

須高地域入退院時連携調整ルール

(第1版)

須高地域医療福祉推進協議会

第2専門委員会

平成30年3月策定

目 次

1	目的	1
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	1
	◆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な場合、または家族や病院がケアマネを確保できない場合）	5
	◆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	9
	(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	10
	◆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な場合、または家族や病院がケアプランナーを確保できない場合）	15
	◆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	19
3	様式集	20
	◆入院時連携シート【様式1】	21
	◆看護サマリー（兼北信地区看護連絡表）【様式2】	22
	◆須高地域栄養サマリー【様式3】	23
	◆リハビリテーション連携用紙	
	◇県立信州医療センターの様式（リハビリテーション報告書）【様式4】	25
	◇新生病院の様式（リハビリテーションサマリー）【様式5】	26
4	参考資料	28
	◆入退院における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬【参考資料1】	29
	◆須高地域栄養サマリー運用マニュアル【参考資料2】	31
	◆リビング・ウィル（生前の意思表示）【参考資料3】	35
5	須高地域入退院時連携調整機関連絡先一覧	40

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。

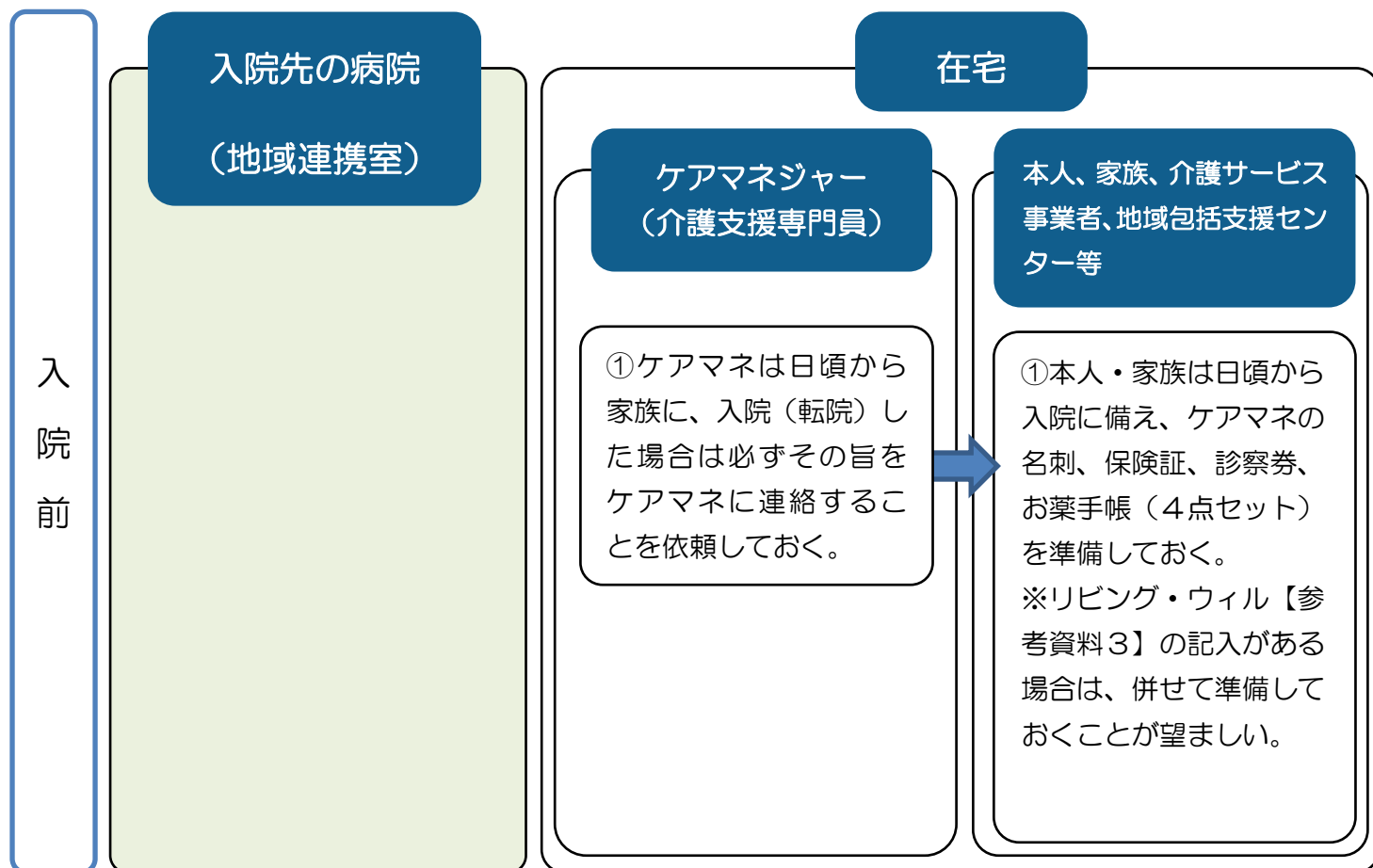
医療機関の看護部門等と居宅介護支援事業所のケアマネジャー及び障がい者支援事業所のケアプランナーとの間で着実な情報共有が図られることにより、質の高いケアマネジメントを実現し、高齢者や障がい者が安心して療養できる体制を構築するため、従来から行ってきた医療・介護・福祉に関する連携調整の仕組みを明文化し、「須高地域入退院時連携調整ルール」としてここに策定するものである。

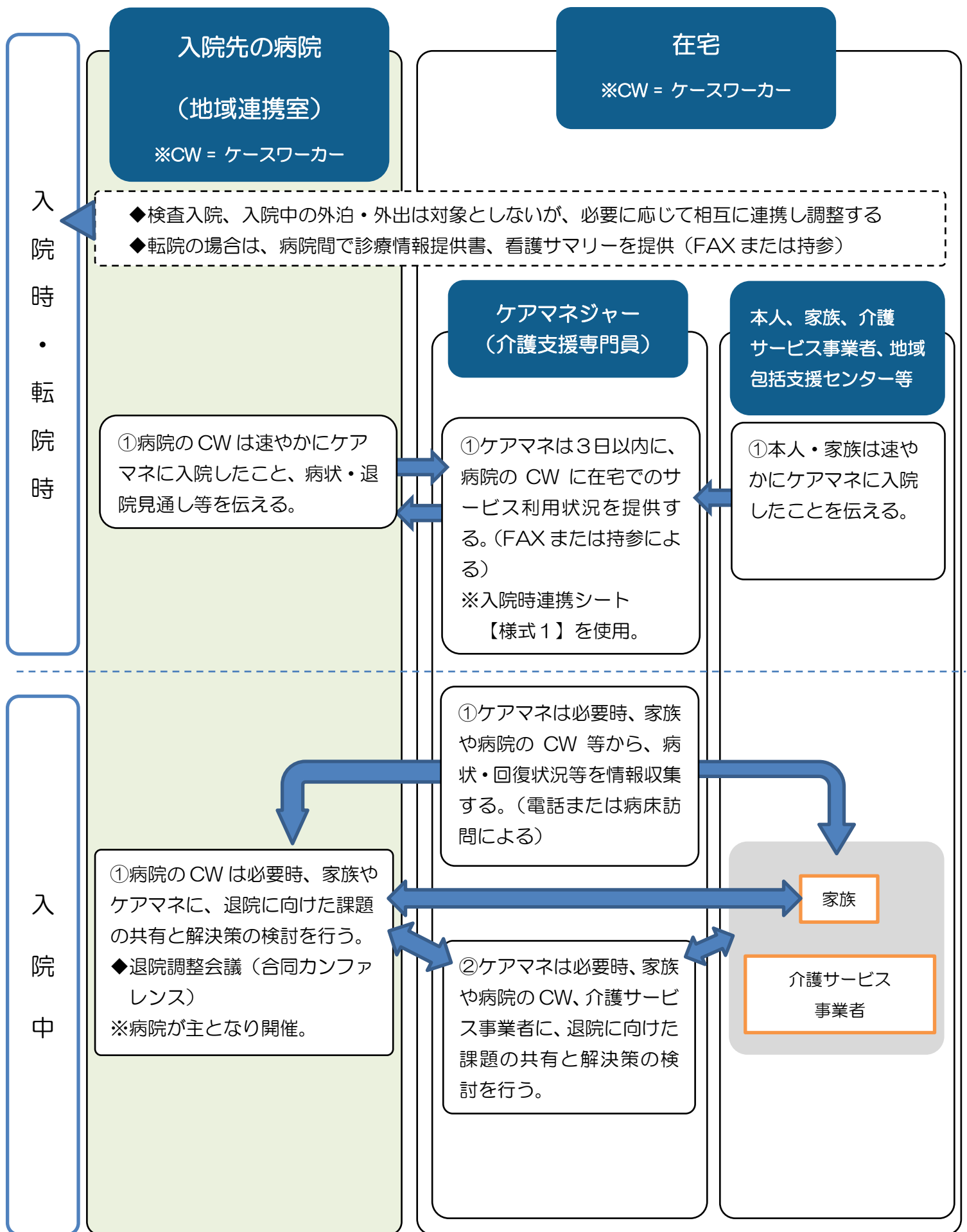
今後は、診療・介護報酬等の改定などに併せ、定期的に必要な見直しを行う。

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

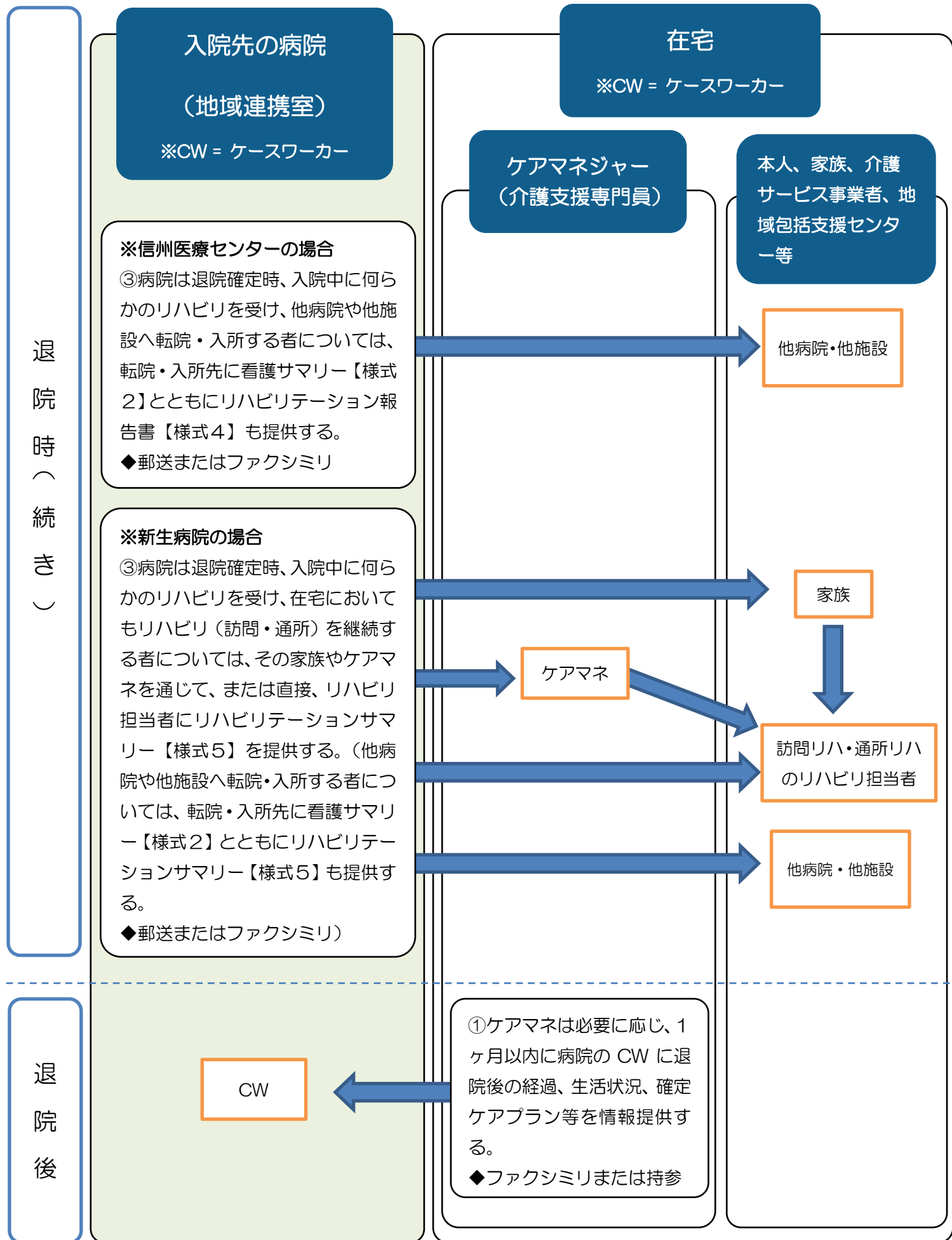
主治医
(地域のかかりつけ医)



