

第 2 回がん・生活習慣病対策・歯科・医薬WG会議などにおける主な議論について

○がん・生活習慣病対策・歯科・医薬WG（開催日 5 月 31 日（水））

分野	主 な 議 論
脳卒中	<p>(1) 急性期の医療体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ t-PA を 24 時間実施可能な医療機関数が記載されているが、実際には 365 日 24 時間ではない病院もあるため、そういった実態をしっかりと把握して医療連携体制を検討すべきとの意見が出された。 <p>→資料 8 - 2 8 ページ「3 二次医療圏相互の医療体制」に、人的面等で対応が困難な場合に、隣接医療圏との連携体制及び医療圏内における複数の医療機関と連携した医療提供体制を確保する旨を記載</p> <p>(2) 地域連携クリティカルパスについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 脳卒中が原因で長期間寝たきりになることが多く、がんと同様に治療の質の向上が必要な時期に来ている。地域連携クリティカルパスは急性期からリハビリや維持期に至るまでの連携体制の構築に引き続き必要という意見があった。 <p>→資料 8 - 2 8 ページ「3 在宅療養が可能な体制の整備」に記載</p>

脳卒中対策

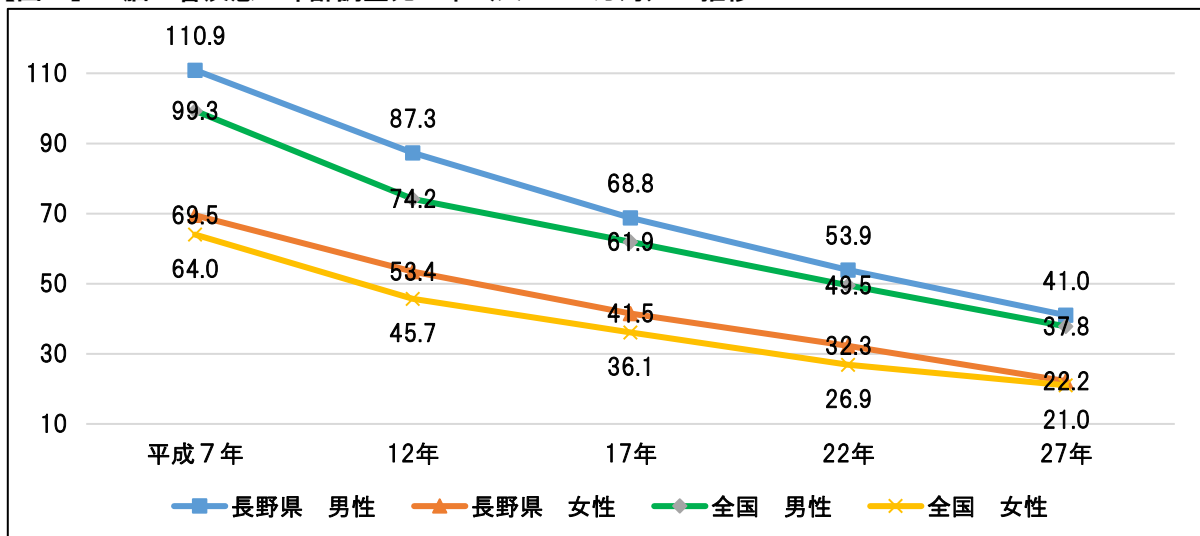
第 1 現状と課題

1 脳卒中の状況

(1) 死亡率

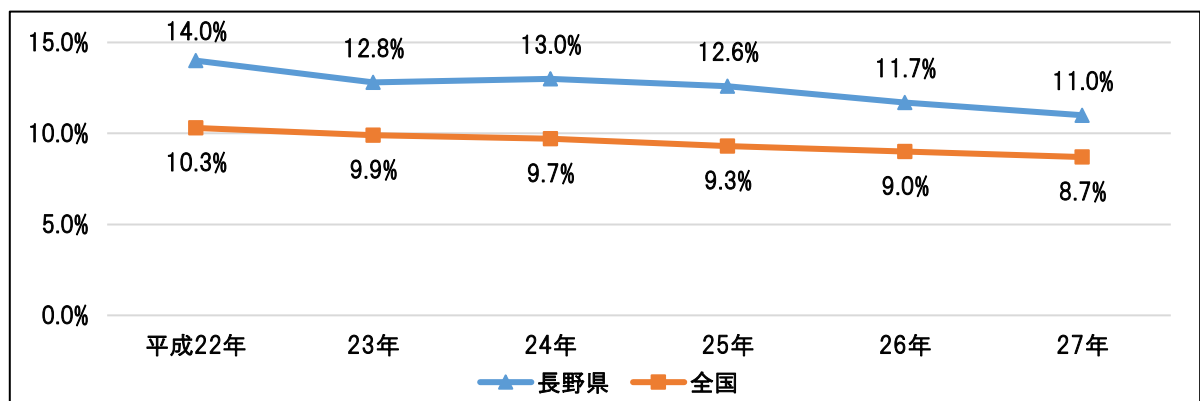
