

2 脳卒中対策

第1 現状と課題

1 脳卒中の現状

脳卒中は、脳の血管が詰まったり破れたりすることによって脳機能に障害が起きる疾患で、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血に大別され、本県の死亡原因の第3位となっています。

命を取りとめても言語や運動、認知機能に障害などの後遺症が残ることも多く、脳卒中は認知症に次いで介護が必要となる原因の第2位となっており、患者や家族の日常生活に大きな影響を与えます。

脳卒中は、高血圧、糖尿病、脂質異常症が発症リスクとなりますので、生活習慣の改善と血圧などの管理を行い、発症を予防することが重要です。発症した場合は、できるだけ早く治療を受けることでより高い治療効果が見込まれ、後遺症も少なくなるため速やかな救急要請により早急に専門的治療を開始することが必要です。

また、後遺症を最小限にとどめ、早期に自立した生活へ復帰するためには、病期に応じたリハビリテーションが継続して行われる必要があります。

(1) 患者数

脳卒中での治療を受けている推計患者数は、全国で約118万人、本県では9千人となっています。

表1 脳卒中の推計患者数(平成26年) (単位:千人)

	全国	沖縄県
脳梗塞	860	6
脳内出血	138	2
くも膜下出血	42	0
脳動脈硬化症(症)	6	-
その他の脳血管疾患	135	1
合計	1,181	9

※患者調査

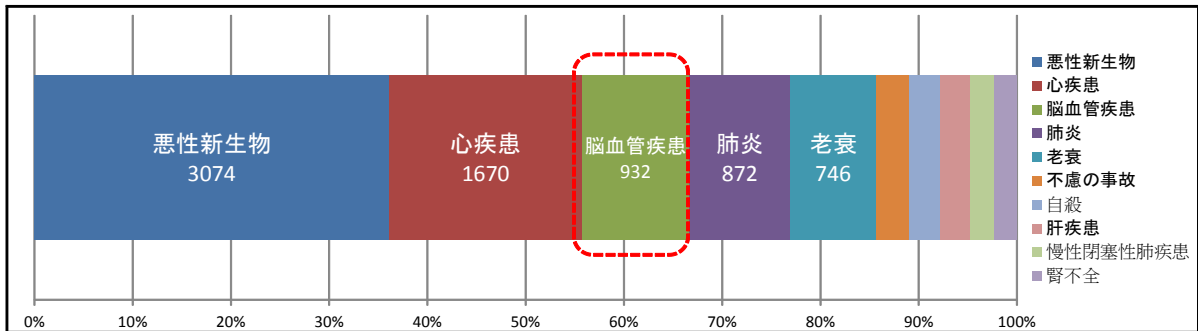
(2) 死亡数

脳血管疾患を原因として全国で109,320人、本県では932人が死亡しており、死亡数全体の8.0%（全国8.4%）を占め、死因の第3位（全国第4位）となっています。（図1）

全国的には、脳梗塞の死亡数の減少に伴い、脳血管疾患全体の死亡数は減少傾向にあります。本県は脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血ともに増加し、脳血管疾患全体の死亡数は増加傾向にあります。（図2、表2）

病型別でみると、本県は全国に比べて男性の脳内出血の割合が高く、全国の34.1%に対し、本県は43.5%となっています。（図3）

図1 沖縄県の死因別死亡数（平成28年）（単位：人）



※人口動態調査

	1位	2位	3位	4位	5位	6位	7位	8位	9位	10位
総数	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	老衰	不慮の事故	自殺	肝疾患	慢性閉塞性肺疾患	腎不全
11,706	3,074	1,670	932	872	746	285	269	262	204	199
100%	26.3%	14.3%	8.0%	7.4%	6.4%	2.4%	2.3%	2.2%	1.7%	1.7%

図2 脳血管疾患による死亡数（単位：人）

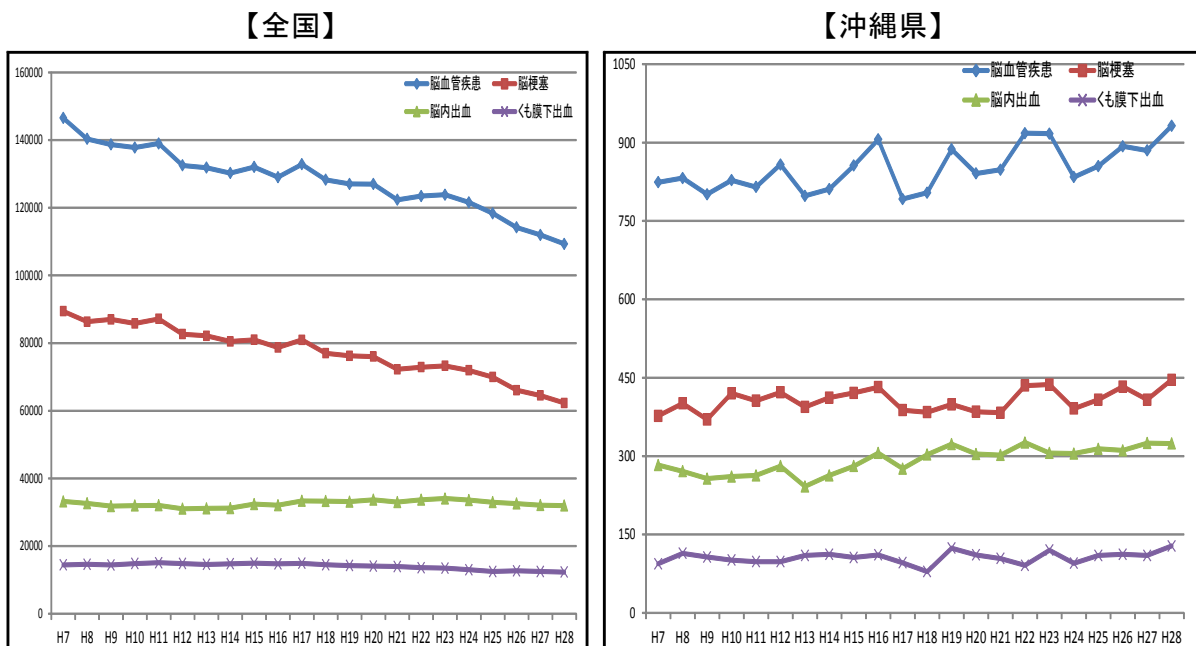


表2 脳血管疾患による死亡数の増減率

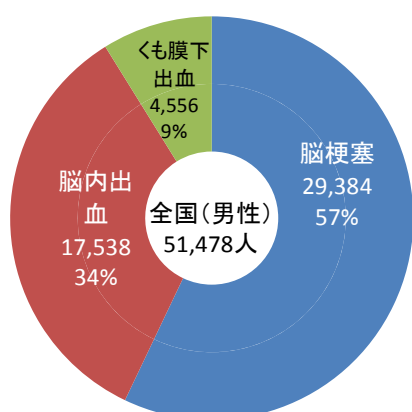
【全国】		平成7年	平成28年	増減率
	脳血管疾患	146,552人	109,320人	△ 25.4%
	脳梗塞	89,431人	62,277人	△ 30.4%
	脳内出血	33,187人	31,975人	△ 3.7%
	くも膜下出血	14,424人	12,318人	△ 14.6%

