「病院における医療・介護連携の活動状況に関する実態調査」

調　査　結　果

平成28年２月

一般社団法人京都私立病院協会
在宅医療・介護連携体制支援事業検討委員会

はじめに

2025年に向け高齢化が進展する中、高齢者ができる限り住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を送れることのできる仕組みづくり、地域包括ケアシステムの構築は、今や我が国における最重要課題の一つとなっています。その根幹は、高齢者に対する医療･介護サービスの切れ目ない適切かつ円滑な提供体制であり、そのシステムの構築には、地域における医療機関同士および医療機関と介護関係者が密接に連携することが何よりも大切です。その連携の要の一つが医療機関内で地域連携にたずさわる方々であり、シームレスな医療・介護提供は地域連携担当者の手腕によると言っても過言ではありません。

この度、京都私立病院協会では地域連携担当者のさらなる質の向上をめざし、研修会を企画する運びとなりました。その事前の調査として京都の病院における医療・介護連携の実情や課題を把握し、在宅医療・介護連携体制支援事業における取組に資する基礎資料を得る目的で本調査（「病院における医療・介護連携の活動状況に関する実態調査」）をいたしました。このような調査はほとんど前例がなく、地域連携担当者の方の活動実態を把握するものとして大きな意義をもつものと思われます。そして本調査が在宅医療・介護連携体制支援事業に役立ち、ひいては府民の安心・安全な医療・介護提供体制に寄与することを願うものであります。なお、本調査は京都府の地域医療介護総合確保基金の活用により行われています。

結びにあたり、本報告書の作成と調査に当たり、ご協力・ご尽力をいただいた会員施設、協力医療機関ならびに関係各位に厚く御礼を申し上げます。

京都私立病院協会副会長
在宅医療・介護連携体制支援事業検討委員会委員長
久野　成人

目　　次

はじめに…… 1

調査結果…… 3
1　調査目的…… 3
2　調査対象…… 3
3　調査実施期間…… 3
4　調査項目および調査方法…… 3
5　結果…… 3
回収率…… 3
①　医療・介護連携部門の設置状況…… 4
①－１　設置割合…… 4
①－２　設置している病院…… 5
①－３　設置していない病院…… 9
②　医療・介護連携業務の業務体制…… 9
②－１　担当者…… 9
②－２　業務の流れ・やり方…… 9
③　日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所……10
③－１　日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所……10
③－２　具体的な課題や悩み……11
③－３　工夫点や成功例……11
④　在宅医療を進めていく上で連携を取るのが難しい職種……11
④－１　在宅医療を進めていく上で連携を取るのが難しい職種……11
④－２　具体的な課題や悩み……11
④－３　工夫点や成功例……11
⑤　院内・院外関係者との連携・調整においての課題や悩み……12
⑥　課題や悩みが院内で解決できない場合の相談先……12
⑦　今後研修会で取り上げてほしいテーマやその他要望……12

別　紙 13

別紙１……15
別紙２……20
別紙３……25
別紙４……30
別紙５……38
別紙６……42
別紙７……45

資　料 47

「病院における医療・介護連携の活動状況に関する実態調査」調査結果

1　調査目的

京都府内の病院における医療・介護連携の実情や課題を把握し、在宅医療・介護連携体制支援事業における取り組みに資する基礎資料を得る。

2　調査対象

京都府内175病院

3　調査実施期間

平成27年３月16日から平成27年３月30日

4　調査項目および調査方法

調査票（資料「病院における医療・介護連携の活動状況に関する実態調査」）による記入方式（FAXにて回収）

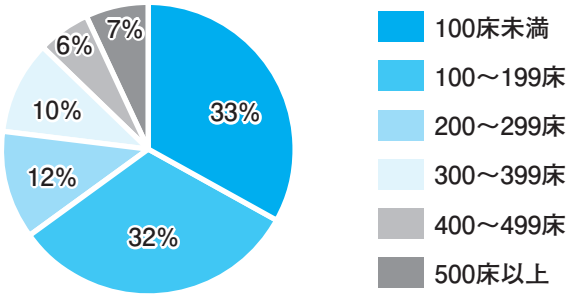
5　結果

回収率：67％（175病院中118病院）

病床数別〈図１〉

	回答数	割合（%）
100床未満	39	33.1
100～199床	38	32.2
200～299床	14	11.9
300～399床	12	10.2
400～499床	7	5.9
500床以上	8	6.8
総数	118	100.0

〈図１〉　病床数別

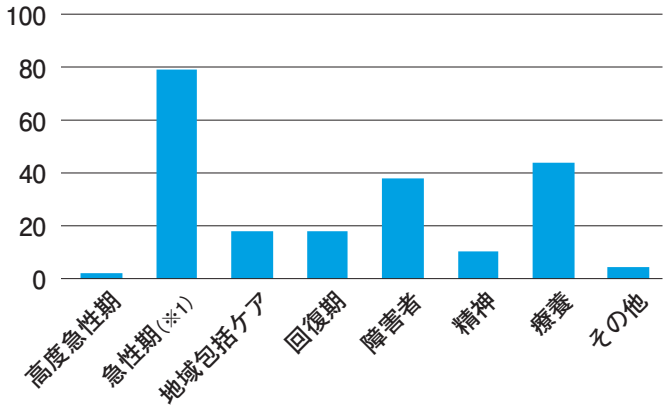


病院機能別（複数回答）〈図２〉

	回答数
高度急性期	2
急性期（※1）	79
地域包括ケア	18
回復期	18
障害者	38
精神	10
療養	44
その他	4

（※1）急性期：一般病床を有する病院で高度急性期を除く病院

〈図２〉　病院機能別



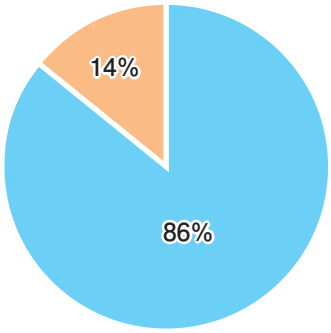
① 医療・介護連携部門の設置状況

①－１　設置割合

（ア）　設置割合〈図３〉

回答を得た118病院のうち、医療・介護連携部門（入退院時の連携・調整、相談支援等の業務を担当する部門）を設置している病院は102病院（86.4%）、設置していない病院は16病院（13.6%）となっている。

〈図３〉　設置割合

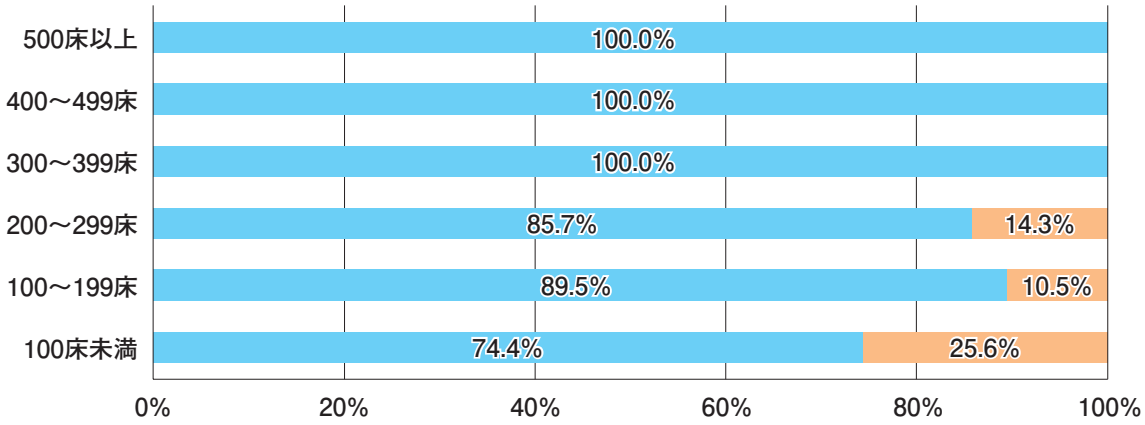


	回答数	割合（%）
設置している	102	86.4
設置していない	16	13.6
総数	118	100.0

（イ）　病床数別〈図４〉

病床数別の設置割合は、300床以上の病院では全ての病院において医療・介護連携部門が設置されているが、100床未満の病院では25.6%、100～199床の病院では10.5%、200～299床の病院では14.3%の病院が設置していないという状況となっている。

〈図４〉　病床数別

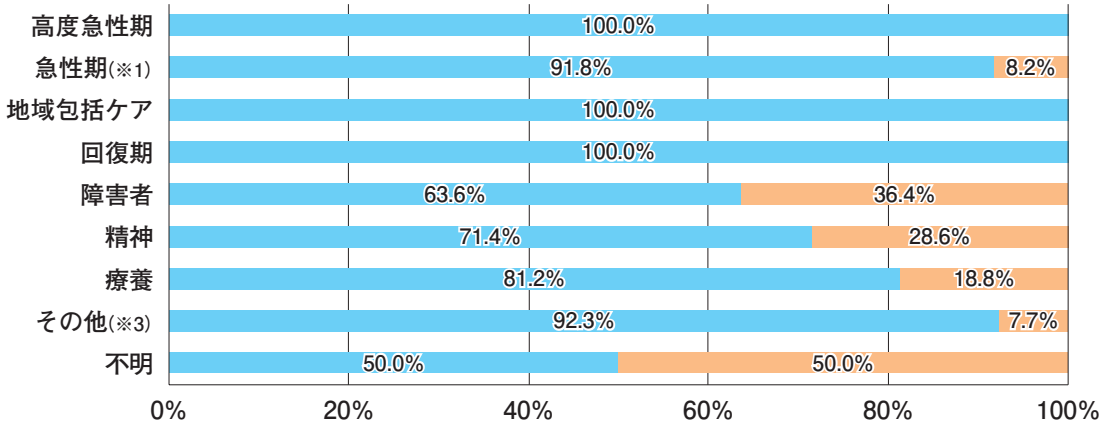


	100床未満	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500床以上
設置している	29	34	12	12	7	8
設置していない	10	4	2	0	0	0

（ウ）　病院機能別（※2）〈図５〉

病院機能別の設置割合は、高度急性期、地域包括ケアおよび回復期においてはいずれも100％設置されているが、急性期では8.2%、障害者では36.4%、精神では28.6%、療養18.8%、その他（※3）では7.7%が設置していないとの結果となっている。

〈図５〉　病院機能別(※2)



	高度急性期	急性期（※1）	地域包括ケア	回復期	障害者	精神	療養	その他（※3）	不明
設置している	2	56	1	5	7	5	13	12	1
設置していない	0	5	0	0	4	2	3	1	1

（※1）急性期：一般病床を有する病院で高度急性期を除く病院
（※2）病院機能別：複数の機能がある場合は、そのうち主となる機能（１つ）を集計している
（※3）その他：主となる病院機能が２つ以上あると回答した場合は「その他」としている

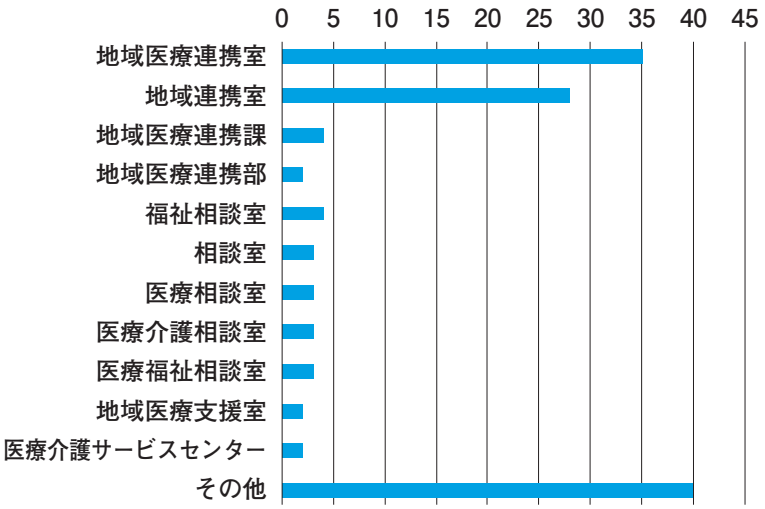
①－２　設置している病院

（ア）　部門名（複数回答）〈図６〉

医療・介護連携部門の部門名は、地域医療連携室が最も多く、「地域医療連携」「地域連携」「相談室」「医療」が入った部門名の割合が多くなっている。なお、回答数が１の部門名はその他の回答としている。

	回答数
地域医療連携室	35
地域連携室	28
地域医療連携課	4
地域医療連携部	2
福祉相談室	4
相談室	3
医療相談室	3
医療介護相談室	3
医療福祉相談室	3
地域医療支援室	2
医療介護サービスセンター	2
その他	40

〈図６〉　部門名

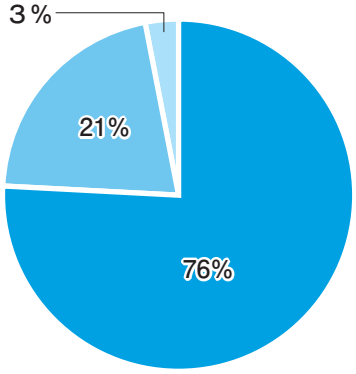


（イ） 設置部門数〈図７-a〉〈図７-b〉〈図７-c〉

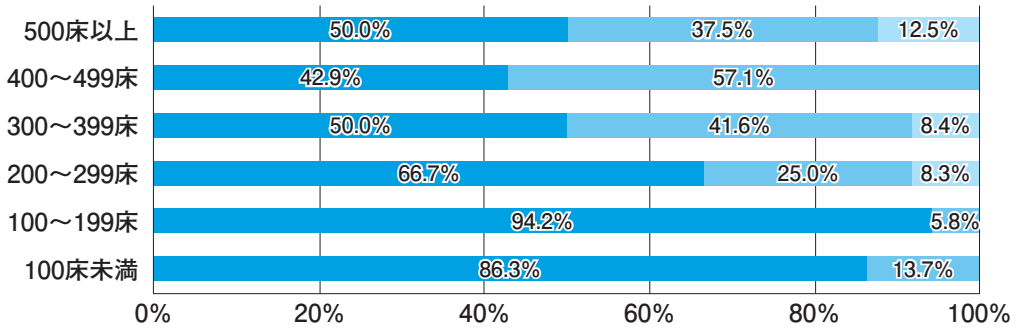
１病院あたりの設置部門数は、最も多いのが１部門であり、次いで２部門、３部門となっている。また、病床数別の設置部門数を見ると、３部門を設置している病院は200床以上の病院となっている。病院機能別では、３部門を設置している病院は高度急性期、急性期、その他の病院となっており、地域包括ケア、回復期、精神、療養においてはいずれも設置部門は１部門のみである。

