

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ある。

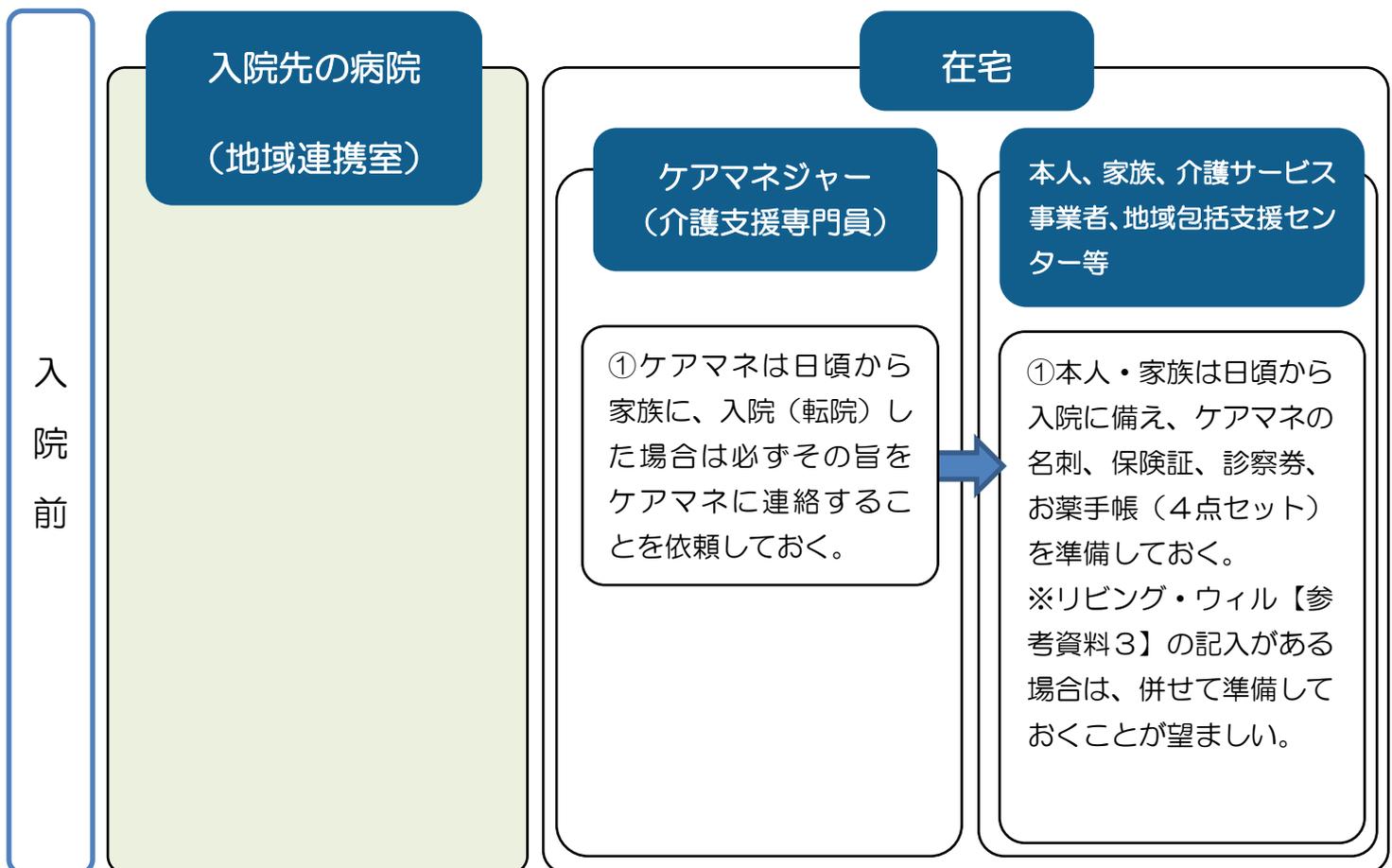
医療機関の看護部門等と居宅介護支援事業所のケアマネジャー及び障がい者支援事業所のケアプランナーとの間で着実な情報共有が図られることにより、質の高いケアマネジメントを実現し、高齢者や障がい者が安心して療養できる体制を構築するため、従来から行ってきた医療・介護・福祉に関する連携調整の仕組みを明文化し、「須高地域入退院時連携調整ルール」としてここに策定するものである。

