

(2) 脳卒中の医療体制

<計画期間で重点的に取り組む施策>

- 専門的で質の高い脳卒中医療を提供するため、県立病院をはじめとした医療機関と連携し、専門人材や医療機器の配置の重点化を図ります。
- 脳卒中医療に係る専門医療機関での早期の治療開始と患者への治療効果の向上を図るため、デジタル技術を活用したCT画像のデータ共有などによる、初期対応医療機関と専門医療機関における切れ目のない医療連携体制を構築します。
- 持続可能な脳卒中医療の提供に必要な専門医確保・定着に繋げるため、医師確保計画と連動し、症例数や手術数の確保による、専門教育機能が充実した研修体制の整備を図ります。

【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1,938人で、悪性新生物、心血管疾患(高血圧症を除く。)、老衰に次いで、4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88.1に対し165.2で全国ワースト2位となっています。(厚生労働省「令和4(2022)年人口動態統計」)
- 令和2(2020)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51.0、女性25.7となっており、全国(男性32.0、女性17.3)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18.4、女性7.9)から、すでに全国(男性10.4、女性4.7)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30(2018)年))
- 令和2(2020)年「岩手県地域脳卒中登録⁴²事業報告書」では、181協力医療機関からの発症登録者数は4,592人で、そのうち臨床診断別転帰の状況を見ると症状なしが6.7%、障害なし16.5%、軽度障害12.8%、中等度障害13.0%、比較的高度20.3%、高度障害16.6%、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(2017)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。

⁴² 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。

(脳卒中の予防)

- 本県においては、「健康いわて 21 プラン」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(2014)年 7 月 28 日には「岩手県脳卒中予防県民会議」を設立し、令和 4 (2022)年度末で 690 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、外食料理栄養成分表示等を進めるとともに、栄養関係団体と連携し、街頭キャンペーン、減塩に配慮した食事サポートを進めています。
- 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、企業訪問による禁煙希望者への取組支援や受動喫煙防止対策の徹底等を進めています。
- 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⁴³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 58.0%、特定保健指導の実施率は 21.5%となっています。(厚生労働省公表：令和 3 (2021)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 77.1%であり、全国の 73.3%より 3.8 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 249.3 人であり、全国の 215.3 人に比べ高くなっています。

(応急手当、病院前救護)

- 令和 3 (2021)年の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 45.7 分であり、全国平均(42.8 分)より、約 3 分長くなっています。また、新型コロナウイルス感染症流行前の令和元(2019)年(43.8 分)と比較して、約 2 分長くなっています。(総務省消防庁「令和 4 (2022)年版救急救助の現況」)
- 脳卒中は、発症から専門治療開始までの時間が短いほど治療の有効性が高いことから、発症後早急に適切な治療を開始する必要があり、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対応が求められます。
- 心肺機能停止患者への対応について、救急救命士⁴⁴を含む救急隊員の標準的な活動内容を定めたプロトコル(活動基準)の作成や、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言等を行うメディカルコントロールについては、岩手県救急業務高度化推進協議会及び各地域にメディカルコントロール協議会が設置されており、救急現場から医療機関へ患者が搬送されるまでの間、救急救命士等の活動に

⁴³ 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 歳まで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。

⁴⁴ 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。

ついて、医師による指示、指導・助言及び検証の取組が進んでいます。

(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、概ね盛岡圏域（97.9%）で入院医療の完結性が確保されている一方で、二戸圏域（48.2%）や気仙圏域（43.4%）などにおいては、他圏域への患者の受療が多くなっています。（令和元年度入院受療動向調査）
- 本県の令和2（2020）年の神経内科医師数は79人で、人口10万対は6.5人、脳神経外科医師数は81人で、人口10万対は6.7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圏域や岩手中部圏域などの県内陸部で高い傾向がみられます。（令和2（2020）年医師・歯科医師・薬剤師統計）
- 救命救急センターを有する医療機関は、盛岡、気仙及び久慈圏域にあります。盛岡圏域では、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おり、脳卒中の専用病室（脳卒中ケアユニット（SCU）⁴⁵）が設置されています。
- 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（t-PA）⁴⁶の静脈療法（以下「t-PA療法」という。）による脳血栓溶解療法などの専門治療の実施が可能な医療機関（一次脳卒中センター⁴⁷）として、日本脳卒中学会により、令和5（2023）年4月1日現在で8圏域10施設が認定されています。（図表4-2-3-2-1）
- 地域連携クリティカルパス導入している医療機関数は、盛岡や岩手中部圏域などの内陸部で高い実績がみられています。
- 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31施設、また、同（Ⅱ）が21施設、同（Ⅲ）が47施設となっており、二次保健医療圏ごとにみると、盛岡圏域や岩手中部圏域などの内陸部に多く、久慈圏域や気仙圏域などの県北・沿岸部で少ない傾向がみられます。（診療報酬施設基準（令和5（2023）年7月1日現在）」）
- また、急性期のみリハビリテーションを実施している病院数は、盛岡圏域の3施設をはじめ、県全体で9施設となっています。（令和5（2023）年いわて医療ネット）

