

第 2 期京都府循環器病対策推進計画
(中間案)

令和 ○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方針及び重点施策	3
	（1）循環器病の特徴	
	（2）基本方針及び重点施策	
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リハビリテーション等の取組	37
	⑤循環器病の後遺症を有する者に対する支援	40
	⑥循環器病の緩和ケア	40
	⑦社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	41
	⑧治療と仕事の両立支援・就労支援	43
	⑨小児期・若年期からの配慮が必要な循環器病への対策	44
	⑩循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	45
5	評価指標	
	京都府版ロジックモデル	47

1 計画の策定趣旨等

(1)はじめに

脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は罹患率及び致死率の高い疾患であり、令和元（2019）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（以下「法」という。）」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、介護及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及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（令和6（2024）年度～令和11年（2029）年度）との整合を図り、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度年度までの6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。

	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
京都府循環器病対策推進計画	令和4～令和5年度(2年間)		令和6～令和11年度(6年間)		
京都府保健医療計画	平成30～令和5年度(6年間)		令和6～令和11年度(6年間)		
京都府高齢者健康福祉計画	令和3～令和5年度(3年間)		令和6～令和8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	平成30～令和5年度(6年間)		令和6～令和11年度(6年間)		
関西広域救急医療連携計画	令和3～令和5年度(3年間)		令和6～令和8年度(3年間)		
(国)循環器病対策推進基本計画	令和2～ 令和4年度 (3年間)	令和5～令和10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

脳卒中や心血管疾患その他の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ある。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、不適切な食生活の改善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。がん患者が心不全、静脈血栓症、脳卒中を合併することもあるため、循環器病のみならず併存疾患に対する包括的な取り組みが必要である。

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、介護及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¹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及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。

< 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及び後遺症対策の充実

¹ 年齢構成の異なる集団（都道府県等）を比較するために年齢構成のゆがみを補正した死亡率

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保健医療政策

- ・ 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府の現状を表す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及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。
- ・ スーパー等と連携して「適塩 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一次脳卒中センター（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、でき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

府内各圏域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科専門医・サポート医²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できる体制を構築する。
- ・ 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科専門医・サポート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。

² 在宅リハビリテーションに対応できるかかりつけ医等。京都市リハビリテーション教育センターの研修受講により認定

④ 循環器病に係る相談支援体制の整備及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

- ・ 京都市域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。
- ・ 認定看護師の養成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（失語症者向け意思疎通支援事業「会話パートナー」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。

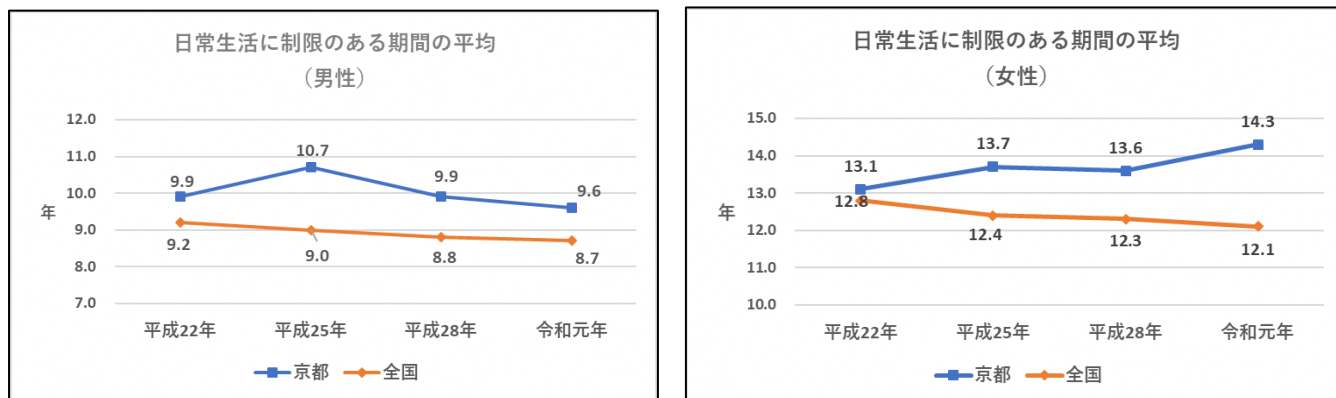
他の施策とも総合し、2040年までに健康寿命を3年以上延伸する。

図表1 京都府における健康寿命及び平均寿命

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	82.24年 (4位)	令和2年
	女性	86.65年 (14位)		88.25年 (3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）

平均寿命：令和2年都道府県別生命表

図表3 京都府における循環器病による年齢調整死亡率

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

*順位が高い程、死亡率が高い

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、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの期間において「きょうと健やか21（第4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>

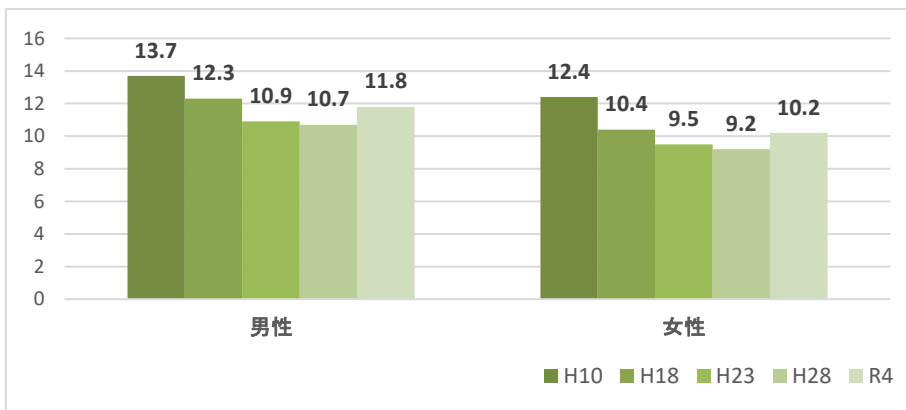
- ・健康寿命のさらなる延伸
- ・地域や社会経済状況の違いによる健康格差を生じさせない社会環境の構築
- ・全ての世代が、希望や生きがいを持ち、健康で心豊かに生活できる社会の確立

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

男女とも食塩摂取量は全国より高く、目標量から約3g多い。(図表4)減塩が血圧を低下させ、循環器病発症リスクを軽減させると言われており、1日の食塩摂取量を7g未満(令和11(2029)年度目標値)となるよう継続して対策をとる必要がある。また、野菜摂取量は全国より低く、目標量(1日350g)から大きく乖離しており(図表5)、子どもの頃から望ましい食習慣の定着を強化するとともに、食・栄養に関する知識の普及啓発、食環境整備が必要である。

図表4 食塩摂取量の年次推移



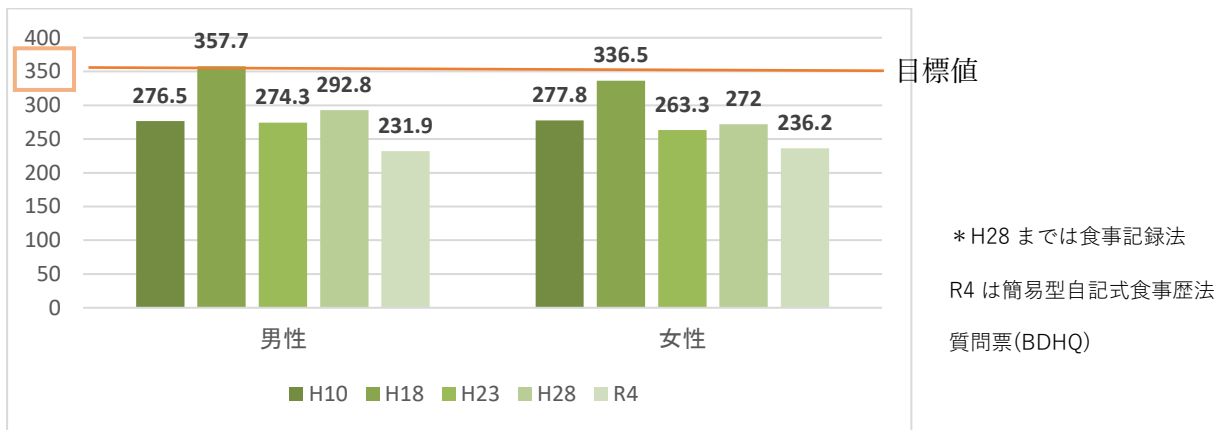
* H28までは食事記録法

R4は簡易型自記式食事歴法

質問票(BDHQ)

出典：「令和4年京都府民健康・栄養調査」

図表5 野菜摂取量の年次推移

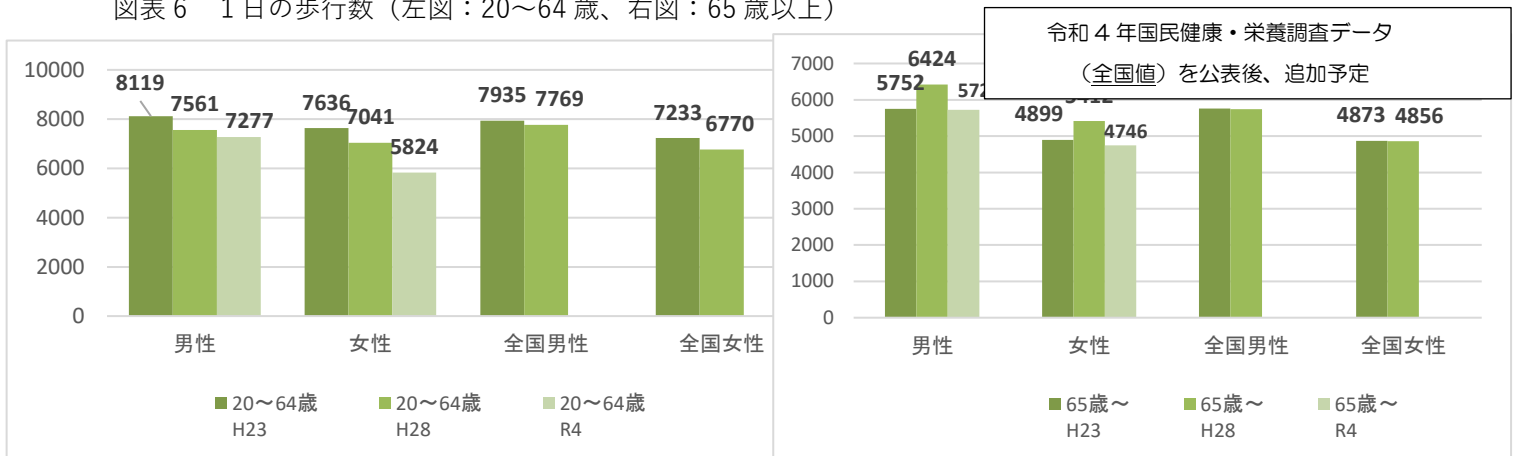


出典：「令和4年京都府民健康・栄養調査」

(イ)身体活動・運動の分野

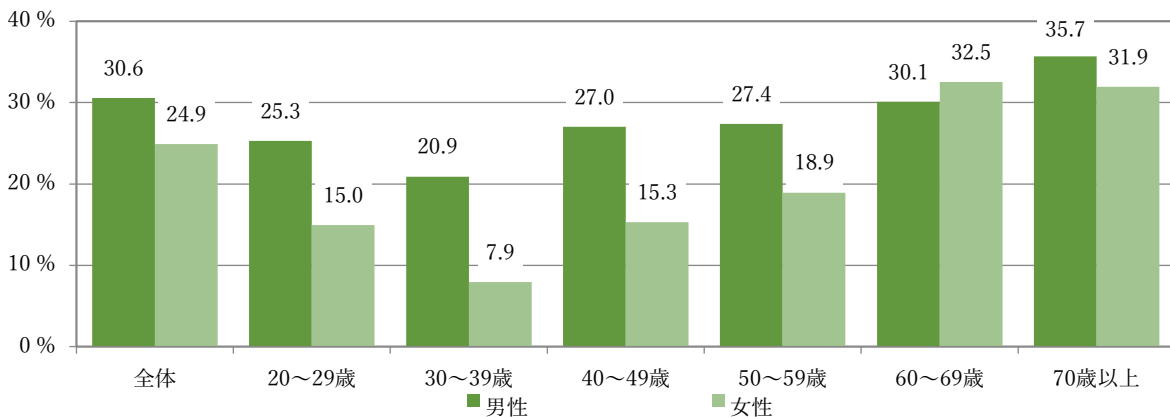
府民の1日の歩行数は、20～64歳及び65歳以上の男女共に平成28（2016）年と比べて減少した（図表6）。本府の目標値（20～64歳 男性：8,800歩、女性：8,400歩、65歳以上 男性：7000歩、女性：6,000歩）とは開きがある。運動習慣のある者の割合は、男性女性ともに、本府の目標値（20～64歳 男性：30%、女性：23%、65歳以上 男性53%、女性42%）には届かず、全国平均を下回る（図表7）。肥満の割合は、40、50歳代の男性が高く、約3人に1人が肥満で、全国平均を上回る（図表8）。

