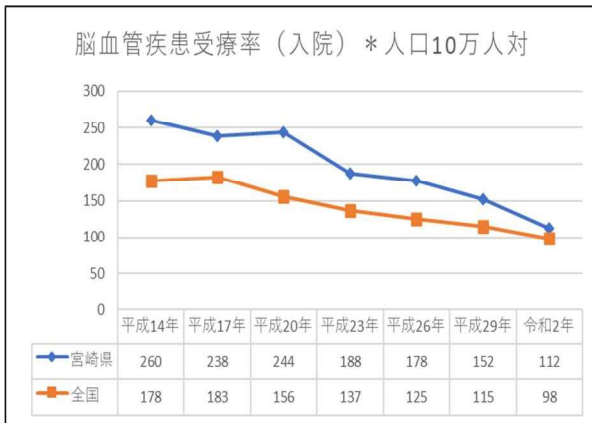


2 脳卒中

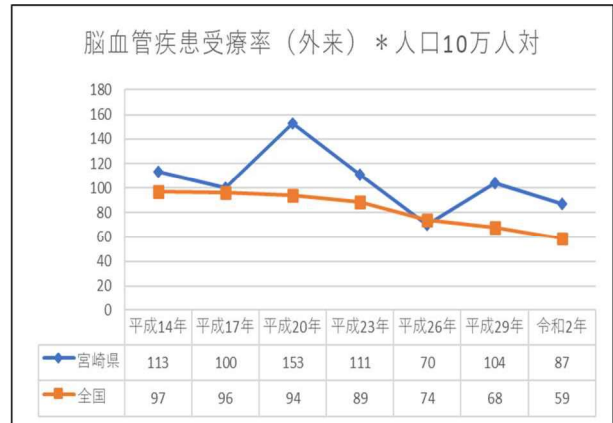
1. 現状

(1) 脳血管疾患の入院・外来受療率

- 令和2年(2020年)の本県の脳血管疾患の入院受療率(人口10万人対)は112、外来受療率(人口10万人対)は87で、年々減少傾向にあります。平成26年の外来受療率を除き、全国平均を上回って推移しています。
- 年齢階級別にみると、85歳以上の入院受療率が高い傾向にあり、高齢化の進行により今後ますます入院受療率が高まることが想定されます。



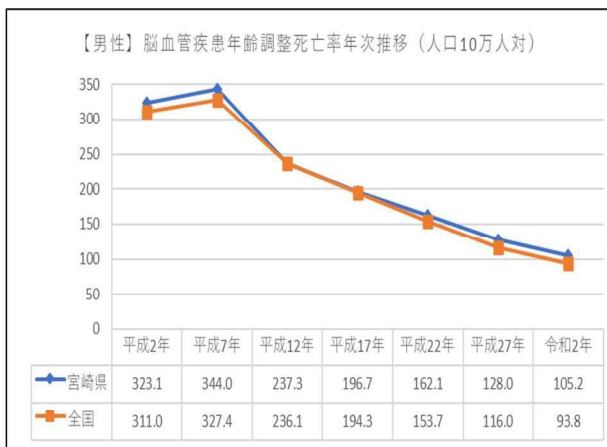
(出典：厚生労働省「患者調査」)



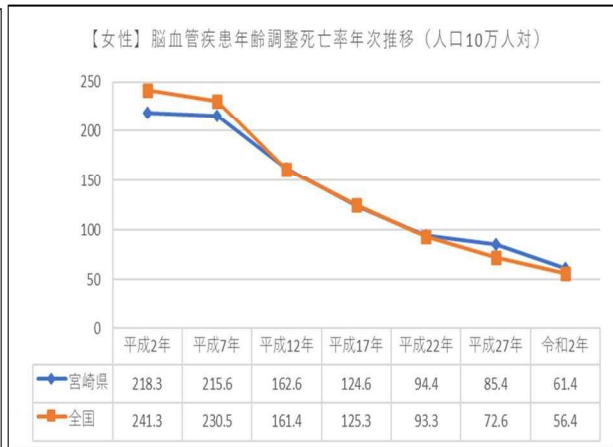
(出典：厚生労働省「患者調査」)

