

## 【別紙3】

### ② 医療・介護連携業務の業務体制

#### ②-2 (ウ) 「退院・転院時」の業務の流れ・やり方

- ・ 地域医療連携室から各事業所へ連携し依頼を行っている。状況に応じては、カンファレンスを開催し、その場で連携を図ることもあり。
- ・ 在宅退院であれば、担当ケアマネジャーとのサービス担当者会議のセッティング業務。他病院への転院であれば、転院可否の検討から、転院日の調整まで全て相談室で行う。
- ・ 主治医による退院許可があり次第、各サービス事業所等へ連携を行い、サービス調整等を行う。退院許可が出る前においても、介護度の変更など必要あれば各サービス事業所等と連携を行う。
- ・ 転院の場合は、連携医療室が窓口となり、細かい転院の調整をしている。在宅へ帰る場合は、ケアマネジャーと連携して、カンファレンスを開催したりして調整をしている。整形外科入院は、リハビリと連携を取って調整している。施設入所の場合も直接施設との調整を行っている。
- ・ 入院前情報（ケアマネジャー）と退院時の全体像を比較し、顕著な変化がなければ病棟カンファで退院決定。MSWによるアセスメント等により、ADL支援、環境設定が必要なら退院までに調整する。
- ・ 入院時に想定した退院時期を1/3程度残すくらいに、患者家族と相談し、退院・転院の方向性を定める→患者家族希望を念頭に、在宅、施設、転院を具体的に調整する。
- ・ 退院前カンファ等でケアマネジャー等との調整。転院先病院・施設の希望を聞き、紹介状等で打診。
- ・ 転院に関しては、連携が中心となり、家族と相談を重ね、他の医療機関等と調整を行っている。在宅への退院に関しては、ケアマネジャーとの連絡、退院カンファレンスの設定等調整し、できるだけカンファレンスへの参加もしている。
- ・ 受け入れ先に診療情報提供書をFAXし、転院先や家族と調整します。
- ・ 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。退院調整の指示等あれば、その時点で必要な連絡先に伝えている。
- ・ 医事課が転院調整や他医療機関に連絡をとる。医事課が退院に向け必要に応じ退院前カンファレンスに各職種・介護サービス担当者等を招集する（家族・ケアマネジャー・介護関連・当院医師・看護師・リハビリ等）
- ・ 入院もしくは外来通院中に患者情報を収集し、他医療機関や居宅への情報提供・収集を地域連携室が行っている。
- ・ 退院時：必要があれば退院前調整やカンファレンスを行い、ケアマネジャーと日程調整し、退院日を決定する（日程調整は主に電話）／転院時：転院先の病院に電話で相談し、診療情報・ADL表をFAX。判定が通れば待機となり、声がかかった段階で、病棟・家族に連絡。問題なければ介護タクシー手配し、転院先病院に連絡。
- ・ 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。
- ・ ケアマネジャーや他関係機関へは主にMSWが調整しています。カンファレンス時には、出来る限り関わりのある多職種への参加依頼をしています。転院調整に関しては、医師、看護師より情報を得て、MSWが他院へ情報を提供し、依頼を行います。
- ・ ADL表、サマリー、情報提供書を使用し、事務より地域連携を行う。
- ・ サービス事業所、ケアマネジャーと退院前にカンファレンスを設定し、患者情報の提供を行っている。
- ・ 医師から退院転院の指示が出たことを受け、在宅、他施設への方向性を確認。在宅の場合、施設又はケアマネジャーと連絡し、家屋調査や退院調整を行う。他病院であれば、地域連携と連絡を取り調整する。
- ・ 主に地域連携室が他所との連携を行い、必要時は退院前カンファレンスを開催し、調整を行う。
- ・ 本人、家族と面談を行った上で、退院前にケアマネジャーを通じて、サービス事業所も召集してカンファレンスを行う。可能な限り2回行うようにしている。1回目カンファレンスで、自宅復帰が困難と思われる患者には、施設入所、転院支援を行っている。
- ・ 退院前カンファレンス（多職種：ケアマネジャー、在宅サービススタッフ（ヘルパー、福祉用具スタッフ等）、訪問看護、リハビリ（PT、OT、ST）、栄養士、薬剤師、看護師、MSW、本人、家族など関わるスタッフ全て）。必要に応じて多職種で自宅訪問。
- ・ 電話相談、FAX等での情報交換。退院前カンファレンス。

