第 12 節　在宅医療の医療連携体制

第１　現　状

○　当圏域の高齢者人口を推計すると、総人口は令和２年の 39,894 人に比べ令和 32 年では 22,494 人と 17,400 人減少し、65 歳以上人口は令和２年の 13,406 人に比べ令和 32 年では 10,383 人と 3,023 人減少します。

○　総人口に占める 65 歳以上の割合を推計すると、令和 2 年 33.6%から、令和 32 年には 46.2%に増加します。*1

	令和 2 年	令和 7 年	令和 12 年	令和 17 年	令和 22 年	令和 27 年	令和 32 年
総人口（人）	39,894	36,047	33,078	30,239	27,540	24,968	22,494
65 歳以上（%）	13,406（33.6）	13,008（36.1）	12,526（37.9）	12,049（39.8）	11,697（42.5）	11,157（44.7）	10,383（46.2）

○　長期にわたる療養や介護を必要とする患者が病気と共存しながら、生活の質の維持・向上を図りつつ療養生活を継続することができるよう、在宅医療の提供体制の整備が必要とされています。また、高齢化の急速な進行を踏まえ、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、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ます。

＜在宅医療＞

◇　治療や療養を必要とする患者が、通院困難な状態にあっても自宅等の生活の場で必要な医療を受けられるように、医師などが自宅等（※）を訪問して看取りまでを含めた医療を提供するものです。

◇　在宅医療の対象者は、病気やけがなどにより通院が困難な人で、退院後継続して治療が必要な人、又は自宅等で人生の最終段階における医療を希望する人などで、具体的には、寝たきりの高齢者、神経難病患者、けがによる重度の後遺症のある患者、末期がん患者などです。

※　「自宅等」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、サービス付き高齢者向け住宅、認知症対応型共同生活介護事業所等を指します。

＜地域包括ケアシステム＞

地域の実情に応じて、高齢者が、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、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います。

---

*1　国立社会保障・人口問題研究所　将来推計人口（令和 5 年推計）

○　令和４年に厚生労働省が全国的に実施した「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」では、一般国民の「人生の最終段階における、最期を迎えたい場所」として、「病気で治る見込みがなく、およそ１年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えられる場合」は 43.8%、「末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合」は 32.2%、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」は 14.7%の人が自宅で最期を迎えることを希望しています。また、「病気で治る見込みがなく、およそ１年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えられる場合」に最期を迎えたい場所として「自宅」を選択した一般国民のうち、71.5%が「住み慣れた場所にいたい」ことを理由として挙げているものの、「自宅」を選択しなかった一般国民においては、64.9%の方が「介護してくれる家族等に負担がかかる」ことを理由に、最期を迎えたい場所として「自宅」を希望しないとしています。

○　本道では自宅や老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム）における死亡の割合は 18.5%であり、全国平均の 28.4%を大きく下回っています。*1

○　当圏域では、全年齢の死亡 560 人の死亡場所は、病院 473 人(84.5%)及び診療所１人（0.2%）、介護医療院・介護老人保健施設 27 人(4.8%)、老人ホーム 18 人（3.2%）、自宅 35 人（6.3%）となっています。*2

＜人生の最終段階における医療及びケアのあり方＞

医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要です。

○　人生の最終段階も含め 24 時時間体制で患者の急変等に対応できる在宅医療支援診療所及び在宅療養支援病院は、令和５年４月現在、全道でそれぞれ 354 施設、81 施設が届出を行っており、増加傾向で推移しています。

○　当圏域の訪問診療又は往診を実施している医療機関は、医科診療所が４施設、歯科診療所が４施設となっています。*3

提　供　体　制	病院	診療所
訪問診療又は往診を実施している医療機関	－	８施設
看取りを実施	－	２施設
在宅支援病院・診療所	－	１施設

富良野保健所調べ（令和５年度年度実施状況）

*1　人口動態調査［厚生労働省］（令和３年）
*2　令和４年人口動態統計　確定数　保管統計表　都道府県編
*3　富良野保健所調べ（令和５年度年度実施状況）

○　当圏域の訪問看護事業所は、令和６年４月現在、富良野市３施設、上富良野町１施設となっています。実施地域を中富良野町、南富良野町、占冠村を対象としている事業所があるため圏域全体が利用可能となっていますが、訪問看護師は、人材不足であり、確保困難な状況が見られます。

現在、24 時間体制のある訪問看護事業所は、２施設となっています。

○　歯科訪問診療を実施している診療所は、令和５年度で４施設となっており、富良野市２施設、上富良野町１施設、占冠村１施設です。*1

○　令和3年度に、歯科訪問診療を実施した施設は3施設、訪問薬剤訪問管理指導を実施した薬局、診療所、病院の数は、令和３年度では 10 施設となっています。*2

○　当圏域では、在宅医療の推進に向けた在宅医療提供体制等に関する協議の場として、富良野保健医療圏域連携推進会議に「在宅医療専門部会」兼「多職種連携協議会」を設置し、医療、介護の専門職が協働して、研修会を企画開催するなど、地域の特性に応じた取組を進めています。

○　また、各市町村においても、在宅医療介護連携推進事業等により、地域包括ケアシステムに構築に向けた、関係者間の協議と課題に応じた取組が進められています。

第２　課　題

１　在宅医療（訪問診療）の需要の把握

○　高齢化の進行や生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるなどの疾病構造の変化に伴い、要介護認定や認知症患者は大幅に増加しており、自宅や地域で疾病を抱えつつ生活を送る者が今後も増加していくことが考えられます。また、地域医療構想を推進する中で、病床の機能分化・連携が進むことに伴う増加（新たなサービス必要量）も見込まれます。

○　在宅医療は、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素であり、今後増大する慢性期の医療ニーズに対する受け皿であることから、適切な提供体制を整備するため、必要となる在宅医療の需要について推計しました。

○　なお、この推計結果については、療養病床の転換に関する状況や在宅医療（訪問診療）の体制整備の状況等を踏まえ、本計画の中間年（３年目）の見直しにおいて、再度推計することとしています。

