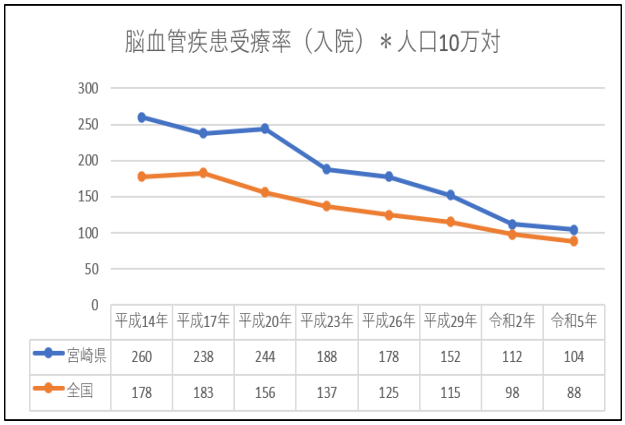
２　脳卒中

１．現 状

(1) 脳血管疾患の入院・外来受療率

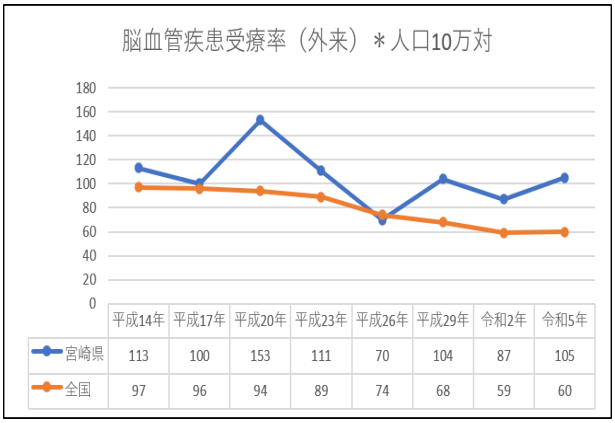
○　令和５年(2023年)の本県の脳血管疾患の入院受療率(人口10万対)は104で減少傾向にありますが、外来受療率(人口10万対)は105と増加しており、平成26年の外来受療率を除き、全国平均を上回って推移しています。

○　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。



	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年	令和5年
宮崎県	260	238	244	188	178	152	112	104
全国	178	183	156	137	125	115	98	88

（出典：厚生労働省「患者調査」）



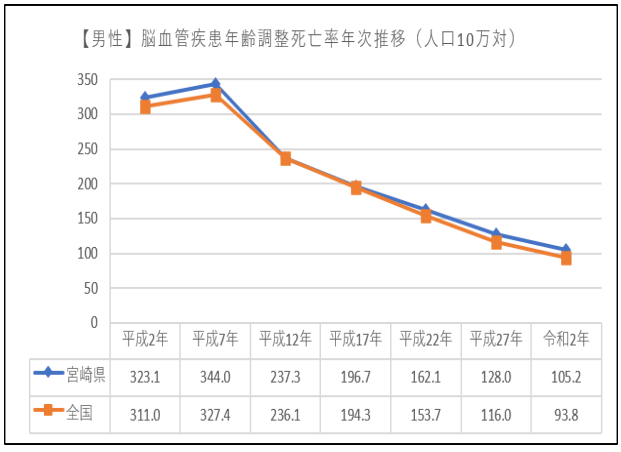
	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年	令和5年
宮崎県	113	100	153	111	70	104	87	105
全国	97	96	94	89	74	68	59	60

（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

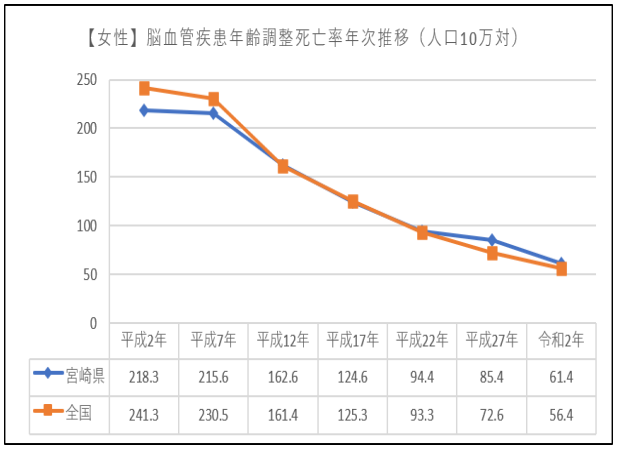
○　令和６年(2024年)の本県の脳血管疾患による死亡者数は1,144人で、死亡総数に占める割合は7.0%となっており、死亡原因の第４位となっています。

