

### 3. 鹿児島県保健医療計画 (圏域編)について

# 保健医療計画（圏域編）について

## 1 概要

令和6年度から11年度までの次期（第8次）県保健医療計画から、これまで各地域で作成していた地域医療連携計画を県保健医療計画へ一本化し、二次医療圏ごとにその特性や実情を踏まえた地域医療連携体制を主な内容とする保健医療計画（圏域編）として作成することとなった。

## 2 計画の構成

- ・ 第11章 圏域編
  - 第2節 圏域編各圏域の人口構造の変化の見通し及び医療提供体制
    - (1) 人口構造の変化の見通し
    - (2) 医療提供体制等
      - ア 疾病別  
がん，脳卒中，心筋梗塞等の心血管疾患，糖尿病，精神疾患
      - イ 事業別  
救急医療，災害医療，新興感染症の発生・まん延時における医療，離島・へき地医療，周産期医療，小児・小児救急医療，在宅医療
- ・ 資料編 医療機能基準及び医療体制図

## 3 作成の流れ

時期	内容
8月	地域保健医療福祉協議会委員へ圏域編（素案）の意見照会（書面）
9月	圏域編（素案）を県保健医療福祉課へ提出
12月	各医師会担当理事へ医療機能基準及び体制図（案）の意見照会（書面）
2月	北薩地域保健医療福祉協議会にて圏域編（案）の報告，医療機能基準及び体制図の協議，決定
3月	地域医療にかかる医療機関一覧の作成，県のホームページにて公表

## 4 協議事項

5 疾病・6 事業及び在宅医療の医療機能基準及び体制図（案）について

# 鹿児島県保健医療計画(案)の概要

[計画期間]  
令和6年度～令和11年度(6年間)

## 基本理念

県民が健康で長生きでき、  
安心して必要な医療を受けられる鹿児島  
《健康寿命の延伸・生活の質(QOL)の向上》

## I 計画策定の趣旨

現行の保健医療計画の期間終了に伴い、県民の保健医療ニーズの多様化や、人口減少や高齢化に伴う医療需要の変化、医療従事者の確保や医師の働き方改革に伴う対応、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により浮き彫りとなった地域医療の様々な課題等を踏まえ、新たな計画を策定

## II 計画の位置づけ

- 医療法第30条の4第1項の規定に基づく計画として、本県の保健医療行政の計画的・総合的な運営の基本となるもの
- 本県の保健・医療・福祉に関する個別計画と整合性を取りながら連携・役割分担して推進

## III 計画の構成

- 第1章 総論
  - 第1節 計画の策定
  - 第2節 鹿児島県の概要
  - 第3節 地域診断
- 第2章 保健医療圏
  - 第1節 保健医療圏の役割
  - 第2節 二次保健医療圏の設定
  - 第3節 基準病床数
- 第3章 健康づくり・疾病予防の推進
  - 第1節 健康の増進
  - 第2節 保健対策の推進
  - 第3節 疾病予防対策の推進
- 第4章 患者の視点に立った良質な医療の提供体制の整備
  - 第1節 医療提供体制の整備
  - 第2節 安全・安心な医療提供体制の整備
- 第5章 安全で質の高い医療の確保
  - 第1節 医療従事者の確保及び資質の向上
  - 第2節 医療連携体制の構築
  - 第3節 疾病別の医療連携体制
  - 第4節 事業別の医療連携体制
  - 第5節 その他の医療を提供する体制の確保
- 第6章 地域包括ケア体制の整備充実
  - 第1節 介護サービス等の充実
  - 第2節 在宅医療・人生の最終段階における医療の体制整備
  - 第3節 医療と介護の連携
  - 第4節 高齢者の支援
  - 第5節 障害者・難病患者等の支援
- 第7章 令和7(2025)年にに向けた地域の医療提供体制の構築(地域医療構想)
  - 第1節 地域医療提供体制の概要等
  - 第2節 人口推計及び医療提供体制の現状等
  - 第3節 構想区域と病床の必要量(必要病床数)
  - 第4節 地域医療構想の推進
  - 第5節 外来医療計画
- 第8章 健康危機管理体制等の整備
  - 第1節 健康危機管理対策の推進
  - 第2節 安全で衛生的な生活環境の確保
- 第9章 持続可能な医療保険制度の構築
  - 第1節 医療費適正化の推進
  - 第2節 後期高齢者医療制度の円滑な運用
- 第10章 計画の推進方策
  - 第1節 保健医療計画の周知と情報提供
  - 第2節 数値目標の設定
  - 第3節 計画の推進体制と役割
- 第11章 圏域編
  - 第1節 二次保健医療圏の概要
  - 第2節 各圏域の人口構造の変化の見通し及び医療連携体制

## 施策の方向性(主なもの)

### 【第3章 健康づくり・疾病予防の推進】

- 第1節 健康の増進
- 第2節 保健対策の推進
- 第3節 疾病予防対策の推進
  - ・感染症予防計画に基づく、総合的かつ計画的な感染症対策の推進

### 【第5章 安全で質の高い医療の確保】

- 第1節 医療従事者の確保及び資質の向上
  - 1 医師
    - ・ 医師修学資金の貸与や臨床研修医の確保など、総合的な医師確保対策
  - 4 看護職員
    - ・ 修学資金の貸与や看護師等養成所への財政支援等による看護職員の確保
- 第3節 疾病別の医療連携体制
  - 1 がん
    - ・ がん予防の推進
    - ・ がんの早期発見・早期治療の推進
    - ・ がん医療の均てん化の推進

- 2 脳卒中
  - ・ 発症・重症化予防
  - ・ 発症後速やかな搬送と専門的診療が可能な体制構築の促進
- 3 心筋梗塞等の心血管疾患
  - ・ 発症・重症化予防
  - ・ 発症後速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制の促進
- 4 糖尿病
  - ・ 発症・重症化予防
  - ・ 治療及び合併症予防が可能な体制の推進
- 5 精神疾患
  - ・ 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築
  - ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- 第4節 事業別の医療連携体制
  - 1 救急医療
    - ・ 地域の実情に応じた救急医療体制の整備
    - ・ ドクターヘリ等による救急搬送体制の充実

- 2 災害医療
  - ・ 災害医療体制の強化
  - ・ 災害拠点病院の機能等の充実
- 3 新興感染症発生・まん延時における医療
  - ・ 新興感染症に係る医療提供体制の確保
- 4 離島・へき地医療
  - ・ へき地医療拠点病院やへき地診療所等による医療の確保、医療従事者の確保
- 5 周産期医療
  - ・ 産科医や助産師等人材の確保と育成
  - ・ 周産期母子医療センター等の医療機能の確保と連携
- 6 小児医療・小児救急医療
  - ・ 小児医療の提供体制の充実・強化
  - ・ 医療的ケア児等への支援の充実

### 【第6章 地域包括ケア体制の整備充実】

- 第2節 在宅医療・人生の最終段階における医療の体制整備
  - 1 在宅医療の体制整備
  - 2 人生の最終段階における医療の体制整備

## 《基準病床数》

(単位:床)

病床種別	保健医療圏名	基準病床数	既存病床数	うち療養病床数
療養病床及び一般病床	鹿児島	7,746	10,578	2,826
	南薩	1,128	2,366	871
	川薩	1,075	1,490	533
	出水	840	930	299
	姪良・伊佐	2,093	3,238	1,262
	曾於	605	690	286
	肝属	1,713	1,838	310
	熊毛	380	417	0
	奄美	1,099	1,621	520
	計	16,679	23,168	6,907
精神病床	県全域	7,313	9,302	
結核病床	県全域	68	68	
感染症病床	県全域	46	45	

## 数値目標(主なもの)

- ① がん
  - 75歳未満のがんによる年齢調整死亡率(人口10万対) 男性 82.5(R4)⇒80.6(R11) 女性 51.5(R4)⇒47.7(R11)
- ② 脳卒中
  - 75歳未満の脳血管疾患による年齢調整死亡率(人口10万対) 男性32.2(R2)⇒減少(R11) 女性13.6(R2)⇒減少(R11)
- ③ 心筋梗塞等の心血管疾患
  - 75歳未満の心疾患による年齢調整死亡率(人口10万対) 男性46.0(R2)⇒減少(R11) 女性16.8(R2)⇒減少(R11)
- ④ 糖尿病
  - 糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数(人口10万対) 14.3(R3)⇒12.2(R15)
- ⑤ 精神疾患
  - 自殺死亡率(人口10万対) 20.3(R4)⇒13.3以下(R10)
- ⑥ 救急医療
  - 救急告示医療機関の数 102施設(R5)⇒現状維持(R11)
- ⑦ 災害医療
  - DMAT数 27チーム(R5)⇒51チーム(R11)
- ⑧ 新興感染症発生・まん延時における医療協定締結医療機関(入院)の確保病床数 流行初期:342床, 流行初期以降726床
- ⑨ 離島・へき地医療
  - へき地医療拠点病院の必須4事業実施率 88.9%(R4)⇒100%(R11)
- ⑩ 周産期医療
  - 周産期死亡率(出産千対) 2.5(R4)⇒2.5(R11)
- ⑪ 小児医療・小児救急医療
  - 小児死亡率(15歳未満人口10万対) 22.6(R4)⇒19.2以下(R11)
- ⑫ 在宅医療
  - 訪問看護ステーション利用実人員(高齢者人口千対)17.3人(R3)⇒24.0人(R11)



# 川薩保健医療圏

## 川薩保健医療圏 保健医療計画（資料編）医療連携体制図の修正内容一覧(案)

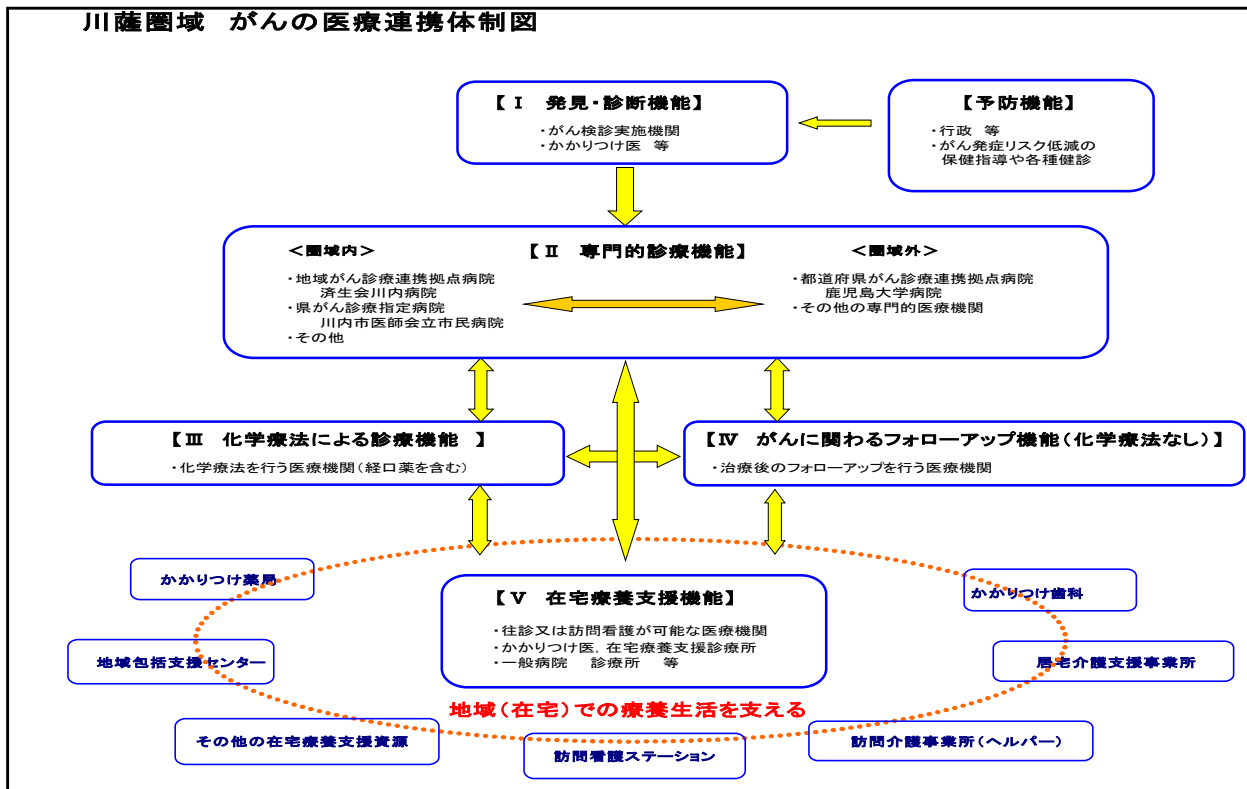
川薩保健医療圏	修正内容
がん	修正なし
脳卒中	修正なし
心筋梗塞等の心血管疾患	修正なし
糖尿病	進行阻止（要再診・要治療者への受診勧奨，治療中断者への受診勧奨）を追加
精神疾患	統合失調症の体制図のアクセスの欄に「市町」を追加
救急医療	修正なし
災害医療	災害準拠点病院に卓翔会記念病院を追加
離島・へき地医療	右下 地域医療対策協議会が左下と重複しているため削除 左下 各種団体，医療機関等を追加
周産期医療	鹿児島市立病院GCU44床を43床へ修正
小児・小児救急医療	野田診療所内夜間一次救急診療所（出水郡医師会）を削除
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「退院支援」を「入退院支援」に変更</li> <li>・「日常の療養支援」枠内に，「介護医療院」を追記</li> <li>・「急変時・災害時対応」枠内に，「消防機関」を追記</li> </ul>

## 川薩保健医療圏 保健医療計画（資料編）医療機能基準の修正内容一覧(案)

川薩保健医療圏	修正内容
がん	【Ⅱ 専門的診療機能】「緩和ケアを行っている。」に「医療用麻薬の供給体制の整備等」を追加
脳卒中	C 回復期施設（身体のリハビリ回復体制） 「⑩ 抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症へ対応できる。」を追加
心筋梗塞等の心血管疾患	【Ⅱ 急性期医療施設】 「⑤ 抑うつ状態等への精神的ケア」を追加
糖尿病	発症予防（糖尿病・耐糖能障害発症の予防）を追加
精神疾患	臨床心理士を「心理担当職員」へ修正
救急医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「救急・災害医療情報システムの活用」を削除し、「傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準に基づく適切な患者」へ修正</li> <li>・ 対応時間を削除</li> <li>・ 鹿児島大学・薩摩川内地区救急ネットワークを追加</li> </ul>
災害医療	災害準拠点病院に卓翔会記念病院を追加
離島・へき地医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケアの診療が可能な「医療の確保」を「医師等の確保」へ修正</li> <li>・「遠隔診療等の実施」を「遠隔診療等の実施による各種診療支援」へ修正</li> <li>・「継続的な医師派遣等も含む」を追加</li> <li>・「ヘリ等による救急搬送体制の充実」を追加</li> </ul>
周産期医療	新生児病室等の保有（NICUを設けることが望ましい）へ修正
小児・小児救急医療	野田診療所内夜間一次救急診療所（出水郡医師会）を削除
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護医療院を追加</li> <li>・在宅において積極的役割を担う医療機関を追加</li> <li>・在宅医療に必要な連携を担う拠点を追加</li> </ul>

【川薩保健医療圏】

【図表資-5-】川薩保健医療圏 がんの医療連携体制図



[北薩地域振興局作成]

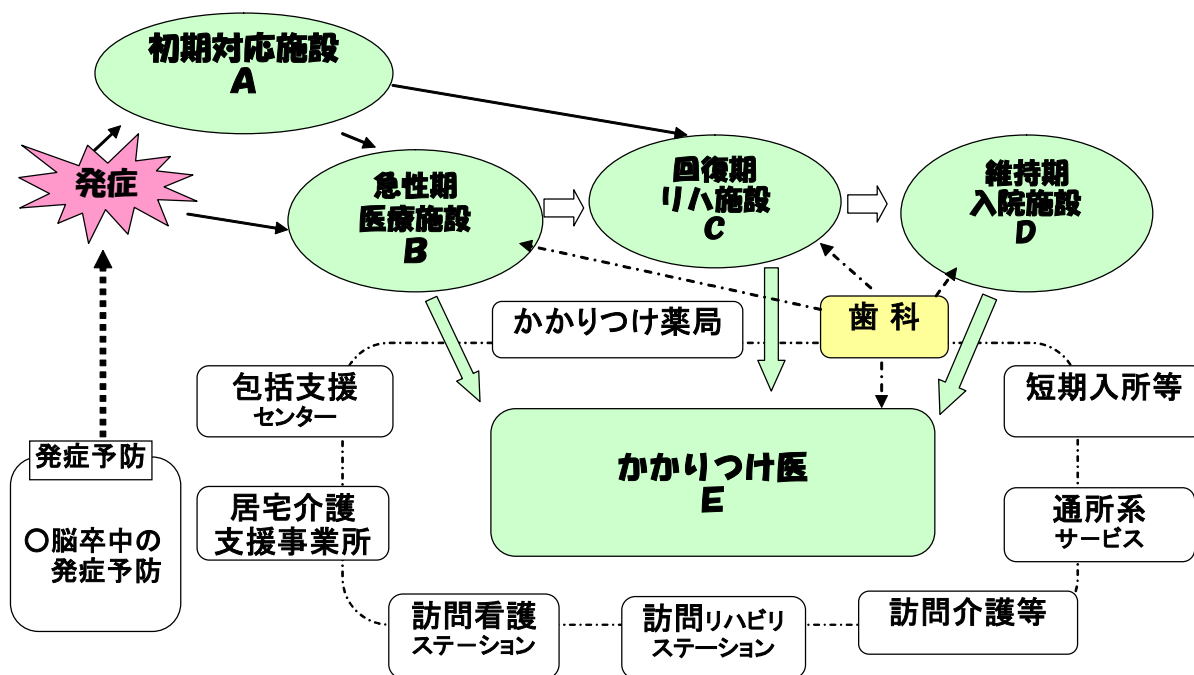
【図表資-5-】川薩保健医療圏 がんの医療機能基準

<p>【Ⅰ 発見・診断機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「がん」あるいは「がんを疑う」病変の診断が可能である。</li> </ul>
<p>【Ⅱ 専門的診療機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がんの確定診断が可能である。</li> <li>○ 手術および化学療法が実施できる。</li> <li>○ 放射線治療が実施できる（他院への放射線治療依頼を含む）。</li> <li>○ 緩和ケア <b>医療用麻薬の供給体制の整備等</b>を行っている。</li> </ul>
<p>【Ⅲ 化学療法による診療機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ プロトコールに従ってがん化学療法が実施できる（注射または経口薬）。</li> <li>○ 化学療法中の副作用に対する経過観察や急変時の対処が可能である。</li> </ul>
<p>【Ⅳ がんに関わるフォローアップ機能（化学療法なし）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 治療後の経過観察ができる。</li> <li>○ 無治療患者の経過観察ができる。</li> <li>○ 必要に応じて専門的診療施設と連携がとれる。</li> </ul>
<p>【Ⅴ 在宅療養支援機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 往診あるいは訪問看護により、患者の在宅での支援が可能である。</li> <li>○ 終末期ケア（看取りを含む）が可能であることが望ましい。</li> <li>○ 訪問看護ステーション、在宅医療支援薬局（かかりつけ薬局）、歯科医等と情報を共有し連携していることが望ましい。</li> </ul>

[北薩地域振興局作成]



【図表資-5- 】川薩保健医療圏 脳卒中中の医療連携体制図



[北薩地域振興局作成]

【図表資-5- 】川薩保健医療圏 脳卒中地域連携パスにおける医療機能の基準

**A 初期対応施設**

- ① 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。
  - ② t-P A治療の適応患者の推定が可能である。
  - ③ 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。
  - ④ 30分以内に到着できる脳外科及び神経内科と連携がとれている。
  - ⑤ 診療ガイドラインに則した診療を実施している。
  - ⑥ 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）。
- 例：救急告示病院，夜間輪番病院，脳外科標榜施設，神経内科標榜施設

※ t-P A 治療の適応（発症から 4.5 時間を経過していない）から外れる患者への対応及び夜間・休日救急医療の確保の観点から、[初期対応施設]を組み込んだ。

**B 急性期施設（救急医療機能）**

- ① 夜間でも休日でも、t-P A治療が可能な体制が整備されている。
- ② 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。
- ③ 診療ガイドラインに則した診療を実施している。
- ④ リスク管理のもとに、早期リハビリが可能である。
- ⑤ 転院・退院調整機能を持ったスタッフがおおり、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）。
- ⑥ 退院時カンファレンス又は共同指導体制が望まれる。
- ⑦ 地域のケアマネージャーと連携がとれている。
- ⑧ 転院先と定期的会合を開催している。

例：地域支援病院，救急告示病院

### C 回復期施設（身体のリハビリ回復体制）

- ①脳疾患リハの施設基準を取得している。
- ②診療ガイドラインに則した診療を実施している。
- ③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。
- ④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）。
- ⑤入退院・転院調整機能を持ったスタッフがおり、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）。
- ⑥歯科医との連携が望ましい。
- ⑦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。
- ⑧地域のケアマネジャーと連携がとれている。
- ⑨転院時及び退院時カンファレンスが望まれる。
- ⑩抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応ができる。

例：回復期リハビリ病棟、リハビリ機能を有する病院・有床診療所

### D 維持期入院施設（日常生活への復帰・維持リハビリ体制）

- ①診療ガイドラインに則した診療を実施している。
- ②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。
- ③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）。
- ④可能な患者には離床して食事をとらせている。
- ⑤口腔ケア及び認知症への対応ができる。
- ⑥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）。
- ⑦歯科医との連携が望ましい。
- ⑧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。
- ⑨地域のケア・マネジャーと連携がとれている。

