

## 第2節 脳卒中

### 1 現状と課題

#### 1. 現状

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。

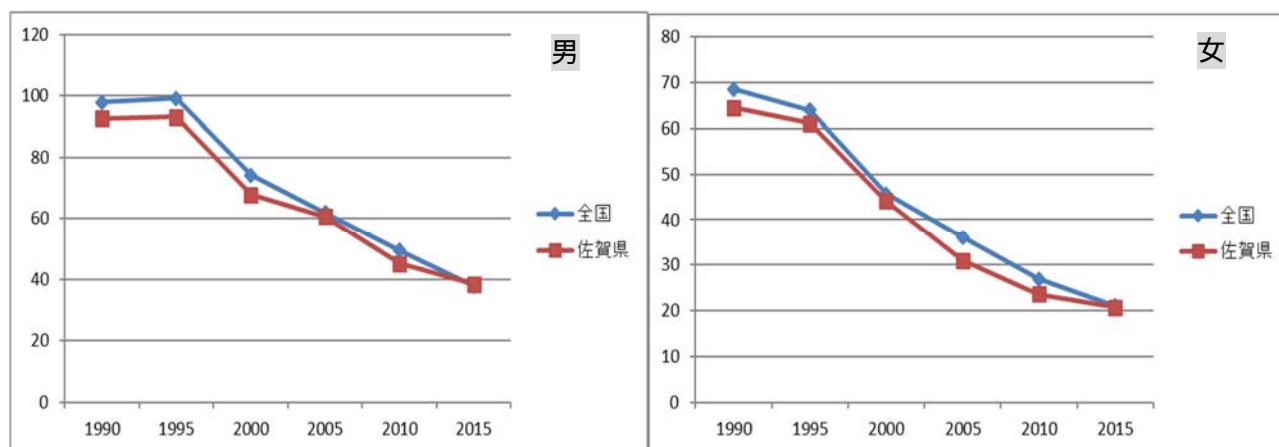
脳梗塞は、脳血管の閉塞や狭窄により神経細胞に血液が十分に行き届かなくなるもので、脳卒中の7割以上、脳血管疾患死亡者数の約6割を脳梗塞が占めています。また、脳出血は脳の細い血管が破綻し出血するものであり、くも膜下出血は脳の表面の脳動脈にできた脳動脈瘤が破綻し、脳の表面を覆うくも膜の内側に出血するものです。

本県における脳血管疾患による死亡者数は、2016年(平成28年)に825人で死亡数全体の約8.5%を占め、死因順位の第4位となっています。

また、死亡を免れても、片麻痺、嚥下障害、言語障害等の後遺症が残ることがあることから、介護の原因第1位の疾患となっています。

脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)で見ると、男女ともに1995年(平成7年)以降低下を続け、2015年(平成27年)に男38.4・女20.7となっており、ほぼ全国平均と同じです。

脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)



(人口動態統計特殊報告)

脳卒中の患者数は、75歳以上人口の増加に伴い2040年まで増加することが見込まれます。特に脳梗塞の患者数は2015年(平成27年)と比較して約1.3倍に増加することが見込まれ、患者数の約9割が75歳以上です。



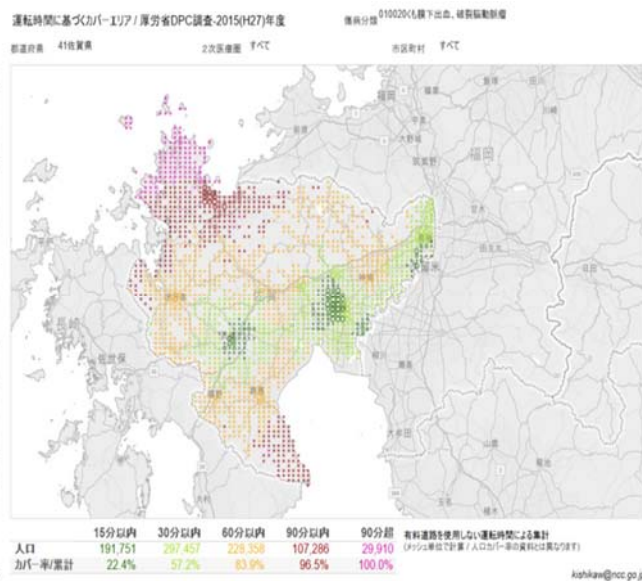
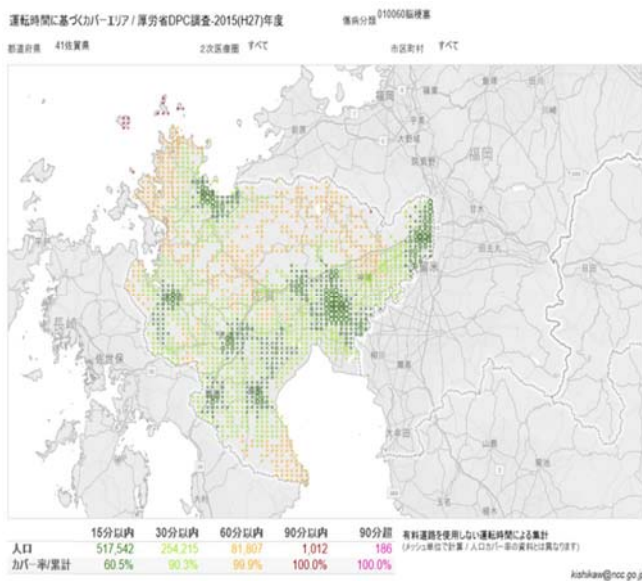
県内の医療提供体制は、t-PA 療法や血管内治療、外科的治療等の「急性期の専門的医療を包括的に行う医療機関(佐賀大学医学部附属病院、佐賀県医療センター好生館、唐津赤十字病院、済生会唐津病院、伊万里有田共立病院、新武雄病院)」が存在するほか、各二次医療圏において、t-PA 療法等の一般的な急性期医療が実施できる医療機関や、急性期を脱した後のリハビリテーションに対応できる医療機関が多く存在します。

