

2 脳卒中

県では、「鹿児島県循環器病対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」に基づき、2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指します。

（詳細は、「鹿児島県循環器病対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」を参照）

【計画概要】

1 根拠法

健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法

2 計画策定年度 令和5年度(令和6年3月)

3 計画期間 令和6年度～令和11年度

4 推進イメージ

<目標>

**2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び
循環器病の年齢調整死亡率の減少**

<取組>

【県・医師等保健医療関係者】

- ・循環器病予防の取組の強化
- ・離島・へき地を含めた循環器病の医療、介護及び福祉等に係るサービスの提供体制の充実
- ・循環器病患者等を支えるための環境づくり
- ・循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備

【県民】

- ・正しい知識の取得
- ・生活習慣の改善（「健康かごしま21」に基づく健康増進の推進）
- ・健（検）診受診
- ・保健指導実施
- …等

行動変容
重症化予防

普及啓発
体制整備
人材育成等
の対策推進

<現状・課題>

食生活・健（検）診受診等の生活習慣

- ・食塩摂取量が多い
- ・野菜摂取量が少ない
- ・健診受診率が低い
- …等

循環器病の危険因子（糖尿病・高血圧等）

- ・高血圧有病者，糖尿病有病者，脂質異常症有病者が多い。
- ・歯周病対策が必要
- …等

脳卒中・心疾患等の死亡率

- ・専門医の偏在
- ・救急搬送体制等医療を取り巻く連携体制の強化が必要
- …等

【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、各病期に応じたり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。

ア 発症・重症化予防

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。

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*1向上に資する服薬情報の一元的・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づくりに努めます。
- 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 病期に応じたりハビリテーションが可能な体制の促進

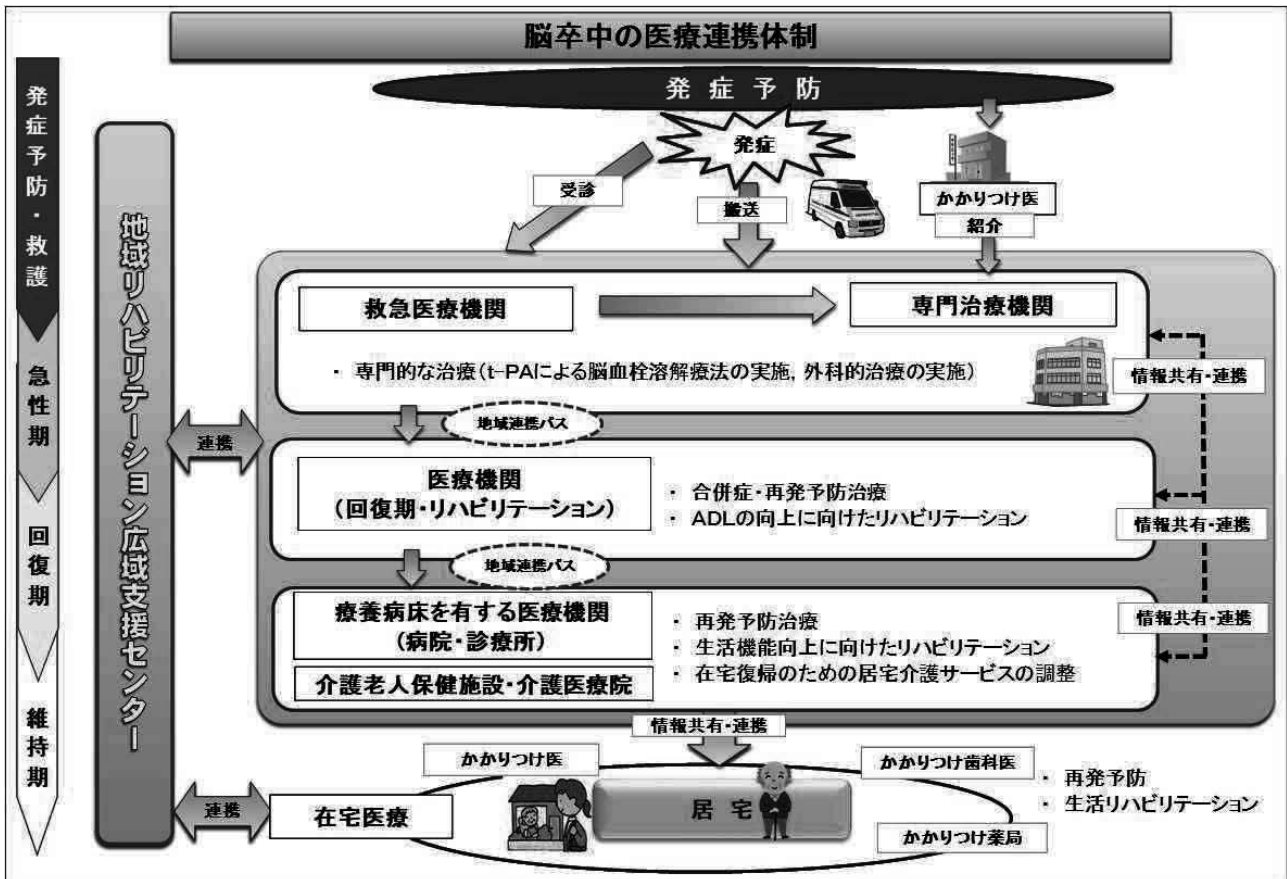
- 急性期から維持期まで一貫したりハビリテーションを促進します。
- 廃用症候群*2や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として、急性期から一貫したりハビリテーションを促進します。
- 回復期には、失語、高次脳機能障害、嚥下障害^{えんげ}、歩行障害等の機能障害の改善や日常生活動作向上のための専門的かつ集中的なりハビリテーション体制を促進します。