○　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。



	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
宮崎県	323.1	344.0	237.3	196.7	162.1	128.0	105.2
全国	311.0	327.4	236.1	194.3	153.7	116.0	93.8

（出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）



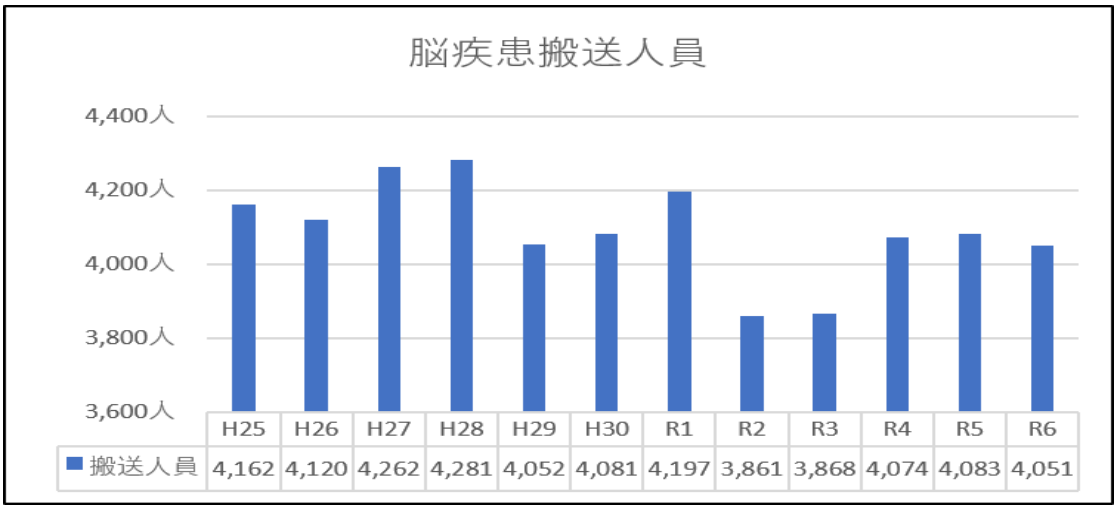
	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
宮崎県	218.3	215.6	162.6	124.6	94.4	85.4	61.4
全国	241.3	230.5	161.4	125.3	93.3	72.6	56.4

（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６年(2024年)の本県の脳血管疾患での救急搬送人員は4,051人で、全救急搬送人員の8.5%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、令和６年(2024年)は平均44.7分で、全国平均(44.6分)とほぼ同程度になっています。



	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
搬送人員	4,162	4,120	4,262	4,281	4,052	4,081	4,197	3,861	3,868	4,074	4,083	4,051

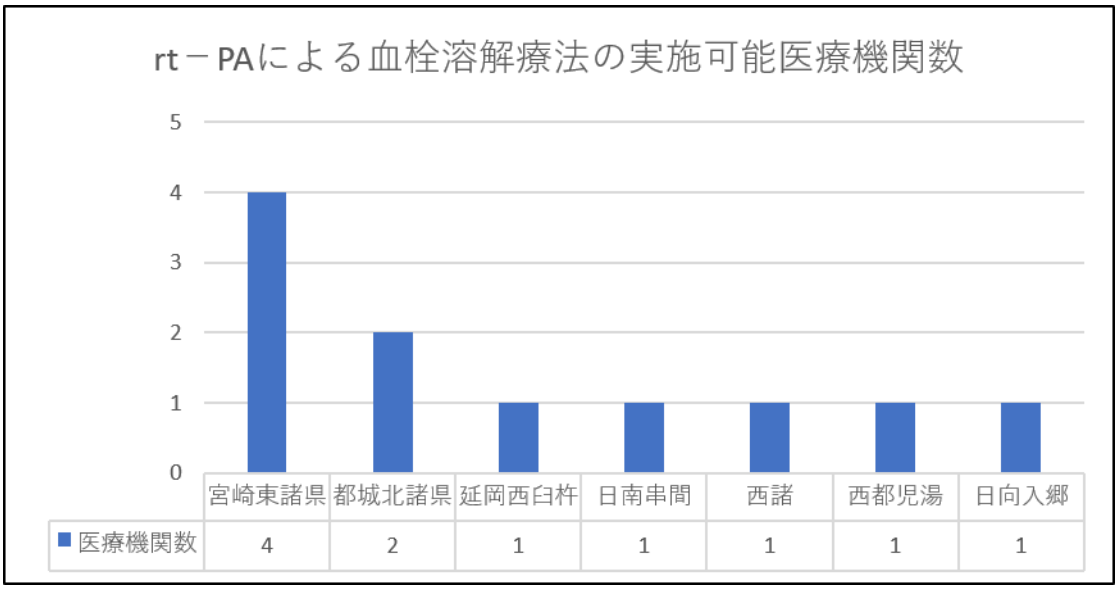
(出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」)

