

第3章 主な死因に着目した切れ目ない保健医療サービスの提供

1 がん

現状と課題

がんは、京都府においても死亡原因の第1位を占め、毎年約7,000人が死亡するなど、がん対策は、健康長寿日本一を実現する上で非常に重要な課題です。

この「がん死亡」を減少させるには、がんの疾病特性に応じた対策をがん患者等の視点に立って、専門的・科学的見地から進める必要があります。

主要死因別死亡数（平成18年京都府）

1位：悪性新生物(6,997人) 2位：心疾患(3,805人) 3位：脳血管疾患(2,398人)

主要死因別死亡率（人口10万対：平成18年京都府）

1位：悪性新生物(269.3) 2位：心疾患(146.5) 3位：脳血管疾患(92.3)

(全国1位：悪性新生物(261.0) 2位：心疾患(137.2) 3位：脳血管疾患(101.7))

がんの予防・早期発見

がんの発生は、食生活や喫煙など生活習慣が関係しており、自ら生活習慣の早期改善に取り組むことにより、一定の予防ができることから、予防法についての啓発が重要になります。また、がんは早期発見するほど治療により完治しやすいため、がん検診の受診勧奨とともに、がんを適切に発見できるよう検診精度の維持向上を図る必要があります。

京都府は、がん検診受診率が全国平均と比べて低いため、府として受診率向上に向け重点的に取り組む一方で、府民も自らの健康に関心を持ち、がんの予防や検診の受診に努める必要があります。

がん医療の充実

がんの治療に当たっては、手術、薬剤、放射線など様々な治療の組み合わせによる集学的治療や、医師、看護師、薬剤師等のスタッフが一体となったチーム医療、地域連携パスの活用など、質の高い医療を、効率的に切れ目なく提供することができる医療連携体制の整備が必要です。

がん診療連携拠点病院を中心とした連携体制の構築を進める一方で、同拠点病院がない医療圏におけるがんの診断・治療の充実を図るための取組が必要です。

高度化するがん医療水準に対応できるよう、医師や看護師、薬剤師等の専門性の向上が必要です。

緩和ケアの充実

がん患者の希望に応じて在宅療養ができるよう、在宅緩和ケアの充実が求められており、かかりつけ医や訪問看護師、かかりつけ薬局（薬剤師）の人材確保・養成のほか、それらを支援する病院との連携体制の構築が必要です。

また、在宅療養を選択しない方のための緩和ケア病床や緩和ケア病棟の整備も求められています。

がん診療に関する情報提供・調査研究

患者やその家族の不安や疑問に対する相談窓口として、がん診療連携拠点病院に相談支援センターを設置するなど、がんに関する情報が、がん患者の立場に立って様々な手段を通じて提供される必要があります。

がんの罹患率、治療方法、生存率等、がんの実態を正確に把握し、対策を適切に評価・推進するため、がん患者の情報を収集・分析する「がん登録」を普及・推進する必要があります。

ポイント

がんの予防・早期発見

- ・ 検診の受診強化月間を設定し、街頭啓発や公共施設における展示及び家族を通じた受診の呼びかけなどの啓発活動を集中的に展開
- ・ 乳がんの早期検診の必要性を伝えるピンクリボン活動など、関係団体や企業、学生等と協働した検診や啓発活動を展開
- ・ 罹患率の高まる年齢層や罹患リスクの高い人などに重点をおき、受診を促進するとともに、事業所（職場）へのセミナー等の実施や検診に積極的に取り組む団体等を表彰
- ・ がん検診と特定健診のセット検診や夜間・休日検診、個別通知など検診を受けやすい環境づくりや、検診対象年齢の拡大、40歳・50歳などの節目の検診受診者の負担軽減などに取り組む市町村への交付金制度の創設
- ・ 高校生等若年者を対象とするがんに関する正しい知識の普及
- ・ がん検診の受診率の向上や効果的な実施方法等について協議会を設置し検討するとともに、検診従事者への研修を実施
- ・ 受診率、発見率等のデータを分析・公表するなど、がん検診の精度管理・事業評価を推進

がん医療体制の充実

世界的叡智を活かした総合的がん対策の推進

- ・ 「がん征圧センター」を有す京都府立医科大学と、「がんセンター」を有す京都大学医学部の協力・連携のもと、「がん対策総合戦略推進会議」により、京都府におけるがん医療のあり方について検討
- ・ 府立医科大学と京都大学医学部を中心に、地域がん診療連携拠点病院をはじめとする医療機関の連携による、がん患者に対する高度専門医療体制を構築するとともに、京都府全域におけるがん医療水準向上の総合的な対策を推進

