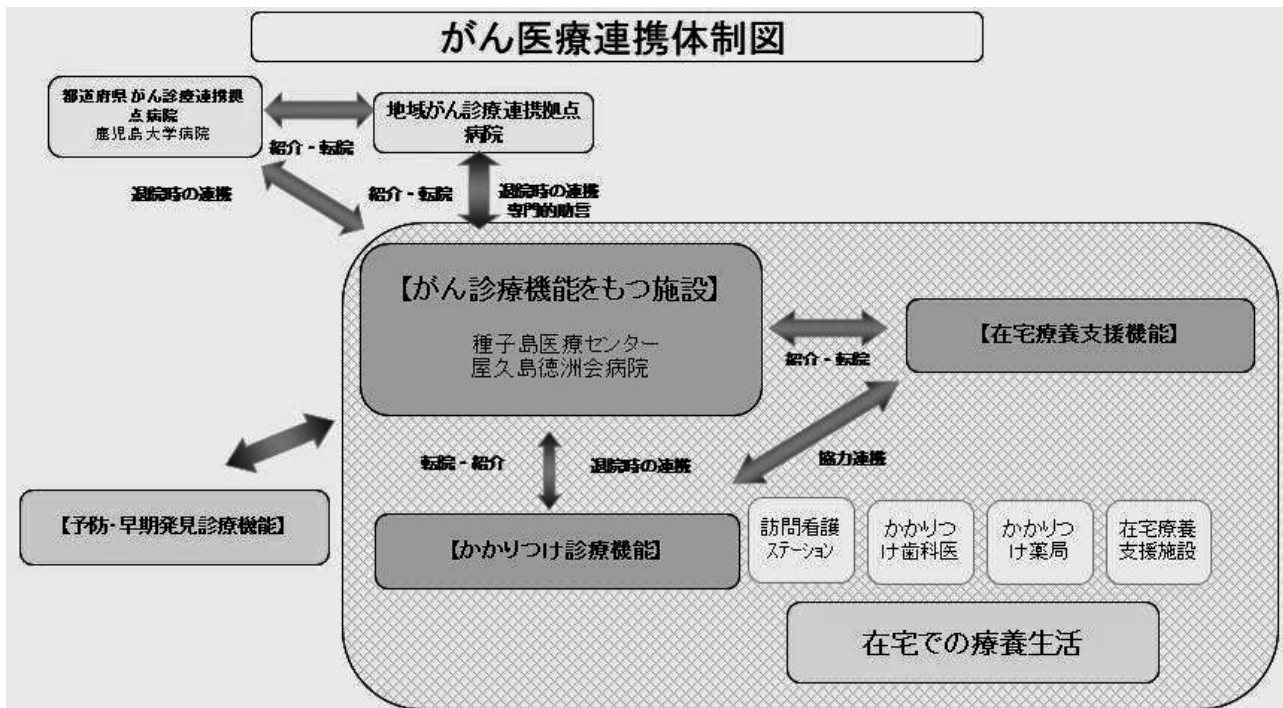


熊毛保健医療圏

【熊毛保健医療圏】

【図表資-5-213】熊毛保健医療圏 がんの医療連携体制



[熊毛支庁作成]

【図表資-5-214】熊毛保健医療圏における医療機能の基準（がん）

◎予防・早期発見診療機能をもつ施設

- ・がんの診断が可能である。
- ・精密検査実施可能医療機関への紹介等ができる。
- ・禁煙外来等の禁煙指導が可能である。

◎かかりつけ診療機能をもつ施設

- ・継続的な療養管理・経過観察が可能である。
- ・がん診療指定病院や生活支援等々の関係機関との連携がとれている。
- ・治療過程を見据えた継続的な療養管理が可能である。

