

## 第2章 脳卒中

脳卒中は、脳血管の閉塞や破たんによって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。

脳卒中による死亡を防ぎ、また要介護状態に至る患者を減少させるためには、発症した場合、できるだけ迅速に、救急搬送及び専門的な内科的・外科的治療が提供されることが重要です。

また、リハビリテーションや、再発・合併症予防を含めた医療の提供が必要であり、急性期から回復期・慢性期までの一貫した医療が提供される連携体制の構築に取り組みます。

### 第1節 現状と課題

#### 1 脳卒中の状況

##### (1) 死亡率

- 脳血管疾患による死亡は、全死亡要因の中で、本県、全国ともに4番目に多い状況です。

また、本県における平成27年（2015年）の人口10万対年齢調整死亡率は、平成22年（2010年）と比べ大きく改善し、男女ともに全国平均と同程度となっています。

##### (2) 受療率等

- 脳卒中の受療率は、入院、外来ともに、全国平均に比べて高くなっています（平成26年（2014年））。
- 1年間に救急車によって搬送される急病患者のうち脳疾患患者が占める割合は、本県では9.2%、全国では8.1%となっています（平成27年（2015年））。

表1 脳卒中における年齢調整死亡率（人口10万対）

	男		女	
	山口県	全国	山口県	全国
H22	53.1	49.5	27.0	26.9
H27	37.9	37.8	21.2	21.0

資料：「平成24年度人口動態統計特殊報告」（平成22年都道府県別年齢調整死亡率）  
「平成29年度人口動態統計特殊報告」（平成27年都道府県別年齢調整死亡率）厚生労働省

表2 脳卒中患者の受療率（人口10万対）

区分	入院		外来	
	山口県	全国	山口県	全国
受療率	232	125	93	74

資料：「平成26年患者調査」厚生労働省

## 2 脳卒中の医療の状況

### (1) 予 防

- 脳卒中における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大変重要です。
- また、高血圧のコントロール以外にも、脳卒中の発症リスクを低減するためには、運動不足、喫煙、多量飲酒等の生活習慣の改善や、そうした生活習慣に起因する脂質異常症等、疾患の適切な治療が求められます。
- 重篤な脳血管疾患を発症すると、死亡を免れても麻痺等の後遺症を残すことが多いため、生活習慣の改善や、健康診査による「脳血管疾患の危険因子」の早期発見、予防対策に取り組むことが非常に重要です。

### (2) 救護、搬送

- 脳卒中は、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、脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者により、速やかに救急搬送を要請することが求められます。
- 救急救命士を含む救急隊員は、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速やかに直接搬送することが重要です。

### (3) 診 断

- 問診や身体所見の診察等に加えて、画像診断（CT、MRI、MRA、エコー検査等）を行うことで正確な診断が可能となります。

### (4) 急性期の治療

- 脳卒中の急性期においては、循環・呼吸管理等の全身管理とともに、患者の来院後1時間以内に、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じて専門的な治療が開始されることが求められます。
- 脳梗塞では、t-PA という薬剤を発症後4.5時間以内に静脈内投与する超急性期血栓溶解療法のほか、カテーテルによる血栓除去や血栓溶解の血管内治療等が行われます。  
また、脳出血では、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常の是正等が行われ、くも膜下出血では、動脈瘤の再破裂防止のための開頭手術や血管内治療等が行われます。
- 本県のt-PAによる脳血栓溶解療法を実施できる病院は11箇所（平成28年（2016年））で、人口10万人あたりの年間実施数は11.8件（平成27年度（2015年度））となっており、圏域によりばらつきがあります。

- 脳卒中に対して専門的な診断・治療を行うことのできる脳神経外科医の人数は、全県で 109 人（人口 10 万人あたり 7.8 人）となっており、全国よりも高い水準です。一方、神経内科医数は全県で 55 人（人口 10 万人あたり 3.9 人）と、全国と同じ水準です。また、いずれの医師についても、県内では地域偏在があります。

## **(5) リハビリテーション**

- 脳卒中のリハビリテーションは、それぞれの病期ごと（急性期・回復期・維持期）に分けて実施されます。
- 急性期では廃用症候群（注 1）や合併症の予防及び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、回復期では機能回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的として、維持期では回復した機能や残存した機能を活用し生活機能の維持・向上を目的として、それぞれ実施されます。

