

第 3 回保健医療計画策定ワーキンググループ会議等における主な議論について

○第 3 回がん・生活習慣病対策・歯科・医薬WG（開催日 8 月 28 日（月））

○脳卒中对策

主 な 議 論

(1) 目指すべき方向について

- ・ 「～を目指します」との表記が多いが、どのように目指すのか。例えば、機能評価をきちんとしますとか、それをすることによって、具体的な動きにつながるような記載にすべきとの意見が出された。

→資料 6 - 2 8 ページ「3 二次医療圏相互の連携体制」に記載

(2) コラムについて

- ・ 脳梗塞に対するカテーテル、脳血管内手術の効果についてコラムに記載してほしいとの要望が出された。

→資料 6 - 2 5 ページ「コラム」に記載

○第 1 回地域医療構想調整会議

○脳卒中对策

主 な 議 論

<北信医療圏>

○北信圏域から脳卒中患者が出ていっているとの表現について、急性期だけではなく回復期まで含めた受療動向を見たうえでの表現に改めてもらいたいとの意見があった。

→資料 6 - 2 9 ページ「1 二次医療圏総合の連携体制（1）」に回復期リハの受療動向について記載

脳卒中対策

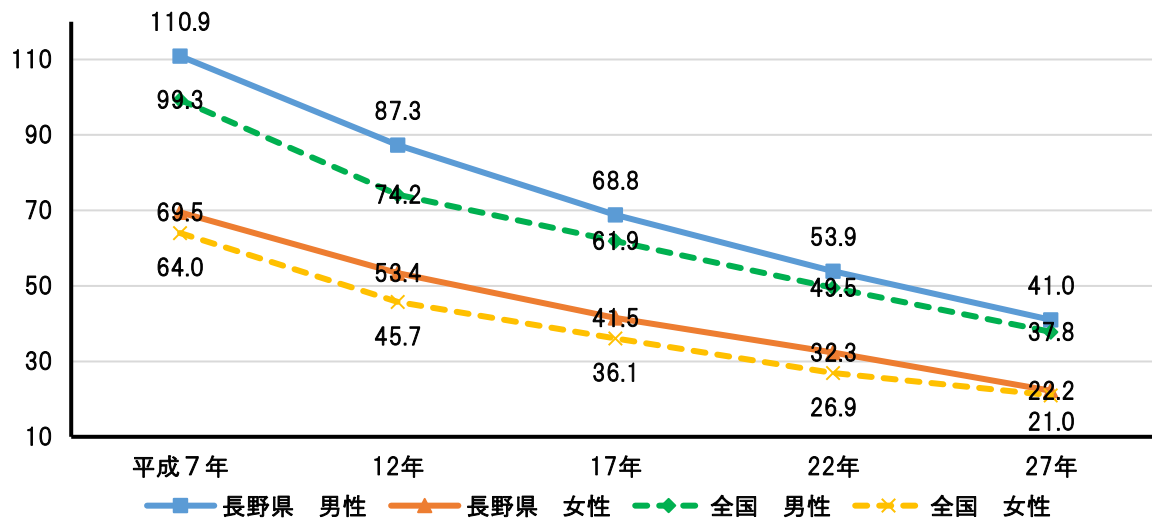
第1 現状と課題

1 脳卒中の状況

(1) 死亡率

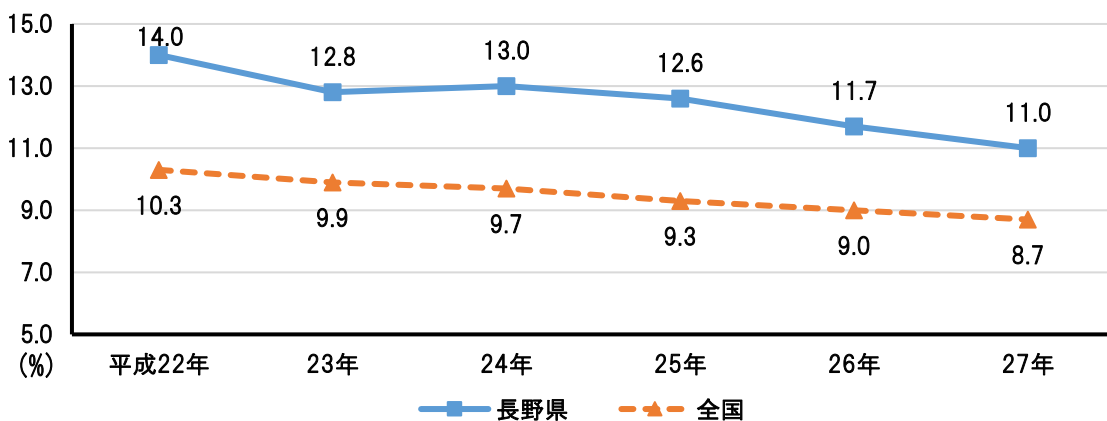
- 県内の脳血管疾患による死亡数は2,705人（全国：約11万1,973人）で、死亡数全体の11.0%（全国：8.7%）を占め、死亡順位の第3位（全国：第4位）となっています。また、本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）は減少傾向にあるものの、男性が女性より高く、男女とも全国より高い状況で推移しています（男性16位、女性18位）。