【沖縄県】		平成7年	平成28年	増減率
	脳血管疾患	824人	932人	+ 13.1%
	脳梗塞	377人	446人	+ 18.3%
	脳内出血	283人	324人	+ 14.5%
	くも膜下出血	94人	128人	+ 36.2%

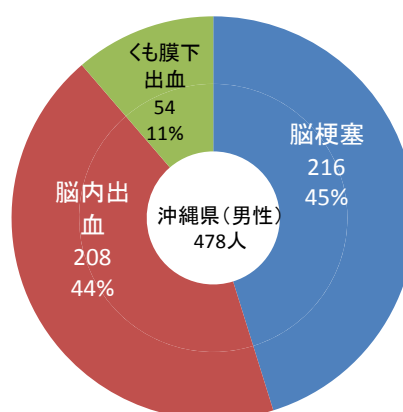
※人口動態調査

図3 脳血管疾患の病型別死亡数の割合(平成28年)

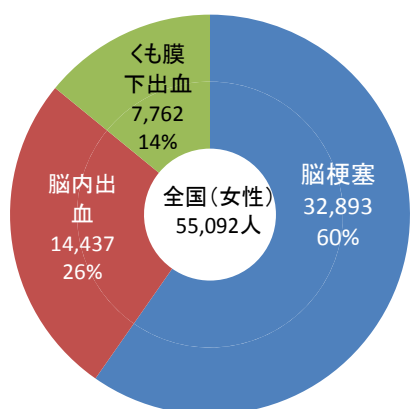
【全国・男性】



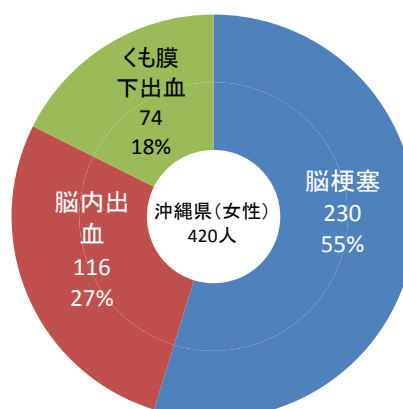
【沖縄県・男性】



【全国・女性】



【沖縄県・女性】



※人口動態調査

(3) 死亡率

脳血管疾患の年齢調整死亡率は全国的に減少傾向にあります。(図4)

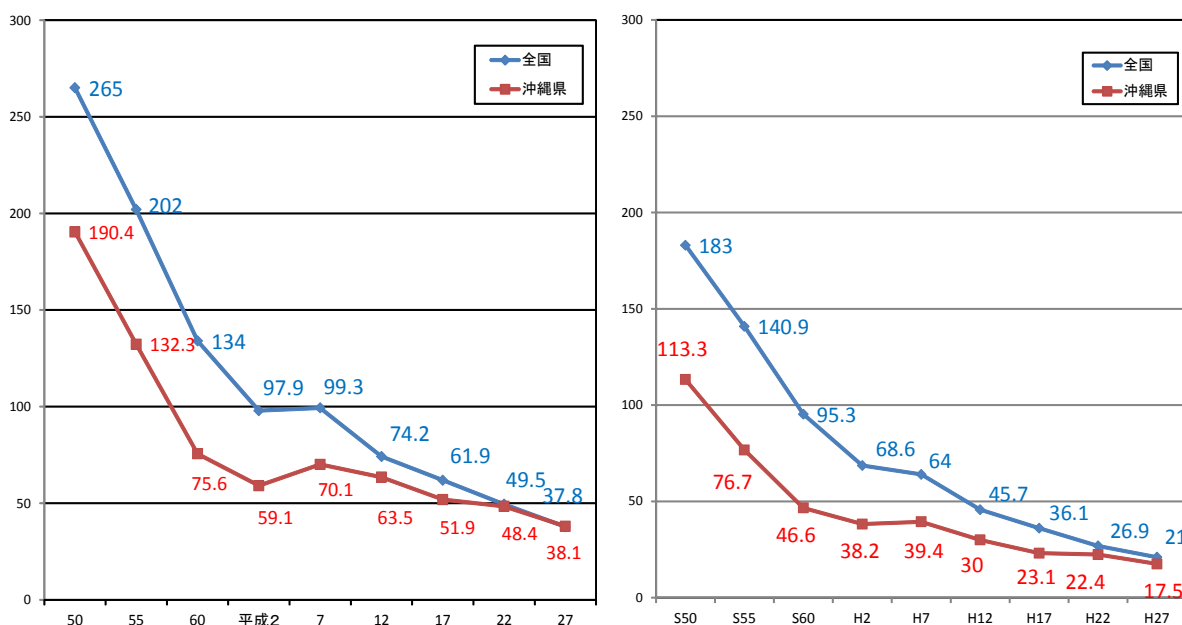
全国と比較すると、本県は平成27年は男性は全国より高く、女性は低い状況となっています。年齢別で見ると、高齢者の死亡率が全国より低い一方で、男性の75歳未満は死亡率が各年齢階級において高くなっており、働き盛り世代の死亡率の改善が大きな課題となっています。(図5)

病型別でみると、男性の脳内出血による年齢調整死亡率は平成7年から全国を上回る死亡率で推移しており、平成27年は全国の14.1に対して18.3となっており、全国で7番目に高い死亡率となっています。(図7)

働き盛り世代の死亡率が特に高いことも大きな課題であり、男性の55～59歳は全国第1位、45～49歳は全国第2位と高い死亡率となっています。(図8)

