

第3章 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

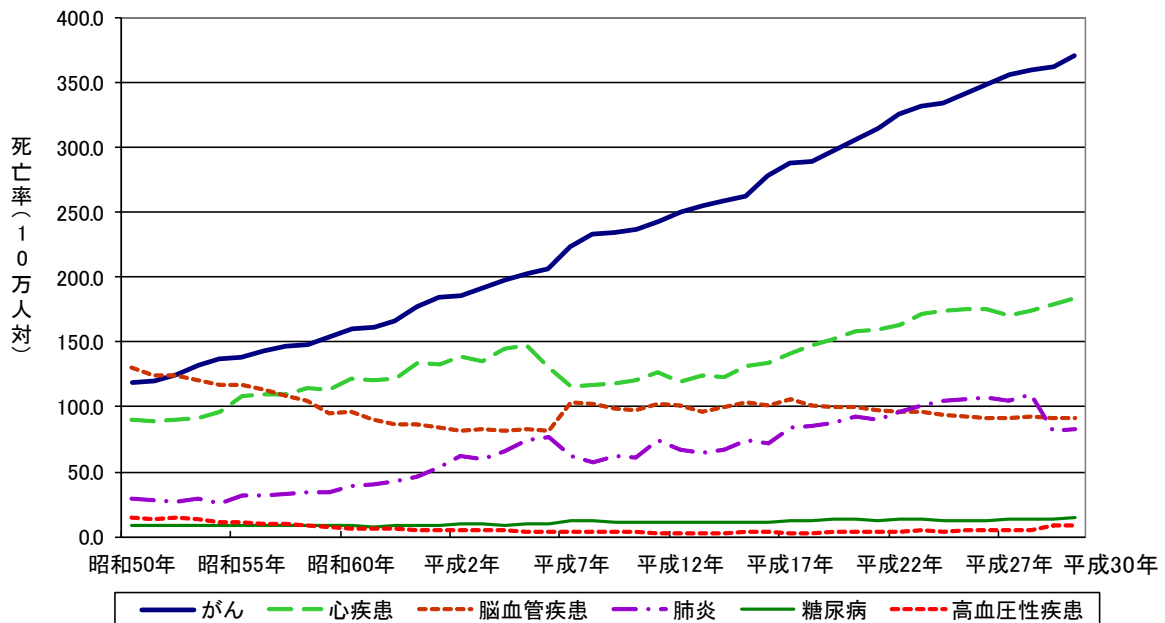
第2節 がんの医療連携体制

1 現状

(1) 死亡の状況

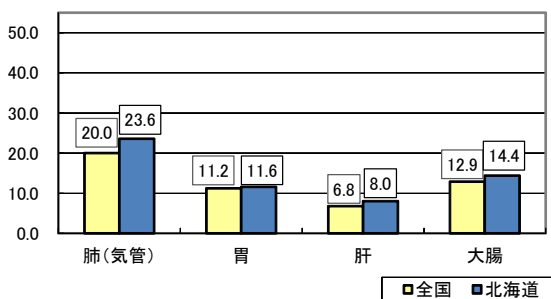
- 本道においては、がんは、昭和52年より死因の第1位であり、平成30年には1万9,442人が死亡しており、死亡者数全体の30.2%を占めています。
- 部位別に見ると、肺がんの死亡者数が4,225人と最も多く、次いで大腸がんが2,618人、胃がんが2,068人となっています。
- 年齢調整死亡率*1（75歳未満）を全国と比較すると、男性は全国の88.6に対し99.8、女性は全国の56.0に対し66.1といずれも全国平均を上回っており、特に、肺がんや乳がんの死亡率が全国平均より高くなっています。
- がんは、加齢により発症リスクが高まりますが、今後ますます高齢化が進行することを踏まえると、その死亡者数は今後とも増加していくことが推測されます。

【死因の推移（全道）】

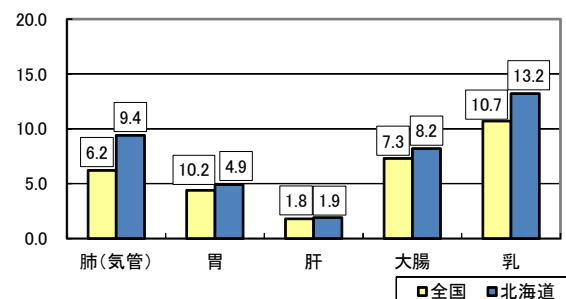


* 厚生労働省「人口動態統計」

【部位別年齢調整死亡率（男性）】



【部位別年齢調整死亡率（女性）】



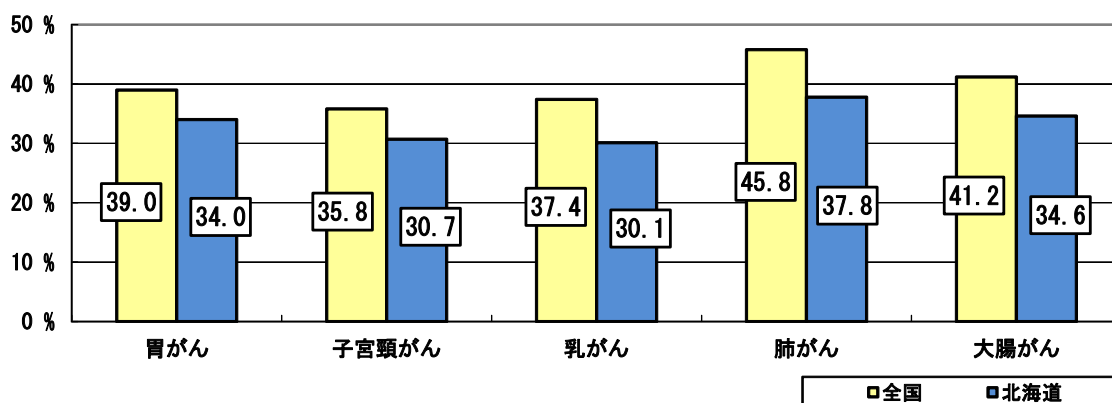
* 厚生労働省「人口動態統計」（平成30年）

* 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。

(2) がんの予防及び早期発見

- がんの原因は、喫煙、食生活及び運動等の生活習慣や肝炎ウイルス等の感染症など様々なものがあり、正しい知識を広めることが重要であることから、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】



* 厚生労働省「国民生活基礎調査」(令和元年)

(3) がん登録

がんの罹患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。

(4) 医療機関への受診状況

- 平成29年の患者調査によると、本道の人口10万人当たりのがんの受療率は、入院では全国100に対し152と高く、外来では全国145に対し137と低くなっています。
- がん患者の平均在院日数は、全国17.1日に対し19.0日となっています。
- 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、全道平均で入院が87.8%、通院が92.2%となっています。
- また、この割合が低い医療圏については、隣接する都市部で入院する率が高くなっています。

(5) 医療の状況

- 肺・胃・肝・大腸・乳がんを中心に、国が指定するがん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院並びに道が指定する北海道がん診療連携指定病院（以下「拠点病院等」という。）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。

- 道内においては、がん診療連携拠点病院が20病院、地域がん診療病院が2病院、北海道がん診療連携指定病院が27病院指定されていますが、21の第二次医療圏のうち、7圏域において未指定となっています。
- 小児・AYA世代*1の患者については、全人的な質の高いがん医療及び支援を受けることができるよう、小児がん拠点病院1病院、小児がん連携病院15病院が、国等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拠点病院1病院、がんゲノム医療拠点病院1病院、がんゲノム医療連携病院5病院（うち2病院は道外のがんゲノム医療中核拠点病院との連携病院）が、国からの指定を受けています。

2 課題

(1) がん死亡者数の減少

がんは、道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。

(2) がんの予防及び早期発見

- 発がんリスクの低減を図るため、全ての道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、本道における喫煙率は、男女とも全国平均より高い状況にあり、喫煙開始年齢の大半が成人に達する前という実態を踏まえ、社会全体で未成年者が喫煙しない環境づくりに努める必要があります。
- また、発がんリスクを軽減するとされている野菜摂取量を増やすなど、食生活の改善に向けた取組を推進する必要があります。
- がん検診の受診率は、胃がんが34.0%、子宮頸がんが30.7%、乳がんが30.1%、大腸がんが34.6%、肺がんが37.8%と全国より低い状況にあることから、受診率のより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。
- また、精度管理については精検受診率やがん発見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。

(3) 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漏れなく収集し、予防・治療等に効果的に活用するため、道民に対する普及啓発を行う必要があります。

(4) 医療機関への受診状況

- がん治療に係る入院期間が全国平均に比べ、長期間になる傾向が見られ、また、自給率*2については、都市部を抱える医療圏と郡部の医療圏との間で開きがあります。
- このため、特に遠隔地から都市部に入院している患者については、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。

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

(5) 医療の状況

- 集学的治療の実施が求められていますが、この中でも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。
- 拠点病院等が未指定となっている7圏域においては、指定要件を満たす医療機関がなく、未指定圏域をカバーする体制を整備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地域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。
- ゲノム医療を必要とするがん患者が、どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を構築し、患者・家族の理解を促し、心情面でのサポートや治療法選択の意思決定支援を可能とする体制を整備する必要があります。

3 必要な医療機能

(医療機関)

- 次に掲げる事項を含め、拠点病院等の医療機関は、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、薬物療法を組み合わせた集学的治療を実施します。
 - ◇ がんと診断された時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、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。
 - ◇ がんと診断された時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、地域連携クリティカルパス等の活用や急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等と連携します。
 - ◇ 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	がん診療連携拠点病院数(か所) *1	20	20	21	現状より増加	厚生労働省がん対策情報 (平成29年・令和2年)	
実施件数等	がん検診受診率(%) *1	胃	35.0	34.0	50.0	現状より増加	平成28年・令和元年 国民生活基礎調査 [厚生労働省]
		肺	36.4	37.8	50.0	現状より増加	平成28年・令和元年 国民生活基礎調査 [厚生労働省]
		大腸	34.1	34.6	50.0	現状より増加	平成28年・令和元年 国民生活基礎調査 [厚生労働省]
		子宮頸	33.3	30.7	50.0	現状より増加	平成28年・令和元年 国民生活基礎調査 [厚生労働省]
		乳	31.2	30.1	50.0	現状より増加	平成28年・令和元年 国民生活基礎調査 [厚生労働省]
		喫煙率(%)*1	24.7	22.6	12.0以下	現状より減少	平成28年・令和元年 国民生活基礎調査 [厚生労働省]
住民の 健康状態等	がんによる75歳未満年 齢調整死亡率(%) *1	男性	111.1	99.8	全国平均 以下	現状より減少 (H27:99.0)	平成27年度・平成30年度 人口動態調査 [厚生労働省]
		女性	68.0	66.1	全国平均 以下	現状より減少 (H27:58.8)	平成27年度・平成30年度 人口動態調査 [厚生労働省]

*1 「北海道がん対策推進計画」に準拠

*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

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。

(1) がん予防の推進

- 健康のために望ましい生活習慣やがんに関する正しい知識を身に付けることができるよう普及啓発を行います。
- 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。
- 受動喫煙*2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。

(2) がんの早期発見

- 道や市町村は、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等を活用した普及啓発を行います。
- 道や市町村は、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を推進するなど、受診率の向上を図ります。
- 道や市町村は、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。

*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。

(3) がん登録の推進

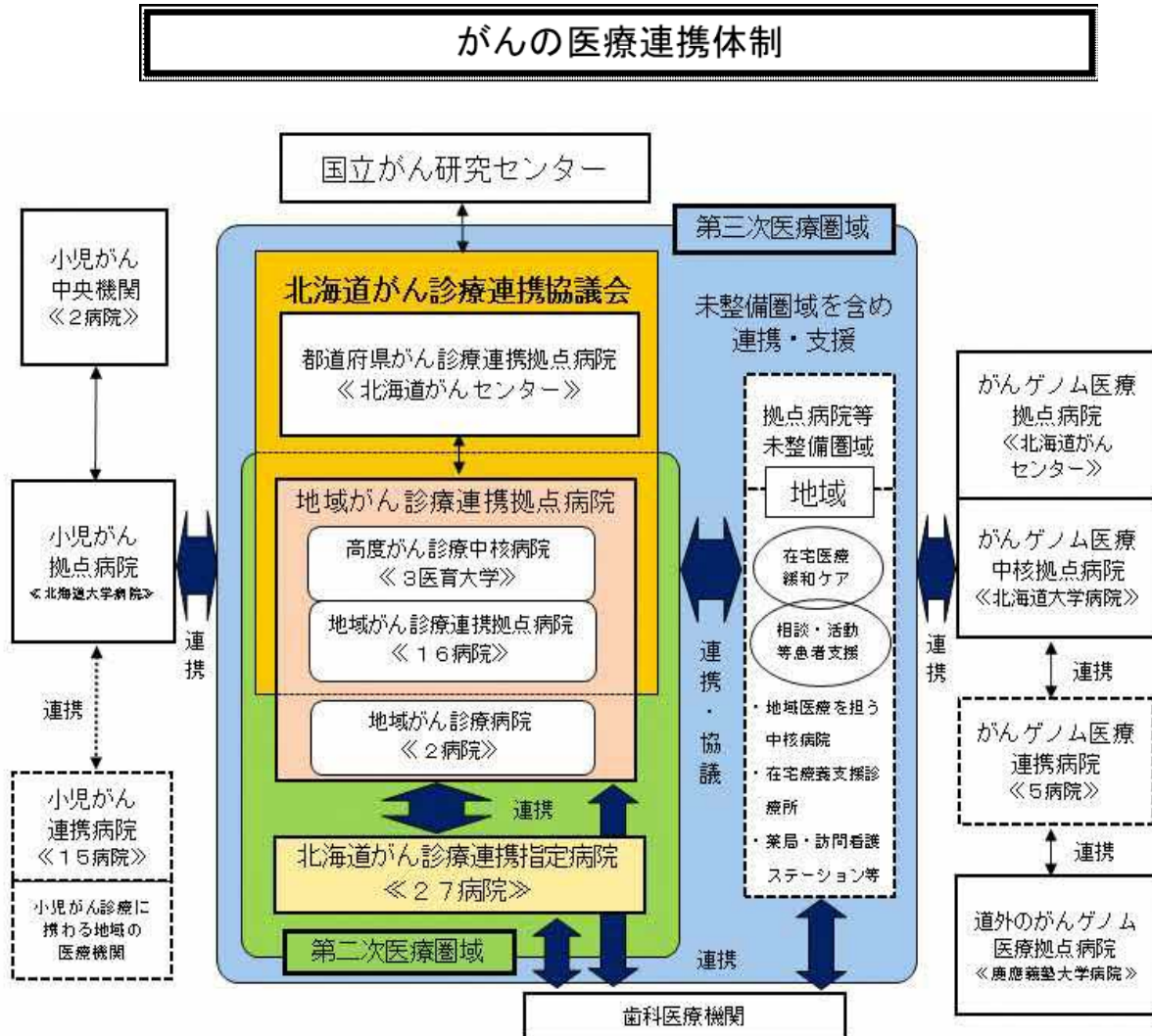
がんの罹患や治療後の経過等に関する情報が予防・治療等に効果的に活用されるよう、道民への普及啓発を行います。

(4) 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を図ります。
- 国が指定する小児がん拠点病院等と地域の医療機関は、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。
- がんと診断された時からの在宅を含む緩和ケアが推進されるよう、道や拠点病院等は、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。
- 道内の医育大学とも連携を図りながら、放射線療法や薬物療法、手術療法などのがん医療を専門的に行う医師等医療従事者の人材育成を促進します。
- がん診療連携拠点病院については、第二次医療圏ごとの整備を目指し、当面整備が困難な医療圏については、地域がん診療病院や北海道がん診療連携指定病院の整備を進めます。なお、未指定圏域においては、がん診療連携拠点病院が地域の中核的な医療機関等と連携を図ります。
- 大学病院は、「北海道高度がん診療中核病院」として、本道における高度先進医療の提供や高度の医療技術の開発及び評価を行うとともに、がん診療連携拠点病院等に対する、放射線療法・薬物療法等の高度のがん医療に関する研修や診療支援を行う医師の派遣に積極的に取り組みます。
- 国が指定するがんゲノム医療中核拠点病院等による、ゲノム医療の連携体制の構築に努めるとともに、がんゲノム情報の取り扱いやがんゲノム医療に関する道民の理解を促進するため、普及啓発に努めます。

6 医療連携圏域の設定

がんの医療連携圏域については、がん診療連携拠点病院による専門的な医療サービスの提供を目指す第二次医療圏単位とします。なお、拠点病院等が未指定となっている7圏域については、14圏域に所在する拠点病院等が、第三次医療圏を基本としてカバーする体制を維持・強化します



7 医療機関等の具体的名称

令和2年4月1日現在

医療圏		がん診療連携拠点病院 地域がん診療病院	北海道がん診療連携指定病院
第三次	第二次		
道南 (4)	南渡島 (4)	市立函館病院 社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院 国立病院機構 函館病院
	南檜山		
	北渡島檜山		
道央 (33)	札幌(21)	◎独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター	KKR札幌医療センター斗南病院
		◆札幌医科大学附属病院	公益社団法人北海道勤労者医療協会 勤医協中央病院
		◆北海道大学病院	社会医療法人 札幌北楡病院
		市立札幌病院	独立行政法人地域医療機能推進機構 北海道病院
		医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院	医療法人彰和会 北海道消化器科病院
		JA北海道厚生連 札幌厚生病院	NTT東日本札幌病院
		KKR札幌医療センター	医療法人為久会 札幌共立五輪橋病院
		社会医療法人 恵佑会札幌病院	医療法人徳洲会 札幌徳洲会病院
			独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター
			北海道旅客鉄道株式会社 JR札幌病院
		医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院	
		独立行政法人地域医療機能推進機構 札幌北辰病院	
		社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院	
	後志(2)	○小樽市立病院	社会福祉法人北海道社会事業協会 小樽病院
	南空知(2)	○独立行政法人労働者健康安全機構 北海道中央労災病院	岩見沢市立総合病院
	中空知(1)	砂川市立病院	
北空知(1)		深川市立病院	
西胆振(4)	社会医療法人母恋 日鋼記念病院	市立室蘭総合病院	
		社会医療法人 製鉄記念室蘭病院	
		伊達赤十字病院	
東胆振(2)	医療法人 王子総合病院	苫小牧市立病院	
日高			
道北 (6)	上川中部(5)	◆旭川医科大学病院	旭川赤十字病院
		JA北海道厚生連旭川厚生病院	独立行政法人国立病院機構 旭川医療センター
		市立旭川病院	
	上川北部(1)		名寄市立総合病院
	富良野 留萌 宗谷		
オホーツク (2)	北網(1)	北見赤十字病院	
	遠紋(1)		JA北海道厚生連 遠軽厚生病院
十勝(2)	十勝(2)	JA北海道厚生連 帯広厚生病院	社会福祉法人北海道社会事業協会 帯広病院
釧路・根室 (2)	釧路(2)	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	
根室			
6圏域	21圏域	22施設	27施設

※ かつこ書きの数字は拠点病院、診療病院及び指定病院の合計数

※ 「◎」は都道府県がん診療連携拠点病院、「◆」北海道高度がん診療中核病院、「○」地域がん診療病院

※ 網掛けの圏域は拠点病院及び指定病院未整備圏域(7圏域)

※ 第8章別表により随時更新

小児がん拠点病院	小児がん連携病院	
	区分	
北海道大学病院	(1)	社会医療法人 札幌北楡病院
		札幌医科大学附属病院
		北海道立子ども総合医療・療育センター
		旭川医科大学病院
	(2)	独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター
	(3)	市立稚内病院
		広域紋別病院
		JA北海道厚生連 網走厚生病院
		市立釧路総合病院
		市立函館病院
		北見赤十字病院
		JA北海道厚生連 帯広厚生病院
		社会福祉法人北海道社会事業協会 帯広病院
	社会医療法人母恋 日鋼記念病院	
社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院		

※小児がん連携病院の区分について、(1)は「地域の小児がん診療を行う連携病院」、(2)は「特定のがん種等についての診療を行う連携病院」、(3)は「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」

がんゲノム医療中核拠点病院	がんゲノム医療連携病院
北海道大学病院	札幌医科大学附属病院
	旭川医科大学病院
	医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院
慶應義塾大学病院	社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院
	社会医療法人 恵佑会札幌病院
がんゲノム医療拠点病院	
独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター	

8 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を図ります。

9 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。

10 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*₁に取り組みます。

*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。

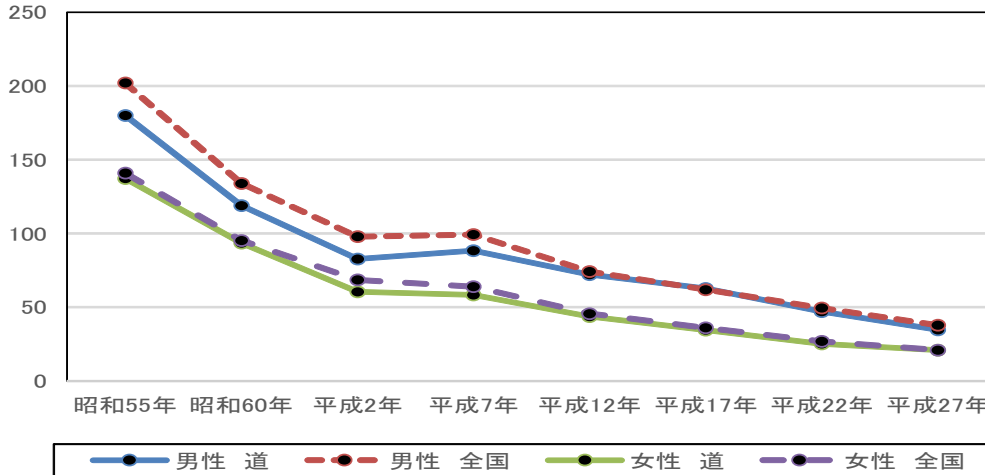
第3節 脳卒中の医療連携体制

1 現状

(1) 死亡の状況

- 北海道では、平成30年に4,786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7.5%（全国7.9%）を占め、死因の第3位となっています。
- その内訳は、脳梗塞57.0%（全国55.8%）、脳出血30.2%（全国30.5%）、くも膜下出血10.9%（全国11.1%）、その他1.9%（全国2.6%）です。^{*1}
- 脳血管疾患の平成27年年齢調整死亡率（人口10万対）は、男女とも減少傾向にあり、男性は34.7（全国37.8）、女性21.0（全国21.0）となっています。^{*2}

【脳血管疾患 年齢調整死亡率（人口10万対）】



	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
男性 道	180.0	118.9	82.7	88.4	72.1	62.7	47.1	34.7
男性 全国	202.0	134.0	97.9	99.3	74.2	61.9	49.5	37.8
女性 道	137.2	93.5	60.4	58.4	43.7	34.6	25.2	21.0
女性 全国	140.9	95.3	68.6	64.0	45.7	36.1	26.9	21.0

* 平成7年の数値の上昇は、死因統計分類の変更による影響

(2) 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し、治療することが重要ですが、平成29年度の本道の特定健康診査の実施率は42.1%で、平成27年度（39.3%）より向上しているものの、全国（53.1%）と比較すると11.0ポイント低い状況です。
- 平成29年度特定健康診査受診者のうち、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者^{*3}の割合は16.0%（全国15.1%）、内臓脂肪症候群予備群^{*4}の割合は、12.0%（全国12.0%）となっています。
BMI値では、男性の肥満（BMI25以上）割合が高くなっています^{*5}。
- また、本道は、脳卒中の危険因子である高血圧有病者の割合が高く^{*5}、喫煙率が男女ともに高い^{*5}状況にあります。

*1 厚生労働省「人口動態統計」（平成30年）

*2 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成27年）

*3 内臓脂肪の蓄積（主に腹囲により測定）に加え、血中脂質、血圧、血糖基準のうち、2つ以上に該当する者。

*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、1つに該当する者。

*5 本書「第2章第3節 住民の健康状況」

(3) 医療機関への受診状況

(患者調査) *1

- 平成29年の脳血管疾患の受療率（人口10万対）は、入院が168（全国115）、外来が58（全国68）であり、全国と比較して入院受療率が1.5倍高い状況にあります。
- また、脳血管疾患患者の平均在院日数は101.1日で、平成26年（123.7日）からやや短くなりましたが、全国（78.2日）との比較では、22.9日長くなっています。
脳梗塞患者の平均在院日数は117.6日で、全国（78.3日）より39.3日長い状況です。

(脳卒中の急性期医療実態調査) *2

脳卒中の発症から専門医療機関到着までの所要時間には「救急要請の有無」が関係しており、「発症から専門医療機関到着」までの所要時間の中央値は、「救急要請が有る場合」で94分、「救急要請が無い場合」は384分となっており、大きな差があります。

(4) 医療機関の状況（北海道医療機能情報システム）*3

(急性期医療を担う医療機関について)

①血液検査及び画像検査、②外科的治療（開頭手術、脳血管手術等）、③t-P Aによる血栓溶解療法の全てが、24時間対応可能である急性期医療を担う公表医療機関は、54か所（輪番制を含む）です。

(回復期医療を担う医療機関について)

脳卒中の回復期リハビリテーションに対応可能な脳血管疾患等リハビリテーション料の保険診療に係る届出医療機関は、197か所です。

(5) 入院自給率について

第二次医療圏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）は10圏域（南檜山、北渡島檜山、後志、南空知、日高、富良野、留萌、宗谷、遠紋、根室）あり、隣接する圏域及び札幌圏に入院している状況です。

*1 厚生労働省「患者調査」（平成29年）

*2 保健福祉部健康安全局調査（平成26年、平成27年）

*3 北海道医療機能情報システム（令和元年4月）

2 課題

(1) 疾病の発症予防

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

(2) 医療連携体制の充実

- 患者の受療動向を踏まえて、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が必要です。
- 急性期から維持期までの病期に応じて、一貫したリハビリテーションが受けられるよう、関係機関の連携体制の充実が必要です。

(3) 在宅療養が可能な体制

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

3 必要な医療機能

(1) 発症予防

(かかりつけ医)

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

(2) 応急手当・病院前救護

(本人及び家族等周囲にいる者)

発症後速やかに救急要請を行います。

(消防機関と急性期医療を担う医療機関の連携)

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

(3) 急性期医療

(急性期医療を担う医療機関)

- 患者の来院後、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-PA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。

(4) 回復期医療

(回復期医療を担う医療機関、リハビリテーションを専門とする医療機関)

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

(5) 維持期医療

(介護老人保健施設、介護保険によるリハビリテーションを担う医療機関等)

- 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）を実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援します。
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の適切な管理を行うとともに、誤嚥性肺炎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-PA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の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	急性期医療を担う医療機関数(か所)	61	54	61	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年4月1日現在 ・令和元年4月1日現在)	
	回復期リハビリテーションが実施可能な医療機関がある第二次医療圏数(医療圏)	21	21	21	現状維持	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年4月1日現在 ・令和元年4月1日現在)	
実施件数等	喫煙率(%) *1	24.7	22.6	12.0	現状より減少	平成28年・令和元年 国民生活基礎調査 [厚生労働省]	
	地域連携クリティカルパスを導入している第二次医療圏数(医療圏)	15	15	21	現状より増加	北海道保健福祉部調査 (平成29年4月1日現在 ・令和元年4月1日現在)	
住民の健康状態等	高血圧有病者の割合(%) (40~74歳) *1	男性	58.6	58.6	40.0	現状より減少	平成28年健康づくり道民調査
		女性	42.1	42.1	30.5	現状より減少	
	在宅等生活の場に復帰した患者の割合(%)	59.2	55.9	61.3	現状より増加	平成26年・平成29年 患者調査(個票)二次医療圏 [厚生労働省]	
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率(%) (人口10万対) *1	男性	34.7	34.7	32.0	現状より減少	平成27年人口動態統計特殊報告 [厚生労働省]
女性		21.0	21.0	20.1			

