

神奈川県循環器病対策推進計画

令和4年3月

目次

第1章	基本的事項	1
第1節	計画策定の趣旨	1
第2節	計画期間	2
第3節	関連する計画等	2
第2章	全体目標	2
第3章	本県の保健医療の現状	3
第1節	高齢化の進展	3
第2節	平均寿命と健康寿命	3
第3節	死亡原因における循環器病の割合	5
第4節	循環器病の死亡率	6
第1項	脳血管疾患年齢調整死亡率	6
第2項	心疾患の年齢調整死亡率	6
第5節	介護が必要になった原因の構成割合（全国の状況）	7
第4章	個別施策	8
第1節	循環器病の未病改善や正しい知識の普及啓発等	8
第1項	現状と課題	8
第2項	取り組むべき施策	12
第2節	保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	13
第1項	循環器病の救急搬送体制の整備	13
第2項	救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築	18
第3項	社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	23
第4項	リハビリテーション等の取組	24
第5項	循環器病の緩和ケア	28
第6項	循環器病の後遺症を有する者等に対する支援	29
第7項	小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	30
第3節	循環器病の研究推進	30
第1項	現状と課題	30
第2項	取り組むべき施策	31

第1章 基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

- 脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は、本県の主要な死亡原因です。循環器病には、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳内出血、くも膜下出血など）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞など）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄さく症、僧帽弁逆流症など）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤など）、末梢血管疾患、肺血栓塞栓症、肺高血圧症、心筋症、先天性心・脳血管疾患、遺伝性疾患等、多くの疾患が含まれます。
- 平成30（2018）年の人口動態統計によると、心疾患は本県の死亡原因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、悪性新生物（がん）に次ぐ死亡原因となっており、年間18,000人以上の県民が亡くなっています。
- また、令和元（2019）年「国民生活基礎調査」（厚生労働省）によると、介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患が16.1%、心疾患が4.5%であり、両者を合わせると20.6%と最多です。
- さらに、平成29（2017）年度版「国民医療費」（厚生労働省）の概況によると、平成29（2017）年度の傷病分類別医科診療医療費30兆8,335億円のうち、循環器系の疾患が占める割合は、6兆782億円（19.7%）と最多です。
- こうした状況に鑑み、国民の健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（以下「基本法」という。）が平成30年12月に成立し、令和元年12月に施行されました。
- 基本法では、国は循環器病対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「循環器病対策の推進に関する基本的な計画」（以下「基本計画」という。）を策定することとし、都道府県は、基本計画を基本とするとともに、当該都道府県における循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況、循環器病に関する研究の進展等を踏まえ、都道府県における循環器病対策の推進に関する計画を策定しなければならないとされています。
- これらの状況を踏まえ、基本法に基づく「神奈川県循環器病対策推進計画」を策定し、本県の実状に応じた循環器病対策を総合的・計画的に推進していきます。
- また、計画の策定に当たってはロジックモデルを活用するなど実効性の確保に努めるとともに、策定後も国の基本計画に合わせて適宜評価及び検討の上見直しを図ります。

第2節 計画期間

- この計画の期間は、神奈川県保健医療計画等との整合を図る観点から、令和4年度から令和5年度の2年間とします。

第3節 関連する計画等

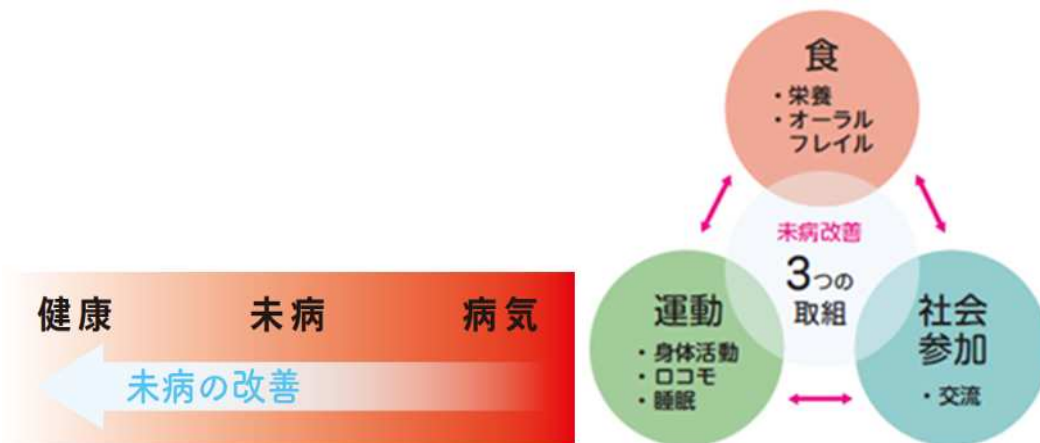
- この計画は、神奈川県保健医療計画（第7次）、かながわ健康プラン21（第2次）、かながわ高齢者保健福祉計画等と整合を図りながら推進していきます。

第2章 全体目標

- 基本法及び基本計画に照らし、第4章に掲げる「循環器病の未病改善や正しい知識の普及啓発等」、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」及び「循環器病の研究推進」の3つの施策に取り組むことにより、「健康寿命の延伸、循環器病の年齢調整死亡率の減少及びQOLの向上」を目指します。
- そのことにより、すべての県民が健やかに安心してくらせる社会の実現を目指します。

未病改善とは

人の心身の状態は「健康か病気か」といった明確に二つに分けられるものではなく、健康と病気の間で常に連続的に変化しており、この状態を「未病」言います。
本県では、こうした心身の状態の変化の中で、特定の疾患の予防にとどまらず、心身をより健康な状態に近づけていく「未病改善」の取組を進めています。



未病の考え方

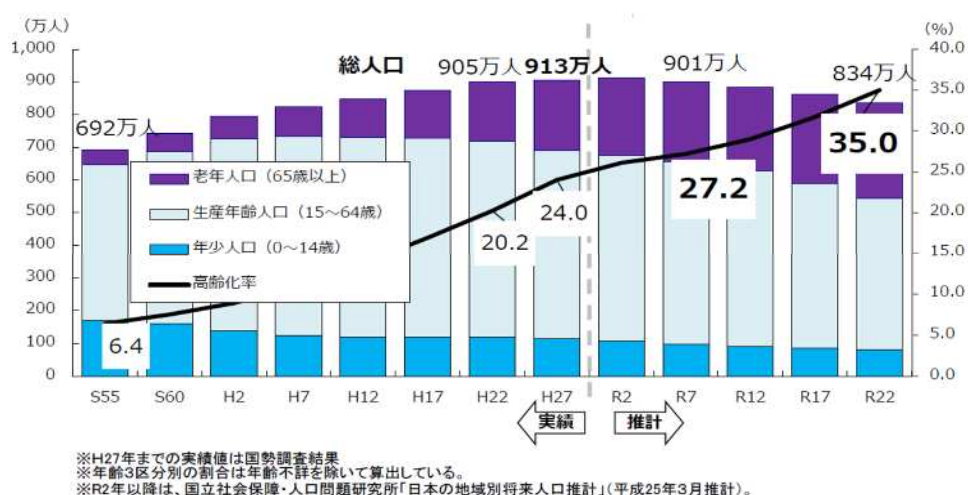
「かながわ未病改善宣言」（平成29年3月）による
「食・運動・社会参加」の3つの取組

第3章 本県の保健医療の現状

第1節 高齢化の進展

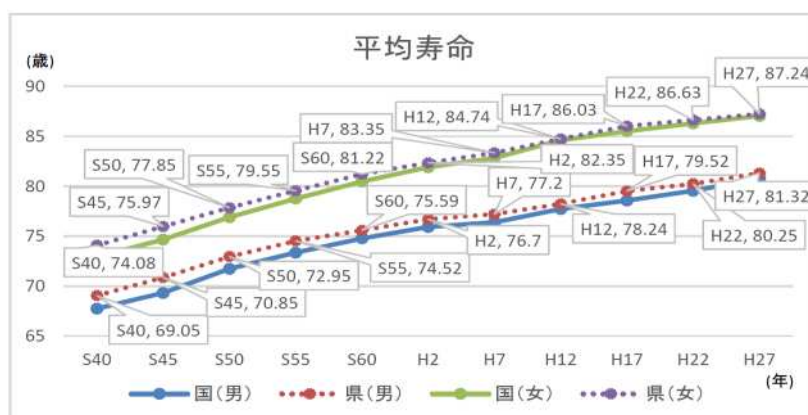
- 県の高齢化率（65歳以上人口の占める割合）は平成22年には20.2%でしたが、平成27年には24.0%に上昇しており、国立社会保障・人口問題研究所の人口推計では、令和7（2025）年には27.2%程度に達すると見込まれています。その後も上昇し、令和22（2040）年には35%に達する見込みです。
- また、団塊の世代をはじめ、高度成長期に県に転入してきた世代の高齢化が進むため、現時点では全国に比べて県の高齢化率はまだ低いものの、今後、全国を上回るスピードで超高齢社会が進展することが予測されています。

【図 年齢3区分別人口及び高齢化率】



第2節 平均寿命と健康寿命

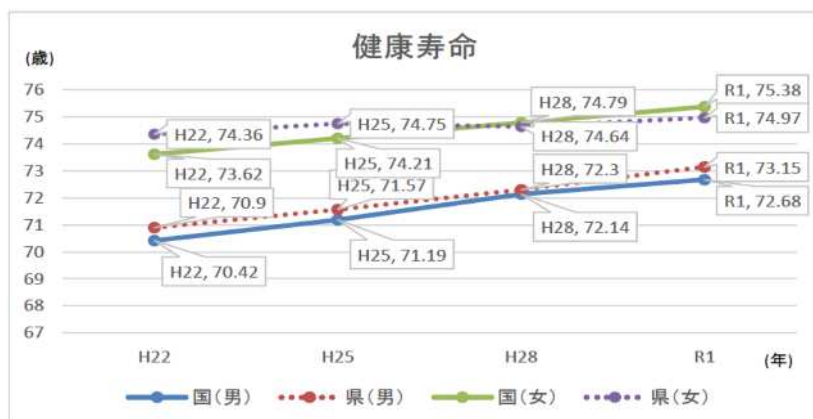
- 県の平成27年の男性の平均寿命は81.32年、女性は87.24年です。また、男女の平均寿命は、5.92年の差があります。
- 県の平均寿命は、男性・女性ともに全国より長い状況が続いています。



出典：厚生労働省「都道府県別生命表」

- 健康寿命とは、「ある健康状態で生活することが期待される平均的期間」のことです。

- 平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限のある期間を意味します。
- この日常生活に制限のある期間は、医療や介護等が必要となることから、特に個人の生活の質の低下を防ぐようにする必要があります。
- 本県の健康寿命は、平成 22 年から令和元年にかけて、男性 2.25 年、女性 0.61 年延伸しています。男女とも全国に比べ延伸年数は短くなっています。



出典：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」
都道府県別健康寿命

- 県の平均寿命と健康寿命の差＝日常生活に制限のある期間は、平成 22 年に比べ令和元年は、男性は 0.54 年短くなっていますが、女性は 0.53 年長くなっています。

平均寿命*と健康寿命（神奈川県・全国）

単位：年

区分		H22	H25	H28	R1	延伸 (H22 と R1 の差)	
神奈川県	男性	平均寿命	80.36	80.89	81.64	82.07	1.71
		健康寿命	70.90	71.57	72.30	73.15	2.25
		差	9.46	9.32	9.34	8.92	-0.54
	女性	平均寿命	86.74	87.09	87.47	87.88	1.14
		健康寿命	74.36	74.75	74.64	74.97	0.61
		差	12.38	12.34	12.83	12.91	0.53
全国	男性	平均寿命	79.64	80.20	80.98	81.41	1.77
		健康寿命	70.42	71.19	72.14	72.68	2.26
		差	9.22	9.01	8.84	8.73	-0.49
	女性	平均寿命	86.39	86.61	87.13	87.44	1.05
		健康寿命	73.62	74.21	74.79	75.38	1.76
		差	12.77	12.40	12.34	12.06	-0.71

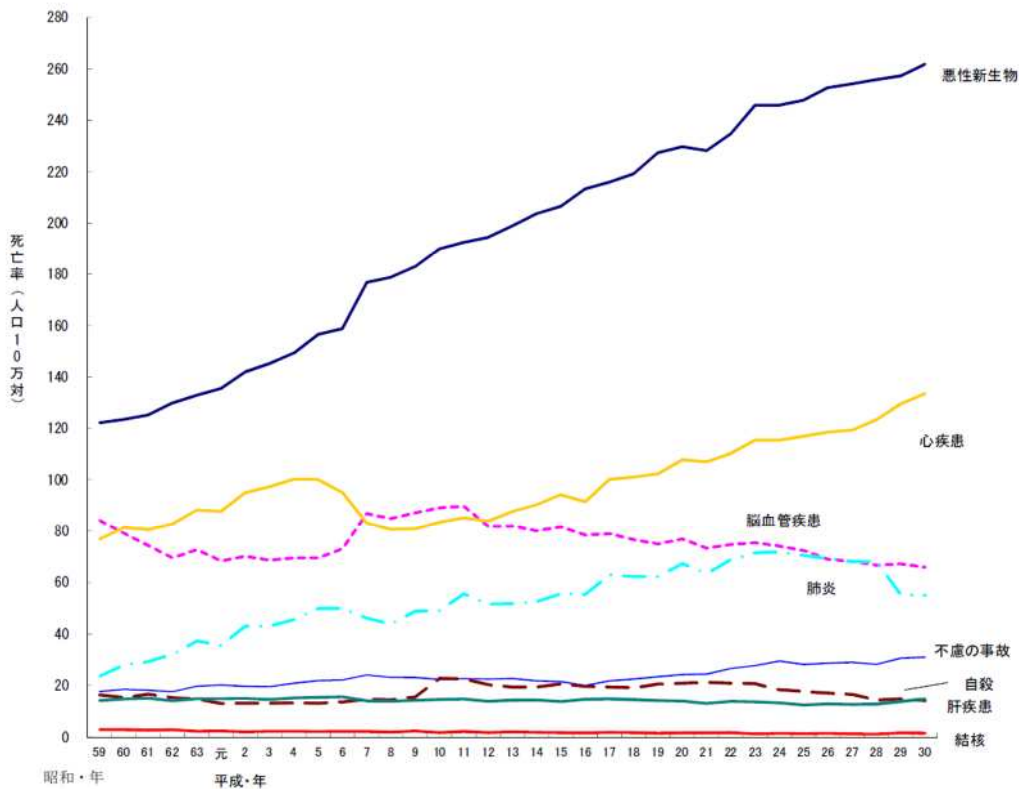
出典：厚生労働科学研究「健康寿命及び健康格差の要因の分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」
「健康日本 21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」

