

第6章 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 地域医療構想を実現していくに当たっての課題

各区域の地域医療構想調整会議における議論等を踏まえると、構想を実現し、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を構築していくに当たっては、以下の3点が主な課題となります。

(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・強化していくことが必要です。

(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。

(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。

2 医療機関相互の役割分担と連携の促進

[基本的な考え方]

我が国の医療提供体制については、病床が担う医療機能が不明確であり、また、機能に応じた人員配置がなされていないことが課題として挙げられています。

地域医療構想では、平成26（2014）年から開始された病床機能報告制度を活用しつつ、病床機能の分化を図るとともに、医療機関相互の役割分担と連携を促進していくことで、患者の医療ニーズに即した医療を提供していく体制の構築を目指しています。

地域医療構想における「平成37（2025）年に必要となる病床数」と「平成27（2015）年度の病床機能報告制度による病床数」を機能別に比較すると、急性期機能を選択する医療機関が多く、特に回復期機能の不足が将来的に見込まれています。

そのため、各地域において、回復期病床の確保の必要性など、医療提供体制に関する状況を共有した上で、医療ニーズに対して過不足のない“地域全体として複数の医療機関が一つの総合病院であるかのように”機能するバランスの取れた医療提供体制となるよう、医療機関の自主的な取組に加え、地域医療構想調整会議等における継続した協議を行い、急性期から回復期への転換等を行っていく必要があります。

[地域の実情を踏まえた対応]

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。

札幌区域の例

平成37(2025)年以降も医療需要が増加することを見据え、回復期病床の確保や在宅医療等の推進などの他区域と共通する課題に加え、仮に現行の病床数で対応とした場合には、施設での看取りの充実等により、病床への依存度を下げることが検討する必要があります。

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。

また、各病院において担う役割に応じて最低限必要な病床・病棟単位（救命救急センターや周産期母子医療センター等）を運営する必要性があること等を踏まえて議論を行う必要があります。

[今後の方向性]

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。

あわせて、広域分散型の本道の地域特性を踏まえ、地域の中核的医療機関である地方・地域センター病院が地域の医療を支える役割を適切に果たせるよう、引き続き支援していくとともに、近隣の中核医療機関へのアクセスの状況を踏まえ、医療機関へのアクセス支援や健康診断受診率の向上、健診データ等を活用した健康づくりの推進など、予防も含めた総合的な対応を検討していく必要があります。

また、地域医療構想の実現を支援する仕組みである地域医療連携推進法人について、引き続き情報提供を行っていきます。

[回復期病床の確保]

回復期病床の確保に向けては、

- ①回復期の機能を担う病床に対する診療報酬上の評価が十分ではない、
- ②病床機能の転換に伴って新たに病棟で必要になることが多いリハビリテーション専門職の確保が困難、
- ③回復期病床を担当することについて、医療従事者やその他の関係者の理解を得るのに時間がかかる等の課題があります。

回復期病床は、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟に限られませんが、地域においては、医療従事者不足等を背景に地域包括ケア病棟の施設基準を満たすことが困難であるとの意見もあります。

そのため、道としても、地域で不足している機能の充足、特に回復期機能の確保に向け、病床転換に係る費用への支援に加えて、リハビリテーション専門職の採用支援を行うとともに、どのような役割・機能を担っても経営が一定程度成り立つよう、適切な診療報酬の設定を国に求めていきます。

また、回復期病床の確保の必要性などについて、既存の協議会において、医育大学を含めた関係者と議論していきます。

さらに、地域包括ケア病棟の診療報酬上の施設基準については、診療報酬上、医療資源の少ない地域に配慮した評価として専従要件の緩和等が行われていますが、対象地域の拡大や要件の更なる緩和等の必要性について更に実態を踏まえた検討を行った上で対応していきます。

【図表6-1/地域医療介護総合確保基金を活用した支援】

病床機能分化・連携促進基盤整備事業（H28）

地域医療構想の策定・実現を見据え、病床機能分化・連携を促進するため、各医療機関が実施する病床機能の再編などの整備に対して支援。

- 急性期病床等から回復期病床（地域包括ケア病床を含む）等への転換支援
- 介護施設、サ高住、シルバーハウジング等への転換支援

（病床機能の転換）

区分	内容	補助基準額	補助率
施設整備	病床機能を転換するために必要な病室や機能訓練室等の新築・改築・改修	454万円× 転換後病床数	1/2
設備整備	病床機能転換に必要な医療機器等整備	1080万円	

（介護施設等への転換）

区分	内容	補助基準額	補助率
施設整備	一般病床から介護施設等へ転換するために必要な増改築・改修	239万円× 転換前病床数	1/2
設備整備	機能転換に必要な機器等の整備	1080万円	

（理学療法士等の確保・資質向上）

区分	内容	補助基準額	補助率
雇用経費	急性期から回復期などに転換する病院の理学療法士等雇用経費	1人につき 給与(上限35万円)×12月 (計210万円上限)	1/2
研修経費	理学療法士等の技術研修の受入を行う都市部の医療機関を支援	講師謝金 @5千円×2時間×20日 代替職員派遣 @5千円×8時間×20日	

〔医療機関間の連携の推進〕

構想の実現に向けては、不足する病床機能を担う病床への機能転換に関する支援のみならず、医療機関が役割を分担して有効に機能するための連携方策が重要となります。

医療機関内及び医療機関間の連携を強化するためには、患者が状態に応じた病床等に円滑に移行できるよう、ICTを活用した診療情報共有や多職種連携の取組を引き続き推進することが必要であり、地域連携クリティカルパスの活用を促進するための取組を支援するとともに、ICTを活用した地域医療ネットワークの構築・活用を支援します。

[地域における議論・調整の推進]

これらの課題に対応していくため、医療機関の自主的な取組に加え、地域医療構想調整会議等における継続した協議を行います。

各地域の地域医療構想調整会議等の場においては、医療計画の進捗状況を踏まえ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。

疾病ごとの検討に当たって、疾病ごとの特性に留意しつつ、地域連携クリティカルパスを活用した地域連携体制の構築状況など、次期北海道医療計画及びその他関連する次期計画との整合性を図りつつ、5疾病・5事業及び在宅医療を中心として議論を行います。

その際には、今後、がん、心疾患、肺炎、脳血管疾患等が増加する地域が多くなることに留意するとともに、特に、在宅や介護施設で発生する誤嚥性肺炎・心不全について、すべて急性期病床への入院で対応すると立ち行かなくなるおそれがあり、口腔ケアや在宅服薬指導などを通じた予防に取り組むとともに、医療・介護保険制度の動向も踏まえつつ、地域においてどのように対応すべきなのかについて、住民の理解を得ることを含めて考える必要があります。

また、今後、認知症高齢者の数は平成37（2025）年には約700万人、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達すると推計されており、認知症が大きな課題になります。特に一般病院においては、今後、認知症を合併した患者が増加することを踏まえ、身体合併症と認知症への対応がバランス良く行われ、本人主体の医療・介護等が徹底される必要があります。そのため、医療機関における認知症への対応力の向上を支援するとともに、医療・介護等の有機的な連携を推進していきます。

【図表6-2／札幌市手稲地区における取組】

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)

