

京都府保健医療計画に係る新旧対照表（案）

| 新 | 説明 |
|---|--|
| <p>2 脳卒中</p> <p>現状と課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 脳血管疾患は死亡原因の第3位であり、また、要介護状態となる原因疾患の第1位を占め、介護度が重度になるほどその割合が高くなっています。 ○ 脳卒中にならないうえには、自分に合った食生活や運動習慣など各自が自覚を持って生活習慣の改善に取り組む必要があります。この対策の一環として、平成20年度から各医療保険者による特定健康診査・保健指導が実施されることから、保健指導を行う人材の育成や健診サービスの質の確保など、制度定着のための支援が必要です。 ○ 脳卒中は、発症後、早期に適切な治療を受けることで、より高い効果があるとされており、後遺症も少なくなることから、救急医療や早期治療の体制を確保するとともに、急性期の治療後、一定期間の入院訓練を必要とする場合に対応できる回復期の体制についても確保する必要があります。 ○ 急性期における治療法については、「脳梗塞」では、超急性期血栓溶解療法(t-PA)、「くも膜下出血」では、脳動脈瘤クリッピング術等が用いられることがあるが、本府においても医療圏により実施可能な救急搬送体制の整備が必要とされています。また、各病期におけるリハビリテーションの実施については、急性期における早期リハビリテーションの実施件数は、全国平均を上回っていますが、回復期リハビリテーション病棟の整備、リハビリテーションが実施可能な医療機関数は、全国平均を下回っており、病期に応じたリハビリ環境の整備が課題となっています。 ○ 患者が安心して疾患の治療に専念できる環境を整えるには、急性期から回復期、維持期に至るまでシームレスな連携を行うための各期における医療機関同士や訪問看護、介護事業所等との情報共有が重要であり、また、患者に対し日常生活復帰までの道筋を分かりやすく説明をすることも重要であることから、オーバービューを含めた地域連携パスの活用が必要と考えられます。本府においては、退院患者の平均在院日数は、全国平均を下回っているものの京都府内医療圏においては、全国平均を上回っています。また、地域連携パスに基づく診療計画作成件数が全国と比較して、少ない状況にあり、地域連携パスの普及促進が課題と考えられます。 ○ 維持期（在宅療養）においては、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、適切かつ継続的なリハビリテーションサービスを提供し、再発を最小限にとどめて地域において自立した生活を送ることができるよう、受け入れ態勢の整備や退院前からの病院、在宅サービス事業者、かかりつけ医との間の連携体制を構築する必要があります。 ○ 歯周疾患は歯の喪失原因だけでなく、全身の健康のためにも歯の健康が重要です。このため、急性期、回復期、維持期の各病期において、脳卒中に罹患している患者の歯周疾患に対するケアが必要であり、歯科と内科との連携が必要です。 | <p>2 脳卒中</p> <p>現状と課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 本府において脳卒中(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約1万8千人(全国:134万人)と推定され、年間約2千人(全国:約12万人)が脳卒中を原因として死亡し、死亡原因の第3位(全国:3位)であり、また、要介護状態となる原因疾患の第1位を占め、介護度が重度になるほどその割合が高くなっています。 ○ 発症及び重症化を生じる危険因子には、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の4つがあり、それぞれを改善するためには、これらの原因となる食塩の過剰摂取や運動不足、喫煙など生活習慣の改善が必要です。また、リスクを早く察知し、発症・重症化を予防するために、特定健康診査・特定保健指導によるメタボリック症候群予防への対応が重要ですが、特定健康診査の実施率は、全国に比べ低い状況にあります。 ○ 脳卒中には、脳の動脈が詰まる「脳梗塞」、脳の中の細い血管が破れて出血する「脳出血」、脳にできた動脈瘤が破れて出血する「くも膜下出血」があり、それぞれ、発症後、早期に適切な治療やリハビリテーションを受けることで、より高い治療効果があるとされており、後遺症も少なくなることから、救急医療や早期治療の体制を確保するとともに、急性期の治療後、一定期間の入院訓練を必要とする場合に対応できる回復期の体制についても確保する必要があります。 ○ 急性期における治療法については、「脳梗塞」では、超急性期血栓溶解療法(t-PA)、「くも膜下出血」では、脳動脈瘤クリッピング術等が用いられることがあるが、本府においても医療圏により実施可能な病院がない若しくは実施実績がない医療圏があり、2次医療圏を超えた広域的な救急搬送体制の整備が必要とされています。また、各病期におけるリハビリテーションの実施については、急性期における早期リハビリテーションの実施件数は、全国平均を上回っていますが、回復期リハビリテーション病棟の整備、リハビリテーションが実施可能な医療機関数は、全国平均を下回っており、病期に応じたリハビリ環境の整備が課題となっています。 ○ 患者が安心して疾患の治療に専念できる環境を整えるには、急性期から回復期、維持期に至るまでシームレスな連携を行うための各期における医療機関同士や訪問看護、介護事業所等との情報共有が重要であり、また、患者に対し日常生活復帰までの道筋を分かりやすく説明をすることも重要であることから、オーバービューを含めた地域連携パスの活用が必要と考えられます。本府においては、退院患者の平均在院日数は、全国平均を下回っているものの京都府内医療圏においては、全国平均を上回っています。また、地域連携パスに基づく診療計画作成件数が全国と比較して、少ない状況にあり、地域連携パスの普及促進が課題と考えられます。 ○ 維持期（在宅療養）においては、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、適切かつ継続的なリハビリテーションサービスを提供し、再発を最小限にとどめて地域において自立した生活を送ることができるよう、受け入れ態勢の整備や退院前からの病院、在宅サービス事業者、かかりつけ医との間の連携体制を構築する必要があります。 ○ 歯周疾患は歯の喪失原因だけでなく、全身の健康のためにも歯の健康が重要です。このため、急性期、回復期、維持期の各病期において、脳卒中に罹患している患者の歯周疾患に対するケアが必要であり、歯科と内科との連携が必要です。 |

