

2 脳卒中

【対策のポイント】

- 脳卒中の危険因子（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、不整脈（心房細動）、喫煙等）、初期症状及び介護予防の啓発、危険因子の治療と生活習慣指導等の推進
- 発症後の早期治療、各病期を担う医療・介護関係者間連携の推進
- 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、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、脳内出血、くも膜下出血に大別されます。
- 脳卒中は、片麻痺、失語、摂食機能・嚥下障害、高次脳機能障害¹、遷延性意識障害²などの後遺症が残ることがあり、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。
- 脳梗塞は、「穿通枝（せんつうし）」と呼ばれる細い血管が閉塞することで発生し、脳梗塞の大きさが15mm未満のラクナ梗塞、5～8mmの比較的太い血管がプラーク（コレステロールなどの塊）により血流が悪化し、そこに形成される血栓が原因となるアテローム血栓性脳梗塞、不整脈や弁膜症により心臓に生じた血栓（塞栓）により脳の血管が閉塞することで発症する心原性脳塞栓症の3種類に分類されます。
- 脳内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。
- 2022年で全国において、介護が必要になった者の主な原因のうち、脳卒中が16.1%を占めています。
- 認知症のうち、脳梗塞や脳内出血が原因で起こる脳血管性認知症が19.5%を占めています。

イ 本県の状況

（死亡・罹患の状況）

- 2022年の脳卒中による死亡者は3,890人、全死亡者47,334人中8.2%であり、死亡原因としてはがん、老衰、心疾患に次いで第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1,851人(47.6%)、次いで脳内出血1,422人(36.6%)、くも膜下出血433人(11.1%)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（2017年-2021年）は115.1であり、有意に高い状況です。

（医療従事者の状況）

- 2020年の人口10万対の脳神経内科の医師数は3.5人、脳神経外科の医師数は5.8人で、全国平均4.6人、5.8人と比較すると脳神経内科の医師数は少ないです。
- 2020年の人口10万対のリハビリテーション科の医師数は2.3人、理学療法士数は78.5人で、全国平均2.3人、80.0人と比較すると理学療法士数は少ないです。
- 2022年の脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数は35人です。

¹ 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、失認のほか、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。

² 遷延性意識障害：重度の昏睡状態を指す病状である。

○2022年の両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数は299人です。

○2022年の歯周病専門医が在籍する医療機関数は21施設です。

(特定健康診査等の状況)

○2021年度の特健康診査(特定健診)受診率は58.8%、特定保健指導の実施率は26.0%です。

(救急患者の搬送)

○2017年に脳卒中により救急搬送された患者数は約790人³です。

○2021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41.6分であり、全国平均42.8分と同水準の搬送時間となっています。

(急性期の治療)

○2022年8月時点で、脳卒中の救急医療機能を担う病院は、賀茂保健医療圏を除く7保健医療圏に29施設あります。

○2022年時点で、一次脳卒中センター⁴は、25施設あります。

○2021年時点で、脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法(t-PA療法)⁵の実施可能な病院は38施設あり、全ての保健医療圏で実施できます。

○2021年時点で、脳梗塞に対する血栓回収療法⁶の実施可能な病院は18施設ありますが、賀茂保健医療圏には、血栓回収療法を実施できる病院がありません。

○2021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⁷及び脳動脈瘤コイル塞栓術⁸が、賀茂保健医療圏を除く7保健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)

○2023年4月時点で、脳卒中リハビリテーションの機能を担う医療機関⁹は186施設あり、県内の全保健医療圏で実施されています。

(在宅への復帰)

○2020年の脳卒中の退院患者平均在院日数は88.5日です。

○2020年に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56.6%です。

○2023年8月時点で、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288施設あり、県内の全保健医療圏で実施されています。

ウ 医療提供体制

○本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保健医療圏において早急な対策が必要です。

○発症した場合に患者本人の意思を最大限尊重した医療・ケアの提供ができるよう、患者本人が

³ 2020年患者調査を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課で集計されたデータである。

⁴ 一次脳卒中センター：地域の医療機関や救急隊からの要請に対して、24時間365日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療を開始できる施設として、一般社団法人日本脳卒中学会が認定した施設である。

