

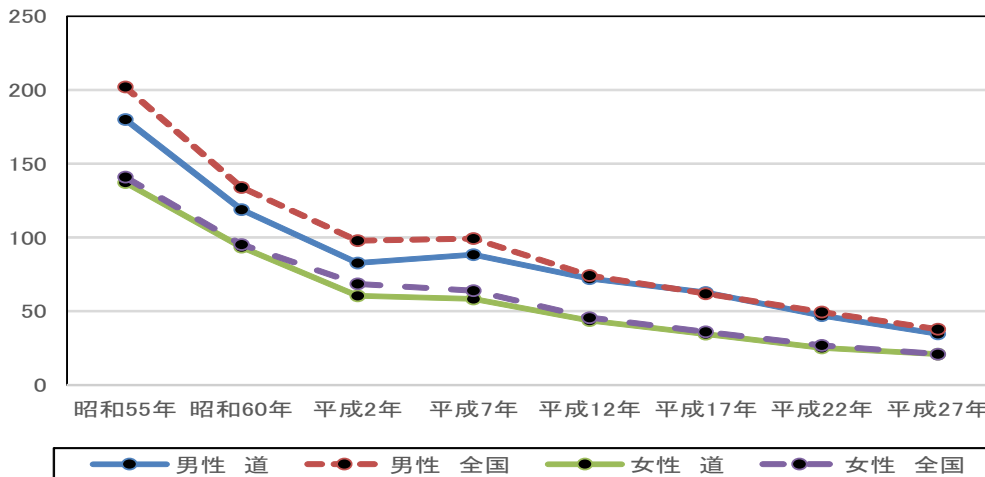
第3節 脳卒中の医療連携体制

1 現状

(1) 死亡の状況

- 北海道では、平成30年に4,786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%（全国7.9%）を占め、死因の第3位となっています。
- その内訳は、脳梗塞57.0%（全国55.8%）、脳出血30.2%（全国30.5%）、くも膜下出血10.9%（全国11.1%）、その他1.9%（全国2.6%）です。^{*1}
- 脳血管疾患の平成27年年齢調整死亡率（人口10万対）は、男女とも減少傾向にあり、男性は34.7（全国37.8）、女性21.0（全国21.0）となっています。^{*2}

【脳血管疾患 年齢調整死亡率（人口10万対）】



	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
男性 道	180.0	118.9	82.7	88.4	72.1	62.7	47.1	34.7
男性 全国	202.0	134.0	97.9	99.3	74.2	61.9	49.5	37.8
女性 道	137.2	93.5	60.4	58.4	43.7	34.6	25.2	21.0
女性 全国	140.9	95.3	68.6	64.0	45.7	36.1	26.9	21.0

* 平成7年の数値の上昇は、死因統計分類の変更による影響

(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、平成29年度の本道の特定健康診査の実施率は42.1%で、平成27年度（39.3%）より向上しているものの、全国（53.1%）と比較すると11.0ポイント低い状況です。
- 平成29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16.0%（全国15.1%）、内臓脂肪症候群予備群^{*4}の割合は、12.0%（全国12.0%）となっています。
BMI値では、男性の肥満（BMI25以上）割合が高くなっています^{*5}。
- また、本道は、脳卒中の危険因子である高血圧有病者の割合が高く^{*5}、喫煙率が男女ともに高い^{*5}状況にあります。

*1 厚生労働省「人口動態統計」（平成30年）

*2 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成27年）

*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。

*5 本書「第2章第3節 住民の健康状況」

(3) 医療機関への受診状況

(患者調査) *1

- 平成29年の脳血管疾患の受療率（人口10万対）は、入院が168（全国115）、外来が58（全国68）であり、全国と比較して入院受療率が1.5倍高い状況にあります。
- また、脳血管疾患患者の平均在院日数は101.1日で、平成26年（123.7日）からやや短くなりましたが、全国（78.2日）との比較では、22.9日長くなっています。
脳梗塞患者の平均在院日数は117.6日で、全国（78.3日）より39.3日長い状況です。

