

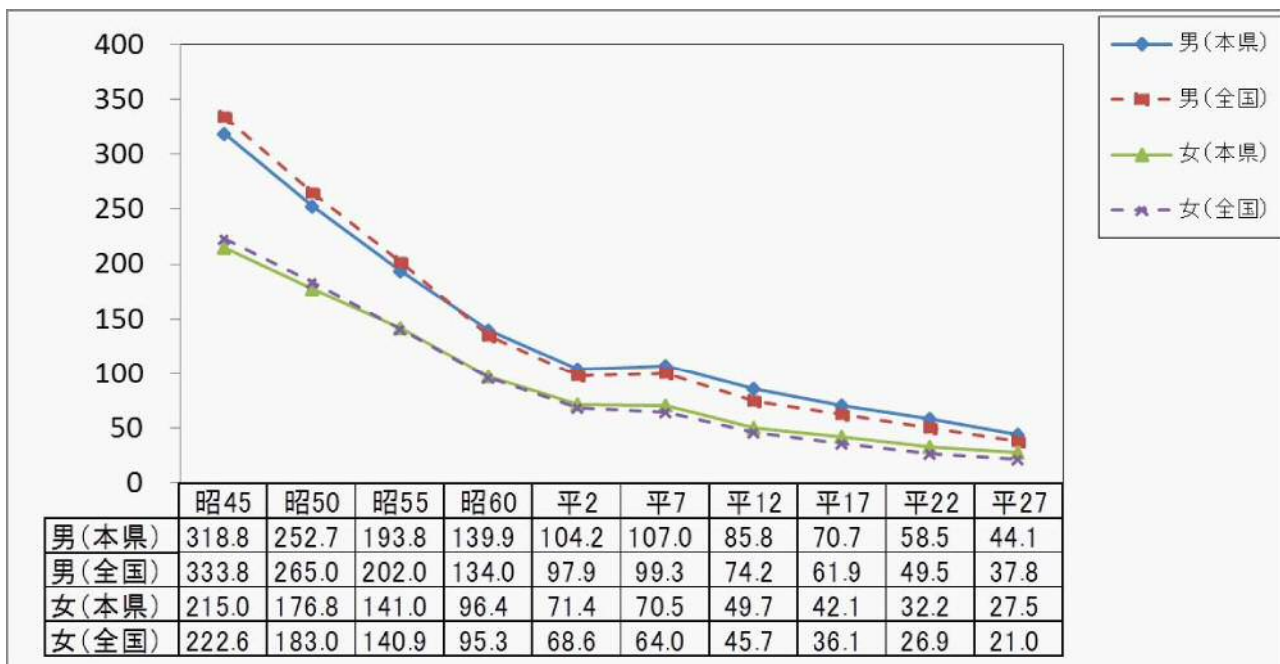
2 脳卒中

【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10万人対）

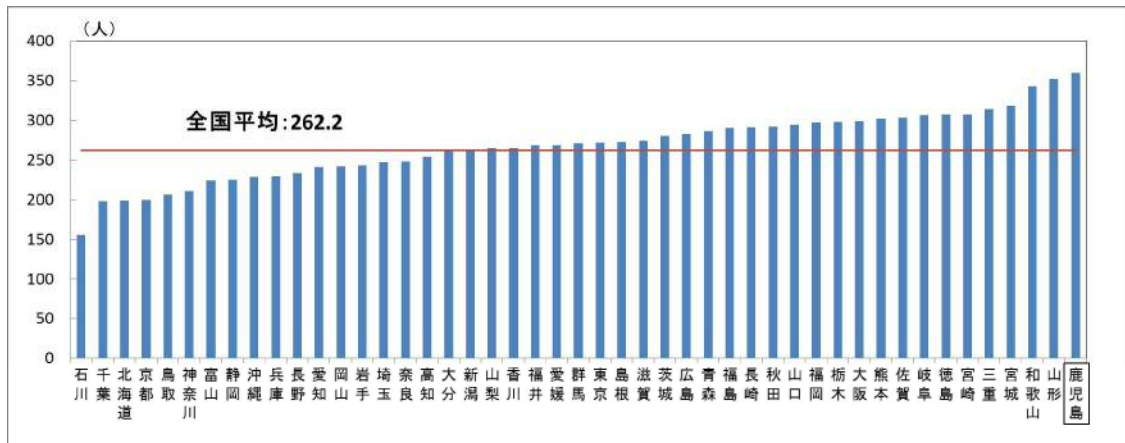


[人口動態調査特殊報告]

