

2 脳卒中对策

現 状

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、片麻痺、嚥下障害、言語障害、認知障害、遷延性意識障害などの後遺症が残る場合があります。患者及びその家族の日常生活に大きな影響を及ぼす疾患です。平成 27（2015）年「人口動態統計年報」（広島県）によると、本県の脳血管疾患による死亡数は年間 2,430 人で、死亡数全体の 8.1%を占め、死因の第4位となっています。医療従事者の状況は、全ての医師が脳卒中に特化して診療を行っているものではないものの、平成 28（2016）年の「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、本県の人口 10 万人あたりの神経内科、脳神経外科の医師数は、それぞれ 3.8 人と 6.8 人で、全国平均（3.9 人、5.8 人）と同程度か上回っていますが、二次保健医療圏ごとにみると、その人数にばらつきがあります。

図表 2-1-12 神経内科と脳神経外科の医師数等

単位：人

| 区分 | 全国 | 広島県 | 二次保健医療圏 | | | | | | |
|-------------|-------|-----------|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| | | | 広島 | 広島西 | 呉 | 広島中央 | 尾三 | 福山・府中 | 備北 |
| 神経内科 | 4,922 | 107 | 60 | 8 | 13 | 5 | 1 | 18 | 2 |
| 人口 10 万人あたり | 3.9 | 3.8 | 4.4 | 5.5 | 5.0 | 2.3 | 0.4 | 3.4 | 2.2 |
| 脳神経外科 | 7,360 | 194 | 110 | 8 | 18 | 13 | 15 | 26 | 4 |
| 人口 10 万人あたり | 5.8 | 6.8 | 8.0 | 5.5 | 7.0 | 5.9 | 5.8 | 5.0 | 4.3 |
| 対象人口 | — | 2,863,211 | 1,366,585 | 145,277 | 258,069 | 220,584 | 257,411 | 523,106 | 92,179 |

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 28（2016）年）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（平成 28（2016）年 1 月 1 日現在）

1 速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

(1) 脳卒中の発症予防

平成 27（2015）年度「都道府県別特定健康診査・特定保健指導の実施状況」によると、生活習慣病予防に向けた特定健康診査の対象年齢である 40 歳から 74 歳までの本県の特定健康診査の受診率は 45.3%で、全国平均（50.1%）を下回っています。また、特定保健指導の実施率は、19.8%で、全国平均（17.5%）を上回っています。

平成 26（2014）年「患者調査」によると、高血圧性疾患の年齢調整外来受療率は人口 10 万人あたり 282.8 人と、全国平均（262.2 人）より多く、脳卒中の危険因子を持つ人が多い状況です。

(2) 急性期の医療機関への患者の搬送

平成 29（2017）年版「救急・救助の状況」によると、平成 28（2016）年中の救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間は 39.4 分で、全国平均（39.3 分）と同程度となっています。また、「平成 27（2015）年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」によると、重症以上の患者の受け入れの照会が 4 回以上の割合は、平成 27（2015）年中で 3.0%となっており、全国平均（2.7%）より高く、平成 22（2010）年中の 2.6%（全国平均：3.8%）から改善がみられません。

しかしながら、広島県メディカルコントロール協議会の調べによると、「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が30分以上の人数」及び「重症以上の患者の受け入れの照会が4回以上の人数」を症候別にみると、脳卒中が想起される「麻痺」、「頭痛めまい」といった症候に係るものは多くはなく、比較的スムーズな救急搬送が行われています。

(3) 急性期の治療

本県の脳梗塞に対するt-PA（組織プラスミノゲン活性化因子）による脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関は21施設で、人口10万人あたり0.7施設で、全国平均（0.6施設）を上回っています。一方、人口10万人あたりのt-PA治療による脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数は8.6件で、全国平均（9.6件）を下回っています。

