

## 第3章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供（脳卒中）

### 第1節 脳卒中の基本的な事項に関する周知

#### 1 脳梗塞

##### (1) 脳梗塞の特徴

様々な原因で脳の血管が詰まってしまい脳内の血液が十分に巡らなくなる（脳虚血）ことで脳の神経細胞に障害が起きて脳組織が死んでしまうことを脳梗塞といいます。脳の血管が詰まるメカニズムの違いにより、以下の3つの種類に分けられます。

##### ○ アテローム血栓性脳梗塞

脳内や頸部（首）の太い動脈に動脈硬化が起こり、血管の中にできたプラーク（血管の内にできるコブ）が破裂したり、血栓（血の塊）ができたりして血流が阻害された状態をアテローム硬化といい、アテローム硬化を原因とした脳梗塞を「アテローム血栓性脳梗塞」といいます。

##### ○ ラクナ梗塞

脳の深部にある細い血管や根元の血管が詰まり、比較的小さな脳梗塞が起こっている状態を「ラクナ梗塞」といいます。高血圧等が主な原因となり、症状は他の2種類に比べて軽いことが多い症状です。

##### ○ 心原性塞栓症

心臓内でできた血栓が脳内血管まで流れてきて詰まることで起こる疾病を「心原性塞栓症」といいます。特に不整脈や心臓弁膜症等の心血管疾患を患っている方に多く発症することが多い疾患です。

脳梗塞の患者数は脳卒中患者の約7割と、脳卒中の中でも患者数の多い疾患ですが、急性期治療の進歩により適切な治療を迅速に行うことで症状の改善や予後の改善が期待できます。

##### (2) 脳梗塞の危険因子

脳梗塞の危険因子としては、加齢、肥満、飲酒、喫煙、運動不足といった生活習慣があげられるほか、高血圧、心房細動、糖尿病、脂質異常等、他の様々な病気も発症リスクが高まる要因です。

##### (3) 脳梗塞の症状

脳梗塞の症状は脳の血管が詰まった場所によって異なりますが、典型的な症状としては、顔面麻痺（顔がゆがむ）、上肢麻痺（腕が片方動かない）、言語障害（言葉が出ない、呂律が回らない）等がみられます。

脳梗塞の症状が一時的にでも見られた場合や、脳卒中の可能性があると診断された場合は、速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関において、詳しい検査や治療を受ける必要があります。

##### (4) 脳梗塞の治療

近年、脳梗塞の急性期治療は着実に進歩を遂げており、血管の詰まりの原因

である血栓を薬剤で溶解する「t-P A（組織プラスミノゲン・アクティベータ）」の静脈内投与や、血管内の血栓を取り除く血管内治療を適切に実施できた場合、救命率の向上や予後の改善が期待できます。

しかし、各治療の実施については、治療開始までの時間制限があるため、発症後、1秒でも速く病院に搬送することが重要です。

**(5) 一過性脳虚血発作（T I A）**

脳梗塞の中には一時的に脳梗塞の症状が起きるものの、数秒から1時間以内に収まる「T I A（一過性脳虚血発作）」と呼ばれる症状が起こる場合もあります。このような場合、症状が一時的に無くなっても短時間のうちに再発する可能性が高いと言われていることから、仮に症状が一時的であった場合においても速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関において、詳しい検査や治療を受けることが重要です。

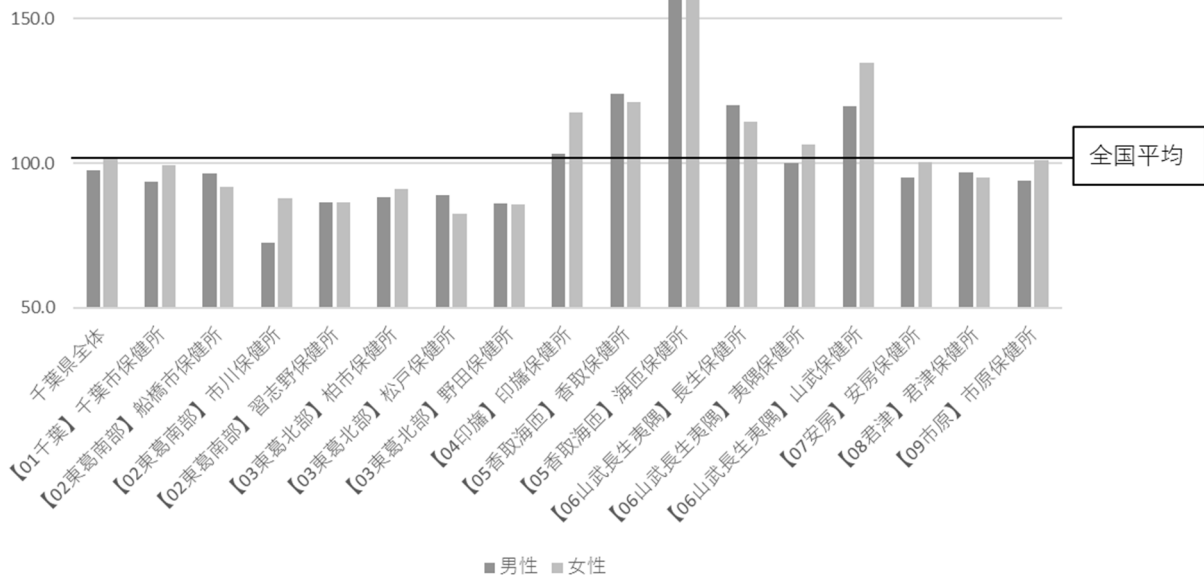
**(6) 脳梗塞の患者数**

令和元年中の患者調査によると、全国の脳梗塞の総患者数は78万6千人、県の脳梗塞の総患者数は2万3千人と推計されています。65歳以上の10万人当たりの脳梗塞の受療率は全国では387人ですが、千葉県では265人であり、全国で最も低い数字となっています。

一方で、人口動態特殊報告（平成25年～平成29年）によると、千葉県の脳梗塞の標準化死亡率（全国平均を100として平均から死亡者数を比較した値）は男性97.5女性102.4であり、全国平均に近い値となっています。

また、地域別では市川保健所管内、松戸保健所管内、野田保健所管内が低く、海匝保健所管内、山武保健所管内、香取保健所管内が高い値になっています。

図 3-1-1-1 脳梗塞標準化死亡比 (SMR)



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

## 2 脳出血

### (1) 脳出血の特徴

脳の細い血管に、高血圧や加齢により、たくさんの小さなコブの様な状態ができていて、血圧の急激な上昇によりコブが破裂して出血し、脳の中に血腫（出血でできた血の塊）ができることを脳出血といいます。

一般的に脳梗塞よりも進行が早く、出血を起こしている場所や出血量によって症状や残る可能性がある後遺症等が異なります。昏睡等の意識障害や半身麻痺等の運動障害が起こることも多く、脳梗塞よりも症状の程度が重くなる傾向があります。

### (2) 脳出血の危険因子

脳出血の最も重要な危険因子は高血圧であり、半数以上が高血圧を原因とした高血圧性脳出血といわれています。そのほか、他の脳卒中と同様に、加齢、肥満、飲酒、喫煙、運動不足といった、生活習慣を理由として発症リスクが高まります。

### (3) 脳出血の症状

出血を起こしている場所や出血量によって様々な症状があらわれます。出血量が少ない場合は軽い頭痛や吐き気などの症状があらわれ、出血量や血腫が増え、出血箇所が脳を圧迫し、脳の働きが阻害されることで、昏睡等の意識障害や半身麻痺等の運動障害が起こります。迅速な治療が必要なため、速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関にて治療を受ける必要があります。

### (4) 脳出血の治療

血圧を下げて出血をコントロールする等の薬物治療の他、重症の場合には血腫を取り除く等の外科手術も行われます。脳出血は脳の組織を破壊してしまう疾病であることから、手足の麻痺や意識障害などの各後遺症が残ってしまう可能性は脳梗塞よりも高く、発症から1秒でも速く適切な医療機関に搬送することが治療効果の向上や予後の回復に重要となります。

