

脳卒中対策

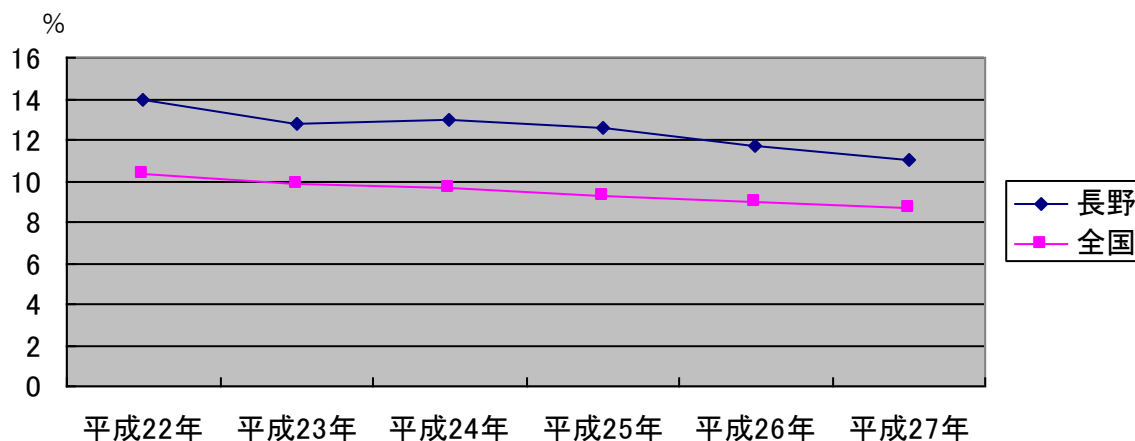
第 1 現状（これまでの成果）と課題

1 脳卒中の状況

（1）死亡率

- 県内の脳血管疾患による死亡数は 2,705 人（全国：約 11 万 1,973 人）で、死亡数全体の 11.0%（全国：8.7%）を占め、死亡順位の第 3 位（全国：第 4 位）となっています。（厚生労働省 平成 27 年「人口動態調査」）
- 県内の脳血管疾患による死亡者の死亡数全体に占める割合は、下降傾向にあるものの、全国と比較して高い割合で推移しています。
- 脳血管疾患の中で最も死亡率（人口 10 万対）が高いのは県内、全国ともに脳梗塞（こうそく）となっています。（厚生労働省 平成 27 年「人口動態調査」）
- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）は減少傾向にあるものの、男性が女性より高く、男女とも全国より高い状況で推移しています。（厚生労働省 平成 22 年 都道府県別年齢調整死亡率（業務加工統計））

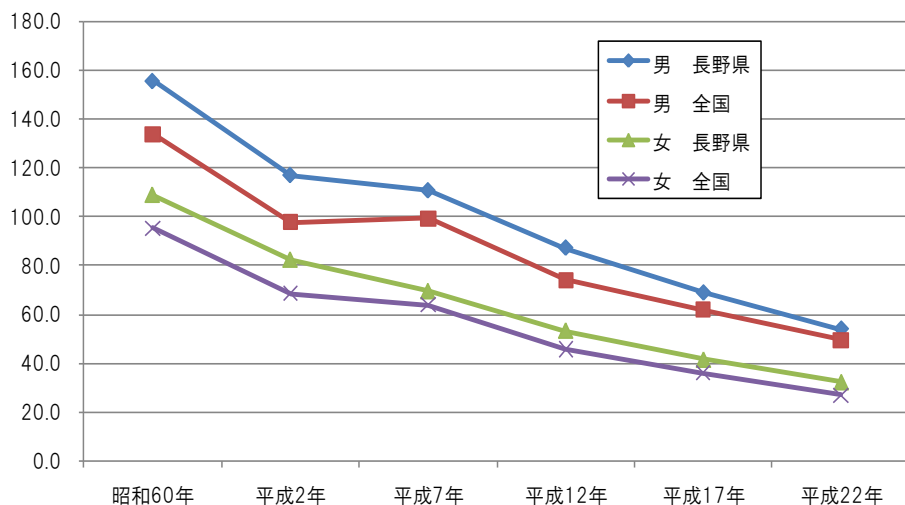
【図 1】 脳血管疾患による死亡数の全体に占める割合の推移



（厚生労働省「人口動態調査」）

【図2】 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移

H29年度中にH27調査結果公表予定



(厚生労働省 平成22年 都道府県別年齢調整死亡率)