---

*1　富良野保健所調べ（令和５年度年度実施状況）
*2　令和３年ＮＤＢ［厚生労働省］

【訪問診療の需要（推計）】

＊下段（）は新たなサービス必要量を除いた数　（人/日）

在宅医療圏	平成25年 【2013年】	令和８年 【2026年】	11年 【2029年】
函館市	2,184	2,701 (2,653)	2,850 (2,753)
渡島東部	717	968 (950)	1,035 (1,000)
渡島西部	255	268 (263)	274 (265)
南檜山	67	77 (70)	84 (71)
北檜山渡島	177	203 (181)	225 (182)
札幌市	11,290	21,353 (20,276)	24,355 (22,202)
江別	965	1,547 (1,468)	1,734 (1,576)
石狩	1,244	2,237 (2,124)	2,539 (2,312)
千歳	391	693 (658)	785 (715)
小樽市	1,014	1,258 (1,185)	1,369 (1,221)
寿都	77	80 (76)	85 (75)
羊蹄	234	289 (271)	314 (280)
余市	270	303 (285)	325 (289)
岩内	179	205 (193)	220 (196)
南空知	1,104	1,405 (1,334)	1,525 (1,383)
中空知	547	704 (625)	799 (642)
北空知	27	67 (31)	105 (31)
室蘭	342	547 (449)	669 (472)
胆振西部	140	233 (191)	286 (202)
東胆振	551	819 (767)	917 (814)
日高	518	622 (596)	666 (612)
旭川市	2,129	3,316 (3,213)	3,651 (3,445)
上川	434	534 (517)	568 (535)
上川北部	207	261 (234)	294 (240)
富良野	199	252 (242)	272 (251)
留萌	279	354 (332)	387 (343)
宗谷	154	201 (186)	222 (193)
北見	495	732 (681)	823 (721)
網走	212	292 (272)	326 (285)
紋別	133	172 (152)	196 (157)
遠軽	146	190 (168)	217 (173)
帯広市	609	989 (945)	1,105 (1,017)
東十勝	210	292 (279)	320 (294)
西十勝	188	258 (246)	282 (259)
南十勝	102	138 (132)	151 (138)
北十勝	331	486 (465)	536 (493)
釧路	854	1,230 (1,154)	1,370 (1,218)
根室市	72	93 (87)	103 (91)
中標津	107	159 (149)	178 (158)
合計	29,154	46,530 (44,102)	52,161 (47,305)

※令和11年（2029年）の（　　）の数は、平成25年時点で訪問診療を受けている方の数に、二次医療圏別・性年齢階級別の将来人口を乗じて推計。令和８年（2026年）は年数の按分により推計。

2　地域における連携体制の構築

積雪寒冷で広域な当圏域において、在宅医療の提供体制の整備には様々な課題があり、圏域全体で在宅医療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、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。

3　在宅医療を担う医療機関の充実

○　在宅医療を求める患者が、できるだけ住み慣れた家庭や地域で生活を送ることができるよう、在宅医療を提供できる医療機関や訪問看護事業所の充実が必要です。

○　特に、在宅医療の中心的役割を持つ機能強化型の在宅療養支援診療所及び病院、機能強化型や 24 時間対応可能な訪問看護事業所について､整備を促進することが必要です。

4　緩和ケア体制の整備

○　緩和ケアについては、身体症状の緩和に加え、心理社会的な問題への援助が求められています。

○　在宅緩和ケアを進めるため、医療用麻薬の効果的・適正な使用を図っていく必要があります。

5　在宅栄養指導、口腔衛生管理・口腔機能管理、訪問リハビリテーション体制の充実

○　高齢者の要介護状態の軽減や悪化の防止、フレイル対策として、低栄養や誤嚥性肺炎の防止が重要であることから、在宅での栄養管理や口からの食生活を継続させるとともに、歯・口腔機能の維持等、専門的な口腔衛生管理や口腔機能管理の充実が必要です。

○　自宅等の住まいにおいて、能力に応じて自立した日常生活を営むためには、訪問リハビリテーション提供体制の充実が必要です。

6　訪問看護の質の向上と育成体制の充実

○　訪問看護師には、医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、介護支援専門員などの専門職種と連絡・調整を図り、在宅療養中の患者に適切な看護を提供するなど、在宅医療の現場で活躍できる看護師の育成が必要です。

○　当圏域は、看護師不足のため、人材確保対策と同時に、訪問看護事業所間の連携ネットワークの充実を図ることが重要です。

7　訪問薬剤管理指導の推進

在宅療養中の患者が医薬品を適正に使用できるよう、薬局と医療機関等との間で服薬情報等を共有するとともに、薬局薬剤師による在宅患者の医薬品管理・適正使用の指導（薬剤管理指導）を行っていく必要があります。

8　高度な薬学管理等が可能な薬局の充実

薬剤師が在宅医療へ積極的に関与することで、薬物有害事象への対処や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、多様な在宅医療のニーズに対応するため、麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24 時間対応が可能な薬局の整備が必要です。

9　地域住民に対する在宅医療の理解の推進

○　在宅医療を推進するためには、医療機関はもとより、地域住民に対する在宅医療に関する情報提供や普及啓発が必要です。

○　人生の最終段階の患者が自ら望む場所で最期を迎えることができるよう、患者やその家族（ケアラー等含む）、在宅医療に携わる関係者が患者の意思を共有すること（人生会議（ＡＣＰ：アドバンス・ケア・プランニング））の普及と推進に向けた取組が必要です。

○　また、家庭における看護の需要に対応するために、在宅療養に必要な家庭看護の知識や技術の普及を図る必要があります。

10　災害時を見据えた在宅医療の提供体制の構築

○　災害時は、緊急性の高い状況において事業の継続が必要となるため、在宅医療を行う医療機関において業務継続計画（ＢＣＰ）を策定するなど、自ら避難することが困難な在宅療養中の患者が適切に避難支援を受けられる体制の構築が必要です。

○　また、避難後には、救護所や避難所における健康管理を中心とした活動が重要なことから、住民に対し、お薬手帳等の普及啓発が必要です。

第３　必要な医療機能

1　円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

入院医療機関と在宅医療を提供する医療機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療提供体制を確保することが必要です。

2　日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的かつ包括的に提供されることが必要です。

3　急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

○　在宅療養中の患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保することが必要です。

○　地域において在宅医療・救急医療等の関係者間の連携体制の構築を支援し、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備することが必要です。

４　患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

自宅、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の住まいや介護保険施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保することが必要です。

