

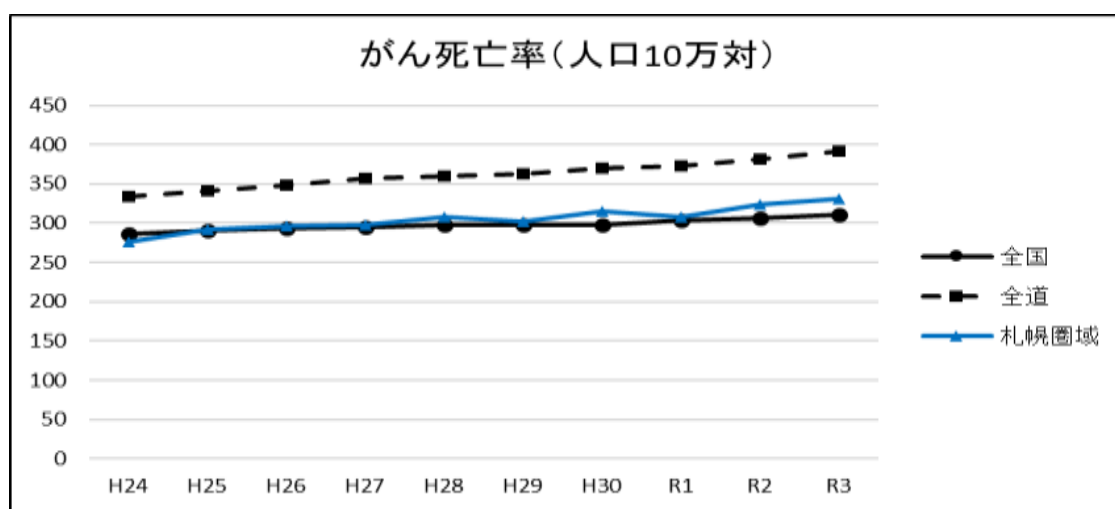
## 第2章 5疾病・6事業、難病及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携の推進

### 第1節 がんの医療連携体制

#### 1 現状

##### (1) 死亡の状況

- 札幌圏域では、令和3年に7,865人が悪性新生物を原因として死亡しており、死亡数全体の29.6%(全国26.5%：全道29.2%)を占め、死因の第1位となっています。
- 札幌圏域における令和3年の人口10万対の悪性新生物による死亡率は330.6(全国310.7、全道391.2)で全国、全道と同様に増加の傾向にあります。



北海道保健統計年報

##### (2) がん検診受診率

令和4年度の札幌圏域のがん検診の受診率をみると、胃がん、大腸がん、肺がん、乳がんの各検診の受診率が全道値よりも低くなっています。

#### ◆ がん検診受診率

(%)

区分	胃がん	大腸がん	肺がん	子宮頸がん	乳がん
全国	6.9	6.9	6.0	15.8	16.2
全道	5.0	4.9	4.0	17.0	14.4
札幌圏域	3.3	3.5	2.4	20.0	12.9
札幌市	2.9	3.2	1.6	21.6	12.9
江別市	6.1	5.6	4.5	11.8	12.2
千歳市	5.1	4.4	3.8	12.4	15.1
恵庭市	4.5	3.4	2.8	6.3	9.9
北広島市	3.0	2.7	2.6	8.9	12.9
石狩市	3.8	3.7	2.0	19.8	9.9
当別町	8.1	11.4	10.5	10.8	14.5
新篠津村	30.3	21.7	23.0	24.1	34.5

令和4年度地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)

### (3) 喫煙の状況

- 札幌圏域の喫煙率<sup>\*1</sup>は27.5%（男性：36.1%、女性：16.1%）であり、全道28.1%（男性：37.1%、女性：16.9%）を下回っている状況です。
- また、札幌圏域の受動喫煙<sup>\*2</sup>の機会を有する者の割合<sup>\*3</sup>は、行政機関が4.2%（全道2.9%）、医療機関が5.2%（全道3.5%）、職場が12.3%（全道13.3%）、家庭が3.9%（全道5.4%）、飲食店が19.8%（全道17.0%）という状況でした。
- 札幌圏域の様々な受動喫煙対策の一環として、江別保健所及び千歳保健所管内では、「北海道のきれいな空気の施設登録事業」<sup>\*4</sup>を実施しており、屋内禁煙に取り組む266件の第二種施設が登録されています。
- また、札幌市では、「禁煙施設普及推進事業」<sup>\*5</sup>を実施しており、屋内又は敷地内禁煙に取り組む1,362件の第二種施設が登録されています。

### (4) がん登録

- 令和元年のがん登録件数（上皮内がんを除く）は、全道48,129件、札幌圏域では20,010件となっており、全道の件数の約4割を札幌圏域で占めています。
- 札幌圏域の5大がんの内訳は、胃2,125件、大腸（結腸・直腸）3,094件、肺2,615件、乳房2,186件、子宮（頸・体）618件です。

### (5) 医療の状況

- 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。
- がん診療連携拠点病院は、札幌圏域で8病院、全道で21病院が指定されています。
- 道独自の要件によるがん診療連携指定病院は、札幌圏域で14病院、全道で27病院が指定されています。
- 小児・AYA世代<sup>\*6</sup>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、札幌圏域に小児がん拠点病院1病院、小児がん連携病院4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、札幌圏域に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6病院（うち1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。

### (6) 医療機関への受診状況

がんの受診状況について、国民健康保険レセプトを用いた二次医療圏別患者の受療動向<sup>\*7</sup>によると、札幌圏域の自給率は、入院が98.4%、通院が97.28%となっています。

\*1 NDB (National DataBase, 2021 (令和3) 年度実施分) \*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 健康づくり道民調査 R4 調査値 \*4 北海道のきれいな空気施設登録事業：道集計 (令和5年8月末現在) \*5 禁煙施設普及推進事業※ここから健康づくり応援団：(令和5年8月末現在：札幌市) \*6 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。 \*7 医療情報分析センター事業 (令和4年度実績)

## 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

- 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ることから、がん予防に関する正しい知識の普及啓発が必要です。
- がん検診受診率の向上のため、がん検診の必要性を更に周知することが必要です。

### (3) 喫煙率の減少

- 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必要です。
- 札幌圏域における喫煙率は、男女とも全道平均より低い状況ではありますが、発がんリスクの低減を図るため、喫煙の及ぼす健康影響について十分に周知し、喫煙率の減少に向けた取組を進めることが必要です。

### (4) 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、住民に対する普及啓発を行う必要があります。

### (5) 医療の状況

- がん患者が利用できるサービスについて、医療・行政サービスを含めた地域のサービス実施状況を把握し、情報提供する必要があります。
- 札幌圏域では、拠点病院・指定病院ともに複数あり、地域の医療機関との連携が必要であるとともに在宅を含む緩和ケアの推進が必要です。
- 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が必要です。
- 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、身体的な苦痛及びグリーフケア\*1を含む精神的な苦痛等に対する全人的な緩和ケアを提供します。
  - ◇ 地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援等の、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。

<新興感染症の発生・まん延時における体制>

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

4 数値目標等

指標区分	指標名（単位）		道現状値	圏域現状値	目標	現状値の出典（年次）
体制整備	北海道がん診療連携指定病院数（か所）		27	14	現状より増加	道地域保健課（令和6年4月1日現在）
実施件数等	がん検診受診率（％）	胃	31.8	3.0	現状より増加	令和3年度地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）
		肺	35.7	2.0	現状より増加	
		大腸	33.4	3.2	現状より増加	
		子宮頸	28.9	19.2	現状より増加	
		乳	28.3	12.3	現状より増加	
	屋内禁煙施設		2,397	266	現状より増加	道集計（令和5年8月現在）
住民の健康状態等	標準化死亡比（悪性新生物） *2	札幌市保健所	110.9**	109.6**	現状より減少	北海道における主要死因の概要11：北海道健康づくり財団（2010～2019）
		江別保健所		105.4**		
		千歳保健所		100.2		

\*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。

\*2 標準化死亡比（SMR）：基準死亡率（人口10万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数を比較するものである。\*\*は有意水準1%で、SMRが有意に高い（全国に比べ死亡することが有意に多い）ことを示す。

## 5 数値目標等を達成するために必要な施策

### (1) がん予防の推進

がんを予防するための各種事業を通じ、がんに関する知識の普及啓発に努めます。また、「がん教育出前講座」等を活用し、若い世代に対するがんの知識の普及啓発を行います。

### (2) たばこ対策の推進

- 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。
- 受動喫煙を防止するために、禁煙施設登録の促進や、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。
- 「未成年者喫煙防止講座」等を活用し、未成年者に対するたばこの知識の普及啓発を行います。

### (3) がんの早期発見

- 道、市町村、医療関係者、職域等の関係機関と連携し、がん検診の意義を広く周知するとともに、「北海道健康増進計画すこやか北海道 21\*1」を推進するための札幌圏域健康づくり事業行動計画\*2)に基づき、発症予防のための保健事業を推進します。
- がんの早期発見に資するよう、がん検診受診の必要性についての普及啓発に努めます。

### (4) がん登録の推進

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

### (5) がん診療連携体制の整備

- 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、北海道がん診療連携指定病院やその他のがん医療を行う医療機関、在宅療養支援診療所・病院、訪問看護事業所、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、連携を促進します。
- 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・病院、薬局等の関係者の連携を促進します。
- 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扱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。

---

\*1 道民の健康づくりを総合的に推進することを目的とした計画（北海道令和6年3月）

\*2 道計画を札幌圏域で具体的に推進することを目的とした計画（江別・千歳保健所令和6年9月策定）

## 6 医療機関等の具体的名称

第二次医療圏	がん診療連携拠点病院	北海道がん診療連携指定病院
札幌 (22)	◎独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター	国家公務員共済組合連合会 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	社会医療法人北楡会 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
	J A北海道厚生連 札幌厚生病院	NTT東日本札幌病院
	K K R札幌医療センター	医療法人徳州会 札幌東徳洲会病院
	社会医療法人 恵佑会札幌病院	医療法人為久会 札幌共立五輪橋病院
		独立行政法人地域医療機能推進機構 札幌北辰病院
		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
		社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院
		医療法人 東札幌病院
	<b>8施設</b>	<b>14施設</b>

※ かつこ書きの数字は拠点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、「◆」は北海道高度がん診療中核病院

## 7 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

- がんの薬物療法や放射線治療に伴う口腔合併症の予防や手術後の肺炎予防のため、周術期の患者等に対し、口腔の健康や口腔管理に関する普及啓発に努めるとともに、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、歯科専門職が行う口腔衛生管理、口腔機能管理、口腔疾患の治療等の取組を推進し、より質の高いがん治療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。