例：療養型病床、有床診療所、介護老人保健施設

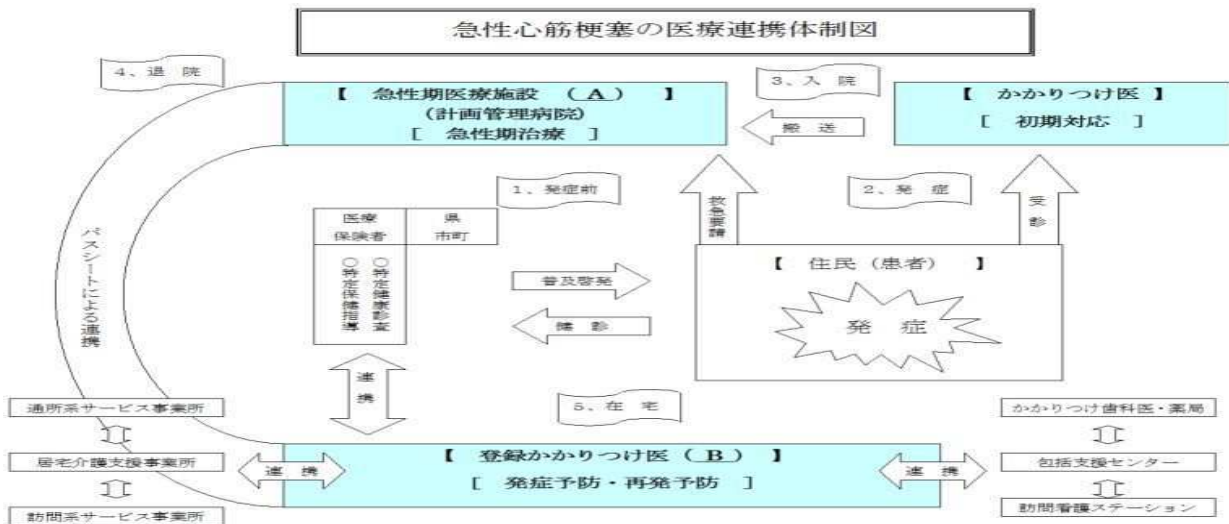
### E かかりつけ医施設（生活の場での療養支援体制）

- ①当該患者の状況を総合的に把握している。
- ②診療ガイドラインに則した診療を実施している。
- ③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。
- ④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。
- ⑤患者が希望する場合には、訪問診療が可能である。
- ⑥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。
- ⑦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。
- ⑧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、薬局、歯科診療所などと連携し、情報共有を行っている。

例：中小病院、診療所

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-】川薩保健医療圏 急性心筋梗塞の医療連携体制図



【北薩地域振興局作成】

【図表資-5-】川薩保健医療圏 急性心筋梗塞地域医療連携における医療機能の基準

**I 在宅かかりつけ医：発症予防**

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。

- ①一次予防（高血圧，糖尿病，高脂血症，禁煙指導等）を実践できる。
- ②問診，診察，12誘導心電図から診断と病態の確認を行うことができる。
- ③本人，家族に病気について説明を行い，本人の日常生活状態にあわせて治療法を説明相談し，選択することができる。
- ④急性期医療施設に病態経過を説明し紹介できる。
- ⑤末梢血管を確保し救急車で安全確実に搬送できる。

**II 急性期医療施設**

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。

- ①心電図検査，血液生化学検査，心臓超音波検査，X線検査，CT検査等必要な検査及び処置が24時間対応可能である。
- ②心臓カテーテル検査並びに経皮的冠動脈形成術（PCI）が可能である。
- ③冠動脈バイパス手術等の外科的治療が可能であるか，又は，速やかな連携医療機関への搬送が可能である。
- ④心不全の管理治療及び不整脈等の合併症の管理治療が可能である。
- ⑤再発予防や基礎疾患の管理 **抑うつ状態等への精神的ケアが可能である。**
- ⑥リスク管理のもとに，早期リハビリができる。
- ⑦転院・退院調整機能を持ったスタッフがいる。
- ⑧必要な症例について転院・退院カンファレンスを実施している。
- ⑨地域のケアマネジャーや訪問看護機関等と連携が取れる。
- ⑩紹介医又は転院先医療機関と，適切な診療情報や治療計画を共有・連携できる。

**III 在宅かかりつけ医：再発予防**

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。

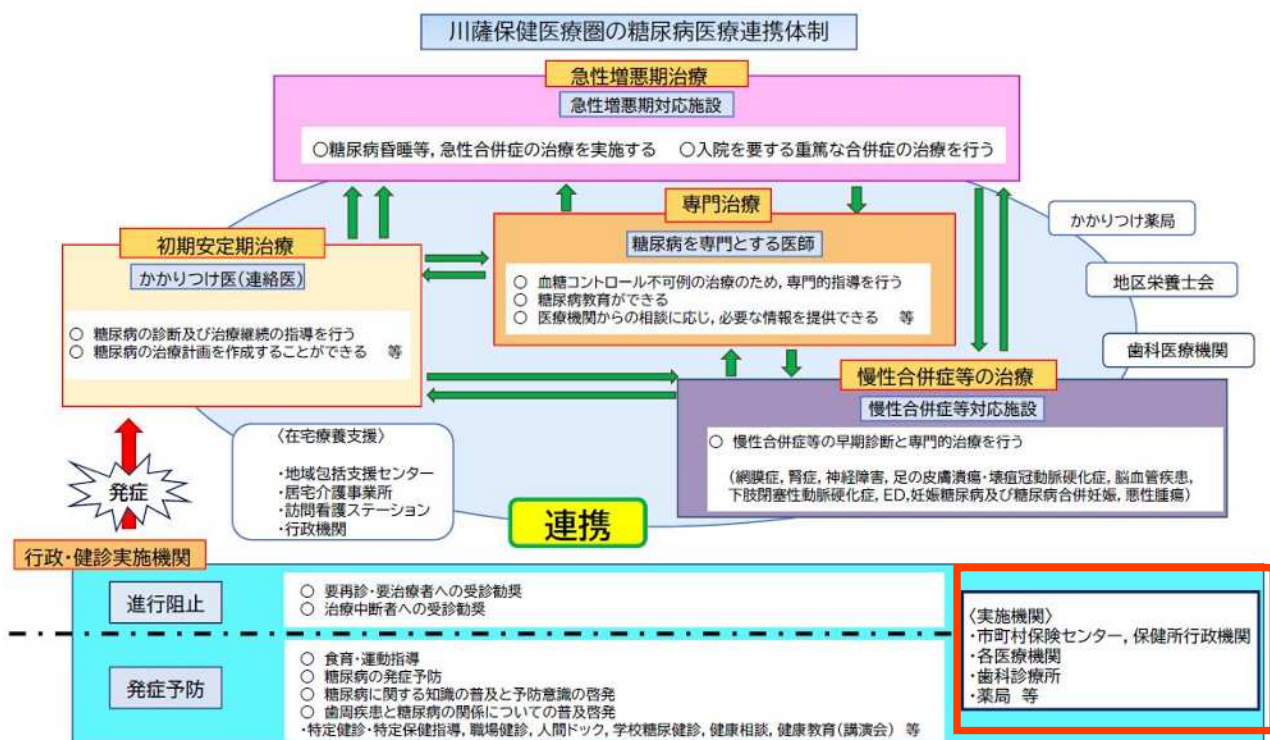
- ①二次予防（内服とリスクファクターのコントロール）を実践できる。
- ②再検査など連絡を取り合って急性期医療施設と連携し治療できる。
- ③薬局やその他（ケアマネジャー・訪問看護・介護福祉サービス機関・歯科医等）の機関と連携が取れ，情報共有ができる。

【図表資-5-83】川薩保健医療圏 慢性心不全地域医療連携における医療機能の基準

- I 在宅かかりつけ医：発症予防**  
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。
- ①一次予防（高血圧、糖尿病、高脂血症、禁煙指導等）を実践できる。
  - ②問診、診察、12誘導心電図から診断と病態の確認を行うことができる。
  - ③本人、家族に病気について説明を行い、本人の日常生活状態にあわせて治療法を説明相談し、選択することができる。
  - ④急性期医療施設に病態経過を説明し紹介できる。
  - ⑤末梢血管を確保し救急車で安全確実に搬送できる。
- II 入院受入施設**  
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。
- ①心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、X線検査、CT検査等必要な検査及び処置が対応可能である。
  - ②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。
  - ③再発予防や基礎疾患の管理が可能である。
  - ④転院・退院調整機能を持ったスタッフがいる。
  - ⑤必要な症例について転院・退院カンファレンスを実施している。
  - ⑥地域のケアマネジャーや訪問看護機関等と連携が取れる。
  - ⑦紹介医又は転院先医療機関と、適切な診療情報や治療計画を共有・連携できる。
- III 在宅かかりつけ医：再発予防**  
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。
- ①再発予防治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応ができる。
  - ②再検査など連絡を取り合っ急性期医療施設と連携し治療できる。
  - ③薬局やその他（ケアマネジャー・訪問看護・介護福祉サービス機関・歯科医等）の機関と連携が取れ、情報共有ができる。

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-84】川薩保健医療圏 糖尿病の医療連携体制図



[北薩地域振興局作成]

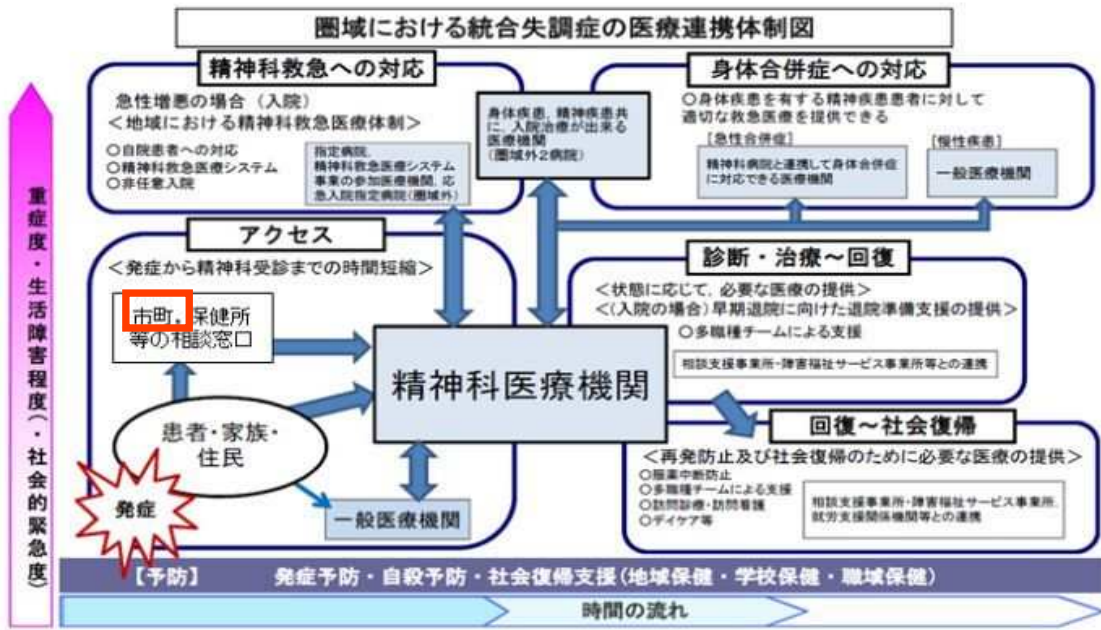
【図表資-5-85】川薩保健医療圏 糖尿病の医療機能基準

<p>■ 発症予防【糖尿病・耐糖能障害発症の予防】 ＜市町保健センター，保健所等行政機関，健診実施機関，医療機関，歯科診療所，薬局等＞</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・糖尿病の発症予防（食事指導，運動指導等）</li><li>・糖尿病に関する知識の普及と予防意識の啓発</li><li>・歯周疾患と糖尿病の関係についての普及啓発</li></ul> <p>■ 初期・安定期治療【合併症の発症予防のための初期・安定期の治療を行う機能】 ＜かかりつけ医（連携医）＞</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・糖尿病の診断及び治療継続の指導が可能であること</li><li>・重篤でない低血糖時及びシックデイ<sup>*1</sup>の対応が可能であること</li><li>・糖尿病の検査・治療計画の作成が可能であること</li><li>・糖尿病医療連携機関等との連携が可能であること</li></ul> <p>■ 専門治療【血糖コントロール不可例の治療を行う機能】 ＜糖尿病を専門とする医師＞</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・糖尿病の診断及び専門的指導が可能であること</li><li>・食事療法，運動療法，薬物療法等による血糖コントロールの専門指導が可能であること</li><li>・インスリン導入ができること</li><li>・糖尿病教育ができること</li><li>・糖尿病医療連携機関等との連携が可能であること</li><li>・必要時，検査・治療計画の修正ができること</li></ul> <p>■ 慢性合併症等の治療【慢性合併症の早期診断と専門的治療を行う機能】 ＜慢性合併症等対応施設＞</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・糖尿病の慢性合併症等について，それぞれ専門的な検査・治療が可能であること （①～⑩のいずれか一つでも可。）</li><li>① 網膜症</li><li>② 腎症</li><li>③ 神経障害</li><li>④ 足の皮膚潰瘍・壊疽</li><li>⑤ 冠動脈硬化症</li><li>⑥ 脳血管疾患</li><li>⑦ 下肢閉塞性動脈硬化症等</li><li>⑧ ED（勃起障害）</li><li>⑨ 妊娠糖尿病と糖尿病を合併した妊娠</li><li>⑩ 悪性腫瘍</li><li>・糖尿病医療連携機関等との連携が可能であること</li></ul> <p>■ 急性増悪期治療【緊急・重症者の治療を行う機能】 ＜急性増悪期対応施設＞</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・糖尿病昏睡や重篤なシックデイ，低血糖，高血糖の治療が可能であること</li><li>・入院治療を要する重篤な合併症の治療が可能であること （有痛性神経障害，足壊疽，腎症，心筋梗塞，脳卒中 等）</li><li>・糖尿病医療連携機関等との連携が可能であること</li></ul> <p>注）糖尿病医療連携機関等：歯科医療機関，地区栄養士会，かかりつけ薬局，行政機関（市町等），地域包括支援センター，訪問看護ステーション 等</p>
--

[北薩地域振興局作成]

\*1 シックデイ：糖尿病患者が感染症にかかり，熱が出る・下痢をする・吐く，または食欲不振によって食事ができない時のことをいう。血糖値が乱れやすくなり急性合併症を起こしやすい。

【図表資-5-】川薩保健医療圏 統合失調症の医療連携体制図



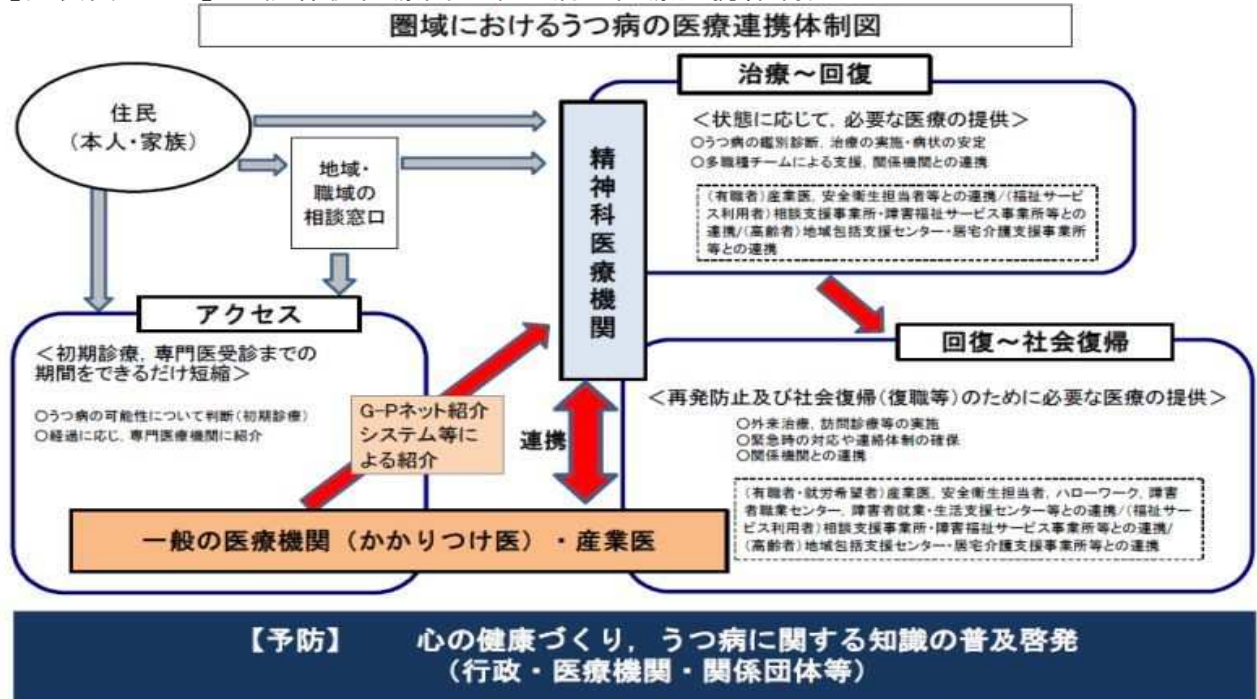
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-】川薩保健医療圏 統合失調症の医療連携に係る機能基準

	【 予防・アクセス 】	【 診断・治療～回復 】 (通院・入院)	【 回復～社会復帰 】 (通院)	【 精神科救急への対応 】 (急性増悪時)	【 身体合併症への対応 】
機能	- 精神疾患の予防(メンタルヘルス) - 症状が出た時に精神科医に紹介できる	- 状態に応じて、必要な医療を提供できる	- 再発防止及び社会復帰のために、必要な医療を提供できる	- 精神科医療が必要な患者等の状態に応じて速やかに精神科救急医療が提供できる	- 身体疾患を有する精神疾患患者に対して適切な救急医療を提供できる
目標	- 精神疾患の発症を予防する(メンタルヘルス) - 発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮する - 精神科医療機関と地域の保健医療サービス等と連携する	- 患者の状態に応じた精神科医療を提供できる - 〈入院の場合〉早期の退院に向けて、病状が安定するための退院準備支援を提供できる	- 患者の状態に応じた精神科医療を提供できる - 患者が社会的に孤立せず、できるだけ長く、地域生活を継続できる	- 24時間365日、精神科救急医療を提供できる - 精神科救急医療システムに参加し救急患者を受け入れている - 24時間365日、救急対応できる応急入院の指定を受け、救急患者を受け入れている(精神科救急応急入院病棟を有する医療施設を有)	- 24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できる - 身体疾患と精神疾患について同一医療機関で対応できる。又は、精神科病院において地域の身体疾患の専門医療機関と連携した対応ができる。 - 〈例〉 感染症、悪性腫瘍、腎不全、分娩、歯科疾患等
医療機能別関係構築に求められる事項	①住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力する ②精神科医との連携がとれている ③市町、保健所、県精神保健福祉センター、産業保健の関係機関と連携できる	①患者の状態に応じて必要な精神科医療を提供できる ②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理士と職員の多職種チームによる支援体制を作っている ③〈入院の場合〉患者に合わせた退院後の生活リズム復帰に向けて助言ができる ④必要に応じてアウトリーチ(訪問支援等)ができる。訪問支援については、〈自院で訪問看護を実施していない場合など〉地域の訪問看護士チームとの連携を図る ⑤緊急時の対応や連絡体制を確保している	①再発防止や比較的苦痛を減らすための支援ができる ②社会復帰を促進するための生活訓練を実施している(デイケアやアットケア) ③精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理士と職員の多職種チームによる支援体制を作っている ④必要に応じてアウトリーチ(訪問支援等)ができる。訪問支援については、〈自院で訪問看護を実施していない場合など〉地域の訪問看護士チームとの連携を図る ⑤緊急時の対応や連絡体制を確保している	①精神科救急医療に対応できる ア 継続的に診察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 イ 精神科救急医療システムに参加し救急患者を受け入れている ウ 24時間365日、救急対応できる応急入院の指定を受け、救急患者を受け入れている(精神科救急応急入院病棟を有する医療施設を有) ②精神科救急患者の受入が可能な設備を有する(救護室、検査室等) ③地域の医療機関や消防(救急)、保健所、精神科救急情報センター等との連携がある	①身体疾患を合併する患者の診断・治療ができる ア 身体疾患と精神疾患について同一医療機関において診断・治療ができる イ 精神科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療協力を得て対応できる ウ 一級市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 ②地域の医療機関や保健所等との連携がある
地域連携	①相談支援事業所、障害福祉サービス事業所等と連携し、退院に向けた必要な支援調整を行う ②高齢者の退院支援にあたり、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、必要な支援調整を行う	①相談支援事業所、障害福祉サービス事業所等と連携し、生活の場での必要な支援を提供する ②ハローワーク、障害者就業・生活支援センター等と連携し、就職や後継等に必要の支援を行う ③高齢者については、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、必要な支援を行う	①相談支援事業所、障害福祉サービス事業所等と連携し、生活の場での必要な支援を提供する ②ハローワーク、障害者就業・生活支援センター等と連携し、就職や後継等に必要の支援を行う ③高齢者については、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、必要な支援を行う	①かかりつけ医との連携により、精神科医療を提供できる ②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	①地域の専門医療機関と連携できる
医療機関	- 一般の医療機関 精神科を備えている病院や診療所	- 精神科を備えている病院や診療所	- 精神科を備えている病院や診療所	- 精神科救急医療システム事業の参加医療機関 - 指定病院	- 身体疾患と精神疾患について同一医療機関において診断・治療ができる医療機関 - 精神科と連携して身体合併症に対応できる医療機関
連携が図られる機関	- 市町、保健所、県精神保健福祉センター、地域産業保健センター - 市町、保健所、県精神保健福祉センター - 産業、訪問看護ステーション - 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所 - 相談支援事業所、その他障害福祉サービス事業所	- 市町、保健所、県精神保健福祉センター - 産業、訪問看護ステーション - 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所 - 相談支援事業所、その他障害福祉サービス事業所、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター	- 市町、保健所、県精神保健福祉センター - 産業、訪問看護ステーション - 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所 - 相談支援事業所、その他障害福祉サービス事業所、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター	- 応急入院指定病院(圏域外) - かかりつけ医(精神科)、一般の医療機関、市町、保健所、県精神保健福祉センター、地域の救急応急入院 - 警察、消防(救急)	- 身体疾患、精神疾患共に入院治療ができる医療機関(圏域外) - かかりつけ医(精神科)、一般の医療機関、県町保健所、県精神保健福祉センター

