

(2)脳卒中の医療体制

第1 脳卒中の医療の概要

1. 脳卒中という病気

- 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性血栓性脳梗塞、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て血管を閉塞する心原性塞栓症の3種類がある。また、脳出血は脳の細い血管が破綻するものであり、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、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害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与えます。
- 脳卒中発症直後の医療（超急性期の医療）は、脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血によって異なりますが、超急性期及び急性期を脱した後の医療は共通するものが多いことから、本計画においては一括して記載します。

2. 脳卒中治療の内容

予 防

- 脳卒中の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重要です。そのほか、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 一過性脳虚血発作直後は脳梗塞発症リスクが高く、これが疑われる場合は、脳梗塞予防のための適切な治療を速やかに開始します。
- 脳卒中が疑われる症状（救急医療の項参照）が出現したとき、速やかな救急受診の必要性について住民に周知するように、啓発を行う必要があります。

発症直後の救護、搬送等

- できるだけ早く治療を始めることでより高い治療効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、脳卒中が疑われる症状が出現した場合、本人や家族など周囲の者は、速やかに救急搬送を要請するなどの対処が重要です。

診 断

- 問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査（CT、MRI、MRA、超音波検査等）を行うことで正確な診断が可能になります。最近ではCTの画像解像度の向上、MRIの普及もあり、脳梗塞超急性期の診断が可能となり、血栓溶解療法の適応や予後がある程度予測できるようになっています。

急性期の治療

- 脳卒中の急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。

- 脳梗塞では、まず発症後 4.5 時間以内の超急性期血栓溶解療法（組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）静注療法）の適応患者に対する適切な処置が取られる必要があります。
- 脳梗塞を発症した時刻が不明であっても、MRI の画像所見に基づき、t-PA 静注療法の適応となることがあるため、発症時刻が明確でない患者に対しても適切な処置を行う必要があります。
- 国内の一部の地域においては、血栓溶解療法を行う際、日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿って、情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、診療を行っています。
- 機械的血栓回収療法は、症状の重症度と画像所見に基づき、発症後 24 時間以内の脳梗塞に対して適応となる可能性があります。機械的血栓回収療法についても、治療開始までの時間が短いほどその有効性は高いため、その適応と考えられる患者に、速やかに治療を開始する必要があります。
- 超急性期の血管の再開通治療の適応とならない患者も、できる限り早期に、脳梗塞の原因に応じた、抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要です。
- 脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位（皮質・皮質下出血や小脳出血等）によって手術が行われることもあります。
- くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療が行われることもあります。

リハビリテーション

- 急性期に行うリハビリテーションは、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの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されます。
- 回復期に行うリハビリテーションは、機能回復やADL（日常生活動作）の向上を目的として、訓練室での訓練が可能になった時期から集中して実施されます。
- 維持期・生活期に行うリハビリテーションは、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持、生活の質の向上を目的として実施されます。

急性期以後の医療・在宅療養

- 超急性期・急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われます。
- 在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受けます。脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲の者に対し、適切な服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について教育するなど、再発に備えることが重要です。
- 急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられることから、急性期移行の医療機関における診療及び在宅医療を強化するとともに、医療機関と介護・福祉施設等との連携の強化も必要です。

第2 必要となる医療機能

1. 発症予防の機能【予防】

目 標

- 脳卒中の発症を予防すること

医療機関に求められる事項

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、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と、急性期医療を担う医療機関への受診の必要性について、本人及び家族など患者の周囲の者に対する教育、啓発を実施すること

2. 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目 標

- 脳卒中が疑われる患者が、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。

関係者に求められる事項

（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行うこと
（救急救命士等）
- 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）に沿い、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迅速に搬送すること

3. 救急医療の機能【急性期】

目 標

- t-PA 静注療法の適応となる脳梗塞患者については、少しでも早く治療を開始すること
- 脳梗塞患者については機械的血栓回収療法の実施についても検討し、治療の適応となる患者に対して、速やかに治療を開始すること
- 専門的な治療を実施できない医療機関においては、画像伝送等の遠隔医療を利用して治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること
- 廃用症候群や合併症の予防、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すること

医療機関に求められる事項

- 血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間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24時間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。）
- 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（若しくは発症後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。）血栓溶解療法の適応のある患者に対し、退院後に少しでも早く治療を開始すること（遅くとも来院

後1時間以内に治療を開始することが望ましい)

