

(2)脳卒中の医療体制

第1 脳卒中の医療の概要

1. 脳卒中という病気

- 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。
- 脳梗塞は脳血管が閉塞するものであり、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します。

2. 脳卒中治療の内容

予 防

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要です。そのほか、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です。
- 一過性脳虚血発作直後は脳梗塞発症リスクが高く、これが疑われる場合は、脳梗塞予防のための適切な治療を速やかに開始します。
- 脳卒中が疑われる症状（129 ページ参照）が出現したときの救急受診の必要性を住民に周知するように、啓発を行う必要があります。

発症直後の救護、搬送等

- 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、脳卒中が疑われる症状が出現した場合、本人や家族など周囲の者は、速やかに救急搬送を要請するなどの対処が重要です。

診 断

- 問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査を行うことで正確な診断が可能になります。最近ではCTの画像解像度の向上、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予後がある程度予測できるようになっています。

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。
- 脳梗塞では、まず発症後 4.5 時間以内の血栓溶解療法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。
- 血栓溶解療法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。
- 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。
- 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。

- 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。

リハビリテーション

- 急性期に行うリハビリテーションは、生活不活発病（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されます。
- 回復期に行うリハビリテーションは、機能回復やADL（日常生活動作）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されます。
- 維持期（生活期）に行うリハビリテーションは、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、生活の質の向上を目的として実施されます。

急性期以後の医療・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、不整脈（特に心房細動）、喫煙、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。
- 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。脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲の者に対し、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など、再発に備えることが重要です。

第2 必要となる医療機能

1. 発症予防の機能【予防】

目 標

- 脳卒中の発症を予防すること

医療機関に求められる事項

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、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、本人及び家族など患者の周囲の者に対する教育、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を勧奨すること

2. 応急手当・病院前救護の機能【救護】

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。

関係者に求められる事項

（本人及び家族等周囲にいる者）

- 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）
- 地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール（活動基準）に沿い、適切な観察・判断・処置を行うこと
- 急性期医療を担う医療機関へ発症後迅速に搬送すること

3. 救急医療の機能【急性期】

目 標

- 患者の来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な治療を開始すること
- 発症後4.5時間を超えても血管内治療など高度に専門的な治療の実施について検討すること
- 生活不活発病（廃用症候群）や合併症の予防、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること

医療機関に求められる事項

- 血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間実施可能であること
- 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が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。）
- 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（若しくは発症後4.5時間以内）に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、外科手術及び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体制がとれていること

- 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
- 合併症の中でも、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、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
- 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回復期又は維持期の医療機関等と連携していること
- 回復期又は維持期に、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
- 脳卒中の疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供することが望ましい

医療機関の例

- 選択的脳血栓・塞栓溶解術、抗血栓療法（t-PA）、頭蓋内血腫除去術、脳動脈瘤根治術（被包術、クリッピング）、脳血管内手術のいずれかに対応可能であり、脳卒中情報システムに参加している病院・診療所

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】

目 標

- 機能回復やADL（日常生活動作）の向上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

医療機関に求められる事項

- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、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、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善とADL（日常生活動作）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
- 合併症の中でも、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、多職種間で連携して対策を図ること
- 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急性期や維持期の医療機関等と連携していること
- 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

医療機関の例

- 入院が可能であり、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が勤務し、回復期リハビリ

テーション病棟を有するか、又は脳血管疾患等リハビリテーションを実施する病院・診療所

5. リハビリテーションを実施する機能【維持期（生活期）】

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し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること
- 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

医療機関等に求められる事項

- 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が実施可能であること
- 合併症の中でも、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、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
- 診療情報やリハビリテーションを含む治療計画(地域連携クリティカルパス等)を共有するなど回復期又は急性期の医療機関等と連携していること
- 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