京都府保健医療計画に係る新旧対照表（案）

| 旧 | 新 | 説明 |
|---|--|-----------|
| <p>対策の方向</p> <p>★脳卒中の予防・早期発見</p> <p>①身近な健康づくりへの支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「一駅ウォーキング運動」やテーマ性を持ったウォーキングの設定など、日常生活の中で取り組める1日30分程度の手軽な健康づくりやその効果を府民に広く発信 ・地域や職場等で禁煙トライアルやウォーキングなど健康づくりに積極的に取り組むグループの活動を支援、表彰 ・健康手帳の配布や健康教室、訪問指導など、府民に身近な健康増進事業を実施する市町村を支援 ・地域の食材などを活かした健康レシピの作成・普及、外食時のヘルシー食情報の提供など食を通じた健康づくりを推進 <p>②健康づくり支援センター機能の整備による特定健診・保健指導の適切な実施の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診受診率の向上や効果的な健診実施方法等について協議会を設置し検討するとともに健診強化月間を設定し、受診を啓発 ・保険者協議会と連携し、市町村や各保険者、健診機関等の従事者の技術向上を支援 ・健診機関で適切、有効に行われているかの評価基準作成など、精度向上を支援 ・保険者協議会と連携して健診機関等に関する情報提供及び市町村や国民健康保険組合の行う健診、健康づくりへの支援 <p>③健診受診率の向上を目指す市町村の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診者の利便性に配慮し、特定健診とがん検診とのセット健診や、40歳・50歳などの節目健診、夜間・休日健診など受診率向上に取り組む市町村を支援 | <p>対策の方向</p> <p>★脳卒中の予防・早期発見 ※再掲 「健康づくり 対策の方向」</p> <p>発症の危険因子である高血圧、脂質異常症を予防することにより、死亡率の減少を目指します。</p> <p>①1次予防の推進</p> <p>＜栄養・食生活＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・府民が適正体重を理解し、活動量に見合った食量や内容、望ましい食習慣を実践するための知識の普及 ・健康ばんざい京のおばんざい弁当シリーズ等健康づくりに取り組む店舗の情報提供 ・特定給食施設が利用者に応じた食事の提供や栄養の評価が実施されるよう支援 ・食生活改善推進員などのボランティア組織の活動を支援し、各地域において個人の食生活をサポートできる環境を整備。 <p>＜身体活動・運動＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動習慣を地域に醸成。 ・身近に運動を取り入れやすい環境作り、高血圧等の重症化予防のための運動の取組を推進。 <p>＜休養＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康づくりのための余暇の過ごし方、睡眠の質に関する正しい情報を発信。 ・心身の休養の確保について、環境整備に努める。 <p>＜飲酒＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・飲酒による身体への影響や適度な飲酒量など、正確で有益な情報を発信。 ・学校教育、市町村・医療機関と協働した教育活動を実施。 <p>＜たばこ＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・防煙教育等、禁煙支援を行う医療機関の増加、受動喫煙防止対策を行う施設の増加等たばこ対策を推進。 <p>②健診受診率向上と疾病の早期発見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診・特定保健指導の受診率向上のため、「健診は愛」をスローガンとした啓発活動を未受診や優先順位の高い年齢層を中心にして実施 ・夜間・休日検診の充実、検診の広域化などについて導入を推進 ・健(検)診が円滑効果的に実施されるように、地域・職域連携推進会議等において、情報共有・協議を実施 ・健(検)診実施状況について評価、効果的な事業企画運営ができる人材を育成 <p>③重症化の予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診で要指導・要医療の判定となった者が、生活習慣改善のための個別サポートが受けられ体制を強化するための地域ネットワーク体制を整備 <p>★脳卒中の医療の充実</p> <p>①急性期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中が疑われる患者に対して専門的治療が24時間実施可能で、発症後3時間以内の超早期に血栓溶解療法が実施可能であるなど、脳血管疾患の救急受入のできる地域の病院を明確にし、各地域の消防本部等への周知を図るとともに、当該病院を中核的な役割を担う医療機関として、人材育成、CCU等の整備など機能を充実 ・救急医療情報システムの充実、へり搬送の活用等広域的な救急搬送体制を充実 ・病院前救護を適切に行えるよう、専門性を高めた認定救急救命士の養成等質の向上を支援 | <p>説明</p> |

