

令和元年度第1回 岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議

参 考 資 料

- 1 心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関一覧 P 1 ~ 8
- 2 岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関届出実施要領
..... P 9 ~ 17
- 3 安心ハート手帳運用マニュアル P 18 ~ 22
- 4 岡山県保健医療計画（抜粋） P 23 ~ 28
- 5 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（抜粋）
..... P 29 ~ 44

心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関一覧

2019/7/31 更新

救急医療の機能を担う（専門的な治療等を提供）【13機関】

急性期	医療圏	所在地	施設種別	医療機関名
	県南東部	岡山市	病院	
				社会福祉法人恩賜財団済生会 岡山済生会総合病院
				地方独立行政法人岡山市立総合医療センター 岡山市立市民病院
				岡山医療生活協同組合 総合病院岡山協立病院
				岡山赤十字病院
				国立大学法人岡山大学 岡山大学病院
				独立行政法人労働者健康安全機構 岡山労災病院
				川崎医科大学 総合医療センター
				社会医療法人社団十全会 心臓病センター榊原病院
				診療所
県南西部	倉敷市	病院		学校法人川崎学園 川崎医科大学附属病院
				公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院
津山・英田	津山市	病院		一般財団法人津山慈風会 津山中央病院

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を担う【23機関】

回復期	医療圏	所在地	施設種別	医療機関名	
	県南東部	岡山市	病院		社会医療法人 岡村一心堂病院
				独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター	
				岡山医療生活協同組合 総合病院岡山協立病院	
				岡山西大寺病院	
				岡山赤十字病院	
				国立大学法人岡山大学 岡山大学病院	
				社会医療法人鴻仁会 岡山中央病院	
				岡山医療生活協同組合 岡山東中央病院	
				川崎医科大学 総合医療センター	
				社会医療法人社団十全会 心臓病センター榊原病院	
診療所					医療法人五尽会 岡山ハートクリニック
					小野医院
					きくち脳神経外科内科クリニック
					ながい内科クリニック
県南西部	倉敷市	病院		医療法人創和会 しげい病院	
				総合病院水島協同病院	
	診療所		医療法人 おぎの内科医院		
			たかや内科小児科		
	笠岡市	病院		笠岡市立市民病院	
				医療法人社団清和会 笠岡第一病院	
井原市	病院		井原市立井原市民病院		
津山・英田	津山市	病院		社会医療法人清風会 日本原病院	

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を担う【93機関】

医療圏	所在地	施設種別	医療機関名		
再 発 予 防	県南東部	病院	社会医療法人 岡村一心堂病院		
			岡山医療生活協同組合 総合病院岡山協立病院		
			医療法人自由会 岡山光南病院		
			国立大学法人岡山大学 岡山大学病院		
			社会医療法人鴻仁会 岡山中央病院		
			公益財団法人操風会 岡山リハビリテーション病院		
			川崎医科大学 総合医療センター		
			医療法人明芳会 佐藤病院		
			淳風会ロングライフホスピタル		
			社会医療法人社団十全会 心臓病センター榊原病院		
			診療所	医療法人成和会 粟井内科診療所	
		医療法人徳寿会 池田医院			
		医療法人知誠会 岩藤胃腸科外科歯科クリニック			
		内科・循環器内科 氏平医院			
		医療法人五尽会 岡山ハートクリニック			
		小野医院			
		かりや内科			
		きくち脳神経外科内科クリニック			
		医療法人福和会 木下医院			
		清野内科医院			
		医療法人正崇会 黒田医院			
		さとうハートクリニック			
		医療法人 せとうちクリニック			
		医療法人清谷会 高屋クリニック			
		谷野内科循環器科クリニック			
		時岡内科循環器科医院			
		医療法人寛栄会 時末消化器科内科医院			
		医療法人和秀会 内藤医院			
		ながい内科クリニック			
		医療法人隆和会 畑クリニック			
		医療法人 深井医院			
		医療法人社団 福島内科医院			
		藤本循環器内科クリニック			
		医療法人社団 淵本医院			
		南方クリニック			
		在宅療養支援診療所 ルスコクリニック			
		玉野市		病院	医療法人社団恵誠会 大西病院
					玉野三井病院
				診療所	医療法人 近藤医院
		竹原内科医院			
		備前市	病院	備前市国民健康保険市立日生病院	
				備前市国民健康保険市立吉永病院	
			診療所	萩原医	

