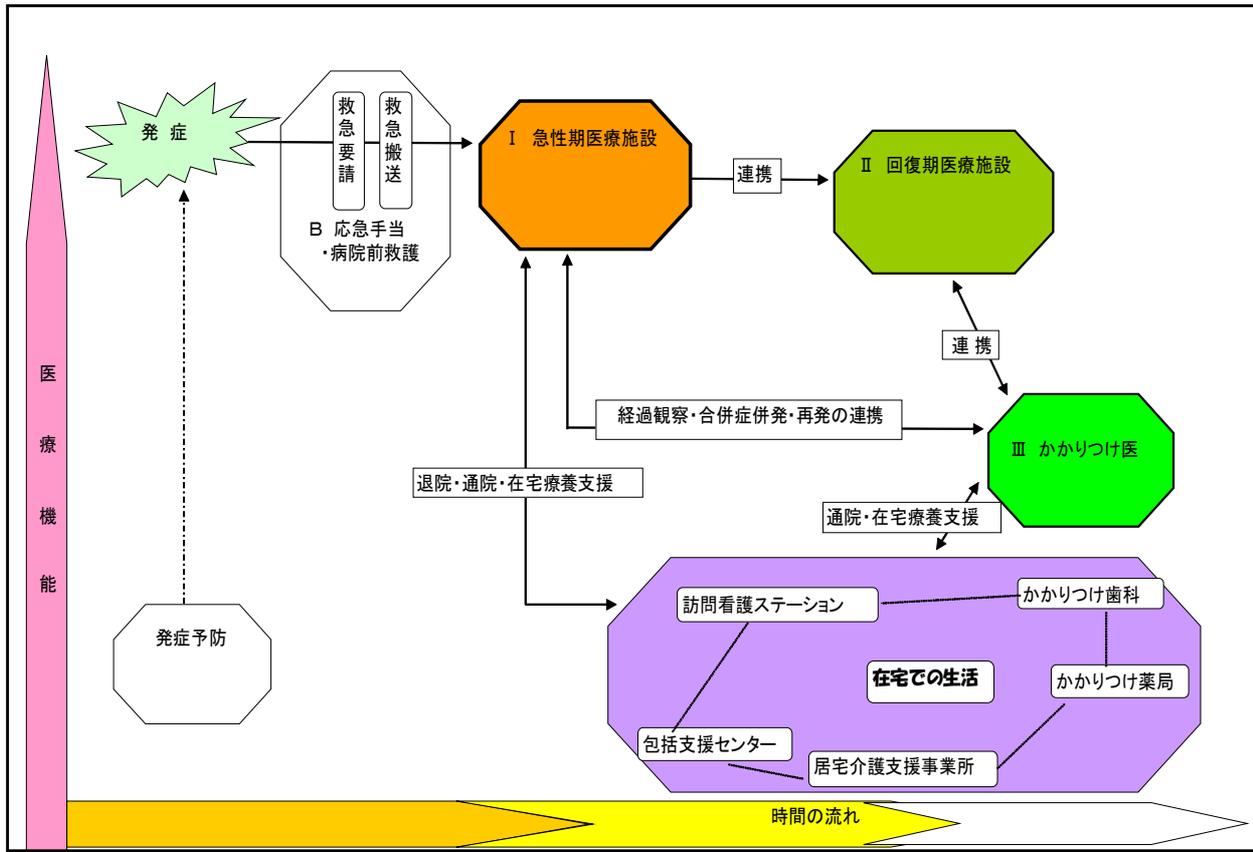


【図表資-5-110】出水保健医療圏 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制図



[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-111】出水保健医療圏 心筋梗塞等の心血管疾患地域医療連携における医療機能の基準

### I 急性期医療施設

- ① 速やかな確定診断が可能である。
- ② 緊急心臓カテーテル検査，並びに緊急P C I（経皮的冠動脈形成術）が可能である。
- ③ 急性心筋梗塞が疑われる患者について，専門的な診療を行う医師等が対応可能である。
- ④ 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。
- ⑤ 心不全の管理及び不整脈等合併症の管理治療ができる。
- ⑥ 再発予防及び基礎疾患の管理及び精神的ケアが可能である。
- ⑦ 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。
- ⑧ 診療ガイドラインに即した診療を実施している。
- ⑨ 転院・退院調整機能を持ったスタッフがあり，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）。
- ⑩ 紹介医また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。
- ⑪ 退院時のカンファレンスまたは共同指導体制が望ましい。
- ⑫ 地域のケアマネジャーや在宅療養施設等と連携が取れている。

## II 回復期入院施設

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、急性期医療施設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に係るもの

- ① 心不全、不整脈等合併症の管理及び治療が可能である。
- ② 再発予防に向けた治療及び精神的ケアが可能である。
- ③ 診療ガイドラインに即して診療している。
- ④ 心機能回復の為のリハビリテーションが可能であることが望ましい。
- ⑤ 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ことが望ましい。
- ⑥ 口腔ケア及び摂食機能訓練が可能で、歯科医とも連携している。
- ⑦ 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（専任の必要はない）。
- ⑧ 紹介医また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。
- ⑨ 地域のケアマネジャーや在宅療養施設等と連携が取れている。
- ⑩ 退院時カンファレンスを実施している。

## III かかりつけ医施設（自宅など生活の場での療養支援）

急性心筋梗塞連携体制に参加するかかりつけ医は、急性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。

- ① 当該患者の状況を総合的に把握する。<sup>注)</sup>
- ② 循環器救急病院（急性期医療施設）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。
- ③ 診療ガイドラインを基本に、総合的な判断の下、基礎疾患及び再発予防の治療、管理を行う。また、精神的ケア、在宅生活及び就労に関する指導を行う。
- ④ 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、もしくは指導可能な施設と連携している。
- ⑤ 口腔ケア及び認知症への相談に対応、もしくは対応可能な施設と連携して対応している。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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 患者が希望する場合には、訪問診療が可能である。
- ⑧ 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並びにかかりつけ歯科医、かかりつけ薬局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) 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、意欲などの心理状況、家族状況について把握している。