

II 脳卒中

【対策のポイント】

- 標準的治療の普及（発症から4.5時間以内のt-PA治療など）
- 発症早期からのリハビリテーションの推進
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防

1 現状と課題

（1）脳卒中の医療

- ・脳卒中は、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、動脈硬化により血管の内腔が狭くなりそこに血栓ができて脳血管が閉塞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、言語障害、認知障害、遷延性意識障害¹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。また、介護が必要になった者の18.5%は脳卒中が主な原因で第1位となっている²ほか、嚥下障害の原因疾患の割合は脳血管疾患が約6割³となっています。

（2）本県の状況

（死亡・罹患の状況）

- ・本県における平成27年の脳血管疾患による死亡者は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。
- ・脳血管疾患のうち最も多い死亡原因は脳梗塞で2,011人(52.6%)、次いで脳内出血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血管疾患の標準化死亡比は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10万人あたりの神経内科・脳神経外科の医師数は、それぞれ2.6人と5.4人で、いずれも全国平均（3.7人、5.6人）を下回っています。

（救急患者の搬送）

- ・平成25年に救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間は37.5分であり、全国平均（39.4分）を下回っています。
- ・本県において、平成26年に脳血管疾患により救急搬送された患者数は約5千4百人です。

¹ 遷延性意識障害：重度の昏睡状態をさす病状のこと。

² 厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成25年）

³ 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)

- ・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 箇所あります。
- ・本県の脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法⁴の実施可能な病院は 26 箇所あり、賀茂を除く 7 医療圏で実施できる体制が整っています。
- ・くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術⁵、脳動脈瘤コイル塞栓術⁶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 56 箇所あり、県内の全圏域で実施されています。

(在宅への復帰)

- ・本県において、脳血管疾患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、主病名が脳血管疾患の患者で退院後に在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合は 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 235 か所あり、県内の全圏域で実施されています。

(3) 医療提供体制

(※現行計画を仮置き)

○静岡県における脳血管障害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く、医療資源の整備が遅れがちな圏域である賀茂・熱海伊東圏域において早急な対策が望まれます。

① 発症予防

- ・脳卒中の最大の危険因子は高血圧です。高血圧のコントロールを行い、発症を予防することが重要です。また、糖尿病、高脂血症、喫煙、不整脈なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療を行う必要があります。
- ・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）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。

② 発症直後の医療

- ・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 時間以内の治療開始が重要）を受けられるよう、搬送も含めた救急医療体制の整備、充実が必要です。
- ・睡眠中などに発症する、症状が軽く脳卒中の前触れに気付かない、救急車以外の手段で来院する、複数の医療機関を経由するなどの理由から、発症 4.5 時間以内に治療を開始できない場合があります。
- ・脳卒中の救急医療を担う病院は県内に 34（平成 26 年 9 月末現在）ありますが、賀茂圏域には全くないなど、地域的な偏りがあります。また、賀茂圏域における救急患者の、救急要請（覚

⁴ 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：組織プラスミノーゲン活性化因子) 静脈注射により脳動脈を塞ぐ血栓を溶かし、脳動脈の血流を再開させる療法

⁵ 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療法

⁶ 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

知) から医療機関への収容までの平均所要時間は 45.1 分であり (県平均 34.9 分)、県内の他の圏域に比べて長くなっています。

③ 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。また、回復期、維持期等病期に応じた適切なリハビリテーションを受けられる体制が必要です。
- ・在宅等への復帰に向けた、回復期や再発予防を含めた生活の場における維持期のリハビリテーションなど切れ目のない医療、介護サービスが提供されるよう、関係者(機関)の連携が重要です。また、必要に応じて在宅歯科診療を利用するなど、口腔衛生状態や口腔機能の管理が定期的に行えることも重要です。

④ 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(高血圧、糖尿病、高脂血症、喫煙、不整脈等)を放置すると、再発しやすくなるため、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。
- ・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体制が必要です。また、生活の質を維持するために在宅歯科診療が行えることも重要です。

2 対策

(1) 数値目標

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口 10 万人対) | 男性 44.3 女性 23.2 (H27 年) | 男性 37.8 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圏域数 | 7 圏域 (H28 年) | 全 8 圏域 | 全圏域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」 |

