

地域在宅医療サポートセンターの指定及び運営要項

第1 目的

この要項は、居宅、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護医療院、有料老人ホーム、その他療養生活を営むことができる場所において提供される医療（医療機関以外での医療）（以下「在宅医療」という。）の推進に向け、訪問診療等の提供量の増加に向けた取組みや入退院支援、日常の療養支援、急変時対応、看取り（人生の最終段階における意思決定支援を含む）等を促進することを目的に設置する地域在宅医療サポートセンター（以下「地域サポートセンター」という。）の指定及びその運営に関し、必要な事項を定めるものとする。

第2 指定の要件

以下に定める要件（1）又は（2）のいずれかに該当する医療機関等であって、地域の実情に応じて知事が適当と認める場合に、地域サポートセンターに指定する。

（1）基幹型

- ① 病床を有し、多職種を配置する医療機関であって、在宅医療に関する十分な理解と熱意、地域サポートセンター業務を遂行するために必要な体制を有する医療機関であること。
- ② 地域の医療機関や医師を対象とする事業を円滑に遂行できる医療機関であること。
- ③ 郡市医師会や医療機関等と良好な連携関係にあり、地域サポートセンター業務の発展的な展開が見込まれる医療機関であること。

（2）連携型

- ① 在宅医療を提供する医療機関や郡市医師会等で構成されたグループ（以下「連携グループ」という。）であること。
- ② 連携グループが、在宅医療に関する十分な理解と熱意、地域サポートセンターの業務を遂行するための体制を有すること。
- ③ 連携グループが、地域の医療機関や医師を対象とする事業を円滑に遂行できること。
- ④ 当該グループが、郡市医師会や医療機関等と良好な連携関係にあり、地域サポートセンター業務の発展的な展開が見込まれること。

第3 申請

地域サポートセンターの指定を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、地域在宅医療サポートセンター指定申請書（以下「申請書」という。）（様式第1号又は1号の2）に地域在宅医療サポートセンター事業計画書（様式第2号）を添えて、知事に申請するものとする。

なお、連携型については、連携グループを代表する医療機関等の代表者を申請者とする。

第4 指定

知事は、基幹型又は連携型の地域サポートセンターを指定する場合は、申請者に対し、地域在宅医療サポートセンター指定書（様式第3号又は第3号の2）を交付するものとする。

第5 指定期間

指定期間は、知事が別に定める。

第6 変更届

指定機関の長は、申請書の記載事項に変更があった場合は、地域在宅医療サポートセンター申請事項変更届（様式第4号）を知事に提出しなければならない。

第7 指定の辞退・取消し

1 辞退

指定機関の長は、指定を辞退する場合は、地域在宅医療サポートセンター辞退届（様式第5号）を知事に提出しなければならない。

2 取消し

知事は、地域サポートセンターの指定機関が第2に定める指定の要件を満たさなくなった場合、又は地域サポートセンターの運営に重大な支障があると認めた場合は、指定を取り消すことができる。

この場合、地域在宅医療サポートセンター指定取消書（様式第6号）により指定機関の長に対し通知する。

第8 地域サポートセンターの業務内容

次の項目①～⑩の中から、地域の実情に応じて5項目以上に取り組むこととする。

（1）在宅医療の取組みの充実に関するもの

① 急変時対応の取組み

24時間の体制づくりや急変時に対応できる病床確保に向けた取組み

② 入退院支援の取組み

入院時からの退院支援の充実や、患者の退院後の訪問診療等サービス提供のための必要に応じたマッチングの体制づくり等の取組み

③ 日常の療養支援の取組み

日常の療養支援のための連携体制の構築、特に医療機関と訪問看護ステーション等との連携にかかる取組み

④ 看取りに関する取組み

多様な関係機関や多様な専門職が看取りに対応できる人材育成や体制構築のための取組み

（2）地域における在宅医療の普及促進に関するもの

⑤ 訪問診療等のサービス提供量の増加に向けた取組み

訪問診療を提供する医療機関の増加や提供量の増加に向けた取組み

⑥ 普及啓発に関する取組み

患者や本人に身近な医療機関等における在宅医療に関する情報提供など普及啓発の充実に向けた取組み

⑦ 地域在宅医療サポートセンターに係る事業の連絡会の開催

在宅医療に関わる関係者による連絡会の開催（既存組織でも可）

（3）その他

⑧ 災害、感染症等の発生に備えた取組み

災害、感染症等の発生時にも適切に医療を提供するための体制構築に向けた取組み

- ⑨ 地域の関係団体との連携に向けた取組み
地域包括支援センター、地域リハビリテーション広域支援センター等、地域包括ケアシステム構築に関わる団体との連携に向けた取組み
- ⑩ その他、在宅医療の充実に資する地域独自の取組み
上記の9項目以外に、在宅医療の充実に資する地域独自の取組み

