

第3 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築等

1 がんの医療連携体制

(1) 現 状

① 死亡の状況

- 当圏域において、がんは死因の第1位であり、平成27（2015）年には164人、死亡者数全体の28.7%を占めています。
- 部位別にみると、肺がんの死亡者数が多く、次いで胃がん、胆のうがんとなっています。
- がんは加齢によりその発症リスクが高まることから、今後ますます高齢化が進行することを踏まえると、その死亡者数は今後とも増加していくことが推測されます。

② がんの予防及び早期発見

- がんの原因は、喫煙、食生活及び運動等の生活習慣や肝炎ウイルス等の感染症など様々なものがあり、正しい知識を広めることが重要なことから、がん予防に向けての普及啓発などが行われています。
- がんは、早期に発見し治療につなげることが重要なことから、現在、健康増進法に基づく市町村事業として、肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん及び子宮頸がんの各種検診が行われているほか、企業における福利厚生や健康保険組合等における独自の保健事業として、がん検診が実施されています。

③ 医療機関への受診状況

- 患者受療動向調査によると、がんの患者が居住している第二次医療圏内で受療している割合は、入院は42.5%、通院は49.2%となっています。
- また、この割合（入院自給率※80%未満）が低い当圏域では、隣接する南渡島圏域や札幌市内の医療機関で入院する割合が高く、約5割が流出している状況があります。（南渡島42.4%、札幌10.8%）

※ 入院自給率：がんの患者が居住している第二次医療圏内で受療（入院）している割合のこと。

④ 医療の状況

- がんに対する主な治療法としては手術や放射線療法、さらには化学療法があります。管内の医療機関でも対応できる種類のがん治療において実施されています。
- 道内においては、がん診療連携拠点病院として国立病院機構北海道がんセンターや大学病院を含め20医療機関が指定されており、他の医療機関も含めた相互の機能分担・連携を図りながら、がん医療を提供して

います。

- また、道は平成25（2013）年4月から、独自の要件により「北海道がん診療連携指定病院」を指定し、拠点病院のない第二次医療圏でのがん診療や緩和ケア、相談支援など一層の充実を図っています。
- 当圏域にはがん診療拠点病院やがん診療連携指定病院はありませんが、拠点病院や他の医療機関等と連携を図りながら、がん医療を提供しています。
- なお、道南第三次医療圏の中にがん診療連携拠点病院として、市立函館病院、函館五稜郭病院、北海道がん診療連携指定病院として、函館中央病院、国立病院機構函館病院の4つの医療機関が指定されています。
- 平成27（2015）年5月から八雲町、八雲総合病院、当室の3者により「がんサロン」を年5回開催しています。

（2）課 題

① がん死亡者数の減少

がんは、住民の健康と生命の最大の脅威となっていることから、がん対策の総合的な推進により、死亡者数を減少させることが求められています。

② がんの予防及び早期発見

- 発がんリスクの低減を図るため、すべての住民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識することが重要です。当圏域における喫煙率は未把握ですが、本道における喫煙率は、男女とも全国平均より高い状況にあり、喫煙開始年齢の大半が成人に達する前という実態を踏まえ、社会全体で未成年者が喫煙しない環境づくりに努める必要があります。
- また、発がんリスクを軽減するとされている野菜摂取量を増やすなど、食生活の改善に向けた取り組みを推進する必要があります。
- 市町村事業として実施されているがん検診の受診率は、乳がんと子宮頸がん検診では、「女性特有のがん検診推進事業」（検診無料クーポン券の配布）の実施により、管内平均で26%、23%とそれぞれ一時上昇しましたが、その他の胃がんが12.9%（全道8.6%）、大腸がんが16.1%（全道14.7%）、肺がん22.4（全道9.5%）となっていますが、受診率の向上を図るため、がん検診の必要性の普及啓発を図った上で、総合的な対策を推進する必要があります。

③ がん登録

病院における、がん医療の状況を適確に把握するため、がんの罹患、診療、転帰等に関する情報を記録・保存し、院内がん登録を推進します。

④ 医療機関への受診状況

- 北海道は、がん治療に係る入院期間が全国平均に比べ、長期間になる

傾向が見られ、また自給率については、都市部を抱える医療圏と郡部の医療圏とで開きがありますが、当圏域でも同様の傾向があると考えます。

- このため、特に遠隔地から都市部に入院している患者については、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療など、入院が必要な治療の終了後には、居住地域で継続的な医療を受けることができるよう、医療提供体制の整備と医療機関等の相互の連携を進める必要があります。当圏域でも、がん診療連携拠点病院、がん診療連携指定病院はないことから、道南圏域のがん診療連携拠点病院等である市立函館病院、函館五稜郭病院、函館中央病院、国立病院機構函館病院との受診体制での連携を深める必要があります。

⑤ 医療の状況

- 当圏域においては、全道と比べ、他の圏域への入院及び通院が多いことから、居住地域に近い医療機関でも継続的な医療を受けることができるよう、医療機関等相互の連携を進める必要があります。
- 当圏域では、がん診療連携拠点病院、がん診療連携指定病院が未指定となっていることから、これらの整備に向けた取り組みを進めていく必要があります。

(3) 必要な医療機能

(医療機関)

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は、診療ガイドラインに則った診療を実施します。

- 血液検査、画像検査（X線検査、CT、超音波検査、内視鏡検査、MRI、核医学検査）及び病理検査等の診断・治療に必要な検査を実施します。
- 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法、これらを組み合わせた集学的治療を実施します。
- 緩和ケアについては、地域での構築に向けた取組に努めます。

(地域の中核病院)

前述のほか、地域の中核病院においては、次の対応が求められます。

- 各職種の特長を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した他職種でのチーム医療を実施します。
- 患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンを紹介します。
- 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施します。
- がんと診断された時から緩和ケアを目指します（緩和ケアチームの整

備や外来での緩和ケアを実施し、患者とその家族に対して、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する全人的な緩和ケアに努めます）。

- 地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等[※]の活用や急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関と連携します。

※ 地域連携クリティカルパス：地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する全体的（急性期から回復期を経て、自宅に帰るまで）な指導計画のこと。

- 道のがん登録事業の院内がん登録に参加し、地域がん登録へ積極的に協力します。

（４）数値目標等

指標区分	指標名（単位）		現状値	目標値	現状値の出典
実施件数	がん検診受診率 （％）	肺がん	22.4	50.0 以上	平成27年度地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）
		胃がん	12.9		
		大腸がん	16.1		
		乳がん	24.2		
		子宮頸がん	19.3		
住民の健康状態	がんによる75歳未満年齢調整死亡率 （％）	男性	88.4	現状値より減少	道南地域保健年報より算出
		女性	51.2		

（５）数値目標等を達成するために必要な施策

がん医療の均てん化[※]を目指すとともに、がんの予防及びがんの早期発見など、がん対策を総合的かつ計画的に推進します。

※ がん医療の均てん化：がん医療について、どこに住んでいる人でも標準的な医療サービスを平等に受けることができるようにすること。

① がん予防の推進

- 健康のために望ましい生活習慣やがんに関する正しい知識を身に付けることができるよう普及啓発を行います。
- 受動喫煙[※]を防止するために、公共施設をはじめ、職場や家庭等における禁煙や適切な分煙を進めます。
- 飲食店や商業施設等多くの人が利用する場所での禁煙・分煙化に向けて「おいしい空気の施設推進事業」を推進するため、関係機関及び関係団体と協働しながら、取り組みを進めていきます。
- 道、町、関係機関及び関係団体等は、連携して、がん検診受診率の向上などに向けた普及啓発、保健事業の推進やがん検診実施体制の充実に

努めます。

※ 受動喫煙：室内等において、他人のたばこの煙を吸わされること。

② がん医療連携体制の充実

より身近なところで必要ながん医療を受けることができるよう、がん診療連携拠点病院や北海道が独自に指定するがん診療連携指定病院、その他のがん医療を行う医療機関、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局、歯科医療機関等の関係者間の連携を促進し、診断から、治療、緩和ケア、リハビリテーション、在宅医療に至るまでのがん医療提供体制の整備を促進します。

③ がん医療に関する相談支援及び情報提供

道、町、地域中核病院及び道南圏域のがん診療連携拠点病院等が連携し、がん医療に関する情報の提供や相談体制の充実に努めるとともに患者やその家族の方々が必要とするその他のサービスに関する情報の提供に努めます。

(6) 歯科医療機関（病院歯科・歯科診療所）の役割

がんの化学療法や放射線治療に伴う口腔合併症の予防や、手術後の肺炎予防等のため、道南圏域のがん診療連携拠点病院等やその他のがん医療を行う医療機関等と連携して、手術や化学療法及び放射線療法が予定される患者に対して、歯科医療機関において口腔管理（口腔ケア、口腔衛生指導、口腔疾患の治療等）を行う取り組みを推進し、より質の高いがん治療提供につながるよう支援します。

