

第5次山口県保健医療計画

【医療制度改革関連改定分（分冊）】

山 口 県

《目 次》

第1章 計画改定の基本的事項

第1節 計画改定の趣旨	1
第2節 現行計画との関係	1
第3節 計画の期間	1

第2章 医療連携体制の推進

第1節 医療連携体制構築の考え方	2
第2節 医療連携体制構築に向けた今後の取り組み	3

第3章 4疾病5事業等の医療連携体制の確保

第1節 が ん	4
第2節 脳卒中	15
第3節 急性心筋梗塞	25
第4節 糖尿病	34
第5節 救急医療	42
第6節 災害医療	51
第7節 へき地医療	57
第8節 周産期医療	63
第9節 小児医療	72
第10節 在宅医療	80
第11節 本県における医療連携体制構築事例	85

【参考資料】

山口県医療審議会委員名簿	97
山口県医療審議会保健医療計画部会委員及び専門委員名簿	98
山口県保健医療計画の改定経緯	99
山口県保健医療計画(改定骨子案)に対するパブリック・コメントの実施結果概要	100

第1章 計画改定の基本的事項

第1節 計画改定の趣旨

本県では、全ての県民が等しく適切な医療を受けられるように地域の特性に応じた包括的な保健医療提供体制の確立を目指して、昭和62年10月に「山口県医療計画」を策定しました。その後、少子・高齢社会の到来、疾病構造の変化など保健・医療を取り巻く状況の変化に的確に対応するため、数度の計画見直しを行い、本県の保健医療提供体制の整備・充実に努めてきたところです。

こうした中、このたび、国民の医療に対する安心、信頼を確保し、効率的で質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制を確立するため、患者の視点に立った制度全般にわたる改革の一環として、4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）5事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療（小児救急医療を含む））に係る医療連携体制の構築などを柱とした医療計画制度の改正が行われたところであります。

このため、こうした医療計画制度の改正に伴い、現行の「第5次山口県保健医療計画」（以下「現行計画」という。）の改定を行うものです。

第2節 現行計画との関係

今回の改定は、このたびの医療制度改革の一環としての医療計画制度の改正に伴うものであり、医療制度改革関連の諸計画（注）（計画期間；基本的に平成20年度～24年度）と一体となって推進する必要があることから、現行計画（計画期間；平成18年度～24年度）とは別に「医療制度改革関連分」として策定し、現行計画の分冊として整理することとします。