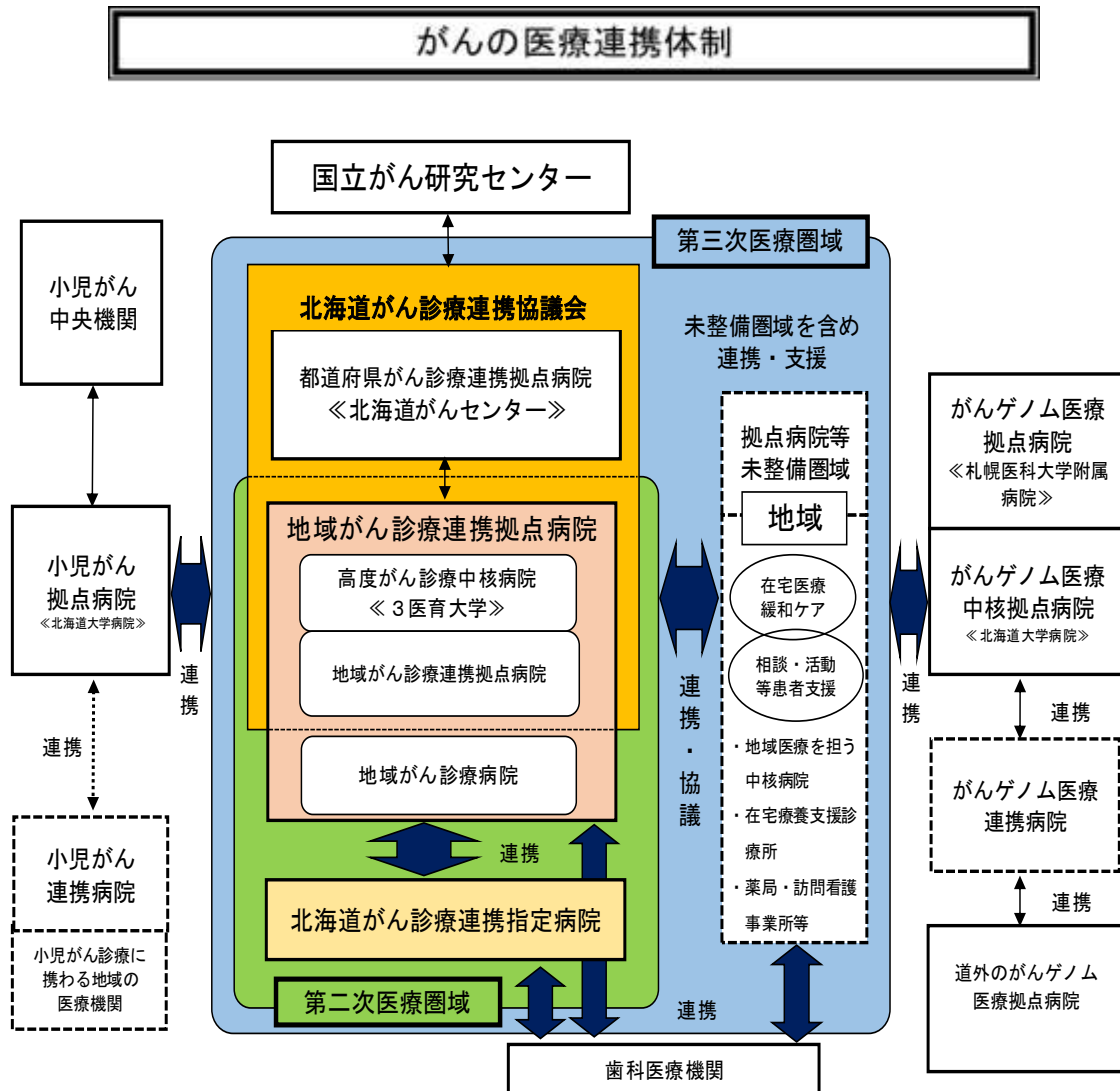
## 8 薬局の役割

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

## 9 訪問看護事業所の役割

- がんと診断された時から病院看護師等の医療機関のスタッフと訪問看護師が連携し、療養を支援する家族の生活指導等を含め、がん治療の支援者として在宅療養の環境整備に努めます。
- 在宅で療養生活を継続するがん患者の方に対して、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等の緩和など、適切な看護の提供や療養生活の支援を行い、生活の質（QOL）の維持・向上を目指します。
- 在宅で療養生活を継続するがん患者・家族等患者の周囲にいる者に対して、自らが望む人生の

最終段階の医療・ケアについてともに考え、治療後の心身の症状や障がいに合わせて適切なケアを提供するとともに、在宅での看取りや遺族へのグリーフケアに取り組みます。

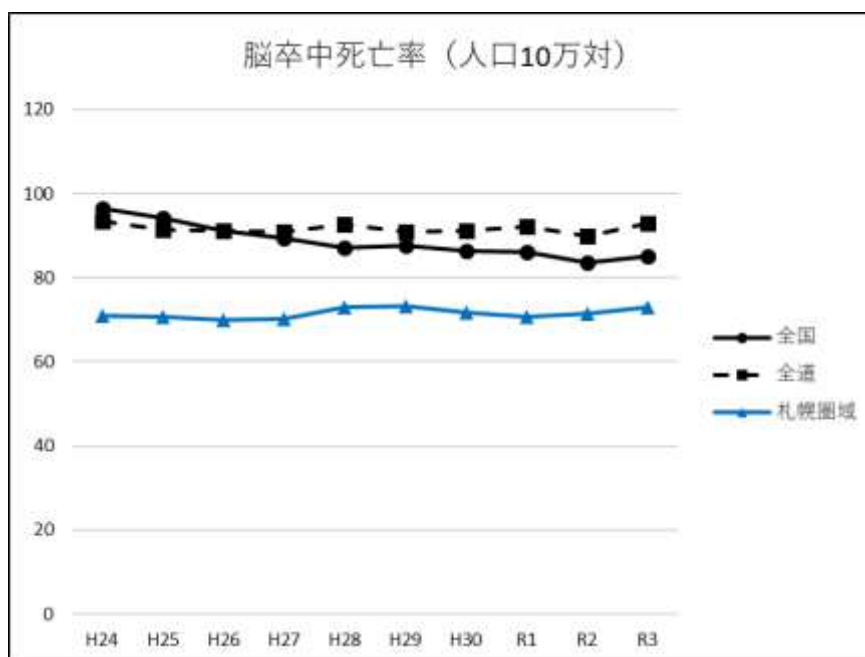


## 第2節 脳卒中の医療連携体制

### 1 現状

#### (1) 死亡の状況

- 札幌圏域では、令和3年に、1,737人が脳卒中を主とする「脳血管疾患」を原因として死亡しており、死亡数全体の6.5%（全国6.9%：全道6.7%）を占め、死因の第4位になっています。
- 札幌圏域における令和3年の人口10万対の「脳血管疾患」による死亡率は73.0（全国85.2、全道92.9）となっており、全国・全道と比べて低い傾向にあります。



区分	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
全国	96.5	94.1	91.1	89.4	87.2	87.7	86.3	86.1	83.5	85.2
全道	93.4	91.4	91.2	91.0	92.6	91	91.1	92.2	89.9	92.9
札幌圏域	71.0	70.8	69.9	70.2	73.1	73.3	71.8	70.7	71.5	73

北海道保健統計年報

#### (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、定期的な健康診断の受診により高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈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、北海道国民健康保険団体連合会\*1によると令和4年度の札幌圏域における特定健康診査の実施率は22.9%であり、全国の37.5%より14.6ポイント、全道の29.7%より6.8ポイント低い状況です。
- このうち、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者\*2は11,705人（17.6%）となっています。

\*1 公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保 特定健康診査等実施状況（令和4年度速報値）

北海道国民健康保険団体連合「令和4年度特定健診・特定保健指導実施結果集計表等（法定速報値）」

\*2 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



- また NDB オープンデータ<sup>\*1</sup>によると、高血圧の受診推奨者<sup>\*2</sup>は 85,694 人（18.6%）、HbA1c 値<sup>\*3</sup>が「6.5%以上（受診推奨判定値）」に該当している者は 20,699 人（6.5%）であり、「5.6%以上 6.5%未満（保健指導判定値）」該当者は 105,350 人（32.9%）、LDL コレステロールの受診推奨対象者<sup>\*4</sup>は 128,996 人（30.3%）となっています。また、札幌圏域全体の肥満（BMI25.0 以上）割合は 31.9%であり、男女別にみると、男性の肥満割合は 39.6%、女性の肥満割合は 21.8%と男性の肥満割合が多くなっています。

### （3）喫煙の状況

- 札幌圏域の喫煙率<sup>\*5</sup>は 27.5%（男性：36.1%、女性：16.1%）であり、全道 28.1%（男性：37.1%、女性：16.9%）を下回っている状況です。
- また、札幌圏域の受動喫煙<sup>\*6</sup>の機会を有する者の割合<sup>\*7</sup>は、行政機関が 4.2%（全道 2.9%）、医療機関が 5.2%（全道 3.5%）、職場が 12.3%（全道 13.3%）、家庭が 3.9%（全道 5.4%）、飲食店が 19.8%（全道 17.0%）という状況でした。
- 札幌圏域の様々な受動喫煙対策の一環として、江別保健所及び千歳保健所管内では、「北海道のきれいな空気の施設登録事業」<sup>\*8</sup>を実施しており、屋内禁煙に取り組む 266 件の第二種施設が登録されています。
- また、札幌市では、「禁煙施設普及推進事業」<sup>\*9</sup>を実施しており、屋内又は敷地内禁煙に取り組む 1,362 件の第二種施設が登録されています。

### （4）医療機関の状況

- 令和 5 年の医療機能調査によると、札幌圏域の急性期受入可能医療機関は 23 か所（全道 54 か所）で、全道の 4 割以上を占め、回復期受入可能医療機関は 50 か所（全道 176 か所）で、全道の約 3 割を占めています。また、その多くが札幌市内にあります。
- 地域連携クリティカルパス導入機関は、札幌圏域は、令和 5 年現在で急性期 7 か所（全道 27 か所）、回復期 13 か所（全道 59 か所）となっています。

### （5）医療機関への受診状況

脳血管疾患の受診状況について、受療動向調査<sup>\*10</sup>によると、札幌圏域の自給率は「脳血管疾患」全体で入院 99.5%・通院 99.5%となっています。

\*1 NDB (National DataBase, 令和 3 年 4 月～令和 4 年 3 月)

\*2 I 度高血圧（収縮期 140～159mmHg または拡張期 90～99mmHg）以上に該当する者。

\*3 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のコントロール指標。

\*4 LDL コレステロールが 140mg/dL 以上の者。

\*5 NDB (National DataBase, 令和 3 年 4 月～令和 4 年 3 月)

\*6 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。

\*7 健康づくり道民調査 R4 調査値

\*8 北海道のきれいな空気施設登録事業：道集計（令和 5 年 8 月末現在）

\*9 禁煙施設普及推進事業※ここから健康づくり応援団：（令和 5 年 8 月末現在：札幌市）

\*10 医療情報分析センター事業（令和 4 年度実績）

## 2 課 題

### (1) 疾病の発病予防

- 特定健康診査の意義を広く周知し、受診率の向上を図るとともに、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方への支援を早期に開始し、発病予防に努めることが必要です。
- 施設に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気に応じて、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。
- デジタル技術の活用により、効率的な医療機関間や地域連携を進め、医療が継続して実施される体制を構築することが必要です。

### (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に、医療・介護・福祉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。

### (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。

---

\*1 メディカルコントロールに基づく観察・判断・処置：救急現場から医療機関に搬送されるまでの間に、医師の指示又は指導・助言等の下に救急救命士が実施する気管挿管等の医行為。

- 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、訪問看護事業所、歯科診療所、薬局等と連携して在宅医療を行います。