◎がん診療機能をもつ施設

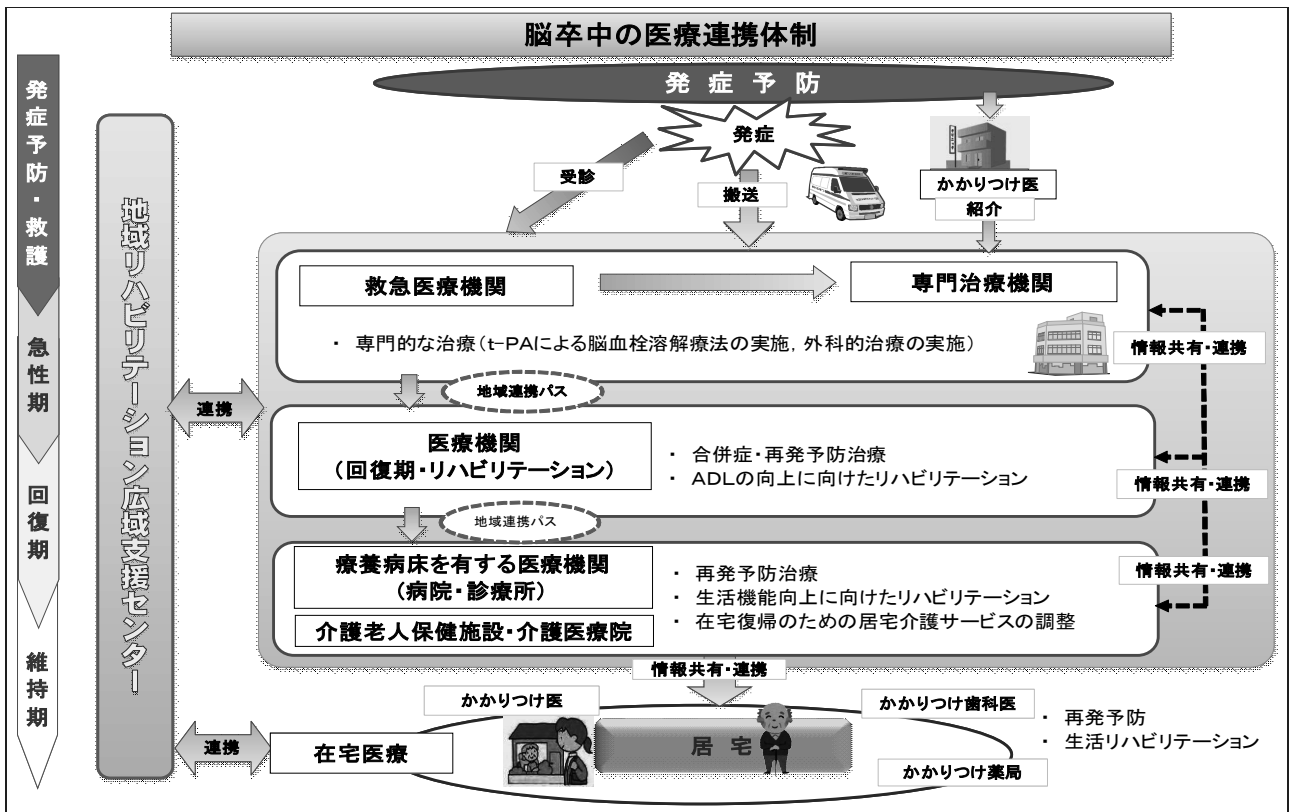
- ・集学的治療の実施が可能である。

◎在宅療養支援機能をもつ施設

- ・在宅医療を提供できることが望ましい。
- ・疼痛に対する緩和ケアを実施可能であることが望ましい。
- ・看取りを含め終末期ケアを提供できることが望ましい。
- ・医療用麻薬の提供が可能であることが望ましい。

[熊毛支庁作成]

【図表資-5-215】熊毛保健医療圏 脳卒中の医療連携体制図



[県健康増進課作成]