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-】川薩保健医療圏 うつ病の医療連携体制図



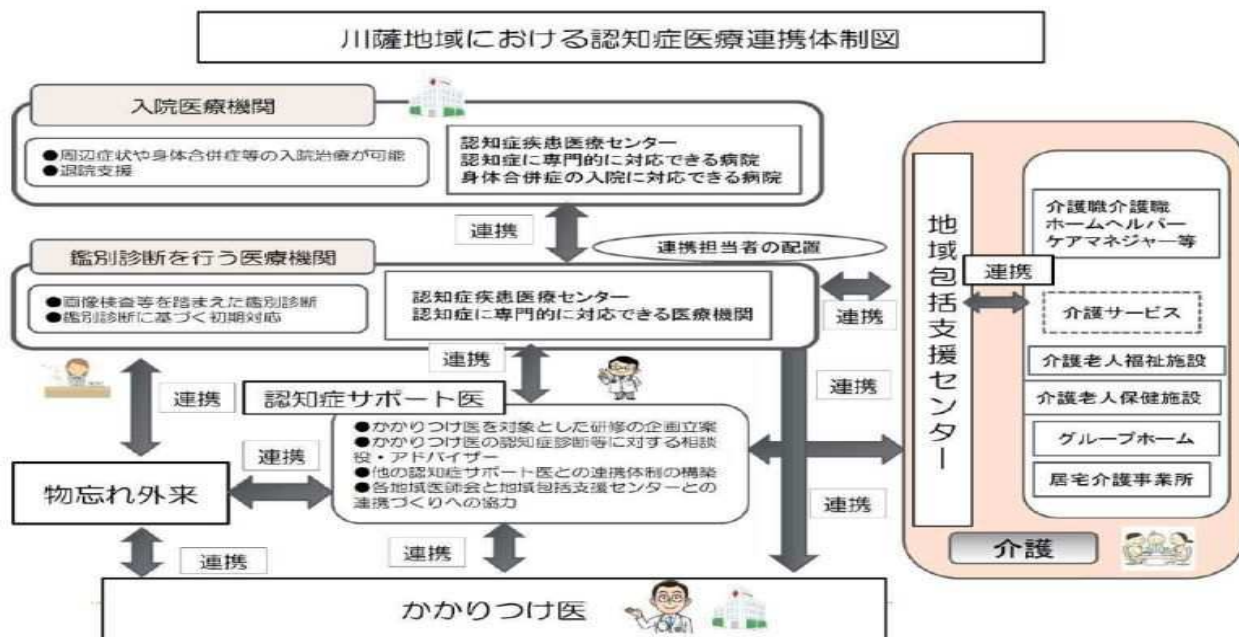
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-】川薩保健医療圏 うつ病の医療連携に係る機能基準

	【 予 防 】	【 アクセス 】	【 治療～回復 】	【 回復～社会復帰 】
機能	・うつ病の予防(メンタルヘルス)	・うつ病症状が出ている患者を専門医に紹介できる	・うつ等の状態に応じて、外来医療や入院医療を提供できる	・再発を予防して地域生活を維持できる ・社会復帰(復職等)に向けた支援、外来医療や訪問診療等を提供できる
目標	・うつ病を予防する	・うつ病の可能性について判断(初期診療)できる ・専門医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮する	・うつ病と双極性障害等のうつ状態を伴う他の疾患との鑑別診断ができる ・(入院の場合)退院に向けて病状の安定を図るとともに退院支援を行う	・患者ができるだけ地域で生活が維持できる ・社会復帰(復職等)のための支援を提供できる ・急変時に対応、または適切に紹介できる
医療	①住民の精神的な健康の増進、うつ病に関する知識の普及啓発などの一次予防に協力している(相談対応ができる)	①うつ病の可能性について判断できる ②症状が軽快しない場合等に、専門医療機関となる精神科診療等に適切に紹介ができる(川薩地域G-Pネット紹介システム)	①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 ②重症度に応じて、薬物療法及び精神療法を含む精神科医療を提供できる ③精神科医、心理担当職員、看護師等のチームによる支援体制がある ④自殺予防の観点から、主治医、薬剤師の連携の下、過量服薬防止を図る	①対象者の状況に応じて、①から④のうち、必要な支援ができる ②患者の状況に応じて、適切な精神科医療(外来医療、訪問診療)を提供できる ③精神科医と連携して、適切な医療の提供ができる ④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 ⑤精神科医療機関において緊急時の対応や連絡体制を確保している
医療機能別関係機関に求められる事項	①市町、保健所、県精神保健福祉センター、産業保健の関係機関と連携している	①市町、保健所、県精神保健福祉センター、産業保健の関係機関と連携できる ②高齢者については、必要に応じて、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等と連携できる ③かかりつけ医師(一般の医療機関)等を対象としたうつ病の診断治療に係る研修等にできるだけ参加している	①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 ②有職者の場合、職域の産業医、安全衛生担当者との連携により復職に必要な支援を行う ③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、居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所と連携し、必要な支援を行う ④障害福祉サービスが必要な場合、相談支援事業所(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	※対象者の状況に応じて、①から④のうち、必要な支援ができる ①有職者の場合、職域の産業医、安全衛生担当者との連携により就労継続に必要な支援を行う ②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に必要な支援を提供できる ③高齢者については、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所と連携し必要な支援を行う ④障害福祉サービスが必要な場合、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 ⑤デイケア等で就労支援のためのリハビリテーションを実施していることが望ましい
連携が想定される機関	・市町 ・保健所 ・県精神保健福祉センター ・地域産業保健センター	・救急医療機関 ・消防(救急) ・市町 ・保健所 ・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所 ・県精神保健福祉センター ・地域産業保健センター ・薬局	・救急医療機関 ・消防(救急) ・市町 ・保健所 ・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所 ・県精神保健福祉センター ・地域産業保健センター ・薬局	・市町 ・保健所 ・県精神保健福祉センター ・ハローワーク ・障害者就業センター ・障害者就業・生活支援センター ・地域産業保健センター ・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5- 】川薩保健医療圏 認知症の医療連携体制図



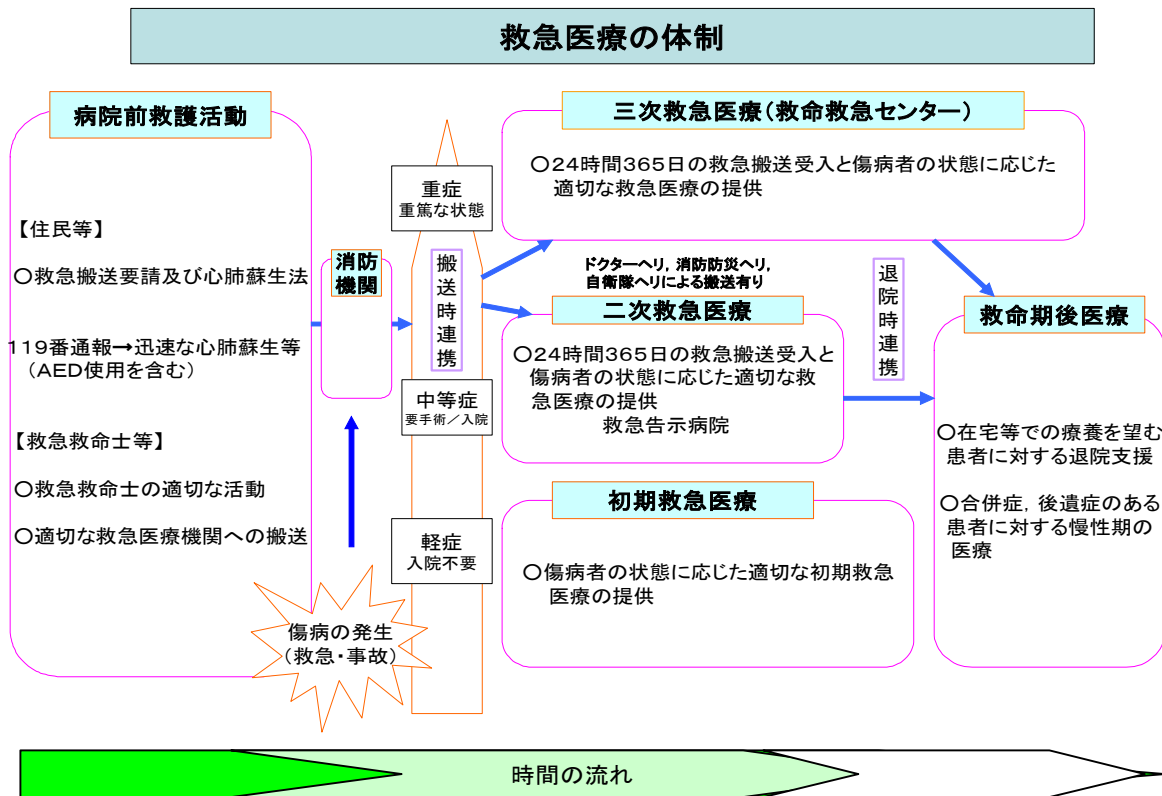
【図表資-5- 】川薩保健医療圏 認知症の医療連携に係る機能基準

区分	認知症の日常的な診療を行うかかりつけ医	鑑別診断を行う医療機関 (認知症疾患医療センター等)	入院医療機関
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の早期発見につなげる。</li> <li>認知症の日常的な診療等により、認知症の人の地域での生活を支援する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の早期診断・早期対応による認知症の重症化防止を図る。</li> <li>認知症の療養方針を決定し、関係機関と連携し、認知症の人の地域での生活を支援する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>重症な認知症の周辺症状や身体合併症に対する急性期等の入院治療の提供とともに、早期退院に向け退院支援を行う。</li> </ul>
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の人の日常的な診療が可能である。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。 (主に認知症サポート医)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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。</li> <li>鑑別診断に基づく初期対応が可能である。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の周辺症状や身体合併症等の入院治療が可能である。</li> <li>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。</li> </ul>
医療機関例	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医</li> <li>ものわずれの相談ができる医師</li> <li>認知症サポート医のいる診療所・病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患医療センター</li> <li>鑑別診断ができる病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患医療センター</li> <li>認知症に専門的に対応できる病院</li> <li>身体合併症の入院治療に対応できる病院</li> </ul>
関係機関例	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患医療センター等専門医療機関</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>居宅介護支援事業所</li> <li>介護老人福祉施設</li> <li>グループホーム</li> <li>かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局</li> <li>訪問介護事業所等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>居宅介護支援事業所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>居宅介護支援事業所</li> <li>訪問看護事業所等</li> </ul>

[北薩地域振興局作成]



【図表資-5-】川薩保健医療圏 救急医療の医療連携体制図



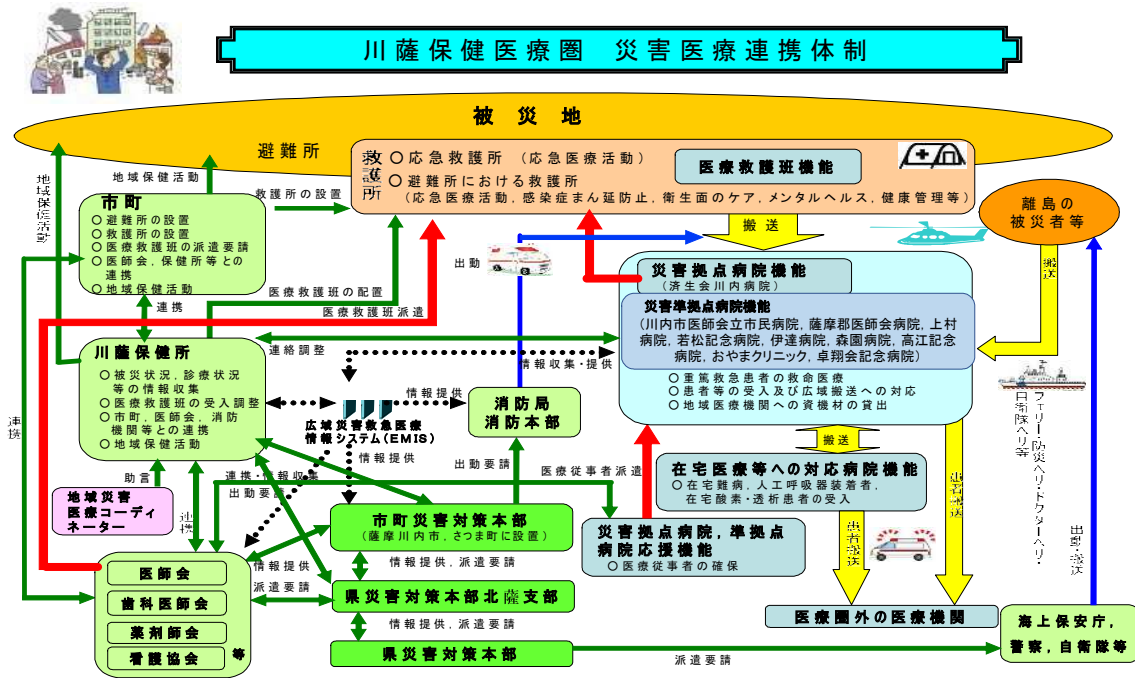
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-】川薩保健医療圏 救急医療の医療連携に係る機能基準

		初期救急	二次救急	三次救急
目標等		傷病者の状態に応じた救急医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間365日の救急搬送受入</li> <li>・傷病者の状態に応じた救急医療の提供</li> </ul>	
医療機能基準		休日又は夜間における日常的傷病，けが等の急病患者に対応できる。	休日又は夜間における入院治療を必要とする重症患者に対応できる。	24時間診療体制で心筋梗塞，頭部損傷，脳卒中等の重篤救急患者に対応できる。
	(求められる機能等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急患者に対する外来診療</li> <li>・近隣医療機関との連携</li> <li>・対応可能時間等の周知</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な施設・設備の整備</li> <li>・早期のリハビリテーションの実施</li> <li>・外科的治療の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重篤な救急患者の常時受入</li> <li>・高度な治療に必要な施設及び設備の充実</li> <li>・MC体制の充実等</li> </ul>
体制	川内市医師会	休日昼間 在宅当番医制	夜間 病院群輪番制	<p>病院群輪番制</p> <p>鹿児島大学・薩摩川内地区救急（QQ）ネットワーク</p>
			任意応需	
	薩摩郡医師会	休日昼間 在宅当番医制	夜間 共同利用型病院 (薩摩郡医師会病院)	<p>共同利用型病院 (薩摩郡医師会病院)</p>
			任意応需	
連携等		<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院困難者の受入機関との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準</b>に基づく適切な患者の搬送先医療機関の選定，治療開始までの時間短縮</li> <li>・退院困難者の受入機関との連携</li> </ul>	

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-】川薩保健医療圏 災害医療の医療連携体制図



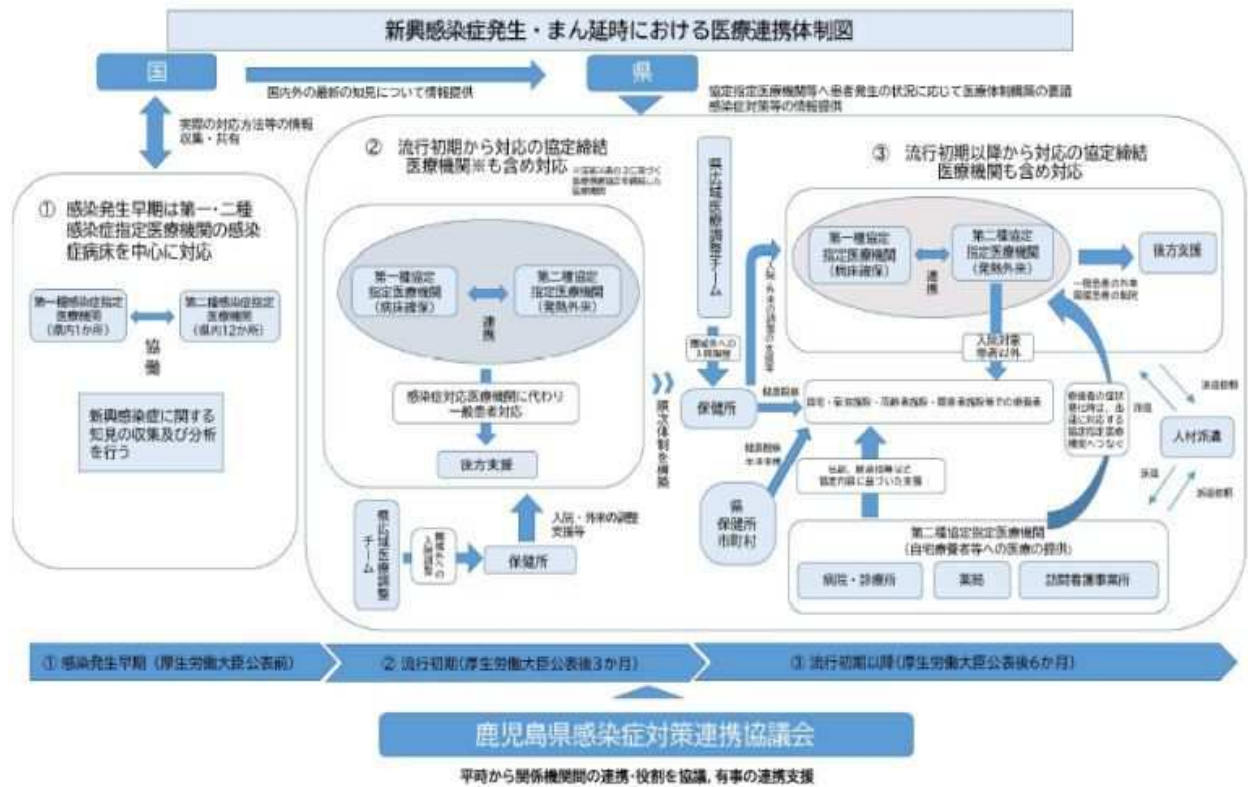
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-】川薩保健医療圏 災害医療の医療連携に係る機能基準

	災害拠点病院機能	災害準拠点病院機能	災害拠点病院、準拠点病院への対応機能	在宅医療等への対応病院機能	医療救護班機能
医療機関名	済生会川内病院	川内市医師会立市民病院、薩摩郡医師会病院、上村病院、若松記念病院、伊達病院、森園病院、高江記念病院、おやまクリニック、早翔会記念病院	被災地の医療機関	被災地の医療機関	被災地の医療機関
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>多発外傷等の重篤救急患者の救命医療</li> <li>患者等の受入及び広域搬送への対応</li> <li>DMAT、医療救護班の派遣</li> <li>地域医療機関への資機材の貸出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>多発外傷等の重篤救急患者の救命医療</li> <li>患者等の受入及び広域搬送への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害発生後に災害拠点病院、準災害拠点病院へ医療従事者の派遣</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害時において在宅難病療養患者、人工呼吸器装着患者、在宅酸素療養者、透析患者の受入</li> <li>救命医療を行うために必要な医療従事者の確保ができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害発生後、救護所・避難所への医療従事者の派遣</li> <li>救護所・避難所での被災者に対する感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケア等</li> </ul>
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害拠点病院</li> <li>救急医療を担う病院</li> <li>緊急被災医療機関</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療を担う病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>被災地の病院、診療所等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害時において、在宅難病療養患者、人工呼吸器装着患者、在宅酸素療養者、透析患者の受け入れができる病院、診療所等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>被災地の病院、診療所等</li> </ul>
求められる機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>重篤患者の救命医療を行うために必要な施設、設備、医療従事者の確保ができる</li> <li>DMATを保有し、その派遣体制があること</li> <li>多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッドがある</li> <li>診療に必要な施設が耐震構造である</li> <li>衛星電話の保有と衛星回線インターネットが利用できる環境の整備</li> <li>特殊な災害に対する施設・整備ができる</li> <li>被災時における生活必需基盤の維持体制ができる</li> <li>水・食料・医薬品・医療機材等の備蓄ができています</li> <li>広域災害医療情報システム(EMIS)の活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>重篤患者で救命医療を行うために必要な施設・設備・医療従事者の確保ができる</li> <li>多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッドがある</li> <li>診療に必要な施設が耐震構造である</li> <li>特殊な災害に対する施設・整備ができる</li> <li>被災時における生活必需基盤の維持体制ができる</li> <li>水・食料・医薬品・医療機材等の備蓄ができています</li> <li>広域災害医療情報システム(EMIS)の活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命医療を行うために必要な医療従事者の確保ができる</li> <li>広域災害医療情報システム(EMIS)の活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害時において、在宅難病療養患者、人工呼吸器装着患者、在宅酸素療養者、透析患者の受け入れができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染症のまん延防止、衛生面のケアができる</li> <li>メンタルヘルスケアができる</li> <li>携帯式の応急用医療資機材、応急医薬品</li> </ul>
連絡等	EMIS、電話(衛星携帯電話等)、ファクシミリ、災害時優先電話、非常・緊急扱い電話、孤立化防止用無線、防災行政無線、等	EMIS、ファクシミリ、災害時優先電話、非常・緊急扱い電話、孤立化防止用無線、防災行政無線、	EMIS、ファクシミリ、災害時優先電話、非常・緊急扱い電話、孤立化防止用無線、防災行政無線、	EMIS、ファクシミリ、災害時優先電話、非常・緊急扱い電話、孤立化防止用無線、防災行政無線、	EMIS、ファクシミリ、災害時優先電話、非常・緊急扱い電話、孤立化防止用無線、防災行政無線、

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-】川薩保健医療圏新興感染症発生・まん延時における医療連携体制図



