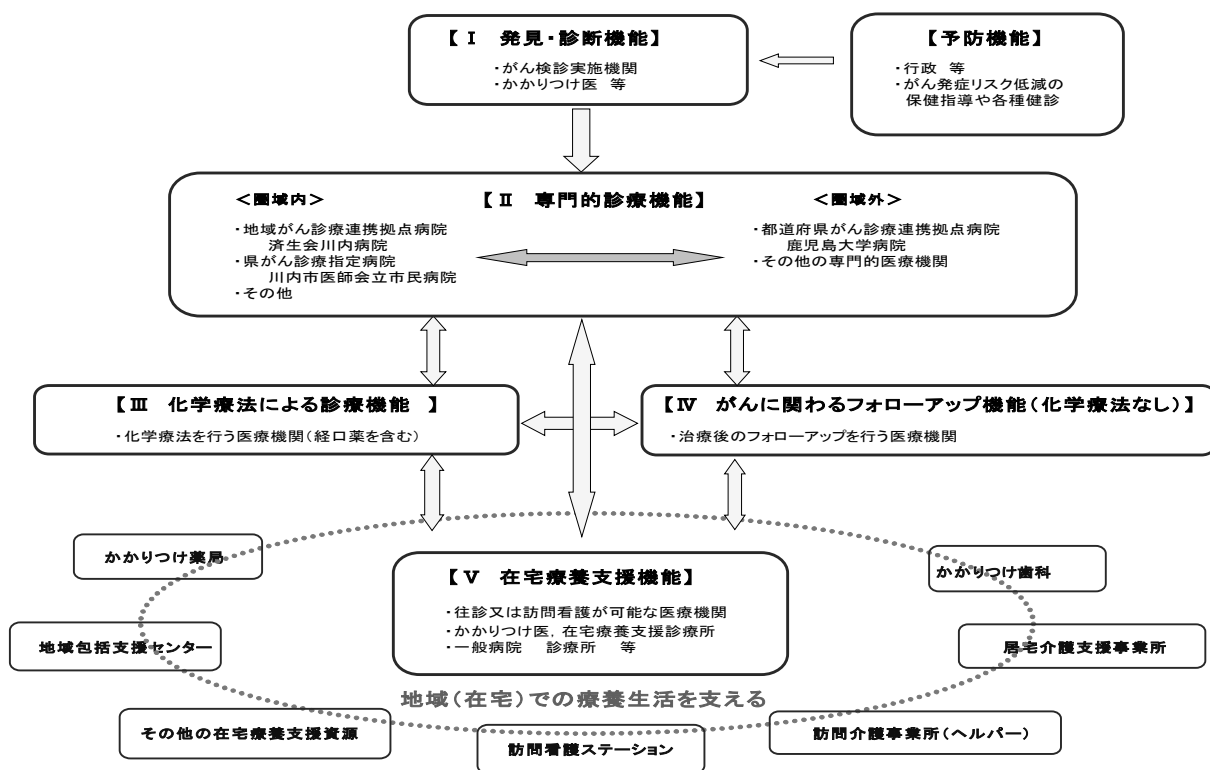


川薩保健医療圏

【川薩保健医療圏】

【図表資-5-77】川薩保健医療圏 がんの医療連携体制図

川薩圏域 がんの医療連携体制図



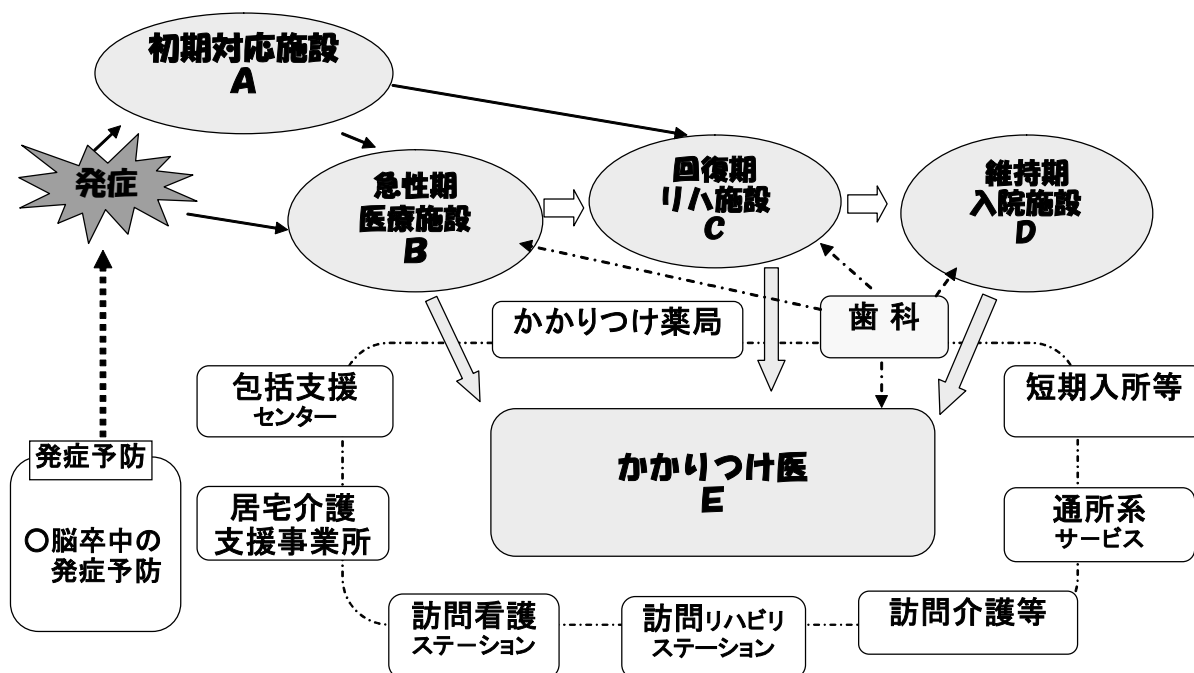
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-78】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"> ○ 「がん」あるいは「がんを疑う」病変の診断が可能である。
<p>【Ⅱ 専門的診療機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ がんの確定診断が可能である。 ○ 手術および化学療法が実施できる。 ○ 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）。 ○ 緩和ケア（医療用麻薬の供給体制の整備等）を行っている。
<p>【Ⅲ 化学療法による診療機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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）。 ○ 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。
<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"> ○ 治療後の経過観察ができる。 ○ 無治療患者の経過観察ができる。 ○ 必要に応じて専門的診療施設と連携がとれる。
<p>【Ⅴ 在宅療養支援機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 終末期ケア（看取りを含む）が可能であることが望ましい。 ○ 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。

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-79】川薩保健医療圏 脳卒中の医療連携体制図



[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-80】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

