

『北海道地域医療構想』の概要

1. 基本的事項

(1) 策定の趣旨

- 平成37（2025）年にいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる中、医療のあり方は、主に青年壮年期の患者を対象とした「病院完結型」の医療から、高齢者の特性を踏まえ、住み慣れた地域や自宅での生活を支える「地域完結型」の医療に重点を移していく必要があります。
- 地域医療構想は、病床削減を目的としているものではなく、このような医療のあり方や人口構造の変化に対応し、リハビリテーションや在宅医療の確保など、バランスの取れた医療提供体制を構築することを目指すものであり、平成37（2025）年における病床の機能区分ごと（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）の必要量を定めるとともに、その実現に向けて、病床機能の分化及び連携の促進、在宅医療等の充実、医療・介護従事者の確保・養成等の施策の方向性を示すものです。

(2) 構想区域

- 21区域（医療法に基づく「第二次医療圏」、介護保険法に基づく「高齢者保健福祉圏域」と同じ21医療圏とします。）

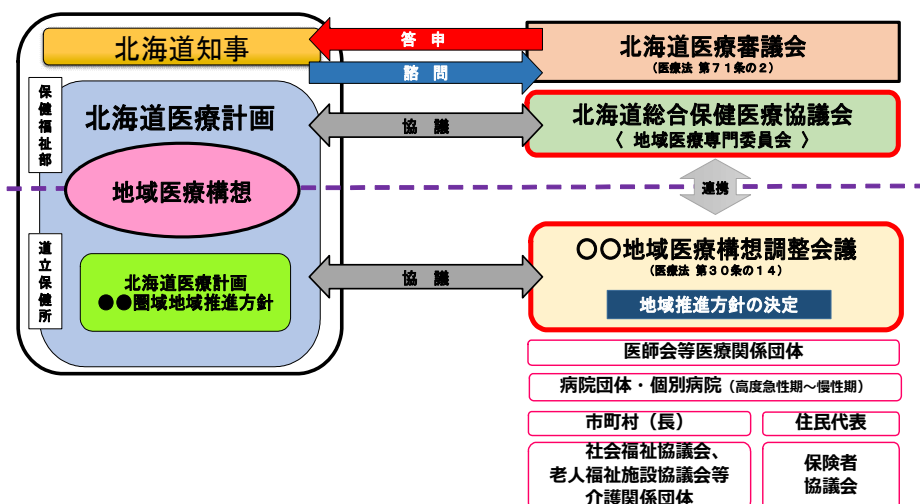
(3) 期 間

- 平成29（2017）年度を終期とする北海道医療計画〔改訂版〕の一部として策定しますが、地域医療構想に関する事項については、平成37（2025）年における医療需要を推計します。

(4) 策定体制

- 策定に当たっては、地域の実情を反映させる必要があることから、21の構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置して、地域医療構想の策定に向けた議論を行いました。
- その内容を踏まえ、北海道総合保健医療協議会地域医療専門委員会における協議を経て、北海道地域医療構想（案）を作成し、北海道医療審議会への諮問・答申を行った上で、平成28年12月に策定しました。

【北海道地域医療構想の策定体制】



2. 医療需要及び必要とされる病床数の推計

- 地域医療構想で定める平成37（2025）年において必要となる病床数は、平成25（2013）年において患者に行われた医療行為の量に関するデータを用いて、人口構造の変化等を踏まえ、今後、どのような区分の医療（高度急性期、急性期、回復期、慢性期等）が、どの程度必要かという「医療の需要」を推計したものです。

この必要となる病床数の推計は、固定されたものではなく、あくまでも「現時点における2025年の見通し」であり、今後の医療ニーズの変化についての「大まかな方向性」ととらえることが適当です。

- 今回の地域医療構想における推計は、国の地域医療構想策定ガイドラインに基づき国立社会保障・人口問題研究所の将来推計を用いますが、現在、平成27（2015）年10月に道が策定した「北海道人口ビジョン～北海道の人口の現状と展望～」に基づき、全道を挙げて人口減少問題に取り組んでおり、このような取組による今後の人口構造の変化等を踏まえながら、今後、見直しを行っていく予定です。

（単位：床）

構 想 区 域	高度急性期	急 性 期	回 復 期	慢 性 期	合 計
南 渡 島	585	1,759	1,618	895	4,857
南 檜 山	0	56	119	70	245
北 渡 島 檜 山	18	103	196	228	545
札 幌	3,913	10,951	8,923	11,999	35,786
後 志	164	638	856	1,264	2,922
南 空 知	98	474	708	645	1,925
中 空 知	124	424	435	626	1,609
北 空 知	17	100	153	252	522
西 胆 振	279	800	620	1,127	2,826
東 胆 振	233	752	800	677	2,462
日 高	20	103	259	255	637
上 川 中 部	689	1,795	1,613	1,528	5,625
上 川 北 部	63	229	251	249	792
富 良 野	25	120	177	165	487
留 萌	35	142	191	195	563
宗 谷	28	127	271	156	582
北 網	275	790	744	641	2,450
遠 紋	46	186	285	261	778
十 勝	363	1,141	1,207	1,356	4,067
釧 路	355	1,139	769	750	3,013
根 室	20	97	236	144	497
合 計	7,350	21,926	20,431	23,483	73,190

- 在宅医療については、現在、国において療養病床のあり方が検討されている段階であることなどの理由により、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を正確に検証することは困難であるため、引き続き、在宅医療の推進や高齢者の住まいの場の整備を行っていきながら、検討を進めていきます。

在 宅 医 療 等	88,725人程度
うち訪問診療	42,766人程度

3. 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) 医療機関相互の役割分担と連携の促進

各地域の医療提供体制について、地域の医療ニーズに対応した過不足のない医療提供体制としていくため、不足する回復期病床の確保など、医療機関相互の役割分担（病床機能の分化）と連携を促進・強化していく必要があります。

- 地域ごとに医療資源や今後の人口構造の変化の度合いが大きく異なることから、病床機能の分化・連携の実現に向けた課題は地域ごとに異なります。役割分担、機能分化を進めるに当たっては、特に広域な面積を有する二次医療圏において、医療機関の数が限られている場合、病棟が担う機能を一つに集約していくことは困難であり、地域の医療機関は様々な機能を担わざるを得ない面があることに留意が必要です。
- 一方で、特に急性期病床へのニーズが全道的に減少することに加えて、人的資源に制約がある中で医療の質を担保していくため、機能の分担・集約がより一層必要となる傾向があります。このような傾向に十分留意し、データを活用しつつ関係者で問題意識を共有した上で、あらかじめ地域において連携・広域化について具体的な取組を進めていくことが、将来にわたって地域医療を確保していく上で必要不可欠です。
- 今後、各地域の地域医療構想調整会議等の場において、疾病ごとの状況や地域の連携状況を分析しつつ、個別医療機関の具体的な役割や、医療機関相互の役割分担・連携体制等について議論し、調整していきます。

(2) 医療と介護が連携した地域包括ケアシステムの構築

住み慣れた地域で暮らしながら医療を受けられる体制としていくためには、市町村を中心に地域の関係者が連携して医療と介護が連携した地域包括ケアシステムを構築する必要があり、そのため、「在宅医療の推進」「医療と介護の連携の推進」「住まいの確保」「住民の方の理解」などが必要になります。

- 医療資源が限られる中でも様々な工夫により地域で医療を受けられるようにしている地域もあり、このような事例も参考にしながら、それぞれの地域における医療・介護資源、人口及び世帯構造の変化などを踏まえた上で、在宅医療の推進、介護サービスの提供体制の整備、高齢者の住まいの確保など、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、地域の実情に応じた取組を行っていくことが必要です。
その際には、ICTを活用した見守り、遠隔相談や遠隔医療の実施等、本道の地域特性を踏まえた取組についても、積極的な検討が必要です。
- 在宅医療の推進のみならず、急性期医療の段階も含め、早期のリハビリ開始による寝たきり予防、低栄養予防や筋力低下の防止などのいわゆるフレイル（高齢者の虚弱）対策、口腔ケア、服薬管理等に併せて取り組んでいく必要があります。
- 地域での生活を継続できるように、自宅以外の、その他の住まいの選択肢を増やすことが重要であり、状態にあった支援が受けられる、病床と自宅以外の「住まい」を確保することが必要です。
その際には、空き家などの既存ストックを活用することが重要であり、関係部局との連携を図るとともに、市町村の一層の関与を促進していきます。
- 在宅医療に関するデータを広く整理・提供し、現状の「見える化」を図るとともに、好事例の提供を通じ、地域での取組を促進します。