(脳卒中の医療（回復期：脳卒中発症2、3週間～6か月）)

- 本県の令和2（2020）年における退院患者の平均在院日数は52.0日となっており、二次保健医療圏ごとにみると、釜石圏域（73.5日）で長く、気仙圏域（21.4日）や岩手中部圏域（30.7日）において在院日数が短い傾向がみられます。（令和2（2020）年患者調査）
- 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25施設となっており、二次保健医療圏ごとに見ると盛岡圏域の11施設など内陸部に集中しています。（令和5（2023）

⁴⁵ 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。

⁴⁶ 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。

⁴⁷ 一次脳卒中センター：日本脳卒中学会により認定されるセンター。主な認定基準として、地域医療機関や救急隊からの要請に対して、24時間365日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療（t-PA静注療法を含む。）を開始できるなどがある。

年いわて医療ネット)

- 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(48.2%)となっています。(令和2(2020)年患者調査)

(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、盛岡圏域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34.9%となっており、全国(26.4%)を上回っています。(厚生労働省「令和4(2022)年人口動態統計」)

(循環器病患者向けの緩和ケアの提供)

- 県内の循環器病患者搬送先医療機関のうち10施設が多職種による緩和ケアチームを設置し、循環器病患者の身体的苦痛、精神的苦痛、仕事や経済的問題などの社会的苦痛に対応する緩和ケアの体制を整備しています。(令和3(2021)年医療政策室調べ)

(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医療機関は16施設となっています。(令和5(2023)年 いわて医療ネット)

(図表 4-2-3-2-1) 循環器病(脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患)に対応する県内の救急医療機関等

圏域	医療機関名	消防機関搬送先医療機関 (注1)		一次脳卒中センター (注2)
		脳卒中	急性心筋梗塞	
盛岡	1 岩手医科大学附属病院 (高度救命救急センター)	○	○	○
	2 県立中央病院 (救命救急センター)	○	○	○
	3 盛岡市立病院	○		
	4 盛岡赤十字病院	○	○	○
岩手中部	5 県立中部病院	○	○	○
	6 県立遠野病院	○	○	
	7 総合花巻病院	○		
	8 北上済生会病院	○		
胆江	9 県立胆沢病院	○	○	○
両磐	10 県立磐井病院	○	○	○
	11 国保藤沢病院	○	○	
	12 昭和病院	○		
気仙	13 県立大船渡病院 (救命救急センター)	○	○	○
宮古	14 県立宮古病院	○	○	○
	15 済生会岩泉病院		○	

久慈	16	県立久慈病院 (救命救急センター)	○	○	○
二戸	17	県立二戸病院	○	○	○
	18	県立軽米病院	○		
計			17 施設	13 施設	10 施設

注1：傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（岩手県）のリスト2（脳卒中対応医療機関）及びリスト3（急性心筋梗塞対応医療機関）（令和5（2024）年3月29日現在）

注2：日本脳卒中学会認定医療機関（認定期間：令和5（2023）年4月1日～令和6（2024）年3月31日）

注3：釜石圏域については、搬送基準による受入及び学会認定に該当する医療機関がないことから、隣接圏域と連携し対応

【求められる医療機能等】

- 脳卒中対策を行うためには、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⁴⁸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MRI検査が常時可能であること ・専門的診断・治療（手術を含む。）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⁴⁹を実施していること ・管理栄養士の配置により、栄養状態の低下を予防し、早期にリハビリテーションを実施できるよう適正な栄養管理（適正な栄養補給方法の選択、摂食・嚥下訓練、食形態の選択など）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）若しくは同（Ⅱ）の施設基準⁵⁰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 ・管理栄養士の配置により、リハビリテーションが継続できるよう、適正な栄養管理（摂食・嚥下訓練、食形態の選択、必要及び補給栄養量のなど）を実施していること ・介護サービス関係者を含めたカンファレンス⁵¹の実施、参加又は医療ソーシャルワーカー 	<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

