医療連携体制構築に係る群馬県保健医療計画追加改定

脳 卒 中 編

群馬県

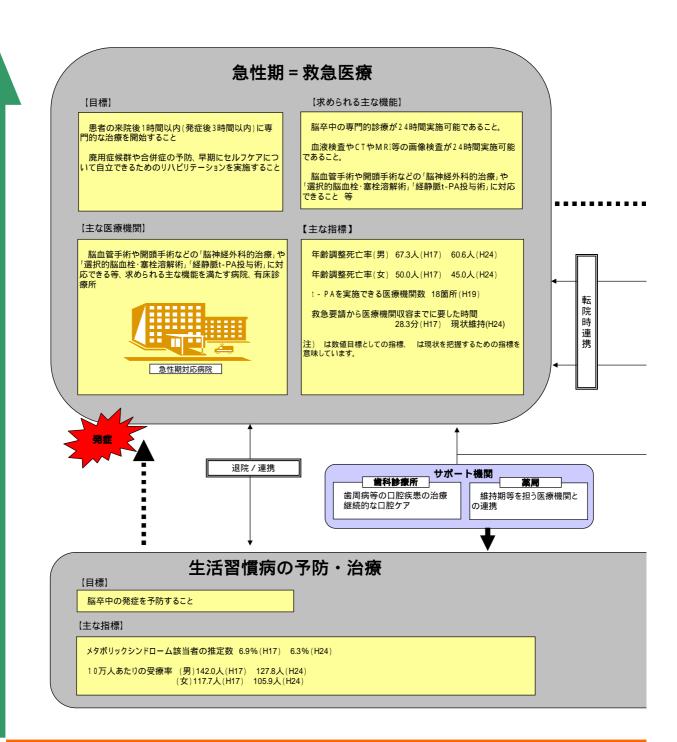
《目 次》

	頁
【第1章】群馬県が目指す『脳卒中』の医療連携体制の姿	
群馬県が目指す『脳卒中』の医療連携体制の姿 ――――	1
1 脳卒中をとりまく状況 —————	3
2 目指す脳卒中の医療連携体制	1 0
【第2章】医療連携体制の構築に向けたスタートライン	
1 医療機関の掲載基準について ————	1 5
2 5つの圏域ごとに見る医療機関設置の現状 ———	1 7
3 主な急性期関連の医療機関からの 2 時間圏域 ———	2 9
【第3章】脳卒中に関連する指標について	
1 脳卒中に関連する指標一覧 —————	3 1
2 指標情報シート	3 3

【第1章】

群馬県が目指す『脳卒中』の医療連携体制の姿

群馬県が目指す 『脳卒中』の医療連携体制の姿



時間の流れ

患者の流れ:■■



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 時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送 医療機関到着後1時間以内の専門的な治療の開始

病期に応じたリハビリテーションが可能な体制 廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションの実施 機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテーションの実施 生活機能を維持又は向上させるリハビリテーションの実施

回復期 = リハビリテーション実施

. **.** .

精神・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

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

【主な医療機関】

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など、必要なスタッフが 揃っており、精神・身体機能を回復させるリハビリテーションが実施 できる等、求められる主な機能を満たす病院、有床診療所

内科医、神経内科医、リハビリテーション医、あるいは理学療法 士、作業療法士など、必要なスタッフが揃っていること

脳血管疾患等リハビリテーション料の届出医療機関 等

【主な指標】

脳血管疾患等リハビリテーション料届出病院割合 57.4% (H14)

回復期リハビリテーション病棟入院料届出病院の病床割合

地域連携クリティカルパス導入医療機関数 75箇所(H24)

注) は数値目標としての指標、 は現状を把握するための指標を意味しています。

維持期 = 日常生活への復帰 【主な医療機関等】 生活機能を維持し、向上させるリハビリテーションを実 生活機能を維持し、向上させるリハビリテーションを行う病院、 退院/連携 介護老人保健施設 在宅での生活に必要な医療や介護サービス等との調 整を実施すること 診療所 脳血管疾患等リハビリテーション料届出診療所割合 1.0% (H14) 退院/連携

在宅での生活

在宅での生活に必要な医療や介護サービス等との調整 を実施すること

【主な医療機関等】

在宅療養支援診療所などの医療機関

訪問看護ステーション



【主な指標】

在宅療養支援診療所数 151診療所(H19)

脳卒中で亡くなる人は、全国では年間約13万人、群馬県では約2千人に上るなど、死亡原因の第3位となっており、生存した場合にあっても、後遺症が残ることが少なくなく、生活の質が低下し、社会的ハンディキャップを負うことが多い疾病という特徴があります。

こうしたことから、急性期医療において内科的・外科的治療が速やかに行われ、 同時に機能回復のためのリハビリテーションが開始されることが求められてお り、なお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となります。

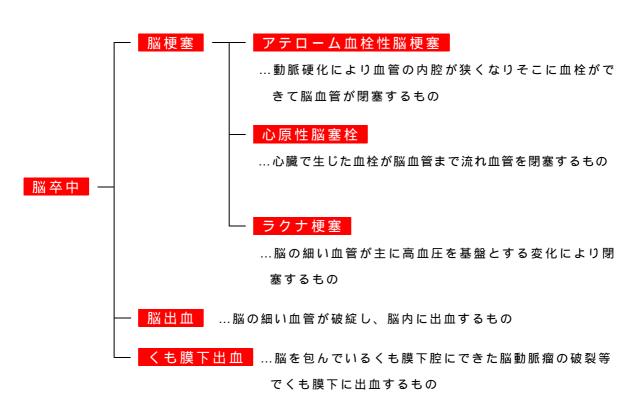
こうした脳卒中の病期・転帰に対応し、効果的で効率的な医療を確保するために、それぞれの機関が相互に連携しながら、継続してその時々に必要な医療・介護・福祉を提供することが必要となります。

以下では、まず、「1 脳卒中をとりまく状況」で脳卒中の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「2 目指す医療連携体制」でどのような医療体制を構築すべきかを示します。

1 脳卒中をとりまく状況

(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、脳梗塞、 脳出血、くも膜下出血に大別されます。



(2)脳卒中の疫学

わが国における脳卒中発症の状況はおよそ以下のとおりとなっています。

1年間に救急車によって搬送される急病患者の約11%、約33万人が脳卒中(脳血管疾患)である^{注1}。また脳卒中によって継続的に医療を受けている患者数は約137万人と推計される^{注2}。

年間約13万人が脳卒中を原因として死亡し、死亡数全体の11.8 %を占め、死亡順位の第3位である^{注3}。

脳卒中は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害 認知障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがある。

寝たきりの原因の30%が脳卒中であり、脳卒中を発症した場合、発症後1か月で23%が、1年後で19%が寝たきりの状態にある^{注 4}。

介護が必要になった者の 2 5 . 7 % は脳卒中が原因であり第 1 位である^{注 5}。

これらの統計から、脳卒中は、発症後生命が助かったとしても後遺症が残る ことも多く、患者及びその家族の日常生活に与える影響が大きい疾病であると 言えます。

(3)群馬県における脳卒中の状況

群馬県における脳卒中の発症状況などは以下のとおりとなっています。

注1 総務省消防庁「平成18年度版 救急・救助の現況」から

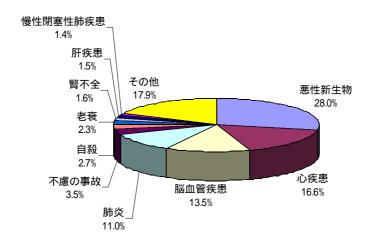
注2 厚生労働省「患者調査」(平成17年度)から

注3 厚生労働省「人口動態統計月報年数(概数)」(平成18年)から

注4 秋田県の脳卒中患者登録

注 5 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成16年)から

群馬県では、年間2千人を超える人が脳血管疾患^注で亡くなり、死亡数全体の13.5%を占め、死因の第3位である。^{注2}



(図)群馬県における死因別死亡割合(平成17年)

群馬県における平成17年の脳血管疾患の年齢調整後受療率(人口10万人あたり)は、男性で142.0人、女性で117.7人で、全国平均に比べて男女とも低い数値となっている。 注3

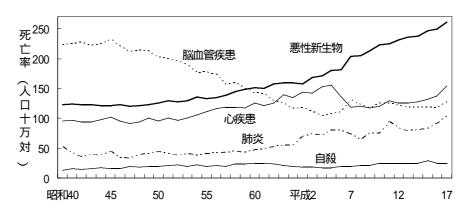
群馬県の平成17年の脳血管疾患の年齢調整後死亡率(人口10万人あたり)は、男性が67.3人、女性が50.0人であり、全国平均に比べて男女とも高い数値になっている。 **4

注1 統計上の「脳血管疾患」には、「脳梗塞」「脳出血」「くも膜下出血」のほかに「その他の脳血管疾患」が含まれている。

注 2 群馬県健康福祉部「健康福祉統計年報(平成19年刊行)」から

注 3 厚生労働省「患者調査(平成17年)」から

注 4 厚生労働省「人口動態調査(平成17年)」から



(図)群馬県における死因別死亡率の推移

昭和40年から平成17年までの脳血管疾患死亡率を見ると、20年スパンで死亡率が激減してきたが、この10年ほどで増加傾向にある。

これらの統計から、群馬県では、脳卒中で受療する人は全国平均以下であるにもかかわらず、死亡率は全国平均よりも高い傾向にあることが分かります。また、急激に低下してきた死亡率が下げ止まり、再び増加傾向にあるなど、脳卒中に対して一層の対策が求められる状況にあります。

(4)脳卒中治療の現状

ア 予防

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病、高脂血症、喫煙、不整脈なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要です。

イ 発症直後の救護、搬送等

脳卒中を疑うような症状(半側の手足の麻痺や言語障害、意識障害等)が 出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受 診できるよう行動することが重要です。できるだけ早く治療を始めることで より高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療 の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対処 を行う必要があります。 救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制^{注 「}の下で定められた、病院前における脳卒中患者の救護のためのプロトコール(活動基準)に則して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で、対応が可能な医療機関に直接搬送することが重要です。

