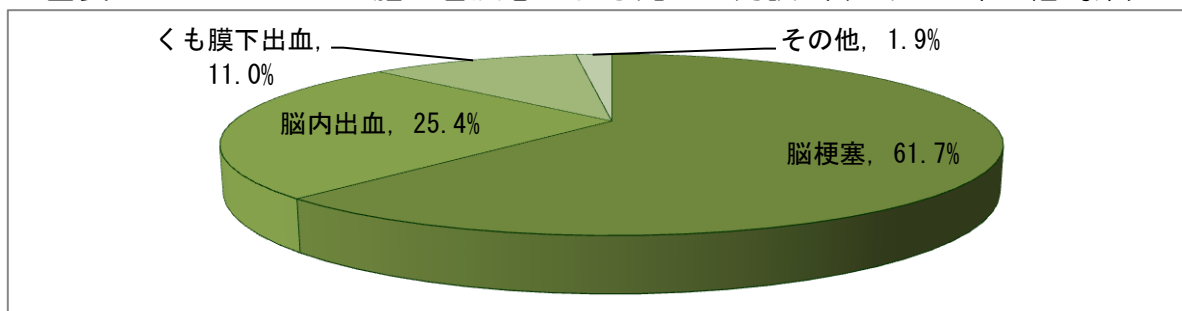


第2節 脳卒中対策

現状と課題

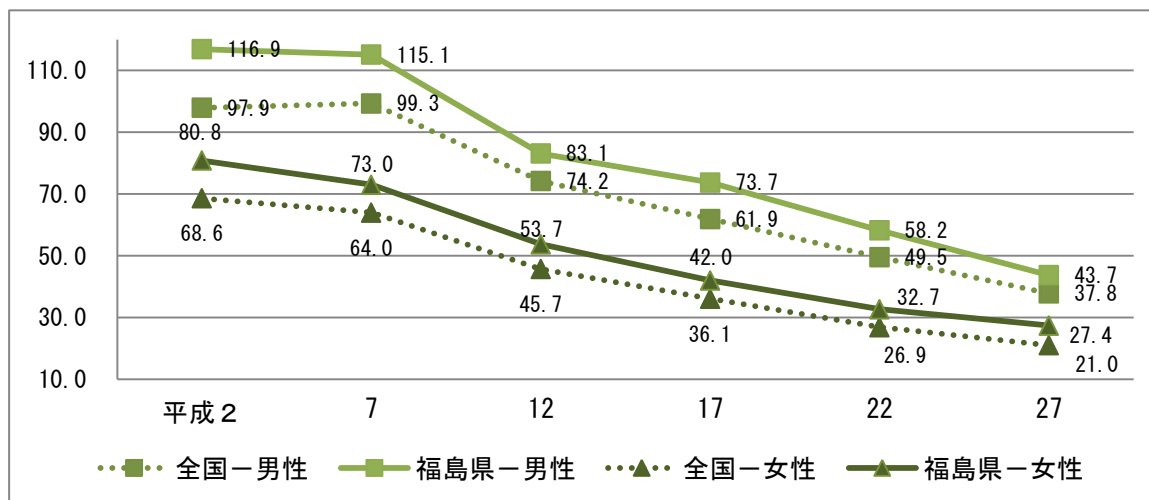
- 脳血管疾患は、平成12年以降本県の死因の第3位となっており、平成22年は全死亡数22,747人の12.2%にあたる2,766人が、平成28年は全死亡数24,166人の9.8%にあたる2,380人が、脳血管疾患により亡くなっています。脳血管疾患による死亡の内訳はあまり変化が無く、平成28年を見ると、脳梗塞が61.7%となっています。
- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は男女ともに年々低下していますが、常に全国平均を上回っており、平成27年は男性が43.7（全国37.8）で全国11位、女性が27.4（全国21.0）で全国6位となっています。
特に脳梗塞は、男性が22.8（全国18.1）で全国7位、女性が12.6（全国9.3）で全国5位となっており、早急な対応が必要となっています。

図表2-4-2-1 脳血管疾患による死亡の内訳（平成28年 福島県）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図表2-4-2-2 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移



資料：都道府県別にみた死亡の状況（厚生労働省）

1 予防

- 本県の高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口 10 万人対）は、平成 26 年は 290.3 と、全国平均の 262.2 を上回っています。