- 県内の脳血管疾患による死亡者の死亡数全体に占める割合は、下降傾向にあるものの、全国と比較して高い割合で推移しています。
- 脳血管疾患の中で最も死亡率（人口10万対）が高いのは県内、全国ともに脳梗塞（こうそく）となっています。

【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

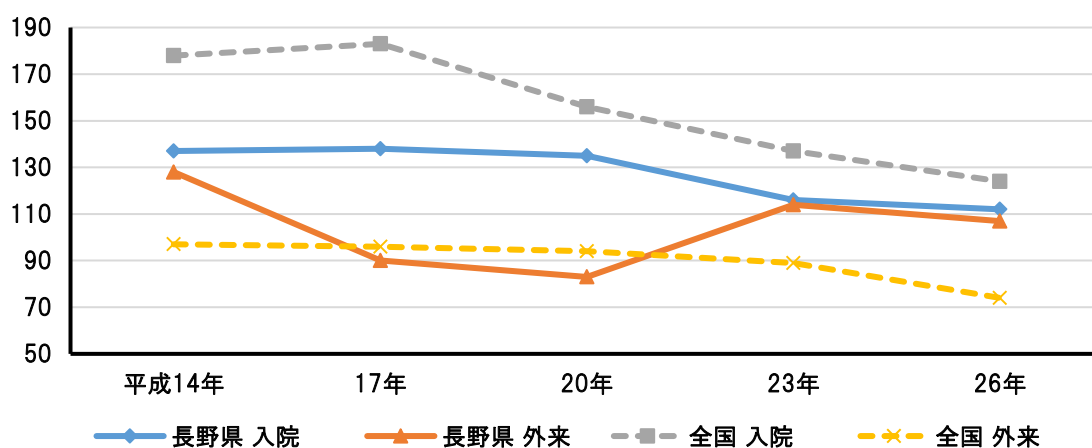
- 本県で脳血管疾患のために継続的に医療を受けている患者数は約 3 万 4,000 人（全国：約 117 万 9,000 人）と推計されます。
- 本県の脳血管疾患の受療率（人口 10 万対）は、入院は全国より低くなっていますが、外来は高くなっています。

【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 (単位：千人)

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

(厚生労働省「患者調査」)

【図 3】 脳血管疾患の受療率（人口 10 万対）の推移



(厚生労働省「患者調査」)

脳卒中予防

脳卒中は卒中風（卒然（突然）邪気や邪風に中（あた）るという意味）という言葉が由来になっています。つまり突然発症する脳の病気ということです。

現代医学では脳卒中を①脳梗塞、②脳出血、③くも膜下出血に分類します。血管が閉塞する①が最も多く 7 割以上で、出血する②と③は約 3 割です。脳卒中予防のためには、脳卒中を起こしやすい原因を知ることが重要で、その原因を取り除くことが予防につながります。

まず、脳卒中全般（①、②、③）の原因として高血圧があります。血圧は上腕で測定し、医療機関ではなく自宅での血圧を優先し、食前に 2 回測定して、その平均が 135/85mmHg 未満を目指します。

