

最終案

# 第8次大分県医療計画

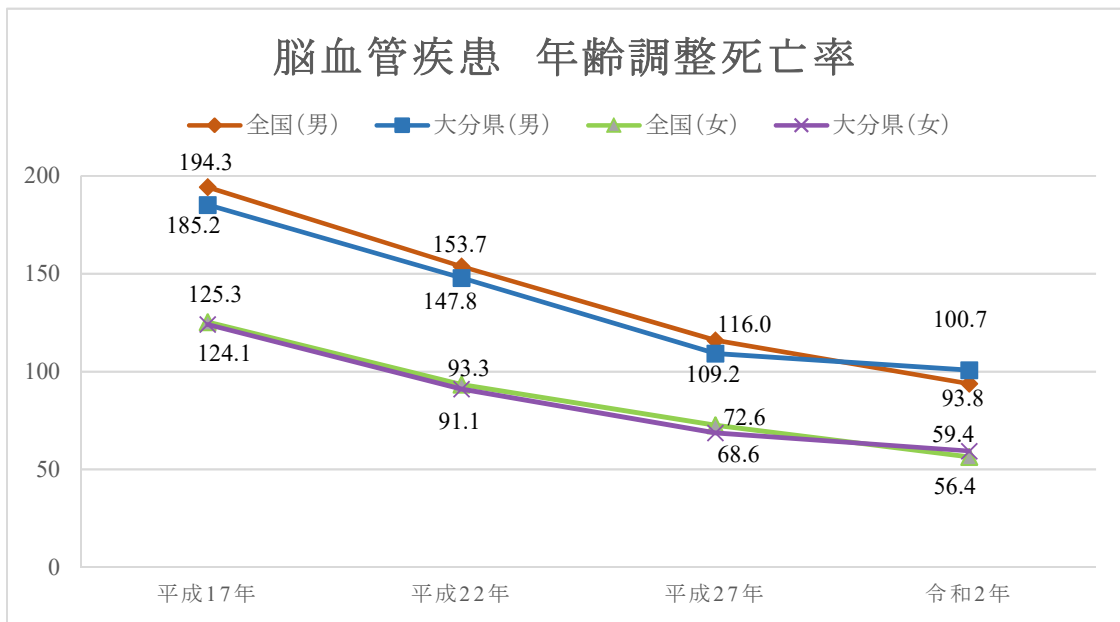
令和6年3月

大分県

現状及び課題

(1) 脳卒中による死亡の現状

- 令和4年の人口動態統計によると、本県における脳血管疾患の死亡者数は1,178人で死亡数全体の7.2%を占め、県民の死亡原因の第4位となっています。  
また、人口動態統計特殊報告によると、令和2年の本県における脳卒中（脳血管疾患）の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）は男性100.7（全国平均93.8）、女性59.4（全国平均56.4）と全国よりやや高くなっています。



資料:厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

(2) 発症予防

- 脳卒中を予防するためには、高血圧や脂質異常症、喫煙等の危険因子を知り、それに対して自分がどのような状態であるのかを把握し、生活習慣を改善することが必要です。  
 また、心臓内部にできた血栓が脳動脈に流れ込み、脳塞栓症を引き起こすなど、脳卒中発症は心疾患とも関係があるため、心房細動など不整脈の症状にも注意が必要です。
- 特定健康診査及び特定保健指導の実施率は増加傾向でした。令和元年度及び令和2年度の特定健康診査の受診率は新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響を受け減少しましたが、令和3年度は感染拡大前の水準以上に回復しました。しかしながら、第3期大分県医療費適正化計画の目標値である特定健康診査受診率70%、特定保健指導実施率45%は未達成となっています。
  - ・ 特定健康診査受診率 57.2%（全国16位） 全国平均 56.5%
  - ・ 特定保健指導実施率 31.9%（全国8位） 全国平均 24.6%

### (3) 応急手当・病院前救護

- 急性期には、患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始する必要があります。
- 脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、救急隊の要請などの対処を行い、速やかに専門の医療機関を受診できるよう行動することが重要です。
- 救急救命士を含む救急隊員は、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で、対応可能な医療機関に搬送することが重要です。
- 救急時の関係機関間の連絡ツールとしてクラウド統合型救急支援システムを導入し、その普及に努めるとともに、効果的な運用を検討しながら、円滑な救急搬送に役立っています。

