

# 30. 脳卒中の地域ケア態勢のあり方に関する研究

## －三重県東紀州地域における課題－

堀端克久（NPO 法人 まごころネットワーク・囲炉裏）

### 1. はじめに

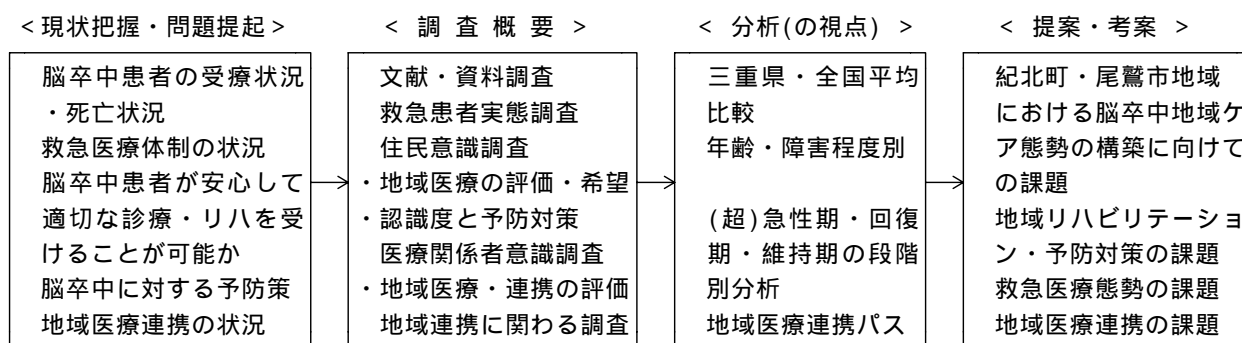
三重県東紀州地域では、人口減少が急速に進み、高齢化率が30%を超えている。研究対象地域である紀北町・尾鷲市地域(以下、「三重紀北管内」と記す)では、それぞれ34.2%・34.0%(平成20年10月1日現在)で、全国平均22.1%、三重県平均23.1%を大きく上回っている。今後、脳卒中適齢期が益々増加する一方で、医療格差の煽りをまともに受け、医師・看護師等の医療従事者の不足・偏在および診療科偏在が進んでいる三重紀北管内にあって、脳卒中患者が、適時に、適切な診療やリハビリテーションが受けられるかどうか重要な課題である。

### 2. 研究の目的

本研究は、脳卒中(脳血管疾患)患者の死亡状況や受療状況等の実態を把握すると共に、脳卒中地域医療態勢に対する地域住民および医療関係者の評価、救急医療や地域医療連携のあり方、脳卒中予防の実態などを通して、脳卒中の地域ケア態勢構築に向けての課題について考究する。

### 3. 調査の概要(図1)

図1 調査概要



#### 3-1. 脳卒中に関する住民意識調査

三重紀北管内に居住する住民150名を対象に、脳卒中に対する認識度や予防対策、地域医療態勢についての評価・希望などについてアンケート調査を行った。回収数110(回収率73.3%)、有効回答数は101通(67.3%)であった。

#### 3-2. 脳卒中に関する医療関係者意識調査

三重紀北管内のすべての病院・診療所の医師を中心(49名)に、地域医療態勢(急性期・回復期・維持期)の評価と連携のあり方、予防対策等についてアンケート調査を行った。回収数15名(回収率30.6%)、有効回答数は14通(28.6%)であった。

#### 3-3. 地域医療連携に関する実態調査

三重紀北管内における地域医療の連携強化を図るために、平成18年7月に尾鷲総合病院内に地域医療連携室が開設されたが、未だに機能を十分に発揮しているとは言い難い状況にある。そ

ここで、東紀州地域にあってその先進事例とも目されている紀南病院の地域医療連携室の実態調査を行い、そのあり方を考える上での参考とした。また、医療関係者など専門職調査においては、地域医療および救急医療における連携態勢の評価と改善策などについて調査を行った。