(7) 薬局の役割

- 適切な禁煙の相談を受ける取り組みを推進するとともに、禁煙補助薬の服薬管理などを通じて、たばこをやめたい人の禁煙支援を行います。
- 外来化学療法の効果と安全性を高めるためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において薬学的管理（薬剤服用の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに患者への適切な服薬指導などに努めます。
- 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、薬局において、在宅患者に対し、医療用麻薬の適切な服薬管理などに努めるとともに、医療用麻薬の円滑な供給を図るため、地域の薬局相互の連携を推進します。

(8) 訪問看護ステーションの役割

- がん患者が在宅生活に移行するに当たっては、病院看護師等の医療機関のスタッフと訪問看護を担っている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。

- 在宅と療養生活が継続するがん患者に対して、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等の全人的な緩和等適切な看護の提供や療養生活の支援を行い、生活の質（ＱＯＬ）の維持、向上を目指します。
- 在宅での療養生活を維持する患者に対して、治療後の心身の症状や障がいに合わせて適切なケアを提供するとともに、急変時の対応、在宅での看取りや遺族へのグリーフケア※に取り組めます。

※ グリーフケア：大切な人を失った喪失感や悲しみを乗り越えようとしている人たちに寄り添い、援助していくこと。

2 脳卒中の医療連携体制

(1) 現 状

① 死亡の状況

- 当圏域では平成27（2015）年に61人（全道4,875人）が脳血管疾患を原因として死亡しており、死亡数全体の10.7%（全道8.0%）を占め、死因の第3位となっています。
- その内訳は、脳梗塞の割合が一番高く、次に脳出血、くも膜下出血の割合が高い状況となっています。

② 健康診断の受診状況

- 脳卒中の発症を予防するため、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の危険因子を早期に発見することが重要ですが、平成28（2016）年度の北渡島檜山圏域における特定健康診査の受診率は24.7%であり、全道27.6%より約3ポイント低い状況です。
- 平成28（2016）年度の特定健康診査受診者のうち、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者^{※1}の割合は17.1%（全道16.9%）、内臓脂肪症候群予備群^{※2}の割合は12.0%（全道10.5%）であり、全道よりやや高い傾向となっています。

※1 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者：内臓脂肪の蓄積（主に腹囲により測定）に加え、血中脂質、血圧、血糖基準のうち、2つ以上に該当する者。

※2 内臓脂肪症候群予備群：内臓脂肪の蓄積（主に腹囲により測定）に加え、血中脂質、血圧、血糖基準のうち、1つに該当する者。

③ 医療機関への受診状況

（脳卒中の急性期医療実態調査）

- 脳卒中の発症から調査対象医療機関到着までの所要時間には「救急要請の有無」が関係しており、道南圏域の「発症から調査対象医療機関到着」までの所要時間の中央値は、「救急要請が有る場合」で98分、「救急要請が無い場合」は136分となっており、大きな差があります。

（ナショナルデータベース[NDB]）[※]

- 患者の受療動向調査によると、脳卒中の患者が居住している第2次医療圏で受療している割合は、入院72.9%、通院77.8%です。
- また、この割合（入院自給率80%未満）が低い当圏域では、隣接する南渡島圏域の医療機関で入院することが多く、約2割が流出している状況です。（南渡島18.24%、札幌4.97%）

※ ナショナルデータベース[NDB]：レセプト情報・特定健診等情報データベースのこと。高齢者の医療の確保に基づき電子化されたレセプトと特定健診・保健指導のデータを国のデータベースに蓄積。国及び都道府県の医療費適正化計画策定に活用する。

④ 医療機関の状況

(急性期医療を担う医療機関について)

- ①血液検査及び画像検査、②外科的治療（開頭手術、脳血管手術等）、③t-P Aによる血栓溶解療法の全てが、24時間対応可能である急性期医療を担う公表医療機関は、当圏域にはありません。

(回復期医療を担う医療機関について)

- 脳卒中の回復期リハビリテーションが対応可能な脳血管疾患等リハビリテーション料の保険診療に係る届出医療機関は、3か所です。

(2) 課題

① 疾病の発症予防

- 特定健康診査の意義を広く周知するとともに、脳卒中の危険因子である高血圧や糖尿病、脂質異常症、喫煙習慣や過度な飲酒習慣がある者への支援を早期に開始し、発症予防に努めることが必要です。
- 施設内禁煙等の環境づくりを推進するなど、受動喫煙防止対策の強化が必要です。

② 医療連携体制の充実

- 患者の受療動向を踏まえて、緊急時・急性期における専門的診療を速やかに受けることができるよう、消防機関と医療機関及び医療機関相互の連携体制の充実が必要です。
- 急性期から維持期までの病期に応じて、一貫したリハビリテーションが受けられるよう、医療機関の連携体制の充実が必要です。

③ 在宅療養が可能な体制

- 脳卒中の再発及び合併症を予防し、生活機能を維持・回復しながら在宅で療養生活を継続できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援が必要です。

(3) 必要な医療機能

① 発症予防

(かかりつけ医)

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動等の基礎疾患に対する治療や食事、運動、喫煙、過度の飲酒等の生活習慣の改善を促し、脳卒中の発症を予防します。
- 脳卒中を疑う症状出現時の対応について、患者・家族等患者の周囲にいる者に対する教育・啓発を行います。

② 応急手当・病院前救護

(本人及び家族等周囲にいる者)

- 発症後速やかに救急要請を行います。

(消防機関と急性期医療を担う医療機関の連携)

- 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送します。
- メディカルコントロールに基づく適切な観察・判断・処置[※]を行います。

※ メディカルコントロールに基づく適切な観察・判断・処置 : 救急現場から医療機関に搬送されるまでの間に、医師の指示又は指導・助言等のもとに救急救命士等が実施する気管挿管等の医療行為。

③ 急性期医療

(急性期医療を担う医療機関)

- 当圏域では、公表基準を満たす医療機関はありません。

④ 回復期医療

(回復期医療を担う医療機関、リハビリテーションを専門とする医療機関)

- 身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施します。
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の適切な管理を行うとともに、誤嚥性肺炎の予防や抑うつ状態・認知症など、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する対応を行います。
- 再発が疑われる場合には、急性期の医療機関との連携などにより、患者の病態を適切に評価します。
- 急性期及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画（リハビリテーションを含む。）を共有するなどして連携を図ります。

⑤ 維持期医療

(介護老人保健施設、介護保険によるリハビリテーションを担う医療機関等)

- 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）を実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援します。
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の適切な管理を行うとともに、誤嚥性肺炎や抑うつ状態・認知症など、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する対応を行います。
- 合併症発症時や脳卒中の再発時には、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携して対応します。
- 回復期や急性期医療機関等と、診療情報や治療計画（リハビリテーションを含む。）を共有するなどして連携を図ります。

- 介護支援専門員を中心に介護保険関連施設、訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局等と連携して在宅医療を行います。

(4) 数値目標等

指標区分	指標名 (単位)	現状値	目標値	現状値の出典
体制整備	回復期医療を担う医療機関数 (か所)	3	現状維持	保健福祉部調査回復期医療の公表医療機関 (平成30年4月1日)
	特定健康診査実施率 (%) (40~74歳)	24.7	現状値より増加	特定健康診査等実施状況 (平成28年度)
	特定保健指導実施率 (%) (40~74歳)	55.7	現状値より増加	
住民の健康状態	メタボリックシンドローム該当者の割合 (%)	17.1	現状値より減少	市町村国保における特定健診等結果状況報告書 (平成28年度)
	メタボリックシンドローム予備群の割合 (%) (40~74歳)	12.0		
	高血圧症有病者 ^{※1} の割合 (%)	29.8	現状値より減少	
	正常高値血圧者 ^{※2} の割合 (%) (40~74歳)	21.4		
脳血管疾患年齢調整死亡率 (%) (人口10万対)	男性	12.3	現状値より減少	道南地域保健年報より算出
	女性	15.4		

※1 高血圧症有病者：収縮期血圧140mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上の者（降圧剤服薬者を含む）。

※2 正常高値血圧者：収縮期血圧130mmHg以上140mmHg未満又は拡張期血圧85mmHg以上90mmHg未満の者。

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策

① 予防対策の充実

- 道・町・医療保険者が連携して、特定健康診査の意義を広く周知するとともに、特定健康診査・特定保健指導の充実に努めます。
- 危険因子となる高血圧や糖尿病、脂質異常症等を減らすため、栄養、運動及び喫煙など生活習慣の改善に向けて取組むとともに、食事の普及啓発を行います。

② 医療連携体制の充実

- 発症予防、応急手当・病院前救護、急性期医療、回復期医療、維持期医療の各期における、医療機関及び関係団体の取組を促進します。
- 急性期から回復期、維持期までの切れ目のなく適切な医療（リハビリテーション含む。）が提供できるよう、関係する機関の連携体制の充実

を図ります。

(6) 医療機関等の具体的名称

(回復期医療を担う医療機関の公表基準)