第４　数値目標等

指標区分	指　標　名　（単位）	現状値 *は参考値	目標値 （R11）	目標値の考え方	現状値の出典 注 ： 注釈参照
体制整備	訪問診療を実施している医療機関数	４	４以上	現状維持又は増加	富良野保健所調べ（令和５年度実績）
	在宅訪問診療料算定医療機関数（人口 10 万対）	12.4	12.4 以上	現状より増加	令和２年度 KDB
	機能強化型の在宅療養支援診療所又は病院数	１	１以上	現状より増加	北海道保健福祉部調査（令和５年３月現在）
	在宅医療における積極的役割を担う医療機関	－	１	新たに確保	北海道医療計画数値目標等
機能ごとの体制等	退院支援を実施している医療機関数（入退院支援加算算定医療機関）	*2	２以上	現状より増加	令和４年度 NDB〔厚生労働省〕
	在宅療養後方支援病院	１	１以上	現状より増加	北海道保健福祉部調査（令和６年５月現在）
	在宅看取りを実施する医療機関数	２	２以上	現状より増加	富良野保健所調べ（令和５年度実績）
多職種の取組確保等	訪問看護実施事業所数	４	４以上	現状より増加	富良野保健所調べ
	訪問看護実施地域	全市町村	現状維持	現状維持	富良野保健所調べ
	24 時間体制の訪問看護ステーション	２	２以上	現状維持又は増加	富良野保健所調べ（令和５年度実績）
	歯科訪問診療を実施している診療所	４	４以上	現状より増加	富良野保健所調べ（令和５年度実績）
	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	１	１以上	現状より増加	令和４年度 NDB〔厚生労働省〕
	訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導を実施する薬局数	10	10 以上	現状より増加	令和４年度 NDB〔厚生労働省〕
	地域支援体制加算届出薬局数	７	７以上	現状より増加	北海道保健福祉部調査（令和５年９月現在）
	訪問リハビリテーションを実施している医療機関、介護老人保健施設、介護医療院数	５	５以上	現状より増加	富良野保健所調べ（令和６年６月現在）
	訪問栄養食事指導を実施している医療機関数（在宅訪問栄養指導料算定件数（月平均	0.8	0.8 以上	現状より増加	令和２年度 KDB

実施件数等	訪問診療実施件数	6,369	6,369 以上	現状より増加	富良野保健所調べ（令和５年度実績）
	訪問診療を受けた患者数［1か月当たり］（人口 10 万対）	*153 人	153 人以上	現状より増加	令和２年度KDB
住民の健康状態等	在宅死亡率（全死亡に占める自宅と老人ホームの割合）	9.5	9.5 以上	現状より増加	令和４年人口動態統計確定数保管統計表都道府県編
	在宅ターミナルケアを受けた患者数（在宅ターミナルケア加算算定件数）	＊1	１以上	現状より増加	令和４年度 NDB〔厚生労働省〕

注：NDB〔厚生労働省〕データの 3 未満は*となる。市町村単位の数や件数が 1～3 と小さいため秘匿処理（マスク処理）がされている場合はそれを１として算出した参考値とする。

第５　数値目標等を達成するために必要な施策

１　在宅医療を推進するための支援

○　各地域で必要な在宅医療提供体制が構築されるよう、北海道在宅医療推進支援センターや、在宅医療の専門的知見を有する医療アドバイザー等の助言を受けながら、在宅医療に係る研修会を実施するなど、地域で在宅医療を担う医療従事者等に対する支援を行います。

２　在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備

○　在宅医療における必要な医療機能の確保・強化に向けて、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業の取組と連携しながら、保健所は多職種の連携体制づくりにおけるコーディネートの役割を担います。

○　包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築するための連携調整を図るため、当圏域において「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置づけ、地域課題の把握・分析、取組の検討等を行いながら、富良野圏域における整備を務めます。

３　地域における連携体制の構築

○　住み慣れた地域で暮らしながら医療を受けられるよう、富良野圏域単位での在宅医療の連携構築を目指し、市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業の取組や「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と連携し、地域の医療介護資源等の把握や課題の整理、課題解決に向けた取組を進め、退院支援から日常の療養支援、急変時の対応、看取りまで継続した医療提供体制の構築を図ります。

○　患者の病状急変時においては、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を整備している医療機関等の相互の連携のほか、人生の最終段階において患者本人の意思が尊重されるよう、患者やその家族、在宅医療に携わる関係者が患者の意思を共有する人生会議（ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング））の取組を踏まえた消防機関との連携体制の構築に努めます。

○　医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、市町村職員などを対象に、多職種協働による在宅チーム医療等についての研修を行うなど、在宅医療を担う人

材の育成と多職種間の連携体制の構築に努めます。

○　医療と介護の連携を図るため、医師等医療従事者と介護支援専門員等による事例検討や情報交換を円滑に行うためのツール作成などの取組を促進します。

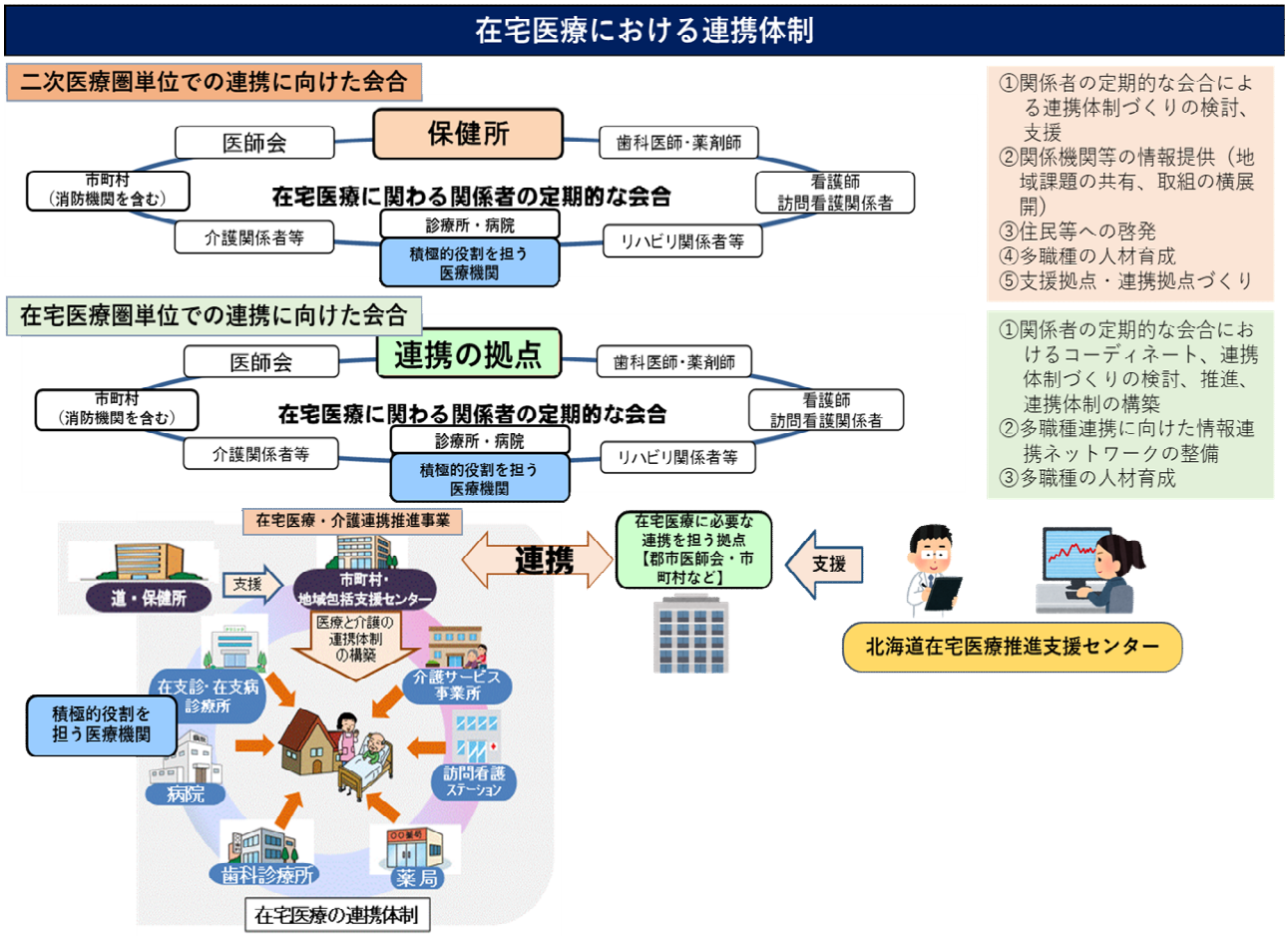
○　人口規模が小さい市町村などにおいて、在宅医療・介護サービスの資源把握や相談支援などに取り組むことができるよう、富良野圏域におけるネットワーク充実のための広域調整を実施します。

