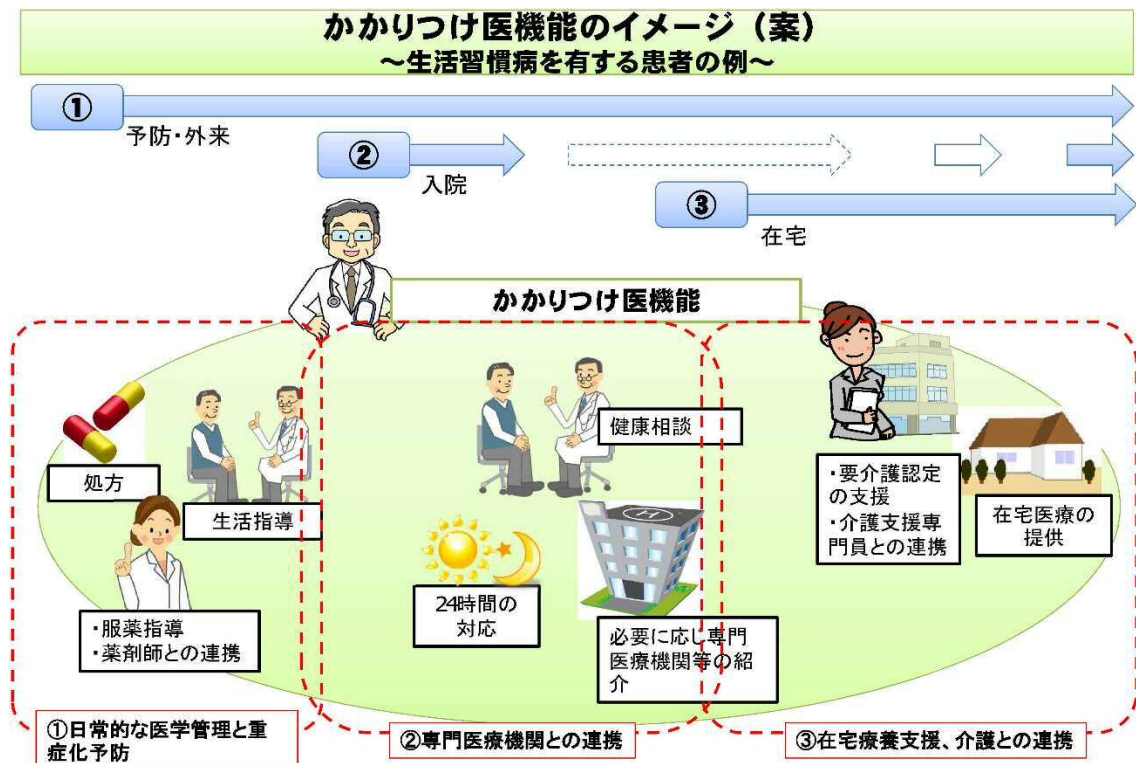
② 福祉施設における医療対応の充実

平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
●調査手法の検討	●実態調査の実施	●首都圏9都 県市による 共同研究	●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の一つ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の開催等を行っています(表6-2-4)。
- 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6-2-4 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し続けるために」 パネルディスカッション:「医療的ケアのある事例を通して」
第5回	平成30(2018)年11月	基調講演:「最期まで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:「～誤嚥性肺炎を繰り返す在宅療養者の事例を通して～」
第6回	令和2(2020)年11月	基調講演:「地域で見守る医療～特に医療連携を中心に～」 パネルディスカッション:「知っ得！！地域で支える入退院支援」

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、高齢者に加えて、それ以外の年齢層にもより一層の普及啓発が必要です。

③ 今後の取組

- 在宅医療に関する正しい知識の理解が浸透するよう、市民に対する情報発信に取り組むとともに、在宅医療を必要とされる方に、必要な情報が的確に届くよう、医療・介護専門職を通じた市民への普及啓発のあり方を検討します。
- 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各種イベント開催時の普及啓発などを行うとともに、市ホームページなどでより効果的な情報発信に努め、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、普及啓発に取り組めます。

④ 目標

① かかりつけ医がいる人の割合

指標	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成28年度 (2016)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和5年度 (2023)
かかりつけ医がいる人の割合の増加	59.5%	58.7%	59.5%以上	60.5%以上

※ 休日急患診療所患者統計による数値

② かかりつけ医がいる人の割合（高齢者）

指標	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成28年度 (2016)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和4年度 (2022)
かかりつけ医がいる人の割合の増加(高齢者)	78.2%	79.0%	-	80.0%以上

