

## 【別紙2】

### ② 医療・介護連携業務の業務体制

#### ②-2（イ）「入院中」の業務の流れ・やり方

- ・入院中の情報は、主に看護師から地域医療連携室へ報告することになる。また、各種委員会があるため、その場で他部署の情報を入手することが可能。
- ・医師、看護師と連携し、状況に応じて関係各所に連絡調整を行う。
- ・外部からの相談・依頼は、医療介護サービスセンターのMSWが窓口となり、主治医・病棟リハビリ等必要な情報を確認し、返答している。また、院内からの必要な情報提供の指示があった場合にもMSWが対応を行っている。
- ・ソーシャルワーカーが医師、担当の看護師と相談の上、本人・家族と面談して退院後の方向や制度の手続きなどを支援している。
- ・MSWより各関連職種等に対し情報収集、院内外の情報を適宜提供し、退院イメージの共有を図る。
- ・診療情報提供書の作成に向けて、患者情報を整理し、退院時期をフォーカスしていく。
- ・リハビリカンファレンス出席や家族等の希望聴取
- ・患者の情報内容は、病棟看護師（又は、依頼にて地域連携相談室）。介護申請や区分変更、更新などは、病棟からの依頼にて、家族・ケアマネジャーとの連絡調整を行っている。
- ・情報収集は入院係が行っています。
- ・毎週水曜日にリハビリカンファレンスを行い、医師参加で情報共有。毎週木曜日に院長回診があり、各部署も同席とする。それ以外時は、院内PHSで随時連絡している。
- ・院内連携（病棟看護師を中心に各部署に連携をとる）。病棟看護師が情報収集（入院時、患者・家族から現況について情報収集をする）（介護支援についてケアマネジャー等に確認）。医事課が他医療機関、ケアマネジャー等に連絡。
- ・情報収集については地域連携室が行い、患者生活状況シート、援助サマリーを作成し、院内連携を行う。定期的に退院調整委員会の実施。
- ・入院時に退院支援スクリーニング用紙を記入し、退院支援の対象者は72時間以内に初期計画評価カンファレンスシートを作成。以後は、受け持ち看護師が看護評価を行い、カンファレンスを行う。退院が近付いてきたら、相談員へ退院支援依頼用紙を提出（病棟より、診療情報・ADL表をもらう）。詳細な情報は相談員自ら行い、本人と家族と面談を行う。相談員が入らず、病棟看護師のみで調整することもあり。
- ・連携体制を取っていないので、医師の指示のもと、事務、看護者が行う。
- ・入院時にスクリーニングを実施し、退院支援を要する患者を抽出（入院を受ける看護師）。地域連携（MSW、看護師）および病棟看護師、医師にて支援立案。毎週1回開催のカンファレンスにて情報の共有を図っています。また大きな病院ではないので、近くに多職種があり、少しの事でもすぐにface to faceでピチカンファレンスを行えます。
- ・患者様の状態は、医師の診療情報提供書と受け持ち看護師から師長が情報収集を行い、転院先の地域連携室と相談を行う。
- ・病棟・リハビリよりMSWが情報を収集。困難チェックリスト等により、退院支援困難者の抽出を行う。
- ・それぞれの部署や患者、家族から相談を受けたことを地域連携でまとめ、対応している。
- ・院内で毎週行っている退院調整カンファレンスを基に、医師、看護師、セラピスト、管理栄養士と協働し、退院支援から退院調整を行う。
- ・地域連携室のスタッフが病棟のカンファレンスに参加して、情報収集を行う。特に支援が必要と思われる患者には、本人ならびに家族と面談を行う。入院時にケアマネジャーから在宅での情報を収集する。
- ・入院時スクリーニング。入院時、多職種カンファレンス→退院に向けての計画と実施、評価の繰り返し。（必要に応じてカンファレンス）
- ・日々のカンファレンス、相談員による面談内容は病棟毎にまとめ、業務終了時に各病棟、リハビリ科に配布。
- ・院内多職種でのカンファレンスを実施、退院までの課題の抽出など。
- ・治療状況に応じて、日常的に院内複数部署と連携、情報収集を行い、必要に応じて他機関と連携。

