

## 第2節 脳卒中対策

- 脳卒中による死亡を減少させ、健康寿命を延伸させること、脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができることを目指します。
- 市町村や関係機関と連携し、脳血管疾患の予防や正しい知識の普及啓発や特定健診の受診率を向上させる取組を行います。
- 脳血管疾患発症後の救急搬送から急性期の医療提供体制、さらには回復期から維持期・生活期のリハビリテーションまでを総合的に支援する取組を行います。

### 現状と課題

#### 1 現状

##### (1) 脳卒中とは

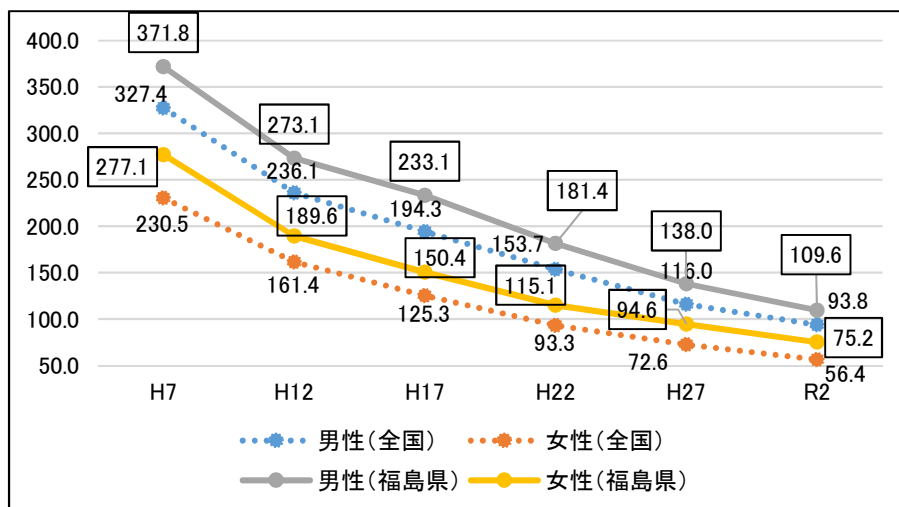
- 脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、①脳梗塞、②脳出血、③くも膜下出血に大別されます。
- ①脳梗塞は、さらにアテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞、心原性塞栓症の3種類に分けられます。
- なお、脳血管疾患は、脳の血管が詰ったり破れたりして起こる疾患全般を指し、脳卒中を含む概念となります。

##### (2) 脳卒中患者動向の現状

###### ア 脳血管疾患の年齢調整死亡率

- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）は、令和2（2020）年時点で男性109.6、女性75.2となっています。
- 年々低下している一方で全国平均は上回っており、さらなる対応を進めていく必要があります。

図表8-2-1 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移



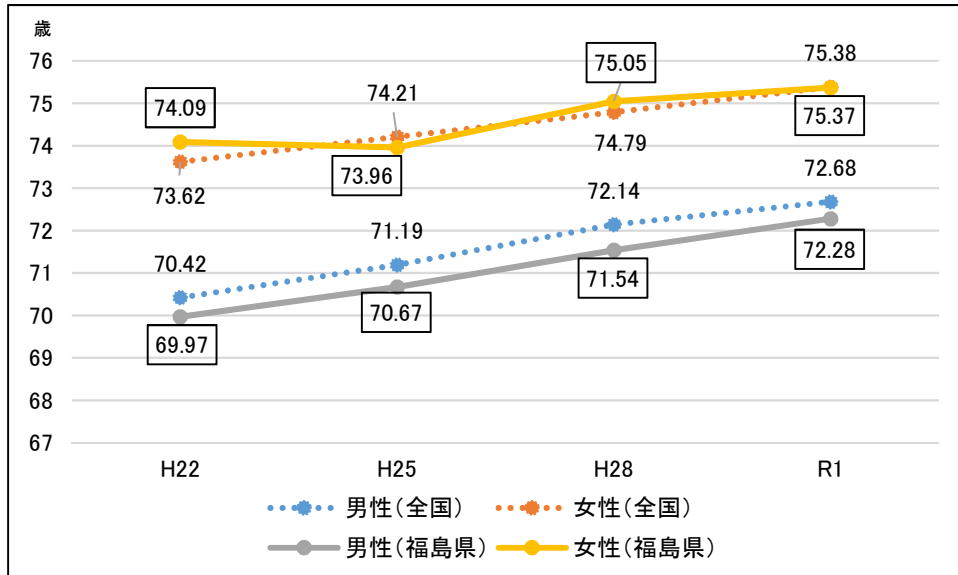
資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

## 第2節 脳卒中対策

### イ 健康寿命

- 本県の健康寿命は、令和元（2019）年時点で男性 72.28 歳、女性 75.37 歳となっています。
- 年々上昇していますが、全国平均よりは低い状況です。