医療機関等の例

- 入院が可能であり、理学療法士又は作業療法士が勤務し、脳血管疾患等リハビリテーションを実施する病院・診療所
- 介護老人保健施設

第3 脳卒中の現状

1. 死亡数等

- 本県の2016（平成28）年の脳卒中を原因とした死亡数は1,194人（全国：109,233人）、死亡数全体の9.3%（全国：8.4%）を占め、死亡順位の第4位（全国：第4位）となっています¹。
- 脳卒中の死亡数を医療圏別にみると、新川医療圏では151人（死亡数全体の9.0%）、富山医療圏では540人（死亡数全体の9.7%）、高岡医療圏では346人（死亡数全体の9.0%）、砺波医療圏では157人（死亡数全体の9.1%）となっています¹。
- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率²（人口10万対）は、2010（平成22）年には、男性は54.9（全国：49.5）、女性は27.7（全国：26.9）でしたが、2015（平成27）年には、男性は43.6（全国：37.8）、女性は22.5（全国：21.0）と年々低下していますが、全国より高くなっています³。
- 2014（平成26）年10月現在、脳卒中によって継続的に医療を受けている本県の患者数は約12千人（全国：約1,179千人）と推計されています⁴。

2. 予防

- 2013（平成25）年6月現在、過去1年以内の健康診断・健康診査の受診率は71.2%（全国：66.2%）と全国より高くなっています³。
- 2014（平成26）年度の特定健康診査の受診率は54.5%（全国：48.6%）と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は21.2%（全国：17.8%）と全国より高くなっています⁵。
- 脳卒中の危険因子の一つである高血圧について、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は224.1（全国：262.2）と全国より低くなっています³。
- 脳卒中の危険因子の一つである脂質異常症について、脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は53.5（全国：67.5）と全国より低くなっています³。
- 2016（平成28）年の喫煙率は男性で26.9%（全国：30.2%）、女性で4.8%（全国：8.2%）と全国より低くなっています⁶。
- 2014（平成26）年10月現在、禁煙外来を行っている医療機関数は137施設、人口10万人当たりで12.5施設（全国：11.8施設）と全国より多くなっており、受動喫煙防止や禁煙支援の体制が整備されてきています³。
- 2015（平成27）年度の禁煙外来での治療件数（ニコチン依存症の診療報酬の算定件数）は4,141件、人口10万人当たりで381.4件（全国：406.7件）と全国より少なくなっており³、禁煙を希望する者に対するさらなる支援が必要です。

¹ 厚生労働省「人口動態統計」（2016<平成28>年）

² 年齢構成の影響を除くため標準人口を用いて算定した死亡率。年齢構成の異なる地域の死亡率を比較する場合などに用いられる。

³ 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標

⁴ 厚生労働省「患者調査」（2014<平成26>年）

⁵ 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標

⁶ 県：健康づくり県民意識調査（2016年） 国：国民健康・栄養調査（2016年）

3. 救護

- 本県において2015(平成27)年の1年間に救急車によって搬送された急病者の9.1%、2,126人(全国:約8.1%、302,081人)が脳疾患です^{7,8}。
- 2014(平成26)年の救急要請(覚知)から救急医療機関までの搬送時間は30.2分(全国:39.4分)と、全国最短クラスとなっています³。

4. 急性期

- 済生会富山病院では、脳卒中患者に対して専門の医師等により組織的、計画的に治療を行う脳卒中ケアユニット(SCU)が整備されています。
- 脳卒中を含む重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターが、県立中央病院と厚生連高岡病院に整備されています。
- 脳外科医師数は2014(平成26)年12月現在で63人、人口10万人当たりでは5.8人(全国:5.6人)と全国より多くなっています。神経内科医師数は28人、人口10万人当たりでは2.6人(全国:3.6人)と全国より少なくなっており³、富山大学では神経内科学講座を設置し、神経内科医の養成に取り組んでいます。
- 2016(平成28)年1月現在、脳卒中が疑われる患者に対する血栓溶解療法等の専門的診療が24時間実施可能な医療機関は、各医療圏に整備されており、人口10万人当たりでは0.9施設(全国:0.6施設)と全国より多くなっていますが、2015(平成27)年度の血栓溶解療法実施件数は81件、人口10万人当たり7.5件(全国:9.7-10.1件)と全国より少なくなっています³。

5. 回復期

- 身体機能の早期改善と生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施する医療機関は、各医療圏に整備されています。
- 2016(平成28)年1月現在、脳血管疾患等リハビリテーション料届出医療機関数は69機関、人口10万人当たり6.4機関(全国:5.9機関)と全国より多くなっています³。
- 2015(平成27)年度の脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数は15,262件、人口10万人当たり1,405.7件(全国:1,321.7件)と全国より多くなっています³。
- 2016(平成28)年4月現在、公的病院のリハビリテーション科の必要医師数は14人で、2人不足しています⁹。
- 2016(平成28)年3月現在、回復期リハビリテーション病床数は467床、人口10万人当たり43床(全国:60床)で全国より少なくなっています¹⁰。
- 在宅療養中の脳卒中患者等の機能の維持及び生活の質(QOL)の向上を目的とした地域リハビリテーションを推進するため、リハビリテーション支援センター等を指定し、訪問等による技術支援を行うほか、リハビリテーション従事者への研修や情報提供を行っています。

