

(2) 脳卒中

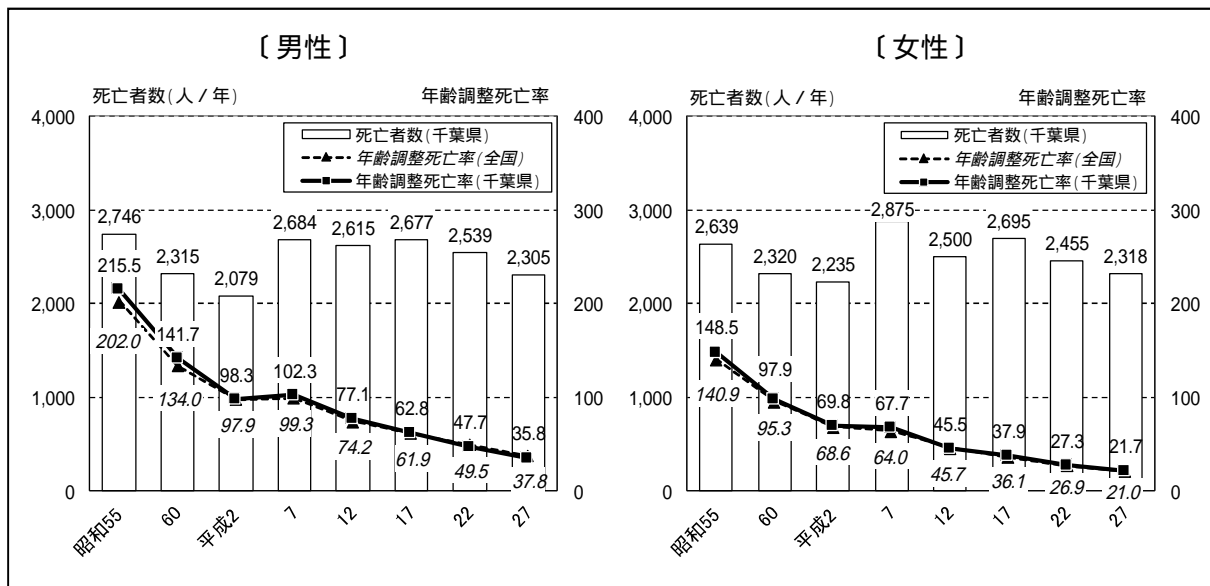
(ア) 施策の現状・課題

脳卒中*を含む脳血管疾患*により救急搬送された患者数は、本県においては1.2万人(平成26年度)となっています。平成28年の脳血管疾患による本県の年間死亡者数は、4,584人と死亡者総数の8.1%を占め、死因順位の第4位です。

また、人口10万対の年齢調整死亡率*(平成27年)は減少傾向にあり、男性は35.8(全国37.8)で高い順に全国第31位、女性は21.7(全国21.0)で第20位となっています。

脳梗塞*、脳出血*、くも膜下出血*等の脳卒中は、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(記憶障害、注意障害等)*などの後遺症が残ることがあり、介護が必要となった主な原因の16.6%は脳血管疾患であり、割合の高い順では主な原因の第2位となっています。

図表 2-1-1-2-2-1 脳血管疾患による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計(厚生労働省)、人口動態統計特殊報告(厚生労働省)

〔予防〕

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、糖尿病、脂質異常症*、不整脈*、慢性腎臓病*、睡眠時無呼吸症候群*、喫煙、過度の飲酒なども危険因子です。発症予防のためには、適正な体重の維持及び減塩、栄養素を適量摂る食生活と運動習慣の実践などの生活習慣の改善が重要です。また、高血圧や糖尿病などの適切な治療も必要です。

喫煙は脳卒中発症の大きなリスクであることが確認されており、受動喫煙*の防止や禁煙の支援等に関する情報提供等のたばこ対策が求められます。

医療保険者は生活習慣病予防に向けて特定健診*・特定保健指導*を実施するとともに、医師の判断に基づき、眼底検査*等の詳細な健診を追加実施するなど、脳卒中やそのハイリスク者*の早期発見に努める必要があります。

健診結果に応じて医療機関への受診を勧奨したり、一人ひとりの生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施したりするなどにより、血圧のコントロールを図り脳卒中の発症予防に努める必要があります。

〔発症直後の対応、診断と急性期の医療〕

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は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要です。できるだけ早く治療をはじめることにより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対応が必要です。

そのため、県民に脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性を周知させるように啓発を進める必要があります。

