

脳卒中医療体制検討特別委員会

(平成 30 年度)

脳卒中医療体制検討特別委員会活動報告

広島県地域保健対策協議会 脳卒中医療体制検討特別委員会

委員長 栗栖 薫

I. 年間活動概要

平成 30 年度の年間活動報告書を記載する前に、2018 年 7 月に広島県のみならず、西日本を広く襲った豪雨災害に被災された皆さまに、そしていまだに仮設住宅での仮住まいをせざるを得ない県民の皆さまに、心よりお見舞い申し上げます。また、広範囲に亘る、未曾有の大被害にて、近隣各県の中で広島県は最も多くの犠牲者を出しました。改めて、犠牲になられた方々のご家族の皆さまに心からお悔やみを申し上げます。

広島県も関連各市町と連携して復旧に相当の人員を充当されたため、本委員会活動を軽視されたわけではないが、背に腹を変えられぬ状況の中での対応をされてきた。改めて、その尽力に敬意を表したいと思います。

第 7 次保健医療計画の取り組みを踏まえ、また平成 28 年度末で完成を見、平成 29 年度以降、使用を進めてきた県内統一脳卒中地域連携パスが、具体的にどの程度使用されているか、実態調査を行い、さらに、脳卒中急性期の発症から治療可能な診療機関への搬送をより効率的に行う試みの検討を行ってきた。救急医療体制整備委員会とのかかわり合いもあり、結果として、頭部外傷をも含む脳神経急性期疾患の発症から搬入までの新たなフローチャートの運用にまで至った。

II. 具体的な委員会報告

平成 31 年 3 月 27 日 (水)；平成 30 年度第 1 回委員会

1) 第 7 次保健医療計画の取り組み状況の確認

前述したように、今年度は豪雨災害対策の関係でこの 1 回しか開催されなかった。前年度のまとめとして以下の問題点が提起されていた。

- (1) 県民への啓発事業の継続；初期対応がその後の治療効果・転帰に大きく影響する脳卒中では、やはり一般県民への啓発事業の継続的推進が基本的で重要である意見が出された。
- (2) HM ネットを有効に用いたデータ運用は大いに期待されるが、個人情報の取り扱い、あるいは個人情報保護の観点からの倫理的問題がある、との意見が出された。
- (3) 特定健診における「心電図検査」が必須でなくなったことや、医療機関の受け入れ困難事例の 3 位を示している「意識障害・痙攣」について、脳卒中診療においても対応が不十分ではないか、と意見が出された。
- (4) 県内の 7 つの二次医療圏における医療計画との整合性をとり、施策の策定を進めるべきとの意見が出された。

これらを受けて、まず第 7 次保健医療計画の取り組み状況の確認を行った。これは資料 1 にまとめられている。啓蒙活動から始まって、いかに現場到着の段階で、脳卒中患者と疑うか、また疑ってもその地域を考慮したうえで、治療可能な医療機関にできるだけ早く搬送できるか？ さらにそれぞれの医療機関において、搬入から治療開始までを短縮できるか、最終的には、急性期の治療成績をできるだけ上げるには？ 続いての急性期リハビリに如何にうまく結びつけるか、などが連続した課題であることも、再認識することとなった。

2) 脳卒中地域連携パスの運用実績調査

脳卒中地域連携パスの運用実績調査の結果は、資料 2 にまとめられる。認知度が依然低い傾向にあり、また、使用に関しても、地域差がある結果が出た。従来から使用しているもので、不自由がないので、わざわざ変える必要を感じない、という理由が主た

るものだが、将来的に広島県全体として現状把握と政策提言にまでそのデータを活かすためには、せっかくの統一パスなので使用促進を図ることとし、地域でのさらなる普及啓蒙活動を継続することになった。HM ネットでの運用に関しては使用経験がなかった。

3) 脳血管内治療等に係るジャストスコアを活用した救急患者の搬送について

さて、実は、委員長の栗栖 薫は、広島市連合地区地域保健対策協議会救急医療体制あり方検討委員会の議長を担当しており、この委員会で並行して進んでいる体制整備と広島県全体として進めようとしている脳卒中急性期の対応・体制に大きく関わっていることになる。

Ⅲ. 広島市連合地区地域保健対策協議会救急医療体制あり方検討委員会での経緯

本件について、脳血管内治療における救急医療体制（病院前救護）検討部会の設置を、広島市連合地区地域保健対策協議会救急医療体制あり方検討委員会の中で検討していた。問題点として挙げられた現場覚知から迅速な診断の手助け、その結果高い確率での脳卒中患者の選別、さらに脳卒中の分類と脳主幹動脈の閉塞の可能性を探り、治療可能な医療機関と時間的距離の測定、具体的な搬送と、病院到着から治療開始、までをあるアプリを用いて、スマートフォンやタブレット上で対応可能なシステムの導入をした上で、対応するという提案を新たに委員として加わっていただいた荒木勇人医師から、各種資料等を用い経緯を踏まえた説明があった。

