

2 脳卒中

【現状】

(1) 脳卒中の現状

全国の脳血管疾患を原因とした死亡者は年間約 10.9 万人となっており、死亡数全体の 8.4%を占め、死因の第 4 位となっています。

本県では、脳血管疾患を原因とした死亡者は年間約 1,000 人であり、死亡数全体の 8.1%を占め、死因の第 4 位となっています。[厚生労働省「人口動態調査」(平成 28 年)]

脳卒中は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害などの後遺症が残ることが少なくありません。介護が必要になった者のうち、16.6%は脳血管疾患を原因としており、その原因の第 2 位となっています。脳卒中の発症後に、後遺症が残るなどした患者やその家族にとっては、日常生活に極めて大きな影響を与えることになっています。

(2) 香川県の状況

本県における脳卒中を死因とする年齢調整死亡率は、平成 22 年の前回調査から男女ともに低下しています。

神経内科を主たる診療科とする医師数は、人口 10 万人当たり全国平均より少ない一方、脳神経外科を主たる診療科とする医師数は、全国平均より多くなっています。

脳血管疾患により救急搬送された患者数は、人口 10 万人当たりの全国平均より少なく、また、救急要請時から医療機関に収容されるまでの救急搬送時間も全国平均より短くなっています。

脳梗塞患者の発症直後の治療法である t-PA (組織プラスミノゲン・アクチベータ) の静脈内投与による血栓溶解療法については、実施可能な医療機関数、治療実績ともに、人口 10 万人当たりの全国平均を大きく上回っています。また、くも膜下出血患者に対するコイル塞栓術の実績は、人口 10 万人当たりでは全国平均を上回っていますが、脳動脈瘤クリッピング術は全国平均を下回っています。いずれも大川・小豆圏域では実績がありません。

脳血管疾患に係るリハビリテーションに対応できる医療機関数は、人口 10 万人当たりで全国平均を上回っています。一方、在宅復帰を目指し、集中的にリハビリテーションに取り組む、回復期リハビリテーション病棟については、圏域によって地域的偏在が見られるほか、人口 10 万人当たりの病床数も全国を下回っていると同時に、四国の他県と比べると大幅に少なくなっています。

急性期における地域連携クリティカルパスの作成件数をみると、全国平均を上回る実績があがっていますが、大川・小豆圏域では実績がありません。

① 予防関係

健康診断の受診率(人口10万人当たり)

項目	健康診断等 受診率	各県受診率の最高/最低	全国 順位	備考
香川	71.6	75.5/58.2	8	全国順位は受 診率の高い順
全国平均	67.3	—	—	

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成28年)

年齢調整外来受療率(高血圧性疾患)(人口10万人当たり)

項目	年齢調整 外来受療率	各県受療率の最高/最低	全国 順位	備考
香川	265.1	359.7/155.6	27	全国順位は受 療率の高い順
全国平均	262.2	—	—	

出典：厚生労働省「患者調査」(平成26年)に基づく厚生労働省集計値

② 受療関係

脳血管疾患受療率(人口10万人当たり)

項目	受療率	各県受療率の最高/最低	全国 順位	備考
香川(男)	214	370/135	17	全国順位は受 療率の高い順
全国平均(男)	191	—	—	
香川(女)	227	398/143	20	
全国平均(女)	208	—	—	

出典：厚生労働省「患者調査」(平成26年)

③ 治療・連携等の状況

	全県	大川	小豆	高松	中讃	三豊
神経内科医師数 (28年「医師・看護師・薬剤師調査」)	27	0	0	23	2	2
脳神経外科医師数 (28年「医師・看護師・薬剤師調査」)	77	3	1	43	23	7
脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関 数(28年3月「脳血管疾患等リハビリテーション料(1)」 届出数)	26	2	0	11	8	5
t-PA(組織プラスミノゲン・アクチベータ)の静 脈内投与による血栓溶解療法が実施可能な病院数 (28年3月「超急性期脳卒中加算」届出数)	11	0	0	6	4	1
t-PA(組織プラスミノゲン・アクチベータ)の静 脈内投与による血栓溶解療法実施件数 (27年度「t-PA製剤投与」レセプト件数)	151	0	0	98	40	13