⁷ 県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」

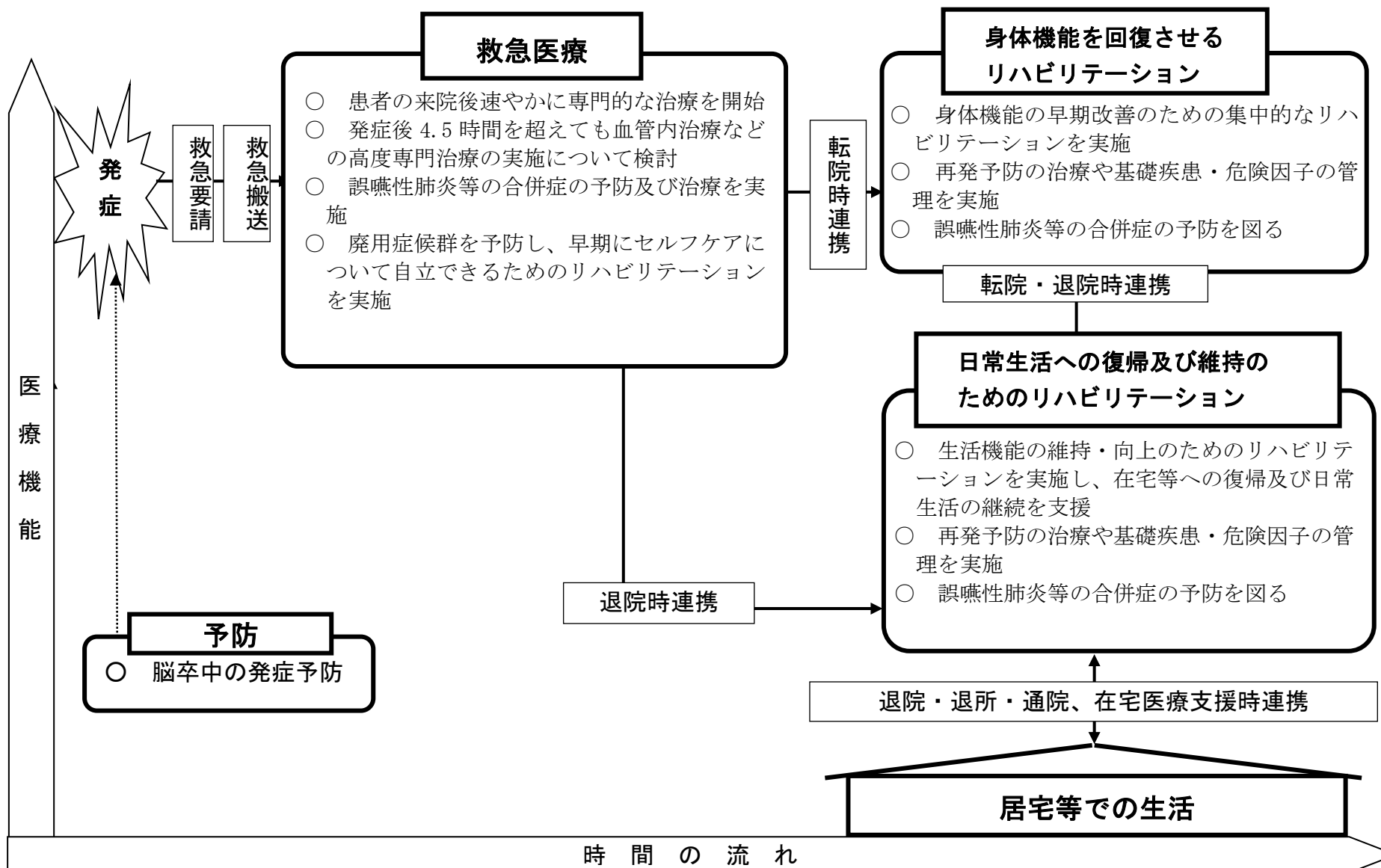
⁸ 消防庁「救急・救助の現況」

⁹ 医務課調べ

¹⁰ 回復期リハビリテーション病棟協会調べ

6. 連携

- 2014（平成 26）年の脳血管疾患の退院患者平均在院日数は、91.2 日（全国：89.5 日）と全国より長くなっています³。
- 脳卒中の地域連携クリティカルパスが導入されており、2015（平成 27）年度の地域連携クリティカルパスに基づく診療計画書作成等の実施件数は 596 件、人口 10 万人当たり 54.9 件（全国：39.2 件）と全国より多くなっています³。
- 2014（平成 26）年の脳血管疾患の患者の在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、58.9%（全国：52.7%）と全国より高くなっています³。



第5 脳卒中の医療提供体制における主な課題と施策

脳卒中の年齢調整死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

[予防]

〔課題①〕

- 脳卒中発症予防のため、望ましい生活習慣に関する普及啓発が必要です。
- 健康診断を受け、高血圧の受診勧奨者（要治療者）が医療機関を受診し、脳卒中の発症を防ぐ対策が必要です。
- 喫煙率の低下や受動喫煙防止のため、総合的なたばこ対策の推進が必要です。

<施策>

- 講演会等の開催を通じ、県民に対して脳卒中についての理解を深めるとともに、食生活や運動、飲酒、睡眠等に関する望ましい生活習慣や、高血圧、脂質異常症、心房細動、糖尿病などの危険因子に関する普及啓発を実施します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、健康診断の受診率向上や、受診勧奨者の治療受診率向上を図ります。
- 高血圧、脂質異常症、心房細動、糖尿病などの危険因子の早期発見・早期治療及びかかりつけ医療機関による適切な管理を推進します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、禁煙の普及啓発及び保健指導を実施します。
- 喫煙が健康に及ぼす影響についての正しい知識を普及するため、世界禁煙デーに併せたキャンペーンやマスメディア、ホームページ等を通じた普及啓発を行います。
- 未成年者の喫煙を防止するため、学校と連携して健康教育の充実を図ります。
- 家庭内（居室や自家用車の車内等）での受動喫煙防止や妊産婦の喫煙防止に取り組みます。
