

2 脳卒中の医療連携体制構築の取組

- ◆ 脳卒中の発症予防に向け、適切な生活習慣の普及啓発や特定健康診査・保健指導等を推進します。
- ◆ 救急救命士等による迅速かつ適切な判断・処置・搬送を実施するため、メディカルコントロール体制の強化を図ります。
- ◆ 急性期から回復期、維持期までの医療機関等の診療情報や治療計画の共有による切れ目のない適切な医療が提供できるよう、関係機関の連携体制の充実を図ります。

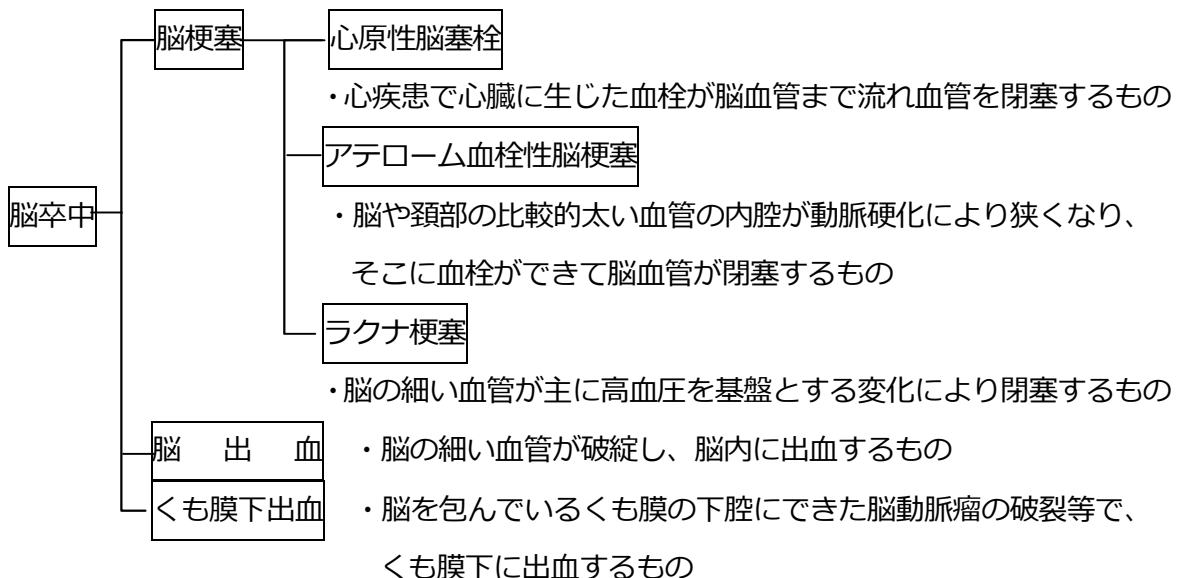
【メディカルコントロール体制とは】

消防機関と医療機関との連携によって、(1) 救急隊が現場からいつでも迅速に医師に指示、指導及び助言を要請できる、(2) 救急活動の医学的判断、処置の適切性について医師による事後検証、(3) 救急救命士の資格取得後の定期的な病院実習などを行う体制のことです。本県では、県内全域の救急医療体制検討協議会を設置するとともに、県内11地域の協議会による体制を整備しています。

概況

(1) 脳卒中とは

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起こる疾患で、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。



厚生労働省「人口動態調査（2022（令和4）年）」によると、全国で年間約10万人が脳卒中で死亡し、死亡数全体の6.9%を占め、死亡原因の第4位となっています。本県では、脳卒中による死亡数が年間約2千人となっており、死亡数全体の7.2%を占め

死亡原因の第4位となっています。また、厚生労働省「国民生活基礎調査（2022（令和4）年）」によると、介護が必要になった者の約19.0%は脳卒中が主な原因であり、他の疾病と比べ、認知症に次いで高い割合となっています。なお、脳卒中は認知症の危険因子の一つでもあります。

（2）年齢調整死亡率

厚生労働省「人口動態統計特殊報告（2020（令和2）年）」によると、本県の脳卒中（脳血管疾患）の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性が101.1（全国93.8）、女性が59.7（全国56.4）であり、男女とも全国を上回っています。なお、2005（平成17）年からの推移は、本県及び全国の男女とも減少傾向にあります。なお、本県はいずれの年も男女とも全国を上回っています。