- 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359.7で、全国で最も高くなっています。

*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26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（平成25年度～平成34年度）の推進）」参照）。

イ 発症・重症化予防

- 脳卒中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。
- 平成26年度の特定健康診査における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16.5%（全国12.2%，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4.0%（5.4%）となっています。

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}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。

エ 急性期の治療等

- 脳卒中中の急性期には、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。

*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。

- 最近では、CTの画像解像度の向上、MRIの普及もあり、脳梗塞の超急性期の診断が可能になりました。今後、CT、MRI画像を専門的な診断が可能な施設へネットワーク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】二次保健医療圏別脳卒中検査機器整備状況 (単位：施設)

内容 圏域	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	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}を平成28年4月末現在、8圏域14施設指定しています。

*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。

【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（平成28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	251	96	32	18	6	43	12	21	4	19
人口10万人当たり	15.2	14.1	23.6	15.2	7.0	18.1	14.8	13.4	9.4	17.2

[平成28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一覧

圏 域	医 療 機 関 名	分野区分	
		脳血管疾患	整形疾患
鹿児島保健医療圏	大勝病院	○	
	米盛病院		○
	外科馬場病院	○	○
南薩保健医療圏	菊野病院	○	○
	今林整形外科病院		○
川薩保健医療圏	川内市医師会立市民病院	○	○
	クオアリハビリテーション病院	○	○
出水保健医療圏	出水総合医療センター	○	○
始良・伊佐保健医療圏	加治木温泉病院	○	
曾於保健医療圏	昭南病院	○	○
	高原病院		○
肝属保健医療圏	池田病院	○	
	恒心会おぐら病院	○	○
奄美保健医療圏	大島郡医師会病院	○	○

[県介護福祉課作成]

