

1 目的

須高地域（須坂市・小布施町・高山村）は、入院医療と介護サービス・障害福祉サービスを切れ目なく一体的に提供するため、入退院時の患者本人・家族への支援として、医療・介護・福祉に関する連携調整を従来から行ってきた地域です。

医療機関の看護部門等と居宅介護支援事業所の介護支援専門員（以下「ケアマネ」という。）及び相談支援事業所のケアプランナー（以下「プランナー」という。）との間で着実な情報共有が図られることにより、質の高いケアマネジメントを実現し、高齢者や障がい者が安心して療養できる体制を構築するため、従来から行ってきた医療・介護・福祉に関する連携調整の仕組みを明文化し、「須高地域入退院時連携調整ルール」としてここに策定するものです。

2 ルールの運用について

(1) 基本的な取扱い

このルールは、医療と介護・福祉の連携に関する取組みのうち、相互の連携の端緒となる病院等とケアマネ（プランナー）を対象としたものです。このルールが対象とする取組みは、一定の共通認識を持つことにより、目的とする医療と介護・福祉の切れ目ないサービス提供に資するものと考えます。

なお、このルールは一律強制的に適用するものではなく、救急患者の入院など直ちにこのルールを適用できない場合があります。ルールに記載された内容は一般的な目安とし、個々の事情等に応じ弾力的に運用するものを妨げるものではありません。

ただし、検査入院、入院中の外泊・外出は対象としませんが、必要に応じて相互に連携し調整してください。

(2) 「医療と介護との連携マニュアル」との関係

このルールは、入院患者に関する病院等とケアマネ（プランナー）との連携及び情報共有を対象としていますが、「医療と介護との連携マニュアル～Ver. 6～」(以下「マニュアル」という。)は、主に在宅医療を担当する医師等とケアマネ（プランナー）との連携及び情報共有を対象としています。

退院後の医療と介護との連携及び情報共有は、今までどおりマニュアルを活用してください。

(3) 看護サマリーの取扱いについて

退院時において継続した看護が必要な場合、医療機関は看護サマリーを各連携先に提供しますが、提供された看護サマリーは転送・転用しないことを基本とします。なお、入院中に状態変化がない場合、医療機関は看護サマリーを作成しません。

(4) 今後の運用について

2025年4月1日から運用を開始し、診療・介護報酬等の改定などに併せ、定期的に必要な見直しを行います。

(5) その他

人生の最終段階における医療・ケアについての生前の意思表示（リビング・ウィル）の普及、人生会議の実施について、関係機関と連携して取り組んでください。

3 個人情報の取扱いについて

個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律（平成 15(2003)年法律第 57 号）」において適正な取扱いが求められており、医療・介護関係者間の連携においても細心の注意を払わなければなりません。しかし、個人情報保護を優先するあまり、互いの連携がうまくいかないのでは、結果的に患者に不利益となります。

このことを踏まえ、厚生労働省において「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29(2017)年 4 月 14 日通知、令和 6 年 3 月一部改正）を策定しています。

◎本人の同意が得られていると考えられる場合

・第三者への情報の提供のうち、患者の傷病の回復等を含めた患者への医療の提供に必要であり、かつ、個人情報の利用目的として院内掲示等により明示されている場合は、原則として黙示の同意が得られているものと考えられます。

①利用目的として以下のことが特定されている場合は、これらについても患者の同意があったものと考えられます。

(ア)患者への医療の提供のため、他の医療機関等との連携を図ること

(イ)患者への医療の提供のため、外部の医師等の意見・助言を求めること

(ウ)患者への医療の提供のため、他の医療機関等からの照会があった場合にこれに応じること

具体例

診療所 A を過去に受診したことのある患者が、病院 B において現に受診中の場合で、病院 B から診療所 A に対し過去の診察結果等について照会があった場合、病院 B の担当医師等が受診中の患者から同意を得ていることが確認できれば、診療所 A は自らが保有する診療情報の病院 B への提供について、患者の同意が得られたものと考えられます。

