

京都府循環器病対策推進計画 (案)

令和4年 月京都府

目次

1. 計画の策定趣旨等	1
(1) はじめに	
(2) 計画期間	
(3) 他の計画との整合性	
(4) 計画の推進体制	
2. 循環器病の特徴と基本的な方向性及び重点課題	3
(1) 循環器病の特徴	
(2) 基本方針および重点施策	
3. 全体目標	7
4. 個別施策	
(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	8
(2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	14
①循環器病を予防する健診の普及や取組の推進	14
②救急搬送体制の整備	19
③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	22
④社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	36
⑤リハビリテーション等の取組	38
⑥循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	40
⑦循環器病の緩和ケア	41
⑧循環器病の後遺症を有する者に対する支援	42
⑨治療と仕事の両立支援・就労支援	42
⑩小児期・若年期からの配慮が必要な循環器病への対策	43

○ 京都府版ロジックモデル

○ 京都府循環器病対策推進協議会委員名簿、脳卒中部会委員名簿、心血管疾患部会委員名簿

1. 計画の策定趣旨等

(1)はじめに

脳卒中や心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」）は罹患率および致死率の高い疾患であり、令和元年の我が国の人口動態統計によると、心疾患は死亡原因の第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）に次ぐ主要な死因となっている。また循環器病は健康寿命を阻害する重要な要因でもあるため、健康長寿のためには国と各都道府県が協力して循環器病に対する多角的な対策を講じる必要がある。

平成30（2018）年12月に「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」が成立し、令和元（2019）年12月に施行された。法第11条第1項において、都道府県は国の循環器病対策推進基本計画を基本として施策を行うとともに、当該都道府県における循環器病対策の推進に関する計画（都道府県計画）を策定することとされている。この国の指針を受け、ここに京都府独自の循環器病対策推進基本計画を策定することとなった。

国の基本計画には、2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び年齢調整死亡率の減少を目指すとしてあり、そのために「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」、「循環器病の研究推進」の3つの目標が掲げられている。これらの目標を達成するための個別施策を実施するにあたり、まず全体の基盤整備として診療情報の収集・提供体制を整備し、循環器病の実態解明を目指して、診療情報をはじめとしたビッグデータを政策や研究に活用できる環境の整備を行うことが求められている。また健診による循環器病の予防や正しい知識の普及により、生活習慣や社会環境の改善を通じて循環器病の予防を推進する必要がある。さらに救急医療体制や地域の医療機関同士のネットワークを構築し、急性期から慢性期まで切れ目のない医療、介護、および福祉サービスの提供体制を充実させることが大切である。

京都府としても、国の基本計画の各個別施策に対応した本府での現状と課題、取り組むべき施策を提示し、さらに本府独自の4つの重点施策：①ビッグデータやICTを活用したエビデンスに基づく循環器病対策の推進、②病気のステージに応じた切れ目のない循環器医療ネットワークの構築、③急性期から回復期、維持期・生活期に係るリハビリテーション体制の構築、④循環器病に係る相談支援体制の整備および後遺症対策の充実、これらを取り入れることで、地域の特性に応じた「京都府循環器病対策推進計画」を策定し、循環器病対策の一層の推進を図ることとする。

(2) 計画期間

計画期間は、京都府保健医療計画（平成 29 年度～令和 5 年度）との整合を図り、令和 4 年度から令和 5 年度までの 2 年間とする。

(3) 他の計画との整合性

本計画は、国の循環器病対策推進基本計画のほか、「京都府保健医療計画」（医療法及び健康増進法）、「京都府高齢者健康福祉計画」（老人福祉法、介護保険法、高齢者の居住の安定確保に関する法律）、「京都府中期的な医療費の推移に関する見通し（医療費適正化計画）」（高齢者の医療の確保に関する法律）等の関係計画や「傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」（消防法）等との整合を図り、一体的に事業を実施する。

	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
京都府循環器病対策推進計画	R4～R5 年度(2 年間)		R6～R11 年度(6 年間)		
京都府保健医療計画	H30～R5 年度(6 年間)		R6～R11 年度(6 年間)		
京都府高齢者健康福祉計画	R3～R5 年度(3 年間)		R6～R8 年度(3 年間)		
京都府中期的な医療費の推移に関する見通し	H30～R5 年度(6 年間)		R6～R11 年度(6 年間)		
関西広域救急医療連携計画	R3～R5 年度(3 年間)		R6～R8 年度(3 年間)		
(国)循環器病対策推進基本計画	R2～ R4 年度 (3 年間)	R5～R10 年度(6 年間)			

(4) 計画の推進体制

計画の推進に当たっては、市町村や医療保険者、医療関係団体等と連携し、保健医療サービス等の充実を図る。

また、「京都府循環器病対策推進協議会」において、本計画の進捗状況を評価するとともに、関係者と計画の推進に係る協議を行う。

また、本計画で定める内容は、上記（3）に記載するように、他の府の計画にも関連することから、京都府医療審議会など関連する協議会等においても、所管事項の範囲で、本計画の推進に関連する議論を行い、関連分野も一体となって計画を推進する。

2. 循環器病の特徴と基本方針及び重点施策

(1) 循環器病の特徴

脳卒中や心血管病その他の循環器病（以下「循環器病」）は我が国の主要な死亡原因であるとともに、健康寿命を阻害する重要な要因です。循環器病はその罹患率と死亡率の高さから、患者とその家族、さらには社会経済への負担が非常に大きい疾患である。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、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤など）、末梢血管疾患、肺血栓栓塞症、肺高血圧症、心筋症、先天性心・脳血管疾患、遺伝性疾患など、多くの疾患が含まれる。

循環器病は、生活習慣や遺伝要因、環境要因、加齢などの複合的な要因によって発症する。肥満、喫煙、高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病などの生活習慣病の改善が循環器病の予防・改善につながることから、運動や禁煙、不適切な食生活の是正などを積極的に行うことが重要である。このように循環器病の予防には、生活習慣の改善、健診や正しい知識の普及による一次予防、二次予防（早期発見、早期治療）、そして三次予防（重症化と再発防止）の取り組みが大切である。

発症は急性のものも多く生命に関わる重大な事態に陥りやすいため、速やかな治療を行えるような救急医療体制の構築が必要である。例え死に至らなくても、特に脳卒中においては重度の運動麻痺や高次機能障害、てんかんなどの後遺症が残り、生活の質を著しく損なうことがある。血管内治療、外科的治療、薬物療法などの高度急性期治療のみならず、急性期から回復期、維持期・生活期に至るまで切れ目のない医療、介護および福祉体制の整備が不可欠である。また、発症早期から回復期、維持期・生活期にかけてリハビリテーションを行い、社会復帰へ向けての包括的な医療体制が必要である。

(2) 基本方針及び重点施策

法の基本理念の基、健康寿命の延伸及び年齢調整死亡率の減少を目指し、そのための個別施策である「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」を展開し、さらに以下に掲げる本府独自の重点施策を実施する。実行可能な目標設定および目標達成のための評価指標の設定に京都府版ロジックモデルを作成し活用する（参考資料〇〇）。

< 重点施策 >

- ① ビッグデータや ICT を活用したエビデンスに基づく循環器病対策の推進
- ② 病気のステージに応じた切れ目のない循環器医療ネットワークの構築
- ③ 急性期から回復期、維持期・生活期に係るリハビリテーション体制の構築
- ④ 循環器病に係る相談支援体制の整備および後遺症対策の充実

① ビッグデータや ICT を活用したエビデンスに基づく循環器病対策の推進

国と連携してビッグデータを利用するためのデータベースの構築や基盤の整備を行い、大学等の研究機関と連携して循環器病の研究を推進し、エビデンスに基づく施策を行う。また ICT（情報通信技術）を積極的に活用し、行政や医療現場での DX（デジタルトランスフォーメーション）を推進することで、循環器診療の効率化と質の向上を目指す。

具体的な施策

○医療の質の向上を目指したエビデンスに基づく医療政策

- ・ 国が構築する循環器の診療情報を収集する公的枠組みを効果的に活用する。
- ・ きょうと健康長寿・未病改善センターによる京都府健診・医療・介護総合データベース等のビッグデータを活用する。
- ・ 大学等の研究機関と連携し、AI（人工知能）や機械学習などの技術を駆使してビッグデータの解析を行い、科学的エビデンスを構築する。
- ・ 健康寿命の要因分析と AI 予測を行い、健康寿命延伸のための施策に活用する。
- ・ 遠隔地の救急搬送や在宅医療における遠隔診療およびオンライン診療の普及のため積極的に ICT 技術を導入する。

○循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

- ・ 人工透析が必要になることを防止するため、ICT を活用した京都府版糖尿病保健指導モデルを構築する。
- ・ ウォーキングアプリなど民間のノウハウを活用し健康づくり対策を実施する市町村の拡大を図る。
- ・ スーパー等で「減塩 POP」、「おいしく適塩動画」を活用して惣菜等の塩分表示を実施する取組の普及に取り組む。
- ・ 虚血性心疾患発症リスク見える化ツールを活用した啓発を推進する。
- ・ 健診実施状況についてデータヘルス計画等に基づいて評価し、効果的な事業企画運営ができる人材を育成する。

② 病気のステージに応じた切れ目のない循環器医療ネットワークの構築

急性期の救急医療体制については、二次医療圏にとらわれず、回復期、維持期、生活期においては、二次医療圏を単位とした切れ目のない循環器医療ネットワーク体制を構築する。

具体的な施策

○救急搬送体制の整備など救急医療体制の構築

- ・ 脳卒中患者に対して専門的治療が 24 時間実施可能で、発症後 4.5 時間以内の超急性期に脳血管疾患の救急受け入れができる地域の病院の明確化や血栓回収療法が可能な PSC コア施設の明示、救急医療情報システムの充実を図る。

- ・ 心筋梗塞を含む急性冠症候群患者に対して発症後 12 時間以内の PCI（経皮的冠動脈形成術）が可能で、出来る限り早期に救急受け入れができる地域の病院の明確化、救急医療情報システムの充実を図る。
- ・ 大動脈緊急症（急性大動脈解離、大動脈瘤破裂）や心筋梗塞機械的合併症（心破裂、心室中隔穿孔、乳頭筋断裂）に対して緊急手術が 24 時間実施可能で、発症早期に救急受け入れができる地域の病院の明確化、救急医療情報システムの充実を図る。
- ・ 脳卒中や心血管疾患に対して、病状に応じた治療として、二次医療圏にとらわれない広域的な救急搬送体制を整備する。

○小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

- ・ 小児慢性特定疾患児童が抱える医療課題の明確化と移行期医療の充実、学校保健との連携及び自立に向けた支援の充実を図る。
- ・ 府内で成人先天性心疾患専門外来を設けている医療機関と連携し、さらに関連学会と協力して成人先天性心疾患の診療実態調査を行う。

③ 急性期から回復期、維持期・生活期に係るリハビリテーション体制の構築

府内各地域圏におけるリハビリテーション連携体制を整備し、リハビリテーション専門医や従事者の確保と育成、さらにリハビリテーション施設等を拡充することで、急性期から回復期、維持期・生活期にかけての切れ目のないリハビリテーション体制を構築する。

具体的な施策

○地域におけるリハビリテーション連携体制等の整備

- ・ 各圏域地域リハビリテーション支援センターと医療機関等の連携体制の充実強化を図る。
- ・ 急性期から回復期、維持期・生活期等の特徴を踏まえた適切なリハビリテーションの提供が出来る体制を構築する。
- ・ 府医師会の広域で統一された地域連携パスによる情報共有等、急性期から回復期、維持期・生活期まで切れ目のない医療・介護の提供を推進する。
- ・ リハビリテーション専門医や理学療法士などリハビリテーション従事者の確保・育成に努める。

○リハビリ施設等の拡充

- ・ 訪問リハビリテーション事業所の開設を支援する。
- ・ 医療・介護ロボットの普及促進を行う。

④ 循環器病に係る相談支援体制の整備および後遺症対策の充実

適切な情報提供と相談支援、緩和ケアの充実、後遺症を有する患者への支援を通して、府内各地域の実情に応じた地域包括ケアシステム等の社会連携に基づく循環器病対策と患者支援を行う。

具体的な施策

○社会連携に基づく循環器病対策・患者支援

- ・ 京都式地域包括ケアシステムを深化・推進する。
- ・ 市町村が地域の実情に応じた地域包括ケアを実現するための支援を行う。
- ・ 地域包括ケアに資する連携人材を育成する。

○適切な情報提供・相談支援

- ・ 脳卒中・心臓病等総合支援センターを設置し、循環器病患者に対する情報提供・支援体制を整備する。

○緩和ケア

- ・ 循環器緩和ケア（意思決定支援含む）に関する連携パスの作成を検討する。
- ・ 認定看護師の要請と専門的支援の充実を図る（疾病予後を見据えた治療早期からの意思決定支援を含む）。
- ・ 人生の最終段階における医療・ケアに対する患者の意思決定を家族とともに多職種が話し合い支援する「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」の普及に努める。

○循環器病の後遺症を有する者に対する支援

- ・ 摂食・嚥下研修会を実施する。
- ・ 高次脳機能障害支援の充実、関係機関等との連携強化を図る。
- ・ 障害児・者リハビリテーション研修等を実施する。
- ・ 障害者手帳制度の周知、相談対応を行う。
- ・ 福祉施設や就労支援施設との連携を強化する。
- ・ 地域生活を支えるための人材を育成する（失語症会話サポーター等）。

3. 全体目標

循環器病の予防や正しい知識の普及啓発、保健・医療及び福祉に係るサービスの提供の充実を図ることにより、「健康寿命の延伸」、「循環器病の年齢調整死亡率の低減」を目指す。

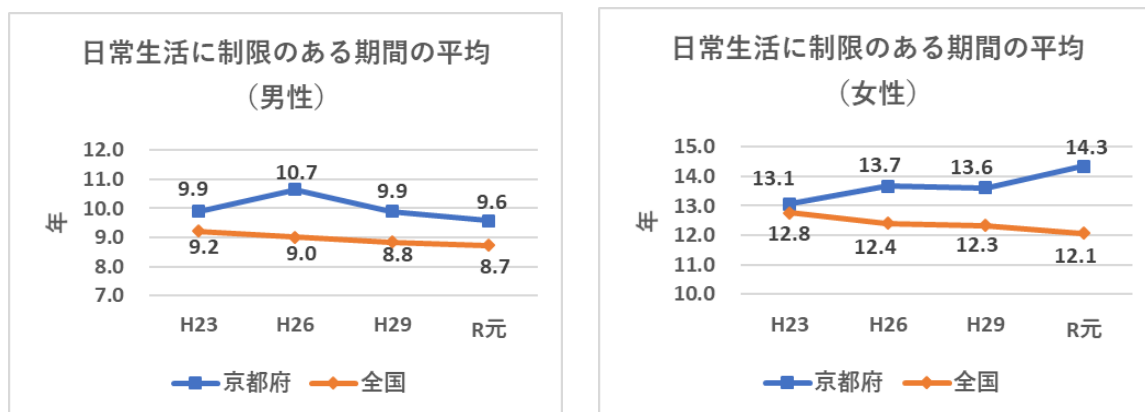
他の施策とも総合し、2040年までに健康寿命を3年以上延伸

図表1 京都府における健康寿命および平均寿命

健康寿命	男性	70.40年 (20位)	平成22年	72.71年 (19位)	令和元年
	女性	73.50年 (22位)		73.68年 (47位)	
平均寿命	男性	80.21年 (6位)	平成22年	81.40年 (3位)	平成27年
	女性	86.65年 (14位)		87.35年 (9位)	

出典：健康寿命：「令和元年健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）」（厚生労働科学研究班）

図表2 京都府における男女別の日常生活に制限のある期間



出典：健康寿命：「令和元年健康寿命（日常生活に制限のある期間の平均）」（厚生労働科学研究班）

図表3 京都府における循環器病による年齢調整死亡率

		平成22年	平成27年
脳血管疾患の年齢調整死亡率 (10万人あたり)	男性	39.6人(45位)	33.1人(44位)
	女性	23.1人(42位)	18.8人(40位)
心疾患の年齢調整死亡率 (10万人あたり)	男性	76.2人(17位)	69.6人(16位)
	女性	41.7人(13位)	37.6人(11位)

