

第2節 脳卒中対策(長野県循環器病対策推進計画)

I 脳卒中対策の目指す姿

※ 本計画では、「脳卒中」と「脳血管疾患」の二通りの表記をしています。主に「脳卒中」と表記しますが、本計画で使用している統計データの表記に合わせて「脳血管疾患」と記載する場合があります。

なお、人口動態統計(厚生労働省)では「疾病、傷害及び死因の統計分類(死因分類)(ICD-10(2013年版))」により分類しており、「脳血管疾患」には、「脳梗塞」、「脳内出血」、「くも膜下出血」、「その他の脳血管疾患」が含まれます。

1 現状

(1) 脳卒中の受療率等の状況

- 本県で脳卒中(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)のために継続的に医療を受けている総患者数は、2020年10月においては約3万7千人と推計されます。また、総人口に占める割合は1.8%となっています。(全国は1.2%)

【表1】脳卒中のために継続的に医療を受けている県内の推計患者数※(2020年10月) (単位:千人)

区分	脳梗塞	脳内出血	くも膜下出血	計	人口	人口に占める割合
長野県	31	5	1	37	2,048	1.8%
全 国	1,199	201	62	1,462	126,146	1.2%

※ 調査日現在において、継続的に医療を受けている者(調査日には医療施設で受療していない者も含む。)の数(総務省「人口推計」、厚生労働省「患者調査」都道府県別総患者数(傷病別推計))

- 脳卒中は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあります。本県の脳卒中の総患者数は、全国と比較すると、35歳から74歳までは少なく、75歳以上で多くなっていると推計されます。

【表2】脳卒中の年代別推計患者数※(2020年10月) (単位:千人)

区分	0～34歳		35～74歳		75歳～		計	
	患者数	人口	患者数	人口	患者数	人口	患者数	人口
長野県	0	586	13	1,070	22	352	37	2,048
割合	0%	28.6%	37.1%	52.2%	62.9%	17.1%	—	
全 国	6	39,021	637	65,945	815	18,249	1,462	126,146
割合	0.4%	30.9%	43.6%	52.3%	55.7%	14.5%	—	

※ 調査日現在において、継続的に医療を受けている者(調査日には医療施設で受療していない者も含む。)の数

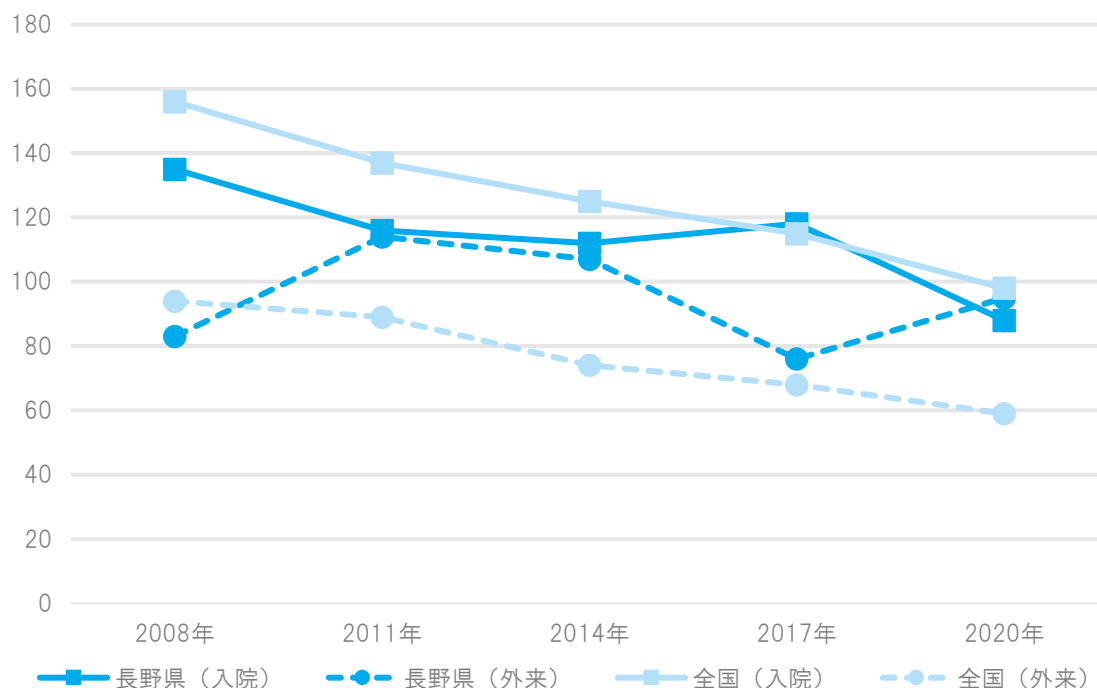
※ 患者調査において、平成29年患者調査まで算出上限日数を30日(31日以上は除外する)と設定されていたが、令和2年患者調査以降は、算出の上限日数が98日(99日以上は除外する)となり、比較が困難なため過去の記載はしていない。

※ 数値については、不詳者・端数処理のため計と合致しない。また、年齢階級(10歳)ごとの総患者数を千人単位で表章(単位未満を四捨五入)していることから、長野県の0～34歳の総患者数が0人ということではない。

(総務省「人口推計」、厚生労働省「患者調査」都道府県別総患者数(傷病別推計))

- 脳血管疾患とは、脳血管に異常が起きることが原因でおこる疾患の総称です。脳卒中の他に、脳動脈瘤等の疾患を含みます。
- 本県の 2020 年の脳血管疾患の人口 10 万人当たりの受療率は、入院は全国より低くなっていますが、外来は全国より高い状況です。

【図 1】脳血管疾患の受療率（人口 10 万対）の推移



※ 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数を人口 10 万対で表した数
(都道府県別推計患者数「患者調査」)

【表 3】脳血管疾患の受療率（人口 10 万対）の推移

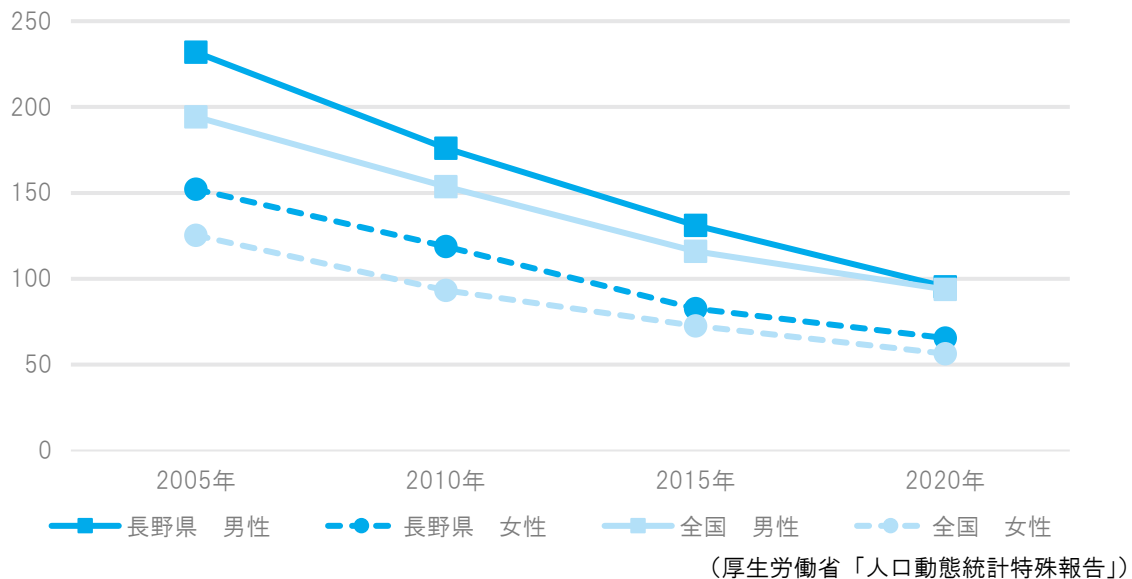
項目	2008 年	2011 年	2014 年	2017 年	2020 年
長野県（入院）	135	116	112	118	88
全国（入院）	156	137	125	115	98
長野県（外来）	83	114	107	76	95
全国（外来）	94	89	74	68	59

(厚生労働省「患者調査」都道府県別推計患者数)

(2) 脳血管疾患による死亡の状況

- 2022 年における本県の脳血管疾患の死亡者数は 2,365 人で、死亡数全体の 8.3%(全国 6.9%) を占め、死亡原因の第 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 万人当たり）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傾向が続いています。

【図2】脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移



【表4】脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移

項目	2005 年	2010 年	2015 年	2020 年
長野県（男性）	231.9	176	131.2	95.4
全国（男性）	194.3	153.7	116	93.8
長野県（女性）	152.1	118.8	82.7	65.5
全国（女性）	125.3	93.3	72.6	56.4

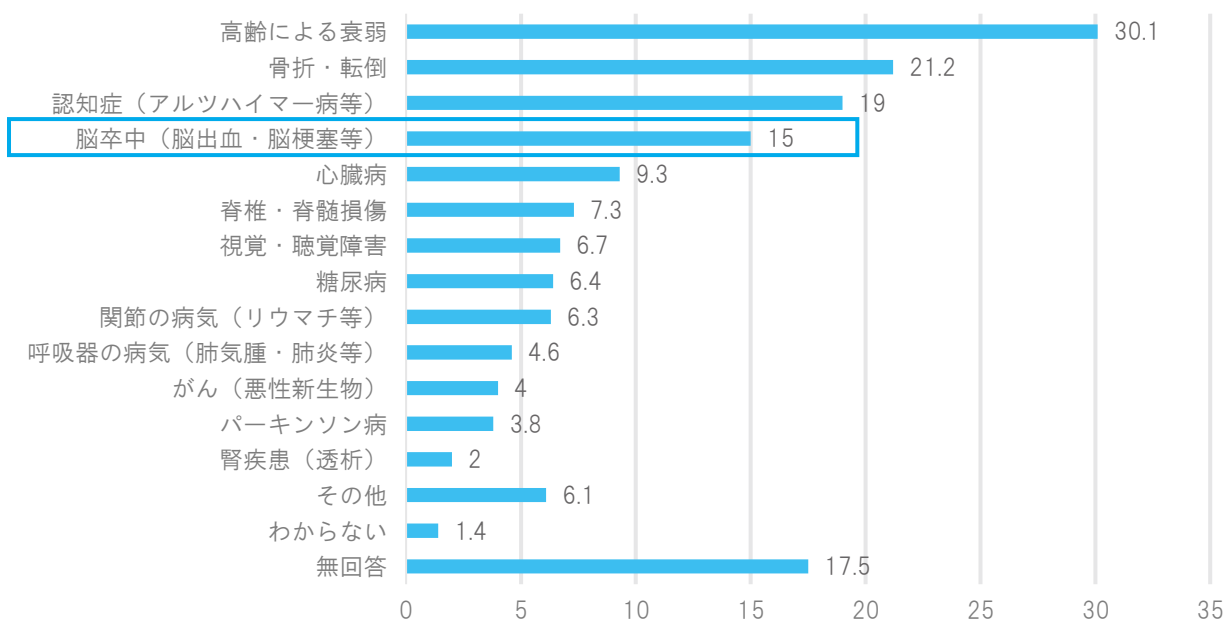
（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

