

(2) 脳卒中の医療体制

参考資料2-1

【現 状】

(死亡の状況)

- 本県における死亡者の主な死因のうち、脳血管疾患の死亡数は1,909人で、悪性新生物、心血管疾患（高血圧症を除く）に次いで、3番目に多く、人口10万人当たりの死亡率（粗死亡率）では、全国の87.4に対し151.2で全国ワースト2位となっています（厚生労働省「平成28年人口動態統計」）。
- 平成27年の脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性51.8、女性29.3となっており、全国（男性37.8、女性21.0）をいずれも上回っています。
- 脳血管疾患の年齢調整死亡率については、65歳未満の若年者層（男性16.6、女性6.6）から、すでに全国（男性11.1、女性4.8）を大きく上回っています（環境保健研究センター運用「人口動態統計」のデータをもとに算出（平成27年））。
- 平成26年「岩手県地域脳卒中登録³¹事業報告書」では、47協力医療機関からの発症登録者数は4,658人で、そのうち症状なしが7.2%、障害なし19.3%、軽度障害13.0%、中等度障害11.0%、比較的高度19.3%、高度障害16.1%、死亡14.0%となっています。
- 国の報告書「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）」によると、脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等）に対しては、時間的な制約があり発症後早急に適切な治療を開始する必要があるほか、社会生活に復帰するまでに、身体機能の回復を必要としたリハビリテーションが必要であり、比較的回復期に長期の入院が必要となっていると言われています。

また、疾患の再発等が生じやすく、回復期から維持期において再発予防の取組や、再発や増悪を繰り返す患者に対する適切な介入方法の検討が重要であると言われています。

(脳卒中の予防)

- 本県においては、「健康いわて21プラン（第2次）」において、脳卒中予防を大きな柱の一つとしており、平成26年7月28日には「岩手県脳卒中予防県民会議」を設立し、平成28年度末で438の団体及び企業等の参画を得て官民一体となった取組を進めています。
- 脳卒中の最大の危険因子である高血圧と密接な関連がある減塩については、保健所を拠点として、地域における減塩リーダーの養成、企業や学校等と連携したヘルシーメニューの推進、街頭キャンペーン、外食料理栄養成分表示等を進めています。
- 脳卒中の危険因子である喫煙については、保健所を拠点として、世界禁煙デーを捉えた講演会やキャンペーンを行う他、禁煙・分煙の飲食店、喫茶店及び宿泊施設の登録、企業訪問による禁煙・分煙

³¹ 脳卒中登録：脳卒中の現状を把握し、その対策を効果的、効率的に推進するために、発症と経過に関する情報を継続的に収集し、登録データを集計・分析したものです。

3 良質な医療提供体制の整備 (2) 脳卒中の医療体制

化勧奨等を進めています。

- 各医療保険者が実施している特定健康診査及び特定保健指導³²は、脳卒中の危険因子を早期に発見し改善を促すための有効な手段です。本県における特定健康診査の受診率は51.2%、特定保健指導の実施率は15.6%となっています。

(厚生労働省公表：平成27年度都道府県別特定健康診査受診率、特定保健指導実施率)

- 本県の健康診断・健康調査の受診率は69.3%であり、全国の66.2%より3.1ポイント高くなっています。

また、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率は243.1人であり、全国の262.2人に比べ低くなっています。

(応急手当、病院前救護)

- 本県における救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間は43.5分であり、全国平均の39.4分より、約4分長くなっています。

(脳卒中の医療(急性期：脳卒中発症～2、3週間))

- 脳卒中の入院患者(病院)の受療動向によると、概ね盛岡(99.0%)、釜石(94.1%)、胆江(93.2%)や久慈(91.1%)で入院医療の完結性が確保されている一方で、二戸(40.6%)や気仙(43.2%)などの保健医療圏においては、他圏域への患者の受療が多くなっています。

- 本県の平成28年の神経内科医師数は73名で、人口10万対は5.8人、脳神経外科医師数は82名で、人口10万対は6.5人となっており、二次保健医療圏ごとの配置をみると、いずれも盛岡や岩手中部保健医療圏などの県内陸部で高い傾向がみられます。

- 救命救急センターを有する医療機関は、盛岡、気仙及び久慈保健医療圏にあり、うち盛岡保健医療圏の岩手医科大学附属病院が高度救命救急センターに指定されています。

なお、脳卒中の専用病室(脳卒中ケアユニット(SCU)³³)を有する医療機関は、県内において皆無の状況が続いています。

- 脳梗塞に対する遺伝子組み換え組織プラスミノゲン・アクチベータ³⁴の静脈療法(以下「t-PA療法」という)による脳血栓溶解療法の実施可能な病院数は、9保健医療圏の11施設となっています。

