

## 第2部 各論

## 第3章 疾病別の医療連携体制の構築

## 第2節 脳卒中

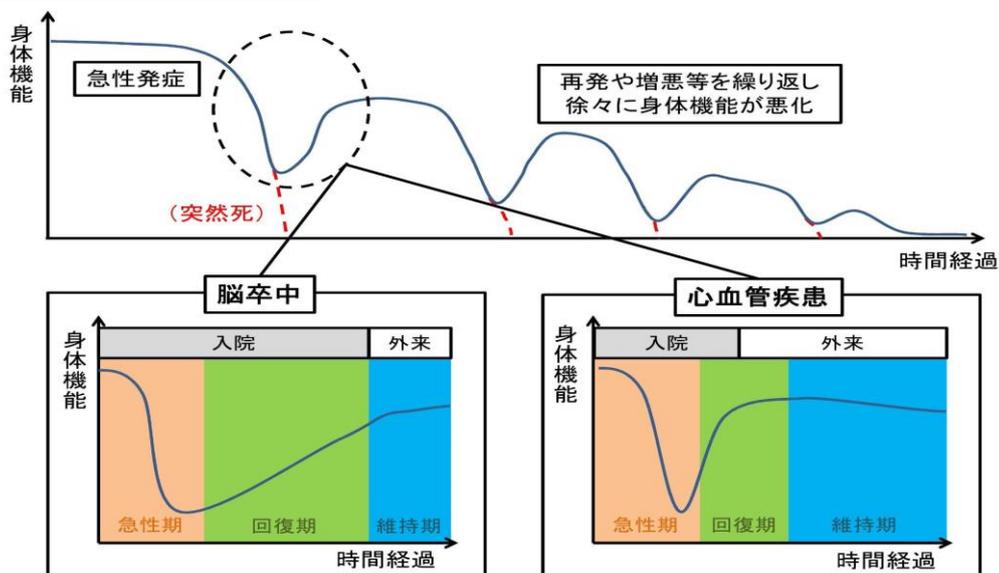
10月26日時点の事務局案であり、各項目について今後見直す予定です。

【現状】

## (1) 脳卒中について

- 脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）は、人口動態統計特殊報告によると、平成27年において男性36.6女性19と、全国平均の男性37.8女性21を下回っており、この10年間では一貫して減少しています。
- しかし、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがあり、平成26年の患者調査によると、介護が必要になった主な原因の第1位となっています。
- 脳卒中は、第3節の心血管疾患と同様、循環器病の臨床経過（図参照）として、疾患の再発や増悪を来しやすいという特徴があります。一方、心血管疾患とは異なり、脳卒中は、回復期に長期の入院が必要となる場合が多くなっています。

図 循環器病の臨床経過



出典：脳卒中、心臓病その他の循環器病の診療提供体制の在り方に関する検討会「脳卒中、心臓病その他の循環器病の診療提供体制の在り方について」平成29年7月

## (2) 発症直後の救護、搬送等

- 救急要請（覚知）から**病院等に收容する**までに要した時間は、平成27年中の平均で39.9分であり、全国平均の39.4分と同程度となっています。
- 脳卒中は必ずしも居住地で発症しないことや、受け入れ可能病院との関係から、居住地から離れた病院に搬送されることがあります。

### (3) 急性期の治療

- 脳卒中の急性期においては、全身の管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。
- 脳梗塞では、t-PA (tissue-type plasminogen activator) による脳血栓溶解療法（脳の動脈をふさいでいるものを薬で溶かす治療方法）を発症後4.5時間以内に開始することが重要であり、そのためには、発症早期の脳梗塞患者が適切な医療機関へ迅速に受診することが求められ、来院から治療の開始まで1時間以内が目安とされています。
- 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法が実施可能な病院数は、平成28年3月31日の診療報酬施設基準（A205-2 超急性期脳卒中加算の届出施設数）によると55病院あり、同療法の適用患者への実施件数は、人口10万人あたり8.7件となっており、全国平均の9.6件を下回っています。また、二次医療圏別の実施件数は、県央地域の3.5件から県西地域の23.2件まで幅があります。
- 発症後8時間以内（原則）の脳梗塞患者に対しては、施設によっては血管内治療による血栓除去術を行うことも考慮されます。
- 脳出血では、血圧管理が主体であり、出血部位によっては手術が行われることもあります。
- くも膜下出血では、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、開頭手術や開頭を要しない血管内治療が行われます。
- 急性期における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件数は、平成27年度のNDBのデータによると、人口10万人あたり23.6件であり、全国平均の39.2件を下回っています。二次医療圏別に見ると、相模原地域の9.9件から横須賀・三浦地域の52.2件まで幅があります。