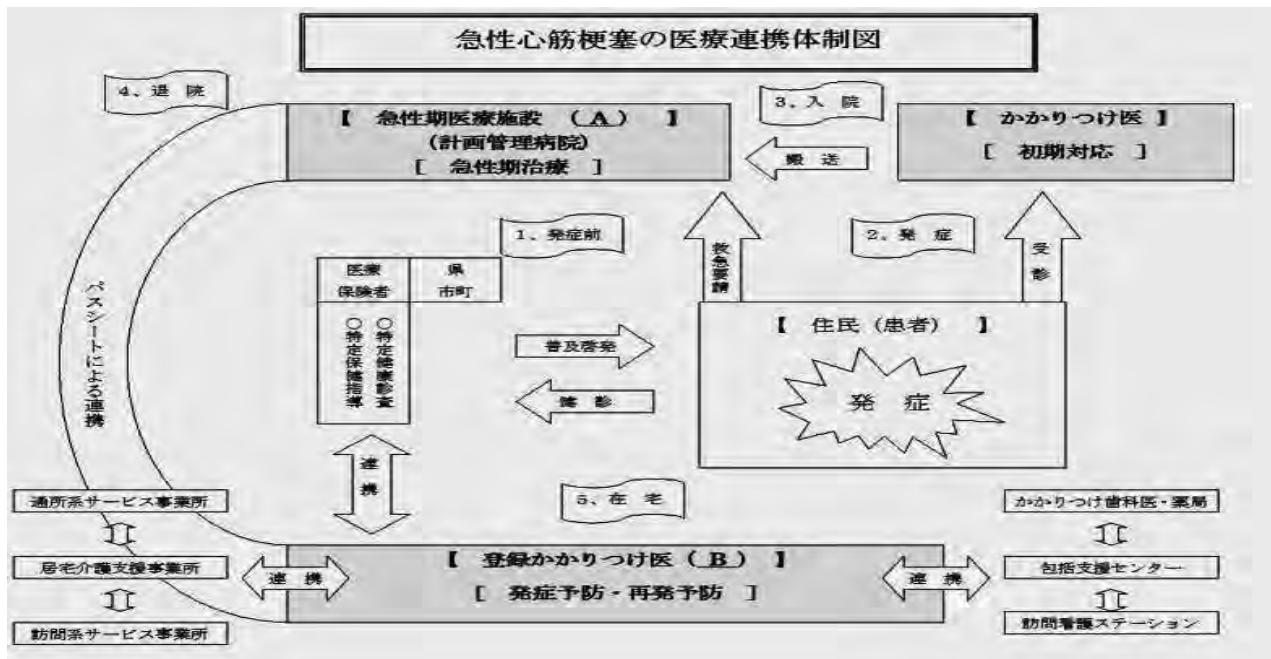
E かかりつけ医施設（生活の場での療養支援体制）

- 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-5-81】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-5-82】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。

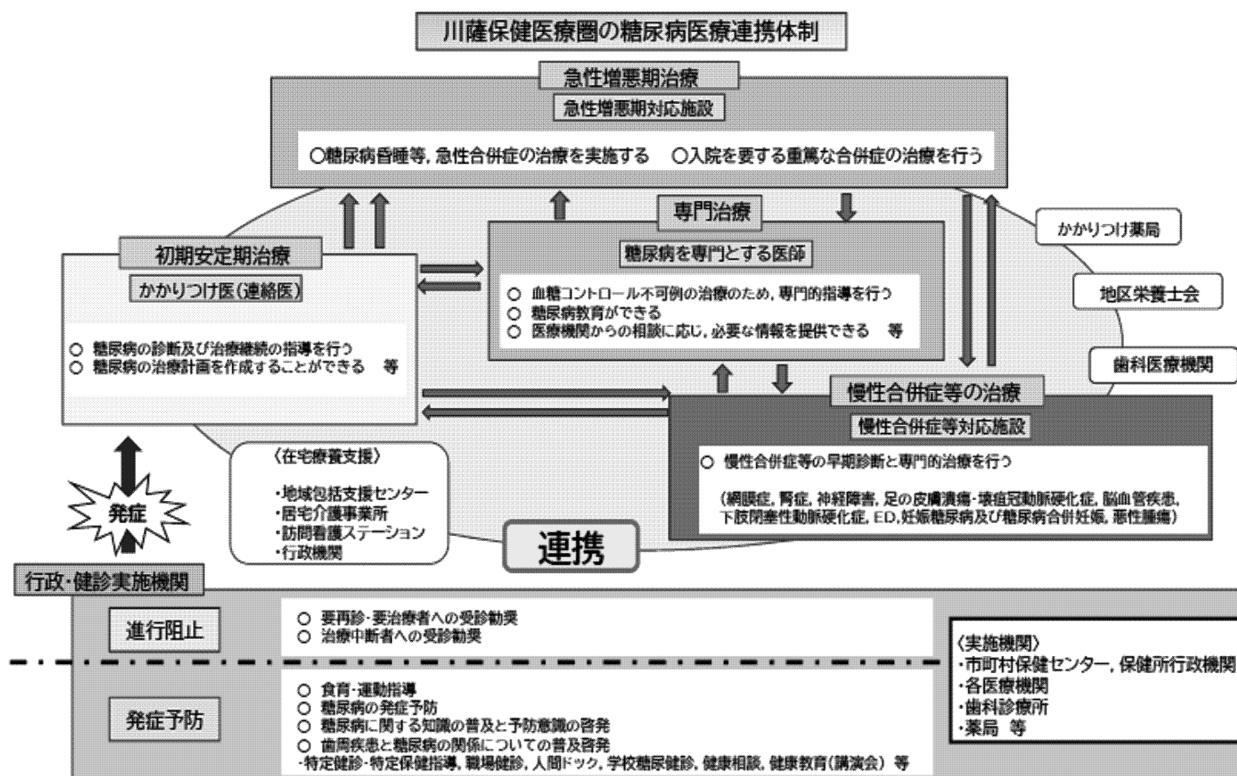
III 在宅かかりつけ医：再発予防

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

■ 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＞

- ・糖尿病の発症予防（食事指，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
- ・歯周疾患と糖尿病の関係についての普及啓発

