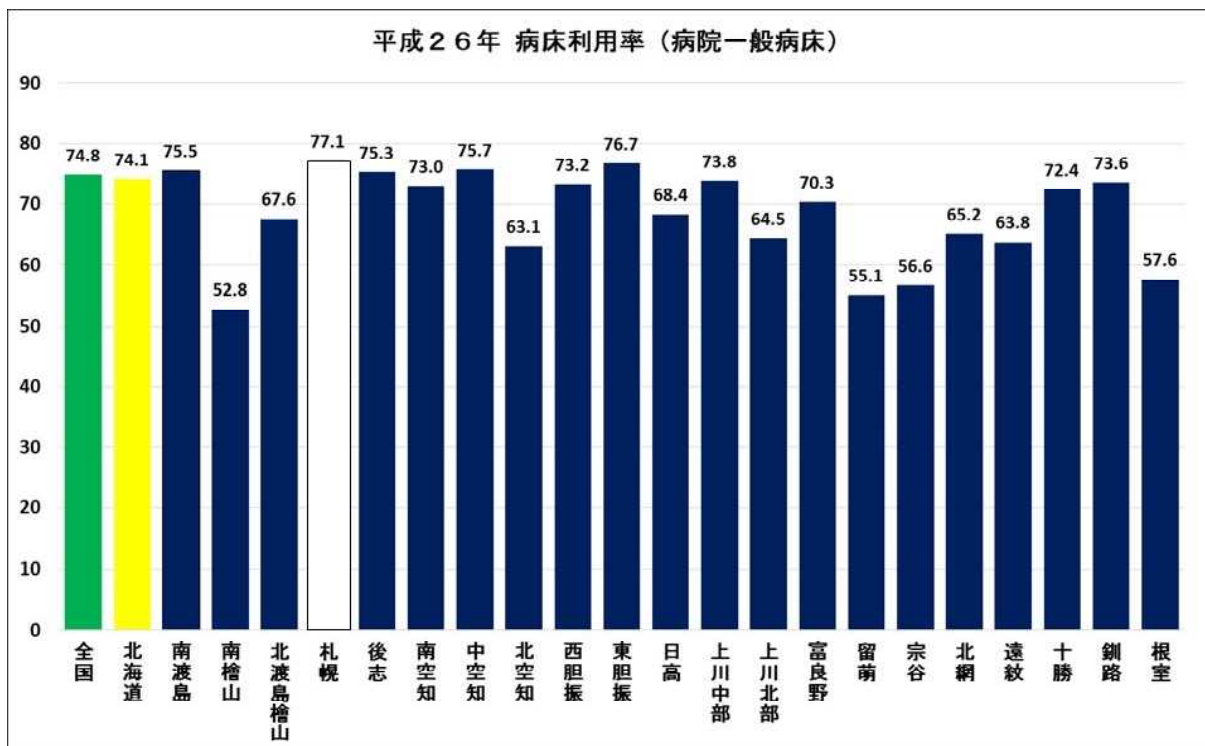


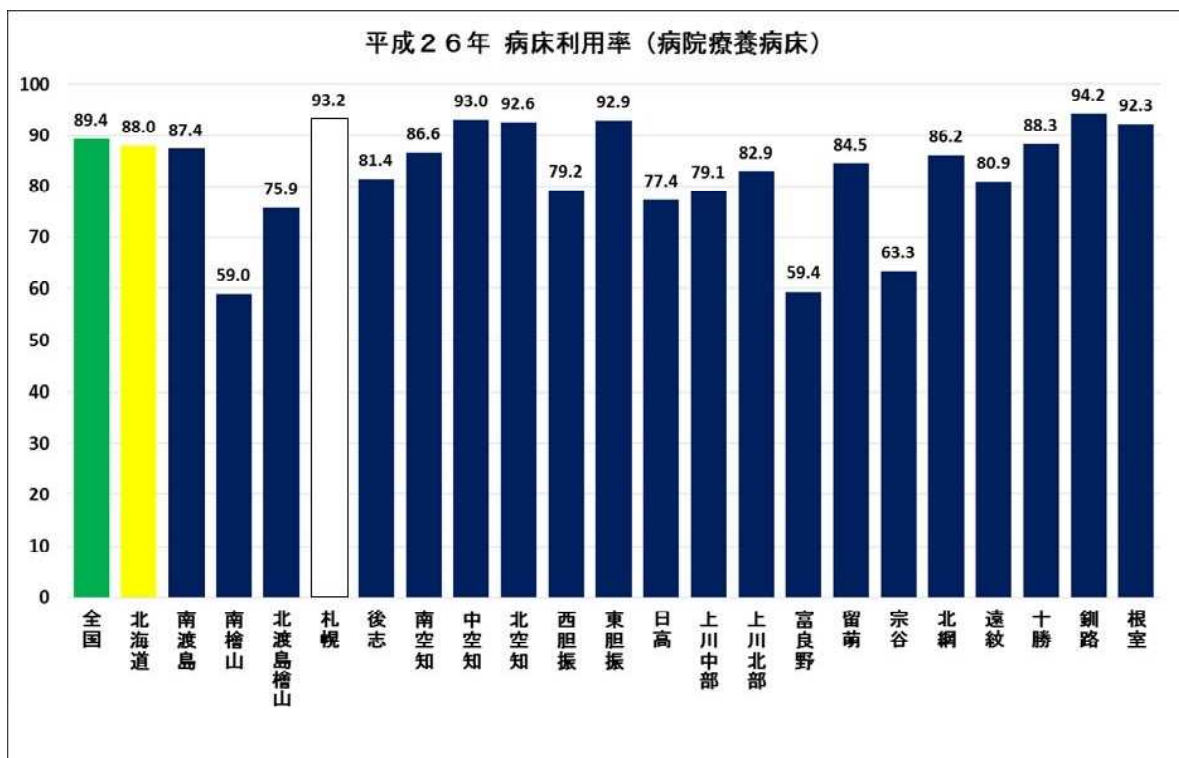
3 病院の病床利用率

(1) 一般病床



(厚生労働省平成26年病院報告による)