- 症状の重症度と画像所見に基づき、患者に対する血栓回収療法の適応を検討し、適応がある患者に対しては速やかに治療を開始すること
- 血栓溶解療法や機械的血栓回収療法、外科手術等の治療を実施できない医療機関においては、日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療 (Telestroke)」など、デジタル技術を活用した診療を行うことで、治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること
- 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
- 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
- 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回復期又は維持期の医療機関等と連携していること
- 回復期又は維持期に、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、その調整を行うこと
- 脳卒中の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

医療機関の例

- 選択的脳血栓・塞栓溶解術、抗血栓療法 (t-PA)、頭蓋内血腫除去術、脳動脈瘤根治術 (被包術、クリッピング)、脳血管内手術のいずれかに対応可能であり、脳卒中情報システムに参加している病院・診療所

4. 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【回復期】

目 標

- 機能回復やADL (日常生活動作) の向上のための集中的なリハビリテーションを実施すること
- 回復期の医療機関における医療提供体制を強化すること
- 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

医療機関に求められる事項

- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、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
- 重篤な神経機能障害・精神機能障害等を生じた患者であっても、急性期病院からの受入れが可能となるよう、回復期の医療提供体制を強化すること
- 失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善とADL (日常生活動作) 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
- 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、急性期や回復期の医療機関等と連携していること
- 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

医療機関の例

- 入院が可能であり、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が勤務し、回復期リハビリテーション病棟を有するか、又は脳血管疾患等リハビリテーションを実施する病院・診療所

5. リハビリテーションを実施する機能【維持期・生活期】

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就労支援並びに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

医療機関等に求められる事項

- 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
- 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、脳卒中患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと
- 診療情報やリハビリテーションを含む治療計画(地域連携クリティカルパス等)を共有するなど回復期又は急性期の医療機関等と連携していること
- 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

医療機関等の例

- 脳血管疾患等リハビリテーションを実施する病院・診療所
- 介護老人保健施設

第3 脳卒中の現状

1. 死亡数等

- 本県の2022年(令和4)年の脳卒中を原因とした死亡数は1,041人(全国:107,481人)、死亡数全体の6.9%(全国:6.9%)を占め、死亡順位の第4位(全国:第4位)となっています²¹。
- 2021年(令和3)年の脳卒中の死亡数を医療圏別にみると、新川医療圏では129人(死亡数全体の7.6%)、富山医療圏では462人(死亡数全体の7.7%)、高岡医療圏では333人(死亡数全体の8.0%)、砺波医療圏では143人(死亡数全体の8.1%)となっています²¹。
- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率²²(人口10万対)は、2010(平成22)年には、男性は171.9(全国:153.7)、女性は97.5(全国:93.3)でした。2020(令和2)年には、男性は101.8(全国:93.8)、女性は64.6(全国:56.4)と年々低下していますが、全国より高くなっています²³。
- 2020(令和2)年10月現在、本県の脳卒中の受療率(人口10万対)は、入院137.0、外来53.0(全国:入院98.0、外来59.0)と推計されています²⁴。

2. 予防

- 2019(令和元)年、過去1年以内の健康診断・健康診査の受診率は78.8%(全国:73.3%)と全国より高くなっています²⁵。
- 2021(令和3)年度の特定健康診査の受診率は62.9%(全国:58.6%)と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は29.6%(全国:28.4%)と全国より高くなっています²³。
- 脳卒中の危険因子の一つである高血圧について、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率(人口10万対)は196.7(全国:215.3)と全国より低くなっています²³。
- 脳卒中の危険因子の一つである脂質異常症について、脂質異常症患者の年齢調整外来受療率(人口10万対)は83.4(全国:67.7)と全国より高くなっています²³。
- 2021(令和3)年の喫煙率は男性で27.3%(全国:令和元年27.1%)、女性で4.6%(全国:令和元年7.6%)となっています²⁶。
- 2020(令和2)年10月現在、禁煙外来を行っている医療機関数は157施設、人口10万人当たりで14.9施設(全国:12.7施設)と全国より多く、禁煙支援の体制が整備されてきています²⁷。

²¹ 厚生労働省「人口動態統計」(2022(令和4)年、2021(令和3)年)

²² 年齢構成の影響を除くため標準人口を用いて算定した死亡率。年齢構成の異なる地域の死亡率を比較する場合などに用いられる。

²³ 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標

²⁴ 厚生労働省「患者調査」(2020(令和2)年)

²⁵ 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2019(令和元)年)