脳動脈瘤クリッピング術の実施件数 (27年度「脳動脈瘤クリッピング手術」レセプト件数)	67	0	0	32	21	14
脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数 (27年度「脳動脈瘤コイル塞栓術」レセプト件数)	37	0	0	27	10	0
地域連携クリティカルパスによる診療計画作成の実施件数 (27年度「脳卒中に係る地域連携診療計画管理料」レセプト件数)	620	0	0	276	178	166
リハビリテーションの実施件数 (27年度「脳血管疾患等リハビリテーション料(1～3)」レセプト件数)	810,947	37,066	4,836	367,849	149,969	251,227
回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関数 (29年8月「回復期リハビリテーション病棟」施設基準届出数)	15	0	0	8	4	3
回復期リハビリテーション病棟の病床数 (29年8月「回復期リハビリテーション病棟」施設基準届出数)	598	0	0	255	146	197
脳卒中患者における嚥下機能訓練の実施件数 (27年度「脳卒中に係る摂食機能療法」レセプト件数)	1,7416	933	793	7,999	3,610	4,081
在宅等生活の場に復帰した患者の割合 (26年患者調査)	62.6	57.1	40.0	69.7	48.7	57.5

④ 平均在院日数・死亡率

脳血管疾患 病院の退院患者平均在院日数

項目	日数	各県日数の最高/最低	全国順位	備考
香川	65.9	132.3/58.2	7	全国順位は 日数の短い順
全国平均	89.1	—		

出典：厚生労働省「患者調査」(平成26年)

脳卒中 年齢調整死亡率 (人口10万対)

項目	H22	各県の率の 最高/最低	全国 順位	H27	各県の率の 最高/最低	全国 順位
香川(男)	38.6	70.1/38.6	1	37.6	52.8/26.4	23
全国平均(男)	49.5	—	—	37.8	—	—
香川(女)	20.6	37.1/20.6	1	18.1	29.3/16.6	7
全国平均(女)	26.9	—	—	21.0	—	—

※全国順位は死亡率の低い順 出典：厚生労働省「人口動態特殊報告」(平成27年)

【課題】

(1) 発症予防

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、その他、糖尿病や高脂血症、喫煙や不整脈、歯周病なども危険因子であり、生活習慣の改善や基礎疾患の適切な治療が重要です。

(2) 応急手当・病院前救護

脳卒中を疑うような症状が出現した場合は、速やかに専門の医療機関を受診できるようにすることが重要です。具体的には、発症後2時間以内に専門的な治療が受けられる医療機関に到着できることが必要とされています。

このため、本人や家族等周囲にいる者は、発症後速やかに救急搬送の要請を行うことが必要であり、救急救命士等においては、適切な観察・判断・処置の上、急性期医療を担う医療機関に2時間以内に速やかに搬送することが求められます。

(3) 救急医療【急性期】

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、くも膜下出血などの個々の病態に応じた治療が行われることとなりますが、いずれにせよ、脳卒中の急性期治療を担う医療機関においては、患者の来院後1時間以内（発症後3時間以内）に専門的な治療を開始することが肝要です。また、廃用症候群や合併症の予防のため、早期にリハビリテーションを実施することも求められます。

(4) 身体機能を回復させるリハビリテーション【回復期】

回復期においては、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が求められます。また、併せて再発予防を目的とした生活や食事、服薬指導等の患者教育の実施や基礎疾患・危険因子の管理が求められるなど、回復期リハビリテーションにおける役割は重要です。

一方、本県における人口10万人当たりの回復期リハビリテーション病棟の整備状況は、全国平均を下回っていると同時に、四国の他の3県に比較しても最下位に位置しています。超高齢化の状況を踏まえると、急性期からの受け皿となる回復期リハビリテーション病棟の整備促進が必要です。

