

第2期大阪府循環器病対策推進計画 (案)

令和 年 月

大阪府

目 次

| | |
|--|----|
| 第 1 章 計画策定の趣旨等 | 1 |
| 第 1 節 はじめに | 1 |
| 第 2 節 計画の位置付け | 2 |
| 第 3 節 計画期間 | 2 |
| 第 4 節 「SDGs 先進都市」をめざした取組の推進 | 2 |
| 第 2 章 循環器病の特徴及び大阪府における現状とこれまでの取組 | 3 |
| 第 1 節 循環器病の特徴 | 3 |
| 第 2 節 循環器病に関する現状 | 4 |
| (1) 人口推移 | 4 |
| (2) 平均寿命・健康寿命 | 5 |
| (3) 年齢調整死亡率 | 6 |
| (4) 主要な死亡原因 | 7 |
| (5) 介護が必要な状況に至った原因 | 8 |
| 第 3 節 第 1 期の取組 | 9 |
| 第 3 章 大阪府における循環器病対策の基本的な方向性、重点課題 及び全体目標 | 11 |
| 第 1 節 基本的な方向性及び重点課題 | 11 |
| 第 2 節 全体目標 | 11 |
| 第 4 章 個別施策 | 13 |
| 第 1 節 循環器病予防の取組の強化 | 13 |
| (1) 循環器病の発症予防や重症化防止などの知識の普及啓発 | 13 |
| (2) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進 | 21 |
| 第 2 節 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実 | 23 |
| (1) 救急医療体制の整備 | 23 |
| (2) 循環器病に係る医療提供体制の構築 | 29 |
| (3) 社会連携に基づく循環器病対策及び循環器病患者支援 | 45 |
| (4) リハビリテーション等の取組 | 52 |
| (5) 新興感染症の発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策 | 55 |
| 第 3 節 循環器病患者等を支えるための環境づくり | 57 |
| (1) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援 | 57 |
| (2) 循環器病の緩和ケア | 59 |
| (3) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援及び治療と仕事の両立支援・ 就労支援 | 61 |

| | |
|-----------------------------|-----------|
| 第4節 循環器病対策を推進するために必要な体制の整備 | 65 |
| (1) 循環器病対策に係る基盤の整備 | 65 |
| (2) 循環器病に係る多職種連携と知見の共有 | 67 |
| (参考) 個別施策まとめ | 69 |
| 第5章 循環器病対策の推進体制 | 71 |
| 第1節 大阪府における循環器病対策の推進体制 | 71 |
| 第6章 計画の評価・見直し | 73 |
| 第1節 循環器病対策の進捗状況の把握及び施策の効果検証 | 73 |
| 第2節 計画の評価・見直し | 73 |
| 参考資料 | 77 |

第1章 計画策定の趣旨等

第1節 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、我が国の主要な死亡要因となっています。循環器病には、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳内出血、くも膜下出血など）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞など）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流症など）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤^{りゅう}など）、末梢^{しやう}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ています。
- 循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するため、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（平成30年法律第105号。以下「基本法」という。）が令和元年12月1日に施行されました。
- 国は令和2年10月27日、基本法第9条第1項の規定に基づき、令和2年度から令和4年度までの約3年間の計画期間として、「循環器病対策推進基本計画」（以下「国計画」という。）を策定し、「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」等の幅広い循環器病対策に総合的に取り組むことにより、健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少をめざすこととしました。さらに、社会情勢等の変化を踏まえ、新興感染症の発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策や、他の疾患等に係る対策（「第4期がん対策推進基本計画」、「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」、「腎疾患対策検討会報告書」）と連携を進めることを新たに追加し、令和5年度から令和10年度までの6年間の計画期間として第2期計画を策定しました。
- 大阪府では、この国計画を基本に、令和4年度から令和5年度までの2年間の計画期間として、本府の循環器病に係る実情を踏まえ、地域の特性に応じた「大阪府循環器病対策推進計画」を策定し、「循環器病の発症予防及び重症化防止の推進」、「循環器病患者に対する医療、福祉サービスの継続的かつ総合的な実施」を基本的な方向性として設定し、健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少をめざすこととしました。このたび、国計画の改訂等を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間の計画期間とした第2期計画を策定し、引き続き、循環器病対策の一層の推進を図ることとします。

第2節 計画の位置付け

- この計画は、基本法第11条第1項の規定に基づく都道府県計画として位置付け、国計画を基本として策定しています。
- また、庁内関係部局と連携して、「第8次大阪府医療計画」、「第4次大阪府健康増進計画」、「第4期大阪府がん対策推進計画」、「大阪府高齢者計画 2024」、「第5次大阪府障がい者計画」、「第5期大阪府地域福祉支援計画」、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」などの関連施策との整合性を図りつつ、本府の循環器病対策の基本的な方向性を定めるものです。

第3節 計画期間

- 基本法において調和を図るべきと規定されている「第8次大阪府医療計画」などの期間満了が令和11年度末であることから、本計画の計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

第4節 「SDGs 先進都市」をめざした取組の推進

- 大阪府では、2025年大阪・関西万博の開催都市として、世界の先頭に立って SDGs^(※1-1)に貢献する「SDGs 先進都市」をめざして取組を進めています。
- 本計画の取組は、SDGs のうち以下に掲げる目標と関連が深いことから、こうした観点も踏まえながら推進します。



(※1-1) 持続可能な開発目標 (SDGs:Sustainable Development Goals) :

平成27年9月国連サミットにおいて策定された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」で設定された、2030年を年限とする国際目標であり、誰一人取り残さない持続可能な社会の実現のため、17の目標、169のターゲットが定められています。

第2章 循環器病の特徴及び大阪府における現状とこれまでの取組

第1節 循環器病の特徴

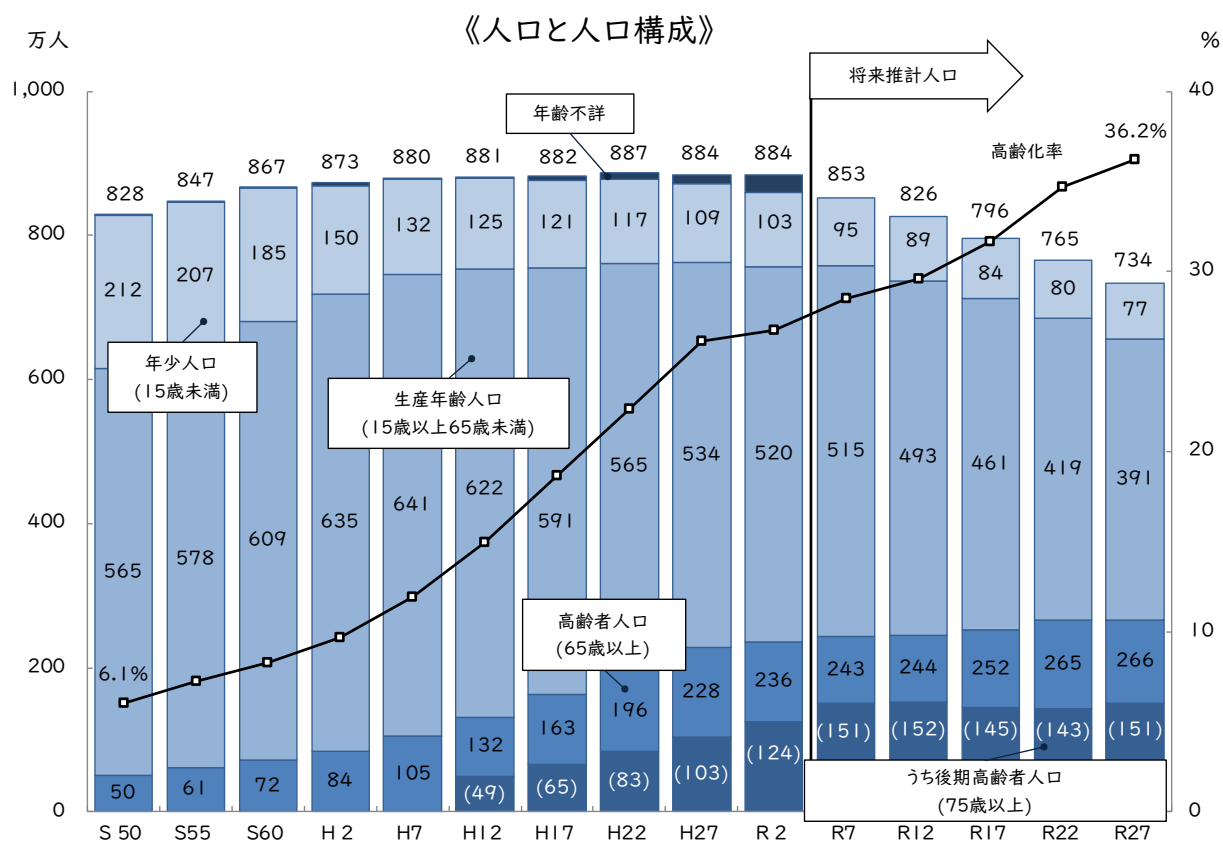
- 循環器病は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあり、悪性新生物(がん)と比べても循環器病の患者の年齢層は高いですが、他方で、乳幼児期、青壮年期、高齢期のいずれの世代でも発症するものであり、就労世代の患者も一定程度存在しています。
- 循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態が大きな誘因になります。その経過は、生活習慣病の予備群、循環器病をはじめとする生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行しますが、患者自身が気付かない間に病気が進行することも多くなっています。ただし、これらの経過のうち、いずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な治療によって予防・進行抑制が可能であるという側面もあります。
- また、循環器病には生活習慣にかかわらず、先天性疾患、遺伝性疾患、感染性疾患、加齢などを原因とする疾患等、様々な病態が存在しています。
循環器病は、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り、突然死に至ることがあります。たとえ死に至らなくとも、特に脳卒中においては重度の後遺症を残すことも多くありますが、発症後早急に適切な治療を行えば、後遺症を含めた予後が改善される可能性があります。
- また、回復期及び慢性期には、急性期に生じた障がいや後遺症として残る可能性があります。また、症状の重篤化や急激な悪化が複数回生じる危険性を常に抱えているなど、再発や増悪を来しやすいといった特徴があるとともに、脳血管疾患や心疾患の両方に罹患することもあるなど、発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化することも特徴の一つとなっています。

第2節 循環器病に関する現状

(1) 人口推移

○大阪府の人口は、国勢調査によると令和2年には 8,837,685 人で、平成27年と比べると1,784人、率にして 0.02%の減少となり、平成22年をピークに減少期に突入しています。

○65歳以上の高齢者人口の割合は年々増加し、令和27年には 36.2%を占めるとされ、全体の3分の1を超えると見込まれています。



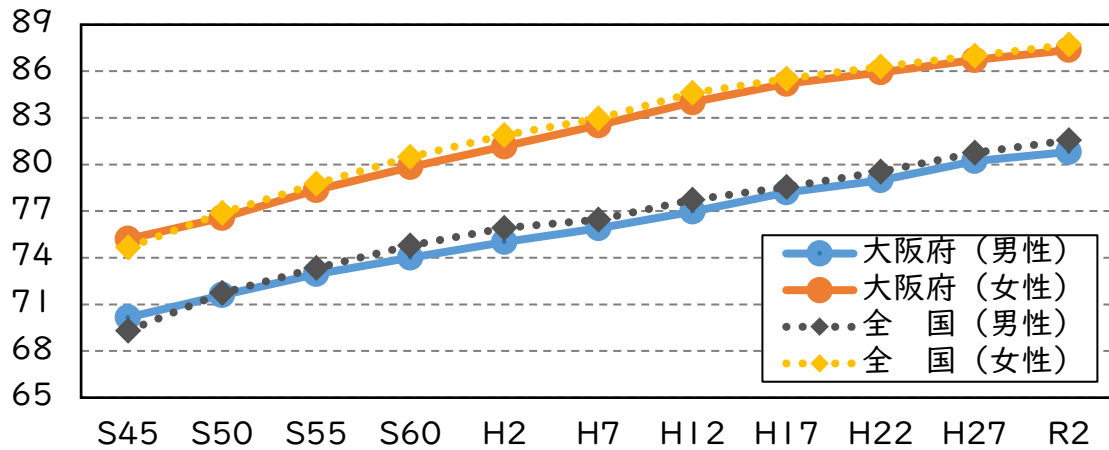
出典：総務省「国勢調査」、
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

(2) 平均寿命・健康寿命

○大阪府の平均寿命は、全国の平均寿命と同様、年々延びており、また、男性・女性ともに、全国の平均寿命との大きな差異はありません。

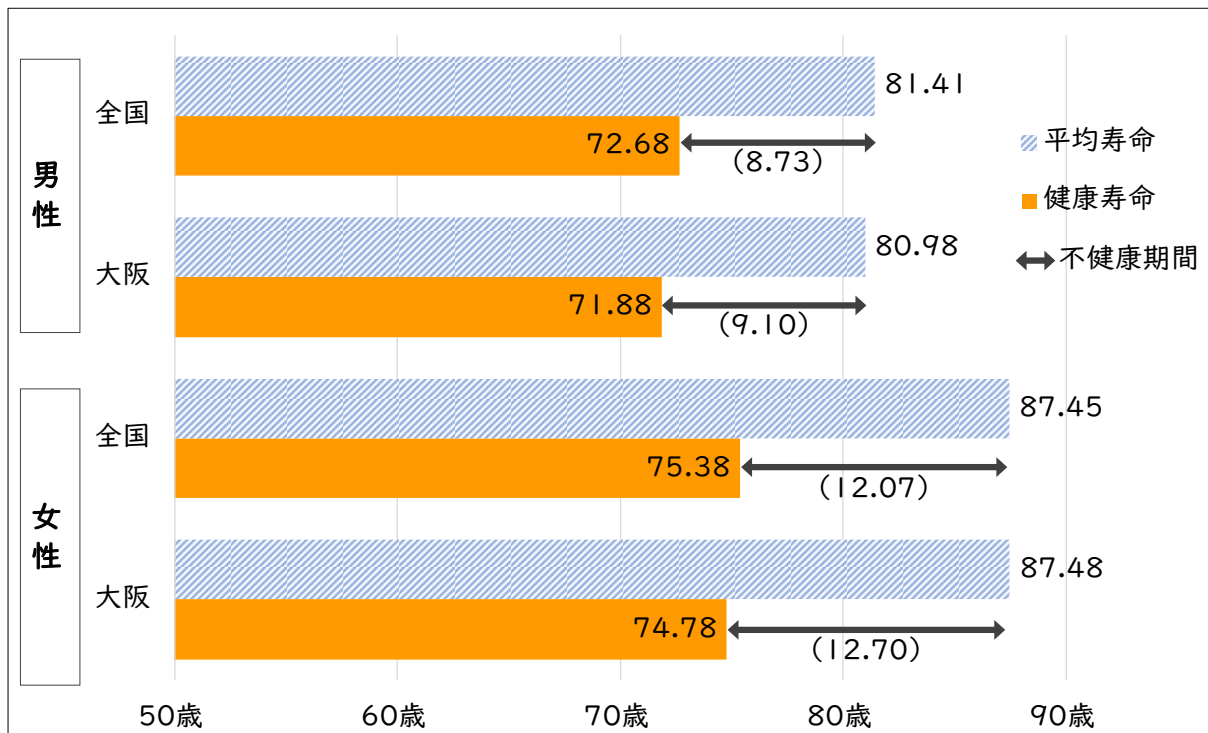
○健康寿命の全国と大阪府比較についても、男性・女性ともに大きな差異はないものの、「不健康な期間」においては、大阪府が全国を上回っています。

《平均寿命の推移》



出典：厚生労働省「完全生命表」「都道府県別生命表」

《平均寿命と健康寿命との差(令和元年)》



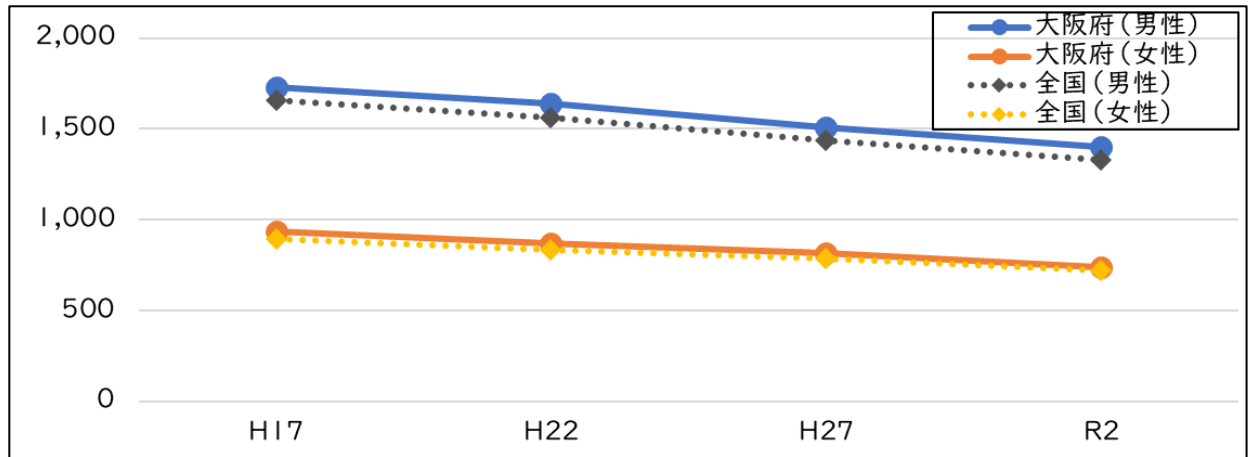
出典：健康日本21(第二次)推進専門委員会資料(令和3年12月20日)

(3) 年齢調整死亡率

○大阪府の年齢調整死亡率は、全国と同様、男性・女性ともに緩やかに減少しています。

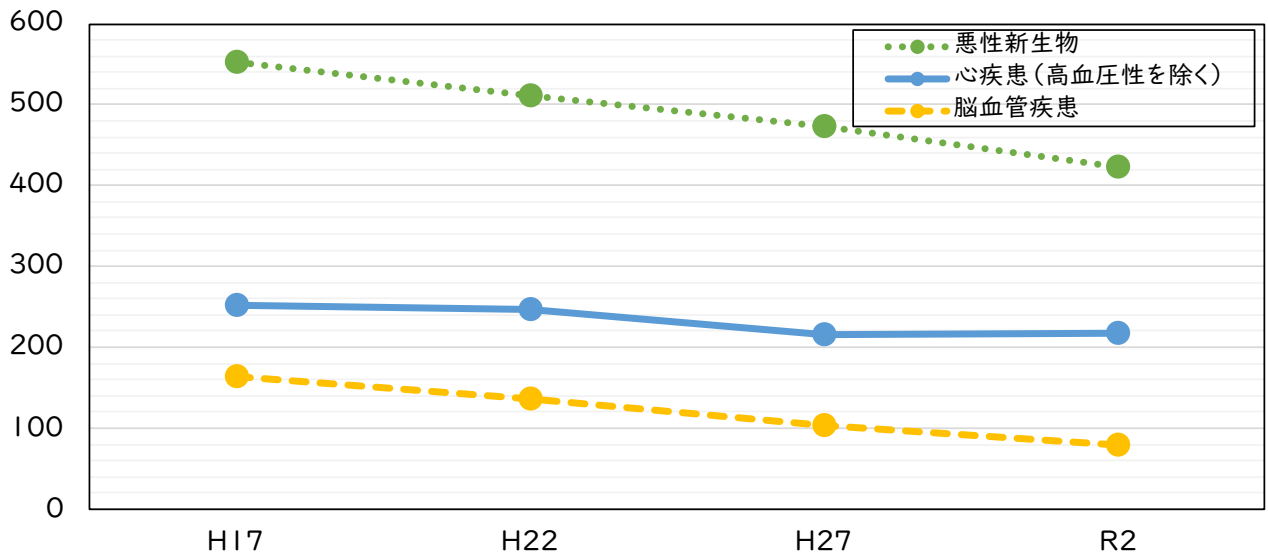
○また、国民の生命及び健康にとって重大な問題になっている悪性新生物(がん)、心疾患(高血圧性を除く)及び脳血管疾患についても、男性・女性ともに減少傾向を示しています。

《全国及び大阪府の年齢調整死亡率(人口10万人対)》



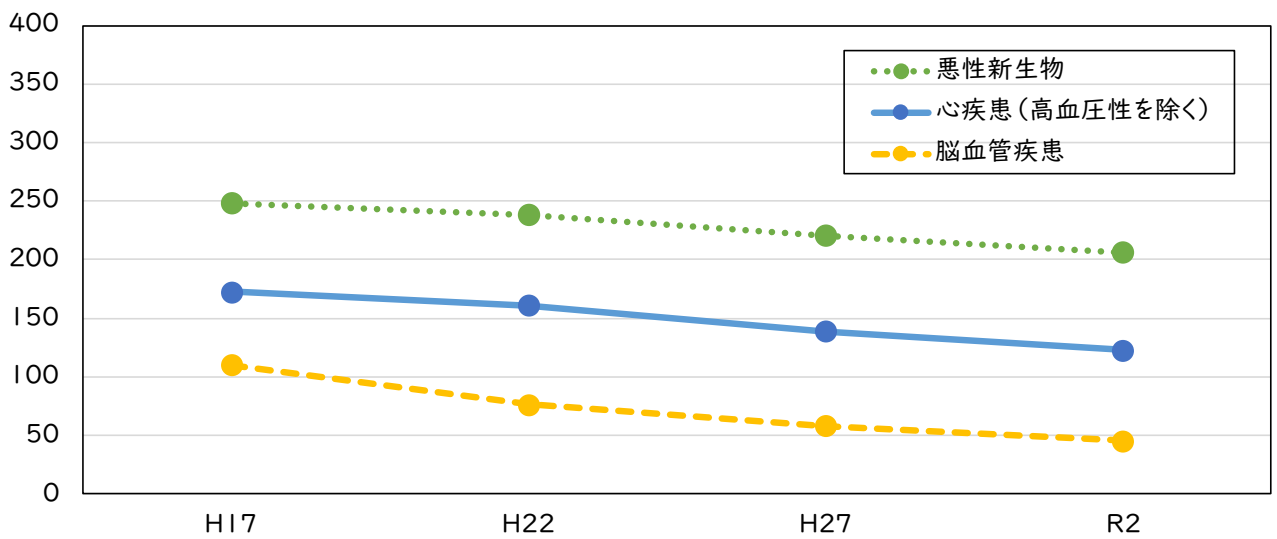
出典:厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

《大阪府の三大死因別年齢調整死亡率(人口10万人対;男性)》



出典:厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

《大阪府の三大死因別年齢調整死亡率(人口10万人対;女性)》

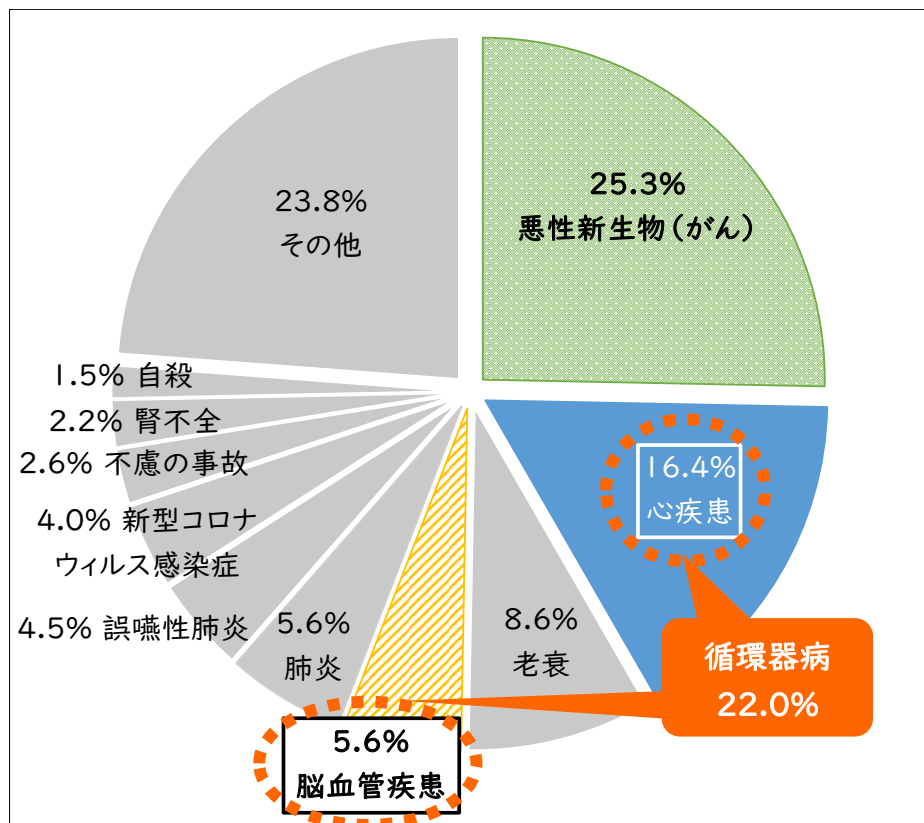


出典:厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

(4) 主要な死亡原因

○大阪府における死亡原因について、「心疾患」や「脳血管疾患」などの循環器病が全体の2割強を占めており、悪性新生物(がん)に次ぐ主要死亡原因となっています。

《大阪府の主要な死亡原因内訳(令和4年)》



(注) 「心疾患」については、高血圧性のものを除きます。

出典:厚生労働省「人口動態調査」

(5) 介護が必要な状況に至った原因

○介護保険法(平成9年法律第123号)上の「要支援状態」又は「要介護状態」に至った主な原因のうち、総数及び要介護認定を受けた者については「脳血管疾患(脳卒中)」が上位を占めています。

《「要支援状態」又は「要介護状態」に至った主な原因(令和4年)》

(単位:%)

| 現在の 要介護度 | 順位 | | 順位 | | 順位 | |
|-------------|------------|------|------------|------|---------|------|
| | 1位 | | 2位 | | 3位 | |
| 総数 | 認知症 | 16.6 | 脳血管疾患(脳卒中) | 16.1 | 骨折・転倒 | 13.9 |
| 要支援者 | 関節疾患 | 19.3 | 高齢による衰弱 | 17.4 | 骨折・転倒 | 16.1 |
| 要支援1 | 高齢による衰弱 | 19.5 | 関節疾患 | 18.7 | 骨折・転倒 | 12.2 |
| 要支援2 | 関節疾患 | 19.8 | 骨折・転倒 | 19.6 | 高齢による衰弱 | 15.5 |
| 要介護者 | 認知症 | 23.6 | 脳血管疾患(脳卒中) | 19.0 | 骨折・転倒 | 13.0 |
| 要介護1 | 認知症 | 26.4 | 脳血管疾患(脳卒中) | 14.5 | 骨折・転倒 | 13.1 |
| 要介護2 | 認知症 | 23.6 | 脳血管疾患(脳卒中) | 17.5 | 骨折・転倒 | 11.0 |
| 要介護3 | 認知症 | 25.3 | 脳血管疾患(脳卒中) | 19.6 | 骨折・転倒 | 12.8 |
| 要介護4 | 脳血管疾患(脳卒中) | 28.0 | 骨折・転倒 | 18.7 | 認知症 | 14.4 |
| 要介護5 | 脳血管疾患(脳卒中) | 26.3 | 認知症 | 23.1 | 骨折・転倒 | 11.3 |

※ 「現在の要介護度」とは、令和4年6月の要介護度をいいます。

出典:厚生労働省「国民生活基礎調査(令和4年)」

第3節 第1期の取組

○循環器病予防の取組については、第1期計画に基づき、ライフステージに応じた健康づくりを多様な主体と連携・協働して推進しました。とりわけ、喫煙率の減少のための若い世代に向けた取組みとして、府立学校及び市町村教育委員会における児童・生徒を対象とした講習会等の実施や健康アプリ「アスマイル」を活用した特定健康診査の受診率向上対策、「保健指導プログラム」を用いた効果的な保健指導の推進、大阪府受動喫煙防止条例の一部施行などの取組みを行ってきたところです。

○保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実については、医療体制の構築のため、地域枠医師等との面談を踏まえたキャリア形成プログラムの作成や、ORION（大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム）を活用した搬送状況等の分析、在宅医療の充実や医療・介護の連携推進のための医療従事者等への研修の実施、脳卒中等患者における医科歯科連携の推進などの取組を行ってきたところです。

《目標値の進捗状況》

| 項目 | 指標 | 現状 | 目標値 | 進捗状況 |
|-----|---|------------------------|---------------------|----------------------|
| (a) | 成人の喫煙率 (男性/女性) | 30.4%/10.7% (平成28年) | 15%/5% (令和5年度) | 24.3%/8.6% (令和4年) |
| (b) | 特定健康診査 受診率 | 45.6% (平成27年度) | 70%以上 (令和5年度) | 53.1% (令和3年度) |
| (c) | 特定保健指導 実施率 | 13.1% (平成27年度) | 45% (令和5年度) | 22.1% (令和3年度) |
| (d) | キャリア形成 プログラム作成率 | 40% (平成30年度) | 100% (令和5年度) | 100% (令和5年度) |
| (e) | 脳卒中救急搬送 患者における搬送 困難 ^(※2-1) 患者数 | 891件 (平成27年) | 「減少」 (令和5年度) | 1,509件 (令和4年) |
| (f) | 心血管疾患救急 搬送患者における 搬送困難 ^(※2-1) 患 者数 | 1,136件 (平成27年) | 「減少」 (令和5年度) | 2,862件 (令和4年) |
| (g) | 訪問診療件数 | 107,714件 (平成26年9月) | 190,820件 (令和5年度) | 144,448件 (令和2年度) |
| (h) | 介護支援連携 指導料算定件数 | 25,321件 (平成27年) | 37,230件 (令和5年度) | 26,112件 (令和3年度) |