都道府県がん診療連携拠点病院（府立医科大学附属病院）

- ・ 診療設備整備、専門医・専門スタッフの配置等化学療法、放射線療法に係る体制を充実
- ・ 外来における緩和ケアの提供体制やセカンドオピニオンの拡充
- ・ 地域がん診療連携拠点病院等の医師やコメディカルを対象とした化学療法や緩和医療など診療技術向上のための研修等を実施
- ・ 「京都府がん診療連携協議会」を設置し、診療連携体制等がん医療に関する情報交換のほか、府内の院内がん登録データの分析・評価、研修計画や地域連携パスの作成等を実施

地域がん診療連携拠点病院

- ・ 診療設備整備、専門医・専門スタッフの配置等化学療法、放射線療法に係る体制やセカンドオピニオンを充実
- ・ 日本人に多いがんについての地域連携パスの作成等、治療の標準化や医療情報の提供・連携強化を促進
- ・ 放射線治療器等の共同利用や早期診断など、地域の医療従事者への診療支援
- ・ 症例検討会、公開カンファレンスの実施等、地域の医療従事者向けの研修機会を充実
- ・ 緩和ケアチームによる専門的ケアの提供、かかりつけ医に対する緩和ケアの知識の普及

等、がんの早期から緩和ケアを実施するための取組を推進

がん医療の地域格差解消・均てん化の推進

- ・ がん診療連携拠点病院のない二次医療圏において、中核的病院を拠点病院に準ずる病院（地域がん診療連携協力病院（仮称））として位置付け、化学療法等診療機能の強化を図るとともに、相談体制やかかりつけ医の研修機会を充実
 - ・ がんの診断・治療機能の充実のため、医療機関の高度医療機器整備を促進
- 専門医療従事者の確保
- ・ 大学等と連携し、専門医の資格取得に必要な教育・研修機会を府内で確保
 - ・ がん治療・緩和ケア等の専門知識を有する看護師、薬剤師等の養成講習会の開催及び養成機会の確保
 - ・ 全てのがん診療連携拠点病院が専門医療従事者を確保できるよう、研修等への派遣について支援

在宅・緩和医療

- ・ がん診療連携拠点病院等の指導者層の養成
- ・ 地域中核病院のがんに関わる医師・看護師・薬剤師やかかりつけ医等への緩和ケア研修
- ・ 看護師への在宅ホスピスケア研修
- ・ 緩和ケア病床や緩和ケア病棟の設置促進
- ・ かかりつけ医や患者・家族からの相談窓口など、在宅緩和ケア支援体制の充実
- ・ 中核病院、診療所、訪問看護ステーション等と連携した在宅での体制構築に向けた取組を実施し、そのノウハウを普及

がん患者の視点に立った情報提供・調査研究

相談支援体制等の充実

- ・ 中核病院におけるセカンドオピニオンの実施や専門相談窓口の充実、患者会等の育成、患者サロンの設置を支援
- ・ がん患者や家族等の悩みや要望を捉え、がん対策に反映させるため、定期に開催する医療審議会等で協議

診療情報の公表

- ・ 患者の視点に立ったがんの医療情報を府ホームページ「京都健康医療よろずネット」等で提供
- ・ がん診療連携拠点病院等と連携し、講演会、冊子等によるがん予防等の普及啓発の充実、診療拠点病院等の診療体制や治療方法、症例数など医療情報の提供を促進

がん登録の普及・促進

- ・ がん診療連携拠点病院を中心に、標準登録様式による院内がん登録を普及・促進
- ・ 地域がん登録の登録率及び精度の向上を図り、部位別のがん罹患率など、がん対策の推進に必要なデータを収集・分析