#### 4. 調査結果

##### 4-1 脳卒中(脳血管疾患)患者の状況(死亡・受療状況)

三重紀北管内における脳卒中の死亡状況をみると(表1)、死亡率(人口10万対)は、この数年、減少傾向にはあるものの、全国平均、三重県平均に比べると1.3~1.6倍にも上っている。

脳卒中、高血圧症および糖尿病の受療状況では(表2)、平成18年に三重紀北管内の住人が、脳卒中で病院・診療所など医療機関を受診した人(外来+入院)の数は148人であり、人口10万対の受療率でみると、紀北町では442人と高く、三重県平均の約2倍となっている。また、紀北町では、脳卒中の危険因子である高血圧症および糖尿病の受療率も三重県平均の2.0~2.3倍であり、脳卒中および高血圧症の受療率は尾鷲市の1.5倍を超えている。

脳卒中患者の救急搬送状況を表3に示す。近年3年間の救急搬送人員は1,900人前後で、急病患者はその60%強を占める。脳卒中患者の急病患者に占める比率は年々増加しており、平成20年では14.2%であった。脳卒中患者に占める高齢者の比率は約80%、傷病程度別では軽傷者は約20%に過ぎなかった。

##### 4-2 脳卒中地域医療態勢に対する住民意識

脳卒中と診断された(あるいは倒れた)場合に、尾鷲総合病院での受療を希望する者が過半数を占めており(表4)、地域住民の期待の大きさが窺える。高年齢層ほどその比率は高く、70歳以上では80%を超えている。松阪・伊勢市など南勢・志摩地域の病院を希望する者が3分の1を超えており、特に、女性、若年層に多く、40歳代以下では尾鷲総合病院を希望する者の2.5倍にも上っている。

脳卒中地域医療態勢に対する評価としては(表5)、「診断・治療」に対して「かなり不安」と感じている人は60%以上、「少し不安」を含めると90%を超えている。その理由として、「医師不足」「専門医がない」の他、「医療設備の未整備」などが挙げられている。特に、紀北町・海山区で、また40歳代以下で「かなり不安」が70%前後を占めている。

「リハビリテーション」に対しては、「かなり不安」が診断・治療に比べ10%低いものの85%が不安を感じている。リハビリ専門病棟(病院)が近くにないことや、患者の病状、家

表1 脳卒中(脳血管疾患)の死亡状況  
(死亡率;人口10万対)

	紀北町	尾鷲市	三重県	全国
平成19年	135.7	131.4	103.9	100.8
18	158.9	147.6	110.4	101.7
17	285.5	212.6	118.7	105.3
16	192.2	187.9	112.5	102.3

出典;「人口動態統計」(厚生労働省)

表2 脳卒中・高血圧症・糖尿病の受療状況  
(平成18年受療率;人口10万対)

	紀北町	尾鷲市	三重県
脳卒中	442	287	237
脳梗塞	308	231	156
脳内出血	72	23	42
くも膜下出血	-	14	11
高血圧症	1,042	689	512
糖尿病	395	342	171

出典;「三重県患者受療動向調査報告書」(三重県健康福祉部)

表3 脳卒中患者の救急搬送状況 (単位;人)

	搬送 合計	急病 患者	脳卒中 患者	内訳(年齢区分)	
				高齢者	成人等
平成20年	1,845	1,159	164	129	35
19	1,912	1,203	135	108	27
18	1,889	1,172	120	91	29

平成(年); (20) (19) (18)  
 脳卒中患者の搬送合計に占める比率; 8.9 7.1 6.4  
 脳卒中患者の急病患者に占める比率; 14.2 11.2 10.2  
 脳卒中患者に占める高齢者の比率 ; 78.7 80.0 75.8

庭事情あるいは、地域の受け皿の状況などを無視して強制的に退院を迫られことに不安を感じている者が少なくない。尚、脳卒中医療態勢に対する住民および医療関係者の主な意見を図2に示す。

表5 脳卒中医療態勢の評価(住民)