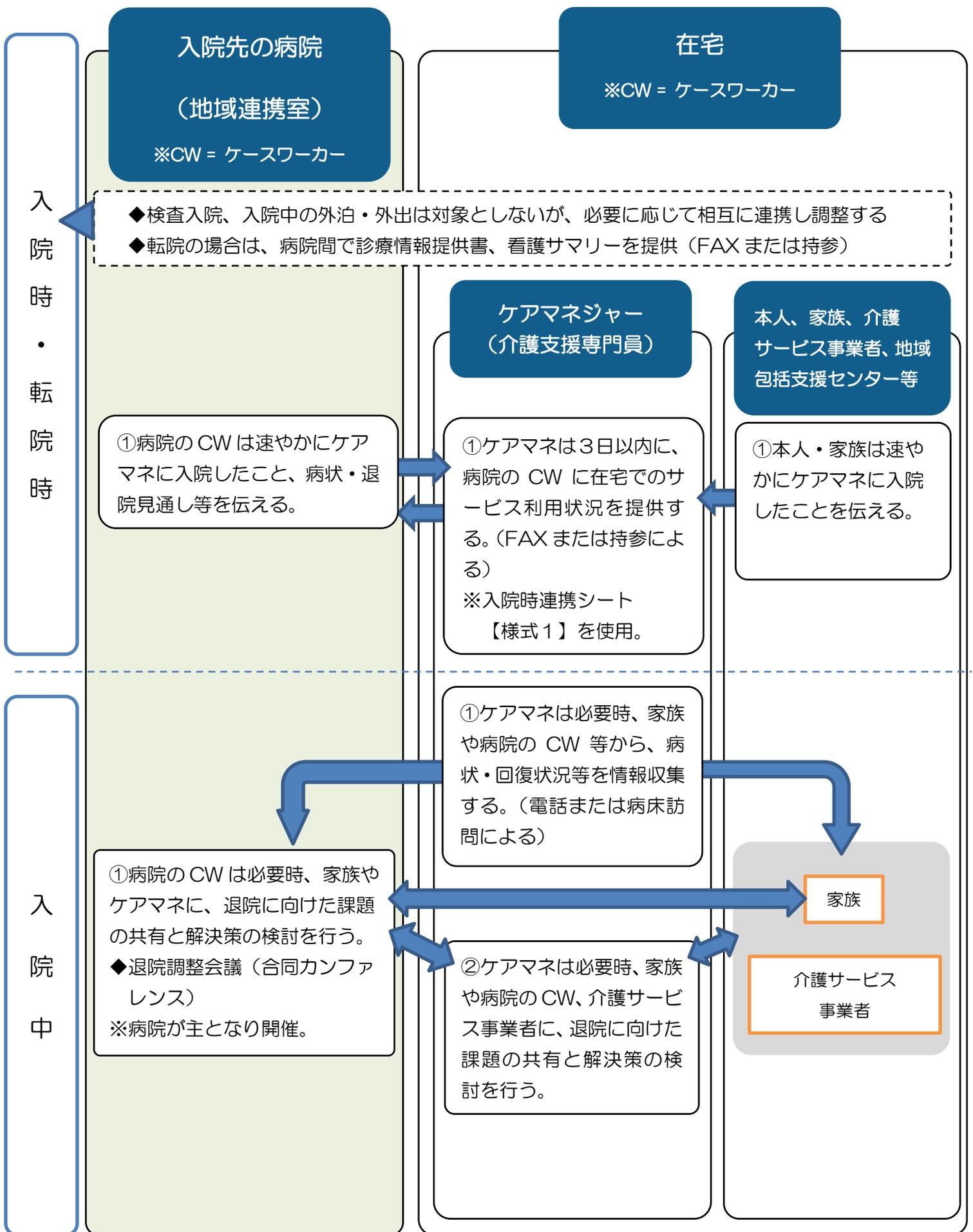
今後は、診療・介護報酬等の改定などに併せ、定期的に必要な見直しを行う。

2 須高地域入退院時連携調整ルール

（1）高齢者への連携調整（介護保険法等による）

A 入院前にケアマネジャーが決まっている場合





入院先の病院

(地域連携室)

※CW = ケースワーカー

①病院のCWは退院見込時、ケアマネ、または、地域包括支援センター等に、退院予定日、病状、ADL、退院支援計画等を情報提供する。

※必要に応じて、訪問看護ステーションとの調整、リハビリ担当者・ケアマネ・家族と共に家屋調査を行う。

◆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）

在宅

ケアマネジャー (介護支援専門員)

本人、家族、介護サービス事業者、地域包括支援センター等

ケアマネ

地域包括支援センター等