（3）要介護等に至る原因に占める脳卒中の割合

○ 脳卒中は、本県の県民が居宅において要支援・要介護が必要になった主な原因のうち、15%です。

【図3】居宅において要支援・要介護が必要になった主な原因（複数回答可）

（単位：％）

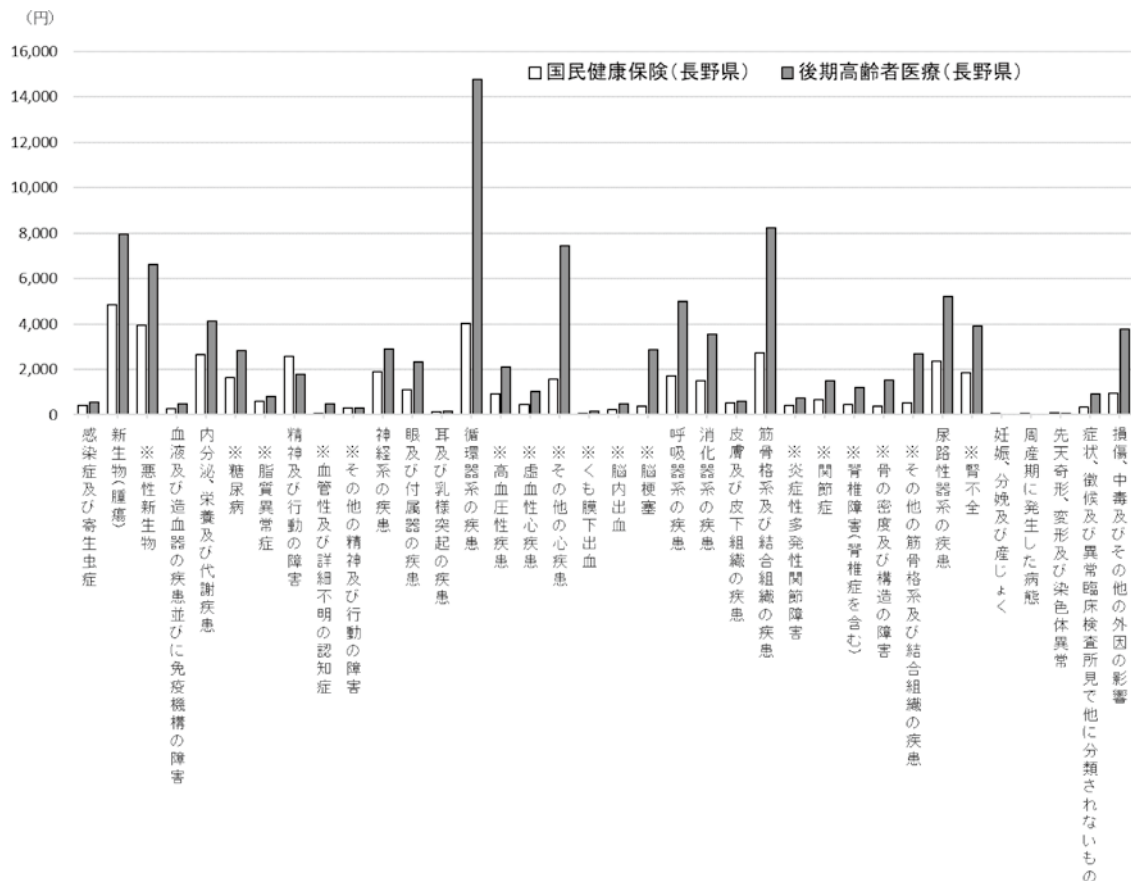


（介護支援課「令和4年度長野県高齢者生活・介護に関する実態調査等」）

(4) 医療費に占める循環器病の割合

- 本県の2023年5月診療分の診療費を疾病大分類(19分類)別にみると、国民健康保険では、医療費の多い順に「新生物(腫瘍)」、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」となっています。同様に、後期高齢者医療では「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「新生物(腫瘍)」の順になっています。また、国民健康保険と後期高齢者医療の医療費を合わせて考えると「循環器系の疾患」が全体の20.5%を占め、最も高くなっています。

【図4】疾病分類別一人当たり医療費(2023年5月診療分)



(KDB 疾病別医療費分析(大分類、中分類)2023年7月作成(5月診療分))

2 目指す姿(分野アウトカム)

県民が脳卒中の予防につとめるとともに、罹患した場合も必要な医療を受け、安心して暮らすことができる

3 目指す姿の実現のための3つの基本目標(中間アウトカム①)

- (1) 脳卒中の発症を予防できている
- (2) 脳卒中患者が、住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる
- (3) 脳卒中患者が、日常生活の場で質の高い療養生活を送ることができる

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
○	脳血管疾患の受療率 (入院) (人口 10 万人対)	長野県 88 全 国 98 (2020)	減少	現状より改善を目指す。	厚生労働省 「患者調査」
○	脳血管疾患の受療率 (外来) (人口 10 万人対)	長野県 95 全 国 59 (2020)	減少	現状より改善を目指す。	厚生労働省 「患者調査」
○	脳血管疾患の 年齢調整死亡率 (男性) (人口 10 万人対)	長野県 95.4 全 国 93.8 (2020)	減少	現状より改善を目指す。	厚生労働省 「人口動態特 殊報告」
○	脳血管疾患の 年齢調整死亡率 (女性) (人口 10 万人対)	長野県 65.5 全 国 56.4 (2020)	減少	現状より改善を目指す。	厚生労働省 「人口動態特 殊報告」

注)「区分」欄 ○(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

Ⅱ 脳卒中の発症を予防できている

1 県民が脳卒中についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組んでいる

(1) 予防・健康づくりの普及啓発

【現状と課題】

ア 健康づくり

- 脳卒中を含む循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症し、その経過は、生活習慣病の予備群、生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行します。しかし、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。
- 長野県の健康づくり県民運動である「信州 ACE(エース)プロジェクト」は、2014 年 6 月にスタートしました。単に「長生き」を追求するだけでなく、一人ひとりが生涯にわたり尊厳と生きがいを持ち、その人らしく健やかで幸せに暮らせる「しあわせ健康県」の実現を目指しています。
- 県では「信州 ACE(エース)プロジェクト」(※第 4 編第 1 章参照)の推進の中で、たばこ対策や運動習慣の定着、食生活改善に向けた取組など幅広く取り組んでいます。

イ 脳卒中のリスクが高い者への普及啓発

- 脳卒中のうち、患者数が最も多い脳梗塞は、脳の血管が詰まることで起こります。
- 動脈硬化によって脳内の細い血管が詰まるものや、脳の血管に変性したコレステロールが溜まり太い血管が詰まるもの、心臓など他の部位で作られた血の塊(血栓)が血流で流れて脳の血管が詰まるものがあります。
- 心房細動と呼ばれる心臓の病気(不整脈)は、心臓で血栓を作り、血流により脳へ流れることで脳梗塞を引き起こす恐れがあります。心房細動等を原因とした心原性脳塞栓症は、脳梗塞の 2～3 割を占めるといわれています。
- 心房細動は自覚症状がない場合が多く、脈拍触診(検脈)や健診で行われる心電図検査で見られる場合があります。心房細動を早くを見つけるためには、健診の受診や、普段から自分の脈をチェックする習慣をつけることも大切です。心房細動が見つかった場合は、脳卒中を予防するための抗凝固薬の服用等の治療を行います。
- 心房細動の患者数は、健診で診断されるだけでも全国で約 80 万人と推計されており、実際には 100 万人を超すといわれています。心房細動は高齢者に多く、今後、人口の高齢化に伴いさらに増加すると予想されています。
- 心房細動をはじめ、高血圧や脂質異常症、糖尿病を発症している等、脳卒中のリスクが高い者に対し、早期の医療機関の受診や治療を促す必要があります。

【施策の展開】

- 「信州 ACE(エース)プロジェクト」の推進等により県民の健康増進を図ります。(※第 4 編第 1 章参照)
- 特定健康診査及び特定保健指導の実施率向上等生活習慣病予防に資する普及啓発を行います。

また、若い世代や被扶養者、退職者、高齢者等いずれの場合も健康診査を継続して受診し、自身の健康状態の把握ができるよう保険者、医療機関、健診機関等と連携を図ります。（※第4編第1章第7節参照）

- 心房細動をはじめとした重症化予防に関する県民の理解を深めるための、普及啓発に取り組みます。

数値目標

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
○	食塩摂取量 (1人1日当たりの平均摂取量、20歳以上年齢調整値)【再掲】		10.4g (2022)	7g未満	健康日本 21(第三次)の指標を参考	県民健康・栄養調査
○	喫煙率 (20歳以上) 【再掲】	男性	21.5% (2022)	18%	健康日本 21(第三次)の指標に合わせ、現在の喫煙率から禁煙希望者が禁煙できたとした場合の喫煙率とする	県民健康・栄養調査
		女性	4.5% (2022)	4%		
		男女計	13.0% (2022)	11%		
P	信州 ACE(エース)プロジェクト推進ネットワーク登録団体数 【再掲】		264 団体	265 団体以上	現状より増加とする	健康増進課調

注)「区分」欄 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

○(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

2 県民が自身の健康状態を把握している

(1) 特定健康診査・特定保健指導の受診啓発

【現状と課題】

- 脳卒中の予防には、発症リスクとなる高血圧等の早期発見、早期治療介入が重要です。
- 生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導には、40歳以上75歳未満が対象となる特定健康診査・特定保健指導があります。本県における特定健康診査及び特定保健指導実施率は全国と比べて高く、年々増加していますが、健康日本21(第二次)の目標である「特定健康診査受診率70%、特定保健指導実施率45%」に達していない状況です。特に、被扶養者は被保険者と比較すると低い状況であり、医療保険者と連携した取組が必要です。（※第4編第1章第7

節参照)

- 県では「信州ACE（エース）プロジェクト」の推進の中で、健康診査受診や運動習慣の定着、食生活改善に向けた取組など幅広く取り組んでいます。（※第4編第1章参照）