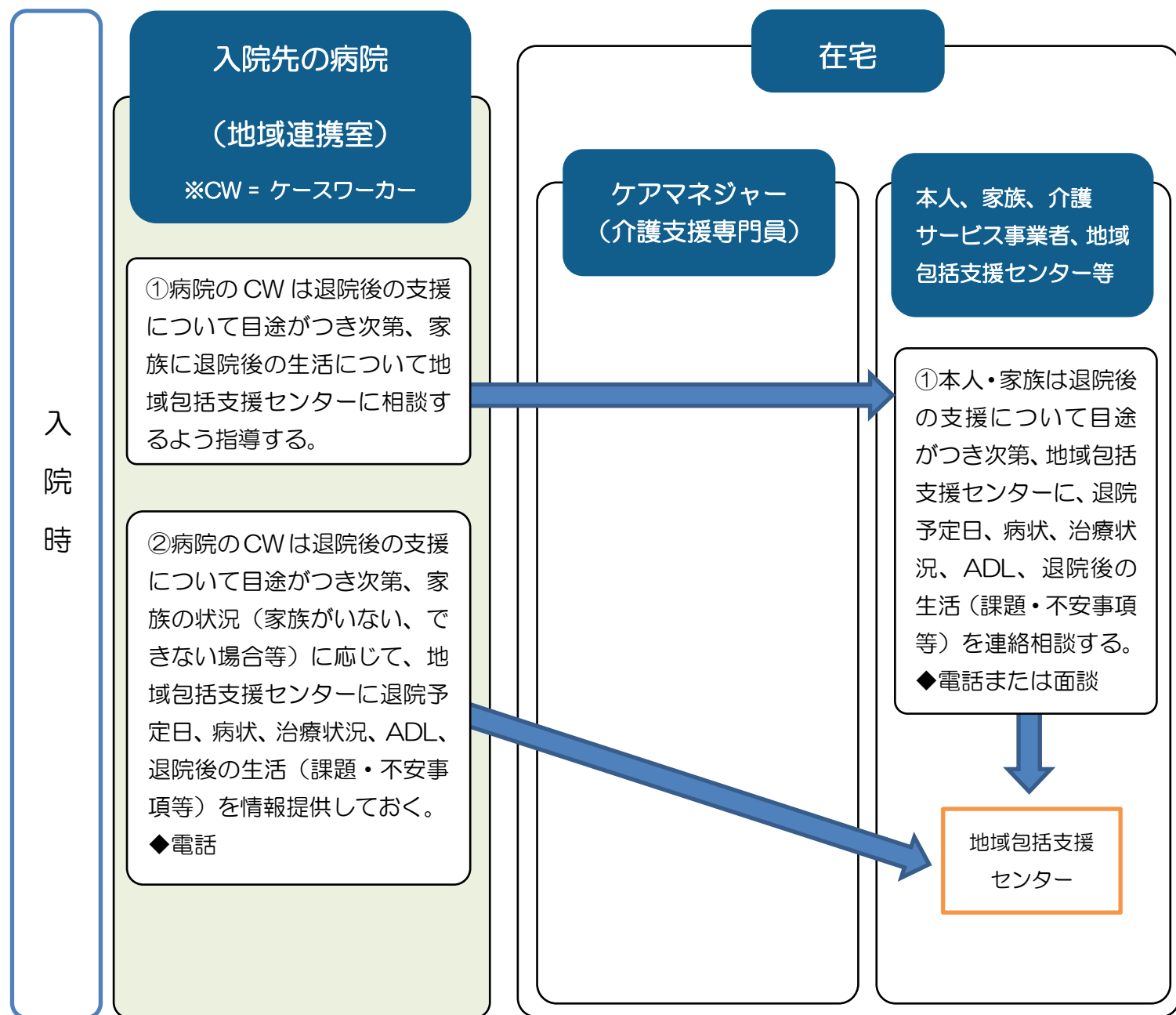
家族

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

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

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

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）

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

地域包括支援センター

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

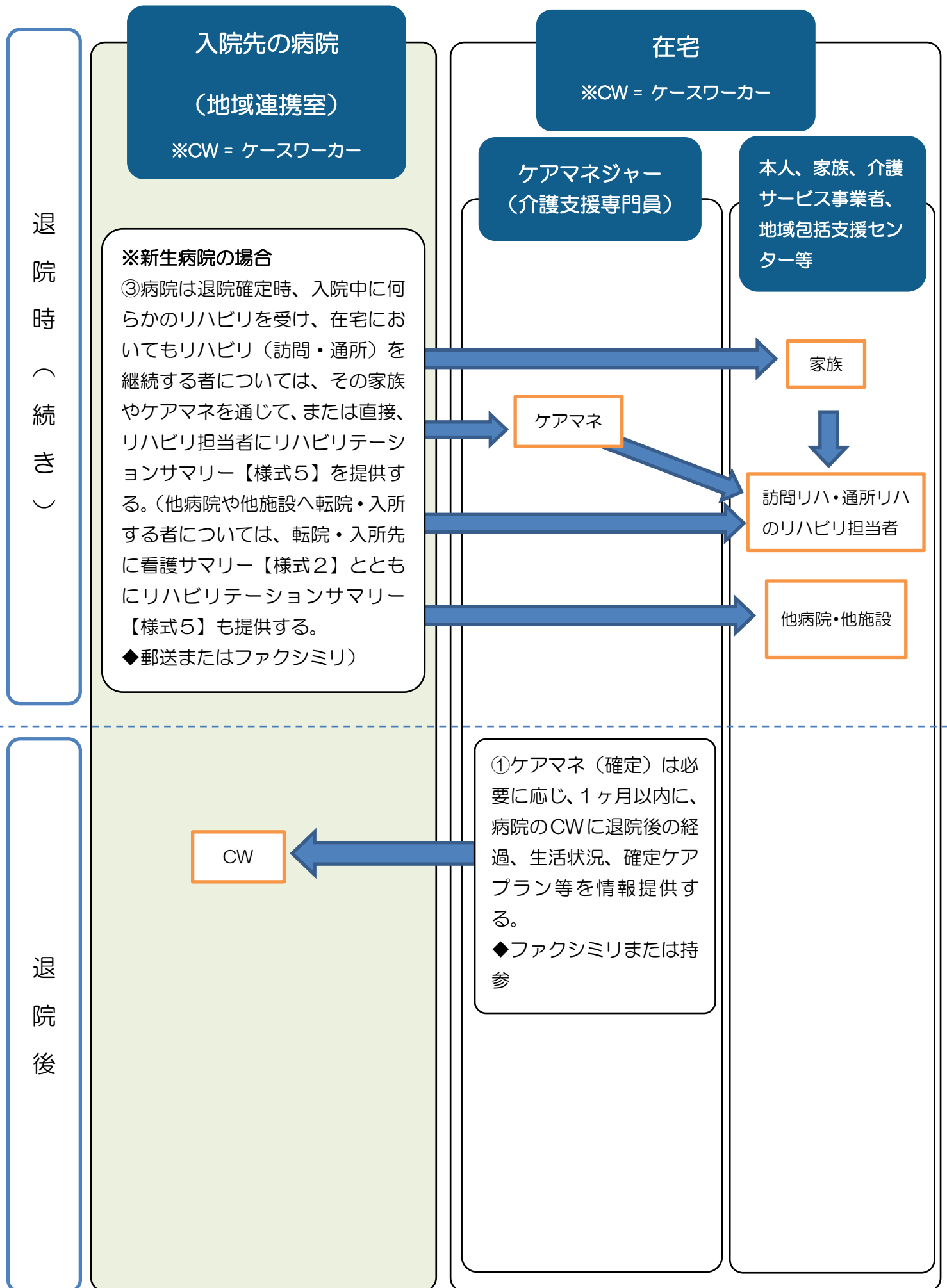
ケアマネ（予定者）

家族

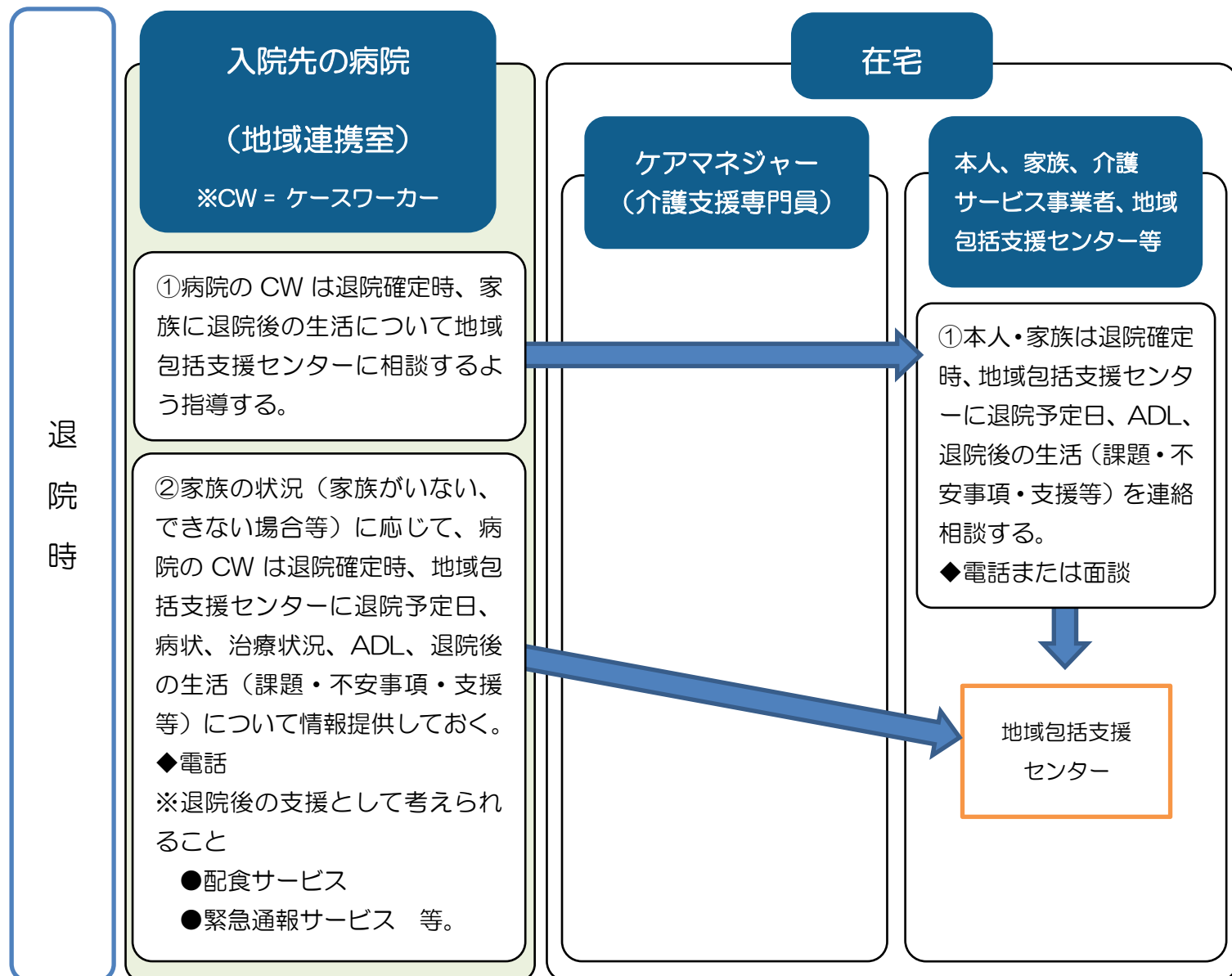
主治医
(地域のかかりつけ医)