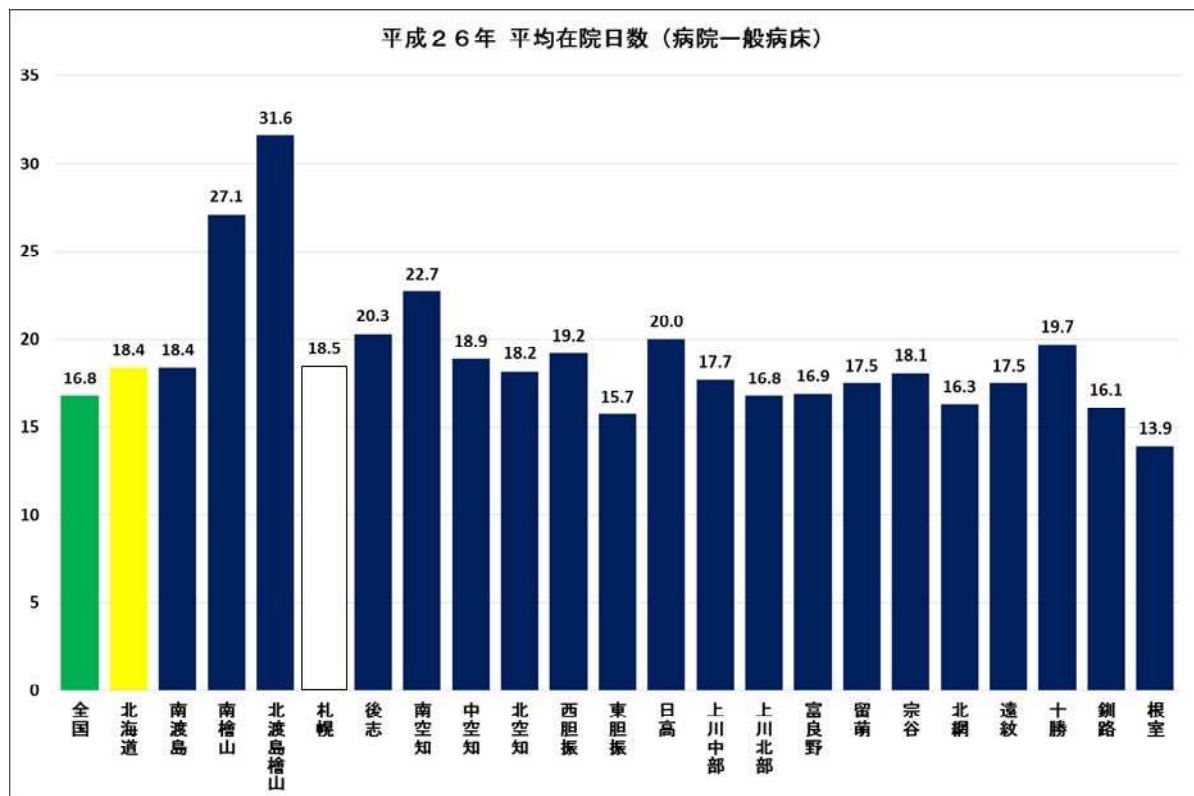
(2) 療養病床



(厚生労働省平成26年病院報告による)

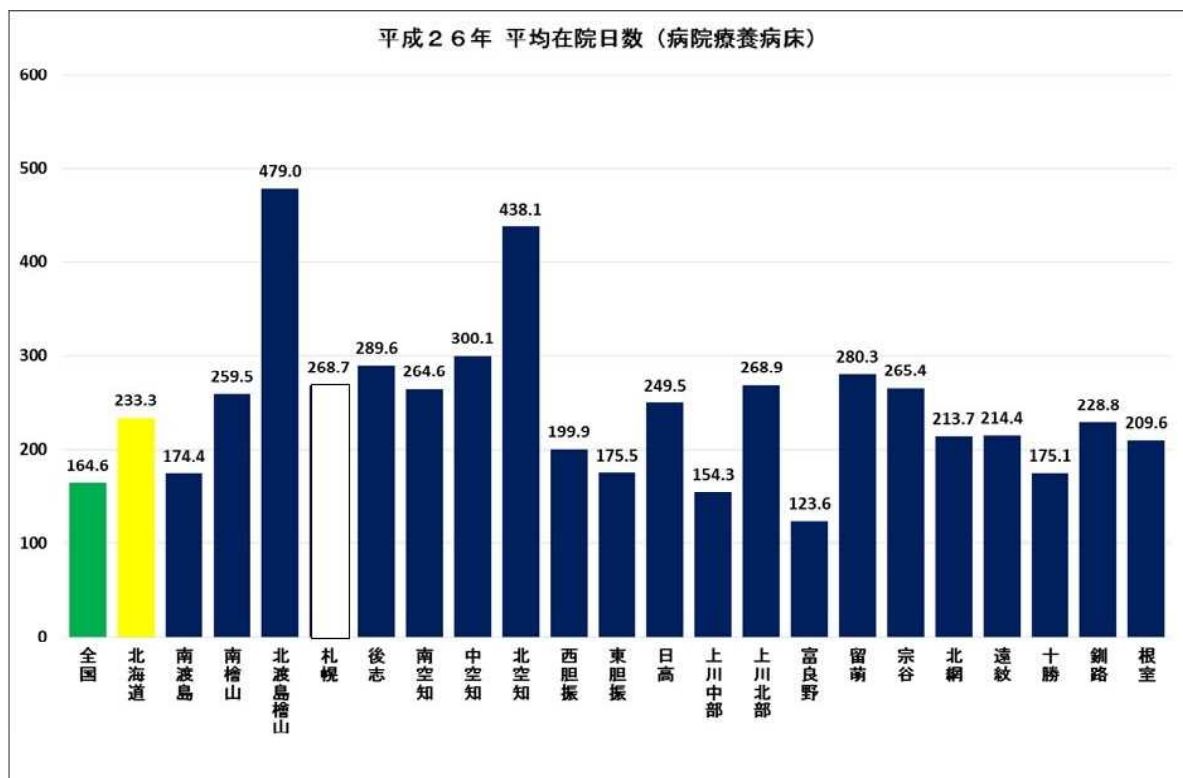
4 病院の平均在院日数

(1) 一般病床



（厚生労働省平成26年病院報告による）

(2) 療養病床



（厚生労働省平成26年病院報告による）

5 医療施設の状況

(1) 病院数

区分	平成20年	平成23年	平成26年
全国	8,794	8,605	8,493
全道	594	579	569
札幌圏	241	237	238

(2) 一般診療所数

区分	平成20年				平成23年				平成26年			
	総数	有床	内療養病床を有する診療所	無床	総数	有床	内療養病床を有する診療所	無床	総数	有床	内療養病床を有する診療所	無床
全国	99,083	11,500	1,728	87,583	99,547	9,934	1,385	89,613	100,461	8,355	1,125	92,106
全道	3,375	570	87	2,805	3,377	503	61	2,874	3,377	456	61	2,921
札幌圏	1,464	214	26	1,250	1,519	201	19	1,318	1,539	188	17	1,351

(3) 歯科診療所数

区分	平成20年	平成23年	平成26年
全国	67,779	68,156	68,592
全道	3,027	2,999	2,978
札幌圏	1,425	1,433	1,442

(4) 病院病床数

区分	平成20年			平成23年			平成26年		
	全国	北海道	札幌圏	全国	北海道	札幌圏	全国	北海道	札幌圏
一般病床	909,437	54,183	23,381	899,385	53,538	23,531	894,216	53,107	23,870
療養病床	339,358	25,042	10,476	330,167	23,565	9,940	328,144	22,646	9,373
精神病床	349,321	21,222	8,253	344,047	20,974	8,330	338,174	20,484	8,486
結核病床	9,502	534	211	7,681	359	204	5,949	243	204
感染症病床	1,785	90	8	1,793	90	8	1,778	94	8
計	1,609,403	101,071	42,329	1,583,073	98,526	42,013	1,568,261	96,574	41,941

