

## 第2項 脳卒中

### 1. 現状と課題

- 本県の脳血管疾患<sup>①</sup>の年齢調整死亡率は、全国平均より低い状況ですが、本県の死亡原因の第4位となっており、更に改善に取り組む必要があります（表1参照）。

【表1】

項目	熊本県	全国
脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)(男)	85.2 (令和2年)	93.8 (令和2年)
脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)(女)	51.2 (令和2年)	56.4 (令和2年)

出典：厚生労働省「令和2年人口動態統計特殊報告」

- 脳卒中の発症は、肥満等の健康状態、高血圧症や脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病や歯周病と密接な関係があります。発症の予防には、高血圧症等の早期発見や禁煙、運動の習慣化や食生活の改善などの生活習慣の改善や口腔ケア、歯周病の治療が必要です。
- 脳卒中に関しては、急性期、回復期及び維持期・生活期まで切れ目のない医療の提供と、在宅等への復帰に向けて関係機関の連携が重要であることから、脳卒中地域連携クリニカルパス<sup>②</sup>やくまもとメディカルネットワークの活用を推進しています。しかし、脳血管疾患の退院患者平均在院日数は全国平均より短くなりましたが、在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合は全国平均を下回っています（表2参照）。

【表2】

項目	熊本県	全国
脳血管疾患の退院患者の平均在院日数	57.4日 (令和2年)	77.4日 (令和2年)
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	51.7% (令和2年)	55.2% (令和2年)

出典：厚生労働省「令和2年患者調査」

- 脳卒中は嚥下障害を引き起こすことが多く、嚥下障害の原因のうち約4割は脳血管障害が占めています。このことから、合併症の中でも特に誤嚥性肺炎の予防に取り組む必要があります。
- 本県の脳疾患<sup>③</sup>による救急搬送件数は、令和4年(2022年)は4,125人であり、疾患別では4番目に多い状況です。脳卒中を疑うような症状が現れた場合、本人やその家族など周囲にいる者には、救急搬送の要請など迅速な対応が求められます。
- 県民が安心して医療を受けることができるように脳卒中患者とその家族に脳卒中に関する情報提供を行うことが必要です。

① 脳血管疾患とは、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化（症）、その他の脳血管疾患です。

② 脳卒中地域連携クリニカルパスとは、急性期医療機関から回復期医療機関を経て自宅に戻るまでの治療計画です。患者や関係する医療機関で当該治療計画を共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心につなげるものです。

③ 脳疾患とは、WHO（世界保健機関）で定める国際疾病分類（ICD10）により分類された「IX循環器系の疾患」のうち「a-0904 脳梗塞」及び「a-0905 その他の脳疾患」です。

- 新興感染症発生・まん延時や災害等の有事の際であっても、脳卒中患者が適切な医療等を受けることができるよう、新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえた体制の整備が必要です。

## 2. 目指す姿

- 県民が自ら脳卒中の予防・早期発見に向けて行動し、たとえ発症しても県内の全ての地域で、急性期から在宅での療養まで安心して医療を受けることができる体制を強化します。

## 3. 施策の方向性

### (1) 発症予防・早期発見対策の推進

- ・ 脳卒中の予防のため、生活習慣病予防に係る啓発や健康な食生活の推進、歯と口腔の健康づくりの推進を行うとともに、禁煙及び受動喫煙の防止に取り組みます。
- ・ 市町村や関係機関と連携し、職域等の健康診査、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上を図り、メタボリックシンドローム該当者等の減少に向けて取り組みます。併せて、適切な血圧管理や有所見者への医療機関受診勧奨など、早期発見・重症化予防対策に取り組みます。

### (2) 医療提供体制の強化

- ・ 病院前救護において、消防機関が脳卒中に対する専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送を行うため、病院前脳卒中スケール等の活用を推進します。
- ・ 急性期、回復期及び維持期・生活期まで切れ目のない医療を提供するため、医療機関等の関係者が協議する「熊本県脳卒中医療推進検討会議」等を通じて、本項の最後に記載する別表の機能を担う脳卒中急性期拠点医療機関<sup>④</sup>や回復期医療機関<sup>⑤</sup>の整備や、関係機関の連携の推進、重度の後遺障害等を生じた患者の受け入れが可能となるよう医療提供体制を強化します。
- ・ 脳卒中患者の情報を各病期の医療機能を担う医療機関や介護施設、訪問看護ステーション等で共有し、連携を強化するため、引き続き地域連携クリニカルパスやくまもとメディカルネットワークの活用を推進します。
- ・ 急性期、回復期及び維持期・生活期において、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康管理<sup>⑥</sup>を実施する病院内の歯科・歯科口腔外科や歯科医療機関等、多職種間の連携を推進します。