喫煙は①と③の原因として知られていて、喫煙本数が多い方が危険とされています。高血圧と喫煙に加え、脂質異常症と糖尿病は脳梗塞の原因です。脂質異常症では LDL-C（悪玉コレステロール）の値が 100mg/dl 以下を目指します。糖尿病では HbA1c の値が 6.0 以下を目指します。

他に心房細動という不整脈が非常に重症の脳梗塞を起こすことが知られています。まずは心房細動を発見することが重要です。動悸を自覚したり、手首の脈を触れて規則的でなかったら医療機関を受診しましょう。もし心房細動であれば、抗凝固剤を内服することで脳梗塞発症率を約 60%減らすことが出来ます。

過度の飲酒は②及び③の原因で、特にくも膜下出血を起こしやすいことが知られています。日本酒は 1 合、ビールは 500ml、ワインは 200ml、ウイスキーは 60ml（ショットグラス 1 杯）までにしましょう。

脳卒中予防のキーワードは、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、心房細動、過度の飲酒です。

2 脳卒中の医療

(1) 発症直後の救護、搬送

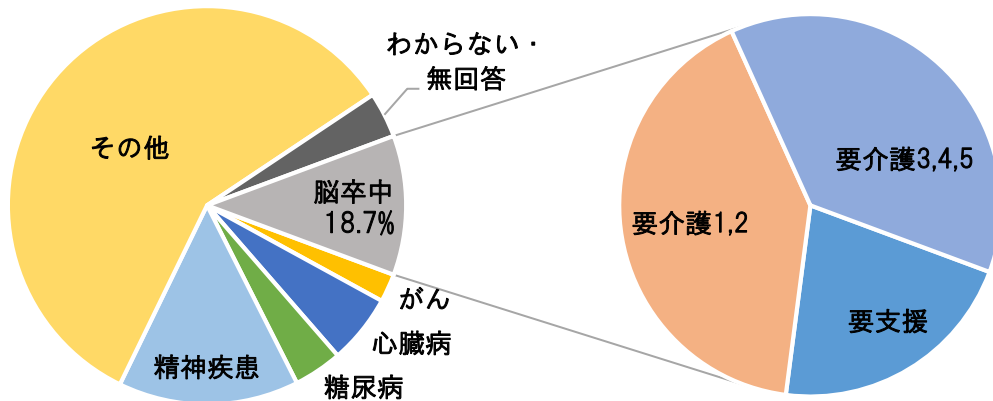
- 脳卒中を発症した場合は、本人又は周囲の人が速やかな救急要請を行い、迅速な救急搬送・治療につなげることが後遺症を防ぐことになります。
- 脳卒中が疑われる患者の救急搬送に際しては、病院前脳卒中スケール等を活用して判別し、疑わしい場合には脳卒中の専門的医療を行う施設に搬送することが望まれます。
- 救急の要請から医療機関へ収容するまでの時間は、全国・県ともに概ね横ばいです。

【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」)

【図4】 県内の介護・介助が必要になった主な原因（複数回答）（平成 28 年度現在）



(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3】 脳神経外科医の配置状況（平成 26 年 12 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	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4】脳血管内治療専門医の配置状況（平成26年12月現在）

（単位：人）

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	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t-PA製剤の静脈内投与により血栓を溶かす治療（t-PA静注療法）を開始することが重要です。発症からできるだけ早く医療機関へ到着し、到着から治療の開始までが1時間以内であることが望まれます。
 - 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5】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
t-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「専門的診療が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t-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6】脳梗塞に対するt-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7】SCU（脳卒中集中治療室）のある医療機関数及び病床数（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」）

脳血管内治療

脳血管内治療とは、カテーテルを用いて脳や脊髄に関連する血管に処置を行うことです。1997年に脳動脈瘤に対するコイル塞栓術（瘤内に柔らかい金属コイルを充填する）が認可されてから、社会的に知られるようになりました。

脳血管内治療には従来の開頭術に比べて創部が小さく、治療後の回復が早い特長があるために、当初は高齢者に対して多く行われました。その後、破裂脳動脈瘤（クモ膜下出血）には脳血管内治療を施した方が回復しやすいという報告があり、治療数が急増しました。

