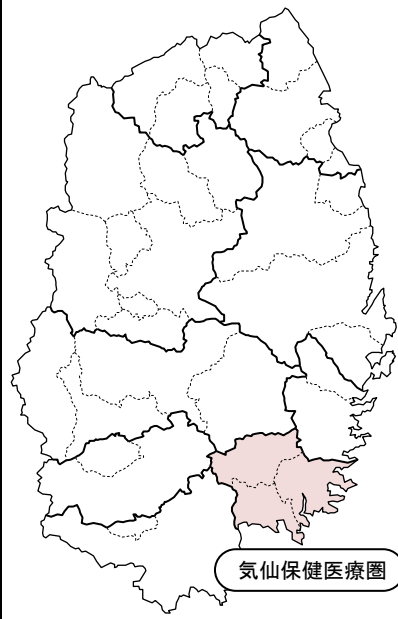


気仙保健医療圏

1 圏域の現状

(1) 人口、医療提供施設等

【保健医療圏の位置】		構成市町村	大船渡市、陸前高田市、住田町			
		介護保険者	大船渡市、陸前高田市、住田町			
		面積	889.29km ²			
		人口		平成 29(2017)年	令和 7 (2025)年	
			圏域計	61,531 人	54,139 人	
			0～14 歳	6,028 人(9.8%)	4,685 人(8.7%)	
			15～64 歳	32,610 人(53.0%)	26,715 人(49.3%)	
			65 歳～	22,894 人(37.2%)	22,739 人(42.0%)	
			(再掲)65～74 歳	10,065 人(16.4%)	9,183 人(17.0%)	
			(再掲)75～84 歳	8,471 人(13.8%)	8,491 人(15.7%)	
		(再掲)85 歳～	4,358 人(7.1%)	5,065 人(9.4%)		
人口密度	69.2 人/km ² [82.1 人/km ²]					
1 世帯当たり人口	2.48 人 [2.39 人]					
人口動態	出生率 (人口千対)	5.6	[6.6]			
	死亡率 (人口千対)	15.3	[13.4]			
	乳児死亡率 (出生千対)	-	[2.0]			
	死産率 (出産千対)	14.1	[21.6]			
医療提供施設 (人口 10 万対)	施設数	病院	3 (4.8 [7.3])	許可病床数	一般病床	491 床 (783.5 [943.6])
		診療所	37 (59.0 [70.8])		療養病床	60 床 (95.7 [197.1])
		歯科診療所	26 (41.5 [46.7])		精神病床	198 床 (316.0 [343.7])
		薬局	27 (43.1 [46.0])		感染症病床	4 床 (6.4 [3.0])
		訪問看護 ST	4 (6.4 [7.0])		結核病床	10 床 (16.0 [9.1])
医療従事者 (人口 10 万対)	医師 135.8 人 (213.3 [233.4]) 歯科医師 32.0 人 (50.3 [82.9]) 薬剤師 18.6 人 (29.2 [35.3]) 看護師・准看護師 452.7 人 (710.9 [930.1])					
受療動向	完結率 : 入院 62.6% [83.4%]、外来 90.5% [94.1%] 病床利用率 : 一般病床 60.2% [70.6%]、療養病床 97.0% [88.1%] 平均在院日数 : 一般病床 14.1 日 [18.5 日]、療養病床 532.8 日 [157.6 日]					

備考) [] 内は岩手県の数値。

(2) 病床機能と在宅医療等の需要について

病床機能(単位: 床)

在宅医療等の需要の機械的推計値(単位: 人/日)

機能区分	平成 28 年度 (2016) 病床機能報告	令和 7 年 (2025) 必要病床数
全体	532	370
高度急性期	20	44
急性期	345	164
回復期	46	93
慢性期	98	69
休棟等	23	

	平成 25 年 (2013) (A)	令和 7 年 (2025) (B)	増加量 (B-A)
在宅医療等	561	693	132
(再掲) 訪問診療分	147	200	53

(3) 東日本大震災津波による被災医療提供施設の復旧状況 (平成 29(2017)年 8 月 1 日現在)

種 別	既存数 (震災前)	被災	継続・再開		新設	提供施設復旧率 (%)	
			自院	仮設		仮設除き	仮設含み
病 院	3	2	1	1	0	66.6	100.0
診 療 所	37	22	15	1	2	86.5	89.2
歯科診療所	29	22	17	1	0	89.7	93.1
薬 局	30	19	13	0	4	100.0	100.0
計	99	65	46	3	6	90.9	93.9

