

京都府保健医療計画

[平成30(2018)年度～令和5(2023)年度]

<中間見直し>

最終案

令和3年 月

京都府

第1部 総論

第1章 計画策定の趣旨

(略)

第2章 計画の性格と期間

ポイント

- ★ 医療計画、健康増進計画の内容を網羅し、高齢者健康福祉計画及び障害福祉計画等と整合を図った保健医療の基本計画
- ★ 平成30(2018)年度から令和5(2023)年度までの6か年計画

1 計画の性格

府民のニーズに即した保健医療の供給体制を整備するに当たっては、府民・患者を中心に、健康づくりから終末期医療に至るまで、総合的で、一体的な対策を講じる必要があります。

こうしたことから、本計画は、医療提供体制の確保を図るために定める「医療計画」（根拠：医療法第30条の4第1項）、住民の健康増進の推進に関する施策について定める「健康増進計画」（根拠：健康増進法第8条）、「きょうと健やか21」及び「肝炎対策を推進するための計画」（根拠：肝炎対策の推進に関する基本的な指針）、感染症予防に関する施策について定める「感染症予防計画」（根拠：感染症法）を一体として定めた、京都府における保健医療の方針を明らかにする基本計画として策定しました。

また、本計画は、「京都府地域包括ケア構想」を具体化するため、「京都府高齢者健康福祉計画」、「京都府がん対策推進計画」、「京都府歯と口の健康づくり基本計画」、「京都府障害福祉計画及び京都府障害児福祉計画」、「京都府依存症等対策推進計画（仮称）」、「京都府中期的な医療費の推移に関する見通し（医療費適正化計画）」、「関西広域救急医療連携計画」、国が策定した「認知症施策推進大綱」など関連する他の計画等との整合を図るとともに、令和2年3月に策定した、本計画の一部となる「京都府医師確保計画」に定める医師偏在指標、医師確保の方針、施策の方向性等について盛り込み、一体的な事業の推進を行うものです。

2 計画の期間

(略)

第3章 計画の基本方向

1 基本目標

(略)

2 基本理念

(略)

3 主な対策

(略)

第4章 医療圏の設定

1 医療圏の設定についての考え方

(1) ・ (2) (略)

2 京都府における二次医療圏と三次医療圏

(1) ・ (2) (略)

第5章 基準病床数

1 算定の趣旨

(略)

2 算定数

(略)

3 一般病床・療養病床の機能別病床数

(略)

第2部 各論

第1章 地域の保健医療を支える人材の育成・基盤の整備

1 保健医療従事者の確保・養成

現状と課題

(1) 医師

<現状>

○医師数

- ・京都府は、人口10万人当たりの医師数が314.9人と全国で2番目に多い(H28年12月末)状況ですが、医療圏ごとでは京都・乙訓のみ全国平均を大きく上回り、その他は全国平均以下となっています。
- ・府域全体として医師数は増加傾向(H18→H28 114%)で、全国的な動向とほぼ同じです。ただし、北部地域(丹後、中丹)は、ほぼ横ばい状態(H18→H28 101%)にあります。また、山城南の医師数は増加(H18→H28 125%)しているものの、人口も増加しており、人口10万人当たりの医師数が府内でもっとも低くなっています。
- ・全国的に診療科偏在が言われている小児科医、産科(産婦人科含む)医師は、それぞれ439人(小児人口10万人当たり140.7人)、263人(女性人口10万人当たり47.4人)であり、いずれも全国平均を上回っているものの確保が困難な状況です(H28)。
- ・京都府では、脳神経外科及びリハビリテーション科で人口10万人当たりの医師数が全国平均を下回っていました(H26)が、直近の調査では全国平均を上回っています(H28)。

○医師確保計画の策定

- ・医師の確保については、医師の地域間及び診療科間の偏在を是正するため、地域枠の設置や奨学金制度の創設、医師臨床研修制度の見直し等の対策が行われてきたところですが、未だに偏在解消が図られていない状況にあります。
このため、平成30年7月に「医療法及び医師法」が一部改正され、都道府県においては、三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を保健医療計画の中に策定することとされたため、令和元年度に「医師確保計画」を策定しました。
- ・計画は令和2年度から令和5年度までの4年間とし、その後3年ごとに見直しを行います。

○医師偏在指標について

- ・これまで、国において、地域ごとの比較は人口10万人当たりの医師数が用いられてきましたが、新たに医師の性・年齢別による労働量や住民の性・年齢構成等による医療需要等の要素を考慮し、医師偏在指標が算定されました。
- ・国の医師偏在指標においては、「京都府の受療率が用いられていない」、「へき地等の地理的要因が反映されていない」ため、京都府の患者受療率や地理的要因などを加味した、「京都式の医師偏在指標」を設定しました。
- ・二次医療圏ごとの指標により、医師を重点的に確保すべき地域等を設定するとともに、二次医

療圏よりも小さな単位で、へき地医療や救急医療等の政策医療を担うための対策を必要とする地域を「医師少数スポット」として定め、へき地診療所周辺の地域を指定しました。

医師偏在指標

【京都式の医師偏在指標】

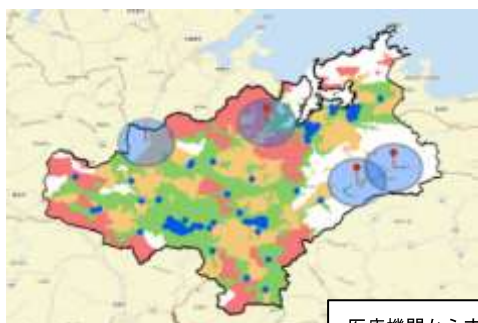
医療圏	指標	全国比*	重点 順位
全国	215.0	100	
京都府	286.5	133	
丹後	94.1	44	1
中丹	164.9	77	4
南丹	141.1	66	2
京都・乙訓	363.6	169	6
山城北	186.8	87	5
山城南	159.5	74	3

【国の医師偏在指標】

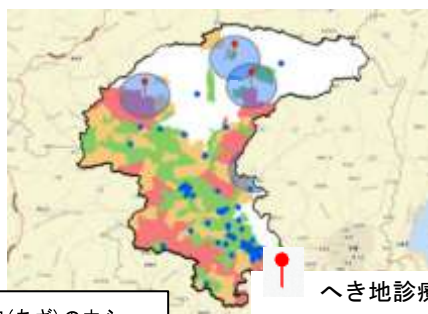
医療圏	指標	全国比*	全国 順位	区域
全国	239.8	100		
京都府	314.4	131	2	多数
丹後	134.9	56	298	少数
中丹	184.0	77	149	
南丹	166.4	69	206	
京都・乙訓	397.3	166	4	多数
山城北	178.8	75	163	
山城南	141.5	59	285	少数

*全国を100とした場合の割合

【中丹医療圏】



【南丹医療圏】



医療機関から市町字(あざ)の中心
までのアクセス時間(車)の分布

出典：京都府立医科大学 吉井健悟講師
「京都府医師確保計画検討資料」
(ESRI社のNetwork Analystを使用
(平成27年国勢調査データ))

へき地診療所

半径4km圏内

■ ~ 10分
■ ~ 20分
■ ~ 30分
■ 30分以上

通常の一般車での移動時間

[へき地診療所]

舞鶴市：舞鶴市民病院加佐診療所
綾部市：市立中上林診療所、市立奥上林診療所
福知山市：国民健康保険雲原診療所

[へき地診療所]