図表8-2-2 健康寿命の推移

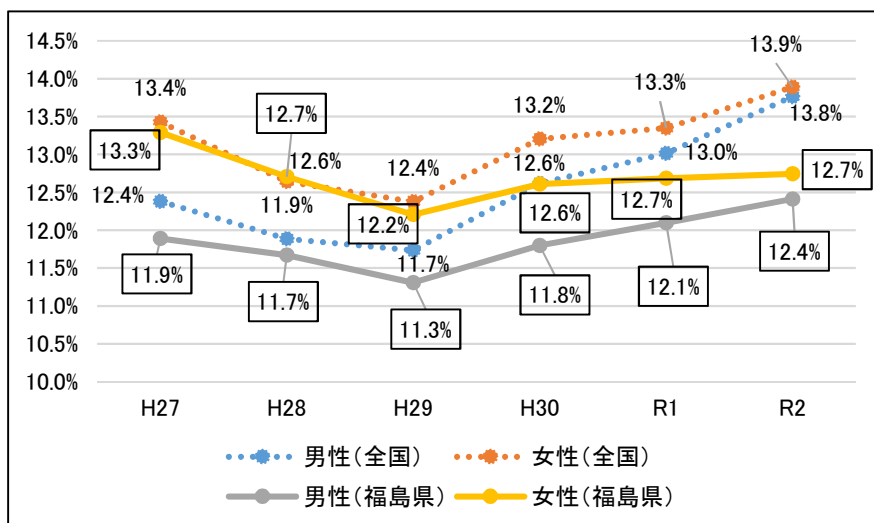


資料：厚生労働科学研究「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」

### ウ 脂質異常症の者の割合

- LDL コレステロールは、人間の体内にある脂質のひとつで、一般に悪玉コレステロールと呼ばれています。
- 本県のLDLコレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合は、令和2（2020）年度時点で、男性 12.4%、女性 12.7%となっています。
- 近年は、女性の場合はほぼ横ばいに対して、男性の割合は上昇傾向となっており、県民全体での取組の推進が求められています。

図表8-2-3 福島県における LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の割合

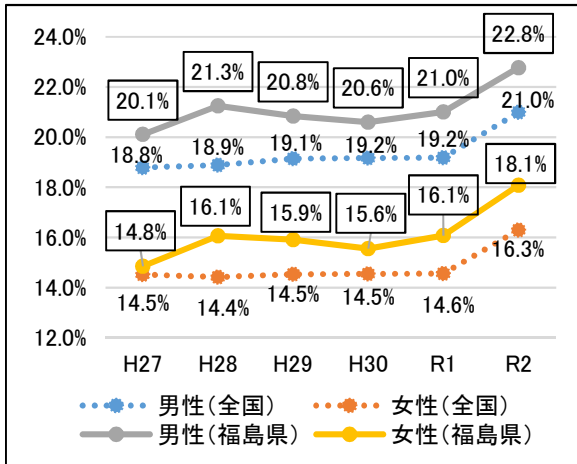


資料：NDB オープンデータ(厚生労働省)

エ 高血圧診断基準以上の者の割合

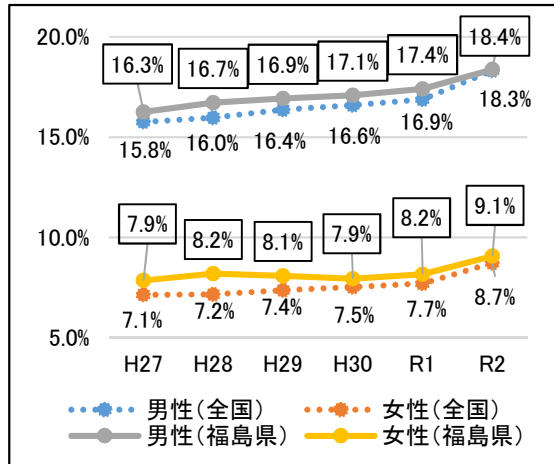
- 血圧値のうち、収縮期血圧が 140mmHg 以上の場合、または拡張期血圧が 90mmHg 以上の場合、あるいはこれらの両方を満たす場合に高血圧と診断されます。
- 本県の収縮期血圧 140mmHg 以上の者の割合は、令和 2（2020）年度時点で男性 22.8%、女性 18.1%となっています。
- また、拡張期血圧 90mmHg 以上の者の割合は、令和 2（2020）年度時点で男性 18.4%、女性 9.1%となっています。

図表8-2-4 福島県における収縮期血圧 140mmHg 以上の割合



資料：NDB オープンデータ(厚生労働省)