(エ)患者への医療の提供に際して、家族等への病状の説明を行うこと

②介護関係事業者については、介護保険法に基づく指定基準において、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合には家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかねばならないとされていることを踏まえ、事業所内の掲示によるのではなく、サービス利用開始時に適切に利用者から文書により同意を得ておく必要があります。

「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」

厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

4 須高地域入退院時連携調整ルール

(1) 高齢者に対する連携調整（介護保険法等による）

A 入院前から介護保険サービスを利用している場合

	病院	ケアマネジャー かかりつけ医	本人・家族
平時		○本人や家族に、入院（転院）した場合は必ずその旨をケアマネに連絡するよう依頼しておく。	○日頃から入院に備え、①健康保険被保険者証（マイナンバーカード）、②診察券、③お薬手帳を準備しておく。 ○リビング・ウィルの記入がある場合は、併せて準備しておくことが望ましい。
入院時 転院時	○病院は本人や家族に、①健康保険被保険者証（マイナンバーカード）、②診察券、③お薬手帳、④担当ケアマネの名前を確認する。 ○病院は速やかにケアマネに入院したこと、病状・退院の見通し等を伝える。 ○必要に応じて、病院はかかりつけ医に入院したことを伝え、診療情報提供書の提供を依頼する。 ■転院の場合は、病院間で診療情報提供書、看護サマリーを提供する。（FAX、持参等）	○病院や家族より入院経過の連絡をうける。 ○速やかに病院の CW に入院前のサービス利用状況等を入院時連携シート【様式1】等で情報提供する。（FAX、持参等） 入院時情報連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）	○速やかにケアマネに入院したことを伝える。
入院中 ～退院 見込時	○病院は本人・家族やケアマネに、退院に向けた課題の共有と解決策の検討を行う。 ○退院見込時、病院はケアマネに、退院予定日、病状、ADL等を情報提供する。	○ケアマネは家族や病院の CW 等から、病状・回復状況等を情報収集し、退院に向けた課題の共有と解決策の検討を行う。（電話、面談等）	○必要に応じて病院との打合せに参加する。 ○病院から退院支援の介入について説明を受け、退院後の生活について検討する。
※病院は、必要に応じて訪問看護ステーションとの調整やリハビリ担当者、ケアマネ、家族とともに家屋調査を行う。			
◆退院支援計画に基づいた退院調整会議（合同カンファレンス）の開催 ※病院が主となる			
退院時	○病院は、必要に応じて ・看護サマリー（兼北信地区看護連絡表）【様式3】		

	・栄養情報提供書【様式5】 ・リハビリテーション実施計画書【様式6】 を作成し、退院時に本人や家族へ渡す。 ○病院は退院時、主治医（地域のかかりつけ医）に診療情報提供書や栄養情報提供書等を提供する。 ・看護サマリー【様式3】 ※継続した看護が必要な者等に対し作成する （病院→看護職がいる施設・事業所、ケアマネ等へ提供する） ・栄養情報提供書【様式5】 ※嚥下摂食障害のある者・経管栄養の者等に対し作成する ・リハビリテーション実施計画書【様式6】 ※入院中にリハビリを受け、退院後もリハビリ（訪問・通所）を必要とする者等に対し作成する ■転院の場合、病院はケアマネへ退院した旨を連絡する。	【かかりつけ医】 ○病院から診療情報提供書や栄養情報提供書等を受け取り、退院後の診療の可否及び不明点を確認する。	○退院後の初回受診時に、病院から受け取った診療情報提供書や栄養情報提供書等のかかりつけ医に渡す。 ○病院から受け取った看護サマリー等は、訪問看護事業所等に渡す。
退院後	○ケアプランを受け取る。 介護支援等連携指導料：入院中から連携しプラン作成につなげた事例に対し算定する	◆サービス担当者会議の開催 ○必要に応じて、<u>1か月以内に</u>病院のCWに退院後の経過、生活状況、確定ケアプラン等を情報提供する。	○居宅サービスの利用を開始する。