【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。

ア 脳卒中对策の推進による発症・重症化予防

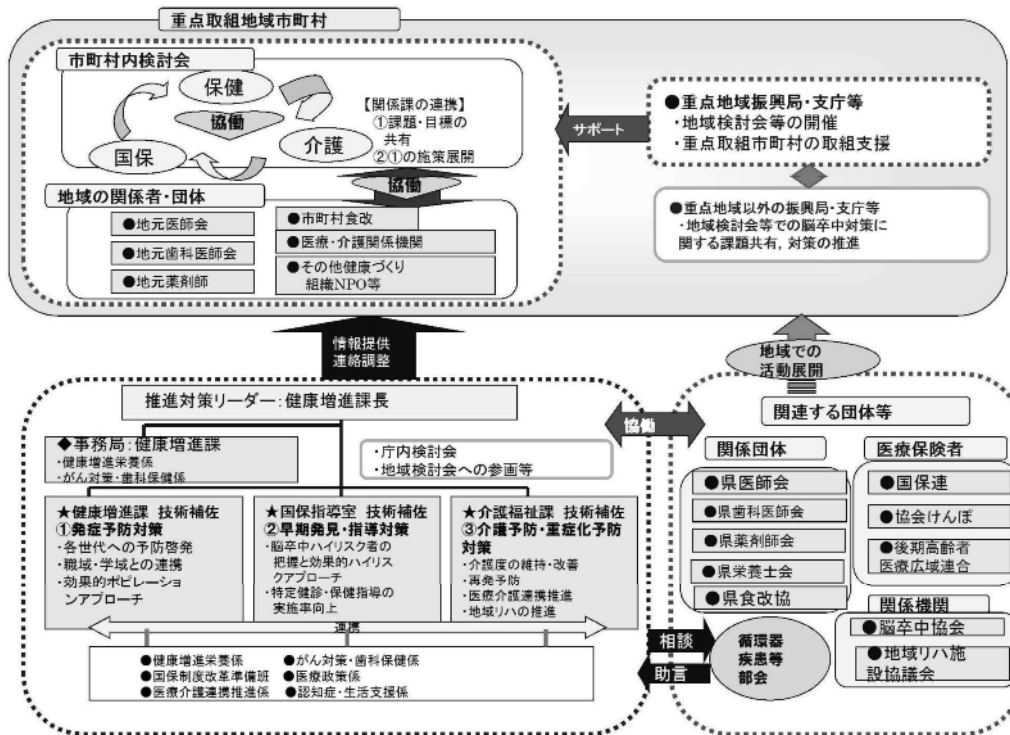
○ 脳卒中对策の推進

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。

【図表5-3-13】脳卒中対策推進体制図



【県健康増進課作成】

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。

○ 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推進

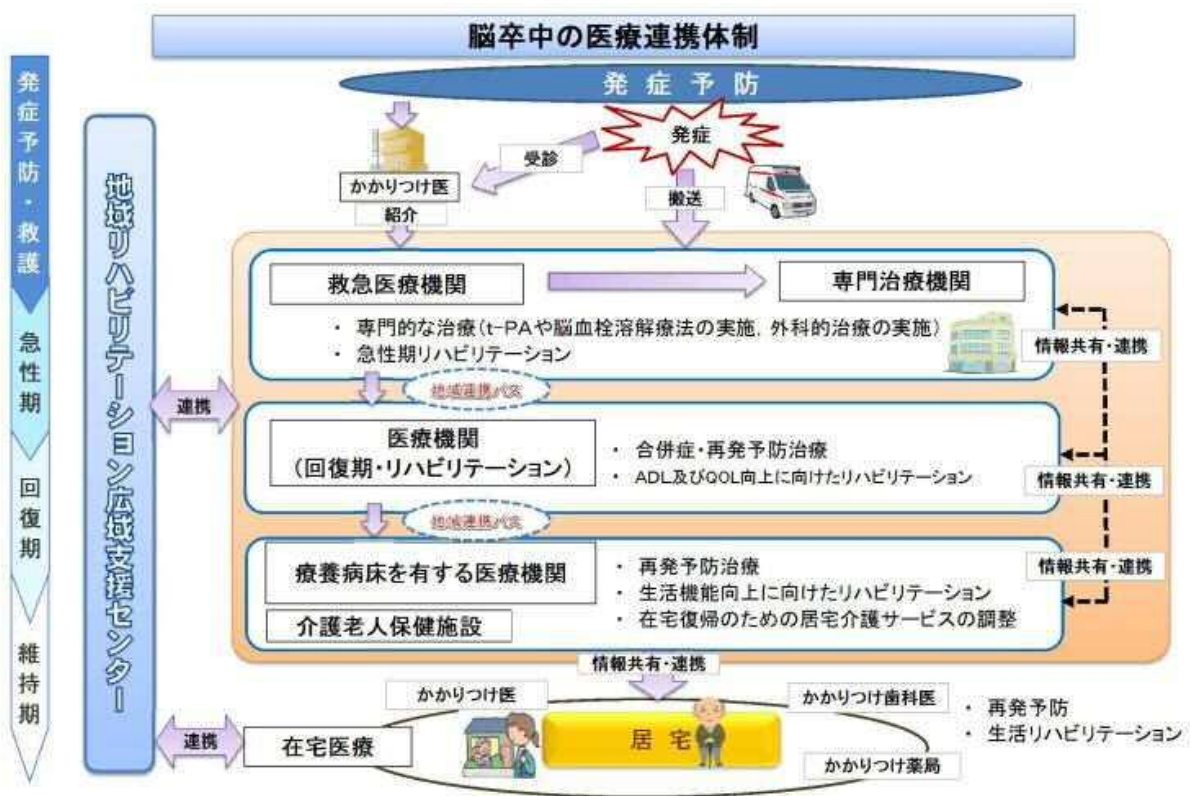
再発予防や基礎疾患の管理に加え，生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施等，生活の場で療養できるよう医療，介護及び福祉サービスが相互に連携した支援体制の整備を促進します。

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リハビリテーション体制を促進します。
- 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^{ごえん}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、多職種連携による専門的な口腔ケア、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5-3-14】脳卒中の医療連携体制図