家族

他病院・他施設

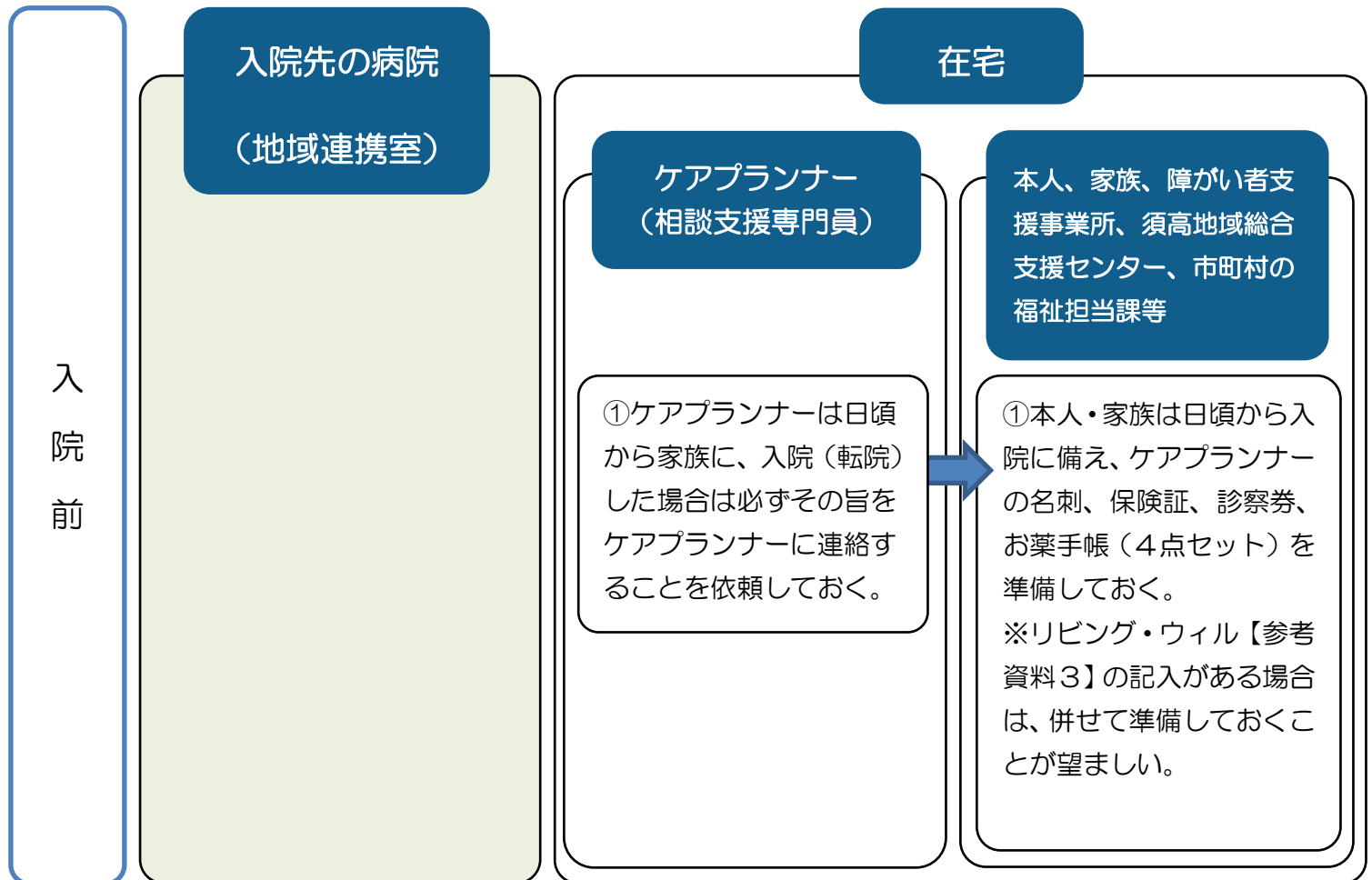


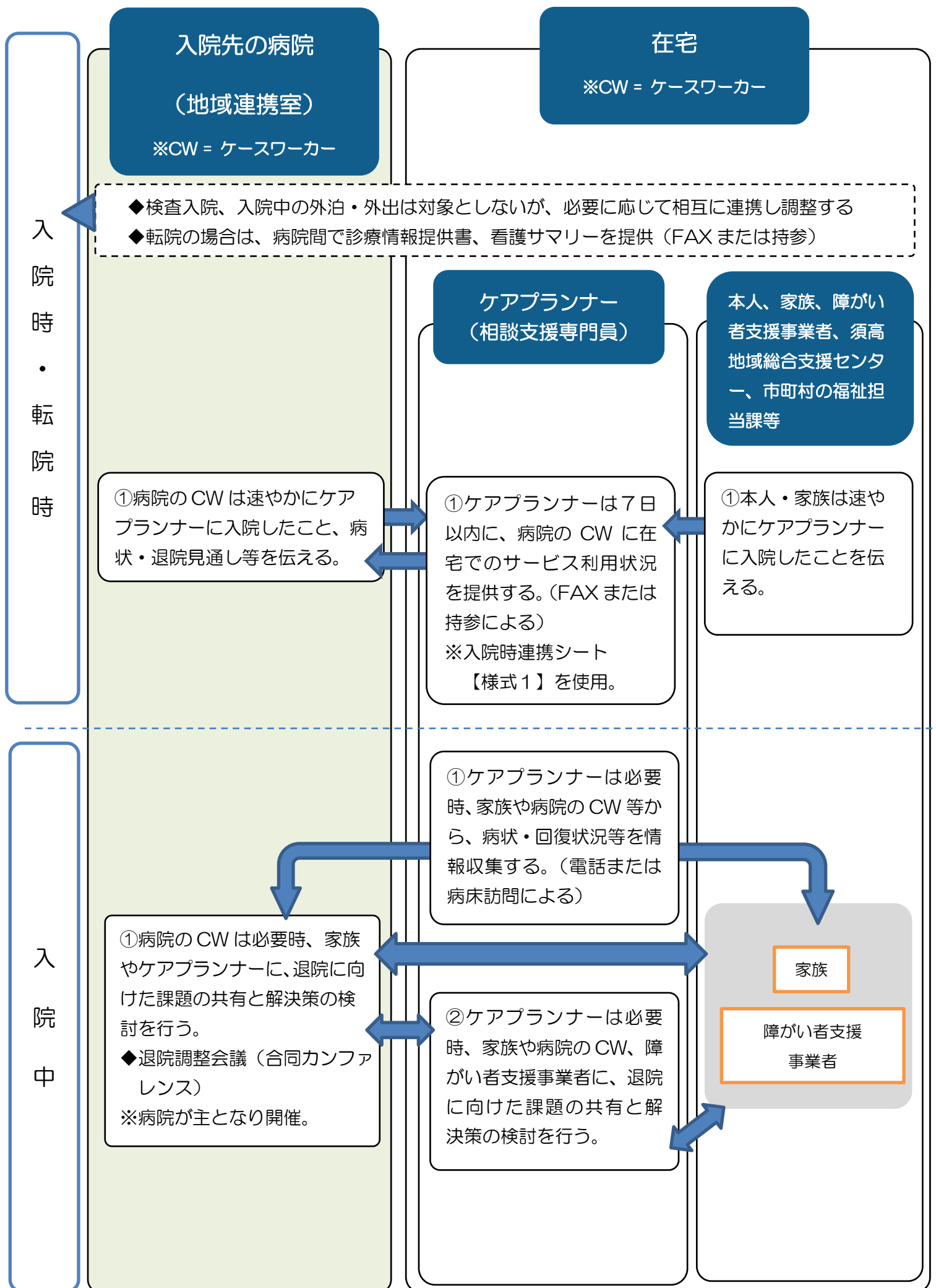
C 退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれないが、地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

