

参考資料 1

(取扱注意)

神奈川県循環器病対策推進計画

令和 6 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	1
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
出典：県総合政策課「総人口の推計・年齢3区分別の人口推計・地域政策圏別の人口推計」 (2020)		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	心疾患年齢調整死亡率	7
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
① 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	未病改善や正しい知識の普及啓発	8
第2項	健診の普及や取組の推進	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	14
第1項	循環器病の救急搬送体制の整備	14
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	19
第3項	リハビリテーション等の取組	25
第4項	循環器病の後遺症を有する者等に対する支援	30
第5項	循環器病の緩和ケア	31
第6項	社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	31
第7項	治療と仕事の両立支援・就労支援	33
第8項	小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	34
第9項	循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	34
第3節	循環器病の研究推進	35
第1項	現状と課題	35
第2項	取り組むべき施策	36

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。
- 令和3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19,000人以上の県民が亡くなっています。
- また、令和4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5.1%であり、両者を合わせると21.2%と最多です。
- さらに、令和2年度「国民医療費」（厚生労働省）の概況によると、令和2年度の傷病分類別医科診療医療費30兆7,813億円のうち、循環器系の疾患が占める割合は、6兆21億円（19.5%）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6年度から令和11年度の6年間とします。

2

第3節 関連する計画等

○ この計画は、県が策定した次の計画、国の施策等と整合を図りながら推進していきます。

・ 神奈川県保健医療計画（第8次）

・ かながわ健康プラン21（第3次）

・ 神奈川県がん対策推進計画

・ 神奈川県医療費適正化計画

・ かながわ高齢者保健福祉計画

・ 神奈川県感染症予防計画

・ 「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」（令和5年3月閣議決定）

・ 「腎疾患対策検討会報告書（平成30年）」

第2章 全体目標

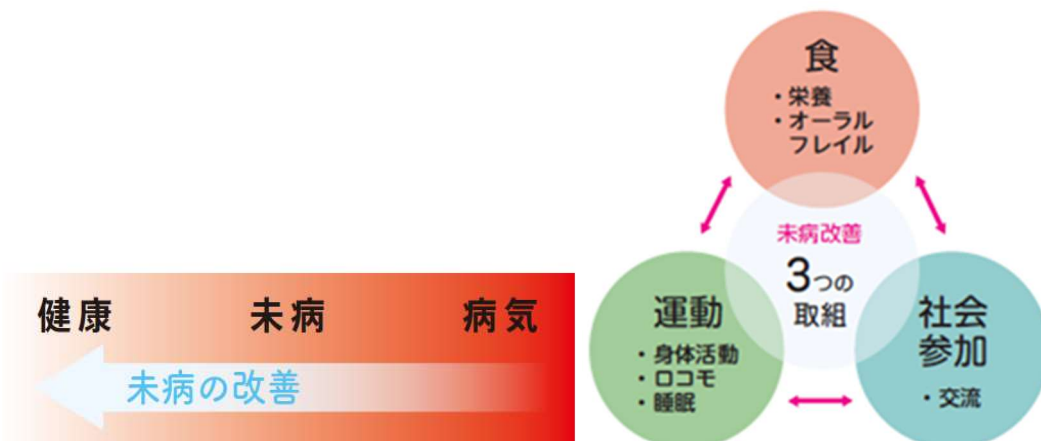
○ 基本法及び基本計画に照らし、第4章に掲げる「循環器病の未病改善や正しい知識の普及啓発等」、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」及び「循環器病の研究推進」の3つの施策に取り組むことにより、「健康寿命の延伸、循環器病の年齢調整死亡率の減少及びQOLの向上」を目指します。

○ そのことにより、すべての県民が健やかに安心してくらす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

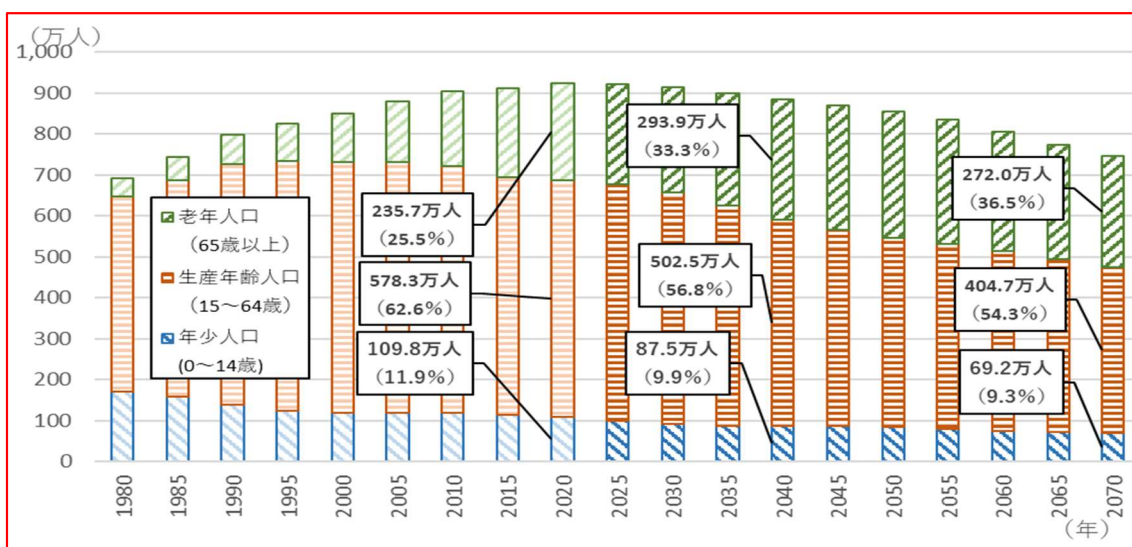
「かながわ未病改善宣言」（平成29年3月）による
「食・運動・社会参加」の3つの取組

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27（2015）年には23.8%でしたが、令和2（2020）年には25.5%に上昇しており、本県の人口推計は、令和12（2030）年には28.2%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33.3%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。

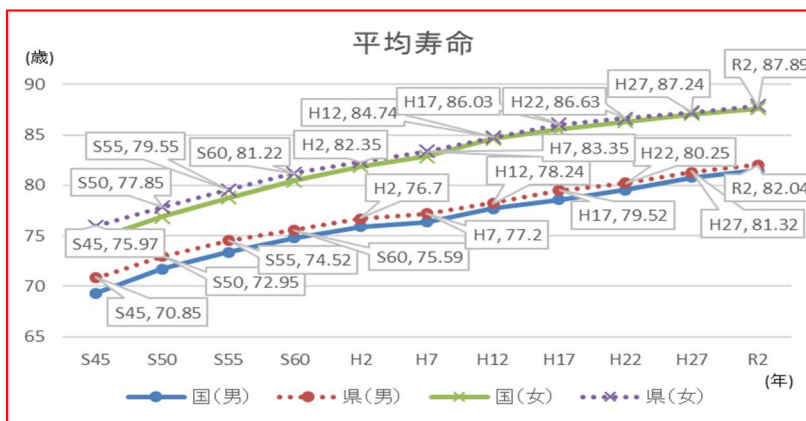
【図 年齢3区分別人口推計（中位推計）】



出典：県総合政策課「総人口の推計・年齢3区分別の人口推計・地域政策圏別の人口推計」（2020）

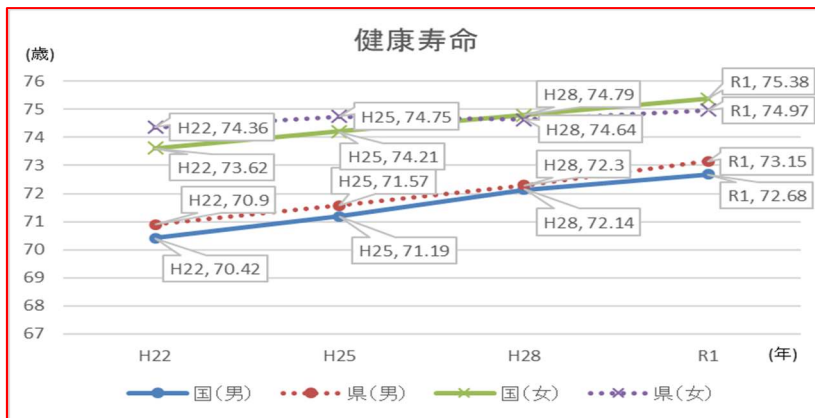
第2節 平均寿命と健康寿命

- 県の令和2年の男性の平均寿命は82.04年、女性は87.89年です。また、男女の平均寿命は、5.85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。**男性は全国と同程度、女性は全国より**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」

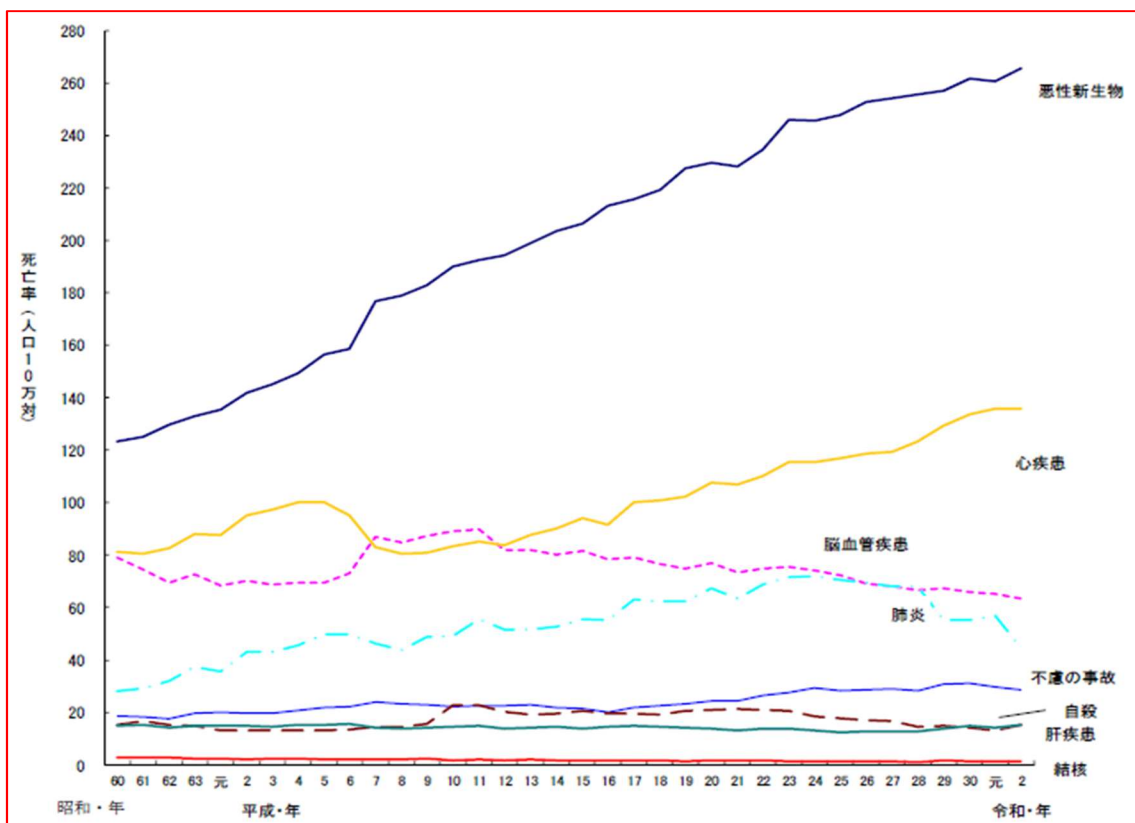
「健康日本 21 (第二次) の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」

* 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、P5 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。

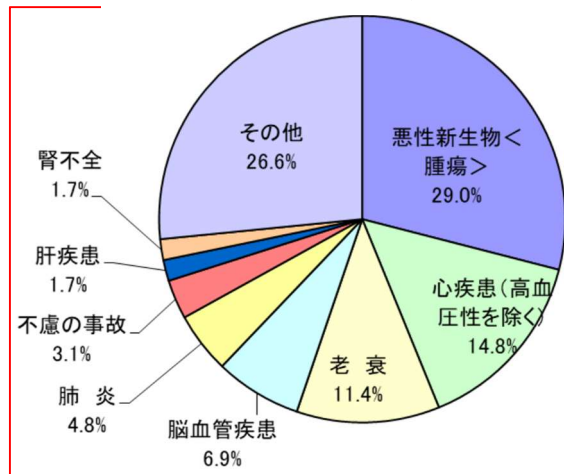
【図 主な死因別の死亡率の推移】



出典：令和 2 年神奈川県衛生統計年報

- 本県の令和2年の主な死因別死亡数の割合をみると、心疾患 14.8%、脳血管疾患 6.9% 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】