《全体目標の進捗状況》

| 指標 | 現状 | 目標値 | 進捗状況 |
|--------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------|
| 健康寿命の延伸 (男性/女性) | 70.46歳/72.49歳 (平成25年) | 2歳以上延伸 (令和5年度) | 71.88歳/74.78歳 (令和元年) |

(※2-1)搬送困難:救急隊による「医療機関への受入れ照会回数4回以上」の事案をいいます。

第3章 大阪府における循環器病対策の基本的な方向性、重点課題及び全体目標

第1節 基本的な方向性及び重点課題

○第2章第2節に掲げた大阪府における循環器病対策に関する現状を踏まえ、今後、疾病による死亡の原因及び介護を要する状態となる原因の主要なものとなっている、循環器病について対策を強力に進めるため、以下に示す2つの「基本的な方向性」及び「重点課題」を設定します。

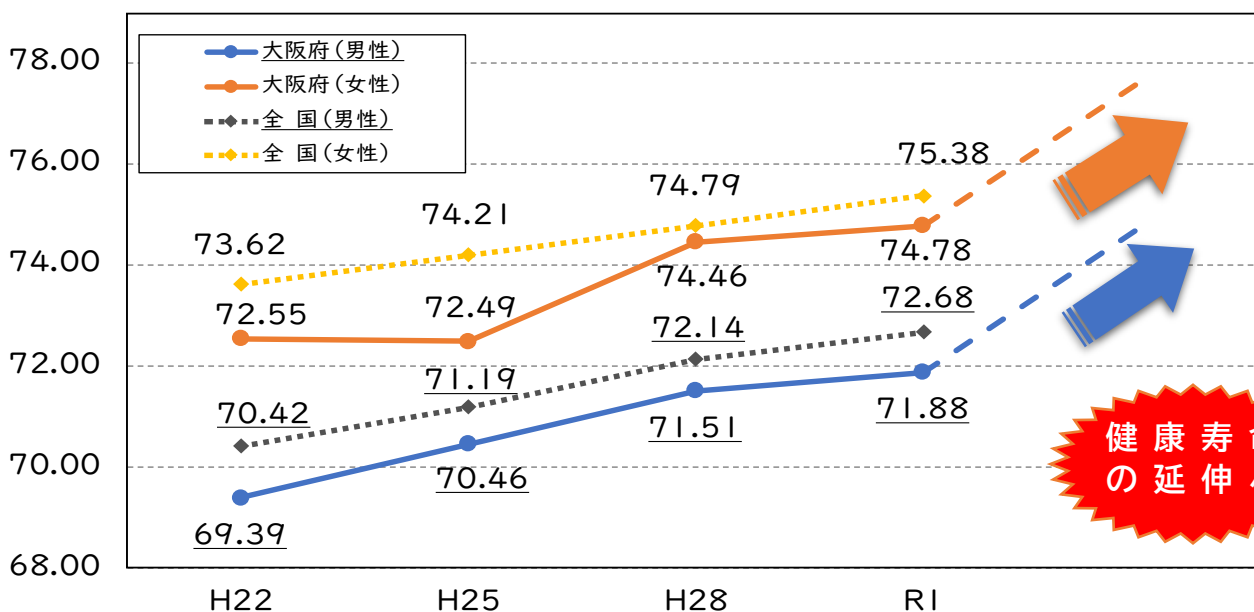
| 基本的な方向性 | |
|------------------------|------------------------------------|
| 1. 循環器病の発症予防及び重症化防止の推進 | 2. 循環器病患者に対する医療、福祉サービスの継続的かつ総合的な実施 |

| 重点課題 | |
|-------------------------------|--|
| 1. 循環器病に関する正しい知識に基づく自己管理行動の定着 | 2. 循環器病に関する治療(急性期から回復期・慢性期まで)や療養支援などの体制の整備 |

第2節 全体目標

○前節の基本的な方向性のもと重点課題の解決を行い、「『健康寿命の延伸』及び『循環器病の年齢調整死亡率の減少』」をめざします。

《健康寿命(日常生活に制限のない期間の平均)の推移(単位:年)》



出典:健康日本21(第二次)推進専門委員会資料(令和3年12月20日)、厚生労働科学研究報告書

第4章 個別施策

第1節 循環器病予防の取組の強化



(1) 循環器病の発症予防や重症化防止などの知識の普及啓発

(A) はじめに

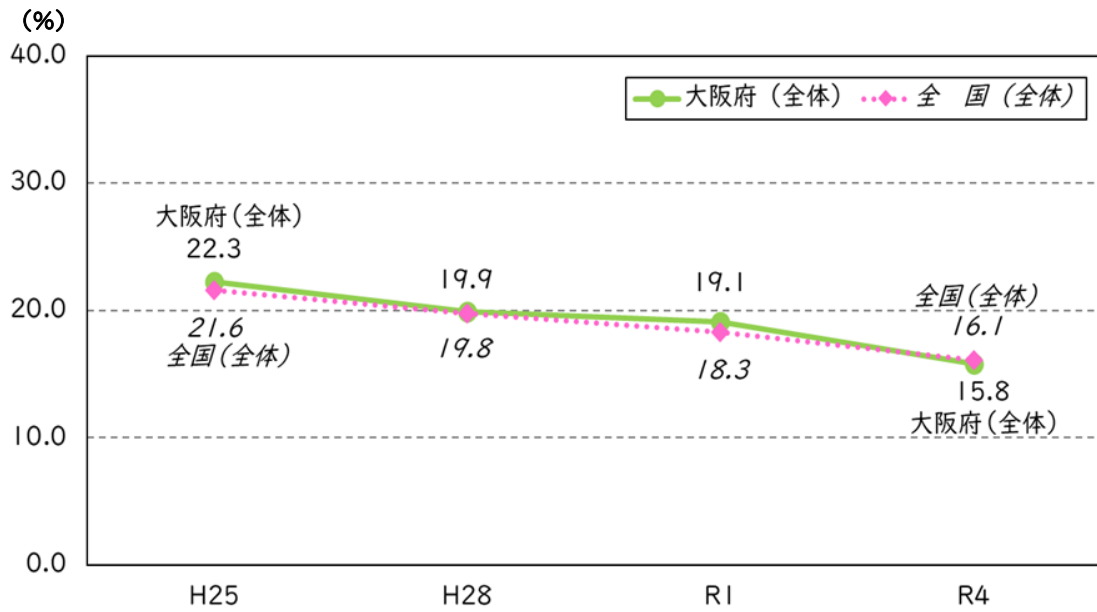
- 循環器病の多くは、運動不足や不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。その経過は、生活習慣病の予備群、循環器病をはじめとする生活習慣病の発症、重症化等へ進行し、患者自身が気付かないうちに病気が進行することが多いですが、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。
- また、循環器病には、先天性心疾患や加齢が原因で発症するものもありますが、適切なタイミングで介入することにより治療ができる可能性があります。
- 生活習慣病の予防について、大阪府では「第4次大阪府健康増進計画」に基づき、府民の健康寿命の延伸（生活習慣病の発症予防・重症化予防）の実現に向けて、指標を用いつつ現状と課題を明示しています。本項目では、同計画で示されている課題等を参照しつつ、取り組むべき施策について整理します。

(B) 現状と課題

1) 喫煙

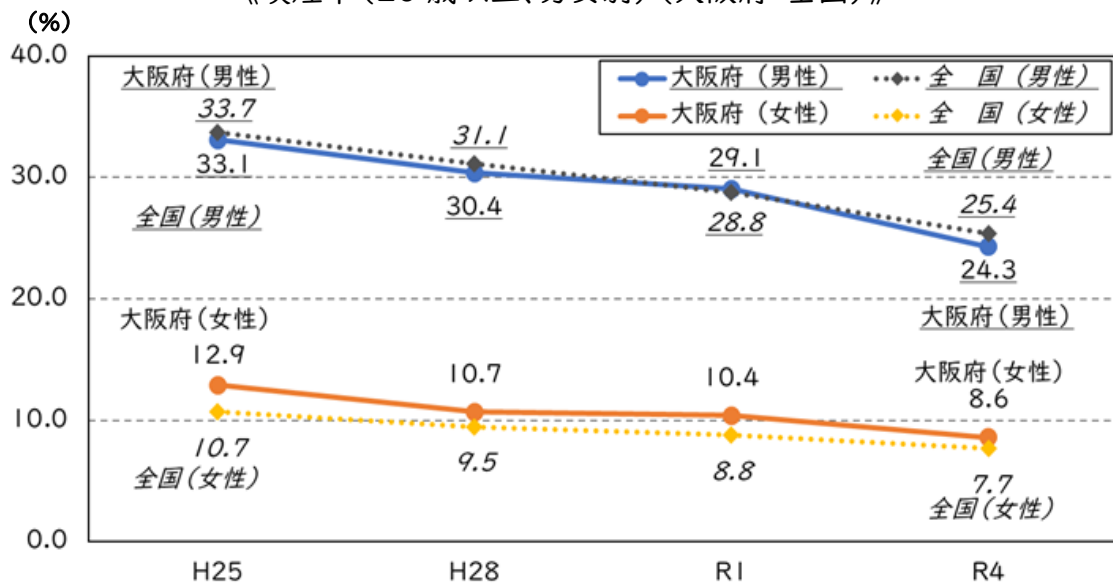
- 習慣的喫煙者の割合（喫煙率）は減少傾向にあり、大阪府は15.8%と、全国（16.1%）と大きな差異はありません。うち、男性は24.3%（全国の都道府県で高い方から順に40位）で50歳代（31.3%）が最も高くなっています。また、女性の場合、8.6%（全国7位）で50歳代（14.3%）が最も高く、全国と比べても大阪府は女性の喫煙率が高くなっています。
- 喫煙は、脳卒中や心筋梗塞などのリスク因子になるとの指摘があります。また、受動喫煙も脳卒中や虚血性心疾患などのリスク因子になると指摘されています。喫煙行動と受動喫煙が健康に与える影響を正しく理解し、禁煙などの適切な行動を促進するとともに、望まない受動喫煙の防止に向けた取組が求められます。

《喫煙率(20歳以上、男女合計)(大阪府・全国)》



出典:国民生活基礎調査(厚生労働省)

《喫煙率(20歳以上、男女別)(大阪府・全国)》



出典:国民生活基礎調査(厚生労働省)

《喫煙率(年代別)(令和4年・大阪府)》

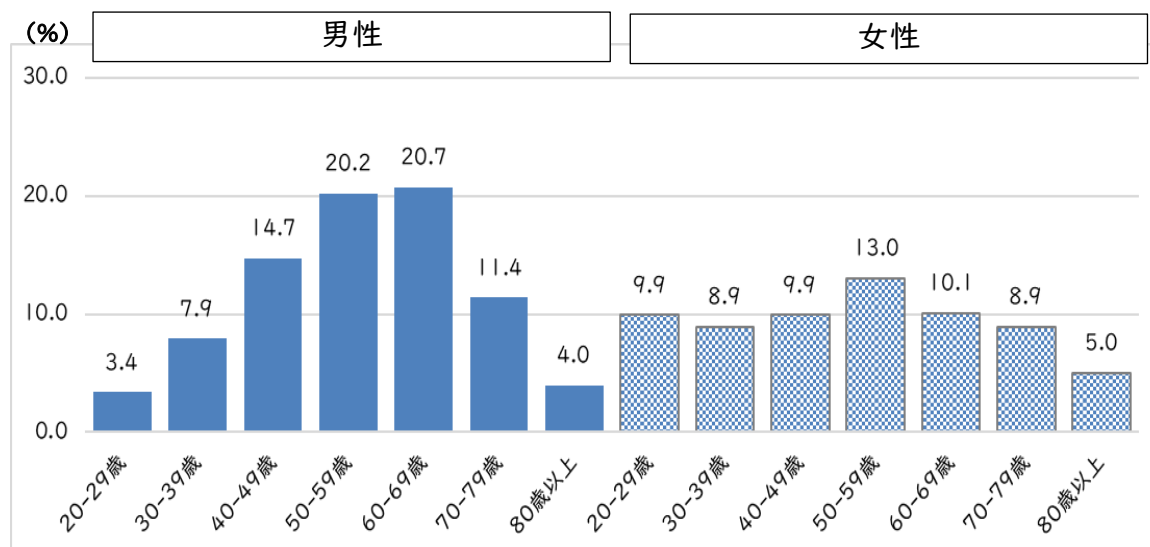
| | 男性 | 女性 | | 男性 | 女性 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 20歳代 | 16.5% | 5.7% | 50歳代 | 31.3% | 14.3% |
| 30歳代 | 26.7% | 8.3% | 60歳代 | 30.9% | 10.4% |
| 40歳代 | 30.2% | 12.0% | 70歳以上 | 15.7% | 4.4% |

出典:国民生活基礎調査(厚生労働省)

2) 飲酒

- 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者^(※4-1)の割合をみると、男性は50歳代、60歳代で高くなっており、女性は50歳代において最も高くなっています。
- 多量飲酒による健康への影響やリスクの少ない飲酒方法の理解を促進し、飲酒する場合は、適量飲酒^(※4-2)を実践することが必要です。

《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(令和4年・大阪府)》



出典:大阪府健康づくり実態調査(令和4年)

(※4-1) 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者:

1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者で、国民健康・栄養調査における飲酒量と飲酒頻度の回答から、その割合を算出しています。

男性:(毎日×2合以上)+(週5~6日×2合以上)+(週3~4日×3合以上)+(週1~2日×5合以上)+(月1~3日×5合以上)。

女性:(毎日×1合以上)+(週5~6日×1合以上)+(週3~4日×1合以上)+(週1~2日×3合以上)+(月1~3日×5合以上)。

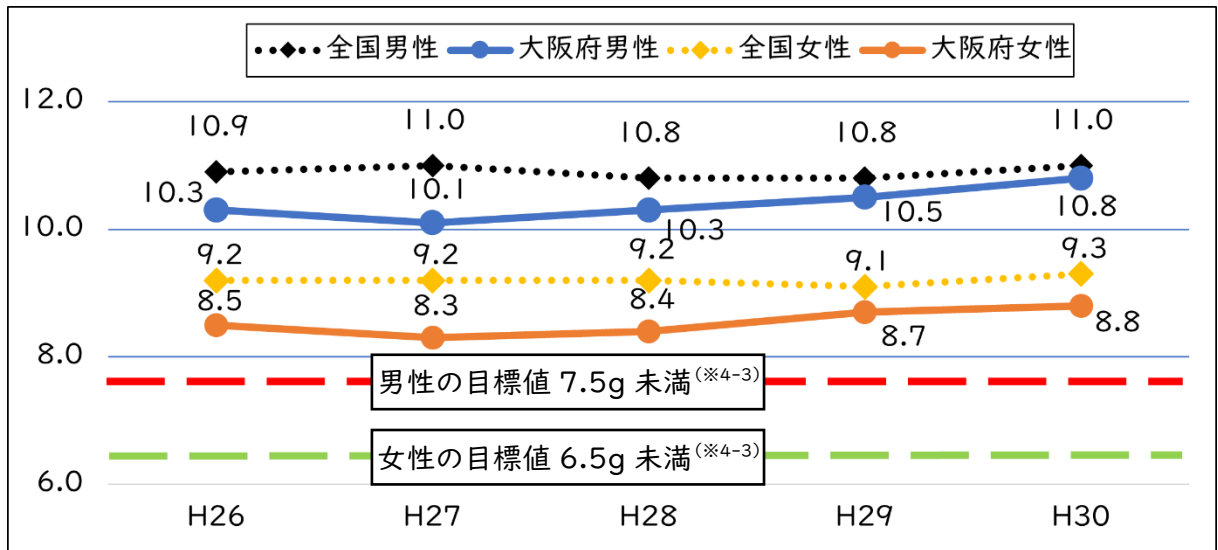
(※4-2) 適量飲酒:

節度ある適度な飲酒として、健康日本21では「1日平均純アルコールで約20g程度。女性は男性よりも少量が適当。アルコール代謝能の低い人は通常よりも少量が適当。高齢者はより少量が適当。依存症者は完全断酒が必要。飲酒習慣のない人に飲酒を推奨するものではない。」としています。純アルコールの換算の目安は、次のとおりです。清酒1合(180ml)が22g、ビール中瓶1本(500ml)が20g、焼酎1合(25度、180ml)が36g、ワイン1杯(120ml)が12g、ウイスキーダブル1杯(60ml)が20g。

3) 食塩摂取量

- 20歳以上の者の1日当たりの食塩摂取量の平均値について、大阪府は全国と比較して摂取量が少なくなっていますが、直近では若干ながら増加傾向にあります。
- また、国の「日本人の食事摂取基準(2020年度版)」^(※4-3)に定められている目標値よりも摂取量が多くなっており、高血圧症をはじめとした生活習慣病のリスクが高まっていると考えられます。

《食塩摂取量(1日あたり)の平均値の推移(20歳以上)》



出典:国民健康・栄養調査(厚生労働省)(大阪府集計)

4) 野菜摂取量

- 20歳以上の者の1日当たりの野菜摂取量の平均値について、大阪府は全国と比較して低位を推移しています。
- また、国の「健康日本21」^(※4-4)に定められている目標値の350gより90g程度少ない摂取量となっており、食塩摂取量の場合と同様、生活習慣病のリスクが高まっていると考えられます。

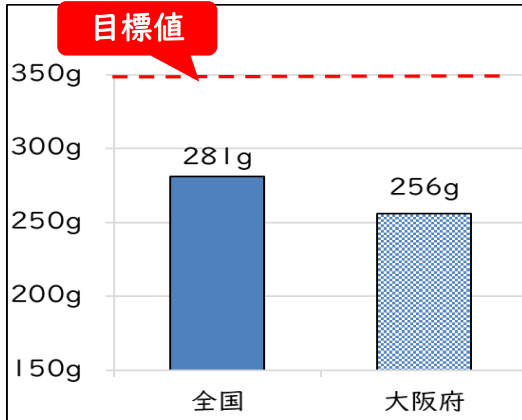
(※4-3) 日本人の食事摂取基準(2020年度版):

食塩摂取量(食塩相当量)の目標は男性7.5g未満、女性6.5g未満としています。

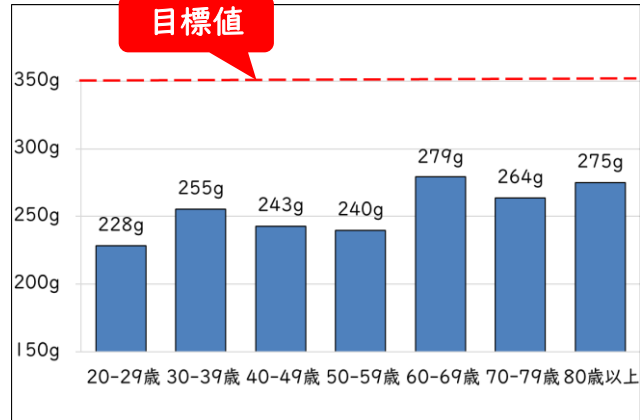
(※4-4) 健康日本21:

健康寿命の延伸と健康格差の縮小など、国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向を定めた国の計画です。計画期間は令和6年度から令和17年度までです。

《野菜摂取量(1日あたり)の平均値
(20歳以上)全国・大阪府 平成29年
~令和元年の平均》



《野菜摂取量(1日あたり)の平均値
大阪府・平成29年~令和元年の平均》

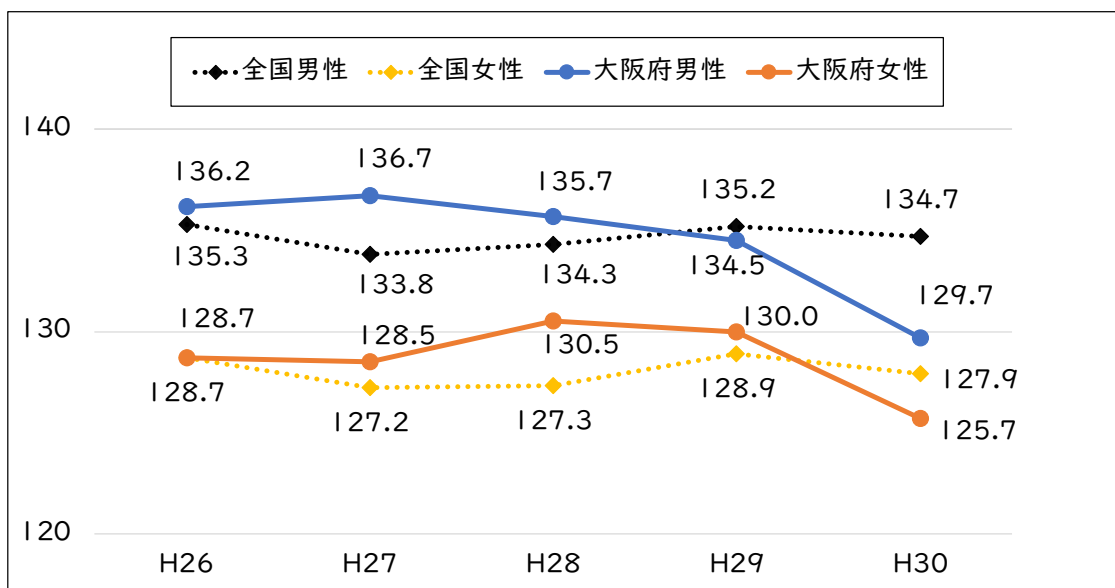


出典:国民健康・栄養調査(厚生労働省)
(大阪府集計・平成29年~令和元年の平均)

5) 高血圧

- 収縮期(最高)血圧の平均値について、男性・女性ともに大阪府は全国と比較して低い数値で推移しています。
- 高血圧は、必要な保健指導や治療を受けず、又は治療を中断することにより、脳血管疾患や心血管疾患など、より重篤な生活習慣病の発症につながるため、若い世代から、予防や適切な治療継続に取り組むことが求められます。

《収縮期(最高)血圧の平均値の推移(大阪府・全国・20歳以上)》

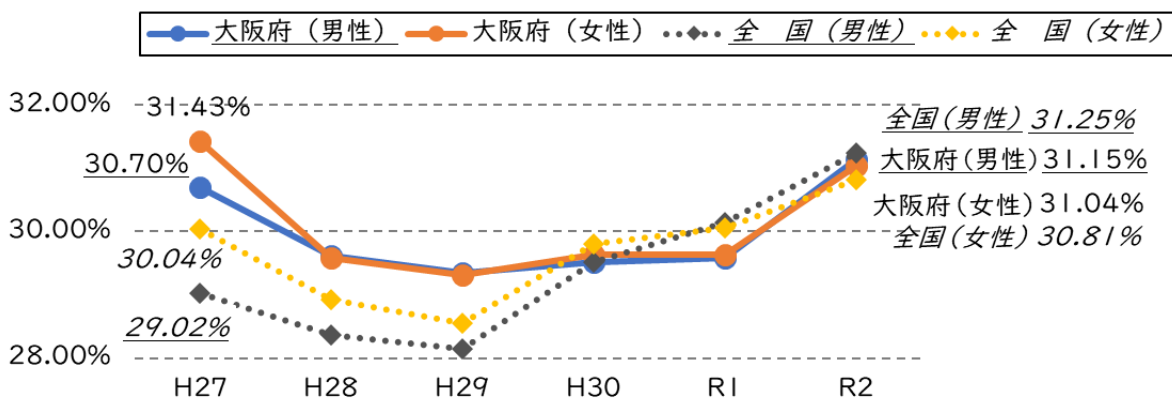


出典:国民健康・栄養調査(厚生労働省)

6) 脂質異常症

- 特定健康診査^(※4-5)受診者のうち、脂質異常症の判断指標とされている、LDL コレステロール値が140mg/dl 以上の者(脂質異常症の疑いのある者)の割合について、直近(令和2年)では、男性・女性ともに大阪府は全国と大きな差異はありませんが、脂質異常症は、自覚症状がないため、特定健康診査等で治療の必要性を指摘されても、必要な保健指導や治療を受けない者が多く、脳血管疾患や心疾患など、より重篤な生活習慣病の発症につながるため、若い世代から予防に取り組むことが求められます。

《LDL コレステロール値140mg/dl 以上の者の割合》



出典:厚生労働省「NDB オープンデータ」

7) 糖尿病

- 特定健康診査受診者^(※4-6)における糖尿病の疑いがある者^(※4-7)の割合は、男女ともに横ばい傾向です。
- 未治療状態が長期にわたると、動脈硬化のリスクが高まり、心筋梗塞や脳梗塞などの病気を発症しやすくなります。

(※4-5) 特定健康診査(特定健診):

生活習慣病予防のために、40歳から74歳までの者を対象に医療保険者が実施する健診です。

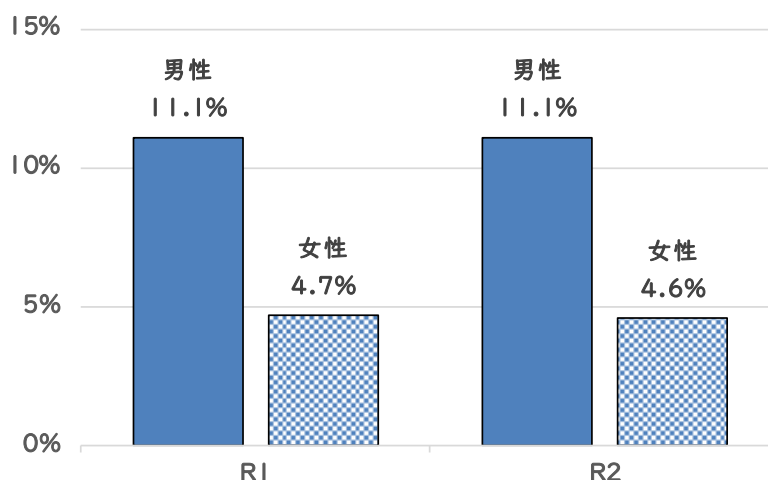
(※4-6) 特定健康診査受診者:

特定健診受診者のうち特定健診の検査及び質問において HbA1c を測定し、かつ血糖を下げる薬またはインスリン注射の使用の有無について回答した者としています。

(※4-7) 糖尿病の疑いがある者:

本計画では、特定健診の検査及び質問において HbA1c6.5%以上、または、血糖を下げる薬又はインスリン注射使用中と回答の者としています。

《糖尿病の疑いがある者の割合の推移（大阪府）》



出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」

(C) 取り組むべき施策

- 「第4次大阪府健康増進計画」のうち「生活習慣病の発症予防」を中心として、施策を進めていきます。同計画では、「生活習慣病の発症予防」に関し、日常生活における栄養・食生活、身体活動・運動など、“6つの重点分野”において「府民の行動目標」を掲げ、多様な主体と連携・協働した「具体的取組み」を推進することとしています。また、「府民の健康づくりを支える社会環境整備」に関し、府民が自分の健康状況に合った必要な情報を見極め、最善の選択を行うことができる、ヘルスリテラシーの習得できるようにするための取組を推進することとしています。

<6つの重点分野>

「栄養・食生活」「身体活動・運動」「休養・睡眠」「飲酒」「喫煙」「歯と口の健康」

- また、発症の多くに見られる「予兆・前兆」への「気づき」が重症化防止につながることから、「予兆・前兆」に関する府民への啓発を進めます。

《「第4次大阪府健康増進計画」における取組と目標（「生活習慣病の発症予防」の概要^(※4-8)）》

| 重点分野 | 府民の行動目標 | 具体的取組 |
|----------|---|---|
| 栄養・食生活 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 朝食や野菜摂取、栄養バランスのとれた食生活の重要性の理解及び習慣化 ✓ 健康的な食生活を実践し、適正体重の維持 ✓ 個々の健康状態にあった食生活を実践 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 地域における栄養相談への支援、栄養管理の質の向上 ✓ 学校等における食育等の取組み ✓ 企業や大学等との連携による食生活の改善 ✓ 食生活の改善に向けた普及啓発 |
| 身体活動・運動 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 日常生活での「身体活動・運動」量の増加及び取組の継続 ✓ 自分の身体状態にあわせた身体活動の継続的な実践 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 学校や大学、地域における運動・体力づくり ✓ 民間企業等と連携した普及啓発 |
| 休養・睡眠 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 適切な睡眠のとり方の習得・実践 ✓ 早寝早起きの実践及び正しい生活習慣の定着 ✓ 十分な睡眠や余暇時間の確保 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 睡眠・休養の充実 |
| 飲酒 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 年齢、性別、持病等の自分の状況に合った適量飲酒の実践 ✓ 20歳未満及び妊婦の飲酒の防止 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 適量飲酒の指導 ✓ 飲酒と健康に関する啓発・相談 |
| 喫煙 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 喫煙行動・受動喫煙が及ぼす健康への影響に関する理解及び適切な行動 ✓ 子どもや妊婦等の喫煙行動・受動喫煙の防止 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 喫煙率の減少 ✓ 望まない受動喫煙の防止 |
| 歯と口の健康 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 歯と口の健康づくりに関する正しい知識の習得 ✓ 正しい歯みがき習慣や定期的な歯科健診の受診による歯科疾患の予防・早期発見 ✓ 高齢者の咀嚼機能の維持・向上 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 歯磨き習慣の促進 ✓ 歯と口の健康に係る普及啓発 |
| ヘルスリテラシー | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 自分の健康状況に合った必要な情報を見極め、最善の選択を行うことができる、ヘルスリテラシーの習得 ✓ 自己の健康管理する力の向上 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 学校や大学、職場等におけるヘルスリテラシーの向上 ✓ 女性に関するヘルスリテラシー向上 ✓ 多様な主体の連携・協働によるヘルスリテラシー・健康づくりの機運醸成 |