出典：人口動態統計

4. 個別施策

(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

現状・課題

府民一人ひとりが循環器病の予防・重症化予防や疾病リスクの管理を行うことができるように、まずは循環器病に関する正しい知識の普及啓発を行うことが重要である。そのため、本府では、平成30年度から令和5年度までの期間において「きょうと健やか21（第三次）」に基づき、以下の「基本的な考え方」により府民・地域・企業・自治体が一体となって健康づくり対策を推進していくこととしている。

<基本的な考え方>

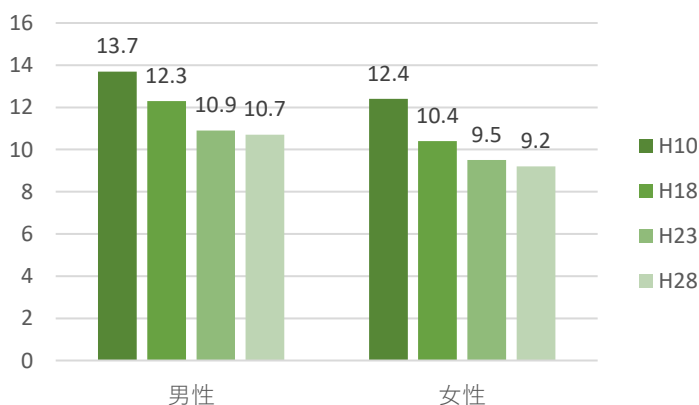
- ・健康寿命を全国トップクラスまで延伸
- ・全ての世代が、希望や生きがいを持ち、健康で心豊かに生活できる社会の確立
- ・地域や経済状況の違いによる健康格差を生じさせない社会環境の構築

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が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る。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、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ある。このためにも府民に対して、循環器病の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性に関する知識の啓発が重要である。

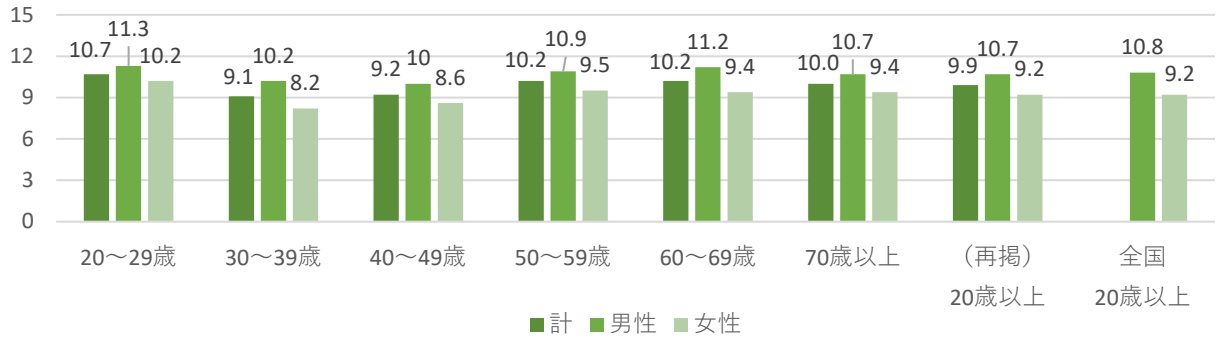
(ア) 栄養・食生活の分野

日本人の食事摂取基準 2020年版によると食塩摂取量の目標量は、男性 7.5g 未満、女性 6.5g 未満となっている。年次推移を見ると、年々減少傾向にあるが（図表 4）、減塩が血圧を低下させ、循環器病の発症リスクを軽減させることが示されていることから、1日の食塩摂取量を 8g 未満（令和5年度目標値）となるよう継続して対策をとる必要がある。

図表 4 食塩摂取量の年次推移



図表5 年代別食塩摂取量

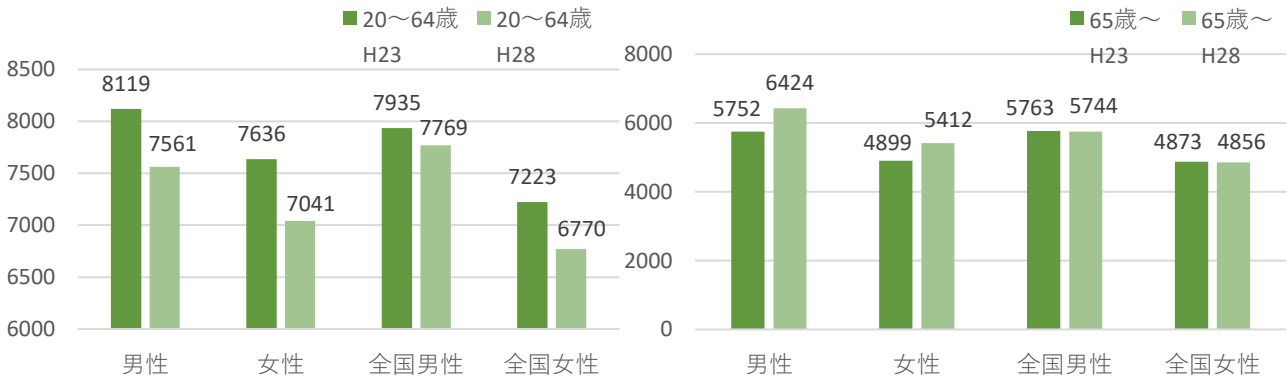


出典：「28年京都府民健康・栄養調査」

(イ)身体活動・運動の分野

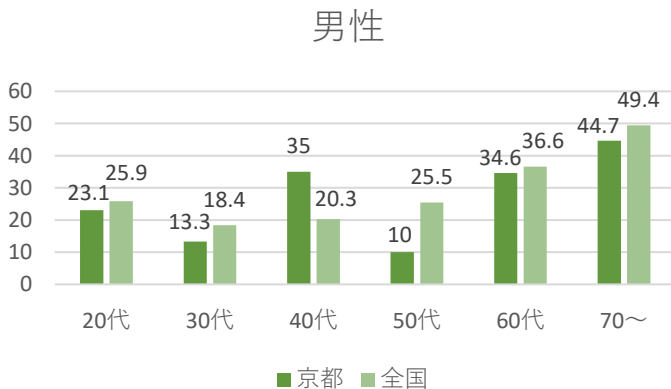
府民の1日の歩行数は、20～64歳では平成23年と比べて減少し、65歳以上では増加している（図表6）。本府の目標値（20～64歳 男性：8,800歩、女性：8,400歩、65歳以上 男性：7000歩、女性：6,000歩）とは開きがある。運動習慣のある者の割合は、男性女性ともに、本府の目標値（20～64歳 男性：30%、女性：23%、65歳以上 男性 53%、女性 42%）には届かず、40代等を除き、全国平均を下回る（図表7）。

図表6 1日の歩行数（左図：20～64歳、右図：65歳以上）

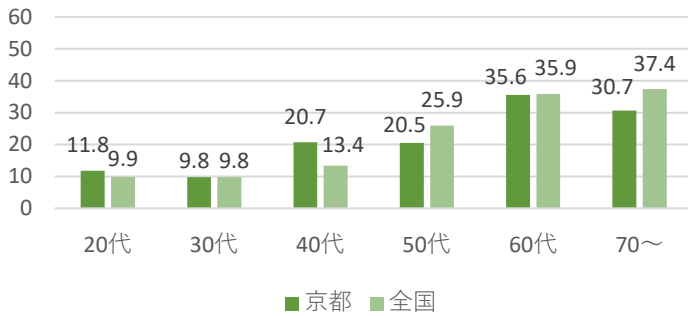


出典：「京都府民健康・栄養調査（平成28年）」

図表7 運動習慣のある者の割合（20歳以上）



女性

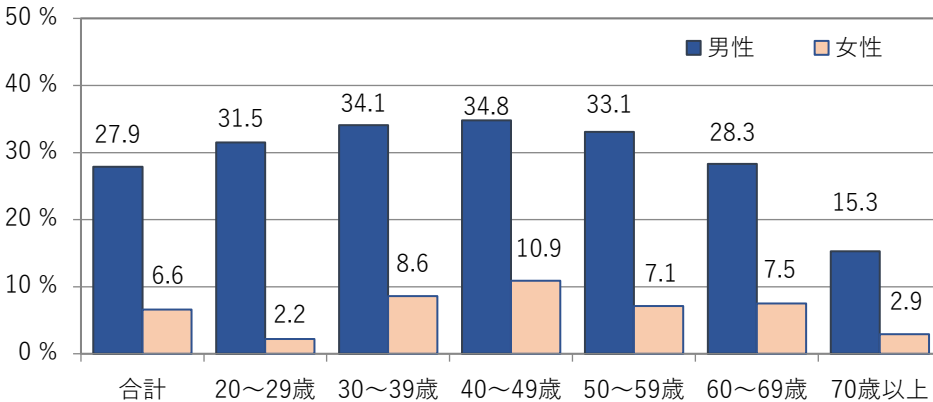


出典：「28年京都府民健康・栄養調査」

(ウ)喫煙の分野

喫煙率は年々減少傾向にあり、平成28年において、本府男性の喫煙率は27.9%、女性の喫煙率は6.6%で、男性は全国（男性：30.2%、女性：8.2%）と比較して、喫煙率が低い状況である（図表8）。京都府内で禁煙治療に保険が使える医療機関数は370施設である（図表9）。

図表8 喫煙の状況（20歳以上）



出典：「京都府民健康・栄養調査（平成28年）」

図表9 禁煙治療に保険が使える医療機関数

	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南	京都府
医療機関数	15	27	10	265	37	16	370

出典：禁煙学会がR4.2.21近畿厚生局から入手したデータ

○ニコチン依存症管理料（初回）の算定患者数

京都府 2430人（第6回NDBオープンデータ 平成3年4月～令和2年3月診療分）

(エ)飲酒の分野

本府における飲酒者のうち、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（※）の割合は、男女ともに減少しており、特に女性で減少割合が高くなっている（図表 10）。全体では男女とも全国平均程度の割合となっており、年代別に見ると、男女共に 40、50 代の割合が高い（図表 11）。

図表 1 0 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の状況（単位：％）

		平成 23 年	平成 28 年
生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合	成人男性	22.5	14.4
	成人女性	20.5	9.0

出典：京都府民健康・栄養調査（平成 23 年・28 年）

※ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒とは、1 日あたりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上

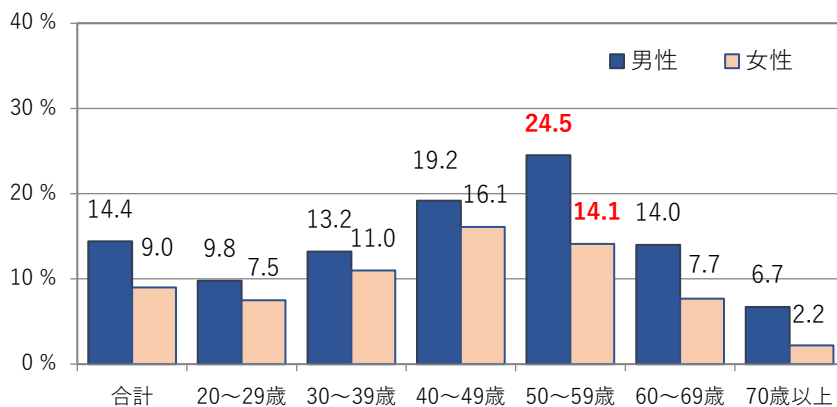
生活習慣病のリスクを高める飲酒量は、

男性・・・ビール中瓶 2 本、日本酒 2 合、チューハイ(7%)700ml、ウイスキー(同 43%)120ml

女性・・・ビール中瓶 1 本、日本酒 1 合、チューハイ(7%)350ml、ウイスキー(同 43%)60ml など

図表 1 1 飲酒（適量以上）の状況

適量以上 = 缶ビール 500ml を毎日：男性 2 本以上、女性 1 本以上



全国

全体

男性 14.6 女性 9.1

50～59歳

男性 22.7 女性 12.9

出典：「京都府民健康・栄養調査（平成 28 年）」

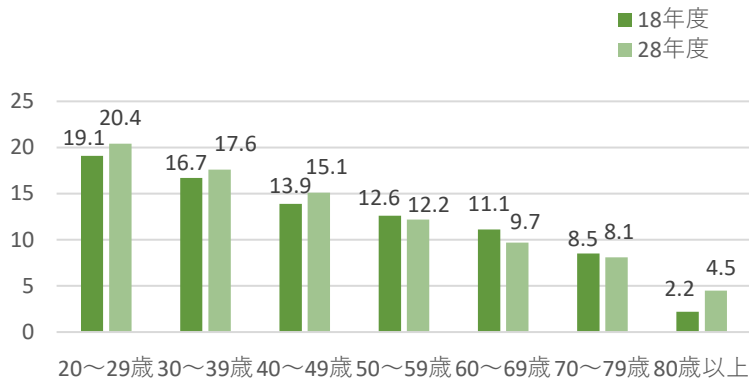
(オ)歯・口腔の健康の分野

平成 28 年京都府歯科保健実態調査結果では、20 歳以上の一人平均健全歯数は、全体で 12.6 本となっている。年齢別にみると、50～70 歳代で 18 年より減少している（図表 12）。

歯周炎に罹っている者（4mm 以上の歯周ポケット）の割合は、40 歳代で 44.4%と 23 年の 41.3%と比較して、3.1%悪化していた。60 歳代では 55.8%と 23 年の 62.9%と比較して改善が認められたが、50%以上が歯周病に罹患している。

治療中・既往歴のある基礎疾患別にみると、脳卒中の60.0%、糖尿病の58.5%、高血圧症の51.5%が歯周炎に罹患している。また、現在歯数（23本以下と24本以上で比較）と既往歴・現病歴のある基礎疾患との関係では、高血圧症、糖尿病、心臓病、がん、脳卒中罹患患者では、現在歯数23本以下が多く、その傾向は高血圧症で顕著である。

図表1 2 京都府の一人平均健全歯数



出典：「京都府民歯科保健実態調査（平成28年）」

取り組むべき施策

循環器病は、生活習慣病やメタボリックシンドロームをベースとして連続性をもって発症、進展することから、適切な介入により発症予防、進行抑制が可能である。生活習慣の改善や危険因子の是正により、発症予防、死亡の抑制及び健康寿命の延伸などが期待されることから、循環器病対策における府民の理解を深める取組を実施する。

(ア)きょうと健やか21（第3次）における取組

【栄養・食生活の分野】

「きょうと健やか21」の行動目標である主食・主菜・副菜のそろったバランスのよい食生活を推進する。中でも高齢者においては、筋肉量の減少にも影響することから蛋白質を含む食品の摂取を心がけるようフレイル予防の支援を行う。

地域で食に関する活動をする団体等と連携し、野菜や果物の摂取量を増やすことや適塩食生活の実践についての普及啓発等、食と健康の関わりについて正しい知識の普及と実践につながる支援を行う。また、「食の健康づくり応援店」等、健康づくりに取り組む店舗の拡大と食情報の提供等健康的な食生活を実践しやすい食環境を整備する。スーパー等で「減塩POP」、「おいしく適塩動画」を活用して惣菜等の塩分表示を実施する取組の普及に取り組む。

【身体活動・運動の分野】

運動を行うことはロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイルの予防となる。「あと15分歩こう」をキーワードに身近に運動を取り入れやすい環境づくりを推進する。各個人で意識的に1日の歩数を上げるための取組（府独自のウォーキングアプリの開発等）を事業所等と協働し、運動習慣定着にむけた環境整備、仕組みづくりの支援を行う。

【喫煙の分野】

本府では、平成24年3月に受動喫煙防止対策の行動指針となる「京都府受動喫煙防止憲章」を策定し、オール京都で受動喫煙防止対策を推進しているところである。

受動喫煙のない社会の実現のための環境整備を図るために、喫煙、受動喫煙がもたらす健康被害など、喫煙に関する知識の更なる普及、禁煙指導が受けられる医療機関の更なる周知を図る。また、COPD（慢性閉塞性肺疾患）の認知度の向上も推進する。

【飲酒の分野】

特定健康診査・保健指導における節酒支援・断酒指導をさらに推進するために、特定健康診査・保健指導従事者研修会の機会を活用し、特定健診・保健指導従事者への知識の普及を図る。

また、アルコール健康障害対策基本法に基づく京都府依存症対策推進計画により、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及、将来にわたる発生予防を行う。