- 受動喫煙のない職場を目指して、事業主などに対する普及啓発を強化します。
- 喫煙をやめたい人に対し、医療機関が実施する禁煙外来や健診機関が実施する禁煙教室等の情報提供を行うなど、禁煙サポート体制を充実します。

[急性期]

〔課題②〕

- 血栓溶解療法が十分行われていない原因を引き続き検証し、血栓溶解療法の実施件数を増加させることが必要です。
- 脳卒中が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請がなされるよう、県民への普及啓発が必要です。
- 一人暮らしや老々介護など、搬送要請を容易にできない人が今後ますます増加すると見込まれることから、その対応が必要です。

<施策>

- 血栓溶解療法が実施可能な病院の診療データを収集・分析し、血栓溶解療法が十分行われていない原因について引き続き検証を行い、実施件数の増加を図ります。
- カテーテルによる血管内治療による機械的血栓除去術などの導入を促進します。

- 脳卒中が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請を行うよう様々な機会を利用した普及啓発に取り組みます。
- 高齢者の急病時の通報に対応するための緊急通報システムの活用等について、介護事業者等への周知を徹底します。
- メディカルコントロール協議会における検討を通じて、消防、救急医療機関、医師会、介護施設及び行政機関の連携を一層強化し、メディカルコントロール体制の充実を図ります。

[回復期]

〔課題③〕

- 回復期リハビリテーション病床が全国より少なく、増加させる必要があります。
- リハビリテーション従事者の確保が必要です。

<施策>

- 一般病床、療養病床から回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床への転換を支援します。
- リハビリテーション従事者の確保養成に努めます。
- 県リハビリテーション支援センターや地域リハビリテーション広域支援センター等において、リハビリテーション従事者の資質向上、連携強化に努めます。
- 富山県脳卒中情報システムを活用して回復期診療データを収集分析し、効果的なリハビリテーション等の実施に向けて検討します。
- 県民に対してリハビリテーションに関する普及啓発を行います。

[連携]

〔課題④〕

- 日常生活への復帰に向けて、急性期、回復期、維持期（生活期）への円滑な移行や再発予防が重要であり、引き続き地域連携クリティカルパスによる医療連携や、介護分野との連携を一層推進する必要があります。