※ 高齢者実態調査による数値

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、いずれも、全国よりも低い数値となっています(37 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(38 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

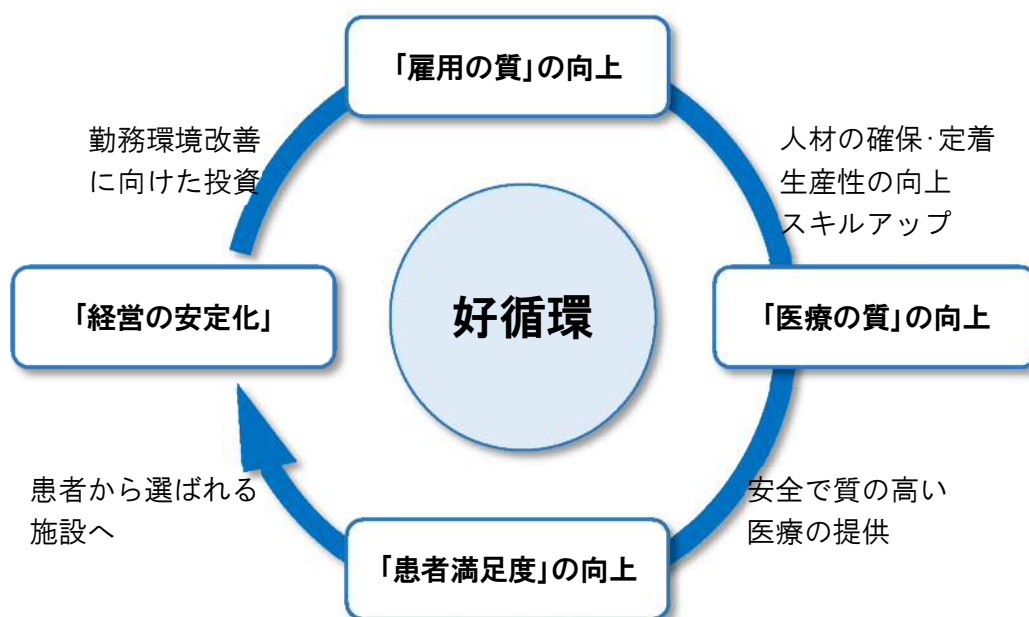
施策Ⅰ-3 医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成

- (1) 働きやすい勤務環境づくりの支援 (P133~)
- (2) 看護職員の新規養成・定着促進・再就業支援 (P136~)
- (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 (P143)
- (4) 在宅医療を担う人材の育成 (P144~)

(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「神奈川県医療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支援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

- 平成30(2018)年7月に公布された、「働き方改革関連法」により、医師も含め、時間外労働時間の上限規制が順次適用されること等から、医療従事者の労働時間短縮に向けた取組と適切な労務管理を行う必要があります。
- 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、医療従事者相互の連携をはじめ、医療機関相互の支え合いなど、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勤務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 院内保育所の運営支援

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績 (施設)

区分	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)
院内保育所	17	17	16	16	16
(再掲)24時間保育	10	10	8	8	5
(再掲)病児等保育	2	1	0	0	0

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「企業主導型保育事業*」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。