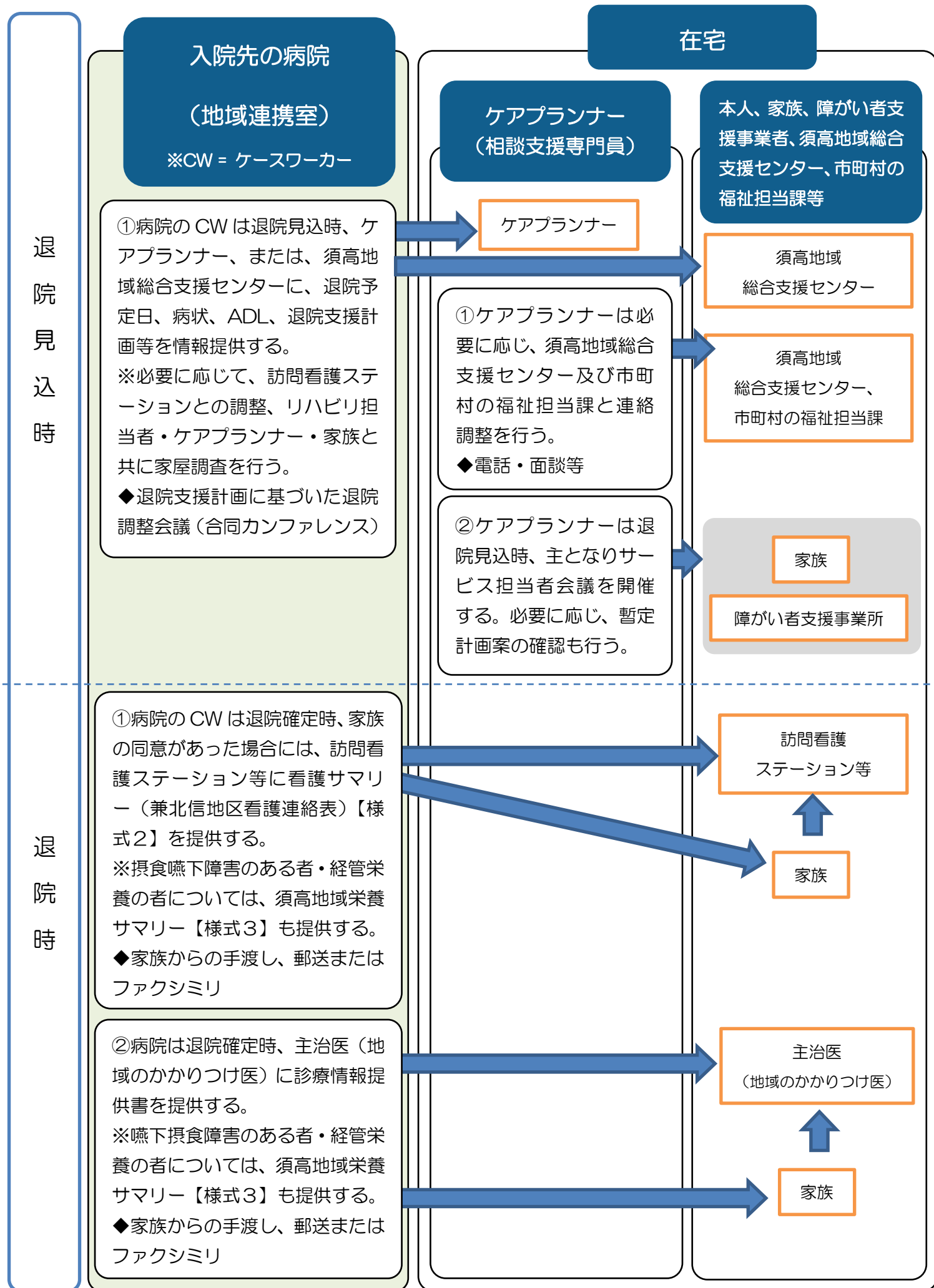


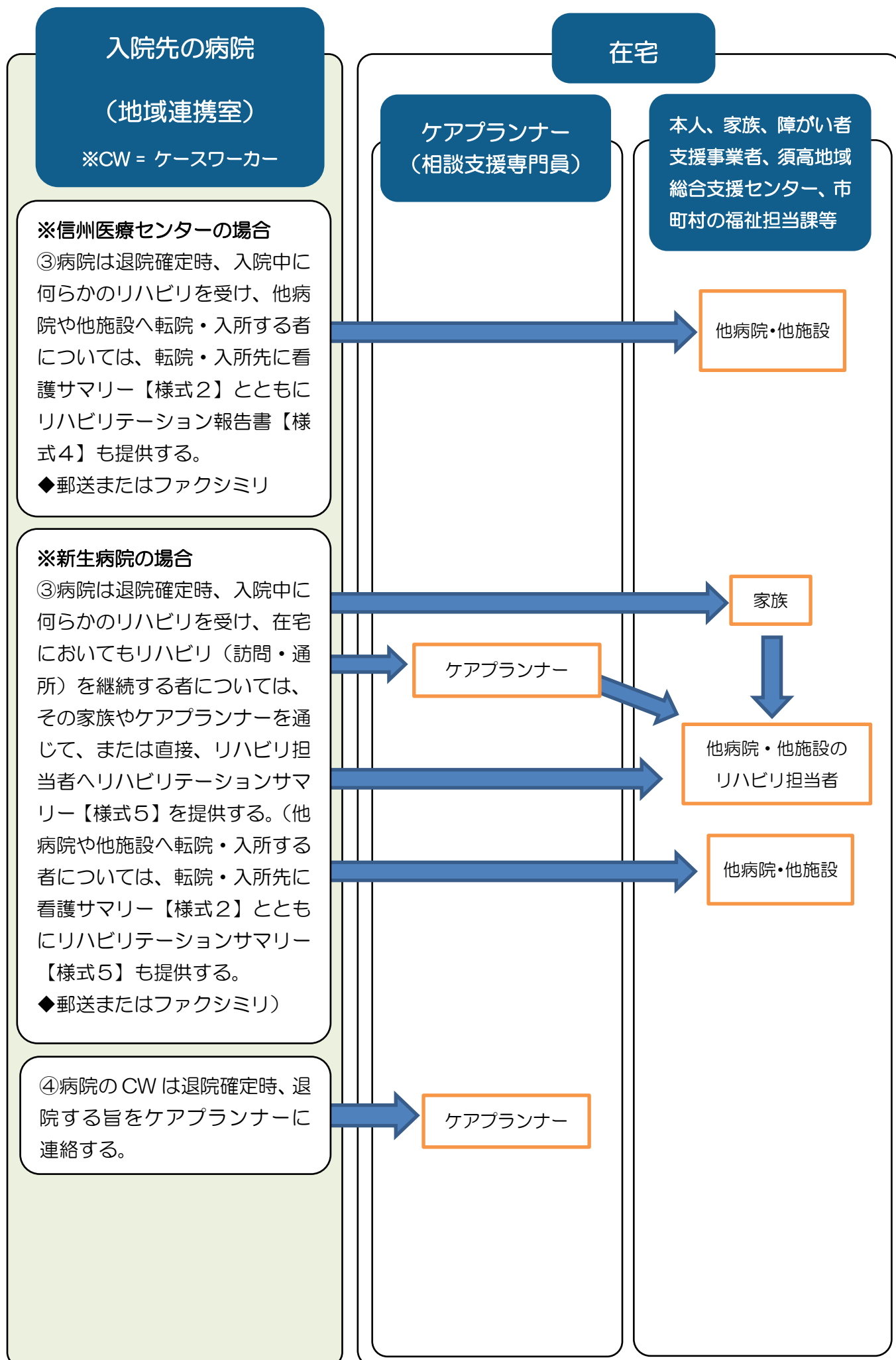
(2) 障がい者への連携調整（障害者総合支援法等による）

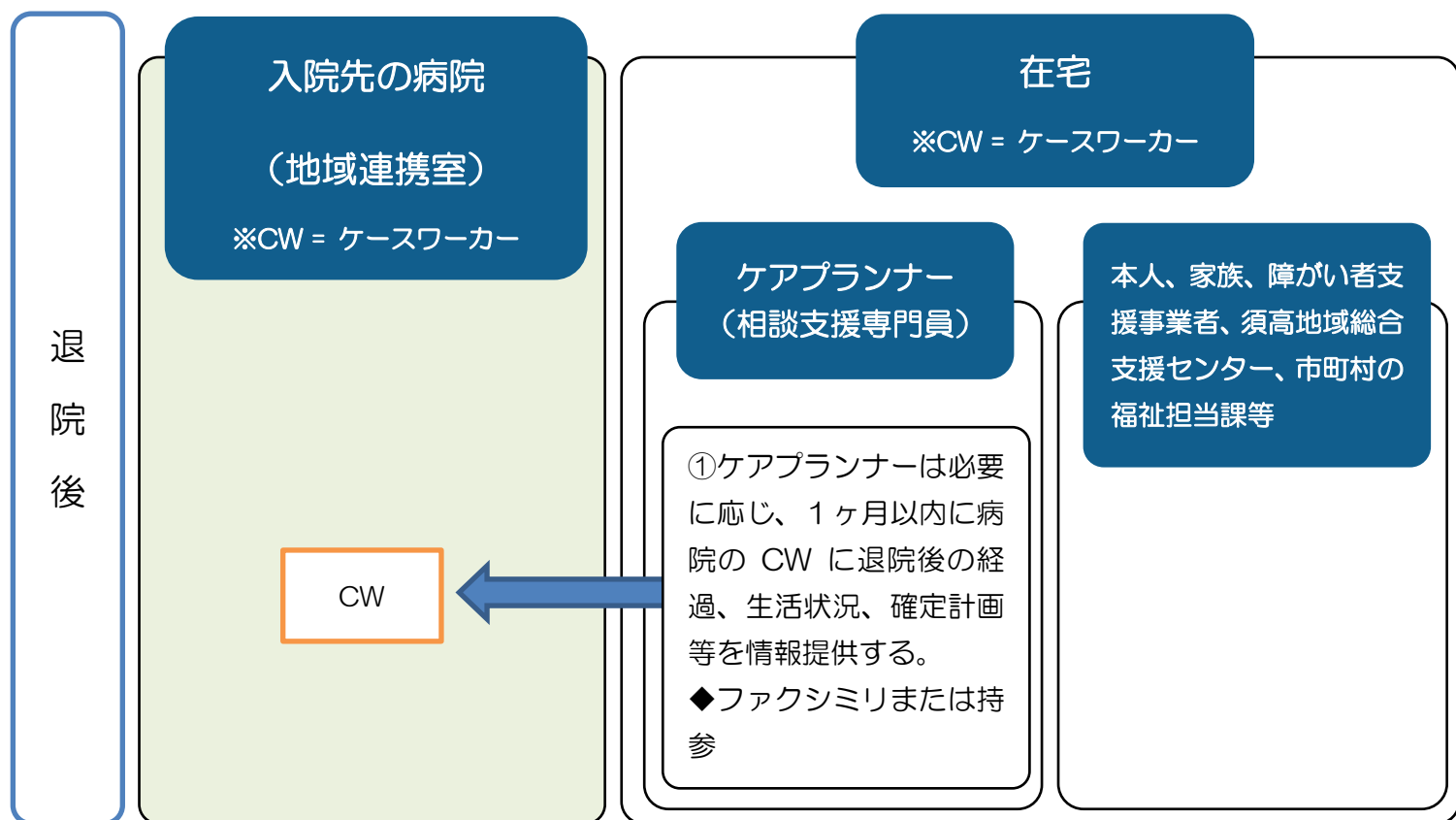
A 入院前にケアプランナーが決まっている場合



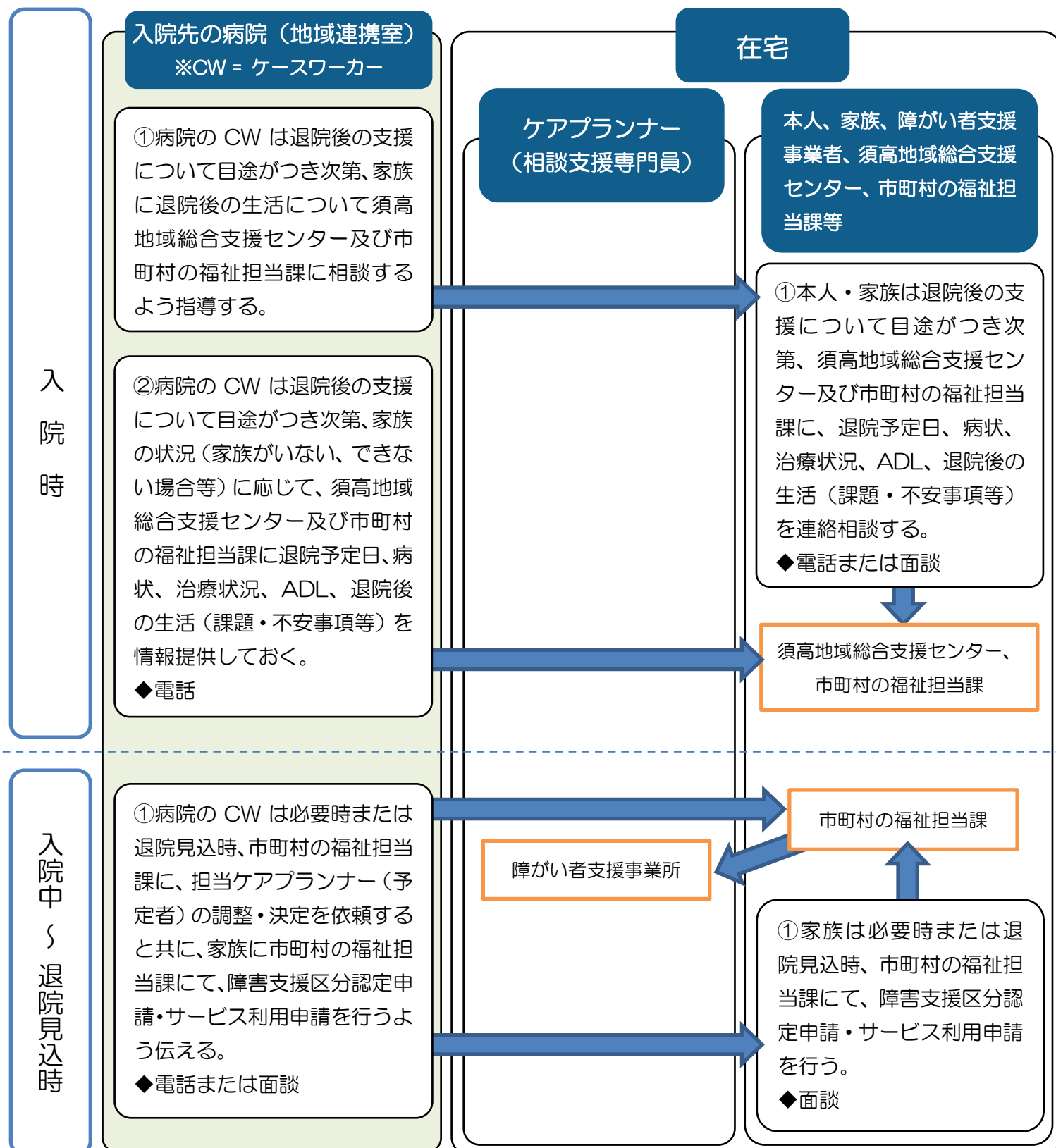








B サービス利用が見込まれるが、入院前にケアプランナーが決まっていない場合
 （須坂市・小布施町・高山村の住民であるが、退院後に支援が必要と思われるか不明である場合、または、家族や病院等がケアプランナーを確保できない場合）



