

## 2 脳卒中

### ○ 現 状 と 課 題 ○

#### (1) 現状

- ◇ 脳卒中（脳血管疾患）によって継続的に医療を受けている患者数は、令和2年の患者調査によると、県内で約1万3千人と推計されます。また、全国では174万人と推計され、減少傾向にあります。

表1 総患者数（脳血管疾患） (単位：千人)

区 分	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年	
総数	秋田県	20	17	15	14	(13)※
	全 国	1,339	1,235 (2,012)※	1,179 (1,988)※	1,115 (1,950)※	(1,742)※
男性	秋田県	10	7	7	6	(6)※
	全 国	650	616	592	556	(941)※
女性	秋田県	11	10	8	7	(7)※
	全 国	689	620	587	558	(801)※

出典：厚生労働省「患者調査」

※ 令和2年から「総患者数」の推計に使用している「平均診療間隔」の算定方法に変更があったため、新推計方法によるデータを掲載。平成23年～平成29年の全国値については参考値として厚生労働省ホームページに公表されているデータを掲載。

- ◇ 本県における脳卒中の死亡数は、令和3年に年間1,575人（全国：104,595人）と、死亡数全体の9.8%（全国：7.3%）を占めており、死亡順位の第4位（全国：第4位）となっています。
- ◇ 年齢調整死亡率（年齢構成を考慮した死亡率）については年々減少していますが、依然全国平均より高い状態が続いています。

表2 脳血管疾患による死亡者数 (単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年 (人口10万対)	227 (224.2)	82 (260.6)	162 (221.9)	444 (116.0)	151 (156.3)	261 (220.2)	130 (154.8)	118 (206.1)	1,575 (167.4)	104,595 (85.2)
令和2年	211	57	137	481	156	185	131	109	1,467	102,978
令和元年	226	58	168	494	156	230	159	134	1,625	106,552

出典：「秋田県衛生統計年鑑」

表3 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）

区 分	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	
男性	秋 田 県	48.8	46.1	47.3	45.5
	全 国	33.2	32.6	32.0	32.4
女性	秋 田 県	23.9	24.8	25.5	22.3
	全 国	18.0	17.7	16.8	17.0

出典：「人口動態統計（確定値）」と人口推計を基に県健康づくり推進課が算出

- ◇ 脳卒中は、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ます。

介護が必要になった者の 16.1%（全国）は脳卒中が主な原因で第 2 位となっており、男性では 25.2%で第 1 位となっています。

表 4 介護が必要になった原因（全国）（単位：%）

男女計		男 性		女 性	
認知症	16.6	<b>脳卒中</b>	<b>25.2</b>	認知症	18.1
<b>脳卒中</b>	<b>16.1</b>	認知症	13.7	骨折・転倒	17.8
骨折・転倒	13.9	高齢による衰弱	8.7	高齢による衰弱	15.6
高齢による衰弱	13.2	その他	8.0	関節疾患	12.7
関節疾患	10.2	骨折・転倒	6.6	<b>脳卒中</b>	<b>11.2</b>
その他	7.1	心疾患	6.5	その他	6.7

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（令和 4 年）

## ① 救護

- ◇ 令和 3 年の 1 年間に救急車によって搬送された急病患者の 10.6%、2,812 人が脳卒中（脳血管疾患）であり、疾患の中で救急搬送人員が最も多くなっています。

表 5 疾病分類別搬送人員

疾患名	搬送人員（人）	搬送割合（%）
<b>脳 疾 患</b>	<b>2,812</b>	<b>10.6</b>
心 疾 患 等	2,725	10.3
消 化 器 系	2,662	10.1
呼 吸 器 系	2,624	9.9
精 神 系	634	2.4
感 覚 系	1,681	6.4
泌 尿 器 系	1,247	4.7
新 生 物	929	3.5
そ の 他	4,169	15.8
不 明	6,952	26.3
合 計	26,443	100.0