【図表資-5-216】熊毛保健医療圏における医療機能の基準（脳卒中）

◎初期対応施設

- ・時間内又は夜間・休日輪番対応時に、直ちにCTが撮影できる。
- ・t-PA治療の適応患者の推定が可能である。
- ・呼吸・循環管理が可能で、高血圧、糖尿病、心房細動などに対応できる。
- ・脳外科及び神経内科と連携がとれている。
- ・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いる（専任の必要はない）。

◎急性期施設（救急医療機能）

- ・夜間でも休日でも、t-PA治療が可能な体制が整備されている。
- ・呼吸・循環管理、栄養管理が可能で、高血圧、糖尿病、心房細動に対応できる。
- ・診療ガイドラインに則した診療を実施している。
- ・リスク管理のもとに、早期リハビリが可能である。
- ・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）。
- ・退院時カンファレンス又は共同指導体制が望まれる。
- ・地域のケア・マネージャーと連携がとれている。

◎回復期施設（身体のリハビリ回復体制）

- ・脳疾患リハの施設基準を取得している。
- ・診療ガイドラインに則した診療を実施している。
- ・再発予防（抗血小板療法、抗凝固療法）、高血圧、糖尿病、心房細動などに対応できる。
- ・口腔ケア及び摂食機能訓練が可能である（資格は問わない）。
- ・入退院・転院調整機能を持ったスタッフがあり、転院・退院時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）。
- ・歯科医との連携が望ましい。
- ・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。
- ・地域のケア・マネージャーと連携がとれている。
- ・転院時及び退院時カンファレンスが望まれる。

◎維持期施設（日常生活への復帰・維持リハビリ体制）

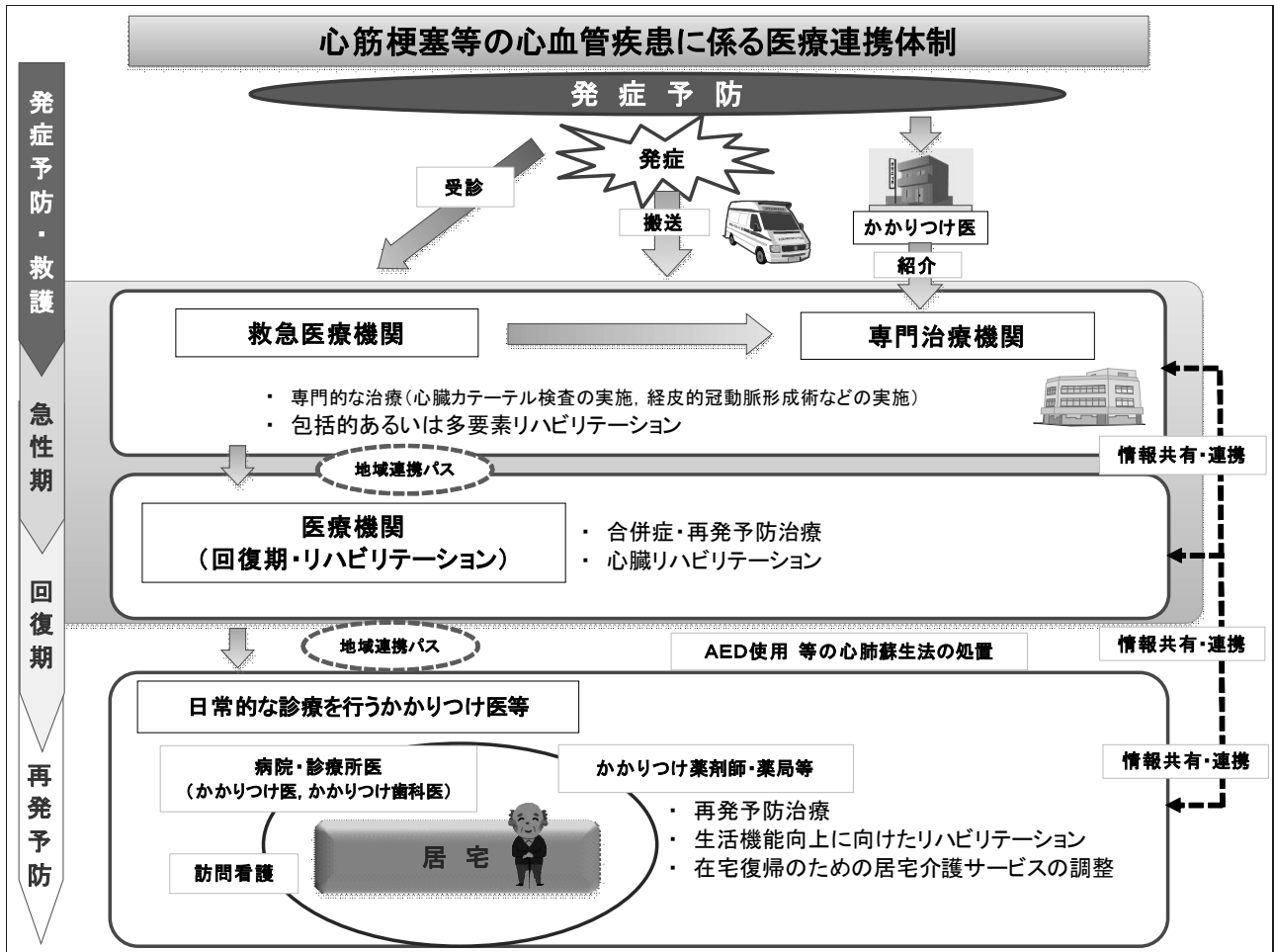
- ・診療ガイドラインに則した診療を実施している。
- ・再発予防（抗血小板療法、抗凝固療法）、高血圧、糖尿病、心房細動などに対応できる。
- ・生活機能の維持向上のためにリハビリを実施している（担当者の資格は問わない）。
- ・可能な患者には離床して食事をとらせている。
- ・口腔ケア及び認知症への対応ができる。
- ・入退院・転院調整機能を持ったスタッフがあり、転院・退院に際し患者及び家族を精神的にサポートしている（専任の必要はない）。
- ・歯科医との連携が望ましい。
- ・紹介医又は転院先に適切な診療情報提供を行い、治療計画を共有している。
- ・地域のケア・マネージャーと連携がとれている。

