

- ・がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院
- ・がん診療連携拠点病院と同程度の機能を有する病院

### (3)標準的ながん診療機能【標準的診療】

#### ①目標

- ・精密検査や確定診断等を実施すること
- ・専門的ながん治療を受けた患者に対して、治療後のフォローアップを行うこと
- ・治療の初期段階から緩和ケアを実施すること
- ・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であること

#### 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準じた診療を実施していることが求められます。

- ・血液検査、画像検査（エックス線検査、CT検査、MRI検査、核医学検査）及び病理検査等の診断・治療に必要な検査が実施可能であること
- ・病理診断や画像診断等の診断が実施可能であること
- ・手術療法又は化学療法が実施可能であること
- ・診療ガイドラインに準じた診療が実施可能であること
- ・緩和ケアが実施可能であること
- ・喪失した機能のリハビリテーションが実施可能であること
- ・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が可能であること（退院後の緩和ケア計画を含む）
- ・禁煙外来を設置していること

#### ③対応する医療機関

病院又は診療所

### (4)在宅療養支援機能【療養支援】

#### ①目標

- ・がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにすること
- ・在宅緩和ケアを実施すること

#### ②医療機関に求められる事項

- ・24時間対応が可能な在宅医療を提供していること
- ・がん疼痛等に対する緩和ケアが実施可能であること
- ・看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供すること
- ・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が可能であること（地域連携クリティカルパスを含む）
- ・医療用麻薬を提供できること
- ・歯科については、口腔管理、摂食・嚥下リハビリテーションを実施すること

#### ③対応する医療機関等

- ・ホスピス・緩和ケア病棟を有する病院

- ・診療所 \*在宅末期医療総合診療ができ、かつ、疼痛管理ができる医療機関
- ・歯科診療所、薬局、訪問看護事業所

## (5)部位ごとの方向性

### ①胃がん

胃がん患者に対して高度かつ専門的な手術療法、内視鏡的切除及び化学療法が実施できる医療機関を「専門診療」病院とし、「胃癌治療ガイドライン」に準じた手術療法、内視鏡的切除及び化学療法が実施できる医療機関を「標準的診療」病院として、他の医療機関との診断から治療までの連携を進めます。

### ②肺がん

肺がん患者に対して集学的治療が提供できる拠点病院と拠点病院と同程度の集学的治療を提供できる病院を「専門診療」病院とし、胸部CT検査又は気管支鏡検査ができる医療機関、手術療法又は化学療法を実施している医療機関を「標準的診療」病院とし、地域連携クリティカルパスにより連携を進めます。

### ③大腸がん

大腸がん患者に対して集学的治療が提供できる拠点病院と拠点病院と同程度の集学的治療を提供できる病院を「専門診療」病院とし、手術療法及び化学療法を実施している病院を「標準的診療」病院として、連携を進めます。

### ④乳がん

乳がん患者に対して、「乳癌治療ガイドライン」に基づいた手術療法、薬物療法、放射線療法のすべてが実施できる病院を「専門診療」病院とし、マンモグラフィが整備され、「乳癌治療ガイドライン」に基づき手術療法または薬物療法を実施している病院を「標準的診療」病院とし、地域連携クリティカルパスの整備等により連携を進めます。

### ⑤肝がん

肝がん患者に対して、手術療法、放射線療法、化学療法を組み合わせた集学的治療、特に肝臓専門外科医による手術療法を実施するとともに、高度かつ専門的な焼灼療法を実施する医療機関を「専門診療」病院、ウイルス性肝炎に対するインターフェロン治療や肝がんの焼灼療法、経動脈的治療、肝臓のエコー検査、造影CT、MRIを実施している医療機関を「標準的診療」病院として、連携を進めます。

特に肝がんとウイルス性肝炎の医療は一体的に行われる必要があることから、それぞれの医療機関が連携し、継続した治療やフォローアップができる体制整備を進めます。

また、ウイルス性肝炎については、感染経路等についての理解が十分でなく、感染の事実を認識していない患者が多数存在することが推測されるため、平成23年5月に策定された国の「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」を踏まえ、平成25年3月に「徳島県肝炎対策推進計画」を、平成30年3月に新たな「第2次徳島県肝炎対策推進計画」を策定し、総合的な肝炎対策を推進し肝がんへの進行を予防します。

### ⑥子宮がん

子宮がん患者に対して手術療法、放射線療法、薬物療法を組み合わせた集学的治療が実施できる病院を「専門診療」病院、「子宮頸癌治療ガイドライ

ン」、「子宮体癌治療ガイドライン」に基づいた手術療法、薬物療法を実施している病院を「標準的診療」病院とし、地域連携クリティカルパスの整備等により連携を進めます。

### 第3 数値目標

数値目標項目	直近値	平成35年度末目標
がん年齢調整死亡率(75歳未満)(人口10万対) (人口動態統計) ☆★	73.0 (H27)	減少 (H33)
喫煙率の減少(6年以内) ☆☆	成人男性 25.5% 成人女性 4.0% (H28)	成人男性 18% 成人女性 3% (H34)
受動喫煙の機会を有する者の減少(6年以内) ☆★  (県民健康栄養調査)	行政機関 6.6% 医療機関 5.6% 職場 31.2%  家庭 7.2% 飲食店 43.5% (H28)	行政機関 0% 医療機関 0% 職場 『受動喫煙の無い職場の実現』 家庭 3% 飲食店 17% (H34)
がん検診受診率 ☆★ (肺・大腸・乳がんは40～69歳、胃がんは50～69歳、子宮がんは20～69歳) ※直近値のH28は胃がん40歳～69歳の受診率  (国民生活基礎調査)	胃がん 34.8% 肺がん 41.2% 大腸がん 33.5% 乳がん 33.8% (※41.3%) 子宮頸がん31.1% (※39.0%) (H28)  ※2年以内に受診している者の受診率	胃がん 50% 肺がん 50% 大腸がん 50% 乳がん 50% 子宮頸がん 50% ※胃がん, 乳がん, 子宮頸がんは2年以内に受診している者の受診率 (H34)
緩和ケアチームのある医療機関数 ☆ (徳島県医療施設機能調査)	24 (H28)	増加 (H34)

☆「徳島県がん対策推進計画」における目標

★「徳島県健康増進計画(健康徳島21)」における目標

# がんの医療体制

## 専門的ながん診療

- 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の実施
- 診断時からの緩和ケア、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケア
- 身体症状、精神的問題の対応を含めた全人的な緩和ケア 等

※ さらに、がん診療連携拠点病院としては  
院内がん登録、相談支援体制、地域連携支援 等

がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院 及び 同程度の機能を有する病院

紹介・転院・退院時の連携

## 標準的ながん診療

- 精密検査や確定診断等の実施
- 診療ガイドラインに準じた診療
- 診断時からの緩和ケア

病院、診療所

経過観察・合併症併発・再発時の連携

## 在宅療養支援

- 生活での療養の支援
- 緩和ケアの実施
- 口腔管理、摂食・嚥下リハ 等

病院、診療所、  
歯科診療所、薬局、  
訪問看護事業所

在宅療養支援

## 在宅等での生活

## 予防

- がん発症リスク低減(一次予防)
- 検診受診率の向上(二次予防)

## 発見

## がん治療

## 緩和ケア

## 時間の流れ

# 脳卒中の医療体制



## 第1 脳卒中の現状

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きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。

脳梗塞は、さらに、アテローム硬化（動脈硬化）により血管の内腔が狭くなり、そこに血栓ができて脳血管が閉塞するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性脳塞栓の3種類に分けられます。

また、脳出血は脳の細い血管が破綻するものであり、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。

脳卒中発症直後の医療（急性期の医療）は、脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血によって異なりますが、急性期を脱した後の医療は共通するものが多いことから、本計画においては一括して記載することとします。

また、各種統計データの分類項目の違いがあるため、脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）と脳血管疾患（脳卒中及びその他の脳血管疾患）を併記して使用します。

### 1 脳卒中の疫学

総務省・消防庁救急年報によると、徳島県における平成28年に、救急車によって搬送された急病患者の14.2%、2691人（平成27年全国8.1%、28万1703人）が脳疾患となっています。

また、患者調査によると、脳血管疾患によって継続的に医療を受けている徳島県の患者数は平成26年は、約7千人（全国約118万人）と推計されます。さらに、脳血管疾患の年齢調整受療率（人口10万人対）は全国より高い状況で推移しています。

#### ○脳血管疾患の年齢調整受療率（人口10万対）

	平成20年	平成23年	平成26年
徳島県	174.3	140.0	104.3
全国	120.9	104.3	85.9

資料：患者調査（厚生労働省）

死亡の状況については、人口動態調査によると、徳島県では平成28年に年間781人（全国約10万9千人）が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡数全体の7.9%（全国8.3%）を占め、死亡順位の第4位（全国第4位）となっています。なお、直近の徳島県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、女性は全国より低くなっています。