⁴⁸ 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う。

⁴⁹ 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のこと。

⁵⁰ 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るが、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。

⁵¹ カンファレンス：会議、協議などのこと。

区分	求められる医療機能等	医療機関等の例
	カー ⁵² の配置等による連携体制を確保していること 〈基本的医療機能以外の機能〉 ・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	
維持期	・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 ・管理栄養士の配置により、栄養状態の低下を予防するために、定期的にモニタリング（必要及び補給栄養量）を実施していること	・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	〈基本的医療機能〉 ・摂食嚥下リハビリテーションを実施していること ・専門的口腔健康管理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） 〈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	・歯科医療機関

【課題】

（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、禁煙の推進・受動喫煙防止対策の徹底、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栄養、生活習慣改善などの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。そして、ハイリスク者数を減らすために、子どもの頃から予防に関する教育と行動変容の支援が必要です。

（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。

⁵² 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う。医療社会事業士などの職名を用いている場合がある。

(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。
- 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、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、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、管理栄養士、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、管理栄養士、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⁵³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。

(循環器病患者向けの緩和ケアの提供)

- 循環器病患者搬送先医療機関のうち 10 施設で緩和ケアチームが設置されていますが、緩和ケアチームの介入はがんに比べ極めて少ない状況です。

(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・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健康管理への取組を実施する必要があります。

⁵³ 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。

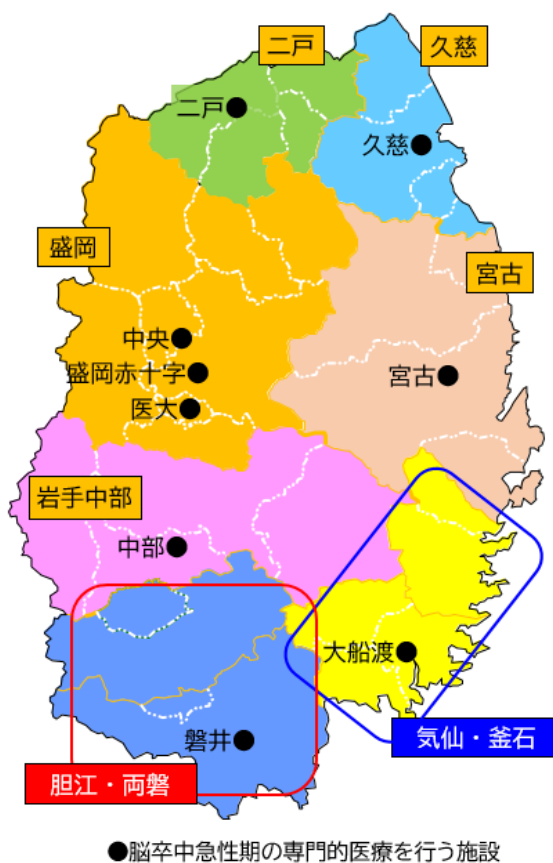
【圏域の設定】

- 医療の高度化・専門化や少子高齢化・人口減少という今後の人口動態の変化を踏まえ、限られた医療資源を有効に活用し、持続可能な医療体制を構築するため、地域密着で提供すべき身近な脳卒中医療との役割分担の下、医療資源を重点的に配置し、「専門的な脳卒中医療」を広域的に提供するため、「盛岡」「岩手中部」「胆江・両磐」「気仙・釜石」「宮古」「久慈」「二戸」の7つの脳卒中医療圏を設定します。

専門的な脳卒中医療 [脳卒中急性期の専門的医療を行う施設] ※1	身近な脳卒中医療 ※2
右記に加え、脳梗塞に有効なt-P A療法や血管内治療、緊急の外科的治療を実施	脳卒中急性期の専門的医療を行う施設への転院適応の判断や回復期におけるリハビリ、維持期の患者受入