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であることから、血圧のコントロールが脳血管疾患の予防では重要となってきます。

高血圧の改善にあたっては、「食塩摂取量を減らす」、「運動を増やす」、「飲酒量を減らす」といった生活習慣の改善が必要とされることから、健康増進法に基づく健康増進計画である「第二次健康ふくしま 21 計画」と連携しながら、県民の生活習慣の改善を進めていく必要があります。

また、高齢者に多い心房細動は、脳梗塞（心原性脳塞栓症）の最大の危険因子であることから、非弁膜症性心房細動に有効な抗凝固療法等により、脳梗塞を予防していく必要がありますが、心房細動には自覚症状がないことが多く、治療が中断しがちなため、心房細動が脳梗塞の危険因子であることについての周知啓発と、積極的な治療が必要です。

- 平成 28 年の国民生活基礎調査によれば、本県の健康診断・健康診査の受診率は 69.2%で、全国平均の 67.3%を上回っていますが、自らの健康状態を把握し、健康管理をしていくために、今後さらに受診率を高めていく必要があります。

2 救護

- 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、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、本人や家族等の周囲にいる方が、速やかに専門の医療機関を受診できるように行動することが重要となります。

そのため、県・市町村・消防機関・医療機関・医療関係団体等の関係機関が連携して、県民に対して脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性について、周知啓発を進めていく必要があります。

- 救急医療全体に係る救護の状況については、第2編第3章第1節「救急医療」において記載していますが、救急車や救急医療機関の適正利用について周知啓発を進めるとともに、救急業務の高度化に合わせて、救急搬送体制の強化を進めていく必要があります。

3 急性期

- 脳梗塞では、発症後 4.5 時間以内の超急性期血栓溶解療法（t-PA（組織プ

ラスミノゲン・アクチベータ)療法)の適応患者に対して適切な処置が取られる必要があります。

さらには、脳卒中学会発表の「脳卒中治療ガイドライン 2015 追補版」では、発症6時間以内に血管内治療(機械的血栓回収療法)を開始することが強く推奨されています。

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。

- 本県において、平成 28 年 3 月時点で、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として、「超急性期脳卒中加算」の診療報酬施設基準を取得しているのは 7 病院であり、人口 100 万人あたり 3.7 か所と、全国平均(6.2)の半分程度ですが、NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース。通称「ナショナルデータベース」)の分析結果からは、実施件数は全国平均並みとなっています。
- なお、人材の確保については、第 2 編第 2 章に記載していますが、本県では神経内科医、脳神経外科医ともに全国平均より少なく、医師の確保に努める必要があります。

図表 2-4-2-3 神経内科医師数、脳神経外科医師数

	神経内科医		脳神経外科医	
		人口 10 万人対		人口 10 万人対
福島県	61 人	3.2 人	93 人	4.9 人
全国	4,922 人	3.9 人	7,360 人	5.8 人

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 万人あたりの算出に用いた人口は、平成 27 年度国勢調査人口

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、効果的なりハビリテーションが必要とされます。
- 本県では、診療報酬施設基準の「脳血管疾患等リハビリテーション料」を届け出ている医療機関は、平成 28 年 3 月現在 95 機関となっており、人口 10 万人あたり 5.0 と、全国平均の 5.9 を下回っています。
- 一方、平成 26 年の患者調査では、脳血管疾患の退院患者の平均在院日数

は、全国値 89.5 日に対して、本県は 76.4 日と、全国よりも短くなっています。

- リハビリテーション全体については、第3章第7節「リハビリテーション」に記載していますが、医療・保健・福祉及び生活に関わるあらゆる人々が、リハビリテーションの立場から行う地域リハビリテーションの推進を図っていく必要があります。

5 維持期

- 維持期においては、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とともに、在宅療養を支援していくことが必要です。
- 平成 27 年の人口動態調査では、脳血管疾患患者の在宅死亡割合は、本県は 24.0%で、全国平均（21.8%）より若干高くなっています。

必要となる医療機能

1 予防

- 脳卒中の発症を予防するため、医療機関には関係する診療ガイドラインに即した診療を実施するとともに、以下の機能が求められます。
 - ◆ 高血圧、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。