(※4-8)

本表は「第4次大阪府健康増進計画」に掲載されている「府民の行動目標」等の要旨をまとめたものです。詳細は同計画 P.70～81をご参照ください。

(2) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

(A) はじめに

- 健康寿命を延伸し平均寿命との差、すなわち健康上の理由により日常生活に制限のある期間を短縮するには、循環器病対策においても、発症予防を一層推進する必要があります。
- 循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症することから、生活習慣病の予防及び早期発見が大切です。
- 生活習慣病の早期発見や重症化予防を進めることについては、大阪府では「第4次大阪府健康増進計画」に基づき、指標を用いつつ現状と課題を明示しています。本項目においても、同計画で示されている課題等を参照しつつ、取り組むべき施策について整理します。

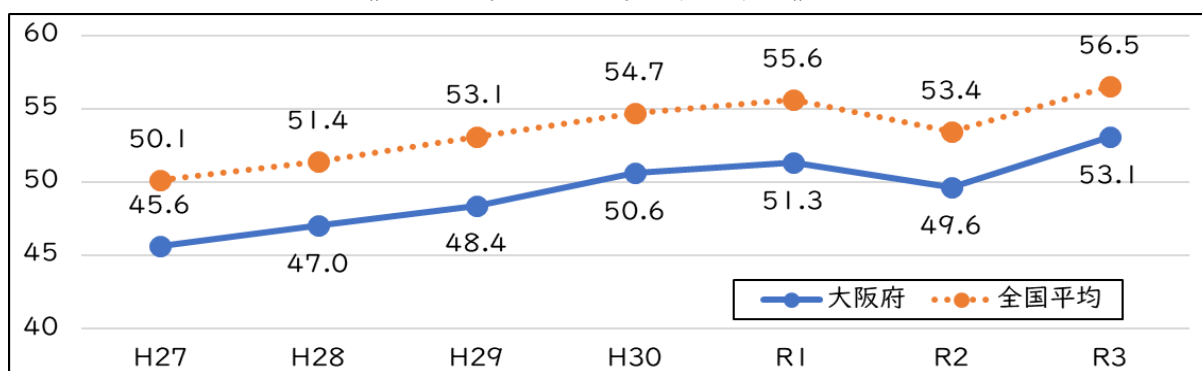
(B) 現状と課題

1) 特定健康診査・特定保健指導

- 大阪府における特定健康診査の受診率及び特定保健指導^(※4-9)の実施率は、ともに、向上していますが、全国と比較して低位を推移しています。

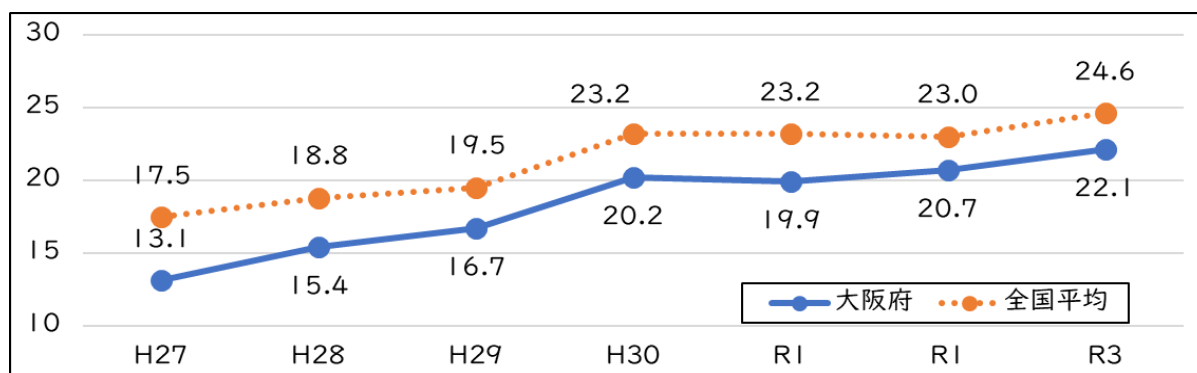
(%)

《特定健康診査の受診率の推移》



(%)

《特定保健指導の実施率の推移》



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

(※4-9) 特定保健指導：

特定健康診査の結果、予防効果が多く期待できる者を対象に医療保険者が実施する保健指導です。

(C) 取り組むべき施策

○「第4次大阪府健康増進計画」における「生活習慣病の早期発見・重症化予防」に基づき、施策を進めていきます。

《「第4次大阪府健康増進計画」における取組と目標（「生活習慣病の早期発見・重症化予防」の概要^(※4-10)）》

| 重点分野 | 府民の行動目標 | 具体的取組 |
|-------|-----------------------------|--|
| けんしん | ✓ 定期的なけんしんによる、疾患の発症予防、早期発見 | ✓ けんしん受診率向上に向けた取組み ✓ 特定健診における受診促進 ✓ ライフステージや性差に応じた普及啓発 |
| 重症化予防 | ✓ 疾患発見時の速やかな受診及び疾患に応じた継続的治療 | ✓ 特定保健指導の促進 ✓ 未治療者や治療中断者に対する医療機関への受診勧奨の促進 ✓ 医療データを活用した受診促進策の推進 ✓ 糖尿病の重症化予防 ✓ 早期治療・重症化予防に係る普及啓発 |

(※4-10)

本表は「第4次大阪府健康増進計画」に掲載されている「府民の行動目標」等の要旨をまとめたものです。詳細は同計画 P.82～86をご参照ください。



(1) 救急医療体制の整備

(A) はじめに

- 循環器病は急激に発症し、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くみられます。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ります。
- 消防法（昭和23年法律第186号）において、消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による傷病者の受入れの「迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準～（中略）～を定めなければならない。」（第35条の5第1項）^(※4-11)とされており、大阪府では「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」（以下「実施基準」という。）を策定するなどにより、府内の二次救急医療機関^(※4-12)及び三次救急医療機関^(※4-13)を含めた救急医療体制の構築を行っています。早急に適切な診療のためには、当該基準の運用状況を、継続的に検証・見直しをすることが必要です。
- 一方で救急医療体制を支える医療従事者、とりわけ、救急科医師の確保が課題になっています。
- 本項目ではこうした事項を踏まえ、大阪府の循環器病対策を中心とした救急医療体制について整理します。

(B) 現状と課題

1) 救急搬送状況

- 脳血管疾患患者及び心疾患患者の救急搬送における、消防機関が覚知してから患者を病院に収容するまでに要した平均時間は、脳血管疾患で35.8分、心血管疾患で34.2分となっており、全搬送事案の平均時間より脳血管疾患で4.1分、心血管疾患で5.7分早くなっており、比較的迅速な救急搬送が行われています。

(※4-11) 消防法第35条の5第1項抜粋：

都道府県は、消防機関による救急業務としての傷病者（第二条第九項に規定する傷病者をいう。～（中略）～）の搬送（以下この章において「傷病者の搬送」という。）及び医療機関による当該傷病者の受入れ（以下この章において「傷病者の受入れ」という。）の迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下この章において「実施基準」という。）を定めなければならない。

(※4-12) 二次救急医療機関

入院治療を必要とする重症・中等症患者を受け入れる医療機関です。

(※4-13) 三次救急医療機関

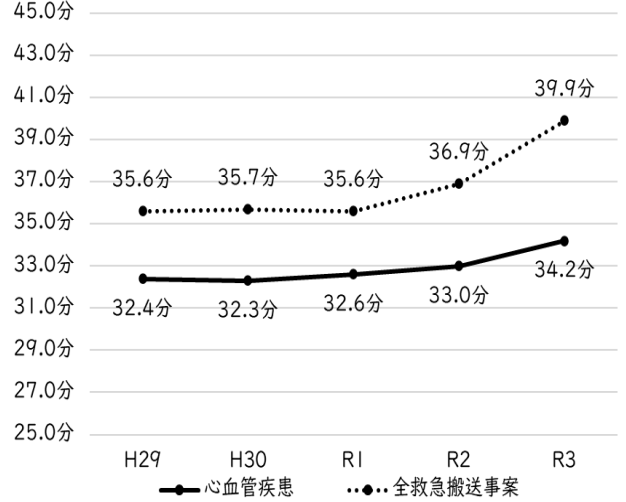
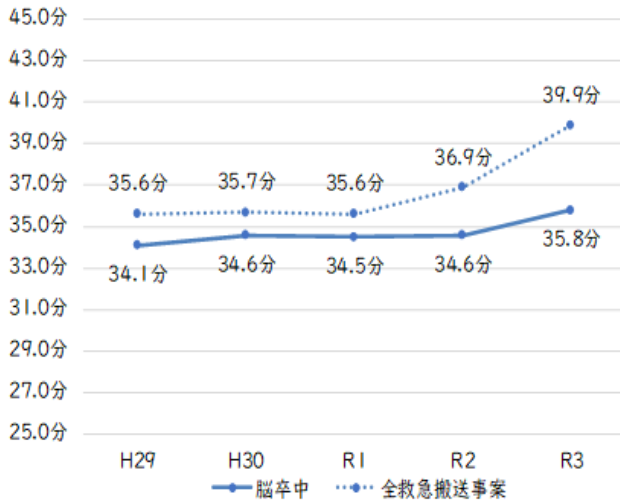
二次救急医療機関では対応できない重症・重篤患者を受け入れる医療機関です。

- しかし、新型コロナウイルス感染症の影響で、平均時間が増加しており、新興感染症発生・まん延等においても、迅速かつ適切に搬送できる体制の維持・確保が必要です。

《覚知から病院収容までの平均時間(単位:分)》

(脳血管疾患)

(心血管疾患)

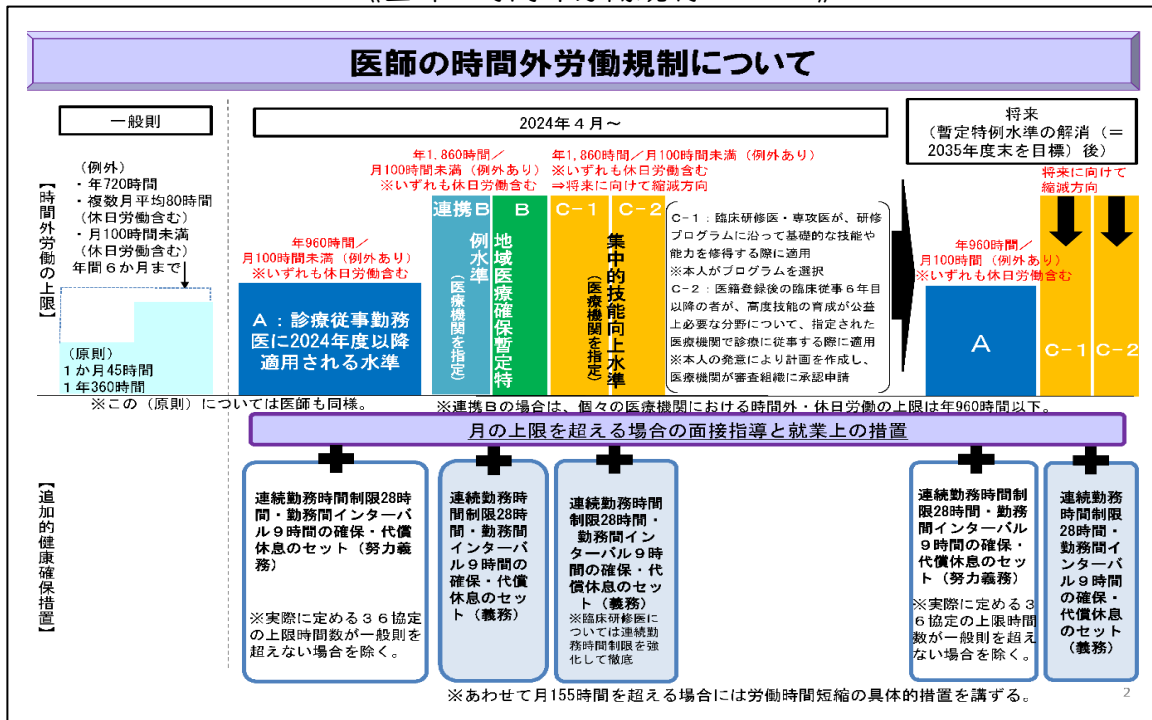


出典:大阪府「医療対策課調べ」

2) 救急科医師の確保

- 平成30年7月に成立した働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律(平成30年法律第71号)により、労働基準法(昭和22年法律第49号)などが改正され、診療に従事する医師に対して、令和6年4月から新たな時間外労働の上限規制が適用されます。

《医師の時間外労働規制について》



出典:「第11回医師の働き方改革の推進に関する検討会」(令和2年12月14日)資料(厚生労働省)

《時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～）》

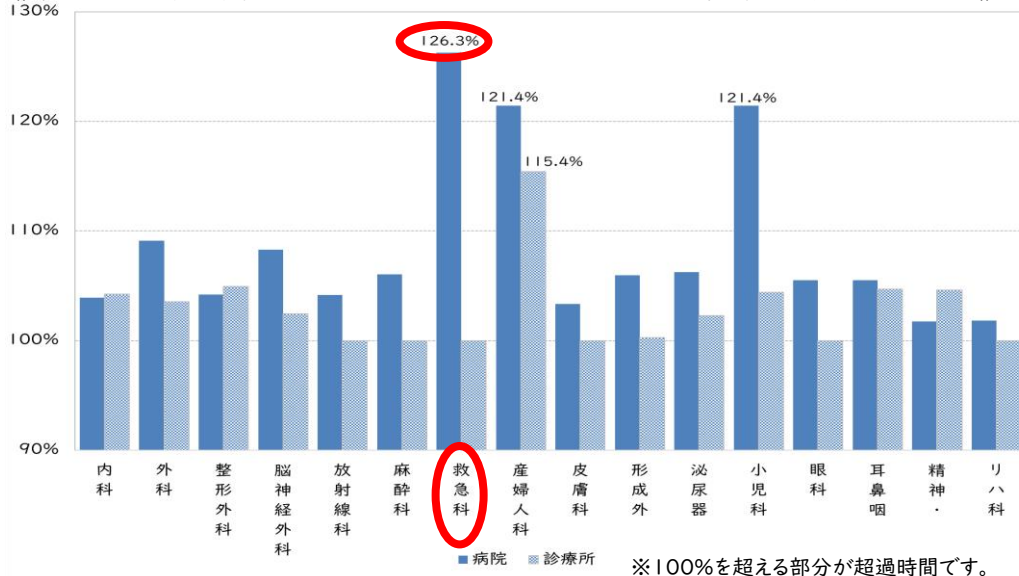
| 時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～） | | | | | 法改正で対応 |
|---|----------------|---------------------------|------|---------|--|
| 地域医療等の確保 | 医療機関に適用する水準 | 年の上限時間 | 面接指導 | 休息時間の確保 | 医師の健康確保 |
| 医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成 評価センターが評価 都道府県知事が指定 医療機関が計画に基づく取組を実施 | A（一般労働者と同程度） | 960時間 | 義務 | 努力義務 | 面接指導 健康状態を医師がチェック 休息時間の確保 連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息） |
| | 連携B（医師を派遣する病院） | 1,860時間 ※2035年度末を目標に終了 | | | |
| | B（救急医療等） | | | | |
| | C-1（臨床・専門研修） | | | | |
| | C-2（高度技能の修得研修） | 1,860時間 | | | |

特定労務管理対象機関

出典：厚生労働省「医師の働き方改革概要」を一部加工

- 令和5年8月に、大阪府が府内の医療施設及び医師を対象に実施した実態調査において、年間の時間外労働960時間^(※4-14)を100%としたときの病院・診療所別、診療科別の超過時間の割合を算出したところ、最も割合が高かったのは、「病院の救急科」となっています。今後、救急科医師の需要が高まる上、先述の医師の時間外労働規制を踏まえると、救急科は医師確保がさらに必要な領域となっています。

《年間時間外労働960時間を100%としたときの診療科別超過時間割合》



出典：大阪府「医師確保計画策定のための実態調査」

(※4-14)「年間の時間外労働960時間」について：

「第20回医師の働き方改革に関する検討会」における「医師の時間外労働規制」で示された、「診療従事勤務医に令和6年度以降に適用される水準」（年960時間／月100時間（例外あり）。「A水準」）を超過するものとしています。

- 大阪府内における令和2年の従事医師数は25,253人で、平成30年に比べ839人(3.4%)の増となっています。診療科別に従事医師数をみると、救急科は324人で、平成30年に比べ17人(5.6%)の増となっています。
- 大阪府内における令和3年中の救急搬送患者数は477,800人であり、全救急搬送患者の59.4%を高齢者が占めています。今後、高齢化の影響による救急搬送患者の増加が見込まれていることから、引き続き救急医師の確保が必要です。これまで医師の長時間労働により医療体制は支えられてきた部分がありましたが、若い世代の職業意識の変化などにより、今後も継続して医師を確保していくためには、勤務環境改善が必要です。

《診療科別従事医師数》

| | H30 | R2 | 増減率 (R2/H30) |
|--------|--------|--------|-----------------|
| 救急科 | 307 | 324 | 5.6% |
| 全診療科総数 | 24,414 | 25,253 | 3.4% |

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

(C) 取り組むべき施策

- 実施基準の運用状況を継続的に検証するため、救急隊による搬送先医療機関の選定を支援するとともに、救急隊が入力する「病院前情報」と受入医療機関が入力する「病院後情報」を集約し、分析・検証を行う「大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム」(ORION)^{オリオン}(※4-15)を活用し、引き続き迅速かつ適切な救急搬送に寄与していきます。
- 総務省消防庁通知^(※4-16)において、救急活動時における12誘導心電図^(※4-17)の測定及び測定結果の伝達・伝送の導入に関する検討並びに導入に伴う救急隊員への教育機会の確保に関する検討について求められたことを踏まえ、大阪府内の消防機関における12誘導心電図の導入促進及び救急隊員への研修実施等の学習機会の確保をめざします。
- 地域医療支援センター^(※4-18)を運営し、「医師の偏在対策(地域偏在対策及び診療科偏在対策)」と「医師個人のキャリア形成」の両立を目的とした「キャリア形成プログラム」を活用した地域枠医師等の派遣調整や、医療機関等の求人情報及び府内医療機関等での就職を希望する医師を登録し、無料で紹介・斡旋を行うドクターバンク事業を行うとともに、大学等と連携し、医学生及び若手医師を対象とした救急セミナーを開催するなどにより、救急医の確保に努めます。

- また、地域枠学生等を対象に地域医療に対する意識の涵養を図り、学生期間を通じて、地域医療に貢献するキャリアを描けるよう支援することを目的に策定する「キャリア形成卒前支援プラン」について、一般枠の学生も対象とし、地域医療に貢献する意欲を持つ学生のすそ野を広げることで、救急医など地域において必要な医師の確保を図ります。
- さらに、救急医の確保に向け、大阪府医療勤務環境改善支援センターを中心に医療機関における勤務環境の改善のための取組を促進します。

(※4-15) ORION:

「大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム」の名称の英語表記「Osaka emergency information Research Intelligent Operation Network system」の略称。実施基準の検証のための取組の一環として、ICT を用いた病院検索や情報共有、救急医療に関する情報の集約化及び情報の集計・分析が行えるシステムとして、平成25年1月に運用が開始されたものです。

(※4-16) 令和2年3月27日付け消防救第83号消防庁救急企画室長通知「救急隊における観察・処置等について」を指します。

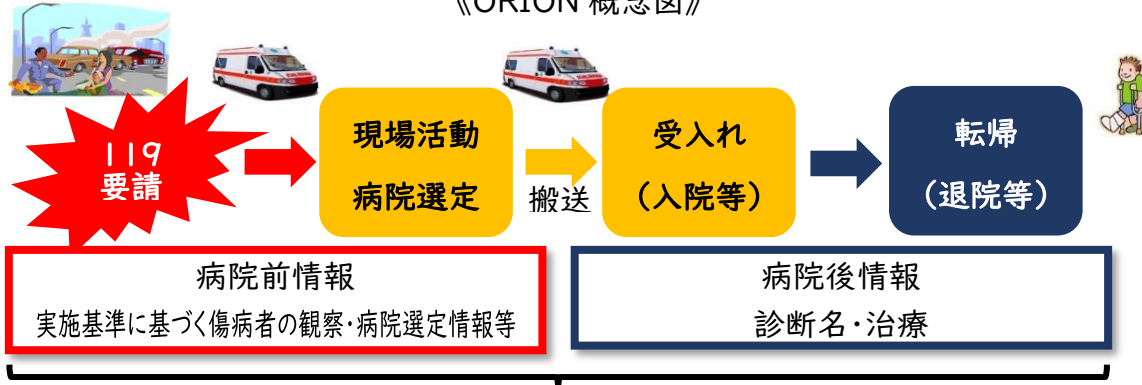
(※4-17) 12 誘導心電図:

不整脈や心筋の異常(心筋梗塞等)を検索することを主目的として、12の方向から心筋の微弱な電気の流れを見る検査方法を示すものです。

(※4-18) 地域医療支援センター:

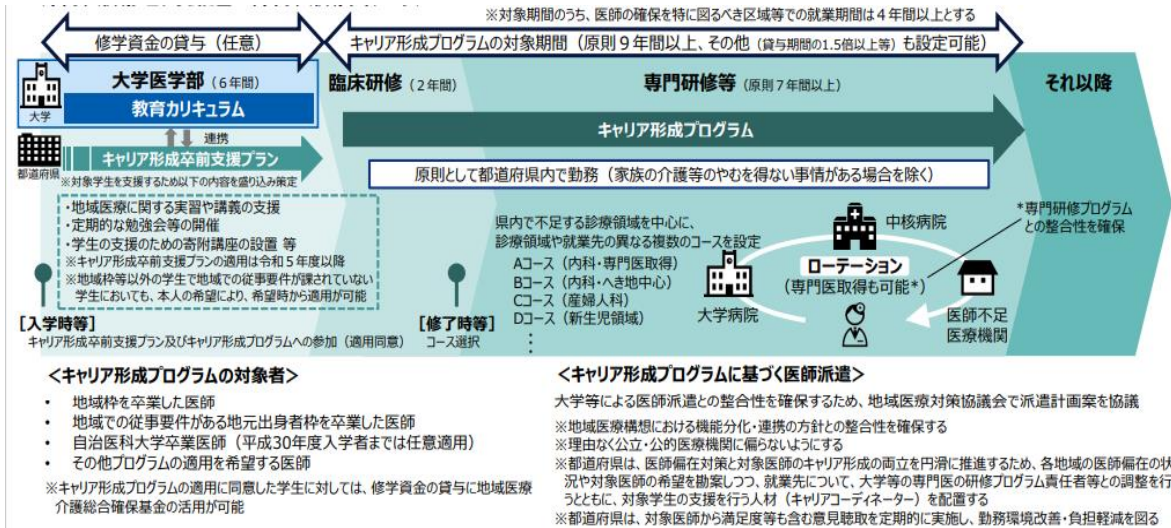
平成23年度から開始した医師のキャリア形成をサポートする事業を行う拠点であり、医師不足対策を総合的・効果的に実施することを目的に設置されました。「大阪府内で医学部を設置している5つの大学」及び「地域の中核的な役割を担っている病院」との連携・協力のもとに構築する人材育成ネットワークの中で、個々の医師の意向も踏まえながら、医師が適切な時期に適切な研修・指導を受け、効率的にキャリアアップが図れるように情報提供と調整を行っています。

《ORION 概念図》



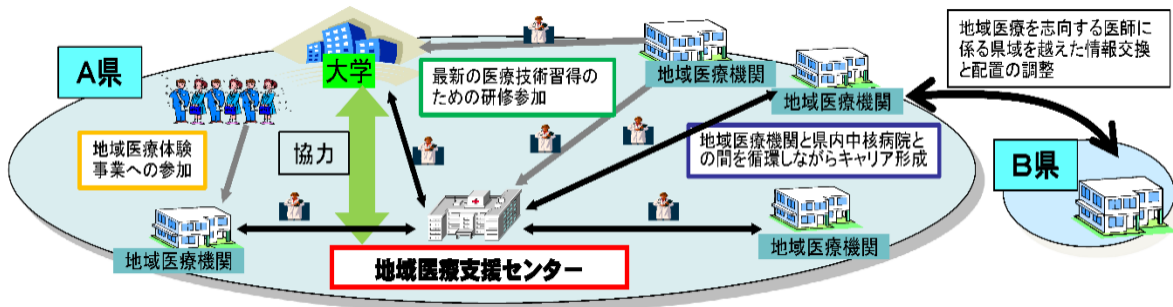
実施基準の運用状況を継続的に検証し、救急医療体制の充実を図る

《キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ》



出典：「第8回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」資料(厚生労働省)

《地域医療支援センター概念図》



※ 地域医療支援センターは、都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断するとともに、医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援すること等の役割を担います。

出典：「第23回医師需給分科会」資料(厚生労働省)

(2) 循環器病に係る医療提供体制の構築

1. 脳血管疾患(脳卒中)の医療提供体制

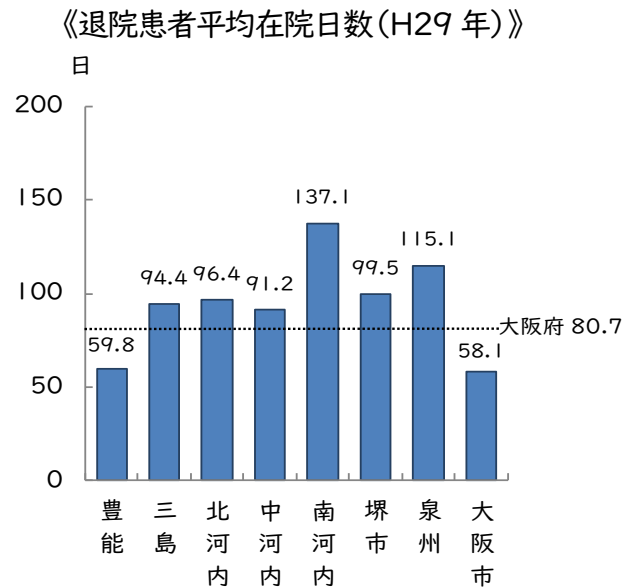
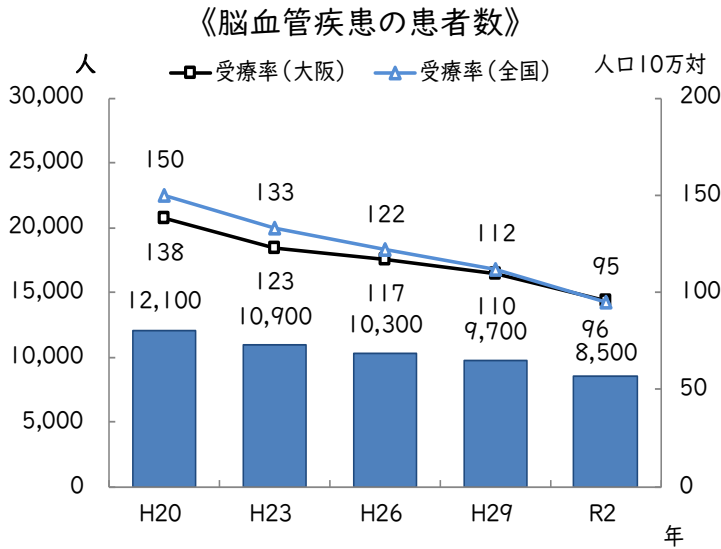
(A) はじめに

- 脳血管疾患は、脳血管の異常が存在する病気等の総称で、一過性脳虚血発作(TIA)、脳血管障がい(梗塞や出血等)、脳血管病変(動脈瘤や奇形等)等があり、発症直後の急性期治療が特に必要なのは「脳卒中」になります。
- 脳卒中は、脳の血管が破れるか詰まるかして脳の神経細胞が障がいされる病気で、症状が出現し確定したものであり、脳梗塞(脳血管の閉塞)、脳出血(脳血管の破たん)、くも膜下出血(脳動脈瘤の破たん等)に大別されます。
- 第2章第1節で触れたように、脳卒中を含む脳血管疾患は、大阪府における主たる死因や介護が必要な状況に至った主たる原因に挙げられる疾患であることから病期に応じた切れ目のない医療体制を構築していくことが求められます。
- 大阪府では「第8次大阪府医療計画」に基づき、脳血管疾患に関する医療提供体制の課題等を明示し、施策を進めているところです。本項目では、同計画において示されている内容に基づき、脳血管疾患(脳卒中)の医療提供体制について整理します。