(3) 医療・介護従事者の確保・養成

各地域において不足する医療・介護従事者を確保・養成していくため、短期的な施策に加え、中長期的な施策を検討・実施するとともに、医療・介護分野のみならず、地方創生その他地域全体を見据えた議論が必要になります。

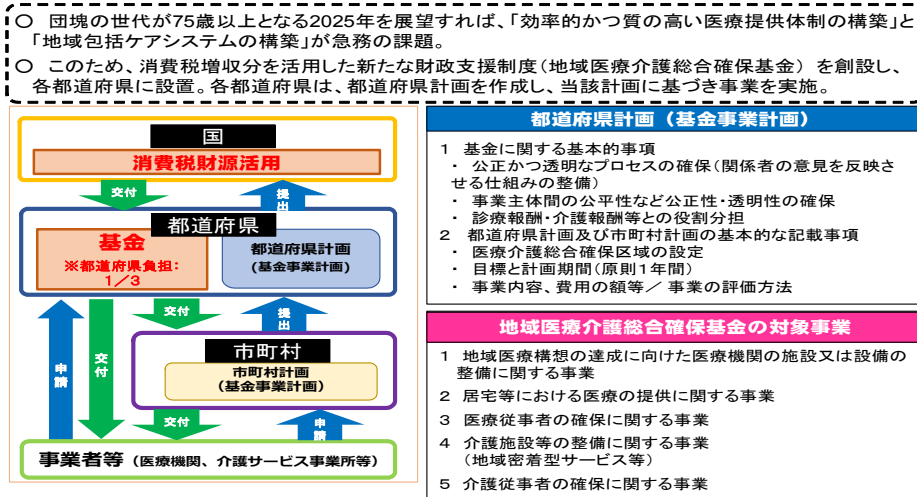
- 地域においては、医療従事者の数が医療提供体制のあり方を決める重要な要素となっており、平成37（2025）年において必要となる病床数や在宅医療を含めた地域の医療提供体制が確保できるよう、若年人口が減少する厳しい局面を見据えた医療従事者の養成・確保等に取り組んでいく必要があります。
- 地域レベルでも、住民等による医療機関や医療従事者を支える取組が必要であるとともに、地域において目指す医療の姿や、その実現に向けて医療従事者に期待する役割を明確化することも医療従事者の確保につながる取組であり、目指す姿を地域で議論、共有し、外部に発信していくことが重要です。
- 医師の確保・養成等について、道庁保健福祉部内に設置する「北海道地域医師連携支援センター」において、「北海道医療対策協議会」等にて協議しつつ、総合的な対策を実施するほか、看護師、薬剤師、歯科医師・歯科衛生士、リハビリテーション専門職、介護人材等の確保・養成に努めます。

4. 地域医療構想策定後の取組

(1) 地域医療構想の実現に向けた取組

- 地域医療構想は、行政が主導するものではなく、地域ごとで考え、目指す姿を共有するとともに、その実現に向けて、地域の関係者で協議するものです。
また、構想は、策定した後もその実現に向けて、関係者が協力して取り組むための中長期的な枠組みであり、各医療機関においては、今後の医療ニーズの変化を見据え、地域の関係者と協調しつつ、必ずしも現在提供している医療だけではなく、今後地域で必要とされている医療を提供していく体制へ転換していくことを検討する必要があります。
- 道としても、協議の場の設置や必要なデータの提供に加え、地域医療介護総合確保基金を活用した支援を行っていきます。
- 道本庁及び各構想区域において、関係者との連携を図りつつ、将来の病床の必要量を確保するための方策その他の地域医療構想を実現するために必要な協議等を継続的行います。

地域医療介護総合確保基金



〔２〕住民の理解促進

- 地域医療構想については、医療を受ける当事者である患者、住民の理解を得ることが重要です。

住民の方々が医療提供体制等について理解を深め、適切な判断が行えるよう、今後の医療のあり方や人口構造の変化に対応したバランスの取れた医療提供体制を構築していくことを目指すという地域医療構想の取組について、下記の点を中心に、行政・関係団体が一体となって情報発信を行っていきます。

- 今後、個別医療機関の具体的な役割や、医療機関相互の役割分担・連携体制について議論し、調整していくに当たっては、より一層患者・住民に向けた情報発信が重要になります。

そのため、次の取組に加え、各地域の地域医療構想調整会議等において、地域の議論の状況を踏まえつつ、患者・住民に接する機会の多い医療機関や市町村と連携し、具体的な情報発信の方法について検討を行っていきます。

〔医療機関の機能分化・連携の趣旨〕

住民／患者の立場から見ると、医療機関の機能分化は、急性期病床における治療後、疾患や状態に応じて、速やかに転棟・転院することにもなります。

これは、急性期病床に長く入院するよりも、疾患や状態により、リハビリテーション環境が整っている回復期病床等で治療を受けてより良い成果を上げたり、慢性期病床や在宅等の療養環境の整った環境で慢性期の医療を受けるなど、ニーズに見合った環境で医療を受けることを目指すものです。

〔在宅医療等の推進の趣旨〕

在宅等での医療の推進は、医療を受ける場所は必ずしも医療機関に限られるものではなく、生活の質を重視する観点から、医療を受けられる場所を在宅等、住み慣れた地域にも拡大していく動きです。

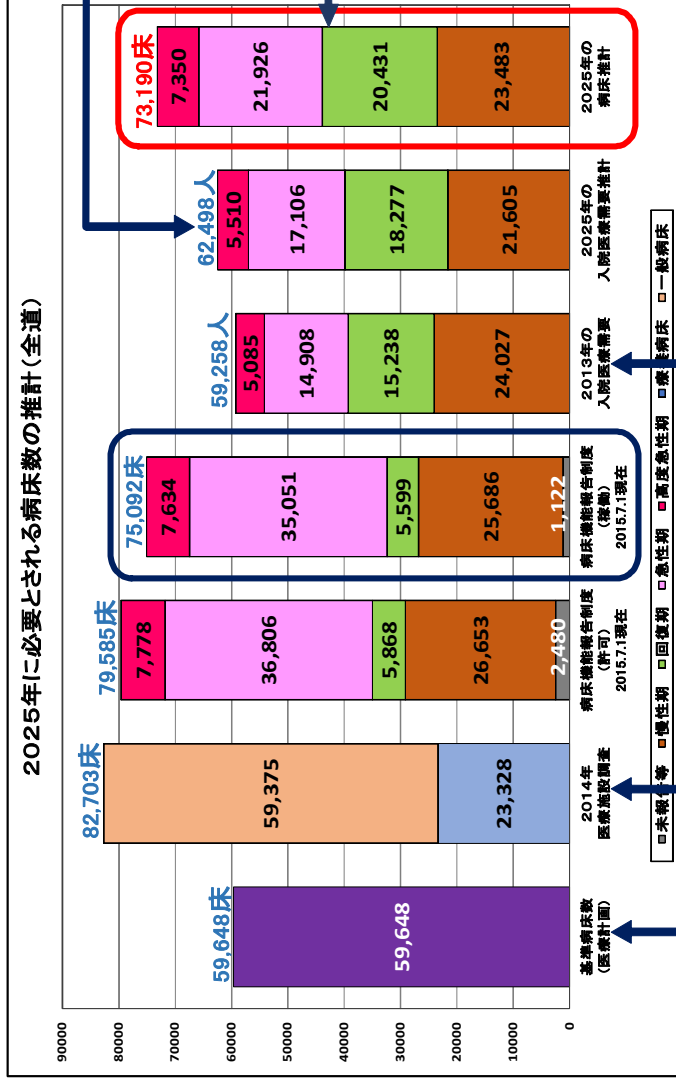
あわせて、人生の最終段階において、患者の意思を尊重した医療が提供されるよう、自分がどのような最後を迎えたいかを考え、普段から家族とも相談することが重要です。

