

## 第2 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携の推進

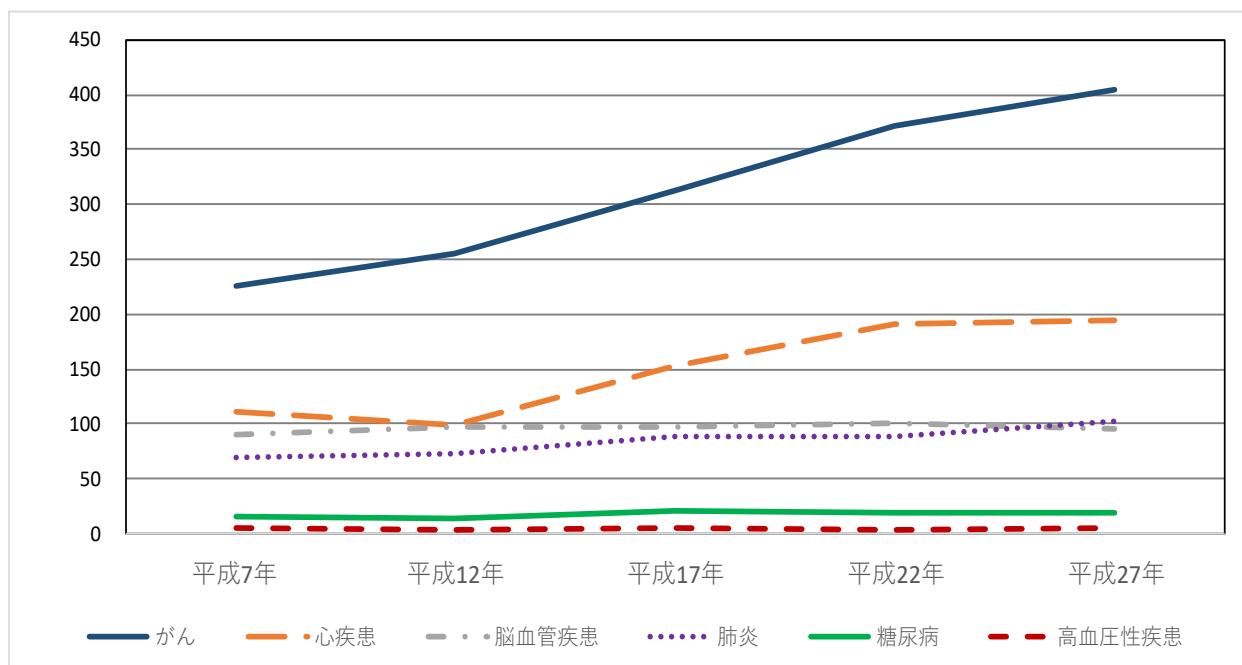
### 1 がんの医療連携体制

#### (1) 現 状

##### (死亡の状況)

- 令和元年の人口動態統計によると、釧路管内の死亡者総数 3,101 人のうち、972 人(31.3%) 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 198 人と最も多く、次いで大腸がんが 136 人、胃がんが 123 人、膵臓がんが 100 人となっています。
- 年齢調整死亡率\*<sup>1</sup> (75 歳未満) は、男性は 120.7 (全道 111.1、全国 99.0)、女性は 78.9 (全道 68.8、全国 58.8) といずれも全道及び全国平均を上回っています。
- また、平成 29 年に全国値を 100 としたときの二次医療圏別のがん死亡率(標準化死亡比) が男女別に公表され、「全がん」について、管内の女性が全国 344 二次医療圏の中で最も高かった(119.3)という結果が示されました。令和 2 年公表においても、管内女性は最も高い状況(124.6)が続いています。\*<sup>2</sup>
- がんは、加齢により発症リスクが高まりますが、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。

#### 【主要疾患の死亡率の推移 (人口10万対)】



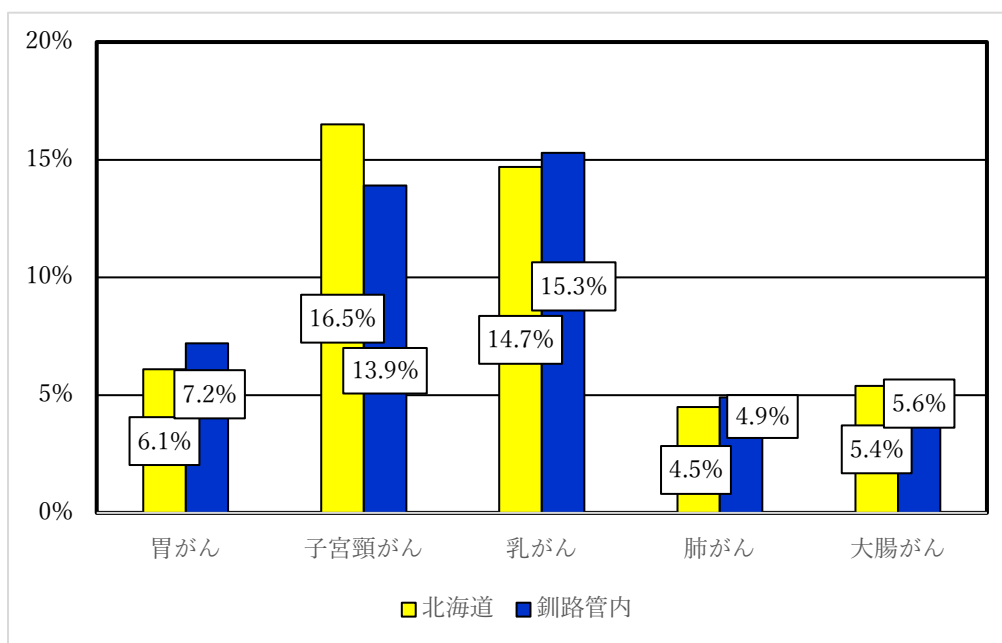
\* 1 年齢調整死亡率：年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように、年齢構成を調整した人口 10 万人当たりの死亡数のこと。

\* 2 人口動態保健所・市区町村別統計 (平成 25 年～平成 29 年) 標準化死亡比 (厚生労働省)

### (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】



\* 令和元年度地域保健・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（平成28年）によると、釧路管内におけるがん治療に係る自給率は、入院で95.3%（全道86.1%）、通院で97.7%（全道90.9%）となっており、入院、通院ともに全道よりも高い割合となっています。
- がん患者の平均在院日数は、全道19.3日に対し15.0日となっています。\*<sup>1</sup>

\* 1 平成29年患者調査（施設所在地別）

### （医療の状況）

- 肺・胃・肝・大腸・乳がんを中心に、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。拠点病院等においては、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。また、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。  
なお、釧路管内には緩和ケア病棟はありませんが、令和4年4月に独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院において開設が予定（33床）されています。
- 管内では、「地域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。

## （2）課 題

### （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。

### （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、全国平均よりも高い状況<sup>\*1</sup>にあることから、地域全体で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 7.2%（全道 6.1%）、肺がん 4.9%（全道 4.5%）、大腸がん 5.6%（全道 5.4%）、乳がん 15.3%（全道 14.7%）と、全道平均を上回る項目がある一方、子宮頸がんは 3.9%（全道 16.5%）と全道より低い状況<sup>\*2</sup>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。

### （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 95.3%<sup>\*3</sup>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。

\* 1 北海道健康増進計画指標調査事業（令和2年度）

\* 2 地域保健・健康増進事業報告（令和元年）

\* 3 患者受療動向調査（平成28年）

### （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、がんと診断されたときから行われることが求められています。
- 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の推進が求められています。

## （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。
  - ◇ 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、身体的な苦痛及び精神心理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、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。