### 【別紙3】②-2 (ウ) 「退院・転院時」の業務の流れ・やり方

- ・主治医から患者、家族へ退院日の説明。院内、院外のサービス担当者と連携。転院、施設入所の申込み、調整業務。
- ・入院後も治療状況や本人の希望に応じて、各種機関と連携。退院前にはカンファレンスを設定し、治療経過や在宅支援体制の調整を行う。
- ・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、事業所やケアマネジャーと連絡、調整を行い、必要に応じて入院事務、地域連携室が関わる形となっています。
- ・サービス調整が必要なケースの場合は、相談員がマネジメントの中心となる。急に転院が必要になった場合は、医師が直接調整する。
- ・病棟カンファレンスや訪床によりアセスメントを実施。ニーズに合わせ介護保険など新規申請から対応する。既に担当のケアマネジャーがいるケースでは、経過に合わせ連携（カンファレンス等）を実施。
- ・ケアマネジャーとの連携は、入院中に情報交換をとり、退院前には必要に応じ担当者会議を開催している。医師のICに同席し、今後の方向性を相談し調整していく。転院時には情報提供し、緊急時は医師同士で話をし、その後地域連携で詰めていく。
- ・方向性決定時の関わり、退院後の関わりを通して具体的に進めていく。病棟担当の退院支援者が調整する。
- ・①院内カンファレンス実施（本人・家族のニーズを吸い上げ、各事業所に連絡しセッティングする）②退院前カンファレンス開催。情報交換する。③本人・家族と在宅チームの顔合わせをする。④退院。
- ・①家族への説明②他院への打診③情報提供④退院日調整⑤退院
- ・保健センターとの連携。必要なサービス提供。育児について不安な場合、産褥入院（スマイルママ）。
- ・院長、看護部長、担当ケアマネジャーと連絡、調整する。必要によっては、カンファレンス等で情報提供を行う。
- ・主に電話・FAXにてサービスの調整、転院、入所の申込みを行い、必要に応じてカンファレンスなどの開催を行う。
- ・退院が決定したら、担当ケアマネジャーに連絡し、退院日の調整を行う。退院日前に関係機関（担当ケアマネジャー・居宅事業所・訪問看護担当者等）と日程調整し、退院カンファレンス開催。転院については、緊急急性期時は各病院医療連携室へ連絡し受診につなげるか、医師同士のやり取りとなる。他急性期病院から転院で受けた方、他病院転院、施設に入所の場合、事前に受け入れ前に家族の意向等を面接にて確認し、連携、紹介相談を行って対応している。
- ・患者・家族と面談の上、病棟（医師・看護師）からの指示に基づき、必要な場合は社会資源の調整等を行う。もともとのかかりつけ医他、必要に応じて事業所を選別して対応する。
- ・病状悪化や治療目的での転院時は、医師や患者・家族より希望・依頼のある病院の前方連携と担当事務職が連絡をとり、情報提供書やADL表、看護サマリー等FAXし、日時の調整を行う。また救急車の手配。治療、リハビリ終了後の退院は、病棟毎に担当を決め、看護師、MSW、社会福祉士がカンファレンスをもったり、各居宅、事業所、ケアマネジャー、家人と連絡を取り調整する。
- ・在宅復帰にサービスが必要な場合、カンファレンスを行う。転院の場合、家族とお話をし進めていく。
- ・自宅での介護が難しい状況にある方など、他の医療機関へ転院を希望される場合、ソーシャルワーカーが病状や身体機能、生活・家族の環境や状況を踏まえて入院申込みを行う。ケアマネージャーがいる方で自宅へ退院される場合は、退院前カンファレンスを実施するなど状況に合わせて関係機関と連携をしながら、ご本人にとってより良い退院につながるように支援を行っている。
- ・退院については、医師より家人へ説明を行い、医療・介護等のふりわけを行っていただく。ケアマネ、連携室共同で退院時・転院時に必要な事業所・医療機関へ連絡・調整を行い、カンファレンス等の調整をし、必要な情報提供などを行い、シームレスケアを心がけています。
- ・退院調整依頼が主治医から出ると、①転院の場合②在宅調整の場合で、MSWと退院調整看護師で割り振る。第一報はTELで情報提供を行い、紹介状・サマリーができ次第FAXで送る。退院時も最新の情報を送る。
- ・医師より依頼があれば、各サービス・医療機関へ看護師が連絡・調整を行う。
- ・①退院に向けて：地域関係者との連携は、患者支援センターが担う。必要に応じてカンファレンスも開催。②転院：患者支援センターが転院先の病院と連携調整、患者・家族面談実施。
- ・特に高機能病院や他府県の医療機関への転出が必要な場合は、地域医療連携室が外部との連絡を行う。ケアマネジャーとの連携については、医療介護相談室職員が担当。特に在宅復帰の場合、リハ職による退院前訪問担当に加え、ケアマネジャー等を交えて退院前カンファレンスを行う。