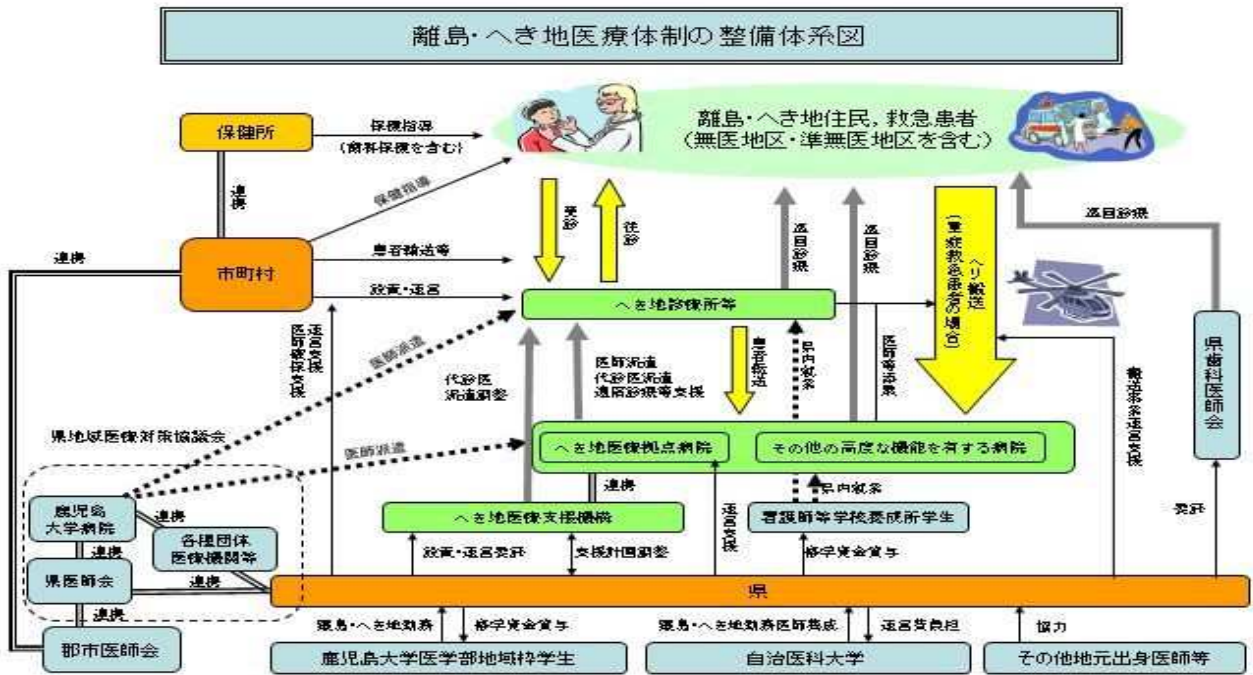
[健康増進課作成]

【図表資-5-】川薩保健医療圏新興感染症発生・まん延時における医療連携に係る機能基準

医療機能	病床確保	発熱外来	自宅療養者等への医療提供	後方支援	人材派遣
協定種別	第一種	第二種	第二種	-	-
目標等	新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する。	新興感染症の疑似症患者等の診療を行う。	自宅・宿泊療養者・高齢者施設障害者施設等での療養者に対し医療を提供する。	新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する。	新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣を行う。
医療機関(協定対象)	・病院 ・診療所	・病院 ・診療所	・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護事業所	・病院 ・診療所	・病院 ・診療所
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>確保している病床で酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること。</li> <li>院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施すること。</li> <li>県からの要請後速やかに即応病床化すること。</li> <li>機関間や事業者間の連携に当たっては通常医療の確保のため、後方支援や人材派遣の協定を活用した体制の確保を図ること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>発熱患者専用の診察室を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を構築すること。</li> <li>院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、発熱外来を行うこと。</li> <li>機関間や事業者間の連携に当たっては通常医療の確保のため、後方支援や人材派遣の協定を活用した体制の確保を図ること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院・診療所は、必要に応じて薬局や訪問看護事業所と連携し、また、各機関間や事業所間でも連携しながら、往診やオンライン診療等、訪問看護や医薬品対応等を行うこと。</li> <li>機関間や事業者間の連携に当たっては通常医療の確保のため、後方支援や人材派遣の協定を活用した体制の確保を図ること。</li> <li>自宅療養者等が症状悪化した場合に入院医療機関等に適切につなぐこと。</li> <li>院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、医療の提供を行うこと。</li> <li>患者に身近な診療所等が自宅療養者への医療を行う際は、患者の容体の変化等の場合に迅速に医療につなげるためにも、あわせてできる限り健康観察の協力を行うこと。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>流行初期の感染症患者以外の患者の受入や感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を行うこと。</li> <li>関係機関と連携し、感染症患者以外の受入を行うこと。</li> <li>自治体、県医師会などの関係団体と連携し、通常医療の確保に努めること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1人以上の医療従事者の派遣をすること。</li> <li>自院の医療従事者への訓練、研修等を通じ、対応能力を高めること。</li> </ul>
連携等	協定内容に基づいた適切な医療の提供と各協定医療機関等との連携				

[健康増進課作成]

【図表資-5-】川薩保健医療圏 離島・へき地医療の医療連携体制図



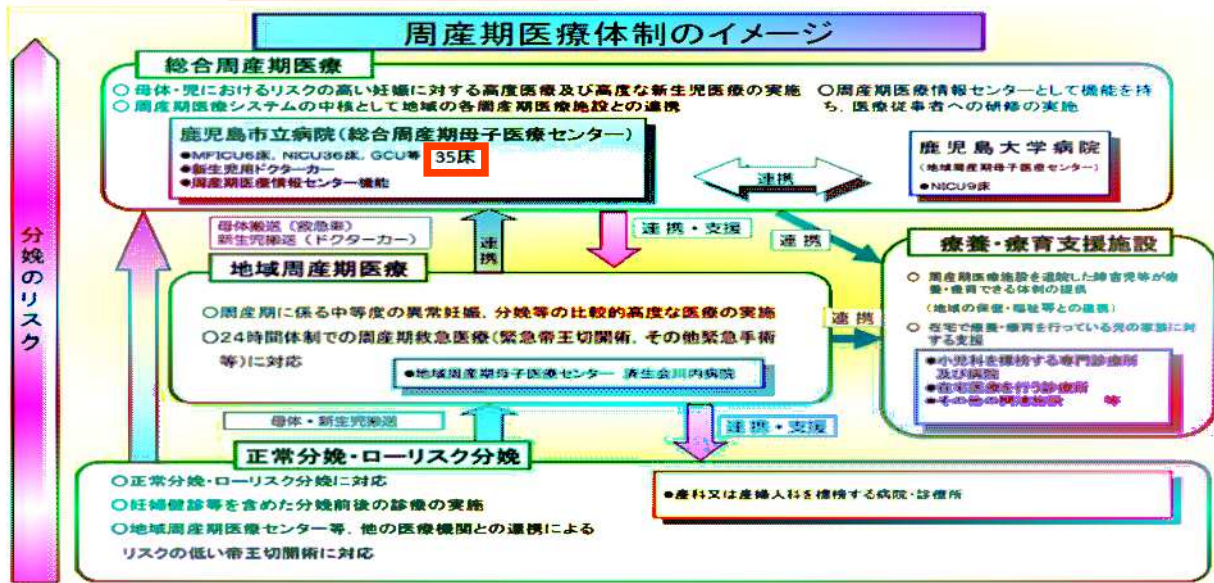
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-】川薩保健医療圏 離島・へき地医療の医療連携に係る機能基準

項目	役割	保健指導等	離島・へき地における医療	離島・へき地診療の支援医療等
目標等		・無（歯科）医地区等における保健師指導の提供	・無医地区等における医療の確保 ・専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制の整備	・診療支援機能の向上
求められる機能等		・保健師等による保健指導の実施 ・地区の保健衛生状態の把握 ・保健指導を担う関係機関との緊密な連携に基づく地区の実情に応じた活動	・プライマリケアの診療が可能な医師等の確保 ・専門医の診療が必要とされる特定診療科（眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科）の巡回診療等の実施 ・遠隔医療システム等を活用した医療連携による適切な医療の提供 ・へき地医療拠点病院等における研修への参加 ・救命効果の高い重症患者のヘリ等による救急搬送体制	・巡回診療による医療の確保 ・へき地診療所への代表医の派遣（継続的な医師派遣も含む。）及び技術指導、援助 ・離島・へき地の医療従事者に対する研修の実施、研修施設の提供 ・遠隔診療等の実施による各種診療支援 ・高度医療の実施が必要な場合、診療所と連携した適切な医療の提供
医療機関等		・へき地診療所などの医療機関 ・保健所 ・市町保健行政機関	・へき地診療所などの医療機関 ・特定診療科巡回診療（鹿児島赤十字病院）	・へき地医療拠点病院（済生会川内病院） ・地域医療支援病院（川内市医師会立市民病院） ・へき地医療支援病院（県立病院局設置）
連携等			・へき地医療拠点病院等との連携 ・ヘリ等による救急搬送体制の充実	

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-100】北薩小児科・産科医療圏における周産期医療の医療連携体制図



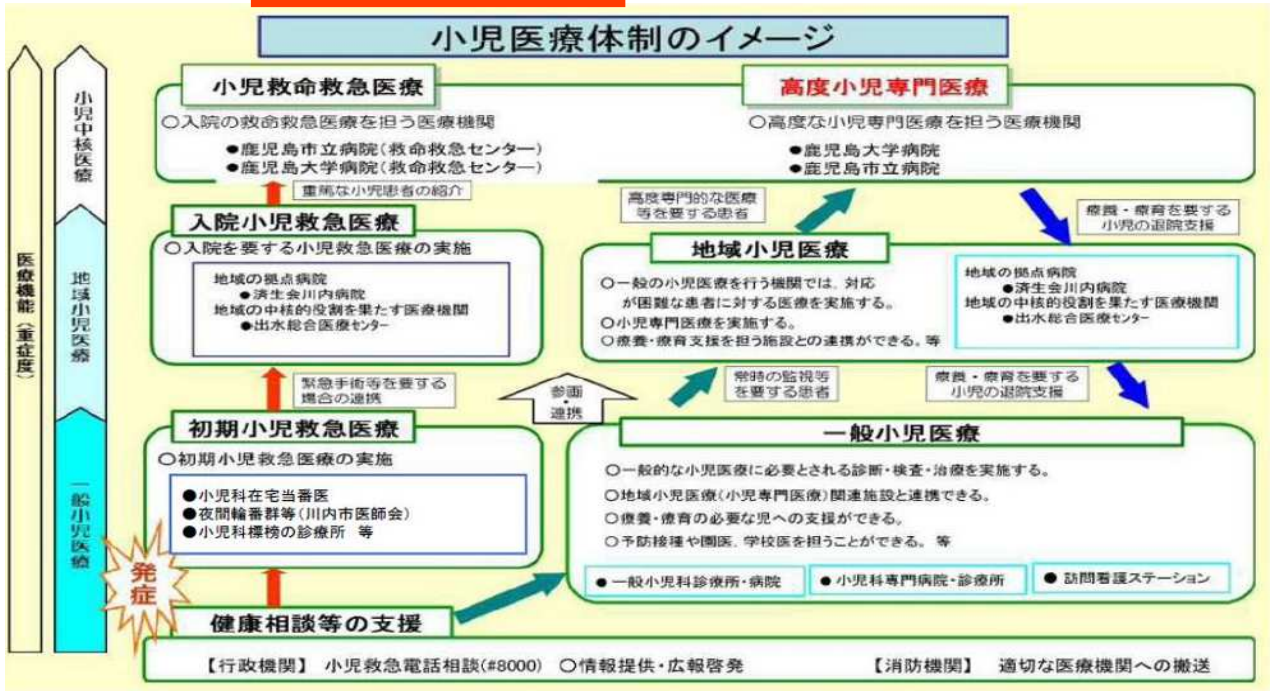
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-101】北薩小児科・産科医療圏における周産期医療の医療連携に係る機能基準

	正常分娩・ローリスク分娩	地域周産期医療	総合周産期医療	療養・療育支援
機能	正常分娩・ローリスク分娩への対応（日常生活・保健指導、新生児の医療相談を含む）	周産期に係る比較的高度な医療を行う	母体・児におけるリスクの高い妊婦に対する医療及び高度な新生児医療を行う	周産期医療施設を退院した障がい児等が生活の場で療養・療育できるための支援
目標	・正常分娩・ローリスク分娩に対応・妊婦健診等を含めた分娩前後の診療の実施、他の医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術に対応	・周産期に係る中等度の異常妊婦、分娩等の比較的高度な医療の実施・24時間対応での周産期救急医療（緊急手術を含む）の実施	・母体・児におけるリスクの高い妊婦に対する高度医療及び高度な新生児医療の実施・周産期医療体制の中核としての地域の周産期医療施設との連携	周産期医療施設を退院した障がい児等が療養・療育できるための体制の提供（療養・福祉との連携） ・在宅で療養・療育を行っている児の家族に対する支援
医療機関例	・産科または産婦人科を擁する診療所・病院	・済生会川内病院（地域周産期母子医療センター）	・鹿児島市立病院（総合周産期母子医療センター） ・鹿児島大学病院（地域周産期母子医療センター）	・小児科を擁する専門診療所・病院 ・在宅医療を行う診療所 ・生活支援センター ・訪問看護ステーション ・療育施設 等
医療機関の基準	・産科に必要なとされる検査・診断・治療が実施できる。 ・正常分娩・ローリスク分娩を安全に実施できる。 ・他の医療機関との連携により、合併症や帝王切開術その他の手術に対応できる。 ・リスク管理の必要な妊婦について、地域周産期医療施設、総合周産期医療施設との相互連携で対応できる。 ・妊婦のメンタルヘルスへの対応ができる。	・産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為ができる。 ・必要に応じて地域周産期医療連携施設及び総合周産期母子医療センター等との連携を行う。 ・産科には、緊急帝王切開術等高度な医療を提供することができる施設及び分娩監視装置、超音波診断装置、数値輸液装置、その他産科医療に必要な設備を備えている。 ・新生児病室等の保有（NICUを設けることが望ましい。） ・産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）は、それぞれ24時間体制を確保するために必要な職員を配置している。 ・産科については、帝王切開術が必要となる場合、できるだけ速やかに児の娩出が可能となるような医師及びその他の各種職員を配置している。	・産科及び小児科（新生児集中治療管理室を有する。）、麻酔科その他の関係診療科目を有する。 ・合併症妊婦、切迫早産、胎児異常等母体又は児におけるリスクの高い妊婦に対する高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる。 ・地域周産期医療連携施設からの搬送を受け入れるとともに、周産期医療システムの中核として地域周産期医療連携施設との連携を有する。 ・分娩監視装置、呼吸管理監視装置、超音波診断装置（カフドップラー機能を有するものとする。）、その他母体、胎児集中治療に必要な設備を備えた母体・胎児集中治療管理室又は同等の機能（以下「MFICU等」という。）を有する。 ・新生児用呼吸器管理監視装置、新生児用人工換気装置、療育室、その他新生児集中治療に必要な設備を備えた新生児集中治療管理室（NICU）を有する。 ・MFICU等及びNICUの後方病室及び必要な設備を有する。 ・医師の監視のもとに母体又は新生児を搬送するために必要な患者監視装置、人工呼吸器等の医療器械を搭載した周産期医療に利用しうるドクターカーを必要に応じて整備する。 ・血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、エックス線検査、超音波診断装置（カフドップラー機能を有するものとする。）による検査及び分娩監視装置による継続的な監視が常時可能である。 ・血小板等成分輸血を必要とした輸血供給ルート等に確保し、緊急時の大量使用に備えている。 ・MFICU等及びNICUは24時間診療体制を適切に確保するために、常時担当医師及び必要な職員が勤務している。 ・災害対策として業務継続計画を策定し、自然または近隣地域の被災地における積極的な物資や人員の支援	・人工呼吸器管理が必要な児や、気管切開等のある児の受け入れが可能である。 ・児の救急時に備えた、救急対応可能な病院等との連携ができる。 ・医療、療養及び福祉サービス（レスパイトをきむ）と連携、調整し、療養・療育ができる。 ・地域、総合周産期医療センター等と連携し、療養・療育の必要な児の情報（診療情報や治療計画）を共有している。 ・自宅以外の場における、障がい児の適切な療養・療育の支援ができる。 ・家族に対する精神的サポート等の支援ができる。
総合周産期母子医療センターその他の地域産科医療機関との連携				
療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）の共有				

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-102】北薩小児科・産科医療圏 小児医療・小児救急医療連携体制図



[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-103】北薩小児科・産科医療圏における小児医療機能基準

小児医療

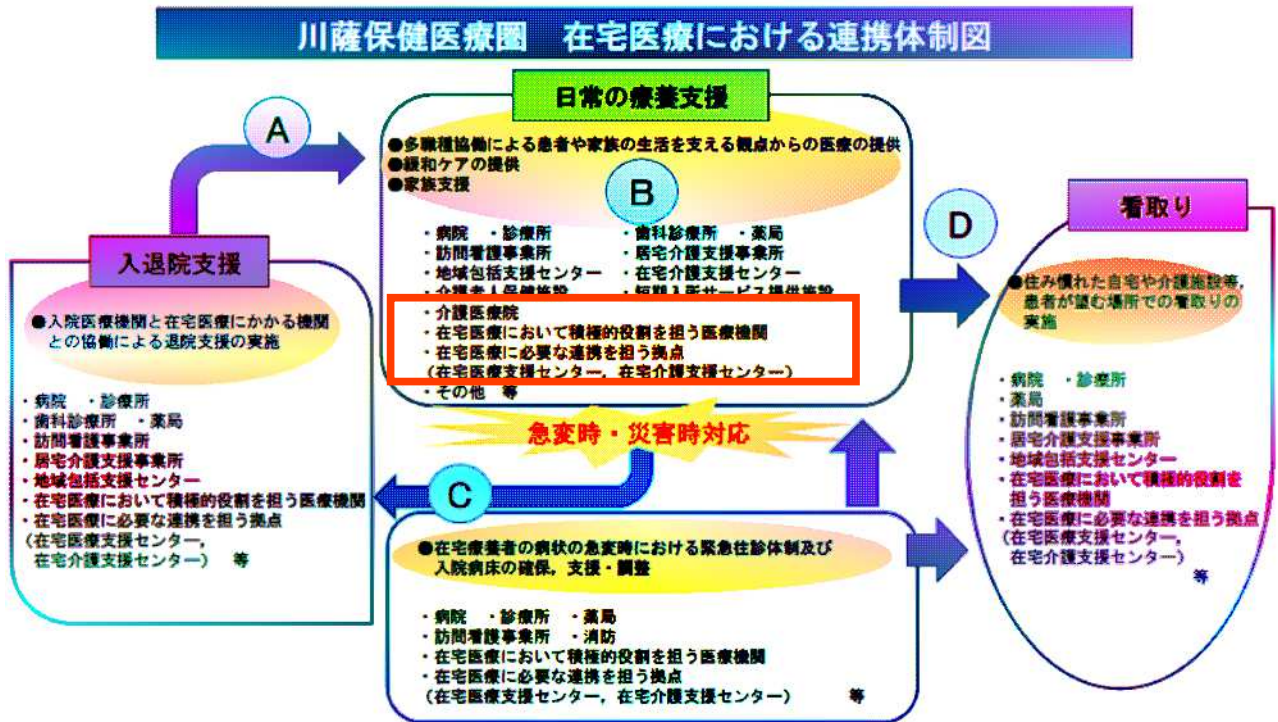
	健康相談支援等	一般小児医療	地域小児医療	小児中核医療
機能	●健康相談等の支援の機能	●地域に必要な小児専門医療を担う機能	●より高度で専門的医療を担う機能	●高度な小児専門医療を担う機能
目標	●子供の急病時の対応等を支援 ●地域医療の情報提供 ●救急蘇生法等の実施 ●かかりつけ医と適正な受療行動	●地域に必要な一般医療の実施 ●専門医療施設との連携	●一般小児医療では対応困難な患者への医療 ●小児専門医療の実施	●地域小児医療では対応困難な極めて高度な専門医療
医療機関等例	●家族 ●消防機関 ●行政	●一般の小児科を標榜する診療所・病院 ●小児科専門診療所及び病院 ●訪問看護ステーション	●地域の拠点病院 済生会川内病院 ●地域の中核的役割を果たす医療機関 出水総合医療センター	●鹿児島大学病院 ●鹿児島市立病院
医療機関等の基準	(家族等周辺者) ●不慮の事故の原因となるリスクの排除 ●必要に応じた電話相談事業の活用等 (消防機関等) ●救急医療情報システムを活用した適切な医療機関への速やかな搬送 ●事故予防や心肺蘇生法等の知識の家族等への普及啓発等 (行政機関) ●疾病予防や医療保健福祉サービス等の情報提供、適正な受療行動の啓発 ●小児救急電話相談事業の実施等	(診療所・病院) ●一般的な小児医療に必要な診断・検査・治療を実施できる。 ●予防接種や園医、学校医を担うことができる。 ●地域小児医療(小児専門医療)施設と連携できる。 ●療養・療育の必要な児への支援ができる。 ●家族への精神的支援ができる。  (訪問看護ステーション) ●療養・療育の必要な児への支援ができる。 ●家族への精神的支援ができる。	●高度の診断・検査・治療で勤務医の専門性に応じた専門医療ができる。 ●常時監視・治療の必要な患者の入院治療ができる。 ●地域の小児科医療機関との連携ができる。 ●高次機能の医療機関との連携ができる。 ●保健・福祉等サービス等の調整ができる。 ●家族への精神的支援ができる。 ●療養・療育支援を担う施設との連携、在宅医療の支援ができる。	●高度専門的な診断・検査・治療ができる。 ●療養・療育支援を担う施設との連携ができる。
連携	●より専門的な医療を要するなど対応が困難な患者に係る連携 ●療養・療育を要する小児の退院支援に係る連携			

小児救急医療

	初期小児救急医療	入院小児救急医療	小児救命救急医療
機能	●初期小児救急医療を担う機能	●入院を要する救急医療を担う機能	●小児の救命救急医療を担う機能
目標	●初期小児救急の実施	●入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施	●24時間体制での小児の救急医療
医療機関例	●小児科在宅当番医 ●小児夜間支援当番体制(川内市医師会) ●夜間輪番群(川内市医師会) ●小児科標榜の診療所	●地域の拠点病院 済生会川内病院 ●地域の中核的役割を果たす医療機関 出水総合医療センター	●鹿児島市立病院(救命救急センター) ●鹿児島大学病院(救命救急センター)
医療機関の基準	●在宅当番医、夜間急病センター等における初期小児救急医療の実施 ●緊急手術や入院などを要する場合に備え、対応可能な医療機関との連携 ●開業医などによる夜間休日の初期小児医療への参画	●入院を要する小児救急医療に24時間体制で対応できる。 ●地域医療機関との連携した小児救急医療が実施できる。 ●高次専門的な医療機関と連携した対応を実施できる。 ●療養・療育支援を行う施設と連携ができる。 ●家族への精神的支援ができる。	●地域小児医療センターからの紹介患者や救急搬送による患者を中心とした重篤な小児24時間365日体制の救急医療(小児集中治療室P I C Uを運営することが望ましい)
連携	●より専門的な医療を要するなど対応が困難な患者に係る連携 ●療養・療育を要する小児の退院支援に係る連携		

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-104】川薩保健医療圏 在宅医療の医療連携体制図



[北薩地域振興局作成]