○　住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、心身の状況等に応じた適切な住まいの確保と、安心して日常生活を営むために必要な生活支援サービスや介護サービスと在宅医療の提供を一体的に捉え、住宅施策と福祉施策の連携に努めます。

○　積雪寒冷で広域な当圏域で、医療と介護の連携体制を構築するため、ＩＣＴを活用した地域医療情報連携ネットワーク、見守り支援、遠隔医療等の取組を促進します。

○　市町村事業における在宅医療・介護連携推進事業を推進する中での広域での課題について、富良野保健医療福祉圏域連携推進会議在宅医療専門部会及び多職種連携推進協議会で検討を行い、取組を進めます。

○　富良野圏域在宅医療多職種連携協議会を開催し、医療、介護などの専門職が協働し、在宅と医療の連携に係るルール・ツールを運用するなど、地域に応じた在宅医療の提供体制をすすめます。



4　在宅医療を担う医療機関の整備等

○　在宅医療を必要とする患者や家族のニーズに対応できるよう、在宅医療の中心となる機能強化型の在宅療養支援診療所・病院、訪問診療を実施する病院・診療所、歯科診療所（在宅療養支援歯科診療所等）、薬局や 24 時間体制の訪問看護ステーションの整備等を支援します。

○　24 時間体制の在宅医療を提供できるよう、機能強化型の在宅療養支援診療所以外の診療所も含めたネットワークの構築に努めます。

5　緩和ケア体制の整備

○　在宅緩和ケアが推進されるよう、緩和ケア病床を有する医療機関や在宅療養支援診療所等の関係者の連携を推進します。

○　在宅緩和ケアに関わる医師、看護師等の従事者に対する研修を実施するとともに、在宅療養患者に対する相談支援体制等の整備に努めます。

○　在宅緩和ケアにおける医療用麻薬の適正使用を推進するため、薬局に勤務する薬剤師を対象とする各種研修会を通じて、薬局における医療用麻薬の適切な服薬管理が行われるよう支援します。

○　医療用麻薬が、薬局から在宅療養中の患者へ迅速かつ適切に提供されるよう地域における麻薬在庫情報の共有を進め、薬局間での融通など、円滑な供給を図ります。

6　在宅栄養指導、口腔衛生管理・口腔機能管理、訪問リハビリテーション体制の充実

医師、歯科医師をはじめ、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の多職種と連携し、一体的な口腔・栄養管理、リハビリテーション・機能訓練が提供されるよう、専門職の育成を図りながら、在宅における栄養管理や口腔衛生管理・口腔機能管理、リハビリテーションの充実に努めます。

7　訪問看護の質の向上と育成体制の充実

○　在宅療養中の患者が住み慣れた地域で生活することができるよう、他の専門職種と連絡・調整し、生活の質を確保しながら支援を行うため、研修の充実と人材育成の研修の実施等を通じ訪問看護を行う看護職員の確保と質の向上を図ります。

○　病院や診療所、施設等の看護職間の連携ネットワークの充実を図り、多職種と連携して、在宅ケア支援体制の充実に努めます。

8　訪問薬剤管理指導の推進

○　在宅療養中の患者が医薬品を適正に使用できるよう、服薬状況を記録する「お薬手帳」の普及を図ります。

○　また、「健康サポート薬局」などの薬局薬剤師に対する各種研修会を通じ、薬局間や関係機関との連携・協力による在宅患者への薬剤管理指導を促し、在宅医療の取組を充実させます。

9　高度な薬学管理等が可能な薬局の充実

薬局薬剤師が在宅医療において高度な薬学管理等を実施する能力を身につけるための研修会を開催し、薬剤師の在宅医療への積極的な関与を推進します。

10　住民に対する在宅医療の理解の促進

○　住民が安心して在宅で医療を受けることができるよう、往診や訪問診療など在宅医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、訪問看護、訪問リハビリテーションや栄養指導の役割などについて、普及啓発に努めるとともに、在宅医療に関する情報提供を行います。

○　最期まで自分らしく生きたいと願う患者の意思に沿った医療が提供できるよう、日頃から、急変時や人生の最終段階における医療についてどう考えるか、患者本人や患者の大切な存在である家族、かかりつけ医や訪問看護師をはじめとした医療従事者等が繰り返し話し合う人生会議（ＡＣＰ：アドバンス・ケア・プランニング）の取組が重要であることから、知りたくない又は考えたくないといった患者等にも配慮しながら、住民への普及啓発に努めます。

○　在宅療養中の患者の急変に備え、医療従事者や介護関係者、消防機関等の間で患者の意思等が共有できる体制構築に努めます。

【関連：第２章第６節「救急医療体制」（P67）】

11　災害時を見据えた在宅医療の提供体制の構築

○　災害時に自ら避難することが困難な在宅療養中の患者が適切に避難支援を受けられるよう、住民に対し、避難行動要支援者への支援制度やお薬手帳等の意義について普及啓発するとともに、市町村、医療機関等の関係機関・関係団体との連携を図ります。

○　また、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」において、災害時等にも適切な医療を提供するための計画（業務継続計画（ＢＣＰ））を策定し、他の医療機関計画策定を支援するほか、「在宅医療に必要な連携の拠点」等と協議しながら、地域における業務継続計画（ＢＣＰ）の策定に取り組みます。

