

## (2) 脳卒中

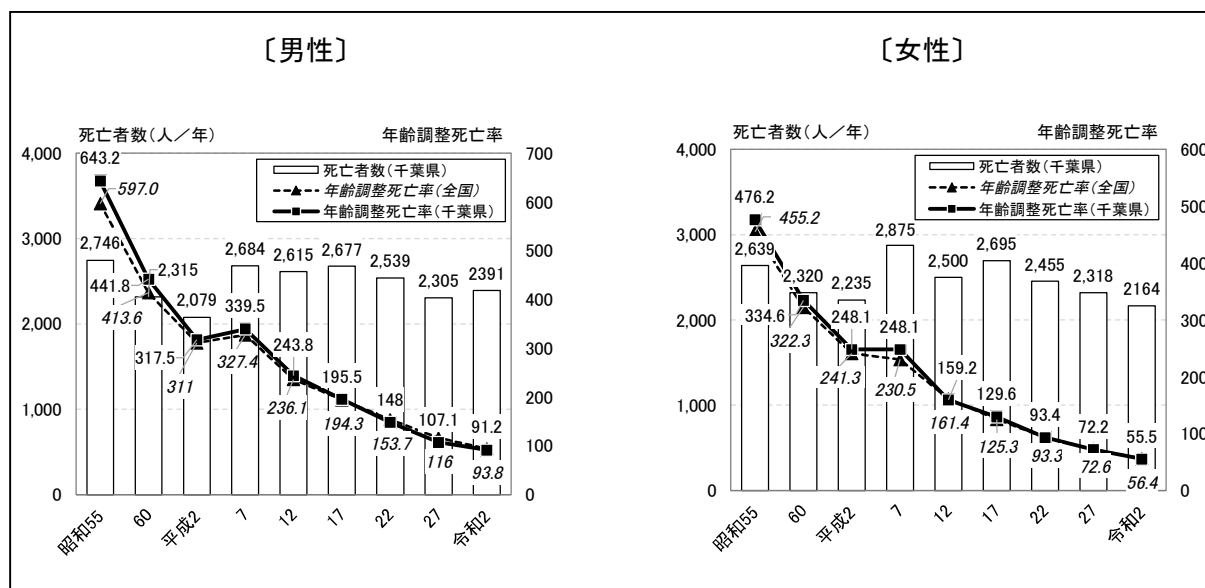
### ア 施策の現状・課題

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9千人(平成29年)となっています。令和4年の脳血管疾患による本県の年間死亡者数は、4,921人と死亡者総数の6.8%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(令和2年)は減少傾向にあり、男性は91.2(全国93.8)で高い順に全国第27位、女性は55.5(全国56.4)で第28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16.1%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 5-1-2-2-1 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、栄養素を適量とす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、一人一人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、必要なリ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〕

脳卒中は再発することも多く、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、危険因子の管理等、再発に備えることが重要です。また、機能を維持・向上するための適切なリハビリテーション等の実施や在宅療養を支える介護サービスとの連携も重要です。

そのため、多職種連携の強化や情報共有ツールを活用した地域連携の実施等による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・介護の提供が求められます。

## 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、回復期や維持期に対応する医療機関・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。

かかりつけ医等は、患者の状態に応じて外来診療時や患者が居住している場への訪問時等に、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・治療をします。かかりつけ医は、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になります。

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上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になります。