図表 2-1-13 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等

単位：施設、件

| 項目 | 全国 | 広島県 | 二次保健医療圏 | | | | | | |
|----------------------|--------|-----|---------|-----|------|------|------|-------|------|
| | | | 広島 | 広島西 | 呉 | 広島中央 | 尾三 | 福山・府中 | 備北 |
| 実施可能病院数 | 794 | 21 | 7 | 1 | 3 | 1 | 6 | 2 | 1 |
| 人口10万人あたり | 0.6 | 0.7 | 0.5 | 0.7 | 1.2 | 0.5 | 2.3 | 0.4 | 1.1 |
| 同療法実施件数 [※] | 12,292 | 248 | 85 | 14 | 28 | 14 | 28 | 68 | 11 |
| 人口10万人あたり | 9.6 | 8.6 | 6.2 | 9.6 | 10.7 | 6.3 | 10.8 | 13.0 | 11.8 |

※ 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数

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

(1) 脳血管疾患等のリハビリテーション

県内で、脳血管疾患等のリハビリテーションが実施可能な医療機関数（脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ、Ⅱ又はⅢの届出施設数の合計）は、人口10万人あたり8.2施設で、全国平均（5.9施設）を上回っています。また、早期リハビリテーションの実施件数は、人口10万人あたり729.6件で、全国平均（660.1件）を上回っています。

(2) 退院患者の平均在院日数

平成26（2014）年「患者調査」によると、本県において、脳血管疾患の退院患者の平均在院日数は78.6日で、全国平均（89.1日）より短い状況です。

3 在宅療養が可能な体制

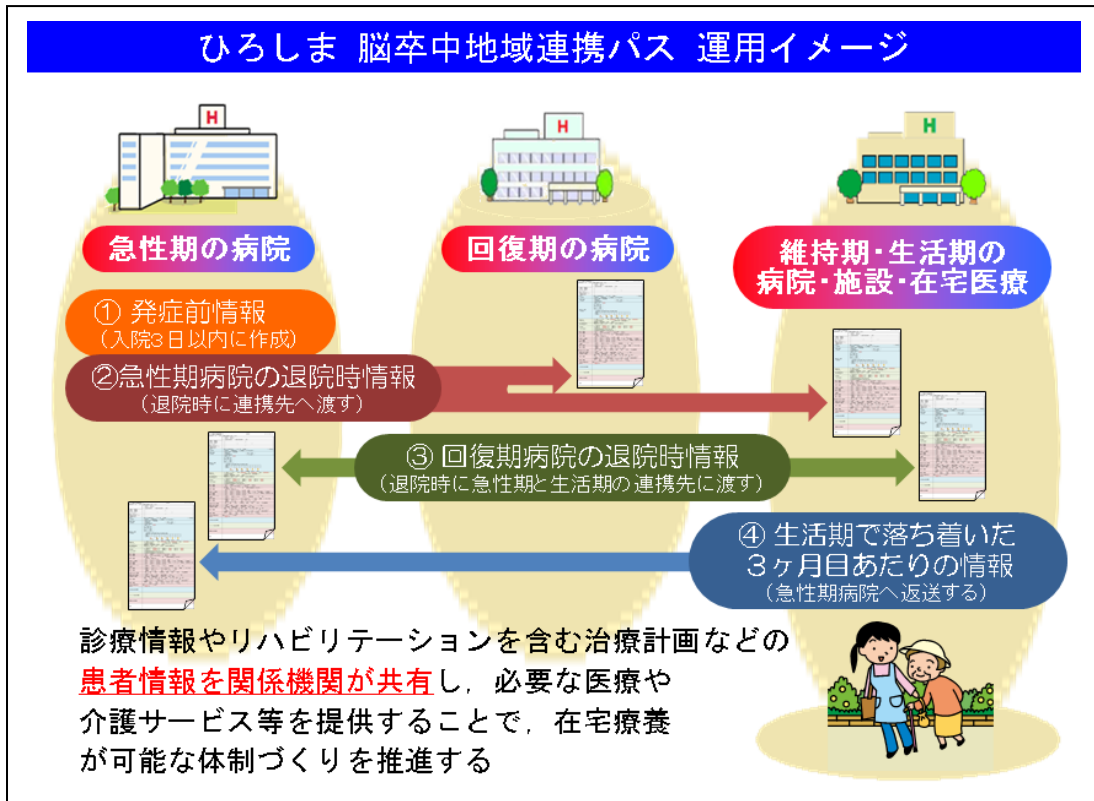
(1) 地域医療連携体制

本県では、全7圏域において、県内共通版の脳卒中の地域連携クリティカルパス（以下、第2章第1節「脳卒中対策」において「地域連携パス」という。）の運用が行われており、NDBの分析結果においても、急性期、回復期における地域連携パスに基づく診療計画作成等の人口10万人あたりの実施件数は、それぞれ53.7件と43.6件で、ともに全国値（39.2件、28.7件）を上回っています。