■ 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）＞

- ・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^{*1}の対応が可能であること
- ・糖尿病の検査・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

■ 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＞

- ・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
- ・糖尿病教育ができること
- ・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，検査・治療計画の修正ができること

■ 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＞

- ・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。）

- 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 悪性腫瘍

- ・糖尿病医療連携機関等との連携が可能であること

■ 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＞

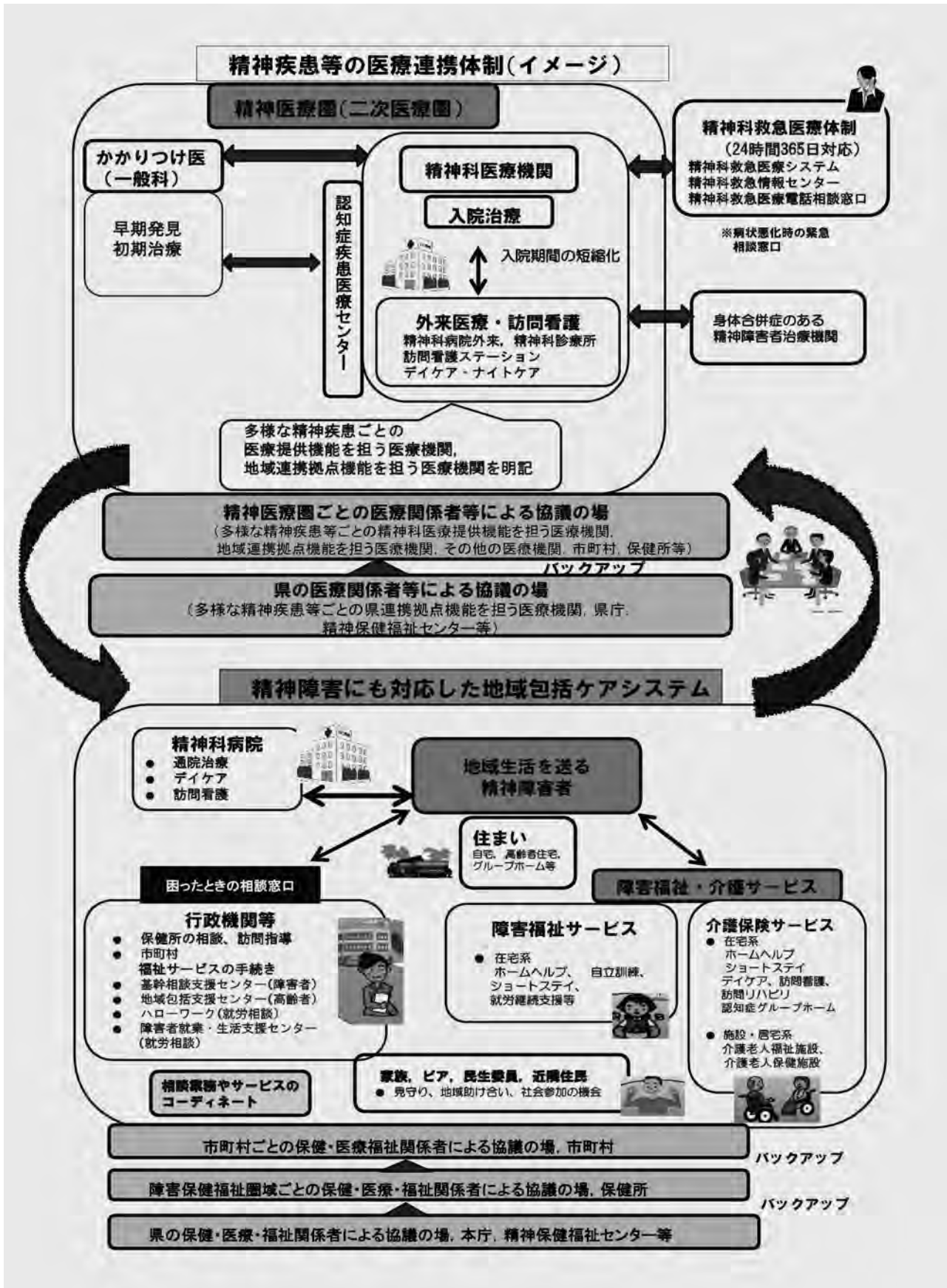
- ・糖尿病昏睡や重篤なシックデイ，低血糖，高血糖の治療が可能であること
- ・入院治療を要する重篤な合併症の治療が可能であること
（有痛性神経障害，足壊疽，腎症，心筋梗塞，脳卒中 等）
- ・糖尿病医療連携機関等との連携が可能であること