2 救護

- 脳卒中を疑われる患者が、発症後遅くとも 4.5 時間以内に専門的診療が可能な医療機関に到着できるように、また 4.5 時間を超える場合でも、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送できるよう、本人及び家族等周囲にいる方には、発症後速やかに救急搬送の要請を行うことが求められます。

また、救急救命士等には、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遅くとも 4.5 時間以内に搬送す

ることが求められます。

なお、脳卒中学会発表の「脳卒中治療ガイドライン 2015 追補版」では、発症6時間以内に血管内治療（機械的血栓回収療法）を開始することを強く推奨しています。また、発症後 4.5 時間を超える場合でも、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することが必要です。

3 急性期

- 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すること、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を検討すること、誤嚥性肺炎等の合併症の予防・治療を行うこと、及び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を目的に、急性期を担う医療機関には、関係する診療ガイドラインに即した診療を実施するとともに、以下の機能が求められます。

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ますが、単一の医療機関で 24 時間体制が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ります。

- ◆ 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（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実施可能であること（遠隔診療を用いた補助を含む）。
- ◆ 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-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（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。）。
- ◆ 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。
- ◆ 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。

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、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。
- ◆ 回復期、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、その調整を行うこと。
- ◆ 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することが望ましいこと。

○ 急性期を担う医療機関としては、次の医療機関があります。

図表2-4-2-4 急性期の医療機関（平成29年度）

地域	医療機関名	t-PAによる脳血栓溶解療法実施機関
県北	福島赤十字病院	○
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属南東北福島病院	○
	あづま脳神経外科病院	○
	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	○
	公立藤田総合病院	○
	医療法人辰星会柊記念病院	○
県中	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院	○
	公益財団法人星総合病院	○
	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	○
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院	○
県南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院	○
	医療法人社団恵周会白河病院	○
会津・南会津	竹田総合病院	○
	会津中央病院	○
相双	南相馬市立総合病院	○
いわき	いわき市立総合磐城共立病院	○
	医療法人社団正風会石井脳神経外科・眼科病院	○

(注) 急性期を担う医療機関には、以下の全ての項目を満たす病院を掲載しています(福島県調べ)。

- ・ 脳卒中急性期患者の受入れが可能であること。
- ・ 脳卒中急性期の放射線等機器検査が24時間対応可能であること。
- ・ 脳卒中急性期の臨床検査が24時間対応可能であること。
- ・ 脳卒中急性期の治療(開頭手術、脳血管手術等)が24時間対応であること。

4 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、誤嚥性肺炎等の合併症予防を図ることを目的に、回復期を担う医療機関には、関係する診療ガイドラインに即した診療を実施するとともに、以下の機能が求められます。
 - ◆ 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。
 - ◆ 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。
 - ◆ 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。

- 回復期を担う医療機関には、次の医療機関があります。

図表 2-4-2-5 回復期の医療機関（平成 29 年度）

地域	医療機関名	回復期リハビリテーション病棟 入院料届出医療機関
県北	福島第一病院	
	医療生協わたり病院	○
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属南東北福島病院	○
	あづま脳神経外科病院	○
	しのぶ病院	○
	一般財団法人大原記念財団大原医療センター	○
	北福島医療センター	○
	公立藤田総合病院	
	医療法人辰星会研記念病院	
県中	一般財団法人太田総合病院附属太田熱海病院	○
	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂香久山病院	○
	医療法人社団新生会南東北第二病院	○

地域	医療機関名	回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関
県 中	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	
	南東北春日リハビリテーション病院	○
	ひらた中央病院	
	三春町立三春病院	○
県 南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院	
	公益財団法人会田病院	○
会津・ 南会津	竹田総合病院	○
	会津中央病院	○
	芦ノ牧温泉病院	
相 双	南相馬市立総合病院	
いわき	独立行政法人国立病院機構いわき病院	
	松村総合病院	○
	医療法人松尾会松尾病院	○
	社団医療法人養生会かしま病院	○

(注) 回復期を担う医療機関には、以下のいずれかの項目を満たす病院を掲載しています（福島県調べ）。

- ・ 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の届出があること。
- ・ 脳卒中回復期患者の受入れが可能で、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の届出があること。