- 県内の脳血管疾患による死亡数は 2,705 人（全国：約 11 万 1,973 人）で、死亡数全体の 11.0%（全国：8.7%）を占め、死亡順位の第 3 位（全国：第 4 位）となっています。また、本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）は減少傾向にあるものの、男性が女性より高く、男女とも全国より高い状況で推移しています。（男性 16 位、女性 18 位）
- 県内の脳血管疾患による死亡者の死亡数全体に占める割合は、下降傾向にあるものの、全国と比較して高い割合で推移しています。
- 脳血管疾患の中で最も死亡率（人口 10 万対）が高いのは県内、全国ともに脳梗塞（こうそく）となっています。

【図 1】 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）の推移



（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

【図 2】 脳血管疾患による死亡数の全体に占める割合の推移



（厚生労働省「人口動態調査」）

(2) 受療率等

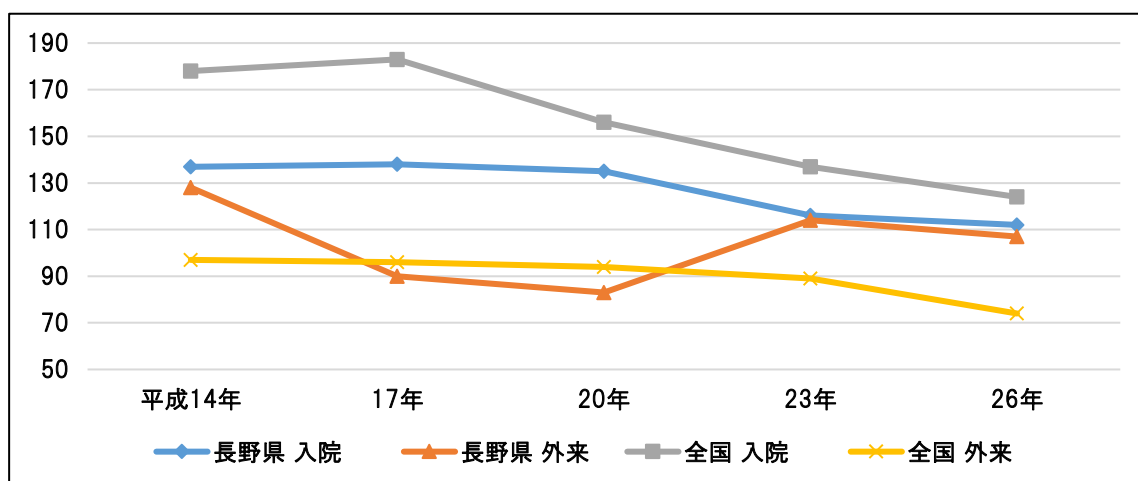
- 本県で脳血管疾患のために継続的に医療を受けている患者数は約3万4,000人（全国：約117万9,000人）と推計されます。
- 本県の脳血管疾患の受療率（人口10万対）は、入院は全国より低くなっていますが、外来は高くなっています。

【表1】 脳血管疾患のために継続的に医療を受けている患者数（人）

区分	平成14年	17年	20年	23年	26年
長野県	25,000	27,000	25,000	33,000	34,000
全国	1,374,000	1,367,000	1,339,000	1,235,000	1,179,000

