

【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"> 治療開始までの時間短縮 		<ul style="list-style-type: none"> 介護サービスの調整

[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

の整備が重要です。

- 発症後速やかに救命措置が必要であることから、現場におけるAED（自動体外式除細動器）の使用を含めた急性蘇生法の実施が必要です。

(エ) 急性期の医療

- 発症後早期の治療が重要です。速やかに心臓病専用病室（CCU^{*1}等）を持つ医療機関へ搬入し、専門的な診断及び治療を受けることが必要です。
- 鹿児島市及び周辺の循環器専門医療機関により鹿児島CCUネットワーク^{*2}が組織され、心臓救急医療体制の確保のため相互連携が図られています。

(オ) 回復期、維持期の医療

合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に合わせ、運動療法、食事療法等を実施し、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の継続的な管理をすることが重要です。

なお、心血管疾患リハビリテーション^{*3}は、心機能の回復だけでなく、再発予防やリスク管理等様々な要素の改善を目的に行われるもので、退院後も含めて継続的に行われることが重要です。

【図表5-3-16】急性心筋梗塞検査機器整備及び急患への対応状況（単位：施設）

内容 圏域	設備保有状況 CCUを有する医療機関	診療内容				急患への対応			
		ACバイパス術	経皮的冠動脈形成(PTCA)	ペースメーカー挿入実施機関	心臓カテーテル検査実施機関	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	2	4	9	15	9	10	95	4	46
南薩	1	0	2	4	2	4	39	1	15
川薩	0	0	0	2	2	2	27	0	11
出水	0	0	2	2	2	1	15	1	6
始良・伊佐	1	0	2	5	3	2	38	0	14
曾於	1	0	0	0	0	0	8	0	3
肝属	0	2	4	8	4	4	19	1	13
熊毛	0	0	1	1	1	1	3	0	3
奄美	0	0	2	4	2	3	20	0	16
計	5	6	22	41	25	27	264	7	127

[平成28年度県医療施設機能等調査]

*1 CCU：Coronary Care Unitの略。冠動脈疾患集中治療病床

*2 鹿児島CCUネットワーク：鹿児島市及び鹿児島市周辺の心臓救急医療体制の確保を目的とした、鹿児島市内の循環器系の診療科を有する6医療機関の輪番制による24時間の診療体制

〈参加医療機関〉鹿児島大学病院心臓血管内科、国立病院機構鹿児島医療センター、鹿児島市立病院、鹿児島市医師会病院、中央病院、総合病院鹿児島生協病院

*3 心血管疾患リハビリテーション：多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中長期プログラムによるもの

イ 大動脈解離

(ア) 発症・重症化予防

- 急性大動脈解離は、死亡率が高く、発症後1時間ごとに死亡率が1～2%上昇するといわれています。また、予後不良な疾患であるため、予後改善のためには迅速な診断、治療が重要です。
- 大動脈解離は、解離の範囲によって適切な治療方針が異なるので、心電図検査、画像検査等を行い、正確な診断を受けることが大切です。

(イ) 急性期の医療

発症後早期の治療、循環管理、呼吸管理等の全身管理が重要です。

(ウ) 回復期の医療

大動脈解離患者に対しては、術後の廃用性症候群の予防や、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、運動療法、食事療法等多職種による多面的・包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することが重要です。

【図表5-3-17】解離性大動脈^{りゅう}瘤の急患への対応状況（単位：施設）

内容 圏域	急患への対応	
	急患対応後根治治療可	急患対応後転院が必要
鹿児島	5	45
南薩	1	15
川薩	0	13
出水	0	8
姶良・伊佐	0	14
曽於	0	4
肝属	2	11
熊毛	0	2
奄美	0	17
計	8	129

[平成28年度県医療施設機能等調査]

ウ 慢性心不全

(ア) 発症・重症化予防

- 慢性心不全は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら身体機能が悪化することが特徴です。重症化予防のためには早期診断による早期介入が重要であり、薬物療法、運動療法等患者に応じて多面的に行うことが重要です。
- 心不全の増悪要因は、虚血性心疾患等の心不全原因疾患の再発・悪化、感染症や不整脈の合併といった医学的要因、水分・塩分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な要因があります。

