

平成30年度第1回岡山県脳卒中連携体制検討会議 議事概要

日時：平成30年8月21日（火）19:00～20:30

場所：ピュアリティまきび3階 「飛鳥」

**【協議事項】**

(1) 脳卒中の医療連携体制を担う医療機関等における治療実績等調査について

① 平成29年度の集計結果について

② 調査項目の見直しについて

(2) 脳卒中疑い患者の救急搬送について

**【報告事項】**

(1) 第8次岡山県保健医療計画の策定について

(2) 「岡山県の脳卒中地域連携診療計画書」の改訂について

<副会長選出>

委員の交代に伴い不在となっていた副会長職について、榊原委員を選出

<発言要旨>

○会 長 (1) 脳卒中の医療連携体制を担う医療機関等における治療実績等調査について、事務局から説明願いたい。

○事務局 脳卒中の医療連携体制を担う医療機関の平成29年度実績の集計について、説明させていただく。

今回は平成29年4月から平成30年3月までの治療等の実績について調査した。調査対象機関数は、前回調査と比較して、急性期のみを担う15機関、急性期及び回復期を担う15機関については変動なし、回復期のみを担う医療機関は1減1増で34機関、維持期を担う機関は3機関の減で101機関。回収率は今回98%で、ほぼ全ての医療機関から回答いただいた。

資料1ページは、「1 急性期または回復期の機能を担う医療機関における脳卒中入院患者数」を取りまとめている。なお、急性期と回復期の両方を担っている医療機関は、急性期に含めている。

資料2ページ及び3ページは、平成20年度からの入院患者数の推移の表を示している。左上の表（急性期・回復期の入院患者の総数）では、患者数が今回200人以上増えているが、その下の紹介患者数も同じくらい増えており、右ページ上のその紹

介患者数を除いた数は余り変わっていない。このことから、全体の見た目の総数は増えているが、脳卒中患者の病院間の連携の進んだ結果として紹介患者の数が増えたためと考えている。

資料1 ページ目に戻っていただき、一番下の表をご覧ください。参考として「再発による入院患者数」を掲載している。これは今回から新たに調査に加えた項目である。なお、今回から新しく追加した項目については、青字で表示している。再発による入院患者数については、昨年度のこの会議において脳卒中の再発患者を把握できないかというご意見をいただいたことから、今回、医療機関に、分かる範囲で回答いただいた。この結果、例えば脳梗塞では少なくとも1割程度、全体で7.6%くらいは再発患者ということになっている。

資料4 ページ、「2 新規入院患者の来院経緯」も、新しく加えた項目である。

(1) は、入院患者のうち救急車により搬送されてきた患者の数であり、新規の入院患者数が6,082人で、このうち救急車による搬送が2,620人で43.1%。数を把握できていない医療機関もあるため、実際の救急搬送割合は、これをさらに上回るものと考えている。

(2) は、新規入院患者の居住地と、入院先医療機関の所在地を、圏域別でクロス集計したもの。新規入院患者6,082人のうち、患者の所在地がわかるものが約6割、3,746人となっている。高梁・新見圏域の居住者は、圏域内の医療機関への入院に比べ、県南東部、県南西部の医療機関への入院のほうが多くなっている。

続いて「3 退院した患者の状況」について。(1) は急性期A病院へ紹介した患者数を取りまとめている。今回から、AからAへの紹介件数を調査に加えた。

資料4 ページ、(2) は在宅等生活の場へ復帰した患者数。なお、先ほどまでの項目では、急性期及び回復期を担っているものは、急性期の区分に含めて集計していたが、ここからは分けて集計している。急性期及び回復期から生活の場に復帰した患者は4,417人、半数以上が在宅等に復帰している。これは、前回調査と比べてほぼ同じ数字である。

その下、参考として「地域包括ケア病棟へ転棟院した患者数」、これも今回から調査に加えたものである。入院患者総数8,357人に対し、合計563人。6.7%について、地域包括ケア病棟に転院したとの回答があった。

「4 入院中のケアプランの作成状況」では、今回から急性期のみを担う病院を調査対象に加えた。なお、報告書には記載していないが、前回の調査では、回復期のみ担う医療機関でのケアプラン作成患者数が1,711人で、今回マイナス421と大幅に減っているが、今回から、1人の患者に複数のケアプランを立てた場合は「1」でカウントすることを明確化したため、その影響があったと考えている。