⁵ t-PA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である。

⁶ 血栓回収療法：カテーテルを用いて、詰まっている血栓を直接回収・除去する治療法である。

⁷ 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である。

⁸ 脳動脈瘤コイル塞栓術：大腿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る。

⁹ 診療報酬の脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)の施設基準を満たす施設である。

あらかじめ家族や医療・ケア関係者と話し合うACP（アドバンス・ケア・プランニング）を普及させていくことが必要です。

(ア) 予防・啓発

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧です。75歳未満の成人は130/80mmHg未満、75歳以上の高齢者は140/90mmHg未満（ただし、脳血管障害患者、冠動脈疾患患者等は130/80mmHg未満）を降圧目標として、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、脂質異常症、糖尿病、不整脈（心房細動）、高尿酸血症、慢性腎臓病（CKD）、喫煙、多量飲酒等も危険因子です。さらに、喫煙しない人であっても、受動喫煙により影響を受ける場合があります。
- 心原性脳梗塞の最大の原因は心房細動であり、心房細動がある人は、心房細動がない人に比べ、約5倍脳梗塞の発症リスクが高いことが報告されています¹⁰。
- 特定健康診査において、治療が必要と判断された「要医療」となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しており、受診勧奨や治療中断を防ぐ働き掛けを行う必要があります。
- 歯周病患者は、脳卒中のリスクが1.24倍高いことが報告されています¹¹。

(イ) 救護

- 消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による受入れの実施に係る体制として、「静岡県傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の分類基準に「脳卒中疑い」を定め、傷病者の受入先となる医療機関のリストを作成しています。
- 救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、循環器病対策を含めた研修機会の確保に取り組んでいます。
- 脳梗塞では、できるだけ早く急性期の治療を受ける必要があり、発症4.5時間以内の専門治療可能な病院への搬送が重要です。
- 医療資源が少ない地域では、脳梗塞の治療連携システムの1つである「Drip & Ship」のDrip（血栓溶解剤などの点滴）が出来ないだけでなく、Ship（専門治療を行う病院に搬送）もされないという課題があります。
- 脳卒中を発症した患者には、早急に治療を開始する必要があり、まずは、患者やその家族（施設入所の場合には、その職員等）が発症を認識することが重要です。

(ウ) 急性期

- 脳梗塞に対する迅速なt-P療法や血栓回収療法が重要ですが、地域によっては、これらの治療を十分に受けられません。
- 対応疾患に応じて、地域における複数の医療機関が連携して24時間365日受け入れる体制の整備が求められます。
- 円滑な脳卒中の地域医療連携パスの実現のために、記載項目の標準化や記載の簡素化などの取組を進めることが必要です。
- 脳卒中患者では、急性期治療を行った後にも様々な神経症状が残ることが多いため、急性期に速やかにリハビリテーションを開始し、円滑に回復期及び維持期・生活期のリハビリテーション

¹⁰ 出典：Cleveland Clinic. Atrial fibrillation (Afib). Published May 2015. Accessed August 25, 2016.

¹¹ 出典：Harriet Larvin ら「Risk of incident cardiovascular disease in people with periodontal disease: A systematic review and meta-analysis」*Clin Exp Dent Res.*2021;7(1):109-122

ンに移行することが求められます。

- 経口挿管されている場合は人工呼吸器関連肺炎を予防するために口腔ケアが欠かせません。
- 新型コロナウイルスの拡大により、脳卒中患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、脳卒中診療のひっ迫や患者の受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

(エ) 回復期

- 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・生活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が重要です。
- それぞれの地域で、脳卒中の地域医療連携パスの運用が始まっていますが、地域によっては、回復期病院までの連携で、かかりつけ医の連携まで十分に行われていない状況があります。

(オ) 維持期・生活期

- 患者が、急性期から回復期、維持期・生活期まで切れ目なく医療を受けられるような在宅医療の体制整備や、医療サービスと介護・福祉サービス等の必要な支援が一貫して受けられるような体制の整備が必要です。
- 維持期・生活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。
- また、後遺症により、日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態となり得るため、患者が必要な福祉サービスや後遺症に対する支援を受けることができる環境整備が必要です。
- 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。
- 病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えることや、患者が生きがいを感じながら働くことができる社会のため、就労支援サービスの活用が必要です。

(カ) 再発・重症化予防

- 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あります。
- 再発予防・重症化予防のための医療機関間の連携の強化も重要です。
- 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。