本来、「病院前での検討」であれば、「搬入までで終了」であるが、大切なのは治療した結果（転帰）であるので、患者の搬送・搬入までの時間的経緯だけでなく、治療結果まで含めたデータ取りを行うまで、救急隊と連携して行うことが、決められた。

平成 30 年 11 月 16 日、平成 31 年 1 月 16 日、3 月 12 日の 3 回の委員会を開催して集中審議を行い、4 月 1 日から実施することを決定した。

この結果を受けて、平成 31 年 3 月 27 日（水）に本委員会を開催して、内容説明に至った。広島県の現状では、二次医療圏の中核施設には、脳神経血管内治療専門医が配置できており、一般病院と治療可能なそれらの病院との連携を進めれば、脳卒中治療、特に血栓回収治療にかなり確率の高い状態で、その恩恵を受けられることとなる。また、昨年 12 月に脳卒中・循環器病対策基本法が制定されて、より具体的に対策が推し進められようとしている。

日本脳卒中学会も脳卒中センターの制定を系統的に行うべく、日本卒中協会の支部組織にその責任者を決め、網羅的に対応可能な体制を取りながら、行政と連動して、制定する方向で進んでいる。その地域完結型で、一次脳卒中センター（診断が可能で tPA の投与が可能）、二次脳卒中センター（24 時間、7 日体制で、血栓回収療法が可能）、包括的脳卒中センター（更に高度な血行再建術や脳卒中診療が可能）、の 3 段階を想定している。

令和元年 6 月の段階での取り組みと今後の方向性につき記載した。

参 考 資 料

資料 1：医療計画「脳卒中対策」の進捗状況

資料 2：脳卒中地域連携パス基礎調査結果

資料 3-1：脳血管内治療における救急医療体制（病院前救護）検討部会の設置について

資料 3-2：平成 31 年度主要事業に関する要望書（安芸地区医師会、安佐医師会、広島市医師会）抜粋

資料 3-3：ジャストスコア画面サンプル

資料 3-4：脳血管内治療等に係る救急患者の搬送について

資料 3-5：脳血管内治療等に係る救急患者搬送（フロー図）

第7次保健医療計画「脳卒中対策」について

施策の方向		平成30年度の取組及び今後の取組方針
1 速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制づくり	(1) 脳卒中の発症予防	① 保健指導体制の充実 各保健者、市町等が連携して実施する。特定健康診査の受診勧奨及び特定保健指導の推進を支援する。 ② 患者やその家族等による脳卒中の発症の認識と救急要請等の実施 患者やその家族等が、初期症状に気づくための啓発活動や脳卒中発症時の対応に関する情報提供等を推進するために、市町と連携して取組みを進める。
	(2) 急性期の医療機関への円滑な救急搬送	① プレホスピタルケアの充実に向けた研修等の実施 P S L S（脳卒中病院前救護）に関する研修や、脳卒中発症時の対応に関する啓発等を推進することで、救急隊員の観察力の強化による迅速な脳卒中の判定など、脳卒中のプレホスピタルケアの更なる充実を図る。 ② 急性期の医療機関への円滑な救急搬送 救急医療情報ネットワークシステムを適宜改修するなど、救急搬送受入要請の支援機能を強化し、更なる受入困難事案の減少に努める。
	(3) 急性期の医療連携体制の構築	各圏域における急性期の専門治療の拠点となる病院と地域の医療機関の医療連携を進め、より多くの急性期患者に、より早く専門治療が提供できる体制の構築を進める。 将来的には、単独でt-PA療法を実施することができない施設を、遠隔診療を用いてt-PA療法を可能にし、また血管内治療が行えない施設に搬送された患者をDrip and Ship法等によって治療可能な施設に転送すること等により、急性期の診療提供体制の構築を進める。
2 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づくり	(1) 急性期リハビリテーション	急性期診療が24時間体制で提供できる医療体制の構築を進めるとともに、急性期の専門的医療を行う施設においては、急性期診療を実施するほか、早期にセルフケアについて自立できるよう急性期リハビリテーションを実施することで、回復期の医療への円滑な移行を図る。 医療体制の構築に向けては、t-PA療法に加え脳血管内治療や外科的治療を含めた急性期診療を提供する「専門的医療を包括的に行う施設」と、t-PA療法等の脳卒中急性期に対する一般的な診療を提供する「専門的医療を行う施設」といった医療機能を、地域の状況や医療施設の医療着陸にに応じて分担するなど、柔軟に検討する。
	(2) 回復期リハビリテーション	回復期に移行した患者に対しては、再発予防や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応等の回復期の医療を実施するほか、身体機能の早期改善のための集中的な回復期リハビリテーションを多職種により、集中的、包括的かつ積極的に実施することで、維持期・在宅等生活の場への円滑な移行を図る。
	(3) 維持期・生活期リハビリテーション	維持期・在宅等生活の場へ移行した患者に対しては、再発予防や基礎疾患・危険因子の管理等の維持期治療を実施するほか、介護老人保健施設や通所リハビリテーションにおいて、生活機能の維持・向上のための維持期・生活期リハビリテーションを実施することで、年齢を問わず、社会復帰や職業復帰に向けた支援を行う。
3 在宅療養が可能な体制づくり	(1) 地域連携体制の構築	要介護者等の退院時の状況等を把握するための退院調整等状況調査や病院、診療所、歯科医療機関、薬局、訪問看護事業所への医療機能調査を実施し、結果等を県ホームページに掲載した。 在宅医療推進医等を指導者とする同行研修への支援を行うとともに、地域包括支援センター等職員に対して自立支援型ケアマネジメント研修などを実施した。 これらとの継続とともに、在宅医療・介護連携を実施するに当たり、これらに当たっていることなどについて、新たに市町、関係機関等に調査し、調査結果を基に課題の解決方法等について検討する。
	(2) 県内共通版地域連携クリティカルパスの普及促進	「ひろしま脳卒中地域連携パス」の使用状況について、基礎調査を実施した。【議事・報告（2）関係】 同パスをHMネットへ登録し、運用を開始した。HMネットの普及が課題であり、基幹病院を中心と医療機関の連携が図れるよう地域ごとに説明会等の実施により加入促進を図っている。