資料6 ページからは、維持期の機能を担う医療機関の状況である。今回から、患者数は、29年度末（平成30年3月31日時点）で病院にかかっている患者数を拾っ

ていただくこととした。既往歴で脳卒中があっても、経過観察のみで特段の処置をしていない方は除いている。その下に、うち平成29年度新規患者という項目を加えており、こちらは、平成29年度中に新しく患者として来られるようになった数を、内数として出している。

総患者数は29年度末で約2万人、そのうち新規患者が5,037人。残りは、それ以前からかかっておられる患者ということになる。

その下の、参考「医療機関所在圏域別の患者数」及び「医療機関所在圏域別の患者割合」は、医療機関の所在地別で患者数を集計したもの。割合で見ると、高梁・新見圏域では往診患者が少なく、真庭圏域では入院が多くて通所リハが少ないなど、いくらかの地域性が見える。

一番下の表も参考で、「平成29年度中に再発し、急性期病院へ入院した患者」について、維持期の医療機関が把握している限りで回答していただいた。総患者数約2万人に対して、再発患者が220人と少ないが、維持期の医療機関ではそこまで把握しているところが少ないためではないかと考えている。

資料7ページには、総患者数の推移を掲載している。今回、患者数が大きく減少しているが、今回から経過観察のみの患者を除くこととしたので、その影響があったと考えている。

資料8ページ、「Ⅲ 地域連携クリティカルパスの利用状況」と、参考として平成20年度からの推移を記載している。急性期又は回復期を担う医療機関については、パスの導入機関数は9割程度を維持しており、1機関当たりの利用件数も増加傾向である。対して、維持期を担う医療機関では、パスを導入しているのが50機関、49.5%と低調である。

資料9ページは、急性期の機能を担う医療機関での専門的治療の実施件数である。昨年度の検討会議で、調査項目の見直しについて議論いただき、前回まで7項目であったが、今回3項目加えて、全10項目としている。①t-PAの実績は、318件で前回調査と比べて大幅増。②脳内血腫除去術は234件で、前年度より減少しているが、今回から「脳卒中によるもの」という条件を加えたことによる影響と考えている。③脳動脈瘤クリッピング術は、これまでも減少傾向にあったものが引き続き減少している。④も減少しているが、これまで脳血管内手術という記載だけにしていたが、取り方が幅広過ぎるのではないかという意見があり、脳動脈瘤及び脳動静脈奇形等に対する脳血管内手術という表現にしたところ影響ではないかと考えている。以下、⑤から⑩に関しても、それぞれ数字をご確認いただきたい。

資料10ページから17ページは今回の調査様式、18ページ以降は記載要領。また別紙で、附属資料1として調査結果のフロー図、附属資料2として急性期の医療機関ごとの入院患者数と治療実績数の一覧を付けている。

協議事項(1)の①にかかる説明は以上。

- 会 長 ただいまの説明について、意見があれば。
- 委 員 資料6ページについて、維持期の機能を担う医療機関ではパスを書いていないところが増えるので、パスの数について全体で整合性がとれないのではないかと。  
また、附属資料1の5番について、発症してからいきなり回復期というのは論理的にあり得ない。また、14番で急性期から維持期へ移った患者数が多過ぎるのではないかと。
- 事務局 附属資料1の5番については、回復期だけを担っている病院において、新規入院として計上されたものが368人。実際に調査結果としてこういう数字で上がってきているが、これがフレッシュな症例なのか、再発症例なのかは不明。また、14番については、急性期と回復期の看板を両方持った医療機関については、全て急性期の枠で計上しているために、こういった見え方になっている。  
また、維持期を担う医療機関で診療計画書を使っていただけでないことについて、運用上どのあたりに課題があるのか、またご意見を伺いたい。
- 会 長 ほかには。
- 委 員 急性期でもケアプランの作成患者数が多いが、そのケアプランというのはケアマネジャーを紹介したということか。
- 事務局 入院中の患者に対し個別のリハビリ計画や看護計画等を作成した場合の患者数を記載してもらっている。ケアプランという言葉の使い方については、検討が必要かもしれない。
- 委 員 リハビリ計画や看護計画は、急性期でもほとんど全員に立てていると思う。この数にどういう意味があるのか。
- 事務局 来年度の調査までに検討させていただきたい。
- 会 長 他に意見がなければ、私から。岡山県は人口が減少しているが、脳卒中患者の減少率はそれを上回っている。先生方のご努力のおかげで、高齢化が進んでいるにも関わらず脳卒中が減っているという、良い状況にあるのではないかと。また、病院間の連携はうまく進んでいると思っている。  
急性期の専門的治療の実績調査について、前回見直しの要望をした箇所がきちんと反映された。今後調査を重ねていくことで、より役立つ資料になると期待している。
- 会 長 続いて、協議事項(1)の②調査項目見直しについて、事務局から説明願いたい。
- 事務局 調査項目について、先ほど何点か意見を頂いたが、それ以外で、そもそも今回新しく加えた調査項目について今後も続けて構わないかということも含め、来年度に向けてご意見を賜りたい。
- 会 長 本日の資料の10ページ以降の、このスタイルで続けてよいか。また、他にも追加、訂正があれば意見を。