再発予防

医療圏	所在地	施設種別	医療機関名
県南東部	瀬戸内市	病院	瀬戸内市立瀬戸内市民病院
		診療所	医療法人仁生会 長田医院
			医療法人 那須医院
県南西部	倉敷市	病院	医療法人誠和会 倉敷記念病院
			医療法人和香会 倉敷スイートホスピタル
			医療法人誠和会 倉敷第一病院
			医療法人社団五聖会 児島聖康病院
			児島中央病院
			医療法人創和会 しげい病院
			医療法人エム・ピー・エヌ 武田病院
			倉敷医療生活協同組合 玉島協同病院
			医療法人社団新風会 玉島中央病院
			公益財団法人弘仁会 玉島病院
			医療法人 天和会 松田病院
			総合病院水島協同病院
			社会医療法人水会和 水島中央病院
			診療所
	医療法人 いなだ医院		
	医療法人 おか内科耳鼻科		
	医療法人 おぎの内科医院		
	倉敷成人病クリニック		
	善家循環器科・内科医院		
	たかや内科小児科		
	医療法人以心会 難波医院		
	医療法人和楽会 野上内科医院		
	八王寺内科クリニック		
	よしの医院		
	わきや内科クリニック		
	笠岡市	病院	笠岡市立市民病院
			医療法人社団清和会 笠岡第一病院
	井原市	病院	井原市立井原市民病院
			医療法人社団 菅病院
	総社市	診療所	渡辺医院
	浅口市	病院	医療法人みわ記念病院
		診療所	医療法人 福嶋医院
			医療法人 ほかま医院
里庄町	病院	医療法人萌生会 国定病院	
矢掛町	診療所	医療法人慈成会 山縣内科医院	
高梁・新見	高梁市	病院	医療法人慶真会 大杉病院
			医療法人清梁会 高梁中央病院
			高梁市国民健康保険成羽病院

再 発 予 防	医療圏	所在地	施設種別	医療機関名
	高梁・新見	新見市	病院	医療法人緑隆会 太田病院
				医療法人社団思誠会 渡辺病院
			診療所	社会医療法人哲西会 哲西町診療所
	真庭	真庭市	病院	医療法人社団井口会 総合病院落合病院
				社会医療法人緑荘会 金田病院
				真庭市国民健康保険湯原温泉病院
	津山・英田	津山市	病院	社会医療法人清風会 日本原病院
		美作市	診療所	青山医院
		鏡野町	病院	一般財団法人共愛会 芳野病院

急性期・回復期・再発予防の機能を担う医療機関と連携し、日常生活における管理等を実施する機能を担う【160機関】

医療圏	所在地	施設種別	医療機関名	
か か り つ け	県南東部	病院	医療法人社団操仁会 岡山第一病院	
			医療法人創和会 重井医学研究所附属病院	
			同仁病院	
			医療法人社団恵風会 宮本整形外科病院	
		岡山市	診療所	あさひクリニック
				医療法人 あだち内科医院
				あだち内科クリニック
				医療法人 粟井内科医院
				池上医院
				医療法人ネバーランド 石井内科クリニック
				医療法人洸和会 井上内科小児科医院
				井村医院
				医療法人うえおか内科医院
				医療法人ふたば会 うちおグリーンクリニック
				医療法人 岡田内科
				医療法人 おかもと内科小児科診療所
				岡山みなみクリニック
				表町診療所
				医療法人社団 かとう内科並木通り診療所
				医療法人一進会 河合外科
				医療法人川口内科 川口メディカルクリニック
				かわだファミリークリニック
				医療法人 川村医院
				医療法人 木村ファミリークリニック
				医療法人 黒住外科内科
				コープ大野辻クリニック
				医療法人 こばし医院
				医療法人天成会 小林内科診療所
				医療法人健朋会 佐々木医院
				さつき内科クリニック
				医療法人秋桜会 佐藤医院
				医療法人 佐藤医院
				澤原内科小児科医院
				清水内科医院
				医療法人 庄医院
				医療法人 城東ファミリークリニック
				医療法人鳳明会 新海医院
				医療法人 鈴木医院
				須田外科内科医院

医療圏	所在地	施設種別	医療機関名
か か り つ け	県南東部	岡山市 診療所	医療法人 高取内科医院
			医療法人 たかはしクリニック
			ただとも胃腸内科・外科
			たつみ内科クリニック
			医療法人若樹会 辻医院
			辻クリニック
			てらだ内科クリニック
			医療法人 寺見内科医院
			なかの内科クリニック
			医療法人 中村医院
			医療法人 中村内科医院
			医療法人仙仁会 なかやまクリニック
			医療法人 難波医院
			医療法人経和会 難波医院
			にいや内科クリニック
			医療法人 聖道会 西川クリニック
			林内科小児科医院
			原おとな子どもクリニック
			飛岡内科医院
			医療法人 深田内科
			医療法人ふくだ医院
			福本クリニック
			ふじわら内科クリニック
			伏見医院
			ほりぐち医院
			医療法人 前島外科内科医院
			医療法人 まえだ診療所
			脳神経外科・内科 眞壁クリニック
			医療法人ひまわり会 松木内科
			マツザキクリニック
			松本医院
			医療法人 万袋内科胃腸科医院
			ムネトモクリニック
	医療法人 山下内科医院		
	医療法人みさお 湯原内科医院		
	医療法人 渡辺医院		
	医療法人 緑樹会 渡辺医院		
	医療法人朋友会 渡辺内科		
	玉野市	病院	総合病院玉野市立玉野市民病院
		診療所	医療法人滋正会 井上クリニック
			医療法人 井上内科医院
			たなべ内科
医療法人むつみ会 長崎医院			