*1 服薬アドヒアランス：患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って薬を用いた治療を受けること。

*2 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。

- 維持期においては、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅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5-3-3】脳卒中の医療連携体制図



[県健康増進課作成]

【図表5-3-4】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 在宅復帰及び就労支援並びに日常生活の継続を支援
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 急性期の血管内治療が実施可能な病院 急性期リハビリテーションが実施可能な病院 脳卒中に対応する急性期の専門的治療を担う病院又は有床診療所 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション専門とする病院又は有床診療所 回復期リハビリテーション病棟を有する病院 薬局 	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人保健施設 介護保険によるリハビリテーションを行う病院又は診療所 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 t-PA静注療法に適応がある患者に対し、来院後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"> 再発予防の治療 基礎疾患・危険因子の管理 抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応 機能障害の改善及びADLの向上に向けたリハビリテーションの実施 薬学的管理指導 	<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 薬学的管理指導
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"> 再発が疑われる場合の急性期の医療機関との連携 	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービスの調整

[県健康増進課作成]

3 心筋梗塞等の心血管疾患

県では、「鹿児島県循環器病対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」に基づき、2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指します。

（詳細は、「鹿児島県循環器病対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」を参照）

※ 計画概要については、「2 脳卒中」と同様

【施策の方向性】

生活習慣の改善を図るとともに、急性期から回復期・維持期を経て在宅療養に至るまで医療が切れ目なく提供される体制の整備を促進します。

ア 発症・重症化予防

- 危険因子としては、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレス等があり、発症予防のために生活習慣の改善や適切な治療を推進します。
- 早期介入を多面的に行うことが重要であるため幅広い医療機関及び関係団体と連携して、健康づくりを支援する社会環境の整備を促進します。

イ 発症後速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制の促進

救急要請の必要性や、AED^{*1}の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置の実施や初期症状出現時の対応について、県民への知識の啓発に努めます。

ウ 発症後速やかな専門的治療が可能な体制の促進

- 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。
- 救急搬送、受入れが円滑に行われるよう、消防機関と医療機関の連携促進を図ります。