(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
脳卒中の年齢調整死亡率 (人口 10 万対) ¹²	男性 41.3 女性 20.1 (2022 年)	男性 32.4 以下 女性 17.0 以下 (2029 年)	全国平均まで引 下げ	厚生労働省「人口 動態統計」から算 出
健康寿命 ¹³	男性 73.45 歳 女性 76.58 歳 (2019 年)	平均寿命の伸び を上回る延伸 (2029 年)	「健康日本 21 (第三次)」に準 じる	厚生労働省「健康 日本 21 推進専門 委員会」
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 31.5% 女性 27.3% (2022 年)	男性 25.2%以下 女性 21.8%以下 (2029 年)	2 割減少	県民健康基礎調査
脳梗塞に対する t-P A に よる血栓溶解療法及び血栓 回収療法を実施可能な保健 医療圏数	賀茂以外の 7 保健医療圏 (2021 年)	全保健医療圏 (2029 年)	全保健医療圏で 実施可能な体制 を構築	厚生労働省「ND B オープンデー タ」
脳血管疾患等リハビリテー ション料 (I)、(II) 又は (III) の基準を満たす医療機関が 複数ある保健医療圏数	全保健医療圏 (2023 年)	全保健医療圏 (2029 年)	全保健医療圏で 実施可能な体制 を維持	東海北陸厚生局 「施設基準の届出 受理状況」

イ 施策の方向性

- 各病期における保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実を図ります。
- 患者本人の意思を尊重した医療・ケアの提供ができるよう、在宅医療を支える医療・ケア関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ACP (アドバンス・ケア・プランニング) やリビングウィル (意思表示書) について、普及啓発を実施します。

(ア) 予防・啓発

- 禁煙、適切な飲酒、減塩、運動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り、脳卒中の危険因子となる高血圧症、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進します。
- 小中学生から禁煙、減塩、野菜摂取、運動等の正しい生活習慣について教育し、親世代の啓発にもつなげます。
- 地域や職域においても、生活習慣の改善についての相談対応や生涯教育、住民啓発の機会を増やしていきます。
- 世界脳卒中デー (10 月 29 日) を中心に、脳卒中に関する知識を広め、脳卒中の予防について普及啓発を図ります。
- 県医師会等の関係団体と連携し、かかりつけ医での定期受診によって、高血圧症の降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、不整脈 (心房細動)、慢性腎臓病等の継続治療を徹底することを推進します。

¹² 1985 年モデル人口を使用して算出したものである。

¹³ 健康寿命の延伸の指標は、日常生活に制限のない状態 (介護保険制度による支援や介護を受けていない期間) として算定している。

○脳卒中は、歯周病との関連性があるため、その予防のためにかかりつけ歯科医への定期受診を勧めます。

(イ) 救護

○救急隊の観察・処置等について、メディカルコントロール¹⁴体制の充実強化によって、引き続き科学的知見に基づいた知識・技術の向上等を図ります。

○「F A S T」¹⁵などを活用した脳卒中の初期症状に気付くための啓発を行うとともに、脳卒中の発症時の対応に関する情報提供を推進していきます。

(ウ) 急性期

○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地域における t-P A 療法の講習を受けた医師の増加を促進し、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 C T、MR I 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、専門医の指示の下で t-P A 療法を開始した上で病院間搬送を行う体制の構築について、地域の実情に合わせて検討し、標準的治療（発症から 4.5 時間以内の t-P A 治療、カテーテルによる血栓回収療法等）の普及を図ります。

○脳内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。

○専門的な治療ができる医療機関において迅速に治療を開始できるように、患者、家族等への適切な情報提供や生活習慣病の厳格な管理を担うかかりつけ医向けの研修会や症例研究会の取組を進めます。

○発症後、早期にリハビリテーションを開始することが、後遺症の軽減につながるため、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。

○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。

○平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

(エ) 回復期

○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・生活期の医療機関等が、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、脳卒中地域医療連携パスや I C T 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。

○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

¹⁴ メディカルコントロール：救急現場から医療機関に傷病者が搬送されるまでの間において、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急措置などの質を保証することである。

¹⁵ F A S T：脳卒中で起こる 3 つの症状「顔の麻痺 (Face)」「腕の麻痺 (Arm)」「言葉の障害 (Speech)」と「発症時刻 (Time)」の頭文字からなる脳卒中の初期症状を確認する方法である。

る低栄養状態のケース等では、胃ろう造設適応を含めた各種対応の判断を多職種チームで検討することを進めます。

- 脳卒中の地域医療連携パスの普及、充実のために、記載項目の標準化や見直しの取組を進め、特に栄養状態や嚥下機能の評価を行うことよって円滑な嚥下訓練につなげる仕組みづくりを推進します。

