

健発 0 7 3 1 第 2 号
平成 2 9 年 7 月 3 1 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省健康局長
(公 印 省 略)

脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の整備について

脳卒中、心臓病その他の循環器病は、我が国の主要な死亡原因であるとともに、介護が必要となる主な原因の一つとなっている。このため、循環器病に係る医療又は介護に要する負担の軽減を図ることが喫緊の課題となっていることに鑑み、国民の健康寿命の延伸等を図るため、平成 28 年 6 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関する検討会」を開催することとし、また、当該検討会の下に、脳卒中に係るワーキンググループ及び心血管疾患に係るワーキンググループを設け、循環器病に係る診療提供体制の在り方について、議論を進めてきた。今般、各ワーキンググループにおける議論も踏まえ、当該検討会において、別添のとおり、報告書（「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」）が取りまとめられたところである。

当該報告書は、循環器病の診療提供体制の在り方を示すものであるが、各都道府県において循環器病の診療提供体制を構築する上での留意事項等を下記のとおりまとめたので、貴職におかれては、これを御了知いただくとともに、循環器病に係る診療提供体制の整備に当たっては、当該報告書の内容も踏まえ、必要な施策の策定、実施等に努めていただくようお願いする。

また、循環器病の診療提供体制については、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。）において、脳卒中の医療体制及び心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制について定めることとされており、当該報告書の内容も踏まえた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。最終改正：平成 29 年 7 月 31 日。）においてお示ししているところであり、貴職におかれては、医療計画の策定に当たってご留意いただくようお願いする。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項に規定する技術的助言であることを申し添える。

記

1. 循環器病の診療提供体制を構築する上での考え方

(1) 急性期から回復期～維持期までの一貫した診療提供体制について

- 心疾患は我が国の死因の第2位、脳血管疾患は第4位と循環器病の死因は上位を占めており、特に急性期突然死の原因としては、循環器病の占める割合が最も大きい。また、脳血管疾患は介護が必要となる主な原因の第1位であり、慢性心不全患者の約20～40%が1年以内に再入院する。
- このように循環器病に対しては、急性期から回復期～維持期までの一貫した診療提供体制の構築が必要である。

(2) 診療提供体制構築にあたって留意すべき脳卒中と心血管疾患の主な共通点と相違点

ア. 共通点

- 脳卒中、心血管疾患共に、急性期には発症後早急に適切な治療を開始する必要がある、急性期の診療提供体制の構築にあたっては、このような時間的制約の観点を考慮する必要がある。
- 疾患の再発や増悪を来しやすく、回復期～維持期における再発予防の取り組みや、再発や増悪を繰り返す患者に対する適切な介入方法の検討が重要である点も共通している。

イ. 相違点

- 発症後急性期から回復期～維持期を経て社会生活に復帰するまでの経過について、脳卒中は社会生活に復帰するまでに、身体機能の回復を目的としたリハビリテーションが必要であり、心血管疾患に比べて、回復期に長期の入院が必要となる場合が多い。一方、心血管疾患の社会復帰に向けた回復期の管理は、状態が安定した後は外来において行われる事が多い。

2. 脳卒中の診療提供体制を構築する上での考え方

(1) 脳卒中の急性期の診療提供体制を構築する上での考え方

ア. 急性期の診療提供体制の基本的な考え方

- 発症後早急に適切な治療を開始する必要がある、急性期の診療提供体制の構築に当たっては、このような時間的制約の観点を考慮する必要がある。

- 脳卒中が疑われる患者の救急搬送に際しては、病院前脳卒中スケール等を活用して脳卒中が疑われる例を判別し、疑わしい場合には、脳卒中の専門的な医療を行う施設に搬送することが望ましい。

