

第2 5 疾病・6 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携の推進

(趣 旨)

- 医療の高度・専門化が進むにつれ、疾病の発生から在宅医療に至るまでを一人の医師、一つの医療機関で対応することが難しくなっています。

急性期など濃厚な治療を必要とする時期と、回復期や維持期などリハビリテーションや定期的な検査・指導等を必要とする時期で、複数の医療機関等により医療が提供される場合が多くなっています。

治療途中で転院等を行うこととなる患者の不安を軽減するためにも、医療機関同士が連携し、切れ目のない医療サービスを提供することが求められています。
- 近年、医師を始めとする医療従事者が不足していること、診療報酬改定や物価高騰、新型コロナウイルス感染症の影響等に伴い、自治体病院を始め医療機関の経営は厳しい状況にあること、圏域内において既に基準病床数を超過していることなどから、新たに医療機関を設置して医療提供体制の整備をはかることは困難となっており、現在ある医療資源を有効に活用していくことが必要です。
- 限られた医療資源を有効活用する上では、医療機関がそれぞれの専門性を発揮しながら機能を分担し、連携して地域に必要な医療を提供していくことが必要です。
- このため、医療機関の連携により、急性期から在宅療養に至るまでの切れ目のない医療サービスを効率的かつ継続的に提供し、患者が可能な限り早期に居宅等での生活に戻り、退院後においても継続して適切な医療を受けることができるよう、また、在宅医療の充実により生活の質（QOL）が向上するよう、医療連携体制の構築に取り組みます。
- なお、医療連携体制の構築に当たっては、第二次医療圏を基礎的な単位としつつも、疾病ごとの受療動向等を踏まえ、必要に応じて第二次医療圏を越えた広域的な連携に向けて協議することとします。

根室医療圏においては、がん診療に係る地域の拠点病院が未指定となっているほか、脳卒中、心筋梗塞など疾病によっては入院医療の完結が難しいケースもあり、その場合、釧路医療圏で対応する必要があることから、保健医療福祉圏域連携推進会議や地域医療構想調整会議等を活用し情報共有を図りつつ、急性期医療に関する協議と合わせて疾病ごとの課題や対応策などについて意見交換しながら広域的な連携に向けた協議を進めていきます。
- 全国的に少子高齢化の影響で、あらゆる分野で働き手不足が進んでいます。釧路医療圏においては、医師や看護師の不足が深刻化してきており、今後も、行政や各医療機関において、医師や看護師などの医療従事者の確保に、引き続き取り組むことが必要です。
- かかりつけ医は、在宅医療において中心的な役割を担うほか、5 疾病における脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制においては、予防や早期発見、専門的医療機関との連携を担い、これらの役割に加え、糖尿病の医療体制においては、安定期の継続的治療、がんの医療体制においては、緩和ケア等の役割を担う立場にあります。さらに6 事業においても、例えば災害時の医療では、平時より要配慮者の生活の場や症状等を把握し、有事に備える役割を担うほか、へき地、救急、周産期及び小児等の医療においても、それぞれの役割を担う立場にあります。
- 各医療機関においては、地域に必要な医療機能を踏まえ、自らの医療機能や役割を見極め、対応していくことが必要です。
- 住民は、かかりつけ医の重要性や救急車の適切な利用など、それぞれの医療機関が地域で果たしている機能・役割に対する理解を深め、地域の貴重な社会資源として適切に利用していくことが必要です。

(医療機関相互の役割分担と広域連携の推進)

(地方・地域センター病院)

- 道においては、昭和44年からの独自の取組として、第三次医療圏の高度・専門医療機関として「地方センター病院」を、第二次医療圏の中核医療機関として「地域センター病院」を指定し、他の医療機関と機能分担を図りながら、地域の医療機関への専門医師等の派遣及び技術援助などを通じて、地域に必要な診療体制を確保しています。
- 近年、医師不足から医師派遣等の機能低下が見られますが、地域の医療機関が抱える専門技術不足や医師不足などを補うため、その医療機能及び地域医療支援機能の維持・充実が求められています。

また、地域医療構想の実現に向け、地域における医療提供体制の整備を図っていくためには、地域センター病院の役割がこれまで以上に重要となります。
- 地域医療の確保を図るため、センター病院の機能及び支援機能の充実を図るとともに、地域医療構想の実現に向けた取組を促進します。
 - ◇ 地域の医療機関への医師等の派遣
 - ◇ 地域の医療機関も参加できる研修会の開催や地域医療構想の実現に向けた啓発活動等の実施
 - ◇ 病院施設の開放化の促進
 - ◇ 医療機器の共同利用の促進
- 地方・地域センター病院は、ともに市立釧路総合病院が指定されています。

【地方・地域センター病院】

区 分	医療圏	市町村	病院名
地方センター病院	三次（釧路・根室）	釧路市	市立釧路総合病院
地域センター病院	二次（釧路）		

(地域医療支援病院)

- かかりつけ医を支援し、第二次医療圏単位で地域医療の充実を図る病院として、平成10年度に地域医療支援病院制度が設けられました。

地域医療支援病院は、紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用などを通じて、かかりつけ医を支援する能力を備える病院からの申請を知事が承認することとなっており、釧路管内では、独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院及び市立釧路総合病院が承認されています。

<主な承認要件>

- ◇ 他の医療機関からの紹介患者数の比率（紹介数）が80%以上、あるいは紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上、または紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上であること
- ◇ 高額な医療機器や病床を他の医療機関と共同利用するために提供していること
- ◇ 救急医療を提供する能力を有すること

次のいずれかの場合に該当すること

 - ①（救急搬送患者数／救急医療圏人口）×1,000が2以上であること
 - ②救急医療患者数が1,000以上であること
- ◇ 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を実施していること
- ◇ 病院の規模は原則として病床数が200床以上の病院であること など

【地域医療支援病院】

医療圏	市町村	病院名
二次(釧路)	釧路市	独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院
二次(釧路)	釧路市	市立釧路総合病院

(公立病院等)

- 自治体病院を始めとする公立病院等については、5疾病・6事業及び在宅医療に係る医療連携体制の構築に当たり、民間医療機関等との役割分担を踏まえ、地域における中心的な医療機関としての役割が求められています。

特に公的医療機関については、救急医療等確保事業（地域推進方針で取り組む分野である6事業など）を地域において担うことが求められています。

- 地域において救急医療等の政策医療や不採算医療などを担う公立病院等がその役割を適切に果たすことが出来るよう、道本庁を通じ、国に対して財政措置等の充実について要望を行うなど、支援していきます。

【公立病院等】

市町村	病院名	市町村	病院名
釧路市	市立釧路総合病院	釧路市	釧路赤十字病院
厚岸町	町立厚岸病院	釧路市	独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院
標茶町	標茶町立病院	弟子屈町	J A北海道厚生連摩周厚生病院

(社会医療法人)

- 社会医療法人制度は、救急医療やへき地医療など、特に地域で必要な医療の提供を担う医療法人を知事（もしくは厚生労働大臣）が認定するものであり、令和5年4月1日現在、管内では、社会医療法人孝仁会及び社会医療法人道東勤労者医療協会が認定されています。社会医療法人による救急医療やへき地医療などの積極的な事業の促進に向け、本制度の周知と普及を図ります。

【社会医療法人】

市町村	法人名	病院名	種別
釧路市	社会医療法人孝仁会	釧路孝仁会記念病院	救急医療
		釧路孝仁会リハビリテーション病院	へき地医療
	社会医療法人道東勤労者医療協会	釧路協立病院	救急医療

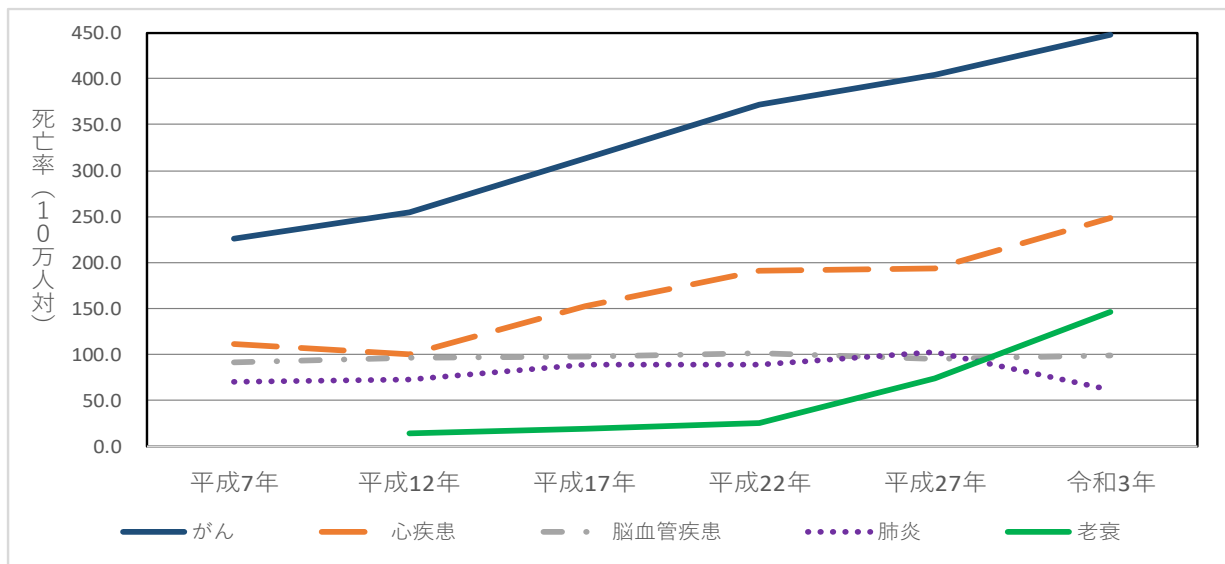
1 がんの医療連携体制

(1) 現 状

(死亡の状況)

- 令和4年の人口動態統計によると、釧路管内の死亡者総数 3,400 人のうち、968 人 (28.5%) ががんを原因として死亡しており、全道と同じく昭和 52 年から死因の第 1 位となっています。
- 部位別に見ると、肺がんの死亡者数が 212 人と最も多く、次いで大腸がんが 132 人、膵臓がんが 126 人、胃がんが 100 人となっています。
- 令和3年の年齢調整死亡率*¹ (75歳未満) は、男性は 108.1 (全道 95.6、全国 82.4)、女性は 75.0 (全道 65.8、全国 53.6) といずれも全道及び全国平均を上回っています。
- がんは、加齢により発症リスクが高まることから、高齢化の進行に伴い、その死亡者数は今後も増加していくことが推測されます。

【死因の推移 (釧路管内)】

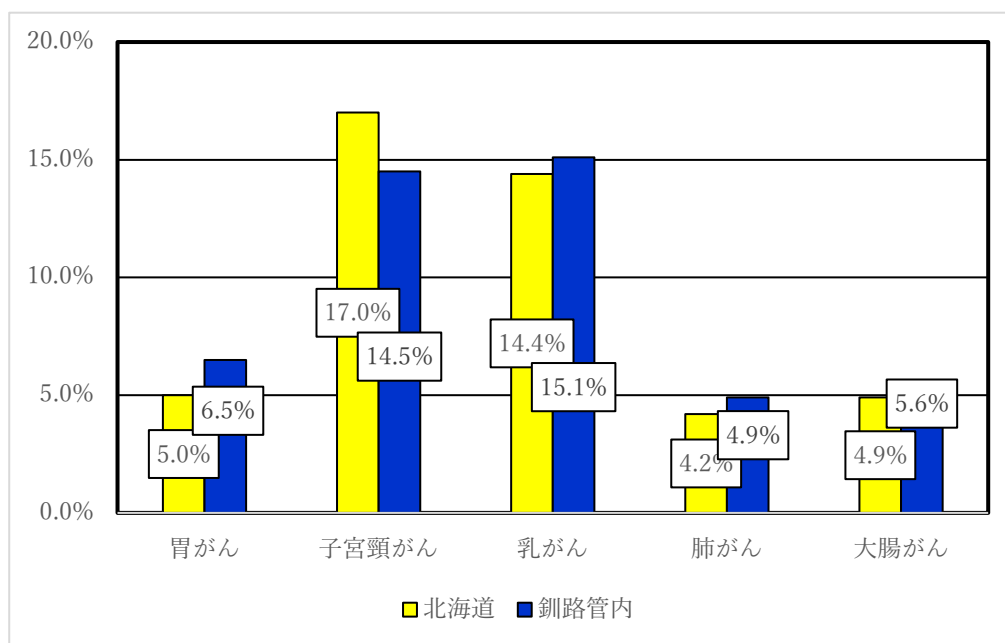


* 1 年齢調整死亡率：年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように、年齢構成を調整した人口 10 万人当たりの死亡数のこと。

(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であることから、がん予防に向けた普及啓発などが行われています。
- がんは、早期に発見して治療につなげることが重要なことから、現在、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。

【がん検診受診率】



* 令和4年度地域保健・健康増進事業報告

(がん登録)