図表6 1日の歩行数（左図：20～64歳、右図：65歳以上）



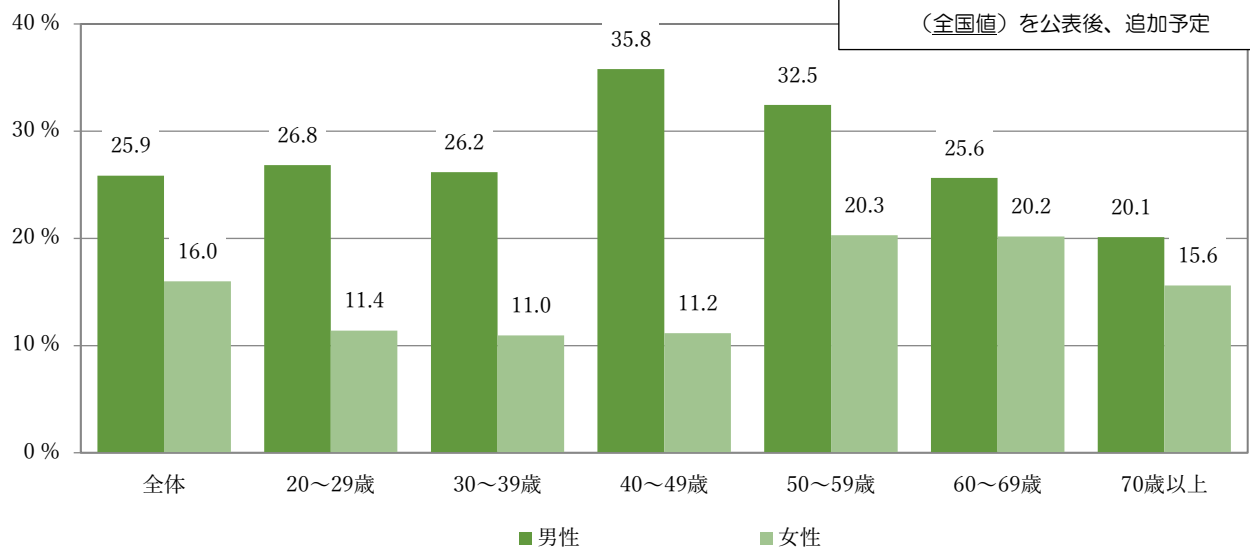
出典：「令和4年京都府民健康・栄養調査」

図表7 運動習慣のある者の割合（20歳以上）



出典：「令和4年京都府民健康・栄養調査」

図表8 肥満（BMI：25.0以上）の割合（%）

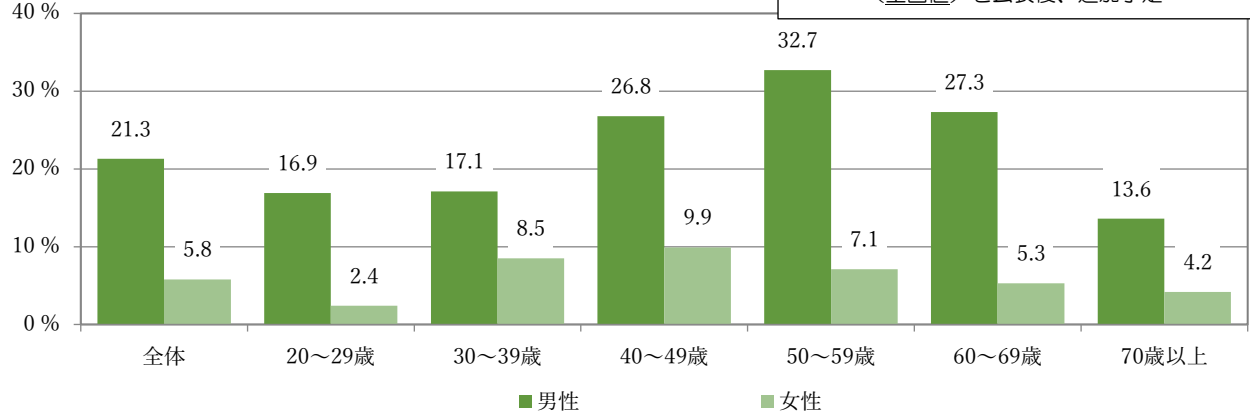


出典：「令和4年京都府民健康・栄養調査」

(ウ)喫煙の分野

喫煙率は年々減少傾向にあり、令和4（2022）年において、本府男性の喫煙率は21.3%、女性の喫煙率は5.8%で、男性・女性ともに全国（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9）。京都府内で禁煙治療に保険が使える医療機関数は366施設である（図表10）。

図表9 喫煙の状況（20歳以上）



出典：「令和4年京都府民健康・栄養調査」

図表10 禁煙治療に保険が使える医療機関数

（単位：件）

区分	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南	京都府
医療機関数	14	27	10	262	37	16	366

出典：禁煙学会が令和5年8月1日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 849人（第8回NDBオープンデータ 令和3（2021）年4月～令和3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、平成28年と比較すると、男女とも横ばいの状況である（図表11）。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12）。

図表11 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：%)

区分		平成28年	令和4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	14.4	14.4
	成人女性	9.0	8.7

出典：平成28・令和4年京都府民健康・栄養調査

※ 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

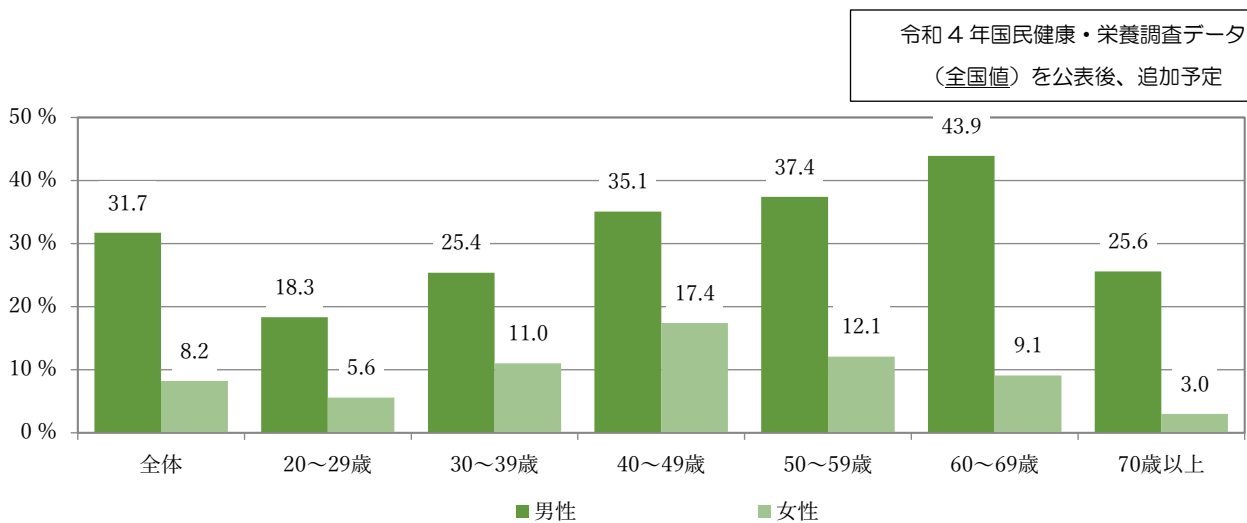
生活習慣病のリスクを高める飲酒量は、

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(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(43%)60ml など

図表12 飲酒習慣の状況

飲酒習慣の定義：お酒を週3日以上飲み、かつ飲酒日1日あたり1合以上飲む

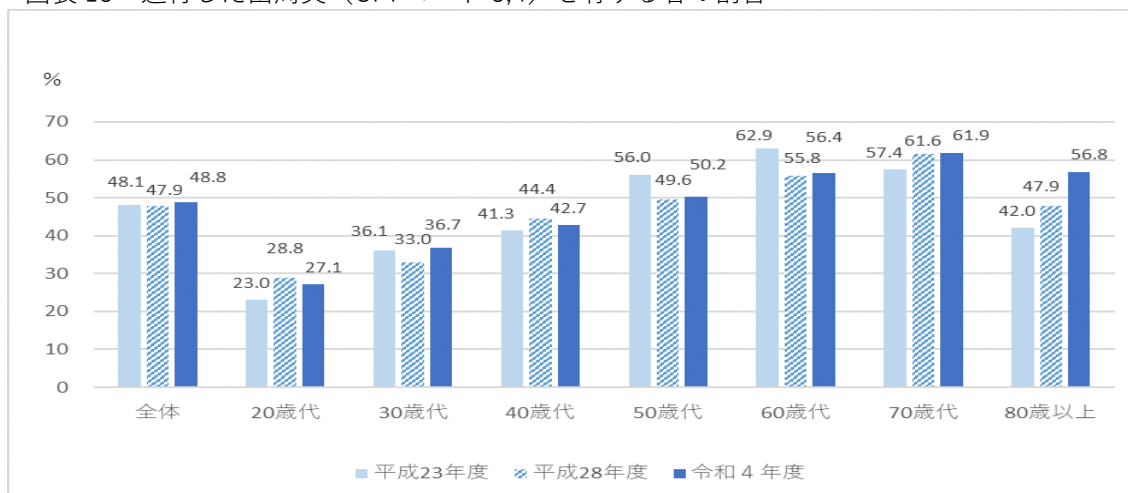


出典：「令和4年京都府民健康・栄養調査」

(オ)歯・口腔の健康の分野

令和4年度京都府民歯科保健実態調査によると、80歳以上で進行した歯周炎を有する者の割合が56.8%（前回調査比：+8.9%）に増加、また、30歳代で進行した歯周炎を有する者の割合が36.7%（前回調査比：+3.7%）と増加傾向です。40歳代以上で進行した歯周炎を有する者の割合は、53.6%です。50歳代～70歳代では軽度の歯周病（健全以外）を含めると約9割が歯周病に罹患しています。（図表13）。

図表 13 進行した歯周炎（CPI コード 3,4）を有する者の割合



出典：「令和4年京都府民歯科保健実態調査」

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4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、野菜摂取量の増加や果物の改善、適塩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「適塩 POP」、「おいしく適塩動画」を活用して惣菜等に分かりやすい塩分表示を行うなど、適塩や野菜摂取量の増加につながる取組を推進する。

【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（2012）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（平成30（2018）年7月の健康増進法の一部改正に伴い、平成30（2018）年12月に改正）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、引き続きCOPD（慢性閉塞性肺疾患）の認知度向上や、早期発見・介入、重症化予防の啓発を推進する。

【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等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。さらには、周術期等口腔機能管理を行うことで、周術期の口腔ケアを推進する。

(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、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、重症化予防、相談・生活支援等の総合的な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3

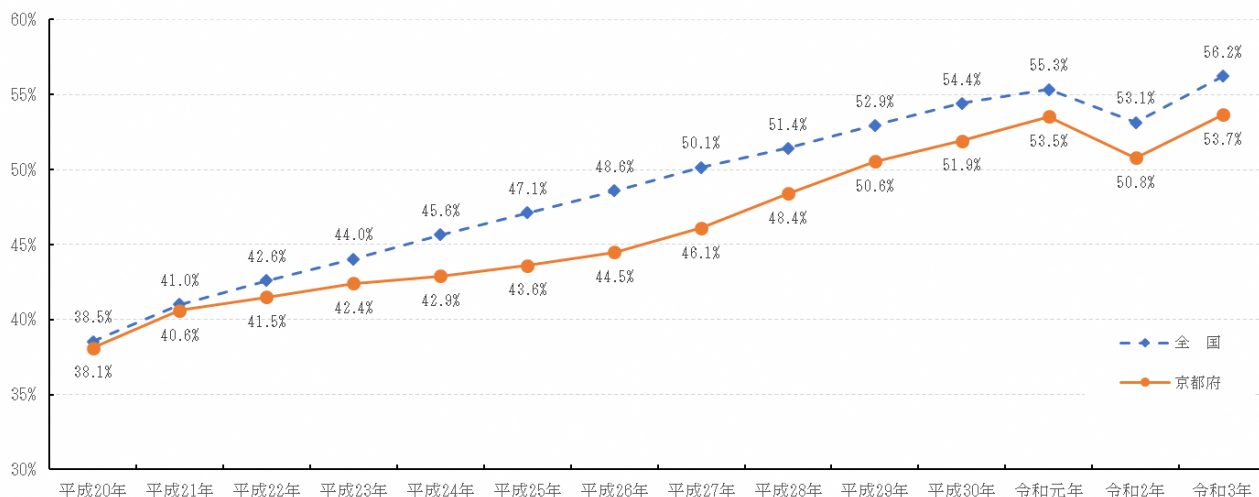
(2021)年度の特定健診受診率は53.7%であり、上昇傾向にあるものの、平成20(2008)年から常に全国値と比べて低く推移している(図表14)。一方、本府の特定保健指導実施率は平成30

(2018)年度まで全国と比較して低値であったが、令和元(2019)年度以降は全国値を上回っている(図表15)。健診結果に着目すると、令和3(2021)年度特定健診受診者(国保被保険者に限る。)

で検査値等に欠落のない者(検査実施者)の6割以上が、高血圧・脂質異常症・糖尿病の予備群または有病者に該当している(図表16)。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(2010)年～令和3(2021)年