図表8-2-5 福島県における拡張期血圧 90mmHg 以上の割合

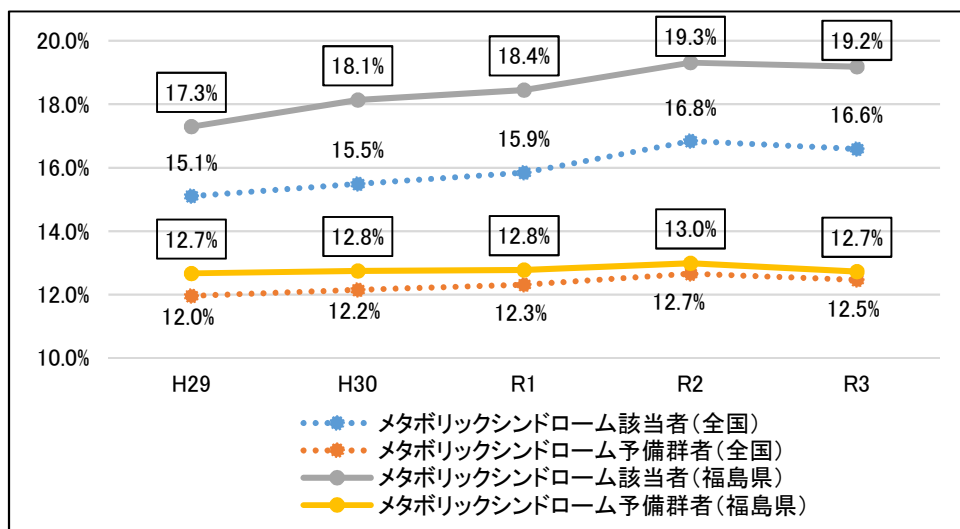


資料：NDB オープンデータ(厚生労働省)

オ メタボリックシンドローム該当者の割合

- 本県のメタボリックシンドローム該当者及び予備群者の割合は、令和 3（2021）年度時点で該当者が 19.2%、予備群者が 12.7%となっています。
- メタボリックシンドローム該当者の割合は、上昇傾向にあります。

図表8-2-6 メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の割合



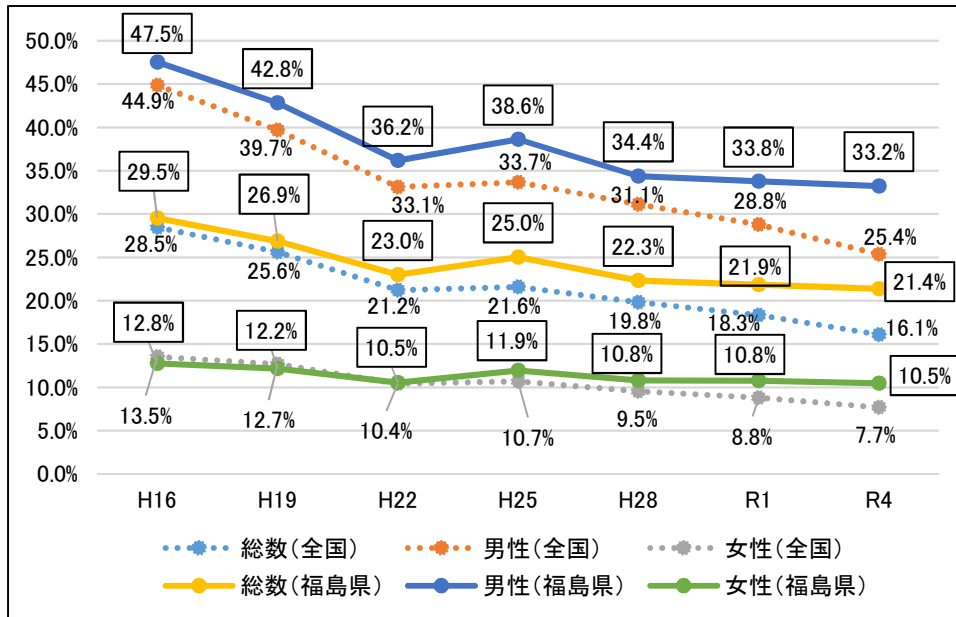
資料：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(厚生労働省)

## 第2節 脳卒中対策

### カ 喫煙率の割合

- 本県の喫煙率（20歳以上）は、令和4（2022）年時点で21.4%となっています。
- 男女別では、男性が33.2%で全国ワースト1位、女性が10.5%で全国ワースト2位となっています。
- 総数も21.4%で全国ワーストの値となっており、これまで以上に喫煙率減少に向けた取組を強化していく必要があります。

図表8-2-7 喫煙率(20歳以上)の推移



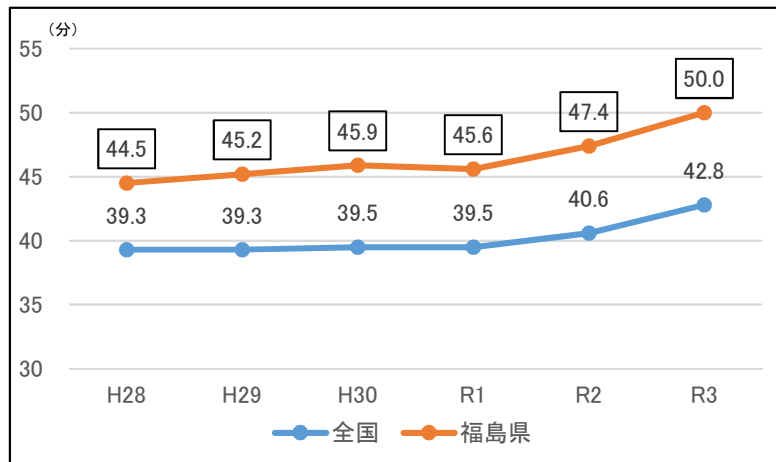
資料: 国民生活基礎調査(厚生労働省)