南丹市：南丹市美山林健センター診療所、
美山健康会美山診療所
京丹波町：国保京丹波町病院和知診療所

○医師確保の方針

- ・ 医師偏在の状況に応じて医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて二次医療圏ごとに地域の実情に応じた具体的な医師確保対策を進めています。

○地域ごとの医師確保の方向性

(丹後)

- ・ 医師偏在指標が府内で最も低く、国指標でも医師少数区域となっており、重点的に医師確保に努める。
- ・ 北部医療センターを核として医師確保を図り、周辺の診療所等への支援を行うとともに、圏域内の各病院が連携して在宅機能を担う必要がある。

(中丹)

- ・ 医師は全体的に確保されているものの、圏域内には医師少数スポットがあり、医師確保を図る。
- ・ 中丹地域医療再生計画により効果的に機能分化が図られている医療機関がある一方、例えば脳と心臓、産科と小児科など医療需要動向を踏まえ、新たな相互連携を構築する必要がある。

(南丹)

- ・ 医師偏在指標が丹後圏域に次いで低く、圏域内には医師少数スポットもあり、医師確保を図る。
- ・ 京都中部総合医療センターを核として医師確保を図り、他の医療機関との機能分担をさらに進め、圏域内の各病院が連携して在宅機能を担う必要がある。

(京都・乙訓)

- ・ 医師偏在指標が府内で最も高く、国指標でも医師多数区域となっており、府内の他圏域に対し医師派遣の支援に努める。
- ・ 病床過剰地域であり、高度急性期を担う圏域内の基幹的病院において機能分化を図るとともに、他圏域への支援体制を構築する必要がある。

(山城北)

- ・ 医師偏在指標が京都・乙訓に次いで高く、京都・乙訓から通勤が容易であることを踏まえて、医師確保を図る。
- ・ 地域支援病院等を中心に体制を構築するとともに、地域包括ケア病棟等の回復期の充実などの機能分担を進める必要がある。

(山城南)

- ・ 国指標では医師少数区域であり、圏域内の地域格差も大きいですが、京都・乙訓からの通勤も可能であることを踏まえつつ、積極的に医師確保に努める。
- ・ 京都山城総合医療センターを核として医師配置を集中的に行い、医師確保が困難な周辺地域の診療所等を支援する体制を構築する必要がある。

○重点領域の設定

- ・ 緊急性及び専門性の高い治療が必要な「脳血管疾患、心疾患及びハイリスク分娩等で緊急対応が必要なもの」については、二次医療圏にとらわれず府内一円で医療提供体制を構築することが必要です。
- ・ 現在の医療提供体制を踏まえた上で、将来の医療需要を見据え、緊急性や専門性の高い疾病等については、二次医療圏にとらわれない医療提供体制の整備に重点的に取り組みます。

○外来医師偏在指標について

- ・国においては、医師の性・年齢別による労働量や住民の性・年齢構成等による医療需要等の要素を考慮し、外来医師偏在指標が算定されました。
- ・多くの場合、診療所は1人の医師によって運営されており、診療所数と診療所に従事する医師数はほぼ1：1であることから、外来医師偏在指標は診療所の偏在状況を示す指標としても活用可能となっています。
- ・国の外来医師偏在指標においては、「京都府の受療率が用いられていない」「へき地等の地理的要因が反映されていない」ため、地理的要因をはじめ京都府の地域の実態に即したものになるよう、国が算定した指標について、独自の要素を考慮して補完しました。
- ・全国335二次医療圏の中で上位33.3%に該当する二次医療圏は外来医師多数区域とされ、京都府では、京都・乙訓医療圏が外来医師多数区域になります。

外来医師偏在指標

	国指標	区 域	府指標	重点順位
全 国	106.3(100)		102.5(100)	
丹 後	89.0(84)		71.4(70)	①
中 丹	100.2(94)		99.2(97)	③
南 丹	91.3(86)		84.4(82)	②
京都・乙訓	152.0(143)	多 数	171.0(167)	⑥
山城北	93.7(88)		103.5(101)	⑤
山城南	86.7(81)		99.2(97)	④

()は全国を100とした場合の割合

○外来医療機能の偏在是正について

- ・地域医療構想調整会議での協議を踏まえ、新規開業希望者等が診療所の充足状況等の情報を有効活用できるよう可視化し、容易に入手できるようにします。
- ・地域の在宅医療機能を担う診療所医師を確保するため、外来医師多数区域における新規開業者に対しては、医師会や関係団体等と連携し、在宅医療に係る研修への参加を促します。

(略)

(2)～(6) (略)

【京都府看護職員需給推計について】

- ・令和7年（2025年）に団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となるなど、超高齢社会を迎え、医療・介護・福祉への需要が増大する中で、令和7年に向け必要となる看護職員の需給数を推計しました。
- ・目標：令和7年（2025年）
- ・推計値：看護師等の働き方改革を推進した場合の「超過勤務時間数」と「年次有給休暇の取得日数」の影響を反映し、需要数を推計

【京都府看護職員需給推計結果】 (実人員：人)

	現 状 (2018 年末)	働き方改革を反映した推計値 (2025 年)
需 要	35,288人	42,512人
供 給		41,937人

- 看護師等の超過勤務月10時間以内、有給休暇年10日以上

【従事施設別看護職員需給推計結果】 (実人員：人)

	業務従事届 【2018 年末】	1ヶ月の超過勤務10時間以内、 1年あたりの有給休暇10日以上	
		需要数 【2025 年】	増員数
病院	23,353	27,080	3,727
診療所(無床)	4,235	6,208	1,973
助産所	57	69	12
介護保険・社会福祉関係	5,370	6,850	1,480
保健所・市町村	1,191	1,210	19
教育機関等	494	501	7
事業所・その他	588	595	7
合 計	35,288	42,512	7,224

(7) ~ (10) (略)

対策の方向

<p>ポイント</p> <p>★医師</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域医療支援センター・へき地医療支援機構と医療勤務環境改善支援センターの連携を強化し医師総合確保対策を推進 <p>[総合医師確保対策]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域医療支援センターを中心に、府内の大学、病院、医療関係団体と連携したオール京都体制で、医師のキャリア形成支援や医師派遣等、総合医師確保対策の取組を充実・強化 <p>[医師の地域偏在]</p>

- キャリア形成プログラムにより、地域卒卒業医師等を医師少数地域や医師少数スポット地域に配置
- 医師確保困難地域で一定の勤務条件を満たす者に大学院医学研究科の学費を免除・助成を行うなどのインセンティブを拡充
- 府内の中核病院と医師確保困難地域の病院とをローテーションしながら研鑽を積むことが可能な専門研修プログラム等を行う医療機関を支援

[医師の診療科偏在]

- 産科医の確保を図るため、分娩手当等の維持・拡充や当直手当の支給などの処遇改善を実施
- 「脳血管疾患、心血管疾患、ハイリスク分娩」については、二次医療圏を越えて府内一円で対応する必要があるため、ITを活用した情報共有などによる医療提供体制の構築

[医師の働き方改革]

- 医師の負担軽減のため、タスクシェア・タスクシフティングによる勤務環境改善に取り組む医療機関を支援
- 女性医師のワークライフバランスに考慮した勤務環境の改善等を支援