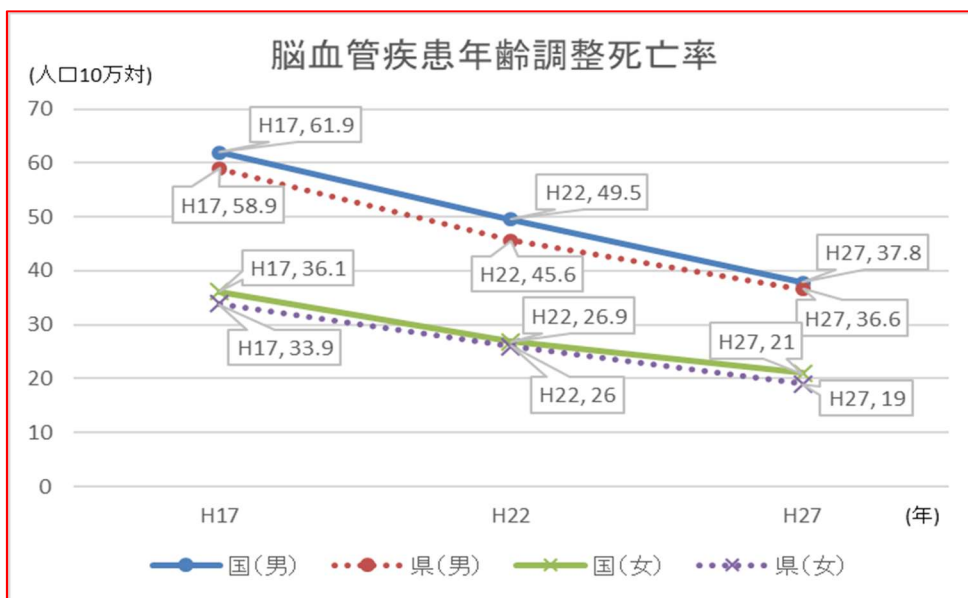


出典：令和2年神奈川県衛生統計年報

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

- ③ ○ 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。

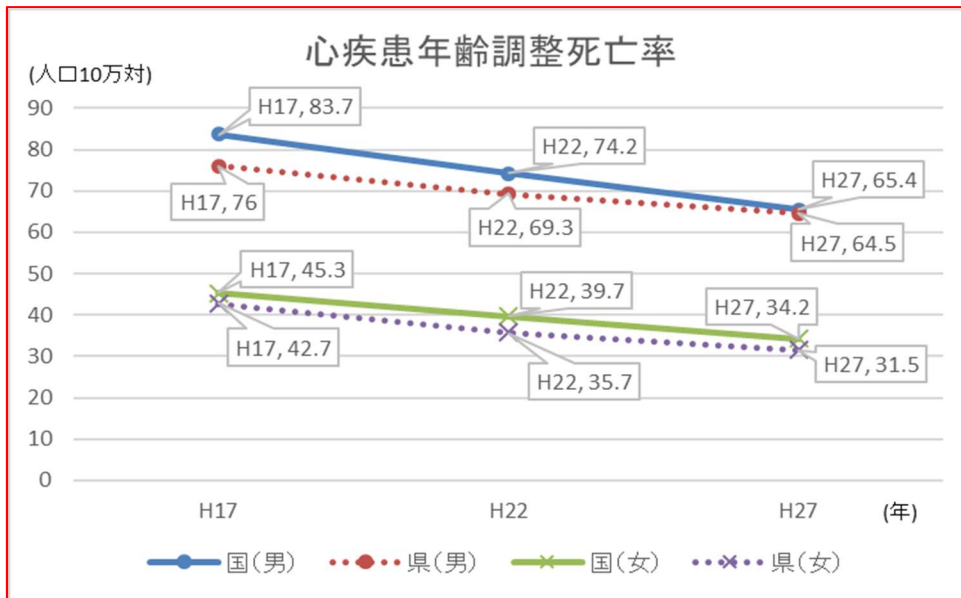


出典：人口動態特殊報告（都道府県別年齢調整死亡率）

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。

第2項 心疾患年齢調整死亡率

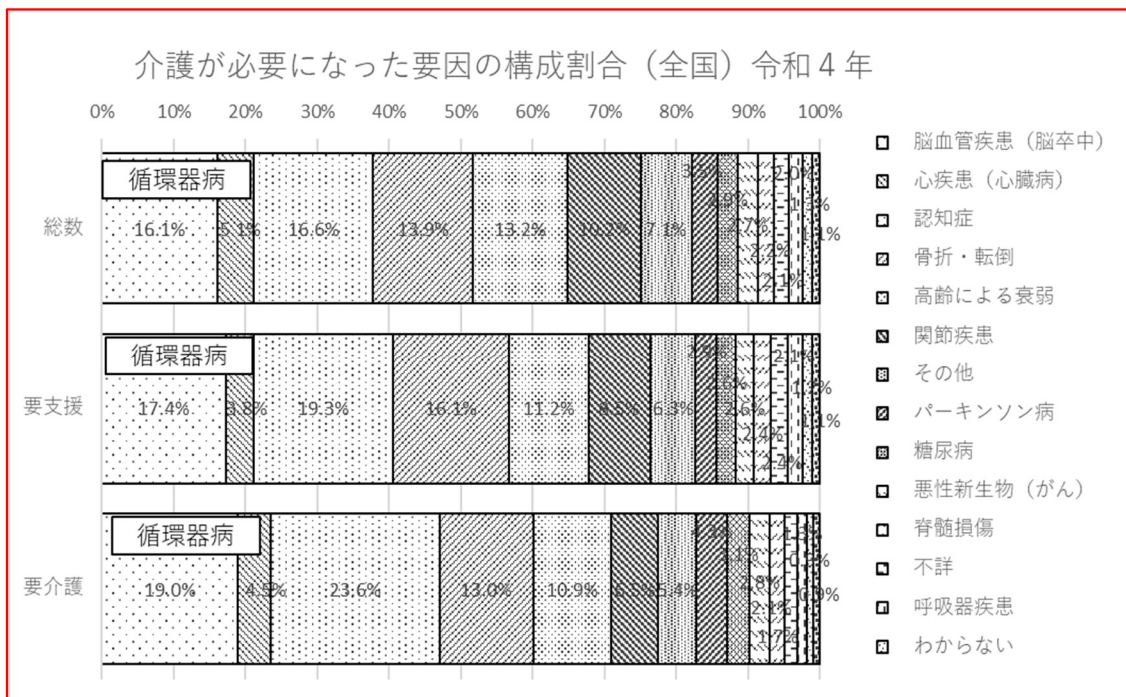
- 本県の心疾患の年齢調整死亡率は男女とも減少傾向にあります。平成27年では、男性 64.5、女性 31.5 で、ともに全国平均を下回っています。



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4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 16.1%、心疾患が 5.1% であり、両者を合わせた循環器病は 21.2% で最多となっています。



出典：令和4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 未病改善や正しい知識の普及啓発

4

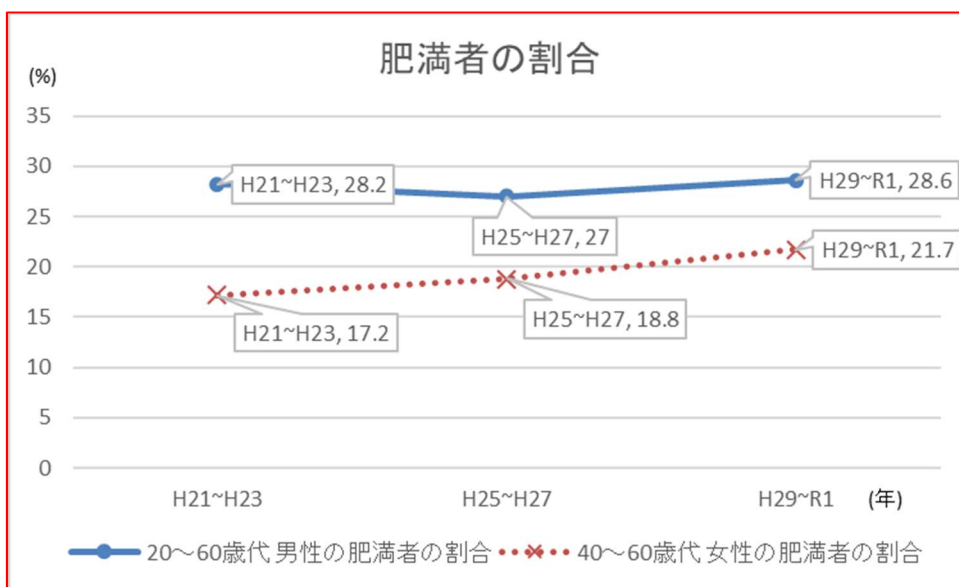
(1) 現状と課題

- 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)

5

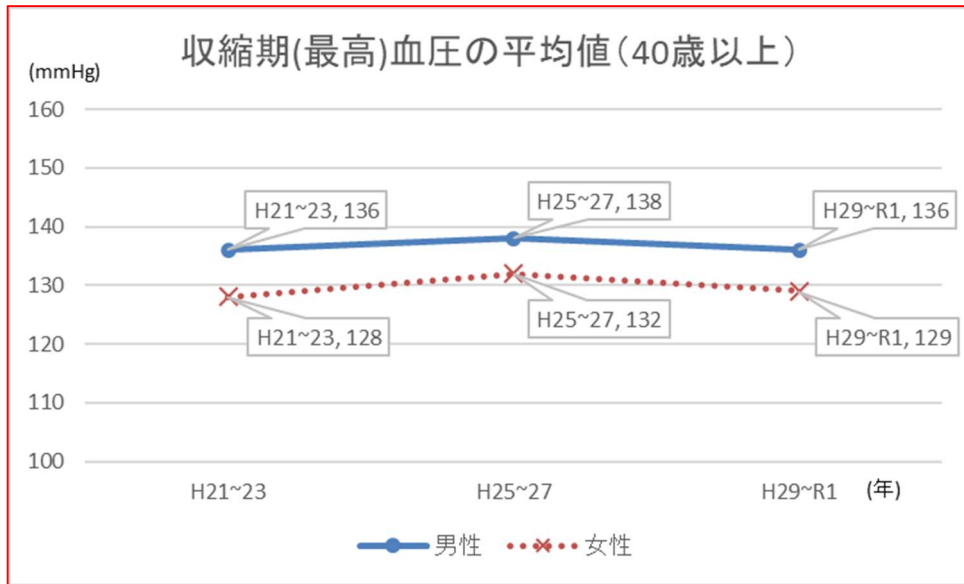
- 本県の20～60歳代男性の肥満者の割合は、平成29～令和元年の県民健康・栄養調査によると28.6%となっています。
- 本県の40～60歳代女性の肥満者の割合は、平成29～令和元年の県民健康・栄養調査によると21.7%となっています。



出典：県民健康・栄養調査

(高血圧)

