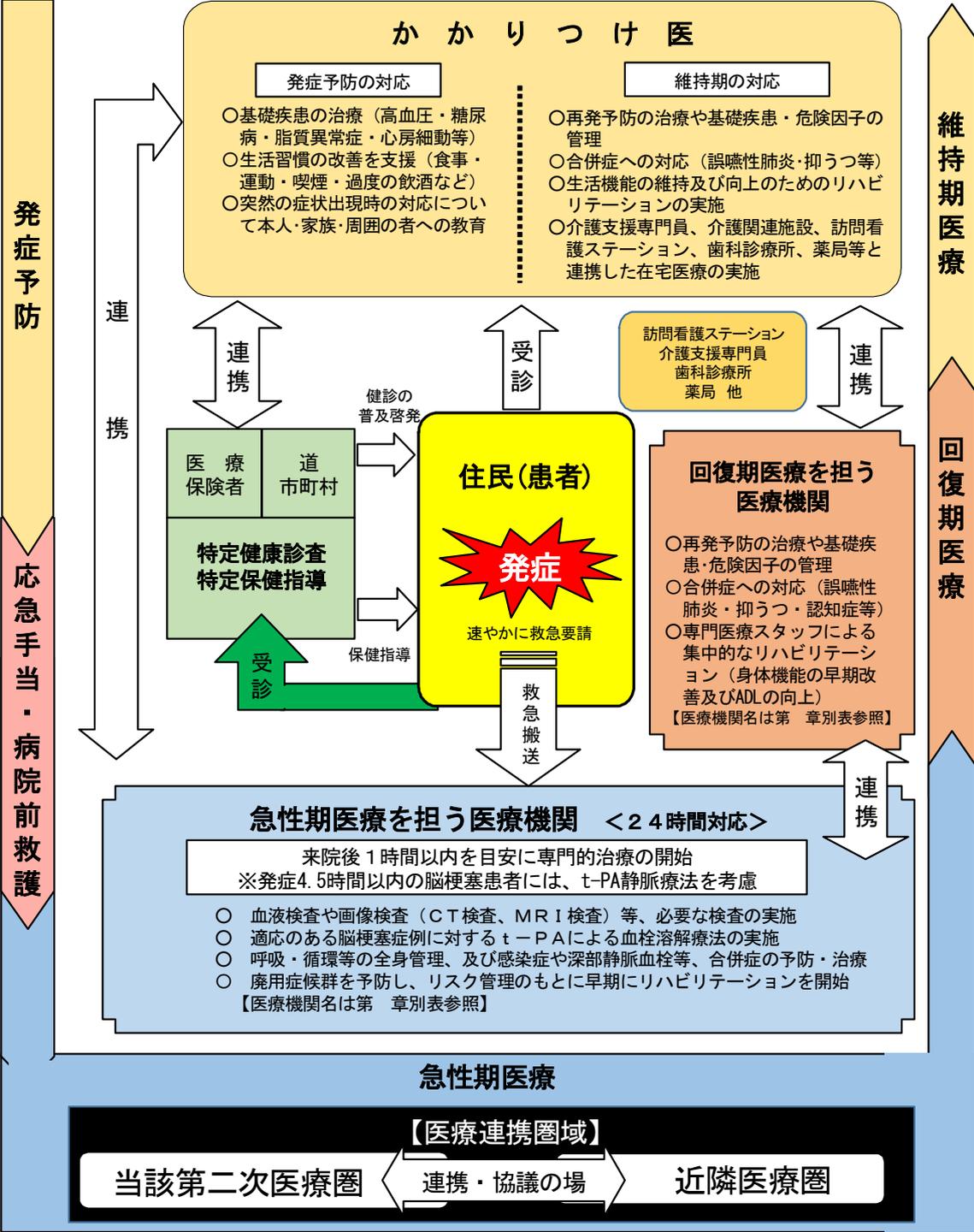


脳卒中の医療連携体制

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



発症予防

応急手当・病院前救護

維持期医療

回復期医療

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

第1 現状

1 死亡の状況*1

- 当圏域では、令和3年に70人が心疾患を原因として死亡しており、死亡数全体の12.6%（全道14.3%）を占め、死因の第2位となっています。
- その内訳は、心不全58.6%（全道46.0%）、急性心筋梗塞18.6（全道12.9%）、不整脈及び伝導障害とその他の虚血性心疾患が7.1%（全道15.0%と14.1%）です。
- 死亡率（人口10万対）は心疾患で男性184.5（全道184.2）、女性165.0（全道191.8）となっています。また、標準化死亡比（SMR）は、心疾患で83.7（全道84.0）、虚血性心疾患で68.3（全道68.3）であり、全国より低い状況です。*2

2 健康診断の受診状況

- 急性心筋梗塞や大動脈緊急症の発生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、当圏域の令和4年度の特定健康診査の実施率は57.6%で、全道の29.7%と比較すると非常に高くなっています。
- 当圏域の令和4年度の特定健康受診者のうち、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者の割合は18.2%（全道20.3%）内臓脂肪症候群予備軍の割合は、10.8%（全道11.0%）となっています。*3
- 心血管疾患は高血圧が危険因子ですが、当圏域の40歳から74歳までの収縮期血圧の平均値は、男性130.3mmHg（全道128.7 mmHg）、女性127.1 mmHg（全道123.1 mmHg）であり男女とも基準値を上回っています。*4
- また、脂質異常症も危険因子であり、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年によると、LDLコレステロールの上昇は、将来の冠動脈疾患の発症や死亡を予測するとありますが、当圏域のLDLコレステロール160 mg/dl以上の割合は、男性10.4%（全道13.3%）、女性10.4%（全道13.0%）となっています。
- また、喫煙率は、男性35.0%、女性13.2%と高い状況にあります。*4