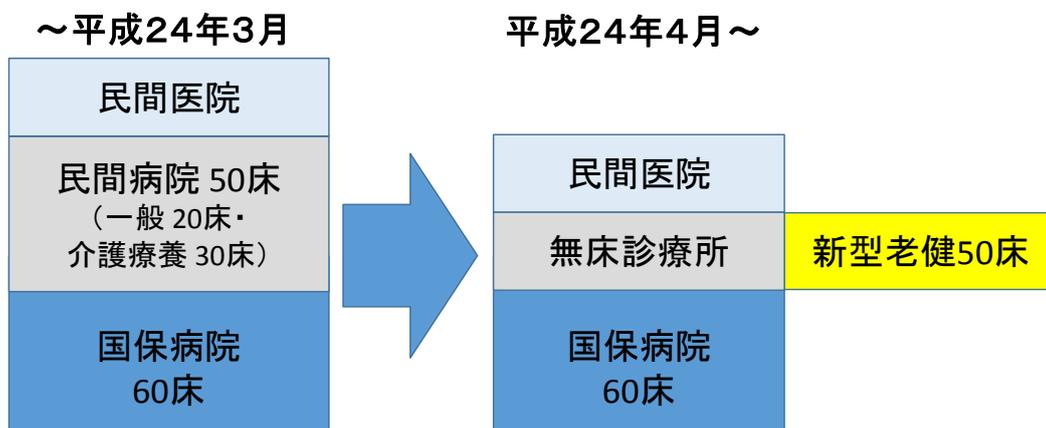
【図表6-3／足寄町における取組】

医療機関間の役割分担の推進

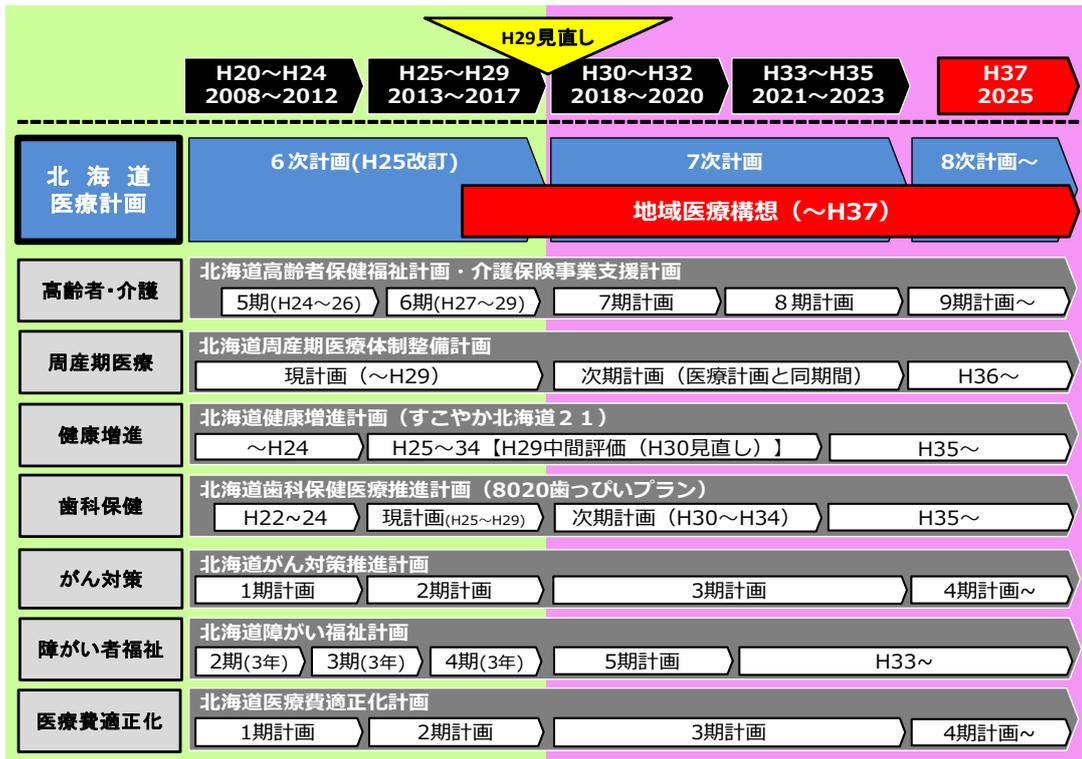
例：足寄町における取組

【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、双方合意の基、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



【図表6-4／医療計画の関連計画等】



【自治体病院等の広域化・連携及び新公立病院改革プランに基づく取組について】

道においては、これまで、平成20年1月の「自治体病院等広域化・連携構想」に基づく取組を進めてきましたが、今後は、各自治体病院で新公立病院改革プランを策定し、地域医療構想の中で、地域医療の確保と病院経営の健全化に向けた取組を進めていきます。

【自治体病院等広域化・連携構想に基づく、これまでの取組例】

〔上川北部〕

名寄市立総合病院を中核医療機関として、医師派遣やビデオ会議システムを活用した周辺医療機関への支援、士別市立病院や市立稚内病院などとのICTを活用したネットワークの構築を実施。

〔中空知〕

砂川市立病院による奈井江町国保病院との医療連携協定の締結、診療連携の構築や医師派遣の実施、CT、MRIなど高度医療機器の共同利用、砂川市立病院を中心とした患者情報共有ネットワークの構築を実施。

新公立病院改革プランに基づく取組については、地域医療構想との整合性に十分留意し、自院のみならず地域の医療提供体制を踏まえつつ、地域医療の確保と経営の健全化に取り組む必要があります。

その際には、各地の好事例を踏まえ、必要な取組を確実に実施していきつつ、国に対し、地方財政措置の充実を求めています。

[道が保有しているデータについて]

これらの議論を行っていくに当たっては、より一層、データに基づく議論を行うことが重要であり、どのようなデータ分析が可能であり、議論に資するか、関係者の意見を伺いつつ、検討していきます。

例えば、病床機能報告制度については、病棟ごとの医療機能だけではなく、構造設備・人員配置や具体的な医療の内容に関する項目も報告されており、これらの効果的な活用・広報方法を検討します。

なお、データを収集する際に使用目的を制限していることなどにより、すべてを公開できるわけではないことに留意が必要です。

また、DPC病院に限られているなど、データには自ずと制約があることから、データに頼りすぎることなく、地域の関係者の意見を聞くなど、定性的なデータで補いつつ、議論を進めます。

【国から提供されているデータ（例）】

NDBデータによる5疾病・5事業及び在宅医療に関する都道府県別、二次医療圏別等のデータ

- 各疾病・事業に関連する医療施設、医療従事者等の指標（数値）
- 外来・入院患者の流出入の実績
- 入院治療を行っている施設までの移動時間別に地域を区分したアクセスマップと地域の人口カバー率
- 移動時間が短い医療機関に救急患者が受診するという一般的な傾向を前提とした救急車搬送入院の分担エリアを地図で表示

[長期的な医療・介護の必要量を踏まえた対応]

今後、介護サービスの必要量が医療サービスの必要量を上回って延びていく見込みであることを踏まえると、医療と介護を総合的にとらえるとともに、地域の実情に応じて、病棟を介護施設や高齢者住宅等に転換していくことも検討する必要があります。

また、医療・介護サービスの必要量がいつピークを迎え、ピークを過ぎた後どのように対応していくかを考慮した上でサービスの整備を行っていく必要があり、特に新規に施設整備を行う際には、病院の耐用年数が最長39年と設定されているなど、長期間使用されることを踏まえ、平成37（2025）年において必要となる病床数のみならず、さらに長期的な地域の医療ニーズを踏まえて、将来的に機能転換や医療施設以外での活用を行う可能性なども視野に入れて行うことが望まれます。