【関連：第２章第７節「災害医療体制」（P69）】

第６　医療連携圏域の設定

在宅医療の連携圏域は、引き続き、保健所を連携づくりのコーディネート役と位置づけ、多職種による連携体制の構築を図っていくことから、第二次医療圏を基本としつつ、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、日常の療養支援に関する機能等については、市町村単位での構築を目指します。

第７　医療機関等の具体的名称

第８章　資料編参照

（診療報酬上の在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所及び在宅療養後方支援病院）

第８　歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

○　高齢者のフレイル対策には食事が重要であり、経口摂取の維持・継続による低栄養や誤嚥性肺炎への予防が必要なことから、在宅歯科医療連携室を拠点として、在宅歯科医療や口腔栄養指導の推進を図ります。

○　認知症を含めた要介護高齢者に対する経口摂取の維持・継続による低栄養の予防や誤嚥性肺炎の予防のため、歯科診療所（在宅療養支援歯科診療所等）は、在宅療養支援診療所を 始めとする医療機関、病院歯科、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等と十分に連携しながら、口腔衛生指導・口腔機能管理・歯科治療等、適切な歯科医療の提供に努めます。

○　病院歯科は、在宅歯科医療を実施する歯科診療所に対して、緊急時の対応、歯科治療における全身管理上の諸問題に対応するための後方支援に努めます。

第９　薬局の役割

○　在宅患者の適切な服薬管理等を推進するため、かかりつけ薬局・薬剤師を普及するとともに、「地域連携薬局」を中心に、在宅患者の薬剤管理指導や医薬品・衛生材料等の円滑な供給を薬局相互の連携・協力により実施し、在宅医療の取組の充実に努めます。

○　在宅緩和ケアにおける医療用麻薬の適正使用を推進するため、がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用に関する研修会に薬局薬剤師が積極的に参加するなどして、医療用麻薬の適切な服薬管理などに努めます。

○　また、医療用麻薬を迅速かつ適切に在宅患者に提供するため、地域単位での麻薬在庫情報を共有するとともに、薬局間での融通などを行い、麻薬の円滑な供給に努めます。

第 10　訪問看護事業所の役割

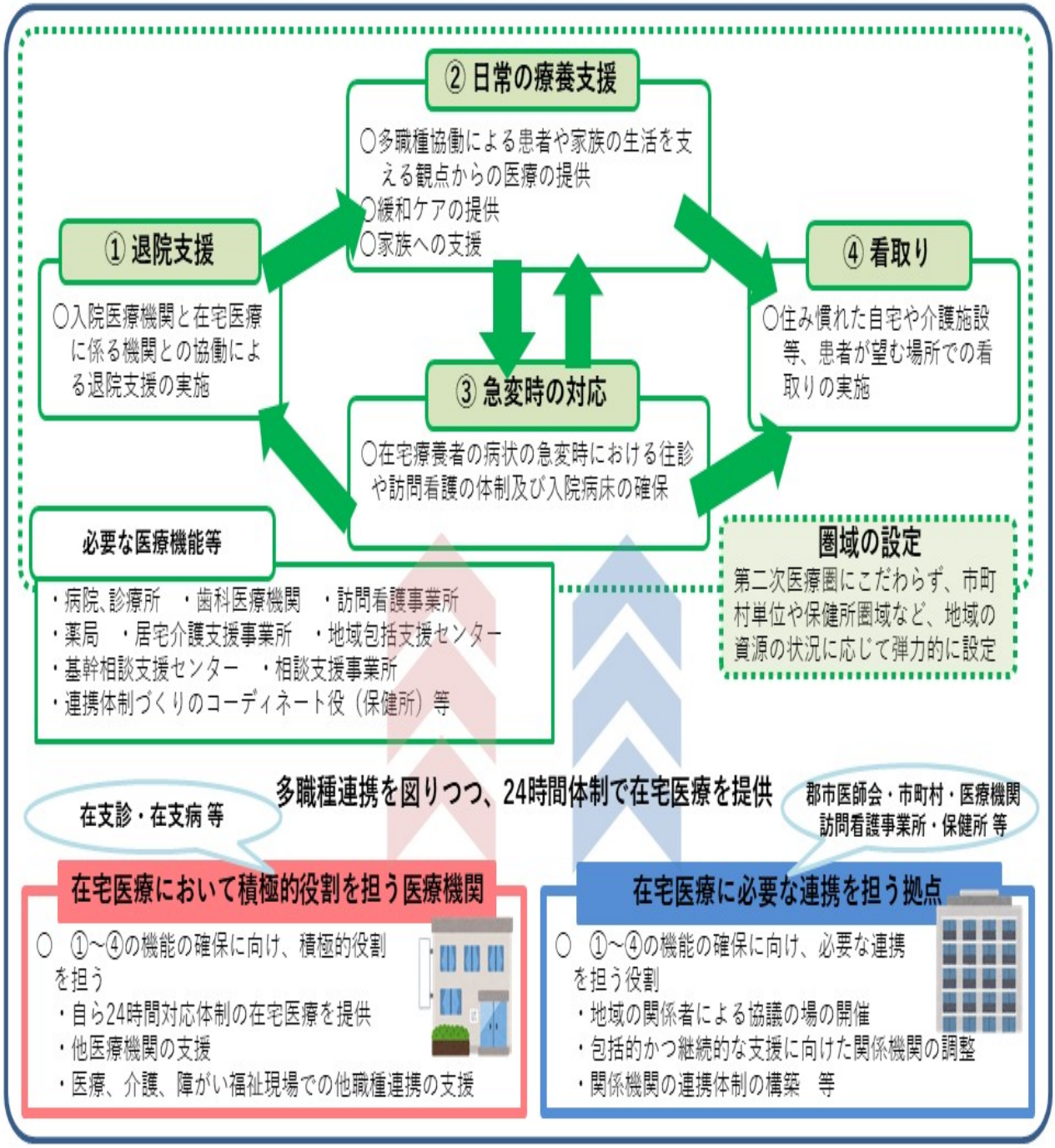
○　在宅療養生活を支援するに当たっては、病院看護師等の医療機関のスタッフと訪問看護師が入院中から連携し、在宅療養の環境整備に努めます。

○　治療や療養を必要とする患者が、通院困難な状態にあっても患者や家族が希望する自宅等の生活の場で必要な医療が受けられるよう、地域の特性や生活状況を踏まえた適切なケアの提供を行うとともに、関係機関との調整を行う中心的な存在として、在宅生活の継続に向けた取組を進めます。