か
か
り
つ
け

医療圏	所在地	施設種別	医療機関名
県南東部	玉野市	診療所	医療法人いずみ会 三宅内科外科医院
	備前市	病院	備前市国民健康保険市立備前病院
		診療所	木村医院 医療法人不老会 小林クリニック
	瀬戸内市	診療所	医療法人寛和会 内田医院
			岡崎内科クリニック
			長谷井内科
	赤磐市	診療所	うえの内科小児科医院
			ふよう内科クリニック
	和気町	病院	医療法人 平病院
	県南西部	倉敷市	病院
倉敷平成病院			
医療法人高志会 柴田病院			
医療法人和葉会 まび記念病院			
医療法人水清会 水島第一病院			
診療所			医療法人 イマイクリニック
			医療法人望 いわもとクリニック
			医療法人王慈会 王子脳神経外科医院
			おおしも内科
			川井クリニック
			医療法人 かわたクリニック
			医療生協 コープくらしき診療所
			新倉敷ピーチクリニック
			医療法人社団河合会 新倉敷メディカルスクエア
			医療法人幸伸会 すぎはら眼科・循環器科内科
医療法人寿久会 西原内科眼科医院			
医療法人三泉会 西原内科循環器科			
藤野内科循環器科医院			
まつやま内科クリニック			
医療法人 三宅内科クリニック			
浅口市		病院	医療法人社団同仁会 金光病院
		診療所	医療法人飛翔会 鴨方クリニック みうら内科循環器科
笠岡市		診療所	内科・小児科 猪木医院
井原市		病院	医療法人おだうじ会 小田病院
総社市		病院	医療法人行堂会 長野病院
			医療法人仁徳会 森下病院
		診療所	医療法人 清音クリニック
			医療法人診療ドクター杉生
			杉本クリニック
医療法人健奉会 谷向内科			

医療圏	所在地	施設種別	医療機関名				
県南西部	総社市	診療所	三宅内科小児科医院				
	早島町	診療所	医療法人木村医院				
	矢掛町	病院	医療法人正光会 鳥越病院 矢掛町国民健康保険病院				
		診療所	小塚医院				
高梁・新見	新見市	病院	新見中央病院				
		診療所	医療法人一節会 吉田医院				
真庭	真庭市	病院	医療法人美甘会 勝山病院 医療法人敬和会 近藤病院				
			診療所	内科・小児科 本山医院 医療法人かめの子会 米田内科医院			
津山・英田	津山市	病院	一般財団法人津山慈風会 津山中央記念病院 医療法人和風会 中島病院				
			診療所	医療法人 いちば医院 医療法人 井戸内科クリニック 医療法人 おおうみクリニック 医療法人こころ 勝北診療所 医療法人勝北クリニック 勝北すこやかクリニック たまち内科クリニック 津山東クリニック 社会医療法人清風会 津山ファミリークリニック 中尾内科クリニック 内科・小児科 西医院 医療生協 平福診療所 医療法人 本位田診療所			
		美作市		診療所	金澤外科医院 医療法人天佑会 木田医院 福井医院 社会医療法人清風会 湯郷ファミリークリニック		
					鏡野町	診療所	山田医院
					勝央町	病院	医療法人 さとう記念病院
						診療所	医療法人社団 小坂田医院 太平台医院
		奈義町		診療所	社会医療法人清風会 奈義ファミリークリニック		
		久米南町		診療所	近藤クリニック		
		美咲町		病院	医療法人三憲会 柵原病院		
				診療所	関医院		

かかりつけ

岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関届出実施要領

1 目的

この要領は、岡山県保健医療計画に基づき、急性心筋梗塞等の心血管疾患（この要領において「急性心筋梗塞等」という。）の医療に関して、県民の適切な医療機関の選択や医療機関が自主的・主体的に行う連携に向けた取組の促進に資するよう、県が急性期、回復期、再発予防等の経過に応じて求められる医療機能を担っている医療機関の情報を把握し公表するため、医療機関が県に対して行う届出の内容、方法その他必要な事項を定めることを目的とする。

2 医療機関に求められる医療機能

- (1) この要領に基づき医療連携体制を担う医療機関は、病院及び診療所（この要領において「医療機関」という。）とする。
- (2) 医療機関に求められる医療機能の区分は、次のとおりとする。
 - ア 急性期 : 救急医療の機能
 - イ 回復期 : 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
 - ウ 再発予防 : 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
 - エ かかりつけ : ア～ウの機能を担う医療機関と連携し、日常生活における管理等を実施する機能（ア～ウの機能を担う医療機関を除く）
- (3) 医療機関は、県が作成する「安心ハート手帳」又は同等の機能を有する地域医療連携パスツールを用いて、他の医療機関との連携を図るものとする。

3 届出の方法

- (1) 医療機関は、自らの責任において、該当する医療機能について、県に対し4に定める様式により届出を行うものとする。この場合において、県は、必要と認めるときは、医療機関の管理者に対し届出の内容を確認し、又は訂正を依頼する。
- (2) 医療機関の管理者は、毎年県が指定する日までに前年に提供した治療実績等について報告するものとする。

4 届出の様式

(1) 新規の届出

医療機関は、新たに届出を行うときは、次の様式により、届出を行うものとする。

- ア 岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制を担う医療機関届
- イ 添付書類：「医療機能調査票」（別紙様式1①～③）
- ウ 添付書類：「安心ハート手帳利用届出票」（別紙様式2）