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10万対1.1)施設で、全国平均(人口10万対0.9)を上回っています。

○　令和７年５月、都城市郡医師会病院に「心臓・脳血管・透析センター」が整備され、高度な医療が提供できるようになりました。



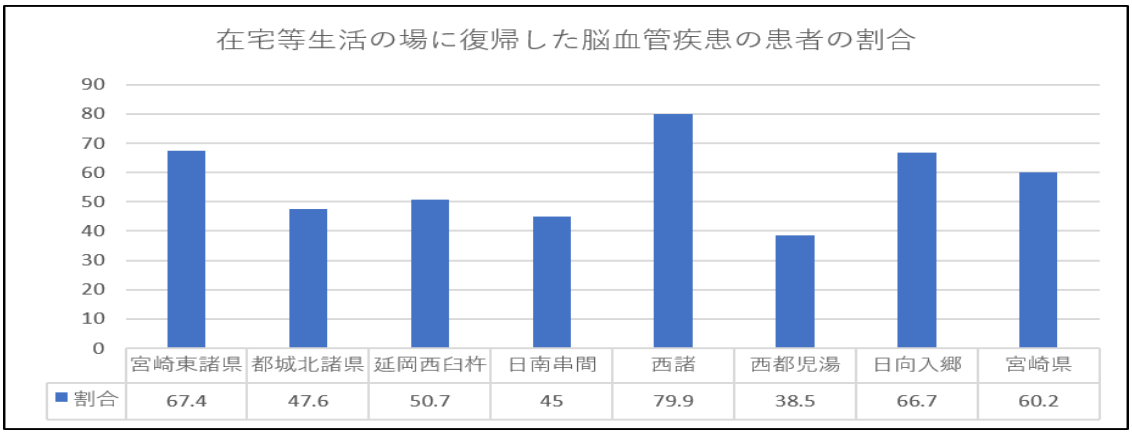
	宮崎東諸県	都城北諸県	延岡西臼杵	日南串間	西諸	西都児湯	日向入郷
医療機関数	4	2	1	1	1	1	1

(出典：九州厚生局届出受理医療機関)

(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129(人口10万対12.7)施設と増加傾向にあり、全国平均(人口10万対6.6)を上回っています。

○　脳血管疾患の患者のうち、60.2%が退院後に在宅等での生活の場に復帰しています。



（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リ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	生涯を通じたバランスの良い食事の啓発やベジ活（野菜を積極的にとる活動）、適塩、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し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
④	脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とした普及啓発及び相談支援体制の推進

