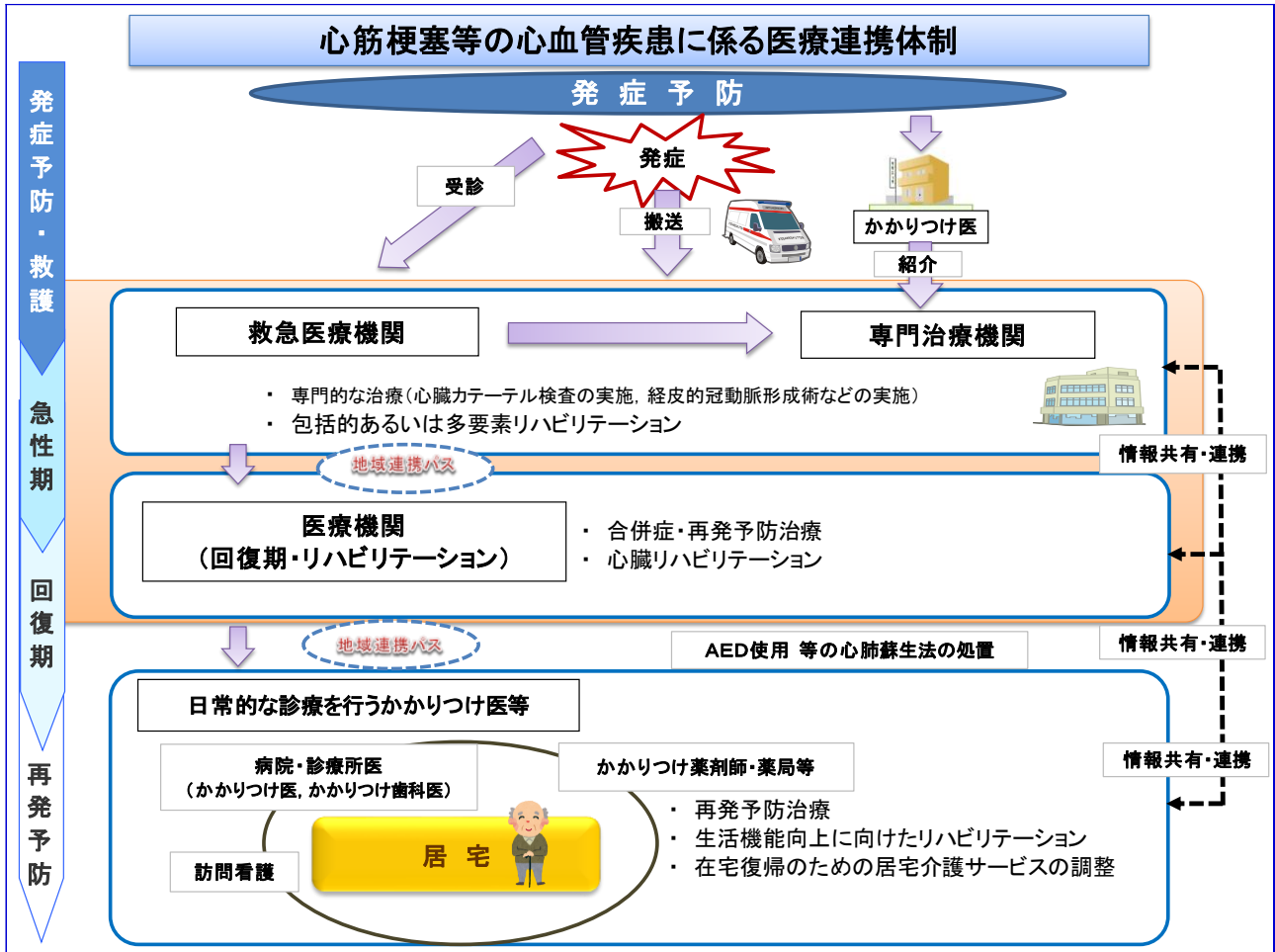


【図表資-5-217】熊毛保健医療圏 心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制図



[県健康増進課作成]

【図表資-5-218】熊毛保健医療圏における医療機能の基準（心筋梗塞等の心血管疾患）

◎初期対応施設 [かかりつけ医や一次救急医療機関]

- ・全身状態の把握，初期診断並びに応急治療を実施する。
- ・急性期施設（循環器救急病院）や搬送機関との連携の下，更なる搬送についての判断や支援を行う。

◎急性期施設 [循環器救急病院・専門的急性期治療施設]

- ・速やかな確定診断が可能である。
- ・緊急心臓カテーテル検査ならびに，緊急 PTCA（経皮的冠動脈形成術）あるいは緊急 PTCR（冠動脈血栓溶解術）が可能である。
- ・専門医が常時対応できる体制が確保されている。
- ・冠動脈バイパス手術の適応を推定し，手術可能な医療機関と連携している。
- ・心不全の管理治療及び不整脈等合併症の管理治療が可能である。
- ・再発予防及び基礎疾患の管理が可能である。
- ・心機能や不整脈の監視下による早期のリハビリテーションを実施している。
- ・診療ガイドラインに則した診療を実施している。
- ・転院・退院調整機能を持ったスタッフがおり，転院・退院に際し患者及び家族を精神的にサポートしている（専任の必要はない）。
- ・紹介医又は転院先に適切な診療情報提供を行い，治療計画を共有している。
- ・退院時カンファレンスまたは共同指導体制が望ましい。
- ・地域のケアマネジャーや保健機関と連携がとれている。

◎回復期施設 [運動制限が長期間に渡る等の理由で，運動機能他の廃用が強く，急性期医療機関から直接自宅退院できない患者に対して，入院リハビリテーションを実施する施設]

- ・心不全，不整脈等合併症の管理及び治療が可能である。
- ・再発予防に向けた治療等に対応できる。
- ・診療ガイドラインに則した診療を実施している。
- ・心機能回復のためのリハビリテーションが可能である。
- ・運動機能等の廃用に対するリハビリテーションが可能である。
- ・入退院・転院調整機能を持ったスタッフがおり，転院・退院に際し患者及び家族を精神的にサポートしている。
- ・紹介医又は転院先に適切な診療情報提供を行い，治療計画を共有している。
- ・地域のケアマネジャーや保健機関と連携がとれている。
- ・退院時カンファレンスを実施している。

◎かかりつけ医施設 [心筋梗塞連携体制に参加するかかりつけ医は，心筋梗塞の患者の在宅での生活を支えるために，以下の役割を果たすよう努力する]

- ・当該患者の状況を総合的に把握する（注1）。
- ・循環器救急病院（急性期施設）と連携を図っており，再発を疑わせる症状へ即時対応が可能である。心機能異常の早期発見が可能である。
- ・診療ガイドラインを基本に，総合的な判断の下，基礎疾患及び再発防止の治療，管理を行う。在宅生活及び就労に関する指導を行う。
- ・生活機能を維持するためのリハビリテーション指導が可能，若しくは指導可能な施設と連携する。
- ・必要に応じて，その他各診療科や歯科医との連携をとって診療にあたる。
- ・紹介医または入院先に適切な診療情報提供を行い，治療計画を共有している。
- ・患者が希望する場合には，訪問診療が可能である。
- ・地域のケアマネジャー，訪問看護，通所・訪問リハビリなどの介護福祉サービスとの相互の情報共有を行う（カンファレンスなどが望ましい）。

（注1）患者の病歴，他医療機関への受診状況，日常生活能力や認知機能，意欲などの心理状態，家族状況について把握している。

[熊毛支庁作成]