#### （６）新興感染症の発生・まん延時における体制

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

---

\*1 t-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 2021）

#### 4 数値目標等

指標区分	指標名（単位）	道現状値	圏域現状値	目標	現状値の出典	
体制整備等	脳卒中の急性期医療を担う医療機関（か所）	54	23	現状維持	北海道保健福祉部調べ 急性期医療の公表医療機関 （令和5年4月1日現在）	
	脳卒中の回復期医療を担う医療機関（か所）	176	50	現状維持	北海道保健福祉部調べ 回復期医療の公表医療機関 （令和5年4月1日現在）	
	地域連携クリティカルパスを 導入している医療機関数 （か所）	急性期	27	7	現状維持	北海道保健福祉部調べ （令和5年4月1日現在）
		回復期	59	13	現状維持	
屋内禁煙施設数 （か所）		2397	266	現状より 増加	道集計 （令和5年8月）	
住民の 健康状態等	高血圧有病者の割合（％）*1	18.6	16.7	現状より 減少	NDB（National DataBase, 令和3年4月～令和4年3月）	
	喫煙率	28.1	27.5	現状より 減少		
	脳血管疾患患者の標準化死亡比 （SMR）*2	札幌市 保健所	94.0-**	88.9-**	現状より 減少	北海道における主要死因概要 11 ：北海道健康づくり財団 （2010～2019）
		江別 保健所		81.1-**		
千歳 保健所		80.1-**				

#### 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

- 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。
- 市町村、医療関係者、職域等の関係機関と連携し、特定健康診査・特定保健指導の意義を広く周知し、特定健康診査・特定保健指導の充実に努めるとともに、「北海道健康増進計画すこやか北海道 21<sup>\*3</sup>」を推進するための札幌圏域健康づくり事業行動計画<sup>\*4</sup>に基づき、発症予防のための保健事業を推進します。
- 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。

\*1 「高血圧治療ガイドライン」において、Ⅰ度高血圧（収縮期 140～159mmHg または拡張期 90～99）以上に該当する者。

\*2 標準化死亡比（SMR）：基準死亡率（人口 10 万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際観察された死亡数とを比較するものである。-\*\*は有意水準 1%で、SMR が有意に低い（全国に比べ死亡することが有意に低い）ことを示す。

\*3 道民の健康づくりを総合的に推進することを目的とした計画（北海道 令和 6 年 3 月）

\*4 道計画を札幌圏域で具体的に推進することを目的とした計画（江別・千歳保健所 令和 6 年 9 月策定）

- 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の活用を促進し、医療機関相互の連携体制の充実に努めます。

## 6 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

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

#### <医療機関名>

第 6 章資料編 124 頁 別表 3 参照

### (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

- ① 脳血管疾患等のリハビリテーション料の保健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>

第 6 章資料編 125 頁 別表 4 参照

## 7 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

- 脳卒中の後遺症に関連する口腔機能低下や口腔衛生状態の悪化は、摂食嚥下障害、咀嚼障害及び構音障害につながり、更には誤嚥性肺炎の発症リスクとなります。
- これらを予防するため、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、歯科専門職による口腔衛生管理及び口腔機能訓練の提供に努めます。

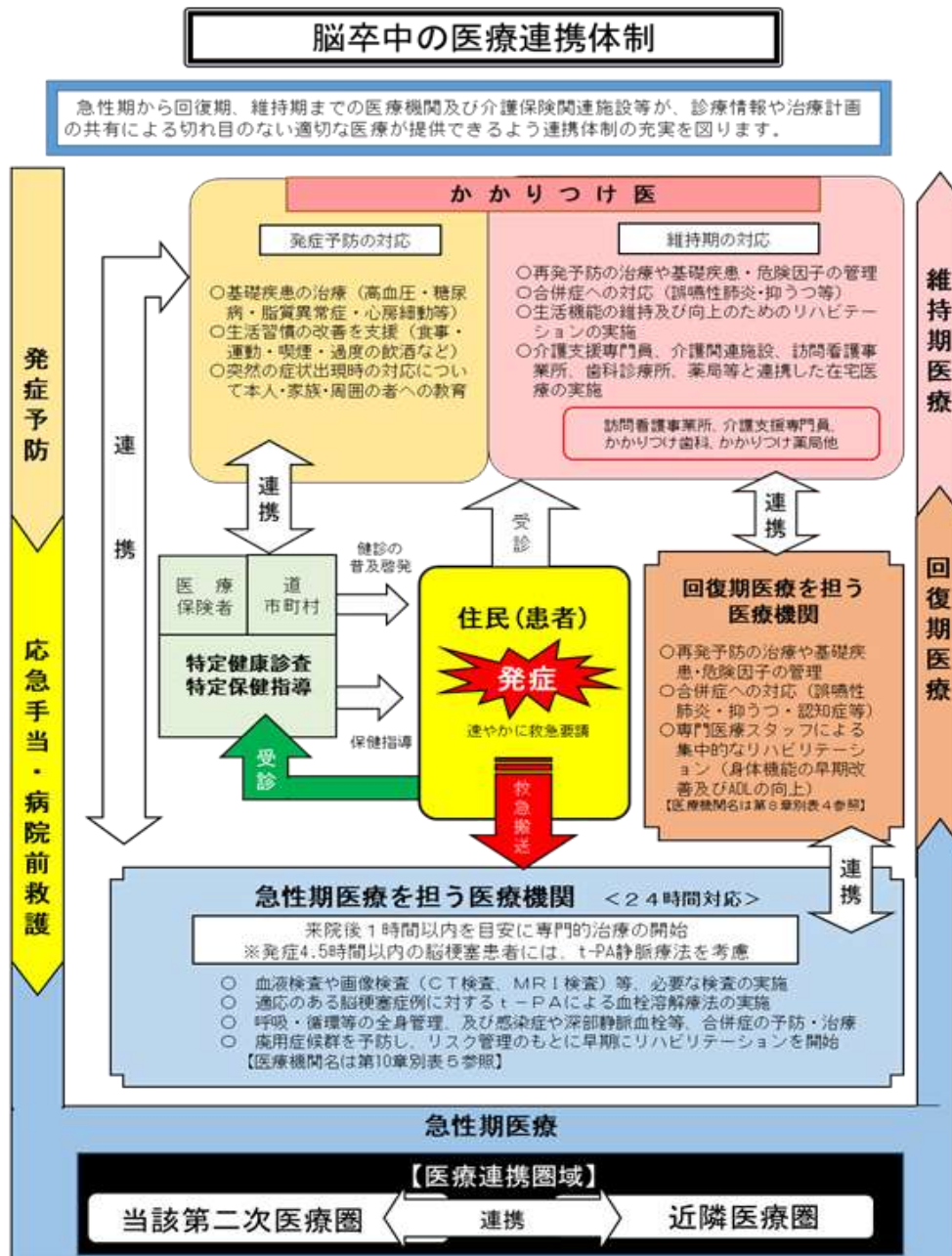
## 8 薬局の役割

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

## 9 訪問看護事業所の役割

- 脳卒中患者の療養生活を支援するに当たっては、医療機関の外来や病棟、地域医療連携室等のスタッフと訪問看護師が連携し、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及びその支援者に対して、心身の状態や障がいに合わせて在宅療養の技術的支援や精神的支援を行うとともに、再発予防に向けた基礎疾患・危険因子の管理や生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、日常生活の再構築を支援します。
- 在宅療養中の脳卒中患者の再発等の急変時について、平常時から緊急時の連絡体制や救急車到着までの対処方法などを患者・家族等患者の周囲にいる者と事前に取り決め、緊急時の対応に備えます。

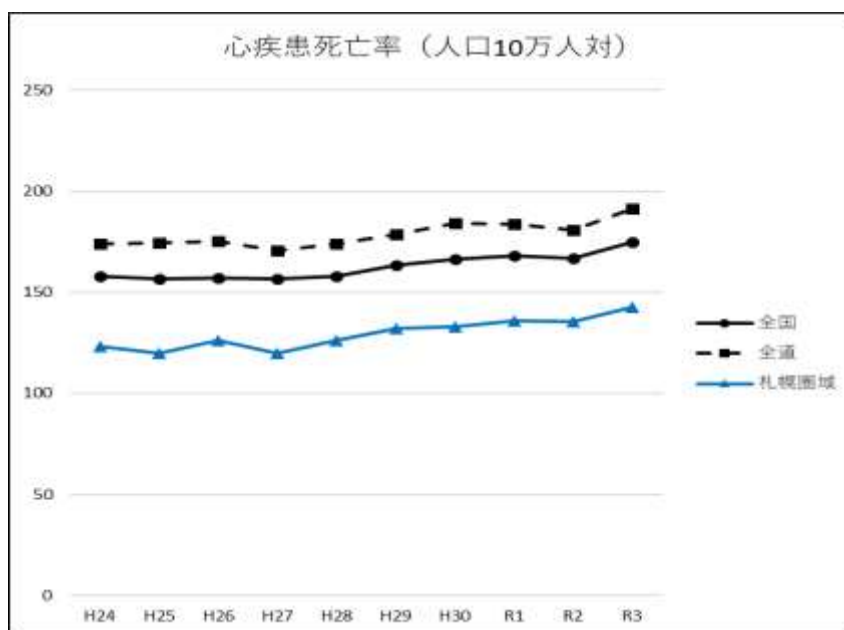


### 第3節 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

#### 1 現状

##### (1) 死亡の状況

- 札幌圏域では、令和3年に3,391人が心疾患を原因で死亡しており、死亡数全体の12.8%（全国14.8%：全道14.2%）を占め、死因の第2位となっています。
- 札幌圏域における心疾患の死亡率（人口10万人対）は、142.5（全国174.9、全道191.2）で全国・全道よりも低くなっています。



区分	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
全国	157.9	156.5	157.0	156.5	158	163.5	166.2	167.9	166.6	174.9
全道	173.9	174.4	175.2	170.8	173.9	178.6	184.3	183.8	180.7	191.2
札幌圏域	123.3	119.7	126.2	119.7	126.1	132.0	133.1	135.7	135.6	142.5

北海道保健統計年報

##### (2) 健康診断の受診状況

- 急性心筋梗塞や大動脈解離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、北海道国民健康保険団体連合会\*1によると令和4年度の札幌圏域における特定健康診査の実施率は22.9%であり、全国の37.5%より14.6ポイント、全道の29.7%より6.8ポイント低い状況です。
- このうち、内蔵死亡症候群（メタボリックシンドローム）該当者\*2は11,705人（17.6%）となっています。

\*1 公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保 特定健診審査等実施状況（令和4年度速報値）

北海道国民健康保険団体連合会「令和4年度特定健診・特定保健指導実施結果集計表等（法定速報値）」

\*2 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

- また NDB オープンデータ<sup>\*1</sup>によると、高血圧の受診推奨者<sup>\*2</sup>は 85,694 人 (18.6%)、HbA1c 値<sup>\*3</sup>が「6.5%以上 (受診推奨判定値)」に該当している者は 20,699 人 (6.5%) であり、「5.6%以上 6.5%未満 (保健指導判定値)」該当者は 105,350 人 (32.9%)、LDL コレステロールの受診推奨対象者<sup>\*4</sup>は 128,996 人 (30.3%) となっています。また、札幌圏域全体の肥満 (BMI25.0 以上) 割合は 31.9% であり、男女別にみると、男性の肥満割合は 39.6%、女性の肥満割合は 21.8% と男性の肥満割合が多くなっています。