3 医療機関の状況（北海道医療機能情報システム）*5

（1）急性期医療を担う病院について

- 全道で、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64ヶ所（輪番制を含む）とな

*1 令和3年北海道保健統計年報

*2 北海道における主要死因の概要11

*3 特定健診・保健指導実施結果集計表（令和4年度法定報告速報値）

*4 厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和3年）

*5 北海道医療機能情報システム（令和5年4月）、令和6年4月から医療情報ネット「ナビ」に変更

っていますが、当圏域に対応可能な医療機関がないため、第三次医療圏域でカバーされている状況です。

- 冠疾患専門集中治療室（CCU）を有する病院は全道で28か所、開腹手術及び大動脈瘤手術が可能な医療機関は38ヶ所ですが、当圏域にはありません。

(2) 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（令和5年4月1日現在）は、全道で64所ありますが、当圏域は対応可能な医療機関がないため、第三次医療圏域でカバーされている状況です。

4 入院自給率

当圏域の令和3年度の入院受給率は77.4%となっています。急性期医療機関がなく二次医療圏域内での完結が困難なため、主に上川中部の病院と連携しています。

第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、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。
- 当圏域の特定健診の受診率は、全道より高い状況ではありますが、更なる受診率の向上に向けて、心血管疾患に関する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。

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、道北ドクターヘリの有効活用が必要です。
- 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、効果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できる体制を推進する必要があります。

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。

第3 必要な医療機能

1 発症予防

(1) かかりつけ医

- 高血圧、脂質異常症、糖尿病等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

(1) 本人及び家族等周囲にいる者

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

(2) 消防機関と急性期医療を担う医療機関の連携

- ドクターヘリの有効活用などを含め、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

(1) 救急救命センター及びCCUを有する医療機関、急性期医療を担う医療機関

- 急性心筋梗塞等の心血管疾患は、早期の救急処置が転帰を左右することから、発症の現場で救命処置を行いながら、速やかに救急搬送ができる体制整備が重要です。
- 当圏域には、放射線等機器検査、臨床検査、経皮的冠動脈形成術の全てが24時間いつでも対応可能である急性期医療を担う医療機関がないため、隣接する医療圏等との連携体制により医療を確保します。

4 回復期医療

(1) 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。

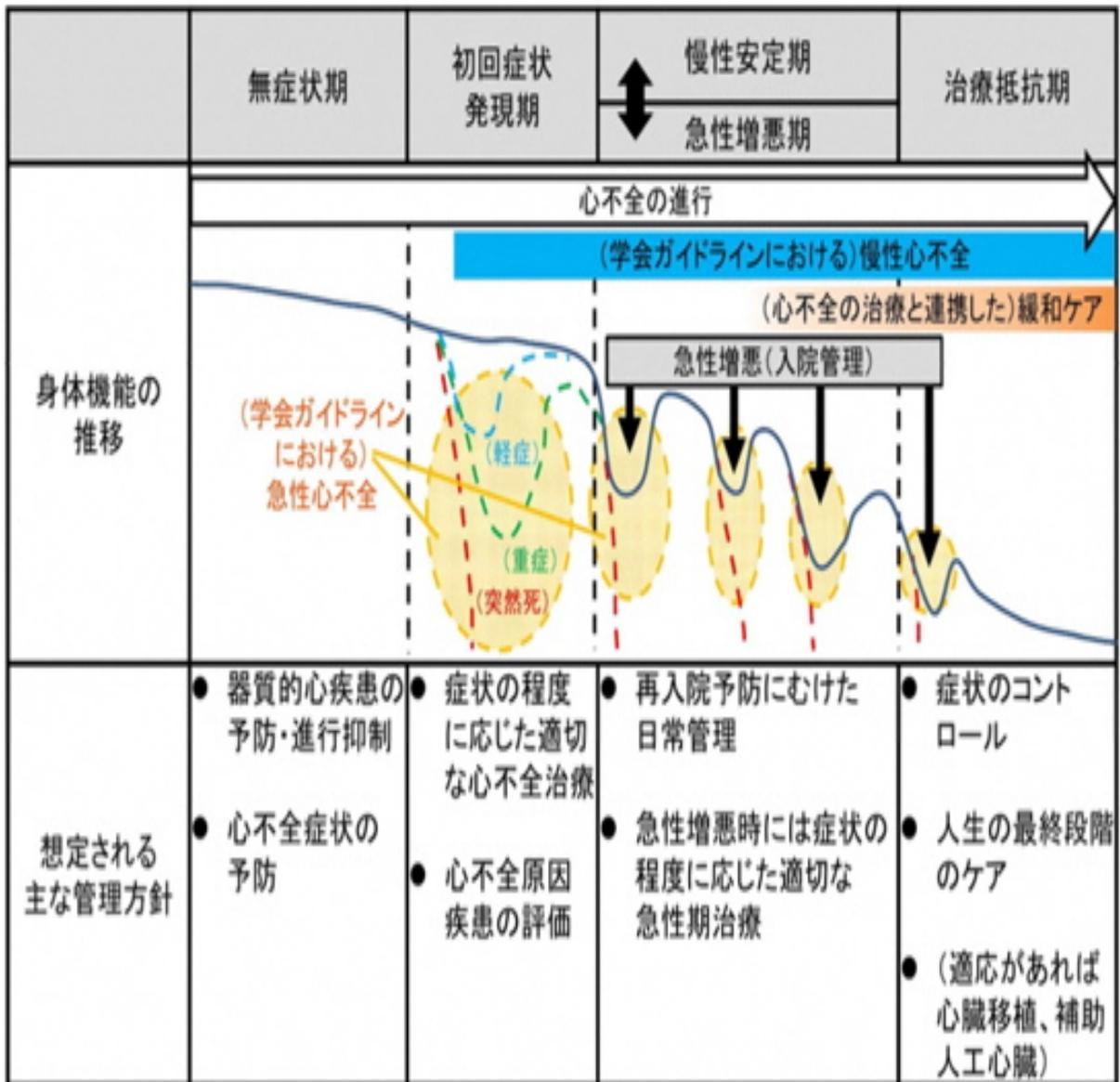
5 維持期医療（かかりつけ医）

- 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、合併症予防や再発時などの緊急時に対応できる医療体制とします。
- 急性期の医療機関や介護保険関連施設等と診療情報や治療計画等を共有し、再発予防のための定期的な専門的検査や合併症併発時・再発時の対応を含めた連携を図ります。
- 在宅での運動療法や、再発予納のための疾患管理について、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。