<量的確保対策>

(1) 医師の診療科偏在・地域偏在の解消

- ・地域の医療需給を踏まえた医師偏在解消の取組や現在および将来不足が予測される診療科等についての対応策を検討
- ・地域医療従事医師に対する研修・研究支援や、指導医の派遣元病院への支援など研修・研究環境の充実を通じた医師の確保
- ・地域医療体験実習の推進や京都府立医科大学における総合医療・医学教育学講座、京都大学における医学教育用機器などを活用した、大学における地域医療教育の充実支援
- ・ホームページや各種雑誌、就職説明会など様々な媒体を活用した広報活動により、京都府に縁のある、または府内で働きたい医師を広く募集するとともに、府内病院と連携して、研修プログラムガイドブックを作成・配布、就職説明会に参加するなどの取組を通じて府内で勤務する医師を確保
- ・医師確保対策、医師臨床研修制度や専門医制度等、引き続き地域偏在や診療科偏在の解消に向けた制度となるよう、国への政策提案、要望等を実施
- ・自治医科大学卒業医師や地域卒医師については、キャリア形成プログラムにより、医師少数地域や医師少数スポットの医療機関へ医師を配置

(略)

(略)

2 リハビリテーション体制の整備

(略)

対策の方向

ポイント

(略)

★認知症の人や障害児・者に対する支援の充実

- ・リハビリテーション専門職等に対する認知症研修・講習会の実施
- ・障害児・者リハビリテーションを担う人材に対する研修会の実施や連携体制づくり
- ・北部地域を総括する拠点を中心として、北部地域における総合リハビリテーションをさらに推進

(略)

★施設の拡充

- ・回復期リハビリテーション病棟を軸とする回復期の機能を有する病床の拡充を図るとともに、訪問リハビリテーション事業所の開設や障害児・者サービスにおけるリハビリテーションの強化、ロボットリハビリテーション等先端的リハビリテーション機器の普及促進、先進的リハビリテーション治療法の導入等の推進

★次期総合リハビリテーション推進プランの策定

- ・現行の総合リハビリテーションプランに基づき進めてきた人材確保・育成、施設の拡充、連携体制の構築、総合リハビリテーション推進体制の構築の施策による成果等を検証する中で、リハビリテーション提供体制の現況や高齢化の更なる進展に伴うリハビリテーションニーズ等を勘案するとともに、学識経験者や医療・介護・福祉に関わる関係団体等の意見を踏まえ、後継プランを策定

★京都府総合リハビリテーション連携指針の策定

- ・平成26年から平成30年度に行う施策の具体的方向を定めた「総合リハビリテーション推進プラン（第2期）」に基づく事業成果を検証し、「京都府総合リハビリテーション連携指針」を令和元年10月に策定
- ・府民が住み慣れた地域で安心して、いきいきと暮らせるよう、急性期から回復期、維持・生活期まで継続した総合的なリハビリテーション提供体制を実現するため、「人材の確保・育成」、「施設の拡充」、「連携体制の構築」、「総合リハ推進体制の構築」の4つの柱で施策を実施

(略)

第2章 患者本位の安心・安全な医療体制の確立

1 医療の安全確保と質の向上、医療情報の提供

(1)～(4) (略)

2 小児医療

(1)～(3) (略)

3 周産期医療

現状と課題

(1) 周産期医療体制

- 「周産期医療情報システム」や「周産期医療情報提供書」の運用により、平成9年から診療所も含めた総合的な周産期医療ネットワークを構築しています。引き続き、総合周産期母子医療センターを中心に、近隣府県を含む他の周産期医療機関との連携を深め、円滑な医療の提供を図っていく必要があります。
- 京都府では、縦長の地理的事情や人口地勢等を考慮し、北部地域と南部地域にそれぞれサブセンターを整備していますが、総合周産期母子医療センターをはじめ、府内の周産期母子医療センターの多くが南部地域に位置することから、北部地域の周産期医療提供体制や、南部地域との連携体制の強化が課題です。
- 総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを中心にハイリスクな母体や新生児の受入を行っていますが、NICU(新生児集中治療室)については病床利用率が恒常的に満床状態の医療機関があるため、病院間の連携及び機能分担による病床利用の最適化を図る必要があります。
- 周産期死亡率等の低減を目的とし、搬送受入困難事案や死亡事例についての症例報告、課題点を検討する必要があります。
- 災害時の小児・周産期医療ニーズへの対応や、情報共有、連携を図るための体制の構築が必要です。
- 少子化の進行に伴い、2040年に向けた京都府全域の分娩数は7割程度まで減少することが見込まれますが、限られた医療資源を有効に活用し、安心・安全な分娩を安定的に確保するため、各医療機関の役割分担を進める必要があります。
- 妊産婦の高齢化傾向により、ハイリスク母体・新生児に対する医療需要は高いため、地域における周産期母子医療センターを適切に配置し、24時間365日分娩可能な体制の確保が必要です。
- 産科・小児科医師における医師偏在指標
 - ・これまで、国において、地域ごとの比較は人口10万人当たりの医師数が用いられてきましたが、新たに医師の性・年齢別による労働量や住民の性・年齢構成等による医療需要等を考慮し、医師偏在指標が算定されました。

- ・国の医師偏在指標においては、「京都府の受療率が用いられていない」、「へき地等の地理的要件が反映されていない」ため、地理的条件をはじめ京都府の地域の実態に即したものになるよう、国が算定した指標について、独自の要素を考慮して補完しました。
- ・産科医師は、国指標では中丹のみ医師少数区域ですが、府の指標では南丹以北及び山城南が低く、全国平均も下回るため、医師確保に努めます。また、小児科医師は、山城南を除き全国平均を上回っており現状の維持・拡充を図ります。

国の医師偏在指標

【産科】

【小児科】

医療圏	指標	全国	区域	医療圏	指標	全国	区域
		順位				順位	
全国	12.8	100		全国	106.7	100	
京都府	15.1	118	7	京都府	143.6	135	2
丹後	12.7	99	97	丹後	120.5	114	58
中丹	7.3	57	238	中丹	110.1	104	97
南丹	13.3	104	89	南丹	133.6	126	31
京都・乙訓	16.9	132	36	京都・乙訓	159.2	150	14
山城北	13.0	102	96	山城北	103.7	98	126
山城南	14.6	114	64	山城南	88.8	84	190

*全国を100とした場合の割合

(2) ~ (4) (略)

対策の方向

ポイント

★周産期医療体制

- ・総合周産期母子医療センターと周産期医療2次病院等を中心とした搬送体制や受入体制の強化
- ・各医療機関が有する医療機能に応じた機能の分担による病床利用の最適化を図る
- ・平成29年度より運用を開始した後方搬送受入協力病院制度の活用を促進し、急性期を脱した患者の後方搬送及び空床確保を図る
- ・各病院の空床状況等受入体制に関する最新の情報をネットワーク内で常に共有できるよう、周産期医療情報システムのより積極的な活用を促進
- ・近畿府県間において広域搬送を迅速かつ円滑に行うために、各府県で指定している「広域搬送調整拠点病院」(京都府では京都第一赤十字病院)を中心に、府県域を越える搬送が迅速かつ適切に対応できる体制の確保
- ・周産期死亡率の低下に資するため、搬送受入困難事案や死亡事例等の調査、分析を実施
- ・大規模災害時への備えとして、災害時小児周産期リエゾンの養成など、災害時の連携体制構築を図る。
- ・京都府周産期医療体制強化に関する協定を締結し、府内の周産期医療に係る情報の収集・共有、及