脳卒中地域連携クリティカルパス使用状況調査（基礎調査）結果について

1 調査の趣旨

脳卒中地域連携クリティカルパス（以下「地域連携パス」という。）の運用状況について、今後の詳細調査（急性期から生活期に至るまでの連携状況調査やアウトカム評価に係る分析等）の実施検討にあたっては、実態把握が必要であることなどから、まずは、その基礎調査として、急性期医療機能を有する医療機関の地域連携パスの使用状況を把握する必要があるためパス使用の有無や、その種類等の調査を行った。

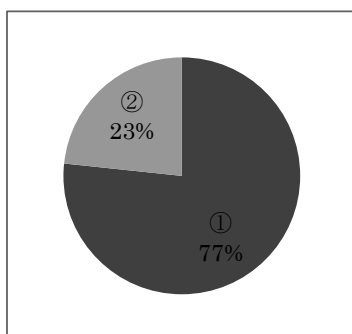
2 調査時期及び内容等

- (1) 実施期間 平成 31 年 3 月 5 日～3 月 15 日
 (2) 調査対象 脳卒中の急性期医療機関（30 施設）
 (3) 調査票 「脳卒中地域連携クリティカルパス使用状況調査（急性期医療機関用）」による。

3 調査結果

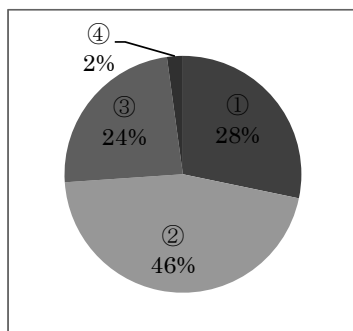
(1) 地域連携パスの使用の有無

①使用している	23 機関	77%
②使用していない	7 機関	23%



① 使用によるメリット（複数回答）

①連携を図ることを患者に明示することで、患者や家族の安心感につながっている。	13 機関	28%
②他の医療機関等との連携を円滑に図ることができる。	21 機関	46%
③診療報酬上の評価がある。	11 機関	24%
④その他（自由記載） 入力が楽である	1 機関	2%

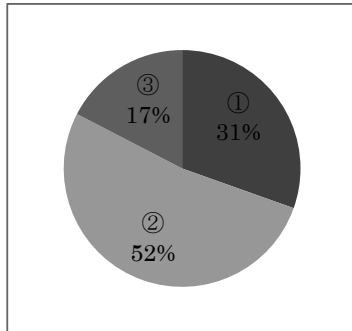


② 使用されていない理由（複数回答）

①他の医療機関等との連携の必要がないため。（自院で完結しており連携が不要）	2 機関
②地域連携クリティカルパス以外の手段・ツールを使用しているため。	2 機関
③様式が使いにくい	1 機関
④診療報酬上の措置が不十分	2 機関
⑤使用に伴い業務負担が増す。	1 機関
⑥その他 職員体制が整っていない。 対象となる患者がいない。	1 機関 3 機関

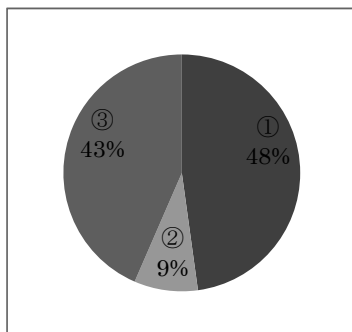
(2) 地域連携パスを利用した連携認識

①生活期まで連携している。	7 機関	31%
②回復期まで連携しているが生活期は不明	12 機関	52%
③どこまで連携しているか不明	4 機関	17%



(3) 使用している地域連携パスの種類

①「ひろしま脳卒中地域連携パス」（新 共通パス）。	11 機関	48%
②「広島県共通脳卒中地域連携パス」（旧 共通パス）	2 機関	9%
③地域で独自に展開してきた地域連携パス（独自パス）	10 機関	43%