5 維持期

- 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、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、誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ることを目的に、維持期を担う医療機関等には、関係する診療ガイドラインに即して診療を行うとともに、以下の機能が求められます。
 - ◆ 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。
 - ◆ 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。
 - ◆ 急性期、回復期の医療機関等と、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。
- 維持期を担う医療機関等としては、次の機関があります。これらの機関は、福島県総合医療情報システム及び福島県介護サービス情報公表システムで検索可能です。
 - ◆ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)～(Ⅲ)を届け出ている医療機関。
 - ◆ 介護保険の訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを実施している医療機関及び介護老人保健施設等。
- また、医科医療機関と連携して、脳卒中患者の歯科治療を行う歯科医療機関については、県のホームページに掲載しています。

※ 上記の医療機関は、計画策定時点で一定の要件を満たすものとして掲載しているものであり、上記の医療機関以外にも、脳卒中の治療を行っている医療機関があります。最新の情報は、福島県総合医療情報システムで確認してください。

<http://www.ftmis.pref.fukushima.lg.jp/ap/qq/men/pwtpmenu01.aspx>

福島県総合医療情報システム

検索

施策の方向性と目標

1 総合的な脳卒中对策の推進

(1) 施策の方向性

- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、全国と比較して高い状況が続いていることから、年齢調整死亡率の低下を図るため、予防から救護、治療まで、総合的な脳卒中对策を推進していく必要があります。また、脳卒中の発症例や死因とした症例に関する調査を検討していきます。
- 脳卒中患者の機能回復や日常生活動作の向上により、在宅復帰を促進し、在宅療養が可能となる体制を構築するため、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を行います。
- 予防においては、何より生活習慣の改善が重要であることから、県民自らが生活習慣を見直し、生活習慣病の予防と健康の維持を図り、健康に対する自己管理意識の定着化に資するよう、健康増進法に基づく健康増進計画である「第二次健康ふくしま 21 計画」と連携しながら、関係団体や市町村と連携し、県民の生活習慣の改善を図る周知啓発を行うとともに、特定健診・特

定保健指導の実施率の向上に努めます。

また、脳梗塞の予防には、心房細動の治療が重要であることから、関係団体等と連携して、周知啓発と積極的な治療を進めます。

- 救護においては、脳卒中の初期症状や発症した際の速やかな救急搬送要請の必要性について、関係団体や市町村、消防機関等と連携して、県民に対する積極的な情報提供を進めます。

また、脳卒中が疑われる患者が、速やかに脳卒中急性期医療機関に搬送されるよう、メディカルコントロール協議会や救急医療対策協議会を活用し、消防機関と医療機関の連携を強化するとともに、消防機関の速やかな搬送先選定を支援するため、「傷病者の搬送及び受入の実施に関する基準」の見直しや、福島県救急搬送受入支援システム（e-MATCH）の全県的な普及、救急医療情報システムの見直しを進めます。

さらに、公立大学法人福島県立医科大学附属病院のドクターヘリの運営を支援し、発症から治療開始までの時間の短縮を図ります。

- 治療においては、急性期を担う医療機関の医療機能の強化を図るため、救急医療提供体制の充実強化を進めます。
- 病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能となるよう、以下の体制構築を図ります。
 - ◆ 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

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
脳血管疾患の年齢調整死亡率	男性 43.7 女性 27.4 (平成 27 年)	男性 41.6 女性 24.7 (平成 34 年)	※ 第二次健康ふくしま21計画と整合性を図って目標を設定。

(8) 脳卒中対策関係指標一覧

- 【指標に見る本県の脳卒中に係る医療の現状】
- 年齢調整死亡率が男女ともに高い。
 - 予防については、健診受診率、高血圧性疾患患者の外来受療率は全国平均を上回っている。
 - 救護については、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が、全国平均を上回っている。
 - 急性期については、「t-PAによる脳血栓溶解療法」を実施可能な施設が少ない一方で、同療法の実施件数は全国平均並みである。
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は全国平均並み、脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数は全国平均を上回って実施されている。
 - リハビリテーションが実施可能な施設数は全国平均を下回っている。
 - 平均在院日数は全国より短い。