### 【別紙3】②-2 (ウ) 「退院・転院時」の業務の流れ・やり方

- ・ 転院の場合は、家人と相談の上、次の転院先を地域連携室で探す。在宅療養の場合は、ケアマネに連絡し、ケアマネから各サービス担当者へ連絡し、患者家族とカンファレンスを実施し、在宅療養に必要なサービスを検討する。
- ・ 担当相談員（病棟ごとに対応部署が変わる）
- ・ 主治医から退院の許可が出れば、ケアマネジャーに連絡。退院前カンファレンスが必要であれば、日程の設定をしてカンファレンス実施、その後退院となる。転院・転所の場合、施設等で介護保険が必要な場合、認定調査のために病院に来て頂く場合もある。
- ・ 在宅の場合：在宅支援室が退院前カンファレンス、退院前訪問を行い、その時の結果を基に援助している。転院の場合：医師から医療相談依頼書をいただき、その後、家族・本人と情報提供する。本人・家族が選択された意向を基に、転院先に打診している。
- ・ 家屋調査の実施。（入院中の面接内容から、その必要性を感じたケースについて、医師の許可のもと実施）。退院前カンファレンスの実施。（患者、家族、ケアマネジャーはじめ在宅チーム、院内スタッフ出席）
- ・ 各事業所等窓口として地域連携が入り、調整している。
- ・ 他医療機関やサービス事業所、ケアマネジャーとの連携は、入退院会議において必要性があれば、退院調整等のカンファレンスを適宜行い、家族含め参加を依頼する。
- ・ 退院が可能な状態となられたら、在宅の場合はケアマネジャーや在宅医などへの連絡。転院が可能な状態となられたら、先方の担当者との連絡、情報共有を主に地域連携が行っている。
- ・ 入院中から退院に向けて他医療機関とのやりとりや、サービス内容の検討などを行い、ケアマネジャーの方や、家族の方と連絡をとりつつ、退院支援を行っている。
- ・ 外部との調整は、入退院支援課で行っている。看護サマリー、看護情報提供書は病棟と相談しながら記載し、連携室へ渡す。転院時は、紹介状、看護サマリー、地域連携パス、画像データ、血液データなどを渡している。
- ・ 転院の場合は、診療情報を先方にFAXし、可否を確認している。施設入所の場合、必要な診断書などをお渡しし、家族に申込みいただく。在宅サービスの場合、基本的には包括支援センターへ相談いただくよう説明、要介護が出来るような方は、ご家族と一緒に居宅ケアマネを選定する相談対応をしている。
- ・ 紹介元、または紹介先医療機関へ診療情報の提供。ケアマネジャーへ入院中、退院時の病状や経過の情報を提供する。随時、看護師、MSW、ケアマネジャーと共に、患者・家族に退院を想定した指導を実施し調整する。
- ・ 病棟看護師にて退院支援が必要な患者さんをスクリーニングし、ソーシャルワーカーに連絡。ソーシャルワーカーにて本人・家族面談を行い、必要に応じて関係機関との連携を行う。
- ・ 医療行為が伴う在宅調整は、連携室の看護師が中心に調整。転院、施設、生活保護申請等、社会資源や生活支援が中心の調整は、MSW・PSWが調整。
- ・ 入院時スクリーニングシートの活用と、病棟カンファレンスにて状態を把握し、退院時カンファレンスで在宅サービスへつないでいる。
- ・ 家人、ケアマネへの事前連絡。支援者、家人、MSW、看護師、リハビリ参加の退院カンファレンスを行い、在宅支援を行う。転院時は他病院へ診療情報、サマリー等の必要データをFAXし、受け入れを確認する。
- ・ 病棟で多職種（医師、MSW、薬剤師、栄養士、セラピスト等）が多職種カンファレンスを行い、院外との調整はMSWが実施。電話やFAXで情報のやり取りを行う。また退院前カンファレンスを病院で行うこともある（院内・外のスタッフで実施）
- ・ 随時、担当者がTEL・FAX等で連絡調整、会議、打合せを行っている。
- ・ 主治医、病棟看護師長、看護師から口頭で退院調整の依頼がくるので、その時に情報を聞き、患者家族と面談を行う。希望するサービスがあれば、ケアマネジャーに連絡し伝えたり、医療処置の継続やADL低下、介護力の不足等あればカンファレンスを開催する。
- ・ 電話での連携・調整及びカンファレンス等への参加要請（来院していただき、面談などを実施）
- ・ 転院は医師により調整。在宅や施設へは、家族を中心として看護師長が調整している。他職種との連携が必要な場合は、患者のケアマネジャーと相談の上、退院前カンファレンスを実施している。
- ・ 病状安定を聞いた時点で、退院・転院先を地域連携室で探す。患者・家族の希望を聞き、他院、ケアマネジャーとの連携を図る。院内調整をし、退院・転院先を決め、患者・家族へ説明後、退院手続きとなる。
- ・ 退院、転院ケースは数としては少ない。必要があれば本人や家族と相談の上、連絡調整、相談を行う。
- ・ 他事業所との連携については、事前（サービス調整）に情報交換を行い、退院カンファレンスを開催し、次につなぐ。転院については、家族・患者の要求を聞き取り申込みをする。

