

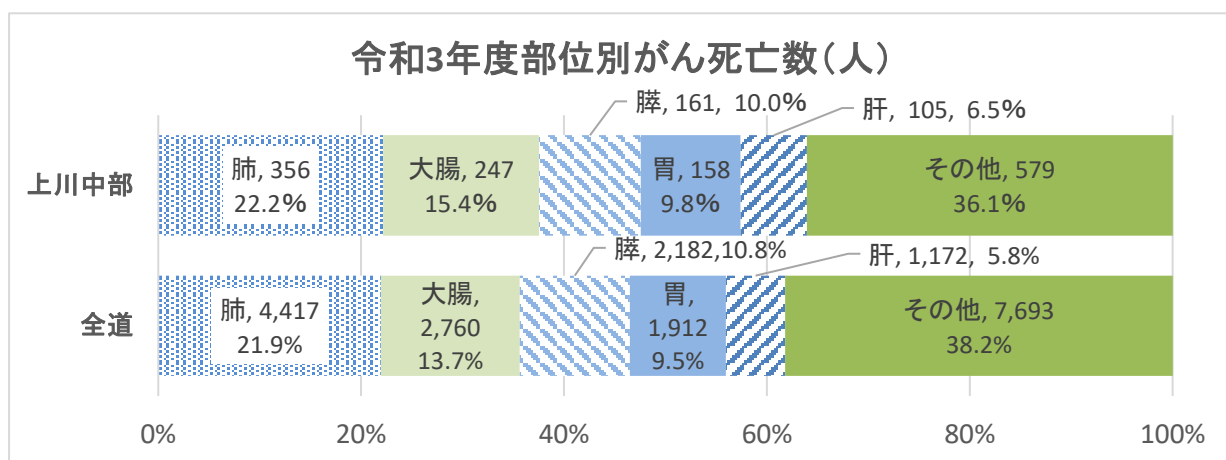
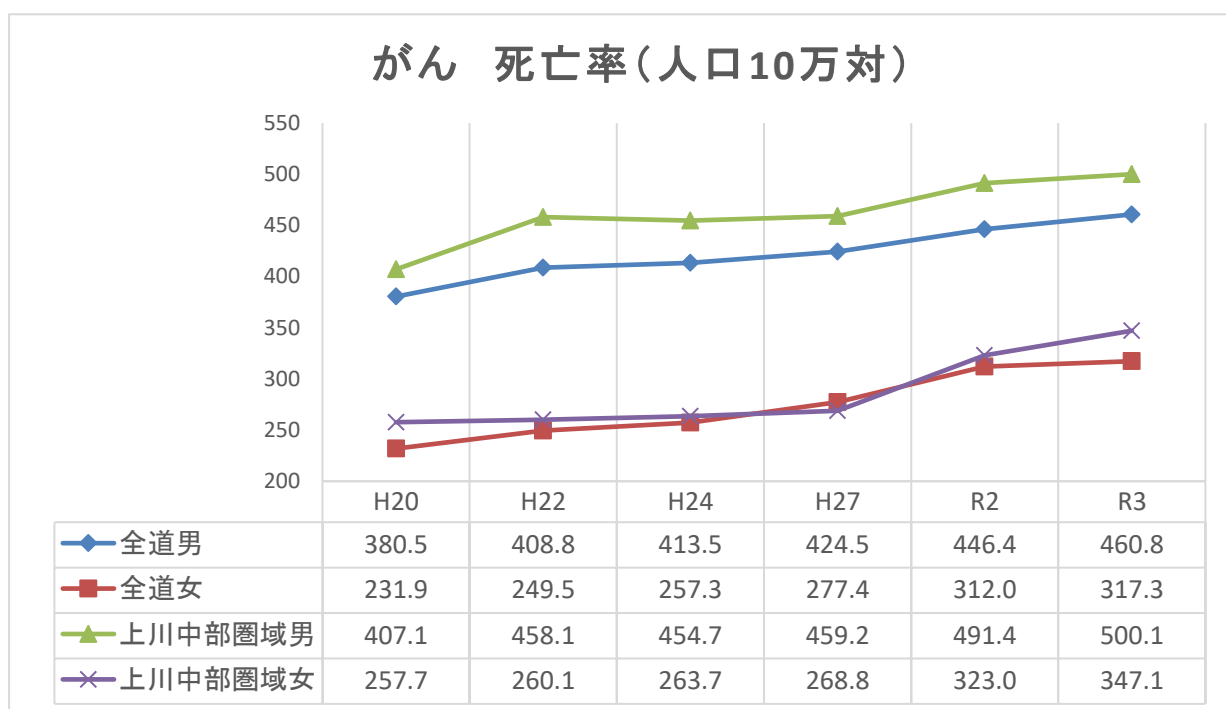
第2章 5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の推進

第1節 がんの医療連携体制

1 現状

(1) 死亡の状況^{*1*2}

- 上川中部圏域において、令和3年度の死亡者は5,549人でそのうち死因ががんの者は1,606人であり、死亡者数全体の28.9%を占め死因の第1位となっています。
- がんの死亡率（人口10万対）（令和3年）を全道平均と比較すると男性は全道の460.8に対し上川中部は500.1、女性は全道の317.3に対し上川中部は347.1と男女ともに全道平均を上回っています。
- 部位別では、肺がんの死亡者数が356人（22.2%）と最も多く、次いで大腸がんが247人（15.4%）、膵がんが161人（10.0%）となっています。
- 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。