京都府保健医療計画に係る新旧対照表（案）

| 旧 | 新 | 説明 |
|---|---|--|
| <p>②回復期 ・回復期リハビリテーション病棟等の設置促進 ・北部地域の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の確保定着のための専門研修の機会を確保</p> <p>③維持期（在宅） ・訪問看護ステーション及び訪問リハビリテーション等の設置促進及び機能充実に向け、支援 ・府民及び医療機関への適切な情報提供や相談窓口の設置、医師会と連携したかかりつけ医紹介システムの構築など在宅医療を推進する取組を支援 ・各医療圏ごとに、病診連携のあり方や情報共有の方法など具体的手法を地域保健医療協議会で検討し、地域に普及</p> | <p>②回復期 ※再掲 「リハビリテーション体制の整備 対策の方向」 ・地域におけるリハビリテーション連携体制を構築</p> <p>・脳卒中クリティカルパスのIT化を促進し、病院間の情報共有の迅速化を図ることにより、切れ目のない医療の提供を推進</p> <p>・リハビリテーション従事者の確保・育成</p> <p>・回復期リハビリテーション病棟の設置促進</p> <p>・訪問リハビリテーション事業所開設等の推進</p> <p>③維持期（在宅） ※再掲 「在宅医療 対策の方向」</p> <p>・京都市地域包括ケアシステムの実現（医療・介護・福祉の連携強化）</p> <p>・地域包括ケアに資する連携人材の育成</p> <p>・「在宅療養あんしん病院登録システム」の普及定着</p> <p>・複数かかりつけ医による容態にあった医療を受けることのできる環境整備の推進</p> <p>・地域における病診連携を強化するため地域医療支援病院の指定を推進</p> <p>・在宅チーム医療を推進</p> <p>・かかりつけ薬局（薬剤師）の定着支援</p> <p>④各病期共通 ・脳卒中に罹患している患者疾病情報の交換や治療方針の協議等、歯科診療所と病院、診療所との連携を推進</p> | |
| <p>★地域リハビリテーション連携体制の充実</p> <p>・リハビリテーションプログラム等の情報を施設間で共有する地域連携パスを作成・普及</p> <p>・リハビリテーション水準の向上のため、病態ごとのリハビリテーションプログラムを標準化</p> | <p>成果指標</p> <p>□ 予防 ※再掲 「健康づくり 成果指標（循環器疾患）」 ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群者数 ※統計値の算出待ち → 国に準じて設定予定</p> <p>・特定健康診査の実施率 ※統計値の算出待ち → 70%(29年度)</p> <p>・特定保健指導の終了率 ※統計値の算出待ち → 45%(29年度)</p> <p>□ 急性期 ・早期リハビリテーション実施件数（人口100万人対） 4,810.1件(23年度) → 5,198.9件(29年度)</p> | <p>成果指標</p> <p>□ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 (20年度から実施) → 10% (24年度)</p> <p>□ 特定健康診査の実施率 (20年度から実施) → 70% (24年度)</p> <p>□ 特定保健指導の実施率 (20年度から実施) → 45% (24年度)</p> <p>□ 救急専門医師数（人口10万対）が全国平均値を上回る医療圏 3圏域（18年12月） → 全圏域（24年度）</p> |