出典：総務省消防庁「急病に係る疾病分類別傷病程度別搬送人員調」（令和 3 年）

## ② 急性期

- ◇ 本県では、脳神経内科医が人口 10 万人当たりで全国平均よりも少なく、北秋田圏域、湯沢・雄勝圏域では常勤医師が不在となっています。
- ◇ 脳神経外科医は人口 10 万人当たりで全国平均と同数ですが、秋田周辺圏域に半数以上が集中しています。また、北秋田圏域では常勤医師が不在となっています。

表6 各圏域における脳神経内科・脳神経外科医師数

(単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
脳神経内科医師数 (人口10万対)	1 (1.0)	- (-)	1 (1.3)	20 (5.2)	9 (9.2)	3 (2.5)	3 (3.5)	- (-)	37 (3.9)	5,758 (4.6)
脳神経外科医師数 (人口10万対)	7 (6.8)	- (-)	2 (2.7)	36 (9.3)	5 (5.1)	6 (5.0)	3 (3.5)	2 (3.4)	61 (6.4)	7,349 (6.4)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和2年)

- ◇ 脳梗塞の急性期治療においては、可及的早期の t-PA 静注療法<sup>※1</sup> と血栓回収療法ができる体制が重要となります。
- ◇ 日本脳卒中学会は、24 時間 365 日、t-PA 静注療法を行うことが可能な施設を「一次脳卒中センター」として認定しており、8 圏域のうち、北秋田圏域を除く 7 圏域に配置されています。
- ◇ 血栓回収療法については、秋田周辺、由利本荘・にかほ、大仙・仙北、横手圏域では常時実施可能な体制となっていますが、県北では実施可能な体制が整備されていません。

表7 一次脳卒中センター等の状況(令和4年)

医療機関名	一次脳卒中センター	脳卒中専門医	t-PA静注療法講習の受講	脳神経外科専門医	脳神経内科専門医	脳血管内治療認定医	血栓回収療法実施医	t-PA静注療法実施数(件)	急性期脳梗塞に対する血栓回収療法実施数(件)	その他の急性期脳梗塞に対する血管内治療実施数(件)
かつの厚生病院	●	1	1	2				3		
大館市立総合病院			1	2			1	9		
大館・鹿角圏域計		1	2	4	0	0	1	12	0	0
北秋田市民病院			1				1	2	1	
北秋田圏域計		0	1	0	0	0	1	2	1	0
能代厚生医療センター	●	3		3				3		
地域医療機能推進機構秋田病院			1		1					
能代山本医師会病院					1					
能代・山本圏域計		3	1	3	2	0	0	3	0	0
秋田大学医学部附属病院	●	3	8	5	4	3	1	17	25	3
秋田赤十字病院	●	4	6	2	2	2		38	17	
秋田県立循環器・脳脊髄センター	●	8	9	10		3	4	28	34	3
中通総合病院	●	2	4	3	2			1		10
市立秋田総合病院		1	3		1			3		
秋田厚生医療センター		2		2				6		
秋田周辺圏域計		20	30	22	9	8	5	93	76	16
由利組合総合病院	●	2	4	3		2	1	21	24	2
由利本荘・にかほ圏域計		2	4	3	0	2	1	21	24	2
大曲厚生医療センター	●	2	2	2				40	15	7
大曲中通病院				1	1					
大仙・仙北圏域計		2	2	3	1	0	0	40	15	7
平鹿総合病院	●	1	4	4		1	2	16	21	
市立大森病院			1							
横手圏域計		1	4	4	0	1	2	16	21	0
雄勝中央病院	●	1	2	2						
湯沢・雄勝圏域計		1	2	2	0	0	0	0	0	0
県計		30	46	41	12	11	10	187	137	25

出典：県医療薬事課調べ(令和4年)

表 8 脳卒中の t-PA 静注療法及び脳血管内治療<sup>※2</sup>の件数（人口 10 万対）

【脳卒中】		実績		全国	
発症後早期に専門的な治療を受けることができる体制	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解法の実施件数	10.2	R3	10.8	R3
	脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数	8.4	R3	12.4	R3

