

## 2 脳卒中

### 【対策のポイント】

- 最大の危険因子である高血圧を有する県民に対する降圧療法、生活指導の推進
- 危険因子や初期症状の県民啓発と地域病院間連携の推進による県民の脳卒中死亡率の抑制
- 発症早期から患者の状態に応じた集学的リハビリテーションの推進

### (1) 現状と課題

#### ア 脳卒中の現状

- 脳卒中は、脳血管疾患とも呼ばれますが、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あり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。
- 脳梗塞は、動脈硬化により太い血管の内腔が狭いことが原因となり発症するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性塞栓症の3種類に分けられます。脳出血は脳の細い血管が破綻するもの、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。
- 脳卒中は、片麻痺、摂食機能・嚥下障害、高次脳機能障害<sup>1</sup>、遷延性意識障害<sup>2</sup>などの後遺症が残る事があり、患者及びその家族の日常生活に大きな影響を及ぼす疾患です。
- 認知症患者の中で脳血管の障害が原因とされる患者は20%前後を占め、アルツハイマー型認知症に次いで第2位となっています。脳卒中は高次脳機能障害の原因疾患の第1位でもあります。また、介護が必要になった者の16.6%は脳卒中が主な原因で、第2位となっている<sup>3</sup>ほか、嚥下障害の原因疾患の割合は脳卒中が約6割<sup>4</sup>となっています。

#### イ 本県の状況

##### (死亡・り患の状況)

- 本県における2015年の脳卒中による死亡者は3,823人、全死亡者39,518人中9.6%であり、死亡原因としては悪性新生物、心疾患、老衰に次いで第4位となっています。
- 脳卒中のうち最も多い死亡原因は脳梗塞で2,011人(52.6%)、次いで脳出血1,265人(33.1%)、くも膜下出血413人(10.8%)となっています。
- 全国と比較した本県における脳卒中の標準化死亡比は113.2であり、依然として高い傾向を示しています。

##### (医療従事者の状況)

- 本県の人口10万人当たりの神経内科の医師数は2.6人、脳神経外科の医師数は5.4人で、全国平均3.7人、5.6人と比較すると神経内科医は少なくなっています。

##### (救急患者の搬送)

- 2013年に救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間は37.5分であり、全国平均39.4分と比較すると、約2分早く搬送されています。
- 本県において、2014年に脳卒中により救急搬送された患者数は約5,400人です。

<sup>1</sup> 高次脳機能障害：脳の損傷による認知障害全般を指し、失語、失行、失認の他、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害等がある。

<sup>2</sup> 遷延性意識障害：重度の昏睡状態をさす病状のこと。

<sup>3</sup> 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2016年)

<sup>4</sup> 厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料より。

### (急性期の治療)

- 2016年10月時点で、本県で脳卒中の救急医療機能を担う病院は、賀茂を除く7医療圏に32施設あります。
- 2016年3月時点で、本県の脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法<sup>5</sup>の実施可能な病院は26施設あり7医療圏で実施できる体制ですが、賀茂医療圏には実施可能な医療機関がありません。
- 2015年時点で、くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術<sup>6</sup>、脳動脈瘤コイル塞栓術<sup>7</sup>については、賀茂を除く7医療圏で実施されています。

### (脳卒中のリハビリテーション)

- 脳卒中の「身体機能を回復させるリハビリテーション」の機能を担う医療機関は60施設あり、県内の全医療圏で実施されています。

### (在宅への復帰)

- 本県において、脳卒中の退院患者平均在院日数は91.3日で、全国平均89.1日よりやや長くなっています。
- 本県において、主病名が脳卒中の患者で、退院後に在宅等生活の場に復帰した割合は54.9%となっています。
- 脳卒中の「生活の場における療養支援」の機能を担う医療機関は236施設あり、県内の全医療圏で実施されています。

## ウ 医療提供体制

- 静岡県における脳卒中患者の年齢調整死亡率は、男女とも全国平均を上回っています。特に高齢化の進行が早い賀茂及び熱海伊東医療圏において早急な対策が望まれます。

### (ア) 発症予防

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧です。降圧目標を140/90mmHg未満（糖尿病や蛋白尿合併、抗血栓薬服用中の場合は130/80mmHg未満）として高血圧のコントロールを厳密に行うことが重要です。また、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、不整脈（心房細動）、慢性腎臓病（CKD）、喫煙、多量飲酒も危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療を行う必要があります。さらに、受動喫煙防止の推進も重要です。
- 特定健康診査において「要治療」者となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しています。医療保険者、特定健康診査や特定保健指導の受託者、医療機関（かかりつけ医）、薬局が連携して、受診勧奨や治療中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。

### (イ) 発症後の医療等

- 発症後できるだけ早く急性期の治療（脳梗塞では、発症4.5時間以内の専門治療可能な医療機関への搬送が重要）を受けられるよう、県民への脳卒中の症状及び緊急受診の必要性の啓発と、搬送も含めた救急医療体制の整備、充実が必要です。
- 脳卒中の救急医療を担う病院は県内に30施設（2017年10月末現在）あり、賀茂医療圏を除く保健医療圏では複数の病院がありますが、賀茂医療圏にはありません。また、賀茂医療圏における救急患者が、救急要請（覚知）から医療機関へ収容されるまでの平均所要時間は45.1分

