

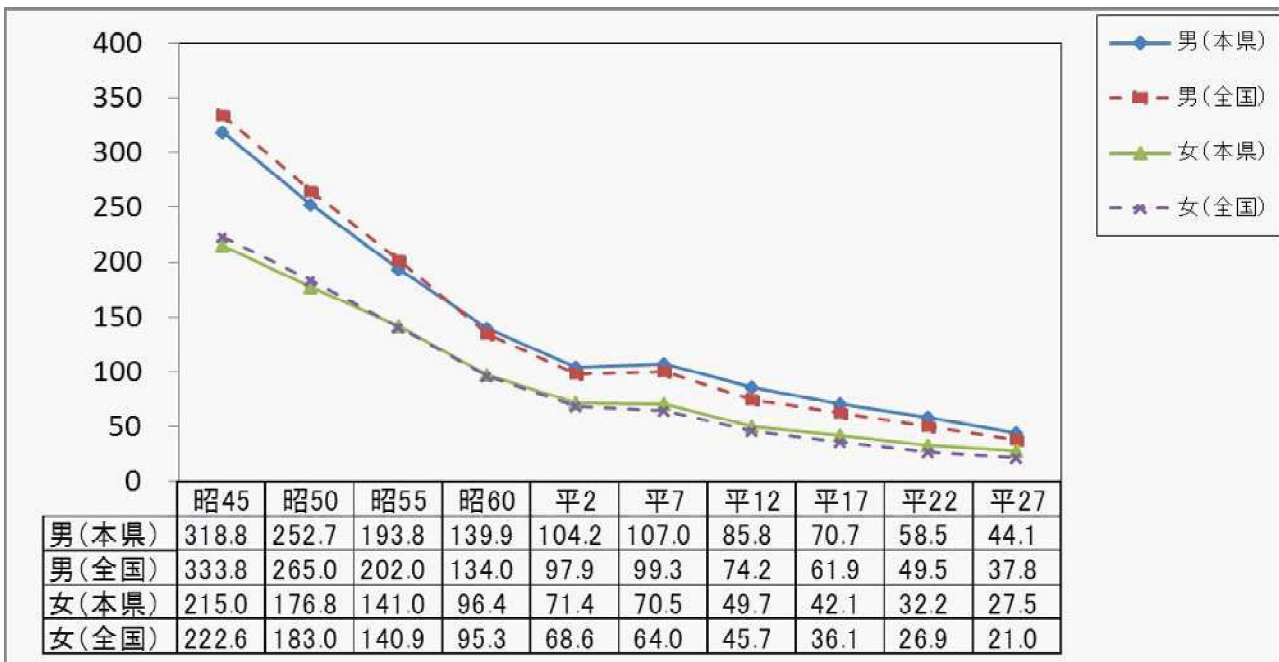
2 脳卒中

【現状と課題】

ア 脳卒中の現状

- 本県における脳血管疾患の死亡者数は平成27年で2,221人で、全体の死亡原因の4位となっており、粗死亡率*1は年々減少傾向にありますが、全国を上回っています。
- 年齢調整死亡率も年々減少傾向にありますが、全国より高位で推移しており、平成27年は男性44.1（全国37.8）女性27.5（全国21.0）となっています。

【図表5-3-8】脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）

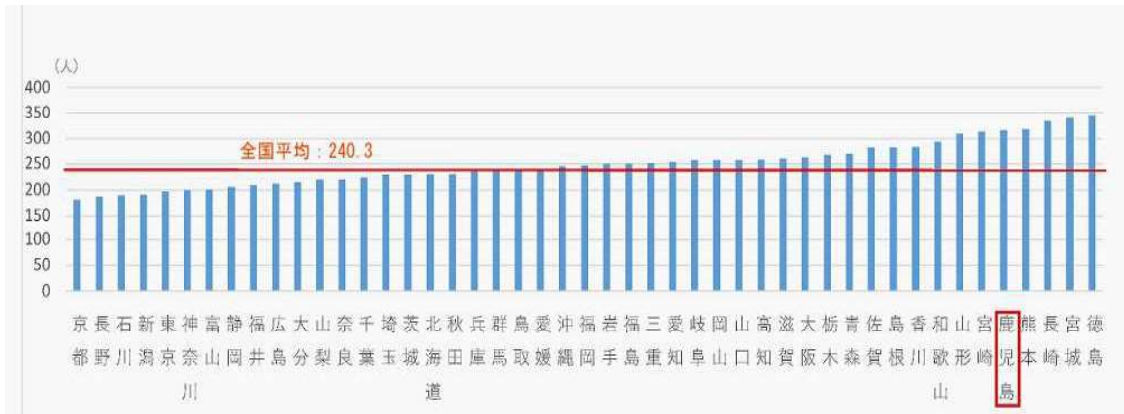


[人口動態調査特殊報告]