(4) 数値目標等

指標名(単位)	現状値		目標値(R5)	目標数値の考え方*	現状値の出典 (策定時・見直し時年次)	
	計画策定時	中間見直し時				
がん診療連携拠点病院数(か所)	2	2	2	現状維持	厚生労働省がん対策情報(平成29・令和3年)	
がん検診受診率(%)(参考値)	胃	9.2	7.2	増加を目指す(H28全道値:8.8)	現状より増加	平成28・令和元年度地域保健・健康増進事業報告
	肺	5.9	4.9	増加を目指す(H28全道値:4.8)	現状より増加	
	大腸	6.2	5.6	増加を目指す(H28全道値:6.3)	現状より増加	
	子宮頸	12.5	13.9	増加を目指す(H28全道値:14.3)	現状より増加	
	乳	16.5	15.3	増加を目指す(H28全道値:16.6)	現状より増加	
喫煙率(%)(全国値を100としたときの指標)	男性	121.1	108.6	全道平均以下(H26:110.5)	現状より減少	平成29・令和2年度北海道健康増進計画指標調査事業
	女性	212.3	128.3	全道平均以下(H26:168.8)		
がんによる75歳未満年齢調整死亡率(人口10万対)	男性	120.7	120.7	全道平均以下(H27:111.1)	現状より減少	平成27年度人口動態調査[厚生労働省]
	女性	78.9	78.9	全道平均以下(H27:68.0)	現状より減少	

\*目標値の考え方における「現状」は、計画策定時の数値を基本とする。

(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\*1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。
- 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ため、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\*2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。

\*1 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。

\*2 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。

**(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、コール・リコール、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、地域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。
- 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。また、管内における緩和ケア病棟の充実を促進します。

**(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

**(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割**

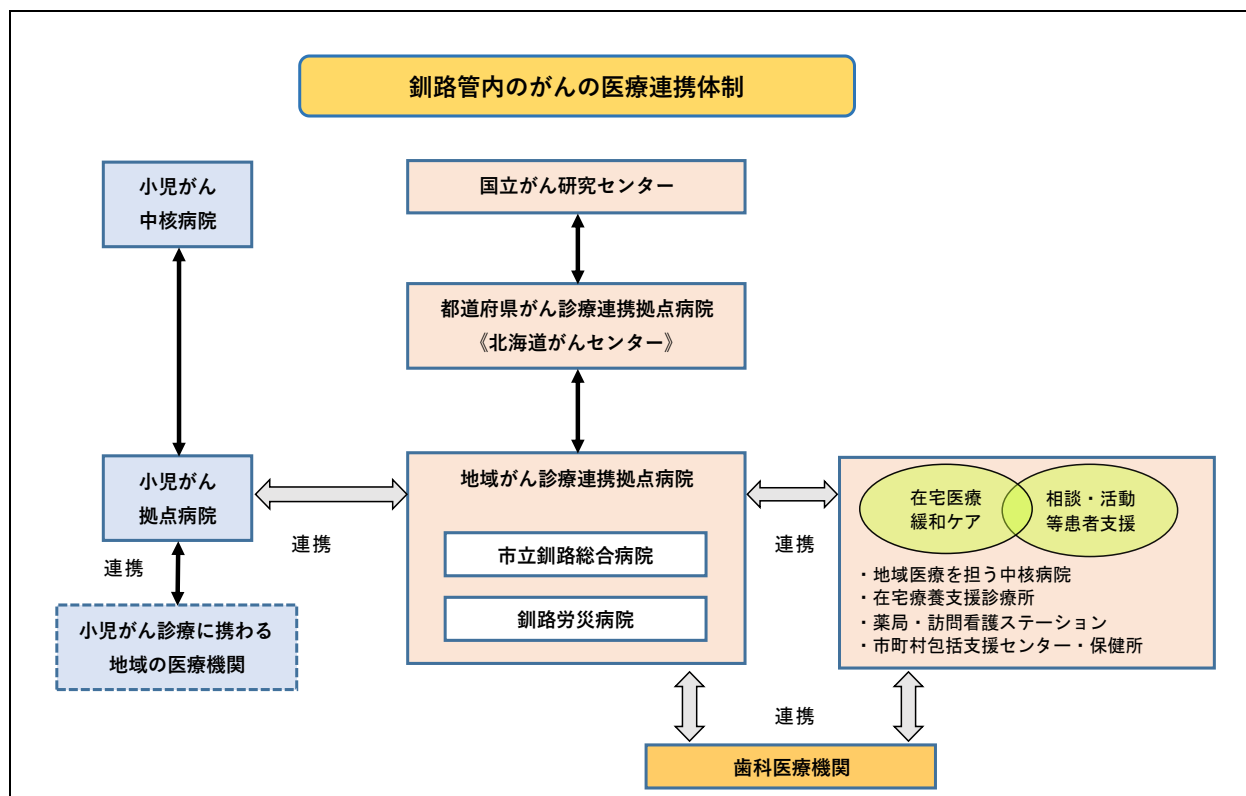
- がんの薬物療法や放射線治療に伴う口腔合併症の予防や手術後の肺炎予防等のため、周術期の患者に対し、地域がん診療連携拠点病院やその他のがん医療を行う医療機関等と連携して、歯科医療機関が専門的口腔管理（口腔ケア、口腔衛生指導、口腔疾患の治療等）を行う取組を推進し、より質の高いがん治療提供につながるよう支援します。
- 口腔がん早期発見等の役割を担う歯科診療所と病院歯科等の高次歯科医療機関との病診連携や医科歯科連携により、口腔がんに対する適切な高次歯科医療を提供できるネットワークの充実に努めます。

## (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、地域の薬局と医薬卸相互の連携を推進します。

## (9) 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、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\*<sup>1</sup>に取り組めます。



\* 1 グリーフケア：大切な人を失った喪失感や悲しみをのりこ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

#### (死亡の状況)

- 北海道では、令和元年に 4,802 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 7.3% (全国 7.7%) を占め、死因の第 3 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、令和元年に 200 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 6.4% を占めていますが、全道と同様に減少傾向にあります。

管内における平成 27 年の年齢調整死亡率は、男性が 40.0 で、全道 (34.7)、全国 (37.8) を上回り、女性が 21.1 で、全道 (21.0)、全国 (21.0) と同様の水準となっています。

#### (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。

令和元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 28.2% であり、平成 23 年度の 18.1% と比較し向上しており、全道の 28.9% と同様の状況にあります。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/m<sup>2</sup>) が男女ともに全国を上回っており、女性は全道も上回っています。

- 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〉

- 病院の退院患者の平均在院日数は、釧路管内 124.1 日で、全道 102.1 日、全国 81.5 日と比べ長い状況です。

##### 〈入通院の自給率〉

- ナショナルデータベース (NDB) \*<sup>1</sup>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 98.0%、通院が 99.0% であり、全道平均の入院 92.5%、通院 96.7% と比べて高い割合となっています。

このうち、特に、急性期に専門的な医療が必要なくも膜下出血の入院・通院、脳出血に係る通院及び脳動脈瘤に係る入院では、自給率は、いずれも 100% と高い割合となっています。

---

\* 1 ナショナルデータベース：厚生労働省「NDB」(平成 28 年 4 月～平成 29 年 3 月)



## (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。

### (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\*<sup>1</sup>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。<sup>\*1</sup>
- 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、<sup>ごえん</sup>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。
- 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。

---

\*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(R5)	目標数値の考え方*	現状値の出典 (策定時・見直し時年次)	
	計画策定時	中間見直し時				
急性期医療を担う医療機関数(か所)	3	3	3	現状維持	北海道保健福祉部調査 急性期医療の公表医療機関 (平成29・令和2年4月1日現在)	
回復期リハビリテーションを担う医療機関数(か所)	5	6	増加を目指す	現状より増加	北海道保健福祉部調査 回復期医療の公表医療機関 (平成29・令和2年4月1日現在)	
喫煙率(%) 全国値を100としたときの指標	男性	121.1	108.6	全道平均以下 (H26:110.5)	現状より減少	平成29・令和2年度北海道健康増進計画指標調査事業
	女性	212.3	128.3	全道平均以下 (H26:168.8)	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)	2	2	増加を目指す	現状より増加	北海道保健福祉部調査 (平成29・令和2年4月1日現在)	
収縮期血圧130mmHg以上の割合(%) 全国値を100としたときの指標	男性	108	103.1	全道平均以下 (H26:99.7)	現状より減少	平成29・令和2年度北海道健康増進計画指標調査事業
	女性	108.3	104.9	全道平均以下 (H26:98.7)	現状より減少	
在宅等生活の場に復帰した患者の割合(%)	42.2	61.6	全道平均以上 (H27:59.2)	現状より増加	平成26・29年患者調査 (個票)二次医療圏 [厚労省]	
脳血管疾患患者の年齢調整死亡率(人口10万対)	男性	40.0	40.0	全道平均以下 (H27:34.7)	現状より減少	平成27年度人口動態調査 [厚労省]
	女性	21.1	21.1	20.1		