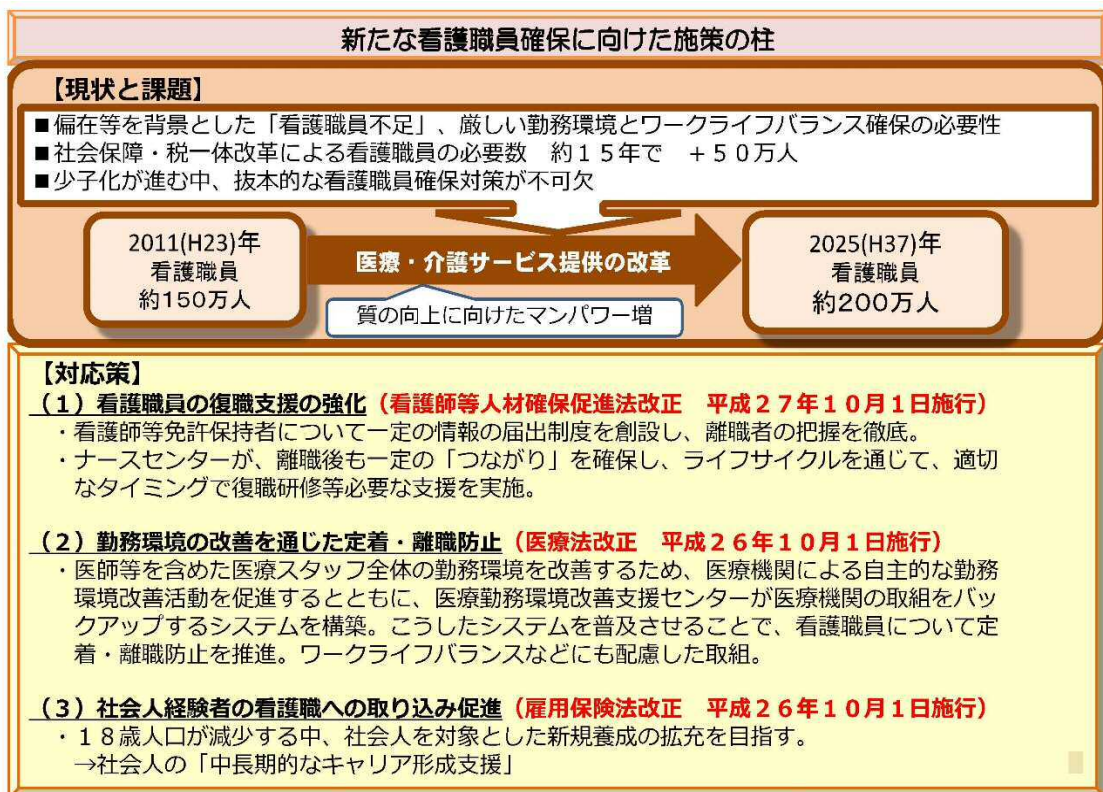
「企業主導型保育事業」…

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、国が設置した、「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」が公表した中間とりまとめによると、団塊の世代が後期高齢者となる令和7(2025)年には、看護職員は約188万人～約202万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確実に確保するため、平成26(2014)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



出典:厚生労働省「第2回看護職員需給見通しに関する検討会」資料

- 市内に勤務する看護職員数は、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(38 ページ表2-6-5)。
- なお、市内には、令和2(2020)年4月1日現在、4施設の看護師養成所が設置されており、市内の医療機関等への看護人材の供給に貢献しています(表6-3-2)。

表6-3-2 川崎市における看護師養成所(令和2(2020)年4月1日現在)

名称	所在地	課程	1学年定員
川崎市立看護短期大学	川崎市幸区小倉4-30-1	3年課程	80人
川崎看護専門学校	川崎市高津区久本1-4-1	准看護師を対象とする2年課程	40人
聖マリアンナ医科大学 看護専門学校	川崎市宮前区菅生2-16-1	3年課程	80人
高津看護専門学校	川崎市宮前区土橋4-2-6	准看護師を対象とする2年課程	40人

