

北海道医療計画根室地域推進方針

(平成30年度～令和5年度)



春国岱夕景（根室市）

〈 中間見直し 〉

令和3年10月

北海道根室振興局保健環境部保健行政室・中標津地域保健室

「北海道医療計画根室地域推進方針」（平成30年度～令和5年度）

〈中間見直し〉の概要

第1 中間見直しの趣旨等

1 趣旨

本道の医療提供体制の確保を図るための計画として平成30年3月に策定した「北海道医療計画」については、3年目となる令和2年度において、中間見直しを行ったところであり、これを踏まえ、地域の実情に応じた医療連携体制の構築など同計画の円滑な推進に資する指針である「北海道医療計画根室地域推進方針」の見直しを行った。

【推進方針の期間】平成30年度から令和5年度までの6年間

2 見直しの考え方

- 北海道医療計画の中間見直しを踏まえ、「5疾病・5事業及び在宅医療」に係る数値目標及び記載事項について見直し。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、「感染症対策」の項目に係る所要の見直し。

第2 主な見直しのポイント

(1) 5疾病

項目	主な見直しのポイント
がんの医療連携体制	○ 現状部分と掲載データを時点修正、グラフ種別の一部変更。道としての取組イメージ図にがんゲノム医療の連携体制について追加
脳卒中の医療連携体制	○ 現状部分と掲載データを時点修正。
心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制	○ 現状部分と掲載データを時点修正、表を追加。
糖尿病の医療連携体制	○ 現状部分と掲載データを時点修正。
精神疾患の医療連携体制	○ 現状部分と掲載データを時点修正、自殺対策の現状に係る表・グラフの見直し・追加。

(2) 5事業

項目	主な見直しのポイント
救急医療体制	○ 現状部分と掲載データを時点修正。
災害医療体制	○ 現状部分と掲載データを時点修正。
へき地医療体制	○ 現状部分と掲載データを時点修正。
周産期医療体制	○ 現状部分と掲載データを時点修正、現状に係る表・グラフの見直し。
小児医療体制 (小児救急医療を含む)	○ 現状部分と掲載データを時点修正。

(3) 在宅医療

項目	主な見直しのポイント
在宅医療の提供体制	○ 現状部分と掲載データを時点修正。

(4) 感染症対策

項目	主な見直しのポイント
感染症対策	○ 新型コロナウイルス感染症を含む新興・再興感染症対策にあたっては、新たな知見や国の動向、専門会議の意見等も踏まえ、対応方針を決定し取り組んでいくことを記載。

— 目 次 —

本冊子については、今回見直しを行った、5 疾病 5 事業及び在宅医療並びに感染症対策の関係部分について、掲載をしております。

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体制の構築と推進体制

1	がんの医療連携体制	
(1)	現状	2P
(2)	課題	5P
(3)	必要な医療機能	6P
(4)	数値目標等	7P
(5)	数値目標等を達成するために必要な施策	7P
(6)	医療機関等の具体的名称	8P
(7)	歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割	8P
(8)	薬局の役割	9P
(9)	訪問看護ステーションの役割	9P
	※参考【道としての取組イメージ図（がんの医療連携体制）】	10P
2	脳卒中の医療連携体制	
(1)	現状	11P
(2)	課題	12P
(3)	必要な医療機能	13P
(4)	数値目標等	14P
(5)	数値目標等を達成するために必要な施策	15P
(6)	医療機関等の具体的名称	15P
(7)	歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割	16P
(8)	薬局の役割	16P
(9)	訪問看護ステーションの役割	16P
	※参考【道としての取組イメージ図（脳卒中の医療連携体制）】	17P
3	心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制	
(1)	現状	18P
(2)	課題	19P
(3)	必要な医療機能	19P

(4) 数値目標等	21P
(5) 数値目標等を達成するために必要な施策	21P
(6) 医療連携圏域の設定	22P
(7) 医療機関等の具体的名称	22P
(8) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割	22P
(9) 薬局の役割	22P
(10) 訪問看護ステーションの役割	23P

※参考 【道としての取組イメージ図（心血管疾患の医療連携体制）】

	24P
--	-----

4 糖尿病の医療連携体制

(1) 現状	25P
(2) 課題	26P
(3) 必要な医療機能	26P
(4) 数値目標等	28P
(5) 数値目標等を達成するために必要な施策	28P
(6) 医療機関等の具体的名称	29P
(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割	29P
(8) 薬局の役割	29P
(9) 訪問看護ステーションの役割	30P

※参考 【道としての取組イメージ図（糖尿病の医療連携体制）】

	30P
--	-----

5 精神疾患の医療連携体制

(1) 現状	31P
(2) 課題	35P
(3) 必要な医療機能	38P
(4) 数値目標等	38P
(5) 数値目標等を達成するために必要な施策	38P
(6) 医療機関等の具体的名称	41P
(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割	41P
(8) 薬局の役割	42P
(9) 訪問看護ステーションの役割	42P

6 救急医療体制

(1) 現状	43P
(2) 課題	45P
(3) 必要な医療機能	46P
(4) 数値目標等	46P

（５）数値目標等を達成するために必要な施策	４７Ｐ
（６）医療機関等の具体的名称	４７Ｐ
（７）歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割	４８Ｐ
（８）薬局の役割	４８Ｐ
（９）訪問看護ステーションの役割	４８Ｐ
※参考【道としての取組イメージ図（救急医療連携体制）】	
	４９Ｐ
７ 災害医療体制	
（１）現状	５０Ｐ
（２）課題	５１Ｐ
（３）必要な医療機能	５１Ｐ
（４）数値目標等	５１Ｐ
（５）数値目標等を達成するために必要な施策	５２Ｐ
（６）医療機関等の具体的名称	５２Ｐ
（７）歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割	５４Ｐ
（８）薬局の役割	５４Ｐ
（９）訪問看護ステーションの役割	５４Ｐ
※参考【道としての取組イメージ図（災害医療連携体制）】	
	５５Ｐ
８ へき地医療体制	
（１）現状	５６Ｐ
（２）課題	５７Ｐ
（３）必要な医療機能	５８Ｐ
（４）数値目標等	５８Ｐ
（５）数値目標等を達成するために必要な施策	５８Ｐ
（６）医療機関等の具体的名称	５９Ｐ
（７）歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割	５９Ｐ
（８）薬局の役割	５９Ｐ
（９）訪問看護ステーションの役割	５９Ｐ
※参考【道としての取組イメージ図（へき地医療連携体制）】	
	６０Ｐ
９ 周産期医療体制	
（１）現状	６１Ｐ
（２）課題	６３Ｐ
（３）必要な医療機能	６３Ｐ
（４）数値目標等	６４Ｐ
（５）数値目標等を達成するために必要な施策	６４Ｐ

(6) 医療機関等の具体的名称	・・・・・・・・・・	64P
(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割	・・・・・・・・・・	65P
(8) 薬局の役割	・・・・・・・・・・	65P
(9) 訪問看護ステーションの役割	・・・・・・・・・・	65P
※参考 【道としての取組イメージ図（周産期医療連携体制）】	・・・・・・・・・・	65P
10 小児医療体制（小児救急医療を含む）		
(1) 現状	・・・・・・・・・・	66P
(2) 課題	・・・・・・・・・・	67P
(3) 必要な医療機能	・・・・・・・・・・	67P
(4) 数値目標等	・・・・・・・・・・	68P
(5) 数値目標等を達成するために必要な施策	・・・・・・・・・・	68P
(6) 医療機関等の具体的名称	・・・・・・・・・・	69P
(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割	・・・・・・・・・・	70P
(8) 薬局の役割	・・・・・・・・・・	70P
(9) 訪問看護ステーションの役割	・・・・・・・・・・	70P
※参考 【道としての取組イメージ図（小児医療連携体制）】	・・・・・・・・・・	71P
11 在宅医療の提供体制		
(1) 現状	・・・・・・・・・・	72P
(2) 課題	・・・・・・・・・・	74P
(3) 必要な医療機能	・・・・・・・・・・	76P
(4) 数値目標等	・・・・・・・・・・	77P
(5) 数値目標等を達成するために必要な施策	・・・・・・・・・・	77P
(6) 医療機関等の具体的名称	・・・・・・・・・・	79P
(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割	・・・・・・・・・・	79P
(8) 薬局の役割	・・・・・・・・・・	80P
(9) 訪問看護ステーションの役割	・・・・・・・・・・	80P
※参考 【道としての取組イメージ図（在宅医療の提供体制）】	・・・・・・・・・・	80P

第3 その他地域の実情に応じた医療体制

1 感染症対策		
(1) 現状	・・・・・・・・・・	81P
(2) 課題	・・・・・・・・・・	82P
(3) 施策の方向と主な施策	・・・・・・・・・・	82P

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体制の構築と推進体制

本推進方針に記載の5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る連携を具体的に推進するためには、日頃から地域の医療情報を把握し、各医療機関が担う医療機能について、関係機関や関係団体などと疾病や事業毎のそれぞれの課題に対して情報を共有し、認識を深め、相互の信頼を醸成し、だれもが安心して医療を受けることができる地域づくりを目指す必要があります。

このためには、医療機関と地域住民の中間に位置する保健所をはじめとする道や市町が、地域住民の適正な受診行動などに関する普及啓発を含め、積極的な役割を果たすことが重要であるとともに、「根室保健医療福祉圏域連携推進会議」を通じ、二次医療圏における諸課題等を明らかにし、地域が目指す方向に近づけられるように、優先度・緊急度の高いものから取組を進めていきます。

また、地域住民の受療動向を見ると、隣接する釧路市内等の医療機関に多くの患者が受診している現状から、釧路保健所との連携強化に努め、地域が知りたい情報を提供するなど、適切に対応していきます。

【主な死因の割合(令和元年)】

		悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺	その他	合計
全国	男	31.1%	13.9%	7.3%	7.5%	1.9%	4.5%	3.2%	1.9%	28.6%	100.0%
	女	23.2%	16.3%	8.1%	6.3%	1.9%	13.4%	2.5%	0.9%	27.5%	100.0%
全道	男	33.4%	13.2%	7.0%	7.4%	2.3%	3.4%	3.0%	1.9%	28.5%	100.0%
	女	25.9%	16.1%	7.6%	6.4%	2.4%	10.2%	2.5%	0.8%	28.1%	100.0%
根室市	男	36.7%	18.9%	8.3%	5.0%	3.3%	1.7%	3.9%	1.1%	21.1%	100.0%
	女	23.6%	21.9%	5.6%	5.6%	5.6%	9.0%	1.1%	0.6%	27.0%	100.0%
北部4町	男	32.0%	14.9%	9.9%	5.0%	0.7%	3.6%	4.3%	4.3%	25.4%	100.0%
	女	22.5%	13.4%	13.8%	4.7%	1.8%	5.8%	4.0%	0.7%	33.3%	100.0%
根室管内	男	33.7%	16.4%	9.3%	5.0%	1.7%	2.9%	4.1%	3.1%	23.8%	100.0%
	女	22.9%	16.7%	10.6%	5.1%	3.3%	7.0%	2.9%	0.7%	30.8%	100.0%

* 厚生労働省人口動態統計による

* 心疾患は高血圧症を除いたもの。

【令和元年の主な死因の死亡率(人口10万対)】

		悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺
全国	男	366.0	163.1	86.0	88.2	22.5	52.7	37.2	22.7
	女	245.7	172.4	86.2	66.8	20.6	141.9	26.4	9.1
全道	男	441.2	174.0	93.1	97.5	30.7	44.4	40.0	24.7
	女	299.0	186.4	88.2	73.6	28.2	117.5	29.3	9.5
根室市	男	541.7	279.1	123.1	73.9	49.2	24.6	57.5	16.4
	女	314.2	291.8	74.8	74.8	74.8	119.7	15.0	7.5
北部4町	男	403.0	187.0	124.6	62.3	8.3	45.7	54.0	54.0
	女	252.5	150.7	154.8	53.0	20.4	65.2	44.8	8.1
根室管内	男	449.6	217.9	124.1	66.2	22.1	38.6	55.2	41.4
	女	274.3	200.4	126.6	60.7	39.6	84.4	34.3	7.9