脳梗塞では、発症後3時間以内に急性期の治療を行う医療機関を受診している患者は全体の37%にすぎません。発症3時間以内の来院を阻む要因として、複数の医療機関を経由すること、睡眠中など非活動時の発症、高度な麻痺がないために安心してしまうこと、救急車以外の手段で来院することなどが挙げられます。

ウ診断

問診や身体の診察等に加えて、画像検査(CT^{注2}、MRI^{注3}、MRアンギオグラフィ^{注4}等)を行うことで正確な診断が可能になります。最近ではCTの画像解像度が向上し、脳梗塞超急性期の所見が報告され、血栓溶解療法の適応や予後がある程度予測できるようになりました。

また、救急患者のCT画像を専門的な診断が可能な施設へネットワーク経由で伝送することにより、専門的な医師がいない医療機関で早期診断を行うことも考えられます。

注 1 メディカルコントロール体制とは、消防機関と医療機関との連携によって、〔1〕救急隊が現場からいつでも迅速に医師に指示、指導、助言が要請できる、〔2〕実施した救急活動の医学的判断、処置の適切性について医師による事後検証を行い、その結果を再教育に活用する、〔3〕救急救命士の資格取得後の再教育として医療機関において定期的に病院実習を行う、体制のこと。

注 2 コンピュータ断層撮影 (Computed Tomography) のことで、 X 線を利用して物体を走査し コンピュータを用いて処理することで、物体の内部画像を構成する技術のこと。

注 3 核磁気共鳴画像法 (Magnetic Resonance Imaging) のことで、核磁気共鳴 (Nuclear Magnetic Resonance, NMR) 現象を利用して生体内の内部の情報を画像化する方法。断層画像という点では X 線 CT と一見よく似た画像が得られるが、CT とは全く異なる物質の物理的性質に着目した撮影法で CT で得られない情報が多く得られる。

注 4 MRI と同じ撮影装置を使って血流だけの情報を画像化する方法。造影剤を使用せずに、 脳血管を撮影することができる。

エ 急性期の治療

脳卒中の急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、脳梗塞、 脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。

脳梗塞では、まず発症後3時間以内の超急性期血栓溶解療法^注 の適応患者に対する適切な処置が取られる必要があります。治療開始までの時間が短いほどその有効性は高く、合併症の発生を考慮すると発症後3時間以内に治療を開始することが重要です。その際の目安は、発症から医療機関到着まで2時間以内、来院してから治療の開始まで1時間以内です。

また超急性期血栓溶解療法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、抗凝固療法^{注2}や抗血小板療法^{注3}、脳保護療法^{注4}な どを行うことが重要です。

脳出血の治療は、血圧管理が主体であり、出血部位の大きさ(被殻出血 や小脳出血等)によって手術が行われることもあります。

くも膜下出血の治療は、脳動脈瘤の再破裂の予防が重要で、再破裂の防止を目的に開頭手術による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療を 行います。

また、脳卒中の治療に際しては、専門チームによる診療や脳卒中の専用病 室等での入院管理により予後を改善できることが明らかになってきていま す。

注 1 発症 3 時間以内の脳梗塞に対し行われる血栓溶解療法で、組織にあるプラスミノーゲン の活性剤(プラスミノーゲンは活性化されるとプラスミンとなり血栓を溶解する酵素で t - PAと略されている)が静脈内に使用される。

注 2 血液が凝固しないように作用する薬で静脈内にはアルガトロバンやヘパリンなどがあり、経口的には脳梗塞の予防にワルファリンが用いられる。

注 3 血栓形成に必要な血小板の働きを抑制する薬剤で、アスピリンやチクロピジン、シロスタゾール、クロピドグレルなどがある。

注 4 脳梗塞の初期には血流不全のために神経細胞を傷害するフリーラジカルを取り去って脳 を保護しようとする薬剤で脳神経保護剤エダラボンが用いられている。

オ リハビリテーション

脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられます。

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。

回復期に行うリハビリテーションは、家庭復帰や社会復帰を目的として、訓練室や病棟等で、機能回復や日常生活動作(ADL)^{準1}の向上を集中的に図ります。

維持期に行うリハビリテーションは、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持・向上を目的として実施します。

カ 急性期以降の医療・在宅療養

急性期を脱した後は、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、高脂血症、喫煙、不整脈等)の継続的な管理が行われます。

在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを行います。脳卒中は再発することも多く、患者の周囲にいる者に対する適切な対応の教育等といった再発に備えることが重要です。

なお、重篤な患者の一部には、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられます。これらの患者は、急性期の医療機関において救命医療を受けたものの、重度の後遺症があるため、回復期の医療機関等への転院や退院が行えず、当該医療機関にとどまっていることが指摘されています。

この問題を改善するためには、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関との連携強化が不可欠です。

注 1 日常生活動作(Activities of Daily Living)とは、食事、更衣、移動、排泄、入浴など生活を 営む上で不可欠な基本的行動を指す。それぞれについて自立、一部介助、全介助のいずれ かを評価することで障害者や高齢者の生活自立度を表現する。

2 目指す脳卒中の医療連携体制

(1)目指すべき方向

このような脳卒中の発症状況や対応方針を踏まえ、今後の脳卒中の医療連携体制については、次の3つの側面から目指すべき方向を考えることが求められています。

ア 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 時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送 医療機関到着後 1 時間以内の専門的な治療の開始

イ 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテ

ーションの実施

機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテ

ーションの実施

生活機能を維持又は向上させるリハビリテーションの実施

ウ 在宅療養が可能な体制

生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

(2)各医療段階ごとの医療機能

ア 発症予防・早期発見の機能【予防と早期発見】

目標

・脳卒中の発症を予防し、発症時には早期に発見すること 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は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が求められます。

- ・高血圧、糖尿病、高脂血症、不整脈等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること
- ・初期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
- ・初期症状出現時に、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 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目標

・脳卒中の疑われる患者が、発症後 2 時間以内に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

関係者に求められる事項

(本人及び家族等周囲にいる者)

・発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

(救急救命士等)

- ・地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中 患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと
- ・急性期医療を担う医療機関へ発症後2時間以内に搬送すること

ウ 救急医療の機能【急性期】

目標

- ・患者の来院後 1 時間以内(発症後 3 時間以内)に専門的な治療を開始する こと
- ・廃用症候群や合併症の予防、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

医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドライン^{注 1} に則した診療を実施していることが求められます。

- ・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こと(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。)
- ・血液検査や画像検査(X線検査、CT検査、MRI検査)等の必要な検査が24 時間実施可能であること
- ・適応のある脳梗塞症例に対し、来院後 1 時間以内(もしくは発症後 3 時間以内)に組織プラスミノーゲンアクチベーター(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること

注1 日本脳卒中学会等の関係学会と厚生労働省により構成された脳卒中合同ガイドライン委員会が作成した「脳卒中治療ガイドライン」のこと。

- ・外科的治療が必要と判断した場合には来院後 2 時間以内の治療開始が可能である
 - ・呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理、及び合併症に対する診療が可能であること
 - ・リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具等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
 - ・回復期(あるいは維持期、在宅医療)の医療機関等と診療情報や治療計画を共有 するなどして連携していること

医療機関の例

- ・ 救命救急センターを有する病院
- ・ 脳卒中の専用病室を有する病院、有床診療所

エ 身体・精神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】 目標

- ・身体・精神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
- ・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 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は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が求められます。

- ・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、 及び抑うつ状態への対応が可能であること
- ・高次脳機能障害^{注 1}(失語^{注 2}、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

注 1 高次脳機能とは、言語、記憶、注意、遂行、計算など、人が社会に適応していくために 不可欠な機能である。高次脳機能障害とは、これらの機能の障害をいう。身体機能が回復 し、歩行可能になっても、この障害があると社会復帰できないことが多い。

注 2 脳卒中等で、言語を理解したり,話したりする部位が壊れて起こる言語障害で、言語を 話す構音器官の障害で起こる構音障害とは異なる。

۲

・急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなど して連携していること

医療機関の例

- ・リハビリテーションを専門とする病院、有床診療所
- ・回復期リハビリテーション病棟を有する病院、有床診療所

オ 日常生活への復帰及び(日常生活の)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】

目標

・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(日常生活の)継続を支援すること

医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は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が求められます。

- ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、及び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
- ・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
- ・回復期(あるいは急性期)の医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

医療機関等の例

- ·介護老人保健施設
- ・介護保険によるリハビリテーションを行う病院、診療所

カ 生活の場で療養できるよう支援する機能【維持期】

目標

- ・患者が在宅等の生活の場で療養できるよう、介護・福祉サービス等と連携 して医療を実施すること
- ・最期まで在宅等での療養を望む患者に対する看取りを行うこと

医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関等は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が求められます。

- ・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
- ・回復期(あるいは急性期)の医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなど して連携していること
- ・診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなど して連携していること
- ・特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)、認知症高齢者グループホーム、有料 老人ホーム、ケアハウス等自宅以外の居宅においても在宅医療を実施し、希望する 患者にはこれらの居宅で看取りまでを行うこと
- ・介護支援専門員と連携し居宅介護サービスを調整すること
- ・歯周病菌と血管疾患との因果関係が指摘されていることから、歯科診療所のサポ
- ートにより脳卒中患者の歯周病等の口腔疾患の治療と口腔ケアを行うこと
- ・通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実 施すること

医療機関等の例

- ・診療所
- ・歯科診療所
- ・訪問看護ステーション
- ・訪問リハビリテーション
- ・療養通所介護事業所
- ・薬局

【第2章】

医療連携体制の構築に向けたスタートライン

第2章では、第1章に記述された理想的な姿を踏まえつつも、医療連携体制を構築していくためのスタートラインとして、「急性期」及び「回復期」について実態に即した柔軟な基準を設定し、その基準に合致し、掲載の同意を得た 医療機関について各圏域ごとに表示しました。

従って、第1章「2 目指す医療連携体制のあり方」に記載された理想的な「急性期」、「回復期」の条件を必ずしも満たすものとは限りません。

このように、ここでは、全てのカテゴリーを担う医療機関を掲載しているものではないこと、また、各医療機関の医療機能は変化していくものであることから、最新の情報については群馬県のホームページ上で確認することができるようにするなどの対応をします。

1 医療機関の掲載基準について

基準1《急性期関連》

以下の基準に合致し、掲載の同意を得た医療機関

脳卒中の急性期患者に対して診療及びリハビリテーションに対応できること 脳神経外科医、神経内科医など必要なスタッフが十分揃っていること

.....