（3）救急搬送

総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和4）年版）」によると、全国の救急車で搬送された急病患者のうち、2021（令和3）年では全体の7.5%が脳疾患によるものであり、心疾患等を含む循環器系の割合が高くなっています。

1 予防

現状と課題

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病・脂質異常症・喫煙・過度の飲酒・メタボリックシンドロームなど、生活習慣と関連しているため、適切な生活習慣を身につける事も重要です。また、不整脈（特に心房細動）・無症候性病変（画像上脳卒中と考えられる病変があるが、症状がないもの）・慢性腎臓病なども危険因子であり、定期的に健康診査を受診し健康状態を把握することが大切です。

（1）厚生労働省「患者調査（2020（令和2）年）」によると、高血圧性疾患及び糖尿病の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、群馬県が275.5及び96.3、全国が215.3及び92.0であり、全国に比べ、本県はやや高くなっています。定期的な外来受診により、生活習慣の改善指導や基礎疾患の管理が重要となっています。

（2）県「県民健康・栄養調査（2021（令和3）年度）」によると、本県の喫煙率は、13.1%（男性20.4%、女性が6.1%）であり、前回調査（2016（平成28）年）と比べ減少しています。

（3）2022（令和4）年4月時点で県内で禁煙外来を実施している医療機関は288施設あり、2017（平成29）年4月時点と比較して9施設増加しています。脳卒中の発症リスクを低下させるため、喫煙者に対する保健指導や禁煙外来の受診勧奨が必要となっています。

- (4) 特定健康診査などの健康診査を通じて日々の健康状態を把握し、必要に応じ保健指導等を行い生活習慣改善の指導や、適切な医療機関の受診が必要となっています。厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021（令和3）年度）」によると、本県の特定健康診査の実施率は55.9%（全国56.2%）、特定保健指導の実施率は19.7%（全国24.7%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 脳卒中の発症を予防すること

(2) 医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められます。

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること
- 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること
- 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること

具体的施策

(1) 適切な生活習慣の普及啓発

- 脳卒中の危険因子である高血圧・糖尿病・脂質異常症等は、栄養・食生活、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣と密接に関係することから、適切な生活習慣の定着のための啓発を図ります。

【主な事業例（予防共通）】

新聞やラジオ、SNS等での啓発、健康を支援する食環境整備（減塩などの食生活支援）、県民公開講座の開催、健康フェスタの開催 等

(2) たばこ対策

- 喫煙が健康に及ぼす影響について、県民に普及啓発を図ります。

【主な事業例（予防共通）】

新聞やラジオ、SNS等での啓発、禁煙支援養成研修会等の実施、県民公開講座等の開催、児童や生徒、学生等の喫煙防止講習会の実施 等

(3) 健診等の受診率の向上

- 県民が自ら健康状態を把握できる機会を提供するとともに、高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病、メタボリックシンドロームなどの脳卒中の危険因子を早期発見するため、特定健康診査等の実施を推進します。

- 生活習慣病などの危険因子を有する者に対して特定保健指導等を通じて生活習慣改善指導を行い適切な血圧管理等の健康管理を支援します。また、必要に応じて医療機関への受診を促します。あわせて、保健指導を行う従事者への人材育成に取り組みます。

【主な事業例（予防共通）】

新聞やラジオ、SNS等での啓発、特定健診・保健指導従事者向け研修の実施等

2 救護

現状と課題

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は、速やか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。

- (1) 脳卒中を発症した場合、できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対応を行う必要があります。

2021（令和3）年の脳疾患により救急搬送された県内の傷病者における、119番通報から病院収容までに要した平均時間は40.2分（統合型医療情報システム集計）となっており、全国の40.5分（総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和4）年版（2021（令和3）年データ））」）に比べ短くなっていますが、引き続き専門的な診療が可能な医療機関に迅速に搬送できるよう、消防機関と医療機関との連携体制の強化が重要です。