(2) 地域連携クリティカルパス

平成21（2009）年度には、広島県地域保健対策協議会（以下、「県地対協」という。）脳卒中医療連携推進専門委員会において、県内共通版の脳卒中地域連携パス「ひろしま脳卒中地域連携パス」が作成され、以降、より使いやすく改修し、運用も広がっています。

図表 2-1-14 ひろしま脳卒中地域連携パス



| 急性期 | | 回復期 | | | | | 生活期 |
|-------|--|--|-------|-------|-------|-------|---|
| 病期 | 急性期病院 | リハビリテーション・回復期病院 | | | | | 自宅または施設での医療 |
| 日数 | 入院 | 連院日(14~60日) | 軽院日 | 30日 | 60日 | 90日 | 連院日 |
| 日付 | (/) | (/) | (/) | (/) | (/) | (/) | (/) |
| 達成目標 | 1. 神経症状が安定している。 2. 離床・リハビリが開始できる。 3. 食事・栄養が開始できる。 | 1. 自宅退院あるいは施設入所の準備ができる。 2. リハビリの効果が期待できる。 | | | | | 1. 在宅で生活できる。 2. 神経機能を維持できる。 3. 再発しないよう受診継続する。 |
| 検査 | ○脳卒中の原因を診断するための、採血や心電図、レントゲン、超音波(CT、MRI)などの検査があります。 | ○脳卒中再発予防の薬による治療を継続します。(高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、心臓病) ○術後管理があります。 ☆栄養指導があります。 | | | | | ○定期的に危険因子の評価(血圧測定・血液検査など)をします。 |
| 治療・薬剤 | ○点滴や薬による治療を行います。 ○緊急手術が必要となる場合があります。 | ○再発の恐れがあります。再発予防の薬も処方されます。 | | | | | ○薬は継続して服用しましょう。 |
| リハビリ | ○リハビリを開始します。 あなたには 口理学療法士 口作業療法士 口言語聴覚士 が担当します。 | ○構成されたチームで、回復期コースを考えます。以下の3つのコースに分けられます。 口軽症：自宅生活まで可能 口中等症：積極リハビリ開始 口重症：治療優先・ベッドサイドリハビリ | | | | | ○社会生活・家庭生活へ復帰 ○自宅への生活 (○必要時)退所リハビリ等があります。 ○施設での生活期リハビリ・長期療養となります。 |
| 食事 | ○状態に応じて食事がとれます。 ○状態によって鼻から管を入れて栄養をとることもあります。 ☆栄養指導があります。 | ○自分でまたは介助で食事がとれます。 ○嚥下訓練 ☆栄養指導があります。 | | | | | ☆栄養指導があります。 ○食事運動療法の指導もあります。 |
| 清潔 | ○状態に応じて身体を清潔に保ちます。 ○入浴できない場合は看護婦が身体を拭きます。 ○介助でシャワーが入れるようになります。 | ○介助または自分でお風呂やシャワーが入れるようになります。 | | | | | |
| 排泄 | ○ベッド上で過ごす間は ○状態に応じてベッド上やベッド上で排泄します。 トイレで排泄できます。 | ○状態に応じてベッド上やトイレで排泄ができるようになります。 | | | | | |
| 説明・指導 | ☆医師から病状と入院中の治療計画について説明があります。 ☆看護婦から入院生活について説明があります。 | ☆医師から入院中の治療計画について説明があります。 ☆介護保険の説明があります。 | | | | | ☆今後の治療についてかかりつけ医から説明があります。 ☆ケアマネジャーと必要なサービスを相談します。 |

