

岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議設置要綱

(目的)

第1条 岡山県保健医療計画に基づき、急性心筋梗塞等の急性期・回復期・在宅等における継続的な診療や服薬、運動等の生活指導など、患者が安心できる生活を支援するため、心筋梗塞医療等に関わる多職種協働による医療提供体制を整備することを目的とした、岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議（以下「検討会議」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 検討会議は、急性心筋梗塞等の医療に係る次の事項について協議する。

- (1) 地域連携クリティカルパスに関すること。
- (2) 疾病の経過等に応じて医療機関に求められる医療機能等の具体的な要件に関すること。
- (3) 連携の推進状況を把握するための指標（目標とする指標を含む。）に関すること。
- (4) その他急性心筋梗塞等の医療推進に必要な事項。

(組織)

第3条 検討会議は、委員17名以内で組織する。

2 委員は、医療関係者、消防関係者等で構成する。

(会長及び副会長)

第4条 検討会議に、会長1名及び副会長1名を置き、委員の中から互選する。

2 会長は、検討会議を代表し、会務を総括する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

(任期)

第5条 委員の任期は、2年とする。ただし再任は妨げない。

2 委員に欠員が生じた場合の補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会議)

第6条 検討会議の会議は、会長が必要に応じて招集し、会長が議長となる。

(部会)

第7条 検討会議は、必要に応じて、部会を設置することができる。

(意見の聴取)

第8条 検討会議は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求め、その説明を受け、又は意見を聴くことができる。

(庶務)

第9条 検討会議の庶務は、岡山県保健福祉部医療推進課において処理する。

(雑則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、検討会議の運営等に関し必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成22年 1月20日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年 7月 2日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年10月22日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年 4月 1日から施行する。

岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議 委員名簿

氏 名	所 属・職 名	選 定 理 由
石井 純一	岡山県医師会 理事	岡山県医師会推薦
石尾 正紀	日本健康運動指導士会岡山県支部 支部長	日本健康運動指導士会 岡山県支部推薦
伊藤 浩	岡山大学大学院 循環器内科教授	県南東部主要病院
上村 史朗	川崎医科大学附属病院 循環器内科部長	県南西部主要病院
大森 一弘	岡山大学病院 歯周科講師	歯科学識経験者
岡 岳文	津山中央病院 副院長兼心臓血管センター副センター長	県北部主要病院
小幡 賢吾	岡山赤十字病院 リハビリテーション科	岡山県理学療法士会推薦
門田 一繁	倉敷中央病院 副院長、循環器内科主任部長	県南西部主要病院
監物 英男	岡山県薬剤師会 副会長	岡山県薬剤師会推薦
齋藤 博則	総合病院岡山赤十字病院 医療社会事業部長、循環器内科副部長	県南東部主要病院
重井 文博	岡山県病院協会 副会長	岡山県病院協会推薦
西田 典数	岡山県真庭保健所 所長	岡山県保健所長会推薦
春名美智子	岡山県栄養士会 医療事業部 役員	岡山県栄養士会推薦
廣畑 敦	心臓病センター榊原病院 副院長	県南東部主要病院
松島 眞己	岡山県看護協会 常務理事	岡山県看護協会推薦
宗政 充	国立病院機構岡山医療センター 循環器内科 医長	県南東部主要病院

(五十音順・敬称略)

岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議 大動脈解離に関する部会 設置要綱

(目的)

第1条 岡山県保健医療計画に基づき、大動脈解離に関する医療提供体制を整備することを目的とした、岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議 大動脈解離に関する部会（以下「部会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 部会は、次に掲げる事項について協議・検討する。
(1) 大動脈解離に対する医療連携体制の在り方に関すること
(2) その他大動脈解離の医療連携体制の推進に必要な事項

(組織)

第3条 部会は、委員15名以内で組織する。
2 委員は、医療関係者、その他岡山県において大動脈解離に対する医療を実施する機関の関係者の中から知事が委嘱又は任命する。

(会長及び副会長)

第4条 部会に、会長1名及び副会長2名程度を置き、委員の中から互選する。
2 会長は、部会を代表し、会務を総括する。
3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

(任期)

第5条 委員の任期は、2年とする。ただし、再任は妨げない。
2 委員に欠員が生じた場合の補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(部会等)

第6条 部会の会議は、会長が必要に応じて招集し、会長が議長となる。

(意見の聴取)

第7条 部会は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求め、その説明を受け、又は意見を聴くことができる。

(庶務)

第8条 部会の庶務は、岡山県保健福祉部医療推進課において処理する。

(雑則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、部会の運営等に関し必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

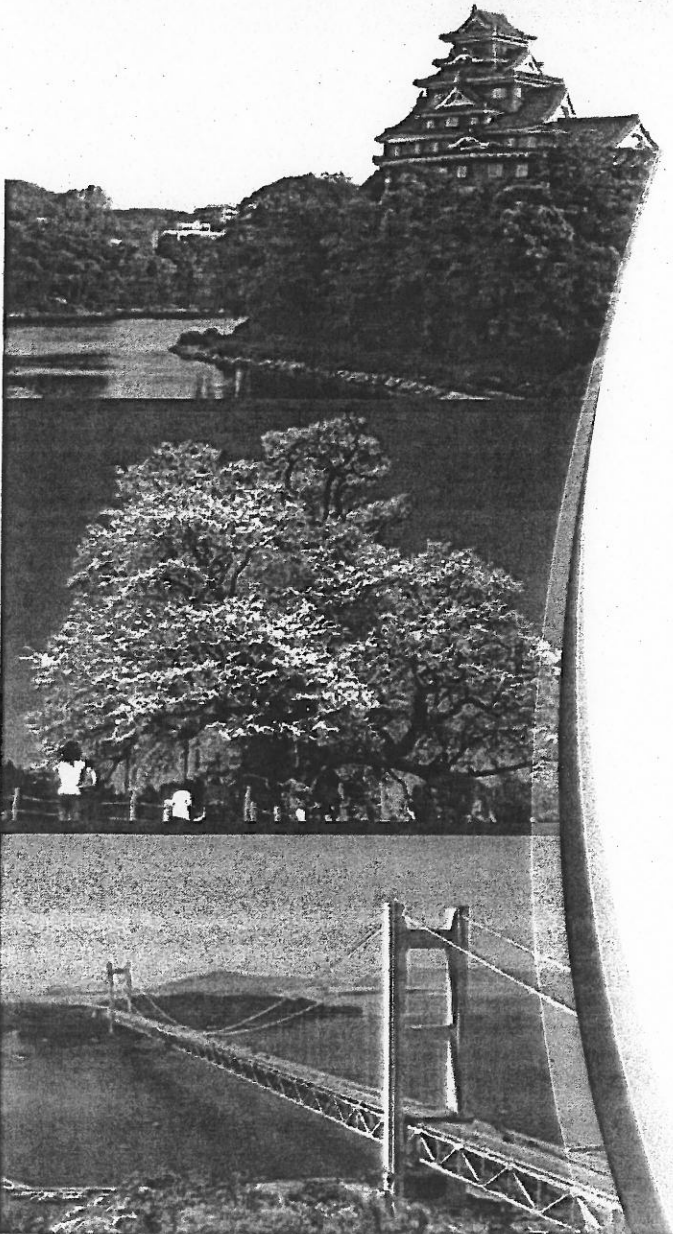
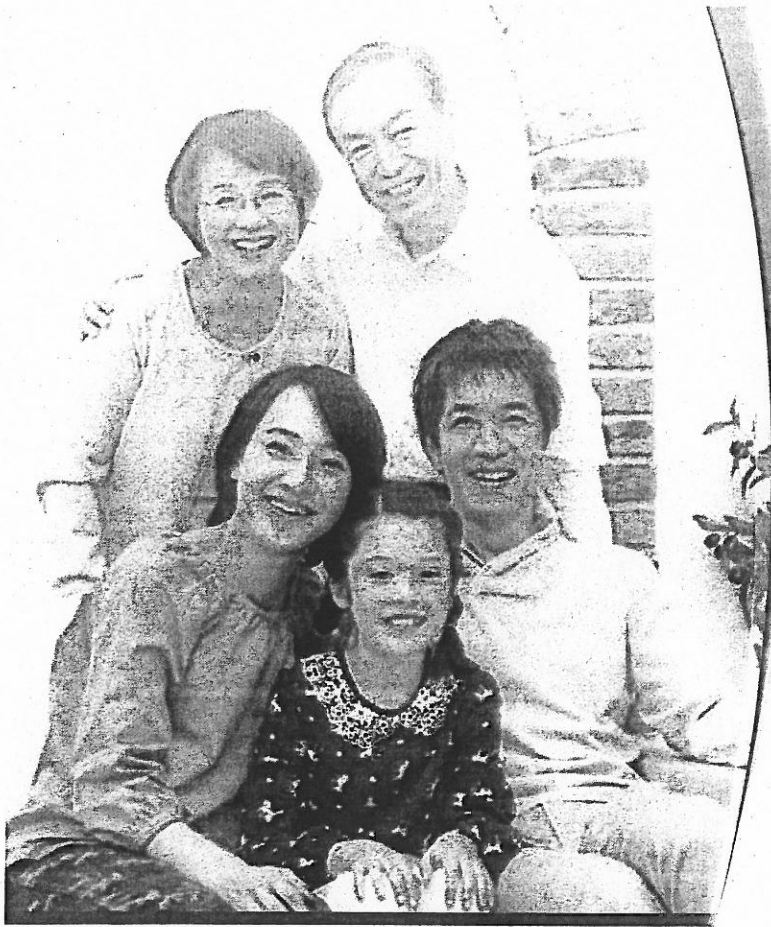
この要綱は、令和2年2月27日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年9月30日から施行する。

岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議
大動脈解離に関する部会 委員名簿

区分	選定理由	氏名	所属・職名
	岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議 会長	伊藤 浩	岡山大学大学院 循環器内科教授
	岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議 副会長	門田 一繁	倉敷中央病院 副院長、循環器内科主任部長
外科	主要病院	吉鷹 秀範	心臓病センター榊原病院 心臓血管外科 副院長
	県南東部主要病院	笠原 真悟	岡山大学病院 心臓血管外科教授
	県南西部主要病院	小宮 達彦	倉敷中央病院 心臓病センター副センター長 心臓血管外科主任部長
	県北部主要病院	松本 三明	津山中央病院 院長補佐 兼 心臓血管センター長
救急	医療機関（救急）推薦	池上 徹則	倉敷中央病院 救命救急センター主任部長
その他	岡山県医師会推薦	石井 純一	岡山県医師会 理事
	県内大学	上村 史朗	川崎医科大学附属病院 循環器内科部長
	岡山県保健所長会推薦	西田 典数	岡山県真庭保健所 所長



岡山県
保健医療計画

平成30年4月
岡山県

3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療

1 現状と課題

(1) 予防対策

現 状	課 題
<p>○平成28（2016）年の心疾患による死亡数は3,409人です。全死因に占める心疾患の割合は15.8%（全国15.1%）で、平成10年（1998）以降、死亡原因の第2位になっています。</p> <p>○心疾患のうち急性心筋梗塞による死亡数は1,031人です。全死因に占める急性心筋梗塞の割合は4.8%（全国2.7%）で、近年は5%前後で横ばいに推移しており、減少傾向にある全国よりも高い状況です。また、心疾患のうち心不全による死亡数は1,570人です。全死因に占める心不全の割合は7.3%（全国5.6%）でこちらも全国よりも高い状況です。（平成28（2016）年人口動態統計）</p>	<p>○心疾患の危険因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症等を早期に発見し、生活習慣を改善する機会となる特定健診の受診率が44.8%（平成27（2015）年度）（全国50.1%）、特定保健指導の実施率18.5%（平成27（2015）年度）（全国17.5%）となっているなどの状況から、予防対策の強化が必要です。</p> <p>○慢性心不全は主として高齢者の疾患であり、高齢化の進展により、心不全患者数の爆発的増加が予想されています。</p> <p>○心不全の増悪には、医学的要因に加えて、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因があり、多職種による連携した取組が必要です。</p>

(2) 救護・救急体制

現 状	課 題
<p>○平成27（2015）年の心疾患による救急搬送人員は4,567人で、急病による搬送人員（48,295人）の9.5%を占めています。（岡山県消防保安課調査）</p>	<p>○急性心筋梗塞等の重篤な疾患が疑われる患者が、速やかに、適切な医療機関に搬送される体制の整備が必要です。</p>

(3) 医療連携体制

現 状	課 題
<p>○急性心筋梗塞の急性期、回復期、再発予防の経過に応じて医療機関等に求められる医療機能の要件を定め、各期の医療機能を満たす医療機関から届出をいただき、県民に情報提供しています。急性期11機関、回復期15機関、再発予防55機関が届出をしています。(平成29(2017)年4月1日現在)</p> <p>○急性心筋梗塞医療連携パスを運用しており、212機関がパス運用の届出をしています。(平成29(2017)年4月1日現在)</p>	<p>○急性心筋梗塞医療連携パスの運用が、急性期から回復期を担う医療機関では積極的に行われていますが、再発予防を担う医療機関では未だ低調であることから、地域の医療連携のあり方について検討し、適切な医療連携体制の構築を図る必要があります。</p> <p>○急性心筋梗塞だけでなく、他の心疾患についても、併せて体制整備が必要です。</p>

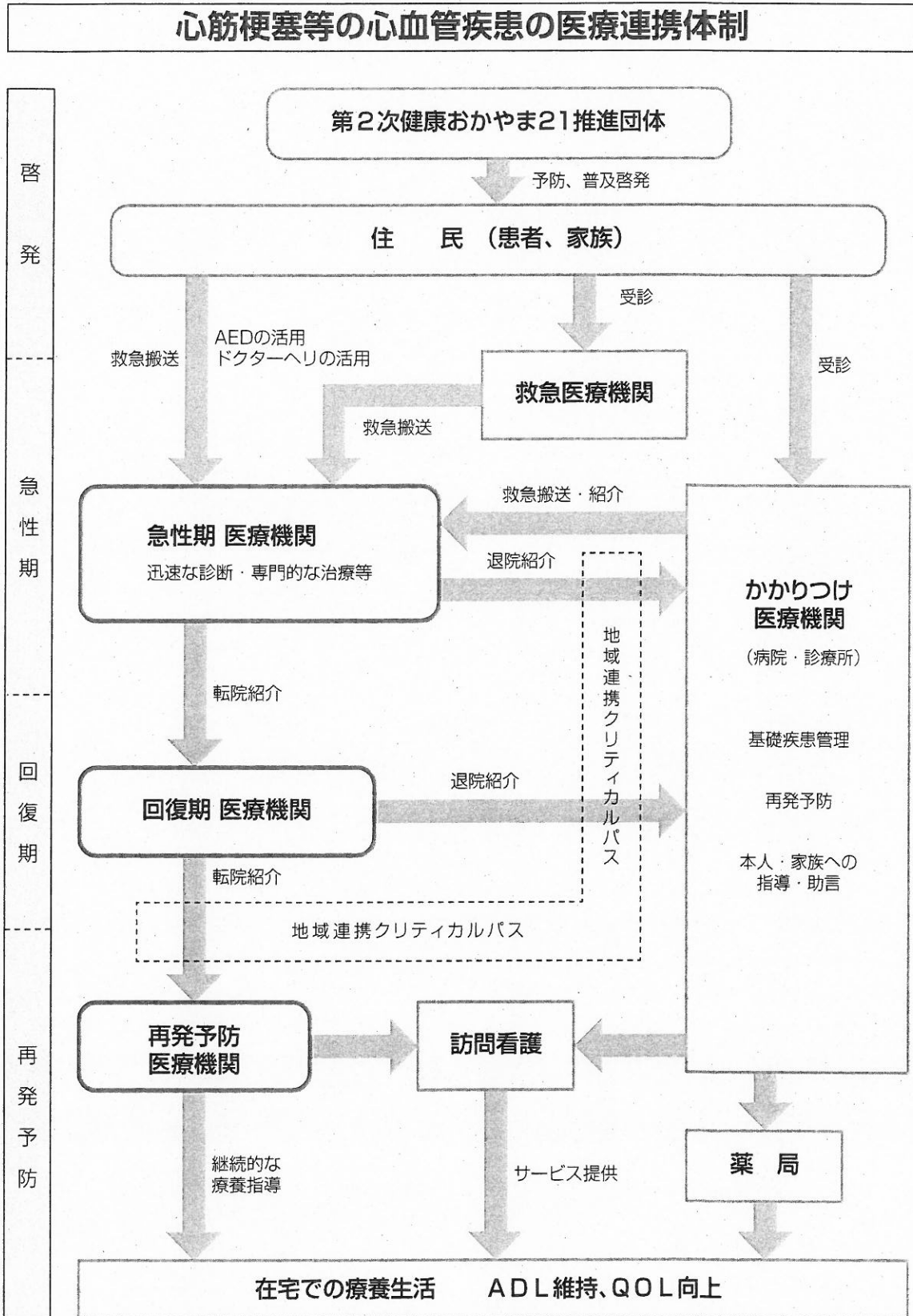
2 施策の方向

項 目	施策の方向
予防対策	<p>○「第2次健康おかやま21」に基づいて、生活習慣の改善を推進します。</p> <p>○心不全の増悪予防のため薬物療法や運動療法、患者教育、カウンセリングなど多面的な介入が適切に行われるよう、医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士など多職種間の連携や、基幹病院とかかりつけ医との連携を促進します。</p>
救護・救急体制の充実	<p>○急性心筋梗塞及び大動脈解離が疑われる患者が、速やかに専門的な治療を受けられるよう、消防機関等と連携しながら救急搬送体制の整備を推進します。</p>
医療連携体制の構築	<p>○岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議において、医療連携に参加する医療機関の診療実績等について検討を行い、課題を抽出するとともに、医療連携パスの更なる運用拡大を図ります。</p>

3 数値目標

項 目	現 状	平成35年度末目標 (2023)
急性心筋梗塞医療連携パスの 参加届出医療機関数	212機関 H29.4.1 (2017)	270機関
急性期医療機関における 急性心筋梗塞医療連携パスの利用件数	451件 H27年度 (2015)	500件
かかりつけ医における連携パスの利用件数	72件 H27年度 (2015)	160件
心疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性 66.3 女性 32.7 H27年 (2015)	男性 56.8 女性 26.8
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性 28.9 女性 9.6 H27年 (2015)	男性 27.7 女性 7.8