（注）医療制度改革関連の諸計画；保健医療計画の外、医療費適正化計画、健康増進計画、地域ケア体制整備構想。

第3節 計画の期間

平成20年度（2008年度）から平成24年度（2012年度）までの5年間とします。

ただし、社会状況の変化や保健医療をめぐる環境の変化に応じて、必要があると認めるときは、計画の見直しを行うこととします。

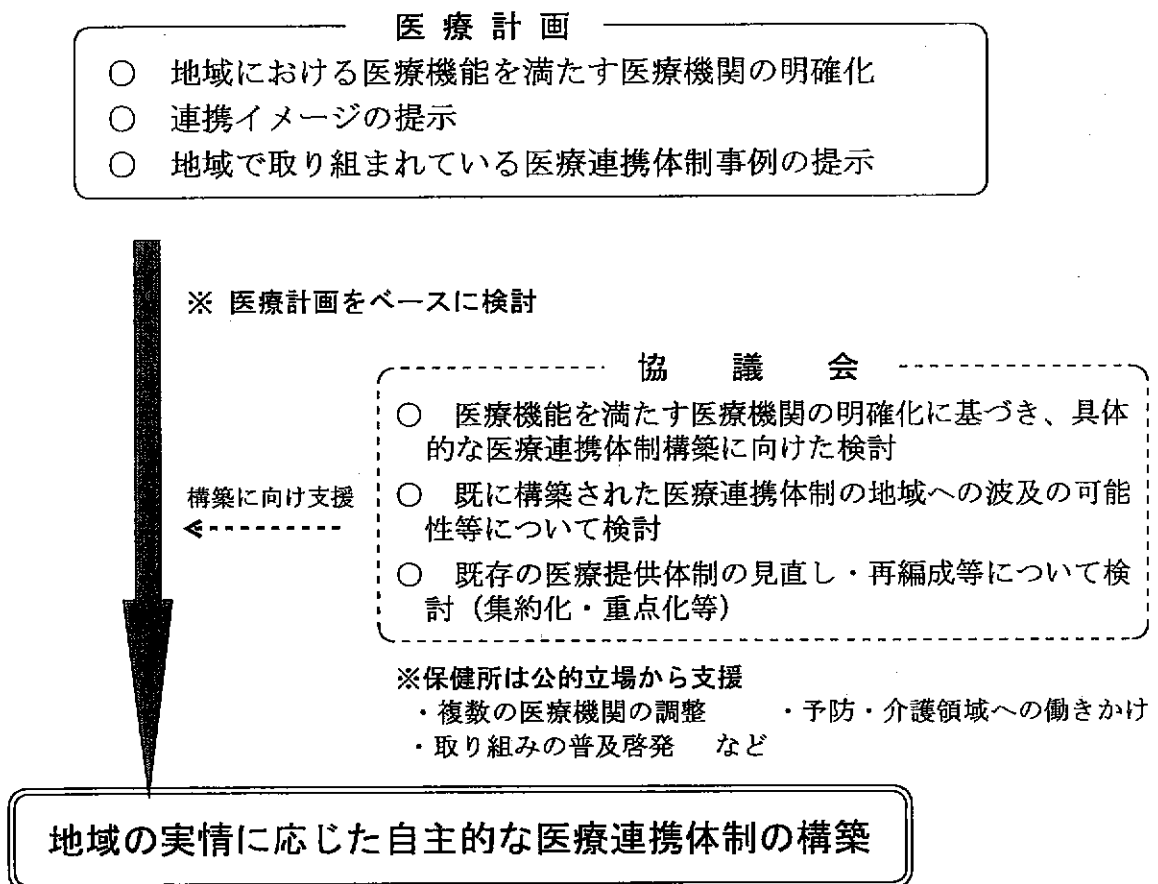
第2章 医療連携体制の推進

第1節 医療連携体制構築の考え方

- 近年、人口の急速な高齢化が進む中、疾病構造は脳卒中、急性心筋梗塞、がん、糖尿病等生活習慣病が中心となっており疾病の治療が長期化する傾向にあります。
- こうした中で、患者が必要で十分な医療を受け、短い入院期間で退院し、在宅医療や介護サービスなどを受けながら日常生活を過ごすことができることは、「患者の生活の質（QOL）」の向上の観点からも大変重要です。
- とりわけ、生活習慣病の中でも、脳卒中、急性心筋梗塞に対する急性期から在宅に至るまでの一連の医療、糖尿病に対する生涯を通じての長期的な医療、がんに対する種類・病期に応じた継続的な医療については、一つの医療機関で各疾病の全ての病期をカバーすることは困難であることから、こうした疾病については、個々の医療機関が専門性をもち（機能を分化し）、連携することにより、地域の医療機関全体として、一人ひとりの患者が必要とする医療を提供することが求められています。
- また、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む）についても、地域の患者や住民が安心して医療を受けられるよう、医療提供体制の一層の充実が求められています。
- 一方、医療機関に係る医療機能情報や相互の役割分担等については、地域の患者や住民が十分に把握しているとは言えない状況にあることから、地域でどのような医療が受けられ、また、そうした地域医療が在宅療養まで含めどのように流れていくか、などについて、地域の患者や住民に対して明らかにしていくことが必要です。
- こうしたことから、地域の限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するため、4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）と5事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療）、さらには在宅医療について、それぞれに求められる医療機能とそれを満たす医療機関を明らかにした上で、関係する医療機関が連携することにより、患者の立場に立った、切れ目のない医療を提供する医療連携体制の構築を図ります。
- また、こうした地域の医療機能や医療連携の状況について、地域の患者や住民に対して分かりやすく示すことにより、適切な医療の選択を支援し、病期に適した質の高い医療が受けられるようにします。

第2節 医療連携体制構築に向けた今後の取り組み

- 今回改定する保健医療計画は医療連携体制構築に向けた基礎資料となるものであり、今後、この改定計画に基づき、各地域において医療連携体制構築に向けた協議会を設置するなど、行政や医療機関等が相互に協力・連携し、地域の医療関係者による自主的な医療連携体制の構築を進めます。



- こうした地域の医療機能や医療連携の状況について、県ホームページへの掲載や冊子にとりまとめ関係機関に配布するなどして、患者や住民による適切な医療の選択を支援します。
- また、地域全体での必要な医療サービスが提供されるよう、公立病院を設置する各自治体が自ら策定する「公立病院改革プラン」(注)により進める「公立病院再編・ネットワーク化」についても、医療機関の機能の分化・連携を進めるものと位置付けられることから、こうした医療連携体制構築に向けた取り組みなどを通じて支援します。

(注) 公立病院改革プラン；病院を設置する自治体が、各病院の今後果たすべき役割等を明らかにした上で、①経営の効率化、②再編・ネットワーク、③経営形態の見直し、の3つの視点から病院経営改革に総合的に取り組むため策定する計画。

第3章 4 疾病 5 事業等の医療連携体制の確保

第1節 がん

1 がんの現状

(1) 疾病の状況

- 全死亡要因のうち、がんによる死亡は、山口県、全国とも第1位となっており（平成18年）、また、がん全体の人口10万対年齢調整死亡率（注1）は、山口県では、男性では全国平均を上回っていますが、女性では全国平均を下回っています（平成17年）。

表3-1-1 がんにおける年齢調整死亡率（人口10万対）

区 分	男		女	
	山 口 県	全 国	山 口 県	全 国
年齢調整死亡率	214.4	197.7	96.1	97.3

資料：「平成17年人口動態統計」厚生労働省

（注1）年齢調整死亡率；年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように、年齢構成を調整した死亡率のこと。

- 山口県における部位別粗死亡率は、男性では肺、胃、肝臓、大腸、女性では肺、大腸、胃、肝臓の順となっています（平成18年）。
部位別粗死亡率の推移では、男性では、肺がん、女性では、肺がん及び大腸がんが増加傾向にあります。
- がん患者の受療率は、入院・外来とも全国平均に比べ高くなっています

表3-1-2 がん患者の受療率（人口10万対）

区 分	入 院		外 来	
	山 口 県	全 国	山 口 県	全 国
受 療 率	159	113	117	110

資料：「平成17年患者調査」厚生労働省

(2) がんの予防・早期発見

がん対策においては、予防や早期発見が大変重要です。

① 予 防

- 喫煙及び食生活等の生活習慣や肝炎ウイルス等の感染症などが主な発生要因となっています。
- がんを予防するためには、これらの生活習慣の改善やウイルスの感染予防等が重要です。

② 早期発見

- がんによる死亡率を改善するためには、早期発見が大変重要であることから、X線検査、マンモグラフィ検査（注2）、便潜血検査、細胞診などの検診が実施されています。

（注2）マンモグラフィ検査；乳がんを早期に発見するためのX線による乳房検査のこと。

- こうした検診においてがんの可能性が疑われた場合には、内視鏡検査等の精密検査が実施されています。

（3）がんの医療

がんにおける医療の状況やがんの医療に求められる点などは、次のとおりです。

① 治 療

- がん治療には、局所療法として行われる手術及び放射線療法並びに全身療法として行われる化学療法（注3）があり、がんの種類や病態に応じて、これらの各種療法を単独で実施する治療、あるいは効果的に組み合わせて実施する集学的治療が行われます。

（注3）化学療法；化学物質（抗がん剤）を用いて、がん細胞を破壊する治療法のこと。

② 緩和ケア

- 治療の初期段階から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアを、がん治療と並行して実施することが求められています。
- がん性疼痛の緩和では、薬物療法や神経ブロック（注4）等が実施されます。また、疼痛以外の嘔気や食欲不振、呼吸困難感などの身体的諸症状に対する治療や援助も行われます。

（注4）神経ブロック；神経幹に局所麻酔薬を注射することによって、その神経の支配領域の麻酔を得る方法のこと。

③ リハビリテーションや在宅療養

- がん治療後は、切除等により喪失した機能のリハビリテーションなど定期的なフォローアップ等が行われます。
- 在宅療養を希望する患者に対しては、必要に応じ適切な緩和ケア等が行われます。

2 がんにおける医療連携体制

(1) 医療連携に必要な機能

こうしたがんにおける現状を踏まえ、がんの医療連携体制に求められる医療機能を次のように設定します。

※ 本県で高い死亡率等を示している5つのがん（胃大腸・肺・乳・子宮・肝臓）については、特に必要とされる機能を設定。

① がんを早期発見する機能【初期診療（予防・検診）】

ア 目 標

- 禁煙・生活指導などがん発症リスクを低減
- 検診の受診率及び精度を向上
- がんを早期発見

イ 医療機関に求められる事項

- 検診を実施
- 初期診療を実施 ※肝臓がんのみなし
- 検診の結果をフィードバックするなど、がん検診等の精度管理に協力
- 県がん登録に協力
- 標準的診療・専門診療の医療機関と連携
- 禁煙指導や敷地内禁煙を実施することが望ましい ※肺がんのみ
- 慢性肝疾患に係るスクリーニング、精密検査を実施