(2) 施策の方向性

① 発症予防

- ・減塩や野菜の摂取、運動習慣等、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、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推進します。

② 発症後医療等

- ・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が速やかに受診行動ができるように、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 時間以内に脳卒中の治療を開始できるよう、救急医療体制の整備・充実と急性期病院間のネットワーク構築を図ります。
- ・救急患者の CT、MRI 画像を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 治療など)を図ります。

- ・住み慣れた地域で脳卒中・脳血管障害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。

③ リハビリテーション

- ・状態が許す限り発症早期から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等をクリティカルパス等にて共有し、一貫したリハビリテーションを連携して実施する体制づくりを推進します。
- ・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医療機関等を含めた多職種間で連携して、嚥下機能維持・改善、口腔ケアの実施体制の充実を図ります。

④ 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。

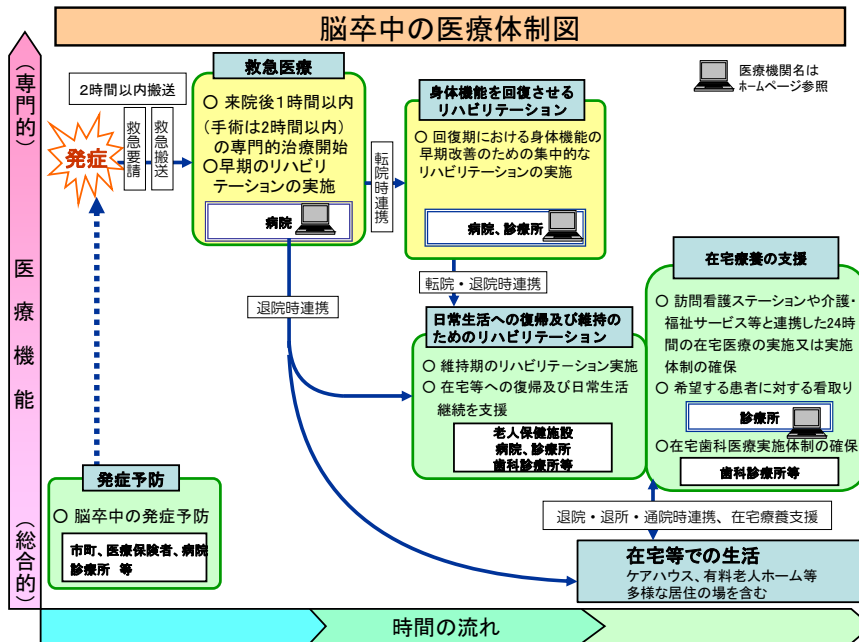
(3) 「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

| 機能 | 発症予防 | 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 | ○ 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 | ○ 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 | ○ 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の継続を支援 ○ 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 ○ 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 ・医療機関での高血圧等の危険因子の治療 | <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（救急輸送による対応を含む。） ・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。救急輸送による対応を含む。） ・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4.5時間以内）に組織プラスミノゲンアクチペーター（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時間以内に治療を開始 ・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科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 ・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 ・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保険事業者等と、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 |