◆サービス担当者会議
※ケアマネが主となり開催。必要に応じ暫定ケアプランの確認も行う。

①病院のCWは退院確定時、家族の同意があった場合には、訪問看護ステーション、他病院等に看護サマリー(兼北信地区看護連絡表)【様式2】を提供する。

※必要に応じてケアマネにも提供する。

※摂食嚥下障害のある者・経管栄養の者については、須高地域栄養サマリー【様式3】も提供する。

◆家族からの手渡し、郵送またはファクシミリ

※必要に応じて提供

ケアマネ

訪問看護ステーション、他病院等



家族

②病院は退院確定時、主治医(地域のかかりつけ医)に診療情報提供書を提供する。

※嚥下摂食障害のある者・経管栄養の者については、須高地域栄養サマリー【様式3】も提供する。

◆家族からの手渡し、郵送またはファクシミリ

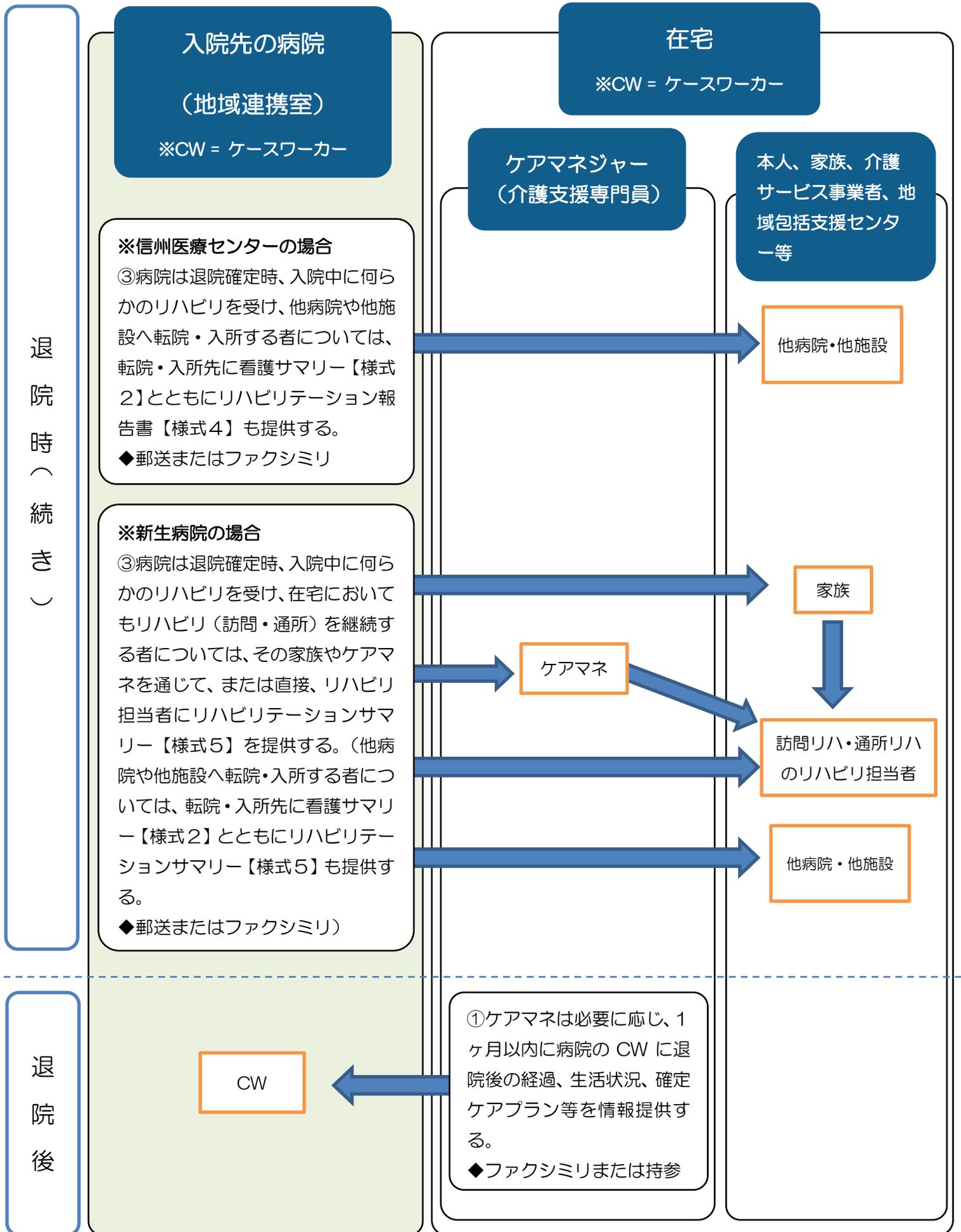
主治医
(地域のかかりつけ医)