※肝臓がんのみ

② 標準的ながん診療機能【標準的診療】

ア 目 標

- 精密検査や確定診断等を実施
- 専門的ながん治療を受けた患者に対する治療後のフォローアップを実施
- 治療の初期段階から緩和ケアを実施
- がん性疼痛等の身体症状の緩和、精神心理的な問題への対応が可能

イ 医療機関に求められる事項

- 血液検査、画像診断（X線検査、内視鏡検査、CT検査、超音波検査、MRI検査、核医学検査等）及び病理検査等の診断・治療に必要な検査が実施可能
- ※肺がんでは気管支鏡検査も実施可能 ※肝臓がんでは病院のみ

- 血液検査、腹部超音波検査等の診断・治療に必要な検査が実施可能
※ 肝臓がんの診療所のみ
- 病理診断や画像診断等の診断が実施可能 ※肝臓がんでは病院のみ
- 手術療法（内視鏡的治療を含む ※肝臓がんでは局所療法）又は化学療法が実施可能
※肝臓がんでは病院のみ
- 緩和ケアが実施可能
- 専門的ながん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携可能（退院後の緩和ケア計画を含む）
- 県がん登録に協力
- 喪失した機能のリハビリテーションが実施可能 ※肺がん、乳がん、子宮がんのみ
- マンモグラフィの整備が望ましい ※乳がんのみ
- 日本乳がん学会認定施設もしくは日本乳がん学会認定医の常勤医がいることが望ましい ※乳がんのみ
- 読影医、撮影装置、放射線技師が精中委の認定を取得することが望ましい ※乳がんのみ
- 禁煙外来の設置が望ましい ※肺がんのみ

③ 専門的ながん診療機能【専門診療】

ア 目標

- がんの病態に応じ手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療を実施
- 治療初期段階から緩和ケアの実施とともに、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアを実施
- 身体症状の緩和だけでなく、精神心理的な問題への対応を含めた全人的な緩和ケアを提供

イ 医療機関に求められる事項

- 血液検査、画像診断（X線検査、内視鏡検査、CT検査、超音波検査、MRI検査、核医学検査等）及び病理検査等の、診断・治療に必要な専門的検査が実施可能 ※肺がんでは気管支鏡検査も実施可能
- 病理診断や画像診断等の専門的診断が実施可能
- 集学的療法が実施可能（化学療法については外来でも実施可能）
- 患者の治療方針の決定に際し、異なる専門分野間の定期的なカンファレンスを実施、連携
- 専門的な緩和ケアチームを配置
- 専門的な緩和ケアを外来で実施可能
- 肝移植実施施設との連携が可能 ※肝臓がんのみ
- 治療法の選択等に関してセカンドオピニオンが実施可能
- 喪失機能のリハビリテーションが実施可能 ※肝臓がんなし
- 標準的ながん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携可能（退院後の緩和ケア計画含む）
- 県がん登録に協力

- 禁煙外来を設置 ※肺がんのみ
 - 日本乳がん学会専門医の常勤医がいることが望ましい ※乳がんのみ
- さらにながん診療連携拠点病院（注5）としては
- 院内がん登録を実施
 - 相談支援の体制を確保し、情報収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施
 - 地域連携支援体制を確保し、研修、診療支援、緊急時対応で標準的ながん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関の支援等を実施

（注5）がん診療連携拠点病院；全国どこでも質の高い医療を受けることができるよう、がん医療の均てん化を図ることを目的として厚生労働大臣が指定した病院。

④ 在宅療養支援機能【療養支援】

ア 目標

- がん患者の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養が選択可能
- 緩和ケアを実施

イ 医療機関に求められる事項

《入院可能》 ※緩和ケアが実施可能な有床医療機関

- 疼痛等に対する緩和ケアが実施可能
- 専門的ながん診療機能や標準的ながん診療機能を有する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携可能（退院後の緩和ケア計画含む）
- 医薬用麻薬を提供可能
- 県がん登録に協力
- 24時間対応可能な在宅医療を提供
- 看取りを含めた終末期ケアを24時間体制で提供

《外来・往診のみ》

- 疼痛等に対する緩和ケアが実施可能
- 専門的ながん診療機能や標準的ながん診療機能を有する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携可能（退院後の緩和ケア計画含む）
- 医薬用麻薬を提供可能
- 県がん登録に協力
- 後方支援医療機関と連携

以下は実施することが望ましい

- 24時間対応が可能な在宅医療を提供
- 看取りを含めた終末期ケアを24時間体制で提供

(2) 施策の方向

このように、がんの医療連携に必要となる医療機能を明らかにした上で、関係する医療機関相互の連携により、以下のような医療が継続して実施される医療連携体制の構築を目指します。

- 集学的治療が実施可能な体制の構築
- 治療の初期段階から緩和ケアを実施する体制の構築
- 地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上

(3) 医療連携体制のイメージ

※ P11、P12のとおり

→ 肝臓がんはハイリスク患者の対象が限定されること等から別にイメージ図を作成

(4) 医療連携体制に係る地域

がんに対応可能な医療資源の状況などを勘案し、がんの医療連携に係る地域を以下のとおりとし、地域ごとに医療連携体制を構築します。

また、限られた医療資源を有効に活用する観点からも、地域を越えた連携・協力体制を整備していきます。

《がんに係る地域》

- 岩国地域
- 山口・防府地域
- 長門地域
- 柳井地域
- 宇部・小野田地域
- 萩地域
- 周南地域
- 下関地域

(5) 各地域における医療機能ごとの医療機関の現状

※ 表3-1-3のとおり (P14)