◎かかりつけ医施設（生活の場での療養支援体制）

- ・当該患者の状況を総合的に把握している。
- ・診療ガイドラインに則した診療を実施している。
- ・再発予防（抗血小板療法、抗凝固療法）、高血圧、糖尿病、心房細動などに対応できる。
- ・紹介医又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。
- ・急変時の初期相談又は対応が可能で、入院施設との連携がとれている。
- ・口腔ケア（歯科医との連携でも可）及び認知症への相談にのれ、各診療科医との連携がとれている。
- ・ケア・マネージャー、訪問看護、通所・訪問リハビリなどの介護福祉サービス、薬局、歯科などと連携し、情報共有を行っている。

[熊毛支庁作成]

【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。

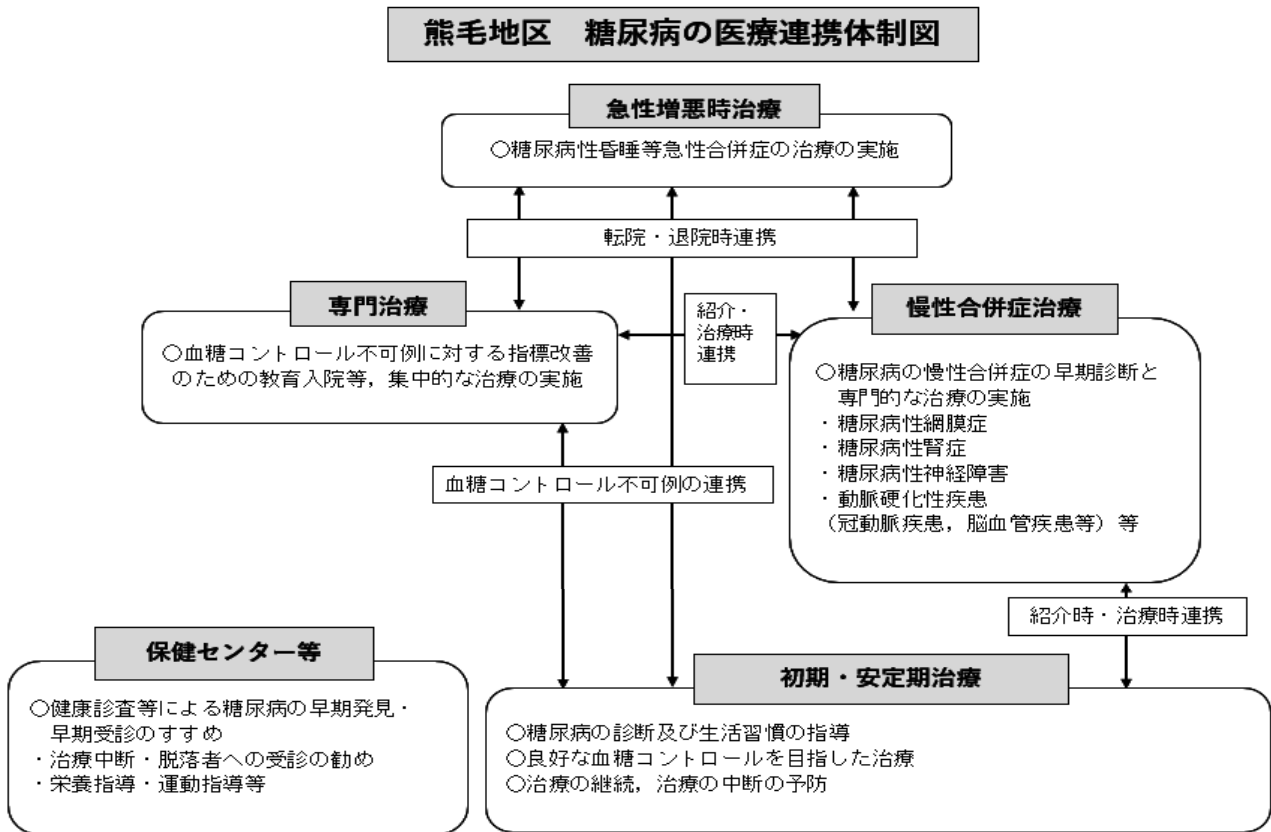
◎かかりつけ医施設 [心筋梗塞連携体制に参加するかかりつけ医は，心筋梗塞の患者の在宅での生活を支えるために，以下の役割を果たすよう努力する]

- ・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]

【図表資-5-219】熊毛保健医療圏 糖尿病の医療連携体制図



[熊毛支庁作成]

【図表資-5-220】熊毛保健医療圏における医療機能の基準（糖尿病）

◎初期・安定期治療

- ・糖尿病の診断・経過観察に必要な検査の実施が可能である。
- ・ヘモグロビン A1c, 75gOGTT 等糖尿病の評価に必要な検査の実施が可能である。
- ・食事療法，運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能である。
- ・低血糖時及びシックデイの対応が可能である。
- ・保健センター等との連携が可能である。

◎専門治療

- ・管理栄養士等各専門職種による，食事療法，運動療法，薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療の実施が可能である。
- ・インスリン導入が可能である。
- ・糖尿病患者の妊娠への対応が可能である。
- ・保健センター等との連携が可能である。
- ・管理栄養士による栄養指導目的の受診が受入可能である（必須ではない）。