〈図７-a〉 部門数

	回答数	割合（%）
１部門	78	76.5
２部門	21	20.6
３部門	3	2.9
総数	102	100.0

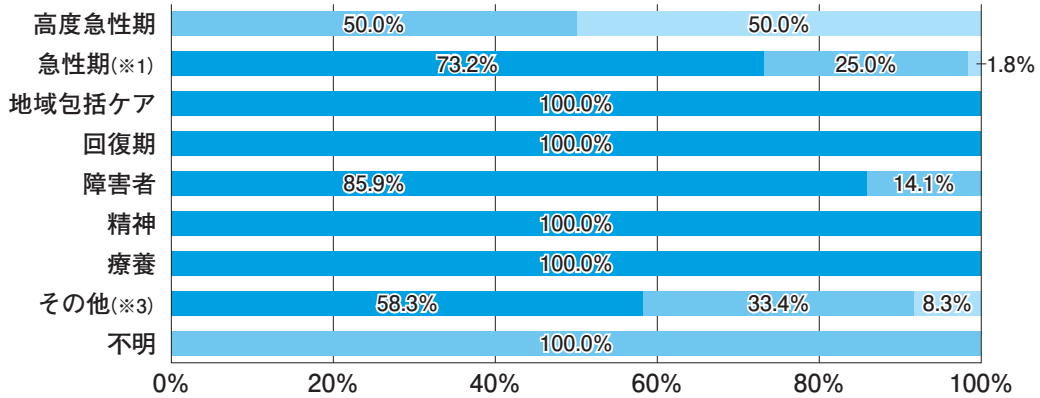


〈図７-b〉 病床別の部門数



	100床未満	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500床以上
１部門	25	32	8	6	3	4
２部門	4	2	3	5	4	3
３部門	0	0	1	1	0	1

〈図７-c〉 病院機能別(※2)の部門数



	高度急性期	急性期（※1）	地域包括ケア	回復期	障害者	精神	療養	その他（※3）	不明
１部門	0	41	1	5	6	5	13	7	0
２部門	1	14	0	0	1	0	0	4	1
３部門	1	1	0	0	0	0	0	1	0

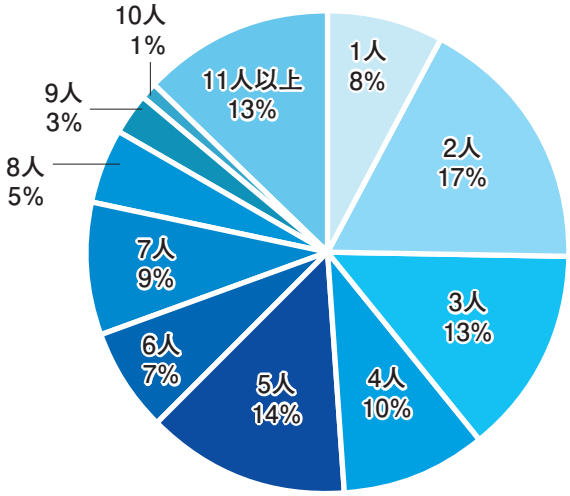
（※1）急性期：一般病床を有する病院で高度急性期を除く病院
（※2）病院機能別：複数の機能がある場合は、そのうち主となる機能（１つ）を集計している
（※3）その他：主となる病院機能が２つ以上あると回答した場合は「その他」としている

（ウ） 配属人数（総数）〈図８-a〉〈図８-b〉〈図８-c〉

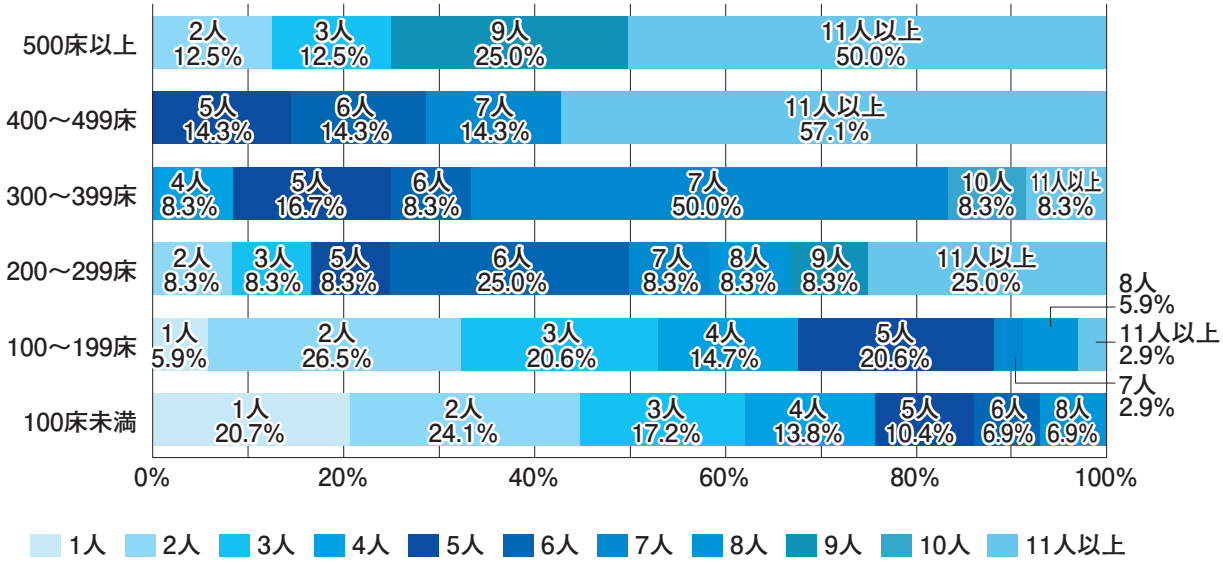
医療・介護連携部門の１病院あたりの配属人数（総数）は、２人、３人、５人、11人以上が上位を占めている。病床数別に見ると、200床未満の病院では２人、200～299床の病院では６人、300～399床の病院では７人、400床以上の病院では11人以上が最も多い配属人数となっており、病床数が増えるほど配置人数も増える傾向となっている。病院機能別においては、各病院機能で最も多い配属人数を見ると、高度急性期と急性期が11人以上となっており、その２つ以外（不明を除く）は７人以下となっている。

	回答数	割合（%）
１人	8	7.8
２人	18	17.6
３人	14	13.7
４人	10	9.8
５人	14	13.7
６人	7	6.9
７人	9	8.8
８人	5	4.9
９人	3	2.9
10人	1	1.0
11人以上	13	12.7
総数	102	100.0

〈図８-a〉 配属人数（総数）



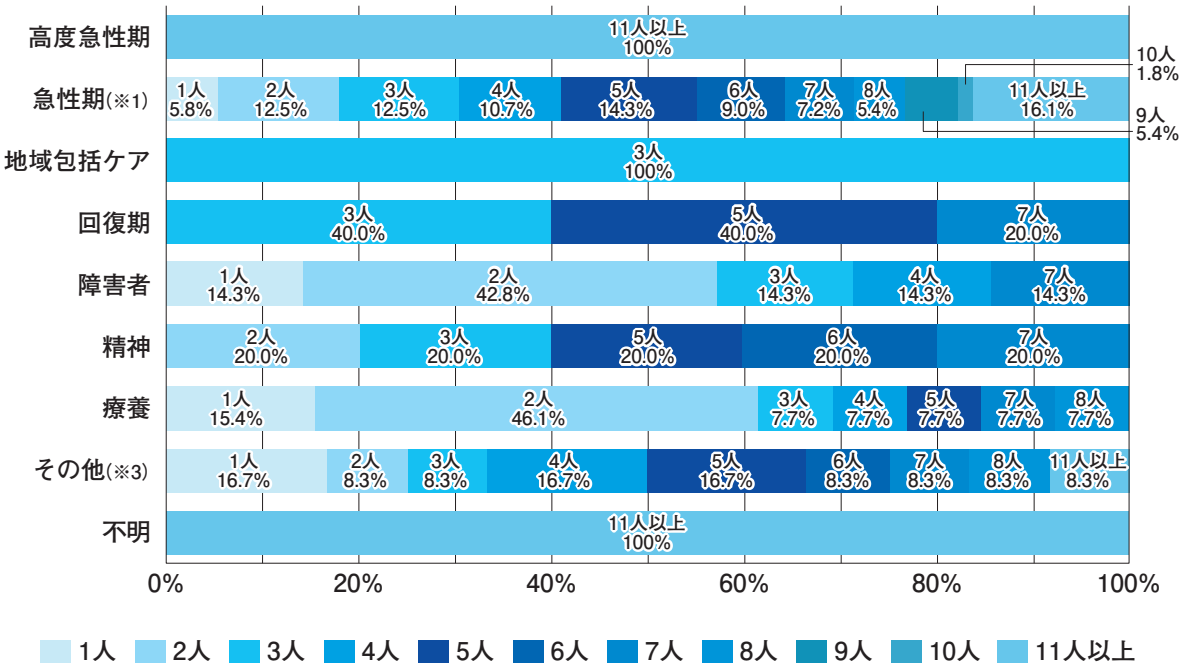
〈図８-b〉 病床数別の配属人数（総数）



	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人	11人以上	総計
500床以上	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	4	8
400～499床	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	4	7
300～399床	0	0	0	1	2	1	6	0	0	1	1	12
200～299床	0	1	1	0	1	3	1	1	1	0	3	12
100～199床	2	9	7	5	7	0	1	2	0	0	1	34
100床未満	6	7	5	4	3	2	0	2	0	0	0	29
総計	8	18	14	10	14	7	9	5	3	1	13	102

※マーカーの数字は各病床数で最も多い配置人数を指す

〈図８-c〉　病院機能別(※2)の配属人数（総数）



	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人	11人以上	総計
高度急性期	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
急性期(※1)	3	7	7	6	8	5	4	3	3	1	9	56
地域包括ケア	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
回復期	0	0	2	0	2	0	1	0	0	0	0	5
障害者	1	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	7
精神	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	5
療養	2	6	1	1	1	0	1	1	0	0	0	13
その他(※3)	2	1	1	2	2	1	1	1	0	0	1	12
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
総計	8	18	14	10	14	7	9	5	3	1	13	102

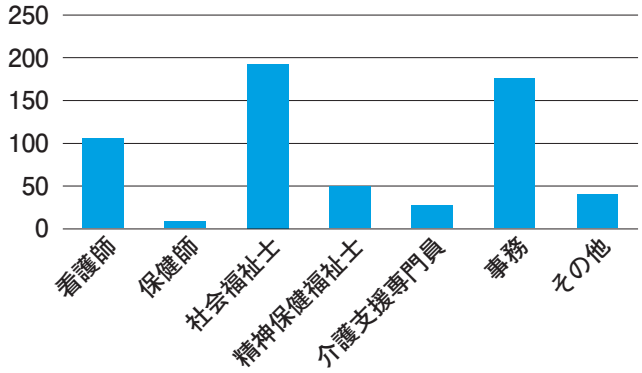
※マーカーの数字は各病院機能で最も多い配置人数を指す
（※１）急性期：一般病床を有する病院で高度急性期を除く病院
（※２）病院機能別：複数の機能がある場合は、そのうち主となる機能（１つ）を集計している
（※３）その他：主となる病院機能が２つ以上あると回答した場合は「その他」としている

（エ）　職種内訳（複数回答）〈図９〉

配属されている人数は、全体で597人（兼任者含む）となっており、職種別では、社会福祉士、事務、看護師、精神保健福祉士、その他、介護支援専門員、保健師の順となっている。その他の内訳としては、医師が最も多く、次いで社会福祉主事（任用資格）及び相談員となっている。

	人数	割合(%)
看護師	106	17.8
保健師	8	1.3
社会福祉士	193	32.3
精神保健福祉士	49	8.2
介護支援専門員	26	4.4
事務	176	29.5
その他	39	6.5
総数	597	100.0

〈図９〉　職種内訳



（オ）　主な役割

入退院時における医療機関や関係機関との連携調整、相談業務（医療・介護・福祉・経済的問題・家族に関すること等）の回答が多く、その他、受診受付・予約やベッドコントロール等の回答があった。

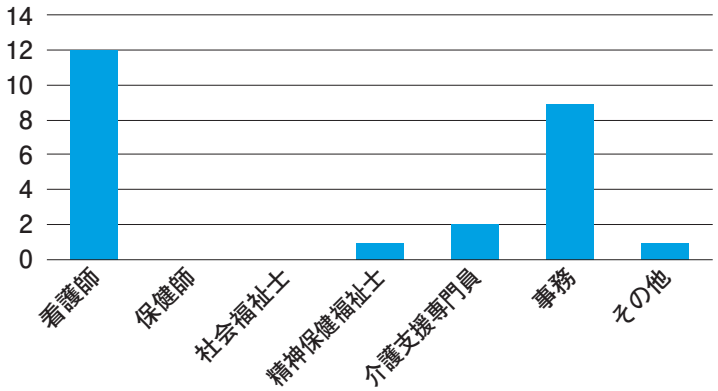
①－３　設置していない病院

業務を担当している職種内訳（複数回答）〈図10〉

医療・介護連携部門を設置していない病院において、医療・介護連携業務を担っている職種の内訳は、看護師、事務、介護支援専門員、精神保健福祉士、その他の順となっている。設置している病院に配属されている職種のうち最も多い社会福祉士については、設置していない病院では回答数０となっている。

