

## 第2節 脳卒中

### 1 現状・課題

#### 【現状】

- ・本県の脳血管疾患による年齢調整死亡率は減少傾向にあります。しかし、令和3年度における本県の死亡原因は脳血管疾患が第4位となっています。
- ・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、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがあり、令和4年の国民生活基礎調査によると、介護が必要になった主な原因の第2位となっています。

#### 【課題】

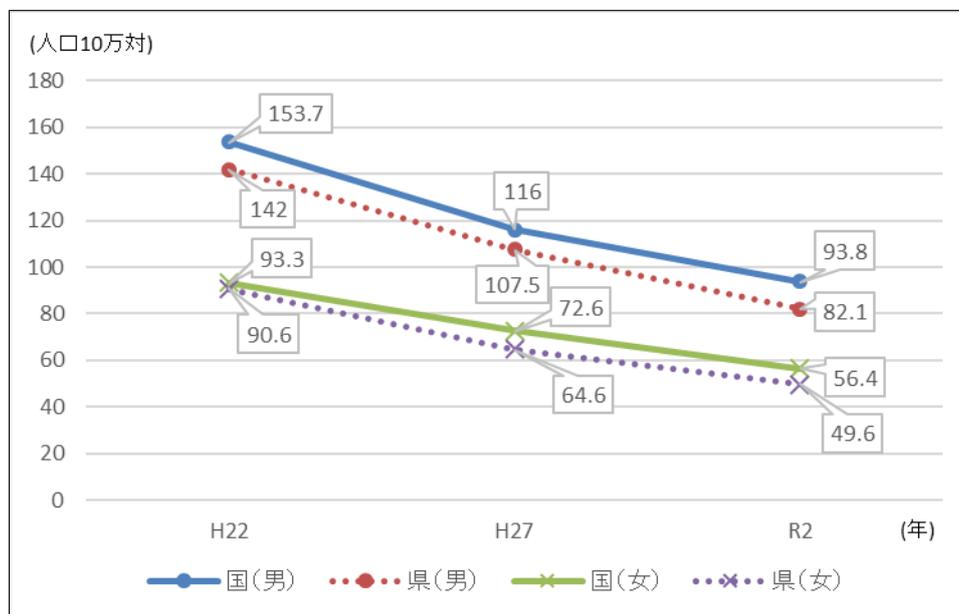
- ・脳卒中は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- ・予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼすべての数値が全国平均を下回っており、脳卒中リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

#### (1) 現状

##### ア 脳卒中について

- 脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）は、人口動態統計特殊報告によると、令和2年において男性82.1 女性49.6と、全国平均の男性93.8 女性56.4を下回っており、この10年間では一貫して減少しています。（図表2-2-2-1）

図表2-2-2-1 脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万対）



(出典) 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成27年モデル人口）

しかし、脳血管疾患は、厚生労働省「人口動態調査」によると令和3年において本県の死亡原因の第4位となっているほか、厚生労働省「国民生活基礎調査」によると令和4年において介護が必要になった主な原因の第2位となっています。また、片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることもあります。

- 脳卒中は、第3節の心血管疾患と同様、循環器病の臨床経過として、疾患の再発や増悪を来しやすいという特徴があります。一方、心血管疾患とは異なり、脳卒中は、回復期に長期の入院が必要となる場合が多くなっています。

#### イ 発症直後の救護、搬送等

- 総務省消防庁「救急救助の現況」によると、救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間は、令和3年中の平均で43.8分であり、全国平均の42.8分と同程度となっています。

#### ウ 急性期の治療

- 脳卒中の急性期においては、全身の管理とともに、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、t-P A（tissue-type plasminogen activator）による脳血栓溶解療法（脳の動脈をふさいでいるものを薬で溶かす治療方法）を発症後4.5時間以内に開始すること、又は発症後16時間以内（原則）に血管内治療による血栓除去術を行うことが重要であり、そのためには、発症早期の脳梗塞患者が適切な医療機関へ迅速に受診することが求められ、来院から治療の開始まで1時間以内が目安とされています。
- 脳梗塞に対するt-P Aによる血栓溶解療法の年齢調整標準化レセプト比は、全国平均を上回っています。
- 脳出血では、血圧管理が主体であり、出血部位によっては手術が行われることもあります。
- くも膜下出血では、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、開頭手術や、開頭を要しない血管内治療が行われます。
- 地域連携計画作成等の年齢調整標準化レセプト比は、令和2年度時点で全国平均を下回っています。