また、年 10 例以上の症例がある DPC 病院へのアクセス時間(有料道路不使用)をみると、脳梗塞で 99.9%の人口が、くも膜下出血では 83.9%の人口が 60 分以内に到着できます。有料道路を使うことにより、より短縮できることなどから、県内の医療提供体制は概ね良好であると言えます。

### SCR データ

(医療計画作成支援データブック)

			佐賀県					福岡県	長崎県
			中部	東部	北部	西部	南部	久留米	佐世保県北
超急性期脳卒中加算	入院	2014	215.5		87.2		60.5	233.4	133.5
		2015	255.7		181.0		40.1	248.2	151.0
脳卒中ケアユニット入院医療管理料(SCU)	入院	2014							
		2015							
脳卒中中のtPA	入院	2014	143.4	44.2	54.5	151.3	129.6	195.5	88.8
		2015	135.9	49.6	117.3	122.8	140.4	232.9	100.4
脳卒中中のtPA以外の薬物療法	入院	2014	73.8	79.6	116.9	91.8	112.5	145.1	92.8
		2015	78.3	110.4	132.8	125.8	121.0	142.6	101.8
脳卒中中の経皮的血管形成術等	入院	2014	140.7			363.2	70.9	166.1	202.5
		2015	132.9	18.7	46.6	385.8	56.5	208.7	183.2
くも膜下出血の脳動脈瘤流入血管クリッピング等	入院	2014	60.7		132.7	81.5	132.3	115.8	115.9
		2015	55.7		75.0	128.8	177.4	116.0	151.8
脳卒中に対する急性期リハビリテーション	入院	2014	97.0	97.6	93.7	103.8	123.6	174.3	108.7
		2015	117.5	151.4	116.9	201.2	159.2	168.6	99.5
脳卒中に対するリハビリテーション	入院	2014	110.9	118.7	89.5	80.7	123.2	176.3	127.8
		2015	138.4	155.8	98.2	158.5	117.9	163.8	133.1
	外来	2014	106.1	297.9	118.5	135.8	101.8	157.7	126.4
		2015	181.7	350.1	180.0	266.0	152.0	146.0	162.8
廃用症候群に対するリハビリテーション	入院	2014	97.0	91.3	91.5	198.7	76.8	137.2	71.9
		2015	80.0	97.6	103.9	236.0	65.6	137.8	60.9
	外来	2014	194.0	50.5	9.1	67.9	75.4	98.0	109.8
		2015	140.7	36.1	50.9	174.7	40.9	118.5	70.6
脳卒中患者の連携パス利用者(第1入院機関)	入院	2014	174.9		117.5	122.5	64.2	191.8	103.1
		2015	180.1		140.6	227.1	72.8	226.8	81.5
脳卒中患者の連携パス利用者(第2入院機関)	入院	2014	139.5	72.4	89.8	114.1	81.8	130.7	95.4
		2015	173.6	105.8	137.0	190.4	84.1	151.4	86.4



医療圏ごとの患者の受療動向を見ると、中部・北部・南部は域内完結率が高い一方、西部は南部へ、東部は福岡県への流出が見られます。

しかし、専門的治療ができない場合でも、医療圏を超えて Drip and Ship 法等による医療機関同士の連携がとれています。

### 患者受療動向



(医療計画作成支援データブック)

## 2. 課題

### (1) 予防

脳卒中の予防には、原因となる高血圧や脂質異常症等の危険因子の早期発見・早期治療が重要ですが、本県では特定健康診査の受診率が全国平均よりも低いことから、受診率の向上が課題となっています。