CT及びMRIが設置され、必要に応じて稼働できること

脳血管手術や開頭手術などの「脳神経外科的治療」、あるいは「選択的脳血栓・塞栓溶解術」「経静脈 t-PA 投与術」に対応できること

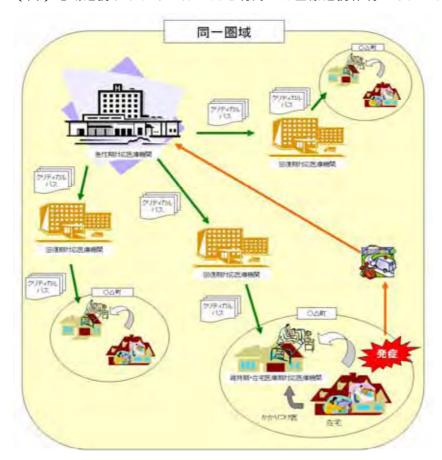
基準2《回復期関連》

以下の基準に合致し、掲載の同意を得た医療機関

脳卒中の回復期の患者に対する診療及びリハビリテーションに対応できること 内科医、神経内科医、リハビリテーション医、理学療法士、作業療法士など、必要なスタッフが揃っていること

脳血管疾患等リハビリテーション料^{注」}の届出医療機関であること

(図)地域連携クリティカルパスを利用した医療連携体制のイメージ



医療連携体制の具体的 なイメージとしては、例 えば、自宅から遠い場所 にある急性期に対応する 医療機関に入院したとし ても、その回復の度合い に応じて、自宅の近くに ある回復期や維持期の医 療機関、その後、かかり つけ医の診断を受けなが ら在宅で安心して生活で きるような縦の連携を構 築していくことであると 考えられます。同時に、 急性期を担う医療機関同 士の横の連携も大変重要 なことと考えられます。

注 1 脳血管疾患等リハビリテーション料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合している ものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであ り、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るた めに、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法等を組み合わせて個 々の症例に応じて行った場合又は言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しく は聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。

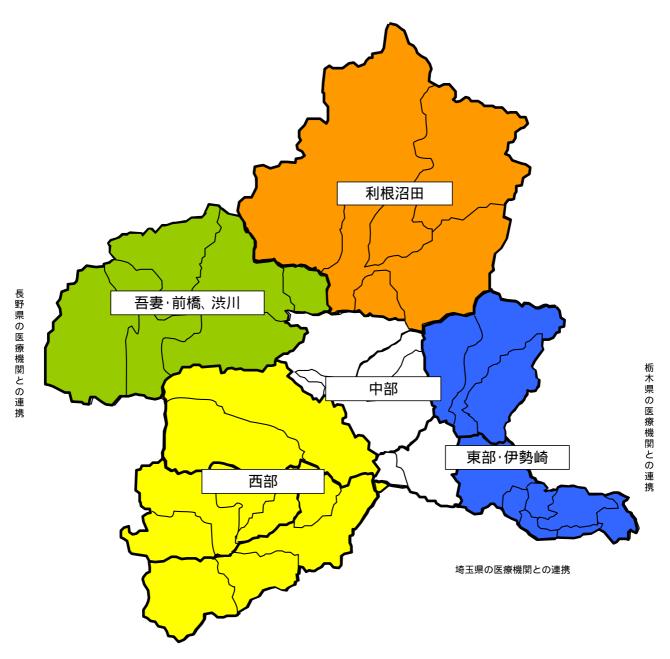
2 5つの圏域ごとに見る医療機関設置の現状

ここには、5つの圏域の中に脳卒中の急性期及び回復期に関連する医療機関がどのように配置されているのかという現状を示しています。これは、今後、各医療機関が医療連携体制を構築するに当たってのスタートラインと考えるべきものです。

救急搬送の実態等を見たとき、吾妻圏域は渋川、前橋地域と、東部圏域は伊勢崎地域との連携が深いことから、一体的な圏域として表現しています。

県境の地域では、栃木県、埼玉県及び長野県の医療機関との連携が現実にあることから、今後、県外の医療機関との医療連携体制の構築を進めていく必要があります。

他圏域の医療機関との連携や別圏域への救急搬送等を否定するものではありません。

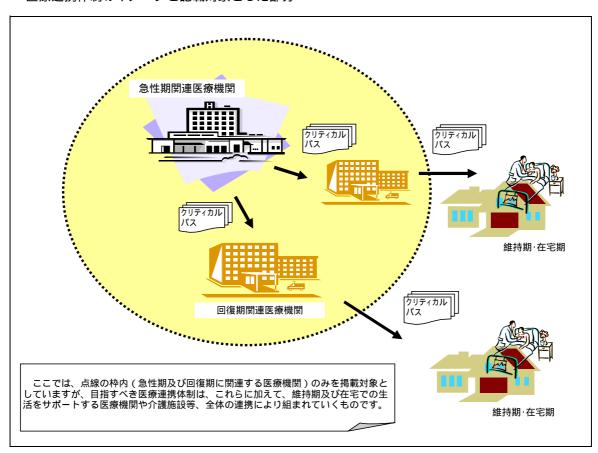


5つの圏域と医療圏との関係

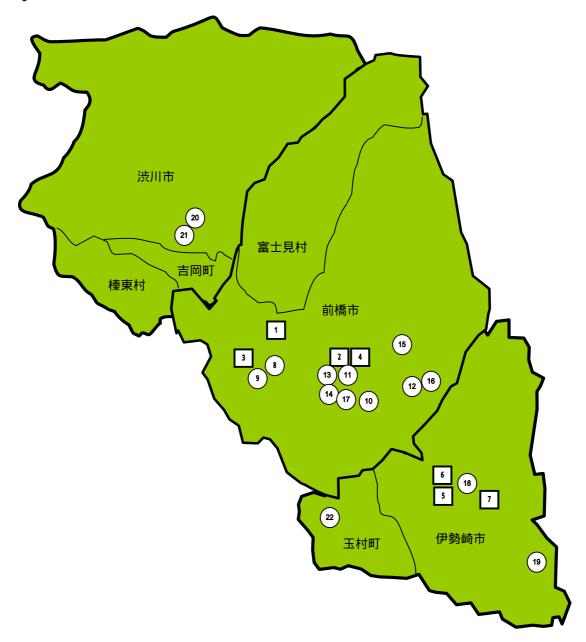
名 称	二次保健医療圏	含まれる市町村		
	前橋	前橋市、富士見村		
中部	渋川	渋川市、榛東村、吉岡町		
	伊勢崎	伊勢崎市、玉村町		
	高崎・安中	高崎市、安中市		
西部	藤岡	藤岡市、吉井町、上野村、神流町		
	富岡	富岡市、下仁田町、南牧村、甘楽町		
	吾妻	中之条町、長野原町、嬬恋村、草津町、六合村、高山村、東吾妻町		
吾妻・前 橋、渋川	前橋 ¹	前橋市、富士見村		
	渋川 ¹	渋川市、榛東村、吉岡町		
利根沼田	沼田	沼田市、片品村、川場村、昭和村、みなかみ町		
	桐生	桐生市、みどり市		
東部・伊勢崎太田・館林太田市、館林市、板倉町、明和町、千代田町、大泉町、邑楽		太田市、館林市、板倉町、明和町、千代田町、大泉町、邑楽町		
3323	伊勢崎 ²	伊勢崎市、玉村町		

- 1 前橋・渋川地域の急性期関連の医療機関は、救急搬送の実態等に合わせて中部圏域と吾妻・前橋、渋川圏域の両方に表示されています。
- 2 伊勢崎地域の急性期関連の医療機関は、救急搬送の実態等に合わせて中部圏域と東部・伊勢崎圏域の両方に表示されています。

医療連携体制のイメージと記載対象とした部分



(1)中部圏域[前橋市、伊勢崎市、渋川市、富士見村、榛東村、吉岡町、玉村町]



[注]

- 1 この地図では、急性期及び回復期に関連する医療機関を右ページの一覧表の番号で表示しています。 (維持期や在宅期を担う医療機関等はここでは表示していません。)
- 2 掲載にあたって使用した医療機能の情報は平成20年1月現在のもので、今後、医師の異動や機能の変更などにより内容に変更が生じることがありえます。 最新の情報については、http://www.pref.gunma.jp/cts/contents?CONTENTS_ID=58415をご確認
- 最新の情報については、http://www.pref.gunma.jp/cts/contents?CONTENTS_ID=58415をご確認ください。
- 3 表示の都合上、囲み数字の位置は厳密な位置と若干ずれている場合があります。
- 4 ここに掲載した医療機関は、基準1,基準2に該当すると回答した病院等の同意に基づき掲載したものです。
- 5 ここに掲載した医療機関が24時間365日体制で脳卒中に対応できることを意味するものではありません。

【基準1】急性期関連

脳卒中の急性期患者に対して診療及びリハビリテーションに対応できること

脳神経外科医、神経内科医など必要なスタッフが十分揃っていること

CT及びMRIが設置され、必要に応じて稼働できること

脳血管手術や開頭手術などの「脳神経外科的治療」、あるいは「選択的脳血栓・塞栓溶解術」「経静脈t-PA投与術」に対応できること

【基準1に該当する医療機関】

(平成20年1月現在)

市町村	医療機関名	地図番号	備考
前橋市	群馬大学医学部附属病院	1	回復期にも対応
前橋市	前橋赤十字病院	2	
前橋市	財団法人老年病研究所附属病院	3	回復期にも対応
前橋市	前橋脳神経外科病院	4	
伊勢崎市	伊勢崎市民病院	5	
伊勢崎市	財団法人脳血管研究所附属美原記念病院	6	回復期にも対応
伊勢崎市	社団法人伊勢崎佐波医師会病院	7	