がん研究の推進

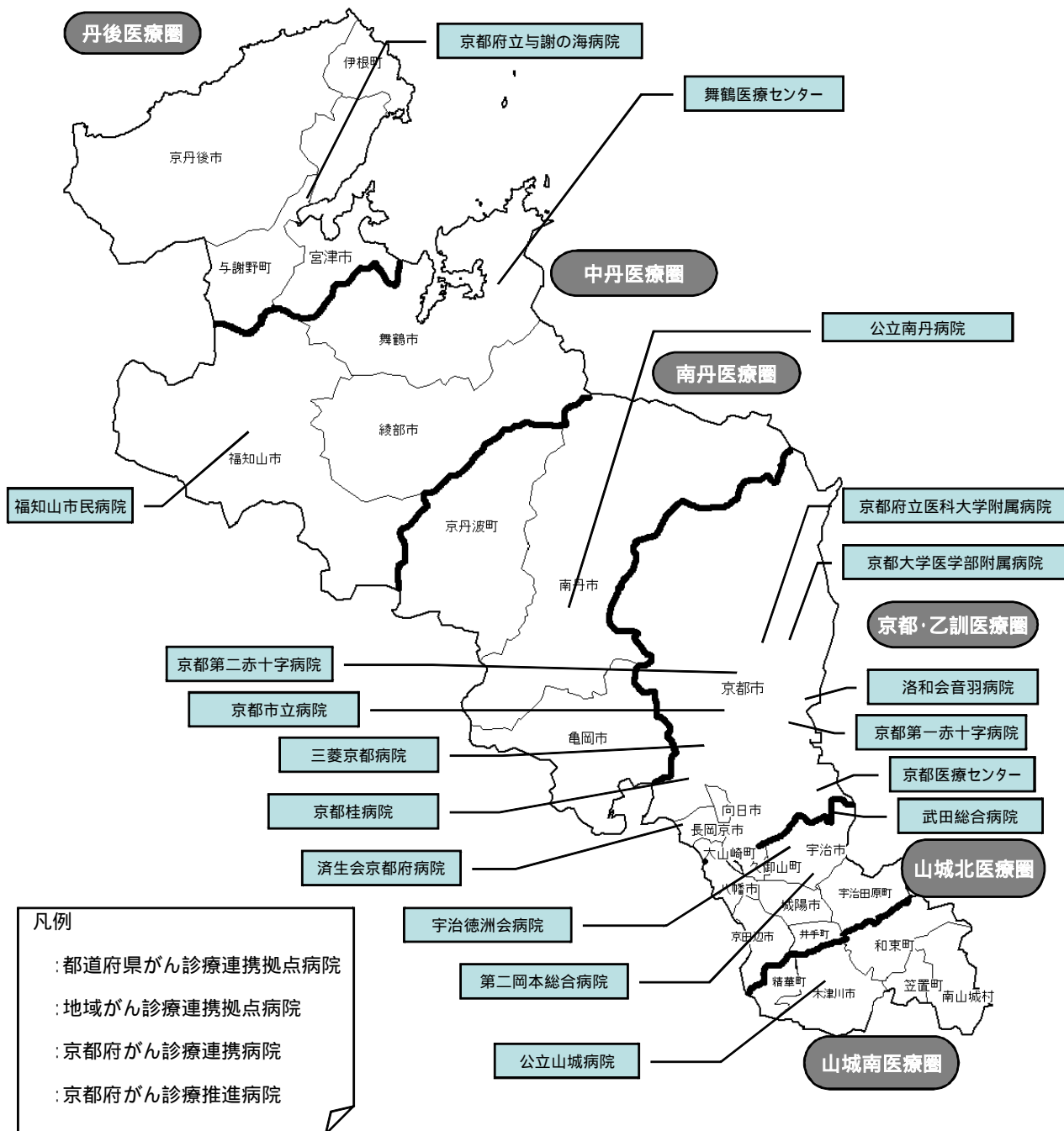
- ・ 府立医科大学等におけるがんの予防・医療に関する研究の推進

成果指標

75歳未満のがんによる年齢調整死亡率	89.8 (17年)	→	71.8 (24年)
がん検診受診率(胃がん)			
5.0% (17年度市町村検診受診率)	→	50% (24年度市町村・事業所検診、人間ドック等受診率)	
がん検診受診率(肺がん)			
12.7% (17年度市町村検診受診率)	→	50% (24年度市町村・事業所検診、人間ドック等受診率)	
がん検診受診率(大腸がん)			
8.5% (17年度市町村検診受診率)	→	50% (24年度市町村・事業所検診、人間ドック等受診率)	
がん検診受診率(子宮がん)			
13.4% (17年度市町村検診受診率)	→	50% (24年度市町村・事業所検診、人間ドック等受診率)	
がん検診受診率(乳がん)			
12.4% (18年度市町村検診受診率)	→	50% (24年度市町村・事業所検診、人間ドック等受診率)	
5大がんに係る地域連携パスを整備する病院	0 機関(19年度)	→	12機関(24年度)
府内がん関連学会認定・専門医	3,546人(19年度)	→	5,300人(24年度)
府内のがん認定看護師	28人(19年度)	→	60人(24年度)
国立がんセンター等の専門研修を修了した者をがん登録室に配置する拠点病院の割合			
	75%(19年度)	→	100%(24年度)
がん疼痛治療、精神的症状のケア等緩和ケア対応病院			
	84機関(19年度)	→	120機関(24年度)
緩和ケア病床	50床(19年度)	→	100床(24年度)
緩和ケアチームを有する病院	- 病院(19年度)	→	25病院(24年度)
在宅緩和ケアに係るかかりつけ医と拠点病院の連携	76件(19年度)	→	200件(24年度)
がんに係る相談支援センターのある医療圏	2 圏域(19年度)	→	全圏域(21年度)
国立がんセンター専門研修の修了者を配置する相談支援センターの割合			
	37.5%(19年度)	→	100%(24年度)