(2) 変更の届出

医療機関は、届け出た内容に変更が生じたときは、速やかに、次の様式により、変更の届出を行うものとする。

- ア 岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制を担う医療機関変更届
- イ 添付書類：「医療機能調査票」（別紙様式1①～③）
- ウ 添付書類：「安心ハート手帳利用届出票」（別紙様式2）

(3) 辞退の届出

医療機関は、辞退するときは、速やかに、次の様式により、辞退の届出を行うものとする。

岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制を担う医療機関辞退届

4 公表

県は、3により届出のあった医療機関の名称等を、保健福祉部医療推進課のホームページに登載して公表する。この場合において、新規の届出については、原則として、届出のあった月の翌月の5日までに公表し、変更の届出及び辞退の届出については、速やかに、変更又は削除する。

5 その他

この要領に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

- 1 この要領は、平成22年3月30日から施行する。
- 2 この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月2日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年12月5日から施行する。

岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関届

平成 年 月 日

岡山県知事 殿

医療機関名
代表者氏名
所在地
電話番号
記載者氏名

印

岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関として、次の要件を満たすので、添付書類とともに届け出ます。

受理された後、届出の内容を、ホームページ上に掲載されることを承諾します。積極的に医療連携に取り組み、数値等把握するための調査項目については、毎年、前年実績を報告します。

記

1 医療機能（該当するものに✓をして下さい）

急性期

回復期

再発予防

かかりつけ ← 上のいずれにも該当しない場合のみ選択可

} 複数選択可

2 添付書類（かかりつけの届出は（1）の添付不要）

（1）医療機能調査票（別紙様式1①～③）

（2）安心ハート手帳利用届出票（別紙様式2）

岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関変更届

平成 年 月 日

岡山県知事 殿

医療機関名
代表者氏名 印
所在地
電話番号
記載者氏名

急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関届の内容に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。

記

1 変更内容

2 変更年月日 年 月 日

3 変更後の医療機能（該当するものに✓をして下さい）

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 急性期 | } | 複数選択可 |
| <input type="checkbox"/> 回復期 | | |
| <input type="checkbox"/> 再発予防 | | |
| <input type="checkbox"/> かかりつけ | ← 上のいずれにも該当しない場合のみ選択可 | |

4 添付書類

- (1) 医療機能調査票（別紙様式1①～③）
- (2) 安心ハート手帳利用届出票（別紙様式2）

※ 記の3、4については、申請医療機関が担う医療機能に変更がない場合は不要です。

岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関辞退届

年 月 日

岡山県知事 殿

医療機関名
代表者氏名
所在地
電話番号
記載者氏名

印

急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

記

1 辞退する医療機能(該当するものに✓をして下さい)

- 急性期
- 回復期
- 再発予防
- かかりつけ

2 辞退する理由

(別紙様式1②)

医療機能調査票 (回復期)

求められる機能 ※1~7全ての項目の機能を有していること		チェック欄
1	診療ガイドラインに則した診療を行っていること	
2	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	
3	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	
4	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	
5	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入院又は通院により実施可能であること	
6	心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈等発生時における対処法について、患者及び家族への教育を行っていること	
7	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	

指標数値等を把握するための調査項目 (以下の項目は、調査項目であり、必須項目ではありません。)

体制	項目	内容		
スタッフ体制	循環器専門医 ((社) 日本循環器学会)	常勤	人・非常勤	人
	心臓血管外科医	常勤	人・非常勤	人
	理学療法士		人	
	心臓リハビリテーション専従看護師		人	
	特定非営利法人日本心臓リハビリテーション学会認定心臓リハビリテーション指導士 (施設内の有資格者数)		人	
緊急時連携体制	緊急時内科的・外科的治療可能で連携する病院または、連携した実績のある病院等			
症例に関する実績 ※1 (実数) ※ST上昇型心筋梗塞を含む全ての急性心筋梗塞	急性心筋梗塞入院患者数		人	
	経皮的冠動脈形成術 (PCI) (PCI: 経皮的冠動脈形成術 (PTCA)、経皮的冠動脈血栓吸引術、経皮的冠動脈ステント留置術をいう)	実施可能 (実績	件)	・ 実施不可
	社会復帰率 (在宅等生活の場に復帰した患者数/急性心筋梗塞の入院患者数)		%	
リハビリ体制	心大血管疾患リハビリテーション	I	・ II	・ 無
	外来での心臓リハビリテーション	実施可能	・	実施不可
	心臓リハビリテーション実施患者数※1	入院()人	・	通院()人

※1 実績は前年の1月1日~12月31日までの件数とする。

(別紙様式1①)

医療機能調査票 (急性期)

求められる機能 ※1～9全ての項目の機能を有していること		チェック欄
1	診療ガイドラインに則した診療を行っていること	
2	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	
3	急性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	
4	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	
5	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	
6	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	
7	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	
8	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	
9	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	
10	抑うつ状態等の対応が可能であること	
11	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	

指標数値等を把握するための調査項目 (以下の項目は調査項目であり、必須項目ではありません。)