【基準2】回復期関連

脳卒中の回復期の患者に対する診療及びリハビリテーションに対応できること

内科医、神経内科医、リハビリテーション医、理学療法士、作業療法士など、必要なスタッフが揃っていること

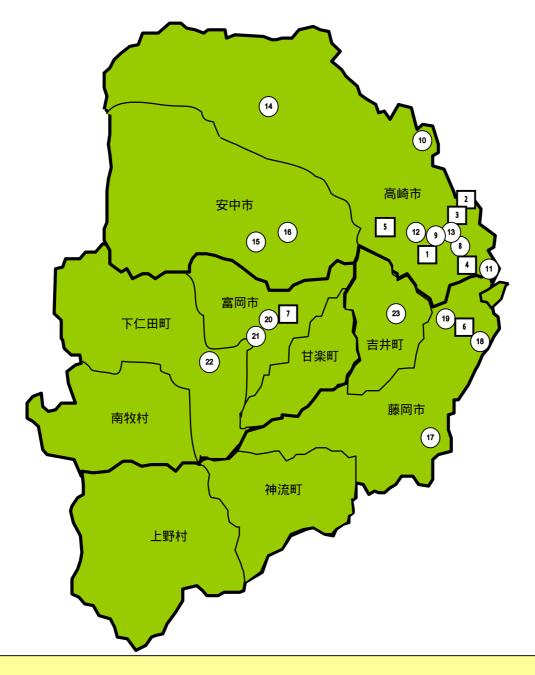
脳血管疾患等リハビリテーション料の届出医療機関であること

【基準2に該当する医療機関】

(平成20年1月現在)

市町村	医療機関名	地図番号	備考
前橋市	社会保険群馬中央総合病院	8	
前橋市	医療法人相生会わかば病院	9	
前橋市	医療法人中沢会上毛病院	10	
前橋市	医療法人積心会富沢病院	11	
前橋市	上毛泌尿器科記念善衆会病院	12	
前橋市	生方医院	13	
前橋市	前橋協立病院	14	
前橋市	前橋城南病院	15	
前橋市	医療法人龍邦会東前橋整形外科	16	
前橋市	せせらぎ病院附属あさくら診療所	17	
伊勢崎市	伊勢崎福島病院	18	
伊勢崎市	鶴谷病院	19	
渋川市	渋川中央病院	20	
渋川市	北毛保健生活協同組合北毛病院	21	
玉村町	角田病院	22	

(2) 西部圏域[高崎市、藤岡市、富岡市、安中市、吉井町、上野村、



【注】

- 1 この地図では、急性期及び回復期に関連する医療機関を右ページの一覧表の番号で表示しています。 (維持期や在宅期を担う医療機関等はここでは表示していません。)
- 2 掲載にあたって使用した医療機能の情報は平成20年1月現在のもので、今後、医師の異動や機能の変更などにより内容に変更が生じることがありえます。 最新の情報については、http://www.pref.gunma.jp/cts/contents?CONTENTS_ID=58415をご確認くだ
- さい。
- 3 表示の都合上、囲み数字の位置は厳密な位置と若干ずれている場合があります。
- 4 ここに掲載した医療機関は、基準1,基準2に該当すると回答した病院等の同意に基づき掲載したものです。
- 5 ここに掲載した医療機関が24時間365日体制で脳卒中に対応できることを意味するものではありません。

神流町、下仁田町、南牧村、甘楽町 1

【基準1】急性期関連

脳卒中の急性期患者に対して診療及びリハビリテーションに対応できること

脳神経外科医、神経内科医など必要なスタッフが十分揃っていること

CT及びMRIが設置され、必要に応じて稼働できること

脳血管手術や開頭手術などの「脳神経外科的治療」、あるいは「選択的脳血栓・塞栓溶解術」「経静脈t-PA投与術」に対応できること

【基準1に該当する医療機関】

(平成20年1月現在)

市町村	医療機関名	地図番号	備考
高崎市	独立行政法人国立病院機構高崎病院	1	
高崎市	医療法人中央群馬脳神経外科病院	2	回復期にも対応
高崎市	医療法人社団日高会日高病院	3	回復期にも対応
高崎市	黒沢病院	4	
高崎市	財団法人榛名荘榛名荘病院附属高崎診療所はるな脳外科	5	
藤岡市	公立藤岡総合病院	6	
富岡市	公立富岡総合病院	7	

【基準2】回復期関連

脳卒中の回復期の患者に対する診療及びリハビリテーションに対応できること

内科医、神経内科医、リハビリテーション医、理学療法士、作業療法士など、必要なスタッフが揃っていること

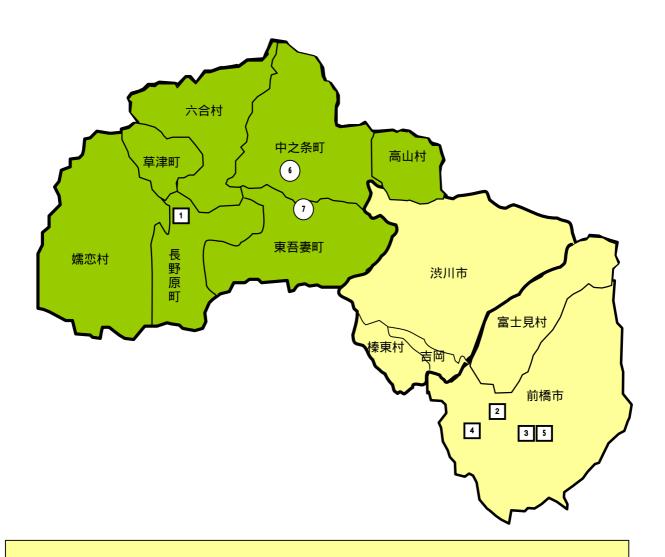
脳血管疾患等リハビリテーション料の届出医療機関であること

【基準2に該当する医療機関】

(平成20年1月現在)

市町村	医療機関名	地図番号	備考
高崎市	高崎中央病院	8	
高崎市	野口病院	9	
高崎市	関越中央病院	10	
高崎市	昭和病院	11	
高崎市	第一病院	12	
高崎市	希望館病院	13	
高崎市	榛名荘病院	14	
安中市	公立碓氷病院	15	
安中市	医療法人済恵会須藤病院	16	
藤岡市	藤岡市国民健康保険鬼石病院	17	
藤岡市	医療法人社団三思会くすの木病院	18	
藤岡市	医療法人育生会篠塚病院	19	
富岡市	公立七日市病院	20	
富岡市	西毛病院	21	
下仁田町	下仁田厚生病院	22	
吉井町	医療法人社団日高会日高リハビリテーション病院	23	

(3) 吾妻・前橋、渋川圏域_{[中之条町、長野原町、嬬恋村、草津町、}



【注】

- 1 この地図では、急性期及び回復期に関連する医療機関を右ページの一覧表の番号で表示しています。 (維持期や在宅期を担う医療機関等はここでは表示していません。)
- 2 掲載にあたって使用した医療機能の情報は平成20年1月現在のもので、今後、医師の異動や機能の変更などにより内容に変更が生じることがありえます。
- 最新の情報については、http://www.pref.gunma.jp/cts/contents?CONTENTS_ID=58415をご確認ください。
- 3 表示の都合上、囲み数字の位置は厳密な位置と若干ずれている場合があります。
- 4 ここに掲載した医療機関は、基準1,基準2に該当すると回答した病院等の同意に基づき掲載したものです。
- 5 ここに掲載した医療機関が24時間365日体制で脳卒中に対応できることを意味するものではありません。

六合村、高山村、東吾妻町、前橋市、渋川市、富士見村、榛東村、吉岡町 1

【基準1】急性期関連

脳卒中の急性期患者に対して診療及びリハビリテーションに対応できること

脳神経外科医、神経内科医など必要なスタッフが十分揃っていること

CT及びMRIが設置され、必要に応じて稼働できること

脳血管手術や開頭手術などの「脳神経外科的治療」、あるいは「選択的脳血栓・塞栓溶解術」「経静脈t-PA投与術」に対応できること

【基準1に該当する医療機関】

(平成20年1月現在)

市町村	医療機関名	番号	備考
長野原町	西吾妻福祉病院	1	回復期にも対応
前橋市	群馬大学医学部附属病院	2	回復期にも対応
前橋市	前橋赤十字病院	3	
前橋市	財団法人老年病研究所附属病院	4	回復期にも対応
前橋市	前橋脳神経外科病院	5	

前橋・渋川地域の急性期関連医療機関については、中部圏域と当該圏域の両圏域に表示されています。

【基準2】回復期関連

脳卒中の回復期の患者に対する診療及びリハビリテーションに対応できること

内科医、神経内科医、リハビリテーション医、理学療法士、作業療法士など、必要なスタッフが揃っていること

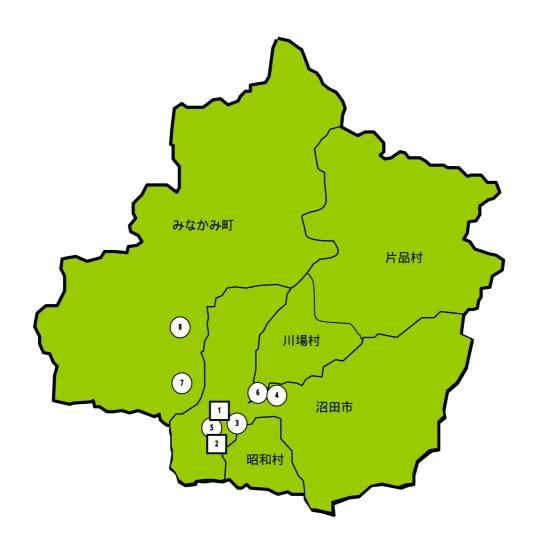
脳血管疾患等リハビリテーション料の届出医療機関であること

【基準2に該当する医療機関】

(平成20年1月現在)

市町村	医療機関名	番号	備考
中之条町	社団法人群馬県医師会温泉研究所附属沢渡病院	6	
東吾妻町	原町赤十字病院	7	

(4) 利根沼田圏域[沼田市、片品村、川場村、昭和村、みなかみ町]