脳卒中の正確な診断により、個々の病態に応じた治療を行う必要があることから、早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することが重要です。

急性期*の診療提供体制の構築に当たっては、組織プラスミノゲン・アクチベータ(t-PA)*の静脈内投与、血栓回収療法*など、治療開始までの時間が短いほど有効性の高い治療があることを踏まえ、特に時間的制約の観点を考慮する必要があり、単一の医療施設で、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することが困難な場合は、地域における複数の医療施設が連携し、24時間体制を確保することが求められます。

〔リハビリテーション〕

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。

急性期においては、全身管理のもとに、早期離床を図るとともに誤嚥性肺炎*等の廃用性症候群*の予防や治療を行い、歩行やセルフケアの早期自立を目的としてリハビリテーションを実施します。

回復期*においては、機能回復や日常生活動作(ADL)等の向上を目指し、自宅や地域に戻ることを目的とします。維持期(生活期)においては残存した機能を活用し、歩行や生活機能の維持・向上により地域での生き生きとした生活の実現を目的に実施します。

後遺症として身体活動・高次脳機能・言語・摂食嚥下等に障害を残した場合であっても、必要なりハビリテーションを継続して受けられ、生活の質を落とすことなく、住み慣れた地域で生活できるような体制づくりが必要です。

また、今後は、専門教育等を受けた医師やスタッフによるリハビリテーションの実施など、より質の高いリハビリテーションに向けて取り組む必要があります。

〔急性期以後の医療・在宅療養〕

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、適切なりハビリテーション等の実施が必要であり、多職種によるアプローチが重要です。在宅療養を支える介護サービスとの連携も重要です。脳卒中の

発症から在宅等における維持期（生活期）まで切れ目のない医療・介護を提供するため、連携のための情報共有ツールの活用が求められます。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

脳卒中の循環型地域医療連携システム^{*}は、県民が身近な地域で質の高い脳卒中医療を受けることができるよう、脳卒中急性期対応医療機関、回復期対応医療機関、療養施設、かかりつけ医^{*}、在宅療養支援診療所^{*}、かかりつけ歯科医^{*}、在宅療養支援歯科診療所^{*}、かかりつけ薬剤師・薬局^{*}、訪問薬剤管理指導等対応薬局^{*}、訪問看護ステーション^{*}など、脳卒中医療を提供する各機関に加え、在宅ケアを支援する地域包括支援センター^{*}、居宅介護支援事業所^{*}等の連携により構築します。行政、保険者による特定健診・特定保健指導における予防対策や受診勧奨、脳卒中に関する知識の普及・啓発も含まれます。

かかりつけ医は、危険因子となる生活習慣の改善の指導や、疾病の早期発見・治療をするとともに、手や足のしびれ等の症状があり、脳卒中の可能性があると診断した場合や、一過性脳虚血発作（TIA）^{*}を疑う場合について、速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関を紹介します。その後の検査の結果、脳卒中と診断された場合には、患者は当該医療機関にて入院治療を受けることとなります。

また、本人や家族等、周囲にいる者は、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請する等の対応を行います。

救急救命士^{*}を含む救急隊員は、メディカルコントロール^{*}体制の下で定められた基準に即して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行ったうえで対応が可能な医療機関に搬送します。

その後の検査の結果、脳卒中と診断された場合には、患者は当該医療機関等、適切な医療機関にて入院治療を受けることとなります。

軽症^{*}の場合には退院後自宅に戻り、引き続きかかりつけ医にて治療を受けることとなりますが、急性期治療終了後の病状により、患者は在宅復帰に向けた治療やリハビリテーションを目的に回復期対応医療機関に転院することもあります。

急性期対応医療機関は、かかりつけ医からの紹介や救急隊による搬送患者に対して、t-PA治療などの専門的な治療を行います。また、必要に応じて血管内治療や外科的治療等が実施できる病院に転院させます。なお、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保するため、急性期対応医療機関は、必要に応じて隣接圏域等の急性期対応医療機関と互いに補完しあいます。

回復期対応医療機関では、早期に在宅に復帰できるよう、専門医療スタッフにより、失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの障害の改善及びADLの向上を目的とした、集中的なりハビリテーション等を実施します。

維持期においては、地域における療養施設、かかりつけ医、在宅療養支援診療所、

かかりつけ歯科医、在宅療養支援歯科診療所、かかりつけ薬剤師・薬局、訪問薬剤管理指導等対応薬局、訪問看護ステーション、など、脳卒中医療を提供する各関係機関に加え、維持期リハビリテーションを提供する施設や、在宅ケアを支援する関係機関により、地域での連携を進めます。