#### エ リハビリテーション

- 脳卒中のリハビリテーションは、
  - ① 合併症の予防や患者の早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始する急性期のリハビリ
  - ② 身体機能の回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的に訓練室で集中的に行う回復期のリハビリ
  - ③ 回復又は残存した機能を活用し、歩行能力や食事・排泄・入浴などの生活機能の維持・向上を目的に行う維持期・生活期のリハビリに分けられますが、一貫した流れで行われることが推奨されています。
- ただし、脳卒中の患者は、急性期以降の経過、予後が個人により大きく異なるため、回復期リハビリを経て生活の場に復帰するという一般的な経過の他にも、急性期後に直接生活の場に戻り、必要に応じて訪問看護や訪問リハビリテーションを行うなど、個々の患者の状態に応じた対応が行われます。

#### オ 急性期後の医療・在宅療養

- 急性期を脱した後の医療としては、再発予防のための治療や、脳卒中の原因となる危険因子（高血圧、糖尿病等）の継続的な管理が行われます。
- 在宅療養では、上記の治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーション、

介護サービス等により、患者の療養の支援を行います。

## (2) 課題

### ア 脳卒中の未病改善

- 平成 29 年から令和元年の県民健康・栄養調査によると、脳卒中の危険因子に関連する項目である「肥満者の割合」「食塩一日摂取量」「野菜一日摂取量」「多量飲酒」「運動習慣」などが課題となっています。
- 今後も、県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に食生活や運動習慣の改善など、未病の改善を実施することや喫煙防止について啓発していくことが必要です。
- 生活習慣病の予防及び早期発見のためには、40 歳以上 75 歳未満の者が対象となる特定健康診査等の受診や、行動変容をもたらす特定保健指導が重要です。
- 本県の令和 3 年度の特定健康診査の実施率は 56.2%で、全国平均 (56.2%) と同値です。しかし、令和 3 年度の特定保健指導の実施率は 20.1%と、全国平均 (24.7%) を下回っており、実施率の向上に向けた取組をより一層進める必要があります。
- 脳血管障害の後遺症として、口腔機能が著しく低下し、合併症として誤嚥性肺炎を発症することもあるため、早期に摂食・嚥下リハビリテーションを行うことや、咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内の清潔を保つことが必要です。

### イ 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

#### (ア) 発症直後の救護、搬送等

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで救命率が上がることが期待でき、さらに後遺症も少なくなることから、「顔」「腕」「ことば」等に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がチェックし、すぐ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。脳卒中の初期症状を正しく見極めるためには、頒布物などによる正しい知識の普及啓発を進める必要があります。
- 救急救命士を含む救急隊員は、地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール（活動基準）に則して、適切に観察・判断・救命処置を行うことが必要です。加えて、超急性期の再開通治療（t-P A療法など）の適応となる傷病者を抽出することなどを目的とした病院前脳卒中スケールを活用するなどにより、対応が可能な医療機関に患者を搬送することが重要です。

そのためには、救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、脳卒中対策を含めた研修機会の確保等に取り組んでいく必要があります。

#### (イ) 急性期の医療

- 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ることから、症状を早期に発見し、速やかに専門の医療施設を受診することが重要です。そのためには、県内のどこに住んでいても、どこで発症しても、適切な治療を受けられる体制の構築を進め、医療機能の役割分担と連携に係る検討を進めます。
- 急性期の脳梗塞に対しては t-P Aによる治療法（脳血栓溶解療法。脳の動脈をふさいでいるものを t-P Aという薬で溶かす治療方法）が有効ですが、実施状況