エ 合併症・再発の予防及び早期在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制の促進

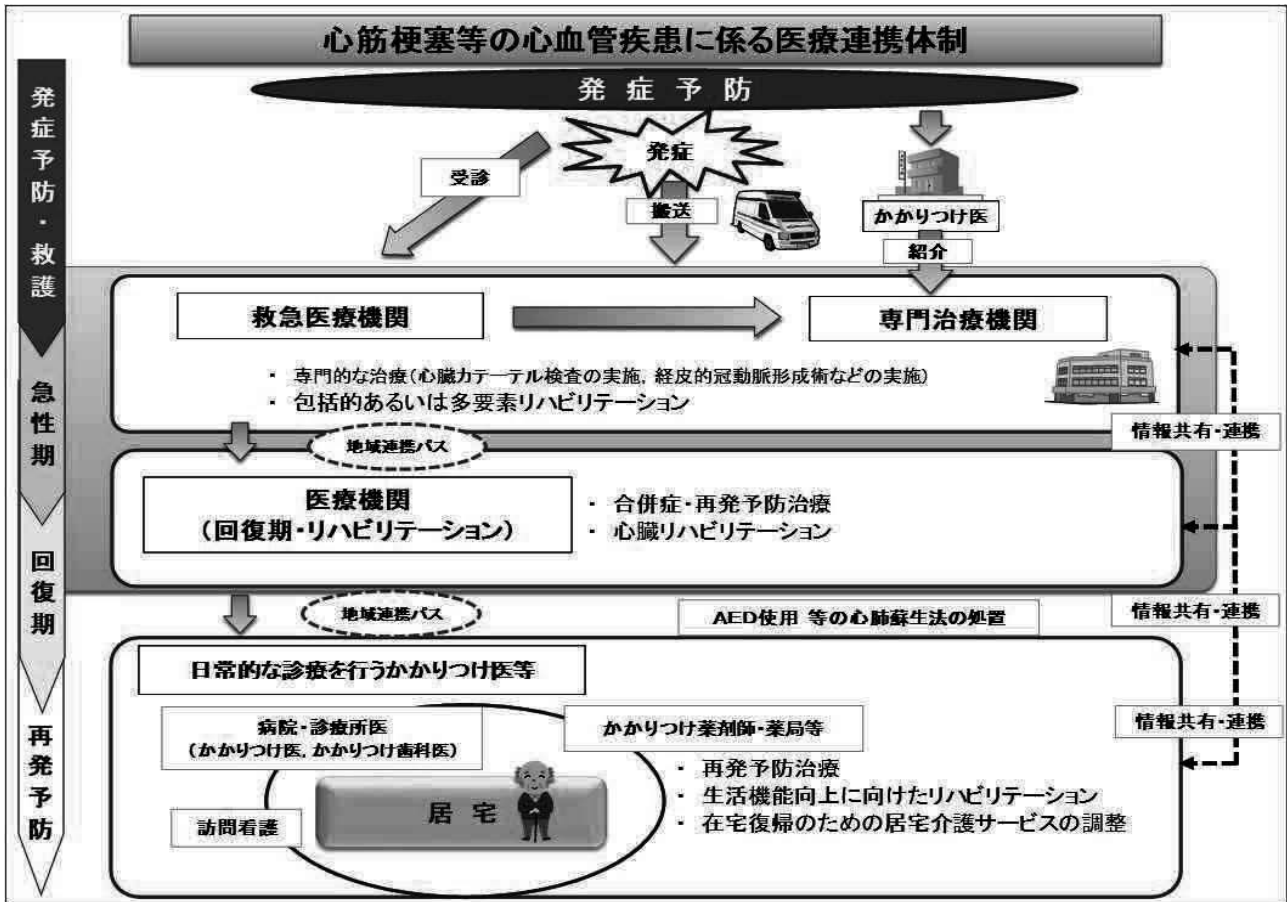
- 急性期を脱した後は、合併症及び再発予防に加え、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の改善や継続的な治療を促進します。
- 発症した日から、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とした多面的・包括的リハビリテーションを、患者の状態に応じて実施する体制を促進します。

*1 AED：自動体外式除細動器

オ 在宅療養が可能な体制の促進

- 在宅療養においても、合併症や再発を予防する治療、基礎疾患や危険因子の管理が重要であり、これらの実施を促進します。
- 定期的専門的検査を実施する医療機関との連携を図ります。
- 診療情報や治療計画を関係者間で共有するなど、多職種による多面的・包括的な切れ目のない連携体制の構築を促進します。

【図表5-3-5】心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制図



[県健康増進課作成]

【図表5-3-6】心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制図

	【発症予防・救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
目標等	<ul style="list-style-type: none"> 急性心筋梗塞の発症予防（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 定期的専門的検査の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 心臓リハビリテーションの実施 在宅等生活及び就労の場への復帰支援 再発予防に必要な知識の教育 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 在宅療養の継続を支援
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 心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院 心筋梗塞等の心疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所 薬局 	<ul style="list-style-type: none"> 病院 診療所 薬局 訪問看護ステーション
求められる機能	<ul style="list-style-type: none"> 健診等の実施 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 AEDを含めた救急蘇生法等の適切な処置を実施 搬送体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 心臓カテーテル検査の24時間実施 専門的診療の24時間対応 冠動脈造影検査の実施 経皮的冠動脈形成術の実施 呼吸管理等の全身管理や合併症の治療 電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシング、ペースメーカー不全の対応 包括的あるいは多要素リハビリテーションの実施 抑うつ状態等の対応 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 抑うつ状態等の対応 電氣的除細動等急性増悪期時の対応 運動療法、食事療法等の心血管疾患リハビリテーションの実施 再発時における対応法の患者・家族への教育 薬学的管理指導 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 抑うつ状態等の対応 電氣的除細動等急性増悪期時の対応 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 薬学的管理指導
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"> 治療までの時間短縮 		<ul style="list-style-type: none"> 介護サービスの調整