図表7-1-3-1 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制



※ 医療機関名については、県のホームページに掲載しています。
 HPアドレス : <http://www.pref.okayama.jp/page/detail-64487.html>

(資料：岡山県医療推進課)

図表7-1-3-2 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制に求められる医療機能等

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
機能	発症予防の機能	応急手当・病院前救護の機能	救急医療の機能	合併症や再発の予防、身体機能を回復させる心血管疾患リハビリテーションを実施する機能	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーションを実施する機能
目標	<ul style="list-style-type: none"> ●心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者ができるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の来院後30分以内に専門的な治療を開始すること ●合併症や再発の予防、退院のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること ●治療効果確認（再発予防）の定期的専門的検査を実施すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ●合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること ●在宅等生活の場への復帰を支援すること ●患者に対し、再発予防等に関し必要な知識を教えること 	<ul style="list-style-type: none"> ●再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ●在宅療養を継続できるよう支援すること
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ●診療ガイドラインに則した診療を行っていること ●高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること ●初期症状出現時の対応について、教育・啓発を実施すること ●初期症状出現時に急性期医療を担う病院への受診勧奨を行うこと 	<p>【家族等・現場に居合わせた者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと ●患者に対して、AED（自動体外式除細動器）の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を行うこと <p>【救急救命士を含む救急隊員】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●メディカルコントロール協議会によるプロトコール（活動基準）に則し薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること ●急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●診療ガイドラインに則した診療を行っていること ●心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓力テーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が24時間対応可能であること ●心筋梗塞等の心血管疾患（疑）患者に対する専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること ●ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があればPCIを行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が実施可能であること ●慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること ●呼吸管理、疼痛管理等の全身管理やポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること ●虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能または外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること ●電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能なこと ●運動耐容能等に基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法等の多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること ●抑うつ状態等の対応が可能であること ●回復期あるいは在宅医療の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施していること 	<ul style="list-style-type: none"> ●診療ガイドラインに則した診療を行っていること ●再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応が可能であること ●心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること ●合併症併発時や再発時に緊急の内科的、外科的治療が可能な医療機関と連携していること ●急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と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を共有する等して連携していること ●在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施できること 	

(資料：岡山県医療推進課)

医政地発0331第3号
平成29年3月31日
一部改正 医政地発0731第1号
平成29年7月31日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（公印省略）

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第30条の4の規定に基づき、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。以下同じ。）の5事業並びに居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）について医療計画に記載することとされています（以下、5疾病及び5事業並びに在宅医療を「5疾病・5事業及び在宅医療」という。）。

各都道府県が医療提供体制を確保するに当たり、特に5疾病・5事業及び在宅医療については、①疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、②地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに③医療連携体制を推進していくことが求められています。

医療機能の明確化から連携体制の推進にいたるこのような過程を、以下、医療体制の構築ということとします。

5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、それぞれに求められる医療機能を具体的に把握し、その特性及び地域の実情に応じた方策を講ずる必要があることから、下記のとおり、それぞれの体制構築に係る指針を国において定めましたので、新たな医療計画作成のための参考としていただきますようお願いします。

なお、本通知は法第30条の8に基づく技術的助言であることを申し添えます。

また、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成24年3月30日付け医政指発0330第9号厚生労働省医政局指導課長通知）は廃止します。

記

1 法的根拠

法第30条の4第4項の規定に基づき、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の5事業（以下「5疾病・5事業」という。）並びに在宅医療に係る医療連携体制を構築するための方策を医療計画に定めることとなっている。

また、法第30条の3第1項の規定に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）の改正を行ったところである。

また、基本方針第四の二及び三に示すとおり、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を各都道府県が構築するに当たっては、地域の医療提供施設の医療機能を医療計画に明示することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る必要がある。

一方、基本方針第二の二に示すとおり、国は5疾病・5事業及び在宅医療について調査及び研究を行い、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに求められる医療機能を明らかにすることとされており、本通知は、国として当該医療機能を明らかにすること等により、都道府県の医療体制構築を支援するものである。

なお、医療機能に関する情報の提供については、法第6条の3に基づく医療機能情報提供制度が別途実施されている。

5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制構築に当たっては、当該制度により都道府県に報告された医療機能情報を活用できること、特に、患者や住民に情報を提供するためだけではなく、地域の医療関係者が互いに情報を共有することで信頼を醸成し、円滑な連携を推進するためにも活用すべきであることに留意されたい。

2 策定に当たっての留意点

別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」は、国として、①5疾病・5事業及び在宅医療の医療機能の目安を明らかにした上で、②各医療機能を担う地域の医療機関が互いに信頼を醸成し、円滑な連携を推進するために、都道府県の実施すべき手順を示したものである。

都道府県におかれては、地域において切れ目のない医療の提供を実現するための、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための医療計画策定に当たり、本指針を参考にされたい。

なお策定に当たっては、次に掲げる点に留意されたい。

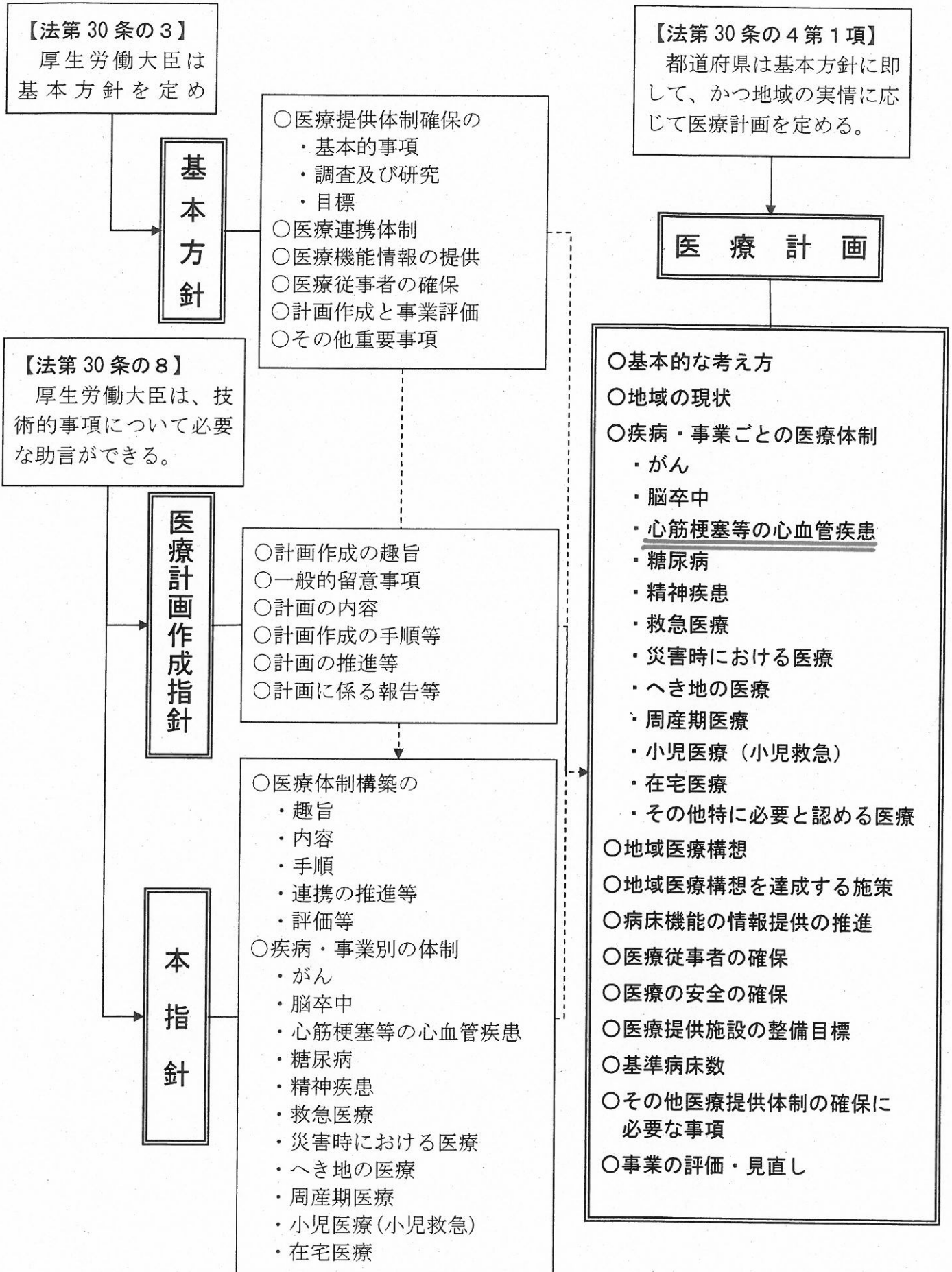
- ① 5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制については、各都道府県が、患者動向、医療資源等地域の実情に応じて構築するものであること。
- ② したがって、本指針は医療体制の構築のための目安であり、必ずしもこれに縛られるものではないこと。
- ③ 5疾病・5事業ごと及び在宅医療の医療体制構築に当たっては、地域の実情に応じて必要性の高いものから優先的に取り組むことが必要であること。
- ④ 医療計画の実効性を高めるよう、5疾病・5事業ごと及び在宅医療のPDCAサイクルを効果的に機能させ、政策循環の仕組みを強化するため、疾病・事業ごとの指標を活用すること。
- ⑤ 本指針は国における現時点での知見に基づくものであり、今後も検討、調査、研究を続けて適宜提示するものであること。