【施策の展開】

- 「信州ACE（エース）プロジェクト」の推進等により県民の健康増進を図ります。（※第4編第1章参照）（再掲）
- 特定健康診査・特定保健指導の受診率向上等生活習慣病予防に資する普及啓発を行います。また、若い世代や被扶養者、退職者、高齢者等いずれの場合も健康診査を継続して受診し、自身の健康状態の把握ができるよう保険者、医療機関、健診機関等と連携を図ります。（※第4編第1章第7節参照）（再掲）

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
○	特定健康診査実施率 【再掲】	61.5% (2021)	70%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 「特定健診・ 特定保健指導 の実施状況」
○	特定保健指導実施率 【再掲】	34.7% (2021)	45%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 「特定健診・ 特定保健指導 の実施状況」

注)「区分」欄 ○（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

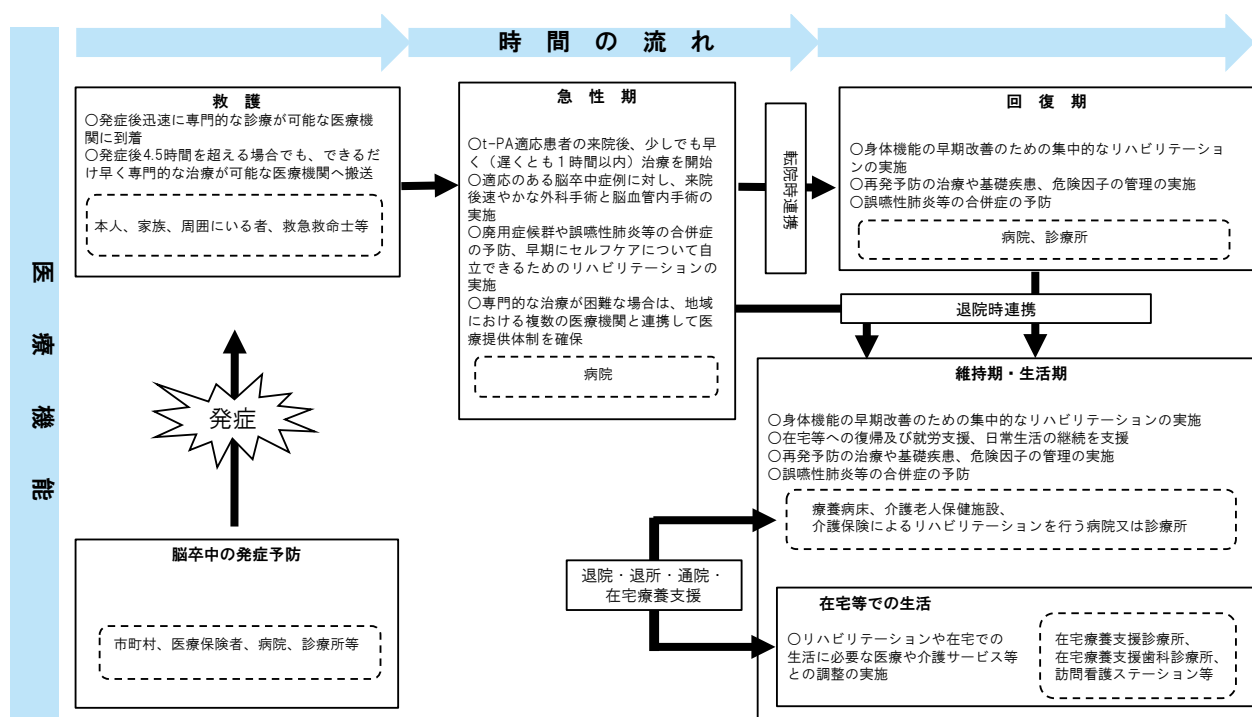
Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる

1 脳卒中の医療提供体制

○ 脳卒中に求められる医療機能は、図5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。

【図5】脳卒中に求められる医療機能



2 二次医療圏相互の連携体制

(1) 患者の受療動向

○ 上小医療圏は佐久医療圏、木曽医療圏は上伊那医療圏及び松本医療圏、大北医療圏は松本医療圏の医療機関への受療が認められます。

(2) 連携体制

○ 各医療圏内で、複数の医療機関との連携体制構築を目指すとともに、上小医療圏は佐久医療圏と、木曽医療圏は上伊那医療圏及び松本医療圏と、大北医療圏は松本医療圏と連携した医療提供体制を推進します。救護については、搬送時点の医療機関の状況に応じて、二次医療圏を越えた連携体制を推進します。

3 脳卒中・心臓病等総合支援センター

○ 国の「循環器病対策推進基本計画」において、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」として、脳卒中・心臓病等（循環器病）患者を中心とした包括的な支援体制を構築するため、多職種が連携して、総合的な取組を進めることとされています。

- 国はこの取組を推進するために、専門的な知識を有し、地域の情報提供等の中心的な役割を担う医療機関に「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を配置し、都道府県と連携を取りながら、地域の医療機関を支援し、協力体制を強化するとしています。
- 本県では、2023年8月、国立大学法人信州大学医学部附属病院において、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を開設し、県をはじめとした行政との連携、県内の医療機関との連携を推進し、脳卒中や心臓病等（循環器病）の患者やその家族等への支援体制の充実に図り、QOL（生活の質）の向上を目指しています。

4 発症後できるだけ早期に専門医療機関へ搬送されている

迅速な救急搬送・治療により、患者の予後の改善、救命率の向上、社会復帰率の向上等が期待されます。脳卒中の発症から専門治療の開始まで、下記の段階それぞれにかかる時間を短縮することが必要です。

段階	内容
発症	発症した（本人の症状が出現した）段階
覚知	症状を発見した（周りの人が症状を見つけた）段階
搬送	救急隊により、専門的な診療が可能な医療機関へ迅速に搬送される段階
専門治療	専門的な治療の開始及び治療可能な施設への速やかな転院搬送の段階

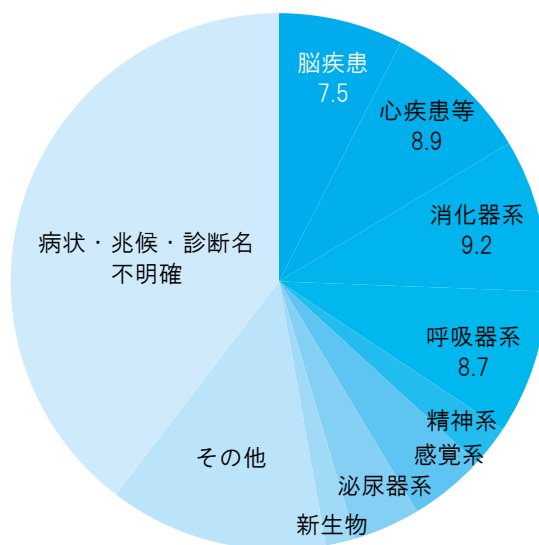
（１）初期症状と適切な対応に関する知識の普及

【現状と課題】

- 脳卒中は急激に発症し、数分から数時間で生命に関わる重大な事態に陥ることが多い疾病です。急病による搬送者に占める脳疾患（脳卒中を含む）の割合は、7.5%を占めています。

【図6】全国における急病の疾病分類別の搬送割合（2022年）

（単位：％）



（消防庁「救急・救助の現況」）

- 脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲の者による速やかな救急搬送要請が望めます。
- そのため、脳卒中の5大症状及び「ACT FAST」について、県民の理解を深めることが必要です。

【図7】 脳卒中の5大症状



(日本脳卒中学会、日本脳卒中協会「脳卒中の予防・発症時の対応」)

- 脳卒中の発症を疑う際の標語として、「ACT FAST」があります。顔 (Face) がゆがむ、手 (Arm) の脱力、言葉 (Speech) が出ない、などの異常が現れたら脳卒中を疑い、症状が出た時刻 (Time) を確認して、急いで (FAST)、行動 (ACT) することが大切です。

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、脳卒中の発症から覚知までの時間の短縮を図るため、脳卒中の初期症状及び早期受診・救急受診の必要性に関する普及啓発に取り組みます。

脳卒中の前触れ、一過性脳虚血発作とは

脳卒中は脳の血管が詰まったり破れたりして生じる病気のことをいい、脳の血管が詰まる脳梗塞と、血管が破れる脳出血、くも膜下出血の3疾患からなります。脳卒中は、元気な人がある日突然発症する印象がある方が多いと思いますが、脳梗塞を発症する前に「一過性脳虚血発作」という一時的な「前触れ発作」を起こすことも少なくありません。

手足のしびれや動かしにくさ、ろれつが回らないなどの脳卒中の症状が、24時間以内に消失する発作で、画像診断では脳梗塞の病変がないものを一過性脳虚血発作と呼びます。「脳虚血（のうきょけつ）」とは、脳への血液の流れが不十分で、何らかの神経症状が出現した状態のことです。脳内の血管の中で、小さな血栓が一時的に血管を閉塞させると神経症状が出現しますが、何らかの理由で再び流れ出すと、症状は回復します。多くの発作は数分間で消失するか、長くても1時間以内に回復するため、そのまま放置する人が多いようです。しかし、この発作は、その後大きな脳卒中を起こす前兆です。一過性脳虚血発作を生じると、48時間以内に脳梗塞を起こすことが多いと報告されています。一過性脳虚血発作を疑う症状が生じた場合には、直ちに病院へ行って脳神経外科か脳神経内科の専門医による診察を受けてください。

信州大学医学部脳神経外科学教室 教授 堀内 哲吉／准教授 花岡 吉亀

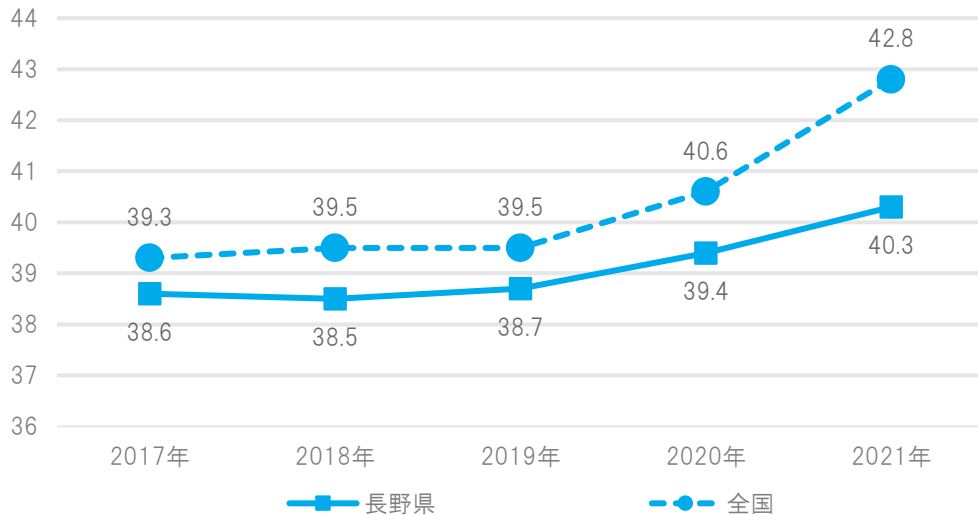
（２）患者の観察や搬送基準の整備

【現状と課題】

- 本県では、消防法に基づく「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（2011年1月施行）」により、信州保健医療総合計画別冊「機能別医療機関の一覧」の脳卒中の急性期医療を担う医療機関へ搬送される体制が整備されています。
- メディカルコントロールとは、救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間において救急救命士等が実施する医療行為について、医師が指示又は指導・助言及び事後検証を行うことにより、それら医療行為の質を保証することです。メディカルコントロール体制や搬送基準等について協議・調整を行うため、県では長野県メディカルコントロール協議会、消防機関では二次医療圏毎に地域メディカルコントロール協議会を設置しています。
- 消防機関は、メディカルコントロール体制の下で定められた病院前救護のプロトコル（観察・処置手順）に則して、適切に観察・救急救命処置等を行い、医療機関へ迅速に搬送します。患者の搬送時間は全国と比べやや短くなっていますが、患者の居住地によっては搬送に時間を要する場合があります。