(脳卒中の急性期医療実態調査) *2

脳卒中の発症から専門医療機関到着までの所要時間には「救急要請の有無」が関係しており、「発症から専門医療機関到着」までの所要時間の中央値は、「救急要請が有る場合」で94分、「救急要請が無い場合」は384分となっており、大きな差があります。

(4) 医療機関の状況（北海道医療機能情報システム）*3

(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）、③t-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、54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、197か所です。

(5) 入院自給率について

第二次医療圏内で急性期医療を完結できていない圏域（入院自給率80%未満）は10圏域（南檜山、北渡島檜山、後志、南空知、日高、富良野、留萌、宗谷、遠紋、根室）あり、隣接する圏域及び札幌圏に入院している状況です。

*1 厚生労働省「患者調査」（平成29年）

*2 保健福祉部健康安全局調査（平成26年、平成27年）

*3 北海道医療機能情報システム（令和元年4月）

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。

(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

(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。

*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

(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-PA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。*1
- 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。
- 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、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する対応を行います。
- 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。

(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担う医療機関等)

- 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、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する対応を行います。
- 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、薬局等と連携して在宅医療を行います。

*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）。

4 数値目標等

指標区分	指標名(単位)	現状値		目標値 (R5)	目標値 の考え方 *2	現状値の出典 (策定時・見直し時の年次)	
		計画 策定時	中間 見直し時				
体制整備	急性期医療を担う医療機関数(か所)	61	54	61	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 (平成29年4月1日現在 ・令和元年4月1日現在)	
	回復期リハビリテーションが実施可能な医療機関がある第二次医療圏数(医療圏)	21	21	21	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 (平成29年4月1日現在 ・令和元年4月1日現在)	
実施件数等	喫煙率(%) *1	24.7	22.6	12.0	現状より減少	平成28年・令和元年 国民生活基礎調査 [厚生労働省]	
	地域連携クリティカルパスを導入している第二次医療圏数(医療圏)	15	15	21	現状より増加	北海道保健福祉部調査 (平成29年4月1日現在 ・令和元年4月1日現在)	
住民の健康状態等	高血圧有病者の割合(%) (40~74歳) *1	男性	58.6	58.6	40.0	現状より減少	平成28年健康づくり道民調査
		女性	42.1	42.1	30.5	現状より減少	
	在宅等生活の場に復帰した患者の割合(%)	59.2	55.9	61.3	現状より増加	平成26年・平成29年 患者調査(個票)二次医療圏 [厚生労働省]	
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率(%) (人口10万対) *1	男性	34.7	34.7	32.0	現状より減少	平成27年人口動態統計特殊報告 [厚生労働省]
女性		21.0	21.0	20.1			

*1 「北海道健康増進計画」(平成25年度~令和4年度)と調和を図る指標の目標値については、令和5年度も維持・向上とする。

*2 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。

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を促進します。
- 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図ります。

6 医療連携圏域の設定

- 脳卒中の医療連携圏域は、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第二次医療圏とします。
- なお、現状において急性期医療が完結しない医療圏においては、患者の受療動向等を踏まえた広域的な連携に関する協議の場として、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

(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）、外科的血管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8章別表参照 * 随時更新）