### (3) 在宅療養への移行支援

- ・ 脳卒中患者の入院から在宅療養への円滑な移行を支援するため、脳卒中の再発を含

<sup>④</sup> 脳卒中急性期拠点医療機関とは、脳卒中の急性期の対応が可能な医療機関を本県で調査し、公表している医療機関です。

<sup>⑤</sup> 脳卒中回復期医療機関とは、脳卒中の回復期の対応が可能な医療機関を本県で調査し、公表している医療機関です。

<sup>⑥</sup> 口腔健康管理とは、口腔ケアに加え、う蝕処置等を行う口腔機能管理と歯石除去等を行う口腔衛生管理を包括した考え方です。

めた予防と在宅療養に関する情報等が掲載された「脳卒中ノート」や地域連携クリニカルパスを活用し、在宅での医療と介護の連携を強化するとともに、在宅医療を担う医師や認定看護師等の人材育成など在宅療養環境の整備に取り組みます。

- ・ 在宅へ復帰する患者の生活の質を向上するため、医療機関における両立支援コーディネーターの配置を推進し、職場の産業医等と連携するなど、治療と仕事の両立支援を推進します。

#### (4) 周知啓発・情報提供の推進

- ・ 脳卒中を疑うような症状が現れた際に、迅速な救急搬送の要請につなげるため、関係団体と協力して脳卒中の初期症状の対処法等の啓発を実施します。
- ・ 脳卒中に関する情報を県民に分かりやすく提供するため、急性期の脳神経外科又は脳神経内科の常勤医の有無、回復期の再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理などの情報について、ホームページ等で周知します。
- ・ 「脳卒中ノート」の活用を推進するため、ホームページ等での周知を行うとともに、関係機関から患者とその家族への情報提供を行う取組等を推進します。
- ・ 関係機関と連携し、脳卒中の緩和ケアやA C Pの周知を行うとともに、適切な緩和ケアの提供に向けた取組を推進します。

#### (5) 新興感染症発生・まん延時や災害等の有事における医療体制の整備

- ・ 感染症発生・まん延時や災害時の有事においても、脳卒中患者の地域内、又は地域を超えた迅速かつ適切な救急搬送や、地域の医療資源の有効活用ができる体制を整備するため、平時より関係機関の連携を推進します。
- ・ 地域の医療機関が感染症へ適切に対応するための業務継続計画（BCP）<sup>⑦</sup>策定を推進します。

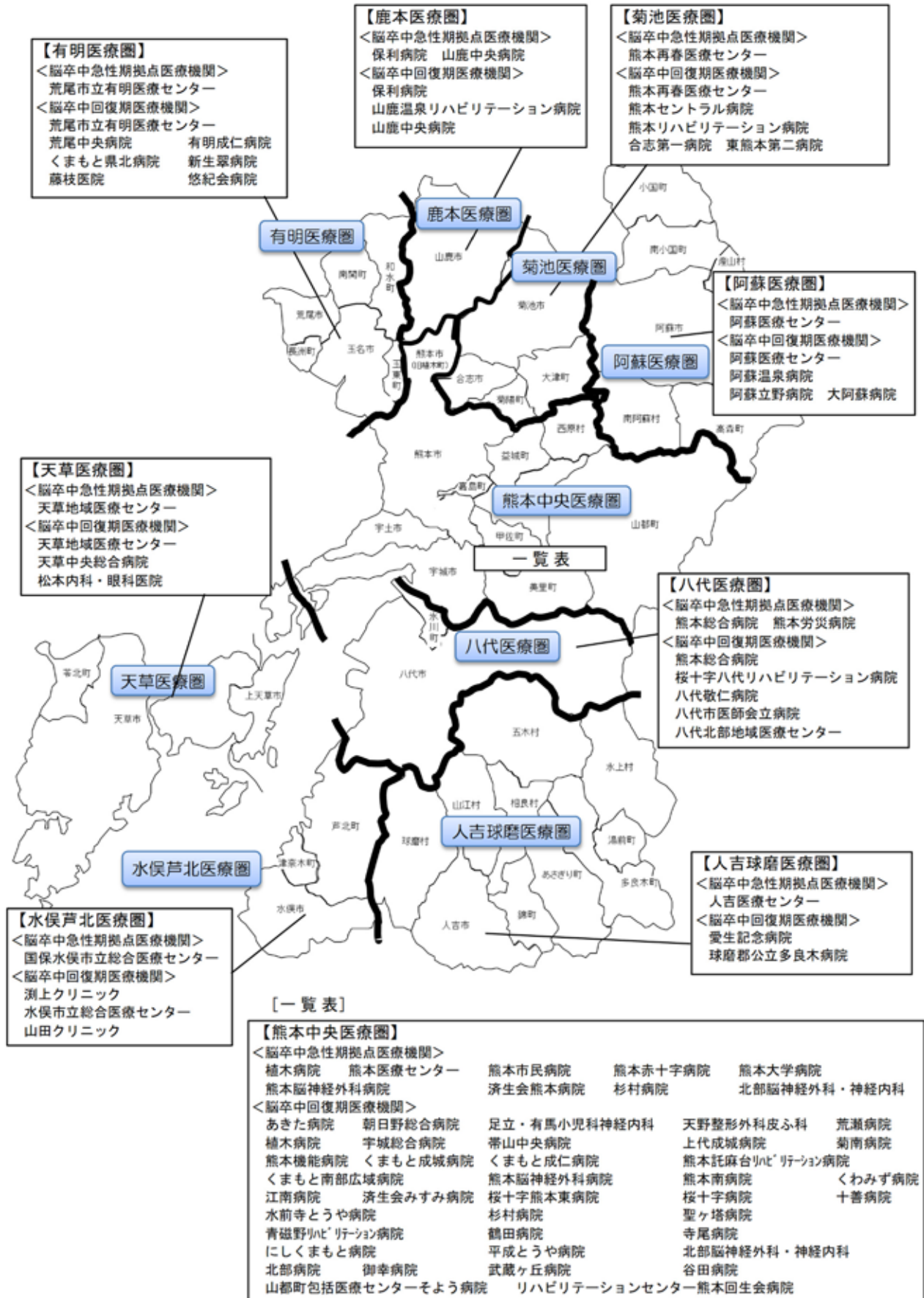
## 4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 85.2 （全国 93.8） 女性 51.2 （全国 56.4） （令和2年）	男性 68 女性 41 （令和7年）	発症予防・早期発見対策や医療提供体制の強化等により、全国平均を下回る年齢調整死亡率を更に改善する。
② 脳血管リハビリテーション実施件数が全国平均以上の二次保健医療圏の数	6 医療圏 （令和2年）	10 医療圏 （令和11年）	医療提供体制の強化により、全ての二次保健医療圏で脳血管疾患リハビリテーション実施件数を全国平均以上にする。
③ 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	県 51.7% （全国 55.2%） （令和2年）	全国平均以上 （令和11年）	医療提供体制の強化や在宅療養への移行支援等により、在宅等生活の場に復帰した患者の割合を全国平均以上にする。