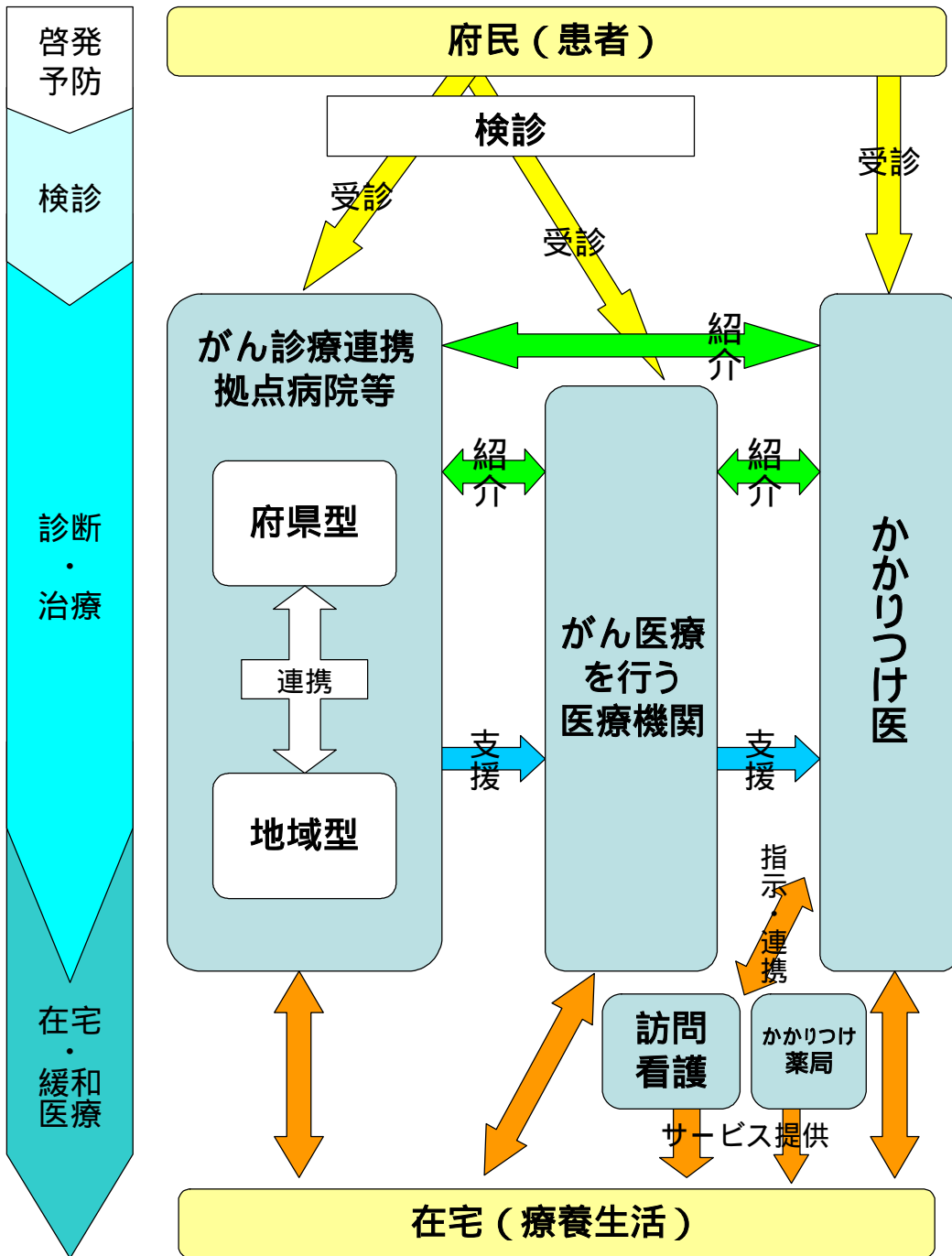
京都府内におけるがん診療連携拠点病院、 連携病院、推進病院

(平成23年11月25日現在)