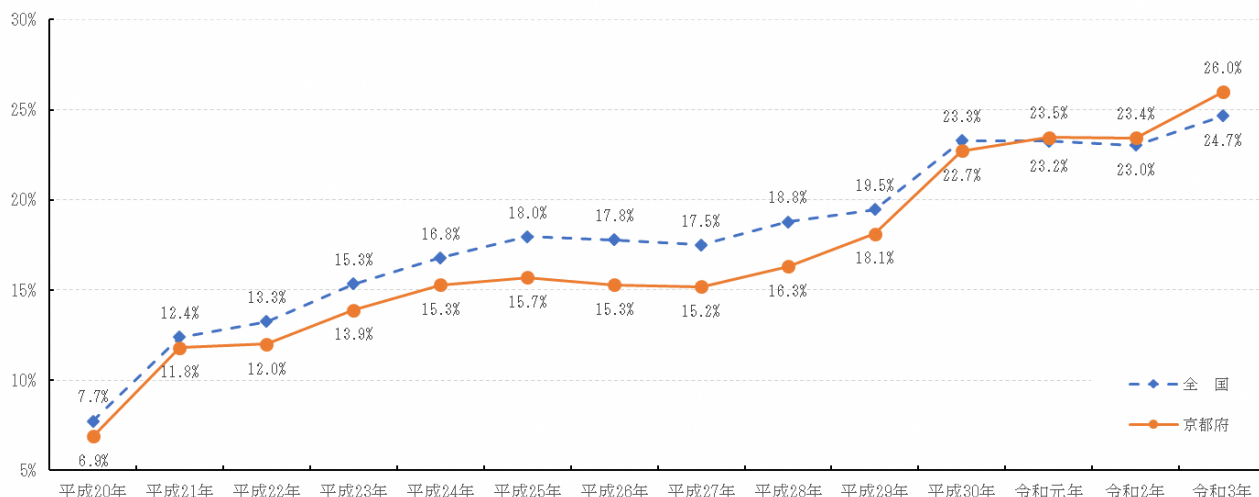
の12年間の該当者・予備群の健診受診者に占める割合をみると、京都府は全国と比較して低い水準で推移しているものの、平成27（2015）年以降、該当者割合が増加傾向にある（図表17）。令和2（2020）年度患者調査から、京都府の高血圧・糖尿病の2疾患における年齢調整外来受療率³（35歳以上、男女総数、人口10万対）は、全国値より低いが、脂質異常症については全国値よりも高い（図表18）。

図表14 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15 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）」

³ 年齢構成の異なる集団（都道府県等）を比較するために年齢構成のゆがみを補正した外来受診率

図表 16

令和 3 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

区分	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	139,114 人 (100%)	23,462 人 (16.9%)	69,217 人 (49.8%)
脂質異常症	139,117 人 (100%)	---	84,507 人 (60.7%)
糖 尿 病	139,116 人 (100%)	80,708 人 (58.0%)	16,517 人 (11.9%)

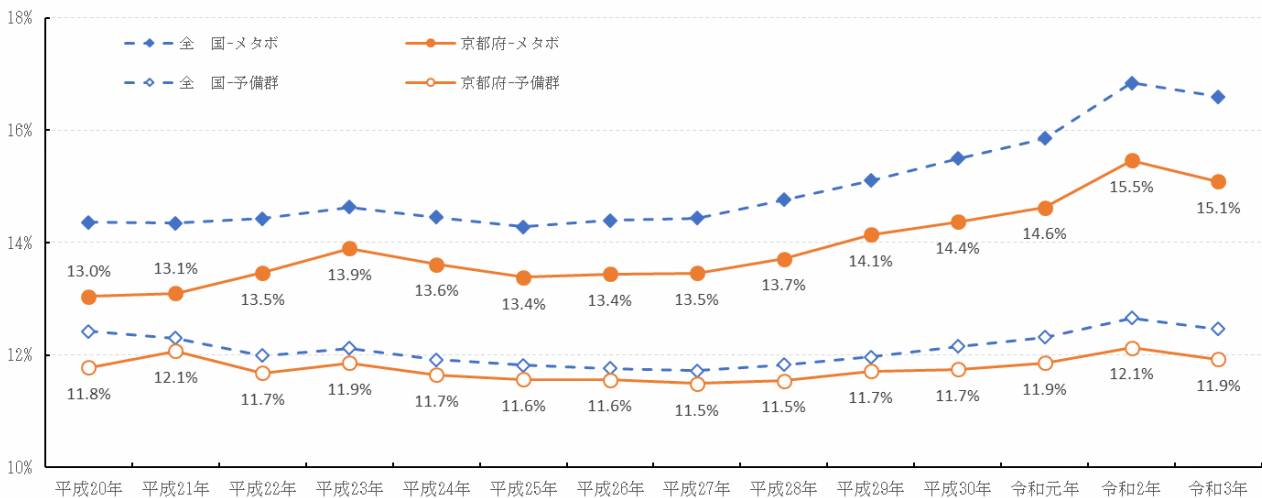
出典：京都府健診・医療・介護総合データベースから京都府が集計

※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「降圧薬の服薬なし」かつ「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「血糖降下薬の使用なし」かつ「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」

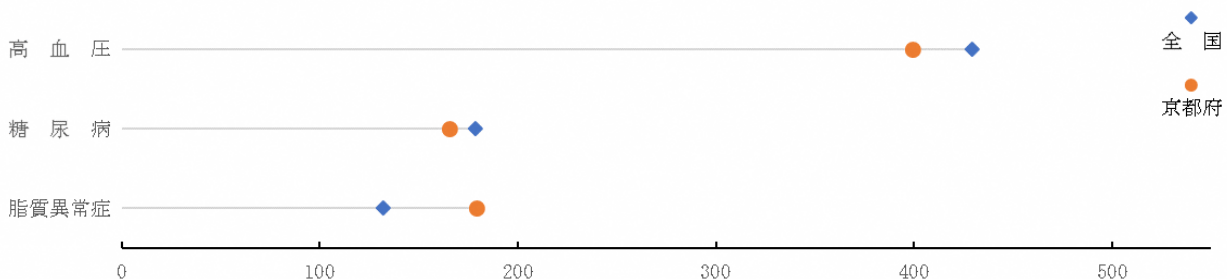
※検査実施者数とは、上記の各疾患定義を判定する上で必要な検査及び質問票への回答が全て実施済の者の数である。ただし、糖尿病については、空腹時血糖か HbA1c のどちらか一方の測定が実施され、かつ質問票から服薬情報が収集できる者の数とした。

図表 17 平成 22 年～令和 3 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）」

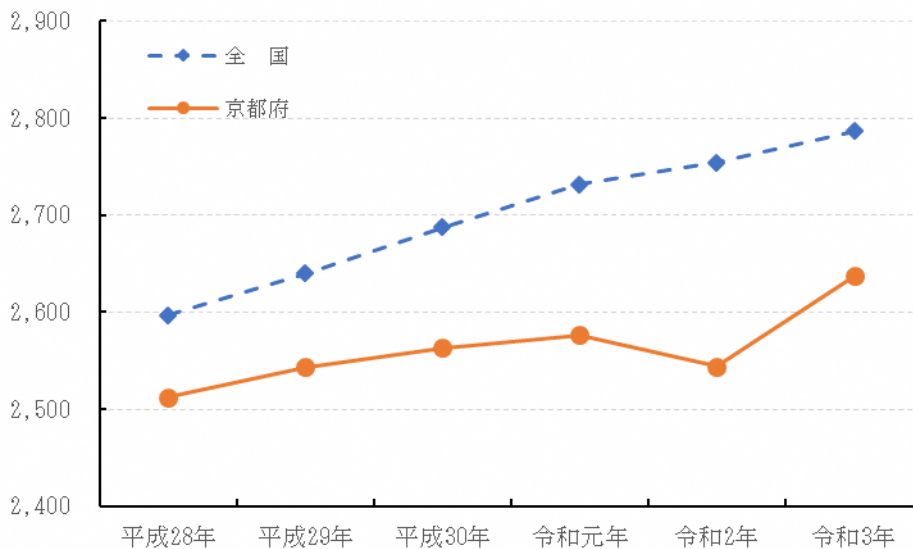
図表 18 令和 2 年度における 35 歳以上の年齢調整外来受療率（人口 10 万対）



出典：厚生労働省「令和 2 年度 患者調査 第 3 3 - 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、令和2（2020）年を除き、概ね増加傾向にある。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、増加のペースは比較的緩やかである（図表19）。

図表19 慢性透析患者数（人口100万対）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及び解釈を実施

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図るため、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健康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の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

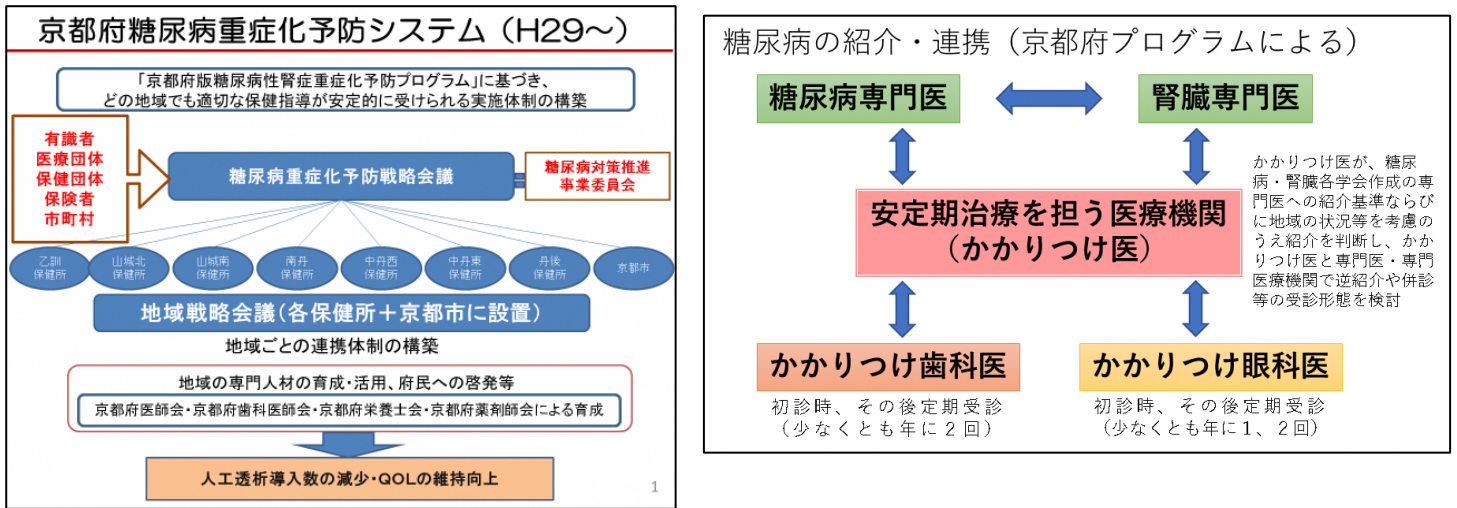
保健医療団体と京都府、市町村、医療保険者が一体となり糖尿病の重症化予防対策の事業実施基盤の整備を促進し、地域の実状に応じた保健指導体制を構築することで、人工透析等への移行を防ぐ等、糖尿病患者のQOLの向上、健康寿命の延伸を目指すことを目的として平成29

(2017)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（2017）年度に策定された。最新の第4版（令和5年3月更新）では、ハイリスク者対策を推進するにあたり評価基準や確認が必要な検査項目の明記、「京都府版eGFRプロットシート」の活用等、より具体的に記載した（図表20）。

図表 20 京都府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 21)。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 23)。

図表 21 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)

(単位：件)

区分	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	712	10,245	96,473	23,910	1,679	133,019	7.8
(割合)	(0.5)	(7.7)	(72.5)	(18.0)	(1.3)	(100)	
全国	39,916	216,803	3,529,332	2,249,759	157,771	6,193,581	9.4
(割合)	(0.6)	(3.5)	(57.0)	(36.3)	(2.5)	(100)	

出典：総務省消防庁「令和4年版救急・救助の現況」

図表 22 病院収容所要時間別搬送人員の状況

(単位：人)

区分	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	3	3,546	42,483	68,760	5,395	162	120,349	34.8
(割合)	(0.0)	(2.9)	(35.3)	(57.1)	(4.5)	(0.1)	(100)	
全国	428	91,328	1,073,314	3,609,204	677,442	40,028	5,491,744	42.8
(割合)	(0.0)	(1.7)	(19.5)	(65.7)	(12.3)	(0.7)	(100)	

出典：総務省消防庁「令和4年版救急・救助の現況」

図表 23 脳疾患・心疾患により救急搬送された患者数（令和3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)	5,163	うち消防管外への搬送数	1,083
心疾患のうち、心筋梗塞で救急搬送された患者数	367	うち消防管外への搬送数	138

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 24）。

図表 24 令和2年度京都府下でのドクターヘリの運航状況（単位：件）

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及び市民による除細動が実施された件数をそれぞれ図表 25、図表 26 に示す。

図表 25 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

(単位：件)

区分	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
京都府	292	298	316	341	297
全 国	14,448	14,965	14,789	14,974	15,225

出典：総務省消防庁「令和 4 年版救急・救助の現況」

図表 26 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 (単位：件)

区分	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
京都府	34	34	44	40	24
全 国	2,102	2,018	2,168	1,792	1,719