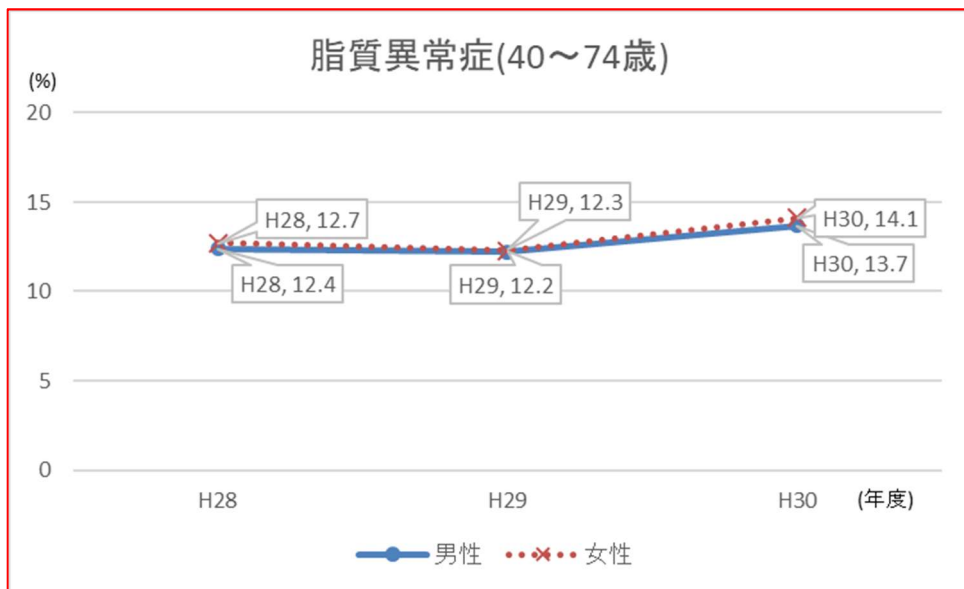
- 本県の収縮期(最高)血圧の平均値は、平成29～令和元年の県民健康・栄養調査によると男性136mmHg以下、女性129mmHgとなっています。



出典：県民健康・栄養調査

(脂質異常)

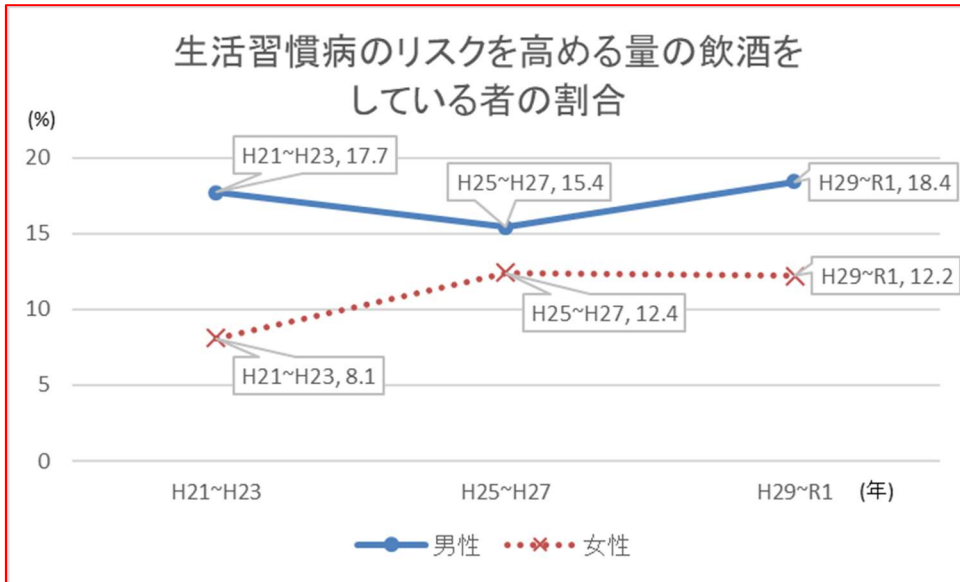
- 本県の脂質異常は、平成30年度時点では男性13.7%、女性14.1%となっています。



出典：厚生労働省「NDB (National Data Base)」

(飲酒)

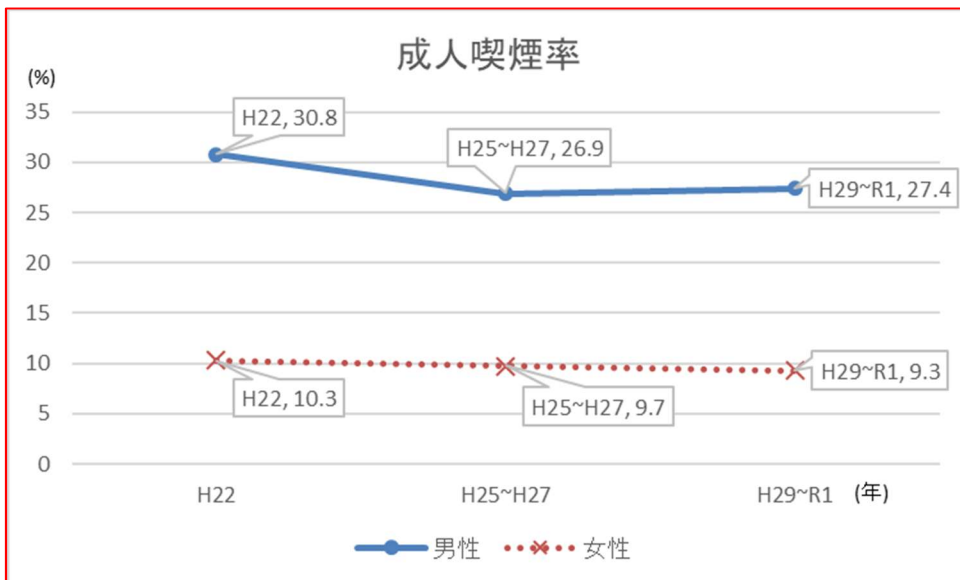
- 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（成人1日当たりの純アルコール摂取量 男性40g以上、女性20g以上の者）の割合について、平成29～令和元年の県民健康・栄養調査によると男性で18.4%、女性で12.2%となっています。



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。

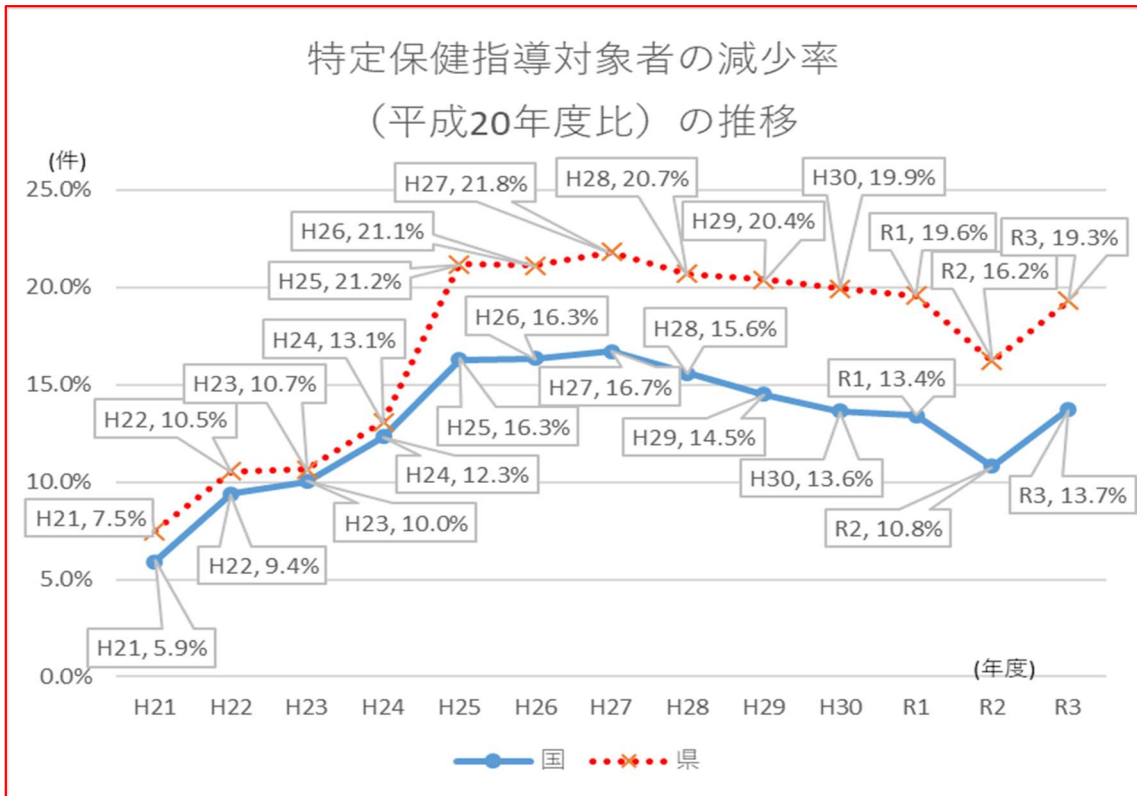


出典：県民健康・栄養調査

(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年度から増加傾向にあり、全ての年度において全国を上回っています。

6



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ(平成20年度～平成29年度)」
 ／総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(各年3月31日現在)」(平成20年～平成25年)
 ／総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(各年1月1日現在)」(平成27～30年)

(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。
- 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。

(2) 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、**医療機関・医療関係者**、関係機関は、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やマス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について検討します。

- 7** ○ 県民は、循環器病に関する正しい知識を持ち、循環器病の未病の改善に積極的に取り組み、疾患リスクの管理を行うとともに、健診の受診に努めます。

(全世代に向けた施策)

- 8** ○ 県は、未病指標等を活用し、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・サービス等の介入により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。

(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ができるよう、子どもやその保護者、教育機関に対し、企業等と連携した出前講座の実施や、学習教材の提供を通して普及啓発を行います。

(主に働く世代のための施策)

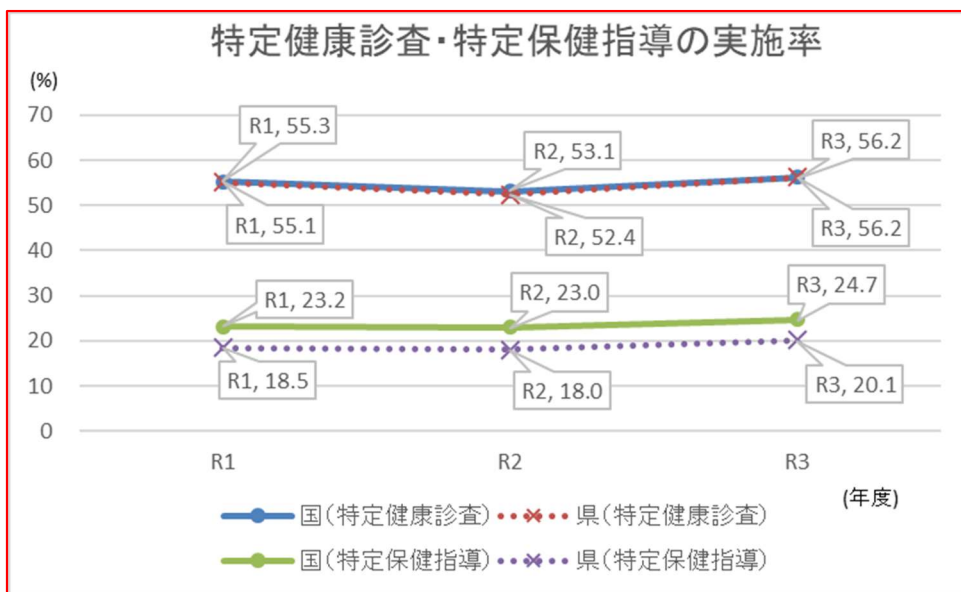
- 県は、生活習慣病対策を進めるとともに、働く世代の生活習慣病対策を強化するため、中小企業に対して、従業員の健康づくりや社内の健康管理体制構築に向けた助言支援を行うとともに、市町村、医師会等と連携して働く世代の健康づくりの取組の検討や調整を行います。
- 県は、健康増進を目的とした給食施設（給食を提供する事業所等）と連携して、働く世代等へ栄養・食生活の改善を働きかけていきます。

9 第2項 健診の普及や取組の推進

(1) 現状と課題

- 循環器病の多くは、不健康な生活習慣の継続等に端を発して発症するものであり、その経過は、生活習慣病予備群、生活習慣病発症、再発・重症化・合併症発症、生活機能の低下・要介護状態の順に進行していきます。そのため、予防の観点からも、循環器病の早期の診断・治療介入の考え方が必要です。循環器病の主要な危険因子である生活習慣病の予防及び早期発見のためには、40歳以上75歳未満の者が対象となる特定健康診査等の受診や、行動変容をもたらす特定保健指導が重要です。
- 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。



