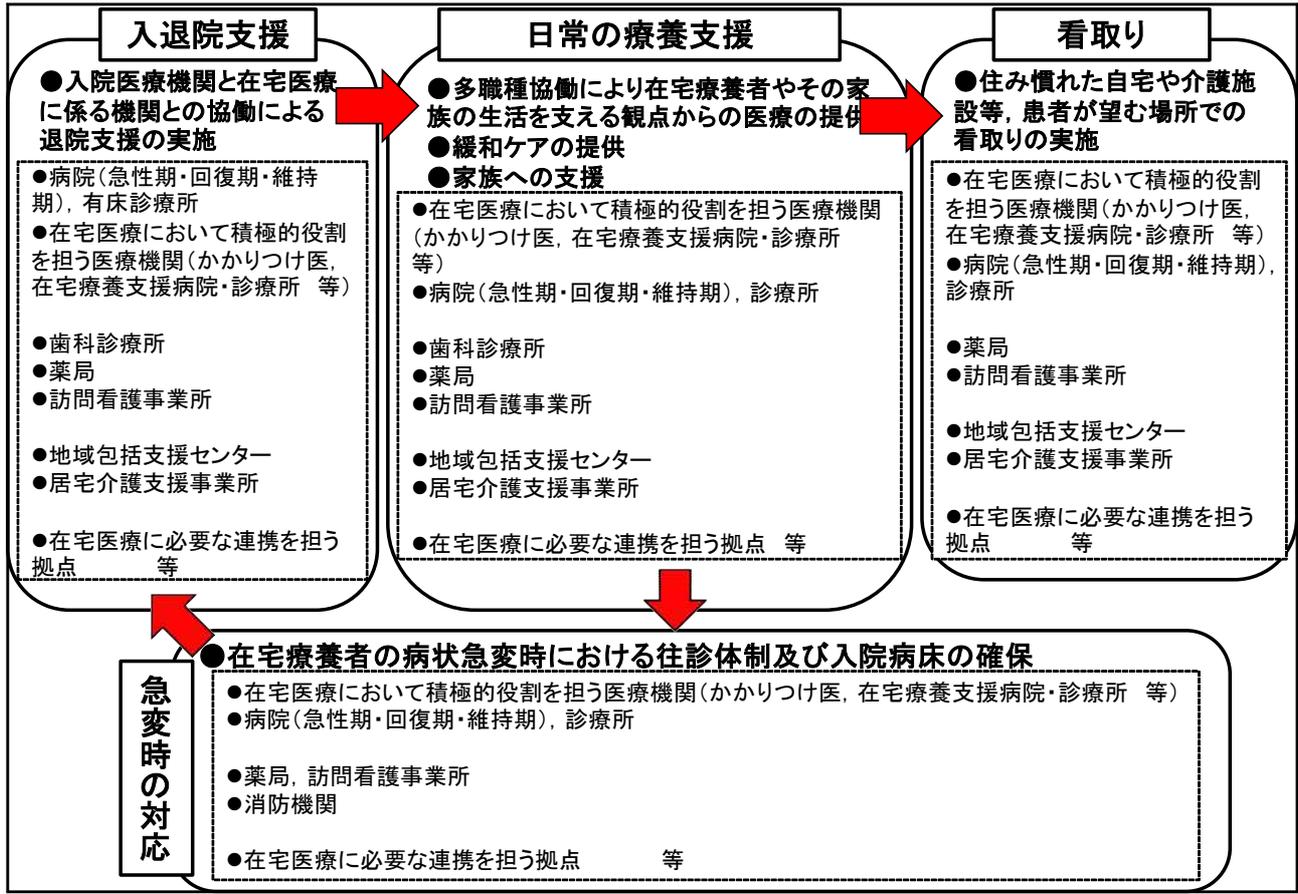


【図表資-5-46】鹿児島保健医療圏（日置地区・鹿児島郡）在宅医療の医療連携体制図



[鹿児島地域振興局作成]

【図表資-5-47】 鹿児島保健医療圏（日置地区・鹿児島郡）在宅医療の医療連携体制を伴う医療機能基準

医療機能	入退院支援 (円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制)	日常の療養支援 (日常の療養支援が可能な体制)																
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(緩和ケアを含む)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																
医療機能を満たすために必要な医療及び介護に関する機関とその役割	<table border="1"> <thead> <tr> <th>入院医療機関</th> <th>在宅医療に係る医療機関 (かかりつけ医、在宅療養支援病院・診療所等)</th> <th>在宅医療に係る医療機関 (かかりつけ医、在宅療養支援病院・診療所等)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ①地域連携室や病棟に、退院支援を行う担当者等を配置している ②関連職種が入院初期から退院後の生活を見据えて支援をしている ③各患者に対する在宅医療及び介護の資源の調整ができる 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(医療・介護)との情報共有や協働での退院支援ができる </td> <td> ①在宅療養者のニーズに応じた医療や介護サービスの調整ができる ②医療や介護の関係者間で在宅療養者に関する情報を共有し、連携ができる </td> <td> ①関係機関の相互の連携により在宅療養者のニーズに応じた医療・介護サービスの提供・調整ができる ②担当者会議や地域ケア会議等に積極的に参加できる ③在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービス(レスパイトを含む)を適切に利用できるよう地域包括支援センター等と協働できる ④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を提供できるよう、他の適切な医療機関と連携を図ることができる ⑤身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理・リハビリ・栄養管理を適切に提供する体制を構築できる ⑥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整備ができる ⑦24時間365日対応が可能、または関係機関と連携し、24時間対応可能な体制を確保できる ⑧患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築している ⑨医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、在宅療養患者の病態に応じて、適切な時期にサービスを提供する </td> </tr> <tr> <td> ①患者・家族、または医療機関の求めに応じて退院支援ができる ②医療機関から得られた情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携ができる </td> <td> ①他職種と連携しながら、口腔ケアなどの相談・指導ができる ②ニーズに応じて在宅歯科診療等ができる </td> </tr> <tr> <td> ①患者・家族、または医療機関の求めに応じて退院支援ができる ②退院前カンファレ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 </td> <td> ①他職種と連携し、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 ④急変時の対応ができる ⑤疼痛緩和のための薬剤管理ができる </td> </tr> <tr> <td> ①入院医療機関及びかかりつけ医等との円滑な連携により、退院支援ができる ②退院前カンファレ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 </td> <td> 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、また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 </td> </tr> <tr> <td> ①要介護認定者以外の方も対象としてニーズに応じた退院支援ができる ②入院医療機関及びかかりつけ医等との円滑な連携により、退院支援ができる ③退院前カンファレ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 ④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するために、退院前から支援できる </td> <td> ①個々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し、在宅医療体制の整備ができる ②在宅支援のために関係機関の資源について、情報を整理し提供できる ③在宅支援のために必要な資源の開発や人材の育成に努める ④在宅医療の推進について、住民に普及啓発する </td> </tr> <tr> <td> ①入院医療機関及びかかりつけ医等との円滑な連携により、退院支援ができる ②退院前カンファレ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するために、退院前から支援できる </td> <td> 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、家族の負担軽減につながるサービスの適切な紹介ができる ③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、地域ケア会議等を活用できる 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日の連絡体制、または可能な連絡体制を確保できる </td> </tr> </tbody> </table>	入院医療機関	在宅医療に係る医療機関 (かかりつけ医、在宅療養支援病院・診療所等)	在宅医療に係る医療機関 (かかりつけ医、在宅療養支援病院・診療所等)	①地域連携室や病棟に、退院支援を行う担当者等を配置している ②関連職種が入院初期から退院後の生活を見据えて支援をしている ③各患者に対する在宅医療及び介護の資源の調整ができる 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(医療・介護)との情報共有や協働での退院支援ができる	①在宅療養者のニーズに応じた医療や介護サービスの調整ができる ②医療や介護の関係者間で在宅療養者に関する情報を共有し、連携ができる	①関係機関の相互の連携により在宅療養者のニーズに応じた医療・介護サービスの提供・調整ができる ②担当者会議や地域ケア会議等に積極的に参加できる ③在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービス(レスパイトを含む)を適切に利用できるよう地域包括支援センター等と協働できる ④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を提供できるよう、他の適切な医療機関と連携を図ることができる ⑤身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理・リハビリ・栄養管理を適切に提供する体制を構築できる ⑥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整備ができる ⑦24時間365日対応が可能、または関係機関と連携し、24時間対応可能な体制を確保できる ⑧患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築している ⑨医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、在宅療養患者の病態に応じて、適切な時期にサービスを提供する	①患者・家族、または医療機関の求めに応じて退院支援ができる ②医療機関から得られた情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携ができる	①他職種と連携しながら、口腔ケアなどの相談・指導ができる ②ニーズに応じて在宅歯科診療等ができる	①患者・家族、または医療機関の求めに応じて退院支援ができる ②退院前カンファレ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他職種と連携し、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 ④急変時の対応ができる ⑤疼痛緩和のための薬剤管理ができる	①入院医療機関及びかかりつけ医等との円滑な連携により、退院支援ができる ②退院前カンファレ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、また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要介護認定者以外の方も対象としてニーズに応じた退院支援ができる ②入院医療機関及びかかりつけ医等との円滑な連携により、退院支援ができる ③退院前カンファレ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 ④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するために、退院前から支援できる	①個々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し、在宅医療体制の整備ができる ②在宅支援のために関係機関の資源について、情報を整理し提供できる ③在宅支援のために必要な資源の開発や人材の育成に努める ④在宅医療の推進について、住民に普及啓発する	①入院医療機関及びかかりつけ医等との円滑な連携により、退院支援ができる ②退院前カンファレ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するために、退院前から支援できる	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、家族の負担軽減につながるサービスの適切な紹介ができる ③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、地域ケア会議等を活用できる 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日の連絡体制、または可能な連絡体制を確保できる	
