

鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院と
国立大学法人信州大学医学部附属病院との連携に関する協定書

鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院と、国立大学法人信州大学医学部附属病院（以下、両機関という。）は、患者の医療が急性期治療からリハビリテーションを中心とした回復期・維持期治療まで、継続的かつ円滑・効率的に施行され、患者や家族が安心して治療や療養を継続でき、また三才山病院に入院中の患者が救急医療や専門的医療が必要になった場合、速やかに信州大学医学部附属病院の治療が受けられるよう連携し協力し合うために次のとおり協定を締結する。

（目 的）

第1条 この協定は、両機関が患者の医療が急性期治療からリハビリテーションを中心とした回復期・維持期治療まで、継続的かつ円滑・効率的に施行され、患者や家族が安心して治療や療養を継続できるよう連携し協力することを目的とする。

（連携事項）

第2条 両機関は、別冊「鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院と信州大学医学部附属病院との病病連携に関する申し合わせ書」に基づいて連携し協力するものとする。

（連携会議）

第3条 前条に掲げる事項の円滑な推進を図るため、連携会議を設置するものとする。

（有効期間）

第4条 この協定は、平成20年2月8日から発効し、有効期間は1年間とする。ただし、その間の連携・協力内容の評価を行い、両機関の合意により更新をすることができる。

（細 目）

第5条 この協定に定める事項について疑義を生じたとき又は定めのない事項について必要があるときは、両機関が協議して定めるものとする。

上記協定の締結を証するため、本協定書2通を作成し、両機関記名押印のうえ、各自その1通を保有するものとする。

平成20年2月8日

鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院

病院長 藤 井 忠 重

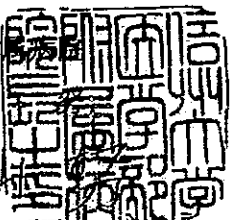
藤井忠重



国立大学法人信州大学医学部附属病院

病院長 勝 山

勝山



《鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院と
信州大学医学部附属病院との病病連携に関する申し合わせ書》

1. 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院と信州大学医学部附属病院との病病連携に関する基本的考え方

鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院と信州大学医学部附属病院は、患者の医療が急性期治療からリハビリテーションを中心とした回復期、維持期までの連携が、継続的かつ円滑・効率的に施行され、患者や家族が安心して治療や療養を継続できるよう支援すること、また鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院で治療中の患者が救急医療や専門的医療が必要な状態になった場合においても、信州大学医学部附属病院で可及的速やかに急性期治療や専門的治療が受けられるよう、両者で病病連携についての規定をさだめるものとする。ただし両者とも、お互いの病院機能を充分理解・認識した上で遂行することとする。

2. 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院機能の紹介

所在地および連絡先	〒386-0393 長野県上田市鹿教湯温泉 1777 TEL0268-44-2321（代表） FAF0268-44-2188（地域医療連携課 直通）
標榜科目	内科・呼吸器科・循環器科・神経内科・皮膚科・リハビリテーション科
病床の種類と病床数	回復期リハ病棟 34 床 医療療養病棟 40 床 指定療養介護事業所 20 床 介護療養型医療施設 152 床
病院の機能	脳卒中や頭部外傷、廃用症候群を中心としたリハビリを専門とし、特に回復期リハビリ病棟では、早期にリハビリを開始し集中的な訓練により ADL の向上、寝たきり防止と在宅復帰を目指します。また、医療療養病棟は医療度の高い患者を受け入れ医療とリハビリテーションを提供します。療養介護事業所は筋ジストロフィーをはじめとし、重症心身障害者等に対し比較的長期間に亘るリハビリを提供します。介護療養病棟では、介護保険における要介護認定を受けた方に対し、医学的な管理のもとで看護、介護、リハビリを提供します。

3. 信州大学医学部附属病院（以下乙という）から鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院（以下甲という）への転院に関して

1) 甲の受入対象患者の基本的な考え方

乙での救命救急医療や各種手術後の治療が終了した患者のうち、甲の回復期リハビリテーション病棟（以下回復期リハ病棟）や、医療療養病棟、療養介護事業所（主に筋ジストロフィーや筋萎縮性側索硬化症、重症心身障害者などの患者が入院している病棟）、および介護療養型医療施設へ転院してもよい状態にある患者について、甲が乙から紹介を受けた場合すべての紹介患者を受け入れることを原則とする。特に早期リハビリテーション（以下リハビリ）の対象者は可及的速やかに受け入れることとする。ただし以下のような患者は甲では治療が困難であるため受入の対象外とする。

