

須高地域入退院時連携調整ルール

(第2版)

須高地域医療福祉推進協議会
第2専門委員会

2025年3月改訂

2018年（平成30年）3月策定

目 次

1	目的	1
2	ルールの運用について	
3	個人情報の取扱いについて	2
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）	3
	A 入院前から介護保険サービスを利用している場合	
	B 退院後に介護保険サービスの利用が見込まれる場合	
	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	
	(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）	7
	A 入院前から障害福祉サービスを利用している場合	
	B 退院後に障害福祉サービスの利用が見込まれる場合	
	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	
5	様式集	
	【様式1】入院時連携シート（居宅介護支援事業所→医療機関）	12
	【様式2】入院時情報提供書（相談支援事業所→医療機関）	13
	【様式3】看護サマリー（兼北信地区看護連絡表）	15
	【様式4】退院時情報提供書（入院医療機関→相談支援事業所）	16
	【様式5】栄養情報提供書	18
	【様式6】リハビリテーション実施計画書	20
6	参考資料	
	(1) 入退院における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬	22
	(2) 須高地域栄養情報提供書の取扱いについて	27

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</u>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。	○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。

5 様式集

【様式1】入院時連携シート（居宅介護支援事業所→医療機関）	12
【様式2】入院時情報提供書（相談支援事業所→医療機関）	13～14
【様式3】看護サマリー（兼北信地区看護連絡表）	15
【様式4】退院時情報提供書（入院医療機関→相談支援事業所）	16～17
【様式5】栄養情報提供書	18～19
【様式6】リハビリテーション実施計画書	20～21

入院時連携シート

病院様

 入院日: 年 / 月 / 日
 記入日: 年 / 月 / 日

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	年 月 日 (歳)			
住 所				電 話				
主介護者	氏名		続柄:	携帯電話				
キーパーソン	氏名		続柄:	携帯電話				
入院時状況								
か かり つ け 機 関 名	医 師 名	連 絡 先	受診方法					
医 療 機 関			通院・訪問診療					
			通院・訪問診療					
			通院・訪問診療					
歯 科			通院・訪問診療					
薬 局								
直近半年間の 入院状況	☐ なし ☐ あり(年 月 日 ~ 年 月 日) ☐ 頻度が多い／繰り返している							
介 護 保 険	認定内容	☐ 要支援() ☐ 要介護() ☐ 更新中 ☐ 区分変更中 ☐ 新規申請中						
	サービス 利用状況							
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 ☐ 車椅子 ☐ 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 ☐ PT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 ☐ あり・ ☐ なし)			意思の伝達	無・有	認知症状	無・有
	寢室	☐ 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 ☐ あり ☐ なし 手すり ☐ あり ☐ なし			問題になる行動: 無・有			
	トイレ	☐ 洋式 ☐ 和式 手すり ☐ あり ☐ なし						
◆ 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								
◆ 家族の様子(介護力等)・その他								

* 退院の見込みが立ちましたら、ケアマネジャーまで連絡をお願いします。

入院時情報提供書(相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関)

記入日: 年 月 日 添付資料: ☐ あり ☐ なし

事業所名		担当者名		連絡先	
------	--	------	--	-----	--

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名					住所		
生年月日	年	月	日(歳)				
障害名・疾患名							
現病歴・既往歴							
医療的ケア	☐ なし ☐ あり→内容:()						
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	☐ なし ☐ 身障()級、内容: ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 肢体 ☐ 内部 ☐ その他	障害支援区分		☐ なし ☐ 申請中			
	☐ 申請中 ☐ 療育() ☐ 精神()級			☐ あり→区分()			