3 医療と介護が連携した地域包括ケアシステムの構築

[基本的な考え方]

団塊の世代（道内約40万人）が75歳以上となる平成37（2025）年以降、地域により差はありますが、多くの地域では医療や介護の需要が更に増加することが見込まれていることから、医療や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ることができる環境整備を進めることが必要です。

今後、病床機能の分化・連携を進めるに当たっても、その前提として、在宅医療を推進し、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ことにより、退院後の受皿となり、患者の療養生活を地域で支える体制づくりが重要になります。

このような地域包括ケアシステムの構築に向けては、社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月）に記載されているとおり、「医療サービスや介護サービスだけでなく、住まいや移動、食事、見守りなど生活全般にわたる支援を併せて考える必要があり、このためには、コンパクトシティ化を図るなど住まいや移動等のハード面の整備や、サービスの有機的な連携といったソフト面の整備を含めた、人口減少社会における新しいまちづくりの問題として、医療・介護のサービス提供体制を考えていくことが不可欠」であり、医療・介護分野だけではなく、住まいや交通のあり方など地域全体を見据えた議論が必要となることから、関係する多様な主体の中でも、特に市町村の役割は重要です。

一方で、積雪寒冷で広域分散型の本道においては、在宅医療や介護保険サービスの提供体制の整備には様々な課題があり、あらゆる地域で在宅医療などを等しく推進していくことは現実的ではありません。しかしながら、医療資源に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、I C T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。

また、地域包括ケアシステムの対象は本来高齢者に限られるものではなく、年齢にかかわらず、地域の住民すべてがその住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにしていく必要があることから、小児等に対する在宅医療を推進していくとともに、その人の生活を支えるという観点から地域のソーシャルキャピタルも活用し、福祉、教育、雇用等の関連行政・関係者が連携する体制を構築していくことを目指します。

【図表6-5/足寄町における取組】

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

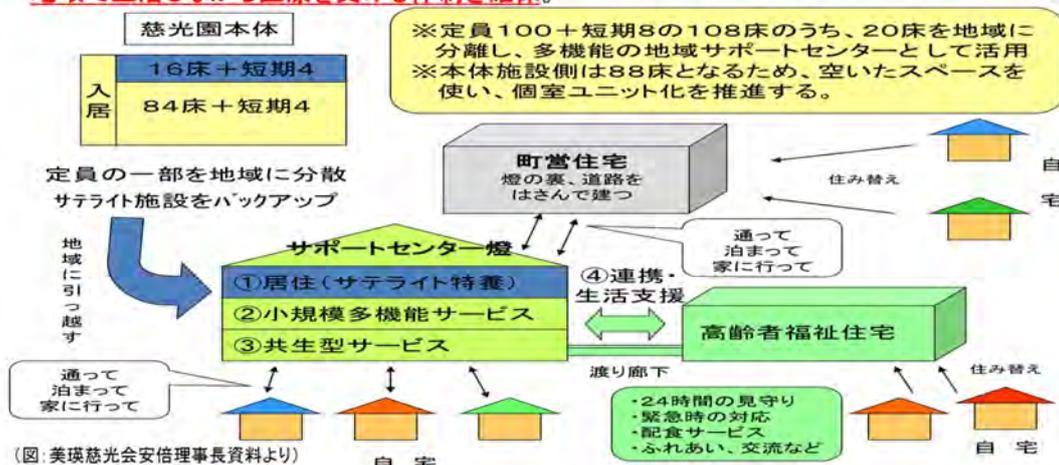
- 足寄町では、高齢者が退院後や冬季、農繁期等に一時居住できる「**生活支援長屋**」（定員20人）を高齢者等複合施設（むすびれっじ）に開設（平成27年4月～）。
- 生活支援長屋においては、「急性期病院から退院する際、自立した生活になじんだ上で自宅に帰るための一時的な住まい」「雪かき等が厳しい冬季の居住」「農繁期や家族介護者急病時の一時的な対応」など、**住民のニーズに柔軟に対応し、入院以外の選択肢を整備**。
- 部屋代を3ヶ月まで無料、6ヶ月まで半額にするなどの利用支援を実施。
- 併設している地域交流施設や農園等を活用し、**部屋に閉じこもらせない、元気になるための支援を実施**。



【図表6-6/美瑛町（美瑛慈光会）における取組】

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**。



[中長期的な視点からの対策]

地域医療構想における必要病床数を推計する際、慢性期の患者の一部を在宅等で対応する（医療区分1の70%を在宅等へ移行する）と想定していますが、これは、現在療養病床に入院している患者を自宅等に移すというよりは、平成37（2025）年に向けて、今後は在宅療養できる体制としていくことを想定しています。

そのため、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。

※「フレイル対策」

加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態を「フレイル」と呼び、低栄養や筋力低下等による心身機能の低下の予防など、適切な介入、支援を行っていく必要があります。

※「口腔ケア」

要介護高齢者に発生しやすい肺炎の多くは誤嚥が原因と言われており、誤嚥による肺炎は口腔衛生状態が悪いと発生しやすいことから、口腔ケアによる予防対策が重要となります。医療機関のみならず、在宅や介護施設における口腔ケアの実践を支援していく必要があります。

※「服薬管理」

高齢者等の在宅患者は、自分で服薬管理することが難しく、薬の飲み忘れや飲み残しなどが見られることから、患者が医薬品を適正に使用できるよう、薬剤師による適切な薬剤管理指導を行える体制を作ることが必要です。

〔自宅以外の住まいの確保〕

慢性期の患者の一部を「在宅等」で対応するとの想定は、いわゆる純粋な自宅だけではなく、早めの住み替えによるサービス付き高齢者向け住宅や公営住宅、特別養護老人ホーム、老人保健施設等における受入れも想定したものです。

このように、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、「自宅に対応することは無理だから入院」ではなく、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。

特に、広域分散型で積雪寒冷である本道においては、より一層、このような一定の集住を促進することが必要であり、道内には、様々な住まいにおいて在宅医療や生活支援を受けつつ、地域での生活を継続している例があります。

【図表6-7／奈井江町における取組】

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。



【図表6-8/鹿追町における取組】

例：鹿追町における取組

- 鹿追町では、鹿追町国民健康保険病院の隣接地に、**屋根付きの通路で結ばれた高齢者専用住宅**を段階的に18戸建設。
- 高齢者専用住宅の住民だけでなく、**地域住民との交流等を目的**とした自立生活支援センターを併設。
- **通院・在宅サービスの必要性が高い、市街地に住宅がなく遠距離の通院を余儀なくされているなどの入居条件**を設定。
- 管理人が**1日2回の安否確認**や夜間オンコール対応を実施。
- 住民同士で散歩に行ったり、除雪を行ったりするなど、地域の中で社会参加することが増えており、閉じこもりや孤独死を減らすことができている。



