

## 第2節 脳卒中医療

### 1 目指すべき姿

脳卒中の予防と早期発見を進めるとともに、発症後の迅速かつ専門的な診療から、病期に応じたリハビリテーション、在宅療養まで、医療サービスが連携・継続して実施される体制を構築します。

### 2 現状と課題

#### (1) 予防・早期発見

脳卒中（脳血管疾患）は、県民の死因の第4位です（5, 159人、8.1%：平成28年（2016年）人口動態統計（厚生労働省））。

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病、脂質異常症、不整脈、喫煙、過度の飲酒なども危険因子となります。

健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。

#### (2) 急性期・回復期・維持期医療

脳卒中を疑うような症状が出現した場合、速やかに専門の医療機関を受診できるよう、本人や家族等周囲にいる人が迅速に救急要請等を行うことが重要です。

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、さらに後遺症も少なくなります。このため、救急救命士を含む救急隊員が適切に観察・判断・処置を行い、専門的な治療が可能な医療機関に迅速に搬送することが重要です。

脳卒中の急性期には、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、適応患者に対し発症後4.5時間以内に行う血栓溶解療法（t-PA療法）や、血栓を回収除去等して脳血流を再開通させる血栓回収療法などが有効な治療法です。脳出血では、血圧や脳浮腫の管理等が主体であり、出血部位によって手術が行われることがあります。くも膜下出血では、再破裂の防止を目的に開頭手術や血管内治療を行います。

脳卒中の急性期診療においては、単一の医療機関で24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することは困難な場合があることから、地域の複数の医療機関が連携し、ICTを活用した情報共有や円滑な転院体制の構築が求められます。

脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられます。急性期には、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たリハビリテーションが行われます。

脳卒中患者の急性期後の状態は様々であり、必ずしも全ての患者が、回復期リハビリテーションに移行しませんが、回復期には、身体機能を回復させるリハビリテーションが、維持期には、日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテ

ーションが行われます。

回復期から維持期には、脳卒中の再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が、多職種により行われることが大切です。

リハビリテーションを行ってもなお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となります。そのため、患者の状態に応じた医療の提供、施設間の連携、患者情報の共有に基づく疾病管理が必要となります。

脳卒中の後遺症として、口腔機能の著しい低下があり、誤嚥性肺炎の予防等のために、早期からの摂食・嚥下リハビリテーションや口腔ケアの対策が必要です。

このため、入院患者の歯・口腔の健康や機能の状況を診査する口腔アセスメントを実施し、必要に応じて助言・指導を行うほか、歯科医療機関につなぐことが必要です。

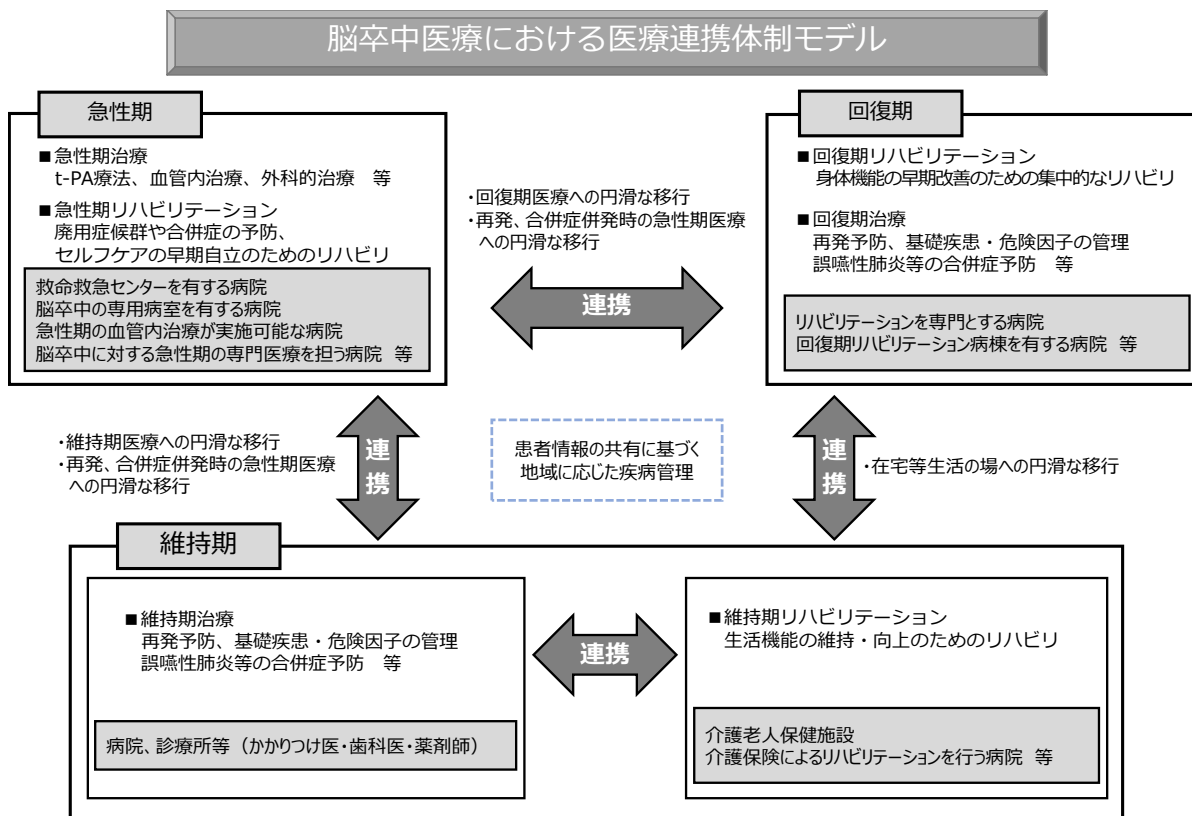
また、脳卒中の後遺症として、記憶力や注意力の低下などの症状が現れ、日常生活や社会生活に支障が出る高次脳機能障害になった方が、必要な医療やサービスを受けられるよう、適切な診断がなされることが必要です。