〈図10〉　職種内訳

	回答数
看護師	12
保健師	0
社会福祉士	0
精神保健福祉士	1
介護支援専門員	2
事務	9
その他	1

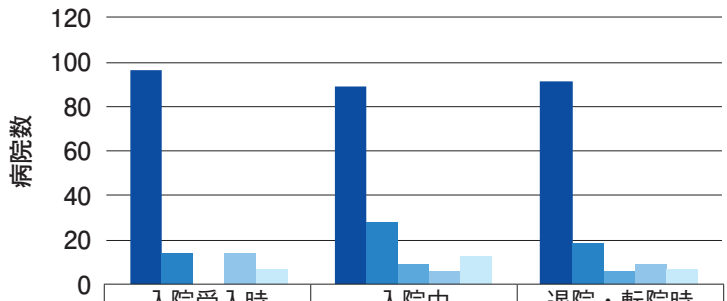


②　医療・介護連携業務の業務体制

②－１　担当者（複数回答）〈図11〉

「入院受入時」「入院中」「退院・転院時」別の医療・介護連携業務の担当者は、医療介護連携部門（地域医療連携室等）がいずれの場合においても最も多く、次いで、「入院受入時」では事務部門が、「入院中」及び「退院・転院時」では看護部／看護師が多くなっている。

〈図11〉　担当者



	入院受入時	入院中	退院・転院時
医療･介護連携担当部門	96	89	91
看護部／看護師	14	28	19
担当病棟	0	9	6
事務部門	15	6	9
その他	7	13	7

②－２　業務の流れ・やり方

（ア）　入院受入時【別紙１】

【別紙１】の通り。

（イ）　入院中【別紙２】

【別紙２】の通り。

（ウ）　退院・転院時【別紙３】

【別紙３】の通り。

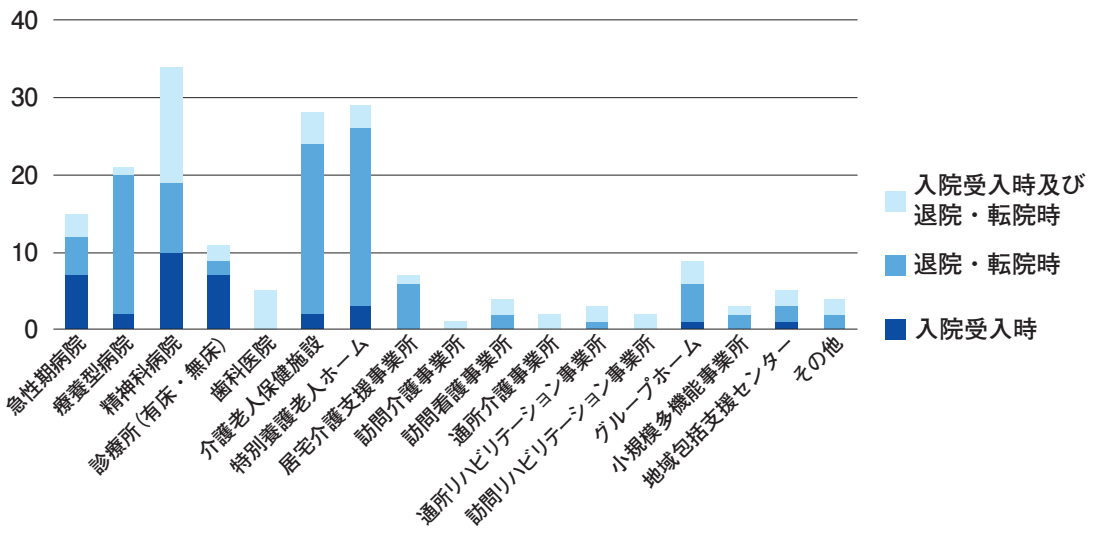
③　日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所

③－１　日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所（複数回答）〈図12〉

「入院受入時」は、精神科病院、急性期病院、診療所（無床・有床）が上位となっている。「退院・転院時」は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、療養病床が上位となっている。入院受入時と退院・転院時の両方において連携が難しい施設・サービス事業所は、精神科病院が突出して多くなっている。

	入院受入時	退院・転院時	入院受入時及び退院・転院時
急性期病院	7	5	3
療養型病院	2	18	1
精神科病院	10	9	15
診療所（有床・無床）	7	2	2
歯科医院	0	0	5
介護老人保健施設	2	22	4
特別養護老人ホーム	3	23	3
居宅介護支援事業所	0	6	1
訪問介護事業所	0	0	1
訪問看護事業所	0	2	2
通所介護事業所	0	0	2
通所リハビリテーション事業所	0	1	2
訪問リハビリテーション事業所	0	0	2
グループホーム	1	5	3
小規模多機能事業所	0	2	1
地域包括支援センター	1	2	2
その他	0	2	2

〈図12〉　日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所



③－２　具体的な課題や悩み【別紙４】

【別紙４】の通り。主には、転院病院又は入所施設の空床がない、患者に関する事前の情報（診療情報提供書、看護サマリー等）が少ないおよび受診・入院時の患者の状態と異なっている、精神疾患を持つ患者の受け入れ先調整が困難といった回答が挙がっている。

③－３　工夫点や成功例【別紙４】

【別紙４】の通り。主には、早期に退院調整を行う、他医療機関や他施設との積極的な連携を図るといった回答が挙がっている。

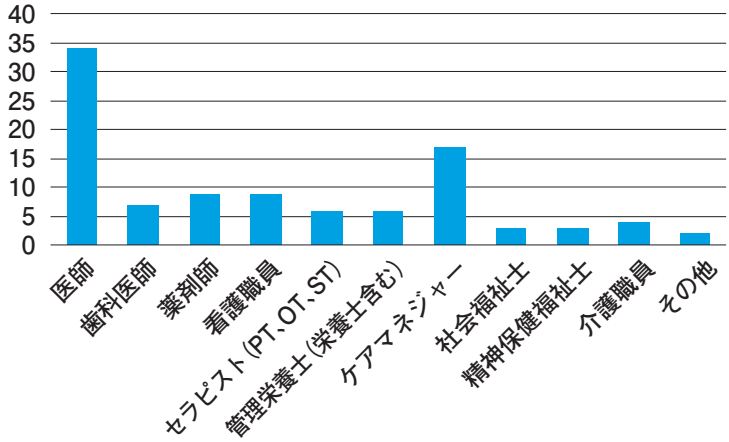
④　在宅医療を進めていく上で連携を取るのが難しい職種

④－１　在宅医療を進めていく上で連携を取るのが難しい職種（複数回答）〈図13〉

医師が最も多く、次いでケアマネジャーとなっている。以下の順位は、薬剤師・看護職員（同位）、歯科医師、セラピスト（PT、OT、ST）・管理栄養士（栄養士含む）（同位）、介護職員、社会福祉士・精神保健福祉士（同位）、その他の順となっている。

	回答数
医師	34
歯科医師	7
薬剤師	9
看護職員	9
セラピスト(PT、OT、ST)	6
管理栄養士(栄養士含む)	6
ケアマネジャー	17
社会福祉士	3
精神保健福祉士	3
介護職員	4
その他	2

〈図13〉　在宅医療を進めていく上で連携を取るのが難しい職種



④－２　具体的な課題や悩み【別紙５】

【別紙５】の通り。主には、多忙によりカンファレンス等の日程調整が困難、ケアマネジャーの医療に関する専門的知識の不足、職種別ではなく個人の資質や力量、価値観により対応に差があるといった回答が挙がっている。

④－３　工夫点や成功例【別紙５】

【別紙５】の通り。連携体制や情報共有を積極的に図るといった回答が多くみられる。

⑤　院内・院外関係者との連携・調整においての課題や悩み【別紙６】

【別紙６】の通り。主には、独居や身寄りのない患者の対応の困難さ、人員不足、行政との連携が困難といった回答が挙がっている。

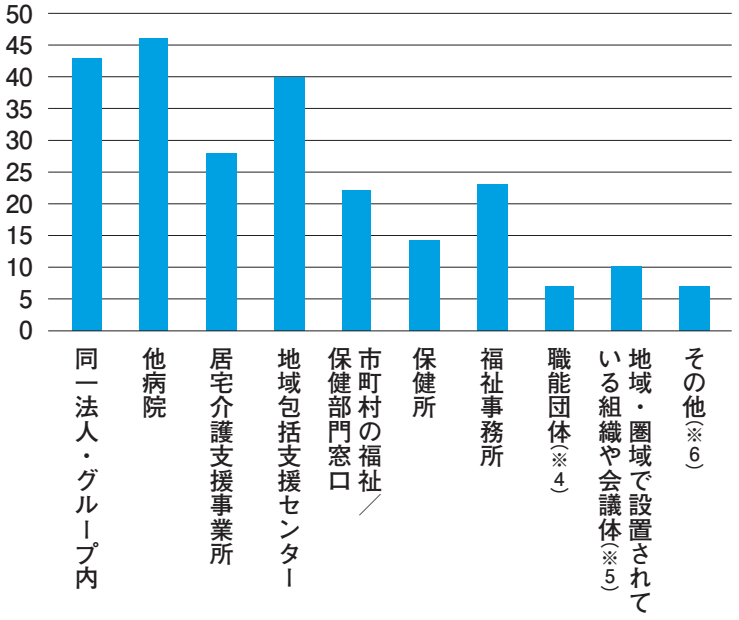
⑥　課題や悩みが院内で解決できない場合の相談先

課題や悩みが院内で解決できない場合の相談先（複数回答）〈図14〉

相談先は、他病院、同一法人・グループ内、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、福祉事務所、市町村の福祉／保健部門窓口、保健所、地域・圏域で設置されている組織や会議体(※5)、職能団体(※4)、その他(※6) の順となっている。

〈図14〉　課題や悩みが院内で解決できない場合の相談先

	回答数
同一法人・グループ内	43
他病院	46
居宅介護支援事業所	28
地域包括支援センター	40
市町村の福祉／保健部門窓口	22
保健所	14
福祉事務所	23
職能団体(※4)	7
地域・圏域で設置されている組織や会議体(※5)	10
その他(※6)	7



（※4）職能団体の回答内訳：京都医療ソーシャルワーカー協会、（京都府）医師会、看護協会、行政書士、司法書士、日本医療社会福祉協会

（※5）地域・圏域で設置されている組織や会議体の回答内訳：西京・乙訓・亀岡地域連携実務者会議、南部相談室の会、東山区権利擁護ネットワーク会議、地域ケア会議、地域連携パス会議、脳卒中連携パス会議、認知症初期集中支援チーム

（※6）その他の回答内訳：社会福祉協議会、京都府医療福祉施設協議会、地域生活支援センター、障害施設・障害支援センター、障害者支援センター、高次脳機能障害相談窓口、退院調整看護師の研修会、舞鶴地域連携機構、施設

⑦　今後研修会で取り上げてほしいテーマやその他要望【別紙７】

【別紙７】の通り。主には、事例検討会の開催、情報共有の図り方や認知症患者の対応方法について学びたいとの要望が挙がっているほか、⑥のような場合の具体的な相談先を教えてほしい、本アンケート結果を欲しいとの要望が挙がっている。また、研修会を通して職種間の連携を図りたいといった意見も多く挙がっている。