(2) 脳血管疾患による死亡の状況

- 令和4年(2022年)の本県の脳血管疾患による死亡者数は1,197人で、死亡総数に占める割合は7.4%となっており、死亡原因の第4位となっています。
- 令和2年(2020年)の年齢調整死亡率(人口10万人対)は男性105.2、女性61.4で、男女ともに減少傾向ではあるものの、近年は全国平均を上回って推移している状況です。



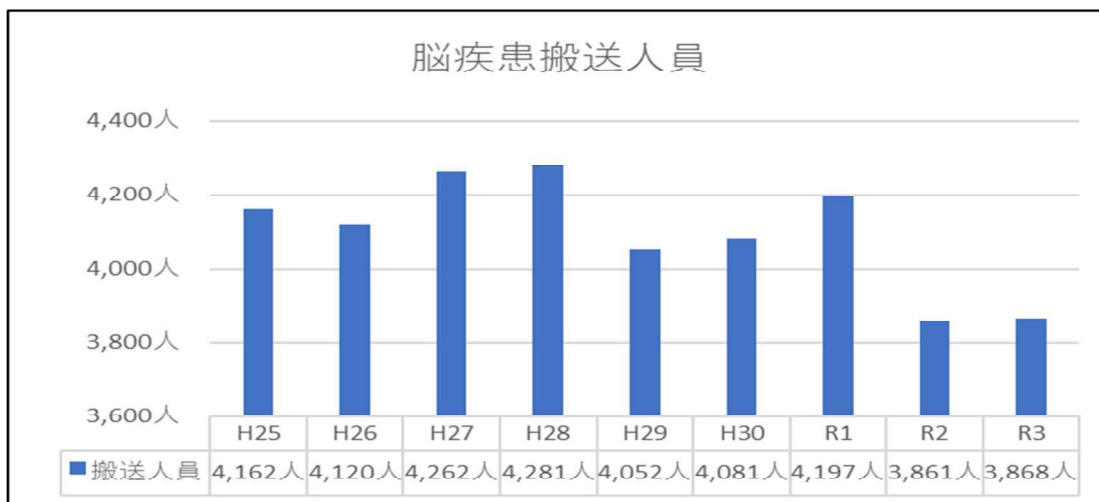
(出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)



(出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)

(3) 脳血管疾患での救急搬送体制

- 令和3年(2021年)の本県の脳血管疾患での救急搬送人員は3,868人で、全救急搬送人員の9.5%を占めており、近年は減少傾向にあります。
- 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した時間は平均43.1分となっており、全国平均と比べて0.3分長い状況です。