【歯・口腔の健康の分野】

生活習慣病予防として、歯科と医科の連携により、全身と歯科の関連の深い疾患（脳卒中、心疾患、糖尿病、誤嚥性肺炎等）と一体となった取組を推進するため、歯科疾患と全身疾患の相互関係について知識等の普及啓発（歯と口の健康週間事業、研修会の開催等）を行う。また、食育や介護予防との連携により、8020運動の推進をはじめ、口腔機能を維持、向上する取組を推進する。

(イ)循環器病に関する正しい知識の広報・啓発の推進

府民が疾病リスクの管理を行うことができるように、まずは循環器病に関する正しい知識の普及啓発を行うため、循環器病の前兆及び症状、発症時の対処法、早期受診の重要性等について、新たにチラシ・ポスター等を作成したり、新聞広告掲載、テレビ、ラジオ等のマスメディアの活用やソーシャルメディア等、府民に広く啓発できる方法を検討していく。京都府のホームページ上で虚血性心疾患発症リスク見える化ツールを活用した啓発を行っている。

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でき、一人でも多くの患者が、発症前リスク、発症後リスクを避けることができる環境を整備する。

また、市町村及び府、関係団体をはじめ、地域や職域等において、健康教育や健康相談、各種健康に関するイベント等を通じて循環器病予防に関する正しい知識を啓発することにより、社会全体の循環器病予防の気運の高揚を図る。健診実施状況についてデータヘルス計画等に基づいて評価し、効果的な事業企画運営ができる人材を育成することも重要である。

(ウ)地域や職域における取組の推進

社会全体で府民の健康づくりを支援するため、健康づくり活動組織を強化しながら、地域の健康づくり実践活動を推進する。また、地域保健と職域保健の連携を図ることにより、社会全体での健康づくりの推進に努める。

(エ)小中学校における取組の推進

若い頃から不適切な生活行動を続けることが、肥満、歯周病、高血圧や糖尿病などの生活習慣病に結び付き、その結果、脳卒中や心筋梗塞など動脈硬化性疾患や心不全のリスクが高まることを理解させるなど、日常生活における健康に関する知識を身に付け、学校教育活動全体を通じて積極的に健康的な生活を実践することのできる資質や能力を育てる教育を行う。

特に、学校における食育の推進において、給食の時間や各教科等を横断的な視点で取り組むことが重要であり、栄養教諭等の専門性を生かすなど教職員間の連携に努めながら、学校給食の教育的効果を引き出すよう取り組む。

また、学校は、家庭や地域との連携を図りながら、日常生活において健康的な生活習慣の基礎が培われるように配慮することが重要である。地域の健康づくり活動、団体等を活用し、基本的な知識や技術を学ぶ機会を積極的に設けるとともに、肥満や偏食等の食に関する健康課題を有する児童・生徒に対しては、養護教諭や栄養教諭等の関係する教職員が共通理解を図り、保護者と連携して個別的な相談指導に取り組む。

(2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

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、重症化・合併症発症、生活機能の低下、要介護状態の順に経過していく。そのため、保健、医療及び福祉等の連携のもとに、循環器病の予防、早期発見、早期治療、再発予防の取組を進めることが重要である。

循環器病の主要な危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病の予防及び早期発見のためにも、各医療保険者（国民健康保険・被用者保険）が実施する特定健康診査の受診や行動変容をもたらす保健指導が重要である。特定健康診査・保健指導等を受けることにより、自身の健康状態を把握し、適切な生活習慣を身につけ生活習慣病の予防意識の向上につなげることが求められる。

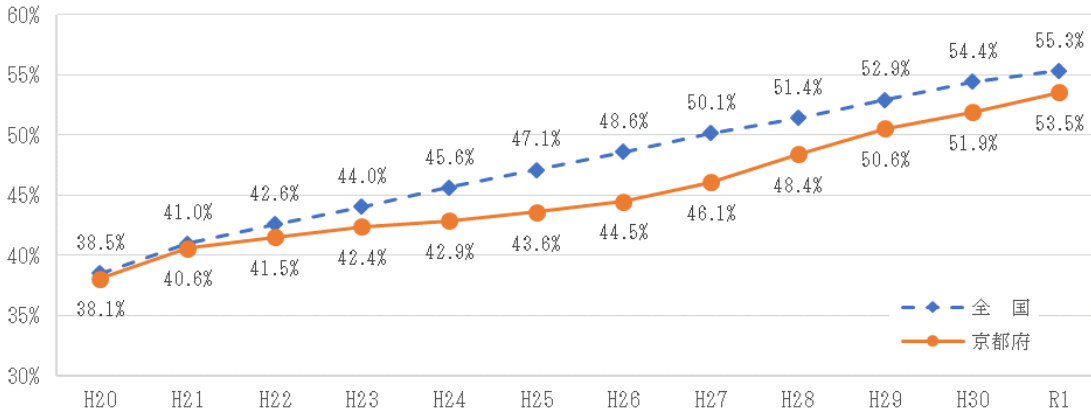
① 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

現状・課題

生活習慣病の予防及び早期発見に資することを目的として、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき特定健康診査・保健指導が行われている。当該年度において40歳以上75歳以下に達する者が対象となり、各医療保険者（国民健康保険・被用者保険）が実施している。本府の令和元年度の特定健診受診率は53.5%であり、年々上昇しているものの、平成20年から常に全国値と比べて低い状態である（図表13）。一方、本府の特定保健指導実施率も例年全国と比較して低値であったが、経年的に増加し続け、令和元年度には僅かではあるものの全国値を上回った（図表14）。健診結果に着目すると、令和元年度特定健診受診者（国保被保険者に限る。）で検査値が揃っている者の半数以上が、高血圧または脂質異常症の有病者に該当し、糖尿病については、およそ4分の1が予備群または有病者に該当する（図表15）。また、循環器疾患と強い関連が指摘されているメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）について、平成22年～令和元年の10年

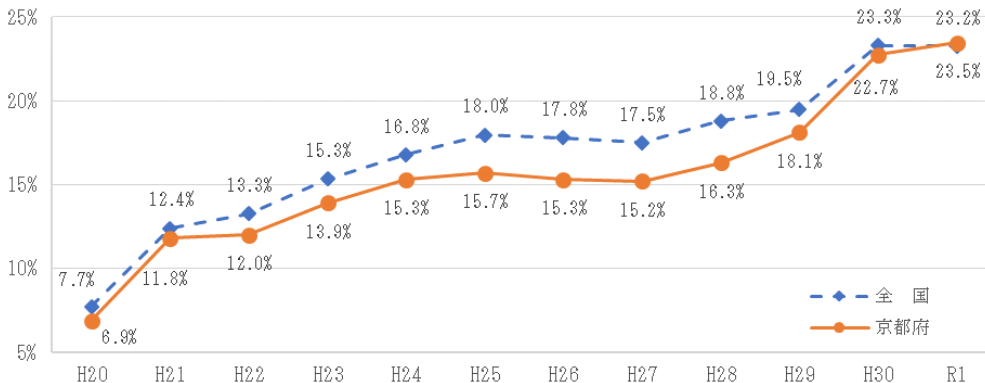
間の該当者・予備群の割合をみると、京都府は全国と比較してかなり低い水準で推移しているものの、平成27年以降は一貫して増加傾向にある（図表16）。なお、平成29年度患者調査から、高血圧・脂質異常症・糖尿病の3疾患における年齢調整外来受療率（35歳以上、男女総数、人口10万人対）は、全て全国値より低い状況である（図表17）。

図表13 特定健康診査受診率の推移



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）」

図表14 特定保健指導実施率の推移



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）」

図表15

令和元年度京都府国保特定健診受診者における高血圧・脂質異常症・糖尿病の予備群・有病者の人数と割合

	検査実施者数（割合）	予備群該当者数（割合）	有病者数（割合）
高血圧	201,416人（100%）	31,553人（15.7%）	105,195人（52.2%）
脂質異常症	158,718人（100%）	---	95,265人（60.0%）
糖尿病	158,719人（100%）	23,412人（14.8%）	18,659人（11.8%）

出典：京都府健診・医療・介護総合データベースから京都府が集計

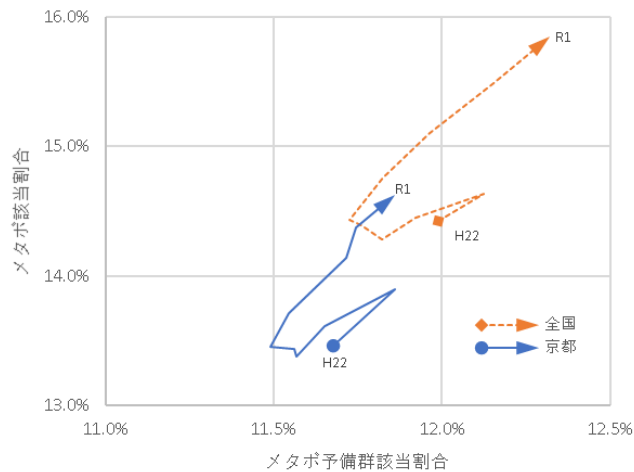
※上表における各疾患の①予備群該当者、②有病者の定義は以下のとおりである。

・高血圧：①「収縮期血圧が130以上140mmHg未満または拡張期血圧が80以上90mmHg未満」、②「収縮期血圧が140mmHg以上または拡張期血圧が90mmHg以上または降圧薬の服薬あり」

- ・脂質異常症：②「中性脂肪が 150mg/dL 以上または LDL コレステロールが 140mg/dL 以上または HDL コレステロールが 40mg/dL 未満または脂質異常症治療薬の服薬あり」
- ・糖尿病：①「空腹時血糖が 110 以上 126mg/dL 未満または HbA1c が 6.0 以上 6.5%未満」、②「空腹時血糖が 126mg/dL 以上または HbA1c が 6.5%以上または血糖降下薬の使用あり」

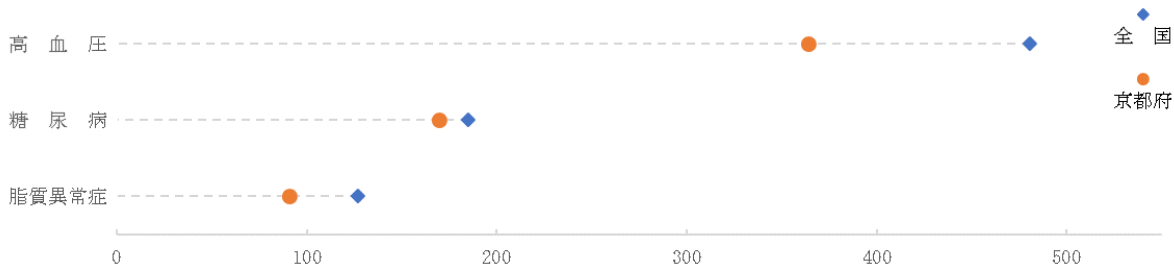
※検査実施者数とは、上記の各疾患定義を判定する上で必要な検査等が全て実施されている者の数である。ただし、糖尿病については、空腹時血糖か HbA1c のどちらか一方の測定が実施され、かつ質問票から服薬情報が収集できる者の数とした。

図表 1 6 平成 22 年～令和元年のメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の推移



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）」

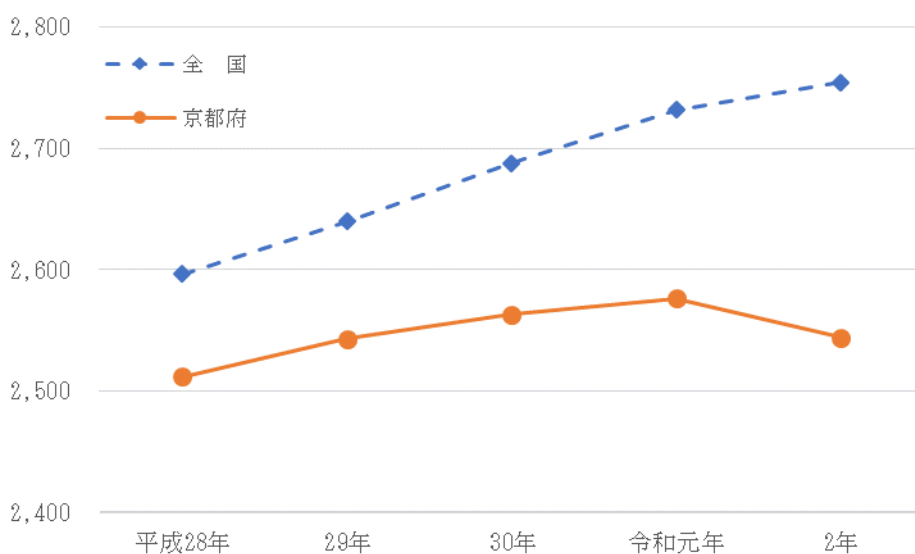
図表 1 7 平成 29 年度における 35 歳以上の年齢調整外来受療率（人口 10 万人対）



出典：厚生労働省「平成 29 年度 患者調査 第 1 2 7 - 3 表」を基に昭和 60 年人口モデルを用いて直接法により京都府が計算

放置すると様々な合併症を引き起こす糖尿病は、進行すると糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害などの特有の合併症に併せて、心筋梗塞や脳梗塞などが起こりやすくなる。また、糖尿病が重症化すると人工透析となる蓋然性が高い。京都府の人口 100 万人対慢性透析患者数（血液透析＋腹膜透析、調査施設所在地による集計）は、平成 28 年から令和元年にかけて一貫して増加傾向にあったが、令和 2 年は若干の減少が見られた。全国値と比較すると、京都府は一貫して低く推移しており、両者の差は拡大傾向にある（図表 18）。

図表 1 8 慢性透析患者数（人口 100 万人対）の推移



出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」のデータを基に京都府が作図および解釈を実施

取り組むべき施策

(ア) 特定健康診査の受診率向上、特定保健指導の実施率向上に向けた支援

健診受診率の向上を図るため、市町村や医療保険者、民間企業等との連携により、健診受診者へのインセンティブの付与や受診しやすい環境整備等、創意工夫を凝らした、府民の受診意欲を高める取組を推進する。また、医療保険者や医師会、かかりつけ医との連携により、特定健診未受診者への受診の働きかけを行い、特定健診の受診率向上を図る。

さらに、医療保険者等との連携のもと、各圏域における特定健診の結果やレセプトデータの分析等を通じて、市町村の実態に応じた効果的な受診促進策の検討に向けた技術的支援を行う。

◇ 健診・医療・介護データを活用した受診促進策の推進

府民の健康寿命の延伸を測るため、健康関連データの分析結果を活用した健康づくり対策をはじめ、市町村・保健所・大学・企業・医療保険者・高齢者団体などの多様な主体が一体となって働き盛り世代や無関心層へのアプローチに取り組む。

(イ) 特定保健指導の質の向上と受診しやすい環境づくりの促進

特定保健指導において、生活習慣病のリスク等について、実践的なプログラムの提供による効果的な保健指導を実施するなど、受診者の行動変容につながる健診メニュー・体制の充実を進める。

また、医療保険者等との連携のもと、保健指導を強化するとともに、働く世代の特定保健指導の実施率の向上を図るため、事業者や医療保険者において、対象者が参加しやすい時間帯や場所を設定するなど、特定保健指導を受けやすい環境づくりを促進する。

◇特定健診・特定保健指導従事者研修会

生活習慣病有病者及び予備群を減少させるためには、特定健康診査・特定保健指導の徹底が必要であることから、医療保険者がこれらの取組を円滑に実施できるよう、健診・保健指導を効果的に推進できる人材を育成する。

(ウ)職域における受診促進

職域等における健診受診率向上を図るため、市町村、医療保険者等の連携により、事業者等に対して、「健康経営」の重要性を啓発し、受診しやすい環境づくりを進める。

◇きょうと健康づくり実践企業認証制度

府内の事業所を対象にがん検診や健康づくり活動に取り組む府内企業を、「きょうと健康づくり実践企業」として認証することにより、働き盛り世代の検診受診率の向上や健康づくりの推進を図る。

