

平成30年度から令和5年度「後志地域推進方針」の推進状況

03 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

1 推進状況及び評価

指標区分	指標名(単位)	地域推進方針における指標				実績数値						平成30年度から令和5年度の評価	
		現状値		目標値 (R5)	目標値の考え方 *1	現状値の出典 (策定時・見直し時の年次)	中間見直し前			中間見直し後			
		計画策定時	中間見直し時				H30	H31(R元)	R2	R3	R4		R5
体制整備	急性期医療を担う医療機関数(か所)	3	3	現状維持	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2 年4月1日現在)	3	3	3	3	3	1	策定時より減少
	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二次医療圏数(医療圏)	○ (後志2カ所)	○ (後志1カ所)	現状維持	現状維持		○	○	○	○ (後志1カ所)	○ (後志1カ所)	○ (後志2カ所)	現状維持
実施件数等	地域連携クリティカルパスを導入している二次医療圏数(医療圏)	○ (後志1カ所)	0	現状より増加	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2 年4月1日現在)	×	×	×	0	0	0	導入医療機関は、急性期・回復期(心血管疾患)ともになし

*1 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。

2 取組の内容等

後志地域推進方針による施策	取組実績	取組の評価・課題	今後予定している取組
(1) 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をめめます。	【市町村】 ・広報、防災無線、ホームページ等による特定健診の周知 ・未受診者への個別通知 ・集団検診と個別健診の実施による受診機会の確保 【医療機関】 ・特定保健指導の充実(管理栄養士の増員) ・「みなし健診」の取組	【市町村】 ・様々な場面での受診勧奨、個別勧奨の実施等により、受診率が向上 ・健診により課題が発見された方のすべてが医療機関につながっていない 【医療機関】 ・特定健診・特定保健指導件数の増加	【市町村】 ・取組の継続 【医療機関】 ・特定健診・特定保健指導件数増加のための周知活動の強化 ・みなし健診の周知活動の強化
(1) 予防対策の充実 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。	【市町村】 ・ハイリスク者への保健指導の実施 ・生活習慣病予防のためのチラシの配布、健康教育の実施 ・未成年者を対象とした喫煙防止教育 【医療機関】 ・健康セミナーへの講師派遣 ・商業施設における無料栄養相談の実施 ・検査結果に基づく生活習慣に関する指導(外来受診時)	【市町村】 ・ハイリスク者への介入による治療、重症化予防 ・対象者の明確化、抽出による効果的な保健指導の実施	【市町村】 ・保健指導未利用者に対する勧奨 ・保健指導の実施率のみならず、改善率の上昇に向け保健指導の充実を図る 【医療機関】 ・取組の継続
(1) 予防対策の充実 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。	【市町村】 ・公共施設の禁煙化 ・「北海道のきれいな空気の施設」登録 ・ポスター掲示による普及啓発 【医療機関】 ・敷地内禁煙の実施 ・院内における喫煙防止研修 【保健所】 ・受動喫煙防止に向けた説明会の開催 ・「北海道のきれいな空気の施設」登録事業等の推進 ・適切な受動喫煙対策を実施するための助言・指導	【市町村】 ・環境整備による受動喫煙防止の実現 ・受動喫煙防止に対する意識の醸成 【保健所】 ・受動喫煙対策の進捗を把握するためにも、「北海道のきれいな空気の施設」登録事業を推進する	【市町村】 ・取組の継続 【医療機関】 ・職員の喫煙率を低下させる取組の実施 【保健所】 ・登録事業の周知

後志地域推進方針による施策	取組実績	取組の評価・課題	今後予定している取組
<p>(2) 医療連携体制の充実 ア 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。</p>	<p>【市町村】 ・町内関係部局、診療所との情報交換、課題の共有 ・消防(救急対応部署)との情報交換の定例化 【医療機関】 ・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟を効果的に稼働させるための急性期病院との情報共有(実態・課題) ・地域の医療機関との連携強化に向けた会議の定期開催</p>	<p>【市町村】 ・住民の医療受診の実態に即した広域的な連携体制の確立が課題 ・課題共有による連携の円滑化 【医療機関】 ・心大血管リハビリテーション強化による急性期病院からのスムーズな患者の受け入れ</p>	<p>【市町村】 ・取組の継続 【医療機関】 ・取組の継続</p>
<p>(2) 医療連携体制の充実 イ 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を活用した地域医療情報連携ネットワーク、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。</p>	<p>【医療機関】 ・ICTを活用した医療機関間の情報共有 ・ID-Linkを活用した地域の医療機関との情報共有</p>	<p>【医療機関】 ・ICTの活用による各医療機関のベット状況の見える化</p>	<p>【医療機関】 ・ICT活用による急性期と回復期の情報共有の強化とスムーズな連携体制の構築 ・後志地域連携ネットワーク会議の開催</p>
<p>(3) 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。</p>	<p>【市町村】 ・健康相談、栄養相談の随時対応 ・健診事後のハイリスク者への保健指導 【医療機関】 ・入院時の心臓リハビリテーション、栄養指導の実施 ・再発予防のための心大血管リハビリテーションの強化</p>	<p>【市町村】 ・ハイリスク者への介入方法の検討、介入の継続 【医療機関】 ・心大血管リハビリテーションによる再発予防</p>	<p>【市町村】 ・要精検対象者管理の強化 ・疾病管理、再発予防など、重症化予防のための保健指導の実施 【医療機関】 ・患者、家族向けの研修開催、リーフレット作成</p>
<p>(3) 疾病管理・再発予防 イ 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。</p>	<p>【市町村】 ・患者やその家族に対する知識の普及 【医療機関】 ・特になし</p>	<p>【市町村】 ・患者や家族に対する関わりのみ 【医療機関】 ・外来患者に対する啓発活動が必要</p>	<p>【市町村】 ・ニーズ調査も含め、取組を検討 【医療機関】 ・患者、家族に対する研修、リーフレット作成 ・外来患者に対する啓発活動の検討</p>