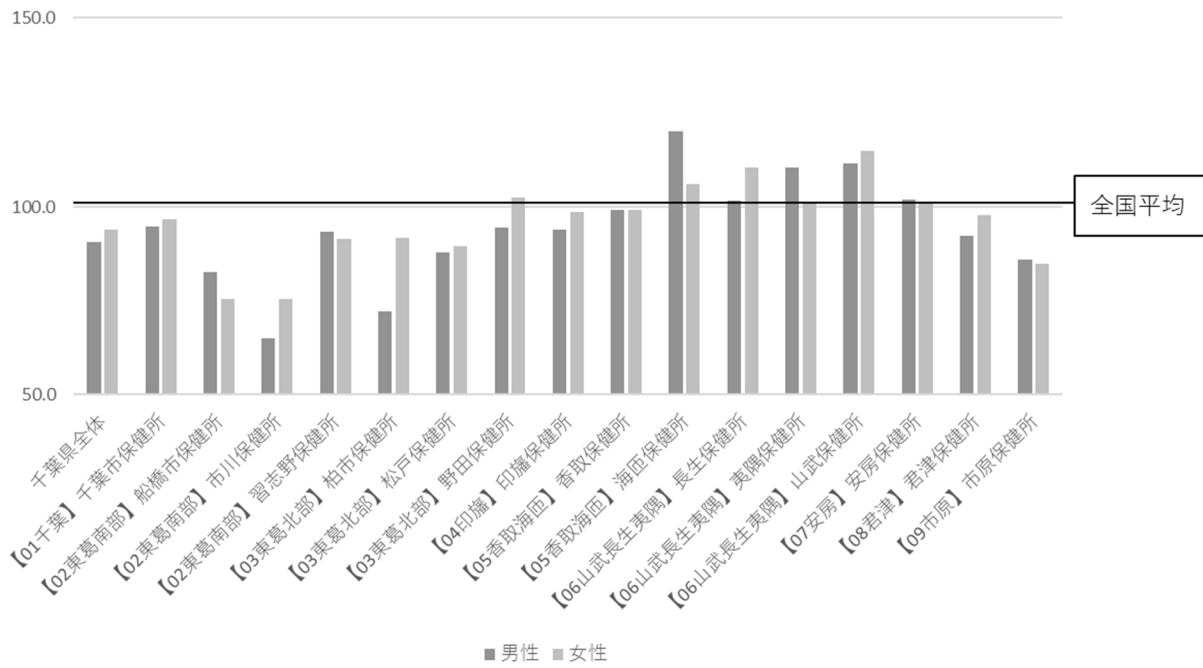
### (5) 脳出血の患者数

脳出血の患者数は脳卒中患者の約1割であり、脳梗塞よりも少なくなっています。令和元年の患者調査によると、全国の脳出血の総患者数は14万5千人、県の脳出血の総患者数は6千人と推計されています。

人口動態特殊報告（平成25年～平成29年）によると、千葉県の脳出血の標準化死亡率（全国平均を100として平均から死亡者数を比較した値）は男性90.7、女性93.8と全国平均より低い値となっています。

また、地域別には市川保健所管内、船橋市保健所管内、柏市保健所管内が低く、山武保健所管内、海匝保健所管内、長生保健所管内が高い値となっています。

図表 3-1-2-1 脳出血標準化死亡比 (SMR)



出典：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

### 3 くも膜下出血

#### (1) くも膜下出血の特徴

脳の頭蓋骨の内側には硬膜、くも膜、軟膜の三層の膜があり、くも膜と軟膜の間にあるくも膜下腔は脳脊髄液という液体で満たされて脳を保護しています。そのくも膜下腔を流れる脳動脈の一部において瘤（コブ）のように膨らんだ脳動脈瘤が破裂する等の要因で、くも膜下腔に出血した血が流れてしまうことをくも膜下出血といい、生命の危険が非常に高い疾患になります。

#### (2) くも膜下出血の危険因子

くも膜下出血のほとんどが脳動脈瘤の破裂と言われており、脳動脈瘤ができる危険因子としては、高血圧、動脈硬化、加齢の他、飲酒、喫煙、運動不足といった生活習慣が挙げられます。

また、親、祖父母、兄弟等の血縁関係のある家族にくも膜下出血の病歴がある場合も相対的に発症リスクが高いとされており、家族に病歴がある場合には、生活習慣の改善がより重要になります。

#### (3) くも膜下出血の症状

くも膜下出血の典型的な症状は、激しい頭痛、嘔吐、意識障害等です。突然、強烈な痛みが襲う場合があるほか、出血量が多い場合には意識が無くなり短期間で亡くなってしまう危険性があります。

#### (4) くも膜下出血の治療

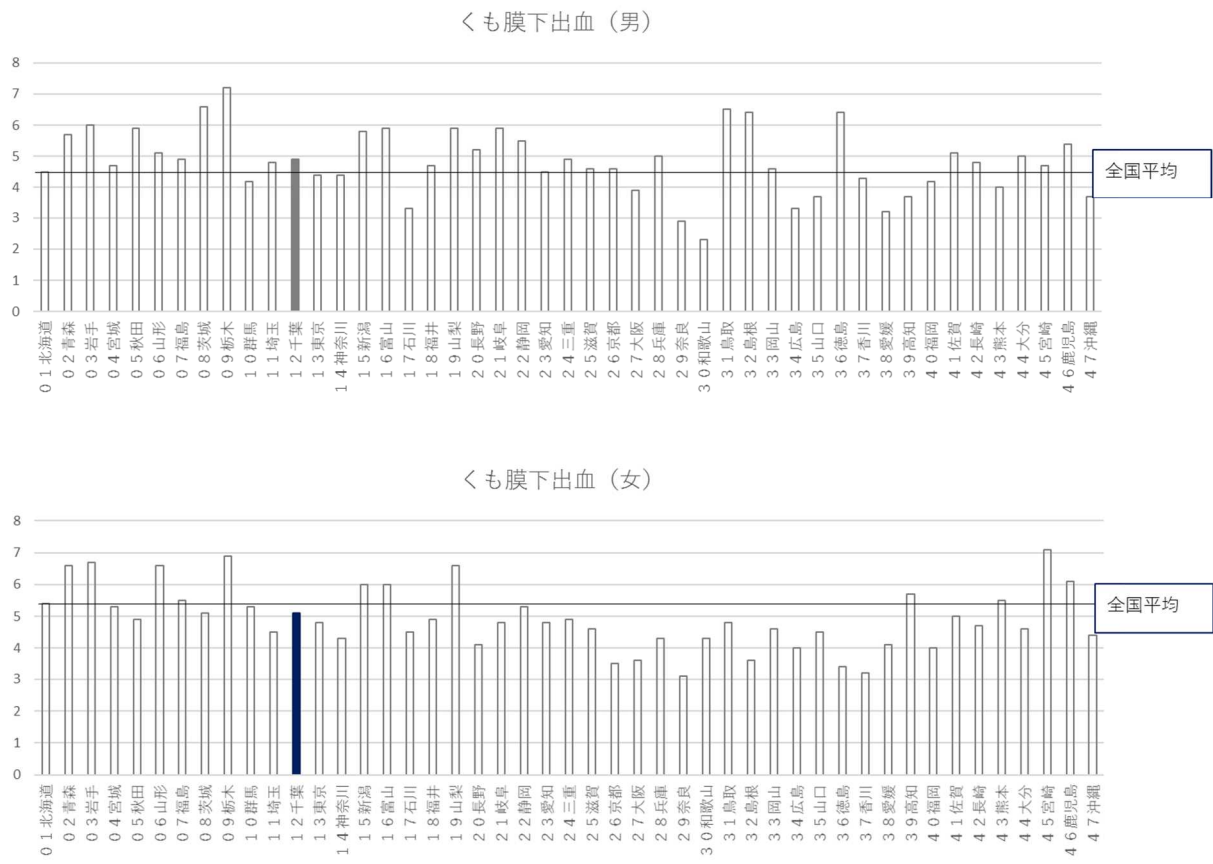
生命維持のために血圧をコントロールした後、頭蓋骨を開けて動脈瘤の根元をはさみ動脈瘤に血液が流れ込むのを阻止するネッククリッピング等の「外科手術」のほか、カテーテルと呼ばれる細い管を太ももの血管等から挿入し、動脈瘤にコイルを挿入することで、瘤の内側からコイルを詰めて出血を防ぐコイル塞栓術等の「脳血管内治療」等が行われます。

専門的な脳神経外科医による治療が必要であり、速やかに搬送され治療を開始できる医療提供体制を構築する必要があります。

#### (5) くも膜下出血の患者数

くも膜下出血の患者数は脳卒中の約4%と脳梗塞、脳出血と比べて少なくなっています。令和元年の患者調査によると、全国のくも膜下出血の総患者数は4万2千人、千葉県のかも膜下出血の総患者数は1千人と推計されています。人口動態特殊報告（平成27年）によると千葉県のくも膜下出血の人口10万人対の年齢調整死亡率は男性4.9（全国4.7）で死亡率が低い順に全国第27位、女性は5.1（全国4.8）で第30位となっています。