出典：厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（以下、NDB）」

※1 t-PA 静注療法：組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法

※2 脳血管内治療：機械的血栓除去術、経動脈的血栓溶解療法等

### ③ 回復期・維持期（生活期）

- ◇ 本県では回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準を取得している医療機関は、4つの圏域に計8病院あります。

表 9 脳卒中に関するリハビリテーションの施設基準を取得している医療機関数

圏域	脳血管疾患等リハビリテーション料			回復期リハビリテーション病棟入院料		
	(I)	(II)	(III)	入院料1	入院料2	入院料3
大館・鹿角	4	-	2	1	-	1
北 秋 田	1	-	1	-	-	-
能代・山本	2	2	2	-	1	-
秋田周辺	8	6	8	3	-	-
由利本荘にかほ	3	1	1	-	-	-
大仙・仙北	3	3	2	1	-	1
横 手	2	1	-	-	-	-
湯沢・雄勝	1	1	-	-	-	-
県 計	24	14	16	5	1	2

出典：厚生労働省東北厚生局「診療報酬施設基準届出医療機関名簿」（令和5年10月）

- ◇ 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数は、人口 10 万人当たりで全国平均を下回っており、圏域別では、全国平均を上回っているのは、大館・鹿角、能代・山本、大仙・仙北の3圏域となっています。

表 10 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（レセプト件数）

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国*
レセプト件数	1,011	188	700	2,628	1,469	2,964	963	605	6,951	
人口10万対	961	569	907	680	500	1,204	129	546	715	806

出典：厚生労働省「NDB」（令和3年度）

\*全国値は47都道府県の単純平均値

- ◇ リハビリテーション科医師数（人口 10 万対）を見ると、全国平均と同程度となっていますが、北秋田、横手、湯沢・雄勝圏域では不在となっているなど、地域偏在が見られます。

表 11 各圏域におけるリハビリテーション科医師数

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
リハビリテーション科医師数 (人口10万対)	2 (1.9)	- -	3 (4.0)	9 (2.3)	2 (1.9)	5 (4.1)	- -	- -	21 (2.2)	2,903 (2.3)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）

- ◇ 理学療法士数、作業療法士数及び言語聴覚士数（人口10万対）を見ると、いずれも全国平均に比べ少ない状況となっています。

表 12 リハビリテーション等の専門職の従事者 (単位：人)

(常勤換算)	従事者数			人口10万対		
	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
秋田県	438.5	341.0	85.8	45.7	35.5	8.9
全国	84,459.3	47,853.9	16,799.0	67.0	37.9	13.3

出典：厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）

- ◇ 脳血管疾患患者の平均在院日数は、全国平均を下回って推移していましたが、令和2年では83.1日と全国平均（77.4日）を上回っています。

表 13 脳血管疾患の退院患者平均在院日数(施設所在地)

区分	平成26年	平成29年	令和2年
秋田県	64.3日	65.1日	83.1日
全国	89.1日	78.2日	77.4日

出典：厚生労働省「患者調査」

- ◇ 脳血管疾患で在宅等生活の場に復帰した退院患者の割合は62.5%と全国平均を上回っていますが、圏域により差が見られます。

表 14 在宅等生活の場<sup>\*</sup>に復帰した脳血管疾患患者の割合

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
割合(%)	61.0	93.3	42.6	60.1	81.6	69.1	53.6	69.2	62.5	54.4

出典：厚生労働省「患者調査（個票解析）」（令和2年）

※ 主病名が「脳血管疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「家庭」である患者及び入院前の場所と退院後の行き先が「介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所」と一致している患者の割合

## (2) 課題

### ① 脳卒中の発症予防

- ◇ 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、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子であり、生活習慣の改善や重症化の予防が重要です。