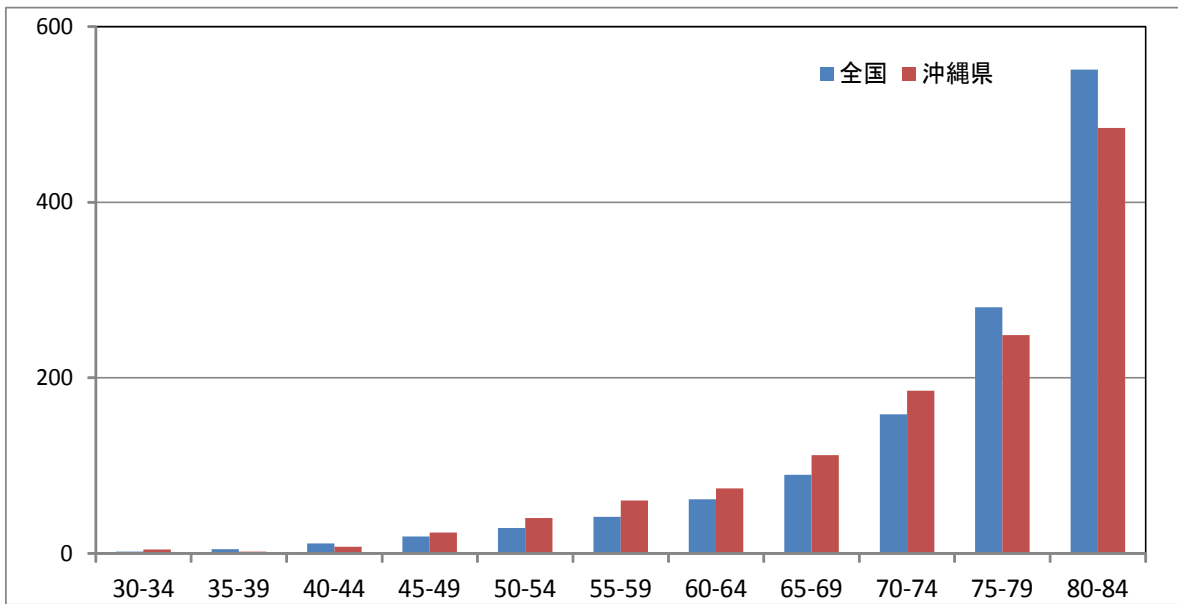
死亡率は病型別、地域別に差が見られ、脳梗塞の死亡率は全体的に全国より低いですが、脳内出血は全国より高い地域があり、特に、八重山地域では、男性は全国の約2.5倍、女性は約2倍となっています。(表3)

図4 脳血管疾患による年齢調整死亡率 (人口10万人対)
【男性】 【女性】



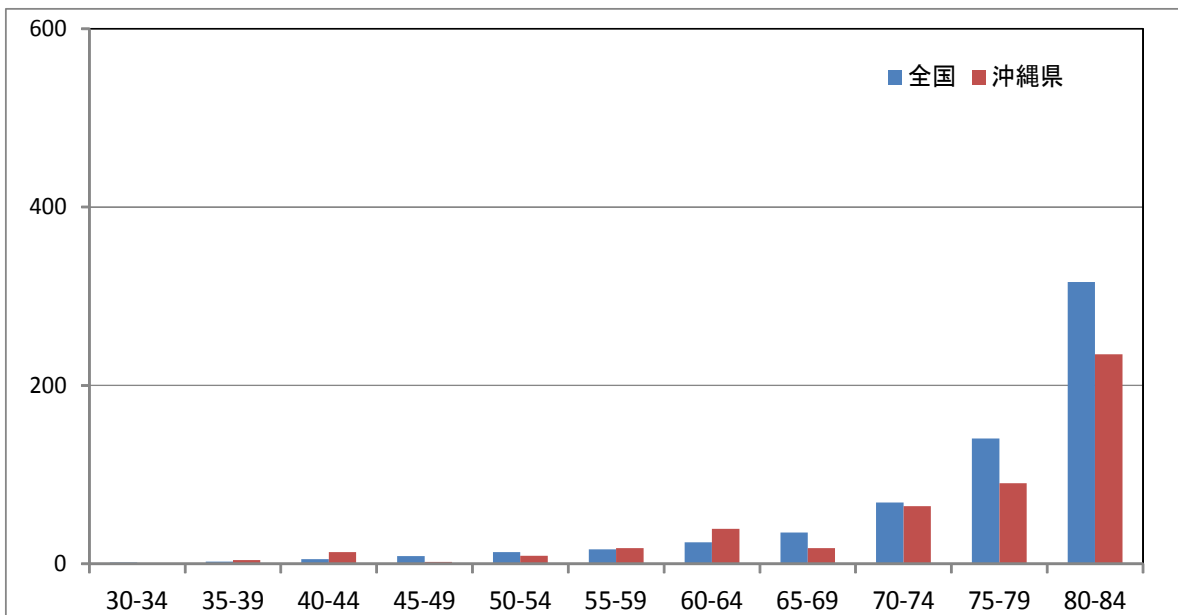
※平成27年人口動態調査特殊報告

図5 脳血管疾患による年齢階級別死亡率(男性) (人口10万人対)



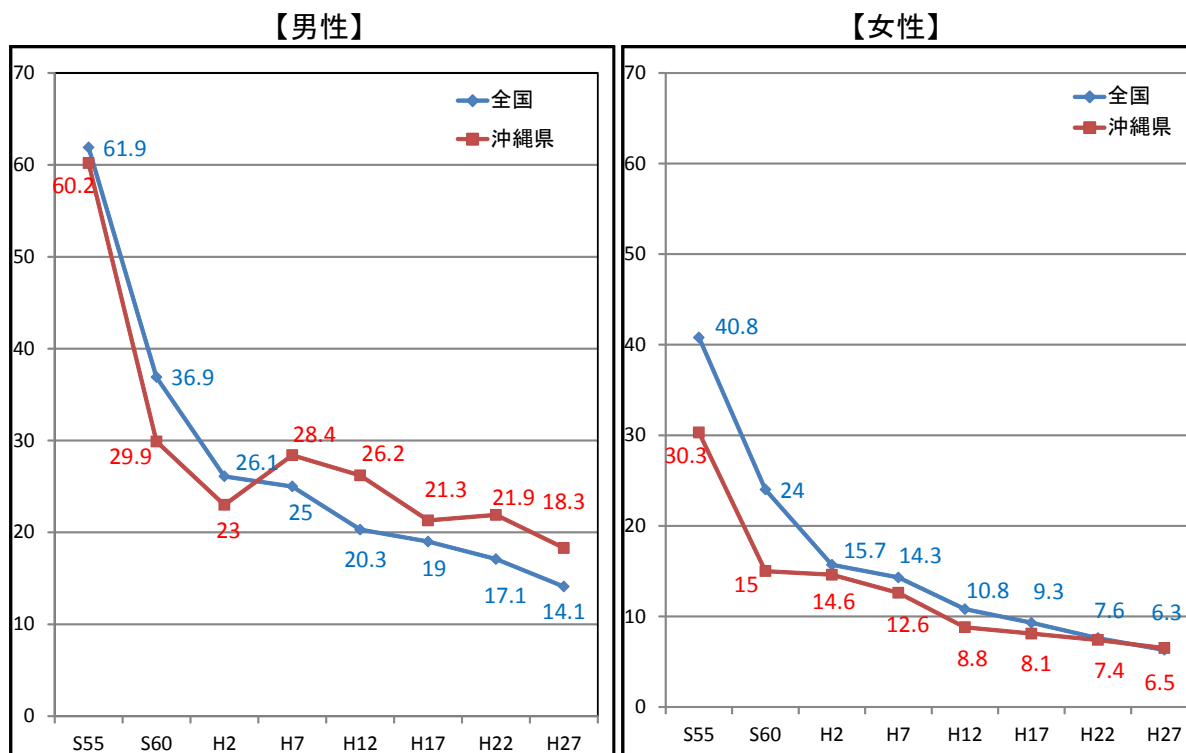
※平成27年人口動態調査特殊報告

図6 脳血管疾患による年齢階級別死亡率(女性) (人口10万人対)