に地域的な偏在が見られるため、その均てん化が必要です。

(ウ) リハビリテーション

- 脳卒中は、急性期死亡を免れても麻痺等の後遺症を残すことが多く、要介護の主要な原因となっていることから、後遺症軽減に向け、早期にリハビリテーションを開始することが必要です。
- 脳卒中発症後の治療の中断を防ぐとともに、切れ目のないリハビリテーションを提供していくことで、罹患後の生活の質（QOL）向上が望めるため、急性期病院から回復期病院を経て在宅・介護施設へと円滑に移行できるよう、医療機関と地域の介護保険サービスを提供する事業所とが適切に連携できる体制が必要です。

(エ) 急性期後の医療・在宅療養

- 急性期以降の経過、予後は、神経症状の程度や、日常生活動作（ADL）の改善の程度だけでなく、改善に要する期間も個人により大きく異なるため、患者の状態に応じた医療を提供できるよう、体制を構築する必要があります。
- 脳卒中の患者は、回復期のリハビリテーションを行う際など、生活の場から離れた医療機関で医療が提供されることがあるため、在宅等の生活の場に復帰するためには、広域的な医療機関連携が円滑に行われる必要があります。
- 脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲にいる者に対し、服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について、退院時の指導に加えて、訪問看護などによる生活の場での指導を行うことが重要です。

(オ) 医療提供体制の構築

- 脳卒中の治療に対応できる医療機関について、分かりやすい情報提供に努め、連携を推進することが重要です。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、脳卒中患者の救急搬送や手術に制限が生じるなど、脳卒中診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療体制を確保するとともに、脳卒中以外の疾患の患者に対する通常医療を適切に提供できることが必要です。

ウ 脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

- 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が持つ治療や生活における疑問や、心理・社会・経済的な悩み等に対応することが求められています。
- 患者やその家族が必要な情報を得たり相談支援を適切に受けられるよう、地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう情報提供・相談支援体制を整えることが求められています。
- 脳卒中の発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰（以下「復職」という。）することが可能な場合も少なくありませんが、復職に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障がい者就労支援等との適切な連携が求められています。また、高齢化の進展等により、今後は労働者の高齢化、疾病

のリスクを抱える労働者の増加等が進むと考えられるため、脳卒中の後遺症を有する者に対する復職・就労支援や治療と仕事の両立支援等の対応がより一層求められています。

## 2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

健康寿命の延伸、脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少及びQOLの向上

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆脳卒中の未病改善

◆救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

◆脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

### (1) 脳卒中の未病改善

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県は、健康無関心層等に、特定健康診査等の重要性について、ホームページやネット広告等を活用し、普及啓発を行います。
- 県と神奈川県保険者協議会は、連携して特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催します。
- 県は、効果的・効率的な保健事業の推進のため、国保データベース（KDB）及びNDBを活用して、国保データ、被用者保険のデータや人口動態統計などの保健医療データを収集・分析し、市町村へ提供していきます。
- 県は、市町村に対し、特定健康診査のデータを活用してハイリスクの方に受診を促す取組を進めるよう働きかけます。
- 市町村は、特定健康診査等の健診により発見された危険因子を放置せず、生活習慣の改善や、必要な治療に繋げるため、効果的な特定保健指導の実施や、医療機関の受診勧奨の取組を推進します。
- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。また、地域の健康課題の解決に寄与する産学公連携プロジェクトを推進します。
- 県民は、脳卒中に関する正しい知識を持ち、脳卒中の未病の改善に積極的に取り組み、疾患リスクの管理を行うとともに、健診の受診に努めます。

### (2) 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

#### ア 発症直後の救護、搬送等

- 県、市町村、関係機関及び医療機関・医療関係者は、脳卒中の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性について、普及啓発に取り組みます。
- 県、市町村、消防機関及び医療機関・医療関係者は、患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築を進めるため、地域の実情に応じた傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の見直しなど、適

切に行います。

- 県民は普及啓発によって得られた知識をもって、自ら又は家族等が脳卒中を発症した疑いがある場合には、できる限り迅速かつ適切に対応するように努めるものとします。

#### イ 急性期の医療

- 県は、脳卒中などの専門治療施設が中心となり、迅速な救急搬送と専門施設への患者受入を目的としたネットワーク（CCUネットワーク等）を構築することにより、救急病院と消防機関の連携を進め、急性期医療の充実に努めます。