（厚生労働省「患者調査」）

【図3】 脳血管疾患の受療率の推移（人口10万対）



（厚生労働省「患者調査」）

2 脳卒中の医療

(1) 発症直後の救護、搬送

- 脳卒中を発症した場合は、本人又は周囲にいる人が速やかに救急要請を行い、迅速な救急搬送・治療につなげることが後遺症防ぐこととなります。
- 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判別し、疑わしい場合には脳卒中の専門的医療を行う施設に搬送することが望まれます。
- 救急の要請から医療機関へ収容するまでの時間は、全国・県ともに概ね横ばいです。

【表2】 脳血管疾患のために救急車により搬送される急病患者

区分		平成23年	24年	25年	26年	27年
全国	人	311,938	318,730	294,053	289,286	281,703
	構成割合	9.7%	9.7%	8.7%	8.6%	8.1%

※構成割合：救急搬送された疾病者数に占める脳血管疾患患者数の割合

（総務省消防庁「救急救助の現況」）

【表3】 県内の介護・介助が必要になった主な原因

(平成29年6月現在)

区分	脳卒中	(脳卒中内訳)			がん	心筋 梗塞	糖尿病	精神 疾患
		要支援	要介護 1,2	要介護 3,4,5				
長野県	18.7%	4.0%	7.7%	7.0%	3.8%	9.3%	6.5%	24.2%

(介護支援課「高齢者生活・介護に関する実態調査」)

(2) 診断・診療体制

- 脳卒中では、問診や身体所見の診察に加えて、CT、MRI等の画像検査を行うことで正確な診断が可能となります。近年、医療機器の画像解像度が向上し、血栓溶解療法を実施することの適否や治療後の状態について、事前にある程度まで把握できるようになりました。
- 本県の脳神経外科に従事する10万人あたりの医師数は全国よりも少ない状況です。また、脳血管内治療専門医師数は少なく、全国でも偏在している状況です。

【表4】 脳神経外科医の配置状況(二次医療圏別)

(平成26年12月現在)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計	(参考) 全国
医師数(人)	12	14	8	6	6	—	34	1	30	5	116	7,147
医師数(10万人対)	5.6	6.9	3.9	3.2	3.5	—	7.8	1.6	5.4	5.3	5.5 (29位)	6.2

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

【表5】 脳血管内治療専門医の配置状況(二次医療圏別)

(平成26年12月現在)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計	全 国	(参考:10万対)	
													県	国
医師数(人)	2	1	—	1	1	—	3	—	2	—	10	699	0.5 (25位)	0.6

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

(3) 急性期の医療

- 脳卒中の急性期には、全身の管理とともに、脳梗塞(こうそく)、脳内出血、くも膜下出血の個々の病態に応じた治療が行われます。
 - ① 脳梗塞(こうそく)では、発症後4.5時間以内にrt-PA製剤の静脈内投与により血栓を溶かす治療(rt-PA静注療法)を開始することが重要であり、その際の目安は、発症から医療機関への到着までが2時間以内、到着から治療の開始までが1時間以内とされています。
 - ② 脳内出血では、血圧管理が主体であり、出血部位や大きさにより手術が行われることもあります。
 - ③ くも膜下出血では、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、開頭手術や開頭を要しない血管内治療を行います。

- 急性期の診断・治療は24時間体制での実施が求められていますが、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必要があります。
- 地域の医療資源の状態によっては、遠隔診療を用いた診断の補助等を活用を通じ、連携体制の構築が必要です。
- SCUは「Stroke Care Unit（脳卒中集中治療室）」の略称で、発症直後から適切な治療とリハビリテーションを組織的計画的に行う専門病棟です。専門医の配置など施設基準が厳しく、全国でも120施設ほどしかありません。本県では7つの医療機関でSCUが整備されています。

【表6】 県内の脳卒中の急性期の医療を行う医療機関数 (平成28年10月現在)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
rt-PAを用いた治療を24時間実施している医療機関数	3	3	3	3	4	1	5	2	6	2	32
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医療機関数（※注）	3	3	3	2	3	1	5	2	7	1	30

※注「専門的治療が24時間実施可能」の要件の意味は以下の①～④及びⅠ～Ⅲを全て満たすものである。

- ①脳卒中診療/脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が在籍する事
- ②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事
- ③脳卒中表やスケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能である事
- ④脳梗塞（こうそく）に対し、来院1時間以内来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）にrt-PAを用いた治療が実施可能である事。更に以下の要件を全て満たす事が望ましい。
 - Ⅰ 脳外科手術が来院後2時間以内に開始可能である事
 - Ⅱ 脳血管内手術が来院後2時間以内に開始可能である事
 - Ⅲ 脳血管疾患リハビリテーションが発症後24時間以内に開始可能である事