〔かかりつけ医の重要性等〕

身近な地域で、日常的な診療や健康管理、病状に応じた適切な医療機関への紹介等を行う「かかりつけ医」を持つことで、病気の予防や健康増進、病状が変化したときの早期発見と適切な治療が期待できます。

また、外来診療を行っていない休日や夜間の時間帯に、緊急性のない軽度の症状であっても自分の都合に合わせて安易に救急医療機関の救急外来を受診するいわゆる「コンビニ受診」や安易な救急車の利用については、重症患者への対応に支障を来すこととなります。また、休日や夜間はすべての診療科の医師が勤務しているわけではないことに加え、コンビニ受診による医療スタッフの疲弊が退職の一因となり、地域の救急医療体制が維持できなくなるおそれがあることから、かかりつけ医を持つことや診療時間内に受診することなどが重要です。

北海道全体



2013年の実際の入院受療率が2025年も同じであると想定し、国立社会保障人口問題研究所公表の2025年の性・年齢階層別人口により推計した入院患者数です。※慢性期は、入院受療率の地域差を縮小することとして推計しています。

2025年の入院医療需要推計(入院患者数)を国が定めた入院受療率で割り戻し、必要とされる病床数として算出しています。

〔 高度急性期 75%、急性期 78%
回復期 90%、慢性期 92% 〕

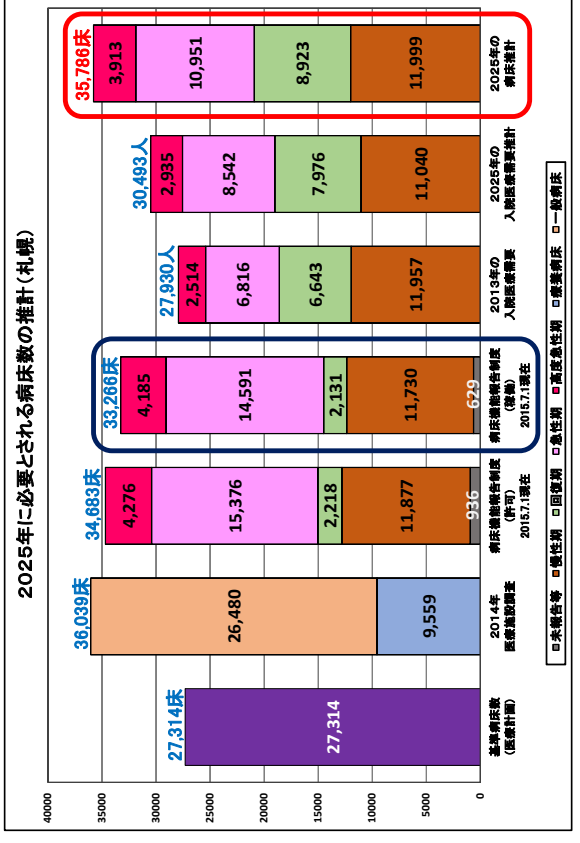
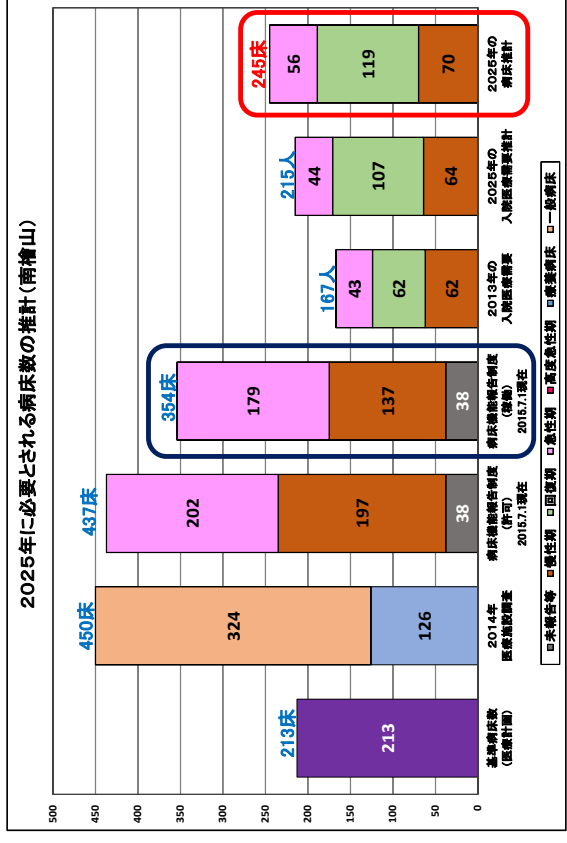
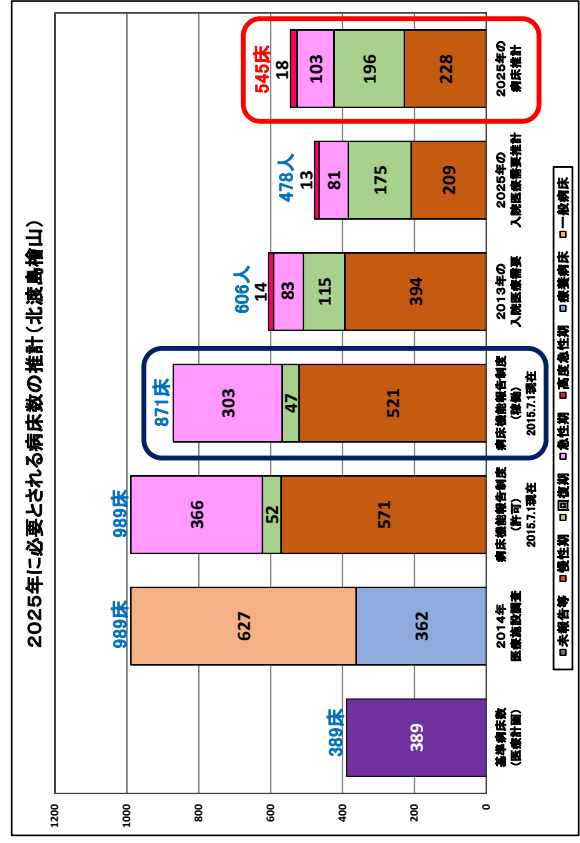
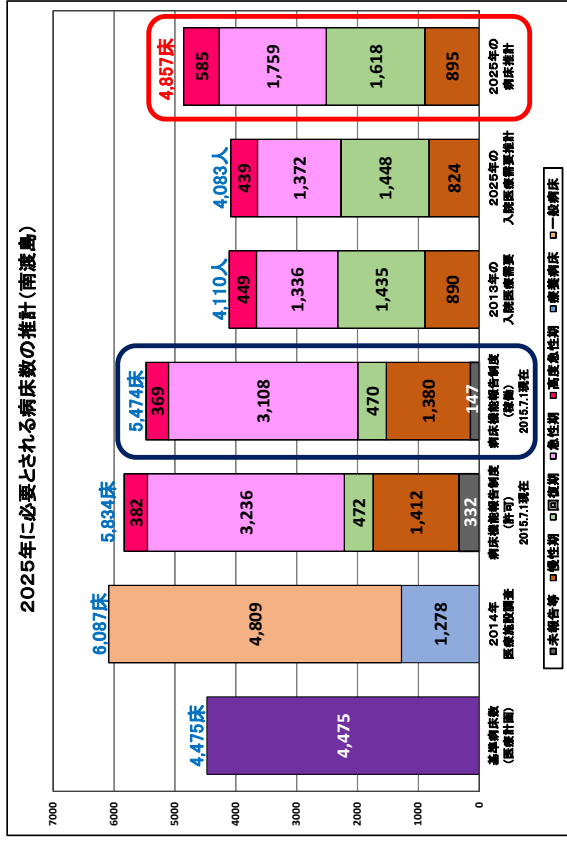
※2025年の病床推計の考え方
高度急性期、急性期 ～ 医療施設所在地
回復期、慢性期 ～ 患者住所地