高齢者専用住宅単身世帯の部屋



自立生活支援センター内

【図表6-9/下川町における取組】

例：下川町における取組

- 下川町では、**特養に生活支援ハウス**を併設(18戸、うち夫婦用居室が2戸)。60歳以上の一人暮らし又は夫婦の方で、自炊及び日常生活を維持できる程度の健康状態にあり、生活に不安を抱える方が居住。
共用スペースでは**食事提供や介護予防事業としてサロン事業を実施**。
- その他にも、**共生型住まいの場「ぬく森」**を開設(13戸の居室)。入居者のみならず、**周辺住民で食事づくりに不安のある高齢者等も対象として、給食サービスを提供**。
多目的ホールでは**介護予防事業としてサロン事業を実施**。
- また、市街地から離れた集落(一の橋地区)に、**集住化住宅「一の橋バイオビレッジ」**を建設(26戸の住宅と地域食堂、住民センター、宿泊棟)。
地域おこし協力隊をはじめとする若者も集住化住宅で暮らし、見守り・生活支援などを実施。地域食堂では配食サービスも実施。



生活支援ハウス外観



共生型住宅「ぬく森」
多目的ホールとその周囲の居室



集住化住宅
「一の橋バイオビレッジ」の外観

その際には、空き家の活用や分散型のサービス付き高齢者向け住宅の活用など、既存ストックの活用を行うことが重要であり、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。

【図表6-10／本別町における取組】

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

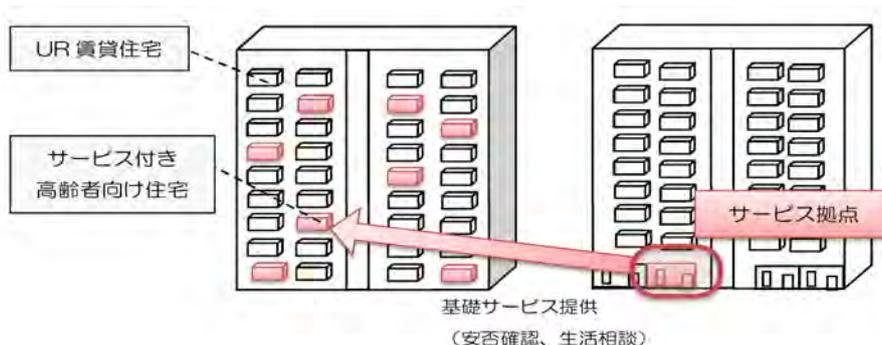


【図表6-11／高島平団地（東京）における取組】

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向け住宅は、**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

今後、慢性期病床を有する医療機関が建て替え等を行う場合においては、地域医療構想における医療ニーズに加えて、このような区域内の居住系施設の動向も踏まえ、地域における医療従事者を有効活用するという観点からも適正な病床数とすることが必要となります。

また、ハードの整備のみならず、患者の希望を踏まえつつ、地域の医療・介護等のサービスに適切につながることができる人材の配置など、ソフト面での体制づくりも併せて実施していくことが必要です。

【図表6-12/足寄町における取組】

【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。時間がたつて福祉課の窓口相談してきたときには、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りする。
- ・ 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**。

〔在宅医療と介護の連携促進〕

地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅医療と介護の連携を強めるため、介護保険制度の地域支援事業において「在宅医療・介護連携推進事業」が平成27年度から導入され、平成30年度から8つのメニューすべての実施が義務化されるなど、各市町村の取組が重要となっています。

医師、看護師、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員、リハビリテーション専門職、医療ソーシャルワーカー（MSW）など医療と介護に関わる様々な職種が連携し、患者・家族の意向に沿った支援をしていくためには、在宅サービスの担い手拡大とともに、在宅医療・介護連携推進事業等を通じて、情報共有と役割分担のルールづくりなどに取り組み、①病院からの退院時、②日常の療養時、③急変時の対応、④看取りの各場面において多職種の連携体制を構築していくことが必要となります。

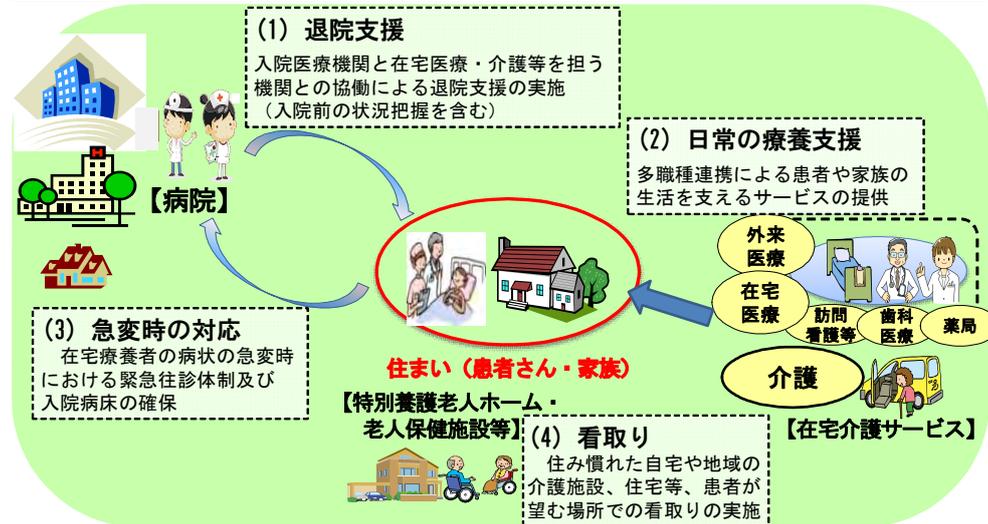
これらの対応は、今後さらに増加することが見込まれる認知症高齢者の方々が、その意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で、自分らしく暮らし続けることができるようにしていく上でも重要です。

道においては、こうした市町村における取組が円滑に行われるよう、保健所を中心とする区域ごとの協議会等を通じて、多職種の合同研修会の開催など、広域連携の構築支援やその他の技術的な支援を行います。

【図表6-13／在宅医療の推進と介護の連携について】

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、①在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業）等を通じ、**(1) 病院からの退院時、(2) 日常の療養時、(3) 急変時の対応、(4) 看取りの各場面において医療と介護の連携を進めるとともに、②在宅サービスの担い手拡大**が必要となる。



【図表6-14／在宅医療・介護連携推進事業】

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、郡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。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の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在宅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、多職種連携の実践を習得 ◆ 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

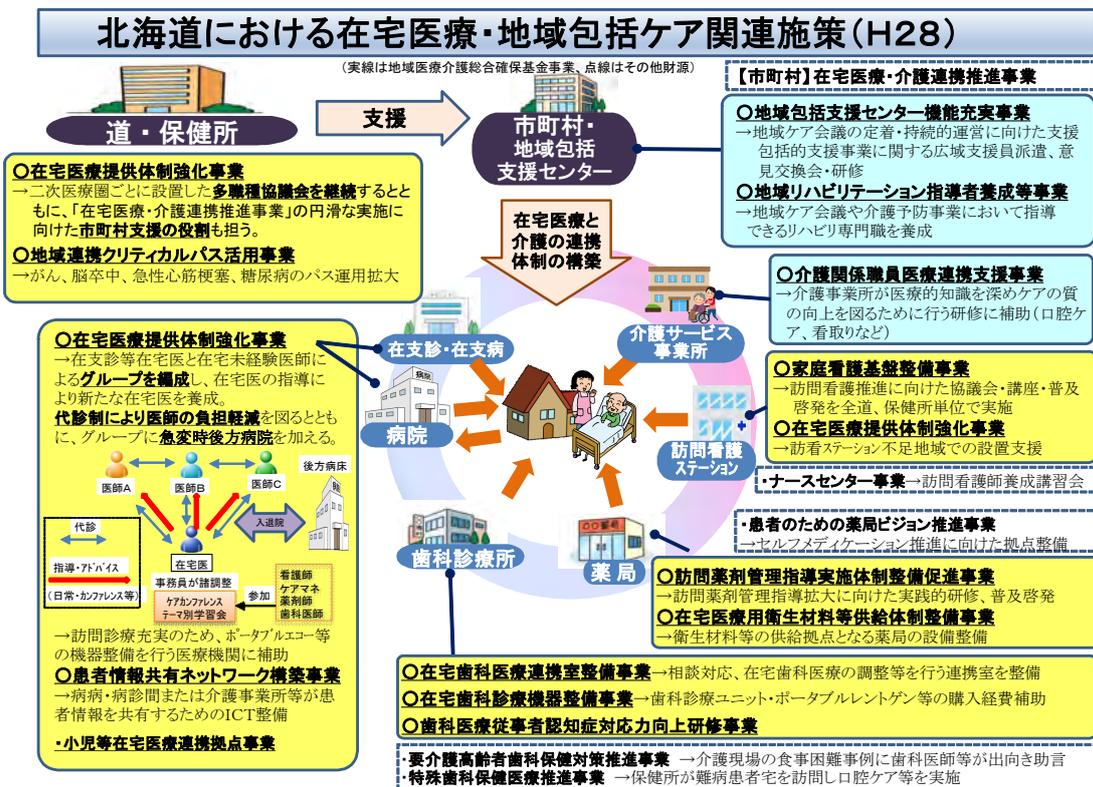
[在宅サービスの担い手拡大]