※1：いわて医療ネット（令和5（2023）年10月現在）で脳卒中の急性期の医療機能を有し、t-P A療法を実施している病院

※2：具体的な医療機関は図表4-2-3-2-2参照



【施策】

（施策の方向性）

- 高度・専門的で質の高い脳卒中医療を提供するため、県立病院をはじめとした医療機関と連携し、専門人材や高度医療機器の配置の重点化を図ります。
- 脳卒中医療に係る専門医療機関での早期の治療開始と患者への治療効果の向上を図るため、デジタル技術を活用したCT画像のデータ共有などによる、初期対応医療機関と専門医療機関における切れ目のない医療連携体制を構築します。
- 持続可能な脳卒中医療の提供に必要な専門医確保・定着に繋げるため、医師確保計画と連動し、症例数や手術数の確保による、専門教育機能が充実した研修体制の整備を図ります。
- 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。
- 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)

- 「健康いわて 21 プラン (第3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。
- 「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
- 市町村、関係機関及び栄養、健康づくり団体と連携した減塩や運動などの生活習慣改善指導、健康相談などにより、自らの健康管理能力の向上を進めます。
- 健康増進法に基づき、市町村と連携した受動喫煙防止対策リーフレット等による普及啓発や、各保健所による事業所などの施設管理者等に対する説明会等受動喫煙防止対策の徹底を図るとともに、禁煙希望者の禁煙に向けた支援を継続します。
- 医療保険者が、令和6(2024)年度にスタートした第4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。
- 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。
- 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。
- 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や医療者向けの遠隔医療アプリ等のICT活用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、国の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-P A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-P A療法等を実施可能な医療機関の体制整備を促進します。
- 治療開始が早いほど良好な治療効果が期待できることから、CT画像のデータ共有などデジタル技術の活用により、患者を搬送している時間に、受け入れ先医療機関での手術の準備を進めるなど、治療開始までの時間短縮の取組を推進します。
- 特に、県内の t-P A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⁵⁴、Drip and Stay 法⁵⁵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。
- 看護ケアやリハビリテーションに加え、口腔健康管理、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。

（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、口腔健康管理、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

⁵⁴ 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-P A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）

⁵⁵ 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-P A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）

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⁵⁶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。

(循環器病患者向けの緩和ケアの提供)

- 循環器病の臨床経過の特徴を踏まえた緩和ケアに関する研修会を、関係機関が連携して開催することなどにより、緩和ケアの質の向上と提供体制の充実を図ります。

(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健康管理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	・ 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 ・ 適正な食生活習慣の定着を推進する人材の育成 など
学校・企業等	・ 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

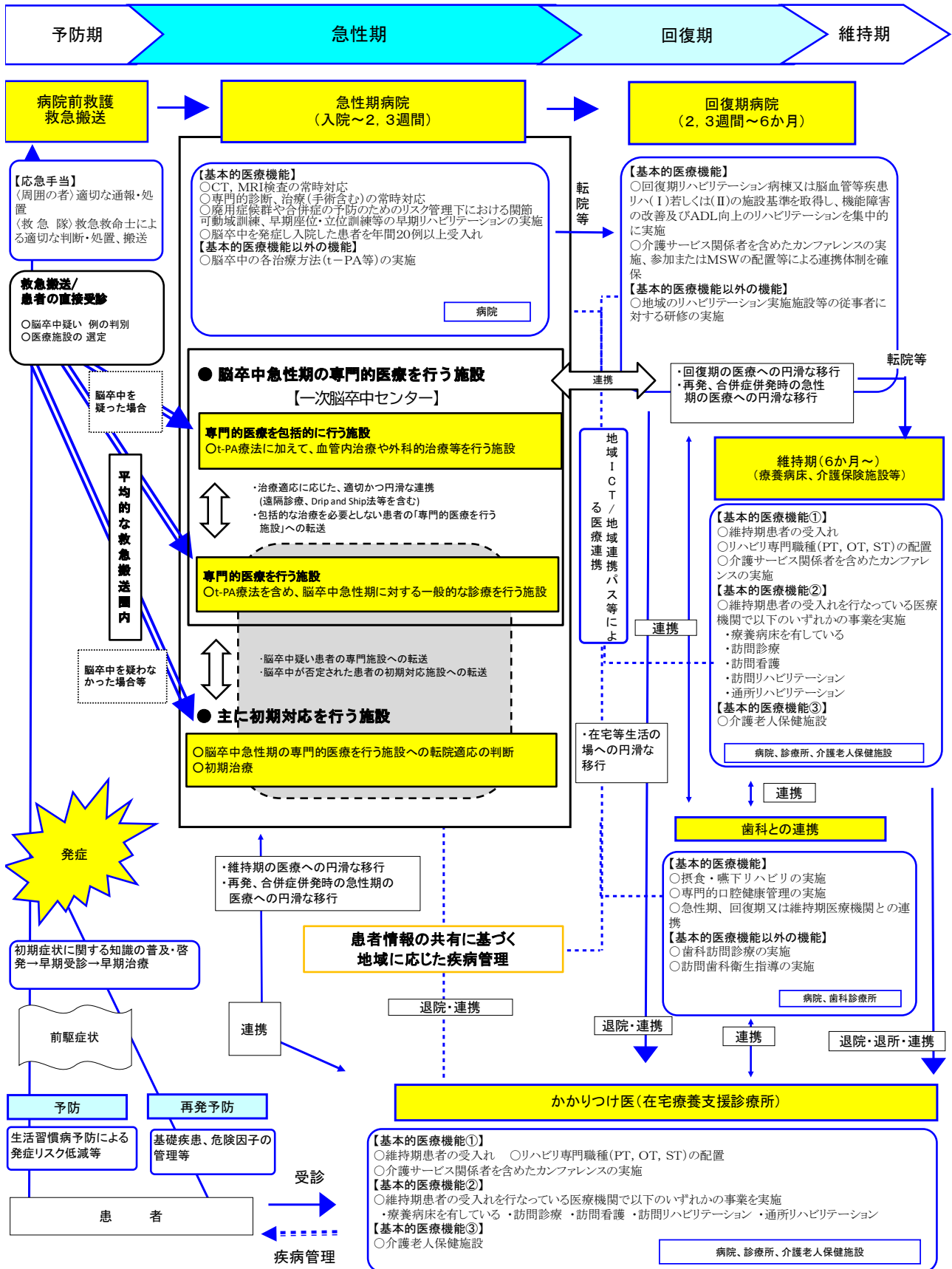
⁵⁶ 地域リハビリテーション：障がいのある人々や高齢者及びその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活を送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合っている活動のすべて。（日本リハビリテーション病院・施設協会）