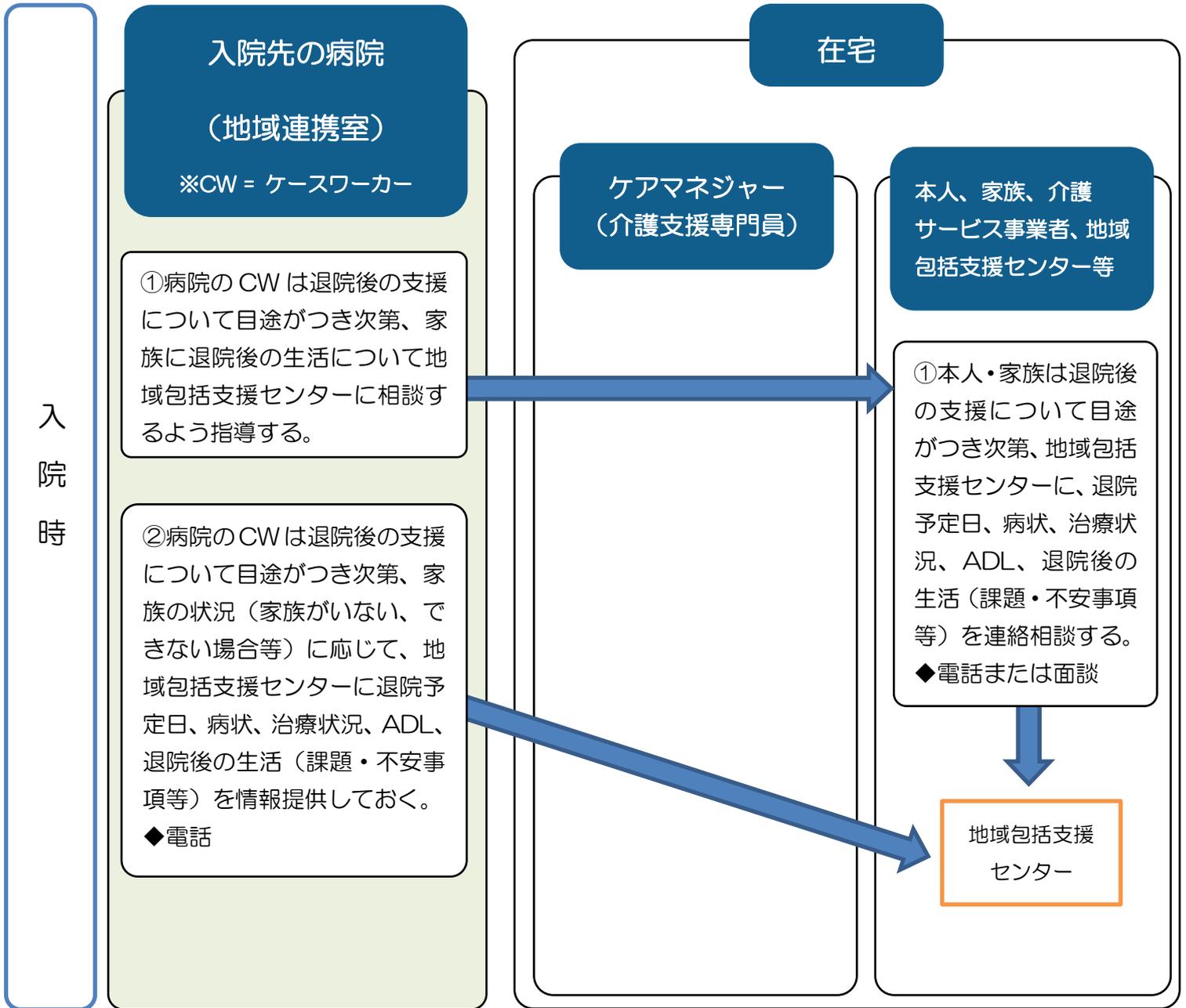
家族

退院見込時

退院時



B 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（須坂市・小布施町・高山村の住民であるが、退院後に支援が必要と思われるか不明である場合、または、家族や病院等がケアマネを確保できない場合）



入院中
退院見込時

入院先の病院（地域連携室）

※CW = ケースワーカー

①病院の CW は必要時または退院見込時、居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターに、担当ケアマネ（予定者）の調整・決定を依頼する（地域包括支援センター経由で居宅介護支援事業所に依頼する場合もあり）と共に、家族に地域包括支援センターまたは市町村の介護保険担当課にて、介護認定申請を行うよう伝える。

◆電話または面談

②病院の CW は必要時、ケアマネ（予定者）、本人・家族、介護サービス事業者、主治医（地域のかかりつけ医）、薬剤師等に、退院に向けた課題の共有と解決策の検討を行う。