### (3) 喫煙の状況

- 札幌圏域の喫煙率<sup>\*5</sup>は 27.5% (男性:36.1%、女性:16.1%) であり、全道 28.1% (男性:37.1%、女性:16.9%) を下回っている状況です。
- また、札幌圏域の受動喫煙<sup>\*6</sup>の機会を有する者の割合<sup>\*7</sup>は、行政機関が 4.2% (全道 2.9%)、医療機関が 5.2% (全道 3.5%)、職場が 12.3% (全道 13.3%)、家庭が 3.9% (全道 5.4%)、飲食店が 19.8% (全道 17.0%) という状況でした。
- 札幌圏域の様々な受動喫煙対策の一環として、江別保健所及び千歳保健所管内では、「北海道のきれいな空気の施設登録事業」<sup>\*8</sup>を実施しており、屋内禁煙に取り組む 266 件の第二種施設が登録されています。
- また、札幌市では、「禁煙施設普及推進事業」<sup>\*9</sup>を実施しており、屋内又は敷地内禁煙に取り組む 1,362 件の第二種施設が登録されています。

### (4) 医療機関の状況

#### <急性期医療を担う病院について>

札幌圏域には、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 時間対応可能であり、冠動脈バイパス術等外科的治療が実施可能又は外科的治療は実施しないが、他医療機関への紹介が可能な急性期医療を担う公表医療機関が 28 か所 (全道 64 か所) あります。

#### <回復期・維持期の医療を担う病院について>

札幌圏域には「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 (令和 5 年 4 月 1 日時点) が 32 か所 (全道 64 か所) あります。

### (5) 医療機関への受診状況

心疾患の受診状況について、受療動向調査<sup>\*10</sup>によると、札幌圏域の自給率は心疾患全体では入院 99.1%・通院 98.7% となっています。

\*1 NDB (National DataBase, 令和 3 年 4 月～令和 4 年 3 月)

\*2 I 度高血圧 (収縮期 140～159mmHg または拡張期 90～99mmHg) 以上に該当する者。

\*3 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のコントロール指標。

\*4 LDL コレステロールが 140mg/dL 以上の者。

\*5 NDB (National DataBase, 令和 3 年 4 月～令和 4 年 3 月)

\*6 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。

\*7 健康づくり道民調査 R4 調査値

\*8 北海道のきれいな空気施設登録事業:道集計 (令和 5 年 8 月末現在)

\*9 禁煙施設普及推進事業※ここから健康づくり応援団: (令和 5 年 8 月末現在:札幌市)

\*10 医療情報分析センター事業 (令和 4 年度実績)



## 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し、受診率の向上を図るとともに、急性心筋梗塞の危険因子である高血圧や糖尿病、脂質異常症、肥満、メタボリックシンドローム、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・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。
- デジタル技術の活用により、効率的な医療機関間や地域間連携を進め、医療が継続して実施される体制を推進することが必要です。

### (3) 再発予防

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

## 3 必要な医療機能

### (1) 発症予防

＜かかりつけ医＞

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

### (2) 応急手当・病院前救護

＜本人及び家族等周囲にいる者＞

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

＜消防機関と急性期医療を担う医療機関の連携＞

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

### (3) 急性期医療

＜救命救急センター及びCCUを有する医療機関、急性期医療を担う医療機関＞

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

- 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を予防し、多職種による多面的・包括的な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。
- デジタル技術の活用により、急性期から一貫した医療を継続できる体制の推進を図ります。

#### (5) 維持期医療

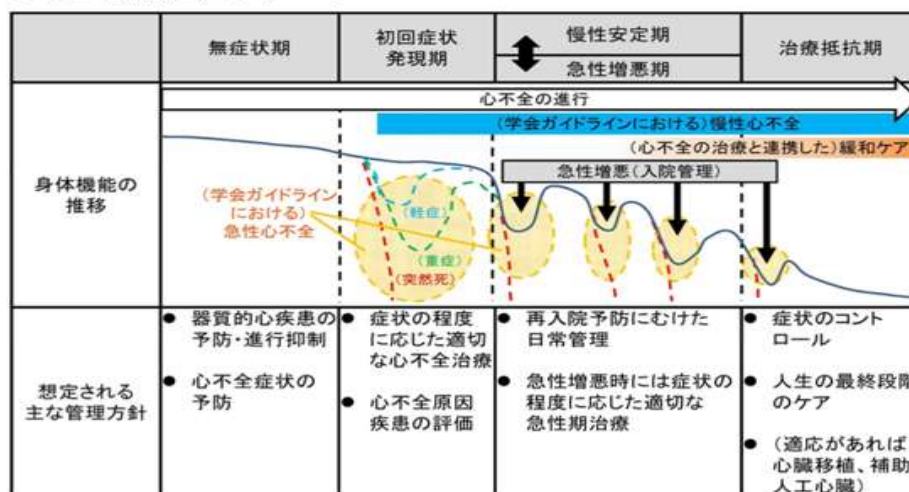
＜かかりつけ医＞

- 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事業所、かかりつけ薬局、歯科診療所が連携して支援します。

#### (6) 緩和ケア

治療の初期段階から状態に応じた適切な緩和ケアが提案されるよう、人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）等を通じて個人の意思決定を支援することがとても大切です。

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）

(7) 新興感染症の発生・まん延時における体制

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

4 数値目標等

指標区分	指標名(単位)	道現状値	圏域現状値	目標	現状値の出典	
体制整備等	急性心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関(か所)	63	27	現状維持	北海道保健福祉部調べ 急性期医療の公表医療機関 (令和5年4月1日現在)	
	心血管疾患の回復期医療を担う医療機関(か所)	66	31	現状維持	北海道保健福祉部調べ 回復期医療の公表医療機関 (令和5年4月1日現在)	
	地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数	急性期	27	7	現状維持	北海道保健福祉部調べ (令和5年4月1日現在)
		回復期	59	13	現状維持	
屋内禁煙施設数(か所)		2397	266	現状より増加	道集計 (令和5年8月)	
住民の健康状態等	高血圧有病者の割合(%) *1	18.6	16.7	現状より減少	NDB (National DataBase, 令和3年4月～令和4年3月)	
	喫煙率	28.1	27.5	現状より減少		
	急性心筋梗塞患者の標準化死亡比(SMR) *2	札幌市保健所	94.0 - **	88.9 - **	現状より減少	北海道における主要死因概要 11 : 北海道健康づくり財団 (2010～2019)
		江別保健所		81.1 - **		
千歳保健所		80.1 - **				
千歳保健所						

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

- 高血圧や脂質異常症、糖尿病、肥満、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。
- 市町村、医療関係者、職域等の関係機関と連携し、特定健康診査・特定保健指導の意義を広く周知し、特定健康診査・特定保健指導の充実に努めるとともに、「北海道健康増進計画すこやか北海道 21 \*3」を推進するための札幌圏域健康づくり事業行動計画 \*4 に基づき、発症予防のための保健事業を推進します。

(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。

\*1 「高血圧治療ガイドライン」において、I度高血圧(収縮期140～159mmHgまたは拡張期90～99mmHg)以上に該当する者。

\*2 標準化死亡比(SMR): 基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。-\*\*は有意水準1%で、SMRが有意に低い(全国に比べ死亡することが有意に低い)ことを示す。

\*3 道民の健康づくりを総合的に推進することを目的とした計画(北海道 令和6年3月)

\*4 道計画を札幌圏域で具体的に推進することを目的とした計画(江別・千歳保健所 令和6年9月策定)

- 急性期から回復期、再発予防まで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ネットワークの活用を促進し、医療機関相互の連携体制の充実を図ります。

### (3) 疾病管理・再発予防

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

## 6 医療機関等の具体的名称

### <急性期医療を担う医療機関の公表基準>

次の①～③が24時間対応可能であり、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>

第6章資料編127頁 別表5参照

## 7 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

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

## 8 薬局の役割

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

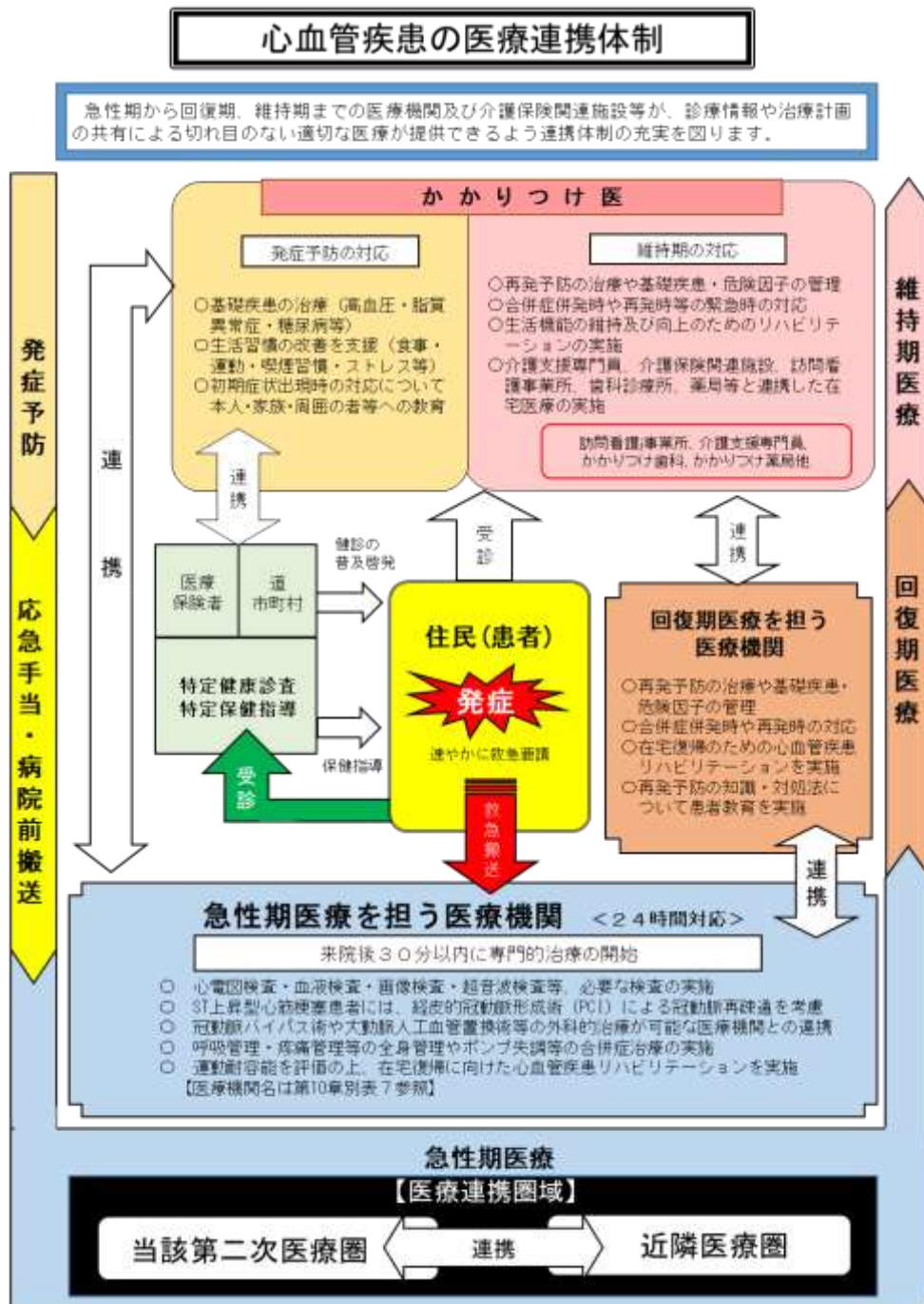
## 9 訪問看護事業所の役割

- 心疾患患者の療養生活を支援するに当たっては、医療機関の外来や病棟、地域医療連携室等のスタッフと訪問看護師が連携し、在宅療養の環境整備に努めます。
- 在宅での療養生活を継続する慢性心不全患者の方に対して、心疾患の治療及びその治療に伴う諸症状に適切な看護を提供するとともに、再発予防に向けた基礎疾患・危険因子の管理や生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを多機関・多職種と連携して実施し、日常生活