現在では全国で脳動脈瘤の30%以上に脳血管内治療が行われています。2008年には頸動脈狭窄症に対するステント治療（狭窄部に金属製の網状の管を留置して拡げる）が認可されました。現在、頸動脈ステント術は従来の外科治療よりも症例数が多くなっています。さらに2010年にはステントを併用したコイル塞栓術が認可され、2014年からはステントを用いた脳梗塞治療も始まりました。脳梗塞発症から6時間以内にステントを用いて脳血管を再開通させるこの治療は効果が高く、約半数の方が社会復帰できます。

以上のように脳血管内治療は急速に発展しています。一方で、脳血管内治療よりも長い歴史のある心臓のカテーテル治療によってバイパス手術（外科手術）が行われなくなったかといえそうではありません。カテーテル治療が適さない場合もあるのです。

脳血管内治療は負担の少ない最新の治療法ではありますが、実際に行うかどうかは医師と十分に相談することが重要です。

（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8】 脳血管疾患等リハビリテーションを行う医療機関数（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9】 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
	（人口10万対医師数）	（10.5）	（10.0）	（10.3）
全国	医師数（人）	16,604	16,718	17,119
	（人口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10】 リハビリテーション科に従事する医師の配置状況（平成26年10月現在）（単位：人）

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	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 11】 脳血管疾患退院患者の平均在院日数（平成 26 年 10 月現在）

（単位：日）

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 12】 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（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

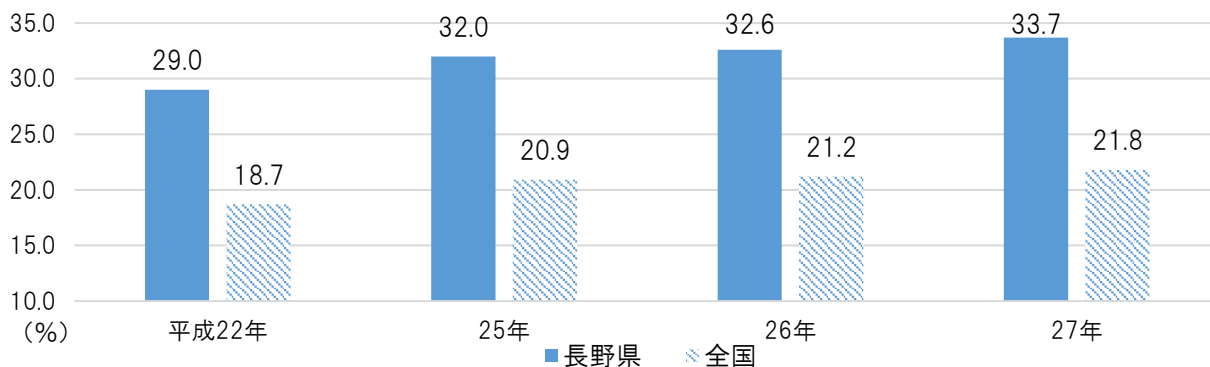
（医療推進課「医療機能調査」）

【表 13】 脳血管疾患患者の在宅等の生活の場に復帰した割合（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
復帰割合 (%)	50.7	58.9	63.4	53.0	62.0	20.0	66.9	76.0	56.2	59.7	59.0

（医療推進課「医療機能調査」）

【図 5】 脳血管疾患患者の在宅死亡割合



（厚生労働省「人口動態統計調査」）

長野県薬剤師会による自己血圧測定的重要性啓発支援

長野県薬剤師会では、脳卒中・心疾患などの主な危険因子である高血圧症の予防・早期発見・早期治療を推進するため、血圧測定的重要性を啓発し、薬局における自己血圧測定、記録の促進、血圧を上げないための生活習慣改善の提案、血圧状態に応じた支援を行っています。

この取組により、地域住民の方々の自己血圧記録の重要性の理解が向上し、継続的な記録、受診・健診につなげることができ、また減塩、運動などの提案により生活改善も図られることから、いつでも気楽に健康相談できる身近な薬局薬剤師によるこのような取組を継続し、病気の予防や健康サポートに貢献していきます。



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 t-PA 静注療法の開始が可能な医療体制を目指します。
- 適応のある脳卒中症例に対し、外科手術や脳血管内手術が、来院後速やかに実施可能な体制の構築を目指します。
- 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