* ここで使用している平成 22 年の平均寿命は、「簡易生命表」による算出（0 歳の平均余命）、平成 25・28・令和元年の平均寿命は、それぞれの年の「日常生活に制限のない期間の平均」と「日常生活に制限のある期間の平均」の合計で算出しています。このため、P 5 の平均寿命の数値と異なります。

第 3 節 死亡原因における循環器病の割合

○ 本県における主な死因別の人口 10 万人対死亡率の年次推移をみると、脳血管疾患は減少傾向にあるものの、心疾患（心筋梗塞等の心血管疾患）が増加しています。

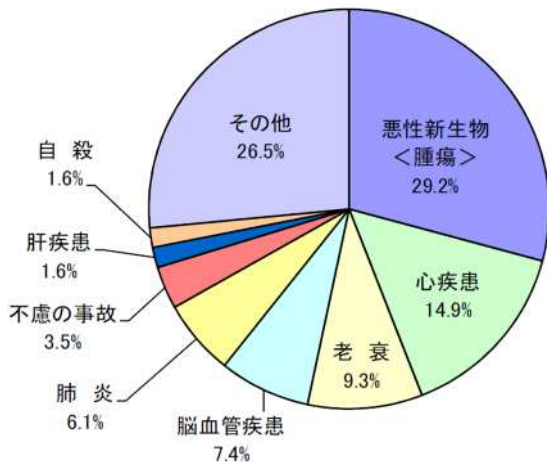
【図 主な死因別の死亡率の推移】



出典：平成 30 年神奈川県衛生統計年報

○ 本県の平成 30 年の主な死因別死亡数の割合をみると、心疾患 14.9%、脳血管疾患 7.4% となっており、全死亡者のおよそ 5 人に 1 人は循環器病で死亡している状況です。

【図 主な死因別死亡数の割合】

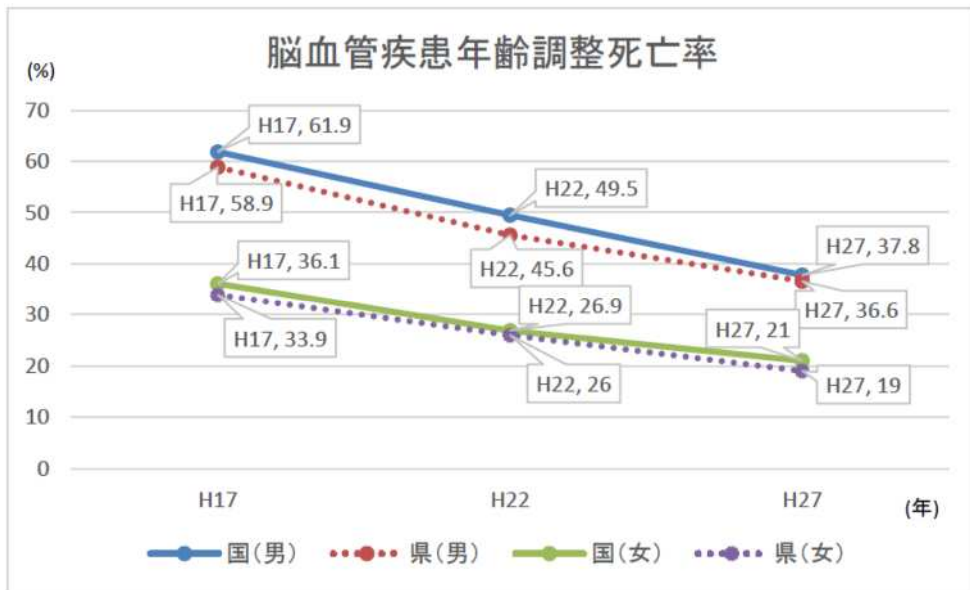


出典：平成 30 年神奈川県衛生統計年報

第 4 節 循環器病の死亡率

第 1 項 脳血管疾患年齢調整死亡率¹

○ 本県の脳血管疾患による年齢調整死亡率は男女とも減少傾向にあります。平成27年では、男性36.6%、女性19%で、ともに全国平均を下回っています。

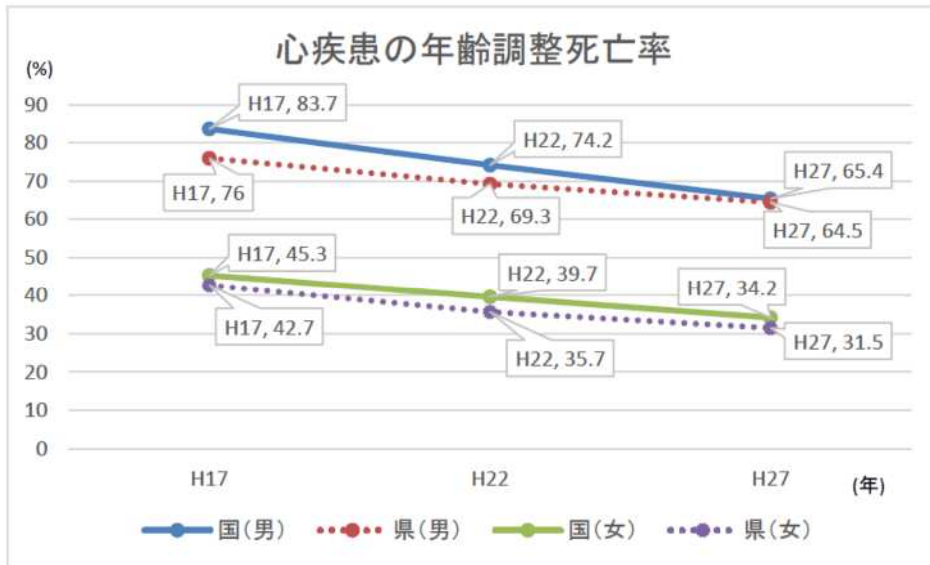


出典：人口動態特殊報告（都道府県別年齢調整死亡率）

第 2 項 心疾患の年齢調整死亡率

○ 本県の心疾患の年齢調整死亡率は男女とも減少傾向にあります。平成 27 年では、男性 64.5%、女性 31.5%で、ともに全国平均を下回っています。

¹年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率のこと。単位はすべて人口 10 万対となります。

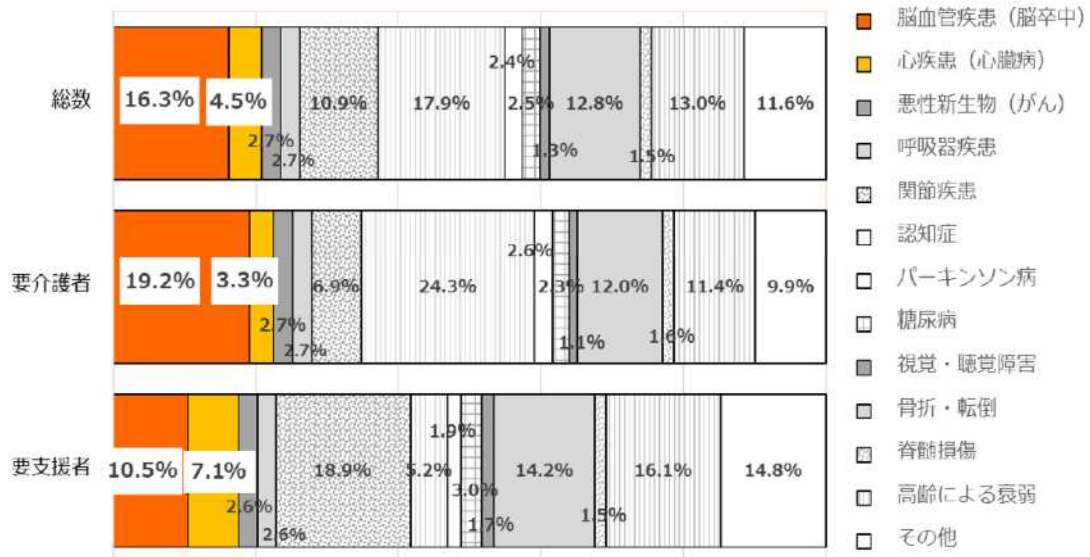


出典：人口動態特殊報告（都道府県別年齢調整死亡率）

第5節 介護が必要になった原因の構成割合（全国の状況）

- 令和元年国民生活基礎調査によると、介護が必要となった原因に占める割合は、脳血管疾患が16.3%、心疾患が4.5%であり、両者を合わせた循環器病は20.8%で最多となっています。

介護が必要になった要因の構成割合（全国）令和元年



出典：令和元年国民生活基礎調査

第4章 個別施策

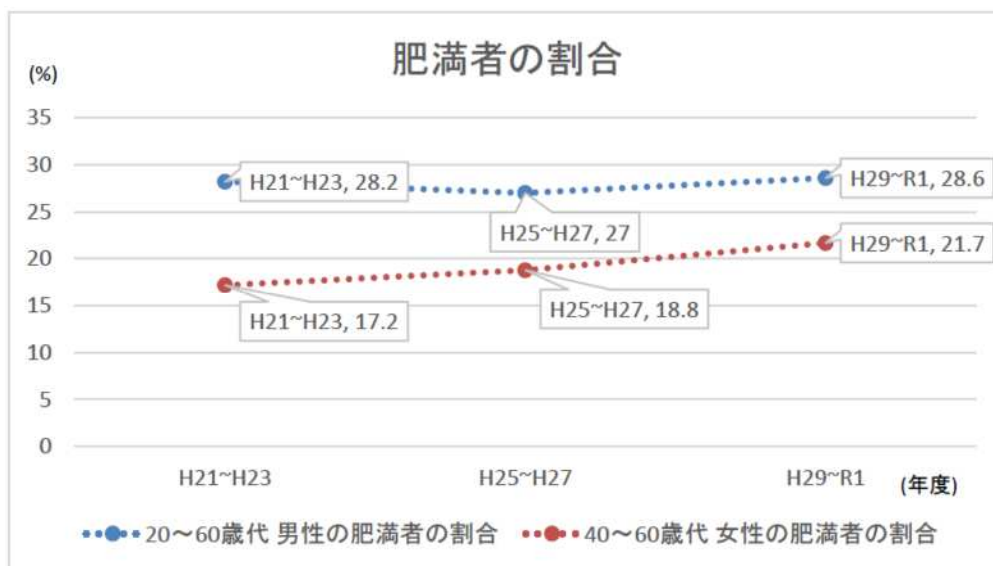
第1節 循環器病の未病改善や正しい知識の普及啓発等

第1項 現状と課題

- 循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症しますが、先天性疾患、遺伝性疾患、感染性疾患、加齢など、生活習慣にかかわらず発症する場合があります。
- その経過は、生活習慣病（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病等）の予備群、循環器病をはじめとする生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行しますが、患者自身が気付かない間に病気が進行することも多いのが現状です。
- 特に、「肥満」「高血圧」「脂質異常」「飲酒」「喫煙」などは脳卒中や心血管疾患の危険因子に関連し、課題となっています。
- なお、循環器病は生活習慣に配慮していても、加齢等を原因として誰もが罹患する可能性があります。そのため定期的に健康状態に変化がないかを確認する必要があります。

（肥満）

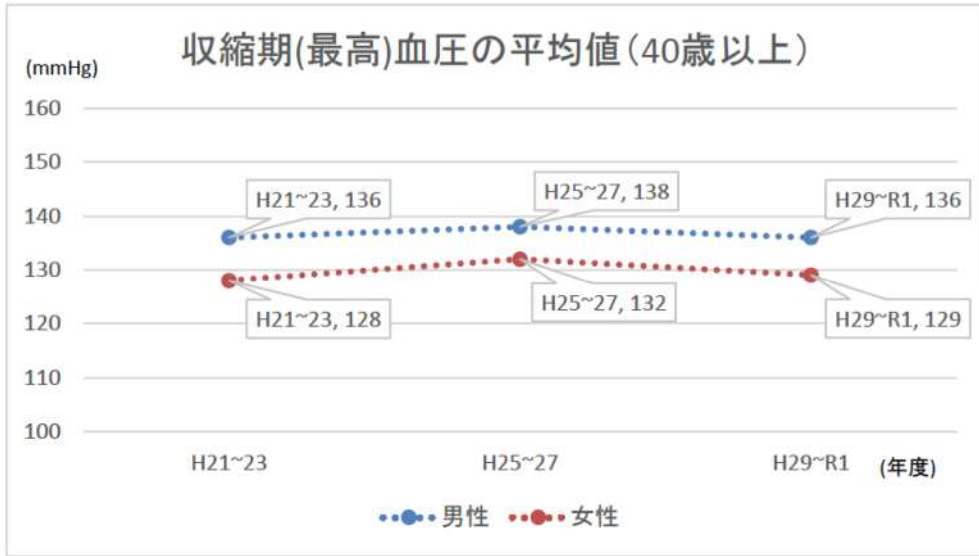
- 本県の20～60歳代男性の肥満者の割合は、平成29～令和元年度の県民健康・栄養調査によると28.6%となっています。
- 本県の40～60歳代女性の肥満者の割合は、平成29～令和元年度の県民健康・栄養調査によると21.7%となっています。



出典：県民健康・栄養調査

（高血圧）

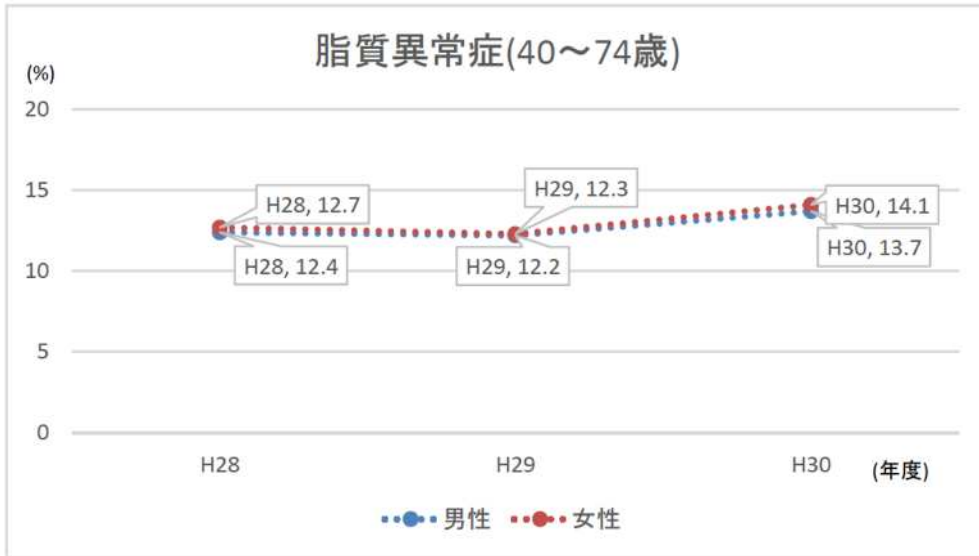
- 本県の収縮期（最高）血圧の平均値は、平成29～令和元年度の県民健康・栄養調査によると男性136mmHg以下、女性129mmHgとなっています。