<施策>

- 脳卒中に係る地域連携クリティカルパスの作成・普及を促進します。
- 療養型の病院、介護医療院、介護施設や在宅でのリハビリテーションの充実を図ります。
- 住み慣れた地域で、24時間・365日安心して暮らせる「地域包括ケアシステム」の実現に向けて、医療・介護・福祉等の関係団体との連携を推進します。
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防のための多職種が連携した対策の重要性について、医療機関等への普及啓発を実施します。
- 再発予防のための治療、危険因子の継続的な管理の重要性について、かかりつけ医や県民への普及啓発を実施します。
- 県リハビリテーション支援センターである富山県リハビリテーション病院・こども支援センターを中心とした適切で切れ目のないリハビリテーション提供体制を整備します。
- 富山県脳卒中情報システムの活用により、県内の脳卒中患者の発症状況、回復期等の診療状況や連携状況の情報を把握し、急性期と回復期等の連携を図るなど、脳卒中对策に活

用していきます。

- 退院時カンファレンスが円滑に行われるよう、医療・介護に関わる多職種が顔のみえる関係づくりを進める研修会を実施します。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年	出典等
脳卒中の年齢調整死亡率	男 43.6 女 22.5	男 37.8 女 21.0	男 37.0 女 21.0	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）」（2015年）
喫煙率	男 26.9% 女 4.8%	男 30.2% 女 8.2%	男 21.0% 女 2.0%	県：健康づくり県民意識調査（2016年） 国：国民健康・栄養調査（2016年）
ニコチン依存症管理料算定件数	381.4件 (人口10万対)	406.7件 (人口10万対)	全国平均	NDB（2015年度）
特定健康診査受診率	54.5%	48.6%	70%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2014年）
特定保健指導実施率	21.2%	17.8%	45%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2014年）
脳梗塞患者に対するt-PAによる血栓溶解療法実施件数	7.5件 (人口10万対)	9.7～10.1件 (人口10万対)	全国平均以上	NDB（2015年度）
回復期リハビリテーション病床数	43床 (人口10万対)	60床 (人口10万対)	60床 (人口10万対)	診療報酬施設基準（2016年3月） 回復期リハビリテーション病棟協会調
地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成件数	54.9件 (人口10万対)	39.2件 (人口10万対)	増加	NDB（2015年度）
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	58.9%	52.7%	全国平均を維持しつつ増加	患者調査（2014年）

NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース）

表2 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標

病期	SPO	指標名	調査年	調査名		全国	富山県	新川	高山	高岡	福井	
予防	S	診療外来を行っている医療機関数	2014	医療施設調査	診療外来を行っている一般診療所数	総数 12692	104	11	40	38	9	
					人口10万対	9.9	9.5	8.7	9.1	11.8	8.6	
予防	P	喫煙率	2013	国民生活基礎調査	男性	33.7%	32.7%					
					女性	10.7%	7.9%					
予防	P	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬コード)	2015年度	NDB	ニコチン依存症管理料の算定件数(レセプト件数)	総数 520,837	4,141	398	1,916	1,341	487	
					人口10万対	406.7	381.4	318.7	379.0	417.7	382.1	
予防	P	ハイリスク飲酒者の割合	2015.1.1現在	国民健康・栄養調査	男性	13.9%						
					女性	8.1%						
予防	P	健康診断の受診率	2013	国民生活基礎調査	健康診断・健康検査の受診率	68.2%	71.2%					
予防	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受診率	2014	患者調査	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受診率	282.2	224.1					
予防	P	脂質異常症患者の年齢調整外来受診率	2014	患者調査	脂質異常症患者の年齢調整外来受診率	67.5	63.5					
予防	O	脳血管疾患により救急搬送された患者数	2014	患者調査	主病名「脳血管疾患」×「救急車による搬送」で個別解析	脳血管疾患により救急搬送された患者数(0.1千人)	259.3	0.5	0.0	0.9	0.8	0.0
						人口10万対	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
予防 救急 急性期 回復期 維持期	O	年齢調整死亡率	2015	人口動態特殊報告	年齢調整死亡率(男性)	37.8	43.6					
					年齢調整死亡率(女性)	21	22.5					
救急	P	脳血管疾患により救急搬送された患者数(再帰)	2014	患者調査	主病名「脳血管疾患」×「救急車による搬送」で個別解析	脳血管疾患により救急搬送された患者数(0.1千人)		0.5	0.0	0.9	0.8	0.0
						人口10万対	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
救急	O	救急要請(覚知)から救急医療機関への到着までに要した平均時間	2014	救急・救助の現状	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間(分)	39.4	30.2					
救急	O	脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	2014	患者調査	患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数の割合		6.0	8.2	19.8	11.8	-	
急性期	S	神経内科医師数、脳神経外科医師数	2014	医師・歯科医師・薬剤師調査	主たる診療科を「神経内科」と掲出した医師数	総数 4,857	28	1	17	8	2	
					人口10万対	3.8	2.8	0.8	3.4	2.5	1.6	
					主たる診療科を「脳神経外科」と掲出した医師数	総数 7,147	83	11	38	12	5	
					人口10万対	5.8	5.8	8.7	6.9	3.7	3.7	
急性期	S	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	2014	医療施設調査	SCUを有する病院数	総数 131	1	0	1	0	0	
					人口10万対	0.1	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	
					SCUの病床数	総数 926	6	0	6	0	0	
					人口10万対	0.7	0.5	0.0	1.2	0.0	0.0	
急性期	S	脳卒中に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数	2013.31	診療報酬施設基準	脳卒中ケアユニット入院管理用の届出施設数	総数 132	1	0	1	0	0	
					人口10万対	0.1	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	
急性期	S	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数	2013.31	診療報酬施設基準	超急性期脳卒中加算の届出施設数	総数 794	10	1	5	3	1	
					人口10万対	0.6	0.9	0.8	1.0	0.9	0.7	
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	2013.31	診療報酬施設基準	脳血管疾患リハビリテーション科(I)の届出施設数	総数 2,871	24	4	11	5	4	
					人口10万対	2.1	2.2	3.2	2.2	1.8	3.0	
					脳血管疾患リハビリテーション科(II)の届出施設数	総数 1,933	19	2	12	3	2	
					人口10万対	1.5	1.8	1.6	2.4	0.9	1.5	
					脳血管疾患リハビリテーション科(III)の届出施設数	総数 2,897	26	2	11	8	5	
					人口10万対	2.3	2.4	1.6	2.2	2.5	3.7	
急性期	P	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施件数	2015年度	NDB	(レセプト数)	総数	81	10	34	15	18	
						人口10万対	9.7~10.1	7.5	12.8	6.7	4.7	11.8
急性期	P	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血管回収術等)の実施件数	2015年度	NDB	(レセプト数)	総数	*	*	27	*	0	
						人口10万対	5.9~6.5	*	*	5.3	*	0.0
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	2015年度	NDB	(レセプト数)	総数		70	17	27	14	
						人口10万対	6.9~7.3	6.4	13.8	5.3	3.7	10.4
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	2015年度	NDB	(レセプト数)	総数	*	*	24	*	*	
						人口10万対	3.4~4.0	*	*	4.7	*	*
急性期 回復期	P	脳卒中患者に対する下極能訓練の実施件数	2015年度	NDB	摂食機能療法の算定件数	総数	3,906	594	2270	717	325	
						人口10万対	230.8	359.8	475.7	449.2	223.4	241.6
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	2015年度	NDB	脳血管疾患等リハビリテーション料の算定件数	総数	1,892,834	15,262	17,988	8,887	28,262	17,711
						人口10万対	1321.7	1405.7	1439.8	1754.8	880.3	1318.7
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	2015年度	NDB	(レセプト数)	総数	598	66	434	58	38	
						人口10万対	39.2~39.3	54.9	52.9	85.9	18.1	28.3
急性期 回復期	O	退院患者平均在院日数	2014	患者調査	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日数	89.5	91.2	121.7	79	116.4	72.6	
急性期 回復期	O	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	2014	患者調査	「脳血管疾患」×退院後の行き先「家庭」で個別解析	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者数(0.1千人)	294.8	3.0	0.0	1.5	0.0	0.5
						人口10万対	558.9	5.0	0.8	2.6	0.9	0.8
						在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	52.7	58.9	59.7	57.7	53.8	88.4

「*」は「最小算定単位の原則」等により値の提示なし
 S・・・ストラクチャー指標
 P・・・プロセス指標
 O・・・アウトカム指標