* この計画はのりやすであり、病状によって変更になることもあります。

課 題

1 速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

(1) 脳卒中の発症予防

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、その他、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す。脳卒中発症の予防には、生活習慣の改善や適切な治療に努めることが必要ですが、特定健康診査の必要性が十分に認識されておらず、受診行動に繋がっていません。

また、脳卒中発症時には、速やかに急性期の専門的治療が実施できる医療機関を受診することにより、より高い治療の効果や後遺症の軽減が見込まれますが、県民に対する脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性に関する啓発は十分ではありません。

(2) 急性期の医療機関への円滑な搬送

脳卒中に有効な治療法には、発症後の迅速な治療開始が求められるため、専門的な治療を実施できる医療機関への、適切な病院前救護を行いつつ、可能な限り速やかな搬送が必要ですが、救急搬送に要する時間は年々長くなるとともに、重症以上の患者の受け入れの照会が4回以上の割合は、改善がみられません。

(3) 急性期の医療連携体制の構築

本県の人口10万人あたりのt-PA治療による脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数は全国平均を下回っており、実施状況も地域にばらつきがあり、発症後早期にt-PA治療が実施できる体制が十分に構築できていません。

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

脳卒中は、社会生活に復帰するまでに、身体機能の回復を目的としたリハビリテーションが必要であり、個々の患者の神経症状の程度等に基づき、機能的な改善の到達点や、それに到達する時期を想定した上で、急性期から回復期・維持期（生活期）へ、継続的にリハビリテーションを行う必要があります。

3 在宅療養が可能な体制

(1) 地域連携体制

脳卒中は、発症の前兆として、一時的な頭痛や吐き気、手足の痺れや半身の麻痺などの症状が起きる場合もありますが、前ぶれもなく突然発症する場合があります。また、急性期から回復期・維持期（生活期）に移行する段階も、直接もしくは回復期リハビリテーションの実施を経て生活の場に復帰するといった一般的な経過を辿らないケースも多く、患者の状況に応じた、多職種によるアプローチが必要であり、地域連携体制の更なる構築を進める必要があります。

(2) 県内共通版地域連携クリティカルパスの利用

本県において、7圏域全てにおいて脳卒中地域連携パスが適用されていますが、急性期、回復期、維持期（生活期）において必要とされる医療機関が十分に確保できていない一部の地域では、十分に活用されていません。

目 標

| 区分 | 指標名 | 現状値 | 目標値 | 出典 |
|----|------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| ○ | 脳血管疾患退院患者平均在院日数 | [H26] 78.6日 | [H35] 78.6日以下 | 厚生労働省「患者調査」 |
| ○ | 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合 | [H26] 56.9% | [H35] 62.6% | 厚生労働省「患者調査」 |
| ○ | 年齢調整死亡率 (10万人あたり) | [H27] 男性 33.7 女性 19.0 | [H35] 男性 26.4 女性 16.6 | 厚生労働省 「人口動態特殊報告」 |

アウトカム指標を押し上げる指標として、次の指標を設定する。

なお、救急搬送データと医療・介護データを接続することで、救護から救命後医療(予後)までのアウトカムをしっかりと把握できる手法を検討していく。

| 区分 | 指標名 | 現状値 | 目標値 | 出典 |
|----|--|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| P | 特定健康診査受診率 | [H27] 45.3% | [H35] 70.0% | 厚生労働省調査 「特定健康診査・特定保健 指導実施状況」 |
| P | 重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った割合 | [H27] 3.0% | [H35] 3.0%以下 | 消防庁「救急業務のあり方に関する検討会」 |
| P | 救急要請から医療機関に収容までの平均時間 | [H28] 39.4分 | [H35] 39.4分以下 | 消防庁「救急業務のあり方に関する検討会」 |
| 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10万人あたり実施件数 | [H27] 7.6件 | [H27] 7.6件以上 | NDB |
| | (S)脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施可能な病院数(10万人あたり) | [H28] 0.4施設 | [H35] 0.4施設以上 | NDB |
| P | 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への10万人あたり同療法実施件数 | [H27] 8.6件 | [H35] 8.6件以上 | NDB |
| | (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(10万人あたり) | [H28] 0.7施設 | [H35] 0.7施設以上 | NDB |
| P | 地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の10万人あたり実施件数 | [H27] 急性期 53.7件 回復期 43.6件 | [H35] 急性期 128.7件 回復期 89.2件 | NDB |
| S | 脳血管疾患等リハビリテーション料の10万人あたり届出施設数 | [H28] 8.2施設 | [H35] 8.2施設以上 | 厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」 |