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）

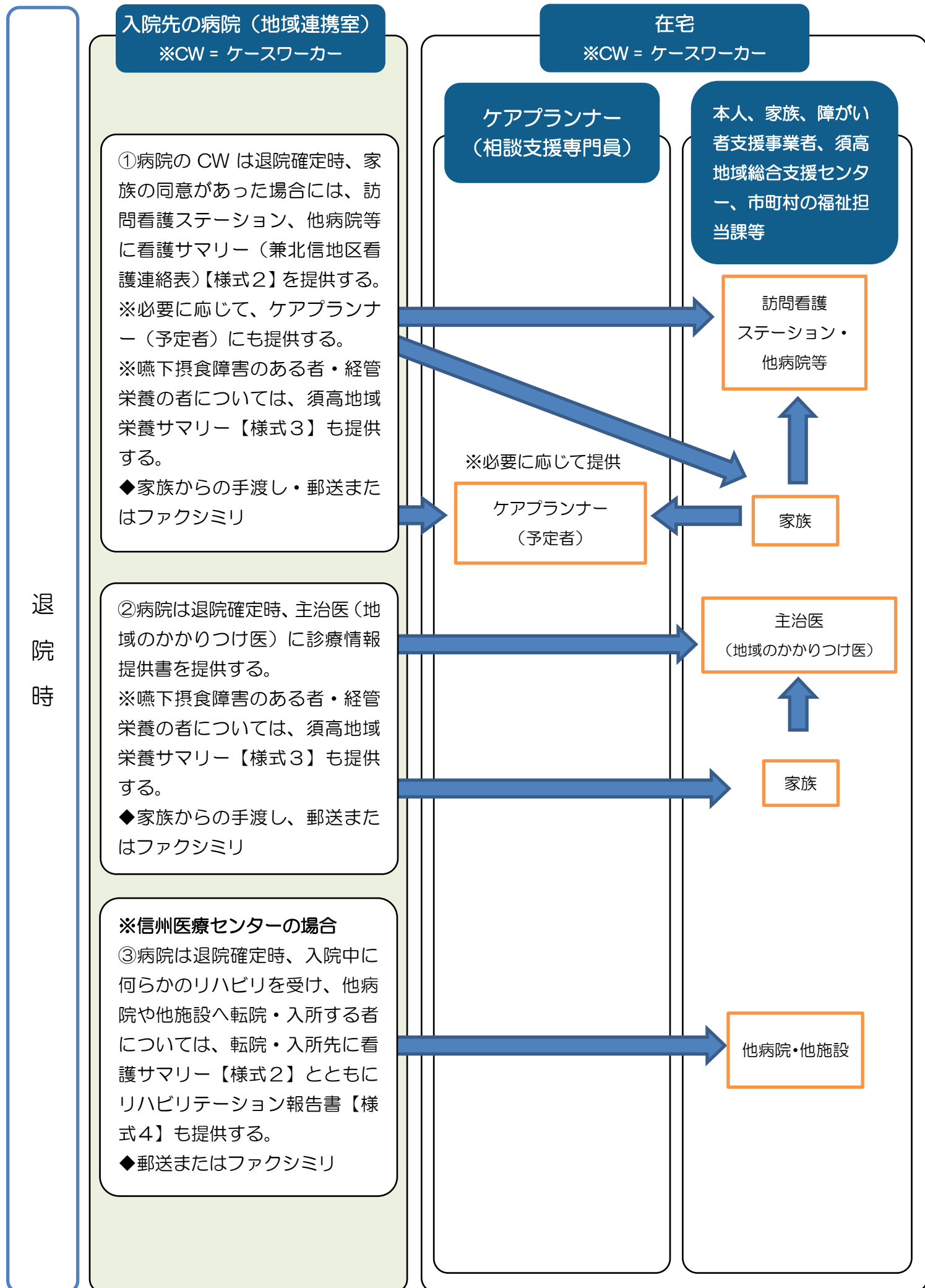
須高地域
総合支援センター

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。

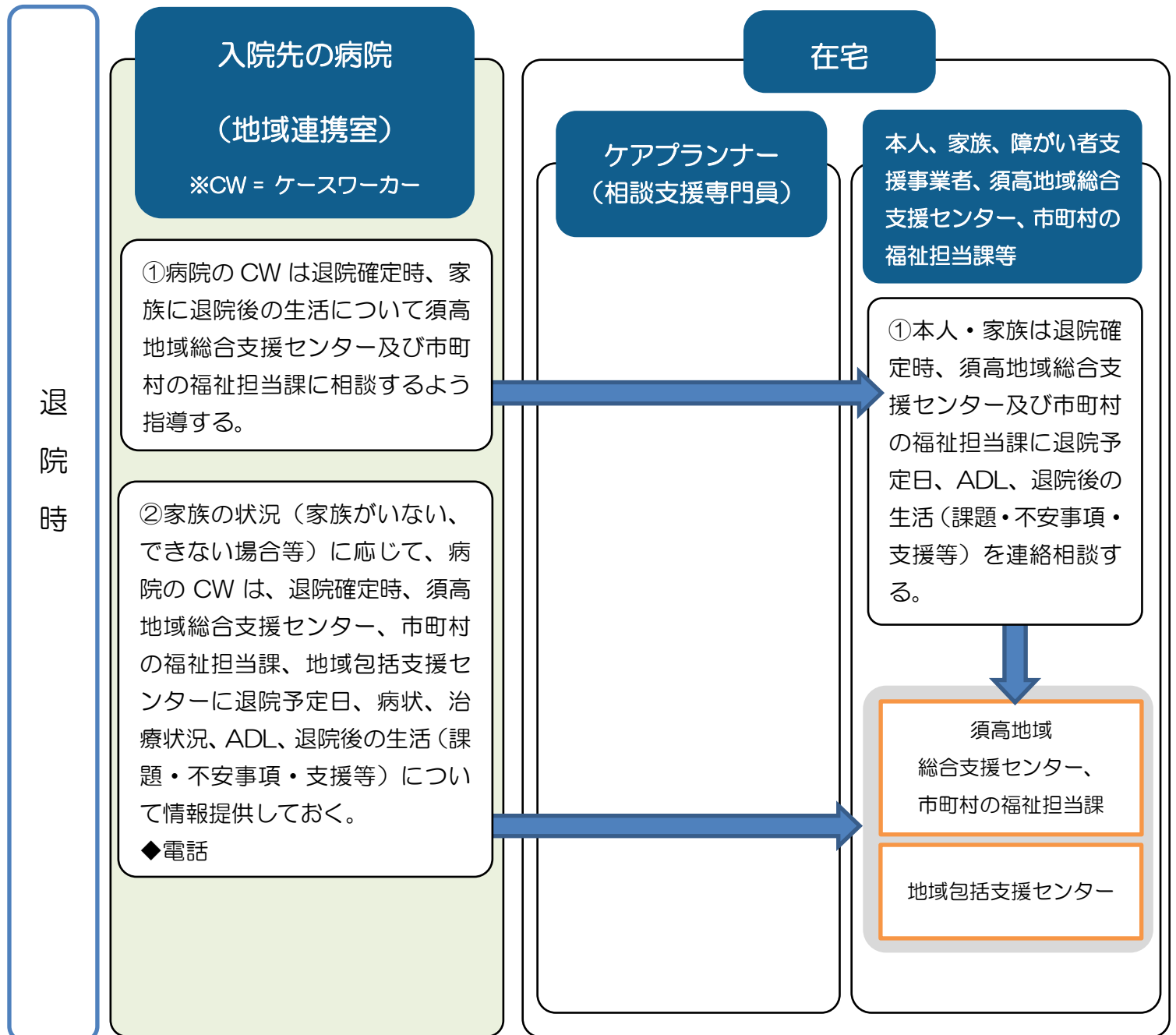
◆サービス担当者会議
※ケアプランナーが主となり開催。必要に応じて計画案の確認も行う。

本人・家族

障がい者支援事業者
等



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



3 様式集

◆入院時連携シート【様式1】

◆看護サマリー（兼北信地区看護連絡表）【様式2】

◆須高地域栄養サマリー【様式3】

◆リハビリテーション連携用紙

◇県立信州医療センターの様式（リハビリテーション報告書）【様式4】

◇新生病院の様式（リハビリテーションサマリー）【様式5】

入院時連携シート

病院様

入院日：	年	／
記入日：	年	／

居宅介護支援事業所：

担当者：

問い合わせ先：電話：

FAX：

ふりがな 氏 名			男 女	生 年 月 日	T S	年 月 日		
住 所					電 話			
連 絡 先	氏名			続柄：	電 話			
キーパーソン	氏名			続柄：	電 話			
入院時状況								
か かり つ け 機 関 名	医 師 名		連 絡 先		受診方法		紹介状	
医 療 機 関					通院・往診		有・無	
					通院・往診		有・無	
					通院・往診		有・無	
歯 科					通院・往診		有・無	
薬 局								
介 護 保 険	認定内容	要 支 援 () ・ 要 介 護 () ・ 更 新 中 ・ 区 変 中 ・ 新 規 申 請 中						
	サービス 利用状況	利用なし・訪問介護・訪問看護・訪問入浴・訪問リハビリ・デイサービス デイクア・ショートステイ・福祉用具貸与・福祉用具購入・住宅改修(済・予定)						
身 体 ・ 生 活 状 況	食事 形態	自立・見守り・一部介助・全介助 ペースト・きざみ・ソフト食・普通・経管栄養			家庭状況 (人暮らし)			
	移動 方法	自立・見守り・一部介助・全介助 杖・車イス・シルバーカー・歩行器・ストレッチャー						
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助						
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 トイレ・Pトイレ・おむつ・カテーテル等						
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助						
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助			視覚障害	無・有	聴覚障害	無・有
	睡眠	良眠・不眠(服用：有・無)			意思の伝達	可・不可	認知症状	無・有
	寝室	布団・ベッド(一般家具・特殊寝台)			麻 痺	無・有	拘 縮	無・有
	浴室	段差(無・有)手すり(無・有)			問題になる行動：無・有			
	トイレ	洋式・和式・手すり(無・有)						
◆ 生活の様子(家庭での役割)・ケアマネジャーからお伝えしたいこと								