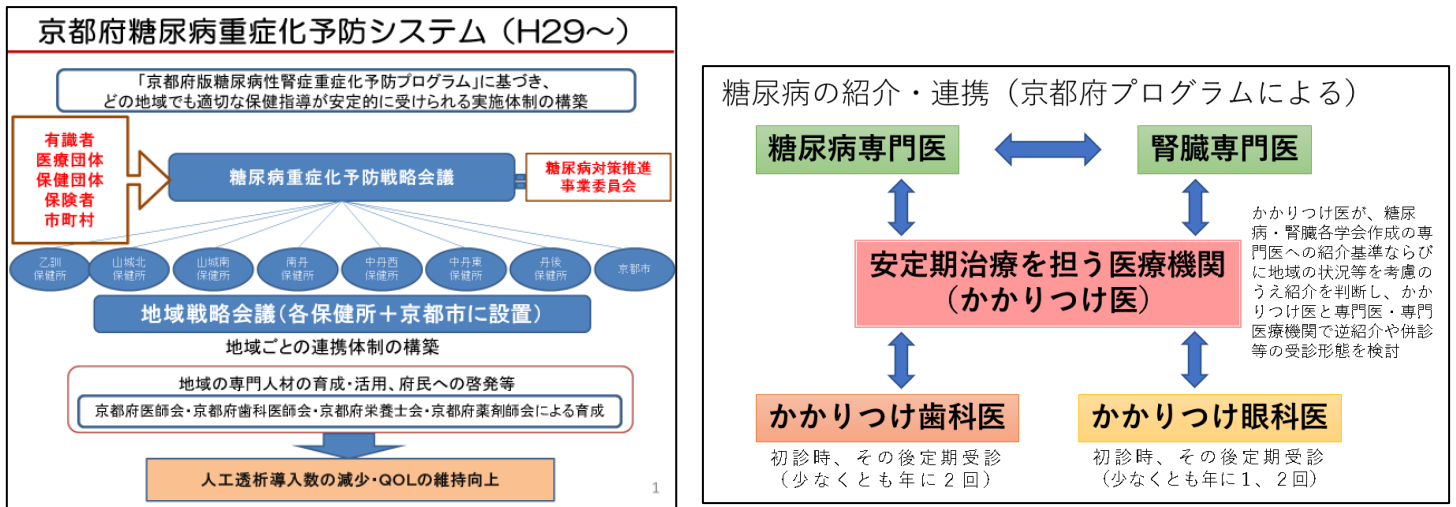
(エ)循環器病危険因子である糖尿病の発症予防・重症化予防の推進

保健医療団体と京都府、市町村、医療保険者が一体となり糖尿病の重症化予防対策の事業実施基盤の整備を促進し、地域の実状に応じた保健指導体制を構築することで、人工透析等への移行を防ぐ等、糖尿病患者のQOLの向上、健康寿命の延伸を目指すことを目的として平成29年度から京都府糖尿病重症化予防対策事業を実施している。また人工透析が必要なることを防止するため、ICTを活用した京都府版糖尿病保険指導モデルの構築にも取り組んでいる。

◇京都府糖尿病性腎症重症化予防プログラム

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（ハイリスク者）に対して医療保険者が医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、府民の健康増進とQOLを向上し、健康寿命の延伸を図る目的で平成29年度に策定された。最新の第三版（令和元年度更新）では、地域における取組を効率的に推進するため、関係団体が各々の役割を理解した上で密接に連携し対応していくべく、取組に当たっての各関係団体の役割をより具体的に記載した（図表19）。

図表 1 9 京都市糖尿病性腎症重症化予防のための体制図



② 救急搬送体制の整備

現状・課題

脳卒中や心筋梗塞等の循環器病の急性期は急激に発症し、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多い。循環器病の治療に関しては、近年技術的な進歩が著しく、発症後早急に適切な治療を行うことで、予後の改善につながる可能性があることから、急性期には早急に適切な診療を開始する必要がある。

京都府の救急医療体制については、全国と比較して救急搬送時間が短く、搬送困難事案の割合も低いと考えられる (図表 20)。しかしながら地域間格差の問題や脳卒中・心筋梗塞等の死亡率の高い疾患の急病患者数も多く、搬送から治療までの適切で迅速な救急医療提供体制の構築が課題となっている (図表 22)。

図表 2 0 現場到着所要時間別出動件数の状況 (入電から現場到着までの所要時間別出動件数)

	3分未満	3分以上 5分未満	5分以上 10分未満	10分以上 20分未満	20分以上	合計	平均(分)
京都府 (割合)	1,264 (0.9)	20,202 (13.8)	104,348 (71.4)	18,749 (12.8)	1,678 (1.1)	146,241 (100)	7.1
全国 (割合)	56,773 (0.9)	395,533 (6.0)	4,071,362 (61.6)	1,946,983 (29.5)	134,562 (2.0)	6,605,213 (100)	8.7

出典：総務省消防庁「令和元年救急・救助の現況」

図表 2 1 病院収容所要時間別搬送人員の状況

	10分未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上 120分未満	120分以上	合計	平均 (分)
京都府 (割合)	11 (0.01)	6,034 (4.5)	52,369 (39.2)	70,578 (52.8)	4,506 (3.4)	187 (0.1)	133,685 (100)	33.4
全国 (割合)	1,339 (0.02)	167,613 (2.8)	1,464,988 (2.5)	3,757,152 (63.0)	547,556 (9.2)	21,647 (0.4)	5,960,295 (100)	39.5

出典：総務省消防庁「令和元年救急・救助の現況」

図表 2 2 脳疾患・心疾患により救急搬送された患者数（令和 2 年）

脳疾患により救急搬送された患者数 (くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、その他)	5,813	うち消防管外への搬送数	1,164
心疾患のうち、心筋梗塞で救急搬送された患者数	123	うち消防管外への搬送数	28

出典：京都府危機管理部消防保安課調べ

ドクターヘリについては、中山間部の救急搬送時間の短縮及び早期の医療介入に繋がり、救命率の向上や後遺症の軽減を図るため、関西広域連合による共同運航の下、兵庫県公立豊岡病院、滋賀県済生会滋賀県病院、大阪大学医学部附属病院を基地病院とするドクターヘリが運航している（図表 23）。

図表 2 3 令和 2 年度京都府下でのドクターヘリの運航状況

基地病院名	要請件数	うち京都府内
公立豊岡病院	1,812	292
済生会滋賀県病院	319	16
大阪大学医学部附属病院	106	34

出典：京都府健康福祉部医療課調べ

京都府高度救急業務推進協議会は、医師会、病院団体、消防機関、医療機関等で構成され、すでに全府域の体制について協議する場が設けられている。さらに、各保健医療圏において、病院到着前救護体制の充実を図るために地域メディカルコントロール協議会を設置し、医師が救急救命士に具体的指示を行う体制や事後検証体制等が確立されている。救急救命士が適切な活動を実施するために、メディカルコントロールのできる医師の確保や体制の強化、充実が必要である。高度救命処置研修（JPTEC、ACLS）を実施することで、患者は救急救命士等による適切な現場処置を受け、救急医療機関に搬送されることとなり、一層の救命率向上が図られる。

京都府内の救急医療体制については、11 箇所には休日夜間急患センターが設置され、府民に身近な救急医療体制が確保されており、二次救急医療体制として、休日・夜間の診療については、救急告示医療機関及び病院群輪番体制病院が対応している。また、三次救急医療体制として、救命救急センターが京都府内 6 病院に設置されており、24 時間体制で高度・専門的な医療を提供して

いる。特に急性心筋梗塞や脳卒中の救命率改善のためには、発症直後の救急要請から、発症現場での心肺蘇生や自動体外式除細動器（AED）などによる電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命措置まで、迅速に連携して実施することが重要である。そのため、AEDの使用を含む応急手当の知識・技術等について、引き続き府民に対して周知を図ることが必要である。一般市民が心肺蘇生を実施した件数および市民による除細動が実施された件数をそれぞれ図表 24、図表 25 に示す。

図表 2 4 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数

	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年
京都府	247	249	286	292	298
全国	13,679	13,672	14,354	14,448	14,965

出典：総務省消防庁「令和元年救急・救助の現況」

図表 2 5 心肺停止状態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

	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年
京都府	26	25	25	34	34
全国	1,664	1,815	1,968	2,102	2,018

出典：総務省消防庁「令和元年救急・救助の現況」

取り組むべき施策

循環器病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維持するために、引き続き各圏域でのメディカルコントロール体制の充実を強化する。

関西広域連合による広域的なドクターヘリの更なる運航体制の充実を図り、隣接地域と相互に補完し合うセーフティネットの構築を推進するとともに、救急及び災害時のドクターヘリ等について、関係者間の連携を協議し、効率的な運用を図る。

救急医療情報システムについては、検索機能の充実など、府民及び関係機関のニーズを把握し、必要に応じて対応機能やサービスを充実する。

隣接府県との連携や府、市町村、消防機関、医療機関等の相互連携を促進するとともに、高度救急業務推進協議会では、脳卒中医療の進歩に合わせて「傷病者の搬送及び受入に関する実施基準」の適時の見直しなど、消防機関と救急医療機関等との連携を強化する。併せて、救急患者の搬送及び受入の実情については、各圏域単位で開催される地域メディカルコントロール協議会で実施基準に従った適切な運用に努めるとともに、高度化・専門化する救急医療に対応できる医師・看護師・救急救命士等の養成及び確保を行う。

また、府民を対象とした救急講習会や義務教育の場などにおいて、救急医療の適正な利用、府民による救急蘇生法の実施及び AED の使用の促進、ドクターヘリについて普及啓発を実施する。

③ 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

少子高齢化が進む中、患者の受療動向、医療機関の診療体制、医療機関までのアクセスなど、地域の状況を考慮し、地域住民が安心して医療を受けられるよう、地域の実態に合わせた医療提供体制の充実が必要である。そのため、緊急性及び専門性の高い治療が必要な「脳血管疾患、心疾患等緊急対応が必要なもの」については、二次医療圏にとらわれず府内一円で医療提供体制を構築することが重要である。また、新型コロナウイルス感染症の重症化のリスク因子として、高齢者、基礎疾患（心血管疾患、糖尿病、慢性呼吸器疾患、慢性腎臓病等）が指摘されており、生活習慣病の早期発見・早期治療は循環器病の予防に資するのみならず、新型コロナウイルス感染症の重症化の防止にもなりうる。

脳卒中に関する医療提供体制

現状・課題

（ア）急性期の医療について

脳卒中の急性期医療においては、呼吸器管理、循環器管理等の全身的管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の疾患を問わずほぼ同様に、発症後早急に適切な治療を開始するため時間的制約の観点から診療体制の構築が必要である。また、単一の医療機関で24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することが困難な場合があることから地域の複数の医療機関が連携し、ICTを活用した情報共有等が求められる。

脳梗塞では、発症後4.5時間以内のt-PA静注療法（血栓溶解療法）や、発症後6時間以内の脳血管内治療（血栓回収療法）が有効であり、後者については条件を満たせば24時間まで有効性が証明されている。同時に発症から再開通までの時間を短縮すれば患者の予後改善も期待できる。脳動脈瘤に対しても血管内治療が行われ、その重要性が増している。くも膜下出血の原因となる破裂脳動脈瘤には再発予防の脳血管内治療/開頭外科治療が行われる。脳出血に関して、若年者の大脳半球の皮質出血や小脳出血に対しては、救命目的として外科的手術（開頭術や神経内視鏡手術）が必要となる。治療機器の整備や専門医の不足は明らかであり、血管内治療施設の拠点化と集約化を行い、治療機器と脳卒中病床等の整備、脳卒中治療医の確保育成を行い、質の高い脳卒中救急医療を安定的に供給する必要がある。

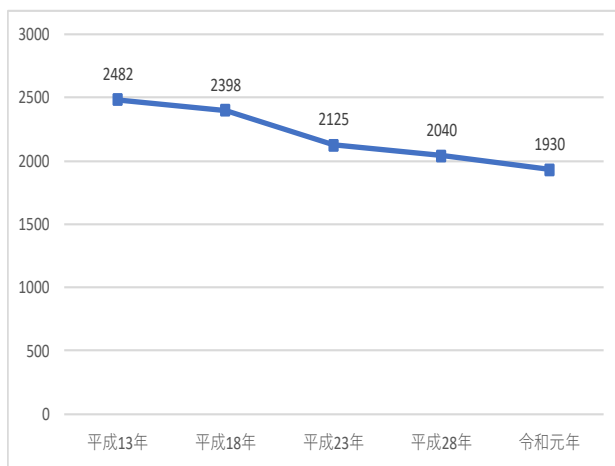
京都府内の脳血管疾患による死亡者数は、年々減少しているが（図表27）、死亡原因としての脳血管疾患は、悪性新生物（がん）及び心疾患に次ぐ主要なものとなっている。脳血管疾患による年齢調整死亡率は、男女共に年々減少傾向である（図表28）。脳出血と脳梗塞の標準化死亡比を図表29に示す。京都府内の病院における脳血管疾患の退院患者の平均在院日数は69.7日（平成29年）で、平成26年の88.5日を下回っており、入院期間が短縮している（図表30）。

図表 2 6 脳血管疾患受療率（入院・外来）（人口 10 万人対）

	入院		外来	
	男	女	男	女
全国	106	124	71	65
京都	118	138	70	55

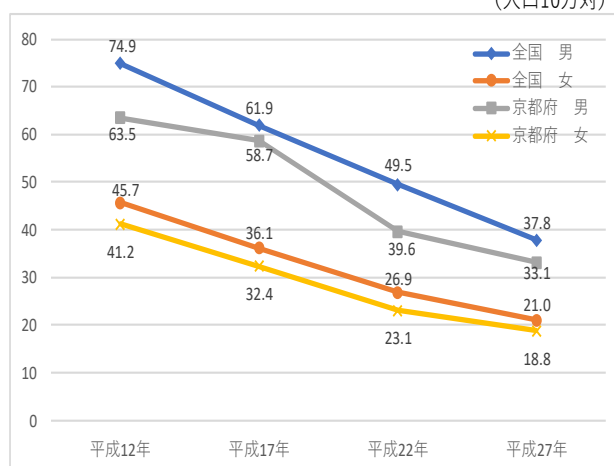
出典：厚生労働省 平成 29 年患者調査

図表 2 7 京都府における脳血管疾患による死亡



出典：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2 8 脳血管疾患による男女別年齢調整死亡率（人口10万対）



出典：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

図表 2 9 京都府の脳血管疾患標準化死亡比

年	脳血管疾患					
	総数		脳内出血		脳梗塞	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
平成 27 年	89.0	90.5	94.4	99.2	84.7	88.2
平成 22 年	83.2	86.7	91.2	95	79.5	85.2
平成 17 年	90.6	89.5	100.5	100.2	85.0	87.0

出典：人口動態統計特殊報

図表 3 0 脳血管疾患退院患者の平均在院日数（施設（病院）住所地別）（単位：日）

	平成 17 年	平成 20 年	平成 23 年	平成 26 年	平成 29 年
全国	105.3	109.2	97.4	89.1	78.2
京都府	94.4	115.9	108.9	88.5	69.7
丹後医療圏	98.7	58.1	65.1	118.1	139.4
中丹医療圏	65.2	78.9	90.2	43.3	39.2
南丹医療圏	139.1	101.5	60.1	106.6	69.7
京都・乙訓医療圏	102.1	139.6	124.6	91.6	67.9
山城北医療圏	72.1	80.6	99.2	98.5	88.1
山城南医療圏	38.0	95.5	39.3	23.1	33.9

京都府内の医療提供体制においては、日本脳卒中学会認定の一次脳卒中センター(PSC)は、京都大学医学部附属病院、京都府立医科大学附属病院をはじめ京都府内に 21 病院あり、24 時間 365 日脳卒中患者を受け入れ、脳神経外科的処置が必要な場合、迅速に対応できる体制が構築されている。血栓回収療法に関しては全ての PSC で実施できるわけではなく、日本脳卒中学会でも PSC のなかで血栓回収療法が可能な施設を PSC コア施設と認定している。RESCUE-Japan Project の全国実態調査のデータ（2016 年版）によると、京都府全体において、血栓回収療法施行数は 224 件、治療施設数は 16 施設、学会専門医数は 51 名、人口 10 万人当たりの施行数は 8.6 人であった。京都府における人口 10 万人当たりの JSNET 専門医数（2018 年度）は 2.26 人と、日本脳卒中学会専門医数 5.0 人とともに、全国一位である。その一方で、京都府全体では脳卒中救急医療体制における二次医療圏ごとの地域間格差は心臓病救急医療体制のもの以上であり、特に北部医療圏（丹後医療圏と南丹医療圏）には現在でも血栓回収療法の実施可能施設はない（図表 31）。くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術とコイル塞栓術、脳梗塞に対する血栓溶解療法および脳血管内治療等の実施件数を（図表 32）に示す。京都府における神経内科医師数および脳神経外科医師数ともに全国平均を上回っている（図表 33）。しかしながら、京都府内の医療機関の脳卒中患者に対応する専門スタッフが必ずしも充足していないことから、脳卒中治療の確保・育成については、京都大学医学部附属病院、京都府立医科大学附属病院と連携を図ると共に、京都府全体で育成の取り組みが必要である。