(医療推進課「医療機能調査」)

【表7】 脳梗塞に対するrt-PAによる脳血栓溶解療法実施件数（人口10万対） (平成26年度実施分)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県平均
件数	10.8	6.4	9.8	17.0	8.3	—	18.3	—	16.4	25.8	13.8

(厚生労働省「NDB」)

【表8】 SCU（脳卒中集中治療室）のある医療機関数及び病床数（二次医療圏別） (平成26年10月現在)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
施設数	1	—	2	1	—	—	1	—	2	—	7
病床数	3	—	9	9	—	—	12	—	8	—	41

(厚生労働省「医療施設調査」)

(4) 回復期・維持期の医療

- 急性期を脱した後（回復期及び維持期）の医療としては、血圧の継続的な管理を含めた再発予防のための治療が行われます。
- 再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携し、患者の病態を適切に評価する必要があります。

(5) リハビリテーション

- 脳卒中のリハビリテーションには、
 - ①合併症予防や早期自立を目的に、可能であれば治療当日から病室で行う急性期リハビリ
 - ②身体機能の回復や日常生活動作の向上を目的に、訓練室で集中的に行う回復期リハビリ
 - ③回復又は残存した機能を活用し、歩行能力などの維持・向上を目的に行う維持期リハビリがあります。
- 回復期から維持期のリハビリテーションでは、多職種連携により、再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者の教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が必要であるとともに、歯科関係職種と連携して、誤嚥（えん）性肺炎の予防や咀嚼（そしゃく）機能の維持を図ることも重要です。
- リハビリテーション科の医師数は、全国では増加傾向にあり、本県では横ばいです。人口10万人対のリハビリテーション医師数は全国では増加傾向にありますが、本県では減少傾向にあります。

【表9】 脳血管疾患等リハビリテーションを行う医療機関数（二次医療圏別）（平成29年4月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	14	15	11	8	12	1	25	3	28	3	120

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

【表10】 リハビリテーション科に従事する医師数

区分		平成22年	24年	26年
長野県	医師数（人）	225	214	217
	（10万対医師数）	（10.5）	（10.0）	（10.3）
全国	医師数（人）	16,604	16,718	17,119
	（10万対医師数）	（13.0）	（13.1）	（13.9）

（厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査）

【表11】 リハビリテーション科に従事する医師の配置状況（二次医療圏別）（平成26年10月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
医師数（人）	29	41	8	14	18	2	40	6	52	7	217

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

(6) 地域での医療連携

- 急性期から回復期及び維持期（在宅療養に対する支援を含む。）までの医療については、地域の各医療機関が、それぞれの持つ医療機能に応じ、連携して患者に医療を提供する体制を整備することが重要です。
- 急性期から回復期及び再発予防までの医療を一貫して提供することを目的として作成される「地域連携クリティカルパス」は、地域の医療機関の連携のための方法のひとつです。
- 脳血管疾患患者の在宅死亡割合は、全国・県ともに増加傾向にあります。また、当県は全国に比べて在宅死亡割合が高く推移しています。

【表 15】 脳血管疾患退院患者の平均在院日数（二次医療圏別）（平成 26 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計	(参考) 全国
平均日数	46.9	110.2	90.2	50.8	38.8	17.8	34.1	40.6	74.8	49.8	62.2	89.5

(厚生労働省「患者調査」)

【表 16】 脳卒中急性期の地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数・利用者数（二次医療圏別）平成 28 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	3	3	2	2	3	—	4	2	4	1	24
利用者数	171	168	181	175	155	—	131	5	260	77	1,323

(医療推進課「医療機能調査」)

【表 17】 脳血管疾患患者の在宅死亡割合

区分	平成 22 年	25 年	26 年	27 年
長野県	29.0%	32.0%	32.6%	33.7%
全国	18.7%	20.9%	21.2%	21.8%

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

(1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

- 発症後2時間以内に、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行うことが可能な体制を目指します。
- 医療機関到着後1時間以内にrt-PA静注療法などの専門的治療の開始が可能な医療体制を目指します。
- 急性期の診断及び治療について、24時間体制での実施を行うため、地域における複数の医療機関が連携する体制の構築を目指します。