- 委員 ケアプランの話で、地域包括やケアマネジャーが情報提供した数が欲しい。また、この会議の資料には、急性期のことは丁寧に調べてあるが、回復期以降の話がほとんど出ておらず、回復期でどれだけ実際よくなったのか等の話が見えない。また、岡山県内で脳卒中のパスがどのくらい走っているのかの資料が必要ではないか。各地域にパスの事務局があるのであれば、そこでしっかりとどれだけ改善したのかというような話や、平均在院日数などを、この報告書の中に入れてほしい。
- 会長 もも脳ネットに参加されている委員から、何か意見は。
- 委員 もも脳ネットでは、4カ月、3カ月ごとのデータをきっちり取っている。ただ、ほかの地域では、もも脳ネットほど、できていないと思う。
- 委員 いかにかへ元気で帰すかというのが脳卒中治療の最終目標だと思う。そこをしようと思うと、回復期リハビリの絶対評価が必要である。
- 事務局 もも脳ネットは、県南東部の保健所の事業でスタートしたものが、関係の先生方のご尽力により、あのような形になっている。他の圏域はまだそこまでできていないので、現状で用意できる限りの材料に基づき資料を作成させていただいた。今後、どのような可能性があるか、知恵を絞らせていただきたい。
- 会長 兵庫県などの先進的な取り組みについて、岡山県でも取り入れられれば良いと思う。
- 会長 続いて4の(2)、脳卒中疑い患者の救急搬送について、事務局から説明願いたい。
- 事務局 右肩に協議事項(2)とある資料をご覧ください。  
本県には、救急搬送体制連絡協議会(通称:岡山県メディカルコントロール協議会)という、全県的な救急搬送体制の課題について協議・調整する場があり、救命救急センターのセンター長や消防本部が参加している。救急搬送体制の整備充実に関すること、収集システムの構築、救急隊と医療機関の連携強化、救急隊員や救急救命士の活動教育体制、傷病者の搬送と受け入れの実施基準などを議論する場として、県で運営しているものである。  
平成29年度のメディカルコントロール協議会ワーキンググループにおいて、脳卒中疑い患者が適切な医療機関に救急搬送されているのかメディカルコントロール協議会で検証する必要があるのではないか、というような問題提起があり、それに対して、医療機関の選定に当たってはT-PAができる、できないというだけでなく、例えば合併症とか脳内出血に対応できるかというようなことも判断していかないといけないので、患者が適切に運ばれているかどうかというのは救急のほうだけでなく、脳血管障害のドクターのほうでも検討をする必要があるのではないかという意見や、もし脳内出血疑いの患者が全て急性期病院へ集中して運ばれると、場合によっては受

け入れができなくなる可能性があるため、地域全体でうまく回しているかどうかもある必要があるという意見があった。そのため、脳卒中を疑われた患者の救急搬送体制について、こちらの脳卒中の会議で意見をいただいた上で、またメディカルコントロール協議会へ情報提供させていただくこととなった。