在宅医療の推進に向けては、その担い手を拡大していく必要があります、

- ・ 在宅医療を行う医師を養成するとともに、在宅医療を担う医師の負担軽減や多職種連携体制づくりを図るため、グループ制の導入支援を行う。
- ・ 訪問看護を推進するため、保健所を中心とした協議会を開催し、研修等を行うとともに、訪問看護ステーションが不足する地域での設置を支援する。
- ・ 介護事業所の職員が医学的知識を深め、ケアの質の向上を図るため、口腔ケアや看取りなどの研修を行うことを支援する。
- ・ 在宅歯科医療や口腔ケアの提供体制を整備していくため、在宅歯科医療連携室等を拠点として、相談対応や在宅歯科医療の調整等を行う。
- ・ 訪問薬剤管理指導拡大に向けた実践的な研修等を行う。
- ・ 地域において高齢者等の見守りをを行っているボランティアや住民組織への支援、関係機関との連携を促進する。

等の取組を進めていきます。

【図表6-15/北海道における在宅医療・地域包括ケア関連施策（H28）】



【図表6-16／在宅医療の実施状況】

構 想 区 域	実 施 施 設 数				左記のいずれかを実施する施設が所在する市町村		
	病 院		診 療 所		合 計	施設あり	施設なし
	在宅療養支援病院	その他訪問診療を実施する病院	在宅療養支援診療所	訪問診療を実施する一般診療所			
南 渡 島	3	1	27	56	87	7	2
南 檜 山	0	2	0	1	3	3	2
北 渡 島 檜 山	0	2	1	2	5	4	0
札 幌	28	0	172	191	391	8	0
後 志	1	0	25	40	66	15	5
南 空 知	0	0	14	21	35	6	3
中 空 知	0	0	8	14	22	7	3
北 空 知	0	0	1	5	6	4	1
西 胆 振	0	1	2	13	16	4	2
東 胆 振	1	0	7	14	22	5	0
日 高	1	0	2	9	12	7	0
上 川 中 部	4	0	34	39	77	7	3
上 川 北 部	1	0	4	3	8	4	4
富 良 野	0	0	2	4	6	3	2
留 萌	1	2	3	7	13	6	2
宗 谷	0	2	1	4	7	5	5
北 網	1	1	7	11	20	6	4
遠 紋	1	2	0	4	7	6	2
十 勝	4	0	18	39	61	16	3
釧 路	1	0	5	17	23	5	3
根 室	2	1	0	2	5	3	2
合 計	49	14	333	496	892	131	48

※「在宅療養支援病院」、「在宅療養支援診療所」：「届出受理医療機関名簿」(平成28(2016)年4月1日現在)

※「その他訪問診療を実施する病院」：厚生労働省「医療施設調査」(平成26(2014)年10月1日現在)

※「訪問診療を実施する一般診療所」：厚生労働省「医療施設調査」(平成26(2014)年10月1日現在) ～【注】在宅療養支援診療所の一部を含む



[急性期病院を含めた地域における多職種連携の推進]

在宅医療の推進に当たっては、急性期病院の意識と取組も重要です。多職種からなる栄養サポートチーム（NST）の支援により栄養状態の改善を図ることや摂食嚥下リハビリテーションにより早期に経口摂取を再開すること、早期に離床やリハビリテーションを実施することなど、患者の生活能力を極力維持する取組を進めるとともに、在宅復帰は無理と早期に決めるのではなく、地域の資源を把握した上で、患者の希望や生活歴等を踏まえながら、極力地域に患者を帰していけるよう支援していくことが重要です。

退院支援に向けては、看護師や医療ソーシャルワーカー（MSW）などを配置した退院支援室を設置する医療機関も増えていきます。診療報酬上も退院支援に関する取組について評価の充実が図られているところであり、病院において退院支援に向けて早期に介入することや退院支援・退院調整体制を強化することが重要です。

このような取組を実施していくためには、院内の取組のみならず、地域の介護関係者を含めた多職種の連携が必要であり、具体的な連携体制について、地域ごとに連携方法を話し合い、ルール化などを進めていくことが重要です。

医療と介護の連携については、使われる用語が異なる、お互いの状況が見えないなど、様々な課題が指摘されていますが、関係者がコミュニケーションを取り、情報共有と連絡調整を行うことで解決できる課題も多いことから、関係者の橋渡しをする場を作り、具体的な課題を共有して、地域のルールづくりなどの解決に向けた取組を協調しながら実施していく必要があります。

また、多職種連携のあり方については、地域の資源や関係者の考え方などにより様々な形があり得ることから、患者・住民が地域で暮らしていくためには多職種が連携して包括的なサービスを提供していく必要があるという原則を共有しつつ、地域の実情に沿った、関係者が動きやすい形で実施していくことが重要です。

これらの課題に対応するため、各市町村における在宅医療・介護連携事業のみならず、道としても、地域ごとの連携協議会等を通じて、そのような場づくりを支援し、看護連携の推進や急性期病院への説明等を通じて連携体制の構築を支援していきます。

さらには、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。

【地域での取組事例】

十 勝

- ・ 地域連携に関する調査やインタビュー等を踏まえ、機能や職種を越えて「地域全体で」在宅移行支援を行うこととし、公募による地域の看護職が中心となって「在宅移行支援ナビ」を作成。
- ・ 北海道看護協会の事業を活用し、大規模病院の看護職も看護協会の研修扱いで訪問看護に同行できる仕組みを構築。

北 見

- ・ 患者の入退院時に関係者間で情報共有が図られるよう、連絡ルールを作成。
- ・ 作成に当たっては、入退院連絡に関する調査や、市内有床医療機関への説明、市内全ケアマネージャーが参加する会議及び医療機関・ケアマネ連携会議の開催などを行い、行政が行司役となって入念なすり合わせを実施。今後、定期的に検証と見直しを行っていく予定。

[人生の最終段階における医療]

死生観や価値観の多様化が進む中、社会保障制度改革推進法（平成24年法律第64号）や持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年法律第112号）で規定されているとおり、「個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」が求められています。