更新情報は府ホームページで掲載

がんの医療連携体制図



2 脳卒中

現状と課題

脳血管疾患は死亡原因の第3位であり、また、要介護状態となる原因疾患の第1位を占め、介護度が重度になるほどその割合が高くなっています。

脳卒中にならないためには、自分に合った食生活や運動習慣など各自が自覚を持って生活習慣の改善に取り組む必要があります。この対策の一環として、平成20年度から各医療保険者による特定健康診査・保健指導が実施されることから、保健指導を行う人材の育成や健診サービスの質の確保など、制度定着のための支援が必要です。

脳卒中は、発症後、早期に適切な治療を受けることで、より高い効果があるとされており、後遺症も少なくなることから、救急医療や早期治療の体制を確保するとともに、急性期の治療後、一定期間の入院訓練を必要とする場合に対応できる回復期の体制についても確保する必要があります。

維持期（在宅療養）においては、回復した機能や残存した機能を活用し、生活機能の維持、向上を目的として、適切かつ継続的なりハビリテーションサービスを提供し、再発を最小限にとどめて地域において自立した生活を送ることができるよう、受け入れ態勢の整備や退院前からの病院、在宅サービス事業者、かかりつけ医との間の連携体制を構築する必要があります。

対策の方向

ポイント

脳卒中の予防・早期発見

身近な健康づくりへの支援

- ・ 「一駅ウォーキング運動」やテーマ性を持ったウォーキングの設定など、日常生活の中で取り組める1日30分程度の手軽な健康づくりやその効果を府民に広く発信
- ・ 地域や職場等で禁煙トライアルやタウンウォークなど健康づくりに積極的に取り組むグループの活動を支援、表彰
- ・ 健康手帳の配布や健康教室、訪問指導など、府民に身近な健康増進事業を実施する市町村を支援
- ・ 地域の食材などを活かした健康レシピの作成・普及、外食時のヘルシー食情報の提供など食を通じた健康づくりを推進

健康づくり支援センター機能の整備による特定健診・保健指導の適切な実施の支援

- ・ 健診受診率の向上や効果的な健診実施方法等について協議会を設置し検討するとともに健診強化月間を設定し、受診を啓発
- ・ 保険者協議会と連携し、市町村や各保険者、健診機関等の従事者の技術向上を支援
- ・ 健診機関で適切、有効に行われているかの評価基準作成など、精度向上を支援
- ・ 保険者協議会と連携して健診機関等に関する情報提供及び市町村や国民健康保険組合の行う健診、健康づくりへの支援

健診受診率の向上を目指す市町村の支援

- ・ 受診者の利便性に配慮し、特定健診とがん検診とのセット健診や、40歳・50歳などの節目健診、夜間・休日健診など受診率向上に取り組む市町村を支援

脳卒中の医療の充実

急性期

- ・ 脳卒中が疑われる患者に対して専門的治療が24時間実施可能で、適応ある脳梗塞症例に早期に血栓溶解療法が実施可能であるなど、脳血管疾患の救急受入のできる地域の病院を

明確にし、各地域の消防本部等への周知を図るとともに、当該病院を中核的な役割を担う医療機関として、人材育成、CCU等の整備など機能を充実

- ・ 救急医療情報システムの充実、ヘリ搬送の活用等広域的な救急搬送体制を充実
- ・ 病院前救護を適切に行えるよう、専門性を高めた認定救急救命士の養成等質の向上を支援

回復期

- ・ 回復期リハビリテーション病棟等の設置促進
- ・ 北部地域の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の確保定着のための専門研修の機会を確保

維持期（在宅）

- ・ 訪問看護ステーション及び訪問リハビリテーション等の設置促進及び機能充実に向け、支援
- ・ 府民及び医療機関への適切な情報提供や相談窓口の設置、医師会と連携したかかりつけ医紹介システムの構築など在宅医療を推進する取組を支援
- ・ 各医療圏ごとに、病診連携のあり方や情報共有の方法など具体的手法を地域保健医療協議会で検討し、地域に普及

地域リハビリテーション連携体制の充実

- ・ リハビリテーションプログラム等の情報を施設間で共有する地域連携パスを作成・普及
- ・ リハビリテーション水準の向上のため、病態ごとのリハビリテーションプログラムを標準化

成果指標

特定健康診査の実施率 (20年度から実施) → 70% (24年度)