\*目標値の考え方における「現状」は、計画策定時の数値を基本とする。

#### (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、「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図ります。
- 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、自宅に帰るまで)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）、外科的血管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

社会医療法人孝仁会星が浦病院	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	医療法人東北海道病院
標茶町立病院	JA 北海道厚生連摩周厚生病院

**(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、多職種によるケア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**

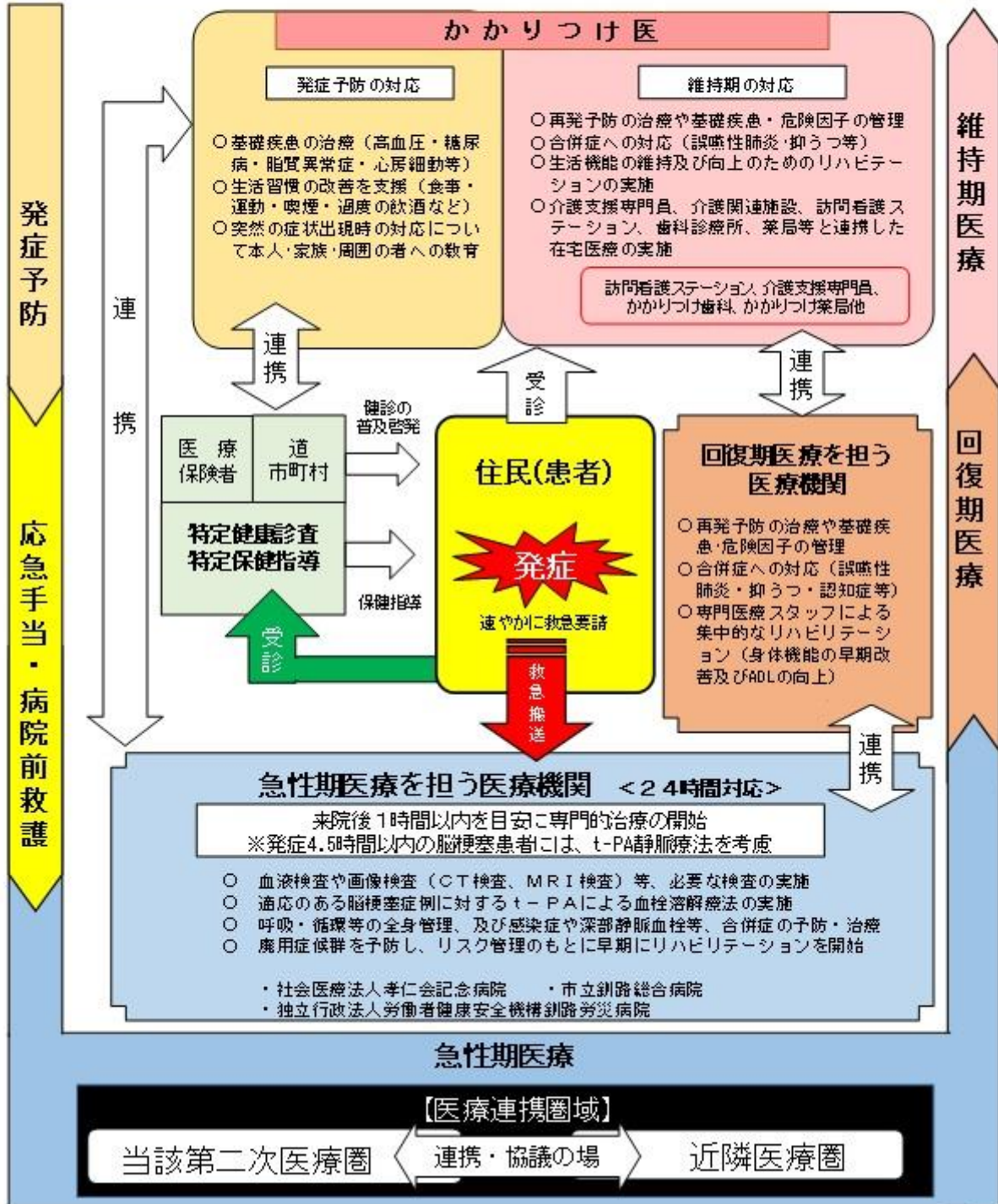
- 脳卒中の発症予防や再発予防のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。
- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護ステーション等と連携し、薬学的管理のもと、訪問による患者への適切な服薬指導などに努めるとともに、在宅療養で必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

**(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、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、令和元年に 9,578 人が心疾患を原因として死亡しており、死亡者総数の 14.6% (全国 15.0%) 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、令和元年に 440 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 14.2% を占めています。  
このうち、心不全の死亡者数は 179 名 (40.7%)、急性心筋梗塞は 57 名 (13.0%) となっています。
- 平成 27 年の管内における急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、男性 15.8 で、全道 (14.5) より高く、全国 (16.2) より低く、女性は 4.1 で、全道 (5.5)、全国 (6.1) より低い状況です。

##### (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。  
令和元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 28.2% であり、平成 23 年度の 18.1% と比較し向上しており、全道の 28.9% 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/m<sup>2</sup>) 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〉

- 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 17.6 日で、全道 17.6 日と同様、全国 19 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)

- ナショナルデータベース (NDB) 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 98.7%、通院で 99.2% となっており、全道平均の入院 91.4%、通院 96.9% と比べ高い割合となっています。

## (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、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を目指していましたが、社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院が導入しています。(令和3年4月現在)

### (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。

**(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。

**(4) 数値目標等**

指標名(単位)	現状値		目標値(R5)	目標数値の考え方*	現状値の出典 (策定時・見直し時年次)	
	計画策定時	中間見直し時				
急性期医療を担う医療機関数(か所)	3	3	3	現状維持	北海道保健福祉部調査 急性期医療の公表医療機関 (平成29・令和2年4月1日現在)	
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)	5	6	増加を目指す	現状より増加	診療報酬施設基準 [厚生労働省] (平成30・令和2年3月1日現在)	
喫煙率(%) 全国値を100としたときの指標	男性	121.1	108.6	全道平均以下 (H26:110.5)	現状より減少	平成29・令和2年度北海道健康増進計画指標調査事業
	女性	212.3	128.3	全道平均以下 (H26:168.8)	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)	0	1	導入を目指す	導入を目指す	北海道保健福祉部調査 (平成29・令和2年4月1日現在)	
収縮期血圧130mmHg以上の割合(%) 全国値を100としたときの指標	男性	108	103.1	全道平均以下 (H26:99.7)	現状より減少	平成29・令和2年度北海道健康増進計画指標調査事業
	女性	108.3	104.9	全道平均以下 (H26:98.7)	現状より減少	
急性心筋梗塞年齢調整死亡率(人口10万対)	男性	15.8	15.8	全道平均以下 (H27:14.5)	現状より減少	平成27年度人口動態統計特殊報告[厚労省]
	女性	4.1	4.1	3.9		