- (2) t-P A（発症4.5時間以内の脳梗塞に対して行われる血栓溶解療法（tissue-plasminogen activator））による血栓溶解療法が適応になると推定される患者は、3.5時間以内に医療機関へ搬送することが必要となっています。

- (3) なお、t-P A適応外の場合やt-P Aでは再開通が難しくなる主幹動脈閉塞の場合、脳血管内治療が有効となり、その実施件数は年々増加しています。

- (4) 本県では2009（平成21）年2月からドクターヘリの運航を開始し、出勤から救急現場到着まで、県内全域をおおむね20分以内でカバーしています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 脳卒中を疑われる患者が、発症後遅くとも3.5時間以内に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

- また、3.5時間を超える場合でも、脳梗塞の場合は機械的血栓回収療法や経動脈的血栓溶解術等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤クリッピングやコイリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送することが望ましいこと

(2) 本人及び家族等周囲にいる者に求められる事項

- 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

(3) 救命救急士を含む救急隊員に求められる事項

- 地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール(活動基準)に沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと
- 脳卒中が疑われる患者に対する病院前救護のスクリーニングに基づき、搬送先選定が可能な救護体制を構築すること
- 急性期医療を担う医療機関へ発症後遅くとも3.5時間以内に搬送すること

具体的施策

(1) 初期症状出現時の対応

- 初期症状やその対応、専門医療機関に関する情報について、県民に普及啓発を図ります。

【主な事業例】

市民公開講座（GSEN※による開催）、脳卒中ノートの作成、配布 等
※GSEN：群馬脳卒中救急医療ネットワーク
（GunmaStrokeEmergencyNetwork）。組織内を①t-P A、②脳卒中救急、③地域連携パス、④市民啓蒙の4グループに分割し、脳卒中の治療に関する活動から住民への普及啓発まで幅広く活動を行っている。

(2) 搬送時間の短縮

- 救急搬送情報をリアルタイムで共有できるシステムを有効に活用し、適切な搬送先を迅速に選定できる体制を整えることで救急搬送の効率化を図ります。

【主な事業例】

統合型医療情報システムの運用、傷病者の搬送及び受入に関する実施基準の運用 等

(3) 救命率の向上

- 救急救命士等による迅速かつ適切な判断・処置・搬送を実施するため、メディカルコントロール体制の強化を図ります。

【主な事業例】

群馬脳卒中救急医療ネットワーク（GSEN）全体会の共催、救急救命士等を対象としたPSSL※講習会の開催 等
 ※PSSL：早期治療による脳卒中の予後改善を目指し、プレホスピタルでの迅速な判断と処置、適切な医療機関への搬送を達成するために観察処置の標準化を目指したもの(Prehospital Stroke Life Support)

(4) ドクターヘリ等の運用

- ドクターヘリ、ドクターカーを適切に運用し、救命率の向上や後遺障害の軽減を目指します。

【主な事業例】

ドクターヘリ運航経費補助の実施、症例検討会の開催 等

3 急性期

現状と課題

脳卒中の救命率向上のためには、救急搬送に引き続き、医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要であり、発症後、速やかな専門的診療が可能な体制が必要となっています。また、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが勧められています。

- (1) 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関は16病院、1診療所となっています。このうち12施設は24時間対応が可能です。また、脳血管内治療（虚血性）が可能な医療機関は、14病院となっています。このうち10施設は24時間対応が可能です。

脳梗塞に対する治療方法ごとの実施可能な医療機関数

（単位：施設数）

二、五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾・渋・前	沼田	東部・伊
t-PA	17(12)	7(6)	5(2)	4(4)	2(2)	6(4)
脳血管内治療（虚血性）	14(10)	7(5)	3(2)	4(3)	1(1)	6(4)

※括弧内は、24時間対応可能な医療機関数。〔資料〕県「医療施設機能調査（2022年度）」
 ※二、五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

- (2) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、本県の脳神経外科医師数は91人、脳神経内科医師数は73人です。

人口10万対の医師数は、脳神経外科医師が4.7人（全国5.8人）、脳神経内科医師が3.8人（全国4.6人）と、全国に比べて少ないことから、急性期の治療を担う脳神経外科医師や脳神経内科医師などの専門医師の育成・確保が必要となっています。