の再構築を支援します。

- 在宅での療養生活を継続する慢性心不全患者の方に対して、心不全増悪予防のための疾病管理や治療に伴う諸症状・全人的苦痛の緩和など適切な看護を提供しつつ、適切な療養行動を維持できるよう患者及びその家族を支援し、生活の質（QOL）の向上を目指します。

また、運動耐容能の改善を目的とした運動療法やカウンセリング等、多職種と連携し、療養生活を支援します。

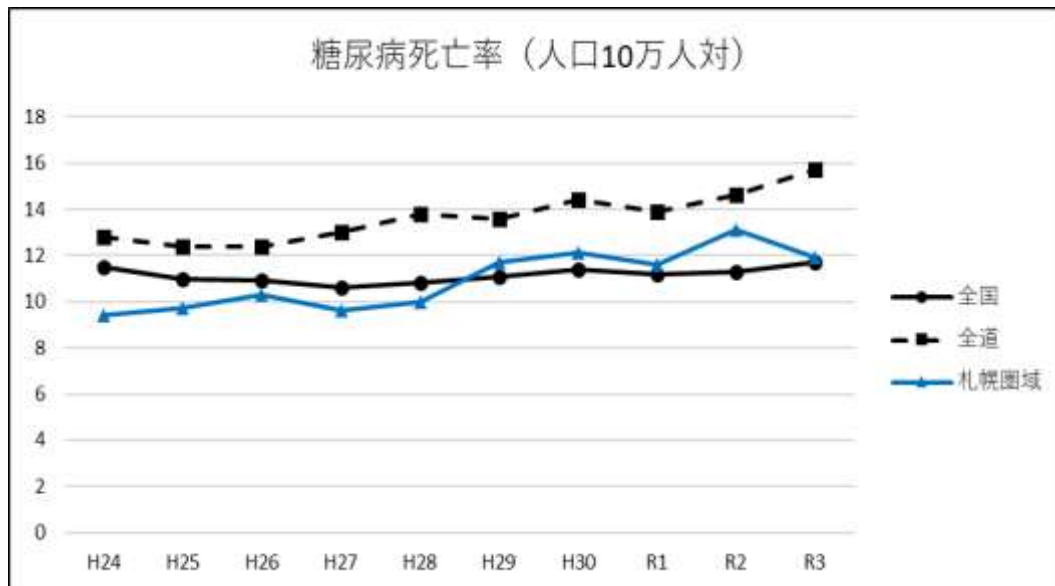


## 第4節 糖尿病の医療連携体制

### 1 現状

#### (1) 死亡の状況

- 札幌圏域では、令和3年に283人が「糖尿病」を原因として死亡しており、死亡数全体の1.1%(全国1.0%：全道1.2%)を占め、死因の第8位となっています。
- 札幌圏域における令和3年の人口10万対の「糖尿病」による死亡率は、11.9(全国11.7、全道15.7)で全国を上回り、全道を下回っています。



区分	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
全国	11.5	11.0	10.9	10.6	10.8	11.1	11.4	11.2	11.3	11.7
全道	12.8	12.4	12.4	13.0	13.8	13.6	14.4	13.9	14.6	15.7
札幌圏域	9.4	9.7	10.3	9.6	10.0	11.7	12.1	11.6	13.1	11.9

北海道保健統計年報

## (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、定期的な健康診断の受診による早期発見・治療が必要ですが、北海道国民健康保険団体連合会\*1によると、令和4年度の札幌圏域における特定健康診査の実施率は22.9%であり、全国の37.5%より14.6ポイント、全道の29.7%より6.8ポイント低い状況です。
- 糖尿病の発症を予防するためには、高血糖、肥満、高血圧、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、NDBオープンデータ\*2によるとHbA1c値\*3が「6.5%以上（受診勧奨判定値）」に該当している者は20,699人（6.5%）であり、「5.6%以上6.5%未満（保健指導判定値）」に該当している者は105,350人（32.9%）と、特定健康診査実施者の約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。
- また、肥満（BMI25.0以上）の割合は31.9%（男性39.6%、女性21.8%）、「収縮期血圧140mmHg以上（受診勧奨判定値）」に該当している者は85,694人（18.6%）、「LDLコレステロール140mg/dl以上（受診勧奨判定値）」に該当している者は128,996人（30.3%）、となっています。
- 北海道国民健康保険団体連合会\*1によると内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者\*4は11,705人（17.6%）となっています。

## (3) 糖尿病医療機能を担う公表医療機関

- 札幌圏域で「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1つ以上に該当する公表医療機関\*5は、352か所です。
- また、糖尿病治療における医療連携の状況について、糖尿病連携手帳を活用している医療機関\*6は255か所、地域連携クリティカルパスを活用している医療機関\*5は150か所でした。

## (4) 医療機関への受診状況

糖尿病の受診状況について、受療動向調査\*7によると、札幌圏域の自給率は、入院99.1%・通院98.4%となっています。

---

\*1 公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保 特定健康診査等実施状況（令和4年度速報値）

北海道国民健康保険団体連合会 令和4年度特定健診・特定保健指導実施結果集計表等（法定報告速報値）

\*2 厚生労働省「第9回NDBオープンデータ」（National DataBase, 令和3年4月～令和4年3月）

\*3 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のコントロール指標。

\*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 北海道保健福祉部調べ（令和5年4月1日現在）

\*6 北海道総合保健医療協議会地域保健専門委員会「R4年度 糖尿病の地域連携に関する現状調査結果」

\*7 医療情報分析センター事業（令和4年度実績）



## 2 課題

### (1) 発症予防

- 糖尿病を早期に発見し、早期治療につなげるため、特定健康診査の実施率の向上が必要です。
- 糖尿病は自覚症状がなく進行する病気であることから、定期的な健康診断受診が必要であることを広く住民に周知するとともに、適切な食生活及び適度な運動習慣等により予防や改善ができることの普及啓発が必要です。

### (2) 重症化予防等

- 治療中断者の減少や早期からの適切な指導・治療を行うために、未受診者や治療中断者への受診勧奨、治療と仕事の両立に向けた取組を多施設・多職種が連携して行うことが必要です。
- 治療が必要と診断された糖尿病患者や合併症を発症した患者の病状の悪化を防ぐため、かかりつけ医と専門治療を行う医療機関、歯科診療所及び医療保険者等による切れ目のない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の整備が必要です。

## 3 必要な医療機能

### (1) 予防

＜糖尿病発症のリスク低減、特定健康診査・特定保健指導、健診後の受診勧奨＞

- 医療機関は、高血糖、脂質異常症、高血圧、肥満等の危険因子のある方に対して療養指導を行うとともに、健診後の受診勧奨等により受診した者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行います。
- 医療保険者は、特定健康診査・特定保健指導を実施し、糖尿病の発症リスクがある者に対して、受診を勧めます。
- 道、医療保険者は、適切な食生活及び運動習慣により予防や改善ができることの普及啓発を行います。

### (2) 初期・安定期医療

＜糖尿病の診断及び生活習慣の改善、良好な血糖管理を目指した治療＞

- 75gOGTT<sup>\*1</sup>、HbA1c など糖尿病の評価に必要な検査を行います。
- 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖管理を行います。
- シックデイ<sup>\*2</sup>や低血糖時の対応について事前に十分な指導を行います。
- 訪問看護事業所、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) 専門的治療

＜専門的治療を必要とする患者への対応、職種連携によるチーム医療の実施＞

- 各専門職のチーム（管理栄養士、保健師、看護師、薬剤師等）による食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）を行います。
- 75gOGTT、HbA1c インスリン分泌能、合併症の検査など糖尿病の評価に必要な検査を行います。
- 糖尿病患者の妊娠への対応について事前に十分な指導を行います。

---

\*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) 急性合併症治療

＜高血糖緊急症の治療＞

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

(5) 慢性合併症治療

＜慢性合併症の専門的な治療、発症予防・重症化予防のための検査・指導の実施＞

- かかりつけ医と専門医が連携し、糖尿病の慢性合併症（糖尿病性腎症、糖尿病網膜症、糖尿病性神経障害等）の発症予防、重症化予防のために必要な検査、指導を実施します。
- 糖尿病の慢性合併症に係る専門的な検査や治療を行います。

(6) 他疾患治療中の血糖管理

＜他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行うための体制整備＞

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

(7) 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＞

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

(8) 感染症流行時等への対応

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

#### 4 数値目標等

指標区分	指標名(単位)	道現状値	圏域現状値	目標	現状値の出典(年次)
体制整備	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)	462	150	現状より増加	北海道保健福祉部調べ(令和5年4月1日現在)
実施件数	特定健診受診率(%)	29.7	22.9	現状より増加	北海道国民健康保険団体連合会令和4年度特定健診・特定保健指導実施結果集計表等(法定報告速報値)
	特定保健指導実施率(%)	36.0	23.3	現状より増加	
住民の健康状態	HbA1c値が6.5%以上の者の割合(40～74歳)	6.3	5.1	現状より減少	厚生労働省「第9回NDBオープンデータ」(National DataBase, 令和3年4月～令和4年3月)

#### 5 数値目標等を達成するために必要な施策

##### (1) 発症予防対策の充実

- 道、市町村、医療関係者、職域等の関係機関と連携し、特定健康診査・特定保健指導の意義を広く周知し、特定健康診査・特定保健指導の充実に努めるとともに、「北海道健康増進計画すこやか北海道 21<sup>\*1</sup>」を推進するための札幌圏域健康づくり事業行動計画<sup>\*2</sup>に基づき、発症予防のための保健事業を推進します。
- 道・市町村・医療保険者が連携して、適切な食生活及び運動習慣により糖尿病の発症予防や改善ができることの普及啓発を行います。
- 糖尿病の発症リスクがある者に対しては、医療保険者等と連携して特定保健指導や医療機関の受診勧奨を実施し、予防と医療が連携して生活習慣の改善が図られるよう支援します。

##### (2) 重症化予防等に係る取組の推進

- 発症予防・初期・安定期治療、専門的治療、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、糖尿病患者や事業者等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るとともに、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム<sup>\*3</sup>」等を参考に、糖尿病の重症化予防対策の取組を今後も推進します。
- 発症予防から専門的治療・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を活用し、患者の受療動向に応じた診療科間及び多職種による連携体制の充実に努めます。

\*1 道民の健康づくりを総合的に推進することを目的とした計画(北海道 令和6年3月)

\*2 道計画を札幌圏域で具体的に推進することを目的とした計画(江別・千歳保健所 令和6年9月策定)

\*3 北海道においては、北海道糖尿病対策推進会議、北海道医師会との三者により平成29年12月に策定(令和3年3月に改定)