### (3) 医療資源等の現状

#### ア 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

- 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は令和3(2021)年が50分となり、全国平均である42.8分と比較して長い状況です。

図表8-2-8 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の推移



資料: 救急・救助の現況(消防庁)

## イ 脳神経内科医師数・脳神経外科医師数

- 本県の脳神経内科医師数は 66 人、脳神経外科医師数は 98 人となっています（令和 2（2020）年時点）。

図表8-2-9 脳神経内科医師数・脳神経外科医師数

	県北	県中	県南	会津・南会津	相双	いわき
脳神経内科医師数	27	23	1	8	1	6
脳神経外科医師数	42	26	3	12	4	11

資料：令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

## ウ 脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数

- 本県の脳卒中の専用病室を有する病院数は 1 病院、病床数は 12 床となっています（令和 2（2020）年時点）。

## 2 課題

## (1) 予防

- 脳血管疾患の発症を予防するため、脂質異常症や糖尿病、高血圧、メタボリックシンドロームや喫煙、塩分の過剰摂取など、循環器疾患の危険因子を低減するための取組が必要です。
- 早期発見・早期治療につながる特定健診、特定保健指導の実施率を更に向上させる必要があります。

## (2) 救護

- 本県は、高齢化の進展とともに救急搬送件数が増大し、救急搬送に占める高齢者の割合の増加傾向が見られます。
- また、救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要する平均時間が全国平均を上回っています。

## (3) 急性期

- 急性期においては脳梗塞患者が症状に応じた専門的な治療を受けることができる医療提供体制の強化が必要です。

## (4) 回復期

- 回復期においては、機能回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的として効果的なリハビリテーションが必要となります。

## (5) 維持期・生活期

- 維持期・生活期においては、日常生活への復帰と日常生活の維持を目的とするリハビリテーションを行う必要があります。

## 目指す姿と医療連携体制

## 1 目指す姿

発症の予防を促進するとともに医療連携体制の構築を進めることで、以下の状態となっていくことを目指します。目指す姿の達成に向けたロジック全体の体系図は、本節の最後をご覧ください。

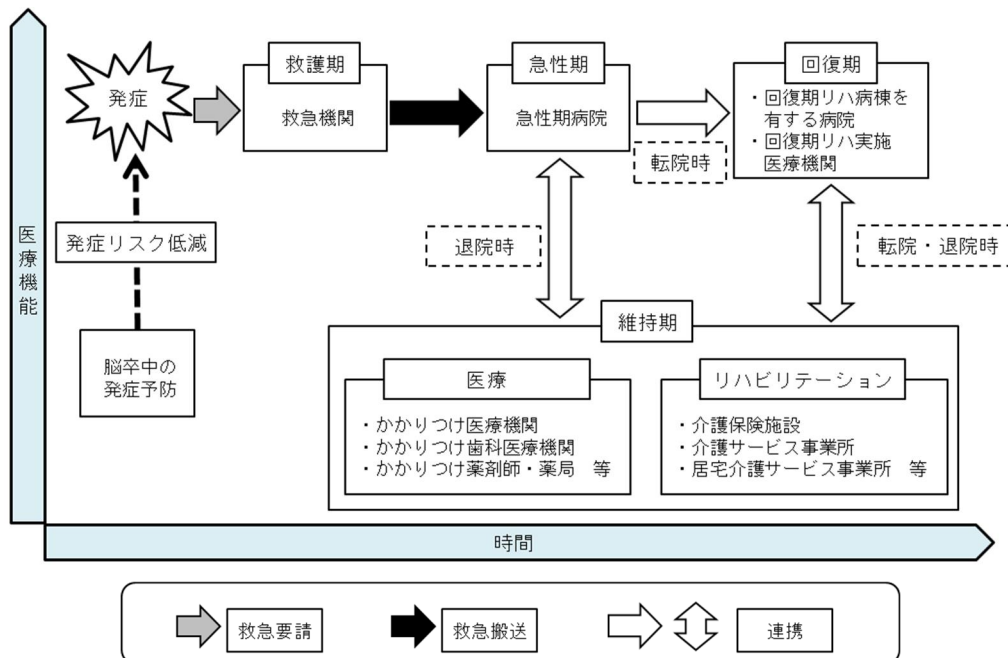
- (1) 脳血管疾患による死亡が減少していること
- (2) 脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができること

2 必要となる医療機能

医療機能	機能の概要／目標
発症予防の機能【予防】	・脳卒中の発症を予防すること
応急手当・病院前救護の機能【救護】	・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
救急医療の機能【急性期】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・t-PA 静注療法の適応となる脳梗塞患者については、少しでも早く治療を開始すること</li> <li>・脳梗塞患者については機械的血栓回収療法の実施についても検討し、治療の適応となる患者に対して、速やかに治療を開始すること</li> <li>・専門的な治療を実施できない医療機関においては、画像伝送等の遠隔医療を利用して治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること</li> <li>・誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと</li> <li>・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</li> </ul>
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】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・回復期の医療機関における医療提供体制を強化すること</li> <li>・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</li> <li>・誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること</li> </ul>
日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションを実施する機能【維持期・生活期】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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就労支援並びに日常生活の継続を支援すること</li> <li>・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</li> <li>・誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること</li> </ul>

3 医療連携体制

(1)医療連携体制図



(2)圏域の設定

- 脳卒中対策に関する圏域設定にあたっては、脳梗塞に対する超急性期の再開通治療の恩恵を住民ができ

る限り公平に享受できるようにします。

- 本県においては、圏域内に脳卒中急性期患者の受入れが可能な医療機関が1機関以上あることを条件として、脳卒中対策に係る圏域は二次医療圏と同一とします。

施策の方向性

1 施策の方向性と展開

施策の方向性 (目指す姿の達成に向けた課題)	施策・取組の展開
(1)脳卒中の発症予防	<p><b>ア 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 循環器病の危険因子である糖尿病発症予防・重症化予防のため、食生活の改善や運動しやすい環境整備、保健医療専門職の人材育成などに取り組みます。</li> <li>○ 県、市町村及び関係団体等が連携強化を図るとともに、ふくしま健民アプリ等の多様なツールの普及等により、運動習慣の効果的な普及啓発、健康づくりへの動機付けの拡大を図ります。</li> <li>○ 喫煙者の禁煙をサポートするため、県及び市町村、関係団体等が連携しながら、喫煙の害や禁煙外来等の情報提供(妊産婦の喫煙に関する影響等を含む)・普及啓発・健康教育の実施等を積極的に行うなど、喫煙率の減少に資する取組を実施します。</li> <li>○ 過度の飲酒による健康への影響等の予防対策として、アルコールに関する正しい知識の普及啓発及び健康教育を推進します。</li> <li>○ 市町村、関係機関等と連携を図りながら、特定健診など様々な機会をとらえ、喪失歯の原因となるむし歯や歯周病に罹患した場合の早期治療の必要性を啓発するとともに、全身的な機能低下につながる高齢期の口腔の衰えいわゆる、オーラルフレイル対策を推進します。</li> </ul> <p><b>イ 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 県、市町村、関係機関等が連携しながら、特定健診受診率向上に向けた取組を実施します。</li> <li>○ 職域と連携し、特定健診の普及啓発を図ることで、職場で検診の受診機会がない就労者に対し、市町村の検診の積極的な利用を周知するなど、働き盛り世代の検診受診を推進します。</li> </ul>
(2)専門医療機関への早期搬送	<p><b>ア 救急搬送体制の整備</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 家庭における対処方法や早期受診等について県民に周知します。</li> <li>○ 急病時の電話相談窓口の設置等により、県民の相談先を確保するとともに、救急車の適正利用を進めます。</li> <li>○ 救急業務の高度化に対応するため、各消防本部における救命救急士の計画的な養成を進めます。</li> <li>○ 福島県救急医療対策協議会や福島県メディカルコントロール協議会等を通して、消防機関と医療機関の連携強化を図り、地域の実情に応じた救急搬送体制の充実を図ります。</li> </ul>
(3)発症後早期の専門的治療提供 (4)発症後早期の専門的リハビリテーション提供 (5)入院期間の改善	<p><b>ア 急性期における医療提供体制の構築</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急性期を担う医療機関の医療機能の充実強化を進め、機械的血栓回収療法が実施可能な医療機関の増加を推進します。</li> <li>○ 回復期の医療機関との連携体制の強化を進め、退院調整部門の設置に対する支援を行うとともに、脳卒中地域連携クリティカルパスの導入医療機関の増加を推進します。</li> </ul> <p><b>イ リハビリテーション等の取組</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 廃用症候群を予防し、早期に自立するためのリハビリテーションを実施できるよう、医療機関や関係団体と連携強化や医療機関の確保を進めます。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 公立大学法人福島県立医科大学保健科学部に設置された理学療法士及び作業療法士の養成課程において、脳血管疾患等のリハビリテーションに対応できる人材の育成を行います。</li> </ul>
<p>(6)身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーション提供</p>	<p><u>ア 回復期における医療提供体制の構築</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急性期の医療機関や維持期・生活期の医療機関等と連携体制の強化を進めます。</li> </ul> <p><u>イ リハビリテーション等の取組</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 専門医療スタッフによる身体機能の早期回復のためのリハビリテーションを実施できるよう、医療機関や関係団体の連携強化や整備を進めます。</li> </ul>
<p>(7)日常生活への復帰及び生活機能維持・向上のためのリハビリテーション提供</p>	<p><u>ア 維持期・生活期における医療提供体制の構築</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 回復期や急性期の医療機関等との連携体制の強化を進めます。</li> <li>○ 合併症併発時や脳卒中の再発時に対応可能な医療機関との連携体制の強化を進めます。</li> </ul> <p><u>イ リハビリテーション等の取組</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 専門医療スタッフによる生活機能や心身機能の維持向上のためのリハビリテーションを実施できるよう、医療機関や関係団体の連携強化や整備を進めます。</li> <li>○ 修学資金貸与や公立大学法人福島県立医科大学保健科学部等により理学療法士や作業療法士を育成・確保します。</li> </ul> <p><u>ウ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 失語や高次脳機能障害などの改善及び ADL(日常生活動作)の向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等が集中的に実施されるよう、研修会等による人材育成と体制整備を進めます。</li> <li>○ 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の連携調整のため、在宅医療・介護連携支援センターの整備を支援し、多職種連携の下で支援が行えるよう体制整備を進めます。</li> <li>○ 高次脳機能障害等について、県民の正しい理解が進むよう普及啓発を進めます。</li> </ul> <p><u>エ 循環器病の緩和ケア</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 循環器病の緩和ケアを担う人材育成や多職種連携のための研修等を実施し、県内の緩和ケアチームの増加を目指します。</li> <li>○ あらかじめ患者や家族が治療方針について話し合うアドバンス・ケア・プランニング(人生会議)の普及を推進することで、適切な時期に緩和ケアを提供するとともに、患者や家族の意向を尊重した終末期ケアの提供を目指します。</li> </ul> <p><u>オ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域連携クリティカルパス、心不全手帳、ICT(情報通信技術)等を活用しながら、医療・介護の関係機関や多職種による情報共有を推進し、患者や利用者に対する支援を切れ目なく行うための体制整備を進めます。</li> <li>○ 安心して自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、訪問診療等に必要な支援や、在宅医療・介護連携支援センター等の運営・整備の支援、人材育成のための研修会等を実施します。</li> </ul> <p><u>カ 治療と仕事の両立支援・就労支援</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 福島労働局による両立支援コーディネーター育成や、ハローワーク福島、ハローワーク郡山、公立大学法人福島県立医科大学で設置している長期療養者就業相談窓口などの周知を行います。</li> <li>○ 治療と仕事の両立支援を効率的に進めるため、福島県地域両立支援推進チームが行う両立支援に係る説明会の開催や、両立支援のためのガイドライン、両立支援助成金等の周知を行います。</li> </ul>