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

[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-5-86】川薩保健医療圏 精神疾患の医療連携体制図



[県障害福祉課作成]

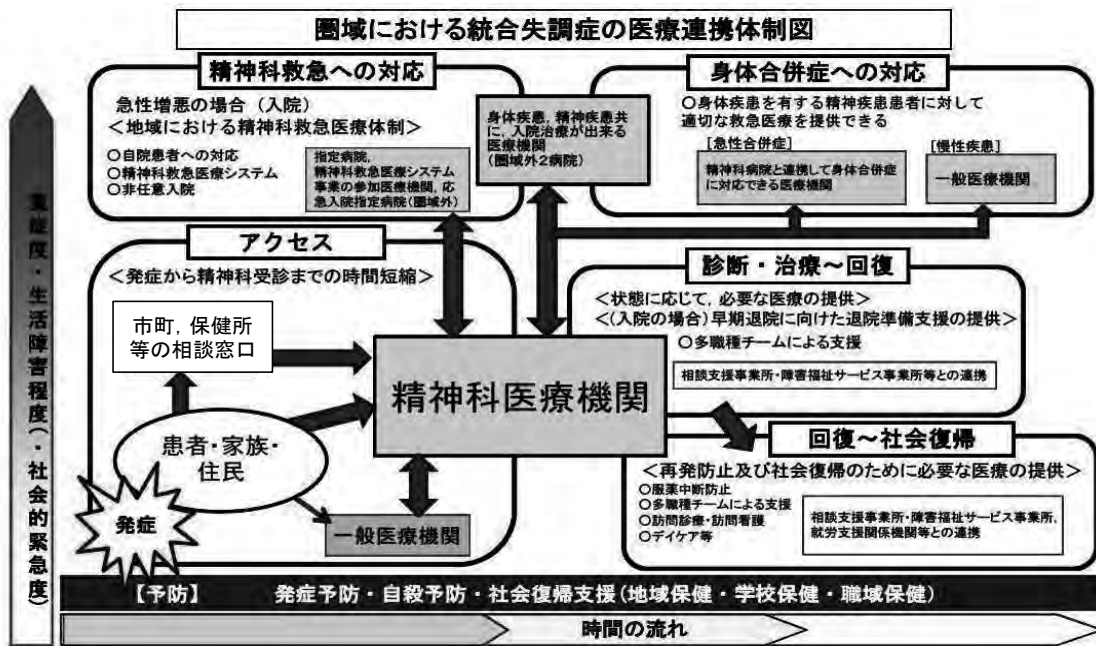
【図表資-5-87】川薩保健医療圏 精神疾患の医療機能基準

	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
[県障害福祉課作成]