(5) 診療所病床数

区分	平成20年			平成23年			平成26年		
	全国	北海道	札幌圏	全国	北海道	札幌圏	全国	北海道	札幌圏
病床数	146,568	8,657	3,144	129,366	7,522	2,911	112,364	6,950	2,796
うち療養病床	17,519	976	273	14,150	719	215	11,410	682	186

(6) 一般病床と療養病床の計

区分	平成20年			平成23年			平成26年		
	全国	北海道	札幌圏	全国	北海道	札幌圏	全国	北海道	札幌圏
病床数	1,395,363	87,882	37,001	1,358,918	84,625	36,382	1,334,724	82,703	36,039

6 病床機能報告制度の結果

札幌構想区域における医療機能ごとの病床の状況

平成26年7月1日現在

区分	市町村名	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	合計
病院	札幌市	3,895床	12,651床	1,677床	10,300床	233床	28,756床
	江別市	0床	543床	0床	259床	0床	802床
	千歳市	0床	369床	67床	157床	0床	593床
	恵庭市	0床	448床	52床	243床	0床	743床
	北広島市	0床	50床	0床	578床	60床	688床
	石狩市	0床	115床	120床	309床	0床	544床
	当別町	0床	0床	0床	58床	0床	58床
	小計	3,895床	14,176床	1,916床	11,904床	293床	32,184床
診療所	札幌市	33床	1,409床	117床	177床	200床	1,936床
	江別市	0床	53床	19床	0床	0床	72床
	千歳市	0床	85床	0床	19床	4床	108床
	北広島市	0床	38床	33床	0床	3床	74床
	石狩市	0床	86床	0床	0床	0床	86床
	新篠津村	0床	19床	0床	0床	0床	19床
	小計	33床	1,690床	169床	196床	207床	2,295床
札幌圏計		3,928床	15,866床	2,085床	12,100床	500床	34,479床

平成26年(2014年)7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況です。
1つの病棟に特定の患者だけが存在し、当該患者への医療だけを提供しているものではなく、実際の病棟の実情に即して、病棟内には様々な病期の患者が混在しており、各々の患者に応じた医療が提供されています。

※各医療機関ごとの病床の状況については「第9節 資料」に掲載

7 医療従事者の状況

札幌構想区域は医師、歯科医師、薬剤師とも年々増加傾向にあります。

(1) 医師

	年末現在									
	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年
北海道	10,656	10,990	11,540	11,898	12,201	12,307	12,447	12,612	12,853	12,987
札幌圏	5,008	5,235	5,517	5,782	6,089	6,216	6,371	6,563	6,813	6,982

(厚生労働省 医師歯科医師薬剤師調査／北海道保健統計年報)

(2) 歯科医師

	年末現在									
	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年
北海道	3,987	3,988	4,240	4,304	4,325	4,363	4,409	4,457	4,469	4,483
札幌圏	2,111	2,120	2,289	2,317	2,342	2,357	2,385	2,445	2,525	2,527

(厚生労働省 医師歯科医師薬剤師調査／北海道保健統計年報)

(3) 薬剤師

	年末現在									
	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年
北海道	8,066	8,507	8,982	9,406	9,704	10,024	10,448	10,568	10,585	10,803
札幌圏	4,124	4,303	4,506	4,764	4,949	5,144	5,456	5,484	5,524	5,671

(厚生労働省 医師歯科医師薬剤師調査／北海道保健統計年報)

(4) 病院における従事者数の状況（平成26年10月1日現在）

	保健師	助産師	看護師	准看護師	看護業務補助者	理学療法士(P.T)	作業療法士(O.T)	視能訓練士	言語聴覚士	義肢装具士	歯科衛生士	歯科技工士	診療放射線技師	診療エックス線技師
北海道	324.7	1103.9	43109.7	9506.7	13397.4	3263	2278.7	212.5	770.7	3	260.4	32	2430.8	12.8
札幌圏	139.7	498.8	20290.6	3101.2	5718.1	1616.6	1150.3	103.7	395.1	0	112.3	20	1112.8	4.6
	臨床検査技師	衛生検査技師	臨床工学技師	あん摩マッサージ指圧師	柔道整復師	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	社会福祉士	介護福祉士	その他の技術員	医療社会事業従事者	事務職員	その他の職員
北海道	2430	0	1248.2	92.6	112.8	1105.1	117.6	498.4	592.6	3439	1009.2	527	11246.6	4747.5
札幌圏	1085.7	0	619.2	33.1	54	498	35.1	258.5	353.4	1792.9	343.5	201.6	5143.5	1851.5

(厚生労働省 平成26年病院報告による)

(5) 一般診療所における従事者数の状況（平成26年10月1日現在）

	保健師	助産師	看護師	准看護師	看護業務補助者	理学療法士(P.T)	作業療法士(O.T)	視能訓練士	言語聴覚士	義肢装具士	歯科衛生士	歯科技工士	診療放射線技師	診療エックス線技師	臨床検査技師
北海道	527.1	284.8	5219.4	4137	1131.5	336.5	123.3	220.1	49.2	1	46.9	6	453.7	52.3	391.8
札幌圏	251.6	208.7	2822.3	1318.4	441.4	184.6	59.2	142.9	24	1	16.9	5	270.9	23.4	249.9
	衛生検査技師	臨床工学技師	あん摩マッサージ指圧師	柔道整復師	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	社会福祉士	介護福祉士	保育士	その他の技術員	医療社会事業従事者	事務職員	その他の職員	
北海道	5.9	301.4	52.6	264.2	206.7	82.3	97.4	37.9	456.6	47.6	342.2	29.9	6214.3	1548	
札幌圏	3.4	172.7	22	196.5	96.8	25.4	66.4	14	45.3	33.1	172.1	4.2	3150.6	578.6	

(厚生労働省 平成26年医療施設（静態・動態）調査による)

8 介護サービスの状況

(1) 介護関係基盤整備の状況

札幌構想区域の介護保険施設の定員数は、特別養護老人ホームが6,708人、介護老人保健施設が5,525人、介護療養型医療施設が1,862人となっています。

また、養護老人ホームが530人、軽費老人ホームが1,850人、有料老人ホームが8,655人、サービス付き高齢者向け住宅が8,259戸あります。

H27.4.1現在

施設の種類		札幌圏の 定員数(人)	65歳以上 人口比(%)	全道の 定員数(人)	65歳以上 人口比(%)	札幌圏の 全道に 占める割 合(%)
介護 保険 法 関 連 施 設	特別養護老人ホーム	6,708	1.18	25,397	1.68	26.4
	介護老人保健施設	5,525	0.97	16,524	1.09	33.4
	介護療養型医療施設	1,862	0.33	4,240	0.28	43.9
	認知症グループホーム	5,131	0.90	15,107	1.00	34.0
	特定施設入居者生活介護	6,806	1.20	17,094	1.13	39.8
	計	26,032	4.59	78,362	5.18	33.2
老 人 福 祉 法 関 連 施 設	養護老人ホーム	530	0.09	4,667	0.31	11.4
	軽費老人ホーム	1,850	0.33	6,088	0.40	30.4
	有料老人ホーム	8,655	1.53	18,355	1.21	47.2
	サービス付高齢者向け住宅	8,259	1.46	13,294	0.88	62.1
	計	19,294	3.40	42,404	2.80	45.5