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。

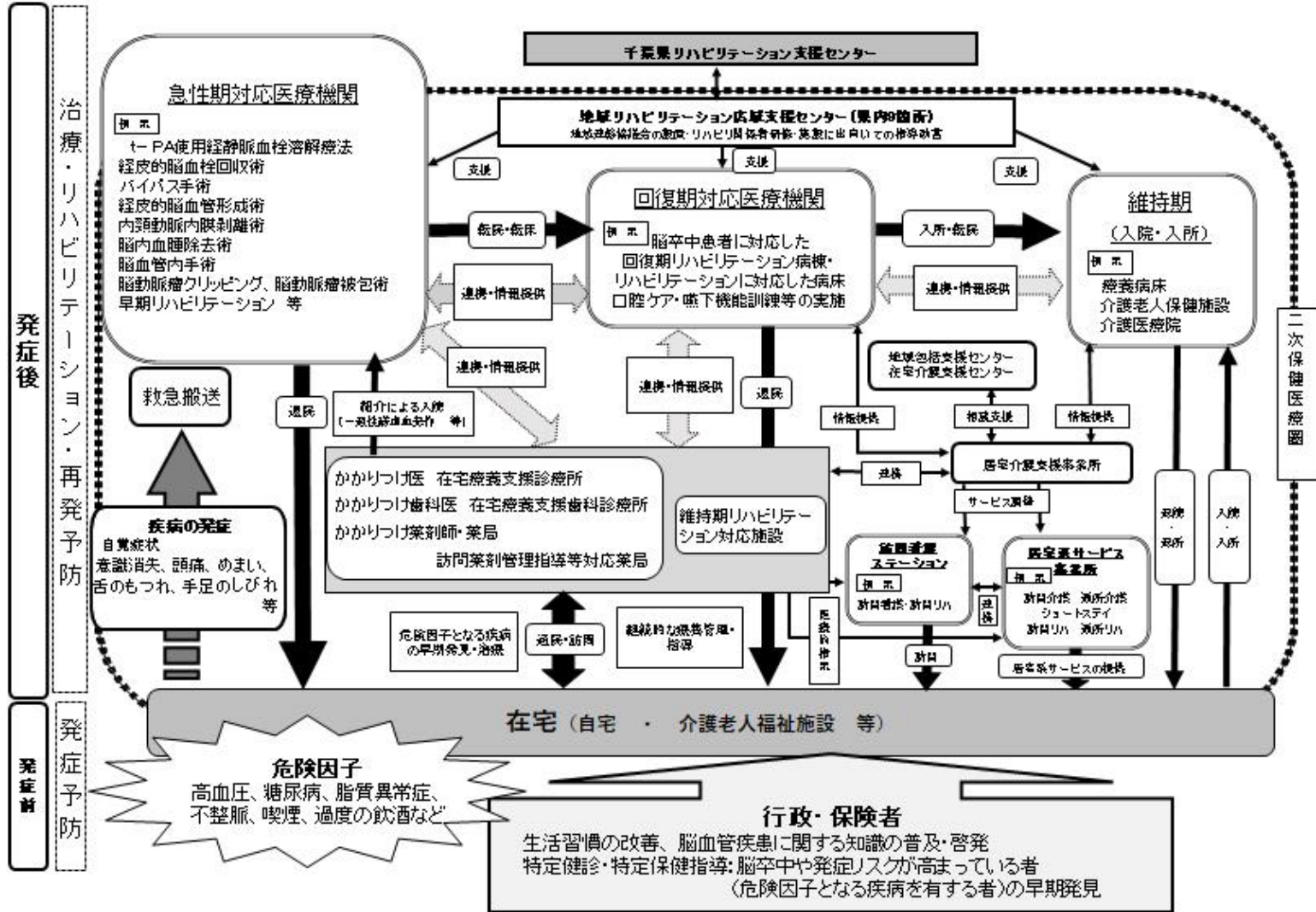
回復期対応医療機関では、早期に在宅に復帰できるよう、専門医療スタッフにより、失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの障害の改善及びADLの向上を目的とした、集中的なリハビリテーション等を実施します。

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。

なお、厚生労働省では、循環器病の治療の均てん化等を進めるため、デジタル技術を利用した有効な診療体制の確立について調査・研究をしているところであり、この状況を注視していく必要があります。

### 脳卒中中の循環型地域医療連携システムのイメージ図



## ウ 施策の具体的展開

### (7) 脳卒中の予防・正しい知識の普及啓発

#### 〔生活習慣と脳卒中の関係についての周知〕

- 県民が生涯を通じてライフステージに応じた適切な食生活が送れるよう、市町村、栄養士会、地域ボランティア団体、民間企業などと協力し、対象者に応じた効果的な普及啓発等に取り組みます。
- 県民が地域に親しみながら運動をより身近なものとして習慣化することができるよう、運動による健康への影響や効果について県民に発信するとともに、各地域のウォーキングロードやオリジナル体操についての紹介などに取り組みます。
- 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒に関する正しい知識を普及するため、飲酒に伴う健康影響は年齢、性別、体質等に応じて異なることを踏まえ、分かりやすく有益な情報を発信します。
- 喫煙による健康への影響に関する正しい知識を普及するため、学校、市町村、医療保険者、医療機関、民間企業・団体等の実施する様々な事業を活用し、多面的に啓発を行います。さらに、世界禁煙デー及び禁煙週間、がん征圧月間などのキャンペーンや成人式など、様々な機会を捉えて啓発活動を実施します。
- 生活習慣病の予防や全身と口腔の関係などについて、県民の歯・口腔保健意識の向上を図るため、市町村、関係団体、企業などと連携して、地域や職場において正しい歯・口腔保健の知識、歯周病と糖尿病や循環器疾患などの関連性やオーラルフレイル予防などに関する知識の普及啓発を図ります。

#### 〔特定健診・特定保健指導による予防対策の推進〕

- 特定健診の受診や特定保健指導の利用を促すため、県民だより、ラジオ放送、リーフレット等の各種媒体を活用するほか、各保険者による特定健診や特定保健指導の実施率向上の取組について、支援します。
- 国保連合会と連携し、各市町村への研修や保険者指導等を通じて、KDB\*の活用を普及し、生活習慣病の未治療者や治療中断者等に対する保健指導の促進を図ります。