※ 統合失調症・うつ病・認知症については，医療連携体制図と医療機能基準を示しています。

【図表資-5-88】川薩保健医療圏 統合失調症の医療連携体制図



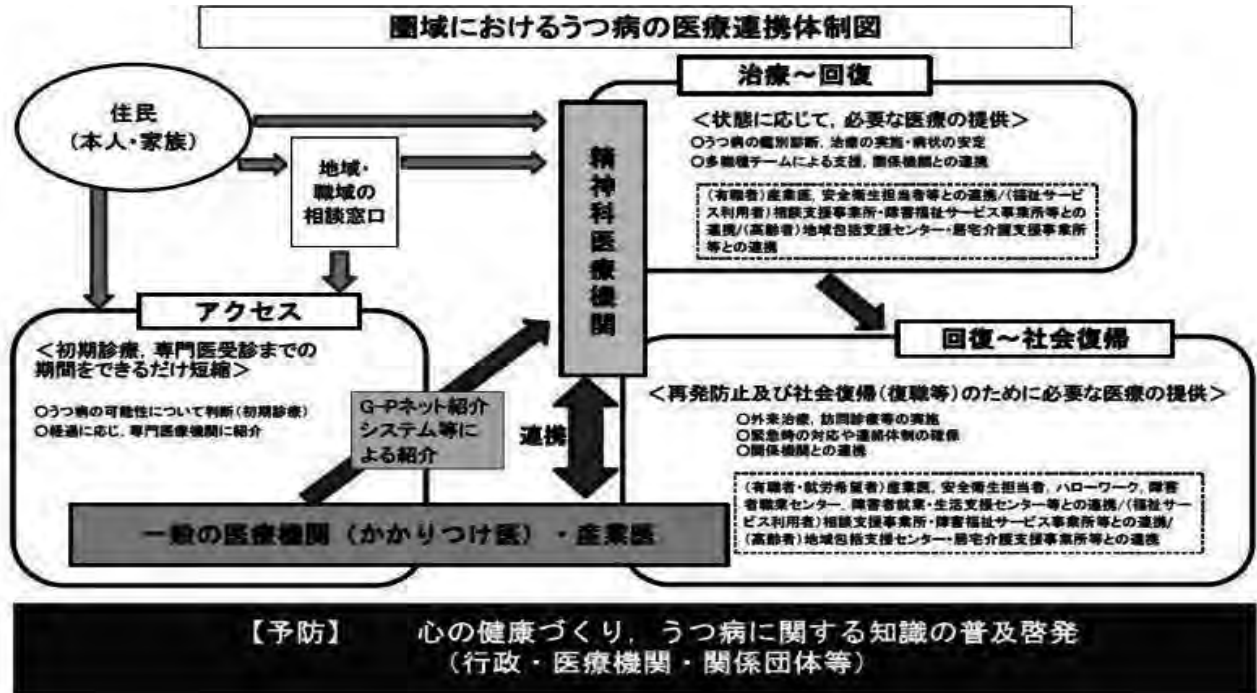
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-89】川薩保健医療圏 統合失調症の医療連携に係る機能基準

機能	【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】 (急性期対応)	【身体合併症への対応】
目的	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 状態に応じて、必要な医療を提供できる 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科医療が必要な患者の状態に応じて速やかに精神科救急医療が提供できる 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 24時間365日、精神科救急医療を提供できる 	<ul style="list-style-type: none"> 24時間365日、身体合併症を有する患者に対して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において診断・治療ができる 又は、精神科病棟において地域の身体的疾患の専門医療機関と連携して対応ができる （例） 呼吸器、脳神経、腎不全、分枝、歯科疾患等
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 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）地域の訪問看護ステーションとの連携を図る ⑤緊急時の対応や連絡体制を確保している 	<ul style="list-style-type: none"> ①外来診療や訪問看護を通じて、薬物指導や病状悪化を防止する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（デイケアやナイトケア） 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 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）地域の訪問看護ステーションとの連携を図る ⑤緊急時の対応や連絡体制を確保している 	<ul style="list-style-type: none"> 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、指定入院に対応できる エ、24時間365日、救急対応できる応急入院の指定を受け、前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） ②精神科救急患者の受入が可能で設備を有する（保護室、検定室等） 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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、精神疾患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 ②地域の医療機関や保健所等との連携がある
地域連携		<ul style="list-style-type: none"> 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連携を行う ②高齢者の受給支援にあたり、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、必要な支援連携を行う 	<ul style="list-style-type: none"> 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、就職や復職に必要な支援を行う 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 一般の医療機関 精神科を標榜している病院や診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科を標榜している病院や診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科を標榜している病院や診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科救急医療システム事業の参加医療機関 指定病院 	<ul style="list-style-type: none"> 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 指定病院 精神科と連携して身体合併症に対応できる医療機関
連携が想定される機関	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 相談支援事業所、その他障害福祉サービス事業所 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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、圏域の救急告示病院 警察、消防（救急） 	<ul style="list-style-type: none"> 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、市町保健所、県精神保健福祉センター