※そのほかの施策や施策の具体的内容は、福島県循環器病対策推進計画(第2期)のうち、以下の箇所に記載しています。

第8次福島県医療計画における施策名	福島県循環器病対策推進計画(第2期)における記載箇所
(1)ア「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」	第4章 1 (1)～(5)
(1)イ「循環器病を予防する健診の普及や取組の推進」	第4章 2 (1)
(2)ア「救急搬送体制の整備」	第4章 2 (2)
(3)～(5)ア「急性期における医療提供体制の構築」	第4章 2 (3) ア
(3)～(5)イ「リハビリテーション等の取組」	第4章 2 (4)
(6)ア「回復期における医療提供体制の構築」	第4章 2 (3) ア
(6)イ「リハビリテーション等の取組」	第4章 2 (4)
(7)ア「維持期・生活期における医療提供体制の構築」	第4章 2 (3) ア
(7)イ「リハビリテーション等の取組」	第4章 2 (4)
(7)ウ「循環器病の後遺症を有する者に対する支援」	第4章 2 (5)
(7)エ「循環器病の緩和ケア」	第4章 2 (6)
(7)オ「社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援」	第4章 2 (7)
(7)カ「治療と仕事の両立支援・就労支援」	第4章 2 (8)

## 2 関係者・関係機関の役割

### (1)各医療機能を担う医療機関等

- 「必要となる医療機能」で示した各医療機能を担う機関の基準は下表に示すとおりです。
- 下表の基準を満たす機関のうち、医療機関（病院・診療所）に関するものは別表のとおりです。
- 計画期間中に、別表掲載の医療機関に変更が生じた場合は、福島県保健福祉部において基準該当の有無を確認するとともに、必要に応じて関連する協議会等に協議して変更することとします。