#### ウ リハビリテーション

- 県は、急性期から回復期及び維持期までの状態に応じたリハビリテーションの提供等の取組を進めます。
- 県は、医療関係者及び介護・福祉関係者等が在宅における摂食嚥下障害に適切に対応できるよう、団体が実施する人材育成研修を支援します。
- 県は、人材育成のための研修などを実施し、適切なりハビリテーションの提供に向けた支援に取り組みます。また、人材育成に向けた研修を実施する団体等を支援します。

#### エ 急性期後の医療・在宅療養

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、多職種協働により、早期からの退院調整を推進するとともに、在宅医療・介護の充実に努めます。
- 医療機関・医療関係者は、地域連携クリティカルパスの活用などにより、急性期治療からリハビリテーション、在宅医療に至る治療過程を患者にわかりやすく説明するよう努めます。
- 県は、急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等を含めた在宅医療の体制を強化し、急性期病院からの円滑な診療の流れについて検討を進めます。

#### オ 医療提供体制の構築

- 県は、急性期から回復期・慢性期への円滑な移行について、地域医療機関の診療及び医療連携体制の強化を図ります。
- 県は、急性期、回復期、維持期の各病期を担う医療機関における、地域の状況に応じたきめ細やかな連携を促進するため、脳卒中地域連携クリティカルパス（※1）の普及を図ります。
- 県は、かかりつけ医等の日常の診療における脳卒中診療に関するツールの活用等、かかりつけ医と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるよう、医師会や学会などの関係団体等との連携を進めます。
- 県は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

#### (3) 脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

- 県は、国、国立循環器病研究センター等と協力し、脳卒中に関する科学的根拠に基づいた正しい情報提供を行います。

- リーフレット等の資材、SNSやマスメディアを効果的に用いて、脳卒中における必要な情報提供を円滑に行います。
- 県は、神奈川産業保健総合支援センター等と連携して、就労者に対して、脳卒中に関する研修会を開催します。
- 県は、地域の医療機関、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護事業者、訪問看護ステーション等を対象とした研修会、勉強会等を開催し、情報・相談ネットワークを強化します。
- 子どもの頃から適切な生活習慣を身につけることができるよう、子どもやその保護者、教育機関に対し、企業等と連携した出前講座の実施や、学習教材の提供を通して普及啓発を行います。
- 県は、脳卒中の後遺症について、正しい知識の普及啓発を行うとともに、理解促進を推進します。
- 患者とその家族等に対して適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実を図るため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、脳卒中患者とその家族の相談支援窓口を設置します。
- 治療と仕事の両立や復職・就労支援について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や神奈川県産業保健総合支援センター等と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。
- 県は、治療と仕事の両立支援を推進するため、患者の状況に応じて治療と仕事が両立できるよう、神奈川県産業保健総合支援センターと連携して、相談支援及びかかりつけ医、会社・産業医、両立支援コーディネーターによる、患者へのサポート体制の構築を推進します。
- 県は、かながわ健康プラン21 地域・職域連携推進部会において、治療と仕事の両立に係る情報提供を行います。
- 県は、治療と仕事の両立支援を推進する企業や事業所を支援するため、「かながわ治療と仕事の両立支援推進企業認定事業」を進めます。