### (4) 急性期医療

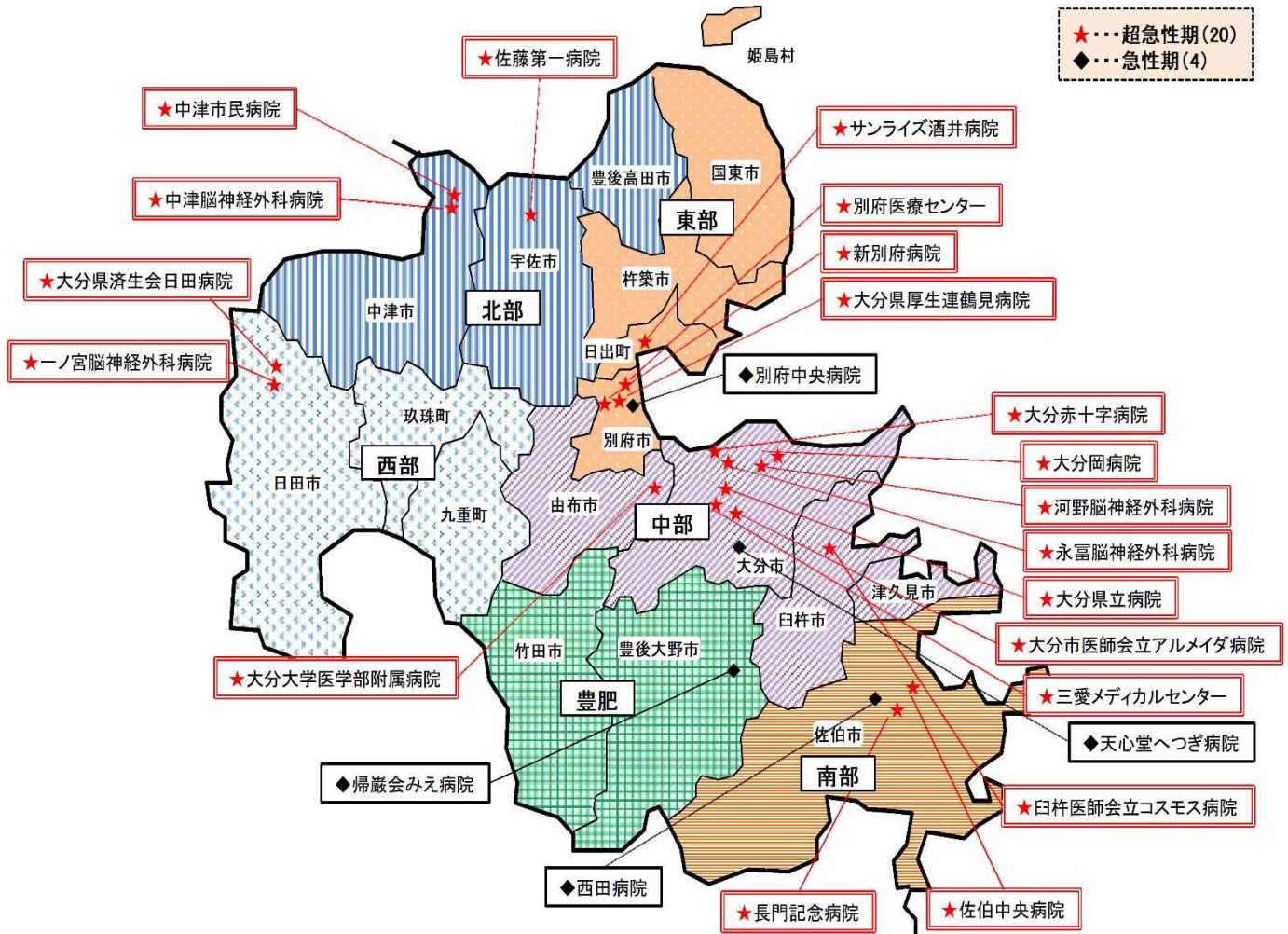
- 脳卒中は、血管が破れる出血性と、血管が詰まる虚血性（脳梗塞）に分けられます。出血性脳卒中の急性期治療には、脳内血腫除去術、脳血管内手術（コイル塞栓術）等があります。脳梗塞には抗血小板療法、抗凝固療法、脳保護療法、脳血管内手術（ステント留置術）等があります。
- 脳梗塞の超急性期治療の中には、組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法があり、適応患者に対しては、有効であることから、実施可能な医療機関の増加や適応患者に対する実施数の増加が望まれます。
- また、超急性期の再開通治療の適応とならない患者についても、早期に個々の病態・原因に応じた抗血小板療法等の治療が望まれます。
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する歯科医療機関等を含めた、多職種連携による対策が重要です。
- 救急医療連携システム（Join）を活用し、医師が院外の専門医に助言を求め、診療支援を受けられる体制を整備しています。