体制	項目	内容	
スタッフ体制	循環器専門医(社)日本循環器学会)	人	
	心臓血管外科専門医 (特定非営利活動法人日本心臓血管外科学会、特定非営利活動法人日本血管外科学会及び特定非営利活動法人日本胸部外科学会)	人	
	麻酔科専門医(社)日本麻酔科学会)	人	
	理学療法士	人	
	心臓リハビリテーション専従看護師 特定非営利法人日本心臓リハビリテーション学会認定 心臓リハビリテーション指導士 (施設内の有資格者数)	人	
病床数	ICU・CCU専用病床	ICU 床・CCU 床	
	循環器内科病床	床	
	循環器外科病床	床	
リハビリ体制	心大血管疾患リハビリテーション料	I ・ II ・ 無	
	外来での心臓リハビリテーション	実施可能 ・ 実施不可	
	心臓リハビリテーション実施患者数(実数)※1	入院()人・通院()人	
症例に関する実績 ※1 (実数) ※ST上昇型心筋梗塞を含む全ての急性心筋梗塞	急性心筋梗塞入院患者数	入院患者数()人 [うち他の医療機関を経由して入院した患者数()人]	
	発症から来院までの平均時間	時間 分	
	来院から心臓カテーテル検査までに要した平均時間 (定義: 来院から検査室入室までの時間)	時間 分	
	社会復帰率 (在宅等生活の場に復帰した患者数/急性心筋梗塞の入院患者数)	%	
	院内死亡率 (急性心筋梗塞死亡患者数/急性心筋梗塞の入院患者数)	%	
	平均在院日数	日	
	術実績	冠動脈バイパス術	件
		経皮的冠動脈形成術(PCI) (PCI: 経皮的冠動脈形成術(PTCA)、経皮的冠動脈血栓吸引術、経皮的冠動脈ステント留置術をいう)	件
		開心術	件
	その他	狭心症入院患者数	人
連携体制※1	地域連携クリティカルパス実施	実施中(実績 件)・実施予定・予定なし	

※1 実績は前年の1月1日～12月31日までの件数とす -15-

(別紙様式1③) 医療機能調査票 (再発予防)

求められる機能 ※1～7全ての項目の機能を有していること		チェック欄
1	診療ガイドラインに則した診療を行っていること	
2	再発予防治療や基礎疾患・危険因子の管理が可能であること	
3	抑うつ状態等への対応が可能であること	
4	緊急時の除細動等急性増悪時の対応が可能であること	
5	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	
6	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	
7	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	

指標数値等を把握するための調査項目 (以下の項目は調査項目であり、必須項目ではありません。)

体制	項目	内容	
緊急時連携体制	緊急時内科的・外科的治療可能で連携する病院または、連携した実績のある病院等		
在宅支援体制	在宅療養支援診療所届出	有	無
	居宅支援事業所との連携	有	無
	訪問看護ステーションとの連携	有	無
	保険薬局との連携	有	無

(別紙様式2)

安心ハート手帳利用届出票

担当医	所属・役職		
	(ふりがな) 担当医氏名		
	連絡先	TEL() -	/ FAX() -
連携窓口	所属・役職		
	(ふりがな) 担当者氏名		
	連絡先	TEL() - FAX() -	TEL() - FAX() -
	E-mailアドレス		
実施可能な項目	急性期	栄養指導	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		管理栄養士	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		糖尿病指導	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		糖尿病療養指導士	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		禁煙指導	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		禁煙外来	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		訪問診療	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	急性期以外 (回復期、 再発予防、 かかりつけ)	専門分野	<input type="checkbox"/> 内科系 <input type="checkbox"/> その他()
		処方	<input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 院外
		採血	<input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 院外
		心電図	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		胸部レントゲン	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		心エコー	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		禁煙外来	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
訪問診療	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		

安心ハート手帳
(岡山県急性心筋梗塞・心不全医療連携パス)
運用マニュアル
～参加医療機関用～

2018年12月

岡山県急性心筋梗塞等医療連携検討会議

○ 目的

「安心ハート手帳」は、岡山県の急性心筋梗塞及び心不全患者の治療経過を急性期病院と地域のかかりつけ医とその他の関係機関が共有し、より連携を密にすることにより、医療の質の向上と患者の予後の改善を目的としています。

【適応症例】

連携パスの適応とする症例は、急性期病院が選定して下さい。
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

【途中で中止する場合】

- ・ 死亡したとき
- ・ 患者急変などで、連携パス使用期間中に緊急入院があった場合で、継続使用が困難であるとき
例) 緊急入院中にPCIを新たに施行した場合

※ 連携パスを途中で中止した場合でも治療後は再開が可能です。

○ 運用例（おおむね以下のフローを参考にしてください。）

◇ 急性心筋梗塞

【急性期病院】

- ① 急性心筋梗塞で入院、カテーテル治療を行う。
- ② 連携パス等を用いて退院を目指す。また急性期心臓リハビリテーションも開始する。
- ③ 連携コーディネーターは、主治医と相談して連携パスのエントリーについて確認する。
- ④ エントリーをする場合は、主治医もしくは連携コーディネーターが「安心ハート手帳」と連携診療計画書を用いて説明する
（その他の要件を満たした上で地域連携診療計画加算をとる場合は、別紙地域連携診療計画所に説明及び同意のサイン等が必要）
- ⑤ 連携コーディネーターは、かかりつけ医療機関が届出をしているかを確認し、未届けの場合は県への届出をお願いします。（FAXで可）
- ⑥ 主治医は、退院までに「急性期病院での治療記録（P5）」の記載をする。
- ⑦ 「運動処方箋（P6）」は、可能な場合は医師が記載する。