(2) 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

- 急性期から維持期までの病期に応じて、適切なリハビリテーションの実施が可能な医療体制を目指します。

(3) 在宅療養が可能な体制

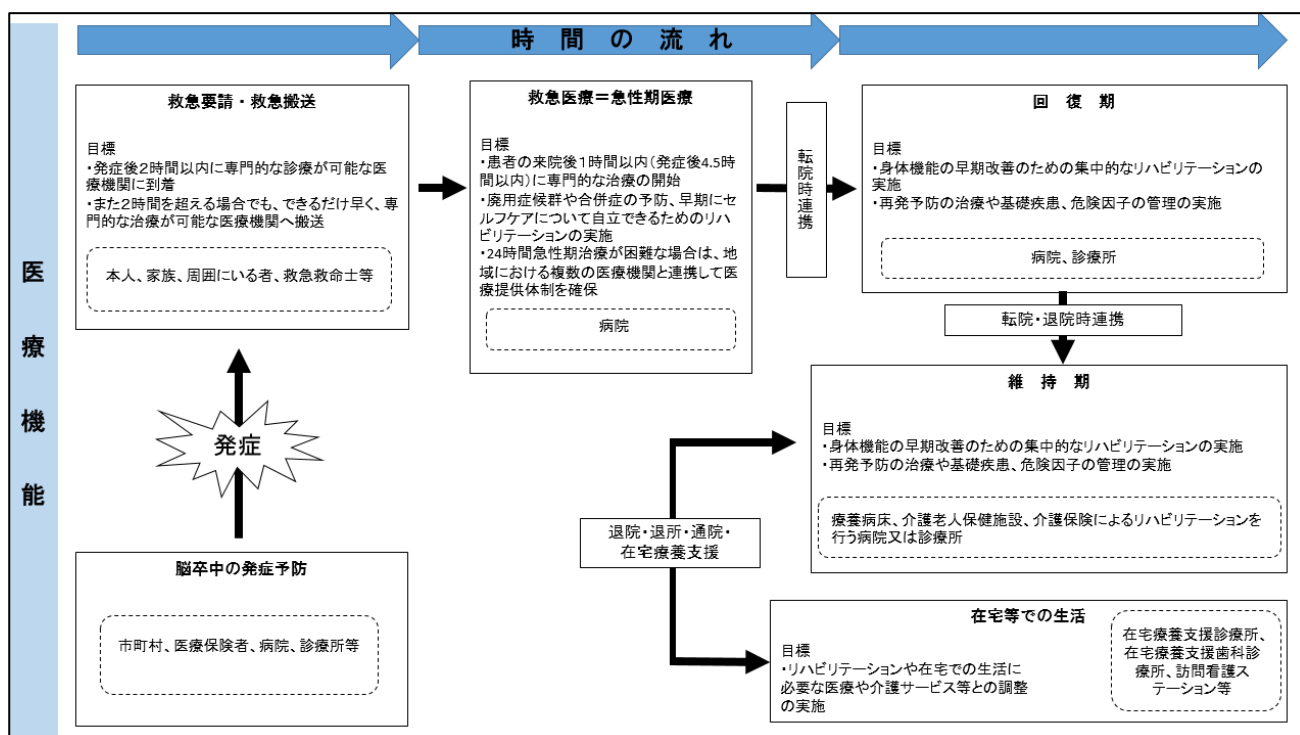
- 患者が生活の場で療養できるよう、自立生活又は在宅療養を支援するため、医療及び介護サービスが相互に連携可能な体制を目指します。

2 脳卒中の医療体制

- 脳卒中の医療体制は、次に示す図のとおりです。

急性期、回復期、維持期の経過に応じてそれぞれの医療機能が医療機関等に求められるとともにこれらの医療機能を担う医療機関等相互の連携の推進により、地域において切れ目のない脳卒中の医療の提供を図ります。