²⁶ 県民健康栄養調査(2021年)(国民健康栄養調査が中止となり県独自調査のため参考値)、国民健康・栄養調査(2019年)

²⁷ 厚生労働省「医療施設調査」(2020(令和2)年)

3. 救護

- 本県において2021（令和3）年の1年間に救急車によって搬送された急病者の8.7%、2,279人（全国：7.5%、269,577人）が脳血管疾患です^{28,29}。
- 2021（令和3）年の救急要請（覚知）から救急医療機関までの搬送時間は33.6分（全国：42.8分）と、全国最短クラスとなっています²³。

4. 急性期

- 脳卒中を含む重篤な救急患者を24時間365日体制で受け入れる救命救急センターが、富山県立中央病院と厚生連高岡病院に整備されています。
- 脳外科医師数は、2020（令和2）年で人口10万人当たり6.0（全国5.8）となっています。日本脳神経外科学会による救急担当脳外科医師数は、2021（令和3）年で人口10万当たり4.35（全国4.62）となっています。2023（令和5）年度より、特別枠医師が従事する特定診療科の一つとして脳神経外科を追加しており、医師数を増やしていく必要があります。
- 脳神経内科医師数は33人、人口10万人当たりでは3.1人（全国：4.5人）となっています²³。富山大学では神経内科学講座を設置し、神経内科医の養成に取り組んでいます。
- 2021（令和3）年3月現在、脳卒中が疑われる患者に対する血栓溶解療法等の専門的診療が24時間実施可能な医療機関は、各医療圏に整備されており、人口10万人当たりでは1.0施設（全国：0.9施設）と全国より多くなっていますが、2021（令和3）年度の血栓溶解療法実施件数は106～114件、人口10万人当たり10.1～10.9件（全国：12.0～12.4件）と全国より少なくなっています²³。

5. 回復期

- 身体機能の早期改善と生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施する医療機関は、各医療圏に整備されています。
- 2021（令和3）年3月現在、脳血管疾患等リハビリテーション料届出医療機関数は78機関、人口10万人当たり7.4機関（全国：6.4機関）と全国より多くなっています²³。
- 2021（令和3）年度の脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数は9,482件、人口10万人当たり905.0（全国：742.2件）と全国より多くなっています²³。
- 2023（令和5）年7月現在、公的病院のリハビリテーション科の医師数は17人と増加しています³⁰。
- 2022（令和4）年の回復期リハビリテーション病床数は499床、人口10万人当たり48床（全国：68床）で全国より少なくなっています³¹。
- 2021（令和3）年度、療養・就労両立支援指導料の算定件数は、人口10万人当たり0.0件（全国0.1～0.2件）で全国より低くなっています²³。
- 在宅療養中の脳卒中患者等の機能の維持及び生活の質（QOL）の向上を目的とした地域リハビリテーションを推進するため、リハビリテーション支援センター等を指定し、訪

²⁸ 県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」

²⁹ 消防庁「救急・救助の現況」

³⁰ 医務課調べ

³¹ 病床機能報告2022（令和4）年

問等による技術支援を行うほか、リハビリテーション従事者への研修や情報提供を行っています。

6. 連携

- 2020年（令和2）年の脳血管疾患の退院患者平均在院日数は、93.8日（全国：79.2日）と全国より長くなっています²³。
- 脳卒中の地域連携クリティカルパスが導入されており、2021（令和3）年度の地域連携クリティカルパスに基づく診療計画書作成等の実施件数は632件、人口10万人当たり60.3件（全国：32.0～32.2件）と全国より多くなっています²³。
- 2020（令和2）年の脳血管疾患の患者の在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、55.7%（全国：54.4%）と全国より高くなっています²³。
- 富山大学附属病院では、循環器病に関する専門的な知識をもとに、相談支援や情報提供、地域の関係機関との連携を目的とする脳卒中・心臓病等総合支援センターが設置されています。

第4 脳卒中の医療提供体制における主な課題と施策

脳卒中の年齢調整死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

[予防]

〔課題①〕

- 脳卒中発症予防のため、望ましい生活習慣や危険因子に関する普及啓発が必要です。
- 喫煙率の低下や受動喫煙防止のため、総合的なたばこ対策の推進が必要です。
- 高血圧、脂質異常症等の受診勧奨者（要治療者）が医療機関を受診し、脳卒中の発症を防ぐ対策が必要です。