図 3-1-3-1 くも膜下出血の患者数



出典：患者調査（厚生労働省）

## 第2節 急性期（搬送）

### 1 救急搬送に関すること

#### (1) 施策の現状・課題

脳卒中は急激に発症し、発症後、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多いため、脳卒中を発症した患者に対しては1分でも早く治療を開始することが救命率を改善し良好な予後を得るために重要とされています。

特に、近年、脳卒中治療の技術的な進歩が著しく、脳卒中の中でも約70%を占める脳梗塞の治療に関しては、組織プラスミノゲン・アクティベータ（t-PA）の静脈内投与や血管内治療を行い、詰まっていた脳血管を再開通することで、症状が改善し後遺症が軽くなる効果が認められています。これらの治療法は、治療開始までの時間が短いほど有効性が高いことが示されているほか、t-PAは発症後4.5時間以内、血管内治療は発症後8時間以内に治療を始めなければならない等の時間的制限があることから、救急搬送がますます重要になっています。

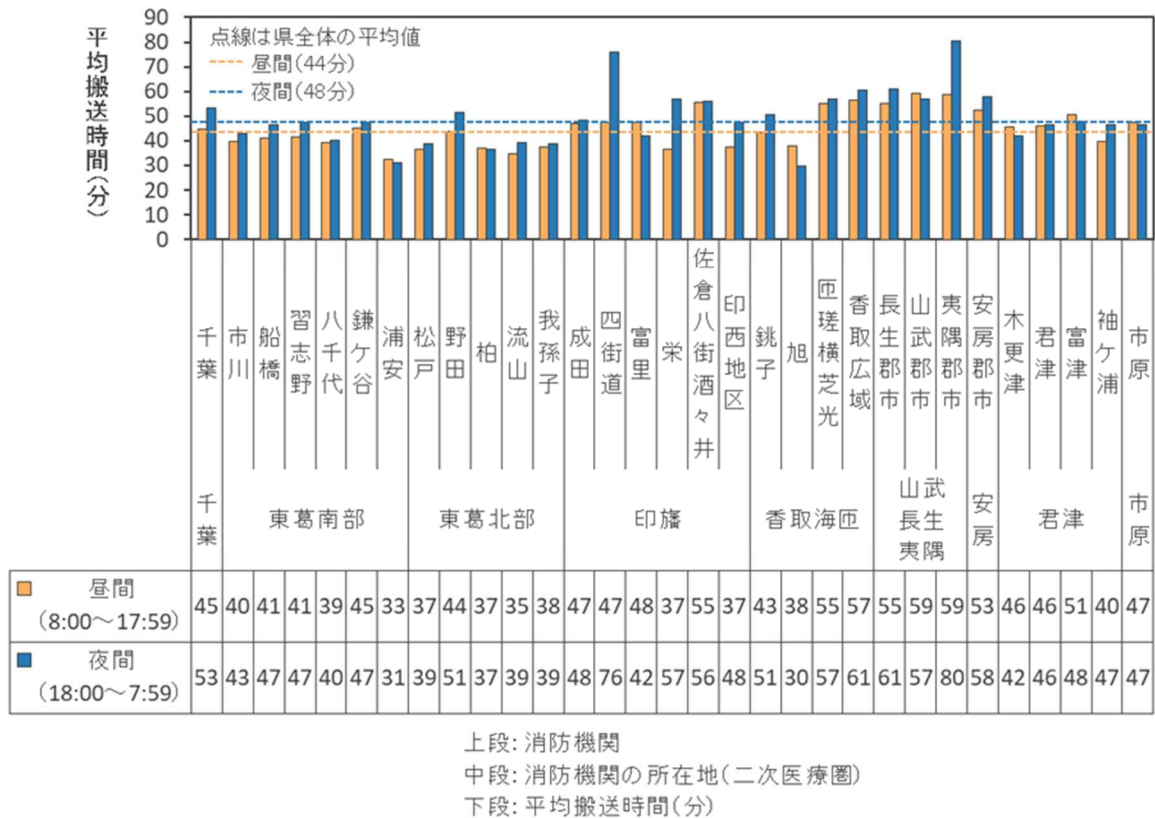
#### 【脳卒中患者の救急搬送状況】

県が実施した「救急搬送実態調査（令和元年度）」によれば、千葉県内の脳卒中患者を搬送する際の救急搬送時間（救急要請から病院収容まで）の平均は45.8分であり、エリアにより大きな差がみられ、平均で最大20.6分の開きがありました。

特に、山武長生夷隅地域、安房地域、香取海匠地域の救急搬送時間が他地域よりも長く、それぞれの地域において現場滞在時間（現場到着から現場出発まで）や、病院搬送時間（現場出発から病院収容まで）が平均よりも長いといった特徴がみられました。



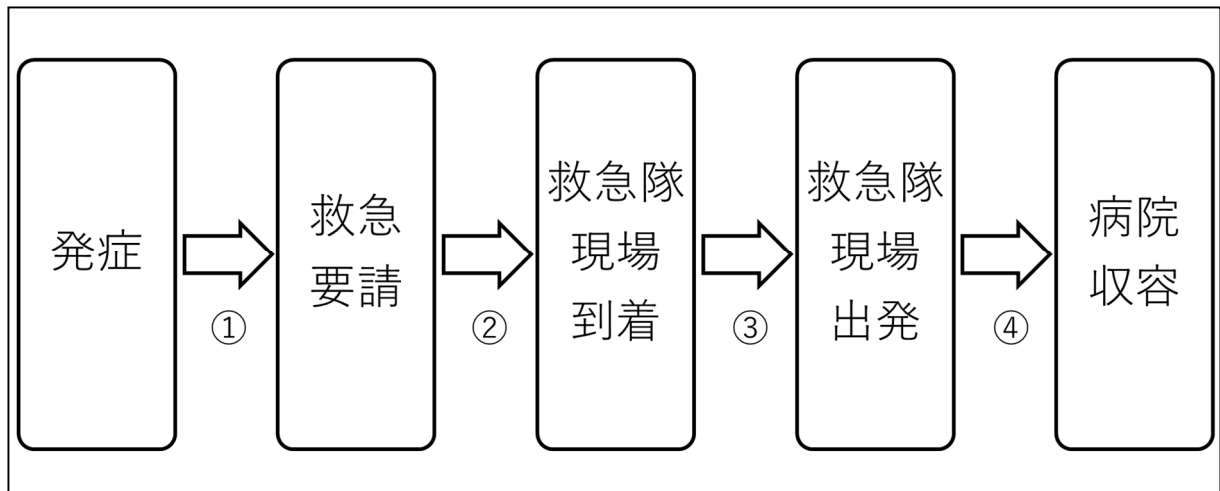
図表 3-2-1-1 脳卒中患者の救急搬送状況



資料：令和元年度救急搬送実態調査（千葉県）

発症してから病院に収容されるまでには以下の段階を踏むことになります。  
 施策の検討にあたっては、それぞれの段階ごとに現在の状況を把握し、改善の余地があるか検討する必要があります。