### (2) 急性期

脳血管疾患の年齢調整死亡率は、近年、概ね全国平均を下回り、低下していますが、今後も年齢調整死亡率を低下させる取組が必要です。

脳梗塞においては、t-PA 療法等が有効です。発症後 4.5 時間以内に実施する必要があるなど時間的制約もありますが、本県は各二次医療圏において急性期の治療が可能な医療機関が存在します。

今後は、将来の需要の伸びに対応できる診療提供体制を構築することができるかが課題です。

### (3) 回復期、維持期

脳卒中は後遺症により要介護状態に至ることも多く、早期からのリハビリテーションの開始及び急性期から回復期・維持期までの一貫したリハビリテーションの実施が重要です。このため、県下で運用を行っている佐賀県診療録地域連携システム（ピカピカリンク）や脳卒中地域連携パスを用いた患者情報の共有等をより一層促進し、各医療機能を担う医療機関同士の連携強化を図る必要があります。

また、誤嚥性肺炎等の合併症を予防するため、患者の口腔ケアが重要であることから、医科・歯科連携体制の構築を促進させる必要があります。

2	目標と施策
---	-------

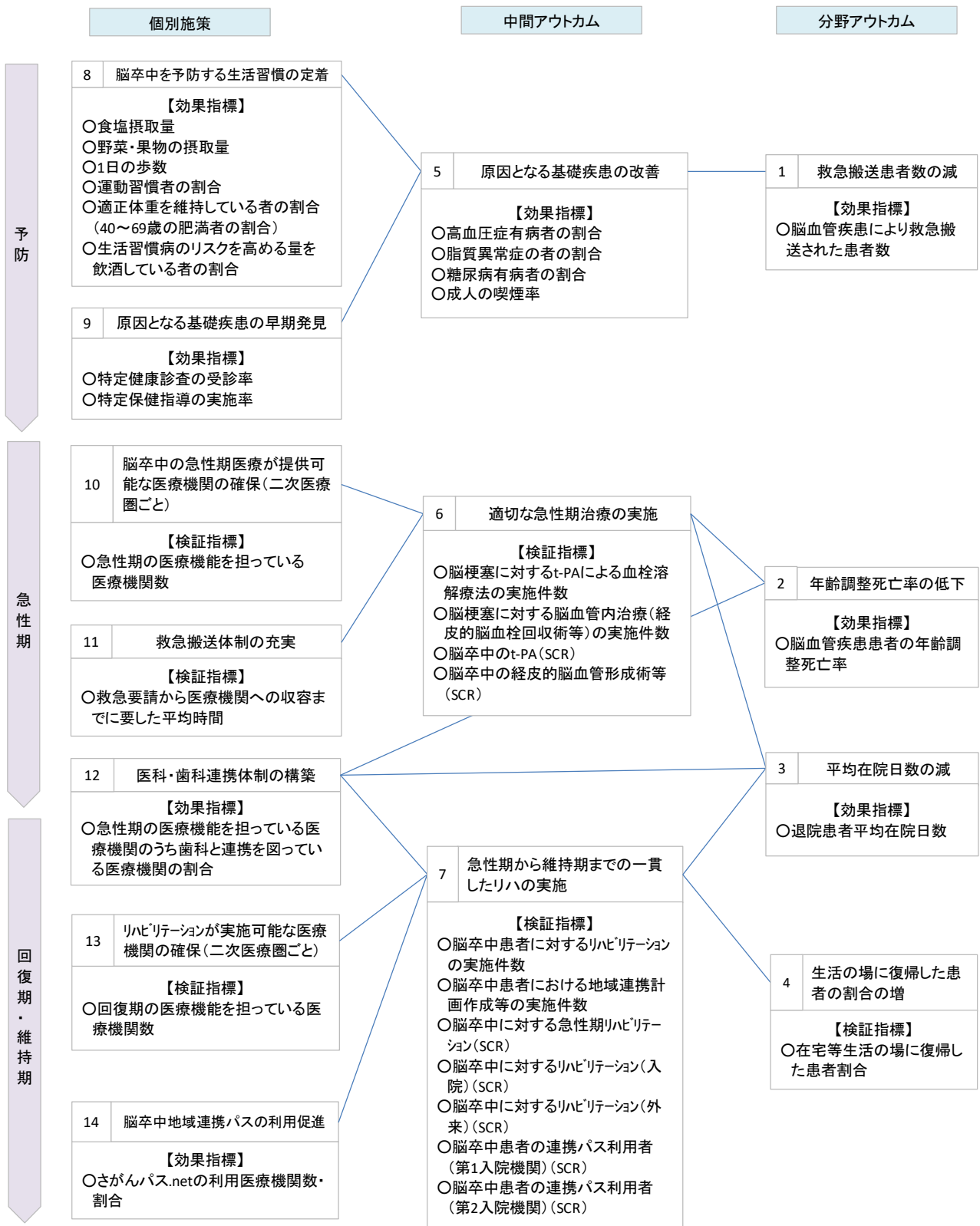
脳卒中の分野は、県民の脳卒中の発症予防に努め、発症した場合は早急に急性期医療を受けることができ、一日でも早く日常の生活に復帰できることを目指します。