- 北海道では、がんの罹患や治療後の経過等に関する情報をもれなく収集するため、平成28年1月より、がん登録等の推進に関する法律に基づく全国がん登録を実施しているほか、がん診療連携拠点病院等においては、より詳細な情報収集のため、院内がん登録が実施されています。

(医療機関への受診状況)

- 患者受療動向調査によると、がん患者が居住している釧路圏域内で受療している割合は、入院で98.6%、通院で98.5%です。*¹
- がん患者の平均在院日数は、全道18.6日に対し14.1日となっています。*²

*¹ 北海道医療データ分析センター事業（令和4年度受療動向）

*² 厚生労働省「患者調査」（令和2年）

(医療の状況)

- 国が指定するがん診療連携拠点病院において、手術療法、放射線療法、薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療が実施されています。
- 緩和ケアについては、がんと診断された時から、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目なく提供されるよう、拠点病院等の体制整備を行っています。また、拠点病院等において、がん診療に携わる全ての医師に対して、基本的な緩和ケアの知識と技術を習得するための緩和ケア研修会が開催されています。
緩和ケアについては、拠点病院に緩和ケアチームが設置され、緩和ケア外来が行われているほか、がん患者や家族の方が交流するサロンなどが行われています。
- 管内では、「がん診療連携拠点病院」として、市立釧路総合病院及び独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院が指定されており、拠点病院と在宅医療も含めた他の医療機関が相互の機能分担・連携を図りながら、がん医療を提供しています。
- 小児・AYA世代^{*1}の患者については、全人的な質の高い医療及び支援を受けることができるよう、釧路管内では、小児がん連携病院として市立釧路総合病院が国から指定されています。
- 個人のゲノム情報に基づく、個人ごとの違いを考慮したゲノム医療の提供については、がんゲノム医療中核病院等が、国からの指定を受けています。(釧路管内では指定なし)

(2) 課題

(がん死亡率の減少)

- 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、死亡率を減少させる必要があります。

(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、喫煙の及ぼす健康への影響について十分に認識することが重要ですが、釧路管内における喫煙率は、男女ともに全道・全国平均よりも高い状況にあることから、禁煙希望者へのサポートや未成年者や妊産婦等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の食生活の改善や運動習慣の定着に向けての取組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、胃がん 6.5% (全道 5.0%、全国 6.9%)、肺がん 4.9% (全道 4.2%、全国 6.0%)、大腸がん 5.6% (全道 4.9%、全国 6.9%)、子宮頸がん 14.5% (全道 17.0%、全国 15.8%)、乳がん 15.1% (全道 14.4%、全国 16.2%) と全国より低い状況^{*2}にあることから、受診率の一層の向上を図るため、がん検診の必要性についての普及啓発や受診勧奨の徹底などの対策を推進する必要があります。

(がん登録)

- がん登録については、がんの罹患や治療後の経過等に関する情報をもれなく収集し、予防・治療等に効果的に活用するため、住民に対する普及啓発を行う必要があります。

*1 AYA世代：Adolescent and Young Adult (思春期及び若年成人) の略で、15歳から39歳くらいまでの世代を指す

*2 地域保健・健康増進事業報告(令和4年)

（医療機関への受診状況）

- がん治療の入院医療自給率は、管内全体では98.6%^{*1}となっていますが、町村では、釧路市内の医療機関に入院する割合が高くなっています。
- このため、町村から釧路市へ入院している患者については、集学的治療の終了後は、居住する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。

（医療の状況）

- 集学的治療の実施が求められていますが、特に放射線療法と薬物療法を専門的に行う医師の不足が指摘されています。
- 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など、人生の最終段階だけではなく、がんと診断された時から行われる必要があります。
- がん患者や家族の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域で療養生活を継続することができるよう在宅医療を推進する必要があります。
- 小児がん及びAYA世代のがんは、多種多様ながん種を多く含み、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、成人のがんとは異なる対策が求められており、小児がん拠点病院を中心とした釧路管内の医療機関との連携体制の構築を進める必要があります。
- 個人のゲノム情報に基づく、個人ごとの違いを考慮したゲノム医療の提供については、がんゲノム医療中核病院等が、国からの指定を受けています。（釧路管内では指定なし）

（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即し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、放射線療法及び薬物療法を組み合わせた集学的治療を実施します。
 - ◇ がんと診断されたときから緩和ケアを実施します。

（拠点病院等）

- 上記を含め、拠点病院等においては、次の対応が求められます。
 - ◇ 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法を組み合わせた集学的治療を実施します。
 - ◇ 各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多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実施します。
 - ◇ 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、就労支援等を実施します。

* 1 北海道医療データ分析事業（令和4年度受療動向）

- ◇ がんと診断されたときから緩和ケアを実施します。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、身体的な苦痛及びグリーフケア*1を含む精神的な苦痛等に対する全人的な緩和ケアを提供します。
- ◇ 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等と連携します。
- ◇ 院内がん登録を実施します。

(新興感染症の発生・まん延時における体制)

- 新興感染症の発生・まん延時の状況に応じた適切ながん検診の提供体制や必要ながん医療の提供体制など、地域の実情に応じた連携体制を構築します。

(4) 数値目標等

指標名 (単位)	現状値	目標値 (R11)	目標値の考え方	現状値の出典 (年次)
がん診療連携拠点病院数 (か所)	2	2	現状維持	厚生労働省がん対策状況(令和6年)
がん検診受診率 (%) (参考値)	胃	6.5	増加を目指す (R4 全道値:5.0)	令和4年度 地域保健・健康増進事業報告
	肺	4.9	増加を目指す (R4 全道値:4.2)	
	大腸	5.6	増加を目指す (R4 全道値:4.9)	
	子宮頸	14.5	増加を目指す (R4 全道値:17.0)	
	乳	15.1	増加を目指す (R4 全道値:14.4)	
喫煙率 (%) 40~74歳	男性	41.7	全道平均以下 (R3:37.2)	現状より減少 第9回NDBオープンデータ (令和3年)
	女性	21.5	全道平均以下 (R3:16.9)	
がんによる75歳未満 年齢調整死亡率 (%)	男性	108.1	全道平均以下 (R3:95.6)	現状より減少 保健所算出値 (令和3年)
	女性	75.0	全道平均以下 (R3:65.8)	

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策

持続可能ながん医療の提供を目指すとともに、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つけることができるよう、普及啓発を行います。
- たばこをやめたい人が、医療機関、薬局、市町村、保健所や事業所などの身近なところで禁煙支援を受けることができる体制の整備を促進します。

*1 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

- 喫煙が及ぼす健康への影響についての普及啓発などを、市町村、学校、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係団体と連携して実施します。
特に未成年は健康への影響が大きいので、小学校での喫煙防止講座などにより普及啓発を実施します。
- 受動喫煙*¹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。

(がんの早期発見)

- 保健所や市町村は、がん検診の受診率の向上に向け、企業との連携やマスメディアのほか、健康教室等を活用した普及啓発を行うとともに、受診率の低い年代への受診勧奨などに取り組みます。
- 保健所や市町村は、「釧路圏域地域保健・職域保健連携推進連絡会」での協議などを通じ、がん検診と特定健診との一体的な実施を促進するとともに、受診率向上の好事例の情報共有や、個別訪問、インターネット予約など受診につながる取組を推進し、受診率の向上を図ります。
- 保健所や市町村は、がん検診の精検受診率やがん発見率などの指標を分析し、精度の維持・向上を図ります。

(がん登録の推進)

- がんの罹患や治療後の経過等に関する情報が予防・治療等に効果的に活用されるよう、住民への普及啓発を行います。

(がん医療連携体制の整備)

- 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図ります。
- 国が指定する小児がん拠点病院と釧路管内の医療機関等は、小児・AYA世代のがん患者が適切な治療や支援が受けられるよう、診療体制や機能等の情報を共有し、連携体制の構築に取り組みます。
- がんと診断されたときからの在宅を含む緩和ケアが推進されるよう、保健所や拠点病院等は、がん診療に携わる医師、看護師、薬剤師等に対する緩和ケアの知識の普及とともに、緩和ケア病床を有する医療機関や在宅療養支援診療所、薬局等の関係者の連携を促進します。
- がんゲノム情報の取り扱いやがんゲノム医療に関して住民の理解を促進するため、普及啓発に努めます。

* 1 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。

(6) 医療機関等の具体的名称

【地域がん診療連携拠点病院】

市町村	病院名
釧路市	市立釧路総合病院
	独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院

【小児がん連携病院】

小児がん患者等の長期の診療体制の強化のための連携病院

市町村	病院名
釧路市	市立釧路総合病院

(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

- がんの薬物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、周術期の患者に対し、診療連携拠点病院やその他のがん医療を行う医療機関等と連携して、歯科専門職が行う口腔衛生管理、口腔機能管理、口腔疾患の治療等の取組を推進し、より質の高いがん治療提供につなげます。
- 口腔がん早期発見等の役割を担う歯科診療所と病院歯科等の高次歯科医療機関との病診連携や医科歯科連携により、口腔がんに対する適切な高次歯科医療を提供できるネットワークの充実に努めます。

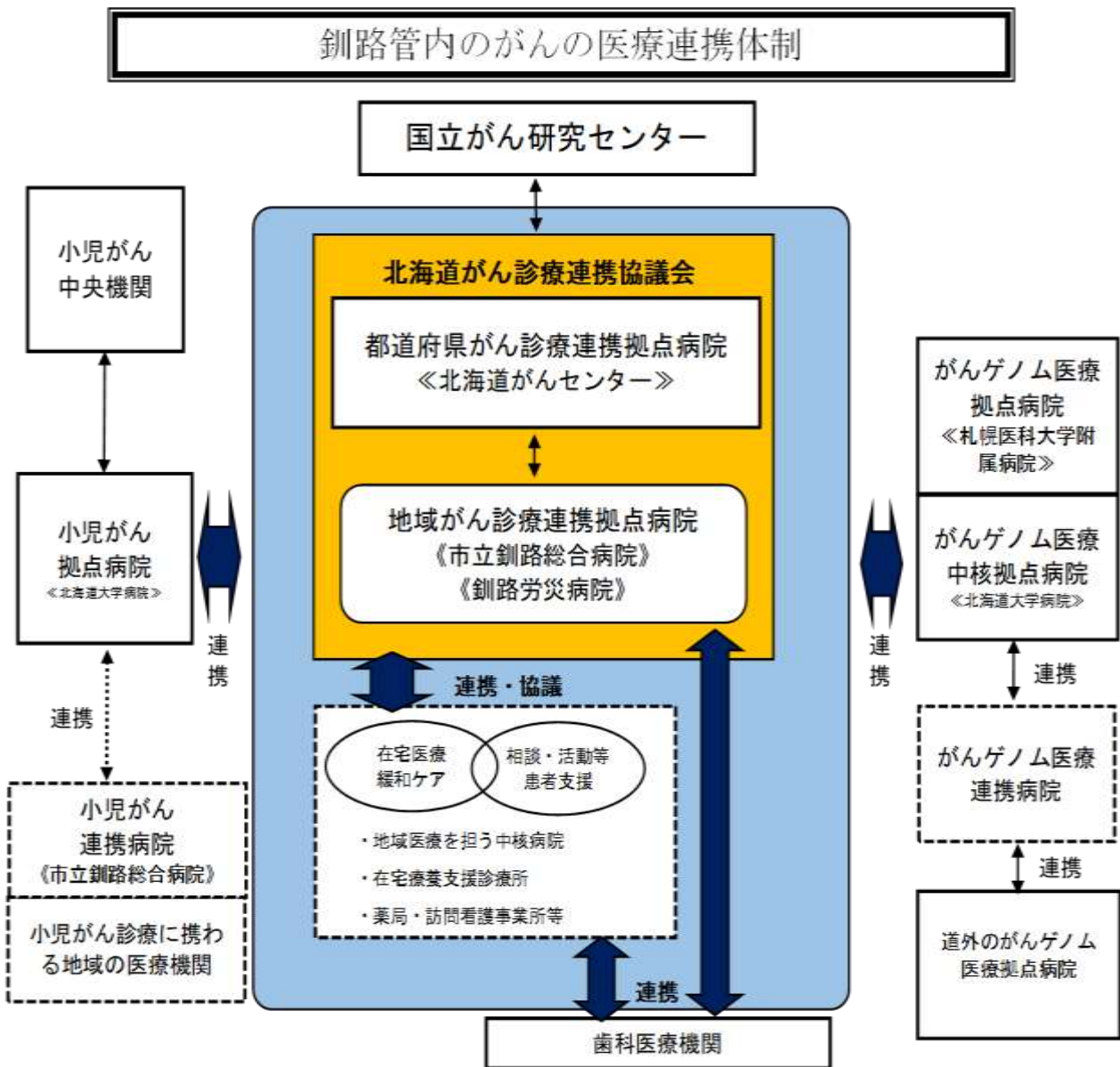
(8) 薬局の役割

- 適切な禁煙の相談を受ける取組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、地域の薬局と医薬品卸相互の連携を図ります。