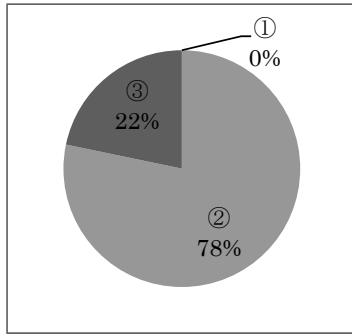


- ① 新共通パスを使用している割合は、呉、東広島及び広島圏域の医療機関が高い。
- ② 旧共通パスを使用する理由として、パスの電子システムの変更が必要である（2 機関）との理由が挙げられ、このうち1 機関は、HMネットが普及すればよいとの意見があった。
- ③ 独自パスを使用する理由は、次のとおりである一方、共通パスの利用を検討している機関（4 月開始を含む）もあった。（3 機関）

①「新共通パス」導入前から「独自パス」を使用しており、変えたくない。	2 機関
②「新共通パス」より「独自パス」の方が使いやすい。	2 機関
③新パスを使用する指示がない。	1 機関
④地域全体の同意がないため	1 機関
⑤症例が少ないため	1 機関

(4) HMネットの利用

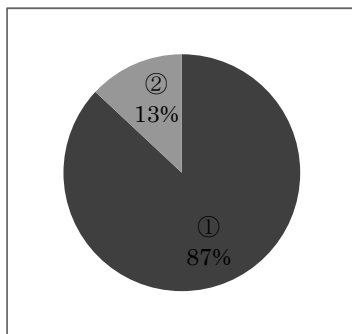
①HMネットでパスを運用している。	0機関	0%
②運用はしていないが知っている。	18機関	78%
③知らなかった。	5機関	22%



※HMネットでパスを運用している機関はなかったが、自由記載欄には、新共通パスのシステムを作らなくてもよいのでHMネットが普及すればよいとの意見がある一方、導入に係るインフラ整備等の課題も挙げられた。

(5) 新共通パスの今後の使用意向

①使用したい。	20機関	87%
②使用したくない。	3機関	13%

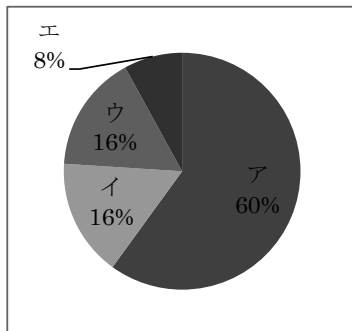


②使用したくない理由は、地域で使用していた独自パスが根付いている、症例が少なく評価できないが挙げられた。

①使用したい理由は、次のとおり。

① 使用したい理由（複数回答）

㉞ 県内共通様式であり、いずれの機関とも円滑な連携を図ることができる。	15機関	60%
㉟ HMネットにおいて、パスを電子化して連携することができる。	4機関	16%
㊱ 生活期でも必要な事項を最初から入れ、急性期から生活期まで通用する様式	4機関	16%
㊲ その他（地域で合意が得られれば使用したい）	2機関	8%



(6) 新共通パスの課題・改善点（自由記載）

- ・薬の情報が自由記載であること
- ・サマリーと内容が重複する。
- ・P C環境の整備
- ・医療介護機関のHMネットへの加入（2 機関）
- ・院内でHMネットが利用できるパソコンが限られている。
- ・HMネット加入に必要なインフラ整備への支援が必要
- ・HMネットと他のI C Tとの共通運用が難しい。

(まとめ)

- ・ これまで、新共通パスの普及状況の把握ができていなかったが、今回の調査により、急性期病院における利用状況を把握することができた。
- ・ 新共通パスの使用は、呉，東広島，広島圏域において割合が高い。
- ・ 新共通パスを使用しない理由は、「慣れている。」、「地域で合意が必要である。」などがある。
- ・ 今後の使用意向については、「使用したい」と回答した割合は高く、「県内共通の様式であること」の評価が高い。
- ・ HMネットが利用できることへの評価も多いが、一方で普及を課題とする意見もあった。
- ・ 生活期まで連携していることを認識している機関は、7 機関，31 %に止まる。

(今後に向けて)

- ・ 県内共通様式である「新共通パス」の普及，HMネットの参加施設拡大に引き続き取り組む必要がある。
- ・ 生活期まで連携していることを認識している医療機関は，少ないため，急性期から生活期に至るまでの連携状況調査を実施する方向で検討する。