*1 「北海道健康増進計画」(平成25年度~令和4年度)と調和を図る指標の目標値については、令和5年度も維持・向上とする。

*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

(1) 予防対策の充実

- 道・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。

(2) 医療連携体制の充実

- 発症予防、応急手当・病院前救護、急性期医療、回復期医療、維持期医療の各期における、医療機関及び関係団体の取組を促進します。
- 急性期から回復期、維持期まで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やICTを活用した患者情報共有ネットワーク、保健医療福祉圏域連携推進会議等を活用し、患者の受療動向に応じた連携体制の充実に図ります。

6 医療連携圏域の設定

- 脳卒中の医療連携圏域は、発症後早期に適切な治療を開始することが重要であることから、入院医療サービスの完結を目指す圏域である第二次医療圏とします。
- なお、現状において急性期医療が完結しない医療圏においては、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。

7 医療機関等の具体的名称

(1) 急性期医療

(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、救急当番日の場合を含む）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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（第8章別表参照 * 随時更新）

(2) 回復期医療

(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

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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（第8章別表参照 * 随時更新）

8 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。

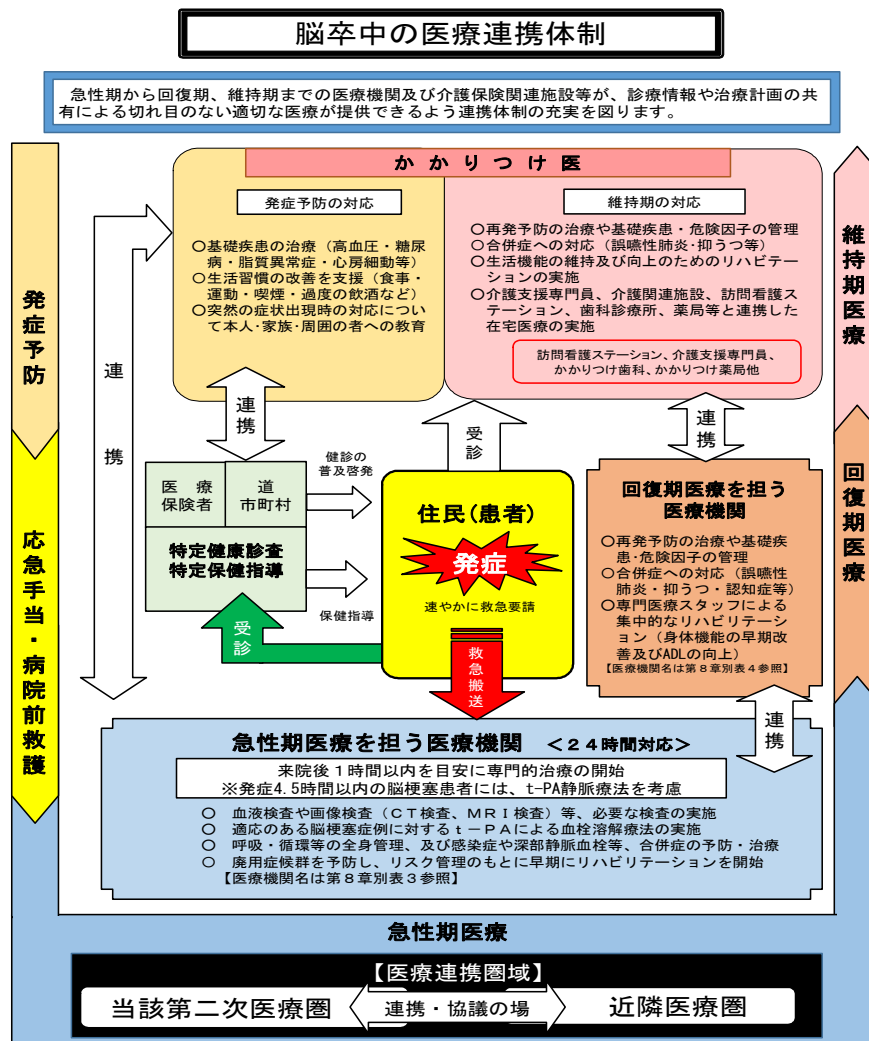
脳卒中発症者における誤嚥性肺炎等を予防するため、病院歯科を含む地域の歯科医療機関が、多職種によるケアカンファレンス等を活用し、急性期等の入院期間から在宅療養に至るまでの適切な歯科治療、専門的口腔ケア及び口腔機能訓練の提供に努めます。

9 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。

10 訪問看護ステーションの役割

- 脳卒中患者が在宅生活に移行するに当たっては、病院看護師等の医療機関のスタッフと訪問看護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。



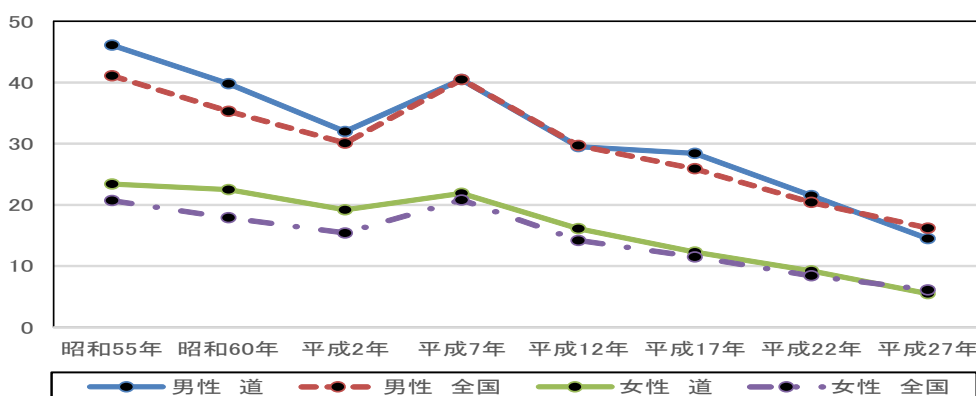
第4節 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

1 現状

(1) 死亡の状況

- 北海道では、平成30年に9,680人が心疾患を原因として死亡しており、死亡数全体の15.1%（全国15.3%）を占め、死因の第2位となっています。
- その内訳は、多い順から、心不全46.3%（全国40.0%）、不整脈及び伝導障害14.6%（全国14.8%）、急性心筋梗塞13.8%（全国16.1%）です。^{*1}
- 本道の平成27年年齢調整死亡率（人口10万対）は、心疾患では男性64.4（全国65.4）、女性34.5（全国34.2）となっており、急性心筋梗塞では、男性14.5（全国16.2）、女性5.5（全国6.1）となっています。^{*2}
 一方、心不全は男性61.1（全国44.2）、女性88.4（全国69.8）で男女ともに全国より高くなっています。

【急性心筋梗塞 年齢調整死亡率（人口10万対）】



	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
男性 道	46.1	39.8	32.0	40.5	29.5	28.4	21.5	14.5
男性 全国	41.1	35.3	30.1	40.5	29.7	25.9	20.4	16.2
女性 道	23.4	22.5	19.2	21.9	16.1	12.3	9.2	5.5
女性 全国	20.7	17.9	15.4	20.8	14.2	11.5	8.4	6.1

* 平成7年の数値の上昇は、死因統計分類の変更

(2) 健康診断の受診状況

- 急性心筋梗塞の発症を予防するためには、定期的な健診の受診により高血圧、脂質異常症、糖尿病等の危険因子を早期に発見し、治療することが重要ですが、平成29年度の本道の特定健康診査の実施率は42.1%で、平成27年度（39.3%）より向上しているものの、全国（53.1%）と比較すると11.0ポイント低い状況です。
- 平成29年度特定健康診査受診者のうち、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者^{*3}の割合は16.0%（全国15.1%）、内臓脂肪症候群予備群^{*4}の割合は、12.0%（全国12.0%）であり、全国とほぼ同じ傾向となっています。^{*5}
- また、本道は、心血管疾患の危険因子である高血圧有病者の割合が高く^{*5}、喫煙率が男女ともに高い^{*5}状況にあります。

*1 厚生労働省「人口動態統計」（平成30年）

*2 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成27年）

*3 内臓脂肪の蓄積（主に腹囲により測定）に加え、血中脂質、血圧、血糖基準のうち、2つ以上に該当する者。

*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、1つに該当する者。

*5 本書「第2章第3節 住民の健康状況」

(3) 医療機関への受診状況

(患者調査) *1

- 平成29年の心疾患の受療率（人口10万対）は、入院が97（全国50）、外来が134（全国106）であり、全国と比較して入院受療率が1.9倍高い状況にあります。
- また、心疾患患者の平均在院日数は17.7日で、平成26年（23.2日）から短縮で推移しています。全国（19.3日）との比較では、1.6日短くなっています。

(急性心筋梗塞の急性期医療実態調査) *2

急性心筋梗塞の発症から専門医療機関到着までの所要時間には「救急要請の有無」が関係しており、「発症から専門医療機関到着」までの所要時間の中央値は、「救急要請が有る場合」で92分、「救急要請が無い場合」で329分となっており、大きな差があります。

(4) 救命処置の状況

道内で、一般市民により心肺停止が目撃された心原性的心肺停止症例1,039件のうち、「一般市民による除細動」の実施は74件（7.1%）で、平成27年の78件（8.1%）より1.0ポイント減少しており、全国（7.8%）よりもやや低くなっています。*3

(5) 医療機関の状況（北海道医療機能情報公表システム）*4

(急性期医療を担う病院について)

- ①放射線等機器検査、②臨床検査、③経皮的冠動脈形成術の全てが、24時間対応可能である急性期医療を担う公表医療機関は、65か所（輪番制を含む）となっています。
- 冠疾患専用集中治療室（CCU）を有する病院は、全道で28か所です。

(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（平成31年3月31日現在）は、全道76か所（第二次医療圏では13圏域）であり、内訳は札幌圏36か所、南渡島圏、上川中部圏が各々8か所、北網圏6か所、十勝圏4か所、西胆振圏3か所、後志圏、南空知圏、東胆振圏、釧路圏が各々2か所、中空知圏、上川北部圏、遠紋圏が各々1か所となっています。
- 未整備の圏域は8圏域（南檜山、北渡島檜山、北空知、日高、富良野、留萌、宗谷、根室）となっています。*5

(6) 入院自給率について

第二次医療圏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）は11圏域（南檜山、北渡島檜山、後志、南空知、北空知、日高、富良野、留萌、宗谷、遠紋、根室）で、隣接する圏域及び札幌圏に入院している状況です。

*1 厚生労働省「患者調査」（平成29年）

*2 保健福祉部健康安全局調査（平成26年、平成27年）

*3 総務省消防庁「救急・救助の現況」（平成30年）

*4 北海道医療機能情報公表システム（令和2年8月現在）

*5 厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成31年3月31日）

2 課題

(疾病の発症予防)

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

(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。

(再発予防)

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

3 必要な医療機能

(1) 発症予防

(かかりつけ医)

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

(2) 応急手当・病院前救護

(本人及び家族等周囲にいる者)

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

(消防機関と急性期医療を担う医療機関の連携)

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

(3) 急性期医療

(救命救急センター及びCCUを有する医療機関、急性期医療を担う医療機関)

- 来院後、速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始します。
- 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる者の初期治療に必要な検査及び処置、専門的な診療について、24時間対応可能な体制を維持します。
- 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理やポンプ失調などの合併症治療を行います。
- 冠動脈バイパス術等の外科的治療が可能、又は外科的治療が可能な施設との連携体制の構築を図ります。

- 慢性心不全の急性増悪時に、状態の安定化に必要な内科的治療を行います。
- 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を予防し、多職種による多面的・包括的な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。

(4) 回復期医療

(内科、循環器科または心臓血管外科を有する病院・診療所)

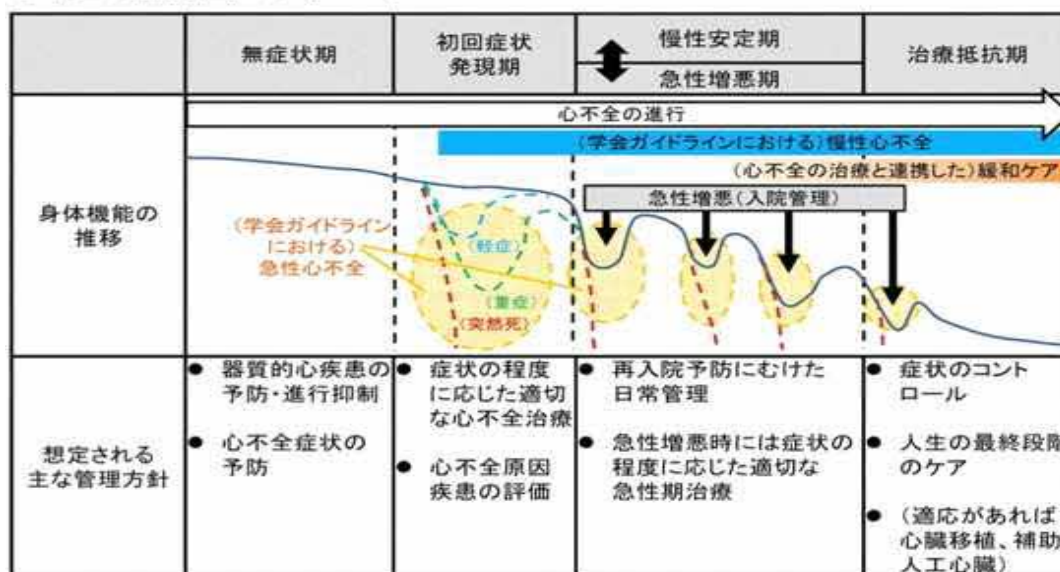
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等への対応などを行います。
- 入院又は通院により、合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施します。
- 再発予防に必要な知識や再発時の対応法について、患者及び家族への教育を実施します。
- 救急処置が可能な医療機関と連携し、合併症併発時や再発時などの緊急時に対応できる医療体制を維持します。
- 急性期及び在宅医療を担う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携を図ります。

(5) 維持期医療

(かかりつけ医)

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態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。

心不全の臨床経過のイメージ



* 厚生労働省「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」(平成29年7月)

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	急性期医療を担う医療機関数(か所)	67	58	67	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年4月1日現在 ・令和元年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がある第二次医療圏数(医療圏)	13	13	21	現状より増加	診療報酬施設基準 [厚生労働省] (平成28年3月1日現在 ・令和元年3月1日現在)
実施件数等	喫煙率(%) *1	24.7	22.6	12.0	現状より減少	平成28年・令和元年 国民生活基礎調査 [厚生労働省]
	地域連携クリティカルパスを導入している第二次医療圏数(医療圏)	12	12	21	現状より増加	北海道保健福祉部調査 (平成29年4月1日現在 ・令和元年4月1日現在)
住民の健康状態等	高血圧有病者の割合(%) (40~74歳) *1	男性	58.6	58.6	現状より減少	平成28年健康づくり道民調査
		女性	42.1	42.1		
	急性心筋梗塞年齢調整死亡率(%) (人口10万対) *1	男性	14.5	14.5	現状より減少	平成27年人口動態統計特殊報告 [厚生労働省]
		女性	5.5	5.5		

*1 「北海道健康増進計画」(平成25年度~令和4年度)と調和を図る指標の目標値については、令和5年度も維持・向上とする。

*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の必要な施策

(1) 予防対策の充実

- 道・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。
- 高血圧や脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、喫煙習慣がある者への支援を早期に開始し、心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防に努めます。
- 施設内禁煙等の環境づくりを推進し、受動喫煙防止に努めます。

(2) 医療連携体制の充実

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

(3) 疾病管理・再発予防

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

6 医療連携圏域の設定

- 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携圏域は、発症後早期に適切な治療を開始することが重要であることから、入院医療サービスの完結を目指す圏域である第二次医療圏とします。
- なお、現状において急性期医療が完結しない医療圏においては、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。

7 医療機関等の具体的名称

(急性期医療を担う医療機関の公表基準)

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

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

(医療機関名)

上記の公表基準を満たした医療機関（第8章別表参照 * 随時更新）

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、誤嚥性肺炎ごえん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、在宅療養で必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

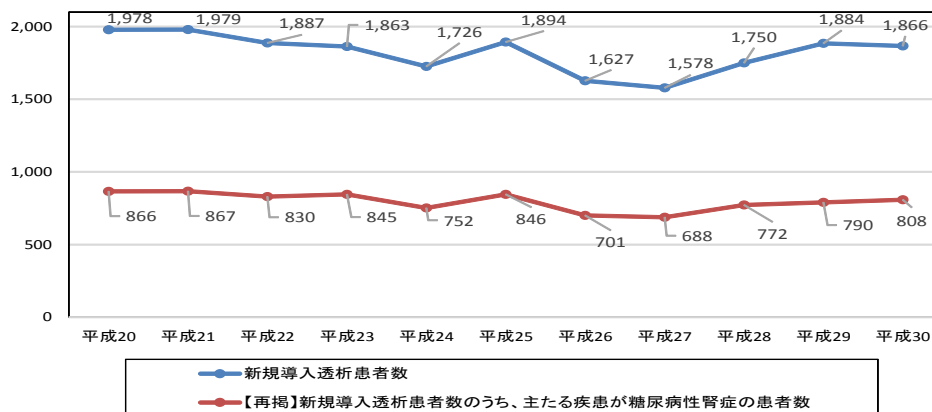
第5節 糖尿病の医療連携体制

1 現状

(1) 罹患・死亡の状況

- 北海道では、平成30年に759人が糖尿病を原因として死亡しており、死亡数全体の1.2%（全国1.0%）を占めています。^{*1}
- 糖尿病の平成27年年齢調整死亡率（人口10万対）は、男女ともに全国値よりやや高く、男性は5.8（全国5.5）、女性は3.2（全国2.5）となっています。^{*2}
- 糖尿病性腎症による新規導入透析患者数（平成30年）は808人で、新規導入透析患者数の43.3%（全国42.3%）を占めています。
また、糖尿病性腎症の年末透析患者数（平成30年）は6,156人で、年末透析患者数全体の40.4%を占めており、全国（39.0%）と同様に増加しています。^{*3}

【新規導入透析患者数の推移（全道）】



(2) 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、平成29年度の本道の特定健康診査の実施率は42.1%で、平成27年度（39.3%）より向上しているものの、全国（53.1%）と比較すると、11.0ポイント低い状況です。
- また、平成29年度の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16.0%（全国15.1%）、内臓脂肪症候群予備群^{*5}の割合は12.0%（全国12.0%）となっています。
BMI値では、男性の肥満（BMI25以上）割合が多くなっています^{*6}。
- 平成28年度特定健診結果のHbA1c値^{*7}を男女別に見ると、「6.5%以上（受診勧奨判定値）」該当者は、男性は3万3,521人（9.0%）、女性は1万3,762人（4.1%）であり、「5.6%以上6.5%未満（保健指導判定値）」該当者は、男性は13万3,320人（35.8%）、女性は12万2,229人（36.2%）でした。^{*8} 健診受診者の約4割が、医療や保健指導を要する状態であると判定されています。

*1 厚生労働省「人口動態統計」（平成30年）

*2 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成27年）

*3 社団法人日本透析医学会/統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」（平成30年）

*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、2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、1つに該当する者。

*6 本書「第2章第3節 住民の健康状況」

*7 HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）（NGSP値）：過去1～3ヶ月の血糖値を反映した血糖値のコントロール指標。

*8 厚生労働省「第4回NDBオープンデータ」（令和元年）

(3) 医療機関への受診状況

(患者調査) *1

- 平成29年の糖尿病の受療率（人口10万人対）は、入院が26（全国15）、外来が191（全国177）であり、全国と比較して入院受療率が1.7倍高い状況にあります。
- また、糖尿病患者の平均在院日数は31.4日で全国（33.3日）より1.9日短くなっています。

(4) 医療機関の状況

(糖尿病医療機能を担う公表医療機関について)

- 「インスリン療法を行うことができる」、「糖尿病患者教育（食事療法・運動療法・自己血糖測定）を行うことができる」、「糖尿病による合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができる」のいずれかに該当する公表医療機関は、996か所です。
- 「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、158か所です。
- 公表医療機関を対象とした調査で回答のあった医療機関1,073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216か所（病院177か所、診療所39か所）です。*2

(5) 入院自給率

- 第二次医療圏域内で糖尿病の入院医療が完結できていない圏域（入院自給率80%未満）は、12圏域（南檜山、北渡島檜山、後志、南空知、北空知、日高、上川北部、富良野、留萌、宗谷、遠紋、根室）となっています。
- 糖尿病性腎症を含む人工透析治療（血液透析）については、21圏域全てにおいて、おおむね完結できている状況です。

2 課題

(1) 予防対策の充実

- 糖尿病は自覚症状がなく進行する病気であることから、定期的な健診受診が必要であることを広く道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。

(2) 医療連携体制の充実

- 未治療者への受診勧奨や糖尿病患者の疾病管理、合併症予防を推進できるよう、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。

*1 厚生労働省「患者調査」（平成29年）

*2 糖尿病治療における地域医療連携状況調査（平成29年）

3 必要な医療機能

(1) 発症予防

(かかりつけ医)

高血糖、脂質異常症、高血圧、肥満等の危険因子の管理を行います。

(2) 初期・安定期治療

(糖尿病の診断及び生活習慣の改善、良好な血糖コントロールを目指した治療)

- 75gOGTT*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コントロールを行います。
- シックデイ*₂や低血糖時の対応について事前に十分な指導を行います。
- 訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局、介護支援専門員等と連携した在宅医療を行います。

(3) 専門治療

(血糖コントロール不可例の治療、職種連携によるチーム医療の実施)

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

(4) 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。

(5) 慢性合併症治療

(慢性合併症治療を担う専門医療機関)

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

(6) 医療機能が異なる医療機関との連携や地域との連携

(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。

* 1 75gOGTT (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。

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	特定健診受診率(%)	39.3	42.1	70.0	現状より増加	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ (平成27年・平成29年) [厚生労働省]	
	特定保健指導実施率(%)	13.5	15.5	45.0	現状より増加		
実施件数等	糖尿病治療継続者の割合(20歳以上)(%) *1	59.8	59.8	64.0	現状より増加	平成28年健康づくり道民調査	
	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)	373	456	485	現状より増加	北海道保健福祉部調査 (平成29年4月1日現在 ・令和元年4月1日現在)	
住民の健康状態等	HbA1c値が6.5%以上の者の割合(%) (40~74歳)	男性	8.5	9.0	8.0	現状より減少	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ (平成26年・平成28年) [厚生労働省]
		女性	3.8	4.1	3.3		
	糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数(人) *1	688	808	660	現状より減少	日本透析医学会調べ「わが国の慢性透析療法の現況」 (平成27年度・平成30年度)	

*1 「北海道健康増進計画」(平成25年度～令和4年度)と調和を図る指標の目標値については、令和5年度も維持・向上とする。

*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

(1) 予防対策の充実

- 道・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、医療保険者等と連携して特定保健指導を実施し、生活習慣の改善が図られるよう支援します。

(2) 医療連携体制の充実

- 発症予防、初期・安定期治療、専門治療、急性期合併症治療、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。
- 道、市町村及び医療保険者、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やICTを活用した患者情報共有ネットワーク、保健医療福祉圏域連携推進会議等を活用し、患者の受療動向に応じた連携体制の充実に努めます。

6 医療連携圏域の設定

- 糖尿病の医療連携圏域は、疾病管理や合併症予防については、かかりつけ医や専門医等の連携が重要であることから、入院医療サービスの完結を目指す圏域である第二次医療圏とします。
- なお、現状において専門治療や慢性合併症治療が完結しない医療圏においては、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。

7 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

(医療機関名)

上記に定める公表基準を満たした医療機関（第8章別表参照 * 随時更新）

8 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。

9 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。

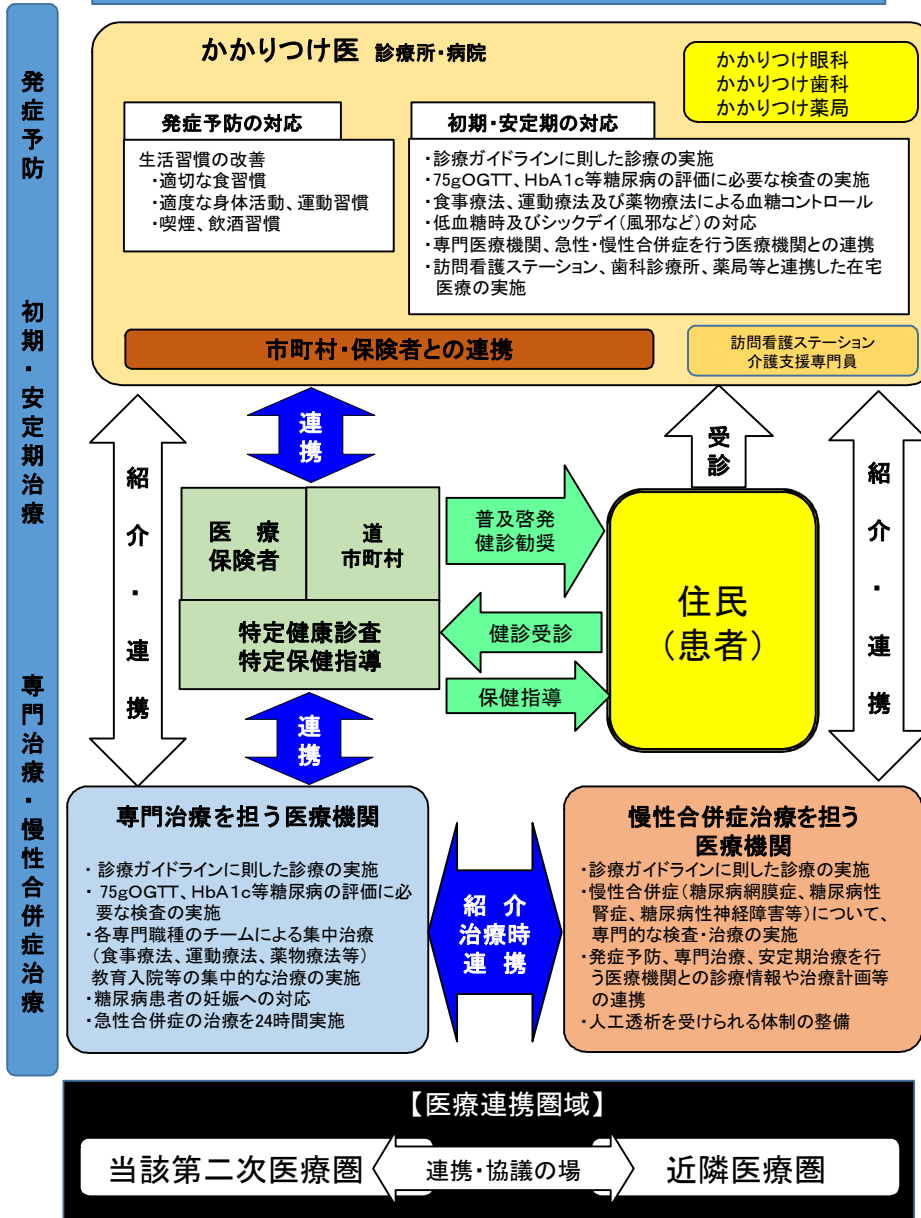
- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護ステーション等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導等を行うとともに、在宅医療に必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