病期	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
予防	S	禁煙外来を行っている医療機関数	病院	2,410	36	14	10	2	7	0	0	3	H26医療施設調査
			人口10万人対	1.9	1.9	2.9	1.9	1.4	2.8	0.0	0.0	0.9	
			診療所	12,697	199	58	62	8	27	3	9	32	
予防	P	喫煙率	男性	31.1%	34.4%								H28国民生活基礎調査
			女性	9.5%	10.8%								
予防	P	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(レセプト件数)		520,837	6,503	1,598	1,938	351	712	43	536	1,325	H27NDB
			人口10万人対	409.8	339.8	325.7	359.3	243.6	284.1	158.4	478.8	378.3	
予防	P	健康診断・健康診査の受診率		67.3%	69.2%								H28国民生活基礎調査
予防	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を基準人口で補正した値	262.2	290.3								H26患者調査
予防	P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	傷病小分類「高脂血症」の都道府県別の年齢階級別推計患者数から算出した都道府県別受療率を基準人口で補正した値	67.5	65.9								H26患者調査
予防	O	脳血管疾患により救急搬送された患者数(単位:0.1千人)	主病名「脳血管疾患」×「救急車により搬送」で個票解析	210.2	5.6	1.5	1.2	0.0	2.2	0.0	0.0	0.7	H26患者調査(個票解析)
			人口10万人対	0.2	0.3	0.3	0.2	0.0	0.9	0.0	0.0	0.2	
予防 救護 急性期 回復期 維持期	O	年齢調整死亡率	脳血管疾患による年齢調整死亡率(男性)	37.8	43.7 (11位)								H27都道府県別年齢調整死亡率
			脳血管疾患による年齢調整死亡率(女性)	21.0	27.4 (6位)								
救護	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		39.3	44.5	42.2	47.8	50.7	43.2	61.1	63.1	46.2	H28救急救助の現況
救護	O	脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送割合			8.8								H26患者調査
急性期	S	神経内科医師数、脳神経外科医師数	主たる診療科を「神経内科」と届出をした医師数	4,922	61	28	21	0	4	0	1	7	H28医師・歯科医師・薬剤師調査
			人口10万人対	3.9	3.2	5.7	3.9	0.0	1.6	0.0	0.9	2.0	
			主たる診療科「脳神経外科」と届出をした医師数	7,360	93	35	24	2	11	0	5	16	
			人口10万人対	5.8	4.9	7.1	4.4	1.4	4.4	0.0	4.5	4.6	
急性期	S	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	特殊診療設備で、SCUを有する病院数	131	0.0	0	0	0	0	0	0	0	H26医療施設調査
			人口100万人対	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
			特殊診療設備で、SCUの病床数	926	0.0	0	0	0	0	0	0	0	
			人口100万人対	7.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
			脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出病院数	132	0.0	0	0	0	0	0	0	0	
人口100万人対	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
急性期	S	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	超急性期脳卒中加算の届出病院数	794	7	1	4	0	1	0	0	1	H28.3診療報酬施設基準
			人口100万人対	6.2	3.7	2.0	7.4	0.0	4.0	0.0	0.0	2.9	
急性期 回復期 維持期	S	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	脳血管疾患等リハビリテーション料(I)の届出施設数	2,671	36	11	11	2	4	0	1	7	H28.3診療報酬施設基準
			脳血管疾患等リハビリテーション料(II)の届出施設数	1,933	25	5	8	3	2	0	1	6	
			脳血管疾患等リハビリテーション料(III)の届出施設数	2,897	34	4	9	2	8	1	4	6	
			合計	7,501	95	20	28	7	14	1	6	19	
			人口100万人対	59.0	49.6	40.8	51.9	48.6	55.9	36.8	53.6	54.2	
急性期	P	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数(レセプト件数)	DPC 診断群分類010060病名+t-PA製剤投与	12,292	192	39	38	10	64	0	16	25	H27NDB
			人口10万人対	9.7	10.0	7.9	7.0	6.9	25.5	0.0	14.3	7.1	