[県保健医療福祉課作成]

*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。

【図表5-3-15】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 介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所
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 専門定期治療の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"> 介護サービスの調整
		<ul style="list-style-type: none"> 治療開始までの時間短縮 		

[県保健医療福祉課作成]

3 心筋梗塞等の心血管疾患

【現状と課題】

ア 急性心筋梗塞

（ア）現状

本県における平成27年の心疾患（急性心筋梗塞、大動脈解離、慢性心不全など）による年齢調整死亡率は、男性60.0（全国65.4，以下同じ。）女性33.7（34.2）とともに全国を下回っています。

しかしながら、急性心筋梗塞に限った年齢調整死亡率は、男性20.2（16.2）女性9.2（6.1）ともに全国より高くなっています。

（イ）発症・重症化予防

○ 急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧や糖尿病、脂質異常症等の疾患やメタボリックシンドローム、ストレス等です。これらを予防するとともに、特定健康診査受診等でそれらのリスクの早期発見・早期治療や適正管理に努め、さらに心筋梗塞を発症した場合も適切な治療や生活習慣の改善により重症化を予防することが重要です。

○ 平成26年度の特健康診査における40～74歳の受診者のうち、心疾患発症リスクとなる「高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者」が16.5%（12.2%）、「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4.0%（5.4%）となっています。

（ウ）救護、搬送等

○ 急性心筋梗塞は、できるだけ早く治療を開始することが必要なことから、急性心筋梗塞が疑われる場合には、速やかに救急要請し、急性期の治療を行う医療機関へ搬送する体制

【がん検診受診率】

国の「がん対策推進基本計画」の目標値に準じて、男女とも対策型検診で実施されているすべてのがん種（胃，肺，大腸，乳及び子宮）について，6年以内に50%以上とすることを目標として目標値を設定しました。

平成28年時点で目標値を達している肺がんについては，この数値の保持及び更なる進捗を目指します。

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		
40～74歳の高血圧症有病者数(予備群含む)	男性	209,300人 (平成22年度)	153,300人 (平成34年度)	219,900人 (平成27年度)	153,300人 (平成34年度)
	女性	181,700人 (平成22年度)	135,100人 (平成34年度)	197,500人 (平成27年度)	135,100人 (平成34年度)
75歳未満の脳血管疾患による年齢調整死亡率	男性	30 (平成22年)	25.2以下 (平成34年)	22.2 (平成27年)	22.2以下 (平成34年)
	女性	13.3 (平成22年)	12.2以下 (平成34年)	11.5 (平成27年)	11.5以下 (平成34年)
医療連携への参加機関数				581機関 (平成28年度)	現状維持 (H35年度)
t-PAによる脳血栓溶解療法実施可能機関数				36機関 (平成28年度)	現状維持 (H35年度)

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

[目標設定の考え方]

○ 健康かごしま21（平成25年度～平成34年度）と整合性を図り設定しました。

なお，今後実施する現行の健康かごしま21の中間評価や次期健康増進計画策定において，数値目標を見直した場合は，その数値目標を当計画の数値目標として読み替えることとします。

【40～74歳の高血圧症有病者数（予備群含む）】

国民健康保険及び協会けんぽの特定健康診査の結果をもとに推計した本県の有病者及び予備群の合計数について，国の「健康日本21（第2次）」の目標値に準じて，平成34年度時点で，当初値から25%減少させることを目指します。

【75歳未満の脳血管疾患による年齢調整死亡率】

国の「健康日本21（第2次）」の目標値に準じて，高血圧，脂質異常症，喫煙，糖尿病等の改善により，平成34年の時点で当初値から男性15.9%，女性8.3%減少させることを目標として目標値を設定しました。

平成27年時点で目標値を達成していることから，この数値の保持及び更なる進捗を目指すこととします。

【医療連携の参加機関数及びt-PA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-PAによる脳血栓溶解療法実施可能機関数の目標として，現状を維持することを目指します。