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供されるよう、人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）による個人の意思決定を支援します。

心不全の臨床経過のイメージ



第4 数値目標等

指導区分	指標名 (単位)	現状値	目標値 (R11)	目標値の考え方	現状値の出典 (年次)
体制整備	地域連携クリティカルパス*1を導入している医療機関数	0	1以上	現状値より増加	北海道保健福祉部調査 (令和5年4月)

	たいせつ安心 i ネット (旭川医師会) 参加施設数	3	3 以上	現状より増加	たいせつ安心 i ネットの公表医療機関 (令和 6 年 6 月 28 日現在)
実施件数等	喫煙率 (%) (40~74 歳)	男性 35.0	現状値より減少	現状値より減少	第 9 回 NDB オープンデータ (令和 3 年) 参考 KDB データ
		女性 13.2			
	特定健診受診率 (%)	57.6	70.0	現状値より増加	
	特定保健指導実施率 (%)	75.7	現状値より増加	現状値より増加	同上
住民の健康状態	高血圧の改善 (40~74 歳) 収縮期血圧の平均値 (mm Hg)	男性 130.3	124 以下	現状より減少	第 9 回 NDB オープンデータ (令和 3 年)
		女性 127.1		現状より減少	
	LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の割合 (40~74 歳)	男性 10.4%	現状値より減少	現状値より減少	
		女性 10.4%			
	心疾患患者の死亡率 (人口 10 万対)	男性 184.5	現状値より減少	現状値より減少	
女性 165.0					
心疾患患者の標準化死亡比 (SMR)	心疾患 83.7	現状値より減少	現状値より減少	北海道における主要死因の概要 11	
	虚血性心疾患 68.3				

* 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。

*1 地域連携クリティカルパス: 地域において急性期から回復期、維持期、在宅医療に至るまで、切れ目のない質の高い医療を提供するため、複数の機関で共有する診療情報や診療計画

第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

- 保健所や市町村、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、喫煙習慣の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を活用した地域医療情報連携ネットワーク、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。
- また、隣接する圏域にあたっては、急性期医療を担う医療機関が整備されていることから、必要に応じて、医療機能の連携について地域医療構想調整会議等で協議します。

<地域連携クリティカルパスとは>

- ◇ 複数の医療機関が、役割分担も含め事前に診療内容を提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けられるようにするものです（施設ごとの診療内容と治療経過、目標等を診療計画として明示）。
- ◇ 連携する医療機関では、患者の状態を事前に把握できるため、早期に治療やリハビリテーションを開始でき、適切に必要な検査や専門医への紹介ができます。これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するものです。
- ◇ 医療の質を高め、患者を取り巻く関係機関の連携体制を充実させるため、他にもさまざまな病気で活用が検討されています。

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等への正しい知識の普及に努めます。

第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二次医療圏とします。
- なお、当圏域においては、近隣圏域の医療機関との連携や、保健医療福祉連携推進会議等を活用し病病連携・病診連携の更なる推進を図るなど、必要な医療連携体制の確保に努めます。

第7 医療機関等の具体的名称

当圏域には、放射線等機器検査、臨床検査、経皮的冠動脈形成術の全てが24時間いつでも対応可能である急性期医療を担う医療機関はありません。

1 急性期医療を担う医療機関

<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、多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）

2 地域医療情報連携ネットワーク参加医療機関

(1) たいせつ安心 i 医療ネット（旭川医師会）

R6.6.28 現在

区 分	富良野圏域の登録医療機関
情報提供施設	—
情報参照施設	社会福祉法人北海道社会事業協会富良野病院
	医療法人社団ふらの西病院
	ふらの駅前歯科クリニック

第8 歯科医療機関の役割

慢性心不全患者においては、口腔衛生及び口腔機能の維持・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。

