

【 脳卒中 】

(1) 現状と課題

① 受療率・死亡率

脳血管疾患の受療率や年齢調整死亡率は近年低下傾向にある。また、平成28年国民生活基礎調査によれば、要介護状態となる原因疾患のうち、脳血管疾患が占める割合も低下傾向にあるものの、依然として上位を占めており、介護度が重度なほどその割合が高くなっている。

本県では、脳血管疾患の受療率は、平成26年に入院では160(全国値125)と高い状況であるが、外来では52(全国値74)と低くなっており、平均在院日数は130.1日(全国値89.5日)と長い状況である^{注1)}。

本県で、平成27年には年間1,132人が脳血管疾患で亡くなり、死亡全体の9.2%を占め、死因の第4位である(平成28年度には第3位)。年齢調整死亡率では男36.0(全国30位)・女21.9(全国19位)で5年前と比べて低下傾向にある^{注2)}。

表 脳血管疾患による受療率(人口10万対)

	受療率 (特定日に疾病治療のため入院・通院した推計患者数の人口10万人との比率)								
	総計			入院			外来		
	H20	H23	H26	H20	H23	H26	H20	H23	H26
石川県	311	276	212	224	198	160	87	78	52
全 国	250	226	199	156	137	125	94	89	74

表 脳血管疾患による平均在院日数

	脳血管疾患の 退院患者平均在院日数 (日)		
	H20	H23	H26
石川県	158.8	139.0	130.1
全 国	104.7	93.0	89.5

注1) 資料:「患者調査」(厚生労働省)

表 脳血管疾患による死亡数

	死亡数(人)					
	計		男		女	
	H22	H27	H22	H27	H22	H27
石川県	1,245	1,132	614	498	631	634
全 国	123,461	111,973	60,186	53,576	63,275	58,397
南加賀	270	197	125	79	145	118
石川中央	603	607	315	282	288	325
能登中部	203	195	99	79	104	116
能登北部	169	133	75	58	94	75

表 脳血管疾患による年齢調整死亡率

	年齢調整死亡率			
	男		女	
	H22	H27	H22	H27
石川県	49.7	36.0	25.3	21.9
全 国	49.5	37.8	26.9	21.0
南加賀	50.3	29.9	27.8	17.5
石川中央	48.4	36.9	22.4	22.1
能登中部	50.4	36.6	22.5	27.4
能登北部	53.2	40.9	46.9	25.2

注2) 資料:「人口動態統計」(厚生労働省)

② 発症予防

脳卒中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重要である。その他、糖尿病、脂質異常症、喫煙、不整脈(特に心房細動)、過度の飲酒なども危険因子であり、生活習慣の改善や基礎疾患の適切な治療が重要である。

③ 発症直後の救護、搬送等

脳卒中は、発症後早期に適切な治療を受けることが重要である。県内で発症後救急搬送された脳疾患が疑われる患者は年間約2,400件(H28)であり、平均搬送時間は約34.0分(H28)であった^{注3)}。

脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周りにいるものが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あり、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するなど、啓発を進める必要がある。

平成22年4月からは、脳卒中などを対象とした「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を作成・運用し、救急隊による傷病者の搬送及び医療機関による傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施を図っている。

注3) 県内各消防本部に対する収容時間別搬送人員調(地域医療推進室調べ)

④ 急性期医療

脳卒中の急性期医療においては、救命救急医療に加えて、機能障害を改善し、あるいは最小限にとどめるために、専門医の確保や診療機器の整備などを含めた医療提供体制の充実が求められる。

脳卒中の治療としては、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室(脳卒中ケアユニット)等での入院管理や、発症4.5時間以内の脳梗塞に対するt-PA(組織プラスミノゲンアクチベーター)による血栓溶解療法等の有効性が確認されている^{注4)}。また、発症後6時間以内の脳梗塞の一部が対象となる経動脈的血栓溶解療法や、原則として発症8時間以内の脳梗塞患者の一部の患者が対象となる機械的血栓除去術など、その他の超急性期の再開通治療の適応についても考慮することが必要である。