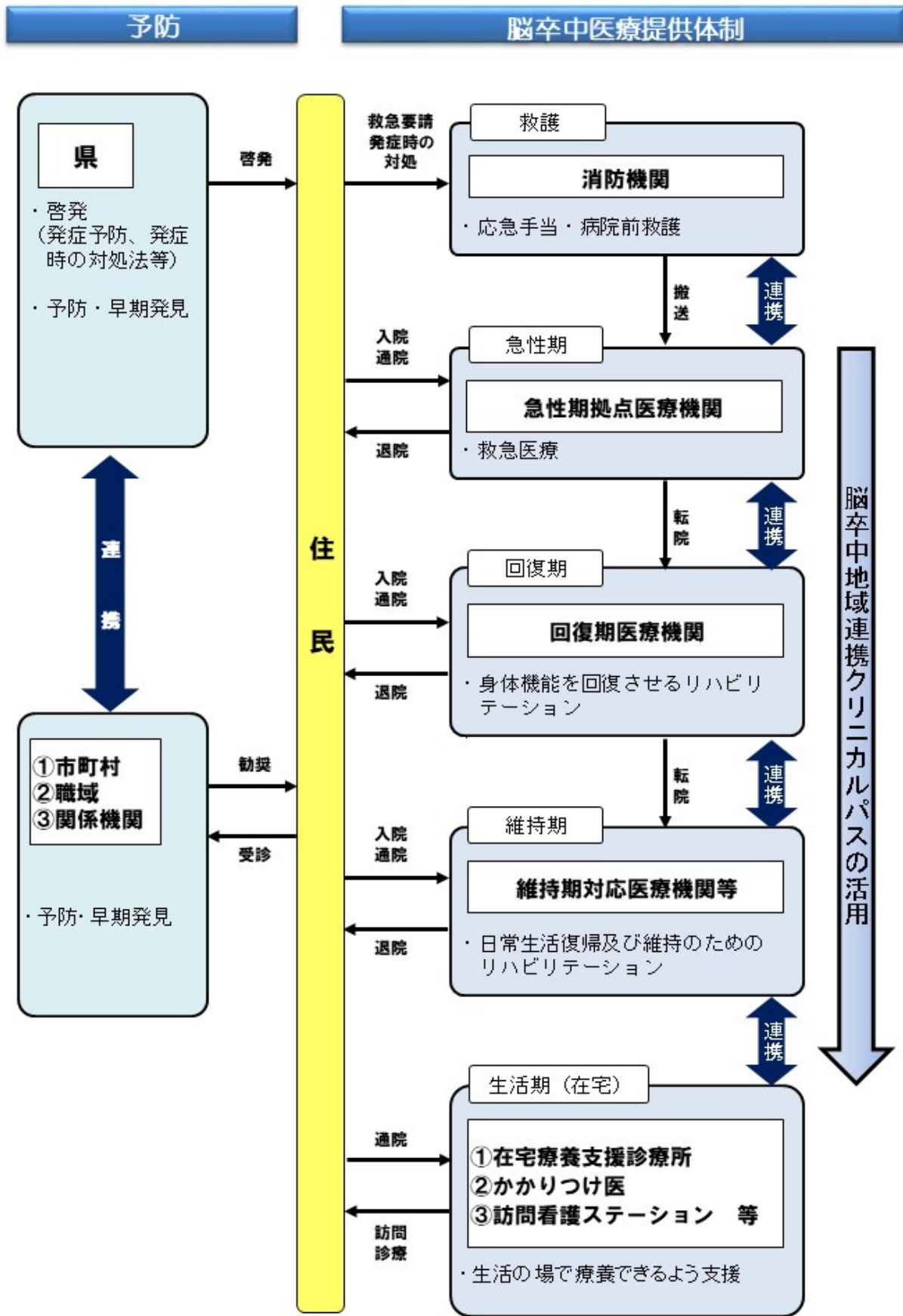
<sup>⑦</sup> 業務継続計画（BCP）とは、Business Continuity Planの略で、震災などの緊急時に低下する業務遂行能力を補う非常時優先業務を開始するための計画のことです。