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

施策の方向

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

各保険者、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し、脳卒中の危険因子の早期発見と生活習慣の改善を図ります。

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

脳卒中に対しては、発症後早急に適切な治療を開始する必要があります。まずは、患者やその家族（施設入所の場合には、その職員等）が、脳卒中の発症を認識することが重要です。そのために、「FAST」などを活用した脳卒中の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ていきます。

(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

脳卒中が疑われる患者の救急搬送に際しては、病院前脳卒中スケール等を活用して脳卒中が疑われる例を判別し、疑わしい場合には、脳卒中の専門的な医療を行う施設に搬送することが求められます。そのために、メディカルコントロール協議会、関係医療機関、消防機関等と連携し、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ります。

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ます。

(3) 急性期の医療連携体制の構築

関係医療機関等と連携し、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ます。

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療法を可能にしたり、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ます。

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

脳卒中の急性期診療が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ります。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等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資源に応じて分担するなど、柔軟に検討していきます。

(2) 回復期リハビリテーション

急性期診療が終了し、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ります。

(3) 維持期・生活期リハビリテーション

回復期の医療が終了し、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います。

3 在宅療養が可能な体制づくり

(1) 地域連携体制の構築

入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制の確保に努め、発症から在宅復帰までの円滑な地域連携体制の構築を推進します。

具体には、退院時カンファレンスを実施できる体制やかかりつけ医を中心とした多職種連携による在宅医療体制などを構築するとともに、医療機関等の関係者と介護サービス事業者の連携に努めることができるよう、地域包括支援センターの機能強化を図ります。

(2) 県内共通版地域連携クリティカルパスの普及促進

県内のどこで脳卒中を発病・再発しても、関係機関のスムーズな連携により、切れ目のない医療サービスが提供できるよう、関係医療機関等と連携し、「ひろしま脳卒中地域連携パス」の一層の普及を進め、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画などの患者情報を関係機関が共有し、必要な医療や介護サービス等を提供することで、在宅療養が可能な体制づくりを推進します。