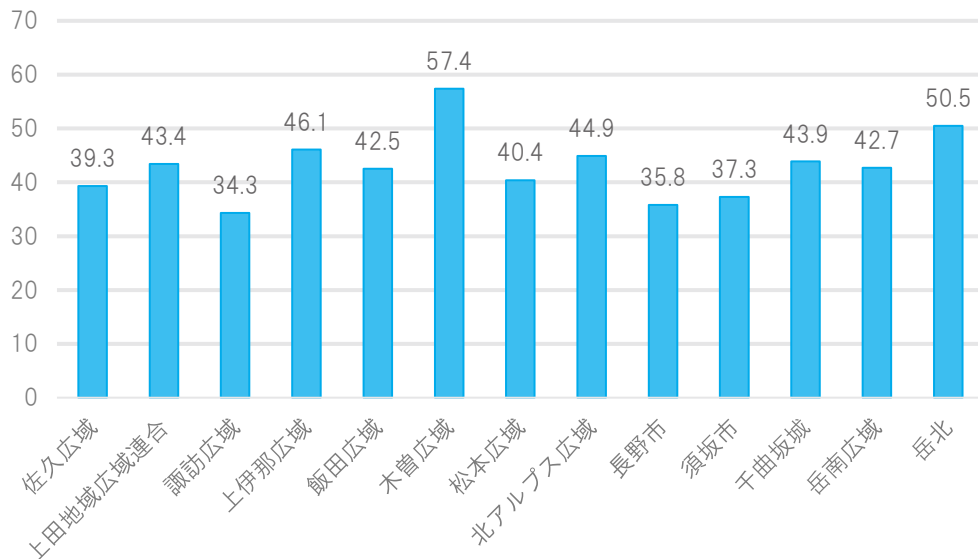
【図8】 病院収容所要時間の推移（入電から医師引継ぎまでの平均所要時間）

（単位：分）



（消防庁「救急・救助の現況」）

【図9】 消防本部（局）別病院収容所要時間（入電から医師引継ぎまでの平均所要時間）（単位：分）



※岳南広域消防本部の管轄は中野市、山ノ内町。岳北消防本部の管轄は飯山市、木島平村、野沢温泉村、栄村。
（消防庁「令和4年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」令和3年中の救急業務における消防本部別実施状況）

- 脳卒中の早期治療につなげるため、救急隊が傷病者に対して適切な観察・処置を行い、適切な搬送先医療機関を選定することが重要です。
- 日本脳卒中学会では、救急隊が脳卒中患者を収容する時に、以下の6項目を観察することを推奨しています。
 - 脈不整
 - 共同偏視
 - 半側空間無視（指4本法）
 - 失語（眼鏡/時計の呼称）
 - 顔面麻痺
 - 上肢麻痺
- 消防庁「令和4年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」では、上記の6項目のうち、医療資源が不足している地域では3項目、医療資源が豊富な地域では2項目が該当したら、機械的

血栓回収療法が実施可能な医療機関へ直接搬送を考慮に入れるとの考え方が示されました。

- 本県における二次医療圏別の機械的血栓回収療法が実施可能な医療機関は表5のとおりですが、その数には地域差があります。

【表5】脳梗塞に対する機械的血栓回収療法の実施可能な医療機関数（2020年度診療分）

全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
22	2	2	2	2	2	1	4	0	5	2

（医療経済研究機構「医療計画分野別ロジックモデル・指標データ集（脳卒中） Ver.1.1.1」）

※厚生労働省「NDB（National Data Base）」（2020年度診療分）の個票解析による。

- 本県の13消防本部のうち、脳卒中を疑う傷病者に対する観察項目等について、何らかのプロトコルや活動指針等を定めているのは、2022年時点で11消防本部となっています。主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用する消防本部の数を把握し、その数を増加させることが必要です。
- 救急搬送の手段は、従来の救急車に加え、ドクターカーやドクターヘリ（救急医療用ヘリコプター）が活用されています。治療内容や地域の医療資源の状況によっては、二次医療圏を越えた搬送や山間地域からの救急搬送等、救急車では搬送に時間がかかるケースもあります。
- また、本県は県土が広く山間地域も多いことから、ドクターヘリを佐久総合病院佐久医療センターと信州大学医学部附属病院に配置しており、こうしたケースにドクターヘリが積極的に活用されています。搬送手段の多様化に合わせ、消防機関と医療機関が密接に連携していくことが重要です。
- 医師の指示のもとで救急救命士等により行われる病院前救護は、音声による情報交換が主ですが、ICT（情報通信技術）を活用した画像情報の伝達により、患者の予後の改善、救命率の向上、社会復帰率の向上等が期待されます。

【施策の展開】

- 脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部を把握し、その数の増加を図ることにより、迅速かつ適切な医療機関への搬送体制の整備を推進します。
- 長野県広域災害・救急医療情報システム等を利用した消防と医療機関や医療機関同士の情報連携、ドクターヘリなどの効果的な活用により、迅速かつ適切な医療機関への搬送体制の整備を推進します。
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の見直しなど、救急搬送に関するルールの標準化を促進します。
- 救急隊員の標準的な活動内容を定めたプロトコルの県内統一化の検討、指導救命士制度の活用や各種研修会・講習会の充実に伴う救急救命士の資質向上、長野県メディカルコントロール協議会の機能強化など、メディカルコントロール体制の強化・標準化を促進します。
- 救命救急センターの運営支援や施設・設備整備等により、三次救急医療体制の整備を推進します。

- 「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」の見直し等を通じ、救急医療機関の役割を明確化するとともに、迅速かつ適切な救急医療の提供のためICT等を活用した相互連携を促進します。

(3) 感染症発生・まん延時や災害時における救急搬送体制の維持

【現状と課題】

- 本県では、地域医療構想の実現に向けた取組である、急性期や回復期、慢性期等の医療機関の機能の分化が進んでいます。地域の中核となる急性期の病院において、感染症発生・まん延や災害時に搬送受入れが停止した場合、圏域内に受入れ可能な病院がなく、圏域外への搬送が必要になることがあります。
- 消防本部においては、急性期医療に対応が可能な医療機関について平時から把握し、感染症発生・まん延時や災害時に柔軟に搬送できる体制が望まれます。また、回復期の医療機関の機能を強化することで、急性期の医療機関に入院する患者が病期に応じてスムーズに転院できる体制を整備し、急性期の医療機関の受け入れ体制を整えることが求められます。

【施策の展開】

- 県は消防本部や医療機関と連携し、急性期医療に対応可能な医療機関の把握に努め、感染症発生・まん延時や災害時の医療体制のあり方について検討を進めます。
- 医療機関は、急性期の医療機関からの円滑な転院や遠隔医療体制の整備、在宅医療体制の強化等を推進し、感染症発生・まん延時や災害時における地域における医療資源を有効活用できる体制の構築に努めます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
O	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	長野県 40.3 分 全 国 42.8 分 (2022)	現状維持	全国平均よりも低い数値を維持する。	消防庁「救急救助の現況」
P	早期受診・救急受診の必要性に関する普及啓発活動の実施件数	1 回	継続	世界脳卒中デーに合わせた普及啓発を継続する。	保健・疾病対策課調
S	脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部数	未把握	把握	把握に努める。	保健・疾病対策課調

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

緊急搬送時の沿革作業支援、病院同士の画像伝送の必要性

救急医療は時間との戦いであり、最初に患者さんに接触する救急隊員や救急救命士の活動はとても重要です。この活動を適切に行うため、医師は救急救命士に対して直接指示を出しており、これをオンラインメディカルコントロール（オンライン MC）と呼びます。現在、救急救命士は患者さんの情報を電話で医師に伝えていますが、これに画像が加わればより正確で多くの情報を伝えられます。信州大学医学部附属病院では、カメラ・マイク・イヤホン・高輝度ディスプレイ付きのヘッドセットを装着した救急救命士と、オンライン MC 担当医師との間で、画像や音声の情報を双方向にやりとりするシステム（ビジュアルオンライン MC システム）の開発研究を行っています。将来これが実用化されれば、医師は救急救命士が目にする傷病者の様子や心電図、事故現場の様子などをそのまま把握できるため、救急救命士へよりの確な指示ができるばかりでなく、病院到着後にすばやく治療を開始できるようになります。

また、病院同士の画像伝達も重要です。広大な県土に医療圏が散らばる長野県では、大動脈解離や脳梗塞の患者さんなどは、まず地域の中核病院へ搬送され診断された後、専門的な手術を受けるため他地域の病院へ緊急で転院搬送される場合がよくあります。この際、CT などの詳しい画像情報を速やかに送るシステムがあれば、搬送先病院の専門医は、手術の方法、必要となる器材や人員などについて患者到着前から検討し準備できるため、到着後にすぐ治療を開始できます。このような ICT（情報通信技術）を用いた画像伝送システムを全県に導入すれば、県内のどこで発症した患者さんであっても、同じレベルの治療を迅速に受けられるようになります。

信州大学医学部救急集中治療医学教室・高度救命救急センター
教授・センター長 今村 浩

5 発症後早期に専門的な治療を受けられている

（１）脳卒中の急性期医療に 24 時間 365 日対応できる体制整備

【現状と課題】

- 急性脳梗塞の治療に有効性が高い血栓溶解療法（t-PA療法）が24時間体制で実施可能な医療機関は、全ての二次医療圏で確保されています。

【表 6】脳梗塞に対する血栓溶解療法（t-PA 療法）の実施可能な医療機関数（2023 年 4 月現在）

全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
27	3	3	2	2	2	1	5	1	6	2

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

- 日本脳卒中学会は、t-PA療法による治療が24時間365日可能であり、下記の基準を満たす施設を「一次脳卒中センター」として認定しています。本県における一次脳卒中センターは、22か所あります。

