

第3節 急性期（治療）

○ 中間目標【取組の方針】

- 専門的な治療を提供する医療体制が構築されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
脳血管内治療（経皮的血栓回収術等）の実施件数	819件 (令和元年)	増加 (令和5年)
t-PAによる血栓溶解療法の実施件数	748件 (令和元年)	増加 (令和5年)

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、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違いますが、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。生命に関わ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治療の効果が大きくなり、予後を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り、脳卒中専門の脳神経内科医や脳神経外科医によって実施されます。その他、血栓の形成を押さえたり、脳の浮腫（むくみ）を軽減したり、脳血流を改善させる薬物の投与なども行われます。
 - ・ 血管内治療：脚の付け根の血管等からカテーテル（細管）を血管内に挿入し、脳梗塞急性期には血栓を取り除く「血栓回収療法」が行われます。くも膜下出血の際には、脳動脈瘤^{りゅう}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最長24時間以内ならば効果が見込まれるため、脳細胞が壊死しないうちに1分でも早く「血栓回収療法」を実施することは極めて重要で脳血管内治療の資格を持った医師によって実施されます。
 - ・ 外科治療：くも膜下出血では、開頭術により脳動脈瘤^{りゅう}の根本（ネック）にクリップを掛け止血する「クリッピング術」が施行されます。重症の脳出血では、開頭又は内視鏡による血腫除去術が施行される場合があります、頭蓋内圧の軽減を目的とした減圧開頭術が行われることもあります。

○ 治療実績

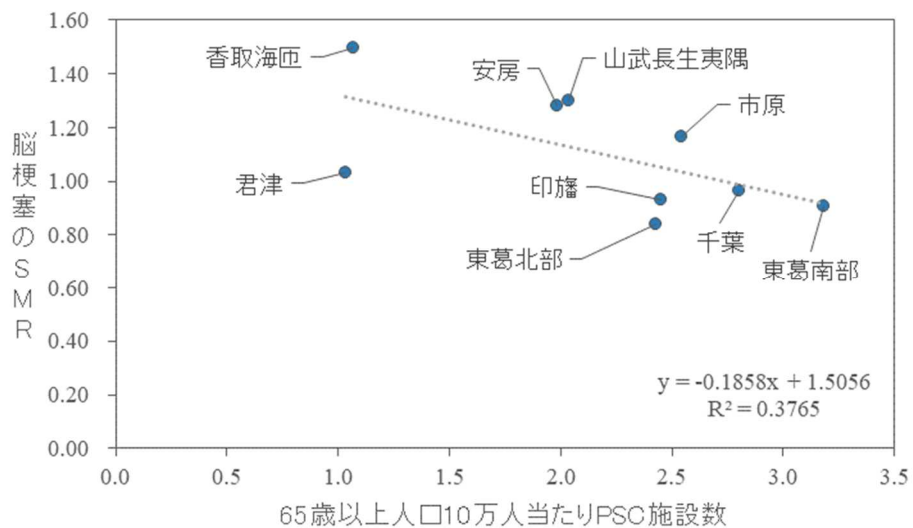
図表 3-3-1-1 二次医療圏別 65歳以上10万人当たりのt-PA対応医療機関数およびt-PAの標準化レセプト出現比（SCR）

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：令和3年度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：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

（PCR：一次脳卒中センター、SMR：標準化死亡比）

【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^ひや言葉の障害等、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、病期によって分けられます。

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、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、症状が安定した後の回復期（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^{えん}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「脳神経内科」「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28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%、医師の働き方改革への対応が課題と答えた病院が36.4%、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%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（日常生活動作）の改善を図ることができることされており、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」を課題にあげており、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・嚥下障害看護認定看護師等をはじめとした看護師が脳卒中診療に活躍しており、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、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

例えば、くも膜下出血の治療に当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など、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（脳卒中専門多職種チーム）がある医療機関数	22機関 （令和3年）	増加 （令和5年）
脳血管内治療を実施している医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛医療圏） ※他5医療圏については、実施している医療機関数が3カ所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表	28機関 （令和元年）	増加 （令和5年）
t-PAによる血栓溶解療法を実施している医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・香取海匠・山武長生夷隅・市原医療圏） ※安房・君津医療圏については、実施している医療機関数が3カ所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表	48機関 （令和元年）	増加 （令和5年）