10 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。

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。



第6節 精神疾患の医療連携体制

1 現 状

- 北海道における精神疾患の総患者数は、17万1,000人と推計されています。

* 厚生労働省「患者調査（平成29年）」による「Ⅴ精神及び行動の障害」の総患者数から、「知的障害<精神遅滞>」の総患者数を引き、「アルツハイマー病」「てんかん」の総患者数を加えたもの。

- 主な疾患別では、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」や「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の総患者数が多い状況です。

【精神疾患の総患者数】

（単位：千人）

傷病分類	平成29年
Ⅴ 精神及び行動の障害	142
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	38
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	43
血管性及び詳細不明の認知症	5
アルコール使用（飲酒）による精神及び行動の障害	2
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	31
その他の精神及び行動の障害	24

傷病分類	平成29年
Ⅵ 神経性の疾患	—
アルツハイマー病	19
てんかん	12

* 厚生労働省「患者調査」

病院及び診療所を利用する患者について、その傷病の状況等の実態を明らかにし、医療行政の基礎資料を得る目的で実施される調査。

患者調査における総患者数は、層化無作為抽出された医療施設を調査日当日（10月中旬の特定の1日）に受療した患者数及び平均診療間隔（前回診療日から30日以内に受診した患者のデータのみを利用し推計）を用いて算定した推計値である。

- 道内の精神科を標ぼうする病院・診療所数は361か所となっており、そのうち約7割が道央第三次医療圏に所在しているなど、医療資源に地域偏在が見られます。

第三次医療圏	第二次医療圏	精神科を標ぼうする 病院数	精神科を標ぼうする 診療所数
道南	南渡島	9	17
	南檜山	1	0
	北渡島檜山	2	0
道央	札幌	63	111
	後志	10	6
	南空知	8	5
	中空知	8	3
	北空知	3	0
	西胆振	8	7
	東胆振	4	6
	日高	2	7
道北	上川中部	11	9
	上川北部	2	1
	富良野	1	0
	留萌	3	1
	宗谷	2	1
オホーツク	北網	8	3
	遠紋	3	1
十勝	十勝	8	10
釧路・根室	釧路	7	6
	根室	4	0
合 計		167	194

* 北海道保健福祉部「医療機関名簿」（令和2年4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などから、精神科医療機関への早期のアクセスが難しい傾向にあります。
- 住民からの「精神保健福祉相談」の実施状況を相談機関別に見ると、保健所に比べ、より身近な市町村で相談を受ける者の割合が高くなっています。
- 本道においては、医療資源の地域偏在や広域かつ積雪寒冷といった特性により定期的な通院が困難な場合が見られます。
- 精神科訪問看護は、87か所の病院・診療所で提供されており、人口10万人当たりの施設数は全国平均を上回っています。第二次医療圏ごとに見ると、21圏域のうち16圏域において提供されています。

【精神科訪問看護を提供する病院・診療所数(平成29年)】

区分	北海道	人口10万人当たりの施設数	
		北海道	全国
精神科訪問看護を提供する病院数	67	1.26	0.66
精神科訪問看護を提供する診療所数	20	0.38	0.36

* 厚生労働省「医療施設調査」

- 精神科訪問看護を実施した訪問看護ステーション数*は、令和元年6月には167か所であり、近年増加傾向にあります。

* 厚生労働省「精神保健福祉資料」 令和元年6月中に精神科訪問看護基本療養費を算定した施設数

- 道が実施した「北海道在院患者調査」によると、地域移行・地域定着が進まない要因として「退院後の住居の確保」、「家族の協力が得られない」等が挙げられています。
- 「1年未満入院者の平均退院率」については全国平均の71.2%に対し、北海道は72.1%と若干上回っており、「退院患者平均在院日数」については全国平均の277.1日に対し、北海道は228.2日と短くなっています。

区分	全国平均	北海道
1年未満入院者の平均退院率(平成28年)	71.2%	72.1%
退院患者平均在院日数(平成29年)	277.1日	228.2日

* 1年未満入院者の平均退院率：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】

- 抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導）の実施医療機関は、北海道厚生局における施設基準等届出受理数によると、令和2年8月1日現在で道内34か所となっています。
- また、閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法（mECT）を実施した病院数（統合失調症に限らない。）は、平成29年度精神保健福祉資料によると29か所となっています。

【うつ病・躁うつ病】

- うつ病は身体症状が出ることも多く、精神科を受診する前に内科等のかかりつけ医を受診していることが多くなっています。
- 薬物療法や作業療法と並ぶ治療法の一つである認知行動療法の実施医療機関は、北海道厚生局における施設基準等届出受理数によると、令和2年8月1日現在で道内53か所となっています。
- また、mECTを実施した病院数（うつ病・躁うつ病に限らない。）は、平成29年度精神保健福祉資料によると29か所となっています。

【認知症】

- 高齢者の増加に伴い、認知症の患者も増加傾向にあり、「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）」では、令和7年に全国で700万人、約5人に1人が認知症になると推計されています。
これを道内の高齢者人口に当てはめた場合、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる令和7年には33万4,000人になると推計されます。
- 本人に病識がないことや家族等周囲の者の理解不足などにより、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。
- 本道においては、高齢化率が全国平均を上回っていることや高齢者の単身世帯、高齢者のみの夫婦世帯の割合が全国平均より高いなどの特徴があります。また、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想定されます。

- 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」を「認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）」に基づき二次医療圏域ごとに1カ所以上設置し、早期診断や地域の介護関係機関等との連携を推進しています。

【児童・思春期精神疾患】

- 道では、児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された精神病床を持つ病院が存在しないなど、子どもの心の診療を担う医師や医療機関が限られており、心の問題を持つ子どもとその家族が身近な地域で専門的診療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。

【発達障がい】

- 発達障がいは、早期に療育を開始し、基本的な生活習慣の習得等に配慮する必要があるが、成人期になってから発達障がいがあると診断された人については、児童・思春期に必要な療育や支援を受けた経験がない、あるいはこれまでに適切な医療にアクセスできていないといったことから、対人関係の問題など日常生活及び社会生活を送る上で困難を抱えている場合があります。
- 日常生活や職業での困難が発達障がいによるものであると気付かれず、必要な福祉支援や医療支援を受けられずにいる場合が少なくありません。
- 国の報告によると、発達障がいの診断に係る初診待機が長期化しているとの指摘があり、本道においても初診待機が生じている医療機関があります。

【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。

【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、持続的な重い精神的後遺症が残ることもあります。

【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。

【摂食障害】

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

【てんかん】

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

【精神科救急・身体合併症】

- 令和元年度において、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者は2,303人、入院した者は903人となっています。
- 道央圏については、夜間・休日等の診療時間外に、緊急な医療を必要とする精神障がい者の搬送先となる医療機関との連絡調整を行う精神科救急情報センターが札幌市に設置されています。
- 輪番病院や身体合併症に対応可能な施設が偏在しており、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。

【自殺対策】

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

【人口10万人当たりの自殺死亡率】

(単位：人)

区分	全国平均	北海道
自殺死亡率	16.1	17.2

* 厚生労働省「人口動態調査」(平成30年)

【災害精神医療】

- 道では、災害等が発生した場合に、被災地域からの要請などに基づき、災害派遣精神医療チーム(DPAT)を派遣し、精神保健活動の支援等を行っており、令和元年には、DPATの円滑な活動等に資するため、北海道DPAT活動マニュアルを策定しました。
- 被災した都道府県等において、発災からおおむね48時間以内に活動できる「DPAT先遣隊」の整備に向けた準備を進めています。

【医療観察法における対象者への医療】

- 心神喪失者等医療観察法*1による入院処遇とされた者の治療を行う「指定入院医療機関」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者が必要な医療を受ける「指定通院医療機関」のある第二次医療圏は17圏域にとどまっています。

*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者への受診勧奨等の取組が必要です。
- 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*1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。
- 精神科医療を必要としている者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、当事者・家族が安心して生活が送れるよう、医療機関と地域の相談支援事業所や障害福祉サービス事業所等が連携した地域定着への支援が必要です。
- 日中活動の場や退院後の住まいなど生活の場の確保、復職・就職への支援など、社会復帰へ向けた環境整備が必要です。

【統合失調症】

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

【うつ病・躁うつ病】

- 内科等のかかりつけ医や産業医との連携を推進し、精神科医療へのアクセスを促す取組が必要です。
- 患者のニーズや病状に応じて、地域の就労支援事業所、障害者就業・生活支援センター等の関係機関と連携した就労支援・復職支援の取組が必要です。また、事業主を始めとした職域関係者に対し、うつ病の正しい知識の普及を図っていくことが必要です。

*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。

【認知症】

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

【児童・思春期精神疾患】

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

【発達障がい】

- 発達障がいの特性等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・教育関係者等に対する学習機会の確保が必要です。
- 発達障がいがある人については、児童・思春期から成年期にかけて、ライフステージに沿って、地域の保健、医療、福祉、教育等の関係機関が連携を図り、切れ目のない一貫した支援を提供する体制の構築を図ることが必要です。
- 発達障がいを背景とする不安障害等の二次障がいを防ぐためにも、的確な早期診断と適切な療育的支援、医療的支援が必要です。

【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につなげるなどの取組が必要です。
- アルコール依存症については、治療を行う医療機関と内科等のかかりつけ医や産業医等の連携が十分でないため、重症化してから治療につながる傾向もあり、医療機関や関係機関との連携強化が必要です。
- ギャンブル等依存症については、治療を専門に行う医療機関の整備と医療従事者の養成のほか、道の調査ではアルコール依存などの精神障がいを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。

【PTSD】

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

【高次脳機能障がい】

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

【摂食障害】

プライマリケアを担う医療機関、小児科医、内科医等への摂食障害に関する普及啓発を進め、早期発見、適切な治療につなげることが必要です。

【てんかん】

- てんかん専門医の下での高度な医療が必要な患者については、道内では専門医の偏在により、十分な医療が受けられない状況もあるため、てんかん診療拠点機関を中心とした地域での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。

【精神科救急・身体合併症】

- 休日や夜間を含め、24時間365日、精神科救急患者や身体疾患を合併した患者等の状態に応じて適切な医療を提供できる体制の確保が必要です。
- 精神科救急輪番体制の確保に当たっては、人口が多い都市部の輪番病院における空床確保方策のほか、当該第二次医療圏内に輪番病院が確保できず、当番病院まで距離的に離れている地域など、医療資源の少ない地域での円滑な救急患者受入に係る対応策の検討が必要です。
- 身体合併症患者の受け入れや自殺企図者の身体的処置終了後の精神科医による事後対応、精神科と一般科が連携した並列モデルによる受入体制等、一般救急との連携体制の構築が必要です。

【自殺対策】

- 地域における自殺予防対策の推進に当たっては、自殺対策の専門的支援に係る地域の相談支援体制を整備し、必要に応じて適切な医療につなげるなどの取組が必要です。
- 医療機関と保健所・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、地域間の取組の格差を是正する取組など、自殺対策に社会全体で取り組んでいくことが必要です。

【災害精神医療】

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

【医療観察法】

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

3 必要な医療機能

【地域精神科医療提供機能】

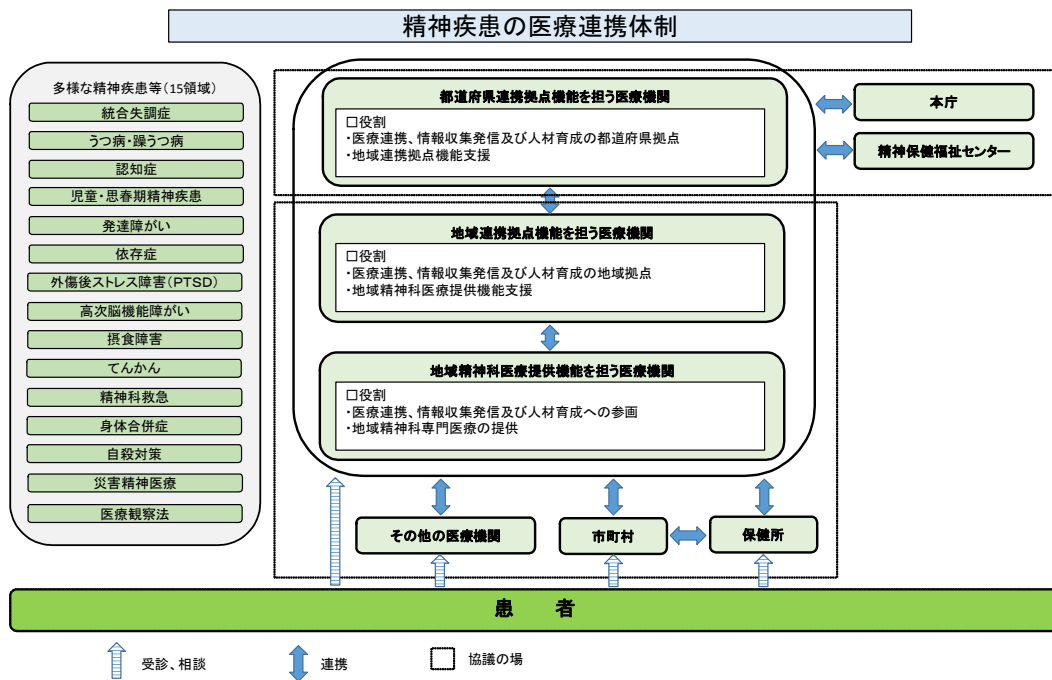
- 患者本位の精神科医療を提供すること
- ICF（国際生活機能分類）*1の基本的な考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- 地域の保健・医療・福祉・介護の関係機関との連携・協力を行うこと

【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体の動きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される。

4 数値目標等

指標区分	指標名(単位)	現状値		目標値 (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	18	22	30	現状より増加	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(%)	59.4	—	69.0	現状より増加	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(%)	79.3	—	86.0	現状より増加	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(%)	87.2	—	92.0	現状より増加	厚生労働省 精神保健福祉資料 (平成27年度)
	精神病床から退院後の1年以内の 地域における平均生活日数(地域 平均生活日数)(日)	—	316	316	現状維持以上	令和元年度厚生労働科学研究費 補助金「地域の実情に応じた医療 提供体制の構築を推進するための 政策研究」(平成28年)

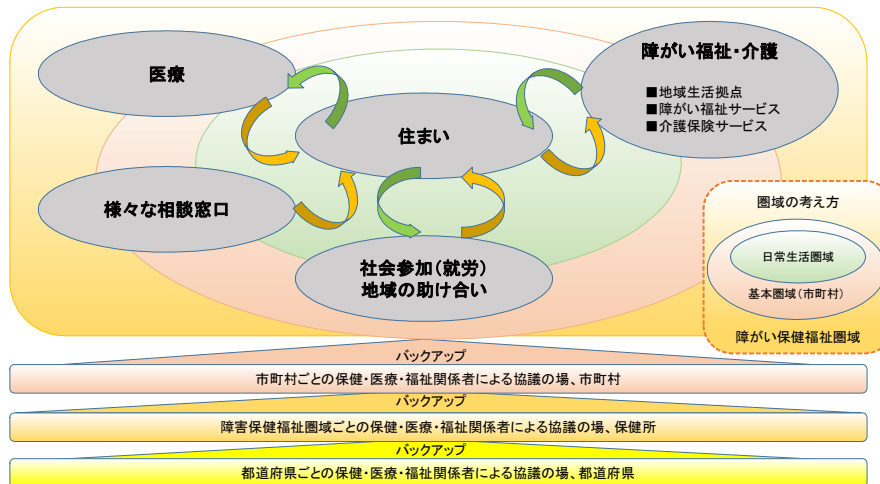
*1 21圏域のうち未整備圏域の医療資源や地域バランスに配慮して整備

*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し、中間見直しにおいて新たに追加した目標数値の「現状」は中間見直し時の数値とする。

5 数値目標等を達成するために必要な施策

- 一般科医療機関から適切に精神科医療機関につなげるため、内科医等かかりつけ医を対象とした研修などにより、連携体制の構築を促進します。
- 北海道立精神保健福祉センターにおいて、保健所や市町村等身近な地域において当事者・家族の相談支援に従事する職員の専門性の向上を図るため、自殺対策、ひきこもり、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。
- 一般科医療機関に勤務するコメディカルスタッフや地域の相談機関職員などを対象とした適切な精神科医療へのつなぎ等の連携方法の習得のための研修会の開催など、人材育成に取り組みます。
- 精神科医師の確保が困難な医療機関における精神科診療体制を確保するため、近隣の医療機関から定期的に精神科医師を派遣する地域精神医療確保対策事業を実施します。
- 「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、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、既に圏域ごとに設置している保健・医療・福祉関係者による協議の場を市町村ごとにも設置できるよう、広域での調整に努め、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)



- 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ピアサポーター、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、アウトリーチ支援を実施するなど、地域における支援体制の構築を促進します。
- 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、医療施設近代化施設整備事業などを活用し、病棟及び保護室の改修やデイケア施設の整備などを促進します。
- 市町村などと連携し、「北海道障がい福祉計画」に基づき、グループホームや就労支援事業所等日中活動の場の整備を促進します。

【統合失調症】

- 治療抵抗性統合失調症治療薬及びmECTの普及に向け、医療機関における連携体制の構築を推進します。

【うつ病・躁うつ病】

- うつ病の診療知識の普及や精神科専門医との連携を推進するため、内科医等かかりつけ医の対応力向上のための研修会を実施します。
- 地域・職域における産業医等と精神科専門医の連携強化を促進するため、医療関係団体と連携した、うつ病に関する研修や連携システムの構築に努めます。
- 医療機関や地域の保健医療関係者などに対し、国等が実施する研修の受講を働きかけるなど、認知行動療法についての正しい知識の普及を進めます。
- mECTの普及に向け、医療機関における連携体制の構築を推進します。
- 精神障がいの特性や疾患の状態に応じた就労支援を推進するため、就業面と生活面における一体的な支援を行う障害者就業・生活支援センターを設置・運営し、地域における関係機関・団体の就労支援ネットワークの構築を図ります。

【認知症】

- 早期の発見・診断と専門的な治療・支援につなげるため、内科医等かかりつけ医の認知症対応力向上のための研修会や、認知症初期集中支援チームのフォローアップ研修などを実施します。
- 介護関係者、家族に対し認知症に関する正しい知識の普及を図るため、認知症介護研修を実施します。また、認知症サポーター（認知症を理解し支援する住民）の養成等を通じて家庭や職場など周囲の者や地域住民に対する知識の普及を進めます。
- かかりつけ医への助言等を行う認知症サポート医の養成を推進します。また、サポート医が専門医療機関等との連携の推進役として活動できるよう支援します。

- 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターの整備を促進し、認知症医療水準の向上を図るとともに、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の連携を促進します。
- 市町村などと連携し、「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」に基づき、グループホーム等の住まいの場の整備を促進します。

【児童・思春期精神疾患】

- 心の問題の発見後、適切な療育や子育てに対する不安の解消などの支援につなげられるよう、児童・思春期精神疾患に関する専門性の向上を図るため、保健福祉に関わる職員を対象とした研修を実施します。
- 道立病院等において専門医の確保に努めるほか、小児科医や看護職員による児童精神疾患への対応や必要に応じた専門医との連携、家庭や学校関係者、児童相談所、医師・看護師・精神保健福祉士及び公認心理師等の連携が適切に図られるよう、子どもの心の診療体制の整備を促進します。
- 心の問題を持つ子どもが身近な地域で適切な診療を受け、また、その家族が適切な医療的相談ができるよう、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を構築し、連携の促進を図ります。

【発達障がい】

- 発達障がいの早期発見や適切な成長・発達を促すため、乳幼児健康診査について市町村からの受診勧奨を徹底します。
- 発達障がいのある人やその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、地域の保健、医療、福祉、教育等の職員を対象とした研修を実施します。
- 発達障がいのある人やその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るほか、発達障がいの診断に係る初診待機の短縮に向けた体制づくりを支援します。
- 発達障がいのある人が身近な地域において適切な診療を受け、また、その家族が適切な療育的相談、医療的相談ができるよう、市町村における包括的な子ども発達支援体制の整備を支援するほか、地域の保健、医療、福祉、教育等の関係機関のネットワークを構築し、ライフステージに応じた切れ目のない支援のための連携の促進を図ります。

【依存症】

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

【PTSD】

- 精神保健福祉センター等の職員を厚生労働省主催の研修に派遣し、PTSD対策に係る専門家の養成に努めます。
- 精神保健福祉センターが実施する研修にPTSD対策の内容を盛り込む等、保健・医療・福祉の職員等による啓発と研修による支援技術育成に努めます。

【高次脳機能障がい】

高次脳機能障がいの当事者・家族が身近な地域で支援を受けられるよう、保健所における相談機能の強化や相談窓口の周知を図るとともに、地域において高次脳機能障がいの診断等が可能となるよう、医療関係者等を対象とする研修を実施するなど、支援及び診療体制の充実を図ります。

【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、てんかん診療拠点機関を中心に地域における診療連携体制の構築や遠隔医療による対応を進めます。
- 未治療のてんかん患者やその家族に対し、てんかんに関する知識の普及啓発等に取り組みます。
- 老年期に発症するてんかんに関して医療関係者等への理解の促進に取り組みます。

【精神科救急・身体合併症】

- 休日・夜間の緊急の相談や救急医療を必要とする者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、精神科救急圏域ごとの輪番体制の整備を始めとした精神科救急医療体制を確保します。
- 輪番体制の確保に当たっては、都市部を中心に空床確保が困難となっている地域があることを踏まえ、救急患者の受入体制の充実を図ります。
- また、道内の第二次医療圏のうち半数以上で圏域内に輪番病院が確保できていない状況があることから、そうした地域においては、遠隔地域支援病院制度の活用により、円滑な精神科救急患者の受け入れを図ります。
- 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。【関連：第3章第7節「救急医療体制」(P46)】

【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「北海道自殺対策連絡会議」の構成機関・団体と連携し、地域における人材養成や相談体制の確保、自殺未遂者等支援の拠点機能を担う医療機関の整備等、「北海道自殺対策行動計画」に基づき、総合的な自殺対策を推進します。
- 自殺未遂者への自殺再企図防止のための支援に向けた取組や地域間の取組の格差を是正するための試行的な取組を通じ、地域における自殺予防対策を推進します。

【災害精神医療】

D P A T先遣隊の設置や災害時に備えたD P A Tの派遣体制の充実に向け、関係機関との調整やD P A T構成員の資質向上のための研修等を実施します。

【関連：第3章第8節「災害医療体制」(P56)】

【医療観察法】

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

6 医療連携圏域の設定

(圏域設定の考え方)

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

(第二次医療圏で完結できない医療提供体制について)

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

連携を図る医療機能等	連携圏域	構成第二次医療圏
地域連携拠点機能 精神科救急(休日・夜間の緊急時における身体合併症への対応を含む)	道南	南渡島、南檜山、北渡島檜山
	道央(札幌・後志)	札幌、後志*
	道央(空知)	南空知、中空知、北空知
	道央(胆振・日高)	西胆振、東胆振、日高
	道北	上川中部、上川北部、富良野 留萌、宗谷
	オホーツク	北網、遠紋
	十勝	十勝
	釧路・根室	釧路、根室

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

7 医療機関等の具体的名称

別に定める公表基準を満たした医療機関（第8章別表参照 * 随時更新）

8 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

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

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

9 薬局の役割

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

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

10 訪問看護ステーションの役割

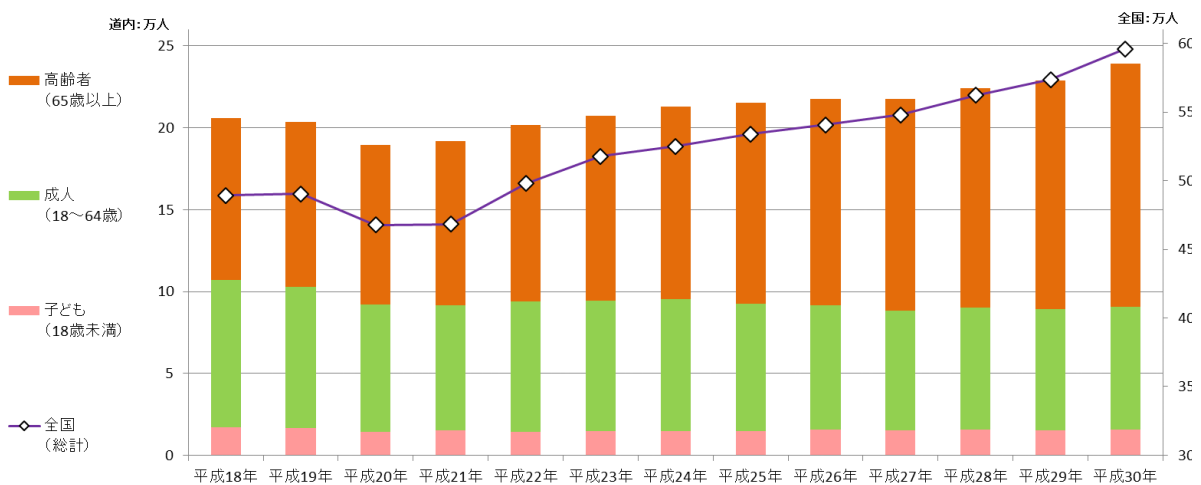
- 主治医や医療機関の看護師等と連携し、入院中から在宅療養環境の整備に努めます。
- 在宅療養中の精神疾患及びその治療に伴う諸症状を把握し、服薬等の適切な療養行動を維持できるよう患者・家族を支援し、生活の質（QOL）の向上を目指します。
- 在宅療養中の病気や障がいの状況に合わせ、生活リズムの安定、社会活動や交流における対人関係の調整を支援するとともに、地域住民及び保健・医療・福祉等関係者の連携に努めます。
- 認知症患者の尊厳に配慮し、行動・心理症状や生活障害に応じた看護を提供するとともに、家族等の支援や在宅療養生活の安定のための環境整備に努め、生活の質（QOL）の向上を目指します。

第7節 救急医療体制

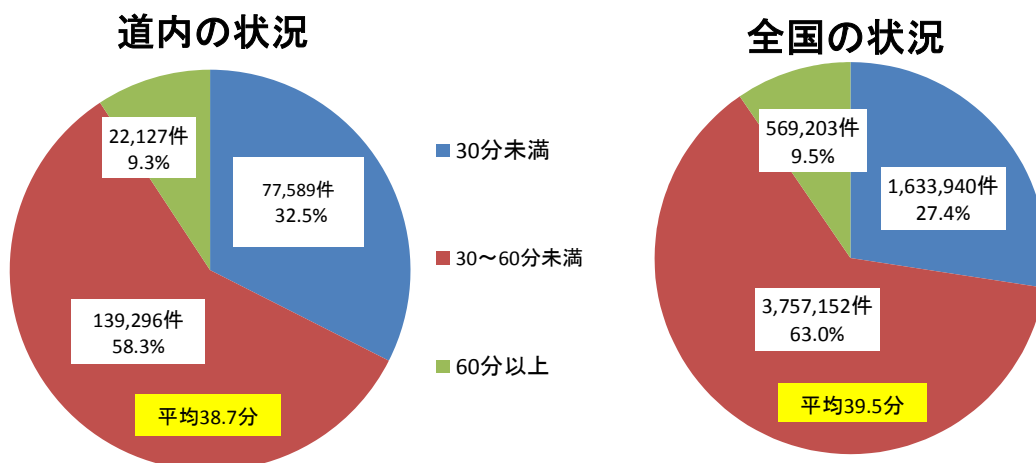
1 現状

- 救急医療は「医の原点」と言われており、救急医療資源に限りがある中で、道民の誰もが適切な救急医療を受けられるよう、地域の救急医療機関が連携し、質の高い効果的な救急医療体制を確保することが重要です。
- 本道の救急医療の需要は増加傾向にあり、救急車の搬送人員を例にとると平成18年の20万5,845人から平成30年の23万9,012人と、この間で約16.1%増加しています。
- その背景として、高齢化の進行や少子化、核家族化、夫婦共働きなど生活環境の変化、救急医療や救急車利用に対する道民の意識の変化などが挙げられます。
- また、受入施設の関係等から1時間以上の長時間救急搬送人員は、平成30年では全体の9.3%に当たる2万2,127人となっています。
- 住民の大病院・専門医志向などを背景に軽症者の夜間受診が二次救急医療を担う病院へ集中し、これに伴い病院勤務医への負担が増大するなどの問題が生じています