特定保健指導の実施率 (20年度から実施) → 45% (24年度)

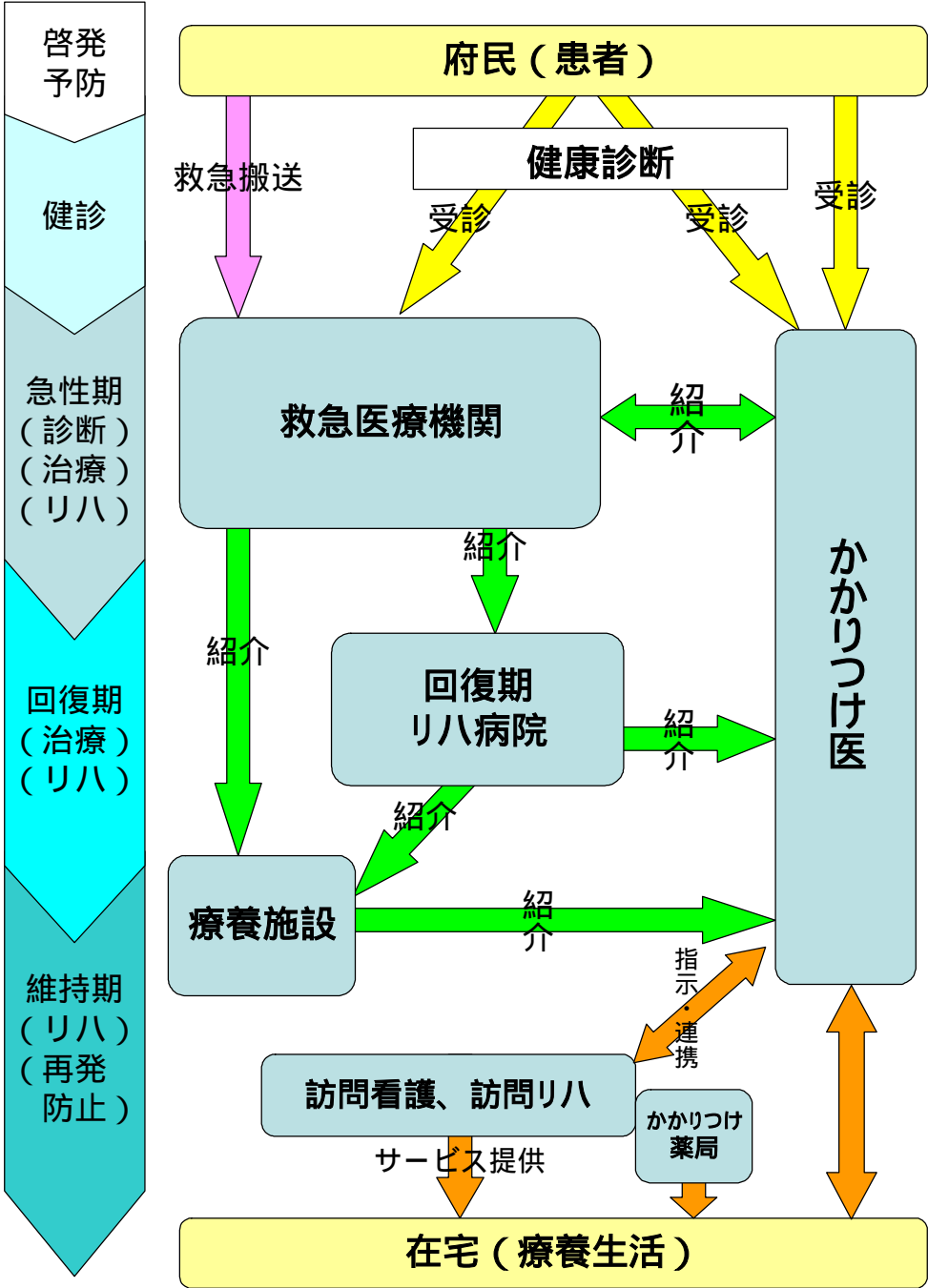
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率
(20年度から実施) → 10% (24年度)

救急専門医師数（人口10万対）が全国平均値を上回る医療圏
3 圏域（18年12月） → 全圏域（24年度）

回復期リハビリテーション病棟入院料施設基準適合病院
13病院（19年度） → 20病院（24年度）

脳卒中の地域連携パス実施医療圏
1 圏域（19年度） → 全圏域（24年度）

脳卒中の医療連携体制図



3 急性心筋梗塞

現状と課題

急性心筋梗塞は、死因第2位の心疾患の主要疾患であり、脳血管疾患に比して若い世代に多くみられます。

心疾患にならないためには、自分に合った食生活や運動習慣など各自が自覚を持って生活習慣の改善に取り組む必要があります。この対策の一環として、平成20年度から各医療保険者による特定健康診査・保健指導が実施されることから、保健指導を行う人材の育成や健診サービスの質の確保など、制度定着のための支援が必要です。