*退院の見込みが立ちましたら、ケアマネジャーまでご連絡宜しくお願いします。

*医療と介護の連携推進協議会2013.1月作成

フリガナ 氏 名	様	生年月日			男・女	
住所		キーパーソン 及び連絡先	①氏名		続柄	
病名			電話			
			携帯			
既往歴			②氏名		続柄	
		電話				
		携帯				
		介護保険		介護度		
ケアマネ	事業所 担当者氏名					
経過要約(入院 月 日～ 月 日)		今後の方向性	☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 病院 ☐ 未定			
		申し込み先				
		かかりつけ医				
		日常生活				
		麻痺	☐ 麻痺あり ☐ 麻痺なし 部位:			
		移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ ベッド上			
		意思疎通	意思の疎通 ☐ 可 ☐ 不可 ☐ 判定不能 認知症 ☐ あり ☐ なし			
リハビリテーション	☐ あり ☐ なし	視力障害	☐ 有 ☐ 無	聴力障害	☐ 有 ☐ 無	
継続される看護問題						
		食事	☐ 自立 ☐ 介助(			
			嚥下障害	☐ 有 ☐ 無	体重	kg
			食事形態			
			食事(注入液)カロリー			
		経管注入	☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻			
病状説明と理解		胃瘻等チューブの商品名サイズ				
本人:		チューブ最終交換日				
ご家族:		排泄	☐ 自立 ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ おむつ ☐ 尿カテ			
			最終排便日	月 日		
			便秘対策			
アレルギー	☐ 無 ☐ 有 (	尿道カテ最終交換日	月 日			
		尿道カテーテルの商品名サイズ				
感染症	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明	清潔	☐ 清拭 ☐ 一般浴 ☐ 特殊浴 介助 ☐ 有 ☐ 無			
	有の場合:		最終入浴日 月 日			
継続される医療的管理・処置(処置名・方法・材料名)						
項目(該当するものに○をして、詳細は下の欄に記載する)	☐ 酸素 ☐ 吸引 ☐ インスリン ☐ 呼吸器 ☐ 点滴 ☐ 胃瘻 ☐ 内服薬管理(薬剤内容について添付参照)					
	☐ 褥瘡 ☐ 無 ☐ 有 部位:					
記載日	病棟名	看護師	印	病棟師長	印	

連絡先(問い合わせ先)

平成20年12月北信看護連携協議会作成

須高地域栄養サマリー

記入日

入院(入所)日

退院(退所)日

*月日を英数半角で入力 区切は/

施設名

TEL

(代表)

管理栄養士

FAX

(直通)

ふりがな			身体状況	計測日	主病名・既往歴
氏名	様	☐ 男 ☐ 女	身長	cm	
			体重	kg	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳		BMI	kg/m ²	

(食事内容)

食事内容	☐ 一般食 ☐ 特別食	☐ 高血圧減塩食 ☐ 心臓減塩食 ☐ 糖尿病食 ☐ 脂質異常症食 ☐ 肝臓病食
		☐ 脂質制限食 ☐ 消化管術後・潰瘍食 ☐ その他()
エネルギー kcal たんぱく質 g 食塩相当量 g 飲水量 ml ()		
食事形態	主食	☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ 粥ペースト ☐ その他() 重量()g
	副食	一般食形態 ☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ キザミ() ☐ ミキサー ☐ その他()
		嚥下調整食 嚥下学会分類 *注1 : ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2-2 ☐ 2-1 ☐ 1-j ☐ 0-t ☐ 0-j
水分摂取状況	とろみ: ☐ 無 ☐ 有(強さ *注2 : ☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い) ☐ ゼリー	
食事摂取量	主食: 割 副食: 割 特記事項:	
補助食品	☐ 無 ☐ 有()を()個・本・パック	
アレルギー・禁忌食品	☐ 無 ☐ 有()	
備考		

*注1 *注2 は、裏面の学会分類2013早見表を参照

(ADL)

摂取方法	☐ 自力 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
食事姿勢	☐ ベッド上 ☐ 車椅子 ☐ 指示なし 備考: ☐ ギャッジアップ30° ☐ ギャッジアップ45° ☐ ギャッジアップ60° ☐ 坐位
使用食器	☐ 箸 ☐ 大スプーン ☐ 小スプーン ☐ フォーク ☐ 自助食器 ()
食事に関する問題点	☐ 認知症 ☐ 嚥下障害 ☐ 咀嚼障害 ☐ 麻痺 (☐ 右 ☐ 左) ☐ 食物認知障害 ☐ 開口困難 ☐ 食べこぼし ☐ その他 () 自歯の状況 () 義歯の状況 ()

(経管栄養)

濃厚流動品名	☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ☐ その他()
指示量	朝 mL(本) 昼 mL(本) 夕 mL(本) 注入速度 mL/hr
水分	朝 mL(本) 昼 mL(本) 夕 mL(本) 注入速度 mL/hr
注入上の問題点	☐ 胃食道逆流 ☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 痰絡み ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ その他()

(検査値及び身体状況)

血液検査値	Alb: g/dL
()は採血日	() () () (*測定日と同様)
褥瘡	☐ 無 ☐ 有 特記事項:

備考	
----	--

作成元: 須高地域医療福祉推進協議会(須高地域医療福祉施設栄養関係職員連絡会)

* 当サマリーは施設(病院)の管理栄養士にお渡し下さい。

* 個人情報であるため、取り扱いに注意して下さい。

学会分類2013(食事)早見表【抜粋】				j:ゼリー(jelly) t:とろみ(thickness)	【様式3】
コード	名称	形態	主食の例	嚥下食ピラミッドとの対応	
0	j	嚥下訓練食品0j	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	嚥下食ピラミッドL0	
	t	嚥下訓練食品0t	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみのどちらかが適している)	嚥下食ピラミッドL3の一部 (とろみ水)	
1	j	嚥下調整食1j	均質で、付着性・凝集性・硬さ・離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリーなど	嚥下食ピラミッドL1・L2
2	1	嚥下調整食2-1	ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	粒が少なく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥	嚥下食ピラミッドL3
	2	嚥下調整食2-2	ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの	やや不均質(粒がある)でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類	
3	嚥下調整食3		形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたものの多量の離水がない	離水に配慮した粥など	嚥下食ピラミッドL4
4	嚥下調整食4		硬さ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	軟飯・全粥など	

学会分類2013(とろみ)早見表【抜粋】			
	段階1: 薄いとろみ	段階2: 中間のとろみ	段階3: 濃いとろみ
性状の説明 (飲んだ時)	・「drink」という表現が適切なとろみの程度 ・口に入れると口腔内に広がる液体の種類・味や温度によっては、とろみがついていることがあまり気にならない場合もある ・飲み込む際に大きな力を要しない ・ストローで容易に吸うことができる	・明らかにとろみがあることを感じ、かつ「drink」という表現が適切なとろみの程度 ・口腔内での動態はゆっくりですぐには広がらない ・舌の上でまとめやすい ・ストローで吸うのは抵抗がある	・明らかにとろみがついていて、まとまりがよい ・送り込むのに力が必要 ・スプーンで「eat」という表現が適切なとろみの程度 ・ストローで吸うことは困難
性状の説明 (見た時)	・スプーンを傾けるとずっと流れ落ちる ・フォークの歯の間から素早く流れ落ちる ・カップを傾け、流れ出た後には、うっすらと跡が残る程度の付着	・スプーンを傾けるととろとろと流れる ・フォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちる ・カップを傾け、流れ出た後には、全体にコーティングしたように付着	・スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れにくい ・フォークの歯の間から流れ出ない ・カップを傾けても流れ出ない(ゆっくりと塊となって落ちる)

学会分類2013(とろみ)に基づく使用量目安量一覧 * 水100mlあたり

商品名	薄いとろみ	中間のとろみ	濃いとろみ
トロミスマイル	0.4～1.1	1.2～2.2	2.3～3.5
トロミパワースマイル	0.3～0.8	0.9～1.5	1.6～2.5
トロミクリア	0.4～1.2	1.3～2.3	2.4～3.5
明治トロメイクSP	0.5～1.2	1.2～2.0	2.0～3.1
トロミアップパーフェクト	0.5～1.0	1.0～2.0	2.0～3.0
新スルーキングi	0.5～1.0	1.0～2.0	2.5以上は推奨しない
トロミアップエース	0.5～1.0	1.0～2.0	2.0～3.5
ソフティアS	0.9～1.6	1.6～2.6	2.6～4.1
ネオハイトロミールR&E	0.6～1.2	1.2～2.1	2.1～3.4
ネオハイトロミールⅢ	0.4～0.8	0.8～1.4	1.4～2.2
つるりんQuickly	0.7～1.3	1.3～2.2	2.2～3.3
トロメリンEx	0.4～1.1	1.1～1.8	1.8～2.7
トロメリンV	0.5～0.9	0.9～1.4	1.4～2.1

※1 この早見表は抜粋です。必ず原本の早見表及び『日摂食嚥下リハ学会誌17(3):255-267, 2013』または日本摂食嚥下リハ学会ホームページ:
http://www.jsdr.or.jp/doc/doc_manual1.html
『嚥下調整食学会分類2013』を必ずご参照ください。

※2 使用目安量は各社の測定に基づいており、あくまでも参考としてください。

リハビリテーション報告書

平成 年 月 日

〇〇病院
担当療法士 殿

平素より大変お世話になっております。
下記患者様についてご報告いたします。よろしくお願い申し上げます。

患者氏名：	様	性別：	生年月日：	(歳)
【診断名・障害名】		【既往歴・合併症・リスク】		
【入院経過】				

【リハビリ経過及び現状】	【現在のプログラム】
【残存する問題点・治療方針】	
【備考】	

尚、ご不明な点等ございましたら下記までご連絡ください。

〒382-0091 須坂市大字須坂 1332

長野県立信州医療センター リハビリテーション技術科

Tel 026-245-1650 (代表)

理学療法士

⑩

作業療法士

⑩

言語聴覚士

⑩

a00000000001000034a

リハビリテーション サマリー

☐ 退院時 ☐ 終了時

I D

作成日 20 年 月 日

患者氏名	0 0 様	0	生年月日	1900年1月0日	0 歳	☐ 2階 ☐ 3西 ☐ 3東 ☐ 4階 ☐ 外来
理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		
診断名・障がい名（発症日,手術日）			合併症（コントロール状態） ☐ 無 ☐ 有			退院先

評価項目・内容									
心身機能	認知症	☐ 無 ☐ 有		活動	FIM		入院時	退院時	特記事項 家屋調査 ☐ 実施
	精神障害	☐ 無 ☐ 有			セルフケア	食事	0 点	0 点	
	中枢性麻痺	☐ 無 ☐ 有	部位：			整容	0 点	0 点	
	末梢神経性麻痺	☐ 無 ☐ 有	部位：			清拭	0 点	0 点	
	筋力低下	☐ 無 ☐ 有	部位：			更衣（上衣）	0 点	0 点	
	関節可動域制限	☐ 無 ☐ 有	部位：			更衣（下衣）	0 点	0 点	
	不随意運動・協調運動障害	☐ 無 ☐ 有	部位：			トイレ	0 点	0 点	
	感覚障害	☐ 無 ☐ 有	部位：			排泄	排尿コントロール	0 点	
	音声・発語障害・失語	☐ 無 ☐ 有			排便コントロール		0 点	0 点	
	失行・失認	☐ 無 ☐ 有			移乗	ベッド・椅子・車椅子	0 点	0 点	
	摂食嚥下障害	☐ 無 ☐ 有				トイレ	0 点	0 点	
	排泄機能障害	☐ 無 ☐ 有				浴槽・シャワー	0 点	0 点	
	呼吸・循環機能障害	☐ 無 ☐ 有			移動	歩行・車椅子	0 点	0 点	
	疼痛	☐ 無 ☐ 有	部位：			階段	0 点	0 点	
	褥瘡	☐ 無 ☐ 有	部位：		シニ コ ミ ュ ニ ケ ー ン	理解	0 点	0 点	
寝返り	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		表出	0 点		0 点			
基本動作	起き上がり	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		社会的 認知	社会的交流	0 点	0 点		
	座位	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			問題解決	0 点	0 点		
	立ち上がり	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			記憶	0 点	0 点		
	立位保持	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			FIM合計	0 点	0 点		
	平地歩行	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			HDS-R				