## ② 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◇ 脳卒中は、早く治療を始めることでより高い治療効果が見込まれ、更に後遺症も少なくなることから、脳卒中を疑うような症状が出現した場合には速やかに救急隊を要請するなどの対処が行えるように県民に啓発する必要があります。
- ◇ 搬送時の病院前救護活動（プレホスピタルケア）も重要です。救命救急士をはじめとする消防隊員が適切な観察・判断・救命処置を行ったうえで、対応が可能な医療機関に搬送する必要があります。
- ◇ 本県では、広大な県域において急性期脳卒中医療の地域間格差があることから、治療の早期開始には、高速交通体系の整備が重要であるほか、病院間搬送の連携やドクターヘリ、ドクターカーの活用に加え、距離や昼夜・天候に左右されない体制として、IC Tによる遠隔画像や遠隔診療に係る技術を活用するなど、地域の医療資源を考慮した施設間ネットワークを構築する必要があります。
- ◇ 脳梗塞の急性期治療においては、可及的早期の t-PA 静注療法と血栓回収療法を実施する体制が重要となりますが、県北地域における体制整備が課題となっています。
- ◇ 脳卒中の治療には、内科・脳血管内治療・外科治療の総合的な体制が必要ですが、県内の脳卒中医療提供体制を構築する上で、脳神経内科医や脳卒中外科医の確保、専門医の育成、均てん化を図っていく必要があります。

## ③ 病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制

- ◇ 本県における回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準を取得している医療機関は8病院ありますが、4つの圏域で施設基準を取得している医療機関がなく、人口10万人当たりの脳卒中に関するリハビリテーションの件数も全国に比べ低いことなどから、回復期を担う医療機能を充実する必要があります。
- ◇ リハビリテーション科医師が不在の圏域があるほか、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が全国に比べ少ない状況にあり、リハビリテーションに関わる人材の確保・育成が重要になっています。
- ◇ 脳卒中は、介護が必要となった原因別で上位となっていることから、急性期での早期リハビリテーションの実施のみならず、デジタル技術を活用した遠隔リハビリテーションなど、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションが継続的に実施できる体制の整備に努める必要があります。
- ◇ 脳血管障害患者は口腔機能が著しく低下するため、高齢期に多い誤嚥性肺炎の予防策として、歯科医師や歯科衛生士等による口腔ケアや、言語聴覚士、認定看護師、耳鼻科医等による嚥下機能評価・訓練の実施が一層重要になっています。

## ④ 在宅療養が可能な体制

- ◇ 高齢化が今後さらに進行していく中、脳卒中に係る急性期治療と回復期、在宅でのリハビリテーション等の連携を円滑化し、在宅等生活の場で患者が療養できるよう、

多職種での連携体制の構築に向けた取組について一層の充実が望まれます。

## ⑤ 治療と仕事の両立支援の体制

- ◇ 脳卒中などにより、高次機能障害などの障害を引き起こした場合は、日常生活・社会生活に支障を来す可能性があるため、医療から福祉までの継続的な支援が必要です。
- ◇ また、患者の職場復帰に当たっては、その状況に応じた職業訓練が必要であるほか、受け入れる側の理解が重要です。

## ⑥ 新興感染症の発生・まん延時等における体制

- ◇ 感染症発生・まん延時や災害等の有事の際には、患者の救急搬送や手術に制限が発生する懸念があります。感染症患者や被災者等に対する医療を確保しつつ、脳卒中患者に対する医療提供体制の構築が必要です。

# ○ 目指すべき方向 ○

### (1) 脳卒中の発症予防

- ◆ 特定健診・特定保健指導等の実施率向上
- ◆ 疾病予防・重症化予防の推進による予防・健康づくりの推進

### (2) 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◆ 発症後、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な救急搬送体制の構築
- ◆ 専門的な治療をできない施設から、治療可能な施設への速やかな転院搬送
- ◆ 地域間格差を解消し、均てん化を進めるためのデジタル技術を活用した診療の拡充
- ◆ 地域での救急医療に係る役割分担と連携強化

### (3) 病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制

- ◆ 廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションが実施可能な体制の構築
- ◆ 機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテーションが実施可能な体制の構築と人材の育成
- ◆ 生活機能を維持又は向上させるリハビリテーションが実施可能な全体的な体制の構築