## 6 医療機関等の具体的名称

### ＜糖尿病医療を担う医療機関の公表基準＞

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

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

### ＜医療機関名＞

第6章資料編128頁 別表6参照

## 7 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

- 歯周病と糖尿病は相互に影響を及ぼし、歯周病治療で血糖値が改善すると示唆されていることから、医療機関と連携し、適切な歯科保健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の方に対し、糖尿病に伴う易感染状態を疑い、糖尿病・内分泌専門医療を担う適切な医療機関へ紹介するよう努めます。

## 8 薬局の役割

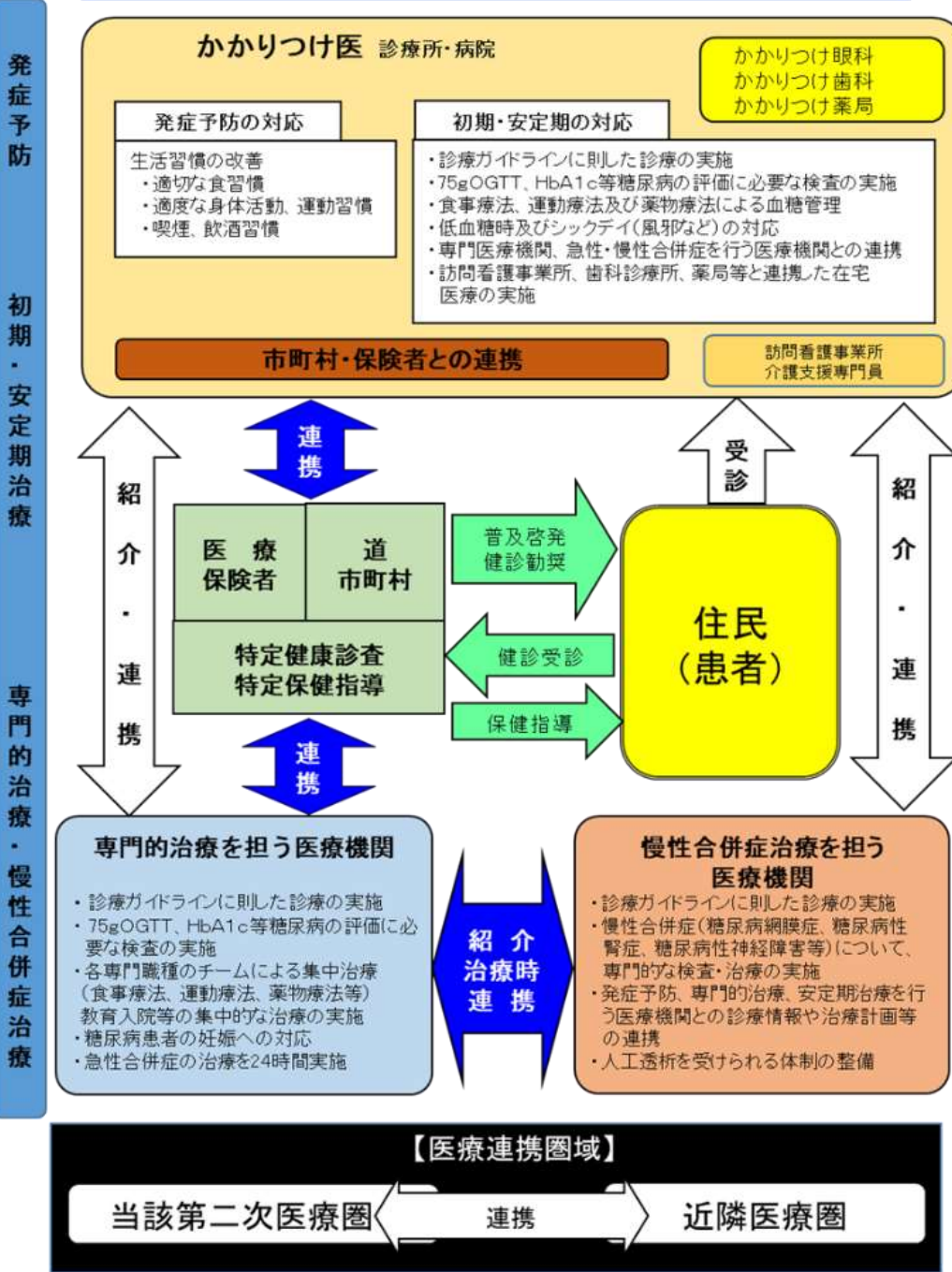
- 糖尿病の治療継続や重症化の防止のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導や服薬アドヒアランスの向上に努めます。
- 在宅患者の方に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護事業所等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導等を行うとともに、在宅医療に必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

## 9 訪問看護事業所の役割

- 糖尿病及び合併症の治療やそれに伴う諸症状について、適切な療養行動を維持できるような患者・家族を支援し、生活の質の向上に努めます。
- 糖尿病の重症化予防や口腔ケア・フットケアなどによる合併症の予防や早期発見、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の連携を促進します。

# 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5節 精神疾患の医療連携体制

### 1 現状

- 札幌圏域において、令和4年度末で把握されている精神障がい者数は91,659人で、全道196,305人の46.7%を占めています。
- 主な疾患別では、うつ病をはじめとした「気分〔感情〕障害」「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」及び「脳器質性精神障害（認知症）」が多くなっています。
- 平成28年末との比較では、総数が70,148人から1.3倍の91,659人に増加しています。どの疾病分類においても増加しており、特に「脳器質性精神障害」は6,029人から2.1倍の12,782人に増えています。

◆令和4年度末保健所管内精神障害者把握状況

(単位：人)

疾病分類	江別	千歳	札幌	計	(参考) 平成28年度末
○精神及び行動の障害	10,226	6,186	68,692	85,104	63,984
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	2,280	1,400	15,537	19,217	17,255
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	4,257	2,486	29,637	36,380	30,086
脳器質性精神障がい	1,428	851	10,503	12,782	6,029
（血管性及び詳細不明の認知症）	695	349	4,995	6,039	3,070
（アルツハイマー病の認知症）	733	502	5,508	6,743	2,959
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	238	131	1,655	2,024	1,770
（アルコール使用によるもの）	211	106	1,187	1,504	1,320
（アルコール以外の精神作用物質によるもの）	27	25	468	520	450
神経症性障害	1,037	594	5,260	6,891	4,109
心理的発達の障害	513	309	3,201	4,023	2,582
その他の精神及び行動の障害（知的障害等）	473	415	2,899	3,787	2,153
○神経性の疾患（てんかん）	949	473	3,512	4,934	5,030
○その他	235	67	1,319	1,621	1,134
合計	11,410	6,726	73,523	91,659	70,148

北海道保健所把握精神障害者状況調査

- 精神科を標ぼうする病院・診療所数は182か所となっています。

◆精神科を標ぼうする病院・診療所数

区分	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	計
札幌圏域	63	119	182
全道	167	211	378

北海道保健福祉部「医療機関名簿」（令和5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、患者数の増加などから、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。
- 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地域があります。
- 精神科訪問看護は、28か所の病院・診療所で提供されており、人口10万対の施設数は全国平均を上回っています。

◆精神科訪問看護を提供する病院・診療所数

区分	札幌圏域	人口10万人当たりの施設数		
		全国	北海道	札幌圏域
精神科訪問看護を提供する病院数	18	0.58	1.05	0.75
精神科訪問看護を提供する診療所数	10	0.38	0.36	0.42

厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）

- 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」等が挙げられているので、札幌圏域としても在院日数等の推移を見守る必要があります。
- 退院患者の平均在院日数は、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」については、全国・全道よりも長くなっていますが、精神疾患全体で比較すると、短い傾向にあります。

◆病院の退院患者平均在院日数 (単位：日)

	全国	北海道	札幌圏域
V 精神及び行動の障害	296.9	297.8	284.8
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	571.5	593.8	561.1
気分〔感情〕障害 (躁うつ病を含む) (再掲)	139	136.2	158.8
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害 (再掲)	52.3	102.5	40.0

厚生労働省 「患者調査」 (令和2年)

- 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、保健所と市町村で相談を受ける者の割合は、より身近な市町村での相談が多くなっている傾向にあります。

◆札幌圏域精神保健相談数(電話・来所・電子メール等) (単位:件)

	江別保健所	別掲)江別保健所 管内市町村	千歳保健所	別掲)千歳保健所 管内市町村	札幌市
相談延べ件数	638	415	438	6,393	13,412

厚生労働省 「地域保健・健康増進事業報告」(令和3年度)

#### <統合失調症>

抗精神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、道内39か所あり、札幌圏域では22か所(令和6年5月1日現在)となっています。また、閉鎖循環式全身麻酔電気痙攣療法(mECT)も当圏域において実施されている状況にあります。

#### <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\*1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、札幌圏域では27か所(令和6年5月1日現在)となっています。

◆気分(感情)障害患者数 (単位:人)

区分	平成30年度末	令和元年度末	令和2年度末	令和3年度末	令和4年度末
江別	3,243	3,464	3,702	3,976	4,257
千歳	1,649	1,733	1,952	2,212	2,486
札幌市	26,549	26,137	28,740	29,217	29,637
計	31,441	31,334	34,394	35,405	36,380

北海道保健所把握精神障害者状況調査

\*1 認知行動療法：認知に働きかけて気持ちを楽にする精神療法(心療療法)の一種

<認知症>

- 高齢者の増加に伴い、認知症高齢者も増加することが見込まれており、「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）」の有病率を道内の高齢者人口にあてはめた場合、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和 22 年（2040 年）には約 35～42 万人になると推計されています
- 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。
- 札幌圏域の高齢化率は全道平均を下回っていますが、管内 8 市町村のうち 4 市町村は全道平均を上回っています。将来人口推計においても、高齢者数の増加傾向は続く状況があり、認知症高齢者が増加することが見込まれます。
- 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」は当圏域に 5 か所指定されており、地域の関係機関等との連携が進められています。
- 平成 30 年度から認知症初期集中支援チームが全市町村に設置されています。
- 保健所や市町村等で実施している SOS ネットワーク事業では、関係機関が行方不明となった認知症高齢者等の早期発見に協力しているほか、連絡会議等において、見守り体制の強化に向けた検討を行っています。

◆認知症疾患医療センター

令和6年4月1日現在

名称
北海道公立大学法人 札幌医科大学附属病院〔札幌市指定・R6.3.1新規〕
独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター〔札幌市指定・R6.4.1新規〕
医療法人風のすずらん会 江別すずらん病院
江別市立病院
医療法人資生会 千歳病院

◆認知症把握数（保健所管内別精神障害者数把握状況より抜粋）

（単位：人）

区分	平成30年度末	令和元年度末	令和2年度末	令和3年度末	令和4年度末
江別	582	657	736	820	889
千歳	379	411	460	519	606
札幌市	3,913	4,407	4,709	5,587	6,505
計	4,874	5,475	5,905	6,926	8,000

\*アルツハイマー病の認知症と血管性認知症を併せて計上  
北海道保健所把握精神障害者状況調査

<児童・思春期精神疾患>

- 子どもの心の診療を担う医師や医療機関に限られており、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は不十分な地域もありますが、相談窓口は各市町村に整備されています。
- 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。
- 札幌圏域の児童・思春期精神疾患の機能を担う医療機関数は 33 か所あります(令和 3 年 4 月 1 日現在、以下同様)。

#### <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方については、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。
- 札幌圏域の発達障がいの医療機能を担う医療機関数は、55 か所です。