\*目標値の考え方における「現状」は、計画策定時の数値を基本とする。

## (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、「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

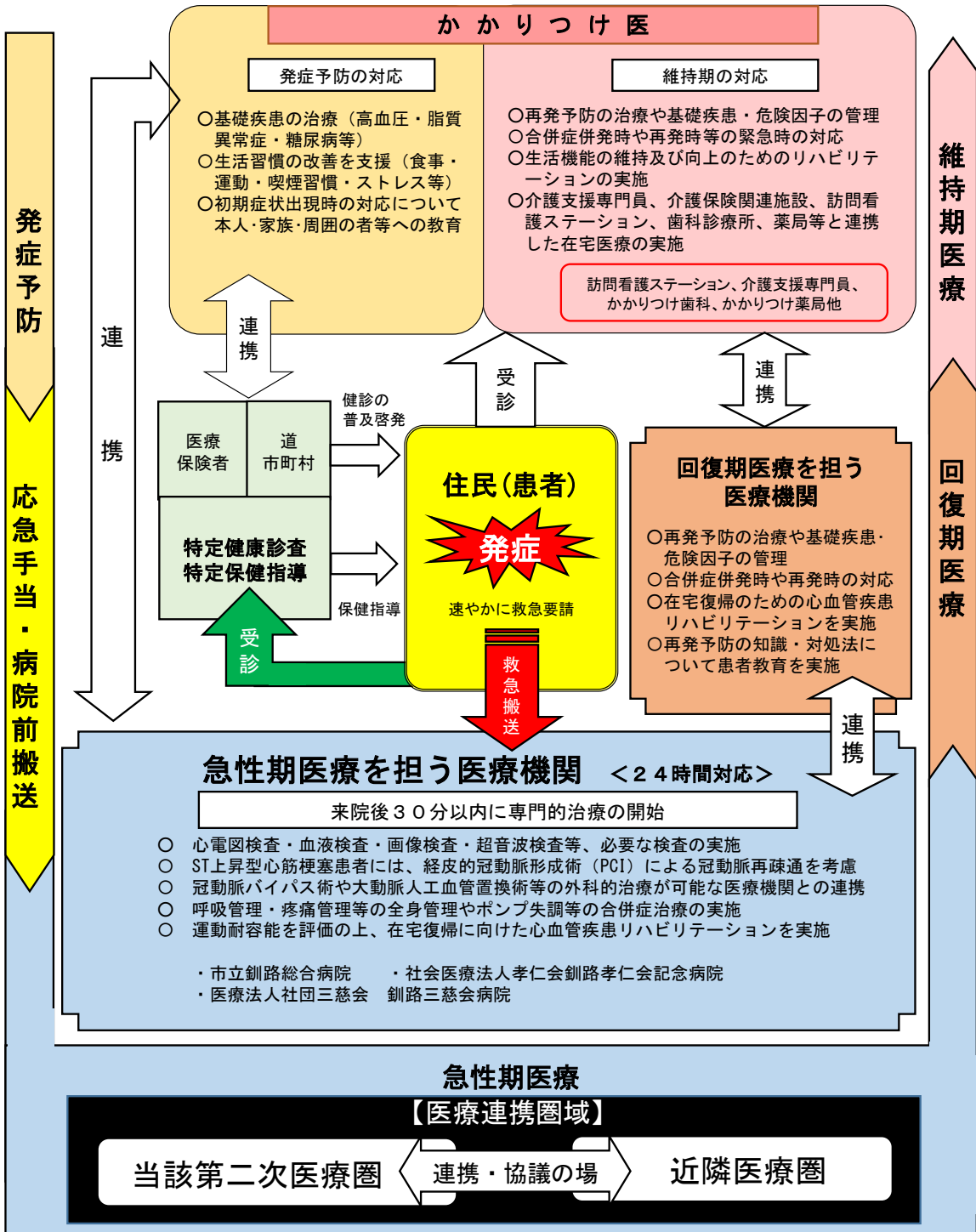
- 急性心筋梗塞の発症予防や再発予防のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。
- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護ステーション等と連携し、薬学的管理のもと、訪問による患者への適切な服薬指導などに努めるとともに、在宅療養で必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

## (9) 訪問看護ステーションの役割

- 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、令和元年に 33 人が糖尿病を原因として死亡しており、死亡者全体の 1.1% (全道 1.1%、全国 1.0%) となっていますが\*<sup>1</sup>、「糖尿病が強く疑われる者」は、40～74 歳の男性が 7,280 人 (12.9%)、女性が 5,273 人 (8.4%)、合計 12,553 人と推計され、「糖尿病の可能性が否定できない者」は、男性が 5,305 人 (9.4%)、女性が 5,085 人 (8.1%)、合計 10,390 人と推計されています。\*<sup>2, 3</sup>
- 管内における令和 2 年 12 月現在の透析患者数は 661 人となっています (対前年伸び率 100.9%)。

#### (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、令和元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 28.2%で、平成 27 年度 (24.3%) より向上しており、全道平均 (28.9%) と同水準となっているものの一層の向上が求められます。
- また、平成 29 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\*<sup>4</sup> の割合は 18.6% (全道 17.7%)、内臓脂肪症候群予備群\*<sup>5</sup> の割合は 12.5% (全道 10.5%) であり、全道平均と比較すると、やや高い傾向にあります。BMI 値では、男女ともに肥満 (BMI25 以上) 割合が全道平均よりも高くなっています。
- 平成 29 年度釧路管内市町村国保特定健診結果の HbA1c 値を見ると、「6.5%以上 (受診勧奨判定値)」該当者は、1,141 人 (10.5%)、「5.6%以上 6.5%未満 (保健指導判定値)」該当者は、5,173 人 (47.8%) で、全道 (受診勧奨判定値 8.7%、保健指導判定値 (47.9%)と同様の水準で、健診受診者の約 6 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。\*<sup>6</sup>

#### (医療機関への受診状況)

##### 〈患者調査〉\*<sup>7</sup>

- 管内における平成 29 年の糖尿病患者の平均在院日数は 17.5 日で、全道平均 32.2 日、全国平均 34.3 日より短くなっています。

##### 〈入通院自給率〉

- 患者受療動向調査 (平成 28 年) によると、釧路管内における糖尿病治療に係る自給率は、入院が 97.2%、通院が 99.3%です。
- 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」(令和元年)

\* 2 北海道保健福祉部「健康づくり道民調査」(平成 28 年)、国勢調査 (人口) (平成 27 年)

\* 3 特定健診・特定保健指導実施結果集計表 (北海道集計)

\* 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報告書」(平成 29 年)

\* 7 厚生労働省「患者調査(施設所在地)」(平成 29 年)

## (2) 課題

### (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あることから、定期的な検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。
- 保健所、市町村及び医療保険者等が連携し、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。

### (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、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。
- 身近な地域の医療機関で安心して人工透析が受けられる体制が必要です。

## (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。

### (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\*<sup>1</sup>、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コントロールを行います。
- シックデイ\*<sup>2</sup>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。
- 75gOGTT、HbA1c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)

#### 〈糖尿病性緊急症・低血糖など急性増悪時の治療〉

- 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）や低血糖などの急性合併症の治療を24時間体制で実施します。

\* 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。

**（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。

**（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。

**（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**

指標名(単位)	現状値		目標値(R5)	目標数値の考え方 *	現状値の出典 (策定時・見直し時年次)
	計画策定時	中間見直し時			
特定健診受診率(%)	27.5	28.2	60.0	現状より増加 (市町村国保の目標値と整合)	特定健康診査・特定保健指導実施結果集計表 (平成28・令和元年) [道集計]
特定保健指導実施率(%)	41.9	54.6	60.0	現状より増加 (市町村国保の目標値と整合)	
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)	17	18	増加を目指す	現状より増加	北海道保健福祉部調査 (平成29・令和元年4月1日現在)
HbA1c値が6.5%以上の者の割合(40～74歳)(%)	9.9	10.5	減少を目指す	現状より減少	市町村国保における特定健康診査等結果状況報告書(平成28・29年) [北海道国民健康保険団体連合会]

\*目標値の考え方における「現状」は、計画策定時の数値を基本とする。

**（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。
- 糖尿病の発症リスクがある者に対しては、市町村及び医療保険者が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。

### （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ネットワーク委員会」を立ち上げ、患者指導のマニュアル化に取り組むほか、住民への公開講座を行っています。

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)

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
[眼 科]
ア 糖尿病性網膜症患者に対し、網膜光凝固術が実施できる
イ 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

(糖尿病の医療機能を担う医療機関一覧)〈釧路管内：令和2年4月1日現在〉

市町村名	医療機関名	①	②	③
釧 路 市	医療法人社団 ふくしま医院	○	○	
	医療法人社団 エタニティ芦野クリニック	○	○	○
	道東勤医協桜ヶ岡医院	○	○	
	医療法人社団 エクジスタン 中田内科医院	○	○	
	医療法人 東北海道病院	○	○	
	医療法人社団香寿会 柴田内科医院	○	○	○
	医療法人 太平洋記念みなみ病院	○	○	○
	医療法人 豊慈会 釧路北病院	○	○	
	うしき整形外科クリニック	○	○	○
	総合病院釧路赤十字病院	○	○	○
	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	○	○	○
	市立釧路総合病院	○	○	○
	医療法人社団 美生会 釧路第一病院	○	○	○
	医療法人社団 泰生会 堀口クリニック	○	○	○
	医療法人社団 敬愛会 白樺台病院	○	○	
	医療法人社団 三慈会 釧路三慈会病院	○	○	○
	すどう内科クリニック	○	○	○
	医療法人社団 伊勢内科医院	○	○	○
	社会医療法人 孝仁会 釧路孝仁会記念病院	○	○	○
	ちば内科クリニック	○		○
	道東勤医協釧路協立病院	○	○	○
	北海道立阿寒湖畔診療所	○	○	
	鶴の園クリニック	○		
	依田内科医院	○	○	○
	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	○	○	○	
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	○	○	
弟 子 屈 町	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	○	○	○
	医療法人共生会 川湯の森病院	○	○	○
	JA北海道厚生連 摩周厚生病院	○	○	○
鶴 居 村	鶴居村立鶴居診療所	○		
	つるい養生邑病院	○		
白 糠 町	医療法人社団 しらぬかクリニック	○	○	○
	医療法人社団 森田医院	○	○	○