(N=101)	診断・治療態勢	リハビリテーション態勢
かなり不安	60.4 %	50.5 %
少し不安	30.7	33.7
あまり不安でない	6.9	11.9
全く不安でない	1.0	2.0
わからない・不明	1.0	2.0

表4 脳卒中発症時に受療を希望する医療機関(単位；%)

	母数 (人) (%)	医療機関		
		尾鷲総合病院	南勢・志摩地域病院	その他
全体	<101> 100.0	56.4	35.6	7.9
<性別>				
男性	< 51> 50.5	60.8	31.4	7.8
女性	< 50> 49.5	52.0	40.0	8.0
<年齢別>				
40歳代以下	< 15> 14.9	20.0	53.3	26.7
50歳代	< 17> 16.3	52.9	41.2	5.9
60歳代	< 38> 37.6	50.0	44.7	5.3
70歳代以上	< 31> 30.7	83.9	12.9	3.2

図2 脳卒中医療態勢の評価(意見抜粋)

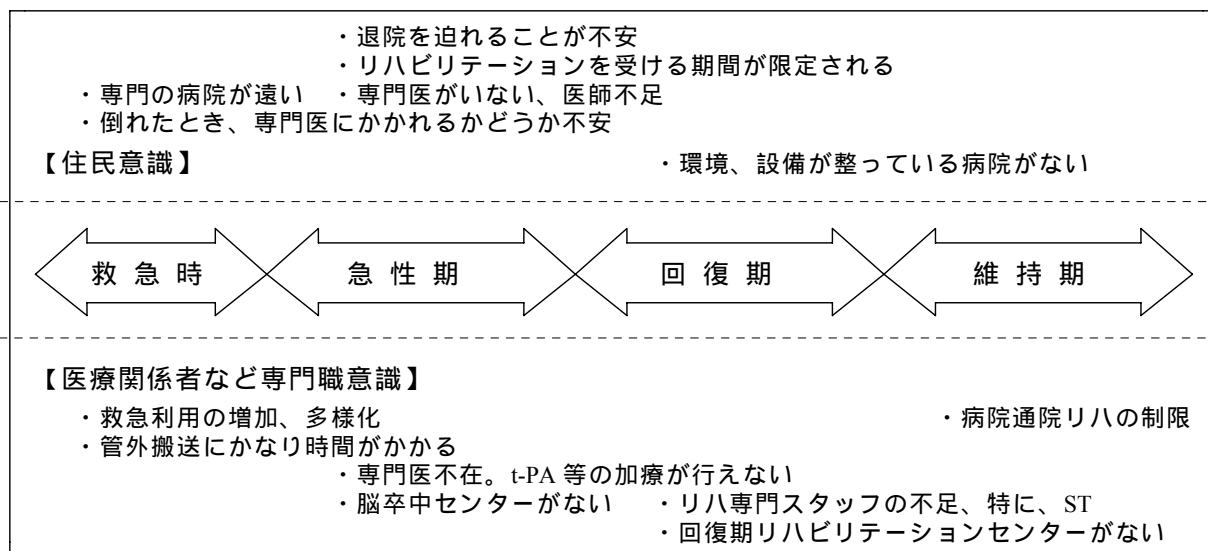


表6 脳卒中医療態勢の評価(専門職)(単位；%)

(N=14)	<急性期>	<回復期>	<維持期>
かなり悪い	35.7	21.4	7.1
少し悪い	7.1	28.6	35.7
どちらとも言えない	14.3	7.1	0.0
まあよい	14.3	14.3	28.6
かなりよい	0.0	0.0	0.0
わからない	28.6	28.6	28.6

表7 地域医療連携態勢に対する評価(単位；%)

(N=14)	全体	診療科別	
		内科医	内科医以外
あまり充実していない	21.4	50.0	14.3
どちらとも言えない	21.4	25.0	-
少し充実している	21.4	25.0	28.6
かなり充実している	7.1	-	14.3
わからない	28.6	-	42.9