出典：総務省消防庁「令和 4 年版救急・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。

迅速な再灌流療法を必要とする急性心筋梗塞患者に対する搬送前 12 誘導心電図伝送システムの導入と活用を地域の実情に合わせて検討する。

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、心血管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。

新型コロナウイルスまん延時には、全国的に医療の制限が生じ、循環器病患者の受診控えや侵襲的治療の減少がみられた。新型コロナウイルス感染それ自体が急性冠症候群の重症化因子でもある。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。このように新型コロナウイルスまん延は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策の重要性を知らしめた。

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の管理とともに、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を活用した画像等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28）、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29）。脳出血と脳梗塞の標準化死亡比を図表30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 (2017) 年) で、平成 26 (2014) 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 31)。

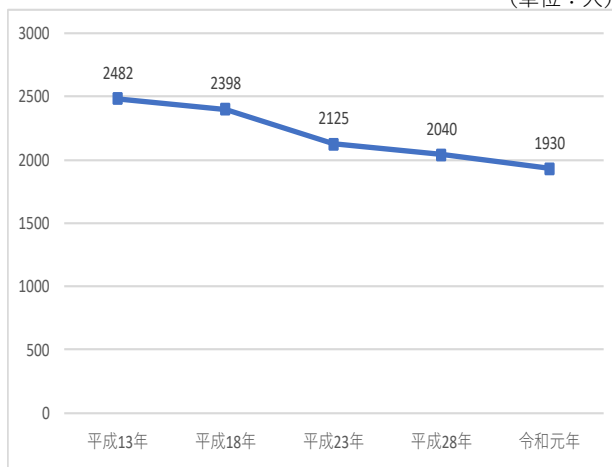
図表 27 脳血管疾患受療率 (入院・外来) (人口 10 万人対)

区分	入院		外来	
	男	女	男	女
京都府	118	138	70	55
全 国	106	124	71	65

出典：厚生労働省 平成 29 年患者調査

図表 28 京都府における脳血管疾患による死亡数

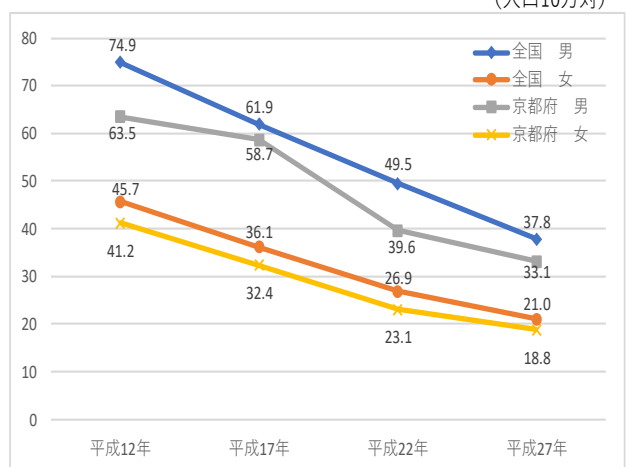
(単位：人)



出典：厚生労働省「人口動態調査」

図表 29 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 30 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告

図表 3 1 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)

区分	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

出典：厚生労働省「患者調査」

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)⁴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 22 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（図表 32）。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（平成 30（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、特に丹後医療圏には PSC はない（図表 32）。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及び脳血管内治療等の実施件数を（図表 33）に示す。京都府における神経内科医師数及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 34）。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、脳卒中治療医の確保・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 32 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 市立福知山市民病院	亀岡シミズ病院	*京都府立医科大学附属病院 *京都第二赤十字病院 *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 *京都医療センター *蘇生会総合病院 武田総合病院 京都桂病院 *シミズ病院 京都済生会病院	*宇治徳洲会病院 京都岡本記念病院 *京都田辺中央病院 京都きづ川病院	京都山城総合医療センター

* PSC コア施設

出典：日本脳卒中学会 PSC および PSC コア一覧（2023/4/1～2024/3/31）

⁴ 地域の医療機関や救急隊からの要請に対して、24 時間 365 日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療（rt-PA 静注療法を含む）を開始できる施設。

図表 33 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及び脳血管内治療等の実施件数 (単位：件)

区分	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 (経皮的脳血栓回収術等)の実施件数 (算定回数)	0	41	0	345	97	0

*少数のため非表示

出典：厚生労働省「NDB データ (令和元年)」

図表 34 京都府内の神経内科、脳神経外科医の勤務状況 (単位：人)

区分	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
(10万人当たり)	(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
(10万人当たり)	(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」平成 30 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・生活期の医療について

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。

取り組むべき施策

(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 22 病院（令和 4（2023）年 4 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】

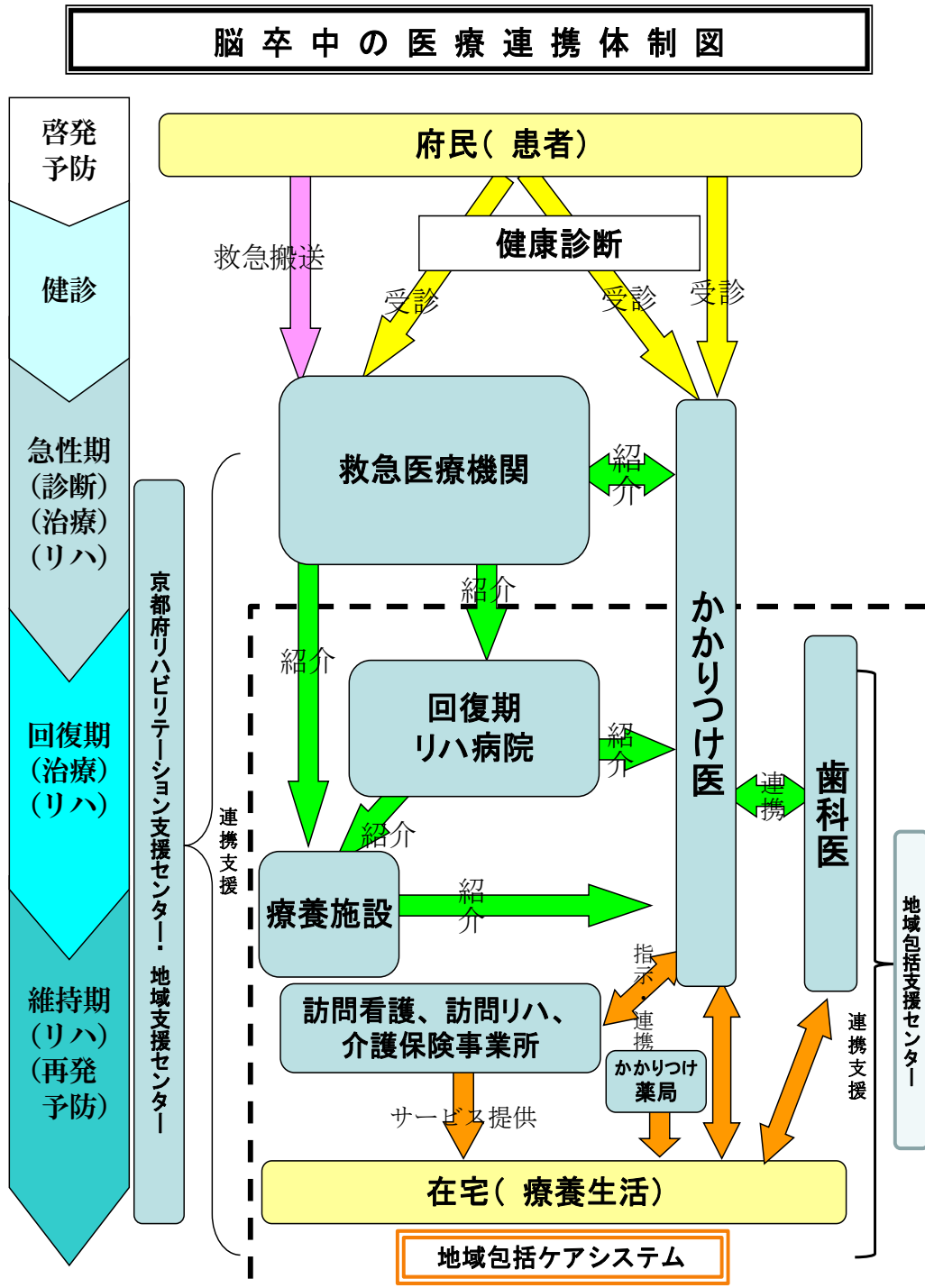
- ・ 初期症状出現時における対応について
- ・ 初期症状出現時における急性期の医療機関への受診の必要性について など

（イ）回復期、維持期・生活期の医療

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・患者教育及び指導體制を充実させ、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 35 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 36 に示す。

図表 35 脳卒中の医療連携体制図



図表 36 脳卒中の医療連携体制において役割を果たす医療機関（令和5年 月 日現在）

区分	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
急性期	京都府立医科大学附属 北部医療センター	福知山市民病院 舞鶴医療センター	亀岡シミズ病院 京都中部総合医療センター	京都鞍馬口医療センター 京都府立医科大学附属病院 京都第二赤十字病院 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 京都医療センター 蘇生会総合病院 武田総合病院 京都桂病院 シミズ病院 京都済生会病院	宇治徳洲会病院 六地蔵総合病院 京都きづ川病院 京都田辺中央病院 京都岡本記念病院	京都山城総合医療センター
回復期	丹後中央病院 京丹後市立弥栄病院 京丹後市立久美浜病院	福知山市民病院 京都ルネス病院 綾部ルネス病院 京都協立病院 舞鶴赤十字病院	亀岡シミズ病院 京都中部総合医療センター 明治国際医療大学付属病院	京都からすま病院 冨田病院 京都博愛会病院 堀川病院 京都大原記念病院 脳神経リハビリ北大路病院 日本バプテスト病院 京都民医連あすかい病院 京都近衛リハビリテーション病院 洛和会丸太町病院 がくさい病院 京都久野病院 山科病院 京都東山老年サナトリウム 洛和会音羽リハビリテーション病院 洛和会音羽病院 京都南病院 京都回生病院 京都武田病院 明石病院 康生会武田病院 宇多野病院 京都民医連中央病院 京都リハビリテーション病院 大島病院 蘇生会総合病院 武田総合病院 金井病院 むかいじま病院 西京都病院 シミズ病院 洛西ニュータウン病院 洛西シミズ病院 向日回生病院 千春会病院	宇治武田病院 宇治病院 宇治徳洲会病院 六地蔵総合病院 宇治リハビリテーション病院 南京都病院 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 久御山南病院 男山病院 八幡中央病院 京都田辺中央病院 京都田辺記念病院 京都岡本記念病院	京都山城総合医療センター 学研都市病院

区分	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
維持期	宮津武田病院	京都ルネス病院	亀岡病院	京都からすま病院	宇治武田病院	学研都市病院（調整中）
	丹後中央病院	福知山市民病院大江分院	亀岡シミズ病院	富田病院	宇治病院	
	弥栄病院	綾部ルネス病院	国保京丹波町病院	京都博愛会病院	都倉病院	
	久美浜病院	京都協立病院	園部病院	相馬病院	宇治リハビリテーション病院	
		綾部市立病院		堀川病院	南京都病院	
		舞鶴市民病院		同仁病院	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	
		舞鶴赤十字病院		京都大原記念病院	久御山南病院	
		舞鶴共済病院		日本バプテスト病院	八幡中央病院	
				京都民医連あすかい病院	田辺病院	
				京都新町病院	同志社山手病院	
				洛和会丸太町病院	京都八幡病院	
				京都久野病院	京都田辺記念病院	
				京都東山老年サナトリウム		
				洛和会音羽リハビリテーション病院		
				京都南病院		
				京都回生病院		
				京都武田病院		
				明石病院		
				吉祥院病院		
				宇多野病院		
			泉谷病院			
			京北病院			
			京都民医連中央病院			
			大島病院			
			伏見桃山総合病院			
			蘇生会総合病院			
			武田総合病院			
			なごみの里病院			
			金井病院			
			京都南西病院			
			シミズ病院			
			洛西ニュータウン病院			
			洛西シミズ病院			
			向日回生病院			
			新河端病院			
			千春会病院			
			長岡京病院			

(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）、認知症対応型共同生活介護グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等自宅以外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、日本脳卒中学会診療実態年次調査の活用や国が今後主導する「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（2017）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。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を活用した画像等情報共有等が求められる。

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（2021）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37）。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38）。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269例であった（図表39,40）。

図表 37 急性大動脈解離と急性心筋梗塞の入院中死亡率 (単位：%)

区分		平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 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 38 緊急 PCI 総件数 (単位：件)

区分	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 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 39 大動脈解離及び大動脈瘤の手術件数 (単位：件)

区分		平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
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 40 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス手術 (CABG) 件数 (単位：件)