(イ) 急性期の医療

病状や重症度に応じて、薬物療法や運動療法、心臓再同期療法等が行われますが、心不全増悪時は、その要因に対する介入も重要です。

(ウ) 回復期の医療

自覚症状や運動耐容能の改善、心不全増悪や再入院の防止を目的に、心不全増悪や再入院に対しては、運動療法、患者教育、カウンセリング等多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを実施し、退院後も継続することが重要です。

【図表5-3-18】心不全の急患への対応状況（単位：施設）

内容 圏域	急患への対応	
	急患対応後根治治療可	急患対応後転院が必要
鹿児島	31	120
南薩	12	35
川薩	10	34
出水	1	19
始良・伊佐	13	36
曾於	4	12
肝属	11	22
熊毛	2	3
奄美	8	22
計	92	303

[平成28年度県医療施設機能等調査]

【図表5-3-19】心血管疾患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月末時点心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）合計）（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	23	11	2	0	2	2	0	5	0	1
人口100万人当たり	14.0	16.2	14.7	0.0	23.4	8.4	0.0	31.9	0.0	9.1

[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）]

【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推進

救急要請の必要性や、AED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、受け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、合併症並びに再発予防に加え、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。

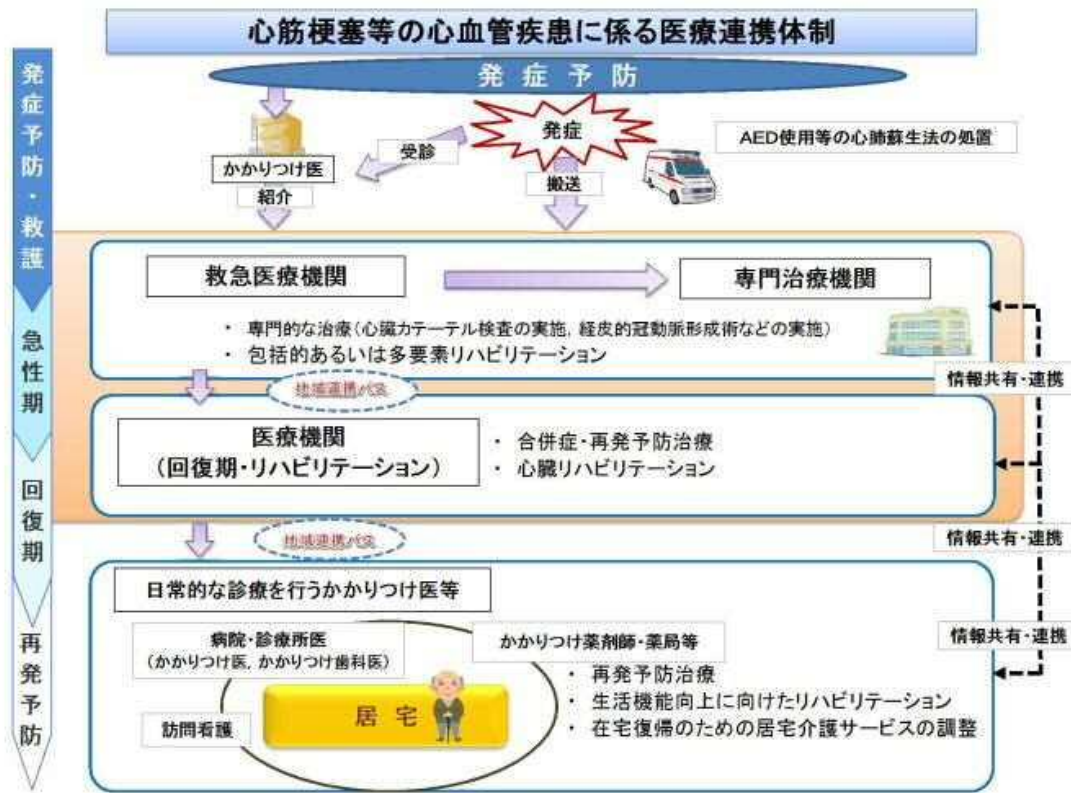
オ 在宅療養が可能な体制の促進

- 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5-3-20】心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制図