(オ) 維持期・生活期

- かかりつけ医機能の充実や病診連携、かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の充実、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上、看護師による切れ目のない看護の提供、管理栄養士・栄養士による栄養管理や、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーション等の多職種による支援・サービスの提供等を推進します。
- 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、かかりつけ薬局等の充実により、在宅又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、医療介護連携体制を整備して、日常生活の継続を支援します。
- 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、更には介護施設との連携を推進します。
- 療養生活に移行して、それまで気付かれなかった高次脳機能障害により問題が生じる場合もあるので、家族等がかかりつけ医に相談するように啓発します。
- 脳卒中により介護が必要となった場合、老老介護などは家族へ負担が大きいため、地域で支え合える環境づくりや医療と介護の連携を推進します。
- 後遺症等に関する知識等について、分かりやすく効果的に伝わるよう必要な取組を進めます。
- 患者の状態に応じた緩和ケアが提供されるよう、緩和ケアの提供体制を充実させます。
- 治療と仕事の両立の相談支援体制を充実させます。

(カ) 再発・重症化予防

- 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が、脳卒中に関する現在の状態に応じた再発予防、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行う体制を進めます。
- 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、医療機関（かかりつけ医）、かかりつけ薬局等の連携を推進します。
- 再発予防のために身近なかかりつけ医が行う基礎疾患の治療及び危険因子の管理を続けるとともに、かかりつけ歯科医が行う口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防を進めます。

○脳卒中のロジックモデル

<個別施策>

<中間アウトカム>

<分野アウトカム>

1: 予防・啓発	
現状データ	特定健康診査の受診率
現状データ	特定保健指導の実施率

1: 危険因子の治療、生活習慣指導等の推進	
数値目標	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

1: 脳卒中による死亡者数の減少	
数値目標	脳卒中の年齢調整死亡率(人口10万人対)

2: 救護	
現状データ	脳血管疾患により救急搬送された患者数

2: 発症後の早期治療	
現状データ	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

2: 日常生活の場での質の高い生活	
数値目標	健康寿命
現状データ	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合

3: 急性期	
現状データ	一次脳卒中センター数
数値目標	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法及び血栓回収療法を実施可能な保健医療圏数
現状データ	脳神経内科医師数及び脳神経外科医師数

3: 急性期医療の提供	
現状データ	脳梗塞に対するt-PA療法による血栓溶解療法の実施件数(算定回数)
現状データ	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(算定回数)

4: 回復期	
数値目標	脳血管疾患等リハビリテーション科(I)、(II)又は(III)の基準を満たす医療機関が複数ある保健医療圏数
現状データ	リハビリテーション科医師数

4: 発症早期の集学的リハビリテーションの推進	
現状データ	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(算定回数)

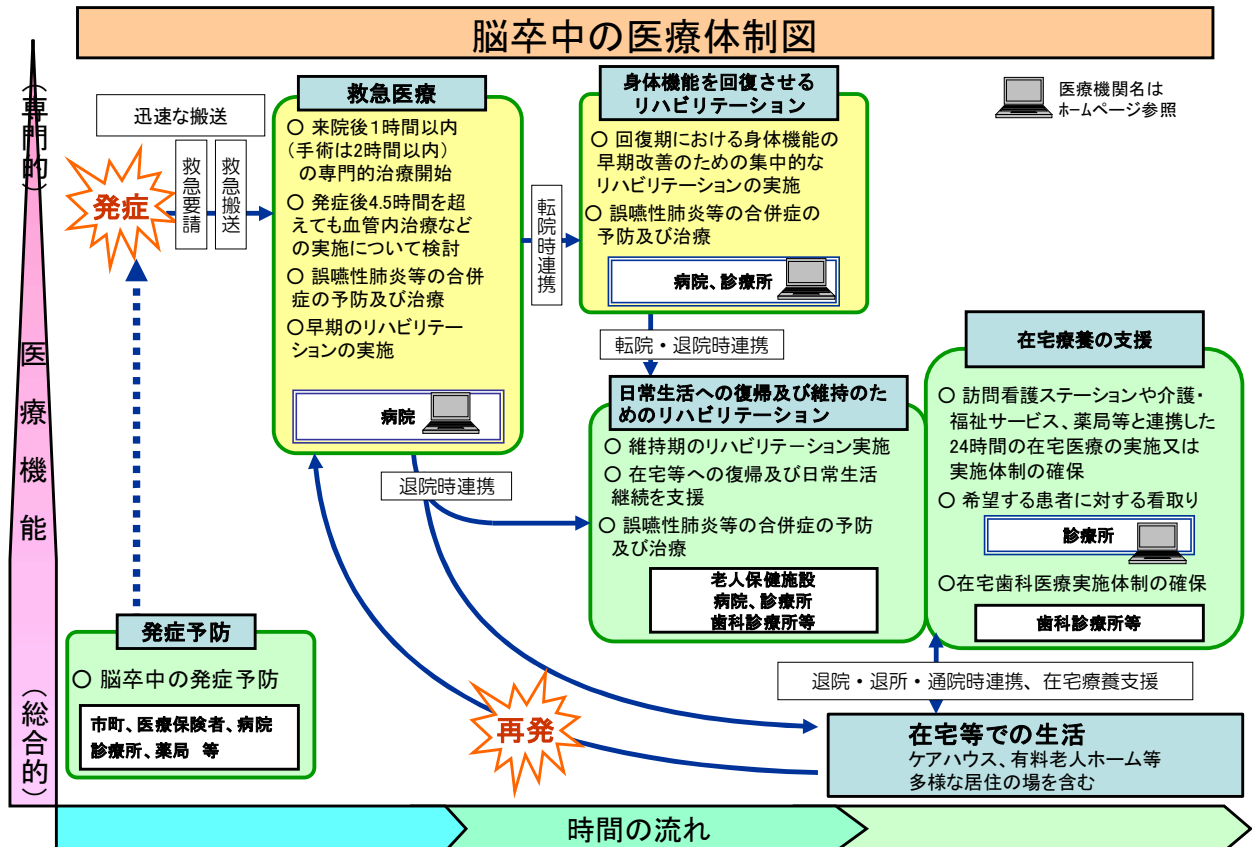
5: 維持期・生活期、再発・重症化予防	
現状データ	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数
現状データ	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数
現状データ	歯周病専門医が在籍する医療機関数