◎急性増悪時治療

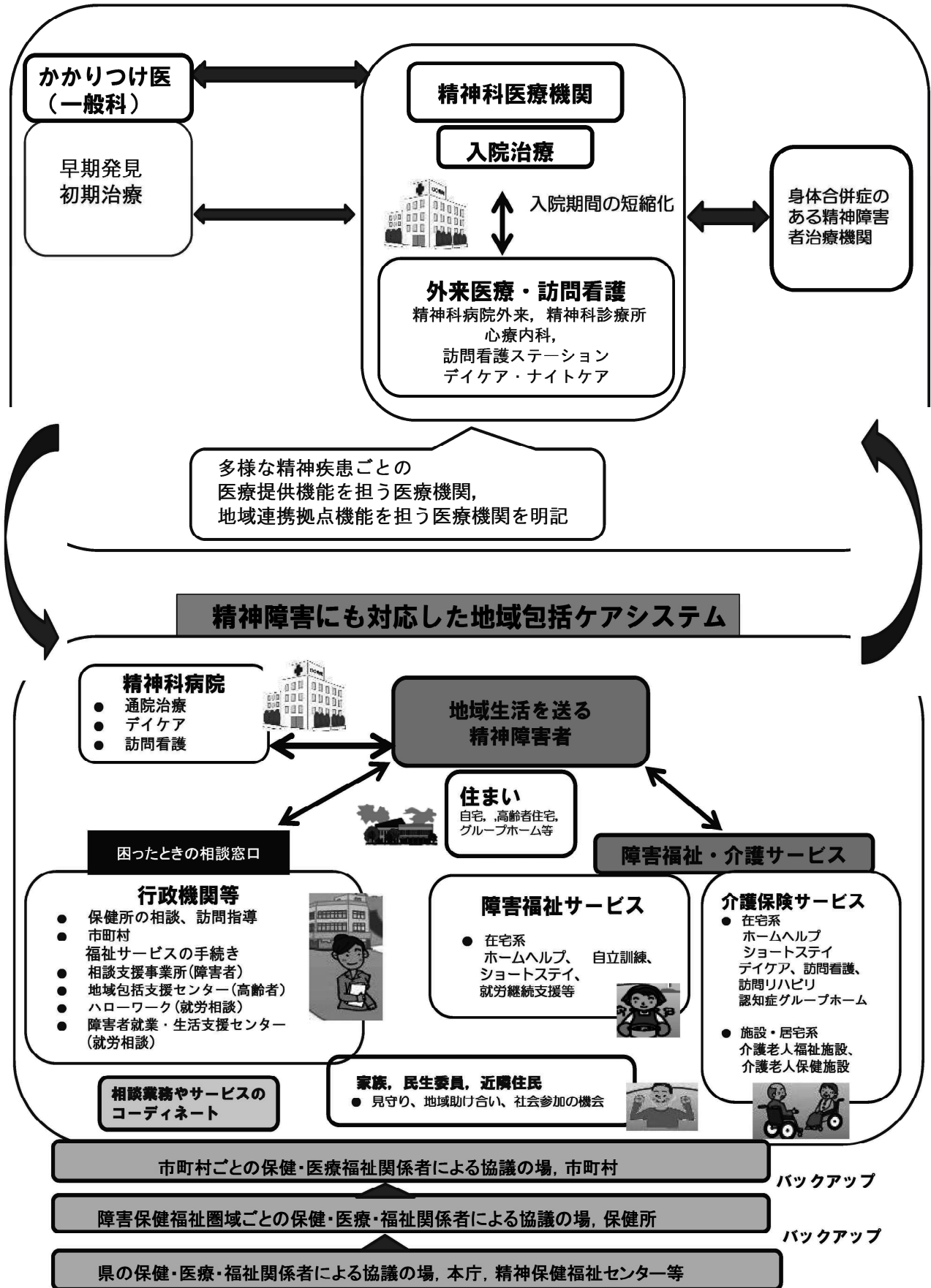
- ・糖尿病性昏睡等急性合併症の治療に関する 24 時間対応が可能である。
- ・食事療法，運動療法を実施するための体制をとることが可能である。