【救急車搬送人員の推移】



【収容所要時間別救急搬送人員 (平成30年度)】



* 北海道総務部「消防年報 (救急救助年報)」及び消防庁「救急・救助の現況」

(救急医療提供体制)

道では、比較的軽度な救急患者に対する初期救急医療から重症の救急患者に対する二次救急医療、重篤な救急患者の救命医療を担う三次救急医療までの体系的な医療体制や救急搬送体制を整備しています。

初期救急医療

主に軽度の救急患者に外来診療を行う初期救急医療は、在宅当番医制や休日夜間急患センター等により体制を確保しています。

令和2年10月現在

在宅当番医制の実施	39郡市医師会
休日夜間急患センター	15施設

二次救急医療

入院治療を必要とする重症救急患者に対する二次救急医療は、21の全ての第二次医療圏で病院群輪番制参加医療機関や救急告示医療機関により体制を確保しています。

令和2年10月現在

二次救急医療機関(計)	296施設
救急告示医療機関	276施設
病院群輪番制参加医療機関 (うち、救急告示を受けていない医療機関)	139施設 (20施設)

三次救急医療

- 心筋梗塞、脳卒中、交通事故等による多発外傷などの重篤救急患者の救命医療を担う三次救急医療は、全ての第三次医療圏において、24時間365日体制で救命医療を行う救命救急センターにより体制を確保しています。
- また、全道域を対象に広範囲熱傷、急性中毒などの特殊疾病患者に対する救命医療を行う高度救命救急センターを札幌医科大学附属病院に整備しています。
- さらに、重篤救急患者の救命率の向上などを図るため、医師、看護師が搭乗して救急現場等から医療機関に搬送するまでの間、救命治療を行うドクターヘリを道央・道北・道東・道南に導入し、全道を運航圏としています。

令和2年10月現在

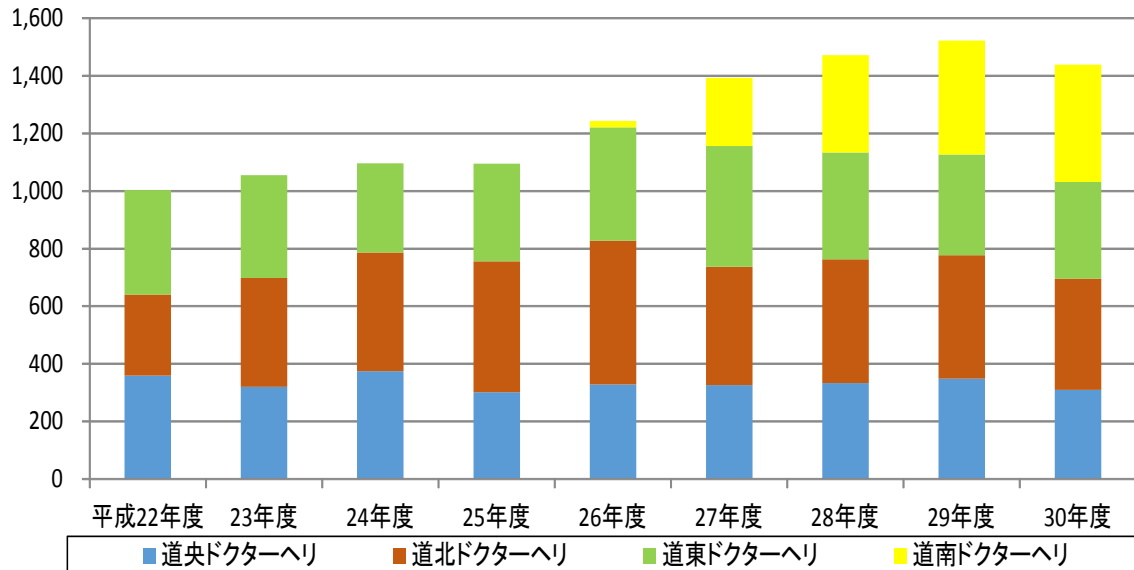
救命救急センター(高度救命救急センター1施設含む)	12施設
ドクターヘリの運航(道央・道北・道東・道南)	4機体制

救急搬送

- 救急搬送は、救急車、ドクターヘリによるほか、ドクターカー、消防防災ヘリコプター等の活用により実施しています。
- また、消防機関と医療機関との連携の下、救急搬送途上等における救急医療の質の向上を図るため、メディカルコントロールに基づく病院前救護体制*1の充実を図っています。

【ドクターヘリ出動件数の推移（平成22年度～30年度）】

（単位：件）



区分	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	合計
道央	359	320	374	301	328	326	333	349	310	3,000
道北	282	378	413	455	500	411	430	428	386	3,683
道東	362	357	309	339	393	419	371	350	335	3,235
道南	—	—	—	—	23	237	338	396	408	1,402
合計	1,003	1,055	1,096	1,095	1,244	1,393	1,472	1,523	1,439	11,320

消防防災ヘリコプター等	189件* 出動(令和元年(平成31年)度)
救急車数 (うち高規格救急車)	422台 (390台)平成30年4月現在
病院前救護体制の充実	特定医療行為に係る研修体制の確保 北海道救急業務高度化推進協議会の開催 地域メディカルコントロール協議会の開催

* 道の消防防災ヘリコプターのほか、道の要請により札幌市消防局、自衛隊、海上保安庁、北海道警察が所有するヘリコプターで救急活動等に出動した件数（ドクターヘリの実績は除く）。

*1 メディカルコントロールに基づく病院前救護体制：傷病者の救命率の向上や合併症の発生率の低下等の予後の向上を目的に、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・助言等の下に救命救急士等が気管挿管等の医行為を実施すること。

(道民への情報提供や普及啓発)

救急当番医療機関等を電話やインターネットなどで確認できる「北海道救急医療・広域災害情報システム*1」により情報提供しているほか、自動体外式除細動器（AED）*2の使用法を含む救急法等講習会の実施やAEDの設置促進、ポスター・リーフレット等の配布などにより救急医療機関や救急車の適切な利用に関する普及啓発を行っています。

【北海道救急医療・広域災害情報システムによる情報提供】

ホームページアドレス(パソコン・スマートフォン等から)	http://www.qq.pref.hokkaido.jp
情報案内センター電話番号等	フリーダイヤル 0120-20-8699
	携帯電話等から 011-221-8699
救急医療情報システム利用状況(平成30年度)	
情報案内センター電話案内件数	57,426件
道民向けホームページ検索性件数	119,326件
携帯電話・スマートフォンウェブサイト検索性件数	35,590件

【病院前救護に係る現状】

AED設置台数(平成28年12月末現在)	9,320台
応急手当普及講習受講者数(平成30年)*	142,422人

* 消防庁「救急・救助の現況」(令和元年版)(上級、普通、その他講習受講者の合計)

* 1 北海道救急医療・広域災害情報システム：医療機関、消防機関、救急医療情報案内センターをコンピュータネットワークで結び、休日、夜間の救急医療対応医療機関情報の道民への提供や消防機関・医療機関における救急対応に必要な情報収集・提供等を行うシステムのこと。

* 2 自動体外式除細動器（AED）：Automated External Defibrillator の略。心室細動等による心停止者に対し、必要な場合にのみ心臓に電気ショック（除細動）を実施することができる機器で、平成16年7月から一般市民が使用できるようになった。

2 課 題

(初期救急医療体制及び二次救急医療体制の充実)

地域によっては、初期救急医療を二次救急医療機関が担っているとともに、住民の大病院・専門医志向などを背景に軽症者の夜間受診が多く、二次救急病院勤務医への負担が増大している状況です。このため、初期救急医療と二次救急医療を担う医療機関の役割分担と連携体制の強化が求められています。

(三次救急医療体制の充実)

三次救急を担う救命救急センターは、全ての第三次医療圏に整備（合計12か所）されており、ドクターヘリの一層の有効活用など三次救急医療体制の充実が求められています。

(救急搬送体制の充実)

- 本道の広域性を踏まえ、ドクターヘリと消防防災ヘリコプター等や平成29年7月に整備した患者搬送固定翼機（メディカルウイング）*1との効果的な連携が求められています。
- メディカルコントロールに基づく病院前救護体制の一層の充実が求められています。

(道民への情報提供や普及啓発)

- 救急医療に関する知識を広く道民に提供するために、北海道救急医療・広域災害情報システムの充実やA E Dの使用方法を含む救急法等講習会を開催する必要があります。
- 救急医療機関や救急車の適切な利用を図るため、道民に対し、一層の啓発が必要です。
- 高齢化が一層進むことから、救急医療機関の機能と役割を明確にし、入院、退院あるいは転院時におけるかかりつけ医等の医療機関や介護保険施設などとの連携強化が必要です。

3 必要な医療機能

(初期から三次に至る救急医療体制の充実)

重症度・緊急度に応じた医療が提供されるよう、初期から三次救急医療に至る体系的な医療提供体制の充実を図るとともに、救急医療機関の負担軽減や病床確保を図るため、急性期を脱した患者を地域で受け入れられるよう、かかりつけ医等の医療機関や介護保険施設等の機能に応じた連携体制を構築することが必要です。

(病院前救護及び救急搬送体制の充実)

A E Dの使用方法を含む救急法等の一般道民への普及及び本道の広域性を考慮し、救急車等による陸路搬送のほか、ヘリコプターなどによる搬送も活用した、より迅速な救急搬送体制の整備を図ることが必要です。

*1 患者搬送固定翼機（メディカルウイング）：地域の医療機関では提供できない高度・専門的医療を必要とする患者を医師による継続的な医学的管理を行いながら、計画的に搬送することを目的とし、医師等の搭乗が可能な医療機器等を装備した固定翼機

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 *	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	在宅当番医制等初期救急医療の確保 市町村割合(%)	100	100	100	現状維持	北海道保健福祉部調査 (平成30年2月現在 ・令和2年3月現在)
	病院群輪番制の実施第二次医療圏数 (医療圏)	21	21	21	現状維持	北海道保健福祉部調査 (平成30年2月現在 ・令和2年3月現在)
	救命救急センターの整備第三次医療 圏数(医療圏)	6	6	6	現状維持	北海道保健福祉部調査 (平成30年2月現在 ・令和2年3月現在)
	ドクターヘリの運航圏の維持(運航圏)	全道運航圏	全道運航圏	全道運航圏 を維持	現状維持	北海道保健福祉部調査 (平成30年2月現在 ・令和2年3月現在)
実施件数等	救急法等講習会の実施第二次医療 圏数(医療圏)	20	20	21	現状より増加	北海道保健福祉部調査 (平成30年2月現在 ・令和2年3月現在)
	救急自動車による搬送時間が1時間以上 の救急患者割合(%)	8.4	9.2	全国平均 以下	全国平均以下 を維持 (H27:9.8)	北海道総務部「平成28年消防年報」 (平成27年救急救助年報) ・「平成30年消防年報」(平成29年救急 救助年報)
救急患者の 予後等	心原性でかつ一般市民により心肺機能 停止の時点が目撃された症例の1ヶ月 後生存率(%)	17.0	13.9	全国平均 以上	全国平均以上 を維持 (H27:13.0)	救急・救助の現状 [消防庁] (平成27年度版・平成30年度版)
	心原性でかつ一般市民により心肺機能 停止の時点が目撃された症例の1ヶ月 後社会復帰率(%)	10.1	8.5	全国平均 以上	全国平均以上 を維持 (H27:8.6)	救急・救助の現状 [消防庁] (平成27年度版・平成30年度版)

* 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

(初期救急医療体制の充実)

- 原則、市町村を単位として初期救急医療を確保します。
- 在宅当番医制の実施や休日夜間急患センターの運営については、診療所等の積極的な参加を促進するとともに、インフルエンザなどの感染症の流行等にも適切に対応できるよう、医師会や保健所、二次・三次救急医療機関との連携に努めます。

(二次救急医療体制の充実)

- 原則、第二次医療圏を単位として重症患者の救急医療を24時間365日体制で実施します。
- 地域によっては、初期救急医療を二次救急医療機関が担っているなどの状況を踏まえ、初期・二次医療機関の医療機能の明確化と役割分担の適正化のため、医療機関、消防機関等の関係機関の連携を一層推進します。

(三次救急医療体制の充実)

- 原則、第三次医療圏を単位として、重篤・重症患者に対する救命医療を確保し、救命率の向上を図ります。
- 全ての第三次医療圏で救命救急センターを整備していますが、ドクターヘリの運航状況の分析・検討を行いつつ、ドクターヘリのより効果的な運航を図るため関係機関との連携を一層進めるなど、三次救急医療の確保・充実に努めます。

(救急搬送体制の充実)

- ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の航空機の活用及び高規格救急自動車の整備を促進します。
- メディカルコントロールに基づく病院前救護体制の充実に努めます。

(道民への情報提供や普及啓発)

- 北海道救急医療・広域災害情報システムの検索画面や内容の充実を図るほか、救急医療に関する必要な情報提供等を行います。
- A E Dの整備促進や救急法等講習会を開催するなど普及啓発を行います。
- 医師会や消防機関などと連携し、救急医療機関や救急車の適切な利用に関する普及啓発を行います。
- 救急医療機関、かかりつけ医、介護保険施設、精神科救急等、関係機関の連携を図ります。

【関連：第3章第6節「精神疾患の医療連携体制」(P31)及び同第12節「在宅医療の提供体制」(P91)】

6 医療連携圏域の設定

救急医療に係る医療連携圏域は、症状等に応じて、それぞれ本計画に定める次の医療圏単位を基本とします。

初期救急医療

初期救急医療は、原則、市町村を単位とする第一次医療圏とします。

二次救急医療

二次救急医療は、比較的高度で専門性の高い医療サービスを提供し、入院医療サービスの完結を目指す医療圏である第二次医療圏とします。

三次救急医療

三次救急医療は、高度で専門的な医療サービスを提供する医療圏である第三次医療圏とします。

7 医療機関等の具体的名称

初期救急医療機関

【休日夜間急患センター（15施設）】

令和2年10月現在

第三次医療圏	第二次医療圏	施設名	診療科目
道南	南渡島	函館市夜間急病センター	内科・小児科・外科
道央	札幌	札幌市医師会夜間急病センター	内科・小児科・耳鼻科・眼科
		江別市夜間急病センター	内科・小児科
		千歳市休日夜間急病センター	内科
		恵庭市夜間・休日急病診療所	内科・小児科
		北広島市夜間急病センター	内科・小児科
	後志	小樽市夜間急病センター	内科・小児科・外科
	南空知	岩見沢市夜間急病センター	内科・小児科
オホーツク	北網	胆振西部救急センター	内科・小児科
		苫小牧市夜間・休日急病センター	内科・小児科
	遠紋	紋別市休日夜間急病センター	内科・外科
十勝	十勝	帯広市夜間急病センター	内科・小児科
釧路・根室	釧路	釧路市夜間急病センター	内科・小児科

二次救急医療機関

第8章別表参照（296施設）

三次救急医療機関

【救命救急センター（12施設）】

令和2年10月現在

第三次医療圏	第二次医療圏	病院名	指定年月日
道南	南渡島	DH 市立函館病院	昭和56年4月1日
		市立札幌病院	平成5年4月1日
道央	札幌	◎ 札幌医科大学附属病院	平成14年4月1日
		DH 手稲溪仁会病院	平成17年3月25日
		独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター	平成22年4月1日
	中空知	● 砂川市立病院	平成23年12月1日
道北	上川中部	DH 旭川赤十字病院	昭和53年7月10日
		旭川医科大学病院	平成22年10月1日
	上川北部	● 名寄市立総合病院	平成27年8月1日
オホーツク	北網	北見赤十字病院	平成4年4月1日
十勝	十勝	JA北海道厚生連帯広厚生病院	平成11年5月6日
釧路・根室	釧路	DH 市立釧路総合病院	昭和57年10月1日

◎：高度救命救急センター ●：地域救命救急センター DH：ドクターヘリ基地病院

* 救急医療に係る各医療機関名簿は、第8章別表により随時更新

8 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

- 夜間や休日等に、急に歯科疾患が発症した場合に対応するため、各郡市歯科医師会が実施する歯科診療所の輪番制又は歯科保健センターを活用した休日救急歯科医療体制を支援します。
- 口腔顎顔面外傷に対する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の充実に努めます。

9 薬局の役割

休日・夜間の処方せん受入体制については、薬局による輪番制や当番医療機関の近隣薬局での対応が行われています。今後とも、休日・夜間の診療体制など、地域の実情に合わせ、薬局が相互に連携し、休日・夜間における調剤応需のほか、市販薬を含めた医薬品等の供給体制の充実に努めます。

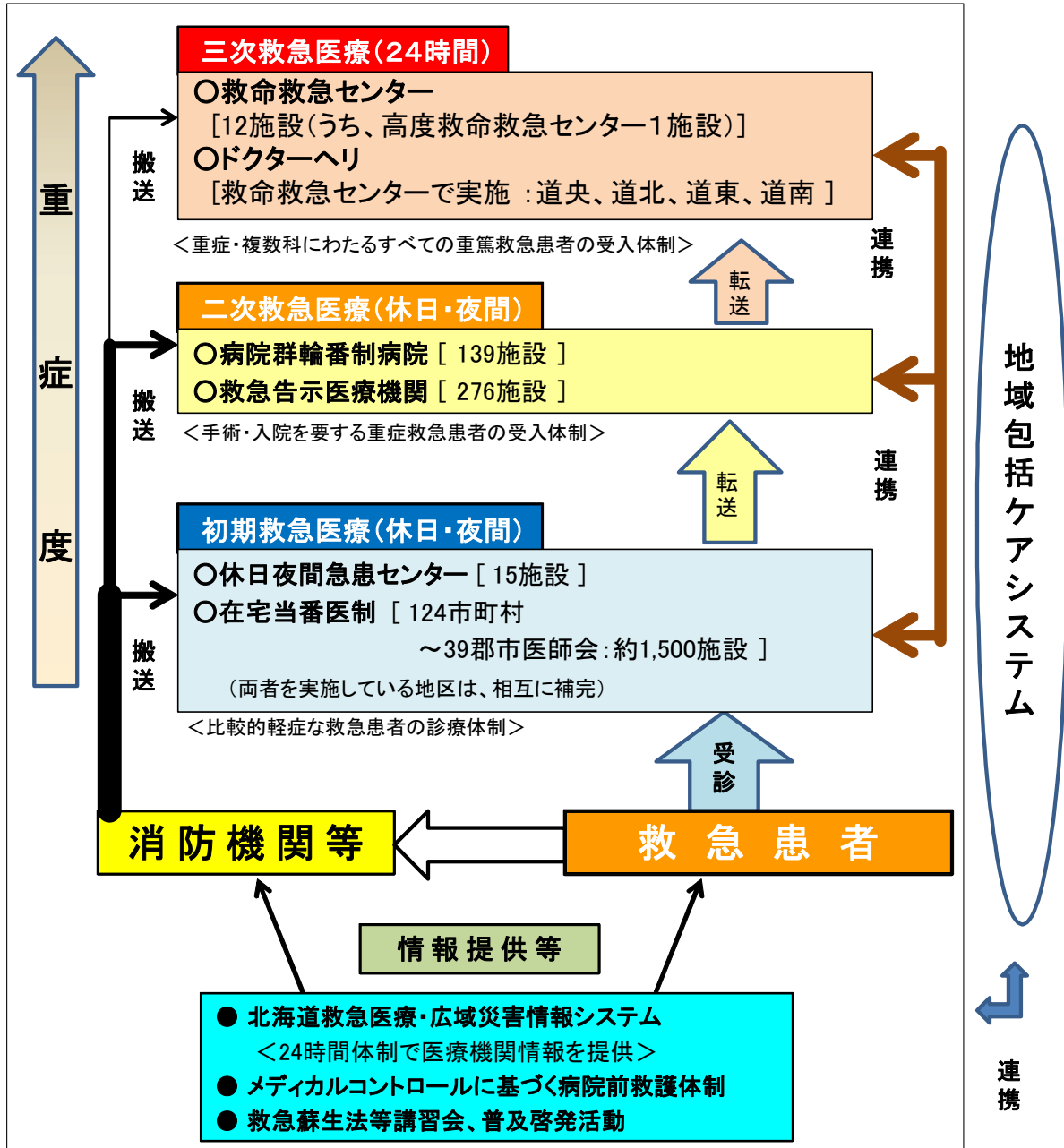
10 訪問看護ステーションの役割

- 救命救急医療機関等から退院する患者に対して、救急医療機関及び主治医との連携の下、治療の継続を支援します。
- 在宅療養者の急変時に適切に対応できるよう、緊急時の連絡体制等について、本人・家族、主治医、救急隊員等との情報共有、連携に努めます。

【関連：第3章第12節「在宅医療の提供体制」(P91)】

救急医療連携体制

(令和2年10月現在)



◎本体制における医療機関等は第8章別表に掲載
 ※精神科救急医療は第3章第6節に記載

第8節 災害医療体制

1 現状

- 広大な面積を有する本道では、これまで台風や集中豪雨等の猛威を始め、北海道南西沖地震や十勝沖地震などによる津波、長い避難を余儀なくされた有珠山等の火山噴火や竜巻の襲来、平成30年北海道胆振東部地震などの自然災害により、大きな被害を受けています。
- また、災害には、これらのほかに、原子力発電所等による原子力災害、テロ、鉄道事故といった人為災害に至るまで様々な種類があり、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。
- そのような様々な災害発生に備え、「北海道地域防災計画」の「医療救護計画」において道・市町村・医療機関等が取り組む医療救護活動を定めています。

【「北海道地域防災計画」の「医療救護計画」の主な内容】

○ 医療救護活動の実施

- | | |
|----------------------------|---|
| 1 北海道の役割 | ・救護所の設置
・北海道救急医療・広域災害システムによる情報収集
・救護班、災害派遣医療チーム(DMAT* ₁)の派遣要請
・災害派遣精神医療チーム(DPAT* ₂)の派遣要請 |
| 2 市町村の役割 | ・救護班の編成
・保健師等による保健指導及び栄養指導 |
| 3 災害拠点病院* ₃ の役割 | ・救護班、DMATの派遣
・医療救護活動
・被災患者収容
・医療品、医療材料等の貸出 |
| 4 協力機関等の役割 | ・救護班派遣
・医療救護活動 |

独立行政法人国立病院機構本部北海道東北ブロック事務所、
独立行政法人労働者健康安全機構、日本赤十字社北海道支部、
その他公的医療機関の開設者、北海道医師会、北海道歯科医師会、
北海道薬剤師会、北海道看護協会、北海道柔道整復師会

○ 輸送体制の確保

- ◆ 救護班及びDMATの移動手段や重症患者等の搬送について必要に応じ、ヘリコプター輸送(北海道防災航空室・自衛隊等)を確保

○ 医薬品等の確保

- ◆ 北海道 ……救護所や避難所等への災害時備蓄医薬品等の供給
- ◆ 災害拠点病院 ……水、食料、医薬品、医療資機材等の備蓄

○ 広域的な医療活動の調整

- ◆ 北海道 ……必要に応じ、国や他都府県へ医療救護活動の応援要請及び受入調整

* 1 DMAT: Disaster Medical Assistance Teamの略、大地震及び航空機・列車事故といった災害時に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チーム。

* 2 DPAT: Disaster Psychiatric Assistance Teamの略、都道府県と政令指定都市が、被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チーム。

* 3 災害拠点病院: 災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度な診療機能や広域搬送への対応機能や医療救護班の派遣機能などを有し、災害時に必要な医療支援を行うための拠点施設のこと。第二次医療圏ごとに整備される「地域災害拠点病院」と、更にそれらの機能を強化し、災害医療に関して都道府県の中心的な役割を果たす「基幹災害拠点病院」(各都道府県に1か所)に分けられる。

- 道は、災害時における医療の確保及び搬送体制の整備を図ることを目的に、平成8年度以降、災害拠点病院の整備を進めており、これまでに基幹災害拠点病院を1か所、地域災害拠点病院を33か所指定（令和2年4月現在）し、全ての第二次医療圏で災害医療を担う拠点病院を確保しています。
- 平成19年度からは、災害急性期（おおむね発災後48時間）に活動できる機動性を有する専門的訓練を受けた北海道DMATの養成を図り、全ての災害拠点病院でチームを保有しているほか、DMAT研修、JMAT*1研修、NBC*2災害・テロ対策医療チーム研修等を活用した人材育成に努めています。
- 災害時に医療機関の状況を把握する手段である広域災害・救急医療情報システム（EMIS*3）について、全ての病院で整備し、これを活用した訓練による迅速な情報共有意識の醸成に取り組んでいます。
- 東日本大震災及び熊本地震の際には、道内のDMATも派遣され、被災地等で医療活動を行っています。

2 課題

（災害医療の連携体制の構築や災害医療体制の充実強化）

- 災害時における医療については、災害の種類や規模に応じて医療資源を有効に活用する必要があり、平時から、災害対策に資する関係機関等の連携体制を構築しておく必要があります。
- また、高齢化の進行とともに、災害時における高齢者等の要配慮者の割合が増加することが見込まれ、救護所や避難所における健康管理を中心とした活動が重要となります。

（災害拠点病院の強化）

災害拠点病院では、災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うため、施設の耐震化、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）による情報発信、食料、飲料水等の備蓄、DMAT等の医療チームを受け入れる体制等が必要です。

（災害派遣医療チーム（DMAT）の整備）

大規模又は広域的な災害時における医療活動にはDMATが必要となることから、DMATの養成及び技能の維持等について継続的に取り組む必要があります。

*1 JMAT：Japan Medical Association Teamの略。主に災害急性期以降における避難所・救護所等での医療や健康管理、被災地の病院・診療所への支援を行う日本医師会災害医療チーム。

*2 NBC：核物質（Nuclear）、生物剤（Biological）、化学剤（Chemical）の略

*3 EMIS：Emergency Medical Information Systemの略

3 必要な医療機能

災害急性期（発災後48時間以内）において必要な医療体制を確保するとともに、急性期を脱した後も、避難所等での健康保持体制を確保するためには、日本赤十字社や医師会（J M A T等）などの協力機関との連携を図ることが必要です。

（災害拠点病院の体制確保）

災害拠点病院においては、高度の診療機能、傷病者の受け入れ、広域搬送への対応機能及び応急資機材の貸出機能等を発揮できるよう、訓練の実施等、平時からの備えを行っておくことが必要です。