川薩保健医療圏 在宅医療における連携体制基準（機関ごと基準）

	A 入院支援	B 日常の療養支援	C 急変時	D 看取り	
目標	入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保する。	患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケア含む)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供される。	在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保する。	住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での終末期の療養支援(看取りを含む)を行う体制を確保する。	
在宅医療を担う関係機関	1. 入院医療機関 (病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院)	①退院支援担当者などを配置している。 ②入院当初から退院後の療養生活を視野に支援している。 ③各患者に対する在宅医療及び介護資源の調整ができる。 ④退院前カンファランスや文書・電話などで在宅医療に関わる機関との情報共有や協働での退院支援ができる。	①在宅療養支援のためのレスパイト入院の体制調整ができる。	①急変時に必要に応じて一時受け入れができる。 ②重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関との連携体制を構築することができる。 ③搬送について地域の消防関係者との連携ができる。	①終末期に出現する症状に対する不安を解消し、患者が望む場所で療養ができる体制を構築できる。 ②在宅での療養困難な場合は必要時に受け入れられる。
	2. 在宅医	①入院医療機関と円滑な連携により、在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加(医師または看護師)等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。	①各疾患やニーズに応じた在宅療養計画作成・提供ができる。 ②日頃から相互に情報共有や報告・連絡・相談等を積極的に行い顔の見える関係づくりに努めている。 ③担当者会議等への参加、または患者等についての情報を提供することができる。 ④家族への介護指導や必要時のレスパイト相談・援助ができる。 ⑤24時間365日対応が可能、又は関係機関と連携し24時間対応可能な体制を確保していることが望ましい。	①急変時の対応(電話対応・指示や往診等)ができる。 ②入院が必要な場合は二次救急病院等と連携し、ベッドの確保が可能である。(24時間体制又は連携による体制確保) ③搬送について地域の消防関係者との連携ができる。	①在宅看取りの対応ができる。(在宅療養者等の不安への対応や望む場所で最後まで安心して療養できる体制づくり) ②介護施設等での終末期療養への必要時の支援ができる。
	3. 訪問看護事業所	①入院医療機関及び在宅医との円滑な連携により、退院支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。	①在宅療養者のニーズに応じた訪問看護計画・提供ができる。 ②日頃から相互に情報共有や報告・連絡・相談等を積極的に行い顔の見える関係づくりに努め多職種協働できる。 ③担当者会議や地域ケア会議等へ積極的に参加できる。 ④家族への介護指導やレスパイトの相談及び援助ができる。 ⑤24時間365日対応が可能、又は関係機関と連携し24時間対応可能な体制を確保している。	①急変時の対応(電話対応・指示や訪問看護)ができる。 ②個々の在宅療養者の急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。	①在宅看取りの対応ができる。(在宅療養者等の不安への対応や望む場所で最後まで安心して療養出来る体制づくり) ②終末期の迎え方を自己決定できるよう必要な支援ができる。
	4. 居宅介護支援事業所	①入院医療機関及び在宅医等との円滑な連携により在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。 ③病状や治療方針、療養環境等を踏まえたケアプランを作成し退院直後から支援できる。	①在宅療養者のニーズや課題に応じた医療・介護サービス等の調整ができる。 ②地域包括支援センター等と協働し、在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減に繋がるサービス等の適切な紹介ができる。 ③在宅療養者のニーズや課題を解決するために、地域包括支援センター等と協議し、地域ネットワーク構築や地域の課題発見に資するための地域ケア会議等を活用できる。 ④24時間365日の連絡体制、又は可能な連携体制の確保が望ましい。	①急変時に適切な機関に報告や相談ができる。必要に応じて緊急訪問や指示等ができる。 ②個々の在宅療養者の急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。 ③患者・家族の状況や治療に対する意向を踏まえた支援ができる。	①在宅療養者が終末期を迎えるにあたり、自己決定できるように多職種と連携して本人及び家族等への支援ができる。
	5. 地域包括支援センター	①要介護認定者以外の方も対象としてニーズに応じた在宅移行時の支援ができる。	①個別の課題にとどまらず、地域ネットワーク構築や地域の課題発見に資するために、地域ケア会議を活用できる。		
	6. 介護事業所 (訪問、通所)	①顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ②退院直後からケアプランを踏まえた療養生活支援ができる。	①顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ②在宅療養者のニーズに応じた療養生活を支援できる。	①症状悪化時の早期発見が出来るよう情報を共有し、必要な相談・報告ができる。	①自己決定した療養生活が出来るよう支援ができる。
	7. 施設・居住系事業所	①退院前カンファランスへの参加など、医療専門職等との連携により療養生活の支援に必要な情報を共有し支援ができる。	①療養者のニーズに応じた療養生活を支援できる。 ②顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ③在宅療養支援のためのレスパイト利用可能な体制の確保・調整ができる。	①療養者・家族の状況や治療に対する意向を踏まえた支援ができる。 ②急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。	①本人・家族の願いや終末期の迎え方などを把握するよう努め、「望む終末期」を迎えられよう情報共有し、必要時に多職種と連携できる。
	8. 調剤薬局	①在宅移行時の支援ができる。 ②ニーズに応じて退院前カンファランスへの参加等情報を共有し顔の見える関係に努めながら連携できる。	①多職種と連携し、訪問薬剤師指導ができる。 ②ニーズに応じて残薬管理の支援ができる。 ③医薬品の提供、医療・衛生材料等の支援ができる。	①急変時の対応ができる。(必要に応じて他薬局と連携をとる。)	①疼痛緩和のための麻薬管理ができる。
	9. 歯科診療所	①ニーズに応じて在宅移行時の支援ができる。	①多職種と連携しながら口腔ケアなどの相談・指導及びニーズに応じて在宅歯科診療等ができる。		

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	①医療機関(特に一人の医師が開業している診療所)が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時における診療の支援を行っている。 ②在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護の資源が十分確保できるよう、関係医療機関に働きかけている。 ③在宅医療に係る医療及び介護関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を図っている。 ④卒後初期臨床研修制度(歯科の場合、卒後臨床研修制度)における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受けられる機会等の確保に努めている。 ⑤災害時等にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送に係る計画を含む)を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行っている。 ⑥地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護や家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介している。 ⑦入院機能を有する医療機関においては、在宅医療者の病状が急変した際の一時受け入れを行っている。 ⑧地域住民に対し、在宅医療の内容及び地域の医療及び介護資源に関する情報提供を行っている。
在宅医療に必要な連携を担う拠点	①地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害対応含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施している。 ②質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図っている。 ③地域の医療及び介護資源の機能を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行っている。 ④在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行っている。 ⑤在宅医療に関する人材育成及び地域住民への普及啓発を実施している。

全般共通	日頃から相互に連絡・相談を積極的に行い、それぞれの役割や活動範囲を把握しながら情報共有や顔の見える関係づくりに努めている。 在宅医療を推進するための地域全体の課題把握に努めると共に、人材育成やネットワーク構築、地域住民の普及啓発に努める。
------	--

# 出水保健医療圏

## 出水保健医療圏 保健医療計画（資料編）医療連携体制図の修正内容一覧(案)

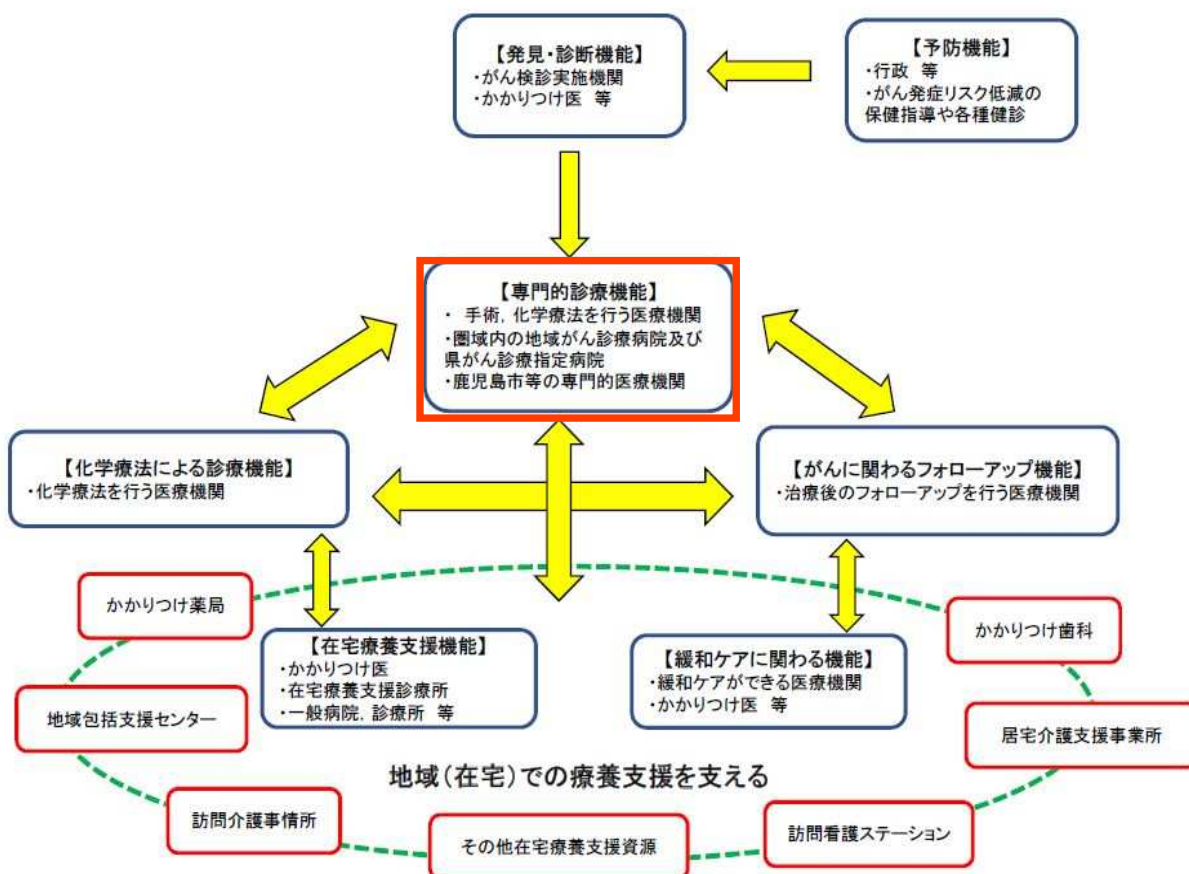
出水保健医療圏	修正内容
がん	修正なし
脳卒中	初期対応施設Aから回復期リハ施設Cへの連携の矢印を追加
心筋梗塞等の心血管疾患	修正なし
糖尿病	修正なし
精神疾患	統合失調症の体制図のアクセスの欄に「市町」を追加
救急医療	修正なし
災害医療	修正なし
離島・へき地医療	右下 地域医療対策協議会が左下と重複しているため削除 左下 各種団体, 医療機関等を追加
周産期医療	鹿児島市立病院G C U 44床を43床へ修正
小児・小児救急医療	野田診療所内夜間一次救急診療所（出水郡医師会）を削除
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「退院支援」を「入退院支援」に変更</li> <li>・「日常の療養支援」枠内に, 「介護医療院」を追記</li> <li>・「急変時・災害時対応」枠内に, 「消防機関」を追記</li> </ul>

出水保健医療圏 保健医療計画（資料編）医療機能基準の修正内容一覧(案)

出水保健医療圏	修正内容
がん	【専門的診療機能】「緩和ケアを行っている。」に「医療用麻薬の供給体制の整備等」を追加
脳卒中	C 回復期施設（身体のリハビリ回復体制） 「⑩ 抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症へ対応できる。」を追加
心筋梗塞等の心血管疾患	修正なし
糖尿病	修正なし
精神疾患	臨床心理士を「心理担当職員」へ修正
救急医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「救急・災害医療情報システムの活用」を削除し、「傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準に基づく適切な患者」へ修正</li> <li>・ 対応時間を削除</li> <li>・ 「野田診療所内夜間一次救急診療所（内科・小児科）」を削除し、「出水郡医師会広域医療センター」を追加</li> </ul>
災害医療	修正なし
離島・へき地医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケアの診療が可能な「医療の確保」を「医師等の確保」へ修正</li> <li>・「遠隔診療等の実施」を「遠隔診療等の実施による各種診療支援」へ修正</li> <li>・「継続的な医師派遣等も含む」を追加</li> </ul>
周産期医療	新生児病室等の保有（NICUを設けることが望ましい）へ修正
小児・小児救急医療	野田診療所内夜間一次救急診療所（出水郡医師会）を削除
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護医療院を追加</li> <li>・在宅において積極的役割を担う医療機関を追加</li> <li>・在宅医療に必要な連携を担う拠点を追加</li> </ul>

【出水保健医療圏】

【図表資-5-106】 出水保健医療圏 がんの医療連携体制図



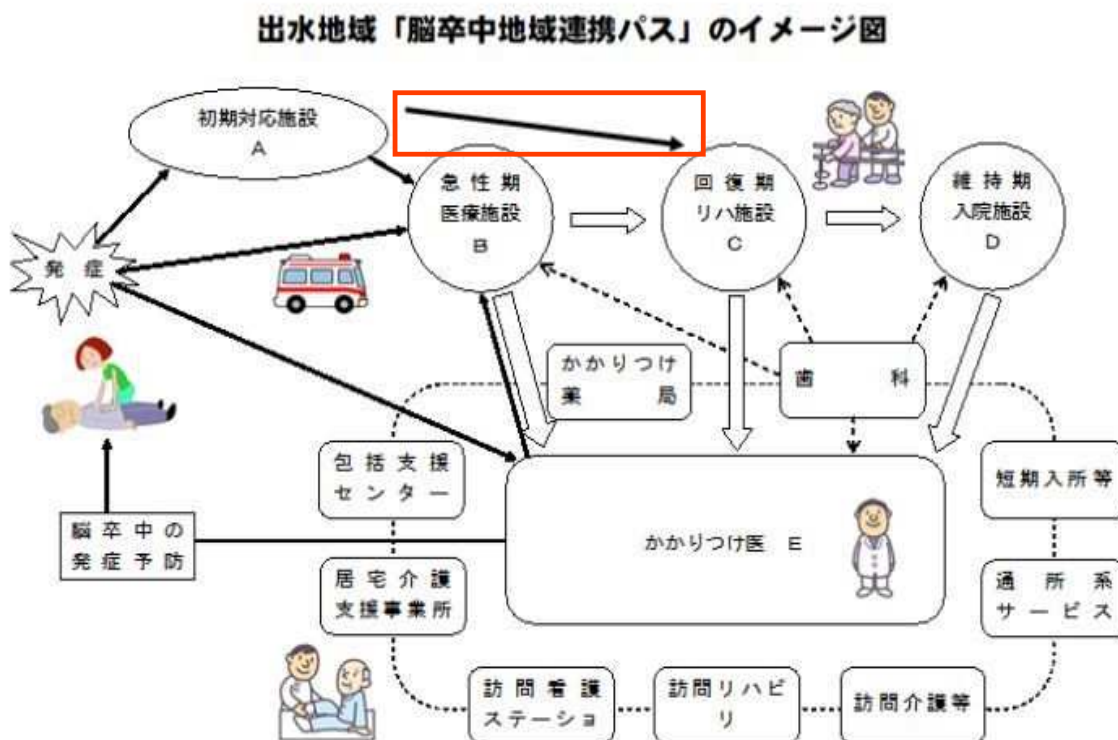
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-107】 出水保健医療圏 がんの医療機能基準

<p>【発見・診断機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がんあるいはがんを疑う病変の診断が可能である。</li> </ul>
<p>【専門的診療機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がんの確定診断が可能である。</li> <li>○ 手術および化学療法が実施できる。</li> <li>○ 緩和ケア（医療用麻薬の供給体制の整備等）を行っている。</li> </ul>
<p>【化学療法による診療機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ プロトコールに従ってがん化学療法が実施できる。</li> <li>○ 化学療法中の副作用に対する経過観察が可能である。</li> </ul>
<p>【がんに関わるフォローアップ機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 治療後の経過観察ができる。</li> <li>○ 無治療患者の経過観察ができる。</li> <li>○ 必要に応じて専門的診療施設と連携がとれる。</li> </ul>
<p>【緩和ケアに関わる機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 緩和ケアを提供することができる。</li> </ul>
<p>【在宅療養支援機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 往診あるいは訪問看護により、患者の在宅での支援が可能である。</li> </ul>

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5- 】出水保健医療圏 脳卒中の医療連携体制図



[北薩地域振興局作成]

【図表資-5- 】出水保健医療圏 脳卒中の医療機能基準

**A 初期対応施設**

- ① 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。
  - ② t-P A治療の適応患者の推定が可能である。
  - ③ 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。
  - ④ 30分以内に到着できる脳外科及び神経内科と連携がとれている。
  - ⑤ 診療ガイドラインに則した診療を実施している。
  - ⑥ 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）。
- 例：救急告示病院，夜間輪番病院，脳外科標榜施設，神経内科標榜施設

※ t-P A治療の適応（発症から4.5時間を経過していない）から外れる患者の対応及び夜間・休日救急医療の確保の観点から、[初期対応施設]を組み込んだ。

**B 急性期施設（救急医療機能）**

- ① 夜間でも休日でも、t-P A治療が可能な体制が整備されている。
  - ② 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。
  - ③ 診療ガイドラインに則した診療を実施している。
  - ④ リスク管理のもとに、早期リハビリが可能である。
  - ⑤ 転院・退院調整機能を持ったスタッフがおおり、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）。
  - ⑥ 退院時カンファレンス又は共同指導体制が望まれる。
  - ⑦ 地域のケアマネージャーと連携がとれている。
  - ⑧ 転院先と定期的会合を開催している。
- 例：地域支援病院，救急告示病院

### C 回復期施設（身体のリハビリ回復体制）

- ①脳疾患リハの施設基準を取得している。
  - ②診療ガイドラインに則した診療を実施している。
  - ③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。
  - ④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）。
  - ⑤入退院・転院調整機能を持ったスタッフがおり、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）。
  - ⑥歯科医との連携が望ましい。
  - ⑦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。
  - ⑧地域のケアマネジャーと連携がとれている。
  - ⑨転院時及び退院時カンファレンスが望まれる。
  - ⑩抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応ができる。
- 例：回復期リハビリ病棟、リハビリ機能を有する病院・有床診療所

### D 維持期入院施設（日常生活への復帰・維持リハビリ体制）

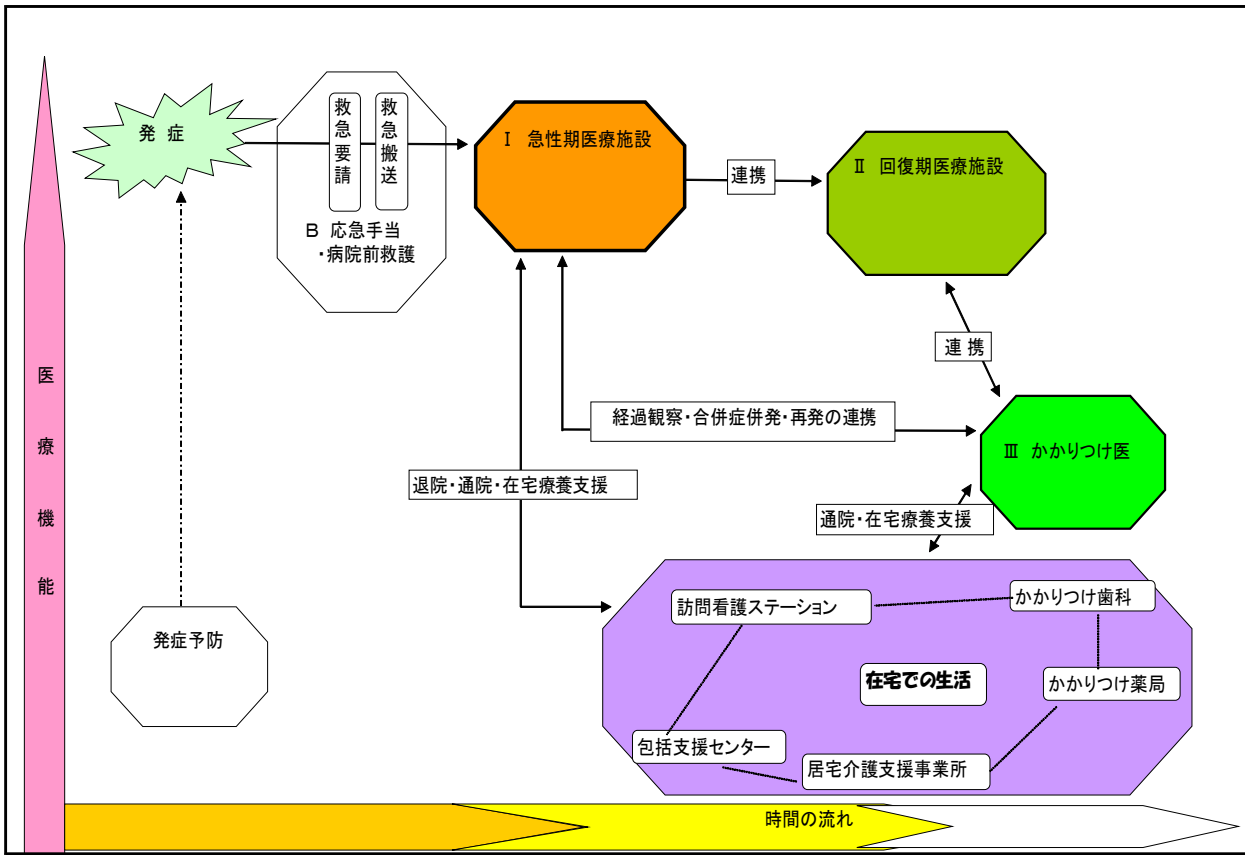
- ①診療ガイドラインに則した診療を実施している。
  - ②再発予防（抗血小板療法、抗凝固療法）、高血圧、糖尿病、心房細動などに対応できる。
  - ③生活機能の維持向上のためにリハビリを実施している（担当者の資格は問わない）。
  - ④可能な患者には離床して食事をとらせている。
  - ⑤口腔ケア及び認知症への対応ができる。
  - ⑥入退院・転院調整機能を持ったスタッフがおり、転院・退院に際し患者及び家族を精神的にサポートしている（専任の必要はない）。
  - ⑦歯科医との連携が望ましい。
  - ⑧紹介医又は転院先に適切な診療情報提供を行い、治療計画を共有している。
  - ⑨地域のケアマネジャーと連携がとれている。
- 例：療養型病床、有床診療所、介護老人保健施設