* 厚生労働省人口動態統計による

* 根室管内の率は令和元年9月末日現在住民基本台帳人口を用いて算出した。

* 全道の率は令和元年1月末日現在住民基本台帳人口を用いて算出した。

* 心疾患は高血圧症を除いたもの。

1 がんの医療連携体制

(1) 現 状

ア 死亡の状況

- 根室管内では、令和元年に267人が悪性新生物を原因として死亡しており、死亡数全体の28.5%を占め、死因の第1位となっています。
- 部位別にみると、肺がんの死亡者数が63人と最も多く、次いで大腸がんが41人、胃がんが29人となっています。（*厚生労働省「人口動態統計」（令和元年確定数））
- 悪性新生物の令和元年死亡率（人口10万対）は、男性は449.6（全道433.9・全国366.0）女性は274.3（全道300.7・全国245.7）となっています。
- 根室管内の悪性新生物の平成27年と令和元年の死亡率（人口10万対）を比較すると主要な部位別も含めて、全て増加しています。

【令和元年悪性新生物死亡者数】

		(人)	率(人口10万対)	人口(人)
全国	総数	376,425	304.2	
	男	220,339	366.0	
	女	156,086	245.7	
全道	総数	19,425	368.3	5,273,681
	男	11,056	443.9	2,490,772
	女	8,369	300.7	2,782,909
根室管内	総数	267	360.0	74,171
	男	163	449.6	36,253
	女	104	274.3	37,918

*人数及び全国の率（人口10万対）は厚生労働省人口動態統計による。

*人口（全道・根室管内）は令和元年9月末日現在住民基本台帳人口を用いた。

【悪性新生物による死亡者の状況】

		死亡者総数		悪性新生物死亡者数		主要ながんの部位別状況										人口 (人)
						肺がん		大腸がん		胃がん		乳がん		子宮がん		
		(人)	(人口10万対)	(人)	(人口10万対)	(人)	(人口10万対)	(人)	(人口10万対)	(人)	(人口10万対)	(人)	(人口10万対)	(人)	(人口10万対)	
根室管内	平成12年	648	737.5	180	204.9	44	50.1	17	19.4	17	19.4	3	3.4	5	5.7	87,862
	平成17年	769	898.6	258	301.5	55	64.3	41	47.9	5	5.8	6	7.0	3	3.5	85,576
	平成22年	781	954.8	231	282.4	68	83.1	29	35.5	23	28.1	7	8.6	3	3.7	81,796
	平成27年	842	1,073.5	251	320.0	57	72.7	31	39.5	28	35.7	5	6.4	4	5.1	78,433
	令和元年	937	1,263.3	267	360.0	63	84.9	41	55.3	29	39.1	11	14.8	5	6.7	74,171
全道	平成12年	43,407	759.3	14,162	247.7	2,643	46.2	1,838	32.2	2,197	38.4	471	8.2	233	4.1	5,717,042
	平成17年	49,982	884.0	16,133	285.3	3,205	56.7	2,186	38.7	2,240	39.6	533	9.4	229	4.1	5,654,249
	平成22年	55,404	1,003.4	17,828	322.9	3,826	69.3	2,285	41.4	2,201	39.9	674	12.2	305	5.5	5,521,534
	平成27年	60,667	1,122.0	19,098	353.2	4,170	77.1	2,557	47.3	2,122	39.3	752	13.9	312	5.8	5,406,862
	令和元年	65,498	1,242.0	19,425	368.3	4,330	82.1	2,648	50.2	1,980	37.5	763	14.5	320	6.1	5,273,681

*死亡数は厚生労働省人口動態統計による。

*人口は9月末日現在住民基本台帳人口を用いた。

- がんの標準化死亡比（SMR）_{*1}を各市町男女別にみると、根室市は男性の肺がん・胃がん、女性の肺がん・大腸がん、中標津町は女性の肺がん、羅臼町は男性の肺がん・胃がん、女性の肺がんによる死亡が有意に多くなっています。_{*2}

【がんの標準化死亡比】（全国を100とした場合）

	肺がん		大腸がん		胃がん		乳がん	子宮がん
	男	女	男	女	男	女	女	女
根室市	144.4 **	137.5 **	124.0	128.1 *	139.5 **	98.9	92.6	87.0
別海町	86.9	106.5	76.6	98.9	104.3	73.9	98.4	65.7
中標津町	102.4	139.9 *	110.0	84.5	75.0	98.0	84.7	100.4
標津町	111.7	104.9	131.5	107.8	97.8	54.4	80.2	34.4
羅臼町	172.8 **	229.7 **	57.1 *-	82.9	159.5 *	100.5	64.5	0.0
全道	117.4	125.4	106.2	111.6	97.4	97.0	109.5	101.5

*公益財団法人 北海道健康づくり財団「北海道における主要死因の概要10（2010～2019）」による。

*1 標準化死亡比(SMR)

全国を基準(=100)とした場合に、その地域での年齢を調整したうえでの死亡率(死亡しやすさ)がどの程度高い(低い)のかを表現する。例えば、SMR=120ならば、全国に比べてその地域の死亡しやすさは1.2倍高いことを意味し、SMR=80ならば、死亡しやすさは0.8倍である(つまり低い)ことを意味する。(自治体における生活習慣病対策推進のための健診・医療・介護等データ活用マニュアル 平成28年3月)

*2 有意水準

上記の表中、「*」「**」と表示のあるのは、*は有意水準5%で、**は10%で、SMRが有意に高い(つまり、全国に比べ死亡することが有意に多い)ことを、-*は5%で、-**は10%で、SMRが有意に低い(つまり、全国に比べ死亡することが有意に少ない)ことを、それぞれ示す。

イ 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、がん予防に向けての普及啓発などが行われています。
- がんは、早期に発見し治療につなげることが重要であることから、現在、市町事業として肺がん、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。
- 根室管内のがん検診受診率は、近年、低率で推移しています。

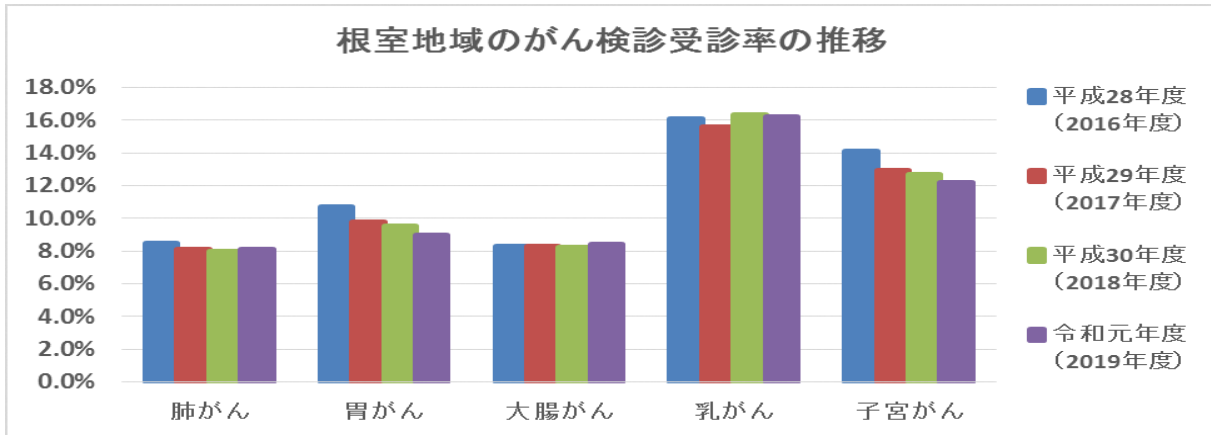
【市町村別受診率(令和元(2019)年度)】

R1	肺がん	胃がん	大腸がん	乳がん	子宮がん
根室市	3.8%	5.6%	4.3%	10.8%	13.1%
別海町	16.9%	16.7%	16.1%	21.3%	12.5%
中標津町	6.3%	6.9%	6.7%	15.9%	9.1%
標津町	9.3%	9.9%	9.3%	21.6%	13.7%
羅臼町	12.5%	12.8%	14.6%	26.7%	21.0%
圏域計	8.1%	9.0%	8.4%	16.2%	12.2%
北海道	4.5%	6.1%	5.4%	14.7%	16.5%

* 地域保健・健康増進事業報告による。

* 算定対象年齢は子宮がん20～69歳、胃がん50～69歳、その他は40～69歳。

* 乳がん・子宮がん及び胃がんの全道受診率は、計数が不詳の市町村を除いた値。



*がん検診受診率の対象者については、市町の住民全体とした。
 (平成28年11月30日付け健が発1130第1号 厚生労働省健康局がん・疾病対策課長通知)

ウ がんの登録

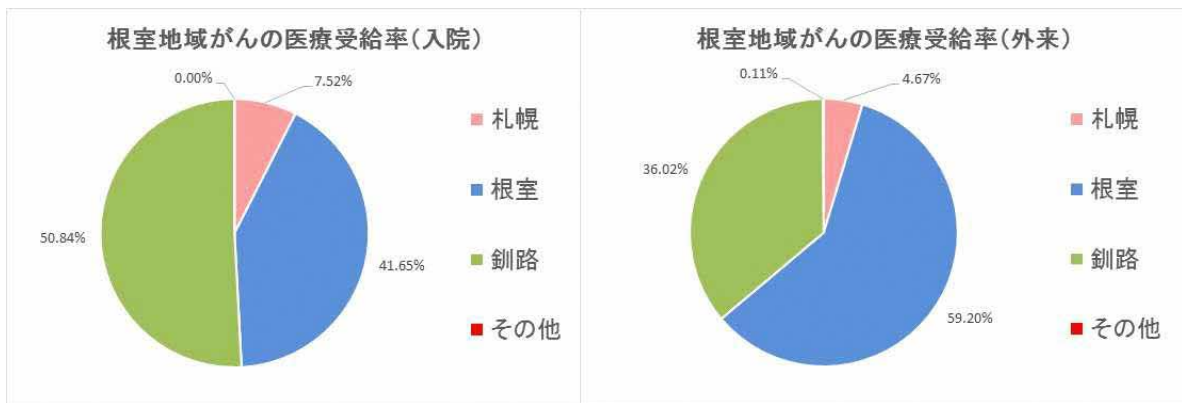
- がんの患者や治療後の経過等に関する情報を漏れなく収集するため、平成28年1月から、がん登録等の推進に関する法律に基づく全国がん登録を実施しています。

エ 医療機関への受診状況

- 平成28年度の患者受療動向調査によると、がん患者が居住している第二次医療圏内で受療している割合は、根室圏域は入院が41.6% (全道82.0%)、通院が59.2% (全道90.9%) となっており、圏外の都市部で入院及び通院する率が高くなっています。

がんの医療自給率

	入院			外来		
	総計	うち自圏域	自給率	総計	うち自圏域	自給率
根室管内	6,214人	2,588人	41.65%	28,966人	17,147人	59.20%



*NDB (ナショナルデータベース) 調べによる。(H28.4~H29.3)

オ 医療の状況

根室圏域には、がん診療連携拠点病院*₃、北海道がん診療連携指定病院*₄がないことから、釧路圏域のがん診療連携拠点病院(2施設)と連携を図っています。

患者・家族への支援体制として、市立根室病院では、平成25年1月より患者サロンやピア・サポート*₅を整備しました。

*3 がん診療連携拠点病院

がん患者の生存率を高める目的で全国に整備された病院のことであり、既存の病院の中から都道府県知事が推薦し厚生労働省が認可後、指定される。二次医療圏にカ所程度を目安に整備するとされている地域がん診療連携拠点病院は、診療体制、研修体制、情報提供体制の3項目について指定要件が盛り込まれている。