イ．診療提供のための施設間ネットワーク構築に関する考え方

- 脳卒中の急性期診療においては、単一の医療施設で、24 時間専門的な診療を提供できる体制（以下、「24 時間体制」という）を確保することが困難な場合があることから、地域における複数の医療施設が連携し、24 時間体制を確保することが求められる。
- 時間的制約があるため、脳卒中に対しては、各地域における平均的な救急搬送圏内での施設間ネットワーク体制の構築が基本となるが、各地域における医療資源の状態によっては、遠隔診療を用いた診断の補助等の活用を通じ、平均的な救急搬送圏外の施設との連携体制の構築が必要である。

ウ．急性期の専門的医療を行う施設が担う医療機能の考え方

- 脳卒中の急性期診療を 24 時間体制で提供できる施設間ネットワークを構築するに当たっては、急性期の専門的医療を行う施設が担うべき医療機能を、地域のネットワークを構築している医療施設において、分担する必要がある。ただし、ネットワーク内で各々の施設が提供する医療機能は、地域の状況や医療施設の医療資源に応じて、柔軟に設定される必要がある。
- また、提供する急性期診療について、適切性及び安全性等の質が確保されていることも必要である。

（２）脳卒中の回復期～維持期の診療提供体制を構築する上での考え方

ア．回復期～維持期の診療提供体制の基本的な考え方

- 脳卒中の患者は、必ずしもすべての患者が、回復期リハビリテーションに移行しないため、急性期診療の終了後に、直接もしくは回復期リハビリテーションの実施を経て生活の場に復帰するといった、一般的な経過を辿る患者と、それ以外の患者に分けて、回復期～維持期の診療提供体制を構築する必要がある。
- いずれの経過を辿る場合であっても、脳卒中の回復期～維持期には、脳卒中の再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が必要であり、多職種によるアプローチが重要である。

イ．一般的な経過を辿る患者に対する診療提供体制の考え方

- 急性期から回復期への移行の際には、機能的な改善の到達点や、それに到達する時期を想定した上で、回復期リハビリテーションの適応を検討する必要がある。
- 回復期リハビリテーションの実施が有効であると判断される患者には、急性期の病態安定後、速やかにリハビリテーションを中心とした回復期の医療に移行できる連携体制が必要である。また、回復期リハビリテーションによって日常生活動作の改善が十分に見込めなくなった場合には、円滑に、維持期の医療及びリハビリテーションに移行すべきである。
- 脳卒中の発症から維持期まで切れ目のない医療を提供するためには、脳卒中地域連携パスの積極的な活用が望ましい。

ウ．一般的な経過を辿らない患者に対する診療提供体制の考え方

- 合併症を有することにより回復期リハビリテーションの実施が困難となっている患者がいることから、リハビリテーションと合併症の治療を同時に実施できる体制の構築が望ましいが、回復期リハビリテーションよりも合併症の治療が優先される患者や、維持期に合併症を併発した患者に対しては、合併症の性質及び患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療施設との連携（自施設内での連携を含む）が必要である。
- 回復期や維持期に脳卒中の再発が疑われる場合には、まずは急性期の医療施設と連携すること等により、患者の病態を適切に評価することが望ましい。その上で、患者の病態や全身状態、患者や家族の希望等をかんがみて、適切な医療施設において医療が提供される必要がある。

（３）脳卒中の診療提供体制構築の考え方のまとめ

- 脳卒中患者においては、急性期以降の経過、予後が個人により大きく異なるため、患者の状態に応じた医療を提供できるよう、診療提供体制を構築する必要がある。
- 急性期の時間的制約の観点や、患者の状態に応じたリハビリテーションを含む医療の提供が必要であるという観点等を踏まえ、地域の現状に即した、きめ細かい診療提供体制を確保し、患者情報の共有に基づく適切な疾病管理を行う必要がある。