図表 3-2-1-2 搬送の分類



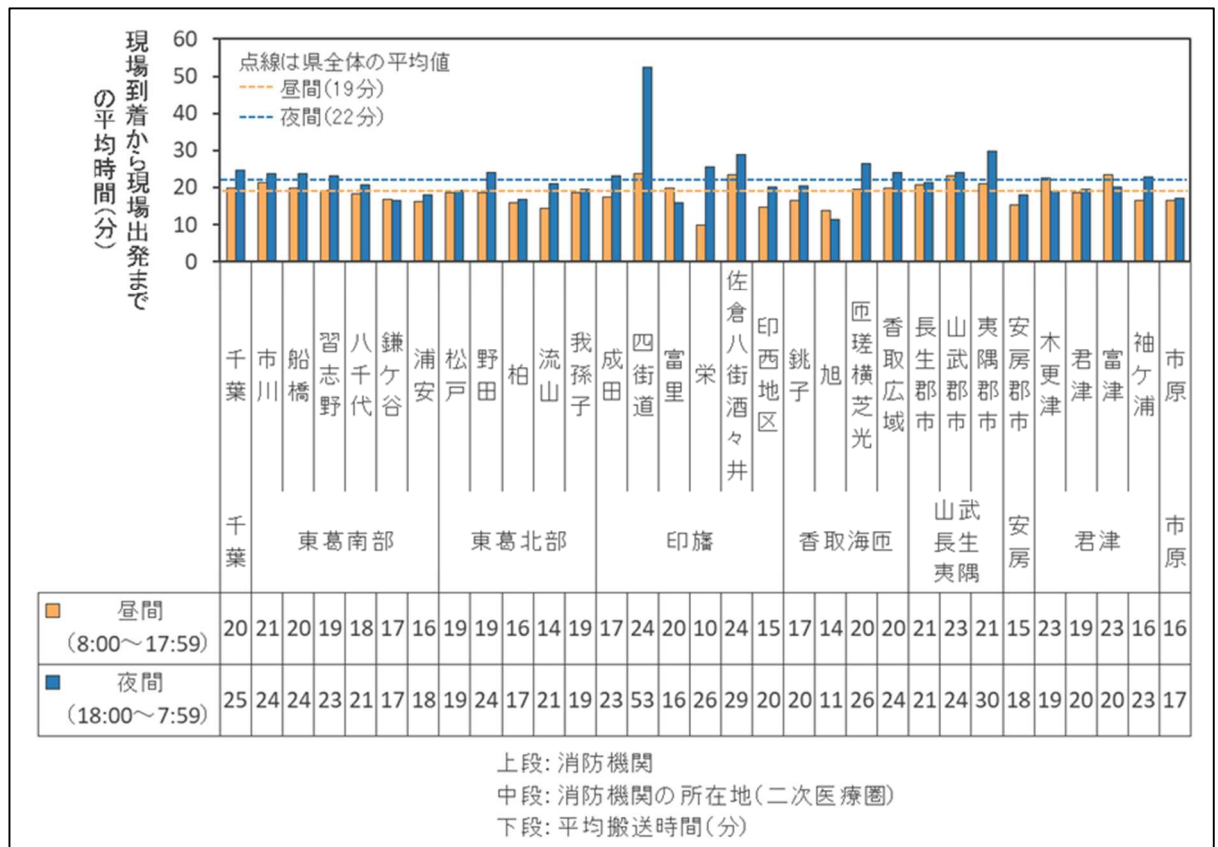
- ① 救急要請時間（発症から救急要請まで）の短縮  
脳卒中を発症した場合は患者及び発見者が速やかに脳卒中の可能性があると認識し、救急要請することが重要です。
- ② 現場到着所用時間（救急要請から現場到着まで）について  
救急要請から現場到着までの時間は主に最寄りの消防署から現場までの距離に比例すると想定されます。千葉県における現場到着所用時間は平均9.3分（全国平均8.7分）であり、都道府県平均や、県内の各地域の平均をみても大きな差はない状況にあります。

③ 現場活動時間（現場到着から現場出発まで）の短縮

現場において、救急隊は主に傷病者の観察や応急処置及び搬送先医療機関の選定を行っています。

千葉県における脳卒中に係る現場活動時間は平均20.9分です。地域別の状況としては、安房地域（17.6分）、香取海匝地域（18.0分）、東葛北部地域（18.4分）が低く、千葉地域（22.3分）、山武長生夷隅地域（22.5分）、市原地域（26.6分）が高い傾向にありました。

図表 3-2-1-3 現場活動の地域状況



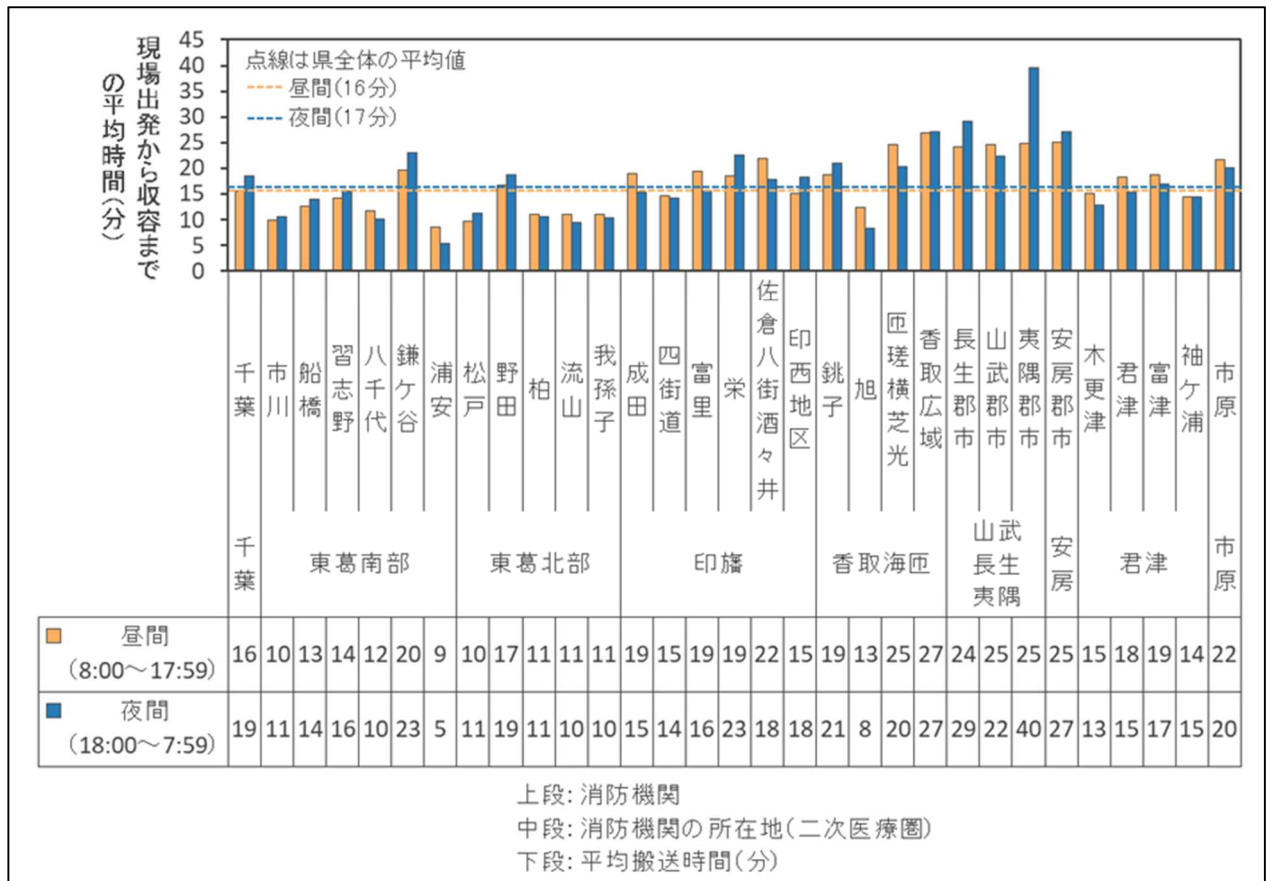
資料：令和元年度救急搬送実態調査（千葉県）

④病院搬送時間（現場出発から病院収容まで）短縮

現場出発から病院収容までの時間は、主に現場から搬送先病院までの距離に比例すると想定されます。

千葉県における脳卒中に係る病院搬送時間は平均15.4分でした。地域別に確認すると印旛地域（12.5分）、東葛北部地域（12.7分）、東葛南部地域（12.7分）が低く、香取海匝地域（33.3分）、山武長生夷隅地域（25.9分）、安房地域（25.1分）が高い傾向にありました。

図表 3-2-1-4 病院搬送時間の地域状況



資料：令和元年度救急搬送実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 救急医療体制の整備

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

○ 現場活動時間の短縮

現場活動時間の短縮のため、傷病者の観察において、脳卒中患者における緊急度・重症度・症状・必要な処置などを考慮した基準について検討・共有するなど、適切な医療機関の選定にかかる時間を短縮する取組を進めます。

また、医療機関における対応可能状況を救急隊と医療機関で共有し、搬送先の選定及び交渉に要する時間を短縮する取組を進めます。

○ 病院搬送時間の短縮

現場から搬送先の医療機関までの距離や搬送時間を把握するためのシステムの構築を検討する等、現場到着時に対応可能な医療機関のうち最も近い距離に搬送することが可能となるような取組を検討します。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
脳血管疾患に係る現場活動時間 （現場到着～現場出発）	20.9分 （令和元年）	短縮 （令和5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）	15.4分 （令和元年）	短縮 （令和5年）
脳血管疾患に係る救急活動時間 （救急隊覚知～病院収容）	45.8分 （令和元年）	短縮 （令和5年）
脳血管疾患における搬送困難事例の割合	14.8% （令和元年）	減少 （令和5年）
脳血管疾患患者の圏域外救急搬送割合	11.5% （令和元年）	減少 （令和5年）