(2) 回復期医療

(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8章別表参照 * 随時更新）

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。

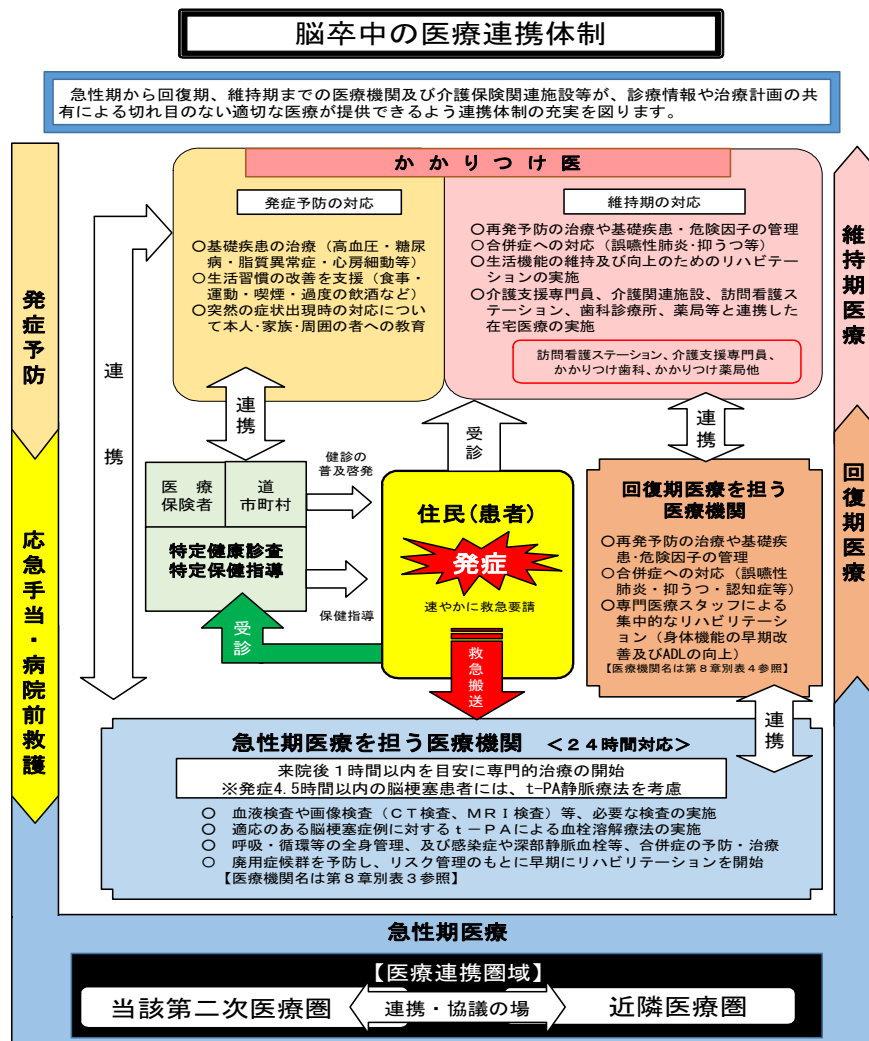
脳卒中発症者における誤嚥性肺炎等を予防するため、病院歯科を含む地域の歯科医療機関が、多職種によるケアカンファレンス等を活用し、急性期等の入院期間から在宅療養に至るまでの適切な歯科治療、専門的口腔ケア及び口腔機能訓練の提供に努めます。

9 薬局の役割

- 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

- 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。
- 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。
- 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。



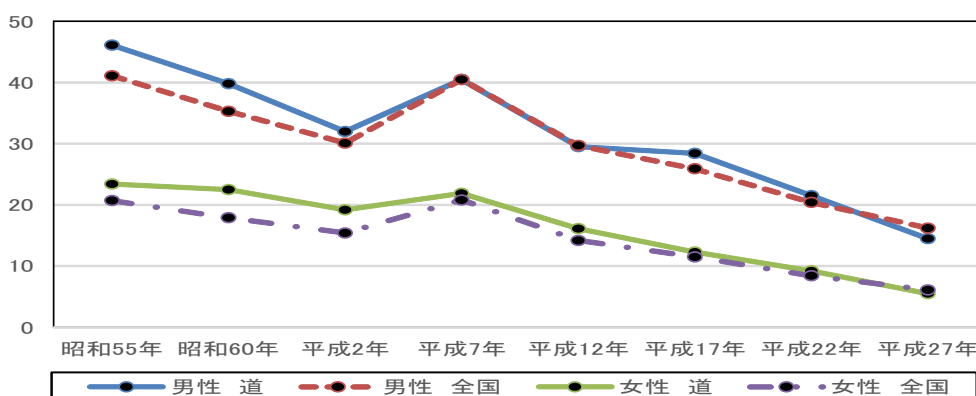
第4節 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

1 現状

(1) 死亡の状況

- 北海道では、平成30年に9,680人が心疾患を原因として死亡しており、死亡数全体の15.1%（全国15.3%）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46.3%（全国40.0%）、不整脈及び伝導障害14.6%（全国14.8%）、急性心筋梗塞13.8%（全国16.1%）です。^{*1}
- 本道の平成27年年齢調整死亡率（人口10万対）は、心疾患では男性64.4（全国65.4）、女性34.5（全国34.2）となっており、急性心筋梗塞では、男性14.5（全国16.2）、女性5.5（全国6.1）となっています。^{*2}
 一方、心不全は男性61.1（全国44.2）、女性88.4（全国69.8）で男女ともに全国より高くなっています。

