

(1) 在宅医療連携拠点の整備(例: 退院等の支援)

退院困難な理由(最多)
「医療処置・リハ等の継続が必要」
で退院できない

多くのケアマネジャーや介護事業者は、医療的なケアについて援助することが難しい

入院医療機関による調整・支援

ケアマネジャーによる調整・支援

(対象抽出)

(現状把握)

(退院支援)

(在宅医療・介護サービス)

入院

スクリーニング
(支援を要する患者の抽出)

アセスメント実施

院内調整
本人・家族の意向
確認等

退院カンファレンス、ケアマネジャーとの調整

退院

在宅療養

病院の退院支援だけでは退院が難しい患者を抽出

郡市医師会の連携拠点・相談窓口が関わるころ

【郡市医師会の連携拠点・相談窓口の業務】

- 退院の際に必要な医療につなぐ
- 退院後も支援する

退院後、体調などの相談先に不安がある患者の存在

(2) 往診医の登録・患者情報の共有

【郡市医師会の連携拠点・相談窓口】

往診医登録・紹介

往診医
登録シート

【往診医】
医療機関ごとにリスト化
関係機関からの問合せに対応

往診可否照会
(退院患者情報)

往診医の紹介

往診医の問合せ

医師

病院等

患者情報の共有

【患者情報の共有】
情報をリスト化
関係機関と共有

患者情報
提供シート

往診医として
登録した医師

他機関との情報共有につ
いて説明・同意

患者



患者情報の
共有

主治医不在時のバック
アップなど

病院・診療所等

(3) 急変時の入院先確保【在宅療養支援ベッドの確保】