第9 薬局の役割

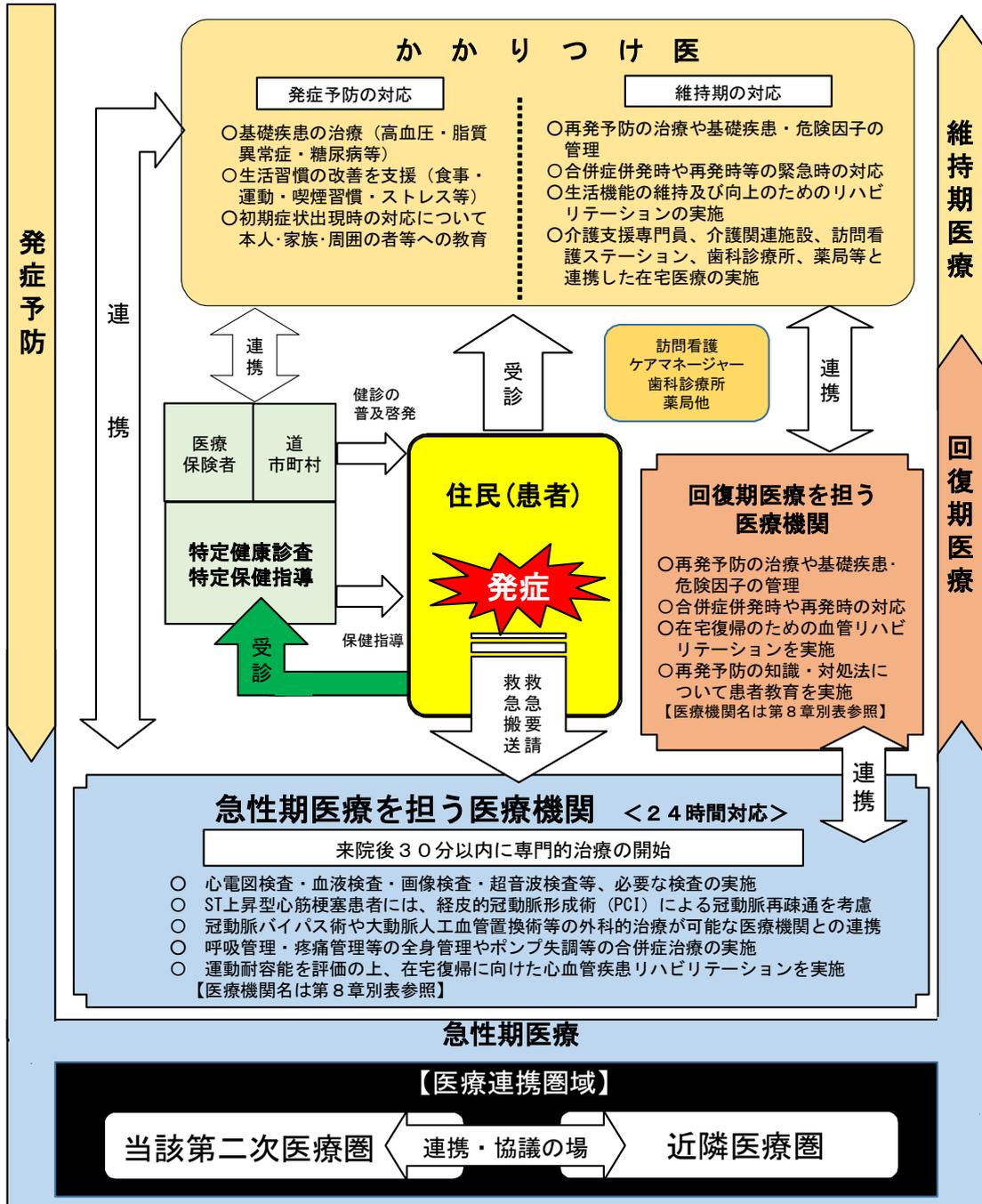
- 急性心筋梗塞の発症予防や再発予防のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。
- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護事業所等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導等を行うとともに、在宅療養で必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

第10 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、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。
- 在宅療養者に対して、心疾患の治療及びその治療に伴う諸症状に適切な看護を提供するとともに、再発予防に向けた基礎疾患・危険因子の管理や生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを多機関・多職種と連携して実施します。
- 在宅での療養生活を継続する慢性心不全患者に対して、心不全増悪予防のための疾病管理や治療に伴う諸症状・全人的苦痛の緩和など適切な看護を提供しつつ、適切な療養行動を維持できるよう患者及びその家族を支援し、生活の質（QOL）の向上を目指します。
- また、運動耐容能の改善を目的とした運動療法やカウンセリング等、多職種と連携し、療養生活を支援します。

心血管疾患の医療連携体制

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



第4節 糖尿病の医療連携体制

第1 現状

1 罹患・死亡の状況

- 当圏域では、令和3年に6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%（全道1.1%）を占めています。^{*1}
- 令和3年度の当圏域での糖尿病の死亡率（人口10万対）は、15.5（全道15.7）となっており、全道より低くなっています。^{*1}
- 北海道の糖尿病性腎症による新規導入透析患者数（令和3年）は662人で、新規導入透析患者数の40.4%（全国40.2%）を占めています。
また、糖尿病性腎症の年末透析患者数（令和3年）は6,109人で、年末透析患者数全体の40.4%（全国39.6%）を占めています。^{*2}

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、当圏域の令和4年度の特定健康診査の受診率は57.6%で、全道の29.7%と比較すると非常に高い状況です。^{*3}
- また、当圏域の令和4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）該当者の割合は20.9%（全道20.3%）、内臓脂肪症候群予備軍の割合は10.8%（全道11.0%）となっています。^{*3}
BMI値では、肥満（BMI25以上）の割合は33.2%（全道33.9%）となっています。^{*4}
- 当圏域の令和3年度特定健診結果のHbA1c値を見ると、「6.5%以上（受診勧奨判定値）」該当者は751人（9.0%）、「5.6%以上6.5%未満（保健指導判定値）」該当者は、3,598人（43.0%）でした。健診受診者の半数以上が、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。^{*4}

3 医療機関への受診状況

- 令和2年の患者調査によると、北海道における糖尿病の受療率（人口10万人当たり）は、入院が20（全国12）、外来が166（全国170）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35.5日で全国（30.6日）より4.9日長くなっています。^{*2}
- 令和4年度における患者受療動向では、当圏域の糖尿病の患者が圏域内で受療している割合は、入院が90.6%、通院で93.8%となっています。
- 当圏域では、糖尿病性腎症を含む人工透析治療（血液透析）については、おおむ

*1 令和3年北海道保健統計年報

*2 北海道医療計画からの転記：数値は全道値

*3 特定健診・特定保健指導実施結果集計表（令和4年度法定報告速報値）

*4 第9回NDBオープンデータ〔厚生労働省〕（令和3年）

ね完結できている状況です。

4 医療機関の状況

- 当圏域には、「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およ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11か所あります。
- 「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2か所あります。^{*1}
- 公表医療機関を対象とした調査で回答のあった当圏域医療機関11か所のうち、「教育入院を実施している」と回答した当圏域医療機関は2か所です。^{*2}