#### ○脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）

	男		女	
	平成22年	平成27年	平成22年	平成27年
徳島県	45.7	40.3	24.1	20.1
全国	49.5	37.8	26.9	21.0

資料：人口動態統計（厚生労働省）

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18.5%は脳卒中が原因であり第1位です（平成25年国民生活基礎調査）。

これらの統計から、脳卒中は、発症後生命が助かったとしても後遺症が残ることも多く、患者及びその家族の日常生活に与える影響は大きいと言えます。

## 2 脳卒中の医療

### (1) 予防

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防に血圧のコントロールが重要です。

患者調査によると、徳島県における平成26年の高血圧性患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、307.0（全国262.2）で、全国よりも高い状況となっています。

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、生活習慣の改善や適切な治療が重要となります。そのためには、異常の早期発見や生活習慣の改善のきっかけともなる健康診断・健康診査を受診することは重要です。

心房細動は脳梗塞の発症リスクを高めるため、心房細動と分かった受診者に、医療機関の受診勧奨し、適切な抗凝固療法の実施が望ましいとされています。心房細動の早期発見の重要性や心房細動患者における脳梗塞予防の啓発に努める必要があります。

徳島県における平成28年の健康診断・健康診査の受診率は（40歳から74歳までは）65.6%（全国71.0%）と全国より低い状況となっています（国民生活基礎調査）。また、平成20年度から実施されている各医療保険者による特定健康診査の平成27年度の受診率は46.5%と目標値と比較して低い状況です。

一方、脳卒中の無症候性病変、危険因子となる画像異常等の発見にはMRI、MRアンギオグラフィ（以下「MRA」という。）、頸動脈超音波検査が行われています。

一過性脳虚血発作（TIA）直後は脳梗塞発症リスクが高く、これを疑えば、脳梗塞予防のための適切な治療を速やかに開始します。

同時に、住民に脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性を周知させるように、啓発を進める必要があります。

### (2) 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、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。脳卒中においては、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、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、救急隊を要請する等の対処を行います。

「救急・救助の現況」（消防庁）によると、徳島県における平成27年の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は、35.8分（全



国39.4分)で全国より短くなっています。

救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制の下で定められた、病院前における脳卒中患者の救護のためのプロトコール(活動基準)に則して、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搬送することが重要です。

このため、病院到着前に脳卒中の重症度を点数化し、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の適応や血管内治療(機械的血栓除去術、経動脈的血栓溶解療法等)など、超急性期の再開通治療の適応となる傷病者を抽出することなどを目的とした病院前脳卒中スケールを活用することが望ましいとされています。

### (3)診断

問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査(CT、MRI、MRA、超音波検査等)を行うことで正確な診断が可能になります。最近ではCTの画像解析度の向上、MRIの普及もあり、脳梗塞超急性期の診断が可能となり、血栓溶解療法の適応や転帰がある程度予測できるようになりました。

また、救急患者のCT、MRI画像を専門的な診断が可能な施設へネットワーク経由で伝送すること等により、専門的な医師がいない医療機関で早期診断を行うことも考えられます。

徳島県南部地域においては、遠隔診療支援システム(k-support)を導入し、過疎地域における急性期脳卒中患者の予後の改善につながっており、同様の医療ネットワークが県下全域の導入が期待されています。

### (4)急性期の治療

脳卒中の急性期には、呼吸管理、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行われます。また、脳卒中の治療に際しては、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室<sup>\*1</sup>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。医療施設調査によると、徳島県における急性期医療を取り巻く状況は、救命救急センターは東部、南部、西部圏域で各1カ所で計3カ所、脳卒中の専用病室(脳卒中ケアユニットSCU)を有する施設数は東部圏域で1カ所、9病床となっています。

また、治療にあたる専門医の状況として、医師・歯科医師・薬剤師調査によると、神経内科医師数は県内に32人、人口10万人あたり4.2人(全国3.7人・平成26年)、脳神経外科医師数は県内に63人、人口10万人あたり8.2人(全国5.6人・平成26年)と神経内科医、脳神経外科医とも、全国と比較して多い状況となっています。

---

\*1専門医療スタッフが急性期からの濃厚な治療とリハビリテーションを組織的かつ計画的に行う脳卒中専用の治療病室。例えば、診療報酬上で脳卒中の入院医療管理料が算定できる治療室である脳卒中ケアユニット(SCU)等。

### ○急性期医療体制の状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
救命救急センターを有する医療機関数※1	1	0	1	0	0	1	3
SCUを有する医療機関数	1	0	0	0	0	0	1
病床数※1	9	0	0	0	0	0	9
神経内科医師数※2	25	5	2	0	0	0	32
脳神経外科医師数※2	48	4	9	0	0	2	63

資料：※1 平成26年 医療施設調査（厚生労働省）

※2 平成26年 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

①脳梗塞では、まず発症後4.5時間以内の超急性期血栓溶解療法（t-PA）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。治療開始までの時間が短いほどその有効性は高く、合併症の発生を考慮すると発症後4.5時間以内に治療を開始することが重要です。そのためには、発症早期の脳梗塞患者が適切な医療施設を速やかに受診することが求められ、来院してから治療の開始まで1時間以内が目安です。また、近年、急性期脳梗塞患者に対する血管内治療の科学的根拠が示されていることから、原則として発症後8時間以内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を考慮します。

また超急性期の再開通治療の適応とならない患者も、できる限り早期に、脳梗塞の原因に応じた、抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要です。

徳島県における、脳梗塞に対するt-PAによる脳梗塞溶解療法の実施可能な医療機関は県内に8カ所、NDBによると、t-PAによる脳梗塞溶解療法適用患者への同療法実施件数は114件となっています。

### ○脳梗塞に対する急性期医療の状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
t-PAによる脳梗塞溶解療法の実施可能な医療機関数 ※1	4	1	2	0	0	1	8
	東部		南部		西部		徳島県
t-PAによる脳梗塞溶解療法の実施件数 ※2	50		44		20		114

資料：※1 平成28年 診療報酬施設基準（厚生労働省）

※2 レセプト情報・特定検診等情報データベース

（通称：ナショナルデータバンク（NDB）による分析結果）（平成27年度）

②脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位（皮質・皮質下出血や小脳出血等）によって手術が行われることもあります。

③くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療を行います。

NDBによると、くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数は37件、脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数は53件となっています。

○くも膜下出血に対する急性期医療の状況

	東部	南部	西部	徳島県
脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	27	10	*	37
脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	35	18	*	53

資料：NDB(平成27年度)

(注) \*:レセプト数10件未満のデータについては非表示。

(5)リハビリテーション

脳卒中リハビリテーションは、病期によって分けられますが、急性期から維持期まで一貫した流れで行われることが勧められています。

徳島県における脳卒中のリハビリテーションが実施可能な医療機関は118カ所で、すべての医療圏で実施されています。

○脳卒中に対するリハビリテーションの状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
リハビリテーションが実施可能な医療機関数	72	9	17	4	8	8	118

資料：平成28年 診療報酬施設基準（厚生労働省）

①急性期には、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケア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します。NDBによると、徳島県における早期リハビリテーション実施件数は177,376件となっており、全ての医療圏で実施されています。

○脳卒中に対する早期リハビリテーションの実施状況

	東部	南部	西部	徳島県
早期リハビリテーション実施件数	133,538	31,365	12,473	177,376

資料：NDB(平成27年度)

②回復期には、機能回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的として、訓練室での訓練が可能になった時期から集中して実施します。

③維持期には、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持・向上を目的として実施します。

(6)急性期以降の医療・在宅療養

急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、不整脈（特に心房細動）、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われます。そして、切れ目のない医療の提供のために地域連携クリティカルパスが運用されますが、徳島県においては「徳島脳卒中シームレスケア研究会」を中心として、地域連携クリティカルパスの運用が推進されています。

また、患者調査によると、急性期、回復期における平均在院日数は116.7

日で、全国の89.1日より長くなっており、県内でも地域差が見られる現状があります。そこで、地域連携クリティカルパスの運用による日数の短縮が期待されます。

在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受けますが、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、適切な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教育する等、再発に備えることが重要です。

患者調査によると、徳島県では、平成26年に在宅等生活の場<sup>\*2</sup>に復帰した患者の割合は51.0%（全国56.3%）と全国より低い状態となっており、県内でも地域差が見られる現状があります。

また、人口動態調査によると、平成27年における在宅死亡割合は17.0%で、全国21.8%よりも低い状況となっていますが、今後、増加に向けた取り組みが求められます。