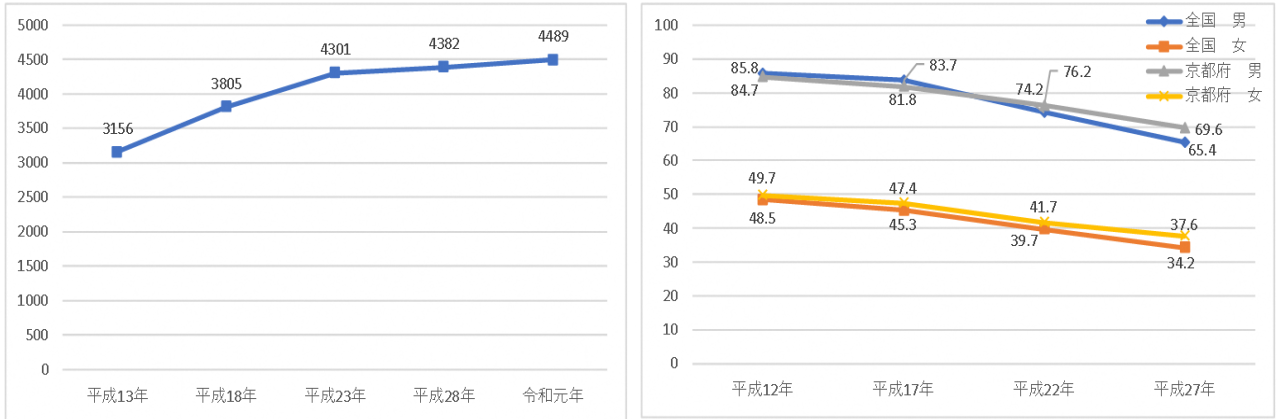
区分		平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
CABG on-pump	京都府	216	239	215	192	145
	全 国	9,679	9,884	9,936	9,812	9,130
CABG off-pump	京都府	158	168	135	121	124
	全 国	8,561	8,571	8,492	8,183	7,306

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（2019）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 41 左）。年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）は、平成 27（2015）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 41 右）。心疾患の標準化死亡比は、平成 27（2015）年では、男性 104.7、女性 105.4 である（図表 42）。虚血性心疾患の入院外来別の患者数及び受療率を図表 43 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（2017）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 44）。

図表 41

京都府における心疾患（高血圧性を除く）による死亡及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 42 心疾患（高血圧性を除く）標準化死亡比

年	総数		急性心筋梗塞		心不全	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
平成 27 年	104.7	105.4	70.2	74.1	107.2	104.3
平成 22 年	104.1	106.4	73.8	79.1	88.2	95
平成 17 年	100.6	101.6	86.9	86.4	90.5	92.8

出典：人口動態統計特殊報告

図表 43 虚血性心疾患の患者数及び10万人あたり受療率

○入院

(単位：人)

区分	総数 (千人)		受療率 (10万人当たり)	
	全 国	京都府	全 国	京都府
平成 29 年	15.3	0.3	12	13
平成 26 年	15.3	0.4	12	14
平成 23 年	16.1	0.4	13	16
平成 20 年	18.9	0.4	15	16

○外来

(単位：人)

区分	総数 (千人)		受療率 (10万人当たり)	
	全 国	京都府	全 国	京都府
平成 29 年	55.3	1.1	44	41
平成 26 年	59.7	1.3	47	50
平成 23 年	61.3	1.6	49	61
平成 20 年	68	1.8	53	69

出典：厚生労働省「患者調査」

図表 44 虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数（施設（病院）住所地別）（単位：日）

区分	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 45）。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（図表 46）。

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。

心血管疾患は、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 45 10 万人あたり循環器内科専門医数（常勤）（単位：人）

区分	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 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 46 京都府内の循環器内科、心臓血管外科医の勤務状況（単位：人）

区分	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 （10 万人当たり）	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 （10 万人当たり）	-	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」平成 30 年 1 月 1 日現在

(イ) 回復期・維持期・生活期の医療について

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。慢性心不全患者では、心不全増悪による再入院を繰り返しながら心不全のステージは進行し、全国的に今後の入院患者数増加が予想されている。慢性心不全の入院患者数を図表 47 に示す。特に高齢心不全患者では、筋力や心身の活力が低下したフレイル（虚弱）に陥りやすく、身体機能が悪化し生活の質の低下につながる。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。また、がん患者では静脈血栓症や抗がん剤の心毒性による心不全などを併発することもあり、診療科を跨いだ包括的なケアが必要である。

図表 47 慢性心不全入院患者数 (単位：千人)

区分		平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 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

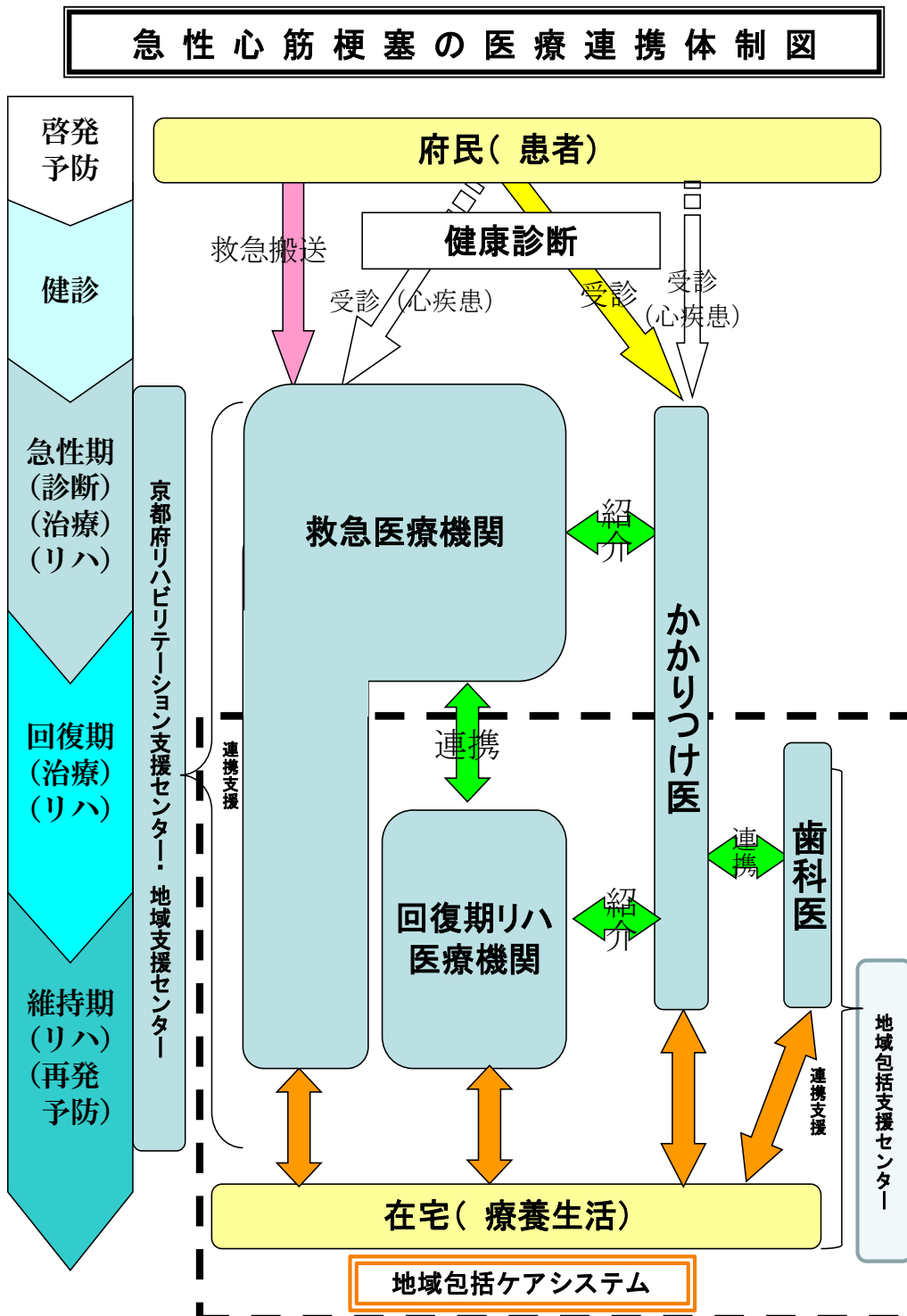
心臓カテーテル治療等の可能な専門医の不足等の課題に対応するため、医療機関の連携や診療機能の役割分担等を、各圏域において検討する必要がある。また、24 時間対応のため、医師確保対策に基づく循環器内科医師等の確保を図る。急性期の医療機関において、心筋梗塞や心不全の急性増悪患者への対応が十分できるよう、受入体制の整備を進める。心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制図、急性心筋梗塞の急性期、回復期医療を担う医療機関を図表 48,49 にそれぞれ示す。また、大動脈解離をはじめとする大動脈緊急症に対する医療体制を確保するとともに、新たな心臓外科医を育成し、心臓外科医の充足率の向上を図る。

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 を活用した画像共有システム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 48 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制図



図表 49 急性心筋梗塞の急性期、回復期医療を担う医療機関（令和5年 月 日現在）

区分	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
急性期	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 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 洛和会首羽病院 康生会武田病院 しまばら病院 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 三菱京都病院 京都桂病院 洛西ニュータウン病院 京都済生会病院	宇治徳洲会病院 京都岡本記念病院 京都きつ川病院 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 福知山市民病院	京都中部総合医療センター	富田病院 京都府立医科大学附属病院 京都第二赤十字病院 京都大学医学部附属病院 京都市立病院 京都市民連中央病院 洛和会丸太町病院 洛和会首羽病院 康生会武田病院 島原病院 大島病院 蘇生会総合病院 武田総合病院 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	宇治徳洲会病院 京都岡本記念病院 宇治病院 京都きつ川病院 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・生活期の医療

心血管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・生活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・生活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の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逡減させることが可能である。がんなど他の疾患を併発した循環器病患者に対しては、診療科を跨いだ包括的なケアの取組を推進する。

（ウ）かかりつけ医機能の医療機関に求められる役割

心血管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

(エ) 心血管疾患データベースの構築と活用

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、データを用いた心血管疾患研究を活性化し、成果とエビデンスの政策への活用と心血管疾患診療の向上を目指す。

④ 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及び通所リハビリテーションの事業所指定状況および利用回数を図表 55,56 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、33カ所あり、2,146床の病床を有する（図表 57,58）。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 50 訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの事業所の指定状況（単位：箇所）

区分		平成30年 3月末	平成31年 3月末	令和2年 3月末	令和3年 3月末	令和4年 3月末
訪問リハビリ テーション	京都府	248	253	250	257	260
	丹後	7	7	7	8	8
	中丹	24	25	25	25	26
	南丹	15	15	15	14	14
	京都・乙訓	166	169	165	173	173
	山城北	27	27	28	27	29

	山城南	9	10	10	10	10
通所リハビリ テーション	京都府	162	167	171	170	172
	丹後	5	6	6	6	6
	中丹	15	15	15	15	15
	南丹	12	11	11	10	11
	京都・乙訓	101	106	109	108	109
	山城北	23	24	25	26	26
	山城南	6	5	5	5	5

出典：介護保険制度の実施状況（高齢者支援課）

図表 51 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の利用回数
（介護予防は含まない）（単位：回）

区分		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
訪問リハビリ テーション	京都府	498,929	617,173	638,908	617,777	666,621
	丹後	6,894	13,480	10,947	9,246	11,684
	中丹	15,038	18,557	19,964	22,268	23,678
	南丹	15,752	27,327	22,375	23,662	26,702
	京都・乙訓	385,833	452,718	475,432	465,765	497,868
	山城北	66,235	90,603	97,383	87,576	96,246
	山城南	9,177	14,488	12,807	9,260	10,443
通所リハビリ テーション	京都府	849,198	851,414	865,842	805,903	786,659
	丹後	15,505	20,464	21,682	20,044	18,909
	中丹	74,795	72,944	73,635	69,024	63,931
	南丹	48,044	44,127	43,558	41,297	38,872
	京都・乙訓	537,563	536,938	541,111	493,784	484,379
	山城北	149,500	151,713	160,150	156,623	156,020
	山城南	23,791	25,228	25,706	25,131	24,548

出典：介護保険制度の実施状況（高齢者支援課）

図表 52 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（令和5年8月）（単位：件）

区分	京都府						
	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南	
医療機関数	33	1	4	1	18	7	2

出典：近畿厚生局「施設基準の届出受理状況」（令和5年8月1日現在）

図表 53 京都府内の回復期リハビリテーション病棟病床数（単位：床）

区分	京都府						
	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南	
平成29年3月	1,899	96	168	51	1,119	365	100
令和3年12月	1,979	96	163	51	1,160	409	100
令和5年8月	2,146	96	163	51	1,243	459	134

出典：リハビリテーション支援センター調査

図表 54 介護老人保健施設

(単位：床)

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	令和 3 年度末
7,523	7,482	7,482	7,381	7,321	7,236