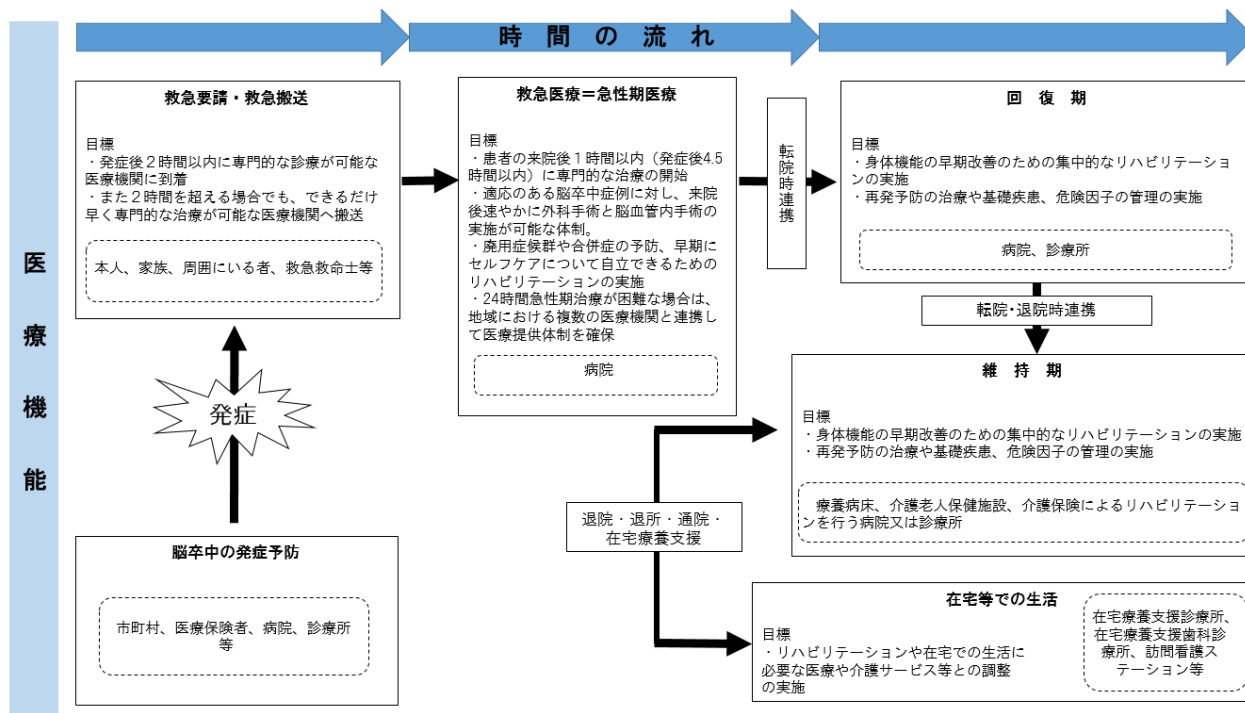
- 患者が生活の場で療養できるよう、自立生活又は在宅療養を支援するため、医療及び介護サービスが相互に連携可能な体制を目指します。

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) 患者の受療動向

- 木曽医療圏は松本医療圏及び岐阜県の医療機関、大北医療圏は松本医療圏の医療機関、北信医療圏は回復期のリハビリテーションについて、長野医療圏の医療機関への受療が認められます(別冊：地域医療構想参照)。

(2) 連携体制

- 各医療圏内で、複数の医療機関の連携体制の構築を目指すとともに、木曽医療圏及び大北医療圏は松本医療圏等と、北信医療圏は回復期リハビリテーションについて、長野医療圏と連携した医療提供体制を推進します。

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

- 脳卒中の初期症状や救急時の対応に関する正しい知識及び家族等発見者による速やかな救急搬送要請の必要性について、本人・家族等への周知に努めます。
- 発症後2時間以内に、t-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、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)
- 医療機関到着後1時間以内に t-PA 静注療法が開始できるよう急性期医療機関の体制整備を促進するとともに、24時間 t-PA 静注療法を用いた治療が実施困難な二次医療圏について、隣接す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促進します。
- 外科手術や脳血管内手術等の適応のある脳卒中症例に対して、来院後速やかに実施可能な体制又は実施可能な医療機関との連携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活用により、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 以下	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 以下	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t-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t-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、専門的な診療が24時間実施可能である医療機関数（※注）	<u>(H29調査)</u>	●●箇所以上	現状より増加させる。	医療推進課調べ
○	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常勤である事
- 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r-PAを用いた治療が実施可能である事