医師数（脳神経外科、脳神経内科）

（単位：人）

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾・渋・前	沼田	東部・伊
脳神経外科	91	41	26	33	7	25
脳神経内科	73	50	18	36	1	18

※二. 五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。
 [資料] 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2022年）」

- (3) 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、本県の急性期におけるリハビリテーションが実施可能な医療機関は49病院、4診療所となっています。
- (4) 脳卒中の治療では、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室等での入院管理により予後を改善できることが明らかになってきています。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できる脳卒中専用病室等を有する医療機関の体制整備が必要となっています。
- (5) 回復期等の医療機関との役割分担を明確化するとともに、それらの医療機関との連携の強化を図ることが必要となっています。また、急性期から維持期にかけて、誤嚥性肺炎等の合併症を歯科医師や歯科衛生士、言語聴覚士、認定看護師等と連携して予防することも重要です。

求められる医療機能

(1) 目標

- t-PA 静注療法の適応となる脳梗塞患者については、少しでも早く治療を開始すること
- 脳梗塞患者については機械的血栓回収療法の実施についても検討し、治療の適応となる患者に対して、速やかに治療を開始すること
- 専門的な治療を実施できない医療機関においては、画像伝送等の遠隔医療を利用して治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと
- 廃用症候群を予防し、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること

(2) 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- 血液検査や画像検査（エックス線検査、CT、MRI、超音波検査）等の必要な検査が24時間実施可能であること

- 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む）
- 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能であること
- t-PA 静注療法の適応がある脳梗塞患者に対し、来院後に少しでも早く治療を開始すること（遅くとも来院後1時間以内に治療を開始することが望ましい。）
- 症状の重症度と画像所見に基づき、脳梗塞患者に対する機械的血栓回収療法の適応を検討し、適応がある患者に対しては速やかに治療を開始すること
- t-PA 静注療法や機械的血栓回収療法、外科手術等の治療を実施できない医療機関においては、日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）」など、デジタル技術を活用した診療を行うことで、治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること
- 外科手術及び脳血管内手術が必要と判断した場合には来院後2時間以内の治療開始が可能であること
- 呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- リスク管理の下に早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
- 回復期（又は維持期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること
- 回復期（又は維持期）に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
- 脳卒中の疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供することが望ましい

（3）医療機関の例

- 救命救急センターを有する病院
- 脳卒中の専用病室等を有する病院
- 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、有床診療所

具体的施策

（1）急性期の医療体制の確保

- 急性期における専門的診断・治療を24時間実施できる医療体制整備を推進します。
- t-PA 治療や脳血管内治療を実施するための体制整備を促進し、急性期におけるリハビリテーションや地域連携クリティカルパスの普及を図ります。

(2) 専門医師の確保

- 群馬県地域医療支援センターを核に、地域医療枠医師を含む若手医師に対するキャリアパスを活用して専門医師の育成・確保を図ります。

【主な事業例（在宅療養支援共通）】
 地域医療支援センター運営、ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス 等

4 回復期

現状と課題

在宅復帰率の向上のため、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強化及び在宅医療提供体制の確保を図ることが必要となっています。

※回復期リハビリテーション病棟への転院は発症後2か月以内が条件となります。

- (1) 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、本県の回復期におけるリハビリテーションが実施可能な医療機関は65病院、30診療所となっています。日常生活動作（ADL：Activities of Daily Living）の向上等による社会復帰を促進するため、急性期リハビリテーションに継続して回復期リハビリテーションを行えるよう、医療提供体制の整備が必要となっています。

回復期の脳卒中リハビリテーション実施医療機関数 (単位：施設数)

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾・渋・前	沼田	東部・伊
病院	65	15	29	15	6	15
診療所	30	11	10	9	2	9

※二. 五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。
 [資料] 県「医療施設機能調査（2022年度）」

- (2) 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、脳卒中の地域連携クリティカルパス導入医療機関は42病院、45診療所です。今後導入を検討している医療機関は、4病院、52診療所あります。

脳卒中の地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要となっています。

地域連携クリティカルパス導入医療機関数 (単位：施設数)

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾・渋・前	沼田	東部・伊
病院	42	16	12	14	5	11
診療所	45	27	11	18	1	15