### (4) リハビリテーション

- 脳卒中のリハビリテーションは、
  - ① 合併症の予防や患者の早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始する急性期のリハビリ、
  - ② 身体機能の回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的に訓練室で集中的に行う回復期のリハビリ、
  - ③ 回復又は残存した機能を活用し、歩行能力の維持・向上を目的に行う維持期のリハビリに分けられますが、一貫した流れで行われることが推奨されています。

### (5) 急性期後の医療・在宅療養

- 急性期を脱した後の医療としては、再発予防のための治療や、脳卒中の原因となる危険因子（高血圧、糖尿病等）の継続的な管理が行われます。
- 在宅療養では、上記の治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーション、介護サービス等により、患者の療養の支援を行います。

	神奈川県	全国
年齢調整死亡率	男性36.6 女性19.0	男性37.8 女性21.0
救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間	39.7分	39.4分
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件数（厚生労働省 平成27年度 NDB）	2,155件 （人口10万人当たり 23.6件）	50,278件 （人口10万人当たり 39.2件）

## 【課題】

### （1）予防

- 「かながわ健康プラン21（第2次）」の直近値では、脳卒中の危険因子である高血圧に関連する男性の肥満者の割合は、減少したが、女性の肥満者の割合は、増加しています。野菜の一日摂取量は、改善がみられたものの目標に達しておらず、多量飲酒では、中高年女性の割合が増加しています。また、運動習慣のある人は、男女共に減少傾向にあります。
- 今後も、生活習慣病を発症させないため、食生活や運動習慣の改善、喫煙防止について啓発していくことが必要です。
- 脳血管疾患の後遺症として、口腔機能が著しく低下し、嚥下障害だけでなく、合併症として誤嚥性肺炎を発症することもあるため、早期に摂食・嚥下リハビリテーションを行うことや口腔内の清潔を保つことが必要です。

### （2）医療

#### ア 発症直後の救護、搬送等

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで救命率が上がることが期待でき、さらに後遺症も少なくなることから、「顔」「腕」「ことば」に脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者がチェックし、すぐに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要です。
- 救急救命士を含む救急隊員は、地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコール（活動基準）に則して、適切に観察・判断・救命処置を行った上で、対応が可能な医療機関に患者を搬送することが重要です。

#### イ 急性期の医療

- 急性期の脳梗塞に対してはt-PAによる治療法が有効ですが、実施状況に地域的な偏在が見られるため、地域差の解消が必要です。
- 脳卒中は、死亡を免れても麻痺等の後遺症を残すことが多く、要介護の主要な原因となっていることから、後遺症軽減に向け、可能な限り早期にリハビリテーションを開始することが重要です。

#### ウ 急性期後の医療・在宅療養

- 急性期以降の経過、予後は、神経症状の程度や、日常生活動作（ADL）の改善の程度だけでなく、改善に要する期間も個人により大きく異なるため、患者の状態に応じた医療を提供できるよう、体制を構築する必要があります。
- 脳卒中の患者は、居住地から離れた医療機関に救急搬送されることがあるため、在宅等の生活の場に復帰するためには、広域的な医療機関連携が円滑に行われる必要があります。
- 脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲にいる者に対し、服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応についての教育も重要です。

#### エ 医療機能の情報提供及び連携の推進

- 脳卒中の治療に対応できる医療機関について、わかりやすい情報提供に努め、連携を推進することが必要です。
- 脳卒中発症後の治療の中断を防ぐとともに、切れ目のないリハビリテーションを提供していくことで、罹患後の生活の質（QOL）向上が望めるため、急性期病院から回復期を経て在宅・介護施設へと円滑に移行できるよう、医療機関と地域の介護保険サービスを提供する事業所とが適切に連携できる体制が必要です。