2. 本人の状態、支援における留意点等

※サービス等利用計画、アセスメントシート、別紙等を添付することで、記載を省略することが可能です。

入院中の支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法等を記載してください。 ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください。										
☐ あり(以下に具体的な内容を記載) ☐ あり(添付資料を参照) ☐ なし ☐ 本人・家族からの聴取を希望										
① <u>身体</u> の状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施										
A D L	起居動作	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	移乗	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	歩行	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	更衣・整容	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	食事	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	※食事形態:	☐ 普通	☐ 嚥下食	☐ 経管栄養	☐ その他
	排泄	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	※排泄方法:	☐ トイレ	☐ ホ・タブル	☐ オムツ・パット	☐ その他
② <u>コミュニケーション</u> で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す										
	視力	☐ 問題なし	☐ やや難あり	☐ 困難	聴力	☐ 問題なし	☐ やや難あり	☐ 困難		
	言語	☐ 問題なし	☐ やや難あり	☐ 困難	意思伝達の手段・方法	☐ 問題なし	☐ やや難あり	☐ 困難		
③ <u>行動特性等</u> で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く										
④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載										
退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください。										
☐ あり(以下に具体的な内容を記載) ☐ あり(添付資料を参照) ☐ なし ☐ 本人・家族からの聴取を希望										
退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望					☐ 参加を希望する					

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーにより、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。重度訪問介護の利用者が、入院中の特別なコミュニケーション支援が必要な場合に記入してください。

特別なコミュニケーション支援の必要性		☐ あり(以下を記載)		☐ なし						
特別なコミュニケーション支援が必要な理由										
訪問の可能性がある事業所	事業所		担当者		連絡先		営業時間	:	~	:
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	:	~	:
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	:	~	:
訪問可能な時間帯		☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夜間 ☐ 終日 → 訪問可能な時間帯(: ~ :)								
想定される事業所の支援内容										

4. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。

※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世帯の状況 ☐ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	☐ 単身 ☐ 夫婦のみ ☐ 本人と親 ☐ 本人と子 ☐ その他()					
生活の場所	☐ 自宅 ☐ グループホーム ☐ 施設 ☐ その他()					
キーパーソン	氏名		続柄		連絡先	
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等						

②生活の状況 ☐ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	☐ なし ☐ 障害福祉サービス・障害児支援 ☐ 介護保険サービス ☐ その他					
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
1日の生活の流れ・社会参加の状況						
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等						

③受診・服薬の状況 ☐ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)		☐ なし ☐ あり						
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回/	☐ 外来 ☐ 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回/	☐ 外来 ☐ 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回/	☐ 外来 ☐ 訪問
服薬状況	服薬の有無	☐ なし ☐ あり		服薬管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他()			
	薬の名前							
	留意点・服薬介助のポイント							
アレルギー	☐ なし ☐ あり→内容:()							

看護サマリー(兼北信地区看護連絡表) (例)

様

フリガナ 氏 名	様	生年月日	年 月 日 歳	・ 男 ・ 女
住所		キーパーソン	①氏名 様	続柄
病名			電話	
			携帯	
	②氏名 様		続柄	
	電話			
	携帯			
既往歴		介護保険	・ 無 ・ 有 介護度 ・ 申請中	
		ケアマネ	事業所 担当者 様	
		今後の方向性	・ 在宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ 未定	
		申込先		
		かかりつけ医		
経過要約 (入院 年 月 日 ~ 年 月 日)		日常生活		
	麻痺	・ 無		
		・ 有 (・ 右半身 ・ 左半身 ・ 上肢 ・ 下肢 ・ その他)		
	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		
	聴力障害	・ 無 ・ 有 補聴器 ・ 有 (・ 左 ・ 右) ・ 無		
	視力障害	・ 無 ・ 有 ()		
	意思疎通	・ 可 ・ 不可 ()		
	認知症	・ 無 ・ 有 ()		
	危険行動	・ 無 ・ 有 ()		
	身体抑制	・ 無 ・ 有 ()		
リハビリテーション ・ 無 ・ 有	マットレス	・ 体圧分散マット ・ エアマット ・ 標準マット		
継続を要する看護問題	食事	・ 自立 ・ 介助 ()		
		嚥下障害 ・ 無 ・ 有 義歯 ・ 有 (・ 上 ・ 下 ・ 部分)		
		食事形態 とうみ剤使用: ・ 無 ・ 有		
		・ 経管栄養 (・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻) 注入物:		
		体 重 Kg 測定日 月 日		
病状説明と理解	排泄	胃瘻チューブの商品名・サイズ:		
本人:		最終チューブ交換日: 月 日		
家族:		・ 自立 ・ ポータブル ・ 尿器		
家族の介護力:		・ おむつ (・ 紙おむつ ・ 紙パンツ ・ パット)		
		最終排便: 月 日 ・ 便秘対策 (・ 浣腸 ・ 下剤 ・ その他)		
アレルギー ・ 無 ・ 有 ()	清潔	・ 尿道留置カテーテル (交換日 月 日)		
感染症 ・ 無 ・ 有 ()		商品名とサイズ:		
		・ 清拭 ・ 一般浴 ・ 特殊浴 介助: ・ 無 ・ 有		
		最終入浴日: 年 月 日		
継続を要する医療的管理・処置(実施している項目にチェックを入れ必要事項を記入する)				
・ 酸素 () ・ 人工呼吸器	・ インスリン ()	家族構成		
・ 吸引 回数: 回/1日	・ ストマ 品名: コメント:			
・ 点滴 ・ 末梢 ・ CV () ・ ポート	最終交換日: 年 月 日 日毎交換			
・ 褥瘡 部位: 処置内容:	その他			
・ 内服薬管理(薬剤内容については添付資料参照)				
コメント				
記載日 年 月 日	病棟名	看護師	病棟師長	