【かかりつけ医療機関】

- ① 診察時は、「急性期病院からの治療記録（P5）」と「運動処方箋（P6）」を確認し、運動指導の参考にする。
- ② 「心筋梗塞の管理目標（P7）」を参考に治療を行う。
診察内容は、「二次予防目標達成チェックリスト（P8）」にチェックする。
- ③ かかりつけ薬局があればP3に記載してもらおう。
「安心ハート手帳」を参考にしながら服薬指導をしてもらう。
- ④ 診察時は、「あなたの日々の生活の記録（P13～）」を確認する。

【健康運動施設、心臓リハビリテーション実施施設】

- ① 急性期病院もしくは、かかりつけ医療機関からの指示があることを確認した後、「運動処方箋（P6）」を参考に運動療法を行う。

◇心不全

【急性期病院】

- ① 心不全による入院、治療を行う。
- ② 連携パス等を用いて退院を目指す。
- ③ 連携コーディネーターは、主治医と相談して連携パスのエントリーについて確認する
- ④ エントリーをする場合は、主治医もしくは連携コーディネーターが「安心ハート手帳」と連携診療計画書を用いて説明する。
(その他の要件を満たした上で地域連携診療計画加算をとる場合は説明及び同意のサイン等が必要)
- ⑤ 連携コーディネーターは、かかりつけ医療機関が届出をしているかを確認し、未届けの場合は県への届出をお願いします。
- ⑥ 主治医は、退院までに「急性期病院からの申し送り事項(P2)」と「患者基本情報(P3)」の記載をする。
- ⑦ 「運動処方せん(P4)」は、可能な場合は医師が記載する。

【かかりつけ医療機関】

- ① 診察時は、「急性期病院からの申し送り事項(P2)」と「運動処方箋(P4)」を確認し、食事指導、運動指導、投薬の参考にする。
- ② 関係機関を確認する(P1に患者に記載してもらう)。
- ③ 診察時は「生活の記録(P24～)」を確認する。

【その他の関係施設】

- ① 急性期病院もしくは、かかりつけ医療機関からの指示があることを確認した後、「運動処方箋(P4)」を参考に運動療法を行う。
- ② 「医療スタッフ連絡ノート(P5)」により、患者の状態を共有する。
- ③ かかりつけ薬局があれば「お薬のページ(P50)」に記載もしくは処方薬剤シールを貼付してもらう。

○ 個人情報の取扱について

- ◇ 治療や生活支援において連携する関係機関と情報が共有されます。
- ◇ 連携パスの運用時は、個人情報の保護に細心の注意をはらいます。プライバシーに問題のない範囲で事務局に提供され、連携パスの運用状況等を評価するために使用される場合があります。

○ 参加医療機関届出について

- ◇ 連携パスの取り組みに参加して頂く医療機関は、「岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関届出実施要領」に従い、医療連携体制を担う医療機関としての届出を行って下さい。
- ◇ 連携パスの向上のため、事務局は運用状況等の評価を行います。この取り組みに参加して頂く医療機関におかれては、県が実施する調査等への協力をお願いします。
 - ※ カテーテル治療が可能な医療機関は、原則参加をお願いします。
- ◇ 急性期病院が、連携パスにはじめて参加するかかりつけ医療機関と連携を行う場合は、急性期病院からかかりつけ医療機関に連絡し、届出を行うよう依頼してください。