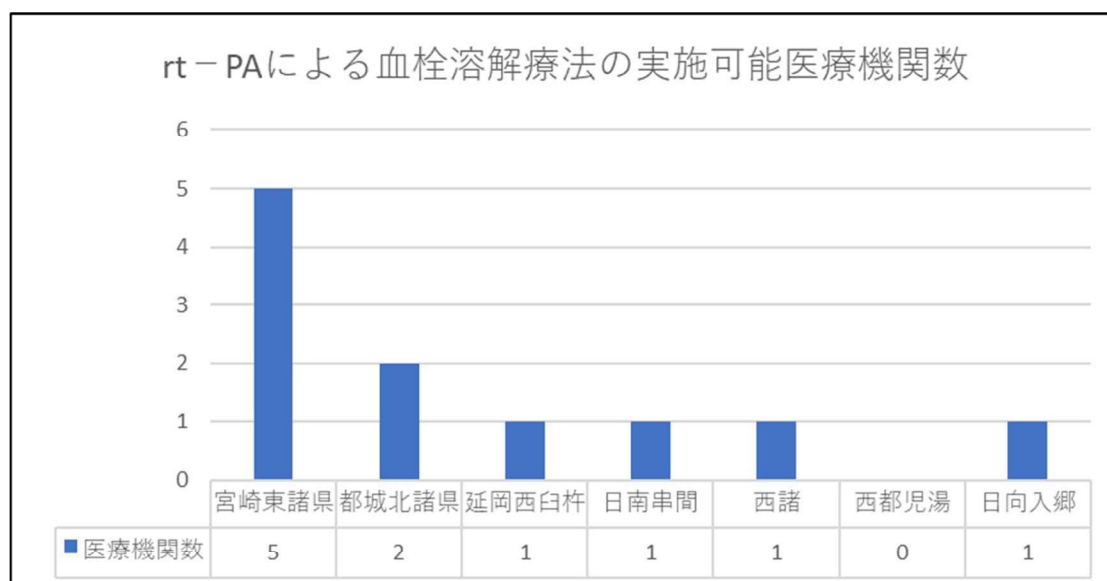


(出典：救急救助の現況)

2. 医療提供体制等

(1) 脳血管疾患治療の実施医療機関

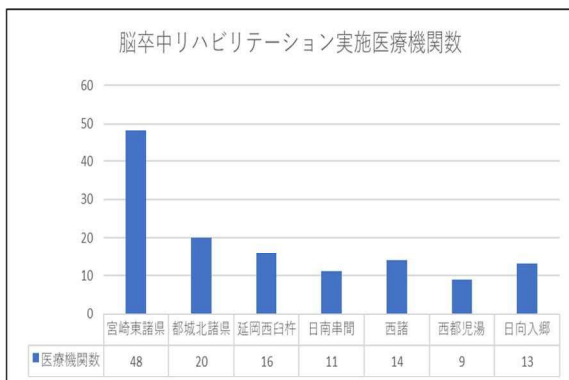
- 脳梗塞に対する rt-PA を用いた血栓溶解療法の実施可能な医療機関は 11 (人口10万人対1.0) 施設で、全国平均(人口10万人対0.8)を上回っています。
- 現在、都城市郡医師会病院において、「心臓・脳血管センター」の整備が進められています。



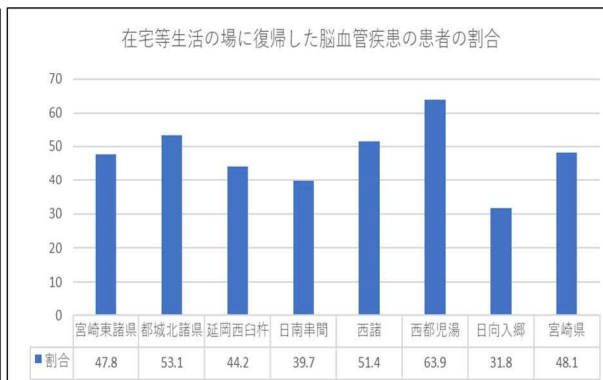
(出典：日本脳卒中学会 「一次脳卒中センター一覧」)

(2) リハビリテーションの実施医療機関等

- 県内には脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関は131(人口10万人対12.2)施設と増加傾向にあり、全国平均(人口10万人対6.4)を上回っています。
- 脳血管疾患の患者のうち、48.1%が退院後に在宅等での生活の場に復帰しています。



(出典：九州厚生局届出受理医療機関)



(出典：厚生労働省「患者調査」)

3. 課題

(1) 発症予防の推進

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、ほとんど自覚症状がなく、突然発症することから、予防には生活習慣病の改善や特定健康診査の受診行動を促進する必要があります。
- 脳卒中発症時には、早期に専門的治療を受けることで、生命の維持や後遺症の軽減が見込まれるため、県民に対する脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性についての啓発が必要です。

(2) 円滑な救急搬送

- 脳卒中は、発症後の迅速な治療開始が求められる疾病であるため、患者を24時間受け入れ、速やかに専門的な治療を開始できる体制の整備と救急搬送体制の充実が必要です。

(3) 医療提供体制の充実

- 急性期の治療を行う医療機関は宮崎東諸県医療圏に集中しており、医療圏ごとの地域格差が大きいため、状況に応じて圏域を越えた連携体制の構築が求められます。
- 専門医の少ない地域においても、rt-PAによる血栓溶解療法等が実施できる体制づくりも必要です。
- 脳卒中の後遺症を低減するため、急性期から回復期・維持期を通して脳血管疾患等リハビリテーションを提供できるよう、医療機関や医療従事者等の育成を図るなど、患者が住み慣れた地域で患者の状態に応じたりハビリテーションを提供できる体制の整備が必要です。