○　在宅での療養生活を継続する患者の急変時に適切に対応できるよう、平時から救急時の連携体制や救急車到着までの対処方法などを患者・家族と事前に取り決め、緊急時の対応に備えます。

○　在宅療養中の患者が自宅等での看取りを希望する場合、主治医及び関係者と十分に連携し、患者に対する緩和ケアや家族に対する精神的支援などに努めます。

在宅医療の提供体制


② 日常の療養支援
○多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
○緩和ケアの提供
○家族への支援
① 退院支援
○入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施
④ 看取り
○住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
③ 急変時の対応
○在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保
必要な医療機能等
・病院、診療所　・歯科医療機関　・訪問看護事業所
・薬局　・居宅介護支援事業所　・地域包括支援センター
・基幹相談支援センター　・相談支援事業所
・連携体制づくりのコーディネート役（保健所）等
圏域の設定
第二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定
多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供
在支診・在支病 等
郡市医師会・市町村・医療機関
訪問看護事業所・保健所 等
在宅医療において積極的役割を担う医療機関
○　①～④の機能の確保に向け、積極的役割を担う
・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
・他医療機関の支援
・医療、介護、障がい福祉現場での他職種連携の支援
在宅医療に必要な連携を担う拠点
○　①～④の機能の確保に向け、必要な連携を担う役割
・地域の関係者による協議の場の開催
・包括的かつ継続的な支援に向けた関係機関の調整
・関係機関の連携体制の構築　等

第３章　必要な外来医療機能及び対応方針

第１節　地域の外来医療の状況

１　地域の外来医療の状況

	医療施設数（箇所数）	従事医師数（人）
一般診療所	24	14
病　　院	5	41

２　外来診療施設数及び患者数

	外来施設数（月平均数）	通院外来施設数（月平均数）	外来患者延数（回／月）	通院外来患者延数（回／月）
一般診療所	27	17	167,027	162,491
病　　院	＊	5	178,049	177,854

３　時間外外来施設数及び患者数

	時間外等外来施設数（月平均数）	時間外等外来患者延数（回／月）
一般診療所	10	193
病　　院	5	4,667

４　往診実施施設数及び在宅患者数

	往診実施施設数（月平均数）	往診患者延数（回／月）	在宅患者訪問診療実施施設数（月平均数）	在宅患者訪問診療患者延数（回／月）
一般診療所	6	220	4	4,316
病　　院	0	0	＊	195

５　医療機器の配置・保有・活用状況

		ＣＴ	ＭＲＩ	ＰＥＴ	マンモグラフィ	放射線治療（体外照射）
医療機器台数	診療所	1	1	0	0	0
	病　院	5	2	0	1	0
調整人口当たり台数		13.3	6.9	0.00	2.5	0.00
人口 10 万人対台数		15.0	7.5	0.00	2.5	0.00
年間稼働率（件数/1 台）	診療所	214	1,022	－	－	－
	病　院	1,397	911	－	150	－

＊１　人口：住民基本台帳（2020 年）2021 年１月１日現在の人口（外国人含む）

＊２　医療施設数：医療施設調査（2020 年）10 月１日現在の病院数及び一般診療所数

＊３　医療施設従事医師数：医師・歯科医師・薬剤師統計（2020 年）12 月 31 日現在の医療施設従事医師数

＊４　外来患者延数、外来施設数、通院外来患者延数、通院外来施設数、時間該当外来患者延数、時間外外来施設数、往診患者延数、往診実施施設数、在宅患者訪問診療患者延数、在宅患者訪問診療実施施設数）：NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベ

ース)の平成 31 年 4 月から令和 2 年 3 月までの診療分データに基づき抽出・集計したもの

＊５　医療機器の台数：医療施設調査（2020 年）

＊６　調整人口当たりの台数：地域の医療機器の台数／地域の人口（10 万人）×地域の標準化検査率比

第２節　地域で不足する医療機能の現状・課題

１　初期救急医療に関する外来医療の現状・課題

（１）現状

○　平日の時間外のうち 22 時までの時間帯は、比較的軽度な救急患者に対する初期救急医療を 中核医療機関の救急室に一元化して、富良野医師会の医師による当番体制により実施し、それ以外の時間帯については、中核医療機関の医師により対応する体制が取られています。

（２）課題

○　当番医制に参画する医師の高齢化が進んでおり、また、かかりつけ医等の確保が困難な状況になっています。

２　在宅医療の提供状況・課題

（１）現状

○　令和５年度に訪問診療又は往診を実施した医療機関は、医科診療所が４施設、歯科診療所が４施設となっています。

○　当圏域の訪問看護事業所は、令和６年４月現在、富良野市３施設、上富良野町１施設となっており、実施地域を中富良野町、南富良野町、占冠村としているところがあり、圏域全体が利用可能となっていますが、訪問看護師の確保は困難な状況が見られます。現在、24 時間体制のある訪問看護事業所は、２施設となっています。

○　訪問薬剤管理指導を実施している薬局、診療所、病院の数は、令和３年度では 10 施設となっています。

○　当圏域では、在宅医療の推進に向けた在宅医療提供体制等に関する協議の場として、富良野保健医療圏域連携推進会議に「在宅医療専門部会」兼「多職種連携協議会」を設置し、医療、介護の専門職が協働して、研修会を企画開催するなど、地域の特性に応じた取組を進めています。

（２）課題

○　高齢化の進行や生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるなどの疾病構造の変化に伴い、要介護認定や認知症患者は大幅に増加しており、自宅や地域で疾病を抱えつつ生活を送る者が今後も増加していくことが考えられます。また、地域医療構想を推進する中で、病床の機能分化・連携が進むことに伴う増加(新たなサービス必要量)も見込まれ、また、これに対応する必要があります。

○　在宅医療は、地域包括ケアシステムの不可欠な要素であり、今後増大する慢性期の医療ニーズに対する受け皿であることから、適切な提供体制を整備するため、必要となる在宅医療の需要の把握が必要です。

第３節　地域で不足する医療機能に対する今後の取組の方向性等（地域の指針）

１　初期救急医療

○　原則、市町村はそれぞれを単位として、初期救急医療を確保します。

○　当番医制の維持のため、市町村により継続した運営費を負担します。

２　在宅医療の確保に向けて

○　住み慣れた地域で暮らしながら医療を受けられるよう、新たなサービス必要量に対応するため、医療機関等の在宅医療の関係機関相互の連携体制の構築を図るなど、医療提供体制の構築を図ります。

○　富良野保健医療福祉圏域連携推進会議在宅医療部会及び富良野圏域在宅医療多職種連携協議会を活用するなど、地域課題の把握・分析、取組の検討等を行いながら、必要となる在宅医療の需要の把握に努めます。