次の①②の両方を満たす病院・診療所

- ① 脳血管疾患等のリハビリテーション料の保険診療に係る届出をしていること。
- ② 脳卒中の回復期リハビリテーションの対応が可能であること。

【医療機関名】

町名	医療機関
八雲町	八雲総合病院
今金町	今金町国保病院
せたな町	せたな町立国保病院

(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

脳卒中の後遺症に関連する口腔機能低下や口腔衛生状態の悪化は、摂食嚥下障害、咀嚼障害及び構音障害につながり、更には誤嚥性肺炎の発症リスクとなります。

脳卒中発症者における誤嚥性肺炎等を予防するため、病院歯科を含む地域の歯科医療機関が、多職種によるカンファレンス等を活用し、急性期等の入院期間から在宅療養に至るまでの適切な歯科治療、専門的口腔ケア及び口腔機能訓練等の提供に努めます。

(8) 薬局の役割

- 脳卒中の発症予防や再発予防のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。
- 在宅療養中の脳卒中患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護ステーション等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導などを行うとともに、在宅療養で必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

(9) 訪問看護ステーションの役割

- 脳卒中患者が在宅生活に移行するに当たっては、病院看護師等の医療機関のスタッフと訪問看護を担う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。
- 脳卒中の回復期及び維持期にある在宅療養者に対しては、心身の状態や障害に合わせて在宅療養の技術的支援や精神的支援を行うとともに、再発予防に向けた基礎疾患・危険因子の管理や生活機能の維持・向上の

ためのリハビリテーションを実施し、日常生活の再構築を支援します。

- 在宅療養中の脳卒中患者の再発等の急変時について、平常時から緊急時の連絡体制や救急車到着までの対処方法などを患者・家族等患者の周囲にいる者と事前に取り決め、緊急時の対応に備えます。

3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

(1) 現 状

① 死亡の状況

- 当圏域では、平成27（2015）年に85人（全道9,156人）が心疾患を原因として死亡しており、死亡数全体の14.9%（全道15.1%）を占め、死因の第2位となっています。
- その内訳は、心不全の割合が一番高く、次に不整脈及び伝道障害、その他の虚血性心疾患、急性心筋梗塞の割合が高い状況となっています。

② 健康診断の受診状況

- 急性心筋梗塞の発症を予防するためには、定期的な健診の受診により高血圧、脂質異常症、糖尿病等の危険因子を早期に発見し、治療することが重要ですが、平成28（2016）年度の当圏域の特定健康診査の実施率は24.7%で、全道27.6%より、約3ポイント低い状況です。
- 平成28（2016）年度の特定健康診査のうち、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者の割合は17.1%（全道16.9%）、内臓脂肪症候群予備群の割合は12.0%（全道10.5%）であり、全道よりやや高い傾向となっています。

③ 医療機関への受診状況

（急性心筋梗塞の急性期医療実態調査）

- 急性心筋梗塞の発症から調査対象医療機関到着までの所要時間には「救急要請の有無」が関係しており、「発症から調査対象医療機関到着」までの所要時間の中央値は、「救急要請が有る場合」で79分、「救急要請が無い場合」で235分となっており、大きな差があります。

（ナショナルデータベース[NDB]）

- 患者の受療動向を調査によると心血管疾患の患者が居住している第2次医療圏で受療している割合は、入院68.6%、通院84.9%です。
- また、この割合（入院自給率80%未満）が低い当圏域では、隣接する南渡島圏域の医療機関で入院することが多く、約3割が流出している状況であります。（南渡島21.5%、札幌6.4%）

④ 医療機関の状況

（急性期医療を担う病院について）

- ①放射線等機器検査、②臨床検査、③経皮的冠動脈形成術の全てが、24時間対応可能である急性期医療を担う公表医療機関は、1か所です（※ 病院群輪番制によるため、対応可能日は確認が必要）。
- 冠疾患専用集中治療室（CCU）又はそれに準じた専用病棟を有する病院は、当圏域で1か所です。

(回復・維持期の医療について)

- 厚生労働大臣が定める「心大血管疾患リハビリテーションⅠ」の保険診療に係る届出医療機関（平成29（2017）年6月1日現在）は、当圏域で1か所です。

(2) 課 題

① 疾病の発症予防

- 特定健康診査の意義を広く周知するとともに、心血管疾患の危険因子である高血圧や脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、喫煙習慣がある者への支援を早期に開始し、心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防に努めることが必要です。
- 施設内禁煙等の環境づくりを推進するなど、受動喫煙防止策の強化が必要です。

② 医療連携体制の充実

- 患者の受療動向を踏まえて、急性期における専門的診療を速やかに受けることができるよう、消防機関と医療機関及び医療機関相互の連携体制の充実・強化が必要です。
- 急性期から維持期までの病期に応じて、一貫したリハビリテーションが受けられるよう関係機関の連携体制の充実が必要です。

③ 再発予防

再発及び合併症を予防するための治療や基礎疾患の管理、再発時の対応方法について、地域の医療機関と専門的医療機関との連携体制の充実が必要です。

(3) 必要な医療機能

① 発症予防

(かかりつけ医)

- 高血圧、脂質異常症、糖尿病等の基礎疾患に対する治療や喫煙、ストレス等の生活習慣の改善を促し、心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防します。
- 急性心筋梗塞を疑う症状出現時の対応について、本人及び家族等周囲にいる者に対する教育・啓発を行います。

② 応急手当・病院前救護

(本人及び家族等周囲にいる者)

- 発症後、速やかに救急要請を行います。
- 心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置を行います。

(消防機関と急性期医療を担う医療機関の連携)

- 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送します。
- メディカルコントロールに基づく適切な観察・判断・処置を行います。

③ 急性期医療

(救命救急センター及びCCUを有する医療機関、急性期医療を担う医療機関)

- 来院後、速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始します。
- 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる者の初期治療に必要な検査及び処置、専門的な診療について、24時間対応可能な体制を維持します。
- 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理やポンプ失調などの合併症治療を行います。
- 冠動脈バイパス術等の外科的治療が可能、又は外科的治療が可能な施設との連携体制の構築を図ります。
- 慢性心不全の急性増悪時に、状態の安定化に必要な内科的治療を行います。
- 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を予防し、多職種による多面的・包括的なりハビリテーションを実施します。
- 回復期の医療機関やかかりつけ医と診療情報や治療計画を共有するなどして連携を図ります。また、再発予防のため、定期的に専門検査を実施します。

④ 回復期医療

(内科、循環器科または心臓血管外科を有する病院・診療所)

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等への対応などを行います。
- 入院又は通院により、合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施します。
- 再発予防に必要な知識や再発時の対応法について、患者及び家族への教育を実施します。
- 救急処置が可能な医療機関と連携し、合併症併発時や再発時などの緊急時に対応できる医療体制を維持します。
- 急性期及び在宅医療を担う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携を図ります。

⑤ 維持期医療

(かかりつけ医)

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応などを行います。
- 救急処置が可能な医療機関と連携し、合併症併発時や再発時などの緊急時に対応できる医療体制とします。

- 急性期の医療機関・介護保険関連施設等と診療情報や治療計画等を共有し、再発予防のための定期的な専門的検査や合併症併発時・再発時の対応を含めた連携を図ります。
- 在宅での運動療法や再発予防のための疾病管理について、医療機関や訪問看護ステーション、かかりつけ薬局、歯科診療所等が連携して支援します。

(4) 数値目標等

指標区分	指標名 (単位)	現状値	目標値	現状値の出典
体制整備	急性期医療を担う医療機関数 (か所)	1	現状値維持	保健福祉部調査 急性期医療の公表医療機関 (平成30年4月1日)
	特定健康診査実施率 (%) (40～74歳)	24.7	現状値より増加	特定健康診査等実施状況 (平成28年度)
	特定保健指導実施率 (%) (40～74歳)	55.7	現状値より増加	
住民の健康状態	メタボリックシンドローム該当者の割合 (%)	17.1	現状値より減少	市町村国保における特定健診等結果状況報告書 (平成28年度)
	メタボリックシンドローム予備群の割合 (%) (40～74歳)	12.0		
	高血圧症有病者の割合 (%)	29.8	現状値より減少	
	正常高値血圧者の割合 (%) (40～74歳)	21.4		
急性心筋梗塞年齢調整死亡率 (%) (人口10万対)	男性 女性	6.4 3.0	現状値より減少	道南地域保健年報より算出

(5) 数値目標等を達成するための必要な施策

① 予防対策の充実

- 道・町・医療保険者が連携して、特定健康診査の意義を広く周知するとともに、特定健康診査・特定保健指導の充実に努めます。
- 危険因子となる高血圧や糖尿病、脂質異常症等を減らすため、栄養、運動及び喫煙など生活習慣の改善に向けて取り組むとともに、食事の普及啓発を行います。
- 施設内禁煙等の環境づくりを推進し、受動喫煙防止に努めます。

② 医療連携体制の充実

- 発症予防、応急手当・病院前救護、急性期医療、回復期医療、再発予防の各期における医療機関及び関係団体の取組を促進します。
- 急性期から回復期、再発予防まで切れ目なく適切な医療が提供できるよう、保健医療福祉圏域連携推進会議等を活用し、患者の受療動向に