5: 医療・介護関係者間連携の推進	
現状データ	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数(算定回数)

(3) 「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

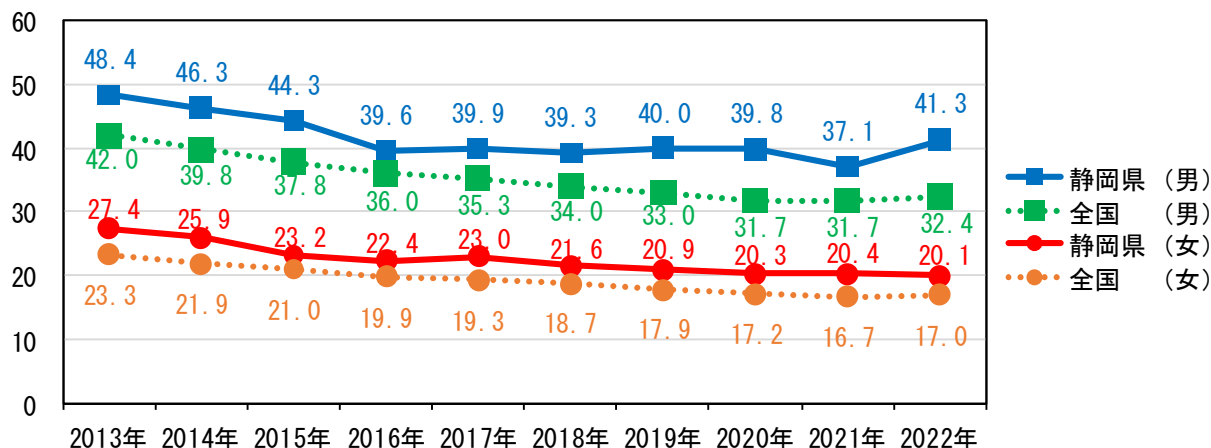
	発症予防	発症後の医療等	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	在宅療養の支援
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○ 脳卒中の発症予防 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 脳卒中を疑われる患者を専門的な診療が可能な医療機関に発症後迅速に搬送 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 24時間体制で、来院後1時間以内（手術は2時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療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 ○ 早期にリハビリテーションを実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 維持期のリハビリテーション実施 ○ 在宅等への復帰及び日常生活継続を支援 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 希望する患者に対する看取り
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・医療機関での高血圧等の危険因子の治療 	<ul style="list-style-type: none"> ・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、脳卒中を疑われる患者に対する適切な観察・判断・処置の実施 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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（救急輸番制による対応を含む。） ・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（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。救急輸番制による対応を含む。） ・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 ・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時間以内に治療を実施 ・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 ・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 ・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 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・再発予防治療（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 ・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） ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・再発予防治療（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 ・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 ・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 ・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 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間体制で患者家族の要請による往診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 ・希望する患者への看取り（在宅療養支援診療所届出医療機関、在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）届出薬局） ・急性期あるいは回復期、維持期の医療機関や介護事業者等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・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10万対）の推移