急性心筋梗塞は、発症後、早期に適切な治療やリハビリテーションを受けることでより高い効果があるとされており、救急医療や早期治療の体制を確保することが必要です。

急性期後は、再発の予防の治療等継続的な管理ができるよう、受け入れ態勢の整備や退院前からの病院、在宅サービス事業者、かかりつけ医との間の連携体制を構築する必要があります。

対策の方向

ポイント

急性心筋梗塞の予防・早期発見（内容は「脳卒中」と同じ）

- ・ 身近な健康づくりへの支援
- ・ 健康づくり支援センター機能の整備による特定健診・保健指導の適切な実施の支援
- ・ 健診受診率の向上を目指す市町村の支援

急性心筋梗塞の医療の充実（内容は「脳卒中」と同じ）

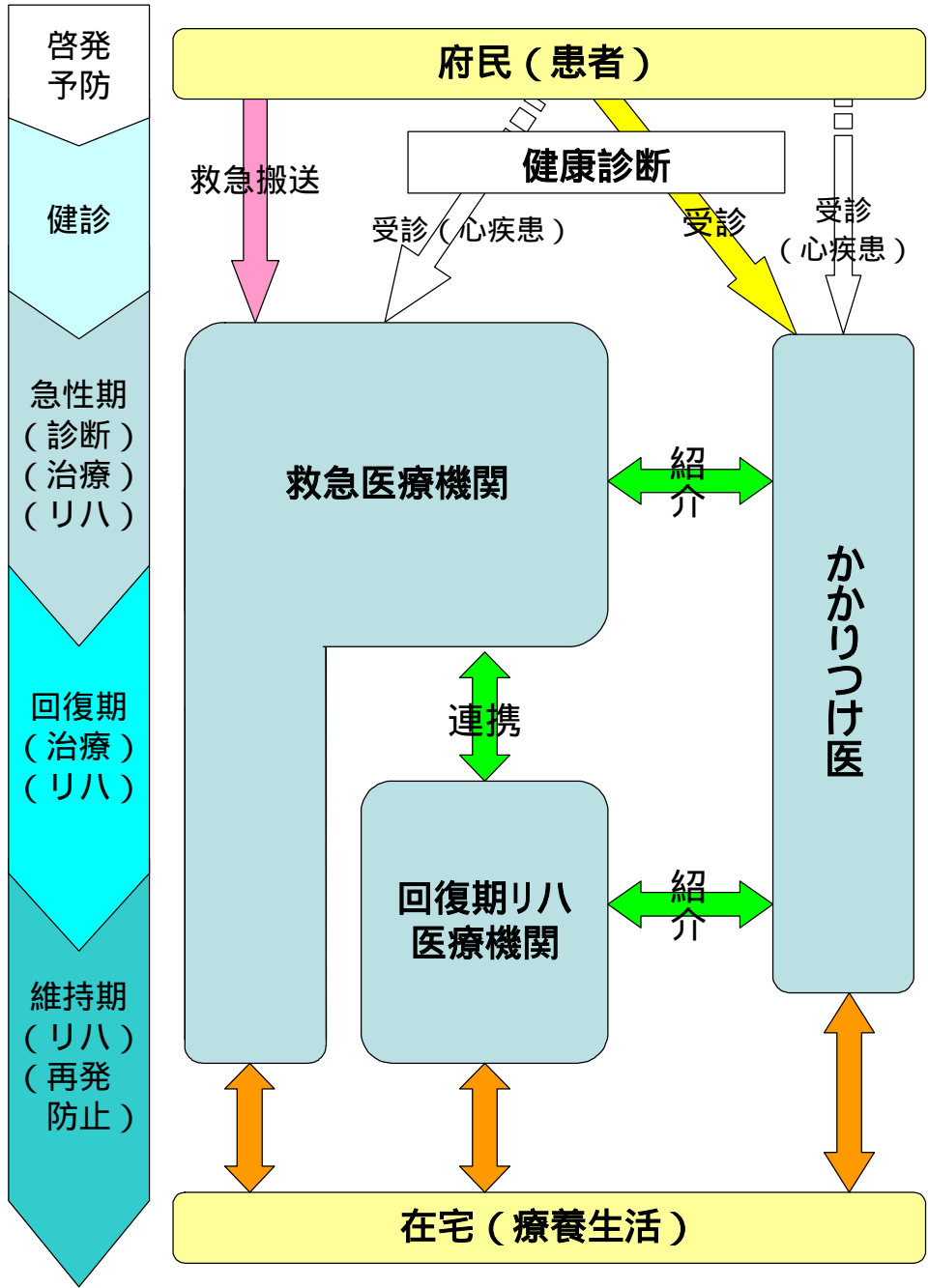
- ・ 診断・治療体制の整備、地域医療連携体制の構築

地域リハビリテーション連携体制の充実（内容は「脳卒中」と同じ）

成果指標

特定健康診査の実施率	(20年度から実施) → 70%(24年度)
特定保健指導の実施率	(20年度から実施) → 45%(24年度)
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	(20年度から実施) → 10%(24年度)
救急専門医師数(人口10万対)が全国平均値を上回る医療圏	3圏域(18年12月) → 全圏域(24年度)
回復期リハビリテーション病棟入院料施設基準適合病院	13病院(19年度) → 20病院(24年度)
急性心筋梗塞の地域連携パス実施医療圏	1圏域(19年度) → 全圏域(24年度)

急性心筋梗塞の医療連携体制図



4 糖尿病

現状と課題

運動不足や食生活の欧米化、ストレスの増加などの生活習慣の変化等により、糖尿病は増加傾向にあり、全国で、糖尿病が強く疑われる者は約740万人、また、糖尿病の可能性が否定できない者は約880万人といわれます。一方、糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている人は、全国で約247万人、京都府においても約4万2千人と推定され、適切な介入ができず合併症が進行する例も多いと考えられます。

早期の糖尿病はほとんどの場合無症状で経過し、診断が遅れがちですが、いわゆる境界型の段階でも既に動脈硬化が進行することが明らかとなっています。また、糖尿病と診断された時点で既に糖尿病網膜症、糖尿病腎症などの合併症が進行していることも多々みられるため、健診等で早期に発見し、適切な治療に結びつけることが重要です。

