

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10.7万人となっており、死亡数全体の6.9%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859人であり、死亡数全体の6.3%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」（令和4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、16.1%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となります。

(2) 香川県の状況

本県における脳血管疾患を死因とする年齢調整死亡率は、平成27年の前回調査から男女ともに低下しています。

脳神経内科を主たる診療科とする医師数は、人口10万人当たりの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多い一方、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は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r t - P Aの静脈内投与による血栓溶解療法においては、24時間365日施行可能な医療機関が県内に複数あり、脳外科的処置が必要な場合、迅速に対応できる体制がありますが、圏域によって地域的偏在が見られます。

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。また、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、人口10万人当たりの病床数は全国平均並みですが、圏域によって地域的偏在が見られるほか、四国の他県と比べると少なくなっています。

① 予防関係

特定健康診査の実施率

項目	実施率	各県実施率の最高／最低	全国順位	備考
香川	55.8%	66.3%／45.7%	23	全国順位は実施率の高い順
全国平均	56.2%	—	—	

出典：厚生労働省（令和3年）

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)	184	292／104	32	全国順位は受療率の低い順
全国平均(男)	155	—	—	
香川(女)	149	390／108	13	
全国平均(女)	158	—	—	

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

③ 治療・連携等の状況

項目	全県	東部	小豆	西部
脳神経内科医師数 (令和2年「医師・歯科医師・薬剤師統計」)	36	29	0	7
脳神経外科医師数 (令和2年「医師・歯科医師・薬剤師統計」)	77	44	1	32
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 (令和3年3月「脳血管疾患等リハビリテーション料(I)」届出施設数)	31	15	1	15
脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数 (令和3年3月「超急性期脳卒中加算」の届出施設数)	12	7	0	5
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数 (レセプト件数) (令和3年度「NDB」) ※1	*	57	*	102
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 (レセプト件数) (令和3年度「NDB」)	35	12	0	23
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 (レセプト件数) (令和3年度「NDB」)	53	37	0	16
脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数 (レセプト件数) (令和3年度「NDB」)	257	131	0	126
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 (レセプト件数) (令和3年度「NDB」)	6,656	3,143	103	3,410
回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関数 (令和5年9月「回復期リハビリテーション病棟」施設基準届出数)	15	7	0	8
回復期リハビリテーション病棟の病床数 (令和5年9月「回復期リハビリテーション病棟」施設基準届出数)	605	221	0	384

脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数（レセプト件数）（令和3年度「NDB」）	2,583	1,081	149	1,353
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合（令和2年患者調査の特別集計※2）	52.2	55.0	33.4	50.4

※1 NDBから得られる数値については、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じたマスク処理「*」を実施している。

※2 厚生労働省における特別集計によって把握した数値であり、調査結果の精度に一定の限界がある。

④ 平均在院日数・年齢調整死亡率

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	57.2	151.3／51.1	7	全国順位は日数の短い順
全国平均	77.4	—	—	

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

脳血管疾患 年齢調整死亡率（人口10万人当たり）

項目	H27	各県の率の最高／最低	全国順位	R2	各県の率の最高／最低	全国順位
香 川(男)	111.5	159.1／85.7	18	90.6	147.2／76.2	19
全国平均(男)	116.0	—	—	93.8	—	—
香 川(女)	67.5	101.8／56.6	14	48.6	84.3／45.5	7
全国平均(女)	72.6	—	—	56.4	—	—

※ 全国順位は死亡率の低い順

出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

【課題】

(1) 発症予防

脳卒中の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、歯周病などであり、発症予防のためには、適切な食事、適度な運動、禁煙、正しい口腔ケアなどの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し、専門的な治療が受けられるようにすることが重要です。

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、早急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。

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、全国平均並みである一方、四国の他の3県に比較すると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、適切な口腔健康管理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りますことから、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リハビリテーションの実施が望まれます。

さらに、口腔健康管理を行うことで、脳卒中の合併症としての誤嚥性肺炎を予防し、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間での情報共有・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3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の改善を推進し、生活習慣病全般の発症予防に努めるとともに、基礎疾患の適切な受診・治療を進めます。