- 脳卒中における最大の危険因子である高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率は315.8で、全国でも5番目に高くなっています。

*1 粗死亡率：死亡総数に対して占める割合

【図表5-3-9】 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率



[平成29年患者調査]

- 脳卒中は発症後生命が助かっていても後遺症が残る可能性があり、「平成28年度日常生活圏域ニーズ調査」によると、要介護の主な原因疾患等の一つとなっています（第3章第1節「1健康づくりの推進（健康かごしま21の推進）」参照）。

イ 発症・重症化予防

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 令和元年度の特健康診査における40～74歳の受診者のうち、脳卒中発症リスクとなる「高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者」が16.0%（全国11.8%，以下同じ。）、「糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者」が1.9%（1.5%）、「脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者」が4.8%（5.7%）となっています。
- 近年、脳出血の発症にむし歯の原因菌が関与していることが報告されており、日常の口腔清掃や歯科治療等の口腔健康管理を実施することが重要です。

ウ 救護、搬送等

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を開始することでより高い効果が見込まれ、後遺症も少なくなることから、脳卒中を疑うような症状が出現した際には速やかに専門の医療施設を受診できるよう、対応が可能な医療機関へ搬送する体制の整備が重要です。
- t-P A療法^{*1}及び経皮的脳血栓回収療法については、医療機関と救急搬送機関との連携体制が構築されています。
- 手足のしびれ等脳卒中の初期症状出現時の対応について、本人及び家族など患者の周囲にいる者がよく理解し、迅速で適切な対応ができることが大切です。

*1 t-P A療法：tissue-plasminogen activator療法の略称。脳の血管に詰まった血栓を溶かす薬を使い、血流を回復させる治療法であり、平成17年に脳梗塞への健康保険適用が認められた。

エ 急性期の治療等

- 脳卒中の急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた早期治療が必要となります。
- CTの画像解像度の向上、MRIの普及などにより、脳梗塞の超急性期の診断が可能になっており、CT、MRI画像を専門的な診断が可能な機関へインターネット経由で伝達すること等により、専門的な医師がいない医療機関で早期診断を行うことも考えられます。

【図表5-3-10】脳卒中に係る診療内容及び急患への対応状況等 (単位：施設)

内容 二次保健 医療圏	設備保有状況			診療内容			急患への対応			
	頭部用X線 CT	MRI	血管連続 撮影装置	脳動脈瘤 根治術	外傷性頭 蓋内血腫 除去術	t-PA(血栓 溶解療法)	内科的		外科的	
							急患対応後 根治治療可	急患対応後 転院が必要	急患対応後 根治治療可	急患対応後 転院が必要
鹿児島	11	49	12	10	11	14	18	101	10	49
南薩	2	13	2	3	3	3	6	33	1	18
川薩	3	9	1	1	1	3	7	24	1	15
出水	1	3	2	2	2	2	2	16	2	9
始良・伊佐	4	23	5	5	6	6	11	27	6	10
曾於	1	4	1	1	1	1	2	7	2	2
肝属	2	11	4	3	3	5	6	25	3	11
熊毛	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2
奄美	5	6	3	1	2	1	4	27	1	17
計	30	119	31	27	30	36	57	264	27	133

[平成28年度県医療施設機能等調査]

オ 回復期・維持期の医療等

- 急性期を脱した後は、再発予防のための治療や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈等）の継続的な管理（薬学的管理含む）や、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する治療が必要です。
- 在宅療養においては、上記の治療に加えて、機能維持のためのリハビリテーションや必要な介護サービスを受けて生活します。また、再発することが多いので、治療継続、再発防止等において、患者や周囲の者に対する適切な教育等も必要です。
- 重篤な後遺症を生じた患者のうち、退院や転院が困難な場合は、在宅復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設と急性期医療機関との連携といった総合的かつ切れ目のない対応が必要です。

カ リハビリテーション

- 脳卒中のリハビリテーションは急性期から維持期まで一貫した流れで行われることが勧められ、合併症の予防や機能回復、向上等のため急性期、回復期、維持期の各病期に合わせたリハビリテーションを行う体制の充実を図る必要があります。

- 地域の中核機関として、地域リハビリテーション広域支援センター^{*1}を令和4年3月現在、9高齢者保健福祉圏域16施設を指定しています。

【図表5-3-11】リハビリテーションが実施可能な医療機関数（令和2年3月末時点脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）～（Ⅲ）の届出数）（単位：施設）

	県計	鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美
医療機関数	261	107	30	20	6	40	12	21	4	21
人口10万人当たり	16.0	15.7	23.1	17.3	7.1	16.8	15.1	13.7	9.7	19.2

[令和2年度版医療計画作成支援データブック（診療報酬施設基準）]