【注】

- 1 この地図では、急性期及び回復期に関連する医療機関を右ページの一覧表の番号で表示しています。 (維持期や在宅期を担う医療機関等はここでは表示していません。)
- 2 掲載にあたって使用した医療機能の情報は平成 2 0 年 1 月現在のもので、今後、医師の異動や機能の変更などにより内容に変更が生じることがありえます。

最新の情報については、http://www.pref.gunma.jp/cts/contents?CONTENTS_ID=58415をご確認ください。

- 3 表示の都合上、囲み数字の位置は厳密な位置と若干ずれている場合があります。
- 4 ここに掲載した医療機関は、基準1,基準2に該当すると回答した病院等の同意に基づき掲載したものです。
- 5 ここに掲載した医療機関が24時間365日体制で脳卒中に対応できることを意味するものではありません。

【基準1】急性期関連

脳卒中の急性期患者に対して診療及びリハビリテーションに対応できること

脳神経外科医、神経内科医など必要なスタッフが十分揃っていること

CT及びMRIが設置され、必要に応じて稼働できること

脳血管手術や開頭手術などの「脳神経外科的治療」、あるいは「選択的脳血栓・塞栓溶解術」「経静脈t-PA投与術」に対応できること

【基準1に該当する医療機関】

(平成20年1月現在)

市町村	医療機関名	番号	備考
沼田市	利根中央病院	1	
沼田市	沼田脳神経外科循環器科病院	2	回復期にも対応

【基準2】回復期関連

脳卒中の回復期の患者に対する診療及びリハビリテーションに対応できること

内科医、神経内科医、リハビリテーション医、理学療法士、作業療法士など、必要なスタッフが揃っていること

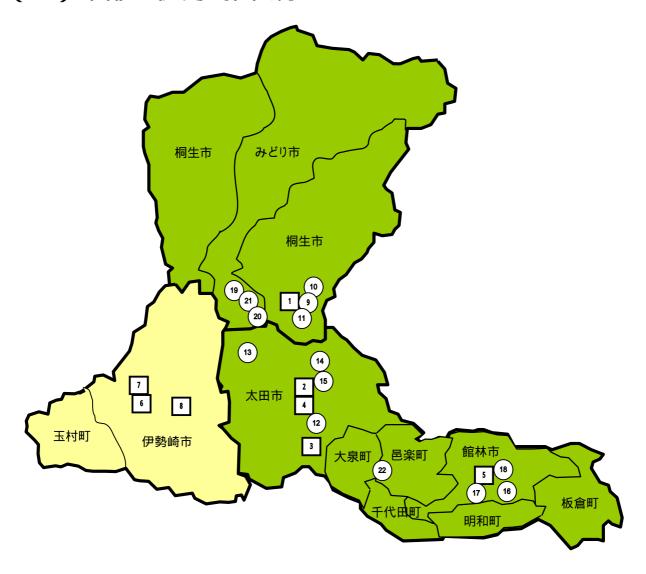
脳血管疾患等リハビリテーション料の届出医療機関であること

【基準2に該当する医療機関】

(平成20年1月現在)

市町村	医療機関名	番号	備考
沼田市	独立行政法人国立病院機構沼田病院	3	
沼田市	内田病院	4	
沼田市	沼田クリニック	5	
川場村	医療法人社団ほたか会ほたか病院	6	
みなかみ町	月夜野病院	7	
みなかみ町	上牧温泉病院	8	

(5) 東部・伊勢崎圏域[桐生市、みどり市、太田市、館林市、板倉町、



【注】

- 1 この地図では、急性期及び回復期に関連する医療機関を右ページの一覧表の番号で表示しています。 (維持期や在宅期を担う医療機関等はここでは表示していません。)
- 2 掲載にあたって使用した医療機能の情報は平成20年1月現在のもので、今後、医師の異動や機能の変更などにより内容に変更が生じることがありえます。
- 最新の情報については、http://www.pref.gunma.jp/cts/contents?CONTENTS_ID=58415をご確認ください。
- 3 表示の都合上、囲み数字の位置は厳密な位置と若干ずれている場合があります。
- 4 ここに掲載した医療機関は、基準1,基準2に該当すると回答した病院等の同意に基づき掲載したものです。
- 5 ここに掲載した医療機関が 2 4 時間 3 6 5 日体制で脳卒中に対応できることを意味するものではありません。

明和町、千代田町、大泉町、邑楽町、伊勢崎市、玉村町1

【基準1】急性期関連

脳卒中の急性期患者に対して診療及びリハビリテーションに対応できること

脳神経外科医、神経内科医など必要なスタッフが十分揃っていること

CT及びMRIが設置され、必要に応じて稼働できること

脳血管手術や開頭手術などの「脳神経外科的治療」、あるいは「選択的脳血栓・塞栓溶解術」「経静脈t-PA投与術」に対応できること

【基準1に該当する医療機関】

(平成20年1月現在)

市町村	医療機関名	番号	備考
桐生市	桐生厚生総合病院	1	回復期にも対応
太田市	富士重工業健康保険組合総合太田病院	2	回復期にも対応
太田市	堀江病院	3	回復期にも対応
太田市	本島総合病院	4	回復期にも対応
館林市	館林厚生病院	5	
伊勢崎市	伊勢崎市民病院	6	
伊勢崎市	財団法人脳血管研究所附属美原記念病院	7	
伊勢崎市	社団法人伊勢崎佐波医師会病院	8	

伊勢崎地域の急性期関連医療機関については、中部圏域と当該圏域の両圏域に表示されています。

【基準2】回復期関連

脳卒中の回復期の患者に対する診療及びリハビリテーションに対応できること

内科医、神経内科医、リハビリテーション医、理学療法士、作業療法士など、必要なスタッフが揃っていること

脳血管疾患等リハビリテーション料の届出医療機関であること

【基準2に該当する医療機関】

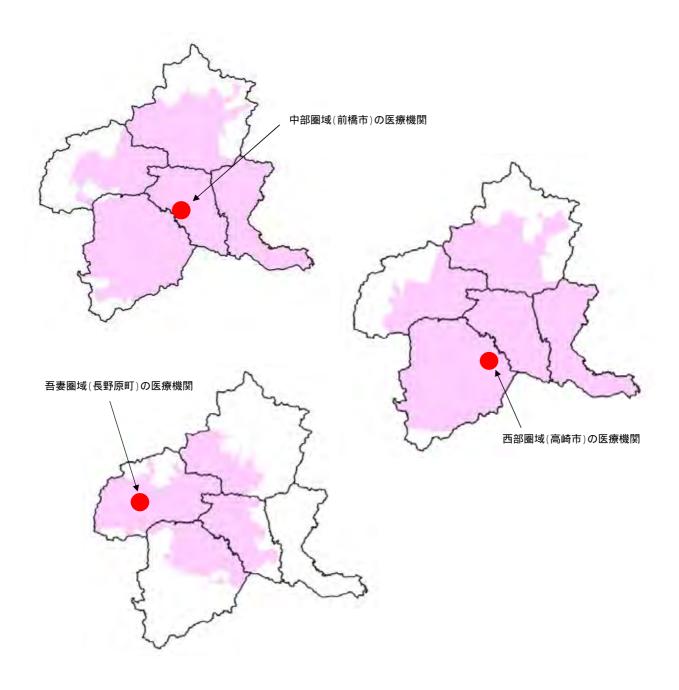
(平成20年1月現在)

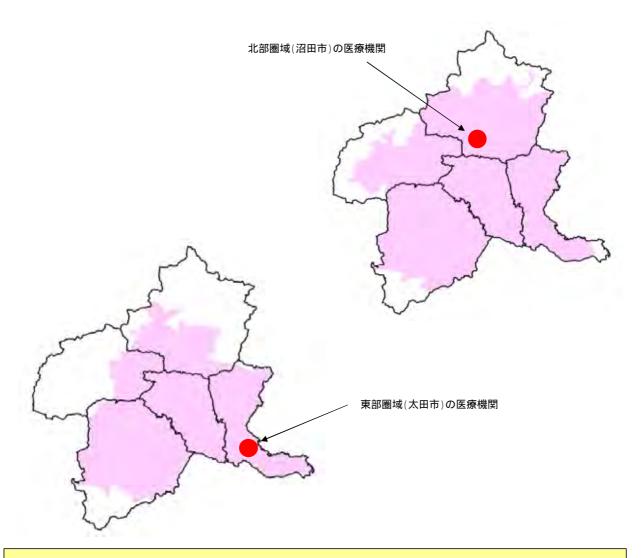
市町村	医療機関名	番号	備考
桐生市	大和病院	9	
桐生市	日新病院	10	
桐生市	両毛整肢療護園	11	
太田市	医療法人慶仁会城山病院	12	
太田市	医療法人宏愛会宏愛会第一病院	13	
太田市	医療法人財団明理会太田福島総合病院	14	
太田市	富士ケ丘病院	15	
館林市	医療法人社団慶友会慶友整形外科病院	16	
館林市	医療法人社団田口会新橋病院	17	
館林市	館林記念病院	18	
みどり市	医療法人社団東郷会恵愛堂病院	19	
みどり市	医療法人社団三思会東邦病院	20	
みどり市	希望の家療育病院	21	
邑楽町	医療法人社団醫光会新邑楽病院	22	

3 主な急性期関連の医療機関からの2時間圏域

発症3時間以内の超急性期脳梗塞に対し、血栓溶解薬により病的血栓を溶解し、血流を再開させて 脳梗塞への移行を阻止する治療法(t-PA組織プラスミノーゲン・アクチベーター)が実施されて いる現在、発症から急性期対応医療機関に2時間以内に到着することが求められています。

ここでは、主な急性期関連の医療機関を中心に道路を走った場合の大まかな 2 時間圏域を参考に表示しています。





【注】

1 この地図は、急性期に関連した医療機関を中心に道路を走った場合、 2 時間以内にどこまで行けるのかを一定の条件を設定した上で表示したものです。道路の渋滞状況などにより変動するものであり、 2 時間以内に到着できることを保証するものではありません。