人生の最終段階における医療については、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による意思決定を基本として進めることが重要です。国では、人生の最終段階を迎えた患者や家族と医療従事者が、最善の医療やケアを作り上げるための合意形成のプロセスを示すものとして、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定しているところであり、道としても、これらの取組を広く道民にお知らせしていきます。

[自宅や介護保険施設等での看取りの実施支援]

このような観点や病床への依存度を下げるとの観点から、自宅や介護施設等の住み慣れた場所での看取りに対応できる環境づくりに向けて、介護事業所の職員に対して看取りなどの研修を行うことを支援するとともに、区域ごとの協議会等を通じて、多職種連携の構築などの取組を行っていきます。

[行政内の連携の徹底]

地域包括ケアシステムを構築していく上で、行政においても、医療担当、介護担当その他とでいわゆる「縦割り」があり、連携が不十分との指摘があります。

このような課題に対して、医療と介護とを統括する部署を設置している自治体もありますが、地域包括ケアシステムについては医療や介護のみならず住まいや街づくりなど広範な分野に及ぶことから、住民の生活を支えるとの観点で施策を推進していけるよう、情報共有を密にするなどの体制づくりをしていくことが重要です。

こうした点についても、他地域の好事例の提供などを行っていきます。

4 医療・介護従事者の確保・養成

(1) 基本的な考え方

広域分散型の本道においては、医育大学や大規模病院などが都市部に集中していることもあり、医師、看護師等の医療従事者の地域偏在が生じています。

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。

特に、北海道における医療・福祉分野の就業者数は増加しているものの、少子化の影響により全産業就業者の増加は見込めない状況であり、新卒者の確保の取組に加えて、離職防止、潜在資格者等の復職などの取組を進めることが必要になります。

また、医療従事者の地域への定着を図るためには、道が実施する広域的な施策に加え、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。

さらには、労働力人口の減少を踏まえると、地域において各分野ごとの専門職を確保することが困難になっていく可能性があることから、全世代を対象とした地域包括ケアシステムを構築していくことを視野に入れ、医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直し等に関する国の検討状況を注視していく必要があります。

(2) 具体的な取組について

[医師の確保・養成等]

- ・ 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します。
- ・ 将来医師として道内の医師が不足する地域に所在する公的医療機関に勤務する者に対して「北海道医師養成確保修学資金」を提供する、いわゆる「地域枠」制度の安定的な運用を図ります。
- ・ 地域において医療従事者を養成し、将来的な定着を図るためには、小・中学生の段階から、医療について学び、ふれあう機会が重要です。

このため、北海道医師会、市町村、教育委員会、小・中学校等の協力を得て、小・中学生を対象とする医療体験事業（地域医療を担う青少年育成事業）を引き続き実施していくとともに、道内でこうした取組が広く実施されるよう推進していきます。

- ・ 「地域医療に対する勤務医アンケート」（平成27年北海道保健福祉部）によれば、医師不足地域での勤務に必要な条件として、「医師の勤務環境に対して地域の理解がある」ことが挙げられており、地域勤務を経験して実感したこととして「患者、住民から必要とされる充実感」が挙げられているなど、地域で医療を支える活動が重要です。

医師等の医療従事者が地域に定着するためには、魅力あるまちづくりや患者である地域住民等の医療に対する理解が不可欠であり、地域で医療従事者及び医療機関を支える先駆的な取組を各市町村に積極的に周知するなど、道内外の医療従事者が地域に定着しやすい環境づくりを目指します。

【図表6-17／住民・団体による地域医療を支える取組の例】

【医療従事者等との交流】

- 医師、看護師などの医療従事者及びその家族との交流会の開催
- 町立病院に研修に来た学生や研修医を歓迎する食事会の開催

【住民への啓発等】

(いわゆるコンビニ受診の在り方や救急車の利用等に関する啓発など)

- 「地域医療を考える」講演会等の開催
- 広報誌の発行
- 健康まつり等の開催

【ボランティア活動等】

- 院内における外来誘導や清掃、花壇の整備など
- 院内食堂の運営
- ひな人形、五月人形、クリスマスツリーなどの院内展示
- 院内コンサートの開催
- 小児科病棟での読み聞かせ、折り紙、紙芝居等の活動
- 会員証の発行(提示)による飲食店や温泉入浴料等の割引の実施

(「市町村における地域医療の確保に関する事業等調査」(平成28年2月 北海道保健福祉部))

また、道が実施する広域的な施策はもとより、道内市町村においては、修学資金貸付や各種補助金・助成金など、市町村による地域医療確保に関する事業を行っている例も多いことから、引き続き、このような取組を推進していきます。

【図表6-18／沼田町における取組】

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

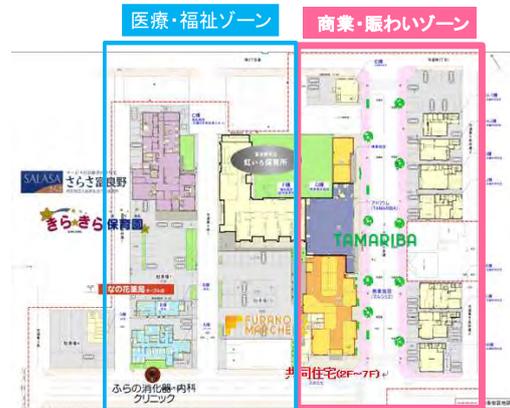


【図表6-19／富良野市における取組】

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。



[総合診療専門医の養成]

高齢化の更なる進展に伴い、複数の疾患を抱える患者の増加が見込まれる中、総合診療医は、その学術的な専門性を背景に他の領域別専門医や多職種と連携し、地域の医療、介護、保健等の様々な分野において地域のニーズに対応できる重要な役割を担うことが期待されています。

具体的には、

- ①都市部の診療所において、周辺医療機関と連携し、地域ニーズに対応した外来を行うことや在宅医療を提供するモデルとして中心的な役割を担うこと、
 - ②地域の診療所・病院において、幅広い疾患への対応や救急医療への対応を行うこと、さらには市町村と連携した予防医療・健康増進施策に関与すること、
 - ③総合病院において、他の専門診療科と連携しつつ、複数の健康問題を抱える患者に対応することや退院支援、地域連携機能を担うこと
- などが期待されます。

広域分散型の本道においては、他の専門医療機関までのアクセスに制約があることから、特に地域の診療所や病院における役割が重要であるとともに、教育の場としても積極的な活用が期待され、総合診療医の必要性が高いと考えられることから、このような状況を踏まえつつ、医育大学や北海道医師会及び専門医を養成する医療機関等で構成する協議の場において、総合診療専門医の養成・確保に向けた検討・協議を進めるなど、総合診療専門医養成の支援等を行っていきます。

[看護師の確保・養成等]

- ・ 看護職員を希望する学生を確保するため、道内高校生などの看護に対する理解を深めることを目的に「ふれあい看護体験」や「進学相談会」を実施するとともに、養成施設の整備や運営などに対する支援に努めます。
- ・ 地域における看護職員の就労を促進するため、道立高等看護学院での推薦入学制度や看護学生に対する修学資金貸付金制度について、資格取得後の就業施設の要件を設定するなど、効果的な運用を図ります。
- ・ 未就業や離職した看護職員の再就業を促進するため、ナースセンター事業において、離職した看護職員の届出制度を有効に活用しながら未就業看護職員に対する就業相談や求人・求職相談を行います。
- ・ 課題となっている地域偏在の緩和を図るため、看護職員としての豊富な経験を持つ退職者等を地域の病院等へ派遣する地域応援ナースや、地域の産科医療機関へ助産師を派遣する助産師出向支援導入事業の取組を進めます。
- ・ 在宅医療の推進には訪問看護の充実が不可欠であることから、関係機関と連携し、訪問看護に関わる人材育成の推進を図ります。