### 【別紙3】②-2 (ウ) 「退院・転院時」の業務の流れ・やり方

- ・ 転院・施設入所は、医事課より申込み調整する。在宅の場合、ケアマネジャー等は看護師が連絡し、調整している。
- ・ 他医療機関とは、実務者の会議等で情報収集、ケアマネ・サービス事業所とは退院前訪問や退院前カンファレンスの他、電話やFAX、ケアマネの来院などにて情報交換している。
- ・ 退院支援カンファレンスの内容、在宅関係者からの情報、ご本人、ご家族との面談結果などを元に方向性を決定し、主にMSWが関係機関と調整。
- ・ MSW及び連携室の職員全員が役割分担しながら関わっています。
- ・ 自宅退院の際は、必要に応じてケアマネと連携を取り、介護サービスの調整を行い、退院していただく。転院時は、受け入れ先と連携をとて必要事項を確認。診療情報などを提供して、指定された日に退院していただく。
- ・ 支援の必要な方は連携室での調整と支援。通常退院・転院は病棟対応。
- ・ 患者様・家族様・医師より依頼があれば、家族様と話し合い、在宅か施設なのかを調整し、退院の話を進めています。
- ・ 担当スタッフが病院内スタッフと連携し、カンファレンスを重ね、院外と調整する。
- ・ 必要に応じてカンファレンスを実施。
- ・ 情報提供書を医師に記入していただき、各医療機関、施設へFAXし、調整後に返事をいただく。
- ・ 電話、メール、カンファレンスの開催を必要に応じて行っている。
- ・ ケアマネジャーと連絡を取り、在宅の調整を看護部が行う。他医療機関への転院の場合、医事課が地域連携室と連絡を取り調整を行う。
- ・ 退院前カンファレンスで方向性を決めている。
- ・ 院内・院外関係者との目標の共有、その実現に向けた各々の役割遂行。適宜、合同カンファレンスや自宅訪問(住環境整備)。→退院
- ・ 病棟看護師長より、退院の許可が出たとの連絡が入れば、必要に応じて退院前カンファレンスを行ったり、ケアマネジャーに連絡を取りサービス調整の依頼をしている。
- ・ 家族・本人の希望等に基づき、サービス事業所等と連絡調整。
- ・ 医師からの退院許可、本人・家人の意向、病状を考慮しながら担当ケアマネジャー等と連絡をとる。入院時から入院前の生活背景の情報を取り寄せている。
- ・ 患者病態、家族希望、受け手医療機関の機能等を考慮し、転院依頼先を選定、必要書類を作成（作成依頼）し打診。
- ・ 転院（家人の希望・医療の必要度）：医師からの指示／退院（身体、認知度、家人の希望時）：担当者会議を開催し、必要性で連携をとる。
- ・ 院外の方も含め、多職種カンファレンスを行っています。連携室の担当者が調整しています。
- ・ 医療上の理由から転院が必要となった場合、医師が診療情報提供書を発行、病棟課長が看護サマリーを作成し、連携担当がその情報を転院候補先連携部門に発信し、調整依頼をかける。転院受入が成立した場合、連携担当は担当医師または病棟課長から、日時・交通手段・同伴者などの詳細情報を取りまとめた上で、転院先医療機関と最終調整に入る。
- ・ 病棟看護師→IC時にケアマネジャーの同席を依頼→療養先や必要と考えられるサービスの確認（必要時、相談員にも依頼あり）
- ・ 退院調整ナース（各病棟）とMSWで分担してケアマネジャーと調整進める。
- ・ かかりつけ医への退院のお知らせは医事課がFAXにて実施。退院前カンファレンスの調整は地域医療連携室からケアマネジャーへ連絡。退院前カンファレンスなしで退院される場合は、病棟よりケアマネジャーへ連絡。
- ・ 【介護保険を利用】①申請手続き・居宅介護支援事業所選択②退院支援に向けたサマリーFAX③ケアマネジャー來院（家人同席）、退院前カンファレンス④かかりつけ医意見書記載　【在宅医療調整】①訪問看護・地域医療（通院・往診）選択②在宅医療調整のサマリーFAX③医師へ診療情報提供書送付④医療器具・医療処置がある場合は、訪問看護來院し「退院時共同指導」を実施⑤退院時に家人に看護サマリー渡す　【転院調整】①転院の目的を明確にする②医療機関の選択③診療情報提供書（医師）、ADL表（看護師）を各医療機関にFAX④受け入れ状況により最終決定をする⑤転院時の移送は病状により判断⑥転院時看護サマリーを家人へ　各事業所に連絡をとり、退院時カンファレンスを開いている。
- ・ 退院・転院すべて連携室で調整または関係者への連絡を行っている。
- ・ サービス担当者会議への出席、情報提供、退院前訪問の同行。家人への転院先情報提供、転院調整。