経過

理学療法(20 年 月 日～20 年 月 日)

作業療法(20 年 月 日～20 年 月 日)

言語聴覚療法(20 年 月 日～20 年 月 日)

今後の課題

以上簡単ではございますが、リハビリテーションの報告とさせていただきます。ご不明な点がございましたら担当者までご連絡いただければ幸いです。

特定医療法人 新生病院
長野県上高井郡小布施町851 Tel:026-247-2033

4 参考資料

◆入退院における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬【参考資料1】

◆須高地域栄養サマリー運用マニュアル【参考資料2】

◆リビング・ウィル（生前の意思表示）【参考資料3】

入退院における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬（平成 30 年 4 月改定後）

地域医療福祉ネットワーク推進室調べ

※_____は、平成 30 年 4 月診療報酬・介護報酬改定に伴うもの

◆入院時に生活・介護情報を提供（**介護報酬** 介護支援専門員）

○入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後 3 日以内に情報提供（提供方法は問わない）：200 単位／月

○入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後 7 日以内に情報提供（提供方法は問わない）：100 単位／月

◆入退院支援（入院中の保険医療機関）

※入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、虐待や生活困窮等により入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を追加

○入院時支援加算【新設】

- ・外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、持参薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援を行った場合：200 点（退院時 1 回）

<要件>

- ・自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ・入退院支援加算を算定する患者であること。

○入退院支援加算 1【名称を退院支援加算から改称】

- ・一般病棟入院基本料等の場合：600 点
- ・療養病棟入院基本料等の場合：1,200 点

<要件>

- ・入院後 3 日以内に退院困難な要員を有している患者を抽出
- ・原則として 7 日以内に患者・家族と面談を行い、7 日以内に退院支援計画書の作成に着手
- ・入院後 7 日以内に共同してカンファレンスを実施
- ・専従 1 名（看護師または社会福祉士）・専任 1 名（看護師または社会福祉士）
- ・退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2 病棟 120 床に 1 名以上）
- ・連携する医療機関等（20 か所以上）の職員と定期的な面会を実施（3 回/年以上）
- ・介護支援専門員との連携実績

○入退院支援加算 2【名称を退院支援加算から改称】

- ・一般病棟入院基本料等の場合、190 点
- ・療養病棟入院基本料等の場合、635 点

<要件>

- ・入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出
- ・できるだけ早期に患者・家族と面談
- ・カンファレンスを実施
- ・専従 1 名（看護師または社会福祉士）・専任 1 名（看護師または社会福祉士）

○小児加算【新設】

- ・入退院支援加算 1 又は入退院支援加算 2 を算定する患者が 15 歳未満である場合：200 点（退院時 1 回）

◆退院後の介護等に関する連携

○介護支援等連携指導料（入院中の保険医療機関）【名称を介護支援連携指導料から改称】

- ・400点（入院中2回まで算定可）

<要件>

※注の見直しが行われ、障害福祉サービスを受ける患者のための連携を相談支援専門員と行った場合についての算定条件が追加

- ・入院先の医療スタッフ（医師・看護師・社会福祉士ら）が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して介護保険サービス又は障害福祉サービスを受ける上での医学的留意事項、療養上の留意事項を共同指導

○退院時共同指導料1（退院後の在宅療養を担う保健医療機関）

- ・在宅療養支援診療所1,500点（特別な状態200点加算）、それ以外900点（入院中1回）

<要件>

※注1の見直しが行われ、退院後の在宅療養を担う保健医療機関の医療スタッフの職種を追加

- ・入院中の患者について、退院後の在宅療養を担う保健医療機関の保険医又は当該保険医の指導を受けた保健師、助産師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は社会福祉士が、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は社会福祉士と共同して説明・指導を行った上で、文書により情報提供した場合

○退院時共同指導料2（入院中の保険医療機関）

- ・400点（在宅担当医と共同300点、退院後の在宅療養を担う医療スタッフのいずれか3者以上と共同2,000点をそれぞれ加算）（入院中1回）
- ・共同指導が行えなかった場合、自宅以外の場所に退院する患者の療養に必要な情報提供も算定可能

<要件>

※注1の見直しが行われ、退院後の在宅療養を担う医療スタッフの職種を追加

- ・入院中の患者について、退院後の在宅療養を担う保健医療機関の保険医又は当該保険医の指導を受けた保健師、助産師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は社会福祉士が、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は社会福祉士と共同して説明・指導を行った上で、文書により情報提供した場合

※注3の見直しが行われ、退院後の在宅療養を担う医療スタッフ、介護支援専門員の他に相談支援専門員を追加

- ・保険医、看護師等、保険歯科医師、歯科衛生士、保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員若しくは指定特定相談事業者等の相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合

◆退院後の介護サービス支援の準備（介護報酬 介護支援専門員）

○退院・退所加算

- ・入院中3回まで算定可、うち1回は医療機関でのカンファレンスに参加
- ・入院中の要介護者に対し、病院の職員と面談して情報を共有し、ケアプランに反映

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

須高地域栄養サマリー【本施行マニュアル（第1版）】

平成29年3月10日

須高地域栄養サマリーは、病院・施設等において食事に関するサービスを安全に患者へ提供し、誤嚥性肺炎等による再入院等を防止できるよう須高地域医療福祉推進協議会の須高地域医療福祉施設栄養関係職員連絡会にて作成した。

本施行に先立ち、平成28年9月1日から平成29年2月28日までを試行期間として運用するため試行マニュアルを策定し、平成29年3月10日に開催した平成28年度第2回須高地域医療福祉施設栄養関係職員連絡会において要修正箇所等を抽出・検討し、同日平成29年3月10日に本施行マニュアル（第1版）として策定した。

《もくじ》

- 1. 目的・・・・・・・・・・1ページ
- 2. 運用について・・・・1～2ページ
- 3. 様式について・・・・3～4ページ

1. 目的

入院等で食に関する患者さんの状態の変化があった場合、早い段階で情報共有を行い、誤嚥性肺炎等を予防する。栄養サマリーはそのための手段であり、これを活用することで、管理栄養士・栄養士が患者（利用者）に関わる情報を正確に伝達・共有し、円滑な食事提供ができるようにする。

2. 運用について

（1）記入者

- ①管理栄養士
- ②栄養士

※不在時の対応は（5）緊急時の動き を参照。

（2）対象者

全ての方ではなく、まずは誤嚥による事故や肺炎を防止するために、下記の方が対象となる。

- ①摂食嚥下障害のある方（嚥下調整食を食べている方）
- ②経管栄養の方

※試行期間後に対象範囲が広がることもある。

（３）対象機関

須高地域の病院、介護施設、障がい者施設（病院から病院、病院から施設、施設から病院、施設から施設）

※退院・退所による在宅への連絡については、各機関の判断で使用する。

（４）基本の動き

データベースで配布するが、入力しても印刷したものに手書きでもよい。

看護サマリーと共に動くため、紙ベースでのやり取りをする。

渡す側：両面印刷し、看護サマリーに添付する。

受取る側：看護サマリーと共に受け取り、その後の処理は各機関の運用方法に従うが、確実に管理栄養士・栄養士のもとに届くようにする。

（５）緊急時の動き

代筆による間違いの防止のため、記入は管理栄養士・栄養士が行う。管理栄養士・栄養士が不在などで看護サマリーと共に渡すことが難しい場合は、作成でき次第FAX（表面のみ）で送り、その後郵送にて原本（両面印刷）を送付する。

【宛て先】

- ・県立須坂病院：地域医療福祉連携室宛て
- ・新生病院：地域連携室宛て
- ・轟病院：外来宛て
- ・施設：施設宛て

（６）対象者に添付がない場合

何らかの事情で看護サマリーに添付されてこないことも考えられるので、電話にて管理栄養士・栄養士に確認し、作成・送付していただくよう依頼する。

（７）須高地域栄養サマリーの動向把握について

新しい試みなので、どれだけ活用されているかを把握するために、各機関の月ごとの集計（渡した数と受取った数）をする。

専用のシートをデータにて配布するので、その都度管理栄養士・栄養士が入力し、翌月１～１０日の間に地域医療福祉ネットワーク推進室にメールにて送信する。全数把握のため、やり取りなしの場合は０（ゼロ）入力で送信する。集計をとるため返書はないが、今後栄養サマリーの動向把握以外に必要が出てくれば返書も検討する。

（例）９月１日～９月３０日のデータは１０月１日～１０日に送信

（８）集積データについて

集積したデータについては、地域医療福祉ネットワーク推進事業の実績として今後も会議資料等に使用する。事務局から依頼があった際は、期日までにデータを提出する。

3. 様式について

★PC 入力用と手書き用のシートがある。

(1) 主病名、既往歴等看護サマリーと重複している項目について

- ・看護サマリーと共に動くが、受取り後は各機関の運用方法によってばらばらになる可能性もあるため、記入する。従って、看護サマリーも従来通りに食事欄等重複している項目についても記入する。
- ・TEL、FAX：代表か直通かを明記する。
- ・記入日／退院日／入院日：PC 入力用は半角英数で日付の入力をする、年月日に変換される。
(例) 6/9 と入力⇒平成 28 年 6 月 9 日
- ・生年月日：PC 入力用は西暦から入力し、区切りは / を入れると自動で年齢が算出される。
(例) 2000/8/25⇒平成 12 年 8 月 25 日
- ・BMI：PC 入力用は身長と体重を入力すると自動で算出される。
- ・計測日：PC 入力用は半角英数で日付の入力をする、年月日に変換される。
(例) 6/9 と入力⇒H28.6.9

(2) (食事内容) 欄について

①食事内容について

入院・入所中にどんな食事が提供されていたかの情報提示としての欄。特に病院から施設へ移る際は治療食や制限は難しいとの意見があったが、各機関で本人・家族・医師等と相談の上、提供する食事を決定する。

水分制限がある場合は飲水量を記入する。指示のない場合は「指示なし」と記入する。

②食事形態について

- ・副食の『一般食形態』はとろみがついていない状態。
- ・副食の『嚥下学会分類』は栄養サマリーの裏面及び配布した早見表で確認する。

③水分摂取状況について

とろみの強さは栄養サマリーの裏面及び配布した早見表で確認する。

④補助食品について

正式名称を記入し、末尾のアルファベット等は略さない。
補助食品をつけている理由がわかれば備考欄に記入する。

⑤アレルギー・禁忌食品について

誤って摂取してしまった場合を考慮し、アレルギーと薬等による禁忌の食品を記入する。どうしても嫌いな物は備考欄に記入する。

⑥備考欄について

嗜好品や()では書ききれないことを記入する。

(3) (ADL) 欄について

①使用食器について

安全・安楽の確保のため、栄養科で用意しなければならない物もあるため、記入する。

- ・大スプーン：カレースプーンの大きさ
- ・小スプーン：ティースプーンの大きさ
- ・自助食器：栄養科で用意するものを記入する。

②食事に関する問題点について

- ・義歯の状況：総義歯、部分義歯、合っていないがはめたい等食事を摂取する上での留意点があれば記入する。
- ・自歯の状況：歯はなく顎で食べる等食事を摂取する上での留意点があれば記入する。
- ・その他：口内炎、味覚障害等管理栄養士・栄養士が書く（知る）必要があると思われる項目があれば記入する。