高齢化に伴う患者数の増に対応すること、また、医療機関同士のネットワークの構築が重要であることから、重要施策を、

- ・県内各医療圏の基幹となる急性期の医療機関を確保すること
- ・近くでリハビリ等を受けることができるよう回復期の医療機関を確保すること
- ・脳卒中地域連携パスの利便性を向上させ、急性期から維持期までの医療機関の利用を促進すること

とし、次に掲げる施策体系表のとおり、7つの個別施策の効果・進捗を、17の効果指標と15の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。

# 施策体系表



## 数値目標

### 【分野アウトカム】

	指標	現状	目標
1	脳血管疾患により救急搬送された人口 10万人当たり患者数 0.1千人単位 (患者調査)	0.2 【全国】0.2 (2014年)	0.2 (2023年)
2	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率 (人口動態特殊報告)	男性 38.4・女性 20.7 【全国】男性 37.8・女性 21.0 (2014年)	男性 29.3・女性 16.6 (2023年)
3	退院患者平均在院日数 (患者調査)	130.7日 【全国】89.4日 (2014年)	89.4日 (2023年)
4	在宅等生活の場に復帰した患者割合 (患者調査)	50.2 【全国】55.5 (2014年)	-

### 【中間アウトカム】

	指標	現状	目標
5	高血圧症有病者の割合 (特定健診データ)	総数 38.3% 男性 43.3%・女性 33.9% (2015年)	総数 25.2% 男性 27.9%・女性 22.2% (2022年)
	脂質異常症の者の割合 (特定健診データ)	総数 30.0% 男性 24.4%・女性 35.0% (2015年)	総数 16.7% 男性 14.1%・女性 19.5% (2022年)
	糖尿病有病者の割合 (特定健診データ)	総数 11.5% 男性 14.7%・女性 8.7% (2015年)	現状維持 (2022年)
	成人の喫煙率 (県民健康意識調査)	総数 18.1% 男性 32.4%・女性 6.1% (2016年)	総数 15.7% 男性 29.8%・女性 4.6% (2022年)
6	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法 の人口 10万人当たり実施件数 (NDB)	県全体 12.5 中部 14.2、東部*、北部 13.5、 西部 14.1、南部 16.9 【全国】10.5 (2015年)	-
	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的 脳血栓回収術等)の人口 10万人 当たり実施件数 (NDB)	県全体 6.5 中部 9.4、東部*、北部*、 西部 28.3、南部* (2015年)	-

	脳卒中のt-PA (SCR)	県全体 121.2 中部 135.9、東部 49.6、 北部 117.3、西部 122.8、 南部 140.4 (2015年)	-
	脳卒中の経皮的脳血管形成術等 (SCR)	県全体 112.0 中部 132.9、東部 18.7、 北部 46.6、西部 385.8、 南部 56.5 (2015年)	-
7	脳卒中患者に対するリハビリテーションの人口10万人当たり実施件数 (NDB)	県全体 1,936.3 中部 1,780.1、東部 2,638.2、 北部 1,841.8、西部 2,738.6、 南部 1,420.5 【全国】1,465.4 (2015年)	-
	脳卒中患者における地域連携計画作成等の人口10万人当たり実施件数 (NDB)	県全体 55.2 中部 71.8、東部 0.0、 北部 62.1、西部 106.7、 南部 31.3 【全国】46.6 (2015年)	-
	脳卒中に対する急性期リハビリテーション (SCR)	県全体 138.7 中部 117.5、東部 151.4、 北部 116.9、西部 201.2、 南部 159.2 (2015年)	-
	脳卒中に対するリハビリテーション(入院) (SCR)	県全体 131.6 中部 138.4、東部 155.8、 北部 98.2、西部 158.5、 南部 117.9 (2015年)	-
	脳卒中に対するリハビリテーション(外来) (SCR)	県全体 206.9 中部 181.7、東部 350.1、 北部 180.0、西部 266.0、 南部 152.0 (2015年)	-

脳卒中患者の連携パス利用者(第1入院機関) (SCR)	県全体 132.3 中部 180.1、東部 0、 北部 140.6、西部 227.1、 南部 72.8  (2015年)	-
脳卒中患者の連携パス利用者(第2入院機関) (SCR)	県全体 141.7 中部 173.6、東部 105.8、 北部 137.0、西部 190.4、 南部 84.1  (2015年)	-