第9 事業計画書

地域サポートセンターは、第8に定める業務を実施しようとするときは、地域在宅医療サポートセンター事業計画書（様式第2号）を作成するものとする。

- 2 地域サポートセンターは、前項の事業計画書を、第3に定める申請のときに知事に提出しなければならない。

第10 実績報告

地域サポートセンターは、毎年度実施した業務の実績報告として、地域在宅医療サポートセンター事業実績報告書（様式第7号）を速やかに知事に提出するものとする。ただし、県から別に提出を求める文書で取組内容を確認できる場合は、当該文書の提出をもって実績報告に代えることができる。

第11 秘密の保持

地域サポートセンターの職員は、在職中及びその職を離れた後も、職務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

第12 その他

この要項に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要項は、平成30年7月31日から施行する。

附 則

この要項は、令和3年（2021年）2月22日から施行し、令和3年度（2021年度）指定申請分から適用する。

様式第1号

地域在宅医療サポートセンター指定申請書（基幹型）

年 月 日

熊本県知事 様

申請者所在地

申請者名

地域在宅医療サポートセンターの指定及び運営要項第3に基づき、地域在宅医療サポートセンター（基幹型）の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

申請者名 _____

所在地 〒 _____

地域の医療機関等との連携に係る考え方について

--

地域在宅医療サポートセンター指定申請書（連携型）

年 月 日

熊本県知事 様

代表申請者所在地

代表申請者名

地域在宅医療サポートセンターの指定及び運営要項第3に基づき、地域在宅医療サポートセンター（連携型）の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 代表機関
申請者名

所在地

〒 _____

2 グループを構成する機関
申請者名

所在地

〒 _____

申請者名

所在地

〒 _____

申請者名

所在地

〒 _____

申請者名

所在地

〒 _____

申請者名

所在地

〒 _____

地域の医療機関等との連携に係る考え方について

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide their thoughts on the topic of collaboration with local medical institutions.

地域在宅医療サポートセンター事業計画書

年 月 日

熊本県知事 様

申請者所在地

申請者名

地域在宅医療サポートセンターの指定及び運営要項第3及び第9に基づき、事業計画書を次のとおり提出します。

年度	取組内容・実施時期等
年度	選択した項目名【 】
	選択した項目名【 】
	選択した項目名【 】
	選択した項目名【 】
	選択した項目名【 】

様式第3号

地域在宅医療サポートセンター指定書（基幹型）

認地第 号
年 月 日

指定機関の長 様

熊本県知事 印

地域在宅医療サポートセンターの指定及び運営要項第4に基づき、地域在宅医療サポートセンターとして下記のとおり指定します。

記

- 1 指定機関名
- 2 指定機関の所在地
- 3 指定期間 年 月 日から 年 月 日まで

地域在宅医療サポートセンター指定書（連携型）

認地第 号
年 月 日

指定機関の長 様

熊本県知事 印

地域在宅医療サポートセンターの指定及び運営要項第4に基づき、地域在宅医療サポートセンターとして下記のとおり指定します。

記

- 1 代表指定機関名
- 2 代表指定機関の所在地
- 3 指定期間 年 月 日から 年 月 日まで
- 4 連携型の構成機関名

地域在宅医療サポートセンター申請事項変更届

年 月 日

熊本県知事 様

指定機関所在地

指定機関（代表者）名

年 月 日付け認地第 号により指定を受けた地域在宅医療サポートセンターについては、申請事項に変更が生じたので、地域在宅医療サポートセンターの指定及び運営要項第6に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

1 変更事項

2 変更内容 変更前：

変更後：

3 変更年月日 年 月 日

4 変更理由

地域在宅医療サポートセンター辞退届

年 月 日

熊本県知事 様

指定機関所在地

指定機関（代表者）名

年 月 日付け認地第 号により指定を受けた地域在宅医療サポートセンターについては、指定を辞退したいので、地域在宅医療サポートセンターの指定及び運営要項第7の1に基づき、下記により届け出ます。

記

- 1 辞退年月日 年 月 日
- 2 辞退理由

地域在宅医療サポートセンター指定取消書

認地第 号
年 月 日

指定機関の長 様

熊本県知事 印

年 月 日付け認地第 号により指定した地域在宅医療サポートセンターについては、地域在宅医療サポートセンターの指定及び運営要項第7の2に基づき、下記により取り消します。

記

- 1 指定取り消し年月日 年 月 日
- 2 指定機関名称
- 3 指定機関所在地
- 4 取消理由

地域在宅医療サポートセンター事業実績報告書

年 月 日

熊本県知事

様

申請者所在地

申請者名

地域在宅医療サポートセンターの指定及び運営要項第10に基づき、事業実績報告書を次のとおり提出します。

年度	取組内容・実施時期等
年度	選択した項目名【 】
	選択した項目名【 】
	選択した項目名【 】
	選択した項目名【 】
	選択した項目名【 】

※ 要項第8に規定する業務内容の項目①～⑩の中から、地域の実情に応じて5項目以上を選択のうえ、事業実績を記載すること（欄が不足する場合は適宜追加すること）。