※二. 五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。
 [資料] 県「医療施設機能調査（2022年度）」

- (3) なお、厚生労働省「患者調査（2017（平成29）年）」によると、脳血管疾患の治療後、在宅等生活の場に復帰できた患者は、本県では51.9%となっており、全国（55.2%）を下回っています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること
- 回復期の医療機関における医療提供体制を強化すること
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

(2) 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること
- 重篤な神経機能障害・精神機能障害等を生じた患者であっても、急性期病院からの受入れが可能となるよう、回復期の医療提供体制を強化すること
- 失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- 急性期及び維持期・生活期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること

(3) 医療機関の例

- リハビリテーションを専門とする病院、有床診療所
- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院、有床診療所

具体的施策

(1) リハビリテーション支援体制の構築

- 急性期から回復期、維持期、在宅療養を通じ、医療機関や介護保険事業所等により一貫したリハビリテーションのサービスが提供されるよう、地域リハビリテーション支援体制の構築を推進します。回復期リハビリテーションの提供が可能な体制整備と多職種連携を推進します。

(2) 地域連携の促進及び地域連携クリティカルパスの普及

- 急性期から回復期、維持期までの医療機関等の診療情報や治療計画の共有による切れ目のない適切な医療が提供できるよう、「ぐんまちゃんの脳卒中ノート」（群馬脳卒中医療連携の会編集）や地域連携クリティカルパスを活用して、関係機関の連携体制の充実を図ります。また、設置を進める脳卒中・心臓病等総合支援センターによる取組等を通じたかかりつけ医を含めた地域の連携を促進します。

【主な事業例（在宅療養支援共通）】

脳卒中ノートの作成・配布、地域連携クリティカルパスの導入 等

5 維持期・生活期（おおむね発症後6か月以降）

現状と課題

回復期での治療に加えて、生活機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活のための介護サービスを提供することが必要です。また、脳卒中は再発することも多く、患者の周囲にいる者に対し、適切に対応するための教育等を行うことが重要です。

なお、重度の後遺症等のため回復期の医療機関等への転院や退院が行えない患者に対する対応として、急性期の医療機関と在宅への復帰が容易ではない患者を受け入れる医療機関等との連携強化も必要となっています。

- (1) 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、維持期における日常生活機能の維持・向上やリハビリテーションなどを担う在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援歯科診療所はそれぞれ28施設、202施設、123施設となっています。また、訪問看護ステーションは222施設となっています。

在宅療養の推進を図るため、在宅医療の提供可能な医療機関等を整備するとともに、医療と福祉との関わり合いなどの多職種による連携を図ることが必要となっています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び就労支援並びに日常生活の継続を支援すること
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

(2) 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関等は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められます。

- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能なこと

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- 介護支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること
- 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、脳卒中患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと
- 回復期（又は急性期）の医療機関等と、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること

（3）医療機関の例

- 介護老人保健施設
（入所、通所、リハビリテーション及び訪問リハビリテーション等が可能な施設）
- 介護保険によるリハビリテーションを行う病院、診療所
- 歯科診療所

具体的施策

（1）在宅医療の提供体制の充実

- 看取りを含めた在宅医療の提供体制の充実を図るため、地域における在宅医療に係る設備整備や人材育成、多職種連携、県民に対する普及啓発等を推進します。
- 在宅療養への移行を円滑に進めるための冊子の作成等を通じ、在宅療養を希望する県民が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう在宅医療の提供体制の整備にも積極的に取り組みます。
- 急性期から回復期、維持期、在宅療養を通じ、医療機関や介護保険事業所等により一貫したリハビリテーションのサービスが提供されるよう、地域リハビリテーション支援体制の構築を推進します。

【主な事業例（在宅療養支援共通）】

在宅療養支援診療所等の設備整備補助、人材育成・多職種連携等に係る研修及び補助、退院調整ルールの進行管理、在宅医療・介護連携支援パンフレットの配布 等

【ぐんまちゃん脳卒中ノートについて】

- 群馬脳卒中医療連携の会では、脳卒中患者が脳卒中で入院した病院やリハビリで転院した病院、かかりつけ医などの情報を記入できる「ぐんまちゃんの脳卒中ノート」を作成・発行しています。
- 脳卒中は再発予防が重要です。患者や家族が脳卒中を正しく理解し、再発を予防し、万が一再発したときに正しい行動が取れるよう必要な情報が掲載されています。