### E かかりつけ医施設（生活の場での療養支援体制）

- ①当該患者の状況を総合的に把握している。
  - ②診療ガイドラインに則した診療を実施している。
  - ③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。
  - ④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。
  - ⑤患者が希望する場合には、訪問診療が可能である。
  - ⑥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。
  - ⑦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。
  - ⑧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。
- 例：中小病院、診療所

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5- 】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- 】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）

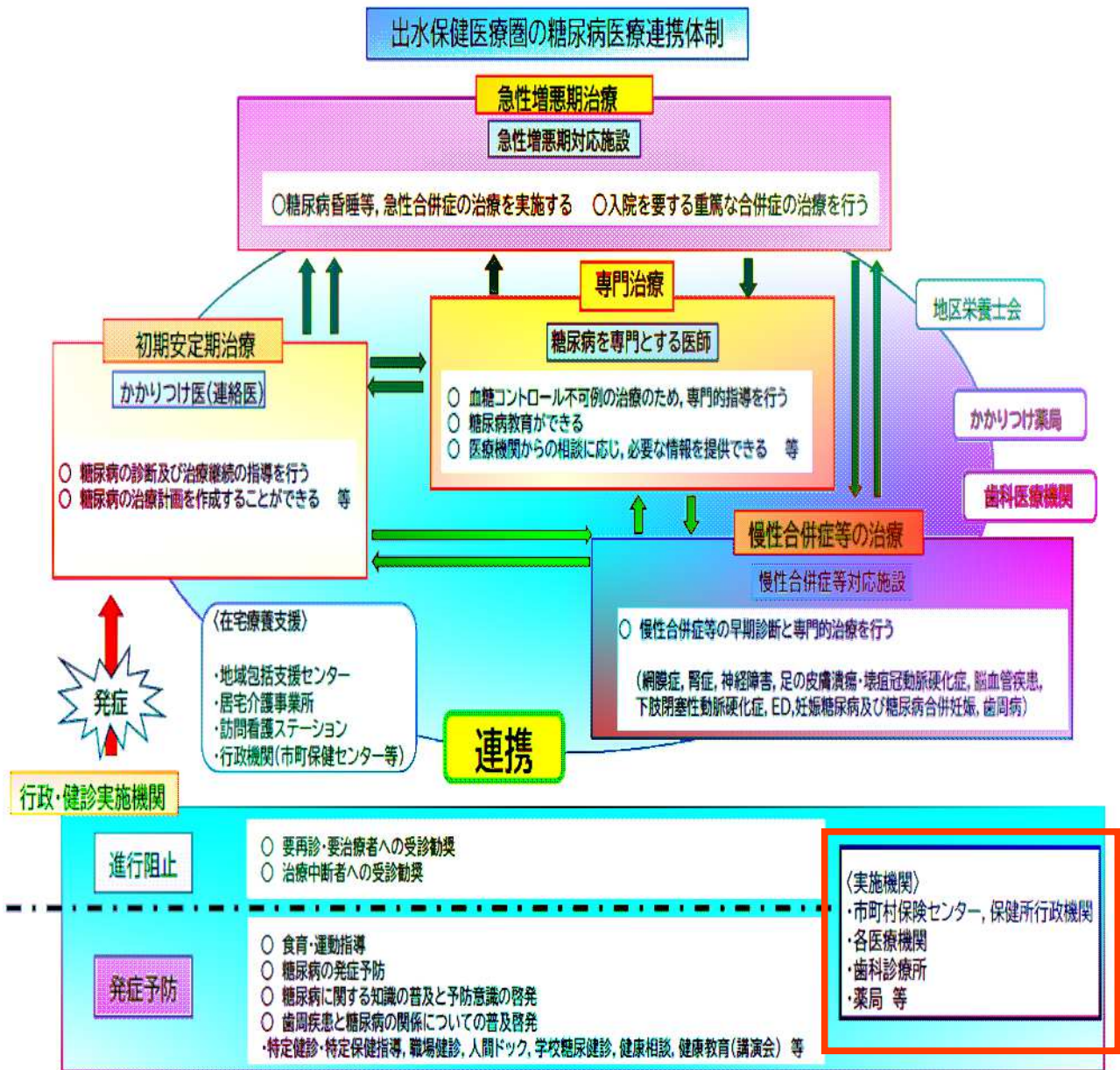
急性心筋梗塞連携体制に参加するかかりつけ医は、急性心筋梗塞の患者の在宅での生活を支えるために、以下の役割を果たすよう努力する。

- 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。

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-112】出水保健医療圏 糖尿病の医療連携体制図



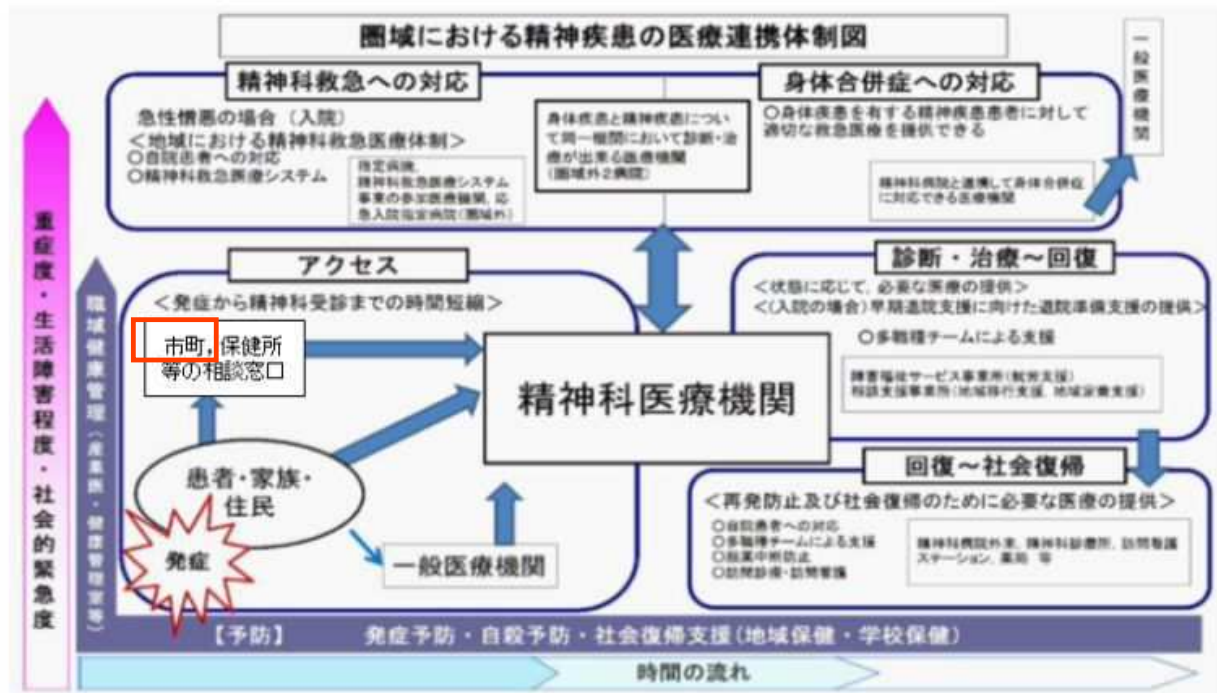
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-113】出水保健医療圏 糖尿病の医療機能基準

<p><b>I 発症予防【糖尿病・耐糖能障害発症の予防】</b>          &lt;市町保健センター，保健所等行政機関，健診実施機関，医療機関，歯科診療所，薬局等&gt;          ・糖尿病の発症予防（食事指導，運動指導等）          ・糖尿病に関する知識の普及と予防意識の啓発          ・<b>歯周疾患と糖尿病の関係についての普及啓発</b></p>
<p><b>II 初期・安定期治療【合併症の発症予防のための初期・安定期の治療を行う機能】</b>          &lt;かかりつけ医（連携医）&gt;          ・糖尿病の診断及び治療継続の指導が可能であること          ・重篤でない低血糖時及びシックデイ<sup>*1</sup>の対応が可能であること          ・糖尿病の治療計画の作成が可能であること          ・糖尿病医療連携機関等との連携が可能であること</p>
<p><b>III 専門治療【血糖コントロール不可例の治療を行う機能】</b>          &lt;糖尿病治療医&gt;          ・糖尿病の診断及び専門的指導が可能であること          ・食事療法，運動療法，薬物療法等による血糖コントロールの専門指導が可能であること          ・インスリン導入ができること          ・糖尿病医療連携機関等との連携が可能であること          ・必要時，治療計画の修正ができること</p>
<p><b>IV 慢性合併症等の治療【慢性合併症の早期診断と専門的治療を行う機能】</b>          &lt;慢性合併症等対応施設&gt;（①～⑩のいずれか一つでも可。）          ・糖尿病の慢性合併症等について，それぞれ専門的な検査・治療が可能であること          ① 網膜症          ② 腎症          ③ 神経障害          ④ 足の皮膚潰瘍・壊疽          ⑤ 冠動脈硬化症          ⑥ 脳血管疾患          ⑦ 下肢閉塞性動脈硬化症等          ⑧ ED（勃起障害）          ⑨ 妊娠糖尿病と糖尿病を合併した妊娠          ⑩ 歯周病          ・糖尿病医療連携機関等との連携が可能であること。</p>
<p><b>V 急性増悪期治療【緊急・重症者の治療を行う機能】</b>          &lt;急性増悪期対応施設&gt;          ・糖尿病昏睡や重篤なシックデイ，低血糖，高血糖の治療が可能であること          ・入院治療を要する重篤な合併症の治療が可能であること          （有痛性神経障害，足壊疽，腎症，心筋梗塞，脳卒中 等）          ・糖尿病医療連携機関等との連携が可能であること          注）糖尿病医療連携機関等：歯科医療機関，地区栄養士会，かかりつけ薬局，行政機関（市町等），地域包括支援センター，訪問看護ステーション 等</p>

\*1 シックデイ：糖尿病患者が感染症にかかり，熱が出る・下痢をする・吐く，または食欲不振によって食事ができない時のことをいう。血糖値が乱れやすくなり急性合併症を起こしやすい。

【図表資-5-】出水保健医療圏 統合失調症の医療連携体制図

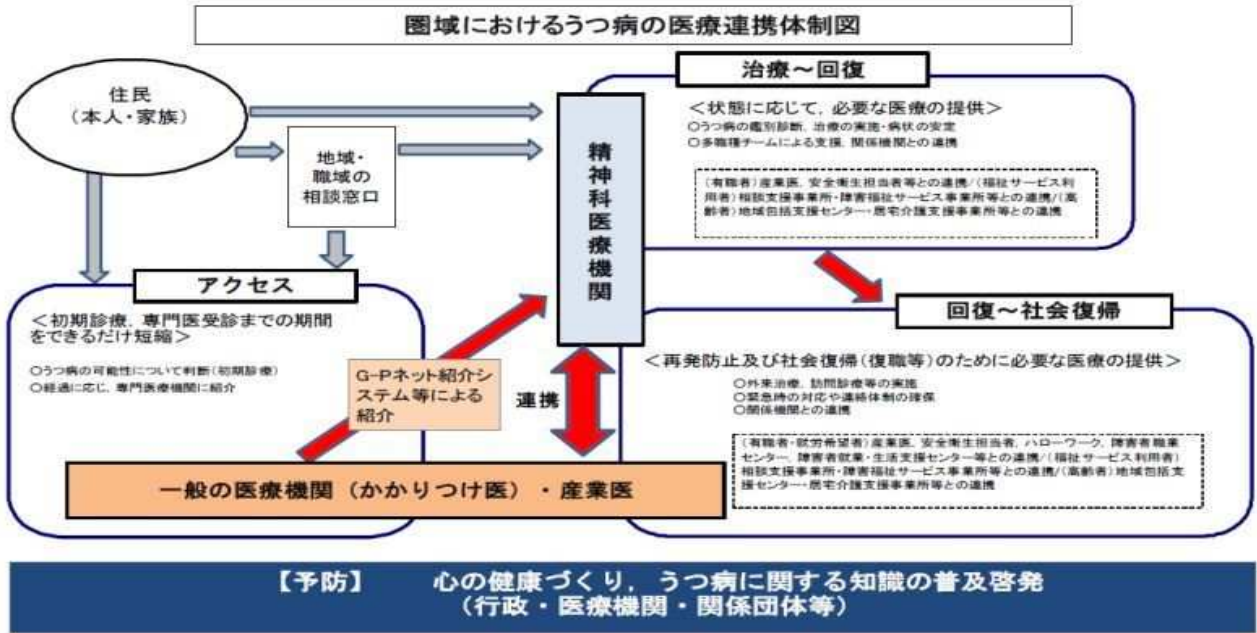


【図表資-5-】出水保健医療圏 統合失調症の医療機能基準

機能	【予防・アクセス】	【診断・治療～回復】 (病院・入院)	【回復～社会復帰】 (病院)	【精神科救急への対応】 (急性増悪時)	【身体合併症への対応】
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患の予防（メンタルヘルス）</li> <li>症状が出たら精神科医に紹介できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じて、必要な医療を提供できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>再発防止及び社会復帰のために、必要な医療を提供できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科医が必要な患者等の状態に応じて速やかに精神科救急医療が提供できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体疾患を有する精神疾患患者に対して適切な救急医療を提供できる</li> </ul>
医療機能別関係機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患の発症を予防する（メンタルヘルス）</li> <li>発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮する</li> <li>精神科医療機関と地域の保健医療サービス等と連携する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の状態に応じた精神科医療を提供できる</li> <li>（入院の場合）早期退院に向けて、病状が安定するための退院準備支援を提供できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の状態に応じた精神科医療を提供できる</li> <li>患者が社会的に孤立せず、できるだけ長く、地域生活を継続できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>24時間365日、精神科救急医療を提供できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できる</li> </ul>
地域連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>①住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力する</li> <li>②精神科医との連携がとれている</li> <li>③市町、保健所、県精神保健福祉センター、産業保健の関係機関と連携できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①患者の状態に応じて必要な精神科医療を提供できる</li> <li>②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理担当職員等の多職種チームによる支援体制を作っている</li> <li>③（入院の場合）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</li> <li>④必要に応じたアウトリーチ（訪問支援等）ができる。訪問支援については、（自院で訪問支援を実施していない場合など）地域の訪問看護ステーションとの連携を図る</li> <li>⑤緊急時の対応や連絡体制を確保している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①外来診療や訪問看護を通じて、薬量指導や病状悪化を防止するための支援ができる</li> <li>②社会復帰を促進するため生活訓練を実施している（デイケアやナイトケア）</li> <li>③精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理担当職員等の多職種チームによる支援体制を作っている</li> <li>④必要に応じたアウトリーチ（訪問支援等）ができる。訪問支援については、（自院で訪問支援を実施していない場合など）地域の訪問看護ステーションとの連携を図る</li> <li>⑤緊急時の対応や連絡体制を確保している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①精神科救急医療に対応できる</li> <li>ア 継続的に診察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</li> <li>イ 精神科救急医療システムに参加し救急患者を受け入れている</li> <li>ウ 救急入院に対応できる</li> <li>エ 24時間365日、救急対応できる救急入院の指定を受け、救急患者を受け入れている（精神科救急入院科病棟を有する医療施設を含む）</li> <li>②精神科救急患者の受入が可能な設備を有する（仮設室、無室室等）</li> <li>③地域の医療機関や消防（救急）、保健所、精神科救急情報センター等との連携がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①身体疾患を合併する患者の診断・治療ができる</li> <li>ア 身体疾患と精神疾患について同一医療機関において診断・治療ができる</li> <li>イ 精神科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療協力を得て対応できる</li> <li>ウ 一般病棟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</li> <li>②地域の医療機関や保健所等との連携がある</li> </ul>
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般の医療機関</li> <li>精神科を有している病院や診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科を有している病院や診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科を有している病院や診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科救急医療システム事業の参加医療機関</li> <li>指定病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体疾患と精神疾患について同一医療機関において診断・治療ができる医療機関</li> <li>精神科と連携して身体合併症に対応できる医療機関</li> </ul>
連携が想定される機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町、保健所、県精神保健福祉センター、地域産業保健センター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町、保健所、県精神保健福祉センター、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所</li> <li>相談支援事業所、その他障害福祉サービス事業所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町、保健所、県精神保健福祉センター、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所</li> <li>相談支援事業所、その他障害福祉サービス事業所、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急入院指定病院（圏域外）</li> <li>かかりつけ医（精神科）、一般の医療機関、市町、保健所、県精神保健福祉センター、圏域の救急告示病院</li> <li>官邸、消防（救急）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体合併症の入院治療ができる精神科医療機関（圏域外）</li> <li>かかりつけ医（精神科）、保健所、県精神保健福祉センター、市町、一般の医療機関</li> </ul>

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5- 】出水保健医療圏 うつ病の医療連携体制図



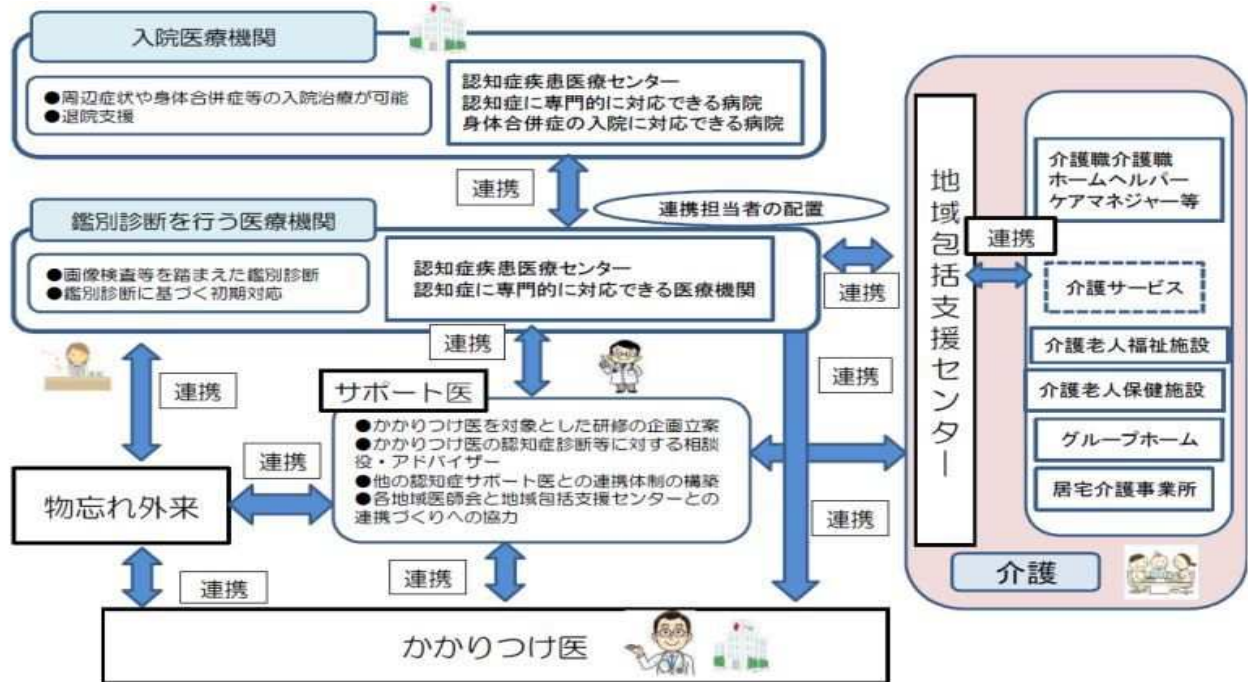
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5- 】出水保健医療圏 うつ病の医療機能基準

	【 予 防 】	【 アクセス 】	【 治療～回復 】 (入院・通院)	【 回復～社会復帰 】 (通院)
機能	・うつ病の手助(メンタルヘルス)	・うつ病症状が出ている患者を専門医に紹介できる	・うつ等の状態に応じて、外来医療や入院医療を提供できる	・再発を予防して地域生活を維持できる ・社会復帰(復職等)に向けた支援、外来医療や訪問診療等を提供できる
目標	・うつ病を予防する	・うつ病の可能性について判断できる ・専門医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮する	・うつ病と双極性障害等のうつ状態を伴う他の疾患との鑑別診断ができる ・退院に向けて病状の安定を図るとともに退院支援を行う	・患者ができるだけ地域で生活が維持できる ・社会復帰(復職等)のための支援を提供できる ・精神科医療機関においては、急変時に対応、または適切に紹介できる
医療機能別関係機関に求められる事項	①住民の精神的な健康の増進、うつ病に関する知識の普及啓発などの一次予防に協力している(相談対応ができる) ②かかりつけ医と精神科医師は連携がとれている(G-Pネット)	①うつ病の可能性について判断(初期診療)できる ②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(出水地区G-Pネット紹介システム)	①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 ②重症度に応じて、薬物療法及び精神療法を含む精神科医療を提供できる ③精神科医、心理担当職員、看護師等のチームによる支援体制がある	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療(外来医療、訪問診療)を提供できる ②患者の状況に応じて適切な精神科医療(外来医療、訪問診療)を提供できる ③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 ④精神科医療機関において緊急時の対応や連絡体制を確保している
地域連携	①市町、保健所、県精神保健福祉センター、産業保健の関係機関と連携している	①市町、保健所、県精神保健福祉センター、産業保健の関係機関と連携できる ②高齢者については、必要に応じて、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等と連携できる ③かかりつけ医師(一般の医療機関)等を対象としたうつ病の診療治療に係る研修等に参加している	①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 ②有職者の場合、職域の産業医、安全衛生担当者と連携により復職に必要な支援を行う ③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、居宅介護支援事業所介護保険サービス事業所と連携し、必要な支援を行う ④障害福祉サービスが必要な場合、指定特定相談支援事業所と連携し、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	①有職者の場合、職域の産業医、安全衛生担当者と連携により就業継続に必要な支援を行う ②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に必要な支援を提供できる ③高齢者については、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所介護保険サービス事業所と連携し必要な支援を行う ④障害福祉サービスが必要な場合、指定特定相談支援事業所と連携し、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
連携が想定される機関	・市町 ・保健所 ・県精神保健福祉センター ・地域産業保健センター ・労働安全衛生センター	・救急医療機関 ・消防(救急) ・市町 ・保健所 ・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所 ・県精神保健福祉センター ・地域産業保健センター	・救急医療機関 ・消防(救急) ・市町 ・保健所 ・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所 ・県精神保健福祉センター ・地域産業保健センター	・県精神保健福祉センター ・市町 ・保健所 ・ハローワーク ・障害者就業・生活支援センター ・地域産業保健センター ・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5- 】出水保健医療圏 認知症の医療連携体制図