<sup>5</sup> t-PAによる脳血栓溶解療法：脳神経細胞が壊死する前に、t-PA(tissue plasminogen activator：組織プラスミノゲン活性化因子)を静脈注射により投与し脳動脈を塞ぐ血栓を溶かし、脳動脈の血流を再開させる治療法。

<sup>6</sup> 脳動脈瘤クリッピング術：開頭手術により、脳動脈瘤の根元にクリップをかける外科的治療法。

<sup>7</sup> 脳動脈瘤コイル塞栓術：大動脈からのカテーテル挿入により、脳動脈瘤を塞栓する血管内療法。

であり、県平均 37.5 分と較べると約 8 分長くなっています。

### (ウ) リハビリテーション

- 後遺症軽減に向けて、発症後早期にリハビリテーションを開始することが必要です。急性期、回復期、維持期の各期において、病状や合併症に応じた適切なリハビリテーションを継続して受けられる体制の整備が必要です。
- 在宅等への復帰に向けた再発予防を含む回復期の医療及びリハビリテーションから、生活の場における維持期のリハビリテーションまで切れ目のない医療、介護サービスが提供されるように、関係者（機関）の連携が重要です。必要に応じて在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。

### (エ) 在宅療養・再発予防

- 急性期治療により後遺症が残らない場合であっても、基礎疾患や危険因子を放置すると再発の可能性があるため、基礎疾患の継続的な治療や生活習慣の改善などを行う必要があります。
- 維持期に合併症を併発した患者に対しては、合併症及び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の連携が重要です。
- 必要に応じて在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。
- 最期まで在宅等での療養を望む患者に対して、看取りまでを含めた包括的な体制が必要です。

## (2) 対策

### ア 数値目標

| 項目                                | 現状値                              | 目標値                  | 目標値の考え方                 | 出典                |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------|
| 高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合     | 男性 29.8%<br>女性 20.2%<br>(2013 年) | 男性 24.0%<br>女性 16.0% | 2割減少させる。                | 県民健康基礎調査          |
| 脳卒中の年齢調整死亡率<br>(人口 10 万人当たり)      | 男性 44.3<br>女性 23.2<br>(2015 年)   | 男性 37.8<br>女性 21.0   | 年齢調整死亡率について全国平均まで引き下げる。 | 厚生労働省「人口動態統計」より算出 |
| 脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法を実施可能な保健医療圏 | 賀茂以外の<br>7 医療圏<br>(2016 年)       | 全医療圏                 | 全保健医療圏で実施可能な体制を構築する。    | 厚生労働省「診療報酬施設基準」   |

### イ 施策の方向性

#### (ア) 発症予防

- 禁煙、適切な飲酒、減塩、運動習慣といった生活習慣の改善や特定健康診査・特定保健指導の推進による高血圧症等、糖尿病、脂質異常症等、脳卒中の危険因子となる生活習慣病の発症予防や重症化予防を「しずおか“まるごと”健康経営プロジェクト」等により地域、職域、教育の場で推進します。
- かかりつけ医への定期受診によって、高血圧症への降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病等の継続治療を徹底することを推進します。

#### (イ) 発症後の医療等

- 脳卒中を疑うような症状（片側の顔や手足が動きにくい、ろれつが回らない）が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに受診行動をできるように、県民への脳卒中の正しい知識を普及啓発します。

- 県内のどの地域に住んでいても、発症 4.5 時間以内に脳梗塞の治療を開始できるように t-PA 脳血栓溶解療法の講習を受けた医師の地域での増加を促進し、地域内の脳卒中急性期診療体制のネットワーク構築を図ります。
- 救急患者の CT、MRI 画像を脳卒中専門医のいる施設へネットワーク経由で伝送することにより、専門医がいない医療機関でも脳卒中の早期診断が可能になる体制や、さらに専門医の指示のもとで t-PA 療法を開始した上で病院間搬送を行う体制の構築も地域の必要に応じて検討し、標準的治療の普及（発症から 4.5 時間以内の t-PA 治療等）を図ります。
- 脳出血やくも膜下出血等で外科的治療や血管内治療が必要な場合には、来院後 2 時間以内に治療を開始できるように地域内の脳卒中急性期診療体制のネットワーク構築を図ります。
- 発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームから、脳卒中に関する現在の状態から、再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル、介護方法、利用可能な福祉資源等の情報提供を教育的に行う体制を進めます。
- 住み慣れた地域で脳卒中の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるよう、医療機関等の機能分担及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。