じた連携体制の充実を図ります。

③ 疾病管理・再発予防

- 慢性心不全患者に対しては、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを実施します。
- 慢性心不全患者の管理に当たっては、関係者間で心不全の概念を共有することが重要であることから、患者やその家族、心血管疾患を専門としない医療従事者や介護関係者等への正しい知識の普及に努めます。

(6) 医療機関等の具体的名称

(急性期医療を担う医療機関の公表基準)

次の①～③が24時間対応可能であり(病院群輪番制をとっている圏域については、救急当番日のみの場合を含む)、かつ、④または⑤を満たす病院・診療所

- | |
|--------------------------------------|
| ① 放射線等機器検査(心電図・冠動脈造影等) |
| ② 臨床検査(血清マーカー等) |
| ③ 経皮的冠動脈形成術の治療 |
| ④ 冠動脈バイパス術等外科的治療が実施可能 |
| ⑤ 冠動脈バイパス術等外科的治療は実施しないが、他医療機関への紹介が可能 |

【医療機関名】

町名	医療機関
八雲町	八雲総合病院

※ 病院群輪番制によるため、対応可能日は確認が必要

(7) 歯科医療機関(病院歯科・歯科診療所)の役割

慢性心不全患者においては、口腔機能及び口腔衛生の維持・管理を行い、誤嚥性肺炎や低栄養を予防することが重要であることから、地域の循環器科等の医療機関と連携した療養支援体制の充実に努めます。

(8) 薬局の役割

- 急性心筋梗塞の発症予防や再発予防のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理(薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等)を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。
- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護ステーション等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導等を行うとともに、在宅療養に必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に

努めます。

(9) 訪問看護ステーションの役割

- 心疾患患者が在宅生活に移行するに当たっては、病院看護師等の医療機関のスタッフと訪問看護を担う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。
- 在宅での療養生活を継続する患者に対して、心疾患の治療及びその治療に伴う諸症状に適切な看護を提供するとともに、再発予防に向けた基礎疾患・危険因子の管理や生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを関係機関と連携して実施し、日常生活の再構築を支援します。
- 在宅での療養生活を継続する慢性心不全患者に対して、心不全増悪予防のための疾病管理や治療に伴う諸症状・全人的苦痛の緩和など適切な看護を提供しつつ、適切な療養行動を維持できるよう患者及びその家族を支援し、生活の質（QOL）の向上を目指します。
また、運動耐容能の改善を目的とした運動療法やカウンセリング等、多職種と連携し、療養生活を支援します。

4 糖尿病の医療連携体制

(1) 現 状

① 罹患の状況

- 平成28(2016)年の特定健診等結果^{※1}のHbA1c値^{※2}をみると、「6.5以上(受診勧奨判定値)」の該当者は、119人(全道19,338人)、6.3%(全道7.8%)であり、「5.6以上6.5未満(保健指導判定値)」の該当者は、691人(全道102,119人)、37.0%(全道41.3%)でした。健診受診者の約4割が、医療や保健指導を要する状態であると判定されています。
- 透析医療を行っている医療機関を対象に行った調査^{※3}では、当圏域の糖尿病性腎症の患者数は、平成29(2017)年102人と血液透析患者数の全体の43.1%(全道40.4%)を占めています。

※1 特定健診等結果：市町村国保における特定健診等結果状況報告書(平成28(2016)年度分)。

※2 HbA1c値(NGSP値)：過去1～3ヶ月の血糖値を反映した血糖値のコントロール指標。

※3 透析医療を行っている医療機関を対象に行った調査：北海道における透析医療の現状(平成29(2017)年9月30日現在)。

② 健康診断の受診状況

- 糖尿病は放置すると糖尿病性腎症による人工透析が必要な状態、網膜症による失明、脳梗塞・脳出血、心筋梗塞など様々な合併症を引き起こす要因となることから、早期に発見、治療することが重要ですが、平成28(2016)年度の北渡島檜山圏域における特定健康診査の実施率は24.7%、全道27.6%より約3ポイント低い状況です。
- 平成28(2016)年度の特定健康診査^{※1}における内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)^{※2}の該当者の割合は17.1%(全道16.9%)、内臓脂肪症候群予備群^{※3}の割合は12.0%(全道10.5%)であり、全道よりやや高い傾向となっています。
- 平成28(2016)年の特定健診等結果のBMI値では、男性の肥満(BMI25以上)の割合が44.7%(全道35.8%)、女性の肥満の割合が32.4%(全道23.4%)であり、全道より高い傾向となっています。

※1 特定健康診査：特定健康診査等実施状況(平成28年度)。

※2 内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)：内臓脂肪の蓄積(主に腹囲測定)に加え、血中脂質、血圧、血糖基準のうち、2つ以上に該当する者。

※3 内臓脂肪症候群予備群：内臓脂肪の蓄積(主に腹囲測定)に加え、血中脂質、血圧、血糖基準のうち、1つ以上に該当する者。

③ 医療機関への受診状況

(ナショナルデータベース [NDB])

- 患者の受療動向調査※によると、糖尿病の患者が居住している第2次医療圏内で受療している割合は、入院が63.6%、通院が83.8%です。
- また、この割合（入院自給率80%未満）が低い当圏域では、隣接する南渡島圏域の医療機関で入院する割合が高く、約3割が流出している状況があります。（南渡島28.0%、札幌6.2%）

※ 患者の受療動向調査：厚生労働省医療計画作成支援データブック（平成28（2016）年度分）。

④ 医療機関の状況

(糖尿病医療機能を担う公表医療機関について)

- 「インスリン療法を行うことができる」、「糖尿病患者教育（食事療法・運動療法・自己血糖測定）を行うことができる」、「糖尿病による合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができる」のいずれかに該当する公表医療機関は、11か所です。
- 公表医療機関を対象とした調査※¹で回答のあった医療機関11か所のうち、「教育入院を実施している」と回答した医療機関は5か所（病院4か所、診療所1か所）です。
- 糖尿病性腎症を含む人工透析治療（血液透析）※²については、当圏域では2医療機関で行われています。

※¹ 公表医療機関を対象とした調査：糖尿病の地域連携に関する現状調査（平成29（2017）年）。

※² 糖尿病性腎症を含む人工透析治療（血液透析）：北海道における透析医療の現状（平成29（2017）年9月30日現在）。

(2) 課題

① 予防対策の充実

- 糖尿病は自覚症状がなく進行する病気ですから、定期的な健診受診が必要であることを広く周知するとともに、適切な食生活及び運動習慣により予防や改善ができることから啓発活動が必要です。
- 医療保険者等と連携し、糖尿病の発症リスクがある者に対して保健指導や医療機関受診を勧め、生活習慣の改善が図られるよう支援が必要です。

② 医療連携体制の充実

未治療者への受診勧奨や糖尿病患者の疾病管理、合併症予防を推進できるように、かかりつけ医と専門医療機関、歯科診療所及び医療保険者等

による連携体制の整備が必要です。

(3) 必要な医療機能

① 発症予防

(かかりつけ医)

高血糖、脂質異常症、高血圧、肥満等の危険因子の管理を行います。

② 初期・安定期治療

(糖尿病の診断及び生活習慣の改善、良好な血糖コントロールを目指した治療)

○ 75g OGTT^{※1}、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査を行います。

○ 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールを行います。

○ シックデイ^{※2}や低血糖時の対応について事前に十分な指導を行います。

○ 訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局、介護支援専門員等と連携した在宅医療を行います。

※1 75g OGTT (Oral glucose tolerance test (経口ブドウ糖負荷試験) : 75gのブドウ糖水溶液を投与し、その後の糖の処理能力を調べることや、インスリン分泌能を確認するための検査方法の一つ。

※2 シックデイ : 糖尿病患者が感染症に罹患し、発熱、下痢、嘔吐又は食欲不振によって食事できないとき、体調不良によって糖尿病が悪化しやすい状態となること。

③ 専門治療

(血糖コントロール不可例の治療、職種連携によるチーム医療の実施)

○ 各専門職のチーム(管理栄養士、保健師、看護師、薬剤師等)による食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療(心理問題を含む)を行います。

○ 75g OGTT、HbA1c等糖尿病の評価に治療に必要な検査を行います。

○ 糖尿病患者の妊娠への対応について事前に十分な指導を行います。

④ 急性合併症治療

(糖尿病性緊急症・低血糖など急性憎悪時の治療)

糖尿病性緊急症(ケトアシドーシス、高浸透圧高血糖状態等)や低血糖等の急性合併症の治療を24時間体制で実施します。

⑤ 慢性合併症治療

(慢性合併症治療を担う専門医療機関)

糖尿病の慢性合併症(糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病神経障害等)に係る専門的な検査や治療を行います。

⑥ 医療機能が異なる医療機関との連携や地域の連携

(かかりつけ医と専門医療を担う医療機関等との連携)