【表 7】日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センター（2023 年 9 月現在）

医療圏	医療機関名	医療圏	医療機関名
佐久	佐久総合病院佐久医療センター	松本	信州大学医学部附属病院
	浅間南麓こもろ医療センター		相澤病院
上小	信州上田医療センター		安曇野赤十字病院
	小林脳神経外科・神経内科病院		一之瀬脳神経外科病院
諏訪	諏訪赤十字病院	大北	市立大町総合病院
	諏訪中央病院	長野	長野赤十字病院
上伊那	伊那中央病院		長野市民病院
	昭和伊南総合病院		南長野医療センター篠ノ井総合病院
飯伊	飯田市立病院		長野松代総合病院
	瀬口脳神経外科病院		小林脳神経外科病院
木曽	—	北信	飯山赤十字病院
			北信総合病院

＜一次脳卒中センター認定基準＞

① 24 時間 365 日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療を開始できる。② 頭部 CT または MRI 検査、一般血液検査と凝固学的検査、心電図検査が施行可能である。③ 脳卒中ユニット（SU）を有する。④ 脳卒中診療に従事する医師（専従でなくてもよい、前期研修医を除く）が 24H/7D 体制で勤務している。⑤ 脳卒中専門医 1 名以上の常勤医がいる。⑥ 脳神経外科的処置が必要な場合、迅速に総神経外科医が対応できる体制がある。⑦ 機械的血栓回収療法が実施出来ることが望ましい。実施できない場合には、機械的血栓回収療養が常時可能な近隣の一次脳卒中センターとの間で、機械的血栓回収療法の適応となる患者の緊急転送に関する手順書を有する。⑧ 定期的な臨床指標取得による脳卒中医療の質をコントロールする。

（日本脳卒中学会）

- 本県における二次医療圏別の機械的血栓回収療法が実施可能な医療機関は表 8 のとおりですが、その数には地域差があります（再掲）。

【表 8】脳梗塞に対する機械的血栓回収療法の実施可能な医療機関数（2020 年度診療分）（再掲）

全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
22	2	2	2	2	2	1	4	0	5	2

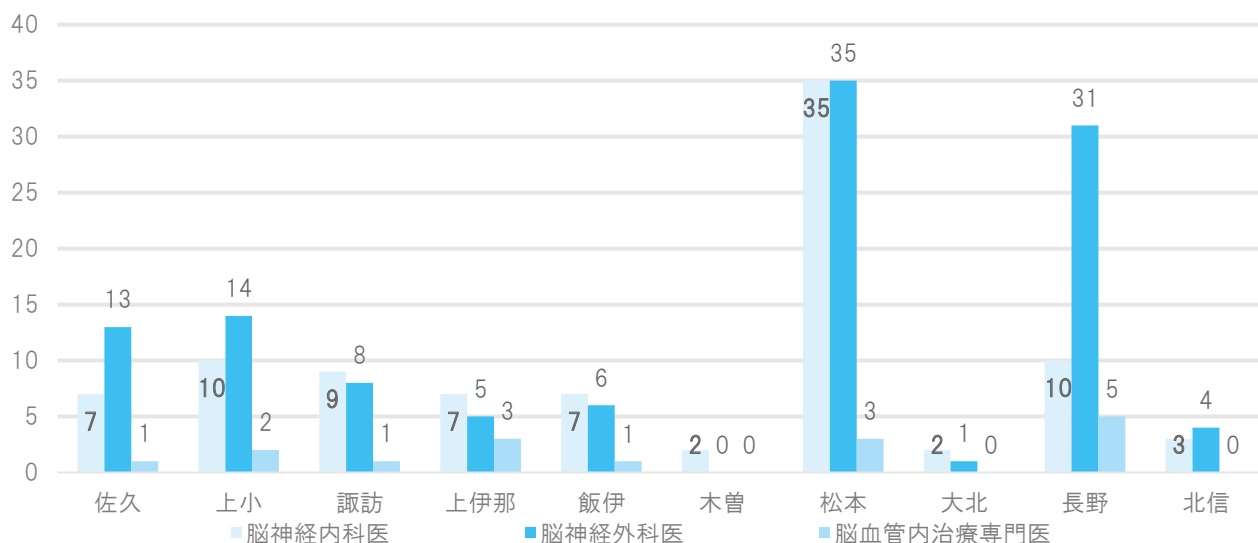
（医療経済研究機構「医療計画分野別ロジックモデル・指標データ集（脳卒中） Ver.1.1.1」）

※厚生労働省「NDB（National Data Base）」（2020 年度診療分）の個票解析による。

- 二次医療圏別の専門医数は図10のとおりですが、脳卒中医療に従事する医師数には、地域差があります。

【図10】医療施設に従事する医師数及び専門医数（2020年）

（単位：人）



（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

- 本県における2020年度の脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（SCR※）は、138.2となっており、全国平均に比べて多くなっています。また、脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数（SCR）は、80.0となっており、全国平均よりも少なくなっています。

※SCR（standardized claim-data ratio）：レセプト数を性・年齢調整したスコア（実測値/期待値）であり、100が全国平均の医療提供状況を示し、100を上回ると性・年齢調整後の人口規模に対して当該の医療提供が多い、100を下回ると少ないことを意味する。

【施策の展開】

- 県は医療機関と連携し、24時間365日急性期脳卒中診療が可能となるよう、他の圏域と連携した医療提供体制の整備に取り組みます。
- 救命救急センターの運営支援や施設・設備整備等により、三次救急医療体制の整備を推進します。
- 医師少数区域等に勤務する医師の確保・養成、医師派遣の促進による圏域間の連携に取り組み、地域の医療提供体制の確保に努めます。

（2）感染症発生・まん延時や災害時においても、患者が必要な通常の急性期医療を受けられる体制整備

【現状と課題】

- 新型コロナの発生・まん延時には、院内感染対策や医療需要の増加により、病床、医療機器、医療従事者等の医療資源の配分に困難が生じ、通常の医療体制とは異なる対応が必要になりました。
- そのため、感染症発生・まん延時や災害時に備え、感染症患者や被災者等に対する医療を確保することとともに、機能分担により、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図るこ

とができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

【施策の展開】

- 県は医療機関と連携し、感染症発生・まん延時や災害時の急性期の医療体制のあり方について検討を進めます。
- 医療機関は、急性期の医療機関からの円滑な転院や遠隔医療体制の整備、在宅医療体制の強化等を推進し、感染症発生・まん延時や災害時における地域における医療資源を有効活用できる体制の構築に努めます。（再掲）

6 発症後早期に専門的なリハビリテーションを受けられている

脳卒中のリハビリテーションは、病期に応じて以下のとおり行われます。急性期から維持期まで一貫した流れで行われることが望ましいとされています。

病期	内容
急性期	廃用症候群や誤嚥性肺炎等の合併症予防、セルフケアの早期自立を目的とし、可能であれば発症当日から病室で行われます。
回復期	身体機能の回復や日常生活動作の向上を目的に、訓練室等で集中的に行われます。誤嚥性肺炎等の合併症や運動麻痺による転倒等リスク管理をしながら行われます。
維持期	回復または残存した機能を活用し、歩行能力等生活機能の維持・向上を目的に行われます。

（１）誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制整備

【現状と課題】

- 脳卒中による合併症の中でも、特に、誤嚥性肺炎の防止が重要です。誤嚥性肺炎は、2020年における県民の死亡原因第7位となっています。
- 誤嚥性肺炎は摂食嚥下機能の低下に起因します。摂食嚥下機能とは、食べ物を認識してから、口に取り込み、咀嚼（そしゃく：噛み砕くこと）し、咽頭・食道を経て胃へ送り込む一連の機能のことです。脳卒中の発症後には、入院中から退院後まで継続して適切な口腔ケアを行うことが重要です。
- 歯科専門職が入院患者等の歯科口腔管理を行うことによって、在院日数の短縮や、誤嚥性肺炎発症の抑制に資することが明らかとなっています。
- 摂食嚥下訓練に関する知識を有する看護師、言語聴覚士、管理栄養士、歯科医師、医師等により、早期に摂食嚥下訓練が開始されるよう、関係職種間の連携支援の強化やリハビリテーションの質の向上に向けた取組が必要です。
- 県では、県歯科医師会や県歯科衛生士会と連携し、摂食嚥下機能低下等に関する専門知識の普及啓発等を通じた人材育成に取り組んでいます。
- 本県における2020年度の脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（SCR）は、138となっており、全国平均に比べて多くなっています。

【施策の展開】

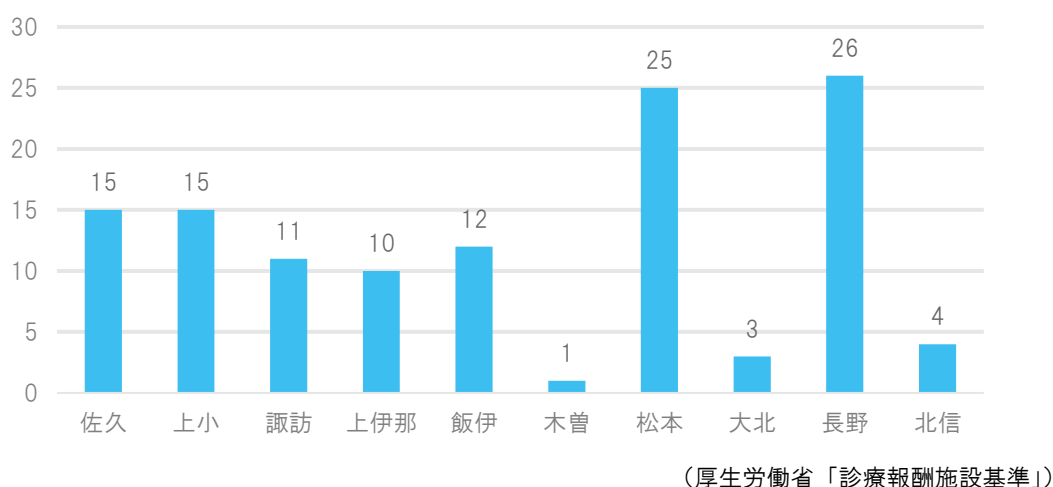
- 県は関係機関と連携し、病期に応じた適切なリハビリテーションが行われるよう、医療従事者に対する研修や教育の機会の確保に努めます。
- 県は関係機関と連携し、脳卒中患者の歯科口腔医療や歯科口腔管理の重要性について広く普及啓発を図るとともに、適切な医科歯科連携・多職種との連携が行われる体制構築を目指します。