*4 北海道がん診療連携指定病院

拠点病院のない二次医療圏において、道が独自の要件により指定する病院。

*5 ピア・サポート

同じ様な境遇やよく似た体験をもつ者どうしが助け合うことを意味し、ここでは、がん体験者ががん患者や家族をサポートすること。

(ピア・サポート市立根室病院～平成29年度 1回実施)

カ 根室管内の喫煙の状況

- 主な公共施設における禁煙状況は、敷地内禁煙が48.4%、建物内禁煙が100.0%、禁煙及び分煙を実施していない施設はありません。

***市町村管理施設における受動喫煙防止対策に係る調査（令和2年度）**

- 令和2年度北海道健康増進計画指標調査事業（北海道健康課題見える化事業）報告書によると、根室圏域の喫煙者の割合は、全国を100とした場合、男性114.0、女性112.4と全国より高くなっています。

（2）課題

ア 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必要があります。

イ 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、全ての住民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識することが重要ですが、北海道における喫煙率は、男女とも全国平均より高い状況にあり、喫煙開始年齢の大半が成人に達する前という実態を踏まえ、社会全体で未成年者が喫煙しない環境づくりに努める必要があります。
- 特に根室管内では女性の喫煙率が高いことから、胎児や新生児等の発育期におけるたばこの影響を低減するため、若い女性をはじめ妊産婦を対象とした禁煙指導を強化していく必要があります。併せて、喫煙が健康に及ぼす影響について普及啓発を行うとともに、たばこをやめたい人が身近なところで禁煙支援が受けられる環境の整備や、社会全体で未成年者が喫煙しない環境づくりに取り組む必要があります。
- 公共施設等での禁煙・分煙化や住民に対する普及啓発を進めるほか、新たに職場・家庭などでの導入・促進を図る必要があります。
- 発がんリスクを軽減するとされている野菜摂取量を増やすなど、食生活の改善に向けた取組を推進する必要があります。

- 根室管内のがん検診の受診率は、胃がんが9.0%、大腸がんが8.4%、肺がんが8.1%、子宮頸がんが12.2%、乳がんが16.2%と低調で推移していることから、受診率の向上を図るため、がん検診の必要性等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。
- 精度管理については、精検受診率などの指標を分析し、精度の向上を図る必要があります。

ウ がん登録

- がん登録については、がんの情報や治療後の経過等に関する情報を漏れなく収集し、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。

エ 医療機関への受診状況

- 根室圏域は、がん診療連携拠点病院及び指定病院が未整備であり、がん診療に係る自給率が低い状況となっています。
- 遠隔地から都市部に入院している患者については、集学的治療などの治療後には居住地域で継続的な医療を受けることができるよう、医療提供体制の整備と医療機関等の相互の連携を進める必要があります。

オ 医療の状況

- 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。

(3) 必要な医療機能

- 血液検査、画像検査(X線検査、CT、超音波検査、内視鏡検査、MRI)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、薬物療法、これらを組み合わせた集学的治療を実施します。
- 患者サロンやピア・サポートの促進を図ります。
- 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。
- がんと診断された時から緩和ケアの実施します。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、診療支援の活用や地域連携クリティカルパス^{※6}等の導入、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。

- 釧路圏域等の拠点病院との連携体制の維持及び強化を図る必要があります。

(4) 数値目標等

項目		現 状		令和5年度までの対応
		方針策定時	中間見直し時	
がん検診の受診率*7	肺がん	13.6%	8.1%	50%以上
	胃がん	10.9%	9.0%	
	大腸がん	15.5%	8.4%	
	乳がん	22.4%	16.2%	
	子宮頸がん	20.2%	12.2%	
主な公共施設等における禁煙状況*8	敷地内禁煙	42.5%	48.4%	全ての公共施設等において健康増進法の改正を踏まえた受動喫煙防止対策を実施
	建物内禁煙	45.6%	100.0%	
	禁煙及び	7.8%	0%	
	分煙未実施			
がん患者等が活用できる市町等における各種サービス		道及び各市町において実施中		がん患者に特定しないサービスの提供
地域連携クリティカルパスの導入		地域的な導入はなし		地域連携クリティカルパスの導入を目指す

*6 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

*7 地域保健・健康増進事業報告（令和元年度）

*8 市町村管理施設における受動喫煙防止対策に係る調査（平成28年度）

*9 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

*10 受動喫煙：他人のたばこの煙を吸わされること

(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*9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。

ア がん予防の推進

- 健康のために望ましい生活習慣やがんに関する正しい知識を身に付けることができるよう普及啓発を行います。
- たばこをやめたい人が、医療機関、薬局、市町、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。
- 受動喫煙*10を防止するために、公共施設を始め、職場や家庭等における禁煙や適切な分煙を進めます。

イ がんの早期発見

- 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等を活用した普及啓発を行います。
- 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、検診の受診勧奨の取組が推進されるよう市町に働きかけるなど、受診率の向上を図ります。
- 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。

ウ 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。

エ 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、地域がん診療病院や北海道がん診療連携指定病院、その他のがん医療を行う医療機関、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局、歯科医療機関等の関係者間の連携を促進し、診断から、治療、緩和ケア、リハビリテーション、在宅医療に至るまでのがん医療提供体制の整備及び地域連携クリティカルパスの整備を図ります。
- がんと診断された時からの在宅を含む緩和ケアが推進されるよう、医療機関は、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、がん診療連携拠点病院等を中心として、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。

(6) 医療機関等の具体的名称

- 根室圏域には、がん診療連携拠点病院等が未指定となっているため、専門的な医療サービスの提供は、第三次医療圏の釧路・根室圏域を基本として、釧路圏域との連携体制を維持します。

(医療機関名)

釧路市：市立釧路総合病院、釧路労災病院

*北海道医療計画（平成30年3月）による

(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、がん医療を行う医療機関と連携して、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の提供につなげます。
- 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、医薬用麻薬の適切な服薬管理などに努めるとともに、医薬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。

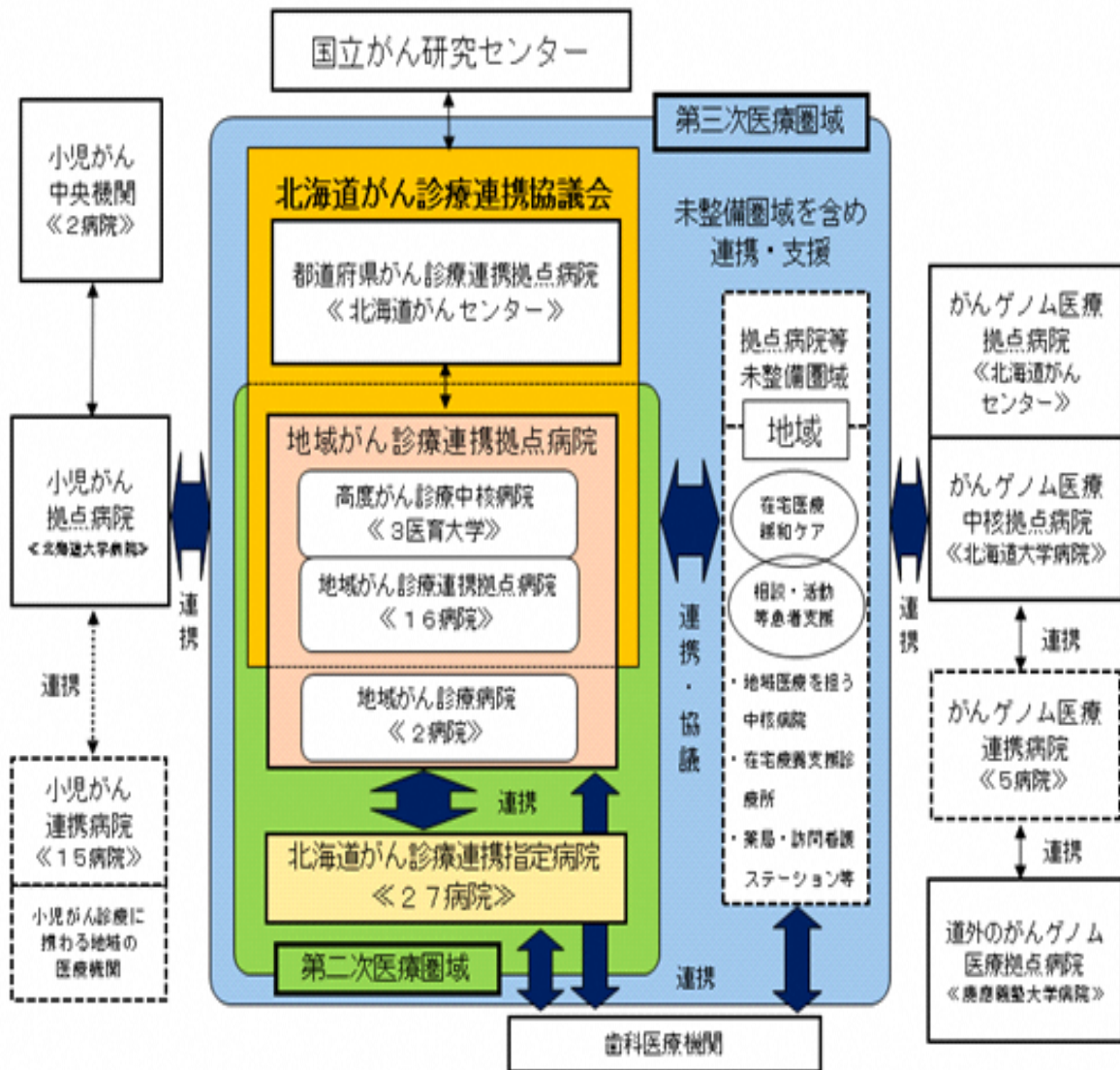
（9）訪問看護ステーションの役割

- がん患者が在宅生活に移行するに当たっては、病院看護師等の医療機関のスタッフと訪問看護師が入院中から連携し、在宅療養の環境整備に努めます。
- 在宅で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^{*11}に取り組みます。

*11 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

参考【道としての取組イメージ図】



2 脳卒中の医療連携体制

(1) 現 状

ア 死亡の状況

- 根室管内では、令和元年に93人が脳血管疾患を原因として死亡しており、死亡数全体の9.9%（全道7.3%）を占め、死因の第3位（全道第3位）となっています。
- その内訳は脳梗塞が52人（55.9%）と最も多く、次いで脳内出血が27人（29.0%）、くも膜下出血が11人（11.8%）となっています。
 - * 厚生労働省人口動態統計
- 脳血管疾患の令和元年死亡率（人口10万人対）は、男性は124.1（全道93.1・全国86.0）、女性は126.6（全道88.2・全国86.2）となっています。

イ 健康診断の実施状況

- 特定健診の実施率は根室管内5市町のうち、別海町(37.2%)、中標津町(30.8%)、標津町(39.9%)の3町が全道平均(28.9%)を上回っています。
 - * 令和元年度 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書による
- 道内保健所設置地域別における肥満者の該当比*は、根室地域で男性が109.1で7位、女性が121.7で4位、中標津地域は男性が109.7で6位、女性が113.3で8位となっており、全国より高い状況となっています。
- 根室地域の収縮期血圧異常者（収縮期血圧 \geq 130mmHg）の該当比*は、根室地域で男性が115.0、女性が122.8と全国より高い状況になっています。
 - 一方、中標津地域では男性が89.1、女性が95.0となっています。
 - * 「令和2年度北海道健康増進計画指標調査事業報告書」による

* 標準化該当比の算定について

対象者の年齢構成の違いを補正するために、全国のデータを基準集団として標準化該当比（「該当比」）を算出。該当比は、当該市町村の当該項目の該当者の観察数を当該市町村の当該項目の該当者の期待数で割った値を100倍した値である。