* 上記以外への転用・転送を固く禁じます。

2023年8月北信看護連携協議会作成

連絡先(問い合わせ先)

退院時情報提供書（入院医療機関→相談支援事業所）

記入日： 年 月 日 添付資料： ☐ あり ☐ なし

医療機関		記入者		連絡先	
------	--	-----	--	-----	--

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名		住所	
生年月日	年 月 日 (歳)		

2. 本人の思い、生活への希望

※その他資料（看護サマリー等）の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。

病気・障害・後遺症等に対する思い	☐ 添付資料を参照
退院後の生活に関する希望	☐ 添付資料を参照

3. 入院による状態の変化、退院後の支援における留意点等

※その他資料（看護サマリー等）の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。

※入院で状態の変化が生じた場合、在宅側に入院中の様子を伝達したい場合、退院後の生活で留意点がある場合は記載ください。

入院による状態の変化、予後・予測、退院後の支援で留意してほしいこと

※入院時と退院時における状態の変化、入院中の様子、今後の見通し、本人の活動の制約、追加で支援が必要なこと等

☐ あり（以下に具体的な内容を記載） ☐ あり（添付資料を参照） ☐ なし・該当しない

①特に、身体状況の変化や在宅での支援の留意点

A D L	起居動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	歩行	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	更衣・整容	☐ 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	※排泄方法： ☐ トイレ ☐ ホータブル ☐ オムツ・パット ☐ その他	

②特に、コミュニケーションの変化や在宅での支援の留意点

視力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	聴力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難
言語	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	意思伝達	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難

③特に、行動特性等や在宅での支援の留意点

④その他（日常生活・療養で気を付けてほしいこと等）

※その他資料（看護サマリー等）の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。資料がない場合は、伝達が必要な項目について記載してください。

☐ 添付資料を参照☐ 添付資料を参照17

栄養情報提供書

記入日： 年 月 日

医療機関・介護保険施設

担当医師・管理栄養士 様

左記管理栄養士への説明日

説明日： 年 月 日

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
身長	cm(測定日 年 月 日)		病名	
体重	kg(測定日 年 月 日)		BMI	kg/m ² ☐ 算出不能
体重変化	☐ 変化なし ☐ 変化あり 過去 ()週間・か月 ()kg ☐ 増加 ☐ 減少			

栄養状態の評価と課題

【GLIM基準による評価(☐ 非対応※1)判定: ☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養 (☐ 中等度低栄養 ☐ 重度低栄養)
 該当項目:表現型(☐ 体重減少 ☐ 低BMI ☐ 筋肉量減少) 病因(☐ 食事摂取量減少 ☐ 消化吸収能低下、☐ 疾病負荷 ☐ 炎症)