B 退院後に介護保険サービスの利用が見込まれる場合

	病院	市町村地域包括支援センター 市町村介護保険担当課 ケアマネジャー かかりつけ医	本人・家族
入院中	■退院調整の必要性の判断 ○介護が必要と認められた段階で、病院は家族に、退院後の生活について地域包括支援センターへ相談するよう伝える。	【地域包括支援センター】 ○住民や各機関から退院後の生活についての相談を受ける。 ○対象者に応じた情報を提供する。	○病院から退院支援の介入について説明を受け、退院後の生活について検討する。(電話または面接) ○家族は地域包括支援センターへ、退院後の生活について相談する。(面接)
	○病院は、家族の状況(家族がいない、家族がいても介護できない等)に応じて、地域包括支援センターに退院予定日、病状、治療状況、ADL、退院後の生活(課題・不安事項等)を情報提供する。(電話) ○地域包括支援センターからケアマネ(予定者)の決定を聞き取る。	【市町村介護保険担当課】 ○要介護・要支援認定の申請を受理する。 ○認定調査を実施する。 【地域包括支援センター】 ○ケアマネの選定を支援する。 ○病院の CW ヘケアマネ(予定者)の決定を伝える。	○要介護・要支援認定の申請をする。 ○本人・家族はケアマネを選任する。
	○病院はケアマネ(予定者)、本人・家族等に、退院に向けた課題の共有と解決策の検討を行う。	【ケアマネジャー】 ○ケアマネ(予定者)は家族や病院の CW 等から病状・回復状況等を情報収集し、退院に向けた課題の共有と解決策の検討を行う。(電話、面談等)	○必要に応じて病院との打合せに参加する。
	○病院はケアマネ(予定者)に、退院予定日、病状、ADL、退院支援計画等を情報提供する。		○病院から退院支援の介入について説明を受け、退院後の生活について検討する。
退院見込時	※病院は、必要に応じて訪問看護ステーションとの調整やリハビリ担当者、ケアマネ(予定者)、家族とともに家屋調査を行う。		
	◆退院支援計画に基づいた退院調整会議(合同カンファレンス)の開催 ※病院が主となる		

退院時	○病院は、必要に応じて ・看護サマリー（兼北信地区看護連絡表）【様式3】 ・栄養情報提供書【様式5】 ・リハビリテーションサマリー【様式6】 を作成し、退院時に本人や家族へ渡す。 ○病院は退院時、主治医（地域のかかりつけ医）に診療情報提供書や栄養情報提供書等を提供する。 ・看護サマリー【様式3】 ※継続した看護が必要な者等に対し作成する （病院→看護職がいる施設・事業所、ケアマネ等へ提供する） ・栄養情報提供書【様式5】 ※嚥下摂食障害のある者・経管栄養の者等に対し作成する ・リハビリテーション実施計画書【様式6】 ※入院中にリハビリを受け、退院後もリハビリ（訪問・通所）を必要とする者等に対し作成する	【かかりつけ医】 ○病院側から診療情報提供書や栄養情報提供書等を受け取り、退院後の診療の可否及び不明点を確認する。	・ ○退院後の初回受診時に、かかりつけ医に診療情報提供書や栄養情報提供書等を渡す。 ○病院から受け取った看護サマリー等は、訪問看護事業所等に渡す。
退院後	○ケアプランを受け取る。 介護支援等連携指導料：入院中から連携しプラン作成につなげた事例に対し算定する	◆サービス担当者会議の開催 ○必要に応じて、<u>1か月以内に</u>病院のCWに退院後の経過、生活状況、確定ケアプラン等を情報提供する。	○居宅サービスの利用を開始する。

C 退院後に地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

	病院	地域包括支援センター	本人・家族
退院確定時	○病院は、家族に退院後の生活について地域包括支援センターに相談するよう伝える。 ○病院は、家族の状況（家族がいない、家族がいても介護ができない等）に応じて、地域包括支援センターに退院予定日、病状、治療状況、ADL、退院後の生活（課題、不安事項、支援等）について情報提供する。（電話）	○住民や病院から退院後の生活についての相談に対応する。 ○対象者に応じた情報を提供する。	○本人や家族は、地域包括支援センターに退院予定日、ADL、退院後の生活（課題、不安事項、支援等）を相談する。