3 本指針の位置付け及び構成

5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制を含めた、新たな医療計画制度の全体像については、「医療計画について」（平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知）の別紙「医療計画作成指針」により別途提示しているところである。

「医療計画作成指針」と「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」との関係は別表のとおりであり、各都道府県におかれては、新たな医療計画の作成に当たり、「医療計画作成指針」を参考に計画全体の構成、作成の手順等を検討した上で、本指針により5疾病・5事業及び在宅医療に係る具体的な医療体制の構築及び計画の作成を図られたい。

(別表)



(別紙)

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

目次

- 第1 趣旨
- 第2 内容
- 第3 手順
- 第4 連携の推進等
- 第5 評価等

がんの医療体制構築に係る指針 (P10)

- 第1 がんの現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

脳卒中の医療体制構築に係る指針 (P18)

- 第1 脳卒中の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 (P28)

- 第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

糖尿病の医療体制構築に係る指針 (P40)

- 第1 糖尿病の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

精神疾患の医療体制構築に係る指針 (P48)

- 第1 精神疾患の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

救急医療の体制構築に係る指針 (P68)

- 第1 救急医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

災害時における医療体制の構築に係る指針 (P82)

- 第1 災害医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

へき地の医療体制構築に係る指針(P93)

- 第1 へき地の医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

周産期医療の体制構築に係る指針(P102)

- 第1 周産期医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

小児医療の体制構築に係る指針(P121)

- 第1 小児医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

在宅医療の体制構築に係る指針(P132)

- 第1 在宅医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針

心筋梗塞等の心血管疾患を発症した場合、まず急性期には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、患者教育、運動療法、心血管疾患の危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラム^{*}としての心血管疾患リハビリテーションが開始される。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や、疾患によって治療法や予後が大きく変わる。

また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となる。

心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制を構築するに当たっては、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、多方面から継続して、疾患に応じた医療を提供することが必要である。

本指針では、「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」で、心血管疾患の代表的な疾患である急性心筋梗塞、大動脈解離、慢性心不全の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われ、平成29年7月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」がとりまとめられている。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各疾患や各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

※ 疾患管理プログラムとは、多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムをいう¹。

第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状

1 急性心筋梗塞の現状

急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患であり、心電図上の所見によりST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞に大別される。

急性心筋梗塞発症直後の医療（急性期の医療）は、ST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞で異なるところもあるが、求められる医療機能は共通するものが多いことから、本指針においては一括して記載することとする。

¹ 日本循環器学会「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）」（平成27年1月14日更新版）

(1) 急性心筋梗塞の疫学

1年間に救急車で搬送される急病の約8.6%、約30.2万人が心疾患等である²。

また、虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）の継続的な医療を受けている患者数は約78万人と推計される³。

さらに、年間約20万人が心疾患を原因として死亡し、死亡数全体の15.2%を占め、死亡順位の第2位である。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は心疾患死亡数全体の約19.0%、約3.7万人である⁴。

急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生や自動体外式除細動器（AED）等による電気的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要である。また、急性心筋梗塞発症当日から数週間以内に発症する可能性のある不整脈、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する処置が適切に行われることも重要である。

(2) 急性心筋梗塞の医療

① 予防

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要である。

② 発症直後の救護、搬送等

急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は速やかに救急要請を行う。

また、急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施及びAEDの使用により、救命率の改善が見込まれる。

住民による心肺機能停止傷病者への応急手当は約48%に実施されており¹、AEDは全国に推定約48万台普及している状況である⁵。

③ 診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行うことで正確な診断が可能になる。

特にST上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療とを一体的に実施できる冠動脈造影検査を、発症後速やかに実施することが重要である。

非ST上昇型心筋梗塞では至適な薬物療法を行いつつ必要に応じて早期に冠動脈造影を行う。

また、診断の過程において、不整脈、ポンプ失調、心破裂等の生命予後に関わる合併症について確認することも重要である。

④ 急性期の治療

² 消防庁「平成28年度版 救急・救助の現況」（平成28年）

³ 厚生労働省「患者調査」（平成26年）

⁴ 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成27年）

⁵ 厚生労働科学研究「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」（主任研究者 坂本哲也）（平成26年度）

急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ST 上昇型心筋梗塞、非 ST 上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われる。また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われる。

ア ST 上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈インターベンション (PCI) により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体であり、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高い。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術 (CABG) 等の外科的治療が第一選択となることもある。

イ 非 ST 上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物治療に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じて PCI、CABG を行う。

⑤ 疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施する。

また、トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種 (医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等) のチームにより実施する。

喪失機能 (心機能) の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点があてられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なる。

⑥ 急性期以後の医療

急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防及び再発予防のための、基礎疾患や危険因子 (高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等) の管理、患者教育、運動療法等の疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが、退院後も含めて継続的に行われる。

また、患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要である。

2 大動脈解離の現状

大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔 (真腔・偽腔) になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたす。また、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれる。

病期としては、発症 2 週間以内が急性期、2 週間以降が慢性期とされている。慢性大動脈解離は、多くの場合、症状を有する急性大動脈解離を経ているため、あらかじめ診断がついていることがほとんどである。そのため、本指針においては主に急性大動脈解離について記載することとする。

(1) 大動脈解離の疫学

大動脈瘤及び大動脈解離の継続的な医療を受けている患者数は約4.2万人と推計される⁶。また、年間約1.7万人が大動脈瘤および大動脈解離を原因として死亡し、死亡数全体の1.3%を占め、死亡順位の第9位である⁷。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間毎に1～2%ずつ上昇するといわれている。そのため、急性大動脈解離の予後改善のためには、迅速な診断と治療が重要である。

(2) 大動脈解離の医療

① 急性大動脈解離の診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（エックス線検査、超音波検査、CT等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた、正確な診断が可能になる。

大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいるStanford A型と上行大動脈に解離が及んでいないStanford B型に分類される。A型とB型では、基本的な治療方針が異なるため、解離の範囲の評価は、適切な治療方針を決定する上で重要である。

② 急性大動脈解離の治療

厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、予後を左右する最も重要な判断となる。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択される。

ア Stanford A型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、緊急の外科的治療の適応となる事が多い。しかしながら、全身状態等によっては外科的治療非適応となることもある。

イ Stanford B型急性大動脈解離は、A型急性大動脈解離よりも自然予後が良いため、内科的治療が選択されることが多い。しかしながら、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となる。また近年、合併症を有するB型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもある。

③ 疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを実施する。外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じた、適切な心血管疾患リハビリテーションを実施することが重要である。

④ 急性期以後の医療

発症から2週間以上経過した、慢性期の急性大動脈解離の予後は良好であり、Stanford A型、B型共に、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とした内科的治療が行われる。しかしながら、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもある。

⁶ 厚生労働省「患者調査」（平成26年）

⁷ 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成27年）

3 慢性心不全の現状

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたす。

慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等がある。

(1) 慢性心不全の疫学

心不全の継続的な医療を受けている患者数は約 30 万人と推計され、そのうち約 70%が 75 歳以上の高齢者である⁸。また、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約 36.6%、約 7.2 万人である⁹。

慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されている。慢性心不全患者の再入院率改善のためには、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ことが重要である。

(2) 慢性心不全の医療

① 診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断を行うことで正確な診断が可能になる。同時に、心不全原因疾患の評価も重要であり、必要に応じて心臓カテーテル検査等を行う。

心不全は、高血圧や器質的心血管疾患を有するが、心不全症状のない心不全リスク状態から、心不全症状を有する症候性心不全へと進行するため、早期診断による早期介入が重要である。

② 慢性心不全の治療

慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われる。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法 (CRT) や植込み型除細動器 (ICD) による治療が行われることもある。

心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要である。心不全による症状が、急性に出現・悪化する急性増悪の状態では、内科的治療を中心とした、循環管理、呼吸管理等の全身管理が必要となる。また、心不全の増悪要因によっては、PCI や外科的治療が必要となることもある。

③ 心不全増悪予防

心不全の増悪要因には、虚血性心疾患等の心不全原因疾患の再発・悪化、感染症や不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な要因が含まれている。

心不全増悪予防には、ガイドラインに沿った薬物療法・運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種 (医

⁸ 厚生労働省「患者調査」(平成 26 年)

⁹ 厚生労働省「人口動態統計(確定数)」(平成 27 年)

師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等) によるチームで行うことが重要である。

④ 疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを、患者の状態に応じて実施する。

また、心不全増悪や再入院の防止には、心不全増悪による入院中より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要である。

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築する。

(1) 発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制

- ① 周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法の実施
- ② 専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送

(2) 発症後、速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制

- ① 医療機関到着後 30 分以内の専門的な治療の開始
- ② 専門的な診療が可能な医療機関間の円滑な連携

(3) 合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制

- ① 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションの実施
- ② 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施

(4) 在宅療養が可能な体制

- ① 合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施
- ② 再発予防のための定期的専門的検査の実施

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容(目標、医療機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) 発症予防の機能【予防】

