

～本ガイドラインの運用にあたって～

このガイドラインは、但馬圏域の市町の範囲を超えた病院からの退院について、特に高齢の患者さんが退院直後からよりよい療養生活を送れるよう、平成 26 年度から各関係機関の協力を得て、検討を重ねてきました。

医療介護の状況やその連携体制づくりは、既に市町毎に医師会、歯科医師会、薬剤師会や病院、行政、そして介護支援専門員をはじめとする介護保険関係者の努力が進められています。住民の医療ニーズに応えるためには、但馬圏域内の病院がその機能に応じて、但馬圏域全体からの入院を受け入れることが必要となります。そのため、但馬圏域で退院支援に関する基本的な合意事項をまとめる必要があります。指針としてのガイドラインを作成しました。なお、このガイドラインの活用には、いくつかの重要な前提があります。

- 1) 各市町内での連携（病院所在地と同じ市町に退院する）については、市町毎に既に活用している退院に関する医療介護連携マニュアル等がある場合は、それを尊重します。
- 2) 病院所在地外の市町へ退院する場合や、その市町ではマニュアル等が未整備等の場合は、このガイドラインを活用することとします。
- 3) 高度医療例のように、病院と地域との連携が密に必要な例では、退院前カンファレンスが開催されることが本来のあり方であり、このガイドラインにそった連携がそれに代わるものではありません。
- 4) 退院に関する在宅における医療的判断は、かかりつけ医と病院主治医との綿密な連携の上に成り立つものであり、退院後に在宅の担当医師が代わる場合は、元のかかりつけ医との調整を十分に行う必要があります。
- 5) 本ガイドラインは、在宅医療と介護連携や病病・病診連携との関連性が深く、それら全体として施策化する事を目指す地域医療構想とも密接に関わることから、地域医療構想を検討する場（医療機関等連絡会）を活用し、少なくとも年に一度はその運用の課題を関係機関に検討してもらい、改善に努めることとします。