(B) 現状と課題

1) 医療提供体制

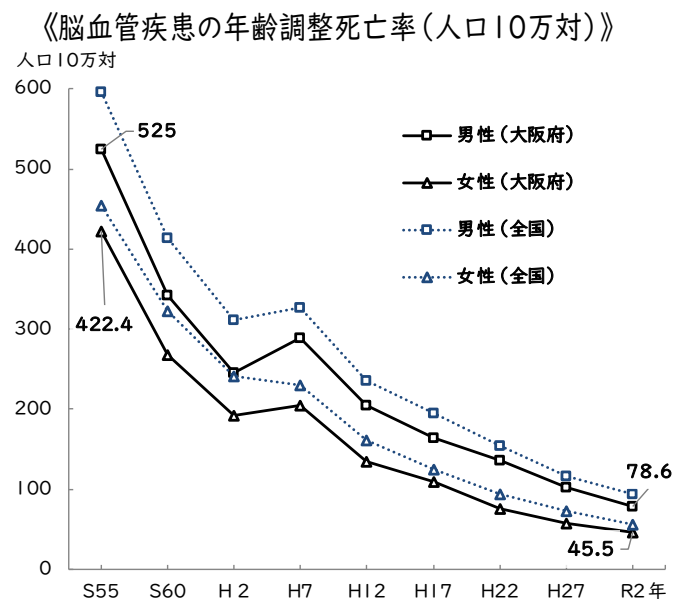
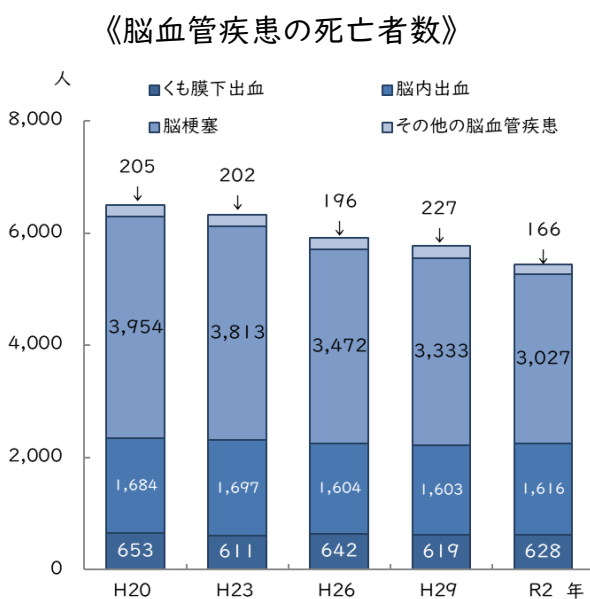
- 大阪府では脳血管疾患における病院の推計入院患者数・受療率は、年々減少傾向にあり、令和2年の入院患者数は8,500人、受療率は人口10万対95となっています。
- また、大阪府における脳血管疾患患者の平均在院日数(80.7日)は全国(81.5日)と比較して短く、二次医療圏別では南河内二次医療圏と泉州二次医療圏が長くなっています。



出典：厚生労働省「患者調査」

※平均在院日数：令和2年患者調査では、元号変更に伴う退院患者の平均在院日数の特異値が散見されたため、ここでは平成29年患者調査の結果を記載しています。

- 大阪府における脳血管疾患による死亡者数は、平成20年には6,496人でしたが、令和2年には5,437人となり減少傾向にあります。
- 脳血管疾患による死亡者数は、令和2年には全死亡者数の5.9%を占め、内訳は脳内出血1,616人、脳梗塞3,027人、くも膜下出血628人、その他の脳血管疾患166人となっています。
- 脳卒中を含む脳血管疾患の年齢調整死亡率は減少傾向にあり、令和2年には、男性は人口10万対78.6、女性は人口10万対45.5となり、全国都道府県順位では男性45位、女性47位であり、全国でも良い水準です。

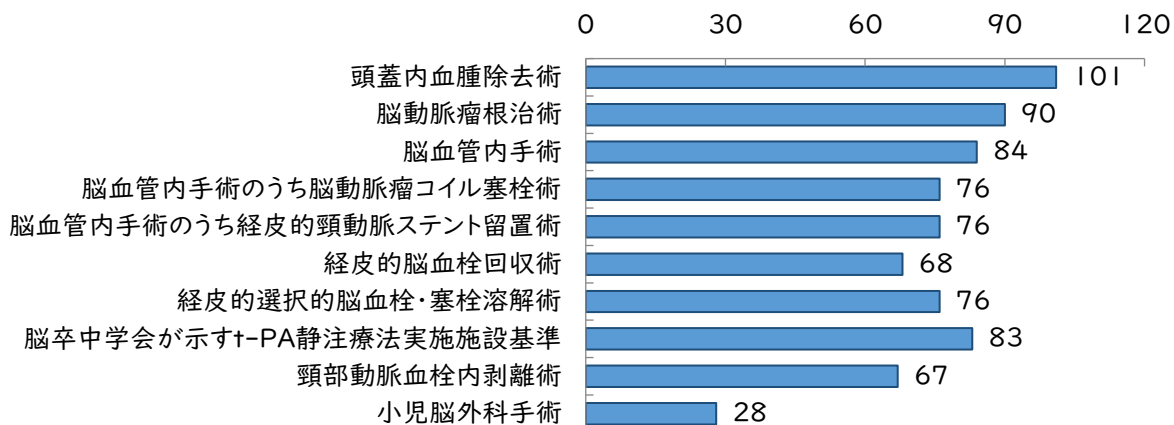


出典：厚生労働省「人口動態統計」

- 府内において、脳卒中の急性期治療を行う病院は105施設（平成29年度には110施設）、うち、脳動脈瘤根治術可能な病院が90施設（同94施設）、脳血管内手術可能な病院が84施設（同77施設）、t-PA 治療可能な病院が83施設（同73施設）あります。脳血管疾患（脳卒中）の医療提供体制を維持するとともに、これらの病院間の連携体制を構築していくことも求められています。

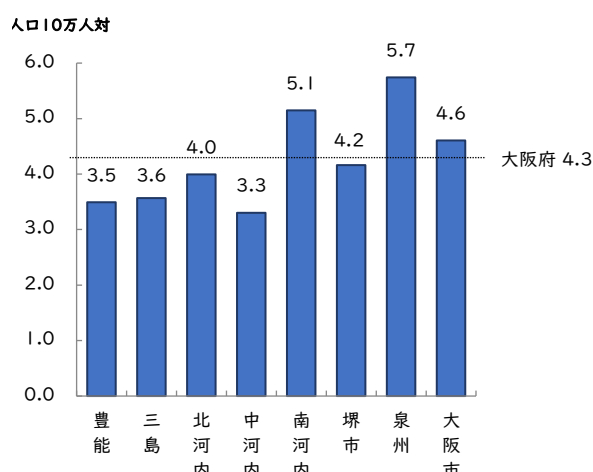
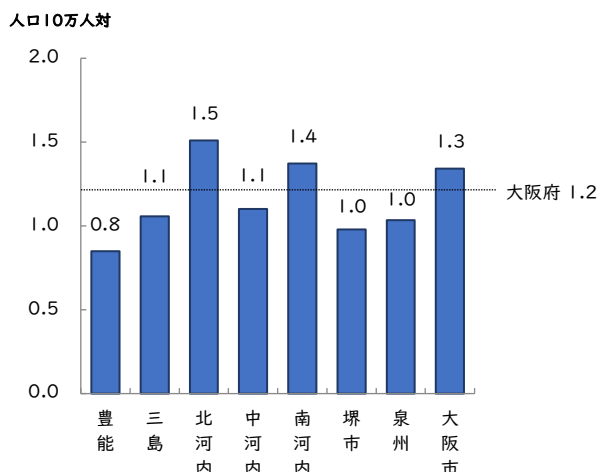
《脳卒中治療を行う病院数（令和5年6月30日現在）》

| 二次医療圏 | 脳卒中の急性期治療を行う病院数 | 頭蓋内血腫除去術 | 脳動脈瘤根治術 | 脳血管内手術 | 脳血管内手術のうち | | 経皮的脳血栓回収術 | 経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術 | 脳卒中学会が示すt-PA静注療法実施施設基準 | 頸部動脈血栓内剥離術 | 小児脳外科手術 | 脳血管疾患等 リハビリテーション |
|-------|-----------------|----------|---------|--------|------------|-----------------|-----------|-----------------|------------------------|------------|---------|---------------------|
| | | | | | 脳動脈瘤コイル塞栓術 | うち経皮的頸動脈ステント留置術 | | | | | | |
| 豊能 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 8 | 6 | 9 | 9 | 8 | 2 | 37 |
| 三島 | 8 | 7 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 27 |
| 北河内 | 17 | 16 | 14 | 11 | 11 | 11 | 9 | 10 | 13 | 10 | 4 | 45 |
| 中河内 | 9 | 9 | 9 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 6 | 3 | 27 |
| 南河内 | 8 | 8 | 7 | 7 | 6 | 6 | 5 | 7 | 6 | 5 | 2 | 30 |
| 堺市 | 8 | 7 | 6 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 7 | 5 | 1 | 34 |
| 泉州 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 8 | 6 | 6 | 6 | 6 | 3 | 50 |
| 大阪市 | 37 | 36 | 32 | 31 | 26 | 27 | 26 | 28 | 30 | 22 | 10 | 127 |
| 大阪府 | 105 | 101 | 90 | 84 | 76 | 76 | 68 | 76 | 83 | 67 | 28 | 377 |



出典：大阪府「医療機関情報システム」

《人口10万人対の脳卒中の急性期治療を行う病院数》 《人口10万人対の脳血管疾患等リハビリテーションを行う病院数》



※ いずれも、令和5年6月30日現在の数値。

※ 「人口10万人対」算出にあたり、大阪府総務部「大阪府の推計人口（令和4年10月1日現在）」を引用。

出典：大阪府「医療機関情報システム」

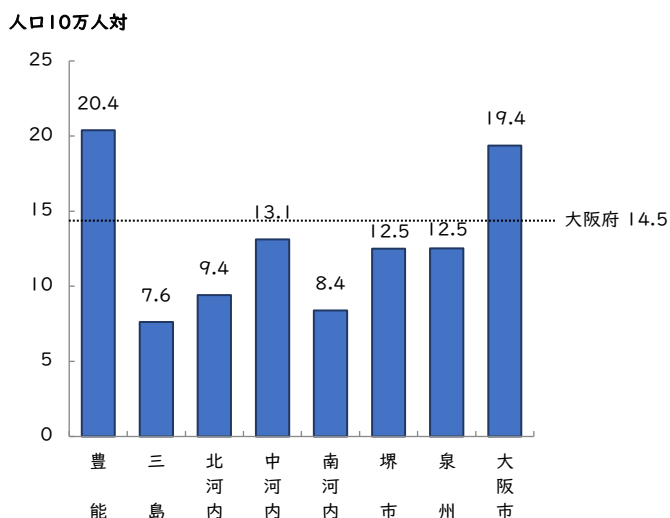
- 脳卒中の急性期治療を行う病院のうち、集中治療室を有する病院とその病床数は、59施設595床（平成29年度には55施設534床）、高度治療室が50施設435床（同44施設435床）、脳卒中専用集中治療室が30施設249床（同21施設180床）となっています。
- 脳血管疾患等リハビリテーションを行う病院のうち、回復期リハビリテーション病床を有する病院とその病床数は109施設6,698床（平成29年度には98施設5,726床）となっています。

《病院数と各病床数（令和5年6月30日現在）》

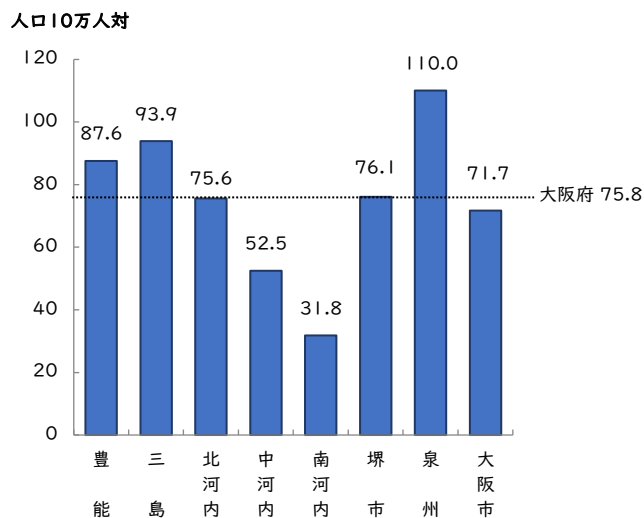
| 二次医療圏 | 集中治療室【ICU】 | | 高度治療室【HCU】 | | 脳卒中専用集中治療室【SCU】 | | 【ICU+HCU+SCU】 | 回復期リハビリテーション病床 | |
|-------|------------|-----|------------|-----|-----------------|-----|---------------|----------------|-------|
| | 病院数 | 病床数 | 病院数 | 病床数 | 病院数 | 病床数 | 病床数 | 病院数 | 病床数 |
| 豊能 | 8 | 122 | 5 | 34 | 5 | 54 | 210 | 12 | 902 |
| 三島 | 4 | 30 | 2 | 21 | 1 | 6 | 57 | 10 | 703 |
| 北河内 | 7 | 61 | 6 | 28 | 3 | 21 | 110 | 12 | 884 |
| 中河内 | 6 | 48 | 6 | 60 | 1 | 3 | 111 | 7 | 444 |
| 南河内 | 4 | 36 | 1 | 4 | 1 | 12 | 52 | 4 | 197 |
| 堺市 | 4 | 36 | 5 | 42 | 4 | 27 | 105 | 9 | 639 |
| 泉州 | 5 | 56 | 5 | 52 | 1 | 6 | 114 | 19 | 1,002 |
| 大阪市 | 21 | 206 | 20 | 194 | 14 | 120 | 520 | 36 | 1,927 |
| 大阪府 | 59 | 595 | 50 | 435 | 30 | 249 | 1,279 | 109 | 6,698 |

出典：大阪府「医療機関情報システム」

《脳卒中治療（急性期）を行う病院の人口10万人対のICU・HCU・SCU病床数》



《脳卒中治療（回復期）を行う病院の人口10万人対の回復期リハビリテーション病床数》



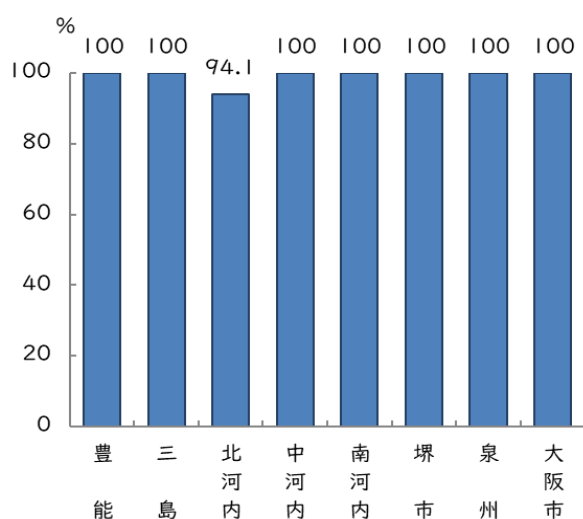
※ いずれも、令和5年6月30日現在の数値。

※ 「人口10万人対」算出にあたり、大阪府総務部「大阪府の推計人口（令和4年10月1日現在）」を引用。

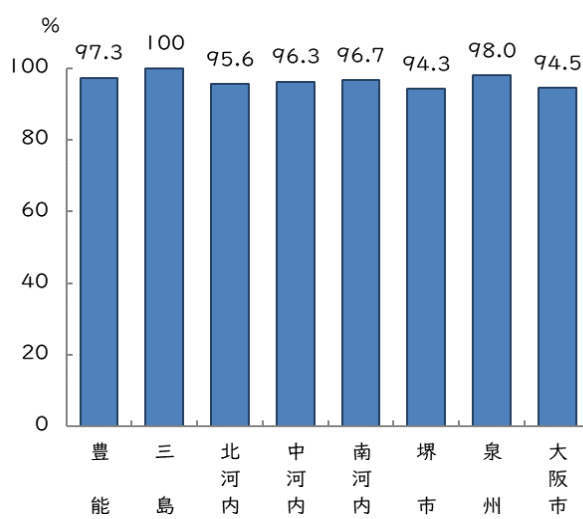
出典：大阪府「医療機関情報システム」

- 脳卒中治療（急性期）を行う病院 105 施設（平成29年度には110施設）のうち、自院と他院・他施設との退院・転院調整等を担う地域医療連携室を設置している病院は104施設（99.0%）（同107施設（97.3%））あります。

《脳卒中治療（急性期）を行う病院のうち地域医療連携室を設置している病院》



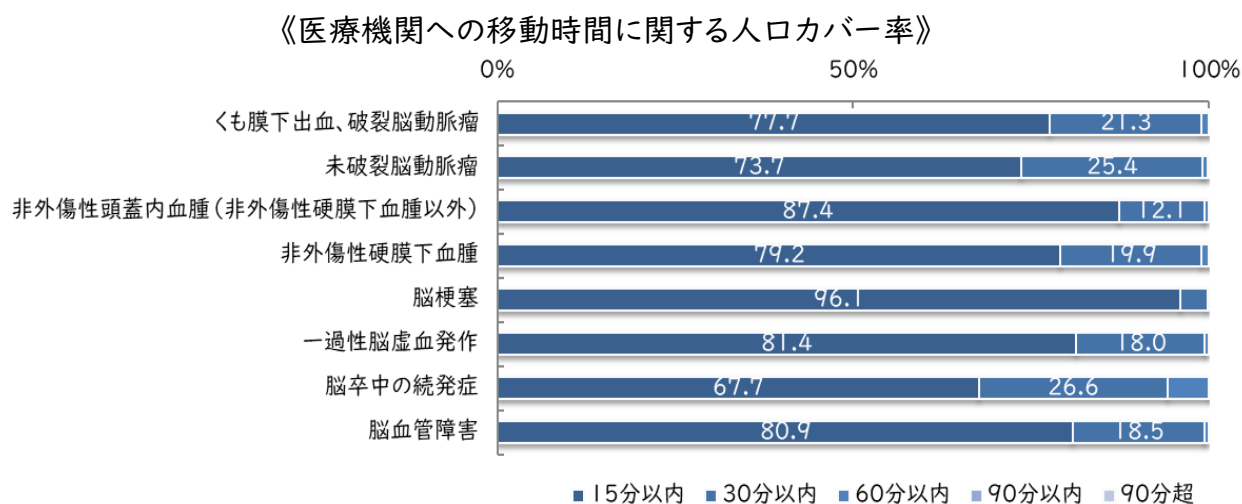
《脳卒中治療（回復期）を行う病院のうち地域医療連携室を設置している病院》



※ いずれも、令和5年6月30日現在の数値。

出典：大阪府「医療機関情報システム」

- 二次医療圏間の流出入はありますが、府内において、自宅等から脳血管疾患治療を実施する医療機関までの移動時間は、概ね30分以内となっています。



出典：厚生労働省「データブック Disk2（平成28年度）」、
tableau public 公開資料 (<https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>)

2) 医師確保

- 大阪府内における令和2年の従事医師数は25,253人で、平成30年に比べ839人（3.4%）の増となっています。診療科別に従事医師数をみると、脳神経内科は415人で、平成30年に比べ22人（5.6%）の増、一方、脳神経外科は562人で、平成30年に比べ20人（3.4%）の減となっています。今後の高齢者化社会も見据え、引き続き医師確保に取り組む必要があります。

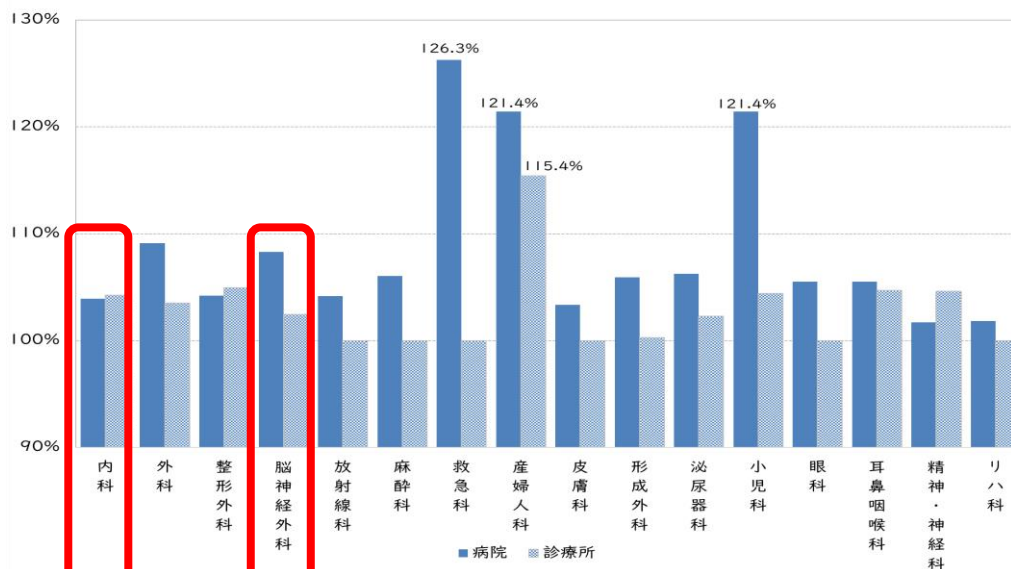
《診療科別従事医師数》

| | H30 | R2 | 増減率 (R2/H30) |
|--------|--------|--------|-----------------|
| 脳神経内科 | 393 | 415 | 5.6% |
| 脳神経外科 | 582 | 562 | -3.4% |
| 全診療科総数 | 24,414 | 25,253 | 3.4% |

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

- 年間の時間外労働 960 時間を 100%としたときの病院・診療所別、診療科別の超過時間の割合について、救急科までは至らないものの、内科（脳神経内科を含む）及び脳神経外科は100%を超過しています。救急科の医師確保でも触れましたが、若い世代の職業意識の変化などにより、今後も継続して医師を確保していくためには、勤務環境改善が必要です。

《年間時間外労働 960 時間を 100%としたときの診療科別超過時間割合（再掲）》



※100%を超える部分が超過時間です。

出典：大阪府「医師確保計画策定のための実態調査」

(C) 取り組むべき施策

- 脳卒中をはじめとした脳血管疾患の救急患者の搬送・受入れに関する課題について、ORIONを活用して検証・分析を行います。
- 脳血管疾患の医療体制（医療提供体制、医療連携体制）の状況等を把握し、関係者間でめざすべき方向性の共有を図ることにより、地域の医療機関の自主的な医療機能の分化・連携の取組を促進します。
- 脳神経内科医・脳神経外科医の確保に向け、大阪府医療勤務環境改善支援センターを中心に医療機関における勤務環境の改善のための取組を促進します。
- 研修医、医学生等を対象とした関係機関によるセミナーを実施し、また医療現場の見学を奨励するなどにより、脳神経内科医・脳神経外科医の確保に努めます。

2. 心血管疾患の医療提供体制

(A) はじめに

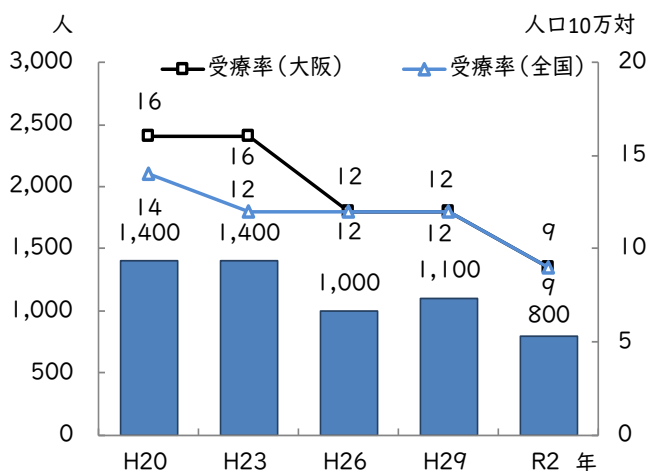
- 心血管疾患は、心臓や血管等の循環器の病気で、虚血性心疾患（急性心筋梗塞、狭心症等）、心不全（急性心不全、慢性心不全）、大動脈疾患（急性大動脈解離等）等があげられます。
- 心血管疾患が発症すると、急性心筋梗塞や大動脈解離の場合は強い痛みが生じることがあります。また、慢性心不全の場合は心臓から血液を送り出したり、心臓に血液を受け取ったりするポンプ機能が低下することにより、呼吸困難や息切れなどの様々な症状をきたします。
- 心血管疾患も脳血管疾患と同様、大阪府における主たる死因に挙げられる疾患であることから、病期に応じた切れ目のない医療体制を構築していくことが求められます。
- 大阪府では「脳血管疾患（脳卒中）の医療提供体制」と同様、「第8次大阪府医療計画」に基づき、心血管疾患に関する医療提供体制の課題等を明示し、施策を進めます。
- ついては、本項目においても、これらの計画において示されている内容に基づき、整理します。

(B) 現状と課題

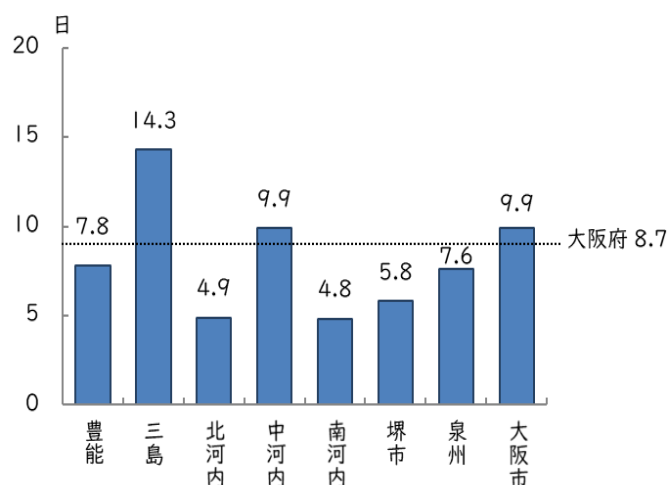
1) 医療提供体制

- 大阪府では、虚血性心疾患の病院における推計入院患者数・受療率は年々減少傾向にあり、令和2年の入院患者数は800人、受療率は人口10万対9となっています。
- 大阪府における心血管疾患患者の平均在院日数（8.7日）は全国（8.6日）とほぼ同等となっています。