【急性心筋梗塞 年齢調整死亡率（人口10万対）】



	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
男性 道	46.1	39.8	32.0	40.5	29.5	28.4	21.5	14.5
男性 全国	41.1	35.3	30.1	40.5	29.7	25.9	20.4	16.2
女性 道	23.4	22.5	19.2	21.9	16.1	12.3	9.2	5.5
女性 全国	20.7	17.9	15.4	20.8	14.2	11.5	8.4	6.1

* 平成7年の数値の上昇は、死因統計分類の変更

(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、平成29年度の本道の特定健康診査の実施率は42.1%で、平成27年度（39.3%）より向上しているものの、全国（53.1%）と比較すると11.0ポイント低い状況です。
- 平成29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16.0%（全国15.1%）、内臓脂肪症候群予備群^{*4}の割合は、12.0%（全国12.0%）であり、全国とほぼ同じ傾向となっています。^{*5}
- また、本道は、心血管疾患の危険因子である高血圧有病者の割合が高く^{*5}、喫煙率が男女ともに高い^{*5}状況にあります。

*1 厚生労働省「人口動態統計」（平成30年）

*2 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成27年）

*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。

*5 本書「第2章第3節 住民の健康状況」

(3) 医療機関への受診状況

(患者調査) *1

- 平成29年の心疾患の受療率（人口10万対）は、入院が97（全国50）、外来が134（全国106）であり、全国と比較して入院受療率が1.9倍高い状況にあります。
- また、心疾患患者の平均在院日数は17.7日で、平成26年（23.2日）から短縮で推移しています。全国（19.3日）との比較では、1.6日短くなっています。

(急性心筋梗塞の急性期医療実態調査) *2

急性心筋梗塞の発症から専門医療機関到着までの所要時間には「救急要請の有無」が関係しており、「発症から専門医療機関到着」までの所要時間の中央値は、「救急要請が有る場合」で92分、「救急要請が無い場合」で329分となっており、大きな差があります。

(4) 救命処置の状況

道内で、一般市民により心肺停止が目撃された心原性的心肺停止症例1,039件のうち、「一般市民による除細動」の実施は74件（7.1%）で、平成27年の78件（8.1%）より1.0ポイント減少しており、全国（7.8%）よりもやや低くなっています。*3

(5) 医療機関の状況（北海道医療機能情報公表システム）*4

(急性期医療を担う病院について)

- 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、65か所（輪番制を含む）となっています。
- 冠疾患専用集中治療室（CCU）を有する病院は、全道で28か所です。

(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（平成31年3月31日現在）は、全道76か所（第二次医療圏では13圏域）であり、内訳は札幌圏36か所、南渡島圏、上川中部圏が各々8か所、北網圏6か所、十勝圏4か所、西胆振圏3か所、後志圏、南空知圏、東胆振圏、釧路圏が各々2か所、中空知圏、上川北部圏、遠紋圏が各々1か所となっています。
- 未整備の圏域は8圏域（南檜山、北渡島檜山、北空知、日高、富良野、留萌、宗谷、根室）となっています。*5

(6) 入院自給率について

第二次医療圏内で急性期医療を完結できていない圏域（入院自給率80%未満）は11圏域（南檜山、北渡島檜山、後志、南空知、北空知、日高、富良野、留萌、宗谷、遠紋、根室）で、隣接する圏域及び札幌圏に入院している状況です。

*1 厚生労働省「患者調査」（平成29年）

*2 保健福祉部健康安全局調査（平成26年、平成27年）

*3 総務省消防庁「救急・救助の現況」（平成30年）

*4 北海道医療機能情報公表システム（令和2年8月現在）

*5 厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成31年3月31日）

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。

(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。

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者に対して、A E D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・包括的なリハビリテーションを実施します。
- 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)