重度の後遺症により退院や転院が困難な患者については、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関とが連携し、総合的かつ切れ目のない対応が必要です。

### 3 課題への対応

- (1) 食生活・運動等に関する望ましい生活習慣の確立を図ります。
- (2) 医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導の活動を支援します。
- (3) 救急搬送体制の充実とともに救急隊と医療機関との連携強化を図り、速やかに専門的な診療が開始される体制の構築を促進します。
- (4) 医療機関の機能分化を進め、急性期から回復期、維持期まで地域における医療連携体制の構築を促進します。
- (5) 入院患者の歯・口腔の健康管理を促進します。
- (6) 退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、在宅における看取りなど在宅医療を担う機関相互の連携強化を図ります。
- (7) 在宅医療において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護職員など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築します。

【図表3-1-2-1 脳卒中医療における医療連携体制モデル】



#### 4 主な取組

- (1) 生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進
- (2) 食育の推進
- (3) 特定健康診査・特定保健指導など生活習慣病を予防する取組の支援
- (4) 救急救命士の養成及びプレホスピタル・ケア（病院前救護）の充実
- (5) ドクターヘリを活用した早期治療の推進
- (6) 救急医療情報システムの運営及び機能充実
- (7) 急性期脳梗塞治療ネットワークなどの連携体制の構築
- (8) 医療機関の機能分化と連携の促進
- (9) 地域において在宅療養を支援する連携体制の構築
- (10) 患者を支える多職種連携システムの確立
- (11) 口腔アセスメントの充実

#### 5 指標

■ 特定健康診査受診率

現状値 50.9% → 目標値 70%  
 (平成27年度) (平成35年度)