=====

■用語解説

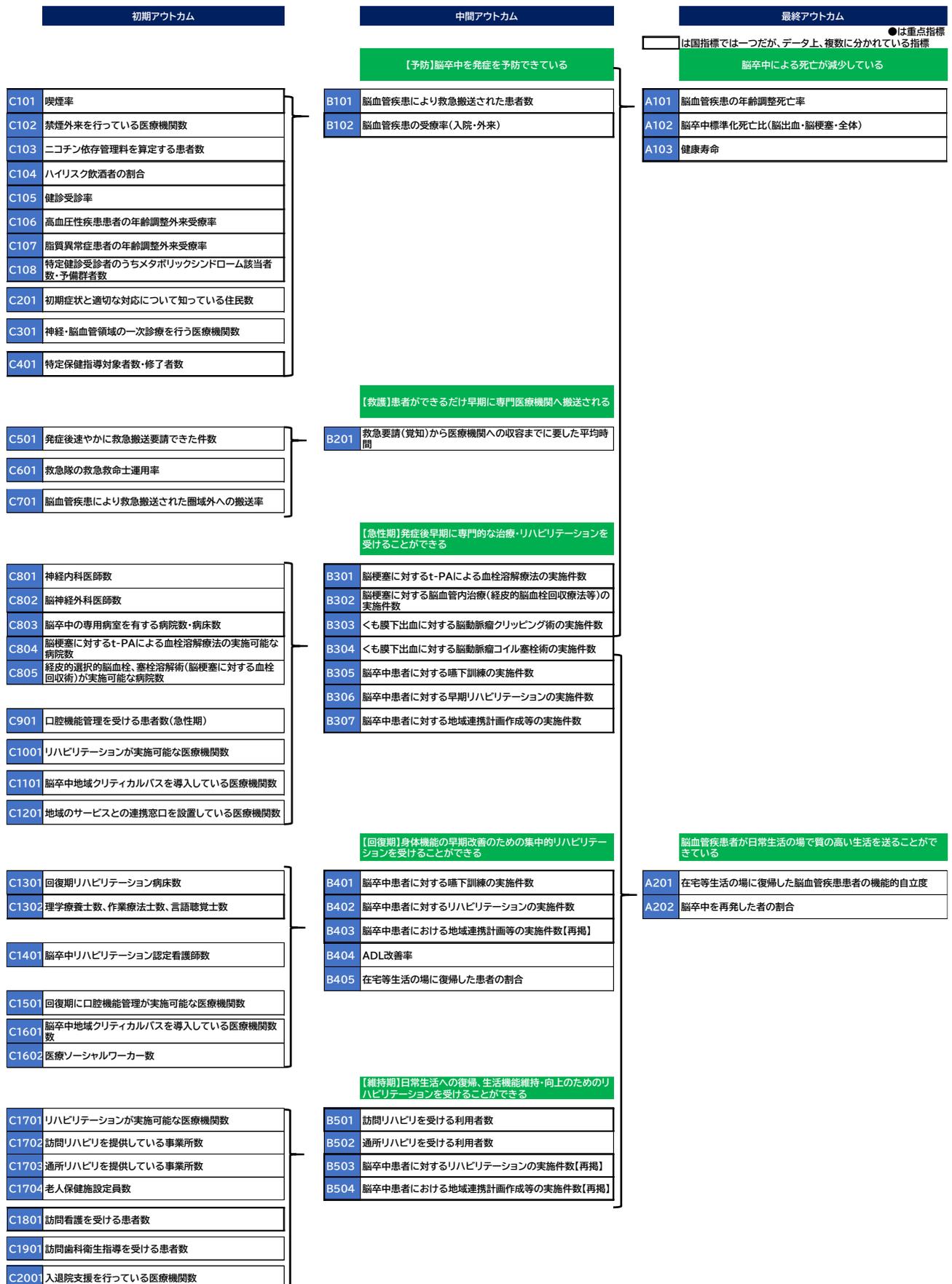
※1 地域連携クリティカルパス

急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。

=====

### 3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



#### 4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	喫煙率	厚生労働省,国民生活基礎調査	男:22.2% 女:7.6% (R4)	男:21.5% 女:4.4%
	C103	ニコチン依存管理料を算定する患者数	厚生労働省,NDB	116.8 人 (R3)	309.7 人
	C104	ハイリスク飲酒者の割合	厚生労働省,国民健康・栄養調査	—	—
	C105	健診受診率	厚生労働省,国民生活基礎調査	男:78.8% 女:67.8% (R4)	男:82.1% 女:72.6%
	C108	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者数	厚生労働省,特定健康診査・特定保健指導に関するデータ (10 万人当たり)	該当者数 :3,712 人 予備群者数 :3,003 人 (R3)	該当者数 :3,077.2 人 予備群者数 :2,554.1 人
	C401	特定保健指導対象者数・修了者数	厚生労働省,特定健康診査・特定保健指導に関するデータ (10 万人当たり)	対象者数 :4,196 人 修了者数 :845 人 (R3)	対象者数 :4,668.8 人 修了者数 :914.6 人
	C601	救急隊の救急救命士運用率	総務省消防庁,救急救助の現況	100% (R3)	100%
	C803	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	厚生労働省,医療施設静態調査 (10 万人当たり)	病院数:0.2 院 病床数:1.3 床 (R2)	病院数:0.3 院 病床数:1.7 床
	C1302	1302 理学療養士数、作業療法士数、言語聴覚士数	厚生労働省,医療施設静態調査 (10 万人当たり)	理学療養士数 :54.2 人 作業療法士数 :25.9 人 言語聴覚士数 :9.1 人 (R2)	理学療養士数 :64.9 人 作業療法士数 :34.6 人 言語聴覚士数 :11.8 人
	C1602	医療ソーシャルワーカー数	厚生労働省,医療施設静態調査 (10 万人当たり)	9.8 人 (R2)	9.9 人
	C1801	訪問看護を受ける患者数	厚生労働省,NDB/ 介護保険事業状況報告 (10 万人当たり)	医療 :341.7 人 介護 :7,135.7 人 (R3)	医療 :384.5 人 介護 :10,531.2 人
中間	B102	脳血管疾患の受療率(入院・外来)	厚生労働省,患者調査	入院:77% 外来:32% (R2)	入院:70% 外来:45%
	B201	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	総務省消防庁,救急救助の現況	41.7 分 (R4)	39.4 分
	B301	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法の実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :10.0 件(R3) SCR :105.8(R2)	算定回数 :12.0 件 SCR :100 以上
	B302	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療法等)の実施件数	厚生労働省,NDB	SCR :142.7 (R2)	SCR :100 以上
	B303	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	厚生労働省,NDB (10 万人当たり)	算定回数 :8.9 件 (R3)	算定回数 :9.5 件