**(糖尿病の医療機能を担う医療機関（眼科）)**

〈釧路管内：令和2年4月1日現在〉

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

**(透析医療機関)**

透析医療の現況調査より（令和2年12月現在）

市町村	医療機関名	市町村	医療機関名
釧路市	社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院	釧路市	医療法人社団三慈会釧路三慈会病院
釧路市	総合病院釧路赤十字病院	釧路市	釧路泌尿器科クリニック
釧路市	独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院	釧路市	市立釧路総合病院
釧路市	鶴の園クリニック	釧路市	医療社団法人林田クリニック
釧路市	社会医療法人 孝仁会 星が浦病院	釧路市	道東勤医協釧路協立病院
釧路市	医療法人社団祐仁会足立泌尿器科クリニック	厚岸町	町立厚岸病院
弟子屈町	J A北海道厚生連摩周厚生病院		

**(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**

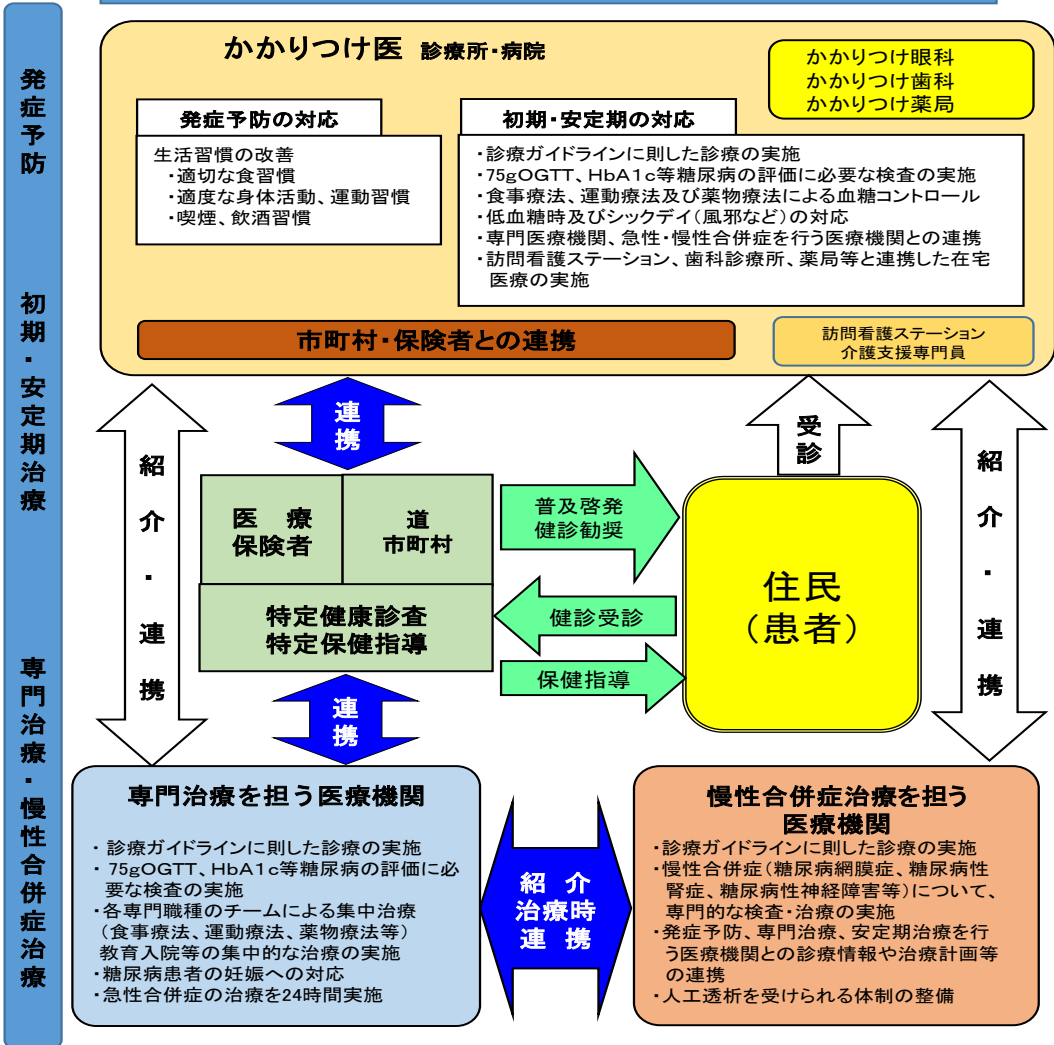
- 糖尿病の治療継続や重症化の防止のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。
- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護ステーション等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導等を行うとともに、在宅医療に必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

**(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・フットケアなど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連携します。

# 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2年度末現在における釧路管内の精神障がい者把握数は6,792人であり、平成28年と比べて1,082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、「心理的発達の障害」や「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	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
総数	5,710	5,742	5,972	6,399	6,792
F0 脳器質性精神障害(認知症を含む)	739	760	825	915	952
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	148	132	131	139	144
F15 覚せい剤使用による精神及び行動の障害	34	32	29	32	34
F2 統合失調症	1,671	1,612	1,599	1,641	1,674
F3 気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	1,593	1,579	1,629	1,699	1,787
F8 心理的発達の障害	212	279	315	370	438
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	192	217	244	281	329

資料 保健所把握数(平成26年以前：12月末日現在、平成27年以降：翌年3月末日現在)

- 釧路管内において精神科を標榜する病院・診療所数は11か所で、そのうち9か所が釧路市内に所在しているなど、医療資源に地域偏在が見られます。

所在地	精神科を標榜する病院数		精神科を標榜する診療所数
	有床	無床	
釧路市	4	1	4
その他町村	1	1	0

- 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、患者の増加、医師の不足・高齢化などから、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。  
特に、新規の患者については、予約から受診までに時間を要する状況になっています。
- 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。
- 釧路保健所管内の精神科訪問看護は、7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)訪問看護ステーションは管内12カ所(市内8カ所、市外4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（平成 29 年）】

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	67	2.11	1.25	0.66
精神科訪問看護を提供する診療所数	2	20	0.84	0.37	0.36

厚生労働省「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。
- 「精神病床における退院率」については、入院後 6 か月時点では、全道と同程度ですが、入院後 12 か月時点では、全道 87%に対し、釧路は 95%と上回っており、「退院患者平均在院日数」については、北海道は 228.2 日に対し、釧路管内は 167.9 日と短くなっています。

区分		北海道	釧路
精神病床における退院率（平成 28 年）	入院後 3 か月時点	63%	61%
	入院後 6 か月時点	79%	77%
	入院後 12 か月時点	87%	95%
退院患者平均在院日数（平成 29 年）		228.2 日	167.9 日

\*精神病床における退院率：厚生労働省「精神保健福祉資料」

\*退院患者平均在院日数：厚生労働省「患者調査」

（統合失調症）

- 保健所把握精神障害者状況調査によると、新規登録数は60名前後で推移しており、令和 2 年度は 1,673名となっています。
- 統合失調症の入院患者は微増傾向であり、全体の約3割で経過しています。また、通院患者については約3割を占めています。
- 統合失調症の好発年齢は若者世代ですが、34歳以下の入院患者は全患者数の20%前後で経過しています。しかし、近年の65歳以上の入院患者については、平成28年484名(29%)が令和 2 年度573名(34.2%)と増加傾向にあります。