① 目標

- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること
- ・ 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること

- ・ 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること
- (2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】
- ① 目標
 - ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること
 - ② 関係者に求められる事項
(家族等周囲にいる者)
 - ・ 発症後速やかに救急要請を行うこと
 - ・ 心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること
 (救急救命士を含む救急隊員)
 - ・ 地域メディカルコントロール協議会によるプロトコール（活動基準）に則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること
 - ・ 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
- (3) 救急医療の機能【急性期】
- ① 目標
 - ・ 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始すること
 - ・ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること
 - ・ 再発予防の定期的専門的検査を実施すること
 - ② 医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
 - ・ 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が24時間対応可能であること
 - ・ 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること
 - ・ ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があればPCIを行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること
 - ・ 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること
 - ・ 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること
 - ・ 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
 - ・ 電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること
 - ・ 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること

- ・ 抑うつ状態等の対応が可能であること
 - ・ 回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること
- ③ 医療機関の例
- ・ 救命救急センターを有する病院
 - ・ 心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院
 - ・ 心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所
- (4) 疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを実施する機能【回復期】
- ① 目標
- ・ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
 - ・ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること
 - ・ 在宅等生活の場への復帰を支援すること
 - ・ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教えること
- ② 医療機関に求められる事項
- 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
- ・ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
 - ・ 心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること
 - ・ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
 - ・ 運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること
 - ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること
 - ・ 急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること
- ③ 医療機関の例
- ・ 内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所
- (5) 再発予防の機能【再発予防】
- ① 目標
- ・ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
 - ・ 在宅療養を継続できるよう支援すること
- ② 医療機関に求められる事項
- 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
- ・ 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること
 - ・ 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること
 - ・ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること

- ・ 急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と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を共有する等して連携していること
 - ・ 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施出来ること
- ③ 医療機関の例
- ・ 病院又は診療所

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ 年齢調整受療率（患者調査）
- ・ 健康診断・健康診査の受診率（国民生活基礎調査）
- ・ 高血圧性疾患患者、脂質異常症患者、糖尿病患者の年齢調整外来受療率（患者調査）、喫煙率（国民生活基礎調査）
- ・ 総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病小分類別）、患者流入割合、流出割合（患者調査）
- ・ 退院患者平均在院日数（患者調査）
- ・ 在宅等生活の場に復帰した患者の割合（患者調査）
- ・ 年齢調整死亡率（都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））

(2) 医療資源・連携等に関する情報

① 救急搬送

- ・ 救急搬送件数（直接搬送割合、転院搬送割合）
- ・ 搬送先医療機関
- ・ 発症から受診までに要した平均時間
- ・ 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
- ・ 医療機関収容までに心停止していた患者の割合
- ・ 心肺停止が疑われる者に対して現場に居合わせた者により救急蘇生法を実施した割合
- ・ 心肺停止を目撃してから除細動（AED）までの時間

② 医療機関等

ア 救命救急センター、CCU等を有する病院

- ・ 検査、治療体制（人員・施設設備、夜間休日の体制）
- ・ 実施可能な治療法、リハビリテーション
- ・ 急性心筋梗塞患者来院後、血栓溶解療法または心臓カテーテル検査を開始するまでに要する時間
- ・ 急性心筋梗塞患者来院後90分以内に再疎通できた割合

- ・ 連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況等）
- イ 回復期のリハビリテーションを行う病院・診療所
 - ・ 検査、治療体制（人員・施設設備）
 - ・ 実施可能な心筋梗塞等の心血管疾患の治療法、リハビリテーション
 - ・ 連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況等）
- (3) 指標による現状把握

別表3に掲げるような、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、各疾患及び各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たって、心筋梗塞等の心血管疾患は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることを勘案し、住民ができる限り公平に医療を享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。また、疾患により主に必要とされる急性期の治療が異なることを勘案する必要もある。例えば、大動脈解離のような緊急の外科的治療が必要な疾患には、緊急の外科的治療に常時対応できる医療機関が限られているため、患者が適切な医療機関で受療可能な体制を構築する観点から、他の心血管疾患とは異なる、より広域の圏域の設定について検討する必要がある。
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に心筋梗塞等の心血管疾患の診療に従事する者、消防機関、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、再発予防まで継続して、疾患に応じた医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

また、医療機関、消防機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・医師等専門職種の情報共有に努める。
- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示第374号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成19年7月20日付け健総発第0720001号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施

に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー・プロセス・アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

5 数値目標

都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7 評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、1年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも6年（在宅医療その他必要な事項については3年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、症例登録等を行うことが今後必要である。

8 公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

医政地発0413第1号
令和2年4月13日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（公 印 省 略）

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の一部改正について

医療計画（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）の作成に当たって参考とすべき、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患をいう。）・5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）をいう。）及び在宅医療（居宅等における医療をいう。）の体制構築に係る指針については、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知。以下「課長通知」という。）により示しているところであるが、本年3月2日の「医療計画の見直し等に関する検討会」による「第7次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ」（別紙1）等を踏まえ、課長通知の一部を別紙2新旧対照表のとおり改正し、本日から適用することとしたため通知する。

なお、第7次医療計画の中間見直しの時期については、今般の新型コロナウイルス感染症の国内における感染状況等を考慮し、別途通知することとする。

<心血管疾患に関する部分を抜粋>

(別紙1)

第7次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ

令和2年3月2日

一部訂正 令和2年3月31日

医療計画の見直し等に関する検討会

本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、第7次医療計画の中間見直しに必要な「医療計画作成指針」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」等の見直しが必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめを行う。

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの医療連携体制等に関する事項

1 5疾病について

(2)脳卒中及び心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制について

(見直しの方向性)

- 第7次医療計画の中間見直し後も現在と同様の指標を継続して使用することとし、引き続き指標の作成のための研究を継続するとともに、令和元年12月に施行された循環器病対策基本法に基づき設置される循環器病対策推進協議会における議論や、策定される循環器病対策推進基本計画を踏まえて、第8次医療計画に向けた検討を行う。

○岡山県保健医療計画 見直し (案)

3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療

1 現状と課題

(1) 予防対策

現状 (県計画)	課題
原文のまま <追記内容> ○平成30年(2018)年の大動脈瘤及び解離による死亡数は278人です。全死因に占める大動脈瘤及び解離の割合は1.2%(全国1.4%)で、全国よりも低い状況です。(平成30年人口動態統計) ○大動脈瘤及び解離の継続的な医療を受けている患者数は約千人と推計される。(厚生労働省「患者調査」(平成29年)) ○急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間毎に1~2%ずつ上昇するといわれています。そのため、迅速な診断と治療が重要です。	原文のまま <追記なし>

(2) 救護・救急体制

現状	課題
原文のまま <追記なし>	原文のまま <追記なし>

(3) 医療連携体制

現状	課題
原文のまま <追記内容> ○急性大動脈解離においては、各医療機関が、対応可能な医療機関への搬送を行っています。	原文のまま <追記内容> ○急性大動脈解離は、発症後、早期かつ適切な治療が重要である死亡率の高い疾病であるため、速やかに専門的な治療を開始する体制整備及び救急搬送体制の充実を図る必要があります。

2 施策の方向

項目	施策の方向
予防対策	原文のまま <追記なし>
救護・救急体制の充実	原文のまま <追記なし>
医療連携体制の構築	原文のまま <追記なし>

3 数値目標

項目	現状	平成35年度末目標 (2023)
原文のまま <追記なし>		

平成31年・令和元年
心血管疾患の医療連携体制を担う
医療機関における診療状況
調査結果

平成31年・令和元年心血管疾患の医療連携体制を担う
医療機関における診療状況調査の概要

【調査対象】

平成31年1月1日～令和元年12月31日までの急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関における診療状況調査

【対象機関数及び回収状況】

	急性期		回復期・再発予防・かかりつけ医		計
	病院	診療所	病院	診療所	
調査対象機関数	12	1	74	187	274
回答機関数	12	1	64	173	250
回収率	100.0%	100.0%	86.5%	92.5%	91.2%

【調査実施期間】

令和2年4月15日(水)～5月29日(金)

【調査方法】

令和2年4月13日現在での岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関へ調査票を郵送し、FAXにて回収