### (5) 回復期、維持期・生活期のリハビリテーション、在宅療養支援

- 脳卒中は、死亡は免れても後遺症として障害が生じたり、療養時の長期の臥床などがきっかけで寝たきりの最大の原因となっていることから、急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーション、退院後のかかりつけ医などによる継続的な療養管理が重要です。
- 脳卒中の後遺症として、口腔機能が著しく低下するため、誤嚥性肺炎の予防など、急性期、回復期、維持期・生活期及び在宅における介護の場での口腔の衛生管理や摂食嚥下リハビリテーション対策が重要です。
- 患者の意思や希望を尊重するとともに、患者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進する必要があります。

## 圏域の設定と状況

- 圏域は二次医療圏と同じ6圏域とします。
- 現状の医療体制を鑑み、急性期医療において圏域内での完結が困難な場合もあるため、圏域を越えた広域での連携のあり方も含め、各地域における機能的な医療提供体制について検討していきます。



○ 内の数値は人口10万人対

	調査時点	東部	中部	南部	豊肥	西部	北部
脳神経内科医師数 ※1	R2	13 (6.5)	30 (5.3)	3 (4.5)	-	1 (1.2)	2 (1.3)
脳神経外科医師数 ※1	R2	14 (7.0)	42 (7.5)	3 (4.5)	1 (1.9)	8 (9.4)	13 (8.2)
t-PA実施件数(レセプト) ※1	R3	12	54	10未満	0	10未満	14
リハビリ可能医療機関数 ※2	R5	10	13	5	6	4	7

出典：(※1) 厚生労働省 医療計画策定支援データブック (※2) 大分県医療政策課調べ

## 今後の施策

### (1) 発症予防

- 脳卒中を予防するための生活習慣の改善をめざし、脳卒中やその危険因子に関する知識や情報を提供するとともに、代表的な危険因子に関する学習の機会や場を提供します。
- 脳卒中の危険因子である高血圧を予防・改善するため、家庭や外食産業への働きかけによる「減塩」への取組や、市町村を含めた「運動」への取組の環境整備を行います。
- 脳卒中やその危険因子の早期発見、早期治療のために、健診を受けやすい体制を強化するとともに、精密検査が必要な人が医療機関を適切に受診できるように推奨します。
- 各市町村で行われる脳卒中を予防するための運動教室や食生活改善の取組を支援します。

### (2) 応急手当・病院前救護、急性期医療

- 本人及び家族等周囲にいる者に対し、発症後または発症が疑われる場合は速やかに救急搬送を要請するなどの対処を行うよう普及・啓発を推進します。
- 救急隊、かかりつけ医、急性期を担う医療機関が連携し、速やかに専門的治療が受けられるよう、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」やICTの活用により医療機関情報の共有を促進するなど救急搬送体制の充実を図ります。