出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

(2) 取り組むべき施策

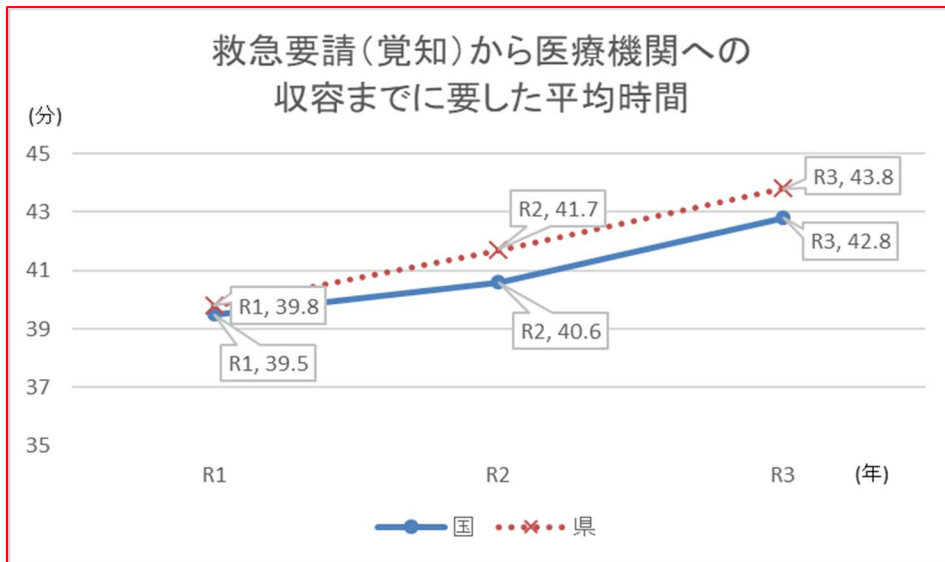
- 県は、健康無関心層等に、特定健診診査等の重要性について、ホームページやネット広告等を活用し、普及啓発を行います。
- 県と神奈川県保険者協議会は、連携して特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催します。
- 県は、効果的・効率的な保健事業の推進のため、国保データベース(KDB)及びNDBを活用して、国保データ、被用者保険のデータや人口動態統計などの保健医療データを収集・分析し、市町村へ提供していきます。
- 10 ○ 市町村は、特定健康診査等の健診により発見された危険因子を放置せず、生活習慣の改善や、必要な治療に繋げるため、効果的な特定保健指導の実施や、医療機関の受診勧奨の取組を推進します。

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

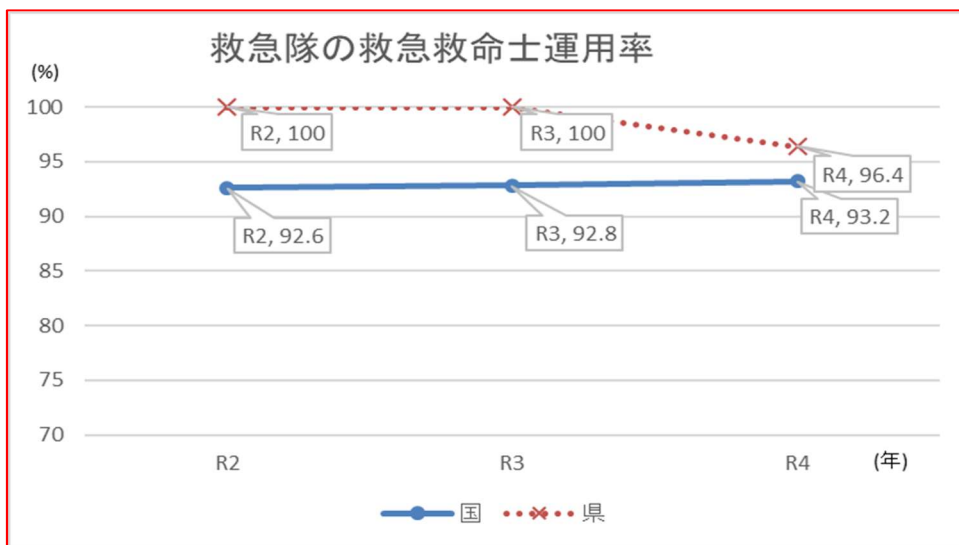
(1) 現状と課題

- 本県の救急要請（覚知）から病院等に収容する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。



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は、令和3年1.7件（10万人当たり）であり、全国平均の1.4件（10万人当たり）を上回っています。
- 令和4年における本県の救急隊の救急救命士運用率は96.4%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。

11

- 県、市町村、**消防機関**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、**消防機関**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、普及啓発に取組みます。

12

- また、県民は普及啓発によって得られた知識をもって、自ら又は家族等が循環器病を発症した疑いがある場合には、できる限り迅速かつ適切に対応するように努めるものとします。

- 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されたら、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。この中でも、高血圧が特に重要で、高血圧が完全に予防できれば、日本人の脳卒中は今よりも約半分に減ると考えられています。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、ろれつがまわらなかつ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、近年は血栓を溶かす治療薬である rt-PA（遺伝子組み換え組織型プラスミノゲン・ア

クチペータ)を用いた経静脈的線溶療法や、カテーテルを用いた経動脈的血行再建療法が普及しており、これによって脳梗塞が完治する可能性が高くなっています。しかし、この治療は症状が出てからすぐに行わないと効果がありません。目安は線溶療法で4時間半以内、血行再建療法で6時間以内とされていますが、現在治療できる時間を拡大する努力がなされています。現時点では、どこの医療機関でもこうした治療ができるわけではありませんが、こうした治療ができる医療機関は増えてきています。「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。

- ・ しかし、治療をしても完治しないことや、発見が遅れて治療が受けられないことも未だ多くあります。脳卒中は、一度なってしまうと後遺症が残る可能性の高い病気ですので、ならないように予防することが大切です。

【脳血管障害（脳卒中）の予防】

- ・ 脳卒中の最大の原因は、高血圧です。高血圧の最大的生活習慣要因は、食塩の過剰摂取です。日本人は食塩摂取の多い民族ですので、脳卒中予防のためにまず行うべきことは、減塩です。また太っていて血圧が高い人は、特定保健指導などを利用して減量すると、血圧が下がる可能性が高いといえます。たばこは、がん、心臓病、脳卒中、COPD（慢性閉塞性肺疾患）のすべてのリスクを高めます。たばこを吸っている人は、やめましょう。大量飲酒も脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の全てのリスクを高くすることがわかっています。一方、予防につながる食べ物としては、野菜や果物、大豆製品があります。ウォーキングなどの軽い有酸素運動で血流をよくすることも効果的です。そして、高血圧や糖尿病、メタボリックシンドロームを早期発見するために、年に一度は必ず健診を受けましょう。高血圧や糖尿病、心房細動、メタボリックシンドローム、脂質の異常がある人は、保健指導や治療を受けて健康管理を続けてください。

山岸良匡. 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. (2023)

【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.
(2022)

【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、現在症状を起こっ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。

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

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。

13

○ 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。

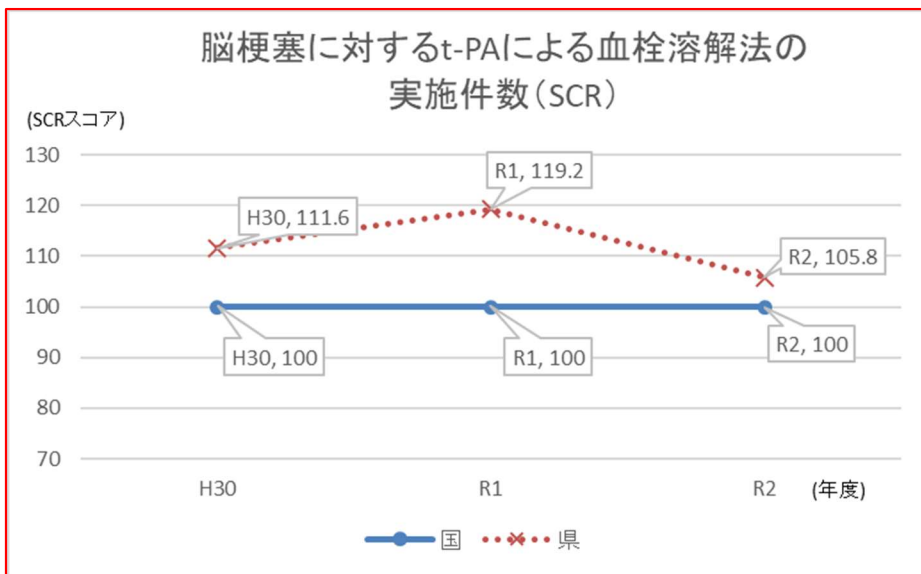
ア t-PA等の状況

- 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²）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。

14

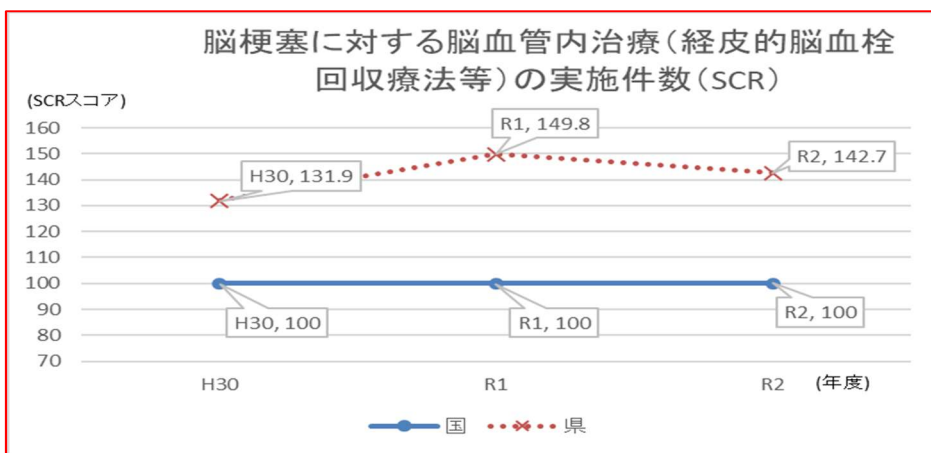
²発症後24時間以内の開始も妥当と判断される場合もあります。

- 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 Ratio³) は令和 2 年度時点で 105.8 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)

- 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⁴等）の実施件数 (SCR) は令和 2 年度時点で 142.7 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)

- 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。

³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。

⁴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。

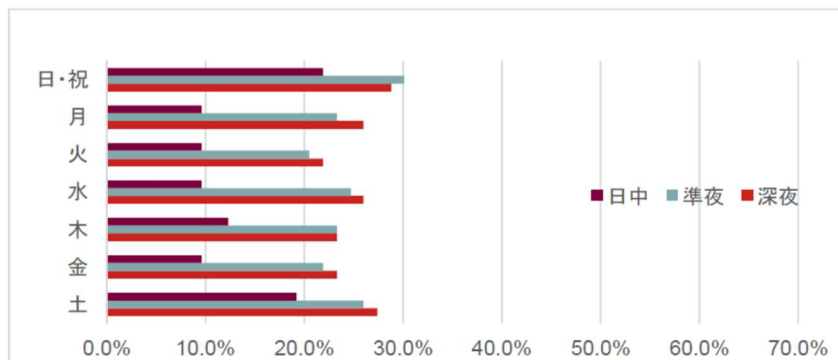
○ また、「日・祝」の準夜帯は22.4%の施設で受入が困難となっています。

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%)

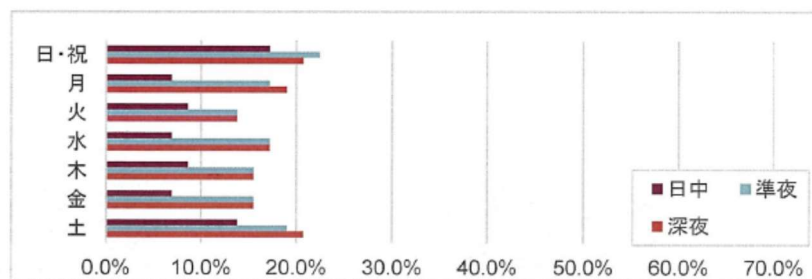
出典：神奈川県が実施した令和2年度「循環器疾患救急対策推進事業」より

曜日・時間帯別にみた受入困難な施設割合



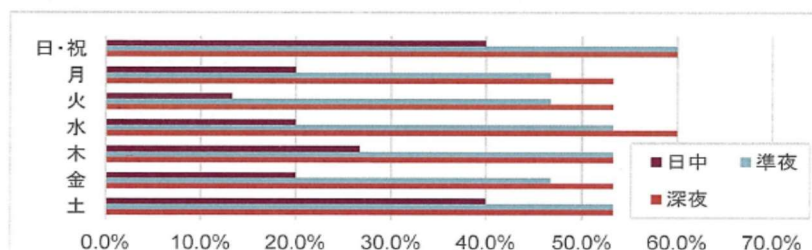
出典：神奈川県が実施した令和2年度「循環器疾患救急対策推進事業」より

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 療法の施行に焦点を当てて

- ・ 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。

15

○ 県内の循環器領域の手術を行う病院への調査（心血管疾患に関する基礎調査（※））では、少数数の医師で回している施設が多数であり、24 時間 100%受け入れられるとした施設は、急性心筋梗塞 62%、急性大動脈解離 36.2%、急性心不全 66%となっています。