#### <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、疾患としての認知が不十分なため専門医療機関や自助グループに結びつかず、治療や支援が継続しない状況が見られます。
- 道の計画である「第2期北海道アルコール健康障害対策推進計画（令和3年3月に策定）」や「第2期北海道ギャンブル等依存症対策推進計画（令和5年3月に策定）」に基づく、依存症治療拠点機関（道内1か所）は当圏域にあり、依存症専門医療機関は7か所あります（令和5年4月1日現在）。また、依存症の医療機能を担う医療機関数は、27か所となっております（令和3年4月1日現在）。

#### <外傷後ストレス障害（PTSD）>

- 災害・犯罪・事故により被害を受けた者の遺族はもとより、身体に被害を受けた多くの被災者や被害者が同時に精神的被害を受けていると考えられます。  
また、身体被害（物理的外傷）はなくても災害・犯罪・事故等によって直接的に精神被害を受けた者も多数に上ると考えられ、重度のPTSD（外傷後ストレス障害）などの災害や犯罪等による被害に対する持続的な精神的後遺症に罹患している者も少なくありません。
- 札幌圏域の外傷性ストレス障害の医療機能を担う医療機関数は、43か所あります。

#### <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。
- 道では、普及啓発や相談支援のほか、支援拠点医療機関を北海道大学病院に選定し、地域の医療機関との連携に努めるなど総合的な支援に取り組んでいます。
- 札幌圏域の高次脳機能障がいの医療機能を担う医療機関数は、33か所です。

#### <摂食障害>

- 摂食障害は、潜在している人が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はありません。
- 札幌圏域の摂食障害の医療機能を担う医療機関数は、37か所となっております。



<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の方が受診しています。
- 道では、令和元年 12 月にてんかん診療拠点機関（現：てんかん診療拠点病院）を選定（道内 1 か所）し、当圏域内の医療機関が選定されています。また、てんかんの医療機能を担う医療機関数は、51 か所となっております。

<精神科救急・身体合併症>

- 令和 5 年度において、精神科救急医療体制整備事業により、道央ブロックで夜間・休日に診療を受けた者は 318 人、入院した者は 295 人となっています。
- 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を札幌市が設置しています。
- 輪番病院において、緊急に入院を必要とする患者の方に対応するための保護室等空床の確保が十分ではない状況にあります。
- 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。

◆道央ブロックにおける対象地域（平成25年4月以降）

ブロック名	ブロックに属する市町村	
道央（札幌・後志 1）	札幌圏	札幌市（中央区・豊平区・南区・西区・清田区）、千歳市、恵庭市、北広島市
	後志圏	全 20 市町村
道央（札幌・後志 2）	札幌圏	札幌圏（北区・東区・白石区・厚別区・手稲区）、江別市、石狩市、当別町、新篠津村

道央（札幌・後志）ブロック精神科救急医療体制整備事業実施要綱

◆ 関係医療機関の事業内容

区 分	事 業 内 容
精神科救急医療施設	・ 当番病院 27医療機関 休日、平日の夜間等の診療時間外における精神障がい者等の相談及び診療を行う。 ・ 基幹的役割を担う当番病院 6医療機関 休日、平日の夜間等の診療時間外における精神障がい者等の相談及び診療を行うほか、当番病院の空床が埋まった後の協力対応を行う。
後方病院	・ 26医療機関 当番病院や遠隔地域支援病院、合併症受入協力病院での治療が終了し、なおかつ転院可能な患者に対し入院治療を行う。
遠隔地域支援病院	・ 9医療機関 当番病院から離れた地域にあって、当番病院から要請のあった場合に要入院者の入院治療を行う。
合併症受入協力病院	・ 4医療機関 当番病院に搬送された患者について緊急に身体合併症の治療を行う必要がある場合に、当番病院から要請に応じて受け入れ、当該身体合併症の治療を行う。
精神科救急情報センター	・ 1か所 精神障がい者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整機能により、搬送先等の調整を行う。

<自殺対策>

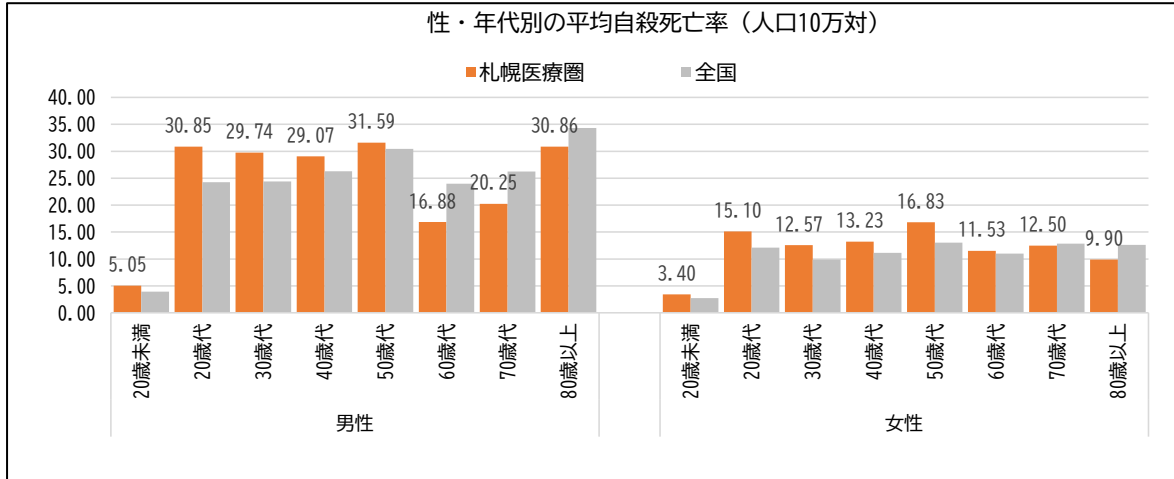
- 自殺の背景には、うつ病を始めとする精神疾患が関連することが多いことが知られています。
- 自殺死亡率は年々増加しており、全国を上回ることもあります。また、年齢別では、若年世代から 50 歳代までは全国の死亡率を上回っている状況にあります。
- 自殺対策として、保健所では関係機関との連絡会議を開催し、地域の実態共有と連携体制の構築を図っているほか、市町村においては自殺対策に係る計画を策定し、ゲートキーパー養成等の研修等が実施されています。

◆自殺者数及び自殺死亡率（人口10万対）の推移

区 分	平成30年		令和元年		令和2年		令和3年	
	自殺者数	死亡率	自殺者数	死亡率	自殺者数	死亡率	自殺者数	死亡率
札幌圏域	365	15.4	378	15.9	384	16.3	406	17.1
北海道	905	17.2	884	17.0	881	17.0	903	17.5
全国	20,031	16.1	19,425	15.7	20,243	16.4	20,291	16.5

「北海道保健統計年報」

※圏域の死亡率は圏域の人口と自殺者数より独自に算出



JSCP（いのち支える自殺対策推進センター） 地域自殺実態プロファイル 2023  
 <地域における自殺の基礎資料（自殺日・居住地）>（2018～2022年）より

<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を行っており、令和4年度時点で、10医療機関と協定を締結しています。
- 身近な地域で被災者の精神面の支援を行う人材等の育成は、不十分な現状があります。
- 札幌圏域のDPAT協力医療機関は、8か所あります。

<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」が1か所整備されています。
- 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」は、32医療機関が指定されており、通院処遇中の者には札幌保護観察所主催のケア会議が実施され、指定通院医療機関及び地域支援者が連携した支援を実施しています。

\*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

- 精神科医療を必要としている者その家族（ケアラー等\*<sup>1</sup>含む）の意向やニーズに応じ、切れ目のない支援が提供できるよう、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及び地域の相談支援体制の充実に努める必要があります。
- 地域住民の精神障がい者に対する理解促進及び適切な初期支援\*<sup>2</sup>の実施に資するよう、精神疾患に関する知識の普及・啓発を行う必要があります。
- 精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急ニーズに対応できるよう、入院治療へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療（夜間、休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）について、精神科医療機関、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所等との連携体制の整備が必要です。
- 精神科医療機関の受診を必要とする者が早期に受診し、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。  
また、精神病床における隔離・身体的拘束の最小化に向けた取組や虐待の防止に係る取組が求められています。
- 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生活の場の確保、復職・就職への支援など、地域移行及び地域定着を進めるため、関係機関が協力した支援体制が必要です。

### <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、公認心理師、管理栄養士等からなる多職種チームによる診療計画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。
- 難治性の重症な精神症状を有する患者が専門的治療を受けることのできる地域連携体制の構築や、精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などが必要です。

### <うつ病・躁うつ病>

- 内科等かかりつけ医や産業医による必要な精神科医療の連携を推進し、早期発見・早期治療を促す取組は必要です。
- 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。

### <認知症>

- 認知症の人の意思が尊重され、できる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症に関する正しい知識や理解を深めるための普及・啓発の取組を進める必要があります。
- 早期発見・早期対応が行えるよう、かかりつけ医や認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の更なる質の向上や連携の強化が求められています。

---

\*1 ケアラー等：高齢、障がい、疾病その他の理由により援助を必要とする家族、友人その他の身近な人に対し、無償で介護、看護、日常生活上の世話その他の援助を提供する者をいう。ケアラーのうち、18歳未満の者をヤングケアラーという。（以下、第2章第5節の本文における「家族」の表記には、ケアラー等を含むものとする。）

\*2 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。

- また、認知症の人に対する相談・診断等の対応を効果的に提供するためには、かかりつけ医や地域の相談拠点と専門医療機関が連携した体制の構築が必要であり、これらの体制が円滑に機能するための中心となる役割が期待される認知症疾患医療センターについては、地域の実情に応じた連携体制の構築が必要です。

#### <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充実が求められています。

#### <発達障がい>

- 発達障がいに関する理解と対応について、医師を始め、地域の保健・医療・福祉・教育関係者に対する学習機会の確保が必要です。
- 発達障がいを持つ人については、児童・思春期から成年期にかけて、ライフステージに応じた保健・医療・福祉に関する各種サービスの移行を円滑に進め、切れ目のない支援を行うことが必要です。
- 発達障がいを背景とするひきこもりなどの二次障害を防ぐため、的確な早期診断と適切な医療的支援が必要です。

#### <依存症>

- 依存症対策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。
- 依存症が治療により回復する疾患であることと、相談窓口、自助グループ等の周知が必要です。
- 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。
- 近年は、オンラインによるギャンブルが身近となっている社会環境の変化から、「オンラインによるギャンブル」の特徴やリスクについて理解できるような普及啓発が必要です。

#### <外傷後ストレス障害（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。また、地域における診療連携体制の構築が必要です。

#### <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の方については、てんかん支援拠点病院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の方やその家族に対し、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、当番病院に遠い地域での円滑な救急患者の受診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、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、各市町村における取り組みを促進又は支援するなど、自殺対策の推進が必要です。