◆退院調整会議（合同カンファレンス）

※病院が主となり開催。

③病院の CW は退院見込時、ケアマネ（予定者）、地域包括支援センターに、退院予定日、病状、ADL、退院支援計画等を情報提供する。

※必要に応じて、訪問看護ステーションとの調整、リハビリ担当者、ケアマネ（予定者）、家族と共に家屋調査等を行う。

◆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）

在宅

※CW = ケースワーカー

ケアマネジャー
（介護支援専門員）

居宅介護支援事業所

本人、家族、介護サービス事業者、地域包括支援センター等

地域包括支援センター

地域包括支援センター
または市町村の介護保険担当課

ケアマネ（予定者）

①ケアマネ（予定者）は必要時、家族や病院の CW 等から病状・回復状況等を情報収集する。

◆電話・病床訪問

①家族は必要時または退院見込時、地域包括支援センターまたは市町村の介護保険担当課にて、介護認定申請を行う。

◆面談

本人・家族

介護サービス事業者

主治医
（地域のかかりつけ医）

薬剤師 等

②ケアマネ（予定者）は必要時、病院の CW、本人・家族、介護サービス事業者、主治医（地域のかかりつけ医）、薬剤師等に、退院に向けた課題の共有と解決策の検討を行う。

◆サービス担当者会議
※ケアマネが主となり開催。必要に応じて暫定ケアプランの確認も行う。

ケアマネ（予定者）

地域包括支援センター

退院時

入院先の病院

(地域連携室)

※CW = ケースワーカー

①病院の CW は退院確定時、家族の同意があった場合には、訪問看護ステーション、他病院等に看護サマリー（兼北信地区看護連絡表）【様式2】を提供する。
 ※必要に応じて、ケアマネ（予定者）にも提供する。
 ※嚥下摂食障害のある者・経管栄養の者については、須高地域栄養サマリー【様式3】も提供する。
 ◆家族からの手渡し・郵送またはファクシミリ

②病院は退院確定時、主治医（地域のかかりつけ医）に診療情報提供書を提供する。
 ※嚥下摂食障害のある者・経管栄養の者については、須高地域栄養サマリー【様式3】も提供する。
 ◆家族からの手渡し、郵送またはファクシミリ

※信州医療センターの場合
 ③病院は退院確定時、入院中に何らかのリハビリを受け、他病院や他施設へ転院・入所する者については、転院・入所先に看護サマリー【様式2】とともにリハビリテーション報告書【様式4】も提供する。
 ◆郵送またはファクシミリ

在宅

※CW = ケースワーカー

ケアマネジャー
 (介護支援専門員)

本人、家族、介護サービス事業者、地域包括支援センター等

訪問看護ステーション・他病院等

※必要に応じて提供

ケアマネ（予定者）

家族

主治医
 (地域のかかりつけ医)

家族

他病院・他施設

入院先の病院

(地域連携室)

※CW = ケースワーカー

※新生病院の場合

③病院は退院確定時、入院中に何らかのリハビリを受け、在宅においてもリハビリ（訪問・通所）を継続する者については、その家族やケアマネを通じて、または直接、リハビリ担当者にリハビリテーションサマリー【様式5】を提供する。（他病院や他施設へ転院・入所する者については、転院・入所先に看護サマリー【様式2】とともにリハビリテーションサマリー【様式5】も提供する。

◆郵送またはファクシミリ)

在宅

※CW = ケースワーカー

ケアマネジャー
(介護支援専門員)

本人、家族、介護サービス事業者、地域包括支援センター等

家族

ケアマネ

訪問リハ・通所リハ
のリハビリ担当者

他病院・他施設

CW

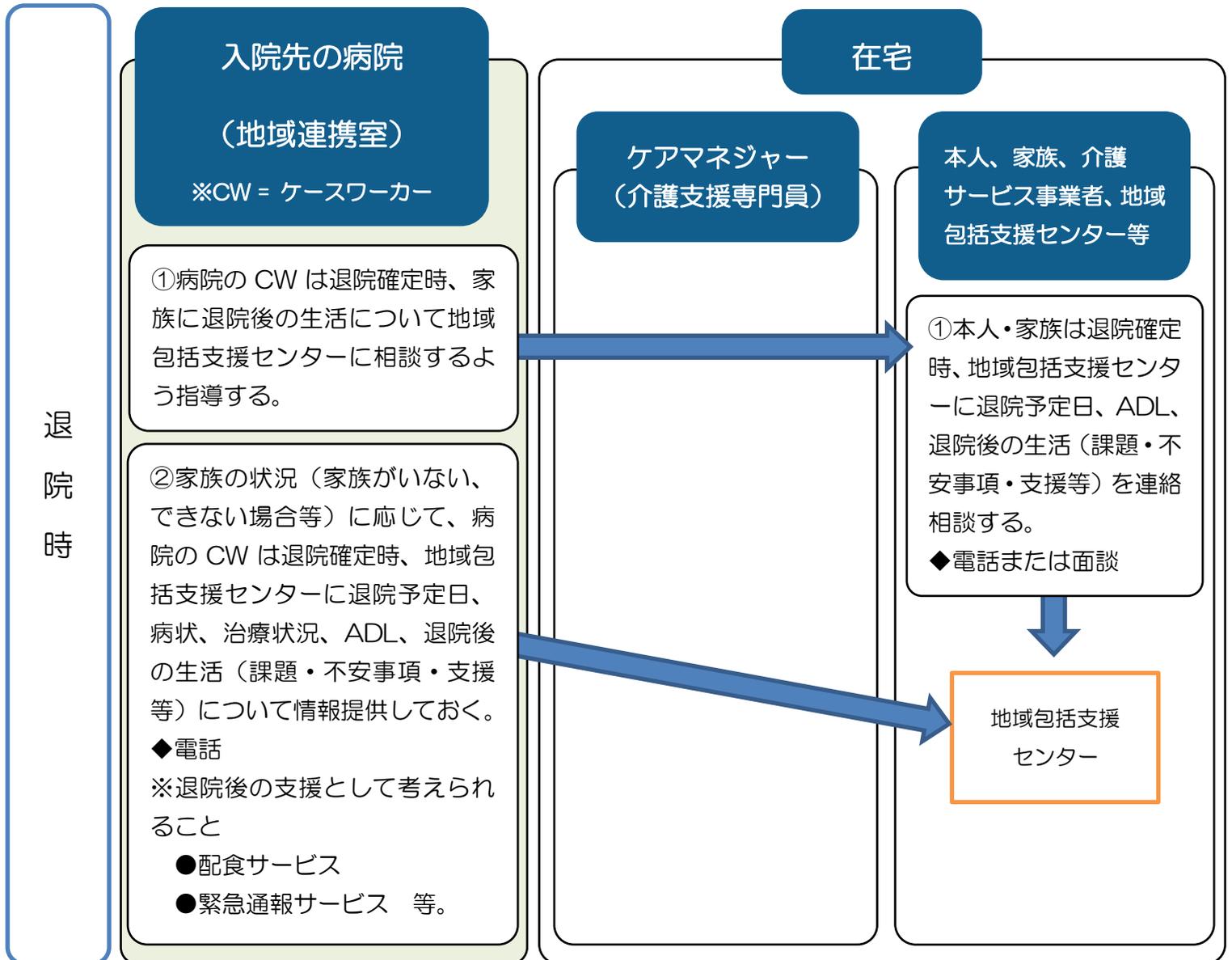
①ケアマネ（確定）は必要に応じ、1ヶ月以内に、病院のCWに退院後の経過、生活状況、確定ケアプラン等を情報提供する。