※1 65歳以上人口はH27.1.1現在の住民基本台帳による

※2 サービス付高齢者向け住宅は1戸を定員1名として計上

全道の介護保険関連基盤整備状況

圏域	65歳以上 人口	一般病床	療養病床	特別養護老 人ホーム	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設	認知症 グループ ホーム	養護老人 ホーム	軽費老人 ホーム	有料老人 ホーム	サ高住	計	整備率
全道	1,513,151	60,069	23,487	25,397	16,524	4,240	15,107	4,667	6,088	18,355	13,294	187,228	12.37
南渡島	120,991	4,854	1,276	2,042	1,524	260	1,174	420	505	2,024	1,278	15,357	12.69
南檜山	9,040	265	126	319	80	0	99	80	20	20	0	1,009	11.16
北渡島檜山	13,257	608	362	378	170	0	144	50	58	0	21	1,791	13.51
札幌	567,119	26,580	9,685	6,708	5,525	1,862	5,131	530	1,850	8,655	8,259	74,785	13.19
後志	76,151	2,284	1,187	1,337	1,035	484	1,023	473	150	452	444	8,869	11.65
南空知	58,449	1,605	785	1,327	959	135	529	389	280	402	449	6,860	11.74
中空知	40,382	1,117	851	916	464	289	315	150	300	222	226	4,850	12.01
北空知	12,883	308	439	390	176	55	108	100	129	45	100	1,850	14.36
西胆振	64,307	2,166	1,706	1,111	800	268	531	280	489	243	116	7,710	11.99
東胆振	57,528	1,452	629	917	699	158	615	80	709	291	406	5,956	10.35
日高	21,542	467	291	539	205	0	162	135	50	22	30	1,901	8.82
上川中部	120,774	5,295	1,928	1,778	1,291	432	1,566	270	575	2,821	558	16,514	13.67
上川北部	22,780	718	303	606	249	20	213	100	129	119	30	2,487	10.92
富良野	12,914	332	140	300	128	23	90	100	30	140	63	1,346	10.42
留萌	17,443	466	240	450	129	18	177	70	15	225	48	1,838	10.54
宗谷	20,130	586	189	738	169	0	161	105	0	0	87	2,035	10.11
北網走	66,683	2,551	772	1,373	621	38	815	360	259	493	251	7,533	11.30
遠紋	24,302	742	468	567	226	0	189	140	140	115	62	2,649	10.90
十勝	96,264	3,779	962	2,095	1,332	86	1,193	495	220	865	611	11,638	12.09
釧路	70,056	2,688	1,009	1,157	607	52	710	230	150	1,125	235	7,963	11.37
根室	20,156	430	139	349	135	60	162	110	30	76	20	1,511	7.50

※ サ高住1戸=定員1名とする。

※ 特定施設は、8~11の本体施設で計上

・人口はH27.1.1現在(住民基本台帳)

・定員数(戸数)についてはH27.4.1現在(施設運営指導課調等)

・整備率はH27.1.1現在の住民基本台帳における65歳以上人口で算定

(2) 介護保険指定事業者数

H26.12.31現在

区分	居宅サービス												施設サービス			
	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指導	通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	短期入所療養介護	特定施設入居者生活介護	福祉用具貸与	特定福祉用具販売	居宅介護支援	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
札幌市	591	11	1,209	994	2,198	539	1,560	78	61	80	86	85	441	58	47	20
江別市	20		55	47	122	37	86	7	7	7	5	5	26	4	5	2
千歳市	17	1	37	26	73	21	55	4	2	2	6	6	21	2	2	
恵庭市	11	1	21	21	55	17	38	3	3	1	3	3	14	2	2	1
北広島市	17		27	20	58	19	43	3	3	4	3	3	11	3	2	3
石狩市	13		19	14	39	22	25	4	2	1	1	1	11	3	1	1
当別町	5		5	3	9	6	6	1	1	1			5	1	1	
新篠津村	1		1	1	1	2	1	1					1	1		
計	675	13	1,374	1,126	2,555	663	1,814	101	79	96	104	103	530	74	60	27

※ みなし指定を含む

第5節 医療需要及び必要とされる病床数の推計

1 医療需要

(1) 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能

高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、平成25年(2013年)のNDB(ナショナル・データ・ベース)のレセプトデータ及びDPCデータに基づき、患者住所地別に配分した上で、推計を行います。

この推計は、平成25年(2013年)における実際の医療資源投入量を基に推計しているもので、平均在院日数、受療率は平成25年(2013年)の数値を活用していることとなります。

①入院受療率

$$\frac{\text{性・年齢階級別の年間入院患者延べ数(人)}}{365(\text{日})} = \text{1日当たり入院患者延べ数}$$
$$\frac{\text{1日当たり入院患者延べ数}}{\text{性・年齢階級別の人口}} = \text{入院受療率}$$

②医療需要

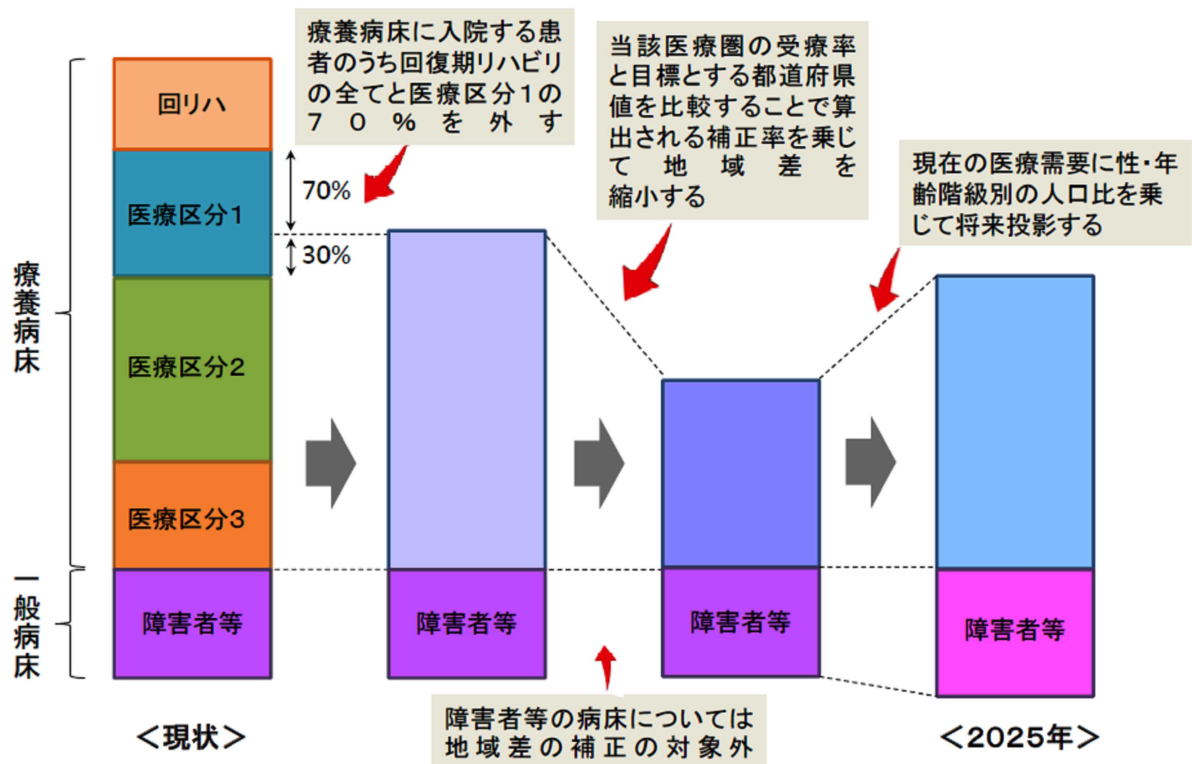
$$\begin{aligned} & \text{構想区域の2025年の医療需要} \\ & = [\text{当該構想区域の2013年の性・年齢階級別の入院受療率} \\ & \quad \times \text{当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口}] \text{を総和したもの} \end{aligned}$$