心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関における 診療状況（平成31年・令和元年）

急性期病院

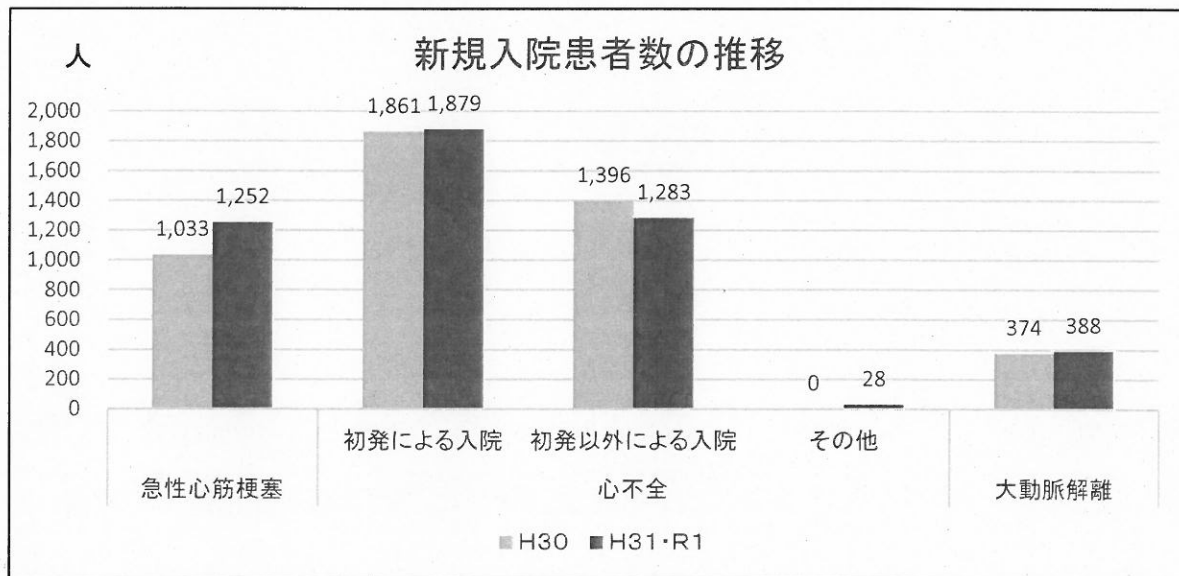
医療連携体制を担う医療機関の届出施設【急性期】 13施設（病院12施設、診療所1施設）

<回答率 100%（13施設（病院12施設、診療所1施設） 集計結果）>

1 急性心筋梗塞または心不全、大動脈解離により、新規入院した患者数

		急性心筋梗塞	心不全			大動脈解離
			初発による入院 ※1	初発以外による入院	その他	
新規入院患者数(A)		1252人	1879人	1283人	28人	388人
入院後の状況 (内数)	入院継続中(B)	2人	1人	13人	0人	1人
	他医療機関への転院(C)	120人	344人	220人	7人	65人
	退院(D) (生活の場への復帰)	816人	1423人	784人	18人	240人
	入院中に死亡した患者数(E)	88人	96人	106人	3人	35人
	不明(E)	0人	15人	50人	0人	18人

※1 医療機関のシステムにおいて、初発・初発以外での抽出ができない場合は、全て初発で計上している。



2 入院患者のうち、地域医療連携パス(「安心ハート手帳」等)の適応症例に該当する患者

92.3%適応症例あり

回答のあった全13医療機関(病院12、診療所1)のうち、1医療機関(病院)に、適応なし。

3 適応症例の患者に地域医療連携パス(「安心ハート手帳」等)を交付の有無

全員交付	3医療機関(25.0%)
一部の患者に交付	8医療機関(66.7%)
空欄	1医療機関(8.3%)

2 適応症例に該当する患者のあった12医療(病院11、診療所1)について集計している。



一部の患者に交付 理由

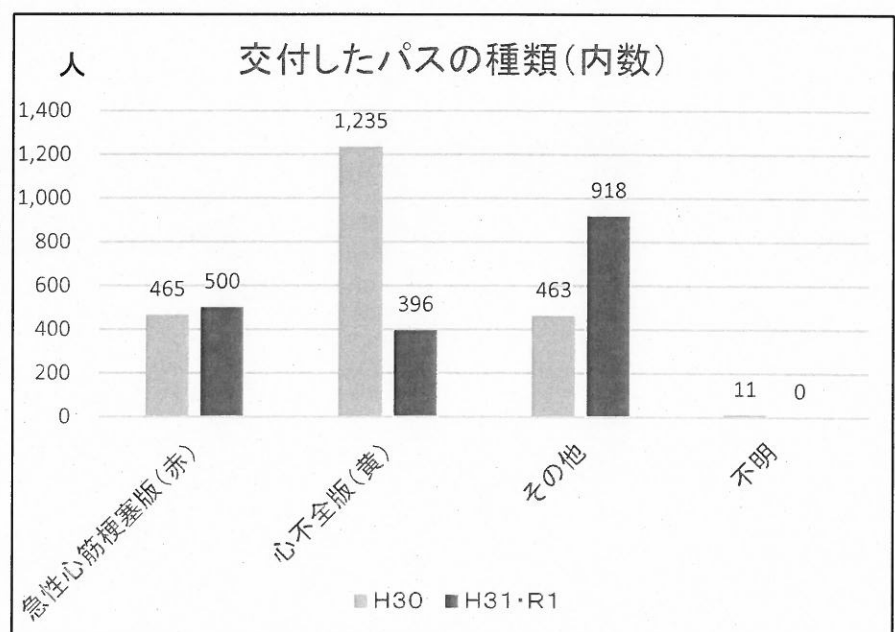
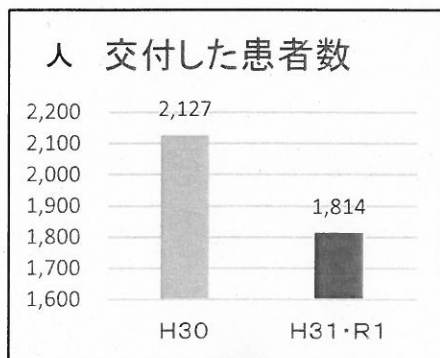
- ・心筋梗塞の安心ハート手帳は、適応症例に外れる例では、交付していなかった。
- ・心不全の安心ハート手帳は、適応症例且つ地域連携診療計画加算が算定できそうな方に用いていた。
- ・心不全手帳は、心不全学会が配布している手帳を使っていたため。
- ・認知症等で指導が難しいケースであった。
- ・病客を選定して交付したため。
- ・90歳を超えて運用の適応から外れるCaseがいた。

4 地域医療連携パス(「安心ハート手帳」等)を交付した患者数

交付した患者数		(A)	1814人
パス (内数) 種類	急性心筋梗塞版(赤)	(B)	500人
	心不全版(黄)	(C)	396人
	その他(自院等で作成したパス等)	(D)	918人

※ (A)=(B)+(C)+(D)

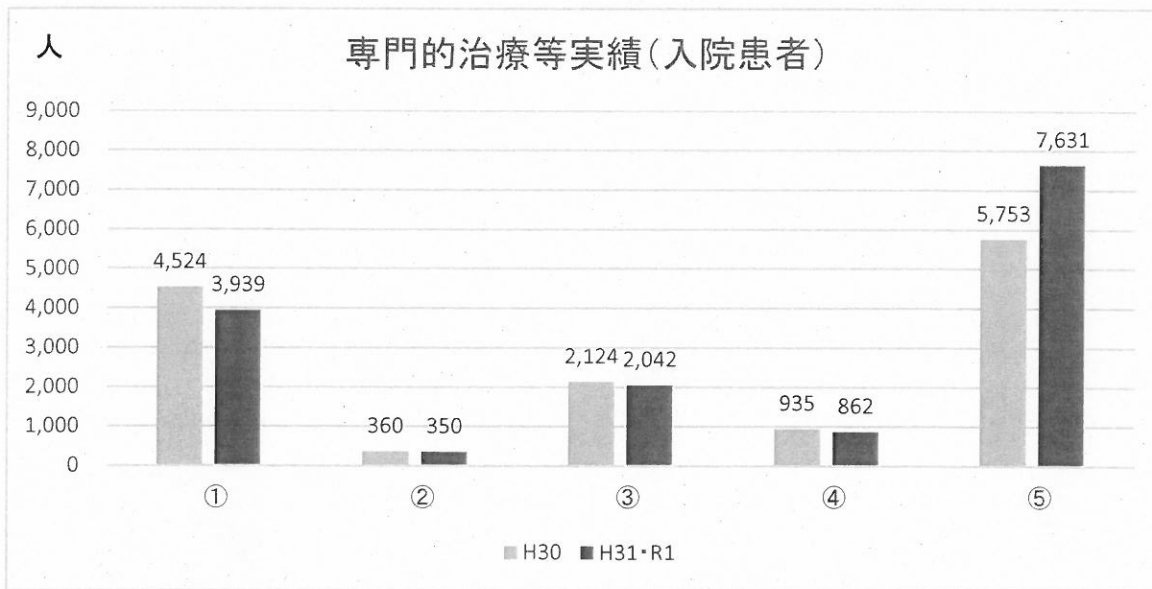
※ 1医療機関から、「2019年9月より人数確認したため、9月からの配布人数である。」と報告あり。



5 入院患者について、専門的治療等実施状況

区分	実施人数
① 冠動脈インターベンション(PCI)	3939人
② 冠動脈バイパス術(CABG)	350人
③ カテーテルアブレーション	2042人
④ ペースメーカー植込み(新規)	862人
⑤ 心大血管疾患リハビリテーション(新規患者数) 計上の範囲 H000 心大血管疾患リハビリテーション科	7631人