### 【施策】

#### (1) 予防（県、市町村、関係団体、県民）

- 「かながわ健康プラン21（第2次）」の推進のために、県民、企業、学校等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取り組みの共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。

#### (2) 医療（県、市町村、医療関係団体、医療提供者、介護事業者）

##### ア 発症直後の救護、搬送等

- 脳卒中を疑うような症状が出現した場合に、本人や家族等周囲にいる者が、速やかに救急隊を要請する等の行動を取れるよう、県は、脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性の周知に向けた啓発を推進していきます。
- 医療機関と消防機関との連携による病院前救護体制の充実に努めます。

##### イ 急性期の医療

- 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や、脳卒中に対応可能な集中治療室を備える病院など、急性期に対応できる医療機関を中心に急性期医療の充実に努めます。

##### ウ 急性期後の医療・在宅療養

- 口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の発症を防止するため、摂食・嚥下（えんげ）リハビリテーションや口腔内を清潔に保つことを推進します。
- 多職種協働による在宅医療を推進します。

## エ 医療機能の情報提供及び連携の推進

- 脳卒中治療に対応できる医療機関とその機能について、「かながわ医療機関情報検索サービス」※を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じてわかりやすい情報提供に努め、機能間の連携を促進します。
- 急性期、回復期及び維持期の各病期を担う医療機関における、地域の状況に応じたきめ細かな連携を促進するため、脳卒中地域連携クリティカルパスの普及を図ります。
- 地域連携クリティカルパスを活用し、急性期治療からリハビリテーション、在宅医療に至る治療過程を患者にわかりやすく説明するよう努めます。

### ※ 「かながわ医療機関情報検索サービス」について

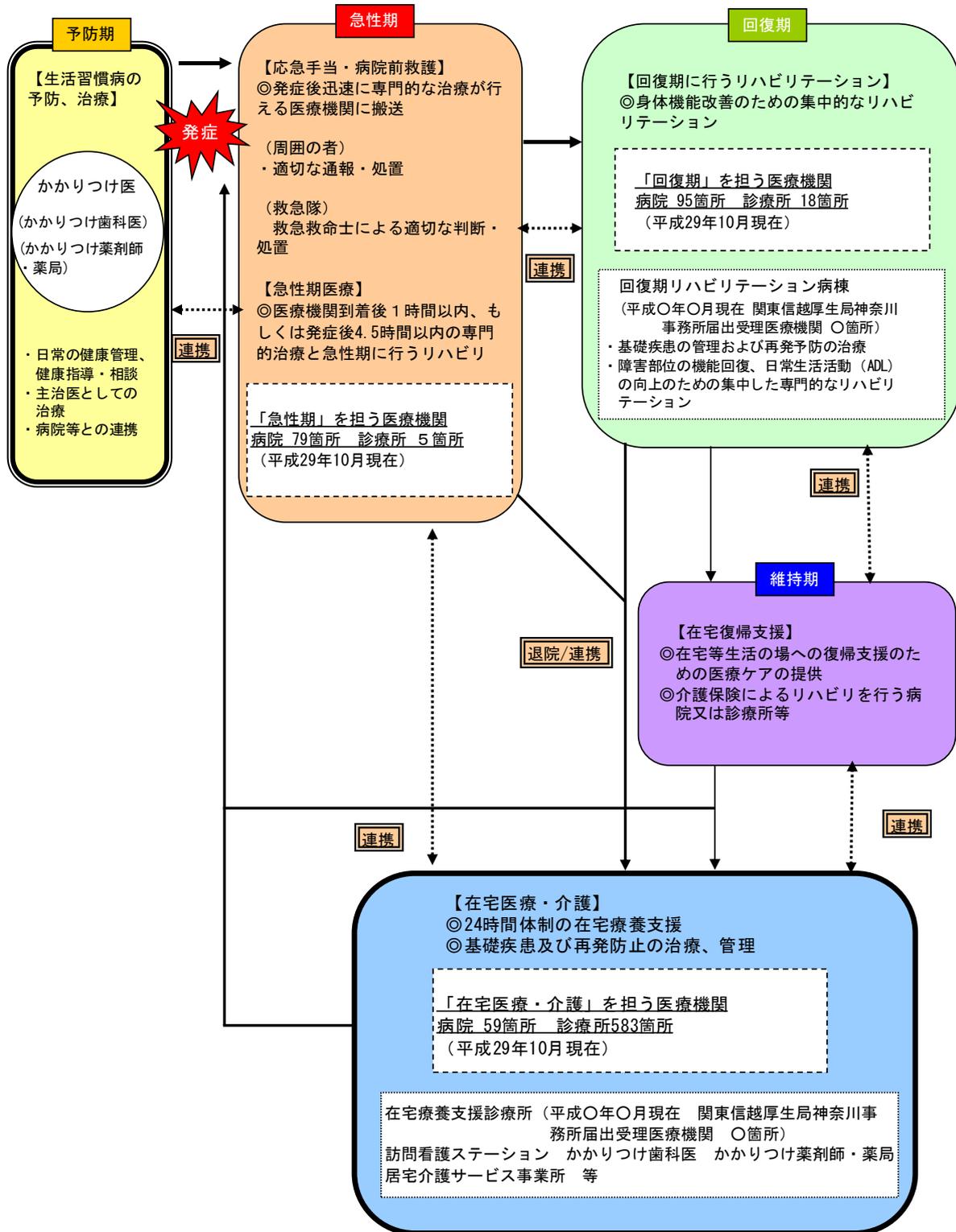
神奈川県に報告された、病院、診療所等の医療機能の情報を分かりやすい形で提供することにより、県民等の医療施設の適切な選択を支援するためのサービスです。