- ①人工透析が必要な患者、あるいは必要になる可能性が高い患者
- ②TPN 管理が必要な患者
- ③悪性腫瘍のターミナル期における痛みのコントロールが必要な患者
- ④精神疾患（特に統合失調症）があり、精神科的な専門治療を必要とする患者、また徘徊や離脱の危険度が高い患者
- ⑤肺結核や疥癬などの院内に感染が蔓延するおそれのある患者
- ⑥全身状態が極めて重篤であり、数日以内に人工呼吸器の装着が必要になるとと思われる患者、または死亡する可能性が高い患者
- ⑦食道静脈瘤、消化管出血、胆のう炎等で外科的処置が必要となる可能性が高い患者
- ⑧循環器疾患、内分泌疾患、婦人科疾患等の専門的治療が優先されなければならない患者
- ⑨急変した際に家族が来院できない患者
- ⑩在宅での生活が可能であり、入院の必要性が認められない者

2) 乙から甲への転院準備手順

- ①乙の主治医および看護師長、医療福祉支援センター等の関係者は、患者・家族に対し甲への転院について提案する。その際、甲の機能や役割について十分に説明する。
- ②患者・家族が乙の主治医や看護師長からの説明に対し、甲への転院について同意をした場合、乙の主治医は甲の診療情報提供書（主治医用 NO1 および NO2）を作成し医療福祉支援センターの担当者に提出する。なお、乙と甲において、脳卒中地域連携診療計画書に基づき連携する場合は「脳卒中地域連携診療計画書の導入にともなう基本的な考え方および運用手順」に準拠する。
- ③乙の医療福祉センター担当者は、患者・家族に甲の入院申込書および入院保証書、個人情報提供についての同意書、その他関係書類の作成を依頼する。
- ④乙の医療福祉センター担当者は甲の診療情報提供書（NO1・NO2）、入院申込書、個人情報提供についての同意書、入院保証書、その他必要な書類を揃え、甲の地域医療連携課に送付する。
- ⑤乙から甲への転院時期の見通しを効率的に見極めるため、乙の医師が患者・家族に甲への転院調整を行うことについて同意を得た上で、乙の医療福祉支援センターは事前に甲の地域医療連携課へ連絡し転院の仮申込みをする。またその際の内容は、患者氏名、年齢、住所、傷病名、発症日、転院希望日とする。甲は乙より連絡を受けた日をもって受付とするが、受入の可否については甲の診療情報提供書（NO1・NO2）をもって判断する。
- ⑥療養上留意しなければならない状態（合併症、精神症状、問題行動等）を有する患者については、乙の主治医・看護師・リハビリスタッフ等は、その内容を診療情報提供書や退院時要約等に詳細に記載するが、必要に応じ甲の医師や看護師、リハスタッフ等に直接電話等にて申し送る場合もある。
- ⑦外科手術、肺炎等の治療のため長期の安静が必要で、廃用症候群となった患者が転院する場合は、乙の主治医は指定の診療情報提供書に、廃用症候群の診断日・手術日・基礎疾患の発症日等を必ず記載する。
- ⑧乙にて複数の診療科に受診している患者は、その診療科の診療情報についても甲に情報提供する。
- ⑨乙の主治医は患者や家族に対し、リハビリの予後や疾患の経過、再発、再燃等について十分なインフォームドコンセントを行い、甲に転院後に問題が発生しないよう配慮する。
- ⑩乙のインフォームドコンセントに関しては、乙の主治医および看護師はその内容や問題点に関し診療情報提供書や看護要約等に詳細に記載する。（説明内容や理解の様子等も記載）。

附) 甲に入院中の患者が乙での救命救急治療や専門的治療が必要になり乙に転院し、その後乙での治療が終了し甲に再度転院が可能な状態になった場合、甲は可及的速やかに乙からの転院を受け入れる。
その場合は乙の医療福祉支援センターと甲の地域医療連携課で転院日時の調整を行う。

3) 甲における患者受け入れまでの期間と手順

乙から甲への転院までの期間は、可及的速やかに受け入れることを原則とするが、概ね仮受付日から回復期リハ病棟および医療療養病棟は14日以内、介護療養型医療施設は1ヶ月以内とする。