本県では、救急患者の円滑な受入、転院搬送を行うため、能登地域の8病院及び加賀地域の12病院の間でスマートフォンを用いた脳卒中の遠隔画像伝送システムが運用されており、県内全域において二次医療圏を越えた連携体制が構築されている。

注4) 『脳卒中治療ガイドライン2015』、

『rt-PA(アルテプラゼ)静注療法適正治療指針第二版』(日本脳卒中学会)

表 t-PAによる血栓溶解療法の実施状況

	H24	H25	H26	H27	H28
実施可能な医療機関数	16	16	16	17	17
実施件数	—	97	93	108	100

(地域医療推進室調べ)

表 脳卒中遠隔画像伝送システムの利用件数

		H24	H25	H26	H27	H28
能登	利用件数	151	157	192	144	131
	(他院への画像伝送)	72	48	71	70	73
	(院内利用)	79	109	121	74	58
加賀	利用件数	—	239	316	240	354
	(他院への画像伝送)	—	31	41	28	111
	(院内利用)	—	208	275	212	243

(地域医療推進室調べ)

⑤ 回復期、維持期医療

脳卒中の回復期・維持期医療においては、残存した障害に対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支援するための体制の充実が必要である。

平成29年10月現在、回復期の身体機能を回復させるリハビリテーションが可能として、後掲の脳卒中に関する医療機関リストに掲載された医療機関^{注5)}のうち、回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関は13施設(病床数588床)、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料届出医療機関は25施設(1,063床)であり、人口あたりの病床数はいずれも全国平均を上回っている。また、県内の脳血管疾患等リハビリテーション料届出医療機関は69施設となっており、脳卒中患者に対するリハビリテーションや嚥下訓練の実施件数は、人口あたりの比較で全国平均を上回っている。

注5) H30年2月現在(地域医療推進室調べ)

⑥ 地域連携クリティカルパスの活用

急性期から回復期、維持期にいたるまで、地域連携クリティカルパスの活用により質の高い医療を効率的に、切れ目なく提供することが必要であり、現在県内を2地域(加賀地域、能登地域)に分け、地域連携クリティカルパスを作成・運用している。また、脳卒中の地域連携協議会では、在宅療養に携わる多職種が参加する在宅医療連携グループとのコラボ研修会を開催している。

表 医療機関リストに掲載された医療機関のうち地域連携クリティカルパスを導入している数

医療機関リスト区分	加賀地域	能登地域
急性期	17	8
回復期	26	7

H30年2月現在(地域医療推進室調べ)

表 地域連携クリティカルパスの活用状況

	H24	H25	H26	H27	H28
加賀地域	412	443	565	481	489
能登地域	693	726	727	650	677

(地域医療推進室調べ)

<脳卒中とは>

○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る。

脳梗塞:①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、②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、③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

脳出血:脳の細かい血管が破綻するもの

くも膜下出血:脳動脈瘤が破綻し出血するもの

<脳卒中の急性期治療>

○脳梗塞の治療:発症後4.5時間以内の超急性期では、t-PA(組織プラスミノゲンアクチベーター)の静脈内投与による脳血栓溶解療法が有効。発症から6時間以内に治療開始が可能な場合、経動脈的な選択的局所血栓溶解療法は、来院時の症候が中等症以下で、CT上梗塞巣を認めないか軽微な梗塞にとどまる症例に対して推奨される。発症から8時間以内の治療開始が可能な場合、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する。

また、超急性期の再開通治療の適応外患者も、できるだけ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、脳保護療法を行う。

○脳出血の治療:血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是非が主体であり、出血部位(皮質・皮質下出血や小脳出血等)により手術の適応あり。

○くも膜下出血の治療:動脈瘤の再破裂の予防が重要で、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う。

【疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(脳卒中の医療体制構築に係る指針)より】

(平成29年3月31日医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

【日本脳卒中学会『脳卒中治療ガイドライン2015』より】

<脳卒中の回復期リハビリテーション>

○脳卒中が安定して急性期治療がほぼ終了した時期に、残った症状の回復を目指し、日常生活動作や歩行の自立を目標として、障害に応じて医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などがチームを組んで集中的、専門的に実施するリハビリテーション。