(URL) <http://www.iryu-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx>

【目標】

目標項目	現状	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方
特定健康診査の実施率	48.6% (厚労省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」(平成26年))		医療費適正化計画の改定と合わせて今後検討
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 <b>検討中</b>	39.9分 (消防庁「救急救助の現況」(平成27年中))	39.4分以下	全国値と同じ値を目指す
脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法の実施件数(10万人対)	県平均8.7件 (平成27年度NDB)	県平均9.6以上	地域差を解消しながら、県平均を1割引き上げる。
脳血管疾患 年齢調整死亡率(人口10万対)	男性:36.6 女性:19.0 (平成27年人口動態特殊報告)	男性:32.9 女性:17.1	最も低い府県を目指し(男性:26.4(滋賀県)、女性:16.6(大阪府))、1割死亡率を下げる
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件数	県平均23.6件 (平成27年度NDB)	県平均26.0件以上	実施件数の多い横須賀三浦程度を目指すため、県平均を1割引き上げる
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	県平均61.4% (平成27年度NDB)	県平均67.5%以上	復帰率の高い川崎南部程度を目指し、県平均を1割引き上げる

## 【脳卒中の医療機能の連携体制】



\* 連携体制とその機能を担う医療機関を、次の「神奈川県保健医療計画医療機関情報」のホームページに掲載しています。

HPアドレス <http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx>

脳卒中 <http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/IPRenkei.aspx?r=05>