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
	B304	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	厚生労働省,NDB (10万人当たり)	算定回数 :13.4件 (R3)	算定回数 :18.4件
	B305	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数	厚生労働省,NDB	SCR :146.4 (R2)	SCR :100以上
	B306	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :66,002.7件 (R3) SCR :91(R2)	算定回数 :86,496.8件 SCR :100
	B307	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :34.9件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4件 SCR :100.0
	B401	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数	厚生労働省,NDB	SCR :80.6(R2)	SCR :100.0
	B402	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	厚生労働省,NDB (10万人当たり)	算定回数 :103,505.6件(R3)	算定回数 :134,991.4件
	B403	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数【再掲】	厚生労働省,NDB	算定回数 :34.9件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4件 SCR :100.0
	B405	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	厚生労働省,患者調査	57.3% (R2)	67.5%
	B501	訪問リハビリを受ける利用者数	厚生労働省,NDB/ 介護保険事業状況報告」(10万人当たり)	医療 :65.4人 介護 :774.1人 (R3)	医療 :206.0人 介護 :1,085.6人
	B502	通所リハビリを受ける利用者数	厚生労働省,介護保険事業状況報告 (10万人当たり)	2,756.8人 (R3)	5,562.3人
	B503	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数【再掲】	厚生労働省,NDB	算定回数 :103,505.6件(R3)	算定回数 :134,991.4件
	B504	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数【再掲】	厚生労働省,NDB	算定回数 :34.9件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4件 SCR :100.0
最終	A101	脳血管疾患の年齢調整死亡率	厚生労働省,人口動態統計特殊報告	男:82.1 女:49.6 (R2)	男:66.5 女:40.2
	A102	脳卒中標準化死亡比(脳出血・脳梗塞・全体)	厚生労働省,人口動態統計特殊報告	・全体 男:92.6 女:91.1 ・脳出血 男:101.8 女:100.2 ・脳梗塞 男:88.8 女:87.8 (H27)	・全体 男:90.1 女:82.3 ・脳出血 男:98.2 女:93.8 ・脳梗塞 男:85.4 女:77.1
	A103	健康寿命	厚生労働科学研究成果データベース,健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関	男性:73.15歳 女性:74.97歳 (R元)	男性:延伸 女性:延伸

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
			する研究		