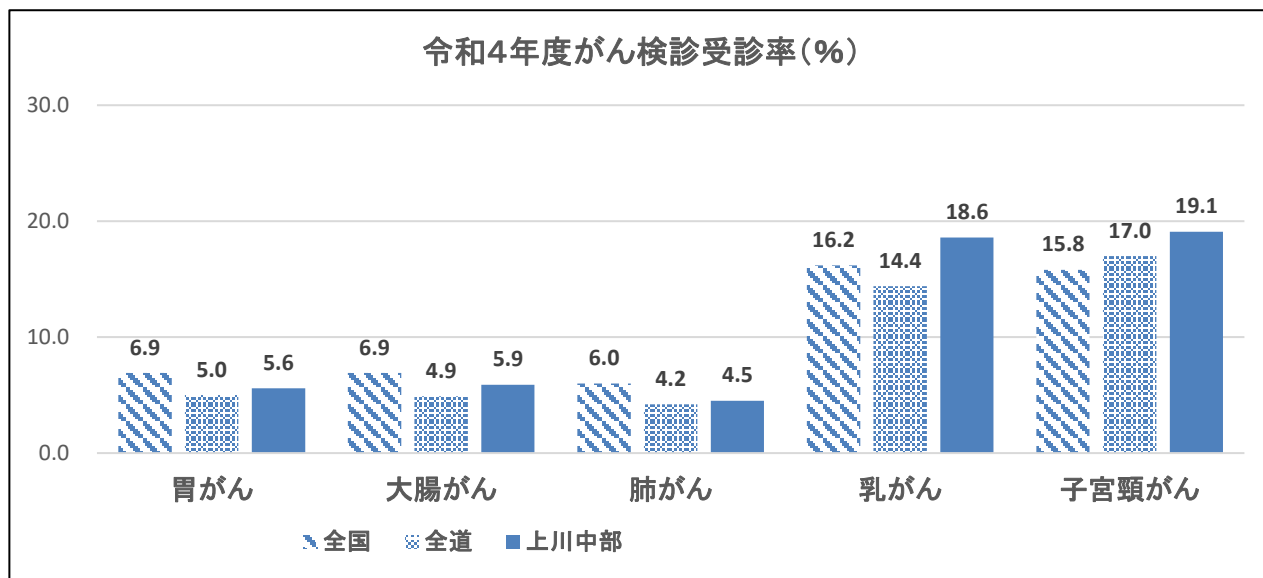
* 1 道北地域保健情報年報（平成20、22、24、27年度実績）（注）

* 2 地域保健情報年報（令和2、3年度実績）より算出

（注）道北地域保健情報年報は、地域保健情報年報をもとに作成

(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り、正しい知識を広めることが重要なことから、がん予防に向けての普及啓発などが行われています。
- がんは、早期に発見し治療につなげることが重要なことから、現在、上川中部圏域の市や町の保健事業として、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。
- 市や町の事業として実施している、がん検診の受診率（令和4年度）は、上川中部圏域では胃がん検診が5.6%（全道5.0%）、大腸がん検診が5.9%（全道4.9%）、肺がん検診が4.5%（全道4.2%）、乳がん検診が18.6%（全道14.4%）、子宮頸がん検診が19.1%（全道17.0%）と、全道平均を上回っています。^{*1}



(3) がん登録

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るほか、がん診療連携拠点病院等においては、より詳細な情報収集のため、院内がん登録が実施されています。

(4) 医療機関への受診状況^{*2}

令和4年の患者受療動向調査によると、がんの患者が居住している上川中部圏内で受診している割合は、入院が98.2%（全道平均89.8%）、外来が99.4%（全道平均95.7%）と全道平均に比較して高い状況です。

(5) 医療の状況

- 国が指定するがん診療連携拠点病院や、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、薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケアが提供されています。一方、地域においてはがん患者が在宅医療での療養を希望しても、訪問診療、訪問看護などのサービスが困難なため、医療機関で入院を継続していることもあります。
- 緩和ケアについては、拠点病院等において、がんと診断された時から、スクリーニングを活用するなど、早期から、患者・家族が望む場所で療養できるよう訪問診療、訪問看護などと連携し切れ目ない緩和ケアの提供体制を構築しています。また、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。
- 上川中部圏域においては、緩和ケア外来をはじめ、疼痛管理に加え、ホスピス機能を有した専門的緩和ケアを行う緩和ケア病棟が2か所設置されています。

*1 令和4年度地域保健・健康増進事業報告

*2 令和4年度病床機能報告

- 上川中部圏域においては、地域がん診療連携拠点病院として、旭川医科大学病院、JA北海道厚生連旭川厚生病院、市立旭川病院の3病院が指定されており、北海道がん診療連携指定病院として、旭川赤十字病院と独立行政法人国立病院機構旭川医療センターの2病院が指定されています。
- 地域がん診療連携拠点病院の3病院は、独自の取組として、旭川市医師会とともに「道北がん診療連携拠点病院連絡協議会」を設置し、合同市民公開講座や、道北圏域、北空知圏域等未指定圏域の中核的な医療機関に対し、医療従事者研修会等を実施しています。
- 拠点病院等の「がん相談支援センター」では、病院間で協力連携し、がん患者や家族のための情報の収集・発信、「がんサロン」など患者・家族の交流の支援はじめ、ハローワークや北海道産業保健総合支援センター等と連携した就労支援を実施しています。
- 小児・AYA世代^{*1}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、上川中部圏域においては、小児がん連携病院として旭川医科大学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、上川中部圏域においては、がんゲノム医療連携病院として旭川医科大学病院とJA北海道厚生連旭川厚生病院が、国からの指定を受けています。

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

- 上川中部圏域の40～74歳における喫煙率は26.8%で、全道平均28.1%より下回っていますが^{*2}、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重要です。本道における成人の喫煙率は、男女とも全国平均より高い状況にあり、喫煙開始年齢の大半が成人に達する前という実態を踏まえ、社会全体で未成年者が喫煙しない環境づくりに努める必要があります。
- また、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必要があります。
- 市や町の事業として実施している、がん検診の受診率は、上川中部圏域では全道平均を上回っている状況ですが、受診率の目標達成に向けて、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より一層推進する必要があります。
- また、精度管理については、精検受診率やがん発見率などの指標を分析し、精度の向上を図る必要があります。

(3) 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。

(4) 医療の状況

- 緩和ケアについては、人生の最終段階だけではなく、スクリーニング等を活用するなど、がんと診断された時から早期に、身体症状の緩和に加え、心理社会的な問題への援助などが必要です。
- 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。
- がん患者や家族が、がんに関する様々な不安や就労、経済的な問題などの悩み、治療などについて相談支援する窓口である「がん相談支援センター」を広く周知することが必要です。

* 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 第9回NDBオープンデータ（令和3年度実績）より算出

- 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体制の構築を進める必要があります。
- 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。
- ◇ 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更なる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。

(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)		現状値	目標 (R11)	現状値の出典 (策定時)
体制整備	がん診療連携拠点病院 (か所)		3	現状維持	厚生労働省がん対策情報 (令和6年度)
	北海道がん診療連携指定病院		2	現状維持	北海道保健福祉部調査指定病院の公表医療機関 (令和6年度)
実施件数等	がん検診受診率 (%)	胃	5.6	60.0	地域保健・健康増進事業報告 (令和4年度)
		肺	4.5	60.0	地域保健・健康増進事業報告 (令和4年度)
		大腸	5.9	60.0	地域保健・健康増進事業報告 (令和4年度)
		子宮頸	19.1	60.0	地域保健・健康増進事業報告 (令和4年度)
		乳	18.6	60.0	地域保健・健康増進事業報告 (令和4年度)
	喫煙率 (%) (40歳~74歳)		26.8	現状より減少	NDB オープンデータより算出 (第9回 (令和3年度実績))
住民の健康状態等	がんによる死亡率 (人口10万対)	男性	500.1	現状より減少	地域情報保健年報より算出 (令和3年度)
		女性	347.1	現状より減少	地域情報保健年報より算出 (令和3年度)