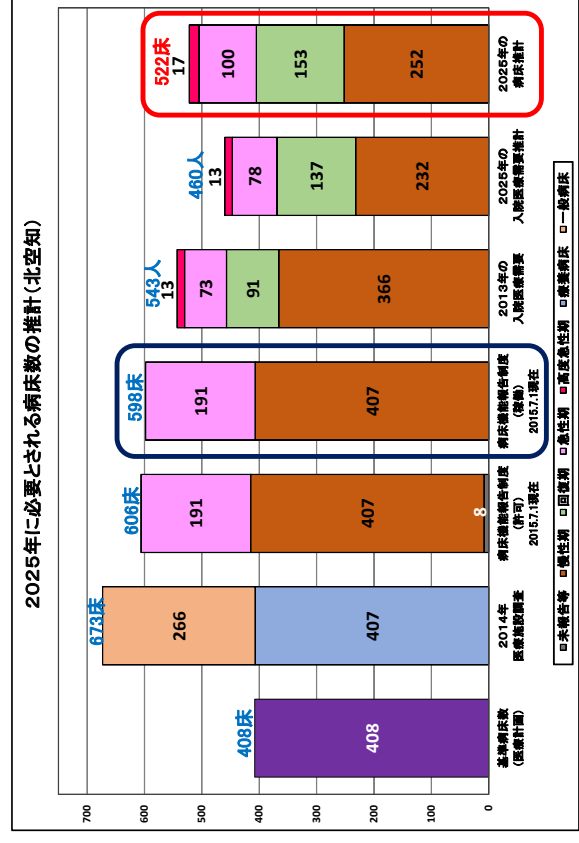
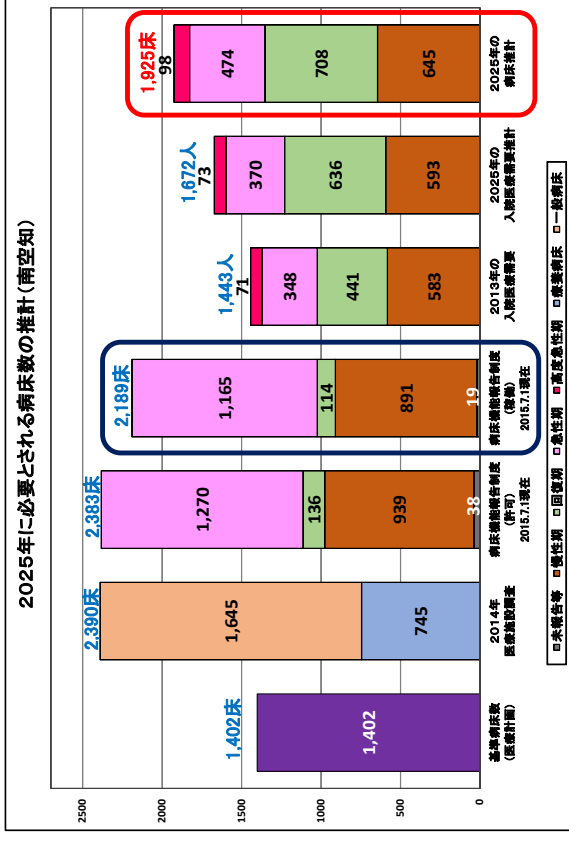
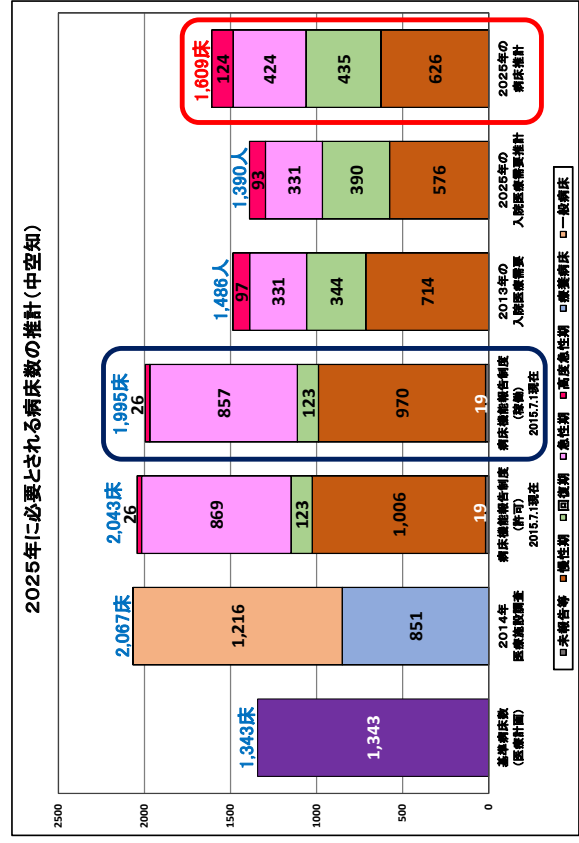
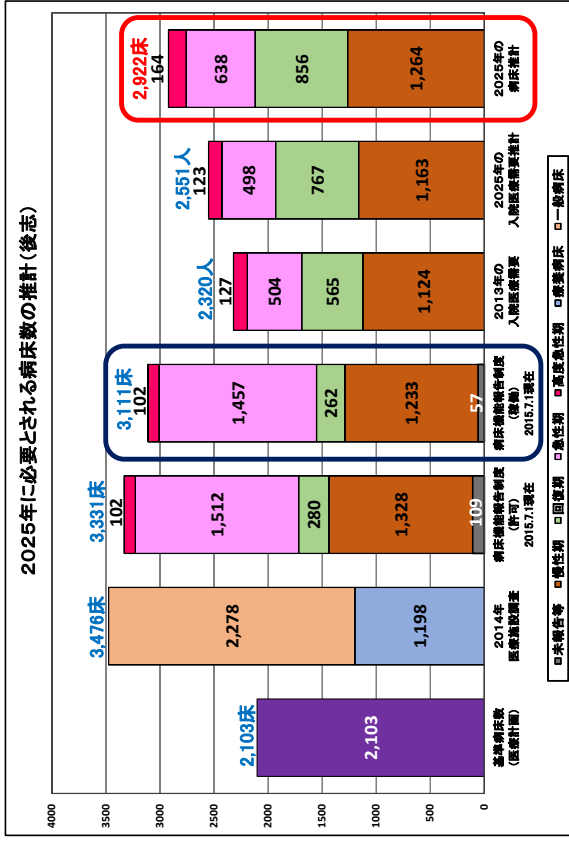
2013年のNDBレセプトデータ及びDPCデータに基づくもので、1日当たりの実際の入院患者数です。※慢性期は、療養病床の入院患者のうち、医療区分1の患者の70%を、在宅医療等に対応する患者数として除いています。

