

(2) 脳卒中

施策の現状・課題

- 本県の脳血管疾患*による死亡者数は、平成23年は4,991人と死亡者総数の9.7%を占め、死因順位の第4位になっています。また、死亡率は減少傾向にあり人口10万対の年齢調整死亡率*は81.4で、全国平均98.2を下回っています。
- 脳血管疾患は、転倒・骨折とともに寝たきりになる主要な原因の一つであり、介護保険で要介護度の重い者が介護を要するようになった原因の3割を占めています。
- 脳血管疾患を発症しないためには、高血圧、脂質異常症、肥満、糖尿病を予防することが重要であり、適正な塩分・栄養素を摂る食生活と運動習慣を実践する必要があります。
- 喫煙は脳血管疾患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等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、脳血管疾患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、一人ひとりの生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施するなどにより、血圧のコントロールを図り脳血管疾患の発症予防に努める必要があります。
- 脳血管疾患の後遺症として身体活動・言語・摂食嚥下に障害を生じた場合であっても、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。

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*対応医療機関、回復期リハビリテーション*対応医療機関、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*、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。また、行政、保険者による特定健診・特定保健指導や脳血管疾患に関する知識の普及・啓発といった予防対策も含まれます。
- かかりつけ医は、手や足のしびれ等の症状がある患者について脳卒中の疑いと診断した場合には、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となりますが、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。

脳卒中急性期対応医療機関にて急性期治療終了後の病状により、患者は回復期リハビリテーションを目的に対応医療機関に転院することもあります。

- 脳卒中急性期対応医療機関は、千葉県保健医療計画に関する調査（平成22年8月）により、脳卒中の急性期治療に対応可能と回答した医療機関です。脳卒中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、脳卒中に係る専門的な治療を行います。

脳卒中急性期対応医療機関については、リストを掲載すると共に、地域医療連携の見地から「地域連携診療計画管理*」の届出の状況について明示します。地域連携診療計画管理を届け出ている病院は地域医療連携パス*を活用し、地域医療連携を推進していると言えます。

- 回復期リハビリテーション対応医療機関については、リストを掲載すると共に、「脳血管疾患リハビリテーション*Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」への対応状況、回復期リハビリテーション病棟*の有無、「地域連携診療計画退院時指導料1*」の届出の状況について明示します。

- なお、在宅治療に係る「地域連携診療計画退院時指導料2*」について届け出ている医療機関リストも掲載しています。

- 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、訪問看護ステーション等など、脳卒中医療を提供する各関係機関に加え、在宅ケアを支援する関係機関のリストを掲載し、地域での連携を進めます。

- 在宅療養支援診療所については、脳卒中の治療の中で重要なリハビリテーションに係る「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理*」と「通所リハビリテーション（介護保険による）*」への対応状況について明示します。