急性期対応医療機関と回復期対応医療機関、維持期に対応する関係機関、地域のかかりつけ医等が、それぞれの機能に応じた役割分担に基づいて連携を強化することによる効果的な脳卒中治療体制の整備を進めます。

(ウ) 施策の具体的展開

〔生活習慣と脳卒中の関係についての周知〕

栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と脳卒中の危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。

特定健診等の定期的な健診を受診する必要性について、また、高血圧や糖尿病等の疾病の適切な治療が脳卒中の発症予防につながることに、周知します。

危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、保健指導従事者に対する研修を実施します。

未成年者の喫煙防止、受動喫煙防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策を推進します。

〔特定健診・特定保健指導による生活習慣病予防対策の推進〕

特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、受診率を高めることができるよう、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービスの提供・健康管理体制の整備を推進します。

今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果や効果的な実践例を情報発信します。

特定保健指導の実施率を高めるため、保健指導従事者等のスキルアップをはじめ保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

〔脳卒中発症時の対応に関する啓発〕

本人や家族等、周囲にいる者が、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請する等の対応を行えるよう、発症時の症状に関する知識を普及啓発します。

〔救急医療体制の整備〕

早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することができるよう、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準*の継続的な見直しを行い、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受け入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

〔地域リハビリテーション支援体制の整備〕

地域のリハビリテーション実施機関を対象とした研修や相談対応、支援を行う「地域リハビリテーション広域支援センター*」を二次保健医療圏ごとに概ね1箇所指定し、地域リハビリテーション*支援体制の整備を図ります。

〔退院支援〕

患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を促進します。

多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやICT*等の活用の検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組めます。

県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療連携協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組めます。

(エ) 施策の評価指標

〔基盤(ストラクチャー)〕

指 標 名	現状	目標
t - P A の静脈内投与について 24時間対応可能な病院	30箇所 (平成29年6月)	増加 (平成35年度)
地域包括ケア病棟*の病床*数(人口 10万対)	22.8床 (平成29年8月)	41.4床 (平成35年度)
医療施設従事医師数(神経内科) (人口10万対)	2.9人 (平成28年)	増加 (平成34年)
医療施設従事医師数(脳神経外科) (人口10万対)	4.6人 (平成28年)	増加 (平成34年)
在宅患者訪問診療実施診療所数・病 院数	767箇所 (平成27年)	976箇所 (平成32年)
機能強化型訪問看護ステーション* 数	16箇所 (平成29年6月)	28箇所 (平成32年)
脳卒中の診療を行う病院における 地域医療連携パス*(脳卒中)導入 率	50.8% (平成29年6月)	80% (平成35年度)

〔過程(プロセス)〕

指 標 名	現状	目標
成人の喫煙率	男性 25.1% 女性 8.4% (平成27年度)	男性 20.0% 女性 5.0% (平成34年度)
成人の1日当たり食塩摂取 量	男性 10.9g 女性 9.4g (平成27年度)	男性 8g 女性 7g (平成34年度)

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	40～64歳 男性 28.0% 女性 27.0% 65歳以上 男性 38.0% 女性 33.0% (平成34年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 52.9% 保健指導 15.2% (平成27年度)	健康診査 70.0% 保健指導 45.0% (平成35年度)
高血圧の改善 (収縮期血圧の中央値の低下)	男性 129mmHg 女性 127mmHg (平成27年度)	男性 126mmHg 女性 124mmHg (平成34年度)
脂質異常症の減少 (LDL-c 160mg/dl以上の者)	男性 9.9% 女性 15.6% (平成27年度)	男性 6.9% 女性 10.7% (平成34年度)

〔成果(アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
退院患者平均在院日数*(脳血管疾患)	79.1日 (平成26年度)	期間短縮 (平成35年度)
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合(脳血管疾患)	50.8% (平成26年度)	56.3% (平成35年度)
脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	男性 35.8 女性 21.7 (平成27年)	男性 40.2 女性 25.0 (平成34年度)

「脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少」については、現状で目標を達成していますが、関連計画の健康ちば21(第2次)の中間評価を実施した際、各危険因子(高血圧・脂質異常症・喫煙・糖尿病)の目標が達成されていないことから、年齢調整死亡率の減少が予防対策のみによるものではないと考え、平成34年度まで目標値を維持しているため、保健医療計画においても同様の目標とします。