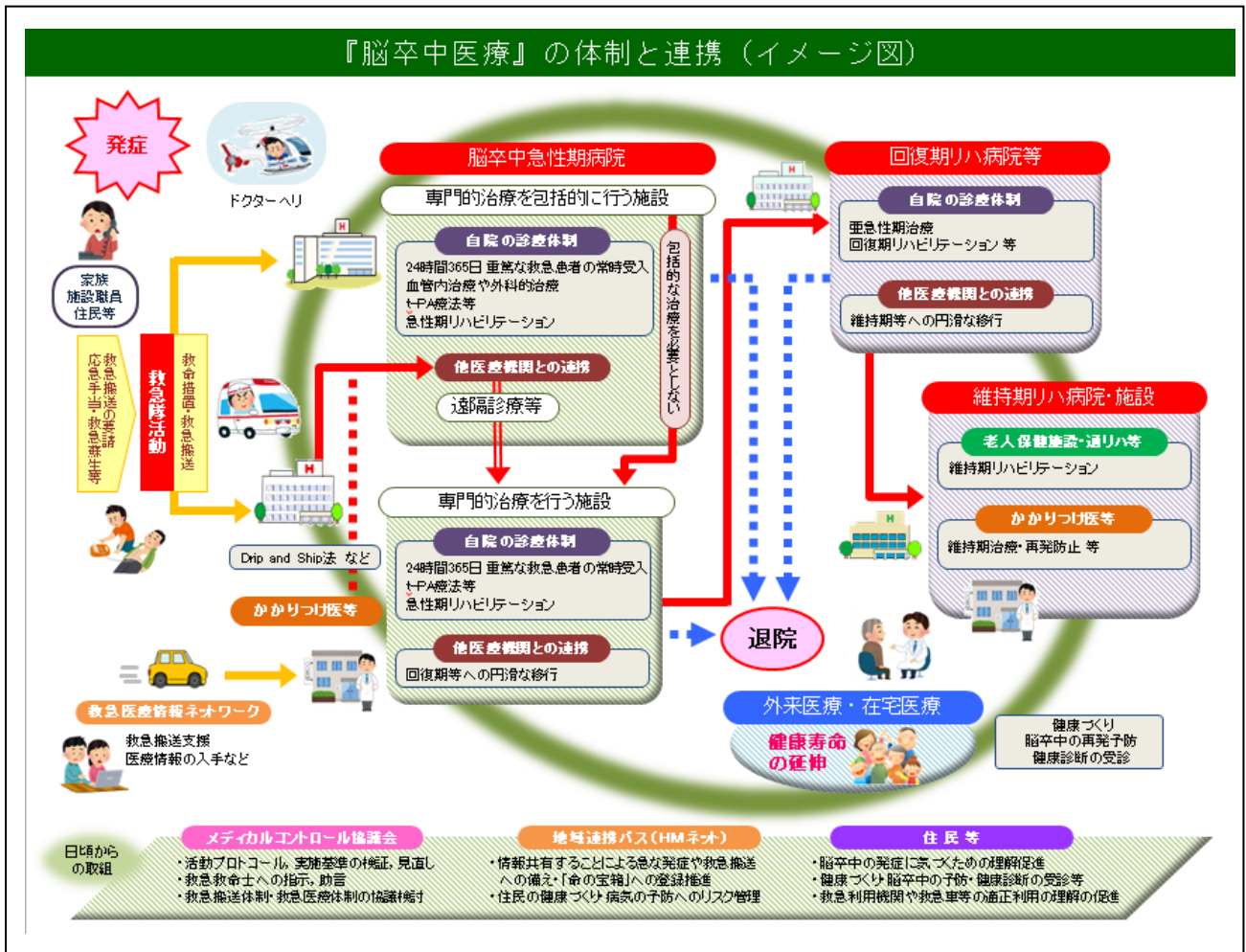
「ひろしま脳卒中地域連携パス」については、ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）へ掲載し、より汎用的で効果的な活用を目指します。

医療連携体制

脳卒中の医療連携を推進する体制は、圏域内の医療体制が整う二次保健医療圏ごとに構築します。脳卒中对策の医療体制に求められる医療機能は、次のイメージ図及び図表 2-1-16 のとおりです。

圏域ごとの医療連携体制を担う具体的な医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

図表 2-1-15 「脳卒中医療」の体制と連携



図表 2-1-16 脳卒中对策の医療体制に求められる医療機能

| | 【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 |
| 目標 | ・脳卒中の発症を予防すること | ・脳卒中の疑われる患者が、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 ・超急性期血栓溶解療法の適応時間を越える場合でも、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送すること | ・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時間を越えても高度専門治療の実施を検討すること ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ・廃用症候群を予防し、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 | ・身体機能の早期改善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 | ・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、その人に合った生活に近づけ社会復帰を支援すること ・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 |
| 医療機関等に求められる事項 | <p>【医療機関】</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること</p> <p>① 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、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</p> <p>② 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること</p> <p>③ 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勧奨について指示すること</p> | <p>【本人及び家族等周囲にいる者】</p> <p>① 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと</p> <p>【救急救命士等】</p> <p>① 地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと</p> <p>② 急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送すること</p> | <p>【医療機関】</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること。単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24時間体制を確保すること</p> <p>① 血液検査や画像検査（エックス線検査、CT、MRI、超音波検査）等の必要な検査が実施可能であること</p> <p>② 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が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）</p> <p>③ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が実施可能であること（遠隔診療を用いた補助を含む）</p> <p>④ 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（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）</p> <p>⑤ 適応のある脳卒中例に対し、外科手術や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がとれていること</p> <p>⑥ 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</p> <p>⑦ 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を含め、多職種間で連携して対策を図ること</p> <p>⑧ 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、言語聴覚療法、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</p> <p>⑨ 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</p> <p>⑩ 回復期（或いは維持期）の医療機関等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して連携していること</p> <p>⑪ 回復期（或いは維持期）に、重度の後遺症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</p> <p>⑫ 脳卒中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</p> | <p>【医療機関等】</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること</p> <p>① 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理が可能であること</p> <p>② 失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、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、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</p> <p>③ 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を含め、多職種間で連携して対策を図ること</p> <p>④ 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リハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること</p> <p>⑤ 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</p> | <p>【医療機関等】</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること</p> <p>① 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</p> <p>② 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること</p> <p>③ 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を含め、多職種間で連携して対策を図ること</p> <p>④ 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</p> <p>⑤ 回復期（或いは急性期）の医療機関等と、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して連携していること</p> <p>⑥ 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</p> |