京都府保健医療計画に係る新旧対照表（案）

| 旧 | 新 | 説明 |
|--|---|----|
| <p>□ 回復期リハビリテーション病棟入院料施設基準適合病院 13 病院 (19 年度) → 20 病院 (24 年度)</p> <p>□ 脳卒中の地域連携パス実施医療圏 1 圏域 (19 年度) → 全圏域 (24 年度)</p> | <p>□ 回復期 ※再掲「リハビリテーション体制の整備 成果指標」 在宅訪問リハビリテーション指導管理を行う病院 46 病院 (23 年度) → 60 病院 (29 年度)</p> <p>• 回復期リハビリテーション病棟を有する病院 17 病院 (23 年度) → 24 病院 (29 年度)</p> <p>• リハビリテーションに係る脳卒中地域連携パス参加病院 44 機関 (23 年度) → 70 機関 (29 年度)</p> <p>• リハビリテーション専門医 61 人 (23 年度) → 74 人 (29 年度)</p> <p>• 中丹圏域以北の医療機関に就業している 理学療法士 (人口 10 万対) 34.4 人 (22 年 10 月) → 41.3 人 (29 年度) 作業療法士 (人口 10 万対) 20.3 人 (22 年 10 月) → 24.4 人 (29 年度) 言語聴覚士 (人口 10 万対) 5.8 人 (22 年 10 月) → 7.0 人 (29 年度)</p> <p>□ 維持期 ※再掲「在宅医療 成果指標」 在宅診療実施医療機関 729 医療機関(23 年度) → 830 医療機関(29 年度)</p> <p>• 訪問看護ステーション数 204 施設(23 年 4 月介護給付費実態調査) → 230 施設(29 年度)</p> <p>• 地域で在宅チームに携わる地域リーダーの養成数 0 人 (23 年度) → 150 人 (29 年度)</p> <p>• 在宅医療を担うかかりつけ医のリーダーの養成数 0 人 (23 年度) → 60 人 (29 年度)</p> <p>• 地域医療支援病院の設置医療圏 3 医療圏 (23 年度) → 全医療圏 (29 年度)</p> <p>□ 各病期共通 ※再掲「歯科口腔保健対策 成果指標」 • 40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少 41.3%(23 年度) → 30%以下(29 年度)</p> <p>• 60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少 62.9%(23 年度) → 55%以下(29 年度)</p> | |
| <p>脳卒中の医療体制</p> <p>脳卒中の医療体制に求められる各病期における医療機能について次のとおり設定し、該当する医療機関名について明記することで、連携体制の構築を図る</p> <p>【急性期を担う医療機関】 <基準></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 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 時間実施可能であること (2) 脳卒中が疑われる患者に対し、専門的治療が 24 時間実施可能であること (画像診断等の遠隔診断に基づく治療も含む) (3) 適応のある脳梗塞症例に対し、組織トロンボリチン療法 (t-PA) の静脈内投与による血栓溶解療法が実現可能であること (4) 外科的治療が必要とされた場合には治療が可能であること (5) 脳卒中を専門とする医師が常勤していること (6) 全身管理及び合併症に対する診療が可能であること (7) リスク管理のもとに早期リハビリテーションが実現可能であること (脳血管リハビリテーション I、II、III 届出医療機関) (8) 地域の回復期、維持期、在宅医療を担う医療機関等と連携していること | <p>脳卒中の医療体制</p> <p>脳卒中の医療体制に求められる各病期における医療機能について次のとおり設定し、該当する医療機関名について明記することで、連携体制の構築を図る</p> <p>【急性期を担う医療機関】 <基準></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 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 時間実施可能であること (2) 脳卒中が疑われる患者に対し、専門的治療が 24 時間実施可能であること (画像診断等の遠隔診断に基づく治療も含む) (3) 適応のある脳梗塞症例に対し、組織トロンボリチン療法 (t-PA) の静脈内投与による血栓溶解療法が実現可能であること (4) 外科的治療が必要とされた場合には治療が可能であること (5) 脳卒中を専門とする医師が常勤していること (6) 全身管理及び合併症に対する診療が可能であること (7) リスク管理のもとに早期リハビリテーションが実現可能であること (脳血管リハビリテーション I、II、III 届出医療機関) (8) 地域の回復期、維持期、在宅医療を担う医療機関等と連携していること | |