◎慢性合併症治療

- ・(1) 糖尿病網膜症の診断・治療が可能である。
- ・(2) 血液透析が可能である。
- ・(3) 虚血性心疾患の診断・治療が可能である。
(上記 (1) ~ (3) のいずれか一つでも可)
- ・保健センター等との連携が可能である。

[熊毛支庁作成]

【図表資-5-221】熊毛保健医療圏 精神疾患等の医療連携体制図



[熊毛支庁作成]

【図表資-5-222】熊毛保健医療圏における医療機能の基準（統合失調症）

◎早期介入・アクセス

- ・住民の精神的健康の増進のための普及啓発に協力できる。
- ・精神科医と連携できる。
- ・市町・保健所と連携できる。

◎鑑別診断・治癒～回復（通院入院）

- ・患者の状態に応じて必要な精神科医療を提供し、必要に応じて訪問支援を提供できる。
- ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士等の多職種チームによる支援体制を作っている。
- ・患者に応じた退院後の生活リズム獲得に向けて助言ができる。
- ・早期退院に向け、病状安定化のための支援ができ、相談支援事業所や市町と連携できる。
- ・緊急時の対応や連携体制を確保している。
- ・障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場での必要な支援を行う。
- ・高齢者の退院支援にあたり、地域包括支援センターと連携し必要な支援を行う。

◎回復～社会復帰（主に通院）

- ・外来診療や訪問看護を通じて、服薬指導や病状悪化を防止するための支援ができる。
- ・社会復帰を促進するため生活訓練を実施している（デイケア）。
- ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士等の多職種チームによる支援体制を作っている。
- ・緊急時の対応や連絡体制を確保している（継続的に診療している自院の患者、家族等からの休日夜間における問い合わせ等に対応できる体制がある）。
- ・個々の患者に応じたサービス計画作成を行う相談支援事業者と連携し、生活の場で必要な障害福祉サービス事業者に支援について助言できる。
- ・ハローワーク、障害者就業・生活支援センター等と連携し、就職や復職等に必要な支援ができる。
- ・高齢者については、地域包括支援センター及び介護保険サービス事業所と連携し、必要な支援ができる。

◎精神科救急への対応（急性増悪期）

- ・精神科救急医療に対応できる。
 - ア 措置入院に対応できる
 - イ 救急患者の受入ができる
- ・精神科救急患者の受入が可能な設備を有する（保護室、検査室等）。
- ・地域の医療機関や消防（救急）、保健所と連携ができる。
- ・かかりつけ医との連携により、精神医療を提供できる。
- ・身体合併症のある場合は、地域の一般診療科と連携できる。

◎身体合併症への対応

- ・身体合併症を有する患者の診断・治療ができる。
 - ア 精神病床において身体合併症の治療をする場合には、身体疾患に対応できる医師又は専門医療機関の診察協力を得て対応できる。
 - イ 一般病床において身体合併症の治療をする場合には精神科と連携して対応できる。
- ・地域の医療機関や保健所と連携できる。

[熊毛支庁作成]

【図表資-5-223】熊毛保健医療圏における医療機能の基準（認知症）

◎かかりつけ医

- ・認知症の人の日常的な診療が可能である。
- ・認知症の可能性について判断でき、認知症を疑った場合、速やかに認知症疾患医療センター等の専門医療機関を紹介できる。
- ・専門医療機関と連携し、認知症の治療計画や介護サービス、緊急時の対応等が記載された認知症療養計画等に基づき、患者やその家族等に療養方針を説明し、療養支援が可能である。
- ・認知症の人が地域でできるだけ継続して生活できるよう、地域包括支援センターや介護サービス事業所等と連携を図り支援を行える。