脳卒中医療連携体制のイメージ



3 二次医療圏相互の連携体制

(1) 医療資源、患者の受療動向

- 医師、SCU（脳卒中集中治療室）等脳卒中急性期に必要な医療資源について、地域差が存在しています。
- 木曽医療圏にあつては、松本医療圏及び岐阜県の医療機関における受療、大北医療圏にあつては、松本医療圏の医療機関における受療、北信医療圏にあつては、長野医療圏の医療機関における受療が多い状況です。
- 脳血管疾患等リハビリテーション及び回復期・再発予防期の医療資源については、木曽医療圏と大北医療圏、北信医療圏でほかの医療圏との間で地域差があります。

(2) 連携体制

- ほかの医療圏との間で地域差がある木曽医療圏及び大北医療圏にあつては松本医療圏等と、北信医療圏にあつては長野医療圏と連携した医療提供体制を推進します。
- 各医療圏内で、複数の医療機関の連携体制の構築を目指します。

第3 施策の展開

1 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制の整備

- 医療機関の協力を得て、本人・家族等への脳卒中の初期症状や救急時の対応に関する正しい知識や、家族等発見者による速やかな救急搬送要請についての必要性の周知に努めます。
- 発症後2時間以内に、rt-PA 静注療法が常時可能な医療機関への直接搬送が行われるよう、脳卒中医療提供体制についての消防機関と医療機関における情報共有・連携強化に努めます。（第6編「救急医療」参照）
- 24時間 rt-PA 静注療法を用いた治療が実施可能な体制のない二次医療圏について、隣接している医療圏間及び地域における診療機関の連携強化による医療機能の有効活用を推進します。
- 医療機関到着後1時間以内に専門的な治療を開始できるよう急性期医療機関の体制整備を促進します。

2 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制の整備

- 病期に応じたリハビリテーションの提供が可能となるよう地域のリハビリテーション体制整備を促進します。

3 在宅療養が可能な体制の整備

- 患者が生活の場で療養できるよう、自立生活又は在宅療養を支援するため、関係者の情報共有や、脳卒中に係る地域連携クリティカルパスの導入・普及の支援により、急性期から回復期及び維持期（在宅療養に対する支援を含む。）までの医療について、地域の医療関係機関が連携する医療提供体制整備を支援します。

第4 数値目標

区分	指 標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性）	長野県 41.0 全 国 37.8 (H27)	37.8	全国平均を目指す。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」
○	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性）	長野県 22.2 全 国 21.0 (H27)	21.0	全国平均を目指す。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

1 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

区分	指 標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	神経内科医師数（人口10万対）	長野県 3.9人 全 国 3.7人 (H26)	3.9人以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	脳神経外科医師数（人口10万対）	長野県 5.5人 全 国 6.2人 (H26)	6.2人以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	脳血管内治療専門医数（人口10万対）	長野県 0.5人 全 国 0.6人 (H26)	0.6人以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	SU（脳卒中治療の専用病室）を有する病院数、病床数（人口10万対）	0.3病院 1.9床 (H26)	0.3病院 1.9床	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
S	SCU（脳卒中集中治療室）を有する病院数（人口10万対）	0.2床 (H26)	0.2床	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
S	脳梗塞（こうそく）に対するrt-PAによる脳血栓溶解療法の実施が可能な病院数（人口10万対）	0.9病院	0.9病院以上	現状より増加させる。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	脳梗塞（こうそく）に対するrt-PAによる脳血栓溶解療法の実施が可能な医療圏数	10医療圏	10医療圏	現在の水準を維持する。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」

S	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医療機関数（※注）	30 箇所 (H28)	30 箇所以上	現状より増加させる。	医療推進課調査
O	脳血管疾患の退院患者平均在院日数	長野県 62.2 日 全国 89.1 日 (H26)	62.2 日以下	現状より減少させる。	厚生労働省「患者調査」

※注「専門的治療が24時間実施可能」の要件の意味は以下の①～④の要件を全て満たすものである。

- ①脳卒中診療/脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が在籍する事
- ②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事
- ③脳卒中表やスケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能である事
- ④脳梗塞（こうそく）に対し、来院1時間以内来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）にrt-PAを用いた治療が実施可能である事

更に以下の要件を全て満たす事が望ましい。

- I 脳外科手術が来院後2時間以内に開始可能である事
- II 脳血管内手術が来院後2時間以内に開始可能である事
- III 脳血管疾患リハビリテーションが発症後24時間以内に開始可能である事