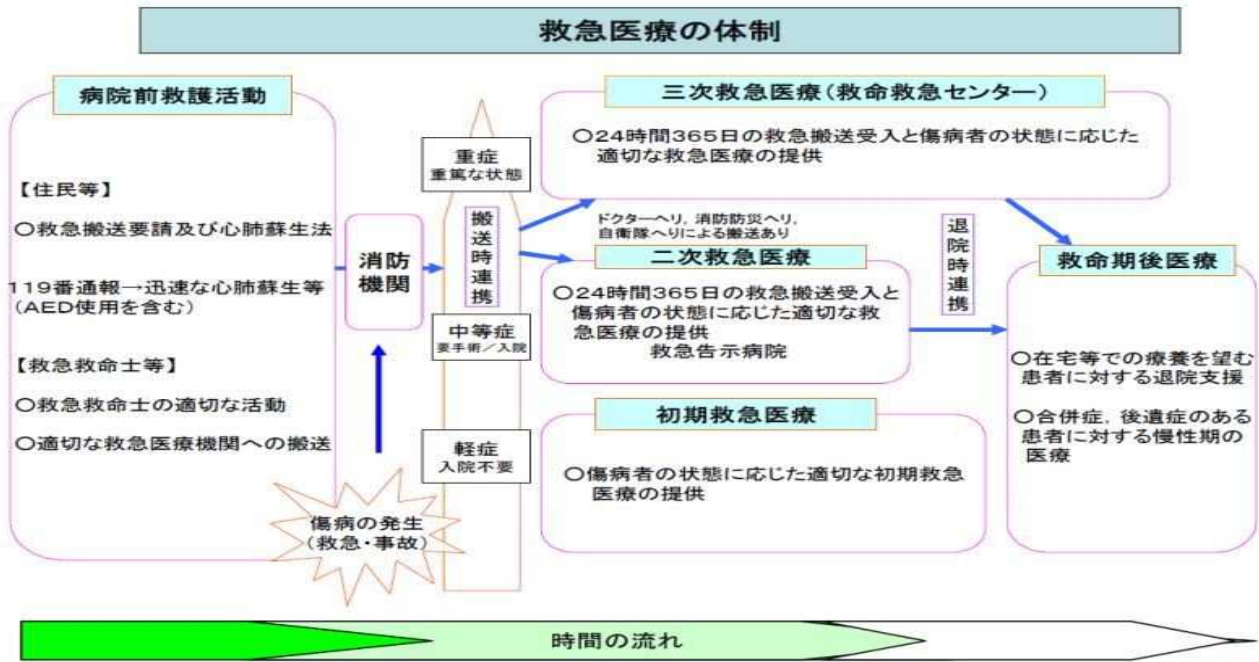
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5- 】出水保健医療圏 認知症の医療機能基準

区分	認知症の日常的な診療を行うかかりつけ医	鑑別診断を行う医療機関 (認知症疾患医療センター等)	入院医療機関
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の早期発見につなげる。</li> <li>認知症の日常的な診療等により、認知症の人の地域での生活を支援する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の早期診断・早期対応による認知症の重症化予防を図る。</li> <li>認知症の療養方針を決定し、関係機関と連携し、認知症の人の地域での生活を支援する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>重篤な認知症の周辺症状や身体合併に対する急性期等の入院治療の提供とともに、早期退院に向け退院支援を行う。</li> </ul>
医療機関に求められること	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の人の日常的な診療が可能である。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>認知症の人が地域ですべての生活ができるよう、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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の認知症の専門医が配置されている。</li> <li>※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。                     <ol style="list-style-type: none"> <li>日本老年精神医学会の定める専門医</li> <li>日本認知症学会が定める専門医</li> <li>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</li> </ol> </li> <li>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。</li> <li>鑑別診断に基づく初期対応が可能である。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の周辺症状や身体合併等の入院治療が可能である。</li> <li>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。</li> </ul>
医療機関例	<ul style="list-style-type: none"> <li>ものわずれの相談ができる医師</li> <li>認知症サポート医のいる診療所・病院</li> <li>かかりつけ医</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患医療センター</li> <li>鑑別診断ができる病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患医療センター</li> <li>認知症に専門的に対応できる病院</li> <li>身体合併症の入院治療に対応できる病院</li> </ul>
関係機関例	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患医療センター等専門医療機関</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>居宅介護支援事業所</li> <li>介護老人福祉施設</li> <li>グループホーム</li> <li>かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局</li> <li>訪問介護事業所等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>居宅介護支援事業所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>居宅介護支援事業所</li> <li>訪問看護事業所等</li> </ul>

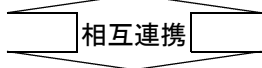
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5- 】出水保健医療圏 救急医療の医療連携体制図



[北薩地域振興局作成]

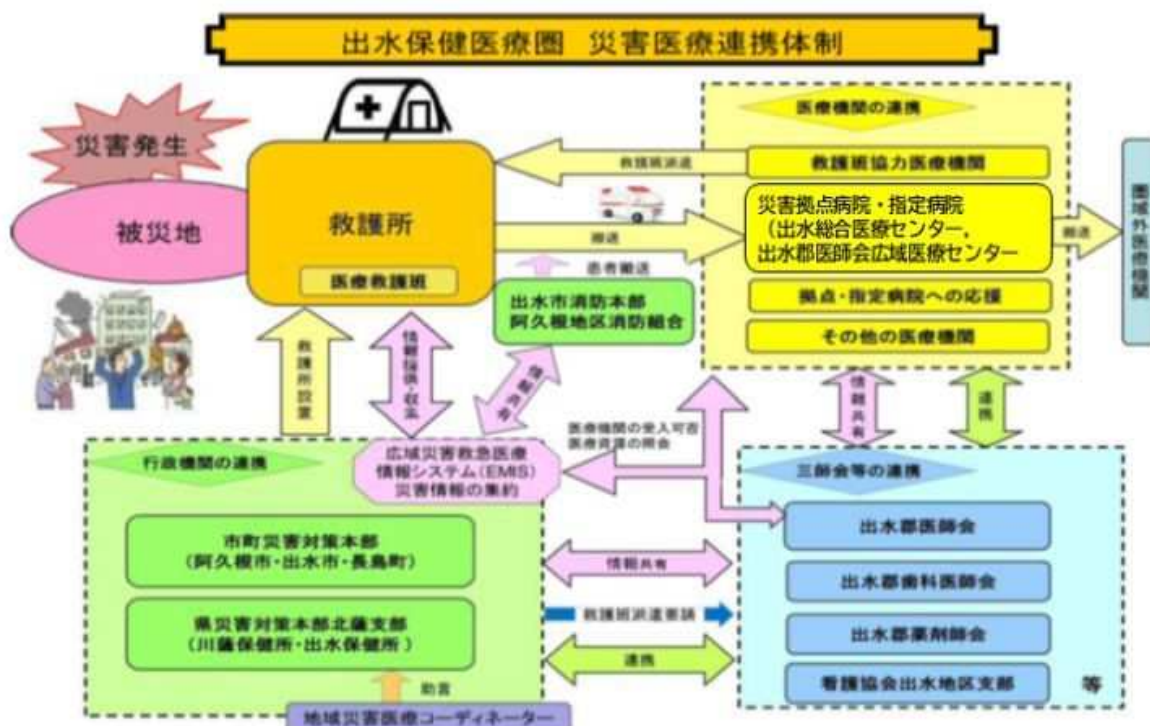
【図表資-5- 】出水保健医療圏 救急医療の医療機能基準

	初 期 救 急	二 次 救 急	三 次 救 急							
目標等	傷病者の状態に応じた救急医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 24 時間 365 日の救急搬送受入</li> <li>・ 傷病者の状態に応じた救急医療の提供</li> </ul>								
医療機能基準	休日又は夜間における日常的傷病，けが等の急病患者に対応できる。	休日又は夜間における入院治療を必要とする重症患者に対応できる。	24時間診療体制で心筋梗塞，頭部損傷，脳卒中等の重篤救急患者に対応できる。							
(求められる機能等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急患者に対する外来診療</li> <li>・ 近隣医療機関との連携</li> <li>・ 対応可能時間等の周知</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要な施設・設備の整備</li> <li>・ 早期のリハビリテーションの実施</li> <li>・ 外科的治療の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重篤な救急患者の常時受入</li> <li>・ 高度な治療に必要な施設及び設備の充実</li> <li>・ MC 体制の充実 等</li> </ul>							
医療連携体制	<table border="1"> <tr> <td>休日</td> <td>在宅当番医</td> </tr> <tr> <td>昼間</td> <td>小児科当番医</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">夜間</td> <td>出水総合医療センター 出水郡医師会広域医療センター</td> </tr> <tr> <td>任意応需</td> </tr> </table> <p>※ 当日の在宅当番医については，出水郡医師会ホームページをご覧ください。 <a href="http://www.izumigun-med.or.jp/">http://www.izumigun-med.or.jp/</a> ※ 診察時間と受付時間は異なります。</p>	休日	在宅当番医	昼間	小児科当番医	夜間	出水総合医療センター 出水郡医師会広域医療センター	任意応需	出水総合医療センター 出水郡医師会広域医療センター	鹿児島市立病院 (救命救急センター) (総合周産期母子医療センター)  鹿児島大学病院 (救命救急センター) 鹿児島 CCU ネットワーク
休日	在宅当番医									
昼間	小児科当番医									
夜間	出水総合医療センター 出水郡医師会広域医療センター									
	任意応需									
連携等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院困難者の受入機関との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準に基づく搬送先医療機関の選定，治療開始までの時間短縮</li> <li>・ 退院困難者の受入機関との連携</li> </ul>								

[北薩地域振興局作成]



【図表資-5- 】出水保健医療圏 災害医療の医療連携体制図



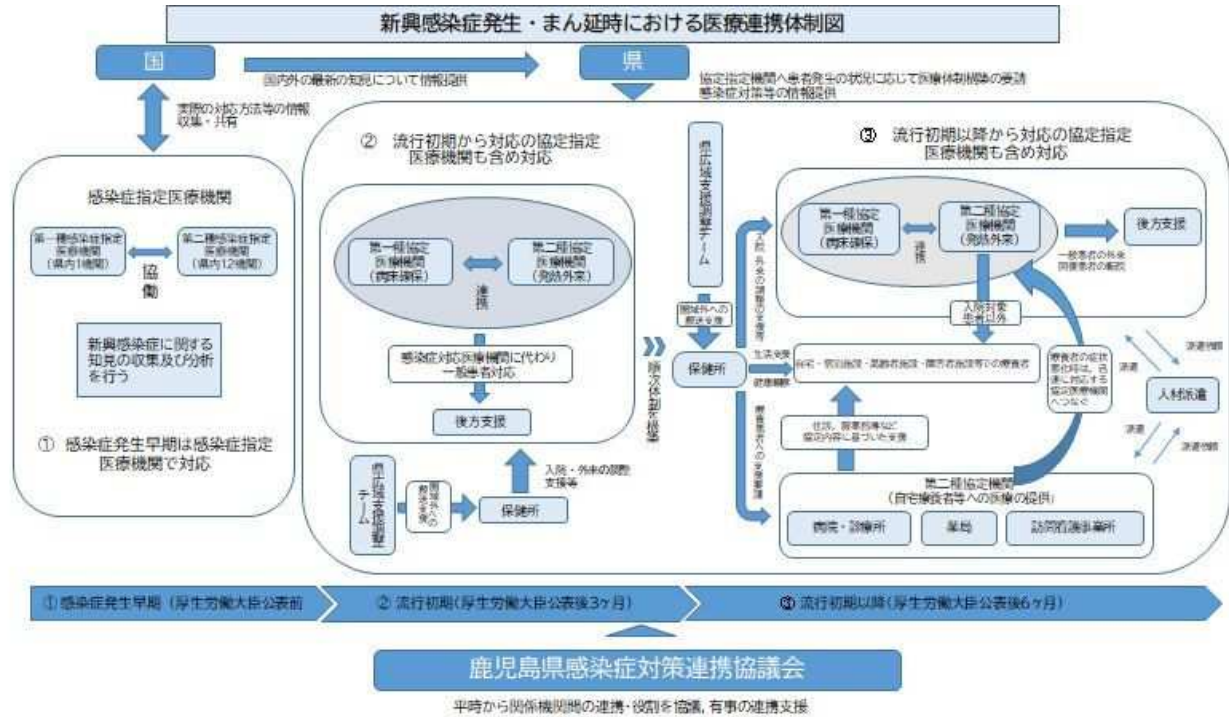
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5- 】出水保健医療圏 災害医療の医療機能基準

災害医療の連携体制における役割・機能等	役割・機能等の内容
災害拠点病院・指定病院機能	重篤救急患者の救命医療，救護所等からの患者の受け入れ及び広域搬送への対応を行う。
災害拠点・指定病院への応援機能	拠点病院・指定病院への医療従事者の派遣，または自院での後方支援を担うことができる医療機関
救護班協力医療機関機能	救護班編成に医療従事者を派遣することができる。 ※救護所 ○市町村長等の要請を受け設置 ○応急医療や被災者に対する感染症の蔓延防止，衛生面のケア，メンタルヘルスケアを実施。
その他の医療機関機能	人工呼吸器対応医療機関 ○人工呼吸器を装着している在宅療養者への対応ができる。
	在宅酸素療養対応医療機関 ○災害時において在宅酸素療養者への対応ができる。
	透析治療対応医療機関 ○災害時において透析治療ができる。

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-】出水保健医療圏 新興感染症発生・まん延時における医療連携体制図



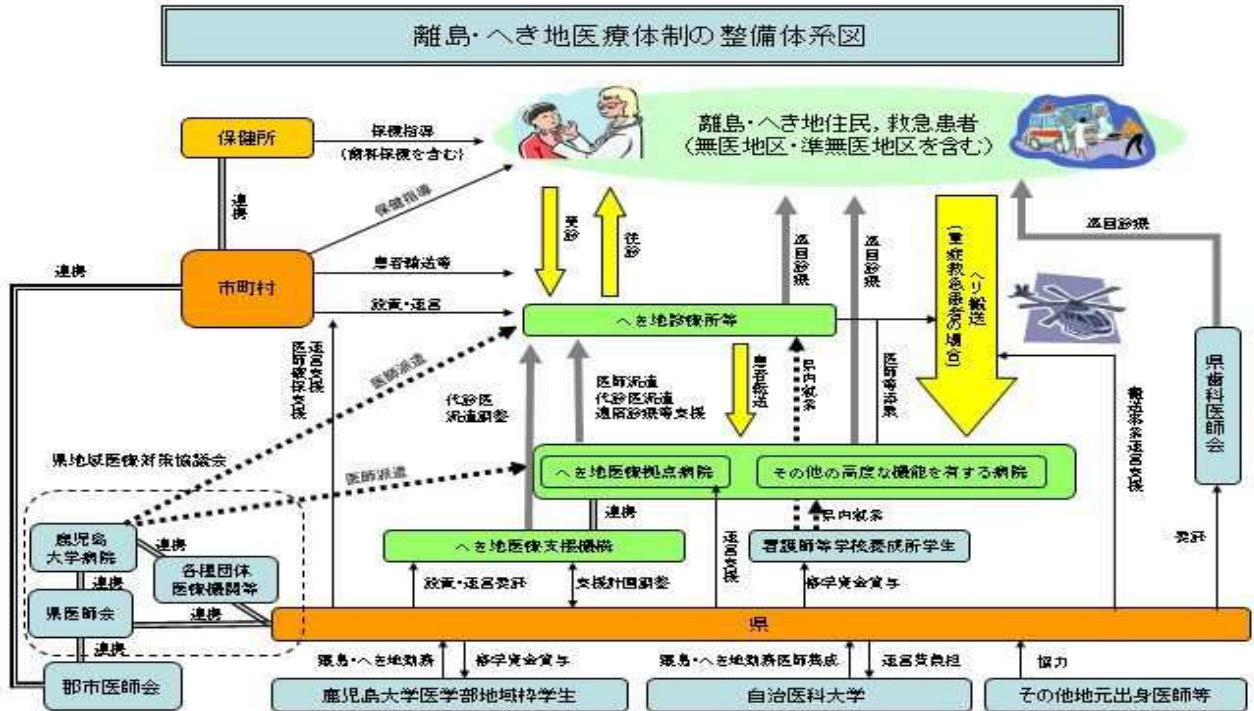
[健康増進課作成]

【図表資-5-】出水保健医療圏 新興感染症発生・まん延時における医療連携体制

医療機能	病床確保	発熱外来	自宅療養者等への医療提供	後方支援	人材派遣
協定種別	第一種	第二種	第二種	-	-
目標等	新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する。	新興感染症の疑似症患者等の診療を行う。	自宅・宿泊療養者・高齢者施設障害者施設等での療養者に対し医療を提供する。	新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する。	新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣を行う。
医療機関(協定対象)	・病院 ・診療所	・病院 ・診療所	・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護事業所	・病院 ・診療所	・病院 ・診療所
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>確保している病床で酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること。</li> <li>院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施すること。</li> <li>県からの要請後速やかに即応病床化すること。</li> <li>機関間や事業者間の連携に当たっては通常医療の確保のため、後方支援や人材派遣の協定を活用した体制の確保を図ること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>発熱患者専用の診察室を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を構築すること。</li> <li>院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、発熱外来を行うこと。</li> <li>機関間や事業者間の連携に当たっては通常医療の確保のため、後方支援や人材派遣の協定を活用した体制の確保を図ること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院・診療所は、必要に応じて薬局や訪問看護事業所と連携し、また、各機関間や事業者間でも連携しながら、往診やオンライン診療等、訪問看護や医薬品対応等を行うこと。</li> <li>機関間や事業者間の連携に当たっては通常医療の確保のため、後方支援や人材派遣の協定を活用した体制の確保を図ること。</li> <li>自宅療養者等が症状悪化した場合に入院医療機関等に適切につなぐこと。</li> <li>院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、医療の提供を行うこと。</li> <li>患者に身近な診療所等が自宅療養者への医療を行う際は、患者の容体の変化等の場合に迅速に医療につなげるためにも、あわせてできる限り健康観察の協力を行うこと。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>流行初期の感染症患者以外の患者の受入や感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を行うこと。</li> <li>関係機関と連携し、感染症患者以外の受入を行うこと。</li> <li>自治体、県医師会などの関係団体と連携し、通常医療の確保に努めること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1人以上の医療従事者の派遣をすること。</li> <li>自院の医療従事者への訓練、研修等を通じ、対応能力を高めること。</li> </ul>
連携等	協定内容に基づいた適切な医療の提供と各協定医療機関等との連携				

[健康増進課作成]

【図表資-5-】出水保健医療圏 離島・へき地医療の医療連携体制図



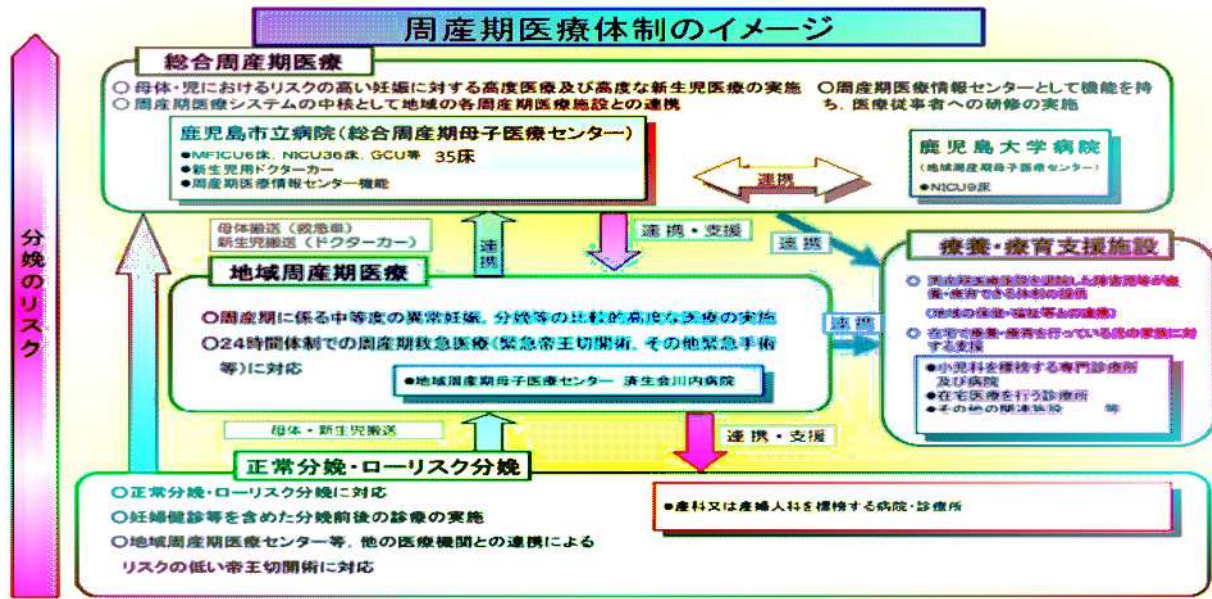
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-】出水保健医療圏 離島・へき地医療の医療機能基準

項目	役割	保健指導等	離島・へき地における医療	離島・へき地診療の支援医療等
目標等		・無（歯科）医地区等における保健師指導の提供	・無医地区等における医療の確保 ・専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制の整備	・診療支援機能の向上
求められる機能等		・保健師等による保健指導の実施 ・地区の保健衛生状態の把握 ・保健指導を担う関係機関との緊密な連携に基づく地区の実情に応じた活動	・プライマリケアの診療が可能な医師等の確保 ・専門医の診療が必要とされる特定診療科（眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科）の巡回診療等の実施 ・遠隔医療システム等を活用した医療連携による適切な医療の提供 ・へき地医療拠点病院等における研修への参加 ・必要な医療機器等の整備	・巡回診療による医療の確保 ・へき地診療所への代表医の派遣（継続的な医師派遣も含む。）及び技術指導、援助 ・離島・へき地の医療従事者に対する研修の実施、研修施設の提供 ・遠隔診療等の実施による各種診療支援 ・高度診療機能によるへき地医療拠点病院の診療活動の援助
医療機関等		・へき地診療所などの医療機関 ・保健所 ・市町保健行政機関	・へき地診療所などの医療機関	・へき地医療拠点病院（出水総合医療センター、出水郡医師会広域医療センター） ・地域医療支援病院（出水総合医療センター、出水郡医師会広域医療センター） ・へき地医療支援病院（県立病院局設置）
連携等			・へき地医療拠点病院等との連携 ・ヘリ等による救急搬送体制の充実	