* 「北海道がん対策推進計画」に準拠

* 目標における「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

持続可能ながん医療の提供を目指すとともに、がんの予防及びがんの早期発見など、がん対策を総合的かつ計画的に推進します。

(1) がん予防の推進

- 健康のために望ましい生活習慣やがんに関する正しい知識を身に付けることができるよう普及啓発を行います。
- 地域と医療・職域・関係団体との連携を促進し、関係者が連携し生活習慣に関する対策を推進することにより、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底を図ります。
- たばこをやめたい人が、医療機関、薬局、市町、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^{*1}を防止するために、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。

(2) がんの早期発見

- がん検診の受診率の向上に向け普及啓発の取り組みを進めます。
- 市町は、がん検診の受診率の向上に向け、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。
- がん検診と特定健診との一体的な実施を促進するとともに、効果的ながん検診の実施方法を検討するなどの受診率の向上を図るための取り組みを進めます。
- 道や市町は、がん検診と特定健診との一体的な実施を促進するとともに、検診の受診勧奨の取組を推進するなど、受診率の向上を図ります。
- 道や市町は、がん検診の精検受診率やがん発見率などの指標を分析し、精度の維持・向上を図ります。

* 1 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) 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。

(4) がん医療連携体制の整備

- より身近なところで必要ながん医療を受け、また、在宅で療養生活を継続することができるよう、地域がん診療連携拠点病院や北海道がん診療連携指定病院、その他のがん医療を行う医療機関、在宅療養支援診療所、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。
- 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、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、薬局等の関係者の連携を促進します。
- がん患者や家族の相談窓口である「がん相談支援センター」で取り組んでいる就労支援や「がんサロン」などについて、拠点病院等が未整備の圏域を含めて地域住民へ広く周知します。
- 旭川医科大学はじめ道内の医育大学と連携を図りながら、放射線療法や化学療法、手術療法などのがん医療を専門的に行う医師等の医療従事者の人材育成の取り組みを促進します。
- 旭川医科大学病院は、「北海道高度がん診療中核病院」として、高度先進医療の提供や高度の医療技術の開発及び評価を行うとともに、がん診療連携拠点病院等に対する、放射線療法や薬物療法等の高度のがん医療に関する研修や診療支援を行う医師の派遣に積極的に取り組みます。
- 拠点病院等においては、未整備圏域における中核的な医療機関等と連携を図ります。
また、隣接する圏域から多くのがん患者が当圏域の医療機関に受診していることから、その患者が安心して地域で医療を受けられるよう地域医療構想調整会議等により圏域間での医療連携について協議します。
- 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い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。

6 医療機関等の具体的名称

令和6年4月1日現在

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
第三次	第二次		
道北	上川中部	◆旭川医科大学病院	旭川赤十字病院
		J A 北海道厚生連旭川厚生病院	独立行政法人国立病院機構旭川医療センター
		市立旭川病院	

* 「◆」は北海道高度がん診療中核病院

* 第6章別表により随時更新

小児がん拠点病院	小児がん連携病院
北海道大学病院	旭川医科大学病院

がんゲノム医療中核拠点病院	がんゲノム医療連携病院
北海道大学病院	旭川医科大学病院
	J A 北海道厚生連旭川厚生病院

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等のため、周術期の患者に対し、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、歯科医療機関が専門的口腔管理（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。
- 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。

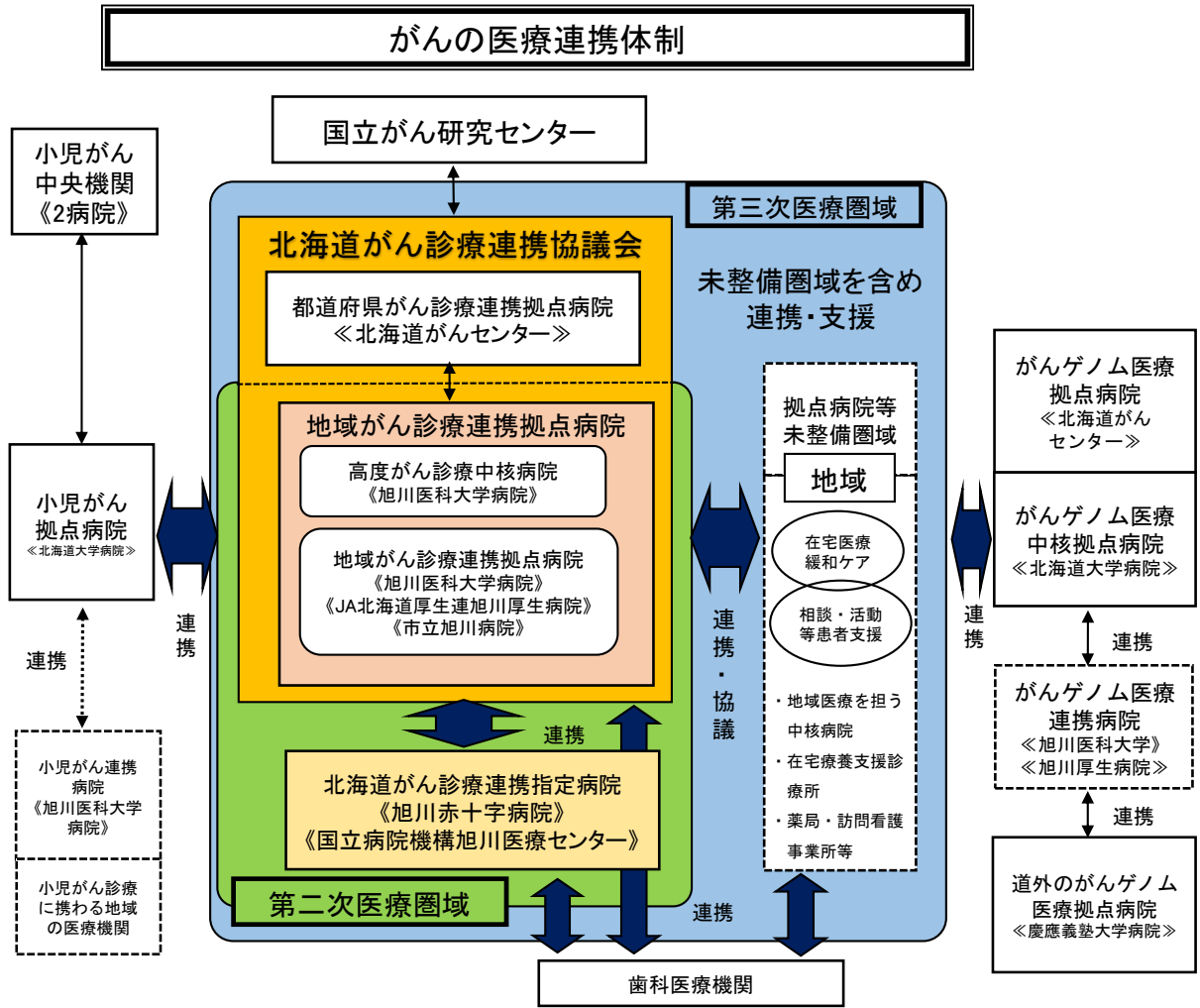
8 薬局の役割

- 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などに努めます。
- 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