3. 心血管疾患の診療提供体制を構築する上での考え方

(1) 心血管疾患の急性期の診療提供体制を構築する上での考え方

ア. 急性期の診療提供体制の基本的な考え方

- 急性期心血管疾患は、突然死の危険性があり、予後の改善には発症後早急に疾患に対する適切な治療を開始する必要がある。そのため、心血管疾患に対する急性期の診療提供体制の構築に当たっては、このような時間的制約の観点を考慮する必要がある。
- 急性期心血管疾患に対する治療は高い専門性が必要とされるため、直ちに救命処置を要する重篤な傷病者で、主に三次救急医療機関による対応が想定される場合であっても、原因疾患が急性期心血管疾患である場合には、専門性が高い二次救急医療機関での対応が適切である場合がある。そのため、心血管疾患の救急搬送体制を検討するに当たっては、専門性を重視した体制を考慮する必要がある。

イ. 診療提供のための施設間ネットワーク構築に関する考え方

- 急性期心血管疾患は、疾患により主に必要とされる治療内容が異なるため、対応疾患に応じた急性期診療を 24 時間体制で提供できる施設間ネットワークを検討する必要がある。
- 時間的制約があるため、急性期心血管疾患に対しては、各地域における平均的な救急搬送圏内での施設間ネットワーク体制の構築が基本となるが、疾患によっては、必要とされる治療内容と各地域における医療資源の観点から、平均的な救急搬送圏外の施設との連携体制構築が必要なこともある。

ウ. 急性期の専門的医療を行う施設が担う医療機能の考え方

- 対応疾患に応じた急性期診療を 24 時間体制で提供できる施設間ネットワークを構築するに当たっては、急性期心血管疾患の専門的医療を行う施設が担うべき医療機能を、地域のネットワークを構成している医療施設において、分担する必要がある。ただし、ネットワーク内で各々の施設が提供する医療機能は、地域の状況や施設の医療資源に応じて、柔軟に設定される必要がある。
- また、提供する急性期治療について、安全性等の質が確保されていることも必要である。

(2) 心血管疾患の回復期～維持期の診療提供体制を構築する上での考え方

ア. 回復期～維持期の診療提供体制の基本的な考え方

- 心血管疾患の回復期～維持期の診療提供体制を検討するに当たっては、心血管疾患患者の再発予防・再入院予防の観点が重要である。
- 心血管疾患の中でも、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、身体機能が悪化していく悪循環に陥ることが多く、今後の患者数増加も予想されるため、対策が特に重要である。

イ．心血管疾患の再発予防・再入院予防に向けた考え方

- 関連学会から提唱されている、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のプログラム内容は、心血管患者の再発予防・再入院予防につながることを示されており、これらのプログラム内容を、地域でどのように実施するべきかを検討する必要がある。
- 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のプログラム内容は、生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、運動療法、冠危険因子の管理等、多岐にわたっているため、プログラム内容の実施には、多職種の実介入が必要である。
- このような特徴を踏まえると、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提供する体制の検討に当たっては、地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制を検討する必要がある。

ウ．慢性心不全対策の考え方

- 今後の増加が予想される慢性心不全患者の管理については、心血管疾患の専門的医療を行う施設のみではなく、地域のかかりつけ医等もふくめた、幅広い施設での管理を検討する必要がある。
- 慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返すため、回復期～維持期における再入院予防の対策に加えて、急性期診療との連携体制に関する検討が必要である。心不全増悪時の急性期治療は、内科的治療が中心であることから、心血管疾患の急性期内科的治療を行うことができる施設との連携が基本となる。
- そのため、慢性心不全患者の管理体制としては、かかりつけ医等の総合的診療を中心に、専門的医療を行う施設が急性増悪時の入院治療、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等で連携・支援する、地域全体で慢性心不全患者を管理する体制の検討が必要である。

(3) 心血管疾患の診療提供体制を構築する上での考え方のまとめ

- 心血管疾患患者は、心不全症状がない心不全リスク状態から症候性心不全へと進行・悪化を続けており、診療提供体制を構築するにあたっては、このような心血管疾患患者の臨床経過を踏まえる必要がある。
- 急性期の時間的制約の観点、回復期～維持期の再発予防・再入院予防の観点等を踏まえ、入院管理および外来管理の両面から、患者情報の共有に基づく地域に応じた疾病管理を行うための、心血管疾患の診療提供体制を構築する必要がある。