《虚血性心疾患の患者数（入院）》



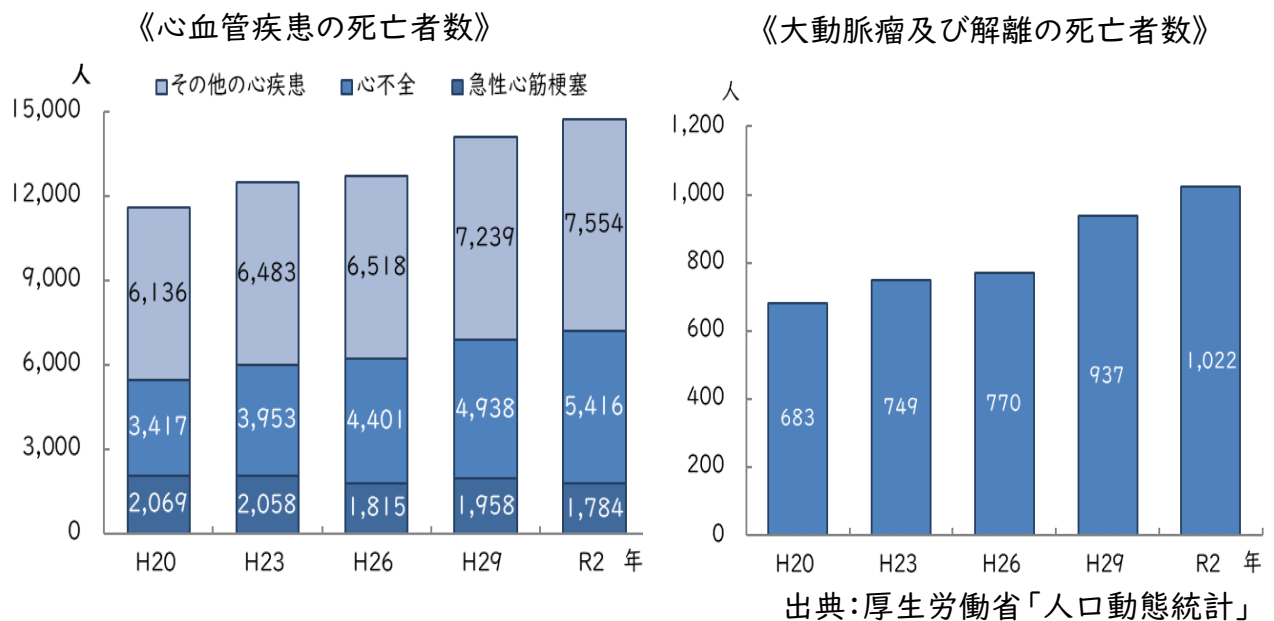
《退院患者平均在院日数(H29年)》



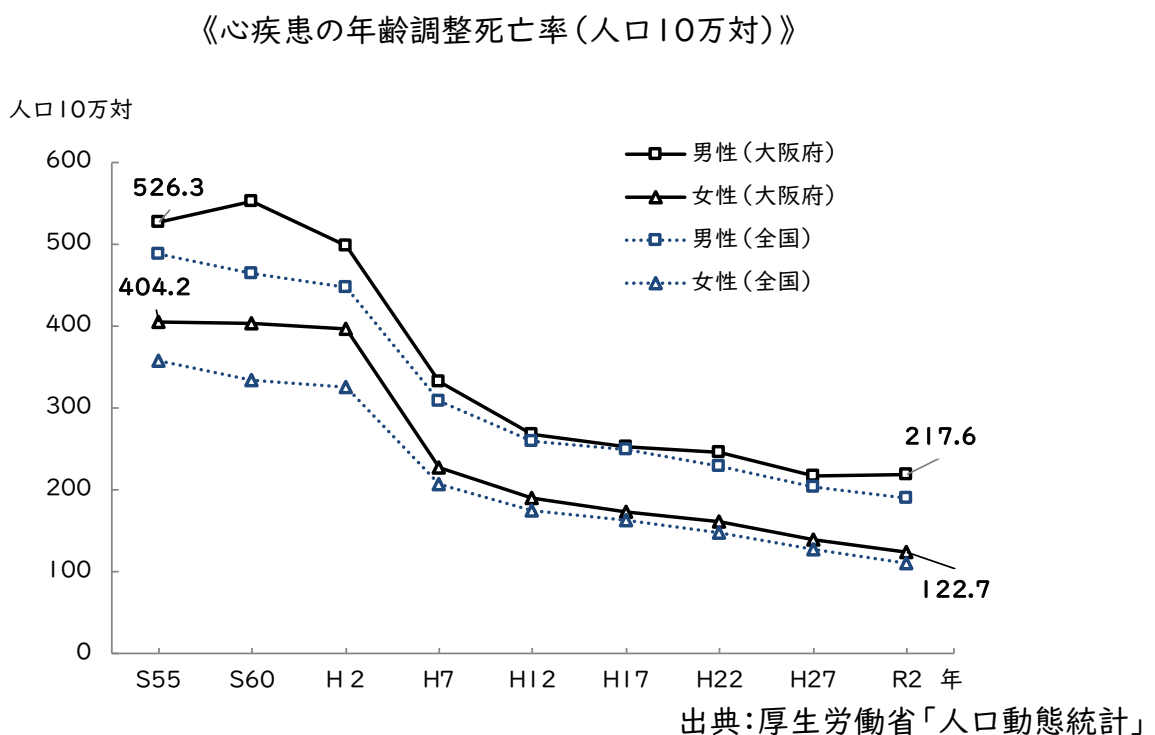
出典：厚生労働省「患者調査」

※平均在院日数：令和2年患者調査では、元号変更に伴う退院患者の平均在院日数の特異値が散見されたため、ここでは平成29年患者調査の結果を記載しています。

- 大阪府では急性心筋梗塞による死亡者数は減少傾向にありますが、心不全による死亡者数、大動脈瘤及び解離による死亡者数は増加傾向にあります。



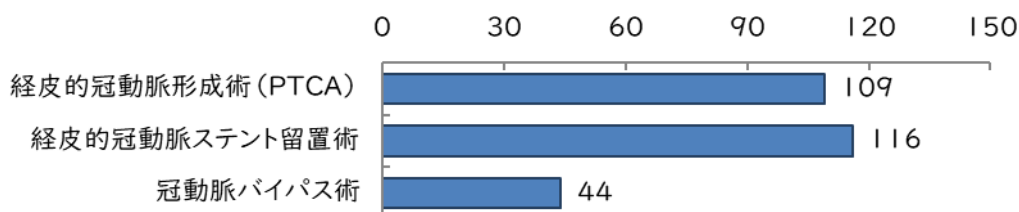
- 心疾患の年齢調整死亡率は減少傾向にあり、令和2年には男性は人口10万対217.6、女性は人口10万対122.7となっていますが、全国都道府県順位では男性4位、女性5位と低い水準となっています。



- 府内において、心血管疾患の急性期治療を行う病院は117施設（平成29年度には117施設）、うち、経皮的冠動脈形成術可能な病院が109施設（同110施設）、経皮的冠動脈ステント留置術可能な病院が116施設（同116施設）、冠動脈バイパス術可能な病院が44施設（同44施設）あります。心血管疾患の医療提供体制を維持するとともに、これらの病院間の連携体制を構築していくことも求められています。

《心血管疾患治療を行う病院数（令和5年6月30日現在）》

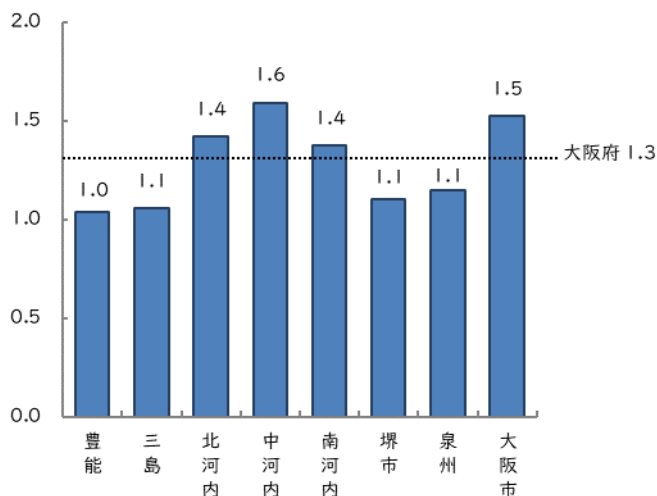
| 二次医療圏 | 心血管疾患の急性期治療を行う病院数 | 経皮的冠動脈形成術（PTCA） | 経皮的冠動脈ステント留置術 | 心臓カテーテル法による血管内超音波検査 | 冠動脈バイパス術 | ペースメーカー移植術 | 心大血管疾患リハビリテーション |
|-------|-------------------|-----------------|---------------|---------------------|----------|------------|-----------------|
| 豊能 | 11 | 11 | 11 | 10 | 3 | 14 | 10 |
| 三島 | 8 | 6 | 8 | 6 | 2 | 11 | 10 |
| 北河内 | 16 | 16 | 16 | 12 | 5 | 19 | 9 |
| 中河内 | 13 | 13 | 13 | 8 | 4 | 12 | 8 |
| 南河内 | 8 | 7 | 8 | 6 | 4 | 10 | 7 |
| 堺市 | 9 | 8 | 9 | 8 | 4 | 11 | 8 |
| 泉州 | 10 | 9 | 10 | 8 | 4 | 16 | 9 |
| 大阪市 | 42 | 39 | 41 | 29 | 18 | 49 | 30 |
| 大阪府 | 117 | 109 | 116 | 87 | 44 | 142 | 91 |



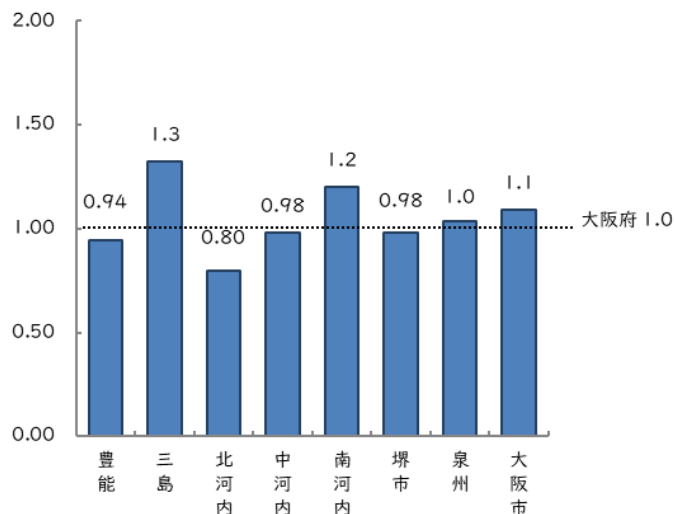
出典：大阪府「医療機関情報システム」

《人口10万人対の心血管疾患の急性期治療 《人口10万人対の心大血管疾患リハビリ
を行う病院数》 テーションを行う病院数》

人口10万人対



人口10万人対



※ いずれも、令和5年6月30日現在の数値。

※ 「人口10万人対」算出にあたり、大阪府総務部「大阪府の推計人口（令和4年10月1日現在）」を引用。

出典：大阪府「医療機関情報システム」

- 心血管疾患の急性期治療を行う病院のうち、集中治療室を有する病院とその病床数は、60施設610床（平成29年度には56施設537床）、高度治療室が63施設563床（同52施設507床）、冠状動脈疾患専門集中治療室（特定集中治療室のうち、特に冠疾患専用の部門を有するもの）が19施設130床（同18施設104床）となっています。

《病院数と各病床数（令和5年6月30日現在）》

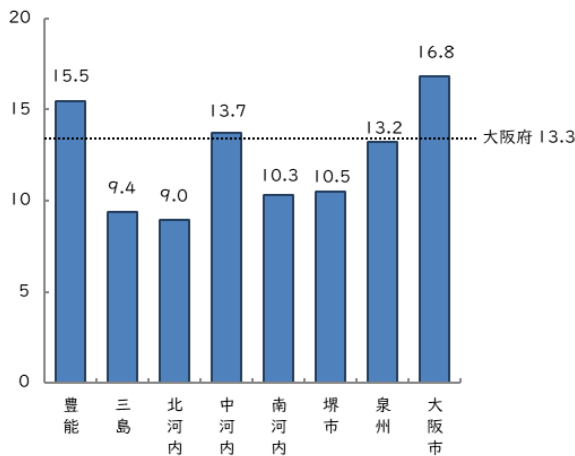
| 二次医療圏 | 集中治療室【ICU】 | | 高度治療室【HCU】 | | 【ICU+HCU】 | 冠状動脈疾患専門集中治療室【CCU*】 | |
|-------|------------|-----|------------|-----|-----------|---------------------|-----|
| | 病院数 | 病床数 | 病院数 | 病床数 | 病床数 | 病院数 | 病床数 |
| 豊能 | 9 | 126 | 6 | 38 | 164 | 3 | 28 |
| 三島 | 4 | 30 | 4 | 41 | 71 | 0 | 0 |
| 北河内 | 7 | 63 | 7 | 38 | 101 | 1 | 12 |
| 中河内 | 6 | 48 | 7 | 64 | 112 | 0 | 0 |
| 南河内 | 4 | 36 | 3 | 24 | 60 | 1 | 6 |
| 堺市 | 4 | 36 | 6 | 50 | 86 | 2 | 12 |
| 泉州 | 5 | 56 | 6 | 59 | 115 | 3 | 22 |
| 大阪市 | 21 | 215 | 24 | 249 | 464 | 9 | 50 |
| 大阪府 | 60 | 610 | 63 | 563 | 1,173 | 19 | 130 |

*「ICU」「HCU」を「CCU」として使用している場合があるため、「ICU」「HCU」と「CCU」の数は重複して計上されている可能性があります。

出典：大阪府「医療機関情報システム」

《心血管疾患治療を行う病院の人口10万人対のICU・HCU病床数(令和5年6月30日現在)》

人口10万人対

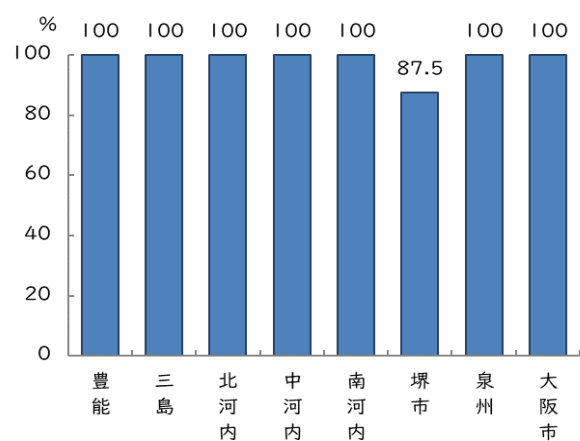
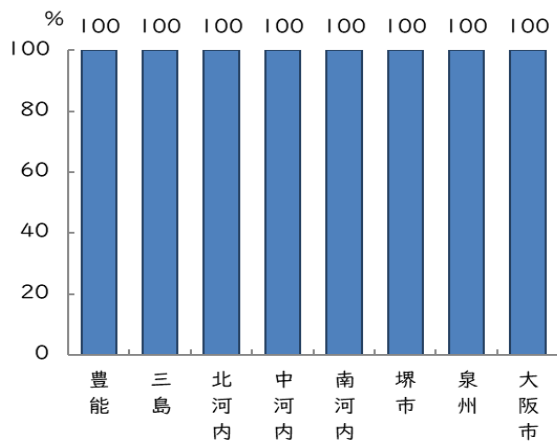


※ 「人口10万人対」算出にあたり、大阪府総務部「大阪府の推計人口(令和4年10月1日現在)」を引用。

出典:大阪府「医療機関情報システム」

- 心血管疾患の急性期治療を行う病院117施設(平成29年度には117施設)のうち、自院と他院・他施設との退院・転院調整等を担う地域医療連携室を設置している病院は全117施設(100%) (同115施設(98.3%))となっています。
- 心大血管疾患リハビリテーションを実施している91施設(同77施設)のうち、地域医療連携室を設置している医療機関は90施設(98.9%) (同76施設(98.7%))あります。

《心血管疾患の急性期治療を行う病院のうち地域医療連携室を設置している病院》 《心大血管疾患リハビリテーションを行う病院のうち地域医療連携室を設置している病院》

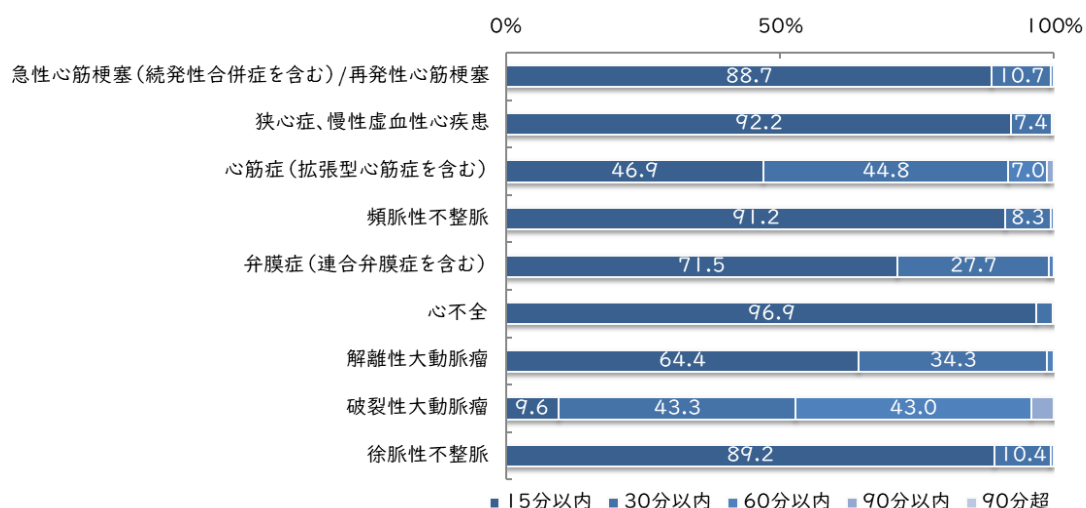


※ いずれも、令和5年6月30日現在の数値。

出典:大阪府「医療機関情報システム」

- 二次医療圏間の流出入はありますが、府内において、自宅等から心血管疾患の治療を実施する医療機関までの移動時間は、多くの疾患において概ね30分以内となっています。

《医療機関への移動時間に関する人口カバー率》



出典:厚生労働省「データブック Disk2(平成28年度)」、
tableau public 公開資料(<https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>)

2) 医師確保

- 大阪府内における令和2年の従事医師数は25,253人で、平成30年に比べ839人(3.4%)の増となっています。診療科別に従事医師数をみると、循環器内科は1,029人で、平成30年に比べ4人(0.4%)、心臓血管外科は285人で、平成30年に比べ6人(2.2%)と、ともに横ばいとなっております。今後の高齢者化社会も見据え、引き続き医師確保に取り組む必要があります。

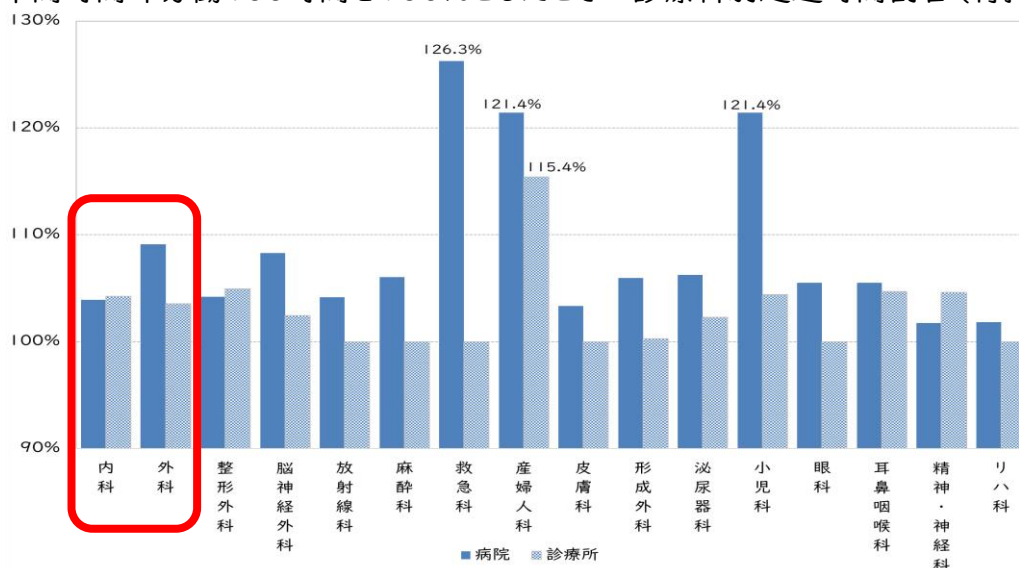
《診療科別従事医師数》

| | H30 | R2 | 増減率 (R2/H30) |
|--------|--------|--------|-----------------|
| 循環器内科 | 1,025 | 1,029 | 0.4% |
| 心臓血管外科 | 279 | 285 | 2.2% |
| 全診療科総数 | 24,414 | 25,253 | 3.4% |

出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

- 年間の時間外労働960時間を100%としたときの病院・診療所別、診療科別の超過時間の割合について、救急科までは至らないものの、内科（循環器内科を含む）及び外科（心臓血管外科を含む）は100%を超過しています。前述のように、若い世代の職業意識の変化などにより、今後も継続して医師を確保していくためには、勤務環境改善が必要です。

《年間時間外労働960時間を100%としたときの診療科別超過時間割合（再掲）》



※100%を超える部分が超過時間です。

出典：大阪府「医師確保計画策定のための実態調査」

(C) 取り組むべき施策

- 心血管疾患の救急患者の搬送・受入れに関する課題について、ORIONを活用して検証・分析をします。
- 心血管疾患の医療体制（医療提供体制、医療連携体制）の状況等を把握し、関係者間でめざすべき方向性の共有を図ることにより、地域の医療機関の自主的な医療機能の分化・連携の取組を促進します。
- 循環器内科医・心臓血管外科医の確保に向け、大阪府医療勤務環境改善支援センターを中心に医療機関における勤務環境の改善のための取組を促進します。
- 研修医、医学生等を対象とした関係機関によるセミナーを実施し、また医療現場の見学を奨励するなどにより、循環器内科医・心臓血管外科医の確保に努めます。

3. 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

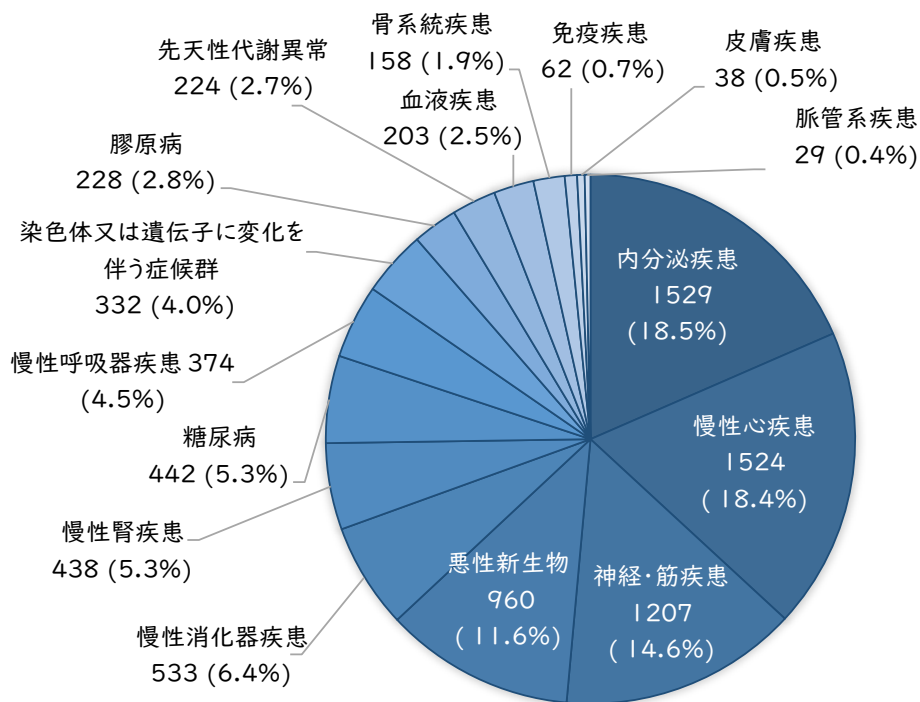
(A) はじめに

○ 循環器病の中には、100人に1人の割合で出生する先天性心疾患や小児不整脈、小児脳卒中、家族性高コレステロール血症等といった小児期・若年期から配慮が必要な疾患があります。

(B) 現状・課題

○ 小児慢性特定疾病児（原則18歳未満）に係る経済的負担の軽減を図るため、医療費助成を行っています。小児慢性特定疾病疾患群別での助成金交付者の割合を見ると、慢性心疾患が2番目に多い18.4%(1,524人)を占めており、平成28年度の17.6%(1,801人)と比べると横ばいで推移しています。

《小児慢性特定疾病疾患群別交付者割合（令和4年度）》



出典：「第8次大阪府医療計画」

○ 慢性心疾患などの慢性疾患児やその家族等に対しては、療育生活を支える様々な支援のニーズが高まっており、慢性疾患児等の健康の保持増進や自立の促進を図る必要があります。慢性疾患児の自立や成長を促進するための支援として、都道府県・政令市・中核市において、平成27年1月から療育相談、巡回相談、ピアカウンセリング等を行っています。府では、療育相談・巡回相談等を保健所にて、ピアカウンセリングを委託により大阪難病相談支援センターにてそれぞれ実施しています。

- 医療の進歩により、多くが成人期を迎えるようになった小児期発症慢性疾患患者が、成人後も適切な医療が継続できるよう小児期医療と成人期医療の懸け橋となる移行期医療体制の整備が求められています。府では、全国に先駆け、平成31年に大阪母子医療センター内に「大阪府移行期医療支援センター」を設置し、発達段階を考慮した病名や病態説明などの自律・自立支援や、小児診療科と成人診療科が連携して、適切な医療を生涯にわたり受けられるよう取り組んでいます。

(C) 取り組むべき施策

- 慢性心疾患などの慢性疾患や身体障がいのある児童や保護者が、必要な医療や療育を受けながら、地域で安心して生活ができるよう、保健所における専門職による訪問指導や療育相談を引き続き実施し、疾患や療養についての学習会や交流会を充実します。
- 小児期・若年期の循環器病について、移行期医療支援センター事業を通じて、発達段階を考慮した自律・自立支援や、成人科医療機関等での必要な医療を継続して受けられるようにするとともに、成人移行期の医療体制整備に向け小児診療科と成人診療科、関係機関が連携して切れ目のない医療提供及び患者支援ができるような仕組みづくりのための移行期医療・自立支援に関する現状調査、啓発、関係者への研修を行います。

(3) 社会連携に基づく循環器病対策及び循環器病患者支援

(A) はじめに

- 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ります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や服薬の徹底など適切な管理及びケアを行うことが必要です。
- その際には、必要に応じて、介護保険制度や障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく支援体制との整合性を図ることも重要です。
- 大阪府では、「第8次大阪府医療計画」において、在宅医療サービスの基盤整備や在宅医療に関わる人材の育成などを進めるため、指標を用いつつ現状と課題を明示しています。また、医療と介護の連携に関して、「大阪府高齢者計画2024」に加えて「第8次大阪府医療計画」に明示されています。本項目では、これらの計画で示されている課題等を参照しつつ、取り組むべき施策について整理します。

(B) 現状と課題

1) 在宅医療を担う施設等

- 大阪府は全国47都道府県の中で在宅療養を担う施設並びに訪問看護を行う事業所及び看護職員が多い傾向にあります。

《在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所並びに訪問看護ステーションの事業所数及び看護職員数》

| | | 1位 | 2位 | 3位 | 全国平均 | 備考 |
|---------------|-----------------|----------------|----------------|---------------|------|-----------------------|
| 在宅療養支援病院の施設数 | 総数 | 東京都 (142) | 大阪府 (129) | 福岡県 (100) | | |
| | 人口 10万人あたり | 徳島県 (5.8) | 鹿児島県 (3.5) | 大分県 (2.9) | 1.6 | 大阪府 (1.5) <18位> |
| | 65歳以上 1万人あたり | 徳島県 (1.7) | 鹿児島県 (1.1) | 大分県 (0.9) | 0.5 | 大阪府 (0.5) <15位> |
| 在宅療養支援診療所の施設数 | 総数 | 大阪府 (1,796) | 東京都 (1,579) | 兵庫県 (926) | | |
| | 人口 10万人あたり | 長崎県 (21.6) | 大阪府 (20.9) | 広島県 (20.6) | 12.0 | |
| | 65歳以上 1万人あたり | 大阪府 (7.6) | 広島県 (7.0) | 長崎県 (6.6) | 3.9 | |

| | | 1位 | 2位 | 3位 | 全国平均 | 備考 |
|----------------------|------------------|----------------|----------------|-----------------|------|----|
| 訪問看護ステーション の事業所数 | 総数 | 大阪府 (1,528) | 東京都 (1,369) | 神奈川県 (847) | | |
| | 人口 10万人あたり | 和歌山 (18.0) | 大阪府 (17.8) | 京都府 (14.6) | 10.9 | |
| | 65歳以上 1万人あたり | 大阪府 (6.5) | 和歌山県 (5.5) | 福岡県 (5.1) | 3.6 | |
| 訪問看護ステーション の看護職員数 | 総数 | 大阪府 (9,432) | 東京都 (8,170) | 神奈川県 (4,899) | | |
| | うち、24時間 対応職員数 | 大阪府 (8,504) | 東京都 (7,253) | 神奈川県 (4,551) | | |
| | 人口 10万人あたり | 大阪府 (109.8) | 和歌山県 (83.7) | 福岡県 (76.3) | 57.0 | |
| | 65歳以上 1万人あたり | 大阪府 (40.2) | 福岡県 (27.3) | 兵庫県 (26.4) | 18.8 | |

※ 「訪問看護ステーションの看護職員数」の「総数」及び「うち、24時間対応職員数」には、准看護師を含みます。

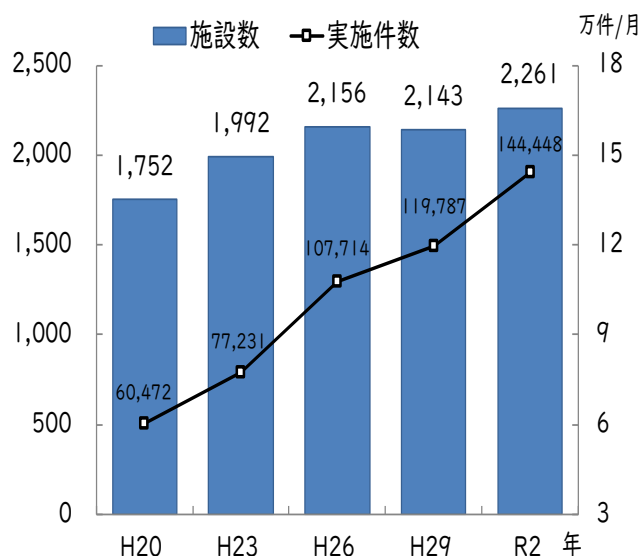
出典：厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」、厚生労働省「厚生局調べ」、「介護サービス施設・事業所調査」）