(平成29年医療機能調査)

- 地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施は、盛岡や岩手中部保健医療圏などの内陸部で高い実績がみられています。

³² 特定健康診査、特定保健指導：医療保険に加入する40歳から74歳の被保険者及び被扶養者に対し、メタボリックシンドロームを早期に発見するための特定健康診査を行い、健診結果におけるリスクの保有状況に応じた生活習慣改善等のため特定保健指導を実施するものです。

³³ 脳卒中ケアユニット(SCU)：stroke-care-unitの略。脳卒中専用の治療病室をいいます。

³⁴ 組織プラスミノゲン・アクチベータ(t-PA)：適応のある脳梗塞症例の救急医療に有効とされる薬剤(血栓溶解剤)のことです。

○ 県内の脳血管等疾患リハビリテーション（Ⅰ）の届出医療機関は21施設、また、同（Ⅱ）が24施設、同（Ⅲ）が43施設となっており、二次保健医療圏ごとにみると、盛岡や岩手中部保健医療圏などの内陸部に多く、久慈や気仙保健医療圏などの県北・沿岸部で少ない傾向がみられます。（診療報酬施設基準（平成28年3月31日現在））」

○ また、急性期のみりハビリテーションを実施している病院数は、盛岡保健医療圏の3施設をはじめ、県全体で8施設となっています。（平成29年医療機能調査）

（脳卒中の医療（回復期：脳卒中発症2、3週間～6か月））

○ 本県の平成26年における退院患者の平均在院日数は85.9日となっており、二次保健医療圏ごとにみると、盛岡保健医療圏（129.1日）で長く、岩手中部保健医療圏（39.5日）や両磐保健医療圏（45.7日）において在院日数が短い傾向がみられます。

○ 回復期の地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の平成27年度実施は、盛岡（403件）や岩手中部保健医療圏（80件）などの内陸部を中心に取組が進んでいます。

○ また、急性期から回復期までリハビリテーションを実施している病院数は、県全体で28施設となっており、二次保健医療圏ごとに見ると盛岡保健医療圏の13施設など内陸部に集中しています。（平成29年医療機能調査）

○ 脳血管疾患の治療後、在宅等生活の場へ復帰する患者は約5割程度（49.3%）となっています。

（脳卒中の医療（維持期：発症後6か月以降））

○ 介護保険制度におけるリハビリテーション実施事業所は、盛岡保健医療圏に半数近くが集中し、次いでその他内陸部に多く所在しています。沿岸部及び県北部においては少ない状況となっています。

○ 退院患者の脳血管疾患患者の自宅、介護老人保健施設及び老人ホームにおける在宅等死亡割合は27.3%となっており、全国（21.8%）を上回っています。

（脳卒中の医療（歯科医療機関との連携））

○ 脳卒中患者の歯科治療に際して、急性期、回復期又は維持期の医療機能を担う医療機関と治療時の連携を行っている歯科医療機関は17施設となっています。（平成29年医療機能調査）