- ①甲は乙からの診療情報提供書、入院申込書等に基づき随時入院審査を行い入院の適否および受入病棟等について審議する。その際、必要に応じ甲から乙の主治医あるいは医療福祉支援センターへ情報提供を求めることがある。甲の地域医療連携課は入院審査後速やかに、乙の医療福祉支援センターへ転院の適否、転院の見通し等について報告する。
- ②甲の地域医療連携課は転院の日時や受入病棟（回復期リハ・医療療養・療養介護事業所、介護療養）等について決定し、乙の医療福祉支援センターに報告する。
- ③乙の医療福祉支援センターは患者や家族および主治医と転院日時の確認をし、甲の地域医療連携課に報告・調整し転院日時を最終決定する。また、乙の医療福祉支援センターは患者や家族が甲のへ転院事前面談や施設見学等の希望があればその旨を甲の地域医療連携課に伝える。
- ④甲の地域医療連携課は乙からの転院日時が決定後、患者や家族に転院について電話等で詳細な案内を行う。また、転院事前面談や施設見学等の希望があればその対応も行う。
- ⑤甲は乙からの転院前に患者の状態や病棟での様子等の情報が必要な場合は、事前に担当医師や看護師、リハ職員、MSW等で乙に訪問し、患者や家族、主治医、看護師等に面談することもある。
- ⑥甲は乙から紹介された患者の受入待機時間が長期になる恐れがある場合は、鹿教湯病院への受入についても検討し、早期の受入れを可能にする。

4) 乙から甲への転院日時が決定してからの申し合わせ事項

- ①乙は医師の退院時要約、看護師の退院時要約を作成し、転院時に患者あるいは家族に渡し甲へ持参させる。また必要に応じリハビリの退院時要約も作成し持参させる。
- ②乙から甲への転院待ちの期間に、患者の状態が大きく変化し甲への転院が不可能になった場合や、転院日時の変更、あるいは患者や家族の意思が変更された場合には、乙の医療福祉支援センターはその旨を可及的速やかに甲の地域医療連携課へ連絡する。甲からの求めに応じて乙の主治医は情報提供書を作成し、甲の地域医療連携課へ送付する。

4. 甲から乙への転院に関して

1) 転院患者の基本的考え方

甲に入院中の患者や外来の患者が、心筋梗塞や脳卒中、重症肺炎、気管切開術、イレウス、喘息、重症外傷、重症熱傷、手足の切断、急性中毒、その他救命救急医療が必要になった場合は、乙は24時間365日全例無条件で転院を受け入れる。また、専門的医療が必要になった場合は、可及的速やかに受け入れることを原則とする。

2) 甲から乙の高度救命救急センターへの転院手順

- ①甲に入院中の患者や外来の患者が救命救急医療を必要とした場合、甲の医師は乙の高度救命救急センターの受付に連絡し、患者の受入要請を行う。必要に応じ乙の医師に直接申し送ることもある。特に筋ジストロフィー患者等が、緊急的に気管切開術等が必要になった場合もこれに順ずる。

【高度救命救急センター TEL0263-37-2222 (直通)】

- ②甲の医師は診療情報提供書を作成し、乙の高度救命救急センターに FAX を送る。

【高度救命救急センター FAX0263-37-3411 (直通)】

- ③甲から乙の高度救命救急センターへの救急搬送は救急車にて、乙の看護師が同乗し診療情報提供書および診療録等の必要な情報を持参し、センターの担当者に申し送る。また、必要に応じ医師が付き添うこともある。

附) 専門的な医療が必要になった場合の相談窓口は乙の医療福祉支援センターとする。

【医療福祉支援センター TEL0263-37-3370 FAX0263-37-3371】

3) 甲に入院中の筋ジストロフィーや筋萎縮性側索硬化症などの難病患者、およびその他の患者が気管切開術を必要となった場合の乙への転院手順 (緊急的ではない患者)

- ①甲の主治医は気管切開術の必要性について、それにとまなう乙への転院について、患者・家族に十分説明し、転院についての同意を得た場合は、「転院についての同意書」に署名、捺印していただく。
- ②患者や家族が乙への転院について同意した場合、甲の主治医は、難病患者は長野県難病相談センター宛に、その他の患者は乙の脳神経内科医師宛に診療情報提供書を作成し、甲の地域医療連携課へ提出する。診療情報提供書には、いつ頃までに気管切開術が必要になるかの見通しについても記載する。
- ③甲の地域医療連携課は、難病患者は長野県難病相談センターに、その他の患者は乙の医療福祉支援センターに気管切開術の依頼をし、診療情報提供書を送付する。
- ④乙の医療福祉支援センターは、難病患者は長野県難病相談センターを介し甲からの診療情報提供書に基づき、脳神経内科医と相談し甲から乙への転院日時について決定する。
- ⑤乙の医療福祉支援センターは、乙への転院日時を甲の地域医療連携課へ報告する。
- ⑥甲の地域医療連携課は乙への転院日時について、甲の主治医および病棟師長に報告する。
- ⑦甲の病棟師長は患者や家族に対し、乙への転院日時等について報告・説明をする。
- ⑧乙への転院日時に変更が生じた場合、甲の地域医療連携課は可及的速やかに、乙の医療福祉支援センターへ連絡する。
- ⑨甲から乙への転院時の搬送は、主治医の判断によりその方法を決定する。搬送の際は看護師が同乗し診療情報提供書等の必要なものを持参するとともに、乙の主治医や看護師に申し送りをする。また必要に応じ医師も付き添う場合もある。
- ⑩乙の治療が終了し甲に戻る場合、乙の主治医は患者・家族に甲への転院日時等について相談して