※2025年の性・年齢階級別人口については、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2013年3月中位推計)」を用います。

(2) 慢性期機能と在宅医療等

療養病床については、現在、診療報酬が包括算定であるため、医療資源投入量に基づく分析を行うことが難しい状況です。また、地域の療養病床数には、大きな地域差があります。

このことから、慢性期機能の推計については、医療資源投入量を用いず、①慢性期の中に在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立ったうえで、②療養病床の入院受療率の地域差を縮小することを加味して推計します。



(考え方)

- ① 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等で対応する患者数として見込みます。なお、一般病床の障害者・難病患者（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者）は、慢性期機能の医療需要として推計します。
- ② 慢性期病床の入院受療率における地域差の解消については、構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定程度解消させることとして、全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下させる割合を一律に用いて推計します。
ただし、当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値より大きく、かつ、当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい場合は、目標の達成年次を2025年から2030年とすることとし、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を用いて推計します。
- ③ 札幌構想区域は慢性期病床の減少率は32.4%と全国中央値（32.2%）より大きいですが、高齢者単身世帯割合が9.0%と全国平均値（9.2%）よりも小さいため、入院受療率の目標達成年次は2025年として推計します。

2 必要とされる病床の必要量の推計

平成37年（2025年）の医療需要の推計に当たり、国の「地域医療構想策定ガイドライン」では、第5節の1に記載したとおり患者住所地別の推計を基本としていますが、本道においては、回復期及び慢性期についてはできるだけ住所地に近いところでの入院を可能とすることが望ましいとの考えから「患者住所地ベース」の推計を、また、高度急性期及び急性期については、医療資源の状況から現状の流出入を大きく変えることは困難との考えで「医療機関住所地ベース」の推計をそれぞれ用いる組合せ型として算定します。

また、病床利用率は厚生労働省令で規定されている割合（高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%）を使用し、平成37年（2025年）の病床の必要量（必要病床数）を推計します。

平成37年（2025年）に必要とされる病床の必要量（必要病床数）

区 分	① 患者流出入の影響を排除した場合 (患者住所地ベース)	② 現行と同様の患者流出入を見込んだ場合 (医療機関住所地ベース)	③ 回復期及び慢性期の患者は患者の住所地の圏域で対応するとした場合	病床の必要量 (必要病床数) ③÷病床利用率
高度急性期	2, 566	2, 935	2, 935	3, 913
急性期	7, 628	8, 542	8, 542	10, 951
回復期	7, 976	8, 812	7, 976	8, 923
慢性期	11, 040	11, 723	11, 040	11, 999
計	29, 210	32, 012	30, 493	35, 786

平成26年(2014年)の機能別病床数と平成37年(2025年)の比較

区分	病床機能報告制度に基づく 2014年の機能別病床数	2025年の病床必要量	差
高度急性期	3,928	3,913	15
急性期	15,866	10,951	4915
回復期	2,085	8,923	-6,838
慢性期	12,100	11,999	101
無回答	500	0	500
計	34,479	35,786	-1,307

※病床機能報告制度は、稼働していない病床も含まれていることに加え、医療機関の自主申告、病棟単位での報告であり、単純には比較できません。

札幌構想区域における平成37年(2025年)における必要病床数は、上記のとおり、高度急性期3,913床、急性期10,951床、回復期8,923床、慢性期11,999床、合計35,786床と推計されます。

これを、病床機能報告制度により報告された2014年(平成26年)7月1日現在の機能別病床数の数字と比較すると、回復期が不足し、急性期が過剰となっています。

そのため、今後、不足している回復期病床の確保が中心的な課題となります。今回の推計と、病床機能報告制度や診療報酬上の入院基本料の評価とは各機能の定義が異なり、それぞれが必ずしも一致しないことに留意しつつ、今回の推計結果と毎年報告される病床機能報告による機能別の病床数との差を一定程度縮小させていく必要があります。

当構想区域においては、高度医療を担う医療機関が多く、他の圏域から患者が流入していることから、患者の流出入の状況を継続的に把握しつつ、こういった患者が回復期又は慢性期に移行する際に、極力住所地において適切なサービスが受けられるような体制としていくことが必要です。

また、当構想区域においては平成37年(2025年)以降も75歳以上の高齢者の人口が増加することを踏まえ、平成52年(2040年)における医療需要に基づく必要病床数を推計すると総病床数は40,379床となり、既存の病床数を上回ります。このような状況に対応するためには、不足している回復期病床の確保や現在想定している在宅医療等への移行に加え、仮に新たな病床の整備が認められない場合には、既存の病床で増加する医療需要に対応できるよう、在宅医療等の更なる推進や介護保険施設等における看取りの充実などにより、病床への依存度を下げ、地域で医療を受けられるようにする取組についても検討が必要になると考えられます。

このように、当構想区域においては、道内他区域とは異なる課題を有していることを念頭に置きつつ、病床機能の分化・連携や在宅医療等を推進していく必要があります。

3 在宅医療等医療需要

平成37年（2025年）における在宅医療等に関する医療需要について、国の必要病床数等推計ツールにより算出した結果は次のとおりです。

※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、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

平成25年及び平成37年における医療需要等 (人/日)

区分	平成25年（2013年）		平成37年（2025年）	
		うち訪問診療		うち訪問診療
札幌構想区域	23,608	14,193	44,509	23,576
全道	54,683	29,059	88,725	42,766

(国の必要病床数等推計ツールより算出)

推計の基礎となる平成25年（2013年）の在宅医療等に関する医療需要には、「療養病床の医療区分1の入院患者の70%」、「一般病床の医療資源投入量175点未満の入院患者」、「介護老人保健施設の入所者」及び「訪問診療を受けている患者（上の表の「うち訪問診療」）」が含まれており、推計値の算定に当たっては地域差解消分を含めた後、二次医療圏別・性年齢階級別の将来人口を乗じて推計しています。