該当者の観察数（以下「該当者数」という。）とは、当該市町村の当該項目の異常者の人数です。

該当者の期待数（以下「期待者数」という。）は、当該市町村の当該項目の年齢階級別受診者数に、基準集団である全国の当該項目の年齢階級別の異常者の出現割合をかけて合計した数です。

$$\text{該当数} : 100 = \frac{\text{当該市町村の異常者数}}{\text{全国標準（年齢補正を実施）} \sim \text{期待者数}}$$

当該市町村の異常者数
全国標準（年齢補正を実施）～期待者数

全国データを基に年齢階層別の異常者の出現割合を算出し、当該市町村の年齢階層別人口にその出現割合を乗じて、全国基準の異常者数を算出

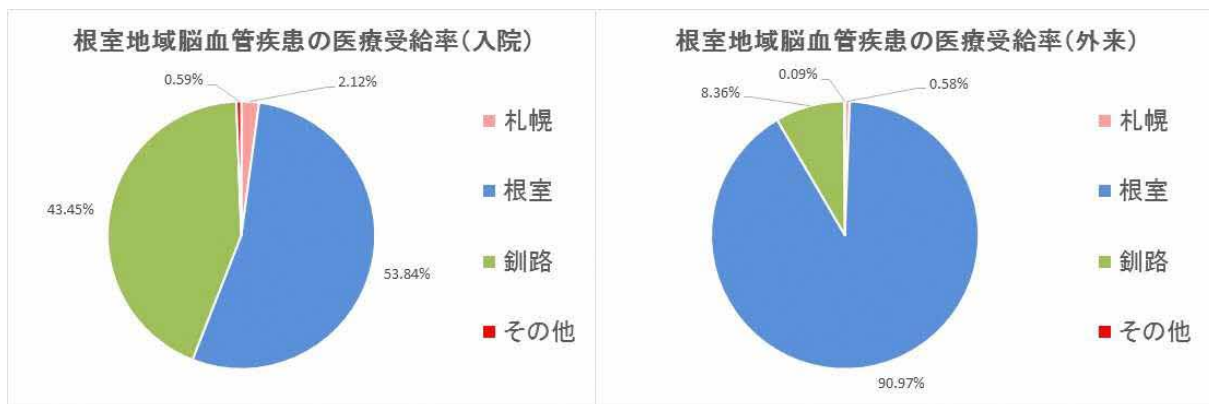
・ 該当比が100より大きい場合には、当該市町村の当該項目の異常者の出現割合は、全国よりも高いことを示し、100よりも小さい場合には、全国より低いことを示しています。

ウ 受療動向

- 根室管内における脳血管疾患の医療受給率は、入院で49.9%、通院89.9%となっており、入院では全道21圏域中21位、通院は12位で、いずれも全道平均を下回っています。
- 根室管内は第二次医療圏域内で急性期医療を完結できていない圏域（入院自給率80%未満）となっており、隣接する釧路圏域及び札幌圏に依存している状況です。

脳血管疾患の医療自給率

	入院			外来		
	総計	うち自圏域	自給率	総計	うち自圏域	自給率
根室管内	11,168人	6,013人	53.84%	101,356人	92,204人	90.97%



*NDB（ナショナルデータベース）調べによる。（H28.4～H29.3）

(2) 課題

ア 疾病の発症予防

- 特定健康診査の意義を広く周知するとともに、脳卒中の危険因子である高血圧や糖尿病脂質異常症、喫煙習慣や過度な飲酒習慣がある者への支援を早期に開始し、発症予防に努める必要があります。
- 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。

イ 医療連携体制の充実

- 根室管内は二次医療圏域内で急性期医療が完結できていない地域であることから、三次医療圏の中心である釧路の医療機関と連携体制を構築することは、患者にとって重要なことですが、令和元年9月現在、地域連携クリティカルパスは急性期・回復期とも、釧路管内では既に導入されていますが、根室管内では未実施のため、今後導入が望まれます。
- 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構築が必要です。

ウ 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維持できるよう、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

ア 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、過度の禁酒等の生活習慣の改善を促し、脳卒中の発症を予防します。
- 脳卒中を疑う症状出現時の対応について、患者・家族等患者の周囲にいる者に対する教育・啓発を行います。

イ 応急手当・病院前救護

(本人及び家族等周囲にいる者)

- 発症後の速やかな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)

- 救急要請があった場合は、急性期医療を担う救急医療機関に速やかに搬送します。
なお、高度な専門的医療が必要等の理由により、隣接する医療圏域である釧路管内の脳卒中の急性期医療を担う医療機関での治療が必要と判断された場合は、関係機関において相互に連携を図りながら、ドクターヘリや救急車等を活用し、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、医師の指示または指導・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

ウ 急性期医療

(急性期医療を担う医療機関)

- 隣接する釧路第二次医療圏と根室管内の消防機関と医療機関が連携体制を構築することにより必要な医療を確保します。

エ 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実施する医療機関)

- 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、患者の病態を適切な評価を行います。
- 急性期及び維持期の医療機関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。

オ 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、患者の病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、老人保健施設等介護保険関連施設、訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局等と連携して在宅医療を行います。

(4) 数値目標等

項目	現状		令和5年度までの対応
	方針策定時	中間見直し時	
特定健康診査実施率	平成28年度	令和元年度	全道目標値（70.0%）への到達を目指し、各保険者ごとに実施率の向上を図る
全道	27.6%	28.9%	
根室市	17.8%	17.0%	
別海町	37.0%	37.2%	
中標津町	23.7%	30.8%	
標津町 羅臼町	34.8% 17.6%	39.9% 24.6%	
脳血管疾患死亡率 (人口10万対)	平成27年	令和元年	現状値より減少させる
男性	117.6人	124.1人	
女性	127.6人	126.6人	
地域連携クリティカルパスの導入	導入なし		地域連携クリティカルパスの導入を目指す

* 特定健康診査実施率：特定健康診査・特定保健指導実施状況集計データより
(北海道国民健康保険団体連合会)

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策

ア 予防対策の充実

- 道・市町・医療保険者が連携して、特定健康診査の意義を広く周知するとともに、特定健康診査・特定保健指導の充実に努めます。
- 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、受動喫煙防止対策に努めます。

イ 医療連携体制の充実

- 発症予防、応急手当・病院前救護、急性期医療、回復期医療、維持期医療の各期における医療機関及び関係団体の取組を促進します。

- 急性期から回復期、維持期まで切れ目なく適切な医療(リハビリテーションを含む。)が提供できるよう、地域連携クリティカルパスの導入を目指し、関係機関の連携体制の充実に努めます。
- 患者の受療動向等を踏まえた広域的な連携に関する協議の場として、根室地域保健医療福祉圏域連携推進会議等を活用しながら、患者情報の共有や地域における課題等について意見交換を行うなど、病院連携・病診連携の更なる推進を図り、必要な医療連携体制の確保に努めます。

(6) 医療機関等の具体的名称

脳卒中の急性期医療を担う医療機関一覧

医療機関名公表基準

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(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-PAIによる血栓溶解療法

(令和2年4月1日現在)

第三次医療圏	第二次医療圏	市区町村	医療機関	備考
釧路・根室	釧路	釧路市	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	

* 北海道医療計画別表 5

脳卒中の回復期医療を担う医療機関一覧

医療機関名公表基準

次の①②の両方を満たす病院・診療所 ①脳血管疾患等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 ②脳卒中の回復期リハビリテーションの対応が可能
--

(令和2年4月1日現在)

第三次医療圏	第二次医療圏	市区町村	医療機関	備考	
釧路・根室	釧路	釧路市	市立釧路総合病院		
			医療法人 東北海道病院		
			独立行政法人 労働者健康安全機構 釧路労災病院		
			弟子屈町	JA北海道厚生連 摩周厚生病院	
	根室	根室市	市立根室病院		
			別海町	町立別海病院	
			中標津町	町立中標津病院	
				医療法人 樹恵会 石田病院	

* 北海道医療計画別表 6

(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、他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医療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。

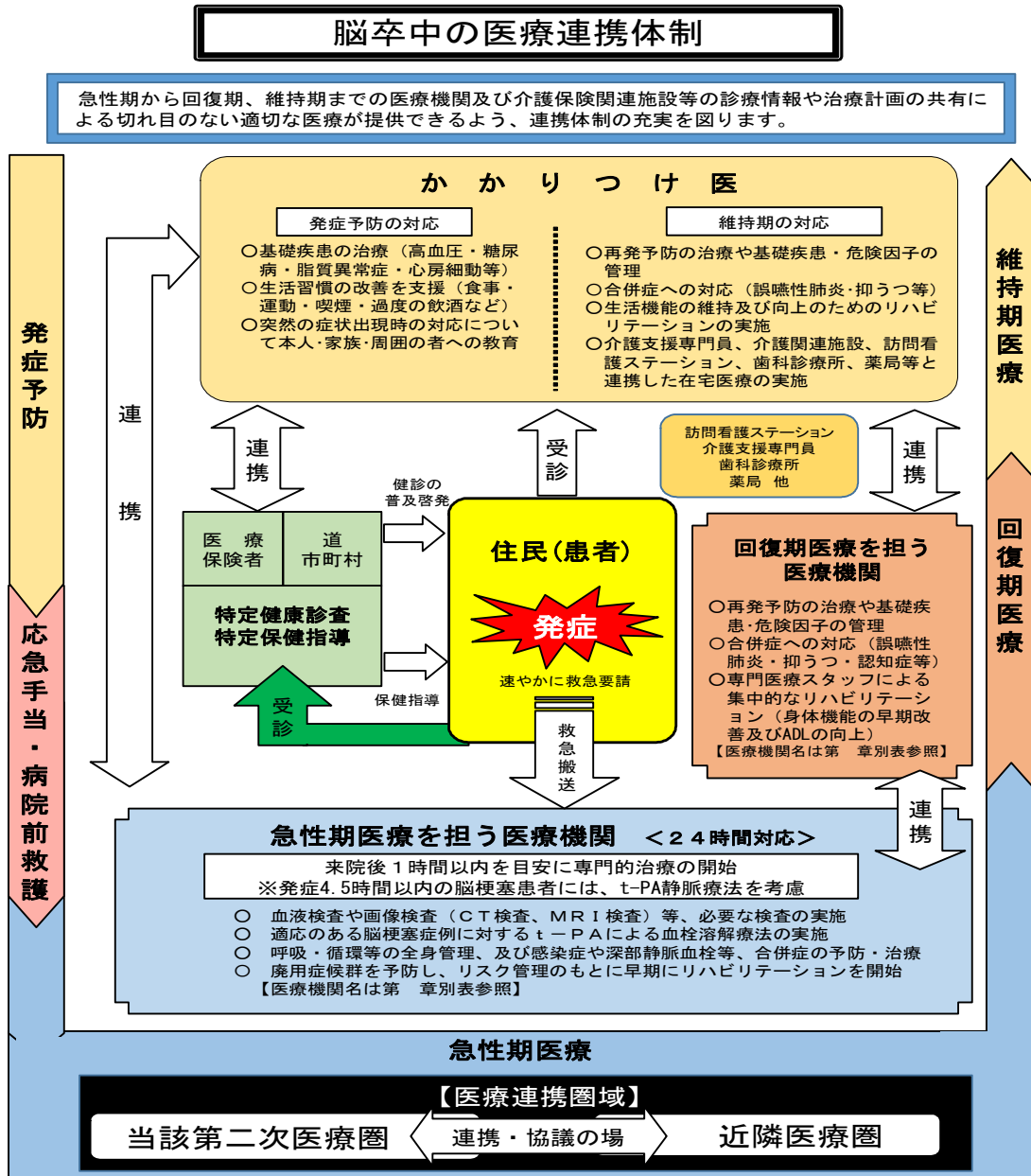
(8) 薬局の役割

- 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。
- 在宅療養中の脳卒中患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護ステーション等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導などを行うとともに、在宅療養で必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