糖尿病にならないためには、自分に合った食生活や運動習慣など各自が自覚を持って生活習慣の改善に取り組む必要があります。これら対策の一環として、平成20年度から各医療保険者による特定健康診査・保健指導が実施されることから、保健指導を行う人材の育成や健診サービスの質の確保など、制度定着のための支援や、有病者発見の際の医療機関との連携体制の構築が必要です。

また、軽快したからといって、患者が治療中断するケースが多く、合併症（失明、心疾患、脳卒中、人工透析を要する腎障害など）や歯周病により重症化するおそれもあり、適切な管理・治療が継続されるよう、かかりつけ医と専門医療機関との連携やスタッフの確保が必要です。

対策の方向

ポイント

糖尿病の予防・早期発見（内容は「脳卒中」と一部同じ）

- ・ 身近な健康づくりへの支援
- ・ 特定健診・保健指導の適切な実施の支援
- ・ 健診受診率の向上を目指す市町村の支援、市町村・関係団体と連携した府民への啓発活動の実施
- ・ 歯周疾患の予防・検診への支援

糖尿病医療の充実

診断・治療体制の整備、地域医療連携体制の構築

医師、看護師、管理栄養士等や関係団体との連携を強化し、以下の取組を推進

- ・ 専門医やそれに準ずるかかりつけ医の人材育成のための研修等を支援
- ・ 合併症の治療や管理の行える医療機関や専門医、薬局等に関する情報を提供
- ・ 重度合併症に関して、病院における専門医とかかりつけ医及び専門医療機関との連携を効果的、効率的に行うための情報提供書や標準的な治療計画書（地域連携パス等）の作成など具体的手法を地域保健医療協議会等で検討し、地域に普及

継続治療の促進（重症化や進行の防止）

- ・ 軽症者・予備群に対するかかりつけ医・産業医と栄養士・歯科衛生士との共同によるきめ細やかな栄養・運動・歯周病の指導・管理を促進

成果指標

特定健康診査の実施率	(20年度から実施) → 70%(24年度)
特定保健指導の実施率	(20年度から実施) → 45%(24年度)
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	(20年度から実施) → 10%(24年度)
府内糖尿病専門医	96人(19年度) → 144人(24年度)
糖尿病の地域連携バス実施医療圏	0圏域(19年度) → 全圏域(24年度)

糖尿病の医療連携体制図