出典：県民健康・栄養調査

(脂質異常)

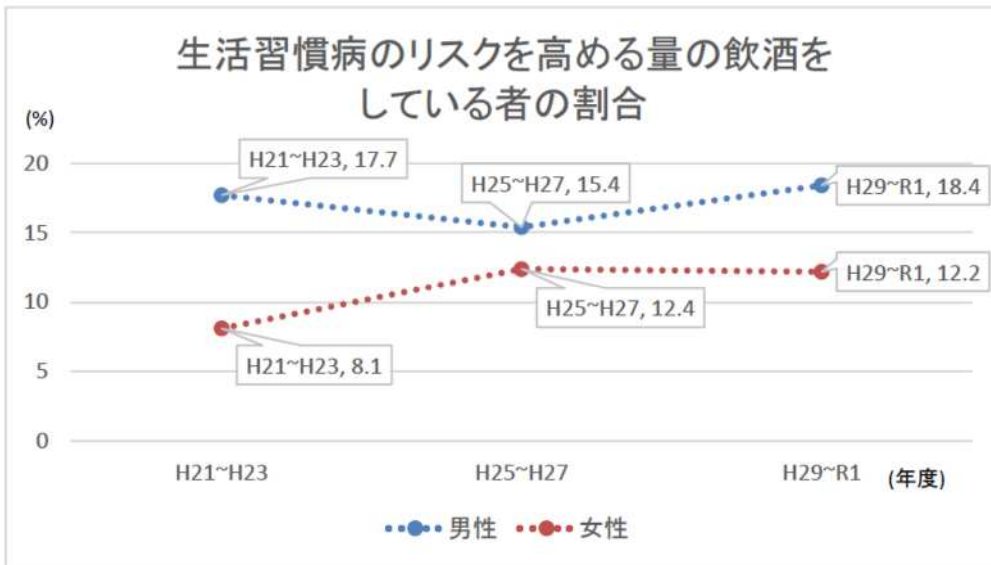
- 本県の脂質異常は、平成30年度時点では男性13.7%、女性14.1%となっています。



出典：厚生労働省「NDB (National Data Base)」

(飲酒)

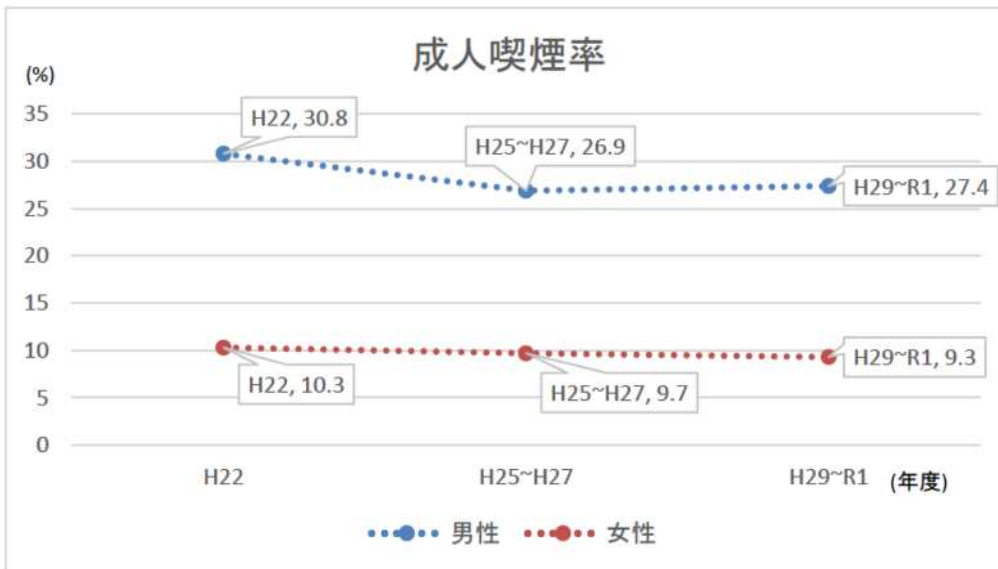
- 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（成人1日当たりの純アルコール摂取量 男性40g以上、女性20g以上の者）の割合について、平成29～令和元年度の県民健康・栄養調査によると男性で18.4%、女性で12.2%となっています。



出典：県民健康・栄養調査

(喫煙)

- 本県の成人の喫煙率は、平成29～令和元年度の県民健康・栄養調査によると男性で27.4%、女性で9.3%となっています。



出典：県民健康・栄養調査

(メタボリックシンドローム)

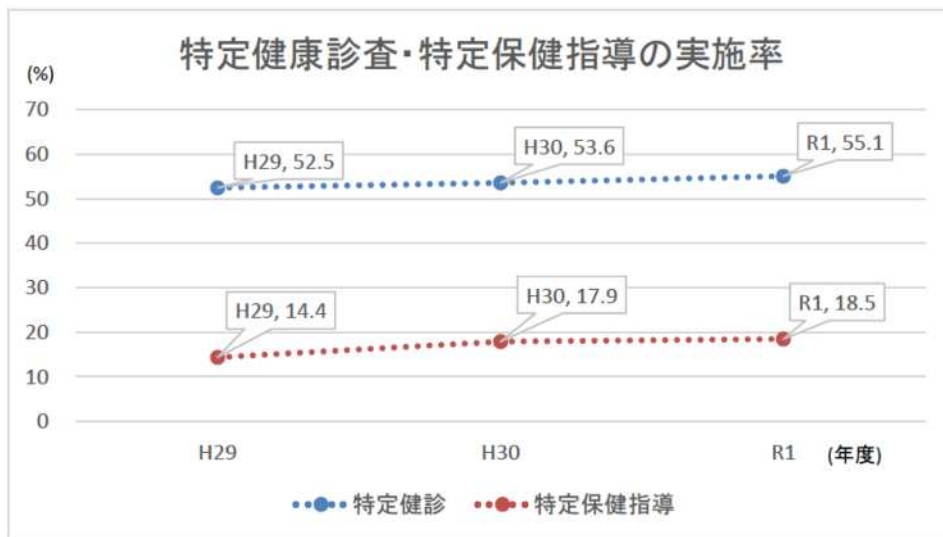
- メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満に加え脂質異常、血圧高値、血糖高値のうち2つ以上を併せ持っている状態のことを指します。(1つの場合はメタボリックシンドローム予備群とされています。)
- メタボリックシンドロームに該当する人は、そうでない人に比べて虚血性心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症しやすいことが分かっています。
- 本県のメタボリックシンドローム該当者及び予備群(特定保健指導対象者)の減少率

(平成20年度比)は、平成21年度からほぼ一貫して増加し続けており、全ての年度において全国を上回っています。



(特定健診)

- 循環器病は、早期の診断・治療介入が必要です。心電図検査等で心房細動などの早期診断につながるとする報告があるほか、循環器病の主要な危険因子である生活習慣病対策のためにも、健康診査等の受診や、行動変容をもたらす保健指導が重要です。
- 本県の特定健康診査及び特定保健指導の実施率は、令和元年度時点では特定健康診査55.1%、特定保健指導18.5%となっています。



出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

(循環器病の正しい知識の普及啓発)

- 県民が適切に循環器病の未病の改善や疾患リスクの管理を行うことができるようになるためには、まずは、生活習慣の改善など、循環器病に関する正しい知識の普及啓発が必

要です。あわせて、循環器病の後遺症についても県民が正しく理解する必要があります。

- 加えて、循環器病は、急激に病態が変化する場合があるものの、適切な治療により予後を改善できる可能性があるため、発症後早急に適切な治療を開始する必要があります。
- そのためには、患者やその家族等が、循環器病の発症を認識し、救急要請等を行うことにより、速やかに適切な治療を提供する医療機関を受診することが重要です。
- このためにも、県民に対する、循環器病の疾患別の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性等に関する知識の啓発が重要です。

第2項 取り組むべき施策

(全般的な施策)

- 県は、すべての世代が未病を自分のこととして考え、未病改善に取り組めるよう、県は、企業、団体、市町村などと連携しながら、ライフステージに応じた対策や、身近な場所で健康状態をチェックできる場の拡充など環境づくりを推進します。
- 県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者は、循環器病の疾患別の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性について、普及啓発に取り組みます。
- 県は、関係機関、医療機関・医療関係者、患者等の意見を聞いて、SNSやメディアを活用した正しい知識の普及啓発を進める具体的な取組みについて検討します。

(全世代に向けた施策)

- 県は、生活習慣の改善など、個人の行動変容を促進していくために、科学的なエビデンス（裏づけ）に基づき、未病を見える化する取組みを進めています。
- 県は、一人ひとりの行動変容を促進し、健康寿命の延伸につなげるため、個人の未病の状態を数値等で見える化する未病指標の利用促進を図ります。

(主に子どものための施策)

- 県は、子どもの頃から適切な生活習慣を身につけることの大切さについて普及啓発を行います。
- 県は、子どもが楽しく運動や食などの未病改善に取り組めるよう、企業等のノウハウや人材を活かしたプログラムの幼稚園等への提供や、学校栄養職員や教員等を対象とした指導者研修の実施、高校生が健康リテラシーを高め、生活習慣改善等について実践的に学習できるよう、県立高校(中等教育学校含む)向けの教材を作成し、配布します。

(主に働く世代のための施策)

- 県は、生活習慣病対策を進めるとともに、働く世代の生活習慣病対策を強化するため、中小企業に対して、従業員の健康づくりや社内の健康管理体制構築に向けた助言支援を行うとともに、市町村、医師会等と連携して働く世代の健康づくりの取組みの検討や調整を行います。
- 県は、健康増進を目的とした給食施設（給食を提供する事業所等）と連携して、働く世代等へ栄養・食生活の改善を働きかけていきます。
- 県は、医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導が円滑に実施できるよう、研

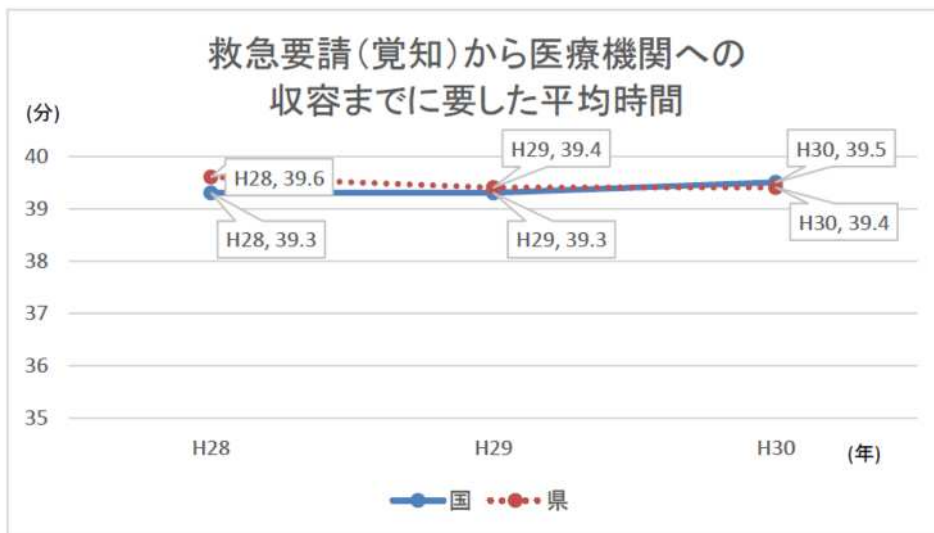
修会等を開催し、実施率の向上等を支援していきます。

第2節 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

第1項 循環器病の救急搬送体制の整備

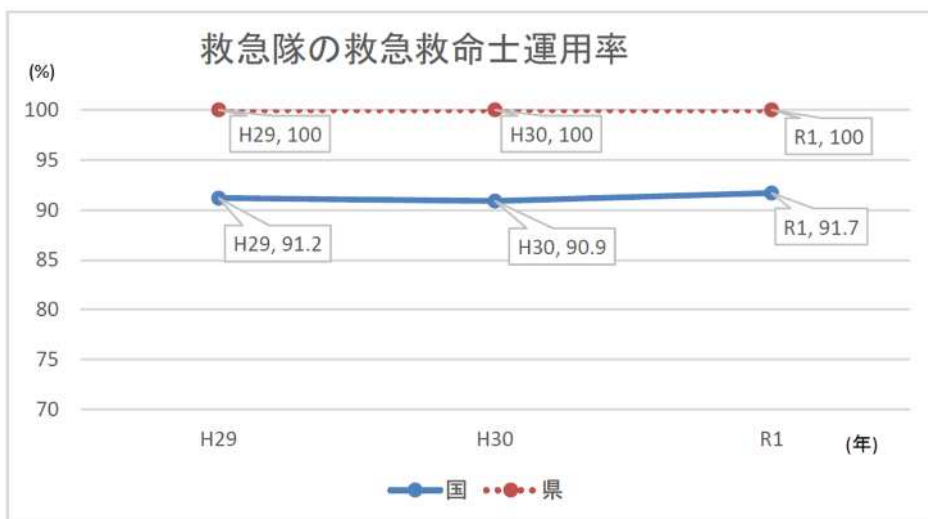
(1) 現状と課題

- 本県の救急要請（覚知）から病院等に收容するまでに要した時間は、平成30年中の平均で39.4分であり、全国平均の39.5分と同程度となっています。



出典：救急救助の現況

- 本県の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については、第7次神奈川県保健医療計画（平成30年～令和5年）において平成27年度の135件から、令和5年度までに平成27年比1.1倍の増加を目指していますが、令和元年度の実績は178件と大幅に目標を上回っています。
- 本県の救急隊の救急救命士運用率は100%であり、全国平均を上回っています。