- がんと診断されたときから、病院看護師等の医療機関のスタッフと訪問看護師が入院中から連携し、療養を支援する家族の生活指導を含め、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。
- 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、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。



第2節 脳卒中の医療連携体制

1 現状

(1) 死亡の状況*1

- 上川中部圏域では、令和3年に416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6.9%）を占め、死因の第4位となっています。
- その内訳は、脳梗塞59.1%（全道56.3%）、脳出血29.0%（全道30.1%）、くも膜下出血10.3%（全道11.0%）、その他1.4%（全道2.4%）となっています。
- 脳血管疾患の死亡率（人口10万対）は、直近では、全道と比較して男性が高い傾向にあり、男性は122.1（全道93.2）、女性96.4（全道89.9）となっています。

【脳血管疾患 死亡率（人口10万対）】



		平成20年	平成22年	平成24年	平成27年	令和3年
男性	上川中部圏域	112.5	90.1	113.3	104.0	122.1
	北海道	102.3	101.4	96.0	87.0	93.2
女性	上川中部圏域	99.6	93.9	104.2	90.5	96.4
	北海道	97.0	91.7	89.9	90.0	89.9

(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、定期的な健診の受診により高血圧、糖尿病、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、令和4年度の上川中部圏域の特定健康診査の受診率は33.1%で、平成29年度（27.1%）より向上しており、全道（29.7%）と比較すると、高い状況です。*2
- 令和4年度特定健康診査受診者のうち、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者*3の割合は20.3%（全道20.3%）、内臓脂肪症候群予備群*4の割合は、10.2%（全道11.0%）となっています。

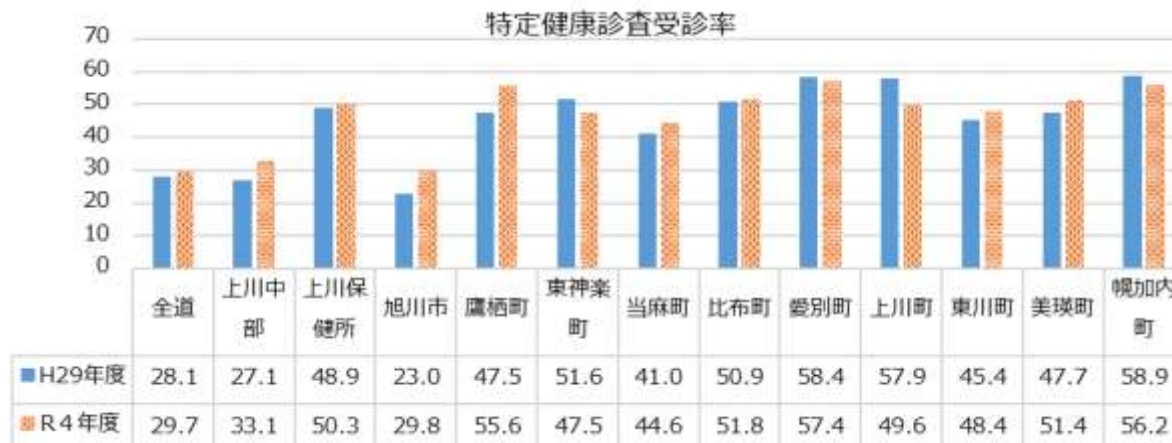
*1 地域保健情報年報(令和3年度のデータをもとに算出)

*2 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)

*3 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

*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、1つに該当する者

【令和4年度特定健康診査受診率】



(3) 入院及び外来自給率について*1

上川中部圏域における脳血管疾患の圏域内自給率は、入院 98.3%、外来 98.4%と高い割合となっており、ほぼ圏域内で医療を完結しています。

(4) 医療機関の状況*2

(急性期医療を担う医療機関について)

- 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）、③ t-P A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、4か所（輪番制を含む）です。

(回復期医療を担う医療機関について)

脳卒中の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、16か所です。

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、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、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。

*1 「北海道国民健康保険・退職者国保、後期高齢者医療制度レセプトデータ（令和4年度診療実績）」

*2 保健福祉部健康安全局調査（令和5年4月）

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。
- 適応のある脳梗塞症例に対しては、t-P A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。^{*2}
- 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。
- 再発予防に必要な知識や再発を疑う症状出現時の対応について、患者・家族等周囲にいる者に対する教育・啓発を行います。
- 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、脳卒中に合併する腫々の症状や病態に対する対応を行います。
- 再発予防に必要な知識や再発を疑う症状出現時の対応について、患者・家族等周囲にいる者に対する教育・啓発を行います。
- 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。

*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。

*2 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 2015 追補 2017）。

(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行う医療機関等)

- 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、脳卒中に合併する腫々の症状や病態に対する対応を行います。
- 再発予防に必要な知識や再発を疑う症状出現時の対応について、患者・家族等周囲にいる者に対する教育・啓発を行います。
- 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、訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局等と連携して見守りや在宅医療を行います。
また、介護支援専門員は要支援や軽度の要介護の時期からの再発防止や健康管理のため、訪問看護ステーションの活用を検討します。

(6) 新興感染症の発生時・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)		現状値	目標 (R11)	現状値の出典 (策定時・見直し時の年次)
体制整備	急性期医療を担う医療機関数 (か所)		4	現状維持	北海道保健福祉部調査 急性期医療の公表医療機関 (令和 5 年 4 月 1 日現在)
	回復期医療を担う医療機関数 (か所)		16	現状維持	北海道保健福祉部調査 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バスを導入している医療機関数		13		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	喫煙率 (%) (40 歳～74 歳)		26.8	現状より減少	NDB オープンデータより算出 (第 9 回 (令和 3 年度実績))
	特定健診受診率 (%)		33.1	現状より増加	特定健康診査・特定保健指導 実施結果集計表 [北海道国民 健康保険連合会] (令和 4 年)
	特定保健指導実施率 (%)		46.9	現状より増加	
住民の健康状態等	高血圧の改善 (40～74 歳) 収縮期血圧の平均値 mHg	男性	130.1	現状より減少	NDB オープンデータより算出 (第 9 回 (令和 3 年度実績))
		女性	125.2	現状より減少	
	脳血管疾患死亡率 (人口 10 万対)	男性	122.0	現状より減少	R 3 年度地域保健情報年報 (北海道保健福祉部健康安全局地域保健課) のデータをもとに算出
		女性	96.3		

