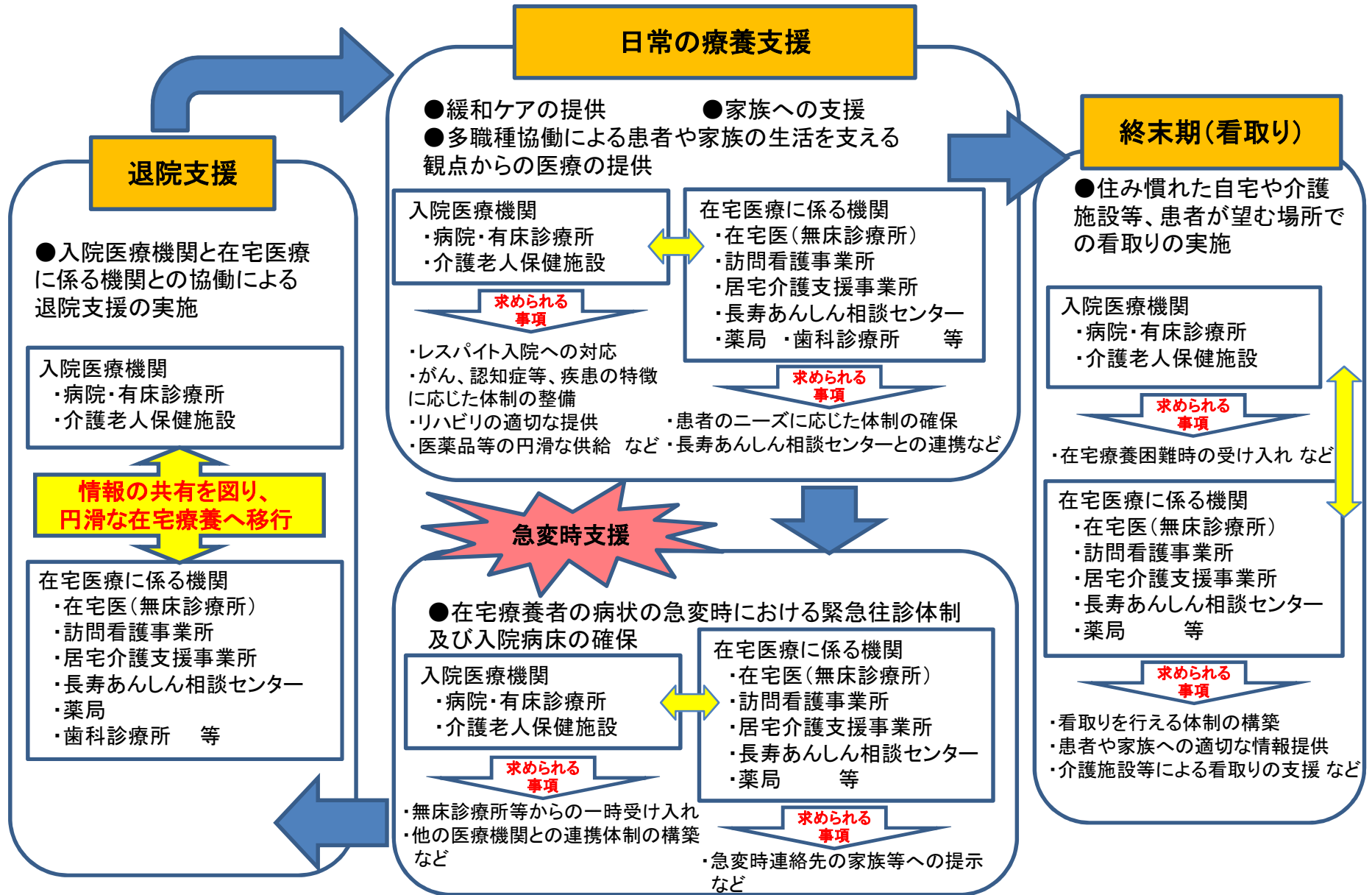


鹿児島保健医療圏(鹿児島市域)における在宅医療連携体制



在宅医療の医療連携体制（機関別・ステージ別）

医療機能	退院支援	日常の療養支援	
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こと。	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こと。	
在宅医療を担う関係機関	1. 入院医療機関（病院・有床診療所・介護老人保健施設）	<p>①退院支援担当者等を配置している。</p> <p>②入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援ができる。</p> <p>③各患者に対する在宅医療及び介護の資源の調整を行っている。</p> <p>④退院前カンファレンスや文書・電話等で在宅医療に係る機関との情報共有を図っている。</p>	<p>①在宅療養支援のためのレスパイト入院への対応ができる。</p> <p>②がん（緩和ケア体制の整備）、認知症（身体合併等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）等、それぞれの疾患の特徴に応じた在宅医療の体制を整備している。</p> <p>③身体能力及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築している。</p> <p>④医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備している。</p>
	2. 在宅医（無床診療所）	<p>①在宅療養者の入院中から入院医療機関の医師及び看護師、退院支援担当者等と連携し、在宅療養への移行支援ができる。</p> <p>②退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。</p>	<p>①各疾患やニーズに応じた在宅療養計画の作成・提供ができる。</p> <p>②市や長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）が開催する担当者会議や地域ケア会議等に、積極的に参加できる。</p> <p>③家族への介護指導やレスパイト入院が必要な際に、相談・援助ができる。</p>
	3. 訪問看護事業所	<p>①在宅療養者の入院中から入院医療機関の医師及び看護師、退院支援担当者等と連携し、在宅療養への移行支援ができる。</p> <p>②退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。</p>	<p>①在宅療養者のニーズに応じた訪問看護が実施できる。</p> <p>②日頃から他の関係機関と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。また、退院後の療養状況を退院先の医療機関などに報告できる。</p> <p>③市や長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）が開催する担当者会議や地域ケア会議等に、積極的に参加できる。</p> <p>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。</p>
	4. 居宅介護支援事業所	<p>①在宅療養者の入院中から入院医療機関の医師及び看護師、退院支援担当者等と連携し、在宅療養への移行支援ができる。</p> <p>②退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。</p> <p>③在宅療養者の病状や治療方針、家族構成及び療養環境等の情報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。</p>	<p>①在宅療養者のニーズに応じた医療・介護サービス体制の調整を行っている。</p> <p>②長寿あんしん相談センター（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を適切に紹介している。</p> <p>③市や長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）が開催する担当者会議や地域ケア会議等に、積極的に参加できる。</p>
	5. 長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）	<p>①要支援認定者以外の介護支援専門員が決まっていない方も対象として、ニーズに応じた在宅療養への移行支援ができる。</p> <p>②退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。</p> <p>③在宅療養者の病状や治療方針、家族構成及び療養環境等の情報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。</p>	<p>①要支援認定者以外の方も対象として、ニーズに応じた支援ができる。</p> <p>②地域ケア会議や多職種連携会議を開催し、日頃から在宅医療・介護の関係者間の連携体制構築に努めている。</p>