図表 3 1 1 次脳卒中センター（PSC）

丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
	舞鶴医療センター 福知山市民病院	亀岡シミズ病院	京都第二赤十字病院 京都府立医科大学附属病院 京都大学医学部附属病院 京都市立病院 京都第一赤十字病院 洛和会音羽病院 康生会武田病院 京都九条病院 武田総合病院 蘇生会総合病院 京都医療センター シミズ病院 京都桂病院 済生会京都府病院	宇治徳洲会病院 京都岡本記念病院 京都きつ川病院 田辺中央病院	京都山城総合医療センター

図表 3 2 くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術とコイル塞栓術、脳梗塞に対する血栓溶解療法および脳血管内治療等の実施件数

	丹後	中丹	南丹	京都 ・乙訓	山城北	山城南
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）	0	*	*	53	27	0
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）	0	20	0	95	46	0
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数（算定回数）	17	28	*	280	110	*
脳梗塞に対する脳血管内治療（経費的脳血栓回収術等）の実施件数（算定回数）	0	41	0	345	97	0

図表 3 3 京都府内の脳神経内科、脳神経外科医の勤務状況

	丹後	中丹	南丹	京都 ・乙訓	山城北	山城南	京都府	全国
神経内科医師数	4	6	3	181	18	2	214	5,166
(10万人当)	(4.3)	(3.1)	(2.3)	(11.2)	(4.1)	(1.7)	(8.3)	(4.1)
脳神経外科医師数	1	8	4	142	22	1	178	7,528
(10万人当)	(1.1)	(4.2)	(3.0)	(8.8)	(5.1)	(0.8)	(6.9)	(6.0)
神経内科専門医数							280	
脳神経外科専門医数							187	

出典：厚生労働省「医師数に関する調査」各年1月1日現在
日本神経学会認定 神経内科専門医名簿
日本脳神経外科学会地域別専門医リスト

(イ) 回復期・維持期の医療について

各保健医療圏において、急性期から在宅までの病病連携、病診連携が進められている中、各圏域において地域連携パスを策定し運用している。その一方で、急性期の治療を終え、合併症等の問題や家族の受け入れ状況により、急性期病院からの転院がスムーズに進まない場合もある。また、退院後も介護保険等を利用する維持期のリハビリテーション体制の整備が不十分であり、退院後の日常生活動作レベルを維持できない場合もある。回復期から維持期（生活期）への連携不足がある。

また、脳卒中発症後に片麻痺や嚥下障害を合併しやすいため、口腔ケアの不良や歯周病の進行による口腔内の悪化、誤嚥性肺炎、咀嚼機能の低下とともに低栄養を引き起こしやすくなる。

(ア) 急性期の医療について

脳卒中を発症した患者を、速やかに適切な高度急性期または急性期医療機関に救急搬送できる体制を構築する必要がある。脳卒中ケアユニット（SCU）等の勤務医の働き方改革とのバランスを配慮しつつ、急性期医療機関の脳卒中患者に対応する脳卒中専門医、脳血管内治療専門医等の専門スタッフの充実を図り、t-PA 治療、脳血管内治療の実施体制が確保されるよう、医療機関の連携、機能分化を進める。日本脳卒中学会認定の一次脳卒中センター（PSC）として認定された 21 病院（令和 4 年 1 月時点）や地域の医療機関が連携し、役割分担や ICT を活用した患者情報の共有等を行うなど、診療体制の維持・強化に努める。

また、脳卒中患者に対して専門的治療が 24 時間実施可能で、発症後 4.5 時間以内の超急性期に脳血管疾患の救急受入れができる地域の病院の明確化や血栓回収療法が可能な PSC コア施設を明示するなど、救急医療情報システムにおいても充実を図る。救急隊員は初療現場にて、まずシンシナティ病院前脳卒中スケール（CPSS）などのツールを用いて、「脳卒中患者らしさ」を判定するが、それに加えて血栓回収療法の適応となる「脳主幹動脈閉塞（LVO）患者らしさ」を判定する統一されたツールの利用、さらに京都府健康医療よろずネットに今後掲載すべきリアルタイムの血栓回収療法の実施可否の情報から適切な施設を選定・搬送できるシステムを構築する。

関西広域連合によるドクターヘリの更なる活用により、広域的な救急医療体制を充実させるとともに、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、質の向上を支援する。

各専門医の確保については、京都府医師確保計画（京都府保健医療計画一部改正版）に基づき、地域間での医師偏在の解消等を図り、地域の医療提供体制を確保していく。

発症後早期に適切な医療機関にかかるための本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育・啓発を行う。

【教育・啓発の主な内容】

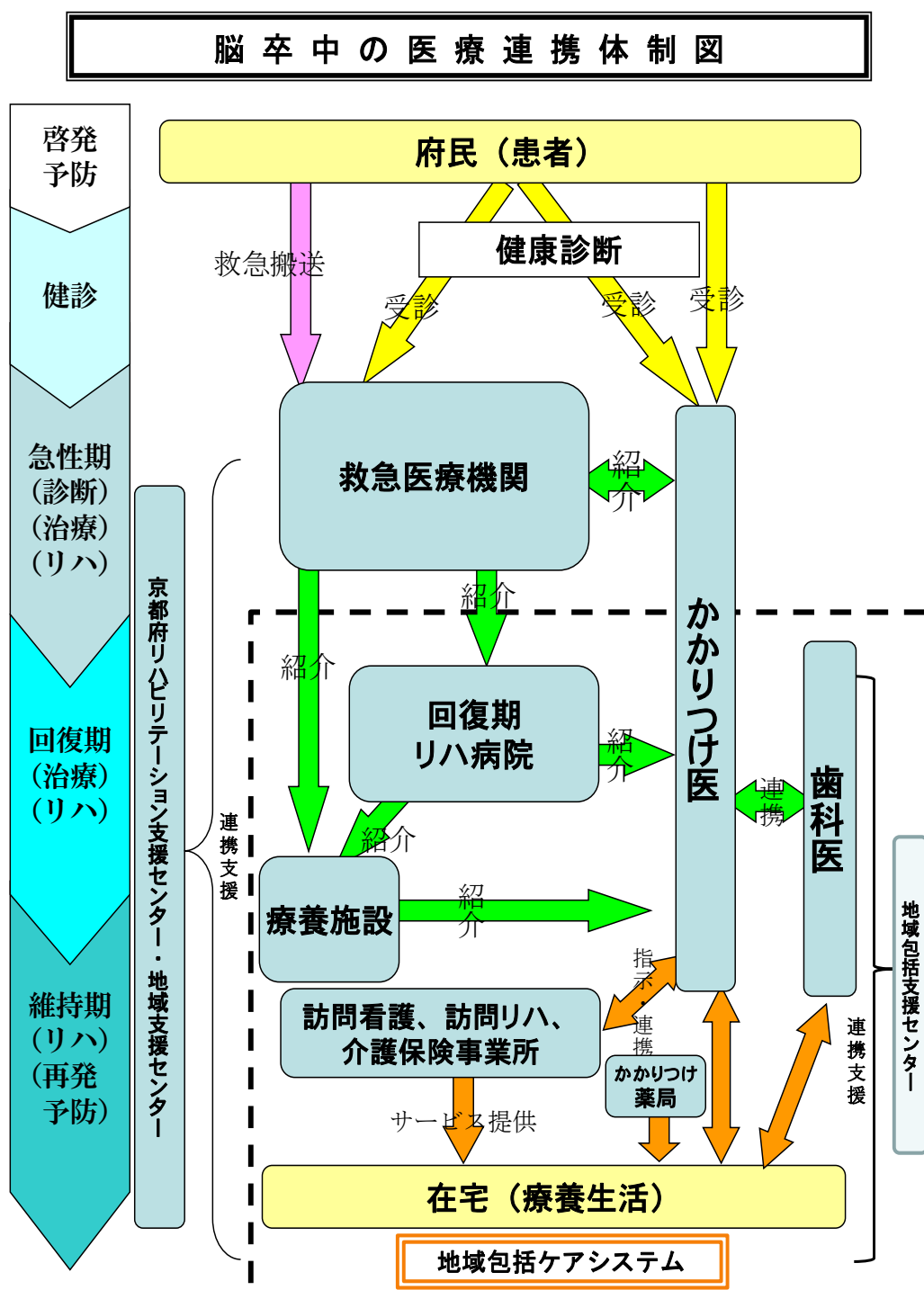
- ・ 初期症状出現時における対応について
- ・ 初期症状出現時における急性期の医療機関への受診の必要性について など

(イ) 回復期、維持期の医療

急性期病院の後方支援の役割を担う医療機関を整備するため、地域医療介護総合確保基金を活用して、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟の整備を進める。医師・歯科医師・コメディカルを含めた多職種による勉強会・症例検討会を実施する。（口腔ケアと摂食嚥下に関する研修会等を含む。）早期から歯科医療の提供や摂食、嚥下などの口腔リハビリテーションや口腔ケアを行う。また、退院後の患者管理のためにかかりつけ医機能を充実させる。

地域連携クリティカルパスの運用状況の把握、課題の整理を行ったうえで、引き続き治療計画・診療情報の共有等による医療機関同士の連携の強化を図る。また、再発防止のための患者管理・患者教育及び指導体制を充実させ、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環境を整備していく。脳卒中の医療連携体制を図表 34 に、府内で脳卒中の医療連携体制において役割を果たす医療機関を図表 35 に示す。

図表 3 4 脳卒中の医療連携体制図



図表 3 5 脳卒中の医療連携体制において役割を果たす医療機関（平成 30 年 1 月 15 日現在）

区分	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
急性期	—	・舞鶴医療センター ・福知山市民病院	・亀岡シミズ病院	・京都第二赤十字病院 ・京都府立医科大学附属病院 ・京都大学医学部附属病院 ・京都市立病院 ・京都第一赤十字病院 ・洛和会音羽病院 ・康生会武田病院 ・京都九条病院 ・宇多野病院 ・医仁会武田総合病院 ・蘇生会総合病院 ・京都医療センター ・シミズ病院 ・京都桂病院 ・京都府済生会病院	・宇治徳洲会病院 ・宇治武田病院 ・京都岡本記念病院 ・京都きづ川病院 ・八幡中央病院 ・京都田辺中央病院	・京都山城総合医療センター
回復期	・弥栄病院 ・丹後中央病院	・福知山市民病院 ・京都ルネス病院 ・京都協立病院 ・舞鶴赤十字病院 ・綾部ルネス病院 ・綾部市立病院	・亀岡シミズ病院 ・京都中部総合医療センター ・明治国際医療大学附属病院	・京都博愛会病院 ・富田病院 ・京都からすま病院 ・京都大原記念病院 ・洛陽病院 ・京都民医連あすかい病院 ・脳神経外科 ・リハビリ北大路病院 ・洛和会丸太町病院 ・京都民医連中央病院 ・かくさい病院 ・京都久野病院 ・洛和会音羽病院 ・洛和会音羽 ・リハビリテーション病院 ・京都東山老年サナトリウム ・康生会武田病院 ・京都武田病院 ・京都回生病院 ・十条武田 ・リハビリテーション病院 ・宇多野病院 ・西京病院 ・武田総合病院 ・大島病院 ・金井病院 ・蘇生会総合病院 ・シミズ病院 ・洛西シミズ病院 ・西京都病院 ・洛西ニュータウン病院 ・千春会病院 ・長岡京病院 ・向日回生病院 ・新河端病院	・宇治徳洲会病院 ・京都岡本記念病院 ・宇治武田病院 ・六地藏総合病院 ・宇治病院 ・京都きづ川病院 ・府立心身障害者福祉センター ・附属リハビリテーション病院 ・南京都病院 ・男山病院 ・田辺記念病院 ・京都田辺中央病院 ・久御山南病院	・学研都市病院
維持期	・久美浜病院 ・弥栄病院 ・丹後中央病院 ・仁寿会いわさく診療所	・舞鶴赤十字病院 ・舞鶴市民病院 ・岸本病院 ・東舞鶴医療誠会病院 ・京都協立病院 ・綾部ルネス病院 ・京都ルネス病院 ・渡辺病院 ・福知山市民病院大江分院	・亀岡シミズ病院 ・亀岡病院 ・園部丹医会病院 ・国保京丹波町病院	・富田病院 ・京都北野病院 ・洛北病院 ・京都博愛会病院 ・北山武田病院 ・同仁病院 ・室町病院 ・京都大原記念病院 ・洛陽病院 ・京都民医連あすかい病院 ・脳神経リハビリ ・北大路病院 ・日本パフテスト病院 ・洛和会丸太町病院 ・京都民医連中央病院 ・西大路病院 ・毛利病院 ・京都通信病院 ・京都久野病院 ・洛和会音羽病院 ・洛和会音羽 ・リハビリテーション病院 ・京都東山老年サナトリウム ・京都武田病院 ・京都回生病院 ・明石病院 ・総合病院京都南病院 ・吉祥院病院 ・宇多野病院 ・京都ならびがおか病院 ・京都市立京北病院 ・泉谷病院 ・武田総合病院 ・蘇生会総合病院 ・大島病院 ・金井病院 ・京都リハビリテーション病院 ・松ヶ崎記念病院 ・なこみの里病院 ・京都南西病院 ・伏見桃山総合病院 ・むかいしま病院 ・シミズ病院 ・洛西シミズ病院 ・洛西ニュータウン病院 ・千春会病院 ・長岡京病院 ・向日回生病院 ・新河端病院 ・静仁会堀井医院 ・朋生会中尾クリニック ・たちいり整形外科	・宇治徳洲会病院 ・京都岡本記念病院 ・宇治武田病院 ・宇治病院 ・宇治川病院 ・宇治おうばく病院 ・京都きづ川病院 ・府立心身障害者福祉センター ・附属リハビリテーション病院 ・南京都病院 ・ほうゆう病院 ・京都八幡病院 ・京都田辺中央病院 ・京都田辺記念病院 ・久御山南病院	・学研都市病院

(ウ) かかりつけ医機能の医療機関に求められる役割

◇高血圧等のハイリスク者（脳卒中予備群）への対応

- ・生活習慣病対策に係る指導
- ・脳卒中発症時に急性期医療機関で適切に受診するための勧奨、指示

◇発症後、回復期又は維持期・生活期にある患者への対応

- ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応
- ・急性期、回復期、維持期・生活期の医療機関等との連携（診療情報や治療計画の共有等）
- ・通院困難な患者に対する訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局等と連携した在宅医療の推進
- ・山間地や医療過疎地での在宅医療におけるオンライン遠隔診療の普及
- ・特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等自宅以外の居宅における在宅医療の提供
- ・退院後の患者への適切な運動量、身体管理等の指導のための保健師・管理栄養士等との連携
- ・居宅介護サービスの調整のための介護支援専門員との連携

(エ) 脳卒中データベースの構築と活用

京都府脳卒中登録事業の活用によりデータに基づき地域状況に応じた対策を推進してきた一方で、登録数はいまだ十分とは言えず、現行の登録システムだけでは脳卒中診療の全体像を把握することが困難である。よって、現状と課題を正確に知るためには、国が今後主導する「循環器の診療情報を収集する公的枠組み」の構築を京都府全体でサポートし、データを用いた脳卒中研究を活性化し、成果とエビデンスの政策への活用と脳卒中診療の向上を目指す。

心血管疾患に関する医療提供体制

現状・課題

(ア) 急性期の医療について

心血管疾患の急性期は、心筋梗塞や狭心症、大動脈解離など、死に至る可能性が高く、突然死の原因の多くを占める。急性心疾患による死亡を減少させ、予後を向上させるためには、発症後早期に治療を開始する必要がある。また、近年、高齢化に伴い増加している慢性心不全の患者が急変して急性期の医療機関に搬送されることも多くなっている。

府内では、心疾患の専門病棟（CCU）を有する病院は10箇所（平成29年度）あり、地域の急性期医療の大きな役割を果たしている。一方、心疾患の専用病床がない丹後、山城南圏域において、複数の医療機関に医療資源が分散することで、必ずしも高度・先進的な医療が提供できていない面がある。