2) 日常の療養支援

- 患者が自分らしい暮らしを続けながら、住み慣れた生活の場において療養を行うことを可能とするため、在宅医療を支える4つの医療機能「日常の療養支援」、「入退院支援」、「急変時の対応」及び「看取り」を確保し、入院医療から在宅医療への切れ目のない継続的な医療サービスの提供が求められます。
- 最初に「日常の療養支援」では、訪問診療件数が増加し、また、訪問診療に対応する医療機関（病院及び診療所）数は横ばいですが、1医療機関あたりの訪問診療件数は増加傾向にあります。

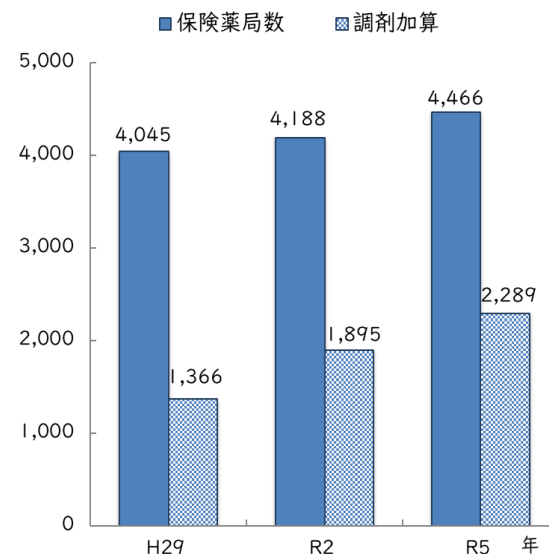
- また、在宅患者調剤加算^(※4-19)の届出を行っている薬局も増加しているものの、今後の在宅医療需要の増加を見据え、さらなる安全・安心な薬物療法の提供体制を拡充すべく、地域の薬局には、退院時における医療機関等との情報共有をはじめ、薬局と在宅医療に係る関係機関との連携体制の構築が求められています。

《訪問診療実施医療機関数と実施件数》



出典：厚生労働省「医療施設静態・動態調査」

《在宅患者調剤加算の届出薬局》



出典：近畿厚生局「施設基準届出」

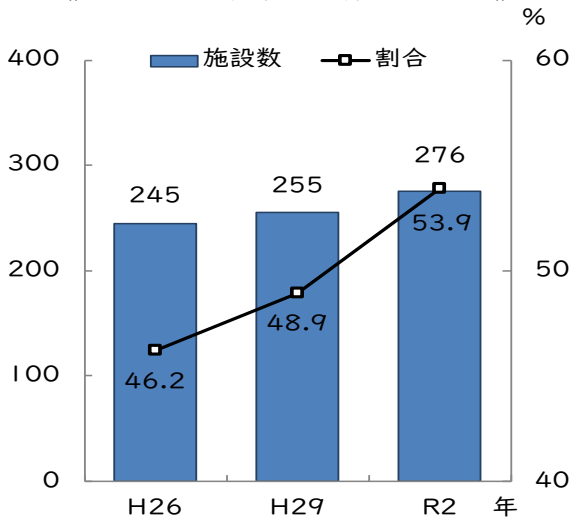
3) 入退院支援

- 入院医療から在宅医療等への円滑な進行を進めるには、病院の入退院支援部門の設置及び看護師や社会福祉士等の専従職員の配置等、院内の体制整備が求められており、入退院支援担当者を配置している府内の病院数は、年々増加傾向にあります。
- また、退院支援部門の設置や、多職種とのカンファレンスの実施等が算定要件である入退院支援加算の届出を行っている病院は、令和5年には270か所で、全病院の53.6%です。入退院支援加算届出状況を病床別にみると、100床以上の病院では6割を超えていますが、100床未満の病院は約4割となっています。

(※4-19) 在宅患者調剤加算：

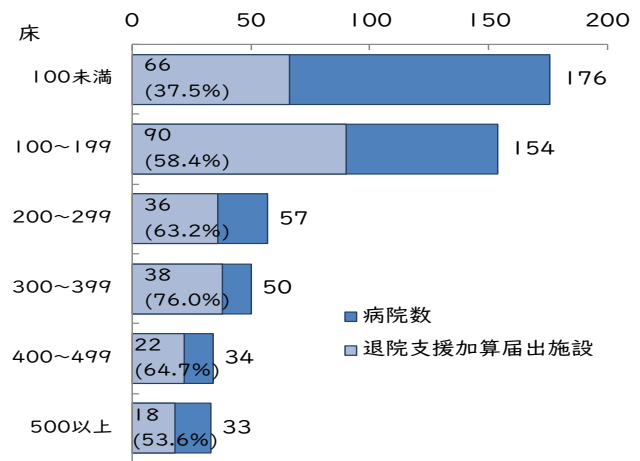
在宅業務に必要な体制が整備され実績が一定以上ある薬局が在宅患者に対して調剤を実施した際に調剤報酬として加算できるものをいいます。

《退院調整支援担当者配置病院》



出典:厚生労働省「医療施設静態・動態調査」

《病床数別にみた入退院支援加算届出施設数 (令和5年4月1日現在)》



出典:近畿厚生局「施設基準届出」

4) 急変時の対応

- 患者急変時の往診や入院の体制については、訪問診療医と後方支援を行う医療機関等の間での事前の仕組みづくりや地域の関係機関での認識の共有が必要です。
- 往診については、平成28年度及び令和4年度の診療報酬改定における施設基準の変更による影響を受け、24時間対応が可能な在宅療養支援診療所は増減を繰り返し、令和5年は1,752か所となっています。一方、在宅療養支援診療所のうち、複数の医師により、往診や在宅看取りに一定の実績を必要とする機能強化型の在宅療養支援診療所(単独型・連携型)は、平成29年の332か所から、令和5年には456か所に増えています。

《緊急往診・入院受入れ機能を有する病院等(令和5年4月1日現在)》

| 二次医療圏 | 在宅療養支援診療所 | | | | | | 在宅療養支援病院 | | | | | 在宅療養後方支援病院 | 地域医療支援病院※ | 二次救急病院 | |
|-------|-----------|-----|-----|------|------|-------|----------|----|----|-----|-----|------------|-----------|--------|--------|
| | 機能強化型 | | | 従来型 | 合計 | 有床診療所 | 機能強化型 | | | 従来型 | 合計 | | | 200床未満 | 200床以上 |
| | 単独 | 連携 | 合計 | | | | 単独 | 連携 | 合計 | | | | | | |
| 豊能 | 1 | 48 | 49 | 144 | 193 | 2 | 0 | 3 | 3 | 8 | 11 | 7 | 7(3) | 10 | 14 |
| 三島 | 1 | 23 | 24 | 129 | 153 | 3 | 3 | 2 | 5 | 0 | 5 | 6 | 6(5) | 7 | 16 |
| 北河内 | 1 | 34 | 35 | 115 | 150 | 2 | 3 | 4 | 7 | 15 | 22 | 3 | 5(2) | 28 | 14 |
| 中河内 | 1 | 38 | 39 | 106 | 145 | 4 | 0 | 5 | 5 | 4 | 9 | 2 | 4(2) | 8 | 12 |
| 南河内 | 1 | 32 | 33 | 74 | 107 | 2 | 2 | 5 | 7 | 7 | 14 | 3 | 3(1) | 12 | 11 |
| 堺市 | 0 | 43 | 43 | 127 | 170 | 2 | 0 | 6 | 6 | 7 | 13 | 6 | 5(2) | 10 | 15 |
| 泉州 | 1 | 40 | 41 | 86 | 127 | 5 | 3 | 5 | 8 | 12 | 20 | 6 | 5(2) | 12 | 21 |
| 大阪市 | 7 | 185 | 192 | 515 | 707 | 16 | 2 | 20 | 22 | 17 | 39 | 20 | 16(7) | 53 | 40 |
| 大阪府 | 13 | 443 | 456 | 1296 | 1752 | 36 | 13 | 50 | 63 | 70 | 133 | 53 | 51(24) | 140 | 143 |

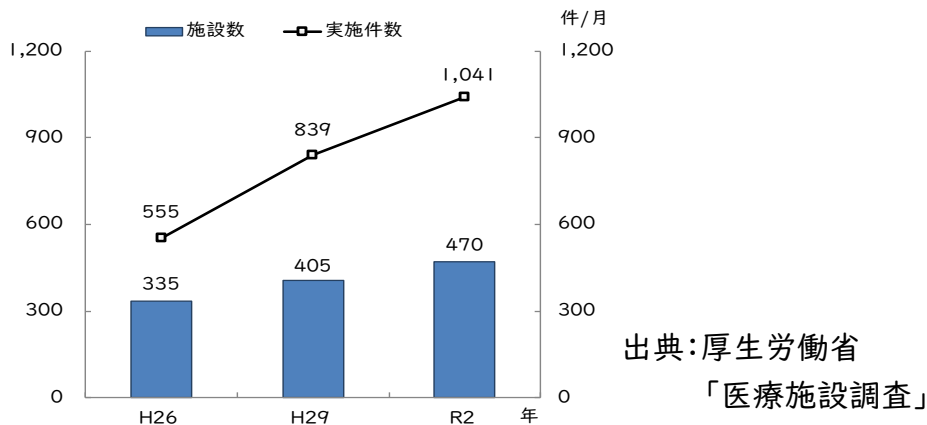
※()は地域医療支援病院と在宅療養後方支援病院の両方の届出を行っている病院

出典:近畿厚生局「施設基準届出」

5) 看取り

- 在宅医療における看取りは、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行うことが求められており、患者本人・家族等による意思決定を尊重する対応が必要です。
- 在宅での看取り実施医療機関は、平成26年の335か所から、令和2年では470か所と、6年間で約1.4倍に増加しています。また、在宅での看取り件数は、平成26年の555件/月から、令和2年は1,041件/月と6年間で約1.9倍に増加しています。

《在宅看取り実施医療機関数と実施件数》



6) 医療と介護の連携

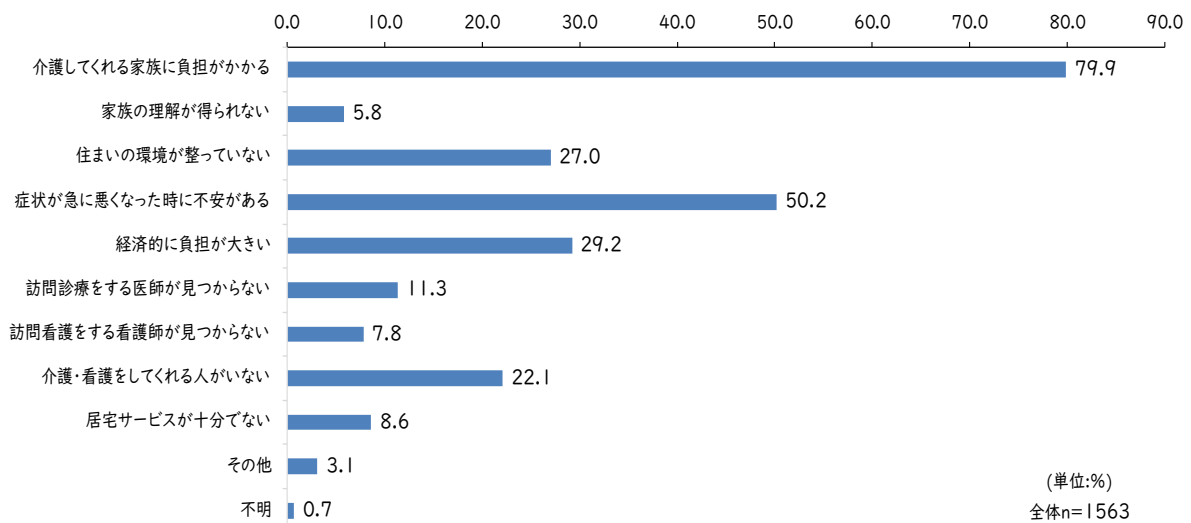
- 令和4年に実施した大阪府の調査において、「自宅で療養しながら最期まで過ごすことができると思うか」との問いに対して、「難しいと思う」が37.6%、「わからない」が43.0%との結果となっています。
- また、自宅で最期まで過ごすことが難しいと考える理由は、「介護してくれる家族に負担がかかる」が79.9%と最も多く、次いで「症状が急に悪くなった時に不安がある」が50.2%となっています。このため、終末期等における在宅生活の不安を解消し、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる体制を構築することが求められています。

《自宅で療養しながら、最期まで過ごすことができると思うか》



出典：大阪府「令和4年度高齢者の生活実態と介護サービス等に関する意識調査」

《自宅で最期まで過ごすことが難しいと思う理由》



出典:大阪府「令和4年度高齢者の生活実態と介護サービス等に関する意識調査」

(C) 取り組むべき施策

- 在宅医療の充実に向けて、以下に掲げる取組を進めます。
 - 訪問診療及び往診、訪問歯科診療、訪問看護、在宅医療を支える病院・診療所の拡充、薬局の在宅医療への参画など在宅医療サービスの基盤の整備に努めます。
 - 在宅医療にかかわる医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の育成や、病院・有床診療所における退院支援調整機能の強化を図るための人材を育成します。
 - 医療・ケア従事者に対して、在宅医療に関する理解促進を図ります。
- 医療・介護の連携の推進にあたり、以下に掲げる取組を進めます。
 - 市町村の医療・介護関係者の連携を推進するため、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策の検討を行う連携推進会議等の状況をはじめ市町村の取組を把握し、府内市町村に共有を図る等、在宅医療・介護連携推進事業が円滑に実施されるよう市町村を支援します。
 - 在宅医療・介護連携の推進のための各種データや好事例を提供することにより、市町村における現状・課題分析等を踏まえた事業実施が進むよう支援します。
 - 医療と介護が連携した対応が求められる4つの場面（1. 日常の療養支援、2. 入院時から退院する際の「入退院支援」、3. 急変時の対応、4. 人生の最終段階「看取り」）において、市町村単独では対応が難しい広域的な医療介護連携に関する取組を実施します。

《在宅医療と介護連携イメージ(在宅医療の4場面別にみた連携の推進)》



出典:厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き(Ver.3)」

(4) リハビリテーション等の取組

(A) はじめに

- 循環器病患者は、社会復帰という観点も踏まえつつ、日常生活動作の維持・向上や社会参加の促進といった、生活の質の維持向上を図るため、早期から継続的なリハビリテーションの実施が必要となる場合があります。
- 脳卒中患者は、急性期医療を行った後も様々な神経症状が残ることが多く、一般的には急性期に速やかにリハビリテーションを開始し、円滑に回復期及び維持期・生活期のリハビリテーションに移行できるよう、医療と介護及び福祉の間で切れ目のない継続的なリハビリテーションの提供体制の構築が求められています。
- 脳血管疾患等リハビリテーションを行う病院のうち、回復期リハビリテーション病床を有する病院とその病床数は、109施設 6,698床（平成29年度には98施設5,726床）となっています。
- 心血管疾患患者においても、再発予防及び再入院予防の観点からも、心血管疾患におけるリハビリテーションの実施についても求められています。
心大血管疾患リハビリテーションを行う病院は91施設（平成29年度には77施設）あります。
- 患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、専門家を育成しつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制を構築する必要があります。また、在宅で過ごす患者にも適切なリハビリテーションが提供される体制を整備することが必要とされています。
- 理学療法士^(※4-20)や作業療法士^(※4-21)、言語聴覚士^(※4-22)といったリハビリテーションに関係する専門資格を有する者については、「第8次大阪府医療計画」において、質の高い理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの育成に向けた教育の確保が必要とされています。本項目では、同計画に示されている現状等を参照しつつ、取り組むべき施策について整理します。

(※4-20) 理学療法士：

厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示のもとに、身体に障がいのある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えること（理学療法）を行うことを業とする者をいいます。

(※4-21) 作業療法士：

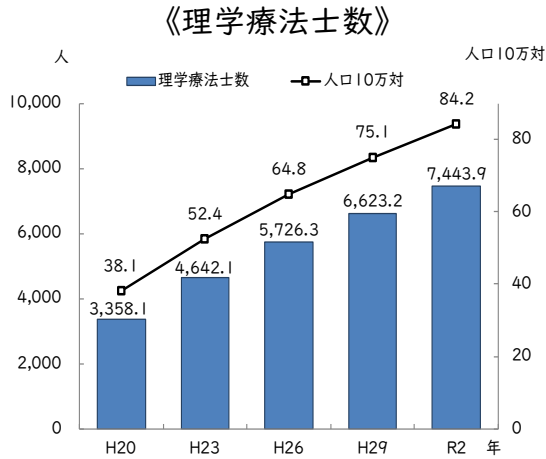
厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示のもとに、身体又は精神に障がいのある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせること（作業療法）を行うことを業とする者をいいます。

(※4-22) 言語聴覚士：

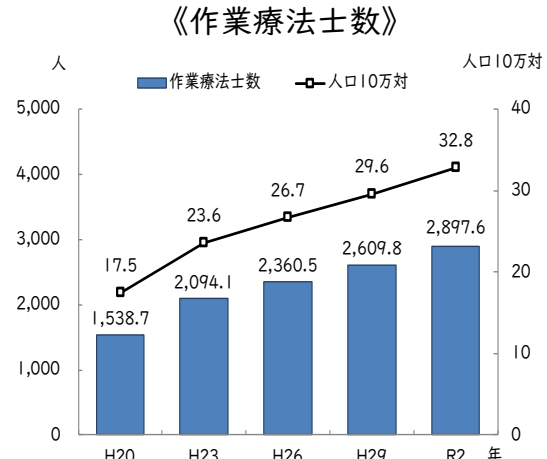
厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障がいのある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいいます。

(B) 現状・課題

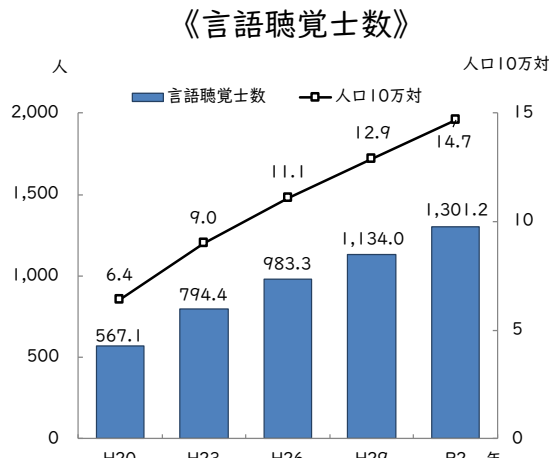
○平成20年度から令和2年度の大阪府における病院・診療所に従事する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士数は、いずれも増加傾向にあります。人口10万人対の人数では、理学療法士及び言語聴覚士において全国を上回っている一方、作業療法士において全国を下回っています。



※全国における人口10万人対の理学療法士は、80.0(R2)。



※全国における人口10万人対の作業療法士は、40.5(R2)。



※全国における人口10万人対の言語聴覚士は、14.2(R2)。

出典：厚生労働省「医療施設調査」
 ※「人口10万人対」算出にあたり、総務省統計局「令和2年国勢調査」を引用。

○大阪府が所管する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成所は、令和4年5月現在、下表のとおりです。今後とも質の高い人材育成に向けた適正な教育確保のため、養成所に対して必要な指導調査・助言を行う必要があります。

《理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成所(専門学校)の状況(令和4年5月現在)》

| | 施設数 | 入学定員 |
|-------|-----|------|
| 理学療法士 | 9 | 580 |
| 作業療法士 | 5 | 280 |
| 言語聴覚士 | 3 | 150 |

出典：厚生労働省「医療関係職種養成施設」

- さらに切れ目のないリハビリテーションの提供体制の構築のため、在宅医療や退院後の生活の支援など医療と福祉の連携が進む中、医療従事者の循環器病発症後の後遺症等の理解や合理的配慮の提供は必要不可欠であり、循環器病患者が必要な医療をいつでも安心して受療できる環境を構築していく必要があります。

(C) 取り組むべき施策

- 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の確保及び資質向上のため、「指導調査実施要綱」に基づく計画的な指導調査・助言の実施を通じて、養成所等の適切な運営を図ります。
- 身近な地域で質の高いリハビリテーションを受けることができる環境を整備することが重要であり、医療・保健・福祉などの関係機関の連携により、地域におけるリハビリテーションの向上に努めていきます。
- 在宅で過ごす患者への適切なリハビリの提供については、国の施策を踏まえ、その方法・体制等を検討します。

(5) 新興感染症の発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策

(A) はじめに

- 新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、新興感染症^(※4-23)が発生・まん延した場合には、感染症患者と感染症以外の脳卒中患者及び心血管疾患患者、それぞれに対応するための救急医療提供体制を確保することが必要となります。
- 災害時においても、被災者等に対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

(B) 現状・課題

- 新興感染症の発生から感染症法に基づく発生の公表前までの発生早期の段階においては、感染症病床を有する感染症指定医療機関において、発生の公表後は、これら感染症指定医療機関に加え、感染症法に基づく第一種協定指定医療機関(入院)を中心に、感染症患者の脳卒中及び心血管疾患にかかる救急医療について対応していくこととなります。
- 三次救急医療機関(救命救急センター)は、全ての医療機関が第一種協定指定医療機関(入院)となっており、新興感染症の発生・まん延時は、感染症の罹患の有無に関わらず、三次救急医療機関の役割である、重症・重篤患者の受入れにより特化することが求められます。
- 二次救急医療機関については、公立公的医療機関、特定機能病院、地域医療支援病院の全てが第一種協定指定医療機関となっており、特に、流行初期期間は、第一種協定指定医療機関となっていない民間医療機関において、感染症患者以外の脳卒中及び心血管疾患救急患者受入れ機能を通常時よりも強化することが求められます。
- 新興感染症の発生・まん延時における脳卒中及び心血管疾患にかかる救急医療体制を確保するには、各地域において、二次・三次救急医療機関の協定締結状況を踏まえた各医療機関の具体的な役割分担や、患者の円滑な救急搬送のため、保健所、消防等関係機関との感染症患者の救急搬送に係る協定(申し合わせ)締結等の対応について、事前に協議しておくことが重要になります。

(※4-23) 新興感染症:

本計画では、新型インフルエンザ(感染症法第6条第7項第1号)、再興型インフルエンザ(同第2号)、新型コロナウイルス感染症(同第3号)、再興型コロナウイルス感染症(同第4号)、指定感染症(同第8項)及び新感染症(同第9項)を新興感染症と定義します。

《救急医療機関[脳卒中対応]における第一種協定指定医療機関(入院)(令和5年10月25日時点)》
(単位:施設数)

| 医療機関分類 | 医療機関数 (n) | 第一種協定指定医療機関数 | | | |
|-------------------------|--------------|------------------------|---------|-----------|---------|
| | | 流行初期期間 (発生公表後3か月程度) | | 流行初期期間経過後 | |
| | | (a) | (a/n) | (b) | (b/n) |
| 三次救急医療機関 [脳卒中対応] | 16 | 16 | (100%) | 16 | (100%) |
| A. 公立病院(特定機能病院除く) | 6 | 6 | (100%) | 6 | (100%) |
| B. 公的医療機関等(A及び特定機能病院除く) | 2 | 2 | (100%) | 2 | (100%) |
| C. 特定機能病院 | 5 | 5 | (100%) | 5 | (100%) |
| D. 地域医療支援病院(A及びB除く) | 3 | 3 | (100%) | 3 | (100%) |
| E. 民間医療機関(A~D以外) | 0 | 0 | (-) | 0 | (-) |
| 二次救急医療機関 [脳卒中対応] | 99 | 79 | (79.8%) | 90 | (90.9%) |
| A. 公立病院(特定機能病院除く) | 16 | 16 | (100%) | 16 | (100%) |
| B. 公的医療機関等(A及び特定機能病院除く) | 9 | 9 | (100%) | 9 | (100%) |
| C. 特定機能病院 | 5 | 5 | (100%) | 5 | (100%) |
| D. 地域医療支援病院(A及びB除く) | 20 | 20 | (100%) | 20 | (100%) |
| E. 民間医療機関(A~D以外) | 49 | 29 | (59.2%) | 40 | (81.6%) |

《救急医療機関[心血管疾患対応]における第一種協定指定医療機関(入院)(令和5年10月25日時点)》
(単位:施設数)

| 医療機関分類 | 医療機関数 (n) | 第一種協定指定医療機関数 | | | |
|-------------------------|--------------|------------------------|---------|-----------|---------|
| | | 流行初期期間 (発生公表後3か月程度) | | 流行初期期間経過後 | |
| | | (a) | (a/n) | (b) | (b/n) |
| 三次救急医療機関 [心血管疾患対応] | 16 | 16 | (100%) | 16 | (100%) |
| A. 公立病院(特定機能病院除く) | 6 | 6 | (100%) | 6 | (100%) |
| B. 公的医療機関等(A及び特定機能病院除く) | 2 | 2 | (100%) | 2 | (100%) |
| C. 特定機能病院 | 5 | 5 | (100%) | 5 | (100%) |
| D. 地域医療支援病院(A及びB除く) | 3 | 3 | (100%) | 3 | (100%) |
| E. 民間医療機関(A~D以外) | 0 | 0 | (-) | 0 | (-) |
| 二次救急医療機関 [心血管疾患対応] | 109 | 92 | (84.4%) | 107 | (98.2%) |
| A. 公立病院(特定機能病院除く) | 24 | 24 | (100%) | 24 | (100%) |
| B. 公的医療機関等(A及び特定機能病院除く) | 12 | 12 | (100%) | 12 | (100%) |
| C. 特定機能病院 | 5 | 5 | (100%) | 5 | (100%) |
| D. 地域医療支援病院(A及びB除く) | 20 | 20 | (100%) | 20 | (100%) |
| E. 民間医療機関(A~D以外) | 48 | 31 | (64.6%) | 46 | (95.8%) |

○災害発生時には、災害拠点病院や災害医療協力病院等の医療機関がそれぞれの役割に応じた患者の受入れを行うこととなりますが、新興感染症発生・まん延時と同様に、地域において、具体的な役割分担等について事前に協議しておくことが重要になります。

(C) 取り組むべき施策

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

第3節 循環器病患者等を支えるための環境づくり



(1) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

(A) はじめに

- 医療技術や情報技術の進歩、医療の機能分化の推進等により、循環器病患者の療養生活は多様化しており、急性期治療や回復期リハビリテーションを経て地域での療養に移行する中で、診療や生活における疑問や、心理的・社会的・経済的な悩み等が生じます。特に、急性期には患者が意識障がい呈していることが多く、時間的制約があることから、必要な情報の収集や相談支援を受けることが困難である可能性があります。
- 本項目では、循環器病に関する情報提供や相談支援に関して、現状を確認しつつ、取り組むべき施策について整理します。

(B) 現状・課題

- 令和元年に公益社団法人日本脳卒中協会が実施した「脳卒中患者・家族アンケート」の結果によると、「入院した医療機関の相談員や相談窓口について利用しやすかったか」という問いに対して、否定的な回答が3～4割を占めています。
- 転院や退院に際して、「転院や退院に際して連携はスムーズにできていたと思うか」という問いに対する否定的な回答が2～3割を占めており、また、退院後に「自宅での生活を支援する制度やサービスに関する情報を十分に得ることができたか」という問いに対する否定的な回答が3割程度占めています。

《病院の相談員や相談窓口についての満足割合》

| | 全くそう思わない | | あまりそう思わない | | そう思う | | とてもそう思う | |
|----------------------|----------|-------|-----------|-------|------|-------|---------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| A 急性期病院 (N=453) | 73 | 16.1% | 130 | 28.7% | 160 | 35.3% | 90 | 19.9% |
| B 回復期リハ病院 (N=389) | 40 | 10.3% | 87 | 22.4% | 154 | 39.6% | 108 | 27.8% |
| C 療養型病院 (N=75) | 15 | 20.0% | 14 | 18.7% | 29 | 38.7% | 17 | 22.7% |

出典：公益社団法人日本脳卒中協会「患者・家族委員会アンケート調査報告書」

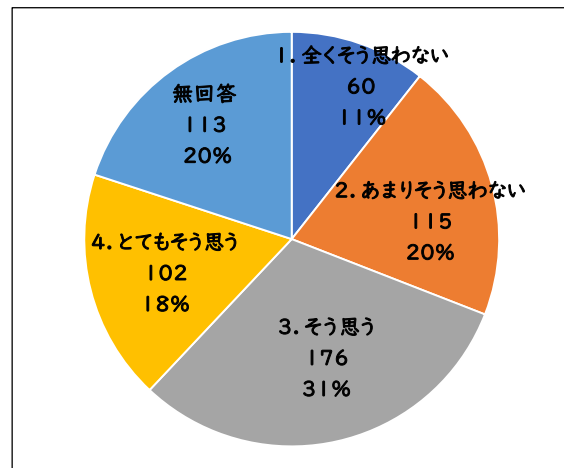
《転院や退院に際して連携はスムーズにできていたと思うか》

| | 全くそう思わない | | あまりそう思わない | | そう思う | | とてもそう思う | |
|----------------------|----------|-------|-----------|-------|------|-------|---------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| A 急性期病院 (N=437) | 53 | 12.1% | 74 | 16.9% | 189 | 43.2% | 121 | 27.7% |
| B 回復期リハ病院 (N=379) | 35 | 9.2% | 59 | 15.6% | 156 | 41.2% | 129 | 34.0% |
| C 療養型病院 (N=75) | 12 | 16.0% | 11 | 14.7% | 31 | 41.3% | 21 | 28.0% |