（災害派遣医療チーム（DMAT）の体制確保）

DMATにおいては、災害の急性期において、専門的な訓練を受けた医師及び看護師等を災害現場に派遣し、迅速に応急処置などを行うことができる機能が必要です。

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 *	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	災害拠点病院整備第二次医療圏数 (医療圏)	21	21	21	現状維持	北海道保健福祉部調査 (平成30年2月現在 ・令和2年4月現在)
	北海道DMAT指定医療機関整備第二次医療圏数(医療圏)	21	21	21	現状維持	北海道保健福祉部調査 (平成30年2月現在 ・令和2年4月現在)
	災害拠点病院における耐震化整備率 (%)	97.1	100	100	現状より増加	北海道保健福祉部調査 (平成29年4月現在 ・令和2年4月現在)
	災害医療コーディネーター任命数	—	46	44	現状維持	北海道保健福祉部調査 (令和2年4月現在)
	災害時小児周産期リエゾン任命数	—	8	9	現状より増加	北海道保健福祉部調査 (令和2年4月現在)
実施件数等	災害拠点病院における業務継続計画 (BCP)の策定率(%)	41.2	100	100	全災害拠点病院 での策定	北海道保健福祉部調査 (平成29年12月現在 ・令和2年4月現在)
	EMIS操作を含む研修・訓練を実施して いる病院の割合(%)	-	18.6	100	全病院での実施	北海道保健福祉部調査 (令和2年4月現在)

* 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し、中間見直しにおいて新たに追加した目標数値の「現状」は中間見直し時の数値とする。

5 数値目標等を達成するために必要な施策

地域の医療資源に即した災害時に必要な災害医療体制の確保に努めます。

（災害医療の連携体制の構築や災害医療体制の充実強化）

- 災害拠点病院は、災害による重篤患者の救命医療等の高度の診療機能を確保し、被災地からの患者の受け入れや広域搬送に係る対応を行い、医薬品・医療材料などを供給するとともに、応急用資機材の貸出等により地域の医療機関を支援します。
また、道の要請に基づき救護班、DMATを派遣し、医療救護活動を行います。

- 北海道DMA T指定医療機関は、道の要請に基づきDMA Tを災害急性期において被災地に派遣し、「患者を近隣・広域へ搬送する際における必要な観察・処置」、「被災地内の病院における診療支援」、「被災地内におけるトリアージ*1や救命処置」等を行います。
- 災害発生時に被災地に必要とされる医療を迅速かつ的確に提供するため、被災状況に応じ「北海道保健医療福祉調整本部」を設置し医療ニーズ等の把握、分析や様々な医療チームの派遣調整などを行います。また、災害発生時に備え「北海道災害医療コーディネーター」や「北海道災害時小児周産期リエゾン」を育成し、その機能を十分に発揮できる体制整備を図ります。
- 道や市町村は、被災者に対して感染症のまん延防止、メンタルヘルスケア等のニーズに的確に対応するため、保健師、栄養士などによる保健指導及び栄養指導を実施するとともに関係機関、関係団体との連携を図ります。
- ドクターヘリを含む航空医療体制の充実強化を図ります。
- 基幹災害拠点病院の充実や災害拠点病院間における連携強化を図ります。

(災害拠点病院の強化)

- 災害拠点病院の耐震化を促進します。
- 道内の災害拠点病院の連携強化及び情報共有を図るため、災害拠点病院等連絡協議会を継続的に実施します。
- 各災害拠点病院における防災マニュアル及び業務継続計画（BCP）の策定を促進します。
- 各災害拠点病院における定期的な訓練や各種研修等への受講を促し、体制の強化に努めます。

(災害派遣医療チーム（DMA T）の整備)

災害時にDMA Tが有効に機能するため、研修参加による人材育成や定期的な訓練等を行います。

(広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の活用)

災害時におけるEMISの円滑な運用が重要であることから、各病院における定期的な入力訓練の実施を促進します。

6 医療連携圏域の設定

災害医療に係る医療連携圏域は、「災害時における医療体制の充実強化について（平成24年3月21日医政発0321第2号厚生労働省医政局長通知）」において、原則、第二次医療圏ごとに地域災害拠点病院を整備する必要があるとされていることから、本計画に定める第二次医療圏を基本とします。

* 1 トリアージ：傷病者に対する応急処置や傷病者の状態に応じた治療等の優先度、緊急度の選別。

7 医療機関等の具体的名称

災害拠点病院及び北海道DMAT指定医療機関

【基幹災害拠点病院（1施設）】

令和2年4月現在

圏	域	医療機関名	災害拠点病院 指定年月日	DMAT 指定年月日
全	道	札幌医科大学附属病院	平成9年1月7日	平成19年9月12日

【地域災害拠点病院（33施設）】

令和2年4月現在

第三次 医療圏	第二次 医療圏	医療機関名	災害拠点病院 指定年月日	DMAT 指定年月日
道南	南渡島	市立函館病院	平成9年1月7日	平成19年9月12日
	南檜山	北海道立江差病院	平成9年3月28日	平成26年3月26日
	北渡島檜山	八雲総合病院	平成9年12月25日	平成26年3月26日
道央	札幌	市立札幌病院	平成9年1月7日	平成23年8月8日
		北海道大学病院	平成14年4月1日	平成19年9月12日
		独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター	平成22年4月1日	平成23年8月8日
		手稲溪仁会病院	平成23年11月1日	平成21年6月15日
		小樽市立病院	平成9年1月7日	平成26年3月26日
	後志	J A 北海道厚生連倶知安厚生病院	平成23年11月1日	平成26年3月26日
		岩見沢市立総合病院	平成9年1月7日	平成26年3月26日
	南空知	砂川市立病院	平成9年1月7日	平成21年7月16日
	中空知	深川市立病院	平成9年12月25日	平成26年3月26日
	西胆振	日鋼記念病院	平成9年1月7日	平成19年9月12日
		市立室蘭総合病院	平成20年2月21日	平成22年5月20日
		総合病院伊達赤十字病院	平成23年11月1日	平成26年3月26日
		社会医療法人製鉄記念室蘭病院	平成28年4月1日	平成25年3月18日
	東胆振	王子総合病院	平成9年12月25日	平成19年9月12日
		苫小牧市立病院	平成23年11月1日	平成25年3月18日
日高	総合病院浦河赤十字病院	平成9年12月25日	平成25年3月18日	
道北	上川中部	旭川赤十字病院	平成9年1月7日	平成23年6月30日
		旭川医科大学病院	平成23年11月1日	平成19年9月12日
	上川北部	名寄市立総合病院	平成9年12月25日	平成26年3月26日
	富良野	社会福祉法人北海道 社会事業協会富良野病院	平成9年12月25日	平成26年3月26日
	留萌	留萌市立病院	平成9年12月25日	平成26年3月26日
オホーツク	北網	北見赤十字病院	平成9年1月7日	平成23年6月30日
		J A 北海道厚生連網走厚生病院	平成23年11月1日	平成26年3月26日
	遠紋	広域紋別病院	平成9年12月25日	平成26年3月26日
十勝	十勝	J A 北海道厚生連帯広厚生病院	平成9年1月7日	平成25年3月18日
		市立釧路総合病院	平成9年1月7日	平成22年5月20日
釧路・根室	根室	市立根室病院	平成9年12月25日	平成26年3月26日
	町立中標津病院	平成23年11月1日	平成26年3月26日	

* 災害医療に係る医療機関名簿は、第8章別表により随時更新

8 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

- 災害発生時には、地域の歯科医師会を中心として、病院歯科、歯科衛生士会、歯科技工士会等が連携し、歯科救護所の開設・運営、もしくは避難所や仮設住宅への巡回歯科診療、巡回口腔ケア等を実施し、義歯紛失などによる摂食嚥下障害、咀嚼障害を有する被災者への歯科医療提供や高齢者の口腔機能の低下による誤嚥性肺炎の予防に努めます。
- 口腔内所見による災害犠牲者身元確認作業及び身元確認の有力な手掛かりとなるカルテ等診療情報の提供などに努めます。

9 薬局の役割

- 災害発生時の医療救護活動においては、医療救護チームの医師が被災者の治療等を行う上で、薬の選択や調剤、服薬指導を行う薬剤師が不可欠であることから、薬局の薬剤師を派遣するため、薬剤師会の協力を得て、派遣体制の確保に努めます。
- また、災害時においては、救護所等において、医薬品や衛生材料などの需給状況の把握や支援医薬品の仕分け・管理などが適切に実施できる体制づくりに努めます。

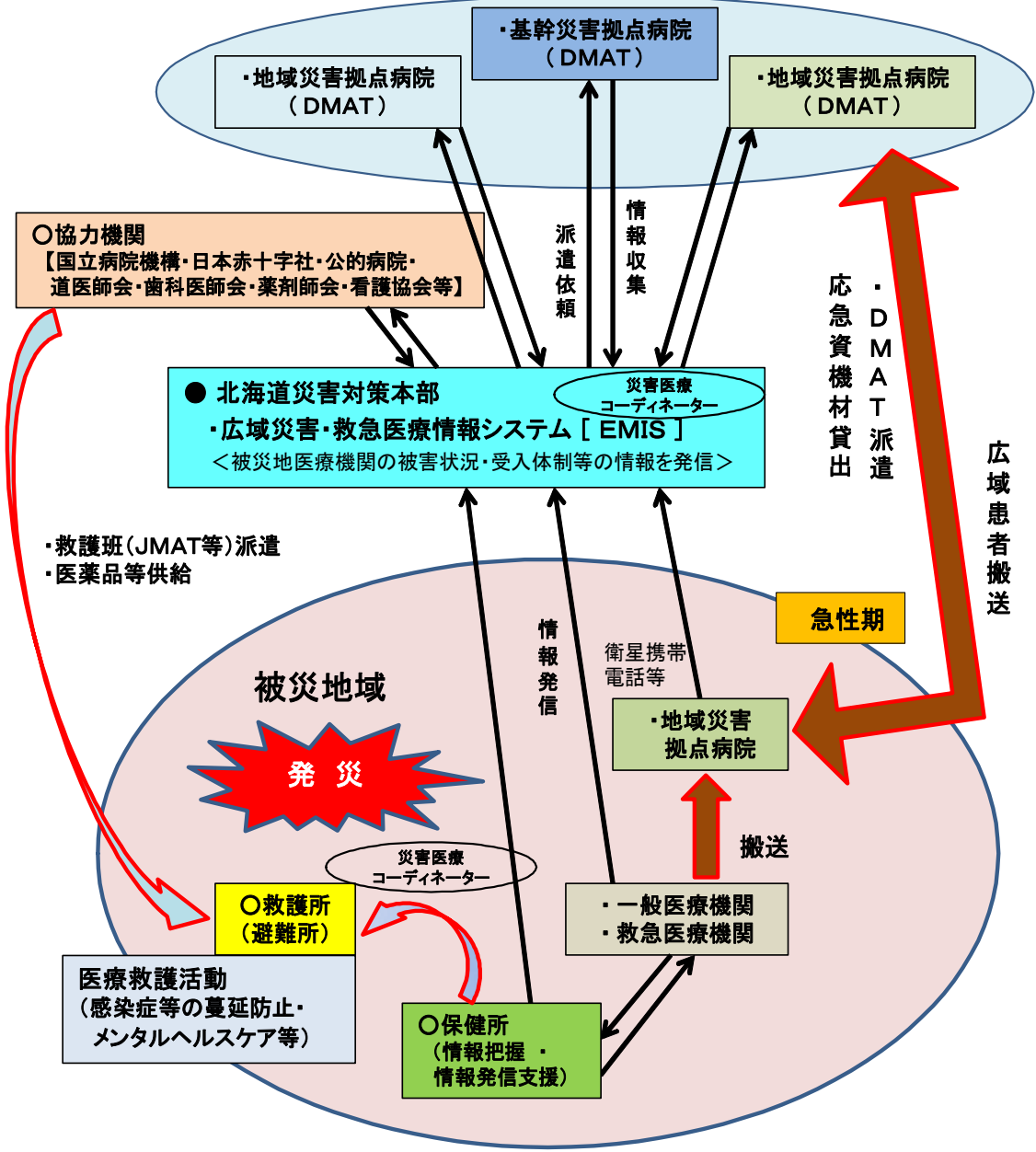
10 訪問看護ステーションの役割

訪問看護ステーション利用者は、災害時における高齢者や障がい者等の要配慮者が多いため、各利用者ごとの災害時支援計画を作成し、関係機関との役割分担を決めるなど平時からの対策を進めます。

災害医療連携体制

(令和2年4月現在)

<p>○災害時の医療機能(急性期)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基幹災害拠点病院【札幌医科大学附属病院】 ・地域災害拠点病院【各第二次医療圏に33施設】 ・DMAT指定医療機関【全道に34施設】 	<p>※災害拠点病院の機能</p> <ul style="list-style-type: none"> ・傷病者等の受入・搬出等、広域搬送対応 ・応急用資機材の貸出機能 ・DMATの派遣機能 など
<p>○広域患者搬送</p> <ul style="list-style-type: none"> ・消防防災ヘリ等【道防災航空室、札幌市消防局、自衛隊、海上保安庁、道警】 ・ドクターヘリ【道央、道北、道東、道南】 	



第9節 へき地医療体制

1 現 状

- 本道における無医地区や無歯科医地区については減少傾向にあるものの、なお全国一多い実態にあることから、道では平成18年度に「北海道へき地保健医療計画」を策定し、へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所などの体制を整備し、各機関相互の連携を図るとともに、医師の確保や支援体制の整備などに取り組んできました。
- 本計画の策定に当たり、「北海道へき地保健医療計画」は、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知の別紙）に基づき、「医療計画（へき地医療体制）」と一体化し、医師確保対策や救急搬送体制の確保など、他事業とより一層の連携を図りながら、へき地保健医療対策に取り組むこととしました。
- 令和元年10月末現在、無医地区については36市町村の76地区に1万460人が、無医地区に準じる地区については33市町村の57地区に2,715人が居住しています。^{*1}
- 令和元年10月末現在、無歯科医地区については33市町村の74地区に9,467人が、無歯科医地区に準じる地区については30市町村の59地区に3,668人が居住しています。

<無医地区等の定義>

（無医地区）

- ◇ 無医地区とは、医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することのできない地区

（無医地区に準じる地区）

- ◇ 無医地区に準じる地区とは、無医地区には該当しないが、無医地区に準じた医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区

※ 「無歯科医地区」「無歯科医地区に準じる地区」については、それぞれ「医療機関」を「歯科医療機関」に読み替える

【無医地区数及び無医地区居住人口(上位5都道府県)】

(令和元年10月末現在)

区 分	全 国	1 位	2 位	3 位	4 位	5 位
地区数(地区)	601	北海道	広島県	大分県	高知県	島根県
		76	59	39	26	25
無医地区居住人口(人)	128,392	北海道	岩手県	広島県	栃木県	大分県
		10,460	9,210	8,611	7,453	7,145

*1 厚生労働省「無医地区等調査」及び「無歯科医地区等調査」(令和元年)

【無医地区の推移】

区分	平成6年 (9月末現在)	平成11年 (6月末現在)	平成16年 (12月末現在)	平成21年 (10月末現在)	平成26年 (10月末現在)	令和元年 (10月末現在)
市町村数	56 (3市44町9村)	52 (3市39町10村)	47 (3市36町8村)	44 (4市35町5村)	38 (4市29町5村)	36 (5市27町4村)
地区数(地区)	137	121	111	101	89	76
人口(人)	24,337	18,980	16,473	13,086	11,389	10,460

【無歯科医地区の推移】

区分	平成6年 (9月末現在)	平成11年 (6月末現在)	平成16年 (12月末現在)	平成21年 (10月末現在)	平成26年 (10月末現在)	令和元年 (10月末現在)
市町村数	51 (2市41町8村)	52 (2市40町10村)	47 (1市38町8村)	43 (4市34町5村)	36 (3市28町5村)	33 (4市25町4村)
地区数(地区)	129	114	108	99	84	74
人口(人)	23,183	18,763	16,032	12,913	10,633	9,467

- ヘき地診療所等は、一定の区域内に医療機関がない地域における医療を確保することを目的として、道、市町村、公的医療機関等により設置・運営されており、平成31年3月31日現在、全道にヘき地診療所が93か所、過疎地域等特定診療所*1として整備された歯科診療所が24か所あります。

＜ヘき地診療所の設置基準＞

- ◇ ヘき地診療所を設置しようとする場所を中心として、おおむね半径4kmの区域内に他の医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、かつ、診療所の設置予定地から最寄り医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上要するものであること
- ◇ 医療機関のない離島のうち、人口が原則として300人以上、1,000人未満の離島に設置するものであること

【ヘき地診療所及び過疎地域等特定診療所の推移】

(各年3月末現在)

区分	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年
ヘき地診療所 (か所数)	88	92	93	93	96	93
過疎地域等特定 診療所(か所数)	24	24	24	24	24	24

* 国民健康保険直営診療所含む

* 1 過疎地域等に開設する眼科、耳鼻いんこう科又は歯科の診療所

- 道では、第一次から第三次に至る医療圏において、よりきめ細かな保健医療サービスの提供を図るため、その中核となる地方センター病院と地域センター病院の整備を進めてきました。
- 平成15年4月に25か所の地域センター病院のうち、19か所を「へき地医療拠点病院」として指定しています。
- 平成30年度のへき地医療拠点病院における主たる事業の実施状況は、巡回診療が7か所、医師派遣及び代診医派遣が3か所、遠隔医療等ICTを活用した診療支援が3か所となっています。

<へき地医療拠点病院の主な役割>

- ◇ へき地診療所等からの患者の受け入れ
- ◇ 無医地区等への巡回診療の実施
- ◇ へき地診療所等への代診医等の派遣
- ◇ へき地の医療従事者に対する研修会等の実施
- ◇ へき地診療所等に対する遠隔診療等の各種診療支援 等

【へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療の実施】

区 分	平成27年 (平成26年度実績)	平成28年 (平成27年度実績)	平成29年 (平成28年度実績)	平成30年 (平成29年度実績)	平成31年 (平成30年度実績)
実施医療機関数 (か所数)	7	7	7	7	7
実施回数 (回)	184	148	158	163	150
延べ受診患者数 (人)	1,693	1,629	1,584	1,511	1,554

【へき地医療拠点病院からへき地診療所等への医師派遣・代診医派遣の実施】

区 分	平成27年 (平成26年度実績)	平成28年 (平成27年度実績)	平成29年 (平成28年度実績)	平成30年 (平成29年度実績)	平成31年 (平成30年度実績)
実施医療機関数 (か所数)	7	6	3	3	3
支援診療所 (か所数)	14	13	5	5	4
実施回数 (回)	246	210	96	59	58

【へき地医療拠点病院の遠隔医療によるへき医療の診療支援の実態】

区 分	平成27年 (平成26年度実績)	平成28年 (平成27年度実績)	平成29年 (平成28年度実績)	平成30年 (平成29年度実績)	平成31年 (平成30年度実績)
実施医療機関数 (か所数)	3	3	3	3	3

- へき地医療拠点病院の中で上記4事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣、遠隔医療）のいずれかを実施している医療機関の割合は52.6%となっています。

【へき地医療拠点病院における上記4事業のいずれかを実施している医療機関数及び実施割合】

区 分	平成27年 (平成26年度実績)	平成28年 (平成27年度実績)	平成29年 (平成28年度実績)	平成30年 (平成29年度実績)	平成31年 (平成30年度実績)
実施医療機関数 (か所数)	11	11	10	10	10
実施割合 (%)	57.9	57.9	52.6	52.6	52.6

※実施医療機関数については実件数（重複を除く。）

- へき地医療に関して一定の実績を有するものとして社会医療法人の認定を受けている法人は、平成31年4月現在31法人あり、へき地診療所やへき地医療拠点病院への医師派遣を実施しています。

【社会医療法人の数】

(各年4月現在)

区 分	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年
法人(数)	22	26	26	28	31

- 第9次へき地保健医療計画（平成13年度～17年度）において、へき地診療所等からの代診医の派遣要請などの広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療対策の各種事業を円滑かつ効率的に実施するため、都道府県単位でへき地医療支援機構を設置することとされました。
- 道では、平成14年度に「北海道へき地医療支援機構」を設置しました。

＜北海道へき地医療支援機構の主な役割＞

- ◇ へき地診療所等への代診医を含む医師の派遣調整
- ◇ 無医地区等への巡回診療の実施に関する調整
- ◇ へき地医療従事者に対する研修計画、プログラムの作成
- ◇ へき地医療拠点病院の活動評価 等

- 北海道における地域医療の充実・確保に向け、医師派遣を巡る諸課題への対応策について検討・協議を行い、具体的な取組を推進するため、北海道地域医師連携支援センターにおいて、自治体病院等への医師派遣調整を実施しています。
- へき地医療対策に係る総合的な意見交換や計画の進行管理については、北海道総合保健医療協議会地域医療専門委員会で協議しています。
- 北海道地域医療振興財団は、本道の各地域の医療機関における医師の充足と医療機能の強化を促進し、もって地域医療の充実を図り、道民の福祉の向上に資することを目的として、北海道、市町村、北海道医師会、北海道歯科医師会等が参画して昭和60年に設立され、常勤医師等の紹介・斡旋を行うドクターバンク事業を行っています。

- へき地の住民の救急医療に対応するため、医療機関へ患者の救急搬送を要する場合、道の消防防災ヘリコプターやドクターヘリ等による搬送を実施しています。
- へき地の住民が必要に応じ、都市部の医療機関において、高度・専門的医療が受けられるよう患者搬送固定翼機（メディカルウイング）*1を運航しています。

2 課題

（へき地における保健指導）

無医地区等住民の健康の保持・増進を図るため、住民の保健衛生状態を十分把握し、実情に応じた保健指導を行う必要があります。

（へき地における診療の機能）

- へき地診療所において住民に身近な医療を確保する必要があります。
- へき地診療所、へき地医療拠点病院等の連携により、初期救急医療及び入院を要する救急医療に適切に対応できる体制の充実を図る必要があります。
- へき地診療所等における診療の結果、専門的な医療や高度な医療を要するとされた場合、病状や緊急性に応じ適切な医療機関へ紹介・搬送する体制を確保する必要があります。

（へき地の診療を支援する医療の機能）

- へき地診療所等への医師派遣などが行えるよう、へき地の診療を支援する医療機関等において医師を確保する必要があります。
- 医療機関への通院が困難な住民に対し、通院のための交通手段を確保する必要があります。
- 通信技術を応用した画像診断など、遠隔医療の実施に必要な機器等の整備に対し支援を行い、医療機関のICT活用を推進する必要があります。

（行政機関等によるへき地医療の支援）

北海道へき地医療支援機構の強化を始め、へき地の医療機関に従事する医療スタッフの支援、へき地の医療提供体制の確保に向けた支援などを行う必要があります。

3 必要な医療機能

（へき地における保健指導の機能）

無医地区等において、保健指導を提供することが必要です。

（へき地における診療の機能）

- 無医地区等において、地域住民の医療を確保することが必要です。
- 24時間365日対応できる体制を整備することが必要です。
- 専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制を整備することが必要です。

（へき地の診療を支援する医療の機能）

診療支援機能の向上を図ることが必要です。

*1 患者搬送固定翼機（メディカルウイング）：地域の医療機関では提供できない高度・専門的医療を必要とする患者を医師による継続的な医学的管理を行いながら、計画的に搬送することを目的とし、医師等の搭乗が可能な医療機器等を装備した固定翼機

(行政機関等によるへき地医療の支援)

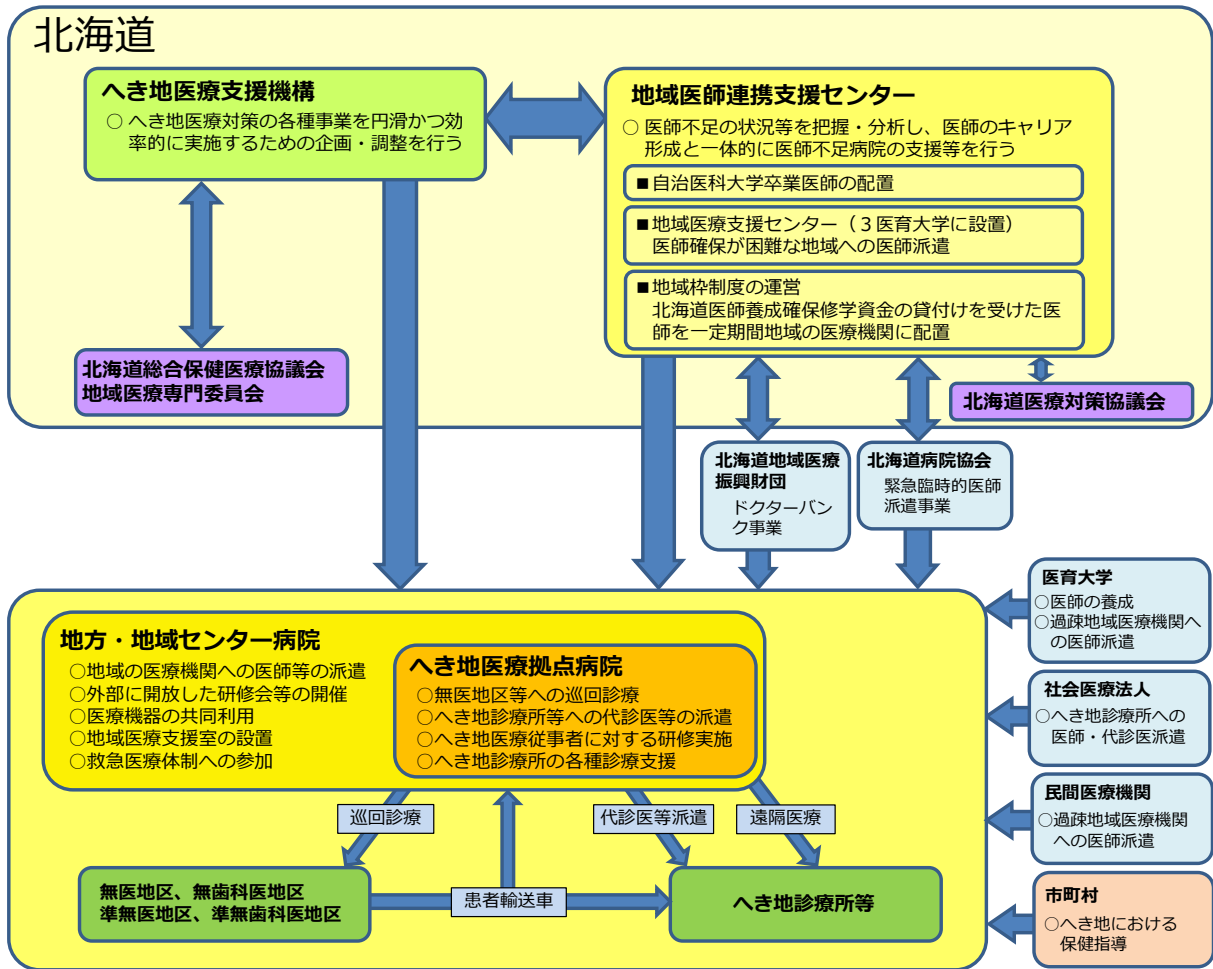
へき地において継続的に医療サービスを提供できるよう、関係機関の調整を行うことが必要です。

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 *	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	へき地診療所数(か所)	93	93	98	現状より増加	へき地医療現況調査 [厚生労働省] (平成29年1月1日現在 ・平成31年1月1日現在)
実施件数等	巡回診療、医師派遣、代診医派遣 のいずれかを実施するへき地医療 拠点病院数(か所)	9	8	19	現状より増加	へき地医療現況調査 [厚生労働省] (平成29年1月1日現在 ・平成31年1月1日現在)
	遠隔診療等ICTを活用した診療支 援を実施するへき地医療拠点病院 数(か所)	3	3	19	現状より増加	へき地医療現況調査 [厚生労働省] (平成29年1月1日現在 ・平成31年1月1日現在)

* 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。

へき地医療連携体制



5 数値目標等を達成するために必要な施策

関係機関相互の連携により、適切な保健及び医療サービスが継続して実施される体制の維持・構築に努めます。

(へき地における保健指導)