循環器疾患診療実態調査（JROAD）に参加している施設を対象にしたデータによると、令和3年の京都府内での入院中死亡率はそれぞれ12.2%、10.2%であった（図表36）。心筋梗塞の急性期には経皮的冠動脈形成術（PCI）を行うが、緊急PCI数は1,613例であった（図表37）。大動脈瘤手術件数は158例、急性大動脈解離の緊急手術件数は185例、虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス手術（CABG）件数は145例であった（図表38,39）。

図表36 急性心筋梗塞と急性大動脈解離の入院中死亡率

		H29	H30	H31	R2	R3年
急性大動脈解離 入院中死亡率	京都府	11.80%	13.60%	12.60%	12.80%	12.20%
	全国	11.40%	12.10%	12.20%	12.70%	12.90%
急性心筋梗塞患者 入院中死亡率	京都府	9.00%	8.40%	9.00%	9.00%	10.20%
	全国	8.40%	8.60%	8.40%	8.60%	8.70%

出典：循環器疾患診療実態調査（JROAD）

図表37 緊急PCI総件数

	H29年	H30年	H31年	R2年	R3年
京都府	1,627	1,779	1,754	1,707	1,613
全国	73,486	76,150	77,726	78,840	75,444

出典：循環器疾患診療実態調査（JROAD）

図表38 大動脈解離および大動脈瘤の手術件数

		H29	H30	H31	R2	R3
大動脈解離手術件数	京都府	177	189	166	205	235
	全国	7,556	8,237	8,340	8,556	8,661
大動脈瘤手術件数	京都府	159	199	193	139	158
	全国	9,134	9,156	9,765	9,664	9,285
急性大動脈解離 緊急手術件数	京都府	141	162	171	174	185
	全国	5,870	6,402	6,526	6,728	6,658

出典：循環器疾患診療実態調査（JROAD）

図表39 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス手術（CABG）件数

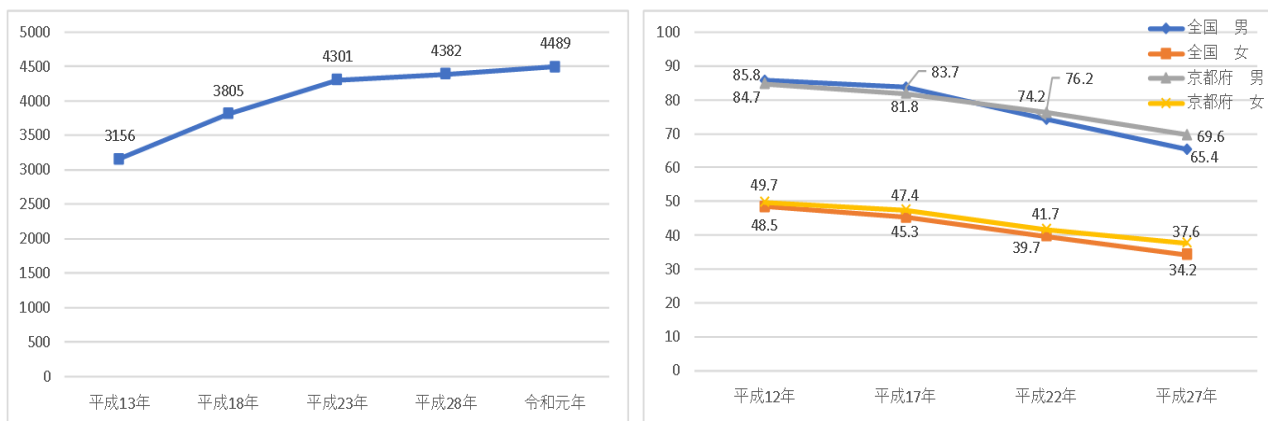
		H29	H30	H31	R2	R3
CABG on-pump	京都府	216	239	215	192	145
	全国	9,679	9,884	9,936	9,812	9,130
CABG off-pump	京都府	158	168	135	121	124
	全国	8,561	8,571	8,492	8,183	7,306

出典：循環器疾患診療実態調査（JROAD）

心疾患（高血圧性を除く）による府内の死亡者数は、令和元年度 4,489 人であり、近年増加傾向にあり 4 千人強で推移している（図表 40 左）。年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）は、平成 27 年では、男性 69.6（全国 65.4）、女性 37.6（全国 34.2）であり、全体的に減少傾向にあるものの全国を上回っている（図表 40 右）。心疾患の標準化死亡比は、平成 27 年では、男性 104.7、女性 105.4 である（図表 41）。虚血性心疾患の入院外来別の患者数および受療率を図表 42 に示す。京都府内の病院における虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数は 17 日（平成 29 年）であり、全国平均の 8.6 日に比べ入院期間が長期にわたる（図表 43）。

図表 4 0

京都府における心疾患（高血圧性を除く）による死亡および男女別年齢調整死亡率（人口 10 万対）



出典：厚生労働省「人口動態調査」「都道府県別年齢調整死亡率」

図表 4 1 心疾患の標準化死亡比

心疾患（高血圧性を除く）						
年	総数		急性心筋梗塞		心不全	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
H27	104.7	105.4	70.2	74.1	107.2	104.3
H22	104.1	106.4	73.8	79.1	88.2	95
H17	100.6	101.6	86.9	86.4	90.5	92.8

出典：人口動態統計特殊報

図表 4 2 虚血性心疾患の患者数および 10 万人あたり受療率

○入院

	総数（千人）		受療率（10 万人あたり）	
	全国	京都府	全国	京都府
H29	15.3	0.3	12	13
H26	15.3	0.4	12	14
H23	16.1	0.4	13	16
H20	18.9	0.4	15	16

○外来

	総数（千人）		受療率（10万人あたり）	
	全国	京都府	全国	京都府
H29	55.3	1.1	44	41
H26	59.7	1.3	47	50
H23	61.3	1.6	49	61
H20	68	1.8	53	69

出典：厚生労働省患者調査

図表4-3 虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数（施設（病院）住所別）（単位：日）

	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年
全国	15.9	12.8	9.4	8.3	8.6
京都府	12.3	11.3	6.1	6.5	17.0
丹後医療圏	60.4	58.9	19.0	9.7	2.9
中丹医療圏	15.7	5.4	5.2	4.8	4.6
南丹医療圏	27.7	8.9	13.7	13.8	3.7
京都・乙訓医療圏	8.7	13.0	5.9	6.9	24.0
山城北医療圏	15.2	4.6	4.0	3.4	5.0
山城南医療圏	11.8	7.5	7.9	6.8	11.5

出典：厚生労働省「患者調査」

循環器内科専門医数は全国平均を上回っている（図表44）。循環器内科医数は圏域別では山城南圏域が最も低く、圏域により大きな差がある。

地域連携クリティカルパスの利用促進に向け、府内の医療機関・患者へ普及啓発を進めるとともに、ICTの活用による遠隔診療の普及など医療圏を越えた循環器診療の充実が求められる。

心疾患は、高齢者に多くみられる疾病であるが、患者の急変時の延命治療の方針など、もしもの時の心構えのない患者・家族が多く、急変時に効果的ではない高額な延命治療を実施せざるをえないことが少なくない。高齢の心疾患患者の病態が安定しているときに、患者やその家族が今後の方針について話し合う「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」の概念を広く普及するとともに、多職種連携において心疾患患者の病期に応じた切れ目のない支援のあり方について考えていく必要がある。

図表4-4 10万人あたり循環器内科専門医数（常勤）

	H29年	H30年	H31年	R2年	R3年
京都府	8.5	8.7	8.5	8.7	8.3
全国	5.1	5.2	5.4	5.5	5.4

出典：循環器疾患診療実態調査（JROAD）

図表 4 5 京都府内の循環器内科、心臓血管外科医の勤務状況

	丹後	中丹	南丹	京都 ・乙訓	山城北	山城南	京都府	全 国
循環器内科医師数 (10万人当)	10 (10.8)	14 (7.3)	12 (9.0)	277 (17.1)	38 (8.8)	8 (6.7)	359 (13.9)	12,732 (10.1)
心臓血管外科医師数 (10万人当)	- -	5 (2.6)	- -	73 (4.5)	6 (1.4)	- -	84 (3.2)	3,214 (2.5)

出典：厚生労働省「医師数に関する調査」各年1月1日現在

(イ) 回復期・維持期の医療について

各種心疾患により心臓の代償機構が破綻して心機能の低下した病態を心不全と呼ぶ。慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、全国的に今後の患者数増加が予想されている。心不全患者数を図表 46 に示す。慢性心不全患者の再入院を防ぐためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行う必要がある。

図表 4 6 慢性心不全入院患者数（千人）

		H29年	H30年	H31年	R2年	R3年
心不全総数	京都府	6,7	7,2	7,3	6,7	6,3
	全国	247,2	267,0	279,5	280,2	265,5
慢性心不全	京都府	3,8	3,8	4,2	3,8	3,1
	全国	111,5	120,3	128,8	125,9	118,3

出典：循環器疾患診療実態調査（JROAD）

取り組むべき施策

(ア) 急性期の医療について

心臓カテーテル治療等の可能な専門医の不足等の課題に対応するため、医療機関の連携や診療機能の役割分担等を、各圏域において検討する必要がある。また、24時間対応のため、医師確保対策に基づく循環器内科医師等の確保を図る。急性期の医療機関において、心筋梗塞や心不全の急性増悪患者への対応が十分できるよう、受入体制の整備を進める。心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制図、急性心筋梗塞の急性期、回復期医療を担う医療機関を図表 47,48 にそれぞれ示す。また、大動脈解離をはじめとする大動脈緊急症に対する医療体制を確保するとともに、新たな心臓外科医を育成し、心臓外科医の充足率の向上を図る。

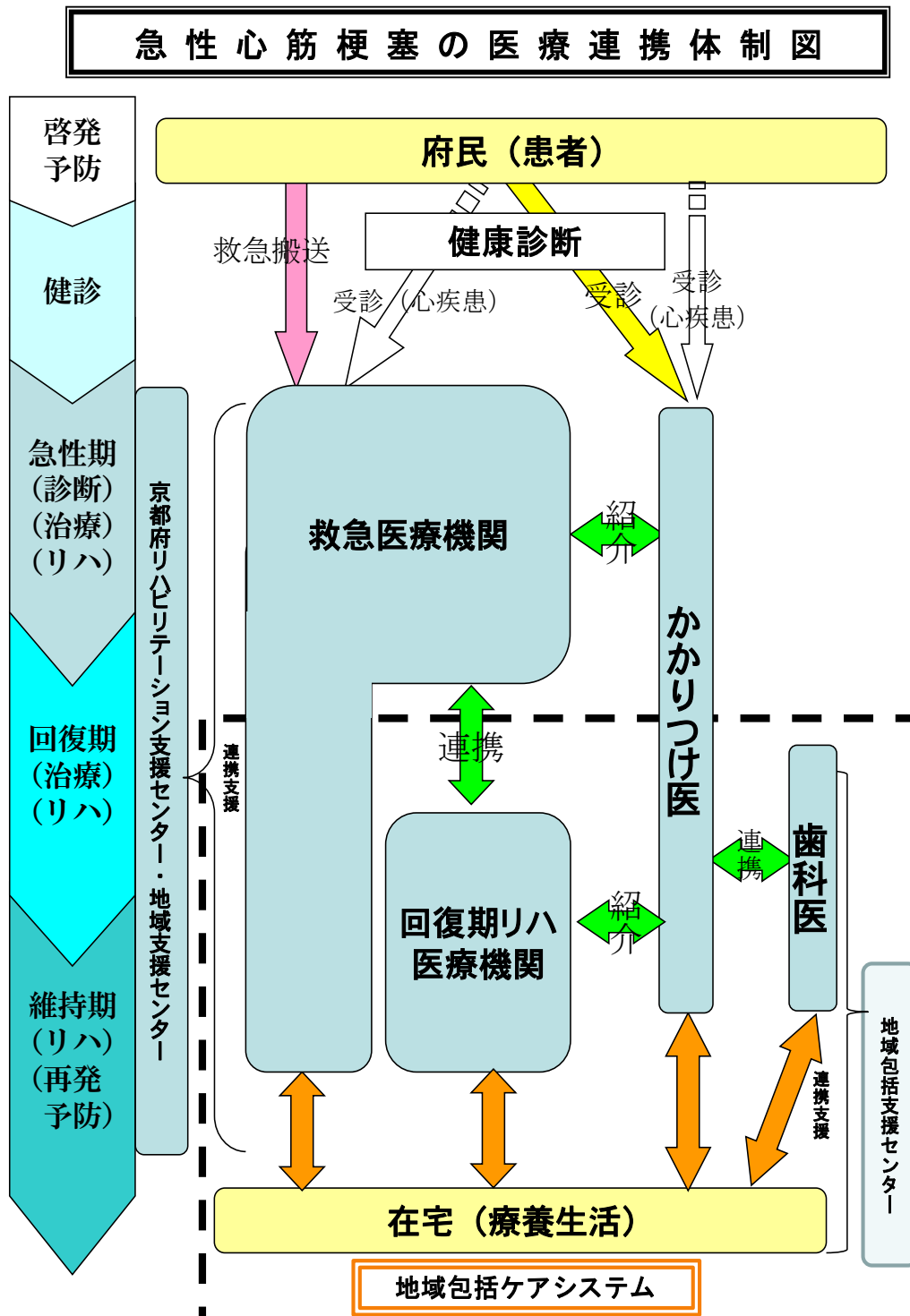
特に、4圏域10病院の心疾患専門病床（CCU）61床を中核として、地域の医療機関との連携・役割分担等を進め、ICTの活用等により圏域内の診療体制を拡充するとともに、CCUの設置

がない丹後、山城南圏域においては、圏域を越えた付近の専門医療機関との連携体制を構築しながら、高度・先進的な医療体制の確立を図る。

また、各専門医の確保については、京都府医師確保計画（京都府保健医療計画一部改正版）に基づき、医師の地域間での偏在是正等を図り、地域の医療提供体制を確保していく。

発症後早期に適切な医療機関にかかるための本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育・啓発を行う。

図表 4 7 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制図



図表 4 8 急性心筋梗塞の急性期、回復期医療を担う医療機関（平成 30 年 1 月 15 日現在）

	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
急性期	京丹後市立久美浜病院 京都府立医科大学附属北部医療センター	舞鶴共済病院 綾部市立病院 市立福知山市民病院	京都中部総合医療センター	京都鞍馬口医療センター 京都第二赤十字病院 京都府立医科大学附属病院 西陣病院 京都大学医学部附属病院 京都市立病院 洛和会丸太町病院 京都第一赤十字病院 洛和会音羽病院 武田病院 島原病院 京都九条病院 医仁会武田総合病院 蘇生会総合病院 京都医療センター 三菱京都病院 京都桂病院 洛西ニュータウン病院 京都府済生会病院	宇治徳洲会病院 京都岡本記念病院 京都きづ川病院 京都田辺中央病院	京都山城総合医療センター
回復期		舞鶴共済病院 舞鶴赤十字病院 市立福知山市民病院	京都中部総合医療センター	冨田病院 京都第二赤十字病院 京都府立医科大学附属病院 京都大学医学部附属病院 京都市立病院 京都民医連中央病院 洛和会丸太町病院 洛和会音羽病院 武田病院 島原病院 医仁会武田総合病院 蘇生会総合病院 大島病院 三菱京都病院 京都桂病院 シミズ病院 洛西ニュータウン病院 京都府済生会病院	宇治徳洲会病院 京都岡本記念病院 宇治病院 京都きづ川病院 京都田辺中央病院	京都山城総合医療センター 学研都市病院

(イ) 回復期・維持期の医療

心疾患の重症化や再発を防ぐためには急性期のみならず、回復期・維持期にも病状に合わせた適切なケアが必要である。特に慢性心不全の診療においては、回復期・維持期にも心血管リハビリテーションを継続することが重症化と再発防止には重要である。退院後も病院への通院が継続する心疾患患者が多く、一旦症状の悪化があれば直接病院へ救急受診するケースが多い。診療所や在宅での丁寧な指導と患者のセルフマネジメントや遠隔モニタリングの併用などにより増悪をできるだけ早期に抑えることで再入院を減減させることが可能である。