## 2 県民啓発に関すること

### (1) 施策の現状・課題

脳卒中の発症の初期には、以下の7つの症状が現れやすいとされています。

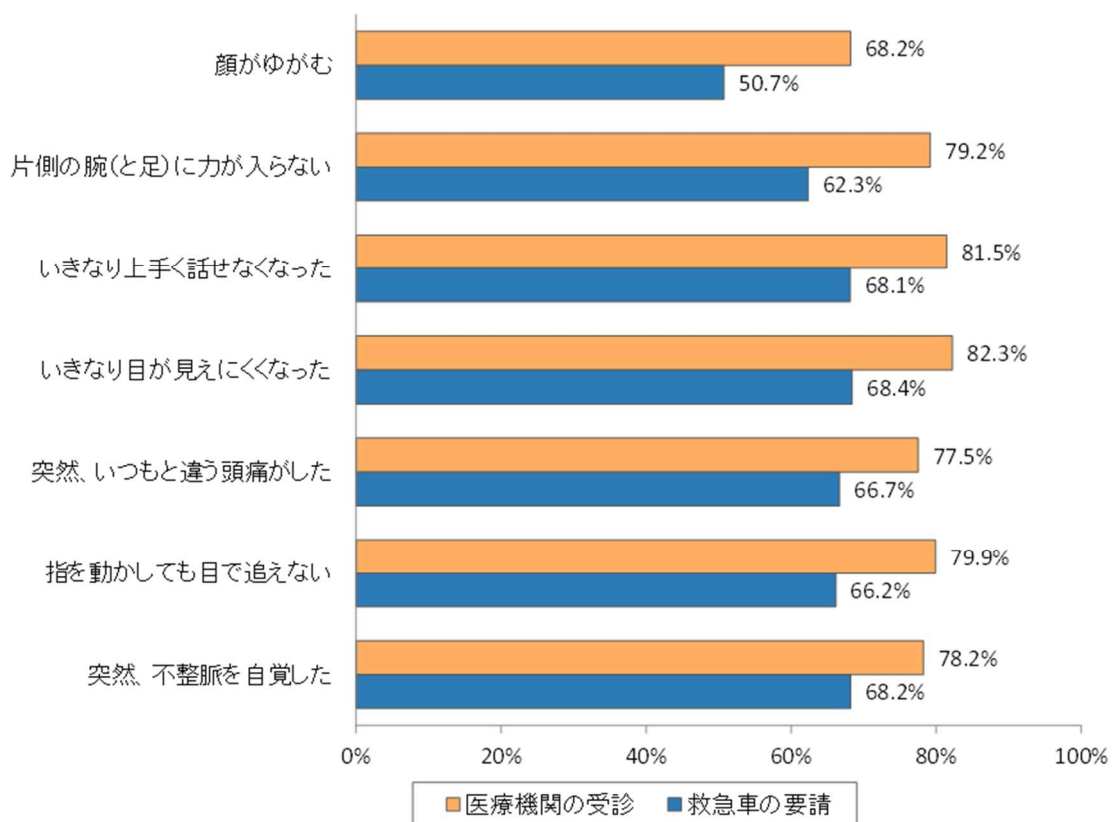
- ① 顔面麻痺（顔がゆがむ）
- ② 上肢麻痺（腕が片方動かない）
- ③ 失語（言葉がでない）
- ④ 構音障害（呂律が回らない）
- ⑤ 共同偏視（両方の眼球が一方向を向いている）
- ⑥ 半側空間無視（片側（通常左）に注意が向かない）
- ⑦ 脈不正

県が実施した「循環器病対策実態調査（令和三年度）」によると、上記の各症状について、「あなた（またはあなたの家族）に仮に症状が出た場合に医療機関を受診しようと思う割合」は68.2%から82.3%でした。

また、「救急車を呼ぼうとする割合」は50.7%から68.4%でした。

図表 3-2-2-1

脳卒中が疑われる症状が出た場合に「医療機関を受診しようと思う」と回答した者の割合  
及び「救急車を呼ぼうと思う」と回答した者の割合



資料：循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

脳卒中を発症した患者を1分でも早く適切な医療機関で治療を開始するため、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。

○ 啓発の例 「FAST」

脳卒中の初期症状のうち、一般県民でも判断しやすい症状である

「F a c e（①顔面麻痺）」、

「A r m（②上肢麻痺）」

「S p e a c h（③失語、構音障害）」と、

「症状を認識したら速やかに救急要請を行って欲しい」という意味を込めて

「T i m e」

の頭文字を取って「FAST」と呼ばれる標語が知られています。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
「FAST」の認知割合	61.0% (令和3年)	増加 (令和5年)

## 第3節 急性期（治療）

### 1 急性期治療に関すること

#### (1) 施策の現状・課題

##### ○ 急性期治療について

脳卒中は脳梗塞や脳出血、くも膜下出血等、疾患によって治療方法や対応可能な医療機関はちがいますが、共通していることは前触れなく発症し、急速に進行する病気であることです。生命に係る重大な事態に陥る等、重度の後遺症を残す例も多くありますが、発症してから治療を開始するまでの時間を短くするほど予後が改善され、治療の効果が改善する可能性が高まります。

脳卒中を発症している患者への急性期における治療は主に以下の3種類があります。

- ・薬物療法：主に脳梗塞時に血栓（血管の詰まり）を取り除くために「薬物療法」として「t-PA（組織プラスミノゲン・アクティベータ）」の静脈内投与等が行われます。発症から4．5時間以内に投与する必要があるため、脳卒中専門の神経内科医や脳神経外科医によって実施されます。
- ・血管内治療：足の付け根や太ももの血管等からカテーテル（細管）を血管内に挿入し、脳梗塞の際には血栓を取り除く「血栓回収療法」の他、くも膜下出血の際に脳内の動脈瘤の内側からコイルを詰めて出血を防ぐ「コイル塞栓術」等の治療が行われます。脳梗塞の場合は発症から8時間以内ならば効果が見込まれ、「t-PA」の静脈内投与後に必要にあわせて「血栓回収療法」を実施することで重症の脳梗塞患者にも有効な治療法であり、脳卒中専門の脳神経外科医によって実施されます。
- ・外科治療：くも膜下出血をはじめとした重篤な患者に対しては、症状に応じて頭蓋骨を開けて治療を行う「外科手術」等が行われます。脳卒中専門の脳神経外科医によって実施されます。



○ 治療実績

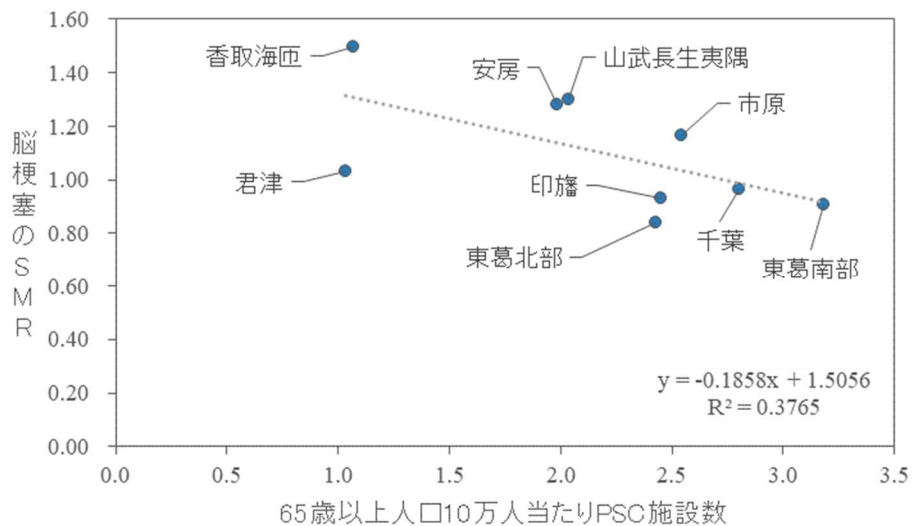
図表 3-3-1-1 二次医療圏別 65歳以上10万人当たりのt-PA対応医療機関数およびt-PAの標準化レセプト出現比（SCR）

