

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 退院支援  | B 日常の療養支援  | C 急変時支援   | D 終末期(看取り)  |   |
|--------------------|---|--|---|---|---|
| <b>目標</b>          | 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。  |   |
| <b>在宅医療を担う関係機関</b> | <b>1. 入院医療機関<br/>(病院・診療所・介護老人保健施設)</b>  | ①退院支援担当者などを配置している。<br>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。<br>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。<br>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急変時必要に応じ一時受け入れができる。<br>②重症等では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。<br>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。<br>②在宅での療養困難な場合は必要時に受け入れられる。            |
|                    | <b>2. 在宅医</b>   | 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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>②入院が必要な場合は二次救急病院等と連携し、ベット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)<br>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)<br>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。   |
|                    | <b>3. 訪問看護事業所</b>   | 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。<br>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。<br>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。<br>③担当者会議や地域ケア会議等へ積極的に参加できる。<br>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。<br>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。<br>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)<br>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。 |
|                    | <b>4. 居宅介護支援事業所</b>   | 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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。                                 |
|                    | <b>5. 地域包括支援センター</b>  | 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。  |   |   |
|                    | <b>6. 介護事業所<br/>(訪問、通所)</b>   | 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。<br>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。<br>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よう支援ができる。   |
|                    | <b>7. 施設・居住系事業所</b>   | 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。<br>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。<br>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。<br>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」を迎えられるよう情報共有し、必要時に多職種と連携できる。                      |
|                    | <b>8. 調剤薬局</b>  |  | ①多職種と連携し、訪問薬剤指導ができる。<br>②ニーズに応じて残薬管理の支援ができる。<br>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。  |
|                    | <b>9. 歯科診療所</b>   | 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。  |   |   |
| <b>全般共通</b>        | <p>・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。</p> <p>・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。</p> |  |   |   |   |