### 【別紙3】②-2 (ウ) 「退院・転院時」の業務の流れ・やり方

- ・ 転院、施設入所などについては、MSWが申し込みから退院までの連絡および調整を行う。在宅復帰にあたっては、医療系ニーズの高い方については退院調整看護師が介入。その他の事例であれば、MSWが退院前カンファレンスや退院前訪問などを提案し、担当ケアマネジャーと連携をとる。
- ・ 退院時、看護師または事務よりケアマネに連絡し、必要であればサマリーを用意する。転院時、本人・家人と相談し、ご意向に合わせて病院や介護施設へ紹介し、必要な情報を提供し待機する。
- ・ 医師の退院指示があればPSWが調整する。(家族、地域連携) 入院期間を3ヶ月と予定した場合は、入院2ヶ月目からはPSWが関係機関と連携開始。救急搬送が必要な時は、病棟看護師または直接依頼する。
- ・ ケアマネジャーと退院後のサービス情報交換→退院前カンファレンス実施
- ・ 連絡調整はTELが主であるが、必要時はFAXも活用。院内連携は電子カルテや院内でのコンピューター等も活用している。
- ・ 担当の精神保健福祉士が退院調整します。他医療機関、サービス事業所との調整も担当が行います。
- ・ 要介護認定に関する説明。ケアマネジャーに家屋評価同行依頼(PT、OT、MSW等)。→退院調整。家族での介護指導(病棟看護師)。
- ・ ケースワーカーが病院・施設と入院・入所について相談
- ・ 福祉相談室、医師などにより退院後の受け入れ先関係者と連絡・調整
- ・ 地域連携スタッフ→病棟師長。退院支援カンファレンス(地域連携室医師、地域連携スタッフ、訪問看護師、看護師(病棟師長、退院支援看護師))
- ・ 患者・家族の希望確認後、関連機関へ情報提供。在宅の場合は、退院前カンファレンスやリハビリ見学、家族指導を行う。
- ・ 病状の変化・悪化等の転院は、相談員。特養・老健等の申し込みに関する退院はケアマネジャー。
- ・ 入院中に今後の方向性が決まれば、ケアマネジャーと施設病院への連携を図る。
- ・ 在宅へ退院の場合、ケアマネジャー、サービス提供機関との連携・調整(看護師、ソーシャルワーカー)。転院の場合、他の医療機関、施設との連携・調整(ソーシャルワーカー、看護師)。
- ・ 介護サービス利用にあたっては、担当ケアマネジャーへ早期に連絡し、来院いただき、現状共有と退院に向けてのプラン検討。退院前カンファレンス開催する。転院・施設申し込みの場合、主にはソーシャルワーカーがご家族と相談し、申し込み先を選定し、申し込み書類作成、診療情報と共に送付などの援助を行う。
- ・ 本人・家人との面談を行っていく中で、現状と家族背景等を考慮しながら、退院先を決定していく。在宅に帰られる際には、ケアマネジャーと連携をとりながら退院調整を行う。