参考資料として、岡山県救急医療情報システムに蓄積されている搬送実績データの中から、平成29年度分のデータを抽出して簡単な分析を行ったものを添付している。2枚目の、救急搬送された人を圏域別で集計をしたものをご覧いただきたい。患者を搬送した消防本部を縦、搬送先の医療機関を横にとり、搬送した消防本部と搬送先の医療機関が同一圏域内になっているところに網かけをしている。一番上の表は患者の実人数、真ん中の表は各消防本部がどの圏域の医療機関に運んだかを割合で示したもので、一番下の表は入電から収容までの所要時間の平均を算出したものである。特に注目いただきたいのは真ん中の表の、高梁と新見の列。圏域内への搬送は約半数で、あとは圏域外へ搬送されている。また、一番下の表を見ていただくと、圏域内であれば大体40分ぐらいで搬送できているが、県南西部に運ばれると平均で1時間から1時間半程度かかっていることが分かる。高梁、新見の搬送者のうち3割前後は、時間がかかるエリアに運ばざるを得ないという状況になっている。3ページ目は、緊急度の高い搬送者を抽出したものであるが、「緊急」「準緊急」と判定された場合でも、高梁、新見では、時間のかかる離れた地域に搬送されているということが分かる。

ほかに、別冊の「報告事項及び参考資料」に、メディカルコントロール協議会の設置要綱と会員名簿、救急隊の傷病者搬送基準から脳卒中関係を抜粋したもの、国の昨年度の検討会の報告書抜粋を入れているので、あわせてご覧いただきたい。

○会 長 救急搬送はおおよそ圏域内で解決しているが、高梁、新見だけ特殊な状況で、そこで発生した脳卒中患者の5～6割が他の地域に行っている。これを見て、その分析、あるいは課題について質問や意見があれば。

○委 員 岡山県の救急搬送システムについての質問だが、例えば緊急と判定した場合、医療機関のエリアを決めて、そこへオーダーをかけて、レスポンスがあるまでずっと端末が鳴り続けるというようなシステムが入っているのかどうか。また、ドクヘリはどうやって使われているのか、ヘリが飛ばない時間帯と搬送時間の関係について分析しているか。

○委 員 先ほどの事務局からの説明は救急全体のことであったが、メディカルコントロール協議会からの元々の問題提起は、重症の患者が、適切な医療機関へ行っているかどうか、そういうデータはあるかという内容だったと思う。例えば脳出血が合併しているものが手術できるところへ運ばれているか、脳卒中ということで搬送されて来たが脳卒中ではなかったということはないか、そういう質問ではなかったか。

○事務局 今の委員からのご指摘の通り、メディカルコントロール協議会で話が出たのは、そ

ういった内容であった。脳卒中の医療連携体制として、そういった観点も含めてどういった改善が可能かということで、幅を広げて説明させていただいた。

もう一つ前の質問については、岡山県の救急医療情報システムは、医療機関が応需情報を入力し、その情報を見て、消防側が受入可能な医療機関をセレクトする、ということを中心としたシステムになっている。何件か問い合わせをしても受入機関が見つからなければ、消防から一斉の問い合わせをして、対応できる医療機関に手を上げていただく仕組みになっている。

2点目の質問の、ドクターヘリについては、高梁、新見に関しては、「その他」の件数に入っている。時間帯につきましては、今回は全く分析をしていない。

○会 長 消防の立場で、何かコメントは。

○委 員 高梁、新見については、メディカルコントロールの圏域で言うと、同じ備中地区ということになる。備中圏域で合算すると、他圏域の数字と大きく変わらないのではないかと。救急医療システムの搬送実績データについては、入力をしていない消防本部もあるので、その点少し疑問がある。

○会 長 岡山市の北部のほうの医療機関には、県北から救急患者が来たりするのか。

○委 員 当院では、新見地区から来ることが多い。

○会 長 津山はどうか。

○委 員 津山の場合は、兵庫県からも運ばれてくる。病院からの紹介ではなく、兵庫県の救急隊から要請が来ることもある。それほど多いわけではないが。

○委 員 事務局から、高梁、新見から県南西部に搬送すると1時間～1時間半かかるという説明があったが、実際の現場の印象としては、搬送時間の短縮より、むしろ患者への啓発、症状が出たらすぐに来なさいと周知することのほうが重要ではないかと思っている。t-P Aは発症から4時間半まで使えるので、搬送に時間がかかったとしても、発症してすぐ救急要請をすれば、恐らくt-P Aの間に合う時間に来られる。搬送時間の短縮も重要ではあるが、もっと大事なことがあるのではないかと感じている。

