

脳卒中ロジックモデル評価指標の状況、分析・考察 (R8.2)

県計画における該当項目	番号	C 初期アウトカム	C 初期アウトカム指標	R5 策定時	目標値	R6 進捗状況	R7 進捗状況	改善or悪化
第4章の1	1	基礎疾患および危険因子の管理ができています。	(1) 喫煙率	男 24.0% 女 3.7%	20.0% 2.7%	— —	26.2% —	—
			(2) 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(1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	男 20.1% 女 12.5%	16.0% 5.2%	— —	— —	—
			(3) 禁煙リクエストフォーム該当者数及び予備群の減少率(2008年度比)	16.48%	25%	18.75%	19.69%	—
			(4) 一日平均食塩摂取量	男 11.7g 女 9.4g	7.5 6.5	— —	10.6g 8.9g	—
			(5) 一日平均野菜摂取量	236g 260g	350g	—	—	—
			(6) 一日の平均歩数	男20-64歳 6,240歩 女20-64歳 5,410歩	8,000歩 8,000歩	— —	8,262歩 6,405歩	—
			(7) BMIが25以上の人の割合	男20-60歳代 38.5% 女40-60歳代 24.6%	30%未満 15%未満	— —	— —	—
第4章の2(1)	2	特定健診・特定保健指導を受けられることができています。	(8) 特定健診実施率	51.5%	70.0%	52.1%	54.7%	—
			(9) 特定保健指導実施率	26.5%	45.0%	29.7%	30.8%	—

番号	B 中間アウトカム	B 中間アウトカム指標	R5 策定時	目標値	R6 進捗状況	R7 進捗状況	改善or悪化
1	【予防】 脳卒中の発症を予防できている。	(31) 脳血管疾患受療率(入院)*	112.0	減少	104.0	104.0	—
		(32) 脳血管疾患受療率(外来)*	87.0	減少	105.0	105.0	—

番号	A 分野アウトカム	A 分野アウトカム指標	R5 策定時	目標値	R6 進捗状況	R7 進捗状況	改善or悪化
1	脳卒中による死亡が減少している。	(44) 脳卒中疾患の年齢調整死亡率*	男	105.2	全国平均以下	—	—
			女	61.4	—	—	—

※(1)、(2)、(4)-(7)の目標値については、健康みやざき行動計画21(第3次)計画期間・R6-17の目標値を引用  
 ・(数値が確認できる指標では)改善傾向にあるも目標値には達しておらず、引き続きの普及啓発等一次予防に向けた取組が必要。入院受療率が減少する一方で外来受療率が増加している点は、早期受診の定着や、入院から外来での継続的な治療・リハビリへの移行を示すポジティブな側面も考えられるが、ハイリスク層が受診に至っていない二極化の可能性も否定できない。【県の取組:普及啓発、健康教育、県民公開講座等イベントの実施、食環境の整備、健診受診勧奨等】

第4章の2(2)①	3	救急隊が、地域の医療コントロール協議会が定める活動プロトコルに沿って適切な観察・判断・処置ができています。	(10) 救急隊の救急救命士運用率	93.3%	維持	95.6%	95.6%	—
			4	急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送できる体制が整っている。	(11) 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(分)	43.1	減少	46.0

2	【救護】 患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される。	(11) 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(分)(再掲)	43.1	減少	46.0	45.0	—
---	----------------------------------	--	------	----	------	------	---

1	(45) 健康寿命	男	73.30	延伸	72.29	72.29
		女	76.71	延伸	76.13	76.13

・救命士運用率は高いが、収容時間の短縮が進まない背景として、救急搬送の増加、高齢化による現場確認の長期化や軽症利用の増加に加え、脳卒中専門医療機関の減少による受入先の偏在が懸念される。疾患分類別に見て「脳疾患」は10年前からさほど変化はないが、特に日向入郷や西部見湯医療圏におけるPSC施設の空白が、救急隊の搬送先選定を困難にする要因となっていると考えられる。【県の取組: #8000の設置、適正受診の普及啓発、医療従事者養成の支援等】

第4章の2(2)②(3)	5	脳卒中の急性期医療に対応できる体制が整備されている。	(12) 神経内科医師数*	3.7	増加	3.3	3.8
			(13) 脳神経外科医師数*	5.0	増加	5.1	5.1
			(14) 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*	0.9	維持	1.0	1.1
			(15) 脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数*	12.2	維持	12.4	12.7
6	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実施体制が整備されている。	(16) 理学療法士数*	95.2	維持	91.8	93.2	
		(17) 作業療法士数*	54.6	維持	49.3	50.1	
		(18) 言語聴覚士数*	16.1	維持	14.1	14.4	
		(19) 脳卒中リハビリテーション認定看護師数*	0.6	増加	0.6	0.6	
7	回復期の医療機関等との連携体制が構築されている。	(20) 脳卒中地域リハビリを導入している医療機関数*	8.6	増加	7.8	8.7	
		(21) 回復期リハビリテーション病床数*	79.3	維持	81.1	62.3	