#### ○脳血管疾患の退院患者の状況

	東部	南部	西部	徳島県
退院患者の平均在院日数	153.7	30.5	87.0	116.7
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合	46.9	52.7	74.7	51.0

資料：平成26年 患者調査（厚生労働省）

なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害等を生じた患者の一部には、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられます。これらの患者は、急性期の医療機関において救命医療を受けたものの、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ず、当該医療機関にとどまっていることが指摘されています。

この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関との連携強化など、総合的かつ切れ目のない対応が必要となります。

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

### 1 目指すべき方向

前記「第1 脳卒中の現状」を踏まえ、県下を6圏域に分け、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、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体制を構築します。また、脳卒中に関する住民への啓発を積極的に行うことが重要です。

#### (1)脳卒中の発症予防

#### (2)発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

\*2\* 在宅等生活の場:自宅だけでなく、介護老人保健施設、老人ホーム等多様な居住の場を含みます。

- ①発症後3.5時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な救急搬送
- ②医療機関到着後1時間以内の専門的な治療の開始
- (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
  - ①急性期には、廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立を目的として実施
  - ②回復期には、機能回復及び日常生活動作向上を目的として専門的かつ集中的に実施
  - ③維持期には、生活機能の維持又は向上を目的として実施
- (4)在宅医療が可能な体制
  - ①生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

## 2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、脳卒中の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示します。

### (1)発症予防の機能【予防】

#### ①目標

脳卒中の発症を予防すること

#### 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。

- ・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

#### ③関係者に求められる事項

##### (住民)

- ・発症予防のために、高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の危険因子について知り、健康診断、健康診査の受診と生活習慣の改善を行うこと

##### (行政等)

- ・脳卒中の発症予防について住民に啓発を行うこと
- ・健康診断、健康診査の受診への啓発、勧奨を行うこと

### (2)応急手当・病院前救護の機能【救護】

#### ①目標

脳卒中が疑われる患者が、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除去術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

②関係者に求められる事項

(本人及び家族等周囲にいる者)

- ・突然の症状出現時の対応について知り、発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

(救急救命士等)

- ・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
- ・脳卒中が疑われる患者を急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送すること

(行政等)

- ・脳卒中の症状や突然の症状出現時の緊急受診の必要性について啓発を実施すること

(3)救急医療の機能【急性期】

①目標

- ・患者の来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な診療を開始すること（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時間を超えても専門的治療の実施について検討することが望ましい）
- ・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急性期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。特に、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、単一の医療機関で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。

- ・脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療（脳内血腫除去術、脳血管内手術、クリッピング術、t-PA（組織プラスミノゲンアクチベーター）を用いた経静脈的血栓溶解療法等）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（遠隔診療を用いた補助を含む）
- ・適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）にt-PAの静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること（医療機関が単独でt-PA療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づく実施を含む）
- ・適応のある脳卒中症例に対し、外科手術や脳血管内手術が、来院後速やかに実施可能又は実施可能な医療機関との連携がとれていること
- ・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
- ・合併症のうち、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も含めた、多職種間で連携して対策を図る

こと

- ・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であること
- ・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
- ・回復期（あるいは維持期）の医療機関と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を活用して連携していること
- ・回復期（あるいは維持期）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
- ・脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断の結果を救急隊に情報提供することが望ましい

### ③対応する医療機関

- ・脳卒中急性期の専門的診療を速やかに実施する病院
- ・脳卒中急性期患者に対する画像検査（CT、MRI、MRA、超音波検査等）、臨床検査、専門的診療が24時間実施可能な病院
- ・専門的診療が自院の設備・常勤スタッフで実施可能な病院
- ・常勤の脳外科専門医が在籍する病院
- ・救命救急センターを有する病院
- ・SCU又はそれに準じた専用病棟を有する病院
- ・脳卒中の急性期リハビリテーションを実施する病院

## (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】

### 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
- ・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）、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
- ・失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害）、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
- ・合併症のうち、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た、多職種間で連携して対策を図ること
- ・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リハビリテーションを含む治療計画を活用し連携していること
- ・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

- ・患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること

③対応する医療機関

- ・リハビリテーションを行う病院又は診療所
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料について四国厚生支局への届出がある病院又は診療所
- ・常勤の理学療法士又は作業療法士が在籍する病院又は診療所
- ・常勤の言語聴覚士が在籍する病院又は診療所
- ・回復期リハビリテーション病床を有する病院又は診療所
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料について四国厚生支局への届出がある病院又は診療所

(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【維持期】

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すること
- ・在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること
- ・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すること
- ・最後まで在宅等での療養を望む患者に対する看取りを行うこと
- ・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、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
- ・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
- ・合併症のうち、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た、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
- ・回復期（あるいは急性期）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
- ・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
- ・患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること
- ・通院困難な患者の場合、訪問看護事業所、薬局等と連携して在宅医療を実施すること
- ・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



アハウス等の施設等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施設等で看取りまでを行うこと

- ・ 歯科については、口腔管理、摂食・嚥下リハビリテーションを実施すること

③対応する医療機関等

- ・ 介護老人保健施設
- ・ 診療所（在宅療養支援診療所など）
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 通所リハビリテーション事業所
- ・ 訪問リハビリテーション事業所
- ・ 療養病床を有する病院又は診療所
- ・ 歯科診療所
- ・ 薬局

第3 数値目標

数値目標項目	直近値	平成35年度末 目標値
脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万人対） ★	男性 40.3 女性 20.1 (H27人口動態統計)	15%以上の 減少 (H22から)
特定健康診査受診率 ★◇	46.5% (H27特定健康診査 特定保健指導にかかる データ)	70%以上
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	114 (H27NDB)	増加
脳血管疾患患者の生活の場に復帰した患者の割合	51.0% (H26患者調査)	増加

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21）」における目標による

◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標

# 脳卒中中の医療体制

## 救急医療

- 来院後すみやかな専門的治療開始
- 急性期のリハビリテーション実施

## 身体機能を回復させるリハビリテーション

- 回復期のリハビリテーション実施
- 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理

## 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

- 維持期のリハビリテーション実施
- 在宅等への復帰及び日常生活継続を支援

## 生活の場における

- 在宅療養支援
- 希望する患者に対する看取り
- 口腔管理、摂食・嚥下リハ

診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所

退院・退所・通院、在宅療養支援

## 在宅等での生活

〔サ高住、ケアハウス、有料老人ホーム等〕  
多様な居住の場を含む

再発予防治療基礎疾患や危険因子の管理、脳卒中に合併する症状や病態の加療

リハビリテーション

口腔管理

## 時間の流れ

## 発症予防

- 脳卒中の発症予防

発症

救急要請  
救急搬送

転院・退院時連携

退院時連携

転院時連携

医療機能

## 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制



## 第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状

### 1 慢性心不全の現状

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたします。

慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等があります。

#### (1)慢性心不全の疫学

平成26年患者調査によると、徳島県で心不全の継続的な医療を受けている患者数は約(3,000)人(全国30万人)と推定され、そのうち70%が75歳以上の高齢者です。また、平成28年人口動態調査によると、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約36.0%(全国約37.1%)、502人(全国73,545人)です。

慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されています。慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

#### (2)慢性心不全の医療

##### ①診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断を行うことで正確な診断が可能になります。同時に、心不全原因疾患の評価も重要であり、必要に応じて心臓カテーテル検査等を行います。

心不全は、高血圧や器質的心血管疾患を有しますが、心不全症状のない心不全リスク状態から、心不全症状を有する症候性心不全へと進行するため、早期診断による早期介入が重要です。

##### ②慢性心不全の治療

慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法(CRT)や植込み型除細動器(ICD)による治療が行われることもあります。

心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要です。心不全による症状が、急性に出現・悪化する急性増悪の状態では、内科的治療を中心とした、循環管理、呼吸管理等の全身管理が必要となります。また、心不全の増悪要因によっては、PCIや外科的治療が必要となることもあります。

### ③心不全憎悪予防

心不全の憎悪要因には、虚血性心疾患等の心不全原因疾患の再発・悪化、感染症や不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な要因が含まれています。

心不全憎悪予防には、ガイドラインに沿った薬物療法・運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）によるチームで行うことが重要です。

### ④疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全憎悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを、患者の状態に応じて実施します。

また、心不全憎悪や再入院の防止には、心不全憎悪による入院中から心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。

## 2 急性心筋梗塞の現状

急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患であり、心電図上の所見によりST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞に大別されます。

急性心筋梗塞発症直後の医療（急性期の医療）は、ST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞で異なるところもありますが、求められる医療機能は共通するものが多いことから、本計画においては一括して記載することとします。

また、各種統計データの分類項目の違いがあるため、急性心筋梗塞と虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）を併記して使用します。