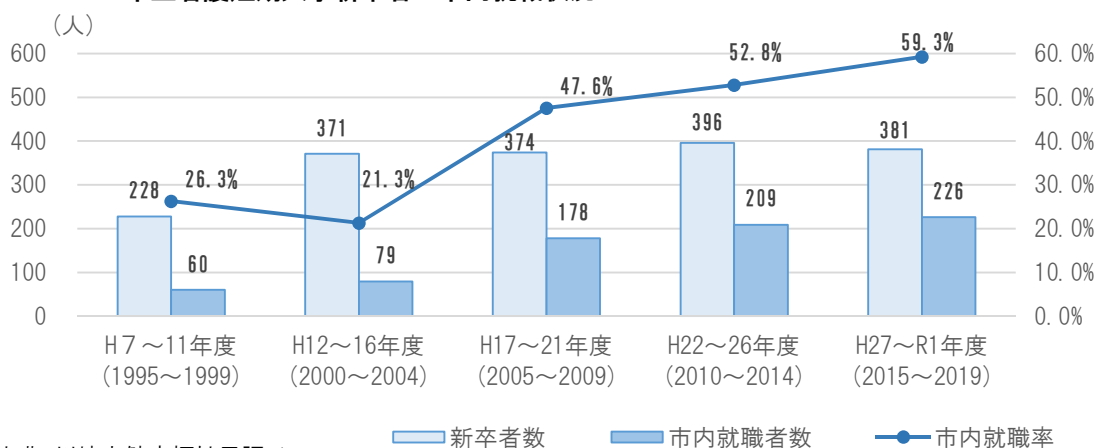
※ 川崎看護専門学校については、令和3年3月31日をもって閉校

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



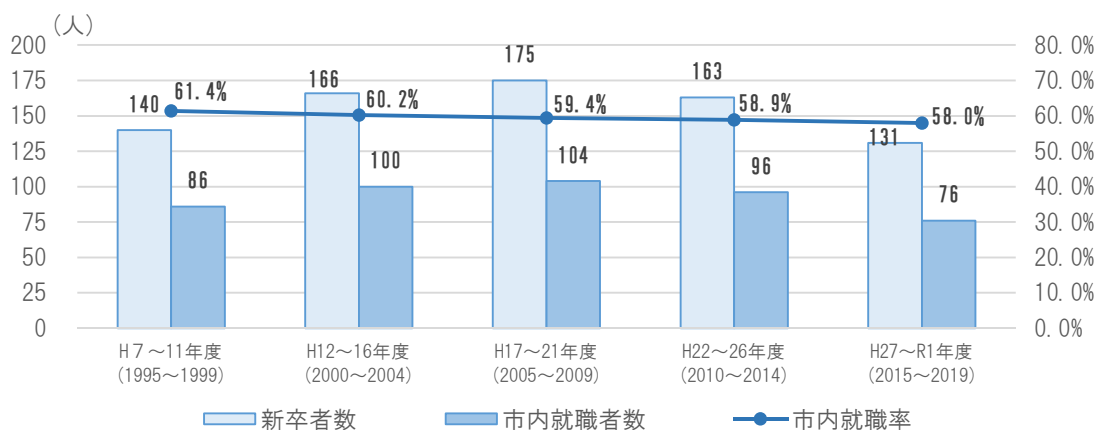
出典:川崎市健康福祉局調べ

※ 「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)」を設置し、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、本市は、その学校運営を支援してきましたが、自衛隊横須賀病院准看護学院を除く神奈川県内の准看護学校の閉校に伴い、学生の確保が困難となったこと等により、令和3(2021)年3月31日に閉校することとなりました(図6-3-4)。

- 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。

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

- 看護師等修学資金貸付制度を運用し、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6-3-3)。

表6-3-3 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
川崎市ナースセンター事業	川崎市看護協会が実施するナースセンター事業(相談窓口・各種研修・就業促進・潜在看護職員の掘り起し・再就業支援)を支援