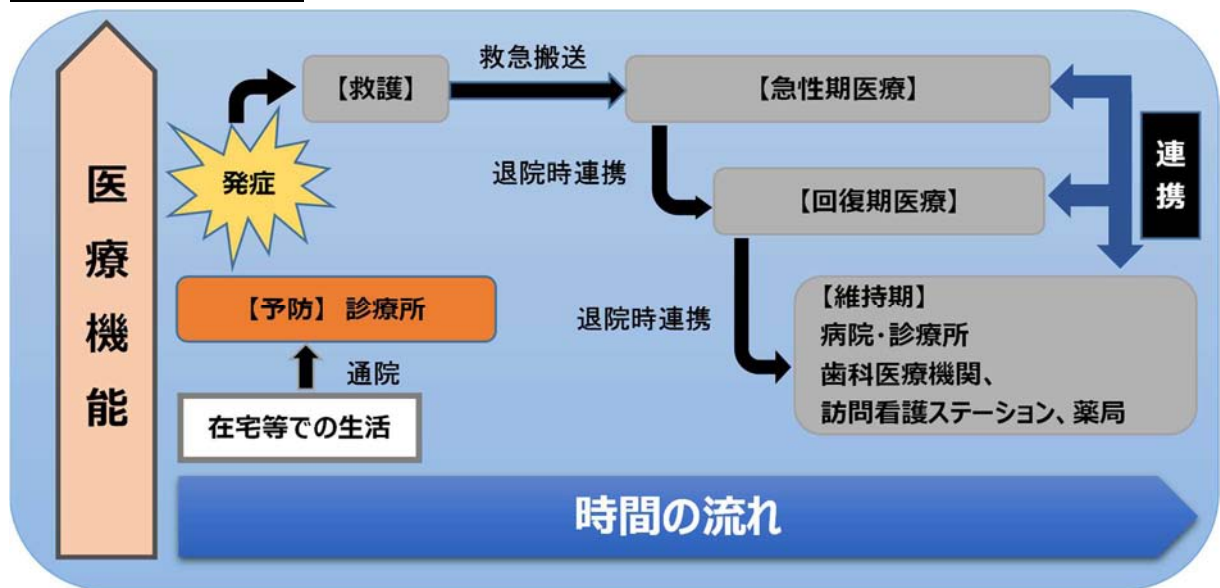
【HP】群馬脳卒中医療連携の会

<http://g-stroke.com/gunmacyann/>

【脳卒中連携クリティカルパスについて】

- 脳卒中で急性期病院に入院した患者は地域のリハビリ病院やかかりつけ医と脳卒中地域連携クリティカルパスでつながっています。
- 患者の情報が正確に伝わり、的確な治療を受けることができます。また、群馬脳卒中医療連携の会でこのパスを共通化しているため、どの地域でも同じパスを用いてスムーズに転院することが可能です。