### (1)急性心筋梗塞の疫学

総務省・消防庁救急年報によると、徳島県で平成28年に救急車によって搬送された急病者の12.3%、2,326人（全国8.6%、約30.2万人）が心疾患等です。また、平成26年患者調査によると、虚血性心疾患で救急車により搬送された患者は1,686人となっています。

また、徳島県で、平成26年に虚血性心疾患の継続的な医療を受けている患者数は約6千人（全国約77万人）と推計されます。

そして、虚血性心疾患の年齢調整受療率（人口10万人対）は全国より高い状況で推移しています。

### ○虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）の年齢調整受療率（人口10万対）

	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年
徳島県	65.8	41.1	40.1	38.4
全国	41.6	35.6	30.7	28.0

資料：患者調査から算出 総数（厚生労働省）

一方、徳島県においては、平成28年人口動態調査によると、心疾患を原因として年間1,393人（全国 198,006人）が死亡しており、死亡数全体の14.1%（全国15.1%）を占め、死亡順位の第2位（全国2位）となっています。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は215人で、心疾患死亡数全体の15.4%（全国約35,926人、約18.1%）となっています。

平成27年人口動態特殊報告によると、急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、男性が女性より高いものの、男女とも全国と比べ低くなっています。

○急性心筋梗塞年齢調整死亡率（人口10万対）

	男			女		
	平成17年	平成22年	平成27年	平成17年	平成22年	平成27年
徳島県	21.7	19.6	11.6	10.4	6.9	4.9
全 国	25.9	20.4	16.2	11.5	8.4	6.1

資料：人口動態特殊報告（厚生労働省）

急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生や自動体外式除細動器（AED）等による電氣的除細動の実施、その後の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す。

また、急性心筋梗塞発症当日から数週間以内に発症する可能性のある不整脈、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する処置が適切に行われることも重要です。

(2)急性心筋梗塞の医療

①予防

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、急性心筋梗塞の発症予防には自分の体の状態を把握すると共に、生活習慣の改善や適切な治療が重要となります。

平成28年県民健康栄養調査、平成28年国民健康・栄養調査によると急性心筋梗塞の危険因子である喫煙率は、男性25.5%（全国30.2%）、女性4.0%（全国8.2%）と全国と比較してもやや低くなっています。

平成26年医療施設調査によると禁煙外来を開設し、喫煙習慣をニコチン依存症として治療を行っている医療機関数は、診療所119カ所、病院50カ所で、人口10万人あたり診療所15.2カ所（全国9.9カ所）、病院6.4カ所（全国1.9カ所）とすべての医療圏で開設されており、全国に比べると多い状況となっています。

一方、平成26年患者調査による年齢調整外来受療率（人口10万対）は、高血圧307（全国262.2）、脂質異常症58.7（全国67.5）、糖尿病130.9（全国98.6）であり、平成20年と比較すると3疾患とも低くなっています。しかし、全国と比べると、高血圧症、糖尿病については全国より高い状況となっています。

### ○喫煙率

	平成22年		平成25年		平成28年	
	男	女	男	女	男	女
徳島県 ※1	29.1	5.2	30.4	7.4	25.5	4.0
全 国 ※2	32.2	8.4	32.1	8.2	30.2	8.2

資料：※1 県民健康栄養調査（徳島県健康増進課）  
※2 国民健康栄養調査（厚生労働省）

### ○禁煙外来を行っている医療機関数

	東部	南部	西部	徳島県
禁煙外来を行っている医療機関数	128	24	19	171

資料：ニコチン依存症管理料算定医療機関数 平成29年7月現在（厚生労働省）

### ○年齢調整外来受療率（人口10万対）

年度		高血圧	脂質異常症	糖尿病
20	徳島県	352.8	64.9	144.9
	全 国	260.4	48.5	90.2
26	徳島県	307.0	58.7	130.9
	全 国	262.2	67.5	98.6

資料：患者調査から算出（厚生労働省）

疾病の早期発見や生活習慣の改善のきっかけとなる健康診断・健康診査を受診することは重要ですが、国民生活基礎調査によると、徳島県における平成28年の健康診断・健康診査の受診率（40歳から74歳まで）は65.6%（全国71.0%）と全国より低い状況となっています。平成20年度から実施されている各医療保険者による特定健康診査の平成27年度の受診率についても、46.5%と低い状況です。

### ②発症直後の救護、搬送等

急性心筋梗塞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要請を行います。

また、急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施及びAEDの使用により、救命率の改善が見込まれます。

厚生労働科学研究「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」（主任研究者 坂本哲也）（平成26年度）によると、AEDは全国に推定約48万台普及している状況です。また、日本救急医療財団によると、徳島県においては約2,900台（H29年10月1日現在）普及している状況です。

平成28年度「救急・救助の現況」（消防庁）によると、心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち平成27年に一般市民により除細動が実施された件数は3件（人口10万対0.4件）、全国1,815件（人口10万対1.1件）で、全国より低い状況となっています。平成16年7月に一般市民によるAEDの使用が認められ、平成17年以降は11年間で46件（全国12,157件）一般市民により除細動が実施されています。



また、一般市民が目撃した心原性心肺機能停止者のうち、一般市民の心肺蘇生実施率は56.4%（全国55.8%）となっています。

そして、平成27年における救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は、35.8分（全国39.4分）で全国より約4分短くなっています。

### ③診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行うことで正確な診断が可能になります。

特にST上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療が一体的に実施できる冠動脈造影検査を、発症後速やかに実施することが重要です。

非ST上昇型心筋梗塞では、適切な薬物療法を行いつつ、必要に応じて早期に冠動脈造影を行います。

また、診断の過程において、不整脈、ポンプ失調、心破裂等の生命予後に関わる合併症の発症について常に注意することも重要です。

### ④急性期の治療

急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ST上昇型心筋梗塞、非ST上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われます。また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われます。

徳島県における急性期医療を取り巻く状況として、救命救急センターを有する病院数は東部、南部、西部圏域で各1カ所、心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院数は県内で3カ所、病床数は12床となっています。

治療に当たる専門医の状況は、循環器内科医師数は徳島県で79人、人口10万人あたり10.1人（全国9.4人）となっており、循環器内科医師数については全国より多い状況となっています。

### ○急性期医療体制の状況

	東部	南部	西部	徳島県
救命救急センターを有する医療機関数 ※1	1	1	1	3
CCUを有する医療機関数	2	1	0	3
病床数 ※1	9	3	0	12
循環器内科医師数 ※2	59	15	5	79
心臓血管外科医師数 ※2	10	7	0	17

資料 ※1 平成26年 医療施設調査（厚生労働省）

※2 平成26年 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

ア ST上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈インターベンション(PCI)により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体で、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高くなっています。

徳島県における治療の状況は、大動脈バルーンパンピング法が実施可能な医療機関は県内で12カ所となっています。

急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術数は県内で426件、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術数は東部、南部圏域で99件となっており、症状や合併症等によっては冠動脈バイパス術(CABG)等の外科的治療が第一選択となることもあります。

#### ○急性期医療の状況

	東部	南部	西部	徳島県
大動脈バルーンパンピングが実施可能な医療機関 ※1	8	4	0	12
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数(算定回数) ※2	246	155	25	426
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数(算定回数) ※2	35	64	0	99

資料：※1 平成28年 診療報酬施設基準(厚生労働省)

※2 NDB(平成27年度)(通称：ナショナルデータベース(NDB)による分析結果)

イ 非ST上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法が基本ですが、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じてPCI、CABGを行います。

#### ⑤疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した当日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施します。

また、トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種(医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等)のチームにより実施します。

喪失機能(心機能)の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点があてられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なります。

徳島県で心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数は東部、南部圏域で6カ所となっています。

#### ○心血管疾患リハビリテーションの実施状況

	東部	南部	西部	徳島県
心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	4	2	0	6

資料：平成28年 診療報酬施設基準(厚生労働省)

## ⑥急性期以後の医療

急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防及び再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の管理、患者教育、運動療法等の疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが、退院後も含めて継続的に行われます。

また、患者だけでなく患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要です。

平成26年患者調査によると虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数は8.2日（全国8.3日）、在宅等生活の場<sup>\*2</sup>に復帰した患者の割合は、95.1%（全国93.7%）と全国と同様の状況となっていますが、今後、地域連携クリティカルパス等の活用により在宅等生活の場に復帰する患者の割合の増加が期待されます。徳島県においては「徳島急性心筋梗塞地域連携研究会」を中心として、県下統一の地域連携クリティカルパスの運用を推進しています。

### ○虚血性心疾患の退院患者の状況

	東部	南部	西部	徳島県 (平均値)
虚血性心疾患退院患者 平均在院日数	10.2	5.3	2.2	8.2
在宅等生活の場に復帰した 虚血性心疾患患者の割合	2.4	1.6	0	4.1