市町村や最寄りのへき地診療所等との連携の下、住民の保健衛生状態を十分把握し、計画的に無医地区等の実情に即した保健指導を行います。

(へき地における診療の機能)

- へき地診療所等の施設・設備の整備費や運営費に対して支援します。
- 道立診療所については、医師の確保に努めるとともに、離島など地理的条件や地域の医療事情を勘案しながら設置主体の変更などを進めます。
- 自治医科大学卒業医師や地域枠医師の配置、北海道地域医療振興財団のドクターバンク事業、北海道医師会及び特定非営利活動法人北海道病院協会と連携して実施する緊急臨時的医師派遣事業等により、常勤医及び代診医の確保を図ります。

【関連：第6章第2節「医師」(P183)】

- へき地においては、幅広い診療に対応できる総合診療医は重要な役割を担うことから、医育大学、北海道医師会等の関係団体などとの連携の下、総合診療医の確保・活用に取り組みます。【関連：第6章第2節「医師」(P184)】
- 市町村等が患者輸送車などを整備する事業に対して支援し、搬送体制の整備に取り組みます。
- 高規格救急車、消防防災ヘリコプター、ドクターヘリなどによる救急搬送体制の整備を促進します。【関連：第3章第7節「救急医療体制」(P46)】
- 患者搬送固定翼機（メディカルウイング）を運航し、航空医療体制の整備を進め、へき地の住民が高度・専門的医療を受けられる体制を確保します。
- へき地医療拠点病院等が行う研修などを通じ、へき地診療所とへき地医療拠点病院との連携を強化します。

（へき地の診療を支援する医療の機能）

- 無医地区等への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣、へき地医療従事者を対象とした研修会の開催など、へき地医療拠点病院が行うへき地医療支援活動に対して支援します。
- 遠隔医療や診療情報の共有ネットワーク化を行うため、必要な機器等の整備を行うへき地医療拠点病院などに対して支援します。
【関連：第5章第4節「医療に関する情報化の推進」(P169)】
- 北海道医師確保計画に基づき、医育大学に設置した地域医療支援センターによる医師派遣、自治医科大学卒業医師や地域卒医師の配置、北海道地域医療振興財団のドクターバンク事業、緊急臨時的医師派遣事業等により、へき地の診療を支援する医師の確保を図ります。
【関連：第6章第2節「医師」(P183)】
- へき地医療拠点病院やへき地医療を行う社会医療法人以外の医療機関からへき地診療所等への代診医等の派遣を行う事業に対して支援します。
- 休日・夜間当番医などの情報を提供する救急医療情報システムや小児救急電話相談事業の普及啓発を図ります。【関連：第3章第11節「小児医療体制」(P80)】
- へき地医療を行う社会医療法人の認定要件である医師派遣の実績については、へき地診療所への派遣のほか、平成27年4月からは、へき地医療拠点病院への医師派遣実績が要件に加えられましたが、今後、へき地医療を担う中核的な病院等に対する医師派遣実績についても要件に加えるよう、国に対して要望を行います。

（行政機関等によるへき地医療の支援）

- 北海道へき地医療支援機構について、北海道地域医師連携支援センターとのより緊密な連携を進め、へき地医療体制の確保に向けた総合的な企画・調整を行います。
【関連：第6章第2節「医師」(P183)】
- 北海道のホームページを活用し、道内の地域医療の現状や地域医療を確保するための対策などについて紹介します。
- 地域の医療機関に勤務する医師が、夜間のコンビニ受診などで疲弊しないために、地域住民を対象にした懇談会の開催や広報誌などによる啓発活動が行われるよう市町村等に働きかけ、地域全体で医療を支える機運の醸成を図ります。

6 医療機関等の具体的名称

<へき地医療拠点病院>

令和2年8月現在

第三次医療圏	第二次医療圏	へき地医療拠点病院
道 南	南 檜 山	道立江差病院
	北渡島檜山	八雲総合病院
道 央	後 志	J A 北海道厚生連倶知安厚生病院
	南 空 知	岩見沢市立総合病院
	中 空 知	砂川市立病院
	北 空 知	深川市立病院
	西 胆 振	総合病院伊達赤十字病院
	日 高	総合病院浦河赤十字病院
道 北	上 川 北 部	名寄市立総合病院
	富 良 野	社会福祉法人北海道社会事業協会富良野病院
	留 萌	留萌市立病院
		道立羽幌病院
宗 谷	市立稚内病院	
オホーツク	北 網	北見赤十字病院
	遠 紋	J A 北海道厚生連遠軽厚生病院
広域紋別病院		
十 勝	十 勝	J A 北海道厚生連帯広厚生病院
釧路・根室	釧 路	市立釧路総合病院
	根 室	町立中標津病院

* へき地医療に係る医療機関名簿は、第8章別表により随時更新

<へき地診療所>

第8章別表参照

7 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

歯科医師の確保が困難な、へき地における歯科保健医療サービスの確保に努めます。

8 薬局の役割

無薬局町村における医薬品や医療・衛生材料等の提供体制を確保するため、近隣市町村の薬局による在宅医療などの提供に努めます。

9 訪問看護ステーションの役割

医療資源が限られるへき地において、地域の特性や生活状況を踏まえた適切なケアが提供されるよう努めます。

第10節 周産期医療体制

1 現 状

- 北海道の出生数は、平成17年には4万1,420人でしたが、平成30年には3万2,642人となり、全ての第二次医療圏で減少し、全体では約21.2%の減少ですが、30%以上減少している地域もあります。
出生場所は、昭和25年には、「自宅・その他」で97.4%が出生していましたが、昭和45年には、8.9%となり、代わりに「病院・診療所」が80.7%、「助産所」が9.2%と増え、さらに平成30年には、「自宅・その他」は0.2%となり「病院・診療所」が99.6%、「助産所」が0.2%と推移しています。
- 低出生体重児（2,500グラム未満）の出生割合は、平成2年に6.9%、平成12年に9.1%、平成22年に9.8%と増加した後は、横ばいで、平成30年は9.2%となっています。
- 本道における産婦人科医師数は、近年減少傾向が続き、平成18年に359人になりましたが、平成30年には402人となっています。
- 近年、女性医師の占める割合が増加傾向にあり、平成28年には15.2%となっていますが、産婦人科医師は特に顕著で、26.0%が女性医師となっており、30歳代に限ると48.9%、20歳代においては44.4%の割合となっています。

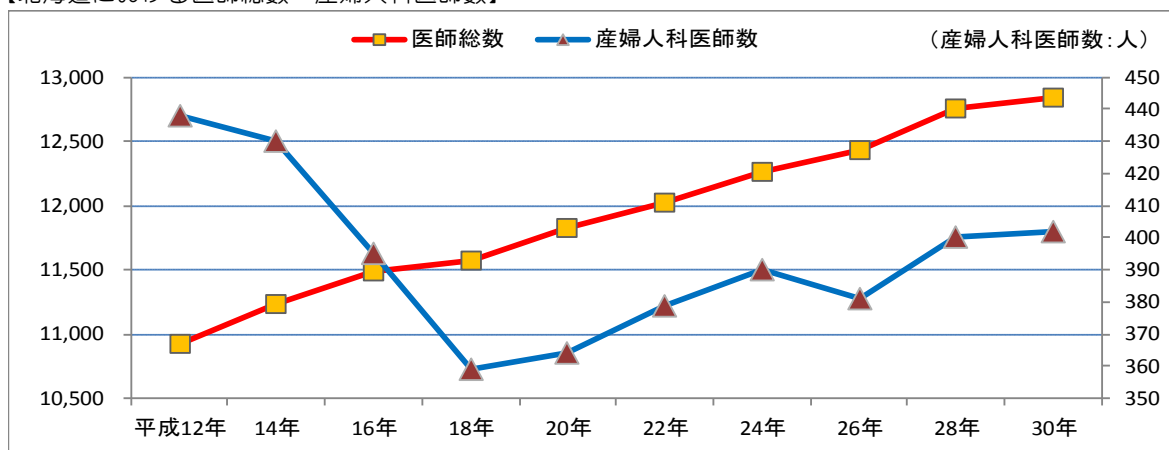
【北海道における年齢別・男女別産婦人科医師数】

（単位：人）

年齢別	産婦人科医師数				
		男性	構成比(%)	女性	構成比(%)
24～29歳	18	10	55.6%	8	44.4%
30～34歳	52	25	48.1%	27	51.9%
35～39歳	40	22	55.0%	18	45.0%
40～44歳	49	28	57.1%	21	42.9%
45～49歳	43	31	72.1%	12	27.9%
50～54歳	55	48	87.3%	7	12.7%
55～59歳	46	42	91.3%	4	8.7%
60～64歳	48	43	89.6%	5	10.4%
65～69歳	31	30	96.8%	1	3.2%
70～74歳	5	5	100.0%		0.0%
75～79歳	8	8	100.0%		0.0%
80歳以上	5	4	80.0%	1	20.0%
合 計	400	296	74.0%	104	26.0%

* 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成28年）

【北海道における医師総数・産婦人科医師数】



* 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 平成30年に北海道で就業している助産師は1,668人となっており、そのうち1,475人(88.4%)が「病院・診療所」で就業しています。また、助産所に就業している助産師は58人(3.5%)となっています。
- 全国では、産婦人科医師数は微増していますが、道内では、産婦人科医師の不足等により、分娩を取り扱う「病院・診療所」は減少しており、地域によっては、正常分娩を行う産科医療を確保することが困難な状況となっています。
- 道は、平成23年に「北海道周産期医療体制整備計画」(以下「整備計画」という。)を策定し、第三次医療圏ごとに総合周産期母子医療センター(以下「総合周産期センター」という。)を6か所、第二次医療圏に地域周産期母子医療センター(以下「地域周産期センター」という。)を30か所認定し、整備計画を推進してきたところです。
- 平成30年度の分娩数の割合は、総合・地域周産期センターが約40%、その他の病院が約30%、診療所が約30%となっています。

【周産期センターの整備状況】

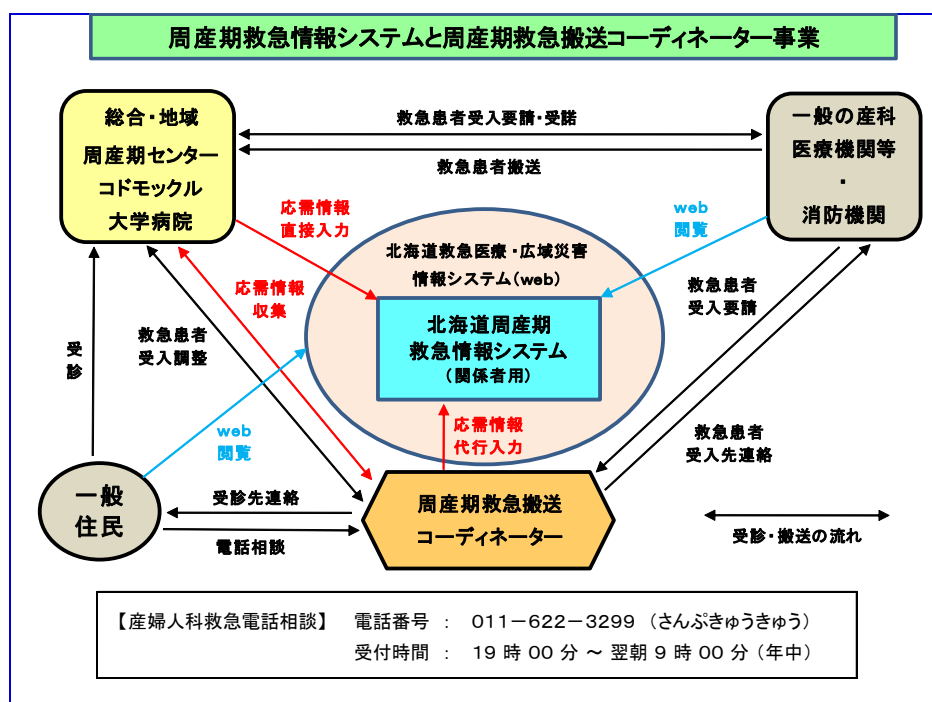
平成31年4月現在

区分	主な機能	現状と課題
総合周産期センター	母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の提供	・第三次医療圏ごとに原則1か所 ・認定した6か所のうち、国の要件を満たす「指定」*1は4か所
地域周産期センター	周産期に係る比較的高度な医療の提供	・第二次医療圏に30か所認定 (うち分娩休止:2か所)

- 「指定」された総合周産期センターは、第三次医療圏内の産科医療機関の医師及び看護師などの医療従事者を対象とした研修会を開催しており、圏域内の医療機関の連携体制の構築や医療技術の向上が図られています。
- 道では、平成13年から北海道周産期救急情報システムにより、総合周産期センターなどにおける妊産婦や新生児の受入情報を各医療機関や消防機関等へ提供しています。

*1 「指定」とは、総合周産期センターが、国の定める一定の要件(医療従事者や母体・胎児集中治療管理室(MFICU)などの病床数)を満たし、北海道総合保健医療協議会の意見を踏まえ道が指定するもの。国の定める一定の要件を満たしていない医療機関については、その整備が図られるまでの間は「認定」として取り扱う。

- 平成21年度から開始した周産期救急搬送コーディネーター事業では、北海道周産期救急情報システムの日々の情報更新、患者を搬送する際の医療機関、消防機関との連絡調整、妊産婦等からの病状や受診医療機関などについての電話相談を行っています。
- 総合周産期センターでは対応が難しいハイリスクの胎児や新生児に対応するため、平成19年9月に開設した北海道立子ども総合医療・療育センター（コドモックル）を「特定機能周産期母子医療センター」として位置づけ、搬送患者の受け入れや全道の医療従事者等を対象とした研修会の開催などを行っています。
- 助産師外来は平成31年4月1日現在で14の第二次医療圏で40か所設置されています。
- このような状況を踏まえ「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）に基づき「整備計画」を「医療計画（周産期医療体制）」に一体化した上で、医師の確保や救急、災害医療など、他事業とより一層の連携を図りながら、周産期医療体制の整備に取り組むこととしました。



2 課題

（総合周産期センター及び地域周産期センターにおける産婦人科医師の確保等）

総合周産期センター

認定を受けている総合周産期センターの指定を目指すとともに、これらのセンターへの産婦人科医師の優先的かつ重点的な確保が必要です。

地域周産期センター

産婦人科医師が一人体制の病院の解消や現在、分娩の取扱いを休止している病院の再開に結びつけていくことが必要です。

また、地域周産期センターの機能が発揮されるまでの間、隣接する地域周産期センター等へのアクセスの確保が必要です。

(周産期医療従事者に対する研修機能の充実)

総合周産期センターは、それぞれの圏域において周産期医療従事者に対し研修会を開催するとともに、現場の医療従事者のニーズを把握しながら、研修内容の充実を図ることが必要です。

(総合周産期センター等のNICU等に長期入院している児童の療養・療育環境の充実)

新生児集中治療管理室（以下「NICU」という。）等に長期入院している児童が病状などに応じた望ましい環境で療養・療育されるよう、保健・医療・福祉サービスが相互に連携した支援体制の充実が必要です。

3 必要な医療機能

周産期医療体制の構築に当たっては、総合及び地域周産期センターを中心として、三医学大学の協力を得ながら、医療機関間の連携、第三次医療圏間の連携（広域搬送・相互支援体制の構築等、圏域を越えた母体及び新生児の搬送及び受け入れが円滑に行われるための措置）等を推進するとともに、これまでのハイリスク分娩などに対する取組以外にも、正常分娩等に対する安全な医療を提供するための体制の確保や周産期医療関連施設を退院した障がい児等が生活の場で療養・療育できる体制の確保が必要です。

(正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携)

- 正常分娩（リスクの低い帝王切開術を含む。）や妊婦健診等の分娩前後の診療を安全に実施できる体制の構築が必要です。
- ハイリスク分娩や急変時には地域周産期センター等へ迅速に搬送が可能な体制の構築が必要です。

(周産期の救急対応が24時間可能な体制)

総合周産期センター、地域周産期センターを中心とした周産期医療体制による、24時間対応可能な周産期の救急体制の確保が必要です。

(新生児医療の提供が可能な体制)

新生児搬送やNICU、NICUに併設された回復期治療室（以下「GCU」という。）及びNICU等の後方病室確保を含めた新生児医療の提供が可能な体制の構築が必要です。

(NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制)

周産期医療関連施設を退院した障がい児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健及び福祉サービスが相互に連携した支援体制の構築が必要です。

(周産期における災害対策)

災害時に周産期に係る適切な医療や物資が提供され、また、被災地からの搬送受け入れや診療に係る医療従事者の支援が適切に行われる体制の構築が必要です。

周産期センターにおいては、被災後、早期に診療機能を回復できるよう、必要な物資の確保等、平時からの備えを行っておくことが必要です。

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 *	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	分娩を取り扱う医療機関 (か所)	15-49歳女性 10万人 当たり	8.5	8.8	全国平均 以上	現状より増加 (H26:8.7)	医療施設調査(静態) [厚生労働省] (平成26年・平成29年)
	産科・産婦人科を標ぼうする病院、診 療所の助産師外来開設割合(%)		18.5	24.2	全国平均 以上	現状より増加 (H26:19.6)	北海道保健福祉部調査 (平成29年4月現在 ・平成31年4月現在)
	総合周産期母子医療センター(指定)の 整備医療圏数(第三次医療圏)		4	4	6	第三次医療圏に 1か所	北海道指定 (平成30年2月現在 ・平成31年4月現在)
	地域周産期母子医療センター整備医 療圏数(第二次医療圏)		21	21	21	第二次医療圏に 1か所	北海道指定 (平成30年2月現在 ・平成31年4月現在)
実施件数等	母体・新生児搬送のうち現場滞在時間 が30分以上の件数(人口10万人当たり 件数)		3.2	1.9	全国平均 以下	全国平均以下 を維持 (H27:4.5)	救急搬送における医療機関の受入状 況等実態調査 (平成27年度・平成30年度)
安全に出産 できる体制	新生児死亡率(千対)	出生数	1.0	1.0	全国平均 以下	現状より減少 (H27:0.9)	平成27年・平成30年 人口動態調査 [厚生労働省]
	周産期死亡率(千対)	出生数+妊 娠満22週以 降の死産	4.1	3.6	全国平均 以下	現状より減少 (H27:3.7)	平成27年・平成30年 人口動態調査 [厚生労働省]
	妊産婦死亡率(10万対)	出生数+死 産数	2.6	3.3	全国平均 以下	全国平均以下 を維持 (H27:3.8)	平成27年・平成30年 人口動態調査 [厚生労働省]

* 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

(総合周産期センター及び地域周産期センター等の整備)

- 周産期医療に関する最先端の知識・技術が集積している三育大学との連携を強め、これらの大学から医師の優先的かつ重点的な派遣を受けながら、地域の医療資源を最大限活用し、総合周産期センター等で周産期医療の提供に努めます。
- 第三次医療圏内において、ハイリスク児やハイリスク分娩などに対応できるよう、総合周産期センターに優先的かつ重点的に産婦人科医師を確保することなどにより、機能の維持強化を図るとともに、認定を受けている2か所の総合周産期センターの指定を目指します。
- 第二次医療圏内において、24時間体制で周産期救急医療に対応する地域周産期センターの中でハイリスク分娩等に対応する地域周産期センターに対し、産婦人科医師の複数配置などを行い、産婦人科医師の優先的かつ重点的確保を図ります。
- 総合周産期センターなどから、自家用車での妊産婦の冬期間の移動時間がおおむね120分、移動距離がおおむね100kmを超える地域*1において、産科医療機能を確保する必要がある地域周産期センター等に対して、産婦人科医師の優先的な確保を図ります。
- 産婦人科医師の勤務環境の改善を促し、医学生や研修医が産婦人科医師を志望するインセンティブを高め、若い医師を育成するなど、産婦人科医師の増員を図るとともに、地域枠制度の活用により産婦人科医師が一人体制の病院の解消に努め、現在、分娩機能を休止している病院の再開に結びつけていくなど、より身近なところで安心して出産できる環境の整備を目指していきます。

*1 妊産婦の移動時間、移動距離をおおむね120分、おおむね100kmの範囲内とする根拠：安全で安心して出産できる移動時間や移動距離を検討したところ、妊産婦の居住地から自家用車での冬期間の移動時間がおおむね120分、移動距離がおおむね100kmの範囲内に産科医療機関が存在すれば、最低限、墜落分娩などの危険を避けることができると考え、文献学的考察を加えるとともに三育大学の意見を踏まえ設定したものの。

（搬送体制等の整備）

- 北海道周産期救急情報システムや周産期救急搬送コーディネーター等を活用し、妊産婦や新生児のスムーズな周産期センターへの救急搬送体制の確保に取り組みます。
- 分娩の取扱い休止等をしている地域周産期センターの機能が発揮されるまでの間、隣接する地域周産期センター等との情報共有や搬送体制の整備などのアクセスの確保に取り組みます。

（周産期医療従事者に対する研修機能の整備）

総合周産期センターにおいて、第三次医療圏内の産科医療機関の医師及び看護師などの医療従事者を対象とした研修会を開催し、圏域内の医療機関の連携体制の構築や医療技術の向上に努めます。

（妊産婦の多様なニーズに対応する取組）

身近なところに産科医療機関がない地域における妊産婦や産婦人科医師の負担軽減につながることから、産科及び産婦人科以外の診療科を含めた医療機関や関係団体と連携しながら、助産師外来*1、院内助産所の開設等を促進します。

（NICU等に長期入院している児童への支援）

NICU等に長期入院している児童の退院を促進し、NICU等の満床状態を解消するための地域療育支援施設運営事業や在宅への移行促進・保護者等のレスパイトのための日中一時支援事業などに取り組みます。

（周産期における災害対策）

災害時に周産期に係る適切な医療や物資が提供されるよう、災害拠点病院や周産期母子医療センター等の連携体制の確保を進めるなど、災害時における周産期医療体制の構築に努めます。【関連：第3章第8節「災害医療体制」(P56)】

6 医療連携圏域の設定

周産期医療に係る医療連携圏域は、妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて、それぞれ本計画に定める次の医療圏単位を基本とします。

総合周産期センター

母体又は胎児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療の提供ができる総合周産期センターの整備を図る周産期医療圏を、第三次医療圏とします。

地域周産期センター

周産期に係る比較的高度な医療の提供ができる地域周産期センターの整備を図る周産期医療圏を、第二次医療圏とします。

* 1 助産師外来：助産師が医師と役割分担しながら自立して、妊産婦やその家族の意向を尊重しながら、健診や保健指導を行うもの。

7 医療機関等の具体的名称

【周産期母子医療センター（37施設）】

平成31年4月現在

第三次医療圏	第二次医療圏	医療機関名	区分	【指定年月日】 (認定年月日)	
道南	南渡島	1 函館中央病院	総合	【平成20年2月22日】	
		2 市立函館病院	地域	(平成13年10月1日)	
	南檜山 北渡島檜山	3 北海道立江差病院	地域	(平成13年10月1日)	
		4 八雲総合病院	地域	(平成13年10月1日)	
道央	札幌	5 市立札幌病院	総合	【平成18年1月30日】	
		6 天使病院	地域	(平成13年10月1日)	
		7 地域医療機能推進機構 北海道病院	地域	(平成13年10月1日)	
		8 NTT東日本札幌病院	地域	(平成13年10月1日)	
		9 手稲溪仁会病院	地域	(平成13年10月1日)	
		10 北海道大学病院	地域	(平成23年3月30日)	
		11 札幌医科大学附属病院	地域	(平成23年3月30日)	
		12 北海道立子ども総合医療・療育センター	特定	(平成19年9月1日)	
		後志	13 北海道社会事業協会小樽病院	地域	(平成13年10月1日)
		南空知	14 岩見沢市立総合病院	地域	(平成13年10月1日)
		中空知	15 滝川市立病院	地域	(平成13年10月1日)
			16 砂川市立病院	地域	(平成16年12月13日)
	北空知	17 深川市立病院	地域	(平成13年10月1日)	
	西胆振	18 日鋼記念病院	地域	(平成13年10月1日)	
		東胆振	19 苫小牧市立病院	地域	(平成13年10月1日)
	20 王子総合病院		地域	(平成13年10月1日)	
	日高	21 総合病院浦河赤十字病院	地域	(平成25年4月1日)	
	道北	上川中部	22 JA北海道厚生連旭川厚生病院	総合	(平成13年10月1日)
			23 旭川赤十字病院	地域	(平成13年10月1日)
			24 旭川医科大学病院	地域	(平成23年3月30日)
		上川北部	25 名寄市立総合病院	地域	(平成13年10月1日)
富良野		26 北海道社会事業協会富良野病院	地域	(平成13年10月1日)	
留萌		27 留萌市立病院	地域	(平成13年10月1日)	
宗谷		28 市立稚内病院	地域	(平成13年10月1日)	
オホーツク		北網	29 北見赤十字病院	総合	(平成13年10月1日)
	30 JA北海道厚生連網走厚生病院		地域	(平成13年10月1日)	
	遠紋	31 JA北海道厚生連遠軽厚生病院	地域	(平成13年10月1日)	
		32 広域紋別病院	地域	(平成13年10月1日)	
十勝	十勝	33 JA北海道厚生連帯広厚生病院	総合	【平成22年3月26日】	
		34 北海道社会事業協会帯広病院	地域	(平成13年10月1日)	
釧路・根室	釧路	35 釧路赤十字病院	総合	【平成15年7月31日】	
		36 市立釧路総合病院	地域	(平成13年10月1日)	
	根室	37 町立中標津病院	地域	(平成25年4月1日)	
総合周産期母子医療センター 計			6 施設	【指定4】(認定2)	
地域周産期母子医療センター 計			30 施設	(認定30)	
特定機能周産期母子医療センター			1 施設	(認定1)	
合 計			37 施設		

* 周産期医療に係る医療機関名簿は、第8章別表により随時更新

* 滝川市立病院、深川市立病院は分娩休止中

8 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

妊娠は、ホルモン等の内分泌機能の生理的変化により、歯周病のリスクを高めることから、市町村等と連携し、妊産婦に対して歯・口腔の健康づくりに関する正しい知識や定期的に歯科医療機関を受診することの必要性を啓発するための機会の確保に努めます。

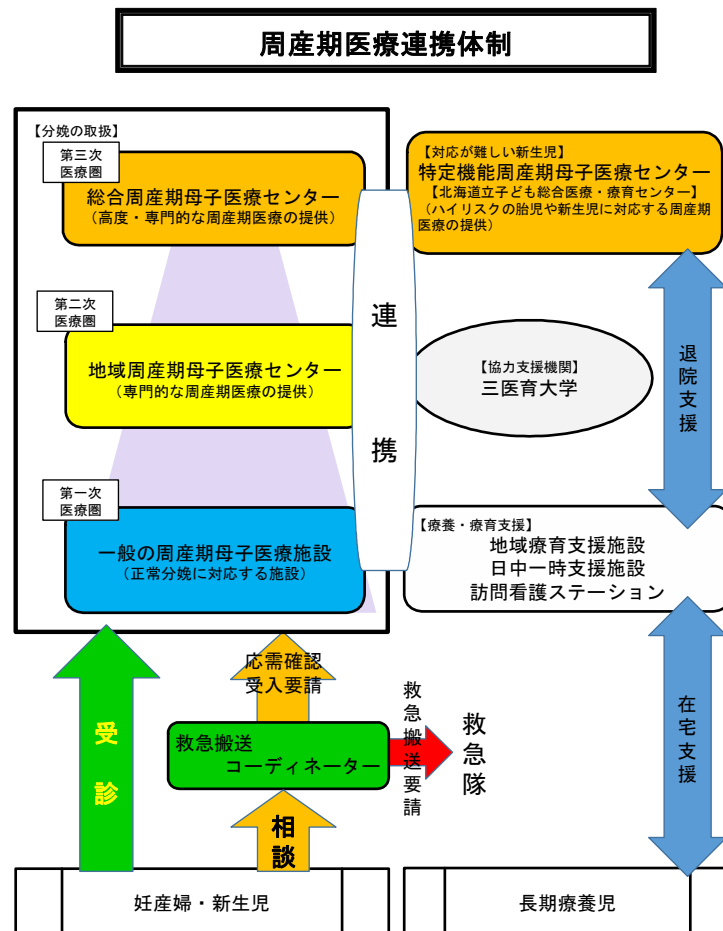
また、妊婦が歯科医療機関を受診した際は、妊娠週数に配慮し、適切な歯科医療の提供に努めます。

