

第1 脳卒中の現状

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

脳梗塞は、さらに、アテローム硬化により血管の内腔が狭くなり、そこに血栓ができて脳血管が閉塞するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性脳塞栓の3種類に分けられます。

また、脳出血は脳の細い血管が破綻するものであり、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。

脳卒中発症直後の医療（急性期の医療）は、脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血によって異なりますが、急性期を脱した後の医療は共通するものが多いことから、本計画においては一括して記載することとします。

また、各種統計データの分類項目の違いがあるため、脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）と脳血管疾患（脳卒中及びその他の脳血管疾患）を併記して使用します。

1 脳卒中の疫学

総務省・消防庁救急年報によると、徳島県における平成28年に、救急車によって搬送された急病患者の14.2%、2691人（平成27年全国8.1%、28万1703人）が脳疾患となっています。

また、患者調査によると、脳血管疾患によって継続的に医療を受けている徳島県の患者数は平成26年は、約7千人（全国約118万人）と推計されます。さらに、脳血管疾患の年齢調整受療率（人口10万人対）は全国より高い状況で推移しています。

○脳血管疾患の年齢調整受療率（人口10万対）

	平成20年	平成23年	平成26年
徳島県	174.3	140.0	104.3
全国	120.9	104.3	85.9

資料：患者調査（厚生労働省）

死亡の状況については、人口動態調査によると、徳島県では平成28年に年間781人（全国約10万9千人）が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡数全体の7.9%（全国8.3%）を占め、死亡順位の第4位（全国第4位）となっています。なお、直近の徳島県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、女性は全国より低くなっています。

○脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）

	男		女	
	平成22年	平成27年	平成22年	平成27年
徳島県	45.7	40.3	24.1	20.1
全国	49.5	37.8	26.9	21.0

資料：人口動態統計（厚生労働省）

脳卒中は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがあります。

介護が必要になった者の18.5%は脳卒中が原因であり第1位です（平成25年国民生活基礎調査）。

これらの統計から、脳卒中は、発症後生命が助かったとしても後遺症が残ることも多く、患者及びその家族の日常生活に与える影響は大きいと言えます。

2 脳卒中の医療

(1) 予防

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防に血圧のコントロールが重要です。

患者調査によると、徳島県における平成26年の高血圧性患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、307.0（全国262.2）で、全国よりも高い状況となっています。

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となります。そのためには、異常の早期発見や生活習慣の改善のきっかけともなる健康診断・健康診査を受診することは重要です。

心房細動は脳梗塞の発症リスクを高めるため、心房細動と分かった受診者に、医療機関の受診勧奨し、適切な抗凝固療法の実施が望ましいとされています。心房細動の早期発見の重要性や心房細動患者における脳梗塞予防の啓発に努める必要があります。

徳島県における平成28年の健康診断・健康診査の受診率は（40歳から74歳までは）65.6%（全国71.0%）と全国より低い状況となっています（国民生活基礎調査）。また、平成20年度から実施されている各医療保険者による特定健康診査の平成27年度の受診率は46.5%と目標値と比較して低い状況です。

一方、脳卒中の無症候性病変、危険因子となる画像異常等の発見にはMRI、MRアンギオグラフィ（以下「MRA」という。）、頸動脈超音波検査が行われています。

一過性脳虚血発作（TIA）直後は脳梗塞発症リスクが高く、これを疑えば、脳梗塞予防のための適切な治療を速やかに開始します。

同時に、住民に脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性を周知させるように、啓発を進める必要があります。

(2) 発症直後の救護、搬送等

脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要です。脳卒中においては、できるだけ早く治療を始めることで、より高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、救急隊を要請する等の対応を行います。

「救急・救助の現況」（消防庁）によると、徳島県における平成28年の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は、36.9分（全国39.3分）で全国より短くなっています。

救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制の下で定められた、病院前における脳卒中患者の救護のためのプロトコール（活動基準）に則して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で、対応が可能な医療機関に搬送することが重要です。

このため、病院到着前に脳卒中の重症度を点数化し、組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法の適応や血管内治療（機械的血栓除去術、経動脈的血栓溶解療法等）など、超急性期の再開通治療の適応となる傷病者を抽出することなどを目的とした病院前脳卒中スケールを活用することが望ましいとされています。

