第２　医療連携体制の構築

道計画においては、医療機関の連携により、急性期から在宅医療までの切れ目のない医療サービスを効率的かつ継続的に提供し､患者が可能な限り早期に居宅等での生活に戻り、退院後においても継続して適切な医療を受けることができるよう、また、在宅医療の充実によりＱＯＬ（生活の質）が向上するよう、医療連携体制の構築に取り組むこととしています。

医療連携体制の構築に取り組む分野としては、道民の死因の大きな部分を占め、疾病の経過の中で複数の医療機関により医療が提供されることの多い５疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）と、地域医療の確保において重要な課題となっている５事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）及び在宅医療とし、計画期間を通じてそれぞれの分野に係る医療連携体制の構築と強化に向けた取り組みを進めます。

１　がんの医療連携体制

(1) 現　状

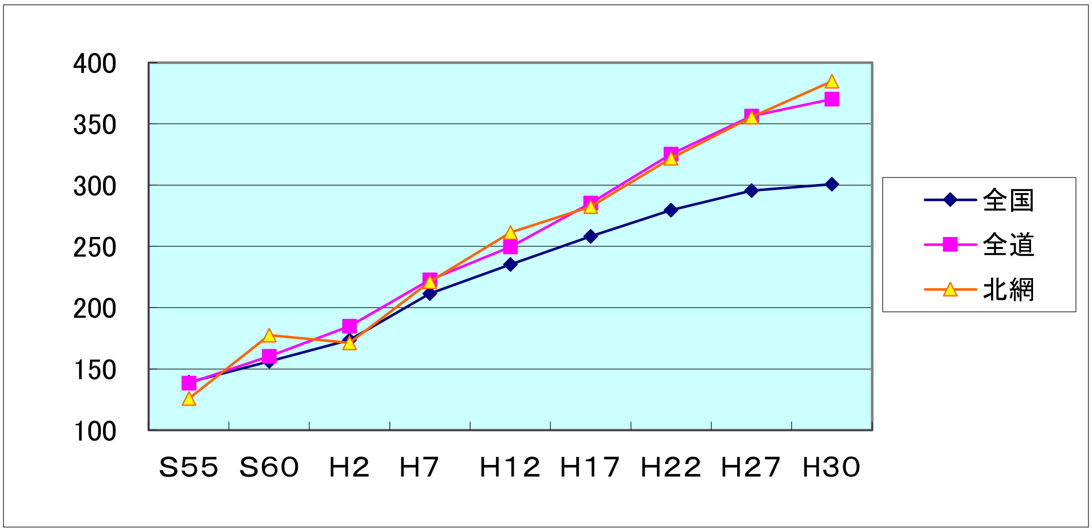
ア　がんの状況

(ｱ) 道内において、がんは、昭和52年より死因の第１位であり、平成30年には19,442人が死亡しています。これは、死亡者数全体の30.3%を占めており、人口10万対の死亡率では370.1人となっています。

北網圏域においては、平成30年に823人ががんで死亡し、死亡者全体の30.3%を占めており、全道値と等しくなっています。

また、人口10万対の死亡率では384.7人となり、全道値（370.1人）及び全国値（300.7人）を上回っています。

図１　がん死亡率（人口10万対）　　（単位：人）



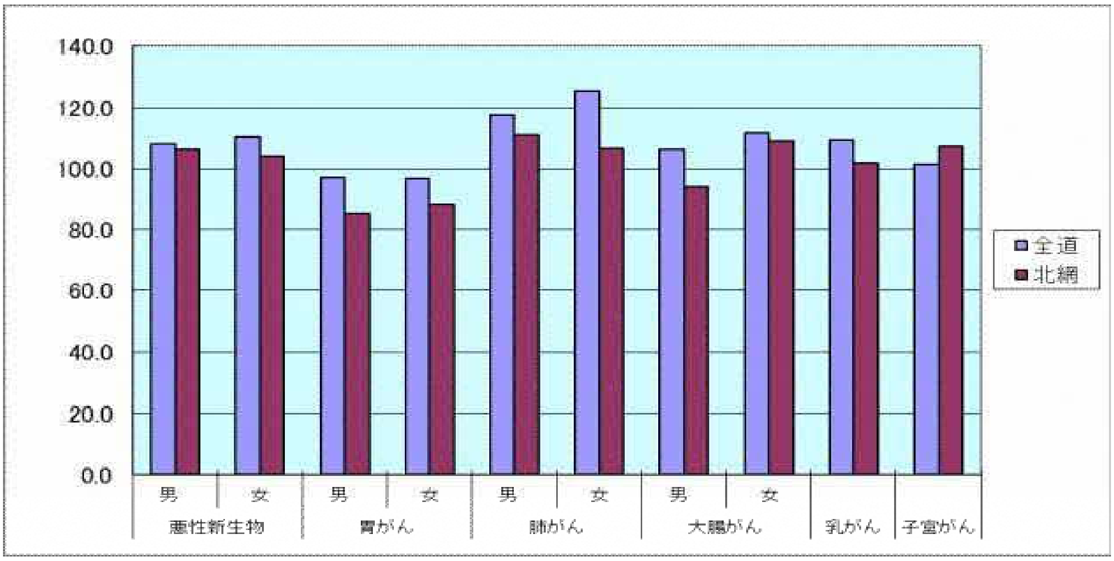
※　北海道衛生統計年報・北海道保健統計年報・オホーツク地域保健情報年報

(ｲ) 北網圏域において平成30年に死亡したがん患者の部位別を見ると、肺がんの死亡者数が173人と最も多く、次いで大腸がん105人、膵臓がん92人、胃がん76人となっています。

平成22年から令和元年までの10年間を対象とした標準化死亡比（ＳＭＲ）＊1によると、肺がん男性111.2（全道117.4）、女性106.7（全道125.4）、大腸がん女性109.9（全道111.6）、乳がん101.8（全道109.5）、子宮がん107.1（全道101.5）が全国値を上回っています。

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。

図２　標準化死亡比（ＳＭＲ）（平成22年～令和元年の10年間のデータから算出）



※　北海道における主要死因の概要10

イ　がん予防と早期発見

(ｱ) 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、道においては、道内のがん患者に対するがん医療の提供状況等を踏まえ、「北海道がん対策推進計画」を策定し、がん対策を総合的かつ計画的に推進しています。

(ｲ) 北網圏域においては、がんの予防に関して、健康増進法(平成14年法律第103号)に基づく健康増進計画である道の「すこやか北海道21」の地域計画として策定した「北網圏域健康づくり事業行動計画」や各市町で策定している「健康増進計画」等に基づき、がん予防を含めた健康づくりの取組を推進するとともに、各保健所において「たばこ対策実施要綱」や「禁煙支援実施要領」等に基づき、たばこが健康に及ぼす影響についての正しい知識を広めるなど、がん予防に向けての普及啓発を行っています。

＊1　標準化死亡比（ＳＭＲ）：地域による年齢構成の違いを考慮して、同じ年齢構成の集団となるように修正して計算し、全国を100として、その地域の死亡率がどのくらい高い（低い）かを比較するもの。

(ｳ) 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。

ウ　医療の状況

(ｱ) 地域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ていますが、指定要件を満たす病院が偏在しているため、当面は概ね第三次医療圏を基本に整備を進めることとなっています。

　オホーツク圏域（北網圏域）においては、北見赤十字病院が平成17年１月17日に指定され、圏域におけるがん医療連携の拠点として、がん医療従事者に対する研修や患者等に対する情報提供・相談支援等を行っています。

(ｲ) 北見赤十字病院では、病診連携地域ネットワークシステムや病院連携システムの運用により、診察・検査予約業務の効率化、医療情報の共有化を図り、医療機関相互の連携を推進しています。

(ｳ) 北見赤十字病院では、「緩和ケアチーム」が、がんの患者に対して、痛みなどの症状を緩和するための活動等を行っています。

　また、がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師、乳がん看護認定看護師、がん化学療法看護認定看護師、がん薬物療法専門薬剤師、緩和薬物療法認定薬剤師等が、専門知識や技術を患者や家族、がん医療従事者等に提供しています。

(ｴ) 小児・ＡＹＡ世代[*1]の患者については、全人的な質の高い医療及び支援を受けることができるよう、道内においては小児がん拠点病院１病院、北網圏域においては小児がん連携病院、２病院（北見赤十字病院、ＪＡ北海道厚生連網走厚生病院）が国から指定されています。

(ｵ) 個人のゲノム情報に基づく個人ごとに違いを考慮したゲノム医療の提供については、道内においては、がんゲノム中核病院１病院、がん医療拠点病院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病院との連携病院）が、国からの指定を受けています。

(ｶ) がん治療の自給率[*2]は、入院88.93％、外来95.45％となっており、全道平均の入院86.13％、外来90.92％を上回っています。

(ｷ) 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ます。

(2) 課　題

がん対策は、道と北網圏域のがん患者を含めた道民、各市町、医師会、医療機関等

＊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　がん治療の自給率：がんの患者が居住している第二次医療圏域内で受療している割合のこと。

の関係団体及び関係者等が一体となって、がん患者の視点に立った取組を推進していくことが必要です。

ア　がん予防及び早期発見

(ｱ) 発がんリスクの低減を図るため、北網圏域のすべての住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を目指すとともに、喫煙者の大半が成人に到達する前に喫煙を開始しているという報告もあることから、社会全体で未成年者が喫煙しない環境づくりを行うことが必要です。