「脳血管内治療における救急医療体制(病院前救護)検討部会」委員名簿

区分	所属	氏名	備考
大学 (1)	広島大学副理事	栗栖 薫	救急医療体制あり方検討委員会委員長
医師会 (3)	広島市医師会理事	板本 敏行	
	安佐医師会理事	村田 裕彦	
	安芸地区医師会理事	住居 晃太郎	
病院等 (17)	広島大学病院 脳神経外科 講師	坂本 繁幸	
	広島大学病院 脳神経内科 准教授	細見 直永	
	荒木脳神経外科病院長	荒木 勇人	
	一ノ瀬病院 副院長	一ノ瀬 信彦	
	五日市記念病院 脳神経外科 技術部長	梶原 洋介	
	県立広島病院 脳神経外科・脳血管内治療科 主任部長	富永 篤	
	県立広島病院 脳神経内科 部長	仲 博満	
	翠清会 梶川病院長	若林 伸一	
	広島赤十字・原爆病院 脳神経外科 部長	隅田 昌之	
	広島市民病院 脳神経外科・脳血管内治療科 主任部長	廣常 信之	
	広島市民病院 脳神経内科 部長	野村 栄一	
	安佐市民病院 脳神経外科・脳血管内治療科 主任部長	溝上 達也	
	日比野病院 副院長	金澤 潤一	
	済生会 広島病院 脳神経外科 医長	加藤 幸雄	
	マツダ病院 脳神経外科(脳血管内治療) 主任部長	川本 行彦	
	JA広島総合病院 脳神経外科 主任部長	黒木 一彦	
	広島市消防局救急課 主査	岸田 正臣	
オブザーバー (1)	広島大学病院 脳神経内科 助教	青木 志郎	
行政 (3)	広島市消防局警防部 救急担当部長	久保 富嗣	
	広島市健康福祉局 保健部長	墓丸 尚子	
	広島市健康福祉局保健部 医療政策課長	芦田 雅嗣	

区分	所属	氏名	備考
事務局等 (5)	広島市医師会事務局 参与	中村 明己	
	広島市医師会地域医療課 係長	三宅 孝江	
	広島市消防局救急課 課長補佐	吉野 雅人	
	広島市健康福祉局医療政策課 課長補佐	金谷 淳子	
	広島市健康福祉局医療政策課 主事	今井 寛子	

脳血管内治療における救急医療体制（病院前救護）検討部会の設置について

1 趣旨

近年、脳主幹動脈閉塞に対する脳血管内治療における脳血栓回収術の有効性が明らかとなり、平成 29 年 9 月に発行された「脳卒中治療ガイドライン 2015[追補 2017]」においても強く推奨されている。

この治療法は、治療開始及び再開通までの時間が早いほど良好な転帰が期待できるが、治療の実施は、日本脳神経血管内治療学会が認定する脳血管内治療専門医又は専門医相当の経験を有する医師に限られており、治療可能な医師が在籍する医療機関であっても、時間帯によっては対応できないなど、必ずしも常時治療が実施できるとは限らない。

また、脳血管内治療を必要とする患者が、迅速に脳血管内治療を受けるためには、救急隊が脳主幹動脈閉塞を疑い、迅速に脳血管内治療実施可能な施設へ搬送することが必要である。しかしながら、本市の救急医療体制（病院前救護）では、脳卒中急性期治療において t-PA 静注療法の実施の可否は考慮しているが、脳血管内治療については考慮していない。

これらを踏まえ、脳血管内治療を必要とする患者が、迅速に脳血管内治療実施可能な医療機関へ搬送される救急医療体制（病院前救護）を構築するため、広島市連合地区地域保健対策協議会「救急医療体制あり方検討委員会」内に部会を設置する。

2 検討課題

- 脳血管内治療が必要な患者をスクリーニングする方策の検討
- 迅速に治療可能な施設の情報を把握する方策の検討 など

3 委員

別紙のとおり

4 開催実績

平成 30 年

11 月 16 日	第 1 回	脳血管内治療をとりまく状況について 脳血管内治療の救急医療体制構築に係る検討①
-----------	-------	--

平成 31 年

1 月 16 日	第 2 回	脳血管内治療の救急医療体制構築に係る検討②
3 月 12 日	第 3 回	議論のまとめ

平成31年度主要事業に関する要望書
(安芸地区医師会、安佐医師会、広島市医師会)
抜粋

I. 最重点要望事項

3. 広島市救急医療体制の拡充への支援

(5) 広島市における脳卒中に係る救急医療体制の拡充について

脳卒中、とくに脳梗塞の超急性期治療は、近年大きく変化しました。脳主幹動脈閉塞に対する脳血管内治療における脳血栓回収術の有効性が明らかとなり、2017年9月に脳卒中治療ガイドラインで強く推奨される治療となりました。この治療は、従来の治療（t-PA静注療法など）よりも時間短縮がきわめて重要であり、ガイドラインでも「患者来院後少しでも早く治療を行うこと」とされています。

現在の広島市の救急搬送体制では、脳卒中急性期治療においてt-PA静注療法は考慮されていますが、脳血栓回収術は考慮されていません。患者の予後改善には、迅速に脳血栓回収術が行える施設に一刻も早く搬送する必要がありますが、来院から脳血栓回収術の開始までの所要時間には施設の体制に大きな格差があります。また、この治療を担当する脳血管内治療専門医が在籍していても、休日夜間に対応できないなど、施設ごとに受け入れ体制が異なります。