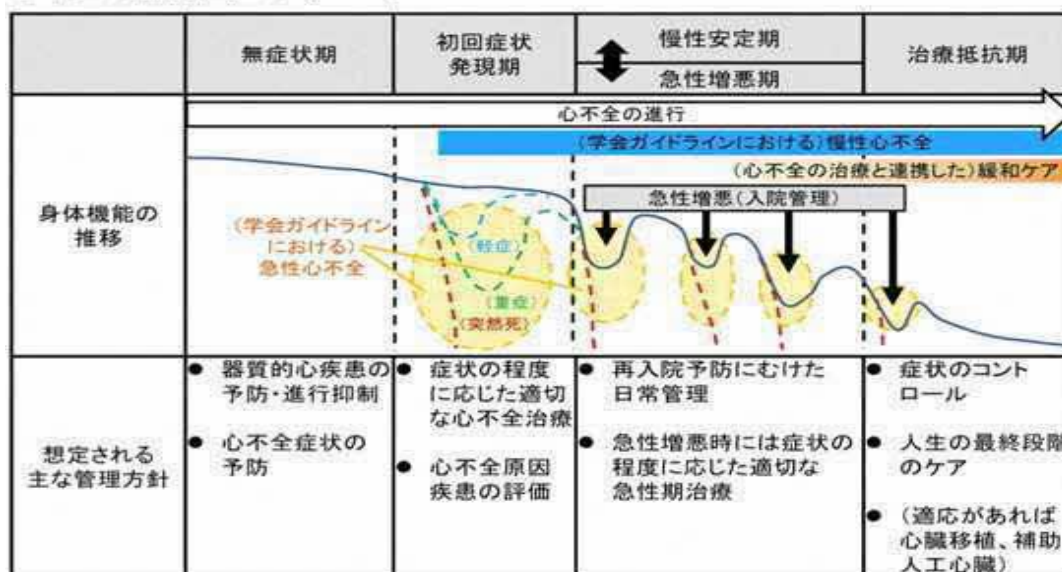
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等への対応などを行います。
- 入院又は通院により、合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施します。
- 再発予防に必要な知識や再発時の対応法について、患者及び家族への教育を実施します。
- 救急処置が可能な医療機関と連携し、合併症併発時や再発時などの緊急時に対応できる医療体制を維持します。
- 急性期及び在宅医療を担う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携を図ります。

(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。

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		目標値 (R5)	目標値 の考え方 *2	現状値の出典 (策定時・見直し時の年次)
		計画 策定時	中間 見直し時			
体制整備	急性期医療を担う医療機関数(か所)	67	58	67	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 (平成29年4月1日現在 ・令和元年4月1日現在)
	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関がある第二次医療圏数(医療圏)	13	13	21	現状より増加	診療報酬施設基準 [厚生労働省] (平成28年3月1日現在 ・令和元年3月1日現在)
実施件数等	喫煙率(%) *1	24.7	22.6	12.0	現状より減少	平成28年・令和元年 国民生活基礎調査 [厚生労働省]
	地域連携クリティカルパスを導入している第二次医療圏数(医療圏)	12	12	21	現状より増加	北海道保健福祉部調査 (平成29年4月1日現在 ・令和元年4月1日現在)
住民の健康状態等	高血圧有病者の割合(%) (40~74歳) *1	男性	58.6	58.6	現状より減少	平成28年健康づくり道民調査
		女性	42.1	42.1		
	急性心筋梗塞年齢調整死亡率(%) (人口10万対) *1	男性	14.5	14.5	現状より減少	平成27年人口動態統計特殊報告 [厚生労働省]
		女性	5.5	5.5		

*1 「北海道健康増進計画」(平成25年度~令和4年度)と調和を図る指標の目標値については、令和5年度も維持・向上とする。

*2 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。

5 数値目標等を達成するための必要な施策

(1) 予防対策の充実

- 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。
- 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、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。

(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第二次医療圏とします。
- なお、現状において急性期医療が完結しない医療圏においては、患者の受療動向等を踏まえた広域的な連携に関する協議の場として、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

(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8章別表参照 * 随時更新）

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、誤嚥性肺炎ごえん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。

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、在宅療養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

- 心疾患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。
- 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。
- 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