留意点

- ① 「一般病床で医療資源投入量175点未満の患者数」については、特定の退院日を避けるなど、退院調整の過程で、医療がほとんど行われていない入院日も算定されており、必ずしも在宅医療等のニーズとは限らないこと。
- ② 「一般病床で医療資源投入量175点未満の患者数」等には、支援により外来通院が可能な患者も含まれていること。
- ③ 訪問診療については、毎日の訪問が求められているわけではないこと。

在宅医療等に関する医療需要については上記で述べたとおり居宅や介護老人保健施設での医療に加え、国の「療養病床のあり方等に関する検討会」で提示された新たな類型において提供される医療も含まれると考えられます。

このため、現時点において在宅医療等に関する医療需要にどの程度対応できるか正確に検証することが困難であることから、国の必要病床数等推計ツールにより算出された医療需要を本構想に位置づけた上で、今後、新たな類型に関する議論の動向を見つつ、引き続き在宅医療の推進や高齢者の住まいの場の確保などについて支援を行います。

第6節 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

1 病床機能の分化及び連携の推進

(1) 病床機能転換の促進

地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に当たっては、病床の機能区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとに推計した必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提とします。

病床機能ごとの必要病床数の整備に向けて、札幌区域で不足している回復期の病床が充足できるよう、当該機能を担う病床への機能転換により、取れんを促していく必要があります。

【施策の方向】

- 病床の機能の分化及び連携等による将来あるべき医療提供体制を実現するため、地域医療構想調整会議において、協議を進めるとともに、各医療機関が自主的な取組を進めるために必要な資料・データを提供します。
- 不足する機能を担う病床への転換に向けて、医療機関相互の協議が進むよう、地域医療構想調整会議に専門部会の設置を検討するとともに、地域での話し合いを呼びかけます。
- 協議の結果、病床機能の転換等が必要となる場合、実効性のあるものとするため、地域医療介護総合確保基金の病床機能分化・連携促進基盤整備事業により支援を行います。

(2) 医療機関相互の連携強化

地域医療構想の達成に向けては、不足する病床機能を担う病床への機能転換に伴う施設・設備整備の支援のみならず、医療機関が役割を分担して有効に機能するための連携施策が重要です。

患者の疾病からの回復が遅延したり、ADL（日常生活における基本的な動作を行う能力）の低下を招いたりすることのないよう、医療機関等の連携により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必要があります。

【施策の方向】

- 地域連携クリティカルパスの活用を促進します。
- 医療機関相互の連携に向けた会議の開催などにより、医療機関相互の連携強化を支援します。
- ICTを活用した地域医療ネットワークの構築への支援を行います。

(3) 連携に係る人材の養成

各医療機関における地域との入退院時の連携を行う看護職員や医療ソーシャルワーカーの研修に限らず、退院支援部門以外の医療従事者の人材の養成が必要です。

【施策の方向】

- 入院開始時から在宅復帰を目指した支援を行うための在宅医療や介護の理解を促進するため、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員等と地域の関係者など多職種を対象とした多職種地域学習会等を開催するなどして、必要な人材の養成に取り組みます。

2 在宅医療の充実

〈用語の定義〉

【在宅医療等】

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、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。(地域医療構想策定ガイドラインより)

【地域包括ケアシステム】

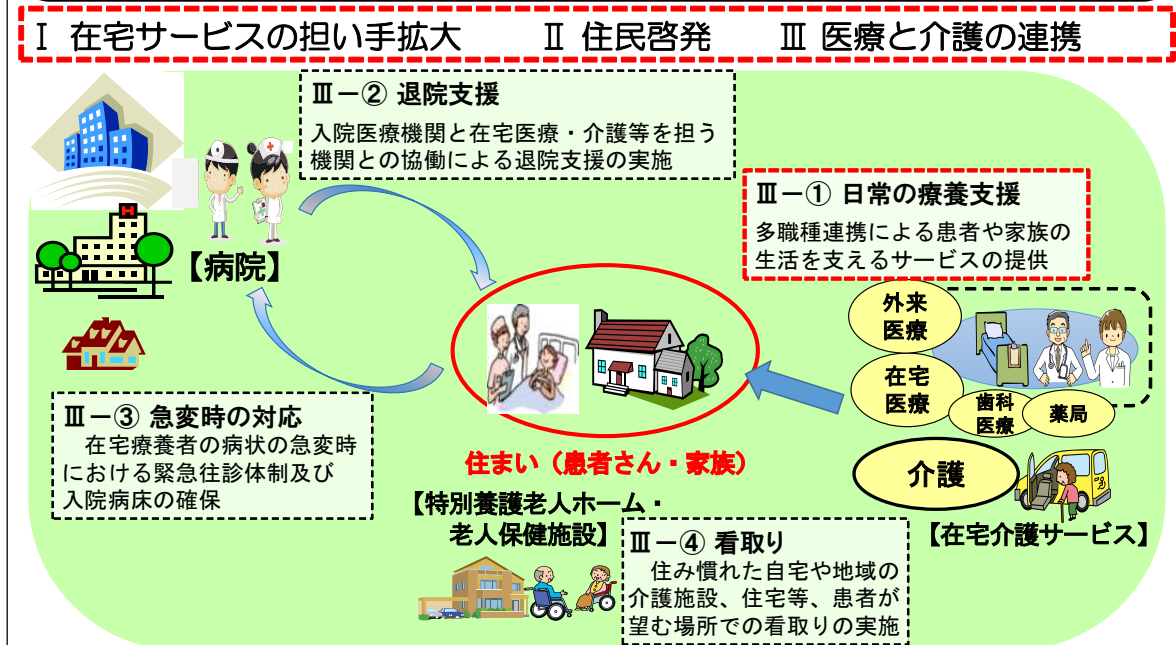
地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。(医療介護総合確保促進法第2条第1項)

退院後や入院に至らないまでも状態の悪化等により在宅医療を必要とする患者は、今後増大することが見込まれ、患者の状態に応じて退院後の生活を支える外来医療、在宅医療の充実は一層重要です。

可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるようにするために、在宅医療の推進と地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅サービスの担い手拡大や住民啓発とともに、医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備していく必要があります。

在宅医療の推進と医療・介護の連携について

- 在宅医療を推進し、住民/患者の地域生活を支える地域包括ケアシステムを構築するためには、**在宅サービスの担い手拡大**や**住民啓発**とともに、**医療と介護の連携**が、①**日常の療養時**に加え、②**病院からの退院**、③**急変時の対応**、④**看取り**の各場面において必要となる



在宅医療・介護の連携を推進する事業については、市町村が地域包括ケアシステムの観点から円滑に施策に取り組めるよう、北海道の保健・医療担当部局及び介護・福祉担当部局による技術的支援等の様々な支援を行っていきます。

この他、在宅医療の提供体制の充実のためには、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所、地域医師会等の関係団体等との連携が不可欠であり、関連する事業の実施や体制整備に加え、人材の確保・育成を推進する観点から、保健所等が中心となって、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や参入後の相談体制の構築等を行う必要があります。