1人でも多くの広島市民が迅速にこの治療を受けられるようにするためには、①救急隊が脳主幹動脈閉塞を疑うこと、②迅速に治療可能な施設の情報を救急隊と医療機関どうしで共有すること、が必要と考えます。①に関しては、病院前脳卒中病型分類スコアなどのアプリを救急隊員がiPadなどの端末で利用することにより、脳主幹動脈閉塞患者を高確率でスクリーニング可能です。また②に関しては、リアルタイムで治療可能施設と治療開始までに要する時間の情報を、救急隊と医療機関同士で共有するシステムの構築が望まれます。

つきましては、市民の安心・安全な生活に資するため、脳主幹動脈急性閉塞の患者が迅速に適切な施設へ搬送される体制を、できるだけ早期に構築していただくよう要望します。

ジャストスコア表示画面(サンプル)

性別： 男性 女性

年齢： 不明

収縮期血圧165mmHg以上

拡張期血圧95mmHg以上

脈不整

共同偏視

失語

頭痛

痙攣

構音障害

めまい

嘔気・嘔吐

突然の発症

発症後、症状が軽快した

発症後、症状が増悪した

意識障害

顔面の麻痺

上肢の麻痺

下肢の麻痺

空間失認

既往：脳梗塞

喫煙

登録

【入力結果】

同様の条件を満たす患者から計算した数値であり、あくまで参考値です。
個人の類型を診断するものではありません。

脳卒中の可能性 **73.1%**

脳卒中であった場合の病型

主幹動脈閉塞症	53.1%
その他の脳梗塞	26.9%
脳内出血	19.5%
脳卒中以外	0.5%

【主幹動脈閉塞症25%以上搬送先】

GPS搬送先候補

【救急搬入力項目】

血圧 (収縮期/拡張期) / mmHg

搬送先医療機関名

搬送先との交渉回数 回

発症or最終健在確認日時 時 分 秒

現在時刻 時 分 秒

現発日時 時 分 秒

現在時刻 時 分 秒

発症日時 時 分 秒

現在時刻 時 分 秒

備考

救急搬入力項目更新

- 翠清会梶川病院 (14.87Km)
住所：広島県広島市中区東千田町1丁目1-23
電話番号：082-249-6411
血柱回収療法の可否：**可 (60分以内)**
※最終更新：2019/03/13 13:49:28
[ここから搬送](#)
- 県立広島病院 (15.05Km)
住所：広島県広島市南区宇品神田1丁目5-54
電話番号：082-254-1818
血柱回収療法の可否：**可 (60分以内)**
※最終更新：2019/03/12 20:08:49
[ここから搬送](#)
- 広島市民病院 (15.55Km)
住所：広島県広島市中区基町7-33
電話番号：082-221-2291
血柱回収療法の可否：**可 (60分以内)**
※最終更新：2019/03/13 09:12:57
[ここから搬送](#)
- マツダ病院 (18.72Km)
住所：広島県安芸郡府中町青崎南2-15
電話番号：082-565-5000
血柱回収療法の可否：**可 (60分以内)**
※最終更新：2019/03/13 09:19:17
[ここから搬送](#)
- 安佐市民病院 (27.7Km)
住所：広島県広島市安佐北区可部南2丁目1-1
電話番号：082-815-5211
血柱回収療法の可否：**可 (60分以内)**
※最終更新：2019/03/12 19:51:44
[ここから搬送](#)
- 青木脳神経外科病院 (12.09Km)

脳血管内治療等に係る救急患者の搬送について

平成 31 年 3 月 12 日

脳血管内治療における救急医療体制（病院前救護）検討部会

1 ジャストスコアの使用について

救急隊は、脳卒中を疑った救急患者（「シンシナティ病院前脳卒中スケールの3つの徴候や頭痛などにより、救急隊が脳卒中を疑った救急患者」をいう。）に対してジャストスコアを使用することとし、当該患者の病態を入力した結果表示される「脳卒中の可能性」及び「脳卒中であった場合の病型」を確認し、当該患者の入力結果を医療機関に伝えつつ、受入交渉を行う。

※ 当部会に参加する医療機関以外の医療機関へ受入交渉を行う際にも、救急隊は、原則、当該患者の入力結果を伝える（そのためには、当部会に参加する医療機関以外の医療機関への事前周知が必要）。

※ 救急隊が脳卒中を疑い、かつ、胸痛・背部痛や脈拍触知の左右差などにより急性大動脈解離を疑った場合、救急隊は、急性大動脈解離と脳卒中の両方に対応できる現場から直近の病院（広島大学病院、県立広島病院、広島市民病院、安佐市民病院及び広島総合病院）に対して受入交渉を行う。