## 5. 脳卒中医療圏

脳卒中の医療圏は救急医療圏を基本として、下図のとおりとします。



6 - (1). 脳卒中医療連携体制図



## 6 - (2). 主な医療機能と医療機関等に求められる事項

主な医療機能	医療機関等に求められる事項
【予防】 発症予防の 機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能である</li> <li>・突然の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、啓発を実施する</li> <li>・突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示する</li> </ul>
【救護】 応急手当・ 病院前救護の 機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>＜本人及び家族等の周囲にいる者＞</li> <li>・発症後速やかに救急搬送の要請を行う</li> <li>＜救急救命士等＞</li> <li>・地域のメディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行う</li> <li>・脳梗塞が疑われる患者に対する病院前救護のスクリーニングに基づき、適切な医療機関へ迅速に搬送する</li> <li>・脳梗塞が疑われる場合でt-P A適応となる傷病者については、治療開始が早いほど良好な転帰が期待できるため、急性期医療機関への迅速な搬送を目指す</li> </ul>
【急性期】 救急医療の 機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>＜脳卒中急性期拠点医療機関の機能＞</li> <li>・脳神経外科又は脳神経内科の常勤医（学会等によるt-P Aに関する講習会を受講しており、かつ脳卒中急性期治療の経験が50例以上ある）がいる</li> <li>・上記医師の勤務時間内に以下の条件が満たされている             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 患者来院後1時間以内に、上記の脳卒中担当医が専門的治療を開始できる体制にある（ここで言う「専門的治療を開始できる体制」とは、呼吸管理、循環管理等の全身管理が可能で、必要に応じて外科的治療を実施、又は外科的治療ができない場合に、外科的治療ができる施設と迅速な搬送等の連携ができる体制。また、発症から4.5時間以内にt-P Aによる治療を実施、又は単独でt-P A療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づいて実施できる体制）</li> <li>② 患者来院後2日以内に栄養状態及び嚥下機能を把握して、栄養管理の方針が決定できる</li> <li>③ 患者来院後1時間以内に、CT又はMRIや心電図検査、静注療法の可否の判定に必要な一般血液検査と凝固学的検査撮影が可能である</li> <li>④ 発症後3日以内に、急性期リハビリテーションが実施可能である</li> </ol> </li> <li>・特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康管理を実施する病院内の歯科・歯科口腔外科や歯科医療機関等、多職種間で連携して対策を図る</li> <li>・回復期医療機関と連携して、個々の患者の神経症状の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できる</li> </ul>
【回復期】 身体機能を回 復させるリハ ビリテーショ ンを実施する 機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>＜回復期医療機関の機能＞</li> <li>・再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法）、基礎疾患・危険因子の管理及び抑うつ状態への対応が可能である</li> <li>・失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、摂食・嚥下障害、歩行障害等の機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能である</li> <li>・回復期リハビリテーション病棟入院料、脳血管疾患等リハビリテーション料に係る施設基準のいずれかの届出を行っている</li> <li>・特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康管理を実施する病院内の歯科・歯科口腔外科や歯科医療機関等、多職種間で連携して対策を図る</li> <li>・急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有する等して連携している</li> </ul>
【維持期・ 生活期】 維持期生活 リハビリテー ションケアの 機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>（1）日常生活への復帰及び（日常生活の）維持のためのリハビリテーションを実施する機能</li> <li>・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能である</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（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能である</li> <li>・特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康管理を実施する病院内の歯科・歯科口腔外科や歯科医療機関等、多職種間で連携して対策を図る</li> <li>・介護支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整する</li> <li>・回復期（あるいは急性期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有する等して連携している</li> <li>・両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材等と連携し、脳卒中患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指す</li> <li>・転倒転落による骨折等の外傷を予防するためのリハビリテーションが実施可能である</li> <li>（2）生活の場で療養できるように支援する機能</li> <li>・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能である</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（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能である</li> <li>・特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康管理を実施する病院内の歯科・歯科口腔外科や歯科医療機関等、多職種間で連携して対策を図る</li> <li>・通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施する</li> <li>・特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等、自宅以外の居宅においても在宅医療を実施し、希望する患者にはこれらの居宅で看取りまでを行う</li> <li>・介護支援専門員と連携し、居宅サービスを調整する</li> </ul>

### 第3章第2節第2項 脳卒中

番号	C 個別施策
----	--------

番号	B 中間アウトカム
----	-----------

番号	A 分野アウトカム
----	-----------

1	生活習慣病予防の推進
指標	・特定健康診査受診率 ・特定保健指導実施率 ・喫煙率

1	発症予防・早期発見対策の推進
指標	・脳血管疾患受療率(入院・外来) ・脳血管疾患により救急搬送された患者数

1	脳卒中による死亡率の低下
指標	・脳血管疾患患者の年齢調整死亡率※

1	病院前脳卒中スケールの活用の推進
指標	・脳卒中を疑う患者に対する主幹動脈閉塞を予測する6つの観察項目を使用している消防本部数
2	急性期拠点医療機関、回復期医療機関の整備・連携の推進
指標	・t-PA静注療法、血栓回収療法の実施可能な医療機関数 ・くも膜とメディカルネットワークに参加している県民・施設数 ・進行した歯周病を有する人の割合