（注 1）廃用症候群：生活が不活発なことが原因で、心身の機能が低下すること。生活不活発病とも呼ばれる。

- 寝たきりの原因の約 2 割が脳卒中と言われており、脳卒中の発病後のリハビリテーションは、在宅・社会への復帰に大きく影響するため、その提供体制の整備・充実が重要です。
- 本県におけるリハビリテーションが実施可能な医療機関数は、一部の圏域を除き、全国平均を上回っています（平成 29 年（2017 年））。しかし、今後も高齢化による医療ニーズの増加が予想されることから、引き続きリハビリテーションが提供できる医療体制の整備を図る必要があります。

## **(6) 急性期以降の医療・在宅療養**

- 脳卒中は、発作後 1 年で 10%、5 年で 50% と高率に再発するとされており、急性期を脱した後、在宅療養の段階では、再発予防のための治療や、基礎疾患や危険因子の継続的な管理、機能維持のリハビリテーション等が重要です。また、在宅療養においては、医療と介護の連携も重要となります。
- 高血圧症等の脳血管疾患の危険因子に対する適切な治療や生活改善指導に加え、発症後の維持期における健康管理等を担うかかりつけ医の役割が重要です。  
急性増悪時に対応できるよう、かかりつけ医と地域の基幹病院との連携強化が求められます。  
また、リハビリテーションを行ってもなお後遺症が残ることもあり、中長期の医療介護支援も必要です。

表3 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数 (単位：箇所)

岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県	全国
1	0	1	2	3	3	1	0	11	794

(人口10万対 全県1.4 全国0.62)

資料：診療報酬施設基準 (A205-2 超急性期脳卒中加算の届出施設数) (平成28年3月31日時点)

※加算を届けていない病院は含まれていないため、圏域の実情を反映していないことがある。

表4 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10万人あたり) (単位：件)

	岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県
実施件数	15	0	37	39	32	46	*	*	
人口10万対	10.1	0.0	14.4	12.5	12.2	16.7	—	—	11.8

上段：レセプト件数、下段：人口10万人あたり

資料：ICD病名I21-22、経皮的冠動脈形成術等の算定件数(平成27年度)

ICD10病名:I63脳梗塞の病名のうち、集計対象となるt-PA薬剤を使用したレセプト件数の集計(平成27年度)

※上記表3以外の医療機関で実施されたものも含む。

表5 脳神経外科医師数 (単位：人)

岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県	全国
7	6	14	21	38	21	0	2	109	7,360

資料：「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省 (人口10万対 全県7.8 全国5.8)

※複数圏域の施設に従事している医師については、「主たる従事先」がある1圏域のみの医師数に反映されているため、圏域によっては実情を表していない場合がある。

表6 神経内科医師数 (単位：人)

岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県	全国
0	8	5	12	21	8	0	1	55	4,922

資料：「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省 (人口10万対 全県3.9 全国3.9)

※複数圏域の施設に従事している医師については、「主たる従事先」がある1圏域のみの医師数に反映されているため、圏域によっては実情を表していない場合がある。

表7 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) (単位：箇所)

岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県	全国
3.9	10.2	6.1	8.0	9.0	9.6	10.2	10.1	8.0	5.6

資料：厚生労働省診療報酬施設基準 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)~(III)の届出施設数(H29.10)

## 第2節 目指すべき方向と関係者の連携体制

### 1 目指すべき方向（取組事項）

脳卒中の医療の充実に向け、次のような体制の確保に取り組みます。

#### (1) 発病予防の推進体制の確保

<取組事項>

- ① 生活習慣改善等の一次予防の充実
- ② 健康診査受診等の二次予防の充実
- ③ かかりつけ医制度の普及・定着の促進

#### (2) 適切な病院前救護・迅速な搬送体制の確保

<取組事項>

- ① 適切な病院前救護・迅速な搬送体制の確保

#### (3) 専門的診療・リハビリテーション・在宅療養の提供体制の確保

<取組事項>

- ① 急性期から回復期・慢性期までの医療提供体制の整備
- ② 在宅療養を支援する医療介護連携体制の確保

※ 必要な医療機能の詳細は、82 頁から 84 頁に整理・記載しています。

## 2 医療連携体制

二次医療圏を単位として各医療機関が連携し、脳卒中に関する医療提供体制を構築します。また、専門的な診断及び治療の機能等、医療機関の状況に応じ、二次医療圏を越えた連携・協力体制を確保します。