<施策>

- 県民に対して、脳卒中への理解を深め、発症予防のための望ましい生活習慣や、高血圧、脂質異常症、糖尿病、心房細動等の危険因子に関する普及啓発や、食に関係する団体・企業等が実施する食生活改善活動への支援や連携を推進します。
- 企業や団体等と連携した、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発の推進や禁煙希望者に対する禁煙支援を行います。
- 学校保健と連携した喫煙防止教育を推進します。
- 家庭や職場等における受動喫煙防止の啓発や受動喫煙防止対策を推進します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、健康診断の受診促進や、受診勧奨対象者の医療機関への受診促進を図るとともに、保健指導実施率の向上をさらに進めます。

[急性期]

〔課題②〕

- 脳卒中が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請がなされるよう、県民への普及啓発が必要です。
- 血栓溶解療法や脳血管内治療（機械的血栓回収療法、経動脈的血栓溶解療法等）をさらに増加させるための方策等について検討し、適応患者への実施件数を増加させることが必要です。
- 画像検査所見の転送等による遠隔診断や遠隔診療を用いた補助など、デジタル技術を活用した医療機関の連携について検討していくことが必要です。

<施策>

- 脳卒中が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請を行うよう様々な機会を利用した普及啓発に取り組みます。
- 血栓溶解療法や脳血管内治療が実施可能な病院の診療データを収集・分析し、血栓溶解療法や脳血管内治療をさらに増加させるための方策等について検討します。
- 身体所見及び画像検査等による診断を実施する医療機関と脳血管内治療による機械的血栓除去術などの超急性期の血管の再開通治療を実施する専門的医療機関との連携体制の強化を図ります。
- メディカルコントロール協議会における検討を通じて、消防、救急医療機関、医師会、介護施設及び行政機関の連携を一層強化し、メディカルコントロール体制の充実を図りま

す。

- 血栓溶解療法や脳血管内治療が必要な患者に、できるだけ速やかに提供できるよう、遠隔医療など、デジタル技術を活用した医療機関の連携について検討します。

[回復期]

〔課題③〕

- 回復期リハビリテーション病床が全国より少なく、増加させることが必要です。

<施策>

- 一般病床、療養病床から回復期病床（回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床）への転換を支援します。
- 県リハビリテーション支援センターや地域リハビリテーション広域支援センター等において、リハビリテーション従事者の資質向上、連携強化を推進します。

[連携]

〔課題④〕

- 日常生活への復帰に向けて、急性期、回復期、維持期・生活期への円滑な移行や再発予防が重要であり、引き続き地域連携クリティカルパスによる医療連携や、介護分野との連携を一層推進することが必要です。