（出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出（1985年モデル人口を使用））

○脳卒中（脳血管疾患）による死亡数（2021年）

	静岡県	2次保健医療圏								
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	
脳卒中（脳血管疾患）	総数	3,605	91	166	712	356	626	422	396	836
	男	1,809	48	82	359	174	328	210	196	412
	女	1,796	43	84	353	182	298	212	200	424
脳梗塞	総数	1,762	37	73	369	178	279	223	191	412
	男	877	19	34	188	86	143	114	93	200
	女	885	18	39	181	92	136	109	98	212
脳内出血	総数	1,296	36	71	243	128	259	140	125	294
	男	712	21	41	130	71	151	75	67	156
	女	584	15	30	113	57	108	65	58	138
くも膜下出血	総数	402	15	19	64	34	76	39	62	93
	男	154	7	6	23	10	30	12	27	39
	女	248	8	13	41	24	46	27	35	54
その他の脳血管疾患	総数	145	3	3	36	16	12	20	18	37
	男	66	1	1	18	7	4	9	9	17
	女	79	2	2	18	9	8	11	9	20

（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¹⁶）（2020年）

保健医療圏	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	115.0	116.1	101.2	80.3	101.4	101.8	105.3	121.9	111.6	99.7
熱海伊東	106.1	102.1	110.6	104.4	106.0	103.7	109.1	196.2	110.3	91.5
駿東田方	104.2	105.3	101.1	100.5	102.3	102.3	107.5	122.2	108.4	108.4
富士	105.5	107.0	99.2	96.5	102.6	102.4	112.9	132.1	104.9	109.1
静岡	107.6	104.6	99.4	96.8	100.9	99.2	99.8	102.3	105.1	105.3
志太榛原	100.8	101.9	98.5	99.0	96.2	95.7	100.9	88.1	95.2	82.5
中東遠	92.7	92.8	97.3	106.2	98.1	99.7	97.8	78.0	91.4	96.4
西部	90.6	90.3	99.0	101.4	99.3	100.0	89.8	77.8	94.0	99.1
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「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」）

¹⁶ 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のことである。

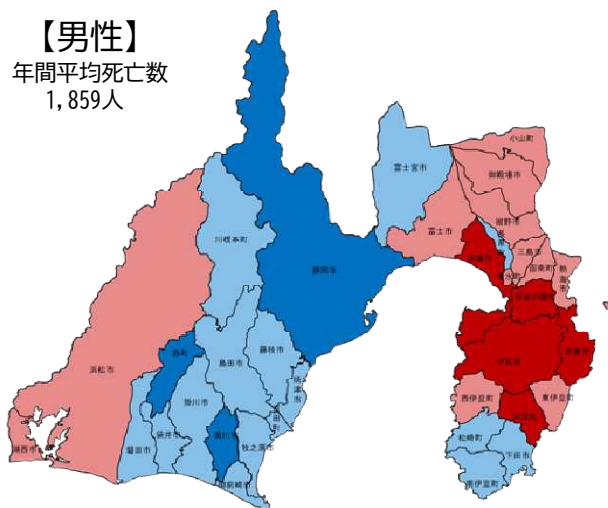
○標準化死亡比（SMR）（2017年-2021年）

保健医療圏	区分	脳血管疾患 (脳卒中)		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		103.4	118.4	95.7	98.0	118.2	154.1	118.9	142.9
熱海伊東		114.0	131.1	103.2	106.0	137.8	180.2	116.8	140.4
駿東田方		114.8	132.3	114.9	118.0	105.9	138.3	109.3	129.7
富士		104.3	120.6	111.3	114.3	99.8	130.6	96.6	114.4
静岡		89.1	102.6	86.6	88.9	94.2	123.1	100.9	119.9
志太榛原		95.6	109.9	99.8	102.3	92.7	121.0	83.4	99.0
中東遠		89.4	102.6	91.3	93.3	84.0	109.5	106.0	125.5
西部		101.4	116.5	100.2	102.6	104.5	136.2	94.6	112.2
静岡県		100.0	115.1	100.0	102.5	100.0	130.5	100.0	118.7