### (3) 回復期、維持期・生活期のリハビリテーション、在宅療養支援

- 急性期から回復期、維持期・生活期の一貫したリハビリテーション、退院後のかかりつけ医などによる継続的な療養管理が提供できるよう、切れ目のない医療が行われる体制づくりを推進します。
- 脳卒中の後遺症としての口腔機能の低下による誤嚥性肺炎等を防止するため、歯科診療所との連携による口腔の衛生管理や、摂食嚥下リハビリテーション等の普及を促進します。
- 医療・介護等の多職種が協働し、患者に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく地域包括ケアシステムの実現に向けて、市町村が中心となって地域の関係者と現状把握や課題抽出を行い、効果的な施策が実行できるよう、広域的な専門職向けの研修を通じた人材育成や伴走型支援を実施します。

#### (目標)

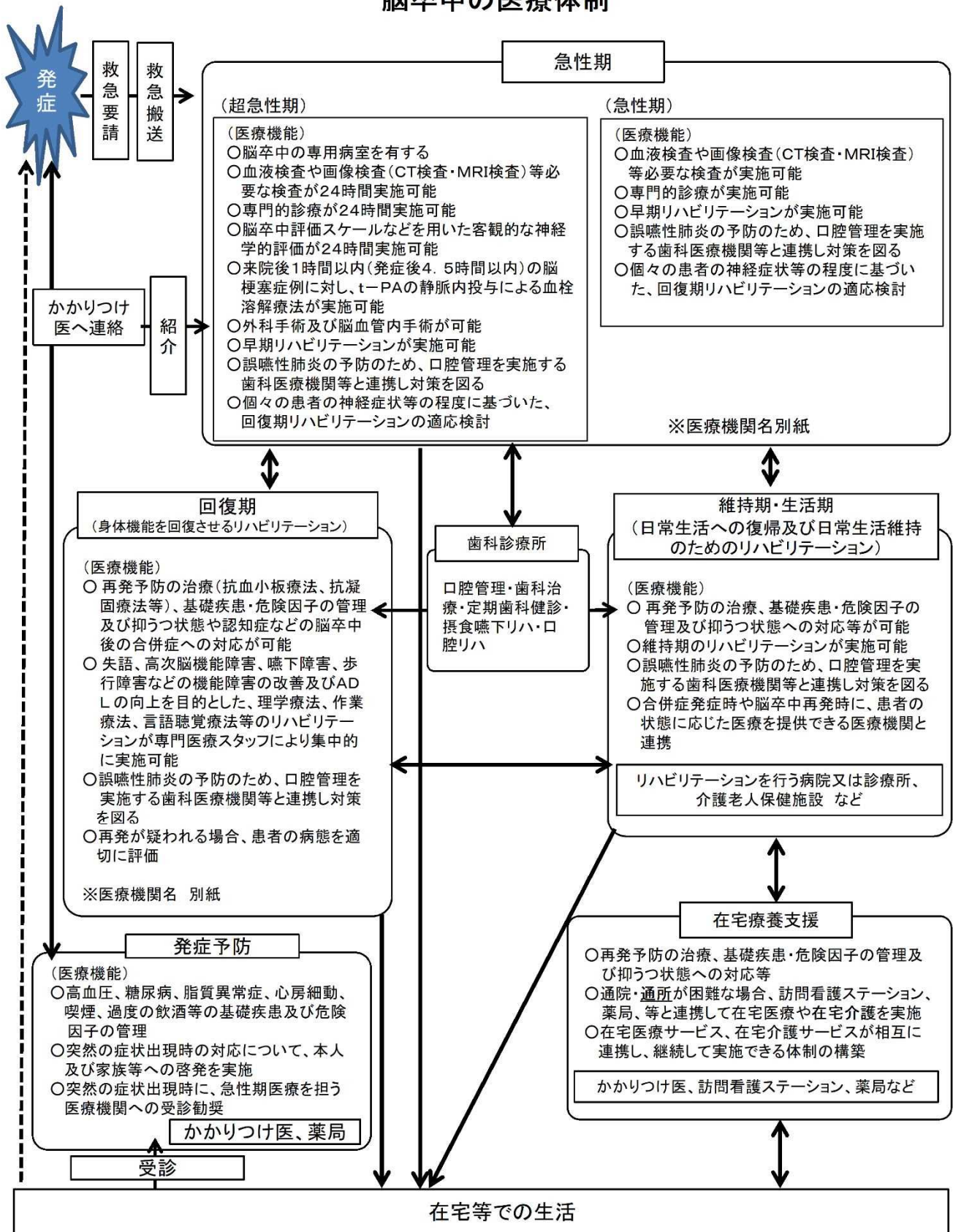
項目	現状	目標 (令和11(2029)年度)
脳血管疾患年齢調整死亡率 (人口10万人対)	男性 <u>100.7 (R2)</u> 女性 <u>59.4 (R2)</u>	減少