(ウ) かかりつけ医機能の医療機関に求められる役割

心疾患の再発予防のための治療、基礎疾患・危険因子の管理、緊急時、除細動等急性増悪時への対応が必要であり、かかりつけ医には以下の役割が求められる。

- ・ 合併症併発時や再発時における緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関との連携
- ・ 再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画の共有等による、急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等との連携
- ・ 在宅でのリハビリテーション、再発予防のための管理を目的とした訪問看護ステーション、薬局との連携
- ・ 患者及びその周囲にいる者(家族等)に対する再発時における適切な対応についての教育等

④ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

現状・課題

循環器病患者は、脳卒中発症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陥る場合がある。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、服薬の徹底など適切な管理及びケアを行うことが必要である。必要に応じて、介護保険制度、障害者総合支援法に基づく支援体制との整合性をとることも重要である。

訪問看護ステーションに関しては、高度化・多様化する在宅医療に対応できる訪問看護師の養成と確保を継続的に行うことが必要である。京都府では、京都府訪問看護ステーション協議会に訪問看護に係る人材育成に関する研修助成を行っている。

府内で登録されている介護支援専門員は、16,701名(令和4年3月現在)であり、医療・介護の連携において重要な役割を担っている。京都府高齢者健康福祉計画(第9次)において、高齢者の在宅生活支援体制の確立を図るために、支援を要する高齢者の生活実態を把握し支援に繋げる仕組みの構築を進める地域づくりに取り組んでいる。

図表4-9 地域包括ケア病床に関する各圏域の状況

	京都府	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
地域包括ケア病床を有する病院数	42	1	6	5	22	7	1
地域包括ケア病床数	1,983	18	284	124	1,144	356	57

出典：近畿厚生局「管内の施設基準の届出受理状況」(令和2年12月16日時点)

図表5-0 退院調整支援担当者を配置する病院数、担当者数

	平成23年度	平成26年度	平成29年度
病院数(割合)	69箇所(39.4%)	75箇所(43.1%)	76箇所(45.0%)
担当者数	166人	264人	337人

出典：医療施設調査(各年10月1日時点)

図表 5 1 訪問診療を実施する診療所・病院数・訪問診療実施件数

	平成 23 年度	平成 26 年度	平成 29 年度
診療所数	5 9 4	5 6 8	6 1 8
訪問診療実施件数	1 6, 9 3 4	2 0, 2 8 4	2 2, 7 1 0
病院数	4 7	5 0	6 0
訪問診療実施件数	1, 4 2 9	3, 3 2 6	4, 8 9 2
施設数 合計	6 9 1	6 1 8	6 7 8
訪問診療実施件数総数	1 8, 3 6 3	2 3, 6 1 0	2 7, 6 0 2

出典：医療施設調査（各年 1 0 月 1 日時点）

図表 5 2 京都府の在宅医療関連施設の整備状況

	京都府 (H26)	丹後	中丹	南丹	京都・ 乙訓	山城北	山城南
病院	7 9	2	8	6	4 9	1 2	2
診療所	6 1 7	2 0	4 2	2 1	4 2 7	7 8	2 9
合 計	6 9 6	2 2	5 0	2 7	4 7 6	9 0	3 1

出典：近畿厚生局「特掲診療料の届出受理状況」（令和 2 年 10 月 1 日時点）

図表 5 3 京都府の在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院

	京都府 (H29)	京都府	丹後	中丹	南丹	京都・ 乙訓	山城北	山城南
在宅療養支援診療所	338	328 (R2)	14	31	5	231	37	10
在宅療養支援病院	24	27 (R2)	1	2	2	16	6	0
地域医療支援病院	13	15 (R3)	1	2	1	8	2	1
在宅患者訪問薬剤管理指導料 届出薬局	404	1065 (R4)	28	67	43	725	159	43
訪問看護ステーション	266	340 (R2)	10	20	11	237	49	13

出典：近畿厚生局「特掲診療料の届出受理状況」（令和 2 年 10 月 1 日時点）京都府医療課、高齢者支援課調べ

取り組むべき施策

在宅療養中の高齢者が地域で安心して暮らせる体制を確保するためには、多職種の連携が不可欠なことから、在宅ケアに携わる多職種（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、准看護師、管理栄養士及び栄養士、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、ケアマネージャー、社会福祉士、介護職員、地域包括支援センター職員等）のチームサポート体制の構築に向け、地域における多職種連携の要となる人材を養成する。

また、京都府高齢者健康福祉計画（第9次）に基づき、高齢者の在宅生活支援体制の確立を図るために、地域包括ケアシステムの中核を担う地域包括支援センターの機能強化・資質向上を図る。また、入退院時における医療・介護連携を強化するため、入退院支援に係る病院の医療ソーシャルワーカー、ケアマネージャーなどが活用する入退院情報共有ルール等の作成・普及により、在宅療養へのスムーズな移行を支援する。

⑤ リハビリテーション等の取組

現状・課題

循環器病患者においては、社会復帰という観点も踏まえつつ日常生活動作の向上等の生活の質の維持向上を図るため、早期からのリハビリテーションの実施と退院後外来や在宅での継続が必要となる。高齢化に伴い、フレイル（虚弱）やサルコペニア（骨格筋減少）を伴う循環器病の患者が増加してきた。そのような患者では嚥下機能障害や運動器疾患、脳血管疾患、低栄養など複数の合併症を認めることも多く、多職種の連携のもとリハビリテーションを行うことが重要である。

府内の訪問リハビリテーションおよび通所リハビリテーションを提供している事業所数および提供回数を図表54に示す。府内の回復期リハビリテーション病棟を有する病院数は、32カ所あり、1,979床の病床を有する（図表56,57）。脳卒中発症後のリハビリテーションについては、急性期、回復期、維持期・生活期に分けられ、急性期は発症直後からベッドサイドで開始され、廃用症候群の予防と早期からの運動によるセルフケアの早期自立を目標とする。回復期は集中的、包括的なリハビリテーションによりセルフケア、移動、コミュニケーションなど、能力を最大限に回復させ早期の社会復帰を目指す。維持期・生活期では、回復期リハビリテーションにより獲得した能力を活動や参加を含めた生活の質の向上に活用し、またその状態をできるだけ長期に維持するために行われている。地域包括ケア病棟や介護老人保健施設等でも自宅復帰へ向けてリハビリテーションが行われる。

図表54 訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションを提供している事業所数

	年度	京都・乙訓		山城北	山城南	南丹	中丹	丹後	合計
			うち京都市						
訪問リハビリ テーション	H29	79	72	16	3	13	15	6	132
	R2	99	92	17	3	11	14	6	150
通所リハビリ テーション	H29	101	92	23	6	12	15	5	162
	R2	108	99	26	5	10	15	6	170

出典：リハビリテーション支援センター調査、介護保険制度の実施状況（高齢者支援課）

図表 5 5 介護サービスにおける訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション提供回数
(介護予防は含まない)

	年度	京都市	乙訓	山城北	山城南	南丹	中丹	丹後	合計
訪問リハビリ テーション	H28	318,898	43,637	47,865	7,739	16,083	9,522	4,881	448,625
	H29	333,305	52,528	66,235	9,177	15,752	15,038	6,894	498,929
	H30	377,597	75,121	90,603	14,488	27,327	18,557	13,480	617,173
	R元	399,442	75,990	97,383	12,807	22,375	19,964	10,947	638,908
	R2	404,834	60,931	87,576	9,260	23,662	22,268	9,246	617,777
通所リハビリ テーション	H28	463,449	66,387	142,207	23,352	50,535	73,664	20,536	840,130
	H29	471,050	66,513	149,500	23,791	48,044	74,795	15,505	849,198
	H30	470,647	66,291	151,713	25,228	44,127	72,944	20,464	851,414
	R元	475,760	65,351	160,150	25,706	43,558	73,635	21,682	865,842
	R2	431,386	62,398	156,623	25,131	41,297	69,024	20,044	805,903

出典：介護保険制度の実施状況（高齢者支援課）

図表 5 6 京都府内の回復期リハビリテーション病棟届出医療機関

回復期リハビリテーシ ョン病棟を有する病院数	京都市	丹後	中丹東	中丹西	南丹	乙訓	山城北	山城南
	18	1	2	2	1	0	7	1

出典：近畿厚生局「施設基準の届出受理状況」（令和3年12月23日現在）

図表 5 7 京都府内の回復期リハビリテーション病棟病床数

	京都市	乙訓	山城北	山城南	南丹	中丹	丹後	合計
平成29年3月	1,119	0	365	100	51	168	96	1,899
令和3年12月	1,160	0	409	100	51	163	96	1,979

出典：リハビリテーション支援センター調査

図表 5 8 介護老人保健施設（床数）

平成28年度末	平成29年度末	平成30年度末	令和元年度末	令和2年度末
7,523	7,482	7,482	7,381	7,321

出典：介護保険制度の実施状況（高齢者支援課）

心筋梗塞や慢性心不全等の再発の予防、早期の在宅復帰のためには、早期の心血管リハビリテーションの実施が有効である。心血管リハビリテーションには運動療法、危険因子是正、再発や再入院予防を踏まえた患者教育、カウンセリング等が含まれ、多職種による介入を行うことが推奨される。心血管疾患リハビリテーションを実施している医療機関は、令和3年12月23日時点で31箇所あり、平成28年12月27日時点の25箇所と比べると増加しており全ての圏域に存在している（図表59）。しかしながら脳血管、運動器、呼吸器と比較して実施医療機関数は少なく、心疾患患者数の割に施設数は充足しているとは言い難い。今後は一般病棟のみならず回復期リハビリテーション病棟でのリハビリテーション実施、退院後外来でのリハビリテーションが可能な基準を満たした施設数の増加、さらに在宅リハビリテーションも広まっていくものと予想される。

図表 5 9 リハビリテーション承認施設の状況（令和3年12月23日現在）

名称	平成28年12月27日時点 A								令和3年12月23日時点 B								増減B-A								
	京都市	丹後	中丹東	中丹西	南丹	乙訓	山城北	山城南	京都市	丹後	中丹東	中丹西	南丹	乙訓	山城北	山城南	京都市	丹後	中丹東	中丹西	南丹	乙訓	山城北	山城南	
脳血管	I	36	3	2	2	2	3	9	2	40	2	3	2	2	4	12	2	4	-1	1	0	0	1	3	0
	II	14	1	4	1	2	2	9	1	12	3	2	1	4	1	7	1	-2	2	-2	0	2	-1	-2	0
	III	14	1	2	1	4	0	0	0	15	1	2	2	1	0	1	0	1	0	0	1	-3	0	1	0
	小計	64	5	8	4	8	5	18	3	67	6	7	5	7	5	20	3	3	1	-1	1	-1	0	2	0
運動器	I	56	4	8	3	4	5	18	3	58	5	9	3	6	5	18	3	2	1	1	0	2	0	0	0
	II	11	1	0	0	3	0	0	0	9	0	0	1	0	0	2	0	-2	-1	0	1	-3	0	2	0
	III	6	0	0	1	2	0	1	0	7	1	0	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	小計	73	5	8	4	9	5	19	3	74	6	9	5	8	5	21	3	1	1	1	1	-1	0	2	0
呼吸器	I	40	1	5	3	4	3	14	1	41	1	6	3	3	3	17	1	1	0	1	0	-1	0	3	0
	II	7	0	1	0	1	0	1	1	7	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
	III	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	47	1	6	3	5	3	15	2	48	2	7	3	4	3	18	2	1	1	1	0	-1	0	3	0
心血管	I	16	1	1	1	2	1	3	0	18	1	1	1	3	1	4	1	2	0	0	0	1	0	1	1
	II	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	III	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	16	1	1	1	2	1	3	0	18	1	1	1	3	1	5	1	2	0	0	0	1	0	2	1

出典：近畿厚生局「施設基準の届出受理状況」より府内の診療報酬算定上の施設基準に合致する医療機関数

○京都府内施設の脳卒中リハビリテーション認定看護師 13名

※公益社団法人日本看護協会 分野別都道府県別登録者（令和4年3月）

取り組むべき施策

府内のどこにおいても発症後早期から専門的な治療及びリハビリテーションを受けることができる体制を整備し、機能回復のみならず社会復帰という観点も踏まえつつ日常生活動作の向上等、生活の質の維持向上を図るため、急性期から回復期、維持期・生活期までの再発予防を含めた切れ目のない継続的なリハビリテーション提供体制を構築する。

これに当たり、専門的な知識と技術を持つ医療従事者（医師や理学療法士等）の確保・育成を図るため、実地での受け入れ指導、訪問リハビリテーション事業所整備促進事業などの取り組みを進める。同時に不足する人材を補うため医療・介護ロボットの普及促進を行う。

⑥ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

現状・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、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められている。

相談支援については、急性期における医療機関受診に関することから、主に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る。急性期には患者が意識障害を呈していることが多く、時間的制約があることから、患者が情報にアクセスすることが困難な可能性もある。また、生活期に相談できる窓口が少ないという意見もある。そのような中で、患者と家族が、その地域において、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取組を進めることが求められる。

取り組むべき施策

- ・循環器病における適切な相談支援や必要な情報（例えば、治療を受けられる医療機関、循環器病の症状・治療・費用、生活習慣病に関する知識、患者団体等の活動等）の提供体制を整える。
- ・情報提供を円滑に行うために、パンフレットなどの資材、SNS やマスメディアを効果的に用いる。
- ・医療機関や地域における高齢者等の生活を支える地域包括支援センターなど既存の取組との連携・協力を見据えながら、患者個別支援の充実を図る。
- ・国、国立循環器病センター、関連学会、そして京都府の医療データベースの活用と科学的エビデンスに基づいた情報提供を行う。
- ・地域の病院、かかりつけ医、介護事業者、訪問看護ステーション、患者団体等を対象とした研修会、勉強会等を開催して情報ネットワークを強化する。
- ・これらの取組を効果的に推進するために、脳卒中・心臓病等総合支援センターを設置し、地域の情報提供等の中心的な役割を担う医療機関に循環器病患者・家族の相談支援窓口を併設する。

⑦ 循環器病の緩和ケア

現状・課題

末期心不全患者の多くは、呼吸困難・倦怠感・疼痛等の身体的苦痛に加えて、精神心理的苦痛や社会的苦痛といった問題を抱えている。平成 26 年の世界保健機構（WHO）の報告によると、成人における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）である。循環器疾患と悪性新生物は、共に生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに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ある。臨床経過の特徴として、増悪を繰り返すことがあげられる心不全については、治療と並行した緩和ケアも必要とされている。

日本心不全学会 高齢心不全患者の治療に関するステートメント（2016 年 10 月）によると、心不全患者の多くを占める 75 歳以上の高齢心不全患者の管理方針は、個々の症例の重症度、併存症の状態、社会的背景等の全体像を踏まえた上で検討することが推奨されており、慢性心不全患者の管理体制として、かかりつけ医等の総合的診療を中心に、専門的医療を行う施設が急性増悪時の入院治療、医師・看護師・薬剤師・理学療法士・栄養士・医療ソーシャルワーカー・保健師等の多職種連携による疾病管理等で連携・支援する体制が必要とされている。診療報酬算定に係る緩和ケアの対象疾患の一つに末期心不全があるが、循環器疾患を専門とする医療従事者は緩和ケアに関する基本的知識さえ不十分な者が多く、その教育体制が未整備である。

取り組むべき施策

治療と並行した緩和ケアを多職種で対応するため、退院前カンファレンスにより、急性期及び回復期医療を担う医療機関とかかりつけ機能を担う医療機関等が情報共有を進め、住み慣れた地域で生活できる環境づくりを展開する。

併せて、本人の状態や家族の状況の変化に応じて意思が変わることに留意し、本人の意思決定を家族とともに多職種が支援する「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」の普及等、緩和ケア専門看護師等の専門職による本人・家族に寄り添った支援充実を図る。循環器緩和ケア（意思決定支援含む）に関する連携パスを作成する。

⑧ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援

現状・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る。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るが、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る。とりわけ、脳卒中の発症後の手足の麻痺をはじめ、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、社会的理解の促進や当事者家族らへの支援も必要である。

京都府における高次脳機能障害支援の拠点機関（京都府リハビリテーション支援センター・京都府北部リハビリテーション支援センター・京都市高次脳機能障害者支援センター）では、それぞれに相談支援コーディネーターを配置し、当事者、家族または各種関係機関の支援者等からの相談対応や情報提供のほか、高次脳機能障害に関する知識の普及啓発や研修等を行っている。