3 良質な医療提供体制の整備 (2) 脳卒中の医療体制

【求められる医療機能等】

- 脳卒中对策を行うためには、予防、救護、急性期医療から在宅療養までが連携して、切れ目のない医療体制を構築する必要があり、次のような医療機能等が求められます。

| 区 分 | 求められる医療機能等 | 医療機関等の例 |
|------|--|---|
| 予防 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧、喫煙、糖尿病、脂質異常症、心房細動等の基礎疾患や危険因子の管理を実施すること ・ 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等に教育、啓発を実施すること ・ 初期症状出現時に急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について助言すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院又は診療所〔啓発活動〕 ・ 薬局等 ・ 行政機関（市町村、県） |
| 救護 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること ・ 地域メディカルコントロール協議会³⁵により定められたプロトコル（活動基準）等により、適切な観察・判断・医療機関選定を行い、速やかな処置及び搬送をすること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人及び家族等周囲にいる者 ・ 救急救命士³⁶を含む救急隊員 |
| 急性期 | <p>〈基本的医療機能〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ CT、又はMR I 検査が常時可能であること ・ 専門的診断・治療（手術含む）に常時対応可能であること ・ 廃用症候群や合併症の予防のためのリスク管理下における関節可動域訓練、早期座位、立位訓練等の急性期リハビリテーション³⁷を実施していること ・ 脳卒中を発症し入院した患者を年間 20 例以上受入れていること <p>〈基本的医療機能以外の機能〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 選択的脳血栓・塞栓溶解療法（ウロキナーゼ注入等）を実施していること ・ 組織プラスミノゲン・アクチペータ（t-PA）を用いた経静脈的血栓溶解療法を実施していること ・ 脳内血腫摘出手術を実施していること ・ 経皮的脳血管形成手術を実施していること ・ 脳動脈瘤被包手術、脳動脈瘤クリッピング手術を実施していること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 救命救急センターを有する病院 ・ 脳卒中の専用病室を有する病院 ・ 急性期の血管内治療が実施可能な病院 ・ 脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所 |
| 回復期 | <p>〈基本的医療機能〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 回復期リハビリテーション病棟又は脳血管等疾患リハ(I)もしくは同(II)の施設基準³⁸を取得し、機能障がい改善及びADL向上のリハビリテーションを集中的に実施していること ・ 介護サービス関係者を含めたカンファレンス³⁹の実施、参加または医療ソーシャルワーカー⁴⁰の配置等による連携体制を確保していること <p>〈基本的医療機能以外の機能〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域のリハビリテーション実施施設等の従事者に対する研修を実施していること | <ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリテーションを専門とする病院又は診療所 ・ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院 ・ 歯科医療機関 |
| 維持期 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 維持期患者を受入れていること ・ リハビリ専門職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれか）を配置していること ・ 介護サービス関係者を含めたカンファレンスを実施していること ・ 療養病床を有していること ・ 訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションのいずれかを実施していること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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病院又は診療所 |
| 歯科医療 | <p>〈基本的医療機能〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 摂食嚥下リハビリテーションを実施していること ・ 専門的口腔ケアを実施していること ・ 脳卒中の領域において医科・歯科連携を実施していること（急性期、回復期又は維持期の医療機能を担う医療機関との連携体制を有していること） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科医療機関 |

³⁵ 地域メディカルコントロール協議会：県、消防機関、医師会、救急医療に精通した医師等で構成され、病院前救護にかかる消防機関と医療機関の連絡調整、業務マニュアル等の作成並びに救急救命士の資質向上のための研修機会の確保に関する支援等を行っています。

³⁶ 救急救命士：救急車等により傷病者を医療機関へ搬送する途上において、医師の指示のもとに、救急救命処置を行うことを認められた国家資格を有する者です。

³⁷ 急性期リハビリテーション：廃用症候群（体を動かさないことによって起こる筋力の低下、心肺機能の低下等）や合併症の予防、機能障害の改善、日常生活動作（ADL）向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとに、発症後早期からベッドサイドなどで行なわれるリハビリテーションです。

³⁸ 脳血管等疾患リハ(I)(II)の施設基準：脳卒中患者等に対しリハビリテーションを実施した場合、診療報酬上算定することができますが、請求するために満たさなければならない医師、理学療法士等の体制及び機能訓練室の面積等の基準です。

³⁹ カンファレンス：会議、協議などのことをいいます。

⁴⁰ 医療ソーシャルワーカー：保健・医療機関において、疾病などによって生じる経済的問題の解決や受療の側面的支援、心理的援助、退院や家族関係の調整等の様々な援助を行います。医療社会事業士などの職名を用いている場合があります。

| 区 分 | 求められる医療機能等 | 医療機関等の例 |
|------|--|---------|
| 歯科医療 | 〈基本的医療機能以外の機能〉 ・ 歯科訪問診療を実施していること ・ 訪問歯科衛生指導を実施していること | |

【課 題】

- 若年者層からの発症予防を強化することが必要です。
- 脳卒中に大きく関連する疾病の既往及び治療状況、転帰等の詳細を明らかにするためには、岩手県地域脳卒中登録事業における発症登録者数を増加させることが必要です。

(脳卒中の予防)

- 「岩手県脳卒中予防県民会議」では、より多くの団体及び企業等の参画を得ることで、脳卒中予防の機運や取組を県全域に広げていくとともに、会員の自主的な取組を促進する必要があります。
- 最大の危険因子である高血圧の予防については、家庭での血圧測定の推奨とともに、地域の特性に応じた減塩や野菜・果物摂取量の増加、日常における歩行数の増加や運動習慣の定着、禁煙・受動喫煙防止環境の整備、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒の抑制などの一層の推進が重要です。
- 脳卒中予防のためには、高血圧、喫煙、肥満、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）等の危険因子の早期発見が重要であり、このためには特定健康診査の受診率向上が重要です。
- さらに、ハイリスク者への適切な保健指導の実施と必要に応じた受診勧奨及び治療継続の支援が必要です。