1	医療提供体制の強化
指標	・覚知から搬送までの時間(脳血管疾患) ・受け入れ困難事例件数 ・脳卒中患者に対するリハビリテーション実施件数が全国平均以上の二次保健医療圏の数※ ・t-PAを受けた患者のうち90日mRS0-2患者の件数 ・血栓回収療法を受けた患者のうち90日mRS0-2患者の件数

2	在宅等で生活ができるようになる
指標	・在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合※

1	在宅療養環境の整備
指標	・認定看護師数 ・両立支援コーディネーター研修受講者数

1	在宅療養への移行支援
指標	・脳血管疾患リハビリテーション実施可能な医療機関数 ・脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数 ・脳血管疾患における退院患者平均在院日数

1	各種情報媒体を使用した周知・啓発
指標	・脳卒中に関する市民啓発講演会等の開催数

1	周知啓発・情報提供
指標	・脳卒中・心臓病等相談支援窓口を設置している医療機関数 ・脳卒中療養相談士数

1	平時からの関係機関の連携の推進
指標	・受け入れ確保病床数 ・後方支援医療機関数

1	新興感染症発生・まん延時や災害時等の有事における医療提供体制の整備
指標	・BCP策定医療機関数

第8次熊本県保健医療計画 現状把握のための指標一覧  
(脳卒中)

病期・医療機能	SPO	重点●	指標名	調査の詳細		データ												単位	評価指標として使用	
				調査名	調査年(調査周期)	全国	熊本県		二次保健医療圏ごと											
							数値	全国順位	熊本・上益城	宇城	有明	鹿本	菊池	阿蘇	八代	芦北	球磨			天草
予防・啓発	P		喫煙率(男性)	国民生活基礎調査	R元(3年毎)	28.8	30.8	36	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	%	
予防・啓発	P		喫煙率(女性)	国民生活基礎調査	R元(3年毎)	8.8	7.7	25	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	%	
予防・啓発	P		特定健康診査の実施率	特定健康診査の実施状況	R2(毎年)	53.1	51.2	28	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	%	
予防・啓発	P		特定保健指導の実施率	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	R2(毎年)	23.0	36.9	1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	%	
予防・啓発	P		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	患者調査	R2(3年毎)	215.3	289.0	46	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
予防・啓発	P		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	患者調査	R2(3年毎)	67.7	70.9	27	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
予防・啓発～再発・重症化予防	O		脳血管疾患の年齢調整死亡率(男性)	人口動態特殊報告	R2(5年毎)	93.8	85.2	6	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	人口10万対	○



病期・医療機能	SPO	重点●	指標名	調査の詳細		データ												単位	評価指標として使用	
				調査名	調査年(調査周期)	全国	熊本県		二次保健医療圏ごと											
							数値	全国順位	熊本・上益城	宇城	有明	鹿本	菊池	阿蘇	八代	芦北	球磨			天草
予防・啓発～再発・重症化予防	O		脳血管疾患の年齢調整死亡率(女性)	人口動態特殊報告	R2(5年毎)	56.4	51.2	11	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	人口10万対	○
救護	P		脳血管疾患により救急搬送された患者数	急病にかかる疾病分類別傷病程度別搬送人員調査	R4(毎年)		4,125		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	人	
救護	O		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	救急救助の現況	R3(毎年)	42.8	42.4	22	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	人	
急性期	S		脳神経内科医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計	R2(2年毎)		121		86	6	4	2	13	2	3	3	1	1	人	
急性期	S		脳神経外科医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計	R2(2年毎)		105		73	1	4	2	4	/	11	2	4	4	人	
急性期	S		脳卒中の専門病室を有する病院数	医療施設調査	R2(3年毎)		2		2	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
急性期	S		脳卒中の専門病室を有する病床数	医療施設調査	R2(3年毎)		18		18	/	/	/	/	/	/	/	/	/	床	
急性期	S		脳卒中の専門病室を有する病院数(ケアユニット)	医療施設調査	R2(3年毎)		2		2	/	/	/	/	/	/	/	/	/		