二次医療圏	t-PA対応医療機関の施設数				t-PAのSCR
	全体		うちPSC		
	施設数	65歳以上人口 10万人当たり	施設数	65歳以上人口 10万人当たり	
千葉	7	2.8	7	2.8	91.6
東葛南部	14	3.4	13	3.2	90.5
東葛北部	12	3.2	9	2.4	102.1
印旛	7	3.4	5	2.5	66.0
香取海匝	1	1.1	1	1.1	61.7
山武長生夷隅	3	2.0	3	2.0	53.9
安房	1	2.0	1	2.0	—
君津	1	1.0	1	1.0	—
市原	3	3.8	2	2.5	67.3
県全体	49	2.9	42	2.5	83.7

資料：循環器病対策実態調査（千葉県）

○ 24時間対応可能施設数の地域状況

図表 3-3-1-2 65歳以上人口10万人当たりPSC施設数と脳梗塞のSMRの関係



資料：循環器病対策実態調査（千葉県）

**【参考】脳卒中患者へのリハビリテーションとは**

脳卒中を発症した場合には、脳の組織が突然損傷されることで、手足の麻痺や言葉の障害等、身体機能が大幅に低下するため、命を救う救命治療の後には発症前に近い状態に近づけるためのリハビリテーションが重要になります。

脳卒中患者へのリハビリテーションは、病期によってわけられます。

急性期（発症～数週間（症状安定まで））においては、脳卒中を発症した患者は急性期治療を担う専門病院に搬送され「命を救う」ことを第一目的とした治療がまず行われます。その後、廃用性症候群などの安静にしていることによる合併症を防ぎ効果的に心身機能を回復していくために、症状が悪化しないか全身管理のもとで、できるだけ早期（入院後72時間以内）からリハビリテーションを行うことが重要とされています。

命の危機を脱するための治療が終わり、症状が安定したあとの回復期（数週間（症状安定）～数カ月）においては、自宅や社会に戻ってからの生活を少しでも元に近い状態に近づけるため、心身機能の回復を目的としたリハビリテーションが行われます。

維持期（地域での生活時期）においては、回復期までに獲得した心身機能を基盤として、歩行や生活機能の向上・維持により地域でのより自分らしい暮らしの実現を目的にリハビリテーションが行われます。

○ 急性期リハビリテーションについて

脳卒中患者は発症からリハビリテーション開始までの期間が長くなるほど廃用性筋萎縮（安静にすることでの心身への弊害）が著しいため、急性期においてはできるだけ早期からリハビリテーションを開始することが重要とされています。

バイタルサインが安定している場合は医学的な全身管理のもとで、早期座位・立位、早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練（食べ物を食べる訓練）、言語訓練、セルフケア訓練（服の着脱等の日常生活を行う訓練）などを行います。

○ 医師の確保に関すること

脳卒中に係る急性期診療を中心的に担う「神経内科」「脳神経外科」「麻酔科」の診療科の医師数の合計は779人となっています。（詳細は○ページの表を参照）

実態調査によると、脳卒中治療を提供している病院の内、急性期の医師の確保が課題と答えた病院が54.6%、回復期リハビリテーション病棟の医師の確保が課題と答えた病院が28.6%、医師の働き方改革への対応が課題と答えた病院が36.4%となっており、医師の確保が県内の病院における大きな課題となっています。（課題を最大5つまで選択）

○ ストロークユニット（SU）

ストロークユニット（SU）とは医師だけでなく、看護師・リハビリテーション専門職（PT、OT、ST）・MSW・栄養士・薬剤師などの脳卒中

専門の多職種で脳卒中の急性期からリハビリテーションを含めた治療を一貫して行うチームのことで、ストロークユニットで治療することで死亡率の低下や在院機関の短縮、長期的なADL（身体機能）の改善を図ることができるとされており、実態調査によると県内の脳卒中对応急性期病院の約40%の病院がSUを組織しています。

また、脳卒中に関係する病院のうち、約30%の病院が「脳卒中治療に従事する専門職種（医師・看護師を除く）の確保」が課題とあげており、専門職を確保し、ストロークユニットの組織率を上げることが重要となります。

○ 各専門職員について

脳卒中治療においては各専門職がそれぞれの専門の立場から治療に参加しています。

- ・ 看護師：脳卒中リハビリテーション看護認定看護師や摂食・嚥下障害看護師等を始めとした看護師が脳卒中治療に活躍しており、変化する患者の病状を把握しながら効果的に治療を実施するためには看護師の役割が重要となります。
- ・ 理学療法士（PT）：理学療法士は寝返る、起きる、立つ、座る、歩くといった基本的な身体能力の改善を目的として、理学療法を行っています。
- ・ 作業療法士（OT）：作業療法士は日常生活に関わる様々な日常生活動作や家事などの生活関連活動等の回復を支援し、その人らしい生活の質の向上を目的として作業療法を行っています。
- ・ 言語聴覚士（ST）：言語聴覚士は言語障害や聴覚障害、発声障害、認知障害等のコミュニケーションに問題がある方への言語聴覚療法や、摂食・嚥下等の問題についても訓練を行っています。
- ・ 医療ソーシャルワーカー（MSW）：医療ソーシャルワーカーとは保健医療機関において、社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える様々な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行っています。

(2) 施策の具体的展開

○ 効率的な専門医療体制の構築

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。

○ 専門的な治療を提供する医療体制の構築

くも膜下出血の治療にあたっては専門的な脳神経外科医による治療が必要になるため、県内医療機関全体で役割分担の明確化や相互連携体制の整備が促進されるよう協議を行っていきます。

○ 医療従事者の確保・定着

医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。

医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
SUがある医療機関数	22機関 (令和3年)	増加 (令和5年)
機械的血栓回収療法について治療が可能な医療機関が存在している医療圏数	9医療圏 (令和元年)	9医療圏 (令和5年)
静注血栓溶解（rt-PA）療法について治療が可能な医療機関が存在している医療圏数	9医療圏 (令和元年)	9医療圏 (令和5年)

## 第4節 回復期

### 1 脳卒中リハビリテーションについて

#### (1) 施策の現状・課題

脳卒中を発症した場合、移動、セルフケア（日常生活を自分で行うこと）、嚥下（食べ物を飲み込み胃に送ること）、コミュニケーション、認知機能などの複数領域で症状が現れている場合には、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重要です。適切なリハビリテーションにより、失った身体機能をより効果的に獲得することができます。

日本では、入院により専門的なリハビリテーションを行うための病棟として「回復期リハビリテーション病棟」が位置付けられており、各分野の担当医師のほか、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、摂食嚥下認定看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、心理士など、さまざまな専門技術・知識を持った医療スタッフがチームを組んで、患者やその家族と一緒にADL向上や家庭復帰に取り組んでいます。

- 回復期リハビリテーション病棟数について  
回復期リハビリテーション病棟数については以下のとおりです。

図表 3-4-1-1 二次医療圏別 回リハ病床を有する施設数及び病床数、回復期機能病床数

二次医療圏	回リハ病床を有する施設		(参考) 65歳以上人口10万人 当たり回復期病床数
	65歳以上人口10万人 当たり施設数	65歳以上人口10万人 当たり回リハ病床数	
千葉	5.2	318.4	402.1
東葛南部	4.4	383.0	447.4
東葛北部	4.0	235.7	343.6
印旛	4.9	259.6	319.4
香取海匝	2.1	189.4	208.7
山武長生夷隅	3.4	179.7	311.9
安房	4.0	196.6	299.8
君津	2.1	132.1	183.7
市原	3.8	315.3	472.9
県全体	4.1	275.4	359.6
全国	4.4	242.6	502.8

資料：循環器病対策実態調査（千葉県）

千葉県の病床数は全国平均とほぼ同じです。実態調査によると「まだ受け入れる余裕がある」と回答した病院が61.1%であることから、現状では、回復期リハビリテーション病棟の病床数が直ちに不足している状態にはないと思われます。