び搬送調整体制の強化、周産期医療に従事する医師の人材養成及び地域の実情に応じた医師確保を図る。

- ・京都府立医科大学附属病院及び京都大学医学部附属病院の「総合周産期母子医療センター」指定

★産科医療従事者の確保等

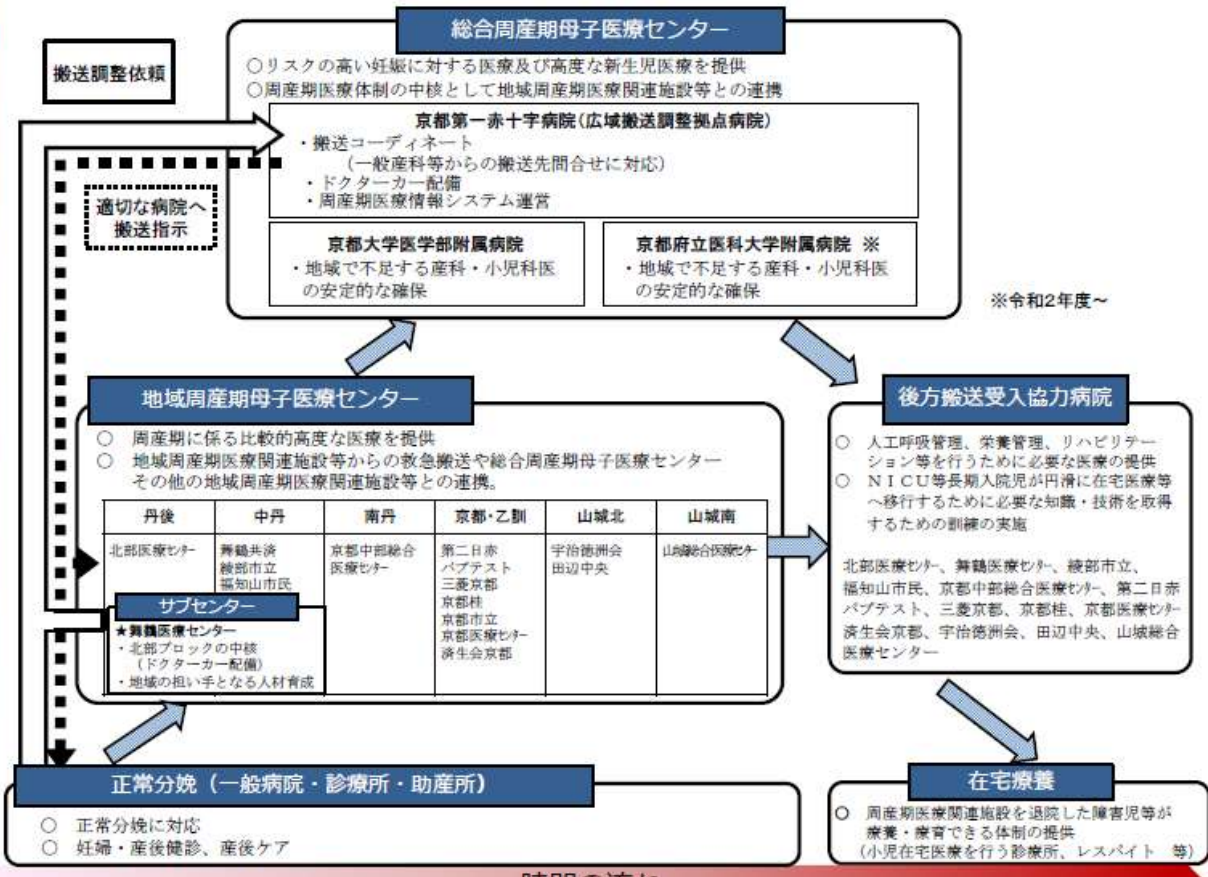
- ・京都府地域医療支援センター(KMCC)や地域医療確保奨学金制度の活用
- ・京都府地域医療支援センター(KMCC)の活用
- ・産婦人科、小児科をはじめ、医師確保が困難な診療科について、大学や医療機関と連携した専門研修プログラムの充実や地域医療確保奨学金による特別加算制度の拡充
- ・産科医の確保を図るため、分娩手当の支給や当直手当の維持・拡充、産婦人科専攻医に対する研修手当の支給等処遇改善を促進
- ・産科医療への従事割合が高い女性医師への再就業の支援
- ・助産師養成所への支援等による助産師確保対策の充実
- ・周産期医療専門医の確保

(略)

(略)

京都府周産期医療体制

高



分娩のリスク

低

時間の流れ

4 救急医療

現状と課題

(1)～(4) (略)

(5) 府民への普及啓発

- 平成 28 年に改正された「救急蘇生法の指針 2015(市民用)」においては、全ての心肺停止傷病者に質の高い胸骨圧迫が行われることが重視されており、病院前の救護体制の充実のため、引き続き応急手当の技術・知識の普及啓発を進めていく必要があります。
- 高齢化社会における在宅医療にも対応した救急体制を構築するため、急な体調悪化などの際の相談体制の充実を図るとともに、府民においても救急医療について正しい理解を持ち、救急車や救急医療機関の適切な利用や、普段からかかりつけ医を持つことが求められています。
- ドクターヘリの運航に際して地域住民の理解が必要であり、目的等について府民への普及啓発を進める必要があります。

対策の方向

ポイント

★救急医療提供体制

(略)

★救急医療情報システム(再掲)

(略)

★救急相談体制の強化

- ・緊急時の電話相談窓口(＃7119)を府内消防本部(局)と共同で設置し、医師・看護師等による助言・緊急度判定、医療機関案内、在宅医療制度の案内等を行うことで、府民等の安心・安全の提供、高齢者が安心して在宅療養できる体制の推進、救急医療機関への適正受診の推進及び救急医療機関スタッフ負担軽減等を図る。

★救急搬送体制の強化

(略)

(略)

5 災害医療

現状と課題

(1)～(5) (略)

6 へき地医療

現状と課題

<現状>

○無医地区等の現状

無医地区等調査(平成 26 年 10 月)によると、府内に無医地区は 8 市町村 13 地区、無歯科医地区は 8 市町村 18 地区となっています。

○へき地の医療提供体制の現状

<へき地診療所> … 市町村等により、府内に 16 箇所(うち歯科診療所 2 箇所)

<へき地医療拠点病院> … 府内 10 病院を指定

<へき地医療支援機構> … 平成 15 年から京都府立医科大学附属北部医療センター
(旧与謝の海病院)に設置

○医師確保計画の策定(再掲)

- ・医師の確保については、医師の地域間及び診療科間の偏在を是正するため、地域枠の設置や奨学金制度の創設、医師臨床研修制度の見直し等の対策が行われてきたところですが、未だに偏在解消が図られていない状況にあります。

このため、平成 30 年 7 月に「医療法及び医師法」が一部改正され、都道府県においては、三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を保健医療計画の中に策定することとされたため、令和元年度に「医師確保計画」を策定しました。

- ・計画は令和 2 年度から令和 5 年度までの 4 年間とし、その後 3 年ごとに見直しを行います。

○医師偏在指標について(再掲)

- ・これまで、国において、地域ごとの比較は人口 10 万人当たりの医師数が用いられてきましたが、新たに医師の性・年齢別による労働量や住民の性・年齢構成等による医療需要等の要素を考慮し、医師偏在指標が算定されました。
- ・国の医師偏在指標においては、「京都府の受療率が用いられていない」、「へき地等の地理的要因が反映されていない」ため、医師の仕事量や京都府の患者受療率、地理的要因などを加味した、「京都式の医師偏在指標」を設定しました。
- ・二次医療圏ごとの指標により、医師を重点的に確保すべき地域等を設定するとともに、二次医療圏よりも小さな単位で、へき地医療や救急医療等の政策医療を担うための対策を必要とする地域を「医師少数スポット」として定め、へき地診療所周辺の地域を指定しました。