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（2021）年 12 月 23 日時点で 31 箇所あり、平成 28（2016）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 60）。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 55 リハビリテーション承認施設の状況（令和 3 年 1 2 月 2 3 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							
	丹後	中丹東	中丹西	南丹	京都市	乙訓	山城北	山城北	山城南	丹後	中丹東	中丹西	南丹	京都市	乙訓	山城北	山城北	山城南	丹後	中丹東	中丹西	南丹	京都市	乙訓	山城北	山城北
脳血管	I	3	2	2	2	36	3	9	2	2	3	2	2	40	4	12	2	-1	1	0	0	4	1	3	0	
	II	1	4	1	2	14	2	9	1	3	2	1	4	12	1	7	1	2	-2	0	2	-2	-1	-2	0	
	III	1	2	1	4	14	0	0	0	1	2	2	1	15	0	1	0	0	0	1	-3	1	0	1	0	
	小計	5	8	4	8	64	5	18	3	6	7	5	7	67	5	20	3	1	-1	1	-1	3	0	2	0	
運動器	I	4	8	3	4	56	5	18	3	5	9	3	6	58	5	18	3	1	1	0	2	2	0	0	0	
	II	1	0	0	3	11	0	0	0	0	1	0	9	0	2	0	-1	0	1	-3	-2	0	2	0		
	III	0	0	1	2	6	0	1	0	1	0	1	2	7	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
	小計	5	8	4	9	73	5	19	3	6	9	5	8	74	5	21	3	1	1	1	-1	1	0	2	0	
呼吸器	I	1	5	3	4	40	3	14	1	1	6	3	41	3	17	1	0	1	0	-1	1	0	3	0		
	II	0	1	0	1	7	0	1	1	1	0	1	7	0	1	1	1	0	0	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	1	6	3	5	47	3	15	2	2	7	3	4	48	3	18	2	1	1	0	-1	1	0	3	0	
心血管	I	1	1	1	2	16	1	3	0	1	1	3	18	1	4	1	0	0	0	1	2	0	1	1		
	II	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	1	1	1	2	16	1	3	0	1	1	3	18	1	5	1	0	0	0	1	2	0	2	1	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 15 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（2022）年 12 月）

取り組むべき施策

府内のどこに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。

⑤ 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、その他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
- ・ 失語症者向け意思疎通支援事業（会話パートナー）等地域生活を支えるための人材育成

⑥ 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（2014）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（平成 28（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。

⑦ 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、服薬アドヒアランスの向上への支援等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（ケアマネジャー）は、17,103名(令和5(2023)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10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 56 地域包括ケア病床に関する各圏域の状況

区分	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 57 退院調整支援担当者を配置する病院数、担当者数

区分	平成 23 年度	平成 26 年度	平成 29 年度
病院数 (割合)	6 9 箇所(39.4%)	7 5 箇所(43.1%)	7 6 箇所 (45.0%)
担当者数	1 6 6 人	2 6 4 人	3 3 7 人

出典：医療施設調査（各年10月1日時点）

図表 58 訪問診療を実施する診療所・病院数・訪問診療実施件数 (単位：件)

区分	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10月1日時点）

図表 59 京都府の在宅医療関連施設の整備状況 (単位：件)

区分	京都府						
		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 60 京都府の在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院 (単位：件)

区分	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	328 (令和2年)	14	31	5	231	37	10
在宅療養支援病院	27 (令和2年)	1	2	2	16	6	0
地域医療支援病院	15 (令和3年)	1	2	1	8	2	1
在宅患者訪問薬剤管理指導 料届出薬局	1065 (令和4年)	28	67	43	725	159	43
訪問看護ステーション	340 (令和2年)	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、介護支援専門員（ケアマネジャー）、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10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、介護支援専門員（ケアマネジャー）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。

⑧ 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及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（中央値56.4%）よりも高くなっている（図表61）。

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（中央値93.7%）よりも高くなっている（図表62）。

図表61 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合（単位：％）

区分	京都府	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
在宅復帰患者の割合	62.7%	53.0%	63.6%	75.9%	60.1%	64.8%	95.4%

出典：厚生労働省「患者調査」（平成29年）を集計

図表62 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合（単位：％）

区分	京都府	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
在宅復帰患者の割合	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」（平成29年）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。

⑨ 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3（2021）年度末2,694人のうち、心疾患群は495人である（図表63）。

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を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）。

医療的ケアを日常的に必要とする子どもとその家族が安心して生活できるよう「京都府医療的ケア児等支援センター」（愛称：ことのわ）を令和4（2022）年4月25日に開設をし、支援を行っている。

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63 京都府小児慢性特定疾病医療費助成制度受給状況

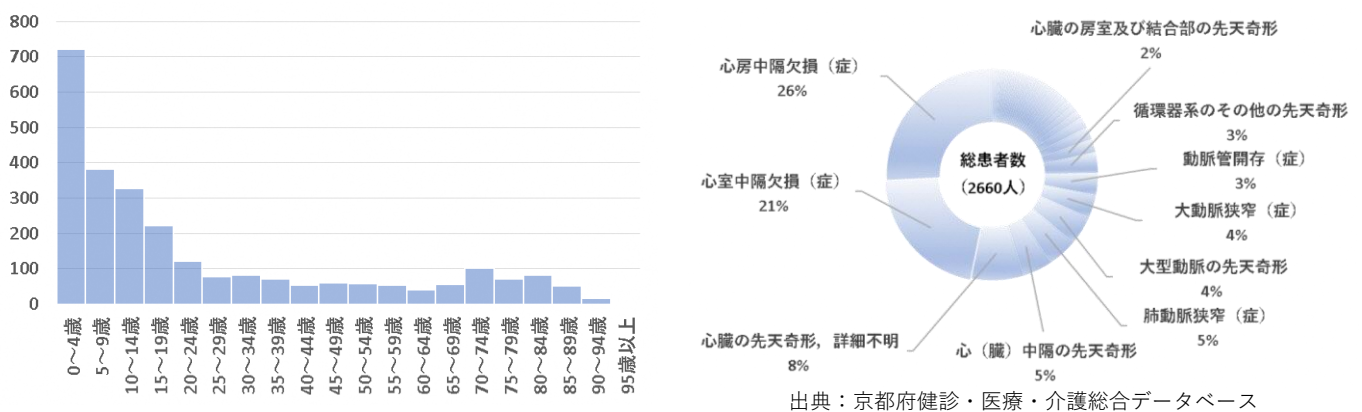
（単位：件）

区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
受給者総数	2,684	2,762	2,831	2,694
うち、心疾患群	518	500	519	495

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附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（2020）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64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、そのほかの先天奇形、房室及び結合部の先天奇形、その他となっている（図表64右）。

図表64 京都府内の先天性心疾患 年齢別及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（2018）年）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、医療的ケア児等の支援を推進する。また、移行期医療の各関係機関の調整や患者自律（自立）支援など、移行期医療を総合的に支援する機能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。

⑩ 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、維持期・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、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、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。

京都府ロジックモデル

脳卒中ロジックモデル

心血管疾患ロジックモデル

指標一覧および出典情報

連番	指標番号	指標名	定義詳細	国表	都道府県表	出典	SPO分類	備考
8	脳O-0101	脳血管疾患の年齢調整死亡率(男)	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	1	1	人口動態特殊報告(平成27年 都道府県別年齢調整死亡率)	O	
9		脳血管疾患の年齢調整死亡率(女)						
10	脳O-0102	脳卒中標準化死亡率(全体)(男性)	脳卒中標準化死亡率(全体)	1	1	人口動態特殊報告(平成25年~平成29年 人口動態保健所・市区町村別統計)	O	二次医療圏別の値は、市区町村別の標準化死亡率と死亡数から期待死亡数を逆算し、二次医療圏別に死亡数と期待死亡数を集計することで算出している。
11		脳卒中標準化死亡率(全体)(女性)						
12		脳卒中標準化死亡率(脳出血)(男性)						
13		脳卒中標準化死亡率(脳出血)(女性)						
14		脳卒中標準化死亡率(脳梗塞)(男性)						
15		脳卒中標準化死亡率(脳梗塞)(女性)						
16	脳O-0103	健康寿命(男)	日常生活に制限のない期間の平均	1	1	厚生労働科学研究「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」都道府県別健康寿命(2019年)	O	目標値の設定方法:2016年から2040年までに3年延伸を達成するとした場合に2018年(令和10年)の時点で達成する見込みの延伸年数を男性は2016年の全国の上位四分の一、女性は全国値にそれぞれ加えることより設定した。
17		健康寿命(女)						
18	脳O-0104	健康寿命と平均余命の差(男)	日常生活に制限のある期間の平均	1	1	厚生労働科学研究「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」都道府県別健康寿命(2019年)	O	
19		健康寿命と平均余命の差(女)						
20	脳O-0105	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の機能的自立度	在宅等生活の場復帰から90日後のmRS(modified Rankin Scale)値	NA	NA	独自調査	O	
21	脳O-0106	脳卒中を再発した者の割合	脳卒中患者のうち発症後一年以内に再発した者の割合	NA	NA	独自調査	O	
22	脳O-0107	tPAまたは経皮的脳血栓回収療法を受けた患者のうち90日mRS 0-2の割合	各都道府県のPSC年次報告によるtPAまたは血栓回収療法を受けた患者のうち90日mRS 0-2の件数の合計	NA	NA	独自調査	O	日本脳卒中学会PSC年次報告に収録
23	脳P-0201	脳血管疾患により救急搬送された患者数	脳血管疾患により救急搬送された患者数	NA	NA	京都府危機管理部消防保安課調べ	P	全国値なし
24	脳O-0201	脳血管疾患受療率(入院)	脳血管疾患受療率(人口10万人対)	1	1	令和2年患者調査	O	
25		脳血管疾患受療率(外来)						
26	脳O-0202	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)	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)	NA	NA	独自調査	O	
27	脳P-0202	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	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間(分)	1	1	令和4年版 救急救助の現況	P	
28	脳P-0203	脳血管疾患により救急搬送された患者数	脳血管疾患により救急搬送された患者数	NA	NA	京都府危機管理部消防保安課調べ	P	IP-0201の再掲
29	脳P-0204	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)	A205-2 超急性期脳卒中加算(入院初日)	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	
30		脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数(SCR)						
31	脳P-0205	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数(算定回数)	K178-4 経皮的脳血栓回収術	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	
32		脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数(SCR)						
33	脳P-0206	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)	K177 脳動脈瘤頭部クリッピング(1箇所・2箇所以上)	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	算定回数は1箇所と2箇所以上の合計。ただし、元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
34		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(SCR)						
35	脳P-0207	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)	K178 脳血管内手術(1箇所・2箇所以上・脳血管内ステント)	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	算定回数は1箇所、2箇所以上、脳血管内ステントの合計。ただし、元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
36		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(SCR)						
37	脳P-0208	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(急性期)(算定回数)	H004-2 摂食機能療法(1日につき)30分未満の場合(入院)	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	平成30年診療報酬改定により新設された脳卒中患者を対象とする区分
38		脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(急性期)(SCR)						
39	脳P-0209	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(単位数)	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料(入院+外来)	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	単位数は各診療行為の合計。ただし、元の集計結果が100未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
40		脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(SCR)						
41	脳P-0210	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(単位数)	H000-3 早期リハビリテーション加算(入院+外来)	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	単位数は各診療行為の合計。ただし、元の集計結果が100未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。 注:掲載データは脳卒中患者に限定していない。
42		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)						
43	脳P-0211	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)	A246-4 地域連携診療計画加算	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	注:掲載データは脳卒中患者に限定していない。
44		脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(SCR)						
45	脳O-0203	退院患者平均在院日数	病院の退院患者平均在院日数(施設所在地) 傷病分類「脳血管疾患」	1	1	令和2年患者調査	O	
46	脳P-0212	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(回復期)(単位数)	H004-1 摂食機能療法(1日につき)30分以上の場合(入院+外来)	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	注:掲載データは脳卒中患者に限定していない。
47		脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(回復期)(SCR)						
48	脳P-0213	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(単位数)	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料(入院+外来)	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	IP-0209の再掲
49		脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(SCR)						
50	脳P-0214	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)	A246-4 地域連携診療計画加算	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	IP-0211の再掲 注:掲載データは脳卒中患者に限定していない。
51		脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(SCR)						
52	脳O-0204	ADL改善率	回復期リハ病床で入院時の日常生活機能評価10点以上またはFIM得点55点以下で、退院時に日常生活機能評価3点以上またはFIM総得点12点以上改善していた患者の割合	1	1	令和3年度病床機能報告	O	
53	脳O-0205	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	脳血管疾患の推計退院患者数に占める退院後の行き先「家庭」の割合	1	NA	厚生労働省 患者調査(平成29年)	O	
54	脳O-0206	回復期リハビリ 実績指数	実績指数=「FIM利得の総和」÷「(在床日数×状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数)の総和」の平均値	1	1	令和3年度病床機能報告	O	掲載値は地域毎の実績指数の総和を対象病院数で除した平均値。対象病院の実績指数は令和3年1月時点の病棟別実績指数の平均値を採用している。
55	脳P-0215	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(医療)	C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(同一建物居住者・同一建物居住者以外の場合) 単位数	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	医療の単位数は同一建物居住者の場合と同一建物居住者以外の場合の合計。ただし、元の集計結果が100未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。 注:掲載データは脳卒中患者に限定していない。
56		訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(介護)						
57	脳P-0216	通所リハビリを受ける利用者数	通所リハビリテーションサービス 受給者数(年度累計)	1	1	令和2年度介護保険事業状況報告(年報)	P	
58	脳P-0217	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(単位数)	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料(入院+外来)	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	IP-0209の再掲
59		脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(SCR)						
60	脳P-0218	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)	A246-4 地域連携診療計画加算	1	1	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)	O	IP0211の再掲