資料：平成26年 患者調査（病院の退院患者平均在院日数）

## 3 大動脈解離の現状

大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔（真腔・偽腔）になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分岐動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたします。また、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれます。

病期としては、発症2週間以内が急性期、2週間以降が慢性期とされています。慢性大動脈解離は、多くの場合、症状を有する急性大動脈解離を経ているため、あらかじめ診断がついていることがほとんどです。そのため、本計画においては主に急性大動脈解離について記載することとします。

### (1)大動脈解離の疫学

大動脈瘤及び大動脈解離の継続的な医療を受けている患者数は平成26年「患者調査」によると全国で約4.2万人と推定されます。また、年間約1.7万人が大動脈瘤および大動脈解離を原因として死亡し、死亡数全体の1.4%を占め、平成28年「人口動態統計」によると死亡順位の第9位となっています。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間毎に1から2%ずつ上昇するといわれています。そのため、急性大動脈解離の予後改善のためには、迅速な診断と治療が必要です。

\*2\* 在宅等生活の場:自宅だけでなく、介護老人保健施設、老人ホーム等多様な居住の場を含みます。

## (2)大動脈解離の医療

### ①急性大動脈解離の診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（エックス線検査、超音波検査、CT等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた、正確な診断が可能になります。

大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいるStanford A型と上行大動脈に解離が及んでいないStanford B型に分類されます。A型とB型では、基本的な治療方針が異なるため、解離の範囲の評価は、適切な治療方針を決定する上で重要です。

### ②急性大動脈解離の治療

厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、予後を左右する最も重要な判断となります。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択されます。

ア Stanford A型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、緊急の外科的治療の適応となる事が多いですが、全身状態等によっては外科的治療非適応となることもあります。

イ Stanford B型急性大動脈解離は、A型急性大動脈解離よりも自然予後が良いため、内科的治療が選択されることが多いですが、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となります。また、近年、合併症を有するB型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもあります。

### ③疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを実施します。外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じた、適切な心血管疾患リハビリテーションを実施することが重要です。

### ④急性期以後の医療

発症から2週間以上経過した、慢性期の急性大動脈解離の予後は良好であり、Stanford A型、B型共に、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とした内科的治療が行われますが、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもあります。

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

### 1 目指すべき方向

前記「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」を踏まえ、県下3圏域を基本として、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築します。また併せて、急性心筋梗塞については、急性期における迅速な専門的治療の開始が重要で

あることから、特に県南、県西部における地域の医師確保等を強力に推進し、1.5次保健医療圏をはじめ、少しでも身近な地域において急性期医療が提供できる体制の構築を目指します。

- (1)心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防
- (2)発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制
  - ①周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法(CPR)の実施
  - ②専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送
- (3)発症後、速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制
  - ①医療機関到着後30分以内の専門的な治療の開始
  - ②専門的な診療が可能な医療機関間の円滑な連携
- (4)合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制
  - ①合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションの実施
  - ②運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず、多面的・包括的なリハビリテーションを実施
- (5)在宅療養が可能な体制
  - ①合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施
  - ②再発予防のための定期的専門的検査の実施

## 2 各医療機能と連携

各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて下記(1)から(5)に示します。

### (1)発症予防の機能【予防】

#### ①目標

心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること

#### 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。

- ・高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること
- ・初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、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指示すること

#### ③関係者に求められる事項

##### (住民)

- ・発症予防のために、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどの危険因子について知り、健康診断、健康診査の受診と生活習慣の改善を行うこと

##### (行政等)

- ・心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防について啓発を行うこと
- ・健康診断・健康診査の受診に向けた啓発、受診勧奨を行うこと

## (2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

### ① 目標

心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

### ② 関係者に求められる事項

(住民)

- ・発症後速やかに救急要請を行うこと
- ・心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること
- ・機会をとらえてAEDの使用を含めた救急蘇生法等の習得に努めること

(救急救命士を含む救急隊員)

- ・徳島県メディカルコントロール協議会によるプロトコール（活動基準）に則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断
- ・処置を実施すること
- ・急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること

(行政等)

- ・AEDの使用を含めた救急蘇生法等の普及啓発を行うこと

## (3) 救急医療の機能【急性期】

### ① 目標

- ・患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始すること
- ・合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること
- ・再発予防の定期的専門的検査を実施すること

### 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。

- ・心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が24時間対応可能であること
- ・ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があればPCIを行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること
- ・慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること
- ・呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること
- ・虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
- ・電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること
- ・運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること
- ・抑うつ状態等の対応が可能であること

- ・回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること

### ③対応する医療機関

- ・救急救命センターを有する病院
- ・心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院
- ・心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所

## (4)疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを実施する機能【回復期】

### ①目標

- ・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
- ・急性期病院と地域連携クリティカルパスを活用し連携を行い、合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること
- ・在宅等生活の場への復帰を支援すること
- ・患者に主体的に治療や再発予防リハビリテーションに取り組むことができるよう支援すること

### 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。

- ・運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること
- ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
- ・心電図検査、電気的除細動等急性増悪時の対応が可能であること
- ・地域連携クリティカルパス及び患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈等の発症時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること
- ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- ・急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と地域連携クリティカルパスを活用し、診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

### ③対応する医療機関

- ・内科、循環器科又は心血管外科を有する病院又は診療所

## (5)再発予防の機能【再発予防】

### ①目標

- ・回復期病院と地域連携クリティカルパスを活用し連携を行い、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
- ・患者が在宅療養を継続できるよう支援すること

### 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。

- ・再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること
- ・地域連携クリティカルパス及び患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること
- ・緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること
- ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- ・急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること
- ・在宅での運動療法、再発予防のための管理を、医療機関と訪問看護事業所・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施出来ること

③対応する医療機関

- ・内科又は循環器内科を標榜する病院又は診療所
- ・訪問看護事業所・薬局

第3 数値目標

数値目標項目	直近値	平成35年度末日目標値
喫煙率 ☆ ★	成人男性 25.5% 成人女性 4.0% (H28県民健康栄養調査)	成人男性 18% 成人女性 3% (H34)
虚血性心疾患年齢調整死亡率 (人口10万対) ★	男性 18.8 女性 7.4 (H27人口動態特殊報告)	15%以上の減少 (H22から)
特定健康診査受診率 ★◇	46.5% (H27特定健康診査特定保健指導にかかるデータ)	70%以上
一般市民が目撃した心原性心肺機能停止者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合	56.4% (H28「救急・救助の現況」)	60%以上