(9) 訪問看護事業所の役割

- がんと診断された時から病院看護師等の医療機関のスタッフと訪問看護師が連携し、療養を支援する家族の生活指導を含め、がん治療の支援者として在宅療養の環境整備に努めます。
- 在宅で療養生活を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など、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。

- 在宅で療養生活を継続するがん患者・家族等患者の周囲にいる者に対して、自らが望む人生の最終段階の医療・ケアについてともに考え、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、在宅での看取りや遺族へのグリーフケアに取り組みます。



2 脳卒中の医療連携体制

(1) 現 状

(死亡の状況)

- 北海道では、令和4年に5,010人が脳血管疾患を原因として死亡しており、死亡者総数の6.7%（全国6.9%）を占め、死因の第4位となっていますが、全体に占める割合は減少傾向にあります。

釧路管内においても、令和4年に210人が脳血管疾患を原因として死亡しており、死因の第4位で、死亡者総数の6.2%を占めていますが、全道と同様に減少傾向にあります。

(健康診断の受診状況)

- 脳卒中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、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。

令和4年度の釧路管内における市町村国保特定健康診査の受診率は30.3%であり、平成29年度の27.5%と比較し向上しており、全道の29.7%と同様の状況にあります。

BMI25.0以上（40～74歳）の割合は、釧路の男性で43.3%（全道41.5%）、釧路の女性27.5%（全道24.4%）です。^{*1}

- 喫煙者の割合（40～74歳）は、釧路の男性で41.7%（全道37.2%）、釧路の女性21.5%（全道16.9%）です。^{*1}

(医療機関への受診状況)

〈患者調査〉

- 令和2年度の脳血管疾患の病院の退院患者の平均在院日数は、釧路管内48.5日で、全道102.8日、全国76.8日と比べ短い状況です。

〈入通院の自給率〉

- 北海道医療データ分析センター事業（令和4年度受療動向）によると、釧路管内における脳血管疾患治療に係る自給率は、入院が95.8%、通院が96.8%です。

*1 第9回NDB（ナショナルデータベース）オープンデータ

(2) 課 題

(疾病の発症予防)

- 日ごろからの食生活、運動など、望ましい生活習慣を送ることができるように啓発活動を推進する必要があります。
- 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。

(医療連携体制の充実)

- 迅速な救急措置が求められる脳卒中においては、救急搬送機関と医療機関間及び医療機関相互の連携体制の充実・強化が必要とされています。
- 急性期から回復期、維持期における診療やリハビリテーションが適切に受けられる体制の整備及び連携体制の充実が求められています。
- 急性期から回復期、維持期までの各段階における医療機能に対応した患者支援のための地域連携クリティカルパスの導入が必要とされています。
- 生活の場で療養できるよう、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。
- デジタル技術の活用により、効率的な医療機関間や地域間連携を進め、医療が継続して実施される体制を構築することが必要です。

(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

(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。
- 初期症状出現時の対応について、患者・家族への教育を行います。

(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*¹を行います。

*1 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・助言等の下に救急救命士等が実施する気管挿管等の医行為。

(急性期医療)

〈急性期医療を担う医療機関〉

- 来院後、速やかに（1時間以内に）専門的治療を開始します。
- 適応のある脳梗塞症例に対しては、t-P Aによる血栓溶解療法を実施します。
また、適応時間を超える場合でも、血管内治療などの高度専門治療の実施について検討します。*1
- 呼吸、循環、栄養等の全身管理及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療を実施します。誤嚥性肺炎の予防については、歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ります。
- 廃用症候群や合併症を予防し、早期にセルフケアを可能とするためのリハビリテーションを実施します。
- 回復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。

(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。

(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^{ごえん}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。
- 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、訪問看護事業所、歯科診療所、薬局等と連携して在宅医療を行います。

(新興感染症の発生・まん延時における体制)

- 感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用するための体制の構築を推進します。

*1 t-P Aによる血栓溶解療法は、発症4.5時間以内の脳梗塞患者のうち広範な早期脳虚血性変化や頭蓋内出血等禁忌項目に該当しない患者が対象。また、機械的血栓除去術は、原則として発症6時間以内の脳梗塞患者の一部が対象となる。（参考：脳卒中治療ガイドライン2015 追補2017）

(4) 数値目標等

指標名(単位)		現状値	目標値(R11)	目標数値の考え方	現状値の出典(年次)
急性期医療を担う医療機関数(か所)		3	3	現状維持	北海道保健福祉部調べ 急性期医療の公表医療機関 (令和5年4月1日)
回復期医療を担う医療機関数(か所)		7	7	現状維持	北海道保健福祉部調べ 急性期医療の公表医療機関 (令和5年4月1日)
喫煙率(%) 40～74歳	男性	41.7	全道平均以下 (R3 37.2)	現状より減少	第9回NDBオープンデータ (令和3年)
	女性	21.5	全道平均以下 (R3 16.9)	現状より減少	
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)	急性期	1	1	現状維持	北海道保健福祉部調べ 急性期医療の公表医療機関 (令和5年4月1日)
	回復期	2	2	現状維持	
収縮期血圧が130mmHg以上の者の割合(%)	男性	46.5	全道平均以下 (R3 43.7)	現状より減少	第9回NDBオープンデータ (令和3年)
	女性	36.5	全道平均以下 (R3 32.8)	現状より減少	

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策

(予防対策の充実)

- 保健所・市町村・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。
- 高血圧や糖尿病、脂質異常症、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、脳卒中の発症予防に努めます。
- 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。

(医療連携体制の充実)

- 発症予防の段階から、応急手当・病院前救護、急性期医療、回復期医療、維持期医療における、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、維持期まで切れ目のない適切な医療が提供できるよう、「脳卒中・急性心筋梗塞あんしん連携ノート」(北海道地域連携クリティカルパス運営協議会発行)などの地域連携クリティカルパス*1やICTを活用した患者情報共有ネットワーク等を活用し、患者の受療動向に応じた連携体制の充実に努めます。
- 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションや介護サービスが、地域において適切かつ円滑に提供されるよう関係機関等の連携を促進します。

*1 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、自宅に戻るまで)な治療計画のこと。

(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時間対応可能である病院・診療所（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）

- ① 血液検査及び画像検査（CT、MRI、超音波検査等）
- ② 開頭手術（脳動脈瘤クリッピング術、脳内血腫除去術、減圧開頭術等）、外科的血行再建術かつ脳血管内手術
- ③ t-P Aによる血栓溶解療法

(医療機関名) 上記の公表基準を満たした医療機関

社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院	市立釧路総合病院
独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院	

(回復期医療を担う医療機関の公表基準)

次の①②を両方満たす病院・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) 上記の公表基準を満たした医療機関

釧路孝仁会リハビリテーション病院	市立釧路総合病院
独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院	標茶町立病院
J A北海道厚生連摩周厚生病院	町立厚岸病院
社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院	

(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、ケアカンファレンス等を活用して他職種連携を図り、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。

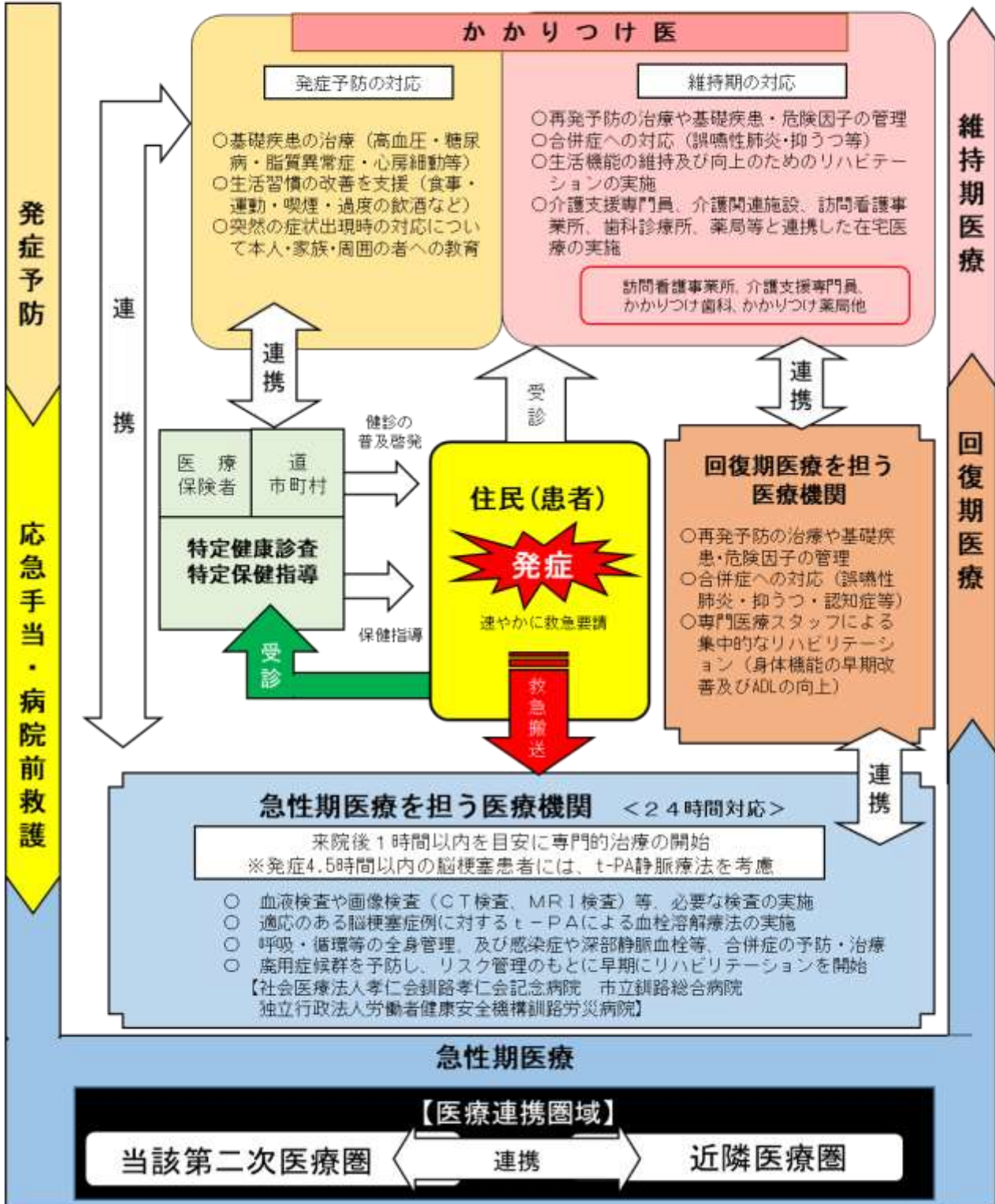
○ 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護事業所等と連携し、薬学的管理のもと、訪問による患者への適切な服薬指導などに努めるとともに、在宅療養で必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

(9) 訪問看護事業所の役割

- 脳卒中患者が在宅生活に移行するに当たっては、入院中から病院看護師等のスタッフと連携し、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、心身の状態や障がい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。

脳卒中の医療連携体制

急性期から回復期、維持期までの医療機関及び介護保険関連施設等が、診療情報や治療計画の共有による切れ目のない適切な医療が提供できるよう連携体制の充実を図ります。



3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

(1) 現 状

(死亡の状況)

- 北海道では、令和4年に10,548人が心疾患を原因として死亡しており、死亡者総数の14.2%（全国14.8%）を占め、死因の第2位となっています。
釧路管内においても、令和4年に524人が心疾患を原因として死亡しており、全道と同じく死因の第2位で、死亡者総数の15.4%を占めています。
このうち、心不全の死亡者数は202名（38.5%）、急性心筋梗塞は52名（9.9%）となっています。

(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、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。
令和4年度の釧路管内における市町村国保特定健康診査の受診率は30.3%であり、平成29年度の27.5%と比較し向上しており、全道の29.7%と同様の状況にありますが、令和2年度北海道健康増進計画指標調査事業では、肥満者割合（BMI \geq 25kg/m²）が男女ともに全道・全国を上回っています。
- また、釧路管内は、喫煙率が男女ともに高い状況にあります。

(医療機関への受診状況)

〈患者調査〉

- 令和2年度の心疾患に係る病院の退院患者の平均在院日数は、釧路管内12.3日で、全道36.7日、全国24.4日と比べ短い状況です。

(医療機関の状況（医療機能情報公表システム）)

〈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すべてが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、市立釧路総合病院^{*}、社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院^{*}、医療法人社団三慈会釧路三慈会病院の3か所となっています。
（^{*}は冠動脈バイパス術等外科的治療が実施可能な病院）
- 管内で冠疾患専用集中治療室（CCU）を有する病院は、市立釧路総合病院です。

〈回復・維持期の医療について〉

- 「心大血管疾患リハビリテーションⅠ又はⅡ」の保険診療に係る届出医療機関は、平成25年6月から1か所増え、現在、市立釧路総合病院、社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院の2か所です。

(入院自給率について)