別　　紙

※回答いただいた内容を原文のまま掲載しています

【別紙１】

②　医療・介護連携業務の業務体制

②－２（ア）「入院受入時」の業務の流れ・やり方

- 通常の外来を介してからの入院のケースは、看護師から入院係への連絡を行う。他院からの紹介入院に関しては、地域医療連携室が窓口になっている。
- まずは入院先の相談員、在宅ケアマネジャーから電話をいただき、患者情報を確認する。その後、文書で情報確認を行い、受入可否の調整会議を設ける。並行的にご家族様に病院訪問をしていただき、ご家族の目で見て入院の可否を判断していただく。
- 他医療機関、他施設からの入院相談対応を行い、情報収集を行い、診療情報提供者、透析条件、ADL等をいただき、医師に確認後、紹介元へ連絡する。または、医師同士での受け入れの話が地域連携担当者に下りて紹介元の担当者へ返答を行う。
- 入院時、病棟の看護師がスクリーニングにかけて支援必要と思われる患者について、連携医療室へ伝わるシステムが出来ている。担当するソーシャルワーカーが病状を確認して、病棟とも相談の上、支援開始している。
- ケアマネジャーから地域共通連携シートを受理（直接、FAX、メール等）。病院、診療所からの治療・検査オーダー（専門用紙使用）。依頼内容に応じ、MSWまたは各外来、病棟との調整。
- 転院・入院依頼受領（電話受けの後、情報をFAXで受領）→連携室・看護部・医師にて検討（必要に応じて質問、確認）→入院受入を判定→回答
- 紹介状（診療情報提供書）FAX受信→受入可否検討→受入日時設定
- 患者家族の来院相談：病院案内、相談業務→診療情報依頼→判定会議／病院よりの転院相談：診療情報、ADL表の依頼→判定会議で調整→連絡／地域医院よりの相談：診療情報依頼→担当医師と相談→OKなら受入
- 受け入れ先より診療情報提供書を受け取り、担当医師、看護部門と調整し受け入れます。
- ベッドコントロールを相談員業務としているため、外来からの緊急入院、予定入院は、外来から入院の連絡を相談員が受け、家人か本人とコンタクトとベッド調整した上で病棟看護師に伝える。
- 医療機関または患者・患者家族からの入院依頼（電話・診察・直接面談）。医療機関・ケアマネなどから患者情報収集（診療情報等の依頼）。入院可否の判断（判定会議にて対象患者であるか判断）・診察。主治医決定（患者の状態に応じ院長が決定）・入院日決定。
- 患者入院の際、入院係より入院情報が届く。それを基に、患者の援助必要性の有無を確認し、病棟看護師、医師と情報共有し介入。
- 他の病院からの転院受付は相談室、その他在宅からの依頼等は医事課で対応。転院は電話で受付し、診療情報、ADL表をFAXしてもらい判定。判定は随時判定医へ。判定OKとなれば待機。部屋が確保出来たら相手先へ連絡し日程調整し受け入れへ。（部屋は週３回の空床合わせの際決めている）
- 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。
- 病診および連携機関より連携室へ入電あった際に、既往歴など確認し、診療情報をFAXしていただく（場合によってはADL表や検査データも）。届き次第、担当医師へ報告し、受入の可否を仰ぐ。
- 患者様の情報をFAXにて受け取り、院長に判断を仰ぎ、受け入れ可能であれば、師長がベッド調整をし、事務より日時の相談を行う。
- 事前予約紹介患者の場合：他医療機関から事前予約診察申込書をFAXまたはTELにて受け付け→地域医療連携課で診察の予約日を決定、紹介医へ予約票をFAXする→予約診察申込書を医事課へ届ける。事前予約票は前日に各科に届ける→予約当日、患者から診療情報提供書を受け取り、地域医療連携課でチェック後、各科外来へ配布する。（診療情報提供書が予約日前日までに送付されてくれば、地域医療連携課が各科又は担当医へ届ける）
- 入院の情報提供書を他病院よりFAXでもらい、内科医師、理事長に見てもらいOKが出たら、家人に入院相談に来てもらう。
- 他院からの電話連絡の後、情報提供を書類にて確認。担当医師、病棟等受け入れについて審査の上、家族、本人との面談等も必要に応じて行った上で受け入れ決定。
- 他病院・医院からの患者紹介に対して、医師および病棟へ確認し、受け入れ可となれば調整を行う。
- 診療情報提供書等に基づいて、医師に相談する。入院許可が出た場合、病棟師長がベッド調整を行う。

- 紹介患者に関しては、入院前に面談を行っている。外来受診後に入院される患者は、必要に応じて面談を行っている。
- 緊急の場合は医師同士で直接話をしていただき、緊急以外は診療情報をいただき検討する。
- 外来、院外（在宅・医療機関）からの入院相談。院内で判定会議。入院案内の連絡調整。
- 入院依頼時、窓口として情報収集。インテーク作成し、受け入れ可能か医局・病棟と調整。利用されている福祉サービス等との連絡調整。
- 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。
- 受け入れの依頼があれば、まず地域連携室にて受けます。患者様の情報をFAXにていただき、それを基に、担当医師及び看護部に確認。了承されれば部屋を調整し、入院していただきます。
- 相談員（PSW）が電話で状況を聞き取り、担当医と受入病棟の師長に伝え、受け入れ可能か検討し、依頼先に連絡する。
- 地域医療機関からの要請があった場合、看護部へ空床確認、担当医師へ受け入れ可否の確認を行い、受け入れ可能な場合は、到着時間および来院手段確認後、受付にて対応。
- 他院より連絡、診療情報等の情報をFAXいただく。医師へ確認、空床の確認後、受け入れの可否を先方へ連絡。急を要しない療養目的の転院依頼時は、情報をいただき判定会にて検討。
- 医院・病院→情報提供書をもらう→担当診療科に相談→OK→入院係と調整、受け入れ日決定。または外来受診日の設定→受入
- ①連携室から相談②情報提供等依頼③入院判定会議または医師・師長・ソーシャルワーカーによる面談後判定④連携室を通して日程調整
- ①診療情報、ADLの確認②家族面談③ベッド調整④入院
- 外来ならフォロー、保健センターとの連携の了解を早期にとり、出産時、連絡をもらうようにしている。
- 依頼後、情報提供をいただき、受け入れについての是非を回答し、空床待ちをしていただく。
- 地域連携課にFAXしていただき、当該診療科の部長先生に受け入れ可否を確認し、直接入院もしくは、外来から診療、検査等行い、入院していただく。救急受診依頼の場合、救急医の判断により入院の可否を決定。
- 他病院連携室担当者、在宅医、担当介護支援専門員、施設担当者より相談の連絡があった時、まず医師の情報提供書準備依頼、FAXをお願いする。情報提供書にて当院受け入れ担当医と相談し、受け入れ可能かどうか検討。受け入れ可能であれば各機関、関係者へ連絡し、家族面談設定を行う（保険証等の確認と面談）。面談修了後、可能と判断されれば（医師・病棟師長その他）受け入れ日の調整を行う。
- 入院相談があった場合、外来受診の調整を行い、まず緩和ケア面談を受けていただき、入院判定を行っている。その後、入院可との判断になれば、入院日の調整を行う。（情報提供依頼含む）
- 回リハ病棟、療養病棟に関しては、入院受け入れは前方支援の事務職が担当し、他院からの情報提供書を取りまとめ判定会議資料とし、院内の判定会議（医師、看護師、薬剤師、医事課職員による）にかけ、可能と判断されれば事前面談を担当病棟師長と行い受け入れる。ショートやレスパイトは、看護師が連絡を受け調整する。
- 他院・他施設より電話で状態を聞き、必要であれば診療情報提供書をいただく。医師に相談し、ベッドが空いているか確認・調整し、受け入れる。
- 電話にて他の医療機関の相談員または事務より、入院相談があれば簡単な情報を確認し、診療情報提供書とADL表を依頼。FAXにて情報を頂いた後に、医師へ相談。受け入れ可能の判断を受けて紹介元へ連絡するという流れ。治療内容や療養期間、家族の希望や今後の方向性について確認を行う。
- 入院相談→紹介状などの情報整理→医師・看護部など多職種部門との判定会議→面談（家人）→日程調整→入院
- 他院より紹介状をFAX送信していただき、各医師へ確認し、紹介元へ受け入れの連絡をする。
- まず当院で受け入れ可能な状態かと問い、可能な状態であれば、診療情報提供者、看護サマリーをFAXしてもらい、担当医師に相談し受け入れを検討する。
- ①救急入院受け入れ：医師の判断②他病院からの入院受け入れ（救急除く）：患者支援センター③予定入院：入退院ロビー（入院事務）
- 他院からの要請に応じて、受け入れ医師・診療科・入院ベッドの調整（調整担当者への連絡）を行う。また、診療情報提供書の確認を行う。

・他院・他施設（老健や開業医）などより、地域連携室に入院・転院の依頼あれば、診療情報提供書とADL表を送付してもらい、医師の判定を受ける。受け入れ可能であれば、家族面談行い、ベッド調整できたら入院となる。家族面談やケアマネの有無を確認しておく。
・紹介→受け入れ検討会議→家族面談→日程調整
・申込みの電話をしていただき、FAXで診療情報提供していただく。一次判定で可になれば家族面談。その後二次判定で可になれば、入院受け入れとなる。
・患者様・家族からの場合および介護サービス事業者の場合は、受診していただいて、医師と話して決定する。病院、診療所は、連携室を通して担当診療科医師に打診、調整する。
・①相談内容の聞き取り、情報提供の依頼（診療情報提供書、ADL表）②入院判定③家族面談（身寄りがない場合で、社会生活上に課題を抱えている方については、本人面談をすることもある）④ベッド調整、入院案内
・TEL相談を受け、担当診療科医師に受入可否判断を受け、病床確保可能日に入院。
・①医療機関より受け入れ：FAXにて診療情報提供書、看護サマリー（もしくはADL表）の依頼→入院判定会議で入院可否の決定→紹介元との連絡・調整／②①以外：電話にて相談後、外来受診の上で入院判定→必要に応じて情報提供書をFAX依頼
・外部からの連絡を地域連携室で受け、院内での調整（担当医師への相談、病床確認など）を行い、先方へ返事をしている。
・①地域連携室へ他院からの電話連絡（入院紹介）②入院病棟への病床確認③相手先への連絡（入院決定）
・退院アセスメント、総合評価の実施→病棟と共有。看護、介護情報の受け取り。要介護者については、入院申込み時から面談を実施。転院受入時の連携→情報を確認し、ベッド調整。
・他医療機関からの紹介の場合、紹介状をFAXで送って頂く。外来診察後入院の判定、入院手続きを行う。
・救急を要する時は、直接医師同士で行い、連携室に連絡がくる。転院は地域医療連携室同士の連絡をして調整する。
・①診療所からの入院受け入れ：事務が担当。外来医師と相談の上、受け入れ決定。②他病院入院受け入れ（一般・回リハ・緩和）：主としてソーシャルワーカーが担当。医師、外来病棟師長と相談の上、受け入れ決定。
・依頼病院より情報提供書をFAXしてもらい、院内にて検討（院長が決定する）。
・他医療機関からの紹介（FAX、TEL等）：事務・看護師→担当医師が受け入れ可否を判断／患者・家族相談、施設からの相談：社会福祉士・精神保健福祉士・看護師→担当医師・病棟師長等に受入可否を判断
・入院前、情報の把握を行い、主治医・担当病棟へ情報共有し、入院日調整している。
・転院受入であれば、診療情報、ADL表、血液データ等確認し、医師、看護師と検討。必要であれば、MSW、看護師による家人面談を行う
・他院から依頼時、MSW・看護師・保健師・事務など（その時電話を取ったもの）が情報を伺い、診療情報提供書をFAXいただき、当該科の医師に受入可否判断をもらう。結果を相手方に連絡し、その後調整をする。
・随時、担当者が窓口となり、看護部に連携。
・電話で依頼を受け、診療情報提供書や検査データをFAXでいただく。担当診療科部長に受入の可否を聞き、可能であれば外来看護師長に情報提供を行い、病棟を決めて返事を聞く。紹介いただいた病院に地域医療連携室から返事をして、搬送方法などを聞く。
・電話等で入院依頼を受ける→医療情報、身体状況などを含めた情報収集→医師、病棟スタッフと受け入れ判断→受け入れ可能となれば依頼元と日程調整を行う。
・家族の申込みや各病院の地域連携室からの紹介により、入院患者を決定している。また、当院外来利用者や往診患者も病状に応じて入院となっている。ベッド調整は看護師長が行っている。
・紹介医からの入院依頼→地域連携室→担当医相談→病棟の病室確保→紹介医への連絡の流れで受け入れ可否を決めて調整している。月～金の９時前にミーティングを開催し、状況報告、ベッドコントロール会議で打合せ。
・まずは電話相談を受け、書類を依頼。週１回の判定会議にて検討し、可否を伝え、部屋の調整ができ次第の受け入れとなる。
・外来部門からのオーダーがあれば空床状況確認し、病棟と調整。／院外からの依頼については、当番医に連携し、診察結果、入院の可否判断を行い、入院が必要な場合、①に対応。／予約（待機）の場合、病棟担当医と相談。
・他院の地域連携室より依頼があれば情報送ってもらい、医師・看護師により判定する。

【別紙１】②－２（ア）「入院受入時」の業務の流れ・やり方

・①電話相談　②診療情報提供書、ADL表等資料の受け取り→医師の判断　③必要時家族面談　④予約
・紹介医からの入院依頼の電話連絡に基づき、入院調整を行う。
・転院や紹介入院に関しては、来られた時から病棟に上るまで連携室の者が対応します。説明（レンタル品、入院のしおり等）も行います。検査がある時には、外来看護師に引き継ぎます。
・他医療機関、介護施設等から相談があった時に、連携室の方へ連絡いただいて、診療情報をもらって判断を行う。判定が通れば、ベッド調整を行い、入院していただく。
・回復期リハビリ病院、療養病棟への入院相談…連携室／救急、当日（受診・入院）等の相談…外来、医事課、連携室
・入院に関しては、地域医療連携室が他病院、開業医等は調整を医師と行い進めている。外来に関しては各部門で調整。
・転院紹介の診療情報提供書が届く→院内医師と相談し了解を得たら、家族（患者）と面談→転院日決定
・転院については、情報をいただいて検討の上、可能であれば受け入れています。
・他医療機関（他施設）より連絡あり→情報提供書をいただき、医師、看護師（ベッドコントロール）、検討の上、入院受け入れ。
・精神保健福祉士が電話にて相談を受け、必要に応じて病棟師長、医師と相談し、予約を入れている。
・他院からの受け入れの場合、FAXにて診療情報、ADL表を送っていただき、医師及び看護部、医事課にて検討の上、受け入れ可否を返答する。
・転院では事前に家族面談を行い、病棟の振り分けを行う。
・【体制】緊急性のある場合は各科担当医が窓口／緊急性のない場合は地域医療連携室が窓口／夜間診療受付時間内は夜診担当医が窓口／夜間診療受付時間外、休日・土曜日１３:３０以降は当直医が窓口　【流れ】診療情報提供書、ADL表などを頂いた後、各科担当医師と検討した上、回答する。
・入院希望患者の診療情報提供書を医師に確認してもらい、受け入れの可否を判断。受け入れ可となった場合は、病棟師長と相談し、ベッドの空き状況をみて受け入れ日を決定する。
・他病院からの情報をもとに、医師、ご家族様等と話をし、入院日の調整をする。
・受付→情報受理→医師確認→面談→入院日調整→入院
・診療情報提供書もしくは医師間同士で話していただき受入相談する。
・同法人病院の地域連携の支援を受け、介護度（身体、認知度）を勘案して入院を考えていく。
・依頼をいただき、週１回の判定会議を経て入院いただく。
・病棟カンファレンス、主治医の判断で転院、退院を指示。
・原則、他院からの入院申込みの受理及び受け入れルートの指示は当該診療科部長の采配となる。受け入れルートに関しては、診察後入院もしくは病棟直入である。いずれの場合も患者は最初に総合受付を経由し、診察後入院の場合は連携担当が患者を当該診療科に誘導し、病棟直入の場合は入院担当が患者を決定病床に誘導する流れとなっている。
・相談→担当科医（部長）に相談（可否）→受入時の段取り／相談→病床管理担当者→病棟にてベッド確保
・入院依頼→入院（ベッドコントロール）調整
・病院からの転院相談→地域医療連携室／病院、医院、診療所からの入院、転院相談（当日入院希望の場合）→地域医療連携室または外来に連絡をいただき、情報提供所をFAXしていただき検討可。受け入れ可否については、改めて電話。
・他院より転院の打診があれば、診療情報提供書を取り寄せ、受入れ可否を病棟に確認。可の場合は日時の調整を行っている。他病院、保健センター、こころの健康増進センターからの依頼あり→病棟医長もしくは主治医に確認→受入れ。
・主治医、病棟担当者、連携室の三者で判定を行い、入院調整を行っている。
・診療情報提供書、ADL表の提示→医師の判断により入院可否決定
・予約入院・即入院などの病床管理：入退院管理室／他医療機関からの紹介及び問い合わせ窓口：地域医療連携室