第2 課題

1 発症予防

- 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住民に周知するとともに、適切な食生活及び運動習慣により予防や改善ができることの普及啓発が必要です。
- 医療保険者等と連携し、糖尿病の発症リスクがある者に対して、保健指導や医療機関の受診勧奨、健診後の医療機関受診状況等に係るフォローアップ等、予防と医療が連携して、生活習慣の改善が図られるよう支援が必要です。

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。
- 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。

第3 必要な医療機能

1 予防

（糖尿病発症リスク低減、特定健康診査・特定保健指導、健診後の受診勧奨）

- 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。
- 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。

^{*1} 保健福祉部調査（令和5年）

^{*2} 糖尿病治療における地域医療連携状況調査（令和4年）

- 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・安定期治療

(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^{*1}、HbA1c など糖尿病の評価に必要な検査を行います。
- 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖管理を行います。
- 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。

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)

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 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)

- 専門的な経験をもつ医師を含め、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

*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。

・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)

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

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。

第4 数値目標等

指標区分	指標名 (単位)	現状値	目標 (R11)	現状値の出典 (年次)
体制整備等	地域連携クリティカルパス ^{*1} を導入している医療機関数(か所)	6	現状より増加	北海道保健福祉部調査(令和5年4月1日現在)
実施件数等	特定健康診査受診率(%)	57.6	現状より増加	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(令和4年度法定報告速報値)
	特定保健指導実施率(%)	75.7	現状より増加	
	糖尿病治療継続者の割合(20歳以上)	63.3 (全道値)	現状より増加	健康づくり道民調査(令和4年)
住民の健康状態等	HbA1cの値が6.5以上の者の割合(%) (40~47歳)	男性 11.1 女性 6.8	現状より減少	NDBオープンデータ[厚生労働省](令和3年)
	糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数(人)	662 (全道値)	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」(令和3年度)

*1 地域連携クリティカルパス：地域において急性期から回復期、維持期、在宅医療に至るまで、切れ目のない質の高い医療を提供するため、複数の機関で共有する診療情報や診療計画。

第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

- 保健所や市町村・医療保険者が連携して、特定健康診査の意義を広く周知するとともに、特定健康診査・特定保健指導の充実に努めます。
- 保健所や市町村・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。
- 保健所、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など患者情報共有ネットワーク（「たいせつ安心 i 医療ネット」）の活用や、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診療科間及び多職種による連携体制の充実に努めます。
- また、隣接する圏域にあっては、入院医療が完結できる医療機関が整備されていることから、必要に応じて、医療機能の連携について地域医療構想調整会議等で協議します。

＜地域連携クリティカルパスとは＞

- ◇ 複数の医療機関が、役割分担を含め事前に診療内容を提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするものです。（施設ごとの診療内容と治療経過、目標等を診療計画として明示）。
- ◇ 連携する医療機関では、患者の状態を事前に把握できるため、早期に治療やリハビリテーションを開始でき、適切に必要な検査や専門医への紹介ができます。これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するものです。
- ◇ 医療の質を高め、患者を取り巻く関係機関の連携体制を充実させるため、他にも様々な病気で活用が検討されています。

第6 医療機関等の具体的な名称

＜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およ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 資料編参照）

第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。

第8 薬局の役割

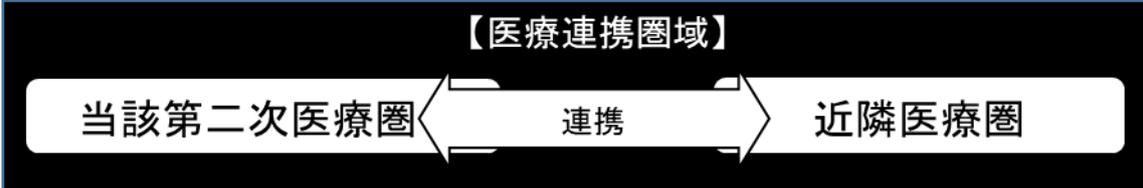
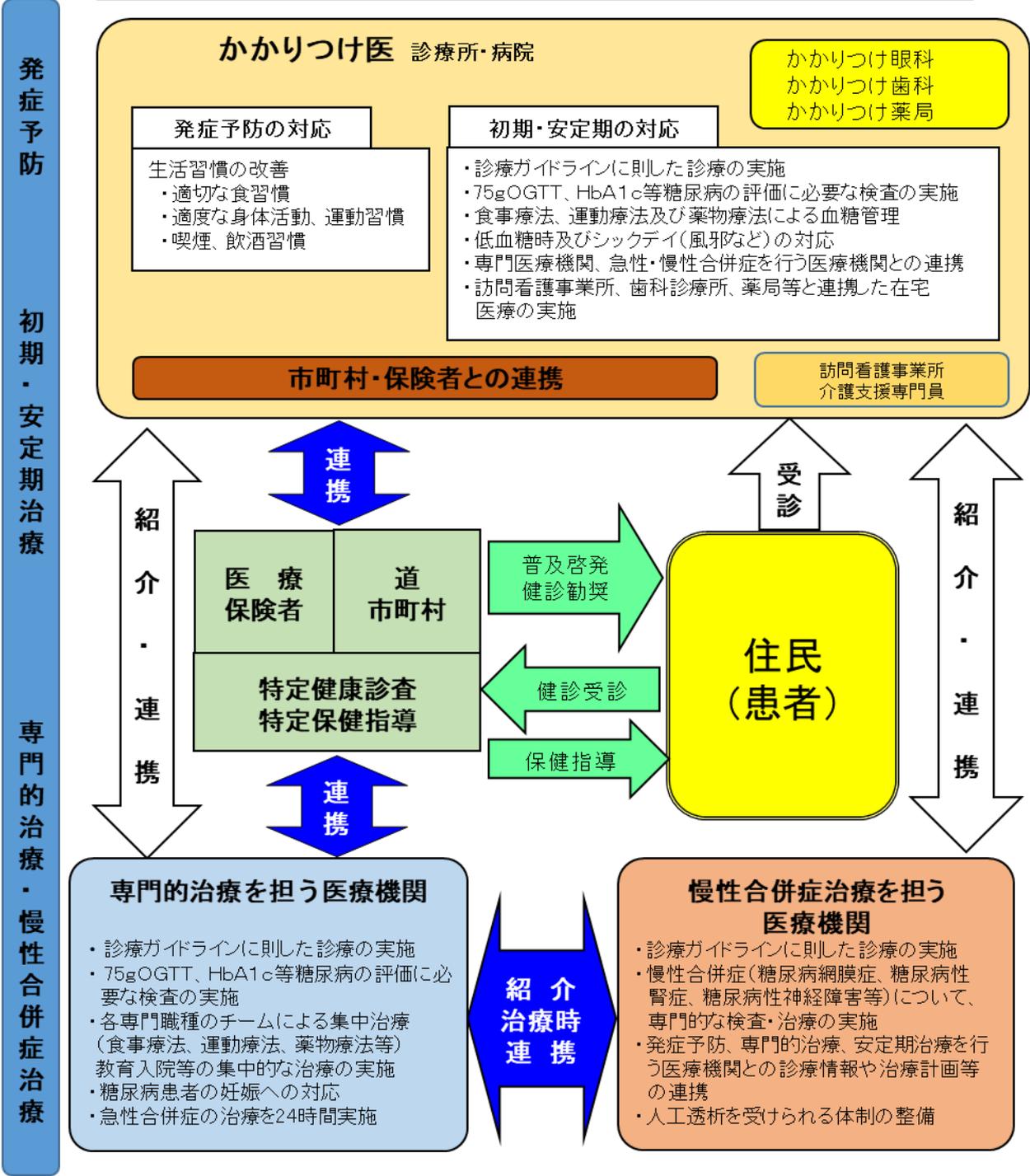
- 糖尿病の治療継続や重症化の防止のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導等に努めます。
- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護事業所等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導等を行うとともに、在宅医療に必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