## 【別紙2】②-2（イ）「入院中」の業務の流れ・やり方

- ・他院（他施設）とは、TEL・FAXでやりとりをする。院内では地域医療連携課と看護部やドクターと話し合う。
- ・病棟看護師が中心となり、担当医、入院事務と連携をとっています。
- ・入院時は主に主治医が情報収集を行う。相談員は病棟ごとに担当制となっている。相談員は、支援をしていく上で必要があれば患者様や家族、関係機関から聞き取りを行う。
- ・MSWは病棟担当制で配置。各病棟で1週間に1回は医師・看護師・リハビリスタッフ・薬剤師等とカンファレンスを実施し、情報共有している。入院時に看護部にて、「退院困難患者スクリーニング」を実施。
- ・他院間との情報依頼等は、医師が診療情報提供書を記入し、地域連携室を通し情報のやり取りを行っている。
- ・各病棟単位週1回のカンファレンス日を設定。連携室スタッフが参加し、入院中のカンファレンスでととのえていく。必要時はケアマネジャーに連絡し、情報交換していく。
- ・①初回情報はソーシャルワーカーが行う。以降は看護部が情報収集している。②基本的には、医師、看護師が中心となっている。
- ・担当看護師、師長と連携室との連携
- ・保健センター・児童相談所・福祉事務所との連携。情報収集はスタッフ全体で行う。連携の窓口は師長。
- ・主治医（院長）、看護部
- ・入院時の患者様について、月1回長期患者様について、各医師受け持ち患者について、病棟カンファレンスを実施。自宅復帰が出来ない方等、その他家族面談、担当ケアマネジャーと相談しながら、自宅復帰、転院、施設入所等の検討へ。それにより適宜対応していく。
- ・日々の申し送り、カンファレンスにおいて、MSWが情報収集を行い、医師をはじめとした各スタッフから調整依頼があれば、それに基づき調整・対応している。（カンファレンス週6回）
- ・地域連携室看護師がベッドコントロールも兼ねているので、毎日各病棟ラウンドし、情報収集を行っている。回りハについては、社会福祉士が担当。医師からの要望や外からの問い合わせに応じ情報交換を行う。
- ・病棟より依頼あり調べる（例：ケアマネジャーがいるか等）。他院・他施設より問い合わせを受ける（例：入院前とADLが変わっているか等）。
- ・経済的な問題や今後の生活に向けて介護等が必要な方は、院内スタッフからや自発的にソーシャルワーカーへ相談依頼がある。ソーシャルワーカーが本人や家族と面談を行い、これまでの生活状況を確認し、他職種・他機関と連携を取りながら、今後の生活について一緒に相談支援を行っている。
- ・入院患者様の基本情報などは、連携室職員が面談時に収集。病棟ケアマネ、看護師にて他部門へ情報を提供する。入院中の他病院との調整は連携室にて行う。
- ・病棟看護師または主治医からの依頼事項を地域連携係（連携係、相談係どちらも）から連携を図っている。医療処置等に関しては、退院調整看護師がすることも多い。
- ・院内連携：医療に関しては、医師・看護師・他メディカルスタッフで連携。連携の内容によっては患者支援センターが介入し調整する。
- ・入院紹介元への報告を地域医療連携室が行うとともに、医療介護相談室にて情報収集を実施する。カンファレンス（多職種による）にも参加して、退院先の調整を行う。（医局の申し送りや整形外科回診などにも参加して情報収集）
- ・入院時、病棟でスクリーニングシートを記入し、地域連携室に提出する。地域連携室はコピーし、原本を病棟に戻し、病棟・地域連携室とで情報共有し方向性を確認する。必要あればケアマネに連絡し、カンファレンスを実施する。
- ・担当相談員（病棟ごとに対応部署が変わる）
- ・個別の事例ごとに医師、看護師、コメディカル等と連携、情報収集を看護師、MSWが行っている。事例によっては、カンファレンスを開いている。
- ・リハビリカンファレンス（医師、看護師、セラピスト、ソーシャルワーカー）、回復期リハビリテーションカンファレンス（看護師、セラピスト、看護助手、ソーシャルワーカー）がある。情報収集は隨時している。患者様やご家族と面談（ソーシャルワーカー単独で行う面接、回復期リハ病棟で看護師、セラピスト、ソーシャルワーカーが揃っての面接）。ケアマネジャー・アワーカー等関係諸機関との連携（在宅生活の聞き取り）
- ・病棟に退院支援リンクナースを配置し、地域連携と連携。必要に応じて、情報収集を実施。（病棟看護師、地域連携）