⑦ 現状把握に関する指標

病期	予防	救護	急性期	回復期	維持期
ストラクチャー指標 (S)	禁煙外来を行っている医療機関数		神経内科医師数・脳神経外科医師数		
			脳卒中の専門病室を有する病院数・病床数 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数		
プロセス指標 (P)	喫煙率	脳血管疾患による救急搬送された患者数(再掲)	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施件数		
	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)		脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数		
	健康診断の受診率		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		
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数		
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数		
			脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数		
アウトカム指標 (O)	脳血管疾患により救急搬送された患者数	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	退院患者平均在院日数		
			在宅等生活の場に復帰した患者の割合		
脳血管疾患患者の年齢調整死亡率					

病期	指標区分 (S/P/O)	指標名	時点	県全体	南加賀医療圏	石川中央医療圏	能登中部医療圏	能登北部医療圏	全国	備考	出典
予防	S	禁煙外来を行っている病院数 (人口10万人対)	H26	40	11	21	3	5	51.3		医療施設調査
				3.4	4.7	2.9	2.2	6.6	1.9		
予防	S	禁煙外来を行っている一般診療所数 (人口10万人対)	H26	124	22	84	10	8	270.0		医療施設調査
				10.7	9.3	11.7	7.3	10.6	9.9		
予防	P	喫煙率 (男) (女)	H25	34.5					33.7		国民生活基礎調査
				9.3					10.7		
予防	P	ニコチン依存症管理料を算定する患者数 (診療報酬ごと) (人口10万人対)	H27	485.9	563.3	505.6	336.4	318.5	406.2		NDB(※)
予防	P	健康診断の受診率	H25	68.3					66.2		国民生活基礎調査
予防	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 (人口10万人対)	H26	155.6					262.2		患者調査
予防	P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率 (人口10万人対)	H26	53.6					67.5		患者調査
予防 救護	O	脳血管疾患により救急搬送された患者数 (人口10万人対)	H26	2.9	0.0	2.3	0.6	0.0		単位:	患者調査
				0.3	0.2	0.3	0.4	0.2	0.2		
予防～ 維持期	O	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率 (男) (女)	H27	36.0					37.8		人口動態特殊報告
				21.9					21.0		
救護	O	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(分)	H26	32.9					39.4		救急・救助の現況
急性期	S	神経内科医師数・脳神経外科医師数 (人口10万人対)	H26	133	13	104	13	3			医師・歯科医師・薬剤師調査
				11.5	5.5	14.5	9.7	4.1	9.2		
急性期	S	脳卒中の専門病室を有する病院数 (人口10万人対)	H26	1	-	1	-	-			医療施設調査
				0.1	-	0.1	-	-	0.1		
急性期	S	脳卒中の専門病室を有する病床数 (人口10万人対)	H26	9	-	9	-	-			医療施設調査
				0.8	-	1.3	-	-	0.7		
急性期	S	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数 (人口10万人対)	H28.3.31	8	1	5	2	0			診療報酬施設基準
				0.7	0.4	0.7	1.5	0.0	0.6		
急性期・回復期・維持期	S	リハビリテーションが実施可能な医療機関数 (人口10万人対)	H28.3.31	68	14	41	7	6			診療報酬施設基準
				5.9	6.0	5.7	5.2	8.1	5.8		
急性期	P	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数 (人口10万人対)	H27	(※)	26	42	14	(※)			NDB(※)
				7.1	11.1	5.9	10.4	(※)	9.6		
急性期	P	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数 (人口10万人対)	H27	(※)	(※)	33	(※)	(※)			NDB(※)
				(※)	(※)	4.6	(※)	(※)	5.9		
急性期	P	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 (人口10万人対)	H27	(※)	(※)	47	10	(※)			NDB(※)
				4.9	(※)	6.6	7.5	(※)	6.8		
急性期	P	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数 (人口10万人対)	H27	(※)	10	16	(※)	0			NDB(※)
				(※)	4.3	2.2	(※)	0.0	3.3		
急性期・回復期	P	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数 (人口10万人対)	H27	3,606	1,094	1,712	537	263			NDB(※)
				310.9	465.1	238.9	400.6	356.4	230.5		
急性期・回復期・維持期	P	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 (人口10万人対)	H27	20,334	3,124	13,464	2,562	1,184			NDB(※)
				1,753.3	1,328.2	1,878.6	1,911.3	1,604.6	1,320.0		
急性期・回復期・維持期	P	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数 (人口10万人対)	H27	336	98	181	57	0			NDB(※)
				29.0	41.7	25.3	42.5	0.0	39.1		
急性期・回復期	O	退院患者平均在院日数	H26	130.1	79.2	164.0	90.7	52.3	89.5		患者調査
急性期・回復期・維持期	O	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	H26	59.7	52.3	60.7	57.1	72.4	52.7		患者調査