※胃・大腸がん、肺がん、子宮がん、乳がん、肝臓がんに分類

3 数値目標の設定

がんに係る数値目標を以下のとおり設定します。

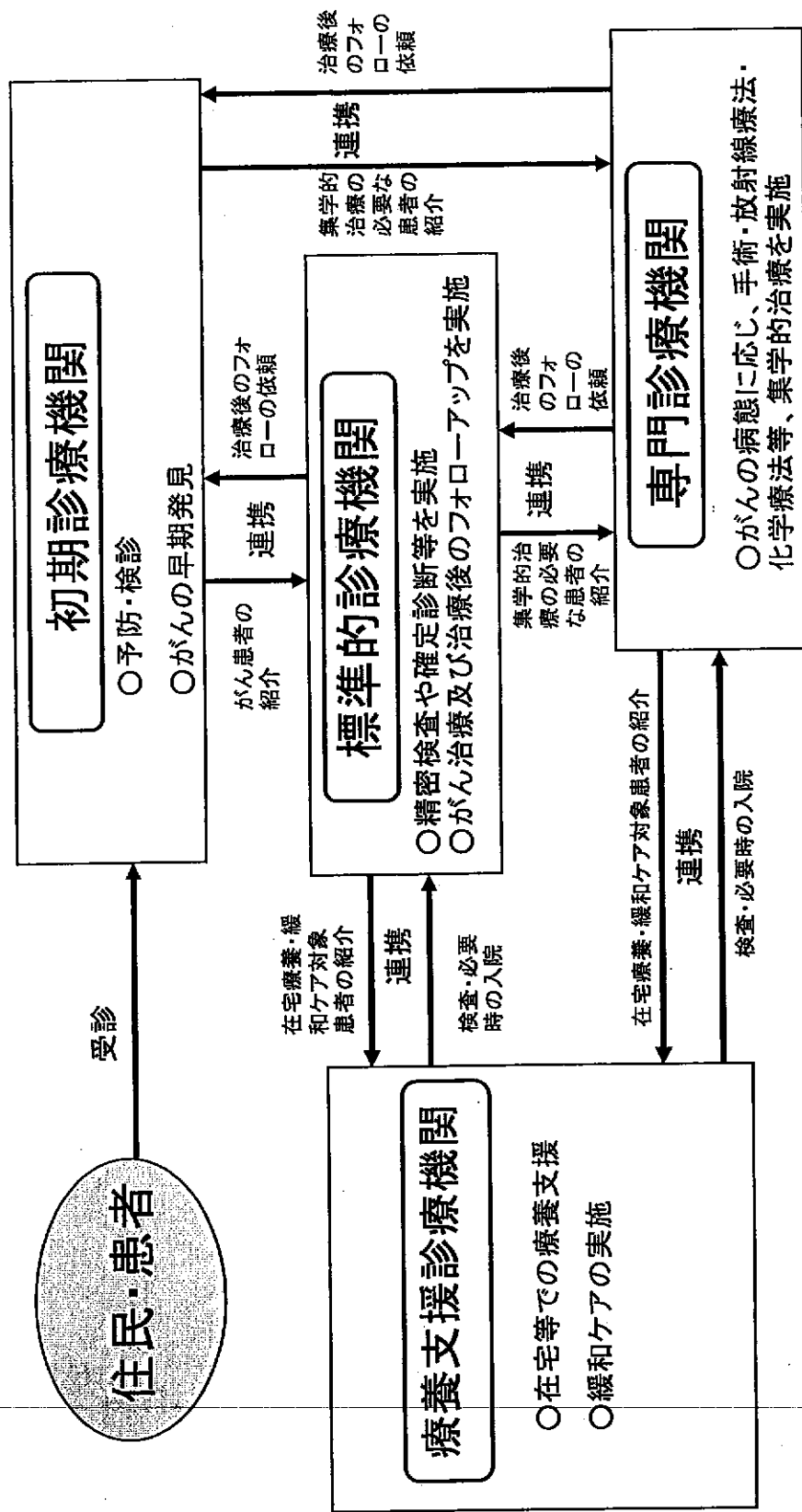
指 標	現 状	目 標 数 値
検診受診率	胃がん 男 27.6% 女 23.4% (平成16年)	} 50%以上 (平成23年度)
	肺がん 男 18.2% 女 16.4% (平成16年)	
	大腸がん 男 22.8% 女 17.9% (平成16年)	

指 標	現 状	目 標 数 値
検診受診率	子宮がん 女 18.4% (平成16年)	} 50%以上 (平成23年度)
	乳がん 女 15.3% (平成16年)	
C型肝炎ウイルス検診受診者の累積数	77,395人 (平成14から 18年度まで)	150,000人 (平成23年度ま で)
喫煙率	男 34.1% 女 4.4% (平成17年)	減らす (平成22年度)
緩和ケアチームを複数箇所整備している地域数	4地域 (平成19年度)	全(8)地域 (平成23年度)
拠点病院における5大がんに関する地域連携クリティカルパス(注6)	0 (平成20年度)	整備する (平成23年度)
がん患者の在宅死亡割合	4.79% (平成17年)	増やす (平成24年度)
がん年齢調整死亡率(75歳未満) (人口10万対)	全体 96.6 男 132.5 女 66.2 (平成17年)	} 20%減らす (平成27年)