(9) 訪問ステーションの役割

- 脳卒中患者が在宅生活に移行するに当たっては、病院看護師等の医療機関のスタッフと訪問看護師が入院中から連携し、在宅療養の環境整備に努めます。
- 脳卒中の回復期及び維持期にある在宅療養者に対して、心身の状態や障害に合わせて在宅療養の技術的支援や精神的支援を行うとともに、再発予防に向けた基礎疾患・危険因子の管理や生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、日常生活の再構築を支援します。
- 在宅療養者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。

参考【道としての取組イメージ図】



3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

(1) 現 状

ア 死亡の状況

- 根室管内では、令和元年に155人が心疾患を原因として死亡しており、死亡数全体の16.5%を占め、死因の第2位となっています。
- 心疾患の令和元年死亡率（人口10万対）は、男女ともに全道値・全国値より高く、男性は217.9（全道174.0・全国163.1）、女性は200.4（全道186.4・全国172.4）となっています。
- その内訳は、多い順から心不全54.2%（全道47.5%・全国41.2%）、不整脈及び伝導障害20.6%（全道14.3%・全国15.1%）、急性心筋梗塞9.7%（全道13.2%・全国15.2%）となっています。

【心疾患の死亡者内訳(令和元年度)】

根室地域	死亡数			率		
	合計	男	女	合計	男	女
09200 心疾患(高血圧性を除く)	155	79	76	100.0	100.0	100.0
09201 慢性リウマチ性心疾患	1	0	1	0.6	0.0	1.3
09202 急性心筋梗塞	15	10	5	9.7	12.7	6.6
09203 その他の虚血性心疾患	13	8	5	8.4	10.1	6.6
09204 慢性非リウマチ性心内膜疾患	8	4	4	5.2	5.1	5.3
09205 心筋症	1	1	0	0.6	1.3	0.0
09206 不整脈及び伝導障害	32	17	15	20.6	21.5	19.7
09207 心不全	84	38	46	54.2	48.1	60.5
09208 その他の心疾患	1	1	0	0.6	1.3	0.0

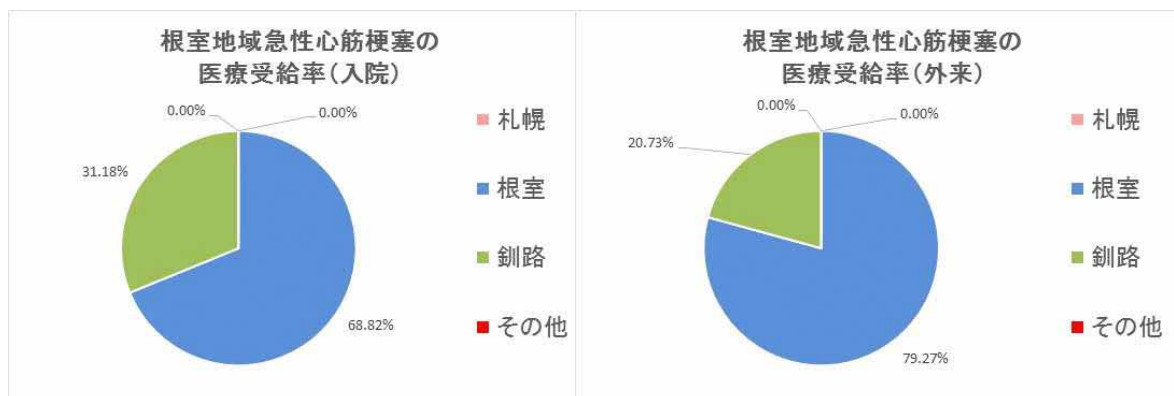
*厚生労働省「人口動態統計」（令和元年確定数）による

イ 受療動向

- 根室管内には、急性心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関が新たに市立根室病院が担うことになりましたが、医師不足等から対応は出来ていない状況です。
また、北部4町については、市立根室病院から遠距離にあるため、直接、釧路第二次医療圏に救急自動車により2時間以上かけて救急搬送している状況です。
- 根室管内における急性心梗塞の医療自給率は、入院で68.82%、通院で79.27%となっており、入院では全道21圏域中16番目、通院は18番目となっています。
- 根室管内は第二次医療圏域内で急性期医療を完結できていない圏域（入院自給率80%未満）で、隣接する釧路圏域に依存している状況です。

急性心筋梗塞の医療自給率

	入院			外来		
	総計	うち自圏域	自給率	総計	うち自圏域	自給率
根室管内	170人	117人	68.82%	1,462人	1,159人	79.27%



* NDB (ナショナルデータベース) 調べによる。(H28.4~H29.3)

(2) 課題

ア 疾病の発症予防

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

イ 医療連携体制の充実

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

ウ 再発予防

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

(3) 必要な医療機能

ア 発症予防

(かかりつけ医)

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

イ 応急手当・病院前救護

(本人及び家族等周囲にいる者)

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

(消防機関と急性期医療を担う医療機関の連携)

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

ウ 急性期医療

(急性期医療を担う医療機関)

- 隣接する二次医療圏である釧路圏域の急性期医療を担う医療機関と各関係機関等が連携体制を構築することによる必要な医療の確保に努めます。
- 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体制の構築を図ります。
- 再発予防のため、定期的に専門検査を実施します。

エ 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。

オ 再発予防

(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などを行います。
- 救急処置が可能な医療機関と連携し、合併症併発時や再発時などの緊急時などに対応できる医療体制とします。
- 急性期の医療機関や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。
- 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

項 目	現 状		令和5年度までの対応
	方針策定時	中間見直し時	
特定健康診査実施率	平成28年度	令和元年度	全道目標値（70.0%）への到達を目指し、各保険者ごとに実施率の向上を図る
全 道	27.6%	28.9%	
根室市	17.8%	17.0%	
別海町	37.0%	37.2%	
中標津町	23.7%	30.8%	
標津町	34.8%	39.9%	
羅臼町	17.6%	24.6%	
地域連携クリティカルパスの導入	導入なし		地域連携クリティカルパスの導入を目指す

* 特定健康診査実施率：特定健康診査・特定保健指導実施状況集計データより

(北海道国民健康保険団体連合会)

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策**ア 予防対策の充実**

- 道・市町・医療保険者が連携して特定健康診査の意義を広く周知するとともに、特定健康診査・特定保健指導の充実に努めます。
- 高血圧や脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、喫煙習慣がある者への支援を早急に開始し、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。

イ 医療連携体制の充実

- 発症予防、応急手当・病院前救護、急性期医療、回復期医療、再発予防の各期における医療機関及び関係団体の取組を促進します。
- 急性期から回復期、再発予防まで切れ目なく適切な医療が提供できるよう、保健福祉圏域連携推進会議等を活用し、患者の受療動向に応じた連携体制の充実に努めます。
- 地域の医療情報連携ネットワークであるメディネットたんちょうを活用し、診療情報を地域の医療機関と共有し、連携することにより、効率的で良質な患者サービスの提供、医療提供体制の充実に努めます。

ウ 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憎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) 医療連携圏域の設定

- 根室圏域は急性期医療が完結できていない圏域のため、釧路圏域と連携を図ります。
- 患者の受療動向を踏まえた広域的な連携に関する協議の場として、保健医療福祉圏域連携推進会議等を活用しながら、患者情報の共有や地域における課題等について意見交換を行うなど病病連携・病診連携の更なる推進を図り、必要な医療連携体制の確保に努めます。

(7) 医療機関等の具体的名称

〈急性心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関の公表基準〉

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

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

（医療機関名）

根室市：市立根室病院

釧路市：市立釧路総合病院

社会医療法人 孝仁会 釧路孝仁会病院

医療法人社団 三慈会 釧路三慈会病院

*北海道医療計画 別表7

(8) 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。

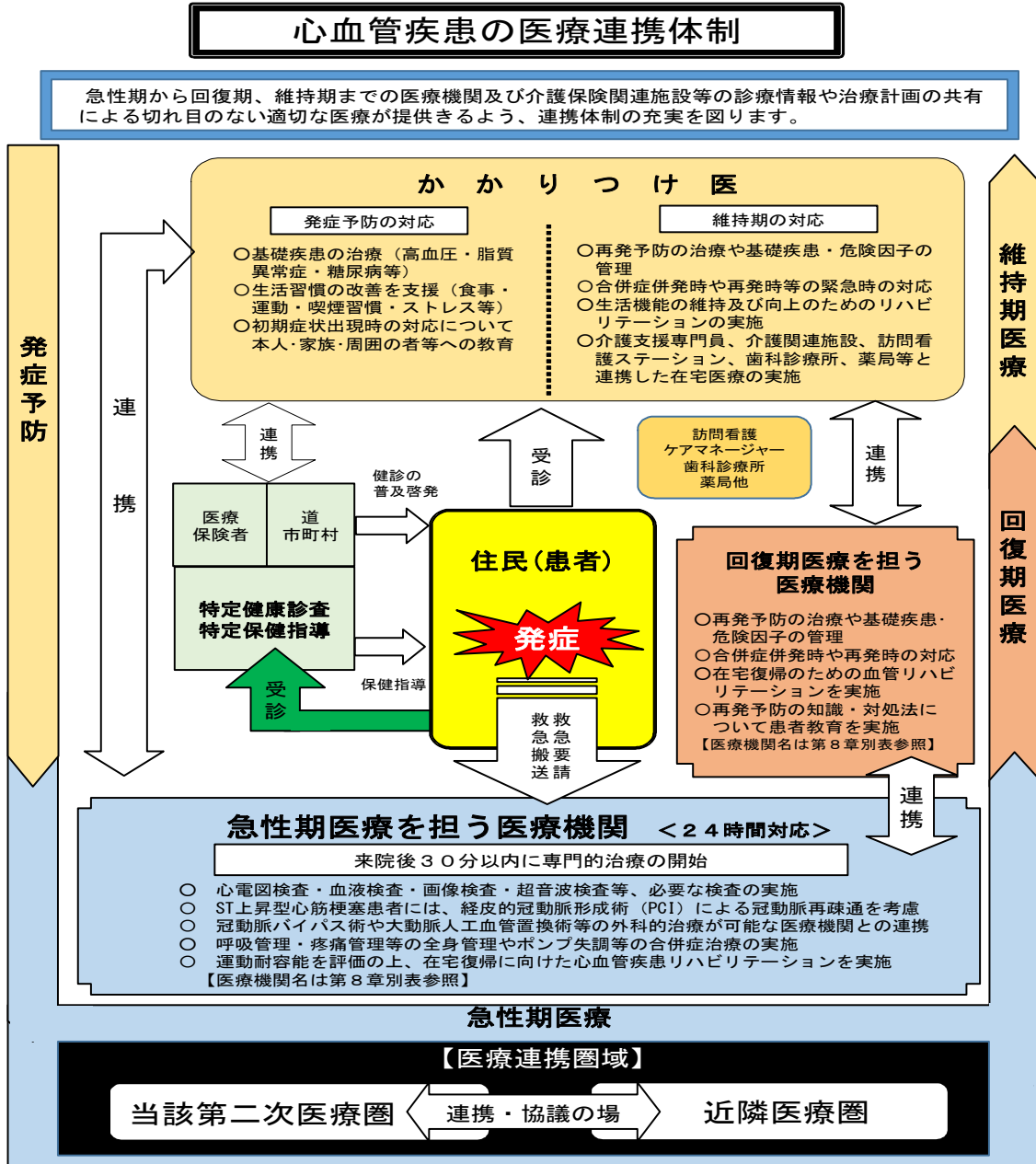
(9) 薬局の役割

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

(10) 訪問看護ステーションの役割

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

参考【道としての取組イメージ図】



4 糖尿病の医療連携体制

(1) 現 状

ア 糖尿病患者数及び死亡の状況

- 根室管内では、令和元年に14人が糖尿病を原因として死亡しており、死亡数全体の0.7%（全道1.2%・全国1.0%）となっています。
- 糖尿病の令和元年死亡率（人口10万対）は、18.9（全道13.6・全国11.2）となっており、特に女性は23.7（全道12.7・全国9.8）と高くなっています。
- 根室管内の糖尿病性腎症の透析患者数（平成29年）は164人で、平成25年の138人の約1.2倍となっています。（H29.9現在 保健所調べによる）
根室管内の糖尿病性腎症の透析患者数は全道の透析患者数全体の約1.0%（全道合計15,718人）となっています。