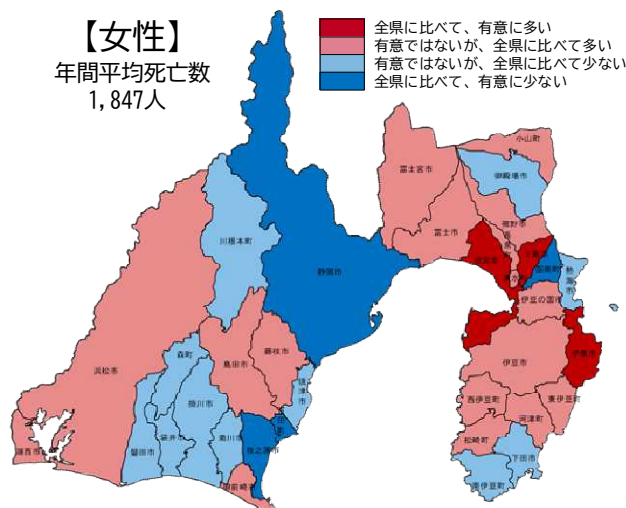
※網掛けは有意に多い

<県内比較（2021年）>

【男性】
年間平均死亡数
1,859人



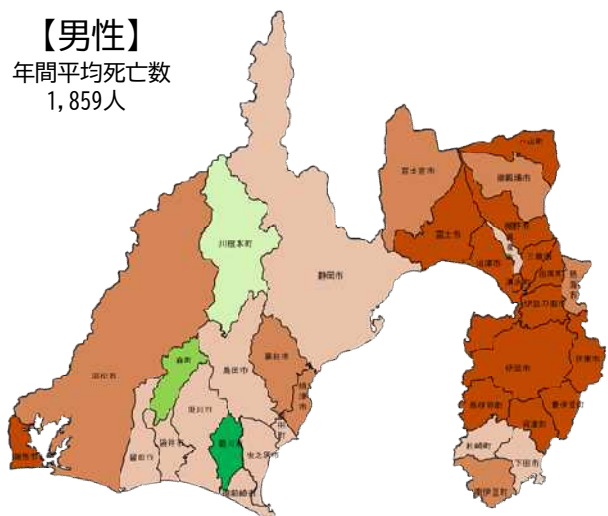
【女性】
年間平均死亡数
1,847人



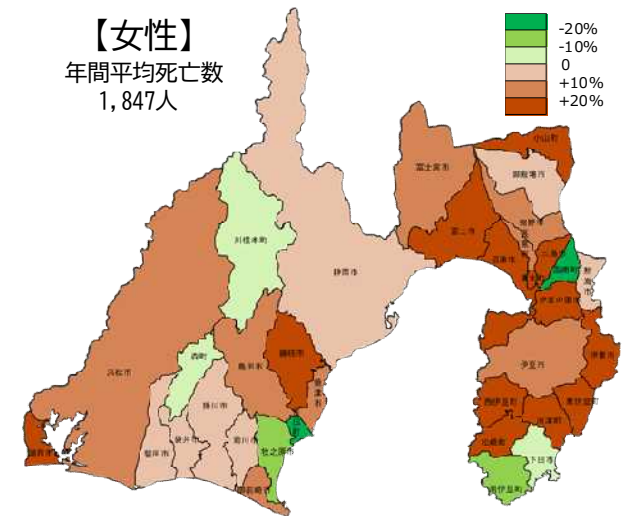
■ 全県に比べて、有意に多い
■ 有意ではないが、全県に比べて多い
■ 有意ではないが、全県に比べて少ない
■ 全県に比べて、有意に少ない

<全国比較>

【男性】
年間平均死亡数
1,859人



【女性】
年間平均死亡数
1,847人



■ -20%
■ -10%
■ 0
■ +10%
■ +20%

（出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」）

○指標による現状把握

(医療従事者の状況) (2020年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳神経内科医師数 (人口10万対)	5,758 4.6	125 3.5	0 0.0	1 1.0	30 4.7	6 1.6	38 5.5	10 2.2	7 1.5	33 3.9
脳神経外科医師数 (人口10万対)	7,349 5.8	209 5.8	4 6.7	11 11.0	46 7.2	23 6.2	36 5.2	26 5.8	18 3.9	45 5.3

(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

(救急患者の搬送)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			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た患者数(0.1千人)(2017年)	219.5	7.9	/	/	/	/	/	/	/	/

(出典：厚生労働省「患者調査」)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間(分)(2021年)	42.8	41.6	/	/	/	/	/	/	/	/

(出典：総務省消防庁「救急救助の現況」)