脳卒中の医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A 個別施策
予防	<p>発症の予防には適切な生活習慣を身につけることと健康状態の把握が重要</p> <p>①高血圧性疾患及び糖尿病の年齢調整外来受療率(人口10万対)は、全国に比べやや高い ⇒定期的な外来受診による生活習慣の改善指導や基礎疾患の管理が重要</p> <p>②特定健康診査実施率、特定保健指導の実施率は全国平均を下回っている ⇒健診後の保健指導を通じて医療機関への受診勧奨することが課題</p>	1	<p>(1)適切な生活習慣の普及啓発</p> <p>(2)たばこ対策</p> <p>(3)健診等の受診率の向上</p>
救護	<p>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は、速やか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</p> <p>○119番通報から病院収容までに要した時間は全国平均と比べて短い ⇒引き続き、消防機関と医療機関との連携体制の向上が重要</p>	2	<p>(1)初期症状出現時の対応</p> <p>(2)搬送時間の短縮</p> <p>(3)救命率の向上</p> <p>(4)ドクターヘリ等の運用</p>
急性期	<p>脳卒中の救命率向上のためには、救急搬送に引き続き、医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要であり、発症後、速やかな専門的診療が可能な体制が必要。また、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが勧められている。</p> <p>①脳神経外科医師、神経内科医師(人口10万対)は全国に対し、少ない ⇒専門医師の育成・確保が必要</p> <p>②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できる脳卒中専用病室等を有する医療機関の体制整備が必要</p>	3	<p>(1)急性期の医療体制の確保</p> <p>(2)専門医師の確保</p>
回復期	<p>在宅復帰率の向上のため、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強化及び在宅医療提供体制の確保を図ることが必要</p> <p>①日常生活動作の向上等による社会復帰を促進するため、急性期リハビリテーションに継続して回復期リハビリテーションを行えるよう、医療提供体制の整備が必要</p> <p>②脳卒中の地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要</p> <p>③脳血管疾患治療後、在宅等生活の場に復帰できた患者は、全国を下回っている</p>	4	<p>(1)リハビリテーション支援体制の構築</p> <p>(2)地域連携の促進及び地域連携クリティカルパスの普及</p>
維持期・生活期	<p>在宅生活のための介護サービスを提供すること、及び患者の周囲にいる者に対し、適切に対応するための教育等を行うことが必要。急性期の医療機関と在宅への復帰が容易ではない患者を受け入れる医療機関等との連携強化も必要。</p> <p>①在宅医療の提供可能な医療機関等を整備するとともに、医療と福祉との関わり合いなどの多職種による連携を図ることが必要</p>	5	<p>(1)在宅医療の提供体制の充実</p>

番号 **B 目標**

1	脳卒中の発症を予防すること	
	目標値	特定健康診査の実施率 20歳以上の者の喫煙率

2	脳卒中を疑われる患者が、発症後遅くとも3.5時間以内(超える場合でも、できるだけ早く)に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること	
	目標値	脳血管疾患により救急搬送された患者数 救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間

3	①患者の来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)に専門的な治療を開始すること(血管内治療など高度に専門的な治療を行える施設では、発症後4.5時間を超えても高度専門治療の実施について検討すること) ②誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ③廃用症候群を予防し、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること	
	目標値	t-PAによる血栓溶解療法が実施できる医療機関数
		t-PAによる血栓溶解療法の実施件数
		脳血管内治療の実施件数
		脳神経外科医師数 脳神経内科医師数

4	①身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること ②回復期の医療機関における医療提供体制を強化すること ③再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ④誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること	
	目標値	脳卒中における地域連携計画書作成等の実施件数

5	①生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること ②再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ③誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること	
	目標値	脳卒中における地域連携計画書作成等の実施件数【再掲】

番号 **C 最終目標**

1	脳卒中による死亡が減少している	
	目標値	脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)

2	脳卒中患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる	
	目標値	健康寿命(男) 健康寿命(女)
		在宅等生活の場に復帰した脳卒中疾患患者の割合

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号	指標	現状		目標	
			数値	年次	数値	年次
B	1	① 特定健康診査の実施率	55.9%	2021	70%以上	2029
B	1	② 20歳以上の者の喫煙率	13.1%	2022	10.2%	2028
B	2	① 脳血管疾患により救急搬送された患者数	4,669人	2021	—	2029
B	2	② 救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間	39.4分 ※現状でも関東最短	2021	関東最短	2029
B	3	① t-PAによる血栓溶解療法が実施できる医療機関数	17機関	2021	現状維持	2029
B	3	② t-PAによる血栓溶解療法の実施件数	324件	2021	324件以上	2029
B	3	③ 脳血管内治療の実施件数	301件	2021	301件以上	2029
B	3	④ 脳神経外科医師数	91人	2020	91人以上	2028
B	3	⑤ 脳神経内科医師数	73人	2020	73人以上	2028
B	4	① 脳卒中における地域連携計画書作成等の実施件数	773件	2021	773件以上	2029
B	5	① 脳卒中における地域連携計画書作成等の実施件数【再掲】	773件	2021	773件以上	2029
C	1	① 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	101.1（男） 59.7（女）	2020	101.1（男）以下 59.7（女）以下	2029
C	2	① 健康寿命（男）	73.41年	2019	次のいずれも満たすものとする ①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 ②73.57年以上	2028
C	2	② 健康寿命（女）	75.80年	2019	次のいずれも満たすものとする ①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 ②76.70年以上	2028
C	2	③ 在宅等生活の場に復帰した脳卒中疾患患者の割合	51.9%	2020	51.9%以上	2029