- 北海道医療データ分析事業（令和4年度受療動向）によると、釧路管内における急性心筋梗塞治療に係る自給率は、入院が99.2%、通院で97.4%となっています。

(2) 課題

(疾病の発症予防)

- 日ごろからの食生活、運動など、望ましい生活習慣を送ることができるように啓発活動を推進する必要があります。
- 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。

(医療連携体制の充実)

- 迅速な救急措置が求められる急性心筋梗塞等においては、救急搬送機関と医療機関間及び医療機関相互の連携体制の充実・強化が必要とされています。
- 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あるとともに、患者支援のための地域連携クリティカルパスの導入が必要です。
- デジタル技術の活用により、効率的な医療機関間や地域間連携を進め、医療が継続して実施される体制を推進することが必要です。

(再発予防)

- 再発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

(発症予防～かかりつけ医)

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症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、心筋梗塞等心疾患の発症を予防します。
- 初期症状出現時の対応についての、患者・家族への教育を行います。

(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の使用を含む救急蘇生法等の適切な処置を行います。

(応急手当・病院前救護～消防機関と急性期医療を担う医療機関の連携)

- 早期に専門的診療が可能な医療機関へ搬送します。
- 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。

（急性期医療～救命救急センター・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・包括的なリ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。

（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。
- デジタル技術の活用により、急性期から一貫した医療を継続できる体制の整備の推進を図ります。

（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、抑うつ状態等への対応を行います。
- 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。

（緩和ケア）

- 治療の初期段階から状態に応じた適切な緩和ケアが提供されるよう、人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）による個人の意思決定を支援します。

(4) 数値目標等

指標名(単位)		現状値	目標値(R11)	目標数値の考え方	現状値の出典(年次)
急性期医療を担う医療機関数(か所)		3	3	現状維持	北海道保健福祉部調べ 急性期医療の公表医療機関 (令和5年4月1日)
心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数(か所)		2	2	現状維持	北海道保健福祉部調べ 急性期医療の公表医療機関 (令和5年4月1日)
喫煙率(%) 40～74歳	男性	41.7	全道平均以下 (R3 37.2)	現状より減少	第9回NDBオープンデータ (令和3年)
	女性	21.5	全道平均以下 (R3 16.9)	現状より減少	
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)	急性期	1	1	現状維持	北海道保健福祉部調べ 急性期医療の公表医療機関 (令和5年4月1日)
	回復期	2	2	現状維持	
収縮期血圧が [§] 130mmHg以上の者の割合(%)	男性	46.5	全道平均以下 (R3 43.7)	現状より減少	第9回NDBオープンデータ (令和3年)
	女性	36.5	全道平均以下 (R3 32.8)	現状より減少	

(5) 数値目標を達成するための必要な施策**(予防対策の充実)**

- 保健所・市町村・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。
- 高血圧や糖尿病、脂質異常症、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。

(医療連携体制の充実)

- 発症予防の段階から、応急手当・病院前救護、急性期医療、回復期医療、維持期医療における、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、維持期まで切れ目のない適切な医療が提供できるよう、「脳卒中・急性心筋梗塞あんしん連携ノート」(北海道地域連携クリティカルパス運営協議会発行)などの地域連携クリティカルパスやICTを活用した患者情報共有ネットワーク等を活用し、患者の受療動向に応じた連携体制の充実に努めます。

(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、かつ、④又は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) 上記の公表基準を満たした医療機関

市立釧路総合病院	社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院
医療法人社団三慈会釧路三慈会病院	

(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事業所等と連携し、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。

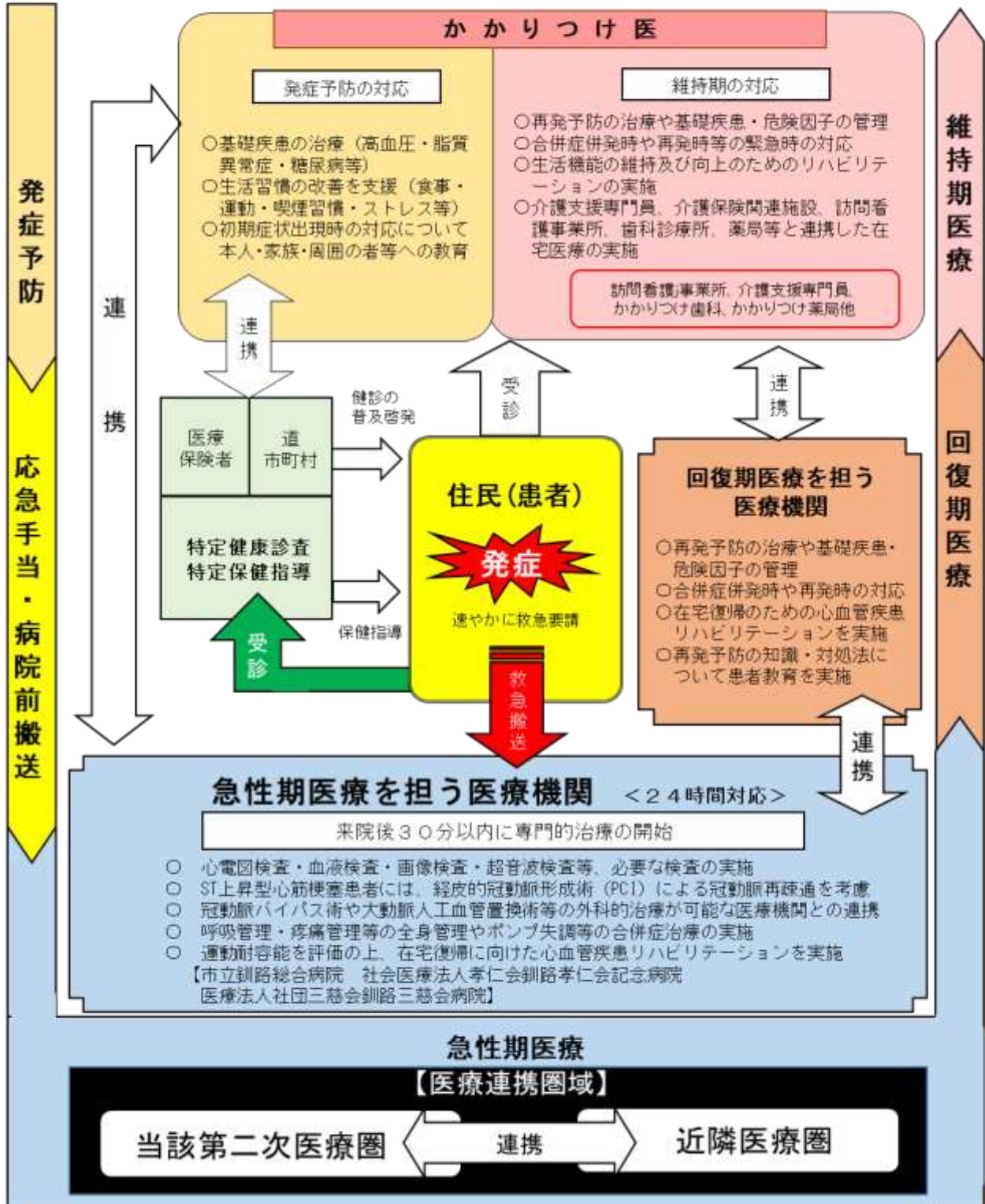
(9) 訪問看護事業所の役割

- 心疾患患者が在宅生活に移行するに当たっては、入院中から病院看護師等のスタッフと連携し、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。

心血管疾患の医療連携体制

急性期から回復期、維持期までの医療機関及び介護保険関連施設等が、診療情報や治療計画の共有による切れ目のない適切な医療が提供できるよう連携体制の充実を図ります。



4 糖尿病の医療連携体制

(1) 現 状

(罹患・死亡の状況)

- 釧路管内では、令和4年に45人が糖尿病を原因として死亡しており、死亡者全体の1.3%（全道1.1%、全国1.0%）となっています。^{*1}
- 釧路管内では、糖尿病を原因とした死亡者の人口10万人当たりの死亡率は、19.2人（全国11.3人、全道15.4人）と全国・全道を上回っています。^{*2}
- 釧路管内における令和4年12月1日現在の透析患者数は665人で、うち、糖尿病性腎症の患者数は312人と、透析患者数全体の46.9%（全道40.4%）を占めています。
また、釧路管内における令和4年の新規透析導入患者数は100人で、うち糖尿病性腎症患者数が28人（28%）となっています。^{*3}

(健康診断の受診状況)

- 糖尿病は自覚症状がないまま進行するため、定期的な健診の受診による早期発見・治療が重要ですが、令和4年度の釧路管内における市町村国保特定健康診査の実施率は30.3%で、平成29年度（27.9%）より向上しており、全道（29.7%）と同水準ですが、全国（37.5%）と比較すると低い状況です。
- また、令和4年度の釧路管内市町村国保特定健康診査における内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者^{*4}の割合は21.3%（全道20.3%）、内臓脂肪症候群予備群^{*5}の割合は11.5%（全道11.0%）であり、全道とほぼ同じ傾向となっています。^{*6}
- 釧路管内の令和3年度特定健診結果の肥満者の割合（BMI25以上）は、男性43.3%（全道41.4%、全国37.1%）、女性27.5%（全道24.4%、全国21.8%）と男女ともに全道及び全国よりも高い状況です。
また、HbA1c値を見ると、「6.5%以上（受診勧奨判定値）」該当者は、男性は12.1%、女性は6.4%、「5.6%以上6.5%未満（保健指導判定値）」該当者は、男性は42.5%、女性は43.6%で、健診受診者の約5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。^{*7}

(医療機関への受診状況)

〈患者調査〉

- 管内における令和2年の糖尿病患者の平均在院日数は19.3日で、全道平均35.5日、全国平均30.1日より短くなっています。^{*8}

〈入通院自給率〉

- 釧路管内における糖尿病治療に係る自給率は、入院が98.4%、通院が99.0%です。^{*9}
- 糖尿病性腎症を含む人工透析治療（血液透析）については、概ね完結できている状況です。

*1 厚生労働省「人口動態統計」（令和4年）

*2 令和4年地域保健情報年報（R3年実績）

*3 北海道における透析医療の現状（北海道保健福祉部調査 令和4年12月1日現在）

*4 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、二つ以上に該当する者。

*5 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、一つに該当する者。

*6 北海道国民健康保険団体連合会「市町村国保における特定健診等結果状況」（令和4年度実績）

*7 厚生労働省「第9回NDBオープンデータ」（令和3年）

*8 厚生労働省「患者調査」（令和2年）

*9 北海道医療データ分析センター事業（令和4年度受療動向）

(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、釧路管内には30か所（病院13か所、診療所17か所）あります。^{*1}
- 「糖尿病性網膜症患者に対し、網膜光凝固術が実施できる」、「医療機能が異なる医療機関（診療科）と連携し、糖尿病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」の両方を満たす公表医療機関（眼科）は、釧路管内には7か所（病院3か所、診療所4か所）あります。^{*1}
- 全道の公表医療機関を対象とした調査において、釧路管内の医療機関30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3か所（病院3か所、診療所0か所）です。^{*2}

(2) 課題

(発症予防)

- 糖尿病は自覚症状にとぼしいまま進行する病気であることから、定期的な健診受診が必要であることを広く住民に周知するとともに、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の普及啓発が必要です。
- 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勧奨、健診後の医療機関受診状況等に係るフォローアップ等、予防と医療が連携して生活習慣の改善が図られるよう支援が必要です。

(重症化予防等)

- 治療中断者の減少や早期からの適切な指導・治療を行うために、未受診者や治療中断者への受診勧奨、治療と仕事の両立に向けた取組を多施設・多職種が連携して行うことが必要です。
- 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、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

(発症予防)

〈糖尿病の発症リスク低減、特定健康診査・特定保健指導、健診後の受診勧奨〉

- 医療機関は、健診後の受診勧奨等により受診した者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行います。
- 医療保険者は、特定健康診査・特定保健指導を実施し、糖尿病の発症リスクがある者に対して、受診を勧めます。
- 道、医療保険者は、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を普及啓発します。^{*1}

*1 北海道保健福祉部 北海道医療計画の推進のための医療機関名の公表調査（令和5年4月1日の状況）

*2 北海道保健福祉部 糖尿病治療における地域医療連携状況調査（令和4年4月1日の状況）

（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〉

- 75 g OGTT*¹、HbA1c など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管理を支援します。
- 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。

（専門的治療）

〈専門的治療を必要とする患者への対応、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。
- 75gOGTT、HbA1c、インスリン分泌能、合併症の検査など、糖尿病の評価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。

（急性合併症治療）

〈高血糖緊急症の治療〉

- 糖尿病性ケトアシドーシスや高浸透圧高血糖状態などの急性合併症の治療を24時間体制で実施します。

（慢性合併症治療）

〈慢性合併症の専門的な治療、発症予防・重症化予防のための検査・指導の実施〉

- 糖尿病の慢性合併症（糖尿病性腎症、糖尿病網膜症、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。

（他疾患治療中の血糖管理）

- 専門的な経験を持つ医師を含め、各専門職種による、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた集中的な血糖管理を実施します。
- 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携します。