　また、医療機関、各市町、保健所及び事業所等の身近なところで禁煙支援を受けることができるよう体制の整備を進めることが必要です。

(ｲ) 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ことが必要です。

(ｳ) がん検診受診率の向上を図るため、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強化することが必要です。

イ　医療の状況

(ｱ) 北網圏域においては、入院、外来ともに全道平均を上回る自給率となっていますが、入院については、地域がん診療拠点病院が指定されている圏域の平均自給率を下回っており、がん医療の均てん化[*1]を目指すため、医療機関等の連携を進めることが必要です。

(ｲ) 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。

(ｳ) 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。

(ｴ) 小児がん及びＡＹＡ世代のがんは、多種多様ながん腫を多く含み、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、小児がん拠点病院及び小児がん連携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。

(ｵ) 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。

ウ　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、道民の理解促進に努める必要があります。

＊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。

(3) 必要な医療機能

ア　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。

(ｱ) 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。

(ｲ) 患者の状態やがんの病態に応じた手術療法、放射線療法及び薬物療法を組み合わせた集学的治療を実施します。

(ｳ) がんと診断された時からの緩和ケアを実施します。

イ　拠点病院等

前述のほか、がん診療連携拠点病院においては、次の対応が求められます。

(ｱ) 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法を組み合わせた集学的治療を実施します。

(ｲ) 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。

(ｳ) 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。

(ｴ) 相談支援体制を確保し、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。

(ｵ) 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。

(ｶ) 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。

(ｱ) 院内がん登録を実施します。

(4)数値目標等

指標名（単位）		現状値		目標値	目標数値の考え方※4
		計画策定時	中間見直し時		
市町村実施のがん検診受診者の割合(%) ※1	胃がん	11.6	9.0	50.0	現状より増加
	肺がん	12.8	5.9		
	大腸がん	16.6	7.7		
	子宮頸がん	17.4	11.2		
	乳がん	20.8	15.2		
特定健診における喫煙率（市町村国保）（%）※2		17.1	16.0	12.0以下	現状より減少
がんの標準化死亡比（SMR）※3	男性	103.8	106.3	100	現状より減少
	女性	102.4	104.1	100	

※1　平成27年度・平成30年度 地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）

※2　平成28年度・令和元年度　保健所調べ（特定健康診査市町国保分）

※3　（計画策定時）北海道における主要死因の概要9（平成18年～27年の10年間のデータから算出）

（中間見直し時）北海道における主要死因の概要10（平成22年～令和元年の10年間のデータから算出）

※4　目標数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

がんから住民の生命や健康を守るため、がん対策の推進に当たっては、がんの予防及び早期発見、医療連携体制の整備等の多岐にわたる分野の取組を総合的かつ計画的に進めていきます。

ア　がん予防の推進

(ｱ) 道、市町、学校、医師会及び歯科医師会等の関係団体や、事業所等と連携を図りながら、たばこが健康に及ぼす影響についての普及啓発、たばこをやめたい人への禁煙支援、未成年者の喫煙防止、公共施設を始め、職場や家庭等における受動喫煙防止対策の取組を進めます。

(ｲ) 主食・主菜・副菜を揃えたバランスの良い食事と減塩を習慣化できるような取り組みとあわせて、特に不足しがちな野菜や果物の適量摂取に向けた取り組みを推進します。

(ｳ) 身体活動を高めることの効果について普及するとともに、身体活動量を少しでも増やすことや運動の習慣化につながる取り組みを進めます。

イ　がんの早期発見

(ｱ) 道や市町は、がん検診の受診率向上に向け、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。

(ｲ) 未受診者に対する普及啓発や受診勧奨を行うなど、未受診者をなくすことに重

点を置いたがん検診の推進を支援します。

ウ　がん医療連携体制の整備

(ｱ) がん診療連携拠点病院の診療機能の充実を図るとともに、各医療機関の医療機能の充実や地域連携を進め、がん患者の診断から回復までの診療情報や治療計画を医療機関や介護保険関連施設等が共有することにより、切れ目のない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を活用する等、関係する機関のがん医療提供体制の充実を図ります。

(ｲ) 国が指定する小児がん拠点病院等と地域の医療機関等は、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。

(ｳ) 在宅医療を求める患者・家族のニーズに対応できるよう、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士及び介護支援専門員等、関係職種間の連携推進を支援します。

(ｴ) がん診療連携拠点病院は、その要件である認定看護師、専門看護師及び薬剤師等の専門資格の取得者を拡大・充実させるとともに、緩和ケア機能や設備の整備を図ります。

(ｵ) 道、市町及びがん診療連携拠点病院は、相談支援センターの存在や機能をはじめ、がん患者が活用できる各種サービスなどの情報提供を推進します。

(ｶ) がん診療連携拠点病院、市町及び関係団体等と連携しながら、がん患者や家族がともに支え合い、意見交換を行う機会づくりを推進します。

(ｷ) 医療機関は、北海道がん診療連携協議会及び北海道歯科医師会による「がん患者の口腔管理に関する医科歯科医療連携事業」を活用する等、がん治療実施前後の患者における口腔管理を歯科医療機関と連携して推進します。

(ｸ) 必要とするがん患者がゲノム医療を受けられるよう、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し、普及啓発に努めます。

エ　がん登録

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、道民への理解促進に努めます。

(6) 医療連携圏域の設定

北海道医療計画におけるがんの医療連携圏域は、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域単位とされています。北網圏域は、隣接する遠紋圏域と合わせて第三次医療圏としてオホーツク医療圏を形成していることから、この圏域を単位としてがん医療連携体制を構築します。

なお、がんの部位等によっては、他の第三次医療圏に所在する医療機関において一定程度の患者が受診している状況もあることから、このような患者の受療動向を十分に踏まえながら、がん医療連携体制を構築します。

(7) 医療機関等の具体的名称

第三次医療圏	第二次医療圏	がん診療連携拠点病院地域がん診療病院[*1]	北海道がん診療連携指定病院 [*2]
オホーツク	北　網	北見赤十字病院	
	遠　紋		ＪＡ北海道厚生連　遠軽厚生病院

第三次医療圏	第二次医療圏	小児がん連携病院[*3]（小児がん患者等の長期の診療体制強化のための連携病院）
オホーツク	北　網	北見赤十字病院 JA北海道厚生連 網走厚生病院
	遠　紋	広域紋別病院

(8) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

ア　医科歯科連携の推進

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、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。

イ　病診連携の推進

口腔がんの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

ア　禁煙支援

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。

イ　薬学的管理・服薬支援

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。

＊1　がん診療連携拠点病院地域がん診療病院：「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」平成18年2月1日付け健発第021004号厚生労働省健康局長通知）により厚生労働大臣が指定したがん診療連携拠点病院

＊2　北海道がん診療連携指定病院：「北海道がん診療連携指定病院整備要綱」（平成24年12月28日付け地保第3277号北海道福祉部長通知）により北海道知事が指定した病院

＊3　「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」（平成30年7月31日付健発0731第2号厚生労働省健康局長通知）により厚生労働大臣が指定した小児がん連携拠点病院（北海道大学病院）が指定した小児がん連携病院