(5) 日常生活への復帰及び生活維持のためのリハビリテーション【維持期】

維持期においては、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ことにより、在宅への復帰及び日常生活の継続を支援することが求められます。

(6) 生活の場における療養【維持期】

患者が在宅等の生活の場で療養できるよう、薬局や訪問看護ステーション等と連携して在宅医療を実施するとともに、介護・福祉サービス等との連携により在宅医療を支援することが求められています。

併せて、最期まで在宅等での療養を望む患者に対する看取りを行うことも求められます。

(7) 歯科医療による口腔機能リハビリテーション及び口腔管理

脳卒中はその発生原因の一つに口腔内細菌の血管への侵入によるアテロームプラーク（アテローム硬化）が示唆されており、口腔ケアによる予防が望まれます。

また、発症後は、後遺症が残ることが多く、口腔機能についても障害が発生する場合があることから、経口摂取への移行に向けた口腔機能リハビリテーション（食べて飲み込む訓練）を、適切な評価に基づき、できるだけ早期から実施する必要があります。また、脳卒中の後遺症として嚥下障害がある場合、軟口蓋挙上装置（パラタルリフト）や舌触補助床など、歯科医療機関が作成する装置が有効な場合もあるので、歯科専門職と連携をとったりリハビリテーションの実施が望まれます。

さらに、口腔ケアは、脳卒中の合併症としての誤嚥性肺炎を予防する効果があり、急性期、回復期、維持期を通して、口腔機能管理を継続することも重要です。

(8) 医療連携

発症直後の急性期において、高度・専門的な脳分野の手術が可能な医療機関は限定されており、その後の回復期や維持期など医療機関の役割分担が細分化していることから、日頃から連携する医療機関等の中での情報共有・交換や、地域連携クリティカルパスを活用した連携体制の構築が重要となっています。

【対策】

(1) 予防関係

「健やか香川21ヘルスプラン（第2次）」に基づき、関係機関と連携して、各年代に応じた生活習慣改善の取組みを推進し、生活習慣病全般の発症予防に努めるとともに、基礎疾患の受診・治療を進めます。