(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

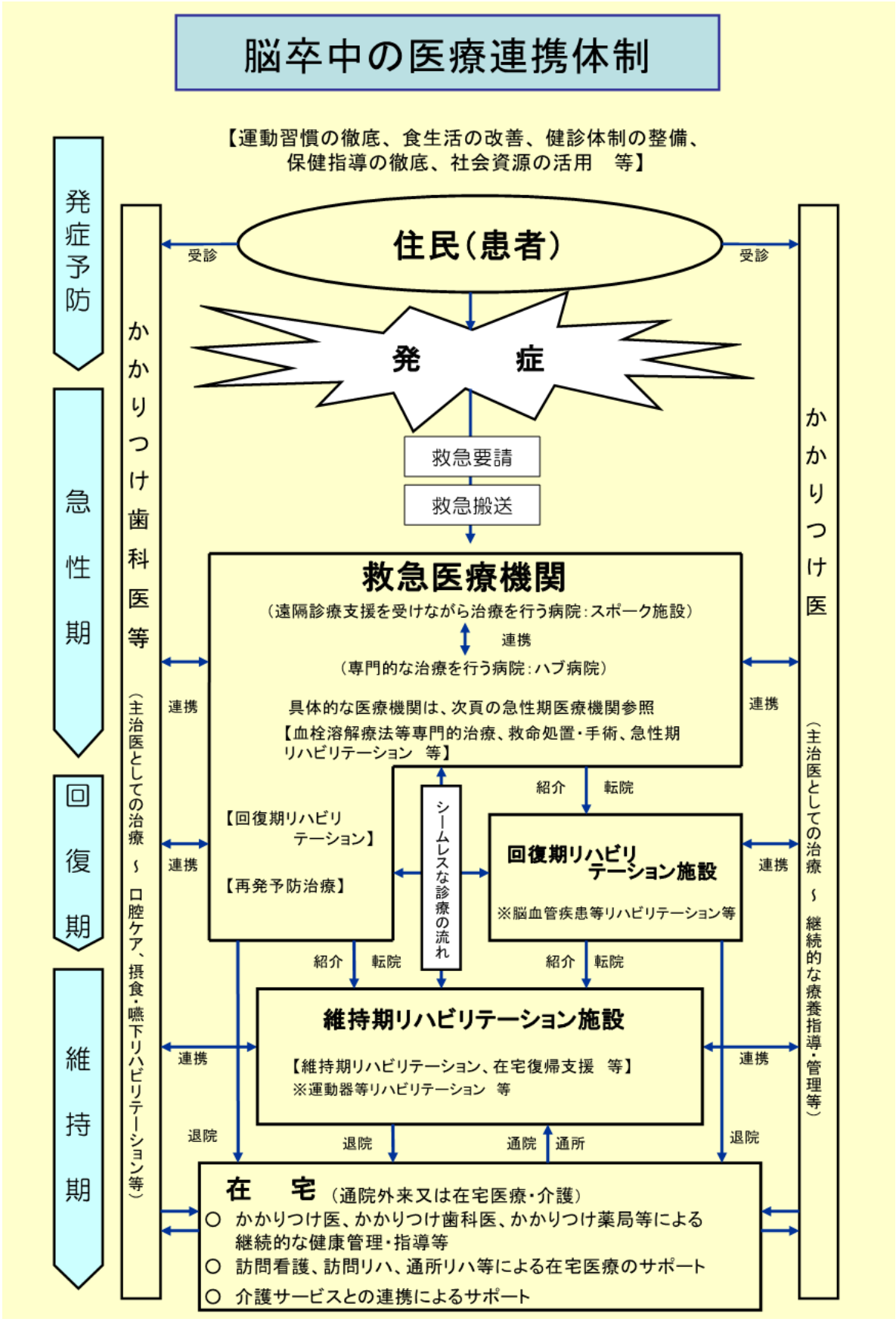
④	脳血管疾患等リハビリテーションが実施できる医療機関や医療従事者の育成など、各医療圏でリハビリテーションを受けることができる体制づくりの推進
⑤	脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とした医療従事者等向け研修の実施及び診療ネットワークの構築