(3)診断

問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査（CT、MRI、MRA、超音波検査等）を行うことで正確な診断が可能になります。最近ではCTの画像解析度の向上、MRIの普及もあり、脳梗塞超急性期の診断が可能となり、血栓溶解療法の適応や転帰がある程度予測できるようになりました。

また、救急患者の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送すること等により、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。

徳島県南部地域においては、遠隔診療支援システム（k-support）を導入し、過疎地域における急性期脳卒中患者の予後の改善につながっており、同様の医療ネットワークが県下全域の導入が期待されています。

(4)急性期の治療

脳卒中の急性期には、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治療が行われます。また、脳卒中の治療に際しては、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室^{*1}等での入院管理により予後を改善できることが明らかになってきています。医療施設調査によると、徳島県における急性期医療を取り巻く状況は、救命救急センターは東部、南部、西部圏域で各1カ所で計3カ所、脳卒中の専用病室（脳卒中ケアユニットSCU）を有する施設数は東部圏域で1カ所、9病床となっています。

また、治療にあたる専門医の状況として、医師・歯科医師・薬剤師調査によると、神経内科医師数は県内に28人、人口10万人あたり3.7人（全国3.9人・平成28年）、脳神経外科医師数は県内に63人、人口10万人あたり8.4人（全国5.8人・平成28年）と神経内科医、脳神経外科医とも、全国と比較して多い状況となっています。

*1専門医療スタッフが急性期からの濃厚な治療とリハビリテーションを組織的かつ計画的に行う脳卒中専用の治療病室。例えば、診療報酬上で脳卒中の入院医療管理料が算定できる治療室である脳卒中ケアユニット（SCU）等。

○急性期医療体制の状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
救命救急センターを有する医療機関数※1	1	0	1	0	0	1	3
SCUを有する医療機関数	1	0	0	0	0	0	1
病床数※1	9	0	0	0	0	0	9
神経内科医師数※2	20	6	2	0	0	0	28
脳神経外科医師数※2	49	3	8	1	0	2	63

資料：※1 平成26年 医療施設調査（厚生労働省）

※2 平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

①脳梗塞では、まず発症後4.5時間以内の超急性期血栓溶解療法（t-PA）の適応患者に対する適切な処置が取られる必要があります。治療開始までの時間が短いほどその有効性は高く、合併症の発生を考慮すると発症後4.5時間以内に治療を開始することが重要です。そのためには、発症早期の脳梗塞患者が適切な医療施設を速やかに受診することが求められ、来院してから治療の開始まで1時間以内が目安です。また、近年、急性期脳梗塞患者に対する血管内治療の科学的根拠が示されていることから、原則として発症後8時間以内の脳梗塞患者に対しては、施設によっては血管内治療による血栓除去術を行うことを考慮します。

また超急性期の再開通治療の適応とならない患者も、できる限り早期に、脳梗塞の原因に応じた、抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要です。

徳島県における、脳梗塞に対するt-PAによる脳梗塞溶解療法の実施可能な医療機関は県内に8カ所、NDBによると、t-PAによる脳梗塞溶解療法適用患者への同療法実施件数は114件となっています。

○脳梗塞に対する急性期医療の状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
t-PAによる脳梗塞溶解療法の実施可能な医療機関数 ※1	4	1	2	0	0	1	8
	東部		南部		西部		徳島県
t-PAによる脳梗塞溶解療法の実施件数 ※2	50		44		20		114

資料：※1 平成28年 診療報酬施設基準（厚生労働省）

※2 平成27年度 NDB

②脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位（皮質・皮質下出血や小脳出血等）によって手術が行われることもあります。

③くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療を行います。

NDBによると、くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施

件数は37件、脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数は53件となっています。

○くも膜下出血に対する急性期医療の状況

	東部	南部	西部	徳島県
脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	27	10	*	37
脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	35	18	*	53

資料：平成27年度 NDB

(注) *レセプト数10件未満のデータについては非表示

(5)リハビリテーション

脳卒中リハビリテーションは、病期によって分けられますが、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ています。