【図表5-3-12】地域リハビリテーション広域支援センターの指定状況（令和4年3月）

高齢者保健福祉圏域	施設名	分野区分	
		脳血管疾患	整形疾患
鹿児島	大勝病院	○	
	米盛病院		○
	外科馬場病院	○	○
南薩	菊野病院	○	○
	今林整形外科病院		○
川薩	川内市医師会立市民病院	○	○
	クオラリハビリテーション病院	○	○
出水	出水総合医療センター	○	○
	出水郡医師会広域医療センター	○	○
始良・伊佐	加治木温泉病院	○	
曾於	昭南病院	○	○
	高原病院		○
肝属	池田病院	○	
	恒心会おぐら病院	○	○
熊毛	種子島医療センター	○	○
奄美	大島郡医師会病院	○	○

指定期間：平成31年4月1日（出水郡医師会広域医療センター及び種子島医療センターは令和元年7月23日）から令和4年3月31日まで

16医療機関・施設（脳血管疾患等分野：13 整形疾患等分野：13）

[県高齢者生き生き推進課作成]

【施策の方向性】

生活習慣の改善等による疾病の予防や、発症後における基礎疾患や危険因子の適切な管理を行うとともに、救急搬送と専門的な診療が可能な体制、各病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制、在宅療養が可能な体制の整備、構築を促進します。

*1 地域リハビリテーション広域支援センター：地域におけるリハビリテーションの中核となる機関。地域住民やリハビリテーションを実施する機関からの相談支援、地域のリハビリテーション関係者に対する援助、研修等を行う。

ア 脳卒中对策の推進による発症・重症化予防

○ 脳卒中对策の推進

平成23～27年度の「脳卒中对策プロジェクト」による死亡率の低下，脳卒中により要介護（要支援）状態になった者の割合低下等の成果や，依然として他県より高い死亡率，地域格差の存在等の課題を踏まえ，引き続き，重点取組地域を設定し，集中的・効果的な脳卒中对策を推進します。

○ 県民一人ひとりが栄養，運動，休養等の実践による脳卒中予防に取り組めるよう，関係団体等と連携して，健康づくりを支援する社会環境の整備を促進し，予防や早期治療開始の必要性の啓発を推進します。

○ かかりつけ歯科医での定期的な歯科検診の必要性や歯科疾患の早期予防・早期治療について，普及啓発を図ります。

イ 発症後速やかな搬送と専門的診療が可能な体制構築の促進

発症後，できるだけ短い時間で専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行い，速やかに専門的な治療ができる体制の構築を促進します。

ウ 治療の継続と再発防止が可能な体制の促進

○ 再発予防の治療とともに，危険因子（高血圧，糖尿病，脂質異常症，不整脈等）の継続的な管理・治療や脳卒中後の様々な合併症等への対応ができる体制を促進します。

○ 服薬アドヒアランス向上のため，服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導を可能とする体制を促進します。

○ 在宅復帰が困難な患者に対し，受け入れ可能な医療機関，介護・福祉施設と急性期医療機関との連携など，総合的で切れ目のない対応を促進します。

エ 在宅療養が可能な体制の促進

再発予防や基礎疾患の管理に加え，生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施等，生活の場で療養できるよう医療，介護及び福祉サービスが相互に連携した支援体制の整備を促進します。

オ 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制の促進

○ 急性期から維持期まで一貫したリハビリテーションを促進します。

○ 廃用症候群^{*1}や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として，急性期から一貫したリハビリテーションを促進します。

