

第4節 脳卒中医療

(現状及び課題)

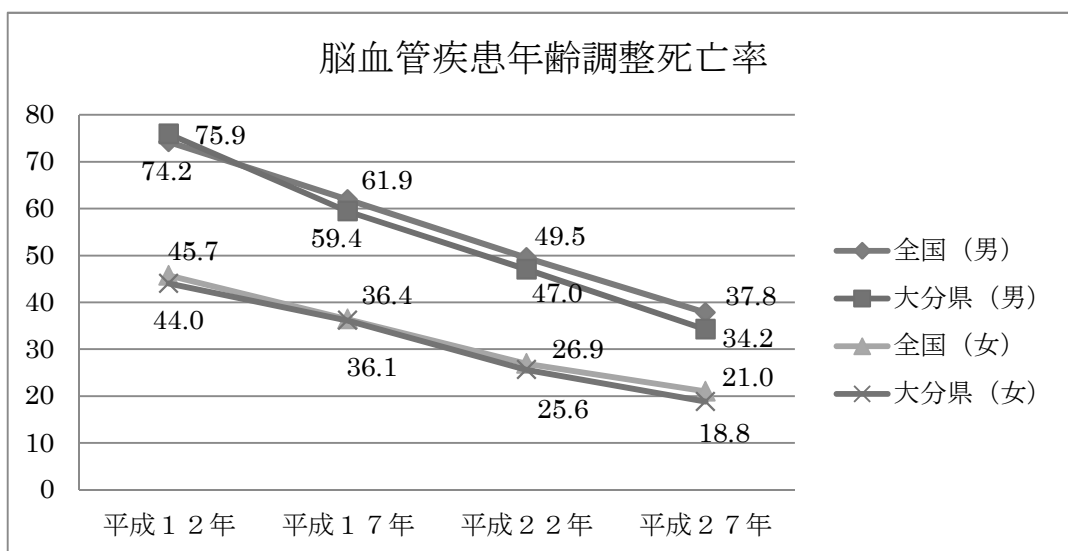
(1) 脳卒中による死亡の現状

- 平成28年の人口動態統計によると、本県における脳卒中（脳血管疾患）の死亡者数は、1,222人で総死亡数に占める割合は8.6%であり、死亡原因の第4位となっています。

脳卒中は、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他に大別され、死亡数の内訳は、脳梗塞730人、脳内出血321人、くも膜下出血127人、その他44人となっています。

また、脳卒中の死亡率（人口10万人あたり）は、106.3で、全国平均の87.4に比べ高くなっています。その内訳は、脳梗塞63.5、脳内出血27.9、くも膜下出血11.0、その他3.8となっています。

一方、年齢調整死亡率（人口10万人あたり）をみると、平成27年で男性34.2（全国平均37.8）、女性18.8（全国平均21.0）と、全国よりやや低くなっています。



資料：厚生労働省「人口動態特殊報告」

(2) 発症予防

- 脳卒中を予防するためには、高血圧や脂質異常症、喫煙等の危険因子を知り、それに対して自分がどのような状態であるのかを把握し、生活習慣を改善することが必要です。

また、心臓内部にできた血栓が脳動脈に流れ込み、脳塞栓症を引き起こすなど、脳卒中発症は心疾患とも関係があるため、心房細動など不整脈の症状にも注意が必要です。

- 特定健診の受診率をみると、平成27年度の市町村国民健康保険においては52.0%（全国平均50.1%）と目標値の70%を下回っています。

また、特定健診後にメタボリックシンドローム該当者等に対して実施される特定保健指導の実施率についても、22.9%（全国平均17.5%）であり、

目標値の45%を下回っています。

- 同時に、県民に対して脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性について啓発を進めることが重要です。

(3) 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、本人や家族等周囲にいる者は、救急隊の要請などの対処を行い、速やかに専門の医療機関を受診できるよう行動することが重要です。
- 救急救命士を含む救急隊員は、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で、対応可能な医療機関に搬送することが重要です。