(※)NDB:レセプト情報・特定健診等情報データベース(通称:ナショナルデータベース(NDB))による分析結果
「レセプト数で10件未満」あるいは「医療施設数3箇所未満」の場合は数値非公開

(2) 脳卒中の医療機能の明確化及び圏域の設定

① 脳卒中の医療体制

病期	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】	
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	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	《在宅療養》生活の場での療養支援
目標	●脳卒中の発症予防	●発症後迅速な急性期病院到着 ●超急性期血栓溶解療法適用時間を超える場合でも効果的治療が可能な急性期病院への到着	●来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)の専門的治療開始(4.5時間を超える場合でも血管内治療など高度専門治療の実施について検討) ●誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療 ●急性期に行うリハビリテーション実施	●回復期に行う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 ●誤嚥性肺炎等の合併症の予防	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援 ●誤嚥性肺炎等の合併症の予防	●在宅療養支援 ●希望する患者に対する看取り
求められる要件	①基礎疾患・危険因子の管理 ②突然の症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ③突然の症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ①速やかな救急搬送要請 【救急救命士】 ②適切な観察・判断・処置 ③急性期病院に迅速に搬送	【専門的な救急医療】 ①CT・MRI検査を原則として24時間実施 ②専門的診療を原則として24時間実施 ③来院後速やかに外科的治療が実施可能または実施可能な医療機関との連携 ④呼吸管理等の全身管理や合併症治療の実施 ⑤誤嚥性肺炎予防のための多職種連携 ⑥廃用症候群*や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーション実施 ※来院後早期にt-PAなどの脳血栓溶解療法を実施できることが望ましい 【初期・軽度の救急医療】 ※初期診断、必要な治療を実施し、必要に応じ専門的な救急医療機関に転送	①再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ②抑うつ状態や認知症など脳卒中後の合併症への対応 ③機能障害の改善及びADL*向上のリハビリテーションを集中的に実施 ④誤嚥性肺炎予防のための多職種連携	①再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ②抑うつ状態への対応 ③生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ④誤嚥性肺炎予防のための多職種連携 ⑤在宅復帰のための居宅介護サービスを調整	①再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ②抑うつ状態への対応 ③生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ④訪問看護ステーション、調剤薬局と連携した在宅医療 ⑤希望する患者に対する居宅での看取り ⑥居宅介護サービスとの連携 ⑦口腔ケアの実施
連携			○医療施設間における診療情報・治療計画の共有			
医療提供施設等の種別	○診療所等		【専門的な救急医療】 ○脳卒中の専門的な医療機関 脳卒中に関する医療機関リスト(次頁) 【初期・軽度の救急医療】 ○救急告示病院等	○回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料または入院医療管理料、脳血管疾患等リハビリテーション料のいずれかの届出病院 脳卒中に関する医療機関リスト(次頁)	○介護老人保健施設 ○生活機能の維持向上のためのリハビリテーションを行う病院又は診療所	○診療所(医科・歯科)等

* 廃用症候群: 体を動かさないことによって起こる、体の不調や障害。寝たきり生活が続いて起こる褥瘡や、筋力低下、関節が固まったり、骨粗しょう症が生じることもある。精神活動性が低下するなど、心理面にも影響する。

* ADL: 「Activities of Daily Living」の略で、食事、排泄、着脱衣、入浴、移動、寝起きなど、日常生活を送るために必要な基本動作(日常生活動作)。高齢者の身体活動能力や障害の程度を図る指標。