（医療機能が異なる医療機関との連携や地域との連携）

〈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。

* 1 75 g OGTT (Oral glucose tolerance test (経口ブドウ糖負荷試験)) : 75 g 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ができないとき、体調不良によって糖尿病が悪化しやすい状態となる。

(医療機関と市町村・保険者の連携)

- 医療機関は、地域で予防・健康づくりの取組を行う保健師や管理栄養士等と連携・協力することにより、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行います。

(感染症流行時等への対応)

- 感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備を進めます。
- 多施設・多職種による発症予防・重症化予防のための介入を継続できる体制整備を進めます。

(4) 数値目標等

指標名 (単位)	現状値	目標値 (R11)	目標値設定の考え方	現状値の出典 (年次)
市町村国保特定健診受診率 (%)	30.3	60.0	現状より増加	特定健康診査・特定保健指導実施結果集計表 (令和4年) [道集計]
市町村国保特定保健指導実施率 (%)	49.3	60.0	現状より増加	
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)	15	増加を目指す	現状より増加	北海道保健福祉部調査 (令和5年4月1日現在)
HbA1c 値が 6.5%以上の者の割合 (%) (40~74 歳)	男性 12.1	減少を目指す	現状より減少	第9回 NDB オープンデータ (令和3年) (厚生労働省)
	女性 6.4			
糖尿病性腎症による新規人工透析患者数 (人)	28	減少を目指す	現状より減少	北海道における透析医療の現状 (北海道保健福祉部調査 令和4年12月1日現在)

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策

(発症予防対策の充実)

- 保健所、市町村、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。
- 保健所、市町村、医療保険者が連携して、適切な食生活及び運動習慣により糖尿病の発症予防や改善ができることを普及啓発します。
- 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や医療機関の受診勧奨を実施し、予防と医療が連携して生活習慣の改善が図られるよう支援します。

(重症化予防等に係る取組の推進)

- 発症予防、初期・安定期治療、専門治療、急性期合併症治療、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促進します。
- 管内では、医療機関等に勤務する医療職による「釧路CDE (糖尿病療養指導士) 研究会」が、糖尿病の療養に関わる知識・技術の研究や、住民向け啓発活動を行っています。
また、糖尿病や高血圧などの生活習慣病が慢性腎臓病 (CKD) の発症リスクを高めることから、その予防と重症化予防に向けて、釧路市医師会をはじめとする医療関係団体と釧路市が連携し、「くしろCKDネットワーク」を立ち上げ、患者指導のマニュアル化に取り組むほか、住民への啓発活動を行っています。

保健所、市町村、医療機関及び関係団体は、こうした活動と連携しながら、住民の理解を促進するとともに、糖尿病患者に対する継続治療の必要性等を啓発し、病状の悪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ICTを活用した患者情報共有ネットワーク等を活用し、患者の受療動向に応じた連携体制の充実を図ります。

(6) 医療機関等の具体的名称

(糖尿病医療を担う医療機関の公表基準)

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こと
- 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こと
- 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こと

(医療機関名) (令和5年4月1日現在)

市町村名	医療機関名	該当項目		
		①	②	③
釧路市	医療法人社団 伊勢内科医院	○	○	○
	うしき整形外科クリニック	○	○	○
	医療法人社団 エタニティ芦野クリニック	○	○	○
	社会医療法人 孝仁会 釧路孝仁会記念病院	○	○	○
	医療法人社団 三慈会 釧路三慈会病院	○	○	○
	医療法人社団 藤花会 釧路谷藤病院	○	○	
	独立行政法人 労働者健康安全機構 釧路労災病院	○	○	○
	医療法人社団 サンライブ杉元内科医院	○	○	○
	医療法人社団香寿会 柴田内科医院	○	○	○
	医療法人社団敬愛会白樺台病院	○	○	
	市立釧路国民健康保険阿寒診療所	○		
	市立釧路国民健康保険音別診療所	○	○	○
	市立釧路総合病院	○	○	○
	すどう内科クリニック	○	○	○
	総合病院釧路赤十字病院	○	○	
	医療法人 太平洋記念みなみ病院	○	○	○
	ちば内科クリニック	○		
	医療法人社団あさひ会 とっとり内科クリニック	○	○	○
	医療法人文月会 野村内科クリニック	○	○	○
	社会医療法人孝仁会 釧路孝仁会リハビリテーション病院	○	○	○
医療法人社団 泰生会 堀口クリニック	○	○	○	
釧路町	社会医療法人 孝仁会 新しくしろクリニック	○	○	○
	医療法人社団 智美会 吉川メディカルクリニック	○		○
厚岸町	町立厚岸病院	○	○	
浜中町	浜中町立浜中診療所	○	○	○
標茶町	標茶町立病院	○	○	○
弟子屈町	医療法人共生会 川湯の森病院	○	○	○
	医療法人社団 信診連 弟子屈クリニック	○	○	○
	医療法人社団 和久屋 美里クリニック	○	○	○
	JA北海道厚生連 摩周厚生病院	○	○	○

(糖尿病医療の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（眼科）の公表基準)

次の①②の両方を満たす医療機関

- ① 糖尿病性網膜症患者に対し、網膜光凝固術が実施できること
- ② 医療機能が異なる医療機関と連携し、糖尿病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こと

(医療機関名) 〈令和5年4月1日現在〉

市町村名	医療機関名
釧路市	医療法人アユチ あゆち眼科クリニック
	医療法人社団 明眸会 カケハシ眼科内科
	総合病院釧路赤十字病院
	独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院
	市立釧路総合病院
	中村眼科医院
釧路町	医療法人社団さくら眼科

(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と示唆されていることから、地域の内科等の医療機関と連携し、糖尿病を有する歯周病患者の適切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など、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

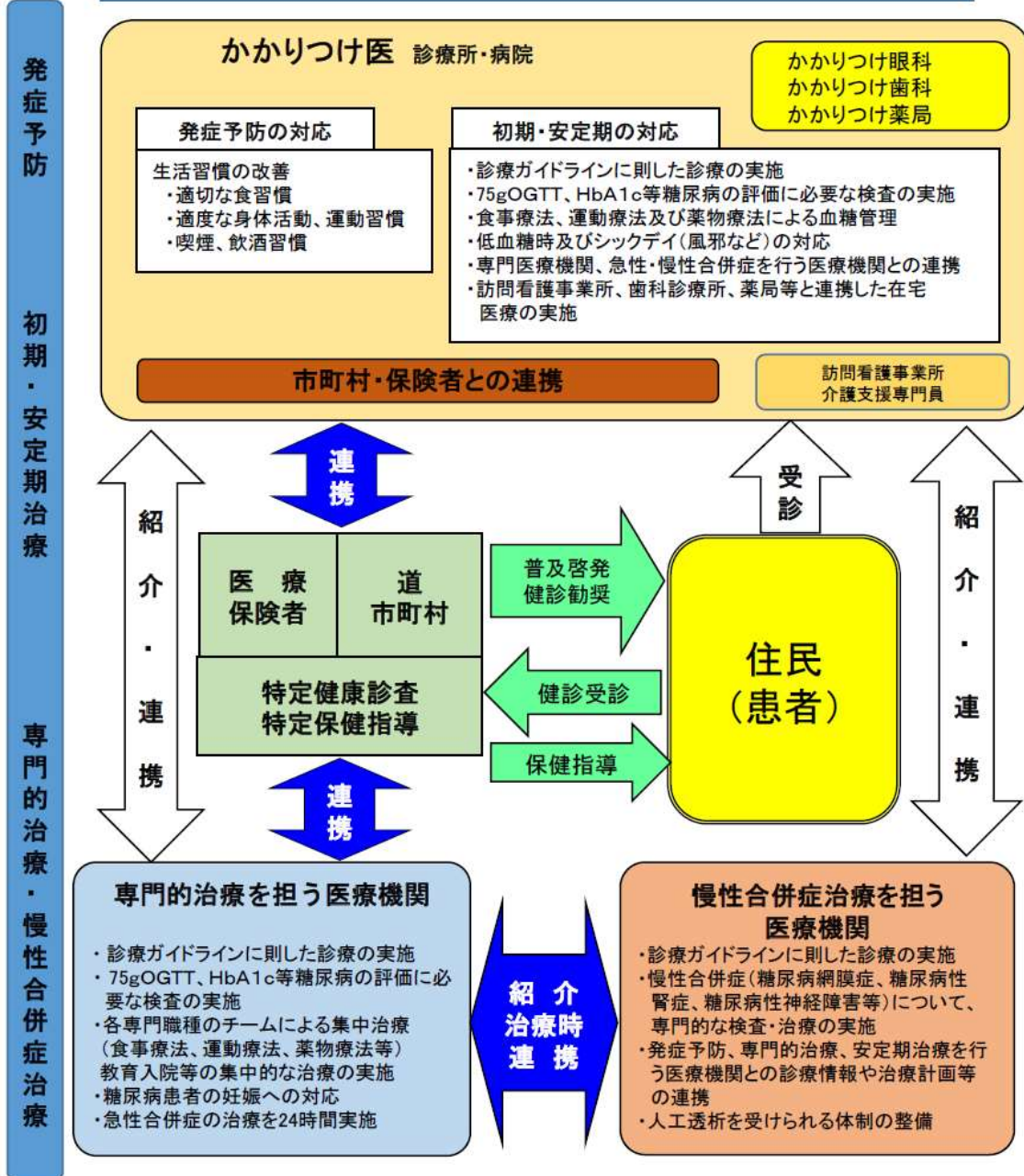
- 糖尿病の治療継続や重症化の防止のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。
- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護事業所等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導等を行うとともに、在宅医療に必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

(9) 訪問看護事業所の役割

- 糖尿病及び合併症の治療やそれに伴う諸症状について、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・フットケアなどによる合併症の予防や早期発見、急性増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の連携を促進します。

釧路管内の糖尿病の医療連携体制

発症予防から安定期、慢性合併症等に応じた適切な医療を提供するため、診療情報や治療計画の共有に努めます。



5 精神疾患の医療連携体制

(1) 現状

- 令和5年度末現在における釧路管内の精神障がい者数は7,335人であり、令和元年度（平成31年度）と比べて967人の増加となっています。
- 主な疾患別では、「統合失調症」のほか、「気分（感情）障害（躁うつ病を含む）」やアルツハイマー病を含む「脳器質性精神障害（認知症を含む）」が全体の過半数を占めています。
また、「神経症性障害」や「心理的発達の障害」、「小児期及び青年期の行動等の精神障害」の増加が顕著となっています。

【釧路管内精神障がい者数】

(人)

年度	令和元年度 (平成31年度)	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総数	6,368	6,752	7,115	7,076	7,335
F0 脳器質性精神障害(認知症を含む)	910	951	991	991	1,017
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	136	141	145	136	131
F15 覚せい剤使用による精神及び行動の障害	33	35	35	34	34
F2 統合失調症	1,631	1,662	1,686	1,636	1,628
F3 気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	1,732	1,823	1,924	1,914	2,007
F4 神経症性障害	495	545	590	590	638
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	32	33	35	37	38
F6 成人の人格及び行動の障害	35	38	40	37	39
F7 知的障害	132	140	145	157	162
F8 心理的発達の障害	352	416	471	498	541
F9 小児期及び青年期の行動及び情緒障害、特定不能の精神障害	269	316	358	363	384
G てんかん	524	562	602	592	618

資料 保健所把握 精神障害者状況調査

- 釧路管内において、令和4年度以降、精神科医療機関の閉院・休止が続いています。精神科を標榜しており、休止を除く病院・診療所数は8か所で、そのうち6か所が釧路市内に所在し、医療資源に地域偏在が見られます。

	令和4年度		令和5年度	
	釧路市	その他町村	釧路市	その他町村
精神科を標榜する有床の病院数	3	1	3	0
精神科を標榜する無床の病院数	1	1	1	1
精神科を標榜する診療所数	3	0	2	1

資料 医療機関名簿（令和6年5月1日現在）

- 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、精神科医療機関が釧路市内に集中していること、さらに、医師の不足などから、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。
- 精神保健福祉相談は、障がい者基幹相談支援センターや民間等の相談支援事業所が増加したことで地域に定着してきており、住民の相談先が広がっています。釧路保健所の精神

保健福祉相談は、精神科へのアクセスが難しいことなどから受診や入院に関する相談が増加しており、専門的な助言や医師への相談が求められています。

- 釧路管内の精神科訪問看護は、5か所の医療機関で提供されており、人口10万人当たりの施設数は全国平均及び全道平均を上回っています。また、障害者総合支援法に基づく指定自立支援医療機関(精神通院医療)訪問看護事業所は管内12カ所(市9カ所、町村3カ所)となっています。

【精神科訪問看護を提供する病院・診療所数】

区分	釧路	北海道	人口10万人当たりの施設数		
			釧路	北海道	全国
精神科訪問看護を提供する病院数	5	55	2.33	1.05	0.58
精神科訪問看護を提供する診療所数	0	19	0.00	0.36	0.38