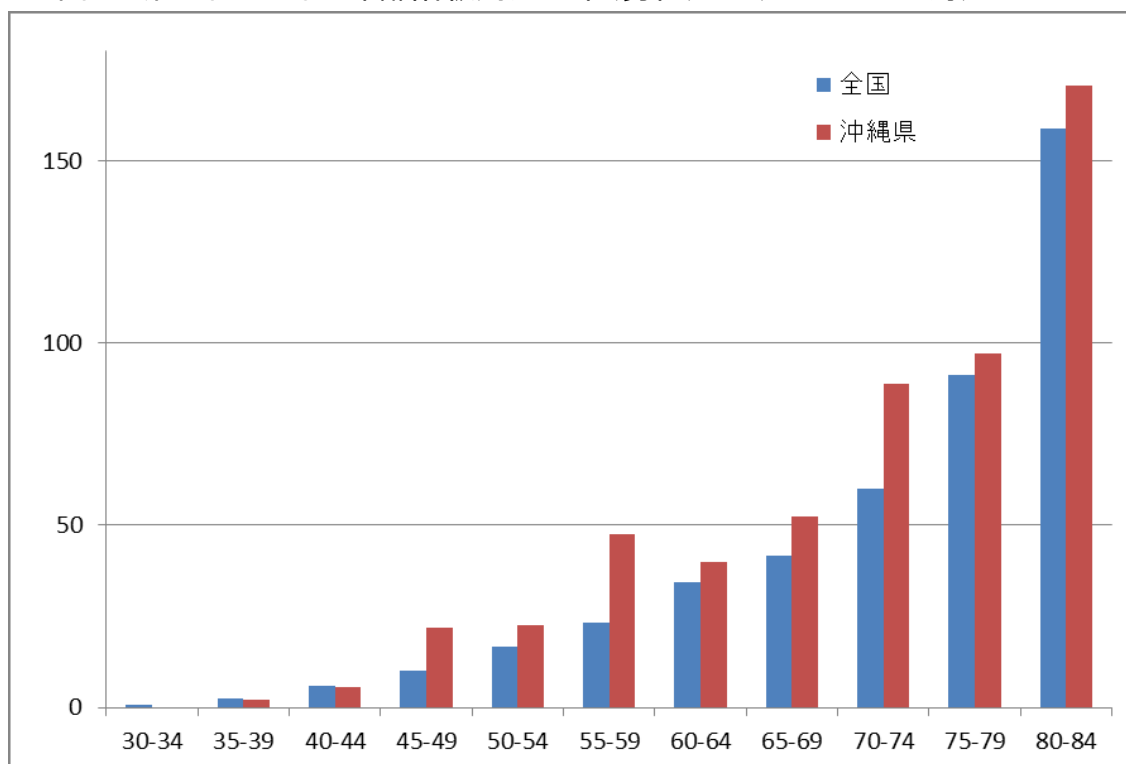
※平成27年人口動態調査特殊報告

図7 脳内出血による年齢調整死亡率（人口10万人対）



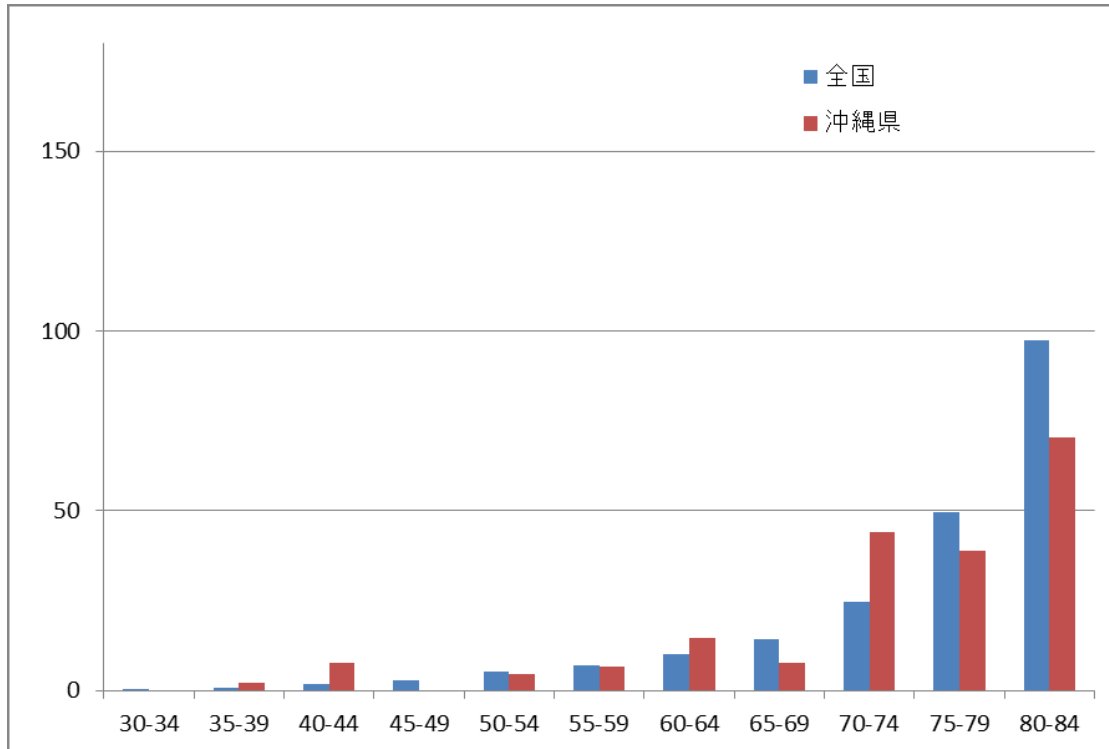
※人口動態調査特殊報告

図8 脳内出血による年齢階級別死亡率（男性）（人口10万人対）



※平成27年人口動態調査特殊報告

図9 脳内出血による年齢階級別死亡率(女性) (人口10万人対)



※平成27年人口動態調査特殊報告

表3 地域ごとの脳血管疾患の標準化死亡比*(平成20～24年)

	総数		脳内出血		脳梗塞	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
沖縄県	86.2	69.7	113.4	89.9	64.8	56.6
北部保健所	79.3	63.1	92.5	76.3	58.8	46.3
中部保健所	89.3	79.3	110.8	96.3	75.4	70.3
中央保健所	83.1	63.5	108.1	78.6	55.2	48.6
南部保健所	74.9	58.4	98.2	78.2	60	49
宮古保健所	106.7	84.4	140.2	101.1	84.5	78.9
八重山保健所	127.2	102.9	257.3	206.4	72	66.2