2 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口10万対）	長野県 5.8 箇所	5.8 箇所	現状より増加させる。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	回復期リハビリテーション病棟管理料の届出施設数	23 箇所	23 箇所	現状より増加させる。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」

3 在宅療養が可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	在宅療養支援診療所の届出施設数	236 箇所 (H28)	在宅WGで検討	国の指針や高齢者プランの検討状況等を踏まえ設定。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	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介護支援員数	2,186 人 (H27)	在宅WGで検討	国の指針や高齢者プランの検討状況等を踏まえ設定。	介護支援課調査
S	脳卒中の地域連携クリティカルパス導入率（急性期医療機関）	県内平均 82.8%	100%	全ての急性期病院で導入する。	医療推進課調べ

○	脳血管疾患患者の在宅死亡割合	長野県 33.7% 全 国 21.8% (H27)	33.7% 以上	現状より増加させる。	厚生労働省「人口動態調査」
---	----------------	---------------------------------------	-------------	------------	---------------

コラム（案）

1 第6次計画のコラム

- 脳卒中予防と不整脈
- rt-PAによる血栓溶解療法と治療までの時間

2 第7次計画のコラム

- 脳卒中予防
- 薬剤師による自己血圧測定の重要性の啓発

7 脳卒中の医療に関する機能別医療機関

(平成28年(2016年)10月1日現在)

機能	【予防】	【急性期】	【回復期】	【維持期】
医療機関の例	発症予防の機能	救急医療の機能	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	日常生活への復帰のためのリハビリテーションを実施し、復帰後の療養を支援する機能
佐久	次の以下の①～④の要件を全て満たす病院 ① 脳卒中診療及び脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が在籍する事 ② 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事 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24時間実施可能である事 ④ 脳梗塞に対し、来院1時間以内来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)にrt-PAを用いた治療が実施可能である事 更に以下の要件を全て満たす事が望ましい。 Ⅰ 脳外科手術が来院後2時間以内に開始可能である事 Ⅱ 脳血管内手術が来院後2時間以内に開始可能である事 Ⅲ 脳血管管疾患リハビリテーションが発症後24時間以内に開始可能である事	脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)又は回復期リハビリテーション病棟入院科(1、2、3)の届出がある病院又は診療所	病院、診療所 介護老人保健施設 訪問看護ステーション	
上小	○ 国立病院機構信州上田医療センター(上田市) ○ 小林脳神経外科・神経内科病院(上田市) ○ 丸子中央病院(上田市)	○ 市立国保浅間総合病院(小諸市) ○ 厚生連小諸厚生総合病院(小諸市) ○ 厚生連佐久総合病院佐久医療センター(佐久市) ○ 国立病院機構小諸高原病院(小諸市) ○ 雨宮病院(佐久市) ○ 金澤病院(佐久市) ○ 川西赤十字病院(佐久市) ○ くろさわ病院(佐久市) ○ 厚生連佐久総合病院佐久医療センター(佐久市) ○ 佐久平整形外科クリニック(佐久市)	厚生連佐久総合病院(佐久市) 市立国保浅間総合病院(佐久市) 厚生連佐久総合病院小海分院(小海町) 町立千曲病院(佐久穂町) 国保堀井沢病院(堀井沢町) 御代田中央記念病院(御代田町) てらおかクリニック(佐久市) 小林脳神経外科・神経内科病院(上田市) 丸子中央病院(上田市) 柳瀬病院(上田市) 東御市民病院(東御市) 国保依田窪病院(長和町) 市立みまき温泉診療所(東御市) 祐津診療所(東御市)	・病院、診療所 ・介護老人保健施設 ・訪問看護ステーション
諏訪	○ 諏訪赤十字病院(諏訪市) ○ 組合立諏訪中央病院(茅野市) ○ 厚生連富士見高原医療福祉センター(富士見町)	○ 諏訪湖畔病院(岡谷市) ○ 諏訪赤十字病院(諏訪市) ○ 組合立諏訪中央病院(茅野市) ○ 厚生連富士見高原医療福祉センターみづつみ診療所(諏訪市) ○ 宮坂医院(諏訪市)	信濃医療福祉センター(下諏訪町) 諏訪共立病院(下諏訪町) 厚生連富士見高原病院(富士見町) 市瀬医院(下諏訪町) 厚生連富士見高原医療福祉センター(原村)	
上伊那	○ 伊那中央病院(伊那市) ○ 昭和伊那総合病院(駒ヶ根市)	○ 伊那中央病院(伊那市) ○ 昭和伊那総合病院(駒ヶ根市) ○ 元のクリニック(伊那市) ○ 厚生連富士見高原医療福祉センターみずすず診療所(伊那市)	町立辰野病院(辰野町) 上伊那生協病院(箕輪町) 芦澤整形外科(箕輪町) 厚生連富士見高原医療福祉センター西小野診療所(辰野町)	
飯伊	○ 飯田市立病院(飯田市) ○ 飯田病院(飯田市) ○ 瀬口脳神経外科病院(飯田市)	○ 飯田市立病院(飯田市) ○ 飯田病院(飯田市) ○ 輝山会記念病院(飯田市) ○ 健和会病院(飯田市) ○ 瀬口脳神経外科病院(飯田市) ○ 市立高松診療所(飯田市) ○ まるやファミリークリニック(飯田市)	普沼病院(飯田市) 下伊那赤十字病院(松川町) 厚生連下伊那厚生病院(高森町) 県立阿南病院(阿南町) 橋上医院(阿智村)	
木曽	○ 県立木曽病院(木曽町)			