(応急手当、病院前救護)

- 脳卒中は、初期症状発現時に早期受診、診断につなげることが、救命率、予後の向上に極めて重要とされており、患者やその家族等が脳卒中の発症を認識し発症直後の速やかな救急要請、救急医療を担う医療機関への早期受診や早期搬送、関係機関が迅速に連携した、その後の救命措置を促すための取組が必要とされています。
- 脳卒中が疑われる患者の救急搬送に関しては、脳卒中の専門的な医療機関への速やかな搬送を実現することが求められます。

(脳卒中の医療（急性期）)

- 発症から可能な限り、速やかに診断、治療を行うことが重要であり、神経内科や脳神経外科などの急性期の治療を担う専門的な医師の育成・確保など、これに対応できる医療機関の体制整備が求められています。

また、患者の搬送後、脳梗塞に対する発症早期のt-P A療法による治療（発症後4.5時間以内の開始）の実施、更には血管内治療による血栓除去術（発症後8時間以内の開始）を実施できる体制整備が求められています。

3 良質な医療提供体制の整備 (2) 脳卒中の医療体制

○ 脳卒中の急性期診療に当たっては、単一の医療機関で24時間専門的な診療提供体制が確保されることが理想的であるが、本県は医療従事者の不足や地域偏在等の課題があることから、速やかな搬送機能の確保とともに、限られた医療資源の下で医療機関間の役割と分担によるネットワーク体制を構築することにより、脳卒中に対する診療機能の24時間体制確保を図っていくことが重要です。

○ 脳卒中患者の救命、予後の改善・向上を図るため、急性期の専門的な治療と、この治療と並行して行うリハビリテーションの実施、それを担う体制整備や機能の充実が求められており、更に急性期治療と並行して集中的なリハビリテーションを実施する脳卒中ケアユニット（SCU）の体制整備も求められています。

全ての二次保健医療圏において、急性期の救急医療を担う医療機関が整備されていますが、こうした医療機関においては十分な急性期リハビリテーションの実施に必要なリハビリテーション専門職の配置が不足しており、専門的な医療従事者の育成・確保が必要とされています。

○ 脳卒中の急性期診療においては、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、医療ソーシャルワーカー等の多職種の連携も期待されています。

○ 急性期から回復期など医療機関の役割と機能分担に応じた診療情報や治療計画の共有などの連携体制を確保する必要があります。

(脳卒中の医療（回復期）)

○ 日常生活動作（ADL）の向上等による社会復帰を促進するためには、急性期リハビリテーションに継続して回復期における集中的なリハビリテーションが重要ですが、回復期リハビリテーション病床は地域間の偏在があり、その資源も十分ではないことから、回復期リハビリテーション提供体制の整備とともに、医療連携体制の構築を進めることが求められています。

○ 合併症の治療が優先される患者、合併症を併発した患者に対して、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の連携や、脳卒中の再発が疑われる患者に対して、急性期医療機関との連携体制の構築が期待されています。

脳卒中の回復期においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、医療ソーシャルワーカー、歯科衛生士等の多職種の連携が期待されています。

○ 患者に対し在宅等生活の場への復帰を支援することが必要であり、再発予防に関し生活一般・食事・服薬指導等の必要な知識の普及啓発、再発の危険因子である高血圧や糖尿病等の管理、適切なリハビリテーションの実施等が大切とされています。

(脳卒中の医療（維持期）)

○ 患者等が地域において安心して療養生活を継続できるよう、医療から介護まで連続したサービス提供が必要であり、病院をはじめ、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等による連携体制の構築が求められています。

- 脳卒中の維持期においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、医療ソーシャルワーカー、歯科衛生士等の多職種の連携が期待されています。

合併症の治療が優先される患者、合併症を併発した患者に対して、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の連携や、脳卒中の再発が疑われる患者に対して、急性期医療機関との連携体制の構築が期待されています。

専門職員による計画的かつきめ細やかな個別機能訓練の実施に向け、多職種による地域ケア会議⁴¹の効果的な開催と専門職員等の質の向上が求められています。

- 患者に対し、在宅等生活の場への復帰を支援することが必要であり、再発予防に関し、生活一般・食事・服薬指導等の必要な知識の普及啓発、再発の危険因子である高血圧や糖尿病等の管理、適切なリハビリテーションの実施等が大切とされています。

(誤嚥性肺炎の予防等に向けた歯科との連携（急性期～維持期）)