資料 厚生労働省「令和2年 医療施設調査」

- 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」等が上げられています。

■ 慢性期入院患者数（令和4年6月30日現在）

二次医療圏	慢性期入院患者数	慢性期入院患者数	
		65歳未満	65歳以上
釧路	190	52 (27.4%)	138 (72.6%)

資料 令和4年度630調査 ※ 調査に回答があった病院に係るもの

慢性期入院患者：一年以上の入院患者

- 慢性期入院患者数では、65歳以上の患者が72.6%を占めています。

(統合失調症)

- 保健所把握精神障害者状況調査によると、年間新規登録数は40名前後で推移していましたが、令和5年度は28名と減少し、患者総数は1,628名と横ばいです。
- 統合失調症の令和5年度の入院患者数は139人、通院患者数は1,314人と微増しています。

【釧路管内統合失調症患者数】

(人)

分類	令和元年度 (平成31年度)	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総数	1,631	1,662	1,686	1,636	1,628
入院患者数	124	127	133	135	139
通院患者数	1,249	1,276	1,301	1,303	1,314
新規患者数	47	39	45	25	28

資料 保健所把握 精神障害者状況調査

(うつ病・躁うつ病)

- うつ病・躁うつ病等を含む気分(感情)障害は、釧路管内では最も多い疾患です。
- 釧路管内の令和5年度患者総数は2,007人で、年々増加しています。また、入院患者、通院患者ともに増加傾向にあります。
- うつ病は身体症状により、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

ることも多く、道では平成20年から、「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」を実施し、令和5年12月12日開催時点で、釧路管内は14名の医師が修了しています。^{*1}

- うつ病の治療には薬物療法の他に、作業療法と並ぶ治療法の一つである認知行動療法が重要であり、令和6年5月1日時点、釧路管内の実施医療機関は2か所となっています。^{*2}

【釧路管内 気分感情障害（躁うつ病を含む）患者数】 (人)

年度	令和元年度 (平成31年度)	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総数	1,732	1,823	1,924	1,914	2,007
男性	621	632	633	598	589
女性	1,095	1,125	1,152	1,083	1,083

資料 保健所把握 精神障害者状況調査

【釧路管内 気分感情障害（躁うつ病を含む）受療状況】 (人)

年度	令和元年度 (平成31年度)	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総数	1,729	1,823	1,924	1,914	2,007
入院	31	37	36	42	47
通院	1,276	1,352	1,452	1,563	1,662
その他 ^{*2}	422	434	436	309	298

資料 保健所把握 精神障害者状況調査

(自殺対策)

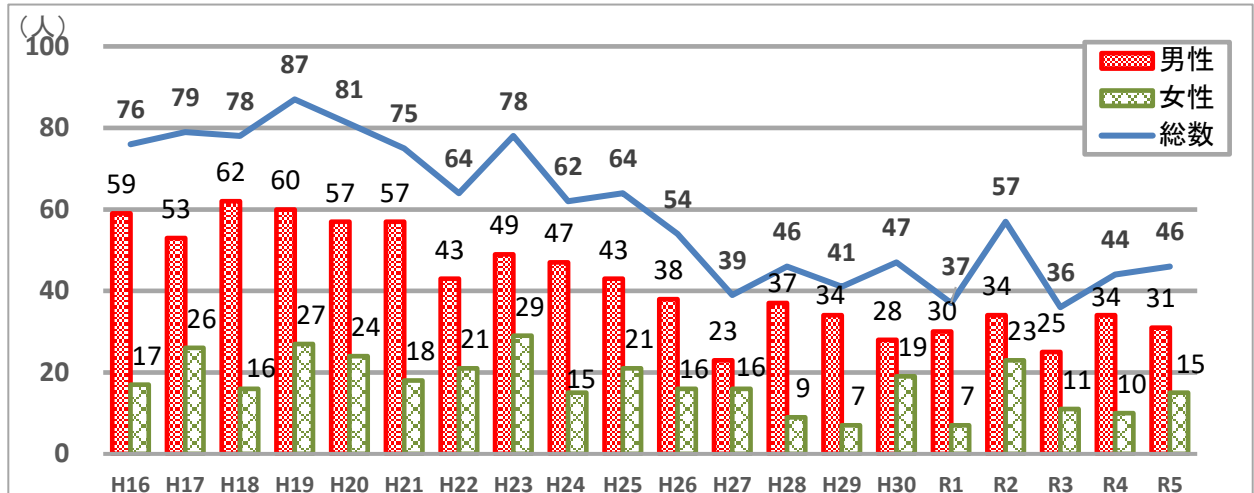
- 北海道における自殺死亡率は、全国より高い状況です。平成25年から令和4年にかけての標準化死亡比（SMR）をみると、釧路管内は107.8、市町村別では、弟子屈町が163.6と、全国に比べて有意に高くなっています。性別では、弟子屈町の男性が全国に比べて有意に高くなっています。
- 釧路管内の自殺者数は、平成27年には一度減少し、以降ほぼ横ばいで経過し、令和2年は再び増加、令和3年以降は、一度減少しつつも再度増加傾向となっています。平成30年から令和4年の釧路管内の自殺者数の合計は221人で、男性151人、女性70人と男性の自殺者が多く、年代別では、男性は40歳代、女性は70歳以上が最も多い状況です。また、20歳未満や20歳代の自殺数も一定数あります。
- 平成30年から令和4年の「釧路管内の自殺の特徴」によると、男性40～59歳有職独居、次に男性40～59歳有職同居の割合が高く、上位5区分のうち4区分が男性となっています。また特に壮年期以降の独居男性の自殺死亡率が高くなっています。

*1 北海道保健福祉部障がい者保健福祉課 ホームページ掲載。掲載に同意した医師のみ。

*2 北海道厚生局における施設基準等届出受理数による。

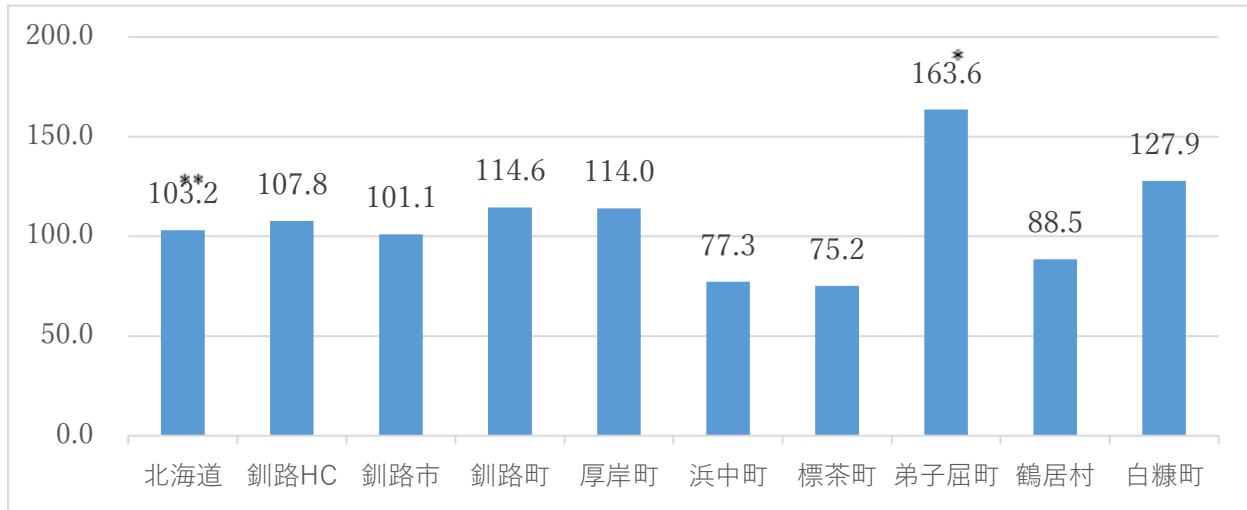
【釧路管内の自殺者数の推移】

(人)



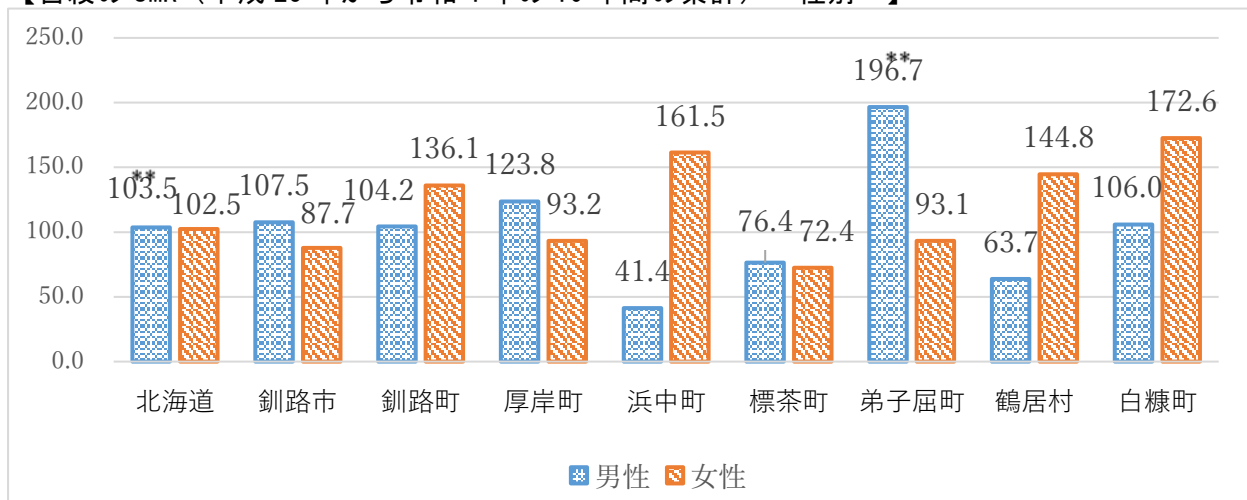
資料 厚生労働省 自殺統計

【自殺のSMR（平成25年から令和4年の10年間の累計）—総数—】



※ 全国の死亡率を100とした場合、比較する集団の死亡率がどの程度大きいかわを示した統計上の指標。100よりも大きければ全国と比べて大きいと判断する。但し、図中に*又は**のついているものが統計学的に有意に高い値で、その他は見かけ上高いが全国並みと見なす。

【自殺のSMR（平成25年から令和4年の10年間の累計）—性別—】



資料 「北海道における主要死因の概要11」（（財）北海道健康づくり財団）有意水準 * P<0.05 ** P<0.01

【釧路管内性・年齢別自殺者数の推移—男性—】（人）

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	合計
総数	28	30	34	25	34	151
20歳未満	1	1	2	2	0	6
20歳代	3	0	2	2	4	11
30歳代	7	4	4	0	4	19
40歳代	7	8	6	7	6	34
50歳代	4	4	9	8	7	32
60歳代	2	6	2	2	4	16
70歳以上	4	7	9	4	9	33

資料 厚生労働省 自殺統計

【釧路管内性・年齢別自殺者数の推移—女性—】

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	合計
総数	19	7	23	11	10	70
20歳未満	1	1	1	1	1	5
20歳代	2	0	1	1	0	4
30歳代	3	1	0	1	0	5
40歳代	0	0	4	1	1	6
50歳代	2	1	4	3	4	14
60歳代	3	1	4	1	0	9
70歳以上	8	3	9	3	4	27

資料 厚生労働省 自殺統計

【釧路管内の自殺の特徴】（平成30年～令和4年合計）

上位5区分	自殺者数 5年計	管内の自殺者に対する割合	自殺死亡率 (10万対)
1位：男性40～59歳有職独居	24	10.9%	83.0
2位：男性40～59歳有職同居	20	9.0%	19.7
3位：女性60歳以上無職同居	20	9.0%	13.9
4位：男性60歳以上無職独居	18	8.1%	84.7
5位：男性20～39歳有職同居	16	7.2%	18.5

資料 自殺総合対策推進センター「地域自殺実態プロファイル2023」

（依存症）

- アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症の患者は、地域に専門医療機関がないことから、治療につながりにくい現状があります。管内には複数の自助グループがあり、継続的にミーティングが実施されています。
- 令和5年度の依存症に関する相談件数は延56件で、令和2年～4年度のコロナ禍では一時減少したものの、徐々に増えつつあります。特にギャンブル依存症が増加しており、ギャンブル障がい回復トレーニングプログラム（SAT-G）等を取り入れた支援を行っています。しかし、依存症の相談は、相談を受理しても継続支援につながりにくいという特徴があります。

【令和元年～5年度 依存症相談延べ件数】

種 類	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
アルコール依存症	67	25	9	8	19
ギャンブル依存症	12	3	4	13	27
薬物依存症	4	5	2	1	5
その他	3	0	4	4	5