#### **(ウ) リハビリテーション**

- 十分なリスク管理の下でできるだけ発症早期から、組織化されたリハビリテーションを開始することを進めます。
- 地域の急性期医療機関と回復期及び在宅医療を含む維持期の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画、合併症等の患者の状態、家族の状況等を脳卒中地域連携パスや ICT 端末等にて共有及び意見交換し、リハビリテーション、合併症の治療、再発した場合の治療を連携して実施する体制づくりを推進します。
- 適切な経口摂取及び誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内歯科や歯科診療所等を含めた多職種で連携して介入する体制づくりを進め、口腔ケアの実施による嚥下機能などの口腔機能の維持・改善を図ります。
- 重度の嚥下障害に伴う誤嚥性肺炎リスクの高いケースや重度の認知症状併発に伴う拒食による低栄養状態のケース等では、胃瘻造設適応を含めた各種対応の判断を多職種のチームで検討することを勧めます。

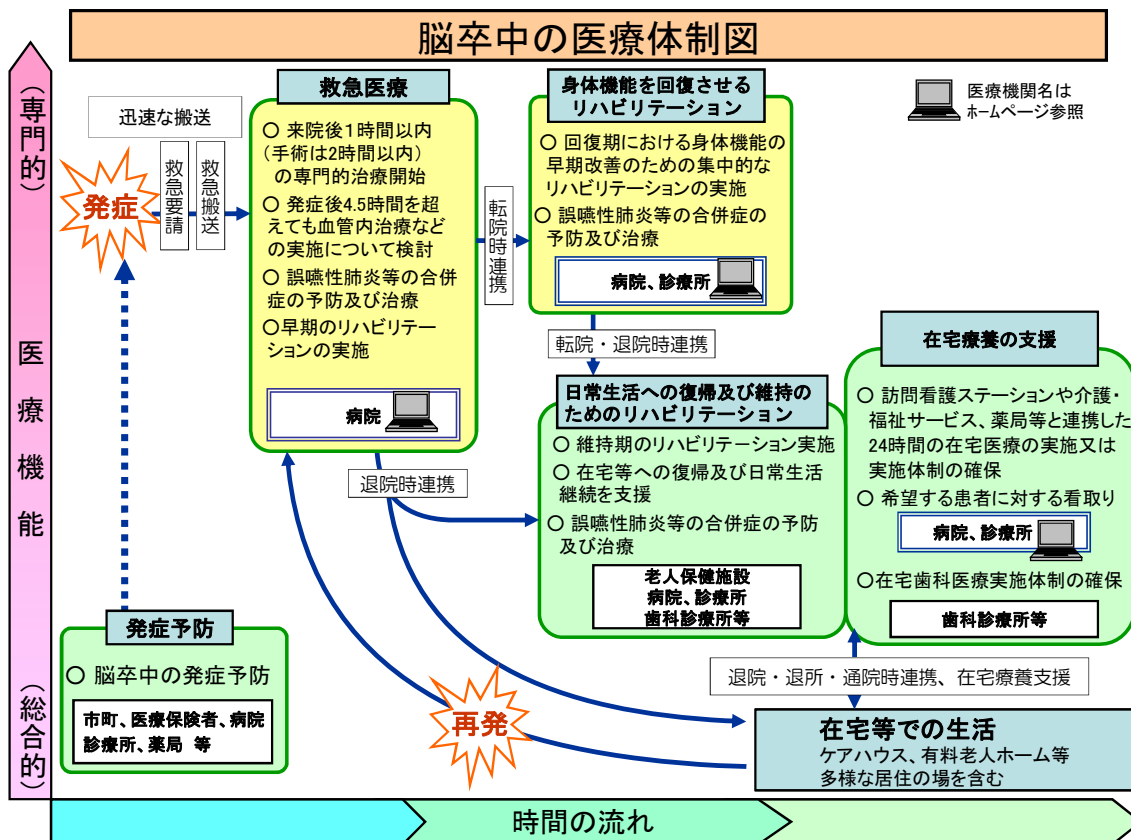
#### **(エ) 在宅療養・再発予防**

- 身近なかかりつけ医のもとで再発予防のために基礎疾患の治療及び危険因子の管理を続けるとともに、かかりつけ歯科医のもとで口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防を進めます。
- 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局等の充実により、在宅もしくは介護施設での訪問診療や生活機能の維持・向上のための訪問リハビリテーションを実施し、日常生活の継続を支援します。
- 療養生活に移行して初めて、それまで気づかれなかった高次脳機能障害によって問題が生じる場合もあるので、適宜家族がかかりつけ医に相談するように啓発します。
- 合併症の悪化や脳卒中の再発の際には、患者の状態に応じた適切な医療を地域で提供できるように医療機関、薬局の連携体制を推進します。
- 脳卒中により介護が必要となった場合、老老介護など家族へ負担が大きいため、地域で支えあえる環境づくりや医療と介護の連携を推進します。