- 脳卒中発症後、捕食・咀嚼（そしゃく）・食塊形成・嚥下などの口腔機能を回復させるとともに、口腔の細菌除去や誤嚥性肺炎の予防に向けて、急性期、回復期及び維持期を通じ、多職種での連携により専門的な口腔ケアへの取組を実施する必要があります。

【数値目標】

| 目標項目 | 現状値 (H29) | 目標値 (H35 (2023)) | 重点施策関連 |
|----------------------------------|------------------|------------------|--------|
| 特定健康診査の受診率 (%) | ㉗51.2 | 70.0 | |
| 特定保健指導の実施率 (%) | ㉗15.6 | 45.0 | |
| 脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法の実施可能な病院数 | ㉘11 施設 (9 圏域) | ㉘13 施設 (9 圏域) | ○ |
| 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合 | ㉘49.3% | ㉘60.0% | ○ |

⁴¹ 地域ケア会議：要介護高齢者に対し、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、行政、地域包括支援センター、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等が参画し、①高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築、②高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、③個別ケースの課題分析等による地域課題の把握などを行い、要介護度の改善等の自立を目指した個別のケア方針を検討することをいいます。

【施 策】

〈施策の方向性〉

- 脳卒中による死亡者の減少を図るため、脳卒中の予防から救護、急性期、回復期、再発予防まで継続した保健医療サービスが提供されるような体制の構築を進めていきます。
- 生活習慣病の予防による発症リスクの低減に向けた取組や発症後の速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制の構築を推進します。
- 速やかな専門的診療、合併症や再発の予防、在宅復帰のためのリハビリテーションや基礎疾患・危険因子の管理などの在宅療養が可能な体制など、それらを担う医療機関の機能の確保や各ステージに応じた医療機関の相互の連携による、多方面からの継続した医療提供体制の構築を進めていきます。
- 脳卒中登録事業の精度を高めるために、各医療機関からの協力による登録率の向上を図ります。

〈主な取組〉

(脳卒中の予防)

- 「岩手県脳卒中予防県民会議」の会員数を拡大し、官民一体となった取組を推進するとともに、会員の自主的な取組を促進します
- 「健康いわて21プラン（第2次）」に基づき、脳卒中予防のための生活習慣に係る知識の普及や情報を提供していくとともに、生活習慣改善の行動変容を支援する情報提供や環境整備を進めていきます。
- 地域における血圧の適正化のため、市町村、医師会及び関係機関と連携した家庭での血圧測定の推奨を図るとともに、減塩等については食に関わる企業、飲食店及びボランティア等との連携による一層の環境整備を進めます。
- さらに、市町村や関係機関と連携した減塩や運動、禁煙などに関する広報活動や健康教室・健康相談などの一層の充実を進めます。
- 各医療保険者が、平成30年度からスタートする第3期特定健康診査等実施計画に基づき、特定健康診査受診率の向上を図ることにより、ハイリスク者の早期発見を進めます。
- また、各医療保険者が、特定保健指導実施率の向上を図り、効果的な指導を実施することにより、ハイリスク者の生活習慣改善に伴う危険因子の低減を進めます。
- 各医療保険者における血圧高値者への受診勧奨、治療中断者等への働きかけを強化します。

(応急手当、病院前救護)

- 専門的な診療や早期受診、診断を促すため、医療機関と消防機関との連携により救急救命士による適切な判断、処置を行い、早期に搬送するメディカルコントロール体制の確保・充実を促進します。

- 救命率の向上と患者搬送機能の強化として、ドクターヘリの運航を実施するとともに、救急車両等の医療設備整備への支援を図ります。

(脳卒中の医療（急性期）)

- 奨学金による医師の養成等を推進するとともに、現在、国において検討されている医師偏在対策の動向を踏まえつつ、医師の診療科偏在、地域偏在の解消に向けた施策について検討していきます。
- 急性期における24時間体制確保に向け、専門的な治療を担う医療機関の機能充実と医療連携体制の整備を促進します。
- 急性期における専門的な治療においては、脳梗塞に有効とされる発症早期のt-PA療法（発症後4.5時間以内の開始）に加え、血管内治療（発症後8時間以内の開始）や外科的治療等を含めた急性期診療を包括的に行う医療機関のほか、t-PA療法等を実施可能な医療機関の体制整備を促進します。

本県の限られた医療資源の下、緊急的な治療を必要とする患者に対応するため、中核的機能を担っている医療機関相互の連携体制や、圏域を越えた広域連携体制について検討します。

特に、県内のt-PA療法の均てん化を図るため、これを担う医療機関間の遠隔診療を用いた診断の補助やDrip and Ship法⁴²、Drip and Stay法⁴³等を活用した医療機関の役割と機能分担に応じた取組も促進します。