【釧路管内統合失調症患者数】

※「その他」の件数は除く（人）

分類	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
総数	1,671	1,612	1,599	1,641	1,673
入院患者数 (全患者割合)	171 42.2%	132 40.2%	136 35.8%	144 32.9%	149 31.5%
通院患者数 (全患者割合)	1,310 32.7%	1,231 32.3%	1,255 30.4%	1,307 28.4%	1,328 27.4%
新規患者数 (全患者割合)	60 13.3%	60 13.3%	51 11.6%	66 11.6%	40 9.3%

資料 保健所把握数(平成 26 年以前：12 月末日現在、平成 27 年以降：翌年 3 月末日現在)

（うつ病・躁うつ病）

- 気分（感情）障害は、釧路管内では統合失調症の次に多い疾患です。
- 釧路管内の令和 2 年患者数は 1,787 人で、人口千対 8.03（道人口千対 8.11）となっています。男女割合は男性 623 人（34.9%）、女性 1,110 人（62.1%）、不明 54 人（3.0%）と女性が男性より多くなっています。また、受療別では入院している患者は減少してきています。

- 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の医師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、令和元年10月1日時点で、釧路管内は13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、令和元年12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	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
総数	1,593	1,579	1,629	1,698	1,787
男性	560	561	579	616	623
女性	1,033	1,018	1,050	1,082	1,110

資料 保健所把握数(平成26年以前：12月末日現在、平成27年以降：翌年3月末日現在)

【釧路管内 気分感情障害（躁うつ病を含む）受療状況】 (人)

年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
入院	39	30	38	42	50
通院	1,227	1,153	1,233	1,346	1,401
その他*3	327	296	358	311	336

資料 保健所把握数(平成26年以前：12月末日現在、平成27年以降：翌年3月末日現在)

(自殺対策)

- 北海道における自殺死亡率は、全国平均より高い状況です。平成22年から令和元年にかけての標準化死亡比 (SMR) \*4をみると、釧路管内は109.1と全国(100)、全道(103.8) より高く、市町村別では、弟子屈町 (155.4)が有意に高くなっています。性差別にみたSMRでは、弟子屈町(190.5)の男性が有意に高くなっています。
- 釧路管内の自殺者数は、平成19年から減少傾向ですが、令和2年は増加しています。  
平成27年から令和2年の釧路管内の自殺者数の合計は228人で、男性162人、女性65人と男性の自殺者が多いです。年代別では、男性は50歳代が最も多く、女性は70歳以上が多い状況となっていますが、いずれの年代でも自殺者がいる状況です。
- 平成27年から令和元年の釧路管内の自殺の特性「性別」「年齢別」「職業の有無」の自殺者数や自殺死亡率等を集計した資料によると、「男性40～59歳有職同居」、「男性60歳以上無職同居」、「男性60歳以上無職独居」、「女性60歳以上無職同居」、「男性20～39歳有職同居」の順で高い傾向があります。(自殺総合対策推進センター「地域自殺実態プロファイル2020」)

\*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。掲載に同意してくれた医師のみ。

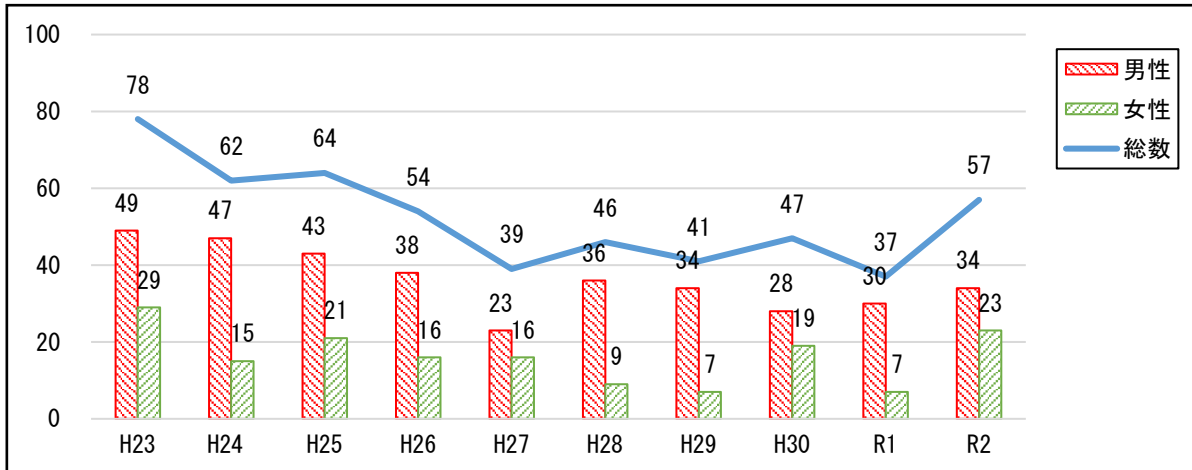
\*2 北海道厚生局における施設基準等届出受理数による。

\*3 自立支援医療等の更新がなく、受療状況の詳細が未把握なもの。

\*4 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。

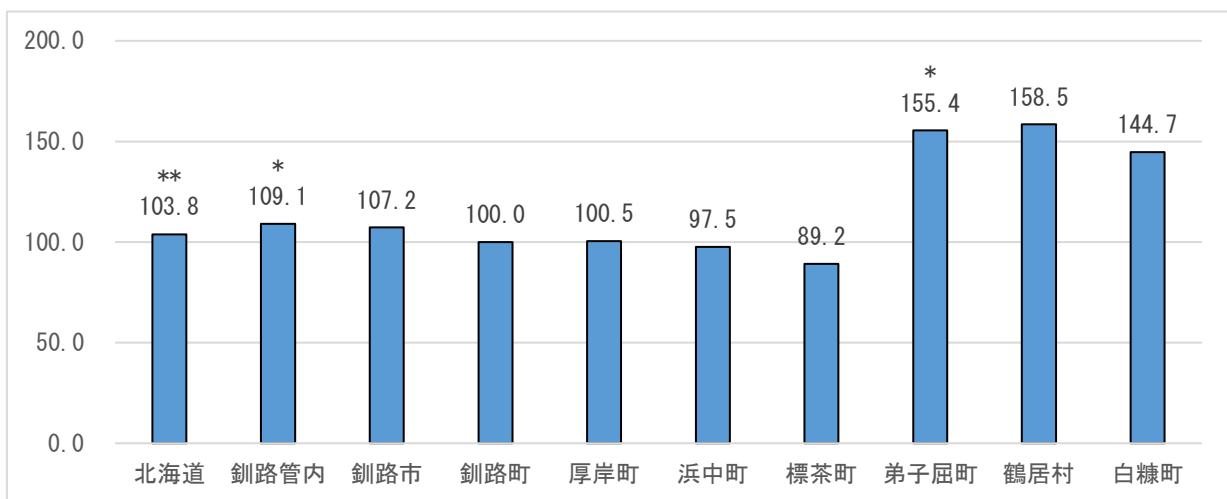
【釧路管内の自殺者数の推移】

(人)

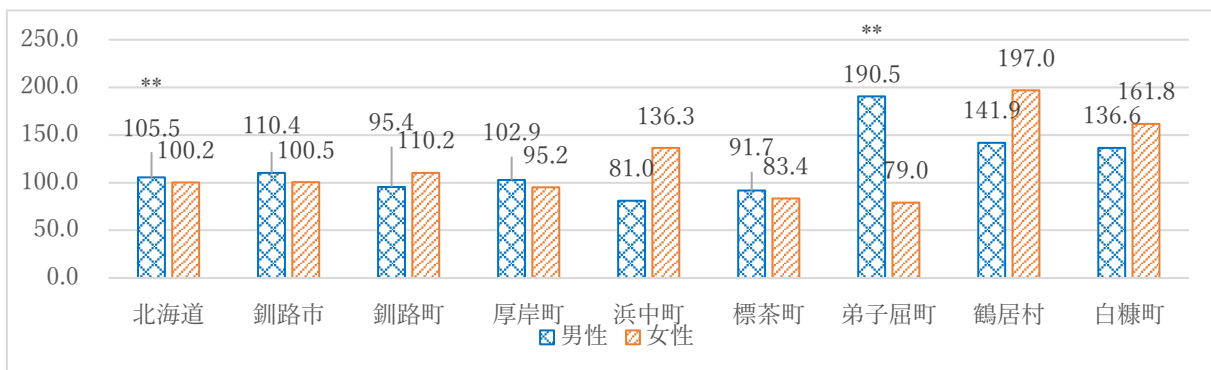


資料 厚生労働省 自殺統計

【自殺の SMR（平成 22 年から令和元年の 10 年間の累計）—総数—】



【自殺の SMR（平成 22 年から令和元年の 10 年間の累計）—性別—】



有意水準 \*P<0.05 \*\* P<0.01

資料 「北海道における主要死因の概要 10」((財)北海道健康づくり財団)