[薬剤師の確保・養成等]

- ・ 本道では薬剤師の地域偏在が大きいことから、地域における薬剤師の確保を図るため、未就業薬剤師等に対する復職支援、薬剤師バンクによる就業あっせん、薬剤師の確保が困難な地域の医療機関及び薬局に対する派遣事業の運営などに対する支援に努めます。

[歯科医師・歯科衛生士]

- ・ 誤嚥性肺炎や低栄養の予防を図る口腔ケアの実践を支援していくために、歯科医師及び歯科衛生士の人材の確保に努めます。

[リハビリテーション専門職]

- ・ 今後ニーズが増加する回復期病床等において重要な役割を果たす、理学療法士、作業療法士、言語療法士等の確保を支援するため、病床転換に伴うリハビリテーション専門職の雇用や資質向上のための研修について医療機関を支援します。

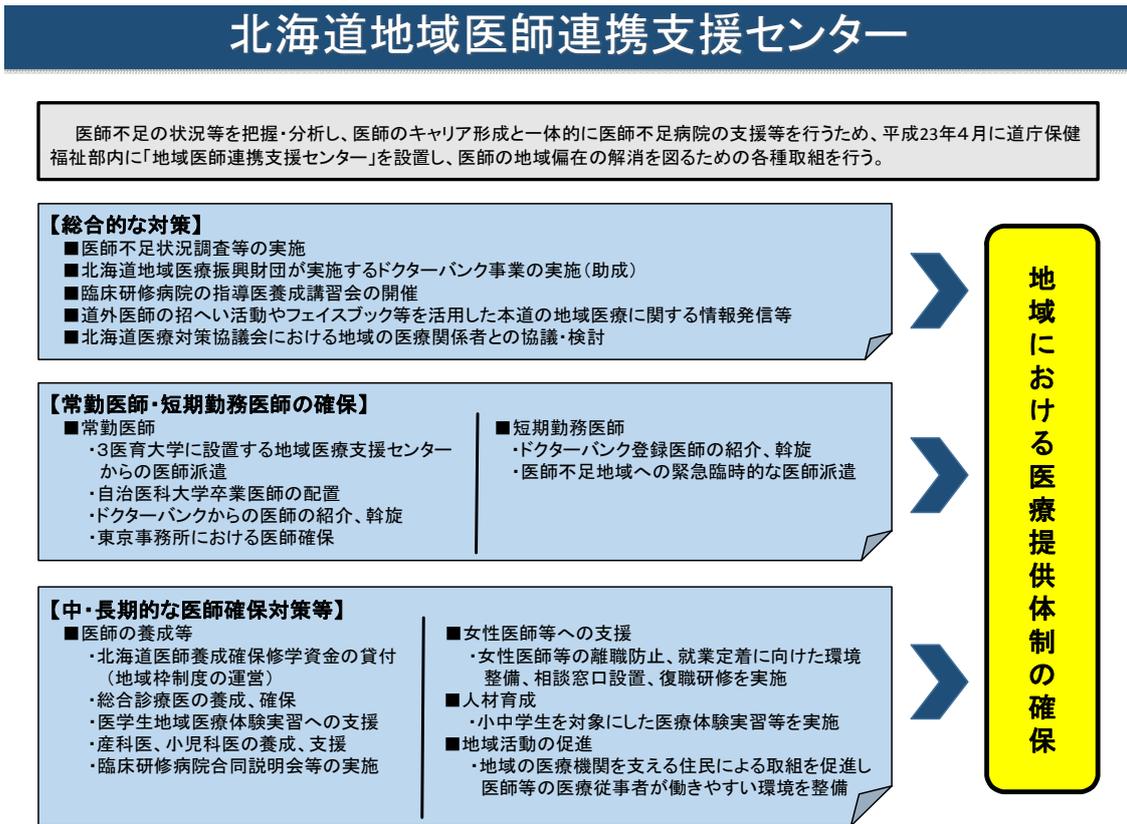
[介護人材の確保・養成]

- ・ 介護人材の確保に向けては、雇用・福祉・教育分野の行政機関や介護事業所団体等で構成する「北海道介護人材確保対策推進協議会」のネットワークを最大限活用しながら、幅広い施策を総合的に実施します。
- ・ 具体的には、潜在的な有資格者の掘り起こしや、労働環境・処遇の改善に向け離職防止等に取り組む事業所への相談支援など即効性のある取組に加え、長期的視野に立ち、幼少期からの福祉・介護への理解促進に向けた取組を継続して実施するとともに、介護を必要としない高齢者や主婦層の参入など、多様な人材の参入促進を図ります。
- ・ また、介護職員の資質の向上を図るため、知識・技能の向上やキャリア形成のための研修を実施するほか、新人介護職員の育成と職場定着を図るため、管理的立場の職員を対象とした職場内のコミュニケーションと組織力の向上を図る研修を実施します。

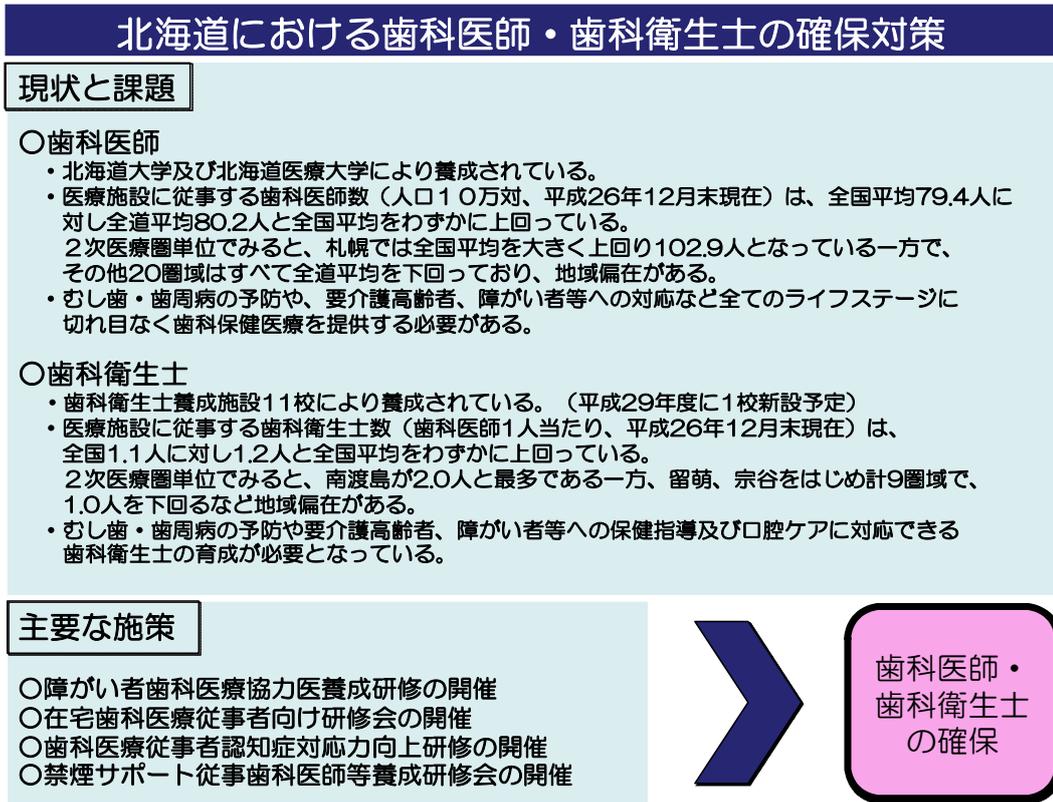
[医療機関における勤務環境改善による離職防止]