※ それぞれの医療機能に対応する具体的な医療機関名は、県ホームページで公表し、データの更新を行います。

## 第3節 施策

### 1 発病予防の推進体制の確保

#### (1) 生活習慣改善等の一次予防の充実

- 脳血管疾患等の発病リスクを低減するには生活習慣改善等が重要であり、市町等と連携し、県民自らが主体的に健康づくりを行うよう、県民への普及啓発に取り組みます。

#### (2) 健康診査受診等の二次予防の充実

- 脳血管疾患の危険因子である高血圧症等を早期に発見し、発病を予防するため、各種健康診査の受診率の向上と事後指導の充実を図ります。

### **(3) かかりつけ医制度の普及・定着の促進**

- 高血圧症等の継続的な予防治療、急性期治療を担う基幹病院との連携を担うかかりつけ医の役割が重要であることから、県民に対し、かかりつけ医制度の普及・定着を促進します。

## **2 適切な病院前救護・迅速な搬送体制の確保**

- 救急医療関係者及び救急救命士の資質向上や医療関係機関との連携を図り、適切な病院前救護・迅速な搬送体制の確保に努めます。

## **3 専門的診療・リハビリテーション・在宅療養の提供体制の確保**

### **(1) 急性期から回復期・慢性期までの医療提供体制の整備**

- かかりつけ医と地域内の基幹病院との連携強化を進めるとともに、必要に応じ二次医療圏を越えた専門医療機関との連携体制の確保を促進します。
- 後遺症軽減のため、入院治療の早い時期からリハビリテーションを提供できる医療体制の整備を促進します。
- 治療早期、在宅への退院を目指す回復期、在宅における維持期まで、地域連携クリティカルパス等の活用も図りながら、各段階でのリハビリテーションを切れ目なく適切に提供できる医療体制の整備を促進します。

### **(2) 在宅療養を支援する医療介護連携体制の確保**

- 居宅介護サービスを必要とする患者の自立生活または在宅療養を支援するため、地域医療介護連携情報システム等を活用し、かかりつけ医と介護支援専門員等の情報共有を促進します。
- かかりつけ医により、再発予防のための健康管理が円滑に実施されるよう、かかりつけ医制度の普及に努めます。