医師偏在指標

【京都式の医師偏在指標】

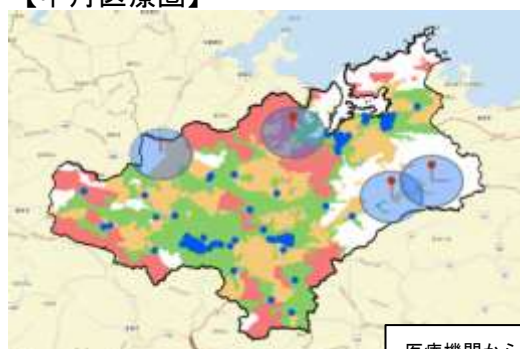
医療圏	指標	重点	
		全国比*	順位
全国	215.0	100	
京都府	286.5	133	
丹後	94.1	44	1
中丹	164.9	77	4
南丹	141.1	66	2
京都・乙訓	363.6	169	6
山城北	186.8	87	5
山城南	159.5	74	3

【国の医師偏在指標】

医療圏	指標	重点		
		全国比*	全国順位	区域
全国	239.8	100		
京都府	314.4	131	2	多数
丹後	134.9	56	298	少数
中丹	184.0	77	149	
南丹	166.4	69	206	
京都・乙訓	397.3	166	4	多数
山城北	178.8	75	163	
山城南	141.5	59	285	少数

*全国を100とした場合の割合

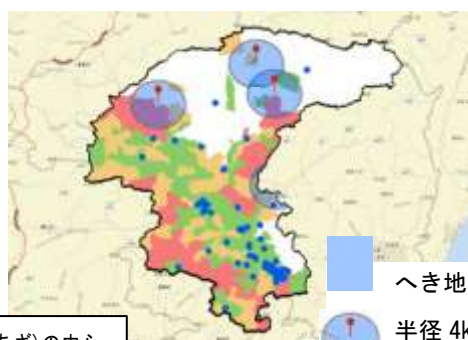
【中丹医療圏】



医療機関から市町字(あざ)の中心までのアクセス時間(車)の分布

出典：京都府立医科大学 吉井健悟講師
「京都府医師確保計画検討資料」
(ESRI社のNetwork Analystを使用
(平成27年国勢調査データ))

【南丹医療圏】



通常の一般車での移動時間

【へき地診療所】

舞鶴市：舞鶴市民病院加佐診療所
綾部市：市立中上林診療所、市立奥上林診療所
福知山市：国民健康保険雲原診療所

【へき地診療所】

南丹市：南丹市美山林健センター診療所、
美山健康会美山診療所
京丹波町：国保京丹波町病院和知診療所

○医師確保の方針

- ・医師偏在の状況に応じて医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて二次医療圏ごとに地域の実情に応じた具体的な医師確保対策を進めています。

<課題>

(略)

対策の方向

ポイント

★医師確保の推進、医師のキャリア形成について（「保健医療従事者の確保・養成（医師）」と共通）

- 地域医療支援センター・へき地医療支援機構と医療勤務環境改善支援センターの連携を強化し、
医師総合確保対策を推進
[総合医師確保対策]（再掲）
- 地域医療支援センターを中心に、府内の大学、病院、医療関係団体と連携したオール京都体制
で、医師のキャリア形成支援や医師派遣等、総合医師確保対策の取組を充実・強化
[医師の地域偏在]
- キャリア形成プログラムにより、地域卒卒業医師等を医師少数地域や医師少数スポットに配置
- 医師確保困難地域で一定の勤務条件を満たす者に大学院医学研究科の学費を免除・助成を行う
などのインセンティブを拡充
- 府内の中核病院と医師確保困難地域の病院とをローテーションしながら研鑽を積むことが可能
な専門研修プログラム等を行う医療機関を支援
[医師の診療科偏在]
- 産科医の確保を図るため、分娩手当等の維持・拡充や当直手当の支給などの処遇改善を実施
- 「脳血管疾患、心血管疾患、ハイリスク分娩」については、二次医療圏を越えて府内一円で対
応する必要があるため、ITを活用した情報共有などによる医療提供体制の構築
[医師の働き方改革]
- 医師の負担軽減のため、タスクシェア・タスクシフティングによる勤務環境改善に取り組む医療
機関を支援
- 女性医師のワークライフバランスに考慮した勤務環境の改善等を支援

<量的確保対策>

（１）医師の診療科偏在・地域偏在の解消

（略）

- ・自治医科大学卒業医師や地域卒医師については、キャリア形成プログラムにより、医師少数地域や
医師少数スポットの医療機関へ医師を配置（再掲）

（略）

（略）

7 在宅医療

現状と課題

(1) (略)

(2) 在宅医療提供体制の充実

- 高齢化の進展に伴い、2025年には在宅医療等に係る必要量が国の推計では約2倍に増加(2万人→4万人)するとされています。また、在宅医療等を担う医師等医療従事者も高齢化する中で、在宅医療等を担う人材の確保や、医療資源等の地域間格差を解消することが求められます。
- 長期にわたる療養や介護を必要とする慢性疾患患者が増加しており、高齢者一人ひとりが心身の状況に応じた生活を送れるよう、在宅医療や居宅介護サービス、地域密着型サービス等の多様なサービス提供体制を整備する必要があります。
- 高齢者がやむを得ず介護や療養が必要な状態となっても、地域と関わりを持ちながら、自分の意思で生活の場を選択できるような環境整備が必要であり、個人の尊厳が尊重される社会の実現が求められます。
- 最期まで自宅で暮らしたいと希望する人は約半数を占める一方、「家族の負担」、「急変時の不安」等から、現実には約8割が医療機関で亡くなっている状況にあり、在宅療養を支える資源の整備と普及啓発が求められます。また、がん等の疾患によっては、必要に応じて適切な在宅緩和ケアを提供する体制が求められます。
- 在宅医療においては、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬情報の一元的管理、患者が服用しやすい剤形・服用方法や副作用・相互作用を考慮した処方提案、夜間・休日の緊急対応等のきめ細かな訪問薬剤管理体制が求められます。
- 在宅療養者や認知症の人等の要介護者は、口腔ケアが不十分になりやすく、むし歯、歯周疾患による歯の喪失、誤嚥性肺炎などの危険性が懸念されるため、これらの者に対する歯科医師等による在宅歯科医療、口腔ケア及び摂食嚥下機能リハビリテーションを行う体制を整備する必要があります。
- 食生活の多様化や、疾病構造の変化に対する生活習慣の改善のための保健指導、高齢者の栄養改善、生活の質の向上のための食生活支援に関する需要が増大し、地域保健における管理栄養士及び栄養士の活動の充実が望まれており、人材の確保・資質向上が必要です。更に高齢者の増加により、在宅療養者への訪問栄養食事指導のニーズが高まっています。(再掲)
- 在宅医療の取組は、24時間対応等の体制づくりが困難であること等から、取組施設がなかなか増加しない状況にあります。高齢化の進行により患者数が増加することを踏まえると、診療科にとらわれず幅広く診療所等で取組む必要があります。
- 今後は、病院から在宅医療までの切れ目のない医療機関連携が必要になります。また、訪問診療や往診等の機能と合わせて、地域において患者が日頃から身近で頼りにすることができる「かかりつけ医機能」の役割が重要です。

(3) (略)

対策の方向

ポイント
★医療・介護・福祉の連携強化 (略)
★在宅医療提供体制の充実 (略)
・地域医療構想調整会議での協議を踏まえ、新規開業希望者等が診療所の充足状況等の情報を有効活用できるよう可視化し、容易に入手できるようにします。(再掲)
・地域の在宅医療機能を担う診療所医師を確保するため、外来医師多数区域における新規開業者に対しては、医師会や関係団体等と連携し、在宅医療に係る研修への参加を促します。(再掲)
★看取り対策の推進 (略)