脳卒中に関する医療機関リスト

このリストは、脳卒中の急性期及び回復期の医療機能を担う医療機関に求められる要件を基本的に充足し、かつ、医療計画にその名称を掲載することを希望した医療機関を掲載するものである。

なお、当該リストは、今後、各医療機関の医療体制の変更や診療実績等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

【平成30年4月1日現在】

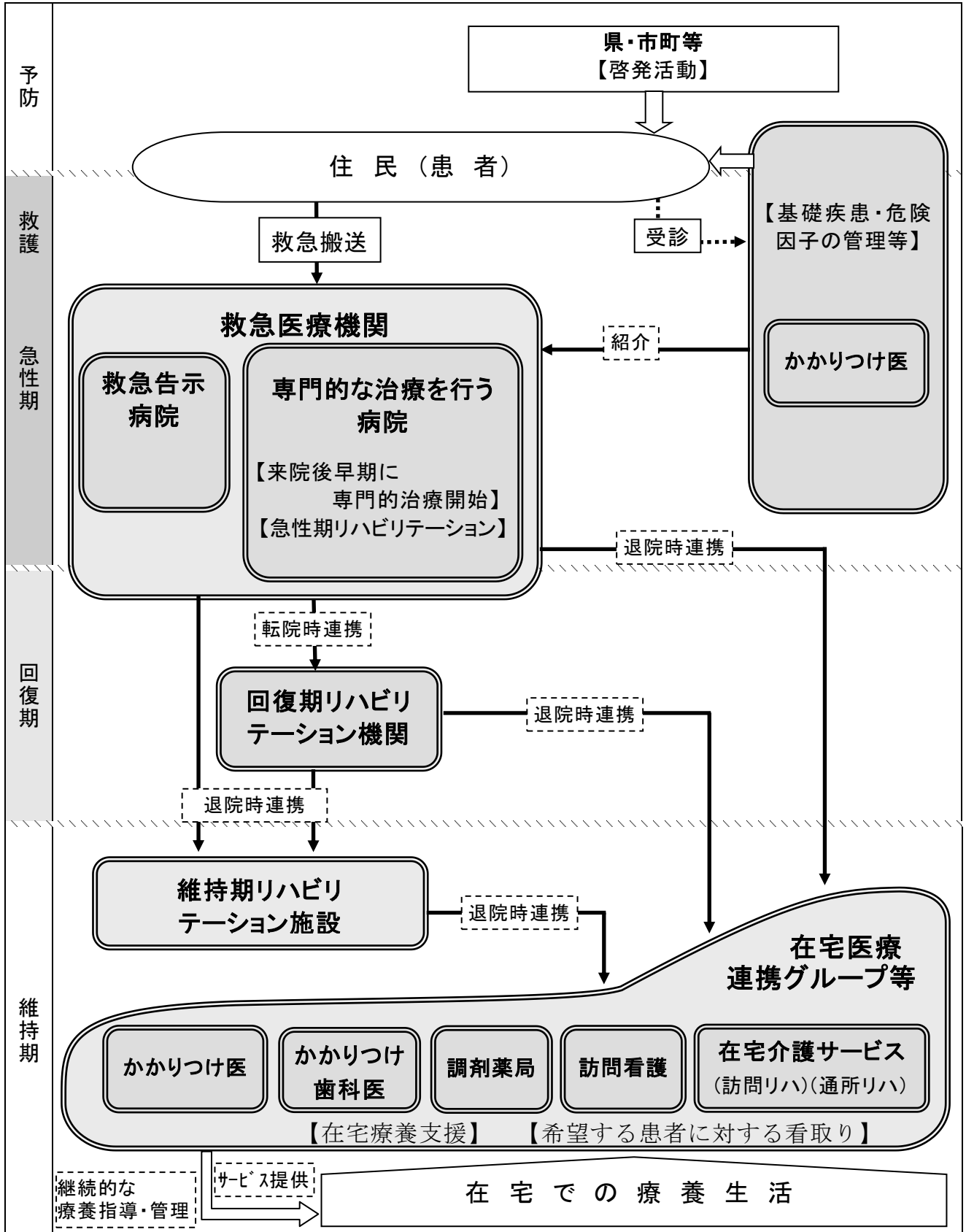
医療圏	病院名	急性期の救急医療						回復期の身体機能を回復させるリハビリテーション		
		脳卒中の専門的診療(外科的治療・内科的治療)が可能		脳卒中の専門的診療のうち内科的治療のみ可能		(参考) t-PAによる脳血栓溶解療法の実施体制の整備状況	(参考) 機械的血栓除去術等の血管内治療の実施体制の整備状況	回復期の身体機能を回復させるリハビリテーション病棟の有無	(参考) 回復期リハビリテーション病棟の有無	(参考) 地域包括ケア病床・病床の有無
		(1) 24時間可能(オンコール対応含む)	(2) 通常の診療時間帯のみ可能	(3) 24時間可能(オンコール対応含む)	(4) 通常の診療時間帯のみ可能					
南加賀	加賀市医療センター	○				○		○	○	
	小松市民病院	○				○	○			
	芳珠記念病院				○	○			○	
	森田病院						○		○	
	やわたメディカルセンター				○		○	○	○	
石川中央	浅ノ川総合病院	○				○	○	○	○	
	石川県済生会金沢病院							○	○	
	石川県立中央病院	○				○	○			
	伊藤病院						○		○	
	金沢医科大学病院	○				○	○	○		
	金沢医療センター	○				○	○		○	
	金沢市立病院	○				○	○		○	
	金沢赤十字病院			○		○		○	○	
	金沢大学附属病院	○				○	○			
	金沢西病院				○			○	○	
	金沢脳神経外科病院	○				○	○	○		
	河北中央病院			○				○	○	
	敬愛病院							○		
	公立つぎ病院							○	○	
	公立松任石川中央病院	○				○				
	城北病院				○			○	○	
	新村病院							○	○	
	すずみが丘病院							○	○	
	整形外科米澤病院							○	○	
	千木病院							○		
藤井脳神経外科病院		○					○	○		
北陸病院			○				○	○		
南ヶ丘病院							○	○		
みらい病院							○	○		
能登中部	恵寿総合病院	○				○	○	○	○	
	公立能登総合病院	○				○	○		○	
	公立羽咋病院		○					○	○	
	町立富来病院				○			○		
能登北部	公立穴水総合病院				○					
	公立宇出津総合病院			○					○	
	市立輪島病院				○			○	○	
珠洲市総合病院	○				○	○	○	○		
計		13	2	3	8	15	11	33	13	25