### (4) 在宅療養が可能な体制

- ◆ 生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが連携可能な全体的な体制の構築

## (5) 治療と仕事の両立支援の体制

- ◆ 治療と仕事の両立支援の体制の整備

## (6) 新興感染症の発生・まん延時等における体制

- ◆ 感染症発生・まん延時等の有事においても、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築
- ◆ 感染症発生・まん延時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用するための体制の構築

## ○ 主 要 な 施 策 ○

### (1) 脳卒中の発症予防

- ◆ 「健康寿命日本一」を目指した県民運動を展開する中で、日ごろの生活習慣の改善のため、減塩と野菜・果物摂取の促進、運動習慣の定着等に取り組むほか、たばこ対策として受動喫煙防止の啓発や禁煙支援等に取り組めます。

### (2) 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◆ 発症から病院搬送までの時間の短縮を図るため、脳卒中発症時の症状、救急時の対処法などに関する知識の普及・啓発を推進します。
- ◆ 地域の医療機関が連携して急性期脳卒中医療を行うため、救急告示病院における急性期遠隔画像連携システムの活用を促進します。
- ◆ 県北におけるt-PA静注療法の現地施行や血管内治療の実施に向け体制の整備を進めます。
- ◆ 秋田県立循環器・脳脊髄センターや秋田大学医学部附属病院による脳卒中治療に関する研究の継続を図り、脳血管内治療等の標準治療の普及により県内の脳卒中医療水準の向上と均てん化に努めます。
- ◆ 専攻医の確保に関する取組の強化を行う一環として、脳神経内科医の継続的な養成ができる体制を拡充し、脳卒中医療への脳神経内科医の参画を推進します。
- ◆ 脳血管疾患患者の増加を見据え、「一次脳卒中センター」、「一次脳卒中コアセンター」など、地域の実情に応じた脳卒中治療の拠点となる医療機関の体制整備に向けた取組を推進します。
- ◆ 地域医療構想に基づき、地域医療構想調整会議の活用を通じた循環器医療提供体制に係る役割分担と連携の強化を促進します。

### **(3) 病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制**

- ◆ 急性期におけるリハビリテーションの強化や回復期リハビリテーション病棟への転換などリハビリテーション体制の充実に向けた施設・設備整備への支援を行うほか、脳卒中のリハビリテーションを担う人材養成を支援します。
- ◆ 脳卒中患者の誤嚥性肺炎予防のため、口腔ケアや嚥下機能評価・訓練を実施する多職種医療従事者の連携を推進します。

### **(4) 在宅療養が可能な体制**

- ◆ 在宅等生活の場で患者が療養できるよう、関係者による協議の場を設け、歯科医療機関も含めた急性期から回復期及び維持期（在宅療養に対する支援を含む。）までの医療連携体制の構築を図ります。
- ◆ 脳卒中・心臓病等の患者や家族に対し医療やリハビリテーション介護・福祉・就労・障害に関する適切な情報提供と相談支援を行う脳卒中・心臓病等総合支援センターの整備を検討します。
- ◆ 脳卒中地域連携パスの活用の促進に向けた取組を推進します。

### **(5) 治療と仕事の両立支援の体制**

- ◆ 脳卒中相談窓口を中心とした情報提供や両立支援、就労支援を推進します。
- ◆ 秋田産業保健総合支援センターの両立支援コーディネーターによる患者の状況に応じた事業主・労働者向けの治療と仕事の両立支援を推進します。
- ◆ 主治医、会社・産業医と患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型サポート体制を構築します。