#### (参考指標)

項目	現状
t-P Aによる脳血栓溶解療法実施症例数	<u>80</u> 例

※二次医療圏単位で10未満の数値は非公表とされているため、その数値は含まない。

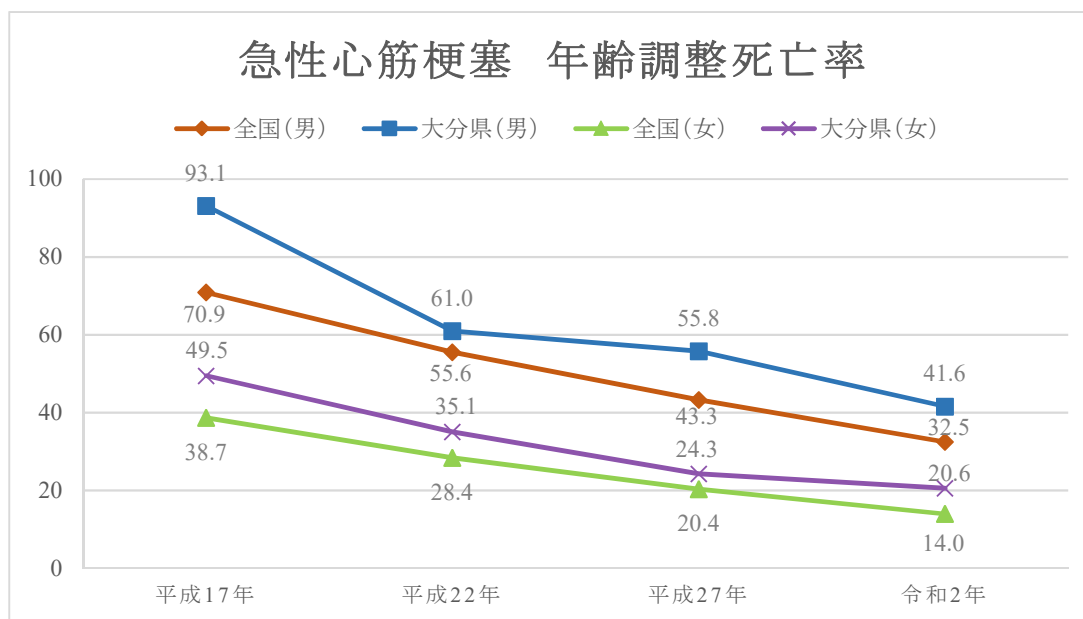
# 脳卒中の医療体制



現状及び課題

(1) 心筋梗塞等の心血管疾患による死亡の現状

- 令和4年の人口動態統計によると、本県における心疾患の死亡者数は2,341人であり、死亡数全体の14.4%を占め、県民の死亡原因の第2位となっています。  
また、人口動態統計特殊報告によると、令和2年の本県における急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）は、男性41.6（全国平均32.5）、女性20.6（全国平均14.0）となっており、全国と比較するとやや高くなっています。



資料:厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

(2) 発症予防

- 急性心筋梗塞を予防するためには、高血圧や脂質異常症、喫煙等の危険因子を知り、それに対して自分がどのような状態であるかを把握し、生活習慣を改善することが必要であり、要因となる高血圧等を早期に発見するためには、特定健診の受診が重要です。
- 特定健康診査及び特定保健指導の実施率は増加傾向でした。令和元年度及び令和2年度の特定健康診査の受診率は新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響を受け減少しましたが、令和3年度は感染拡大前の水準以上に回復しました。しかしながら、第3期大分県医療費適正化計画の目標値である特定健康診査受診率70%、特定保健指導実施率45%は未達成となっています。
  - ・ 特定健康診査受診率 57.2%（全国16位） 全国平均 56.5%
  - ・ 特定保健指導実施率 31.9%（全国8位） 全国平均 24.6%