[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-90】川薩保健医療圏 うつ病の医療連携体制図



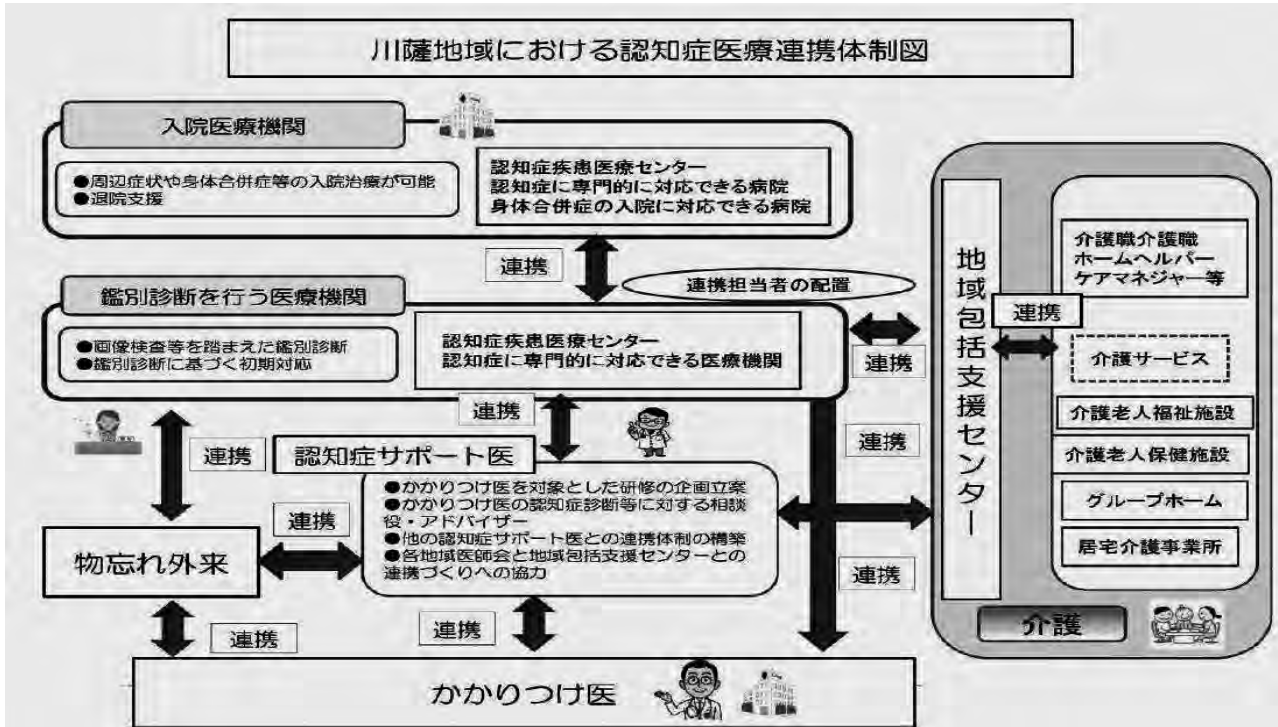
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-91】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)	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 (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	※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精神科医と連携して、適切な医療の提供ができる 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
	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、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⑤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復帰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 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-5-92】川薩保健医療圏 認知症の医療連携体制図