資料 釧路保健所相談件数

（高次脳機能障がい）*1

- 高次脳機能障がいは外見からは分かりにくく、本人や周囲の人が障がいを認識しづらいため、他の疾患や障がいに隠れて気づかれないまま、適切な医療や支援を受けられていない人々が多くいることが予測されます。
- 高次脳機能障がいは、交通外傷や脳血管疾患後に発症することがほとんどで、中には継続して医療機関に通院していない人もおり、その後のフォローアップや実態把握は不十分な状況があります。
- 釧路管内における高次脳機能障がいに関する知識は、関係者による講習会が毎年開催され、普及啓発に取り組んでいます。

（認知症）

- 令和5年1月1日時点における釧路管内の高齢化率は35.4%で、全道32.8%に比べ高い状況にあり、認知症を含む脳器質性精神障害患者数は増加しています。
- 認知症は、本人の自覚が難しいことや家族等周囲の人が気づかないなどにより、医療機関につながるものが困難な場合があります。釧路管内の市町村では認知症初期集中支援チームを設置しており、発見の初期段階での集中的な支援に力を入れています。
- 釧路管内には、認知症疾患医療センターが1ヶ所あり、認知症医療に習熟した認知症サポート医が28人います（令和6年3月時点）。その他に、かかりつけ医認知症対応力向上研修を修了したかかりつけ医もおり、認知症の方が身近な地域で診断や治療が受けられやすい環境が整えられつつあります。
- 釧路管内では、平成6年4月、全国に先駆けて、関係機関相互の連携強化と行方不明になった認知症の人の速やかな発見と保護を目的として「釧路地域 SOS ネットワークシステム」を構築しています。
- 令和5年度は25件の利用があり、そのうち24件が高齢者または65歳未満で認知症の診断（もしくはエピソードの記載）を受けたことがある人でした。
- 管内には各市町村にSOSネットワークが構築されており、地域住民に対して認知症患者への適切な対応の講習や搜索模擬訓練を行うなどして、認知症への理解やSOSネットワークの普及・啓発に努めています。

*1 病気（脳血管疾患、低酸素脳症、脳腫瘍等）や交通事故等で頭部打撲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。

【釧路地域SOSネットワークシステム利用実績】

(人)

分 類	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症・高齢者	53	52	52	30	24
障がい者	4	1	2	0	1
子ども	0	0	1	0	0
自殺企図者	1	0	0	0	0
その他	0	1	1	2	0
合 計	58	54	56	32	25

資料 釧路地域SOSネットワーク実績報告

（児童・思春期精神疾患）

- 釧路管内には、児童精神科を標ぼうする医療機関がなく、児童精神科医もいないため、発達障がいや児童・思春期の精神疾患（以下「心の健康課題」という。）を抱える子どもは、一般精神科又は小児科、管外の児童精神科にて診療を受けています。また、釧路管内の精神科医療機関の閉院・縮小に伴い、新規の患者については医療機関への相談から受診まで時間を要する状況になっており、地域支援者への相談が増加傾向にあります。
- 子どもの心の健康課題は親や周囲の人が気づきにくく、適切な支援を受けにくい状況があります。
- 心の健康課題を抱える子どもは、成長発達過程にあることに加え、心の健康課題の特性を理解した子育てが必要です。愛着形成など環境要因による課題を抱える子どももおり、養育者への支援も併せて必要となります。このため、市町村・児童発達支援センター等の児童福祉機関、医療機関、保健所、幼稚園・小学校等の教育機関等が連携しながら支援を行っています。

（発達障がい）

- 発達障がいの診断をうける方は増加傾向にありますが、発達障がいの特性として、本人や周囲の人が障がいを認識しにくいことから、診断や治療に結び付かない方もいます。また、乳幼児健診や幼児教育機関等で周囲が疑っても、家族は受け入れるまでに時間がかかり、支援に繋がらないこともあります。
- 学童期の集団生活や行動に適応できず、そこで初めて課題が顕在化する場合があります。教育機関においては、特別支援教育の取組により特別支援コーディネーターが配置され、発達障がいに関する学習や支援の在り方について研修が積み重ねられていますが、対応に苦慮している実態です。
- 大人の発達障がいの相談の中には、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なかったことから、引きこもりや家族への暴力等の不適応状況がみられたり、能力以上の活躍を求められたことで課題が顕在化するも、診断・治療を受けていないために周囲の理解が得られないなど、日常生活や社会生活を送る上で困難を抱えている場合があります。
- 釧路管内には発達障がいを抱える子どもの親の自主グループや当事者のグループがあり、発達障がいの診療を行っている医療機関の協力を得て、講演会や地域相談会の開催、会報の発行などの活動を活発に展開しています。

（摂食障害）

- 摂食障がいは、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、釧路管内では、592人の患者が自立支援医療制度を利用して受療しています。小児科に加えて、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てんかんによる受診をしています。
- 道では、関係機関との連携・調整を図り、関係機関の医師等への助言や地域におけるてんかんに関する普及啓発等を行い、「てんかん地域診療連携体制整備事業」を実施するため、令和元年12月にてんかん診療拠点機関（現：てんかん支援拠点病院）を選定し、令和4年9月からは二次診療施設の選定及び認定を進めています。管内では4医療機関が二次診療施設となっています。

(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（物理的外傷）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り、直接被害はなくても被災時の映像を見ることで間接的な精神被害を受けるなど、重度のPTSD（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。

(精神科救急・身体合併症)

- 令和4年度において、精神科救急医療体制整備事業により夜間・休日に診療を受けた方は89人、そのうち入院された方は22人となっています。
- 夜間・休日等の診療・相談体制は、北海道精神科救急医療体制整備事業により、釧路・根室ブロックとして、釧路管内の3か所の当番病院で救急医療に対応しています。
- 精神科医療機関の閉院・休止により、当番病院を担う医療機関の負担が増大しています。

【過去5年間の救急医療入院・外来別及び入院形態実績数】

(人)

年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
外来件数	16	65	70	49	89
入院件数	22	28	35	35	22
任意入院	10	13	24	24	13
医療保護入院	11	15	11	11	9
措置入院	1	0	0	0	0
緊急措置入院	0	0	0	0	0
応急入院	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0

資料 精神科救急医療体制実績報告

(災害精神医療)

- 災害等が発生した場合には、精神保健活動の支援のために派遣される災害派遣精神医療チーム（DPAT）に協力し、支援が必要な患者に対しては、DPATの活動終了後も継続的な支援を行います。
- 災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づき精神科医療を行う病院は、釧路管内に3か所あり、災害時の精神疾患患者の受け入れ、一時的な避難場所などの機能を有しています。

(医療観察法における対象者への医療)

- 退院決定又は通院決定を受けた方が必要な医療を受ける「指定通院医療機関」は、釧路管内に3か所あり、釧路市内に集中しています。
- 3年間の処遇期間中は、保護観察所による地域処遇ケア会議に出席し、各関係機関と協働した支援を実施しています。処遇期間が終了した後も、支援が必要な対象者に対しては引き続き訪問を実施し継続的な支援を行っています。
- 保護観察所主催の地域医療観察制度地域連絡協議会や厚生労働省主催の指定医療機関地域連絡体制強化に関する意見交換会に出席し、地域の情報共有と課題検討を行っています。

(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人への受診勧奨等のしくみが必要です。
- 精神疾患が疑われる人については、保健・医療・福祉関係者との連携により、できるだけ早期に精神科医療につなげるために、管内医療機関の機能の共有や受診体制の確認等が引き続き必要です。
- 精神病床における隔離・身体的拘束の最小化に向けた取組や虐待の防止に係る取組が求められています。
- 精神疾患に関する知識の普及に努めるとともに、精神科医療を必要としている人とその家族への相談支援の充実のため、地域の身近な市町村や相談支援事業所、保健所における相談機能の強化を図る必要があります。
- 当事者・家族が地域で安心して生活が送れるよう、医療機関や薬局、相談支援事業所や訪問看護、障がい福祉サービス事業所等が連携した地域密着の資源による支援が必要です。
- 日中活動の場や退院後の住まいや見守りなど生活の場を確保することや、復職・就労への支援など、社会復帰に向けた環境整備が必要です。
- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう市町村などの基礎自治体を基盤として、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムによる相談体制を構築することが必要とされています。

(統合失調症)

- 新規入院患者の入院の長期化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、公認心理師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・地域定着に向けた支援が必要です。

(うつ病・躁うつ病)

- 内科医等のかかりつけ医や産業医等が、精神科受診につなげる仕組みが必要です。
- 就労している男性の自殺者予防対策として、事業主をはじめとした職域関係者と連携し、うつ病の正しい知識の普及・啓発を図っていくことが必要です。また、高齢者への予防対策として、地域による見守り体制が必要です。
- 住民が、身近な相談機関で支援を受けられ、適切な医療につながるよう、相談機関の明確化を図ることが必要です。

（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・市町村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、うつ・自殺予防対策に社会全体で取り組んでいくことが必要です。
- 自殺のリスクが高い人の早期発見、早期治療につなげるため、早期対応を担うゲートキーパーの養成など、人材育成が必要です。また、自殺未遂者など自殺のリスクの高い人などに対する相談支援技術の向上を図ることが必要です。
- 自死遺族支援の推進を図ることが必要です。
- 子ども・若者、女性の自殺対策の強化など総合的な自殺対策の更なる推進が必要です。

（依存症）

- 依存症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や自助グループ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、重症化の後に治療につながる傾向もあるため、疾患についての知識の普及、自助グループについての周知活動を行う必要があります。
- 依存症の回復においては、自助グループの役割が大きいことから、各種自助グループの育成、支援が必要です。
- ギャンブルへのアクセスが容易になっている社会環境の変化から、最近のギャンブルの特徴やリスクについて理解できるような普及啓発が必要です。

（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、当事者や家族へ向けて、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。
- 管内の高次脳機能障がいの専門医療機関が十分ではない状況から、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や道内の専門医療機関との密な連携を図ることが必要です。

（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との可能性があるため、早期発見、早期受診や周囲の人の適切な対応が重要となることから、かかりつけ医の増加、家庭や職場など周囲の人や介護関係者等への認知症に関する正しい知識の普及・啓発が必要です。
- 高齢者の単身世帯や高齢者のみの夫婦世帯の増加により、家庭における介護力が低下し、いわゆる老老介護など、家族の介護負担が重くなっている状況が予測されることから、認知症患者やその家族が地域で安全・安心に生活できるような地域包括ケアシステムの整備が必要です。
- SOS ネットワークが、警察、関係機関、地域住民間で円滑に連携されるためにも、迅速かつ確実な情報のやりとりが行われるためのシステムづくりが必要です。
- 高齢化が進み認知症患者の増加が予測されるため、今後も地域での見守り体制や、発見後の充実したフォローアップ体制を整えることが必要です。

(児童・思春期精神疾患)

- 愛着形成の課題など児童・思春期特有の疾患・障がいに関する正しい知識について、住民、地域の保健・医療・福祉・教育関係者などに対する学習機会の確保が必要です。
- 適切な療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。
- 心の健康課題を抱える子どもが適切な医療や支援を受けられるよう地域の保健、医療、福祉、教育の各機関が連携し支援していくことが必要です。

(発達障がい)

- 発達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。
- 乳幼児健診は、発達障がい等子どもの心の健康課題の早期発見にも資する機会であることから、市町村からの受診勧奨を徹底するとともに、健診従事者の資質向上など健診体制の充実が求められます。
- 他関係機関と連携し、幼児期から学童・成人期に至るまで切れ目のない一貫した支援体制づくりが必要です。

(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がい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ことが必要です。

(てんかん)

- 釧路管内では専門医の不在により、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ことが必要です。
- 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。

(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。

(精神科救急・身体合併症)

- 休日や夜間を含め、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。
- 新興感染症の発生及びまん延に備え、新型コロナウイルス感染症をはじめとした新興感染症への対応の検討が必要です。
- 身体合併症患者の受け入れや自殺企図者の身体的治療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受入体制や連携体制の構築が必要です。

(災害精神医療)

- 災害時に協働した支援を行えるよう、あらかじめ管内市町村や関係機関との連携を密にし、協力体制を整備する必要があります。
- 新興感染症の発生及びまん延に備え、新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症への対応の検討が必要です。

(医療観察法)

- 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)

