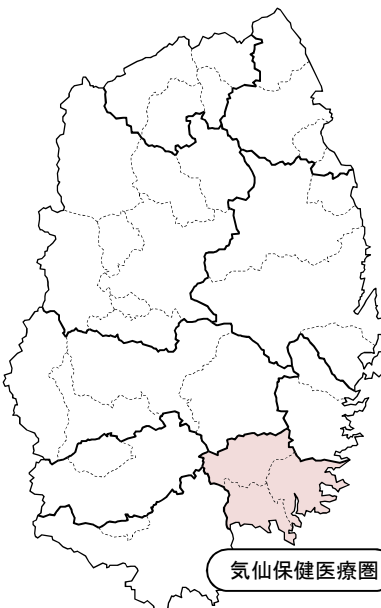


気仙保健医療圏

1 圏域の現状

(1) 人口、医療提供施設等

 <p>【保健医療圏の位置】</p>	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		令和5(2023)年	令和7(2025)年		
		圏域計	54,354人	54,139人		
		0～14歳	4,751人(8.7%)	4,685人(8.7%)		
		15～64歳	27,031人(49.7%)	26,715人(49.3%)		
		65歳～	22,175人(40.7%)	22,739人(42.0%)		
		(再掲)65～74歳	9,516人(17.5%)	9,183人(17.0%)		
		(再掲)75～84歳	7,683人(14.1%)	8,491人(15.7%)		
(再掲)85歳～	4,976人(9.1%)	5,065人(9.4%)				
人口密度	61.1人/km ² [76.1人/km ²]					
1世帯当たり人口	2.22人 [2.2人]					
人口動態	出生率(人口千対)	4.1	[5.4]			
	死亡率(人口千対)	17.7	[14.7]			
	乳児死亡率(出生千対)	-	[1.5]			
	死産率(出産千対)	16.9	[19.5]			
医療提供施設 (人口10万対)	施設数	病院	3(5.4[7.7])	許可病床数	一般病床	430床(774.7[832.0])
		診療所	37(66.6[75.2])		療養病床	60床(108.1[181.1])
		歯科診療所	26(46.8[47.1])		精神病床	198床(356.7[344.5])
		薬局	27(48.6[37.1])		感染症病床	4床(7.2[3.2])
		訪問看護ST	6(10.8[10.8])		結核病床	10床(18.0[7.7])
医療従事者 (人口10万対)	医師120.4(216.9[264.0]) 歯科医師33.1人(59.6[96.5]) 薬剤師22.0人(39.6[43.1]) 看護師・准看護師499.3人(899.6[1,047.9])					
受療動向	完結率：入院59.8%[73.0%]、外来87.9%[87.8%] 病床利用率：一般病床47.5%[67.9%]、療養病床98.0%[85.4%] 平均在院日数：一般病床13.1日[18.1日]、療養病床510.8日[136.8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)

機能区分	令和4年度 (2022) 病床機能報告	令和7年 (2025) 必要病床数
全体	547	370
高度急性期	20	44
急性期	244	164
回復期	180	93
慢性期	38	69
休棟等	65	

在宅医療等の需要の機械的推計値(単位：人/日)

	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

2 圏域における取組の方向

(1) がんの医療体制

【課題】

(がんの予防)

- 気仙圏域の全がん及び肺がんの年齢調整死亡率は、全国及び県より高く、特に肺がん・子宮がんは65歳未満で県内保健医療圏中最も高くなっています。
- 気仙圏域の喫煙率は県内の中でも特に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一層の強化が必要です。

(がんの早期発見)

- 各種がん検診受診率はいずれも県を上回っていますが、低率にとどまっており、受診率を向上させる必要があります。

(がん医療の充実)

- 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、多職種の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。
- 緩和ケアは、がんと診断された時から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。

(がんとの共生)

- がん患者とその家族を支援するため、医師や看護師等からの説明に十分に納得し、相談ができるよう情報提供の充実を図るとともに、患者からの多様なニーズに対応できるよう就労支援機関など医療機関以外の関係機関との相談支援の体制づくりを進める必要があります。
- がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持するため、アピアランスケアの重要性が認識されています。

<主な取組>

(がんの予防)

- 保健所及び市町は、関係機関と連携し、喫煙・受動喫煙による健康への悪影響に関する普及啓発を推進するとともに、若年期や働く世代に対する出前講座などにより、防煙教育や受動喫煙防止、禁煙支援に一層の取組を推進します。また、禁煙希望者に対しては、禁煙支援の取組として禁煙治療を行う医療機関の周知等を図り、喫煙率の低下を図ります。
- 学校は、学習指導要領に基づくがん教育の充実や教員の資質の向上を図り、児童・生徒ががんに関する知識や理解を深め、がんの予防、早期発見・検診等に対する知識の涵養に努めます。

(がんの早期発見)

- 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、夕方や土日の検診の実施等、働く世代も受診しやすい環境整備に取り組むとともに、精密検査の受診勧奨に一層取り組みます。

(がん医療の充実)