成果指標

項目	現状値		目標値		出典
地域で在宅チームの連携の要となる人材の養成数	722人	R2年 (2020年)12月	960人	2023年度	京都府高齢者支援課調べ

(参考資料)

京都府在宅医療機関施設数

令和2年10月1日現在

医療圏	病院	診療所	合計
丹後	2	20	22
中丹	8	42	50
南丹	6	21	27
京都・乙訓	49	427	476
山城北	12	78	90
山城南	2	29	31
合計	79	617	696

※近畿厚生局へ特掲診療料の届出の提出のあった医療機関(施設)

8 医薬品等の安全確保と医薬分業の推進

現状と課題

(1) ~ (4) (略)

第3章 健康づくりから医療、介護まで切れ目のない保健医療サービスの提供

1 健康づくりの推進

現状と課題

(1)～(4) (略)

(5) 高齢期の健康づくり・介護予防

現状と課題

- 平成28年国民生活基礎調査によると、介護が必要となった主な原因は、要支援者では、1位「関節疾患」、2位「高齢による衰弱」、3位「骨折・転倒」となっています。特に高齢期には加齢により、心身の生活機能が低下するため、介護予防を推進する必要があります。併せて高齢期に特有の疾病(フレイル・ロコモティブシンドローム・サルコペニア・肺炎・骨粗しょう症・低栄養・口腔機能の低下等)の予防対策も必要です。また、若い頃から適切な栄養と運動、適度な日光浴が重要であるため、その教育や知識の普及啓発に努めることが必要です。
- 高齢者の介護予防を推進するためには、地域のボランティアやNPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な担い手による、地域に合った生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築するとともに、効果的な介護予防事業に、多くの高齢者が継続的に参加することが重要です。
また、元気な高齢者が社会的役割を担うことが介護予防にもつながることから、介護予防や健康づくり、生活支援や子育て支援などの担い手となり、多様な場で活躍出来る仕組み作りが必要です。
- 令和2年4月には、市町村が高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施できるよう、国民健康保険法等の改正が行われたところであり、今後、市町村において円滑に事業を実施できるよう、専門職の養成等を支援していく必要があります。

対策の方向

ポイント

- ★全ての市町村で多様な担い手による多様なサービスが提供できるよう、生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)の養成や保健所圏域ごとの圏域協議会により、広域的な観点から支援
- ★フレイルやロコモティブシンドローム等・低栄養予防・口腔機能の維持にむけた正しい知識の普及
- ★「京都式介護予防総合プログラム(運動・口腔・栄養)」を府内市町村に更に普及させるとともに、指導者の養成など住民主体の継続的な取組となるよう支援
- ★通いの場における高齢者の健康づくりやフレイル予防の支援を行う、管理栄養士や歯科衛生士等の医療専門職を養成
- ★公益財団法人京都SKYセンターや社会福祉協議会、老人クラブ連合会、シルバー人材センター等、幅広い関係団体や市町村と連携して、高齢者の多様な社会参加を支援

(略)

2 特に広範かつ継続的な医療の提供が必要な疾病に係る対策

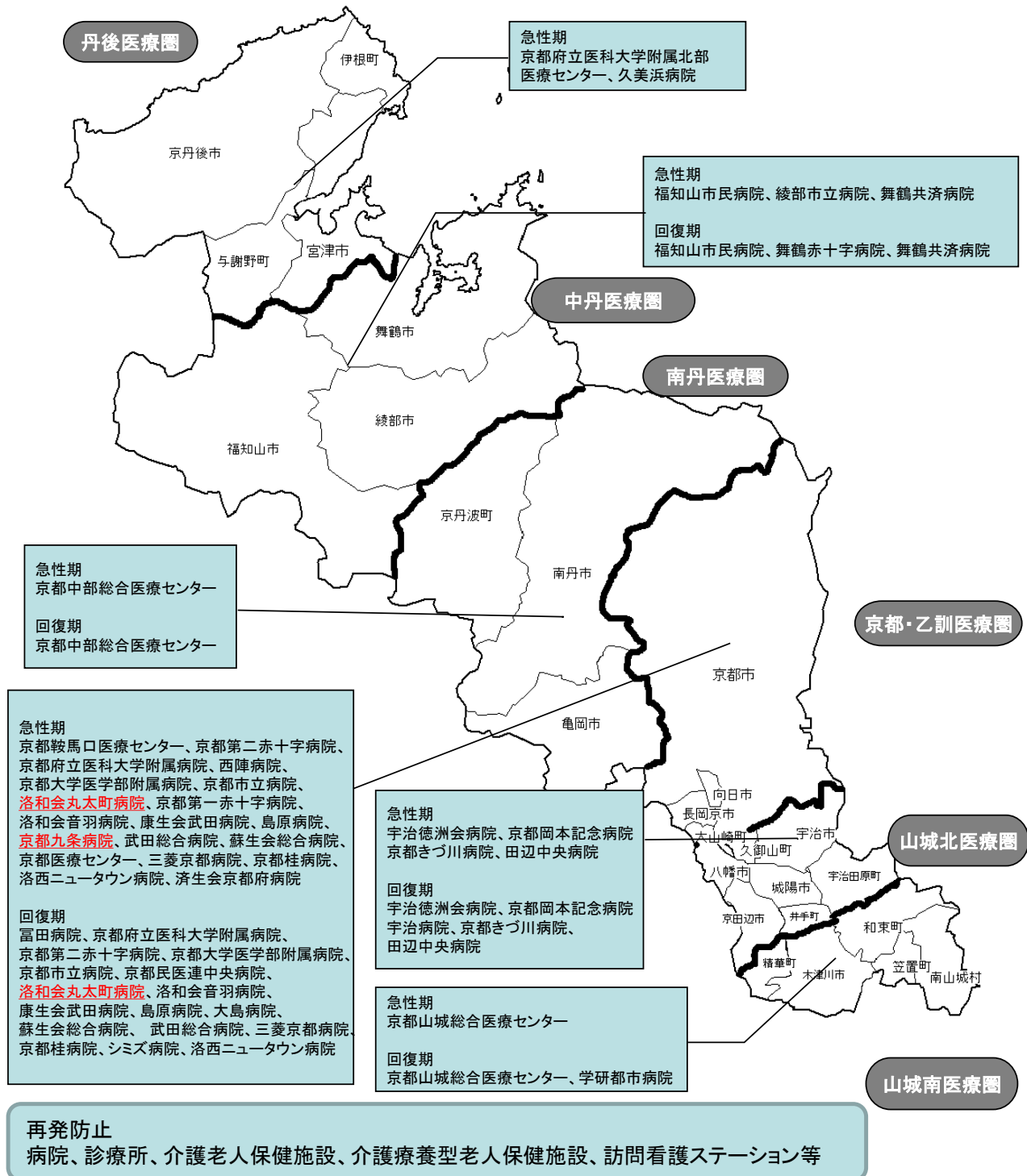
(1) ・ (2) (略)

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患

(略)

京都府における急性心筋梗塞医療体制

(令和2年10月1日現在)



(4) (略)

(5) 精神疾患

現状と課題

1 概況

(略)