・①電話をいただき、患者や家人の情報を簡単に知らせていただく。②FAXにて紹介状とADL表を送付していただく。③院内で判定し、待機していただく。待機の間に病棟の見学に来ていただく（家人）④ベッド調整でき次第日程を決める。
・PSWが窓口となり情報収集する→入院受入れ可能かを医師と相談→受入れ可能となればPSWが病床調整して入院日が決定される
・【回復期リハ転院】情報提供書依頼→判定会議→結果連絡→転院調整／【一般の転院】情報提供書依頼→各担当医へ→転院調整／【障害転院】情報提供書依頼→判定主治医決定→面談→転院調整
・地域医療連携室に連絡をいただき、病棟の受入れの可否判断を確認。受入れ可能な場合は、入院時の調整をして、依頼者に連絡をする。
・本人、家族、診療所、病院などからの電話相談→入院日、転院日、受診日の調整
・急性期病院から電話、FAXで情報提供→書類にて判定（医師、病棟師長）→入院前面談→転院日決定→受入れ
・診療情報提供書をいただき、検討委員会にて受入れ可能か決定。可能と決定がでれば、ご家族様と面談。その後入院後の待機となります。
・①ケースワーカーが入院相談対応し、申し込み受理②医師、看護部、各種専門職による可否検討③医師、ケースワーカーによるご家族面談④ケースワーカーによる入院日調整
・福祉相談室を中心として医師、看護師等関連部署と調整
・地域連携室→院長→看護部長→病棟師長（病室調整）
・開業医、関係機関からの入院相談（情報FAX）→受入れについて院内調整（医師、病床管理）→入院
・病院、老健相談員や居宅のケアマネ等より、情報提供書・血液検査（一般と感染症）・胸部X-Pを送ってもらい、受入れ可能か検討会にかける。受入れ可能となったら、家族と面談し、申込書他記入いただき、入院日の調整をする。
・TELにて対応後、診療情報FAXが届き判定へ。
・病院、医院、施設からの入院紹介があれば、まず事務にて依頼内容を確認。医師、看護師と検討、速やかに受入れの可否を連絡する。
・当日入院は8：00～16：30まで相談可。診療情報をいただき、当番医、病棟へ受け入れ可か確認の上、来院いただく。／転入院の場合、診療情報、ADL表をいただき、院長、病棟師長、連携室（看護師、ソーシャルワーカー）、医事にて判定会議の後、家族面接し決定する。
・電話での調整後、診療情報提供書・ADL表を送ってもらい、医師、病棟と相談の上、受け入れ可否を連絡。

【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。定期的に入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、近くに多職種がおり、少しの事でもすぐにface to face でプ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取集を行い、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。

- 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。回リハについては、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・他コ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。情報取集は随時している。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）。ケアマネジャーやケ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、地域連携で）

- 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ナ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ば、それぞれの部門で話を伺ったり、書面でいただいたりする。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、アナムネ時の情報収集。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。

- 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・家族と随時面談、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。
- 病棟師長、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。

・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・施設申し込みか早期に把握。（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。

【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。

- 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。

- 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同で、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って必要事項を確認。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ケアマネジャー来院（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、訪問看護来院し「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。

・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、ケアマネジャーや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。

【別紙４】

③　日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所

③－２　具体的な課題や悩み	③－３　工夫点や成功例（※③－2に対する回答）
こちらが想定する期限で入院・入所することが、療養型病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームでは困難。どうしても希望されている患者様は長期化する傾向がある。	病院・施設を希望されている患者様には、相談援助の働きかけを早急に行うことが重要である。
身寄りがなく、透析通院されている方で、透析に来られない場合での対応に困っている。	地域包括に連絡を取り、包括職員と警察に自宅訪問していただき、倒れているところを発見。無事に命を取り留められた。地域包括が対応困難な場合は警察と連携し、対応を図っている。
必要人員（定数）について、法的根拠がないこと。ゆえに、病院経営という視点から軽視されやすい。	間接的な貢献度について、病床利用率、在院日数、機会損失を焦点に情報発信した（経営側に対し）。
包括ケア病床の入院期間が60日と短く、退院時に60日超過が時折ある。	リハビリ担当者にリハ進捗状況を聞き、包括病床への転入日を設定し、60日までの退院を図る。
精神科病院への転院等の依頼の際がより細かい内容まで質問されることがあり、その内容を答えるまで転院等に時間がかかる。	対象患者については、事前に生活歴、病歴等をまとめておく。
事前に提出された情報と、受診時の患者の状態に違いがある場合があり、追加の情報を依頼する必要が発生する。	必要時、地域医療連携室を通し患者情報の確認をしている。
患者の希望と診療情報の内容が違う時がある（入院希望したのに情報が記載されていない）。	他院連携担当者間で親睦会等実施し、コミュニケーションを深めている。
入院受入時は在宅からの患者様は医療情報が少ないことがある。	在宅の患者様の情報収集はケアマネジャーとの連携で解決している。
急性期の病院なので、対象患者様の状態が不安定な事が多く、方向性を定めるのに時間がかかることがある。	退院支援のカンファレンスを定期的に行うことによって、全体の流れが把握でき、方向性の検討が早く出来るようになった。
情報提供書等からだけでは読み取れない認知症などによる問題行動の程度がある。特に離床してしまう患者への対応に苦慮する。	入院中はスタッフのマンパワーに頼らざるを得ない。退院後の支援も必ず必要と考えられるので、早期のうちに、在宅支援の体制をとれるようにしている。
転院相談などのファーストコールで、多くの情報をいただいていても、正確に理解したか不安になる。	電話だけでなく、FAXの活用で情報収集の精度を上げている。
精神科がないので、対応に困る。	直接精神科を有している病院に相談、精神科の訪問看護または保健所に相談している。
介護施設、療養型は待機が長い。	出来る限り早期の介入と情報収集。
マンパワーの問題。部署内の業務が多すぎる。	省ける業務は省く。
急性期病院からの情報が少ない。記入されていない。当日転院されてきてからわかることも多い。	病院間のMSWが顔の見える環境を常に意識させています。
単身の方や、ご家族の支援を得ることが難しい方の退院先設定。	成年後見制度の活用。
低所得世帯の方の入所先を探すことの難しさ。	積極的な情報収集（空き状況や、利用料減免対応の有無）
待機が長い、空がない。	入所申込み施設への状況報告の継続。
精神疾患を持った患者様が、身体的に転院が必要になった場合、受け入れ先が見つかりにくい場合がある。	治療が終了すれば、速やかに受入が出来るように調整する。
連携は適宜取り合っているが、転院や施設入所希望の場合、受け入れが困難であったり、空がない場合、在院日数が延び、長期間の入院となってしまうケースが発生している。	早期に介入し、受け入れ困難であろうと考えられる場合は、多数候補先を本人・家族へ案内しておく。

③－２　具体的な課題や悩み	③－３　工夫点や成功例（※③－2に対する回答）
退院調整を行うにあたり、お互いの時間軸がずれており、急性期病院として求めるスピードと合わない。	入院当初より密に連携を図る。
レスパイト入院など、空き部屋利用を行う。事前相談、担当ケアマネジャーや家族からの依頼を受けての相談を基本としている。しかし、直接かかりつけ医から当院医師に連絡があり、承諾されることもあり。関係機関も知らなくて連携連絡ができない。情報もない場合もあり、誰に聞いていいかわからない時が困る。（家族も高齢者、独居の場合、認知症の方）	医師に出来るだけ地域連携室に依頼、相談に来てもらうことを伝えている。（繋がらないこと多し）
現在は、必要時ほぼスムーズに連携が取れているが、しいていえば、入院時、入院を前提で受診をしたいとの依頼時、医師によっては入院かどうかは診察してからの決定ということで難しいこともある。	施設側にその旨を伝えておき、診察時に同行し、施設側の希望を医師に伝えるようにし、可能な場合は入院となる。
退院時に介護療養病院がなく困る時がある。	家族に直接施設への申込みや相談に行ってもらうと部屋の調整ができたとの連絡が入り、スムーズに退院できることもある。
要介護認定が出ていない状況で、ケアマネジャーを新規依頼する時、要支援なのか要介護なのか明確でない方の場合、居宅・包括どちらに相談しても、受けていただきにくいときがある。	包括・居宅どちらへもケアマネジャーの依頼を行い、ひとまず居宅へ受けていただき、万が一要支援が出た場合は包括へ業務委託をする了解を得た。
たまに情報提供書の内容が合わなくて、各部署から連携室へクレームが来る場合がある。	できるだけ先方とのコミュニケーションを取り、より多くの情報をとるようにしている。
精神科病院から一般病院への受け入れは、許容範囲に差がある為、細かくチェックして対応する必要がある。	反対に（一般病院から精神科病院への）転院時の受け入れが難しい。（一般病院で問題でも、精神科病院では入院適応にならないケースがある）
医療区分１だが、医療処置（PEG、インシュリン等）が必要なケースの場合、療養型でも施設でも受け入れが困難。	法人内老健での受け入れ体制を強化して対応したりしている。
急変して搬送されてきたケースでは、後遺症や病状について本人・家族の受容が得られにくく、支援が難しい。またこうした緊急時に嘱託医がいない施設からの受け入れをすると、情報収集の難しさがある。	医師、看護師との連携を密にして、本人・家族へのムンテラに同席するなどしている。（複数医師によるムンテラや、在宅サービス提供事業者を交えたムンテラなどの工夫も行う。）
退院時には、退院前カンファレンスを退院日前日にケアマネジャーが設定をされることがあり、当院の都合とあわないことがあった。	退院の許可が出次第、出来る限り早くケアマネジャーに連絡し、退院日より余裕を持って退院前カンファレンスをしていただくようにしている。
介護保険の入所施設は、薬の内容によって対応ができないことあり、患者や家族の入所希望という思いに応えるべく、薬の調整等に院内でやりとりするのに時間を要す。	患者様が入院中に、面接やカンファレンスでアセスメントや各機関との連絡を密にとっていれば、特に連携が難しいと感じることは少ないです。
特殊な診療科（主に精神）への入院・転院依頼を行っても、まずは外来受診へとなること多く、専門医が配置されておらず、薬剤も少ない（専門）ので対応が見えない。	精神科では数多く受け入れを打診するしかない。
福祉系の居宅では、病状安定し在宅へと説明しても、理解が得られないことがある。	ケアマネジャーは根気よく説明を繰り返す。
精神科医師が不在のため、入転院においての判断で困るケースが多い。特に、入院については、積極的な受入は困難。	どうしても家族に委ねることが多いので、適宜対応を検討している。
相談しても対応が遅いと感じることがある。	顔を合わせて連携させいただけるよう、FAXによる事前申し込みを開始し、看護介護連携の充実を図っている。開始したばかりでまだ件数が少ないが、徐々に広めていきたい。