出典：救急救助の現況

- 消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による受入れの実施に係る体制の整備については、本県においても、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の分類基準に「脳卒中」・「心筋梗塞（急性冠症候群）」（あるいはこれらを疑う症状）を定め、傷病者の受入れ先となる医療機関リストを作成しています。
- 消防機関における循環器病に関する教育研修の機会としては、消防学校で行われる専科教育「救急科」において循環器病を含めた疾病別応急処置等の教育研修が実施され、さらには各消防本部や各地区メディカルコントロール協議会において、救急隊員の教育研修の機会が設けられています。
- さらに、救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、循環器病対策を含めた研修機会の確保等に取り組んでいます。

（２）取り組むべき施策（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者、県民）

- 県は、県民が脳卒中及び急性心筋梗塞及び急性大動脈解離の発症時の症状を認識し、発症時は速やかに救急要請が行えるよう、患者や有識者の意見を踏まえ普及に取り組みます。
- 県、市町村、関係機関及び医療機関・医療関係者は、患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築を進めるため、地域の実情に応じた傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の見直しなど、適切に行います。
- 県、市町村、関係機関及び医療機関・医療関係者は、救急隊の観察・処置等について、メディカルコントロール体制の充実強化によって、引き続き科学的知見に基づいた知識・技術の向上等を図ります。
- 県、市町村、関係機関及び医療機関・医療関係者は、循環器病の疾患別の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性について、普及啓発に取り組みます。また、県民は普及啓発によって得られた知識をもって、循環器病の未病の改善や疾患リスクの管理を行うとともに、発症時の速やかな対処に努めます。
- 県は、関係機関、医療機関・医療関係者、患者等の意見を聞いて、SNSやメディアを活用した正しい知識の普及啓発を進める具体的な取り組みについて検討します。

～循環器病の疾患別の前兆や症状について～（厚生労働省HP等より引用）

【脳血管障害（脳卒中）】

・脳血管障害（脳卒中）には、脳の血管が詰まる脳梗塞と脳の血管が破れる脳出血、くも膜下出血があります。いずれも高血圧が最大の原因です。高血圧が長く続くと、動脈硬化が進行し、やがて脳の血管が詰まって脳梗塞になります。高血圧の程度が強い場合、脳の血管が破れて脳出血になったり、また脳の血管の一部分に動脈瘤ができて破裂してくも膜下出血になります。これらの病気を脳血管障害（脳卒中）といいます。

【脳血管障害（脳卒中）の種類】

・脳梗塞になると、血管が詰まった部分の先の脳細胞には血液が送られなくなります。脳出血では、脳の中に出血して血の固まりができます。日本人の場合、脳の深い部分にある、被殻や内包、放線冠、視床などに向かう細い血管が詰まったり出血しやすく、その結果、脳梗塞、脳出血いずれの場合でも、脳細胞が壊れ、意識がなくなったり、半身まひや言語障害、さらには認知機能低下などの症状が現れます。くも膜下出血ではまひは少なく、激しい頭痛や意識障害が突然起こります。脳梗塞や脳出血では、初期に適切な治療を開始すれば、後遺症なく治ることもあり、またリハビリでかなり回復することも多くなっています。しかし、残念ながら他の多くの場合は、半身不随や認知症が残ったり、寝たきりになったり、あるいは亡くなる危険が高い病気です。

・また、心房細動という不整脈を持っている人では、心臓の中に血栓（血液の固まり）ができやすく、それが脳に飛んで脳梗塞を起こすことがあります。これを脳塞栓と言います。心房細動のある人では脳梗塞になる確率が2～7倍ほど高くなりますので、健診などで心房細動があると言われたら、必ず治療を受けてください。自分で脈を触れて、不規則に打つような脈がある場合には、医療機関に相談してください。

【脳血管障害（脳卒中）の危険因子】

・脳梗塞を発生させる危険因子には、高血圧や不整脈（心房細動）、糖尿病、喫煙、肥満などがあります。高くなった血圧や乱れた血流が血管を傷つけて血栓をつくり、血管はしだいに硬くなっていきます。そうしてできた動脈硬化が、脳梗塞を起こします。メタボリックシンドロームも脳梗塞の危険因子の一つです。

・脳出血やくも膜下出血の場合は、高血圧、喫煙、飲酒が発生に関連する要因です。脳出血の場合は、コレステロール値の異常低値（低栄養）も発生に関与します。

【脳血管障害（脳卒中）の症状】

・脳卒中の症状は突然現れることが多いのですが、頭痛、めまい、舌のもつれ、手足のしびれなどの前ぶれ症状が起こることもあります。典型的な症状は、片方の手足が動かなくなったりしびれる、顔の半分が動かなくなったりしびれる、ろれつがまわらなくなったりうまく言葉を発することができない、という、「腕」「顔」「言葉」の症状です。こうした症状が現れたら、様子を見てはいけません。事は1分1秒を争います。すぐに救急車を呼んで、検査を受ける必要があります。

・特に、近年は t-PA（組織プラスミノゲンアクチベータ）という血栓を溶かす治療薬が普及し

ており、これによる血栓溶解療法で脳梗塞が完治する可能性が高くなっています。しかし、この治療薬は症状が出てから4時間半以内でないと使うことができません。また、どこの医療機関でもこの治療ができるわけでもありません。「腕」「顔」「言葉」に異常があったら、すぐに救急車を呼んでください。

山岸吉匡. 脳血管障害・脳卒中. e-ヘルスネット <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/metabolic/m-05-006.html> 厚生労働省. (2019)

【狭心症・心筋梗塞などの心臓病（虚血性心疾患）】

・喫煙やLDLコレステロールの高値、高血圧、メタボリックシンドロームなどにより心臓の血管の動脈硬化が進行すると、狭心症や心筋梗塞などの虚血性心疾患を引き起こしやすくなります。

【虚血性心疾患とは】

・虚血性心疾患には、狭心症や心筋梗塞があります。
・狭心症は動脈硬化などによって心臓の血管（冠動脈）が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態です。主に歩行などの動作をしているときに、胸を圧迫されるような痛みの発作が繰り返し起こり、数分以内におさまります。発作が起きたときには、冠動脈を拡張する作用を持つニトログリセリンを舌下服用するとおさまります。

・狭心症はなんらかの動作中に起こることが多いのですが、安静時に冠動脈のけいれんが起こり、狭心症の発作が起こる場合もあります（冠攣縮性狭心症）。

・一方、心筋梗塞は、動脈硬化によって心臓の血管に血栓（血液の固まり）ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れてしまう病気です。胸に激痛の発作が起こり、呼吸困難、激しい脈の乱れ、吐き気、冷や汗や顔面蒼白といった症状を伴うことがあります。痛みは20分から数時間にわたることもあります。激痛は胸だけでなく、胃のあたりや腕、肩などにも起こることがあり、これを放散痛と言います。心臓の血管が一瞬で詰まると、突然死することもあります。

・狭心症や心筋梗塞が疑われる場合、心臓カテーテル検査を行って、狭くなっているところや詰まっているところを見つけ、その部位で風船を膨らませて血管を拡張させるPTCA（経皮的冠動脈形成術）や、さらにその部位にステントという器具を入れて固定する治療がよく行われます。また、冠動脈バイパス手術が行われる場合もあります。

【虚血性心疾患の予防】

・虚血性心疾患の3大危険因子は、喫煙・LDLコレステロールの高値・高血圧です。またメタボリックシンドロームも危険因子の一つです。

・健康診断でこれらを早めに見つけることが重要です。生活習慣では、喫煙のほか、動物性の油に多く含まれる飽和脂肪酸のとりすぎ、お酒の飲み過ぎ、食塩のとりすぎ、運動不足、ストレスが虚血性心疾患のリスクを高くします。一方、魚や野菜、大豆製品には、虚血性心疾患を予防する働きがあります。

山岸良匡. 狭心症・心筋梗塞などの心臓病（虚血性心疾患）. e-ヘルスネット. <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/metabolic/m-05-005.html> 厚生労働省. (2019)

【不整脈】

・心臓は安静時に一分間に60-100回、1日10万回程度、片時も休むことなく規則的に拍動を続けていますが、この拍動のリズムの乱れを「不整脈」と呼びます。

・不整脈には多くの種類がありますが、脈拍の乱れの他、脈が速くなりすぎる「頻脈性不整脈」、遅くなりすぎる「徐脈性不整脈」があり、放置しても害のないものから、すぐに対応しなければならぬものまで様々です。

・症状も無症状のものから、動悸・息切れ・胸部の違和感を生じたり、重篤なものでは心不全・意識消失・突然死をきたすものまで千差万別です。

・また、不整脈によっては、心臓内に血液がよどんで血の塊（血栓）が生じ、血流に乗って飛んでいくことで血管が詰まる脳梗塞や腎梗塞などの塞栓症を生じるリスクが高まるものもあります。

・診断は主に不整脈を起こしているときの心電図で行われますが、発作が短時間で自然停止してしまうものでは、病院に到着したときには既に不整脈が治まっており、診断に苦慮することも珍しくありません。

・不整脈の治療は、現在症状を起こしている不整脈を正常に戻し正しい脈を維持するだけでなく、仮に無症状であったり不整脈が落ち着いていても、将来的に脳梗塞や失神・突然死など重大な結果をもたらすリスクの高い患者さんに対しては、不整脈に伴うリスクを避けるための治療を行うことが必要です。

【心不全】

・先に述べた虚血性心疾患や不整脈の他、心臓の筋肉の病気（心筋症）、心臓に備わっている逆流防止弁の異常（弁膜症）あるいは先天的な問題など、何らかの原因により心臓のポンプ機能が低下して身体が必要とするのに十分な血液を送り出すことが出来なくなることを「心不全」といいます。

・心不全には短時間で急激に発症する急性心不全と、慢性的に心機能が低下して比較的緩やかな経過をたどる慢性心不全があります。急性心不全で重篤な場合には呼吸困難や血圧低下に伴うショック状態となり、命に関わる場合もあります。慢性心不全では、足のむくみや運動時の息切れ・だるさなどを自覚することが多いのですが、時に急激な血圧上昇や身体負荷、薬物の中断などで急に病状が悪化、治療による改善を繰り返します。結果として悪循環に陥り徐々に心機能が低下していくことも珍しくありません。

「働く世代のあなたへ 心疾患の治療と仕事の両立お役立ちノート」厚生労働省（2020）より

第2項 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築

(1) 現状と課題

- 医療及び介護に係るサービスの需要の増大及び多様化に対応し続けるためには、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要があります。
- 2024年に適用となる「時間外労働の上限規制」を中心とした医師の働き方改革を見据えた医療提供体制の構築を検討する必要があります。
- かかりつけ医においても循環器病患者を診察する可能性があることから、かかりつけ医等と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われることが必要です。

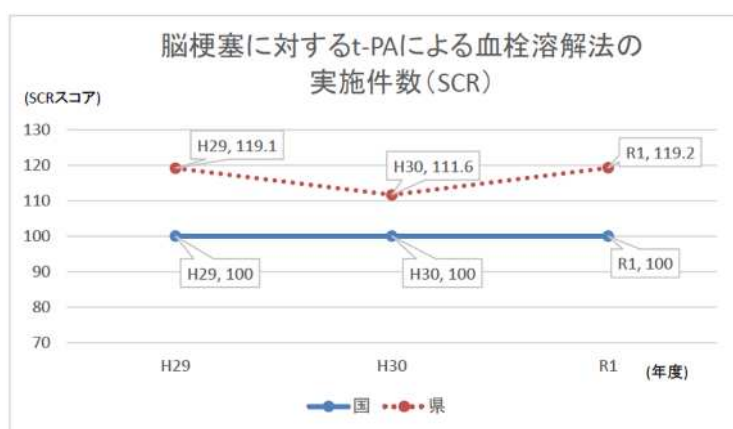
ア 脳卒中の医療提供体制

区分		横浜	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県西	計	
急性期	集中治療室あるいは脳卒中専用集中治療室を有する	病院	24	4	6	2	3	4	2	2	2	49
		診療所										
		計	24	4	6	2	3	4	2	2	2	49
		10万人当たり	0.6	0.5	0.9	0.3	0.4	0.5	0.3	0.2	0.6	0.5
	うち脳卒中専用集中治療室を有する	病院	13	3	3	2						21
		診療所										
		計	13	3	3	2						21
		10万人当たり	0.3	0.4	0.5	0.3						0.2
	抗血栓療法(t-PAによる脳血栓溶解療法を含む)を行う	病院	28	5	7	4	3	5	5	4	3	64
		診療所			1	1	1				1	4
		計	28	5	8	5	4	5	5	4	4	68
		10万人当たり	0.7	0.6	1.2	0.7	0.6	0.7	0.9	0.5	1.2	0.7
	脳血管内手術を行う	病院	23	4	3	3	1	4	3	2	2	45
		診療所										
		計	23	4	3	3	1	4	3	2	2	45
	10万人当たり	0.6	0.5	0.5	0.4	0.1	0.5	0.5	0.2	0.6	0.5	
脳動脈瘤根治術(被包術、クリッピング)を行う	病院	26	5	6	5	2	5	4	4	3	60	
	診療所											
	計	26	5	6	5	2	5	4	4	3	60	
	10万人当たり	0.7	0.6	0.9	0.7	0.3	0.7	0.7	0.5	0.9	0.7	
うち24時間対応を行う	病院	26	4	5	2	2	5	4	4	2	54	
	診療所											
	計	26	4	5	2	2	5	4	4	2	54	
	10万人当たり	0.7	0.5	0.8	0.3	0.3	0.7	0.7	0.5	0.6	0.6	
脳血管疾患等リハビリテーションを行う	病院	31	5	10	7	4	6	5	6	3	77	
	診療所			1					1		2	
	計	31	5	11	7	4	6	5	7	3	79	
	10万人当たり	0.8	0.6	1.7	1.0	0.6	0.8	0.9	0.8	0.9	0.9	
回復期	回復期リハビリテーション病棟を有する	病院	26	3	2	2	4	6	4	8	2	57
		診療所										
		計	26	3	2	2	4	6	4	8	2	57
		10万人当たり	0.7	0.4	0.3	0.3	0.6	0.8	0.7	0.9	0.6	0.6
	機能訓練室を有する	病院	39	5	6	7	6	7	7	12	5	94
		診療所										
		計	39	5	6	7	6	7	7	12	5	94
		10万人当たり	1.0	0.6	0.9	1.0	0.8	1.0	1.2	1.4	1.5	1.0
	視能訓練を行う	病院	11	1	4	2	3	2		1		24
		診療所										
		計	11	1	4	2	3	2		1		24
		10万人当たり	0.3	0.1	0.6	0.3	0.4	0.3		0.1		0.3
	摂食機能療法を行う	病院	37	5	6	6	6	7	7	11	3	88
		診療所	4		1		1					6
		計	41	5	7	6	7	7	7	11	3	94
	10万人当たり	1.1	0.6	1.1	0.8	1.0	1.0	1.2	1.3	0.9	1.0	
脳血管疾患等リハビリテーションを行う	病院	40	5	6	7	6	7	7	12	5	95	
	診療所	6	1	1		3		1	2		14	
	計	46	6	7	7	9	7	8	14	5	109	
	10万人当たり	1.2	0.7	1.1	1.0	1.3	1.0	1.4	1.6	1.5	1.2	
神経・脳血管領域の一次診療を行う	病院	20	1	1	2	4	3	1	8	2	42	
	診療所	128	29	18	11	27	23	25	23	19	303	
	計	148	30	19	13	31	26	26	31	21	345	
	10万人当たり	3.9	3.5	2.9	1.8	4.4	3.5	4.5	3.6	6.2	3.7	