*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

脳卒中

指標分類	指標名	重要指標：◎ 参考指標：○ その他：△	鹿児島 医療圏	南薩 医療圏	川薩 医療圏	出水 医療圏	始良・伊佐 医療圏	曾於 医療圏	肝属 医療圏	熊毛 医療圏	奄美 医療圏	県計	全国計
P	健康診断・健康検査の受診率（％）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	66.1	66.2
P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（％）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	359.7	262.2
P	救急要請（寛知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間（分）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36.6	39.4
S	脳血管疾患により救急搬送された患者数（0.1千人）	○	2.2	0	0	—	1.2	0	0	0	0	3.4	210.2
	人口10万人対		0.3	0.2	0	—	0.5	0.1	0.1	0.3	0.1	0.2	0.2
S	神経内科医師数（人）	◎	80	9	7	2	6	1	4	—	1	110	4,657
	人口10万人対		11.6	6.3	5.7	2.2	2.5	1.1	2.5	—	0.9	3.6	2.7
S	脳神経外科医師数	◎	69	7	5	6	13	4	8	1	3	116	7,147
	人口10万人対		10	4.9	4.1	6.7	5.3	4.6	4.9	2.2	2.6	5.0	4.8
S	救命救急センターを有する病院数	◎	2	—	—	—	—	—	—	—	1	3.0	270
	人口10万人対		0.3	—	—	—	—	—	—	—	0.9	0.1	0.2
S	脳卒中の専用病室を有する病院数	◎	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	131
	人口10万人対		0.4	—	—	—	—	—	—	—	—	0.0	0.1
S	脳卒中の専用病室を有する病院の病床数	◎	18	—	—	—	—	—	—	—	—	18	926
	人口10万人対		2.6	—	—	—	—	—	—	—	—	2.6	0.4
S	脳卒中ケアユニットを有する病院数	◎	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	132
	人口10万人対		0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1
S	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数	◎	7	0	0	2	2	0	0	0	1	12	794
	人口10万人対		1.0	0	0	2.3	0.8	0	0	0	0.9	0.6	0.6
S	脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅰ）届出施設数	◎	30	7	4	4	14	1	8	1	2	71	2,671
	人口10万人対		4.4	5.0	3.3	4.6	5.8	1.2	5.0	2.3	1.7	3.7	2.3
S	脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅱ）届出施設数	◎	24	15	6	2	9	7	4	1	4	72	1,933
	人口10万人対		3.5	10.8	5.0	2.3	3.7	8.2	2.5	2.3	3.5	4.6	1.9
S	脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅲ）届出施設数	◎	42	10	8	0	20	4	9	2	13	108	2,897
	人口10万人対		6.1	7.2	6.6	0	8.3	4.7	5.6	4.6	11.4	6.1	2.9
P	ニコチン依存管理料を算定する患者数（医療機関数）	△	93	15	13	9	32	6	17	4	19	208	15,537
	（算定回数）		3,290	491	425	370	1,011	173	838	140	663	7,401	708,338
	（レセプト件数）		2,396	346	306	268	748	131	593	101	512	5,401	520,837
	人口10万人対		347.4	245.4	251.8	301.9	308.6	152.1	366.4	228.4	441.9	293.8	371.6
P	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数（医療機関数）	◎	13	3	*	*	5	*	3	*	*	24	1,043
	（算定回数）		159	17	*	28	22	*	15	*	17	258	14,194
	（レセプト件数）		131	11	*	19	17	*	14	*	*	192	12,292
	人口10万人対		19	7.8	*	21.4	7	*	8.7	*	*	7.1	8.4
P	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（医療機関数）	△	7	*	*	*	*	*	*	*	*	7	514
	（算定回数）		72	*	*	*	*	*	*	*	*	72	7,583
	（レセプト件数）		71	*	*	*	*	*	*	*	*	71	7,522
	人口10万人当たり		10.3	*	*	*	*	*	*	*	*	1.1	3.9