◎脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標

| SPO | 指標名 | 全国 | 広島県 | 二次保健医療圏 | | | | | | | 調査年 | 調査名等 | 定義 |
|-----|---|--------------|--------------|---------|------|-------|-------|-------|-------|------|--------------|---------------|--|
| | | | | 広島 | 広島西 | 呉 | 広島中央 | 尾三 | 福山・府中 | 備北 | | | |
| S | 神経内科医師数 (10万人あたり) | 4,922 | 107 | 60 | 8 | 13 | 5 | 1 | 18 | 2 | 平成28年 | 医師・歯科医師・薬剤師調査 | 医師届出票(11)従事する診療科名等で主たる診療科を「神経内科」と届出をした医師数 |
| | 脳神経外科医師数 (10万人あたり) | 7,360 | 194 | 110 | 8 | 18 | 13 | 15 | 26 | 4 | | | |
| S | 救命救急センターを有する病院数 (100万人あたり) | 270 | 6 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 平成26年 | 医療施設調査 | 病院票(17)救急医療体制で、「救命救急センター」を有する施設数 |
| S | 脳卒中の専門病室を有する病院数 (10万人あたり) | 131 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 平成26年 | 医療施設調査 | 病院票(28)特殊診療設備で、SCUを有する施設数 |
| | 脳卒中の専門病室を有する病床数 (10万人あたり) | 926 | 24 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | 0 | | | 病院票(28)特殊診療設備で、SCUの病床数 |
| S | 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出施設数 (10万人あたり) | 132 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 平成28年3月 | 診療報酬施設基準 | A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出施設数 |
| 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 (10万人あたり) | 794 | 21 | 7 | 1 | 3 | 1 | 6 | 2 | 1 | 平成28年3月 | 診療報酬施設基準 | A205-2 超急性期脳卒中加算の届出施設数 |
| S | 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の届出施設数 (10万人あたり) | 2,671 | 72 | 31 | 5 | 7 | 8 | 8 | 9 | 4 | 平成28年3月 | 診療報酬施設基準 | H001 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の届出施設数 |
| | 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の届出施設数 (10万人あたり) | 1,933 | 55 | 23 | 2 | 4 | 2 | 9 | 15 | 0 | | | H001 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の届出施設数 |
| | 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の届出施設数 (10万人あたり) | 2,897 | 110 | 47 | 5 | 10 | 13 | 6 | 22 | 7 | | | H001 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の届出施設数 |
| | 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅳ)の届出施設数 (10万人あたり) | 2,3 | 3.8 | 3.4 | 3.4 | 3.9 | 5.9 | 2.3 | 4.2 | 7.6 | | | |
| P | ニコチン依存管理料を算定する患者数 (人口10万人あたり) | 520,837 | 13,810 | 6,862 | 523 | 981 | 883 | 1,017 | 2,920 | 624 | 平成27年度 | NDB | B001-3-2 ニコチン依存管理料の算定件数 |
| P | ハイリスク飲酒者の割合(総数) | 10.8 | | | | | | | | | 平成27年11月1日現在 | 国民健康・栄養調査 | 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者*/**調査対象者*1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者**平成27年国民生活基礎調査(約11,000単位区内の世帯約30万世帯及び世帯員約74万人)において設定された単位区から層化無作為抽出した300単位区内のすべての世帯及び世帯員で、平成27年11月1日現在で1歳以上の者 |
| | ハイリスク飲酒者の割合(男性) | 13.9 | | | | | | | | | | | |
| | ハイリスク飲酒者の割合(女性) | 8.1 | | | | | | | | | | | |