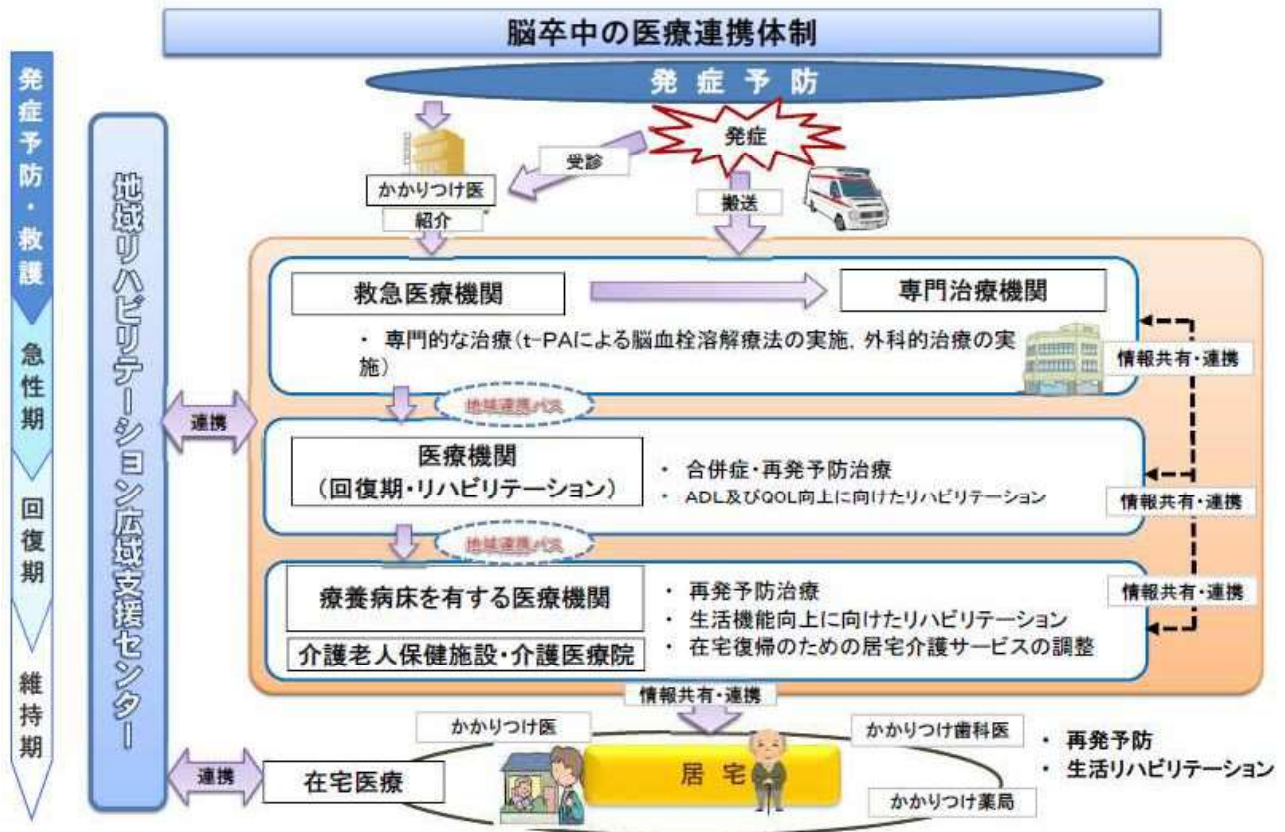
○ 回復期には，失語，高次脳機能障害，嚥下^{えんげ}障害，歩行障害等の機能障害の改善や日常生活動作向上のための専門的かつ集中的なりハビリテーション体制を促進します。

*1 廃用症候群：安静状態が長期にわたって続くことによって起こる，様々な心身の機能低下等。

への復帰及び日常生活の継続を支援します。

- 誤嚥性肺炎や低栄養を防ぐため、口腔機能を維持・回復することが重要であり、多職種連携による口腔健康管理、嚥下リハビリテーションの充実を促進します（第3章第2節「7 歯科口腔保健」参照）。

【図表5-3-13】脳卒中の医療連携体制図



[県保健医療福祉課作成]

【図表5-3-14】脳卒中の医療連携体制

	【発症予防・救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】
目標等	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の発症予防（生活習慣病の発症・重症化予防） 疾病に関する知識の普及 搬送体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 専門的治療体制の確立 急性期リハビリテーションの実施 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーションの実施 再発予防治療 基礎疾患・危険因子の管理 	<ul style="list-style-type: none"> 維持期リハビリテーションの実施 在宅復帰への支援
医療機関等の例		<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターを有する病院 脳卒中の専門病床（SCU）を有する病院 急性期リハビリテーションが実施可能な病院 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション専門病院 回復期リハビリテーション病棟を有する病院 	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人保健施設・介護医療院 介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所 歯科診療所 薬局
求められる機能	<ul style="list-style-type: none"> 健診等の実施 健康教育の実施 基礎疾患・危険因子の管理 疾病管理、救急における対応の教育 速やかな救急搬送要請 搬送体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> CT・MRI等、検査の24時間実施 専門的治療の24時間実施 適応患者におけるt-PAによる脳血栓溶解療法の実施 外科的治療の実施 専門チームによる全身管理、合併症予防の診療の実施 廃用症候群や合併症予防等のための急性期リハビリテーション実施 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療 基礎疾患・危険因子の管理 抑うつ状態への対応 機能障害の改善及びADL及びQOL向上に向けたリハビリテーションの実施 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療及び患者家族等への教育 基礎疾患・危険因子の継続的管理 抑うつ状態への対応 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施 在宅復帰のための居宅介護サービスの調整 在宅復帰困難者の医療機関、介護・福祉施設等との連携、調整
連携等	<ul style="list-style-type: none"> レスポンスタイムの確認 	<ul style="list-style-type: none"> クリティカルパス等の活用による診療情報や治療計画の共有 		
		<ul style="list-style-type: none"> 治療開始までの時間短縮 		<ul style="list-style-type: none"> 介護サービスの調整

[県保健医療福祉課作成]