(2) 受療率等

- 本県で脳血管疾患のために継続的に医療を受けている患者数は、約3万4,000人（全国：約117万9,000人）と推計されます。（厚生労働省「患者調査」）
- 本県の脳血管疾患の受療率（人口10万対）は減少傾向です。

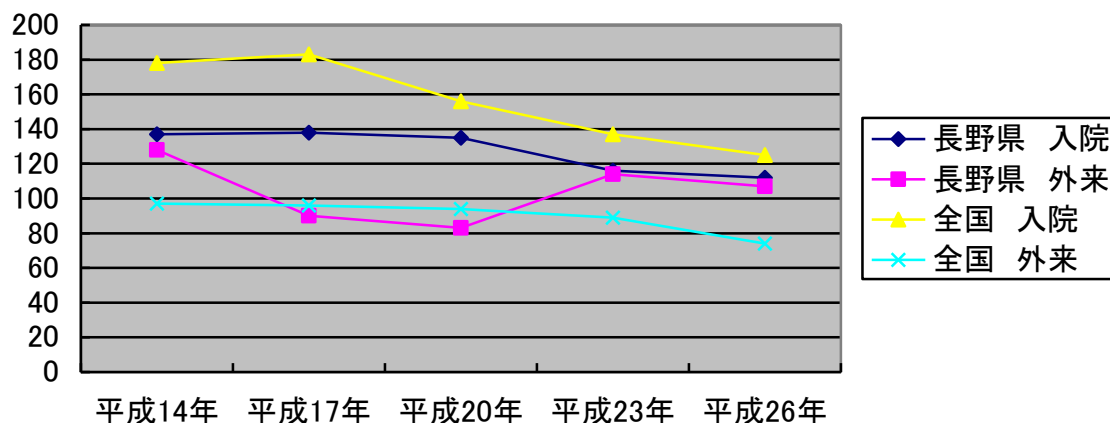
【表1】 脳血管疾患のために継続的に医療を受けている患者数

(単位：千人)

区分	平成23年	平成26年
長野県	33	34
全国	1,235	1,179

(厚生労働省「患者調査」)

【図3】 脳血管疾患の受療率の推移（人口10万対）



（厚生労働省「患者調査」）

【表2】 脳疾患のために救急車により搬送される急病患者

※構成割合は、救急車により搬送された疾病者数に占める脳血管疾患患者数の割合

区 分	平成 24 年		平成 27 年	
	人	構成割合	人	構成割合
全 国	318,730	9.7%	281,703	8.1%

（総務省消防庁「救急救助の状況」）

【表3】 県内の脳卒中を主な原因とする要介護認定の割合

※介護・介助が必要となった主な原因に占める脳卒中の割合

区 分	要支援	要介護 1,2	要介護 3,4,5	合計
長野県	17.8%	22.6%	34.5%	25.3%

（長野県「高齢者生活・介護に関する実態調査」（平成23年））

2 脳卒中の医療

（1）発症直後の救護、搬送

- 脳卒中を発症した場合は、本人又は周囲にいる人が速やかに救急要請をすることが重要です。
- 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適切な救命処置を行った上で、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。

（2）診断

- 脳卒中では、問診や身体所見の診察に加えて、CT、MRI等の画像検査を行うことで正確な診断が可能となります。
- 近年、医療機器の画像解像度が向上し、血栓溶解療法を実施することの適否や治療後の状態について、事前にある程度まで把握できるようになりました。

(3) 急性期の医療

- 脳卒中の急性期には、全身の管理とともに、脳梗塞（こうそく）、脳内出血、くも膜下出血の個々の病態に応じた治療が行われます。
- ① 脳梗塞（こうそく）では、発症後 4.5 時間以内に rt-PA 製剤の静脈内投与により血栓を溶かす治療（rt-PA 静注療法）を開始することが重要であり、その際の目安は、発症から医療機関への到着までが 2 時間以内、到着から治療の開始までが 1 時間以内とされています。
- ② 脳内出血では、血圧管理が主体であり、出血部位や大きさにより手術が行われることもあります。
- ③ 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を行います。