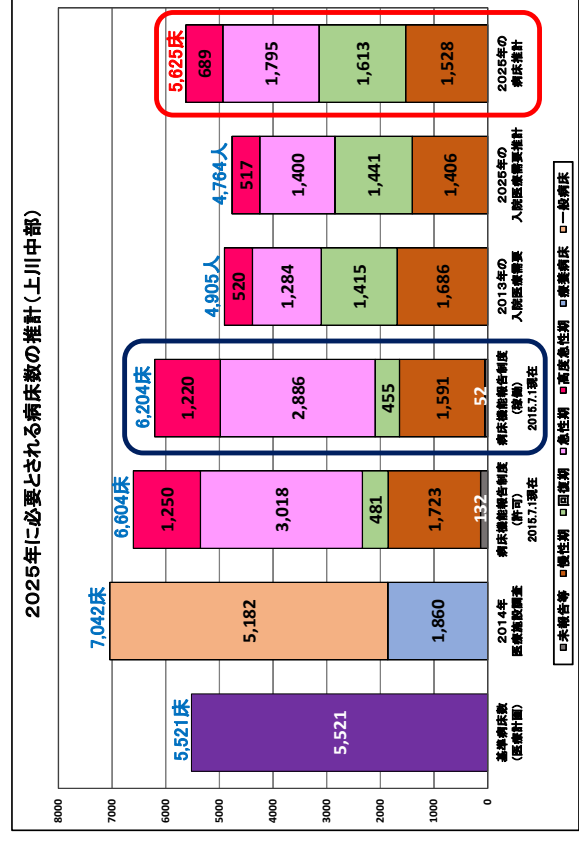
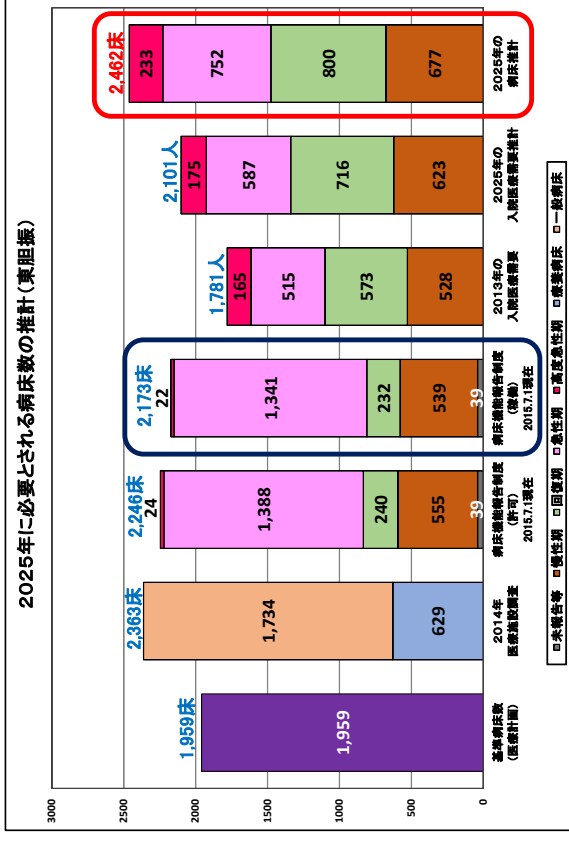
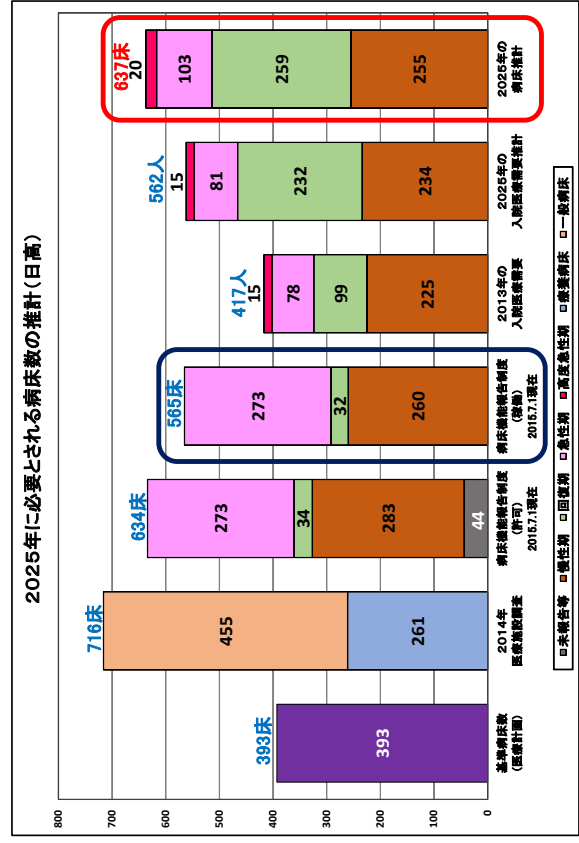
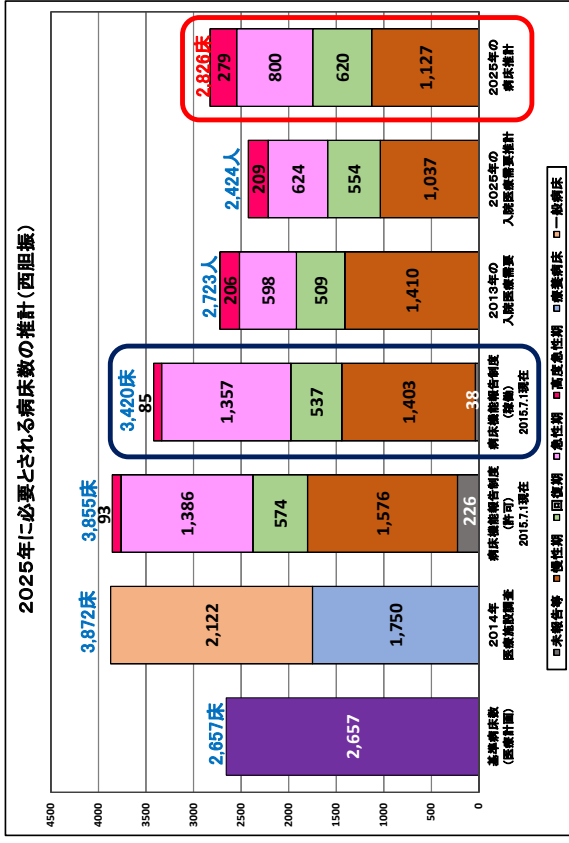
病床機能報告制度は、医療法に基づく医療機関からの自主申告、病床単位での報告であるため「2013年の入院医療需要」、「2025年の入院医療需要推計」と単純には比較できません。

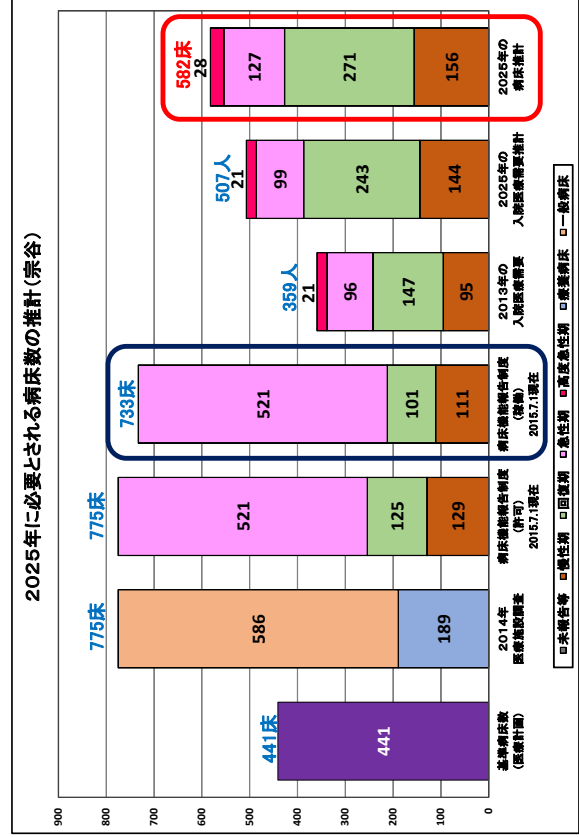
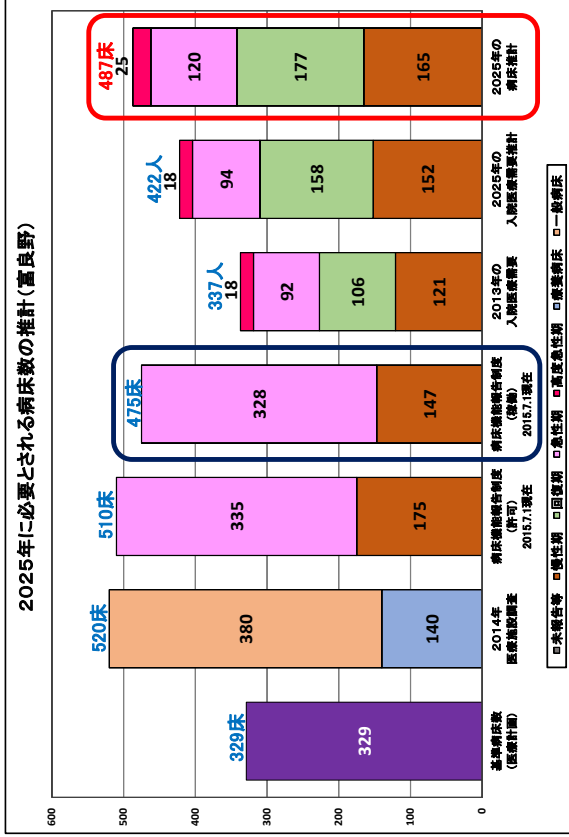
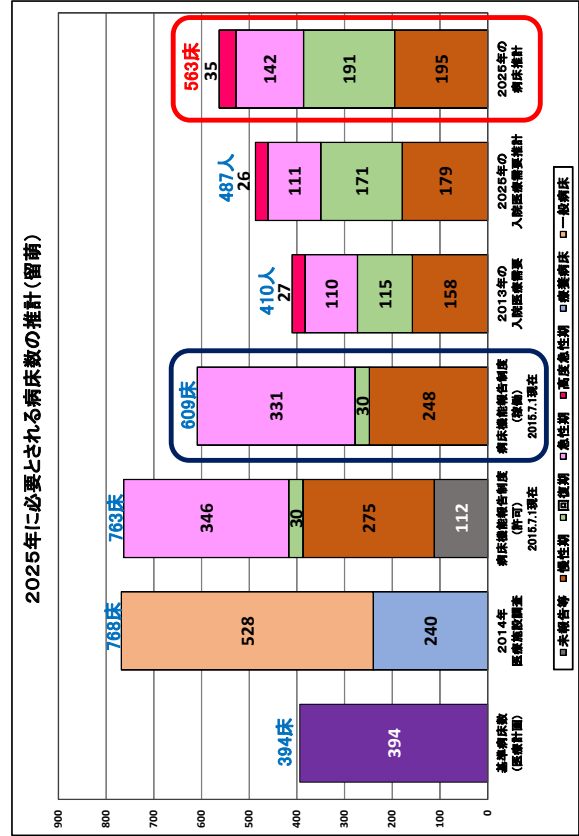
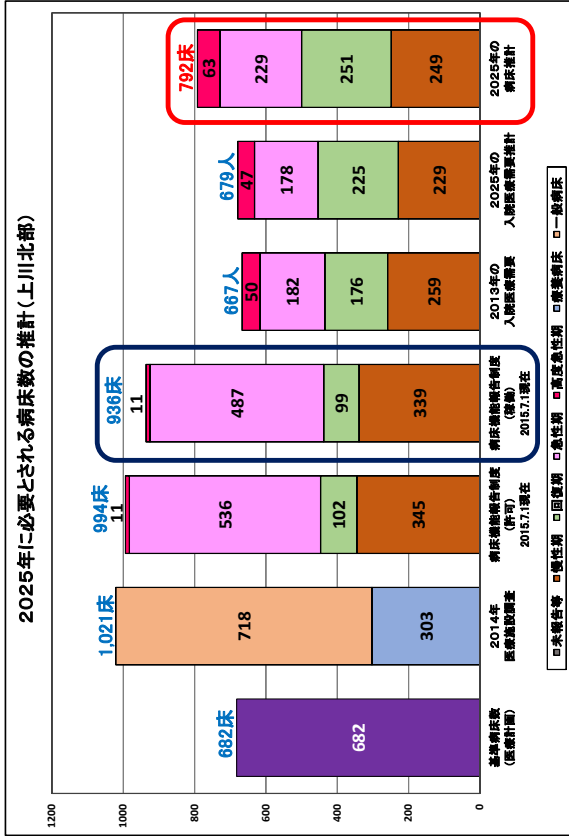
統計法に基づく平成26年医療施設調査で報告された「一般病床」と「療養病床」の病床数で、許可病床相当数となりますが、稼働していない病床も含まれており、また、各地域の病床数を人口当たりで比較した場合、地域差が存在します。