脳卒中

指標分類	指標名	重要指標：○ 参考指標：○ その他：△	鹿児島 医療圏	南薩 医療圏	川薩 医療圏	出水 医療圏	始良・伊佐 医療圏	曾於 医療圏	肝属 医療圏	熊毛 医療圏	奄美 医療圏	県計	全国計
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（医療機関 数）	○	11	*	*	*	4	*	*	*	*	15	831
	（算定回数）		72	*	16	12	17	*	19	*	16	152	8,820
	（レセプト件数）		72	*	16	12	17	*	19	*	16	152	8,775
	人口10万人対		10.4	*	13.2	13.5	7	*	11.7	*	13.8	7.7	5.8
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（医療機関 数）	○	7	*	0	*	*	*	*	*	0	7	464
	（算定回数）		57	10	0	*	*	*	*	*	0	67	4,207
	（レセプト件数）		57	10	0	*	*	*	*	*	0	67	4,189
	人口10万人対		8.3	7.1	0.0	*	*	*	*	*	0.0	1.7	2.2
P	脳卒中患者に対する嚥下機能訓 練の実施件数（医療機関数）	△	39	12	7	5	22	6	8	*	9	108	4,124
	（算定回数）		9,073	3,630	5,741	2,699	6,477	2,253	4,739	494	3,014	38,120	3,118,873
	（レセプト件数）		929	516	426	233	730	152	470	50	424	3,930	295,511
	人口10万人対		134.7	365.9	350.5	262.4	301.2	176.5	290.4	113.1	366.0	262.3	236.5
P	脳卒中患者に対するリハビリテー ションの実施件数（医療機関数）	△	76	26	14	5	32	10	15	4	17	199	6,326
	（算定回数）		1,213,627	261,064	188,406	115,277	431,930	62,648	274,154	37,642	46,441	2,631,189	99,875,046
	（レセプト件数）		17,269	4,403	2,781	1,646	6,961	1,675	3,855	766	2,117	41,473	1,692,634
	人口10万人対		2,504.0	3122.3	2288.1	1854.0	2871.9	1944.8	2382.0	1732.6	1827.2	2,280.8	1,374.1
P	早期リハビリテーション実施件 数（算定回数）	○	269,715	54,804	55,452	41,720	81,275	27,705	93,718	15,288	19,456	659,133	26,210,227
	（レセプト件数）		6,576	1,538	1,005	919	1,887	710	2,170	411	987	16,203	846,394
	人口10万人対		953.5	1,090.6	826.9	1,035.1	778.5	824.4	1,340.9	929.6	851.9	959.0	701.9
P	脳卒中患者における地域連携計 画作成等の実施件数（医療機関 数）	○	9	0	*	*	0	0	*	0	0	9	607
	（算定回数）		638	0	185	12	0	0	106	0	0	941	50,195
	（レセプト件数）		638	0	185	12	0	0	106	0	0	941	50,186
	人口10万人対		92.5	0	152.2	13.5	0.0	0.0	65.5	0.0	0.0	36.0	34.8
P	地域連携クリティカルパスに基づ く診療計画作成等の実施件数（算定回 数）	○	638	0	185	12	0	0	106	0	0	941	50,278
	（レセプト件数）		638	0	185	12	0	0	106	0	0	941	50,267
	人口10万人対		92.5	0	152.2	13.5	0	0	65.5	0	0	36.0	34.9
P	地域連携クリティカルパスに基づく回復 期の診療計画作成等の実施件数（算定回 数）	○	403	*	36	0	12	*	21	0	0	472	36,788
	（レセプト件数）		403	*	36	0	12	*	21	0	0	472	36,770
	人口10万人対		58.4	*	29.6	0	5	*	13	0	0	11.8	25.5
O	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾 患患者数（0.1千人）	○	3.1	0	0	0	1.5	0	0.5	0	0.6	5.7	294.8
O	脳血管疾患患者数（0.1千人）	△	5.5	1.1	0.7	0	2.8	0	1.2	0	0.9	12.2	558.9
O	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾 患患者の割合	△	55.6	38.2	67.8	56	56.1	30.9	45.2	56	64.1	52.2	54.9
O	脳血管疾患退院患者平均在院日数	◎	125.1	293.8	143.1	75.3	136	136.5	67.6	45.5	171.2	132.7	99.9
O	脳血管疾患患者の在宅死亡割合	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17.1	21.8
O	脳血管疾患による年齢調整死亡率 （男性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44.1	37.8
O	脳血管疾患による年齢調整死亡率 （女性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27.5	21.0