かかりつけ医と専門医療を担う医療機関等との間で、診療情報や治療計画を共有するなどして連携を図ります。

(医療機関と市町村・保険者の連携)

医療機関は、市町村や保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て必要な協力を行います。

(4) 数値目標等

指標区分	指標名(単位)	現状値	目標値	現状値の出典
体制整備	特定健康診査実施率(%) (40~74歳)	24.7	現状値より増加	特定健康診査等実施状況(平成28年度)
	特定保健指導実施率(%) (40~74歳)	55.7	現状値より増加	
実施件数	地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数(か所)	2	現状値より増加	保健福祉部調査(平成29年4月)
住民の健康状態	メタボリックシンドローム該当者の割合(%)	17.1	現状値	市町村国保における特定健診等結果状況報告書(平成28年度)
	メタボリックシンドローム予備群の割合(%) (40~74歳)	12.0	より減少	
	HbA1c値が6.5以上の者の割合(%) (40~74歳)	6.4	現状値より減少	

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策

① 予防対策の充実

- 道・町・医療保険者が連携して、特定健康診査の意義を広く周知するとともに、特定健康診査・特定保健指導の充実に努めます。
- 糖尿病の発症リスクがある者に対しては、医療保険者等と連携して特定保健指導を実施し、生活習慣の改善が図られるよう支援します。

② 医療連携体制の充実

- 発症予防、初期・安定期治療、専門治療、急性合併症治療、慢性合併症治療の医療機能における医療機関及び関係団体の取組を推進します。
- 道、町、医療機関及び関係団体は、糖尿病患者に対しての継続治療の必要性等を啓発し、病状の重症化や合併症予防に努めます。
- 発症予防から専門治療・慢性合併症治療まで、医療施設間の診療情報や治療計画の共有による切れ目なく適切な医療が提供できるよう、「糖尿病連携手帳」(日本糖尿病協会発行)等を用いた地域連携クリティカルパスや保健医療福祉圏域連携推進会議等を活用し、患者の受療動向に応じた連携体制の充実に努めます。

(6) 医療機関等の具体的な名称

(糖尿病医療を担う医療機関の公表基準)

○ 北海道医療機能情報公表システムに基づく、医療機能情報の報告内容から次の①～③の項目のいずれかに該当する医療機関

- ① インスリン療法を行うことができる。
- ② 糖尿病患者教育（食事療法・運動療法・自己血糖測定）を行うことができる。
- ③ 糖尿病による合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができる。

【医療機関名】

町名	医療機関名	該当項目		
		①	②	③
八雲町	八雲総合病院	○	○	○
	八雲町熊石国民健康保険病院	○	○	○
	魚住金婚湯医院	○	○	○
	八雲ユーラップ医院	○	○	○
長万部町	長万部町立病院	○	○	
今金町	今金町国保病院	○	○	○
	今金診療所	○		
せたな町	せたな町立国保病院	○	○	○
	せたな町立国保病院瀬棚診療所	○	○	○
	せたな町立国保病院大成診療所	○	○	○
	道南ロイヤル病院	○	○	

(7) 歯科医療機関（病院歯科・歯科診療所）の役割

○ 歯周病と糖尿病は相互に影響を及ぼし、歯周病治療で血糖値が改善することもあると示唆されていることから、医療機関から糖尿病を有する歯周病患者の紹介があった場合、適正な歯科医療の提供に努めます。

また、糖尿病合併症予防に当たっては、口腔機能及び口腔衛生の維持・管理が重要であることから、糖尿病患者の教育入院や糖尿病教室を実施する医療機関において、歯科医療従事者が歯科保健指導や歯科健康教育を行う等、医科歯科連携による療養支援体制の構築を目指します。

○ 難治性の歯周病患者に対し、糖尿病に伴う易感染状態を疑い、糖尿病・内分泌専門医療を担う適切な医療機関へ紹介するよう努めます。

(8) 薬局の役割

○ 糖尿病の治療継続や重症化の防止のためには、患者が薬物療法について正しく理解し、適切に服薬等を行えることが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握

等)を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。

- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護ステーション等と連携し、薬学的管理のもと、訪問による患者への適切な服薬指導などに努めるとともに、在宅医療に必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

(9) 訪問看護ステーションの役割

- 糖尿病及び合併症の治療やそれに伴う諸症状について、セルフコントロールを含め適切な療養行動を維持できるよう患者・家族を支援し、生活の質の向上に努めます。
- 糖尿病の重症化予防や口腔ケア・フットケア等による合併症の予防・早期発見に努めるとともに、低血糖等の急性憎悪時の対応について、患者・家族及び支援関係者と平常時から連携します。

5 精神疾患の医療連携体制

(1) 現 状

○ 当圏域における精神障害者把握数^{※1} は平成26(2014)年末で1,064人となっており、平成17(2005)年末の791人から273人多くなっています。把握数としては、統合失調症患者の把握数が一番多い状況にあります。

一方、うつ病をはじめとした「気分障害〔感情〕障害」は、統合失調症より少ない状況にありますが、平成17(2005)年末の123人から平成26(2014)年末の328人と約2.6倍の増加となっています。

【主な疾病分類別の精神障害者把握数】 (単位：人)

疾病分類	平成17年末	平成22年末	平成26年末
統合失調症	305	387	363
気分障害〔感情〕障害	123	244	328
てんかん	86	98	106
器質性精神障害 ^{※2}	58	55	53

※ 北渡島檜山地域保健情報年報(平成17(2005)年末)

※ 道南地域保健情報年報(平成22(2010)年末及び平成26(2014)年末)

- 管内の精神科標榜病院は、八雲総合病院と今金町国保病院で、今金町国保病院は、八雲総合病院精神科医師による月2回の精神科サテライト医療(外来診療)を行っています。
- 精神疾患は症状が多彩で自覚しにくいことや、疾病や医療機関に関する情報が得にくいことなどから、精神科医療機関への早期のアクセスが難しい傾向にあります。
- 住民からの「精神保健福祉相談」の実施状況を相談機関別に見ると、保健所に比べ、より身近な市町村で相談を受ける者の割合が高くなっています。
- 当圏域の精神科訪問看護は、八雲総合病院で提供されており、人口10万人当たりの施設数は北海道及び全国平均を上回っています。

【精神科訪問看護を提供する病院・診療所数】 (平成26(2014)年)

区 分	北渡島 檜 山	人口10万人当たりの施設数		
		北渡島 檜 山	北海道	全国
精神科訪問看護を提供する病院数	1	2.6	1.33	0.70
精神科訪問看護を提供する診療所数	—	—	0.37	0.36

※ 厚生労働省「医療施設調査」

- 入院後3ヶ月・6ヶ月・12ヶ月時点での退院率については、北海道は63%・79%・87%（全国平均は65%・82%・89%）に対し、当圏域は、すべての時点において北海道及び全国を上回っていますが、「退院患者平均在院日数」については、北海道は329.4日（全国平均は291.9日）に対し、当圏域では、371.5日と高い状況になっています。

【入院後の退院率】 (単位：%)

区 分	全国	北海道	北渡島檜山
入院後 3ヶ月時点の退院率 (%)	65	63	75
入院後 6ヶ月時点の退院率 (%)	82	79	100
入院後 12ヶ月時点の退院率 (%)	89	87	100

※ 厚生労働省「精神保健福祉資料」、平成29年度新精神保健福祉資料

【退院患者平均在院日数】 (単位：日)

区 分	全国	北海道	北渡島檜山
退院患者平均在院日数	291.9	329.4	371.5

※ 厚生労働省「患者調査」（平成26（2014）年度）

- ※1 精神障害者把握数：自立支援医療（精神通院医療）受給者、精神保健福祉手帳所持者、措置入院患者、医療保護入院患者など、保健所において把握している患者数。
- ※2 器質性精神障害：アルツハイマー病の認知症、血管性認知症、その他の認知症、脳の障害・機能不全等による精神障害等を含めた疾病分類の名称。

（統合失調症）

- 道が実施した「精神科病院実態調査」によると、地域移行・地域定着が進まない要因として「退院後の住居の確保」、「家族の協力が得られない」等が挙げられています。

（うつ病・躁うつ病）

- うつ病は身体症状が出ることも多く、精神科を受診する前に内科等のかかりつけ医を受診していることが多くなっています。

（認知症）

- 高齢化の進行に伴い認知症の患者は増加傾向にありますが、本人の自覚が難しいことや家族等周囲の人の認知症に対する認識の違い等により、初期段階で精神科医療へつなげることが困難な場合があります。

道南第三次医療圏では、平成24（2012）年4月に認知症に関する鑑別診断や専門医療相談等を行う「認知症疾患医療センター」に、函館市内にある社会医療法人函館渡辺病院、医療法人富田病院、医療法人亀田病

院分院亀田北病院が指定されていますが、二次医療圏内の認知症疾患医療センターではないので、広域となり十分な連携が取れてない状況があります。

(児童・思春期精神疾患)