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 ・減塩を基本した適切な食生活の定着 ・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

【数値目標】

目標項目	現状値 (R5 (2023))	目標値 (R11 (2029))	重点施策 関連
特定健康診査の受診率 (%)	③58.0%	70.0%	
特定保健指導の実施率 (%)	③21.5%	45.0%	
脳梗塞に対するt-P Aによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数 (人口10万人当たり)	0.8施設	0.8施設	○
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	②48.2%	52.0%	
脳血管疾患年齢調整死亡率 (人口10万対) (男性)	②147.2%	100.0%	○
脳血管疾患年齢調整死亡率 (人口10万対) (女性)	②84.3%	60.0%	○

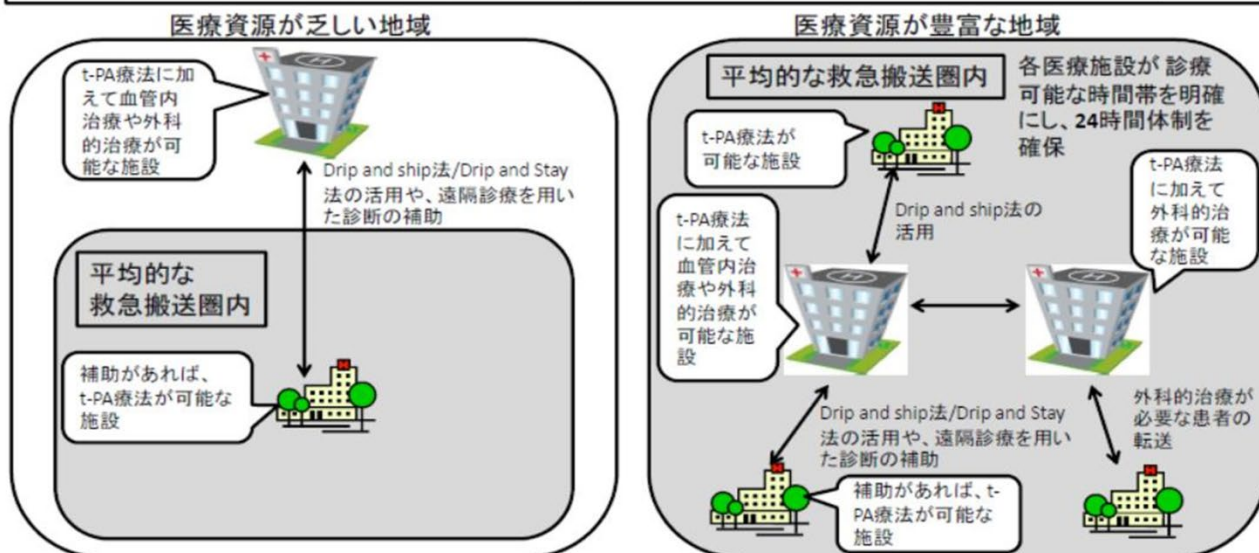
【医療体制】（連携イメージ図）



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」から参考引用・作成

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

【医療体制】（医療機能別医療機関一覧）（図表 4-2-3-2-2）

圏域	医療機関名称	専門的な 脳卒中医療を 行う施設 ※1	身近な脳卒中医療を行う施設			
			予防 ※2	急性期 (初期対応を 行う施設) ※3	回復期 ※2	維持期 ※2
盛岡	岩手医科大学附属病院	○			○	
	岩手県立中央病院	○	○		○	
	盛岡赤十字病院	○	○			
	一般財団法人岩手済生医会 中津川病院				○	○
	医療法人 遠山病院				○	○
	医療法人謙和会荻野病院		○		○	
	医療法人社団恵仁会三愛病院		○			
	医療法人日新堂 八角病院		○		○	
	医療法人共生会 松園第二病院		○			○
	医療法人共生会 松園第一病院					○
	医療法人社団愛和会 盛岡南病院					○
	医療法人友愛会 盛岡友愛病院		○		○	○
	岩手医科大学附属内丸メディカルセンター		○		○	
	内丸病院		○			○
	洪民中央病院		○			○
	社団医療法人啓愛会 孝仁病院				○	○