※ICD、CRTD、CRTの移植術を含む1医療機関あり



6 地域連携診療計画加算の算定件数

489件

※回答のあった13医療機関のうち、7施設(53.8%)<病院7施設、診療所0施設>において、算定あり。
※(参考)H30年 933件

7 「安心ハート手帳」を始めとする医療連携ツールの改善に向けて自由記載

- ・去年と同様になりますが、患者のADL・生活様式、社会背景など共有の記入場所が有れば良い。
- ・心不全手帳にACPのことも載せて欲しいです。
- ・心不全手帳を使っていますが、次回印刷する前に記録のページを検討してもらえると嬉しいです。今、使用しているものは、自覚症状の有無が「むくみと息切れ」のみです。心不全学会の手帳のような感じになっていると良いなあと思います。
- ・運用しているか否か他院の患者だと分かりづらい。患者がクリニックに逆紹介後持参してくれないことがある。
- ・入院中の患者様の多職種からの情報を急性期病院・かかりつけ医・在宅チーム(ケアマネ等)で共有していけたらと思います。より、密な情報共有を行っていくため、共有媒体をパソコン上で確認できると良いかと思えます。(はれやかネットのように)

心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関における 診療状況（平成31年・令和元年）

回復期・再発予防・かかりつけ医療機関

心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関の届出施設【回復期・再発予防・かかりつけ医療機関】

261施設（病院74施設、診療所187施設）

うち、回答のあった237施設（90.8%）

＜病院64施設（86.5%）、診療所173施設（92.5%）＞の集計結果

1 入院及び外来受診患者について、指導状況等

区分	実施施設数		実施人数	
	H30	H31・R1	H30	H31・R1
① 心臓ペースメーカー指導管理	48施設	51施設	1196人	1152人
② 心大血管疾患リハビリテーション	16施設	21施設	1196人	1612人
③-1 栄養指導 外来栄養食事指導料	57施設	49施設	2801人	2135人
③-2 栄養指導 入院栄養食事指導料（週1回）	50施設	47施設	3347人	3180人
③-3 栄養指導 集団栄養食事指導料	6施設	8施設	59人	100人

③-1～3 栄養食事指導料については、システム上、心疾患名から実施患者数を計上できない医療機関があり、他疾患による栄養食事指導実施人数を含む医療機関がある。

2 地域医療連携パス（「安心ハート手帳」等）を持参した患者状況

	H30		H31/R1	
	施設数	割合	施設数	割合
いた	64施設	26.3%	72施設	30.4%
いない	158施設	65.0%	134施設	56.5%
不明	17施設	7.0%	26施設	11.0%
無記入	4施設	1.6%	5施設	2.1%

3 2で「1.いた」のうち、持参した患者について、分かる範囲での紹介元の医療機関と人数

紹介元の医療機関名	施設数	持参した患者数	うち手帳の種類が分かるもの					
			急性心筋梗塞版（赤）		心不全版（黄）		その他（他・自院等で作成したパス等）	
			施設数	持参した患者数	施設数	持参した患者数	施設数	持参した患者数
倉敷中央病院	32施設	(126+α)人	16施設	38人	14施設	39人	10施設	(44+α)人
岡山赤十字病院	15施設	19人	11施設	14人	1施設	1人	1施設	2人
心臓病センター 榊原病院	13施設	17人	9施設	9人	4施設	7人		
岡山市立市民病院	7施設	9人	3施設	3人	2施設	2人		
川崎医科大学総合医療センター	4施設	4人	1施設	1人	3施設	3人		
岡山ハートクリニック	4施設	(3+α)人			3施設	(3+α)人		
津山中央病院	3施設	3人	3施設	3人				
岡山大学病院	2施設	2人			2施設	2人		
岡山医療センター	2施設	2人			2施設	2人		
岡山済生会総合病院	1施設	1人						
岡山協立病院	1施設	1人			1施設	1人		
川崎医科大学附属病院	1施設	1人			1施設	1人		
倉敷リバーサイド病院	1施設	1人			1施設	1人		
しげい病院	1施設	1人					1施設	1人
不明	1施設	1人						

4 地域医療連携パス(「安心ハート手帳」等)を始めとする医療連携ツールの改善に向けてのご意見

<運用方法の改善>

コメント
・持参する患者が少ない(いない)。(複数意見)
・運用しているか否か他院の患者だと分かりづらい。 患者がクリニックに逆紹介後、持参してくれないことがある。
・入院中の患者の多職種からの情報を急性期・かかりつけ医・在宅チーム(ケアマネジャー等)で共有していけたら良いと思う。 より密な情報共有を行っていくため、共有媒体をパソコン上で確認できると良いと思う。 (例:晴れやかネット)
・手帳の利用の仕方をもう少し詳しく患者さんに知ってもらいたいと思う。

<要望・提案など>

コメント
・生活の記録のみが欲しいことがよくある。ダウンロード、印刷して使用している。 ・冊子がなくなったら印刷して使用は手間がかかる。連携先にも冊子を数冊で良いので、配布して欲しい。 安心ハートネット時に持って帰る等でないと、使用しにくい。 →冊子が必要となった際には、担当課へ連絡頂ければ、送付する旨をご連絡させて頂いた。
・サイズがもう少し大きい方が良いのではないかと。
・患者のADL・生活様式、社会背景など共有の記入場所があれば良い。
・心不全手帳にACPのことも載せて欲しい。
・心不全学会の手帳を参考に記録ページについて、検討してもらいたい。

医推第90号
令和2年4月15日

岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関
参加届出医療機関の長 殿

岡山県保健福祉部医療推進課長
(公 印 省 略)

「心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関における診療状況」
に係る調査の依頼について

保健医療行政の推進につきましては、平素より格別の御理解、御協力をいただき厚く
お礼申し上げます。

さて、本県では、心血管疾患の医療連携体制の更なる充実に向け、医療連携パス「安
心ハート手帳」を運用し、運用状況についてアンケート調査を実施してきたところです。

本年度においても、下記により調査を実施することと致しましたので、お忙しいところ誠に恐縮ですが、御協力のほどよろしくお願いいたします。

記

- 1 調査様式 別紙のとおり
「心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関における診療状況調査票
(急性期病院用)」
- 2 回答期限 令和2年5月29日(金)
※FAXにて下記担当まで送付願います。
- 3 その他
 - ・ 調査票の記入にあたっては、同封の記入要領を御覧ください。
 - ・ 前回調査の取りまとめ結果を同封しています。

【お問い合わせ・ご提出先】

岡山県保健福祉部医療推進課
疾病対策推進班 (担当：片山)
〒700-8570 岡山市北区内山下2-4-6
TEL：086-226-7321/FAX：086-224-2313

※ 令和2年5月29日(金)までにご回答願います。

急性期病院用

心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関における診療状況 調査票

医療機関名：
住所：
連絡先電話番号：
記入者：

2019年(H31.1.1~R1.12.31)の貴院の状況についてお答えください。

問1. 上記期間中、急性心筋梗塞または心不全、大動脈解離により、新規入院した患者数をご記入ください。

		急性心筋梗塞	心不全			大動脈解離
			初発による入院	初発以外による入院	その他	
新規入院患者数(A)		人	人	人	人	人
入院後の状況 (内数)	入院継続中(B)	人	人	人	人	人
	他医療機関への転院(C)	人	人	人	人	人
	退院(D) (生活の場への復帰)	人	人	人	人	人
	入院中に死亡した患者数(E)	人	人	人	人	人
	不明(F)	人	人	人	人	人

※(A)=(B)+(C)+(D)+(E)+(F)

問2. 問1の入院患者のうち、地域医療連携パス(「安心ハート手帳」等)の適応症例に該当する患者がいましたか。

1. いた →問4へ
2. いない } →問6へ
3. 不明 }

※ 「安心ハート手帳」の適応症例 (「安心ハート手帳運用マニュアル」より抜粋)

概ね以下に示す症例としています。

- ◇ 急性心筋梗塞
 - ・重篤な合併症がなく、標準的な経過をたどると考えられる症例
 - ・心臓リハビリテーションが順調に経過した症例
 - ・ADLが自立している症例
 - ・冠動脈再灌流療法が施行された症例
- ◇ 心不全
 - ・重篤な合併症がなく、標準的な経過をたどると考えられる症例
 - ・基本的に静注薬や酸素吸入が不要な症例

調査票2枚目へ →

〔 医療機関名： 〕

問3. 問2で「1.いた」を選択した方にお伺いします。

貴院では、その患者に地域医療連携パス(「安心ハート手帳」等)を交付しましたか。

- | | | |
|----------------|---|------|
| 1. 全員に交付した | } | →問4へ |
| 2. 一部の患者に交付した | | |
| 3. まったく交付しなかった | | →問5へ |

問4. 上記期間中、地域医療連携パス(「安心ハート手帳」等)を交付した患者数をご記入ください。

交付した患者数		(A)	人
パス (内数) の種類	急性心筋梗塞版(赤)	(B)	人
	心不全版(黄)	(C)	人
	その他(自院等で作成したパス等)	(D)	人
	不明	(E)	人

※(A)=(B)+(C)+(D)+(E)

問5. 問3で「2. 一部の患者に交付した」または「3. まったく交付しなかった」を選択した方にお伺いします。地域医療連携パス(「安心ハート手帳」等)を交付しなかった主な理由をお聞かせ下さい。(2つまで回答可)

1. 安心ハート手帳のことを知らなかった(院内での周知が図られていなかった)。
2. 使い方がわからなかった。
3. 患者の理解が得られなかった。
4. 忙しくて手が回らなかった
5. 院内に在庫がなかった。
6. その他