(2) 障がい者に対する連携調整（障害者総合支援法等による）

A 入院前から障害福祉サービスを利用している場合

	病院	ケアプランナー	本人・家族
平時		○本人や家族に、入院（転院）した場合は必ずその旨をケアプランナーに連絡するよう依頼しておく。	○日頃から入院に備え、①健康保険被保険者証（マイナンバーカード）、②診察券、③お薬手帳を準備しておく。
入院時 転院時	○病院は本人や家族に、①健康保険被保険者証（マイナンバーカード）、②診察券、③お薬手帳、④担当ケアプランナーの名前を確認する。 ○病院は速やかにケアプランナーに入院したこと、病状・退院の見通し等を伝える。 ○必要に応じて、病院はかかりつけ医に入院したことを伝え、診療情報提供書の提供を依頼する。 ■転院の場合は、病院間で診療情報提供書、看護サマリーを提供する。（FAX、持参等）	○病院や家族より入院経過の連絡を受ける。 ○病院の CW に在宅でのサービス利用状況を提供する。（持参、FAX 等） ※入院時情報提供書【様式2】を使用	○速やかにケアプランナーに入院したことを伝える。
入院時情報連携加算（Ⅰ）：医療機関を訪問しての情報提供 入院時情報連携加算（Ⅱ）：訪問以外の方法での情報提供			
入院中	○病院は本人・家族やケアプランナーに、退院に向けた課題の共有と解決策の検討を行う。	○ケアプランナーは家族や病院の CW 等から、病状・回復状況等を情報収集し、退院に向けた課題の共有と解決策の検討を行う。（電話、面談等）	○必要に応じて病院との打合せに参加する。
退院見込時	○病院はケアプランナーに、退院予定日、病状、ADL 等を情報提供する。	○ケアプランナーは必要に応じ、須高地域総合支援センター及び市町村福祉担当課と連絡調整を行う（電話、面談等）	○病院から退院支援の介入について説明を受け、退院後の生活について検討する。
※病院は、必要に応じて訪問看護ステーションとの調整やリハビリ担当者、ケアプランナー、家族とともに家屋調査を行う。			
	◆退院支援計画に基づいた退院調整会議（合同カンファレンス）の開催 ※病院が主となる	◆サービス担当者会議の開催 ※ケアプランナーが主となり、必要に応じてサービス等利用計画（案）の確認を行う。	
退院時	○病院は、必要に応じて ・看護サマリー（兼北信地区看護連絡表）【様式3】 ・退院時情報提供書【様式4】 ・栄養情報提供書【様式5】		

	・リハビリテーション実施計画書【様式6】 を作成し、退院時に本人や家族へ渡す。 ○病院は退院時、主治医（地域のかかりつけ医）に診療情報提供書や栄養情報提供書等を提供する。 ・看護サマリー【様式3】 ※継続した看護が必要な者等に対し作成する （病院→看護職がいる施設、事業所等へ提供する） ・退院時情報提供書【様式4】 （病院→ケアプランナーへ提供する） ・栄養情報提供書【様式5】 ※嚥下摂食障害のある者・経管栄養の者等に対し作成する ・リハビリテーション実施計画書【様式6】 ※入院中にリハビリを受け、退院後もリハビリ（訪問・通所）を必要とする者等に対し作成する ■転院の場合、病院はケアプランナーへ退院した旨を連絡する。	【かかりつけ医】 ○病院側から診療情報提供書や栄養情報提供書等を受け取り、退院後の診療の可否及び不明点を確認する。	○退院後の初回受診時に、病院から受け取った診療情報提供書や栄養情報提供書等のかかりつけ医に渡す。 ○病院から受け取った看護サマリー等は、訪問看護事業所等に渡す。
--	--	---	--