	6. 薬局	<p>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。</p> <p>②ニーズに応じて、退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。</p>	<p>①多職種と、服薬に関する情報を共有し、訪問薬剤指導ができる。</p> <p>②ニーズに応じて残薬管理の支援ができる。</p> <p>③医薬品の提供、医療・衛生材料等の支援ができる。</p>
	7. 歯科診療所	<p>①ニーズに応じて、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。</p>	<p>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ができる。</p>

在宅医療の医療連携体制（機関別・ステージ別）

医療機能	急変時支援	終末期（看取り）	
目標	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・有床診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること。	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）を行うことができる体制を確保すること。	
在宅医療を担う関係機関	1. 入院医療機関 （病院・有床診療所・介護老人保健施設）	①急変時において、無床診療所等からの相談に対応し、必要に応じた一時受け入れを行っている。 ②重症等に対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築している。 ③搬送について消防関係者等と連携を図っている。	①終末期に出現する症状に対する在宅療養者等の不安を解消し、患者が望む場所で療養ができる体制を構築している。 ②在宅での療養が困難な場合は、必要に応じて受け入れられている。
	2. 在宅医（無床診療所）	①急変時における連絡先を、あらかじめ在宅療養者や家族等に提示している。 ②急変時の対応（電話対応・指示や往診）ができる。 ③入院が必要な場合は入院医療機関等と連携し、ベッドの確保が可能である。 ④搬送について消防関係者等と連携を図っている。	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を構築している。） ②介護施設等における終末期の療養に対し、必要に応じ支援している。
	3. 訪問看護事業所	①急変時における連絡先を、あらかじめ在宅療養者や家族等に提示している。 ②急変時の対応（電話対応とその内容から家族への対応指示、また医師へ適切な報告後、緊急訪問看護）ができる。 ③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できる体制を構築している。） ②在宅療養者自身が終末期の迎え方について自己決定できるよう、本人及び家族等に対し、必要な支援をしている。
	4. 居宅介護支援事業所	①急変時における連絡先を、あらかじめ在宅療養者や家族等に提示している。 ②急変時の対応（電話対応・指示や訪問）ができる。 ③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在宅療養者自身が終末期の迎え方について自己決定できるよう、本人及び家族等に対し、必要な支援をしている。
	5. 長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）	①急変時における連絡先を、あらかじめ在宅療養者や家族等に提示している。 ②急変時の対応（電話対応・指示や訪問）ができる。 ③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在宅療養者自身が終末期の迎え方について自己決定できるよう、本人及び家族等に対し、必要な支援をしている。
	6. 薬局	①急変時における連絡先を、あらかじめ在宅療養者や家族等に提示している。 ②急変時の対応（電話対応・指示や訪問）ができる。（他薬局との連携可） ③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疼痛緩和のための麻薬管理ができる。
	7. 歯科診療所		①多職種と連携しながら、口腔ケアなどの相談・指導およびニーズに応じて在宅歯科診療ができる。