【参考】

1 脳卒中に関する機能別・二次医療圏別医療機関数

区分		横浜	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県西	計	
急性期	集中治療室あるいは脳卒中専用集中治療室を有する	病院	21	3	6	3	3	4	1	4	2	47
		診療所										
		計	21	3	6	3	3	4	1	4	2	47
		10万人当たり	0.6	0.4	0.9	0.4	0.4	0.6	0.2	0.5	0.6	0.5
	うち脳卒中専用集中治療室を有する	病院	12			1		1		1		15
		診療所										
		計	12			1		1		1		15
		10万人当たり	0.3			0.1		0.1		0.1		0.2
	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術を行う	病院	24	3	6	3	2	3	4	2	3	50
		診療所	1									1
		計	25	3	6	3	2	3	4	2	3	51
		10万人当たり	0.7	0.4	0.9	0.4	0.3	0.4	0.7	0.2	0.9	0.6
	うち24時間対応を行う	病院	20	2	5	2	2	2	2	2	3	40
		診療所	1									1
		計	21	2	5	2	2	2	2	2	3	41
		10万人当たり	0.6	0.2	0.8	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.9	0.4
	脳動脈瘤根治術(被包術、クリッピング)を行う	病院	27	4	8	6	2	4	4	4	4	63
		診療所	1									1
		計	28	4	8	6	2	4	4	4	4	64
		10万人当たり	0.7	0.5	1.2	0.8	0.3	0.6	0.7	0.5	1.1	0.7
うち24時間対応を行う	病院	27	4	6	2	2	4	4	4	4	57	
	診療所	1									1	
	計	28	4	6	2	2	4	4	4	4	58	
	10万人当たり	0.7	0.5	0.9	0.3	0.3	0.6	0.7	0.5	1.1	0.6	
脳血管疾患等リハビリテーションを行う	病院	30	4	12	7	4	4	5	5	5	76	
	診療所			1					1		2	
	計	30	4	13	7	4	4	5	6	5	78	
	10万人当たり	0.8	0.5	2.0	1.0	0.6	0.6	0.9	0.7	1.4	0.9	
回復期	回復期リハビリテーション病棟を有する	病院	25	2	2	3	4	5	4	6	2	53
		診療所										
		計	25	2	2	3	4	5	4	6	2	53
		10万人当たり	0.7	0.2	0.3	0.4	0.6	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6
	機能訓練室を有する	病院	40	4	6	7	7	5	6	9	5	89
		診療所										
		計	40	4	6	7	7	5	6	9	5	89
		10万人当たり	1.1	0.5	0.9	1.0	1.0	0.7	1.0	1.1	1.4	1.0
	視能訓練を行う	病院	8	1	4	3	3	2		2		23
		診療所										
		計	8	1	4	3	3	2		2		23
		10万人当たり	0.2	0.1	0.6	0.4	0.4	0.3		0.2		0.3
摂食機能療法を行う	病院	36	4	6	8	6	5	6	8	3	82	
	診療所	5		1		1					7	
	計	41	4	7	8	7	5	6	8	3	89	
	10万人当たり	1.1	0.5	1.1	1.1	1.0	0.7	1.0	0.9	0.9	1.0	
脳血管疾患等リハビリテーションを行う	病院	41	4	6	9	10	5	6	9	5	95	
	診療所	6		2					2		10	
	計	47	4	8	9	10	5	6	11	5	105	
	10万人当たり	1.3	0.5	1.2	1.3	1.4	0.7	1.0	1.3	1.4	1.1	
神経・脳血管領域の一次診療を行う	病院	20	1	2	3	4	3	1	6	3	43	
	診療所	126	23	18	12	28	21	24	23	17	292	
	計	146	24	20	15	32	24	25	29	20	335	
	10万人当たり	3.9	2.9	3.1	2.1	4.4	3.3	4.3	3.4	5.7	3.7	

出典:「神奈川県保健医療計画医療機関情報」(平成29年10月23日時点)

※ 人口は住民基本台帳(平成29年1月)に基づく

2 脳卒中に関するリハビリテーション届出施設数

区分	横浜北部	横浜西部	横浜南部	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県西	神奈川県平均	全国平均	
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)届出施設数	集計値	14	15	16	6	7	12	11	9	9	10	4	10.3	7.5
	10万人あたり	0.9	1.4	1.5	0.7	1.1	1.7	1.5	1.3	1.5	1.2	1.1	1.2	2.1
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)届出施設数	集計値	14	8	3	3	8	3	6	3	3	9	6	6	5.4
	10万人あたり	0.9	0.7	0.3	0.4	1.3	0.4	0.8	0.4	0.5	1.1	1.7	0.7	1.5
脳血管疾患等リハビリテーション料(III)届出施設数	集計値	15	6	7	5	7	9	10	7	2	5	4	7	8.3
	10万人あたり	1	0.5	0.7	0.6	1.1	1.3	1.4	1	0.3	0.6	1.1	0.8	2.3

出典:診療報酬施設基準(平成28年3月)