更に以下の要件で区分する。

- I 脳外科手術が速やかに実施可能である事（脳神経外科医が常勤）
- II 脳血管内手術が速やかに実施可能である事（脳血管内治療専門医が常勤）
- III 脳血管疾患リハビリテーションが実施可能である事（PT,OT,STが常勤）
- IV 脳外科手術が他の病院と連携した上で実施可能
- V 脳血管内手術が他の病院と連携した上で実施可能

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）	5.8箇所	5.8箇所以上	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	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」

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。	介護支援課調べ
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
O	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」

注)「区分」欄 S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

脳卒中対策における圏域の設定及び二次医療圏相互の連携体制(案)

		第6次		第7次	
区分		脳卒中		脳卒中	
		当面	将来		
東 信 圏 域	佐久	○	○	○	
	上小	○	○	○	
南 信 圏 域	諏訪	○	○	○	
	上伊那	○	○	○	
	飯伊	○	○	○	
中 信 圏 域	木曾	■ (松本)	○	■ (松本・県外)	
	松本	●	○	●	
	大北	■ (松本)	○	■ (松本)	
北 信 圏 域	長野	●	○	○	
	北信	■ (長野)	○	○	

注)各欄の凡例

○印:当該二次医療圏内で対応する医療圏

●印:他の二次医療圏と連携し、連携の中心となる医療圏

■印:他の二次医療圏と連携する医療圏

()内は、連携の中心となる二次医療圏の名称

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】
医療機関の例	発症予防の機能 病院又は診療所	救急医療の機能 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常勤である事 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 脳卒中詳細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t-PAを用いた治療が実施可能である事 更に以下の要件で区分(Ⅰ～Ⅲを原則満たす病院は○、それ以外の病院は○) Ⅰ 脳外科手術が速やかに実施可能である事(脳神経外科医が常勤) Ⅱ 脳血管内手術が速やかに実施可能である事(脳血管内治療専門医が常勤) Ⅲ 脳血管造影リハビリテーションが実施可能である事(PT、OT、STが常勤) Ⅳ 脳外科手術が他の病院と連携した上で実施可能 Ⅴ 脳血管内手術が他の病院と連携した上で実施可能	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 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料(1、2、3)の届出がある病院又は診療所	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 病院、診療所 介護老人保健施設 訪問看護ステーション
佐久		<ul style="list-style-type: none"> ◎ 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) ◎ 国立病院機構小諸高原病院(小諸市) ◎ 厚生連佐久総合病院佐久医療センター(佐久市) 金澤病院(佐久市) 川西赤十字病院(佐久市) くろさざわ病院(佐久市) 御代田中央記念病院(御代田町) 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) 安藤病院(上田市) 上田病院(上田市) 	<ul style="list-style-type: none"> 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) 国保船井沢病院(船井沢町) 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) 	
上小		<ul style="list-style-type: none"> ◎ 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) 	<ul style="list-style-type: none"> 丸子中央病院(上田市) 東御市 (長和町) 診療所(東御市) 	
諏訪	病院又は診療所	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 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高原病院(富士見町) 	<ul style="list-style-type: none"> 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中新田診療所(原村) 町立辰野病院(辰野町) 上伊那生協病院(箕輪町) 戸澤整形外科(箕輪町) 厚生連富士見高原医療福祉センター一面小野診療所(辰野町) 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院、診療所 ・介護老人保健施設 ・訪問看護ステーション
上伊那		<ul style="list-style-type: none"> ◎ 伊那中央病院(伊那市) ◎ 昭和伊南総合病院(駒ヶ根市) 	<ul style="list-style-type: none"> 伊那中央病院(伊那市) 昭和伊南総合病院(駒ヶ根市) 元の気クリニック(伊那市) 厚生連富士見高原医療福祉センターみずみ診療所(伊那市) 飯田市立病院(飯田市) 飯田病院(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) 果立阿南病院(阿南町) 橋上医院(阿智村) 	
飯伊		<ul style="list-style-type: none"> ◎ 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) 市立高松診療所(飯田市) まるやまファミリークリニック(飯田市) 果立木曾病院(木曾町) 	<ul style="list-style-type: none"> 市瀬医院(下諏訪町) 厚生連富士見高原医療福祉センターみずみ診療所(伊那市) 飯田市立病院(飯田市) 飯田病院(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) 果立阿南病院(阿南町) 橋上医院(阿智村) 	
木曾		<ul style="list-style-type: none"> ○ 果立木曾病院(木曾町) 		