病期	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
急性期	P	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数(レセプト件数)	DPC診断群分類010060病名+K1781、K1782、K1783、K178-4	7,522	119	43	21	0	43	0	0	12	H27NDB
			人口10万人対	5.9	6.2	8.8	3.9	0.0	17.2	0.0	0.0	3.4	
急性期	P	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(レセプト件数)	DPC診断群分類010020病名+K1761、K1762、K1771、K1772	8,775	141	38	50	14	39	0	0	0	H27NDB
			人口10万人対	6.9	7.4	7.7	9.3	9.7	15.6	0.0	0.0	0.0	
急性期	P	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(レセプト件数)	DPC診断群分類010020、対応コード03に準ずる	4,189	110	36	22	0	17	0	0	35	H27NDB
			人口10万人対	3.3	5.7	7.3	4.1	0.0	6.8	0.0	0.0	10.0	
急性期回復期	P	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数(レセプト件数)	ICD病名160-64、摂食機能療法(1日につき)	295,511	2,894	791	743	157	572	0	22	609	H27NDB
			人口10万人対	232.5	151.2	161.2	137.8	109.0	228.2	0.0	19.7	173.9	
急性期回復期維持期	P	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(レセプト件数)	ICD病名160-64、脳血管疾患等リハビリテーション料の算定件数	1,692,634	23,003	5,945	7,251	1,305	3,494	16	751	4,241	H27NDB
			人口10万人対	1,332	1,202	1,212	1,344	906	1,394	59	671	1,211	
急性期回復期維持期	P	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数(レセプト件数)	ICD病名160-64、地域連携診療計画管理料の算定件数	50,186	607	240	287	0	58	0	0	22	H27NDB
			人口10万人対	39.5	31.7	48.9	53.2	0.0	23.1	0.0	0.0	6.3	
急性期回復期	O	退院患者平均在院日数	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日数	89.5	76.4	53.8	54.7	42.3	113.1	28.0	64.6	136.6	H26患者調査
急性期回復期維持期	O	在宅等生活の場に復帰した患者の割合			54.2	56.0	47.0	73.7	53.1	66.7	53.5	58.6	H26患者調査(個票解析)

(9) 心筋梗塞等の心血管疾患対策関係指標一覧

【指標に見る本県の心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療の現状】

- 急性心筋梗塞による年齢調整死亡率は男性、女性ともに全国ワースト1位であり、虚血性心疾患による年齢調整死亡率も男女ともに全国よりも高い。
- 予防については、健診受診率、高血圧性疾患患者の外来受療率は全国平均を上回っている。
- 急性期については、循環器内科医、心臓血管外科医ともに全国平均より少ない。
CCUは施設数・病床数とも全国平均を上回っているが、心大血管リハビリテーション料の届出施設数は少ない。
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術の件数が少ない。
- 回復期については、平均在院日数が全国平均並みとなっているが、外来心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数は全国を大幅に下回っている。

病期	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考	
予防	S	禁煙外来を行っている医療機関数	病院	2,410	36	14	10	2	7	0	0	3	H26医療施設調査	
			人口10万人対	1.9	1.9	2.9	1.9	1.4	2.8	0.0	0.0	0.9		
			診療所	12,697	199	58	62	8	27	3	9	32		
予防	P	喫煙率	男性	31.1%	34.4%								H28国民生活基礎調査	
			女性	9.5%	10.8%									
予防	P	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(レセプト件数)		520,837	6,503	1,598	1,938	351	712	43	536	1,325	H27NDB	
			人口10万人対	409.8	339.8	325.7	359.3	243.6	284.1	158.4	478.8	378.3		
予防	P	健康診断・健康診査の受診率		67.3%	69.2%								H28国民生活基礎調査	
予防	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を基準人口で補正した値	262.2	290.3								H26患者調査	
予防	P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	傷病小分類「高脂血症」の都道府県別の年齢階級別推計患者数から算出した都道府県別受療率を基準人口で補正した値	67.5	65.9								H26患者調査	
予防	O	虚血性心疾患により救急搬送された患者数(単位:0.1千人)	主病名「虚血性心疾患」×「救急車により搬送」で個票解析	6.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	H26患者調査(個票解析)	
予防救護急性期回復期慢性期・再発予防	O	年齢調整死亡率	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(男性)	16.2	34.7(1位)									H27都道府県別年齢調整死亡率
			急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(女性)	6.1	15.5(1位)									
			虚血性心疾患による年齢調整死亡率(男性)	31.3	43.2(4位)									H27都道府県別年齢調整死亡率
			虚血性心疾患による年齢調整死亡率(女性)	11.8	18.5(2位)									
救護	P	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数		1,968	32	12	12	2	0	1	3	2	H28救急救助の現況	