徳島県における脳卒中のリハビリテーションが実施可能な医療機関は118カ所で、すべての医療圏で実施されています。

○脳卒中に対するリハビリテーションの状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
リハビリテーションが実施可能な医療機関数	72	9	17	4	8	8	118

資料：平成28年 診療報酬施設基準（厚生労働省）

①急性期には、廃用症候群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、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始します。NDBによると、徳島県における早期リハビリテーション実施件数は177,376件となっており、全ての医療圏で実施されています。

○脳卒中に対する早期リハビリテーションの実施状況

	東部	南部	西部	徳島県
早期リハビリテーション実施件数	133,538	31,365	12,473	177,376

資料：平成27年度 NDB

②回復期には、機能回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的として、訓練室での訓練が可能になった時期から集中して実施します。

③維持期には、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持・向上を目的として実施します。

(6)急性期以降の医療・在宅療養

急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、不整脈（特に心房細動）、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われます。そして、切れ目のない医療の提供のために地域連携クリティカルパスが運用されますが、徳島県においては「徳島脳卒中シームレスケア研究会」を中心として、地域連携クリティカルパスの運用が推進されています。

また、患者調査によると、急性期、回復期における平均在院日数は116.7日、全国の89.1日より長くなっており、県内でも地域差が見られる現状が

あります。そこで、地域連携クリティカルパスの運用による日数の短縮が期待されます。

在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受けますが、脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲にいる者に対し、適切な服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について教育する等、再発に備えることが重要です。

患者調査によると、徳島県では、平成26年に在宅等生活の場^{*2}に復帰した患者の割合は51.0%（全国56.3%）と全国より低い状態となっており、県内でも地域差が見られる現状があります。

また、人口動態調査によると、平成28年における在宅死亡割合は21.0%で、全国22.3%よりも低い状況となっていますが、今後、増加に向けた取り組みが求められます。

○脳血管疾患の退院患者の状況

	東部	南部	西部	徳島県
退院患者の平均在院日数	153.7	30.5	87.0	116.7
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合	46.9	52.7	74.7	51.0

資料：平成26年 患者調査（厚生労働省）

なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害等を生じた患者の一部には、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられます。これらの患者は、急性期の医療機関において救命医療を受けたものの、重度の後遺症等のため、回復期の医療機関等への転院や退院が行えず、当該医療機関にとどまっていることが指摘されています。

この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関との連携強化など、総合的かつ切れ目のない対応が必要となります。

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第1 脳卒中の現状」を踏まえ、県下を6圏域に分け、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療から介護サービスまでが連携し継続して実施される体制を構築します。また、脳卒中に関する住民への啓発を積極的に行うことが重要です。

(1)脳卒中の発症予防

(2)発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

①発症後3.5時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な救急搬

*2在宅等生活の場:自宅だけでなく、介護老人保健施設、老人ホーム等多様な居住の場を含みます。

送

- ②医療機関到着後1時間以内の専門的な治療の開始
- (3)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
 - ①急性期には、廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立を目的として実施
 - ②回復期には、機能回復及び日常生活動作向上を目的として専門的かつ集中的に実施
 - ③維持期には、生活機能の維持又は向上を目的として実施
- (4)在宅医療が可能な体制
 - ①生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、脳卒中の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示します。

(1)発症予防の機能【予防】

①目標

脳卒中の発症を予防すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- ・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こと
- ・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、啓発を実施すること
- ・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こと

③関係者に求められる事項

(住民)

- ・発症予防のために、高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の危険因子について知り、健康診断、健康診査の受診と生活習慣の改善を行うこと

(行政等)

- ・脳卒中の発症予防について住民に啓発を行うこと
- ・健康診断、健康診査の受診への啓発、勧奨を行うこと

(2)応急手当・病院前救護の機能【救護】

①目標

脳卒中が疑われる患者が、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

また超急性期血栓溶解療法の適応時間を超える場合でも、脳梗塞の場合は機械的血栓除去術や経動脈的血栓溶解療法等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤クリッピングやコイリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送することが望ましい

②関係者に求められる事項

(本人及び家族等周囲にいる者)

- ・突然の症状出現時の対応について知り、発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

(救急救命士等)

- ・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・処置を行うこと
- ・脳卒中が疑われる患者を急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送すること

(行政等)