(4) 急性期医療

- 脳卒中の急性期治療には、抗血小板療法、抗凝固療法、脳保護療法、血栓溶解療法、脳内血腫除去術、脳血管内手術等があります。
- 脳梗塞の超急性期治療の中には、組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法があり、適応患者に対しては、有効であることから、実施可能な医療機関の増加や適応患者に対する実施数の増加が望まれます。
- また、超急性期の再開通治療の適応とならない患者についても、早期に個々の病態・原因に応じた抗血小板療法等の治療が望まれます。
- 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歯科医療機関等を含めた、多職種連携による対策が重要です。

(5) 回復期・維持期のリハビリテーション、在宅療養支援

- 脳卒中は、死亡は免れても後遺症として障がいが生じたり、療養時の長期の臥床などがきっかけで寝たきりの最大の原因となっていることから、急性期から回復期・維持期まで一貫したリハビリテーション、退院後のかかりつけ医などによる継続的な療養管理が重要です。
- 脳卒中の後遺症として、口腔機能が著しく低下するため、誤嚥性肺炎の予防など、急性期、回復期、維持期及び在宅における介護の場での口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーション対策が重要です。
- 在宅患者が、住み慣れた地域で生活を送ることができるよう、今後は地域包括ケアシステムの推進に向けて、医療と介護の連携体制の更なる充実が求められます。

(今後の施策)

(1) 発症予防

- 脳卒中を予防するための生活習慣の改善をめざし、脳卒中やその危険因子に関する知識や情報を提供するとともに、代表的な危険因子に関する学習の機会や場を提供します。
- 脳卒中の危険因子である高血圧を予防・改善するため、家庭や外食産業への働きかけによる「減塩」への取組や、市町村を含めた「運動」への取組の環境整備を行います。

- 脳卒中やその危険因子の早期発見、早期治療のために、健診を受けやすい体制を強化するとともに、精密検査が必要な人が医療機関を適切に受診できるように勧奨します。

(2) 応急手当・病院前救護、急性期医療

- 本人及び家族等周囲にいる者に対し、発症後または発症が疑われる場合は速やかに救急搬送を要請するなどの対処を行うよう普及・啓発を推進します。
- 救急隊、かかりつけ医、急性期を担う医療機関が連携し、速やかに専門的治療が受けられるよう、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」により医療機関情報の共有を促進するなど救急搬送体制の充実を図ります。

(3) 回復期・維持期のリハビリテーション、在宅療養支援

- 急性期から回復期・維持期の一貫したリハビリテーション、退院後のかかりつけ医などによる継続的な療養管理が提供できるよう、切れ目のない医療が行われる体制づくりを推進します。
- 脳卒中の後遺症としての口腔機能の低下による誤嚥性肺炎等を防止するため、歯科診療所との連携による口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーションが行える体制整備を促進します。
- 在宅医療サービスと在宅介護サービスが相互に連携し、継続して提供できるよう、市町村が行う在宅医療・介護連携事業や地域ケア会議等の取組を推進し、多職種協働による連携体制の構築を図ります。

(目標)

項目	現状	目標 (平成 35(2023)年度)
脳血管疾患年齢調整死亡率 (人口 10 万人対)	男性：34.2 (H27) 女性：18.8 (H27)	男性：27.4 女性：15.0 (注 1)
早期リハビリテーション実施件数	10,214 件 (H27)	現状値を上回る

(注 1) 大分県健康増進計画「第二次生涯健康県おおいた 2 1」における脳血管疾患年齢調整死亡率の目標値を準用

(参考指標)

項目	現状
t-P Aによる脳血栓溶解療法実施症例数(注 2)	128 例 (H28 年度調査)

(注 2) t-P Aによる脳血栓溶解療法実施症例数は、脳梗塞における超急性期の対応状況を評価する指標として重要であるため、目標とは別に 1 年毎に実施症例数を調査し、現状把握を行う。

脳卒中の医療体制