2 搬送の流れ

(1) 主幹動脈閉塞症の可能性が高い救急患者

ア 救急隊は、「脳卒中の可能性」が10%以上で、かつ、「主幹動脈閉塞症」の可能性が25%以上の救急患者については、血管内治療ができる病院（以下「血管内治療病院」という。）のうち、搬送に要する時間と病院到着から血管内治療開始までの時間の合計が最も短い病院に対して受入交渉を行う。

ただし、個別具体的な状況を踏まえ、脳卒中以外の病態であることが強く疑われる場合はこの限りでなく、その可能性を救急隊が病態に応じて選定した医療機関へ伝えて受入交渉を行う。

※ 輪番当番病院が置かれる時間帯（夜間及び広島地区における祝休日昼間）であっても、救急隊は、輪番当番病院に優先して、血管内治療病院に対して受入交渉を行う。

※ 必要なスタッフや医療機器等が整っており、広島大学病院や広島市民病院等から血管内治療に対応できる医師が来さえすれば、血管内治療を行うことができる場合、他の病院から血管内治療に対応できる医師を招聘し、当該医療機関で血管内治療を行うこともあり得るものとする。

イ アの受入交渉の結果、血管内治療病院が真にやむを得ない事情により受入不可となった場合、救急隊は、アで受入交渉を行った血管内治療病院の次に搬送に要する時間と病院到着から血管内治療開始までの時間の合計が短い血管内治療病院から順に、受入交渉を行う。

(2) (1)以外の救急患者

ア 救急隊は、「脳卒中の可能性」が10%以上で、かつ、「主幹動脈閉塞症」の可能性が25%未満の救急患者については、現場から直近の当部会に参加する医療機関に対して受入交渉を行うこととし、交渉された医療機関は、積極的に受け入れる。

ただし、個別具体的な状況を踏まえ、脳卒中以外の病態であることが強く疑われる場合はこの限りでなく、その可能性を救急隊が病態に応じて選定した医療機関へ伝えて受入交渉を行う。

※ 輪番時間帯においては、まずは現場から直近の輪番当番病院に受入交渉を行うこととし、交渉された輪番当番病院は、当該病院がすでに相当数の患者を受け入れており対応可能な医師が残っていない等、真にやむを得ない場合を除き、必ず、受け入れる。

イ 救急隊は、ジャストスコアを使用していない救急患者（頭部外傷等）又は「脳卒中の可能性」が10%未満の脳神経外科又は脳神経内科で対応すべき救急患者については、原則、現場から直近の当部会に参加する医療機関又は受入実績が一定以上の別紙に掲げる医療機関に対して受入交渉を行うこととし、交渉された医療機関は、積極的に受け入れる。

※ 輪番時間帯においては、まずは現場から直近の輪番当番病院に受入交渉を行うこととし、交渉された輪番当番病院は、当該病院がすでに相当数の患者を受け入れており対応可能な医師が残っていない等、真にやむを得ない場合を除き、必ず、受け入れる。

3 運用開始日

平成31年4月1日

1 当部会に参加する医療機関

- ・ 広島大学病院
- ・ 荒木脳神経外科病院
- ・ 一ノ瀬病院
- ・ 医療法人社団 清風会 五日市記念病院
- ・ 県立広島病院
- ・ 翠清会 梶川病院
- ・ 広島赤十字・原爆病院
- ・ 地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立広島市民病院
- ・ 地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立安佐市民病院
- ・ 日比野病院
- ・ 済生会 広島病院
- ・ マツダ株式会社マツダ病院
- ・ 広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院

(13医療機関)