61		脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数 (SCR)		1	1	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分)		注:掲載データは脳卒中患者に限定していない
62	脳P-0219	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	B001-9 療養・就労両立支援指導料 (初回・2回目以降) 算定回数	1	1	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	算定回数は初回と2回目以降の合計。ただし、元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
63	脳O-0301	喫煙率 (男)	世帯人員 (20歳以上) で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合	1	1	令和元年国民生活基礎調査	O	
64	脳S-0301	喫煙率 (女)	世帯人員 (20歳以上) で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合	1	1	令和元年国民生活基礎調査	O	
65	脳S-0301	禁煙外来を行っている医療機関数	禁煙外来を設置している病院数・一般診療所数の合計	1	1	令和2年医療施設静態調査	S	
66	脳P-0301	ニコチン依存管理料を算定する患者数	B001-3-2 ニコチン依存管理料1 (初回・2回目~4回目 (対面で行った場合・情報通信機器を用いた場合)・5回)、ニコチン依存管理料2 (一連につき) 算定回数	1	1	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	算定回数は各診療行為の合計。ただし、元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
67	脳P-0302	ハイリスク飲酒者の割合 (男)	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	1	NA	平成28年国民健康・栄養調査、平成28年京都府民健康・栄養調査	P	
68	脳P-0302	ハイリスク飲酒者の割合 (女)	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	1	NA	平成28年国民健康・栄養調査、平成28年京都府民健康・栄養調査	P	
69	脳P-0303	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 (10万人対) 基準人口: 昭和60年人口モデル	1	1	令和2年患者調査を基に計算	P	年齢調整に従来の昭和60年人口モデルを用いたもの
70	脳P-0303	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 (参考: 平成27年平滑化人口モデル)	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 (10万人対) 基準人口: 平成27年平滑化人口モデル	1	1	令和2年患者調査を基に計算	P	年齢調整に平成27年平滑化人口モデル (厚生労働省「基準人口の改訂に向けた検討会」2020年6月18日資料) を用いたもの
71	脳P-0304	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率 (10万人対) 基準人口: 昭和60年人口モデル	1	1	令和2年患者調査を基に計算	P	年齢調整に従来の昭和60年人口モデルを用いたもの
72	脳P-0304	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率 (参考: 平成27年平滑化人口モデル)	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率 (10万人対) 基準人口: 平成27年平滑化人口モデル	1	1	令和2年患者調査を基に計算	P	年齢調整に平成27年平滑化人口モデル (厚生労働省「基準人口の改訂に向けた検討会」2020年6月18日資料) を用いたもの
73	脳P-0305	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)	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	1	1	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」令和3年度	P	
74	脳P-0305	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)	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群者数	1	1	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」令和3年度	P	
75	脳P-0306	初期症状と適切な対応について知っている住民の割合		NA	NA	独自調査	P	先行事例として、愛媛県産官学連携協定による県民意識調査 (R4.1月) がある
76	脳S-0302	神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数	対応することができる疾患・治療内容「神経・脳血管領域の一次診療」のある医療機関数	1	1	医療機能情報 (2022年10月時点)	S	
77	脳P-0307	特定保健指導対象者数・修了者数 (対象者数)	特定保健指導 (積極的支援・動機づけ支援) 対象者数	1	1	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」令和3年度	P	
78	脳P-0307	特定保健指導対象者数・修了者数 (修了者数)	特定保健指導 (積極的支援・動機づけ支援) 修了者数	1	1	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」令和3年度	P	
79	脳P-0308	特定健診の実施率	特定健康診査受診者数/特定健康診査対象者数 (推計) ×100	1	1	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」令和3年度	P	
80	脳P-0309	特定保健指導の実施率	特定保健指導 (積極的支援・動機づけ支援) 修了者数/特定保健指導 (積極的支援・動機づけ支援) 対象者数×100	1	1	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」令和3年度	P	
81	脳P-0310	発症後速やかに救急搬送要請できた件数		NA	NA	独自調査	P	
82	脳P-0311	救急隊の救急救命士運用率	救急隊のうち救急救命士常時運用率の割合	1	1	令和4年版 救急救助の現況	P	
83	脳S-0303	脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部数	脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目 (脈不整、共同偏視、半側空間無視 (指4本法)、失語 (銀鏡/時計の呼称)、顔面麻痺、上肢麻痺) の観察指標を利用している消防本部数	NA	NA		P	救急救命体制の整備・充実に関する調査結果 (令和5年) に掲載予定
84	脳P-0312	脳血管疾患により救急搬送された圏域外への搬送率		NA	NA	京都府危機管理部消防保安課調べ	P	
85	脳S-0304	脳神経内科医師数	主たる診療科を脳神経内科とする医療施設従事医師数	1	1	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計	S	
86	脳S-0305	脳神経外科医師数	主たる診療科を脳神経外科とする医療施設従事医師数	1	1	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計	S	
87	脳S-0306	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数 (病院数)	脳卒中集中治療室 (SCU) を有する病院数	1	1	令和2年医療施設静態調査	S	
88	脳S-0306	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数 (病床数)	脳卒中集中治療室 (SCU) の病床数 (病院)	1	1	令和2年医療施設静態調査	S	
89	脳S-0307	脳梗塞に対するt-PAIによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	超急性期脳卒中加算 届出病院数	1	1	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)	S	
90	脳S-0308	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数	K178-4 経皮的脳血栓回収術	NA	NA	独自調査	S	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) の個票解析
91	脳S-0309	脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	脳卒中相談窓口が設置済みであると回答した一次脳卒中センター数	NA	NA	独自調査	S	日本脳卒中学会PSC年次報告に収録
92	脳P-0313	口腔機能管理を受ける患者数 (急性期)	高度急性期病棟における周術期等口腔機能管理料 (II) 算定件数 (年間)	1	1	令和3年病床機能報告	P	令和2年4月~令和3年3月診療分
93	脳S-0310	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (II) (III) 届出施設数	1	1	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)	S	
94	脳P-0314	脳卒中による入院と同日に摂食機能療法を実施された患者数	脳卒中による入院と同日に摂食機能療法を実施された患者数	NA	NA	独自調査	S	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) の個票解析
95	脳S-0311	リハビリテーション早期評価を開始している医療機関数	リハビリテーション早期評価をしていると回答した一次脳卒中センター数	NA	NA	独自調査	S	日本脳卒中学会PSC年次報告に収録
96	脳S-0312	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	地域医療連携クリティカルパスの有無	1	1	医療機能情報 (2022年10月時点)	S	掲載データは脳卒中中のクリティカルパスに限定されていない
97	脳S-0313	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	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する窓口の設置	1	1	医療機能情報 (2022年10月時点)	S	
98	脳S-0314	回復期リハビリテーション病床数	回復期リハビリテーション病棟入院料1~6 届出病床数	1	1	令和3年度病床機能報告	S	
99	脳S-0315	リハビリテーション科医師数	主たる診療科をリハビリテーション科とする医療施設従事医師数	1	1	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計	S	
100	脳S-0316	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数 (理学療養士)						
101	脳S-0316	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数 (作業療法士)	病院・一般診療所の従事者数 (常勤換算)	1	1	令和2年医療施設静態調査	S	
102	脳S-0316	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数 (言語聴覚士)						
103	脳S-0317	脳卒中リハビリテーション認定看護師数	脳卒中リハビリテーション認定看護師数	1	1	日本看護協会 (2022年12月25日時点)	S	
104	脳S-0318	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師あるいは脳卒中認定看護師の実数	1	1	日本看護協会 (2022年12月25日時点)	S	
105	脳P-0315	口腔機能管理を受ける患者数 (回復期)	急性期・回復期病棟における周術期等口腔機能管理料 (II) 算定件数 (年間)	1	1	令和3年病床機能報告	P	令和2年4月~令和3年3月診療分
106	脳S-0319	歯周病専門医が在籍する医療機関数	日本歯周病学会により認定された歯周病専門医が在籍する医療機関数	1	1	日本歯周病学会 (令和5年5月31日現在)	S	
107	脳S-0320	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	地域医療連携クリティカルパスの有無	1	1	医療機能情報 (2022年10月時点)	S	IS-0312の再掲
108	脳S-0321	医療ソーシャルワーカー数	病院・一般診療所の社会福祉士数 (常勤換算)	1	1	令和2年医療施設静態調査	S	注:掲載データは脳卒中患者に限定していない。
109	脳S-0322	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (II) (III) 届出施設数	1	1	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)	S	IS-0310の再掲
110	脳S-0323	訪問リハビリを提供している事業所数	訪問リハビリテーションサービス事業所数	1	1	介護サービス情報公表システム (2023年5月時点)	S	
111	脳S-0324	通所リハビリを提供している事業所数	通所リハビリテーションサービス事業所数	1	1	介護サービス情報公表システム (2023年5月時点)	S	
112	脳S-0325	老人保健施設定員数	介護老人保健施設サービス 定員数	1	1	介護サービス情報公表システム (2023年5月時点)	S	
113	脳P-0316	訪問看護を受ける患者数 (医療)	C005 在宅患者訪問看護・指導料 (保健師、助産師、看護師 (週3日まで)・准看護師 (週3日まで)・保健師、助産師、看護師 (週4日目以降)・准看護師 (週4日目以降)・悪性腫瘍患者への緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門研修を受けた看護師) 算定回数	1	1	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	算定回数は各診療行為の合計。ただし、元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
114	脳P-0317	訪問看護を受ける患者数 (介護)	訪問看護サービス 受給者数 (年度累計)	1	1	令和2年度介護保険事業状況報告 (年報)	P	
115	脳P-0317	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	C001 訪問歯科衛生指導料 (単一建物診療患者が1人・2人以上9人以下・それ以外) 算定回数	1	1	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	算定回数は各診療行為の合計。ただし、元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
116	脳S-0326	入退院支援を行っている医療機関数	入退院支援加算 届出施設数	1	1	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)	S	
117	脳P-0318	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	B005-1-2 介護支援等連携指導料 算定回数	1	1	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)	P	
118	脳S-0327	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	両立支援コーディネーター基礎研修 受講者数 (累計)	1	1	独立行政法人労働者健康安全機構「両立支援コーディネーター基礎研修」(令和5年3月31日現在)	S	

番号	内容	原簿	金額
1	心臓病・脳血管疾患・腎臓・聴覚障害等の発症予防が図られている	74 健康増進(労)	16%
		75 健康増進(食)	8.8%
		76 健康増進(生活)	13%
		77 エキスパート看護師の高賃給付	31.5%
		78 ハイパスケア推進の労務(食)	14.4%
		79 ハイパスケア推進の労務(食)	9.6%
		80 健康増進委員会の年次報告書の作成費	21%
		81 健康増進委員会の年次報告書作成費(労務・労務)の労務(労務)	44%
		82 健康増進委員会の年次報告書作成費(労務)	31%
		83 健康増進委員会の年次報告書作成費(労務)	10%
2	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	84 健康増進委員会の年次報告書の作成費	16%
		85 健康増進委員会の年次報告書の作成費	32%
3	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	86 健康増進委員会の年次報告書の作成費	16%
		87 健康増進委員会の年次報告書の作成費	32%
4	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	88 健康増進委員会の年次報告書の作成費	16%
		89 健康増進委員会の年次報告書の作成費	32%
5	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	90 健康増進委員会の年次報告書の作成費	16%
		91 健康増進委員会の年次報告書の作成費	32%
6	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	92 健康増進委員会の年次報告書の作成費	16%
		93 健康増進委員会の年次報告書の作成費	32%
7	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	94 健康増進委員会の年次報告書の作成費	16%
		95 健康増進委員会の年次報告書の作成費	32%
8	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	96 健康増進委員会の年次報告書の作成費	16%
		97 健康増進委員会の年次報告書の作成費	32%
9	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	98 健康増進委員会の年次報告書の作成費	16%
		99 健康増進委員会の年次報告書の作成費	32%
10	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	100 健康増進委員会の年次報告書の作成費	16%
		101 健康増進委員会の年次報告書の作成費	32%

番号	内容	原簿	金額		
1	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	26 健康増進(労)	16%		
		27 健康増進(食)	14%		
		28 健康増進(生活)	10%		
		29 エキスパート看護師の高賃給付	44%		
		30 ハイパスケア推進の労務(食)	13%		
		31 健康増進委員会の年次報告書の作成費	7%		
		2	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	32 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%
				33 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%
		3	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	34 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%
				35 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%
4	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	36 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		37 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		
5	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	38 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		39 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		
6	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	40 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		41 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		
7	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	42 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		43 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		
8	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	44 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		45 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		
9	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	46 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		47 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		
10	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	48 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		49 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		

番号	内容	原簿	金額		
1	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	4 健康増進(労)	16%		
		5 健康増進(食)	13%		
		6 健康増進(生活)	10%		
		7 エキスパート看護師の高賃給付	44%		
		8 ハイパスケア推進の労務(食)	13%		
		9 健康増進委員会の年次報告書の作成費	7%		
		2	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	10 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%
				11 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%
		3	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	12 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%
				13 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%
4	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	14 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		15 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		
5	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	16 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		17 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		
6	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	18 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		19 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		
7	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	20 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		21 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		
8	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	22 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		23 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		
9	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	24 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		25 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		
10	心臓病・脳血管疾患等の発症予防が図られている	26 健康増進委員会の年次報告書の作成費	3%		
		27 健康増進委員会の年次報告書の作成費	6%		