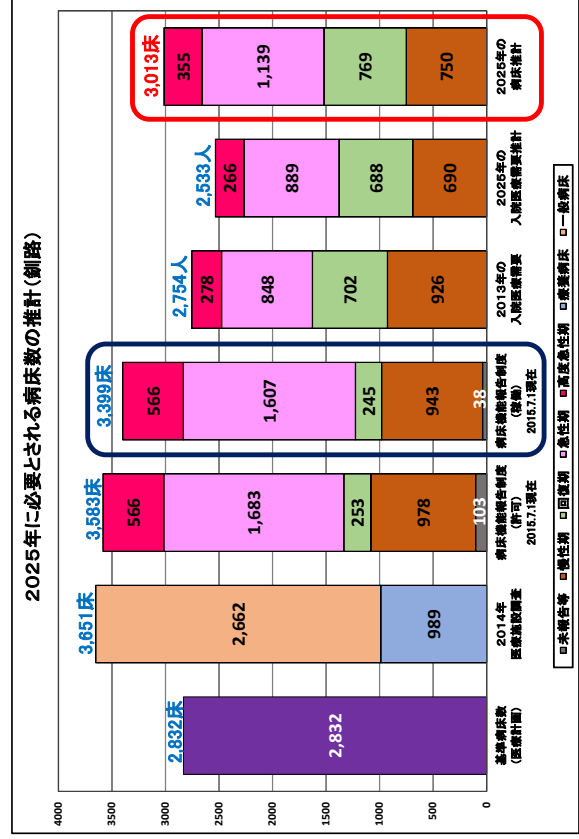
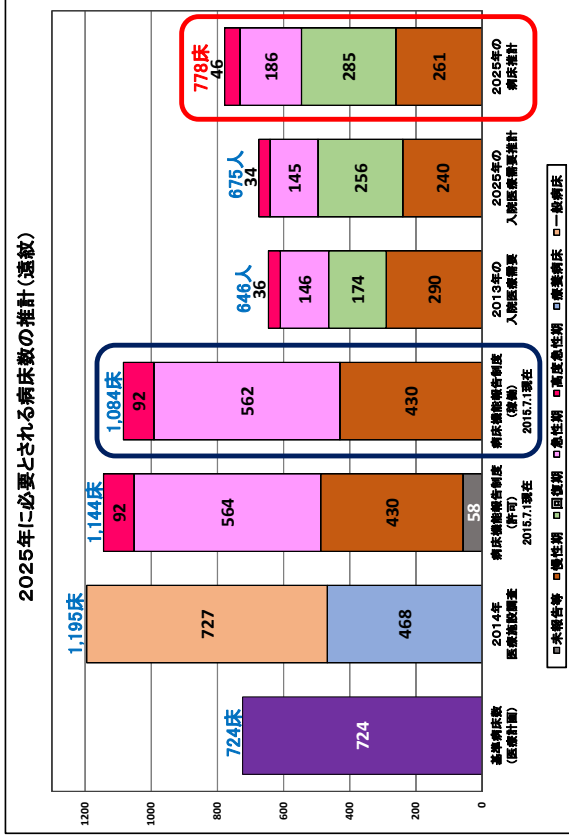
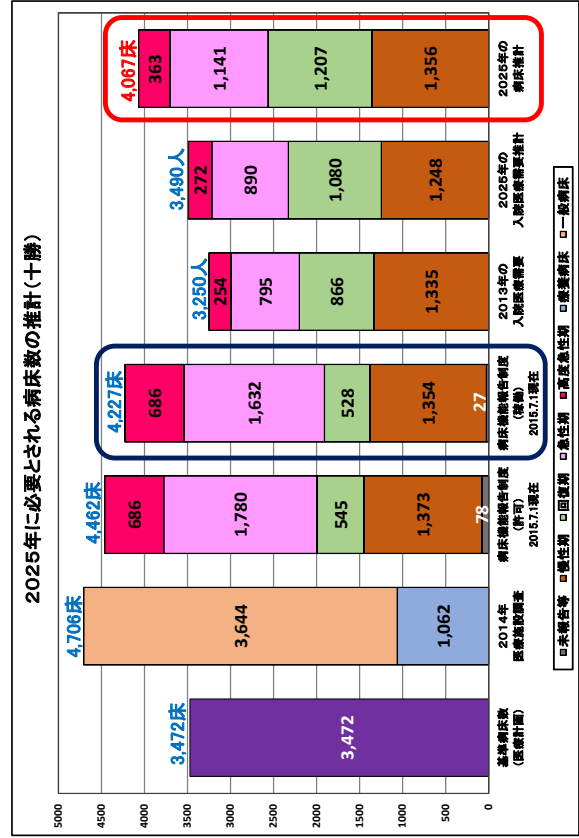
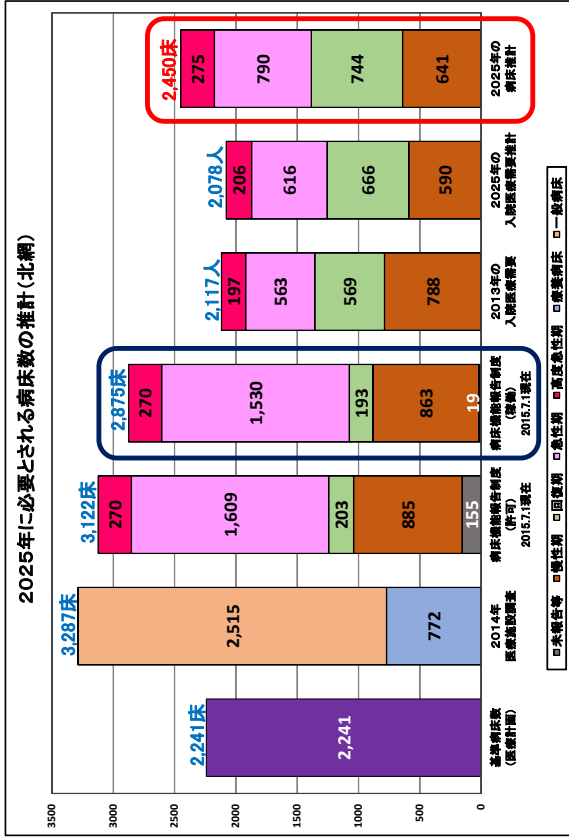
基準病床数は、医療法に基づき「北海道医療計画」で定める二次医療圏ごとの病床の整備目標であるとともに、それ以上の病床の増加を抑制するための基準です。