出典:「神奈川県保健医療計画医療機関情報」(令和3年12月20日時点)
 ※ 人口は住民基本台帳(令和3年1月)に基づく

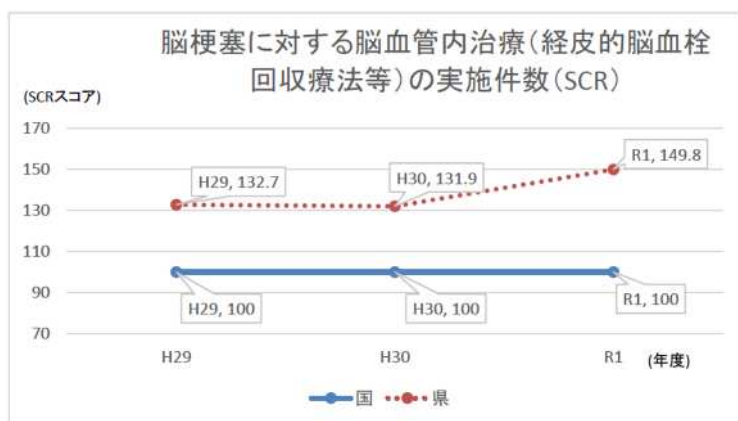
イ t-PA等の状況

- 急性期脳卒中は、発症から迅速な診断と専門医による治療を必要とします。
- また、脳梗塞に対しては、t-PA (tissue-type plasminogen activator) による脳血栓溶解療法（脳の動脈をふさいでいるものを薬で溶かす治療方法）を発症後 4.5 時間以内に開始すること、又は発症後 16 時間以内（原則）に血管内治療による血栓除去術を行うことが重要です。そのためには、発症早期の脳梗塞患者が適切な医療機関へ迅速に受診することが求められ、来院から治療の開始まで 1 時間以内が目安とされています。
- 本県の年齢調整後の脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解法の実施件数 (SCR) (Standardized Claim Ratio²) は令和元年度時点で 119.2 と全国平均を上回っています。



出典：厚生労働省「NDB (National Data Base)」

- 本県の年齢調整後の脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法³等）の実施件数 (SCR) は令和元年度時点で 149.8 と全国平均を上回っています。



出典：内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR)

²地域間の医療提供状況を比較できるように NDB(National Database: レセプト情報・特定健診等情報データベース)のレセプト出現件数を年齢調整したスコアのことです。SCR は、スコアが 100 であれば全国平均となるように設計されていて、100 よりも高ければ全国平均よりも多く、100 よりも低ければ全国平均よりも少なく、医療行為が提供されていることを意味します。

³血管内に血栓回収用デバイスを挿入し、詰まっている血栓をからめて取り除くものです。

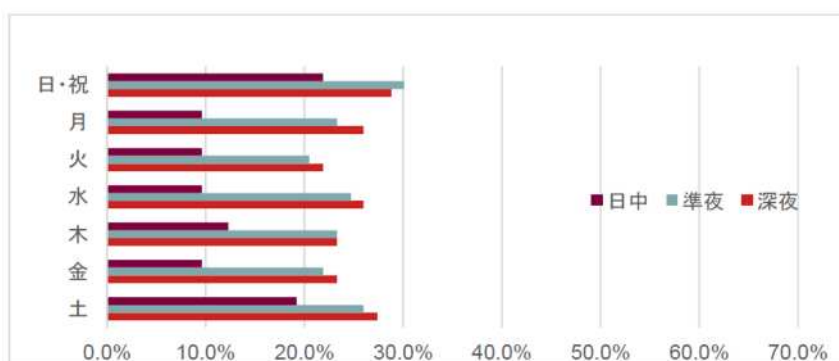
- 県内の急性期脳卒中診療に実績のある施設への調査（令和2年度循環器疾患救急対策推進事業（※））では、救急搬送の受入が困難な曜日・時間帯は、日中は土日祝日の受け入れ困難の割合が比較的高く、準夜・深夜については総じて日中と比較して困難な割合が高くなっています。
- また、「日・祝」の準夜帯は22.4%の施設で受入が困難となっています。

曜日・時間帯別にみた受入困難な施設数（割合）

曜日	全施設 (N=73)		
	日中	準夜	深夜
日・祝	16 (21.9%)	22 (30.1%)	21 (28.8%)
月	7 (9.6%)	17 (23.3%)	19 (26.0%)
火	7 (9.6%)	15 (20.5%)	16 (21.9%)
水	7 (9.6%)	18 (24.7%)	19 (26.0%)
木	9 (12.3%)	17 (23.3%)	17 (23.3%)
金	7 (9.6%)	16 (21.9%)	17 (23.3%)
土	14 (19.2%)	19 (26.0%)	20 (27.4%)

出典：神奈川県が実施した令和2年度「循環器疾患救急対策推進事業」より

曜日・時間帯別にみた受入困難な施設割合



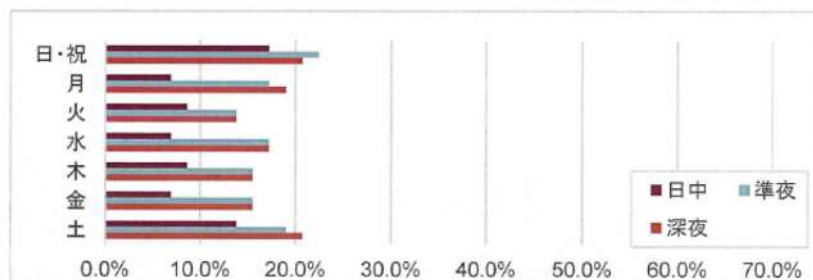
出典：神奈川県が実施した令和2年度「循環器疾患救急対策推進事業」より

曜日・時間帯別にみた受入困難な施設数（割合）（PSC、PSC以外）

曜日	うちPSC (N=58)			うちPSC以外 (N=15)		
	日中	準夜	深夜	日中	準夜	深夜
日・祝	10 (17.2%)	13 (22.4%)	12 (20.7%)	6 (40.0%)	9 (60.0%)	9 (60.0%)
月	4 (6.9%)	10 (17.2%)	11 (19.0%)	3 (20.0%)	7 (46.7%)	8 (53.3%)
火	5 (8.6%)	8 (13.8%)	8 (13.8%)	2 (13.3%)	7 (46.7%)	8 (53.3%)
水	4 (6.9%)	10 (17.2%)	10 (17.2%)	3 (20.0%)	8 (53.3%)	9 (60.0%)
木	5 (8.6%)	9 (15.5%)	9 (15.5%)	4 (26.7%)	8 (53.3%)	8 (53.3%)
金	4 (6.9%)	9 (15.5%)	9 (15.5%)	3 (20.0%)	7 (46.7%)	8 (53.3%)
土	8 (13.8%)	11 (19.0%)	12 (20.7%)	6 (40.0%)	8 (53.3%)	8 (53.3%)

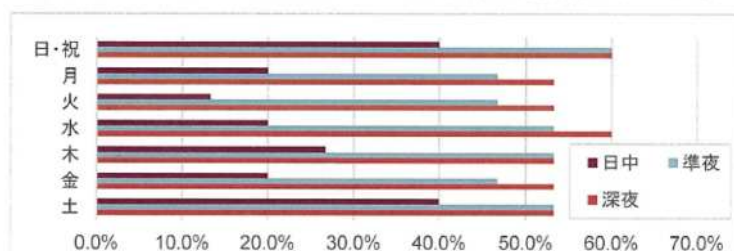
出典：神奈川県が実施した令和2年度「循環器疾患救急対策推進事業」より

曜日・時間帯別にみた受入困難な施設割合 (PSC)



出典：神奈川県が実施した令和2年度「循環器疾患救急対策推進事業」より

曜日・時間帯別にみた受入困難な施設割合 (PSC 以外)



出典：神奈川県が実施した令和2年度「循環器疾患救急対策推進事業」より

(※) 令和2年度「循環器疾患救急対策推進事業」による調査について

1 目的

- 早期治療の有無がその後の生活の質に大きく影響する脳血管疾患や心血管疾患等の循環器疾患について、医療資源や搬送体制がひっ迫する地域や災害時においても適切な治療が提供できるよう、専門医療機関を中心とする救急医療提供体制の再構築に向けた検討を行う。

2 調査内容

- 急性期脳卒中診療、とりわけrt-PA療法の施用に焦点を当てて

- ・現状のrt-PA療法対応の実態
- ・現状ならびに将来のrt-PA療法施行の阻害要因
- ・地域における円滑なrt-PA療法施行に向けた課題

を把握することを目指し、診療体制、診療実績及び現状および将来の課題感、必要とする支援について調査項目を設定した。

3 調査対象先

- 県の既存調査をもとに急性期脳卒中診療に実績のある77施設（うちPSC認定施設※62施設）を対象とした。

※PSC認定施設

Primary Stroke Centerの略。24時間365日脳卒中や脳卒中を疑う患者を受け入れ、rt-PA療法を施行できる施設として日本脳卒中学会が認定するもの。神奈川県内の認定施設は62施設。

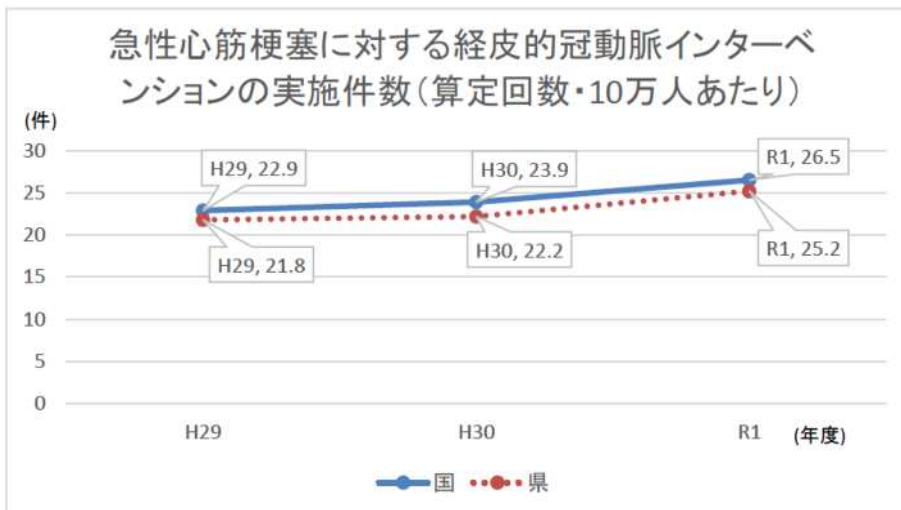
ウ 心血管疾患医療提供体制

区分		横浜	川崎 北部	川崎 南部	横浜 東部	湘南 東部	湘南 西部	県央	相模原	県西	県平均	全国 合計	全国 平均	出典	
循環器内科医師数	集計値	293	51	59	66	41	62	48	62	27	79	12,732		平成30年 医師・歯科 医師・薬剤 師調査	
循環器内科医師数	10万人あ たり	7.8	6.1	9.1	9.1	5.7	10.6	5.6	8.6	7.8	7.8		10.0		
心臓血管外科医師数	集計値	78	12	22	18	9	12	13	16	5	20	3,214			
心臓血管外科医師数	10万人あ たり	2.1	1.4	3.4	2.5	0.7	2.1	1.5	2.2	1.4	1.9		2.5		
心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数	レセプト 件数	1,201	248	279	314	149	268	261	265	175	351			令和元年度 NDB	
心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数	10万人あ たり	32.1	29.4	42.6	43.7	20.5	46.1	30.5	36.9	50.8	36.9				
うち心筋梗塞に対する来院後90分以内 冠動脈再開通件数	レセプト 件数	790	110	163	224	122	160	200	165	120	228				
うち心筋梗塞に対する来院後90分以内 冠動脈再開通件数	10万人あ たり	21.1	13.0	24.9	31.2	16.8	27.5	23.4	23.0	34.8	24.0				
心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)届出 施設数(集計値)	集計値	23	4	7	4	3	5	2	6	2	6	1,303		令和2年3 月31日 診療報酬 施設基準	
心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)届出 施設数(10万人あたり)	10万人あ たり	0.6	0.5	1.1	0.6	0.4	0.9	0.2	0.8	0.6	0.6		1.0		
心大血管リハビリテーション料(Ⅱ)届出 施設数(集計値)	集計値	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	135			
心大血管リハビリテーション料(Ⅱ)届出 施設数(10万人あたり)	10万人あ たり	0.03	0.12	0.15	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.05		0.11		
入院心血管疾患リハビリテーションの実 施件数(レセプト件数)	レセプト 件数	4,348	1,151	1,857	1,667	468	1,220	1,051	1,256	781	1,533			令和元年度 NDB	
入院心血管疾患リハビリテーションの実 施件数(人口10万人あたり)	10万人あ たり	116.1	136.2	283.2	232.1	64.5	209.9	122.9	174.8	226.7	174.1				
外来心血管疾患リハビリテーションの実 施件数(レセプト件数)	レセプト 件数	3,251	624	1,493	426	361	1,375	156	2,516	507	1,190				
外来心血管疾患リハビリテーションの実 施件数(人口10万人あたり)	10万人あ たり	86.8	73.9	227.7	59.3	49.7	236.6	18.2	350.2	147.2	138.8				
区分		横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	川崎 北部	川崎 南部	横浜東 部・三浦	湘南 東部	湘南 西部	県央	相模原	県西	県平均	全国 平均	出典
在宅等生活の場において獲得した 虚血性心疾患患者の割合(%)		97.5	96.7	98.3	96.7	98	97.8	93.3	93.1	96	97.6	95.1	96.37	93.5	平成29年 患者調査

※横浜医療圏は平成30年から医療圏を3から11に統合

エ インターベンション⁴の実施状況

- 急性心筋梗塞に対しては速やかにインターベンションを行うことで予後の改善につながる事が明らかになっています。
- 心血管疾患に対する来院後90分以内の冠動脈再開通達成率は、平成30年度時点で13.4%と全国平均の13.9%を下回っています。
- 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(算定回数)は、令和元年度時点で10万人あたり25.2件と全国平均の26.5件を下回っています。



出典：厚生労働省「NDB (National Data Base)」

⁴狭心症や心筋梗塞などの虚血性心疾患において、カテーテルを冠動脈内に挿入して種々の方法で狭窄ないし閉塞を解除して血流を再開させる療法の総称です。

- 心血管疾患についても、2024年に適用となる「時間外労働の上限規制」を中心とした医師の働き方改革を見据えた医療提供体制の構築を検討する必要があります。
- また、かかりつけ医等においても循環器病患者を診察する可能性があることから、かかりつけ医等と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われる必要があります。

(2) 取り組むべき施策（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者）

- 県内のどこに住んでいても、どこで発症しても、適切な治療を受けられる体制の構築を進め、脳卒中、心血管疾患の特性に応じた医療の均てん化を図るため、医療機能の役割分担と連携に係る検討を進めます。
- 医師の働き方改革を見据えつつ、本県の実情に応じた医療提供体制の構築に向けた検討を進めます。
- 脳卒中、心筋梗塞などの専門治療施設が中心となり、迅速な救急搬送と専門施設への患者受入を目的としたネットワーク（CCUネットワーク等）を構築することにより、救急病院と消防機関の連携を進め、急性期医療の充実に努めます。
- 県は、関係機関、医療機関・医療関係者等の意見を聞いて、脳・心疾患それぞれの病院の連携体制やICTの効果的な活用等について、検討を進めます。

第3項 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

(1) 現状と課題

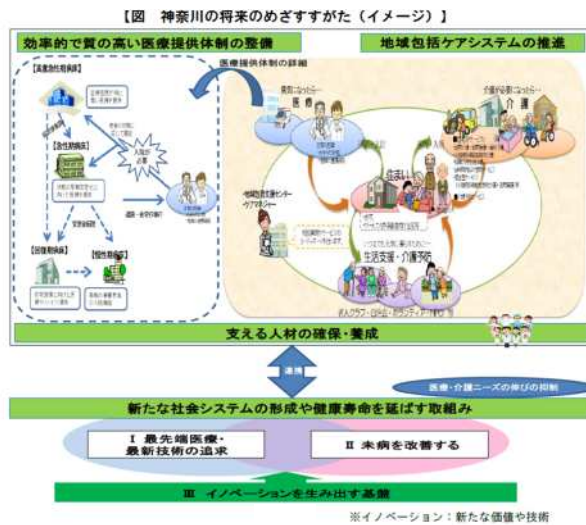
- 循環器病患者は、慢性期に、脳卒中後の後遺症の残存や心血管疾患治療後の身体機能の低下等により、生活の支援や介護が必要な状態に至るなどの場合があります。
- また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や、服薬の徹底等適切な管理及びケアを行うことも必要です。
- そのため、慢性期においても循環器病の再発予防や重症化予防のためにそれぞれの関係機関が相互に連携しながら、継続して必要な医療、介護及び福祉に係るサービスを提供することが重要です。

連番	指標名	全国			神奈川県		
		H29	H30	R1	H29	H30	R1
27	訪問診療の実施件数	13,522.5	13,775.9	14,397.9	17,177.3	17,872.4	19,157.7
28	訪問看護利用者数（医療）	392.1	375.2	358.2	332.1	360.1	352.4
29	訪問看護利用者数（介護）	4,449.9	4,788.6	5,180.7	5,029.6	5,488.0	6,028.9
30	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療）	4.3	3.9	3.6	1.6	2.1	1.2

出典：厚生労働省「NDB（National Data Base）」、介護保険事業状況報告（年報）

(2) 取り組むべき施策（県、市町村、関係機関、医療・福祉機関、医療・介護関係者、県民）

- 介護や生活支援が必要となっても、住み慣れた地域で引き続き安心して暮らすことができるよう、医療や介護、生活支援などのサービスが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を一層推進するなど、地域で支え合う社会づくりを進めます。
- 患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」の役割や必要性について、広域的な普及啓発を行います。
- 救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進、並びに患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」等を持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーションの必要性を認識してもらい、県民が主体的に医療に関わっていくよう、普及啓発に取り組みます。
- 介護保険サービス等の適切な提供とその基盤づくりを進めます。
- 県は、在宅医療トレーニングセンターなどで研修等を通じた教育の機会を継続的に設け、かかりつけ医として地域の診療体制を担う医師を育成します。
- 県は、関係機関、医療機関・医療関係者等の意見を聞いて、ICTの活用も含めた循環器の専門医と地域のかかりつけ医等の連携体制について、検討を進めます。



第4項 リハビリテーション等の取組

(1) 現状と課題

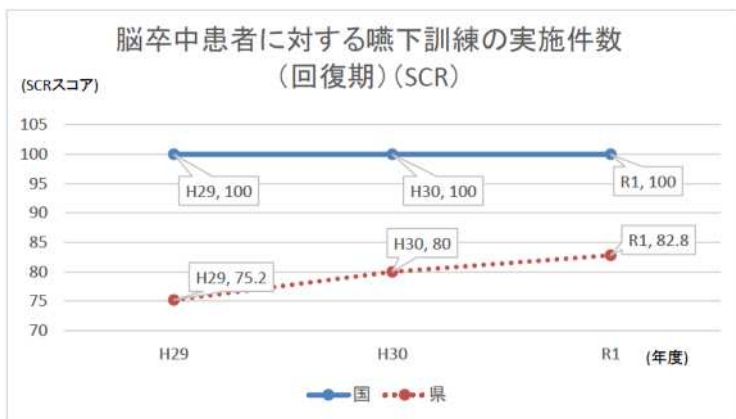
(脳卒中)

- 脳卒中のリハビリテーションは、
 - ・合併症の予防や患者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する急性期のリハビリ、
 - ・身体機能の回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的に訓練室で集中的に行う回復期のリハビリ、
 - ・回復又は残存した機能を活用し、歩行能力や食事・排泄・入浴などの生活機能の維持・

向上を目的に行う維持期のリハビリ

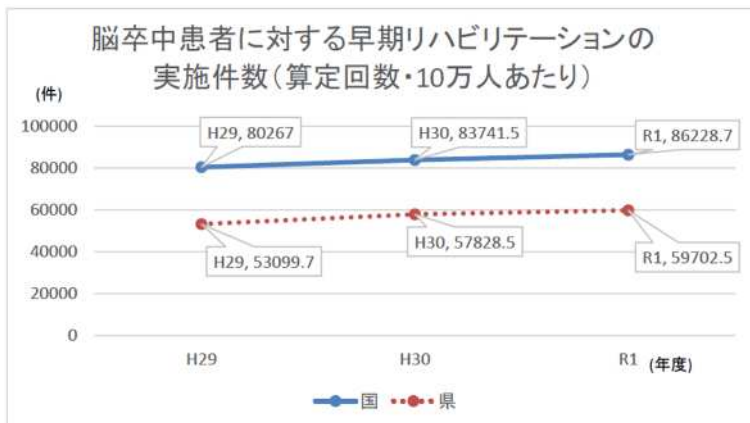
に分けられますが、一貫した流れで行われることが推奨されています。

- ただし、脳卒中の患者は、急性期以降の経過、予後が個人により大きく異なるため、回復期リハビリを経て生活の場に復帰するという一般的な経過の他にも、急性期後に直接生活の場に戻り、必要に応じて訪問看護や訪問リハビリテーションを行うなど、個々の患者の状態に応じた対応が行われます。
- 脳血管疾患の後遺症として、摂食嚥下障害を患うと、口腔機能低下により誤嚥性肺炎や低栄養などをきたし、生活の質の低下や生命の危険につながります。そのため、口腔機能低下を防ぐため、早期の摂食嚥下リハビリテーションが必要です。
- 本県の年齢調整後の脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（回復期）（SCR）は令和元年度時点で82.8と全国平均を下回っています。



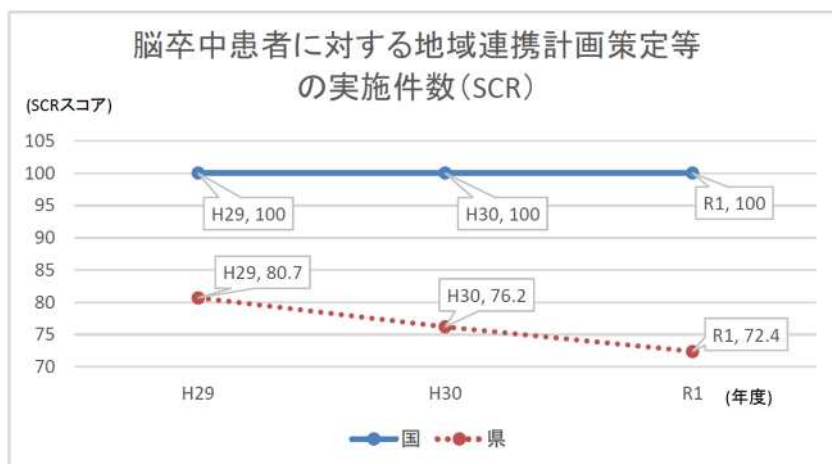
出典：内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR)

- 脳卒中は、死亡を免れても麻痺等の後遺症を残すことが多く、要介護の主要な原因となっていることから、後遺症軽減に向け、可能な限り早期にリハビリテーションを開始することが重要です。
- 本県の脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数（算定回数）は、令和元年度時点で10万人あたり59,702.5件と全国平均の86,228.7件を下回っています。



出典：厚生労働省「NDB (National Data Base)」

- 脳卒中の患者は、回復期のリハビリテーションを行う際など、生活の場から離れた医療機関で医療が提供されることがあるため、在宅等の生活の場に復帰するためには、広域的な医療機関連携が円滑に行われる必要があります。
- 本県の年齢調整後の脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（SCR）は、令和元年度時点で72.4と全国平均を下回っています。



出典：内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR)

- リハビリテーションを担う理学療法士等の人口10万人当たりの数も、平成29年時点で全国平均を下回っています。

【人口10万人当たりの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士数】

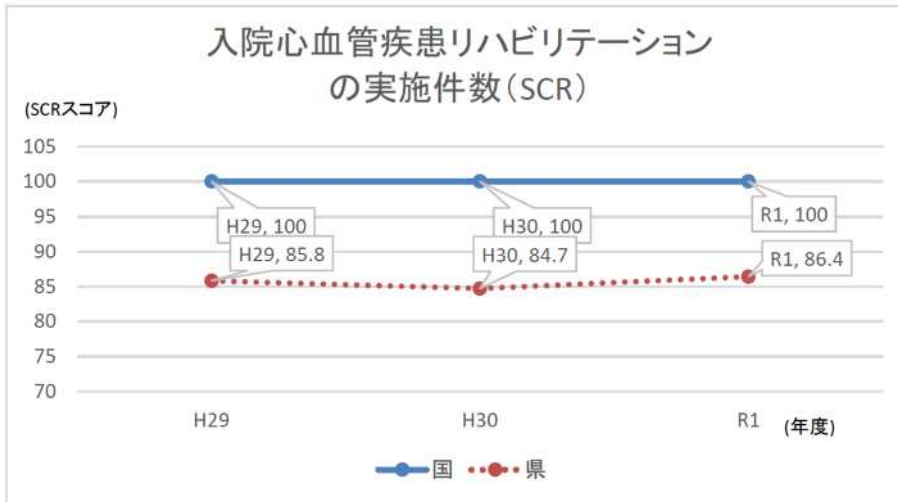
	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
全国	72.1人	37.7人	13.1人
神奈川県	45.5人	22.6人	8.3人

出典：平成29年医療施設静態調査

- 脳卒中発症後の治療の中断を防ぐとともに、切れ目のないリハビリテーションを提供していくことで、罹患後の生活の質（QOL）の向上が望めるため、急性期病院から回復期を経て在宅・介護施設へと円滑に移行できるよう、医療機関と地域の介護保険サービスを提供する事業所とが適切に連携できる体制が必要です。

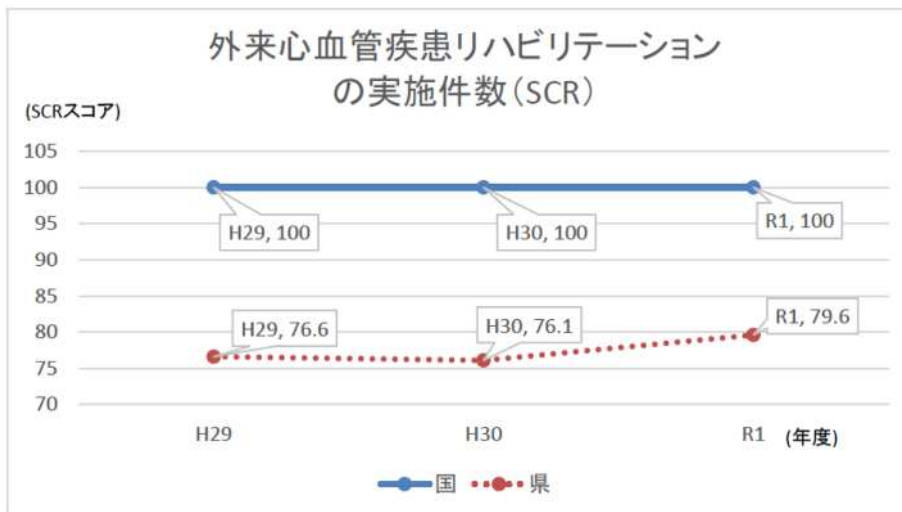
(心血管疾患)

- 慢性心不全の増悪予防のためには、薬物療法に加え、運動療法、患者教育等を含む「心血管疾患リハビリテーション」を、入院中から退院後まで継続して行うことが望めます。
- 本県の年齢調整後の入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）は、令和元年度時点で86.4と全国平均を下回っています。



出典：内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR)

- 本県の年齢調整後の外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)は、令和元年度時点で79.6と全国平均を下回っています。



出典：内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR)

- リハビリテーションを担う理学療法士等の人口10万人当たりの数も、平成29年時点で全国平均を下回っています。(再掲)

(2) 取り組むべき施策

- 急性期から回復期及び維持期までの状態に応じたリハビリテーションの提供等の取組を進めます。
- 県は市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、「神奈川県地域リハビリテーション連携指針」に基づき、保健・医療・福祉の連携を図り、地域においてそれぞれの状態に応じた適切なリハビリテーションサービスが円滑に提供されるように推進します。

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、多職種協働により、早期からの退院調整を推進するとともに、在宅医療・介護の充実を図ります。
- 県は、脳卒中、心血管疾患の治療に対応できる医療機関とその機能について、「かながわ医療情報検索サービス」を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じて県民への分かりやすい情報提供を行い、連携の推進を図ります。
- 県は市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者とともに、摂食嚥下障害に伴う口腔機能低下による誤嚥性肺炎や低栄養の発症を防止するため、咀嚼機能の回復維持や口腔ケア、適切な栄養摂取法など、早期の摂食嚥下リハビリテーションを推進します。
- 県は、修学資金の貸付を通じて、理学療法士等の確保・定着を推進します。
- 県は、人材育成のための研修などを実施し、適切なリハビリテーションの提供に向けた支援に取り組みます。また、人材育成に向けた研修を実施する団体等を支援します。

(脳卒中)

- 県は、急性期、回復期及び維持期の各病期を担う医療機関における、地域の状況に応じたきめ細かな連携を促進するため、脳卒中地域連携クリティカルパスの普及を図ります。
- 医療機関・医療関係者は、地域連携クリティカルパスの活用などにより、急性期治療からリハビリテーション、在宅医療に至る治療過程を患者にわかりやすく説明するよう努めます。

(心血管疾患)

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、運動療法による体力の回復、正しい運動の習慣化、生活・栄養指導等の包括的な心血管疾患リハビリテーション等を推進し、フレイル⁵やサルコペニア⁶対策も視野に入れつつ再発と増悪の予防を図ります。

第5項 循環器病の緩和ケア

(1) 現状と課題

- 平成26(2014)年の世界保健機関(WHO)からの報告によると、成人において緩和ケアを必要とする疾患別割合の第1位は循環器疾患、第2位は悪性新生物(がん)となっています。
- 循環器疾患は、病気の進行とともに、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」が増悪することを踏まえて、疾患の初期段階から継続して緩和ケアを必要とする疾患です。

⁵年をとって心身の活力(筋力・認知機能・社会とのつながりなど)が低下した状態を「フレイル」といいます。フレイルは「虚弱」を意味する英語「frailty」を語源として作られた言葉です。多くの人が健康な状態からこのフレイルの段階を経て、要介護状態に陥ると考えられています。

⁶高齢になるに伴い、筋肉の量が減少していく現象をいいます。

(参考：e-ヘルスネット(厚生労働省))

- 加えて、例えば、臨床経過の特徴として増悪を繰り返すことが挙げられる心不全については、治療と連携した緩和ケアも必要とされています。

(2) 取り組むべき施策（県、市町村、関係機関、医療・福祉機関、医療・介護関係者、県民）

- 循環器病患者の全人的な苦痛に対して、患者の状態に応じた適切な緩和ケア（全人的なケア）を多職種連携や地域連携の下で、治療の初期段階から行うよう推進します。
- 県は、日本心不全学会公認の緩和ケア推進委員会オフィシャルコースとして採択されている HEPT の周知を行い、循環器病の緩和ケアを担う人材の増加を目指します。

第6項 循環器病の後遺症を有する者等に対する支援

(1) 現状と課題

- 循環器病は、急性期に救命されたとしても、様々な後遺症を残す可能性があります。
- 後遺症により、日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態となり得ますが、このような場合には必要な福祉サービスを受けることができることとなっています。
- ただし、その福祉サービスの提供や後遺症に対する支援について、患者が十分に享受できていないとの課題が指摘されています。
- また、脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障害がわかりにくい摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があり、社会的理解なども必要です。
- さらに、脳卒中を含む脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・入院している患者（約 112 万人）のうち、約 16%（約 18 万人）が 20～64 歳です。
- 一般に、脳卒中というと手足の麻痺、言語障害等の大きな障害が残るというイメージがありますが、65 歳未満の患者においては、約 7 割がほぼ介助を必要としない状態まで回復するとの報告もあります。
- 脳卒中の発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰（復職）することが可能な場合も少なくありませんが、復職に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障害者就労支援などとの適切な連携が求められます。
- また、虚血性心疾患を含む心疾患の患者（約 173 万人）のうち約 16%（約 28 万人）が 20～64 歳です。
- 治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰できるケースも多く存在しますが、治療法や治療後の心機能によっては継続して配慮が必要な場合があります。

(2) 取り組むべき施策（県、市町村、関係機関、医療・福祉機関、医療・介護関係者、県民）

- 介護サービス情報の公表制度による事業者情報をはじめ、介護保険サービスの利用者や家族、介護支援専門員（ケアマネジャー）等が必要とする介護・福祉サービスに関する

情報を迅速に提供し、サービスの選択を支援します。

- また、脳卒中や虚血性心疾患だけでなく、成人先天性心疾患や心筋症等、幅広い病状を呈する循環器病患者が社会に受け入れられ、自身の病状に応じて治療の継続を含めて自らの疾患と付き合いながら就業できるよう、循環器病患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援や事業主への各種助成金を活用した就労支援等に必要な情報の周知に取り組みます。

第7項 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

(1) 現状と課題

- 循環器病の中には、100人に1人の割合で出生する先天性心疾患や小児不整脈、小児脳卒中、家族性高コレステロール血症等といった小児期・若年期から配慮が必要な疾患があります。学校健診等の機会を通じて、小児の循環器病が見つかることもあります。
- 近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に慢性疾病に罹患した患者全体の死亡率は、大きく減少し、多くの子ども達の命が救われるようになりました。
- その一方で、小児患者の治療に当たっては保護者の役割が大きいこと、また、原疾患の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま、思春期、さらには成人期を迎える患者が増えていることなどの現状があり、そのような患者の自立等に関する課題もあります。
- 胎児期の段階を含め、小児から成人までの生涯を通じて切れ目のない医療が受けられるよう、他領域の診療科との連携や、移行医療を含めた総合的な医療体制の充実が求められています。

(2) 取り組むべき施策（県、市町村、関係機関、医療・福祉機関、医療・介護関係者、県民）

- 成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（平成30年法律第104号）に基づき、子どもたちの健やかな成育を確保するため、成育過程を通じた切れ目ない支援などを基本理念として、医療、保健、教育、福祉等の関係施策を総合的に推進します。
- 県は、小児慢性特定疾病の児童が成人後も適切な医療を受けられるよう、小児期から成人期への円滑な移行期医療を推進するため、2020年4月1日に「かながわ移行期医療支援センター」を開設し、医療機関や患者、家族からの相談を受け、円滑に移行が進むよう努めていきます。

第3節 循環器病の研究推進

第1項 現状と課題

- 循環器病について、国では、「健康・医療戦略」（令和2年3月27日閣議決定、令和3年4月9日一部変更）、「医療分野研究開発推進計画」（令和2年3月27日健康・医療戦略推進本部決定、令和3年4月6日変更）等を踏まえ、厚生労働省、文部科学省及び経済産業省が連携し、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for

Medical Research and Development, AMED) を通じて、基礎的な研究から実用化のための研究開発までの各研究段階において、様々な研究が推進されているほか、国立循環器病研究センターをはじめとした医療・研究機関等での研究も進められています。

- また、神奈川県内の県立病院は、それぞれの病院の特性に応じて研究開発の役割を担っています。
- さらに、本県では、「最先端医療・最新技術の追求」と「未病の改善」という2つのアプローチを融合させ、持続可能な新しい社会システムを創造していく「ヘルスケア・ニューフロンティア」政策を進めています。
- 県が川崎市殿町地区に公民共同で整備したライフイノベーションセンター（LIC）では、急性心筋梗塞や脳梗塞の患者を対象とした再生細胞医療等製品の臨床試験の実施や、心不全向けの再生細胞医療等製品の医師主導治験などが進められています。
- 他にも、かながわサイエンスパーク（川崎市高津区）や湘南ヘルスイノベーションパーク（湘南アイパーク）（藤沢市）を中心に、循環器病に関する研究開発や製品開発及びサービス提供が行われています。
- 一方で、循環器病では、疾病予防や予測、発症予兆の把握、発症時における現場での早期介入、急性期医療、急性期・回復期・維持期までのリハビリテーションなど、各段階における多様なアプローチが必要ですが、依然として解決すべき課題が残されています。

第2項 取り組むべき施策

- 県立病院において、臨床研究の推進の一環として循環器病を対象とする治験に取り組みます。
- また、県のヘルスケア・ニューフロンティア施策における循環器病の研究推進では、特に、「発症直前の予兆から救急搬送開始まで」の間を「発症期」として新たに着目するとともに、「予防・早期介入から後遺症を有する者のQOL向上に資する方法まで」の研究開発について、学術分野や組織の境界を取り払い、医学の取組に加え、理工学や人文社会科学の学術的知見などを融合させた研究開発を推進します。

1. 脳卒中指標一覧

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H17	H22	H27	H17	H22	H27	年度	目標値
1	脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）	61.9	49.5	37.8	58.9	45.6	36.6	R5	32.9
2	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）	36.1	26.9	21	33.9	26	19	R5	17.1
3	脳卒中標準化死亡率（全体）（男性）	100	100	100	94.6	92.9	92.6	R5	低下
4	脳卒中標準化死亡率（全体）（女性）	100	100	100	98	96.5	91.1	R5	低下
5	脳卒中標準化死亡率（脳出血）（男性）	100	100	100	104.6	99.4	101.8	R5	低下
6	脳卒中標準化死亡率（脳出血）（女性）	100	100	100	105.2	102	100.2	R5	低下
7	脳卒中標準化死亡率（脳梗塞）（男性）	100	100	100	91.5	92	88.8	R5	低下
8	脳卒中標準化死亡率（脳梗塞）（女性）	100	100	100	96.2	96.8	87.8	R5	低下

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H25	H28	R1	H25	H28	R1	年度	目標値
9	健康寿命（男）	71.19	72.14	72.68	71.57	72.3	73.15	R5	延伸
10	健康寿命（女）	74.21	74.79	75.38	74.75	74.64	74.97	R5	延伸

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H23	H26	H29	H23	H26	H29	年度	目標値
11	脳血管疾患受療率（入院）	137	125	115	95	92	88	R5	減少
12	脳血管疾患受療率（外来）	89	74	68	57	72	51	R5	減少

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
13	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	39.3	39.3	39.5	39.6	39.4	39.4	R5	39.4
14	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（算定回数）	8.1	8.3	9.5	8.7	8.4	10.3	R5	9.6
15	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（SCR）	100	100	100	119.1	111.6	119.2	R5	増加
16	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収装置等）の実施件数（SCR）	100	100	100	132.7	131.9	149.8	R5	増加
17	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（算定回数）	12.1	11.7	11.0	12.2	11.2	10.7	R5	増加
18	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（算定回数）	10.3	11.2	12.0	8.4	9.3	10.1	R5	増加
19	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（急性期）（SCR）	不明	100	100	不明	117.8	129.5	R5	増加

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
20	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数（算定回数）	80,267.0	83,741.5	86,228.7	53,099.7	57,828.5	59,702.5	R5	増加
21	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数（SCR）	100	100	100	91.7	93.1	93.5	R5	増加
22	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）	59.4	68.0	69.1	42.6	46.6	44.7	R5	増加
23	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（SCR）	100	100	100	80.7	76.2	72.4	R5	増加
24	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（回復期）（SCR）	100	100	100	75.2	80	82.8	R5	増加
25	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（算定回数）	132,880.3	134,504.5	136,626.2	91,536.6	96,018.7	100,661.8	R5	増加

注：20～24の掲載データは脳卒中患者に限定していない。

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H23	H26	H29	H23	H26	H29	年度	目標値
26	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	58.7%	56.3%	57.4%	(データなし)			(目標なし)	
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
27	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(医療)	198.4	200.9	204.5	60.5	68.1	52.4	R5	増加
28	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(介護)	950.7	1,031.6	1,095.3	606.6	650.4	693.2	R5	増加
29	通所リハビリを受ける利用者数	5,502.7	5,617.0	5,850.3	3,017.9	3,004.2	3,044.8	R5	増加
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H25	H28	R1	H25	H28	R1	年度	目標値
30	喫煙率(男)	33.7%	31.1%	28.8%	30.2	29.6	26.7	R5	低下
31	喫煙率(女)	10.7%	9.5%	8.8%	9.8	10.9	8.4	R5	低下
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
32	ニコチン依存管理料を算定する患者数	369.1	377.0	345.9	326.8	328.0	293.1	R5	増加
33	ハイリスク飲酒者の割合(男)	14.7	15	14.9	(データなし)			(目標なし)	
34	ハイリスク飲酒者の割合(女)	8.6	8.7	9.1	(データなし)			(目標なし)	
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H25	H28	R1	H25	H28	R1	年度	目標値
35	健診受診率(男)	70.6	75	77.2	73.2	76.2	77.7	R5	上昇
36	健診受診率(女)	62.2	67.3	69.7	59.6	63.9	66.9	R5	上昇
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H25	H26	H27	H25	H26	H27	年度	目標値
37	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者数(該当者数)	2,820	2,963	3,073	2,537	2,750	2,840	R5	減少
38	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者数(予備群者数)	2,253	2,421	2,496	2,240	2,404	2,466	R5	減少
39	特定保健指導対象者数・終了者数(対象者数)	3,332.1	3,465.0	3,564.4	3,268.3	3,522.6	3,577.2	R5	増加
40	特定保健指導対象者数・終了者数(終了者数)	598.4	616.2	623.7	424.7	434.0	435.3	R5	増加
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
41	救急隊の救急救命士運用率	91.2	90.9	91.7	100	100	100	R5	維持
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H23	H26	H29	H23	H26	H29	年度	目標値
42	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数(病院数)	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	R5	増加
43	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数(病床数)	0.5	0.7	1.0	0.8	0.9	0.9	R5	増加
44	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数(理学療養士)	48.5	60.7	72.1	(データなし)			R5	増加
45	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数(作業療法士)	27.9	33.2	37.7	(データなし)			R5	増加
46	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数(言語聴覚士)	9.0	11.2	13.1	(データなし)			R5	増加
47	医療ソーシャルワーカー数	7.4	8.3	11.2	(データなし)			R5	増加
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
48	訪問看護を受ける患者数(医療)	392.1	375.2	358.2	332.1	360.1	352.4	R5	増加
49	訪問看護を受ける患者数(介護)	4,449.9	4,788.6	5,180.7	5,029.6	5,488.0	6,028.9	R5	増加