京都府保健医療計画に係る新旧対照表（案）

| 旧 | 新 | 説明 |
|--|--|----|
| <p>【回復期を担う医療機関】 <基準> (1) 再発防止の治療、基礎疾患・危険因子の管理及び抑うつ状態への基本的対応が可能であること (2) 失語等の高次脳機能障害、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リハビリテーションが専門医療スタッフが専門医療スタッフにより実施可能であること (3) 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していること (4) 回復期リハビリテーション病棟、又は脳血管疾患リハビリテーションI若しくはIIの届出医療機関であること（当面の間PT、OT、STの人数が合わせて4人以上いること） 【維持期を担う医療機関】 <基準> (1) 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が実施可能であること (2) 生活の場で療養できるよう支援することが実施可能であること</p> | <p>【回復期を担う医療機関】 <基準> (1) 再発防止の治療、基礎疾患・危険因子の管理及び抑うつ状態への基本的対応が可能であること (2) 失語等の高次脳機能障害、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リハビリテーションが専門医療スタッフが専門医療スタッフにより実施可能であること (3) 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していること (4) 回復期リハビリテーション病棟、又は脳血管疾患リハビリテーションI若しくはIIの届出医療機関であること（当面の間PT、OT、STの人数が合わせて4人以上いること） 【維持期を担う医療機関】 <基準> (1) 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が実施可能であること (2) 生活の場で療養できるよう支援することが実施可能であること</p> | |

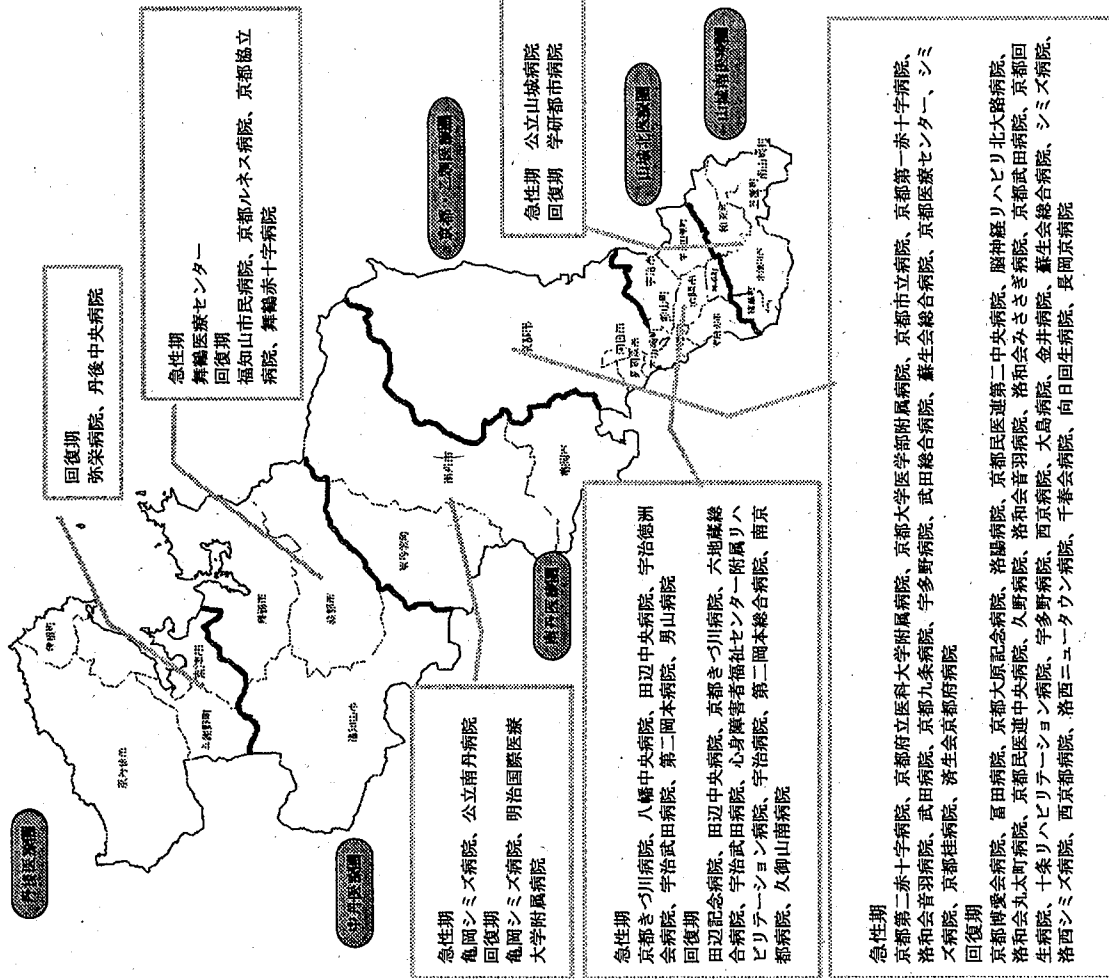
京都府保健医療計画に係る新旧対照表(案)