◆ファクシミリまたは持参

退院時（続き）

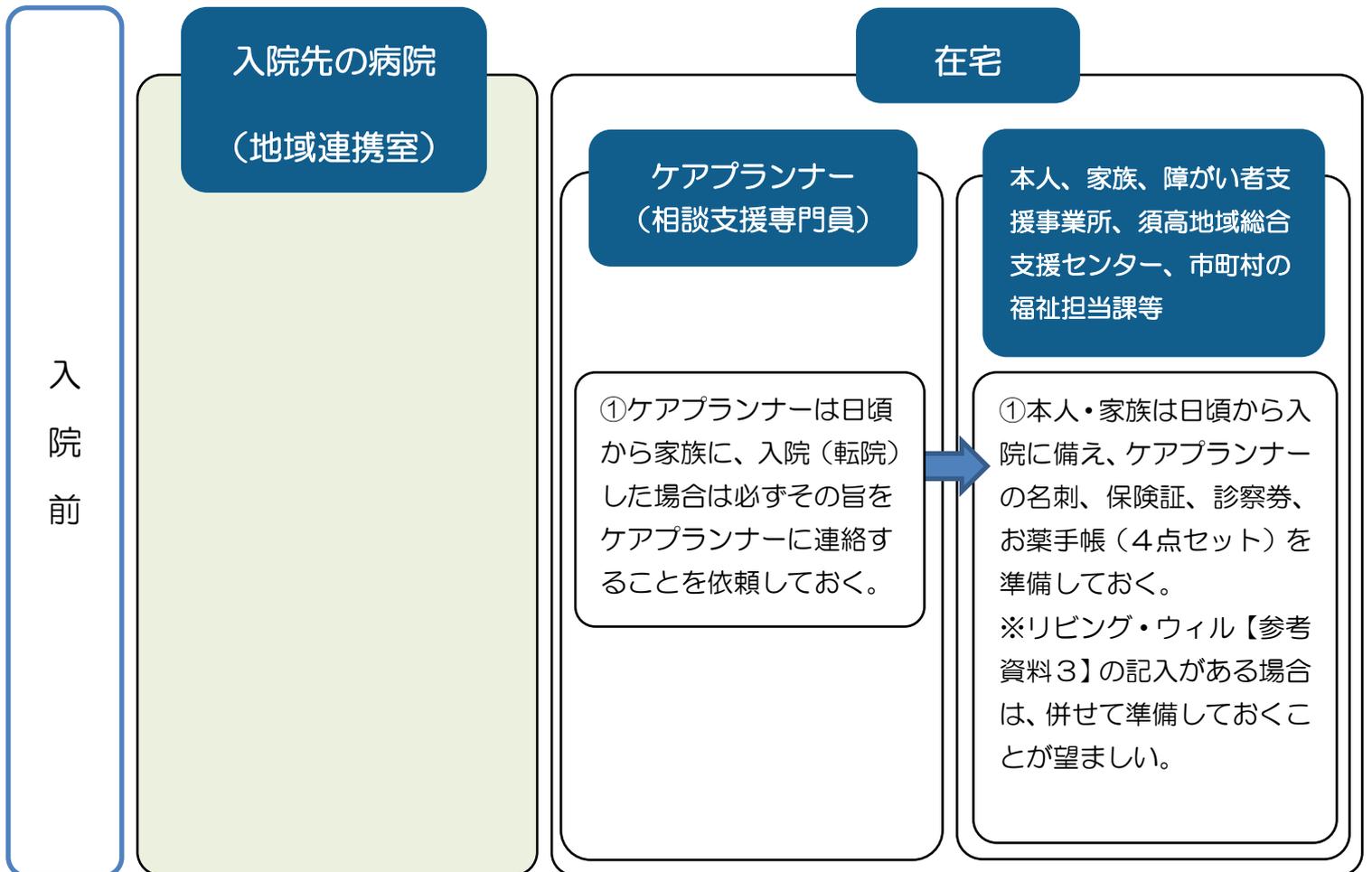
退院後

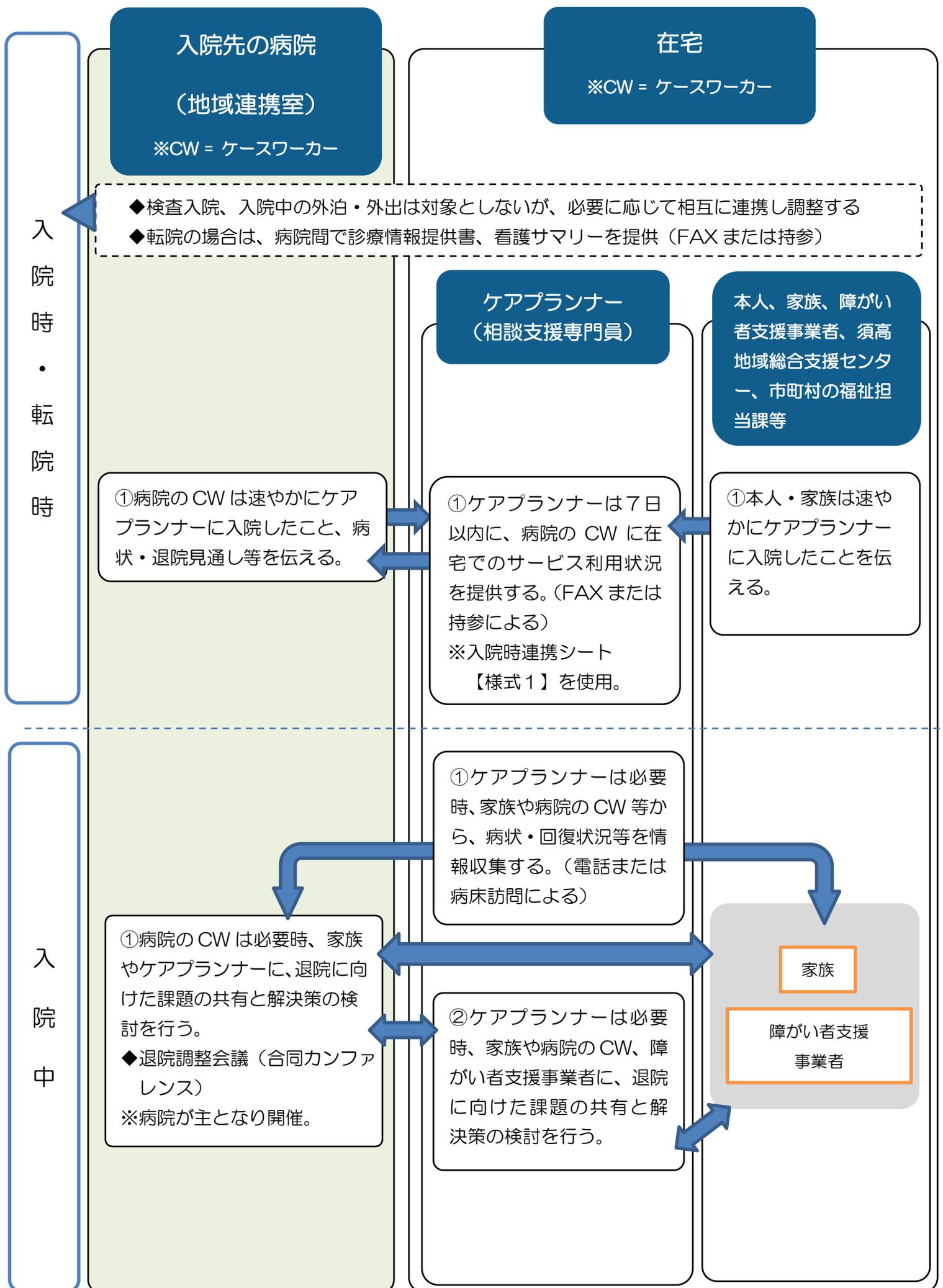
C 退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれないが、地域による見守りや相談等が必要と思われる場合



(2) 障がい者への連携調整 (障害者総合支援法等による)

A 入院前にケアプランナーが決まっている場合





入院先の病院

(地域連携室)

※CW = ケースワーカー

①病院のCWは退院見込時、ケアプランナー、または、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。

※必要に応じて、訪問看護ステーションとの調整、リハビリ担当者・ケアプランナー・家族と共に家屋調査を行う。

◆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)

①病院のCWは退院確定時、家族の同意があった場合には、訪問看護ステーション等に看護サマリー(兼北信地区看護連絡表)【様式2】を提供する。

※摂食嚥下障害のある者・経管栄養の者については、須高地域栄養サマリー【様式3】も提供する。

◆家族からの手渡し、郵送またはファクシミリ

②病院は退院確定時、主治医(地域のかかりつけ医)に診療情報提供書を提供する。

※嚥下摂食障害のある者・経管栄養の者については、須高地域栄養サマリー【様式3】も提供する。

◆家族からの手渡し、郵送またはファクシミリ

在宅

ケアプランナー
(相談支援専門員)