- 脳卒中の急性期リハビリテーションは患者の予後の改善に必要とされていることから、十分なリスク管理のもとでの急性期リハビリテーションの普及を促進します。

このため、急性期リハビリテーションにおいては、医師、看護師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等を手厚く配置し、急性期治療と並行して集中的なリハビリテーションを実施する脳卒中ケアユニット（SCU）の整備を促進します。

- 看護ケアや理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーションに加え、口腔ケア、栄養管理など多職種によるチーム医療を進めるなど質の充実を図ります。
- 医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、地域の中核病院等を中心に患者の診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入・運用、ICTの活用を進めていきます。

また、合併症の発症や脳卒中の再発を繰り返す患者に対し、緩和ケアの観点を踏まえることを含め、

⁴² Drip and Ship法（ドリップ・アンド・シップ法）：遠隔医療を用いる等によって、脳卒中を診療する医師の指示下に行われる、t-PA療法を開始した上での病院間搬送。（出典：厚生労働省公表資料：「急性期の診療提供体制構築に向けた考え方案」等から引用）。

⁴³ Drip and Stay法（ドリップ・アンド・ステイ法）：診断の補助を受けて、t-PA療法を実施し、引き続き、同じ施設で診療を行うもの。（出典：厚生労働省公表資料：「急性期の診療提供体制構築に向けた考え方案」等から引用）。

3 良質な医療提供体制の整備 (2) 脳卒中の医療体制

どのような医療を提供するかについては、回復期や維持期の医療機関等と連携しながら今後検討することも考慮していきます。

(脳卒中の医療（回復期）)

- 患者の機能の回復や生活の場への復帰を目指して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などによるリハビリテーションに加え、口腔ケア、栄養管理など多職種によるチーム医療の取組を進めるなどリハビリテーションの質の向上を図ります。
- 急性期医療機関と回復期リハビリテーションを行う医療機関との連携の強化など、医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、患者の診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入及び合同カンファレンス等による情報交換や患者情報共有の取組を推進します。
- 医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、地域の中核病院等を中心に患者の診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入・運用、ICTの活用を進めていきます。

また、脳卒中の再発を防止するため、高血圧などの危険因子の知識、生活習慣の改善などについて普及・啓発を図るとともに、県民への普及啓発にも努めていきます。

(脳卒中の医療（維持期）)

- 基礎疾患の管理や再発防止のための治療を行う、かかりつけ医、在宅療養支援診療所等と訪問看護ステーション、生活機能の維持、向上のためのリハビリテーションを行う介護老人保健施設等の多職種協働による、地域の在宅医療連携体制の整備を促進します。
- 急性期から回復期医療、リハビリテーション、介護サービスの連携を実施するためには、相互に診療情報や治療計画を共有することも必要であり、地域連携クリティカルパスの導入・運用、ICTの活用や合同カンファレンス等による情報交換など医療から介護までの連携による取組を推進します。

多職種からなるチームケアを通じ、リハビリテーションの提供機能や在宅復帰支援機能を有する介護老人保健施設の計画的な整備を支援します。

医療と介護の連携の中核を担う地域包括支援センターの充実、県リハビリテーション支援センター、リハビリテーション職能団体及び各地域リハビリテーション広域支援センター等による専門職員の派遣、研修会の開催等による地域リハビリテーション⁴⁴の体制整備を支援します。

- 脳卒中の再発を防止するため、患者等への高血圧などの危険因子の知識、生活習慣の改善などについて教育を行うとともに、県民への普及啓発にも努めていきます。

⁴⁴ 地域リハビリテーション：障がいのある人々や高齢者及びその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてをいいます（日本リハビリテーション病院・施設協会）。

(誤嚥性肺炎の予防等に向けた歯科との連携(急性期～維持期))

- 脳卒中発症後の口腔機能の回復や誤嚥性肺炎の予防に向けて、急性期、回復期及び維持期を通じて、多職種での連携により口腔ケアに取り組むことが重要であり、患者の予後の改善等を図るため、医科と歯科医療機関との連携の促進を図ります。