### (3) 「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

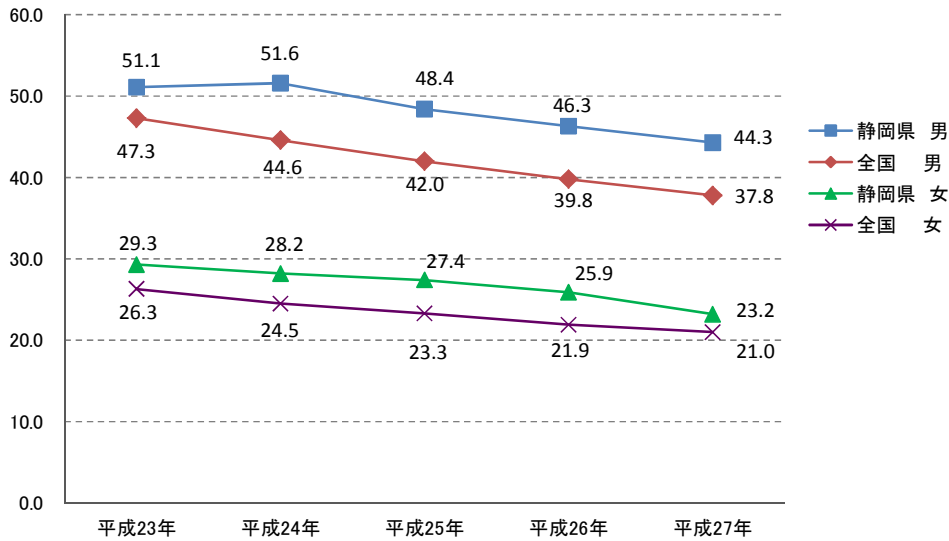
|       | 発症予防                                                 | 発症後の医療等                                                                                                  | 救急医療                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 身体機能を回復させるリハビリテーション                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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                                                                                                                                                                                                                                                            | 在宅療養の支援                                                                                                                                                                                                                   |
|-------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ポイント  | ○ 脳卒中の発症予防                                           | ○ 脳卒中を疑われる患者を専門的な診療が可能な医療機関に発症後迅速に搬送                                                                     | ○ 24時間体制で、来院後1時間以内（手術は2時間以内）に専門的な治療を開始<br>○ 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<br>○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療<br>○ 早期にリハビリテーションを実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ○ 回復期における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の実施<br>○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防                                                                                                                                                                                                                                                                     | ○ 維持期のリハビリテーション実施<br>○ 在宅等への復帰及び日常生活継続を支援<br>○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防                                                                                                                                                                                                                         | ○ 薬局、訪問看護ステーションや介護・福祉サービス等と連携した24時間の在宅医療の実施<br>○ 希望する患者に対する看取り                                                                                                                                                            |
| 機能の説明 | ・市町、医療保険者による特定健診・保健指導の実施、受診勧奨<br>・医療機関での高血圧等の危険因子の治療 | ・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ルに沿って、脳卒中を疑われる患者に対する救急救命士等による適切な観察・判断・処置の実施<br>・急性期医療を担う医療機関へ脳卒中を疑われる患者を迅速に搬送 | ・血液検査や画像検査（X線、CT、MRI検査）等の必要な検査を24時間実施（救急輪番制による対応を含む。）<br>・脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療の24時間実施（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。救急輪番制による対応を含む。）<br>・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4.5時間以内）に組織プラスミノ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を実施<br>・脳出血やくも膜下出血等、外科的治療や血管内治療を必要と判断した場合には、来院2時間以内に治療を開始<br>・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<br>・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応<br>・リスク管理の下に早期座位・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を実施<br>・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 | ・再発予防治療（抗血小板療法、抗凝固療法）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応<br>・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を専門医療スタッフにより集中的に実施（回復期リハビリテーション病棟を保有、又は脳血管リハビリテーションI算定医療機関）<br>・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応<br>・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 | ・再発予防治療（抗血小板療法、抗凝固療法）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応<br>・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションを実施<br>・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<br>・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応<br>・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<br>・摂食・嚥下リハビリテーションや専門的な口腔ケアを実施 | ・24時間体制で患者家族の要請による訪問診療又は訪問看護などを実施あるいは実施可能な体制を確保<br>・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションを実施<br>・希望する患者に対する看取り（在宅療養支援診療所派出医療機関、在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）届出薬局）<br>・急性期あるいは回復期、維持期の医療機関や介護サービス事業者等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携<br>・在宅歯科医療の実施体制を確保 |

### (4) 「脳卒中」の医療体制図



(5) 関連図表

○脳卒中による年齢調整死亡率（人口10万人対）の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」より算出)