* 「北海道健康増進計画」(令和 6 年度) と調和を図る指標の目標値については、維持・向上とする。

* 目標における「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

(1) 予防対策の充実

- 道・市町・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。
- 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みを推進します。
- 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に努めます。
- 隣接する圏域から患者が当圏域の医療機関に受診していることから、その患者が安心して地域で医療を受けられるよう、必要に応じて地域医療構想調整会議等により圏域間での医療連携について協議します。

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（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）

- 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-P Aによる血栓溶解療法

（医療機関名）

上記の公表基準を満たした医療機関（第6章別表参照 * 随時更新）

(2) 回復期医療

次の①②の両方満たす病院・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

（医療機関名）

上記の公表基準を満たした医療機関（第6章別表参照 * 随時更新）

7 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

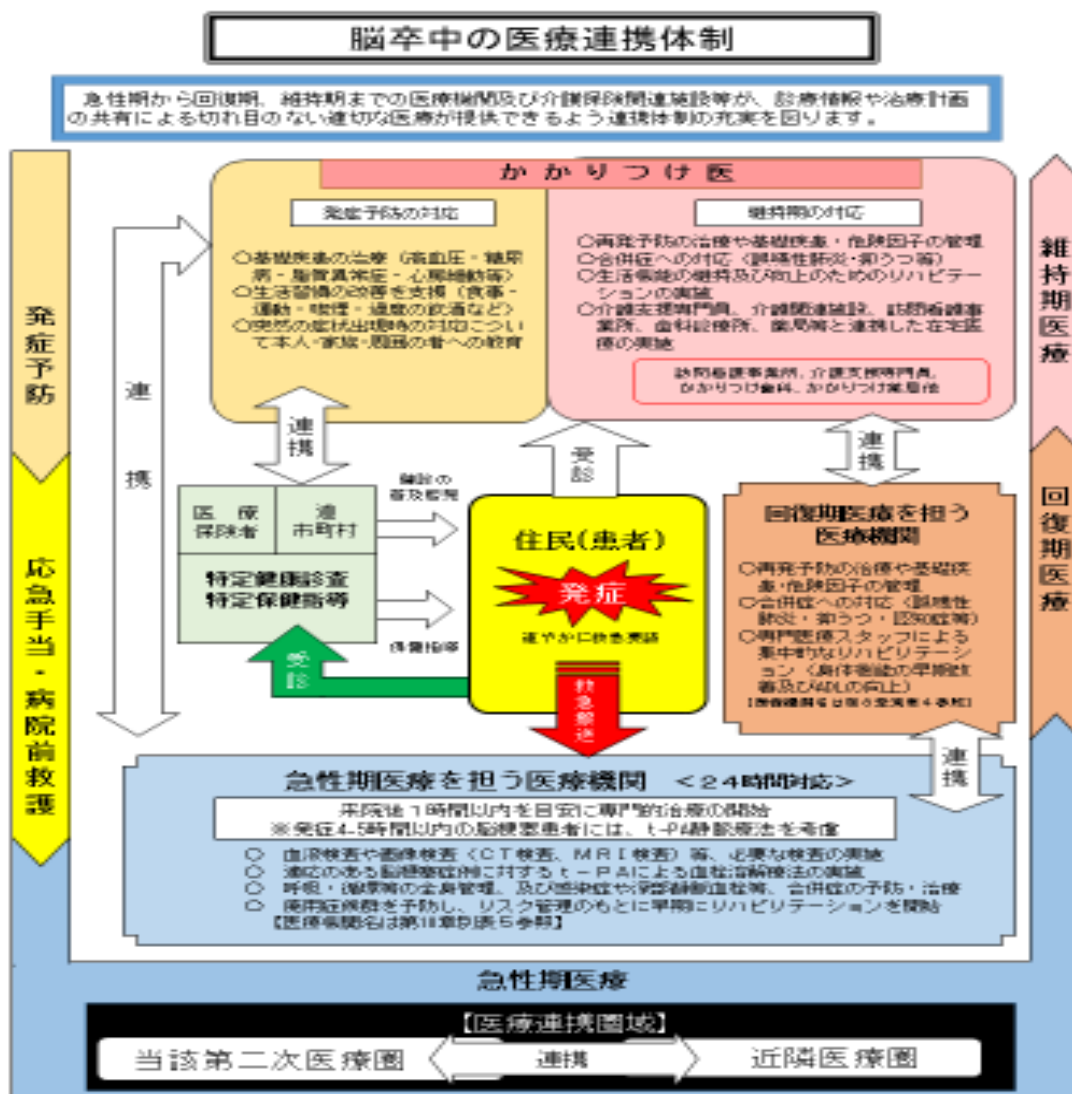
- 脳卒中の後遺症に関連する口腔機能低下や口腔衛生状態の悪化は、摂食嚥下障害、咀嚼障害及び構音障害につながり、更には誤嚥性肺炎の発症リスクとなります。
- 脳卒中発症者における誤嚥性肺炎等を予防するため、病院歯科を含む地域の歯科医療機関が、多職種によるケアカンファレンス等を活用し、急性期等の入院期間から在宅療養に至るまでの適切な歯科治療、歯科専門職による口腔衛生管理及び口腔機能訓練の提供に努めます。

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などに努めます。
- 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、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。
- 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。



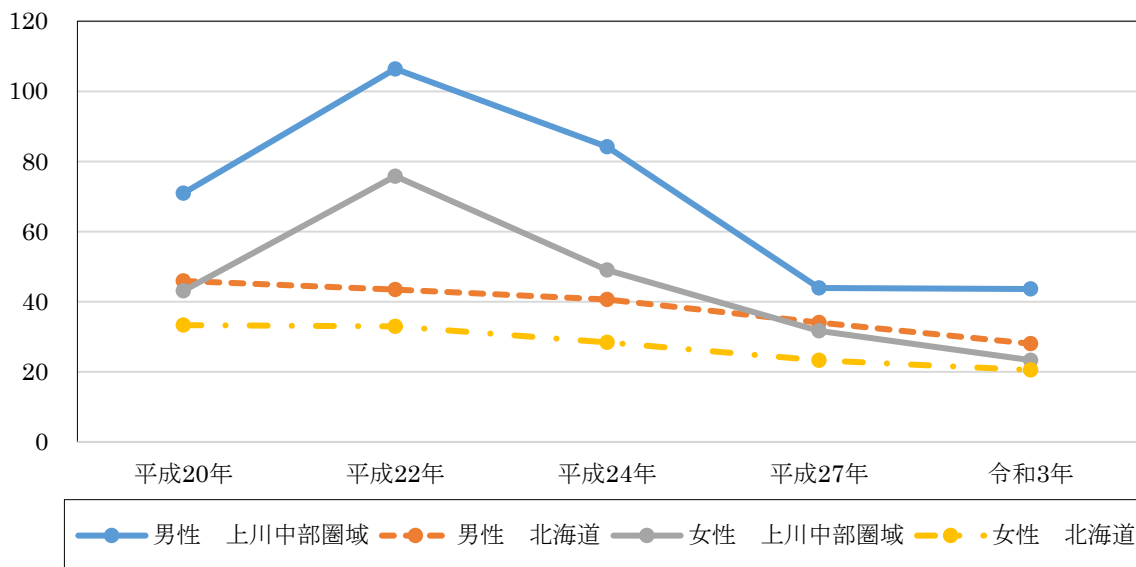
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