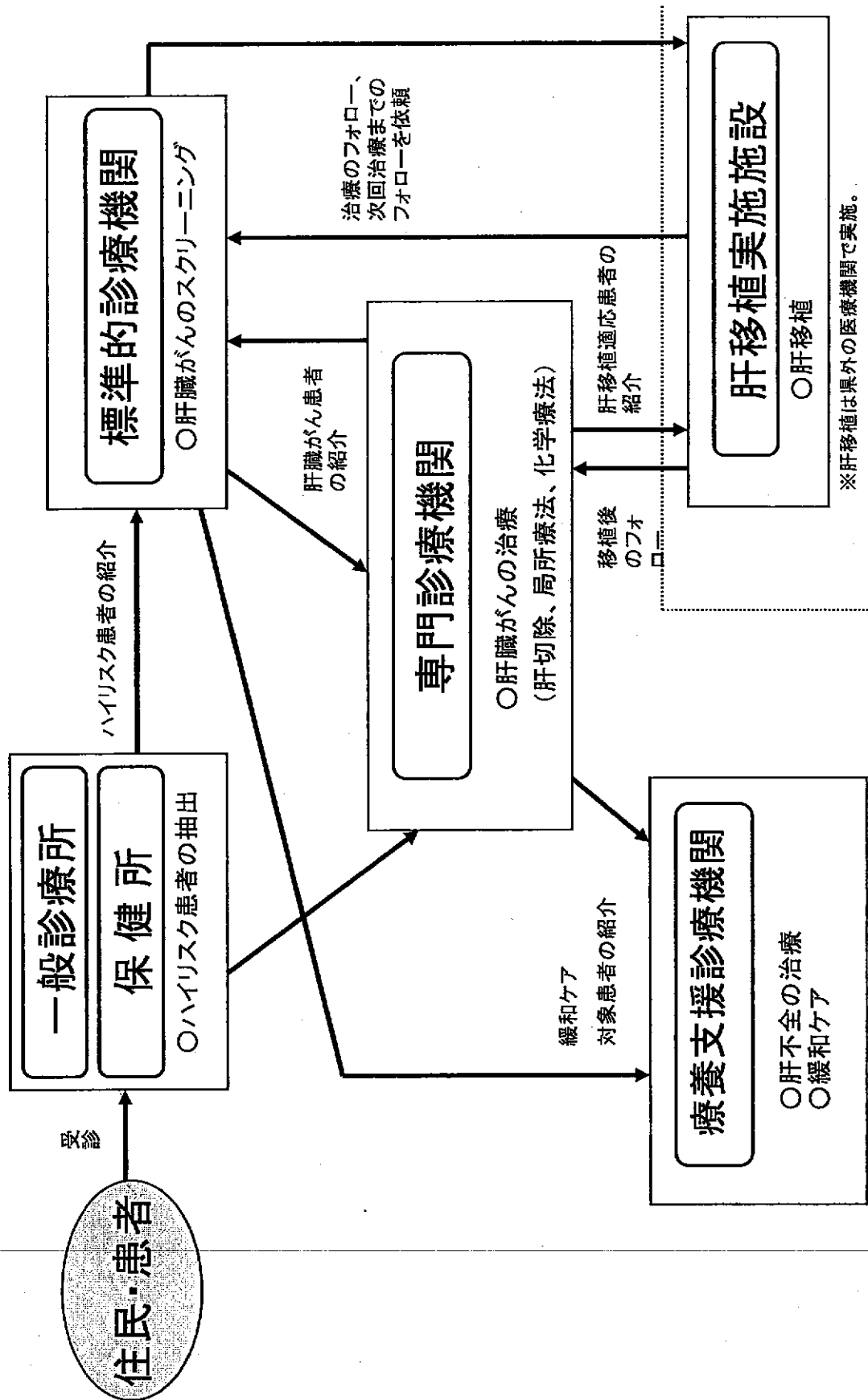
※ 全て「山口県がん対策推進計画」から

(注6) 地域連携クリティカルパス；地域において診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるよう作成された診療計画表のこと。

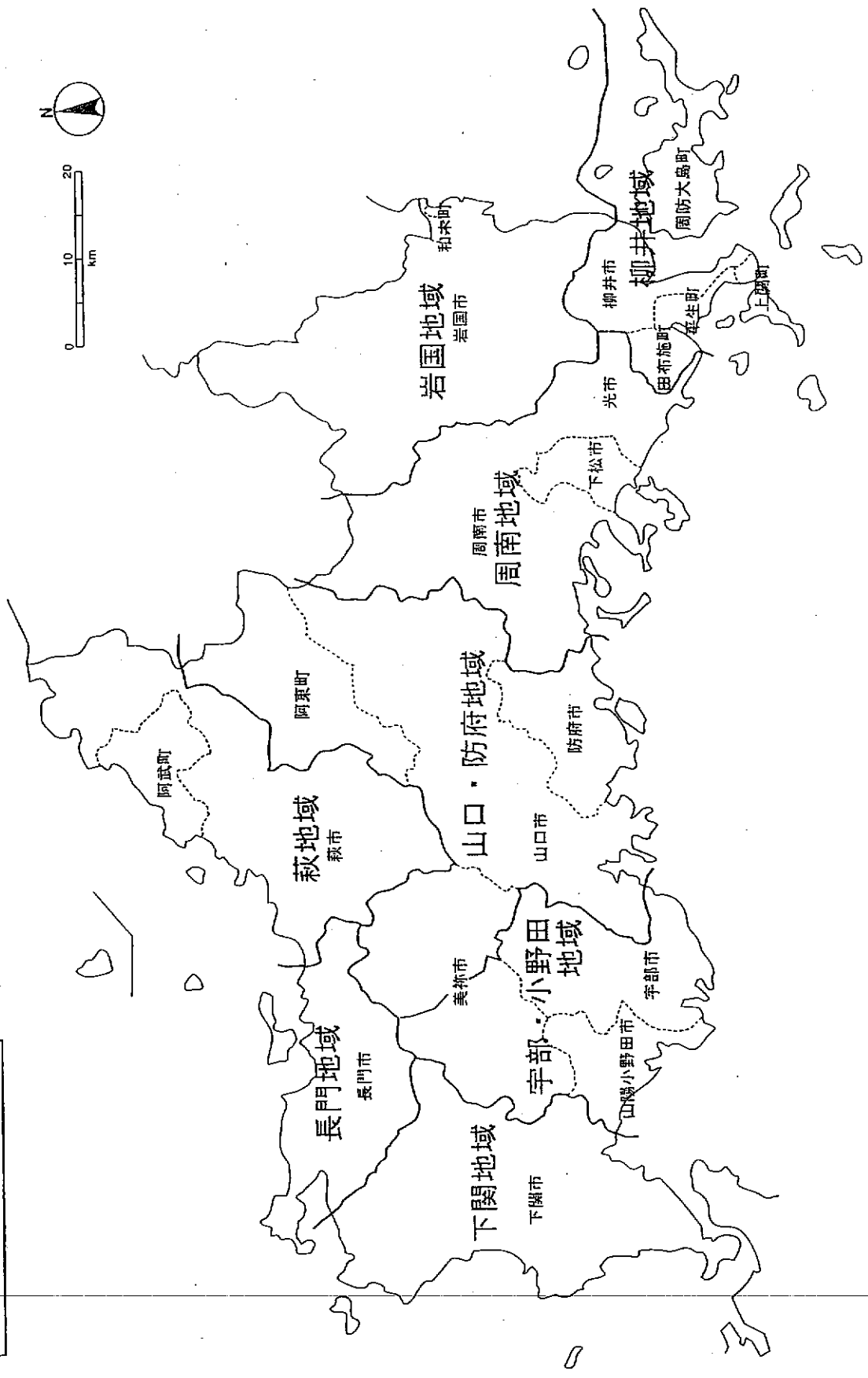
がん(胃・大腸、肺、乳、子宮)の医療連携体制



肝臓がんの医療連携体制



がんに係る地域



医療機能ごとの医療機関の現状(がん)

※胃・大腸がん、肺がん、子宮がん、乳がん、肝臓がんに分類

	【岩国地域】	【柳井地域】	【周南地域】	【山口・防府地域】	【宇部・小野田地域】	【下関地域】	【長門地域】	【萩地域】
機能	【初期診療(予防・検診)】							
目標	<ul style="list-style-type: none"> ●がんを早期発見する機能 ●禁煙・生活指導などががん発症リスクを低減 ●検診の受診率及び精度を向上 ●がんを早期発見 							
医療機関名	<p>【標準的診療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●標準的ながん診療機能 ●精密検査や確定診断等を実施 ●専門的ながん治療を受けた患者に対する治療後のフォローアップを実施 ●治療の初期段階から緩和ケアを実施 ●がん性疼痛等の身体症状の緩和、精神的な問題への対応が可能 							
	<p>【専門診療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●専門的ながん診療機能 ●がんの病態に応じ手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療を実施 ●治療初期段階から緩和ケアの実施とともに、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアを実施 ●身体症状の緩和だけでなく、精神心理的な問題への対応を含めた全人的な緩和ケアを提供 							
	<p>【療養支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅療養支援機能 ●がん患者の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養が選択可能 ●緩和ケアを実施 							
	【入院可能】						【外来・住診等のみ】	
	<p>具体的医療機関名は県ホームページ等で公表</p>							