ただし、今後の高齢化の進展により、回復期リハビリテーション病棟の需要が増加することも考えられるため、患者数の動向を把握し、関係者間で需

給データを共有する必要があります。

○ 質の向上について

回復期リハビリテーション病棟は平成12年4月に制度化され、病床数が順調に増加してきたことから、近年ではより質を高くすることが求められています。

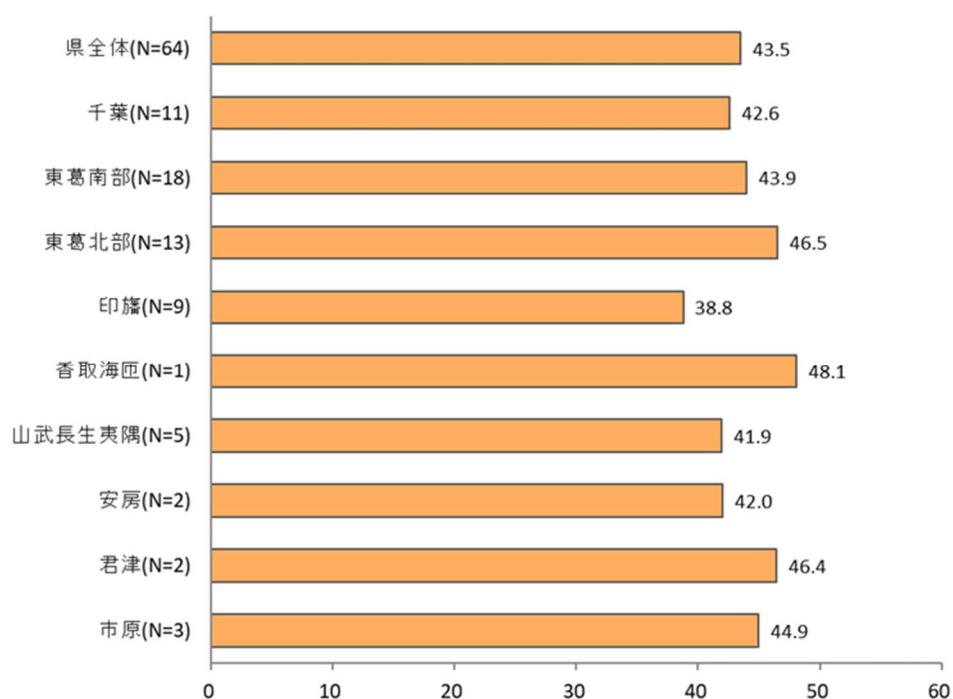
平成28年度の診療報酬改定において、質の高いリハビリテーションを評価するために、患者がどれだけ身体機能を回復したかを図る指標としてリハビリテーション実績指数（FIMの平均上昇数）が導入されました。

令和2年度には、診療報酬の算定要件が更に厳格化され、届け出ている医療機関を調べることで、効果が高いリハビリテーションを実施している医療機関が把握できるようになっています。

また、施設基準毎に理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、管理栄養士の人員基準を設けることとなっており、チーム医療として多職種を配置し効果的な治療を行っている病院を後押しする制度となっています。

リハビリテーション実績指数の導入により、身体機能が低下している急性期治療直後を経過したのちは、速やかに回復期リハビリテーション病棟への転院が促される効果が期待でき、早期の専門的なリハビリテーションの開始や、急性期病院としての運営の効率化が進むと想定されます。

図表 3-4-1-2 リハビリテーション実績指数の地域状況



資料：関東信越厚生局届出

(2) 施策の具体的展開

- 脳卒中患者に対するリハビリテーション体制の整備  
 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に努めます。
  
- 病院間連携の推進  
 脳卒中リハビリテーションにおいて、限られた医療資源を効率的に活用するためには、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟における連携が重要です。回復期リハビリテーション病棟における専門的なりハビリテーションが必要な患者について、急性期治療の直後から病院間で情報を共有し転院の準備を進めることで、早期の専門的なりハビリテーションの開始や、急性期病院の効率化に努めます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
脳血管疾患等リハビリテーション料 （Ⅰ）～（Ⅱ）届出施設数	182機関 （令和元年）	増加 （令和5年）
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	229機関 （令和元年）	増加 （令和5年）
脳卒中患者に対するリハビリテーシ ョンの実施件数	77,657件 （令和元年）	増加 （令和5年）
重症患者回復率	67.5% （令和元年）	増加 （令和5年）

## 第5節 地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）

### 1 在宅療養が可能な環境の整備について（医療と介護の連携）

#### (1) 施策の現状・課題

脳卒中後の後遺症の残存等により、生活の支援や介護が必要な状態に至る場合があります。

入院中の患者が、安心、納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにしていくためには、入院前から退院後の生活を見据えた入退院支援が重要であり、診療報酬においても、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携など入退院支援を積極的に行う医療機関の取組が評価されています。

令和2年度病床機能報告によれば、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している病院は、報告のあった246病院中166病院でした。

また、施設間の連携を推進した上で、入院早期から退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施している病院・有床診療所は139箇所（令和2年）であり、全ての医療機関で十分な支援が行われているとは言えない状況です。

入院患者の退院支援をより進めるため、病院と受け入れ側の医療・介護事業者間において、多職種が連携しながら、患者の状況に応じて、必要な在宅医療や介護サービスの内容や提供方針の検討、共有できる体制の構築が求められています。

在宅医療を必要とする方には、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の外来において通院による診療を受けながら、必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者も含まれます。そのような場合は、外来での診療を通じて患者の生活を支援し、通院が困難になっても適切に往診・訪問診療につながることも重要です。

患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減を図るためにも、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護など、多職種の協働を推進することが必要です。

#### (2) 施策の具体的展開

##### ○ 医療・介護の多職種連携の促進

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を促進し、入退院支援の仕組みづくりなど、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。

また、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連携推進会議、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療推進連絡協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

##### ○ 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援

市町村における地域包括ケアシステムの構築をサポートするため、市町村職員への研修を実施し、市町村の課題に対応した支援を行います。

また、介護支援専門員と医療機関等の関係者が心身の状況や生活環境、介



介護サービスの利用状況などの情報を共有するために、県が参考様式として作成した「千葉県地域生活連携シート」の活用等により、医療と介護の一層の連携強化を図ります。

(3) 施策の評価指標

指標名	現状	目標
在宅患者訪問診療 実施診療所数・病院数	772箇所 (令和2年)	864箇所 (令和5年)
機能強化型 訪問看護ステーション数	29箇所 (令和3年4月)	34箇所 (令和5年)
在宅医療・介護連携の推進に 取り組む市町村への支援（研 修会参加者数）	60人 (令和2年度)	100人 (令和5年度)
入退院支援を実施している診 療所数・病院数	139箇所 (令和2年)	164箇所 (令和5年)
在宅等の生活の場に復帰した 患者の割合（脳血管疾患）	55.7% (平成29年)	56.3% (令和5年)

## 2 リハビリテーション等の取組・後遺症を有する者に対する支援について

### (1) 施策の現状・課題

#### ○ 総合リハビリテーション機能の確保について

個々の医療機関等では対応が難しい高度な医療的ケアが必要な方に対し、高度な医学的リハビリテーション（診断、治療、各種リハビリテーション療法、ソーシャルワークなど）から福祉サービスを利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーション機能（相談、診察、治療、リハビリ訓練、居宅介護の家屋改造指導、介護方法の指導、復学・復職支援、地域との連携など）の確保が必要です。

#### ○ 高次脳機能障害支援体制の整備

高次脳機能障害とは、脳卒中の後遺症の他、感染症や薬物・アルコールによる中毒などの病気や事故等の様々な原因で脳が損傷されたことにより、言語、思考、記憶、行為、学習等、高次の知的な機能に障害が起きた状態のことです。

高次脳機能障害は、身体的な後遺症がない場合、外見から障害が分かりにくく、障害の内容や程度も様々です。また、身体障害や精神障害に分かれて判定されていることもあるため、高次脳機能障害のある人の人数や状態等、実態の把握は難しい状況です。

高次脳機能障害のある人への支援は、より専門性が必要となるため、県では、千葉県千葉リハビリテーションセンターなど4箇所において高次脳機能障害支援普及事業による支援拠点を設置し、高次脳機能障害やその関連障害がある人の相談・支援を行っており、令和2年度の相談件数は6,484件でした。

支援拠点機関において、社会生活や就労などに向けた効果的な支援等を検討するとともに、地域における支援体制の拡大・強化が必要です。

### (2) 施策の具体的展開

#### ○ 総合リハビリテーション機能の確保について

千葉県千葉リハビリテーションセンターにおいて、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーションセンターを担います。特に、

- ・ 障害のある子どもに対する療育の提供（医療型障害児入所施設等の運営を含む）
- ・ 重症化・重複障害化の脳血管障害のある人に対する効率的な訓練実施
- ・ 脳外傷等による高次脳機能障害など、一般病院では対応しきれな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

等に取り組みます。

また、千葉県千葉リハビリテーションセンターが、県立施設として総合リハビリテーションセンターとしての機能・役割を果たし、増加する県民ニーズに応えるためには、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能などの更なる充実

が求められます。

このため、設立より40年以上が経過し、施設の老朽化・狭隘化が進んでいるセンターを再整備することとし、県民からの高いニーズに対応できる施設の整備に取り組んでいます。