旧

新

説明

京都府における脳卒中医療体制(急性期、回復期)



更新情報は、府ホームページに掲載

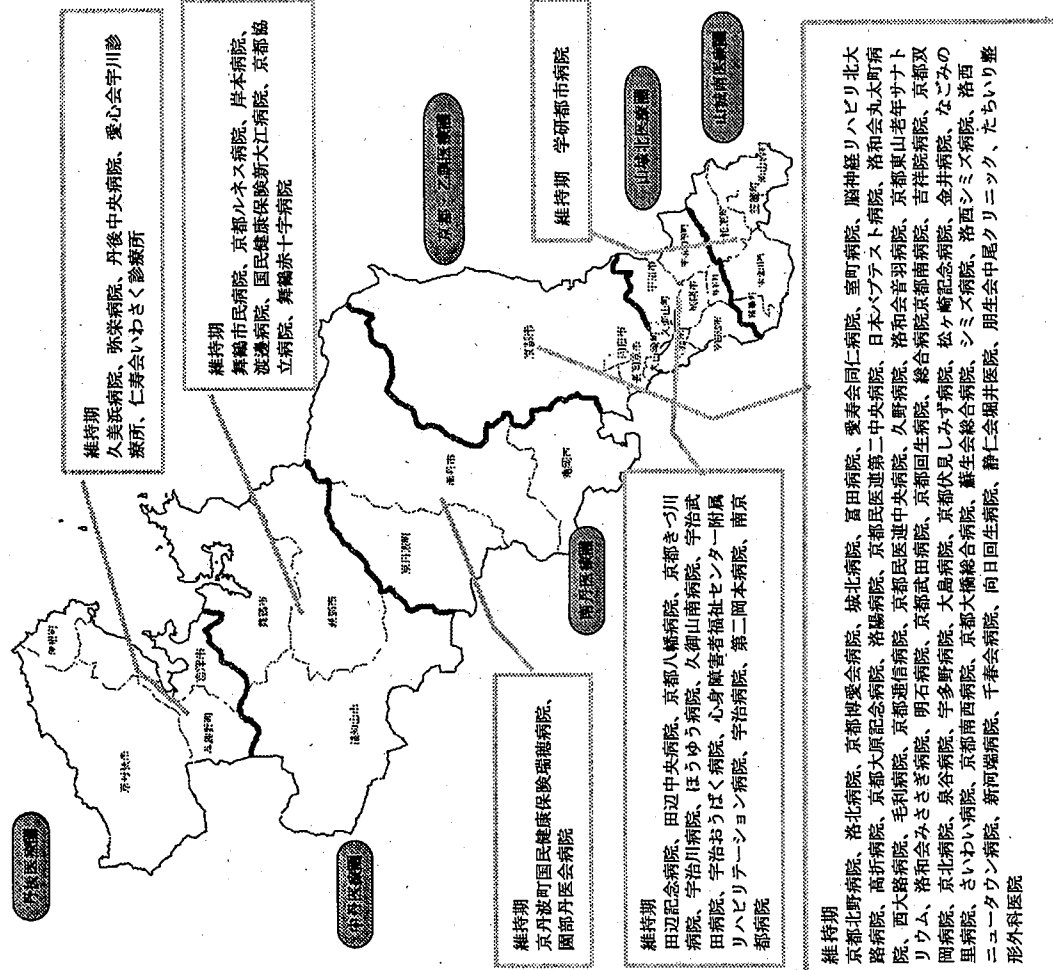
京都府保健医療計画に係る新旧対照表 (案)