※下線は今回修正箇所

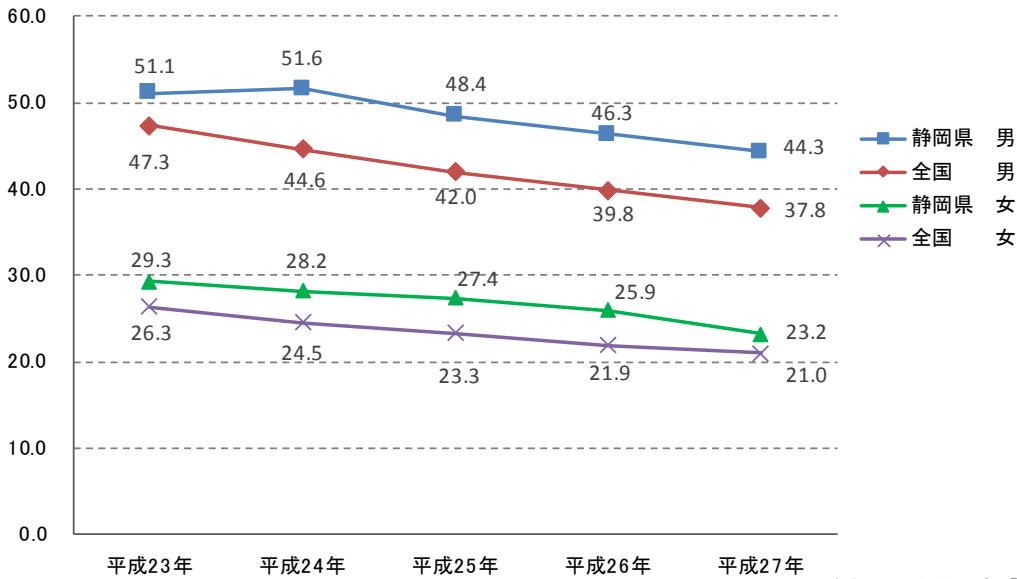
(4) 「脳卒中」の医療体制図

(※現行計画を仮置き)



(5) 関連図表

○脳血管疾患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）

○脳血管疾患による死亡数

（単位：人）

| 平成27年 死亡数 | | 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 |
|--------------------|----|-------|-----|------|------|-----|-----|------|-----|-----|
| 09300 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 |
| 09301 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 |
| 09302 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 |
| 09303 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 |
| 09304 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 |

資料：「静岡県人口動態統計」

○特定健診分析結果（標準化該当比）

| H26 標準化該当比 | 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 |
| 賀茂 | 91.9 | 80.8 | 104.6 | 101.8 | 101.5 | 124.2 | 113.0 | 89.8 |
| 熱海伊東 | 110.8 | 103.0 | 103.3 | 98.6 | 111.9 | 197.8 | 110.0 | 97.0 |
| 駿東田方 | 106.6 | 103.0 | 103.5 | 103.1 | 106.2 | 116.2 | 108.6 | 113.4 |
| 富士 | 100.2 | 94.7 | 101.1 | 100.4 | 111.7 | 122.5 | 109.1 | 109.9 |
| 静岡 | 100.4 | 93.3 | 102.4 | 100.6 | 96.4 | 96.3 | 109.7 | 105.2 |
| 志太榛原 | 98.4 | 101.0 | 96.0 | 95.9 | 96.2 | 75.3 | 93.8 | 80.6 |
| 中東遠 | 96.2 | 106.6 | 94.9 | 98.1 | 101.2 | 85.8 | 83.4 | 91.9 |
| 西部 | 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 |

（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」）

○標準化死亡比（SMR）

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

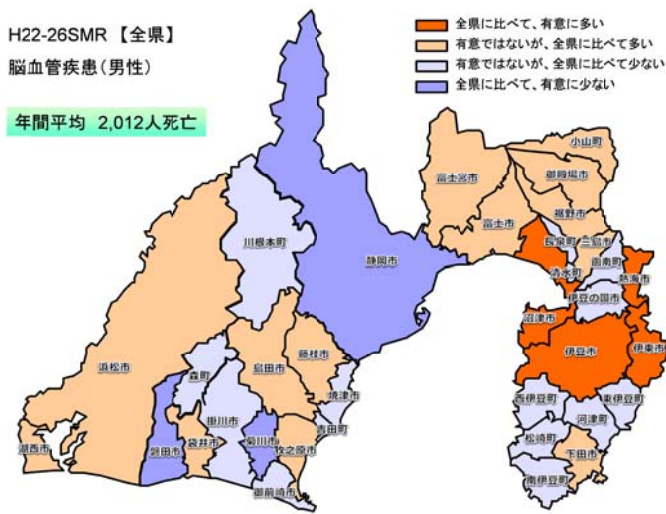
※網掛けは有意に多い。

＜県内比較＞

H22-26SMR【全県】

脳血管疾患(男性)