○脳卒中（脳血管疾患）による死亡数（2015年）

(単位：人)

|           |    | 静岡県   | 賀茂  | 熱海伊東 | 駿東田方 | 富士  | 静岡  | 志太榛原 | 中東遠 | 西部  |
|-----------|----|-------|-----|------|------|-----|-----|------|-----|-----|
| 脳血管疾患     | 総数 | 3,823 | 107 | 193  | 676  | 373 | 703 | 491  | 419 | 861 |
|           | 男  | 1,905 | 52  | 97   | 334  | 184 | 363 | 240  | 203 | 432 |
|           | 女  | 1,918 | 55  | 96   | 342  | 189 | 340 | 251  | 216 | 429 |
| 脳梗塞       | 総数 | 2,011 | 59  | 108  | 353  | 180 | 382 | 262  | 216 | 451 |
|           | 男  | 994   | 28  | 53   | 177  | 84  | 205 | 132  | 105 | 210 |
|           | 女  | 1,017 | 31  | 55   | 176  | 96  | 177 | 130  | 111 | 241 |
| 脳内出血      | 総数 | 1,265 | 35  | 68   | 211  | 148 | 220 | 159  | 144 | 280 |
|           | 男  | 693   | 16  | 37   | 109  | 85  | 124 | 84   | 75  | 163 |
|           | 女  | 572   | 19  | 31   | 102  | 63  | 96  | 75   | 69  | 117 |
| くも膜下出血    | 総数 | 413   | 11  | 12   | 83   | 33  | 85  | 50   | 53  | 86  |
|           | 男  | 156   | 6   | 5    | 37   | 11  | 27  | 13   | 20  | 37  |
|           | 女  | 257   | 5   | 7    | 46   | 22  | 58  | 37   | 33  | 49  |
| その他の脳血管疾患 | 総数 | 134   | 2   | 5    | 29   | 12  | 16  | 20   | 6   | 44  |
|           | 男  | 62    | 2   | 2    | 11   | 4   | 7   | 11   | 3   | 22  |
|           | 女  | 72    | -   | 3    | 18   | 8   | 9   | 9    | 3   | 22  |

(出典：静岡県人口動態統計)

○特定健診分析結果（標準化該当比<sup>8</sup>）

| H26<br>標準化該当比 | 高血圧有病者 |       | 糖尿病有病者 |       | 脂質異常有病者 |       | 習慣的喫煙者 |       | メタボ該当者 |       |
|---------------|--------|-------|--------|-------|---------|-------|--------|-------|--------|-------|
|               | 男性     | 女性    | 男性     | 女性    | 男性      | 女性    | 男性     | 女性    | 男性     | 女性    |
| 賀茂            | 118.5  | 117.8 | 91.9   | 80.8  | 104.6   | 101.8 | 101.5  | 124.2 | 113.0  | 89.8  |
| 熱海伊東          | 105.4  | 103.4 | 110.8  | 103.0 | 103.3   | 98.6  | 111.9  | 197.8 | 110.0  | 97.0  |
| 駿東田方          | 105.7  | 107.3 | 106.6  | 103.0 | 103.5   | 103.1 | 106.2  | 116.2 | 108.6  | 113.4 |
| 富士            | 108.2  | 109.4 | 100.2  | 94.7  | 101.1   | 100.4 | 111.7  | 122.5 | 109.1  | 109.9 |
| 静岡            | 109.5  | 103.1 | 100.4  | 93.3  | 102.4   | 100.6 | 96.4   | 96.3  | 109.7  | 105.2 |
| 志太榛原          | 100.0  | 99.8  | 98.4   | 101.0 | 96.0    | 95.9  | 96.2   | 75.3  | 93.8   | 80.6  |
| 中東遠           | 88.5   | 88.8  | 96.2   | 106.6 | 94.9    | 98.1  | 101.2  | 85.8  | 83.4   | 91.9  |
| 西部            | 89.1   | 90.8  | 97.1   | 101.4 | 99.6    | 100.4 | 93.5   | 88.8  | 93.1   | 98.2  |
| 静岡県           | 100.0  | 100.0 | 100.0  | 100.0 | 100.0   | 100.0 | 100.0  | 100.0 | 100.0  | 100.0 |

(出典：静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」)