第2節 脳卒中

1 脳卒中の現状

(1) 疾病の状況

- 脳卒中は、運動不足、喫煙、多量飲酒等の生活習慣や肥満、ストレス、エネルギー・食塩の過剰摂取などが危険因子であり、こうした危険因子や、これらに起因する疾患である高血圧症、糖尿病、脂質異常症（注1）等が発症に大きく関与します。

（注1）脂質異常症；血液中に含まれる脂質が過剰、若しくは不足している状態のこと。もとは「高脂血症」と呼ばれた。

- 全死亡要因のうち、脳卒中による死亡は、山口県、全国とも第3位となっており（平成18年）、また、人口10万対年齢調整死亡率は、山口県は男女ともに全国平均を上回っています（平成17年）。

表3-2-1 脳卒中における年齢調整死亡率（人口10万対）

区 分	男		女	
	山 口 県	全 国	山 口 県	全 国
年齢調整死亡率	64.3	61.9	39.1	36.1

資料：「平成17年人口動態統計」厚生労働省

- 脳卒中の受療率は、入院・外来とも全国平均に比べ高くなっています。

表3-2-2 脳卒中患者の受療率（人口10万対）

区 分	入 院		外 来	
	山 口 県	全 国	山 口 県	全 国
受 療 率	346	183	146	96

資料：「平成17年患者調査」厚生労働省

- 1年間に救急車によって搬送される急病患者のうち脳卒中患者が占める割合は、山口県では約12%、全国では約11%となっています（平成17年）。
- 脳卒中は、死亡を免れても後遺症が残ることが多く、寝たきりの原因の約3割が脳卒中とされています。

(2) 脳卒中の医療

脳卒中における医療の状況や脳卒中の医療に求められる点などは、次のとおりです。

① 予 防

- 脳卒中における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大変重要です。
- また、高血圧のコントロール以外にも、脳卒中の発症リスクを低減するためには、運動不足、喫煙、多量飲酒等の生活習慣の改善やそうした生活習慣に起因する疾患の適切な治療が求められます。

② 救護、搬送

- 脳卒中は、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、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、速やかに救急搬送を要請することが求められます。
- 救急救命士を含む救急隊員は、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で、対応が可能な医療機関に速やかに直接搬送することが重要です。

③ 急性期の治療

- 脳卒中の急性期には、呼吸・循環管理等の全身管理とともに、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実施されます。
- 脳梗塞では発症3時間以内の血栓溶解療法の適応患者に対する適切な処置が取られる必要があります。また、脳出血の治療は血圧管理が主体となります。さらに、くも膜下出血の治療は動脈瘤の再破裂の予防が重要です。

④ リハビリテーション

- 脳卒中のリハビリテーションは、それぞれの病期毎（急性期・回復期・維持期）に分けて実施されます。
- 急性期では廃用症候群（注2）や合併症の予防及び早期自立を目的として、回復期では機能回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的として、維持期では回復した機能や残存した機能を活用し生活機能の維持・向上を目的として、それぞれ実施されます。

（注2）廃用症候群；寝たきり生活が続いて起こる褥瘡（床ずれ）など、体を動かさないことによって起こる体の不調や障害のこと。

⑤ 回復期以後の医療・在宅療養

- 回復期以後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子の継続的な管理が実施されます。

- 在宅療養では、こうした治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションが実施され、在宅生活に必要な介護サービスを受けることとなります。

2 脳卒中における医療連携体制

(1) 医療連携に必要となる機能

こうした脳卒中における現状を踏まえ、脳卒中の医療連携体制に求められる医療機能を次のように設定します。

① 初期診療・発症予防の機能【初期診療（予防）】

ア 目標

- 基礎疾患・危険因子の管理等初期診療を実施
- 脳卒中の発症を予防

イ 医療機関に求められる事項

次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施

- 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心房細動等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能
- 予兆・警告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
- 予兆・警告症状出現時に急性期医療を担う医療機関への受診について指示

② 病院前救護の機能【救護】

ア 目標

- 脳卒中の疑われる患者が、発症後2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

イ 関係者に求められる事項

(本人及び家族等周囲にいる者)

- 発症後、速やかに救急搬送の要請を実施
(救急救命士を含む救急隊員)
- 地域メディカルコントロール協議会(注3)の定めたプロトコール(活動基準)等に沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を実施
- 急性期医療を担う医療機関へ発症後2時間以内に搬送

(注3) 地域メディカルコントロール協議会；メディカルコントロールとは、救急現場から救急医療機関に搬送されるまでの間、救急救命士の活動等について医師が指示、指導・助言及び検証することにより、病院前救護の質を保障すること。本県では、平成8年度に県メディカルコントロール協議会が、平成14年度には地域メディカルコントロール協議会が、それぞれ設置された。

③ 救急医療の機能（重症度に応じた救急医療を行う機能）【急性期】

【高度専門医療】

ア 目標

- 患者の来院後1時間以内（発症後3時間以内）に専門的な治療を開始
- 廃用症候群や合併症の予防、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
- 重症脳卒中の治療を実施

イ 医療機関に求められる事項

次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施

- 血液検査や画像検査（X線検査、CT検査、MRI検査）等の必要な検査が24時間実施可能
- 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（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む）
- 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（もしくは発症後3時間以内）にt-P Aの静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能
- 外科的治療が必要と判断した場合は来院後2時間以内の治療開始が可能
- 呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理及び合併症に対する診療が可能
- リスク管理のもとに早期座位・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
- 回復期（あるいは維持期、在宅医療）の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携

【専門医療】

ア 目標

- 患者の来院後（発症後24時間以内）に専門的な治療を開始
- 廃用症候群や合併症の予防、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
- 高度専門病院と連携し脳卒中の治療を実施

イ 医療機関に求められる事項

次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施

- 血液検査や画像検査（X線検査、CT検査、MRI検査）等の必要な検査が実施可能
- 脳卒中が疑われる患者に対して専門的診療が実施可能（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む）
- 手術適応のない脳出血、t-P Aの静脈内投与による血栓溶解療法の適応のない脳梗塞（もしくは発症後3時間以降）に対し、入院治療が実施可能
- 外科的治療が必要と判断した場合は高度専門病院と連携して対処
- 呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理及び合併症に対する診療が可能