### **(6) 新興感染症の発生・まん延時等における体制**

- ◆ 有事の対応を行う病院と通常診療を行う病院の連携が円滑に進むよう、空床状況等に関する効率的な情報共有を含む医療機関間の連携強化を促進します。

○ 数 値 目 標 ○

区 分			現 状	目 標 値	目 標 値 の 考 え 方	指 標 番 号		
アウトカム	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率（人口10万対）（R4）	男性	秋田県	45.5	37.0	「健康秋田21」同様R15年にR3年の全国平均値を目指す	228	
			全 国	32.0				
		女性	秋田県	22.3	18.8			
			全 国	16.8				
	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合（R2）		秋田県	62.5%	増加		全国値に比べ高い水準にあるため、増加とする	●231
			全 国	54.4%				
プロセス	喫煙率※1（R3）		秋田県	15.6%	10.1%	「健康秋田21」「がん対策推進計画」同様	213	
			全 国	—				
	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法実施件数（人口10万人当たり）（R3）		秋田県	10.2	10.8	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	219	
			全 国	10.8				
	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数（人口10万人当たり）（R3）		秋田県	8.4	12.4	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	—	
			全 国	12.4				
	脳梗塞に関する血栓回収療法の実施可能な医療機関（R3）		秋田県	6	増加	増加とする	●205	
		全 国	—					
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（人口10万人当たり）（R3）		秋田県	715	806	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	223		
		全 国	806					
脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数（R3）		秋田県	0	2.7	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	●225		
		全 国	2.7					
ストラクチャー	脳卒中専門医（R4）		秋田県	30人	増加	現状では専門医が不足していることから増加を図る	—	
			全 国	—				
	t-PA 静注療法講習の受講医師数※2（R4）		秋田県	46人	増加	現状では受講者が不足していることから増加を図る	—	
			全 国	—				
	脳神経内科の医師数（R2）		秋田県	37	増加	現状では医師数が不足していることから増加を図る	202	
			全 国	—				
脳神経外科の医師数（R2）		秋田県	61	増加	現状では医師数が不足していることから増加を図る	202		
		全 国	—					
リハビリテーションが実施可能な医療機関数※3（人口10万人当たり）（R5）		秋田県	5.0 (38施設)	増加	現状では実施機関数が不足していることから増加を図る	●209		
		全 国	—					