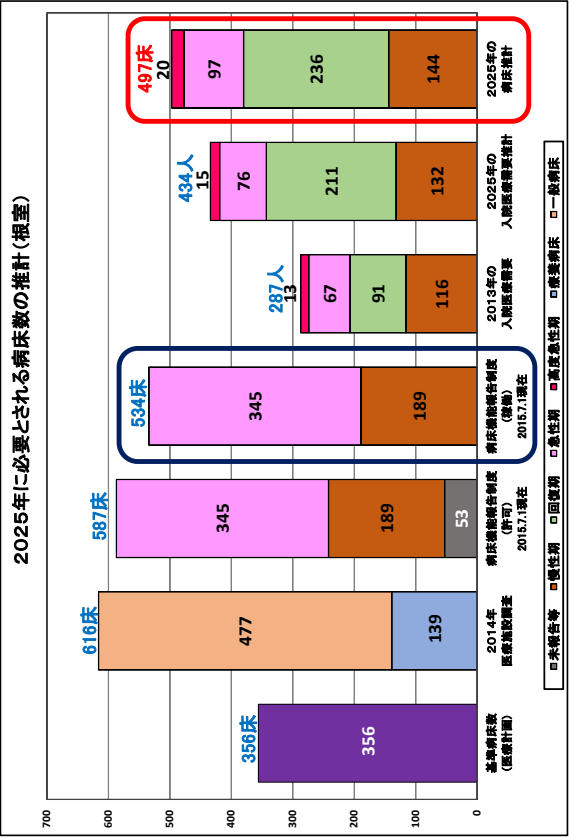












地域における役割分担と連携体制の構築に向けた自主的な取組

例：札幌市手稲地区

- 平成26年6月、手稲地区の医療機関が集まり、「手稲地区地域病床連携会議」を設立。医療機関同士で自主的に連携強化に向けた情報交換等を実施。
 - ・ 札幌市手稲区周辺の14医療機関が参加
 - ・ 院長レベルと事務レベルでの会議を実施
- 「地域が1つの病院のように柔軟に病床を利用できるような関係」を目指し、「空床状況の把握」等を実施。
 - ・ 空床状況の共有システムを独自に作成・運用
- お互いの信頼関係を基礎に、Win-Winの関係構築を目指す。
 （「早めの退院が必要となる急性期病院」
 「医療区分2・3の入院患者を確保したい慢性期病棟」等々、お互いにプラスになる体制とする）



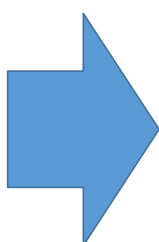
（シンポジウムを開催：平成27年11月17日）

例：足寄町の取組

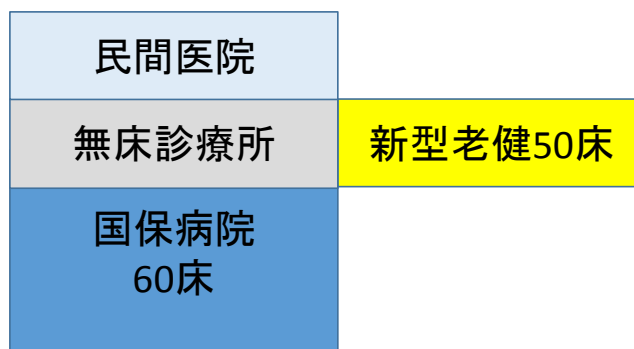
【医療提供体制の再編】

- 「医療と介護・保健・福祉の連携システム」の構築に向け、医療機関の役割分担を推進していくために、双方合意のもと、国保病院は主に急性期と入院機能を担い、民間病院は主に慢性期機能を担う介護療養型老人保健施設と、外来・訪問診療を行う無床診療所に転換

～平成24年3月



平成24年4月～



病院・施設や自宅以外の「住まい」等の確保

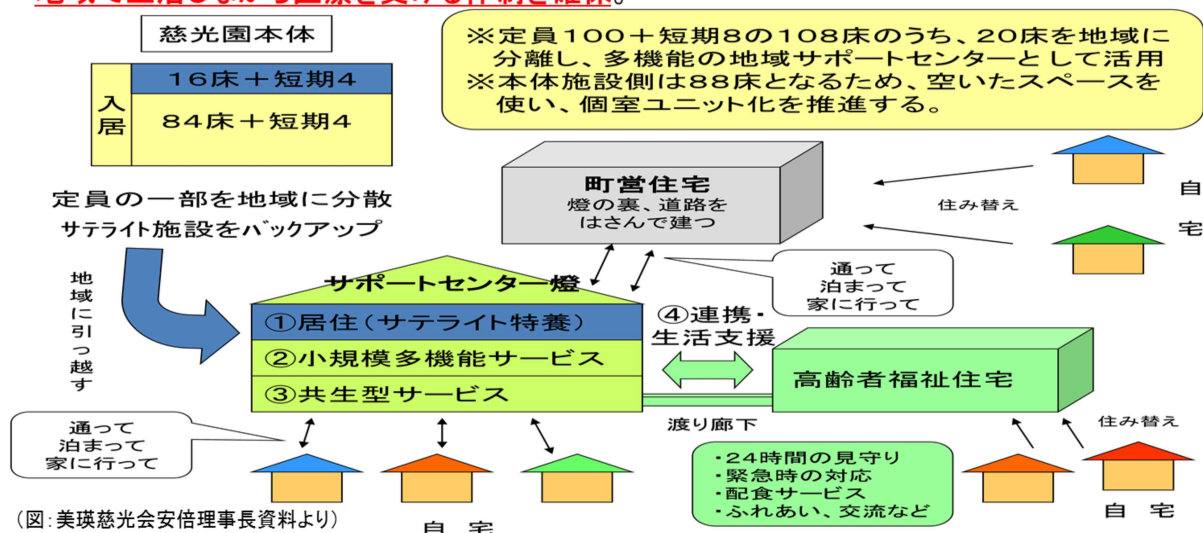
例：足寄町における取組

- 足寄町では、高齢者が退院後や冬季、農繁期等に一時居住できる「生活支援長屋」（定員20人）を高齢者等複合施設（むすびれっじ）に開設（平成27年4月～）。
- 生活支援長屋においては、「急性期病院から退院する際、自立した生活になじんだ上で自宅に帰るための一時的な住まい」「雪かき等が厳しい冬季の居住」「農繁期や家族介護者急病時の一時的な対応」など、住民のニーズに柔軟に対応し、入院以外の選択肢を整備。
- 部屋代を3ヶ月まで無料、6ヶ月まで半額にするなどの利用支援を実施。
- 併設している地域交流施設や農園等を活用し、部屋に閉じ籠らせない、元気になるための支援を実施。