[県保健医療福祉課作成]

【図5-3-21】心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制

	【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 心臓専門病室（CCU）を有する病院 急性期に対する病院・診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 内科及びリハビリテーション科を有する病院又は診療所等 	<ul style="list-style-type: none"> 病院 診療所 薬局 訪問看護
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 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、緊急ペースティング、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 	<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、食事療法等の心臓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 	<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
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"> 治療時間までの時間短縮 		<ul style="list-style-type: none"> 介護サービスの調整

[県保健医療福祉課作成]

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		
40～74歳の脂質異常症有病者数(予備群含む)	男性	110,600人 (平成22年度)	77,800人 (平成34年度)	137,200人 (平成27年度)	77,800人 (平成34年度)
	女性	89,300人 (平成22年度)	65,700人 (平成34年度)	107,600人 (平成27年度)	65,700人 (平成34年度)
75歳未満の虚血性心疾患による年齢調整死亡率	男性	20.6 (平成22年)	17.8以下 (平成34年)	14.6 (平成27年)	14.6以下 (平成34年)
	女性	3.9 (平成22年)	3.5以下 (平成34年)	4.4 (平成27年)	3.5以下 (平成34年)
医療連携への参加機関数				554機関 (平成28年度)	現状維持 (H35年度)
経皮的冠動脈形成術実施可能機関数				22機関 (平成28年度)	現状維持 (H35年度)

(注) 40～74歳の脂質異常症有病者^{※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。

〔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歳の脂質異常症有病者数(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基に推計した本県の脂質異常症有病者数について、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歳未満の虚血性心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13.7%、女性10.4%減少させることを目指して目標値を設定しました。

男性においては、平成27年時点で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として、現状を維持することを目指します。

*1 脂質異常症有病者：「中性脂肪150mg/dl以上、HDLコレステロール40mg/dl未満、LDLコレステロール140mg/dl以上、コレステロールを下げる薬の服用のいずれかに該当する

心筋梗塞等の心血管疾患

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 受診率 (%)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	359.7	262.2
P	救急要請（覚知）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	禁煙外来を行っている一般診療所 数	◎	80	15	14	10	27	6	11	1	16	180	12,697
	人口10万人対		11.6	10.5	11.4	11.1	11.1	6.9	6.7	2.2	13.6	9.5	9.3
S	禁煙外来を行っている病院数	◎	21	2	3	1	7	1	6	2	4	47	2,410
	人口10万人対		3	1.4	2.4	1.1	2.9	1.1	3.7	4.5	3.4	2.6	2.2
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	脂質異常症患者の年齢調整外来受 診率	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	55.8	67.5
P	糖尿病患者の年齢調整外来受診率	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	131.6	98.6
P	喫煙率（男性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	33.4	33.7
	喫煙率（女性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8.0	10.7
S	虚血性心疾患により救急搬送され た患者数	○	0	0	—	0	—	0	0	—	—	0	6.9
	人口10万人対	△	0	0.1	—	0	—	0	0	—	—	0.0	0.0
P	心肺機能停止傷病者全搬送人員の うち、一般市民により除細動が実 施された件数	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	35.4
S	循環器内科医師数	◎	126	15	8	8	17	3	16	2	7	202	11,992
	人口10万人対		18.2	10.5	6.5	8.9	7	3.4	9.8	4.5	6	8.3	7.7
S	心臓血管外科医師数	◎	26	—	—	—	—	—	5	—	—	31	3,048
	人口10万人対		3.8	—	—	—	—	—	3.1	—	—	0.8	1.7
S	救命救急センターを有する病院数	◎	2	—	—	—	—	—	—	—	1	3	270
	人口10万人対		0.3	—	—	—	—	—	—	—	0.9	0.1	0.2
S	心筋梗塞の専用病室（CCU）を有 する病院数	◎	2	1	—	—	—	—	—	—	—	3	323
	人口10万人対		0.3	0.7	—	—	—	—	—	—	—	0.1	0.2
S	心筋梗塞の専用病室（CCU）を有 する病院の病床数	◎	14	2	—	—	—	—	—	—	—	16	1,759
	人口10万人対		2	1.4	—	—	—	—	—	—	—	0.4	0.9
S	大動脈バレーンパンピング法が実 施可能な病院数	◎	10	3	2	2	3	1	5	1	4	31	1,626
	人口10万人対		1.5	2.2	1.7	2.3	1.2	1.2	3.1	2.3	3.5	2.1	1.4
S	心臓血管外科手術が実施可能な医 療機関数（医療機関数）	△	4	0	0	0	0	0	*	0	0	4	386
	人口10万人対		0.6	0	0	0	0	0	*	0	0	0.6	0.1
S	心大血管リハビリテーション科 (I) 届出施設数	◎	11	2	0	2	2	0	5	0	1	23	989
	人口10万人対		1.6	1.4	0	2.3	0.8	0	3.1	0	0.9	1.1	0.8