旧

新

説明

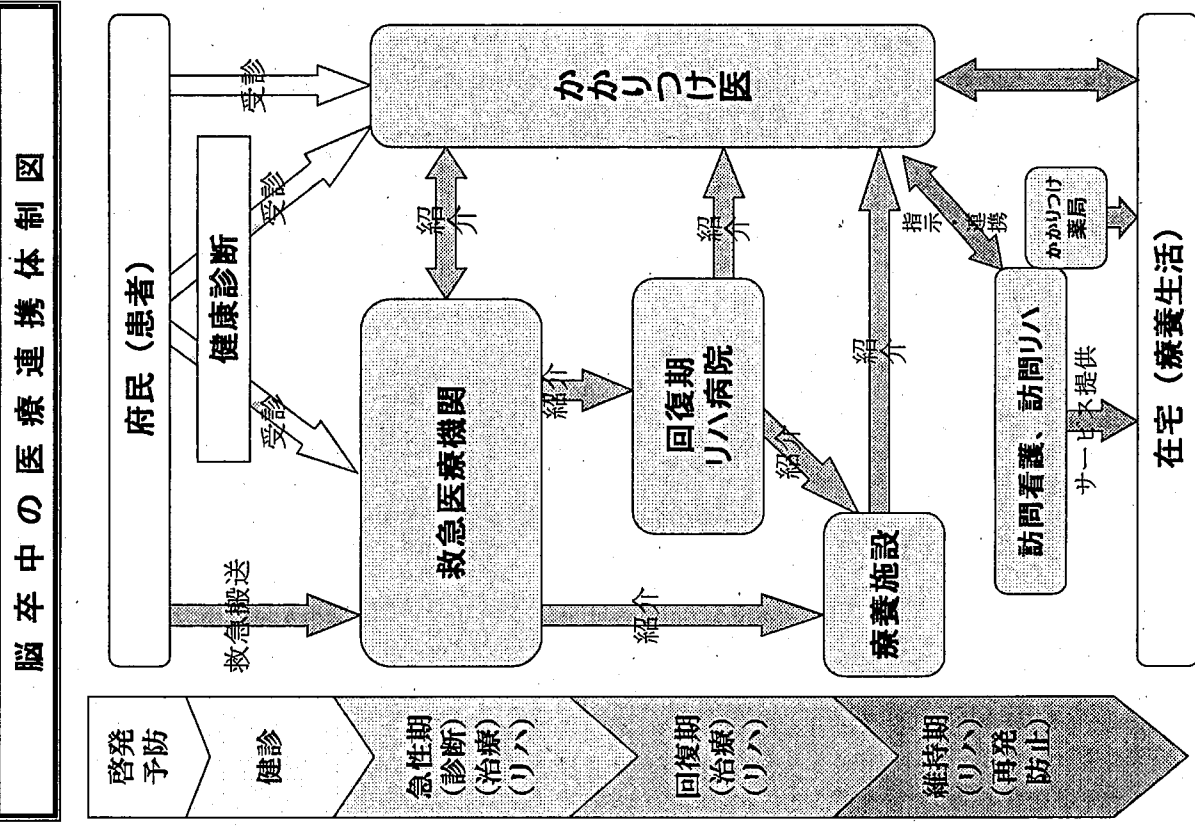
京都府における脳卒中医療体制(維持期)



更新情報は、府ホームページに掲載

京都府保健医療計画に係る新旧対照表 (案)

旧



説明

新