○会 長 t-P A、点滴を始めていれば、搬送時間も有効な時間としてカウントされることになるが、drip and shipの実施状況は分からないか。

○事務局 現状では、drip and shipの実施状況に関するデータはない。

何年前にこの会議で諮らせていただいた際には、県として推進するのは時期尚早というような結論になったと思うが、本日の「報告事項及び参考資料」31ページからの、国の報告書の抜粋に、drip and ship法、drip and stay法などの活用を通じて平均的な救急搬送圏域外の施設との連携体制の構築が必要ということも書かれているので、今後は、検討を進める必要があるかもしれないと考えている。

○委 員 いま、県内で現実的にdrip and shipができる状況は全くない。消防の現場の人たちもそれを分かっている、新見あたりでのt-P Aが疑われる症例は、最初から直

接、県南東部か県南西部に搬送している。

○委員 搬送に1時間半かかるので、この間に何か、早見表なりチェックリストなどのデータシートなどをつくって、血管内治療やt-P Aに円滑につなげるということを、救急隊と一緒に構築していくのが大事ではないか。

○委員 先ほどの普及啓発のことだが、救急車で来院されない高齢者の中には、かなり前に症状が出ていたのに、辛抱して、何時間もたってから来られるという人が結構いる。特に、脳卒中の急性期病院ではない医療機関には、時間が経ってから自家用車やタクシーで来ましたという脳卒中患者が少なくないので、そういう意味では、早く受診してくださいという普及啓発は、まだまだ効果が期待できるのではないか。

○事務局 啓発に関するご指摘については、本当に大切なところだと思う。日本脳卒中協会などが啓発を積極的にしてくださっていて、我々としても大変ありがたいと思っている。現場で診てくださっている先生方の感触として、症状が出てすぐ救急車で来られる方と、すぐ来るべき状態なのに迷って手遅れになっているという方の比率は、どのような感じか。

○委員 当院では、t-P Aができる時間に来る人は、大体4分の1ぐらいだと思う。県北では、早く来る人は割と少ない。県南は状況が違うかもしれないが。

○会長 看護の立場で、何か日ごろ感じている点はないか。

○委員 看護のほうでは、地域の公民館などに、脳卒中のこういう症状が出たらすぐ病院に行きましょうという啓発に出ている。最近は、t-P Aを知っている人が増えたなど感じており、我慢して病院に来ないという人は、病院の緊急外来を含めて、以前に比べれば減っているような印象は受けている。

○委員 確かに、以前に比べると色々知っている患者が多くなったが、脳卒中のことを知っていただく活動は、ずっとやっていくべきだろうと思う。

○委員 啓発活動を進めていくと、リピーターが多くて、詳しい人はどんどん詳しくなっていくが、一方で情報に接する機会がない人もいる。そういう人にどう伝えていくかというのが今後の課題だと思う。

○会長 大変良い意見を多数いただいたので、今後の県の脳卒中对策の参考にさせていただきたい。

○会長 それでは、報告事項について、事務局から説明願いたい。

○事務局 まず、報告事項(1)として、昨年度に議論いただいた第8次保健医療計画が、今年3月に策定となった。今回の改定では、脳卒中の医療連携体制に求められる医療機能等に「誤嚥性肺炎予防のための歯科等との多職種連携」という項目を追加しており、連携先の医療機関にもその旨を通知させていただいた。

報告事項(2)として、岡山県の脳卒中地域連携診療計画書の改訂を行った。中の



文言等については一切変更していないが、イラストを全てリニューアルして体裁を整えたのと、エクセルファイルと、書き込みができるPDFファイルをつくり、データを県のホームページで公表している。

○会 長 本日用意した議題は以上であるが、その他、何かあるか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 それでは、最後に副会長からまとめの言葉を。

○副会長 本日も話合ったように、救急に対する取り組みと、一方で病院に来たがらない人にどういったアプローチをしていくのかが、非常に大切だと思う。これから、我々が地域の方々に情報を発信していくことが大切だと、改めて感じた。

○会 長 それでは本日の議事は以上とする。

以上