③－２　具体的な課題や悩み	③－３　工夫点や成功例（※③－2に対する回答）
精神疾患をお持ちの方の転院先がなかなか見つからないことがある。	日頃から精神科を持っている病院との連携。相談出来る関係をつくる。
療養型病院への転院確保が難しい。特に男性のベッドの空きがない。	多数の療養型病院への転院紹介をかける。可能であれば、家人同意の在宅療養へもっていくが、独居の方も多く、難しい状況。
地域連携室は実働が看護師長１名、看護師0.5名、MSW１名、事務１名で行っており、多くの担当患者を持っているため、ゆっくり話を聞き関わることができない。地域の方と顔の見える関係を作りたいが、訪問に出る時間はない。	昨年度までは、前方連携の院内の病棟の調整も地域連携室が行っていたが、今年度は外来師長が担当となり、地域連携室の負担はやや軽減した。
使用薬剤によっては、受け入れ不可と言われる。精神科に入院すると、再入所不可と判断されることがある。（精神状態が落ち着いている場合でも）	こまめな連絡で先方に安心してもらう。
急性期病院で入院期間が限られている。早期に患者ごとに対応せねばならず、丁寧さに欠けることがある。季節によっては、退院先の施設の空床がスムーズに調整できないこともある。	病院ホームページで当院の特色をアピールしている。
精神科病院での受け入れの基準と、一般病院で対応可能な状態に乖離がある。	細かめに連携を取り、一般病院での苦労を理解してもらうと同時に、でき得る対応についての知恵を持っていただくようにしている。
特養の相談員から聞き取る内容よりも、来られるとかなり重症なことがある。	常勤医がいない以上、やむを得ない部分もあるので、聞いているより重症と考え、事前に準備をしておく。
診療所への連携は、直接担当医の先生とお話しすることがほとんどなので、連絡の時間などが限られてくるため困る時がある。	「ケアマネタイムリスト」を活用し、診療に支障のない時間を確認しています。
連携に関しては、職種や所属機関による、というよりも、個人の力量、価値観等での課題、悩みが多いように思います。	連携が図りにくい相手先であってもご本人・ご家族にとっては、大切な“担当者”であるため、コミュニケーション方法（TELがダメなら対面で、または文書で等）や対応者（自分が話しても通じなければ、院内外のチーム員から等）の工夫を行いながら、状況把握を共有化できるよう心掛けている。
入院時は病状が食い違い、来られてから驚くほど違うことがあり、対応に困ることが多くあります。	その都度連絡させていただき、正しい病状をいただけるよう話をさせていただいています。
新規の事業所との連携が取りづらい。	顔の見える関係をつくるため、新規に依頼をする事業所には足を運んでいる。
身寄りのない人の退院時、後見人等を探すことが難しい。	相談員が集まる会が月１回あり、参加して病院や患者様対応の悩みを相談している。
退院後、施設入所を希望している患者の場合、入所申込みをしてから入所が決まるまでに時間がかかり、患者の身体的に退院するのに良いタイミングを逃してしまうことがある。	退院後の施設入所を希望する場合は、早めに介入し、申込み手続きをスムーズに行うようにする。
人によりますが、説明してもなかなか理解していただけない担当の方がおられる。	丁寧に説明する。
時期（季節）によって老健への転院の段取りが変わる。	入院時に、本人・家族と１ヵ月後、２ヵ月後、数年後の生活を共に考えながら、次の生活場所への支援を行っている。
当院の病床は、在宅復帰率が求められるため、入院いただけない方もおられます。	包括ケア病床の使い方について、まだまだ学習不足です。まだ成功していると思っていません。

③－２　具体的な課題や悩み	③－３　工夫点や成功例（※③－2に対する回答）
ご紹介いただいた患者さんにずっと入院できると説明されている。	再度（家族に）説明する。そして最悪転院へ。
在宅退院時、通院できない状態だが往診がしてもらえない。	紹介元医療機関の往診の有無確認して、無なら他医療機関へ紹介してよいか確認する。そして他医療機関へつなげる。
精神疾患＋合併症の患者の受け入れ先が少ない。	各機関との連携を強化し、情報共有していく。
独居の方の退院調整。	介護施設、担当ケアマネジャーとの連携。
特別養護老人ホームの入所待機期間が長い。	他医療機関との連携と情報交換。
往診を依頼できる在宅医を探すことが難しい。	病院での主治医が、直接在宅医とコンタクトを取ってもらうとスムーズに移行が可能となった事例もあった。
精神疾患を抱える方の身体合併治療を一般病院に断られることが時にある。	地域の一般病院の病院長と定期的に会議を持つことで、徐々に受け入れていただけるようになっている。
医療系の処置などに対応してもらえ、長期間対応可能な病院が少なく、紹介することが困難であるため、新規の入院依頼を受けることが出来ない。（老々での在宅生活の継続が困難となってきているケースが増えている）	地域での連絡会などに積極的に参加する努力をしている。（業務で可能な範囲で）
精神のみの病院なので、身体的に症状が悪化した際に転院相談しても、「精神科がないので受入れられない」と転院先が見つからないことが起こる。	訪問し、相談員（地域連携室）レベルで、お互いの情報交換とスムーズな連携のための接点作りを行っている。
ケアマネジャーに医療機関に対する理解が不足している（急性期、回復期、療養型等）。また医療知識が低い。何を知りたいのか不明なことあり。	連携に関しては、連携室看護師が長年在宅に関わっていたのでスムーズであり、介護保険・在宅サービスを周知している。（居宅６年、包括８年、主任ケアマネ資格もある）
入院受入に際して、当院標榜診療科以外での投薬等についての判断が困難。特に精神科など。	入院受入に際して、紹介元と投薬情状等の連絡を密に行い、調整を行っている。
面談に時間をかけたいが、業務に追われてしまい、十分に時間を取れていない。記録・作成書作成に追われてしまう。	スタッフの増員。援助記録をパソコン上で共有できるようにした。
生活保護の場合、福祉事務所は対応が欠けている。訪問してもチャイムを押してメモを置いてくるだけ。緊急性を伝えてもそれ以上は見込めない。	
退院後、施設入所を希望される場合も多いが、直接入所できる施設としては、介護を受けられる介護老人保健施設を紹介するが、なかなか空きがなく入所が困難なためスムーズな退院が出来ずに苦慮している。	
他にサービス付住宅などを紹介するが、本人の状態に合わないことも多い。	
療養型病院も数が少なく、待機期間が長いため困っている。	
在宅医療への出遅れ、院内の介護連携体制が弱い。	
急性期で入院された患者が、精神的疾患があり「不穏・危険行為」等で一般病棟でのケアが困難な場合、内科的治療があると精神科病院は引き受けてもらえないことが多い。	
認知症の方で当院で対応出来ない等、精神科病院等に空床がないためなかなか転院ができない。	
特養の空きがない。	

③－２　具体的な課題や悩み	③－３　工夫点や成功例（※③－2に対する回答）
国の制度上では在宅復帰に力を入れているが、訪問看護の事業所が限られており、人手不足のため困難。	
療養型病院は、医療区分3・2を優先しており、老健、特養は要介護度3以上であるため、これ以外の在宅困難者（家人の在宅介護拒否含む）の退院調整に時間がかかり、入院ベッドが回らない時もある。	
入院受入時、障害者病棟の対象患者の理解がなく、療養型と同じように思われている場合がある。	
特養については、申込みをしてもほぼ声がかからないため、退院・転院先としてあまり有効ではないと考える。	
急性期病院については、スムーズな受け入れが課題だと考える。	
認知症の患者様の対応には、体制が十分ではなく、受入困難となるケースもある。	
入院中の患者様であっても、検査等での転院を依頼するが外来受診となるケースが多い。	
包括請求の部門においては、新薬など服用している患者様が入りにくい。	
精神科病院においては、一般の疾患の程度によっては、受けていただけないケースあり（単科の病院多い）。	
精神科病院については夜間の対応。	
地域包括支援センターについては一部の方。	
施設やサービス事業所で連携が難しいと感じることはないです。しいて言えば、身寄りのない生活保護の方について、福祉事務所のケースワーカーが消極的で連携が取りづらいときがあります。	
転院調整の窓口など、連携室やMSWなどに固定されていない医療機関もあり、対応にばらつきがある。	
情報提供においても、所定の様式での指定などがあると準備に時間を要する。	
在宅に戻りにくい高齢世帯が増えている。施設入所希望においても、お金がない、キーマンがいない。転院しても２～３カ月しかおいていただけず、先が見えない。自宅に戻ってもすぐに入院になる。	
診療情報提供書、看護サマリーに書いてある状態と転院されてきた時の状態が全然違うことがある。	
明らかに介護保険サービスが必要だと思われる方でも、かかりつけ医の方で介護保険の申請を行われずに入院されてくる場合がある。当院入院中に申請となると、状況の分からない医師が多く、把握が遅くなったり、認定が下りるまで時間のかかるケースがあり、退院まで時間を要してしまう。地域包括支援センターにてもう少し埋もれているケースの発見や促しをしていただきたいと感じる。	
急性期入院中に老健の聞き取り調査の日程調整のTELが入り、転院日が決まっていても聞き取りを早めることが出来ない。	
50歳代で生活保護、介護保険対象の患者。	

③－２　具体的な課題や悩み	③－３　工夫点や成功例（※③－2に対する回答）
当院が急性期医療機関であり、精神科医師の常勤もないことから、精神症状のある患者さんを見ていくことが難しく、精神合併の他科疾患を持つ患者さん（例えば、精神症状が強い癌の患者さん等）の受け皿を探すのに苦労する。精神病院は、内科・外科を併設して持っている病院が少ないため、管理ができないと断りを受ける場合が多い。	
グループ病院と連携を取っているので特に困ることはないです。	
介護老人保健施設については、入所目途等が明確に提示されにくく、家族の入所希望も強いため、次の検討に入りにくい。	
診療所の場合、入退院調整の相談員がいないため、医師、ケアマネジャー、家族からそれぞれ連絡がくることがあり、どこを窓口としてよいか分からない。入院しないことになったと聞いていたが、予定をしていた日に突然、本人と家族が来院されるということがあった。	
精神科を標榜していない当院では、他病院精神科との連携が必須です。京都は、精神科の数が少ない上に、各病院の特徴もあり、症状によっては受けてもらえないこともあり。最終的には受け入れてもらう病院は見つかるものの、それまでに費やす時間がかかることあり。	
本人の希望と家族の受け入れに対する意見の違いをどのように調整していくのか悩む。	
入院前からの問題も、入院中に解決を求められる。	
治療方針や治療状況に関係なく家族に転院を進められる。	
療養型の待機が長く、老健施設についてもすぐには入れない。	
ほとんどの専門職が同業職種で話して、連携をスムーズに行う努力をするが、医師に限っては、医師同士がコミュニケーションやディスカッションすることを極端に嫌う。特に他科との医師や、他医療機関の医師となると、いつも連携室の職員が間に挟まれる。他職種連携は医師のためにするのではなく、患者・家族のため、地域医療のために必要という意識が乏しい。	
精神症状を担当する医師がいないため、対応後（救急受診）精神科病院への連携が難しい。	
急性期病院として、治療のために入院を受け入れ、症状改善した後に元いた場所に戻る時に、一度退所したからはじめから（健康診断書を提出するところから）と言われるところもたまにある。療養、特養、老健に、吸引など処置があるからと戻れないことがある。	
認知症が進み、暴力行為など当院で対応できなくなった時、入院依頼をしても満床で受け入れてもらえない。	
高齢者の独居が増えており、在宅支援が難しい。	
また、ケアマネジャーは人によってサービス調整にかなり時間がかかります。	
有料ホームやサ高住のサービス範囲が把握しにくい。	
調整先が分かりづらい。	

③－２　具体的な課題や悩み	③－３　工夫点や成功例（※③－2に対する回答）
精神科病院への転院が難しい。	
短期の入院での調整。	
各々の病院・施設の機能が違うので、互いに情報交換を重ねている。特にどこと指定はできません。	
各種別では問題はないが、各事業所によって難しい場合がある。	
ケースによる。	
施設入所を希望しても空いていない。（長期待機となる）	
特に、施設・事業所に特化した難しさは感じておりません。	
京都市内には、低所得者を受け入れの居住が少なく、医療ニーズが少なく、施設対応可能な場合でも社会的入院をしなければならない現状がある。	
疾患で患者を選ばないでほしい。（重度の認知症）	
介護職員では医学的な引き継ぎが困難である。	
救急搬入された患者様や入院中の患者様が、精神科病院への転送が必要な場合、受け入れ先がなかなか決まらない。	
老健入所していた患者様を退院させ、再入所していただくのに難航する時あり。	
小児科のレスパイト入院先が少ない。	
介護施設が満床ですぐに入所できない。	
訪問リハビリテーション事業所の受入れが困難となっている。	
患者（利用者）の状態悪化による施設復帰困難な場合。	
特養の申込みをしても、病院からの入所は難しく、家人も申込みを忘れているほど待機が長い。	
慢性期のリハビリ（拘縮予防や座位訓練、嚥下評価など）をしている病院が少ない。	
今のところ情報交換が出来ているので、特に難しいことはありません。	
薬価が高い。医療的ケアが必要。医療区分等により、制度の狭間で療養先の決まらない患者さんがいる。	
高齢により機能低下し、摂食困難となった場合、元いた介護施設への再入所ができず、治療終了しても退院先がない。	
医療的ケアが必要な患者さんについては、ケアマネジャーさんが在宅では無理と消極的なことがある。	
介護療養型医療施設の認知度が低い。	
内服内容によって入所が困難となることが多い。特に、認知症治療薬について家族が希望されると、選択肢が減ってしまうか、困難となる。	
居宅系サービス利用の方で、インスリン管理など必要な方（医療依存度が一定ある方）などは、受け入れ先がなかなかない場合がある。退院後管理しやすいよう調整しても、再入院などうまくいかないことがある。	

③－２　具体的な課題や悩み	③－３　工夫点や成功例（※③－2に対する回答）
	病院間、施設間で調整を行う中で、患者や患者家族の想いが反映されていないケースもあるため、入院前に限らず、ご家族様の直接面談を行い、誤解のないように説明する。
	連携室同士で情報交換を行っている。
	診療所さんにも連絡担当の方がいらっしゃると気兼ねなく連絡ができて助かります。