○ 医師の働き方改革に伴う現在の体制の維持について、大半が「100%維持できる」としていますが、受入れ体制の縮小が見込まれるところもあります。

【現在の夜間当直体制】

循環器内科	回答数	割合
1 循環器内科当直で対応	21	42.0%
2 他科と共同で対応	20	40.0%
3 循環器当直なし	9	18.0%
全回答数		50

心臓血管外科	回答数	割合
1 心臓血管外科当直で対応	7	14.9%
2 他科と共同で対応	14	29.8%
3 心外科当直なし	26	55.3%
全回答数		47

【過去 1 か月の基本的な救急対応】

ア) 急性心筋梗塞	回答数	割合
1 24時間100%受け入れ可能	31	62.0%
2 50%以上の時間帯で受け入れ可能	5	10.0%
3 50%未満の時間帯で受け入れ可能	14	28.0%
全回答数		50

イ) 急性大動脈解離	回答数	割合
1 24時間100%受け入れ可能	17	36.2%
2 50%以上の時間帯で受け入れ可能	7	14.9%
3 50%未満の時間帯で受け入れ可能	23	48.9%
全回答数		47

ウ) 急性心不全	回答数	割合
1 24時間100%受け入れ可能	33	66.0%
2 50%以上の時間帯で受け入れ可能	5	10.0%
3 50%未満の時間帯で受け入れ可能	12	24.0%
全回答数		50

【過去1ヶ月の救急対応で実際に受け入れが困難であった理由】

ア) 急性心筋梗塞	回答数	割合
1 ベッドが満床	7	12.5%
2 対応できる医師がいない	14	25.0%
3 対応の設備が稼働できない	6	10.7%
4 コメディカルがいない	1	1.8%
5 問題なくすべて受け入れた	28	50.0%
全回答数	56	

イ) 急性大動脈解離	回答数	割合
1 ベッドが満床	4	6.8%
2 対応できる医師がいない	29	49.2%
3 対応の設備が稼働できない	9	15.3%
4 コメディカルがいない	3	5.1%
5 問題なくすべて受け入れた	14	23.7%
全回答数	59	

ウ) 急性心不全	回答数	割合
1 ベッドが満床	11	19.3%
2 対応できる医師がいない	15	26.3%
3 対応の設備が稼働できない	4	7.0%
4 コメディカルがいない	1	1.8%
5 問題なくすべて受け入れた	26	45.6%
全回答数	57	

【働き方改革に伴う現在の体制維持】

ア) 急性心筋梗塞	回答数	割合
1 100%維持できる	33	66.0%
2 50%以上維持できる	11	22.0%
3 50%未満になる	6	12.0%
全回答数	50	

イ) 急性大動脈解離	回答数	割合
1 100%維持できる	17	36.2%
2 50%以上維持できる	11	23.4%
3 50%未満になる	19	40.4%
全回答数	47	

ウ) 急性心不全	回答数	割合
1 100%維持できる	31	62.0%
2 50%以上維持できる	12	24.0%
3 50%未満になる	7	14.0%
全回答数	50	

出典：神奈川県が実施した令和5年度「心血管疾患に関する基礎調査」より

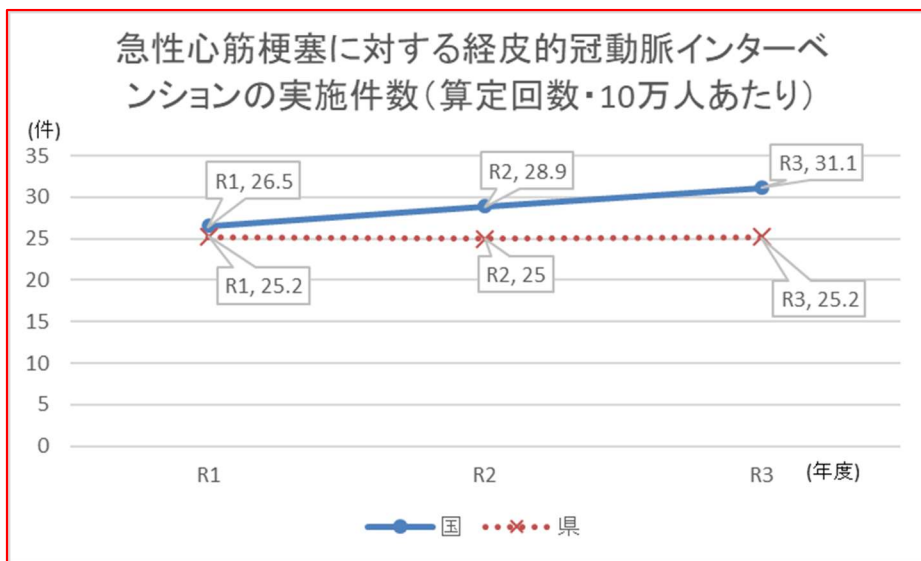
（※）心血管疾患に関する基礎調査（令和5年度）について	
1 目的	
○ <u>心血管疾患に係る現状の診断・治療体制や救急対応時の医療体制の課題抽出等、現状の循環器疾患救急に係る県内の医療提供体制の調査・分析を行う。</u>	
2 調査内容	
<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>各医療機関の医師等の体制について</u> ・ <u>救急対応の体制について</u> ・ <u>働き方改革による人員体制の維持について</u> 	
3 調査対象先	
○ <u>県内の循環器領域の手術を行う「病院」（95病院）</u>	

イ インターベンション⁵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。
- PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90分以内の冠動脈再開通割合は、令和3年度時点で58.6%と全国平均の54.2%を上回っています。

⁵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。

- 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3年度時点で10万人当たり25.2件と、全国平均の31.1件を下回っています。



出典：厚生労働省「NDB (National Data Base)」

- 心血管疾患についても、令和6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、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。

16 ○ 県は、急性期から回復期・慢性期への円滑な移行について、地域医療機関の診療及び医療連携体制の強化を図ります。

- 県は、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。

17 ○ 県は、かかりつけ医等の日常の診療における循環器病診療に関するツールの活用等、かかりつけ医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よう、医師会や学会などの関係団体等との連携を進めます。

- 県は、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。

18 ○ 県は、急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等を含めた在宅医療の体制を強化し、急性期病院からの円滑な診療の流れについて検討を進めます。

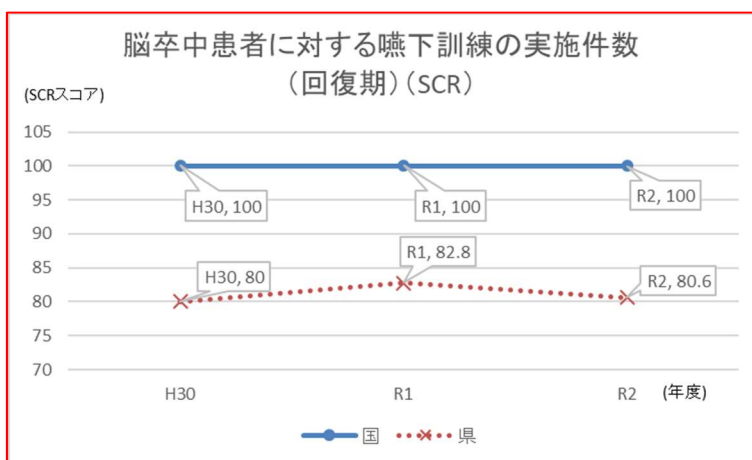
19 ○ 県は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

第3項 リハビリテーション等の取組

(1) 現状と課題

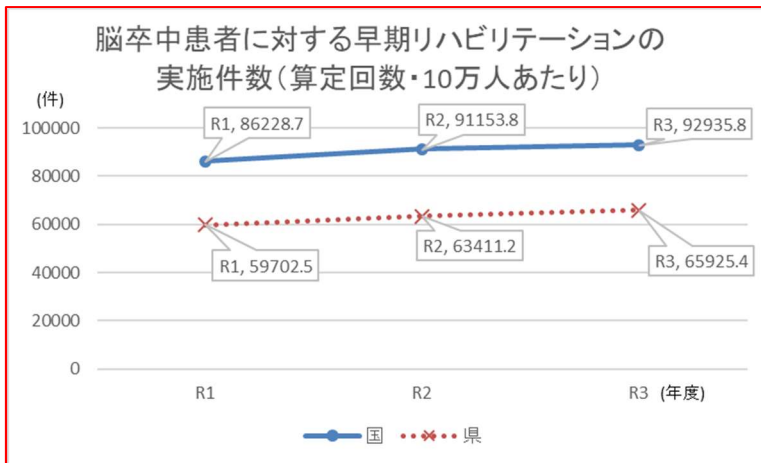
(脳卒中)

- 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2年度時点で 80.6 と全国平均を下回っています。



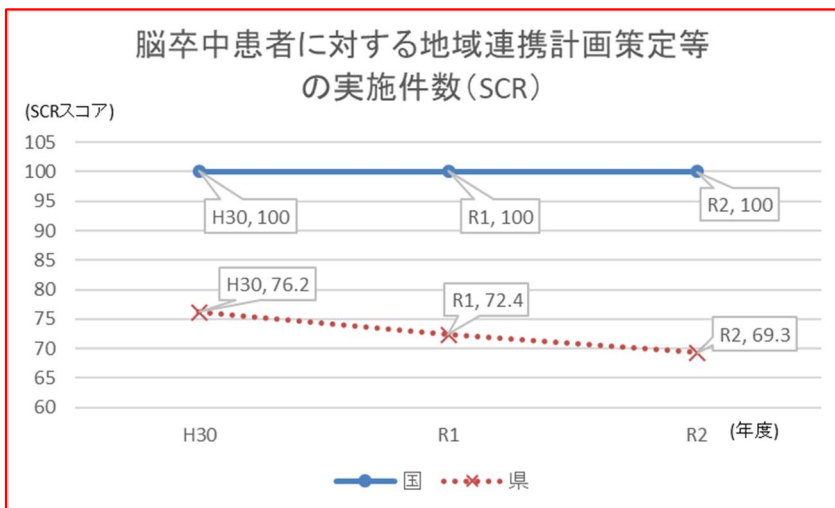
出典：内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR)

- 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3年度時点で10万人当たり65,925.4件と全国平均の92,935.8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2年度時点で69.3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、令和2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	79.4人	40.2人	14.1人
神奈川県	54.2人	25.9人	9.1人