●国が示した重点指標

※1 秋田県「健康づくりに関する調査」の数値。全国値は厚生労働省「国民生活基礎調査」

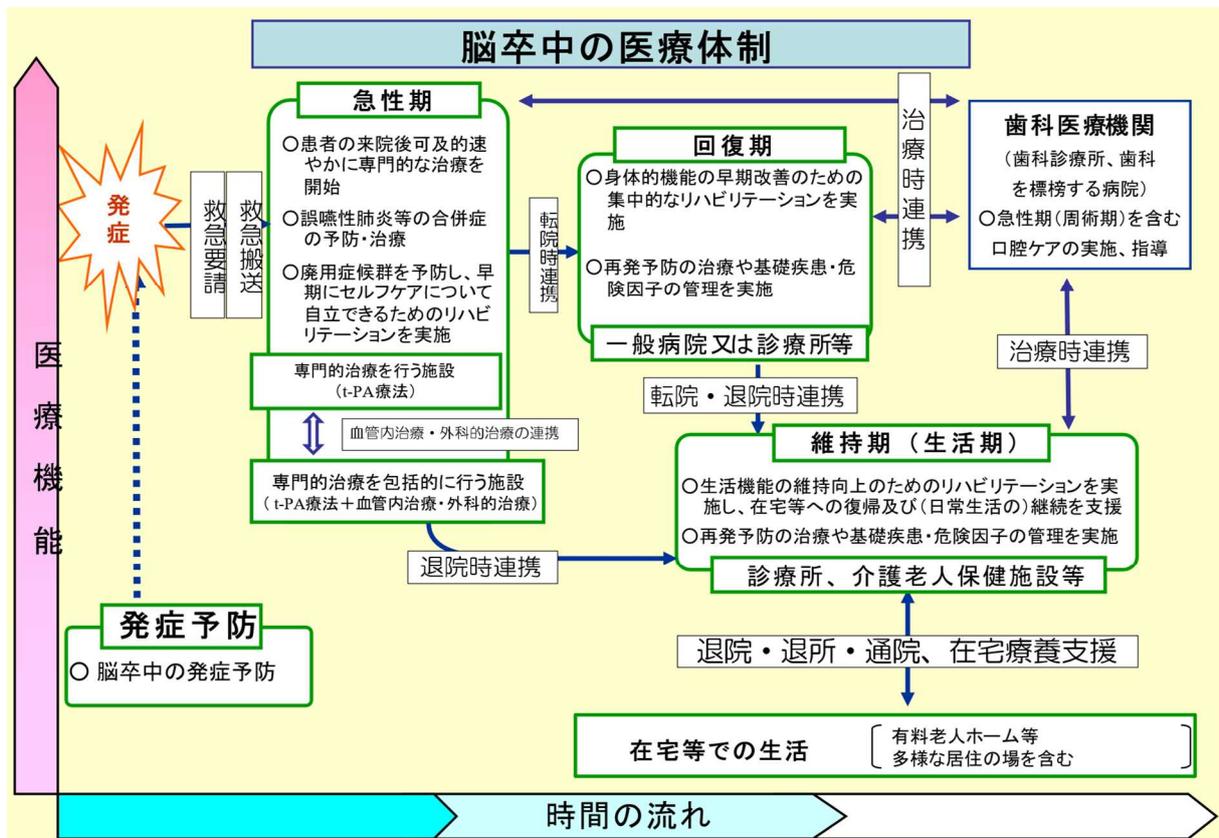
※2 県内救急告示病院における受講医師数

※3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の届出施設数

(1) 圏域の設定

脳卒中医療体制の圏域については、県内8圏域（第7次医療計画における二次医療圏単位）とします。

(2) 医療体制



(3) 医療体制を担う医療機関の医療機能

医療機能	【予防】 (1)発症予防の機能	【救護】 (2)応急手当・病院前救護の機能
目 標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳卒中の発症を予防すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳卒中の疑われる患者が、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること。また超急性期血栓溶解療法の適応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</li> </ul>
医療機能を担う医療機関等の基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>○生活習慣病や脳卒中予防を行う医療機関</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○本人及び家族等周囲にいる者</li> <li>○消防本部 (救急救命士を含む救急隊員)</li> </ul>
医療機関等に求められる事項の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【本人及び家族等周囲にいる者】</li> <li>・発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと</li> <li>【救急救命士を含む救急隊員】</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・急性期医療を担う医療機関へ発症後可及的速やかに搬送すること</li> </ul>

医療機能	【急性期】 (3) 救急医療の機能
目 標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと</li> <li>・ 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</li> </ul>
医療機能を担う医療機関等の基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>○救命救急センターを有する病院</li> <li>○脳卒中の専用病室を有する病院</li> <li>○急性期の血管内治療が実施可能な病院</li> <li>○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</li> </ul>
医療機関等に求められる事項の例	<p>急性期の診断及び治療については、24 時間体制での実施が求められるが、唯一の医療機関で 24 時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24 時間体制を確保する必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血液検査や画像検査（エックス線検査、CT、MRI、超音波検査）等の必要な検査が実施可能であること</li> <li>・ 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が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。）</li> <li>・ 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実施可能であること（遠隔診療を用いた補助を含む）</li> <li>・ 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。）</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できること</li> </ul>

<p>医療機関等に 求められる 事項の例</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期（又は維持期・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</li> <li>・回復期（又は維持期・生活期）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</li> <li>・脳卒中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</li> </ul>
----------------------------------	--

医療機能	【回復期】 (4) 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能	【維持期・生活期】 (5) 日常生活への復帰及び日常生活の維持のためのリハビリテーションを実施する機能
目 標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活機能維持・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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること</li> </ul>
医療機能を担う医療機関等の基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ リハビリテーションを専門とする病院又は診療所</li> <li>○ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護老人保健施設</li> <li>○ 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</li> </ul>
医療機関等に求められる事項の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び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</li> <li>・ 重篤な神経機能障害・精神機能障害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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎予防のために、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</li> <li>・ 急性期の医療機関及び維持期・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</li> <li>・ 再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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であること</li> <li>・ 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）が可能であること</li> <li>・ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎予防のために、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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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促進推進させ、生活の質の向上を目指すこと</li> <li>・ 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</li> <li>・ 合併症発症時や脳卒中の再発時に、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連携していること</li> </ul>

※ 各医療機能を担う医療機関名簿（別冊）は、秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。