7 脳卒中中の医療に関する機能別医療機関

(平成28年(2016年)10月1日現在)

機能	【 予 防 】	【 急 性 期 】	【 回 復 期 】	【 維 持 期 】
発症予防の機能	救急医療の機能	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	日常生活への復帰のためのリハビリテーションの実施し、復帰後の療養を支援する機能	
医療機関の例	<p>次の以下の①～④の要件を全て満たす病院</p> <p>① 脳卒中診療及び脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が在籍する事</p> <p>② 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事</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24時間実施可能である事</p> <p>④ 脳梗塞に対し、来院1時間以内来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)にrt-PAを用いた治療が実施可能である事</p> <p>更に以下の要件を全て満たす事が望ましい。</p> <p>I 脳外科手術が来院後2時間以内に開始可能である事</p> <p>II 脳血管内手術が来院後2時間以内に開始可能である事</p> <p>III 脳血管疾患リハビリテーションが発症後24時間以内に開始可能である事</p>	<p>脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)又は回復期リハビリテーション病棟入院料(1、2、3)の届出がある病院又は診療所</p>	<p>病院、診療所</p> <p>介護老人保健施設</p> <p>訪問看護ステーション</p>	
松 本	◎ 相澤病院 (松本市)	◎ 一之瀬脳神経外科病院 (松本市)	◎ 信州大学医学部附属病院 (松本市)	◎ 安曇野赤十字病院 (安曇野市)
大 北	◎ 市立大町総合病院 (大町市)	◎ 厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)	◎ 厚生連藤ノ井総合病院 (長野市)	◎ 小林脳神経外科病院 (長野市)
長 野	◎ 長野赤十字病院 (長野市)	◎ 千曲中央病院 (千曲市)	◎ 千曲中央病院 (千曲市)	◎ 千曲中央病院 (千曲市)
北 信	◎ 厚生連北信総合病院 (中野市)	◎ 佐藤病院 (中野市)	◎ 佐藤病院 (中野市)	◎ 佐藤病院 (中野市)

※ ◎：①～④を全て満たし、かつⅠ～Ⅲを全て満たしている医療機関、○：①～④を全て満たしている医療機関

別表2 脳卒中の医療提供体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防		救護		急性期		回復期		維持期	
	禁煙外来を行っている医療機関数		脳血管疾患により救急搬送された患者数(再掲)		神経内科医師数・脳神経外科医師数					
ストラクチャー			脳血管疾患により救急搬送された患者数(再掲)		脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数					
						脳梗塞に対するt-PAIによる血栓溶解療法の実施可能な病院数				
プロセス	喫煙率				脳梗塞に対するt-PAIによる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					
	ハイリスク飲酒者の割合				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					
	健康診断の受診率				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					
	高血圧性疾患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					
	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	●	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				
				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	●	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										