（２）廃用症候群を予防し、早期に自立できるリハビリテーションの実施体制の整備

【現状と課題】

- 脳卒中の発症後、安静にしている時間が長くなると、廃用症候群が起こりやすくなります。廃用症候群は、安静状態が長く続くこと（いわゆる寝たきり）や運動量の減少によって活動性が低下したことにより、筋肉量が減少するサルコペニア等、心身の様々な機能が低下した状態を指します。
- 廃用症候群を予防し、運動機能を改善するためには、できるだけ早い時期から急性期のリハビリテーションを開始することが重要です。
- 本県で脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関は、2023年時点で122か所あり、すべての二次医療圏で確保されています。しかし、その数には地域差があり、また、人口10万対の比較では全国をやや下回っています。

【図 11】 脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数（2023 年 4 月）



【表 9】 脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数（2023 年 4 月）

区分		長野県	全国
脳血管疾患等リハビリテーション が実施可能な医療機関数		122	8,079
	人口 10 万対	5.96	6.40

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

- 本県における2020年度の脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）は、142.1となっており、全国平均に比べて多くなっています。

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、病期に応じた適切なリハビリテーションが行われるよう、医療従事者に対する研修や教育の機会の確保に努めます。（再掲）

（３）回復期の医療機関やリハビリテーション施設との円滑な連携体制の構築

【現状と課題】

- 急性期の医療機関から、円滑に回復期及び維持期の医療機関・施設に移行するため、各医療機関がそれぞれの医療機能に応じ、連携して切れ目のない継続的な医療及びリハビリテーションの提供体制を構築する必要があります。
- 患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、専門家の育成や、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制を構築することが望まれます。
- 県では、2023年度に、信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の脳卒中に関する地域連携の実態把握に着手しました。

【施策の展開】

- 介護が必要となる患者に対して適切な医療・介護サービスが提供されるよう、地域包括ケア体制における医療と介護の連携を推進します。
- 県は信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の脳卒中に関する地域連携の推進に向け、各二次医療圏における地域連携状況を把握した上で、必要な支援に取り組みます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	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）	長野県 5.96 全 国 6.40	増加	増加を目指す。	関東信越厚生局「施設基準の届出状況」
P	脳卒中に関する地域連携ができていない二次医療圏数	未把握	把握	把握に努める。	保健・疾病対策課調

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

Ⅳ 日常生活の場で質の高い療養生活を送ることができる

1 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を受けられている

(1) 専門医療スタッフによる集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関の整備

【現状と課題】

- 脳卒中の発症後には、運動・認知機能の低下等も認められることから、特に高齢患者に対しては、フレイル予防・介護予防の観点から踏まえたりハビリテーションが重要です。医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員等の多職種が連携した支援が求められます。
- 本県のリハビリテーション科医師は、2020年時点で37名となっており、人口10万対の比較では全国を下回っています。
- 日本看護協会が認定する脳卒中リハビリテーション看護認定看護師及び脳卒中看護認定看護師の数は、2023年時点で15名となっており、人口10万対の比較では全国を上回っています。
- 日本看護協会が認定する摂食・嚥下障害看護認定看護師は、2023年時点で13名となっており、人口10万対の比較では全国を下回っています。

【表 10】リハビリテーション科医師数、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師及び脳卒中看護認定看護師数、摂食・嚥下障害看護認定看護師数（人口 10 万対）

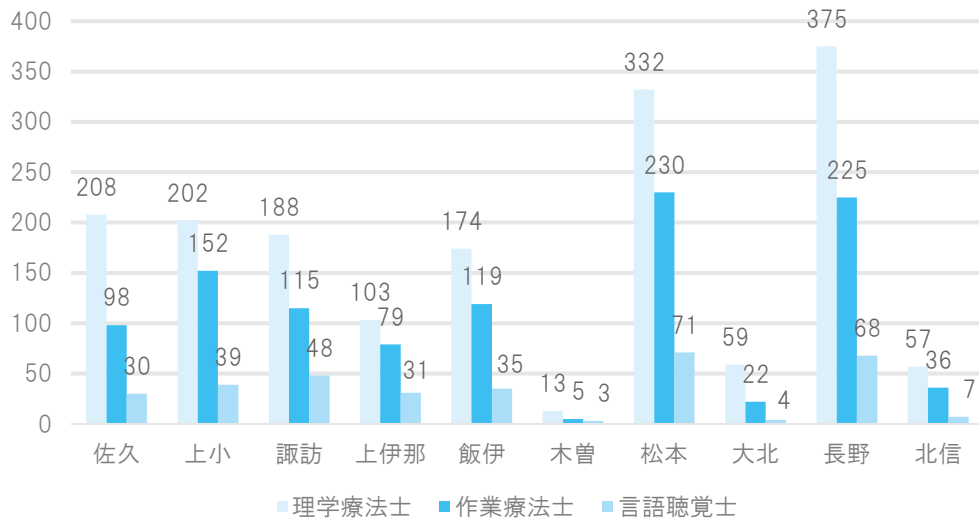
（単位：人）

区分		長野県	全国
リハビリテーション科医師数 (2020 年)		37	2,903
	人口 10 万対	1.81	2.30
脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 及び脳卒中看護認定看護師の数 (2023 年 12 月現在)		15	792
	人口 10 万対	0.73	0.64
摂食・嚥下障害看護認定看護師数 (2023 年 12 月現在)		13	1,229
	人口 10 万対	0.63	0.97

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」／日本看護協会）

- リハビリテーションに関わる理学療法士、作業療法士は、全ての医療圏で一定数確保されています。一方、言語聴覚士には、地域差があります。

【図 12】リハビリテーションに関わる専門スタッフ数（2020 年）



（厚生労働省「医療施設静態調査」）

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、病期に応じた適切なリハビリテーションが行われるよう、医療従事者に対する研修や教育の機会の確保に努めます。（再掲）
- 県は関係機関と連携し、関係学会への参加や資格の取得を関係職種に促すとともに、有資格者の有効な活用方法について、検討を行います。

（２）誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制整備

【現状と課題】

- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「６ 発症後早期に専門的なリハビリテーションを受けられている」（１）誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制整備」の記載参照。

【施策の展開】

- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「６ 発症後早期に専門的なリハビリテーションを受けられている」（１）誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制整備」の記載参照。

（３）急性期および維持期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制の構築

【現状と課題】

- 急性期医療機関の受け入れ体制を確保するため、回復期の医療機関の機能を強化し、急性期の医療機関に入院する患者が病期に応じてスムーズに転院できる体制の整備が求められます。
- 在宅へ復帰後は外来において治療が継続され、介護が必要となる患者に対しては、訪問・通所リハビリテーション等在宅生活に必要な介護サービスが提供される必要があります。そのため、退院時には、介護支援専門員や地域包括支援センターとの連携も重要です。
- 県では、2023年度に、信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の脳卒中に関する地域連携の実態把握に着手しました。（再掲）

【施策の展開】

- 回復期の医療機関は、急性期の医療機関からの円滑な転院体制を整備し、地域における医療資源を有効活用できる体制の構築に努めます。
- 介護が必要となる患者に対して適切な医療・介護サービスが提供されるよう、地域包括ケア体制における医療と介護の連携を推進します。（再掲）
- 県は信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の脳卒中に関する地域連携の推進に向け、各二次医療圏における地域連携状況を把握した上で、必要な支援に取り組みます。（再掲）

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	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】	長野県 5.96 全 国 6.40	増加	増加を目指す	関東信越厚生局「施設基準の届出状況」
S	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師及び脳卒中看護認定看護師の数（人口10万対）	長野県 0.73 全 国 0.64 (2023)	増加	増加を目指す。	日本看護協会
S	摂食・嚥下障害看護認定看護師数（人口10万対）	長野県 0.63 全 国 0.97 (2023)	増加	増加を目指す。	日本看護協会
P	脳卒中に関する地域連携ができていない二次医療圏数【再掲】	未把握	把握	把握に努める	保健・疾病対策課調

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

2 生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けられている

(1) 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションが提供される体制整備

【現状と課題】

- 在宅で過ごす患者にも適切なリハビリテーションが提供されるような体制を整備することが必要です。
- 訪問リハビリテーションは、患者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が患者の自宅を訪問し、心身機能の維持回復や日常生活の自立に向けたリハビリテーションを行います。
- 本県の訪問リハビリテーション事業所は、2023年時点で127か所あり、すべての二次医療圏で確保されています。
- 通所リハビリテーションは、患者が老人保健施設、病院、診療所等の施設に通うことで、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービス等を日帰りで提供します。
- 本県の通所リハビリテーション事業所は、2023年9月時点で138か所あり、すべての二次医療圏で確保されています。

【表 11】訪問・通所リハビリテーションを提供する事業所数（2023 年 9 月時点）

区分	全県										
	全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
訪問リハビリテーション事業所数	127	14	17	13	16	10	1	22	5	25	4
通所リハビリテーション事業所数	138	13	17	17	14	12	1	28	5	29	2

（厚生労働省「介護サービス情報公表システム」）

- 在宅で過ごす患者に対し、低栄養を予防するため、訪問栄養指導が実施されています。管理栄養士が患者の自宅を訪問し、療養上必要な栄養や食事の管理及び指導を行います。医療機関に管理栄養士がいない場合でも、公益社団法人長野県栄養士会に設置されている「栄養ケア・ステーション」を利用することができます。
- 在宅で過ごす患者が生活機能を維持・向上するためには、地域の交流の場、通いの場を利用し、社会参加を行うことも大切です。地域において、住民や NPO 団体等、様々な主体によるミニデイサービスやコミュニティサロン等の交流の場、運動・栄養・口腔ケア等の専門職が関与する教室が開催されています。
- 患者が自分自身で実施可能なリハビリテーションプログラムの提供や、遠隔リハビリテーションの導入も望まれます。

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、病期に応じた適切なリハビリテーションが行われるよう、医療従事者に対する研修や教育の機会の確保に努めます。（再掲）
- 地域の関係機関は、患者の社会参加に向けた交流の場等を継続して提供していくことに努めます。

（２）誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制整備

【現状と課題】

- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「Ⅵ 発症後早期に専門的なりハビリテーションを受けられている」（１）誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制整備」の記載参照。

【施策の展開】

- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「Ⅵ 発症後早期に専門的なりハビリテーションを受けられている」（１）誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制整備」の記載参照。