ウ　医療用麻薬の適正使用

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

ア　在宅療養の環境整備

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。

イ　在宅患者の生活の質の維持・向上

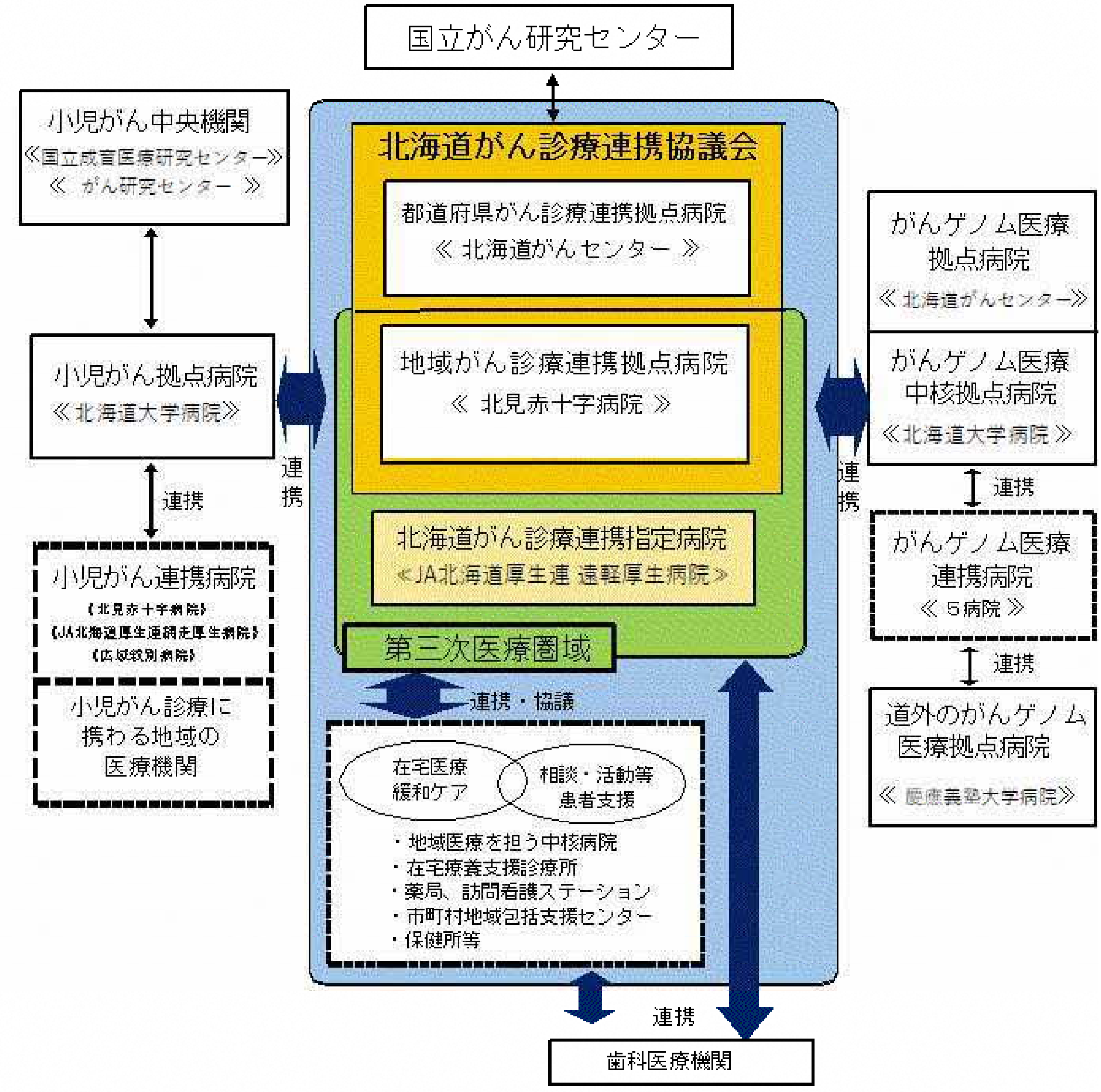
在宅で療養生活を継続するがん患者に対して、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等の全人的な緩和など、適切な看護の提供や療養生活の支援を行い、生活の質（ＱＯＬ）の維持・向上を目指します。

ウ　在宅患者及び家族への支援

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た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。

がんの医療連携体制


国立がん研究センター
小児がん中央機関
≪国立成育医療研究センター≫
≪ がん研究センター ≫
小児がん拠点病院
≪北海道大学病院≫
連携
小児がん連携病院
《北見赤十字病院》
《JA北海道厚生連網走厚生病院》
《広域紋別病院》
小児がん診療に
携わる地域の
医療機関
連携
北海道がん診療連携協議会
都道府県がん診療連携拠点病院
≪ 北海道がんセンター ≫
地域がん診療連携拠点病院
≪ 北見赤十字病院 ≫
北海道がん診療連携指定病院
≪JA北海道厚生連 遠軽厚生病院≫
第三次医療圏域
連携・協議
在宅医療
緩和ケア
相談・活動等
患者支援
・地域医療を担う中核病院
・在宅療養支援診療所
・薬局、訪問看護ステーション
・市町村地域包括支援センター
・保健所等
連携
歯科医療機関
連携
がんゲノム医療
拠点病院
≪北海道がんセンター≫
がんゲノム医療
中核拠点病院
≪北海道大学病院≫
連携
がんゲノム医療
連携病院
≪ 5病院 ≫
連携
道外のがんゲノム
医療拠点病院
≪ 慶應義塾大学病院≫

2　脳卒中の医療連携体制

(1) 現　状

ア　脳卒中の状況

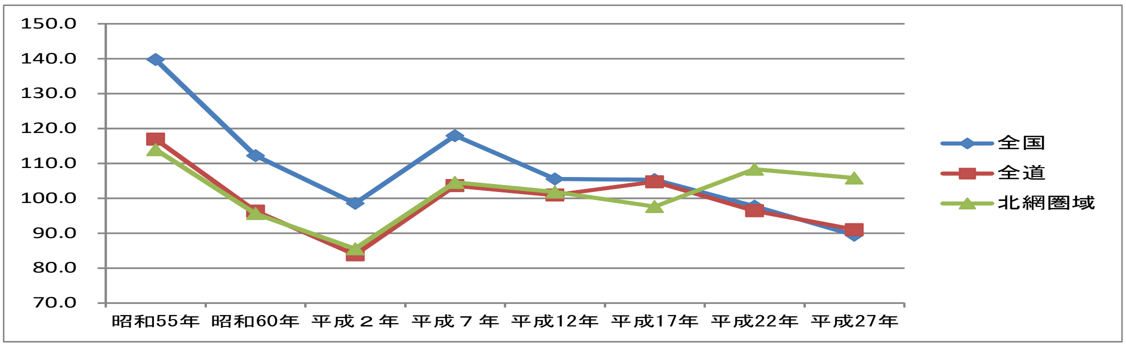
(ｱ) 北網圏域では、平成30年に210人が脳血管疾患を原因として死亡しており、死亡数全体の7.5％（全道7.3％）を占め、死因の第4位となっています。　※1

その内訳は、脳梗塞45.2％（全道55.6％）、脳出血32.9％（全道30.9％）、くも膜下出血19.5％（全道11.3％)、その他2.4％（全道2.2％）となっています。

(ｲ) 北網圏域の脳卒中死亡率(人口10万対）は、平成22年度に全道値を上回りましたが、平成22～令和元年までの10年間を対象とした標準化死亡比（ＳＭＲ）*2によると、90.2（全道92.0）となっています。

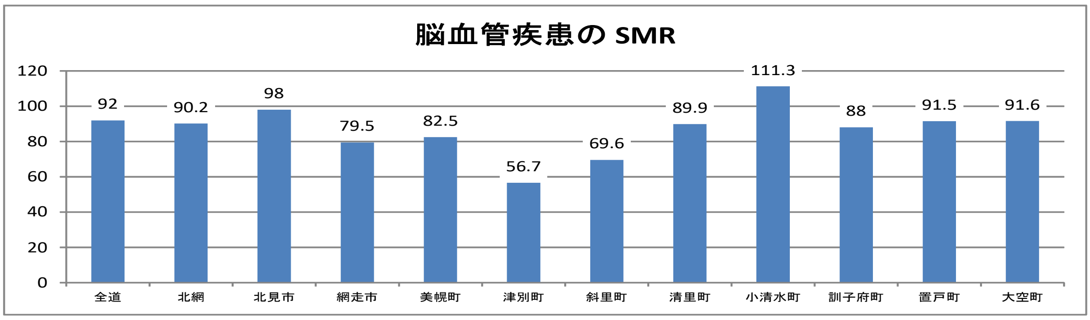
(ｳ) 脳卒中は発症後早期に治療を始め、機能回復のためのリハビリテーションを行うことにより後遺症を少なくできるなどの効果が期待できますが、療養後も後遺症が残る場合があることから、患者や家族の日常生活に与える影響は大きく、令和元年国民生活基礎調査の要介護者等の状況（介護が必要となった主な原因）においては、脳血管疾患（脳卒中）が、認知症についで第２位の原因疾患となっています。

図１　脳卒中死亡率（人口10万対）



※　オホーツク地域保健情報年報

図２　脳血管疾患の標準化死亡比（SMR）（平成22年～令和元年の10年間のデータから算出）



※北海道における主要死因の概要10

＊１　平成30年　人口動態統計　確定数　[厚生労働省]

＊２標準化死亡比（ＳＭＲ）：地域による年齢構成の違いを考慮して、同じ年齢構成の集団となるように修正して計算し、全国を100として、その地域の死亡率がどのくらい高い（低い）かを比較するもの。

イ　健康診断の受診状況

(ｱ) 脳卒中を予防するためには、定期的な健診の受診により、高血圧、糖尿病及び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。北網圏域の令和元年度の特定健康診査の国民健康保険分の受診率は29.8%で、全道値の28.9%と同じ水準です。

(ｲ) 令和元年度の特定健康診査の国民健康保険分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[*1]の割合は、北網圏域で19.9%（全道18.7%）、内臓脂肪症候群予備群[*2]の割合は北網圏域で11.1%（全道10.8%）となっています。

表１　令和元年度特定健康診査・特定保健指導実施結果（市町村国保分）

国民健康保険分保険者	特定健康診査対象者（人）	特定健康診査受診者（人）	特定健康診査受診率（割合）	評価対象者（人）	内臓脂肪症候群該当者数（人）	内臓脂肪症候群該当者数(割合)	内臓脂肪症候群予備群者数（人）	内臓脂肪症候群予備群者数（割合）
北見市	18,468	5,335	28.9	5,335	1,116	20.9	589	11.0
網走市	5,768	1,384	24.0	1,384	256	18.5	122	8.8
美幌町	3,365	978	29.1	979	212	21.7	100	10.2
津別町	1,001	274	27.4	274	49	17.9	49	17.9
斜里町	2,408	710	29.5	715	130	18.2	77	10.8
清里町	900	240	26.7	241	40	16.6	29	12.0
小清水町	1,142	516	45.2	516	110	21.3	57	11.0
訓子府町	1,194	505	42.3	505	66	13.1	70	13.9
置戸町	628	260	41.4	260	45	17.3	40	15.4
大空町	1,566	669	42.7	670	140	20.9	73	10.9
北網圏域	36,440	10,871	29.8	10,879	2,164	19.9	1,206	11.1
全道	781,742	226,133	28.9	226,387	42,375	18.7	24,433	10.8