心-C-010	127	心臓病を患っている介護福祉士の家族	42.5	202.5
21	心-C-020	心身の障がいを患っている介護福祉士の家族	40.0	200.0
心-C-026	128	心臓病を患っている介護福祉士の家族	40.0	160.0
22	心-C-028	介護福祉士の家族	40.0	160.0
心-C-034	129	介護福祉士の家族	40.0	160.0
心-C-038	130	介護福祉士の家族	40.0	160.0
23	心-C-035	介護福祉士の家族	40.0	160.0
心-C-037	131	介護福祉士の家族	40.0	160.0
23	心-C-036	介護福祉士の家族	40.0	160.0
心-C-039	132	介護福祉士の家族	40.0	160.0
心-C-030	133	介護福祉士の家族	40.0	160.0
心-C-031	134	介護福祉士の家族	40.0	160.0
心-C-031	135	介護福祉士の家族	40.0	160.0
心-C-031	136	介護福祉士の家族	40.0	160.0

心-C-035	71	介護福祉士の家族	72.0	336.0
心-C-035	72	介護福祉士の家族	72.0	336.0
心-C-035	73	介護福祉士の家族	72.0	336.0

指標一覧および出典情報

連番	指標番号	指標名	定義詳細	国表	都道府県表	出典	SPO分類	備考
8		虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男）	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率					
9		虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女）	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率					
10		心不全の年齢調整死亡率（男）	心不全患者の年齢調整死亡率					
11		心不全の年齢調整死亡率（女）	心不全患者の年齢調整死亡率					
12	心O-010	大動脈疾患の年齢調整死亡率（男）	大動脈疾患患者及び大動脈系疾患患者の年齢調整死亡率	1	1	人口動態特殊報告（平成27年 都道府県別年齢調整死亡率）	O	
13		大動脈疾患の年齢調整死亡率（女）	大動脈疾患患者及び大動脈系疾患患者の年齢調整死亡率					
14		心血管疾患の年齢調整死亡率（男）	心疾患（高血圧性を除く）患者の年齢調整死亡率					
15		心血管疾患の年齢調整死亡率（女）	心疾患（高血圧性を除く）患者の年齢調整死亡率					
16		心疾患標準化死亡率（全体）（男性）	心疾患標準化死亡率（全体）					
17		心疾患標準化死亡率（全体）（女性）	心疾患標準化死亡率（全体）					
18	心O-0102	心疾患標準化死亡率（急性心筋梗塞）（男性）	心疾患標準化死亡率（急性心筋梗塞）	1	1	人口動態特殊報告（平成25年～平成29年 人口動態保健所・市区町村別統計）	O	二次医療圏別の値は、市区町村別の標準化死亡率と死亡数から期待死亡数を逆算し、二次医療圏別に死亡数と期待死亡数を集計することで算出している。
19		心疾患標準化死亡率（急性心筋梗塞）（女性）	心疾患標準化死亡率（急性心筋梗塞）					
20		心疾患標準化死亡率（心不全）（男性）	心疾患標準化死亡率（心不全）					
21		心疾患標準化死亡率（心不全）（女性）	心疾患標準化死亡率（心不全）					
22	心O-010	健康寿命（男）	日常生活に制限のない期間の平均	1	1	厚生労働科学研究「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくりに運動に向けた研究」都道府県別健康寿命（2019年）	O	目標値の設定方法：2016年から2040年までに3年延伸を達成とした場合に2018年（令和10年）の時点で達成する見込みの延伸年数を男性は2016年の全国の上位四分の一、女性は全国値にそれより加えることより設定した。
23		健康寿命（女）	日常生活に制限のない期間の平均					
24	心O-0104	心不全患者の再入院率	心不全患者の再入院率	NA	NA	独自調査	O	
25	心O-0105	心疾患患者のQOL	例：生活満足度など	NA	NA	独自調査	O	
26	心P-0201	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	虚血性心疾患 来院時の状況（救急車により搬送） 入院（新入院）+入院（繰越入院）+外来（千人）	NA	NA	令和2年患者調査の個票解析	P	
27		大動脈疾患により救急搬送された患者数	大動脈疾患 来院時の状況（救急車により搬送） 入院（新入院）+入院（繰越入院）+外来（千人）					
28		虚血性心疾患受療率（入院）	虚血性心疾患受療率（人口10万人対）	1	1	令和2年患者調査		
29	心O-020	虚血性心疾患受療率（外来）	虚血性心疾患受療率（人口10万人対）				O	
30		虚血性心疾患全体（入院）（SCR）	傷病分類（主病名） 虚血性心疾患	1	1	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）		
31		虚血性心疾患全体（外来）（SCR）	傷病分類（主病名） 虚血性心疾患					
32	心P-0202	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	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間（分）	1	1	令和4年版 救急救助の現況	P	注：掲載データは心血管疾患患者に限定していない。
33	心O-0202	心疾患による救急搬送患者の初診時の死亡数	心疾患による救急搬送患者の初診時の死亡数	NA	NA	独自調査	O	
34	心O-0203	心臓機能停止の1か月後の予後 1か月後生存率	一般市民が目撃した心原性心臓機能停止傷病者の1か月後生存率	1	1	令和4年版 救急救助の現況	P	
35		心臓機能停止の1か月後の予後 1か月後社会復帰率	一般市民が目撃した心原性心臓機能停止傷病者の1か月後社会復帰率					
36	心P-0203	PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内の冠動脈再開通達成率（%）	分子：来院後90分以内冠動脈再開通件数 算定回数（K5461経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）+K5491経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞））（入院+外来） 分母：PCI施行件数 算定回数（K5461経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）+K5462経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）+K5491経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）+K5492経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症））（入院+外来）	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	
37	心P-0204	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）	K546経皮的冠動脈形成術（入院）	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	
38		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）	K546経皮的冠動脈形成術（入院）	1	1	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）		
39	心P-0205	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	K551冠動脈形成術（血管内腔挿入）+ K552冠動脈、大動脈バイパス移植術 + K552-2冠動脈、大動脈バイパス移植術（人口心臓を使用しないもの）	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
40	心P-0206	大動脈疾患患者に対する手術件数	K560大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む）	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	
41	心P-0207	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（単位数）	H000心大血管疾患リハビリテーション科（1）（入院）	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	
42		入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	H000心大血管疾患リハビリテーション科（1）（入院）	1	1	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）		
43	心P-0208	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（算定回数）	A226-2緩和ケア診療加算	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	注：掲載データは心血管疾患患者に限定していない。
44		心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（SCR）	A226-2緩和ケア診療加算	1	1	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）		
45	心P-0209	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）	A246-4地域連携診療計画加算	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	注：掲載データは心血管疾患患者に限定していない。
46		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	A246-4地域連携診療計画加算	1	1	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）		
47		虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	退院患者平均在院日数（患者所在地） 虚血性心疾患（病院+一般診療所）	1	1			
48	心O-0204	心血管疾患の退院患者平均在院日数	退院患者平均在院日数（患者所在地） 心血管疾患（高血圧性のものを除く）（病院+一般診療所）	1	1	令和2年患者調査	O	
49	心O-0205	急性心筋梗塞の院内死亡率	急性心筋梗塞の院内死亡率	NA	NA	JROAD循環器疾患診療実態調査（日本循環器学会調査）（令和3年）	O	
50		急性大動脈解離の院内死亡率	急性大動脈解離の院内死亡率	NA	NA			
51	心P-0210	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（単位数）	H000心大血管疾患リハビリテーション科（1）（入院）	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	心P-0207の再掲
52		入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	H000心大血管疾患リハビリテーション科（1）（入院）	1	1	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）		
53	心P-0211	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（単位数）	H000心大血管疾患リハビリテーション科（1）（外来）	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	
54		外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	H000心大血管疾患リハビリテーション科（1）（外来）	1	1	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）		
55	心P-0212	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（算定回数）	A226-2緩和ケア診療加算	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	心P-0208の再掲
56		心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（SCR）	A226-2緩和ケア診療加算	1	1	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）		注：掲載データは心血管疾患患者に限定していない。
57	心P-0213	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）	A246-4地域連携診療計画加算	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	心P-0209の再掲
58		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	A246-4地域連携診療計画加算	1	1	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）		注：掲載データは心血管疾患患者に限定していない。
59	心O-0206	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	1	1		O	心O-0204の再掲
60		心血管疾患の退院患者平均在院日数	心血管疾患の退院患者平均在院日数	1	1	令和2年患者調査		
61	心P-0214	心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数	B001-9療養・就労両立支援指導料（初回・2回目以降）	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	算定回数は初回・2回目以降の合計。ただし、元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
62	心O-0207	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	NA	NA	厚生労働省患者調査（平成29年）	O	
63		在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	NA	NA			
64	心P-0215	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（単位数）	H000心大血管疾患リハビリテーション科（1）（外来）	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	心P-0211の再掲
65		外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	H000心大血管疾患リハビリテーション科（1）（外来）	1	1	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）		
66	心P-0216	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）	A246-4地域連携診療計画加算	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	心P-0209の再掲
67		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	A246-4地域連携診療計画加算	1	1	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）		注：掲載データは心血管疾患患者に限定していない。
68	心P-0217	訪問診療の実施件数	C001在宅患者訪問診療科（1）（1・2）（同一建物居住者・同一建物居住者以外の場合） 算定回数	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	算定回数は各診療行為の合計。ただし、元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
69	心P-0218	訪問看護利用者数（医療）	C005在宅患者訪問看護・指導料（保健師、助産師、看護師（週3日目まで）・准看護師（週3日目まで）・保健師、助産師、看護師（週4日目以降）・准看護師（週4日目以降）・悪性腫瘍患者への緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門研修を受けた看護師）算定回数	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	算定回数は各診療行為の合計。ただし、元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
70		訪問看護利用者数（介護）	（介護保険） 訪問看護サービス 受給者数（年度累計）	1	1	令和2年度介護保険事業状況報告（年報）		
71	心P-0219	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療）	C008在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が1人・2人以上9人以下・10人以上の場合） 算定回数	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	医療の算定回数は各診療行為の合計。ただし、元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
72		薬剤師の居宅療養管理指導の実施件数（介護）	（介護保険）居宅療養管理指導（薬剤師）算定回数（千件）	1	NA	令和3年度介護給付費等実態統計		
73	心P-0220	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（慢性期）	NA	NA	独自調査	P	
74	心O-030	喫煙率（男）	世界人口（20歳以上）で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合	1	1	令和元年国民生活基礎調査	O	
75		喫煙率（女）	世界人口（20歳以上）で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合					
76	心S-0301	禁煙外来を行っている医療機関数	禁煙外来を設置している病院数・一般診療所数の合計	1	1	令和2年医療施設静態調査	S	
77	心P-0301	ニコチン依存管理の実施件数	B001-3-2 ニコチン依存管理料1（初回・2回目～4回目（対面で行った場合・情報通信機器を用いた場合）・5回）、ニコチン依存管理料2（一連につき） 算定回数	1	1	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）	P	算定回数は各診療行為の合計。ただし、元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満の場合は秘匿処理されているため、合計には反映されていない。
78	心P-0302	ハイスループット飲酒者の割合（男）	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	1	NA	平成28年国民健康・栄養調査、平成28年京都府民健康・栄養調査	P	
79		ハイスループット飲酒者の割合（女）	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					
80	心P-0303	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（10万人対） 基準人口：昭和60年人口モデル	1	1	令和2年患者調査を基に計算	P	年齢調整に従来の昭和60年人口モデルを用いたもの
81		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（参考：平成27年平準化人口モデル）	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（10万人対） 基準人口：平成27年平準化人口モデル					年齢調整に平成27年平準化人口モデル（厚生労働省「基準人口の改訂に向けた検討会」2020年6月18日資料）を用いたもの

京都府循環器病対策推進協議会委員名簿

	選出区分	団 体 名	委 員
1	循環器病患者および循環器病患者であった者並びにこれらの者の家族又は遺族を代表する者	患者代表 公募（脳卒中）	渡邊 一也
2		患者代表 公募（心血管疾患）	石神 彩乃
3	救急業務に従事する者	京都府消防長会	井上 元次
4		京都第一赤十字病院	沢田 尚久
5	循環器病に係る保健、医療又は福祉の業務に従事する者	一般社団法人 京都府医師会	松井 道宣
6		一般社団法人 京都府病院協会	辰巳 哲也
7		一般社団法人 京都私立病院協会	清水 鴻一郎
8		一般社団法人 京都府歯科医師会	中村 雅彦
9		一般社団法人 京都府薬剤師会	楠本 正明
10		公益社団法人 京都府看護協会	井川 順子
11		公益社団法人 京都府栄養士会	幣 憲一郎
12		京都府リハビリテーション三療法士会協議会	麻田 博之
13		一般社団法人 京都医療ソーシャルワーカー協会	島田 浩
14		公益社団法人 京都府介護支援専門員会	川添 チェミ
15		京都府健康福祉部リハビリテーション支援センター	近藤 正樹
16		京都府社会福祉協議会	本郷 俊明
17		京都府市長会	田口 茂仁
18	京都府町村会	斉藤 千冬	
19	学識経験者	日本脳卒中学会	宮本 享
20		日本循環器学会	尾野 亘
21		日本循環器学会	的場 聖明
22		日本神経学会	水野 敏樹
23		京都府参与	中川 正法