- ・ 医療機関における勤務環境改善や女性医師等の復職支援などに関する医療機関等における取組を支援します。
- ・ 看護師等の就業定着を図るため、病院内保育所の運営や短時間正職員制度などの多様な勤務形態を導入する医療機関の取組を促進するとともに、新人看護職員の早期離職防止を図るため、卒後1年未満の看護職員の臨床実践能力を向上させる研修を行う医療機関の取組を促進します。

【図表6-20／北海道地域医師連携支援センターの概要】



【図表6-21／北海道における歯科医師・歯科衛生士の確保対策】



【図表6-22/北海道における薬剤師の確保対策】

北海道における薬剤師の確保対策	
<p>● 背景</p> <ul style="list-style-type: none"> 北海道は積雪寒冷という気候に加え、広大な面積を有していることから、人や施設が広域分散している。また、他都府県と比べ病床数が多いという地域特性があり、人口1万人対の薬剤師が全国平均を上回るのは札幌圏のみとなっており、地域偏在が極めて大きい。 近年、医療機器等の高度化や在宅医療の推進など薬剤師の業務が多様化・複雑化する中で、都市部を除く多くの地域では、今後さらに薬剤師不足が深刻化すると考えられることから、取組の推進が必要。 <p>● 現状の分析と課題</p> <p>○ 男女の割合</p> <ul style="list-style-type: none"> 性別を見ると、北海道では男性と女性がほぼ同じ割合となっている(平成26年末現在)。 <p>○ 業務の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療の高度、専門化に伴い、薬剤師の業務も高度化。 在宅医療の進展に伴う薬剤師の役割の拡大 <p>➡ 育児や子育てなどで職を離れた女性薬剤師等が現場に復帰しやすくなるよう、最新の知識・技術や在宅医療、多職種連携に関する知識を習得できる研修の機会が必要</p> <p>○ 就業の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 人口1万人対の薬剤師数は、全国でH18は19.8からH26は22.0と増加しているが、道内ではその半数にも満たない地域が依然としてあり、薬剤師が増え都市部の医療機関や薬局に就業が集中する地域偏在は解消されておらず、地域での確保が困難。 <p>➡ 地域偏在の是正を図るため、地域の医療機関や薬局への就業促進の取り組みが必要。 確保が特に困難な自治体病院等に対する支援</p>	<p>● 目標</p> <p>○ 就業斡旋及び派遣事業</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬剤師の就業支援する「北海道薬剤師バンク」による、未就業薬剤師の就業斡旋・マッチングへの支援を行う。 特に薬剤師の確保が困難な地域の医療機関及び薬局に対する薬剤師派遣に対する支援を行う。 <p>○ 未就業女性薬剤師等の復職支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 未就業者からの復職要望を掘り起こし、北海道薬剤師会・医育大学附属病院・薬科大学が連携して実践的な復職プログラムを構築・実施し、再就職の支援を図る。 <p>○ 知識や技術の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 調剤技術などの最新の知見、技術や在宅医療、多職種連携など知識向上のための研修への支援を行う。 <p>● 具体的な主要施策</p> <p>■ 就業斡旋及び派遣事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 就職希望薬剤師のマッチング ⇒ 自治体病院等への薬剤師派遣調整 <p>■ 未就業女性薬剤師等の復職支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 広報等による北海道薬剤師バンク登録者への就労支援 ⇒ 復職支援プログラムによる復職研修事業 <p>■ 知識や技術の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 訪問薬剤管理指導実施体制整備促進事業の実施

【図表6-23/北海道における看護職員の確保対策】

北海道における看護職員の確保対策	
<p>● 背景</p> <p>北海道は積雪寒冷や広域分散といった地域特性から他都府県に比べ病床数も多く、人口10万対の看護職員数は全国平均を上回っているものの、二次医療圏によっては差がみられる。</p> <p>社会保障制度改革に伴う在宅医療の推進など、新たな需要や役割も見込まれることから、就業数の確保に向け、看護職員の「養成」、「就業定着」、「再就業促進」、「質の向上」の4つを柱に取組の推進が必要。</p> <p>● 現状の分析と課題</p> <p>○ 養成の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 全道の看護師等学校養成所は60施設76課程、1学年養成定員計は3,730名。(平成28年4月現在) <p>➡ 学校養成所の定員は少子化の進行等に伴う受験者の減少などから大幅な増員は難しいが、適切な看護教育が実施できるよう助言を行うとともに、教員養成、実習指導者講習会の実施や養成所の運営に対する支援を行う。</p> <p>○ 就業の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 本道の平成26年末看護職員就業数は、81,579人となっており、増加傾向にあるが、診療報酬における看護師配置基準の影響を受け、都市部の大病院に集中し、地域病院等での確保が困難。 <p>➡ 地域医療構想等を基に本年策定する平成30年からの看護職員需給見通しにおける需要見込みや在宅医療の推進など新たな需要や役割に即した就業数確保が必要。 地域偏在の是正を図るため、地域や中小規模医療機関等への就業促進の取り組みが必要。</p> <p>○ 看護業務の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療の高度、専門化に伴い、看護の技術も高度化。 在宅医療の推進に伴う看護職員の役割の拡大 <p>➡ 資格取得後においても、知識・技術の向上を図る研修が必要。</p>	<p>● 目標</p> <p>○ 養成数や教育環境の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 高校生などが看護への理解を深められるよう「ふれあい看護体験」や「進路相談会」、(檜山圏域では檜山塾)を行う。 看護師等学校養成所の開設や運営に対する相談・助言を行うとともに、教員や実習指導者の養成などを支援する。 <p>○ 就業定着や離職防止の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 修学資金貸付制度により200床未満の医療機関への就業を促す 院内保育所を運営する医療機関や多様な勤務形態を導入する医療機関の拡大に取り組む。 卒後1年未満の新人看護師への研修体制や地域医療機関の看護職員の現任教育体制の拡充に努める。 <p>○ 未就業看護職員の再就業促進</p> <ul style="list-style-type: none"> 離職届による対象者のニーズを把握し、ナースセンター事業の充実を図る。 <p>○ 知識や技術の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護職員の実践能力向上のための研修を行う。 <p>● 具体的な主要施策</p> <p>■ 養成数や教育環境の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 看護師等学校養成所の運営支援 <p>■ 就業定着や離職防止の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 看護師等修学資金貸付制度の充実 ⇒ 院内保育所の運営支援 ⇒ 新人看護職員等の研修支援 <p>■ 未就業看護職員の再就業促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 再就業相談会等によるナースバンク登録者への就労支援 ⇒ 地域応援看護師確保対策事業 <p>■ 知識や技術の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 小規模病院等看護職員現任教育体制整備事業の実施 ⇒ 助産師出向支援導入事業の実施