【表 4】 県内の脳卒中の急性期の医療を行う医療機関数

医療圏	佐久	上小	諏訪	伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
rt-PA を用いた治療を 24 実施して時間実施している医療機関数	3	3	3	3	3	1	5	2	6	2	32
脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が 24 時間実施可能である医療機関数（※注）	3	3	3	2	3	1	5	2	6	1	30

※注「専門的治療が 24 時間実施可能」の要件の意味は以下の①～④の要件を全て満たすものである。

- ①脳卒中診療/脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が在籍する事
- ②血液検査や画像検査等の必要な検査が 24 時間実施可能である事
- ③脳卒中表やスケールなどを用いた客観的な神経学的評価が 24 時間実施可能である事
- ④脳梗塞（こうそく）に対し、来院 1 時間以内来院後 1 時間以内（発症後 4.5 時間以内）に rt-PA を用いた治療が実施可能である事更に以下の要件を全て満たす事が望ましい。
 - I 脳外科手術が来院後 2 時間以内に開始可能である事
 - II 脳血管内手術が来院後 2 時間以内に開始可能である事
 - III 脳血管疾患リハビリテーションが発症後 24 時間以内に開始可能である事

（長野県「医療機能調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在））

(4) リハビリテーション

- 脳卒中のリハビリテーションには、①合併症の予防や患者の早期自立を目的に、可能であれば治療当日から病室で行う急性期のリハビリ、②身体機能の回復や日常生活動作の向上を目的に、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、歩行能力などの維持・向上を目的に行う維持期のリハビリ、があります。
- 回復期から維持期に行う摂食・嚥下（えんげ）リハビリテーションでは、歯科関係職種と連携して、誤嚥（えん）性肺炎の予防や咀嚼（そしゃく）機能の維持を図ることも重要です。

(5) 回復期・維持期の医療

- 急性期を脱した後（回復期及び維持期）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高血圧等の継続的な管理が行われます。
- 在宅で療養する場合は、治療、身体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。
- 脳卒中は再発することも多く、患者の家族などに対する再発時の適切な対応についての教育も重要です。

【表5】 県内の脳卒中の回復期の医療を行う医療機関数（注2）

医療圏	佐久	上小	諏訪	伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	15	15	11	8	12	1	25	3	28	3	121

（注2）脳血管疾患等リハビリテーション料又は回復期リハビリテーション病棟入院料の届出がある
病院又は診療所

（長野県「医療機能調査」（平成28年10月1日現在））

（6）地域での医療連携

- 急性期から回復期及び維持期（在宅療養に対する支援を含む。）までの医療については、地域の各医療機関が、それぞれの持つ医療機能に応じ、連携して患者に医療を提供する体制を整備することが重要です。
- 急性期から回復期及び再発予防までの医療を一貫して提供することを目的として作成される「地域連携クリティカルパス」は、地域の医療機関の連携のための方法のひとつです。

脳卒中対策に関する論点

1 急性期から回復期及び維持期までの医療連携体制の構築について

○近年の標準治療（rt-PA療法、血管内治療）の進歩を踏まえた、急性期医療体制をどのようにしていくべきか。

○リハビリテーションについて、提供体制の整備をどのようにしていくべきか。

- ・ 鹿教湯病院をはじめとした県内施設の役割
- ・ リハビリを担う医師の不足（別添参照）

2 服薬やリスク管理等の再発予防の充実

3 地域連携クリティカルパスについて引き続き普及していくべきかどうか。

論点1 リハビリテーション提供体制の整備について

○ 県内におけるリハビリテーション担当医師の状況

◆リハビリテーション科の医師数

(単位：人)

区 分	リハビリテーション科の医師数 (人口10万人対)			リハビリテーション科 従事医師数		
	平成22年	24年	26年	平成22年	24年	26年
全国	1.5	1.6	1.8	16,604	16,718	17,119
長野県	1.8	1.6	1.5 (35位)	225	214	217 (29位)

(厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査)

◆二次医療圏別のリハビリテーション科従事医師数

(単位：人)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計
医師数	29	41	8	14	18	2	40	6	52	7	217

(厚生労働省 平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査)