(3) 応急手当・病院前救護

- 心筋梗塞等の心血管疾患を疑われる患者が、できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着できる体制を充実することが必要です。

- 心筋梗塞等の心血管疾患発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、その現場に居合わせた人や救急救命士等による心肺蘇生の実施及びAED（自動体外式除細動器）の使用により、救命率の改善が見込まれます。
- 救急時の関係機関間の連携ツールとしてクラウド統合型救急支援システムを導入し、その普及に努めるとともに、効果的な運用を検討しながら、円滑な救急搬送に役立っています。

#### **(4) 救急医療**

- 急性期には、患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始する必要があります。
- 医療機関には、心電図検査、血液生化学検査、冠動脈造影検査等必要な検査及び処置が可能な体制がとられており、冠動脈バイパス術等の外科的治療が可能又は治療が可能な施設との連携体制をとることなどが求められます。
- 救急医療連携システム（Join）を活用し、医師が院外の専門医に助言を求め、診療支援を受けられる体制を整備しています。

#### **(5) 疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション**

- 合併症や再発の予防、早期の在宅復帰や社会復帰のために、心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施する必要がありますが、地域によっては、対応可能な医療機関が少ない地域があります。

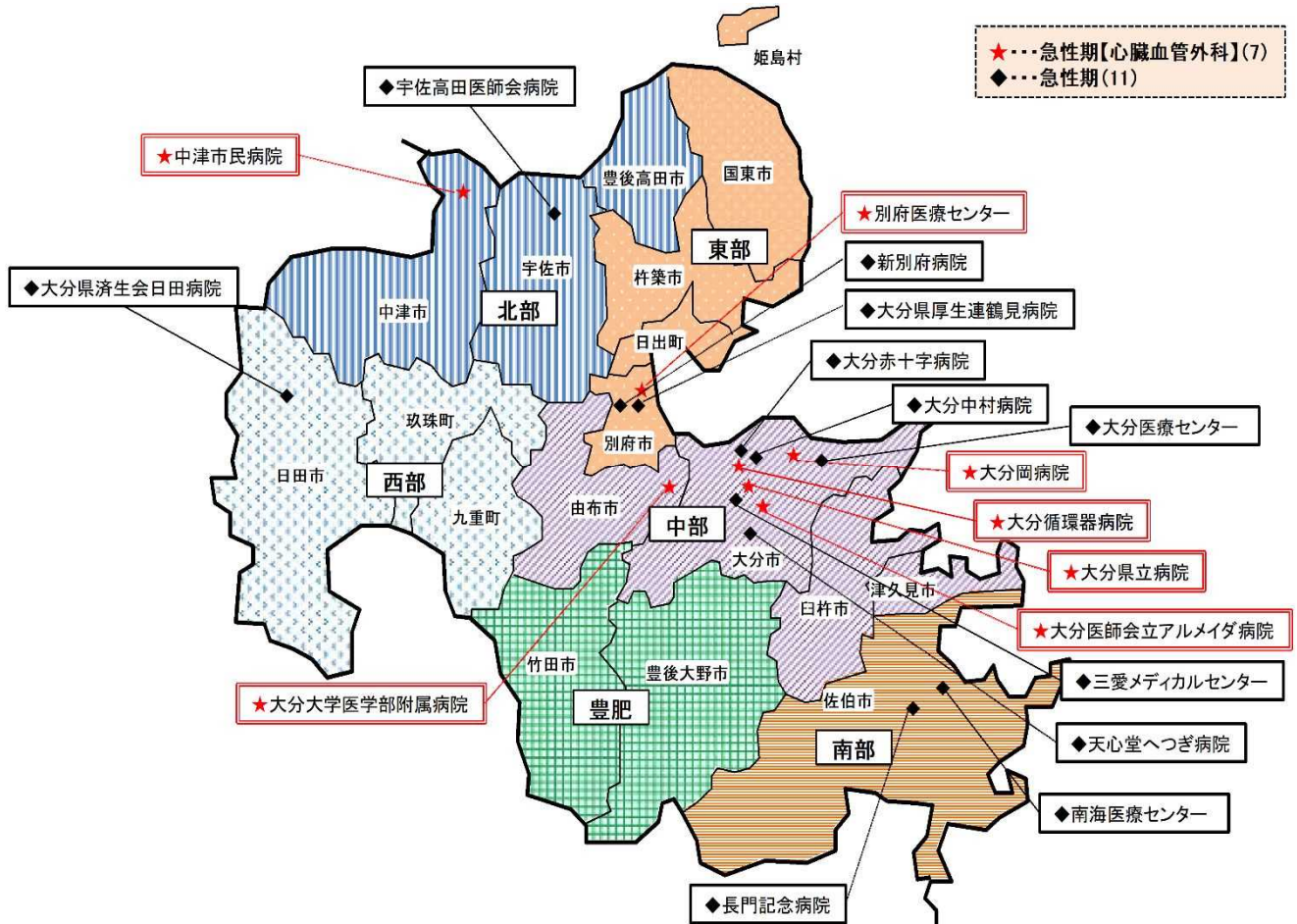
#### **(6) 再発予防**

- 退院後の再発予防の治療や基礎疾患、危険因子等の管理が必要であることから、「かかりつけ医」による継続的な経過観察や指導、在宅療養を継続できるための支援が重要となります。



## 圏域の設定と状況

- 圏域は二次医療圏と同じ6圏域とします。
- 現状の医療体制を鑑み、急性期医療において圏域内での完結が困難な場合は、圏域を越えたより広域な範囲での連携を行います。



令和6年1月31日現在

( ) 内の数値は人口10万人対

	調査時点	東部	中部	南部	豊肥	西部	北部
循環器内科医師数※1	R2	33 (16.5)	101 (18.0)	9 (13.5)	7 (13.2)	8 (9.4)	18 (11.4)