【設定条件】高速道路:時速81.6km、一般国道(17号、18号、50号):時速30.8km、一般国道(その他):時速33.8km、主要地方道:時速29.1km、一般都道府県道:29.6km、その他道路:時速20.4kmで走行したとして計算しています。(国土交通省「道路交通センサス 一般交通量調査」に基づく)

- 2 急性期に関連する医療機関が近隣に複数存在する場合、各医療機関の近隣の地点からの2時間圏域を表示しています。
- 3 この図は、道路を走行した場合を表示したものですが、この他にヘリコプターによる救急搬送も行われています。

【第3章】

脳卒中に関連する指標について

脳卒中に関連する指標一覧

ここでは、医療連携の各ステージごとに、群馬県における脳卒中の現状を把握するための指標を提示します。

指標の性格に応じて、「現状を把握するための指標」と「数値目標としての指標」の2種類に分けています。

「数値目標としての指標」については、目標数値を記載しています。また、各指標の詳細については、指標シートに記述しています。

ステージ	把握したい概念	指標名	出典
	どのくらい多いか	1 脳血管疾患の年齢調整後受療率(男)	患者調査
		2 脳血管疾患の年齢調整後受療率(女)	患者調査
	どのくらい関心があるか	3 基本健診受診率	県健康増進計画
健診・検診	どのくらい健康に留意しているか	4 65歳健康余命(男)	県高齢者保健福祉計画
予防·準備		5 65歳健康余命(女)	県高齢者保健福祉計画
		6 メタボリックシンドローム該当者の推定割合	県健康増進計画
		7 高脂血症者有病者の推定割合	県健康増進計画
		8 糖尿病有病者の割合	県健康増進計画
		9 高血圧症有病者の推定割合	県健康増進計画
		10 喫煙率	県健康増進計画
	どこに行ったらよいか	11 t-PAによる脳血栓溶解療法が実施できる医療機関数	県調査
救急医療、急性 期治療・診療	実際にどこに行けるのか	12 救急要請から医療機関収容までに要した平均時間	救急・救助の現況
対策の実施	適切な医療が受けられるのか		
	適切な救護が受けられるのか		
	適切なリハビリが受けられるのか	13 脳血管疾患等リハビリテーション料届出病院割合	県調査
身体機能を回		14 脳血管疾患等リハビリテーション料届出診療所割合	県調査
復させるリハビ リテーション		15 回復期リハビリテーション病棟入院料届出病院病床割合	県調査
	在宅で24時間体制の医療を受けられるか	16 在宅療養支援診療所数	県調査
	切れ目のない医療が受けられるか	17 地域連携クリティカルパス導入医療機関数	県調査
日常生活への 復帰、生活の 場での療養	どのくらい治るのか、亡くなるのか	18 脳血管疾患の年齢調整後死亡率 (男)	人口動態調査
7% CV/IX R		19 脳血管疾患の年齢調整後死亡率 (女)	人口動態調査



現状を把握するための指標

数値目標としては扱いませんが、当該疾病や医療連携の現状等を把握し、政策に反映させるため、定期的に数値を観測し、分析を行った上で公表する指標です。

数値目標としての指標

数値目標を掲げ、その達成に向けた取り組みを行うべき指標です。目標の多くは行政の取り組みだけで達成できるものではなく、医療機関や住民全体の取り組みが重要です。

W 45	現状		目	標	全国と	の比較	AM 137 - 141 An
単位	数值	年次	数值	年次	平均值	順位	指標の性格
人 / 10万人	142.0	H17	127.8	H24	161.4	17	数値目標としての指標
人 / 10万人	117.7	H17	105.9	H24	132.3	17	数値目標としての指標
%	50.0	H17	70.0	H24	43.8	-	数値目標としての指標
年	15.7	H16	-	-	15.6	-	現状を把握するための指標
年	17.7	H16	-	-	17.2	-	現状を把握するための指標
%	6.9	H 17	6.3	H24	-	-	数値目標としての指標
%	9.3	H 17	8.6	H24	-	-	数値目標としての指標
%	6.7	H 17	6.0	H24	-	-	数値目標としての指標
%	32.7	H 17	29.5	H24	-	-	数値目標としての指標
%	男性46.6 女性13.7	H 17	男性23.0 女性6.0	H24	-	-	数値目標としての指標
力所	18	H19	-	-	-	-	現状を把握するための指標
分	28.3	H17	28.3	H24	31.1	19	数値目標としての指標
%	57.4	H 1 4	-	-	62.4	34	現状を把握するための指標
%	1.0	H 1 4	-	-	1.7	33	現状を把握するための指標
%	4.3	H14	-	-	3.8	10	現状を把握するための指標
数	151	H 1 9	-	-			現状を把握するための指標
数	-	-	75	H24	-	-	数値目標としての指標
人 / 10万人	67.3	H 1 7	60.6	H24	62.9	-	数値目標としての指標
人 / 10万人	50.0	H 1 7	45.0	H24	42.6	-	数値目標としての指標

2 指標情報シート

No.

関連ステージ	健診・検診、予防	····· 注備						
指標名	脳血管疾患の年齢調整後受療率(男)							
指標の性格	数値目標として	の指標						
単 位	人 / 10万人							
指標値	現 状	年 次	目標値	年 次	全国平均值	現状順位		
	142.0	H17	127.8	H24	161.4	17		
指標説明	下出血」等の脳が ・ただし、患者調う で代用しています	□管疾患によって 査には、脳卒中と 「。単位は、人口 、年齢構成による	のか」を見るための打引き起こされる症状としての統計は存在し 10万人あたりの受療 3影響を受けるため、	です。 シないので、「脳血 景者数です。	□管疾患」がどの⟨ら	い多いか		
出 典	患者調査(厚生学	労働省)						
目標値の設定 方 法	・「健康増進計画改定ガイドライン」(厚生労働省)における参酌標準を参考に10%減少としました。 142.0人×0.9=127.8人 ・なお、127.8人/10万人は、平成17年度時点での都道府県比較では全国で9番目に低い数値 となります。							
課題·問題点	・保健予防課が策定している「健康増進計画」においても同様の指標を設定することが求められており、それとの整合性をとる必要があります。 ・「健康増進計画改定ガイドライン」(厚生労働省)において、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少目標(10%)と健康フロンティア戦略の死亡率の減少目標(25%)を参考に設定するとされています。							
参 考 デ ー タ	300.0 (人口10万人的) 257.6 2573 2534 250.0 2575 2575 2586 2771 150.0 2575 2575 2586 2771 150.0 2575 2586 2771 150.0 2575 2586 2771 150.0 2575 2586 2771 150.0 2575 2586 2771 2775 2586 2775 2785 2786 2787 2787 2787 2787 2787 2787 2787	2009 2016 2076 207A 2012 2012 1016 101 大佐青和鳥熊瓜 101 分質森歌取本	1922 1825 1813 1811 1785 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1687 1723 1717 1723 1717 1687 1723 1717 1723 1717 1723 1717 1723 1717 1723 1717 1723 1717 1723 1717 1723 1717 1723 1717 1687 1723 1717 1723 1717 1723 1717 1723 1717 1723 1717 1723 1717 1687 1723 1717 1723 1723	国平均 現	状 - 141.1 140.5 - 138.7 123.6 132.4 131.9 130.5 123.6 123.6 123.6 132.4 131.9 130.5 123.6 123	### 123 1217 1185 1168 1139 1073 1040		

No. 2

関連ステージ	健診·検診、予防·準備						
指標名	脳血管疾患の年齢調整後受療率(女)						
指標の性格	数値目標としての	の指標					
単位	人 / 10万人						
指標値	現 状	年 次	目標値	年 次	全国平均値	現状順位	
1日 1宗 1旦	117.7	H17	105.9	H24	132.3	17	
指標説明	下出血」等の脳血・ ただし、患者調査 で代用しています。	管疾患によって をには、脳卒中 単位は、人口 年齢構成によ	のか」を見るための打 引き起こされる症状 としての統計は存在 10万人あたりの受療 る影響を受けるため	です。 しないので、「脳 景者数です。	血管疾患」がどの⟨ら	らい多いか	
出 典	患者調査(厚生労	動省)					
目標値の設定 方 法	・「健康増進計画改定ガイドライン」(厚生労働省)における参酌標準を参考に10%減少としました。 117.7人×0.9 = 105.9人 ・なお、105.9人/10万人は、平成17年度時点での都道府県比較では全国で9番目に低い数値 となります。						
課題·問題点	保健予防課が策定している「健康増進計画」においても同様の指標を設定することが求められており、それとの整合性をとる必要があります。 「健康増進計画改定ガイドライン」(厚生労働省)において、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少目標(10%)と健康フロンティア戦略の死亡率の減少目標(25%)を参考に設定するとされています。						
参考データ	100.0	7 1702 1653 1612 1575 1533 1529 155	5 150.3 1-0.06 1367 136.4 136.0 135.6 134.7 134.3 133.7	国平均 現	大 1148 1144 1139 1125 1101 1081 1080 1087 1047 1047 1047 1047 1047 1047 1047 104	_	

No. 3 関連ステージ 健診·検診、予防·準備 基本健診受診率 標 名 指 指標の性格 数値目標としての指標 単 % 位 現状 年 次 目標値 年 次 全国平均值 現状順位 標 指 値 50.0 70.0 H24 43.8 H17 ・40歳から74歳までの基本健康診査の受診者数を対象人口で割った数値です。 ・脳卒中のみの指標ではなく、がんや急性心筋梗塞、糖尿病にも関連する基本的な健康診査です。 ・平成20年度以降は、メタボリックシンドロームなど生活習慣病の予防に着目した特定健診の受診率に 指標説明 振り替わる予定です。 出 典 群馬県健康増進計画 ・健康増進計画における目標数値に一致させます。 ・なお、この数値は、「健康日本21」において目標とされているもので、「健康増進計画改定ガイドライン」 (厚生労働省)において、参酌標準として示されているものです。 目標値の設定 方 ・保健予防課が策定している「健康増進計画」においても同様の指標を設定することが求められて おり、それとの整合性をとる必要があります。 ・「健康増進計画改定ガイドライン」(厚生労働省)において、「健康日本21」の目標数値である70% 課題·問題点 とすることが参酌標準として示されています。 基本健康診査受診率の推移 (単位:人、%) H14 H15 H16 H13 H17 対象者数 473,587 480,409 485,791 609,315 619,890 参考データ 受診者数 298,873 304,695 314,337 315,067 309,808 受診率 63.1 63.4 64.7 51.7 50.0 全国 41.8 42.6 44.8 44.4 43.8