| P | 健康診断・健康検査の受診率 特定保健指導実施率 | 50.1 17.5 | 45.3 19.8 | | | | | | | | 平成27年 | 特定健康診断・特定保健 | 健診受診者数/調査対象者数 |
| P | 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受診率(人口10万対) | 262.2 | 282.8 | | | | | | | | 平成26年 | 患者調査 | 傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受診率を標準人口で補正した値 |
| P | 救急要請から医療機関に収容までの平均時間(分) | 39.3 | 39.4 | | | | | | | | 平成28年中 | 救急・救助の現況 | 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 |
| P | 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数 (人口10万人あたり) | 12,292 | 248 | 85 | 14 | 28 | 14 | 28 | 68 | 11 | 平成27年度 | NDB | DPC 診断群分類 010060病名+t-PA製剤投与 |
| | 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10万人あたり) | 7,522 | 218 | 126 | 13 | * | * | * | 63 | 16 | | | DPC 診断群分類 010060病名+K1781、K1782、K1783、K178-4の実施件数 |
| | 脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施医療機関数 (人口10万人あたり) | 5.9 | 7.6 | 9.2 | 8.9 | * | * | * | 12.0 | 17.1 | | | |
| | 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10万人あたり) | 8,775 | 129 | 41 | 23 | 14 | * | 23 | 28 | * | | | DPC診断群分類 010020病名+K1761、K1762、K1771、K1772の実施件数 |
| | くも膜下出血に対する脳動脈コイル塞栓術の実施件数 (人口10万人あたり) | 4,189 | 138 | 65 | * | 12 | * | * | 47 | 14 | | | DPC診断群分類 010020病名+K1781、K1782、K1783の実施件数 |
| | 脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数 (人口10万人あたり) | 295,511 | 9,246 | 4,265 | 315 | 1,120 | 550 | 951 | 1,899 | 146 | | | ICD病名160-64、摂食機能療法(1日につき)の算定件数 |
| P | 早期リハビリテーションの実施件数 (10万人あたり) | 846,394 | 20,932 | 8,764 | 754 | 2,615 | 1,071 | 2,689 | 4,330 | 709 | 平成27年度 | NDB | ICD病名160-69 早期リハビリテーション加算の算定件数 |
| P | 地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数 (10万人あたり) | 50,267 | 1,540 | 416 | 80 | 336 | 108 | 141 | 406 | 53 | 平成27年度 | NDB | B005-2 脳卒中に関する地域連携診療計画管理料の算定件数 |
| | 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数 (10万人あたり) | 39.2 | 53.7 | 30.5 | 55.0 | 128.7 | 49.0 | 54.3 | 77.5 | 56.6 | | | B005-3 脳卒中に関する地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)の算定件数 |
| O | 退院患者平均在院日数 | 89.1 | 78.6 | 76.8 | 99.4 | 53.6 | 118.7 | 86.3 | 69.7 | 89.4 | 平成26年 | 患者調査 | 傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日数(病院) 「脳血管疾患」×退院後の行き先「家庭」で個票解析 |
| O | 脳血管疾患患者の在宅死亡割合 | 21.8 | 22.2 | | | | | | | | 平成27年 | 人口動態調査 | 在宅等での死亡者数/死亡者数** *都道府県別の死因「脳血管疾患」の在宅等(介護老人保健施設、自宅、老人ホーム)での死亡者数 **都道府県別の死因「脳血管疾患」の全死亡者数 |
| O | 脳血管疾患患者の年齢調整死亡率(男性) | 37.8 | 33.7 | | | | | | | | 平成27年 | 人口動態特殊報告 | 脳血管疾患による年齢調整死亡率 |
| O | 脳血管疾患患者の年齢調整死亡率(女性) | 21.0 | 19.0 | | | | | | | | | | |
| 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 | | 15.2 | | | | | | | | 平成26年 | 患者調査 | 脳血管疾患で救急搬送された患者について、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。 |