<sup>8</sup> 標準化該当比： 県全体の有所見率を100とした場合の各市町の有所見率

○標準化死亡比（SMR）

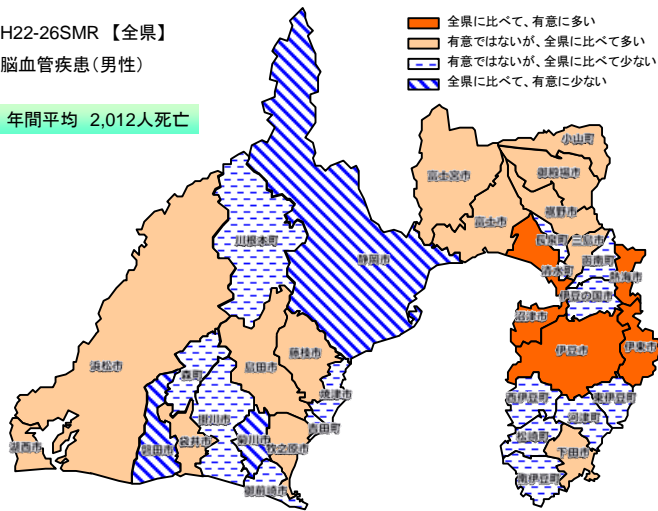
| H22-H26 | 脳血管疾患 |       | 脳梗塞   |       | 脳内出血  |       | くも膜下出血 |       |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
|         | 対県SMR | 対国SMR | 対県SMR | 対国SMR | 対県SMR | 対国SMR | 対県SMR  | 対国SMR |
| 賀茂      | 98.9  | 111.5 | 109.3 | 117.0 | 79.0  | 98.2  | 112.7  | 126.6 |
| 熱海伊東    | 114.4 | 128.0 | 114.3 | 120.7 | 130.8 | 161.2 | 84.1   | 94.7  |
| 駿東田方    | 102.5 | 115.9 | 105.9 | 113.2 | 92.5  | 115.3 | 105.7  | 117.6 |
| 富士      | 101.8 | 114.9 | 104.2 | 110.9 | 100.1 | 124.7 | 104.0  | 115.7 |
| 静岡      | 93.8  | 105.8 | 93.2  | 99.4  | 94.0  | 117.0 | 94.7   | 105.5 |
| 志太榛原    | 101.5 | 115.2 | 101.4 | 109.0 | 101.0 | 126.2 | 95.2   | 105.9 |
| 中東遠     | 98.1  | 111.4 | 98.8  | 106.3 | 97.2  | 121.6 | 106.0  | 118.0 |
| 西部      | 100.3 | 113.8 | 95.6  | 102.8 | 109.0 | 136.2 | 99.2   | 110.2 |
| 静岡県     | 100.0 | 113.2 | 100.0 | 107.1 | 100.0 | 124.7 | 100.0  | 111.3 |

<県内比較>

H22-26SMR【全県】

脳血管疾患(男性)

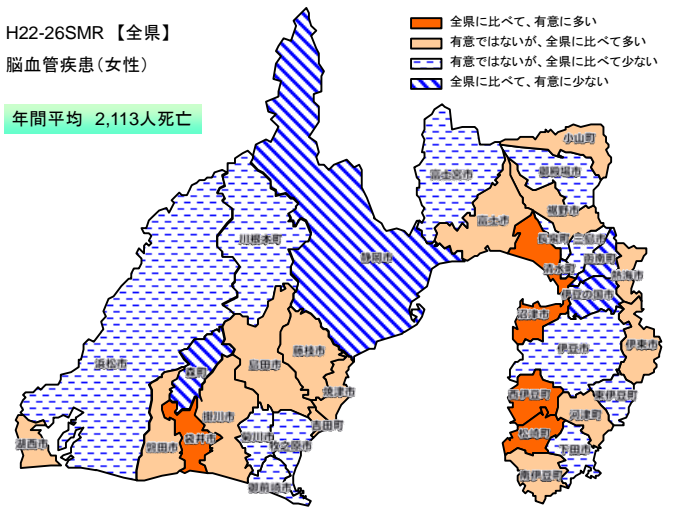
年間平均 2,012人死亡



H22-26SMR【全県】

脳血管疾患(女性)

年間平均 2,113人死亡

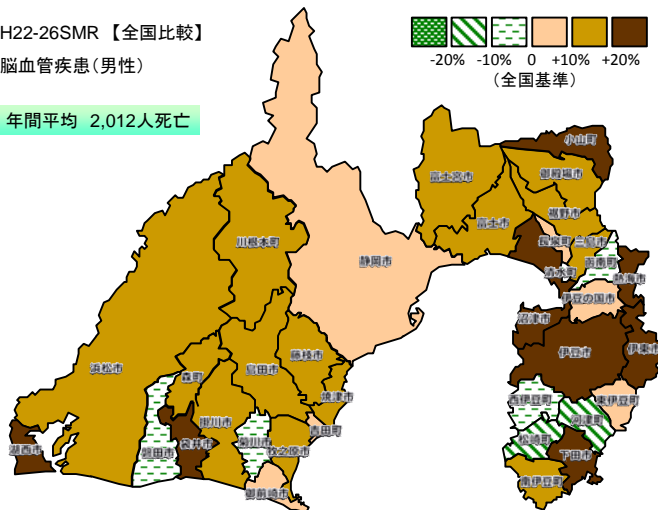


<全国比較>

H22-26SMR【全国比較】

脳血管疾患(男性)

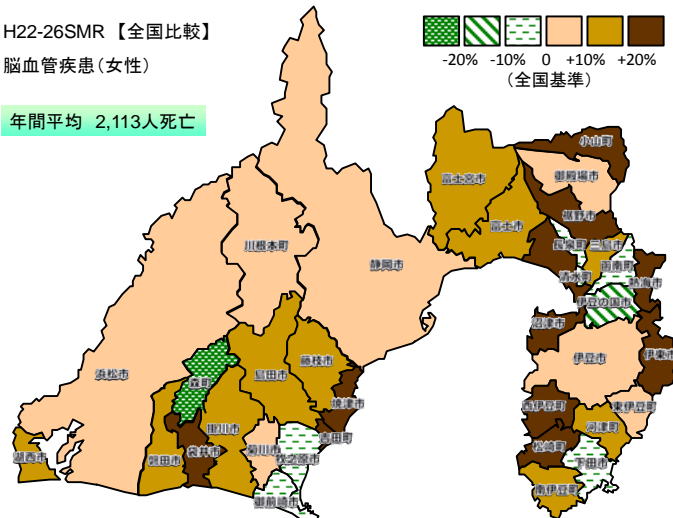
年間平均 2,012人死亡



H22-26SMR【全国比較】

脳血管疾患(女性)