[県健康増進課作成]

2 脳卒中に関する目標

目標項目		(参考)健康かごしま21 における目標設定		現状値	目標値 (達成時期)
		当初値	目標値		
①40～74歳の 高血圧症 有病者数 (予備群含む)	男性	237,400人 (R3年度)	178,000人 (R15年度)	237,400人 (R3年度)	178,000人 (R15年度)
	女性	199,200人 (R3年度)	149,000人 (R15年度)	199,200人 (R3年度)	149,000人 (R15年度)
②75歳未満の 脳血管疾患 による年齢 調整死亡率 (人口10万対)	男性	32.2 (R2年度)	減少 (R11年度)	32.2 (R2年度)	減少 (R11年度)
	女性	13.6 (R2年度)	減少 (R11年度)	13.6 (R2年度)	減少 (R11年度)
③医療連携への 参加機関数				496 (R4年度)	現状値(R4年 度)を維持 (R11年度)
④t-P Aによる脳血栓 溶解療法実施可能 機関数				28 (R4年度)	現状値(R4年 度)を維持 (R11年度)

(注1) 40～74歳の高血圧症有病者^{*1}数の現状値は特定健康診査データからの推計値である。

(注2) 75歳未満の脳血管疾患による年齢調整死亡率は平成27年のモデル人口を元に算出。

[目標設定の考え方]

- 健康かごしま21（令和6～17年度）と整合を取り，設定します。

【40～74歳の高血圧症有病者数（予備群含む）】

健康かごしま21（令和6～17年度）の目標値に基づいて設定します。

【75歳未満の脳血管疾患による年齢調整死亡率】

健康かごしま21（令和6～17年度）の目標値に基づいて設定します。

【医療連携の参加機関数及びt-P Aによる脳血栓溶解療法実施可能機関数】

急性期から療養まで切れ目のない医療連携体制を引き続き確保することが必要であるため、医療連携への参加機関数及びt-P Aによる脳血栓溶解療法実施可能機関数の目標値を、「現状値（令和4年度）を維持」と設定します。

*1 高血圧症有病者：収縮期血圧130mmHg以上，拡張期血圧85mmHg以上，服薬中のいずれかに該当

3 心筋梗塞等の心血管疾患に関する目標

目標項目	(参考)健康かごしま21 における目標設定		現状値	目標値 (達成時期)	
	当初値	目標値			
①脂質（LDLコレステロール）高値者の割合	男性	8.1% (H29年度)	6.1% (R15年度)	8.1% (H29年度)	6.1% (R15年度)
	女性	8.7% (H29年度)	6.6% (R15年度)	8.7% (H29年度)	6.6% (R15年度)
②75歳未満の心疾患による年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	46.0 (R2年度)	減少 (R11年度)	46.0 (R2年度)	減少 (R11年度)
	女性	16.8 (R2年度)	減少 (R11年度)	16.8 (R2年度)	減少 (R11年度)
③医療連携への参加機関数			509 (R4年度)	現状値 (R4年度)を維持 (R11年度)	
④経皮的冠動脈形成術可能実施機関数			20 (R4年度)	現状値 (R4年度)を維持 (R11年度)	

(注1) 脂質（LDLコレステロール）高値者の割合：平成29年県民健康・栄養調査を元に算出。

(注2) 75歳未満の心疾患による年齢調整死亡率は、平成27年のモデル人口を元に算出。

[目標設定の考え方]

○ 健康かごしま21（令和6～17年度）と整合を取り，設定します。

【脂質（LDLコレステロール）高値者の割合】

健康かごしま21（令和6～17年度）の目標値に基づいて設定します。

【75歳未満の心疾患による年齢調整死亡率】

健康かごしま21（令和6～17年度）の目標値に基づいて設定します。

【医療連携の参加機関数及び経皮的冠動脈形成術実施可能機関数】

急性期から療養まで切れ目のない医療連携体制を引き続き確保することが必要であるため、医療連携への参加機関数及び経皮的冠動脈形成術実施可能機関数の目標を、「現状値（令和4年度）を維持」と設定します。