	入院医療機関	在宅医療に係る医療機関 (かかりつけ医、在宅療養支援病院・診療所等)	在宅医療に係る医療機関 (かかりつけ医、在宅療養支援病院・診療所等)															
	①地域連携室や病棟に、退院支援を行う担当者等を配置している ②関連職種が入院初期から退院後の生活を見据えて支援をしている ③各患者に対する在宅医療及び介護の資源の調整ができる 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(医療・介護)との情報共有や協働での退院支援ができる	①在宅療養者のニーズに応じた医療や介護サービスの調整ができる ②医療や介護の関係者間で在宅療養者に関する情報を共有し、連携ができる	①関係機関の相互の連携により在宅療養者のニーズに応じた医療・介護サービスの提供・調整ができる ②担当者会議や地域ケア会議等に積極的に参加できる ③在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービス(レスパイトを含む)を適切に利用できるよう地域包括支援センター等と協働できる ④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を提供できるよう、他の適切な医療機関と連携を図ることができる ⑤身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理・リハビリ・栄養管理を適切に提供する体制を構築できる ⑥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整備ができる ⑦24時間365日対応が可能、または関係機関と連携し、24時間対応可能な体制を確保できる ⑧患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築している ⑨医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、在宅療養患者の病態に応じて、適切な時期にサービスを提供する															
	①患者・家族、または医療機関の求めに応じて退院支援ができる ②医療機関から得られた情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携ができる	①他職種と連携しながら、口腔ケアなどの相談・指導ができる ②ニーズに応じて在宅歯科診療等ができる																
	①患者・家族、または医療機関の求めに応じて退院支援ができる ②退院前カンファレ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他職種と連携し、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 ④急変時の対応ができる ⑤疼痛緩和のための薬剤管理ができる																
	①入院医療機関及びかかりつけ医等との円滑な連携により、退院支援ができる ②退院前カンファレ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、また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要介護認定者以外の方も対象としてニーズに応じた退院支援ができる ②入院医療機関及びかかりつけ医等との円滑な連携により、退院支援ができる ③退院前カンファレ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 ④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するために、退院前から支援できる	①個々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し、在宅医療体制の整備ができる ②在宅支援のために関係機関の資源について、情報を整理し提供できる ③在宅支援のために必要な資源の開発や人材の育成に努める ④在宅医療の推進について、住民に普及啓発する																	
①入院医療機関及びかかりつけ医等との円滑な連携により、退院支援ができる ②退院前カンファレ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するために、退院前から支援できる	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、家族の負担軽減につながるサービスの適切な紹介ができる ③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、地域ケア会議等を活用できる 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日の連絡体制、または可能な連絡体制を確保できる																	