決定する。また、乙の医療福祉支援センターは、甲の地域医療連携課に転院日時を連絡する。

⑪甲の地域医療連携課は甲への転院日時について、主治医および病棟師長に報告し、再入院の準備をする。

⑫乙の主治医は甲への転院に際し、診療情報提供書を患者あるいは家族に渡し甲に持参させる。

⑬乙から甲への転院時の搬送は、乙の主治医の判断によりその方法を決定する。

附) 甲に入院中の患者が気管切開術を必要となった場合の乙での受入（緊急的ではない患者）

①患者の受入は乙の脳神経内科とし、適切な診療科において手術を行う。

②手術後は乙の脳神経内科病棟で入院治療する。

4) 甲から乙での専門的治療や精査を受けるための外来受診

①甲の外来患者が乙での専門的治療や精査を受ける必要がある場合、甲の主治医は乙の専門診療科に診療予約を行い、外来受診日時を決定する。必要に応じて診療情報提供書を事前に送付する。

②甲の外来看護師は患者に対し、乙への外来受診日時の説明を行い、診療情報提供書、その他（検査結果やレントゲン等）必要な書類を持参させる。

5. 退院時要約に関する事項

1) 乙から紹介された患者が甲を退院した場合

①乙から甲に転院した患者が甲を退院した場合、甲は退院してから 10 日以内に医師の退院時要約およびリハビリテーション要約等を、乙の医療福祉支援センターに送付する。なお、脳卒中地域連携診療計画に基づき連携を行った場合は、「脳卒中地域連携診療計画書の導入にともなう基本的な考え方および運用手順」に準拠する。

②乙の医療福祉支援センターは、医師の退院時要約およびリハビリテーション要約等を紹介医やリハビリスタッフ等その他の関係者に申し送る。

2) 甲から乙に転院し、乙から甲に再転院した場合

①甲から乙に転院した患者が再度甲に転院する場合は、乙は診療情報提供書、看護要約、その他必要な要約を作成し、転院日に患者に渡し甲に持参させる。

3) 甲から乙に転院し、乙から甲以外に退院した場合

①甲から乙に転院した患者が甲以外に退院した場合（死亡も含む）、乙の医療福祉支援センターは、退院後 10 日以内に退院時要約を甲の地域医療連携課に送付する。

②甲の地域医療連携課は甲に入院中の主治医、その他関係者に乙の退院時要約を申し送る。

6. 甲と乙の連携会議について

①甲と乙は定期的に連携会議を開催し、連携上の問題点を検討するとともに連携規定の見直し等を行う。また、新たな企画（特に連携パス等）などについても協議する。

②甲と乙の両病院の連携会議は概ね 6 ヶ月に 1 回開催する。

- ③連携会議の日時や場所は、甲の地域医療連携課と乙の医療福祉支援センターで協議し決定する。
- ④検討事項や協議内容は、甲と地域医療連携課と乙の医療福祉支援センターで協議し決定し、ケースカンファレンス等についても積極的に行うこととする。
- ⑤連携会議への出席は医師、看護師、MSW、リハビリスタッフ、医療福祉支援センター職員、地域医療連携課職員、その他両病院の連携に関係する者とする。（協議内容等により構成メンバーが異なることもある。）
- ⑥連携会議における湯茶代は折半とする。

7. その他の申し合わせ事項

- ①患者の個人情報の取り扱いについては、甲、乙の個人情報保護規定を遵守し、その目的以外に使用しない。
- ②甲の病院長と乙の病院長および医療福祉支援センター長は、医師をはじめとする関係全スタッフに、お互いの病院を誹謗中傷するような言動を厳に慎むよう指導する。
- ③規定内に無い事項や不明な事柄については、両病院の担当者（甲は地域医療連携課、乙は医療福祉支援センター）は密に連絡を取り合い、早期に問題の解決を図るよう心がける。担当者同士で解決に至らない場合は、甲の院長と乙の院長および医療福祉支援センター長との3者で協議する。
- ④甲の地域医療連携課は必要に応じ、甲の空床状況等について乙に情報提供する。
- ⑤甲と乙の間で患者の情報等について求められた場合には、医療の安全性や質の向上のために双方とも可及的速やか、かつ積極的に情報の提供をする。

附) この申し合わせ書の内容は連携会議において協議し、その結果必要に応じて修正すものとする。また、連携会議日をもって更新日とする。

附 則

この申し合わせは、平成 20 年 2 月 8 日から適用する。

この申し合わせは、平成 21 年 2 月 8 日から適用する。