年間平均 2,113人死亡



(出典：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

○指標による現状把握

(医療従事者の状況)

| 指標名                   | 全国 | 静岡県 | 2次保健医療圏 |      |      |     |     |      |     |    | 調査年              | 調査名等                  |
|-----------------------|----|-----|---------|------|------|-----|-----|------|-----|----|------------------|-----------------------|
|                       |    |     | 賀茂      | 熱海伊東 | 駿東田方 | 富士  | 静岡  | 志太榛原 | 中東遠 | 西部 |                  |                       |
| 神経内科医師数<br>(人口10万人対)  | -  | 98  | -       | 3    | 16   | 9   | 37  | 4    | 5   | 24 | 平成26年<br>(2014年) | 医師・歯科<br>医師・薬剤<br>師調査 |
| 脳神経外科医師数<br>(人口10万人対) | -  | 204 | 2       | 9    | 48   | 22  | 38  | 25   | 16  | 44 | 平成26年<br>(2014年) | 医師・歯科<br>医師・薬剤<br>師調査 |
|                       | -  | 5.4 | 2.8     | 8.1  | 7.1  | 5.6 | 5.3 | 5.2  | 3.3 | 5  |                  |                       |

(救急患者の搬送)

| 指標名                                          | 全国   | 静岡県  | 2次保健医療圏 |      |      |     |    |      |     |     | 調査年              | 調査名等        |
|----------------------------------------------|------|------|---------|------|------|-----|----|------|-----|-----|------------------|-------------|
|                                              |      |      | 賀茂      | 熱海伊東 | 駿東田方 | 富士  | 静岡 | 志太榛原 | 中東遠 | 西部  |                  |             |
| 脳血管疾患により救急搬送され<br>た患者数<br>(人口10万人対、単位:0.1千人) | -    | 5.4  | 0       | 0    | 0.9  | 1.1 | 1  | 0.6  | 0.5 | 1.3 | 平成26年<br>(2014年) | 患者調査        |
| 救急要請(覚知)から医療機関<br>への収容までに要した平均時間             | 39.4 | 37.5 | -       | -    | -    | -   | -  | -    | -   | -   | 平成26年<br>(2014年) | 救急救助<br>の現況 |

(急性期の治療)

| 指標名                               | 静岡県 | 2次保健医療圏 |      |      |    |     |      |     |    | 調査年                       | 調査名等         |
|-----------------------------------|-----|---------|------|------|----|-----|------|-----|----|---------------------------|--------------|
|                                   |     | 賀茂      | 熱海伊東 | 駿東田方 | 富士 | 静岡  | 志太榛原 | 中東遠 | 西部 |                           |              |
| 脳梗塞に対するt-PAによる血栓<br>溶解療法の実施可能な病院数 | 26  | 0       | 2    | 4    | 3  | 5   | 4    | 2   | 6  | 平成28年<br>3月31日<br>(2016年) | 診療報酬<br>施設基準 |
| 脳梗塞に対するt-PAによる血栓<br>溶解療法の実施件数     | 411 | 0       | 16   | 116  | 29 | 100 | 43   | 21  | 86 | 平成27年度<br>(2015年)         | NDB          |
| くも膜下出血に対する脳動脈瘤<br>クリッピング術の実施件数    | 363 | 0       | 20   | 110  | 60 | 47  | 42   | 28  | 56 | 平成27年度<br>(2015年)         | NDB          |
| くも膜下出血に対する脳動脈瘤<br>コイル塞栓術の実施件数     | 66  | 0       | *    | 21   | *  | 11  | *    | 34  | *  | 平成27年度<br>(2015年)         | NDB          |

(脳卒中のリハビリテーション)