- 合併症予防に向け、かかりつけ歯科医と連携した口腔ケア等を早期に行う必要があります。

(4) 在宅療養が可能な体制づくり

- 脳卒中患者の在宅療養においては、機能維持のリハビリテーションに加えて、退院後のかかりつけ医による継続的な療養管理・指導、口腔や栄養の管理、生活に必要な介護サービスなども必要とされるため、多職種による地域連携体制の充実が求められます。
- 在宅療養中の再発に備え、かかりつけ医との連携や家族等の周囲の方への教育も重要です。

4. 施策の方向

【医療圏】

本県では、現状において、二次医療圏の枠を超えた広域での体制整備が望ましいことから、「脳卒中にかかる医療圏」は4つと設定し、次の方向性に沿って脳卒中の医療の充実に取り組みます。

(1) 発症予防の推進

| | |
|---|--|
| ① | 生涯を通じた食育やベジ活（野菜を積極的にとる活動）、減塩、日常生活での運動促進など、小児期からライフステージを通じた望ましい生活習慣・食習慣の定着に向けた取組の推進 |
| ② | 県民公開講座の開催や企業との連携を通じた生活習慣病の改善に向けた普及啓発の強化 |
| ③ | デジタル技術を活用した受診勧奨の導入など市町村や医療保険者との連携による特定健康診査未受診者への積極的な受診勧奨など受診率向上に向けた取組の推進 |

(2) 円滑な救急搬送

| | |
|---|--|
| ① | 本人及び家族が発症後速やかに救急搬送の要請を行えるよう、脳卒中の症状や早期受診の必要性等の積極的な情報提供の実施 |
| ② | メディカルコントロール協議会や消防機関等との連携によるPSLS(脳卒中病院前救護)研修の実施など救急隊員の育成 |

(3) 医療提供体制の充実

| | |
|---|---|
| ① | ICTを活用した遠隔診療支援によるrt-PAによる血栓溶解療法等が実施できる体制の整備促進 |
| ② | 合併症予防に向けた、かかりつけ歯科医と連携した口腔ケアや多職種と連携した摂食・嚥下リハビリテーションの促進 |
| ③ | 大学と連携した専門医の養成・確保 |
| ④ | 脳血管疾患等リハビリテーションが実施できる医療機関や医療従事者の育成など、各医療圏でリハビリテーションを受けることができる体制づくりの推進 |