心筋梗塞等の心血管疾患

指標分類	指標名	重要指標：◎ 参考指標：○ その他：△	鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美	県計	全国計
			医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏		
S	心大血管リハビリテーション料 (Ⅱ)届出施設数	◎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	156
	人口10万人対		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1
P	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(医療機関数)	△	10	*	0	*	*	0	4	0	*	14	872
	(算定回数)		29,226	2,666	0	8,031	2,210	0	21,392	0	749	64,274	2,904,776
	(レセプト件数)		1,693	176	0	614	158	0	1,244	0	66	3,951	193,576
	人口10万人対		245.5	124.8	0	691.6	65.2	0	768.7	0	57	217.0	124.3
P	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(医療機関数)	△	12	*	0	*	*	0	3	0	0	15	613
	(算定回数)		8,316	119	0	*	314	0	1,062	0	0	9,811	1,231,455
	(レセプト件数)		1,025	19	0	*	73	0	107	0	0	1,224	138,277
	人口10万人対		148.6	13.5	0	*	30.1	0	66.1	0	0	28.7	79.0
P	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術件数	○	451	40	53	47	93	0	150	*	49	883	69,080
	(レセプト件数)		412	38	48	41	89	0	135	*	45	808	62,526
	人口10万人当たり		59.7	26.9	39.5	46.2	36.7	0	83.4	*	38.8	36.8	44.2
P	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数(医療機関数)	△	10	*	*	*	*	0	4	*	3	17	1,260
	(算定回数)		1,378	132	82	334	252	0	713	23	122	3,036	233,062
	(レセプト件数)		1,309	127	76	308	244	0	682	23	111	2,880	219,623
	人口10万人対		189.8	90.1	62.5	346.9	100.7	0	421.4	52	95.8	151.0	143.8
P	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数(医療機関数)	◎	8	*	*	*	*	0	4	*	3	15	1,089
	(算定回数)		305	28	41	16	48	0	104	*	33	575	44,319
	(レセプト件数)		305	28	41	16	48	0	104	*	33	575	44,250
	人口10万人対		44.2	19.9	33.7	18	19.8	0	64.3	*	28.5	25.4	30.8
P	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	○	227	0	0	0	0	0	55	0	0	282	16,517
	(レセプト件数)		227	0	0	0	0	0	55	0	0	282	16,508
	人口10万人対		32.9	0	0	0	0	0	34	0	0	7.4	8.6
O	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	◎	11	17.7	11.3	5.5	9.1	448	6.8	10.9	10.5	59.0	14.0
O	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合(0.1千人)	○	3.4	0	0	0.7	0	—	0.6	0	0	4.7	377.4
	虚血性心疾患患者の割合(0.1千人)		3.8	0.6	0	0.7	0	0	0.6	0	0	5.7	402
	割合		90.5	42.6	89.5	94.4	91.7	—	96.6	100	92.8	87.5	92.9
O	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(男性)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26.6	20.4
	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(女性)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9.9	8.4