(1) 在宅サービスの基盤の整備

① 在宅サービスの担い手拡大

在宅医療の提供体制の充実のためには、在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職員等の人材の確保・育成を推進する必要があります。

医師が安心して訪問診療を実施できるような、後方支援の確保が必要です。

訪問看護は全ての市町村で提供されていますが、なかには希望するサービスを受けることが困難な地域があります。

②関係者の資質向上

医療依存度の高い事例や終末期支援等、専門性が高い処遇困難事例について、関係機関でお互いに学習し、資質の向上に努める必要があります。

③地域連携体制の構築

在宅支援（退院支援）における院内の連携体制整備を進める必要があります。

多職種を含む関係者が、お互いの機能を理解し機能分担と連携を進めていく必要があります。

在宅支援を進める必要があることから、情報交換が円滑に行われるシステムの構築が必要です。

近隣市町村から札幌市内の医療機関への入院も多いことから、退院時の地域に戻る支援の仕組みづくりが必要です。

既存の団体（旧地域リハビリテーション推進会議地域懇談会、関係職種ごとの集まり等）との協働による体制づくりの検討が必要です。

【施策の方向】

①在宅サービスの担い手拡大

- 地域医療介護総合確保基金の在宅医療提供体制強化事業により、在宅医療グループ診療運営事業に取り組み、夜間休日の代診制を運用することによる医師の負担軽減や、後方支援病床を加えることによる急変時の不安解消を図ることなどにより、在宅医療を担う医師の増加や在宅支援診療所の充実に取り組みます。
- 在宅医療を行う医療機関に対して、地域医療介護総合確保基金の在宅医療提供体制強化事業により、訪問診療の実施に必要なエコー、心電図等のポータブル機器整備の支援を行います。
- 引き続き、地域医療介護総合確保基金を活用しながら、在宅医療の提供体制の強化について検討を行います。

②関係者の資質向上

- 在宅医療の提供体制の充実のためには、人材の確保・育成を推進する必要があります。医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職員等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修を行います。

③地域連携体制の構築

- 在宅移行支援の強化を進めるため、多職種の機能をお互いに共有するとともに更なる連携を深めていく機会を提供します。
- 医療と介護関係者の情報交換や地域連携体制について学び合う場を、市町村と連携して設けていきます。
- 地域連携パスの整備・活用の推進やICTを活用した地域医療ネットワークの構築等を進めていきます。

(2) 住民の理解促進

在宅医療を推進するためには、医療機関はもとより、住民に対して在宅医療に関する情報提供や普及啓発を行うことが必要です。

【施策の方向】

- 往診や訪問診療など在宅医療に重要な役割を果たすかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局を持つことの必要性や意義について普及啓発に努めるとともに、在宅医療に関する情報提供に努めます。

(3) 在宅医療・介護の連携

在宅医療・介護の連携については、平成27年度から介護保険法において「在宅医療・介護連携推進事業」として制度化され、地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療提供体制は、国や道の支援のもと、市町村が主体となって地域の医師会等と協働して推進することが重要であるとされています。

また、今後、医療や介護のニーズを併せ持つ慢性患者や認知症高齢者の増加に対して、医療機関の分化と併行して、地域における在宅医療や介護に関する情報収集と活用、医療・介護関係者と共同して在宅医療と在宅介護が円滑に提供できる仕組みを構築することが必要となります。

在宅医療と介護連携については、従来から問われてきた重要な課題の一つであり医療と介護については、それぞれを支える保険制度が異なることから多職種間との相互理解や情報の共有が十分にできていないなどの課題があります。

これらを受け、各市町村では地域ケア会議を活用した地域課題の抽出・対応策の検討がされつつあります。抽出された地域課題等を整理・見える化し、解決策の検討をすることができるようにしていく必要があります。



【施策の方向】

- 住み慣れた地域で安心して生活が続けられるよう、市町村の地域事情を勘案しながら各市町村における地域包括ケアシステムの体制整備を支援します。
- 従来から実施している、保健所の各種事業から把握される地域の現状と課題や関係団体から抽出される在宅医療に関する課題等を各種会議や情報交換会等で共有し、課題解決に向けた検討を引き続き行います。
- 市町村で実施している地域ケア会議・医療介護連携推進協議会等に参加し、地域課題の抽出・対応策検討の進捗状況を把握しながら、必要な支援・助言を行います。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

<p>(ア) 地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査 ◆ 結果を関係者間で共有 	<p>(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<p>(キ) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等 
<p>(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	<p>(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。 	
<p>(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進 	<p>(カ) 医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等 	<p>(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

(4) 各地域における取組

札幌市医師会においては、在宅医や後方支援病院、認知症対応医などを紹介する窓口を設置しています。

他の市町村においても、医師会等との連携のもと地域ニーズの把握や在宅医療に関する研修会を開催する予定があります。

3 医療従事者の確保・養成

地域における医療提供体制を構築する上で、医療従事者の充足は不可欠であるため、その確保・養成・定着・離職防止や医療機関の勤務環境の改善などに取り組む必要があります。

また、地域包括ケアシステムを構築していくためには、医療と介護の連携が求められており、市町村とも連携を図りながら、介護従事者についても同様に人材の確保等に向けた取組が必要です。

さらに、限りある医療資源を有効活用し、質の高い医療を安全に提供するためには、各医療職種の高い専門性を前提とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職員、医療ソーシャルワーカー等の専門職業務を分担するとともに互いに連携・補完し合うチーム医療を推進していくことも必要です。

札幌構想区域は、道内の他の区域と比べると、医療従事者が比較的充実している地域であるものの、職種によっては必要数を確保できていないという実態も指摘されています。

そのため、医療・介護従事者等の確保・養成などの施策を、地域医療介護総合確保基金の有効活用も含め検討していく必要があります。

【施策の方向】

- 医療従事者につき、地域医療介護総合確保基金の子育て看護職員等就業定着支援事業による病院内保育所への支援や、北海道医療勤務環境改善支援センターによる相談・支援により、勤務環境の改善を図り、医療従事者の定着・離職防止に取り組みます。
- 介護従事者につき、介護従事者確保総合推進事業により若年層に対する福祉・介護への理解促進を継続的に取り組むとともに、福祉人材センター運営事業による潜在的な有資格者の掘り起こしや、主婦層や介護を必要としない高齢者の参入など、多様な人材の参入促進を図ります。

また、離職防止や指導的役割を担う中堅層の人材育成を図るため、社会福祉関係職員等研修事業による職員のキャリア形成を支援する研修の実施や、研修を受講しやすくする環境の整備などを推進し、介護従事者の資質向上を図るとともに、安定的な定着支援に努めます。

第7節 5疾病・5事業の状況

1 5疾病、5事業への取組

道では、5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患）5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療）及び在宅医療については、圏域（医療圏）を定め、それぞれの医療連携体制を構築することとして取組を進めています。