1 現状

(1) 死亡の状況*1

- 上川中部圏域では、令和3年に922人が心疾患を原因として死亡しており、死亡数全体の16.6%（全道14.2%）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39.0%（全道46.0%）、その他の虚血性心疾患27.5%（全道14.1%）、急性心筋梗塞13.6%（全道12.7%）です。
- 急性心筋梗塞の死亡率（人口10万対）は、直近では、男女ともに全道より高く、男性は43.6（全道28.0）、女性23.3（全道20.5）となっています。

【急性心筋梗塞 死亡率（人口10万対）】



		平成20年	平成22年	平成24年	平成27年	令和3年
男性	上川中部圏域	70.9	106.4	84.2	43.9	43.6
	北海道	45.9	43.4	40.6	34.0	28.0
女性	上川中部圏域	43.1	75.8	49.0	31.7	23.3
	北海道	33.3	32.9	28.4	23.3	20.5

(2) 健康診断の受診状況

- 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が、令和4年度の上川中部圏域の特定健康診査の受診率は33.1%で、平成29年（27.1%）より向上しており、全道（29.7%）と比較すると、高い状況です。*2
- 令和4年度特定健康診査受診者のうち、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者*3の割合は20.3%（全道20.3%）、内臓脂肪症候群予備群*4の割合は、10.2%（全道11.0%）となっています。

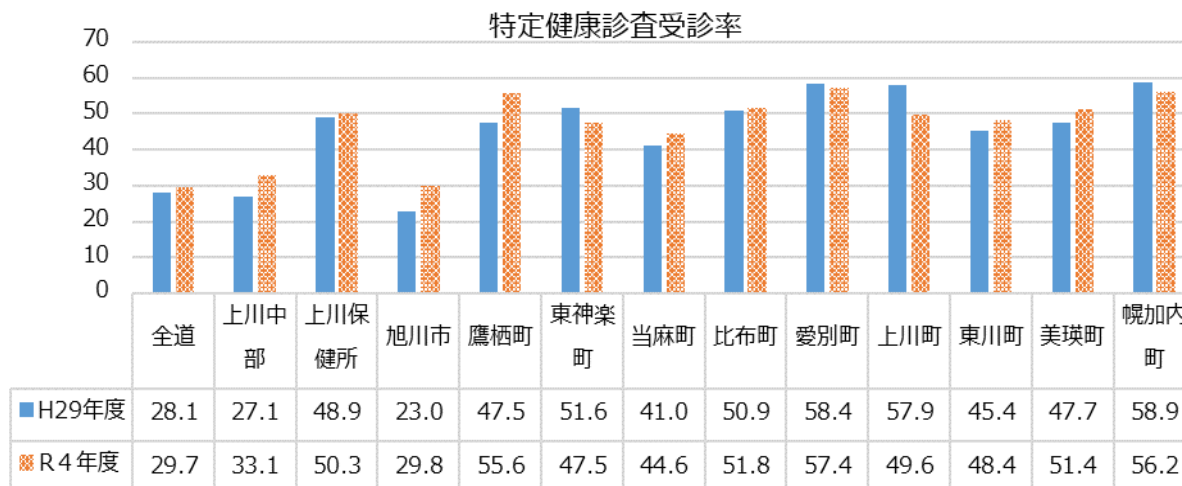
*1 地域保健情報年報（令和4年度のデータをもとに算出）

*2 特定健診特定保健指導実施結果集計表（令和3年度法定報告速報値）

*3 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

*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、1つに該当する者

【令和4年度特定健康診査受診率】



(3) 入院及び外来自給率について*1

上川中部圏域における心疾患の圏域内自給率は、入院 97.3%、外来 98.4%と高い割合となっており、ほぼ圏域内で医療を完結しています。

(4) 医療機関の状況

(急性期医療を担う医療機関について)

- 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、6 か所（輪番制を含む）となっています。*2
- 冠疾患専用集中治療室（CCU）を有する病院は、3 か所です。*3
- 開心術及び大動脈瘤手術が可能な医療機関は2 か所です。*4

(回復期医療を担う医療機関について)

- 「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、7 か所です。*2

2 課題

(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。

(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。

*1 北海道国民健康保険・退職者国保、後期高齢者医療制度レセプトデータ（令和4年度）

*2 保健福祉部健康安全局「医療機関の公表調査結果」（令和5年4月1日現在）

*3 北海道上川保健所調（北海道厚生局届出数）

*4 北海道医療機能情報公表システム（令和5年4月現在）

(在宅療養が可能な体制)

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)**

- 発症後、速やかに救急要請を行います。
- 心肺停止が疑われるものに対して、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・包括的なり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。
- 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。
- 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

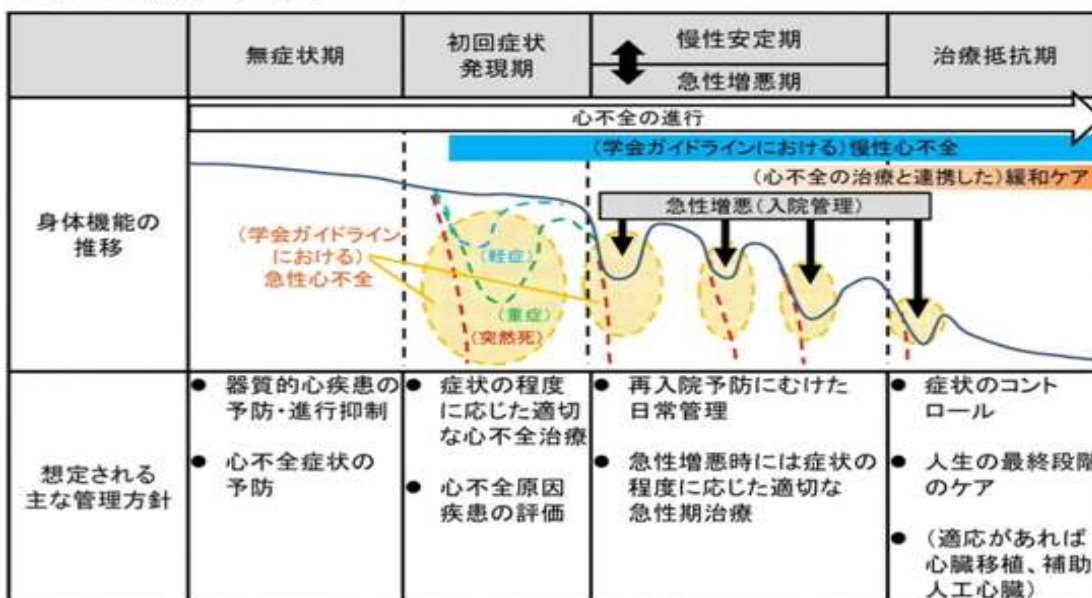
(かかりつけ医)