○　医療と介護の連携体制を構築するため、ＩＣＴを活用した地域医療情報連携ネットワーク、見守り支援、遠隔医療等の取組を促進します。

第４節　医療機器の共同利用方針

○　人口減少が進む中、圏域内において効率的な医療提供体制を構築するため、医療機器についても、圏域内での配置状況、利用状況も勘案の上、可能な限り共同利用を進めることとします。

○　高額医療機器の購入に当たっては、地域医療構想調整会議において情報共有を図るとともに機器の共同利用の可能性を検討し、圏域内での効率的な医療機器の整備・活用に努めます。

第５節　紹介受診重点医療機関の名称

○　患者が医療機関を選択するに当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中で、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来（紹介受診重点外来）の機能に着目し、道において、当該外来医療を提供する基幹的な役割を担う意向を有する病院又は診療所を「紹介受診重点医療機関」として公表しています。

○　「紹介受診重点医療機関」の公表にあたっては、各圏域の地域医療構想調整会議で協議を行います。

○　富良野圏域では、「紹介受診重点医療機関」として公表している医療機関はありません。

第４章　地域保健対策の推進

第１節　感染症対策

第１項　感染症対策

第１　現　状

○　感染症法及び、これに基づいて道が策定した「北海道感染症予防計画」により、市町村、関係機関・団体と連携し、感染症対策を推進しています。

○　危険性が極めて高い一類感染症の国内発生はありませんが、法に規定する感染症発生時には、疫学調査や衛生指導等により感染の拡大防止に取り組んでいます。

○　道のホームページなどを通じて、感染症に対する正しい知識の普及や感染症の発生動向調査による感染症情報を速やかに医療機関や道民に提供しています。

○　一類感染症患者のための第一種感染症指定医療機関が道内に１か所、結核を除く二類感染症患者のための第二種感染症指定医療機関が道内に 24 か所整備されています。

　第二種感染症指定医療機関は、21 の全ての第二次医療圏に整備しています。（令和５年９月現在　21 第二次医療圏　９４床）

【感染症法に基づく感染症の類型・医療体制】

<table>
<tr><th colspan="2">感染症類型</th><th>主な対応</th><th>医療体制</th></tr>
<tr><td colspan="2">新感染症</td><td rowspan="2">原則入院</td><td>特定感染症指定医療機関
（国が指定、全国に4か所）</td></tr>
<tr><td colspan="2">一類感染症
（ペスト、エボラ出血熱等）</td><td>第一種感染症指定医療機関
（知事が指定、1か所）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">二類感染症</td><td>結核以外（MERS、鳥インフルエンザ（H5N1,H7N9）等）</td><td>状況に応じて入院</td><td>第二種感染症指定医療機関</td></tr>
<tr><td rowspan="2">結核</td><td>入院</td><td>第二種感染症指定医療機関
（結核病床）</td></tr>
<tr><td>通院</td><td>結核指定医療機関</td></tr>
<tr><td colspan="2">新型インフルエンザ等感染症</td><td>状況に応じて入院</td><td>一般医療機関（入院時は第二種感染症指定医療機関）</td></tr>
<tr><td colspan="2">三類感染症
（腸管出血性大腸菌感染症等）</td><td>特定職業への就業制限</td><td rowspan="3">一般医療機関</td></tr>
<tr><td colspan="2">四類感染症
（E型肝炎、エキノコックス症等）</td><td>動物の措置を含む消毒等の対物措置</td></tr>
<tr><td colspan="2">五類感染症
（インフルエンザ等）</td><td>発生動向の把握・提供</td></tr>
<tr><td colspan="2">指定感染症</td><td>一～三類感染症に準じた対応</td><td>一～三類感染症に準じた対応</td></tr>
</table>

第２　課　題

（健康危機管理体制の強化）

○　治療方法が確立されていない感染症や人へのまん延が懸念されている新型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症など新興・再興感染症に対応した健康危機管理体制の強化が必要です。

（感染症に関する情報収集と還元）

○　感染症の発生予防に備えた事前対応型行政の充実が求められており、感染症の発生動向をより一層正確に把握・分析することや的確に情報提供することが必要です。

（感染症病床の確保）

○　感染の拡大により、入院を要する患者が増大し、入院医療の提供に支障をきたすと判断される場合には、一般病床等も含め、一定の感染予防策が講じられた病床を確保することが必要です。

第３　施策の方向性と主な施策

（健康危機管理体制の強化）

○　「感染症予防計画」や「新型インフルエンザ対策行動計画」等に基づき、市町村、関係機関・団体と連携を図りながら、新型インフルエンザや新型コロナウイルス感染症などの感染症に対し、発生時の迅速な対応を図るための実地訓練や研修会等の実施により専門的知識を有する人材の育成を行います。

○　なお、新型コロナウイルス感染症を含む新興・再興感染症の対策にあたっては、新たな知見や国の動向なども踏まえ対応方針を決定し、取り組んで行くこととします。

（感染症に関する情報収集と還元）

○　病原体検出状況の分析等により感染症の発生動向調査体制を強化し、把握した感染症情報は流行予測に活用するなど医療関係者や道民へ提供する情報内容を充実します。

（感染症病床の確保）

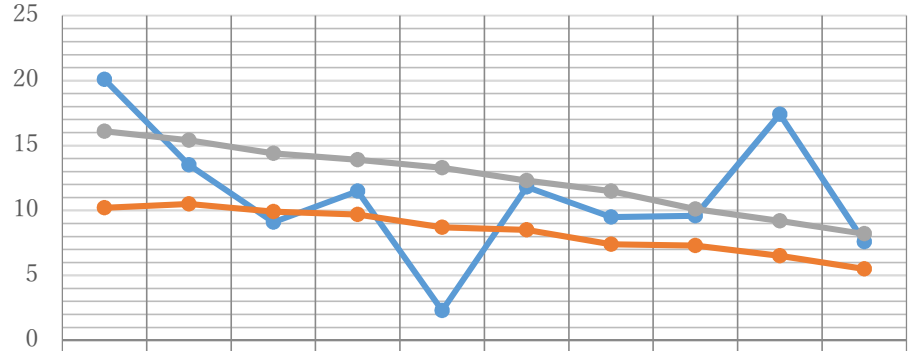
○　感染症病床について、基準病床数の確保に努めます。また、感染の拡大により、入院を要する患者が増大し、入院医療の提供に支障をきたすと判断される場合には、感染症指定医療機関に限らず、一般の医療機関においても、一般病床等も含め、一定の感染予防策を講じた上で、必要な病床の確保に努めます。