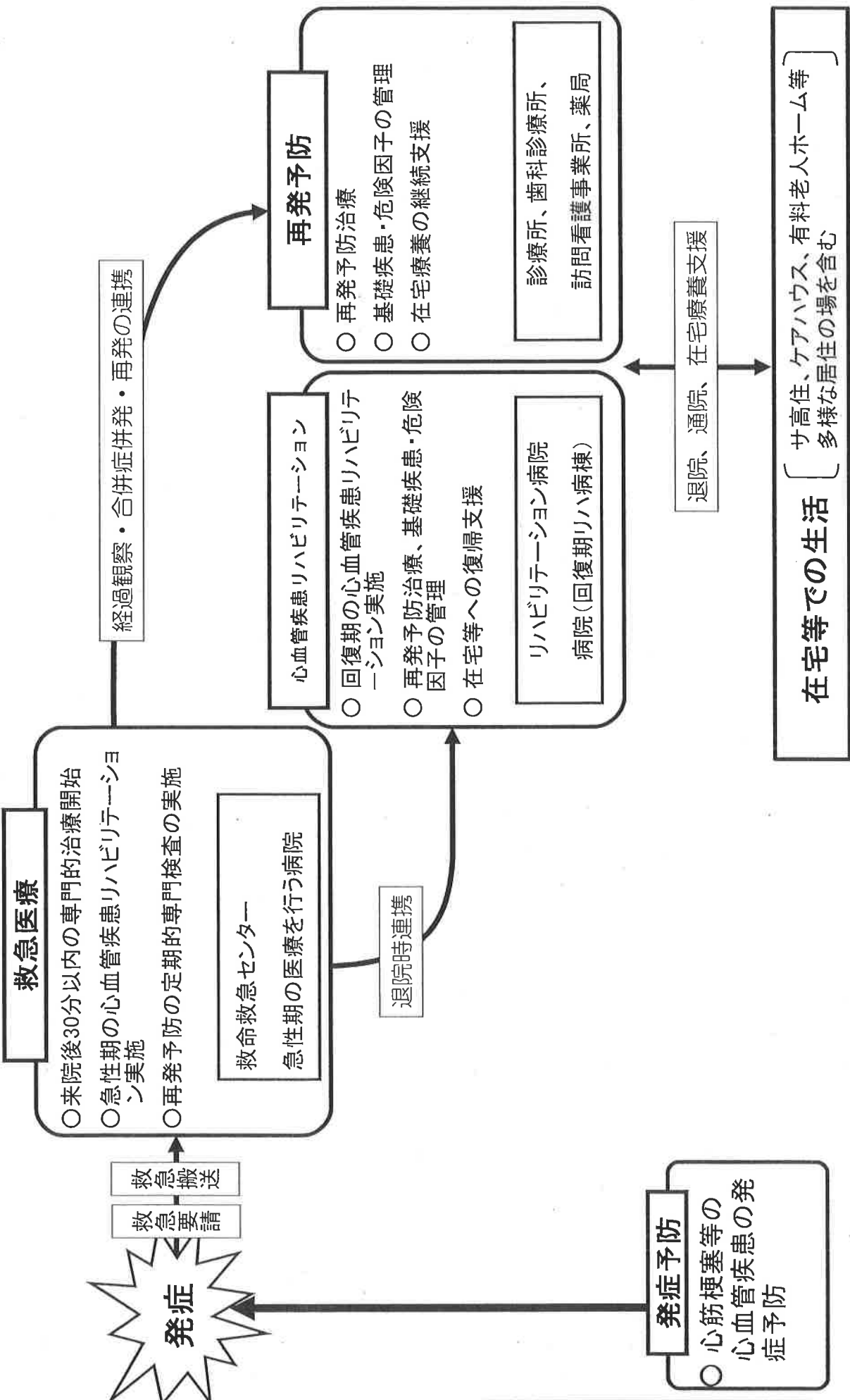
☆「徳島県がん対策推進計画」における目標

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21）」における目標

◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標



# 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制



時間の流れ

医療機能



## 糖尿病の医療体制



## 第1 糖尿病の現状

徳島県における糖尿病の有病者等、受療及び死亡の状況は、おおよそ次のとおりとなっています。

### 1 糖尿病有病者等の状況

平成28年に実施した県民健康栄養調査結果を基に、平成28年の本県人口（H28.10.1現在徳島県推計人口）を用いて推計すると、40歳以上人口のうち、「糖尿病が強く疑われる人（有病者）」は、約4.9万人となり、前回調査（平成22年）と比較し、男女とも減少しています。

しかしながら、「糖尿病の可能性を否定できない人（予備群）」は男女とも増加し、約7.6万人となったことから、有病者を合わせると、約12.5万人となり、40歳以上の人口の26.1%が、糖尿病の有病者又は予備群と推測されます。このことから、糖尿病の発症を予防するための早期介入が重要となります。

#### ○糖尿病有病者・予備群の推計

平成28年	県推計人口	有病者		予備群		合計	
男性	219,607	2.3万人	10.6%	3.4万人	15.3%	5.7万人	25.9%
女性	260,087	2.6万人	10.0%	4.2万人	16.2%	6.8万人	26.2%
合計	479,694	4.9万人	10.3%	7.6万人	15.8%	12.5万人	26.1%
平成22年	県推計人口	有病者		予備群		合計	
男性	217,462	2.4万人	10.9%	2.6万人	12.0%	5.0万人	22.9%
女性	260,335	2.9万人	11.0%	2.9万人	11.1%	5.8万人	22.0%
合計	477,797	5.3万人	11.0%	5.5万人	11.5%	10.8万人	22.4%

資料：平成22年県民健康栄養調査（注）「県人口」：40歳以上人口（H22.4.1）  
平成28年県民健康栄養調査（注）「県人口」：40歳以上人口（H28.10.1）

### 2 受療の状況

本県における糖尿病の受療率（人口10万対）は、入院、外来ともに、全国平均を上回っていますが、全国との差は縮小傾向にあります。

また、糖尿病の退院患者の平均在院日数（平成26年患者調査）は、48.6日と全国の35.5日と比較して長くなっています。

#### ○糖尿病受療率（人口10万対）の年次推移

区分	徳島県						全国		
	入院		外来		合計		入院	外来	合計
	順位	順位	順位	順位	順位				
平成26年	27	8	250	4	277	3	16	175	191
平成23年	43	4	269	2	312	1	19	166	185
平成20年	39	2	252	2	291	2	20	147	167
平成17年	52	1	262	1	314	1	24	158	182
平成14年	67	1	232	1	299	1	27	146	173
平成11年	88	1	252	1	340	1	32	146	178

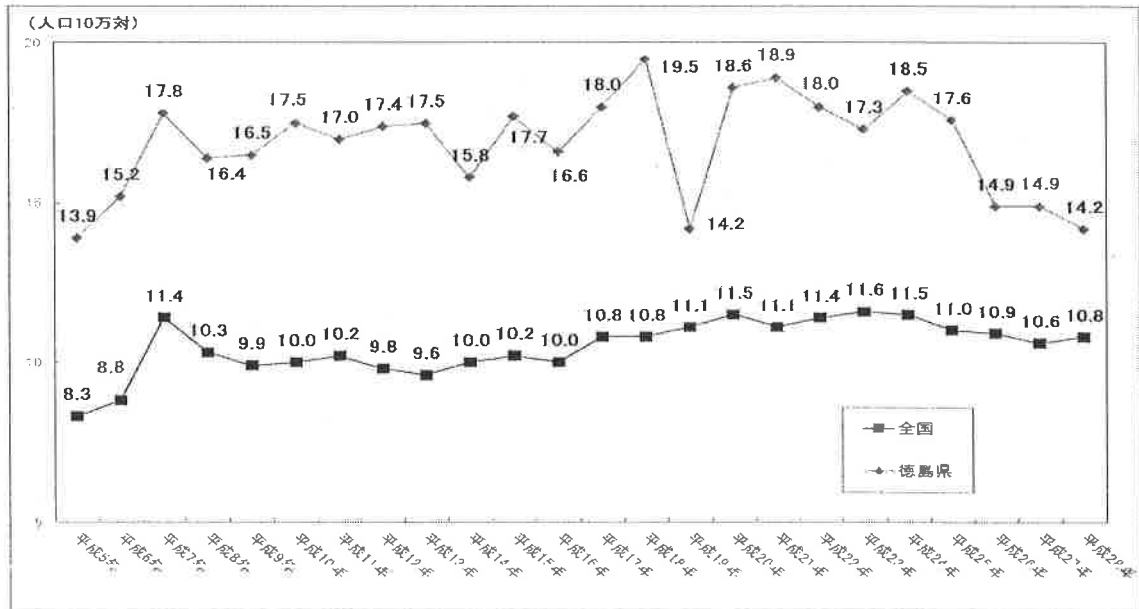
資料：患者調査（厚生労働省）（注）「受療率」：1日当たりの患者数（人口10万対）

### 3 死亡の状況

糖尿病死亡率については、平成5年以来（平成19年除く）、全国ワースト1位が続いていましたが、平成26年以降、全国ワースト1位を脱却し、全国との差も縮小しています。

平成28年人口動態統計における糖尿病死亡数は男性60人、女性46人、合計106人であり、粗死亡率（人口10万対）は14.2となり、全国が増加傾向にある中、本県の粗死亡率は減少しています。

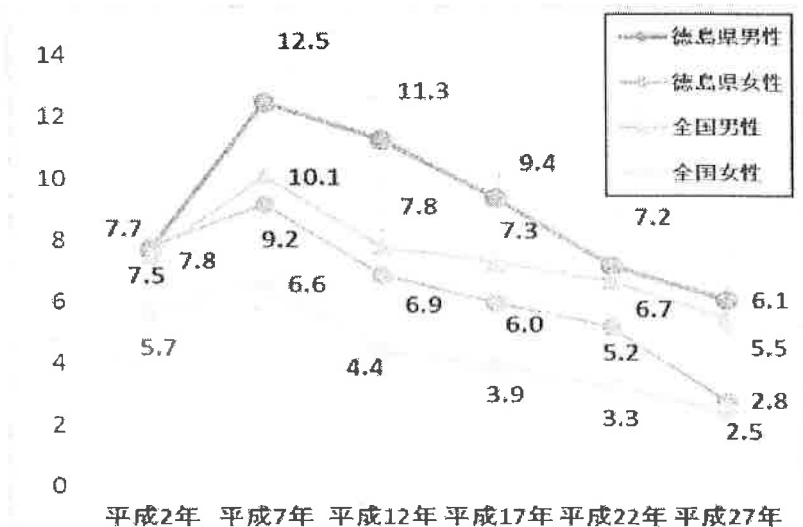
#### ○糖尿病死亡率の年次推移（人口10万対）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