〔 〕

調査票3枚目へ →

〔 医療機関名： 〕

問6. 上記期間中の入院患者について、専門的治療等実施状況をご記入ください。

区分	実施人数
① 冠動脈インターベンション(PCI)	人
② 冠動脈バイパス術(CABG)	人
③ カテーテルアブレーション	人
④ ペースメーカー植込み(新規)	人
⑤ 心大血管疾患リハビリテーション(新規患者数)	人

問7. 上記期間中の地域連携診療計画加算の算定件数をご記入ください。

件

問8. 「安心ハート手帳」を始めとする医療連携ツールの改善に向けて、お気づきの点がございましたら自由にご記入ください。

〔 自由記入欄 〕

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。



心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関における診療状況調査

【記入要領】

<回答にあたっての留意事項>

2019年（H31.1.1～R1.12.31）の貴院の状況についてお答えください。

・全国規模の統計調査との比較を行うため、調査期間を「1～12月」にしています。

【問1】上記期間中、急性心筋梗塞または心不全、大動脈解離により、新規入院した患者数をご記入ください。

・上記期間中に貴院に「急性心筋梗塞」、「心不全」、「大動脈解離」を主疾患名として入院した患者数を延人数でご記入ください。

今回から「大動脈解離」を追加していますので、ご注意ください。

・「心不全」については、下記のとおり区分して計上してください。

「初発による入院」・・・はじめて心不全を発症した患者（H30.12.31以前から初発により入院継続中の患者を含む）

「初発以外の入院」・・・従前から心不全の症状があり、急性増悪のため再入院した者等、初発以外の入院患者（H30.12.31以前から入院継続中の患者を含む）

「その他」・・・「初発による入院」、「初発以外の入院」に当てはまらない患者

※急性増悪による入院について、「初発」、「初発以外」が不明の場合は、「初発による入院」として計上してください。

・1回の入院を「1」とし、同じ患者が複数回入院した場合は、延人数でご記入ください。

・1人の患者が、別区分の心疾患で上期間内に入院した場合は、それぞれの疾患における入院として計上してください。

・他医療機関への転院（C）には、院内の他科への転棟も含めてください。

（例：急性期病棟から、慢性期病棟や地域包括ケア病棟等への転棟）

・退院（生活の場への復帰）（D）には、自宅のほか、介護老人保健施設、老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅も含めて、記載してください。

・不明（F）には、（B）、（C）、（D）、（E）に当てはまらない場合、若しくは入院後の状況が不明の場合に計上してください。

・新規入院患者数（A）＝入院継続中（B）＋他医療機関への転院（C）＋退院（D）＋入院中に死亡した患者数（E）＋不明（F）となります。

【問2】 問1の入院患者のうち、地域医療連携パス（「安心ハート手帳」等）の適応症例に該当する患者がいましたか。

- ・地域医療連携パス（「安心ハート手帳」等）とは、県が配付している「急性心筋梗塞医療連携パス 安心ハート手帳（赤）」、「心不全医療連携パス 安心ハート手帳（心不全版）（黄）」、または自院等で独自に作成している同種のパス等のことです。

【問4】 上記期間中、地域医療連携パス（「安心ハート手帳」等）を交付した患者数をご記入ください。

- ・県が配付している「急性心筋梗塞医療連携パス 安心ハート手帳（赤）」、「心不全医療連携パス 安心ハート手帳（心不全版）（黄）」、またはそれに類するものについて、それぞれ交付した人数をご記入ください。
- ・一人の患者に種類の異なる別の地域医療連携パス（「安心ハート手帳」等）を交付した場合は、それぞれ「1回」交付として計上してください。

【問6】 上記期間中の入院患者について、専門的治療等実施状況をご記入ください。

- ・下表の区分に従い、実際に行った治療等の人数（延人数）を記載してください。
- ・1回の治療内容で複数区分の診療報酬点数を加算した場合は、それぞれの区分を「1人」として計上してください。
同一区分の中で、複数の治療内容を行った場合でも、区分としては「1人」として計上してください。
- ・同じ患者が1つの算定区分を上記期間中に複数回算定した場合は、延人数として計上してください。
- ・問1の入院患者数と一致する必要はありません。

区分	左記の各区分に含まれる治療内容（診療報酬点数表のコード等）
① 冠動脈インターベンション（PCI）	K546 経皮的冠動脈形成術 K547 経皮的冠動脈粥種切除術 K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの） K549 経皮的冠動脈ステント留置術 K550 冠動脈内血栓溶解療法 K550-2 経皮的冠動脈血栓吸引術
② 冠動脈バイパス術（CABG）	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（人工肺を使用しないもの）
③ カテーテルアブレーション	K595 経皮的カテーテル心肺焼灼術
④ ペースメーカー植込み（新規）	K597 ペースメーカー移植術 K598 両心室ペースメーカー移植術（CRT） K599 植込型除細動器移植術（ICD） K599-3 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（CRTD）
⑤ 心大血管疾患リハビリテーション（新規患者数）	H000 心大血管疾患リハビリテーション料

【問7】 上記期間中の地域連携診療計画加算の算定件数をご記入ください。

- ・診療報酬加算点数を算定した件数(延件数)をご記入ください。
- ・同じ患者が、複数回入院する等により、複数回算定している場合は、それぞれ「1件」とし、延件数で計上してください。
- ・問1の入院患者と一致する必要はありません。上記期間外に治療した患者について、上記期間中に診療報酬を算定した場合は、件数にカウントしてください。

※ 令和2年5月29日(金)までにご回答願います。

回復期・再発予防・かかりつけ医療機関用

心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関における診療状況 調査票

医療機関名：
住所：
連絡先電話番号：
記入者：

2019年(H31.1.1~R1.12.31)の貴院の状況についてお答えください。

問1. 上記期間中の急性心筋梗塞、心不全、大動脈解離を主疾患とする者の入院及び外来受診患者について指導状況等をおしえてください。

区分	実施人数
① 心臓ペースメーカー指導管理	人
② 心大血管疾患リハビリテーション	人
③-1 栄養指導 外来栄養食事指導料	人
③-2 栄養指導 入院栄養食事指導料(週1回)	人
③-3 栄養指導 集団栄養食事指導料	人

問2. 上記期間中に、地域医療連携パス(「安心ハート手帳」等)を持参した患者がいましたか。

1. いた →問3へ
2. いない }
3. 不明 } →問4へ

問3. 問2で「1.いた」を選択した方にお伺いします。

地域医療連携パス(「安心ハート手帳」等)を持参した患者について、紹介元の医療機関と人数を、分かる範囲でお答えください。

紹介元の医療機関名	持参した患者数	うち手帳の種類が分かるもの		
		急性心筋梗塞版(赤)	心不全版(黄)	その他(他・自院等で作成したパス等)
	人	人	人	人
	人	人	人	人
	人	人	人	人
	人	人	人	人

問4. 地域医療連携パス(「安心ハート手帳」等)を始めとする医療連携ツールの改善に向けて、お気づきの点がございましたら、自由にご記入ください。

[]

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

(回復期、再発予防、かかりつけ医療機関用)

心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関における診療状況調査

【記入要領】

＜回答にあたっての留意事項＞

2019年（H31.1.1～R1.12.31）の貴院の状況についてお答えください。

- ・全国規模の統計調査との比較を行うため、調査期間を「1～12月」にしています。

【問1】上記期間中の急性心筋梗塞、心不全、大動脈解離を主疾患とする者の入院及び外来受診患者について、指導状況等をおしえてください。

- ・上記期間において、急性心筋梗塞、心不全、大動脈解離を主疾患とする者に体して、下表の区分に従い、実際に行った治療等の人数(実人数)を記載してください。
- ・同じ患者が、入院と外来受診をしている場合は、実人数「1人」として計上してください。
- ・同じ患者が、別区分の心疾患で入院または外来受診した場合は、それぞれの疾患において「1人」として計上してください。

区分	左記の各区分に含まれる治療内容（診療報酬点数表のコード等）
① 心臓ペースメーカー指導管理	B001-12 心臓ペースメーカー指導管理料
② 心大血管疾患リハビリテーション	H000 心大血管疾患リハビリテーション料
③ -1 栄養指導	B001-9 外来栄養食事指導料
③ -2 栄養指導	B001-10 入院栄養食事指導料(週1回)
③ -3 栄養指導	B001-11 集団栄養食事指導料

【問2】上記期間中に、地域医療連携パス（「安心ハート手帳」等）を持参した患者がいましたか。

- ・地域医療連携パス（「安心ハート手帳」等）とは、県が配付している「急性心筋梗塞医療連携パス 安心ハート手帳（赤）」及び「心不全医療連携パス 安心ハート手帳（心不全版）（黄）」または、自院等独自に作成している同種のパス等のことです。

【問3】地域医療連携パス（「安心ハート手帳」等）を持参した患者について、紹介先の医療機関と人数を分かる範囲でお答えください。（入院、外来は問いません）

- ・入院、外来は問いません。
- ・県が配付している「急性心筋梗塞医療連携パス 安心ハート手帳（赤）」、「心不全医療連携パス 安心ハート手帳（心不全版）（黄）」、またはそれに類するものについて、それぞれ持参した人数をそれぞれご記入ください。
- ・一人の患者が種類の異なる、別の地域医療連携パス（「安心ハート手帳」等）を持参した場合は、それぞれ1回持参として計上してください。
- ・内訳など、不明な箇所は空欄で結構です。