今後、医療機能調査を行い、医療機関名を更新

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 】	
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	
松 本	病院又は診療所	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常勤である事 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t-PAを用いた治療が実施可能である事 更に以下の要件で区分(Ⅰ～Ⅲを原則満たす病院は◎、それ以外の病院は○) Ⅰ 脳外科手術が速やかに実施可能である事(脳神経外科医が常勤) Ⅱ 脳血管内手術が速やかに実施可能である事(脳血管内治療専門医が常勤) Ⅲ 脳血管疾患リハビリテーションが実施可能である事(PT, OT, STが常勤) Ⅳ 脳外科手術が他の病院と連携した上で実施可能 Ⅴ 脳血管内手術が他の病院と連携した上で実施可能	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又は診療所 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	病院、診療所 介護老人保健施設 訪問看護ステーション	
大 北	病院又は診療所	◎ 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) ◎ 厚生連蘆ノ井総合病院(長野市) ◎ 厚生連長野松代総合病院(長野市) ◎ 小林脳神経外科病院(長野市) ◎ 長野赤十字病院(長野市) ◎ 千曲中央病院(千曲市)	相澤病院(松本市) 相澤東病院(松本市) 会田病院(松本市) 一之瀬脳神経外科病院(松本市) 上條記念病院(松本市) 国立病院機構まつもと医療センター中宿松本病院(松本市) 国立病院機構まつもと医療センター松本病院(松本市) 城西病院(松本市) 信州大学医学部附属病院(松本市) 藤森病院(松本市)	松本市立病院(松本市) 松本中川病院(松本市) 丸の内病院(松本市) 桔梗ヶ原病院(塩尻市) 塩尻協立病院(塩尻市) 塩尻病院(塩尻市) 中村病院(塩尻市) 安曇野赤十字病院(安曇野市) 県立こども病院(安曇野市) 穂高病院(安曇野市)	
長 野	病院又は診療所	◎ 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) ◎ 厚生連蘆ノ井総合病院(長野市) ◎ 厚生連長野松代総合病院(長野市) ◎ 小林脳神経外科病院(長野市) ◎ 長野赤十字病院(長野市) ◎ 千曲中央病院(千曲市)	朝日ながの病院(長野市) 県立総合リハビリテーションセンター(長野市) 厚生連蘆ノ井総合病院(長野市) 厚生連新町病院(長野市) 厚生連長野松代総合病院(長野市) 厚生連長野松代総合病院付属若穂病院(長野市) 国立病院機構東長野病院(長野市) 小林脳神経外科病院(長野市) 竹重病院(長野市) さし整形外科(長野市) 豊野病院(長野市) 長野市民病院(長野市) 国保鬼無里診療所(長野市) 長野整形外科クリニック(長野市) 厚生連北信総合病院(中野市) 佐藤病院(中野市)	長野赤十字病院(長野市) 長野中央病院(長野市) 山田記念朝日病院(長野市) 県立須坂病院(須坂市) 蘆病院(須坂市) 稲荷山医療福祉センター(千曲市) 千曲中央病院(千曲市) 長野寿光会上山田病院(千曲市) 新生病院(小布施町) 信越病院(信濃町) 町立飯綱病院(飯綱町) ましまクリニック(長野市) おぶせの里クリニック(小布施町) 飯山赤十字病院(飯山市)	・病院、診療所 ・介護老人保健施設 ・訪問看護ステーション
北 信	病院又は診療所	◎ 厚生連北信総合病院(中野市)	飯山赤十字病院(飯山市)		

今後、医療機能調査を行い、医療機関名を更新

※ ◎：①～④を全て満たし、かつⅠ～Ⅲを原則満たす病院。 ○：①～④を全て満たす◎以外の病院。