（３）急性期および回復期の医療機関等との連携体制の構築

【現状と課題】

- 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを行う介護老人保健施設や訪問看護ステーション、診療所等においては、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することが望まれます。
- 県では、2023年度に、信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の脳卒中に関する地域連携の実態把握に着手しました。（再掲）

【施策の展開】

- 介護が必要となる患者に対して適切な医療・介護サービスが提供されるよう、地域包括ケア体制における医療と介護の連携を推進します。（再掲）
- 県は信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の脳卒中に関する地域連携の推進に向け、各二次医療圏における地域連携状況を把握した上で、必要な支援に取り組みます。（再掲）

（４）てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症を有する人への支援体制整備

【現状と課題】

- 脳卒中発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは分かりにくい摂食嚥下機能の低下、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があり、社会における理解の促進や支援が必要です。
- 脳卒中等の発症後の記憶障害・注意障害・遂行機能障害等により、日常生活や社会生活（就労等）に支障が生じた状態が「高次脳機能障害」です。県では、県内４か所の医療機関を「高次脳機能障害支援拠点病院」に指定し、高次脳機能障害の診断、相談支援、リハビリ、研修会の開催、就労支援等を行っています。

【表12】県内の高次脳機能障害支援拠点病院

地域	病院名	地域	病院名
北信	県立総合リハビリテーションセンター	東信	長野県厚生連佐久総合病院
中信	医療法人社団敬仁会桔梗ヶ原病院	南信	社会医療法人健和会健和会病院

- 意思疎通が困難な者に対する支援方法としては、手話通訳や要約筆記等がある一方、失語症者に対する意思疎通については、いまだに家族以外の第三者による支援が広がっていないとされています。県では、失語症者の意思疎通を支援するため、県言語聴覚士会と連携し、意思疎通支援者養成講習会や勉強会を開催しています。
- てんかんは、自分の意思と関係なく脳神経の過剰な活動が起こり、様々な発作症状が引き起こされる慢性的な脳の疾患です。県では、2020年10月に信州大学医学部附属病院を「てんかん支援拠点病院」に指定し、診療体制の充実、専門医による医療機関等への助言・指導、普及啓発等を推進しています。
- 後遺症について、県民に分かりやすく伝えていくことが必要です。後遺症を有する患者に対する社会生活における配慮の必要性等、社会における理解の促進が必要です。

【施策の展開】

- 脳卒中の後遺症を有する患者やその家族に対して、地域において適切な治療や支援を受けられるよう、患者の症状に応じた支援体制の整備に努めます。
- 高次脳機能障害支援拠点病院は、障がい者総合支援センターや障害福祉サービス事業所等と連携し、患者やその家族への相談支援を行います。また、県民や医療従事者に対して研修会等を開催し、高次脳機能障害への理解を促進します。
- 失語症者向け意思疎通支援者の養成に重点的に取り組むとともに、患者のニーズの把握と意思疎通支援者の派遣体制の構築について検討を行います。
- てんかん支援拠点病院と連携し、てんかんの医療提供体制の整備や、患者や家族からの専門的な相談支援等を実施するとともに、てんかん診療・支援体制検討会議において、本県のてんかん対策の課題やあり方について検討を行います。
- 脳卒中の後遺症について、県民へ分かりやすく効果的に伝える方法を検討し、後遺症を有する患者に対する社会における理解の促進に取り組みます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	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】	長野県 5.96 全 国 6.40	増加	増加を目指す。	関東信越厚生局「施設基準の届出状況」
P	脳卒中に関する地域連携ができて二次医療圏数【再掲】	未把握	把握	把握に努める	保健・疾病対策課調

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

3 在宅療養支援を受けられている

(1) 在宅での療養支援体制の整備

【現状と課題】

- 住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるよう、24時間いつでも往診及び訪問看護が可能な体制を確保することにより、緊急時の訪問や入院等、必要に応じた医療・看護を提供できる医療機関として、在宅療養支援診療所・病院があります。
- 本県の在宅療養支援診療所・病院は、2023年時点で、診療所は264か所、病院は38か所あり、すべての二次医療圏で確保されています。

【表 13】在宅療養支援診療所・病院数（2023 年 10 月時点）

区分	全県										
	全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
在宅療養支援診療所	264	19	19	36	27	40	2	60	8	47	6
在宅療養支援病院	38	5	5	3	1	5	1	11	1	6	0

（関東信越厚生局「施設基準の届出状況」）

- 医療や介護を必要とする高齢者等を地域で支えるよう、2018 年度から全ての市町村が主体となり、介護保険の地域支援事業の 1 つとして在宅医療・介護連携推進事業を実施することとされており、定期的な医療と介護の協議の場の確保や、医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営が行われています。
- 2020 年 9 月に厚生労働省が改訂した「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を参考に、関係機関の連携を推進することが重要です。
- 県では、医師、歯科医師、薬剤師等医療従事者と市町村、地域包括支援センター、介護従事者等が連携し、多職種による情報交換を円滑に行うための「医療と介護との連携マニュアル」、さらに、入退院時に入院医療機関やかかりつけ医、介護支援専門員をはじめとする患者の療養を支援する関係者との円滑な情報共有を図るため、二次医療圏ごとに「入退院調整ルール」を策定しています。

【施策の展開】

- 施設や在宅で療養する患者の急変時に、患者の意向を尊重した医療が行われるよう、往診や訪問看護を 24 時間体制で実施する医療機関や訪問看護ステーションに従事する人材の育成や体制の整備及び機能強化を促進します。
- 患者情報の共有等により、急変時の対応における医師、訪問看護師、介護事業者、薬局、消防機関等、関係機関の連携体制の構築を進めます。
- 第 9 期長野県高齢者プランに基づき、地域包括ケア体制の推進を図ります。
- 二次医療圏ごとに策定している「入退院調整ルール」の円滑な運用や見直し、地域包括ケアによる行政、医療、介護、地域支援者等関係機関の情報共有の充実を図るため、定期的な検討会を開催します。
- 「医療と介護との連携マニュアル」の周知と活用の促進等により、地域における円滑な情報共有の仕組みづくりや関係機関相互の連携を支援します。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	在宅療養支援診療所・ 病院数【再掲】	一般診療所 264 か所 病院 38 か所	一般診療所 274 か所 以上 病院 49 か所 以上	2017 年～2023 年の年平均増加 数に相当する増 加を目指す	関東信越厚生 局「診療報酬 施設基準の届 出受理状況」

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

地域医療・多職種連携の必要性 ～飯田下伊那診療情報連携システム～

脳卒中や心疾患は、急性期から回復期、維持期さらには終末期に至るまで、継続した医療や多職種による切れ目のないサービスを必要とします。それこそが予後や生活の質に大きく影響します。それを実現するためには病院間、病診間のみならず多職種間での情報共有と方針の統一が必須です。近年、ICT（情報通信技術）を利用すれば、比較的容易に様々な情報の共有やコミュニケーションが実現できるようになっています。

飯田下伊那地域では、ism-Link（飯田下伊那メディカルリンク）として平成 21 年にこの仕組みを導入し、当初は病院間、病診間で同意を得た患者の主に診断画像と検査結果の共有のために利用していました。以降、活用範囲を順次拡大し、画像や検査結果のみならず薬剤・治療情報、カルテ記事などの共有や多職種間での日々の連絡ツールとしての活用も進めてきました。2021 年 3 月の時点では、病院、診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーション、介護関係事業所など 255 施設が参加し、登録患者数は 35,000 人を超え地域人口の約 4 分の 1 にまで至っています。地域にとって必須のシステムとなり、医療、看護、薬剤管理、介護支援、リハビリテーション、患者教育、カウンセリングなどの充実に、さらには人生の最終段階における医療・ケアのプランニング（人生会議：ACP）にも重要な役目を担っています。

飯田市立病院 副院長兼心臓血管センター長 山本 一也

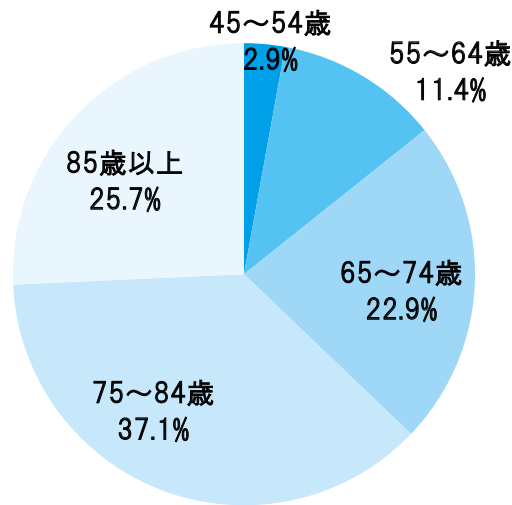
4 治療と仕事の両立支援・就労支援を受けることができる

(1) 治療と仕事の両立支援・就労支援体制整備

【現状と課題】

- 県内で脳卒中の治療や経過観察等により通院・入院している患者のうち、65 歳未満の割合は、約 14%となっています。65 歳未満の脳卒中患者においては、約 7 割がほぼ介助を必要としない状態まで回復するとの報告がありますが、後遺症や再発予防を含めた治療の継続等に対する周囲の理解や配慮が必要です。

【図 13】県内で脳卒中により通院・入院している患者の年齢分布（2020 年）

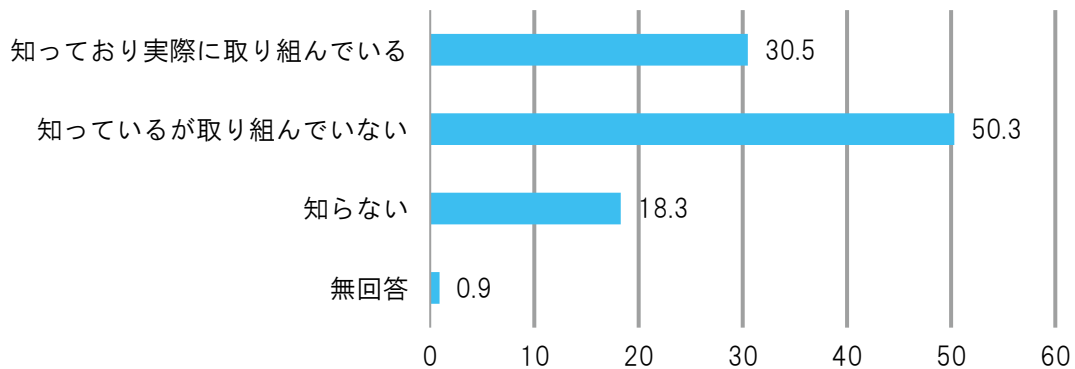


（厚生労働省「患者調査」）

- 長野産業保健総合支援センターが県内の事業所を対象に行った調査では、「治療と仕事の両立支援」の言葉の認知度は 80%を超えていた一方、実際に取り組む事業所は約 30%にとどまっており、事業所等への周知を行っていく必要があります。