栄養補給に関する事項	必要栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g	褥瘡	☐ 無 ☐ 有	
	摂取栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g			特記事項()
	☐ 無	食種	☐ 一般食	☐ 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				
			☐ 特別食	☐ 脂質制限食 ☐ 消化管術後・潰瘍食 ☐ その他()				
		主食	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ その他()					
			副食	☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ 嚥下調整食(コード※2: ☐ 0J ☐ 0t ☐ 1j ☐ 2-1 ☐ 2-2 ☐ 3 ☐ 4) ☐ その他()				
	☐ 無	とろみ	☐ 無 ☐ 有(☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い)※1 ☐ ゼリー					
		経管栄養	製品名:					
			容量:朝()ml 昼()ml 夕()ml 投与速度()ml/hr					
	☐ 無	水分:朝()ml 昼()ml 夕()ml 投与速度()ml/hr						
問題点	☐ 胃食道逆流 ☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 痰絡み ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ その他()							
静脈栄養 ☐ 無	☐ 末梢 ☐ 中心	製品名:						
食事に関する留意事項	食物アレルギー	☐ 無 ☐ 有()						
	治療による禁止食品	☐ 無 ☐ 有()						
	嗜好による禁止食品	☐ 無 ☐ 有()						
	補助食品	☐ 無 ☐ 有()						
	摂取方法	☐ 自力 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
	食事姿勢	☐ ベット上 (☐ 30度 ☐ 45度 ☐ 60度 ☐ 90度) ☐ 側臥位 (☐ 右 ☐ 左) ☐ 座位 ☐ 車椅子座位 ☐ 指示なし						
	使用食器	☐ 箸 ☐ 大スプーン ☐ 小スプーン ☐ フォーク ☐ 自助食器()						
	その他問題点	☐ 無 ☐ 姿勢保持困難 ☐ 食事への注意散漫 ☐ 食事時の傾眠 ☐ 認知症 ☐ 食物の溜め込み ☐ 嚥下障害 ☐ 咀嚼困難 ☐ 腔内残渣 ☐ 麻痺 (☐ 右 ☐ 左) 自歯の状況() 義歯の状況()						

入院中の経過・栄養食事指導の内容等

※1:GLIM基準による評価を行っている場合は記載すること。行っていない場合は非対応にチェックすること。

※2:裏面の日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「コード分類」及び「とろみ分類」を参照。

問合せ先 施設名: _____
 担当管理栄養士名: _____
 電話番号: _____ (FAX): _____

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)

* 当栄養情報提供書は施設(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2021(食事)早見表【抜粋】

j:ゼリー(jelly)
t:とろみ(thickness)

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・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすることが可能なもの		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・かた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 嚥下調整食品1j	均質で、付着性・凝集性・かたさ、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物も含む 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 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	かたさ・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2021(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、とろみが付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が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	- 明らかにとろみが付いていて、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りと流れる - 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2021(とろみ)に基づく使用量目安一覧 * 水100mlあたり

商品名	使用目安量(g)	薄いとろみ	中間のとろみ	濃いとろみ
トロスマイル		0.6~1.2	1.2~2.0	2.0~3.1
トロミパワースマイル		0.5~1.0	1.0~1.6	1.6~2.4
トロミクリア		0.5~1.1	1.1~2.0	2.0~2.9
トロミアップパーフェクト		0.5~1.0	1.0~1.7	1.7~2.4
つるりんQuickly		0.8~1.6	1.6~2.6	2.6~3.3
トロミアップエース		0.5~1.1	1.1~2.0	2.0~3.2
ソフティアS		0.7~1.4	1.4~2.3	2.3~3.2
明治かんたんトロメイク		0.7~1.5	1.5~2.4	2.4~3.5
新スルーキングi		0.6~1.3	1.3~2.2	2.2~3.4
ネオハイトロミールR&E		0.6~1.4	1.4~2.2	2.2~3.2
ネオハイトロミールⅢ		0.4~0.8	0.8~1.4	1.4~2.1
トロメリンV		0.6~0.9	0.9~1.4	1.4~1.9

※1 この早見表は抜粋です。必ず原本の早見表及び『日摂食嚥下リハ会誌25(2):135-149, 2021』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2021』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実施計画書				
患者氏名		性別 (男・女)	年齢 (歳)	計画評価実施日 (年 月 日)
算定病名		治療内容		発症日・手術日 (年 月 日)
		☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語療法		リハ開始日 (年 月 日)
併存疾患・合併症		安静度・リスク		禁忌・特記事項