イ 健康診断の実施状況

- 特定健康診査の実施率は、根室管内5市町のうち、別海町（37.2%）、中標津町（30.8%）、標津町（39.9%）の3町が全道平均（28.9%）を上回っています。
*令和元年度 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書による
- 道内保健所設置地域別における該当比は、空腹時血糖異常者は、根室地域で男性が111.0で5位、女性が117.1で10位となっています。
中標津地域は、男性が95.6で22位、女性が107.5で19位となっています。
- 肥満者の該当比は、根室地域で男性が109.1で7位、女性が121.7で4位、中標津地域は男性が109.7で6位、女性が113.3で8位となっており、全国よりも高い状況となっています。
- メタボリック症候群の該当比は、根室地域で男性が105.0、女性が74.7、中標津地域では男性が86.0、女性が90.4となっており、根室地域の男性は全国より高く、それ以外は全国より低い状況となっています。

ウ 医療機関の状況

- 根室管内で糖尿病治療を実施している医療機関は12施設あり、いずれの医療機関でも、糖尿病治療（インスリン療法）及び糖尿病患者教育を実施しています。
*平成30年3月 北海道医療計画による

エ 人工透析機器の整備状況

- 根室管内の人工透析実施施設数は3施設、人工透析機器設置台数は51台となっています。
- 人口10万人当たりの人工透析患者数は、第二次医療圏域内の中で2番目に低いです。が透析装置1台当たりの患者数は、2番目に多くなっています。

【人工透析の設置状況等】

	人工透析 実施施設数	人工透析 設置台数	人工透析 患者数	機器1台 当たり患者数
根室管内	3施設	53台	147人	2.77人
全道	251施設	6529台	15,337人	2.35人

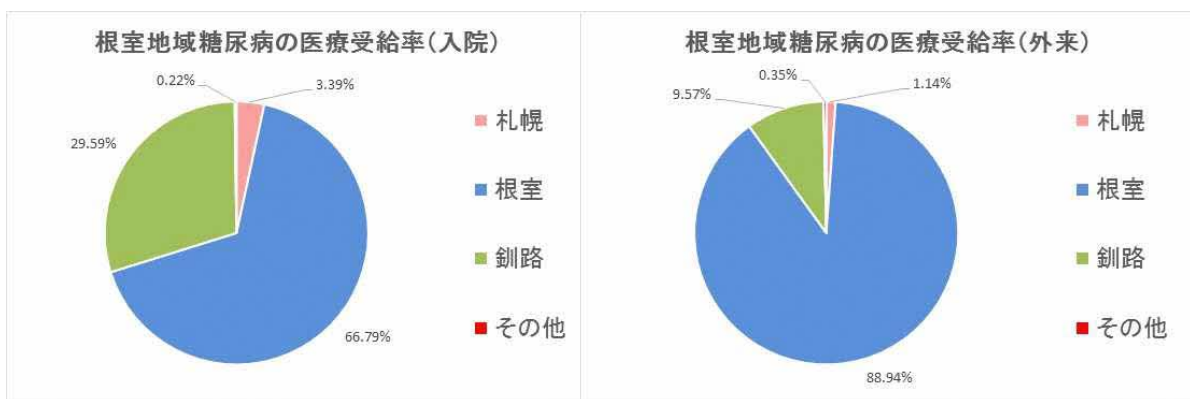
*R2.12.1現在 透析医療の現況調査による。

エ 受療動向

- 根室管内における糖尿病の医療自給率は、入院で66.79%、通院で88.94%となっており、入院では全道21圏域中7番目、通院は16番目で、いずれも全道平均を下回っています。
- 根室管内は第二次医療圏域内で糖尿病の入院医療が完結できない圏域（入院自給率80%未満）で、釧路圏域に依存している状況です。

糖尿病の医療自給率

	入院			外来		
	総計	うち自圏域	自給率	総計	うち自圏域	自給率
根室管内	14,817人	9,897人	66.79%	237,311人	211,057人	88.94%



* NDB（ナショナルデータベース）調べによる。（H28.4～H29.3）

（2）課題

ア 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、定期的な健診の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を勧め、生活習慣の改善が図られるよう支援が必要です。

イ 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。

（3）必要な医療機能

ア 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。

イ 初期・安定期治療

(糖尿病の診断及び生活習慣の改善、良好な血糖コントロールを目指した治療)

- 75g OGTT*₁、HbA1c*₂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*₃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。

ウ 専門治療

(血糖コントロール不可例の治療、職種連携によるチーム医療の実施)

- 各専門職のチーム(管理栄養士、保健師、看護師、薬剤師等)による食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療(心理問題を含む)を行います。
- 75g OGTT、HbA1c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。

エ 急性合併症治療

(糖尿病性緊急症・低血糖など急性憎悪時の治療)

糖尿病性緊急症(ケトアシドーシス、高浸透圧高血糖状態等)や低血糖などの急性合併症の治療を実施します。

オ 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。

カ 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た連携を図ります。

(医療機関と市町・保険者の連携)

市町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、医療機関は患者の同意を得て、必要な協力を行います。

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

*2 HbA1c: 赤血球の中に含まれているヘモグロビン(血色素)とブドウ糖が結びついているもので、過去2~3か月の血糖値のコントロール状態を診る検査のこと。

*3 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。

(4) 数値目標等

項 目	現 状		令和5年度までの対応
	方針策定時	中間見直し時	
特定健康診査実施率	平成28年度	令和元年度	全道目標値（70.0%）への到達を目指し、各保険者ごとに実施率の向上を図る
全 道	27.6%	28.9%	
根室市	17.8%	17.0%	
別海町	37.0%	37.2%	
中標津町	23.7%	30.8%	
標津町	34.8%	39.9%	
羅臼町	17.6%	24.6%	
地域連携クリティカルパスの導入	地域連携クリティカルパスの活用 1 施設		地域連携クリティカルパスの導入施設の増加

* 特定健康診査実施率：特定健康診査・特定保健指導実施状況集計データより

(北海道国民健康保険団体連合会)

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策**ア 予防対策の充実**

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

イ 医療連携体制の充実・確保

- 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の取組を促進します。
- 道・市町及び医療保険者、医療機関等は、糖尿病患者に対して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。
- 患者の受療動向等を踏まえた広域的な連携に関する協議の場として、保健医療福祉圏域連携推進会議等を活用しながら、患者情報の共有や地域における課題等について意見交換を行うなど、病病連携・病診連携の更なる推進を図り、必要な医療連携体制の確保に努めます。

（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

（医療機関名）

根 室 市：根室共立病院、岡田医院

市立根室病院、道東勤医協ねむろ医院

市立歯舞診療所、トキワ医院

別 海 町：町立別海病院、町立別海病院尾岱沼診療所

中標津町：医療法人樹恵会石田病院、富沢内科医院、町立中標津病院

標 津 町：標津町国民健康保険標津病院

羅 臼 町：知床らうす国民健康保険診療所

*北海道医療計画 別表8

（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、医療機関から糖尿病を有する歯周病患者の紹介があった場合、適切な歯科医療の提供に努めます。

また、糖尿病合併症の予防に当たっては、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

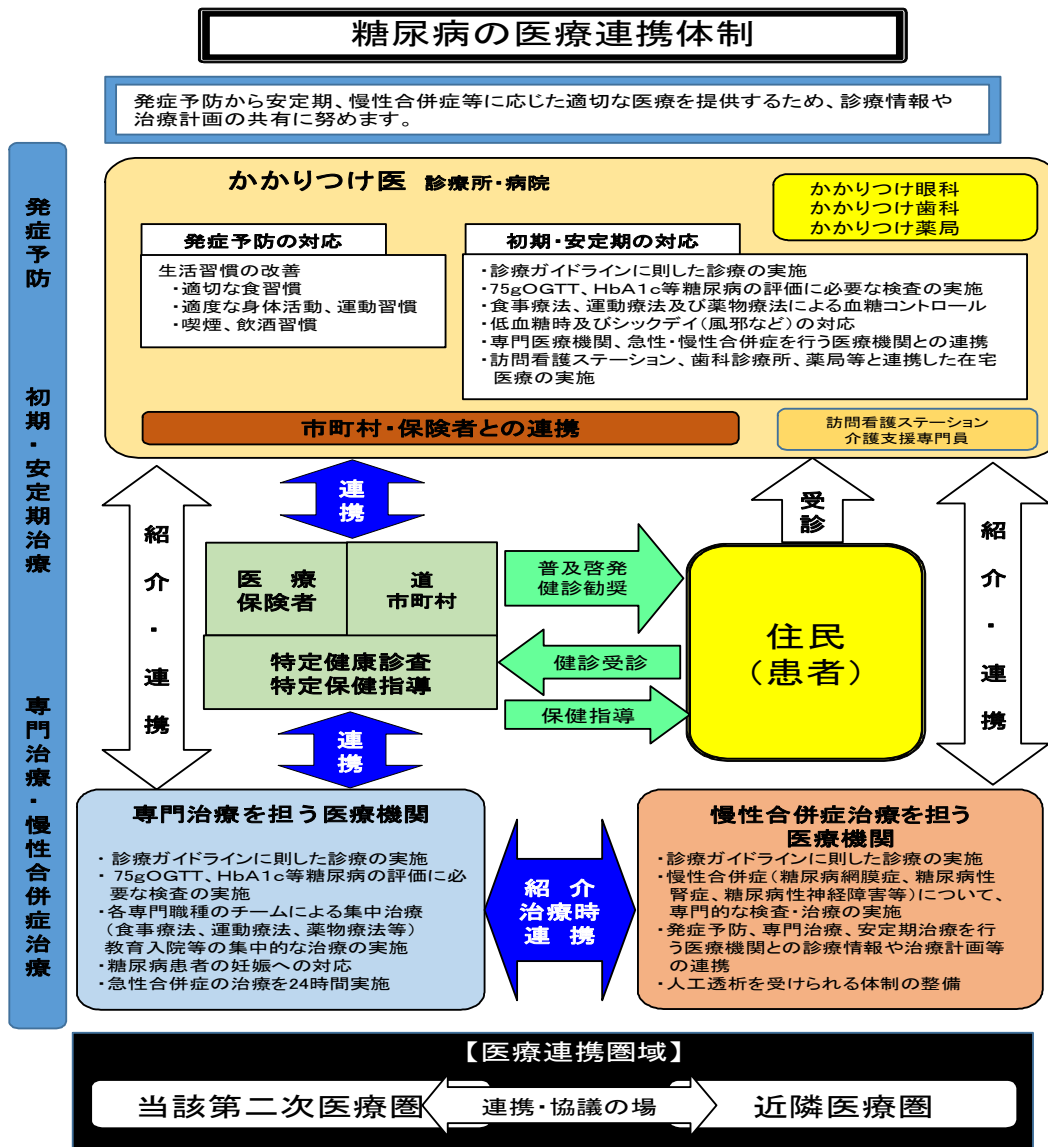
○ 糖尿病の治療継続や重症化の防止のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。