なお、在宅療養支援診療所以外にも訪問リハビリテーション*対応医療機関についてリストを掲載しています。

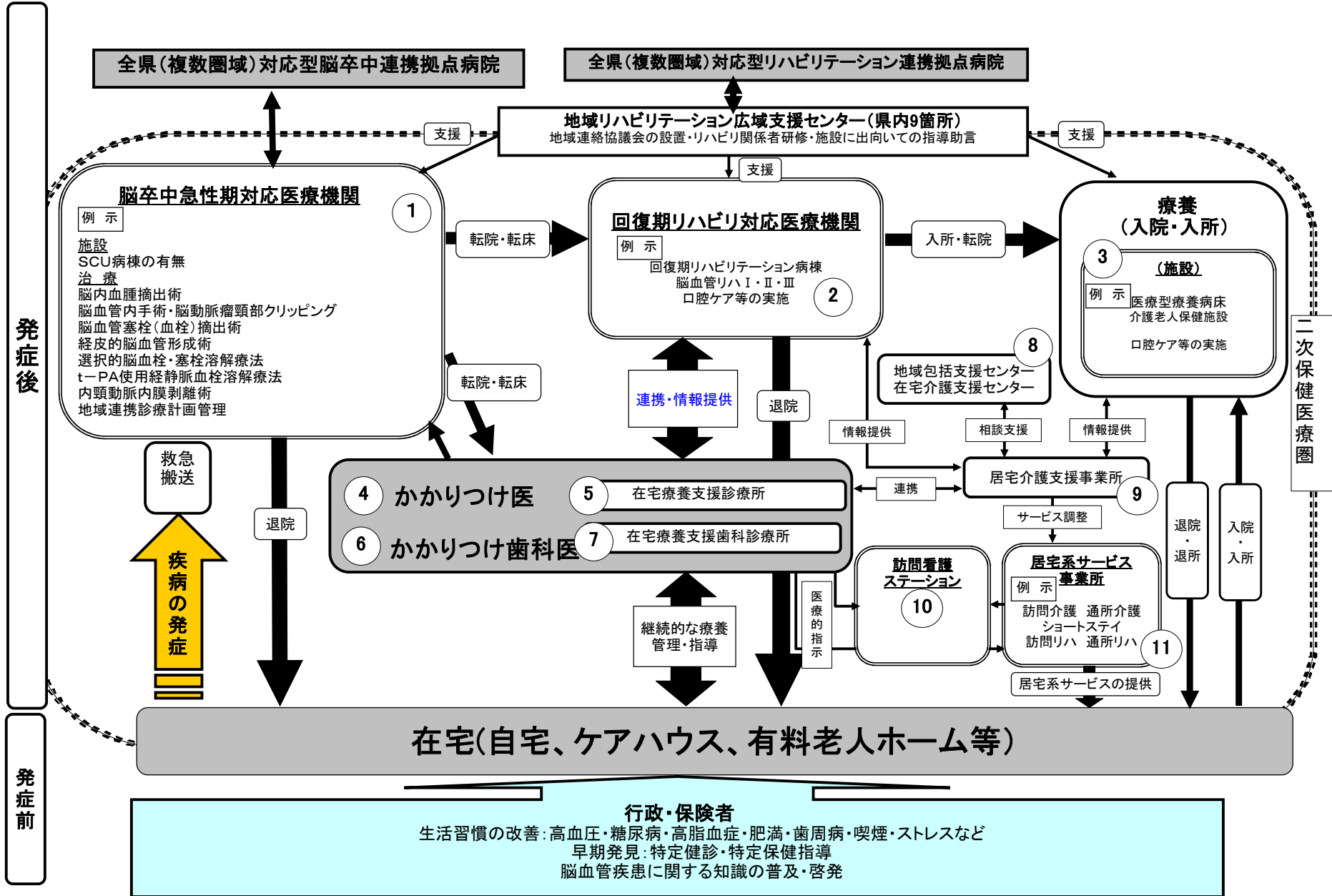
- 高度の脳卒中治療とリハビリテーションに対応可能な医療機関を全県（複数圏域）対応型連携拠点病院として、関係医療機関と連携して、県内の脳卒中の医療水準の向上等に取り組んでいきます。なお、全県（複数圏域）対応型連携拠点病院は、①特定機能病院*、②県立病院、③国立病院（国立病院機構、独立行政法人を含む）、④救命救急センター*へ対応可能な医療機能について確認したうえ、位置付けを行っています。

- 今後、千葉県共用地域医療連携パス*の普及を進め、脳卒中の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、患者が脳卒中急性期対応医療機関で治療中に、地域のどの医療機関で引き続きリハビリテーション等の一連の治療が受けられ

るのか、家族を含めて理解できるようにします。

このように、脳卒中急性期対応医療機関と回復期リハビリテーション対応医療機関、地域のかかりつけ診療所等が、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。

脳卒中の循環型地域医療連携システムのイメージ図



施策の具体的展開

〔生活習慣と脳血管疾患の関係についての周知〕

- 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と脳血管疾患の危険因子の関連について、また発症予防のための早期発見について理解できるよう、情報を発信していきます。
- 未成年者の喫煙防止、受動喫煙防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策を推進します。

〔特定健診等の早期発見のための取組への支援〕

- 地域の実情に応じたきめ細かな対策を講ずることができるよう特定健診を企画する人材の育成を図ります。
- 好事例について情報の収集、提供を行います。
- 地域・職域間における相互支援体制整備など保険者間協力による利便性向上への取組を推進します。

〔重症化の予防に向けた取組への支援〕

- 重症化の予防に向け、年齢だから仕方がないではなく、検査値がどれほどであれば治療を開始する必要があるかについて知識を普及します。
- ハイリスク者へのアプローチ*として、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、従事者に対する研修を実施します。

〔地域リハビリテーション支援体制の整備〕

- 千葉県地域リハビリテーション連携指針に基づき、地域のリハビリテーション実施機関を対象とした研修や相談対応、支援を行う「地域リハビリテーション広域支援センター*」を二次保健医療圏ごとに概ね1箇所指定し、地域リハビリテーション支援体制の整備を図ります。
- 脳卒中患者のQOL*向上を図るため、平成21年度から脳卒中リハビリテーション支援体制推進事業を実施し、急性期から地域生活期*のリハビリテーションに係る関係機関等との連携体制構築を図ります。