【別紙５】

④　在宅医療を進めていく上で連携を取るのが難しい職種

④－２　具体的な課題や悩み	④－３　工夫点や成功例（※④－2に対する回答）
病院の医師によるが、施設・在宅についての理解がないため、調整する時に説明を何度も必要とすることもある。	退院については、医師から直接言ってもらうよう調整している。
医師に対して：利害関係や地域単位の慣習で、相談自体成立しないこともある。	医師を中心に、「患者ニーズ=中立的な情報」であることを説明しながら相談。関係改善に向け、特に診療所の医師への配慮に気を配っている。
難しいというより、ケアマネジャーの方の意欲により、在宅復帰に関して差が出てくる。意欲的なケアマネジャーだと、家族の受け入れが全く違うことが多い。	ケアマネジャーの変更、説得。
専門職である看護師の病院看護と在宅での家族による介護とのギャップの理解が得られない。看護師が出来ることが、在宅に戻り介護の場面でそのまま受け入れ困難な場合がある。	早い段階で退院カンファレンスを行い、介護サービスを提供する側からできること、困難なことを病院と介護の場面で情報を共有するようにした。
医師は多忙で、なかなか時間が作れないことが多い。	地域連携部門の設置により、窓口が一本化、明確化されたことにより、在宅チームとの連携がスムーズになった。
在院日数短縮を求められる中で、カンファレンス、家屋調査等の日程調整のため入院日数が延びる。	家屋調査時にカンファレンス等。
居宅介護支援事業所でも情報提供用紙の作成についても対応が分かれるなど、事業所間の差が大きい。	京都府医師会作成の「ケアマネタイムリスト（連携窓口一覧）」にも窓口を掲載。
かかりつけがない場合。	ケアマネジャーと連携し、かかりつけ医を決定。
ADLや病状に大きな変化がないにも関わらず、退院前カンファレンスの実施を求められることがある。	入院の目途や病院の稼働状況など細かく説明している。
在宅医の先生へTELするタイミングが難しい。	地域、医療連携の会等に積極的に参加して、顔の見える関係づくりが大切。
急性期の「送る側」医師と、「受け入れ側」医師（療養型、施設、開業医）の対応可能な患者レベルにギャップがある。	地域連携室を通じて、できるだけ「医師同士のコミュニケーション」が取れるように配慮している。
在宅でのコメディカルの役割理解が乏しいことと、対象事業所が少ない。	カンファレンスなどを実施し、ポイントを絞る。
急性期病院の医師・看護師は、在宅医療についての知識が少ない。	研修会の開催。（在宅医・ケアマネジャー・訪問看護師を招いて）
ケアマネジャーの質に差が大きく、対応に苦労することがある。	看護師の教育。
急性期病院の特に医師は、生活支援が苦手なのか、病気を診るが、人を診れない、生活がイメージできない方が多く、退院後の生活を組み立てる時に、在宅生活を障害しているものが、病気に伴うADL低下が、住環境、介護、関わる人、食生活など全てにおいて見直しが必要であることをイメージできない。	数少ない生活者の視点に立って、生活を支えようとされる医師もいるので、巡り会えた患者は運が良いといったレベル。
サービス利用の回数の制限（夜間対応が少ない）、人員不足。	家人へ、おむつ交換方法、吸引指導等を行い、家族介護力のアップを図る。
入院時に退院時のイメージや時期を患者家族に提示していないことがあり、患者家族から「いきなり退院と言われた」と戸惑われることがある。	退院支援計画書作成を病棟看護師と一緒に行うようにしたので、退院支援における病棟看護師の関心や関わりが変化している病棟がある。
ヘビーユーザーの開業医とは比較的良いが、紹介数の少ない医院との連携はまだまだアピールが必要ではないかと思われる。	より良い連携を深めるために、開業医、医療機関への訪問を増やしたい。

④－２　具体的な課題や悩み	④－３　工夫点や成功例（※④－2に対する回答）
医師が考えていることに対し違う方法を相談しても意見を変えようとせず、話を終わらされてしまう。	話の内容を上手にもっていく。（患者様にとっての利点を強調する等）
連携に関しては、職種や所属機関による、というよりも、個人の力量、価値観等での課題、悩みが多いように思います。	連携が図りにくい相手先であってもご本人・ご家族にとっては、大切な“担当者”であるため、コミュニケーション方法（TELがダメなら対面で、または文書で等）や対応者（自分が話しても通じなければ、院内外のチーム員から等）の工夫を行いながら、状況把握を共有化できるよう心掛けている。
医療の必要性がなかなかうまく伝わらず、全面的に依存されたり、かかりつけ医との連携をなかなか取ってもらえず、難しさを感じています。	医療面でのフォローが出来るところは、こちらからさせていただいたり、開業医の先生に一緒に出向いたりしています。
いまのところ、在宅対応をしてくれる薬剤師や栄養士をあまり把握していない。	在宅医療に積極的に参加している施設との連携を強化。
医療度の高い患者が在宅での生活を希望した場合の受け入れ体制が十分でない。	退院前にカンファレンスを行い、しっかりと連携を取れる体制をつくるようにする。
院内の医師と在宅医との専門的な情報共有。	担当医から書面をもらい、在宅医へ訪問または連絡している。
緩和ケアの認知度が低いと思う。	医師、訪問看護、薬剤師、OT、PT、社会福祉士、言語療養士、ケアマネ、患者、医療器具のメーカー等のいろんな立場の人々との連携を実践している。
時間外、夜間の対応。	具体的には特になし。
開業医の先生方との連携が難しい。	退院時共同指導等、来院してもらう機会をつくった。
一部であるが、電話での情報交換や書類のみで、病院へ状態確認にこられない方がいる。	頻回に情報交換を行い提供している。
ケアマネジャーの医療に対する知識が不十分。	医師や看護師、PT、OT等の理解あり。
ケアマネジャーの元資格によって状況の理解を得られないケースがある。	詳細に再々説明し、理解を得るように努めている。
65歳未満の精神疾患（未治療）の患者を受診に繋げたくても、「病院に来てもらったら対応します」ということで、本人や家族が自発的に動かない限り、受診に結びつかない。	職種ということもありますが、個々の在宅に関する姿勢にもよると思う。
基本的にスムーズに行えていると思う。	
ケアマネジャーについても、病院・医療についての知識がない方もあり、退院の許可が出ているのにもっと入院を継続するよう家族に言ったりするなど、対応に苦慮することもある。	
薬剤師に対して：コストとニーズという点で、地域住民への必要性が感じられない。（理想的ではあるが）	
管理栄養士に対して：接点が少ない。	
弊院の立ち位置を明確に示し、宣伝せねば連携が広がらない。	
看取り（ターミナル）を避けたがる時がある。	
退院調整の中で、ケアマネジャーや訪問看護などは多忙なためスケジュールが合わず、退院日が後手に回ることになるので早期対応を希望。	
退院前訪問やカンファレンスの際の日程調整が難航することが多い。	

④－２　具体的な課題や悩み	④－３　工夫点や成功例（※④－2に対する回答）
在宅の医師が来院されてのカンファレンスは、スケジュール的に難しく、書面や電話でのやり取りとなってしまう。	
医師への連絡可能な時間帯が分からず連絡調整が難しい。	
ケアマネジャーの質によって在宅サービス事業所間で情報の共有ができていないことがある。	
医師は興味を持っておらず、無関心である。（任せられる場合はましであるが）	
一番困るのは、治療上の入院期間を患者と家族に十分に説明していないことが、後でトラブルになったりするケースである。	
ケアマネジャーさんによってレベルの差があるように思います。	
在宅を知らない医師や簡単に転院ができると思っている医師が多い、主治医意見書を書きたがらない医師。なかなか大変だと思いますが、もう少し現実を知ってほしいと思う事が多くあります。	
現在特に職種別での連携のとりづらさはない。	
担当が一人なのですべてを把握するのが難しい。	
患者様が抱えている問題が複雑なケースの場合、身近に相談が出来る方がいない。	
ケアマネジャーは元々の職種がまちまちであることから、医療の知識がない方もいる中でやりとりの必要がある。	
地域の開業医の先生方の往診受け入れの状況が分かりにくい。どのような医療内容に対応してもらえるのか。	
かかりつけ医が把握しているDNRに関する情報が、救急搬入時に病院に十分伝わっておらず、判断に難渋することがある。	
服薬に関する連携は、直接薬剤師とするよりは、医師や看護師を介して行うことが多い。	
診療体制においての医師の業務において、多忙であるため調整がつきにくい。	
在宅看取り等ができない。	
在宅医が少ない。地域によって格差がある。	
家人が一番難しい。在宅は何も考えていない方が多い。	
地域における管理栄養士はまだ少ないと思う。	
全体的に人手不足（内部的に）。	
職種ではなく、人によりけりだと思います。	
特になし。当院の関連事業や施設で対応している。	
歯科医師に対して：どのようなケースで連携が必要であるかを自分たちが理解できていない。	
介護職員：院内では、病棟の代表として看護師が出てくることがほとんどなので介護職の人にも出てきてほしいが、なかなか難しい。	
職種関係なく、マンパワー・体制の問題があり、今後も続くと思います。	

④－２　具体的な課題や悩み	④－３　工夫点や成功例（※④－2に対する回答）
特に難しい職種は感じていません。それぞれの立場で必要な職種であり、うまく連携をしなければならないと思っています。	
ケースによる。	
往診医は日中多忙なため、退院前カンファレンスに参加できず、情報が遅くなる。	
特に職種に特化した難しさは感じておりません。	
地域との実働している在宅療養支援診療所の数も限られている。	
現時点では特に大きな問題はない。	
在宅医療は進められない。	
	事前に診療情報を見ていただき、可否の判断をいただいている。

【別紙６】

⑤　院内・院外関係者との連携・調整においての課題や悩み

- 院外関係者との連携において、当院では紹介入院の希望が多い。しかしながら、当院のキャパの問題もあり、お断りすることがあるため大変申し訳なく感じています。
- 患者家族については、最近はインターネットなどで調べておられる方も多く、「インター―ネットで得た知識は絶対」という考え方で面談に臨まれ、当院で出来ない事までも要求してくる方が増加傾向です。
- どうしても入退院調整担当者は、仲介の役割を果たすことから、各職種双方の意見を中立的に捉えなければならない。各職種間の意見の統一を図ることが、入退院担当者の課題であると思う。
- 身寄りのない独居、家族がいても対応できる能力がない方など、困難事例が増えてきており、地域全体での対応が必要だが、そのネットワークが十分に構築できていない。
- 行政もおよび腰で消極的である。
- 院外支援者を招き、経過を共有し、課題を整理する作業は理想であり、極めて非効率。重要なのは、院内から生活と資源を見据え主導となる調整部門と考えます。また、その人員定数は重要課題と考えます。１時間のカンファに要する費用対効果は、現診療報酬上補償されていない。
- 制度変更、制度廃止、制度新設などが老々世帯などへは周知されておらず、その説明に苦労することがある。地域での情報周知を行政も力をいれていただきたい。
- 障害者病棟対象患者の確保。
- 在宅復帰支援について、入院患者の高齢化、高齢者の独居、日中独居、老老介護世帯の増加に伴い、入院後在宅復帰困難者の増加。
- 149床の医療機関で、相談員３名の中、どこまで介入するべきなのか、深くまで介入すると、他の患者支援が出来にくくなる。特殊な事情や家庭環境の方が多い地域もあるので、人員的に不足している。
- 転院受入の際に、受け入れる部屋の調整が難航し、お待たせすることが多い。スムーズな受け入れが課題であると考える。
- 在宅医、ケアマネジャー、院外関係機関との連携で、こちらが適切に行えているか心配しています。
- 転院や入所時に、家族への連絡がどちらからするのが確認できていないことがあった。
- 送迎の車の手配などについても細かい調整が必要となるため、再確認やしっかりと連携を強化したいと考えているところです。
- 院内の連携においては特に問題ありませんが、院外との連携の際に、在宅への退院調整において、ケアマネジャーさんが主導で動いていただくケースと、当院担当者が主導で動くケースが混在し、調整が困難もしくは煩雑になることがある。
- 院内では他部門との情報共有が難しい。
- 独居、身寄りがないという状況の方も多く、入院前の生活状況の情報などの聴取が困難。
- 院内の多職種間でなかなかチャンネル合わせが出来ていない。
- タイムリーな情報共有を心がけているが、担当者が不在で遅くなることもあるため、そのようなことが出来るだけ無いようにしていきたいと考えています。
- 急性期単体の病院であるため、リハビリ訪問などが回復期病院のように実施できないなど、対応に限界があり、ご理解いただけない場合が多い。
- 平均在院日数の短縮。
- 院内での看護職員に余裕がないため、退院調整看護師がなかなか育たない。
- 個人情報の問題の観点から、入院の有無や病状などを聞かれた場合に、すぐにお答えできない。必ず確認して折り返し連絡するとして対応を行っているが、身寄りのいらっしゃらない方など、判断が難しい場合がある。
- ケアマネでも医療をよく理解されている方もいらっしゃいますが、ご理解があまりいただけない場合、介護をどうしても優先して考えられる場合があり、すぐに医療へ逆戻りされるケースがある。
- 急性期の病棟の看護師（スタッフ）の多忙で（治療中心、命の場合）、入院時から退院時を予測した視点を持つ事ができない。