#### <災害精神医療>

災害発生等に備え、災害時の支援を担う人材の育成が必要です。

#### <医療観察法>

対象となった者のニーズに応じた保健福祉サービスの活用等、地域処遇における指定通院医療機関と関係機関が連携した支援が必要です。

### 3 必要な医療機能

#### <地域精神科医療提供機能>

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

---

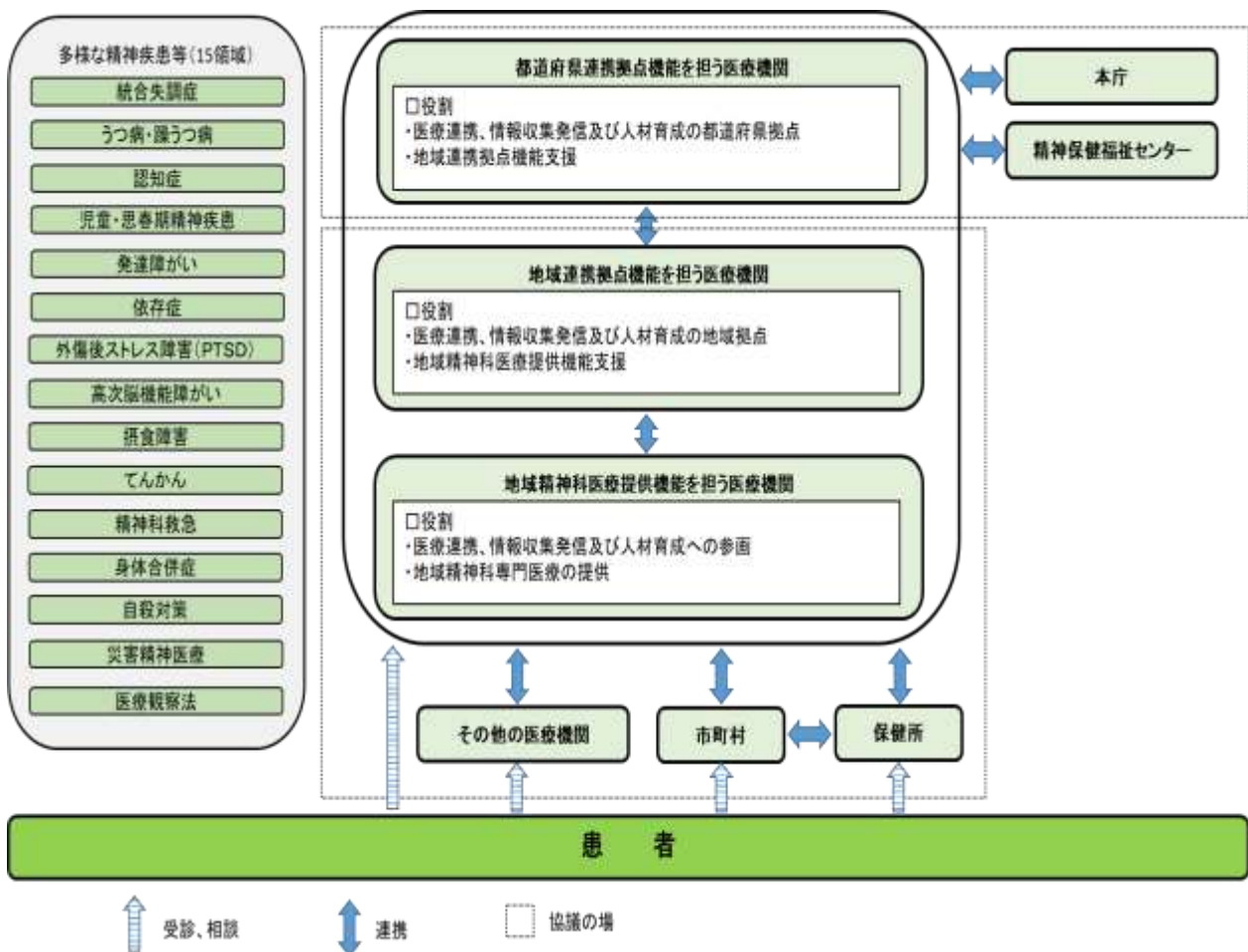
\*1 ICF（国際生活機能分類）：人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえる。「生活機能」は、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される。

<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



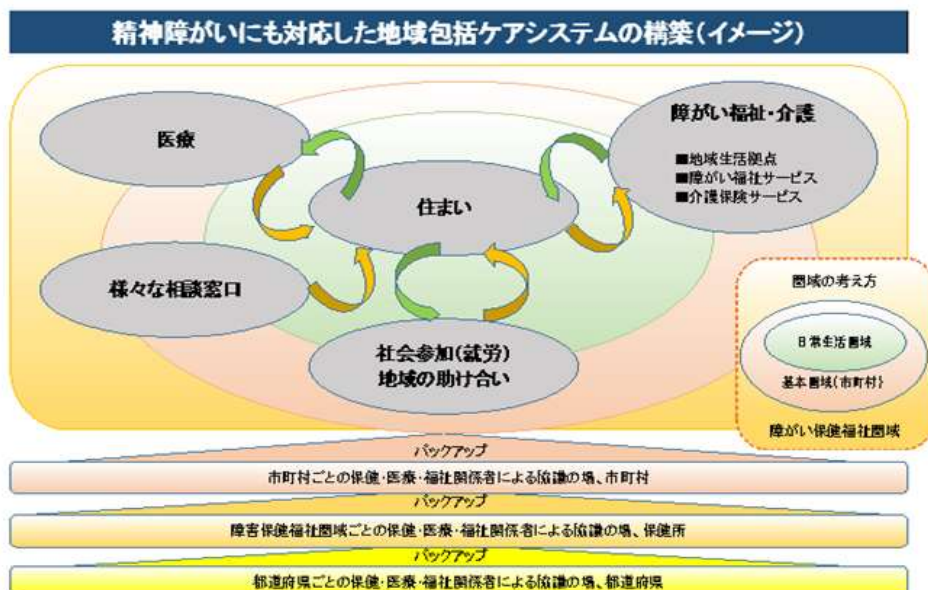


#### 4 数値目標等

指標区分	指標名 (単位)	現状値			目標	現状値の出典 (年次)
		全国	北海道	札幌圏		
体制整備	認知症患者医療センター整備数(か所)	—	26	5	現状維持	北海道保健福祉部調査 (令和6年4月)
住民の健康 状態等	退院患者平均在院日数(日)	296.9	297.8	284.8	短縮	患者調査(令和2年9月)
	慢性期入院患者数(65歳以上) (上段:人、下段:10万対)	104,834 291.78	6,786 405.31	2,767 410.10	減少	北海道保健福祉部提供資料 (令和4年6月30日現在) (10万対は令和4年1月1日住民 基本台帳人口を用いて算出)
	慢性期入院患者数(65歳未満) (上段:人、下段:10万対)	55,473 61.64	2,848 81.20	1,284 75.19	減少	
	自殺率(人口10万対)	16.5	17.5	17.1	減少	北海道保健統計年表 (令和3年)

#### 5 数値目標等を達成するために必要な施策

- 当事者・家族の相談支援に従事する職員は、精神保健センターや保健所が実施する自殺対策、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活用し、相談機能の強化に努めます。
- 早期に当事者や家族が相談できるよう、広く保健所等の精神保健相談を周知するとともに、市町村、医療及び相談機関等との連携による支援体制の構築に努めます。
- 「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて、精神障がいのある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、札幌圏域生活移行支援協議会を活用した連携を図るとともに、保健・医療・福祉関係者による協議の場を市町村でも設置できるよう、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、地域移行・地域定着の支援を推進します。
- 治療中断せず、適切な治療を継続するために、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、精神病床における隔離・身体的拘束の最小化や虐待防止の取組を推進する。



#### <統合失調症>

- 精神科病院に入院している方の退院を促進するため、地域の相談支援事業所や医療機関等と連携し、長期入院患者の地域移行・地域定着の支援を推進します。
- 長期入院等の後に退院した方等の支援のために、地域生活支援事業等を活用して保健医療福祉関係機関で構成する多職種チームによる支援を実施するなど、地域における支援体制の構築を促進します。
- 治療抵抗性統合失調症治療薬及び mECT が必要な時に必要な場所で受けられるよう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周知を図る。
- 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、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が図られるよう支援します。

#### <認知症>

- 認知症の人に対して本人の意思をできるだけくみ取り、それを踏まえた医療や看護等が提供されるよう、医師を始め歯科医師や薬剤師、看護職員など、多職種の医療従事者向けの研修周知を図ります。
- 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターと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等が連携し、認知症者及び家族の支援に対応します。

#### <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周知を図る。
- 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、乳幼児健診について、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・家族等が速やかに医療機関を利用できるよう、医療機関に関する情報の提供に努めます。
- 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、その家族が適切な医療的相談ができるよう、保健所、市町村、教育及び相談機関等は専門的医療機関等の情報収集に努めるほか、ライフステージに応じた切れ目のない支援のため、関係機関が連携して支援を実施します。



#### <依存症>

- 依存症に関する知識を普及し、依存症者・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の紹介を行います。
- 地域の関係機関と連携して、依存症者・家族を支援する等、依存症支援体制の構築を促進します。
- 「第2期北海道アルコール健康障害対策推進計画」及び「第2期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を行います。

#### <外傷後ストレス障害（PTSD）>

- PTSDの当事者が適切な支援を受けられるよう、道のホームページを活用するなど相談窓口や医療機関に関する情報の提供に努めます。
- PTSDに対応できる専門職の養成に資するため、支援に必要な知識や対応技術に関する研修を周知するほか、必要な研修に参加し、支援技術向上に努めます。

#### <高次脳機能障がい>

高次脳機能障がいのある人・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、適切な医療につなげる等の地域の関係機関と連携した支援を行います。

#### <摂食障害>

摂食障害のある人・家族等が速やかに医療機関や相談機関を利用できるよう、医療機関・相談機関に関する情報の提供に努めます。

#### <てんかん>

てんかんの当事者・家族が必要な保健医療福祉サービスを受けられるよう、地域における相談機能の強化や相談窓口の周知を図ります。

#### <精神科救急・身体合併症>

- 休日・夜間の緊急の相談や救急医療を必要とする方に対応することができるよう、精神科病院はもとより、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、空床確保が十分ではない場合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。
- 身体合併症を有する救急患者への対応が円滑に行われるよう、一般救急を担う医療機関との協力体制や救急搬送時の受入ルールづくりについて、地域の実情に応じて検討します。

#### <自殺対策>

- 自殺予防に関する普及啓発・教育研修等の対策を実施し、自殺予防とうつ病に対する理解を深めるとともに、市町村における自殺予防対策を支援します。
- 自殺予防対策連絡会等の開催により、地域の関係機関と情報交換、連携を強化し自殺対策に取り組みます。
- 大学等の教育機関と連携し、若者の自殺対策の充実にむけた取り組みを検討します。

### <災害精神医療>

災害時の被災者支援及び DPAT 構成員の資質向上のための研修等を周知し、地域の人材育成に努めます。

### <医療観察法>

医療観察法による通院決定、退院決定を受けた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、指定入院医療機関、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 医療機関等の具体的名称

別に定める公表基準を満たした医療機関（第 6 章資料編 136 頁 別表 7-1～3 参照）

## 7 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

歯科医療従事者と関係職種が連携し、口から食べる楽しみの支援を行います。

## 8 薬局の役割

- 精神疾患に対する一層の理解を深めるため、精神科医療に関する研修会に薬局薬剤師が積極的に参加するとともに、薬局において、睡眠改善薬などの市販薬の販売時や相談の機会を通じて、適切な医療が必要と考えられる者に対し、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や服薬アドヒアランスの向上などに努めます。

## 9 訪問看護事業所の役割

- 主治医や医療機関の看護師等と連携し、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、服薬やリハビリテーション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、家族等の支援や安全に在宅療養生活を送ることができるよう環境整備に努め、多職種とも連携し、生活の質（QOL）の向上を目指します。