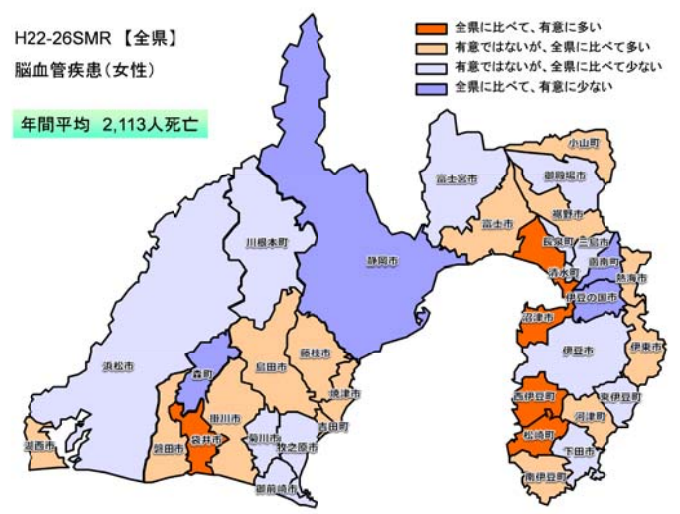
年間平均 2,012人死亡



H22-26SMR【全県】

脳血管疾患(女性)

年間平均 2,113人死亡

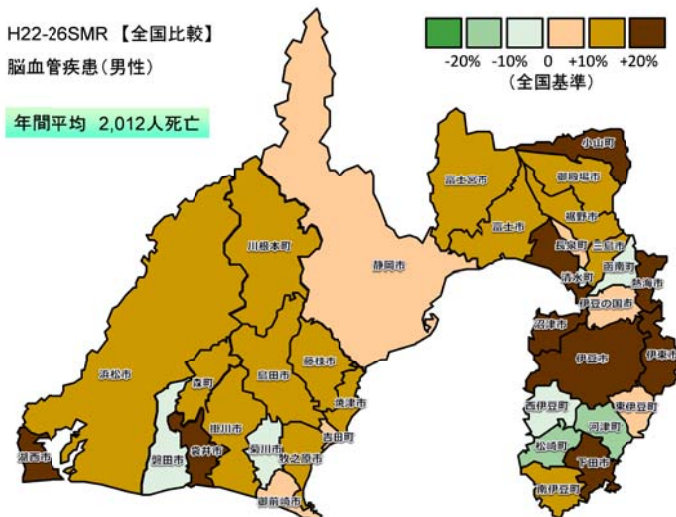


＜全国比較＞

H22-26SMR【全国比較】

脳血管疾患(男性)

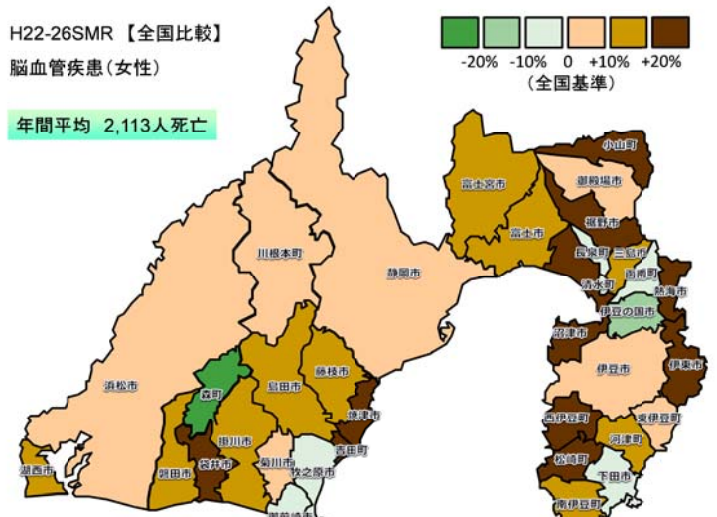
年間平均 2,012人死亡



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 | 二次保健医療圏 | | | | | | | | 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 | 4,657 | 98 | - | 3 | 16 | 9 | 37 | 4 | 5 | 24 | 平成26年 | 医師・歯科医師・薬剤師調査 |
| (10万人あたり) | 3.7 | 2.6 | - | 2.7 | 2.4 | 2.3 | 5.1 | 0.8 | 1.0 | 2.7 | | |
| 脳神経外科医師数 | 7,147 | 204 | 2 | 9 | 48 | 22 | 38 | 25 | 16 | 44 | 平成26年 | 医師・歯科医師・薬剤師調査 |
| (10万人あたり) | 5.6 | 5.4 | 2.8 | 8.1 | 7.1 | 5.6 | 5.3 | 5.2 | 3.3 | 5.0 | | |