(取組に当たっての協働と役割分担)

| | |
|-----------------|--|
| 医療機関、医育機関、関係団体等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 良質な医療サービスの提供 ・ 医療機関の連携の推進 ・ 専門医療、高度医療の提供等 ・ 医師をはじめとした医療人材の育成 など |
| 学校・企業等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 児童・生徒の健康増進等の保健対策 ・ 労働安全衛生の観点からの健康づくりの支援 など |
| 県民・NPO等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療を支える県民運動の取組 ・ 県、市町村と協力した医療機能の分担と連携の推進 ・ 自らの生活習慣改善による心身の健康づくり など |
| 市町村 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 県と連携した医師等医療人材の養成・確保 ・ 住民に身近な医療を提供する体制の確保 ・ 地域医療を支える県民運動の取組 ・ 医療、介護、福祉等のサービスが包括的に提供される地域包括ケア体制の整備 ・ 生活習慣病予防のための各種検診等や健康教育、普及・啓発 ・ 住民に対する個別支援、保健指導 ・ 市町村施設における受動喫煙防止対策の推進 など |
| 県 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療人材の育成 ・ 医療機関の機能分担や連携の促進 ・ 県民総参加型の地域医療体制づくり ・ 健康課題に関する情報提供や保健指導を行う専門職員の育成 ・ 地域保健と職域保健の連携推進、健診事業に関する支援 ・ 県民に対する健康づくりに関する正しい知識の普及・啓発 など |

〈重点施策〉

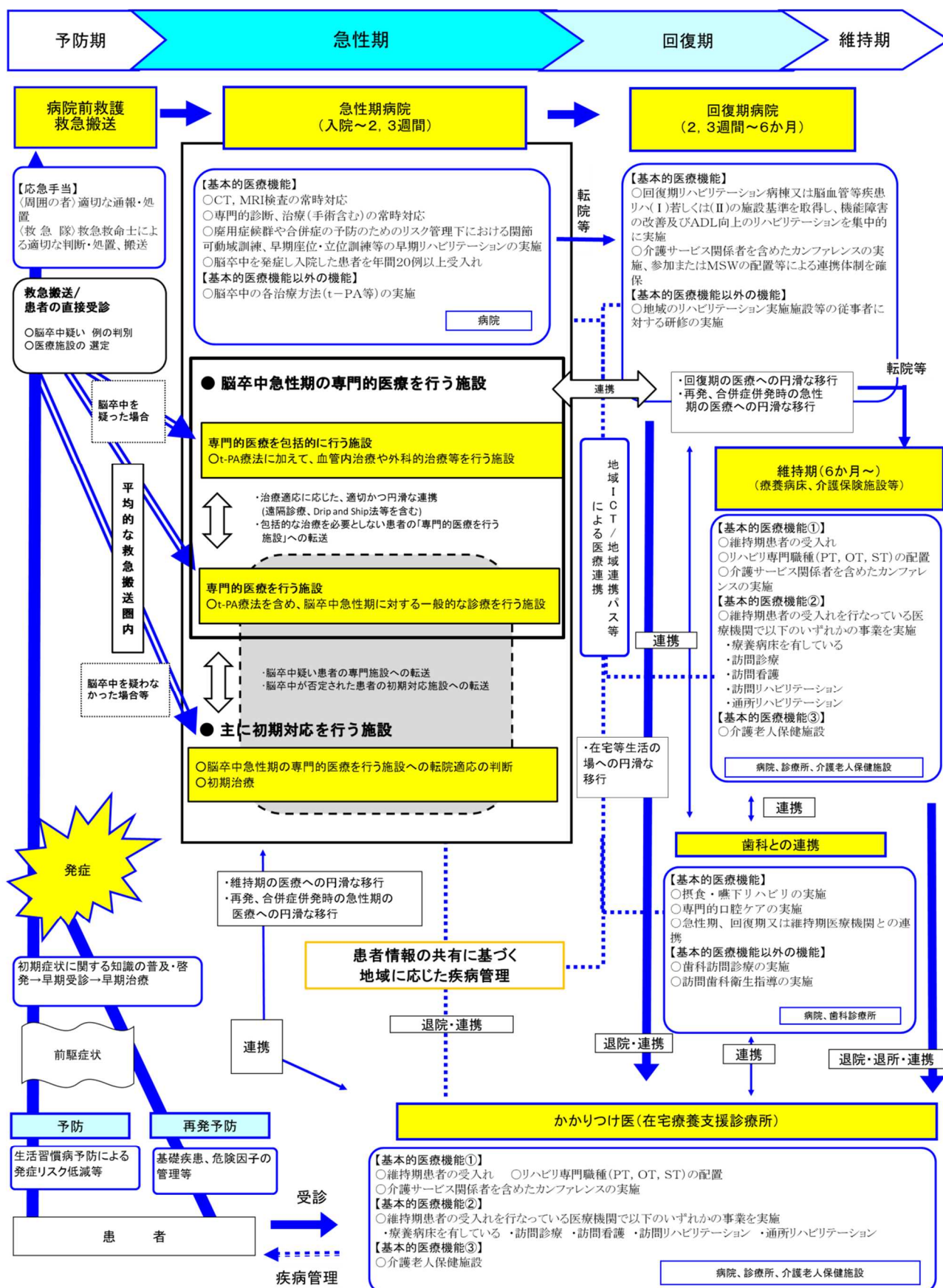
- 限られた医療資源の下、脳卒中を発症した患者の救命率の向上を図るため、救急要請から医療機関への迅速な収容や、急性期時の医療機関から迅速な診断・治療を受けられるような体制の確保が課題であることから、引き続き、関係者との連携を図りながら、これまでの取組を継続しつつ、重点施策として、救急搬送や医療機関の診療提供体制の向上などの取組の強化に取り組めます。