### 【個別施策】

	指標	現状	目標
8	食塩摂取量 (国民健康・栄養調査)	男性 10.5g・女性 8.6g (2016年)	男性 8.0g未満・女性 7.0g未満 (2022年)
	野菜・果物の摂取量 (国民健康・栄養調査)	野菜摂取量の平均値 271.9g 果物摂取量 100g未満の者の割合 63.3% (2016年)	野菜摂取量の平均値 350g 果物摂取量 100g未満の者の割合 30% (2022年)
	1日の歩数 (国民健康・栄養調査)	<b>【20～64歳】</b> 男性 7,201歩・女性 6,578歩 <b>【65歳以上】</b> 男性 5,489歩・女性 5,341歩 (2016年)	<b>【20～64歳】</b> 男性 9,000歩・女性 8,500歩 <b>【65歳以上】</b> 男性 7,000歩・女性 6,000歩 (2022年)
	運動習慣者の割合 (県民健康意識調査)	<b>【20～64歳】</b> 男性 19.7%・女性 12.9% <b>【65歳以上】</b> 男性 34.4%・女性 30.3% (2016年)	<b>【20～64歳】</b> 男性 35.0%・女性 27.0% <b>【65歳以上】</b> 男性 55.0%・女性 45.0% (2022年)
	適正体重を維持している者の割合(40～69歳の肥満者の割合) (特定健診データ)	男性 31.8%・女性 19.3% (2015年)	男性 27.4%・女性 16.3% (2022年)
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 (県民健康意識調査)	総数 9.1% (2016年)	総数 5.0% (2022年)



9	特定健康診査の受診率 （特定健康診査・特定保健 指導実施状況）	46.5% （2015年）	70% （2023年）
	特定保健指導の実施率 （特定健康診査・特定保健 指導実施状況）	27.9% （2015年）	45% （2023年）
10	急性期の医療機能を担って いる医療機関数 （医療連携体制調査）	19施設 （2017年）	-
11	救急要請から医療機関への 収容までに要した平均時間 （救急・救助の現況）	37.2 （2015年）	-
12	急性期の医療機能を担って いる医療機関のうち歯科と 連携を図っている医療機関 の割合 （県調査）	-	100% （2023年）
13	回復期の医療機能を担って いる医療機関数 （医療連携体制調査）	58施設 （2017年）	-
14	さがんパス.net の利用医療 機関数・割合 （県調査）	【計画策定医療機関数】1 【県内連携医療機関利用割合】 26% （2017年）	【計画策定医療機関数】9 【県内連携医療機関利用割合】 75% （2022年）