(急性期の治療) (2021年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			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による血栓溶解療法の実施件数	16,923	583	*	10	113	61	105	97	40	157
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	13,575	391	0	23	80	46	63	62	23	94
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	5,486	175	0	*	44	19	31	36	15	30
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	5,828	165	0	*	26	12	41	16	14	56

(出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」)

※「*」は算定回数が10回未満の医療機関の算定回数を含まない、全国及び静岡県の数値は*を0として取り扱った場合の合計数

(脳卒中のリハビリテーション等)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			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料(I)、(II)又は(III)の基準を満たす医療機関数(2023年) (人口10万対)	/	186 5.2	6 10.5	6 6.2	47 7.5	16 4.3	32 4.7	15 3.4	23 5.0	41 4.9

(出典：東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(2021年)	77,769,424	2,331,174	54,009	106,316	406,376	243,014	443,102	271,912	300,687	505,758
脳卒中患者における介護連携指導の実施件数(2021年)	26,442	188	/	/	/	/	/	/	/	/

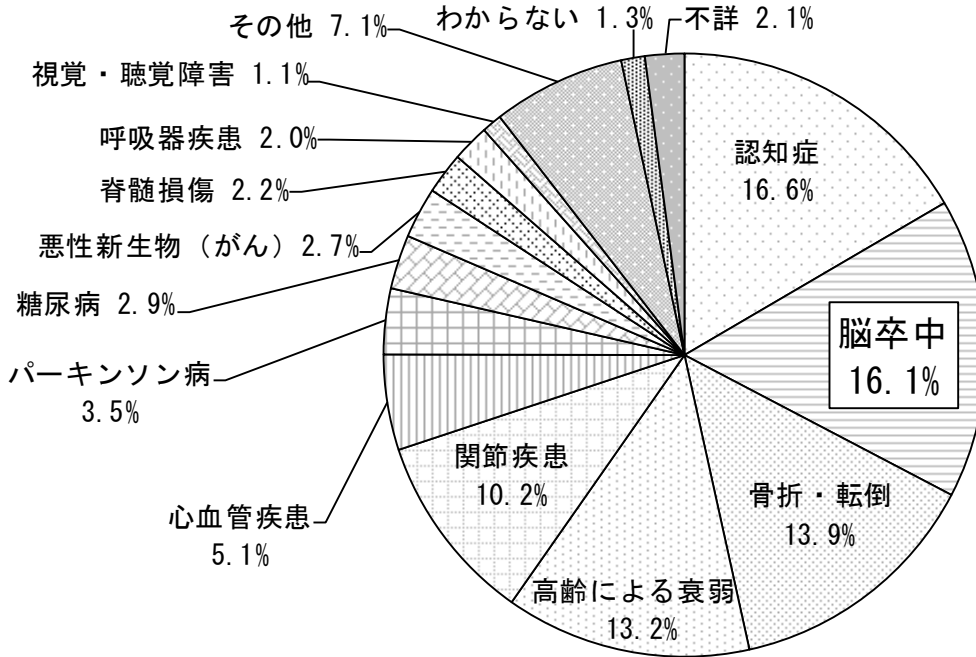
(出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」)

(在宅への復帰) (2020年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳血管疾患退院患者平均在院日数		88.5	65.2	89.7	87.3	51.6	94.9	53.7	70.2	145.1
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者数(千人)		9.4								
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合(%)		56.6								

(出典：厚生労働省「患者調査」)

○介護が必要となった者の主な原因 (2022年)



(出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」)

○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)(2022年)

要介護度	第1位		第2位		第3位	
	原因	割合 (%)	原因	割合 (%)	原因	割合 (%)
総数	認知症	16.6%	脳卒中	16.1%	骨折・転倒	13.9%
要支援者	関節疾患	19.3%	高齢による衰弱	17.4%	骨折・転倒	16.1%
要支援1	高齢による衰弱	19.5%	関節疾患	18.7%	骨折・転倒	12.2%
要支援2	関節疾患	19.8%	骨折・転倒	19.6%	高齢による衰弱	15.5%
要介護者	認知症	23.6%	脳卒中	19.0%	骨折・転倒	13.0%
要介護1	認知症	26.4%	脳卒中	17.5%	骨折・転倒	13.1%
要介護2	認知症	23.6%	脳卒中	17.5%	骨折・転倒	11.0%
要介護3	認知症	25.3%	脳卒中	19.6%	骨折・転倒	12.8%
要介護4	脳卒中	28.0%	骨折・転倒	18.7%	認知症	14.4%
要介護5	脳卒中	26.3%	認知症	23.1%	骨折・転倒	11.3%

(出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」)