	特定医療法人盛岡つなぎ温泉病院		○		○	○
	盛岡医療生活協同組合 川久保病院		○		○	
	盛岡市立病院		○	○	○	
	東八幡平病院		○		○	
	医療法人社団松誠会 滝沢中央病院		○			○
	栃内第二病院		○		○	
	いわてリハビリテーションセンター		○		○	○
社団医療法人 康生会 鶯宿温泉病院		○			○	
国民健康保険葛巻病院		○			○	
医療法人社団厚厚堂 南昌病院		○		○	○	
岩手中部	岩手県立中部病院	○				
	岩手県立東和病院		○			○
	公益財団法人 総合花巻病院		○	○	○	
	社団医療法人啓愛会 宝陽病院		○		○	
	社会福祉法人恩賜財団済生会 北上済生会病院		○	○	○	
	岩手県立遠野病院		○	○	○	○
	町立西和賀さわうち病院		○			
胆江・ 両磐	石川病院		○			
	岩手県立胆沢病院		○	○	○	
	岩手県立江刺病院		○			
	奥州市国民健康保険まごころ病院		○		○	○
	奥州市総合水沢病院		○			○
	奥州病院		○		○	○
	美希病院				○	○
	岩手県立磐井病院	○	○			
	一関市国民健康保険藤沢病院		○	○		○
	医療法人西城病院		○			
	医療法人博愛会 一関病院		○		○	○
	岩手県立千厩病院				○	
	岩手県立大東病院					○
社団医療法人西城病院附属 ひがしやま病院		○				
独立行政法人 国立病院機構 岩手病院		○		○	○	
気仙・ 釜石	岩手県立大船渡病院	○	○		○	
	岩手県立高田病院		○		○	
	医療法人楽山会 せいいてつ記念病院		○			○
	岩手県立釜石病院		○		○	
宮古	岩手県立宮古病院	○	○		○	
	岩手県立山田病院		○			
	特定医療法人弘慈会 宮古第一病院				○	○
	社会福祉法人恩賜財団岩手県済生会岩泉病院		○			○
久慈	岩手県立久慈病院	○			○	
	洋野町国民健康保険種市病院				○	
二戸	岩手県立二戸病院	○	○		○	
	岩手県立軽米病院		○	○		○
	岩手県立一戸病院		○		○	○

※1：いわて医療ネット（令和5（2023）年10月現在）で脳卒中の急性期の医療機能を有し、t-PA療法を実施している病院

※2：いわて医療ネットで各医療機能を有する病院

※3：いわて医療ネットで脳卒中の急性期の医療機能を有し、t-PA療法を実施していない病院及び消防機関搬送先医療機関（傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（岩手県）のリスト2（脳卒中对応医療機関））