※人口動態調査

※中央保健所の数値は那覇市、浦添市、南部圏域離島町村分

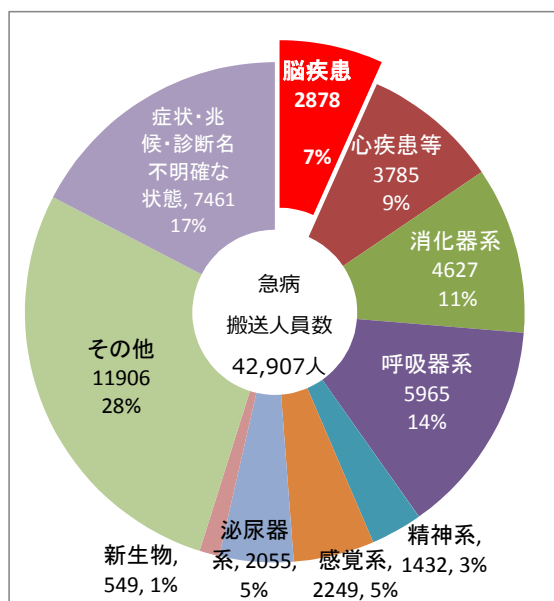
*標準化死亡比:人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。全国を100として、全国よりどれくらい高いかを示したもの。100より小さい場合は全国より死亡率が低く、100より大きい場合は死亡率が高い。

(4) 救急搬送

脳卒中を含む脳疾患により救急搬送された患者数は2,878人で、急病による救急搬送者数の6.7%を占めています。(図10)

搬送患者の31.7%(913人)が成人(満18歳～65歳未満)、65.9%(1,896人)が高齢者(満65歳以上)で、全国より成人の割合が高くなっています。(表4)

図10 急病による救急搬送者数(平成27年)



※沖縄県防災危機管理課

表4 脳疾患による救急搬送者数(平成27年) (単位:人)

	全国		沖縄県	
	搬送人員数	割合	搬送人員数	割合
新生児	17	0.0%	2	0.1%
乳幼児	2,419	0.9%	38	1.3%
少年	2,237	0.8%	29	1.0%
成人	66,952	23.8%	913	31.7%
高齢者	210,078	74.6%	1,896	65.9%
合計	281,703	100%	2,878	100%

※消防庁「平成28年版救急・救助の現状」、沖縄県防災危機管理課データ

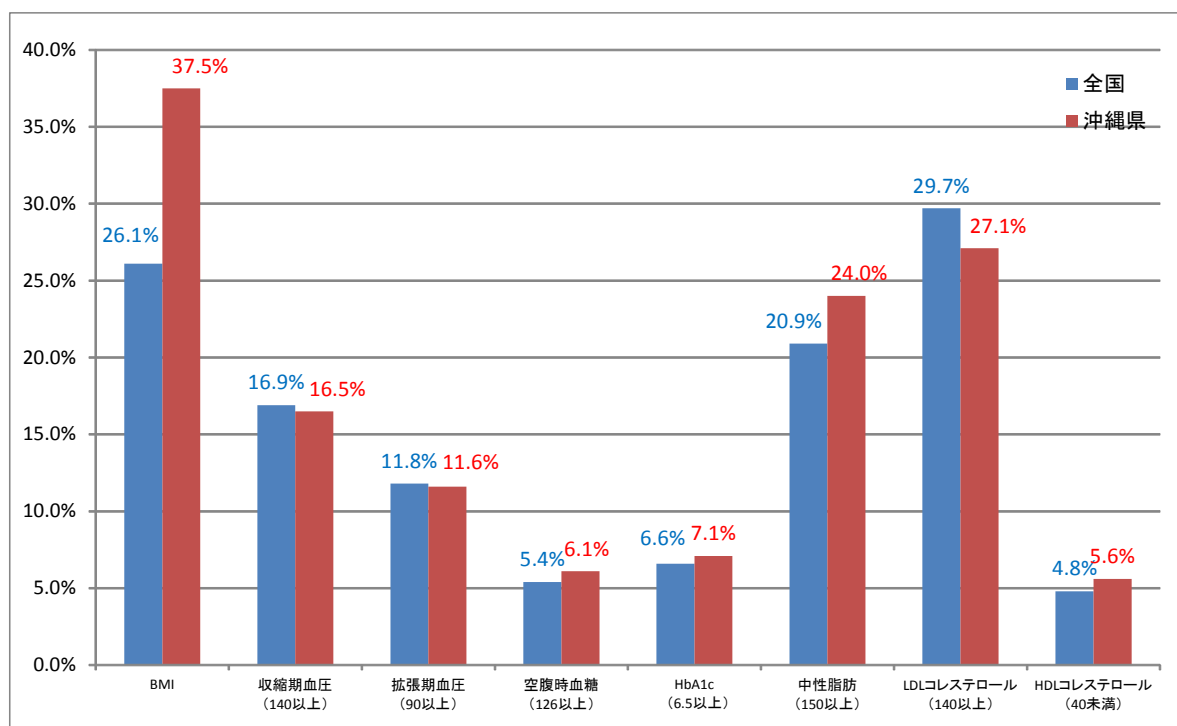
(5) 危険因子

脳血管疾患の危険因子として、高血圧、糖尿病、脂質異常症があげられます。これらは自覚症状がほとんどないため、気づかぬうちに進行し、脳や血管などにダメージを与えていきます。その結果、ある日突然、脳卒中など、命に関わる恐ろしい疾患を引き起こすことがあります。特定健診の結果をみると、本県は空腹時血糖及びHbA1c(糖尿病)、中性脂肪及びHDLコレステロール(脂質異常症)の有所見率が全国を上回る結果となっています。(図11)

高血圧については全国を下回っていますが、年齢階級別にみると50歳未満は全国を上回る結果となっています。(表5)

特に、これらの危険因子の発症と関わりが強い肥満(BMI)の数値が突出して高いことも課題です。(図12)