- リスク管理のもとに早期に適切なリハビリテーションが実施可能
- 回復期（あるいは維持期、在宅医療）の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携

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【回復期】

ア 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
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施

イ 医療機関に求められる事項

次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施

- 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への対応が可能
- 失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、咀嚼障害、歩行障害等の機能障害の改善及びADL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
- 急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携

⑤ 日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーションを実施する機能

【維持期】

ア 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継続を支援

イ 医療機関に求められる事項

次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施

- 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
- 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
- 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
- 回復期（あるいは急性期）の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携

⑥ 生活の場で療養できるよう支援する機能【維持期】

ア 目標

- 患者が在宅等の生活の場で療養できるよう、介護・福祉サービス等と連携して医療を実施
- 最期まで在宅等での療養を望む患者に対する看取りを実施

イ 医療機関に求められる事項

次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施

- 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
- 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
- 通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施
- 回復期（あるいは急性期）の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携
- 診療所等の維持期における他の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携
- 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等自宅以外の居宅においても在宅医療を実施し、希望する患者にはこれらの居宅で看取りまで実施
- 介護支援専門員と連携して居宅介護サービスを調整

(2) 施策の方向

このように、脳卒中の医療連携に必要な医療機能を明らかにした上で、関係する医療機関相互の連携により、以下のような医療から介護サービスまでが連携し継続して実施される医療連携体制の構築を目指します。

- 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制の構築
- 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制の構築
- 在宅療養が可能な体制の構築

(3) 医療連携体制のイメージ

※ P 2 2 のとおり

(4) 医療連携体制に係る地域

脳卒中に対応可能な医療資源（主に急性期）の状況や、患者の救急搬送状況などを勘案し、脳卒中の医療連携に係る地域を以下のとおりとし、地域ごとに医療連携体制を構築します。

また、限られた医療資源を有効に活用する観点からも、地域を越えた連携・協力体制を整備していきます。

《脳卒中に係る地域》

- | | | |
|-----------|------------|--------|
| ○ 岩国地域 | ○ 柳井地域 | ○ 周南地域 |
| ○ 山口・防府地域 | ○ 宇部・小野田地域 | ○ 下関地域 |
| ○ 長門地域 | ○ 萩地域 | |

(5) 各地域における医療機能ごとの医療機関の現状

※ 表3-2-3のとおり (P24)

3 数値目標の設定

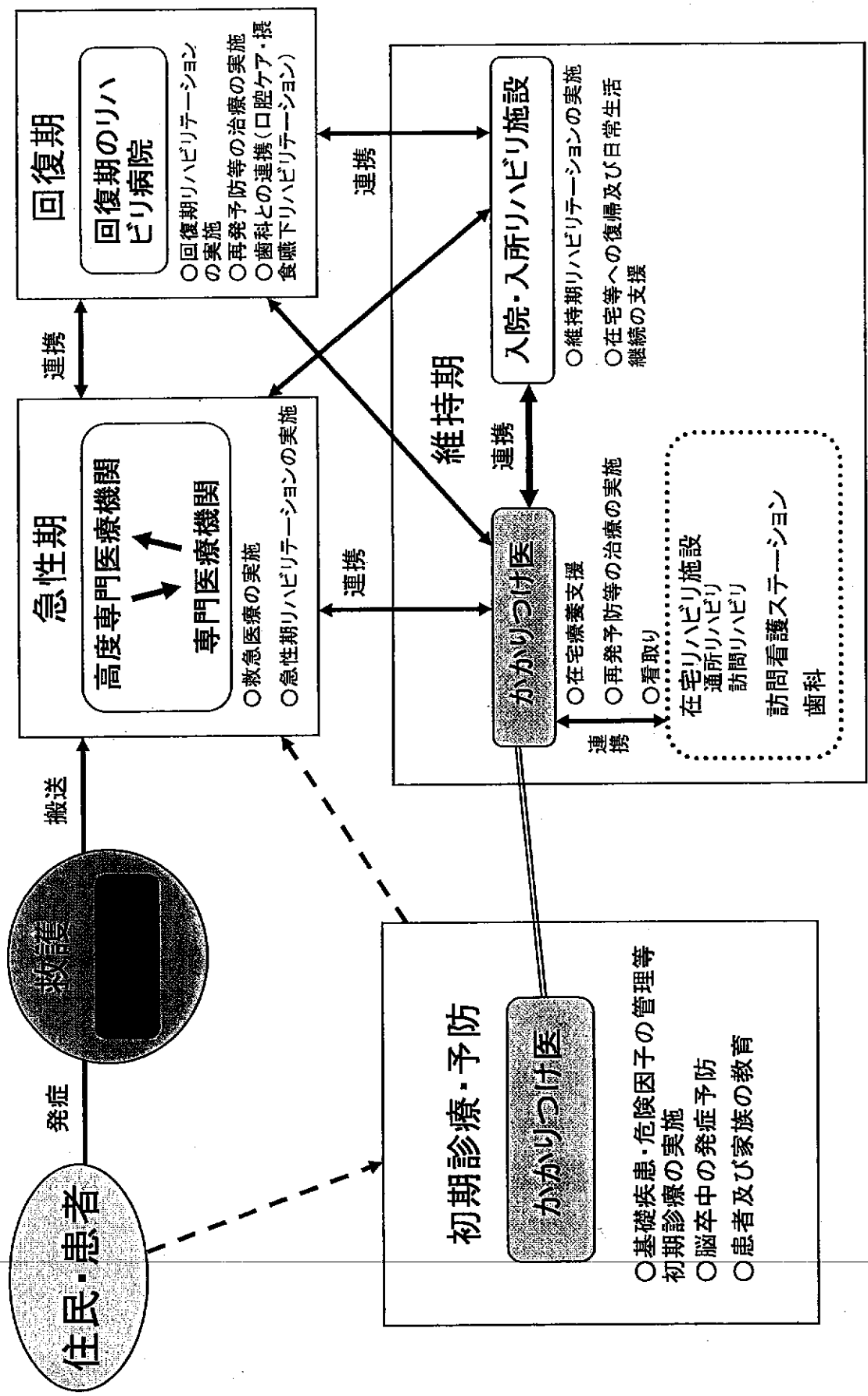
脳卒中に係る数値目標を以下のとおり設定します。

指 標	現 状	目 標 数 値
特定健康診査(注4)実施率 ※「健康やまぐち21計画」から	— ※平成20年度から実施	70% (平成24年度)
特定保健指導(注5)が必要と判定された対象者の特定保健指導実施率 ※「健康やまぐち21計画」から	— ※平成20年度から実施	45% (平成24年度)
地域連携クリティカルパス導入地域数	0 (平成20年度)	6地域 (平成24年度)
回復期リハビリテーション病棟を設置している病院を有する地域	5地域 (平成20年度)	全(8)地域 (平成24年度)
脳血管疾患受療率 (人口10万対) ※「健康やまぐち21計画」から	492 (平成17年)	減らす (平成24年度)
脳血管疾患年齢調整死亡率 (人口10万対) ※「健康やまぐち21計画」から	男 64.3 女 39.1 (平成17年)	減らす (平成24年度)