第２項　結核対策

第１　現　状

○ 令和４年の富良野圏域における結核の人口 10 万人当たりの罹患率は 7.6 人となっております。
○ 不規則な服薬等による再発や薬剤耐性菌の出現を防止するため、医療機関及び市町村などと連携した結核患者への直接服薬確認療法（ＤＯＴＳ）を実施しております。
○ 令和５年４月１日現在、北海道において、結核患者が入院できる結核病床を有する医療機関は、４つの第三次医療圏に８か所あり、病床数は 141 床となっており、富良野圏域には結核病床を有する医療機関はありませんが、隣接する上川中部圏域に 20 床の結核病床を有する独立行政法人国立病院機構旭川医療センターがあります。
○ 結核患者が公費にて結核医療を受けることができる医療機関として、結核医療機関の指定が行われています。
○ 講習会等の周知や患者支援を通し保健所、市町村、医療機関などの結核対策に関わる人材の育成を図るとともに、結核対策における情報の共有や連携を促進しています。

【全国、北海道及び富良野圏域の結核罹患率の推移（人口10万対）（平成25年以降）】



	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和２年	令和３年	令和４年
富良野圏域	20.1	13.5	9.1	11.5	2.3	11.8	9.5	9.6	17.4	7.6
全道	10.2	10.5	9.9	9.7	8.7	8.5	7.4	7.3	6.5	5.5
全国	16.1	15.4	14.4	13.9	13.3	12.3	11.5	10.1	9.2	8.2

※　厚生労働省結核登録者情報年報集計結果参照
※　結核登録者情報システム参照

第２　課　題

（結核の治療体制の確立）

○　治療の効果を高め、結核のまん延を予防するため、保健所、市町村、医療機関等の関係機関が連携し、直接服薬確認療法（ＤＯＴＳ）を基本とした服薬指導を更に推進することが必要です。

（感染症発生動向調査事業の充実強化）

○　結核の発生状況と疫学データとの関連を把握し、結核のまん延防止を図ることが必要です。

（人材確保と連携体制の強化）

○　講習会等の周知や患者支援を通し、質の高い人材の確保と関係機関の連携推進を図ることが必要です。

第３　施策の方向性と主な施策

（結核の治療体制の確立）

○　結核患者の治療成功率を高め、結核罹患を減少させるために、結核病床を有する医療機関と地域の医療機関、訪問看護ステーション、介護事業所、保健所などが連携して直接服薬確認療法（ＤＯＴＳ）を推進します。

さらに、広域での治療体制の充実のため、道北ブロック結核対策推進検討会議で検討します。

（感染症発生動向調査事業の充実強化）

○　疫学情報に基づいた接触者健診や結核菌の遺伝子検査の実施などにより、発生動向の把握・分析及び対策の評価の充実を図ります。

（人材確保と連携体制の強化）

○　講習会の周知、関係機関主催の研修等への協力や患者支援のための医療機関調整などを通じ、人材育成と関係機関との連携の強化を図ります。

第３項　エイズ対策

第１　現　状

○　令和３年のＨＩＶ感染者及びエイズ患者の報告数は、全国で1,057件、北海道で27件となっています。また、北海道の報告数のうち20歳代と30歳代の占める割合は58.6%、同性間性的接触者の占める割合は58.8%となっています。

○　圏域住民に対してエイズの予防などに関する正しい知識の普及啓発を図るため、ホームページの活用やリーフレットの配付などを行うとともに、中学・高校への健康教育を実施しています。
○　保健所では無料匿名のＨＩＶ抗体検査を実施しています。

第２　課　題

（正しい知識の普及啓発）
○　ＨＩＶ感染者やエイズ患者に対する偏見や差別の解消を図るとともに、感染予防のために、感染の割合が高い年代を始め、中学生・高校生などを対象としたＨＩＶ・エイズに対する正しい知識の普及啓発が一層必要です。

（相談・検査体制の充実）
○　ＨＩＶ感染者の早期発見には、相談・検査体制の充実と一層の周知が必要です。

第３　施策の方向性と主な施策

（正しい知識の普及啓発）
○　ホームページやリーフレットの内容の充実を図るとともに、関係機関・団体と連携しながら、広く圏域住民に対し、ＨＩＶ・エイズに関する正しい知識の普及啓発に努めます。

（相談・検査体制の充実）
○　保健所においては、ＨＩＶ感染者の早期発見のために、時間帯等利便性に配慮した相談・検査に取り組むなど体制の充実を図るとともに、その周知を図ります。

第４項　ウイルス性肝炎（B型・C型）対策

第１　現　状

○　肝臓は沈黙の臓器とも言われ、自覚症状が少ないのが特徴で、Ｂ型・Ｃ型ウイルスに感染すると自分でも気づかないまま重症化し、慢性肝炎から肝硬変、さらには肝がんに進行してしまう危険性があることから、早期に発見し、早期に治療する必要があります。また、肝炎ウイルス検査の結果が陽性であったにもかかわらず、医療機関に継続受診していない方が多数に上るとされています。
○　肝炎ウイルス検査については、多くの市町村で実施しており、保健所においても平成 13 年から実施するとともに、平成 19 年８月から検査手数料を無料化し、検査の受検を促進しています。また、慢性肝炎から肝硬変、肝がんへの進行を防止することを目的に、Ｂ型及びＣ型ウイルス性肝炎の精密検査や治療に係る費用の一部を助成するとともに、ウイルス性肝炎に関する保健所での相談体制を整備し

ています。

第２　課　題

○　ウイルス性肝炎については、これまでウイルス検査や治療費助成などの対策を講じてきましたが、感染に気づいていない感染者も多数存在すると考えられるため、引き続き肝炎ウイルス検査の受検を促進するとともに、精密検査や治療に係る費用の助成などを行っていく必要があります。

○　医療機関への受診を継続していない陽性者や患者に対する専門医療機関への受診・受療を勧奨するとともに、ウイルス性肝炎への理解を社会に広げ、患者等が不当な差別を受けることなく、社会において安心して暮らせる環境づくりを行っていく必要があります。

第３　施策の方向性と主な施策

（ウイルス検査の受検促進）

○　ウイルス性肝炎に関する正しい知識や検査の必要性について普及啓発し、保健所における肝炎ウイルス検査の受検を促進します。

（ウイルス性肝炎の進行防止）

○　ウイルス性肝炎の精密検査や治療に係る費用の助成を引き続き行い、早期治療に結びつけるとともに、慢性肝炎から肝硬変、肝がんへの進行防止を図ります。

（肝炎患者の相談への対応）

○　保健所や市町村等は、ウイルス性肝炎に関する医療費助成など様々な相談に適切に対応し、療養生活を支援します。