図11 特定健診の有所見率

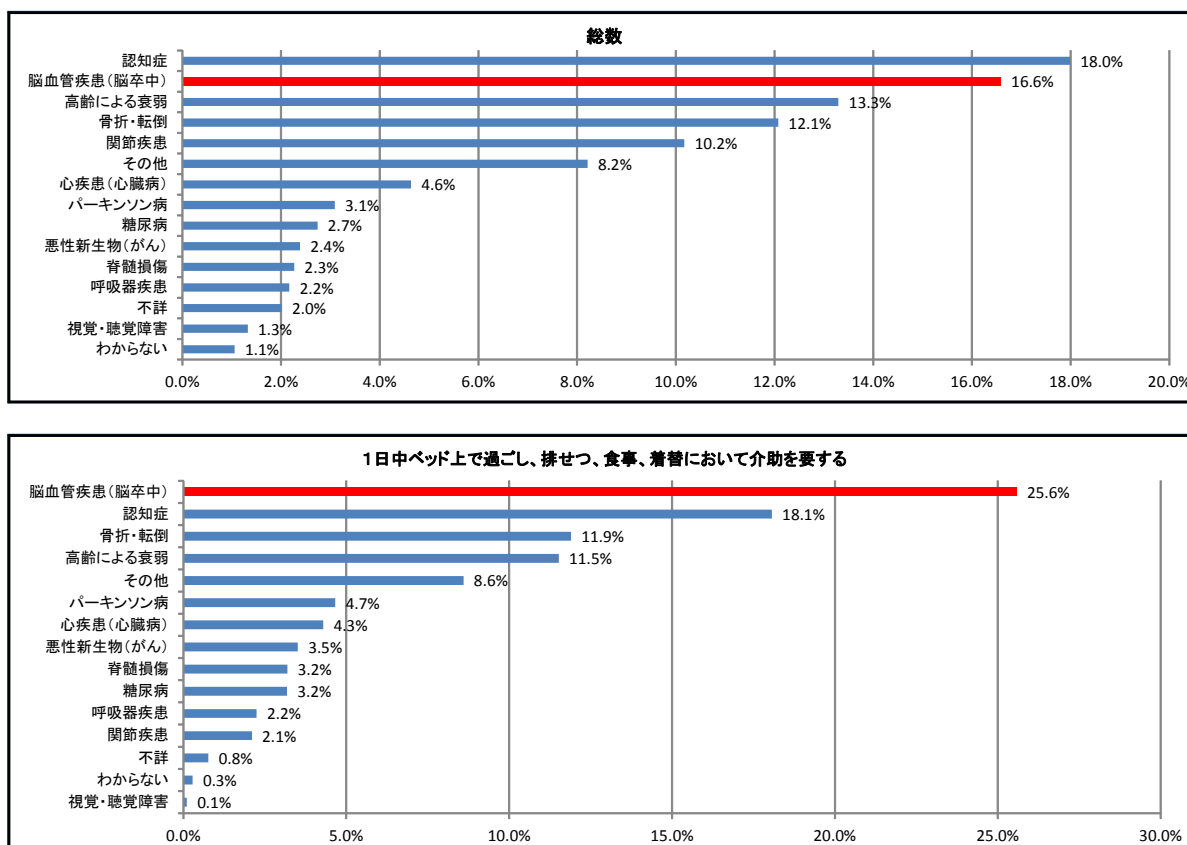


※平成26年度NDBオープンデータ

(6) 介護の要因

介護が必要となった人の介護要因の第2位が脳血管疾患(脳卒中)です。1日中ベッドの上で過ごし、排せつや食事などに介助を要するなど、特に介護度が高い人については脳血管疾患(脳卒中)が介護要因の第1位であり、25.6%を占めています。

図13 介護が必要となった要因



※平成28年国民生活基礎調査

2 脳卒中の医療

(1) 病院前救護

脳卒中を発症した場合、できるだけ早く治療を始めることでより高い治療効果が見込まれ、後遺症も少なくなるため、脳卒中を疑う症状がある場合、本人又は周囲にいる人が速やかに救急要請をすることが重要です。

(2) 急性期医療

脳卒中の急性期には、全身の管理とともに、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血ごと

の病態に応じた治療が行われます。また、廃用症候群*の予防や急性期後の機能回復の状態の向上に、急性期リハビリテーションが大きな効果をもたらすと言われており、急性期医療の充実とともに急性期リハビリテーションの充実が求められています。

*廃用症候群：病気やけがなどで、長期間安静にしていることによって起こる弊害の総称。脳卒中の発症後、ベッドに寝たまま体を動かさないと麻痺側の関節が固まって動かさなくなったり、床ずれができたり、筋力が弱くなるなど、寝たきりの要因となります。高齢者は認知症の症状が出てきたりもします。これら特定の器官を動かさないことで生じる障害を廃用症候群と呼びます。

ア 脳梗塞

発症後4.5時間以内にt-PA製剤使用の適応患者に、製剤投与による血栓を溶かすための治療を開始する必要があります。治療開始までの時間が短いほどその有効性は高いため、迅速にt-PAによる治療が可能な医療機関を受診することが必要であり、医療機関への到着後、治療開始まで1時間以内が目安とされています。また、t-PA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治療を行うことが重要となります。

イ 脳内出血

血圧などの管理が主体であり、出血部位により手術が行われることもあります。

ウ くも膜下出血

動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂を防止するための開頭手術や開頭を要しない血管内治療が行われます。

(3) リハビリテーション

介護度が高い人の約25%が脳卒中が要因となっています。要介護状態になることの予防、機能障害などを最小限にとどめ自立した生活への復帰を支援するため、急性期から維持期まで病期に応じた適切なリハビリテーションが一貫した流れで継続して提供される必要があります。

ア 急性期リハビリテーション(急性期病院)

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します。

イ 回復期リハビリテーション(回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟)

回復期リハビリテーション病棟等へ入院し、機能回復や日常生活動作(ADL)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します。これらの病棟では、日常生活動作(ADL)の改善や寝たきり防止、円滑な生活復帰を目的に多職種が連携して集中的、総合的にリハビリテーションを行います。

ウ 維持期リハビリテーション(介護老人保健施設、病院又は診療所、デイサービス等)在宅等での生活機能の維持、向上のためのリハビリテーションを実施し、社会生活への復帰及び日常生活の継続を支援します。

(4) 再発予防・維持期の医療

脳卒中は再発や増悪を起こしやすいため、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、喫煙、過度の飲酒等)の継続的な管理が重要です。また、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションも継続して行う必要があります。

再発予防・維持期の医療を提供する医療機関は、適切な服薬や危険因子の管理の継続について患者教育を行い、一方、患者はかかりつけ医を持って、必要な服薬や危険因子の管理、リハビリテーションを継続することが大切です。

第2 目指す方向性

1 目指す姿

- (1) 脳血管疾患の発症者数が減少している。
- (2) 脳血管疾患の年齢調整死亡率が低下している。
- (3) 脳血管疾患患者が在宅復帰できている。

2 取り組む施策

(1) 脳血管疾患の危険因子の改善

ア 特定健診未受診者への受診勧奨の実施

特定健診を受診し、高血圧、糖尿病、脂質異常症などと診断されたら、たとえ自覚症状がなくても放置せずに、早めに医療機関を受診することが重要です。本県は、特に働き盛り世代の死亡率が高いことが課題となっています。40歳になったら特定健診を毎年受診し、自分の健康状態を確認し、危険因子があつたら、食事や運動など生活習慣を見直し、治療に前向きに取り組むことで、脳卒中などの発症リスクを抑えることができます。