指標の下の（ ）内は、出典元となる調査名

**3** 必要となる医療機能

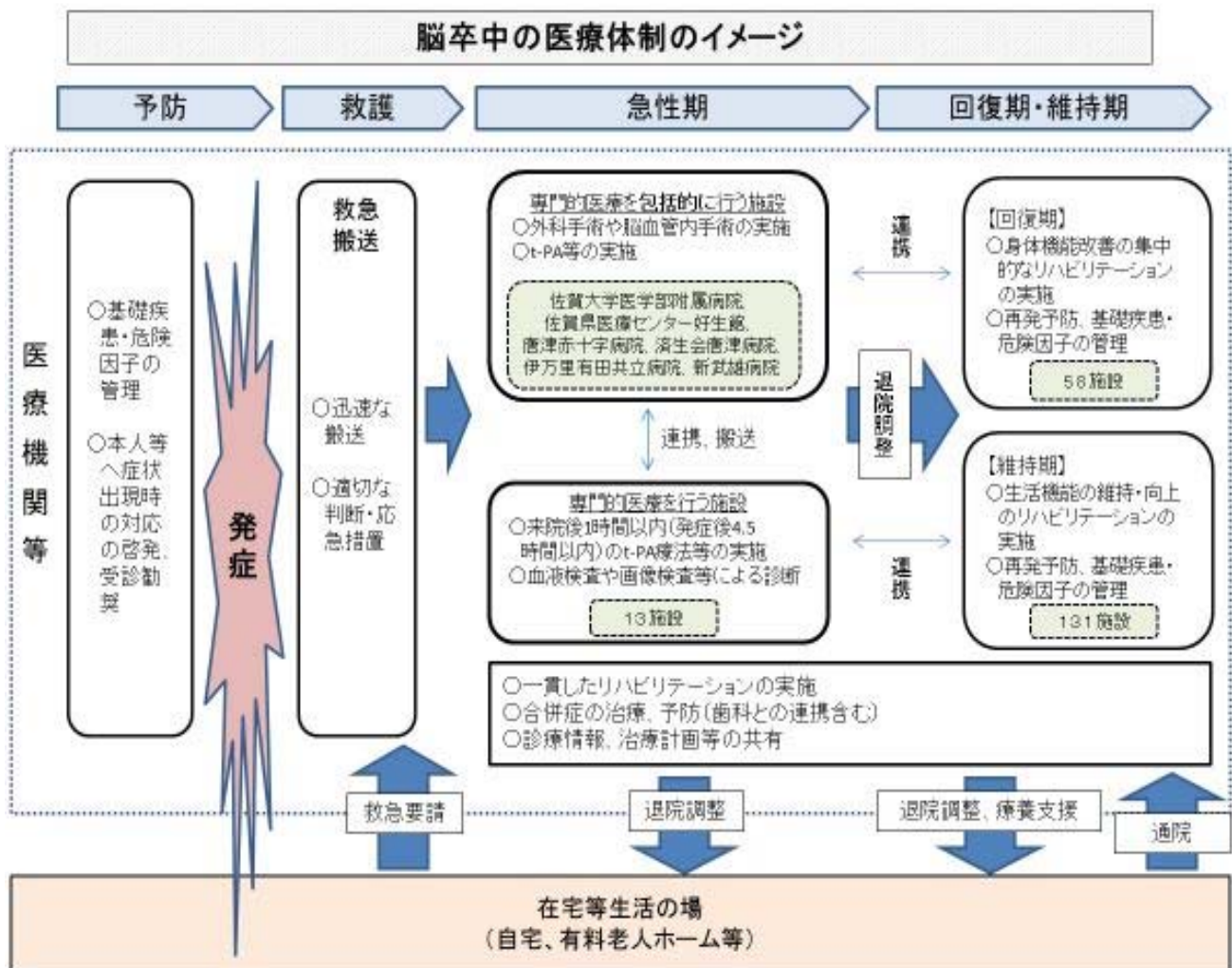
	予 防	救 護	急 性 期	回 復 期	維 持 期
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発症を予防</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発症後迅速に専門的治療が可能な医療機関に到着</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・来院後 1 時間以内（発症後 4.5 時間以内）に専門的治療を開始</li> <li>・誤嚥性肺炎等の合併症の予防・治療</li> <li>・早期に自立できるためのリハビリテーションを実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施</li> <li>・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理</li> <li>・誤嚥性肺炎等の合併症の予防</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理</li> <li>・誤嚥性肺炎等の合併症の予防</li> </ul>
求められる事項	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧、糖尿病等の基礎疾患及び危険因子の管理</li> <li>・症状出現時の対応について本人、家族等への教育、啓発</li> <li>・症状出現時に、急性期医療機関への受診勧奨を指示</li> </ul>	<p>【本人・周囲にいる者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・速やかな救急搬送の要請</li> </ul> <p>【救急救命士等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・活動プロトコールに沿った適切な観察・判断・処置</li> </ul>	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・血液検査や画像検査等が実施可能</li> <li>・来院後 1 時間以内（発症後 4.5 時間以内）に t-PA による血栓溶解療法が実施可能</li> <li>・外科手術や脳血管内手術が来院後速やかに実施可能又は実施可能な医療機関と連携体制がとれている</li> <li>・全身管理、合併症に対する診療が可能</li> <li>・誤嚥性肺炎予防のため、歯科等の多職種間で連携</li> <li>・リスク管理もとにリハビリテーションが実施可能</li> <li>・回復期、維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有</li> <li>・医療施設や介護施設等と連携し退院調整を行う</li> </ul>	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能</li> <li>・専門医療スタッフによる集中的なリハビリテーションが実施可能</li> <li>・誤嚥性肺炎予防のため、歯科等の多職種間で連携</li> <li>・急性期、維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有</li> </ul>	<p>【医療機関等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能</li> <li>・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問・通所リハ含む）が実施可能</li> <li>・誤嚥性肺炎予防のため、歯科等の多職種間で連携</li> <li>・介護支援専門員が居宅介護サービスを調整</li> <li>・回復期、急性期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有</li> </ul>
医療機関の例			<ul style="list-style-type: none"> <li>・救命救急センター</li> <li>・急性期の血管内治療が実施可能な病院</li> <li>・急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーションを専門とする病院又は診療所</li> <li>・回復期リハビリテーション病棟を有する病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人保健施設</li> <li>・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</li> </ul>

#### 4 各医療機能を担う医療機関

本県において、3で示した医療機能を担う医療機関数は、以下のとおりです。

	急性期		回復期	維持期
	専門的医療を包括的に 行う医療機関	左以外の急性期		
中部	2	5	20	46
東部	-	2	9	21
北部	2	1	10	24
西部	1	1	6	12
南部	1	4	13	28
計	6	13	58	131

具体的な医療機関名は、定期的に調査を実施し、県ホームページに掲載します。



脳卒中の医療体制構築に係る現状把握

※左側は実数

※右側は率、人口10万人当たりの数値、又は関係する指標のSCR(レセプト数を全国の性・年齢人口構成で補正、標準化したもの。全国平均であれば100となる。)の値、等