評価指標

〔基盤（ストラクチャー）〕

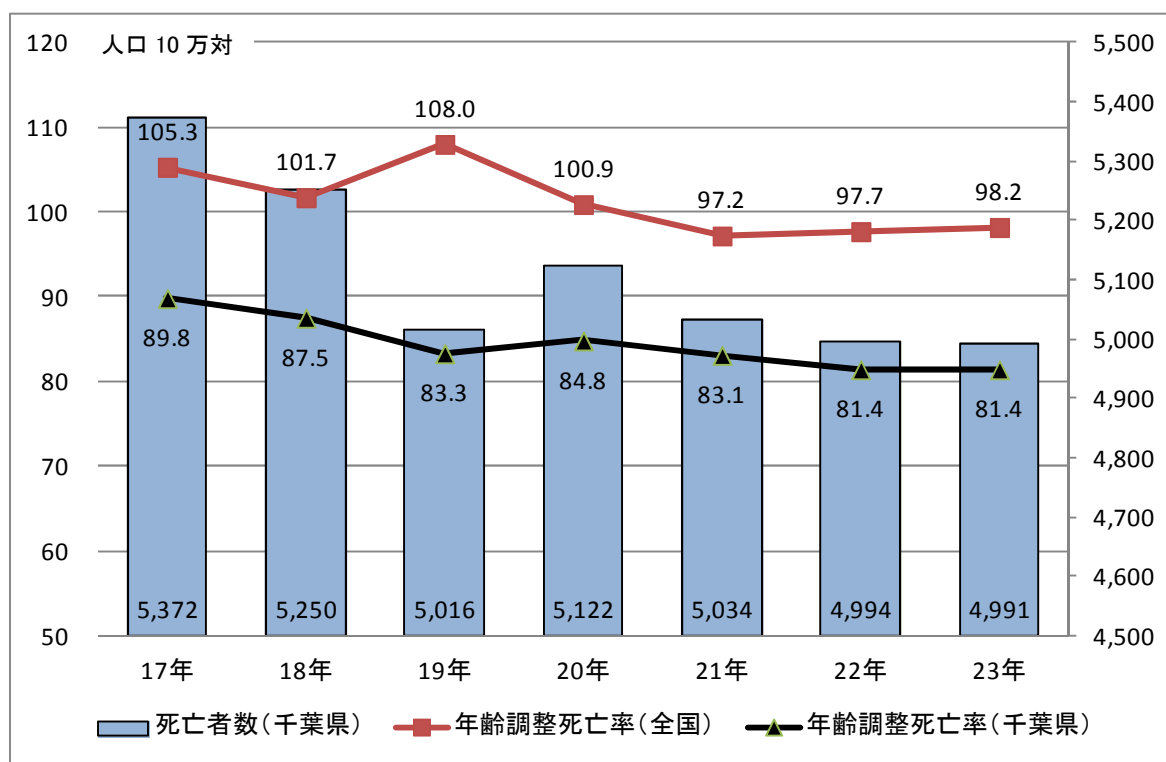
指 標 名	現 状	目 標
24時間、治療（開頭手術、脳血管内手術等）に対応している病院	7医療圏 (平成22年6月)	9医療圏 (平成27年度)
SCU（脳卒中集中治療管理室）*を有する病院	7医療圏 (平成22年6月)	9医療圏 (平成27年度)
回復期リハビリテーション病棟の病床数（人口10万対）	27床 (平成22年12月)	50床 (平成27年度)
在宅療養支援診療所数	302箇所 (平成24年9月)	309箇所 (平成27年度)
訪問看護ステーション数	219箇所 (平成24年9月)	250箇所 (平成27年度)

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現 状	目 標
成人の喫煙率	男性29.3% 女性 8.7% (平成23年度)	男性20% 女性 5% (平成34年度)
成人の1日当たり食塩摂取量	男性11.8g 女性10.3g (平成22年度)	男性9.0g 女性7.5g (平成34年度)
運動習慣者の割合	40～64歳 男性18.1% 女性16.7% 65歳以上 男性27.8% 女性23% (平成22年度)	40～64歳 男性28% 女性27% 65歳以上 男性38% 女性33% (平成34年)

指 標 名	現 状	目 標
特定健康診査・ 特定保健指導の実施率	健康診査 34.9% 保健指導 19.0% (平成22年度)	健康診査 70% 保健指導 45% (平成29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	35% (平成22年6月) ※千葉県共用地域医療連携パスのみの実績	80% (平成27年度) ※千葉県共用地域医療連携パス以外のパスを含む
退院患者平均在院日数* (脳血管疾患)	89.3日 (平成23年9月)	108.3日 (平成27年度)

【 図表 2-1-1-2-2-1 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）