(2) 医療関係

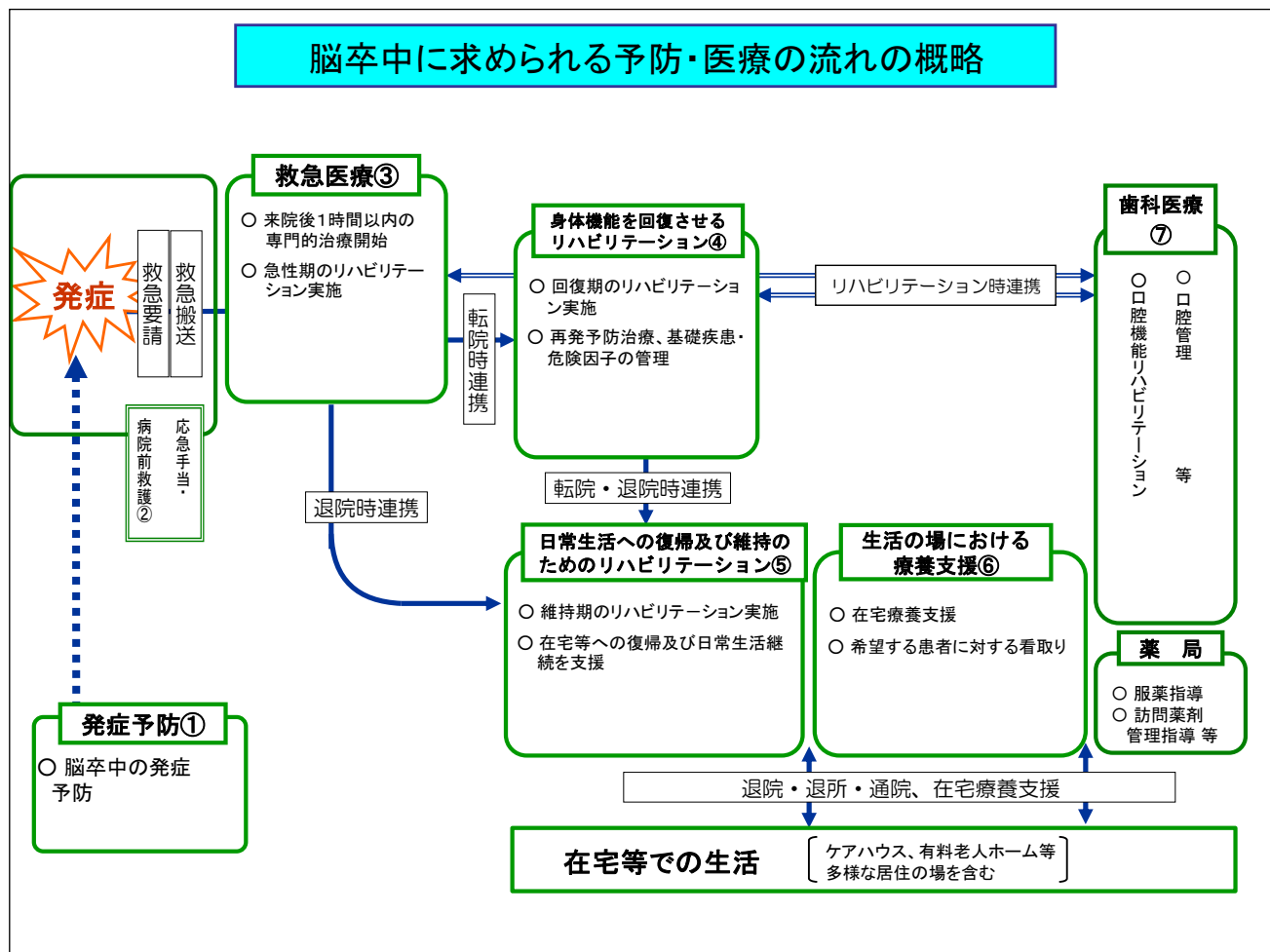
① 連携体制の構築について

行政機関や歯科医療機関を含む関係医療機関、介護サービス事業所などにおいて積極的に話し合いを進め、脳卒中医療に関する連携体制を構築するよう努めます。なお、連携体制を構築するに当たって、求められる予防・医療の流れを大まかに示すと、次ページの図のとおりです。

また、急性期から回復期・維持期・在宅や介護事業所までの関係機関の情報共有化を図るため、地域連携クリティカルパス等の活用を促進し、適用機関の拡大を進めます。

② 医療機能を担う医療機関等の名称の公表について

脳卒中に係る各段階の医療を担う具体的な医療機関等の名称を、別途調査の上、インターネット等を通じて公表します。



③ 発症直後の医療等について

一般県民の救護処置等に関する普及啓発を進めるとともに、救急医療体制の整備・充実を図り、発症直後の医療体制の強化を進めます。

④ リハビリテーション等の充実

脳卒中による日常生活動作の低下を防ぐため、集中的にリハビリテーションを実施して在宅復帰を目指す回復期リハビリテーション病棟の整備を促進するとともに、急性期から維持期に至るリハビリテーション体制の充実を図ります。

また、脳卒中患者の口腔機能管理ができる歯科医師等を養成し、医療・介護関係職種との連携により、適切な口腔ケア・口腔機能リハビリを推進します。

【数値目標】

(1) 脳血管疾患年齢調整死亡率

項目	年齢調整死亡率(H27) (人口10万人当たり)		目標	目標年次
	香川県	全国平均		
男性	37.6	37.8	26.4	平成35年度 (2023年度)
女性	18.1	21.0	16.6	平成35年度 (2023年度)

(2) 脳卒中地域連携クリティカルパスの運用

項目	現状	目標	目標年次
地域連携クリティカルパスの運用	運用中	運用継続	平成35年度 (2023年度)

(3) 在宅等生活の場に復帰した患者の割合

項目	現状	目標	目標年次
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	62.6	65.0	平成35年度 (2023年度)