### (4) 保健医療及び福祉に係るサービスの提供

#### 〔急性期（搬送）〕

- 脳卒中を発症した患者を1分でも早く医療機関で治療するため、患者及び発見者が脳卒中の初期症状を認識できるよう、多くの人に理解されやすい啓発を行います。
- 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うな

ど、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

#### 〔急性期（治療）〕

- 医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の強化などを推進し、限られた医療資源であっても、効率的で質の高い脳卒中に係る急性期医療提供体制の確保に努めます。

#### 〔回復期〕

- リハビリテーションを必要としている患者に対して、効果的な機能回復が期待できる時期に専門的かつ集中的にリハビリテーションを行うことができるよう、リハビリテーション体制の整備を図ます。

#### 〔維持期（生活期）〕

- 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の促進や従事者の増加、質の向上などに取り組みます。
- 千葉県千葉リハビリテーションセンターにおいて、脳卒中患者に対して包括的な総合リハビリテーションの提供に取り組みます。主に、機能障害に対してはロボットリハビリテーション機器を用いた機能訓練、CI療法（Constraint-Induced Movement Therapy）\*など先進的な治療、痙縮\*を合併した患者に対してはボツリヌス療法\*などの積極的治療の提供に取り組みます。また、脳卒中による高次脳機能障害など、一般病院では対応が難しい障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供に取り組みます。
- 治療と仕事の両立支援の充実を図るため、自分の病気についての基本的な情報、医療費や公的支援に関する情報、退院後の生活に関する情報等の各患者やその家族が必要としている情報の提供等に努めます。

## エ 施策の評価指標

### 〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状	目標
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数	31機関 (令和3年度)	(モニタリング指標※)
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数	44機関 (令和3年度)	(モニタリング指標※)
脳卒中患者にリハビリテーションを提供している医療機関数	191機関 (令和3年度)	(モニタリング指標※)
在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数	758箇所 (令和4年度)	785箇所 (令和8年度)
機能強化型訪問看護ステーション数	34箇所 (令和5年度)	42箇所 (令和8年度)
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	34.6% (平成5年8月)	増加 (令和11年度)

### 〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現状	目標
20歳以上の者の1日当たりの食塩摂取量	男性 10.9g 女性 9.4g (平成27年度)	男性 7.5g 女性 6.5g (令和11年度)
運動習慣者の割合	20～64歳 男性 29.7% 女性 25.7% 65歳以上 男性 43.9% 女性 40.1% (令和元年度)	増加 (令和11年度)
20歳以上の者の喫煙率	男性 21.9% 女性 6.9% (令和3年度)	男性 12.0% 女性 5.0% (令和11年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 55.8% 保健指導 22.7% (令和3年度)	健康診査 70% 保健指導 45% (令和11年度)
脳血管疾患における搬送困難事例の割合	18.1% (令和3年)	減少 (令和11年)
高血圧の改善 (収縮期血圧の平均値の低下、内服加療中の者を含む、40歳以上)	男性 127.6mmHg 女性 123.1mmHg (令和2年度)	ベースライン値から低下 (令和11年度)



指 標 名	現状	目標
脂質異常症の減少 (LDL-c 160 mg/dl 以上の者、内服加療中の者を含む、40歳以上)	男性 14.6% 女性 14.5% (令和2年度)	ベースライン値から減少 (令和11年度)
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	男性632,670人 女性192,522人 (令和3年度)	減少 (令和11年度)
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	757件 (令和3年度)	(モニタリング指標※)
脳梗塞に対する t-pa による血栓溶解療法の実施件数	702件 (令和3年度)	(モニタリング指標※)
回復期リハビリテーション病棟における実績指数	48.0 (令和4年7月)	増加 (令和11年)
入退院支援実施件数	148,726件 (令和4年度)	185,273件 (令和8年度)
受療率(人口10万人対) (脳血管疾患)	123 (令和2年)	減少 (令和11年)

[成果(アウトカム)]

指 標 名	現状	目標
脳血管疾患に係る現場活動時間(現場到着～現場出発)	21.9分 (令和3年)	短縮 (令和11年)
脳血管疾患に係る平均搬送時間(現場出発～医療機関到着)	15.8分 (令和3年)	短縮 (令和11年)
健康寿命の延伸	男性 72.61年 女性 75.71年 (令和元年)	男性 74年 女性 76.8年 (令和11年)
脳血管疾患に係る救急活動時間(救急隊覚知～病院収容)	47.5分 (令和3年)	短縮 (令和11年)
脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	男性 91.2 女性 55.5 (令和2年)	減少 (令和11年)
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合(脳血管疾患)	53.2% (令和2年)	増加 (令和11年)

※モニタリング指標：ロジックモデルに位置づけ、目標を設定しない指標

脳血管疾患の患者数の推移などを把握し、千葉県循環器病対策推進協議会等の意見を踏まえながら、評価を行う。