2 各疾患別の状況

○精神疾患については、どの疾患も精神科病院、診療所、訪問看護ステーション等の連携による治療・支援が必要です。また、精神症状の発症に気づきにくく、医療につながるまでに長い時間がかかる場合があり、普及啓発により府民への正しい理解を促すとともに、早期発見・早期治療に結びつく取組が必要となります。

(1)・(2) (略)

(3) 依存症

依存症については、平成 29 年 3 月に「京都府アルコール健康障害対策推進計画」を策定し、計画期間である平成 29 年度から令和 2 年度の 4 年間、推進会議を設置して取組を実施しています。この計画の改定に際しては、アルコール健康障害だけではなく薬物依存症、ギャンブル等依存症などの依存症対策を総合的に推進する「京都府依存症等対策推進計画（仮称）」（計画期間：令和 3 年度～令和 8 年度）として新たな計画を策定し、発生から進行、再発の各段階に応じた予防施策を総合的に推進していきます。

① アルコール

- ・平成 29 年度の全国の外来（通院）の患者数は約 10.2 万人、入院の患者数は約 2.8 万人となっています。
- ・アルコール依存症について正しい知識を普及させ、適切な医療を提供することができる専門医療機関や依存症治療拠点機関の整備を促進するとともに早期に相談、治療、回復支援につなげていく関係機関の連携体制の強化が必要です。

② 薬物

- ・平成 29 年度の全国の外来（通院）の患者数は約 1.1 万人、入院の患者数は約 0.2 万人となっています。
- ・平成 28 年 6 月、薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律が施行され、薬物依存症者の再犯(再使用)防止は、刑事司法機関のみでは不十分であり、保護観察所と地域の医療・保健・福祉機関及び民間支援団体との連携体制の構築が不可欠です。

③ ギャンブル等

- ・平成 29 年度の全国の外来（通院）の患者数は約 0.3 万人、入院の患者数は 280 人となってい

ます。

- ・ギャンブル等を始め出す若い世代など府民を対象とした啓発活動とともに、治療を行える医療機関や自助グループなどの確保、多重債務問題など幅広い相談機関による連携体制の強化が必要です。

④その他の依存症

- ・上記以外のゲーム障害などの依存症についても「京都府依存症等対策推進計画（仮称）」による施策推進により、依存症等対策全体の環境整備の必要があります。

※現時点での案を記載。現在改定中の「第6期京都府障害福祉計画及び第2期京都府障害児福祉計画」及び策定中の「京都府依存症等対策推進計画（仮称）」の内容確定後に最終版を記載

(4)・(5) (略)

3 (略)

対策の方向

ポイント

1 各疾患別

(1)・(2) (略)

(3) 依存症

①アルコール

- ・正しい知識の普及を図り、依存症に対する偏見を解消し、多量飲酒への注意喚起等を記載した冊子等を作成して啓発を実施
- ・学生が多い京都では特に若者を中心に普及啓発を実施
- ・相談窓口機関等が情報連携などを行う連携会議を開催
- ・アルコール依存症に適切な医療を提供することができる専門医療機関や依存症治療拠点機関の整備促進
- ・アルコール依存症の疑い者の早期発見・早期治療・早期回復支援につなげる健診機関、医療機関、相談機関、自助グループ等の連携強化
- ・依存症専門医師の内科などへのコンサルテーション派遣
- ・アルコール依存症に関する医療・保健・福祉活動の充実、相談支援機能の強化

②薬物

- ・薬物依存に係る関係機関の連絡会議を開催
- ・薬物依存症に係る集団プログラムを実施
- ・精神保健福祉総合センターにおいて家族プログラムを実施
- ・京都府こころのケアセンター、京都府精神保健福祉総合センター、京都市こころの健康増進センターにおいて相談体制の充実強化

③ギャンブル等

- ・学生など若い世代を対象としたのめり込みによるリスクに関する普及啓発を実施
- ・事業者等に対する相談を医療機関、相談機関、自助グループ等へつなぐネットワークの構築
- ・ギャンブル等依存症に適切な医療を提供することができる専門医療機関や依存症治療拠点機関の整備促進
- ・多重債務や消費生活に関する相談窓口の相談員、司法関係者の知識の向上を図る取組の実施

④ その他の依存症

- ・①～③による依存症等対策の推進とともに、すべての依存症に共通する施策である依存症に関する正しい知識の普及、医療機関の充実・確保、相談窓口の連携構築などの取組を推進

※現時点での案を記載。現在改定中の「第6期京都府障害福祉計画及び第2期京都府障害児福祉計画」及び策定中の「京都府依存症等対策推進計画（仮称）」の内容確定後に最終版を記載

(4)・(5) (略)

2～4 (略)

成果指標

項目	現状値		目標値		出典	
精神科病床における入院後3箇月時点、6箇月時点、1年時点の退院率(※)	3箇月時点	58.9%	H28年度 (2016年度)	69.1%	R5年度 (2023年度)	京都府障害福祉計画
	6箇月時点	83.0%		88.4%		
	1年時点	91.7%		93.1%		
1年以上の長期入院の患者数(※)	2,980人	H29年度 (2017年度)	2,440人	R5年度 (2023年度)	精神保健福祉資料「630調査」(厚労省)	
グループホームの整備状況	1,460人分	H28年度 (2016年度)	2,270人分	R5年度 (2023年度)	京都府障害福祉計画	
精神科救急の治療後の後方支援医療機関への転院基準、身体疾患が安定した後の精神科医療機関への転院基準の策定	未策定	H28年度 (2016年度)	策定	R5年度 (2023年度)	京都府障害者支援課調べ	
DPAT隊員の登録人数	3人	H29年度 (2017年度)	30人	R5年度 (2023年度)	DPAT先遣隊機関登録(DPAT事務局)	

※第6期京都府障害福祉計画目標。

※現時点での案を記載。第6期障害福祉計画における目標値確定後に最終版を記載

(略)

(6) 認知症

現状と課題

- 厚生労働省研究班の推計によると、全国の認知症高齢者数は600万人を超え、京都府にあてはめると約10万人を超えています。今後も急速に増加し、2025年には全国で約730万人、京都府では約16万人となると推計されます。
- 国において令和元年6月に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進することとされています。
- 認知症は、様々な病気によって脳の神経細胞が壊れたり機能が低下し、そのために認知機能が低下して、社会生活や日常生活などに支障をきたすようになってきた状態のことを言い、誰もがなりうるものです。認知症となっても本人の意志が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、「認知症施策推進大綱」や第2次京都認知症総合対策推進計画（新・京都式オレンジプラン）を踏まえながら医療・介護・福祉の関係機関が連携し、総合的な対策を講じていく必要があります。

(略)

対策の方向

ポイント

★すべての人が認知症を正しく理解し適時・適切に対応できる環境づくり

- 認知症に対する正しい知識や理解を深めるため、「認知症サポーター養成講座」等の実施を促進するとともに、小中高等学校の児童・生徒や大学の学生を対象とするなど教育機関と連携し、学童期からの実施を積極的に展開
- 認知症の本人の参加による普及啓発活動の実施や認知症を受容し前向きに明るく生きる支えとなるような認知症の本人による相談活動（ピアサポート）の実施を促進
- 本人ミーティング等の実施により認知症の本人の声を認知症施策に反映
- 市町村が実施する健康づくりや介護予防など認知症予防に資する可能性のある事業を支援