医療圏毎に五十音順で記載

上記のリストは、平成30年4月1日現在であり、最新の医療機関リストはホームページ上に掲載

アドレス <http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryousupport/center.html>

脳卒中の医療連携体制



② 脳卒中における圏域の設定

脳卒中の一般的な医療需要については基本的に二次医療圏内で対応しているが、急性期や回復期対応などの特殊な医療需要については二次医療圏の枠を超えて県全域で対応しており、県全域を脳卒中の圏域とする。

(3) 対策

① 発症予防の推進

- ・脳卒中の発症に至る可能性のある糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防するために、健診や生活習慣改善の指導體制の充実を図る。
- ・脳卒中の発症を防止するため、高血圧・糖尿病等の基礎疾患の適切な治療が継続される取組を推進する。

② 急性期における医療体制

ア 救急搬送体制の整備

- ・脳卒中患者の救護のための救急活動プロトコルや傷病者の搬送と受入れの実施に関する基準の整備・運用により、発症後迅速に、脳卒中診断および治療が可能な救急医療機関へ搬送できるような体制を推進する。
- ・重篤な脳卒中が疑われる患者を、手術や血栓溶解療法等が可能な専門医療機関へ直接搬送できるよう、ドクターヘリの活用などを含めた体制整備を検討する。
- ・救急救命士の養成と質の向上を図る。

イ 診断体制の整備

- ・発症後早期に適切な診断が可能な体制を整備する。
- ・遠隔画像診断の有効活用など、医療機関の機能分化とその連携体制の構築を図る。

ウ 治療体制の整備

- ・脳卒中遠隔画像伝送システムを活用するなど、二次医療圏を超えた医療機関の連携を図り、県内全域において、超急性期の再開通治療の適応も考慮した脳卒中の専門的治療ができる体制を推進する。
- ・血栓溶解療法や血管内治療など低侵襲な治療の普及を図るとともに、手術等の急性期医療が可能な医療機関間の連携体制の構築を図る。