また、年齢構成による要因を調整した「年齢調整死亡率」では、平成27年は、平成22年より男女とも減少し、改善傾向にあります。

#### ○年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

## 4 糖尿病の医療

### (1) 予防・健診・保健指導

2型糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒習慣等であり、発症予防には、「バランスのとれた食生活」や「適度な運動習慣」等の生活習慣の改善が重要です。

また、個人の糖尿病のリスクを把握することや糖尿病の早期発見による重症化予防につなげるためには、特定健診等の定期的な健診受診や、健診の結果を踏まえた保健指導による適切な生活習慣の改善、治療が必要な者に対しては受診を促すこと等が重要となります。

本県では、県医師会に設置された「生活習慣病予防対策委員会」を中心に関係機関が連携し、地域と医療が連携した糖尿病対策に取り組むとともに、平成18年1月に設立した「みんなでつくろう！健康とくしま県民会議」を推進母体に、「健康とくしま応援団」の募集・登録、阿波踊り体操や健康課題に応じた各種レシピ集を始めとした「健康サポートツール」の開発・普及啓発等、県民総ぐるみによる「健康とくしま運動」を全県的に展開しています。

さらに、徳島大学病院に設置した「糖尿病対策センター」において、専門的な研究・治療、疫学調査を行うとともに、「糖尿病克服県民会議」でその研究成果を活用する等、県を挙げた糖尿病克服対策を推進しています。

### (2) 診断・治療の状況

人工透析を必要とする糖尿病腎症や失明の原因となる糖尿病網膜症等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、糖尿病患者を的確に診断し、重症化予防の観点から、早期に治療を開始することが重要です。

しかしながら、糖尿病の早期介入に重要な要素となる健康診査の受診率は、平成28年国民生活基礎調査によると60.2%（全国67.3%）、平成20年度から開始された特定健康診査の受診率は、46.5%（平成27年度（全国50.1%））と全国より低く、平成28年県民健康栄養調査においても、「糖尿病が強く疑われている人」の5.0%が治療を中断しているほか、17.5%が治療を受けていない現状です。

また、初めて糖尿病と診断された場合においても、すでに糖尿病腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、尿検査や眼底検査等糖尿病合併症の発見に必要な検査の実施や診断時から各診療科との連携を図る等、健診等によって発見された糖尿病あるいはその疑いのある者を確実に診断し、治療や専門的な指導につなげることができるよう各医療機関の機能を活用した地域と医療の連携体制の推進が、ますます重要性を増しているところです。

本県では、平成20年度以降、県内の市町村において、特定健康診査の結果、糖尿病が強く疑われる者については、地域保健師との連携パスを用い、「初期・安定期治療医療機関」へつなげる取組みを進めるとともに、「初期・安定期治療医療機関」と「専門治療医療機関」等の医療連携を推進するための地域医療連携クリティカルパスの導入を推進しているところです。導入施設については、平成24年度の37施設から平成28年度は53施設となり、「糖尿病連携手帳」の活用促進とともに、普及拡大に努めています。

また、関係機関と連携し、糖尿病専門医をはじめとする各種認定資格の取得促進を通じて、医療従事者の資質向上を図ることにより、多職種連携による糖尿病診断・治療の質の確保に努めています。

さらに、これまで、糖尿病の合併症の1つと言われてきた歯周病についても、互いに悪化因子となることから、医科歯科連携を促進するための「歯科用パス」や「デンタルパスポート」を作成・普及し、歯周病と血糖コントロールの双方向が改善するための連携を進めています。

### ○糖尿病診療の状況

	総数	東部	南部	西部
糖尿病専門医（日本糖尿病学会） ※1	45	38	7	0
糖尿病内科（代謝内科）の医師数 ※2	68	63	2	3
療養指導医（日本糖尿病協会） ※3	76	63	7	6
糖尿病登録医（日本糖尿病協会） ※3	49	41	2	6
糖尿病認定医（徳島県医師会）	234	177	27	30
糖尿病協会登録歯科医師 ※3	76	47	18	11
歯周病専門医の在籍する歯科医療機関（日本歯周病学会）	11	8	2	1
糖尿病療養指導士（認定機構）	222	163	46	13
徳島県糖尿病療養指導士（徳島県医師会）	227	167	34	26
糖尿病認定看護師（日本看護協会） ※4	10	7	3	0
糖尿病内科(代謝内科)を標榜する医療機関 ※5	14	7	5	2
糖尿病教室等の患者教育を実施する医療機関	62	42	10	10
糖尿病の教育入院をする医療機関	86	57	16	13

資料：医療機能施設調査（平成28年度）

※1：「日本糖尿病学会」ホームページより（平成29年10月現在）

※2：「平成26年 医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

※3：「日本糖尿病協会」ホームページより（平成29年10月現在）

※4：「日本看護協会」ホームページより（平成29年10月現在）

※5：「平成26年 医療施設調査（静態）」（厚生労働省）

### (3)合併症の治療

#### ①合併症の状況

平成28年の県民健康栄養調査において糖尿病が強く疑われる者（40人）の合併症を有する状況をみると、神経障害が12.5%と最も多く、糖尿病腎症10.0%、糖尿病網膜症7.5%と続く結果となりました。

（一社）日本透析医学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」によると、本県の平成27年の新規人工透析導入者320人中、糖尿病腎症が原因となっているものは139人と43.4%を占め、その割合は全国と同程度となっています。

糖尿病患者における糖尿病腎症の予防や重症化を抑制することは、患者の生命予後やQOLにとって重要であり、「未受診者」や「治療中断者」対策の更なる強化が必要です。

そこで、本県においては、平成29年3月、徳島県医師会、徳島県医師会糖尿病対策班、徳島県保険者協議会、徳島県の4者が共同で「徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、従来の特定健診・特定保健指導の



推進はもとより、糖尿病腎症が進行するリスクの高い方に対する医療機関への受診勧奨やかかりつけ医と連携した保健指導の実施等を通じて、糖尿病の重症化を防ぎ、人工透析への移行を防止につなげる等、糖尿病患者の早期治療と生涯を通じた適切な治療を継続するための支援体制の充実・強化を目指しています。

#### ○糖尿病腎症による平成27年の新規導入透析患者（平成22年との比較）

区 分	徳 島 県		全 国	
	平成27年	平成22年	平成27年	平成22年
糖尿病性糸球体腎硬化症	139 (43.4%)	132 (44.7%)	16,072 (43.7%)	16,247 (43.6%)
新規導入透析患者総数	320	295	36,797	37,229

資料：（一社）日本透析医学会

（注）：％については、新規導入透析患者総数に占める糖尿病性糸球体腎硬化症の割合

#### ②合併症の診療

合併症の診療施設の状況は次のとおりです。

#### ○糖尿病合併症における診療の状況

	総 数	東 部	南 部	西 部
急性合併症の治療を行う医療機関	67	42	14	11
糖尿病網膜症の治療が可能な医療機関	39	28	5	6
糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関 (糖尿病合併症管理料届出医療機関) ※	25	16	5	4
フットケアを実施している医療機関	102	77	14	11
人工透析実施医療機関	34	24	6	4

資料：医療機能施設調査（平成28年度），※は「四国厚生支局届出医療機関数」（H29.9.1）

### 5 圏域における医療について

糖尿病患者の糖尿病治療・管理を目的とした外来受療動向を3圏域別にみると、どの圏域においても9割を超える患者が、居住地の圏域の医療機関を受診しています。一方、糖尿病患者の入院（糖尿病の治療・管理以外を目的とした入院も含む）を圏域別に見ると、東部に比べ、南部、西部においては、居住地の圏域内での入院割合が低くなっています。

糖尿病は慢性疾患であり、外来治療が中心となるため、身近な医療機関で合併症の診療や患者教育も含めた医療体制整備を目指すとともに、医療従事者の資質向上を図ることにより、多職種連携による医療サービスが継続して実施できるよう努めることが重要となります。

○糖尿病患者の圏域別受療動向

		医療機関所在地（外来）		
		東 部	南 部	西 部
居 住 地	東 部	97.5%	2.0%	0.5%
	南 部	7.9%	92.1%	
	西 部	7.4%	0.4%	92.2%
		医療機関所在地（入院）		
		東 部	南 部	西 部
居 住 地	東 部	98.0%	2.0%	
	南 部	17.2%	82.8%	
	西 部	17.5%		82.5%

資料：NDB（平成27年度）

## 第2 医療機関とその連携

### 1 目指すべき方向

前記「第1 糖尿病の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、保健及び医療サービスが連携して実施される体制を構築します。

#### (1)糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制

- ①糖尿病の診断及び生活習慣等の指導の実施
- ②良好な血糖コントロール評価を目指した治療の実施

#### (2)血糖コントロール不可例の治療や急性合併症の治療が可能な体制

- ①教育入院等による、様々な職種が連携したチーム医療の実施
- ②急性増悪時の治療の実施

#### (3)糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制

### 2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、糖尿病の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示します。