平成27年度の特定健診の受診率は、市町村国保が38.9%、協会けんぽが54.2%と低い状況となっています。引き続き保険者による受診勧奨を実施するとともに、県民は年一回の受診に努め、また、雇用主においては従業者及びその被扶養者の検診受診の勧奨を行うなど、特定健診の受診率向上のための取り組みを推進します。

表6 特定健診の受診率(平成27年度) (単位:人、%)

	特定健診対象者	受診者	受診率
市町村国保	258,160	100,450	38.9%
協会けんぽ	222,039	120,355	54.2%
共済	26,904	22,464	83.5%
健保組合	15,314	12,737	83.2%
合計	522,417	256,006	49.0%

※保険者データ

イ 特定健診での有所見者への特定保健指導の実施

医療保険者は、特定健診の結果から生活習慣病の有病者を発見し受診勧奨を行うとともに、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ(保健師、管理栄養士など)が生活習慣を見直す指導を行っています。

特定健診の結果に応じた特定保健指導の実施により、疾病の早期発見による早期治療及び疾病予防のための生活習慣の改善を支援します。

なお、沖縄県医師会では、県民への適切な保健指導や医療勧奨、切れ目なく必要な治療等を行うことを目的に、特定健診の結果を基本情報として、各医療保険者が行う特定保健指導情報や医療機関での治療内容、治療の経過、地域医療連携パス情報等を共有するためのデータベース「おきなわ津梁ネットワーク」を運営しています。同ネットワークに加入することにより、疾病予防のための指導や治療が必要にも関わらず未治療となっている人に対して必要な医療を提供し、重症化を防ぐ効果が見込まれますので、県民、医療機関ともに積極的な加入が望まれます。

(2) 脳卒中の急性期医療の確保

ア 県民に対する脳卒中の症状、発症時の対処法の普及、啓発

脳卒中を発症した場合、できるだけ早く治療を始めることでより高い治療効果が見込まれ、後遺症も少なくなるため、早急に適切な治療を受ける必要があります。脳卒中を疑う症状がある場合、本人又は周囲にいる人が速やかに救急要請をすることが重要となりますので、医療機関や関係団体の協力を得て、県民に対し脳卒中の初期症状や救急時の対応に関する知識及び速やかな救急搬送要請の必要性の普及、啓発に取り組みます。

イ 救急搬送時の病院前脳卒中スケールの実施

患者の救急搬送時において、病院到着前に脳卒中の重症度を判別し搬送先の病院へ事前に連絡をすることにより、病院において予め緊急受入体制を整えることが

可能となり、初期対応の時間の短縮、早期治療の開始が見込まれます。脳卒中スケール*の標準実施など、消防機関と医療機関の情報共有、連携強化の取り組みを支援します。

*脳卒中スケール:救急現場で脳卒中かどうかを判定し、その重症度を評価するためのチェックリストを使用した評価手法。

ウ t-PAや外科手術、脳血管内手術が24時間速やかに実施できる連携体制の整備
 脳卒中は、t-PA治療、外科治療及び脳血管内手術など、病態に応じた治療を早急に実施する必要があるため、24時間専門的な検査及び治療が実施可能な体制を確保する必要があります。単一の医療施設でこれらの全ての医療を提供できる体制を確保することが困難な場合や、地域の医療資源の状況によっては、24時間専門的な検査や治療を行う体制を確保することが、医療機関及び医療従事者に過度の負担となる場合もあります。脳卒中に精通した医師による遠隔診療を用いた診断補助の実施や、医療機関の機能分担、連携強化などにより、医療資源を効率的に活用し、医療機関の負担の軽減を図るとともに、24時間必要な医療を提供できる体制確保のための取り組みを支援します。

表7 来院後60分以内のt-PA治療が24時間対応可能な医療機関数

医療圏	北部	中部	南部	宮古	八重山
医療機関数	1	3	11	1	1

※医療機能調査(平成29年5月1日現在)

(3) 質の高いリハビリテーションの提供体制の確保

ア 急性期入院時からの急性期リハビリテーションの提供

脳卒中のリハビリテーションは病期によって分けられ、急性期に行うリハビリテーションは、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します。早期にリハビリテーションを開始することで、機能回復の状況が良好となり、結果として入院期間の短縮につながるとの報告もあります。

リスク管理のもと、リハビリテーション専門職チームで行う急性期リハビリテーションの充実に支援します。

イ 回復期リハビリテーション病棟での専門的、集中的なリハビリテーションの提供

回復期リハビリテーション病棟では、後遺症の程度や回復具合など個人の状態にあわせて、歩行訓練、手や腕の機能訓練、摂食・嚥下訓練、言語訓練、高次脳機能

障害のリハビリテーションなど、退院後の生活を見据えたりリハビリテーションを行います。回復期リハビリテーションについては、患者、家族が生活する地域で提供されることが望ましい機能であるため、各二次医療圏における回復期リハビリテーション機能の確保、充実を支援します。

表8 回復期リハビリテーション病棟のある医療機関数

医療圏	北部	中部	南部	宮古	八重山
医療機関数	3	6	11	0	1

※九州厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」(平成30年3月1日現在)

(4) 多職種が連携した療養支援体制の構築

ア 切れ目なく必要な治療、リハビリテーション及び介護サービスが提供される連携体制

脳卒中を発症した後、急性期治療終了時の患者の状態は、麻痺などの障害が残らない方から、重度の機能障害がある方までその状態は多様です。

急性期治療、急性期リハビリテーションのみでは社会復帰が困難な患者の地域社会への復帰のためには、急性期病院、回復期リハビリテーションを提供する病院、再発予防のための医療を提供する地域の診療所が連携し、切れ目なく継続して必要な医療とリハビリテーションが提供される必要があります。また、介護が必要な患者については、介護支援専門員とも患者の情報を共有し、在宅療養を支援する必要があります。

おきなわ脳卒中地域連携委員会*では、これらの病院・診療所間で、治療及びリハビリテーションが切れ目なく提供できるよう、患者の状態を的確に評価して、その情報を共有する目的で「おきなわ脳卒中地域連携パス」を運用しています。

脳卒中患者が、急性期治療や回復期リハビリテーションなどを経た後、再発や増悪が予防され、早期に生活の場に戻ることができるよう、地域の医療・介護関係機関の連携体制整備を支援します。

*おきなわ脳卒中地域連携委員会：沖縄県医師会主催により平成21年度に発足した脳卒中患者の円滑な医療連携や治療成績の向上を目的とした委員会。脳卒中地域連携パスの運用により患者の早期社会復帰や二次予防に取り組むとともに、パスの分析等により予防対策に取り組んでいる。

イ 院内又は院外の歯科医師等との連携による口腔管理の実施

脳卒中の合併症の一つである誤嚥性肺炎は、摂食・嚥下機能に障害があると発症リスクが高まります。誤嚥性肺炎は患者の回復が遅れたり、在院日数が長くなる一因とされており、また、肺炎は死因の第3位の疾病でもあります。