★＜早期発見・早期鑑別診断・早期対応＞ができる体制づくり

- 地域の住民を対象とした啓発活動により、本人、家族や身近にいる地域の住民が早期に気づき、かかりつけ医や地域包括支援センターに相談できる環境を構築
- かかりつけ医の認知症診断等に関するアドバイザーとなる認知症サポート医の養成や、かかりつけ医、看護師等医療従事者に対する認知症対応力向上研修の一層の充実
- 家庭訪問、アセスメント、家族支援等を一定期間集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」の設置によるアウトリーチ機能(家庭訪問、アセスメント、家族支援等)の充実
- 認知症疾患医療センター等の医療機関や認知症カフェ等において、本人・家族が認知症に向き合い、生活を再構築するために必要な情報やピアサポートの場を提供する本人・家族教室の開催を促進
- 多職種協働の研修の実施等、かかりつけ医、歯科医師、かかりつけ薬剤師・薬局、看護師、地

域包括支援センター職員やケアマネジャー等介護従事者が連携の密度を高める仕組みづくりを推進

(略)

★地域での日常生活や就労・社会参加等の支援の強化

- 「認知症サポーター」や「キャラバンメイト」の養成、「京都高齢者あんしんサポート企業」の拡大など、地域の見守りを強化
 - 市町村における認知症の人や家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みの整備
 - 認知症の人に身近なサービスを提供する異業種の企業が連携した認知症にやさしいモノやサービスの創出の促進
 - 地域の各関係団体や地域住民が参加する認知症の人の行方不明を想定した捜索・発見・通報・保護などの模擬訓練等を、市町村と連携して実施し、地域で見守る基盤を構築
 - 「認知症カフェ」の展開等、認知症の人の居場所づくりや、本人の希望に応じた就労・社会参加等の支援
- (削除)

★家族への支援の強化

- 認知症リンクワーカーの活動を促進し、本人・家族に寄り添った支援を充実
- 認知症コールセンターや認知症あんしんサポート相談窓口の設置、巡回相談会の実施等、地域での相談体制の充実
- 認知症デイサービスやショートステイ等、家族のレスパイトの充実や、仕事と介護等の両立支援
- 認知症疾患医療センター等の医療機関や認知症カフェ等において、本人・家族が認知症に向き合い、生活を再構築するために必要な情報やピアサポートの場を提供する本人・家族教室の開催を促進（再掲）

(略)

(略)

認知症疾患医療センター指定の状況



病 院 名	機 能	圏 域	所在地
京都府立医科大学附属北部医療センター	地域型	丹 後	与謝野町
独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センター	地域型	中 丹	舞 鶴 市
京都中部総合医療センター	地域型	南 丹	南 丹 市
京都府立医科大学附属病院	基幹型	京都・乙訓	京 都 市
北山病院（※京都市指定）	地域型	京都・乙訓	京 都 市
一般財団法人療道協会西山病院	地域型	京都・乙訓	長岡京市
京都府立洛南病院	地域型	山城北	宇 治 市
医療法人栄仁会宇治おうばく病院	地域型	山城北	宇 治 市
京都山城総合医療センター	地域型	山城南	木津川市

3 様々な疾病や障害に係る対策の推進

(1) ~ (3) (略)

(4) 感染症対策 ※数値は改定時の数値に修正。

新型コロナウイルス感染症については、令和2年1月30日に府内1例目の感染者が確認された後、京都府においては、同日に対策本部を設置し、以下の対策を講じてきました。

今後、新型コロナウイルス感染症対応の終息後、検証を進めた上で、新興感染症を含めた内容を次回本計画改定時に盛り込むこととします。

★新型コロナウイルス感染症及び新たな感染症への対応

(相談体制の充実)

- ・熱発等の症状を有する府民からの相談や医療機関の受診調整等を行う「帰国者・接触者相談センター」の設置（令和2年2月）

※令和2年11月1日から「きょうと新型コロナ医療相談センター」に改称し、京都市と協調した相談体制を開始

(検査体制の拡充)

- ・患者が増加した場合の医療提供体制等の対策を検討するため、医療関係等からなる「新型コロナウイルス感染症対策協議会」を設置（令和2年3月）
- ・PCR検査を必要とする患者が検査を受けやすくするよう京都府医師会の協力の下「京都府・医師会京都検査センター」を設置 ●箇所
- ・臨時衛生検査所を設置（令和2年6月）
- ・唾液検査を活用した検査体制の充実（令和2年7月）
- ・診療・検査医療機関 ●箇所 接触者外来 ●箇所

(医療体制の確保)

- ・重症患者や基礎疾患を有する患者の増加に対応するため、入院患者等の受入れ医療機関の調整等を行う「入院医療コントロールセンター」を設置（令和2年3月）
- ・新型コロナウイルス患者受入確保病床数 ●床
- ・軽症者、無症状病原体保有者を受け入れる宿泊療養施設の設置 ●室
- ・感染者の療養情報を一元的に管理する「自宅療養者等フォローアップチーム」を設置（令和2年11月）
- ・周産期医療協議会において、新型コロナウイルス感染症病態と妊娠リスクに応じた受入病院の区分を設定（令和2年5月）

(保健所体制の拡充)

- ・保健所の積極的疫学調査、クラスター対策を強化するため市町村保健師の派遣を要請し受入れ（令和2年4月）
- ・カウンターパート方式による保健所間でのサポート体制の構築（令和2年8月）

(医療資材の確保・提供)

- ・不足する个人防护具や医療資材を安定的に確保する「医療資材コントロールセンター」を設置（令和2年4月）

(府市協調による取組)

- ・京都府保健環境研究所、京都市公衆衛生環境研究所による共同検査体制の構築（令和2年1月）
- ・「きょうと新型コロナ医療相談センター」を設置し、京都市と協調した相談体制を構築し、相

談体制を拡充（令和2年11月）【再掲】

（感染防止対策等）

- ・医療機関、社会福祉施設等において集団発生が疑われたときに、早期に適切な感染防止策を講じることができるよう「施設内感染専門サポートチーム」を設置（令和2年4月）
- ・高齢者、障害者施設向け研修の実施
- ・季節性インフルエンザの流行期に備え、相談・受診・検査体制の充実（令和2年11月）
府市協調の「きょうと新型コロナ医療相談センター」の設置【再掲】、かかりつけ医、診療所による相談・検査の実施、保健所機能の充実（積極的疫学調査やクラスター対策の強化、保健師人材バンクの創設、保健師等の研修の実施）

（ワクチン接種体制の確保）

- ・市町村の状況把握や相談対応、関係団体との調整、医療従事者等への優先接種を行う「ワクチン接種チーム」の設置（令和3年1月）
- ・新型コロナウイルス感染症のワクチン接種を円滑に進めるため、京都府と市町村が連携し、医師会等関係団体の協力を得て、接種を希望する府民が身近な地域で適切にワクチンを接種できるよう「京都府新型コロナワクチン接種調整会議」を設置（令和3年1月）

（その他）

- ・自殺対策については、京都府自殺対策推進計画に基づき、コロナ禍における現状を踏まえた相談支援等の取組を推進

○今後の対策の方向性

- ・相談体制の充実
- ・検査体制の整備
検査技師、検査機器及び検査試薬の確保
- ・医療体制の整備
医療従事者の安全対策、病床の確保、地域医療体制の整備
- ・積極的疫学調査やクラスター対策に対応できる保健所体制の整備
- ・个人防护具、ゾーニングに係る医療資機材等の確保
- ・ワクチン接種体制の確保
- ・感染防止対策と社会活動の両立を図るための感染防止対策の効果的な啓発等の実施
- ・コロナ禍における人権の尊重

現状と課題

（略）

（5）健康危機管理 （略）

第3部 計画の推進

第1章 計画の推進体制

(略)

第2章 評価の実施

(略)

第3章 計画に関する情報の提供

(略)