3	【急性期】 発症後早期に専門的な治療を受けることができる。	(33) くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数(算定回数)*	12.3	維持	8.3	9.8
		(34) くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数(算定回数)*	8.6	増加	10.7	15.4
4	【急性期】 発症後早期に専門的な治療を受けることができる。	(35) 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数(算定回数)*	8.1	増加	10.6	9.9
		(36) 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数(算定回数)*	6.7	増加	7.5	6.7
		(37) 脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(急性期)(SCR)*	8.2	増加	24.0	29.9
		(38) 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(単位数)*	97,611.1	維持	98,474.8	112,236.6

早期リハビリの実施件数は増加傾向であり、急性期病院内でのチーム医療の機能性が高まっている。くも膜下出血等の専門的治療は維持されており、クリッピング術からコイル塞栓術へのシフトが鮮明。t-PA療法や早期リハビリは適切に導入されチーム医療の質は高まっているが、一方でPSC減少に伴い血栓回収療法の実施施設数も減少傾向にある。【県の取組:遠隔診療支援システム活用支援、医療機関施設・設備整備支援、医師確保・養成、心不全療養指導士、心臓リハビリテーション指導士の資格取得支援等】

第4章の2(2)②(3)	8	専門医療スタッフにより集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関が整備されている。	(21) 回復期リハビリテーション病床数*	79.3	維持	81.1	62.3		
			9	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が整備されている。	(19) 脳卒中リハビリテーション認定看護師数(再掲)*	0.6	増加	0.6	0.6
			10	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が構築されている。	(20) 脳卒中地域リハビリを導入している医療機関数(再掲)*	8.6	増加	7.8	8.7
			(22) 医療ソーシャルワーカー数*	12.6	増加	13.3	13.5		

5	【回復期】 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受けることができる。	(39) 脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(回復期)(SCR)*	58.2	増加	59.9	56.4
		(40) 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(単位数)*	142,001.0	維持	128,180.0	140,332.1

2	(45) 健康寿命	男	73.30	延伸	72.29	72.29
		女	76.71	延伸	76.13	76.13

回復期病床数の減少が進む中、実施単位数は高水準を維持しており、急性期から回復期への連携は一定の効率化が図られている。多職種連携による早期介入が徹底されていると考えられる。今後は回復期から維持期・生活期へのスムーズな連携構築を進める必要がある。【県の取組:看護師の教育課程への派遣補助、口腔ケア相談の窓口設置、専門職研修等】

第4章の2(2)②(3)	11	生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、支援が提供される体制が整備されている。	(15) 脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数(再掲)*	12.2	維持	12.4	12.7
			(23) 訪問リハビリを提供している事業所数*	4.0	維持	3.7	4.1
			(24) 通所リハビリを提供している事業所数*	10.8	維持	10.3	10.4
			(25) 老人保健施設定員数*	293.9	維持	312.0	309.0
			(26) 訪問看護利用者数(医療)*	525.5	維持	497.7	645.1
12	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が整備されている。	(27) 訪問看護利用者数(介護)*	3,727.3	増加	4,465.5	4,965.6	
		13	誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制が整備されている。	(28) 口腔機能管理を受ける患者数*	0.0	増加	0.0
			(29) 訪問歯科衛生指導を受ける患者数*	1,738.3	増加	2,023.2	2,774.5
14	回復期および急性期の医療機関等との連携体制が構築されている。	(30) 入院支援を行っている医療機関数*	7.1	維持	7.6	7.8	

6	【維持期】 日常生活への復帰、生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けることができる。	(41) 訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(医療)*	128.6	増加	104.5	194.3
		(42) 訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(介護)*	637.8	増加	684.2	727.1
		(43) 通所リハビリを受ける利用者数*	6,782.9	維持	6,731.3	6,840.3
		(40) 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(単位数)(再掲)*	142,001.0	維持	128,180.0	140,332.1

「延伸」とは、平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加とする

\*は人口10万人対換算(※R5策定時はR2国勢調査人口、R7進捗状況はR7.10.1時点推計人口を用いて算出。(12)(13)(31)(32)(44)は公表されている人口10万人対の数値を記載)  
 ・「リハビリは病院でするものから生活の場でするものへ」という意識改革も進み、訪問看護・訪問歯科衛生指導の件数は増加しており、一定の成果がみられる。一方で、訪問診療体制の整備不足や地域的な偏在の可能性もあり、多職種連携の質を確保しつつ、住み慣れた地域で再発防止とQOL維持を両立する体制構築が求められる。【県の取組:入院調整ルールの運用、多職種研修、専門職の派遣、講座等の実施、就労支援等】

■ R5策定時と比較して、改善  
 ■ R5策定時と比較して、悪化  
 ■ R5策定時と比較して、現状維持