※65 歳以上の者については、必要に応じて地域包括支援センターと相談・連携して支援を行う。

B 退院後に障害福祉サービスの利用が見込まれる場合

	病院	市町村障害福祉担当課 須高地域総合支援センター ケアプランナー かかりつけ医	本人・家族
入院中	■退院調整の必要性の判断 ○支援が必要と認められた段階で、病院は家族に、退院後の生活について須高地域総合支援センター及び市町村の障害福祉担当課に相談するよう伝える。	【市町村障害福祉担当課・須高地域総合支援センター】 ○住民や各機関から退院後の生活についての相談を受ける。 ○対象者に応じた情報を提供する。	○病院から退院支援の介入について説明を受け、退院後の生活について検討する。(電話、面接等) ○家族は須高地域総合支援センターまたは市町村障害福祉担当課へ、退院後の生活について相談する。(面接)
	○病院は、家族の状況(家族がいない、家族がいても支援できない等)に応じて、須高地域総合支援センター及び市町村の障害福祉担当課に退院予定日、病状、治療状況、ADL、退院後の生活(課題・不安事項等)を情報共有する。 (電話) ○市町村障害福祉担当課・須高地域総合支援センターからケアプランナー(予定者)の決定を聞き取る。	【市町村障害福祉担当課】 ○障害支援区分認定の申請を受け受理する。 ○認定調査を実施する。 【市町村障害福祉担当課・須高地域総合支援センター】 ○ケアプランナーの選定を支援する。 ○病院の CW ヘケアプランナー(予定者)の決定を伝える。	○障害支援区分認定の申請をする。 ○サービス利用の申請をする。 ○本人・家族はケアプランナーを選任する。
	○病院はケアプランナー(予定者)、本人・家族等に、退院に向けた課題の共有と解決策の検討を行う。	【ケアプランナー(予定者)・須高地域総合支援センター】 ○家族や病院の CW 等から病状・回復状況等を情報収集し、退院に向けた課題の共有と解決策の検討を行う。(電話、面談等)	○必要に応じて病院との打合せに参加する。
退院見込時	○病院は、ケアプランナー(予定者)、須高地域総合支援センターに退院予定日、病状、ADL、退院支援計画等を情報提供する。		○病院から退院支援の介入について説明を受け、退院後の生活について検討する。
	※病院は、必要に応じて訪問看護ステーションとの調整やリハビリ担当者、ケアプランナー(予定者)、家族とともに家屋調査を行う。		

	◆退院支援計画に基づいた退院調整会議（合同カンファレンス）の開催 ※病院が主となる	◆サービス担当者会議の開催 ※ケアプランナーが主となり、必要に応じてサービス等利用計画（案）の確認を行う。	
退院時	○病院は、必要に応じて ・看護サマリー（兼北信地区看護連絡表）【様式3】 ・退院時情報提供書【様式4】 ・栄養情報提供書【様式5】 ・リハビリテーション実施計画書【様式6】 を作成し、退院時に本人や家族へ渡す。 ○病院は退院時、主治医（地域のかかりつけ医）に診療情報提供書や栄養情報提供書等を提供する。 ・看護サマリー【様式3】 ※継続した看護が必要な者等に対し作成する （病院→看護職がいる施設、事業所等へ提供する） ・退院時情報提供書【様式4】 （病院→ケアプランナーへ提供する） ・栄養情報提供書【様式5】 ※嚥下摂食障害のある者・経管栄養の者等に対し作成する ・リハビリテーション実施計画書【様式6】 ※入院中にリハビリを受け、退院後もリハビリ（訪問・通所）を必要とする者等に対し作成する	【かかりつけ医】 ○病院側から診療情報提供書や栄養情報提供書等を受け取り、退院後の診療の可否及び不明点を確認する。	○退院後の初回受診時に、かかりつけ医に診療情報提供書や栄養情報提供書等を渡す。 ○病院から受け取った看護サマリー等は、訪問看護事業所等に渡す。

C 退院後に地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

	病院	須高地域総合支援センター 市町村障害福祉担当課	本人・家族
退院時	○病院は、家族に退院後の生活について須高地域総合支援センター及び市町村障害福祉担当課に相談するよう伝える。 ○病院は、家族の状況（家族がいない、家族がいても介護ができない等）に応じて、須高地域総合支援センター、市町村の障害福祉担当課に退院予定日、病状、治療状況、ADL、退院後の生活（課題、不安事項、支援等）について情報提供する。 （電話）	○住民や病院から退院後の生活についての相談に対応する。 ○対象者に応じた情報を提供する。	○本人や家族は、須高地域総合支援センター及び市町村障害福祉担当課に退院予定日、ADL、退院後の生活（課題、不安事項、支援等）を相談する。