第9 訪問看護事業所の役割

- 糖尿病及び合併症の治療やそれに伴う諸症状について、適切な療養行動を維持できるよう患者・家族を支援し、生活の質の向上に努めます。
- 糖尿病の重症化予防や口腔ケア・フットケアなどによる合併症の予防や早期発見、急性増悪時の対応について、患者・家族及び医療従事者や介護支援専門員等の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

第1 現状

- 当圏域における精神及び行動の障害の患者数は、保健所の集計では1,902人となっており、年々患者数は増加しています。
- 主な疾患別ではうつ病をはじめとした「気分〔感情〕障害(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」が多くなっています。

【保健所把握精神障がい者数（主な病類別）】 (単位：人)

病 類	令和4年度
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	443
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	596
血管性及び詳細不明の認知症	20
アルコール使用（飲酒）による精神及び行動の障害	34
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	8
アルツハイマー病	112
てんかん	206

*保健所把握精神障害者数(人) 令和5年3月31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。
- 令和4年度に保健所が受理した精神保健福祉相談は487件となっています。
- 当圏域の精神科を標ぼうする病院・診療所数は、病院が1か所となっています。
- 道が実施した「精神科病院実態調査」によると、地域移行・地域定着が進まない要因として「退院後の住居の確保」、「家族の協力が得られない」等が挙げられています。

1 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）の実施医療機関は当圏域にはありません。また、閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法（mETC）を実施した病院もありません。

2 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、当圏域にはありません。

3 認知症

- 当圏域の高齢化率^{*1}は、34.7%と高く、高齢者の単身世帯、高齢者のみの夫婦世帯が増加しており、さらに、認知症高齢者は慢性的な身体疾患を併発していたり、

*1 住民基本台帳（R5.1.1）

退院可能と判断されても退院後の生活の場が確保できない場合も多いことなどから、認知症の退院患者平均在院日数は長くなりがちです。

- 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。
- 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、「認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進閣僚会議決定）」に基づき第二次医療圏ごとに1か所以上設置することとしていますが、道では地域での完結が難しいことを考慮し、第三次医療圏を基本として連携圏域を設定することとしており、当圏域は道北圏域の医療センターと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。

4 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。

5 発達障がい

- 成人期になってから発達障がいがあると診断された者については、児童・思春期に必要な療育や支援を受けた経験がない、あるいはこれまでに適切な医療にアクセスできていないといったことから、対人関係の問題など日常生活及び社会生活を送る上で困難を抱えている場合があります。
- 日常生活や職業での困難が発達障がいによるものであると気付かれず、必要な福祉支援や医療支援を受けられずにいる場合が少なくありません。

6 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。

7 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。

8 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わかりにくく、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。

9 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。

10 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。

11 精神科救急・身体合併症

- 令和4年度の道北ブロック（上川・留萌・宗谷管内）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 485 人、入院した者は 160 人となっています。
- 精神科の救急輪番病院や身体合併症に対応可能な施設が旭川市にあり、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。

12 自殺対策

- 自殺の背景には、うつ病をはじめとする精神疾患が関連することが多いといわれています。当圏域における自殺死亡率は、全国、全道平均より高い状況であり、引き続き対策が必要です。

【人口 10 万人当たりの自殺死亡率】

	全 国	全 道	富 良 野
自殺死亡率*	1 6 . 5	1 7 . 5	1 8 . 1

*全国・全道は厚生労働省「人口動態調査」（令和3年）、富良野は「北海道保健統計年報」（令和3年）

13 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います。

14 医療観察法における対象者への医療

- 退院決定、また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、富良野圏域に1病院が指定されています。
- 対象となった方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の連携した支援が必要です。