#### 4-3. 脳卒中地域医療態勢に対する医療関係者の意識

脳卒中医療態勢に対する専門職の評価は(表6)、急性期が「かなり悪い」、回復期、維持期では「少し悪い」がそれぞれ最も高く、「かなり悪い」、「少し悪い」を合計した値では回復期が50.0%を占めた。維持期では「まあよい」が28.6%で急性期、回復期の2倍を占めている。

脳卒中に関わる地域医療連携の評価は(表7)、「かなり充実」、「少し充実」が併せて28.6%に留まっており、内科医では「あまり充実していない」が半数を占めた。循環器系の医師が全体的に少ないこともあってか「わからない」、「どちらとも言えない」との回答が多かった。

#### 4-4. 脳卒中に対する住民の認識度および予防活動の実態

脳卒中予防には危険因子の知識が必要であり、迅速な受診を実現するには症状および発症原因となる何らかの前兆を認識して緊急対応する必要がある。認識度の調査は、症状、前兆、危険因子、後遺症について記述式で回答を求めた。(表8)

脳卒中に対する認識度は、女性よりも男性の方が、また、年代層が若いほど高くなっている。後遺症について1つ以上正答できた者は全体の38.6%と最も高く、危険因子が23.8%、前兆や症状はそれよりも低く、それぞれ18.8%、15.8%に留まっている。

後遺症では、麻痺(36.6%)と言語障害(18.8%)が多く、危険因子では高血圧が16.3%、症状では麻痺11.9%、前兆では頭痛14.9%、しびれが12.5%を占めている。後遺症としての視覚障害や情緒障害、危険因子の高脂血症や動脈硬化、糖尿病、肥満、それに、脳梗塞の前兆である一過性脳虚血発作(TIA)などへの理解は乏しかった。また、脳卒中のイメージとして、「後遺症」が残る病気、介護する「家族が大変」が80%以上を占めた。「生活習慣の改善」による予防や発症率の低下は半数未満で、「認知症」になる可能性は僅か20%弱であった。

現在、脳卒中予防対策を実行しているのは約40%で、男性よりも女性の方が高く、また、脳卒中適齢期前の50歳代では約65%を占めた。食生活に気をつけている人は31.7%、適度な運動を行っている人が14.9%、血圧測定、禁煙、水分摂取などは5%未満となっている。

現在、脳卒中予防対策を実行しているのは約40%で、男性よりも女性の方が高く、また、脳卒中適齢期前の50歳代では約65%を占めた。食生活に気をつけている人は31.7%、適度な運動を行っている人が14.9%、血圧測定、禁煙、水分摂取などは5%未満となっている。

#### 4-5. 脳卒中に関わる地域医療連携および地域連携室の実態

地域医療連携態勢の評価が「あまり充実していない」理由として、「脳卒中センターがない」、「専門医がない」、「医師も看護職も不足」との意見があった。救急医療連携態勢では、管外搬送における受け入れ先機関との協議等で搬送にかなりの時間を要しているのが実情である。紀南病院の地域連携室の業務内容(平成20年度)をみると、「紹介患者予約業務」、「CT・MRI予約・案内」、「検診、人間・脳ドック予約・案内」など受付や予約等が主な業務となっている。

### 5. 考察

脳卒中治療はまさに時間との戦いである。三重紀北管内においては、急性期医療の未整備を補い、限られた医療資源を有効に機能させ、医療の質の向上を図ることが肝要である。「脳卒中予防・

表8 脳卒中に対する認識度と予防対策 (単位；%)

	母数 (人)	脳卒中の認識度				予防対策
		症状	前兆	危険因子	後遺症	
全体	<101>	15.8	18.8	23.8	38.6	40.6
<性別>						
男性	<51>	17.6	19.6	25.5	45.1	37.3
女性	<50>	14.0	18.0	22.0	32.0	44.0
<年齢別>						
40歳代以下	<15>	6.7	40.0	40.0		46.7
50歳代	<17>	35.3	29.4	23.5	60.0	64.7
60歳代	<38>	13.2	15.8	18.4	52.9	36.8
70歳代以上	<31>	12.9	6.5	22.6	36.8 22.6	29.0