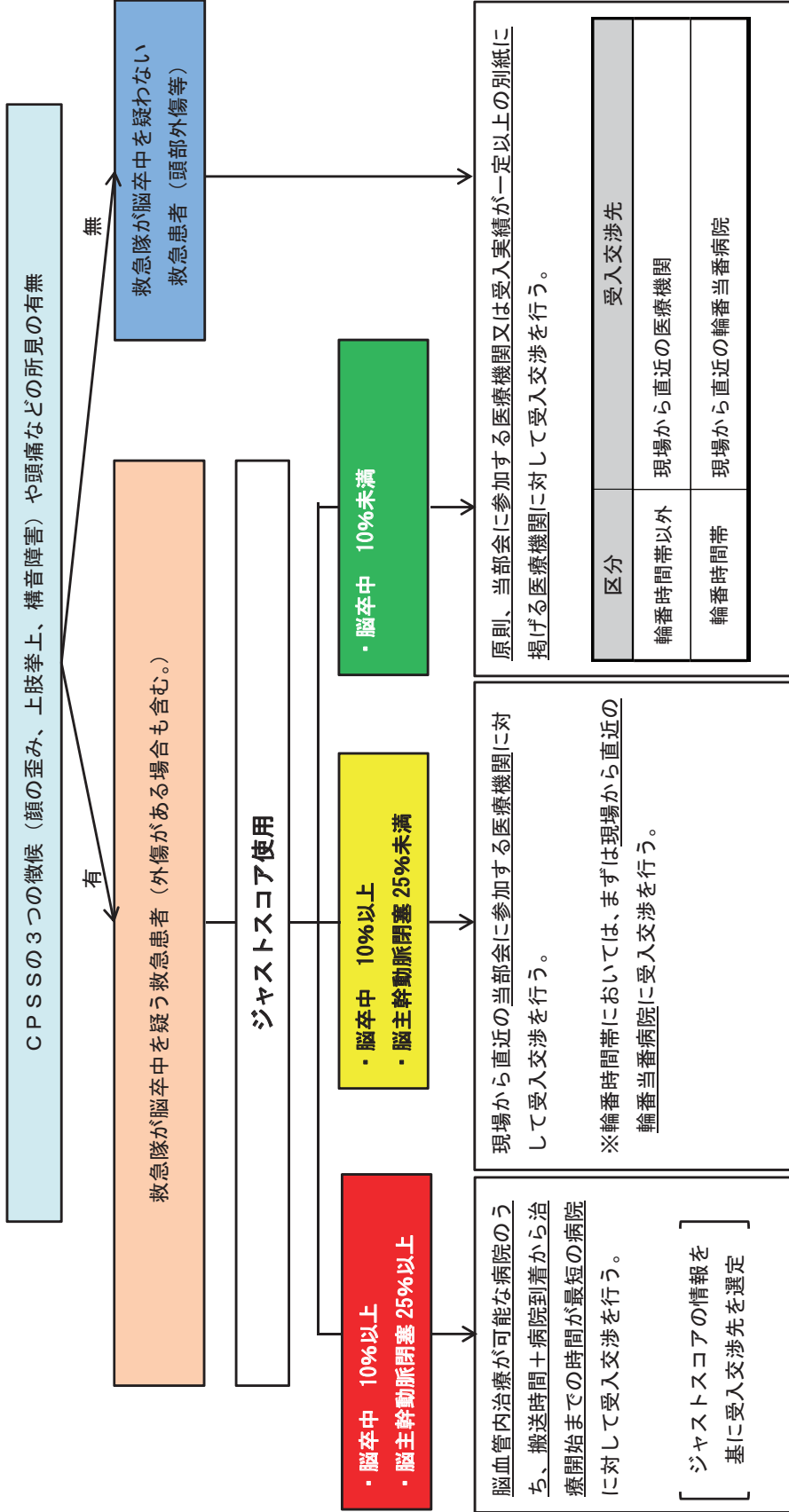
2 受入実績が一定以上の医療機関

- ・ 安芸太田病院
- ・ 石原脳神経外科病院
- ・ 医療法人恒和会松石病院
- ・ 医療法人社団輔仁会 太田川病院
- ・ 医療法人 メディカルパーク 野村病院
- ・ さとう脳神経外科クリニック
- ・ 谷川脳神経外科
- ・ 広島医療生活協同組合 広島共立病院
- ・ 広島厚生病院
- ・ やまさき脳神経外科クリニック

(10医療機関)

脳血管内治療等に係る救急患者の搬送（フロー図）

平成 31 年 4 月 1 日 運用開始



《脳卒中かつ急性大動脈解離を疑った場合》

胸痛・背部痛や脈拍触知の左右差があり急性大動脈解離を疑った場合は、急性大動脈解離と脳卒中の両方に対応できる現場から直近の病院（広島大学病院、県立広島病院、広島市民病院、安佐市民病院及び広島総合病院）へ受入交渉を行う。

広島県地域保健対策協議会 脳卒中医療体制検討特別委員会

委員長	栗栖 薫	広島大学大学院医歯薬保健学研究科脳神経外科学
委員	青木 志郎	広島大学病院脳神経内科
	荒木 勇人	荒木脳神経外科病院
	磯部 尚幸	JA 尾道総合病院
	大田 泰正	脳神経センター大田記念病院
	大庭 信二	呉医療センター・中国がんセンター
	上川 克己	広島県歯科医師会
	木矢 克造	県立広島病院
	久保 康行	広島県健康福祉局医療介護計画課
	黒木 一彦	JA 広島総合病院
	郡山 達男	脳神経センター大田記念病院
	坂本 繁幸	広島大学病院脳神経外科
	貞友 隆	東広島医療センター
	高橋 哲也	広島県理学療法士会
	津村 龍	広島大学病院救急科
	豊田 章宏	中国労災病院治療就労両立支援センター
	鳥居 剛	呉医療センター・中国がんセンター
	中西 敏夫	広島県医師会
	西野 繁樹	広島市立広島市民病院
	濱渦恵美子	広島県看護協会
	浜崎 理	市立三次中央病院
	林 拓男	公立みつぎ総合病院
	平本 恵子	広島市西区役所厚生部
	細見 直永	広島大学病院脳神経内科
	松尾 裕彰	広島県薬剤師会
	山下 拓史	広島市立安佐市民病院
	渡辺 高志	寺岡記念病院