関連ステージ						No.	
	健診·検診、予防	方·準備 					
指標名	65歳健康余命(男)					
指標の性格	現状を把握す	るための指標					
単 位	年						
指標値	現 状	年次	目標値	年	次全	国平均值	現状順位
1日 1宗 恒	15.7	H16	-	-		15.6	-
指標説明	·高齢者が脳卒 ·計算の基本的	策定している、高齢中に罹患する率がな考え方は、健康 保健福祉計画の見	「高いことから、 余命 = 平均余	指標として採り 命 - 要介護期)上げるもので 間 で算出され	す。 uます。	
出典	群馬県高齢者係						
目標値の設定 方 法							
課題·問題点							
参 考 デ ー タ	20 19 18 寿17 命(16 歳)15 14	65歳平均余 16.95 17.13 16.94 17.02 ■ 要介護期間(県) ■ 要介護期間(全国 ● 65歳平均余命(リー・ 65歳平均余の)リー・ 65歳平均余の(リー・ 65歳年) 6	要支援	以上 男 17.63 2 17.54	京(全国と 17.98 18.12 17.78 17.96 16.06 15.98 15.78	18.05 1 18.02 1 15.74 1 15.67 1 2.32 2.	8 7 8.12 6 8.21 5 5 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

No. 5 関連ステージ 健診·検診、予防·準備 標 名 指 65歳健康余命(女) 指標の性格 現状を把握するための指標 単 年 位 全国平均值 現状 年 次 目標値 年 次 現状順位 標 指 値 17.7 17.2 H16 ・介護高齢課が策定している、高齢者保健福祉計画に目標化されています。(H21:18.7歳) ・高齢者が脳卒中に罹患する率が高いことから、指標として採り上げるものです。 ・計算の基本的な考え方は、健康余命 = 平均余命 - 要介護期間 で算出されます。 指標説明 ・なお、高齢者保健福祉計画の見直しが今後行われますので、今後、県として目標数値が出されます。 群馬県高齢者保健福祉計画 出 典 目標値の設定 課題·問題点 65歳平均余命と65歳健康余命(全国と群馬県) 要支援以上 女性 24 8 23.28 23.04 22.96 23 22.68 7 22.42 22.77 22.82 22.75 22.65 21.89 22 6 21.53 5.14 _寿21 20.94 要介護期間 21.40 4.90 5 21.14 21.06 4.52 参考データ 4.08 _〔 20 20.11 3年 19 ■要介護期間(県) 18.57 ■要介護期間(全国) 18.25 17.85 18 -65歳平均余命(県) 17.72 ──※─ 65歳平均余命(全国) 17 ── 6 5歳健康余命(県) → 65歳健康余命(全国) 16 H 7 H 9 H10 H11 H 1 2 H13 H14 H15 H16 H 8

No. 6 関連ステージ 健診·検診、予防·準備 標 名 メタボリックシンドローム該当者の推定割合 指 指標の性格 数値目標としての指標 単 位 % 年 次 目標値 現状 年 次 全国平均值 現状順位 指 標 値 6.9 H17 6.3 H24 ・保健予防課が策定している、健康増進計画からデータを転記します。 ・保健予防課において、過去データを基に推計したものです。 ・計算の基本的な考え方 指標 説明 ある特定の標本における、年齢階級別のメタボリックシンドローム該当者数を出して、それを人口に 反映させて推計しました。 典 群馬県健康増進計画 出 ・健康増進計画における目標数値に一致させます。 ・「健康増進計画改定ガイドライン」(厚生労働省)における参酌標準を参考に10%減少としました。 目標値の設定 方 法 ・データ数が少なく、現状では推計値となります。 ·平成20年からメタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病に着目した特定健診·保健指導が 行われることから、今後、データが徐々に整備されていく予定です。 課題·問題点 参考データ

No. 7 関連ステージ 健診·検診、予防·準備 標 名 高脂血症者有病者の推定割合 指 指標の性格 数値目標としての指標 % 単 位 年 次 目標値 全国平均值 現状順位 現状 年 次 指 標 値 9.3 H17 8.6 H24 ·HDLコレステロールが40mg/dl未満、またはコレステロールを下げる薬服用者数の割合 ·保健予防課において、過去データを基に推計したものです。 ・計算の基本的な考え方 指標 説明 ある特定の標本における、年齢階級別の高脂血症有病者数を出して、それを実際の人口を反映 させて推計しました。 典 群馬県健康増進計画 出 ・健康増進計画における目標数値に一致させます。 ・「健康増進計画改定ガイドライン」(厚生労働省)における参酌標準を参考に10%減少としました。 目標値の設定 方 法 ・データ数が少なく、現状では推計値となります。 ·平成20年からメタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病に着目した特定健診·保健指導が 行われることから、今後、データが徐々に整備されていく予定です。 課題·問題点 参考データ

					No.	8	
関連ステージ	健診·検診、予防	 j·準備					
指標名	糖尿病有病者の	糖尿病有病者の割合					
指標の性格	数値目標として	ての指標					
単位	%						
指標値・	現 状	年 次	目標値	年 次	全国平均值	現状順位	
指標値・	6.7	H17	6.0	H24	-	-	
指標説明	・保健予防課において、過去データを基に推計したものです。 ・参照データは以下のとおりです。 平成15・17年国民健康・栄養調査(厚生労働省)、平成16年度群馬県民健康・栄養調査(群馬県)、 平成19年度群馬県生活習慣病有病者・予備群推定基礎調査(群馬県) ・上記出典によるデータを合計して、性・年齢階級別の糖尿病有病者の割合を算出し、これに性・年齢階級別の人口を乗じて推定数を推計しています。(本指標に係る標本数1,955人(男性911、女性1,044))						
出 典	群馬県健康増進	計画					
目標値の設定方法	・健康増進計画における目標数値に一致させます。 ・「健康増進計画改定ガイドライン」(厚生労働省)における参酌標準を参考に10%減少としました。						
課題·問題点	・平成20年から		†値となります。 ロームをはじめとす [。] 〝徐々に整備されてい		着目した特定健診・化	呆健指導が	
参 考 デ ー タ							

No. 9 関連ステージ 健診·検診、予防·準備 標 名 高血圧症有病者の推定割合 指 指標の性格 数値目標としての指標 % 単 位 年 次 目標値 全国平均值 現状 年 次 現状順位 指 標 値 32.7 H17 29.5 H24 ・保健予防課が策定している、健康増進計画からデータを転記します。 ・保健予防課において、過去データを基に推計したものです。 ・計算の基本的な考え方 指標 説明 ある特定の標本における、年齢階級別の高血圧症有病者数を出して、それを実際の人口を反映 させて推計しました。 典 群馬県健康増進計画 出 ・健康増進計画における目標数値に一致させます。 ・「健康増進計画改定ガイドライン」(厚生労働省)における参酌標準を参考に10%減少としました。 目標値の設定 方 法 ・データ数が少なく、現状では推計値となります。 ·平成20年からメタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病に着目した特定健診·保健指導が 行われることから、今後、データが徐々に整備されていく予定です。 課題·問題点 参考データ

No. 10 関連ステージ 健診·検診、予防·準備 標 名 喫煙率 指 指標の性格 数値目標としての指標 % 単 位 年 次 目標値 年 次 全国平均值 現状順位 現状 指 標 値 男性46.6 男性23.0 H17 H24 女性13.7 女性6.0 ・平成15・17年国民健康・栄養調査結果の本県分データと平成16年度群馬県民健康・栄養調査の結果 のデータを合計して喫煙する者の割合を算出しています。(本指標に係る標本数893人(男性412・ 指標説明 女性481)) 出 典 群馬県健康増進計画 ・健康増進計画における目標数値に一致させます。 ・目標値参酌標準は示されていませんが、がん対策推進基本計画によるがんによる死亡率の減少目標 20%の根拠として、喫煙率半減が掲げられていることから、これを採用するものとし、端数を切り捨てて 目標値の設定 方 法 目標値としました。 課題·問題点 参考データ

No. 11 関連ステージ 救急医療、急性期 指標 名 t-PAによる脳血栓溶解療法が実施できる医療機関数 指標の性格 現状を把握するための指標 単 位 力所 現状 年 次 目標値 年 次 全国平均值 現状順位 指 標 値 18 H19 ・脳梗塞において、発症後3時間以内の処置として有効性が高いとされているのが、血栓溶解療法です。 指標 説明 ・急性期に関連する医療機関に対して行った調査において、この処置が可能と判断された医療機関数を 計上したものです。 典 県調査 出 目標値の設定 方 ・ここに記載した全ての医療機関が24時間365日体制でt-PAに対応できるわけではありません。 課題·問題点 前橋市 群馬大学医学部附属病院 前橋市 前橋赤十字病院 前橋市 財団法人 老年病研究所附属病院 伊勢崎市 伊勢崎市民病院 伊勢崎市 社団法人伊勢崎佐波医師会病院 伊勢崎市 (財)脳血管研究所附属美原記念病院 高崎市 独立行政法人国立病院機構高崎病院 医療法人 中央群馬脳神経外科病院 高崎市 高崎市 医療法人社団日高会日高病院 参考データ 高崎市 黒沢病院 高崎市 はるな脳外科 藤岡市 公立藤岡総合病院 富岡市 公立富岡総合病院 沼田市 利根保健生活協同組合 利根中央病院 沼田市 沼田脳神経外科循環器科病院 桐生市 桐生厚生総合病院 富士重工業健康保険組合総合太田病院 太田市

館林厚生病院

館林市

市町村別(順不同)