## 【別紙2】②-2（イ）「入院中」の業務の流れ・やり方

- ・毎週定期で開催している入退院会議にて、情報収集を行っている。（参加者／医師（常勤医師は全て）、看護部（看護部長、看護師長、主任）、リハビリ（1名交代制）、事務部（連携室、医事課）、看護（管理者）、小規模多機能（管理者）、特養相談員（グループ内）、ケアマネジャー（グループ内））
- ・病棟看護師にてスクリーニングシートの記入を行い、週2回の退院支援カンファレンスには地域連携室（看護師、MSW）が参加し、情報共有を図っている。
- ・病棟の副師長や主任から、入院中の患者の状態について地域連携室の看護師が情報収集をし、ケアカンファレンス等を行っている。
- ・病棟ラウンド～病棟看護師と入退院支援課MSW・看護師で、退院支援カンファレンス。情報収集は双方の視点で実施し、共有。
- ・入院時の情報収集は、病棟看護師にて実施。退院調整が必要かどうかをスクリーニングで抽出し、病状やリハビリの状況を踏まえ、適切な退院先への調整を行っている。（転院調整、ケアマネジャーとの調整によるサービス調整）
- ・外来より病棟へ情報の申し送り。病棟看護師による情報収集。退院調整が必要な患者に対して、ケアワーカー・MSWが介入。
- ・①他医療機関への病状問い合わせは事務。②ケアマネジャー、介護施設との連携はソーシャルワーカーが担当。
- ・院内連絡表にて全部署へ周知する。
- ・患者・家族からの相談、医師・看護師から連携依頼、外部機関からの相談を、地域連携室および精神科相談室の看護師・MSW・PSWが対応。
- ・定期的な病棟カンファレンスで情報共有している。
- ・病棟看護師によるアヌムネ時に福祉ニーズの把握。医師、看護師、リハビリにより、MSWへの連絡。必要に応じ、看護師、リハビリ、MSW参加のカンファレンスを行う。
- ・ケアマネジャーや訪問看護、医師からの情報が入ってくれれば、それぞれの部門で話を伺ったり、書面でいただける。また、病棟に来棟していただき、ケアマネジャーと看護師とでカンファレンスを行ったりしている。MSWが同席することもある。転棟などあれば、病棟内で連携している。
- ・随時、看護部から情報を担当者へ。
- ・患者の転棟など病床管理は、病棟・外来・地域連携室の看護師長でミーティングを行い、それぞれの情報を共有していく。多職種との連携は、緩和ケアカンファレンスや呼吸器リハビリカンファレンスで行う。
- ・カンファレンス等の実施。外部からの情報収集は主にソーシャルワーカーが実施する。
- ・病棟が一つのため、看護師全員で情報を収集し共有している。
- ・患者・家族の希望を把握した病棟看護部と連携し、地域医療連携室が相談業務を施行。患者の病状に添って、退院調整を主治医・看護部と話し合いながらする。
- ・外部からの相談があれば、相談室より必要な職種と連携。院内、特に病棟からかかわりが必要と思われれば相談室に依頼。
- ・看護師または医事課が情報を伝える。
- ・各病棟のチームカンファレンス（一般病棟週1回、療養病棟月2回）に相談員が参加し、情報収集している。必要時、相談介入依頼にて介入する。
- ・入院時に、入院担当看護師により退院調整のスクリーニング→週1回各病棟に退院支援カンファレンス開催（病棟看護師、退院調整看護師、MSW）→必要に応じてMSWが退院支援介入
- ・主にMSWが動きますが、法人内のケアマネジャーが対応することがあります。
- ・連携室担当者により相談・調整。病棟看護師、病棟クラークによる相談・調整。
- ・病棟からの依頼にて、退院の調整を行っています。
- ・在宅方向患者→退院支援看護師／施設・転院方向患者及び生活保護・独居などリスクのある患者→MSW 各スタッフが病棟ラウンドし、情報をとる。
- ・スクリーニングシートの活用や、アヌムネ時の情報収集。院内で多職種カンファレンス実施。
- ・ケースによる。
- ・ケアマネジャー等、直接電話をして情報収取などを行っている。
- ・日常から担当看護師と相談員とで情報取集を行っている。