(救急患者の搬送)

| 指標名 | 全国 | 静岡県 | 二次保健医療圏 | | | | | | | | 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た患者数 | - | 5.4 | 0 | 0 | 0.9 | 1.1 | 1 | 0.6 | 0.5 | 1.3 | 平成26年 | 患者調査 |
| (10万人あたり。単位：0.1千人) | - | 0.2 | 0.1 | 0.4 | 0.1 | 0.3 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | | |
| 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 | 39.4 | 37.5 | - | - | - | - | - | - | - | - | 平成26年 | 救急救助の現況 |

(急性期の治療)

| 指標名 | 全国 | 静岡県 | 二次保健医療圏 | | | | | | | | 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 3月31日 | 診療報酬 施設基準 |
| (10万人あたり) | - | 0.7 | 0 | 1.8 | 0.6 | 0.8 | 0.7 | 0.8 | 0.4 | 0.7 | | |
| 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数 | - | 411 | 0 | 16 | 116 | 29 | 100 | 43 | 21 | 86 | 平成27年 度 | NDB |
| (10万人あたり) | - | 10.9 | 0 | 14.5 | 17.2 | 7.4 | 14.0 | 9.0 | 4.4 | 9.9 | | |
| 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 | - | 363 | 0 | 20 | 110 | 60 | 47 | 42 | 28 | 56 | 平成27年 度 | NDB |
| (10万人あたり) | - | 9.6 | 0 | 18.1 | 16.3 | 15.3 | 6.6 | 8.8 | 5.9 | 6.4 | | |
| 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 | - | 66 | 0 | * | 21 | * | 11 | * | 34 | * | 平成27年 度 | NDB |
| (10万人あたり) | - | * | 0 | * | 3.1 | * | 1.5 | * | 7.1 | * | | |

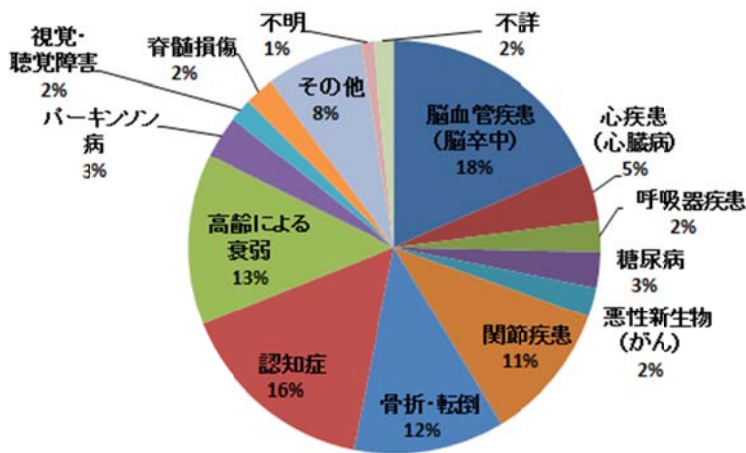
(脳卒中のリハビリテーション)

| 指標名 | 全国 | 静岡県 | 二次保健医療圏 | | | | | | | | 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料(Ⅰ)届出施設数 | - | 69 | 1 | 3 | 12 | 8 | 12 | 7 | 10 | 16 | 平成28年 3月31日 | 診療報酬 施設基準 |
| (10万人あたり) | - | 1.8 | 1.5 | 2.7 | 1.8 | 2 | 1.7 | 1.5 | 2.1 | 1.8 | | |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)届出施設数 | - | 38 | 3 | 0 | 10 | 5 | 5 | 4 | 3 | 8 | 平成28年 3月31日 | 診療報酬 施設基準 |
| (10万人あたり) | - | 1.0 | 4.4 | 0 | 1.5 | 1.3 | 0.7 | 0.8 | 0.6 | 0.9 | | |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)届出施設数 | - | 68 | 1 | 2 | 20 | 5 | 14 | 4 | 10 | 12 | 平成28年 3月31日 | 診療報酬 施設基準 |
| (10万人あたり) | - | 1.8 | 1.5 | 1.8 | 3 | 1.3 | 2 | 0.8 | 2.1 | 1.4 | | |
| 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 | NDB |
| (10万人あたり) | - | 607 | 534 | 932 | 672 | 628 | 524 | 576 | 542 | 632 | | |