2 圏域における取組の方向

(1) がんの医療体制

【課 題】

- 気仙圏域の喫煙率は県内の中でも依然高い状況にあることから喫煙者を減らしていく取組や受動喫煙防止対策の強化が必要です。
- がん検診及び精密検査の受診率を向上させることが必要です。
- がん患者を中心に切れ目ない医療を提供していくために、急性期を担う医療機関と急性期以後を担う医療機関との連携や在宅医療を行う関係機関との連携が必要です。
- キャンサーボードの運営においては、関連する診療科の連携体制の確保のほか、患者の総合的な支援のため、多職種が参画が期待されます。
- がん患者が置かれている様々な状況に応じて、必要なサポートを受けられるようなチーム医療の体制強化が求められます。
- 緩和ケアを、がん治療と並行して実施することが必要です。
- 医師等の医療従事者の育成などにより、地域で必要となる緩和ケア体制の整備が必要です。
- がん患者とその家族を支えることができるよう、医師や看護師等から十分に納得できる説明や相談が受けられるとともに、医療機関以外との連携体制を構築し、就労支援を含めた患者からの多様なニーズに対応できるような相談支援の体制づくりを進める必要があります。

〈主な取組〉

- 行政機関及び医療機関等はパンフレット配布、ポスター掲示や防煙・禁煙教室などの普及啓発の取組により公共施設や飲食施設、職場や家庭における受動喫煙防止対策を進めるとともに、医療機関は禁煙外来により禁煙を希望する方に対しては禁煙支援を行うなど喫煙率の低下を図ります。
- 市町はがん検診無料クーポン券の利用などによる受診勧奨を行うほか、土日検診の実施等受診しやすい環境整備に取り組み、関係機関と共に研修や健康教室等の機会を捉えて様々な普及啓発に努め受診率の向上を図ります。
- 医療機関等は、がん患者の病態に応じた適切な治療の普及に努め、拠点病院である県立大船渡病院を中心に地域連携クリティカルパスや未来かなえネット等の活用による医療連携を推進します。
- 拠点病院は、手術療法、放射線療法、薬物療法の各医療チームを設置するなどの体制を整備し、各職種の専門性を活かして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の構築を促進します。

- 医療機関及び歯科医療機関等は、がん患者の療養生活の質向上に寄与するため、がん治療における専門的な口腔ケアの実施による医科歯科連携を推進します。
- 行政機関及び医療機関等は、がん治療と並行した緩和ケアの普及を図るとともに、気仙がん診療連携協議会の開催等により在宅医療や介護との連携を含めた地域連携体制の構築に取り組みます。
- 医療機関は、拠点病院に設置されているがん相談支援センターを活用し、身体的な苦痛はもとより、精神心理的苦痛を持つがん患者とその家族に対する相談支援体制の充実に努めます。

(2) 脳卒中の医療体制

【課題】

- 高血圧を予防するために、減塩や野菜摂取量の増加、運動習慣の定着、禁煙・受動喫煙防止環境の整備、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒の抑制などの一層の推進が必要です。
- 患者等が地域において安心して療養生活を継続できるよう、医療から介護まで連続したサービス提供が必要であり、病院をはじめ、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等による連携体制の構築が求められています。

〈主な取組〉

- 血圧の適正化のため、行政機関及び医療機関等は減塩や運動、禁煙などに関する広報活動や健康教室・健康相談などの一層の充実を進めます。
- 保健所は関係機関等と連携して、減塩レシピの開発、普及等を進めます。
- 医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、地域の中核病院等を中心に地域連携クリティカルパスを運用し、未来かなえネットの活用等による情報共有など医療から介護までの連携による取組を推進します。

(3) 糖尿病の医療体制

【課題】

- 栄養・運動をはじめ、生活習慣の改善を促す普及・啓発や取組が必要です。
- 糖尿病の初期には自覚症状が出にくいいため、定期的な健康診査とリスクがある者への保健指導が必要であり、特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の更なる向上を進め、糖尿病の予防及び早期発見・早期治療を促すことが必要です。
- 健康診査で要治療となった者のうち治療を受けない者や治療を中断する者も多く、市町・医療保険者による治療勧奨の充実や、市町・医療保険者と医療機関同士の情報共有や連絡体制の整備を含めた緊密な連携が必要です。
- 糖尿病の管理及びその合併症の治療にあたっては、かかりつけ医療機関、専門医療機関及び合併症治療機関が患者の療養を支援できる連携体制が必要です。
- 糖尿病は歯周病の発症や進行に影響を及ぼすなどのことから、かかりつけ医療機関が歯科医療機関と連携することが必要です。

〈主な取組〉

- 行政機関等は健康教室・栄養教室や健康出前講座などを開催し、医療機関は糖尿病外来や糖尿病教室などを開設し、食生活や運動習慣等の生活習慣の改善、肥満の防止等による糖尿病の予防