- 令和4(2022)年4月の市立看護短期大学の4年制大学化に向けて、国への申請を行うなど、取組を進めています。

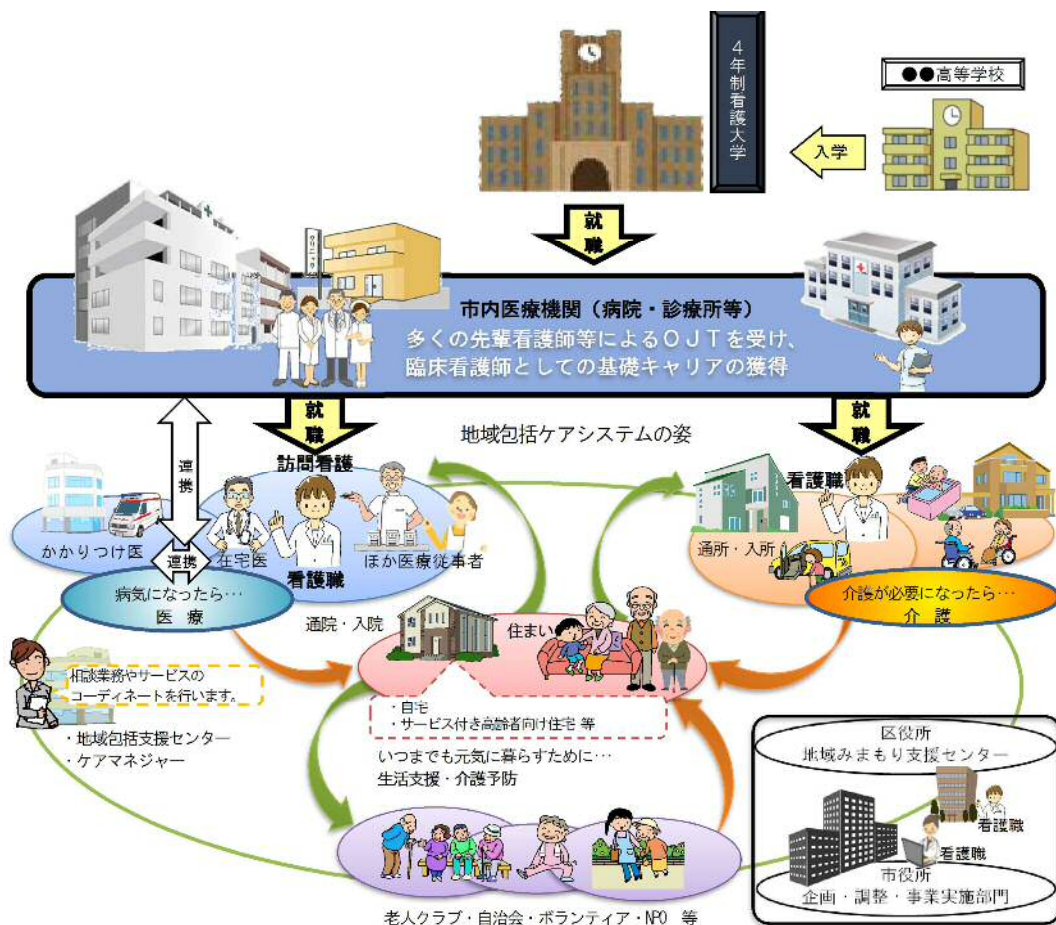
② 課題

- 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。
- 国において、将来の医療需要を踏まえた看護職員の確保対策のあり方が示されたことから、看護職員の養成にあたっては、当該あり方を勘案する必要があります。

③ 今後の取組

- 市立看護短期大学の4年制大学化により、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の安定的な確保・養成を進めます（図6-3-5）。
- 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、看護師等修学資金貸付制度等の運用や、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)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5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	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成28年度 (2016)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和5年度 (2023)
市内の医療機関等への就業率の向上	50.7%	58.9%	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)

- 看護師等修学資金貸付制度を運用し、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6-3-4)。

表6-3-4 川崎市看護師等修学資金貸付制度の状況 (件)

区分	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)
新規貸付	21	16	23	13	16
返済猶予	17	25	20	18	22
返済免除	13	12	19	18	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人数(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等により返済を猶予した人数

※「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

- 川崎市ナースングセンターを設置し、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(134ページ「第6章第3節(1)イ」参照)。

② 課題

- 本市における令和元(2019)年度の病院に勤務する看護職員(常勤)の離職率は13.6%であり、神奈川県全体の数値をやや上回っており、引き続き、離職防止に取り組む必要があります(表6-3-5)。

表6-3-5 神奈川県における病院に勤務する看護職員(常勤)の離職状況(令和元(2019)年度)

横浜市	川崎市	相模原市	横須賀 ・三浦	湘南 東部	湘南 西部	県央	県西	神奈川県
13.5%	13.6%	12.9%	10.6%	12.2%	10.8%	14.7%	11.5%	12.9%

出典:神奈川県「病院看護職員就業実態調査(令和元年度)」

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、看護師等修学資金貸付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シング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	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成28年度 (2016)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和5年度 (2023)
市内病院の常勤看護職員の離職率の減少	14.1%	13.6%	12.9%	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)

- 川崎市ナーシ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シ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(134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、医療機関が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シ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年制大学化にあたり、本市の再就業支援について大学に求められる役割や機能の検討も含め、その取組を進めます。

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、潜在看護職員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おう制度のこと。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(69 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(70 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「地域リーダー研修」を開催しています(表6-3-6)。

表6-3-6 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)
第5回	平成 30(2018)年 3月 4日	155人(うち医師 22人)
第6回	平成 31(2019)年 3月 17日	155人(うち医師 21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)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
●川崎市在宅療養推進協議会を3回開催	●川崎市在宅療養推進協議会を3回開催	●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)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
●各区において地区在宅療養推進協議会による取組を推進	●各区において地区在宅療養推進協議会による取組を推進	●取組の推進	→		

③ 地域リーダー研修受講医師の増加

指標	計画策定時	現状	中間目標	目標
	平成28年度 (2016)	平成30年度 (2018)	令和2年度 (2020)	令和5年度 (2023)
研修を受講する医師数の増加(累計)	113人	160人	180人	270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していきます。
- 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みます。

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)

- 川崎市看護協会と連携し、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基本的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開催しています。
- 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、看護職員と多職種の連携強化に取り組みます。
- 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、口腔機能障害の予防・治療・リハビリテーションのために実施する「歯垢(プラーク)清掃」や「口腔機能訓練」等のこと。

「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的管理指導を担い、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的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。