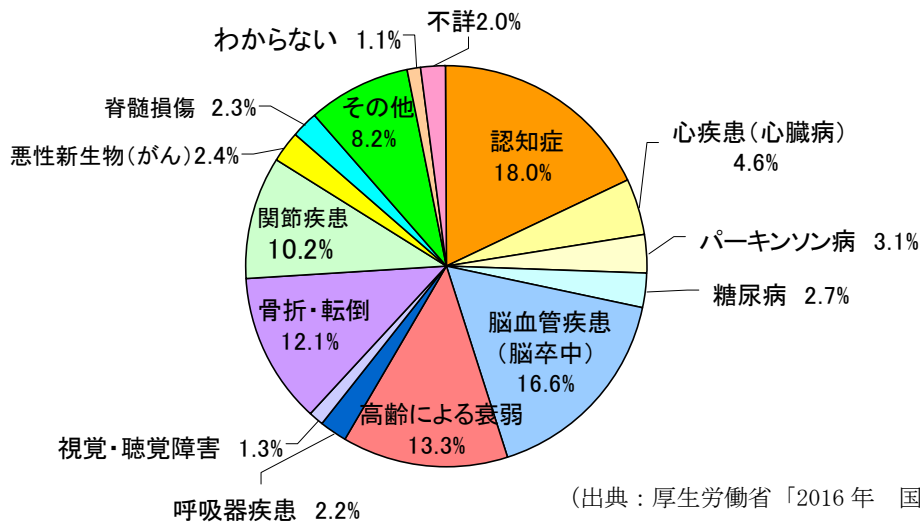
| 指標名                          | 静岡県    | 2次保健医療圏 |       |       |       |       |       |       |       | 調査年                       | 調査名等         |
|------------------------------|--------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------------|--------------|
|                              |        | 賀茂      | 熱海伊東  | 駿東田方  | 富士    | 静岡    | 志太榛原  | 中東遠   | 西部    |                           |              |
| 脳血管疾患等リハビリテーション<br>料(Ⅰ)届出施設数 | 69     | 1       | 3     | 12    | 8     | 12    | 7     | 10    | 16    | 平成28年<br>3月31日<br>(2016年) | 診療報酬<br>施設基準 |
| 脳血管疾患等リハビリテーション<br>料(Ⅱ)届出施設数 | 38     | 3       | 0     | 10    | 5     | 5     | 4     | 3     | 8     | 平成28年<br>3月31日<br>(2016年) | 診療報酬<br>施設基準 |
| 脳血管疾患等リハビリテーション<br>料(Ⅲ)届出施設数 | 68     | 1       | 2     | 20    | 5     | 14    | 4     | 10    | 12    | 平成28年<br>3月31日<br>(2016年) | 診療報酬<br>施設基準 |
| 早期リハビリテーション実施件数              | 22,978 | 373     | 1,030 | 4,526 | 2,468 | 3,750 | 2,742 | 2,582 | 5,507 | 平成27年度<br>(2015年)         | NDB          |

(在宅への復帰)

| 指標名                             | 静岡県  | 2次保健医療圏 |      |       |      |      |      |      |      | 調査年              | 調査名等 |
|---------------------------------|------|---------|------|-------|------|------|------|------|------|------------------|------|
|                                 |      | 賀茂      | 熱海伊東 | 駿東田方  | 富士   | 静岡   | 志太榛原 | 中東遠  | 西部   |                  |      |
| 退院患者平均在院日数                      | 91.3 | 312.5   | 52   | 113.4 | 99.2 | 88.5 | 65.4 | 65.8 | 89.5 | 平成26年<br>(2014年) | 患者調査 |
| 在宅等生活の場に復帰した脳血<br>管疾患患者数[0.1千人] | 7.7  | 0       | 0    | 1.5   | 0.8  | 1.5  | 1    | 0.8  | 1.7  | 平成26年<br>(2014年) | 患者調査 |
| 在宅等生活の場に復帰した脳血<br>管疾患患者の割合      | 54.9 | 41.4    | 61.5 | 52.5  | 58.9 | 56.8 | 59.3 | 51.1 | 53.1 |                  |      |



○介護が必要となった者の主な原因



○要介護度別にみた介護が必要となった主な原因(上位3位)

(単位：%)

| 要介護度 | 第1位        |      | 第2位        |      | 第3位        |      |
|------|------------|------|------------|------|------------|------|
| 総数   | 認知症        | 18.0 | 脳血管疾患(脳卒中) | 16.6 | 高齢による衰弱    | 13.0 |
| 要支援者 | 関節疾患       | 17.2 | 高齢による衰弱    | 16.2 | 骨折・転倒      | 15.2 |
| 要支援1 | 関節疾患       | 20.0 | 高齢による衰弱    | 18.4 | 脳血管疾患(脳卒中) | 11.5 |
| 要支援2 | 骨折・転倒      | 18.4 | 関節疾患       | 14.7 | 脳血管疾患(脳卒中) | 14.6 |
| 要介護者 | 認知症        | 24.8 | 脳血管疾患(脳卒中) | 18.4 | 高齢による衰弱    | 12.1 |
| 要介護1 | 認知症        | 24.8 | 高齢による衰弱    | 13.6 | 脳血管疾患(脳卒中) | 11.9 |
| 要介護2 | 認知症        | 22.8 | 脳血管疾患(脳卒中) | 17.9 | 高齢による衰弱    | 13.3 |
| 要介護3 | 認知症        | 30.3 | 脳血管疾患(脳卒中) | 19.8 | 高齢による衰弱    | 12.8 |
| 要介護4 | 認知症        | 25.4 | 脳血管疾患(脳卒中) | 23.1 | 骨折・転倒      | 12.0 |
| 要介護5 | 脳血管疾患(脳卒中) | 30.8 | 認知症        | 20.4 | その他        | 12.3 |

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

○嚥下障害の原因疾患の割合