(2) 医療関係

① 連携体制の構築

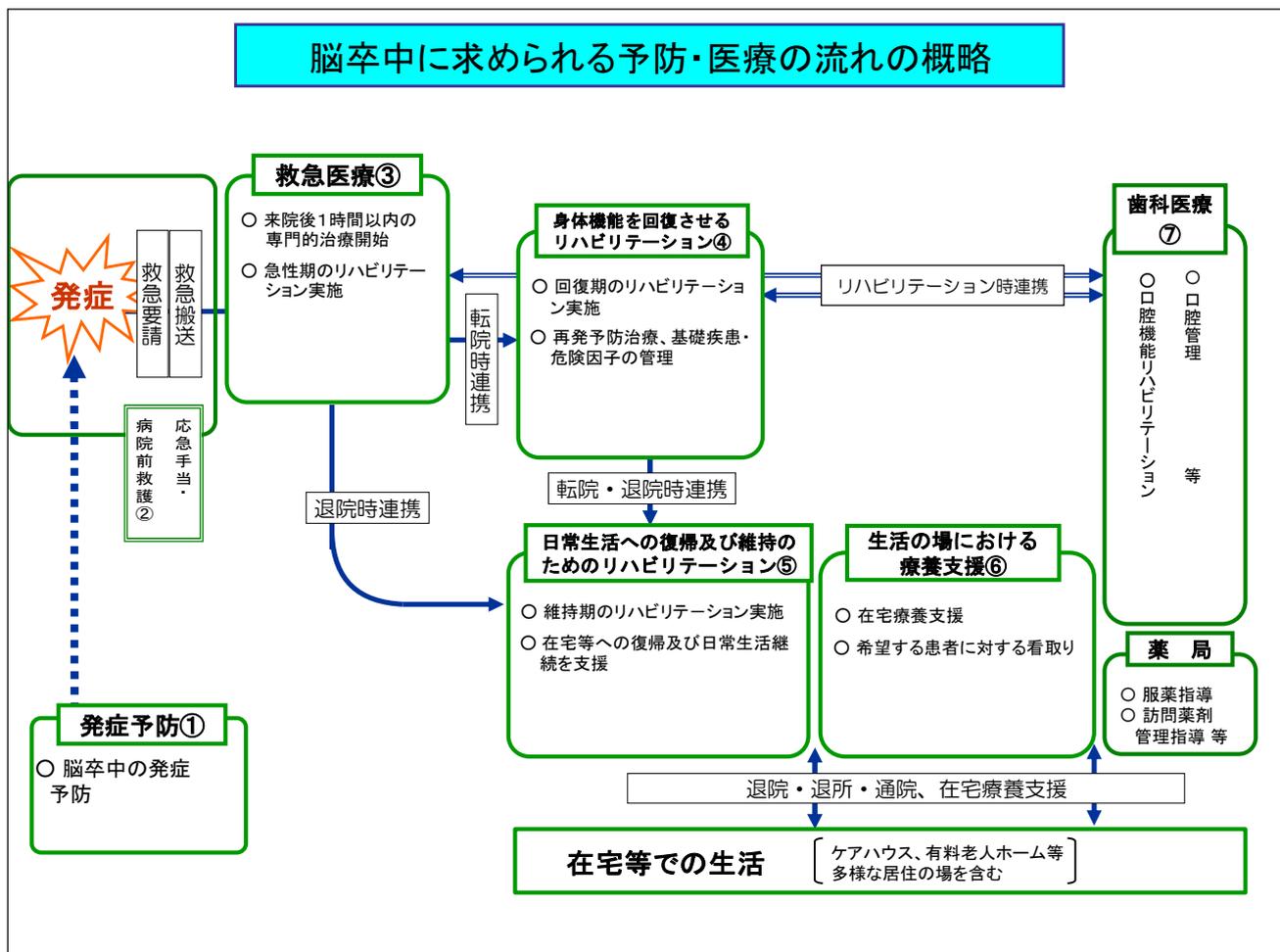
行政機関や歯科医療機関を含む関係医療機関、介護サービス事業所などにおいて積極的に話し合いを進め、脳卒中医療に関する連携体制を構築するよう努めます。

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、下図のとおりです。

また、急性期から回復期・維持期までの関係機関等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

脳卒中に係る医療機能を担う医療機関等の名称を、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

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、口腔健康管理・口腔機能リハビリを推進します。

【数値目標】

項目		現 状	目 標	目標年次
脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男性	90.6 (令和2年度)	76.2	令和11年度
	女性	48.6 (令和2年度)	45.5	
脳血管疾患受療率 (人口10万人当たり)	男性	184 (令和2年度)	155	令和11年度
	女性	149 (令和2年度)	108	
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合		52.2% (令和2年度)	55.2%	令和11年度
K-MIX Rで地域連携クリティカルパスを利用している医療機関数		24 (令和4年度)	35	令和11年度
特定健康診査の実施率		55.8% (令和3年度)	70%以上	令和11年度

【ロジックモデル】