第2 課題

- 精神科医療機関と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。
- 身近な地域で良好な療養環境のもと、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。
- 精神疾患に関する知識の普及や精神科医療を必要としている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。
- 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。

1 統合失調症

- 圏域内に抗精神病特定薬剤治療指導演料の実施医療機関、閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法（mETC）の実施医療機関がないため、患者の状態により、必要な時には、他圏域の医療機関との連携が必要です。
- 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間の連携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必要です。

2 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。
- 圏域内に認知行動療法の実施医療機関がないため、患者の状態により、必要な時には、他圏域の医療機関との連携が必要です。
- 患者のニーズや病状に応じて、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、事業主をはじめとした職域関係者に対し、うつ病の正しい知識の普及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。

3 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ることから、家庭や職場など周囲の人や介護関係者等への認知症に関する正しい知識の普及が必要です。
- 認知症疾患医療センターの役割や医療機能等の周知を図るとともに、精神科専門医療機関やかかりつけ医、介護関係者の連携の推進を図ることが必要です。
- 認知症サポート医の医療機関、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。

4 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、小児科医をはじめ、地域の保健・医療・福祉・教育関係者に対する学習機会の確保が必要です。
- 適切な養育と子どもの健康な発達との関連について、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等の取組が重要です。
- 心の診療を必要とする子どもの入院治療機能を持つ医療機関の確保など、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。

5 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を図ることが必要です。
- 発達障がいを背景とする不安障がい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。

6 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必ずしも十分とはいえないため、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。

7 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。

8 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、高次脳機能障がいの相談支援体制の充実を図ることが必要です。

9 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。

10 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、道内では専門医の遍在により、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やその家族に対し、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。

11 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。
- 身体合併症患者の受け入れや自殺企図者の身体的処置終了後の精神科医による事後対応等、一般救急との連携体制の構築が必要です。
- 新興感染症の発生及びまん延に備え、新型コロナウイルス感染症をはじめとした新興感染症への対応の検討が必要です。

12 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。

13 災害精神医療

- 災害発生等に備え、D P A Tの受入れ等、災害時の精神科医療及び精神保健活動に係る支援体制の検討が必要です。

14 医療観察法

- 対象となった方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。

第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
- I C F（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】

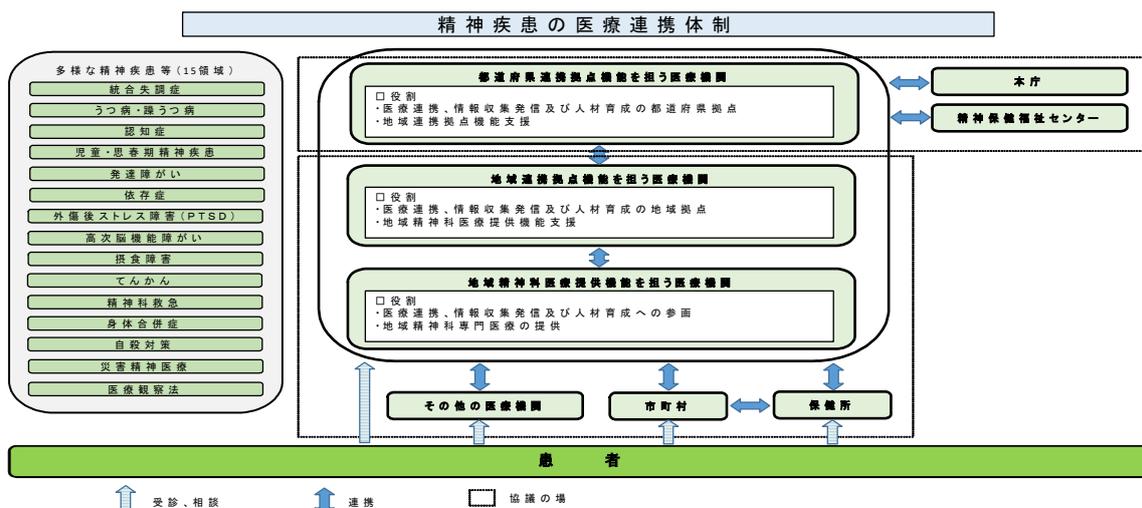
- 患者本位の精神科医療を提供すること
- I C Fの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- 地域の保健・医療・福祉・介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- 医療連携の地域拠点の役割を果たすこと
- 情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと
- 人材育成の地域拠点の役割を果たすこと
- 地域精神科提供機能を支援する役割を果たすこと

【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
- I C F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

*1 I C F（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。

○ 地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと



第4 数値目標等

指標区分	指標名(単位)	現状値	目標値(R11)	現状値の出典(年次)
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)	0	1	北海道保健福祉部調査(令和5年4月時点)
住民の健康状態等	慢性期入院患者数(65歳以上)(人)	99	現状より減少	厚生労働省精神保健福祉資料(令和4年度)
	慢性期入院患者数(65歳未満)(人)	18	現状より減少	厚生労働省精神保健福祉資料(令和4年度)