③ 回復期・維持期の継続的な治療体制

- ・急性期から回復期・維持期に至るリハビリテーション実施体制の充実および再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理の充実を図る。また、誤嚥性肺炎などの合併症予防のために、摂食嚥下機能の維持・改善のためのリハビリテーションや口腔ケアの実施について、多職種による介入を強化する。さらに、菌性感染症や口腔粘膜炎の治療、義歯の調整など専門的口腔管理が必要な場合には、歯科医療機関との医科歯科連携を推進する。
- ・地域連携クリティカルパスの活用や医療・介護従事者を対象とした研修の開催などにより、専門的治療を行う医療機関、各段階のリハビリテーションを行う施設、

かかりつけ医などが連携体制を構築しながら切れ目のない医療を提供するとともに、在宅医療を行う機関等との連携体制を推進する。

④ 在宅医療・介護サービスとの連携

- ・かかりつけ医による再発予防を含めた療養管理・指導のもと、地域包括支援センターなど関連する機関との連携を図りながら、必要な在宅サービスが提供される体制を推進する。
- ・脳卒中の急性期医療機関及び回復期医療機関は、各地域の在宅医療を支える人材が集まり整備された「在宅医療連携グループ」と連携し、研修会等を通じて相互の理解と知識の向上を図るとともに、患者の退院前から在宅医療を担う機関との調整を行うなど、在宅での療養生活を支援する。

⑤ 人材の養成

- ・脳卒中の診断や、専門的治療を担う急性期から回復期・維持期に至るリハビリテーションなど、病期に応じて必要な人材の養成を図る。

⑥ 地域住民への啓発の推進

- ・脳卒中の危険因子、前触れ症状や発症時の早期受診の重要性及び医療機関等の医療機能について情報提供を推進する。

<参考>

脳梗塞発症に早く対処するためのサイン「FAST」

→F(フェイス)=顔の麻痺(顔の片側が下がる、歪みがある、上手く笑顔が作れない)

→A(アーム) =腕の麻痺(片腕に力が上がらない、両腕をあげたままにできない)

→S(スピーチ)=言葉の障害(言葉が出てこない、ろれつが回らない、短い文が話せない)

→T(タイム) =上記の症状が見られれば119番通報

(4) 脳卒中の医療提供体制を評価するための数値目標

① 体制の構築（ストラクチャー指標）

指標名	指標説明	現状値	目標値	備考
t-PAによる脳血栓溶解療法又は経動脈的な選択的局所血栓溶解療法又は機械的血栓除去術の可能な医療機関数	脳卒中の超急性期対応医療機関の整備充実を示す指標	15 (H29)	増加	t-PA 15機関 経動脈的血栓溶解療法 11機関 機械的血栓除去術 12機関
回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟・病床を有する医療機関数	脳卒中の回復期リハ対応医療機関の充実を示す指標	40 (H30.2)	増加	回復期リハ 14機関 地域包括ケア 35機関

② 提供の方法、手順（プロセス指標）

指標名	指標説明	現状値	目標値	備考
救急要請を受付けてから医療機関へ収容するまでに要した平均時間	脳卒中の救護体制の充実を示す指標	34.0分 (H28)	短縮	脳疾患にかかるもの
t-PAによる血栓溶解療法の実施件数	脳卒中の急性期医療の実施状況を示す指標	100件 (H28)	増加	
脳卒中の地域連携クリティカルパス発行数	地域医療連携の充実を反映した指標	1,166件 (H28)	増加	

③ 成果（アウトカム指標）

指標名	指標説明	現状値	目標値	備考
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	回復期リハビリテーションの成果を反映した指標	59.7 (H26)	増加	
「脳血管疾患」年齢調整死亡率	疾病が原因で死亡する人数を反映した指標	男 36.0 女 21.9 (H27)	低下	脳血管疾患による死亡数／ 県内人口× 100,000 (年齢調整)