取り組むべき施策

循環器病の後遺症を有する者が、症状や程度に応じて、適切な診断、治療を受けられ、社会生活を円滑に送るために、診療連携や就労支援、経済的支援など必要な支援体制及び福祉サービスの提供、拠点支援機関等に適切に繋がるような普及啓発、これらの後遺症に対する府民の理解促進に取り組む。

- ・ 医療機関や福祉施設、就労支援施設等との連携強化
- ・ 障害者手帳制度の周知、相談対応の実施
- ・ 身体障害者に対する補装具の相談
- ・ 障害児・者に関するリハビリテーション研修
- ・ 摂食・嚥下研修会の充実
- ・ 高次脳機能障害関係研修の充実
- ・ 失語症会話サポーター等地域生活を支えるための人材育成

⑨ 治療と仕事の両立支援・就労支援

現状・課題

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（全国で約 112 万人）のうち、約 16%（約 18 万人）が 20～64 歳であり、65 歳未満の患者においては、約 7 割がほぼ介護を必要としない状態まで回復するという報告もある。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および環境調整等により、職場復帰することが可能な場合もある。本府で

は、在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合は、62.7%であり全国よりも高くなっている(図表 60)。

虚血性心疾患を含む心疾患の患者(全国で約 173 万人)のうち約 16%(約 28 万人)が、20～64 歳であり治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで社会復帰ができる方も多く存在する。本府では、在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は、95.8%であり全国よりも高くなっている (図表 61)。

図表 6 0 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合

	京都府	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
退院後家庭復帰の患者数/単位：千人 (a)	9.2	0.0	0.8	0.0	6.2	1.0	0.6
患者数/単位：千人 (b)	14.6	0.5	1.2	0.0	10.3	1.5	0.7
在宅復帰患者の割合 (a/b)	62.7%	53.0%	63.6%	75.9%	60.1%	64.8%	62.7%

出典：厚生労働省「患者調査」(H29)を集計

図表 6 1 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合

	京都府	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
退院後家庭復帰の患者数/単位：千人 (a)	10.6	0.0	1.3	0.5	6.6	1.5	0.0
患者数/単位：千人 (b)	11.1	0.0	1.3	0.5	7.0	1.5	0.0
在宅復帰患者の割合 (a/b)	95.8%	97.2%	98.3%	94.5%	95.3%	95.7%	97.6%

出典：厚生労働省「患者調査」(H29)を集計

取り組むべき施策

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、障害特性に応じた職業訓練や事業主への各種助成金を活用した就労支援等に取り組む。

⑩小児期・若年期からの配慮が必要な循環器病への対策

現状・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、学校健診等の機会を通じて、小児の循環器病が発見されることもある。

京都府における小児慢性特定疾病医療費助成制度の受給状況は、令和2年度末 2,831 人のうち、心疾患群は 519 人である（図表 62）。

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った。

その一方で、小児患者の治療や在宅療養（在宅移行含む）に当たっては保護者の役割が大きいことから、京都府では、心疾患等のため入院を要する児とその家族に対して、住み慣れた地域で安心して療養生活が送れるよう、退院時移行支援等を行っている（京都府在宅療養児支援連携事業）。

また、小児慢性特定疾病医療費助成制度にて把握した児とその家族に対して、保健師等による家庭訪問等による療養相談や、地域における交流会等を行うとともに、主治医や学校等関係機関との連携を通じて、療養生活の質の維持・向上に努めているところである（小児慢性特定疾病児童等自立支援事業）。

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ることから、患者の自立等に関する課題もある。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など移行医療を含めた総合的な医療体制の充実とともに、きょうだいを含む家庭に対する包括的な支援が課題である。

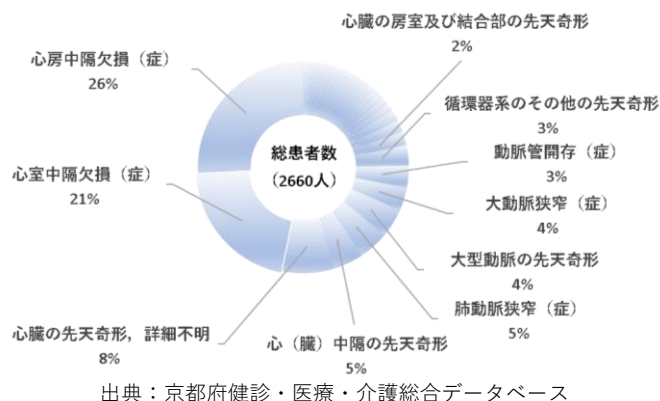
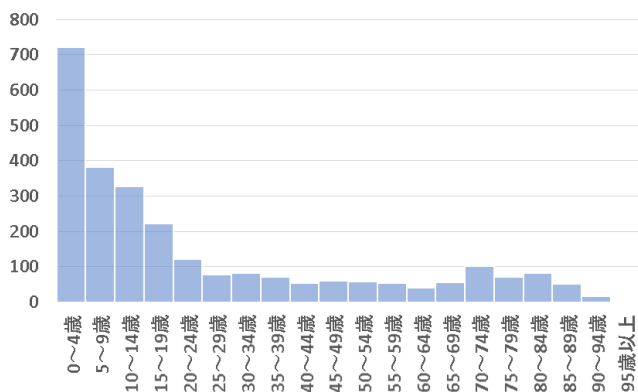
図表 6 2 京都府小児慢性特定疾病医療費助成制度受給状況

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
受給者総数	2,684	2,762	2,831
うち、心疾患群	518	500	519

出典：衛生行政報告例

成人先天性心疾患は年々増加傾向にあるが、小児から成人への移行期に通院が途絶える症例が後を絶たない。日本成人先天性心疾患学会が認定している総合修練施設は府内では京都府立医科大学付属病院と京都大学附属病院の 2 施設である。京都府内の国民健康保険、協会けんぽ、後期高齢者保険の外来レセプトデータを用いた調査によると、令和 2 年の先天性心疾患外来患者は計 2,660 人であった。小児から成人への移行期にかけて外来患者数が明らかに減少していることが分かる（図表 63 左）。疾患別では多い順に心房中隔欠損症、心室中隔欠損症、心臓の先天奇形、心臓中隔の先天奇形、肺動脈狭窄症、大型動脈の先天奇形、大動脈狭窄症、動脈管開存症、その他の先天奇形、房室および結合部の先天奇形、その他となっている（図表 63 右）。

図表 6 3 京都府内の先天性心疾患 年齢別および疾患別外来患者数（令和 2 年）



取り組むべき施策

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、児の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する。

また、医師会・学校医等と連携し、学校健康診断等での循環器病早期発見を的確に推進するとともに、小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく提供できる移行期医療支援の体制整備、療養生活に係る相談支援及び疾病をもつ児童の自立支援を推進する。また、移行期医療を総合的に支援するために、移行期医療支援センターの設置を検討する。

小児から成人への移行期に通院途絶が起こらないようにするため、府内で成人先天性心疾患専門外来を設けている医療機関を明示し、さらに関連学会と協力して診療実態調査を行う。

脳卒中ロジックモデル

C：初期アウトカム・指標

1. 危険因子の知識を普及させる。	京都府	全国
C105食事：1.食塩摂取量	男性 10.7 ^{H28} 女性 9.2 ^{H28}	10.8 ^{H28} 9.2 ^{H28}
C106運動：1.一日の歩数、2.運動習慣者の割合、3.適正体重を維持している者の割合（～69歳の肥満者の割合）	7561 ^{H28} 7041 ^{H28}	7779 ^{H28} 6776 ^{H28}
C107飲酒：生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	14.4 ^{H28} 9 ^{H28}	14.6 ^{H28} 9.1 ^{H28}
C108禁煙外来を行っている医療機関数	370 ^{R4}	
C109ニコチン依存管理料を算定する患者数	2430 ^{H3-R2}	

2. 特定健診の内容を見直す。 特定健診・特定保健指導を受けることができる。	京都府	全国
C205特定保健指導対象者数・修了者数 実施率（%）	23.5 ^{R1}	23.2 ^{R1}

5. 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きている。	京都府	全国
C501脳卒中を診療している医療機関数（PSC）	22 ^{R4}	974 ^{R2}

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。	京都府	全国
C702脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	1164 ^{R2}	

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。	京都府	全国
C801神経内科専門医師数（10万人あたり）	10.9 ^{R4}	
C802神経内科医師数（10万人あたり）	8.3 ^{R4}	
C803脳神経外科専門医師数（10万人あたり）	7.3 ^{R4}	
C804脳神経外科医師数（10万人あたり）	6.9 ^{R4}	
C807脳卒中を診療している医療機関数	21 ^{R4}	974 ^{R2}
C808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	25	

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る。	京都府	全国
C1001リハビリテーションが実施可能な医療機関数	120 ^{R3}	

12. 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。	京都府	全国
C1201回復期リハビリテーション病床数	32 ^{R3}	

15. 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。	京都府	全国
C1502外来リハビリテーションが実施可能な医療機関数	170 ^{R2}	

16. 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、支援が提供される体制が整備されている。	京都府	全国
C1601リハビリテーションが実施可能な医療機関数	120 ^{R3}	
C1602外来リハビリテーションが実施可能な医療機関数	170 ^{R2}	
C1603訪問リハビリを提供している事業所数	150 ^{R2}	
C1604通所リハビリを提供している事業所数	170 ^{R2}	
C1605老人保健施設定員数（病床数）	7,321 ^{R2}	

18. 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。	京都府	全国
C1803入退院支援を行っている医療機関数（医療機関の割合）	76 ^{H29}	

B：中間アウトカム・指標

1. 【予防】基礎疾患および危険因子の管理ができています。	京都府	全国
B101喫煙率（%）	男性 27.9 ^{H28} 女性 6.6 ^{H28}	30.2 ^{H28} 8.2 ^{H28}
B102ハイリスク飲酒者の割合	男性 14.4 ^{H28} 女性 9 ^{H28}	14.6 ^{H28} 9.1 ^{H28}
B103健診受診率	53.5 ^{R1}	55.3 ^{R1}
B104高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率*	192.1 ^{H29}	237.8 ^{H29}
B105脂質異常症患者の年齢調整外来受療率*	男性 172.3 ^{H29} 女性 62.9 ^{H29}	239.1 ^{H29} 81.3 ^{H29}
B106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（率）	該当 14.6 ^{R1} 予備軍 11.9 ^{R1}	15.9 ^{R1} 12.3 ^{R1}
B107糖尿病患者の年齢調整外来受療率*	男性 112.3 ^{H29} 女性 70.5 ^{H29}	117.8 ^{H29} 74.6 ^{H29}
B108塩分摂取量の減少 塩分摂取量（一日平均摂取量）（g）	男性 10.7 ^{H28} 女性 9.2 ^{H28}	10.8 ^{H28} 9.2 ^{H28}

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。	京都府	全国
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（分）	33.4 ^{R1}	39.5 ^{R1}
B202脳血管疾患により救急搬送された患者数	5,813 ^{R1}	

3. 【急性期】発症後早期に専門的な治療を受けることができる。	京都府	全国
B301脳卒中（発症7日以内脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）診療患者数 外来受療率 10万人あたり	男性 70 ^{H29} 女性 55 ^{H29}	71 ^{H29} 65 ^{H29}
B302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	80	
B303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	161	

5. 【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。 脳血管疾患患者の入院期間が改善している。	京都府	全国
B504退院患者平均在院日数	69.7 ^{H29}	78.2 ^{H29}

6. 【維持期・生活期】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。	京都府	全国
B601訪問リハビリを受ける利用者数	617,777 ^{R2}	
B602通所リハビリを受ける利用者数	805,903 ^{R2}	

A：分野アウトカム・指標

1. 脳卒中の発生が減少している。	京都府	全国
A101脳血管疾患受療率（入院）（人口10万人対）	男性 118 ^{H29} 女性 138 ^{H29}	106 ^{H29} 124 ^{H29}
A102脳卒中（発症7日以内脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）診断患者数（人口10万人対）	男性 70 ^{H29} 女性 55 ^{H29}	71 ^{H29} 65 ^{H29}

2. 脳卒中による死亡が減少している。	京都府	全国
A201脳血管疾患の年齢調整死亡率 10万人あたり	男性 33.1 ^{H27} 女性 18.8 ^{H27}	37.8 ^{H27} 21 ^{H27}
A202脳卒中標準化死亡比（全体）	男性 89 ^{H27} 女性 90.5 ^{H27}	- -
A202脳卒中標準化死亡比（脳出血）	男性 94.4 ^{H27} 女性 99.2 ^{H27}	- -
A202脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）	男性 84.7 ^{H27} 女性 88.2 ^{H27}	- -

3. 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。	京都府	全国
A301在宅等生活の場に復帰した患者の割合	95.8 ^{H29}	
A302健康寿命と平均寿命の差（日常生活に制限のある期間）	男性 9.6 ^{R1} 女性 14.3 ^{R1}	8.7 ^{R1} 12.1 ^{R1}

*については、昭和60年モデルで計算

心血管病ロジックモデル

C：初期アウトカム・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	京都府	全国
C101喫煙率（％）	男性 27.9 H28	30.2 H28
	女性 6.6 H28	8.2 H28
C102禁煙外来を行っている医療機関数	370 R4	
C103ニコチン依存管理の実施件数	2430 H3-R2	
C104ハイリスク飲酒者の割合（％）	男性 14.4 H28	14.6 H28
	女性 9 H28	9.1 H28
C105高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	男性 192.1 H29	237.8 H29
	女性 172.3 H29	239.1 H29
C106脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	男性 25.5 H29	45.2 H29
	女性 62.9 H29	81.3 H29
C107 塩分摂取量（一日平均摂取量）（g）	男性 10.7 H28	10.8 H28
	女性 9.2 H28	9.2 H28
C108 一日の歩数	男性 7,561 H28	7,779 H28
	女性 7,041 H28	6,776 H28

2. 健康診断・健康診査・保健指導を受診できている	京都府	全国
C202特定健診受診率（％）	53.5 R1	55.3 R1
C203特定保健指導実施率（％）	23.5 R1	23.2 R1

4. 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	京都府	全国
C401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	34 H30	2018 H30
C402心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施件数	298 H30	14,965 H30

6. 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送できる	京都府	全国
C601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（％）	18.5 R2	

7. 24時間心血管疾患の急性期医療の専門的治療が実施できる体制が整っている	京都府	全国
C701 循環器内科医師数 10万人あたり	13.9 R3	10.1 R3
C702 心臓血管外科医師数 10万人あたり	3.2 R3	2.5 R3
C706 経皮的冠動脈形成術／経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数		
C708 24時間心血管疾患の急性期医療が実施可能な医療機関数		

8. 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	京都府	全国
C801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	31 R3	

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	京都府	全国
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	31 R3	

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	京都府	全国
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	31 R3	

16. 心血管疾患患者の在宅での療養支援体制が整っている	京都府	全国
C1601訪問診療を実施している診療所数・病院数	678 H29	

B：中間アウトカム・指標

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	京都府	全国
B101虚血性心疾患により救急搬送された患者数	123 R2	
B102虚血性心疾患受療率 10万人あたり	41 H29	44 H29

2. 【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	京都府	全国
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（分）	33.4 R1	39.5 R1

3. 【急性期】 急性期の心血管疾患の治療の質が確保されている。	京都府	全国
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	1613 R3	7544 R3
B303 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	269 R3	16436 R3
B306虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	17 H29	8.6 H29
B308急性心筋梗塞の院内死亡率	12.2 R3	12.9 R3
B308急性大動脈解離の院内死亡率	10.2 R3	8.7 R3

4. 【回復期】 発症早期から、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	京都府	全国
B405虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	17 H29	8.6 H29

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	京都府	全国
B503訪問診療の実施件数	27602 H29	

A：分野アウトカム・指標

1. 心血管疾患による死亡が減少している	京都府	全国
A101心疾患の年齢調整死亡率 10万人あたり	男性 69.6 H27	65.4 H27
	女性 37.6 H27	34.2 H27
A102心疾患標準化死亡比	男性 104.7 H27	-
	女性 105.4 H27	-

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	京都府	全国
A201健康寿命	男性 72.71 R1	72.68 R1
	女性 73.68 R1	75.38 R1
A203在宅等生活の場に復帰した患者の割合（％）	95.8 H29	