〈重点施策の政策ロジック〉

| 取組内容 | → | 事業の直接的な効果 | → | 中間アウトカム | → | 最終アウトカム |
|----------------------|---|----------------------------|---|-------------------------------|---|-----------------|
| 医療機関に隣接したヘリポート整備 | | 医療機関までの患者の搬送手段の改善 | | 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要する時間の短縮 | | 脳卒中の発症患者の救命率の向上 |
| 医療機関への施設設備整備に対する支援など | | 救命救急センター、救急医療機関における診療機能の充実 | | 急性期の手術件数等の増加 | | |

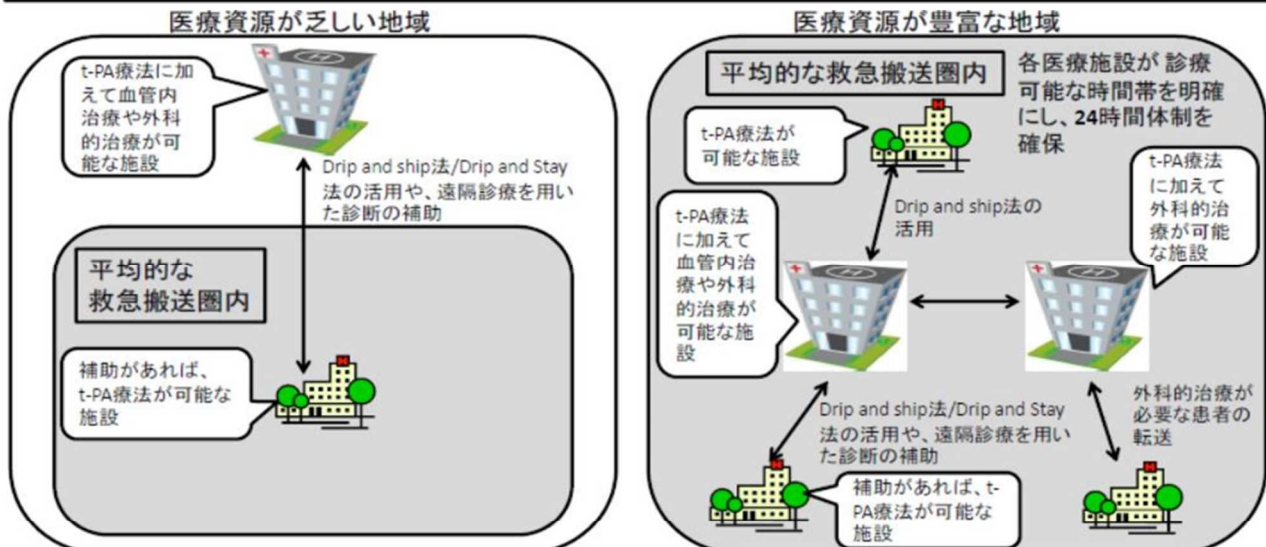
3 良質な医療提供体制の整備 (2) 脳卒中の医療体制

【医療体制】(連携イメージ図)



脳卒中の急性期診療提供のための施設間ネットワークのイメージ

- 施設毎の医療機能を明確にした上で、地域の医療施設が連携し、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保する。
- 時間的制約の観点から、平均的な救急搬送圏内における連携が基本となるが、地域によっては、平均的な救急搬送圏外との連携体制の構築も必要である。
- t-PA療法を含めた急性期診療の均てん化は、適切性、安全性を担保しながらすすめる必要がある。



(Drip and Stay法(診断の補助を受けてt-PA療法を実施し、引き続き同じ施設で診療を行う。) Drip and Ship法(t-PA療法を実施したのち、適宜、他の医療機関に搬送する。))

平成29年7月31日「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」より引用改変

出典：国報告書「平成29年7月「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関する検討会」掲載資料