#### 第4節 数値目標

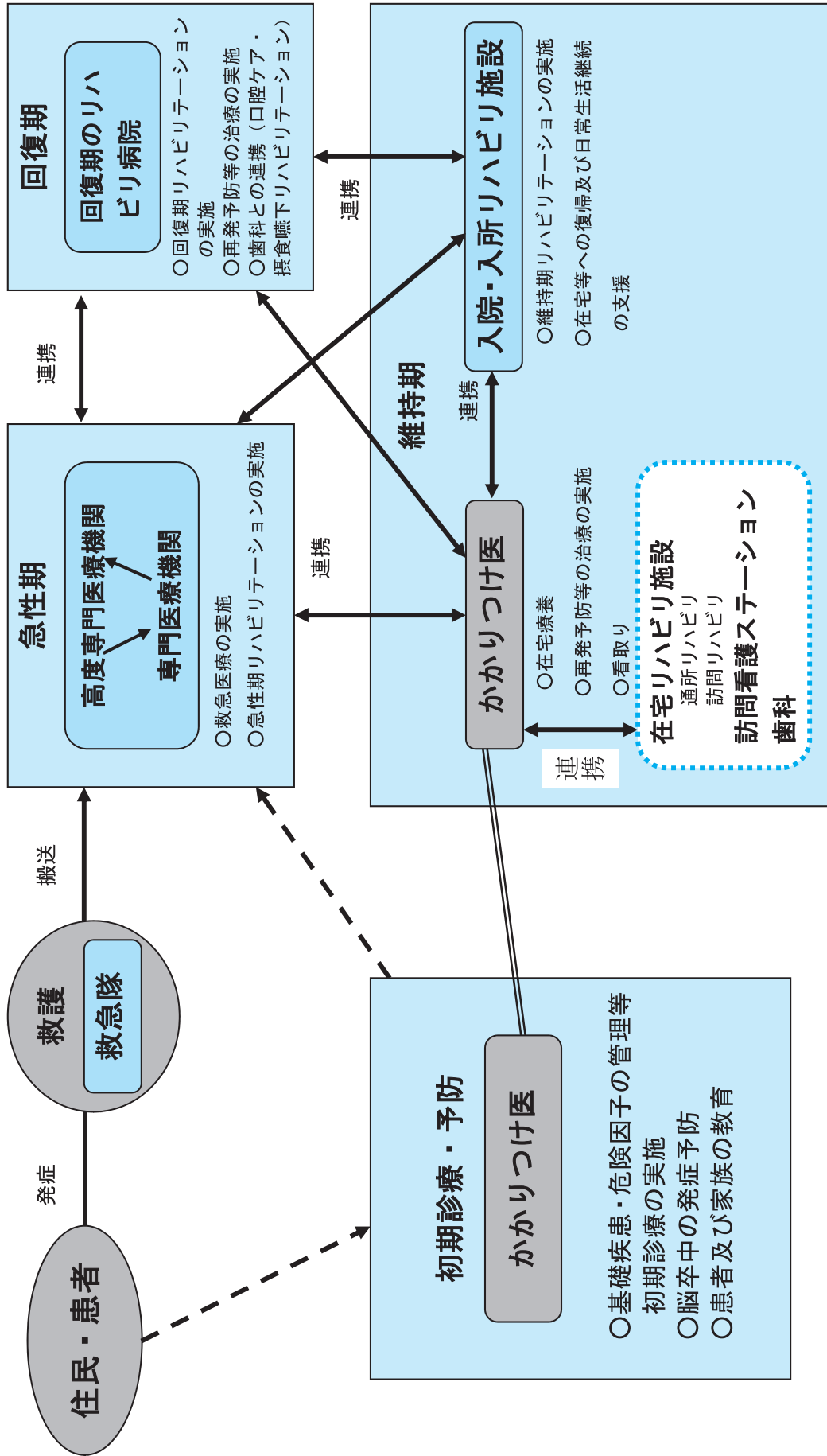
脳卒中に係る数値目標を以下のとおり設定します。

指 標	現 状	目標数値
脳血管疾患年齢調整死亡率 (人口 10 万対)	男 37.9 女 21.2 〔 全国 〕 〔 男 37.8 女 21.0 〕 (H27 年)	全国平均以下 (H35 年度)
特定健康診査(注2)実施率	42.0% (H27 年度)	70% (H35 年度)
特定保健指導(注3)の実施率	19.6% (H27 年度)	45% (H35 年度)
収縮期血圧 140mmHg 以上の人の割合の減少 ※「健康やまぐち21計画(第2次)」から	男 21.1% 女 17.0% (H25 年度)	男 19% 女 15% (H34 年度)
LDL コレステロール 160mg/dl 以上の人の割合の減少 ※「健康やまぐち21計画(第2次)」から	男 13.8% 女 16.2% (H25 年度)	男 9.8% 女 11.4% (H34 年度)
特定健診受診者に占めるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合	25.2% (H27 年度)	18% (H34 年度)
脳神経外科 人口 10 万対医師数	7.8 人(H28 年) (全国平均 5.8 人)	全国平均以上 (H35 年度)
神経内科 人口 10 万対医師数	3.9 人(H28 年) (全国平均 3.9 人)	全国平均以上 (H35 年度)
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	11 箇所 (H27 年度)	維持または増やす (H35 年度)

(注2) 特定健康診査：平成 20 年度(2008 年度)から保険者が実施している、40 歳以上 74 歳以下の加入者(被保険者・被扶養者)に対する生活習慣病予防のための健康診査。

(注3) 特定保健指導：特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対して行う、生活習慣改善の取組を支援するための保健指導。

# 脳卒中中の医療連携体制





## 脳卒中の医療機能

初期診療（予防）	
機能	○ 初期診療・発症予防の機能
目標	○ 基礎疾患・危険因子の管理等初期診療を実施 ○ 脳卒中の発症を予防
求められる事項	次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施 ○ 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心房細動、無症候性病変、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 ○ 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 ○ 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について指示