## 【別紙2】②-2（イ）「入院中」の業務の流れ・やり方

- ・ 入院時初期に退院支援を要する患者の抽出（病棟科長）→退院支援担当者（ソーシャルワーカー、看護師）が、①本人・家族と隨時面談、②院内医療チームと連携（医師、看護師、PT、ST、OT）、③院外関係者との連携（介護保険ありの場合担当ケアマネ、なしの場合申請代行）。この過程における心理的・社会的問題の解決、調整援助。
- ・ 病棟長、リハビリ、地域医療連携室、訪問診療看護師、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション管理者と週1回カンファレンスを開催し、入院患者の情報共有を行っている。必要に応じて、ケアマネジャーなど関連機関に情報提供を行っている。
- ・ 担当医、病棟看護師等から情報を受け他病棟と連絡調整。
- ・ 必要に応じて、本人とは病棟で、家人とは地域連携室が行っている。
- ・ 症状、家族受け入れ、認知症など諸条件により、退院支援介入を必要とされる患者の状況把握を出来るだけ早い段階で確認でき、すべての患者に同等の対応を取れるよう、全患者・ご家族に対しインタビュー。介入希望者連絡が地域医療連携室へ入り、在宅支援希望は在宅介護支援センターへ。転院支援希望は地域医療連携室にて調査、医師へ患者希望を連絡、転院・在宅へ誘導を行う。
- ・ ショートなど、退院予定に合わせてケアマネ間で担当者会議。治療時、医師間診療情報提供書。他施設時、サマリー、ケアプランによる情報提供。
- ・ 電子カルテにメール機能があり、連絡を取り合っている（忘備録にもなる）。院内カンファレンス、院外の方も含めたカンファレンス。
- ・ TELにてケアマネ（他病院連携室）と退院日の調整→施設・居宅・転院を検討し、行先を家族と相談し決める。
- ・ 医師、看護師、（セラピスト）を中心にソーシャルワーカーにオーダーがあり、情報収集を開始する。
- ・ 病棟（主治医のIC時に本人・家族の意向を確認）→連携室に相談依頼書を提出→相談員が家族面談→希望先へ転院相談
- ・ 各病棟の師長または退院支援ナースと各病棟担当MSWで患者について作業確認→週1回全体ベッドラウンドで師長室、ベッドコントロール責任者で情報共有
- ・ 情報収集は各病棟で行っている。
- ・ 第一段階：入院時アセスメント→第二段階：医療・ケア継続のための看護介入とチームアプローチ→第三段階：退院調整→初回カンファレンス→患者・家族との面談、地域事業所との連携／院内連携については、定期的にカンファレンスを開いている。医療に関しては医師、生活面に関してはPSWが情報収集を行っている。
- ・ 定期的に連携室担当者が病棟を廻り情報収集を行っている。
- ・ 医師および病棟看護師からの連絡を受け介入
- ・ 入院後48時間以内に、各病棟でスクリーニング表の入力をする。週1回各病棟で退院支援カンファレンス実施。訪問看護等の医療系情報は退院調整看護師が担当し、ケアマネ等からの情報はMSWが収集する。
- ・ 在宅担当があれば家人または事務より連絡し、サマリーをFAX・郵送していただく。かかりつけ医があれば病院より連絡し、診療情報をいただく。
- ・ 週に1度、病床管理委員会（参加者：PSW、各病棟責任者、外来看護主任、看護部長、看護副部長、院長）を開催で調整（医師の判断のもと）。情報収集は主にPSW。
- ・ 回復期：毎月チームカンファレンス→説明会／一般、障害：入院時スクリーニング→情報収集→今後の調整について。
- ・ 病棟担当看護師は常時病棟内で勤務しているため、患者本人・家族およびカルテや他の医療スタッフから情報収集を行っている。必要時はケアマネ等とも連携をとり、情報収集を行う。
- ・ 入院者全員に担当（精神保健福祉士）が付くシステムです。入院中の方に関する連携は、担当者を通じて行います。
- ・ 毎朝の申し送りで状態確認。4週間に1回院内リハビリカンファレンス。適時担当者間で相談。家族IC→家屋評価→退院前カンファレンス。
- ・ 病棟ケアマネジャーによるご家族への連絡。担当者会議開催。
- ・ 福祉相談室を中心として医師、看護師等関連部署と調整。
- ・ 毎週多職種でのカンファレンスを実施している。入院時より担当看護師がスクリーニングシート作成し、退院に向けての調整を行っている。

## 【別紙2】②－2（イ）「入院中」の業務の流れ・やり方

- ・ 入院3日以内に病棟、病棟担当ソーシャルワーカーにて退院支援の必要性についてスクリーニング実施→ソーシャルワーカー介入し情報収集。必要に応じケアマネジャーの情報交換。週1回病棟カンファレンスで情報交換、共有。
- ・ ケアプランの作成の手順に沿って、ケアカンファレンス、サービス担当者会議などにて、他職種と意見交換しながら連携をとっている。
- ・ 入院治療計画をもとに、家族へ今後の方向性の確認を行う。医師への連絡を含め、ICの日程を調整。
- ・ ①スクリーニング（看護師）②週1回の病棟カンファレンス、アセスメント（ソーシャルワーカー、看護師、PT、OT、医師）③患者・家族と面談（看護師、ソーシャルワーカー）④関係機関との連絡・調整（看護師、ソーシャルワーカー）
- ・ 在宅退院か転院・施設申し込みが早期に把握。（病棟看護師、連携室看護師、ソーシャルワーカー）医師カンファレンス、リハビリカンファレンスにて情報収集・共有し、退院調整会議を行う。ご家族・本人に対しては、退院支援担当者（看護師、ソーシャルワーカー）が早期に面接を行う。
- ・ 病棟看護師、医師からの連絡を受け、ケアマネジャー等関係各所との対応を行っている。