○ 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。

参考【道としての取組イメージ図】



5 精神疾患の医療連携体制

(1) 現 状

根室管内における精神障がい者数は、令和3年3月末現在1,944人で、気分障害（うつ病等）（約37%）と統合失調症（約26%）で全体の6割以上を占めています。

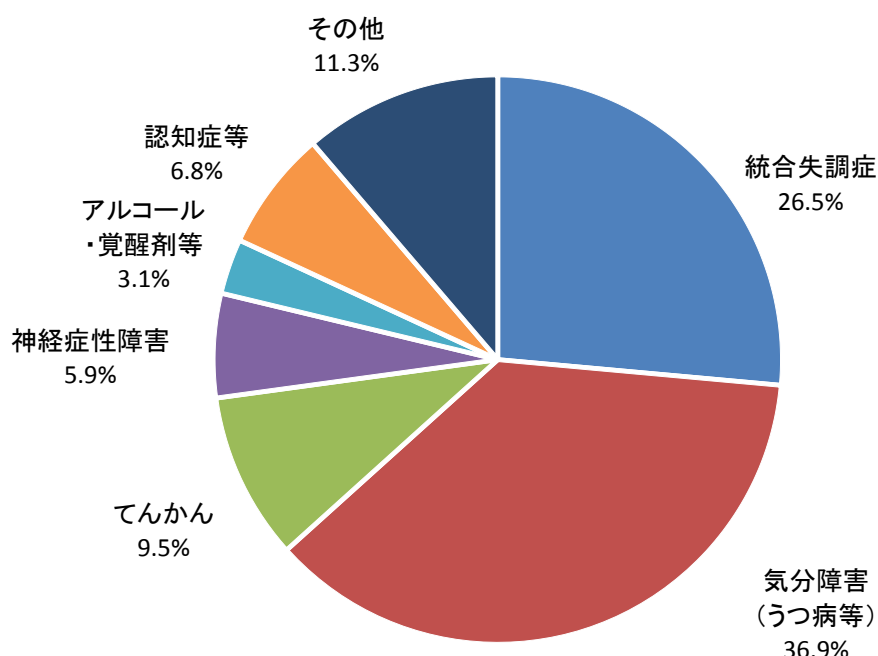
【精神障がい者数及び主な精神疾患】

(人)

令和2年度	精神障害者数	主な精神疾患						
		統合失調症	気分障害 (うつ病等)	てんかん	神経症性 障 害	アルコール 覚醒剤等	認知症等	その他
根室管内	1,944	514	717	185	115	61	133	219
根室市	782	234	269	73	48	39	53	66
北部4町	1,162	280	448	112	67	22	80	153

*北海道保健所把握精神障がい者把握状況

【令和2年度根室管内の主な精神疾患別割合】



根室市の精神科を標ぼうする医療機関は現在2か所あり、一方、北部4町では、2か所の医療機関において精神科外来を行っています、入院病床はありません。

【精神科医療機関の状況】

	入 院	外 来
根 室 市	根室共立病院 (114床) 江村精神科内科病院 (101床)	同 左
別 海 町	—	町立別海病院
中標津町	—	町立中標津病院

精神疾患は症状が多彩で自覚しにくいことや、疾病や医療機関に関する情報が得にくいことなどから、精神科医療機関への早期のアクセスが難しい傾向にあります。

管内住民からの「精神保健福祉相談」の実施状況を相談機関別に見ると、相談を受ける割合は保健所が56%、市町が44%となっています。

	管内保健所	管内市町村
相談実人員	138人	107人

*釧路根室地域保健情報年報（平成28年度実績）

入院治療についてみると、根室管内では長期入院患者の退院促進に取り組んでいますが、地域移行・地域定着が進んでいません。

道が実施した「精神科病院実態調査」によると、その要因として、「サポートする人的資源が乏しい」「家族の協力が得られない」などの理由があげられています。

根室管内では令和3年3月末現在、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションが2施設、精神科デイケアの提供医療機関が1施設あります。

なお、北部4町においては、約4割の患者が釧路又は根室の医療機関に通院しています。

ア 統合失調症

統合失調症は早期に治療を始めるほど回復も早いといわれているため、周囲が病気のサインに気づいたら早めに医療機関に相談し、適切な治療につなげる必要があります。

イ うつ病・躁うつ病

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

ウ 認知症

高齢者の増加に伴い、認知症の患者は全道的に増加傾向にあります。

本人の自覚が難しいことや家族等周囲の人の理解不足等により、初期段階で精神科医療へつなげることが困難な場合があります。

高齢者の単身世帯、高齢者のみの夫婦世帯の割合が高いこと、さらには一般的に認知症高齢者は慢性的な身体疾患を併発している場合や退院可能と判断されても退院後の生活の場が確保できない場合も多いことなどから、入院期間が長くなる傾向があります。

認知症に関する鑑別診断や専門医療相談等を行う「認知症疾患医療センター*1」として、医療法人社団裕敬会江村精神科内科病院（根室市所在）が指定されています。

*1 第三次医療圏を基本として、道央圏を3分割した8圏域に指定

エ 児童・思春期精神疾患

根室管内には子どもの心の診療を担う医師や医療機関はなく、道内でも限られています。心の問題を持つ子どもとその家族が身近な地域で専門的な診療が受けられる体制が不足しています。

児童・思春期の精神疾患については、小児科医を受診することも多くなっています。

オ 発達障がい

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

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

カ 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。

また、依存に関する相談は少なく、潜在している可能性が考えられます。

キ 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る場合があります、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を生じる者がいます。

ク 高次脳機能障がい

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

ケ 摂食障害

潜在患者は多いと推定されており、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。

コ てんかん

てんかんの有病率は、約0.8%と推定されており、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。

サ 精神科救急・身体合併症

夜間・休日等における緊急時の診療、相談等については、釧路・根室精神科救急医療システムにより対応しています。

輪番病院は全て釧路市内の医療機関であり、搬送に時間を要している実態があります。

また、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。

【精神科救急医療システム実施体制】

(令和3年3月31日現在)

三次医療圏	二次医療圏	病 院 名	輪番病院	合併症	遠隔地域	後方支援
釧路・根室	釧路	市立釧路総合病院	○	○		○
		総合病院 釧路赤十字病院	○	○		○
		医療法人養生邑つるい養生邑病院	○		○	○
		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福祉機構釧路労災病院		○		
		社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院		○		
		社会医療法人孝仁会星が浦病院		○		
	根室	根室共立病院			○	○
		医療法人社団裕敬会江村精神科内科病院			○	○
		市立根室病院		○		
計		5	6	3	7	

* 北海道保健福祉部調べ

* 精神科救急医療システム指定病院；知事が指定等している病院（釧路・根室圏域では11医療機関）

<精神科救急医療システムとは>
 ・休日・夜間等における緊急の相談や診療体制等を確保するため、全道を8ブロックに分割し、輪番制による精神科の救急医療を提供するシステムのこと。
 ○輪番病院：当番日における診療体制及び1床以上の空床を確保し、相談及び診療を行う精神科救急医療施設（精神科病院輪番制による）。
 ○合併症：身体合併症を有する精神疾患患者について、身体疾患の治療を優先させる必要がある場合に、入院受け入れ及び治療を行う医療機関。
 ○遠隔地域：輪番病院（当番病院）等から離れた地域の患者について、当番病院から要請があった場合に、入院受け入れ及び治療を行う精神科病院。
 ○後方支援：救急医療を終えた患者の入院を受け入れる医療機関。

シ 自殺対策

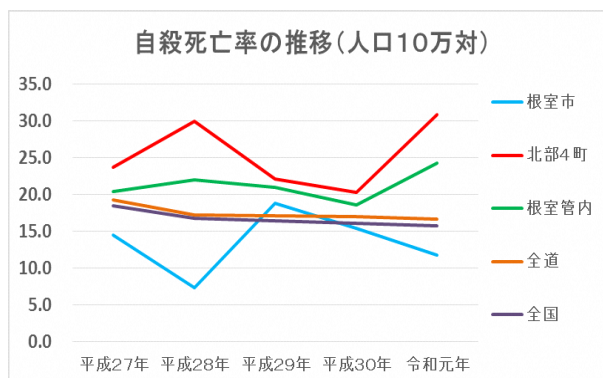
自殺の背景には、うつ病をはじめとする精神疾患が関連することが多いといわれています。人口10万人あたりの自殺死亡率は全国平均の15.7、北海道の16.7に対し、根室市は11.7、北部4町は30.9となっています。

根室管内では事業所等での衛生教育や自殺予防講習会等を毎年開催していますが、北部4町における自殺者の標準化死亡比（SMR）は、全国・全道値より高い状況となっています。

【自殺死亡率の推移】 率(人口10万対)

	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
根室市	14.4	7.4	18.9	15.4	11.7
北部4町	23.6	29.9	22.1	20.3	30.9
根室管内	20.4	22.0	21.0	18.6	24.3
全道	19.2	17.2	17.1	16.9	16.7
全国	18.5	16.8	16.4	16.1	15.7

* 厚生労働省人口動態統計による
 * 根室管内の率は各年9月末日現在住民基本台帳人口を用いて算出した。
 * 全道の率は各年1月末日現在住民基本台帳人口を用いて算出した。



【自殺死亡率の推移(男女別)】

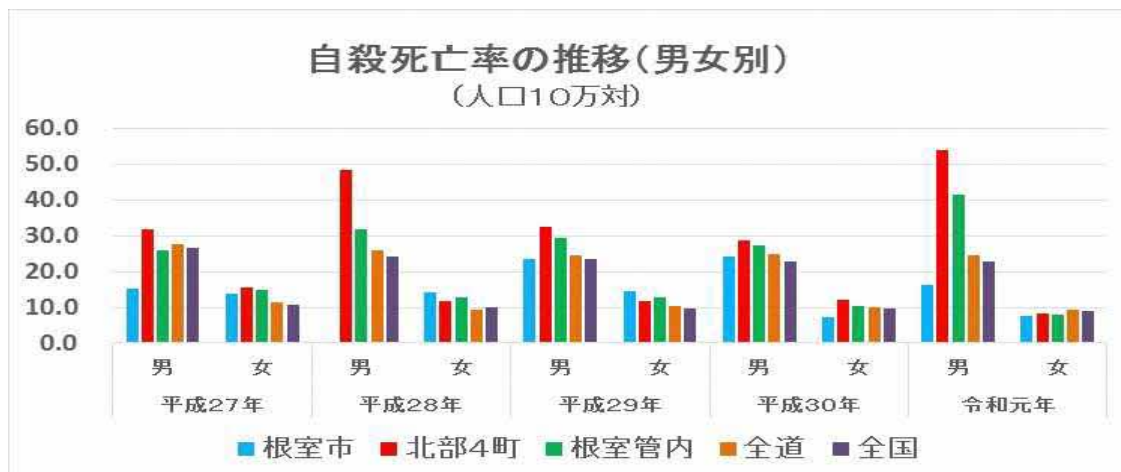
率(人口10万対)

	平成27年		平成28年		平成29年		平成30年		令和元年	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
根室市	15.1	13.8	0.0	14.1	23.6	14.5	24.1	7.4	16.4	7.5
北部4町	32.0	15.6	48.4	11.8	32.6	11.9	28.8	12.1	54.0	8.1
根室管内	26.1	14.9	31.8	12.6	29.5	12.8	27.2	10.4	41.4	7.9
全道	27.8	11.6	26.0	9.3	24.6	10.4	24.8	9.9	24.7	9.5
全国	26.6	10.8	24.1	9.9	23.6	9.6	22.9	9.7	22.7	9.1

* 厚生労働省人口動態統計による

* 根室管内の率は各年9月末日現在住民基本台帳人口を用いて算出した。

* 全道の率は各年1月末日現在住民基本台帳人口を用いて算出した。



ス 医療観察法における対象者への医療

道内には心神喪失者等医療観察法*4による「指定入院医療機関」がないため、入院処遇とされた方は、道外にある指定入院医療機関への入院となるため、退院後の生活に必要な福祉サービスの試行等に制限が生じる場合があります。