医療機能	医療機能を担う医療機関等の基準
発症予防の機能【予防】	次の①に該当する医療機関を「予防」の機能を担う医療機関とします。 ① 生活習慣病や脳卒中予防の取組を実施可能
救急医療の機能【急性期】	次の①から⑤までの全てに該当する病院・診療所を、「急性期」の機能を担う医療機関とします。 ① 血液検査や画像検査(エックス線検査、CT 検査、MRI 検査、超音波検査)等の必要な検査が 24 時間実施可能 ② 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(画像伝送等遠隔診断に基づく治療を含む。) ③ 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 24 時間実施可能(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。) ④ 脳卒中急性期の治療(開頭手術や脳血管内手術等)が、24 時間実施可能または実施可能な医療機関との連携体制がとれている ⑤ 回復期または維持期・生活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
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】	次の①または②のいずれかに該当する病院・診療所を、「回復期」の機能を担う医療機関とします。 ① 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)または(Ⅱ)を届け出ている病院・診療所 ② 脳卒中回復期患者の受入れが可能で、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病院
日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションを実施する機能【維持期・生活期】	次の①または②のいずれかに該当する病院・診療所を、「維持期・生活期」の機能を担う医療機関とします。 ① 介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所 ② 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを届け出ている病院・診療所

(2)関係者に求められる役割

ア 住民(患者本人及び家族等周囲にいる者)

- 自ら健康的な生活習慣を実践すること。
- 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと。

イ 救急機関(救急救命士を含む救急隊員)

- 地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコル(活動基準)に沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を実施できること。
- 病院前救護のスクリーニングに基づき、搬送先選定が可能な救護体制を構築すること。
- 急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送すること。

ウ 医療機関

(ア)【予防】の機能を担う医療機関

- 高血圧、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。
- 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。
- 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。

(イ)【急性期】の機能を担う医療機関

- 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。
- 単一の医療機関または複数の医療機関が連携し、24時間体制での急性期治療が確保されること。
- 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。
- 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。
- 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。
- t-PA 静注療法の適応がある脳梗塞患者に対し、来院後1時間以内に治療を開始すること。
- 症状の重症度と画像所見に基づき、脳梗塞患者に対する機械的血栓回収療法の適応を検討し、適応がある患者に対しては速やかに治療を開始すること。
- t-PA 静注療法や機械的血栓回収療法、外科手術等の治療を実施できない医療機関においては、日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療(Telestroke)」など、デジタル技術を活用した診療を行うことで、治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること。
- 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。
- リスク管理の下に早期座位・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。
- 回復期(又は維持期・生活期)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。
- 回復期(又は維持期・生活期)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。

(ウ)【回復期】の機能を担う医療機関

- 再発予防の治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の管理及び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。
- 重篤な神経機能障害・精神機能障害等を生じた患者であっても、急性期病院からの受入れが可能となるよう、回復期の医療提供体制を強化すること。
- 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。
- 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。
- 急性期の医療機関及び維持期・生活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。
- 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。

**(工)【維持期・生活期】の機能を担う医療機関**

- 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（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。
- 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。
- 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、脳卒中患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと。
- 回復期又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。
- 合併症発症時や脳卒中中の再発時に、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。

**エ 地域医師会等**

- 診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努めること。

**オ 行政機関**

- 脳血管疾患の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、維持期まで継続し医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮すること。
- 医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

**評価指標****1 目指す姿の進捗に関する数値目標**

目指す姿の達成に向けた進捗状況は、以下の指標により検証します。

**<全体目標>**

番号	分野アウトカムに関する指標	現況値 (調査年)	出典	目指す 方向性	参考値※1 (目標年)	目標値※2 (目標年)
A1	脳血管疾患の年齢調整死亡率 (男性)	109.6 (R2年)	人口動態統計特殊報告	↓	95.4 (R11年)	93.8 (R12年)
A2	脳血管疾患の年齢調整死亡率 (女性)	75.2 (R2年)	人口動態統計特殊報告	↓	58.3 (R11年)	56.4 (R12年)
A3	健康寿命(男性)	72.3歳 (R1年)	厚生労働省科学研究	↑	75.3歳 (R11年)	76.18歳 (R14年)
A4	健康寿命(女性)	75.4歳 (R1年)	厚生労働省科学研究	↑	77.6歳 (R11年)	78.25歳 (R14年)

※1 目標値を基に令和11年度の値を比例推計したもので、医療計画の最終評価時に用いる値

※2 「第三次健康ふくしま21計画」の目標値

**2 課題に関する取組の進捗に関する数値目標**

課題に対する取組の進捗状況を検証するための指標は、本節の最後をご覧ください。

**施策の推進****1 施策の評価と見直し****(1) 施策の推進体制と評価**

脳卒中対策に関する施策の目標を達成するため、関連する協議会等において施策の評価や進捗状況の確認を行います。

## 第2節 脳卒中対策

また、関連計画との調和を保ち、連携を図りながら取組を推進していきます。

### ア 関連する協議会等

- ・ 福島県循環器病対策推進協議会
- ・ 福島県生活習慣病検診等管理指導協議会(循環器等疾患部会)