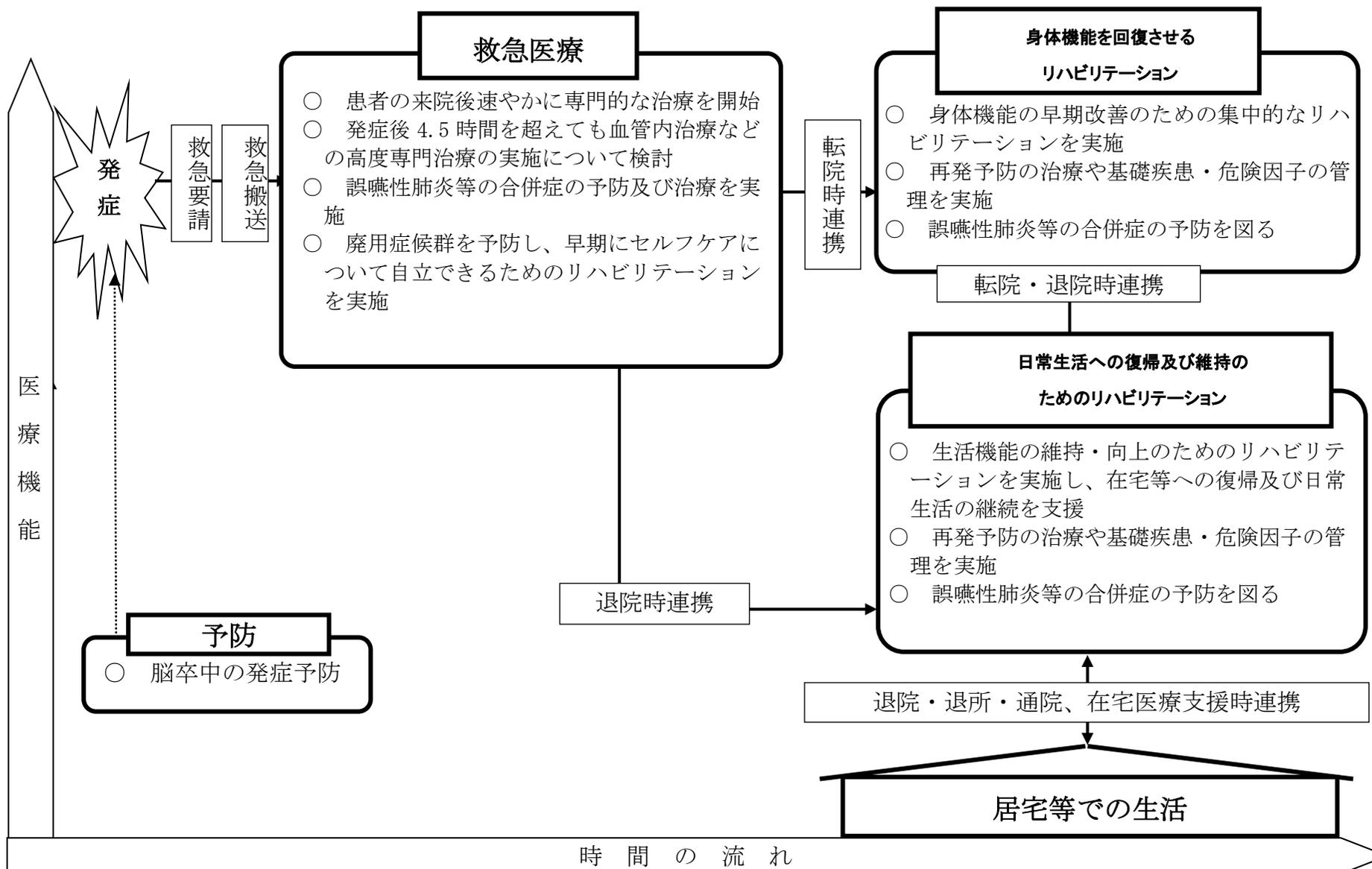
<施策>

- 脳卒中に係る地域連携クリティカルパスの作成・普及を促進します。
- 富山県脳卒中情報システムの活用により、県内の脳卒中患者の発症状況、回復期等の診療状況や連携状況の情報を把握し、急性期と回復期等の連携を図るなど、脳卒中对策に活用します。
- 入退院支援ルール の普及、介護保険利用者における退院時の医療機関及びケアマネジャーの連携により、病院と在宅の連携を強化します。
- 「富山県地域リハビリテーション推進会議」を設置し、医療介護関係者の代表者等による地域リハビリテーション支援体制の充実に向けて協議します。
- 厚生センター単位で、リハビリテーション関係機関等からなる「地域リハビリテーション連絡調整会議」を通じ、地域の医療介護関係者の連携を推進します。
- 地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンターを指定し、協力機関と連携しながら、市町村介護予防事業等へリハビリ専門職等を派遣し、高齢者の介護予防・重度化防止に係る取組みの充実に努めます。
- 脳卒中・心臓病等総合支援センター(富山大学附属病院)、富山県脳卒中・心臓病医療ケア従事者連合等と連携し、地域の医療機関への支援や情報提供を行う等、協力体制の強化と包括的な支援体制を構築することで、地域の患者支援体制の充実を図ります。
- 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よう連携を推進します。

第5 数値目標

| 指標名及び指標の説明 | 現状 | 国 | 2029年 | 出典等 |
|--|------------------|------------------|-------------------|---|
| 脳卒中の年齢調整死亡率 (人口10万対) | 男101.8 女 64.6 | 男 93.8 女 56.4 | 全国値以下 | 人口動態特殊報告 (2020年) |
| 脳梗塞に対する血栓回収 療法の実施可能な医療機 関(人口10万対) | 0.8~1.0 | 0.6~0.7 | 全国値以上 | NDB(2021年度) |
| 脳卒中リハビリテーショ ンが実施可能な医療機関 (人口10万対) | 7.4 | 6.4 | 全国値以上 | NDB(2021年度) |
| 回復期リハビリテーショ ン病床数(人口10万対) | 48床 | 68床 | 増加 | 病床機能報告(2022 年) |
| 喫煙率 | 男27.3% 女 4.6% | 男27.1% 女 7.6% | 男 21.0% 女 2.0% | 県：健康づくり県民意 識調査(2021年) 国： 国民健康・栄養調査 (2019年) |
| 特定健康診査受診率 | 62.9% | 58.6% | 70% | 特定健康診査・特定保 健指導に関するデー タ(2021年) |
| 特定保健指導実施率 | 29.6% | 28.4% | 45% | 特定健康診査・特定保 健指導に関するデー タ(2021年) |
| 脳梗塞患者に対するt-PA による血栓溶解療法実施 件数(人口10万対) | 10.1~10.9 件 | 12.0~12.4 件 | 増加 | NDB(2021年度) |
| 地域連携クリティカルパ スに基づく診療計画作成 件数(人口10万対) | 60.3件 | 32.0~32.2件 | 増加 | NDB(2021年度) |
| 脳卒中患者に対する療 養・就労両立支援の実施 件数(人口10万対) | 0.0件 | 0.1~0.2件 | 増加 | NDB(2021年度) |
| 在宅等生活の場に復帰し た患者の割合 | 55.7% | 55.2% | 増加 | 患者調査(2020年) |

NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース(ナショナルデータベース)



第7 現状把握のための指標

| 指標名及び指標の説明 | 国 | 現状 (直近) | 参考値 | 出典等 |
|--|------------------|------------------|-------------------------|--|
| 脳卒中の年齢調整死亡率 (人口10万対) | 男 93.8 女 56.4 | 男101.8 女 64.6 | — | 人口動態特殊報告 (2020年) |
| 脳梗塞に対する血栓回 収療法の実施可能な医 療機関 (人口10万対) | 0.6~0.7 | 0.8~1.0 | — | NDB (2021年度) |
| 脳卒中リハビリテーシ ョンが実施可能な医療 機関 (人口10万対) | 6.4 | 7.4 | — | NDB (2021年度) |
| 回復期リハビリテーシ ョン病床数 (人口10万 対) | 68床 | 48床 | 48床 (2021年) | 病床機能報告(2022年) |
| 喫煙率 | 男27.1% 女 7.6% | 男27.3% 女 4.6% | — | 県：健康づくり県民意 識調査 (2021年) 国： 国民健康・栄養調査 (2019年) |
| 特定健康診査受診率 | 58.6% | 62.9% | 61.7% (2019年) | 特定健康診査・特定保 健指導に関するデータ (2021年) |
| 特定保健指導実施率 | 28.4% | 29.6% | 29.3% (2019年) | 特定健康診査・特定保 健指導に関するデータ (2021年) |
| 高血圧性疾患患者の年 齢調整外来受療率(人口 10万対) | 215.3 | 196.7 | 201.1 (2017年) | 患者調査 (2020年) |
| 脳梗塞患者に対する t-PA による血栓溶解療 法実施件数 (人口10万 対, レセプト件数) | 12.0~12.4件 | 10.1~10.9件 | 16.6件 (2019年) | NDB (2021年度) |
| 血栓溶解療法の実施可 能病院数(人口10万対) | 0.9施設 | 1.0施設 | 0.95施設 (2020年) | 診療報酬施設基準 (2020年) |
| 脳外科医師数 神経内科医師数 (人口10万対) | 5.8人 4.5人 | 6.0人 3.1人 | 6.1人 2.4人 (2018年) | 医師・歯科医師・薬剤 師統計 (2020年) |
| 脳卒中ケアユニットを 有する病院数 (人口10 万対) | 0.2施設 | 0.1施設 | 0.1施設 (2019年) | 診療報酬施設基準 (2020年) |

| | | | | |
|--|----------------|--------|-----------------|-----------------|
| リハビリテーションが可能な医療機関数(人口10万対) | 6.4施設 | 7.5施設 | 7.0施設(2020年) | 診療報酬施設基準(2020年) |
| 脳卒中患者リハビリテーション実施件数(人口10万対, レセプト件数) | 742.2件 | 905.0件 | 1,380.2件(2019年) | NDB (2021年度) |
| 地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成件数(人口10万対, レセプト件数) | 32.0～ 32.2件 | 60.3件 | 24.1件(2019年) | NDB (2021年度) |
| 脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数(人口10万対) | 0.1～ 0.2件 | 0.0件 | — | NDB (2021年度) |
| 退院患者平均在院日数 | 79.2日 | 93.8日 | 106.2日(2017年) | 患者調査(2020年) |
| 在宅等生活の場に復帰した患者の割合 | 55.2% | 55.7% | 54.2%(2017年) | 患者調査(2020年) |

NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース）