

第 2 節 脳卒中

【現状】

- ・本県の脳卒中による年齢調整死亡率は減少傾向にある。しかし、令和 3 年度における本県の死亡原因は脳卒中が第 4 位となっています。
- ・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、令和 4 年の国民生活基礎調査によると、介護が必要になった主な原因の第 2 位となっています。

【課題】

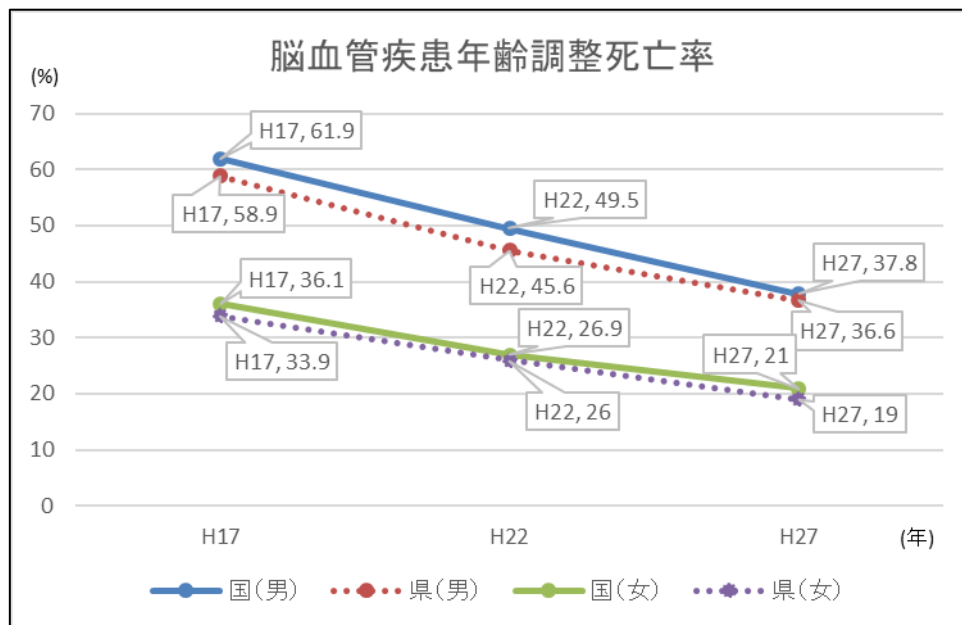
- ・脳卒中は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- ・予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼすべての数値が全国平均を下回っており、脳卒中リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

1 現状・課題

(1) 現状

ア 脳卒中について

- 脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、人口動態統計特殊報告によると、平成 27 年において男性 36.6 女性 19 と、全国平均の男性 37.8 女性 21 を下回っており、この 10 年間では一貫して減少しています。



(出典) 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

しかし、脳卒中は、厚生労働省「人口動態調査」によると令和 3 年において本県の死亡原因の第 4 位となっており、令和 4 年国民生活基礎調査によると、介護が必要になった主な原因の第 2 位となっています。また、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もあります。

- 脳卒中は、第 3 節の心血管疾患と同様、循環器病の臨床経過として、疾患の再発や増悪を来しやすいという特徴があります。一方、心血管疾患とは異なり、脳卒中は、回復期に長期の入院が必要となる場合が多くなっています。

イ 発症直後の救護、搬送等

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

- 総務省消防庁「救急救助の現況」によると、救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間は、令和3年中の平均で43.8分であり、全国平均の42.8分と同程度となっています。

ウ 急性期の治療

- 脳卒中の急性期においては、全身の管理とともに、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。
- 脳梗塞では、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8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あり、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。
- 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の適用患者への実施件数（人口10万人あたり）は、全国平均を下回っていると同時に、県内の地域によっても差が見られます。
- 脳出血では、血压管理が主体であり、出血部位によっては手術が行われることもあります。
- くも膜下出血では、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、開頭手術や、開頭を要しない血管内治療が行われます。
- 急性期における地域連携計画作成等の実施件数（人口10万人あたり）は、レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース：NDB）の令和2年度のデータによると、全国平均を下回っています。

エ リハビリテーション

- 脳卒中のリハビリテーションは、
 - ① 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、
 - ② 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、
 - ③ 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・生活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。

オ 急性期後の医療・在宅療養

- 急性期を脱した後の医療としては、再発予防のための治療や、脳卒中の原因となる危険因子（高血圧、糖尿病等）の継続的な管理が行われます。
- 在宅療養では、上記の治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーション、

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

介護サービス等により、患者の療養の支援を行います。

(2) 課題

ア 未病改善

- 平成29年～令和元年の県民健康・栄養調査によると、脳卒中の危険因子に関連する項目である「肥満者の割合」「食塩一日摂取量」「野菜一日摂取量」「多量飲酒」「運動習慣」などが課題となっています。
- 今後も、県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に食生活や運動習慣の改善など、未病の改善を実施することや喫煙防止について啓発していくことが必要です。

特定健診

- 本県の令和3年度の特定健康診査の実施率は56.2%で、全国平均(56.2%)と同値です。しかし、令和3年度の特定保健指導の実施率は20.1%と、全国平均(24.7%)を下回っており、実施率の向上に向けた取組をより一層進める必要があります。
- 脳血管障害の後遺症として、口腔機能が著しく低下し、合併症として誤嚥性肺炎を発症することもあるため、早期に摂食・嚥下リハビリテーションを行うことや、咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内の清潔を保つことが必要です。

イ 医療

(ア) 発症直後の救護、搬送等

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで救命率が上がることが期待でき、さらに後遺症も少なくなることから、「顔」「腕」「ことば」に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がチェックし、すぐ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。脳卒中の初期症状を正しく見極めるためには、リーフレット等による正しい知識の普及啓発を進める必要があります。
- 救急救命士を含む救急隊員は、地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコル(活動基準)に則して、適切に観察・判断・救命処置を行うことが必要です。加えて、超急性期の再開通治療(t-PAなど)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などにより、対応が可能な医療機関に患者を搬送することが重要です。そのためには、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く必要があります。

一部内容追加

(イ) 急性期の医療

- 脳卒中は、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、症状を早期に発見し、速やかに専門の医療施設を受診することが重要です。そのためには、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、医療機能の役割分担と連携に係る検討を進めていく必要があります。
- 急性期の脳梗塞に対してはt-PAによる治療法(脳血栓溶解療法。脳の動脈をふさいでいるものをt-PAという薬で溶かす治療方法)が有効ですが、実施状況に地域的な偏在が見られるため、その均てん化が必要です。

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

○ 脳卒中は、急性期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、早期にリハビリテーションを開始することが必要です。

(ウ) 急性期後の医療・在宅診療

○ 急性期以降の経過、予後は、神経症状の程度や、日常生活動作（ADL）の改善の程度だけでなく、改善に要する期間も個人により大きく異なるため、患者の状態に応じた医療を提供できるよう、体制を構築する必要があります。

○ 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。

○ 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、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、退院時の指導に加えて、訪問看護などによる生活の場での指導を行うことが重要です。

(エ) 医療提供体制の構築

○ 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）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。

感染症等対策

○ 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じるなど、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療体制を確保するとともに、それ以外の疾患の患者に対する通常医療を適切に提供できることが必要です。

(オ) 情報提供及び相談支援

相談支援
情報提供

○ 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が持つ治療や生活における疑問や、心理・社会・経済的な悩み等に対応することが求められています。

○ 患者やその家族が必要な情報を得たり相談支援を適切に受けられるよう、地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう情報提供・相談支援体制を整えることが求められています。

○ 脳卒中の治療に対応できる医療機関について、分かりやすい情報提供に努め、連携を推進することが重要です。

両立支援

○ 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（以下、「復職」という。）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、障害者就労支援等との適切な連携が求められています。また、高齢化の進展等により、今後は労働者の高齢化、疾病のリスクを抱える労働者の増加等が進むと考えられるため、循環器病の後遺

症を有する者に対する復職・就労支援や治療と仕事の両立支援等の対応がより一層求められています。

2 施策の方向性

(1) 未病改善（県、市町村、関係団体、県民）

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組みの共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県と神奈川県保険者協議会が連携し、特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催し、実施率の向上等を支援していきます。
- 県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置促進や、未病改善の取組みの重要性について、地域で普及を行う未病サポーターの養成等を通じて、県民一人ひとりの未病改善の取組みを支援します。
- 未病指標及び未病ブランド等の地域展開で、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入で未病改善を進めます。また、地域の健康課題の解決に寄与する産学公連携プロジェクトを推進します。

未病改善

(2) 医療（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者）

ア 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に、本人や家族等周囲にいる者が、速やかに救急隊を要請する等の行動を取れるよう、県は、脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性の周知に向けた啓発を推進していきます。
- 県及び市町村は、医療機関と消防機関との連携による病院前救護体制の充実に努めます。

イ 急性期の医療

- 県及び医療機関・医療関係者は、脳梗塞に対するt-P Aによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院や、脳卒中集中治療室（SCU）を備える病院など、急性期に対応できる医療機関を中心に急性期医療の充実に努めます。

ウ 急性期後の医療・在宅療養

- 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・介護の充実に努めます。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の発症を防止するため、摂食・嚥下（えんげ）リハビリテーションや咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内を清潔に保つことを推進します。

エ 医療提供体制の構築

- 県は、急性期、回復期、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や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。

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

感染症等対策

○ 医療機関・医療関係者は、地域連携クリティカルパスを活用などにより、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。

○ 県は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

オ 情報提供・相談支援

情報提供
相談支援

○ リーフレット等の資材、SNS やマスメディアを効果的に用いて、循環器病における必要な情報提供を円滑に行います。

○ 患者とその家族等に対して適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実を図るため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、循環器病患者とその家族の相談支援窓口を設置します。

○ 脳卒中治療に対応できる医療機関とその機能について、適切な情報収集に努めるとともに、「かながわ医療機関情報検索サービス」を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じて分かりやすい情報提供を行い、機能間の連携を促進します。

両立支援

○ 治療と仕事の両立や復職・就労支援について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や神奈川県産業保健総合支援センター等と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。

3 ロジックモデル

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

初期アウトカム

C101	喫煙率	
C102	禁煙外来を行っている医療機関数	人口10万対(県)
C103	ニコチン依存管理料	人口10万対(県)
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	人口10万対(県)
C201	初期症状と適切な対応について知っている住民数	人口10万対(県)
C301	神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数	人口10万対(県)
C401	特定保健指導対象者数・修了者数	人口10万対(県)

C501	発症後速やかに救急搬送要請できた件数	人口10万対(県)
C601	救急隊の救急救命士運用率	
C701	脳血管疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	

C801	神経内科医師数	人口10万対(県)
C802	脳神経外科医師数	人口10万対(県)
C803	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	人口10万対(県)
C804	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	人口10万対(県)
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	人口10万対(県)

C901	口腔機能管理を受ける患者数(急性期)	人口10万対(県)
C1001	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	人口10万対(県)
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	人口10万対(県)
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	人口10万対(県)

C1301	回復期リハビリテーション病床数	人口10万対(県)
C1302	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数	人口10万対(県)

C1401	脳卒中リハビリテーション認定看護師数	人口10万対(県)
C1501	回復期に口腔機能管理が実施可能な医療機関数	人口10万対(県)
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	人口10万対(県)
C1602	医療ソーシャルワーカー数	人口10万対(県)

C1701	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	人口10万対(県)
C1702	訪問リハビリを提供している事業所数	人口10万対(県)
C1703	通所リハビリを提供している事業所数	人口10万対(県)
C1704	老人保健施設設定員数	人口10万対(県)

C1801	訪問看護を受ける患者数	人口10万対(県)
C1901	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	人口10万対(県)
C2001	入退院支援を行っている医療機関数	人口10万対(県)

中間アウトカム

【予防】脳卒中を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	人口10万対(県)
B102	脳血管疾患の受療率(入院・外来)	

【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)から医療機関への収容までに要した平均時間	
------	------------------------------	--

【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	人口10万対(県)
B302	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療養等)の実施件数	人口10万対(県)
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	人口10万対(県)
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	人口10万対(県)
B305	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数	人口10万対(県)
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	人口10万対(県)
B307	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数	人口10万対(県)

【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	
B404	ADL改善率	
B405	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	

【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	

最終アウトカム

●は重点指標
は国指標では一つだが、データ上、複数に分かれている指標

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

脳血管疾患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる

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

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
初期	C101	喫煙率	厚生労働省「国民生活基礎調査」	男:22.2% 女:7.6% (令和4年度)	
	C103	ニコチン依存管理料を算定する患者数	厚生労働省「NDB」	227.0 (令和2年度)	
	C104	ハイリスク飲酒者の割合	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	—	
	C105	健診受診率	厚生労働省「国民生活基礎調査」	男:78.8% 女:67.8% (令和4年度)	
	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	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」 (10万人当たり)	該当者数 :3,577人 予備群者数 :2,885人 (令和2年度)	
	C401	特定保健指導対象者数・修了者数	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」 (10万人当たり)	対象者数 :2,234.4人 修了者数 :339.1人 (令和2年度)	
	C601	救急隊の救急救命士運用率	総務省消防庁「救急救助の現況」	96.4% (令和2年度)	
	C803	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	厚生労働省「医療施設静態調査」 (10万人当たり)	病院数:0.2院 病床数:1.3床 (令和2年度)	
	C1302	1302 理学療養士数、作業療法士数、言語聴覚士数	厚生労働省「医療施設静態調査」 (10万人当たり)	理学療養士数 :54.2人 作業療法士数 :26.1人 言語聴覚士数 :9.2人 (令和2年度)	
	C1602	医療ソーシャルワーカー数	厚生労働省「医療施設静態調査」 (10万人当たり)	9.9人 (令和2年度)	
	C1801	訪問看護を受ける患者数	NDB/介護保険事業状況報告」 (10万人当たり)	医療 :366.2人 介護 :6,480.5人 (令和2年度)	
中間	B102	脳血管疾患の受療率(入院・外来)	厚生労働省「患者調査」	入院 :77% 外来 :32% (令和2年度)	
	B201	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	総務省消防庁「救急救助の現況」	41.7分 (令和4年度)	
	B301	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数	厚生労働省「NDB」 (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :10.4件 SCR :105.8 (令和2年度)	

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

	B302	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療養等)の実施件数	厚生労働省「NDB」	SCR :142.7 (令和2年度)	
	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	厚生労働省「NDB」 (10万人当たり)	算定回数 :9.1件 (令和2年度)	
	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	厚生労働省「NDB」 (10万人当たり)	算定回数 :12.1件 (令和2年度)	
	B305	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数	厚生労働省「NDB」	SCR :146.4 (令和2年度)	
	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	厚生労働省「NDB」 (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :63,463.7件 SCR :91 (令和2年度)	
	B307	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数	厚生労働省「NDB」 (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :41.5件 SCR :69.3 (令和2年度)	
	B401	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数	厚生労働省「NDB」	SCR :80.6 (令和2年度)	
	B402	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	厚生労働省「NDB」 (10万人当たり)	算定回数 :103,352.8件 (令和2年度)	
	B403	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(再掲)	厚生労働省「NDB」	算定回数 :41.5件 SCR :69.3 (令和2年度)	
	B405	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	厚生労働省「患者調査」	—	
	B501	訪問リハビリを受ける利用者数	厚生労働省「NDB/介護保険事業状況報告」 (10万人当たり)	医療 :60.3人 介護 :718.7人 (令和2年度)	
	B502	通所リハビリを受ける利用者数	厚生労働省「介護保険事業状況報告」	2,714.7人 (令和2年度)	
	B503	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(再掲)	厚生労働省「NDB」	算定回数 :103,352.8件 (令和2年度)	
	B504	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲)	厚生労働省「NDB」	算定回数 :41.5件 SCR :69.3 (令和2年度)	
最終	A101	脳血管疾患の年齢調整死亡率	厚生労働省「人口動態特殊報告」 ※最新データ(令和2年度は令和5年度12月に公開予定)	男:36.6 女:19 (平成27年度)	
	A102	脳卒中標準化死亡比(脳出血・脳梗塞・全体)	厚生労働省「人口動態特殊報告」	・全体 男:92.6	

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

			※最新データ(令和2年度は令和5年度12月に公開予定)	女:91.1 ・脳出血 男:101.8 女:100.2 ・脳梗塞 男:88.8 女:87.8 (平成27年度)	
	A103	健康寿命	厚生労働科学研究成果データベース「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」	男性:73.15 女性:74.97 (令和1年度)	

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

【現状】

- ・心筋梗塞等の心血管疾患は、本県の死亡原因の第2位となっています。
- ・心血管疾患による年齢調整死亡率は、虚血性心疾患は全国平均を下回っており、心不全は全国平均を上回り、大動脈瘤及び解離は全国平均と同程度となっています。

【課題】

- ・心血管疾患は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- ・予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼすべての数値が全国平均を下回っており、心血管疾患リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

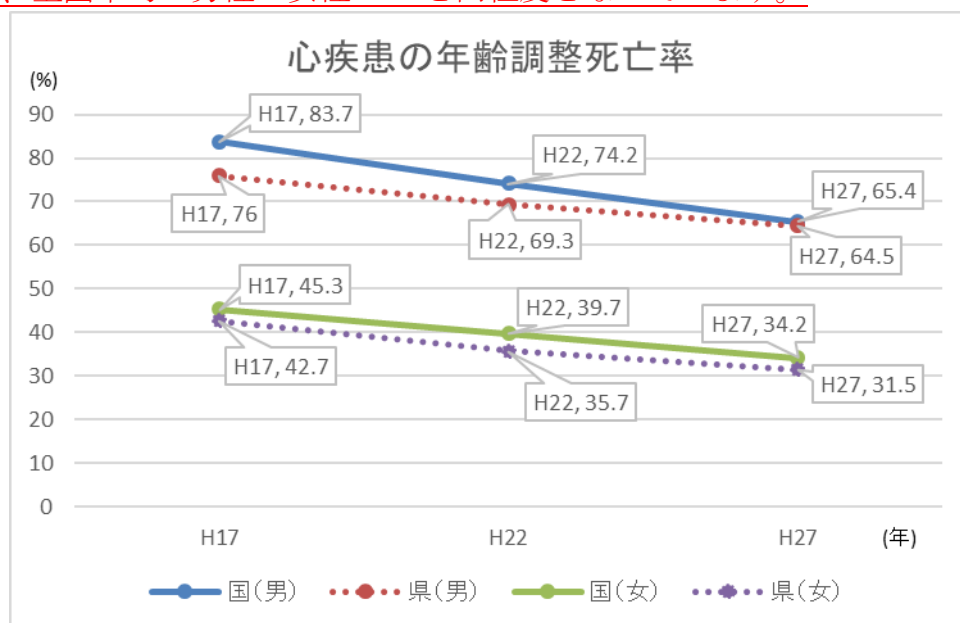
1 現状・課題

(1) 現状

ア 心血管疾患について

記載追加
年齢調整死亡率

○ 人口動態統計特殊報告における平成27年の疾患別の年齢調整死亡率（人口10万対）によると、虚血性心疾患は男性27.3 女性8.7 と、全国平均の男性31.3 女性11.8 を下回っていますが、心不全は男性24.5 女性14.9 と、全国平均の男性16.5 女性12.4 を上回っています。また、大動脈瘤及び解離は男性6.9 女性3.5 と、全国平均の男性7 女性3.5 と同程度となっています。



○ 心血管疾患は、次のような疾患であり、脳卒中とともに循環器病を代表するもの

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

です。

- ① 虚血性心疾患（急性心筋梗塞、狭心症等）
- ② 心不全（急性心不全・慢性心不全）
- ③ 大動脈疾患（急性大動脈解離等）

- 県の心疾患（上記の①、②等）による死亡者数は、令和2年神奈川県衛生統計年報によると、平成27年には10,890人でしたが、令和2年には12,549人と増加傾向にあり、死亡原因の第2位となっています。
- また、大動脈瘤及び解離による死亡者数は、令和2年において1,126人であり、死亡原因の第38位となっています。
- 心血管疾患の患者数は、今後増加することが想定されますが、高齢化の進展を背景として、特に慢性心不全の増加率が高くなると考えられます。

イ 発病直後の救護、搬送等

- 総務省消防庁「救急救助の現況」によると、救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間は、令和3年中の平均で43.8分であり、全国平均の42.8分と同程度となっています。

なお、心原性心肺機能停止の時点が目撃された傷病者に対して、一般市民が除細動を行うと、行わなかった場合と比べて1箇月後生存率は約5.2倍高くなり、社会復帰率は約7.3倍高くなります。

また、県における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は、令和3年に155件であり、東京都の278件に次いで全国で2位となっています。

- 急性心血管疾患は、内科的治療、経皮的冠動脈インターベンション治療（P C I）に代表される低侵襲な治療、外科的治療など、疾患により主に必要とされる治療内容が異なっています。
- こうした治療は、高い専門性が必要とされるため、急性期心血管疾患が疑われる場合には、疾患に応じて、内科的治療や経皮的冠動脈インターベンション（P C I）等の診療を行う「専門的医療を行う施設」、又は内科的治療、P C I等に加えて外科的治療も行う「専門的医療を包括的に行う施設」で早期に対応することが適切です。

ウ 急性期の医療

- 循環器内科医師と心臓外科医師の人口10万人あたりの人数は、全国平均を下回っていると同時に、県内の地域によっても差が見られます。
- 心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数（人口10万人あたり）についても、全国平均を下回っていると同時に、県内の地域によっても差が見られます。
- 心血管疾患の専用病室である冠疾患集中治療室（C C U : Coronary Care Unit）を有する病院は、厚生労働省の「医療施設調査」によると、令和2年に県内に12病院あります。

エ 急性期後の医療

- 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は、令和●年の患者調査に

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

よると、●.●%と、全国平均の●.●%を上回っています。

- 今後患者数の増加が予想される慢性心不全は、再発・増悪による再入院と寛解を繰り返しながら徐々に身体機能が悪化するという特徴があります。

(2) 課題

ア 未病改善

- 平成29年～令和元年の県民健康・栄養調査によると心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子に関連する項目である「肥満者の割合」「食塩一日摂取量」「野菜一日摂取量」「多量飲酒」「運動習慣」などが課題となっています。
- 今後も、県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に食生活や運動習慣の改善など、未病の改善を実施することや喫煙防止について啓発していくことが必要です。

特定健診
イ ○ 本県の令和3年度の特定健康診査の実施率は56.2%で、全国平均(56.2%)と同値です。しかし、令和3年度の特定保健指導の実施率は20.1%と、全国平均(24.7%)を下回っており、実施率の向上に向けた取組をより一層進める必要があります。

医療

(ア) 発症直後の救護、搬送等

- 急性期の心血管疾患は、突然死の原因となる危険性が高く、予後の改善には発症後、早急に適切な治療を開始する必要があります。
- 発症後、早急に適切な治療を開始するためには、まず、患者や周囲にいる者が発症を認識し、発症後速やかに救急要請を行うとともに、心肺停止が疑われる場合には、自動対外式除細動器(AED: Automated External Defibrillator)の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を行うことが重要です。

(イ) 急性期の医療

- 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる場合は、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できることが重要です。
- 家族等周囲にいる者は、発症後速やかに救急要請を行うとともに、心肺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適切な処置を行うことが求められます。
- 医療機関到着後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に、経皮的冠動脈インターベンション(PCI)、冠動脈バイパス術(CABG)、大動脈人工血管置換術などの専門的な治療の開始が求められます。

(ウ) 急性期後の医療

- 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まれます。
- 一般に「リハビリテーション」は運動療法を想定することが多いため、心血管疾患リハビリテーションに運動療法以外の幅広いプログラム内容が含まれているということは、心血管疾患リハビリテーションを専門としている医療職以外には

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

充分知られていません。

- また、慢性心不全の主な治療目標は、年齢、併存症の有無、心不全の重症度など、個々の患者の全体像を踏まえた上で適切に設定される必要があり、状況によっては、心不全に対する治療と連携した緩和ケアも必要となります。
- これらについての理解を深めながら、心不全を発症した在宅の患者に対して、急性期病院とかかりつけ医、在宅医療・介護を担う医療機関、訪問看護ステーション等が連携した対応を図ることが必要です。
- また、心疾患や動脈硬化の発症・増悪因子と歯周病の関係など、口腔と全身との関係について広く指摘されており、歯周病の予防と治療も重要となっています。
- 退院後も、患者が自宅等で安心して暮らし、再入院予防につなげていくためには、退院後の生活を見据えた退院調整を、早期から多職種により行うことが重要です。

(エ) 医療提供体制の構築

- 感染症等対策
- 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じるなど、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療体制を確保するとともに、それ以外の疾患の患者に対する通常医療を適切に提供できることが必要です。

(オ) 情報提供・相談支援

- 相談支援 情報提供
- 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が持つ治療や生活における疑問や、心理・社会・経済的な悩み等に対応することが求められています。
 - 患者やその家族が必要な情報を得たり相談支援を適切に受けられるよう、地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう情報提供・相談支援体制を整えることが求められています。
 - 心血管疾患の治療に対応できる医療機関について、分かりやすい情報提供に努め、連携を推進することが重要です。

- 両立支援
- 心血管疾患の患者は、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（以下、「復職」という。）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、業務内容や職場環境に配慮が必要な場合があります。また、高齢化の進展等により、今後は労働者の高齢化、疾病のリスクを抱える労働者の増加等が進むと考えられるため、循環器病の後遺症を有する者に対する復職・就労支援や治療と仕事の両立支援等の対応がより一層求められています。

2 施策の方向性

(1) 未病改善（県、市町村、関係団体、県民）

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校等の関

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組みの共有や検討をおこなうなど健康づくりを県民運動として推進していきます。

○ 県と神奈川県保険者協議会が連携し、特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催し、実施率の向上等を支援していきます。

未病改善

○ 県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置促進や、未病改善の取組みの重要性について、地域で普及を行う未病サポーターの養成等を通じて、県民一人ひとりの未病改善の取組みを支援します。

○ 未病指標及び未病ブランド等の地域展開で、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入で未病改善を進めます。

(2) 医療（県、市町村、医療関係団体、医療提供者、介護・福祉関係者、県民）

ア 病院前救護体制及び急性期医療

○ 県及び市町村は、医療機関と消防機関との連携やAEDの配置等により、病院前救護体制の充実に努めます。

○ 家族等周囲にいる者が、心肺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適切な処置を実施できるよう、県は、広く県民に啓発し、普及啓発を図ります。

イ 急性期の医療

○ 心臓疾患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）等の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。

ウ 急性期後の医療

○ 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、生活・栄養指導等の心血管疾患リハビリテーション、摂食・嚥下（えんげ）リハビリテーションや、咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内を清潔に保つことを多職種（医師・看護師・歯科医師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより推進し、再発と増悪の予防を図ります。

○ 多職種協働による在宅医療の支援体制の充実に努めます。

エ 医療提供体制の構築

○ 県は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

オ 情報提供・相談支援

○ リーフレット等の資材、SNS やマスメディアを効果的に用いて、循環器病における必要な情報提供を円滑に行います。

○ 患者とその家族等に対して適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実に努めるため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、循環器病患者とその家族の相談支援窓口を設置します。

○ 県は、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

感染症等対策

情報提供
相談支援

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

療機関情報検索サービス」を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じて分かりやすい情報提供を行い、連携の推進を図ります。

両立支援

- 治療と仕事の両立や復職・就労支援について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や神奈川県産業保健総合支援センター等と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。

3 ロジックモデル

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

初期アウトカム

C101	喫煙率	人口10万対(個)
C102	禁煙外来を行っている医療機関数	人口10万対(個)
C103	ニコチン依存管理の実施件数	人口10万対(個)
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	
C201	健診受診率	
C202	特定健診受診率	
C203	特定保健指導実施率	
C301	循環器系領域の1次診療を行う医療機関数	人口10万対(個)
C401	発症後速やかに救急要請できた件数	人口10万対(個)
C501	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	人口10万対(個)
C601	救急隊の救急救命士運用率	
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	
C801	循環器内科医師数	人口10万対(個)
C802	心臓血管外科医師数	人口10万対(個)
C803	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数	人口10万対(個)
C804	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	人口10万対(個)
C901	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	人口10万対(個)
C902	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数	人口10万対(個)
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	人口10万対(個)
C904	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	人口10万対(個)
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	人口10万対(個)
C1101	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	人口10万対(個)
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等を整備している医療機関数	人口10万対(個)
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	人口10万対(個)
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)	人口10万対(個)
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等を整備している医療機関数(再掲)	人口10万対(個)
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)	人口10万対(個)
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)	人口10万対(個)
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	人口10万対(個)
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)	人口10万対(個)
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等を整備している医療機関数	人口10万対(個)
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)	人口10万対(個)
C1803	入退院支援の実施件数	人口10万対(個)
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	人口10万対(個)
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	人口10万対(個)
C2101	訪問診療を実施している診療所数・病院数	人口10万対(個)
C2102	訪問看護師数	人口10万対(個)
C2103	訪問薬剤指導を実施する薬局数	人口10万対(個)

中間アウトカム

【予防】心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防できている		人口10万対(個)
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(SCR)	
【救済】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)から医療機関への収容までに要した平均時間	
B202	心疾患による救急搬送患者の初診時の死亡数	
【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	人口10万対(個)
B303	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	人口10万対(個)
B304	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	人口10万対(個)
B305	心血管疾患患者に対する緩和ケアを受けた患者数	人口10万対(個)
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	人口10万対(個)
B307	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	
【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)	人口10万対(個)
B402	外来心血管疾患リハビリテーション実施件数	人口10万対(個)
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)	人口10万対(個)
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)	人口10万対(個)
B405	退院患者平均在院日数(再掲)	
【慢性期・再発予防】日常生活の中で再発予防でき、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、合併症発症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)	人口10万対(個)
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)	人口10万対(個)
B504	訪問診療の実施件数	人口10万対(個)
B505	訪問看護利用患者数	人口10万対(個)
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)	人口10万対(個)
B507	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数	

最終アウトカム

●は重点指標

は国指標では一つだが、データ上、複数に分かれている指標

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	心疾患標準化死亡比(急性心筋梗塞・心不全・全体)
A103	健康寿命
心血管疾患患者が日常生活の中で質の高い生活を送ることができる	
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)

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
初期	C101	喫煙率	厚生労働省「国民生活基礎調査」	男:22.2% 女:7.6% (令和4年度)	
	C103	ニコチン依存管理料を算定する患者数	厚生労働省「NDB」	227.0 (令和2年度)	
	C104	ハイリスク飲酒者の割合	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	—	
	C201	健診受診率	厚生労働省「国民生活基礎調査」	男:78.8% 女:67.8% (令和4年度)	
	C501	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	総務省消防庁「救急救助の現況」 (10万人当たり)	1.7 (令和3年度)	
	C601	救急隊の救急救命士運用率	厚生労働省「医療施設静態調査」 (10万人当たり)	96.4% (令和2年度)	
	C803	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数	厚生労働省「医療施設静態調査」 (10万人当たり)	病院数 :0.1 病床数 :0.9 (令和2年度)	
	C904	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	かながわ医療情報検索サービス「医療機能情報」 (10万人当たり)	0.5 院 (令和3年度)	
	C1803	入退院支援の実施件数	厚生労働省「NDB」 (算定回数は10万人当たり)	・算定回数 加算1 :2,654.6 件 加算2 :158.4 件 ・SCR 加算1 :110.7 加算2 : (令和2年度)	
	C2101	訪問診療を実施している診療所数・病院数	かながわ医療情報検索サービス「医療機能情報」 (10万人当たり)	診療所数 :19.7 病院数 :2.2 (令和2年度)	
	C2102	訪問看護師数	厚生労働省「衛生行政報告例」 (10万人当たり)	28.9 人 (令和2年度)	
中間	B101	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	厚生労働省「患者調査」 (10万人当たり)	3.3 人 (令和2年度)	
	B102	虚血性心疾患受療率	厚生労働省「患者調査」	入院 :8% 外来 :62% (令和2年度)	

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

B201	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	総務省消防庁「救急救助の現況」	41.7分 (令和4年度)	
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	厚生労働省「NDB」 (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :25.1件 SCR :- (令和2年度)	
B303	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	厚生労働省「NDB」 (10万人当たり)	9.8件 (令和2年度)	
B304	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	厚生労働省「NDB」 (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :4,380.9 SCR :90.3 (令和2年度)	
B305	心血管疾患患者に対する緩和ケアを受けた患者数	厚生労働省「NDB」 (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :477.4 SCR :90.3 (令和2年度)	
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	厚生労働省「NDB」	算定回数 : SCR : (令和2年度)	
B307	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	厚生労働省「患者調査」	4.5日 (令和2年度)	
B401	入院心血管疾患リハビリテーション実施件数(再掲)	厚生労働省「NDB」	算定回数 :4,380.9 SCR :90.3 (令和2年度)	
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)	厚生労働省「NDB」	算定回数 :477.4 SCR :90.3 (令和2年度)	
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)	厚生労働省「NDB」	算定回数 : SCR : (令和2年度)	
B405	退院患者平均在院日数(再掲)	厚生労働省「患者調査」	4.5日 (令和2年度)	
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)	厚生労働省「NDB」	算定回数 : SCR : (令和2年度)	
B504	訪問診療の実施件数	厚生労働省「NDB」 (10万人当たり)	20,629.5件 (令和2年度)	
B505	訪問看護利用者数	厚生労働省「NDB/介護保険事業状況報告」 (10万人当たり)	医療 :366.2人 介護 :6,480.5人 (令和2年度)	

「第8次神奈川県保健医療計画」改定素案【案】

	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)	厚生労働省「NDB」	医療:1.0件 (令和2年度)	
最終	A101	心疾患・急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	厚生労働省「人口動態特殊報告」 ※最新データ(令和2年度)は12月更新予定	・心疾患 男:64.5 女:31.5 ・急性心筋梗塞 男:16.2 女:4.8 (平成27年度)	
	A102	心疾患標準化死亡比(急性心筋梗塞・心不全・全体)	厚生労働省「人口動態特殊報告」 ※最新データ(令和2年度)は12月更新予定	・全体 男:96.6 女:89.4 ・急性心筋梗塞 男:98.2 女:78.6 ・心不全 男:142.3 女:106.9 (平成29年)	
	A103	健康寿命	厚生労働省「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」	男:73.15 女:74.97 (令和1年)	