救護	
機能	○ 病院前救護の機能
目標	○ 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  ※以下は実施することが望ましい 超急性期血栓溶解療法の実施時間を超える場合でも、脳梗塞の場合は機械的血栓除去術や経動脈的血栓溶解術等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤クリッピングやコイルリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送
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実施 【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ール（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 ○ 急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送

急性期					
機能	○ 救急医療の機能（重症度に応じた救急医療を行う機能）				
目標	<table border="1"> <tr> <td>高度専門医療</td> <td>○ 患者の来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な治療を開始  ※以下は実施することが望ましい。 ○ 血管内治療など高度に専門的な治療を行える施設では、発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ○ 廃用症候群の予防、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 ○ 重症脳卒中の治療を実施</td> </tr> <tr> <td>専門医療</td> <td>○ 患者の来院後（発症後24時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ○ 廃用症候群の予防、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 ○ 高度専門病院と連携し脳卒中の治療を実施</td> </tr> </table>	高度専門医療	○ 患者の来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な治療を開始  ※以下は実施することが望ましい。 ○ 血管内治療など高度に専門的な治療を行える施設では、発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ○ 廃用症候群の予防、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 ○ 重症脳卒中の治療を実施	専門医療	○ 患者の来院後（発症後24時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ○ 廃用症候群の予防、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 ○ 高度専門病院と連携し脳卒中の治療を実施
高度専門医療	○ 患者の来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な治療を開始  ※以下は実施することが望ましい。 ○ 血管内治療など高度に専門的な治療を行える施設では、発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ○ 廃用症候群の予防、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 ○ 重症脳卒中の治療を実施				
専門医療	○ 患者の来院後（発症後24時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ○ 廃用症候群の予防、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 ○ 高度専門病院と連携し脳卒中の治療を実施				
求められる事項	高度専門医療 次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施 特に、急性期の診断及び治療については、24時間体制での実施が求められるが、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には、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る ○ 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 ○ 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（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む） ○ 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（遠				

		<p>隔診療を用いた補助を含む。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）にt-P Aの静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能（医療機関が単独でt-P A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。)</li> <li>○ 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又は実施可能な医療機関との連携体制がとれていること</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 回復期（あるいは維持期）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</li> <li>○ 回復期（あるいは維持期）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、調整</li> </ul> <p>※以下は実施することが望ましい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供</li> </ul>
	<p>専門医療</p>	<p>次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施</p> <p>特に、急性期の診断及び治療については、24時間体制での実施が求められるが、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には、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る</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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）等の必要な検査が実施可能</li> <li>○ 脳卒中が疑われる患者に対して専門的診療が実施可能（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む）</li> <li>○ 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（遠隔診療を用いた補助を含む。)</li> <li>○ 手術適応のない脳出血、t-P Aの静脈内投与による血栓溶解療法の適応のない脳梗塞（発症後4.5時間以降）に対し、入院治療が実施可能</li> <li>○ 適応のある脳卒中症例に対し、外科手術や脳血管内手術を高度専門病院と連携して対処</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ リスク管理のもとに早期に適切なリハビリテーションが実施可能</li> <li>○ 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</li> <li>○ 回復期（あるいは維持期）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</li> <li>○ 回復期（あるいは維持期）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、調整</li> </ul> <p>※以下は実施することが望ましい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供</li> </ul>

回復期	
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
目標	○ 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 ○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防
求められる事項	次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施 ○ 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症状への対応が可能 ○ 失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、咀嚼障害、歩行障害等の機能障害の改善及びADL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 ○ 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 ○ 急性期の医療機関及び維持期の医療機関等とリハビリテーションを含む診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ○ 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

維持期	
機能	○ 日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーションを実施する機能 ○ 生活の場で療養できるよう支援する機能
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継続を支援 ○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防 ○ 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 ○ 最期まで在宅等での療養を望む患者に対する看取りを実施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防
求められる事項	次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施 ○ 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 ○ 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 ○ 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 ○ 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 ○ 回復期（あるいは急性期）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 ○ 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 次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施 ○ 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 ○ 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 ○ 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 ○ 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 ○ 回復期（あるいは急性期）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 ○ 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 ○ 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実施 ○ 介護支援専門員と連携して居宅介護サービスを調整 ○ 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