を推進します。

- 市町・医療保険者は関係機関と連携して特定健診の受診率向上に向けてのチラシの配布やイベントの活用等により特定健康診査及び特定保健指導のさらなる促進を図り、糖尿病の予防及び早期発見・早期治療を推進します。
- 市町・医療保険者は健康診査の受診勧奨や要指導者への保健指導を行い、要治療者への治療勧奨や要治療者で医療機関を未受診の者や治療中断者に対しては、医療保険者と医療機関・市町が連携して受診勧奨を行います。
- かかりつけ医療機関が糖尿病の診断及び生活習慣等の指導を実施し、専門医療機関や合併症治療機関が血糖コントロールの維持ができるよう、クリティカルパス、糖尿病連携手帳、糖尿病眼手帳や未来かなえネットを利用した情報共有や患者の紹介による連携を推進します。
- 糖尿病を発症した場合でも、患者が自己管理を行い、万が一、合併症を発症しても対応できる支援体制を推進します。
- 糖尿病の合併症である糖尿病網膜症、糖尿病足病変を予防するため、医療機関は患者に対して定期的な眼科受診を促すとともにフットケアを推進します。
- 糖尿病による歯周病の発症・重症化を予防し、血糖値を改善するため、かかりつけ医療機関が、糖尿病患者の歯周治療における歯科医療機関との連携を推進します。

(4) 在宅医療の体制

【課題】

- 入院医療機関においては、退院支援担当者の配置と調整機能の強化を推進し、入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な在宅医療提供体制を確保することが必要です。
- 在宅医療の推進に当たっては、夜間や患者の急変時等、切れ目のない対応・支援を行う体制づくりが重要であることから、地域の実情に応じた在宅医療及び介護、障害福祉サービス等の提供体制を構築する必要があります。
- 在宅医療に関わる人材の育成を図るとともに、地域において医療・介護従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが求められています。
- 口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の予防等のためには、在宅療養者の適切な歯科受療が必要です。また、介護施設入所者や在宅の外来受診困難者のニーズに応えるため、在宅歯科医療と介護の連携を確保、強化することが求められています。
- 在宅患者の効果的な薬物療法のために、かかりつけ薬剤師・薬局が薬学的管理指導を行い、患者の状況について医師等と情報共有することが求められています。
- 急変時の対応に関する患者・家族の不安や負担を軽減するため、訪問診療や訪問看護により24時間いつでも対応を可能とする連携体制や、在宅療養支援病院や有床診療所における在宅療養患者の病状の急変時における円滑な受入れ体制を構築することが求められます。
- 患者や家族のQOLの維持向上を図りつつ療養生活を支えとともに、患者や家族が希望した場所で最期を迎えることを可能にする医療及び介護、障害福祉サービスの提供体制の構築が必要です。

〈主な取組〉

- 入院医療機関は、患者のニーズに応じて住み慣れた地域に配慮した医療や介護の包括的な提供ができるよう退院支援担当者の資質の向上を図る研修等の実施や、在宅医療や介護の担当者間で、退院後の方針や病状に関する情報や計画の共有を図るため、地域連携会議等を開催し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の取組を推進します。
- 行政機関等は、退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスへの参加や文書・電話等により、在宅医療に係る機関との十分な情報共有を図ります。
- 地域包括ケアシステムの構築を進めるため、在宅医療介護連携センター「みんなの相談室」等の地域において在宅医療に必要な連携を担う拠点を中心に、地域包括支援センター等と連携しながら、医療機関や介護事業所等は医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスが適切に紹介されるよう多職種協働による切れ目のない継続的な在宅医療提供体制の構築を図ります。
- 行政機関、医療機関及び介護事業所等は認知症などの人を対象とした介護施設へのショートステイ等の利用可能なサービスの周知や、在宅重症難病患者の難病医療拠点病院・協力病院における一時入院の受入体制の確保を図り、家族の介護疲れなど、身体的、精神的負担を軽減するためのレスパイトの提供体制の確保や介護家族の交流会など地域の実情に応じた取組を推進します。
- 医療機関は、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等の機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う地域包括ケア病棟・病床の整備を進めます。
- 行政機関、医療機関、歯科医療機関及び介護事業所等がかかりつけ医・かかりつけ歯科医等が訪問看護ステーションや、かかりつけ薬局、介護サービス等とケアカンファレンスを通じて連携し、患者及び家族を適切に支援する地域医療連携体制の構築を図ります。
- 気仙歯科医師会は、誤嚥性肺炎の予防やフレイル対策等の観点から在宅の要介護者等の歯及び口腔の衛生を確保するため、歯科専門職による口腔ケアの実施や指導等を促進します。
- 気仙薬剤師会はかかりつけ薬剤師・薬局の多職種連携による薬学的管理・指導を促進するため、在宅医療に関する知識の習得や関係機関等との連携手法等に関する研修などを行います。
- 介護在宅療養患者の急変時に対応して、訪問診療や訪問看護による24時間いつでも対応可能な体制や、「ほっとつばきシステム」の活用により入院医療機関が必要に応じて一時受入れを行う体制など、医療機関や介護事業所等は地域の実情に応じた24時間対応が可能な体制づくりを進めます。
- 医療機関等は、患者や家族、地域の見守りの担い手等に、あらかじめ主治医や訪問看護ステーションの連絡先や緊急時の搬送先の伝達方法を周知するなどにより、急変時の連絡体制の強化を推進します。
- 行政機関、医療機関及び関係団体等は、住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での療養及び看取りを行うことができるよう、多職種が参加する連携会議や研修を開催し、在宅医療を担う機関の連携を推進します。