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載	
☐ 意識障害 (JCS・GCS) ☐ 呼吸機能障害 - ☐ 酸素療法 () L/min ☐ 気切 ☐ 人工呼吸器 ☐ 循環障害 - ☐ EF () % ☐ 不整脈 (有・無) ☐ 危険因子 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病 ☐ 喫煙 ☐ 肥満 ☐ 高尿酸血症 ☐ 慢性腎臓病 ☐ 非実施 ☐ 家族歴 ☐ 狭心症 ☐ 陳旧性心筋梗塞 ☐ その他 ☐ 摂食嚥下障害 () ☐ 栄養障害 () ☐ 排泄機能障害 () ☐ 褥瘡 () ☐ 疼痛 () ☐ その他 ()	☐ 関節可動域制限 () ☐ 拘縮・変形 () ☐ 筋力低下 () ☐ 運動機能障害 (☐ 麻痺 ☐ 不随意運動 ☐ 運動失調 ☐ パーキンソニズム) ☐ 筋緊張異常 () ☐ 感覚機能障害 (☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 表在覚 ☐ 深部覚) ☐ 音声・発話障害 (☐ 構音 ☐ 失語 ☐ 吃音 ☐ その他 ()) ☐ 高次脳機能障害 (☐ 記憶 ☐ 注意 ☐ 失行 ☐ 失認 ☐ 遂行) ☐ 精神行動障害 () ☐ 見当識障害 () ☐ 記憶障害 () ☐ 発達障害 (☐ 自閉症※外証 ☐ 学習障害 ☐ 注意欠陥多動性障害)

基本動作					
☐ 寝返り (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施) ☐ 起き上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施) ☐ 立ち上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)	☐ 座位保持 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施) ☐ 立位保持 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施) ☐ その他 ()				
日常生活活動 (動作) (実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載				使用用具及び介助内容等	
項目		得点	開始時→現在		
運動	セルフケア	食事	→	10・5・0 → 10・5・0	
		整容	→	5・0 → 5・0	
		清拭・入浴	→	5・0 → 5・0	
		更衣 (上半身)	→		
		更衣 (下半身)	→	10・5・0 → 10・5・0	
		トイレ	→	10・5・0 → 10・5・0	
	排泄	排尿コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0	
		排便コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0	
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	→		
		トイレ	→	15・10・5・0 → 15・10・5・0	
	移動	歩行 (杖・装具:)	→	15・10・5・0 → 15・10・5・0	
		車椅子			
小計 (FIM 13-91、BI 0-100)		→	→		
認知	コミュニケーション	理解	→		
		表出	→		
	社会認識	社会的交流	→		
		問題解決	→		
		記憶	→		
	小計 (FIM 5-35)		→		
合計 (FIM 18-126)		→			

栄養 (※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)				
基礎情報	☐ 身長 (*1) : () cm	☐ 体重 : () kg	☐ BMI (*1) : () kg/m ²	*1:身長測定が困難な場合は省略可
栄養補給方法 (複数選択可)	☐ 経口 (☐ 食事 ☐ 補助食品)	☐ 経管 (☐ 経鼻胃管 ☐ 胃ろう ☐ その他)	☐ 静脈 (☐ 末梢 ☐ 中心)	
嚥下調整食の必要性: (☐ 無 ☐ 有 : (学会分類コード))				
栄養状態の評価: ①GLIM基準による評価 (成人のみ): 判定 ☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養 (☐ 中等度低栄養 ☐ 重度低栄養)				
該当項目 表現型 (☐ 体重減少 ☐ 低BMI ☐ 筋肉量減少)	病因 (☐ 食事摂取量減少/消化吸収能低下 ☐ 疾病負荷/炎症)			
②GLIM基準以外の評価 ☐ 問題なし ☐ 過栄養 ☐ その他 ()				
【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】				
必要栄養量	熱量: () Kcal	たんぱく質量 () g		
総摂取栄養量 (経口・経腸・経静脈栄養の合計 (*2))	熱量: () Kcal	たんぱく質量 () g	*2:入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可	