一：目標欄に「—」と記載している指標は、目標値の設定はせず、実態を把握するための指標

2 脳卒中

No.	指標名	単位	県計			保健医療圏別										出典
			年度	時点	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林	
予防																
1	健康診断・健康診査の受診率 (40～74歳)	%	策定時	R1	72.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R1国民生活基礎調査/厚生労働省
			R6													
			R7													
			R8													
			R9													
			R10													
2	高血圧性疾患患者の年齢調整 外来受療率（人口10万対）	-	策定時	R2	275.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R2患者調査/厚生労働省	
			R6													
			R7													
			R8													
			R9													
			R10													
3	年齢調整死亡率（人口10万 対）	-	策定時	R3	(男)41.4 (女)25.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	「人口動態調査/厚生労働省」を基に医務課推計	
			R6													
			R7													
			R8													
			R9													
			R10													
救護																
4	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した 平均時間（脳疾患傷病者）	分	策定時	R3	40.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	統合型医療情報システム集計データ速報値 (R3年)/群馬県医務課	
			R6													
			R7													
			R8													
			R9													
			R10													

No.	指標名	単位	県計			保健医療圏別										出典
			年度	時点	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・ 安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・ 館林	
急性期																
5	神経内科医師数	人	策定時	R2	73	35	1	14	14	4	0	0	1	2	2	R2医師・歯科医師・薬剤師統計/厚生労働省
			R6													
			R7													
			R8													
			R9													
			R10													
			R11													
6	脳神経外科医師数	人	策定時	R2	91	30	3	8	20	4	2	0	7	3	14	R2医師・歯科医師・薬剤師統計/厚生労働省
			R6													
			R7													
			R8													
			R9													
			R10													
			R11													
7	救命救急センターを有する病院数	箇所	策定時	R4	4	2	0	0	1	0	0	0	0	1	R4.4.1時点/群馬県医務課	
			R6													
			R7													
			R8													
			R9													
			R10													
			R11													
8	脳卒中の専門病室を有する病院数	箇所	策定時	R5.4	4	1	0	1	2	0	0	0	0	0	診療報酬施設基準（脳卒中ケアユニット入院医療管理料）/関東信越厚生局	
			R6													
			R7													
			R8													
			R9													
			R10													
			R11													
9	脳卒中の専門病室を有する病院の病床数	床	策定時	R5.4	33	6	0	9	18	0	0	0	0	0	診療報酬施設基準（脳卒中ケアユニット入院医療管理料）/関東信越厚生局	
			R6													
			R7													
			R8													
			R9													
			R10													
			R11													

No.	指標名	単位	県計			保健医療圏別										出典		
			年度	時点	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林			
10	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	箇所	策定時	R5.4	17	3	0	3	3	1	0	1	2	1	3	診療報酬施設基準（超急性期脳卒中加算）/関東信越厚生局		
			R6															
			R7															
			R8															
			R9															
			R10															
			R11															
11	退院患者平均在院日数（脳血管疾患）	日	策定時	R2	75.0	51.1	83.4	101.0	87.9	73.2	44.9	106.3	58.7	97.9	77.7	R2患者調査/厚生労働省※病院の退院患者平均在院日数（施設所在地）		
			R6															
			R7															
			R8															
			R9															
			R10															
			R11															
急性期・回復期・維持期																		
12	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	箇所	策定時	R5.4	120	20	8	7	34	5	5	6	10	9	16	診療報酬施設基準（脳血管疾患等リハビリテーション料）/関東信越厚生局		
			R6															
			R7															
			R8															
			R9															
			R10															
			R11															
13	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	%	策定時	H29	58.2	55.6	72.2	74.5	57.4	44.9	44.6	42.3	55.8	53.8	52.5	H29患者調査/厚生労働省特別集計		
			R6															
			R7															
			R8															
			R9															
			R10															
			R11															