- ・脳卒中の症状や突然の症状出現時の緊急受診の必要性について啓発を実施すること

(3)救急医療の機能【急性期】

①目標

- ・患者の来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な診療を開始すること（血管内治療など高度に専門的な治療を行える施設では、発症後4.5時間を超えても専門的治療の実施について検討することが望ましい）
- ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと
- ・廃用症候群を予防し、早期にセルフケアについて自立できるための急性期リハビリテーションを実施すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。特に、急性期の診断及び治療については、24時間体制での実施が求められるが、単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24時間体制を確保する必要がある。

- ・脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療（脳内血腫除去術、脳血管内手術、クリッピング術、t-PA（組織プラスミノゲンアクチベーター）を用いた経静脈的血栓溶解療法等）が24時間実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む）
- ・脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能であること（遠隔診療を用いた補助を含む）
- ・適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）にt-PAの静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること（医療機関が単独でt-PA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く実施を含む）
- ・適応のある脳卒中症例に対し、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の連携がとれていること
- ・呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること
- ・合併症のうち、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等も含めた、多職種間で連携して対策を図ること

- ・リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
- ・個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できること
- ・回復期（あるいは維持期）の医療機関と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を活用して連携していること
- ・回復期（あるいは維持期）に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
- ・脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断の結果を救急隊に情報提供することが望ましい

③対応する医療機関

- ・脳卒中急性期の専門的診療を速やかに実施する病院
- ・脳卒中急性期患者に対する画像検査（CT、MRI、MRA、超音波検査等）、臨床検査、専門的診療が24時間実施可能な病院
- ・専門的診療が自院の設備・常勤スタッフで実施可能な病院
- ・常勤の脳外科専門医が在籍する病院
- ・救命救急センターを有する病院
- ・SCU又はそれに準じた専用病棟を有する病院
- ・脳卒中の急性期リハビリテーションを実施する病院

(4)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【回復期】

①目標

- ・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すること
- ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- ・再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること
- ・失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害）、嚥下障害、歩行障害など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こと
- ・合併症のうち、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含めた、多職種間で連携して対策を図ること
- ・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活用し連携していること
- ・再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること

- ・患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること

③対応する医療機関

- ・リハビリテーションを行う病院又は診療所
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料について四国厚生支局への届出がある病院又は診療所
- ・常勤の理学療法士又は作業療法士が在籍する病院又は診療所
- ・常勤の言語聴覚士が在籍する病院又は診療所
- ・回復期リハビリテーション病床を有する病院又は診療所
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料について四国厚生支局への届出がある病院又は診療所

(5)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【維持期】

①目標

- ・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すること
- ・在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること
- ・患者が在宅等の生活の場で療養できるよう、介護・福祉サービス等と連携して医療を実施すること
- ・最後まで在宅等での療養を望む患者に対する看取りを行うこと
- ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

②医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- ・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こと
- ・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）が実施可能であること
- ・合併症のうち、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含めた、多職種間で連携して対策を図ること
- ・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こと
- ・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などして連携していること
- ・合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること
- ・患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること
- ・通院困難な患者の場合、訪問看護事業所、薬局等と連携して在宅医療を実施すること
- ・介護老人福祉施設、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等の施設等においても在宅医療を実施し、希望する患者にはこ

- これらの施設等で看取りまでを行うこと
- ・ 歯科については、口腔管理、摂食・嚥下リハビリテーションを実施すること

③対応する医療機関等

- ・ 介護老人保健施設
- ・ 診療所（在宅療養支援診療所など）
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 通所リハビリテーション事業所
- ・ 訪問リハビリテーション事業所
- ・ 療養病床を有する病院又は診療所
- ・ 歯科診療所
- ・ 薬局

第3 数値目標

数値目標項目	直近値	平成35年度末 目標値
脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万人対） ★	男性 40.3 女性 20.1 (H27人口動態統計)	15%以上の 減少 (H22から)
特定健康診査受診率 ★◇	46.5% (H27特定健康診査 特定保健指導にかかるデータ)	70%以上
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の 実施件数	114 (H27NDB)	増加
脳血管疾患患者の生活の場に復帰した患者の 割合	51.0% (H26患者調査)	増加

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21）」における目標による

◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標

脳卒中の医療体制