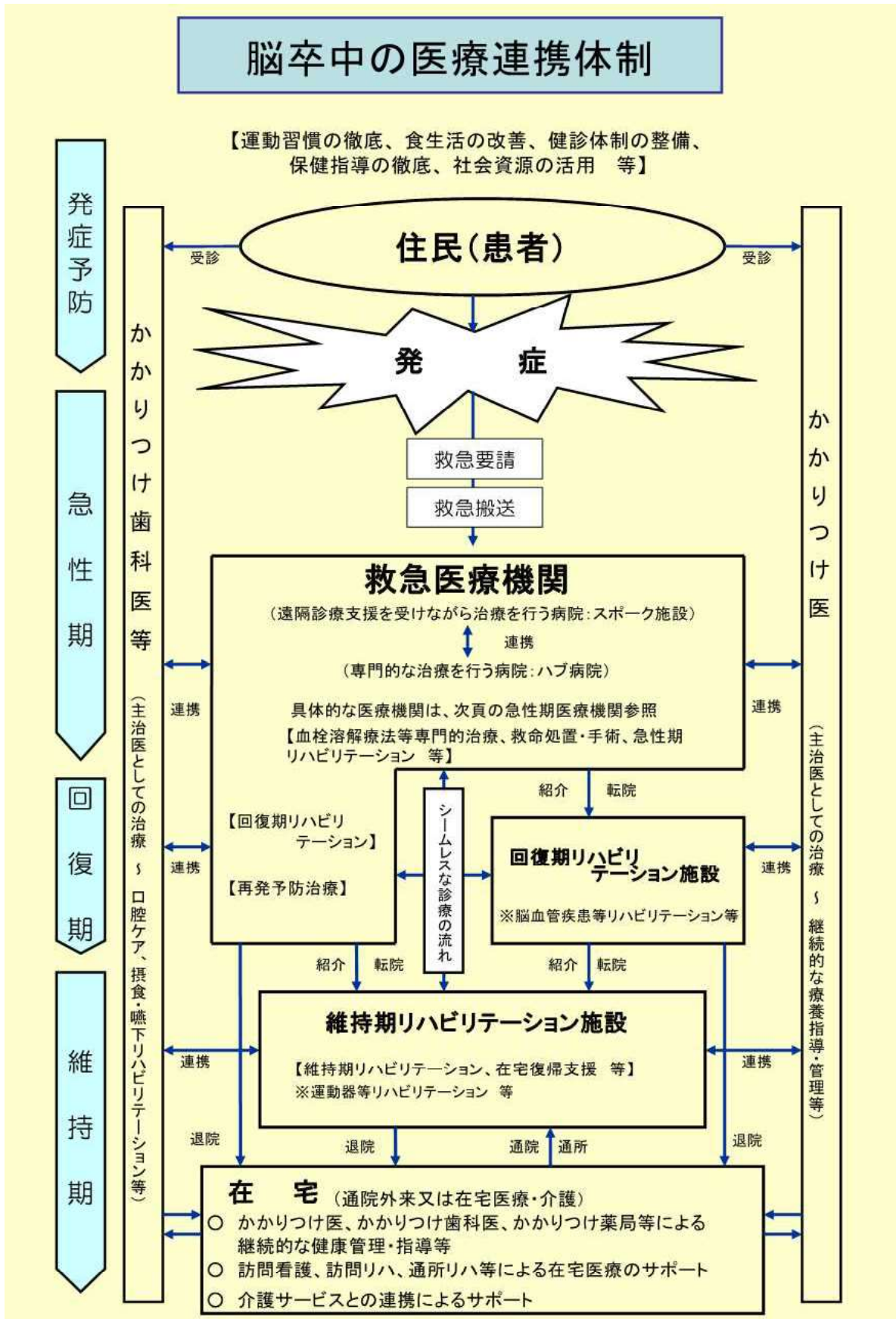
都城市郡医師会病院「心臓・脳血管センター」完成イメージ

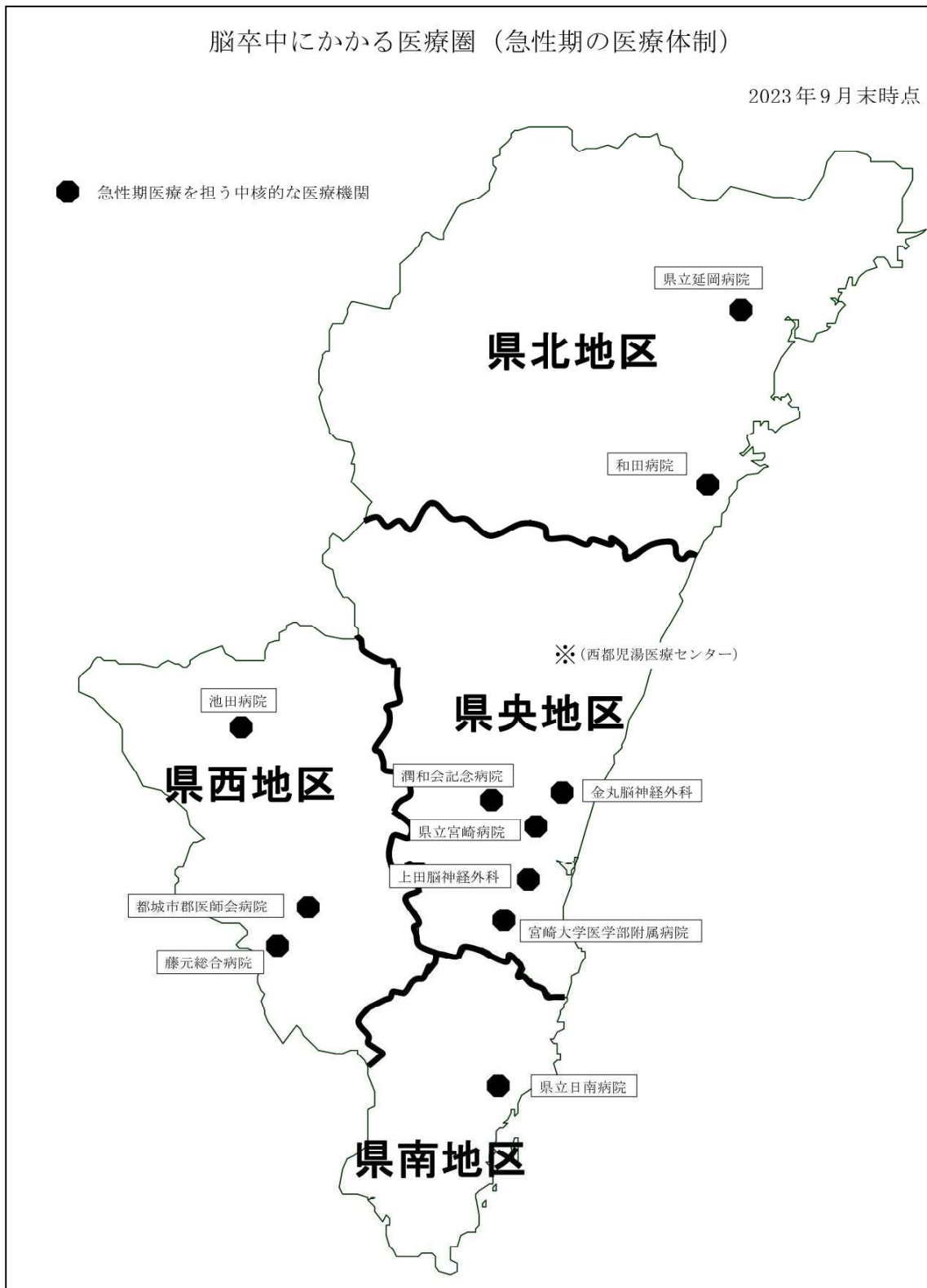
(4) 在宅療養が可能な体制づくり

| | |
|---|--|
| ① | かかりつけ医を中心とした、歯科医師や薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等、地域の実情に応じた多職種連携による在宅支援チームの構築 |
| ② | 本人や家族それぞれの状況に応じた適切なサービス提供を行うための医療・介護従事者間の情報共有・連携の強化 |

5. 目標

| 指 標 | 現 状 | ⇒ | 目 標 |
|---|--------------------------------|---|---|
| 健康寿命 ※出典：厚生労働科学研究 | 男性 73.30 女性 76.71 (令和元年) | ⇒ | 男性 延伸 女性 延伸 (令和11年) |
| 脳血管疾患による年齢調整死亡率(人口10万人対) ※出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」 | 男性 105.2 女性 61.4 (令和2年) | ⇒ | 男性 全国平均以下 女性 全国平均以下 (令和11年) |
| 脳血管疾患受療率(入院) ※出典：厚生労働省「患者調査」 | 112 (令和2年) | ⇒ | 減少 (令和11年) |
| 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間 ※出典：救急救助の現況 | 43.1分 (令和3年) | ⇒ | 減少 (令和11年) |
| rt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数(人口10万人対) ※出典：日本脳卒中学会一次脳卒中センター | 0.9 (令和5年) | ⇒ | 維持 (令和11年) |
| 脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数(人口10万人対) ※出典：九州厚生局届出受理医療機関 | 12.2 (令和5年) | ⇒ | 維持 (令和11年) |
| 特定健康診査実施率 ※出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ | 51.5% (令和3年度) | ⇒ | 70.0% (令和11年度) |
| 特定保健指導実施率 ※出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ | 26.5% (令和3年度) | ⇒ | 45.0% (令和11年度) |





※西都児湯医療センターは、地方独立行政法人西都児湯医療センター第3期中期計画（令和4年4月1日から令和7年3月31日）に基づき、緊急性の高い脳疾患に対する診療体制の構築を目指としています。