＊１　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。

＊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１つに該当する者。

ウ　医療機関への受診状況

【ナショナルデータベース（ＮＤＢ）＊1（平成28年４月～平成29年３月）】

(ｱ) 脳卒中患者が居住している北網圏域内で受診している割合は、入院96.7％、通院99.0％となっています。

(ｲ) 特に、急性期に専門的な医療が必要である、くも膜下出血や脳出血の患者が北網圏域で入院・通院している割合は、くも膜下出血が入院98.0％、通院100.0％であり、脳出血は入院96.5％、通院99.3％となっています。

【オホーツク脳卒中患者数集計データ実績報告＊2（令和2年度）】

北網圏域の急性期医療を担う医療機関において、令和2年度に入院治療を受けた脳卒中患者数は829人となっています（表２）

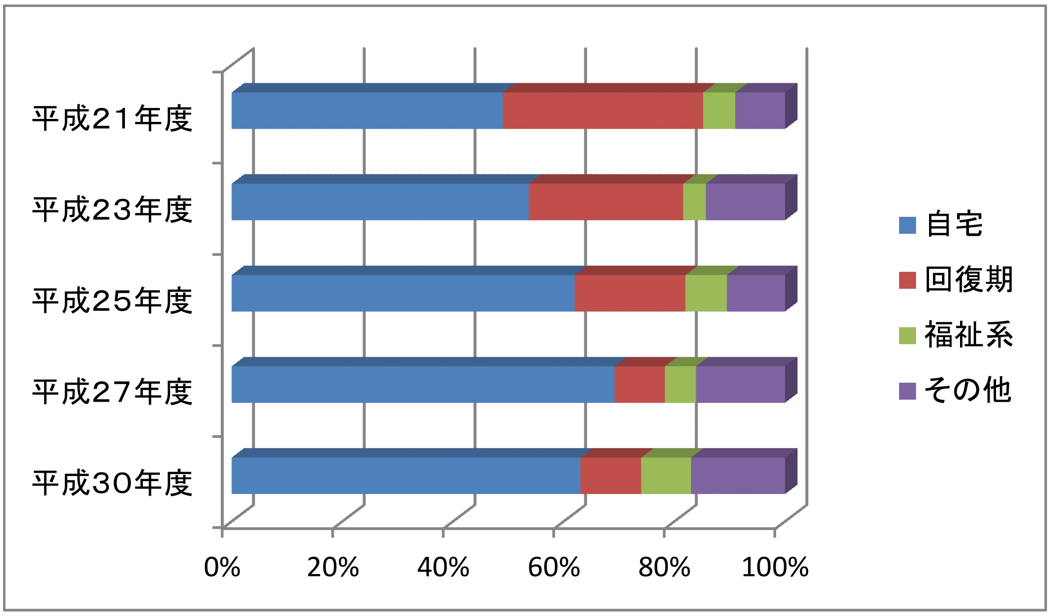
また、入院患者の転帰先は、自宅の割合が多いです。

（図３）＊3

表２　入院治療を受けた脳卒中患者数（令和2年度）

市　町	北見市	網走市	美幌町	津別町	斜里町	清里町	小清水町	訓子府町	置戸町	大空町	計
患者数	457	143	75	25	25	17	17	27	24	19	829

図３　入院患者(急性期)の転帰先割合



【平成29年度患者調査（個票）二次医療圏　［厚生労働省］】

平成29年度の患者調査によると、北網圏域で、在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、74.9％となっており、全道55.9％と全道より割合が高くなっています。

＊１　ナショナルデータベース（ＮＤＢ）：厚生労働省が実施したレセプト情報・特定健診等データベースを用いた分析結果

＊２　オホーツク脳卒中患者数集計データ実績報告：オホーツク脳卒中研究会

【脳卒中の急性期医療実態調査*1 （平成26年～平成27年）】

(ｱ) 脳卒中から生命を守り、退院後のＱＯＬの低下を防ぐためには、発症後、速やかに専門医療機関で治療を受けることが重要です。発症後に救急要請を行い、専門医療機関に到着するまでの所要時間は、北網圏域は48分（全道51分）であり、全道よりも短くなっています。

(ｲ) 発症から医療機関に到着するまでの所要時間の内訳をみると、北網圏域では、「発症から救急要請」までは18分（全道20分)、「救急要請から現場」までは６分（全道７分)、「現場から専門医療機関」は24分（全道24分）となっています。

エ　医療機関の状況*2

【急性期医療を担う医療機関について】

北網圏域において、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－ＰＡ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、3か所(輪番制を含む)です。

【回復期医療を担う医療機関】

北網圏域において、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10か所となっています。

オ　医療連携体制

(ｱ) 北網圏域では、平成19年６月にオホーツク脳卒中研究会が設立され、市民講座や関係者研修会等を開催し、地域の脳卒中予防から医療に関する普及啓発と関係者の資質向上に取り組んでいます。

(ｲ) また、研究会が中心となり、オホーツク脳卒中地域連携クリティカルパス*3を平成20年６月から道内の他圏域に先がけて開始し、急性期から回復期、維持期までの医療機関や介護保険施設等が診療情報や治療計画を共有し、切れ目のない適切な医療とケアの提供体制を構築してきました。

令和２年度、脳卒中研究会による急性期医療機関のオホーツク脳卒中患者集計データによると、急性期医療機関の入院患者1,030人の最終転帰先は、自宅が56％と最も多く、次いで回復期医療機関が９％となっています。

(ｳ) オホーツク脳卒中研究会の地域連携クリティカルパスの導入や普及啓発の活動により、医療・介護・行政等職員が相互に顔の見える関係となり、共通意識を持ち脳卒中医療連携に取り組めるようになりました。

＊1　脳卒中・急性心筋梗塞の急性期医療実態調査（平成29年３月発行）：北海道保健福祉部調

＊2　医療機関の状況：平成29年度医療機関名の公表に関する調査：北海道保健福祉部調

＊3　地域連携クリティカルパス：地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する全体的（急性期から回復期を経て維持期まで）な治療計画のこと。

(2) 課　題

ア　疾病の発症予防

(ｱ) 北網圏域においては、特定健康診査の結果から、脳卒中の危険因子である内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者が全道と同様に高い傾向にあることから、特定健康診査の意義を広く周知するとともに、高血圧や糖尿病、脂質異常症、喫煙習慣や過度な飲酒習慣など、危険因子となる疾患や生活習慣に着目した支援を早期に開始し、発症予防に努めることが必要です。

(ｲ) 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。

イ　医療連携体制の充実

(ｱ) 脳卒中発症後、速やかに専門的診療を開始するために、北網圏域では消防機関と医療機関が連携し効果を上げていますが、発症から数時間以内の患者が対象となる血栓溶解療法や血管内治療が受けられるよう、更なる発症後の急性期医療機関との連携の充実が必要です。

(ｲ) 脳卒中の再発防止のため、治療や基礎疾患の管理及び再発時の対応方法について地域の医療機関と専門医療機関等との連携の充実が必要です。

(ｳ) 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。

ウ　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

ア　発症予防

（かかりつけ医）

(ｱ) 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。

(ｲ) 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。

イ　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）

(ｱ) 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送します。

(ｲ) 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のこと。

ウ　急性期医療

（急性期医療を担う医療機関）

(ｱ) 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。

(ｲ) 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[*1]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。

(ｳ) 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。

(ｴ) 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。

(ｵ) 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。

エ　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）

(ｱ) 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。

(ｲ) 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。

(ｳ) 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。

(ｴ) 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。

オ　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）

(ｱ) 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。

(ｲ) 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。

＊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欠等の禁忌項目に該当しない患者が対象。また、機会的血栓除去術は、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）

(ｳ) 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。

(ｴ)　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。

(ｵ) 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。

(4) 数値目標等

指 標 名 （ 単 位 ）	現状値		目標値	目標数値の考え方
	計画策定時	中間見直し時		
特定健診受診率（国保分）（%）　※1	29.4	29.8	60.0	現状より増加
在宅等生活の場に復帰した患者の割合(%)※2	59.6	74.9	61.3	現状より増加
脳血管疾患の標準化死亡比（SMR）※3	91.1	90.2	91.1 未満	現状より減少 (参考：全道.91.6)

※１　平成28年度・令和元年度特定健康診査実施報告データ（道国保連合会）

※２　平成27年度・平成29年度患者調査（個票）二次医療圏［厚生労働省］

※３　北海道における主要死因の概要10（平成22年～令和元年の10年間のデータから算出）

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策

ア　予防対策の充実

(ｱ) 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。

(ｲ) 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。

(ｳ) 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。

(ｴ) 脳卒中を疑う症状が出現した際には、速やかに適切な対応がとれるよう、住民への健康教育や広報を通じて知識の普及に努めます。

(ｵ) 医療機関と関係機関が連携し、退院後治療を中断した者に対する指導や、服薬管理、生活習慣改善指導を行い、脳卒中の再発予防に努めます。

イ　医療連携体制の充実

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を図ります。

(6) 医療連携圏域の設定

脳卒中は、発症後早期に診療を開始する必要があり、比較的高度で専門性の高い医療サービスの提供が求められることから、医療連携圏域は、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、現状において脳卒中の急性期医療が完結しない他の圏域との連携体制の充実を図ります。

(7) 医療機関等の具体的名称

ア 公表基準

(ｱ) 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、救急当番のみの場合を含む。）

①	血液検査及び画像検査（CT、MRI、超音波検査等等）
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

(ｲ) 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。

イ 公表医療機関名 （令和3年4月1日現在）

市 町	医 療 機 関 名	急性期	回復期
北 見 市	北見赤十字病院	○	
	小林病院	○	○
	医療法人社団高翔会 北星記念病院		○
	医療法人ケイ・アイ オホーツク海病院		○
	オホーツク勤医協北見病院		○
	社会医療法人明生会 道東の森総合病院		○
	北見北斗病院		○
津別町	津別病院		○
網 走 市	JA北海道厚生連網走厚生病院	○	○
	医療法人社団 網走中央病院		○
斜 里 町	斜里町立国民健康保険病院		○
小清水町	小清水赤十字病院		○
置 戸 町	置戸赤十字病院		○
大 空 町	医療法人社団 双心会 女満別中央病院		○

(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（えんげ）下障害、

咀嚼障害及び構音障害につながり、さら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

ア　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。

イ　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

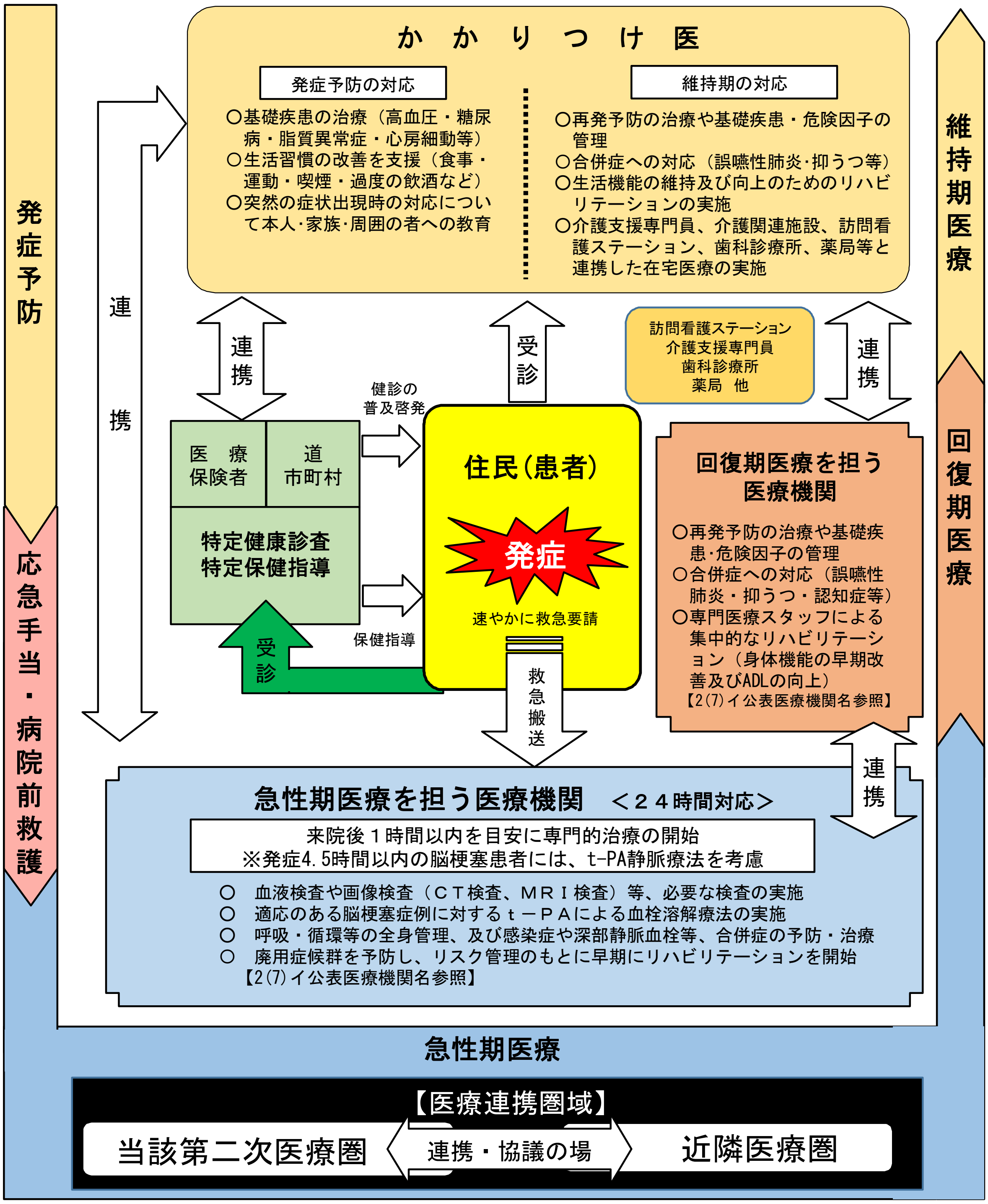
ア　脳卒中患者が在宅生活に移行するに当たっては、病院看護師等の医療機関のスタッフと訪問看護師が入院中から連携し、在宅療養の環境整備に努めます。

イ　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。

ウ　在宅療養者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。

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。



3　心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

(1) 現　状

ア　心筋梗塞等の状況

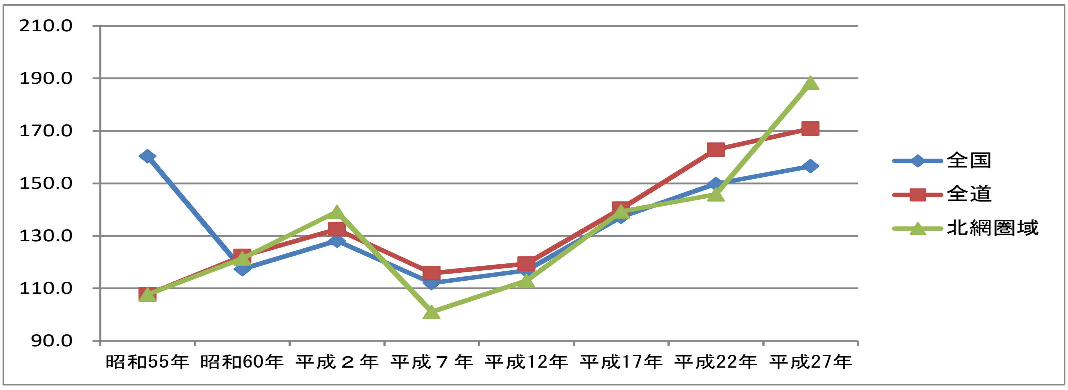
(ｱ) 北網圏域では、平成30年度に371人が、心疾患で死亡しており、全体の13.2%（全道13%）を占め、死因の第２位となっています。

その内訳は、多い順から、心不全46.9%（全道53.6%)、不整脈及び伝導障害24%（全道16.2%)、急性心筋梗塞17.5%（全道14.9%）となっています。＊2

(ｲ) 北網圏域の心疾患死亡率（人口10万対）は、平成22年までは、全道値よりも低いですが、平成27年は188.3であり、全道170.8より、上回っています。

(ｱ) 平成22年～令和元年までの10年間を対象とした心筋梗塞や狭心症による虚血性心疾患の標準化死亡比（ＳＭＲ）[*1]によると、北網圏域では、81.5（全道82.4）となっています。

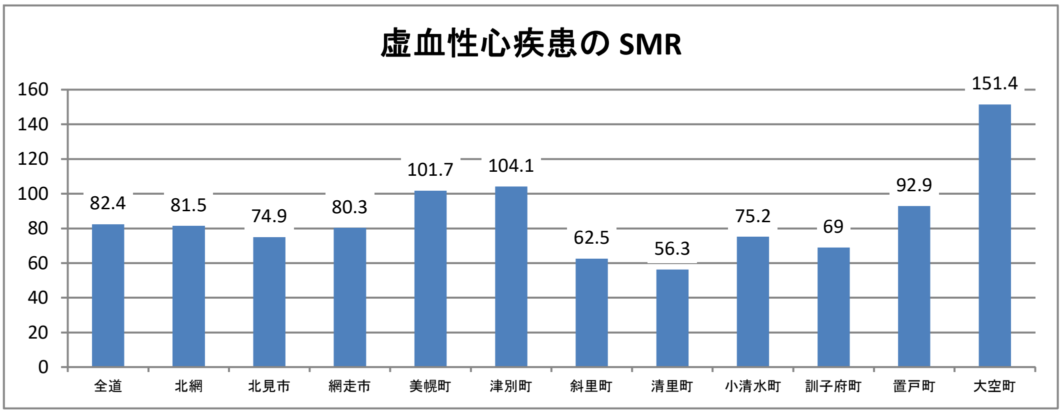
図1　心疾患死亡率（人口10万対）



※　オホーツク地域保健情報年報

図2　虚血性心疾患の標準化死亡比（ＳＭＲ）

（平成22年～令和元年の10年間のデータから算出）



※　北海道における主要死因の概要10

＊1　標準化死亡比（ＳＭＲ）：地域による年齢構成の違いを考慮して、同じ年齢構成の集団となるように修正して計算し、全国を100として、その地域の死亡率がどのくらい高い（低い）かを比較するもの。

＊2　平成30年人口動態統計　確定数[厚生労働省]

イ　健康診断の受診状況

(ｱ) 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。
令和元年度の北網圏域における特定健康診査の国民健康保険分の受診率は29.8%で、全道値の28.9%と同水準になっています。

(ｲ) 令和元年度の特定健康診査の国民健康保険分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*1の割合は19.9%（全道18.7%)、内臓脂肪症候群予備群*2の割合は北網圏域で11.1%（全道10.8%）となっています。

表１　令和元年度特定健康診査・特定保健指導実施結果（市町村国保分）

国民健康保険分保険者	特定健康診査対象者（人）	特定健康診査受診者（人）	特定健康診査受診率（割合）	評価対象者（人）	内臓脂肪症候群該当者数（人）	内臓脂肪症候群該当者数(割合)	内臓脂肪症候群予備群者数（人）	内臓脂肪症候群予備群者数（割合）
北見市	18,468	5,335	28.9	5,335	1,116	20.9	589	11.0
網走市	5,768	1,384	24.0	1,384	256	18.5	122	8.8
美幌町	3,365	978	29.1	979	212	21.7	100	10.2
津別町	1,001	274	27.4	274	49	17.9	49	17.9
斜里町	2,408	710	29.5	715	130	18.2	77	10.8
清里町	900	240	26.7	241	40	16.6	29	12.0
小清水町	1,142	516	45.2	516	110	21.3	57	11.0
訓子府町	1,194	505	42.3	505	66	13.1	70	13.9
置戸町	628	260	41.4	260	45	17.3	40	15.4
大空町	1,566	669	42.7	670	140	20.9	73	10.9
北網圏域	36,440	10,871	29.8	10,879	2,164	19.9	1,206	11.1
全道	781,742	226,133	28.9	226,387	42,375	18.7	24,433	10.8

＊1　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。

＊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、１つに該当する者。

ウ　医療機関への受診状況

【ナショナルデータベース（ＮＤＢ）*1（平成28年4月～平成29年3月）】

(ｱ) 心疾患の患者が、居住している北網圏域内で受診している割合は、入院が96.2%、通院が99.1% となっています。

(ｲ) 特に，急性心筋梗塞については、入院96.0%、通院100.0%であり、圏域内で急性期医療がほぼ完結できている状況です。

【急性心筋梗塞の急性期医療実態調査*2（平成26年～平成27年）】

(ｱ) 急性心筋梗塞から生命を守り退院後のＱＯＬ（生活の質）の低下を防ぐためには、発症後、速やかに専門医療機関で治療を受けることが重要です。

　北網圏域は、発症後に救急要請を行い、専門医療機関に到着するまでの所要時間は51分（全道62分）であり、道内で最も短くなっています。

(ｲ) 発症から医療機関に到着するまでの所要時間の内訳をみると、北網圏域は、「発症から救急要請」までが29分(全道32分)、「救急要請から現場」までは６分（全道６分)、「現場から専門医療機関」までは16分（全道24分）となっています。

エ　医療機関の状況*3

【急性期医療を担う病院について】

(ｱ) 北網圏域においては、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時間対応可能である急性期医療を担う公表医療機関は、5か所（輪番制を含む）となっています。

(ｲ) 冠疾患専用集中治療室（ＣＣＵ）を有している医療機関は、１か所となっています。

【回復・維持期の医療について】

北網圏域において、心大血管疾患リハビリテーションⅠ又はⅡの保険診療に係る平成31年3月31日現在の届出医療機関は、6か所となっています。

＊１　ナショナルデータベース（ＮＤＢ）: 厚生労働省が実施したレセプト情報・特定健診等データベースを用いた分析結果

＊２　急性心筋梗塞の急性期医療実態調査：北海道保健福祉部調

＊３　医療機関の状況：平成29年度医療機関名の公表に関する調査：北海道保健福祉部調

(2) 課　題

ア　疾病の発症予防

(ｱ) 北網圏域においては、特定健康診査の結果から、急性心筋梗塞の危険因子である内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の該当者が全道に比べ高い傾向にあることから、特定健康診査の意義を広く周知するとともに、高血圧や脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、喫煙習慣など、危険因子となる疾患や生活習慣に着目した支援を早期に開始し、心血管疾患の発症予防に努めることが必要です。

(ｲ) 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。

イ　医療連携体制の充実について

(ｱ) 北網圏域は、全道と比較すると、発症から専門医療機関に到着するまでの所要時間が短い状況にありますが、今後も速やかな対応が行われるよう、引き続き、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。

(ｲ) 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。

(ｳ) また、生活機能を維持しながら在宅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。

ウ　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有機的な連携体制の充実が必要です。

(3) 必要な医療機能

ア　発症予防

（かかりつけ医）

(ｱ) 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。

(ｲ) 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。

イ　応急手当・病院前救護

（家族等が周囲にいる者）

(ｱ) 発症後、速やかに救急要請を行います。

(ｲ) 心肺停止が疑われる人に対して、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）

(ｱ) 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送します。

(ｲ) 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。

ウ　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）

(ｱ) 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。

(ｲ) 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。

(ｳ) 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。

(ｴ) 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。

(ｵ) 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。

(ｶ) 運動耐容能（体力）などに基づいた運動処方により合併症を予防し、多面的・包括的なリハビリテーションを実施します。

(ｷ) 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。

エ　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）

(ｱ) 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。

(ｲ) 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。

(ｳ) 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。

(ｴ) 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。

(ｵ) 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。

オ　維持期医療

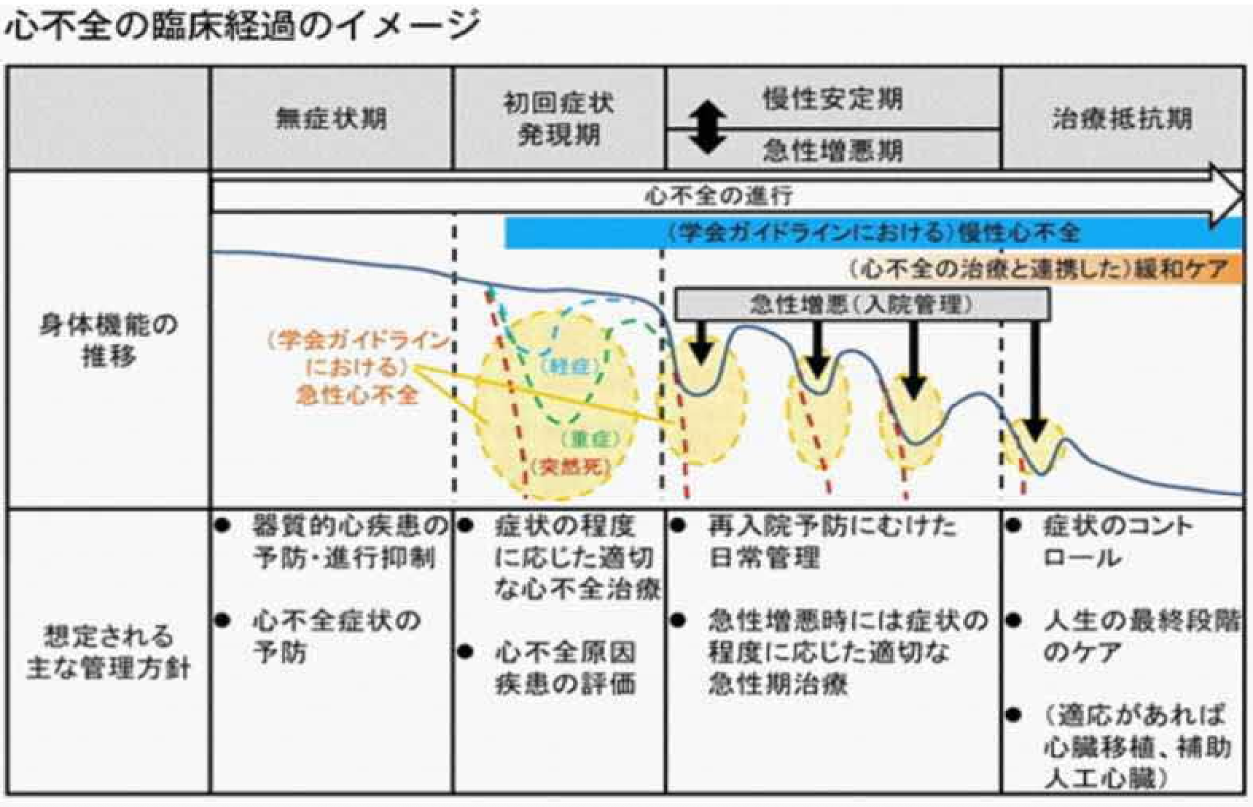
（かかりつけ医）

(ｱ) 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。

(ｲ) 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。

(ｳ) 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を共有し、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。

(ｴ) 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。



(4) 数値目標等

指 標 名 （ 単 位 ）	現状値		目標値	目標数値の考え方
	計画策定時	中間見見し時		
特定健診受診率（国保分）（%）※1	29.4	29.8	60.0	現状より増加
虚血性心疾患の標準化死亡比(SMR)※2	91.0	81.5	91.0未満	現状より減少 参考：全道（84.5）

※１　平成28年度・令和元年特定健康診査実施報告データ（道国保連合会）

※２　北海道における主要死因の概要10（平成22年～令和元年の10年間のデータから算出）

(5) 数値目標を達成するための必要な施策

ア　予防対策の充実

(ｱ) 道・市町・医療保険者が連携して、特定健康審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。

(ｲ) 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。

(ｳ) 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。

イ　医療連携体制の充実

急性期から回復期、再発予防まで切れ目なく適切に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を図ります。

ウ　疾病管理・再発予防

(ｱ) 慢性心不全患者に対しては、自覚症状や運動耐用能（体力）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。

(ｲ) 慢性心不全患者の管理にあたっては、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二次医療圏とします。

なお、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

ア　急性期医療を担う医療機関の公表基準

次の①～③について、24時間対応が可能であり（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

イ　公表医療機関　（令和3年4月1日現在）

市　町	医　療　機　関　名	備　考
北見市	北見赤十字病院	
	小林病院	
	医療法人社団高翔会　北星記念病院	
	道立北見病院	
網走市	JA北海道厚生連網走厚生病院	

(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（ごえん）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

ア　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等に努めます。

イ　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に努めるとともに、在宅療養で必要な医薬品や医療・衛生材料の供給に努めます。

(10) 訪問看護ステーションの役割

ア　心疾患患者が在宅生活に移行するにあたっては、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。

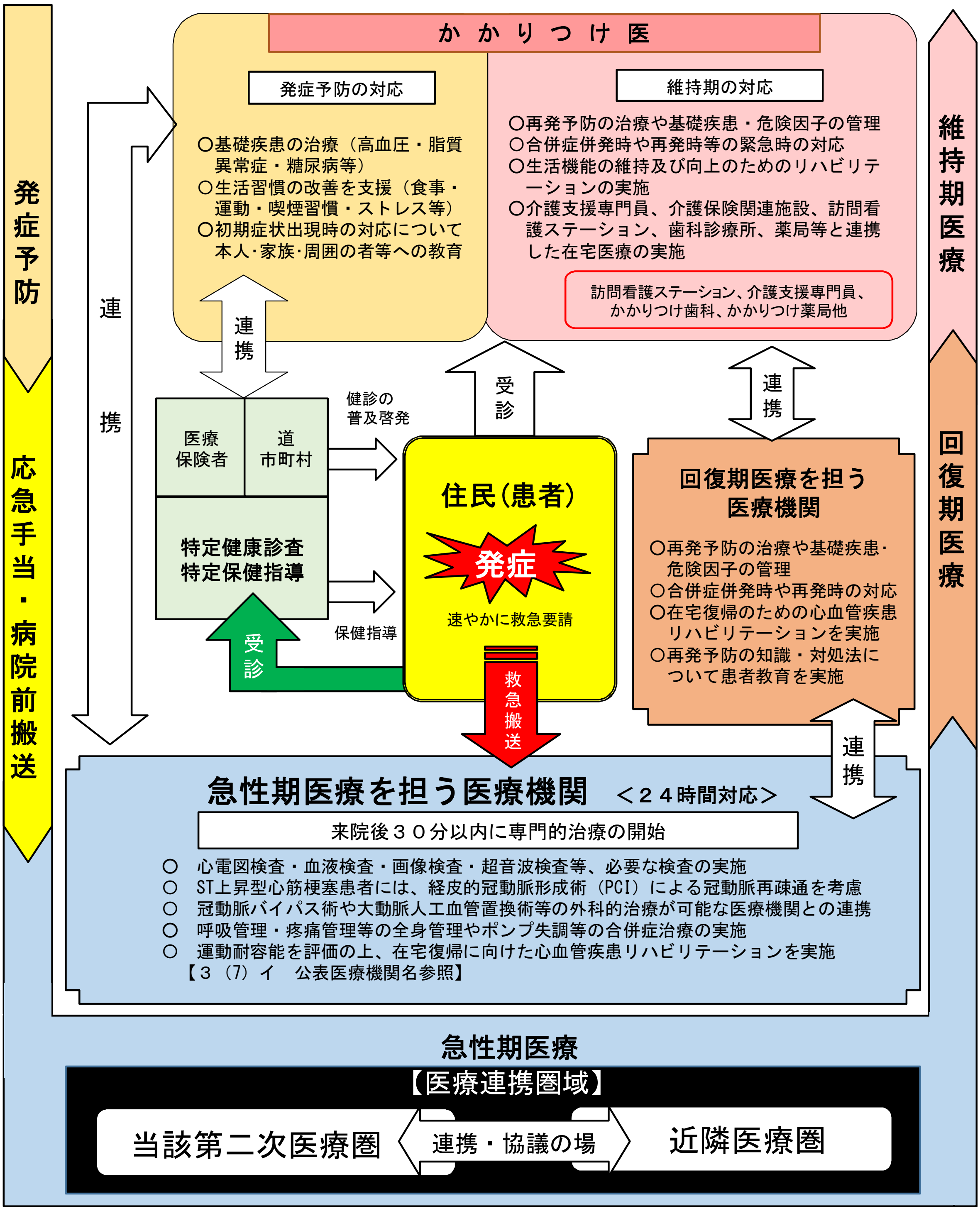
イ　在宅での療養生活を継続する患者に対して、心疾患の治療及びその治療に伴う諸症状に適切な看護を提供するとともに、再発予防に向けた基礎疾患・危険因子の管理や生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを関係機関と連携して実施し、日常生活の再構築を支援します。

ウ　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、ＱＯＬ（生活の質）の向上を目指します。

　また、運動耐容能（体力）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が、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。



4　糖尿病の医療連携体制

(1)　現　状

ア　糖尿病等の状況

(ｱ) 北網圏域においては、平成30年に25人が糖尿病で死亡し、死亡者全体の0.9%を占めており、全道値の1.2%、全国値の1.0%とほぼ同水準となっています。

(ｲ) 北網圏域の特定健康診査市町村国保分（40歳～74歳）でのヘモグロビンA1c値が6.5%以上の者の割合は、8.1%で、全道の8.7%を下回っています。

(ｳ) 同じく、ＢＭＩ値が25以上の人の割合は、男性40.7%、女性 26.3%となっており、全道の男性36.5%、女性23.7%と比べるとやや上回っております。

イ　糖尿病対策と早期発見

(ｱ) 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。令和元年度の北網圏域における特定健康診査の国民健康保険分の受診率は29.8%で、全道値の28.9%を上回っています。

(ｲ) 令和元年度の特定健康診査の国民健康保険分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[*1]の割合は、北網圏域で19.9%（全道18.7%)、内臓脂肪症候群予備群[*2]の割合は北網圏域で11.1%（全道10.8%）となっています。

表１　令和元年度特定健康診査・特定保健指導実施結果（市町村国保分）

国民健康保険分保険者	特定健康診査対象者（人）	特定健康診査受診者（人）	特定健康診査受診率（割合）	評価対象者（人）	内臓脂肪症候群該当者数（人）	内臓脂肪症候群該当者数(割合)	内臓脂肪症候群予備群者数（人）	内臓脂肪症候群予備群者数（割合）
北見市	18,468	5,335	28.9	5,335	1,116	20.9	589	11.0
網走市	5,768	1,384	24.0	1,384	256	18.5	122	8.8
美幌町	3,365	978	29.1	979	212	21.7	100	10.2
津別町	1,001	274	27.4	274	49	17.9	49	17.9
斜里町	2,408	710	29.5	715	130	18.2	77	10.8
清里町	900	240	26.7	241	40	16.6	29	12.0
小清水町	1,142	516	45.2	516	110	21.3	57	11.0
訓子府町	1,194	505	42.3	505	66	13.1	70	13.9
置戸町	628	260	41.4	260	45	17.3	40	15.4
大空町	1,566	669	42.7	670	140	20.9	73	10.9
北網圏域	36,440	10,871	29.8	10,879	2,164	19.9	1,206	11.1
全道	781,742	226,133	28.9	226,387	42,375	18.7	24,433	10.8

＊1　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。

＊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、１つに該当する者。

(ｳ) 北網圏域においては、生活習慣病の予防に関して、健康増進法（平成14年法第103号）に基づく健康増進計画である道の「すこやか北海道21」の地域計画として策定した「北網圏域健康づくり事業行動計画」及び各市町で策定している「健康増進計画」等に基づき、糖尿病の予防に向けた健康づくりの取組を推進しています。

(ｴ) 北網圏域における糖尿病治療の自給率*1は、入院95.46%、通院98.90%となっており、全道平均の入院91.22%、外来96.76%を上回っています。

(2) 課　題

ア　予防対策について

(ｱ) 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。

(ｲ) 市町や職域保健関係者と連携し、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。

イ　医療連携体制について

(ｱ) 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。

(ｲ) 管理栄養士や保健師、看護師、薬剤師、理学療法士等の各専門職種が連携し、食事療法や運動療法、薬物療法等を組み合わせた治療や地域における支援が必要です。

(3) 必要な医療機能

ア　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。

イ　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）

(ｱ) 75gOGTT*2、HbA1cなど糖尿病の評価に必要な検査を行います。

(ｲ) 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。

(ｳ) シックデイ*3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。

(ｴ) 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。

＊1　糖尿病治療の自給率：糖尿病の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のこと。

＊2　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。

＊3　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。

ウ　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）

(ｱ) 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。

(ｲ) 75gOGTT、HbA1cなど糖尿病の評価に必要な検査を行います。

(ｳ) 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。

エ　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。

オ　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、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害等）に係る専門的な検査や治療を行います。