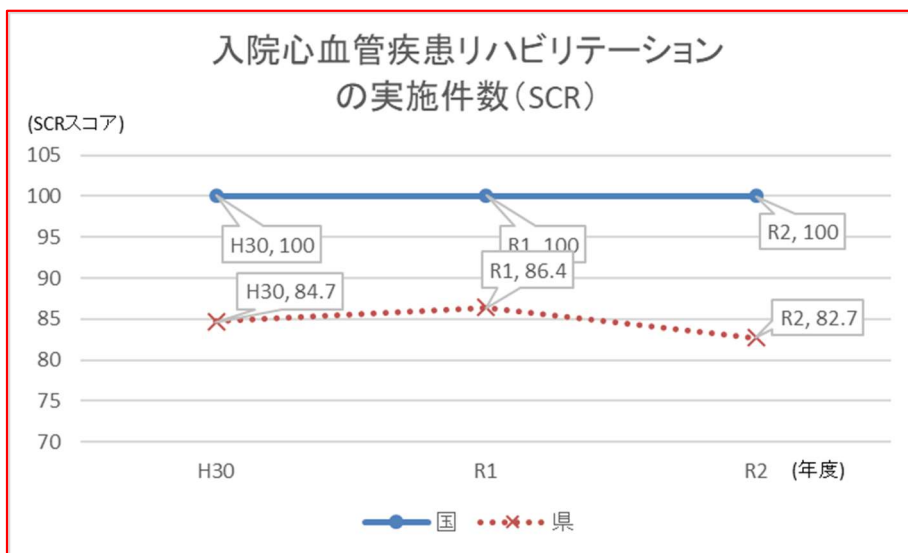
出典：令和2年医療施設静態調査

- 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）

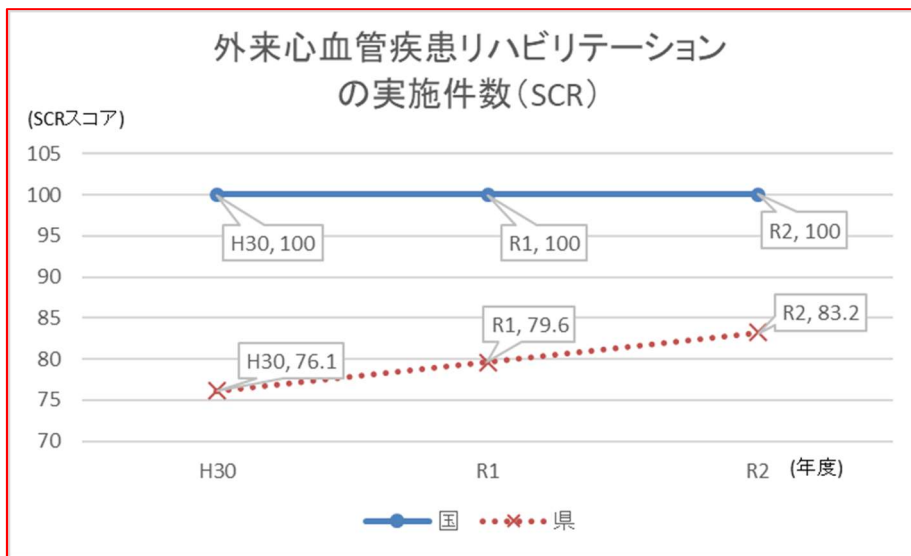
- 慢性心不全の増悪予防のためには、薬物療法に加え、運動療法、患者教育等を含む「心血管疾患リハビリテーション」を、入院中から退院後まで継続して行うことが望めます。
- 一般に「リハビリテーション」は運動療法を想定することが多いため、心血管疾患リハビリテーションに運動療法以外の幅広いプログラム内容が含まれているということは、心血管疾患リハビリテーションを専門としている医療職以外には充分知られていません。
- また、患者に心血管疾患リハビリテーションの必要性について、知識の普及啓発が必要です。あわせて、心血管疾患リハビリテーションの必要性について、県民が正しく理解する必要があります。
- 本県の年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2年度時点で82.7と全国平均を下回っています。

20



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2年度時点で 83.2 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、令和2年時点で全国平均を下回っています。（再掲）

21

- 10万人当たりの心血管疾患リハビリテーション届出施設数は、主要都道府県で最下位です。

＜主要都道府県の心血管疾患リハビリテーション(I、II)届出施設数 (R5.8.1時点)＞

	北海道	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	愛知県	大阪府	兵庫県	福岡県
施設数	93	64	53	117	68	82	119	89	113
10万人当たりの施設数	1.81	0.87	0.84	0.85	0.74	1.09	1.35	1.63	2.21

- また、県内でも、県央地域や湘南東部地域、横須賀・三浦地域、川崎北部地域が届出施設数少なく、地域に偏りがあります。

＜県内の心血管疾患リハビリテーション(I、II)届出施設数 (R5.8.1時点)＞

	横浜	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三崎	湘南東部	湘南西部	県央	県西
施設数	26	5	10	6	3	6	5	5	2
10万人当たりの施設数	0.69	0.58	1.50	0.83	0.42	0.82	0.86	0.58	0.59

- 心血管疾患リハビリテーションの実施件数を地域別に見ると、入院と外来の実施件数の差が顕著で、入院中から退院後まで継続した心血管疾患リハビリテーションの実施が進んでいないのが現状です。

- また、外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数は、県央地域や湘南東部地域、横須賀・三浦地域、川崎北部地域が少なく、地域に偏りがあります。

<R3年心血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）（10万人当たり）>

	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
入院	1881.33	1659.22	4048.73	2682.16	3381.79	927.64	1615.56	2187.39	2923.39
外来	838.18	489.94	1095.68	2032.28	453.17	185.04	1983.36	16.74	1521.33

（2）取り組むべき施策

- 県は、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、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。
- 22 県は、医療関係者及び介護・福祉関係者等が在宅における摂食嚥下障害に適切に対応できるよう、団体が実施する人材育成研修を支援します。
- 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めます。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）

- 23 県は、患者が地域で、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できるよう、実態を把握し、実施医療機関の設備を整備するとともに、地域連携の強化や医療従事者の人材育成を行い、円滑な心血管疾患リハビリテーション提供体制の整備を進めます。

24 ○ 県は、心血管疾患リハビリテーションが包括的に提供されるよう、心血管疾患リハビリテーションに関わる医療従事者等を対象とする研修会等を開催し、資質の向上及び多職種連携の促進を図ります。

○ 県、市町村、**医療機関・医療関係者**、**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⁶やサルコペニア⁷対策も視野に入れつつ再発と増悪の予防を図ります。

25 ○ 県は、心血管疾患リハビリテーションの必要性やその効果等について、リーフレット等の資料、SNS やマスメディアを効果的に用いて、県民に正しい知識の普及啓発に取り組めます。

第4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。

26 ○ 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。

- 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 174 万人）のうち、約 17%（約 29.5 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。
- また、虚血性心疾患を含む心疾患の患者（約 306 万人）のうち約 19%（約 58.3 万人）が 20～64 歳です。

⁶6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。

⁷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））

(2) 取り組むべき施策

○ 県は、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。

27

○ 県は、循環器病の後遺症について、正しい知識の普及啓発を行うとともに、理解促進を推進します。

○ 県は、患者とその家族等に対して、ニーズに応じた支援ができるよう、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。

第5項 循環器病の緩和ケア

(1) 現状と課題

- 令和2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。
- 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

- 県は、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 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。

【全国】

連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
27	訪問診療の実施件数 (10万人当たり)	13,436.6	13,709.9	14,358.5	15,306.4	16,219.2
28	訪問看護利用者数（医療） (10万人当たり)	389.7	373.4	357.2	373.9	366.4
29	訪問看護利用者数（介護） (10万人当たり)	4,421.6	4,765.6	5,166.5	5,619.3	6,149.8
30	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療） (10万人当たり)	4.3	3.9	3.6	3.7	3.4

【神奈川県】

連番	指標名	神奈川県				
		H29	H30	R1	R2	R3
27	訪問診療の実施件数 (10万人当たり)	17,122.5	17,784.6	19,025.8	20,612.5	21,900.8
28	訪問看護利用者数（医療） (10万人当たり)	331.1	358.3	349.9	366.6	341.7
29	訪問看護利用者数（介護） (10万人当たり)	5,013.6	5,461.0	5,987.4	6,475.1	7,135.7
30	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療） (10万人当たり)	1.6	2.1	1.2	1.0	1.2

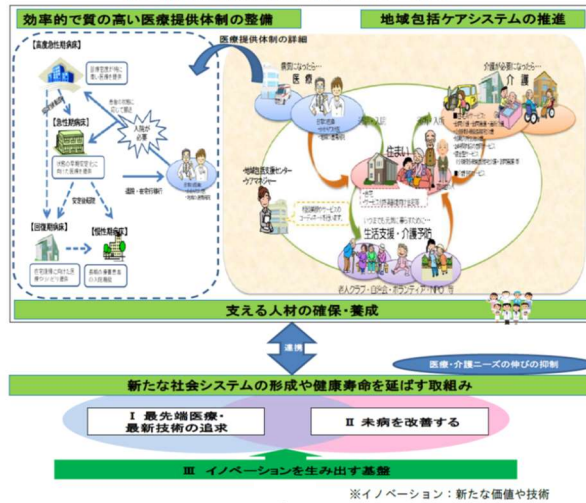
出典：厚生労働省「NDB（National Data Base）」、介護保険事業状況報告（年報）

（２）取り組むべき施策

- 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、**県、市町村は**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。
- **県は、**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。
- **県は、**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。
- **県、市町村は、**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。

【図 神奈川の将来のめざすすがた（イメージ）】



28 第7項 治療と仕事の両立支援・就労支援

(1) 現状と課題

- 一般に、脳卒中は手足の麻痺、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（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。
- 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復職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。
- 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) 取り組むべき施策

- 県は、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。
- 県は、治療と仕事の両立支援を推進するため、患者の状況に応じて治療と仕事が両立できるよう、神奈川産業保健総合支援センターと連携して、相談支援及びかかりつけ医、会社・産業医、両立支援コーディネーター⁸による、患者への「トライアングル型サポート

⁸患者に寄り添いながら、継続的に相談支援を行いつつ、個々の患者ごとの治療と仕事の両立に向けたプランの作成支援、かかりつけ医や企業・産業医と復職に向けた調整等の支援を行う者です。

体制」⁹の構築を推進します。

○ 県は、かながわ健康プラン2 1 地域・職域連携推進部会において、治療と仕事の両立に係る情報提供を行います。

○ 県は、治療と仕事の両立支援を推進する企業や事業所を支援するため、「かながわ治療と仕事の両立支援推進企業認定事業」を進めます。

第8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

- 県は、 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。

31 第9項 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

(1) 現状と課題

○ 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

30 ⁹かかりつけ医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターによるトライアングル型で患者をサポートする体制のことをいいます。「働き方改革実行計画」において、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整え、病気を患った方々が、生きがいを感じながら働ける社会を目指すため、トライアングル型サポート体制を構築することとされました。

います。

- 相談支援は、急性期における医療機関受診から慢性期における医療、介護及び福祉に係るサービスに関することまで、多岐にわたります。急性期には患者が意識障害を起こしたり、患者や家族がショックを受けていることが多く、時間的制約もあり、必要な情報を得たり相談支援を受けることが困難な場合があります。また、維持期に相談できる窓口が少ない、わかりにくいという意見もあります。そのような中で、患者やその家族が、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。

(2) 取り組むべき施策

- 県は、国、国立循環器病研究センター等と協力し、循環器病に関する科学的根拠に基づいた正しい情報提供を行います。
- 県は、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。
- 県は、神奈川産業保健総合支援センター等と連携して、就労者に対して、循環器病に関する研修会を開催します。
- 県は、地域の医療機関、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護事業者、訪問看護ステーション等を対象とした研修会、勉強会等を開催し、情報・相談ネットワークを強化します。
- 県は、これらの取組を効果的に推進するとともに、既存の患者支援体制の活用を推進しつつ、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。

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、県立病院は、それぞれの病院の専門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、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めます。
- また、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。

【全国】脳卒中指標一覧①

連番	指標名	全国				
		H17	H22	H27	R2	R7
1	脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）	61.9	49.5	37.8	未公表	—
2	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）	36.1	26.9	21	未公表	—
3	脳卒中標準化死亡比（全体）（男性）	100	100	100	未公表	—
4	脳卒中標準化死亡比（全体）（女性）	100	100	100	未公表	—
5	脳卒中標準化死亡比（脳出血）（男性）	100	100	100	未公表	—
6	脳卒中標準化死亡比（脳出血）（女性）	100	100	100	未公表	—
7	脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）（男性）	100	100	100	未公表	—
8	脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）（女性）	100	100	100	未公表	—

連番	指標名	全国				
		H25	H28	R1	R4	R7
9	健康寿命（男） （歳）	71.19	72.14	72.68	未公表	—
10	健康寿命（女） （歳）	74.21	74.79	75.38	未公表	—

連番	指標名	全国				
		H23	H26	H29	R2	R5
11	脳血管疾患受療率（入院） （10万人当たり） （人）	137	125	115	98	未公表
12	脳血管疾患受療率（外来） （10万人当たり） （人）	89	74	68	59	未公表

連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
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 （分）	39.3	39.5	39.5	40.6	42.8
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） （10万人当たり） （件）	8.0	8.2	9.4	10.7	10.8
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	100	未公表
16	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 （SCR）	100	100	100	100	未公表
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）（10万人当たり） （件）	12.0	11.6	10.9	9.3	9.0
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） （10万人当たり） （件）	10.2	11.1	11.9	11.8	12.4
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	100	未公表