2 5疾病、5事業の圏域

第1次医療圏	第2次医療圏	第3次医療圏	その他
<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療（初期） ・小児医療（一般） 	<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中 ・急性心筋梗塞 ・糖尿病 ・精神疾患 ・救急医療（2次） ・災害医療 ・周産期医療（比較的高度な医療） ・小児医療（比較的高度な専門医療） 	<ul style="list-style-type: none"> ・がん ・救急医療（3次） ・周産期医療（高度医療） ・小児医療（高度・専門医療） 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患（精神科救急・身体合併症） ・へき地医療

3 指定医療機関等の状況

札幌構想区域には多くの高度・専門医療を提供できる医療機関が存在していることから5疾病5事業の医療連携体制の要となる指定医療機関が指定されています。

- ・がん診療連携拠点病院 8ヶ所
- ・がん診療連携指定病院 11ヶ所
- ・小児がん拠点病院 1ヶ所
- ・救命救急センター 4ヶ所
- ・基幹災害拠点病院 1ヶ所
- ・地域災害拠点病院 4ヶ所
- ・総合周産期母子医療センター 1ヶ所
- ・地域周産期母子医療センター 6ヶ所

※指定医療機関等の一覧は「第9節 資料」に掲載

第8節 地域医療構想策定後の取組

1 構想策定後の実現に向けた取組

(1) 基本的な事項

医療関係者、医療保険者その他の関係者で構成する札幌圏域地域医療構想調整会議において、医療、介護、その他の関連分野が連携した、切れ目のないサービスの提供に向け、関係者との連携を図りつつ、将来の病床の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うほか、各医療機関が自主的な取組を行うことも必要です。

(2) 各医療機関での取組

各医療機関は、自らの行っている医療内容やその体制に基づき、将来目指していく医療について検討を行うことが必要となります。

自院内の病床の機能分化を進めるに当たっては、病床機能報告制度により、同一構想区域における他の医療機関の各機能の選択状況等を把握することが可能になります。

また、地域医療構想により、構想区域における病床の機能区分ごとの平成37年(2025年)における必要病床数も把握することが可能です。これら2つの情報(データ)を比較するなどして、地域における自院内の病床機能の相対的位置付けを客観的に把握した上で、次のような自主的な取組を進めることが可能になります。

まず、様々な病期の患者が入院している個々の病棟について、高度急性期機能から慢性期機能までの選択を行った上で、病棟単位で当該病床の機能に応じた患者の収れんのさせ方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討します。

併せて、自主的な取組を踏まえ、札幌圏域地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議により、地域における病床の機能の分化と連携に応じた自院の位置付けを確認することが可能になります。例えば、がん入院医療の役割を医療機関の間で臓器別に分担すること、回復期のリハビリテーション機能を集約化すること、療養病床について在宅医療等への転換を進めること等が挙げられます。

以上の取組を受け、次年度の病床機能報告への反映や地域医療介護総合確保基金の活用を検討し、更なる自院の運営の改善と地域における役割の明確化を図ります。

また、これらの取組により、区域全体で見ても、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に収れんされていき、不足する機能の解消や、患者数との整合が図れることとなります。

なお、医療機関がこのような取組を行う際には、患者・住民の理解が不可欠であり、自らの状態に応じた医療機能や医療機関を選択することが重要であるため、医療機関だけではなく、保険者や関係者を巻き込んで、患者・住民への啓発に取り組むことが重要です。

(3) 市町村の取組

75歳以上の高齢者は、慢性疾患による受療が多い、複数の疾患にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護両方を必要とすることが多い現状にあります。

そのため、団塊の世代が全て75歳以上となる平成37年(2025年)を目処に、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を維持できるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援を行うことが求められます。

地域包括ケアシステムの視点から、在宅医療・介護連携の推進については、平成27年度から介護保険法の中で地域支援事業として制度化されており、市町村が積極的に取り組むことが必要となります。

なお、各市町村の取組について、事前の準備状況も含めて進捗状況等を把握し、その状況を共有するとともに、各市町村の実情に応じて、北海道及び保健所の保健・医療担当部局並びに介護・福祉担当部局による技術的な支援等を行っていきます。

(4) 北海道の取組

医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、病床の機能の分化及び連携等による将来のあるべき医療提供体制を実現するため、医療機関への情報提供を含め、道において、次の各段階における取組を行っていきます。

ア 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較

道は、病床の機能の分化及び連携について、まずは病床機能報告制度等を活用し、各医療機関が担っている病床機能の現状を把握・分析をします。

その結果を踏まえ、地域医療構想において定める構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数とを、地域全体の状況として把握します。

イ 病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握

道は、各医療機関が地域における自院の位置付けを容易に把握することができるよう、構想区域における病床機能区分ごとの医療機関の状況を整理する必要があるため、病床機能報告制度に基づいた資料・データを作成します。

ウ 地域医療構想調整会議における協議の推進

道は、地域において各医療機関が担っている医療の現状を基に、医療機関相互の協議を促進することとされていますが、そのためには、各医療機関の自主的な取組を改めて促進する必要があります。

これを踏まえ、道は必要に応じて地域医療構想調整会議を開催するなど、不足している病床機能への対応について検討します。

地域医療構想調整会議については、要望に応じて地域ごとで開催することを検討するとともに、地域で自主的な話し合いを行うことも呼びかけます。

その際、地域医療介護総合確保基金の活用も検討することとなりますが、早い段階で平成37年(2025年)までの各構想区域における工程表を策定することが望まれます。

エ 平成37年（2025年）までのPDCA

工程表が策定できていない段階においては、各医療機関が地域における位置付けを検討し、病棟ごとに担う病床の機能に応じた対応を行うことを促進する必要があります。また、工程表を策定したとしても、各医療機関における状況の変化等により計画どおりに進めることが困難又は不適當な場合も考えられます。

このため、平成37年（2025年）まで毎年、進捗状況の検証を行い、工程表の変更も含め、地域医療構想の実現を図っていく必要があります。

その際、構想区域全体及び北海道内全体で、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に収れんされていることを確認する必要がありますが、不足する病床機能の解消のためには、過剰となっている病床機能からの転換を促すことにより、医療需要に応じた医療の提供が可能となるという視点の共有を進め、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と患者数との整合性を図ることができるよう、検討を重ねます。

2 北海道知事による対応

医療法改正等により、可能とされた都道府県知事の対応について、北海道知事は、地域医療構想の実現に向け、地域医療の実情を把握し、北海道医療審議会や地域医療構想調整会議を円滑に運営するなど、適切に対応していきます。

3 地域医療構想の実現に向けたPDCA

地域医療構想について道は、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要だと考えています。

地域医療構想を実現するための施策において、地域医療介護総合確保基金を活用した事業については、北海道計画に位置付けることとなりますが、地域医療構想の目標等と連動しつつ、基金が適切に活用されたことが確認できる評価指標を設定する必要があります。その際、将来のあるべき医療提供体制を目指すものとして、地域医療構想を含む医療計画と北海道計画の方向性は一致しており、可能な評価指標は共通化するなど効率化も考慮します。

4 住民への公表

医療を受ける当事者である患者・住民が、医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるためには、計画の評価や見直しの客観性及び透明性を高める必要があることから、これらをホームページ等で住民に分かりやすく公表します。