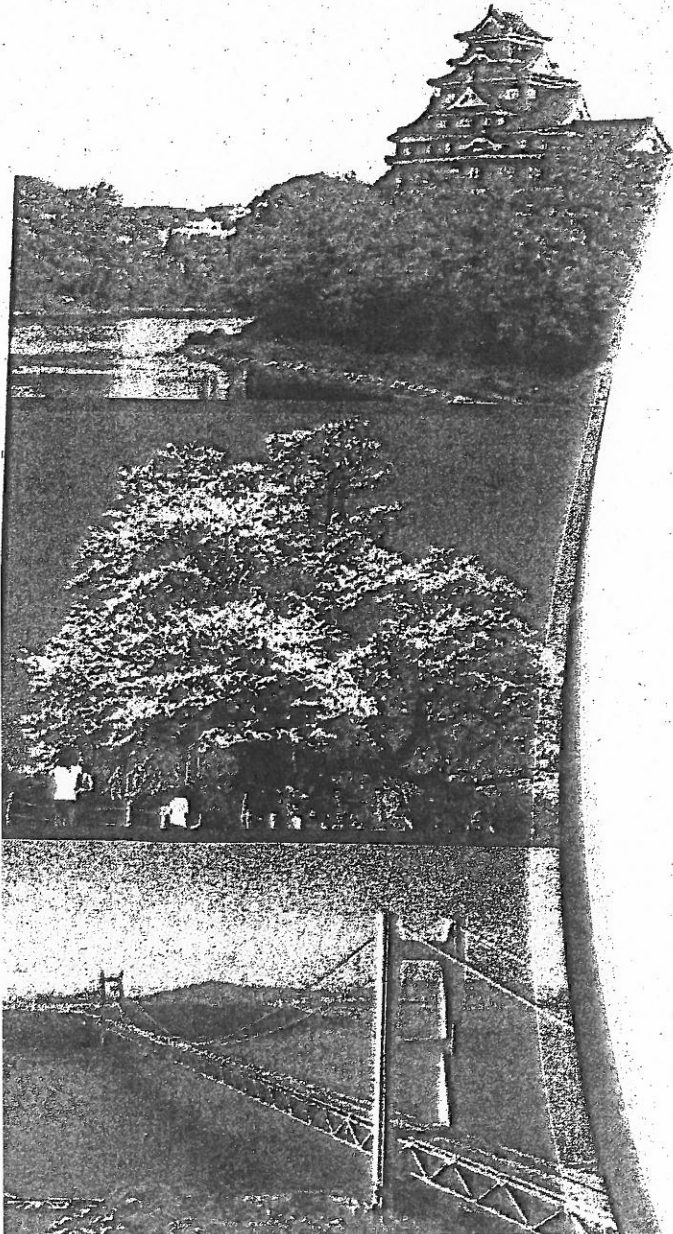
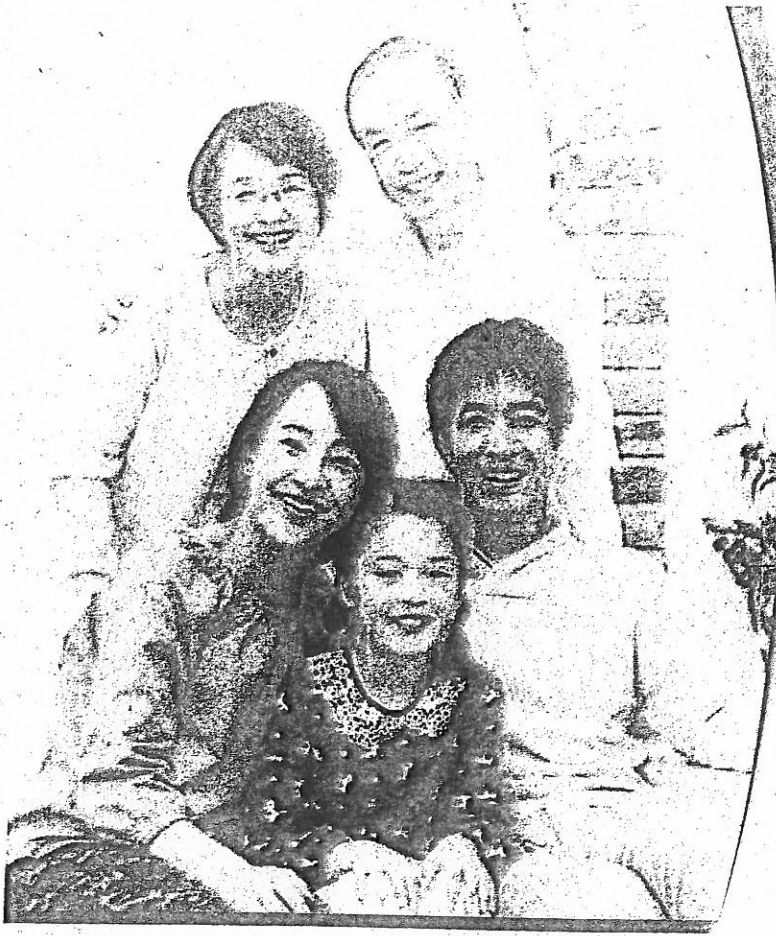
<コーディネーターの選定>

急性期病院においては、連携パスの運用に携わる連携パスコーディネーターを最低2人決めてください。（1人は連携パス事務局との連絡、報告をする事務系の方、もう1人は患者に関わる事のできる看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカーなど。心臓リハビリテーションに携わっている人が適任です）。

運用説明や医師への連絡などをお願いします。

○ 岡山県医療連携パス事務局について

- ◇ 事務局は、岡山県庁保健福祉部・医療推進課に設置します。
- ◇ 事務局は、安心ハート手帳の配布を行います。また、連携パスの評価を行い、届出医療機関に還元します。
- ◇ 連絡先 岡山市北区内山下2-4-6
岡山県庁保健福祉部医療推進課・疾病対策推進班
TEL：086-226-7321
FAX：086-224-2313