例：美瑛町における取組（美瑛慈光会）

- 美瑛町では、高齢者が地域での在宅生活を送れるよう、生活圏域ごとにサービス基盤を整備するとの考え方により、地域住民と協働しながら小規模多機能サービスなどを立ち上げ。
- 「サポートセンター（サテライト特養＋小規模多機能＋共生型サービス）」と、渡り廊下でつながった「高齢者福祉住宅」、道路を挟んで建っている「町営住宅」という組み合わせで、利用者の状態に応じた『多様な在宅』を実現。24時間の見守り、緊急時対応、配食サービスを提供するとともに、住民同士が交流する場にもなるなど、地域の拠点として機能。
- 小規模多機能サービスを活用し、病院への送迎を実施するなど、柔軟な対応により、地域で生活しながら医療を受ける体制を確保。



病院と近接した住まいの整備

例：奈井江町における取組

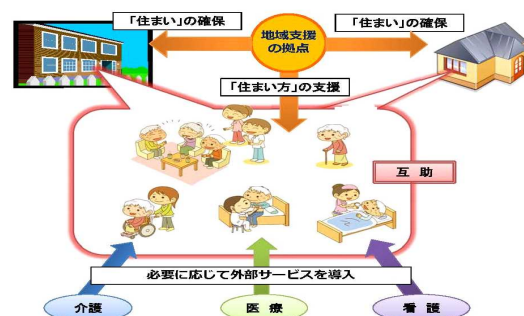
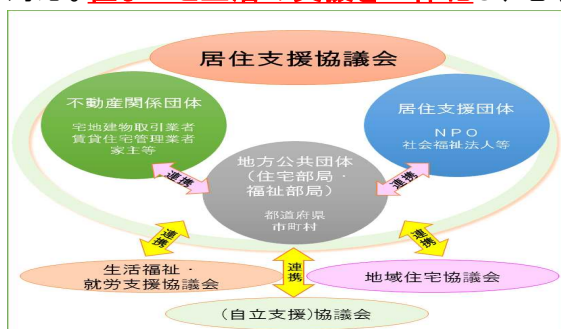
- 奈井江町では、国保病院の3階部分を改修し、**サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)に転用**(平成28年冬～)。
 - ・ 3階 一般病床46床 → サ高住16室(**個室7室、夫婦部屋9室**)
- 高齢者単身世帯・夫婦世帯の増加に対して、住み慣れた地域で安心して暮らせる住まいを確保。**必要時に医療・介護が受けられる**安心した生活を提供。
- 自治体経営であることを活かし、**一定の家賃軽減を実施**。
- 住民が集まる場でもある病院に立地するという利点も活かし、**地域住民との交流の場・社会参加推進の場としても活用**するとともに、町外からの高齢者受入れも狙う。



空き家などの既存のストックの活用

例：本別町における取組

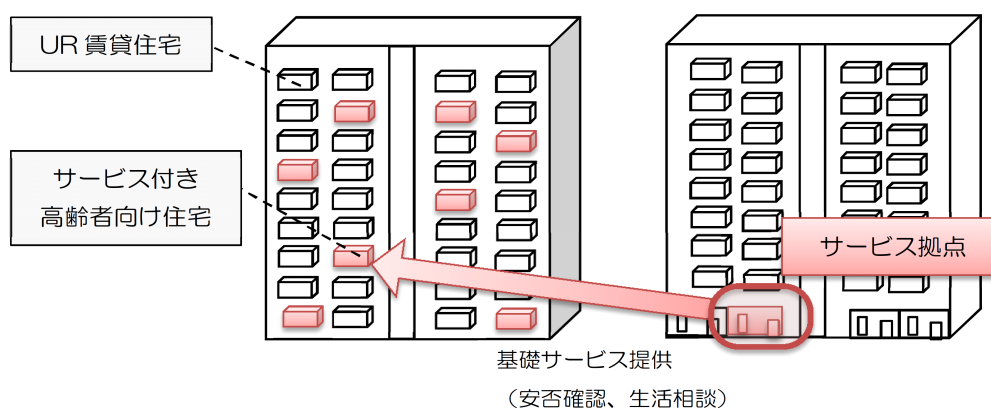
- 家屋の老朽化などで自宅に住み続けることが難しい高齢者に、**空き家への住み替え**を促す取組を実施。
 - ・ **空き家の実態調査を実施**し、住み替えに活用できる**空き家データベースを構築**(約370戸の空き家)
- 住み替え支援に加えて、入居者の金銭管理や家計の助言など、**生活を支援する仕組み**も整備(**本別町社会福祉協議会「あんしんサポートセンター」と連携**)。
 - ・ 住み替え相談、引っ越しの際の入居手続きや住所変更の支援
 - ・ 必要に応じて、見守り・買物代行・家賃支払いなど、日常生活を継続的に支援
- 「本別町居住支援協議会」を設置し、建設・不動産、福祉関連等の団体と連携しつつ、対応。**住まいと生活の支援を一体化**し、地域**包括**ケアシステム向上を目指す



分散型のサービス付き高齢者向け住宅の活用

例：高島平団地（東京）

- サービス付き高齢者住宅は、**住戸単位で指定することが可能**。
- 都市再生機構（UR）から事業者が住戸単位で借り上げ、バリアフリー化したうえで事業を実施。**既存ストックを活用することで安価での提供が可能**。
- 生活コーディネーターが日中常駐。夜間は緊急装置を活用。
- 「社会とつながっている」という感覚を保持。入居者同士で支え合い。



・都市再生機構ホームページ(http://www.ur-net.go.jp/east/pdf/ur2014_e1126_takashimadaira.pdf)を元に作成

【足寄町における先制的退院支援】

- 足寄町では、“**退院時ではなく入院直後から**”、急性期の病院に出向いて行って、“**地域にあった退院支援を行う**”取組を実施

【①地域にあった退院支援】

- ・ 地元の足寄町国保で扱えない救急は、65キロ約1時間半離れた帯広に搬送。これらの病院の退院支援室／地域連携室によるプランは、どうしても足寄の実情・資源を踏まえたものになりづらい。
- ・ そのため、足寄町の医療や介護などの状況を知る担当者（**福祉課総合支援相談室の職員**）が赴き、退院支援室と共に、本人と相談しながら、**足寄にあった退院支援を行う**。

【②入院直後から相談にのる】

- ・ 入院したご本人は、自宅に戻れるかどうか、家族に負担をかけたくない等々と悩み、家族・親族も悩む。時間がたって福祉課の窓口相談にきたときには、施設に入所する必要がないケースでも「どこか入れる施設はないか？」という相談になってしまったり、退院までの期間が短く在宅介護サービスの調整等も間に合わなくなってしまう。
- ・ そのため、相談に来るのを待つのではなく、**入院直後から専門職が本人の状態を確認するとともに、どうしたいのかという話を聞きに行くことで、様々な選択肢を示し、その人にあった退院支援を行うことができるようにする**。

まちづくりを含めた総合的な検討

例：沼田町における取組

- 沼田町では、沼田厚生病院の診療所化を契機に、医療・福祉だけでなく、住宅や買い物、移動など、自治体の様々な課題に対応したまちづくりを総合的に検討。
- 住民向けワークショップを頻繁に開くなど、住民を徹底的に巻き込む姿勢。
- 医療・介護関係施設や公的住宅の集約、周辺医療機関との連携強化などを検討。
農村型コンパクトエコタウン構想として推進しており、内閣官房の地域活性化モデルケースに選定。
 - ・ 第一段階として、「地域密着多機能型総合センター」を建設
 - －診療所
 - －地域あんしんセンター（ワンストップ相談窓口、暮らしの保健室、カフェ）
 - －総合通所サービスセンター（介護・健康づくり拠点）
 - ・ 敷地内に、高齢者支援ハウス、サテライト型特養、公営住宅、子育て住宅等の居住施設の建設も予定



中心市街地活性化との連携

例：富良野市における取組

- 富良野市では、まちなかのにぎわいを復活させる「フラノマルシェ事業」と機能性と利便性に富んだ中心市街地を再構築する「ネーブルタウン事業」により、中心市街地活性化を目指す。
- ネーブルタウン事業では、「商業ゾーン」と「医療・福祉ゾーン」を設定し都市機能を集積。
サービス付高齢者住宅、診療所、院外薬局、賃貸住宅、店舗兼併用住宅、保育所を設置し商業施設と全天候型多目的空間（アトリウム）の併設により三世代交流によるコミュニティの再生を目指す。

