

02 脳卒中の医療連携体制

1 推進状況及び評価

指標名（単位）	地域推進方針における指標				実績数値						令和4年度の達成状況
	現状値	目標値（R5）	目標数値の考え方	現状値の出典（年次）	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
特定健診受診率（国保分）（%）	29.4	60	現状より増加	平成28年度特定健康診査実施報告データ（道国保連合会）	28.4	28.8	29.8	27.4	28.8		目標値に未達成
在宅等生活の場に復帰した患者の割合（%）	59.6	61.3	現状より増加	平成27年度患者調査（個票）二次医療圏〔厚生労働省〕	—	—	74.9	—	—		データ更新なし
脳血管疾患の標準化死亡率（SMR）	91.1	91.1未満	現状より減少	北海道における主要死因の概要9	—	—	90.2	—	—		データ更新なし

2 主な取組の内容等

取組の内容	実績	課題	今後の方向性								
①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。	・医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施 ・北網圏域地域保健・職域保健連携推進連絡会における特定健康診査及び特定保健指導の受診率向上に向けた取組状況及び課題の共有 （ア）開催日時 令和4年2月10日（木）書面開催 参加機関 23機関 （イ）開催日時 令和5年2月9日（木）書面開催 参加機関 23機関	・脳卒中の発症予防のため、定期的な健康診断の受診による早期発見・早期治療や、保健指導による生活習慣の改善が重要である。しかし、市町国保の特定健康診査の受診率は横ばいであり、受診率向上に向けた取組が必要である。	・北網圏域健康づくり事業行動計画及び市町健康増進計画に基づく健康づくり、地域保健と職域保健が連携して一体的な受診動員に努める。								
②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。	・特定健康診査の有所見者や医療機関受診者に対し、脳卒中発症予防のための保健指導を実施 ・脳血管疾患の早期発見、発症予防を図る目的で、各市町で脳ドック健診を実施										
③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。	・北網圏域健康づくり事業行動計画及び各市町健康増進計画に基づき取組を実施 ・各保健所に受動喫煙対策室設置（令和元年8月）	・受動喫煙の少ない環境づくりを進めていく必要がある。	・北網圏域健康づくり事業行動計画及び市町健康増進計画に基づく喫煙対策を推進する。 また、改正健康増進法及び北海道受動喫煙防止条例に基づき、受動喫煙防止対策を一層推進する。								
④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。	・脳卒中の発症リスクのある住民には、保健指導や健康相談、健康教育等により、早期発見と発症時の対応について普及啓発を実施	・地域での普及啓発の取組の継続が必要である。	・発症リスクのある住民への保健指導の充実や精密検査の対象者への受診動員を推進するための取組を関係者と協議していく。 ・症状出現時の迅速な対応について、普及啓発を継続する。								
⑤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。	・医療機関や調剤薬局、訪問看護等の関係機関が連携しながら、服薬管理を支援し再発予防に向けた取組を実施	・要介護状態の重症化予防のため、退院後の未受診者や通院を中断する患者等を把握し、医療機関と地域の関係者が連携して医療の自己中断を防ぐ取組が必要である。	・引き続き、再発予防と重症化予防のため、通院や服薬等、医療を中断する者の支援について、医療機関との更なる連携を進めていく。								
⑥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。	・急性期医療機関の地域連携クリティカルパスの実績 網走厚生病院 令和4年度（1月末時点）18件 ・「オホーツク脳卒中研究会」によるオホーツク脳卒中患者数集計データ：転帰先割合（転帰先は自宅が多い） <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td></td> <td>自宅</td> <td>回復期</td> <td>福祉系施設療養型病院</td> </tr> <tr> <td>令和3年度</td> <td>52%</td> <td>13%</td> <td>9%</td> </tr> </table> ・北まるnet等のICTの活用や入退院時情報連携シートの活用、退院前カンファレンス等による、切れ目のない医療提供のための連携		自宅	回復期	福祉系施設療養型病院	令和3年度	52%	13%	9%	・急性期医療機関からの地域連携クリティカルパスの活用と合わせ、退院前カンファレンス等も含めた連携を進めていく。	・急性期から回復期、維持期の医療と地域の関係機関の更なる連携の充実に努める。
	自宅	回復期	福祉系施設療養型病院								
令和3年度	52%	13%	9%								