9 薬局の役割

妊婦等が医薬品を適切かつ安全に使用できるよう、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、妊婦等への適切な服薬指導などに努めます。

10 訪問看護ステーションの役割

- 周産期医療関連施設を退院した障がい児等が在宅で療養・療育できるよう医療機関などと連携し支援を行います。
- 心身の疾病や障がいのある妊婦が不安なく妊娠期の生活や分娩ができるよう、医療機関や市町村等地域関係者と連携し支援を行います。



第11節 小児医療体制（小児救急医療を含む）

1 現 状

（小児人口及び医療機関・医師等の状況）

- 道内の小児人口（15歳未満）は、令和元年10月時点で約56.5万人であり、平成18年10月時点（約70.4万人）に比べて19.7%減少しています。*₁
- 令和2年4月1日時点で、小児科を標ぼうする病院の数は全道で151か所（平成24年（161か所）に比べ6.2%減）、小児科を標ぼうする診療所の数は全道で629か所（平成24年（713か所）に比べ11.8%減）であり、そのうち病院の21.2%、診療所の38.6%が札幌圏に所在しています。*₂
- また、小児歯科を標ぼうする歯科診療所については、全道1,822か所のうち、978か所（53.7%）が札幌圏に集中しています。*₂
- 道内の小児医療を行う医師数は若干減少の傾向にあります。また、小児科を専門とする医師の数は年々増加の傾向にありますが、その多くは都市部に集中しており、地域偏在が生じています。
- 平成30年の小児人口1万人当たりの小児医療を行う医師数は15.5人となっており、全国平均の17.9人より少ない状況にあります。また、小児科を専門とする医師の数は10.9人となっており、全国平均の11.2人より少ない状況にあります。*₃

【道内の医師数及び小児科医師数の推移】

（単位：人）

	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年
小児医療を行う医師数	1,190	1,117	1,085	1,021	1,011	1,001	917	896
小児人口1万人当たり （全国値）	16.3 (18.1)	15.8 (17.8)	16.3 (17.5)	15.5 (18.1)	15.8 (18.0)	16.1 (18.4)	15.3 (17.6)	15.5 (17.9)
小児科を専門とする医師	598	604	617	618	634	642	639	631
小児人口1万人当たり （全国値）	8.2 (8.3)	8.6 (8.4)	9.1 (8.9)	9.4 (9.4)	9.9 (9.9)	10.3 (10.3)	10.7 (10.7)	10.9 (11.2)

* 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

*₁ 総務省による人口推計

*₂ 北海道保健福祉部調

*₃ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、なお「小児医療を行う医師」は、診療科として小児科のみを回答した医師及び複数回答した診療科の中に小児科を含んでいた医師、「小児科を専門とする医師」は診療科として小児科のみを回答した医師及び複数回答した診療科のうち小児科を主たる診療科として回答した医師のことをいう。

【道内の小児科を専門とする医師数の推移】 (単位：人)

第二次医療圏名	H20	H30	H30-H20
南渡島	44	34	▲ 10
南檜山	1	1	0
北渡島檜山	5	4	▲ 1
札幌	302	327	25
後志	23	19	▲ 4
南空知	16	13	▲ 3
中空知	6	9	3
北空知	4	1	▲ 3
西胆振	14	19	5
東胆振	22	23	1
日高	3	5	2
上川中部	76	75	▲ 1
上川北部	7	7	0
富良野	5	4	▲ 1
留萌	2	2	0
宗谷	5	5	0
北網	23	23	0
遠紋	7	7	0
十勝	25	27	2
釧路	20	21	1
根室	7	5	▲ 2
全道計	617	631	14

* 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 小児医療を行う医師は、全体の52.4%が病院に勤務しており、小児科を専門とする医師は、全体の67.7%が病院に勤務しています。
- また、1病院当たりの小児医療を行う医師は3.11人であり、そのうち小児科を専門とする医師は2.81人となっています。

(単位：人)

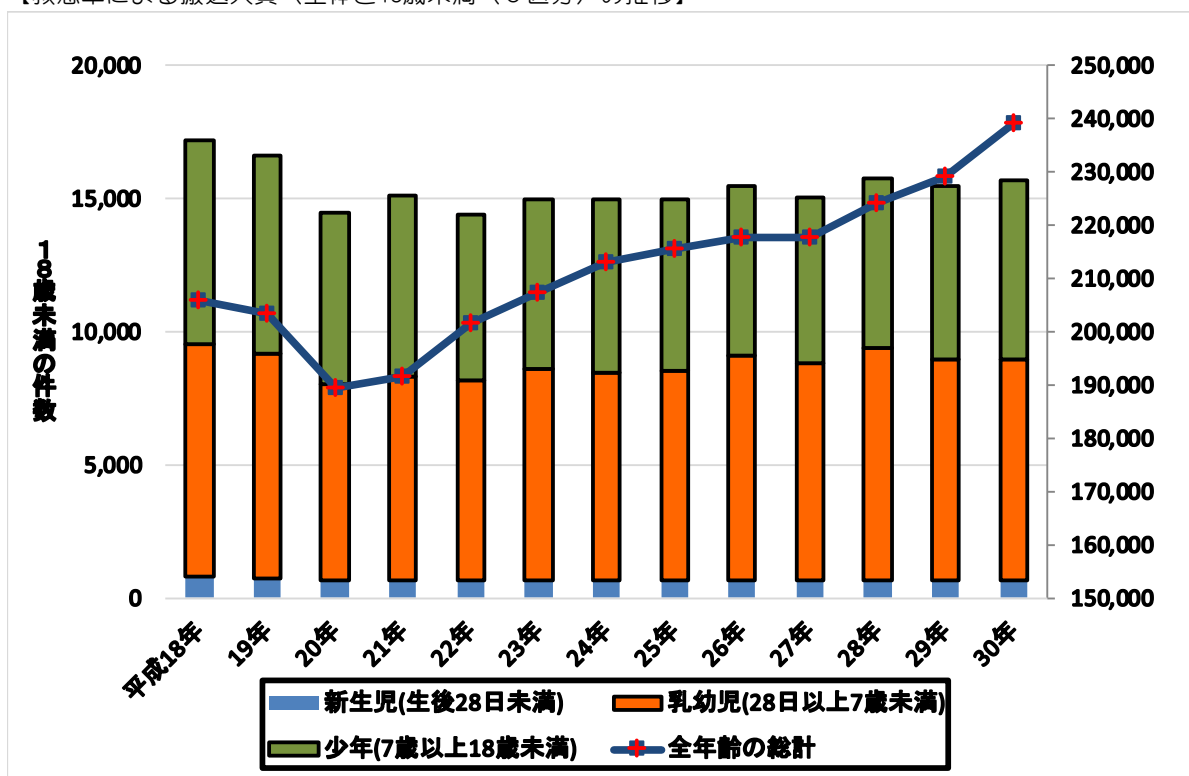
区分	小児科標ぼう医療機関数(A)	小児医療を行う医師数		1施設当たり医師数	
		(B)	小児科を専門とする医師数	(B/A)	小児科を専門とする医師数
病院	156	485 (52.4%)	438 (67.7%)	3.11	2.81
診療所	637	440 (47.6%)	209 (32.3%)	0.7	0.33
合計	793	925	647	1.17	0.82

* 小児科標ぼう医療機関数は令和2年4月1日現在、小児医療を行う医師数は平成30年12月末現在

(小児救急の状況)

- 道内における18歳未満の救急搬送数については、小児人口減少の影響もあって、平成18年の1万7,144人から平成30年の1万5,697人と減少傾向（8.4%減）にあり、また、平成30年の全救急搬送数における軽症者の割合は46.7%であるのに対し、18歳未満の救急搬送数における軽症者の割合は68.7%となっています。^{*1*2}
- 厚生労働省の調査^{*3}によると、小児救急患者の時間帯別の受診状況は、平日では夕刻から準夜帯（18時から22時頃まで）にかけて増加傾向にあり、土日では更に多くなっており、小児救急患者はいわゆる時間外受診が多いことが指摘されています。
- また、道が実施した「二次救急医療機関における救急患者受入実態調査」^{*4}における小児救急患者の時間外受診の状況を見ると、「特に軽症」と「軽症」の患者が多数を占めています。
- このような小児救急における受療行動には、少子化、核家族化や共働きなどの家庭環境の変化とともに、保護者等による専門医志向や病院志向が大きく影響していると指摘されています。

【救急車による搬送人員（全体と18歳未満（3区分））の推移】



* 北海道総務部「消防年報（救急救助年報）」及び消防庁「救急・救助の現況（各年）」

* 1 北海道総務部「消防年報（救急救助年報）」及び消防庁「救急・救助の現況」

* 2 北海道総務部「令和元年消防年報（平成30年救急救助年報）」

* 3 厚生労働科学研究「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」（主任研究者衛藤義勝）（平成16年度）

* 4 北海道保健福祉部調

- 道では、小児救急医療体制の整備に対する社会的要請が強まっていることから、通常の救急医療体制（本章第7節参照）によるほか、小児救急医療支援事業により、小児二次救急医療の体制整備を図っています。

【小児救急医療支援事業（平成11年～）】

事業概要	輪番制により休日・夜間の小児の二次救急医療を確保する
対象圏域	第二次医療圏単位（原則）～道内21圏域
事業主体	市町村長の要請を受けた病院

- 道内の内科医等を対象とした小児救急に関する研修を実施し、地域の小児救急医療に係るネットワーク体制を構築しています。

〈北海道小児救急医療地域研修事業〉（平成17年度～）

- 実施機関：北海道医師会へ事業委託
- 実施地区：第三次医療圏を基本に、全道8地区に区分し開催
- 対象者：在宅当番医制に参加する医師等

【小児救急医療地域研修事業 参加者の推移（職種別）】

（単位：人）

年 度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
医師（臨床研修医含む）	241	198	252	209	212	203	237	203
看護師・准看護師	169	168	180	129	145	119	137	148
その他の医療職 ※	67	91	52	55	50	48	53	67
消防隊員	267	246	330	296	376	319	338	273
その他（事務職等）	23	21	21	14	22	15	24	18
合 計	767	724	835	703	805	704	789	709

※ その他の医療職：保健師、助産師、薬剤師等

- 保護者の子育て不安の解消に資する観点から小児救急電話相談事業を実施するとともに、救急医療情報を道民、医療機関、消防機関に提供する「北海道救急医療情報・広域災害情報システム」を運営するほか、救急法等講習会の実施など、救急医療についての啓発を行っています。【関連：第3章第7節「救急医療体制」(P46)】

<小児救急電話相談事業> (平成16年度～)

夜間における子どもの急な病気やけがなどの際に、専任の看護師や医師が保護者等からの相談に対し、電話により助言を行っています。

電 話 番 号	011-232-1599(いーこきゅうきゅう) *プッシュ回線の固定電話及び携帯電話からは短縮ダイヤル「#8000番」も利用できます。
相 談 体 制	毎日 午後7時から翌朝8時まで 看護師1名(センター対応)、医師1名(自宅待機)
利用に当たっての注 意 事 項	医師が直接診察して治療を行うものではなくあくまでも電話による家庭での一般的対処などに関する助言アドバイスを行うものです。

【小児救急電話相談事業 相談件数の推移 (平成23年度～令和元年度)】

年 度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	累 計
年間相談件数	8,201	7,833	8,249	8,284	10,299	14,393	15,914	16,614	17,151	133,520
相談実施日数	366	365	365	365	366	365	365	365	366	4,969
1日当たりの件数	22.4	21.5	22.6	22.7	28.1	39.4	43.6	45.5	46.9	26.9
実 施 日	○ 毎日									
体 制 等	○相談電話回線：1回線									
	○相談時間帯 19:00～23:00				19:00～翌8:00 (平成27年12月25日から)					

* 平成16年12月20日事業開始

【小児救急電話相談事業 相談件数の推移 (相談者の居住圏域別)】

年 度	平成23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	27年度	28年度	29年度	30年度	令和元年度
道 南	486	420	457	538	697	697	1,180	1,272	1,099	1,396
道 央	5,020	5,018	5,380	5,333	6,677	6,677	9,357	10,297	8,703	11,325
道 北	517	631	715	772	960	960	1,364	1,395	1,321	1,417
オホーツク	216	172	145	106	229	229	378	448	343	475
十 勝	332	355	338	425	509	509	811	962	754	938
釧路・根室	365	386	308	276	328	328	708	704	597	661
不明・道外	1,265	851	906	834	899	899	595	836	3,797	939
合 計	8,201	7,833	8,249	8,284	10,299	10,299	14,393	15,914	16,614	17,151

(療養・療育支援体制等の状況)

- 大学病院などにより高度な小児医療が提供されているほか、小児医療と障がい児療育の機能を一体的に備えた北海道立子ども総合医療・療育センター(コドモックル)において、出生前からの一貫した治療・訓練、医学的リハビリテーションや療育とともに小児高度医療を提供しています。
- 平成27年度における小児の在宅人工呼吸器患者数は、全国で2,497.2人、全道では95.7人となっています。*1

*1 平成27年度 NDB(ナショナル・データ・ベース)のレセプト件数を12で割った値

2 課題

(小児医療体制等の確保)

- 子どもを持つ家族に対する相談など、家族を支援する体制や子どもの症状・状態に応じた小児医療体制の確保が必要です。
- 二次救急医療機関における小児救急患者に占める軽症者の割合が高いことが以前から指摘されており、小児科勤務医が長時間にわたる不規則な勤務を余儀なくされ、その改善が求められています。
- 第二次医療圏において、専門医療や24時間体制の救急医療を提供する体制の確保に努め、確保できない圏域については、隣接する医療圏の医療機関と連携し、入院医療や救急医療を提供できる体制を確保することが必要です。

(小児高度専門医療や療養・療育支援体制の確保)

- 小児疾患に対する高度・専門的な診断・治療や医療・療育体制、また、小児の三次救急医療体制についての検討も必要です。
- また、発達障がいの子ども、重症心身障がい児、医療的ケア児等が、必要な医療・療育や適切な支援を身近な地域で受けられる体制の充実が必要です。

3 必要な医療機能

(症状等に応じた医療機能や救急医療体制の充実)

疾病や症状等に応じた医療が提供されるよう、一般の小児医療から高度・専門医療及び初期救急医療から三次救急医療に至る体系的な医療提供体制の充実を図るとともに、急性期を経過した小児患者を地域で受け入れられるよう、医療機関の機能に応じた連携体制を構築することが必要です。

(災害時を見据えた小児医療体制)

災害時に小児患者に適切な医療や物資が提供され、また、被災地からの搬送受け入れや診療に係る医療従事者の支援が適切に行われる体制の構築が必要です。

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*	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	小児医療を行う医師数(人口1万人対)(人)	15.3	15.5	全国平均以上	現状より増加(H28:17.6)	平成28年・平成30年 医師・歯科医師・薬剤師調査 [厚生労働省]
	小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所のある第二次医療圏数(医療圏)	5	7	21	全圏域での実施	平成25年介護サービス施設・事業所調査・平成30年度 NDB [厚生労働省]
	小児の訪問診療を実施している医療機関のある第二次医療圏数(医療圏)	7	8	21	全圏域での実施	平成27年度・平成30年度 NDB [厚生労働省]
体制確保に係る圏域	小児二次救急医療体制が確保されている第二次医療圏数(医療圏)	20	20	21	全圏域での確保	北海道保健福祉部調べ(平成30年2月現在・平成31年4月現在)
	北海道小児地域医療センター、北海道小児地域支援病院による提供体制が確保されている第二次医療圏数(医療圏)	20	20	21	全圏域での確保	北海道保健福祉部調べ(平成30年1月現在・平成31年4月現在)
住民の健康状態等	乳児死亡率(千対) 出生数	2.2	1.9	全国平均以下	現状より減少(H28:2.0)	平成28年・平成30年 人口動態調査 [厚生労働省]

* 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

(小児医療体制等の確保)

相談支援体制等

- A E Dの使用方法を含む救急蘇生法等講習会を実施します。
- 小児救急電話相談事業や救急医療情報システムの活用を促進するとともに、医療機関への適正な受診等に関する住民の理解を深めるなど、救急医療についての啓発に努めます。【関連：第3章第7節「救急医療体制」(P46)】

一般の小児医療及び初期小児救急医療体制

小児医療については、できるだけ患者の身近なところで提供されることが望ましいことから、小児救急医療地域研修事業を実施し、一般の小児医療及び初期小児救急医療を担う病院・診療所の維持や確保に努めます。

小児専門医療及び入院小児救急医療体制

- 第二次医療圏ごとに小児医療の中核的な医療機関として「北海道小児地域医療センター」を、センターの未整備圏域では「北海道小児地域支援病院」を選定し、専門医療及び入院を要する小児患者に対応する小児救急医療の提供体制や搬送体制の確保に努めます。
- 小児専門医療を担う病院における小児科医師の勤務環境の改善を図るため、地域の開業医や総合診療医、関係機関との幅広い連携体制の構築に努めます。

北海道小児地域医療センター及び北海道小児地域支援病院の選定基準

<北海道小児地域医療センターの選定基準>

- ① 一定数以上の小児科の常勤医師が勤務していること
- ② 小児科の入院医療を提供していること
- ③ 小児二次救急医療を担っていること
- ④ N I C Uを整備していること

<北海道小児地域支援病院の選定基準>

次の要件のいずれかを満たす医療機関

(要件1) 北海道小児地域医療センターの選定基準のうち、①及び②を満たし、小児二次救急医療を担っている医療機関又は救急告示医療機関であり、かつ、分娩を行っている病院

(要件2) 北海道小児地域医療センターの未整備圏域において、以下のア～ウを満たす病院

- ア 小児科の常勤医師が勤務していること
- イ 小児科の入院医療を提供していること
- ウ 小児二次救急医療等を担っていること

(小児高度専門医療や療養・療育支援体制の確保)

小児高度専門医療の提供

大学病院、北海道立子ども総合医療・療育センター、総合周産期母子医療センターなどにおいて、小児高度専門医療を提供します。

療養・療育支援体制の確保

発達障がいの子ども、重症心身障がい児、医療的ケア児等が、在宅医療や療育、短期入所等の福祉サービスなどの支援を身近な地域で受けられるよう、地域生活を支援する体制の充実に努めます。

小児在宅医療の提供体制の確保

小児在宅医療の担い手を育成するため、医師・看護師等の医療従事者に対する普及啓発や研修会の開催等に取り組むとともに、在宅療養中の小児の状態が急変した際などに適切に対応できるよう、小児在宅医療を担う医療機関と後方支援を担う医療機関との連携体制の構築や北海道立子ども総合医療・療育センター等における小児高度専門医療を提供する体制の確保に努めます。

また、地域の実情に応じた在宅生活の支援体制の構築に向けて、保健・医療・福祉・教育等の関係者間の連携促進に取り組みます。

(災害時を見据えた小児医療体制)

災害時に小児患者に適切な医療や物資が提供されるよう、災害拠点病院や地域の中核的医療機関等の連携体制の確保を進めるなど災害時における小児医療体制の構築に努めます。【関連：第3章第8節「災害医療体制」(P56)】

6 医療連携圏域の設定

小児医療（小児救急医療）に係る医療連携圏域は、疾病や症状等に応じて、それぞれ本計画に定める次の医療圏単位を基本とします。

一般の小児医療及び初期救急医療

初期救急を含む一般の小児医療圏は、原則、市町村を単位とする第一次医療圏とします。

専門医療及び二次救急医療

専門医療及び入院を要する小児救急医療の小児医療圏は、比較的高度で専門性の高い医療サービスを提供し、入院医療サービスの完結を目指す医療圏である第二次医療圏とします。

なお、専門医療や二次救急医療の完結しない医療圏においては、他の圏域の医療機関や消防機関と連携を図りながら、必要な医療の確保に努めます。

高度・専門医療及び三次救急医療

高度・専門医療及び重篤な小児患者に対する救命医療の小児医療圏は、高度で専門的な医療サービスを提供する医療圏である第三次医療圏とします。

7 医療機関等の具体的名称

北海道小児地域医療センター
第8章別表参照

北海道小児地域支援病院
第8章別表参照

小児二次救急医療体制

【小児救急医療支援事業参加病院（39施設）】

平成31年4月現在

第三次医療圏	第二次医療圏	小児救急医療支援事業実施状況		
		事業開始時期	病院数	参加病院名
道南	南渡島	平成22年4月	3	函館中央病院、市立函館病院、共愛会病院
	南檜山	平成22年4月	1	北海道立江差病院
	北渡島	平成22年4月	1	八雲総合病院
道央	札幌	平成12年4月	11	N T T 東日本札幌病院、J A 北海道厚生連札幌厚生病院、市立札幌病院、天使病院、札幌徳洲会病院、札幌北楡病院、札幌北辰病院、K K R 札幌医療センター、独立行政法人地域医療機能推進機構北海道病院、北海道医療センター、手稲溪仁会病院
	後志	平成18年10月	1	社会福祉法人北海道社会事業協会小樽病院
	南空知	平成19年1月	2	岩見沢市立総合病院、市立美唄病院
	中空知	平成18年4月	3	砂川市立病院、滝川市立病院、市立赤平総合病院
	北空知	平成22年4月		※(J A 北海道厚生連旭川厚生病院)
	西胆振	平成18年4月	2	日鋼記念病院、社会医療法人製鉄記念室蘭病院
	東胆振	平成22年4月	1	苫小牧市立病院
	日高	平成22年4月	1	総合病院浦河赤十字病院
道北	上川中部	平成22年4月	1	J A 北海道厚生連旭川厚生病院
	上川北部	平成18年1月	1	名寄市立総合病院
	富良野	平成22年4月	1	社会福祉法人北海道社会事業協会富良野病院
	留萌	平成22年4月	1	留萌市立病院
	宗谷	平成18年4月	1	市立稚内病院
オホーツク	北網	平成22年4月	1	北見赤十字病院
	遠紋	平成22年4月	1	J A 北海道厚生連遠軽厚生病院
十勝	十勝	平成13年8月	2	J A 北海道厚生連帯広厚生病院、社会福祉法人北海道社会事業協会帯広病院
釧路・根室	釧路	平成22年4月	2	総合病院釧路赤十字病院、市立釧路総合病院
	根室	平成22年4月	2	市立根室病院、町立中標津病院
合計			39施設	

* 小児医療に係る医療機関名簿は、第8章別表により随時更新

8 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

子どもの発達障がい等に対する支援として、できるだけ身近なところで適切な歯科保健医療サービスを受けられるよう、障がい者歯科医療協力医の確保と資質の向上に努めます。

9 薬局の役割

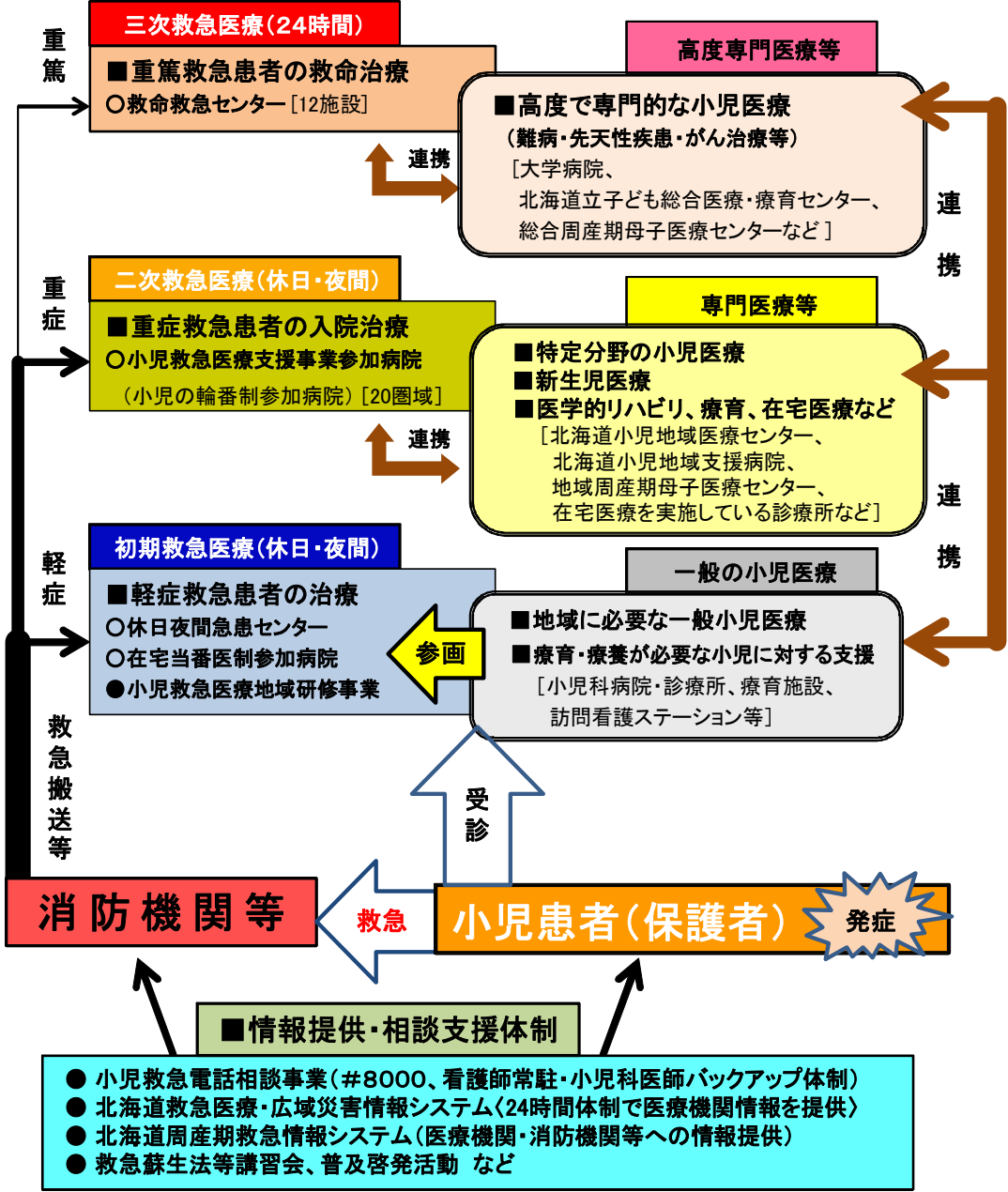
子どもを持つ家族からの相談に対応するため、「健康サポート薬局」等、かかりつけ薬局・薬剤師を普及するとともに、地域の薬局が相互に連携し、休日や平日の診療時間外における調剤応需のほか、市販薬を含めた医薬品や衛生材料等の供給体制の充実に努めます。

10 訪問看護ステーションの役割

在宅医療を必要とする小児等が地域で安心して療養できるよう、小児等の成長発達に応じた看護を提供するとともに、保健・医療・福祉・保育・教育などの関係者と連携し、小児及びその家族の支援の充実に努めます。

小児医療連携体制

(平成31年4月現在)