心臓血管外科医師数※1	R2	5 (2.5)	24 (4.3)	2 (3.0)	1 (1.9)	-	2 (1.3)
冠動脈再開通件数(レセプト)※1	R3	96	245	23	10未満	29	70
リハビリ可能医療機関数※2	R5	2	7	1	1	1	1

出典：(※1) 厚生労働省 医療計画策定支援データブック (※2) 大分県医療政策課調べ

## 今後の施策

### (1) 発症予防

- 心筋梗塞等の心血管疾患を予防するため、メタボリックシンドローム予防に着目した特定健診・特定保健指導等の推進を図るとともに、本県の実情を踏まえて発症率や死亡率を有効的に低下させる要因なども考慮し、県民が生活習慣を改善できるよう支援します。
- 心疾患やその危険因子を持った人が、適切に飲食等ができる食環境の整備を行います。
- 心筋梗塞等の心血管疾患やその危険因子の早期発見、早期治療のために、地域・職域連携協議会や県医師会、検診機関等との連携により検診を受けやすい体制を整備し、受診を勧奨します。
- 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施します。

### (2) 応急手当・病院前救護

- 心筋梗塞等の心血管疾患を発症し心肺停止となった場合に、患者の近くにいる者が迅速に対応できるよう、市町村、関係団体等と連携して、AEDの使用を含めた心肺蘇生法の講習の充実を図るとともに、県民へのAEDの有用性や設置状況等の情報提供に努めます。  
また、設置者に対して適切な管理を行うよう周知に努めていきます。  
心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる場合、救急隊、循環器を専門とする医療機関、急性期医療を担う医療機関が連携し、速やかに専門的治療が受けられるよう、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」や [ICTの活用](#) などにより、医療機関情報の共有を促進するなど救急搬送体制の充実を推進します。

### (3) 急性期、回復期、再発予防

- 心筋梗塞等の心血管疾患の急性期の専門的治療や回復期のリハビリテーションを行う医療機関、再発予防を担うかかりつけ医など、在宅医療も含め、切れ目のない医療が行われる体制づくりを推進します。

#### (目標)

項目	現状	目標 (令和11(2029)年度)
急性心筋梗塞年齢調整死亡率 (人口10万人対)	男性 <u>41.6 (R2)</u> 女性 <u>20.6 (R2)</u>	減少

# 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