連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
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） （10万人当たり） （件）	79,757.3	83,085.1	85,551.9	91,153.8	92,935.8
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	100	未公表
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） （10万人当たり） （件）	59.0	67.5	68.5	66.3	65.5
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	100	未公表
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	100	未公表
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） （10万人当たり） （件）	132,036.3	133,450.2	135,553.8	137,735.9	136,181.0

注：20～24の掲載データは脳卒中患者に限定していない。

【神奈川県】脳卒中指標一覧①								
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H17	H22	H27	R2	R7	年度	目標値
1	脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）	58.9	45.6	36.6	未公表	—	R11	32.9
2	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）	33.9	26	19	未公表	—	R11	17.1
3	脳卒中標準化死亡比（全体）（男性）	94.6	92.9	92.6	未公表	—	R11	90.1
4	脳卒中標準化死亡比（全体）（女性）	98	96.5	91.1	未公表	—	R11	82.3
5	脳卒中標準化死亡比（脳出血）（男性）	104.6	99.4	101.8	未公表	—	R11	98.2
6	脳卒中標準化死亡比（脳出血）（女性）	105.2	102	100.2	未公表	—	R11	93.8
7	脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）（男性）	91.5	92	88.8	未公表	—	R11	85.4
8	脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）（女性）	96.2	96.8	87.8	未公表	—	R11	77.1
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H25	H28	R1	R4	R7	年度	目標値
9	健康寿命（男） （歳）	71.57	72.3	73.15	未公表	—	R11	延伸
10	健康寿命（女） （歳）	74.75	74.64	74.97	未公表	—	R11	延伸
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H23	H26	H29	R2	R5	年度	目標値
11	脳血管疾患受療率（入院） （10万人当たり） （人）	95	92	88	77	未公表	R11	60.8
12	脳血管疾患受療率（外来） （10万人当たり） （人）	57	72	51	32	未公表	R11	26.6
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H29	H30	R1	R2	R3	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 （分）	39.4	39.4	39.8	41.7	43.8	R11	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） （10万人当たり） （件）	8.7	8.4	10.2	10.4	10.0	R11	12.0
15	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（SCR）	119.1	111.6	119.2	105.8	未公表	R11	125.3
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）	132.7	131.9	149.8	142.7	未公表	R11	153.2
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）（10万人当たり） （件）	12.2	11.1	10.6	9.1	8.9	R11	9.5
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） （10万人当たり） （件）	10.2	11.5	12.9	12.1	13.4	R11	18.4
19	脳卒中患者に対する嚔下訓練の実施件数（急性期）（SCR）	不明	117.8	129.5	146.4	未公表	R11	144.4
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H29	H30	R1	R2	R3	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） （10万人当たり） （件）	52,930.5	57,555.9	59,428.9	63,411.2	65,925.4	R11	86,496.8
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）	91.7	93.1	93.5	91.0	未公表	R11	101.6
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） （10万人当たり） （件）	42.5	46.3	44.5	41.4	34.9	R11	65.4
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）	80.7	76.2	72.4	69.3	未公表	R11	100.0
24	脳卒中患者に対する嚔下訓練の実施件数（回復期）（SCR）	75.2	80.0	82.8	80.6	未公表	R11	100.0
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） （10万人当たり） （件）	91,244.9	95,566.1	100,200.4	103,267.3	103,384.3	R11	134,991.4

注：20～24の掲載データは脳卒中患者に限定していない。

【全国】脳卒中指標一覧②						
連番	指標名	全国				
		H23	H26	H29	R2	R5
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	55.2	未公表
連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
27	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（医療） (10万人当たり)	197.2	199.3	202.9	212.5	218.3
28	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護） (10万人当たり)	944.7	1,026.6	1,086.7	1,134.2	1,235.8
29	通所リハビリを受ける利用者数 (10万人当たり)	5,467.8	5,590.0	5,804.4	5,457.0	5,492.2
連番	指標名	全国				
		H25	H28	R1	R4	R7
30	喫煙率（男） (%)	33.7	31.1	28.8	25.4	—
31	喫煙率（女） (%)	10.7	9.5	8.8	7.7	—
連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
32	ニコチン依存管理料を算定する患者数 (10万人当たり)	366.8	375.2	343.2	330.2	133.0
33	ハイリスク飲酒者の割合（男） (%)	14.7	15	14.9	調査中止	調査中止
34	ハイリスク飲酒者の割合（女） (%)	8.6	8.7	9.1	調査中止	調査中止
連番	指標名	全国				
		H25	H28	R1	R4	R7
35	健診受診率（男） (%)	70.6	75	77.2	76.7	—
36	健診受診率（女） (%)	62.2	67.3	69.7	69.7	—
連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
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) (10万人当たり)	3,368.6	3,546.2	3,703.1	3,813.6	3,961.6
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) (10万人当たり)	2,668.2	2,782.3	2,878.3	2,867.4	2,975.7
39	特定保健指導対象者数・終了者数（対象者数） (10万人当たり)	3,835.8	3,964.1	4,055.7	4,084.7	4,131.0
40	特定保健指導対象者数・終了者数（終了者数） (10万人当たり)	746.8	923.3	942.9	941.1	1,018.8
連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
41	救急隊の救急救命士運用率 (%)	91.2	90.9	91.7	92.6	92.8
連番	指標名	全国				
		H23	H26	H29	R2	R5
42	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数（病院数） (10万人当たり)	0.1	0.1	0.1	0.2	未公表
43	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数（病床数） (10万人当たり)	0.5	0.7	1.0	1.2	未公表
44	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数（理学療養士） (10万人当たり)	48.5	60.1	71.7	79.4	未公表
45	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数（作業療法士） (10万人当たり)	27.9	32.8	37.4	40.2	未公表
46	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数（言語聴覚士） (10万人当たり)	9.0	11.1	13.0	14.1	未公表
47	医療ソーシャルワーカー数 (10万人当たり)	7.4	8.2	11.2	12.8	未公表
連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
48	訪問看護を受ける患者数（医療） (10万人当たり)	389.7	373.4	357.2	373.9	366.4
49	訪問看護を受ける患者数（介護） (10万人当たり)	4,421.6	4,765.6	5,166.5	5,619.3	6,149.8
連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
50	特定健康診査の実施率 (%)	52.9	54.4	55.3	53.1	56.2
51	特定保健指導の実施率 (%)	19.5	23.3	23.2	23.0	24.7
連番	指標名	全国				
		R1	R2	R3	R4	R5
52	「かながわ治療と仕事の両立推進企業」認定企業数 (件)	(県独自指標のためデータなし)				

【神奈川県】脳卒中指標一覧②								
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H23	H26	H29	R2	R5	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 (%)	データ 未取得	61.4	58.2	57.3	未公表	R11	67.5
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H29	H30	R1	R2	R3	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） (10万人当たり) (人)	60.3	67.8	52.2	60.3	65.4	R11	206.0
28	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護） (10万人当たり) (人)	604.6	647.2	690.1	718.1	774.1	R11	1,085.6
29	通所リハビリを受ける利用者数 (10万人当たり) (人)	3,008.3	2,989.5	3030.8	2712.5	2756.8	R11	5,562.3
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H25	H28	R1	R4	R7	年度	目標値
30	喫煙率（男） (%)	30.2	29.6	26.7	22.2	—	R11	12
31	喫煙率（女） (%)	9.8	10.9	8.4	7.6	—	R11	12
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H29	H30	R1	R2	R3	年度	目標値
32	ニコチン依存管理料を算定する患者数 (10万人当たり) (人)	325.8	326.4	291.7	276.8	116.8	R11	309.7
33	ハイリスク飲酒者の割合（男） (%)	(データなし)					(目標なし)	
34	ハイリスク飲酒者の割合（女） (%)	(データなし)					(目標なし)	
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H25	H28	R1	R4	R7	年度	目標値
35	健診受診率（男） (%)	73.2	76.2	77.7	78.8	—	R11	82.1
36	健診受診率（女） (%)	59.6	63.9	66.9	67.8	—	R11	72.6
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H29	H30	R1	R2	R3	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) (10万人当たり) (人)	3,144	3,243	3,422	3,574	3,712	R11	3,077.2
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) (10万人当たり) (人)	2,669	2,764	2,871	2,883	3,003	R11	2,554.1
39	特定保健指導対象者数・終了者数（対象者数） (10万人当たり) (人)	3,900	3,975	4,094	4,157	4,196	R11	4,668.8
40	特定保健指導対象者数・終了者数（終了者数） (10万人当たり) (人)	563	710	756	750	845	R11	914.6
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H29	H30	R1	R2	R3	年度	目標値
41	救急隊の救急救命士運用率 (%)	100	100	100	100	100	R11	100
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H23	H26	H29	R2	R5	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） (10万人当たり) (所)	0.1	0.1	0.1	0.2	未公表	R11	0.3
43	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数（病床数） (10万人当たり) (床)	0.8	0.9	0.9	1.3	未公表	R11	1.7
44	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数（理学療養士） (10万人当たり) (人)	(データなし)		45.4	54.2	未公表	R11	64.9
45	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数（作業療法士） (10万人当たり) (人)	(データなし)		22.5	25.9	未公表	R11	34.6
46	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数（言語聴覚士） (10万人当たり) (人)	(データなし)		8.2	9.1	未公表	R11	11.8
47	医療ソーシャルワーカー数 (10万人当たり) (人)	(データなし)		8.8	9.8	未公表	R11	9.9
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H29	H30	R1	R2	R3	年度	目標値
48	訪問看護を受ける患者数（医療） (10万人当たり) (人)	331.1	358.3	349.9	366.6	341.7	R11	384.5
49	訪問看護を受ける患者数（介護） (10万人当たり) (人)	5,013.6	5,461.0	5,987.4	6,475.1	7,135.7	R11	10,531.2
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H29	H30	R1	R2	R3	年度	目標値
50	特定健康診査の実施率 (%)	52.5	53.6	55.1	52.4	56.2	R11	70
51	特定保健指導の実施率 (%)	14.4	17.9	18.5	18.0	20.1	R11	45
連番	指標名	全国					神奈川県目標	
		R1	R2	R3	R4	R5	年度	目標値
52	「かながわ治療と仕事の両立推進企業」認定企業数 (件)	—	53	52	89	36	R11	530

【全国】心血管疾患指標一覧①						
連番	指標名	全国				
		H17	H22	H27	R2	R7
1	心疾患の年齢調整死亡率（男）	83.7	74.2	65.4	未公表	—
2	心疾患の年齢調整死亡率（女）	45.3	39.7	34.2	未公表	—
3	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（男）	25.9	20.4	16.2	未公表	—
4	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（女）	11.5	8.4	6.1	未公表	—

連番	指標名	全国				
		H15~H19	H20~H24	H25~H29	H30~R4	R5~R9
5	心疾患標準化死亡率（全体）（男性）	100	100	100	未公表	—
6	心疾患標準化死亡率（全体）（女性）	100	100	100	未公表	—
7	心疾患標準化死亡率（急性心筋梗塞）（男性）	100	100	100	未公表	—
8	心疾患標準化死亡率（急性心筋梗塞）（女性）	100	100	100	未公表	—
9	心疾患標準化死亡率（心不全）（男性）	100	100	100	未公表	—
10	心疾患標準化死亡率（心不全）（女性）	100	100	100	未公表	—

連番	指標名	全国				
		H25	H28	R1	R4	R7
11	健康寿命（男） （歳）	71.19	72.14	72.68	未公表	—
12	健康寿命（女） （歳）	74.21	74.79	75.38	未公表	—

連番	指標名	全国					
		H23	H26	H29	R2	R5	
13	虚血性心疾患により救急搬送された患者数 （10万人当たり） （人）	（データなし）			2.97	2.75	未公表
14	虚血性心疾患受療率（入院） （10万人当たり） （人）	13	12	12	9	未公表	
15	虚血性心疾患受療率（外来） （10万人当たり） （人）	49	47	44	42	未公表	

連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
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 （分）	39.3	39.5	39.5	40.6	42.8

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				
		H29	H30	R1	R2	R3
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）（10万人当たり） （件）	22.7	23.8	26.5	28.9	31.1
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	100	100
19	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数 （10万人当たり） （件）	13.2	12.9	12.9	11.5	11.6
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） （10万人当たり） （件）	5,287.7	5,480.6	5,757.3	6,070.1	6,208.7
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	100	未公表