*4 心身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:心身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などの取り組みが必要です。

精神疾患に関する知識の普及や精神科医療を必要としている人への相談支援の充実のため、住民にとって身近な市町や保健所における相談機能の強化に努める必要があります。

身近な地域で良好な療養環境の下、外来や訪問、入院医療等の適切な精神科医療が提供される体制づくりが必要です。

できるだけ地域で生活が送れるよう、医療機関と地域の相談支援事業所や障害福祉サービス事業所等が連携した地域定着の支援が必要です。

日中活動の場や退院後の住まいなど生活の場の確保、復職・就職への支援等の社会復帰へ向けた環境整備が必要です。

ア 統合失調症

精神科病院に入院している者の退院を促進するため、地域の相談支援事業所や医療機関等と連携し、長期入院患者の地域移行・地域定着の支援が必要です。

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等による支援体制の構築が必要です。

イ うつ病・躁うつ病

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

医療機関や地域の保健医療関係者、職域関係者に対し、メンタルヘルスに関する正しい知識の普及を図っていくことが必要です。

患者のニーズや病状に応じて、地域の就労支援事業所、障害者就業・生活支援センター等の関係機関と連携した就労支援・復職支援の取組が必要です。

ウ 認知症

認知症は適切な治療により症状の進行を遅らせ、より安定した生活を送ることができると言われており、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、家庭や職場など周囲の人や医療・介護関係者等への認知症に関する正しい知識の普及が必要です。

認知症疾患医療センターが設置する連携協議会を通じ、センターの役割や医療機能等の周知を図り、精神科専門医療機関やかかりつけ医、介護関係者の連携を推進することが必要です。

エ 児童・思春期精神疾患

児童・思春期に特有の疾患や成人も含めた発達障がいに関する正しい理解と対応について、小児科医をはじめ、地域の保健・医療・福祉・教育関係者に対する学習機会の確保が必要です。

適切な養育と子どもの健康な発達に関連について、幅広く啓発することが必要です。

乳幼児健診は、発達障がい等子どもの心の問題の早期発見にも資する機会であることから、今後とも市町からの受診勧奨を徹底するとともに、健診担当部局と医療機関・保健所等の関係機関が連携した健診後の保健指導や相談支援等の取組が重要です。

心の診療を必要とする子どもの入院治療機能を持つ医療機関との連携等、子どもの心の診療体制づくりに向けた取組が求められています。

オ 発達障がい

発達障がいに関する理解と対応について、医師を始め、地域の保健・医療・福祉・教育関係者に対する学習機会の確保が必要です。

発達障がいを持つ者については、児童・思春期から成年期にかけて、ライフステージに応じた保健・医療・福祉に関する各種サービスの移行を円滑に進め、切れ目のな

い支援を行うことが必要です。

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

カ 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、医療機関や関係機関との連携強化が必要なことから、治療を行う医療機関と内科等のかかりつけ医や産業医等の連携について実態把握が必要です。

キ 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。

ク 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。

ケ 摂食障害

保健・医療・福祉・教育関係者に、摂食障害に関する知識の普及啓発を進め、早期発見、適切な治療につなげる必要があります。

コ てんかん

未治療のてんかん患者やその家族、保健福祉教育関係者に対し、てんかんに関する知識の普及啓発等を通じ、適切な治療につなげる必要があります。

サ 精神科救急・身体合併症

休日や夜間を含め、24時間365日、精神科救急患者や身体疾患を合併した患者等の状態に応じて適切な医療を提供できる体制の確保するため、釧路・根室第3次医療圏内での連携が必要です。

根室管内では輪番病院が確保できず、釧路管内の当番病院までは距離的に離れているため、円滑な救急患者に係る受入対策が必要です。

身体合併症患者の受け入れや自殺企図者の身体的処置終了後の精神科医による事後対応等、一般救急との連携体制の構築が必要です。

シ 自殺対策

根室管内の保健・医療・福祉・労働・教育等の関係機関と連携し、自殺未遂者への支援や住民に対する啓発を行うなど、自殺対策に社会全体で取り組んでいくことが必要です。

ス 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します。
- ICF（国際生活機能分類）*5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します。
- 地域の保健・医療・福祉・介護の関係機関との連携・協力を行います。

*5 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。

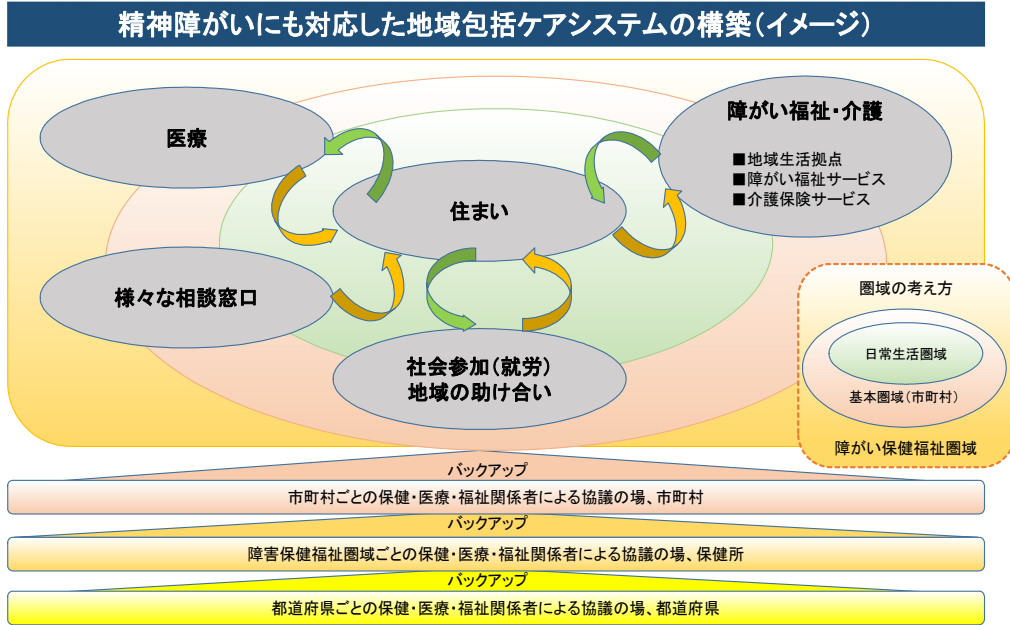
(4) 数値目標等

項目	現 状		令和5年度までの対応
	方針策定時	中間見直し時	
入院後3か月時点での退院率(%)	平成27年度 45.8	平成29年度 73	現状より増加
入院後6か月時点での退院率(%)	平成27年度 66.6	平成29年度 82	現状より増加
入院後1年時点での退院率(%)	平成27年度 87.5	平成29年度 82	現状より増加

*精神保健福祉資料調査

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策

- 一般の医療機関から適切に精神科医療機関につなげるため、医療従事者等を対象とした研修等の情報提供を行います。
- 地域住民や団体等を対象とした適切な精神科医療への正しい知識の普及啓発に努めます。
- 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置します。
また、市町ごとにも設置できるよう広域での調整・支援に努めます。



ア 統合失調症

- 精神科病院に入院している者の退院を促進するため、地域の相談支援事業所や医療機関等と連携し、長期入院患者の地域移行・地域定着の支援を推進します。
- 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等による支援体制の構築を促進します。

イ うつ病・躁うつ病

- うつ病の診療知識の普及や精神科専門医との連携を推進するため、内科医等かかりつけ医の対応力向上のための研修会等の情報を提供します。
- 研修・会議やホームページなどを活用し、住民や保健医療福祉関係者、職域関係者等に対して、うつ病やこころの健康に関する知識の普及啓発に努めます。
- 患者のニーズや病状に応じて、地域の就労支援事業所、障害者就業・生活支援センター等の関係機関と連携・調整を行います。

ウ 認知症

- 早期の診断と専門的な治療につなげるため、内科医等かかりつけ医の認知症に関する研修会等の情報を提供します。
- 地域住民や医療介護関係者等に対して、早期相談に向けた知識の普及啓発を進めます。
- 会議等を活用し認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター及び医療・介護関係機関との連携を促進します。

エ 児童・思春期精神疾患

- 発達障がいの早期発見や適切な成長・発達を促すため、今後とも乳幼児健診について市町からの受診勧奨を徹底します。
- 心の問題の発見後、適切な療育や子育てに対する不安の解消などの支援につなげら

れるよう、発達障がいに関する専門性の向上を図るため、教育や相談支援業務に関わる職員を対象とした研修等の情報を提供します。

- 心の問題を持つ子どもとその家族が身近な地域で適切な医療的相談や診療の支援を受けることができるよう、市町に必要な専門的支援の確保に努めるほか、地域の保健・医療・福祉・教育等の関係機関のネットワークを構築し、連携の促進を図ります。

オ 発達障がい

- 発達障がいの当事者・家族等を適切な支援につなげられるよう、発達障がいに関する専門性の向上を図るため、保健福祉に関わる職員を対象にした研修等の情報を提供します。
- 発達障がいの当事者・家族等が速やかに医療機関を利用できるよう、道のホームページを活用するなど医療機関に関する情報の提供に努めます。
- 発達障がいを持つ者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の確保に努めるほか、地域の保健・医療・福祉・教育等の関係機関のネットワークの充実と、ライフステージに応じた切れ目のない支援のための連携の促進を図ります。

カ 依存症

- 依存症に関する知識を普及し、当事者・家族を地域で支援することができるよう、地域住民に対する啓発や依存症の自助グループや支援者と連携を強化し、依存症支援体制の構築を促進します。
- 「北海道アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、予防及び相談から治療回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備します。

キ 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に、地域の保健・医療・福祉職員等に知識の普及啓発を図ります。
- 保健・医療・福祉の職員等の支援技術育成に向け、精神保健福祉センター等が実施する研修等の情報を提供します。

ク 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窓口の周知を図るとともに、地域において医療関係者等を対象とした研修を実施するなど支援体制の充実を図ります。

ケ 摂食障害

- 保健・医療・福祉・教育関係者に、摂食障害に関する知識の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、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。

コ 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。

サ 精神科救急・身体合併症

- 休日・夜間の緊急の救急医療を要する患者に対応することができるよう、釧路・根室第3次医療圏内での、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の協力体制や救急搬送時における受入のルールづくりについて検討します。

シ 自殺対策

根室管内の保健・医療・福祉・労働・教育等の関係機関から構成される「地域自殺対策推進連絡会議」の構成機関・団体と連携し、地域における人材育成や相談体制の確保等の総合的な自殺対策を推進します。

ス 医療観察法

医療観察法による通院決定、退院決定を受けた方を対象として実施される「地域社会における処遇」において、生活に必要な支援が円滑に提供されるよう、指定通院医療機関、保護観察所、市町及び相談支援機関等の関係機関と連携して取り組みます。

(6) 医療機関等の具体的名称

精神疾患の医療機能を担う医療機関一覧

〔医療機関名公表基準〕

○:各精神疾患に係る医療提供が可能であって、公表に同意を得た医療機関(※精神科救急については、輪番制により休日・夜間の診療体制に参加している医療機関) ※公表していない領域については、随時追加予定

第三次医療圏	第二次医療圏	市町村	医療機関名	統合失調症	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期精神疾患	発達障がい	外傷後ストレス障害	高次脳機能障がい	摂食障害	てんかん	精神科救急・身体合併症	自殺対策
			北海道のホームページで公表しています。											

(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、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。

(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の積極的な参加を勧奨するとともに、薬局において、睡眠改善薬などの市販薬の販売時や相談の機会を通じて、適切な医療が必要と考えられる者に対し、受診勧奨を行うほか、専門医療機関や相談機関の紹介に努めます。
- 向精神薬等の過量服用や薬物依存を未然に防ぐためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬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、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。