【性・年齢別自殺者数の推移】 (人)

		H28年	H29年	H30年	R元年	R2年
総数		46	41	47	37	57
20歳未満	男性	0	1	1	1	2
	女性	0	0	1	1	1
20歳代	男性	4	2	3	0	2
	女性	3	1	2	0	1
30歳代	男性	5	8	7	4	4
	女性	1	0	3	1	0
40歳代	男性	3	5	6	8	6
	女性	0	0	0	0	4
50歳代	男性	7	5	4	4	9
	女性	2	2	2	1	4
60歳代	男性	10	8	2	6	2
	女性	1	1	3	1	4
70歳以上	男性	5	2	2	6	4
	女性	1	0	8	3	4

資料 厚生労働省 自殺統計（自殺者数 自殺日・住居地）

【地域の自殺の特徴】（自殺日・住居地、平成27年～令和元年合計）

上位5区分	自殺者数 5年計	割合	自殺率 (10万対)
1位:男性 40～59歳有職同居	27	12.9%	24.6
2位:男性 60歳以上無職同居	24	11.5%	25.1
3位:男性 60歳以上無職独居	21	10.0%	100.5
4位:女性 60歳以上無職同居	19	9.1%	12.4
5位:男性 20～39歳有職同居	17	8.1%	23.9

資料 自殺総合対策推進センター「地域自殺自体プロフィール2020」

（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少ないことなどから、継続的な支援が困難な状況が見られます。
- 道では、平成29年12月に策定した「北海道アルコール健康障害対策推進計画」や令和2年3月に策定した「北海道ギャンブル等依存症対策推進計画」に基づき、依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関を選定する等の取組を進めています。釧路管内においては、依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関はありませんが、5か所の精神科医療機関が依存症治療機能を担う医療機関として公表をしています。
- 釧路管内における精神作用物質による精神及び行動の障害を持つ方は、保健所把握精神障害者調査（令和2年3月31日現在）によると202名となっています。
- 令和2年度の依存症に関する相談件数は延33件ですが、ここ5年間の相談件数にはばらつきがあります。また、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。

【平成28年度～令和2年度 依存症相談延べ件数】

種 類	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度
アルコール依存症	37	25	22	67	25
ギャンブル依存症	17	4	16	12	3
薬物依存症	5	26	9	4	5

資料 釧路保健所相談件数



**(高次脳機能障がい)**

- 高次脳機能障がいとは、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。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ない場合があります。
- 釧路管内における高次脳機能障がいに関する相談件数は年々増加しており、令和2年度は保健所に23件の相談がありました。道東圏域では家族会も活動しており、関係者による高次脳機能障がいの知識の普及や啓発を目的とした講習会が毎年、開催されています。

**(認知症)**

- 令和3年1月1日における釧路管内の高齢化率は34.4%で、全道平均32.1%、全国28.2%に比べ高い状況にあります。特に高齢者の単身世帯、高齢者のみの夫婦世帯の割合が増加しています。
- 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付かないなどにより、初期段階で医療機関につなげること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、認知症初期からの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、認知症患者を支える認知症サポート医が23人います（令和2年7月3日現在）。その他に、かかりつけ医認知症対応力向上研修を受講したかかりつけ医もあり、認知症の方が地域で生活しやすい環境整備を進めています。
- 釧路管内では、平成6年4月に全国に先駆けて、関係機関相互の連携強化と認知症の人の速やかな保護と再発防止を目的として「釧路地域SOSネットワークシステム」を構築しています。釧路地域SOSネットワークの特徴として、65才以上の高齢者だけでなく障がい者や子どもも対象としていることがあげられます。
- 令和2年は46件の利用があり、そのうち44件が65才以上または65才未満で認知症の診断（もしくはエピソードの記載）がある人の利用でした。
- 管内には市町村ごとのSOSネットワークが運用されていて、地域住民に対して認知症患者への適切な対応の講習や検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。

**【釧路地域SOSネットワークシステム利用実績】**

(人)

分類	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
認知症・高齢者	32	53	57	59	44
障がい者	7	3	3	6	1
子ども	19	17	9	0	0
自殺企図者	3	0	1	2	0
その他	3	2	1	1	1
合計	60	75	71	68	46

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。
- 子どもの心の健康問題は親や周囲の人が気づきにくいいため、適切な支援を受けにくい状況があります。
- 心の健康問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。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受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づらいことから、診断や治療に結び付かない方もいます。
- 大人の発達障がいの相談の中には、児童・思春期に必要な養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、対人関係の問題など日常生活及び社会生活を送るうえ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、537人（約0.2%）の患者が自立支援医療制度を用いて受療しています。発達期だけではなく、老年期にも発症して認知症等と合併することも知られており、老年期の患者割合は全体の約14%を占めています。そのため、小児科以外でも、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。

### (外傷後ストレス障害（PTSD）)

- PTSD（外傷後ストレス障害）は、災害、犯罪、事故等により被害を受けた被災者や被害者、その遺族等が、身体被害の有無に関わらず、精神的被害を受けることが原因となって発症するものであり、持続的に思い精神的後遺症が残ることがあります。

### (精神科救急・身体合併症)

- 令和2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107人、そのうち入院された方は34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、釧路管内の精神科病院の当番病院で救急医療に対応しています。
- 当番病院や身体合併症に対応可能な医療機関は、釧路市内に偏在しており、特に身体合併症を有する患者の救急搬送時の受入調整に時間を要する傾向が見られます。

【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	外 来 件数	入 院 件数	入院形態						合 計
			任 意 入 院	医 療 保 護 入 院	措 置 入 院	緊 急 措 置 入 院	応 急 入 院	そ の 他	
平成 28 年度	26	29	9	20	0	0	0	0	55
平成 29 年度	15	37	13	24	0	0	0	0	52
平成 30 年度	22	23	10	12	1	0	0	0	45
令和元年度	37	28	13	15	0	0	0	0	65
令和 2 年度	73	34	23	11	0	0	0	0	107

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。

（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\*1（以下「医療観察法」という。）により入院決定をされた方の治療を行う「指定入院医療機関」は、道内での整備に向け、準備が進められています。
- 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。
- 保護観察所が行う地域医療観察制度地域連絡協議会を通じて、医療観察法における地域の情報共有と課題検討を行っています。

\*1 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、継続的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人への受診勧奨等のしくみが必要です。
- 地域住民の精神障がい者に対する理解促進及び適切な初期支援<sup>※1</sup>の実施に資するよう、精神疾患に関する知識の普及・啓発を行う必要があります。
- 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ことや、各病院の機能や受診体制等、引き続き検討が必要です。
- 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、住民にとって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。

### (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、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・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、精神科医療へ受診に繋げる仕組みが必要です。
- 働き盛りの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。また高齢男性への予防対策として、地域による見守り体制が必要です。

### (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、自殺未遂者への自殺再企図防止のため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。

---

※1 初期支援：心の健康問題を抱える人に対して、専門家の支援の前に身近な人によって提供される応急処置のことをいう。

### (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みが必要です。
- 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。
- ギャンブル等依存症については、道の調査ではアルコール依存などの精神障がい併発している人が約半数にのぼっていることから、他の依存症施策との連携強化が必要です。

### (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、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、医療と介護の連携を図りなが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支援の充実が必要です。
- SOS ネットワークを地域密着型とし、警察、関係機関、地域住民間で円滑に連携が行われるためにも、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の運用が必要です。
- 高齢化が進み認知症患者の増加や若年性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)

- 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。
- 心の問題を抱える子どもが適切な医療や支援が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)

- 発達障がいの特性等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問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必要があります。

#### (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。
- 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。

#### (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)<sup>\*1</sup>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)