連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
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） （10万人当たり） （件）	406.3	464.5	489.9	506.8	528.4
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	100	未公表
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） （10万人当たり） （件）	59.0	67.5	68.5	66.3	65.5
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	100	未公表

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				
		H23	H26	H29	R2	R5
26	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数 （日）	9.5	8.2	8.6	12.7	未公表

【神奈川県】心血管疾患指標一覧①								
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H17	H22	H27	R2	R7	年度	目標値
1	心疾患の年齢調整死亡率（男）	76	69.3	64.5	未公表	—	R11	49.9
2	心疾患の年齢調整死亡率（女）	42.7	35.7	31.5	未公表	—	R11	17.2
3	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（男）	25.3	21.9	16.2	未公表	—	R11	13.1
4	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（女）	11.1	7.9	4.8	未公表	—	R11	3.9
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H15~H19	H20~H24	H25~H29	H30~R4	R5~R9	年度	目標値
5	心疾患標準化死亡比（全体）（男性）	91.9	93.1	96.6	未公表	—	R11	84.5
6	心疾患標準化死亡比（全体）（女性）	93.4	91.1	89.4	未公表	—	R11	86.2
7	心疾患標準化死亡比（急性心筋梗塞）（男性）	103.2	106	98.2	未公表	—	R11	94.2
8	心疾患標準化死亡比（急性心筋梗塞）（女性）	96	95.7	78.6	未公表	—	R11	64.7
9	心疾患標準化死亡比（心不全）（男性）	112.2	120.7	142.3	未公表	—	R11	100.0
10	心疾患標準化死亡比（心不全）（女性）	101.5	100.8	106.9	未公表	—	R11	92.8
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H25	H28	R1	R4	R7	年度	目標値
11	健康寿命（男） （歳）	71.57	72.3	73.15	未公表	—	R11	延伸
12	健康寿命（女） （歳）	74.75	74.64	74.97	未公表	—	R11	延伸
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H23	H26	H29	R2	R5	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 （10万人当たり）（人）	（データなし）		2.2	2.2	未公表	R11	2.0
14	虚血性心疾患受療率（入院） （10万人当たり）（人）	9	10	10	8	未公表	R11	7.1
15	虚血性心疾患受療率（外来） （10万人当たり）（人）	32	40	42	62	未公表	R11	45.5
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H29	H30	R1	R2	R3	年度	目標値
16	救急要請（覚知）から医療機関への取寄までに要した平均時間 （分）	39.4	39.4	39.8	41.7	43.8	R11	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	神奈川県					神奈川県目標	
		H29	H30	R1	R2	R3	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）（10万人当たり）（件）	21.7	22.1	25.0	25.0	25.2	R11	30.8
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）	不明	不明	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 （10万人当たり）（件）	12.0	11.4	12.4	9.8	10.5	R11	12.3
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） （10万人当たり）（件）	4,135.0	4,179.1	4,526.0	4,377.3	4,458.4	R11	5,760.9
21	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	85.8	84.7	86.4	82.7	未公表	R11	100.0
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標	
		H29	H30	R1	R2	R3	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） （10万人当たり）（件）	427.4	523.7	485.6	477.0	441.6	R11	479.2
23	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（SCR）	98.2	99.5	86.1	87.7	未公表	R11	100.0
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） （10万人当たり）（件）	42.5	46.3	44.5	41.4	34.9	R11	65.4
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）	80.7	76.2	72.4	69.3	未公表	R11	100.0
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	神奈川県					神奈川県目標	
		H23	H26	H29	R2	R5	年度	目標値
26	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数 （日）	5.8	5.4	8.4	4.5	未公表	R11	3.3

【全国】心血管疾患指標一覧②						
連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
27	訪問診療の実施件数 (10万人当たり) (件)	13,436.6	13,709.9	14,358.5	15,306.4	16,219.2
28	訪問看護利用者数（医療） (10万人当たり) (人)	389.7	373.4	357.2	373.9	366.4
29	訪問看護利用者数（介護） (10万人当たり) (人)	4,421.6	4,765.6	5,166.5	5,619.3	6,149.8
30	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療） (10万人当たり) (件)	4.3	3.9	3.6	3.7	3.4
連番	指標名	全国				
		H25	H28	R1	R4	R7
31	喫煙率（男） (%)	33.7	31.1	28.8	25.4	—
32	喫煙率（女） (%)	10.7	9.5	8.8	7.7	—
連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
33	ニコチン依存管理の実施件数 (10万人当たり) (件)	366.8	375.2	343.2	330.2	133.0
34	ハイリスク飲酒者の割合（男） (%)	14.7	15	14.9	調査中止	調査中止
35	ハイリスク飲酒者の割合（女） (%)	8.6	8.7	9.1	調査中止	調査中止
連番	指標名	全国				
		H25	H28	R1	R4	R7
36	健診受診率（男） (%)	70.6	75	77.2	76.7	—
37	健診受診率（女） (%)	62.2	67.3	69.7	69.7	—
連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
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(10万人当たり) (件)	1.6	1.6	1.7	1.4	1.4
39	救急隊の救急救命士運用率 (%)	91.2	90.9	91.7	92.6	92.8
連番	指標名	全国				
		H23	H26	H29	R2	R5
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） (10万人当たり) (人)	0.3	0.3	0.2	0.2	未公表
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） (10万人当たり) (人)	1.4	1.4	1.3	1.2	未公表
連番	指標名	全国				
		R2				
42	大動脈瘤手術が可能な医療機関数 (10万人当たり) (院)	0.6				
連番	指標名	全国				
		H29	H30	R1	R2	R3
43	入退院支援の実施件数（算定回数）入退院支援加算 1 (10万人当たり) (人)	1,285.3	1,780.8	2,209.6	2,495.6	2,850.1
44	入退院支援の実施件数（算定回数）入退院支援加算 2 (10万人当たり) (人)	374.9	336.6	311.0	270.8	272.5
45	入退院支援の実施件数（SCR）入退院支援加算 1	100	100	100	100	未公表
46	入退院支援の実施件数（SCR）入退院支援加算 2	100	100	100	100	未公表
連番	指標名	全国				
		H23	H26	H29	R2	R5
47	訪問診療を実施している診療所数・病院数（診療所数） (10万人当たり) (所)	15.7	16.0	15.8	15.9	未公表
48	訪問診療を実施している診療所数・病院数（病院数） (10万人当たり) (所)	1.9	2.1	2.1	2.3	未公表
連番	指標名	全国				
		H26	H28	H30	R2	R4
49	訪問看護師数 (10万人当たり) (人)	23.5	27.3	33.8	40.9	未公表
連番	指標名	全国				
		H23	H26	H29	R2	R5
50	特定健康診査の実施率 (%)	52.9	54.4	55.3	53.1	56.2
51	特定保健指導の実施率 (%)	19.5	23.3	23.2	23.0	24.7
連番	指標名	全国				
		R1	R2	R3	R4	R5
52	「かながわ治療と仕事の両立推進企業」認定企業数 (件)	(県独自指標のためデータなし)				

【神奈川県】心血管疾患指標一覧②									
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標		
		H29	H30	R1	R2	R3	年度	目標値	
27	訪問診療の実施件数 (10万人当たり) (件)	17,122.5	17,784.6	19,025.8	20,612.5	21,900.8	R11	29,546.0	
28	訪問看護利用者数（医療） (10万人当たり) (人)	331.1	358.3	349.9	366.6	341.7	R11	358.8	
29	訪問看護利用者数（介護） (10万人当たり) (人)	5,013.6	5,461.0	5,987.4	6,475.1	7,135.7	R11	10,531.2	
30	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療） (10万人当たり) (件)	1.6	2.1	1.2	1.0	1.2	R11	3.8	
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標		
		H25	H28	R1	R4	R7	年度	目標値	
31	喫煙率（男） (%)	30.2	29.6	26.7	22.2	—	R11	12	
32	喫煙率（女） (%)	9.8	10.9	8.4	7.6	—	R11	12	
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標		
		H29	H30	R1	R2	R3	年度	目標値	
33	ニコチン依存管理の実施件数 (10万人当たり) (件)	325.8	326.4	291.7	276.8	116.8	R11	294.3	
34	ハイリスク飲酒者の割合（男） (%)	(データなし)					(目標なし)		
35	ハイリスク飲酒者の割合（女） (%)	(データなし)					(目標なし)		
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標		
		H25	H28	R1	R4	R7	年度	目標値	
36	健診受診率（男） (%)	73.2	76.2	77.7	78.8	—	R11	82.1	
37	健診受診率（女） (%)	59.6	63.9	66.9	67.8	—	R11	72.6	
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標		
		H29	H30	R1	R2	R3	年度	目標値	
38	心臓機能停止傷病者（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(10万人当たり) (件)	1.6	1.8	1.9	1.6	1.7	R11	1.9	
39	救急隊の救急救命士運用率 (%)	100	100	100	100	100	R11	100.0	
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標		
		H23	H26	H29	R2	R5	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） (10万人当たり) (人)	0.2	0.2	0.2	0.1	未公表	R11	0.2	
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） (10万人当たり) (人)	0.8	0.8	1.0	0.9	未公表	R11	1.3	
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標		
		R2					年度	目標値	
42	大動脈瘤手術が可能な医療機関数 (10万人当たり) (院)						0.5	R11	0.6
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標		
		H29	H30	R1	R2	R3	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 (10万人当たり) (人)	1,767.8	1,914.1	2,334.9	2,661.6	3,072.1	R11	5,159.0	
44	入退院支援の実施件数（算定回数）入退院支援加算2 (10万人当たり) (人)	200.9	148.5	144.8	163.6	144.7	R11	313.2	
45	入退院支援の実施件数（SCR）入退院支援加算1	110.7	117.7	115.4	115.7	未公表	R11	127.0	
46	入退院支援の実施件数（SCR）入退院支援加算2	59.6	48.7	51.4	66.4	未公表	R11	100.0	
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標		
		H23	H26	H29	R2	R5	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） (10万人当たり) (所)	11.7	11.5	11.4	10.9	未公表	R11	15.8	
48	訪問診療を実施している診療所数・病院数（病院数） (10万人当たり) (所)	0.9	1.1	1.0	1.2	未公表	R11	2.1	
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標		
		H26	H28	H30	R2	R4	年度	目標値	
49	訪問看護師数 (10万人当たり) (人)	24.5	20.5	23.7	35.0	未公表	R11	48.4	
連番	指標名	神奈川県					神奈川県目標		
		H23	H26	H29	R2	R5	年度	目標値	
50	特定健康診査の実施率 (%)	52.5	53.6	55.1	52.4	56.2	R11	70	
51	特定保健指導の実施率 (%)	14.4	17.9	18.5	18.0	20.1	R11	45	
連番	指標名	全国					神奈川県目標		
		R1	R2	R3	R4	R5	年度	目標値	
52	「かながわ治療と仕事の両立推進企業」認定企業数 (件)	—	53	52	89	36	R11	530	

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 る。	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)			
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						
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 る。	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 できている。	C401特定保健指導対象者数・修了者数 ている。						
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 る。	C501発症後速やかに救急搬送要請でき た件数	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) から医療機関への収 容までに要した平均 時間	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
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迅速に搬送 できる体制が整っている。	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 整備されている。	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 栓溶解療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	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 療法の実施件数 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			
9	誤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る。	C901口腔機能管理を受ける患者数(急 性期)						
10	療用症候群を予防し、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 ている。	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 築されている。	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 強化されている。	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 整備されている。	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 対する地域連携計 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 者が日常生活 の場での高い 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 患者の割合 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 が整備されている。	C1401脳卒中リハビリテーション認 定看護師数						
15	誤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る。	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る。	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 整備されている。	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 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る。	C1801訪問看護を受ける患者 数						
19	誤嚥性肺炎等の合併症の予防 および治療が行える体制が 整備されている。	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 ている。	C2001入院支援を行って いる医療機関数						

心血管疾患 ロジックモデル			B中間アウトカム		A分野アウトカム			
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(SCR)	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
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	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かかる平均時間 B202心疾患による救急搬送患者の初診時の死亡数			
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を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						
5	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、一般市民により除細動が実施された件数	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分以内の冠動脈再閉塞率 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			
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	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 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)			
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	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) 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			
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						
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)	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)			
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)	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) 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			
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						
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。