病期・医療機能	SPO	重点●	指標名	調査の詳細		データ												単位	評価指標として使用	
				調査名	調査年(調査周期)	全国	熊本県		二次保健医療圏ごと											
							数値	全国順位	熊本・上益城	宇城	有明	鹿本	菊池	阿蘇	八代	芦北	球磨			天草
急性期	S		脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数	NDB	R3(毎年)		14		6	0	1	1	0	1	2	1	1	1		
急性期	S	●	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数	NDB	R3(毎年)		12.0		6	0	1	1	1	0	0	0	2	1		
急性期	S		脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	日本脳卒中学会から提供(日本脳卒中学会の年次報告より)	R4.11(毎年)	251	3	25	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
回復期～維持期・生活期	S		理学療法士の人数	医療施設調査	R2(3年毎)	100,964.5	2,303.4	14	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	人(常勤換算)
回復期～維持期・生活期	S		作業療法士の人数	医療施設調査	R2(3年毎)	51,055.7	1,347.9	13	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	人(常勤換算)
回復期～維持期・生活期	S		言語聴覚士の人数	医療施設調査	R2(3年毎)	17,905.4	443.8	10	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	人(常勤換算)
回復期～維持期・生活期	S		リハビリテーション科医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計	R2(2年毎)	2,903.0	39.0	18	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	人(常勤換算)
回復期～維持期・生活期	S	●	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数(I)	NDB	R3(毎年)		63		35	4	5	/	6	6	3	4	/			

病期・医療機能	SPO	重点●	指標名	調査の詳細		データ											単位	評価指標として使用		
				調査名	調査年(調査周期)	全国	熊本県		二次保健医療圏ごと											
							数値	全国順位	熊本・上益城	宇城	有明	鹿本	菊池	阿蘇	八代	芦北			球磨	天草
回復期～維持期・生活期	S	●	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数(Ⅱ)	NDB	R3(毎年)		44		21	3	3	3	4	3	/	/	/	7		
回復期～維持期・生活期	S	●	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数(Ⅲ)	NDB	R3(毎年)		40		20	3	4	/	3	0	/	/	3	7		
急性期	P		脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	NDB	R3(毎年)		236		153	0	/	/	0	0	24	15	25	/	件	
急性期	P		脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	NDB	R3(毎年)		231		213	0	/	0	0	0	18	0	/	0	件	
急性期	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	R3(毎年)		176		110	0	12	0	0	0	16	/	17	/	件	
急性期	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	R3(毎年)		94		91	0	/	0	0	0	/	0	0	0	件	
急性期～維持期・生活期	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	R3(毎年)		1,414,993		862,262	83,378	78,562	21,562	131,634	9,096	131,429	21,409	44,121	31,540	件	
急性期～維持期・生活期	P		脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(SCR)	NDB	R3(毎年)	100.0	118.2		145.1	125.7	128.0	173.6	51.9	58.0	84.7	170.3	103.5	65.8		○

病期・医療機能	SPO	重点●	指標名	調査の詳細		データ												単位	評価指標として使用	
				調査名	調査年(調査周期)	全国	熊本県		二次保健医療圏ごと											
							数値	全国順位	熊本・上益城	宇城	有明	鹿本	菊池	阿蘇	八代	芦北	球磨			天草
急性期～維持期・生活期	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	R3(毎年)		2,133		1,760	33	0	0	89	0	0	44		0	件	
急性期～回復期	O		退院患者平均在院日数	患者調査	R2(3年毎)	77.4	61.8	13	49	49	211.9	179	57.6	65.6	50.6	45.6	29.2	70.5	日	
急性期～再発・重症化予防	O	●	在宅等の生活の場に復帰した患者の割合	患者調査	R2(3年毎)	55.2	51.7		45.6	42.3	66.8	44.4	64.6	53.6	58.3	55.4	41.9	64.2	%	○
回復期～維持期・生活期	S		両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	(独)労働者健康安全機構の養成研修HP	R4.3.31(毎年)	12,087	246												人	
維持期・生活期	P		脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	NDB	R3(毎年)		1,821	3											件	
再発・重症化予防	S		脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数	日本看護協会	R4.12.25(毎年)	792	23	12											人	
再発・重症化予防	S		歯周病専門医が在籍する医療機関数	日本歯周病学会より提供	R4.12.31(毎年)	973	18	16												
再発・重症化予防	P		脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を実施された患者数	NDB	R3(毎年)		33,214	18											人	