第12節 在宅医療の提供体制

1 現状

- 長期にわたる療養や介護を必要とする患者が病気と共存しながら、生活の質の維持・向上を図りつつ療養生活を継続することができるよう、在宅医療の提供体制の整備が必要とされています。

また、高齢化の急速な進行を踏まえ、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、医療と介護が連携した地域包括ケアシステムを構築する必要があります。

<在宅医療>

- ◇ 治療や療養を必要とする患者が、通院困難な状態にあっても自宅等の生活の場で必要な医療を受けられるように、医師などが自宅等（※）を訪問して看取りまでを含めた医療を提供するものです。
- ◇ 在宅医療の対象者は、病気やけがなどにより通院が困難な人で、退院後継続して治療が必要な人、又は自宅等で人生の最終段階における医療を希望する人などで、具体的には、寝たきりの高齢者、神経難病患者、けがによる重度の後遺症のある患者、末期がん患者などです。

※ 「自宅等」とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症対応型共同生活介護事業所等を指します。

<地域包括ケアシステム>

地域の実情に応じて、高齢者が、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制を言います。

- 全国的に実施された人生の最終段階における医療に関する意識調査*1では、一般国民の「人生の最終段階における、最期を迎えたい場所」として、「末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合」は69.2%、「重度の心臓病で、身の回りの手助けが必要であるが、意識や判断力は健康なときと同様の場合」は70.6%、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」は63.5%の人が自宅で最期を迎えることを希望しています。

本道では自宅や老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム）における死亡の割合は13.6%であり、全国平均の21.7%を大きく下回っています。*2

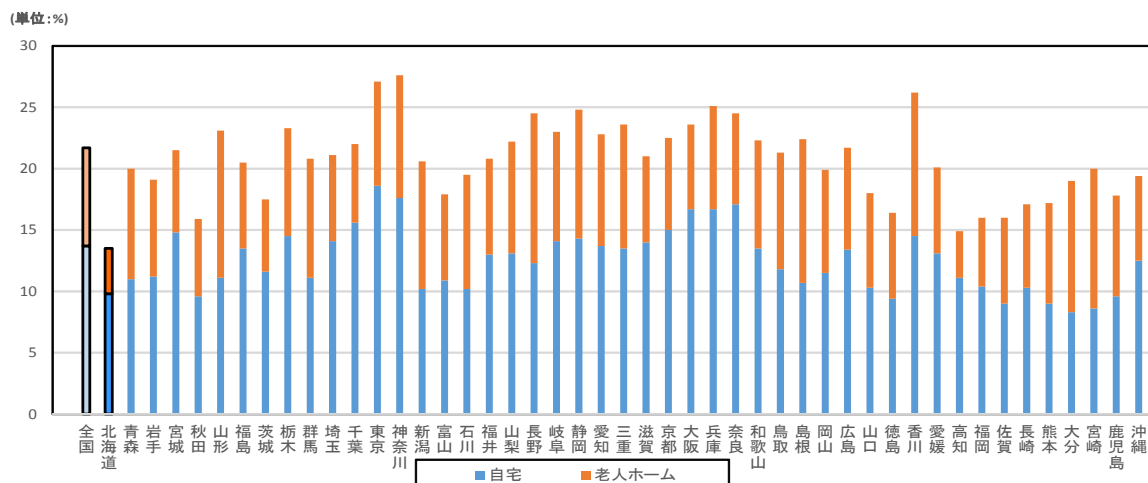
<人生の最終段階における医療及びケアのあり方>

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

*1 厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」（平成29年）

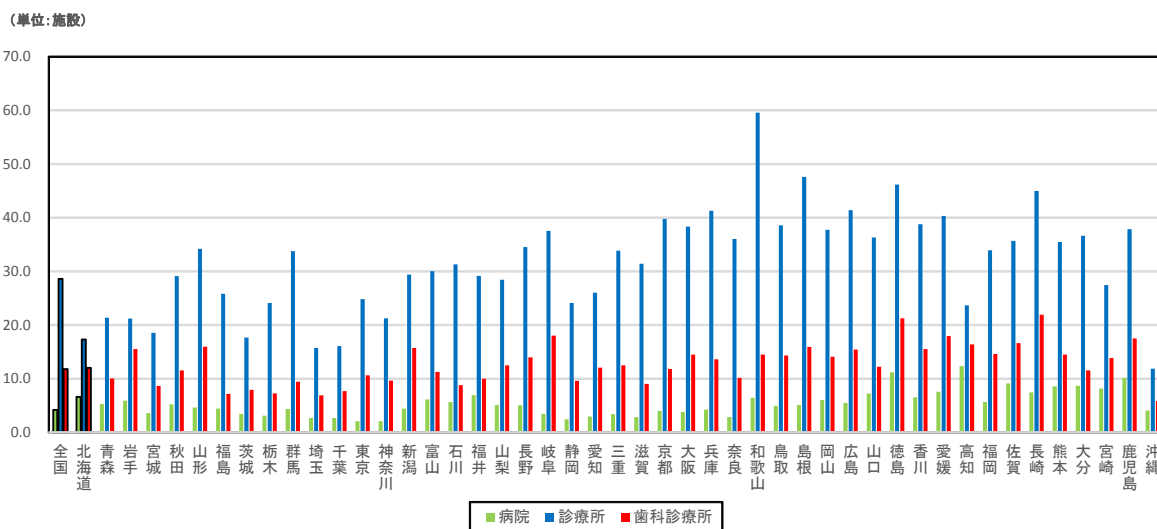
*2 厚生労働省「人口動態調査」（平成30年）

【都道府県別在宅死亡率の状況】 * 1



- 在宅医療サービスの提供状況を見ると、本道では、医療保険等による在宅サービス（往診・訪問診療・看取り）を実施している医療機関は、人口10万人当たりでは、病院が6.6施設、診療所が17.3施設、歯科診療所が12.0施設となっておりますが、全国平均では病院4.2施設、診療所28.6施設、歯科診療所は11.8施設となっており、診療所において大きく差が生じています。*2
- また、病院では62.7%、診療所では27.2%、歯科診療所では21.8%が在宅サービスを実施していますが、全国平均は病院63.3%、診療所35.7%、歯科診療所は21.8%となっており、診療所が全国平均を大きく下回っています。

【都道府県別医療保険等による在宅サービス実施状況（病院・診療所・歯科診療所）人口10万人対】

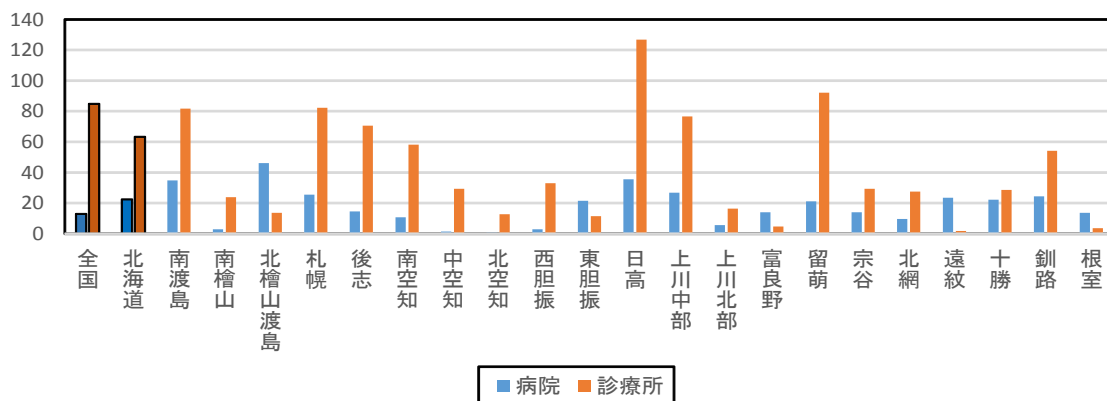


*1 厚生労働省「人口動態調査」（平成30年） 全死亡者数のうち、死亡の場所が自宅・老人ホームの割合

*2 厚生労働省「医療施設調査」（平成29年）

【訪問診療実施状況（病院・診療所）人口1万人対】 *1

（単位：件数）



○ 人生の最終段階も含め24時間体制で患者の急変等に対応できる在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院は、令和2年4月現在、それぞれ303施設、62施設が届出を行っており、病院については年々増加の傾向にありますが、このうち札幌圏はそれぞれ138施設（全体の45.5%）、28施設（全体の45.2%）となっています。

また、診療所については、平成28年までは増加傾向でしたが、平成29年には大幅に減少しています。

【在宅療養支援診療所届出数】

各年4月1日現在

平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
337	330	333	258	298	311	303

* 北海道保健福祉部調（北海道厚生局届出数）

【在宅療養支援病院届出数】

各年4月1日現在

平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
50	46	49	52	57	58	62

* 北海道保健福祉部調（北海道厚生局届出数）

*1 厚生労働省「医療施設調査」（平成29年）

- 訪問看護ステーション（サテライト型事業所を含む。）は、令和2年4月現在、499か所あり、年々増加の傾向にあります。一方で、179市町村のうち60市町村で設置されていませんが、一部の地域を除き、他地域の事業所等によりサービスが提供されている状況にあります。

【訪問看護ステーション数】

各年4月1日現在

	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
訪問看護ステーション	367	403	443	482	493	480	499
サテライト型事業所	53	56	70	66	75	81	87

* 北海道保健福祉部調

* 指定居宅サービス事業所（訪問看護） ※保険医療機関の「みなし指定事業所」を除く。

- 在宅患者への訪問による薬剤管理指導を実施し、在宅患者調剤加算を算定している薬局は、令和2年4月現在、798施設であり、開設許可を受けている薬局2,334施設の34.2%となっており、年々増加しています。

【在宅患者調剤加算を算定している薬局数】

各年4月1日現在

平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
275	442	563	685	734	798

* 北海道保健福祉部調（北海道厚生局届出数）

- がんなどの疼痛緩和に必要な医療用麻薬の調剤や患者宅での保管管理・廃棄等の指導に対応できる麻薬免許を有する薬局は、令和2年1月現在、2,052施設となっており、年々増加しています。

【麻薬免許（小売業者）を有する薬局数】

各年1月1日現在

平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
1,932	1,948	1,984	2,014	2,015	2,028	2,052

* 北海道保健福祉部調

2 課題

（在宅医療（訪問診療）の需要の把握）

- 高齢化の進行や生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるなどの疾病構造の変化に伴い、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しており、自宅や地域で疾病を抱えつつ生活を送る者が今後も増加していくことが考えられます。また、地域医療構想を推進する中で、病床の機能分化・連携が進むことに伴う増加（新たなサービス必要量）も見込まれます。
- 在宅医療は、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素であり、今後増大する慢性期の医療ニーズに対する受け皿であることから、適切な提供体制を整備するため、必要となる在宅医療の需要について推計しました。

【訪問診療の需要（推計）】

（人／日）

※下段（ ）は新たなサービス必要量を除いた数

第二次医療圏	平成25年 【2013年】	令和5年 【2023年】	令和7年 【2025年】
南 渡 島	3,157	3,873 (3,695)	4,051 (3,803)
南 檜 山	53	83 (67)	92 (70)
北 渡 島 檜 山	144	229 (175)	256 (181)
札 幌	14,193	25,291 (22,012)	28,147 (23,576)
後 志	1,714	2,260 (1,943)	2,431 (1,989)
南 空 知	1,109	1,458 (1,279)	1,563 (1,313)
中 空 知	517	799 (601)	893 (618)
北 空 知	14	119 (27)	158 (30)
西 胆 振	441	948 (595)	1,117 (626)
東 胆 振	482	834 (704)	929 (748)
日 高	495	640 (573)	682 (589)
上 川 中 部	2,611	3,758 (3,457)	4,047 (3,626)
上 川 北 部	169	290 (222)	327 (232)
富 良 野	176	254 (228)	274 (238)
留 萌	270	373 (318)	405 (327)
宗 谷	132	212 (175)	235 (183)
北 網	681	1,068 (889)	1,181 (931)
遠 紋	257	413 (307)	464 (317)
十 勝	1,436	2,156 (1,915)	2,347 (2,011)
釧 路	839	1,270 (1,079)	1,394 (1,127)
根 室	170	262 (221)	288 (231)
合 計	29,060	46,590 (40,482)	51,281 (42,766)

※令和7年（2025年）の（ ）の数は、平成25年（2013年）時点で訪問診療を受けている方の数に、二次医療圏別・性年齢階級別の将来人口を乗じて推計。令和5年（2023年）は年数の按分により推計。

（地域における連携体制の構築）

積雪寒冷で広域分散型の本道において、在宅医療の提供体制の整備には様々な課題があり、あらゆる地域で在宅医療を等しく推進していくことは現実的ではありません。しかしながら、それぞれの地域における医療・介護資源、人口及び世帯構造の変化などを踏まえた上で、在宅医療の推進、介護サービスの提供体制の整備、高齢者の住まいの確保など、住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、地域の事情に応じた取組を行っていくことが必要です。

(在宅医療を担う医療機関等の充実)

- 在宅医療を求める患者が、住み慣れた家庭や地域で生活を送ることができるよう、在宅医療を提供できる医療機関や訪問看護ステーションの充実が必要です。
- 特に、在宅医療の中心的役割を持つ機能強化型の在宅療養支援診療所及び病院、機能強化型や24時間対応可能な訪問看護ステーションについて未整備の第二次医療圏において整備を促進することが必要です。

(緩和ケア体制の整備)

- 緩和ケアについては、身体症状の緩和に加え、心理社会的な問題への援助が求められています。
- 在宅緩和ケアを進めるため、医療用麻薬の効果的・適正な使用を図っていく必要があります。

(在宅栄養指導、口腔ケア体制の充実)

高齢者のフレイル*1対策として、低栄養の防止が重要であることから、在宅での栄養管理や口からの食生活を推進していくための歯・口腔機能の維持と誤嚥性肺炎防止などの一環として専門的な口腔ケアの充実が必要です。

(訪問看護の質の向上)

訪問看護師には、医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、介護支援専門員などの専門職種と連絡・調整を図りながら、在宅療養中の患者に適切な看護を提供する能力が求められています。

(訪問薬剤管理指導の推進)

在宅療養中の患者が医薬品を適正に使用できるよう、薬局と医療機関等との間で服薬情報等を共有するとともに、薬局薬剤師による在宅患者の医薬品管理・適正使用の指導（薬剤管理指導）の実施が求められています。

(道民に対する在宅医療の理解の促進)

- 在宅医療を推進するためには、医療機関はもとより、道民に対し、在宅医療に関する情報提供や普及啓発が必要です。
- 人生の最終段階の患者が自ら望む場所で最期を迎えることができるよう、患者やその家族、在宅医療に携わる関係者が患者の意思を共有することが必要です。
- また、家庭における看護の需要に対応するため、在宅療養に必要な家庭看護の知識・技術の普及を図る必要があります。

(災害時を見据えた在宅医療の提供体制の構築)

- 災害時に自ら避難することが困難な在宅療養中の患者が適切に避難支援を受けられる体制の構築が必要です。
- また、避難後には、救護所や避難所における健康管理を中心とした活動が重要なことから、住民に対し、お薬手帳等の普及啓発が必要です。

*1 フレイル：学術的な定義は確定していないが、「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」報告書では、「加齢とともに、心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の並存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義されている。（平成27年度厚生労働科学研究特別事業「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」報告書）

3 必要な医療機能

(円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】)

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

(日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】)

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

(急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】)

- 在宅療養中の患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護ステーション及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保することが必要です。
- 地域において在宅医療・救急医療等の関係者間の連携体制の構築を支援し、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備することが必要です。

(患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】)

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

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 *4	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	訪問診療を実施している医療機関数(人口10万人対)(医療機関数)	15.4	15.1	19.9	現状より増加 (医療需要の 伸び率から推計)	平成27年度 NDB ・平成30年度 KDB [厚生労働省]
	機能強化型の在宅療養支援診療所*1又は病院*2のある第二次医療圏数(医療圏)	12	12	21	全圏域での確保	北海道保健福祉部調査 (平成29年4月現在 ・令和2年4月現在)
機能ごとの 体制等	退院支援を実施している医療機関のある第二次医療圏数(医療圏)	20	20	21	全圏域での実施	平成27年度・平成30年度 NDB [厚生労働省]
	在宅療養後方支援病院のある第二次医療圏数(医療圏)	9	10	21	全圏域での確保	北海道保健福祉部調査 (平成29年4月現在 ・令和2年4月現在)
	在宅看取りを実施する医療機関のある第二次医療圏数(医療圏)	20	19	21	全圏域での実施	平成27年度・平成30年度 NDB [厚生労働省]
多職種の 取組確保等	24時間体制の訪問看護ステーションのある第二次医療圏数(医療圏)	19	19	21	全圏域での確保	平成27年・平成29年 介護サービス施設・事業所調査 [厚生労働省]
	歯科訪問診療を実施している診療所のある第二次医療圏数(医療圏)	21	21	21	現状維持	平成26年度医療施設調査(静態) ・平成30年度 NDB [厚生労働省]
	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院がある第二次医療圏域数	-	20	21	全圏域での確保	平成30年度 NDB [厚生労働省]
	訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導を実施する薬局のある第二次医療圏数(医療圏)	21	21	21	現状維持	平成27年度・平成30年度 NDB、介護DB [厚生労働省]
実施件数等	訪問診療を受けた患者数[1か月当たり] (人口10万人対)(人)	425.1	516.0	664.9	現状より増加 (医療需要の 伸び率から推計)	平成27年度 NDB ・平成30年度 KDB [厚生労働省]
住民の 健康状態等	在宅死亡率(%) *3	12.7	13.6	全国平均 以上	現状より増加	平成28年・平成30年 人口動態調査 [厚生労働省]

*3 自宅、老人ホーム(養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム)での死亡率

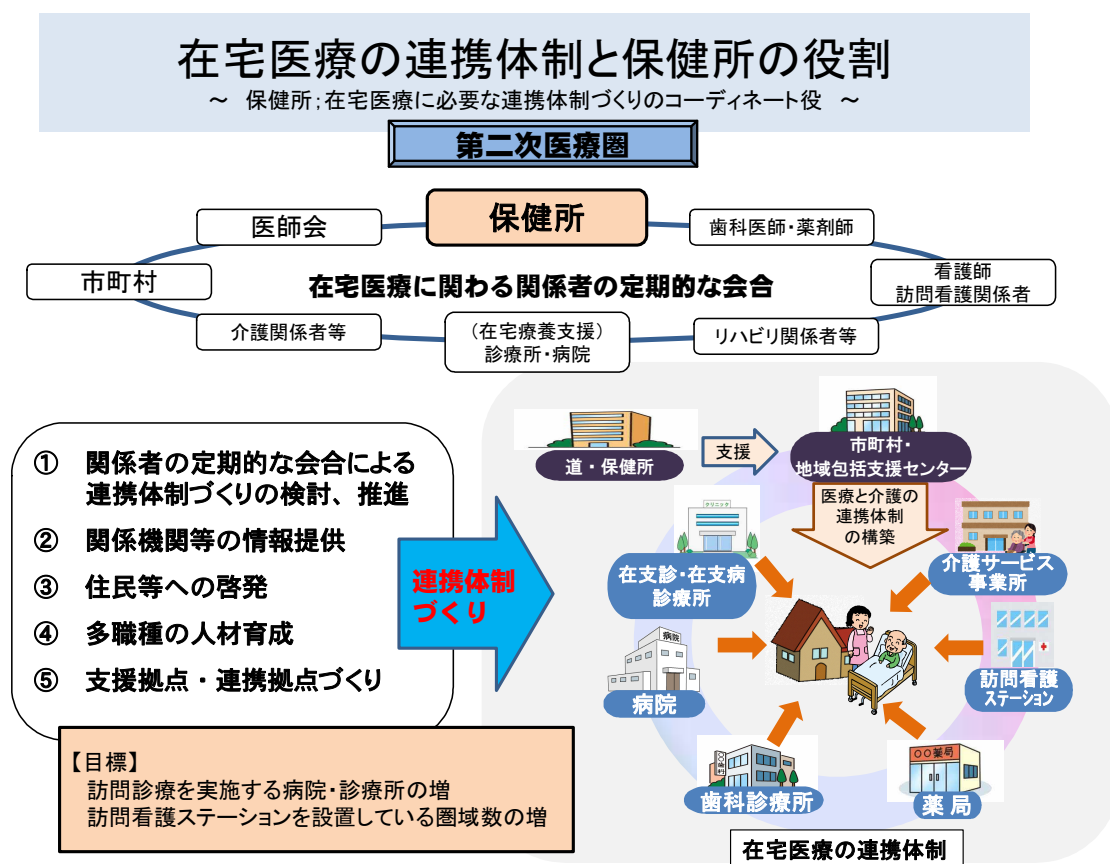
*4 目標値の考え方における「現状」は、中間見直し時の数値とする。

*1 「特掲診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月5日保医発0305第3号厚生労働省保険局医療課長通知)(以下「通知」という。)別添1の「第9」の1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援診療所。

*2 通知別添1の「第14の2」の1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援病院。

5 数値目標等を達成するために必要な施策 (地域における連携体制の構築)

- 住み慣れた地域で暮らしながら医療を受けられるよう、市町村単位での在宅医療の連携構築を目指し、在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村が、多職種による連携体制づくりのコーディネート役である道立保健所や関係機関等と連携し、地域の医療介護資源等の把握や課題の整理を行い、課題解決に向け取組を進め、退院支援から日常の療養支援、急変時の対応、看取りまで継続した医療提供体制の構築を図ります。
- 患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を整備している医療機関等相互の連携体制の構築に努めます。
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、市町村職員などを対象に、多職種協働による在宅チーム医療等についての研修を行うなど、在宅医療を担う人材の育成と多職種間の連携体制の構築に努めます。
- 医療と介護の連携を図るため、医師等医療従事者と介護支援専門員等による事例検討や情報交換を円滑に行うためのツール作成などの取組を促進します。
- 住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、心身の状況等に応じた適切な住まいの確保と、安心して日常生活を営むために必要な生活支援サービスなどの介護サービスや在宅医療の提供を一体的にとらえ、住宅施策と福祉施策の連携に努めます。
- 広域分散型の本道で医療と介護の連携体制を構築するため、ICTを活用した患者情報共有ネットワーク、見守り支援、遠隔医療等の取組を促進します。



(在宅医療を担う医療機関の整備等)

- 在宅医療を必要とする患者や家族のニーズに対応できるよう、在宅医療の中心となる機能強化型の在宅療養支援診療所・病院、訪問診療を実施する病院・診療所、歯科診療所（在宅療養支援歯科診療所等）、薬局や24時間体制の訪問看護ステーションの整備等を支援します。
- 24時間体制の在宅医療を提供できるよう、機能強化型の在宅療養支援診療所以外の診療所も含めたネットワークの構築に努めます。

(緩和ケア体制の整備)

- 在宅緩和ケアが推進されるよう、緩和ケア病床を有する医療機関や在宅療養支援診療所等の関係者の連携を促進します。
- 在宅緩和ケアに関わる医師、看護師等の従事者に対する研修を実施するとともに、在宅療養患者に対する相談支援体制等の整備に努めます。
- 在宅緩和ケアにおける医療用麻薬の適正使用を推進するため、薬局に勤務する薬剤師を対象とする各種研修会を通じて、薬局における医療用麻薬の適切な服薬管理が行われるよう支援します。
- 薬局から医療用麻薬を迅速かつ適切に在宅療養中の患者に提供されるよう、地域単位での麻薬在庫情報の共有を進め、薬局間での融通など、円滑な供給を図ります。

(在宅栄養指導、口腔ケア体制の充実)

在宅における栄養管理や歯・口腔機能の維持、専門的な口腔ケアの充実に努めます。

(訪問看護の質の向上)

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

(訪問薬剤管理指導の推進)

- 在宅療養中の患者が適正に服薬できるよう、服薬状況を記録する「お薬手帳」の普及を図ります。
- また、「健康サポート薬局」などの薬局薬剤師に対する各種研修会を通じ、薬局間や関係機関との連携・協力による在宅患者への薬剤管理指導を促し、在宅医療の取組の充実に努めます。

(道民に対する在宅医療の理解の促進)

- 往診や訪問診療など在宅医療に重要な役割を果たすかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局を持つことの必要性、訪問看護、訪問リハビリテーションや栄養指導の役割などについて、道民に対する普及啓発に努めるとともに、在宅医療に関する情報提供を行います。
- 患者の意思に沿った医療が提供できるよう、日頃から、急変時や人生の最終段階における医療についてどう考えるか、かかりつけ医等医療従事者や家族と話し合うことなどについて、住民への普及啓発に努めるとともに、在宅療養中の患者の急変に備え、かかりつけ医等医療従事者や介護関係者間で患者の意思等が共有できる体制構築に努めます。【関連：第3章第7節「救急医療体制」(P46)】

(災害時を見据えた在宅医療の提供体制の構築)

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

【関連：第3章第8節「災害医療体制」(P56)】

6 医療連携圏域の設定

在宅医療の連携圏域は、引き続き、保健所を連携づくりのコーディネート役と位置づけ、多職種による連携体制の構築を図っていくことから、第二次医療圏を基本としつつ、住み慣れた地域で暮らしながら医療を受けられる体制としていくため、日常の療養支援に関する機能等については、市町村単位での構築を目指します。

7 医療機関等の具体的名称

第8章別表参照（随時更新）

8 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

- 高齢者のフレイル対策には食事が重要であり、経口摂取の維持・継続による低栄養や誤嚥性肺炎への予防が必要なことから、在宅歯科医療連携室を拠点として、在宅歯科医療や口腔衛生指導の推進を図ります。
- 認知症を含めた要介護高齢者に対する経口摂取の維持・継続による低栄養の予防や誤嚥性肺炎の予防のため、歯科診療所（在宅療養支援歯科診療所等）は、在宅療養支援診療所を始めとする医療機関、病院歯科、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等と十分に連携しながら、口腔衛生指導（専門的口腔ケアを含む）や歯科治療等、適切な歯科医療の提供に努めます。
- 病院歯科は、在宅歯科医療を実施する歯科診療所に対して、緊急時の対応、歯科治療における全身管理上の諸問題に対応するための後方支援に努めます。

9 薬局の役割

- 在宅患者の適切な服薬管理等を推進するため、かかりつけ薬局・薬剤師を普及するとともに、「健康サポート薬局」を中心に、在宅患者の薬剤管理指導や医薬品・衛生材料等の円滑な供給を薬局相互の連携・協力により実施し、在宅医療の取組の充実に努めます。
- 在宅緩和ケアにおける医療用麻薬の適正使用を推進するため、がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用に関する研修会に薬局薬剤師が積極的に参加するなどして、医療用麻薬の適切な服薬管理などに努めます。
- また、医療用麻薬を迅速かつ適切に在宅患者に提供するため、地域単位での麻薬の在庫情報を共有するとともに、薬局間での融通などを行い、麻薬の円滑な供給に努めます。

10 訪問看護ステーションの役割

- 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。
- 治療や療養を必要とする患者が、通院困難な状態にあっても患者や家族が希望する自宅等の生活の場で必要な医療を受けられるよう、地域の特性や生活状況を踏まえた適切なケアの提供を行うとともに、関係機関との調整を行う中心的な存在として、在宅生活の継続に向けた取組を進めます。
- 在宅で療養生活を継続する患者の急変時に適切に対応できるよう、平時から救急時の連携体制や救急車到着までの対処方法などを患者・家族と事前に取り決め、緊急時の対応に備えます。
- 在宅療養中の患者が自宅等での看取りを希望する場合、主治医及び関係者と十分に連携し、患者に対する緩和ケアや家族に対する精神的支援などに努めます。