(在宅への復帰)

| 指標名 | 全国 | 静岡県 | 二次保健医療圏 | | | | | | | | 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 | 89.1 | 91.3 | 312.5 | 52 | 113.4 | 99.2 | 88.5 | 65.4 | 65.8 | 89.5 | 平成26年 | 患者調査 |
| 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者数[0.1千人] | - | 7.7 | 0 | 0 | 1.5 | 0.8 | 1.5 | 1 | 0.8 | 1.7 | 平成26年 | 患者調査 |
| 脳血管疾患患者数[0.1千人] | - | 14.0 | 0 | 0.5 | 2.8 | 1.3 | 2.6 | 1.7 | 1.6 | 3.2 | | |
| 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合 | - | 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



(出典：厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」)

○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)

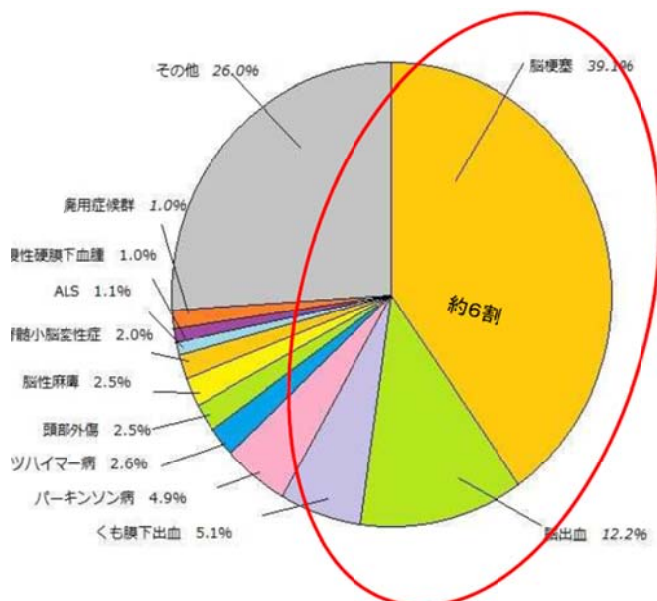
(単位：%)

平成25年

| 要介護度 | 第1位 | | 第2位 | | 第3位 | |
|------|------------|------|------------|------|------------|------|
| 総数 | 脳血管疾患(脳卒中) | 18.5 | 認知症 | 15.8 | 高年齢による衰弱 | 13.4 |
| 要支援者 | 関節疾患 | 20.7 | 高年齢による衰弱 | 15.4 | 骨折・転倒 | 14.6 |
| 要支援1 | 関節疾患 | 23.5 | 高年齢による衰弱 | 17.3 | 骨折・転倒 | 11.3 |
| 要支援2 | 関節疾患 | 18.2 | 骨折・転倒 | 17.6 | 脳血管疾患(脳卒中) | 14.1 |
| 要介護者 | 脳血管疾患(脳卒中) | 21.7 | 認知症 | 21.4 | 高年齢による衰弱 | 12.6 |
| 要介護1 | 認知症 | 22.6 | 高年齢による衰弱 | 16.1 | 脳血管疾患(脳卒中) | 13.9 |
| 要介護2 | 認知症 | 19.2 | 脳血管疾患(脳卒中) | 18.9 | 高年齢による衰弱 | 13.8 |
| 要介護3 | 認知症 | 24.8 | 脳血管疾患(脳卒中) | 23.5 | 高年齢による衰弱 | 10.2 |
| 要介護4 | 脳血管疾患(脳卒中) | 30.9 | 認知症 | 17.3 | 骨折・転倒 | 14.0 |
| 要介護5 | 脳血管疾患(脳卒中) | 34.5 | 認知症 | 23.7 | 高年齢による衰弱 | 8.7 |

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



(出典：厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料)