※●は重点指標

予防		救護		急性期		回復期	維持期
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数【医療施設調査】				神経内科医師数・脳神経外科医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査】		
	<p>県全体135(診療所106、病院29) 中部59(診療所49、病院10) 東部20(診療所17、病院3) 北部23(診療所17、病院6) 西部11(診療所5、病院6) 南部22(診療所18、病院4)</p> <p>&lt;人口10万人当たり&gt; 県全体15.8(診療所12.4、病院3.4) 中部16.7(診療所13.9、病院2.8) 東部16.0(診療所13.6、病院2.4) 北部17.0(診療所12.6、病院4.4) 西部14.1(診療所6.4、病院7.7) 南部13.6(診療所11.1、病院2.5) ※全国平均11.8(診療所9.9、病院1.9)</p> <p>&lt;SCR&gt; 【禁煙指導の診療体制】 県全体109.0 中部121.2、東部98.7、北部113.0、 西部128.8、南部76.7</p>				<p>【神経内科】 県全体29 中部17、東部1、北部2、西部1、南部8 【脳神経外科】 県全体56 中部24、東部9、北部8、西部4、南部11</p> <p>&lt;人口10万人当たり&gt; 【神経内科】 県全体3.4 中部4.8、東部0.8、北部1.5、西部1.3、 南部5.0 ※全国平均3.7 【脳神経外科】 県全体6.6 中部6.8、東部7.2、北部5.9、西部5.1、 南部6.8 ※全国平均5.8</p>		
					脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数【医療施設調査】		
					脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数【診療報酬施設基準】		
プロセス	喫煙率【国民生活基礎調査】		脳血管疾患により救急搬送された患者数(再掲)【患者調査】		脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数【NDB】		
	<p>県全体 男性38.9、女性10.4 ※全国平均 男性33.7、女性10.7</p>		<p>県全体0.4 中部0.6、東部0.0、北部0.0、 西部0.0、南部0.8 ※0.1千人単位</p> <p>&lt;人口10万人当たり&gt; 県全体0.2 中部0.2、東部0.1、北部0.2、 西部0.2、南部0.5 ※全国平均0.2</p>		<p>【医療機関数】 県全体* 中部*、東部*、北部*、西部*、南部3 【算定回数】 県全体111 中部52、東部*、北部18、西部14、南部27 【レセプト件数】 県全体106 中部50、東部*、北部18、西部11、南部27</p> <p>&lt;人口10万人当たり&gt; 県全体12.5 中部14.2、東部*、北部13.5、西部14.1、 南部16.9 ※全国平均10.5</p> <p>&lt;SCR&gt; 【脳卒中のt-PA】 県全体121.2 中部135.9、東部49.6、北部117.3、 西部122.8、南部140.4</p>		
	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)【NDB】				脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数【NDB】		
	<p>【医療機関数】 県全体129 中部53、東部19、北部24、西部10、南部23 【算定回数】 県全体4,365 中部2,089、東部605、北部680、西部397、 南部594 【レセプト件数】 県全体3,183 中部1,509、東部446、北部496、西部290、 南部442</p> <p>&lt;人口10万人当たり&gt; 県全体375.6 中部429.7、東部357.2、北部371.0、西部 372.9、南部276.3 ※全国平均403.2</p>				<p>【医療機関数】 県全体* 中部*、東部*、北部*、西部*、南部* 【算定回数】 県全体* 中部33、東部*、北部*、西部22、南部* 【レセプト件数】 県全体* 中部33、東部*、北部*、西部22、南部*</p> <p>&lt;人口10万人当たり&gt; 県全体6.5 中部9.4、東部*、北部*、西部28.3、南部* ※全国平均6.3(33/47都道府県)</p> <p>&lt;SCR&gt; 【脳卒中の経皮的脳血管形成術等】 県全体112.0 中部132.9、東部18.7、北部46.6、西部 385.8、 南部56.5</p>		