【図 14】「治療と仕事の両立支援」の言葉の認知状況（2019 年 10 月）

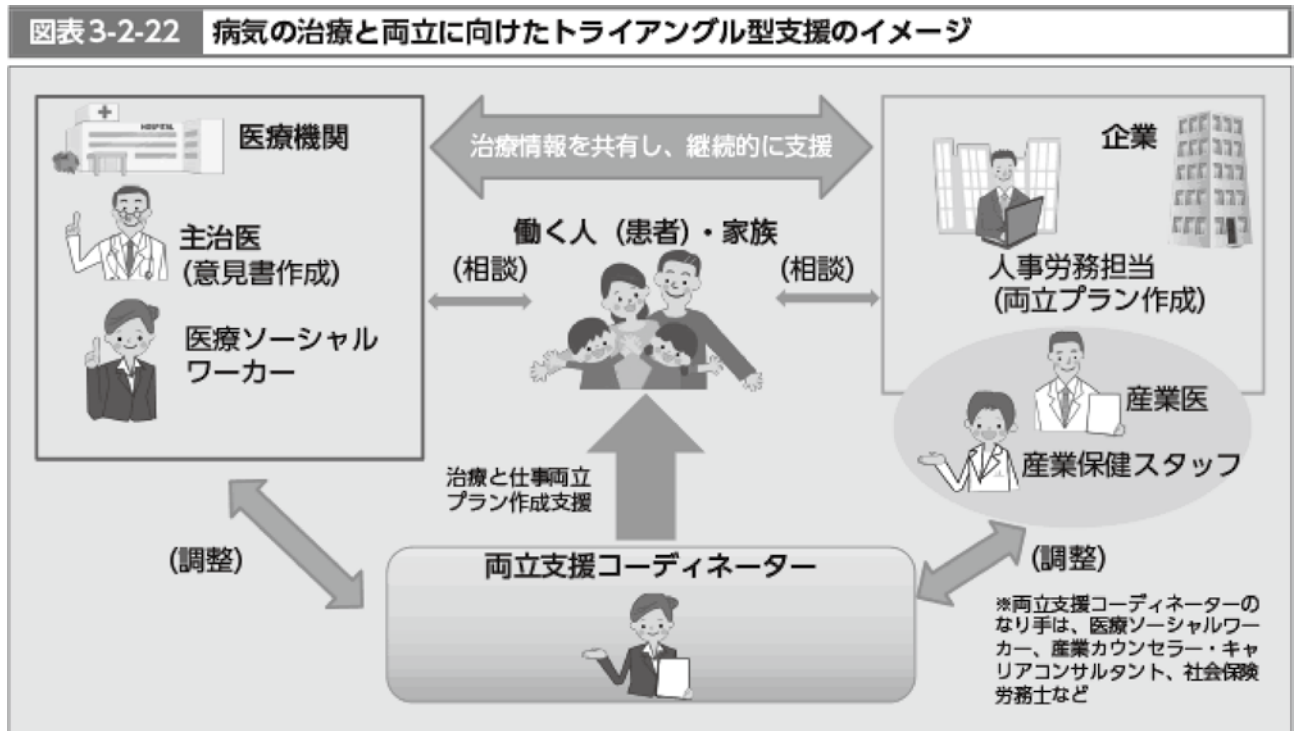
（単位：％）



（長野産業保健総合支援センター「長野県における治療と仕事の両立支援に関する調査」）

- 長野産業保健総合支援センターでは、両立支援促進員による両立支援制度の導入支援や相談支援、患者と職場間の個別調整支援等を行っています。
- また、医療や労働関係法規等の知識を持ち、患者、主治医、会社・産業医・産業保健スタッフ等の間で仲介・調整の役割を担う「両立支援コーディネーター」は、2023 年 3 月末時点で 309 名（基礎研修累計受講者）となっています。医療機関、企業及び両立支援コーディネーターによる、患者へのトライアングル型支援体制の整備の必要性が提唱されています。

【図 15】トライアングル型支援のイメージ



(厚生労働省「平成 29 年版厚生労働白書 本編図表バックデータ」)

- 国は、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン（令和 3 年 3 月改訂版）」や「企業・医療機関連携マニュアル（令和 3 年 3 月改訂版）」を作成しています。ガイドラインは、事業場が脳卒中等を抱える方に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と仕事が両立できるようにするため、事業場における取組等がまとめられたものです。これらのガイドライン等について、医療機関や事業所への周知と積極的な活用を促していくことが必要です。
- 本県では、誰もがその能力を十分発揮しながら生き生きと働くことができる職場づくりに先進的に取り組み、実践する企業を「職場いきいきアドバンスカンパニー」として認証し、広く発信することで働きやすい職場環境づくりを推進しています。治療等と仕事が両立できる環境整備をワークライフバランスコースの認定要件の一つに設定しています。

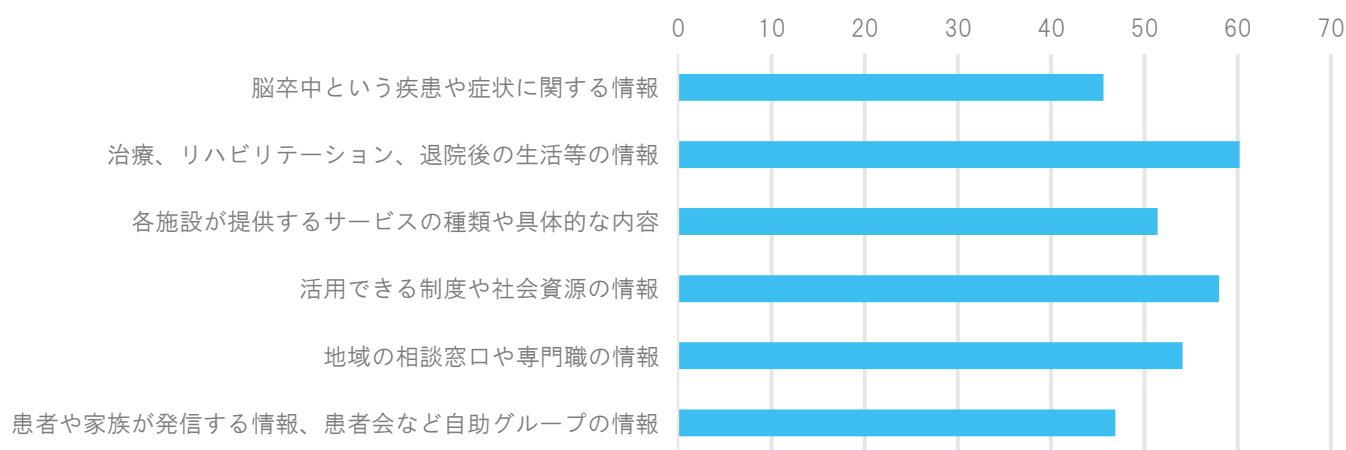
【図 16】職場いきいきアドバンスカンパニー認証制度 認証要件



- 日本脳卒中協会が2019年6月に実施した「脳卒中患者・家族アンケート」では、図17の結果が得られており、医療技術やICT（情報通信技術）が進歩し患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められています。

【図 17】 患者・家族が求める情報の種類と必要度（「より一層の充実が必要」の回答割合）（2019 年）

（単位：％）



（日本脳卒中協会「脳卒中患者・家族アンケート」）

- 本県では、信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」において、誰でも相談可能な相談窓口が設置されており、必要に応じて専門医や看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー等の多職種が、患者や家族等の疑問や心配事に対応します。治療方法や医療費に関する不安、仕事と治療の両立などの相談が可能です。
- 患者やそのご家族の方が、身近な場所で相談できるよう、地域の医療機関においても相談窓口が設置されることが望まれます。

【施策の展開】

- 県は、両立支援・就労支援関係機関（ハローワーク・長野産業保健総合支援センター等）と連携し、企業による「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づいた取組の推進に向けた働きかけを行います。
- 県は関係機関と連携し、長野産業保健総合支援センター等の就労支援の相談窓口や、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」の相談窓口等の周知に取り組みます。
- 事業所等に対して「職場いきいきアドバンスカンパニー」の認証取得を働きかけ、患者が治療の継続を含めて自らの疾患と付き合いながら就業できる職場環境の整備を推進します。
- 医療機関は、患者やそのご家族の方が、治療や療養上の悩み等を相談できる相談窓口を設置することに努めます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	309 人 (累計)	増加	増加を目指す。	独立行政法人 労働者健康安全機構

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

5 再発や重症化を予防できている

(1) 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制整備

【現状と課題】

- 脳卒中は再発すること多いことから、患者だけでなく家族等周囲の者に対し、適切な服薬や危険因子の管理による再発予防の必要性及び再発時の適切な対応について理解を促進していくことも必要です。
- 日本看護協会が認定する脳卒中リハビリテーション看護認定看護師及び脳卒中看護認定看護師の数は、2023年時点で15名となっており、人口10万対の比較では全国を上回っています。

【表 14】脳卒中リハビリテーション看護認定看護師及び脳卒中看護認定看護師の数（人口 10 万対）（再掲）

（単位：人）

区分		長野県	全国
脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 及び脳卒中看護認定看護師の数 (2023 年 12 月現在)		15	792
	人口 10 万対	0.73	0.64

（日本看護協会）

- 高齢の患者については、加齢に伴い服用薬剤が増加することもあり、適切な服薬管理が継続されるよう、かかりつけ薬剤師・薬局を持つことについての周知や、医療機関（薬剤部門）とかかりつけ薬局間での連携推進が重要です。長野県病院薬剤師会及び長野県薬剤師会では、地域における病院薬剤師と薬局薬剤師の連携に活用されるよう、2021年8月に「入退院時薬薬連携マニュアル」を策定しています。
- 本県におけるかかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定が可能な薬局は、2023年時点で640か所となっています。

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、脳卒中発症後の適切な服薬や危険因子の管理、再発時の対応等について家族等周囲の者への理解促進に努めます。
- 県は関係機関と連携し、薬物療法が必要となる患者に対する適切な服薬指導のため、日頃からかかりつけ薬剤師・薬局を持つことについて、周知を行います。
- 医療機関（薬剤部門）と地域の薬局・薬剤師の連携推進を支援し、退院後も適切な服薬管理が継続される体制整備に努めます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師及び脳卒中看護認定看護師の数（人口 10 万対）【再掲】	長野県 0.73 全 国 0.64 (2023)	増加	増加を目指す。	日本看護協会

区 分	指 標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定が可能な薬局の数	640	増加	増加を目指す	関東信越厚生局「施設基準の届出状況」

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

ロジックモデル