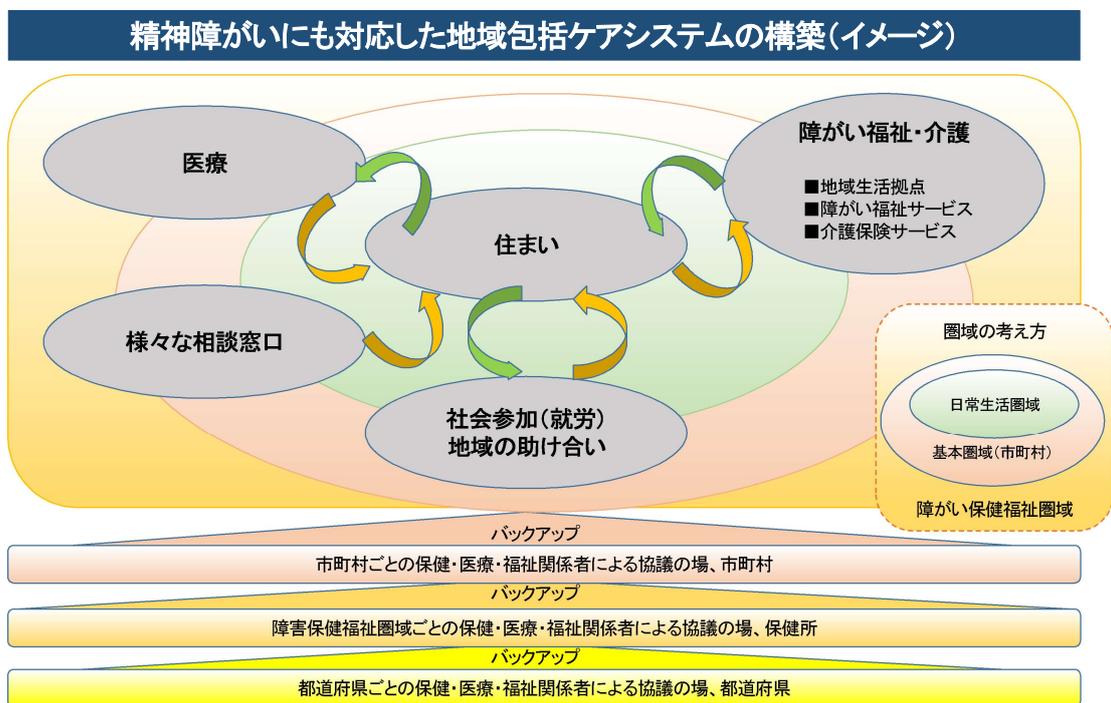
* 「ほっかいどう障がい福祉プラン」で設定した目標値を用いる項目は、計画間の整合を図り令和8年度を目標年次とし、令和9年度以降の目標値は達成状況等を考慮し別途決定

第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等の受講を働きかけ、連携体制の構築を促進します。
- 保健所や市町村等地域において当事者・家族の相談支援に従事する職員の資質の向上を図るため北海道精神保健福祉センター等が主催する研修会に参加し、自殺対策、ひきこもり、依存症等に対する支援技術の向上を図ります。
- 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等を対象とした研修会の受講を働きかけ、適切な精神科医療へのつなぎ等の連携方法の習得に取り組みます。
- 「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、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。

- 精神科病院に入院している方々の退院を促進するため、地域の相談支援事業所等と連携し、長期入院患者の地域移行・地域定着の支援を推進します。
- 長期入院等の後退院した方や治療中断者等の地域生活の支援のために、保健医療福祉関係機関が連携し、地域における支援体制の構築を促進します。
- 保健医療福祉機関の連携により「北海道障がい福祉プラン」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。



1 統合失調症

- 治療抵抗性統合失調症治療薬及び mETC 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。

2 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を対象とした研修会の受講を働きかけます。
- 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。
- 精神障がいの特性や疾患の状態に応じた就労を推進するため関係機関、団体の連

携により就業面と生活面における一体的な支援に努めます。

3 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や、認知症初期集中支援チームのフォローアップ研修の受講を働きかけます。
- 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、認知症介護研修の受講を働きかけます。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人や地域住民に対する知識の普及を進めます。
- 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の連携を促進し、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。

4 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研修等により相談支援業務に関わる職員の資質向上を図ります。
- 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充実を図ります。
- 心の問題を持つ子どもとその家族が身近な地域で適切な医療的相談や診療の支援を受けることができるよう保健医療・福祉・教育等の関係機関のネットワークを構築し、連携を図ります。

5 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、福祉、教育等の職員を対象に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。

6 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。

7 外傷後ストレス障害（PTSD）

- PTSDに関する研修に参加し、PTSD対策に携わる職員の養成に努めます。
- 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。

8 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、相談機能の強化や相談窓口の周知を図るとともに、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の受講を働きかけるなど、支援及び診療体制の充実を図ります。

9 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、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。

10 てんかん

- 未治療のてんかん患者やその家族に関して医療関係者等への理解の促進に取り組みます。
- 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。

11 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。
- 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。

12 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「富良野地域自殺対策連絡会議」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。

- 市町村自殺対策計画に基づいた事業の実施状況や課題、必要な対策について市町村と共有し、より効果的に「生きることの包括的な支援（＝自殺対策）」を推進できるよう取り組みます。
- 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。

13 災害精神医療

- 災害発生に備え、D P A Tの受入れに関する検討を行うなど、災害時の精神科医療及び精神保健活動に係る支援体制の構築を図ります。

14 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。

第6 医療機関等の具体的な名称

精神科救急遠隔地支援病院	社会医療法人博友会 北の峰病院
合併症受入協力病院	社会福祉法人 北海道社会事業協会富良野病院

第7 歯科医療機関の役割

- 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B P S D（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。

第8 薬局の役割

- 精神疾患に対する一層の理解を深めるため、精神科医療に関する研修会に薬局薬剤師の積極的な参加を働きかけるとともに、薬局において、睡眠改善薬などの市販薬の販売時や相談の機会を通じて、適切な医療が必要と考えられる方に対し、受診勧奨を行うほか、専門医療機関や相談機関の紹介に努めます。
- 向精神薬等の過量服用や薬物依存を未然に防ぐためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等の薬学的管理を行うとともに、患者への適切な服薬指導等に努めます。

第9 訪問看護事業所の役割

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