出典：公益社団法人日本脳卒中協会「患者・家族委員会アンケート調査報告書」

《自宅での生活を支援する制度やサービスに関する情報を十分に得ることができたか》

| 回答項目 (N=566) | n | % |
|-----------------|-----|-------|
| 1. 全くそう思わない | 60 | 10.6% |
| 2. あまりそう思わない | 115 | 20.3% |
| 3. そう思う | 176 | 31.1% |
| 4. とてもそう思う | 102 | 18.0% |
| 無回答 | 113 | 20.0% |



出典：公益社団法人日本脳卒中協会「患者・家族委員会アンケート調査報告書」

(C) 取り組むべき施策

- 循環器病患者やその家族が、循環器病の保健、医療及び福祉等に関する必要な情報にアクセスできる環境の整備を推進するため、国や国立循環器病研究センター、府内市町村、関係機関等の連携により、情報の収集や提供の促進に取り組みます。
- 循環器病患者やその家族が、急性期治療や回復期リハビリテーション等を経て地域生活へ移行する過程において生じる、心理的・社会的・経済的な悩み等について、医療機関や府内市町村、関係機関等の相談支援の実態を踏まえ、機関相互の連携を推進します。

(2) 循環器病の緩和ケア

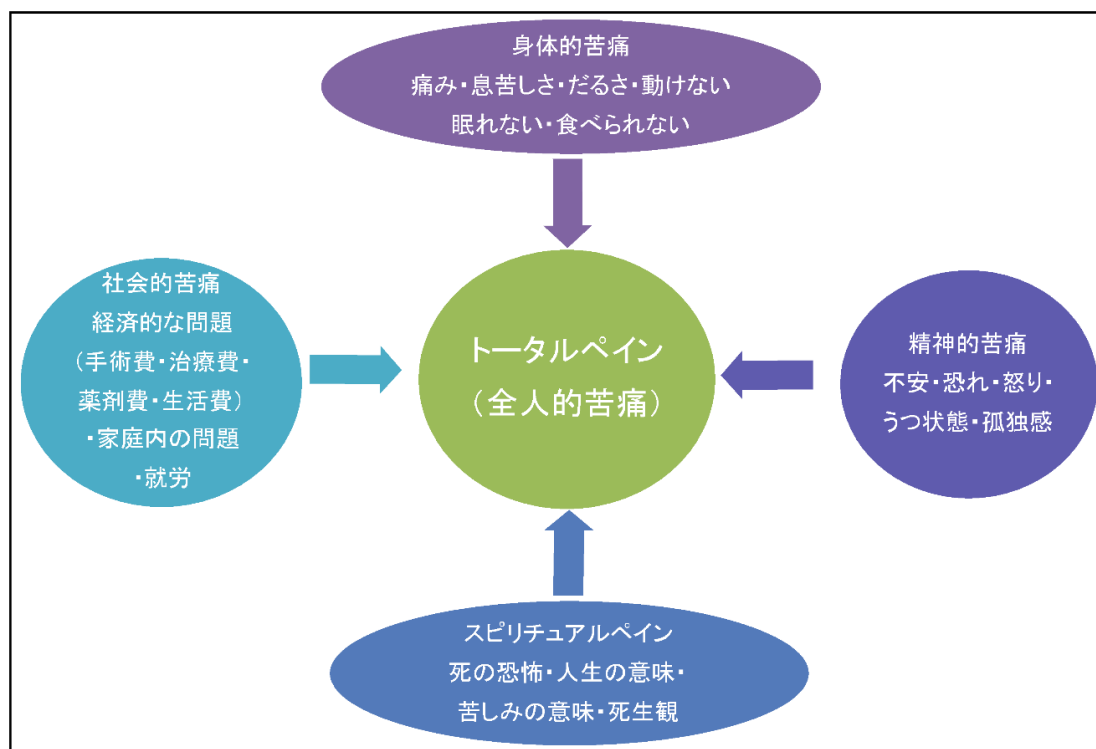
(A) はじめに

- 世界保健機構(WHO)によると、緩和ケアとは、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」とされています。がんを主な対象患者として発展したため、がん以外の疾患を併発したがん患者やがん以外の疾患の患者への緩和ケアが立ち遅れています。また、臨床現場における実態が十分把握されていません。
- 末期患者の多くは、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・社会的苦痛を受け続けることがあり、問題となっています。病気の進行とともに全人的苦痛(トータルペイン)^(※4-24)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進める必要があります。

(※4-24)「全人的苦痛(トータルペイン)」について

患者と家族が感じる身体的苦痛、精神的苦痛、スピリチュアルペイン(死の恐怖など)及び社会的苦痛の4つの側面により分類され、これらの痛みは互いに関連し影響し合っています。

《がんなど疾病によって引き起こされる各種痛み トータルペイン》



出典:厚生労働省政策統括官付政策評価官室アフターサービス推進室「がん患者と家族に対する緩和ケア提供の現況に関する調査(平成29年4月)」

上図は、悪性新生物(がん)の緩和ケアに関して用いられているが、循環器病患者においても同様の苦痛が存在しています。

(B) 現状・課題

- 令和2年の世界保健機構(WHO)からの報告に、成人で緩和ケアを必要とする頻度の高い疾患として循環器病があげられています。循環器病は、生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに全人的な苦痛が増悪することを踏まえて、疾患の初期段階から継続して緩和ケアを必要とする疾患です。加えて、例えば、臨床の特徴として増悪を繰り返すことが挙げられる心不全については、治療と連携した緩和ケアも必要とされています。
- 悪性新生物(がん)の場合、患者の身体的苦痛や心理的・社会的苦痛を和らげるための体制として、大阪府内の67医療機関(令和5年4月1日現在)に指定されている「がん診療拠点病院」において専門的な知識及び技能を有する医療従事者による緩和ケアチームが構成されています。
- また、がん診療拠点病院以外にも、緩和ケア病棟のある施設や、在宅緩和ケアを行う医療機関においても緩和ケアを受けられる体制となっています。
- 一方、循環器病の場合は、悪性新生物(がん)の場合と比較して体制整備が十分となっておらず、緩和ケアへの取組を進めることが求められています。

(C) 取り組むべき施策

- 患者の苦痛を身体的・精神心理的・社会側面的等の多面的な観点をもつ全人的な苦痛として捉えた上で、全人的なケアを行うべく、多職種連携や地域連携の下で、循環器患者の状態に応じた適切な緩和ケア(アドバンス・ケア・プランニングによる個人の意思決定に基づく緩和ケア)を治療の初期段階から推進します。
- 専門的な緩和ケアの質を向上させ、患者と家族のQOLの向上を図るため、関係機関とも連携して、医師等に対する循環器病の緩和ケアに関する研修会等を行うなど、循環器病に対する緩和ケアの方法・体制等について国の動向を踏まえ検討します。

(3) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援及び治療と仕事の両立支援・就労支援

(A) はじめに

- 循環器病による死亡率は減少傾向にある一方で、その後遺症（手足の麻痺、失語症・高次脳機能障がい、心肺機能・運動機能の低下等）は、患者の日常生活や復職・就労の大きな障がいとなっています。
- 一般的に「後遺症」とは、「病気やけがの主症状が治癒したあとに長く残存する機能障がい」とされています^(※4-25)。手足の麻痺などに対するリハビリテーションに関する取組については、第2節(4)「リハビリテーション等の取組」において触れたとおりですが、必要な福祉サービスの提供が行えるよう環境の整備が求められます。
- 脳卒中の後遺症には、手足の麻痺などの目に見えるもののほか、高次脳機能障がい^(※4-26)による記憶力や注意力の低下、失語症など、一見してわかりにくいものがあり、治療と仕事の両立支援にあたっては、周囲の理解や配慮が必要です。
- また、心血管疾患については、治療後に通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場に復帰できるケースが多くありますが、治療法や治療後の心機能等によっては、業務内容や職場環境に配慮が必要な場合があります。
- 「第5次大阪府障がい者計画」では、「全ての人間（ひと）が支え合い、包容され、ともに生きる自立支援社会づくり」という基本理念の下、障がい者の自立と社会参加に向けた様々な取組を進めていくとしています。
- 本項目では、こうした必要性を踏まえ、取り組むべき施策について、整理します。

(B) 現状・課題

- 第2章第2節「循環器病に関する現状」にあるとおり、介護保険法（平成9年法律第123号）上の「要支援状態」又は「要介護状態」に至った主な原因の1つに「脳血管疾患（脳卒中）」が挙げられます。後遺症により日常生活の活動度が低下し、介護が必要な状態となった場合には、必要な福祉・介護サービスを受けることができますが、回復に長い期間を要するため、復職・就労に係る支援にあたり長期的なサポートが必要になる場合があります。

(※4-25) 後遺症について：

新村出著「広辞苑第七版」によります。

(※4-26) 高次脳機能障がい：

事故や病気により脳が損傷された結果、記憶、注意、遂行機能、言語といった認知面及び感情や行動などに生じる障がいをいいます。脳の働きのうち注意、感情、記憶、行動などの高度な脳の働きを司る部位が、主に損傷されることにより生じるとされ、脳損傷が生じる主な原因としては、脳梗塞や脳出血といった脳血管疾患や、外傷性脳損傷等が挙げられます。

《「要支援状態」又は「要介護状態」に至った主な原因(令和4年)》(再掲)

(単位:%)

| 現在の 要介護度 | 順位 | | 順位 | | 順位 | |
|-------------|------------|------|------------|------|---------|------|
| | 1位 | | 2位 | | 3位 | |
| 総数 | 認知症 | 16.6 | 脳血管疾患(脳卒中) | 16.1 | 骨折・転倒 | 13.9 |
| 要支援者 | 関節疾患 | 19.3 | 高齢による衰弱 | 17.4 | 骨折・転倒 | 16.1 |
| 要支援1 | 高齢による衰弱 | 19.5 | 関節疾患 | 18.7 | 骨折・転倒 | 12.2 |
| 要支援2 | 関節疾患 | 19.8 | 骨折・転倒 | 19.6 | 高齢による衰弱 | 15.5 |
| 要介護者 | 認知症 | 23.6 | 脳血管疾患(脳卒中) | 19.0 | 骨折・転倒 | 13.0 |
| 要介護1 | 認知症 | 26.4 | 脳血管疾患(脳卒中) | 14.5 | 骨折・転倒 | 13.1 |
| 要介護2 | 認知症 | 23.6 | 脳血管疾患(脳卒中) | 17.5 | 骨折・転倒 | 11.0 |
| 要介護3 | 認知症 | 25.3 | 脳血管疾患(脳卒中) | 19.6 | 骨折・転倒 | 12.8 |
| 要介護4 | 脳血管疾患(脳卒中) | 28.0 | 骨折・転倒 | 18.7 | 認知症 | 14.4 |
| 要介護5 | 脳血管疾患(脳卒中) | 26.3 | 認知症 | 23.1 | 骨折・転倒 | 11.3 |

※ 「現在の要介護度」とは、令和4年6月の要介護度をいいます。

出典:厚生労働省「国民生活基礎調査(令和4年)」

- 「治療と職業生活の両立等支援対策事業」(平成25年度厚生労働省委託事業)における企業を対象に実施したアンケート調査によると、疾病を理由として1か月以上連続して休業している従業員がいる企業の割合について、脳血管疾患が全体の12%となっており、3番目に多く占めています^(※4-27)。
- 今後は、事業場において疾病を抱えた労働者の治療と仕事の両立への対応が必要となる場面が増加することが予想されますが、一方で、治療と仕事の両立支援の取組状況は事業場によって様々であり、支援方法や産業保健スタッフ・医療機関との連携について悩む事業場の担当者も少なくありません。こうしたことから、労働者の治療と仕事の両立支援に取り組む企業に対する支援や医療機関等における両立支援対策の強化が必要となっています。

(※4-27) 疾病を理由として1か月以上連続して休業している従業員がいる企業の割合について:
最も多く占めていたのがメンタルヘルス(38%)で、次いで多く占めていたのが悪性新生物(がん、21%)となっています。

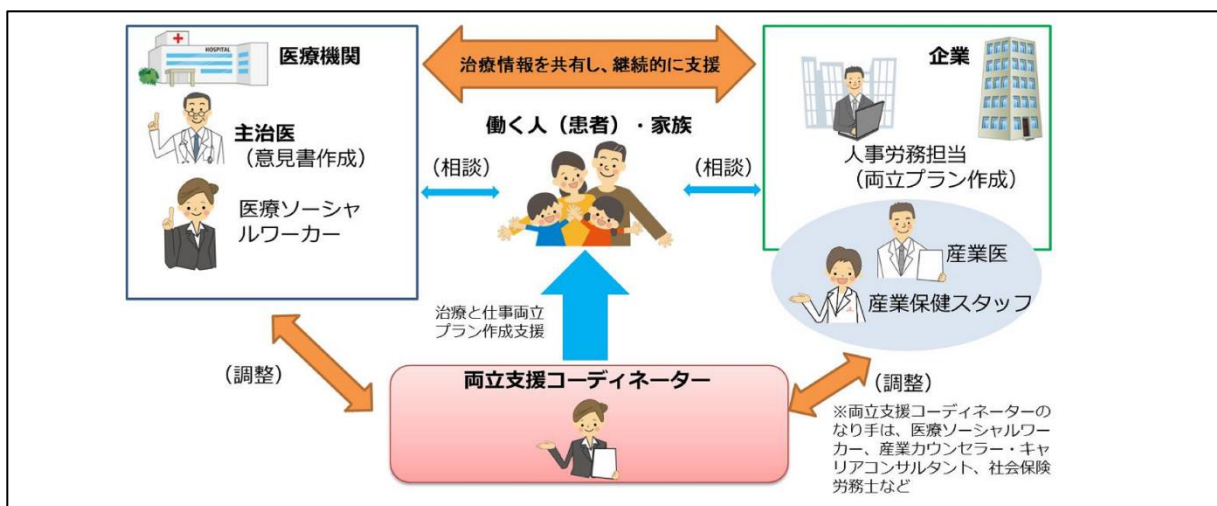
- 厚生労働省では、事業場が疾病を抱える方々に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行うとともに、従業員の治療と仕事が両立できるようにするため、事業場における取組などをまとめた「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を作成し、また、治療と仕事の両立支援のため、企業と医療機関が情報のやりとりを行う際の参考資料として、「企業・医療機関連携マニュアル」を作成し、配布が行われています。



出典：厚生労働省ホームページ

- また、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）において、治療と仕事との両立に向けて、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築するとされています。
- 一方、独立行政法人労働者健康安全機構において、両立支援コーディネーターの養成に向けた研修事業を展開するなど、脳卒中や心血管疾患を含めたすべての疾患を対象とした、治療と仕事の両立支援に取り組まれています。

《病気の治療と両立に向けたトライアングル型支援のイメージ》



出典：働き方改革実行計画（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）

(C) 取り組むべき施策

- 障がい者の自立と社会参加を図るため、個々人の障がい特性やニーズに応じた環境づくりや就労支援を行うとともに、就労後の職場定着や生活の安定に向けた取組みを進めます。
- 後遺症が外見上分かりにくい高次脳機能障がいについて、大阪府内に置かれている高次脳機能障がい支援拠点機関^(※4-28)を中心に展開されている研修会(医療機関等職員研修及び障がい福祉サービス事業所従事者や相談支援専門員を対象とした地域支援者養成研修・相談支援従事者研修・市町村職員向け研修等)や普及啓発事業等を通じて、支援力向上のための取組を進めるとともに、受傷後の後遺症を自覚し、適切な支援につながるよう、高次脳機能障がいに関する理解を広げるための取組を進めます。
- 治療と仕事の両立や復職・就労について、循環器病患者やその家族の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や労働局、大阪産業保健総合支援センター等の関係機関と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。

(※4-28) 大阪府にある高次脳機能障がい支援拠点機関:

- 障がい者医療・リハビリテーションセンター(大阪府障がい者自立相談支援センター、大阪急性期・総合医療センター(リハビリテーション科)、大阪府立障がい者自立センター)
- 堺市立健康福祉プラザ生活 リハビリテーションセンター

第4節 循環器病対策を推進するために必要な体制の整備



(1) 循環器病対策に係る基盤の整備

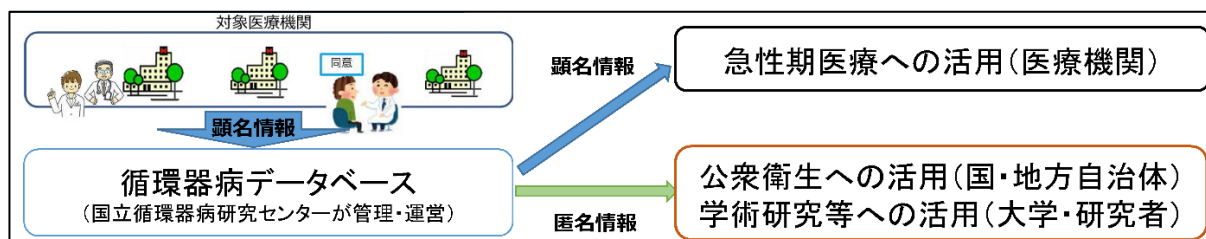
(A) はじめに

- 循環器病は、患者数が膨大な数に及ぶことや、発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化すること等から、実態を正確かつ詳細に把握することが難しいとされています。
- 循環器病の罹患状況や診療内容についてデータを収集し、データに基づく評価を実施することは、科学的根拠に基づいた政策を立案し循環器病対策を効果的に推進するためにも重要です。
- 循環器病の発症や重症化には多くの因子が関わっていることから、循環器病の予防や治療の効果も個人差が大きい状況です。
- また、悪性新生物(がん)等の合併症として、血栓症や心不全を合併する場合もあり、幅広い診療情報の収集などが求められます。
- 本項目では、循環器病に関する情報収集や情報提供体制の整備に関して、整理します。

(B) 現状・課題

- 循環器病は、急性発症するとともに再発や増悪等を繰り返すこと、また、急性期には発症後早急に適切な診療を開始する必要があることなどから、個々の患者に対する適切な医療の提供を行うため、循環器病の発症状況や診療状況等の循環器病に関する診療情報を収集することによって、循環器病対策を進めることが重要となっています。
- このことから、国立循環器病研究センターにおいて循環器病に関するデータベース(循環器病データベース)の構築に向けて取組が進められており、医療機関に対する急性期医療への活用や、国及び地方自治体における公衆衛生への活用、学術研究等への活用をめざしています。

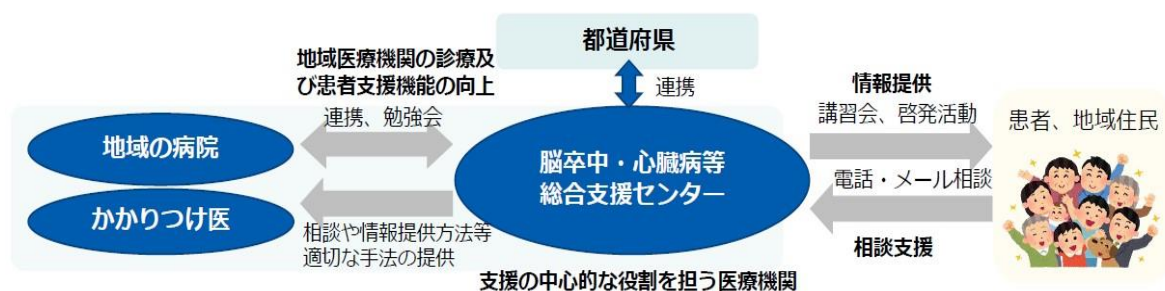
《循環器病の診療情報の収集・提供体制のイメージ》



出典:「第6回循環器病対策推進協議会」資料(厚生労働省)

- 国が、国計画に基づき進めている、循環器病患者を中心とした包括的な支援体制を構築するため、都道府県及び地域の中心的な医療機関等が連携し、循環器病に関する情報提供や相談支援等を行う事業を、令和4年度からモデル事業として実施しています。大阪府では国立循環器病研究センターが令和5年度に採択され、包括的な支援体制を構築するため、国立循環器病研究センターに脳卒中・心臓病等総合支援センターが設置されました。

《脳卒中・心臓病等総合支援センター^(※4-29)のイメージ》



出典：厚生労働省ホームページ

(C) 取り組むべき施策

- 国の脳卒中・心臓病等総合支援センターに関する取組を踏まえ、循環器病データベースの活用など、循環器病に関する情報収集を行い、大阪府としても相談支援等に協力するとともに、大阪府の循環器病対策の取組を進めます。

(※4-29) 脳卒中・心臓病等総合支援センター：

社会連携に基づく循環器病患者支援など、都道府県及び地域の中心的な医療機関等が連携して循環器病に関する情報提供や相談支援等を行うことが求められている事項について、地域の情報提供・相談支援等の中心的な役割を担うものとして医療機関内に設置されるものをいいます。

(2) 循環器病に係る多職種連携と知見の共有

(A) はじめに

○循環器病対策においては、病期によって、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士、管理栄養士、公認心理師、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、相談支援専門員等の多くの職種が関与しています。

(B) 現状と課題

○循環器病患者を中心とした包括的な支援体制を構築するため、多職種が連携して、循環器病の予防、早期発見、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必要があります。

○病期によって様々な職種が患者に関わっていることから、職種相互においてそれぞれの理解を深めるため、異なる職種間においても知見の共有を図る必要があります。

(C) 取り組むべき施策

○循環器病に関わる多職種が連携し、病期に応じた切れ目のない医療・介護・福祉連携体制の構築を進めます。

○地域の医療従事者間での循環器病に係る知見の共有のための取組（研修会の実施等）を促進します。

○個別施策まとめ

※ A:基本的な方向性、B:重点課題

| A | B | 個別施策 | 取り組むべき施策 |
|---|---|--|---|
| <p>進 1. 循環器病の発症予防及び重症化防止の促進</p> <p>2. 循環器病患者に対する医療、福祉サービスの継続的かつ総合的な実施</p> | <p>1. 循環器病に関する正しい知識に基づく自己管理行動の定着</p> | <p>第1節 循環器病予防の取組の強化</p> <p>(1) 循環器病の発症予防や重症化防止などの知識の普及啓発</p> <p>(2) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進</p> | <p>✓ 喫煙や飲酒等の、「第4次大阪府健康増進計画」に基づく「6つの分野」における生活習慣病の発症予防等</p> <p>✓ 重症化防止に向けた府民への啓発</p> <p>✓ 定期的な健診の受診による、疾患の早期発見につながる取組の推進</p> <p>✓ 疾患発見時の速やかな医療機関への受診及び疾患に応じた継続的治療につながる取組の推進</p> |
| | | <p>第2節 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実</p> <p>(1) 救急医療体制の整備</p> | <p>✓ ORION を活用した迅速かつ適切な救急搬送</p> <p>✓ 12 誘導心電図の導入促進及び救急隊員の学習機会の確保</p> <p>✓ キャリア形成プログラムに沿った地域枠医師等の派遣調整などの救急医確保の取組の推進</p> |
| | <p>2. 循環器病に関する治療(急性期から回復期・慢性期まで)や療養支援などの体制の整備</p> | <p>(2) 循環器病に係る医療提供体制の構築</p> <p>1. 脳血管疾患(脳卒中)の医療提供体制</p> <p>2. 心血管疾患の医療提供体制</p> <p>3. 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策</p> | <p>✓ ORION を活用した循環器病にかかる搬送・受入れに関する課題に対する検証・分析</p> <p>✓ 医療体制及び医療連携の状況等把握及び方向性の共有による、地域の医療機関の自主的な医療機能の分科・連携の取組の促進</p> <p>✓ 循環器病に携わる医師の確保に向けた、大阪府医療機関勤務環境改善センターを中心とした医療機関における勤務環境の改善の取組促進</p> <p>✓ 訪問指導や療育相談の実施や疾病等についての学習会の充実</p> <p>✓ 発達段階を考慮した支援の検討</p> <p>✓ 病期に応じた切れ目ない医療提供及び患者支援体制構築の検討</p> |
| | | <p>(3) 社会連携に基づく循環器病対策及び循環器病患者支援</p> | <p>在宅医療の充実</p> <p>✓ 在宅医療サービスの基盤の整備</p> <p>✓ 在宅医療及び入退院支援機能の強化を図るための人材育成</p> <p>✓ 医療・ケア従事者に対する在宅医療の理解促進</p> <p>医療・介護の連携推進</p> <p>✓ 在宅医療・介護連携の現状把握及び課題抽出などの市町村における取組を把握し、市町村での共有を図る等による市町村支援</p> <p>✓ 「日常の療養支援」、「入退院支援」、「急変時の対応」及び「看取り」における、市町村単独では対応が難しい広域的な医療介護連携に関する取組の実施</p> |
| | | <p>(4) リハビリテーション等の取組</p> | <p>✓ 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士養成所への指導・助言による適切な運営</p> <p>✓ 医療・保健・福祉などの連携により地域におけるリハビリテーションの向上の促進</p> |
| | | <p>(5) 新興感染症の発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策</p> | <p>✓ 平時のみならず、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりの推進</p> |
| | | <p>第3節 循環器病患者等を支えるための環境づくり</p> | |
| | | <p>(1) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援</p> <p>(2) 循環器病の緩和ケア</p> <p>(3) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援及び治療と仕事の両立支援・就労支援</p> | <p>✓ 循環器病患者及びその家族が必要とする情報収集及び情報提供の促進</p> <p>✓ 循環器病患者及びその家族が抱える悩み等に関する関係機関の連携推進</p> <p>✓ 循環器病患者に対する緩和ケアの方法・体制等の検討</p> <p>✓ 高次脳機能障がい支援拠点機関が中心となって展開する研修会や普及啓発事業等を通じた支援力向上、理解促進</p> <p>✓ 両立支援コーディネーターに関する周知、関係相談機関との連携による治療と仕事の両立支援 など</p> |
| | | <p>第4節 循環器病対策を推進するために必要な体制の整備</p> <p>(1) 循環器病対策に係る基盤の整備</p> <p>(2) 循環器病に係る多職種連携と知見の共有</p> | <p>✓ 国が進める循環器病に関する情報収集及び相談支援事業等への協力</p> <p>✓ 従事する多職種が連携し、病期に応じた切れ目のない医療・介護・福祉連携体制の構築を検討</p> <p>✓ 地域の医療従事者間での循環器病に係る知見の共有のための取組を促進</p> |

「健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」の実現

第5章 循環器病対策の推進体制

第1節 大阪府における循環器病対策の推進体制

- 大阪府の循環器病対策を総合的に展開していくためには、国、府、市町村をはじめ、循環器病患者やその家族を含む府民、医療機関、大学、関係団体、事業者等がそれぞれの立場における役割を果たすとともに、相互連携を図りつつ、一体となって取り組むことが重要です。
- また、大阪府では「大阪府循環器病対策推進懇話会」^(※5-1)（以下「懇話会」という。）を設置し、循環器病対策に関わる方々からの意見聴取の場を設け、対策の実効性を高めることをめざしています。その他、「大阪府医療審議会」^(※5-2)や「大阪府救急医療対策審議会」^(※5-3)などの場も活用し、計画の目標達成を図ります。

(※5-1) 大阪府循環器病対策推進懇話会：

基本法第21条第1項の規定に基づく「都道府県循環器病対策推進協議会」として設置しています。

(※5-2) 大阪府医療審議会：

医療法(昭和23年法律第205号)第72条の規定により、医療を提供する体制の確保に関する重要事項の調整審議を行う附属機関をいいます。

(※5-3) 大阪府救急医療対策審議会：

救急医療対策についての重要事項の調査審議及び救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)第2条の規定による救急病院又は救急診療所の認定又はその取消しに当たっての事前審査に関する事務を所掌する附属機関をいいます。

第6章 計画の評価・見直し

第1節 循環器病対策の進捗状況の把握及び施策の効果検証

○本計画については、定期的に進捗状況の把握及び評価を行うとともに、その状況を踏まえ、懇話会において大阪府の循環器病対策の推進のために必要な事項について意見を聴取するとともに、他の計画と調和を保ちながら、目標(Plan)、実行(Do)、評価(Check)及び改善(Action)のPDCAサイクルにより、計画を着実に推進します。

第2節 計画の評価・見直し

○都道府県循環器病対策推進計画は、基本法第11条第4項の規定に基づき、少なくとも6年ごとに検討を加え、必要があると認めるときはこれを変更するよう努めるものとされていることを踏まえるとも、「大阪府医療計画」等との調和を図るため、本計画の計画期間を令和11年度までとし、改めて見直しを行うこととします。