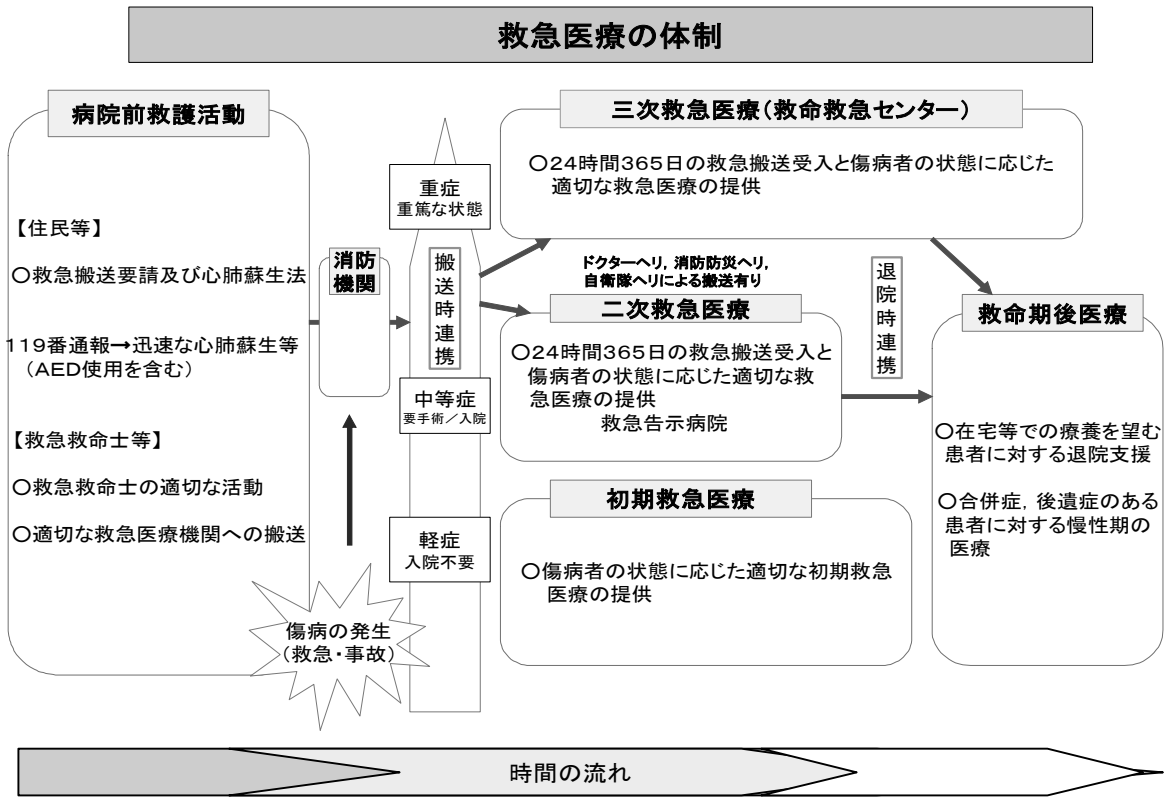
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-93】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"> 認知症の早期発見につなげる。 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 重篤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。
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> 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回り支援を行える。(主に認知症サポート医) 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
診療連携例	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医 ものわずれの相談ができる医師 認知症サポート医のいる診療所・病院 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症疾患医療センター 鑑別診断ができる病院 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症疾患医療センター 認知症に専門的に対応できる病院 身体合併症の入院治療に対応できる病院
関係機関例	<ul style="list-style-type: none"> 認知症疾患医療センター等専門医療機関 地域包括支援センター 居宅介護支援事業所 介護老人福祉施設 グループホーム かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局 訪問介護事業所等 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医 地域包括支援センター 居宅介護支援事業所 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医 地域包括支援センター 居宅介護支援事業所 訪問看護事業所等

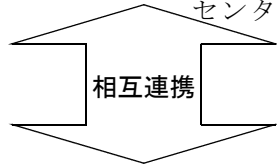
[北薩地域振興局作成]

【図表資-5-94】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-5-95】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"> ・24時間365日の救急搬送受入 ・傷病者の状態に応じた救急医療の提供 	
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"> ・救急患者に対する外来診療 ・近隣医療機関との連携 ・対応可能時間等の周知 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な施設・設備の整備 ・早期のリハビリテーションの実施 ・外科的治療の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・重篤な救急患者の常時受入 ・高度な治療に必要な施設及び設備の充実 ・MC体制の充実 等
体制	川内市医師会	休日昼間	夜間	病院群輪番制
		在宅当番医制	病院群輪番制	
			鹿児島大学・薩摩川内地区救急（QQ）ネットワーク	
			<p>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</p>  <p>相互連携</p> <p>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</p>	
薩摩郡医師会	休日昼間	夜間	共同利用型病院 (薩摩郡医師会病院)	
	在宅当番医制	共同利用型病院 (薩摩郡医師会病院)		
		任意応需		
		任意応需		
連携等		<ul style="list-style-type: none"> ・退院困難者の受入機関との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準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 ・退院困難者の受入機関との連携 	

[北薩地域振興局作成]