○ 高次脳機能障害支援体制の整備

県内4箇所を高次脳機能障害支援普及事業による支援拠点を設置し、支援コーディネーターを配置し、機能回復・社会復帰に向けた訓練、就労支援、情報発信、研修等による支援普及を行っていきます。また、千葉県千葉リハビリテーションセンターに高次脳機能障害支援センターを設置し、より専門的な支援を実施していきます。

高次脳機能障害及びその関連障害のある人に対する支援については、各支援拠点機関を中心に、高次脳機能障害に対する普及啓発を行い、早期に専門的な相談支援・訓練につながるようにするとともに、支援者の育成や地域連携の拡大・強化に取り組めます。また、地域生活の安定や就労定着につながるよう、支援の方法等について検討します。

さらに、地域の相談支援事業所等の支援体制を強化するとともに、各支援拠点機関を中心としたネットワークの構築に取り組めます。

### 3 就労支援等の患者支援について

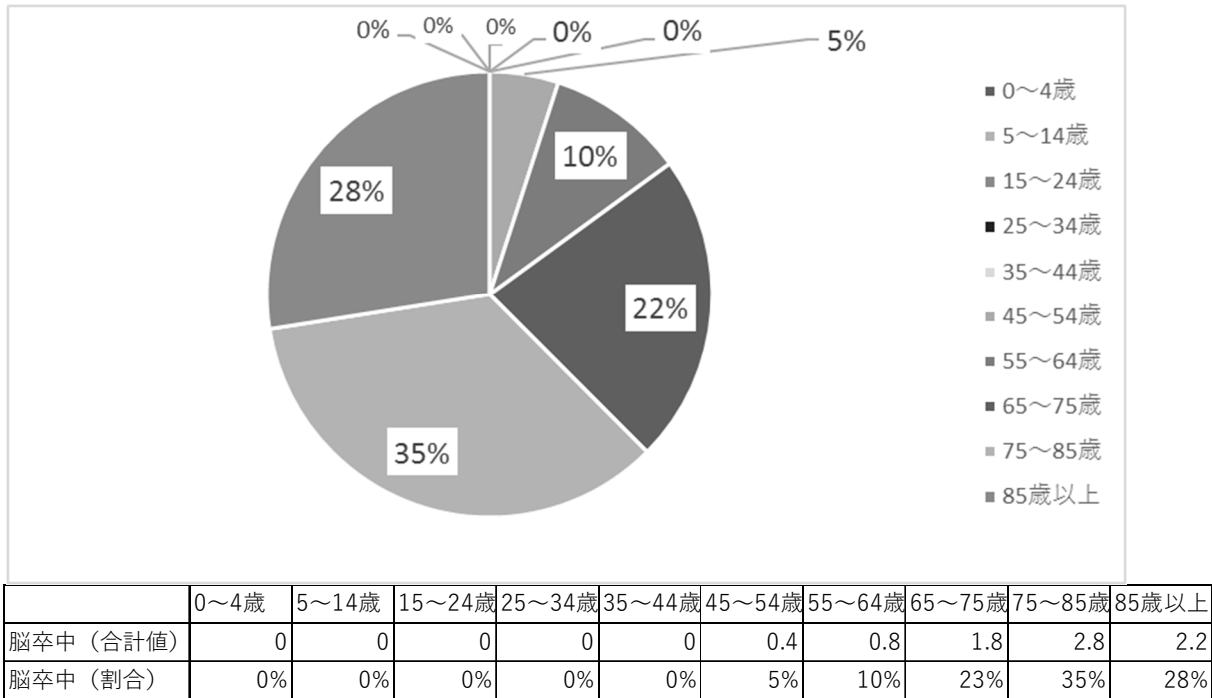
#### (1) 施策の現状・課題

##### ○ 就労支援について

脳卒中の治療等で通院している患者数は全国で111.5万人、千葉県の患者数は3万5千人と推計されており、うち約17%が就労世代（20～64歳）の患者です。

脳卒中の発症直後速やかに治療を受けて重症化を防いだ場合、リハビリテーションを含む適切な治療により身体機能が回復し、復職など元の生活に戻ることが可能となる場合も少なくありません。

図表 3-5-3-1 脳卒中患者の年齢構成比率



資料：患者調査（厚労省）

脳卒中のリハビリテーションにおいては、医療としてのリハビリテーション以外にも、復職希望のある患者については、急性期から回復期、退院後の生活期において復職までを想定した継続的な支援が重要になります。

そのため、復職を目指した情報を関係機関で共有し、雇用主側との連携を図るといった継続的で一貫性のある復職支援が求められています。

しかし、実態調査によると回復期リハビリテーション病棟を有している病院の内、退院後の外来診療の中で復職支援・就労支援を行っていると回答した病院は52.8%と多くない状況です。

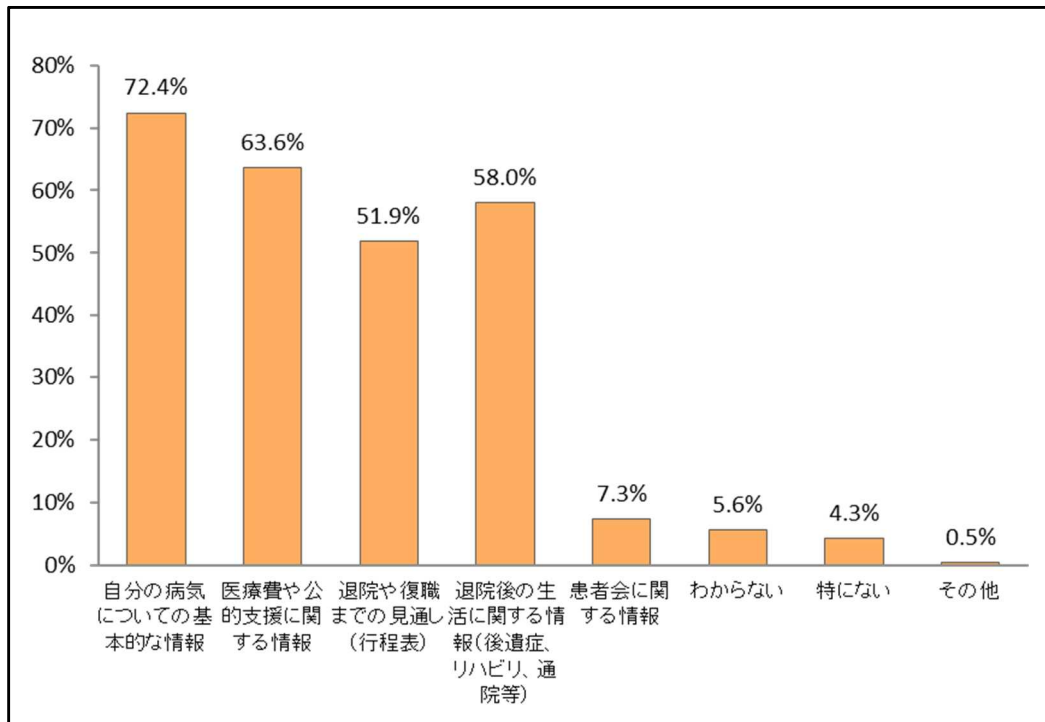
急性期病棟から外来リハビリテーションまで様々な多職種が関わる脳卒中診療体制の中では、復職希望のある患者に急性期から関わり、復職を目指した支援や情報を関係機関間で共有する他、循環器病患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援、身体機能に応じた職業訓練が重要です。

##### ○ 適切な情報提供・相談支援について

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、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められています。

実態調査によると、仮に脳卒中診断され、長期（3カ月以上）の入院や手術が必要になった場合に必要の情報とはという質問に対して、「自分の病気についての基本的な情報」72.4%、「医療費や公的支援に関する情報」63.6%、「退院後の生活に関する情報（後遺症、リハビリ、通院等）」58.0%でした。

図表 3-5-3-2 長期の入院や手術が必要になった場合に欲しい情報の選択割合



資料：循環器病対策実態調査（千葉県）

## (2) 施策の具体的展開

### ○ 相談、情報提供

医療技術や情報技術が進歩していることから、治療を受けながら働きつづけることができる可能性が高まっており、患者の離職防止や、再就職のための就労支援といった治療と仕事の両立支援の充実が求められています。

そのため、「自分の病気についての基本的な情報」や「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（後遺症、リハビリ、通院等）」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てまいります。

## (3) 施策の評価指標

指標名	現状	目標
就労支援の実施率	52.8% (令和3年)	増加 (令和5年)