再発防止の促進」、「救急医療態勢の充実」、「地域医療連携の強化」、「リハビリテーションの充実」の4つを柱とした脳卒中地域ケア態勢の構築が、今後の重要課題であるとする。

#### 5-1. 脳卒中予防・再発防止の促進 - 脳卒中への理解と食生活改善、認知症ケア対策の充実 -

脳卒中の死亡率や発症率を低下させるには、脳卒中予防に重点を置くことが肝要である。予防を行っている人は40%に留まっており、予防対策の基本となる危険因子の認識度も低く、特に、高脂血症、動脈硬化、糖尿病などへ理解が乏しかった。これらの根本的要因は食事を基軸とする生活習慣であり、特に、バランスの良い食生活の改善・普及が重要な課題となる。脳卒中経験者への再発防止策や脳血管性認知症への対策も併せて実施することが大事である。

#### 5-2. 救急医療態勢の充実 - 速やかな管外搬送システムの構築とプレホスピタルケアの充実 -

脳卒中患者の救急搬送人員に占める割合は年々増加傾向にある。尾鷲総合病院への搬送後、転院搬送を余儀なくされる現状では、搬送にかなりの時間を要し重度化する傾向にあり、また、rt-PA(血栓溶解療法)等の適応外となることも少なくない。救急隊から直接急性期病院に搬送できるシステムやドクターヘリシステムなど、管外搬送をスムーズに行える救急医療態勢の構築が重要な課題となる。プレホスピタルケアとしての住民の応急処置の普及も課題の1つだ。

#### 5-3. 地域医療連携の強化 - 実効性のある地域連携パスの導入と地域連携室の充実 -

医療関係者の脳卒中への関心の希薄さと医療連携への消極性が窺える。開業医の連携への積極的な参画を促し、患者・家族のQOL(Quality Of Life)向上に貢献できる実効性のある地域連携パスの導入が重要な課題である。地域連携室がその中心的な一翼を担うならば、現行の業務内容を見直すと共に、医療間連携の他、医療・保健・福祉間の連携強化が重要な課題となろう。三重県では、統一の地域連携クリティカルパスを全医療圏域で導入する計画だが、急性期・回復期医療の未整備な三重紀北管内で、果たして画一的なパスが十分機能するのか、甚だ疑問だ。

#### 5-4. リハビリテーションの充実 - 回復期リハビリテーション専門病棟(病院)の創設 -

地域連携パスの導入に際し、回復期専門リハ病棟(病院)を中核とした地域ケア態勢を構築することを提案したい。東紀州保健医療圏における脳卒中患者の流出率は36.8%(平成18年)と県内で最も高く、患者・家族にとっても大きな負担となっている。回復期専門リハ病棟(病院)の創設は緊急の課題と言えよう。施設の設置は、脳卒中の濃厚なりハに留まらず、他の疾患や多様化するリハビリニーズにも応じられ、治療・リハの継続性確保にもつながるものとする。

おわりに

本研究では、脳卒中の死亡率や受療率の高さの要因分析を通じた地域ケア態勢のあり方で踏み込んだ研究には至らなかった。当地域における生活習慣の状況や、漁業の労働形態、漁村特有の文化、慣習、気候・風土などの視点からも探求する必要がある。今後の課題としたい。

本研究を通して多くの方々にお世話になった。心から謝意を表します。

#### 【経費使途明細】

・備品購入費；調査集計・統計ソフト（SPSS Base 17.0）	180,000 円
・謝金；調査協力，データ入力，資料収集等（\800/h * 6h/日 * 9日 * 3人）	129,600 円
・消耗品費；参考図書購入・文献収集（SPSS 関連,脳卒中・地域医療関連,医中誌）	78,900 円
・通信運搬費；調査票送料、通信費用（\80 * 199 * 2 + \50 * 49 + 通信費）	41,500 円
・交通費；先駆的取り組み地域・病院への取材・調査（計6回）	55,000 円
・会議費；会議，打合せ等（計5回）	15,000 円
合 計	500,000 円