本人、家族、障がい者支援事業者、須高地域総合支援センター、市町村の福祉担当課等

ケアプランナー

須高地域
総合支援センター

①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の福祉担当課と連絡調整を行う。

◆電話・面談等

須高地域
総合支援センター、
市町村の福祉担当課

②ケアプランナーは退院見込時、主となりサービス担当者会議を開催する。必要に応じ、暫定計画案の確認も行う。

家族

障がい者支援事業所

訪問看護
ステーション等

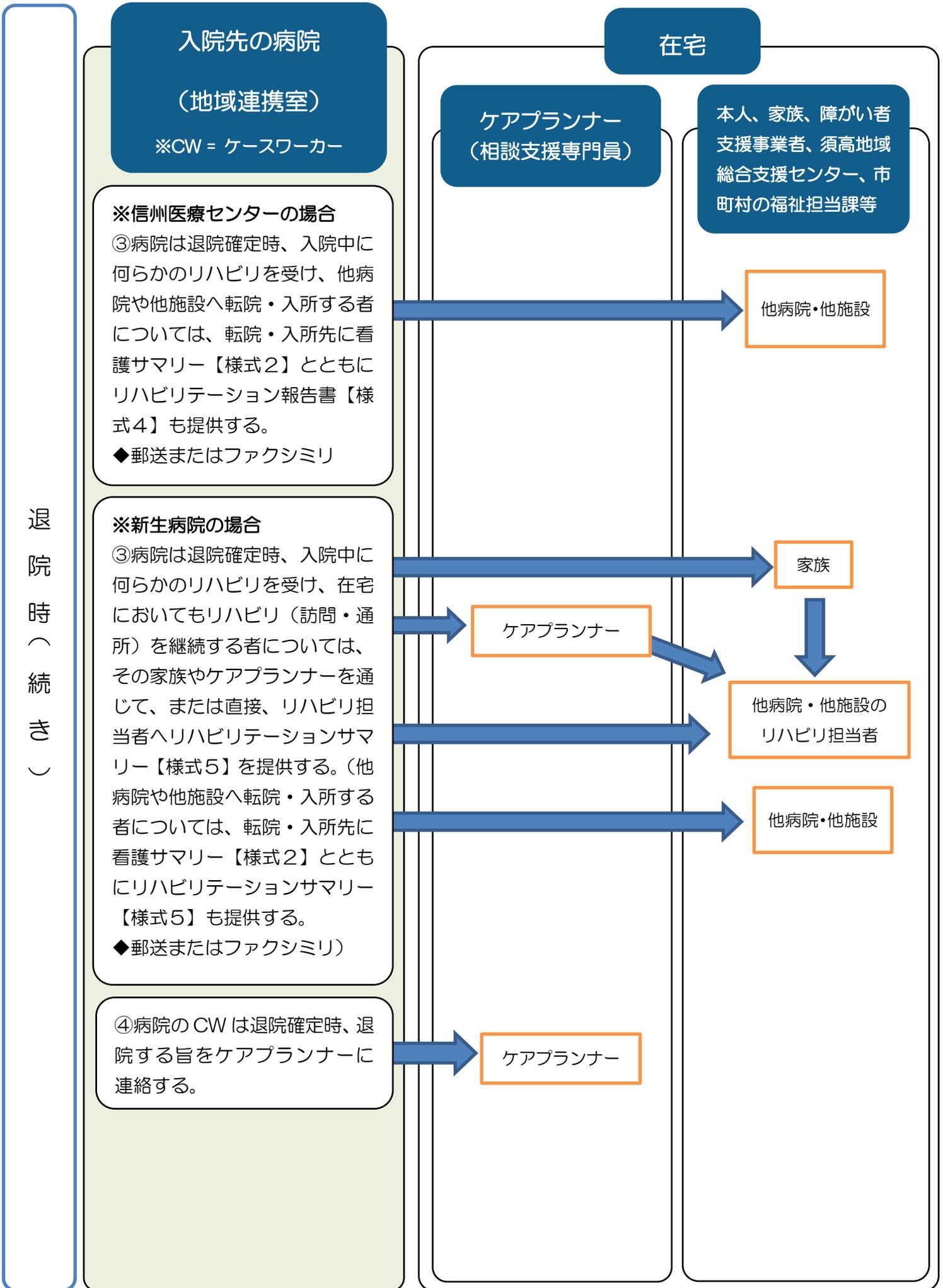
家族

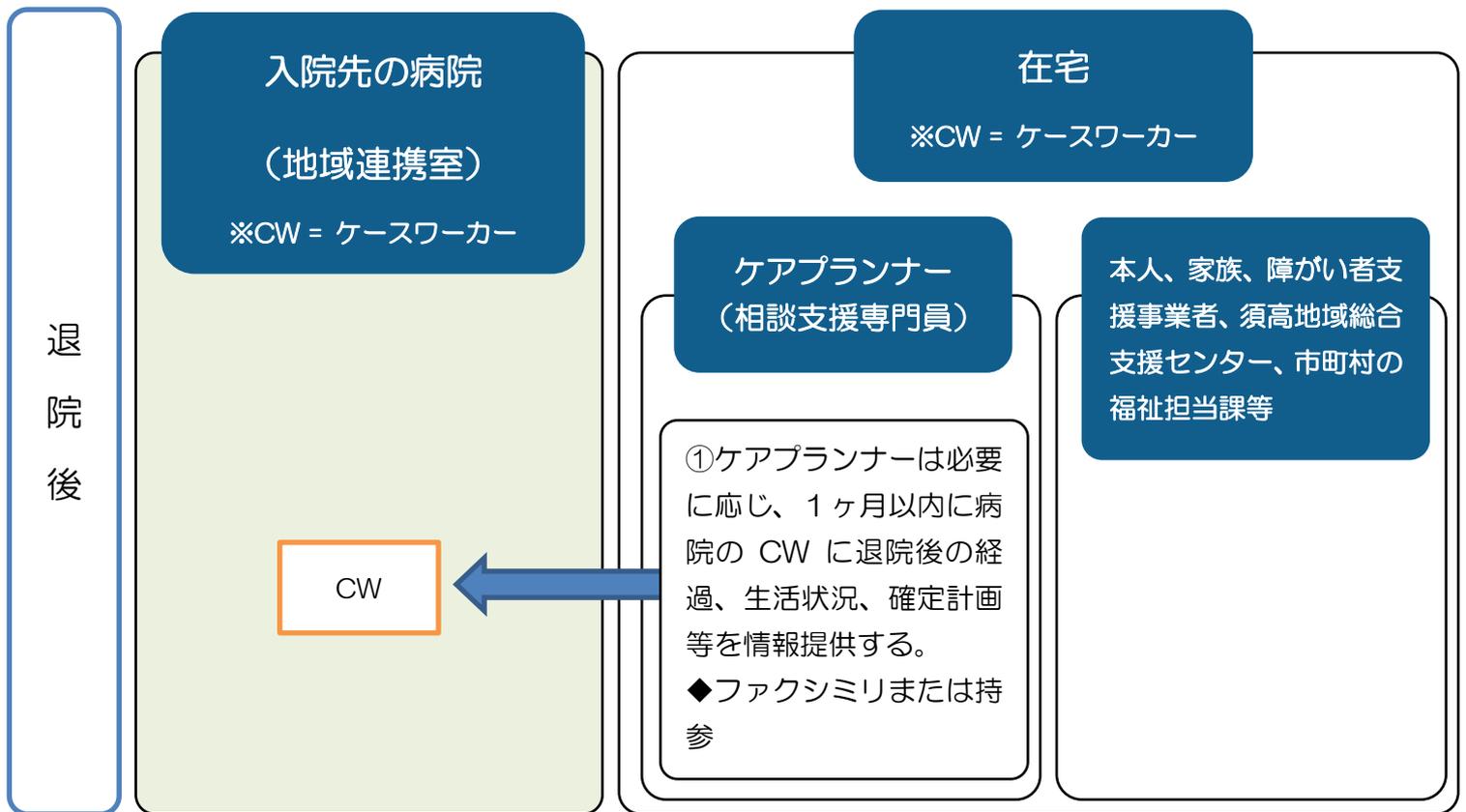
主治医
(地域のかかりつけ医)