### イ 関連計画

- ・ 福島県循環器病対策推進計画(第2期)
- ・ 第三次健康ふくしま 21 計画

### (2) 施策の見直し

施策の評価や進捗状況に基づき、改善が必要な施策や指標については、より効果的なものとなるよう必要に応じて施策や取組の見直しを行います。また、毎年の評価や見直しの結果は、福島県医療審議会保健医療計画調査部会に報告することとします。

ロジックモデル〈脳卒中対策〉



## 第2節 脳卒中対策

	アウトカムに関する指標	現状		目指す 方向性	目標（※）		長期目標		出典
		現況値	調査年		目標値	目標年	目標値	目標年	
＜全体目標＞									
A1	脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性）	109.6	R2年	↓	95.4	R11年	93.8	R12年	人口動態統計特殊報告（厚生労働省）
A2	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性）	75.2	R2年	↓	58.3	R11年	56.4	R12年	人口動態統計特殊報告（厚生労働省）
A3	健康寿命（男性）	72.3歳	R1年	↑	75.3歳	R11年	76.18歳	R14	厚生労働省科学研究
A4	健康寿命（女性）	75.4歳	R1年	↑	77.6歳	R11年	78.25歳	R14	厚生労働省科学研究
＜予防＞									
B101	脳血管疾患受療率（入院）	88.0	R2年	↓	88.0以下	R11年	-		患者調査（厚生労働省）
B102	脳血管疾患受療率（外来）	78.0	R2年	↓	59.0	R11年	-		患者調査（厚生労働省）
C101	1日当たりの食塩摂取量（20歳以上男性）	11.9g	H28年	↓	8.3g以下	R11年	7.5g以下	R14年	国民健康・栄養調査（厚生労働省）
C102	1日当たりの食塩摂取量（20歳以上女性）	9.9g	H28年	↓	7.1g以下	R11年	6.5g以下	R14年	国民健康・栄養調査（厚生労働省）
C103	収縮期血圧が140mmHg以上の者の割合（男性）	21.0%	R1年度	↓	18.8%	R11年度	18.1%	R14年度	NDBオープンデータ
C104	収縮期血圧が140mmHg以上の者の割合（女性）	16.1%	R1年度	↓	14.2%	R11年度	13.6%	R14年度	NDBオープンデータ
C105	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合	31.9%	R3年度	↓	22.2%	R11年度	21.0%	R14年度	特定健診・特定保健指導に関するデータ
C106	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（男性）	19.6%	R4年	↓	11.0%	R9年	-		健康ふくしま21調査
C107	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（女性）	6.7%	R4年	↓	5.0%	R9年	-		健康ふくしま21調査
C108	特定健診の受診率	56.3%	R3年度	↑	70%以上	R11年度	-		特定健診・特定保健指導に関するデータ
C109	特定保健指導の実施率	21.7%	R3年度	↑	45%以上	R11年度	-		特定健診・特定保健指導に関するデータ
＜救護＞									
B201	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	50.0分	R3年中	↓	42.8分	R11年中	-		救急・救助の現況（消防庁）
C201	救急隊の救急救命士運用率	85.0%	R4年	↑	91.2%	R11年	-		救急・救助の現況（消防庁）
＜急性期＞									
B301	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数（人口10万対）	13.3件	R2年度	→	13.3件	R11年度	-		NDB
B302	脳梗塞に対する脳血管内療法（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数（人口10万対）	12.0件	R2年度	→	12.0件	R11年度	-		NDB
B303	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数（人口1万対）	9,581.0件	R2年度	→	9,581.0件	R11年度	-		NDB
B304	脳血管疾患の退院患者平均在院日数	91.2日	R2年度	↓	67.8日	R11年度	-		NDB
C301	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数（人口10万対）	0.9施設	R5年度	→	0.9施設	R11年度	-		NDB
C302	脳卒中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機関	R5.4	↑	6.4機関	R11年	-		東北厚生局届出受理
＜回復期＞									
B401	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（人口1万対）	11,561.5件	R2年度	↑	13,881.9件	R11年度	-		NDB
C401	地域連携リハビリバスを導入している医療機関数（人口10万対）	2.1機関	R4.10	↑	10.0機関	R11年	-		医療機能情報（医療情報ネット）
C402	理学療法士数（人口10万対）	63.6人	R2年	↑	80.0人	R11年	-		医療施設調査（厚生労働省）
C403	作業療法士数（人口10万対）	35.2人	R2年	↑	40.5人	R11年	-		医療施設調査（厚生労働省）
C404	医療ソーシャルワーカー数（人口10万対）	14.3人	R2年	→	14.3人	R11年	-		医療施設調査（厚生労働省）
＜維持期・生活期＞									
B501	訪問リハビリテーションを受ける利用者数（医療）（人口10万対）	52.3人	R2年度	↑	214.2人	R11年度	-		NDB
C501	脳卒中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）【再掲】	5.8機関	R5.4	↑	6.4機関	R11年	-		東北厚生局届出受理

（※）医療計画の進捗管理・最終評価時に使用する値。