#### (1)合併症の発症を予防するための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】

##### ①目標

- ・糖尿病の診断及び生活習慣等の指導を実施すること
- ・良好な血糖コントロール評価を目指した治療を実施すること

##### 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診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。

- ・糖尿病の診断及び専門的治療が可能であること
- ・75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- ・食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること

- ・低血糖時及びシックデイの対応が可能であること
- ・専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

### ③対応する医療機関

- ・日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医または徳島県医師会が認定する徳島県医師会糖尿病認定医が週3日以上勤務している医療機関
- ・自院で、糖尿病教室や管理栄養士による指導または徳島県栄養士会栄養ケアステーションの活用、指導実施機関との連携により栄養指導等を実施する医療機関
- ・血糖コントロールが難しい事例については「専門治療」医療機関と連携すること
- ・急性・慢性合併症治療を行う医療機関、歯科診療所と連携すること

## (2)血糖コントロール不可例の治療【専門治療】

### ①目標

血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること

### 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診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。

- ・75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- ・各専門職種チームによる食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む）が実施可能であること
- ・糖尿病患者の妊娠に対応可能であること
- ・食事療法、運動療法を実施するための設備があること
- ・糖尿病の予防・治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

### ③対応する医療機関

- ・日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医が週3日以上勤務している医療機関
- ・糖尿病教育入院または糖尿病教室を実施する医療機関
- ・糖尿病の予防・治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と連携すること

なお、糖尿病専門医が在籍しない糖尿病教育入院実施医療機関については、「糖尿病教育入院実施機関」として別途公表することとします。

## (3)急性合併症の治療を行う機能【急性増悪時治療】

### ①目標

糖尿病昏睡等急性の合併症の治療を実施すること

### 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診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。

- ・糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること
- ・食事療法、運動療法を実施するための設備があること

- ・糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

#### ③対応する医療機関

- ・日本糖尿病学会が認定する常勤の糖尿病専門医が24時間対応できる医療機関
- ・救急対応医療機関
- ・地域の医療機関と連携を図っている

### (4)糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】

#### ①目標

糖尿病の慢性合併症に対する専門的な治療を実施すること

#### 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診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。

- ・糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない）
- ・糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離等の手術等が実施可能であること
- ・糖尿病腎症の場合、尿一般検査、尿中微量アルブミン量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること
- ・糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

#### ③対応する医療機関

- ・人工透析を必要とする糖尿病腎症への対応が可能な医療機関
- ・眼科（網膜光凝固術等が必要な場合は実施可能な眼科と連携する）
- ・フットケア（糖尿病足病変の治療）を実施している医療機関
- ・地域の医療機関と連携を図っている

### (5)地域と連携する機能

#### ①目標

市町村や保険者と連携すること

#### 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及び「徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に則して連携していることが求められる。

- ・市町村や保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合、患者の同意を得て、必要な協力を行っていること
- ・糖尿病の予防、重症化予防を行う市町村及び保険者等の社会資源と情報共有や協力体制を構築する等して連携していること

#### ③対応する医療機関

初期・安定期の治療及び専門治療を担う医療機関

### 第3 数値目標

数値目標項目	直近値 (H28)	平成35年度末 目標値
治療継続者の割合の増加★	55.5%	75%
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少★	139人	120人
糖尿病有病者の増加の抑制(40歳以上)★	4.9万人	増加の抑制
糖尿病予備群の増加の抑制(40歳以上)★	7.6万人	増加の抑制

★「徳島県健康増進計画(健康徳島21)」における目標

# 糖尿病の医療体制

## 急性増悪時治療

救命救急センター  
病院

○糖尿病昏睡等 急性合併症の治療の実施

転院・退院時連携

## 慢性合併症治療

○ 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療の実施  
・糖尿病網膜症  
・糖尿病腎症  
・糖尿病神経障害  
等

病院  
診療所

紹介時・治療時連携

## 専門治療

○血糖コントロール不可例に対する  
指標改善のための教育入院等、  
集中的な治療の実施

病院、診療所

紹介・  
治療時  
連携

血糖コントロール不可例の連携

## 初期・安定期治療

○ 糖尿病の診断及び生活習慣病の指導

○ 良好な血糖コントロール評価を目指した治療

○ 歯周疾患健診、治療、管理、口腔管理 等

病院、診療所、歯科診療所、薬局

徳島県医師会  
徳島県医師会糖尿病対策班  
徳島県保険者協議会  
徳島県

### 支援

糖尿病性腎症  
重症化予防プログラム

### 保険者

治療中断者・未受診者の抽出、  
受診勧奨、保健指導

### 拡充

健康診査等による  
糖尿病の  
早期発見

(不可)

血糖コントロール

(優)

時間の流れ

## 精神疾患の医療体制





## 第1 精神疾患の現状と今後の方向性

### 1 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

平成26年の患者調査によると、本県の精神疾患による入院患者は3.4千人、外来患者は33.6千人です。また、平成28年度の病院報告によると、精神病床における平均在院日数は355.2日（全国269.9日）であり、全国第4位の長さとなっています。平成26年の同報告に比べると、377.2日（全国274.7日）から短縮し、全国順位も第2位から改善しています。

#### (1)統合失調症

##### （患者の状況）

統合失調症は、考えや気持ちがまとまらなくなる状態が続く精神疾患で、その原因は脳の機能にあると考えられています。約100人に1人がかかるといわれており、決して特殊な病気ではありません。思春期から40歳くらいまでに発病しやすい病気、慢性に経過します。統合失調症に効果のある新しい薬が発見されたこと、精神科リハビリテーションなどの治療によって、回復することができます。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、統合失調症により精神病床に入院している患者は3,540人、継続して外来通院している患者が9,966人となっています。

##### （施策の現状）

統合失調症に対する治療は、主に精神科医療機関における入院治療と外来治療に分けられ、治療法は、抗精神病薬の投与による薬物療法とともに、さまざまな心理社会的支援が行われています。近年、通常の抗精神病薬治療に反応しない、又は副作用のために抗精神病薬を使用できない「治療抵抗性統合失調症」の患者に対して有効とされる「治療抵抗性統合失調症治療薬」の導入に向けた、地域連携体制の構築が進みつつあります。

##### （今後の医療提供体制）

統合失調症に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進するとともに、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うことができる医療機関を広げ、身近でその治療を受けることができるよう、拠点医療機関を指定するなどの施策を推進します。

#### ○精神疾患の医療提供体制（平成26年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関
統合失調症	18	53

#### (2)うつ病・躁うつ病

##### （患者の状況）

気分障害として分類されるうつ病や躁うつ病（双極性障害）ですが、その病態には、若干の違いが見られます。うつ病では、周囲の環境や日常生活上のストレスがからみあって発症します。気分の落ち込みや興味・関心の喪失

といった「こころの症状」だけでなく、不眠や食欲低下をはじめとした「からだの不調」がうつ病のサインとなることがあります。躁うつ病（双極性障害）は、うつ状態と躁状態が繰り返す病態で薬物療法をはじめ、より専門的な治療が必要です。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、うつ・躁うつ病により精神病床に入院している患者は1,506人、継続して外来通院している患者が14,398人となっています。

（施策の現状）

2週間以上の不眠や倦怠感、食欲不振、頭痛等の症状が、うつ病と診断する目安になりますが、このような段階では、精神科医療機関ではなく、かかりつけ医を受診することが多いと考えられるため、かかりつけ医と精神科医の連携を推進するため、平成26年2月に「一般診療科医と精神科医の連携に関する手引き」を作成するとともに、研修会やG P会議（general physician psychiatrist）を開催しています。

（今後の医療提供体制）

うつ病、躁うつ病に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。

○精神疾患の医療提供体制（平成26年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関
うつ・躁うつ病	18	60

(3)認知症

（患者の状況）

認知症は、慢性あるいは進行性の脳疾患の症状です。物忘れ（記憶障害）と判断や理解のミス（認知障害）があつて、周囲の人たちとのトラブルが起きたり、日常生活を送っていく事が難しくなった病態です。正しい認知症の理解が、早期受診、早期治療につながります。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、認知症により精神病床に入院している患者は786人、継続して外来通院している患者が16,414人となっています。

（施策の現状）

認知症に対して、進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療提供体制の構築を図ることを目的として設置する「認知症疾患医療センター」については、本県では、県立中央病院に「基幹型認知症疾患医療センター」を、また、県南部、県西部にそれぞれ1カ所「地域型認知症疾患医療センター」を設置しており、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応をはじめ、急性期治療に関する対応や専門医療相談、さらには地域保健医療・介護関係者等への研修等を行っています。

また、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」について、本県では41名（平成29年8月末現在）を養成し、毎年、フォローアップ研修を実施しています。