- 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、拠点病院等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。
- 拠点病院等は、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。
- 医療機関等は、がん診断された時から緩和ケアが提供される体制を構築します。
- 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より一層の普及を図るため、専門的な知識や技術を有する医療従事者の育成を進めるとともに、診断から治療、在宅での緩和ケア医療から看取りなど様々な場面で切れ目なく実施できるよう、地域の緩和ケアの実態等を踏まえながら、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。

(がんと共生)

- 医療機関は、拠点病院等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】

(脳卒中の予防)

- 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、禁煙の推進・受動喫煙防止対策の徹底、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。

(脳卒中の医療)

- 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。
- 高齢化が進む中で、脳卒中等の予後の改善や社会復帰、高齢者の自立支援等を一層進めていくため、地域リハビリテーションへの需要が高まっています。

<主な取組>

(脳卒中の予防)

- 血圧の適正化のため、行政機関及び医療機関等は連携して家庭での血圧測定の推奨を図るとともに、減塩や運動、禁煙・受動喫煙防止対策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、料理や弁当等を調理・提供する店舗の栄養成分表示を促進するとともに、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。

(脳卒中の医療)

- 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や合同カンファレンス等による情報共有など、医療と介護の連携による取組を推進します。
- 医療機関等は、多様化するリハビリテーション需要に対応するため、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職の確保と資質の向上に取り組めます。

(3) 糖尿病の医療体制

【課題】

(糖尿病の予防・早期発見・早期治療)

- 気仙圏域の糖尿病粗死亡率は全国値の約2倍で、糖尿病の医療費割合も男女とも県・全国を上回り、40～50歳代で突出して高くなっています。
- 栄養・運動をはじめ、肥満、アルコール、たばこ等の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未治療者や治療中断者も多く、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。

(糖尿病の合併症治療)

- 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>

(糖尿病の予防・早期発見・早期治療)

- 「健康いわて21プラン」(第3次)の気仙保健医療圏に係る計画に基づき、食生活や運動等の生活習慣の改善による糖尿病予防の取組を推進します。
- 特定健康診査及び特定保健指導実施率の向上に向けた取組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。
- 糖尿病性腎症重症化予防対策連絡会を柱に医師会や歯科医師会、薬剤師会と行政が連携し、継続治療・歯周病治療・服薬指導・保健指導を徹底し、糖尿病やその合併症の重症化予防を推進します。
- 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。

(糖尿病の合併症治療)

- 糖尿病性神経障害、糖尿病網膜症や糖尿病性腎症、糖尿病足病変などの合併症を予防し、早期発見・早期治療のためかかりつけ医は、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促進します。

(4) 在宅医療の体制

【課題】

(在宅医療の体制)

- 高齢化の進展に伴い疾病構造が変化する中で、生活の質の維持・向上を図りつつ、患者や家族が希望する場所で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求められています。

(退院支援)

- 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。

(日常の療養支援)

- 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、在宅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)

- 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、往診や訪問看護により24時間いつでも対応を可能とする連携体制や、在宅療養支援病院等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。

(看取り)

- 患者や家族のQOLの維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、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。

(小児分野の在宅医療における需要の増加)

- 医療技術の進歩等を背景に、医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児（医療的ケア児）等の増加による在宅医療需要の増加が見込まれており、専門的な医療の提供に加え、患児やその家族の不安や負担を軽減するため、短期入所やレスパイトの提供体制の確保、気軽に相談できる相談窓口の設置などを推進していくことが必要です。

<主な取組>

(在宅医療の体制)

- 各市町を「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として位置付けるとともに、管内の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等を「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」に位置づけ、気仙圏域の在宅医療の提供体制を構築します。
- 保健所は、気仙圏域の在宅医療の充実を図るため、気仙圏域医療介護連携推進会議に在宅医療ワーキンググループを設置し、在宅医療の推進に必要な対策を検討します。

(退院支援)

- 入院医療機関は、退院支援担当者を配置し、退院支援に従事する看護師と訪問看護ステーションの看護師との相互研修の場や地域連携連絡会議などを通じて、入院医療機関の在宅医療への理解促進、入退院調整支援機能の強化を図ります。
- 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。

(日常の療養支援)

- 地域の脆弱な公共交通網を克服し往診や訪問診療に係る移動負担の軽減を図るため、情報通信機器を活用したオンライン診療の導入を促進します。
- 地域包括ケアシステムの構築を進めるため、医療機関や介護事業所等は各市町地域包括支援センターと連携し、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。
- 行政機関、医療機関、歯科医療機関及び介護事業所等はかかりつけ医・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。

(急変時の対応)

○ 在宅療養患者の急変時に対応して、往診や訪問看護による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。

(看取りのための体制構築)

○ 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。

○ 県民や地域団体等を対象とした講演会等を開催し、人生の最終段階に向けた、患者やその家族と医療従事者等との話し合い（アドバンス・ケア・プランニング）に関する理解の促進と普及啓発を図ります。

(小児分野の在宅医療における需要の増加)

○ 小児医療遠隔支援システムの活用等により、県立療育センターと高度医療や障がい児・者の専門的医療を提供する病院、かかりつけ医等との機能連携を推進し、ネットワーク内の医師の協力や受入などにより、医療的ケア児、重症心身障がい児の状態に応じた適切な在宅医療の提供を図ります。