口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されていることから、入院患者や在宅等で療養を行う患者に対する、院内又は院外の歯科医師等との連携による口腔管理の実施を促進します。

第3 数値目標

1 目指す姿

指 標	現 状	目 標 (H35)	目 標 値 の 考 え 方	デ ー タ 出 典	取 り 組 む の 主 体
脳血管障害による入院の発生量 (SCR)	H27年度 沖縄県 121.7 北部 102.2 中部 121.3 南部 128.4 宮古 107.1 八重山 102.2	100 100 100 100 100 100	全国平均並み へ改善	医療計画 データブック	—
脳内出血の入院の発生量 (SCR)	H27年度 沖縄県 158.4 北部 179.4 中部 161.3 南部 160.9 宮古 120.5 八重山 103.3	100 100 100 100 100 100	全国平均並み へ改善	医療計画 データブック	—
脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	H27年 男性 38.1 女性 17.5	37.8 現状より低下	全国平均並み へ改善(現状 より低下)	人口動態調 査特殊報告	—
脳血管疾患の年齢階級別死 亡率 (人口10万人あたり)	H27年(男性) 70-74歳 185.2 65-69歳 111.9 60-64歳 74.1 55-59歳 60.5 50-54歳 40.3 45-49歳 23.9 H27年(女性) 70-74歳 64.6 65-69歳 17.6 60-64歳 39.2 55-59歳 17.6 50-54歳 9.1 45-49歳 2.2 40-44歳 13.2	158.6 89.5 61.8 41.6 29.1 19.2 現状より低下 現状より低下 24.3 16.2 現状より低下 現状より低下 5.3	全国平均並み へ改善(現状 より低下)	人口動態調 査特殊報告	—
脳内出血の年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	H27年 男性 18.3 女性 6.5	14.1 6.3	全国平均並み へ改善	人口動態調 査特殊報告	—
在宅等の生活の場に復帰できた 割合	H26年 52.4%	57.3%	全国平均並み へ改善	医療計画 データブック	—

2 取り組む施策

(1) 脳血管疾患の危険因子の改善

指 標	現 状	目 標 (H35)	目標値の 考え方	データ出典	取り組みの 主体
特定検診での危険因子有所見者の割合 収縮期血圧(140以上) 拡張期血圧(90以上) 空腹時血糖(126以上) HbA1c(6.5以上) 中性脂肪(150以上) LDLコレステロール(140以上) HDLコレステロール(40未満) BMI	H26年度 16.5% 11.6% 6.1% 7.1% 24.0% 27.1% 5.6% 37.5%	現状より低下 現状より低下 5.4% 6.6% 20.9% 現状より低下 4.8% 26.1%	全国平均並みへ改善(現状より低下)	NDBオープンデータ	県民
特定健診受診率 市町村国保 協会けんぽ	H27年度 38.9% 54.2%	60% 65%	沖縄県国民健康保険運営方針の目標値 全国健康保健協会目標値	保険者データ	保険者 県民 雇用主
特定保健指導実施率 市町村国保 協会けんぽ	H27年度 56.4% 24.8%	60% 35%	沖縄県国民健康保険運営方針の目標値 全国健康保健協会目標値	保険者データ	保険者

(2) 脳卒中の急性期医療の確保

指 標	現 状	目 標 (H35)	目標値の 考え方	データ出典	取り組みの 主体
t-PAの実施数	H27年度 89件	125件	脳梗塞患者の7%(全国並み)の実施率	医療計画データブック	
脳卒中の症状、対処法等の普及啓発のための市民公開講座等の実施数	1件	5件	各二次医療圏で実施	日本脳卒中協会沖縄県支部	医療機関 消防機関
救急搬送時の脳卒中評価スケールを標準化し実施している消防機関数	H29年 0	18	全ての消防機関で標準実施	県医療政策課調査	消防機関

指 標	現 状	目 標 (H35)	目 標 値 の 考 え 方	デ ー タ 出 典	取 り 組 み の 主 体
遠隔診断補助及び搬送の連携体制構築数	H29年 0	3	北部、宮古、八重山圏域で構築		医療機関
脳神経外科医の数	H28年 北部 4 中部 13 南部 49 宮古 3 八重山 1	現状維持	現状維持 (空白地域の発生を防ぐ)	医師・歯科 医師・薬剤 師調査	医療機関 県 大学
超急性期t-PAが24時間実施可能な医療機関数	H29年 北部 1 中部 3 南部 11 宮古 1 八重山 1	全ての医療圏での提供が可能な体制を確保	全ての医療圏での提供が可能な体制を確保	県医療政策課調査	医療機関
外科手術が24時間実施可能な医療機関数	H29年 北部 1 中部 3 南部 10 宮古 1 八重山 1	全ての医療圏での提供が可能な体制を確保	全ての医療圏での提供が可能な体制を確保	県医療政策課調査	医療機関
脳血管内手術が24時間実施可能な医療機関数	H29年 北部 1 中部 1 南部 7 宮古 1 八重山 0	全ての医療圏での提供が可能な体制を確保	全ての医療圏での提供が可能な体制を確保	県医療政策課調査	医療機関

(3) 質の高いリハビリテーションの提供体制の確保

指 標	現 状	目 標 (H35)	目標値の 考え方	データ出典	取り組みの 主体
脳卒中患者のFIM利得数	H27年度 沖縄県 19.3 (全国 18.0)	現状より向上	現状より向上	おきなわ脳卒中地域連携委員会	医療機関
急性期リハビリテーションの提供 単位数(単位数/日・人)	H28年度 沖縄県 2.62	2.8	H23厚労省チーム医療推進 方策検討WG 資料(急性期リハ平均単位数)	県医療政策課調査	医療機関
回復期リハビリテーション病棟がある 二次医療圏数	4	5	全ての二次医療圏での確保	九州厚生局届出医療機関名簿	医療機関

(4) 多職種が連携した療養支援体制の構築

指 標	現 状	目 標 (H35)	目標値の 考え方	データ出典	取り組みの 主体
おきなわ津梁ネットワーク脳卒中 登録件数	H29年9月 3,544件	新規発症者の全例登録	新規発症者の全例登録	県医師会	県医師会 医療機関 県民
おきなわ脳卒中地域連携パスを 実施している急性期病院数	14施設	14施設	現状維持	おきなわ脳卒中地域連携委員会	医療機関
脳梗塞の摂食機能療法の提供 量(SCR)	H27年度 沖縄県 121.7 北部 94.1 中部 159.9 南部 219.0 宮古 0.0 八重山 367.6	現状維持 100 現状維持 現状維持 100 現状維持	全国平均並みへ改善(現状維持)	医療計画 データブック	医療機関
歯科医師連携加算(栄養サポート チーム加算)レセプト数 *6月1ヶ月間の診療分	H28年6月 68件	増加	普及促進により増加	病床機能報告 (医療計画 データブック)	医療機関

脳卒中分野 施策・指標体系図