医療機能	【求められる機能】(第6章第2節[図表6-2-8、図表6-2-9]参照) ①上記退院支援から看取りまでの目標達成に向け、病院・診療所が自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援を行いながら、医療・介護現場での多職種連携の支援を行う 【考えられる医療機関】 ①在宅療養支援病院 ②在宅療養支援診療所 等																	
在宅医療の提供に必要となる連携	【求められる機能】(第6章第2節[図表6-2-10、図表6-2-11]参照) ①上記退院支援から看取りまでの目標達成に向け、在宅医療に必要な連携を担う拠点が、地域の実情に応じ、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図る 【考えられる医療機関等】 ①病院・診療所 ②訪問看護事業所 ③日置市医師会、いちき串木野市医師会、いちき串木野日置歯科医師会、日置薬剤師会 ④伊集院保健所 ⑤日置市、いちき串木野市、三島村、十島村 等																	

医療機能		急変時の対応 (急変時の対応が可能な体制)		看取り (患者が望む場所での看取りが可能な体制)	
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・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	
医療機能を満たすために必要な医療及び介護に関する機関とその役割	医療機関	在宅医療に係る医療機関 (かかりつけ医、在宅療養支援病院・診療所等)	入院医療機関	在宅医療に係る医療機関 (かかりつけ医、在宅療養支援病院・診療所等)	入院医療機関
		①急変時の連絡体制を在宅療養者・家族等に提示している ②急変時、在宅療養者・家族等から求めがあった際に、24時間対応可能な体制を確保しているか、または対応が困難な場合でも、関係機関と連携し、24時間対応が可能な体制を確保できる ③不在時に対応できる。他の在宅医等との連携体制がある ④搬送などについて、地域の消防関係者等と連携を図ることができる	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連携する体制を構築できる ③搬送などについて、地域の消防関係者等と連携を図ることができる	①終末期に出現する症状に対する不安を解消し、患者が望む場所で最期まで安心して療養が受けられるよう支援できる ②在宅療養者・家族等に対して、医療や介護等に関する適切な情報提供ができる ③介護施設等における終末期の療養に対し、必要に応じた支援ができる ④本人と家族が医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の体制を整備している	①終末期に出現する症状に対する不安を解消し、患者が望む場所で最期まで安心して療養が受けられるよう支援できる ②患者・家族等に対して、状況に応じた適切な情報提供ができる ③在宅での療養が困難な場合は、必要に応じて受け入れができる
	歯科診療	[日常の療養支援]に同じ			
	薬局	①日常の療養支援と同様に、急変時の対応ができる(他薬局との連携ができる)		①疼痛緩和のための薬剤管理ができる ②残薬管理の支援ができる	
	訪問看護事業所	①急変時の対応(電話対応・主治医との連絡体制・指示や訪問看護)ができる ②個々の在宅療養者の急変時に関係者と連携できる ③急変時の支援体制づくりに努めることができる		①在宅療養者・家族等の不安へ対応し、望む場所で最期まで安心して療養できる体制づくりに努め、在宅での看取りに対応できる ②本人・家族が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	
	地域包括支援センター	[日常の療養支援]に同じ			
	居宅介護支援事業所	①急変時の対応(電話対応・指示・訪問等)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、事前に関係者と協議、調整ができる		①本人・家族が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	
医積在宅機能的医療役割を担う点に必要な連携	【求められる事項】(第6章第2節[図表6-2-8、図表6-2-9]参照) 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災害時等にも適切な医療を提供するための計画を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行っている ④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 ⑤入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際の一時受け入れを行っている ⑥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				
携在宅担医う療拠に点必要な連携	【求められる事項】(第6章第2節[図表6-2-10、図表6-2-11]参照) 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等を把握し、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図っている 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				