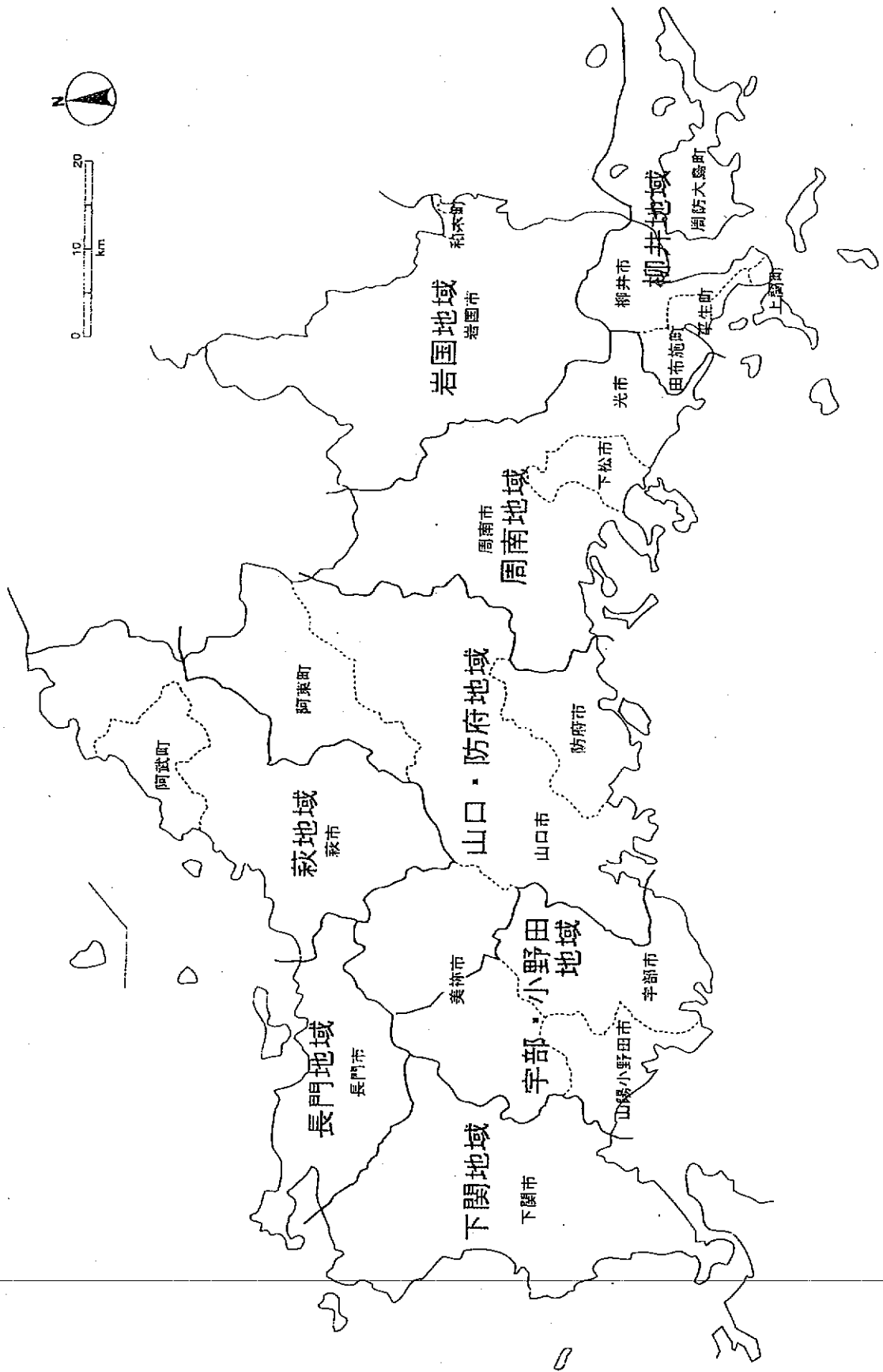
(注4) 特定健康診査；平成20年度から保険者が実施する、40歳以上74歳以下の加入者（被保険者・被扶養者）に対する生活習慣病予防のための健康診査。

(注5) 特定保健指導；特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対して行う、生活習慣改善の取組を支援するための保健指導。

脳卒中の医療連携体制



脳卒中に係る地域



医療機能ごとの医療機関の現状(脳卒中)

	【岩国地域】	【柳井地域】	【周南地域】	【山口・防府地域】	【宇部・小野田地域】	【下関地域】	【長門地域】	【萩地域】
機能	【初期診療(予防)】 ●初期診療・発症予防の機能	【救護】 ●病院前救護の機能	【急性期】 ●救急医療の機能(重症度に応じた救急医療を行う機能)	【回復期】 ●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】 ●日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーションを実施する機能	●患者が在宅等の生活の場で療養できるよう支援する機能	●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継続を支援	●患者が在宅等の生活の場で療養できるよう、介護・福祉サービス等と連携して医療を実施 ●最期まで在宅等での療養を望む患者に対する看取りを実施
目標	●基礎疾患・危険因子の管理等初期診療を実施 ●脳卒中の発症を予防	●脳卒中の疑われる患者が、発症後2時間以内で専門的な診療が可能な医療機関に到着可能	【高度専門医療】 ●患者の来院後1時間以内(発症後3時間以内)に専門的な治療を開始 ●服用症候群や合併症の予防、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 ●重症脳卒中中の治療を実施	【専門医療】 ●患者の来院後(発症後4時間以内)に専門的な治療を開始 ●服用症候群や合併症の予防、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 ●高度専門病院と連携し脳卒中中の治療を実施	●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 ●再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施	●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継続を支援	●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継続を支援	●患者が在宅等の生活の場で療養できるよう、介護・福祉サービス等と連携して医療を実施 ●最期まで在宅等での療養を望む患者に対する看取りを実施
医療機関名	具体的な医療機関名は県ホームページ等で公表							