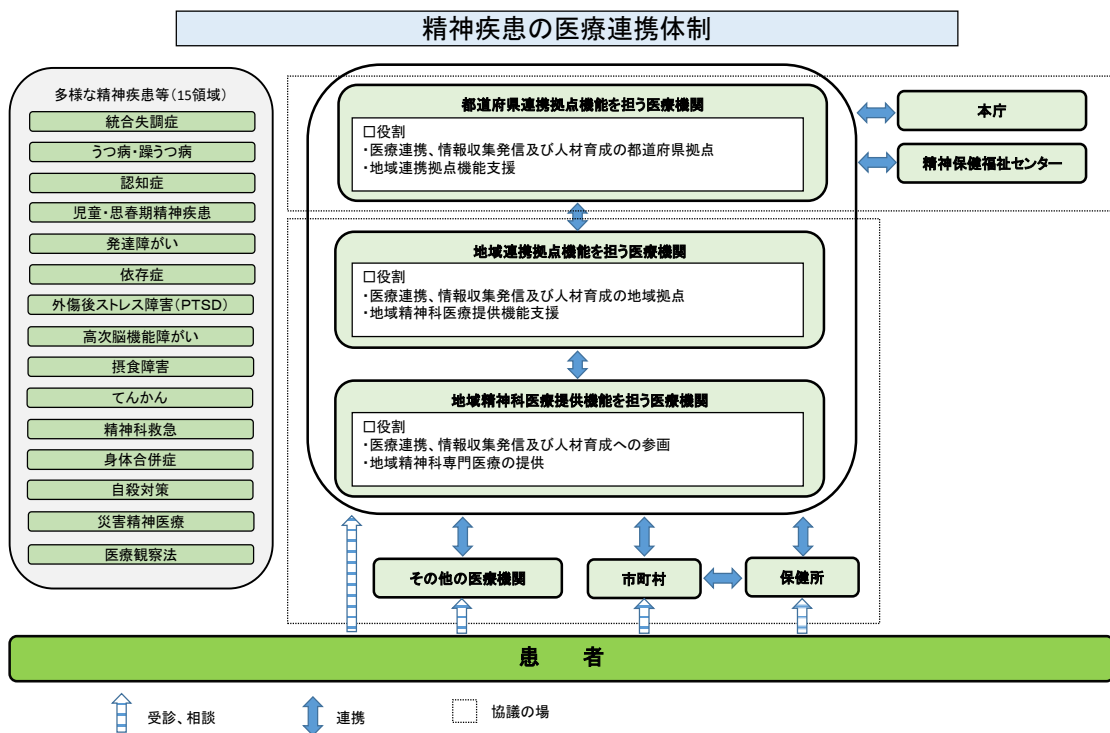
- 患者本位の精神科医療を提供すること
- ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- 地域の保健・医療・福祉・介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- 医療連携の地域拠点の役割を果たすこと
- 情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと
- 人材育成の地域拠点の役割を果たすこと
- 地域精神科提供機能を支援する役割を果たすこと

---

\*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。

### (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



#### (4) 数値目標等

指標区分	指標名(単位)	現状値		目標値 R5	目標値 の考え方 ※2	現状値の出典 (策定時・見直し時の年次)
		計画 策定時	中間 見直し 時			
体制整備	認知症疾患医療センター(地域型・連携型)の整備数(医療機関数)	1	1	1	現状維持	北海道保健福祉部調査 (平成29年4月時点・令和2年4月時点)
住民の健康状態等	入院後3か月時点での退院率(%)	71.0	—	増加を目指す	現状より増加 (道計画 69.0)	厚生労働省 精神保健福祉資料 (平成27年度)
	入院後6か月時点での退院率(%)	86.9	—	増加を目指す	現状より増加 (道計画 84.0)	厚生労働省 精神保健福祉資料 (平成27年度)
	入院後1年時点での退院率(%)	91.3	—	増加を目指す	現状より増加 (道計画 90.0)	厚生労働省 精神保健福祉資料 (平成27年度)

\*1 「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年度を目標年次とし、平成33年度以降の目標値は達成状況等を考慮し、別途設定

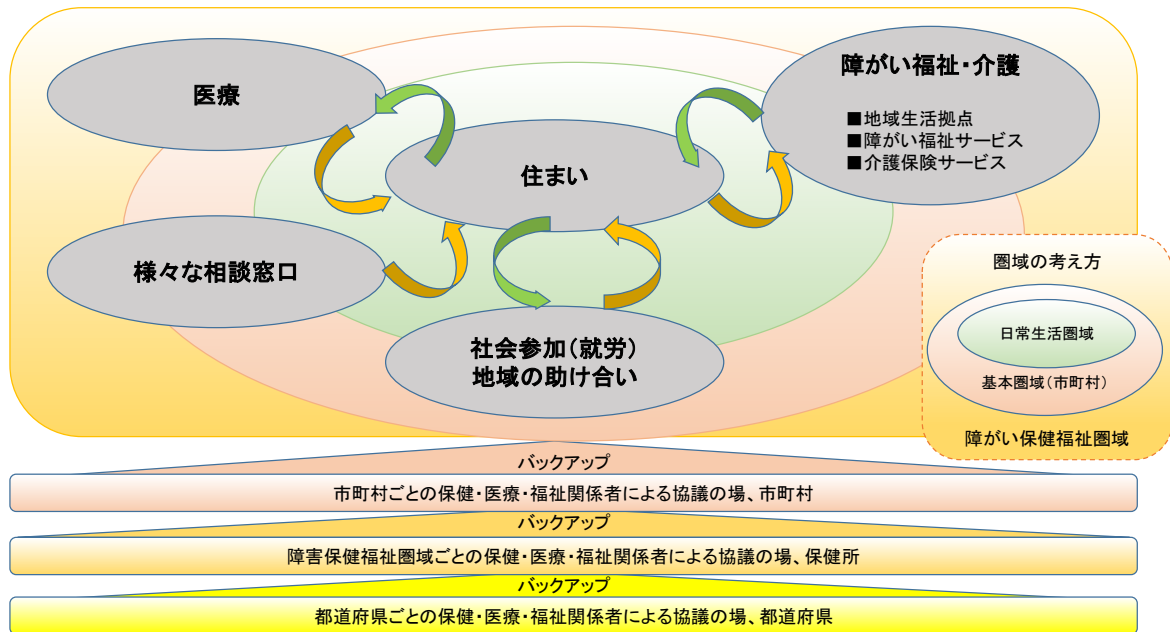
\*2 目標値の考え方における「現状」は、計画策定時の数値を基本とする。

#### (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。
- 「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、地域住民の精神障がい者に対する理解促進及び適切な初期支援の実施に向けて、普及・啓発に取り組むほか、精神障がいのある人やその家族が、治療を継続しながら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の構築を促進します。
- 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。



## 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。

### (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)

- 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。
- 徘徊した認知症の方が早期に発見・保護されるとともに、再発を予防するために、きめ細かなフォローアップを行い、各市町村単位において地域密着型のネットワークシステムを推進します。
- 「釧路地域 SOS ネットワーク連絡会議」を毎年開催し、関係者とネットワークの利用状況や分析、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検討します。

### (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ことができるよう、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・教育等の関係機関が連携の促進を図ります。

### (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・支援機関等における相談・支援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を推進し、ライフステージに応じた切れ目のない支援の促進を図ります。

### (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、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。

(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や身体科と精神科との連携を図ります。

(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
		総合病院釧路赤十字病院
		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	
	鶴居村	医療法人養生邑つるい養生邑病院

(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
		医療法人清水桜が丘病院
		医療法人養生邑クリニック養生邑
		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）訪問看護ステーション  
 (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
		医療法人養生邑クリニック養生邑
		医療法人社団敬心会江南通りクリニック
	弟子屈町	医療法人共生会川湯の森病院
	鶴居村	医療法人養生邑つるい養生邑病院

(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）訪問看護ステーション)

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
	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
	厚岸町	一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団厚岸地域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	①	②	③	④
		(※精神科病院以外の病院で合併症受入れ協力病院)				
釧路	釧路市	市立釧路総合病院	○	○		○
		総合病院釧路赤十字病院	○	○		○
		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星が浦病院		○		
	※社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院		○			
	鶴居村	医療法人養生邑つるい養生邑病院	○		○	○

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

○ 精神疾患の医療機能を担う医療機関一覧 ※道ホームページ参照

### (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。