■ 急性期脳梗塞治療（t-P A療法や血栓回収療法）の実施件数

現状値 917件 → 目標値 1,800件

（平成28年度）

（平成35年度）

部-章-節	頁	指標名	現状値		目標値		指標の定義	指標の選定理由	目標値の根拠
			現状値	左記の基準時点(年度、年、年度末、年末等)	目標値	左記の基準時点(年度、年、年度末、年末等)			
3-1-1	99	大腸がん検診受診率	男42.8% 女38.5%	平成28年	男50.0% 女50.0%	平成34年	検診対象者に対する大腸がん検診受診者の割合。	定期的な検診によりがんを早期に発見し、早期治療により患者の予後の改善と死亡率の減少に有効であることから、この指標を選定。	がん対策推進基本計画(厚生労働省H29.10)に基づく、がん検診受診率について、50%を達成する目標であることを踏まえ、この目標値を設定。
3-1-1	99	子宮がん検診受診率	30.3%	平成28年	50.0%	平成34年	検診対象者に対する子宮がん検診受診者の割合。	定期的な検診によりがんを早期に発見し、早期治療により患者の予後の改善と死亡率の減少に有効であることから、この指標を選定。	がん対策推進基本計画(厚生労働省H29.10)に基づく、がん検診受診率について、50%を達成する目標であることを踏まえ、この目標値を設定。
3-1-1	99	乳がん検診受診率	35.1%	平成28年	50.0%	平成34年	検診対象者に対する乳がん検診受診者の割合。	定期的な検診によりがんを早期に発見し、早期治療により患者の予後の改善と死亡率の減少に有効であることから、この指標を選定。	がん対策推進基本計画(厚生労働省H29.10)に基づく、がん検診受診率について、50%を達成する目標であることを踏まえ、この目標値を設定。
3-1-2	102	特定健康診査受診率	50.9%	平成27年度	70%	平成35年度	生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、医療保険者に義務付けられた特定健康診査受診者の割合。	県民の生活習慣病予防のためには、早期発見及び生活習慣の改善が重要であることから、この指標を選定。	国の全国的な目標が70%であり、国の目指す目標まで引き上げるものとして、この目標値を設定。
3-1-2	103	急性期脳梗塞治療(t-PA療法や血栓回収療法)の実施件数	917件	平成28年度	1,800件	平成35年度	急性期脳梗塞治療を必要とする患者に対し、埼玉県急性期脳梗塞治療ネットワークに参加する医療機関がt-PA療法や血栓回収療法を実施した件数。	急性期脳梗塞は、t-PA療法や血栓回収療法により、できるだけ早期に治療を行うことで後遺症が軽くなり、予後も良好になることから、この指標を選定。	今後、埼玉県急性期脳梗塞ネットワークに参加する医療機関の受入体制が強化されることから、平成28年度の実施件数の約2倍を目指して、この指標を選定。
3-1-3	106	特定健康診査受診率(再掲)	50.9%	平成27年度	70%	平成35年度	生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、医療保険者に義務付けられた特定健康診査受診者の割合。	県民の生活習慣病予防のためには、早期発見及び生活習慣の改善が重要であることから、この指標を選定。	国の全国的な目標が70%であり、国の目指す目標まで引き上げるものとして、この目標値を設定。
3-1-4	108	特定健康診査受診率(再掲)	50.9%	平成27年度	70%	平成35年度	生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、医療保険者に義務付けられた特定健康診査受診者の割合。	県民の生活習慣病予防のためには、早期発見及び生活習慣の改善が重要であることから、この指標を選定。	国の全国的な目標が70%であり、国の目指す目標まで引き上げるものとして、この目標値を設定。
3-1-4	109	糖尿病と歯周病に係る医科歯科連携協力歯科医療機関数(再掲)	292機関	平成28年度	1,200機関	平成35年度	歯科医師等が糖尿病と歯周病の関係を理解し、医科歯科の連携強化等を目的に開催される講習会に参加することで、登録される歯科医療機関数。	歯周病と血糖コントロールの関係性が指摘されており、医科歯科連携の必要性が分かっている。このことから、医科歯科連携による糖尿病予防や改善が重要であるため、この指標を選定。	県歯科医師会登録医療機関数約2,400施設の50%に当たる施設数を目標として、この目標値を設定。

脳卒中医療							全国	埼玉
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数:人口(千人)							128,066	7,323
面積(Km2)							377,971	3,798
病期	SPO	指標名	調査名等	調査年				
予防	P	健康診断・健康検査の受診率	国民生活基礎調査	平成25年		健診受診者数/調査対象者数	66.2	67.0
予防	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	患者調査	平成26年		受療率を標準人口で補正した値	262.2	247.0
予防 救護 急性期 回復期 維持期	O	年齢調整死亡率	都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)	平成22年	脳血管疾患による年齢調整死亡率(男性)	人口10万人当たり	49.5	51.0
			都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)	平成22年	脳血管疾患による年齢調整死亡率(女性)	人口10万人当たり	26.9	29.2
救護	P	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	救急救助の現況	平成26年	救急要請(覚知)から医療機関への搬送までに要した平均時間	分	39.4	45.5
急性期	S	脳卒中を専門とする医療従事者数	日本看護協会	平成28年11月1日現在	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師数	総数	641	28
						人口10万人当たり	0.5	0.4
維持期	O	脳血管疾患患者の在宅死亡割合	人口動態調査	平成27年		在宅等での死亡者数/死亡者数	21.8	16.8