- 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。
- 再発予防に必要な知識や再発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。
- 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



* 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)

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 (策定時・見直し時の年次)	
体制整備	急性期医療を担う医療機関数(か所)	6	現状維持	北海道保健福祉部調査 急性期医療の公表医療機関 (令和5年4月1日現在)	
	心大血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数(か所)	7	現状より増加	診療報酬施設基準[厚生労働省] (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)	1	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	喫煙率(%) (40歳~74歳)	26.8	現状より減少	NDB オープンデータより算出 (第9回(令和3年度実績))	
	特定健康診査受診率(%)	33.1	現状より増加	特定健康診査・特定保健指導実施結果集計表[北海道国民健康保険連合会](令和4年)	
	特定保健指導実施率(%)	46.9	現状より増加		
住民の健康状態等	高血圧の改善(40~74歳) 収縮期血圧の平均値 mHg	男性	130.1	現状より減少 現状より減少	NDB オープンデータより算出 (第9回(令和3年度実績))
		女性	125.2		
	急性心筋梗塞死亡率 (人口10万対)	男性	43.6	現状より減少	
		女性	23.3		

* 「北海道健康増進計画」(令和6年)と調和を図る指標の目標値については、維持・向上とする。

* 目標における「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

(1) 予防対策の充実

- 道・市町・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。

(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みを促進します。
- 急性期から回復期、発症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に努めます。
- 隣接する圏域から患者が当圏域の医療機関に受診していることから、その患者が安心して地域で医療を受けられるよう、必要に応じて地域医療構想調整会議等により圏域間での医療連携について協議します。

(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・包括的なりハビリテー

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

(心筋梗塞の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、他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6章別表参照 * 随時更新）

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。

8 薬局の役割

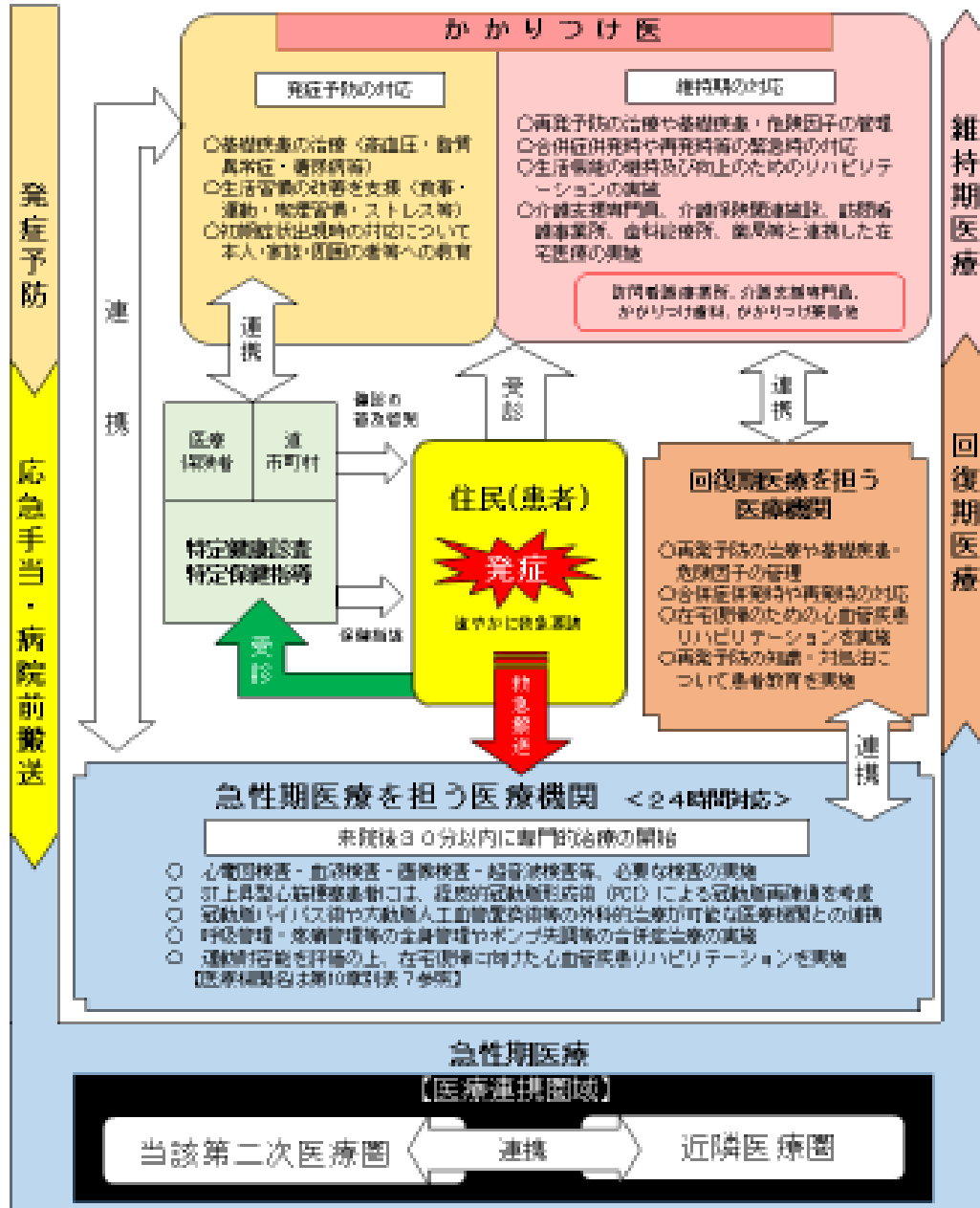
- 急性心筋梗塞の発症や再発予防のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。
- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護事業所等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導等を行うとともに、在宅療養で必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

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、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な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。
- 在宅療養中の心筋梗塞等の心血管疾患患者の再発等の急変時について、平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。

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。



第4節 糖尿病の医療連携体制

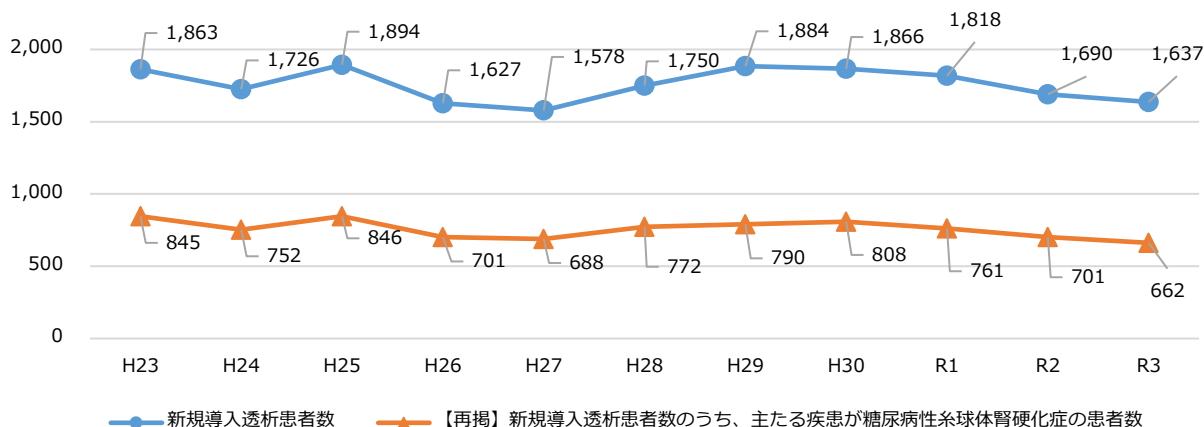
1 現状

(1) 糖尿病性腎症による透析患者数

- 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%を占めており、全国（39.6%）を占めています。^{*1}

【新規導入透析患者数の推移（全道）】

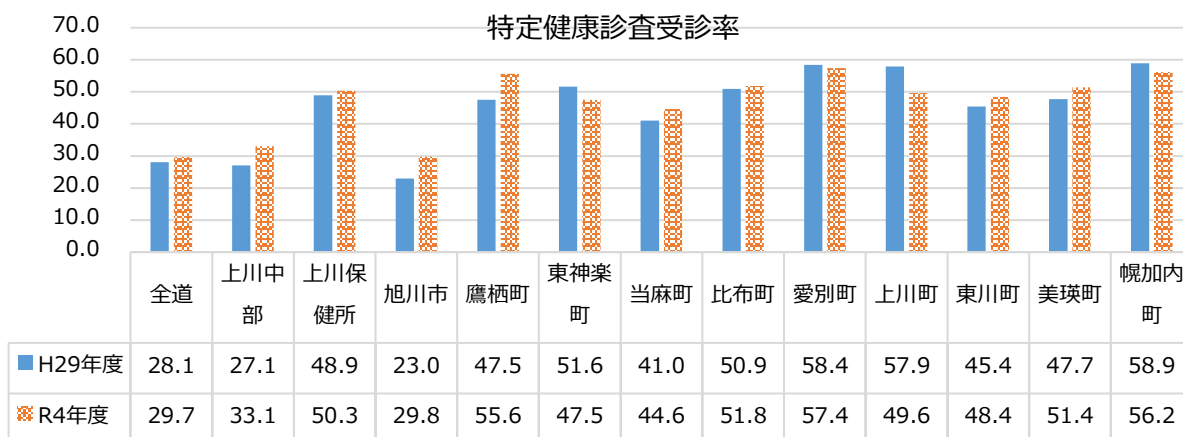
（単位：人）



(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、治療することが重要ですが、令和4年度の上川中部圏域における特定健康診査の受診率は33.1%で、全道の29.7%と比較して少し高い状況ですが、全国（37.5%）と比較すると低い状況です。
- また、令和4年度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、20.3%（全道20.3%）、内臓脂肪症候群予備群の割合は、10.2%（全道11.0%）となっています。^{*2}
- 令和3年度特定健診結果のHbA1c^{*3}値では、「6.5%以上（受診勧奨判定値）」該当者は、4,385人（7.7%）であり、「5.6%以上6.5%未満（保健指導判定値）」該当者は、23,136人（40.8%）でした。健診受診者の約4割の方が、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}

【令和4年度特定健康診査受診率】



*1 社団法人日本透析医学会/統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」（令和3年）

*2 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）

*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値のコントロール指標。

*4 厚生労働省「第9回NDBオープンデータ」（令和3年）

(3) 医療機関への受診状況

令和4年の患者受療動向調査によると、上川中部圏域における糖尿病の入院受給率は、97.53%と高く、上川北部や富良野、北空知等の地域からの患者の流入に対応しています。

(4) 医療機関の状況**(糖尿病医療機能を担う公表医療機関について)**

- 「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」のいずれかに該当する公表医療機関は、66か所です。^{*1}
- 「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、16か所です。^{*1}
- 公表医療機関を対象とした調査で回答のあった医療機関のうち、「教育入院を実施している」と回答した医療機関は13か所（病院10か所、診療所3か所）です。^{*2}

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道・市町・医療保険者が連携して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継続した疾病管理、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。

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、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。

* 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）

(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

(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)

- 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・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。

* 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 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
体制整備	特定健診受診率 (%)		33.1	現状より増加	特定健康診査・特定保健指導実施結果集計表 [北海道国民健康保険連合会] (令和4年)
	特定保健指導実施率 (%)		46.9	現状より増加	
実施件数等	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)
	旭川地区糖尿病地域連携クリティカルパスに登録している医療機関数 (か所)		87	現状より増加	旭川地区糖尿病地域連携協議会登録数 (令和5年)
住民の健康状態等	HbA1c値が6.5%以上の者の割合 (40~74歳)	男性	10.2	現状より減少	NDB オープンデータ [厚生労働省] (令和3年)
		女性	5.1		
	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)

* 「北海道健康増進計画」 (令和6年度~令和18年度) と調和を図る指標の目標値については、令和19年度も維持・向上とする。

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・医療保険者・医療機関が連携して、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。
- 道・市町・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、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。
旭川市と管内9町、医師会等による「旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会」において策定した「旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を活用するなど、糖尿病が重症化するリスクの高い者に対し、医療機関、医療保険者が連携して適切な治療や保健指導を行うことにより重症化予防に努めます。
- 「旭川地区糖尿病地域連携協議会」が中心となり、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「たいせつ安心 i 医療ネット」など ICT を活用した患者情報共有ネットワークの活用を推進します。また、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。

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

〔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6章別表参照 * 随時更新）

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。

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、おくすり手帳を活用し、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、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。
- 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。