【別紙６】⑤院内・院外関係者との連携・調整においての課題や悩み

・居宅介護支援事業所により対応のスピードが大変違う。
・急性期の「DPC」入院が理解して頂けない。
・障害者（介護保険施設対象外）認定されるまで、サービスが使えないことで退院が延びる。
・公的機関は24時間365日（休日、夜間等）の連携が取れない（救急時に患者情報を収集するにあたって）。
・外来受診をされた患者さまで“お金を払うから入院させてほしい”という患者様や、“退院日に退院したくない”という患者様がいらっしゃり、ケアマネジャーに連絡するが、都合がつかず迎えに来て頂けないことも多い。高齢で認知症のある方や、独居の方の場合、一人で家に帰って頂くにも不安がある。
・ケアワーカーとの連携(積極的なかかわりを持とうとされるケアワーカーとそうでないケアワーカーとの差がある)
・地域包括支援センターの管理者が、「介護保険の申請がされていない」と言って介入してもらえないなどがあり、地域でのサポートをどこで相談すればよいのか等難しい対応がある。
・当院から老人保健施設への入所を検討している時に、老健側の返答や調整が遅く、病院側の早いペースに対応してもらえず遅くて困ることがある。
・医師との連携について、サービス調整が必要であることを事前に伝えているが、退院が決まってしまっていることがある。
・一部のケアマネジャーさんですが、往診や訪問看護など医療系のサービス調整を病院に任せきりにされることがあったり、調整の仕方をあまりご存じない方がいる。
・地域ケア会議をどんどん開いて、その地域の特性にあった包括ケアシステムを構築することが必要とされているが、この地域では、具体的にどういうことをやれば、どういうことにつながるのかをイメージできない専門職が多い。先進的な取り組み例を聞くような会の開催を提案すると、行政が前向きに取り組んでもらえない。依然として、それぞれがバラバラで支援しているので、地域一体で取り組んでいる気がしない。
・受入時、医師が手術や外来診療ですぐに可否の結果を出すことができないことから課題である。
・人材の人員不足
・精神科に入院している患者さんだからという理由で、治療や入所受け入れを拒否されることがある。
・在宅医療については当院では行っていない。それぞれの事情を知ることが重要だと思われるので、相手の立場を早めに知れるよう細やかな連携を図りたいと思う。
・相談事を言っても解決方法を一緒に考えるのではなく、一線を引いて関わろうとしてくれない。
・独居の患者の意思決定を誰が責任をもってするのか（本人が出来ない場合）。そのような患者の情報提供。
・転院の時期が来ているが、なかなか受け入れ先が見つからない時がある。
・院内の介護職との連携を進める。
・院外の方とは、退院・転院（所）後の患者さんの様子をもっと共有し合い、退院支援の評価や連携の強化につなげられたら…と思います。
・院内では、急性期病院でもあり、まだ退院支援への関心が非常に個人差があることです。
・ケアマネジャーからの依頼（入院）に対して、素早く対応出来てないのが悩み。入院日の指定などがあると調整しづらい時もあります。
・しいていえば、訪問診療を実施さている医院が少ないと思いますが、ケースバイケースなので一概に言えません。
・障害者病棟、療養病棟からの退院支援
・情報の取り扱い方について、何のための情報収集か、それが実際の援助に寄与しているのかが分かりにくい問合せがある。→院内で、院外に提供する情報の取扱いに関して話し合い、適宜関係機関にお伝えするように努めている。
・情報共有の方法について、どのように行うのが効果的か。
・当院の回復期リハ病棟は、2014年５月まで療養病床でした。期限があり、在宅復帰しなくてはならない病棟となり、退院調整が大変になっています。病棟の中でスタッフ間（特に異なる職種間）のコミュニケーションは密になっていると考えますが、統括出来ているわけではありません。
・顔の見える関係づくりが不十分です。
・在宅が可能と考えられる場合、ケアマネジャーが転院や施設を勧める。また反対に、在宅は難しいと思われるが、在宅を勧める場合がある（再入院率が高くなる）。

・独居、身寄りがいない。または遠方で家族支援が弱い。施設や転院が相談かけにくい。
・緩和ケア患者のサービス調整。ターミナルステージであるが、ADLがよくてサービス（訪看など）が入りづらい。
・緊急時の迅速な対応について
・入院を前提とした精神科への相談が難しい。
・親族がいない又は遠方等、事実上キーパーソン不在の事例は、転院や施設入所等の受入れ先が決まらない。
・虐待や経済的問題ほか困難事例について、担当行政者になかなか関わってもらえない。包括支援センターも担当ケースが多く多忙であり十分に関わりきれない状況がある。
・急な退院となった場合に、退院前カンファレンスなどを調整するのが難しい。
・精神科以外の診療科とのやりとりにおいて、症状ではなく、精神科だからと門前払いを受けることがあり、そんな時に課題を感じる。
・退院前カンファレンスを当然のように要求されるが、外部の職種の方々、院内の関わるスタッフ（医師、看護師、リハビリなど）の日程を調整するだけでも大変で、カンファレンスの調整のために退院が遅れることもある。
・関係者が忙しく、日程調整を行うことが大変。

【別紙７】

⑦　今後研修会で取り上げてほしいテーマやその他要望

・診療報酬、介護報酬に関しての説明会、またはそれに伴う各病院の取り組み等が分かれば非常に参考になる。
・地域のネットワーク
・他医療機関の相談員の業務内容が知りたい。
・介護の現場から見た医療現場とはどのようなものか、どのように思っておられるかが知れたら嬉しいです。
・電話での情報収集のポイントや情報の伝え方、話し方なども含めて接遇の研修があればありがたいです。普段顔が見えないところで業務をすることが多いと思います。特に自法人以外との連携ではそうなると思います。気持ちよく連携できれば、患者様にもよい医療が提供できると思います。
・高次脳機能障害患者さんの支援。
・院内で悩みや課題が解決できないような場合、どのような機関、組織が、どのような相談にのってくれるのか、具体的に教えていただければありがたいです。
・在宅診療をしていただける医師が少ないので、在宅医との連携の取り方がスムーズになれば。
・診療報酬や介護報酬が改定となった時に具体例を挙げての研修など。
・専門職からみたそれぞれの連携について学びたい。PT・OTやそういった団体が主催して下さると面白いと思います。
・後期高齢者の医療のあり方（認知症があり大腿骨骨折で入院した方（80～90代）で、回復期リハビリ転院を本人拒否、しかし家族が希望する場合／がん化学療法をどこまでするのかなど）
・同一医療圏内での患者情報共有システムモデルの構築について（行政、医療機関、訪問介護、訪問看護、ケアマネ等）
・リスクが高い高齢者を地域でどのように見守っていくかについて
・情報共有のための「地域の多職種が連携するパス」を作成・運用できないか（要望）
・職能団体とは別で、私病協での研修を通し、同じ職種同士の横のつながりの創出を図りたい。
・地域包括ケアに関して（運営に際しての対応点や、患者・家族への説明方法等）
・在宅困難事例を在宅へ繋げた成功例の検討会
・今回アンケートに答えた結果をまとめたものを必ず下さい。京都府内のこのような情報データをまとめていただけるのは楽しみです。
・緩和医療、認知症について、すでに講習会は行われているかと存じます。しかし、高齢者が増加傾向にあり、より実践的な研修をして欲しいと思います。
・認知症等による食事拒否のある患者への対応と、その家族への支援方法について
・歯科医師との連携について
・認知症の方の情報の連携
・倫理問題
・意思決定支援
・在宅での看取り
・多職種が同じテーマで学び合い、互いの役割や特性を理解しあえるような研修をお願いしたいです。
・ますます在宅が必要になってくると思います。介護も巻き込んだ取り組みが出来たらと考えています。
・急性期からの受け入れが、情報の食い違いから患者さんに迷惑をかけることにもなりかねません。情報のやり取りの工夫があれば教えて下さい。
・病院では分からない在宅での難しい課題をテーマとした研修をしてほしいです。患者様が退院されたら後は分からないケースが多いので、退院されてスムーズに在宅で医療やサービスを受けておられる症例等を教えてほしいです。
・在宅医療の推進

【別紙７】⑦今後研修会で取り上げてほしいテーマやその他要望

・患者さん主体のカンファレンスの持ち方
・地域包括ケア病棟について
・終末期における在宅や施設での看取りについて
・連携業務に関する職種の研修会の開催を希望します。
・ターミナルケア
・「顔の見える地域連携」のための取り組みがあれば嬉しいです。
・第二日赤のような、社会福祉事業部が公的にあれば相談したいことが沢山ある。
・各機関の連携の実際と取り組み（事例を挙げながら）
・地域包括ケアの連携
・保護責任者が不在の場合、治療上の説明や同意、決定責任をどのように捉え対応していくか。法的な根拠も含め検討が必要ではないか。
・平成27年度介護保険改定について
・認知症ケアについて
・顔が見える連携の機会を地域別にもてると、日々横のつながりがしやすくなると思う。各病院や診療所の紹介や懇談会も兼ねた研修等も有効では。

資　　料

1／3ページ目

病院における医療・介護連携の活動状況に関する実態調査

病　院　名	

回　答　者	部門名）
	氏　名）

設問①　貴院の病床数をご回答下さい。

□　　床

設問②　貴院の病院機能について、当てはまるもの全てにチェックして下さい。また、主たる病院機能には下線を引いてください。

□高度急性期　□急性期　□地域包括ケア　□回復期リハビリテーション

□障害者　□精神　□療養　□その他（　　）

設問③　貴院では、医療・介護連携業務（入退院時の連携・調整、相談支援等）を担う部門を設置していますか。

□設置している　（→ **設問④**へ）

□設置していない　（→ **設問⑤**へ）

【 設問③の回答が「設置している」の場合、以下の設問④にご回答下さい。】

設問④　設置している部門名、配属されている職種および人数（兼務者含む）、主な役割をご回答下さい。
（部門が複数ある場合は、それぞれご記入下さい。）

部門名	配属されている職種および人数	主な役割
	看護師（　　）名、**保健師**（　　）名、 **社会福祉士**（　　）名、**精神保健福祉士**（　　）名、 **介護支援専門員**（　　）名、**事務**（　　）名、 **その他**（**職種名**：　　）（　　）名	
	看護師（　　）名、**保健師**（　　）名、 **社会福祉士**（　　）名、**精神保健福祉士**（　　）名、 **介護支援専門員**（　　）名、**事務**（　　）名、 **その他**（**職種名**：　　）（　　）名	
	看護師（　　）名、**保健師**（　　）名、 **社会福祉士**（　　）名、**精神保健福祉士**（　　）名、 **介護支援専門員**（　　）名、**事務**（　　）名、 **その他**（**職種名**：　　）（　　）名	

【 設問③の回答が「設置していない」の場合、以下の設問⑤にご回答下さい。】

設問⑤　貴院で医療・介護連携業務（入退院時の連携・調整、相談支援等）を担当している職種について、当てはまるもの全てにチェックを入れて下さい。

□看護師　□保健師　□社会福祉士　□精神保健福祉士

□介護支援専門員　□事務　□その他（職種名：　　）

2／3ページ目

設問⑥　入院受入時、入院中、退院・転院時のそれぞれの連携・調整業務体制についてご回答下さい。

入院受入時	業務の担当部門名または担当職種名：
	業務の流れ・やり方：（例）患者受け入れの体制・流れはどのようになっているか　等

入院中	業務の担当部門名または担当職種名：
	業務の流れ・やり方：（例）院内連携はどのように行っているか、情報取集は誰が行っているか　等

退院・転院時	業務の担当部門名または担当職種名：
	業務の流れ・やり方：（例）他医療機関やサービス事業所、ケアマネジャーとの連携・調整はどのように行っているか 等

設問⑦　日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所はどこですか。枠（□）の中に、入院受入時は「**1**」、退院・転院時は「**2**」、両方の場合は「**3**」を記入して下さい。（複数回答可）

□急性期病院　□療養型病院　□精神科病院　□診療所（有床・無床）
□歯科医院　□介護老人保健施設　□特別養護老人ホーム　□居宅介護支援事業所
□訪問介護事業所　□訪問看護事業所　□通所介護事業所　□通所リハビリテーション事業所
□訪問リハビリテーション事業所　□グループホーム　□小規模多機能事業所
□地域包括支援センター　□その他（　名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）

具体的にどのような点において課題や悩みを感じておられますか。また、その課題や悩みを解決するために行っている工夫点や成功例があればご記入下さい。

課題や悩み：
工夫点や成功例：

3／3ページ目

設問⑧　在宅医療を進めていく上で連携を取るのが難しい職種はどの職種ですか。（複数回答可）

□医師　□歯科医師　□薬剤師　□看護職員　□セラピスト（PT,OT,ST）
□管理栄養士　□ケアマネジャー　□社会福祉士　□精神保健福祉士　□介護職員
□その他　（ 職種名：　　）

具体的にどのような点において課題や悩みを感じておられますか。また、その課題や悩みを解決するために行っている工夫点や成功例があればご記入下さい。

課題や悩み：
工夫点や成功例：

設問⑨　その他、院内・院外関係者との連携・調整において、課題や悩みを感じていることがあればご記入下さい。

設問⑩　上記の設問⑦～⑨でご回答いただいた悩みや課題が院内で解決できない場合に、どのような機関・組織に相談されていますか。（複数選択可）

□同一法人・グループ内　□他病院　□居宅介護支援事業所　□地域包括支援センター
□市町村の福祉／保健部門窓口　□保健所　□福祉事務所
□職能団体　（ 団体名：　　）
□地域・圏域で設置されている組織や会議体（地域ケア会議等）
（ 名称：　　）
□その他　（ 名称：　　）

設問⑪　「病院における医療・介護連携」に関して、今後研修会で取り上げてほしいテーマや内容、その他ご要望があればご回答下さい。

ご回答にご協力いただき誠にありがとうございました。

【宛 先】
一般社団法人京都私立病院協会事務局（担当：松本・竹内）
FAX：075-354-8802

京都私立病院協会 在宅医療･介護連携体制支援事業検討委員会委員
（平成28年２月現在）

【委　員】

久野　成人（久野病院理事長･院長）

近藤　泰正（堀川病院理事長）

川添チエミ（嵯峨野病院居宅介護支援事業所在宅事業部長）

甲田由美子（京都民医連中央病院地域医療連携課課長）

松本　惠生（京都市岩倉地域包括支援センター管理者）

山本　正美（第二岡本総合病院患者支援課課長）

竹内　千裕（久野病院地域連携室副主任）

日沖　義治（京都博愛会病院リハビリテーション科主任）

勝尾　一史（西陣病院医療社会福祉課）

【事務局】

竹内　　誠（京都私立病院協会事務局課長）

山口　峻平（京都私立病院協会事務局員）

松本　結佳（京都私立病院協会事務局員）

「病院における医療・介護連携の活動状況に関する実態調査」調査結果
平成28年２月

発行人／一般社団法人京都私立病院協会　会長　清水　鴻一郎
〒600-8411
京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町620番地
COCON 烏丸８階
TEL.　075-354-8838　　FAX.　075-354-8802
http://khosp.or.jp　　info@khosp.or.jp
編　集／在宅医療・介護連携体制支援事業検討委員会
印　刷／為国印刷株式会社