◎鑑別診断を行う医療機関

- ・専任の認知症の専門医が配置されている。
認知症の専門医は、以下のいずれかに該当する医師とする。
 1. 日本老年精神医学会の定める専門医
 2. 日本認知症学会の定める専門医
 3. 日本精神科医学会が定める専門医
 4. 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師
- ・画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置（CT）及び磁気共鳴画像装置（MRI）を有している。有していない場合は、他の医療機関との連携体制が確保されている。
- ・鑑別診断に基づく初期対応が可能である。
- ・認知症の療養方針を記載した認知症療養計画等を作成し、地域の認知症のかかりつけ医等と連携が図れる。

◎入院医療機関

- ・認知症の周辺症状の入院治療が可能である。
- ・身体合併症の治療をする場合には、身体疾患に対応できる医師又は専門医療機関の診察協力を得て対応できる。
- ・かかりつけ医や地域包括支援センター、訪問看護事業所、介護サービス事業所等と連携し、退院支援が行える。

[熊毛支庁作成]

【図表資-5-224】熊毛保健医療圏における医療機能の基準（うつ病）

◎早期介入

- ・うつ病の可能性について判断できる。
- ・症状が軽快しない場合等に、専門医療機関となる精神科医師等に適切に紹介ができる。
- ・職場の産業医、安全衛生担当者と連携できる。
- ・精神保健福祉センターと連携できる。

◎治療～回復（入院・通院）

- ・うつ病とうつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断ができる。
- ・重症度に応じて、薬物療法及び精神療法等を含む精神科医療を提供できる。
- ・精神科医、臨床心理士、看護師等のチームによる支援体制がある。
- ・かかりつけの医師等を含む、地域の医療機関と連携している。
- ・有職者の場合、職場の産業医、安全衛生担当者と連携により復職に必要な支援を行う。
- ・高齢者の退院支援及び地域生活維持のために、地域包括支援センター、介護保険サービス事業所と連携し、必要な支援を行う。
- ・障害福祉サービスが必要な場合、サービス利用計画作成を行う相談支援事業者（市町指定）と連携し、生活の場で必要な支援について、障害福祉サービス事業所へ助言できる。

◎回復～社会復帰（通院）

- ・患者の状況に応じて、専門医と連携し適切な精神科医療（外来医療、訪問診療）を提供できる。
- ・患者に応じた退院後の生活リズム獲得に向けた助言ができる。
- ・緊急時の対応や連絡体制を確保している。
- ・有職者の場合、職場の産業医、安全衛生担当者と連携により就労継続に必要な支援を行う。
- ・ハローワーク、障害者就業、生活支援センター等と連携し就業や復職等に必要な支援を行う。
- ・高齢者については、地域包括支援センター及び介護保険サービス事業所と連携し、必要な支援を行う。
- ・障害福祉サービスが必要な場合、サービス利用計画作成を行う相談支援事業者（市町指定）と連携し、生活の場で必要な支援について、障害福祉サービス事業所へ助言できる。

[熊毛支庁作成]

【図表資-5-225】熊毛保健医療圏 地域医療連携計画における地域連携拠点機能病院等の要件

	医療機関に求められる事項（要件）
地域連携拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ① 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療・訪問診察を含む）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること ② 精神科医，薬剤師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作ること ③ 医療機関（救急医療，周産期医療を含む），障害福祉サービス事業所，相談支援事業所，居宅介護支援事業所，地域包括支援センター等と連携し，生活の場で必要な支援を提供すること ④ 地域連携会議の運営支援を行うこと ⑤ 積極的な情報発信を行うこと ⑥ 多職種による研修を企画・実施すること ⑦ 地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や，難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと
地域精神科医療提供機能	<ul style="list-style-type: none"> ① 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療・訪問診察を含む）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること ② 精神科医，薬剤師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作ること ③ 医療機関（救急医療，周産期医療を含む），障害福祉サービス事業所，相談支援事業所，居宅介護支援事業所，地域包括支援センター等と連携し，生活の場で必要な支援を提供すること

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」抜粋