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-128】北薩小児科・産科医療圏 周産期医療の医療連携体制図



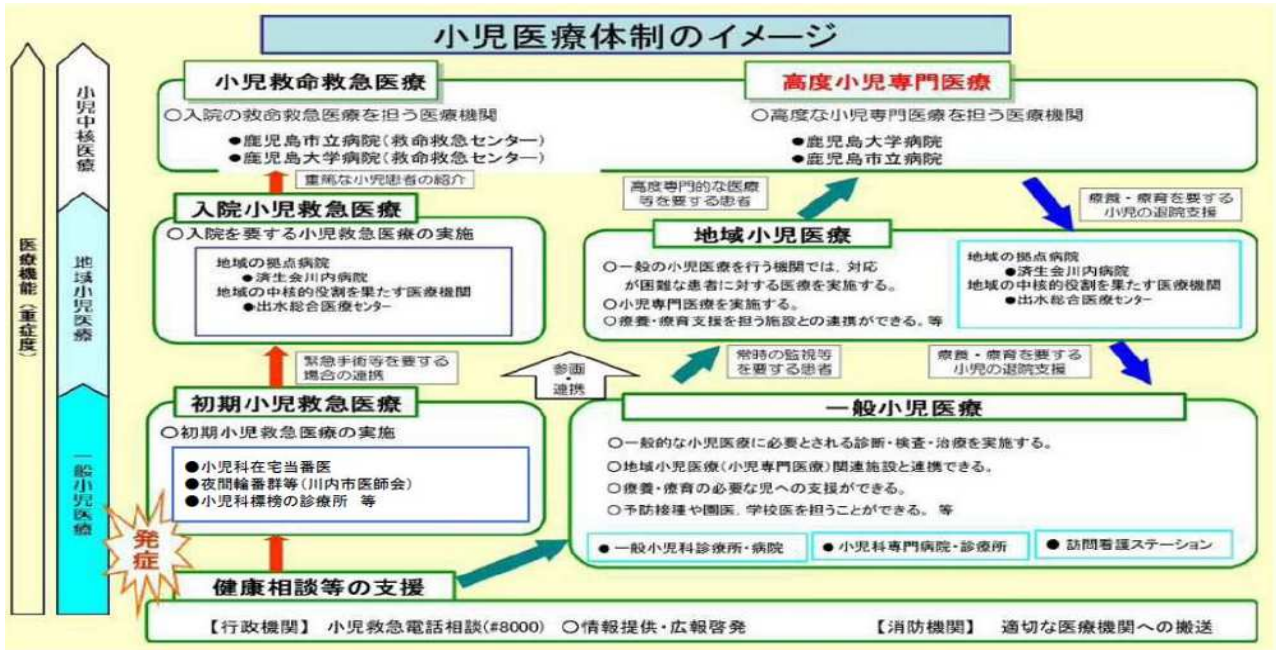
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-129】北薩小児科・産科医療圏 周産期医療の医療機能基準

	正常分娩・ローリスク分娩	地域周産期医療	総合周産期医療	療養・療育支援
機能	正常分娩・ローリスク分娩への対応（日常生活・保健指導、新生児の医療相談を含む）	周産期に係る比較的高度な医療を行う	母体・児におけるリスクの高い妊婦に対する医療及び高度な新生児医療を行う	周産期医療施設を退院した際が困難な生活の場で療養・療育できるための支援
目標	・正常分娩・ローリスク分娩に対応 ・妊婦健診等を含めた分娩前後の診療の実施 ・他の医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術に対応	・周産期に係る中等度の異常妊婦・分娩等の比較的高度な医療の実施 ・24時間対応での周産期救急医療（緊急手術を含む）の実施	・母体・児におけるリスクの高い妊婦に対する高度医療及び高度な新生児医療の実施 ・周産期医療体制の中核としての地域の周産期医療施設との連携	・周産期医療施設を退院した際が困難な児等が療養・療育できるための体制の提供（保健・福祉との連携） ・在宅で療養・療育を行っている児の家族に対する支援
医療機関例	・産科または産婦人科を標榜する診療所・病院	・済生会川内病院（地域周産期母子医療センター）	・鹿児島市立病院（総合周産期母子医療センター） ・鹿児島大学病院（地域周産期母子医療センター）	・小児科を標榜する専門診療所・病院 ・在宅医療を行う診療所 ・生活支援センター ・訪問看護ステーション ・療育施設 等
医療機能の基準	・産科に必要な検査・診断・治療が実施できる。 ・正常分娩・ローリスク分娩を安全に実施できる。 ・他の医療機関との連携により、合併症や帝王切開術その他の手術に対応できる。 ・リスク管理の必要な妊婦について、地域周産期医療施設、総合周産期医療施設との相互連携で対応できる。 ・妊婦のメンタルヘルスへの対応ができる。	・産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為ができる。 ・必要に応じて地域周産期医療連携施設及び総合周産期母子医療センター等との連携を行う。 ・産科には、緊急帝王切開術等高度な医療を提供することができる施設及び分娩監視装置、超音波診断装置、胎動観測装置、その他産科医療に必要な設備を備えている。 ・新生児病室等の保有（NICUを設けることが望ましい。） ・産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）は、それぞれ24時間体制を確保するために必要な職員を配置している。 ・産科については、帝王切開術が必要な場合、できるだけ速やかに児の娩出が可能となるような医師及びその他の各職種職員を配置している。	・産科及び小児科（新生児集中治療管理室を有する。）；産科科その他の関係診療科目を有する。 ・合併症妊婦、切迫早産、胎児異常等母体又は児におけるリスクの高い妊婦に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる。 ・地域周産期医療連携施設からの搬送を受け入れるとともに、周産期医療システムの中核として地域周産期医療連携施設との連携を図る。 ・分娩監視装置、呼吸管理監視装置、超音波診断装置（カロードップラー機能も有するものとする。）、その他母体・胎児集中治療に必要な設備を備えた母体・胎児集中治療管理室又は同様の機能（以下「NICU等」という。）を有する。 ・新生児用呼吸管理監視装置、新生児用人工換気装置、保育器、その他新生児集中治療に必要な設備を備えた新生児集中治療管理室（NICU）を有する。 ・NICU等及びNICUの後方病室及び必要な設備を有する。 ・医師の監視のもとに母体又は新生児を搬送するために必要な患者監視装置、人工呼吸器等の医療器械を備えた周産期医療に利用するドクターを必要に応じて整備する。 ・血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血ガス検査、エックス線検査、超音波診断装置（カロードップラー機能も有するものとする。）による検査及び分娩監視装置による連続的な監視が常時可能である。 ・血小板等成分輸血を含めた輸血供給ルートを中心に確保し、緊急時の大量使用に備えている。 ・NICU等及びNICUは24時間診療体制を適切に確保するために、常時担当医師及び必要な職員が勤務している。 ・災害対策として業務継続計画を策定し、自県または近隣県の被災地における積極的な物資や人員等の支援	・人工呼吸器管理が必要な児や、気管切開等のある児の受け入れが可能である。 ・児の救急時に備えた、救急対応可能な病院等との連携ができる。 ・医療・保健及び福祉サービス（レスパイトを含む）と連携、調整し療養・療育ができる。 ・地域、総合周産期医療センター等と連携し、療養・療育の必要な児の情報（診療情報や治療計画）を共有している。 ・自宅以外の場における、障がい児の適切な療養・療育の支援ができる。 ・家族に対する精神的サポート等の支援ができる。
総合周産期母子医療センターその他の地域産科医療機関との連携				
療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）の共有				

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-130】北薩小児科・産科医療圏 小児医療の医療連携体制図



[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-131】北薩小児科・産科医療圏 小児医療の医療連携体制図

小児医療

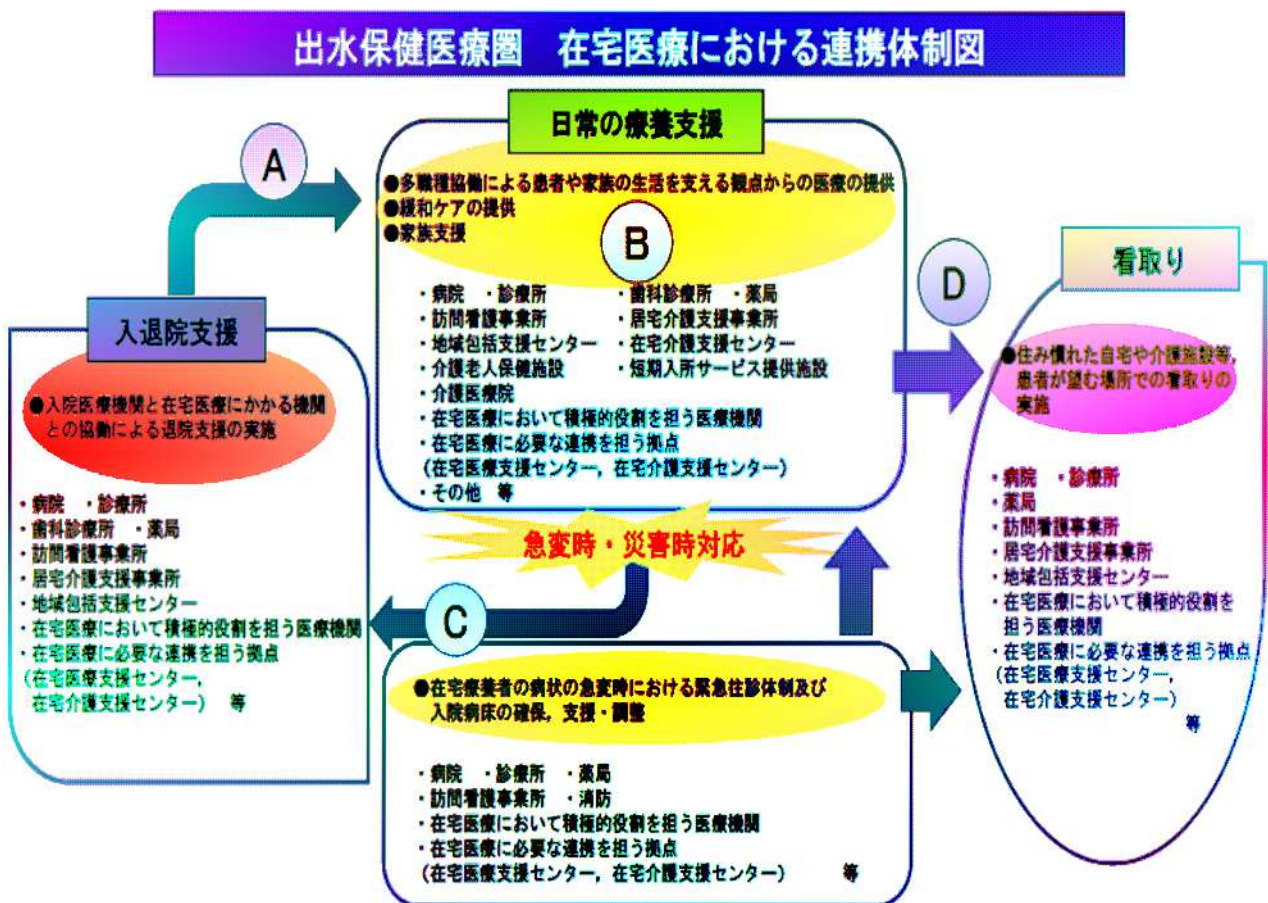
	相談支援等	一般小児医療	地域小児医療	小児中核医療
機能	●健康相談等の支援の機能	●地域に必要な一般医療を担う機能	●より高度で専門的医療を担う機能	●高度な小児専門医療を担う機能
目標	●子どもの急病時の対応等を支援 ●地域医療の情報提供 ●救急蘇生法の実施 ●かかりつけ医と適正な受療行動	●地域に必要な一般医療の実施 ●専門医療施設との連携	●一般小児医療では対応困難な患者への医療 ●小児専門医療の実施	●地域小児医療では対応困難な極めて高度な専門医療
医療機関等例	●家族 ●消防機関 ●行政	●一般の小児科を標榜する診療所・病院 ●小児科専門診療所及び病院 ●訪問看護ステーション	●地域の拠点病院 ●済生会川内病院 ●地域の中核的役割を果たす医療機関 ●出水総合医療センター	●鹿児島大学病院 ●鹿児島市立病院
医療機関等の基準	(家族等周辺者) ●不慮の事故の原因となるリスク排除 ●必要に応じた電話相談事業の活用等(消防機関等) ●救急医療情報システムを活用した、適切な医療機関への搬送等 ●事故予防や心肺蘇生法等の知識の家族等への普及啓発等(行政機関) ●疾病予防や医療保健福祉サービス等の情報提供、適正な受療行動の啓発 ●小児救急電話相談事業の実施等	(診療所・病院) ●一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施できる。 ●予防接種や園医、学校医を担うことができる。 ●地域小児医療(小児専門医療)施設と連携できる。 ●療養・療育の必要な児への支援ができる。 ●家族への精神的支援ができる。  (訪問看護ステーション) ●療養・療育の必要な児への支援ができる。 ●家族への精神的支援ができる。	●高度の診断・検査・治療で勤務医の専門性に応じた専門医療ができる。 ●常時監視・治療の必要な患者の入院治療ができる。 ●地域の小児科医療機関との連携ができる。 ●高次機能の医療機関との連携ができる。 ●保健・福祉等サービス等の調整ができる。 ●家族への精神的支援ができる。 ●療養・療育支援を行う施設との連携、在宅医療の支援ができる。	●高度専門的な診療・検査・治療ができる。 ●療養・療育支援を担う施設と連携ができる。
連携	●より専門的な医療を要するなど対応が困難な患者に係る連携 ●療養・療育を要する小児の退院支援に係る連携			

小児救急医療

	初期小児救急医療	入院小児救急医療	小児救命救急医療
機能	●初期小児救急医療を担う機能	●入院を要する救急医療を担う機能	●小児の救命救急医療を担う機能
目標	●初期小児救急の実施	●入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施	●24時間体制での小児の救急医療
医療機関例	●小児科在宅当番医 ●小児夜間支援当番体制(川内市医師会) ●夜間輪番群(川内市医師会) ●小児科標榜の診療所	●地域の拠点病院 済生会川内病院 ●地域の中核的役割を果たす医療機関 出水総合医療センター	●鹿児島市立病院(救命救急センター) ●鹿児島大学病院(救命救急センター)
医療機関の基準	●在宅当番医、夜間急病センター等における初期小児救急医療の実施 ●緊急手術や入院などを要する場合に備え、対応可能な医療機関との連携 ●開業医などによる夜間休日の初期小児医療への参画	●入院を要する小児救急医療に24時間体制で対応できる。 ●地域医療機関との連携した小児救急医療が実施できる。 ●高次専門的な医療機関と連携した対応を実施できる。 ●療養・療育支援を行う施設と連携ができる。 ●家族への精神的支援ができる。	●地域小児医療センターからの紹介患者や救急搬送による患者を中心とした重篤な小児24時間365日体制の救急医療(小児集中治療室(PICU))を運営することが望ましい
連携	●より専門的な医療を要するなど対応が困難な患者に係る連携 ●療養・療育を要する小児の退院支援に係る連携		

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-132】出水保健医療圏 在宅医療の医療連携体制図



[北薩地域振興局作成]

出水保健医療圏 在宅医療における連携体制基準（機関ごと基準）

	A 入院支援	B 日常の療養支援	C 急変時	D 看取り	
目標	入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保する。	患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケア含む)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供される。	在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保する。	住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での終末期の療養支援(看取りを含む)を行う体制を確保する。	
在宅医療を担う関係機関	1. 入院医療機関 (病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院)	①退院支援担当者などを配置している。 ②入院当初から退院後の療養生活を視野に支援している。 ③各患者に対する在宅医療及び介護資源の調整ができる。 ④退院前カンファランスや文書・電話などで在宅医療に関わる機関との情報共有や協働での退院支援ができる。	①在宅療養支援のためのレスパイト入院の体制調整ができる。	①急変時に必要に応じて一時受け入れができる。 ②重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関との連携体制を構築することができる。 ③搬送について地域の消防関係者との連携ができる。	①終末期に出現する症状に対する不安を解消し、患者が望む場所で療養ができる体制を構築できる。 ②在宅での療養困難な場合は必要時に受け入れられる。
	2. 在宅医	①入院医療機関と円滑な連携により、在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加(医師または看護師)等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。	①各疾患やニーズに応じた在宅療養計画作成・提供ができる。 ②日頃から相互に情報共有や報告・連絡・相談等を積極的に行い顔の見える関係づくりに努めている。 ③担当者会議等への参加、または患者等についての情報を提供することができる。 ④家族への介護指導や必要時のレスパイト相談・援助ができる。 ⑤24時間365日対応が可能、又は関係機関と連携し24時間対応可能な体制を確保していることが望ましい。	①急変時の対応(電話対応・指示や往診等)ができる。 ②入院が必要な場合は二次救急病院等と連携し、ベッドの確保が可能である。(24時間体制又は連携による体制確保) ③搬送について地域の消防関係者との連携ができる。	①在宅看取りの対応ができる。(在宅療養者等の不安への対応や望む場所で最後まで安心して療養できる体制づくり) ②介護施設等での終末期療養への必要時の支援ができる。
	3. 訪問看護事業所	①入院医療機関及び在宅医との円滑な連携により、退院支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。	①在宅療養者のニーズに応じた訪問看護計画・提供ができる。 ②日頃から相互に情報共有や報告・連絡・相談等を積極的に行い顔の見える関係づくりに努め多職種協働できる。 ③担当者会議や地域ケア会議等へ積極的に参加できる。 ④家族への介護指導やレスパイトの相談及び援助ができる。 ⑤24時間365日対応が可能、又は関係機関と連携し24時間対応可能な体制を確保している。	①急変時の対応(電話対応・指示や訪問看護)ができる。 ②個々の在宅療養者の急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。	①在宅看取りの対応ができる。(在宅療養者等の不安への対応や望む場所で最後まで安心して療養出来る体制づくり) ②終末期の迎え方を自己決定できるよう必要な支援ができる。
	4. 居宅介護支援事業所	①入院医療機関及び在宅医等との円滑な連携により在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。 ③病状や治療方針、療養環境等を踏まえたケアプランを作成し退院直後から支援できる。	①在宅療養者のニーズや課題に応じた医療・介護サービス等の調整ができる。 ②地域包括支援センター等と協働し、在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減に繋がるサービス等の適切な紹介ができる。 ③在宅療養者のニーズや課題を解決するために、地域包括支援センター等と協働し、地域ネットワーク構築や地域の課題発見に資するための地域ケア会議等を活用できる。 ④24時間365日の連絡体制、又は可能な連携体制の確保が望ましい。	①急変時に適切な機関に報告や相談ができる。必要に応じて緊急訪問や指示等ができる。 ②個々の在宅療養者の急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。 ③患者・家族の状況や治療に対する意向を踏まえた支援ができる。	①在宅療養者が終末期を迎えるにあたり、自己決定できるように多職種と連携して本人及び家族等への支援ができる。
	5. 地域包括支援センター	①要介護認定者以外の方も対象としてニーズに応じた在宅移行時の支援ができる。	①個別の課題にとどまらず、地域ネットワーク構築や地域の課題発見に資するために、地域ケア会議を活用できる。		
	6. 介護事業所 (訪問、通所)	①顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ②退院直後からケアプランを踏まえた療養生活支援ができる。	①顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ②在宅療養者のニーズに応じた療養生活を支援できる。	①症状悪化時の早期発見が出来るよう情報を共有し、必要な相談・報告ができる。	①自己決定した療養生活が出来るよう支援ができる。
	7. 施設・居住系事業所	①退院前カンファランスへの参加など、医療専門職等との連携により療養生活の支援に必要な情報を共有し支援ができる。	①療養者のニーズに応じた療養生活を支援できる。 ②顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ③在宅療養支援のためのレスパイト利用可能な体制の確保・調整ができる。	①療養者・家族の状況や治療に対する意向を踏まえた支援ができる。 ②急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。	①本人・家族の願いや終末期の迎え方などを把握するよう努め、「望む終末期」を迎えられよう情報共有し、必要時に多職種と連携できる。
	8. 調剤薬局	①在宅移行時の支援ができる。 ②ニーズに応じて退院前カンファランスへの参加等情報を共有し顔の見える関係に努めながら連携できる。	①多職種と連携し、訪問薬剤指導ができる。 ②ニーズに応じて残薬管理の支援ができる。 ③医薬品の提供、医療・衛生材料等の支援ができる。	①急変時の対応ができる。(必要に応じて他薬局と連携をとる。)	①疼痛緩和のための麻薬管理ができる。
	9. 歯科診療所	①ニーズに応じて在宅移行時の支援ができる。	①多職種と連携しながら口腔ケアなどの相談・指導及びニーズに応じて在宅歯科診療等ができる。		

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	①医療機関(特に一人の医師が開業している診療所)が必ずしも対応できない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行っている。 ②在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護の資源が十分確保できるよう、関係医療機関に働きかけている。 ③在宅医療に係る医療及び介護関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を図っている。 ④卒後初期臨床研修制度(歯科の場合、卒後臨床研修制度)における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受けられる機会等の確保に努めている。 ⑤災害時等にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送に係る計画を含む)を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行っている。 ⑥地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護や家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介している。 ⑦入院機能を有する医療機関においては、在宅医療者の病状が急変した際の一時受け入れを行っている。 ⑧地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護資源に関する情報提供を行っている。
在宅医療に必要な連携を担う拠点	①地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的で開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害対応含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施している。 ②質の高い在宅医療をより効果的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図っている。 ③地域の医療及び介護資源の機能を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行っている。 ④在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行っている。 ⑤在宅医療に関する人材育成及び地域住民への普及啓発を実施している。

全般共通	日頃から相互に連絡・相談を積極的に行い、それぞれの役割や活動範囲を把握しながら情報共有や顔の見える関係づくりに努めている。 在宅医療を推進するための地域全体の課題把握に努めると共に、人材育成やネットワーク構築、地域住民の普及啓発に努める。
------	--