- 地域においては、子どもの診療を担う医師や医療機関が少なく、心の問題を持つ子どもとその家族が身近な地域で専門的診療を受けにくい状況にあります。八雲総合病院には、小児科・精神科の診療体制が整っています。

児童・思春期精神疾患については、全道的に小児科医を受診することも多くなっており、当圏域でも同様と考えます。

(発達障がい)

- 成人期になってから発達障がいがあると診断された者については、児童・思春期に必要な療育や支援を受けた経験がない、あるいはこれまでに適切な医療にアクセスできていないといったことから、対人関係の問題など日常生活及び社会生活を送る上で困難を抱えている場合があります。

日常生活や職業での困難が発達障がいによるものであると気付かれず、必要な福祉支援や医療支援を受けられずにいる場合が少なくありません。

(依存症)

- アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症については、地域に専門医療機関や自助グループがないことなどから、継続的な支援が困難な状況が見られます。

(心的外傷後ストレス障害 (PTSD))

- 災害・犯罪・事故により被害を受けた者の遺族はもとより、身体に被害を受けた多くの被災者や被害者が同時に精神的被害を受けていると考えられます。

また、身体被害(物的的外傷)はなくても災害・犯罪・事故等によって直接的に精神被害を受けた者も多数に上ると考えられ、重度のPTSD(心的外傷後ストレス障害)などの災害や犯罪等による被害に対する持続的な精神的後遺症に罹患している者も少なくありません。

(高次脳機能障がい*)

- 高次脳機能障がいは外見では分かりにくく、本人や周囲の者が障がいを認識しづらい場合が多いことなどから、適切な医療や支援を受けにくい場合があります。

※ 高次脳機能障がい：病気（脳血管疾患、低酸素脳症、脳腫瘍等）や交通事故などによる脳外傷等の要因により脳に損傷をきたしたために生じる記憶障害や注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害を指します。

（摂食障害）

- 摂食障害は、潜在患者は多いものと推定されているにもかかわらず、専門的な医療につながるまでに長期間が経過することによって、重症化してしまうことも少なくありません。

（てんかん）

- てんかんの有病率は、約0.8%と推定されており、発達期だけではなく、老年期にも発症し、認知症等と合併することも知られています。
てんかんは、小児科、神経内科、脳神経外科など、精神科以外の診療科でも多くの患者が受診しています。

（精神科救急・身体合併症）

- 八雲総合病院は精神科救急医療体制整備事業の合併症受入協力病院、遠隔地域支援病院となっています。また、第二次医療圏の中で、唯一の総合病院となっております。

（自殺対策）

- 自殺の背景には、うつ病を始めとする精神疾患が関連することが多いことが知られています。北海道における自殺死亡率は、全国平均より高く、当圏域では、さらに高い状況です。

【人口10万人当たりの自殺死亡率】

区 分	全国	北海道	北渡島檜山
自殺死亡率	18.9	19.4	21.5

※ 厚生労働省「人口動態調査」（平成27年）

【当圏域の自殺者数の推移】

（単位：人）

平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
22	8	5	7	4	8	6	8

※ 道南地域保健情報年報及び北海道保健統計年報

（災害精神医療）

- 道では、災害等が発生した場合に、被災地域からの要請などに基づき、災害派遣精神医療チーム（DPAT）を派遣し、精神保健活動の支援等を行っています。
被災した都道府県等において、発災からおおむね48時間以内に活動できる「DPAT先遣隊」は、道内では未整備となっています。

(医療観察法における対象者への医療)

- 心神喪失者等医療観察法* による入院処遇とされた者の治療を行う「指定入院医療機関」は、道内では未整備となっています。
入院処遇とされた者は、指定入院医療機関が遠隔地にあることなどから、退院後の生活に必要な福祉サービスの試行等に制限が生じる場合があります。
退院決定又は通院決定を受けた者が必要な医療を受ける「指定通院医療機関」についても、当圏域では未整備となっています。

※ 心神喪失者等医療観察法：心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律：心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、継続かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発防止を図り、社会復帰を促進することを目的とする。

(2) 課 題

- 精神科医療機関と地域のかかりつけ医との連携により、精神疾患が疑われる者への受診勧奨等の取組が必要です。
- 精神疾患に関する知識の普及や精神科医療を必要としている人への相談支援の充実のため、住民にとって身近な町や保健所における相談機能の強化に努め、早期の精神科への受診を促す必要があります。
- 身近な地域で良好な療養環境のもと、地域社会で外来や訪問、入院医療等の適切な精神科医療が提供されるために、サテライト医療を継続するとともに、他の地域との調整・連携体制が必要です。
- できるだけ地域で、当事者・家族が安心して生活が送れるよう、医療機関と地域の相談支援事業所や障害福祉サービス事業所等が連携した地域定着への支援が必要です。
- 日中活動の場や退院後の住まいなど生活の場の確保、復職・就職への支援など、社会復帰へ向けた環境整備が必要です。

(統合失調症)

- 新規入院患者の入院長期化の防止や長期入院患者の退院を促進するため、精神科医、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等からなる多職種チームによる診療計画の作成や退院後の訪問看護、外来治療継続の支援など地域移行に向けた支援が必要です。
- 圏域内の医療機関における連携体制の構築や長期入院患者の症状を軽快させる治療法の普及、精神科リハビリテーションを始めとする予防的アプローチの充実などが必要です。

(うつ病・躁うつ病)

- 内科等のかかりつけ医や産業医との連携を推進し、精神科医療へのアクセスを促す取組が必要です。

- 患者のニーズや病状に応じて、地域の就労支援事業所、障害者就業・生活支援センター等の関係機関と連携した就労支援・復職支援の取組が必要です。また、事業主を始めとした職域関係者に対し、うつ病の正しい知識の普及を図っていくことが必要です。
- 医療機関と保健所・町及び自殺対策に取り組む民間団体等が連携し、地域住民に対して啓発を行うなど、自殺対策に社会全体で取り組んでいくことが必要です。

(認知症)

- 認知症は適切な治療により病状の進行を遅らせ、より安定した生活を送ることができる可能性があり、早期発見・早期受診や周囲の者の適切な対応が重要となることから、かかりつけ医、産業医等医療関係者の診断技術等の向上、家庭や職場など周囲の者や介護関係者等への認知症に関する正しい知識の普及が必要です。
- 認知症疾患医療センターが設置する連携協議会の場などを通じ、センターの役割や医療機能等の周知を図り、精神科専門医療機関やかかりつけ医、介護関係者の連携を推進することが必要です。
- 認知症サポート医について、医療機関や介護関係者への周知や活動内容の充実が求められています。
- 少子高齢化の進行等により、家庭における介護力が低下し、いわゆる老老介護や介護離職の問題など家族の介護負担が重くなっている状況も見られ、認知症グループホームなど退院が可能と判断された認知症高齢者の地域における生活の場の確保が求められています。

(児童・思春期精神疾患)

- 児童・思春期に特有の疾患に関する正しい理解と対応について、小児科医を始め、地域の保健・医療・福祉・教育関係者に対する学習機会の確保が必要です。
- 適切な養育と子どもの健康な発達との関連について、幅広く啓発することが必要です。
- 乳幼児健診は、発達障がい等子どもの心の問題の早期発見にも資する機会であることから、町からの受診勧奨を徹底するとともに、医療機関・保健所等の関係機関が連携した健診後の保健指導や相談支援などの取組が重要です。
- 心の診療を必要とする子どもの入院治療機能を持つ医療機関の確保など、子どもの心の診療体制の整備に向けた取組が求められています。

(発達障がい)

- 発達障がいに関する理解と対応について、医師を始め、地域の保健・医療・福祉・教育関係者に対する学習機会の確保が必要です。
- 発達障がいを持つ人については、児童・思春期から成年期にかけて、

ライフステージに応じた保健・医療・福祉に関する各種サービスの移行を円滑に進め、切れ目のない支援を行うことが必要です。

- 発達障がい为背景とするひきこもりなどの二次障害を防ぐため、的確な早期診断と適切な医療的支援が必要です。

(依存症)

- 依存症対策に関する普及啓発活動とともに、地域の相談支援体制を整備し、必要に応じて適切な医療につなげるなどの取組が必要です。
- アルコール依存症については、治療を行う医療機関と内科等のかかりつけ医や産業医等の連携が十分でないため、重症化してから治療につながる傾向もあり、医療機関や関係機関との連携強化が必要です。

(PTSD)

- 被災者や犯罪被害者等が心理的外傷その他災害や犯罪などにより心身に受けた影響から回復できるようにするため、精神的・身体的被害に対する保健・医療・福祉サービスの充実を図ることや専門性の高い者の人材育成が必要です。

(高次脳機能障がい)

- 高次脳機能障がいに関する知識の普及を図るとともに、地域での相談窓口や利用可能な支援制度などの周知を図ることが必要です。また、地域の医療機関における高次脳機能障がいの診療体制の充実を図ることが必要です。

(摂食障害)

- プライマリケアを担う医療機関、小児科医、内科医等への摂食障害に関する普及啓発を進め、早期発見、適切な治療につなげる必要があります。

(てんかん)