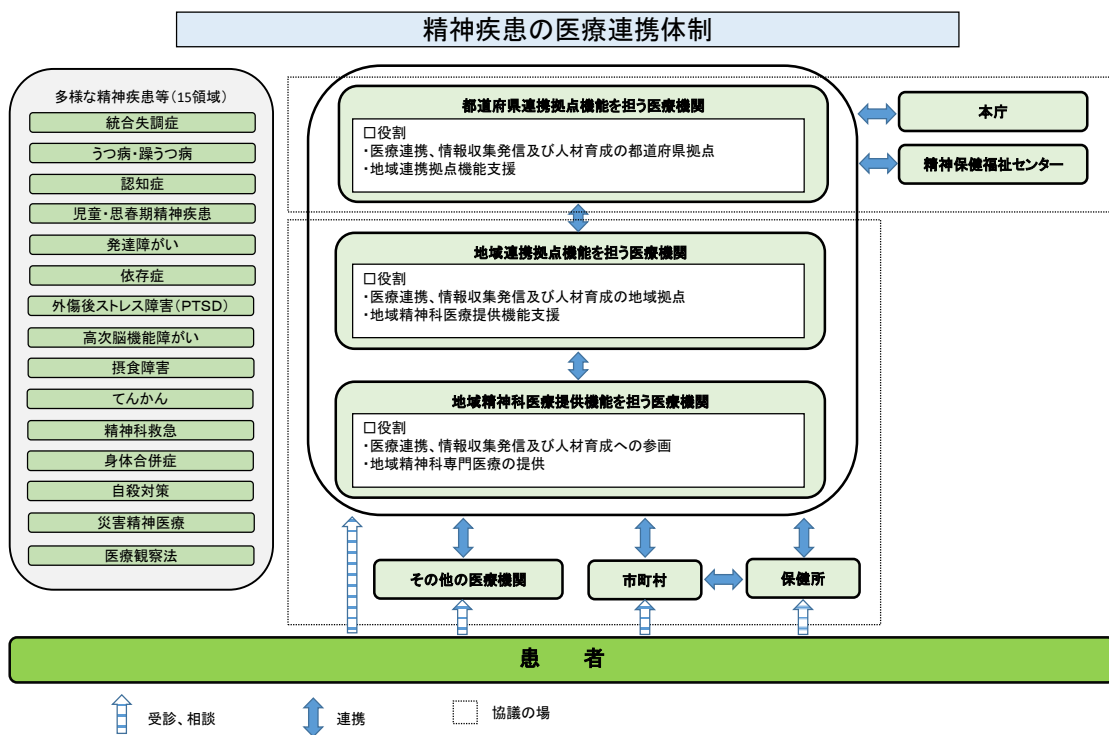
- 患者本位の精神科医療を提供すること
- ICF（国際生活機能分類）*1の基本的な考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- 地域の保健・医療・福祉・介護の関係機関との連携・協力を行うこと

(地域連携拠点機能)

- 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

(都道府県連携拠点機能)

- 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
- 医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと
- 情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと
- 人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと
- 地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと



*1 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

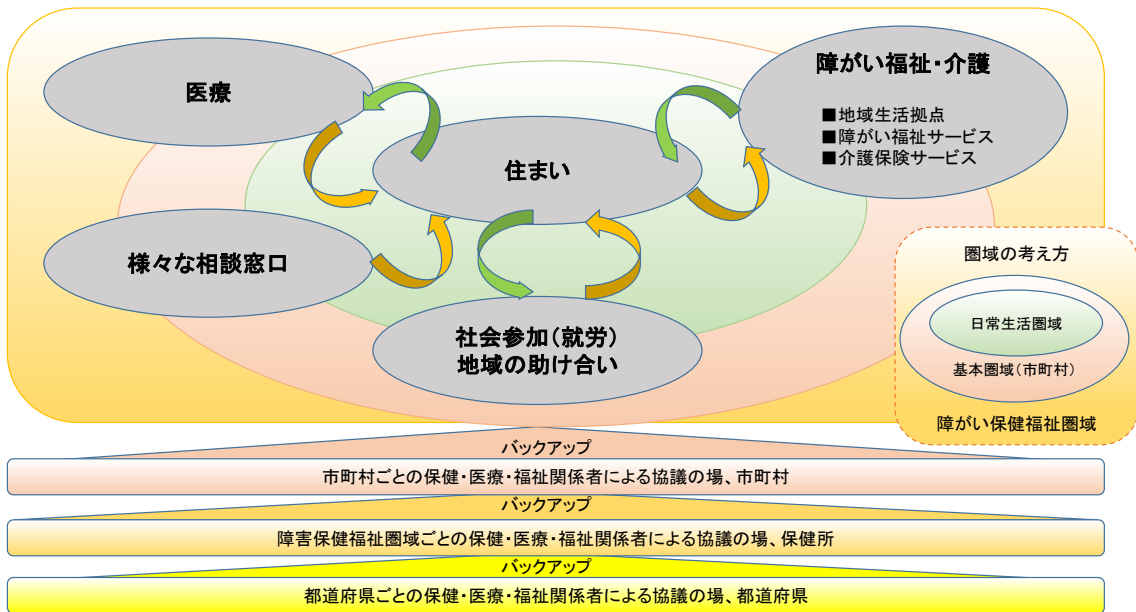
指標名（単位）	現状値	目標値(R6)	目標値の考え方
認知症疾患医療センター(地域型)の整備数(医療機関数)	1	1	現状維持

指標名	現状値	目標値(R11)	目標の考え方	出典（年次）
慢性期入院患者数	190	減少	現状より減少	精神保健福祉資料（令和4年度630調査）

（５）数値目標等を達成するために必要な施策

- 住民のこころの健康増進のために普及・啓発を行います。
- 保健所における精神科専門医による相談事業の活用について周知を行い、早期に医療が必要な場合には適切に精神科医療機関につなげるための支援を行います。
- 身近な地域において相談支援に従事する市町村、相談支援事業所、保健所等の職員の専門性の向上を図るため、自殺対策、依存症などの支援に関する技術支援や研修を実施します。
- 釧路管内における精神科診療体制を確保するため、精神科医師による医療懇談会や釧路ブロック精神科救急医療体制連絡調整会議を開催し、地域精神医療確保対策を実施します。
- 患者の療養環境の改善や社会生活機能の回復に資するため、精神病床における隔離・身体的拘束の最小化や虐待防止の取組を推進します。
- 「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、圏域及び市町村に保健・医療・福祉等関係者による協議の場を設置し、重層的な連携による支援体制を構築します。

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)

- 疾患が疑われる人について、適切なアセスメントを行い、地域の保健・医療・福祉関係機関との連携により、できるだけ早期に精神科への受診を促します。
- 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。
- 長期入院等の後に退院した者や治療中断者等の地域生活の支援のために、保健医療福祉関係機関で構成する多職種チームによる支援を実施するとともに、地域における支援体制の構築を促進します。

(うつ病・躁うつ病)

- うつ病・自殺予防対策をすすめるために、地域のかかりつけ医等との連携の充実を図ります。
- 一般住民が地域で相談できる窓口の周知や、相談機関と精神科医療機関が連携し、支援を提供します。
- 事業主をはじめとした職域関係者に対し、うつ病の正しい知識の普及・啓発を図るとともに、職場内での気づきや対応力の向上を図ります。また、高齢者の地域による見守り体制を関係機関と協力し進めていきます。

(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「釧路地域うつ・自殺予防対策ネットワーク会議」の構成機関・団体と連携し、地域の実態や課題を共有します。地域における人材育成や相談体制の確保等、総合的な自殺対策を推進します。
- 保健・医療・福祉・労働・教育機関等の相談支援者を対象とした研修会を開催し、自殺予防のための支援技術の向上を図ります。
- 市町村自殺対策計画に基づき、地域の現状に合わせたゲートキーパー研修等の開催や、正しい知識や対応方法の普及・啓発への取り組みについて支援を行います。
- 自死遺族への支援を他関係機関と連携しながら進めます。

(依存症)

- ギャンブル等の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に関する支援体制の充実を図ります。
- 依存症の事例検討や研修会を開催し、支援者のスキルアップと関係者間の連携を図ります。また、依存症に関する自助グループの育成と支援を行います。

(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ります。
- 道内の高次脳機能障害の専門医療機関との密な連携に努めます。
- 地域において高次脳機能障がいの支援体制強化のために関係者とともに講習会等の開催を行います。

(認知症)

- 認知症患者の生活を支えるため、市町村、医療機関、地域包括支援センター、介護関係機関等の円滑な連携を図ります。
- 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターや医療機関の認知症外来、地域のかかりつけ医と連携し、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター及び介護関係機関と、地域の支援体制を促進します。
- 行方不明になった認知症の方の早期発見・保護を目的に、構築されている「釧路地域ネットワークシステム」の関係者で構成される「釧路地域SOSネットワークシステム」を活用し、ネットワークの利用状況や運用における課題を検討するとともに、市町村の取り組みの情報共有や広域的な課題への対応について意見交換します。
- 市町村の認知症サポーター養成講座の取り組みが進められるよう支援します。

(児童・思春期精神疾患)

- 心の健康課題を抱える子どもとその家族が身近な地域で適切な相談や支援を受けられるよう、他関係機関を対象に、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普及・啓発を行います。
- 心の健康課題を抱える子どもとその家族に対し、適切な支援が提供できるよう保健・医療・福祉・教育関係者に対するスーパーバイズを受ける機会を確保します。
- 乳幼児期から、学童・成人期に至るまでの切れ目ない地域の保健・医療・福祉・教育等の関係機関の連携による支援を図ります。

(発達障がい)

- 発達障がいの当事者や家族が身近な地域で支援を受けられるよう保健所、市町村、相談・支援機関等の機能強化や相談窓口の周知を図るなど、支援体制の充実を図ります。
- 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、市町村に必要な専門的支援技術の確保や地域の保健・医療・福祉・教育等の関係機関のネットワーク構築を推進し、ライフステージに応じた切れ目のない支援を図ります。

(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ます。
- 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、保健所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。

(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。

(PTSD)

- 保健・医療・福祉の職員等へPTSDに関する正しい理解と対応についての普及啓発を進めます。
- 精神保健福祉センターが実施する相談援助技術研修に参加し、支援技術向上に努めます。

(精神科救急・身体合併症)

- 休日・夜間の緊急の相談や救急医療を必要とする方に対応することができるよう、精神科病院はもとより、自院患者への対応や診療情報の速やかな提供など精神科診療所の協力も得ながら、圏域の輪番体制の整備をはじめとした精神科救急医療体制を確保します。
- 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精神科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検討します。
- 精神科救急医療体制整備事業において、新型コロナウイルス感染症をはじめとした新興感染症への対応に係る検討を進めます。

(災害精神医療)

- 平常時から災害に備えて、要支援者リストや管内の社会資源等、災害時の地区活動に必要な情報の整理を行います。
- 災害時医療において、新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症への対応の検討を進めます。
- 災害時にスムーズな連携支援ができるよう、市町村や関係機関と災害時の協力体制の整備に取り組みます。

(医療観察法)

- 医療観察法の対象者が在宅へ退院する際には、住み慣れた地域で円滑に社会復帰できることを目指し、指定入院医療機関や指定通院医療機関、保護観察所、障がい福祉サービス事業者、市町村等各関係機関と連携して支援します。

(6) 医療機関等の具体的名称

○ 精神科医療医療機関名及び各機能を担う医療機関一覧

(有床精神科病院)

第二次医療圏	市町村	医療機関
釧路	釧路市	市立釧路総合病院
		医療法人清水桜が丘病院
		医療法人社団優心会釧路優心病院

(精神科デイケア等実施施設)

第二次医療圏	市町村	医療機関
釧路	釧路市	市立釧路総合病院
		医療法人資生会クリニック養生邑
		医療法人社団敬心会江南通りクリニック

○ 精神科訪問看護及び指定自立支援医療機関(精神通院医療)訪問看護事業所

(精神科訪問看護)

第二次医療圏	市町村	医療機関
釧路	釧路市	市立釧路総合病院
		医療法人清水桜が丘病院
		医療法人社団優心会釧路優心病院
		釧路赤十字病院
	弟子屈町	医療法人共生会川湯の森病院

(障害者総合支援法に基づく指定自立支援医療機関(精神通院医療)訪問看護事業所)

第二次医療圏	市町村	医療機関
釧路	釧路市	釧路赤十字訪問看護ステーション
		一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団釧路地域訪問看護ステーション
		医療法人豊慈会訪問看護ステーションホームケアやまびこ
		訪問看護ステーション縁
		さいた訪問看護ステーション
		訪問看護ステーションこまば
		ふみぞの訪問看護ステーション
		訪問看護ステーション灯
		ダイナ訪問看護ステーション
	釧路町	一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団釧路町訪問看護ステーション
	標茶町	一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団標茶地域訪問看護ステーション
	白糠町	一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団白糠訪問看護ステーション

○ 精神科救急・身体合併症に係る医療機能を担う医療機関一覧

第二次医療圏	市町村	医療機関 (※ 精神科病院以外の病院で合併症受入れ 協力病院)	①	②	③	④
釧路	釧路市	市立釧路総合病院	○	○		○
		医療法人清水桜が丘病院	○			○
		医療法人社団優心会釧路優心病院	○			○
		独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院		○		
		社会医療法人孝仁会リハビリテーション病院		○		
		社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院		○		

① 精神科救急医療施設 ② 合併症受入協力病院 ③ 遠隔地域支援病院 ④ 後方支援病院

○ てんかん診療二次診療機関（令和6年2月現在）

第二次医療圏	市町村	医療機関
釧路	釧路市	市立釧路総合病院
		釧路赤十字病院
		社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院
		独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院

（7）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、口腔内の歯の痛み、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。

（8）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方に対し、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、適切に服薬等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。

（9）訪問看護事業所の役割

- 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。