予防		救護	急性期	回復期	維持期	
プロセス	<p>ハイリスク飲酒者の割合【国民健康・栄養調査】※全国</p> <p>&lt;割合%&gt;  【生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者】  男女 総数10.8、20代6.9、30代12.3、40代15.6、50代15.8、60代12.3、70以上3.7  男性 総数13.9、20代5.5、30代15.3、40代17.5、50代18.5、60代18.4、70以上6.5  女性 総数8.1、20代8.1、30代9.3、40代14.0、50代13.5、60代7.1、70以上1.5</p>			<p>くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数【NDB】</p> <p>【医療機関数】  県全体*  中部*、東部0、北部*、西部*、南部3  【算定回数】  県全体*  中部13、東部0、北部*、西部*、南部22  【レセプト件数】  県全体*  中部13、東部0、北部*、西部*、南部22</p> <p>&lt;人口10万人当たり&gt;  県全体*  中部3.7、東部0.0、北部*、西部*、南部13.8  ※全国平均7.2(42/47都道府県)</p> <p>&lt;SCR&gt;  【くも膜下出血の脳動脈瘤流入血管クリッピング等】  県全体81.8  中部55.7、東部0、北部75.0、西部128.8、南部177.4</p>		
	<p>健康診断の受診率【国民生活基礎調査】</p> <p>県全体65.6 ※全国平均66.2</p>			<p>くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数【NDB】</p> <p>【医療機関数】  県全体*  中部*、東部*、北部*、西部*、南部*  【算定回数】  県全体*  中部*、東部*、北部*、西部*、南部*  【レセプト件数】  県全体*  中部*、東部*、北部*、西部*、南部*</p> <p>&lt;人口10万人当たり&gt;  県全体*  中部*、東部*、北部*、西部*、南部*  ※全国平均4.2(21/47都道府県)</p>		
	<p>高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率【患者調査】</p> <p>県全体303.5 ※全国平均262.2</p> <p>&lt;SCR&gt;  【高血圧の総合的な治療管理体制】  県全体130.8  中部154.0、東部240.3、北部104.8、西部185.3、南部7.9</p>			<p>脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数【NDB】</p> <p>【医療機関数】  県全体56  中部23、東部8、北部8、西部7、南部10  【算定回数】  県全体34,672  中部11,534、東部11,887、北部917、西部3,654、南部6,680  【レセプト件数】  県全体3,025  中部927、東部865、北部147、西部400、南部686</p> <p>&lt;人口10万人当たり&gt;  県全体357.0  中部264.0、東部692.8、北部110.0、西部514.3、南部428.9  ※全国平均248.1</p>		
	<p>脂質異常症患者の年齢調整外来受療率【患者調査】</p> <p>県全体84.7 ※全国平均67.5</p> <p>&lt;SCR&gt;  【高脂血症の総合的な治療管理体制】  県全体115.8  中部103.6、東部327.9、北部62.8、西部186.6、南部2.4</p>			<p>脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数【NDB】</p> <p>【医療機関数】  県全体89  中部33、東部11、北部16、西部9、南部20  【算定回数】  県全体1,000,196  中部409,383、東部284,636、北部87,953、西部107,752、南部110,472  【レセプト件数】  県全体16,409  中部6,251、東部3,294、北部2,462、西部2,130、南部2,272</p> <p>&lt;人口10万人当たり&gt;  県全体1,936.3  中部1,780.1、東部2,638.2、北部1,841.8、西部2,738.6、南部1,420.5  ※全国平均1,465.4</p> <p>&lt;SCR&gt;  【脳卒中に対する急性期リハビリテーション】  県全体138.7  中部117.5、東部151.4、北部116.9、西部201.2、南部159.2  【脳卒中に対するリハビリテーション(入院)】  県全体131.6  中部138.4、東部155.8、北部98.2、西部158.5、南部117.9  【脳卒中に対するリハビリテーション(外来)】  県全体206.9  中部181.7、東部350.1、北部180.0、西部266.0、南部152.0</p>		
			<p>脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数【NDB】</p> <p>【医療機関数】  県全体*  中部4、東部0、北部*、西部*、南部*  【算定回数】  県全体468  中部252、東部0、北部83、西部83、南部50  【レセプト件数】  県全体468  中部252、東部0、北部83、西部83、南部50</p> <p>&lt;人口10万人当たり&gt;  県全体55.2  中部71.8、東部0.0、北部62.1、西部106.7、南部31.3  ※全国平均46.6</p> <p>&lt;SCR&gt;  【脳卒中患者の連携バス利用者(第1入院機関)】  県全体132.3  中部180.1、東部0、北部140.6、西部227.1、南部72.8  【脳卒中患者の連携バス利用者(第2入院機関)】  県全体141.7  中部173.6、東部105.8、北部137.0、西部190.4、南部84.1</p>			

予防		救護		急性期		回復期	維持期
アウトカム	脳血管疾患により救急搬送された患者数【患者調査】		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【救急・救助の現状】		退院患者平均在院日数【患者調査】		
	● 県全体1.4 中部0.6、東部0.0、北部0.0、西部0.0、南部0.8 ※0.1千人単位	<人口10万人当たり> 県全体0.2 中部0.2、東部0.1、北部0.2、西部0.2、南部0.5 ※全国平均0.2	● 県全体36.7 ※全国平均39.4		● 県全体130.7 中部91.7、東部194.2、北部145.5、西部49.2、南部201.5 ※全国平均89.4		
			脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率【患者調査】		在宅等生活の場に復帰した患者の割合【患者調査】		
			● 県全体8.3 佐賀市7.0、鳥栖市10.9、武雄市6.6、嬉野市28.6、有田町14.2、白石町18.0、その他市町* ※全国13.9	● 県全体50.2 中部48.3、東部53.6、北部51.5、西部56.6、南部47.6 ※全国平均55.5			
脳血管疾患患者の年齢調整死亡率【人口動態特殊報告】							
				県全体 男性38.4、女性20.7 ※全国平均 男性37.8、女性21.0			