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>

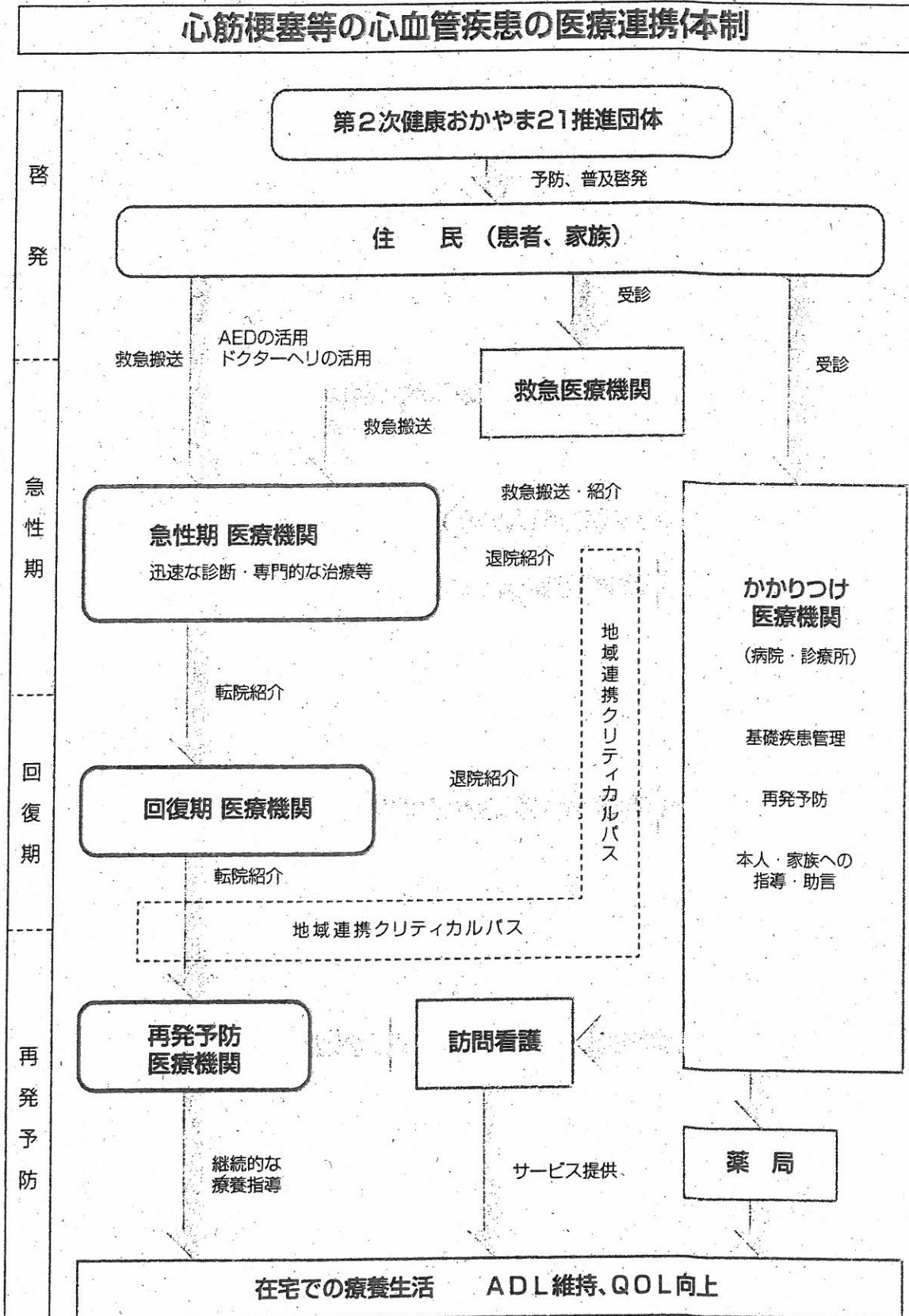
2 施策の方向

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 	<ul style="list-style-type: none"> 【家族等・現場に居合わせた者】 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 【救急救命士を含む救急隊員】 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（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遠隔があれば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であること 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 合併症発症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入院又は通院により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等発生時における対処法について、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 	<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 緊急時の除細動等急性増悪時の対応が可能であること 合併症発症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、合併症発症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、医療資源等地域の实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、地域の实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)

【法第30条の3】
厚生労働大臣は
基本方針を定め

基本
方針

- 医療提供体制確保の
 - ・基本的事項
 - ・調査及び研究
 - ・目標
- 医療連携体制
- 医療機能情報の提供
- 医療従事者の確保
- 計画作成と事業評価
- その他重要事項

【法第30条の4第1項】
都道府県は基本方針に即
して、かつ地域の実情に応
じて医療計画を定める。

医
療
計
画

【法第30条の8】
厚生労働大臣は、技
術的事項について必要
な助言ができる。

医
療
計
画
作
成
指
針

- 計画作成の趣旨
- 一般的留意事項
- 計画の内容
- 計画作成の手順等
- 計画の推進等
- 計画に係る報告等

- 基本的な考え方
- 地域の現状
- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・がん
 - ・脳卒中
 - ・心筋梗塞等の心血管疾患
 - ・糖尿病
 - ・精神疾患
 - ・救急医療
 - ・災害時における医療
 - ・へき地の医療
 - ・周産期医療
 - ・小児医療（小児救急）
 - ・在宅医療
 - ・その他特に必要と認める医療

本
指
針

- 医療体制構築の
 - ・趣旨
 - ・内容
 - ・手順
 - ・連携の推進等
 - ・評価等
- 疾病・事業別の体制
 - ・がん
 - ・脳卒中
 - ・心筋梗塞等の心血管疾患
 - ・糖尿病
 - ・精神疾患
 - ・救急医療
 - ・災害時における医療
 - ・へき地の医療
 - ・周産期医療
 - ・小児医療（小児救急）
 - ・在宅医療

- 地域医療構想
- 地域医療構想を達成する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 医療従事者の確保
- 医療の安全の確保
- 医療提供施設の整備目標
- 基準病床数
- その他医療提供体制の確保に
必要な事項
- 事業の評価・見直し

(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

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）等による電氣的除細動の実施、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。