No. 12

	我在压力 在 图:	ю.			INO.	12		
関連ステージ	救急医療、急性期							
指標名	救急要請から医療機関収容までに要した平均時間							
指標の性格	数値目標として	の指標						
単 位	分							
指標値	現 状	年 次	目標値	年 次	全国平均値	現状順位		
	28.3	H17	28.3	H24	31.1	19		
指標説明	・消防において、覚知してから、医療機関等に収容するのに要した平均時間です。 なお、統計は、急病、交通事故、一般負傷などに分かれても出されていますが、ここでは全体の平均値を使用しています。 ・「急病」の数値は、27.7分となっています。(平成17年)							
出典	救急・救助の現況	•		スニレかどから	ᄍᄵᆄᄜ <i>ᄿ</i> ᄼᅭᄁᄫᄀᄱ	i 向に あい		
目標値の設定 方 法	・以前と異なり、救急救命士の処置範囲が拡大していることなどから、平均時間が伸びる傾向にあります。 ・ここでは平均時間が延びてきている現状を鑑み、現状維持を目標としています。							
課題·問題点	・当該数値については、救急救命士の制度化以降、平成16年7月以降には、気管挿入等の実施が可能となるなど、救急救命士の処置範囲が拡大したことなども影響して、平均時間が伸びています。 ・H18.4からは、医師の具体的な指示下において、薬剤(アドレナリン)の投与も認められています。							
参考データ								

No. 13 関連ステージ 身体機能を回復させるリハビリテーション、回復期 標 名 脳血管疾患等リハビリテーション料届出病院割合 指 指標の性格 現状を把握するための指標 % 単 位 年 次 目標値 全国平均值 現状順位 現状 年 次 指 標 値 34 57.4 H14 62.4 ・「適切なリハビリが受けられるのか」を見るための地域医療カバー率を代替する指標です。 ・患者が在宅復帰するためには適切にリハビリテーションが行われる必要があります。 ・この指標は、脳血管疾患を原疾患とするリハビリをどのくらいの施設で実施でできるかを把握するもの 指標 説明 です。 ・主に、早期リハ(+回復期リハ)の実施体制がどの程度充実しているかを把握することが目的です。 典 県調査 出 目標値の設定 方 法 ・指標の基礎数値は、社会保険事務局への届け出です。 課題·問題点 2. 届幸中[指揮5 福島者疾患等リハビリテーション料居出長侵機関制合]福島者疾患等リハビリテーション料居出制能制合か=47. 平均=62.4. 標準機禁=8.5) 全国平均 目標 現状 参 考 デ ー タ

関連ステージ 身体機能を回復させるリハビリテーション、回復期 標 名 脳血管疾患等リハビリテーション料届出診療所割合 指 指標の性格 現状を把握するための指標 % 単 位 年 次 目標値 全国平均值 現状順位 現状 年 次 指 標 値 33 1.0 H14 1.7 ・「適切なリハビリが受けられるのか」を見るための地域医療カバー率を代替する指標です。 ・患者が在宅復帰するためには適切にリハビリテーションが行われる必要があります。 ・この指標は、脳血管疾患を原疾患とするリハビリをどのくらいの施設で実施できるかを把握するもの 指標 説明 です。 ・'主に、早期リハ(+回復期リハ)の実施体制がどの程度充実しているかを把握することが目的です。 典 県調査 出 目標値の設定 方 法 ・指標の基礎数値は、社会保険事務局への届け出です。 課題·問題点 参考データ 全国平均 現状 目標

No.

14

No. 15 関連ステージ 身体機能を回復させるリハビリテーション、回復期 標 名 回復期リハビリテーション病棟入院料届出病院病床割合 指 指標の性格 現状を把握するための指標 単 位 % 年 次 現状 目標値 年 次 全国平均值 現状順位 標 指 値 4.3 H14 3.8 10 ・「適切なリハビリが受けられるのか」を見るための地域医療カバー率を代替する指標です。 ・患者が在宅復帰するためには適切にリハビリテーションが行われる必要があります。 ・この指標で、早期リハ 回復期リハ 維持期リハのうち、回復期リハを実施できる体制がどの程度 指標説明 整っているかについて把握します。 ·数式は、回復期リハビリテーション病棟入院料届出病院病床数÷対象病床数(一般病床、療養病床) 典 県調査 出 目標値の設定 方 法 ・指標の基礎数値は、社会保険事務局への届け出です。 ・回復期リハ病棟病床割合は、対象人口当たりとした方が良いのではないかという意見もあり、数値 目標とはせずに「現状を把握するための指標」としました。 課題·問題点 2. 編学中[指導6 回復期リハビリテーション会権人間料理出資股票は割合]回復期リハビリテーション会権人間料理出資股票は割合(N=47, 平均=3.7, 導導運搬=2.4) 90.0 80.0 参考データ 全国平均 40.0 現状 30.0 20.0

関連ステージ 日常生活への復帰、生活の場での療養 指標 名 在宅療養支援診療所数 指標の性格 現状を把握するための指標 単 数 位 現 状 年 次 目標値 年 次 全国平均值 現状順位 指 標 値 151 H19 ・在宅復帰して療養するためには、病状が悪化した場合に往診や緊急入院等ができる体制が必要です。 ・ここでは、在宅療養を支える体制がある診療所がどれくらいあるかを把握します。 ・「在宅療養支援診療所」施設基準に該当し、社会保険事務局へ当該届出を行った診療所数です。 指標 説明 出 典 県調査 目標値の設定 方 法 課題·問題点 参考データ

No.

16

No. 17 関連ステージ 日常生活への復帰、生活の場での療養 指 標 名 地域連携クリティカルパス導入医療機関数 指標の性格 数値目標としての指標 単 数 位 年 次 目標値 年 次 全国平均值 現状順位 現状 指 標 値 75 H24 ・医療連携体制が有効に機能するためには、各医療機関を結ぶ治療計画が一貫していることが大切です。 ・ここでは、平成20年度から導入される脳卒中に関する地域連携診療計画管理料及び地域連携診療退院 時指導料について、社会保険事務局に施設基準の届出を行う医療機関の数を把握します。 指標 説明 出 典 県調査 ・ここでは、5年後までには、全ての急性期及び回復期に関連する医療機関が参加していることを目標と ・最終的には、維持期の病院や診療所も含めた連携が確立することが期待されます。 目標値の設定 方 法 課題·問題点 参考データ

10.0

H10

H11

No. 18 関連ステージ 日常生活への復帰、生活の場での療養 標 名 脳血管疾患の年齢調整後死亡率(男) 指 指標の性格 数値目標としての指標 単 位 人 / 10万人 現状 年 次 目標値 年 次 全国平均值 現状順位 指 標 値 H24 67.3 H17 60.6 62.9 ・「どのくらい亡くなるのか」を見るための指標です。ここでは、脳血管疾患で亡くなる人の「死亡率」を を使用します。 ・なお、死亡率は、年齢構成による影響を受けるため、都道府県比較ができるよう、年齢調整を行った 指標説明 後の数を指標として使用します。 【計算式】 = (各年齢区分別死亡者数÷住民基本台帳人口×100,000×各年齢モデル人口)÷モデル人口計 出 典 人口動態調査(厚生労働省) ・「健康フロンティア戦略」(厚生労働省)においては目標値を25%減少としていますが、受療率の目標 との整合をとり、10%減少としました。 67.3人×0.9=60.6人 目標値の設定 方 法 ・なお、60.6人/10万人は、平成14年度時点での都道府県比較では全国22位となります。 (参考:平成14年の第1位は奈良県の50.4人) ・並行して策定される「健康増進計画」においても同様の指標を設定することが求められており、 それとの整合性をとっています。 ・「健康増進計画改定ガイドライン」(厚生労働省)において、健康フロンティア戦略の死亡率の減少 課題·問題点 目標(25%)を参考に設定するとされています。 (人口10万人対) 群馬県における脳卒中による死亡率の推移 100.0 90.0 87.8 80.0 **◆ 79.1** 70.0 **◆** 67.3 ♦ 66.3 62.9 60.0 58 9 58.8 参考データ 54.1 50.0 50.2 48.2 47.3 40.0 → 年齢調整後死亡率(男) 30.0 ─── 年齢調整後死亡率(女) 20.0

H13

H14

H15

H16

H17

H12

	No. 1						
関連ステージ	日常生活への復帰、生活の場での療養						
指標名	脳血管疾患の年齢調整後死亡率(女)						
指標の性格	数値目標としての指標						
単 位	人 / 10万人						
七垣値	現 状 年 次 目標値 年 次 全国平均値 現状順位						
指標値・	50.0 H17 45.0 H24 42.6 -						
指標説明	「どのくらい亡くなるのか」を見るための指標です。ここでは、脳血管疾患で亡くなる方の人の「死亡率」を使用します。 なお、死亡率は、年齢構成による影響を受けるため、都道府県比較ができるよう、年齢調整を行った後の数を指標として使用します。 【計算式】 - (各年齢区分別死亡者数:住民基本台帳人口×100,000×各年齢モデル人口):モデル人口計						
出典	人口動態調査(厚生労働省)						
目標値の設定 方 法	・「健康フロンティア戦略」(厚生労働省)においては目標値を25%減少としていますが、受療率の目標との整合をとり、10%減少としました。 50.0人×0.9 = 45.0人・なお、45.0人/10万人は、平成14年度時点での都道府県比較では全国26位となります。 (参考:平成14年の第1位は沖縄県の34.6人)						
課題·問題点	・並行して策定される「健康増進計画」においても同様の指標を設定することが求められており、 それとの整合性をとっています。 ・「健康増進計画改定ガイドライン」(厚生労働省)において、健康フロンティア戦略の死亡率の減少 目標(25%)を参考に設定するとされています。						
参考データ	群馬県における脳卒中による死亡率の推移 100.0 90.0 80.0 70.0 60.0 60.0 50.0 40.0 30.0 20.0 10.0 H10 H10 H11 H12 H13 H14 H15 H16 H17						

H13

H14

H15

H16

H17

H12

H10

H11

【注】この冊子は群馬県保健医療計画(平成17年群馬県告示第240号)に医療法施行令第30条の28に規定された疾病のうち、脳卒中の医療連携体制の構築に係る内容を追加するものです。