心血管疾患指標一覧

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H17	H22	H27	H17	H22	H27	年度	目標値
1	心疾患の年齢調整死亡率（男）	83.7	74.2	65.4	76	69.3	64.5	R5	低下
2	心疾患の年齢調整死亡率（女）	45.3	39.7	34.2	42.7	35.7	31.5	R5	低下
3	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（男）	25.9	20.4	16.2	25.3	21.9	16.2	R5	低下
4	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（女）	11.5	8.4	6.1	11.1	7.9	4.8	R5	低下

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H15~H19	H20~H24	H25~H29	H15~H19	H20~H24	H25~H29	年度	目標値
5	心疾患標準化死亡率（全体）（男性）	100	100	100	91.9	93.1	96.6	R5	低下
6	心疾患標準化死亡率（全体）（女性）	100	100	100	93.4	91.1	89.4	R5	低下
7	心疾患標準化死亡率（急性心筋梗塞）（男性）	100	100	100	103.2	106	98.2	R5	低下
8	心疾患標準化死亡率（急性心筋梗塞）（女性）	100	100	100	96	95.7	78.6	R5	低下
9	心疾患標準化死亡率（心不全）（男性）	100	100	100	112.2	120.7	142.3	R5	低下
10	心疾患標準化死亡率（心不全）（女性）	100	100	100	101.5	100.8	106.9	R5	低下

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H25	H28	R1	H25	H28	R1	年度	目標値
11	健康寿命（男）	71.19	72.14	72.68	71.57	72.3	73.15	R5	延伸
12	健康寿命（女）	74.21	74.79	75.38	74.75	74.64	74.97	R5	延伸

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標			
		H23	H26	H29	H23	H26	H29	年度	目標値		
13	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	（データなし）			（データなし）			2.99	2.19	R5	減少
14	虚血性心疾患受療率（入院）	13	12	12	9	10	10	R5	減少		
15	虚血性心疾患受療率（外来）	49	47	44	32	40	42	R5	減少		

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
16	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	39.3	39.3	39.5	39.6	39.4	39.4	R5	39.4

注：掲載データは心血管疾患患者に限定していない。

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
17	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（算定回数）	22.9	23.9	26.5	21.8	22.2	25.2	R5	増加
18	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（SCR）	100	100	100	不明	不明	不明	（目標なし）	
19	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	13.3	13.0	12.9	12.0	11.4	12.5	R5	増加
20	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）	5,321.5	5,507.1	5,773.1	4,148.2	4,199.7	4,557.4	R5	増加
21	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	100	100	100	85.8	84.7	86.4	R5	増加

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
22	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（算定回数）	408.9	466.7	491.2	428.8	526.3	488.9	R5	増加
23	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（SCR）	100	100	100	98.2	99.5	86.1	R5	増加
24	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）	59.4	67.8	68.7	42.6	46.6	44.8	R5	増加
25	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（SCR）	100	100	100	80.7	76.2	72.4	R5	増加

注：掲載データはいずれも心血管疾患患者に限定していない。

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H23	H26	H29	H23	H26	H29	年度	目標値
26	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	9.5	8.2	8.6	5.8	5.4	8.4	R5	短縮

連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
27	訪問診療の実施件数	13,522.5	13,775.9	14,397.9	17,177.3	17,872.4	19,157.7	R5	増加
28	訪問看護利用者数（医療）	392.1	375.2	358.2	332.1	360.1	352.4	R5	増加
29	訪問看護利用者数（介護）	4,449.9	4,788.6	5,180.7	5,029.6	5,488.0	6,028.9	R5	増加
30	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療）	4.3	3.9	3.6	1.6	2.1	1.2	R5	増加
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H25	H28	R1	H25	H28	R1	年度	目標値
31	喫煙率（男）	33.7%	31.1%	28.8%	30.2	29.6	26.7	R5	低下
32	喫煙率（女）	10.7%	9.5%	8.8%	9.8	10.9	8.4	R5	低下
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
33	ニコチン依存管理の実施件数	369.1	377.0	344.2	326.8	328.0	293.8	R5	増加
34	ハイリスク飲酒者の割合（男）	14.7	15	14.9	(データなし)			(目標なし)	
35	ハイリスク飲酒者の割合（女）	8.6	8.7	9.1	(データなし)			(目標なし)	
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H23	H26	H29	H23	H26	H29	年度	目標値
36	健診受診率（男）	70.6	75	77.2	73.2	76.2	77.7	R5	上昇
37	健診受診率（女）	62.2	67.3	69.7	59.6	63.9	66.9	R5	上昇
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
38	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	1.5	1.7	1.6	1.6	1.6	1.8	R5	1.6
39	救急隊の救急救命士運用率	91.2	90.9	91.7	100	100	100	R5	維持
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H23	H26	H29	H23	H26	H29	年度	目標値
40	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数・病床数（病院数）	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	R5	増加
41	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数・病床数（病床数）	1.4	1.4	1.3	0.8	0.8	1.0	R5	増加
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		R2			R2			年度	目標値
42	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	0.6			0.5			R5	増加
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H29	H30	R1	H29	H30	R1	年度	目標値
43	入退院支援の実施件数（算定回数）入退院支援加算1	1,293.6	1,789.4	2,215.7	1,773.5	1,923.6	2,351.1	R5	増加
44	入退院支援の実施件数（算定回数）入退院支援加算2	377.3	338.2	311.8	201.6	149.2	145.8	R5	増加
45	入退院支援の実施件数（SCR）入退院支援加算1	100	100	100	110.7	117.7	115.4	R5	増加
46	入退院支援の実施件数（SCR）入退院支援加算2	100	100	100	59.6	48.7	51.4	R5	増加
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H23	H26	H29	H23	H26	H29	年度	目標値
47	訪問診療を実施している診療所数・病院数（診療所数）	15.7	16.2	15.9	(データなし)			(目標なし)	
48	訪問診療を実施している診療所数・病院数（病院数）	1.9	2.1	2.1	(データなし)			(目標なし)	
連番	指標名	全国			神奈川県			神奈川県目標	
		H26	H28	H30	H26	H28	H30	年度	目標値
49	訪問看護師数	23.6	27.4	33.8	24.6	20.6	23.8	R5	増加

脳卒中 ロジックモデル

番号	C初期アウトカム	C初期アウトカム指標	番号	B中間アウトカム	B中間アウトカム指標	番号	A分野アウトカム	A分野アウトカム指標
1	基礎疾患および危険因子の管理ができています。	C101喫煙率 C102禁煙外来を行っている医療機関数 C103ニコチン依存管理料を算定する患者数 C104ハイリスク飲酒者の割合 C105健診受診率 C106高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 C107脂質異常症患者の年齢調整外来受療率 C108特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者数	1	【予防】 脳卒中の発症を予防できている	B101脳血管疾患により救急搬送された患者数 B102脳血管疾患の受療率(入院・外来)	1	脳卒中による死亡が減少している	A101脳血管疾患の年齢調整死亡率 A102脳卒中標準化死亡比(脳出血・脳梗塞・全体) A103健康寿命
2	初期症状出現時における適切な対応について本人および家族等が理解し実践できている。	C201初期症状と適切な対応について知っている住民数	2	【救護】 患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される	B201救急要請(覚知)から医療機関への到着までに要した平均時間			
3	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指示ができています。	C301神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数						
4	特定健診・特定保健指導を受けることができます。	C401特定保健指導対象者数・修了者数						
5	本人および家族等が発症後速やかに救急搬送要請ができています。	C501発症後速やかに救急搬送要請できた件数						
6	救急救命士が、地域のメディカルコントロール協議会が定めた活動プロトコルに沿って適切な観察・判断・処置ができています。	C601救急隊の救急救命士運用率	3	【急性期】 発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる	B301脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数 B302脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収装置等)の実施件数 B303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 B304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 B305脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数 B306脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数 B307脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数			
7	急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送できる体制が整っています。	C701脳血管疾患により救急搬送された圏域外への搬送率						
8	脳卒中の急性期医療に対応できる体制が整備されています。	C801神経内科医師数 C802脳神経外科医師数 C803脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数 C804脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施可能な病院数 C805経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術(脳梗塞に対する血栓回収術)が実施可能な病院数						
9	脳嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されています。	C901口腔機能管理を受ける患者数(急性期)						
10	廃用症候群を予防し、早期に自立できるリハビリテーション実施体制が整備されています。	C1001リハビリテーションが実施可能な医療機関数						
11	回復期の医療機関等との連携体制が構築されています。	C1101脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数						
12	自宅退院困難者に対する医療施設や地域の保健医療福祉サービスとの連携が強化されています。	C1201地域のサービスとの連携窓口を設置している医療機関数						
13	専門医療スタッフにより集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関が整備されています。	C1301回復期リハビリテーション病床数 C1302理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数	4	【回復期】 身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを受けることができる	B401脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数 B402脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 B403脳卒中患者における地域連携計画等の実施件数 B404ADL改善率 B405在宅等生活の場に復帰した患者の割合	2	脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている	A201在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の機能的自立度 A202脳卒中を再発した者の割合
14	再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されています。	C1401脳卒中リハビリテーション認定看護師数						
15	脳嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制が整備されています。	C1501回復期に口腔機能管理が実施可能な医療機関数						
16	急性期および維持期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制が構築されています。	C1601脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数 C1602医療ソーシャルワーカー数						
17	生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションが提供される体制が整備されています。	C1701リハビリテーションが実施可能な医療機関数 C1702訪問リハビリを提供している事業所数 C1703通所リハビリを提供している事業所数 C1704老人保健施設定員数	5	【維持期】 日常生活への復帰、生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けることができる	B501訪問リハビリを受ける利用者数 B502通所リハビリを受ける利用者数 B503脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 B504脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数			
18	再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されています。	C1801訪問看護を受ける患者数						
19	脳嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制が整備されています。	C1901訪問歯科衛生指導を受ける患者数						
20	回復期および急性期の医療機関等との連携体制が構築されています。	C2001入院支援を行っている医療機関数						

※ロジックモデルとは、ある施策がその目的を達成するに至るまでの論理的な因果関係を明示したものです。

心血管疾患 ロジックモデル

番号	C初期アウトカム	指標	番号	B中間アウトカム	B中間アウトカム指標	番号	A分野アウトカム	A分野アウトカム指標
1	高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理ができています	C101喫煙率 C102禁煙外来を行っている医療機関数 C103ニコチン依存管理の実施件数 C104ハイリスク飲酒者の割合 C105高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 C106脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	1	【予防】 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防できている	B101虚血性心疾患により救急搬送された患者数 B102虚血性心疾患受療率/虚血性心疾患全体(SOR)			
2	健康診断・健康診査・保健指導を受診できている	C201健診受診率 C202特定健診受診率 C203特定保健指導実施率						
3	医療機関が初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関に受診勧奨が指示できる	C301循環器系領域の1次診療を行う医療機関数						
4	本人および家族等周囲にいる者が発症時に速やかに救急搬送の要請ができています	C401発症後速やかに救急要請できた件数	2	【発症時・救護】 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的診療が可能な医療機関に到着できる	B201救急要請(覚知)から医療機関への取寄までにした平均時間 B202心疾患による救急搬送患者の初診時の死亡数	1	心血管疾患による死亡が減少している	A101心疾患・急性心筋梗塞の年齢調整死亡率 A102心疾患標準化死亡率(急性心筋梗塞・心不全・全体) A103健康寿命
5	心筋停止が疑われる者に対してAEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置を実施することができる	C501心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人数のうち、一般市民により除動が実施された件数						
6	救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコールに則し、適切な観察・判断・処置が実施できている	C601救急隊の救急救命士運用率						
7	急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送できる	C701虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率						
8	24時間心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療に対応できる体制が整っている	C801循環器内科医師数 C802心臓血管外科医師数 C803心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数 C804心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	3	【急性期】 発症後早期に専門的な治療を開始し、心血管疾患リハビリテーション、心身の緩和ケア、再発予防の定期的専門的検査を受けることができる	B301来院後90分以内の冠動脈再開通達成率 B302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 B303虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数 B304入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数 B305心血管疾患患者に対する緩和ケアを受けた患者数 B306虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数 B307虚血性心疾患の退院患者平均在院日数			
9	24時間専門的治療が実施できる体制が整っている	C901冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数 C902経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数 C903経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数 C904大動脈瘤手術が可能な医療機関数						
10	心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている	C1001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						
11	心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている	C1101心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数						
12	回復期の医療機関やリハビリテーション施設との円滑な連携体制が構築されている	C1201循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数 C1202急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数	4	【回復期】 合併症や再発予防、在宅復帰のためのリハビリテーションと心身の緩和ケアを受けることができる	B401入院心血管疾患リハビリテーション実施件数(再掲) B402外来心血管疾患リハビリテーション実施件数(再掲) B403心血管疾患患者に対する緩和ケアを受けた患者数(再掲) B404虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲) B405退院患者平均在院日数(再掲)	2	心血管疾患の患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている	A201心不全患者の再入院率 A202心疾患患者の生活の質 A203健康寿命(再掲)
13	心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている	C1301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(再掲)						
14	急性期の医療機関との連携が構築されている	C1401循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数(再掲) C1402急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数(再掲)						
15	心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている	C1501心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数(再掲)						
16	再発や重症不整脈など合併症発生時における対応法について患者及び家族が理解できている	C1601再発や合併症発生時の対応について理解している患者数						
17	心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている	C1701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(再掲)						
18	急性期・回復期の医療機関やリハビリテーション施設との連携体制が整っている	C1801循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数 C1802急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数(再掲) C1803入院支援の実施件数	5	【慢性期・再発予防】 日常生活の場で再発予防でき、心血管疾患リハビリテーションと心身の緩和ケアを受けることができ、合併症発生時には適切な対応を受けることができる	B501在宅等生活の場に復帰した患者の割合 B502外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(再掲) B503虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲) B504訪問診療の実施件数 B505訪問看護利用者数 B506薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数(医療)/薬剤師の居宅療養管理指導の実施件数(介護) B507心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数			
19	心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている	C1901心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医師数・看護師数						
20	再発や重症不整脈などの予防法と、発生時における対応法について患者及び家族が理解できている	C2001再発や合併症発生時の対応について理解している患者数						
21	心血管疾患患者の在宅での療養支援体制が整っている	C2101訪問診療を実施している診療所数・病院数 C2102訪問看護師数 C2103訪問薬剤指導を実施する薬局数						

※ロジックモデルとは、ある施策がその目的を達成するに至るまでの論理的な因果関係を明示したものです。