- てんかん専門医の下での高度な医療が必要な患者については、道内では専門医の偏在により、十分な医療が受けられない状況もあるため、地域における診療連携体制や遠隔医療による対応が必要です。
- 未治療のてんかん患者やその家族に対し、てんかんに関する知識の普及啓発等を通じ、適切な治療につなげる必要があります。
- 老年期に発症するてんかんに関し、医療関係者等への理解の促進が必要です。

(精神科救急・身体合併症)

- 休日や夜間を含め、24時間365日、精神科救急患者や身体疾患を合併した患者等の状態に応じて適切な医療を提供できる体制の確保が必

要です。

- 身体合併症患者の受け入れや自殺企図者の身体的処置終了後の精神科医による事後対応、精神科と一般科が連携した並列モデルによる受入体制等、一般救急との連携体制の構築が必要です。

(自殺対策)

- 地域における自殺予防対策の推進に当たっては、自殺対策の専門的支援に係る地域の相談支援体制を整備し、必要に応じて適切な医療につなげるなどの取組が必要です。
- 医療機関と保健所・町及び自殺対策に取り組む民間団体等が連携し、自殺未遂者への支援や住民に対する啓発を行うほか、地域間の取組の格差を是正する取組など、自殺対策に社会全体で取り組んでいくことが必要です。

(災害精神医療)

- 災害発生等に備え、DPA T先遣隊の設置やDPA Tの派遣体制の充実が必要です。

(医療観察法)

- 医療観察法の対象者の適切な治療を実施するため、道内に指定入院医療機関の確保が求められています。また、指定通院医療機関についても、確保していくことが必要です。
- 対象となった者のニーズに応じた保健福祉サービスの活用等、地域処遇における指定通院医療機関と関係機関が連携した支援が必要です。

(3) 必要な医療機能

(地域精神科医療提供機能：第二次医療圏に整備を目指す)

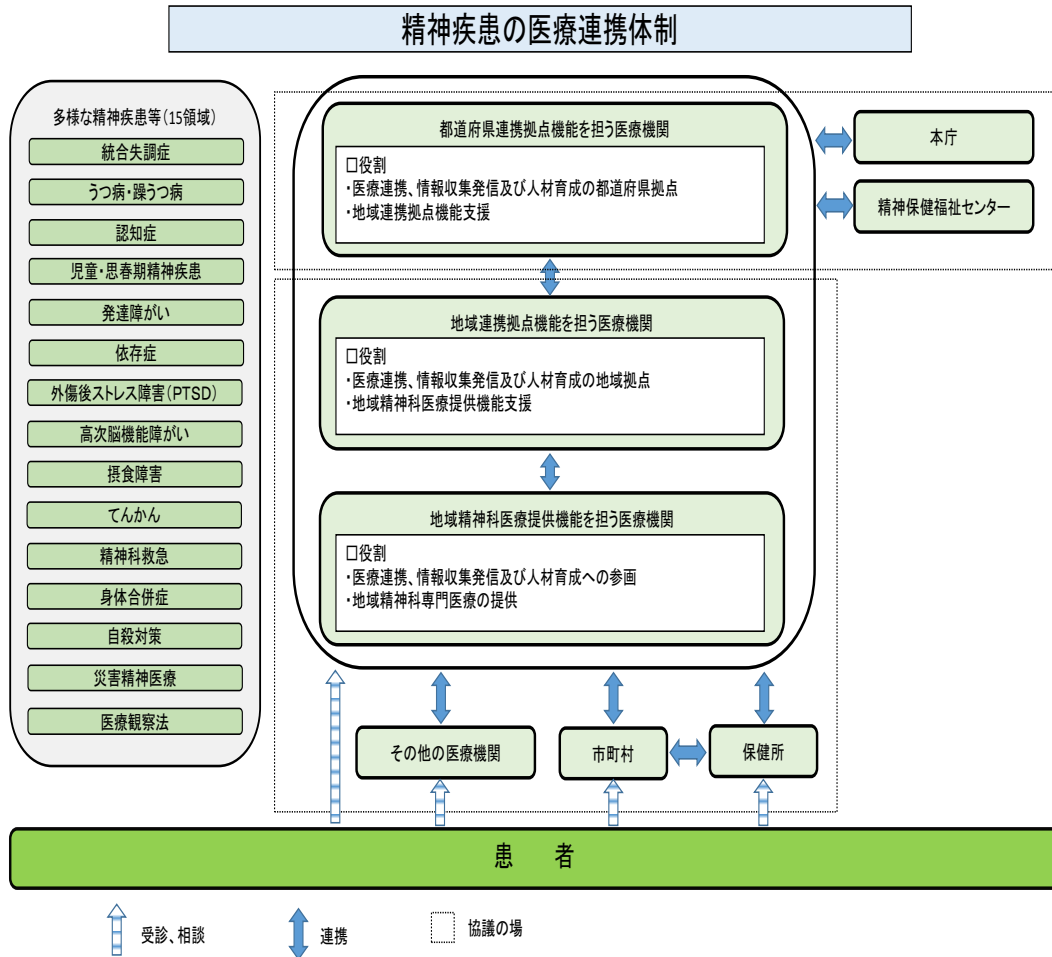
- 患者本位の精神科医療を提供すること。
- ICF（国際生活機能分類）* の基本的な考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること。
- 地域の保健・医療・福祉・介護の関係機関との連携・協力を行うこと。

(地域連携拠点機能：第三次医療圏に整備を目指す)

- 患者本位の精神科医療を提供すること。
- ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること。
- 地域の保健・医療・福祉・介護の関係機関との連携・協力を行うこと。
- 医療連携の地域拠点の役割を果たすこと。
- 情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと。
- 人材育成の地域拠点の役割を果たすこと。

○ 地域精神科提供機能を支援する役割を果たすこと。

※ ICF（国際生活機能分類）：人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえる。「生活機能」は、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される。



(4) 数値目標等

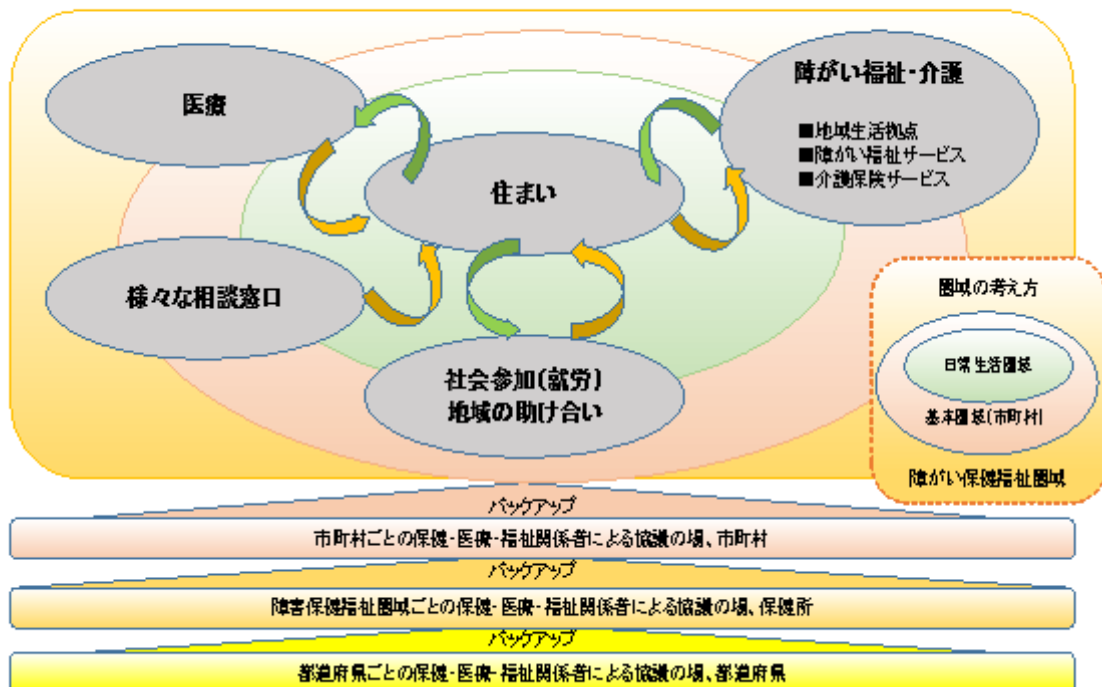
指標区分	指標名 (単位)	現状値	目標値 (平成35年)	現状値の出典
住民の健康状態	入院後3か月時点での退院率(%) ※	75.0	現状値維持	厚生労働省 精神保健福祉資料 (平成28年度)
	入院後6か月時点での退院率(%) ※	100.0	現状値維持	
	入院後1年時点での退院率(%) ※	100.0	現状値維持	