(4) (経管栄養) 欄

- ・栄養剤は正式名称を記載し、末尾のアルファベット等は略さない。
- ・エネルギーについては、『食事内容』欄の『エネルギー』欄に記入する。

(5) (検査値及び身体状況) 欄

- ・血液検査値（日付）：PC 入力用は半角英数で日付の入力をする、年月日に変換される。
（例）6/9 と入力⇒H28.6.9
血液検査をされていない場合は空欄とする。
- ・褥創：食事に関して必要があれば記入する。

(6) 備考欄

その他（ ）に書ききれないことや、『食思不振のため、NST介入』等食事を提供する上で必要なことを記入する。



【リビング・ウィル】

終末期医療・ケアに ついての 生前の意思表示

須高地域医療福祉推進協議会(須坂市・小布施町・高山村)

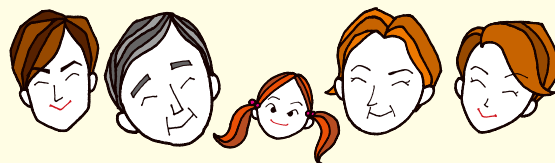
〒382-0091 須坂市大字須坂1391番地(須高医師会館内)

須坂市 健康福祉部 健康づくり課地域医療福祉ネットワーク推進室

電話.026-248-9101 FAX.026-248-9101



生前の意思表示を しましょう。



これまで、多くの方は最期の瞬間(とき)にどうしてほしいのか希望を残しておりませんでした。そのため、特に終末期の治療方針について、家族や医療従事者は判断に困り苦悩する場合があります。

もし、あなたが突然の事故や病気で意識がなくなり、人工呼吸器無しでは呼吸も出来ない状態に陥った場合や、病気の進行などで意思決定能力が無くなり、自分の考えを伝えられなくなったとしたら、どうでしょうか。できる限りの治療によっても、病状が良くなる見込みがなく、近い将来に死が避けられなくなった時のことを考えてください。

飲むことも食べることもできなくなれば、普通は数日の間に静かに息を引き取ります。しかし、点滴で栄養や水分を補給したり、人工呼吸器を装着して機械の力で呼吸をさせるなら、延命は可能になります。

あなた自身が延命治療は希望しない、絶対嫌だと思っていなくても、医療側から栄養補給を含む延命治療を続けるかどうかを聞かれた家族は判断に大変迷うものです。ですから、生前の意思表示は家族の迷いを救うことにもなるのです。

そのために、自分がどうしたいかというあなたの意思(最期が近づいたときの延命治療について希望すること)を、家族に伝え、話し合い、書面に残しておくことが大切なのです。

自分が元気で健康な時こそ、自分の死について考えてみてください。そして自分はどんな最期を望むのかを「生前の意思表示(リビング・ウィル)」*1として書き残しておくことが、『よく生きる』ことにつながるのではないかと考えます。

わが国では法律によって決まっているわけではありませんが、「自己決定権の尊重」を表す1つの手段として、厚生労働省などから出ているガイドラインや指針にしたがい、医療従事者はリビング・ウィルを尊重してくれるようになりました。

注：*1 生前の意思表示(リビング・ウィル)
自分が受ける終末期医療についての要望と自分の最期について意思表示したもの。

書き方・使い方

リビング・ウィルは、現在の意思表示であり、**その内容は常に変更・撤回できます。**
誕生日や記念日などで定期的に見直し、考えが変わるような出来事があったときは書き直してみましょう。
記入日を必ず明記しましょう。また、本人の署名捺印が必要です。
リビング・ウィルについては、予め家族と話し合いをして、保管場所を伝えておきましょう。

私の最期が近づいたときの延命治療について希望すること

1 経管栄養	i 鼻から胃へのチューブ	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 今はわからない
	ii 胃ろう	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 今はわからない
2 点滴	i 腕や足からの点滴	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 今はわからない
	ii 中心静脈栄養	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 今はわからない
	iii 皮下注射	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 今はわからない
3 血圧を上げる薬・心臓の働きを強める薬の使用	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 今はわからない			
4 輸血	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 今はわからない			
5 人工透析	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 今はわからない			
6 気道確保	i 気管挿管	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 今はわからない
	ii 気管切開	☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 今はわからない
7 人工呼吸器の使用(装着)	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 今はわからない			
8 心臓マッサージなどの心肺蘇生	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 今はわからない			
9 抗がん剤の使用	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 今はわからない			

10 その他の希望や家族に伝えておきたいこと

※「痛みだけはとって欲しい」など、上記項目に無いことなどを何でもご自由に記入してください。

記入日 年 月 日

本人署名捺印

住所

氏名

印

家族等署名捺印(本人との続柄:)

住所

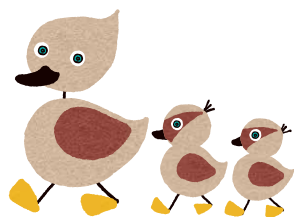
氏名

印

携帯カード

携帯カードは
必要事項を記入し、
保険証などと一緒に、
常に持っていてください。





最期が近づいたときの延命治療について

経管栄養

- チューブによるものは、手術は必要ありませんが、細いチューブを鼻から胃へ通し、流動食や水分、薬を入れる方法です。終末期の状態では、栄養を十分に体内に取り入れることができないため、徐々に低栄養になります。
- 胃ろうは、胃カメラまたは手術でお腹に小さな穴をあけ、チューブを介して胃に直接流動食や水分、薬を入れる方法です。

点滴による水分補給や栄養補給

- 点滴は、腕や足の静脈から入れる方法と、鎖骨の下などの太い静脈に専用の柔らかい管を通す中心静脈による方法があります。食べたり飲んだりできない場合に、水分や栄養を補給します。
- 腕や足の静脈から入れる方法は、重度の脱水にならないようにできますが、十分な栄養を投与することができません。中心静脈による方法は、高カロリー輸液を使用するため、持続的に多くの栄養を摂取できますが、点滴チューブを介した感染症を起こすことがあります。
- 腕や足の静脈から入れる方法が困難な場合や中心静脈による方法が医学的に不適当と考えられる場合などは、皮下注射による方法で水分を補給することもあります。

血圧を上げる薬(昇圧剤)・ 心臓の働きを強める薬の使用

- 血圧を上げて脳や心臓など重要な臓器に血液を送り、機能を保つことを目的に使用し、主に点滴で入れます。

輸血

- 疾患により、数が減ったり働きが悪くなったりした血液細胞や血しょう成分を補充するために、静脈に血液を入れることです。

人工透析

- 腎臓が機能しなくなった時に、腎臓の機能を代行する装置を用い、血液の老廃物を人工的に取り除くことです。

気道確保・人工呼吸器の使用(装着)

- 自身の力による呼吸が不十分になった際に、機械の力により呼吸を補助する方法です。鼻や口からチューブを直接気管に入れる方法(気管挿管)、喉に穴をあけてチューブを入れる方法(気管切開)、気管挿管や気管切開をせずに、鼻や口にマスクをあてる方法があります。
- 装着してから亡くなるまでの期間は病気により違います。

心臓マッサージなどの心肺蘇生

- 心肺蘇生とは、心肺停止(心臓の拍動と呼吸が停止した状態)に至った際に、心臓マッサージや人工呼吸、薬物の注射や点滴によって、回復を目指す医療行為です。気管挿管(口や鼻から気管に管を入れる)、気管切開(喉仏の下あたりから直接気管に管を入れる)、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与等の医療行為をいいます。

抗がん剤の使用

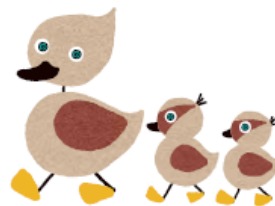
- がん細胞を破壊したり、増殖を抑えたりする薬を使用して治療することです。既に転移がある場合や、手術後の再発予防などに使用します。正常な細胞にも影響を与えてしまうため、副作用が出る場合があります。

(須賀市・小布施町・高山村)
須賀地域医療福祉推進協議会



ハッピー・* エンド計画

もしそのとき笑顔でいられたら。



終末期医療・ケアについての
生前の意思表示【リビング・ウィル】

		希望 する	希望 しない	今は わからない
経管栄養	鼻から胃へのチューブ			
	胃ろう			
点滴	腕や足からの点滴			
	中心静脈栄養			
	皮下注射			
血圧を上げる薬・ 心臓の働きを強める薬の使用				
輸血				
人工透析				

気道確保	気管挿管			
	気管切開			
人工呼吸器の使用(装着)				
心臓マッサージなどの心肺蘇生				
抗がん剤の使用				

その他の希望や家族に伝えておきたいこと

{ }

記入日 年 月 日

本人署名

5 須高地域入退院時連携調整機関連絡先一覧

機 関 名	連 絡 先		
	担当部署名	上段：電話番号 下段：ファクシミリ番号	備 考
県立信州医療センター 〒385-0091 須坂市大字須坂 1332	地域医療福祉連携室	026-246-6577（直通） 026-246-5530（直通）	
新生病院 〒381-0295 小布施町大字小布施 851	地域医療連携室	026-247-2033（代表） 026-247-4727（代表）	
轟病院 〒382-0000 須坂市大字須坂 1239		026-245-0126（代表） 026-245-5833（代表）	地域連携室は無
須坂市地域包括支援センター 〒382-8511 須坂市大字須坂 1528-1 （須坂市役所 2 F）	地域支援係	TEL 026-245-4566 FAX 026-248-1119	
小布施町地域包括支援センター 〒381-0201 小布施町大字小布施 860-1（千年 樹の里・健康福祉センター内）		TEL 026-242-6680 FAX 026-242-6695	
高山村地域包括支援センター 〒382-0821 高山村大字牧 130-1（保健福祉総 合センター“チャオル”）		TEL 026-242-1203 FAX 026-242-1205	
須高地域総合支援センター 〒382-0087 須坂市大字須坂 344-3 （須坂ショッピングセンター内）		TEL 026-248-3750 FAX 026-214-0158	
【ルール運用について】 地域医療福祉ネットワーク推進室 〒382-0091 須坂市大字須坂 1391 （須高医師会館 2 F）	地域医療福祉ネット ワーク推進室	TEL 026-248-9101 FAX 026-248-9101	

※ここに掲載の無い介護保険事業所・障がい者支援事業等については、別冊「須高地域で安心して医療・福祉・介護が受けられるために」を確認のこと。

機 関 名	連 絡 先		
	担当部署名	上段：電話番号 下段：ファクシミリ番号	備 考
長野市民病院 〒381-8551 長野市大字富竹 1333-1	地域医療連携室	026-295-1611（直通） 0120-115-295 （直通・フリーダイヤル）	
長野赤十字病院 〒380-8582 長野市若里五丁目 22-1	医療社会事業課	026-226-4131（代表） 026-228-8439（代表）	
北信総合病院 〒383-8505 中野市西一丁目 5-63	医療福祉相談室	0269-21-2151（代表） 0269-22-2426（代表）	

※ここに掲載の無い介護保険事業所・障がい者支援事業等については、別冊「須高地域で安心して医療・福祉・介護が受けられるために」を確認のこと。