カ　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。

(4) 数値目標等

指標名（単位）	現状値		目標値	目標数値の考え方※4
	計画策定時	中間見直し時		
特定健診受診率(%) ※1	29.4	29.8	60.0	現状より増加
特定保健指導実施率 (%) ※2	30.7	28.3	60.0	現状より増加
HbA1c値が6.5%以上の者の割合 (%)	7.5	8.1	7.0	現状より減少
地域医療連携クリティカルパスを導入している医療機関数※3	11	18	19	現状より増加

※1　平成28年度・令和元年度 特定健康診査実施報告データ（市町村国保分）（道国保連合会提供）

※2　平成28年度・平成29年度 市町村国保における特定健診等結果状況（道国保連合会提供）

※3　平成29年度・令和２年度　医療機関名の公表に関する調査（北海道保健福祉部地域保健課）

※4　目標数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

ア　予防対策の充実

(ｱ) 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。

(ｲ) 運動習慣を確立し、糖尿病になりにくい生活習慣に変えていけるよう、運動の必要性、効果に関する普及啓発とともに、ウォーキング等気軽に取り組める健康づくり運動の定着に向けた取組を推進します。

(ｳ) 糖尿病発症予防にむけ、自分にあった適切な食事を知り、主食・主菜・副菜を揃えたバランスの良い食事を習慣化できるような取組とあわせて、菓子・飲料など嗜好品の過剰摂取を防ぐ取組を推進します。

イ　糖尿病の早期発見・重症化予防

(ｱ) 糖尿病の発症リスクがある者に対しては、医療保険者や市町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。

(ｲ) 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。

ウ　医療連携体制の充実

(ｱ) 発症予防、初期・安定期治療、専門治療、急性合併症治療、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。

(ｲ) 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を図ります。

(ｳ) 医療の高度化や細分化が進む中で、患者を中心とした良質な医療を実践するため、管理栄養士、保健師、看護師、薬剤師及び理学療法士等の専門職種の連携により、食事療法や運動療法、薬物療法等を組み合わせた医療や地域による支援がされるよう支援します。

(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。

(7) 医療機関等の具体的名称

ア　糖尿病の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から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。

イ　公表医療機関名

別表参照

(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、病院歯科や歯科診療所は、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、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

ア　薬学的管理及び服薬指導

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。

イ　在宅患者及び在宅医療への支援

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に行うとともに、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

ア　患者及び家族への支援

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。

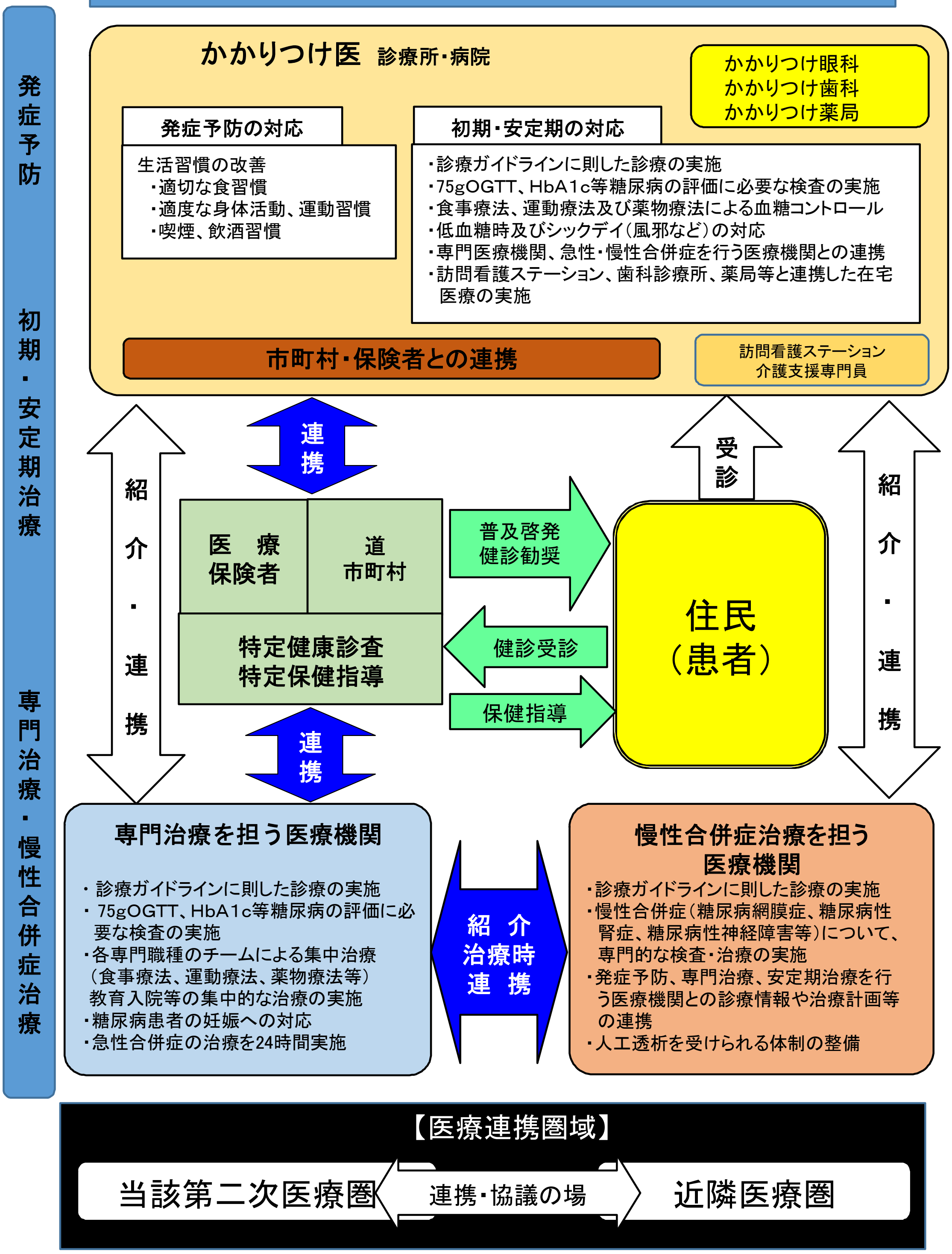
イ　患者・家族及び支援関係者との連携

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。



別表　糖尿病の医療機能を担う医療機関一覧

［医療機関名公表基準］

北海道医療機能情報公表制度に基づく、医療機能情報の報告内容から、次の①から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

（令和３年4月１日現在）

第三次医療圏	第二次医療圏	市区町村	医療機関名	該当項目		
				①	②	③
オホーツク	北　網	北 見 市	医療法人 治恵会 北見中央病院	○		
			千葉循環呼吸クリニック	○	○	○
			医療法人社団 酒井内科クリニック	○	○	○
			藤江内科クリニック	○	○	○
			医療法人社団 邦栄会 本間内科医院	○		
			いわもと循環器クリニック	○	○	○
			医療法人社団 秀峰会 望月医院	○		○
			オホーツク勤医協 北見病院	○	○	○
			ＪＡ北海道厚生連 常呂厚生病院	○	○	○
			清月クリニック	○	○	○
			松原医院	○	○	○
			医療法人社団 為山堂内科医院	○	○	○
			医療法人社団 徳竹医院	○	○	○
			医療法人社団 ばんば医院	○	○	○
			医療法人 ケイ・アイ オホーツク海病院	○	○	○
			医療法人社団 煌生会 北見循環器クリニック	○	○	○
			医療法人社団 北星会 大内医院	○	○	
			医療法人社団 悠々会 北見消化器クリニック	○		
			北見北斗病院	○	○	○
			北見赤十字病院	○	○	○
			おのでら医院	○	○	○
			医療法人社団 雄俊会 おんねゆ診療所	○	○	○
			社会医療法人 雄俊会 あいのない診療所	○	○	
			小林病院	○	○	○
		美 幌 町	医療法人社団 田中医院	○	○	○
			美幌町立国民健康保険病院	○	○	○
		津 別 町	津別病院	○	○	○
		置 戸 町	置戸赤十字病院	○	○	○
		網走市	社会医療法人 明生会 桂ヶ丘クリニック	○	○	○
			医療法人社団 朗愛会 こが病院	○	○	
			医療法人社団 南５条クリニック 藤田整形外科内科	○	○	○
			医療法人社団 網走中央病院	○	○	○
			ＪＡ北海道厚生連 網走厚生病院	○	○	○
			なかむら内科ハートクリニック	○	○	○
		大 空 町	医療法人社団 双心会 女満別中央病院	○	○	○
			大空町東藻琴診療所	○	○	○
		小清水町	小清水赤十字病院	○	○	○
		斜 里 町	斜里町国民健康保険病院	○	○	○

別表　糖尿病の医療機能を担う医療機関一覧（眼科）

［医療機関名公表基準］

糖尿病の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（眼科）

次のア・イの両方を満たす病院・診療所
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こと
イ．医療機能が異なる医療機関と連携し、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こと。

（令和3年4月1日現在）

第三次医療圏	第二次医療圏	市区町村	医療機関名
オホーツク	北　網	北 見 市	北見赤十字病院
			のみやま眼科
		網走市	ＪＡ北海道厚生連　網走厚生病院
			網走眼科