※ 「北海道障がい福祉計画」で設定した目標値を用いる項目は、計画間の整合を図り平成32(2020)年度を年次とする。

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策

- 一般科医療機関から適切に精神科医療機関につなげるため、内科医等かかりつけ医を対象とした研修などにより、連携体制の構築を促進します。
- 一般科医療機関に勤務するコメディカルスタッフや地域の相談機関職員などを対象とした適切な精神科医療へのつなぎ等の連携方法の習得のための研修会の開催など、人材育成に取り組めます。
- 「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて、精神障がいのある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、圏域及び各町に設置できるよう構築に努めます。

精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築(イメージ)



(統合失調症)

- 精神科病院に入院している者の退院を促進するため、地域の相談支援事業所や医療機関等と連携し、長期入院患者の地域移行・地域定着の支援を推進します。
- 町などと連携し、「北海道障がい福祉計画」に基づき、グループホームや就労支援事業所等日中活動の場の整備を促進します。
- 地域支援者のスキル向上のため、疾患の理解に向けた学習会等の開催を推進します。

(うつ病・躁うつ病)

- うつ病の診療知識の普及や精神科専門医との連携を推進するため、内科医等かかりつけ医の対応力向上のための研修会を実施します。

- 地域・職域における産業医等と精神科専門医の連携強化を促進するため、医療関係団体と連携した、うつ病に関する研修や連携システムの構築に努めます。
- 医療機関や地域の保健医療関係者などに対し、国等が実施する研修の受講を働きかけるなど、認知行動療法についての正しい知識の普及を進めます。
- 精神障がいの特性や疾患の状態に応じた就労支援の推進に努めます。

(認知症)

- 早期の診断と専門的な治療につなげるため、内科医等かかりつけ医の認知症対応力向上のための研修会などを実施します。
- 介護関係者、家族に対し認知症に関する正しい知識の普及を図るため、認知症介護研修及び認知症サポーター（認知症を理解し支援する住民）の養成等を通じて家庭や職場など周囲の者や地域住民に対する知識の普及を進めます。

(児童・思春期精神疾患)

- 心の問題の発見後、適切な療育や子育てに対する不安の解消などの支援につなげられるよう、児童・思春期精神疾患に関する専門性の向上を図るため、保健福祉に関わる職員を対象とした研修を実施します。
- 心の問題を持つ子どもが身近な地域で適切な診療を受け、また、その家族が適切な医療的相談ができるよう、町に必要な専門的支援の確保に努めるほか、地域の保健・医療・福祉・教育等の関係機関のネットワークを構築し、連携の促進を図ります。

(発達障がい)

- 発達障がいの早期発見や適切な成長・発達を促すため、乳幼児健診について町からの受診勧奨を徹底します。
- 発達障がいの当事者・家族等を適切な支援につなげられるよう、発達障がいに関する専門性の向上を図るため、保健福祉に関わる職員を対象にした研修を実施します。
- 発達障がいの当事者・家族等が速やかに医療機関を利用できるよう、道のホームページを活用するなど医療機関に関する情報の提供に努めます。
- 発達障がいを持つ人が身近な地域において適切な診療を受け、また、その家族が適切な医療的相談ができるよう、町に必要な専門的支援の確保に努めるほか、地域の保健・医療・福祉・教育等の関係機関のネットワークを構築し、ライフステージに応じた切れ目のない支援のための連携を図ります。

(依存症)

- 依存症に関する知識を普及し、当事者・家族を地域で支援することができるよう、地域住民に対する啓発や依存症の自助グループや支援者が実施しているミーティングの手法を学ぶ機会の確保など、依存症支援体制の構築を促進します。
- 「北海道アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、予防及び相談から治療回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備します。

(PTSD)

- 保健・医療・福祉職員等によるPTSD対策の啓発と研修による支援技術育成に努めます。

(高次脳機能障がい)

- 高次脳機能障がいの当事者・家族が身近な地域で支援を受けられるよう、保健所における相談機能の強化や相談窓口の周知を図るなど、支援体制の充実に努めます。

(摂食障害)

- 摂食障害の当事者・家族等が速やかに医療機関を利用できるよう、ホームページを活用するなど医療機関に関する情報の提供に努めます。

(てんかん)

- 専門医による高度な医療が必要な患者に対し、地域における診療連携体制の構築や遠隔医療による対応を進めます。
- 未治療のてんかん患者やその家族に対し、てんかんに関する知識の普及啓発等に取り組みます。
- 老年期に発症するてんかんに関して医療関係者等への理解の促進に取り組みます。

(精神科救急・身体合併症)

- 八雲総合病院から今金町国保病院に精神科医を派遣する地域精神医療確保対策事業(精神科サテライト医療)の継続を図ります。
- 地域の相談支援事業所等と連携し、精神科病院の長期入院患者の地域移行・地域定着支援の推進に努めます。
- 身体合併症を有する救急患者への対応が円滑に行われるよう、一般救急を担う医療機関との協力体制や救急搬送時の受入ルールづくりについて、地域の実情に応じて検討します。

(自殺対策)

- 保健・医療・福祉・労働・教育等の関係機関から構成される「八雲保健所自殺対策連絡会議」の構成機関・団体と連携し、地域における人材

養成や相談体制の確保等、「北海道自殺対策行動計画」に基づき、総合的な自殺対策を推進します。

(災害精神医療)

- DPAT先遣隊の設置や災害時に備えたDPATの派遣体制の充実に向け、関係機関との調整やDPAT構成員の資質向上のための研修等に参加します。

(医療観察法)

- 本道における指定入院医療機関の整備及び指定通院医療機関の更なる確保について、関係機関・団体等と連携しながら取り組みます。
- 医療観察法による通院決定、退院決定を受けた者を対象として実施される「地域社会における処遇」において、生活に必要な支援が円滑に提供されるよう、指定通院医療機関、保護観察所、町及び相談支援機関等の関係機関と連携して取り組みます。

(6) 医療連携圏域の設定

① 圏域設定の考え方

精神疾患に係る医療連携圏域は、受診へのアクセスのしやすさや必要時の入院を含む適切な医療の提供と合わせて、地域における保健・福祉・介護サービス等と連携した地域生活を支える機能等が求められることから、入院医療サービスの完結を目指す圏域である第二次医療圏単位とします。

② 第二次医療圏で完結できない医療提供体制について

精神科救急・身体合併症の対応等の地域精神科医療提供機能及び地域連携拠点機能等、高度で専門的な医療サービスの提供体制については、医療資源の少ない地域での完結が難しいことや本道の広域性を考慮し、高度で専門的な医療サービスの提供を目指す圏域である第三次医療圏を基本として、道央圏を3分割した8圏域体制を基本に、隣接する圏域と連携を図りながら、医療連携体制を構築します。

連携を図る医療機能	連携圏域	構成第二次医療圏
医療連携拠点機能	道 南	南渡島、南檜山、北渡島檜山
	道央(札幌・後志)	札幌、後志※
	道 央 (空 知)	南空知、中空知、北空知
	道央(胆振・日高)	西胆振、東胆振、日高
	道 北	上川中部、上川北部、富良野、留萌、宗谷
	オホーツク	北網、遠紋
	十 勝	十勝
	釧路・根室	釧路、根室

※ 精神科救急医療体制における病院群輪番制は「札幌・後志1」及び「札幌・後志2」の2ブロックで実施。

(7) 医療機関等の具体的名称

別に定める公表基準を満たした医療機関（第6資料編参照）

(8) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

認知症のある高齢者等では、歯の痛み、歯周病や口内炎等の炎症に伴う痛み、義歯の不具合等の問題により、BPSD（認知症に伴う行動障害・精神症状）を引き起こす可能性があることから、適切な歯科医療や口腔ケアの提供に努めます。

また、認知症要介護高齢者等に対しては、歯科医療従事者と介護職等が連携して食事の観察やカンファレンスを行うなど、口から食べる楽しみの支援を行います。

(9) 薬局の役割

○ 精神疾患に対する一層の理解を深めるため、精神科医療に関する研修会に薬局薬剤師が積極的に参加するとともに、薬局において、睡眠改善薬などの市販薬の販売時や相談の機会を通じて、適切な医療が必要と考えられる者に対し、受診勧奨を行うほか、専門医療機関や相談機関の紹介に努めます。

○ 向精神薬等の過量服用や薬物依存を未然に防ぐためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬などを行うことが重要であることから、薬局において、薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等の薬学的管理を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。

(10) 訪問看護ステーションの役割

○ 主治医や医療機関の看護師等と連携し、入院中から在宅療養環境の整備に努めます。

○ 在宅療養中の精神疾患及びその治療に伴う諸症状を把握し、服薬等の適切な療養行動を維持できるよう患者・家族を支援し、生活の質（QOL）の向上を目指します。

○ 在宅療養中の病気や障がいの状況に合わせ、生活リズムの安定、社会活動や交流における対人関係の調整を支援するとともに、地域住民及び保健・医療・福祉等関係者の連携に努めます。

○ 認知症患者の尊厳に配慮し、行動・心理症状や生活障害に応じた看護を提供するとともに、家族等の支援や在宅療養生活の安定のための環境整備に努め、生活の質（QOL）の向上を目指します。