○大阪府の循環器病対策を進めるための施策・指標マップ

| 初期アウトカム (個別施策) | 中間アウトカム (目標) | 最終アウトカム (全体目標) |
|---|---|---------------------------------|
| 第4章第1節(1) 循環器病の発症予防や重症化防止などの知識の普及啓発 | (a) 成人の喫煙率の減少 | 「健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」の実現 |
| 第4章第1節(2) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進 | (b) 特定健康診査の受診率の向上 | |
| 第4章第2節(1) 救急医療体制の整備 | (c) 特定保健指導の実施率の向上 | |
| 第4章第2節(2) 循環器病に係る医療提供体制の構築 | (d) 必要となる医師の確保 | |
| 第4章第2節(3) 社会連携に基づく循環器病対策及び循環器病患者支援 | (e) 脳卒中救急搬送患者における搬送困難患者数の減少 | |
| 第4章第2節(4) リハビリテーション等の取組 | (f) 心血管疾患救急搬送患者における搬送困難患者数の減少 | |
| 第4章第2節(5) 新興感染症の発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策 | (g) 脳卒中救急搬送患者における救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間の短縮 | |
| 第4章第3節(1) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援 | (h) 心血管疾患救急搬送患者における救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間の短縮 | |
| 第4章第3節(2) 循環器病の緩和ケア | (i) 訪問診療件数の増加 | |
| 第4章第3節(3) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援及び治療と仕事の両立支援・就労支援 | (j) 介護支援連携指導料算定件数の増加 | |
| 第4章第4節(1) 循環器病対策に係る基盤の整備 | (k) 両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数の増加 | |
| 第4章第4節(2) 循環器病に係る多職種連携と知見の共有 | (l) 脳卒中患者における在宅等生活の場に復帰した患者の割合の増加 | |
| | (m) 心血管疾患患者における在宅等生活の場に復帰した患者の割合の増加 | |

○目標値一覧

| 項目 | 指標 | 現状 | 目標値 | 関連計画 (出典) |
|-----|---|--|----------------------|---|
| (a) | 成人の喫煙率 (男性/女性) | 24.3%/8.6% (令和4年度) | 15%/5% (令和17年度) | 第4次大阪府健康増進計画 (厚生労働省「国民生活基礎調査」) |
| (b) | 特定健康診査 受診率 | 53.1% (令和3年度) | 70%以上 (令和17年度) | 第4次大阪府健康増進計画 (厚生労働省 「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」) |
| (c) | 特定保健指導 実施率 | 22.1% (令和3年度) | 45%以上 (令和17年度) | 第4次大阪府健康増進計画 (厚生労働省 「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」) |
| (d) | 医師数 ①脳神経内科医 ②脳神経外科医 ③循環器内科医 ④心臓血管外科医 | ① 415人 ② 562人 ③ 1,029人 ④ 285人 (令和2年) | 「増加」 (令和8年度) | — (厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師統計」) |
| (e) | 脳卒中救急搬送患者 における搬送困難 (※6-1)患者数 | 1,152件 (令和4年) | 「減少」 (令和11年) | 第8次大阪府医療計画 (大阪府「医療対策課調べ」) |
| (f) | 心血管疾患救急搬送 患者における搬送 困難(※6-1)患者数 | 2,125件 (令和4年) | 「減少」 (令和11年) | 第8次大阪府医療計画 (大阪府「医療対策課調べ」) |
| (g) | 脳卒中救急搬送患者に おける救急要請(覚知) から医療機関への収容 までに要した平均時間 | 35.8分 (令和3年) | 「短縮」 (令和11年) | 第8次大阪府医療計画 (大阪府「医療対策課調べ」) |
| (h) | 心血管疾患救急搬送 患者における救急要請 (覚知)から医療機関 への収容までに要した 平均時間 | 34.2分 (令和3年) | 「短縮」 (令和11年) | 第8次大阪府医療計画 (大阪府「医療対策課調べ」) |
| (i) | 訪問診療件数 | 144,448件 (令和2年度) | 214,840件 (令和11年度) | 第8次大阪府医療計画 (厚生労働省「医療施設調査」) |
| (j) | 介護支援連携 指導料算定件数 | 26,112件 (令和3年度) | 34,730件 (令和11年度) | 第8次大阪府医療計画 (厚生労働省「データブックDisk1」) |
| (k) | 両立支援コーディネーター 基礎研修の受講者数 | 471名 (令和4年度) | 「増加」 (令和11年度) | — (独立行政法人労働者健康安全機構 「養成研修ホームページ」) |
| (l) | 脳卒中患者における在宅 等生活の場に復帰した 患者の割合 | 58.4% (令和2年) | 「増加」 (令和11年度) | 第8次大阪府医療計画 (厚生労働省「患者調査」) |
| (m) | 心血管疾患患者における 在宅等生活の場に復帰 した患者の割合 | 虚血性 95% 大動脈 81.3% (令和2年) | 「増加」 (令和11年度) | 第8次大阪府医療計画 (厚生労働省「患者調査」) |

(※6-1)救急隊による「医療機関への受入れ照会回数4回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」の事案をいいます。

○大阪府循環器病対策推進計画 全体像

策定の趣旨

◆**計画の趣旨**

- 脳卒中や心臓病などの循環器病が、死亡の原因及び介護を要する状態となる原因の主要なものとなっていることから、府民の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少に向けて、急性期から回復期・慢性期まで一貫した医療提供体制の構築などの取組みを推進する。
- ⇒ 幅広く循環器病対策を総合的に取り組むことを目的として、計画を策定。

◆**計画の位置付け**

- 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（平成30年法律第105号）に基づく「都道府県循環器病対策推進計画」

◆**計画期間**

- 令和6年度から令和11年度（6年間）

現状

◆**平均寿命と健康寿命との差(R1)**

| 性別 | 年齢 | 平均寿命 | 健康寿命 | 差(不健康期間) |
|----|----|-------|-------|----------|
| 男性 | 全国 | 81.41 | 72.68 | (8.73) |
| | 大阪 | 80.98 | 71.88 | (9.10) |
| 女性 | 全国 | 87.45 | 75.38 | (12.07) |
| | 大阪 | 87.48 | 74.78 | (12.70) |

◆**大阪府の年齢調整死亡率の推移(人口10万人対)**

| 性別 | 年 | 死亡率 |
|----|-----|-------|
| 男性 | H17 | 252.5 |
| | H22 | 163.5 |
| | H27 | 78.6 |
| | R2 | 217.6 |
| 女性 | H17 | 172.7 |
| | H22 | 109.8 |
| | H27 | 45.5 |
| | R2 | 122.7 |

※実線：心疾患（高血圧性を除く）
点線：脳血管疾患

◆**大阪府の主要死亡原因(R4)**

| 原因 | 割合 |
|------------|-------|
| 男性性新生物(がん) | 25.3% |
| 心疾患 | 16.4% |
| 循環器病 | 22.0% |
| 脳血管疾患 | 5.6% |

◆**「要支援状態」又は「要介護状態」に至った原因(R4)**

| 現在の要介護度 | 順位 | 1位 | 2位 | 3位 |
|---------|----|-----------------|-----------------|--------------|
| 総数 | | 認知症 16.6 | 脳血管疾患(脳卒中) 16.1 | 骨折・転倒 13.9 |
| 要支援者 | | 関節疾患 19.3 | 高齢による衰弱 17.4 | 骨折・転倒 16.1 |
| 要支援1 | | 高齢による衰弱 19.5 | 関節疾患 18.7 | 骨折・転倒 12.2 |
| 要支援2 | | 関節疾患 19.8 | 骨折・転倒 19.6 | 高齢による衰弱 15.5 |
| 要介護者 | | 認知症 23.6 | 脳血管疾患(脳卒中) 19.0 | 骨折・転倒 13.0 |
| 要介護1 | | 認知症 26.4 | 脳血管疾患(脳卒中) 14.5 | 骨折・転倒 13.1 |
| 要介護2 | | 認知症 23.6 | 脳血管疾患(脳卒中) 17.5 | 骨折・転倒 11.0 |
| 要介護3 | | 認知症 25.3 | 脳血管疾患(脳卒中) 19.6 | 骨折・転倒 12.8 |
| 要介護4 | | 脳血管疾患(脳卒中) 28.0 | 骨折・転倒 18.7 | 認知症 14.4 |
| 要介護5 | | 脳血管疾患(脳卒中) 26.3 | 認知症 23.1 | 骨折・転倒 11.3 |

基本的な方向性・重点課題

基本的な方向性

- ① 循環器病の発症予防及び重症化防止の推進
- ② 循環器病患者に対する医療、福祉サービスの継続的かつ総合的な実施

重点課題

- ① 循環器病に関する正しい知識に基づく自己管理行動の定着
- ② 循環器病に関する治療(急性期から回復期・慢性期まで)や療養支援などの体制の整備

個別施策(取組内容)

| 項目 | 主な目標・指標 |
|--|---|
| 1 循環器病予防の取組の強化 | |
| (1) 循環器病の発症予防や重症化防止などの知識の普及啓発 | <ul style="list-style-type: none"> 成人の喫煙率 (男性/女性、R4年度⇒R17年度) 24.3%/8.6%⇒15%/5% |
| (2) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進 | <ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率 (R3年度⇒R17年度) 53.1%⇒70%以上 特定保健指導実施率 (R3年度⇒R17年度) 22.1%⇒45%以上 |
| 2 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実 | |
| (1) 救急医療体制の整備 | <ul style="list-style-type: none"> 医師数 (R2年⇒R8年度) 脳神経内科医 415人、脳神経外科医 562人、循環器内科医 1,029人、心臓血管外科医 285人 ⇒「増加」 |
| (2) 循環器病に係る医療提供体制の構築 | <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中救急搬送患者における搬送困難患者数 (R4年⇒R11年) 1,152件⇒「減少」 心臓血管疾患救急搬送患者における搬送困難患者数 (R4年⇒R11年) 2,125件⇒「減少」 |
| (3) 社会連携に基づく循環器病対策及び循環器病患者支援 | <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中救急搬送患者における救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間 (R3年⇒R11年) 35.8分⇒「短縮」 |
| (4) リハビリテーション等の取組 | <ul style="list-style-type: none"> 心臓血管疾患救急搬送患者における救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間 (R3年⇒R11年) 34.2分⇒「短縮」 |
| (5) 新興感染症の発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策 | <ul style="list-style-type: none"> 訪問診療件数 (R2年度⇒R11年度) 144,448件⇒214,840件 介護支援連携指導料算定件数 (R3年度⇒R11年度) 26,112件⇒34,730件 両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数 (R4年度⇒R11年度) 471名⇒「増加」 脳卒中患者における在宅等生活の場へ復帰した患者の割合 (R2年⇒R11年度) 58.4%⇒「増加」 心臓血管疾患患者における在宅等生活の場へ復帰した患者の割合 (R2年⇒R11年度) 虚血性:95%⇒「増加」、大動脈:81.3%⇒「増加」 |
| 3 循環器病患者等を支えるための環境づくり | |
| (1) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援 | <ul style="list-style-type: none"> 患者及びその家族が必要とする情報収集及び情報提供の促進 患者及びその家族が抱える悩み等に関する関係相談機関の連携促進 |
| (2) 循環器病の緩和ケア | <ul style="list-style-type: none"> 患者に対する緩和ケアの方法・体制等の検討 |
| (3) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援及び治療と仕事の両立支援・就労支援 | <ul style="list-style-type: none"> 高次脳機能障がい、支援拠点機関が中心となって展開する研修会や普及啓発等を通じた支援力向上、理解促進 両立支援コーディネーターの周知、関係相談機関との連携による治療と仕事の両立支援 など |
| 4 循環器病対策を推進するために必要な体制の整備 | |
| (1) 循環器病対策に係る基盤の整備 | <ul style="list-style-type: none"> 国が進める循環器病に関する情報収集及び相談支援事業等への協力 |
| (2) 循環器病に係る多職種連携と知見の共有 | <ul style="list-style-type: none"> 循環器病に係る多職種連携の推進と研修会の実施等の促進 |
| 推進体制・計画の評価 | |
| <ul style="list-style-type: none"> 「大阪府循環器病対策推進懇話会」を設置し、循環器病対策に関わる方々からの意見聴取の場を設け、実効性を高める取組の推進 適切なデータに基づく進捗管理 | |

全体目標
「健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」の実現
(参考)第4次大阪府健康増進計画(令和17年度までに3歳以上の健康寿命の延伸(R1年比較))

○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（平成30年法律第105号）（抄）

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下単に「循環器病」という。）が国民の疾病による死亡の原因及び国民が介護を要する状態となる原因の主要なものとなっている等循環器病が国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状に鑑み、循環器病の予防に取り組むこと等により国民の健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間をいう。）の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、循環器病に係る対策（以下「循環器病対策」という。）に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民及び保健、医療又は福祉の業務に従事する者の責務を明らかにし、並びに循環器病対策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、循環器病対策の基本となる事項を定めることにより、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。

（基本理念）

第二条 循環器病対策は、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない。

- 一 喫煙、食生活、運動その他の生活習慣の改善等による循環器病の予防及び循環器病を発症した疑いがある場合における迅速かつ適切な対応の重要性に関する国民の理解と関心を深めるようにすること。
- 二 循環器病を発症した疑いがある者の搬送及び医療機関による受入れの迅速かつ適切な実施、循環器病患者に対する良質かつ適切なリハビリテーションを含む医療（以下単に「医療」という。）の迅速な提供、循環器病患者及び循環器病の後遺症を有する者に対する福祉サービスの提供その他の循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供が、その居住する地域にかかわらず等しく、継続的かつ総合的に行われるようにすること。
- 三 循環器病に関する専門的、学際的又は総合的な研究が企業及び大学その他の研究機関の連携が図られつつ行われるようにその推進を図るとともに、循環器病に係る予防、診断、治療、リハビリテーション等に係る技術の向上その他の研究等の成果を普及し、及びその成果に関する情報を提供し、あわせて、企業等においてその成果を活用して商品又はサービスが開発され、及び提供されるようにすること。

（国の責務）

第三条 国は、前条の基本理念（次条において「基本理念」という。）にのっとり、循環器病対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

（地方公共団体の責務）

第四条 地方公共団体は、基本理念にのっとり、循環器病対策に関し、国との連携を図りつつ、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する。

（医療保険者の責務）

第五条 医療保険者（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七条第二項に規定する保険者及び同法第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。）は、国及び地方公共団体が講ずる循環器病の予防等に関する啓発及び知識の普及等の施策に協力するよう努めなければならない。

（国民の責務）

第六条 国民は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣及び生活環境、肥満その他の健康状態並びに高血圧症、脂質異常症、糖尿病、心房細動その他の疾病が循環器病の発症に及ぼす影響等循環器病に関する正しい知識を持ち、日常生活において循環器病の予防に積極的に取り組むよう努めるとともに、自己又はその家族等が循環器病を発症した疑いがある場合においては、できる限り迅速かつ適切に対応するよう努めなければならない。

(保健、医療又は福祉の業務に従事する者の責務)

第七条 保健、医療又は福祉の業務に従事する者は、国及び地方公共団体が講ずる循環器病対策に協力し、循環器病の予防等に寄与するよう努めるとともに、循環器病患者等に対し良質かつ適切な保健、医療又は福祉に係るサービスを提供するよう努めなければならない。

(法制上の措置等)

第八条 政府は、循環器病対策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講じなければならない。

第二章 循環器病対策推進基本計画等

(循環器病対策推進基本計画)

第九条 政府は、循環器病対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、循環器病対策の推進に関する基本的な計画(以下「循環器病対策推進基本計画」という。)を策定しなければならない。

- 2 循環器病対策推進基本計画に定める施策については、原則として、当該施策の具体的な目標及びその達成の時期を定めるものとする。
- 3 厚生労働大臣は、循環器病対策推進基本計画の案を作成し、閣議の決定を求めなければならない。
- 4 厚生労働大臣は、循環器病対策推進基本計画の案を作成しようとするときは、あらかじめ、総務大臣その他の関係行政機関の長に協議するとともに、循環器病対策推進協議会の意見を聴くものとする。
- 5 政府は、循環器病対策推進基本計画を策定したときは、遅滞なく、これを国会に報告するとともに、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。
- 6 政府は、適時に、第二項の規定により定める目標の達成状況を調査し、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。
- 7 政府は、循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況の変化、循環器病に関する研究の進展等を勘案し、並びに循環器病対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも六年ごとに、循環器病対策推進基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない。
- 8 第三項から第五項までの規定は、循環器病対策推進基本計画の変更について準用する。

(関係行政機関への要請)

第十条 厚生労働大臣は、必要があると認めるときは、総務大臣その他の関係行政機関の長に対して、循環器病対策推進基本計画の策定のための資料の提出又は循環器病対策推進基本計画において定められた施策であって当該行政機関の所管に係るものの実施について、必要な要請をすることができる。

(都道府県循環器病対策推進計画)

第十一条 都道府県は、循環器病対策推進基本計画を基本とするとともに、当該都道府県における循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況、循環器病に関する研究の進展等を踏まえ、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(以下「都道府県循環器病対策推進計画」という。)を策定しなければならない。

- 2 都道府県は、都道府県循環器病対策推進計画を策定しようとするときは、あらかじめ、循環器病対策に係る者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるとともに、第二十一条第一項の規定により都道府県循環器病対策推進協議会が置かれている場合にあっては、当該都道府県循環器病対策推進協議会の意見を聴かななければならない。
- 3 都道府県循環器病対策推進計画は、医療法(昭和三十二年法律第二百五号)第三十条の四第一項に規定する医療計画、健康増進法(平成十四年法律第百三号)第八条第一項に規定する都道府県健康増進計画、介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第一百八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画、消防法(昭和三十二年法律第百八十六号)第三十五条の五第

一項に規定する実施基準その他の法令の規定による計画等であって保健、医療又は福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。

- 4 都道府県は、当該都道府県における循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況の変化、循環器病に関する研究の進展等を勘案し、並びに当該都道府県における循環器病対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも六年ごとに、都道府県循環器病対策推進計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するよう努めなければならない。
- 5 第二項の規定は、都道府県循環器病対策推進計画の変更について準用する。

第三章 基本的施策

(循環器病の予防等の推進)

第十二条 国及び地方公共団体は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣及び生活環境、肥満その他の健康状態並びに高血圧症、脂質異常症、糖尿病、心房細動その他の疾病が循環器病の発症に及ぼす影響並びに循環器病を発症した疑いがある場合の対応方法に関する啓発及び知識の普及、禁煙及び受動喫煙の防止に関する取組の推進その他の循環器病の予防等の推進のために必要な施策を講ずるものとする。

(循環器病を発症した疑いがある者の搬送及び受入れの実施に係る体制の整備等)

第十三条 国及び地方公共団体は、循環器病を発症した疑いがある者の搬送及び医療機関による受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、当該者の搬送及び受入れの実施に係る体制を整備するために必要な施策を講ずるものとする。

- 2 国及び地方公共団体は、救急救命士及び救急隊員が、傷病者の搬送に当たって、当該傷病者について循環器病を発症した疑いがあるかどうかを判断し、適切な処置を行うことができるよう、救急救命士及び救急隊員に対する研修の機会の確保その他の必要な施策を講ずるものとする。

(医療機関の整備等)

第十四条 国及び地方公共団体は、循環器病患者がその居住する地域にかかわらず等しくその状態に応じた良質かつ適切な医療を受けることができるよう、専門的な循環器病に係る医療の提供等を行う医療機関の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

- 2 国及び地方公共団体は、循環器病患者及び循環器病患者であった者に対し良質かつ適切な医療が提供され、並びにこれらの者の循環器病の再発の防止が図られるよう、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、前項の医療機関その他の医療機関等の間における連携協力体制の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

(循環器病患者等の生活の質の維持向上)

第十五条 国及び地方公共団体は、循環器病患者及び循環器病の後遺症を有する者の福祉の増進を図るため、これらの者の社会的活動への参加の促進その他の生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

(保健、医療及び福祉に係る関係機関の連携協力体制の整備)

第十六条 国及び地方公共団体は、循環器病を発症した疑いがある者の搬送及び医療機関による受入れの迅速かつ適切な実施、循環器病患者に対する良質かつ適切な医療の迅速な提供、循環器病患者及び循環器病の後遺症を有する者に対する福祉サービスの提供その他の循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供が、その居住する地域にかかわらず等しく、継続的かつ総合的に行われるよう、消防機関、医療機関その他の関係機関の間における連携協力体制の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

(保健、医療又は福祉の業務に従事する者の育成等)

第十七条 国及び地方公共団体は、循環器病に係る保健、医療又は福祉の業務に従事する者に対

する研修の機会の確保その他のこれらの者の育成及び資質の向上のために必要な施策を講ずるものとする。

(情報の収集提供体制の整備等)

第十八条 国及び地方公共団体は、循環器病に係る保健、医療及び福祉に関する情報(次項に規定する症例に係る情報を除く。)の収集及び提供を行う体制を整備するために必要な施策を講ずるとともに、循環器病患者及び循環器病患者であった者並びにこれらの者の家族その他の関係者に対する相談支援等を推進するために必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、循環器病に係る予防、診断、治療、リハビリテーション等に関する方法の開発及び医療機関等におけるその成果の活用に資するため、国立研究開発法人国立循環器病研究センター及び循環器病に係る医学技術に関する学術団体の協力を得て、全国の循環器病に関する症例に係る情報の収集及び提供を行う体制を整備するために必要な施策を講ずるよう努めるものとする。

(研究の促進等)

第十九条 国及び地方公共団体は、革新的な循環器病に係る予防、診断、治療、リハビリテーション等に関する方法及び循環器病に係る医療のための医薬品等(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和三十五年法律第百四十五号。次項において「医薬品医療機器等法」という。)第二条第一項に規定する医薬品、同条第四項に規定する医療機器及び同条第九項に規定する再生医療等製品をいう。次項において同じ。)の開発その他の循環器病の発症率及び循環器病による死亡率の低下等に資する事項についての企業及び大学その他の研究機関による共同研究その他の研究が促進され、並びにその成果が活用されるよう必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、循環器病に係る医療を行う上で特に必要性が高い医薬品等の早期の医薬品医療機器等法の規定による製造販売の承認に資するようその治験が迅速かつ確実に行われ、及び標準的な循環器病の治療方法の開発に係る臨床研究が円滑に行われる環境の整備のために必要な施策を講ずるものとする。

第四章 循環器病対策推進協議会等

(循環器病対策推進協議会)

第二十条 厚生労働省に、循環器病対策推進基本計画に関し、第九条第四項(同条第八項において準用する場合を含む。)に規定する事項を処理するため、循環器病対策推進協議会(以下この条において「協議会」という。)を置く。

2 協議会は、委員二十人以内で組織する。

3 協議会の委員は、循環器病患者及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、救急業務に従事する者、循環器病に係る保健、医療又は福祉の業務に従事する者並びに学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

4 協議会の委員は、非常勤とする。

5 前三項に定めるもののほか、協議会の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で定める。

(都道府県循環器病対策推進協議会)

第二十一条 都道府県は、都道府県循環器病対策推進計画に関し、第十一条第二項(同条第五項において準用する場合を含む。)に規定する事項を処理するため、都道府県循環器病対策推進協議会(以下この条において「都道府県協議会」という。)を置くよう努めなければならない。

2 都道府県協議会は、循環器病患者及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、救急業務に従事する者、循環器病に係る保健、医療又は福祉の業務に従事する者、学識経験のある者その他の都道府県が必要と認める者をもって構成する。

附 則 抄

(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から起算して一年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

(検討)

第二条 政府は、肺塞栓症、感染性心内膜炎、末期腎不全その他の通常の循環器病対策では予防することができない循環器病等に係る研究を推進するとともに、その対策について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるほか、歯科疾患と循環器病の発症との関係に係る研究を推進するものとする。

2 政府は、前項に定めるもののほか、糖尿病に起因して人工透析を受けている者等で下肢末梢しよう動脈疾患を有するものが適切な診断及び治療を受けられなければその予後に著しい悪影響を及ぼすことが多いことに鑑み、糖尿病に起因して人工透析を受けている者等及びこれらの者の家族に対する下肢末梢動脈疾患の重症化の予防に関する知識の普及、人工透析を実施する医療機関と専門的な下肢末梢動脈疾患に係る医療の提供を行う医療機関の間における連携協力体制の整備、人工透析を実施する医療機関において医療の業務に従事する者の下肢末梢動脈疾患の重症度の評価等に関する知識の習得の促進等について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

第三条 政府は、てんかん、失語症等の脳卒中の後遺症を有する者が適切な診断及び治療を受けること並びにその社会参加の機会が確保されることが重要であること等に鑑み、脳卒中の後遺症に関する啓発及び知識の普及、脳卒中の後遺症に係る医療の提供を行う医療機関の整備及び当該医療機関その他の医療機関等の間における連携協力体制の整備、脳卒中の後遺症を有する者が社会生活を円滑に営むために必要な支援体制の整備等について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

○大阪府循環器病対策推進懇話会設置要綱

(設置)

第1条 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（平成30年法律第105号。以下「基本法」という。）第11条第1項に規定する大阪府の循環器病対策の推進に関する計画（以下「計画」という。）について、患者や有識者等の意見を聴取し、大阪府における脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）に関する対策の推進に寄与するために、基本法第21条第1項に規定する「都道府県循環器病対策推進協議会」として、大阪府循環器病対策推進懇話会（以下「懇話会」という。）を設置する。

(検討事項)

第2条 懇話会は、次の事項について意見の聴取を行う。

- (1) 計画の策定及び改正に関すること。
- (2) 計画の推進に関すること。
- (3) 計画の進捗、評価に関すること。
- (4) その他、総合的な循環器病対策の推進に関すること。

(組織)

第3条 懇話会は、循環器病患者及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、救急業務に従事する者、循環器病に係る保健、医療又は福祉の業務に従事する者、学識経験のある者その他必要と認める者のうちから、大阪府健康医療部長が委嘱する委員をもって構成する。

2 委員の任期は2年間とし、再任を妨げない。

3 委員に欠員が生じたときは、速やかに補充するものとし、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会議)

第4条 懇話会の会議は、大阪府健康医療部長が招集する。

2 座長は、委員の中から互選する。

3 座長は、懇話会を代表し、総括する。

4 座長に事故があるときは、座長があらかじめ指名する委員が、その職務を代理する。

5 座長は、必要があると認めるときは、委員以外の者を会議に出席させ、説明又は意見を述べさせることができる。

6 委員に支障があるときは、代理人が出席することができる。

(謝礼金)

第5条 委員及び前条第6項に規定する代理人(以下「委員等」という。)の謝礼金の額は、懇話会の出席につき日額8,300円とする。

2 委員等のうち、大阪府の経済に属する常勤の職員である者に対しては、謝礼金を支給しない。

(費用弁償)

第6条 委員等の費用弁償の額は、職員の旅費に関する条例(昭和40年大阪府条例第37号)の規定による指定職等の職務にあるもの以外の者の額相当額とする。

2 前項の費用弁償の支給についての路程は、委員等の居住地の市町村から起算する。

(秘密の保持)

第7条 委員等は、職務上知り得た個人的事項を他に漏らしてはならない。

2 前項の規定は、委員がその職を退いた後並びに第4条第5項により出席した委員以外の者及び同条第6項により出席した代理人が当該会議に出席した後について準用する。

(庶務)

第8条 懇話会の庶務は、大阪府健康医療部保健医療室医療対策課において行う。

(雑則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、懇話会の運営に関し必要な事項は、大阪府が定める。

附 則

この要綱は、令和3年7月14日から施行する。

○大阪府循環器病対策推進懇話会委員(令和5年11月2日～)

※ 五十音順、敬称略

| 委員氏名 | 所属・職名等 |
|--------|--|
| 加納 康至 | 一般社団法人大阪府医師会 副会長 |
| 坂田 泰史 | 大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学 教授 |
| 篠原 圭司 | 大阪府下消防長会 警防救急委員会 (岸和田市消防本部 消防本部 警備課長) |
| 嶋津 岳士 | 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 総長 |
| 豊田 一則 | 国立循環器病研究センター 副院長 |
| 西川 智子 | 心臓病経験者 |
| 西畑 欣二郎 | 脳卒中経験者 |
| 馬場 武彦 | 一般社団法人大阪府私立病院協会 副会長 一般社団法人大阪府病院協会 理事 |
| 弘川 摩子 | 公益社団法人大阪府看護協会 会長 |
| 藤井 由記代 | 社会医療法人大道会 森之宮病院 診療部 医療社会事業課 副部長 |

○大阪府循環器病対策推進懇話会開催状況

● 令和3年度

| | 開催日 | 開催内容 |
|--------|-------|---|
| 第1回懇話会 | 10月8日 | ✓ 都道府県循環器病対策推進計画の概要について ✓ 大阪府における循環器病に関する現状及び取組について ✓ 大阪府循環器病対策推進計画(仮称)の構成等について |
| 第2回懇話会 | 2月8日 | ✓ 大阪府循環器病対策推進計画(案)について |

● 令和4年度

| | 開催日 | 開催内容 |
|--------|-------|-----------------------------|
| 第1回懇話会 | 9月14日 | ✓ 大阪府における循環器病に関する現状及び取組について |

● 令和5年度

| | 開催日 | 開催内容 |
|--------|--------|--------------------------|
| 第1回懇話会 | 8月9日 | ✓ 次期大阪府循環器病対策推進計画策定について |
| 第2回懇話会 | 8月28日 | ✓ 次期大阪府循環器病対策推進計画策定について |
| 第3回懇話会 | 12月22日 | ✓ 第2期大阪府循環器病対策推進計画策定について |