家族

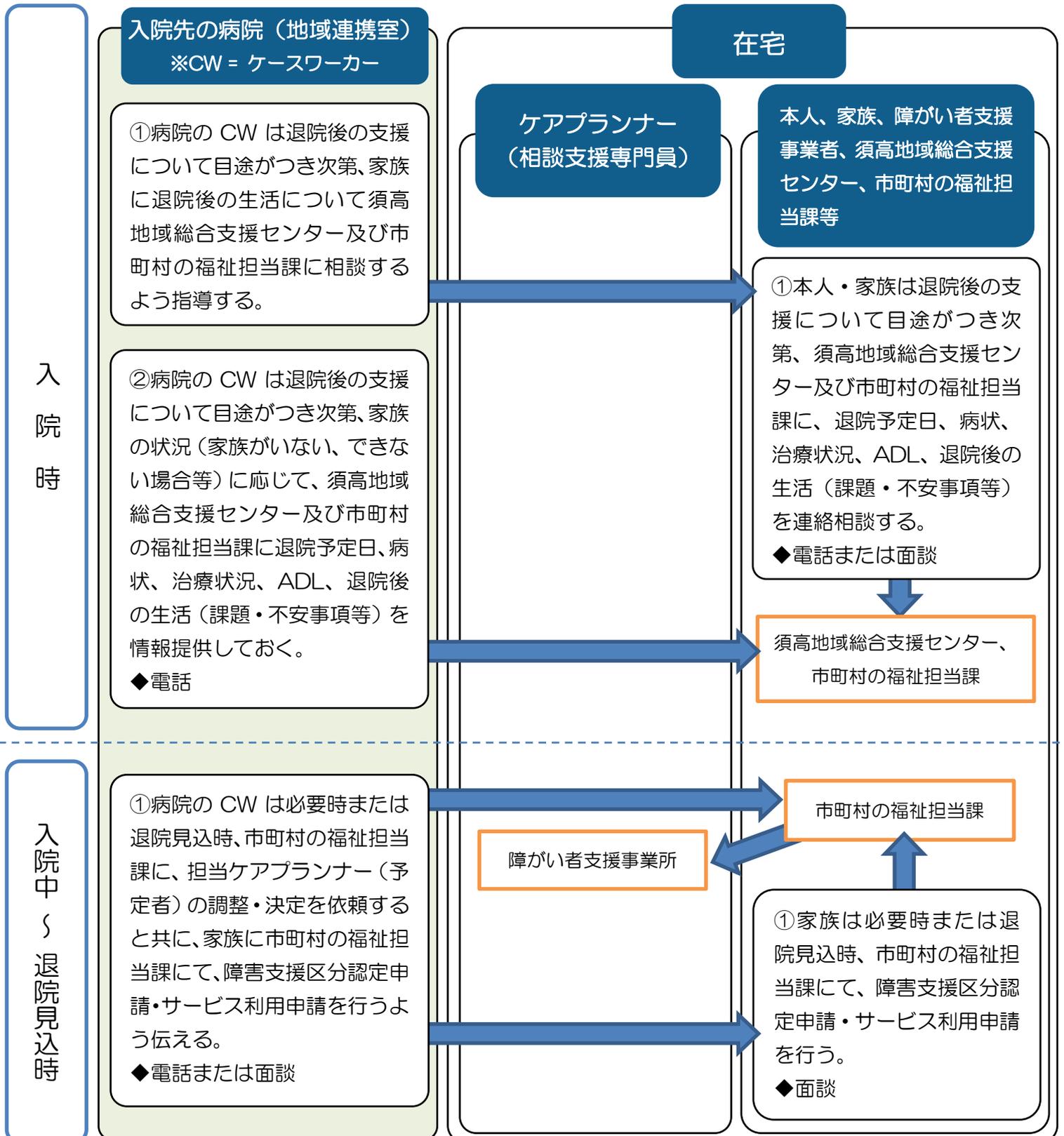
退院見込時

退院時





B サービス利用が見込まれるが、入院前にケアプランナーが決まっていない場合
 (須坂市・小布施町・高山村の住民であるが、退院後に支援が必要と思われるか不明である場合、または、家族や病院等がケアプランナーを確保できない場合)



入院中～退院見込時（続き）

入院先の病院（地域連携室）

※CW = ケースワーカー

②病院のCWは必要時、ケアプランナー（予定者）、本人・家族、障がい者支援事業者、主治医（地域のかかりつけ医）、薬剤師等に、退院に向けた課題の共有と解決策の検討を行う。

◆退院調整会議（合同カンファレンス）

※病院が主となり開催。

③病院のCWは退院見込時、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。

※必要に応じて、訪問看護ステーションとの調整、リハビリ担当者、ケアプランナー（予定者）、家族と共に家屋調査等を行う。

◆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）

在宅

※CW = ケースワーカー

ケアプランナー
（相談支援専門員）

本人、家族、障がい者支援事業者、須高地域総合支援センター・市町村の福祉担当課等

ケアプランナー（予定者）

①ケアプランナー（予定者）は必要時、家族や病院のCW等から病状・回復状況等を情報収集する。

◆電話・病床訪問

本人・家族

障がい者支援事業者

主治医
（地域のかかりつけ医）

薬剤師等

ケアプランナー（予定者）

須高地域
総合支援センター

②ケアプランナー（予定者）は必要時、病院のCW、本人・家族、障がい者支援事業者等に、退院に向けた課題の共有と解決策の検討を行う。

◆サービス担当者会議

※ケアプランナーが主となり開催。必要に応じて計画案の確認も行う。

本人・家族

障がい者支援事業者
等

入院先の病院（地域連携室）

※CW = ケースワーカー

①病院の CW は退院確定時、家族の同意があった場合には、訪問看護ステーション、他病院等に看護サマリー（兼北信地区看護連絡表）【様式2】を提供する。
 ※必要に応じて、ケアプランナー（予定者）にも提供する。
 ※嚥下摂食障害のある者・経管栄養の者については、須高地域栄養サマリー【様式3】も提供する。
 ◆家族からの手渡し・郵送またはファクシミリ

②病院は退院確定時、主治医（地域のかかりつけ医）に診療情報提供書を提供する。
 ※嚥下摂食障害のある者・経管栄養の者については、須高地域栄養サマリー【様式3】も提供する。
 ◆家族からの手渡し、郵送またはファクシミリ

※信州医療センターの場合
 ③病院は退院確定時、入院中に何らかのリハビリを受け、他病院や他施設へ転院・入所する者については、転院・入所先に看護サマリー【様式2】とともにリハビリテーション報告書【様式4】も提供する。
 ◆郵送またはファクシミリ

在宅

※CW = ケースワーカー

ケアプランナー
（相談支援専門員）

本人、家族、障がい者支援事業者、須高地域総合支援センター、市町村の福祉担当課等

訪問看護
ステーション・
他病院等

※必要に応じて提供

ケアプランナー
（予定者）

家族

主治医
（地域のかかりつけ医）

家族

他病院・他施設

退
院
時

C 退院後に障害福祉サービスの利用が見込まれないが、地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