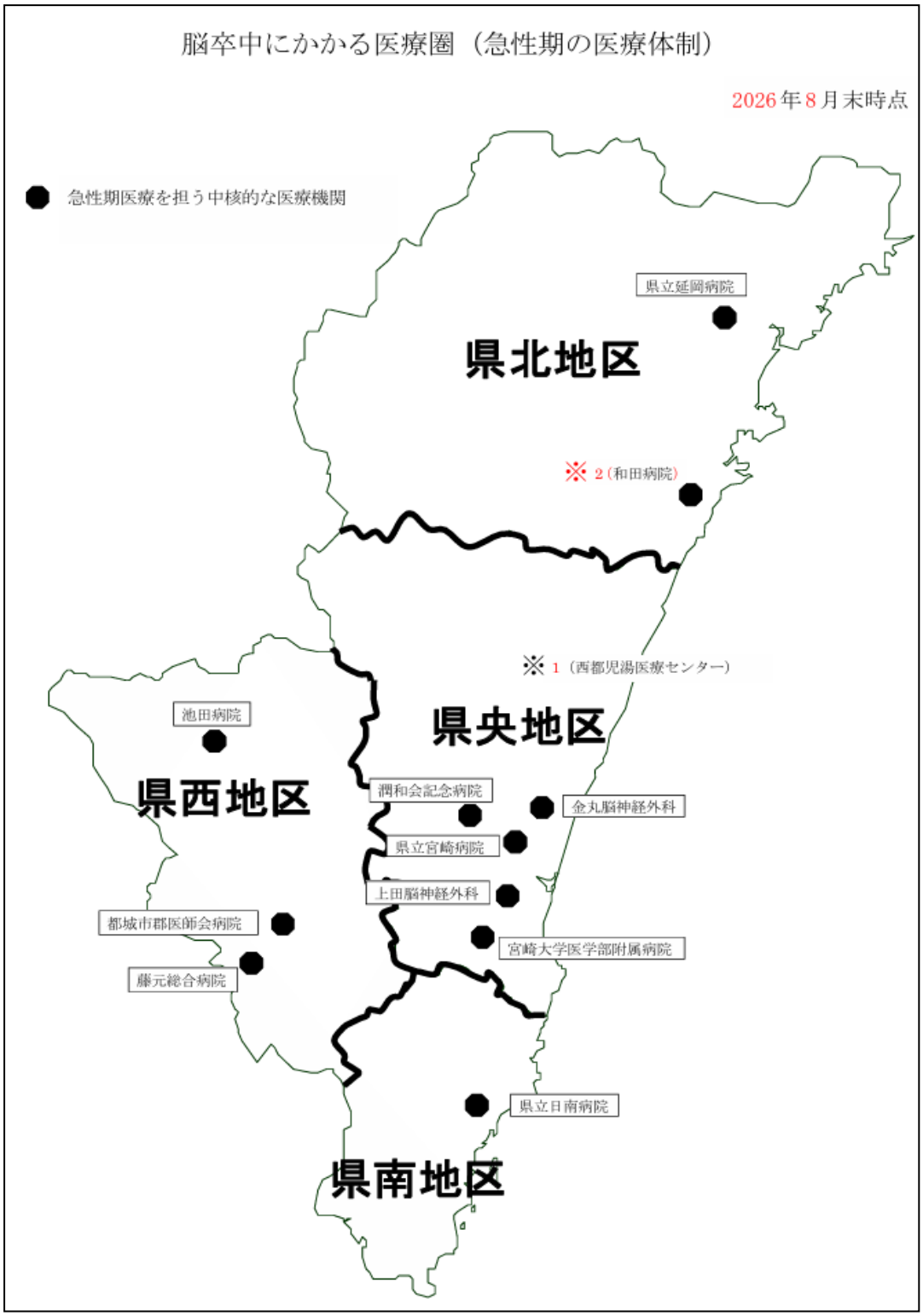
(4) 在宅療養が可能な体制づくり

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
③	脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とした相談支援窓口体制の推進及び診療支援体制の充実

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 72.29 女性 76.13 （令和４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」	104.0 （令和５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：総務省消防庁「救急・救助の現況」	44.7 分 （令和６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 万対） ※出典：九州厚生局届出受理医療機関	1.1 （令和７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 万対） ※出典：九州厚生局届出受理医療機関	12.7 （令和７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	56.1% （令和６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	29.9% （令和６年度）	⇒	**45.0%** （令和 11 年度）


脳卒中の医療連携体制
【運動習慣の徹底、食生活の改善、健診体制の整備、
保健指導の徹底、社会資源の活用　等】
発症予防
急性期
回復期
維持期
かかりつけ歯科医等（主治医としての治療～口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーション等）
住民（患者）
受診
受診
発　症
救急要請
救急搬送
救急医療機関
（遠隔診療支援を受けながら治療を行う病院：スポーク施設）
連携
（専門的な治療を行う病院：ハブ病院）
具体的な医療機関は、次頁の急性期医療機関参照
【血栓溶解療法等専門的治療、救命処置・手術、急性期
リハビリテーション　等】
連携
連携
紹介
転院
【回復期リハビリ
テーション】
【再発予防治療】
シームレスな診療の流れ
回復期リハビリテーション施設
※脳血管疾患等リハビリテーション等
連携
連携
紹介
転院
紹介
転院
維持期リハビリテーション施設
【維持期リハビリテーション、在宅復帰支援　等】
※運動器等リハビリテーション　等
連携
連携
退院
退院
通院
通所
退院
在　宅（通院外来又は在宅医療・介護）
○ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等による
継続的な健康管理・指導等
○ 訪問看護、訪問リハ、通所リハ等による在宅医療のサポート
○ 介護サービスとの連携によるサポート
かかりつけ医（主治医としての治療～継続的な療養指導・管理等）



※1　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４期中期計画（令和７年４月１日から令和12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整備を図るとしています。
※2　和田病院は、救急医療体制の構築に向け、県全体での連携強化を模索するとしています。