口腔 (※回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は必ず記入)	
義歯の使用: ☐ あり ☐ なし	歯肉の腫れ、出血: ☐ あり ☐ なし
歯の汚れ: ☐ あり ☐ なし	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる: ☐ できない ☐ できる ☐ その他 ()

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ				
☐ 要介護状態区分等 ☐ 申請中 ☐ 要支援状態区分 (☐ 1 ☐ 2) ☐ 要介護状態区分 (☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)	☐ 身体障害者手帳 種	☐ 精神障害者保健福祉手帳 級	☐ 療育手帳 障害程度	☐ その他 (難病等)
目標 (1ヶ月)	目標 (終了時)			
	☐ 予定入院期間 () ☐ 退院先 () ☐ 長期的・継続的にケアが必要			
治療方針 (リハビリテーション実施方針)	治療内容 (リハビリテーション実施内容)			
リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ 説明者署名 _____	説明を受けた人: 本人、家族 () 説明日: 年 月 日 署名 _____			

目標 ※該当する項目のみ記載する		具体的な対応方針 ※必要な場合記載する
参加	☐ 居住場所 - ☐ 自宅 (☐ 戸建 ☐ マンション) ☐ 施設 ☐ その他 () ☐ 復職 - ☐ 現職復帰 ☐ 配置転換 ☐ 転職 ☐ 不可 ☐ その他 () - ☐ 通勤方法の変更 ☐ 就学・復学・進学 - ☐ 可能 ☐ 就学に要配慮 ☐ 転職 ☐ 不可 ☐ その他 () - ☐ 療育・通学先 () ☐ 通学方法の変更 () ☐ 家庭内役割 () ☐ 社会活動 () ☐ 趣味 ()	
活動	☐ 床上移動 (寝返り、すり這い移動、四つ這い移動など) - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 非実施 - ☐ 装具・杖等 ☐ 環境設定 ☐ 屋内移動 - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 非実施 - ☐ 装具・杖・車椅子等 () ☐ 屋外移動 - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 非実施 - ☐ 装具・杖・車椅子等 () ☐ 自動車運転 - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 非実施 - ☐ 改造 () ☐ 公共交通機関利用 - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 非実施 - ☐ 種類 () ☐ 排泄 (移乗以外) - ☐ 自立 ☐ 介助 (☐ 下位操作 ☐ 拭き動作 ☐ カテーテル) - ☐ 種類 (☐ 洋式 ☐ 和式 ☐ その他 ()) ☐ 食事 - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 非実施 - ☐ 箸 ☐ フォーク等 ☐ 胃ろう又は経管 - ☐ 食形態 () ☐ 整容 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 更衣 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 入浴 ☐ 自立 ☐ 介助 - ☐ 浴槽 ☐ シャワー - ☐ 洗体介助 ☐ 移乗介助 ☐ 家事 - ☐ 全て実施 ☐ 非実施 ☐ 一部実施 () ☐ 書字 - ☐ 自立 ☐ 利き手交換後自立 ☐ その他 () ☐ PC・スマートフォン・ICT - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ コミュニケーション - ☐ 自立 ☐ 介助 - ☐ コミュニケーション機器 ☐ 文字盤 ☐ 他者からの協力	
	対応を要する項目	具体的な対応方針
心理	☐ 精神的支援 () ☐ 障害の受容 () ☐ その他 ()	
環境	☐ 自宅の改築等 () ☐ 福祉機器の導入 () ☐ 社会保障サービス - ☐ 身障手帳 ☐ 障害年金 ☐ 難病・小慢受給者証 ☐ その他 () ☐ 介護保険サービス - ☐ 通所リハ ☐ 訪問リハ ☐ 通所介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問介護 ☐ 老健 ☐ 特養 ☐ 介護医療院 ☐ その他 () ☐ 障害福祉サービス等 - ☐ 放課後デイ ☐ 児童発達支援 (医療・福祉) ☐ 生活介護 ☐ その他 ☐ その他 ()	
第三者の不利	☐ 退院後の主介護者 () ☐ 家族構成の変化 () ☐ 家庭内役割の変化 () ☐ 家族の社会活動変化 ()	

6 参考資料

(1) 入退院における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬

(2024 年 4 月及び 6 月改訂後)

地域医療福祉ネットワーク推進室調べ

	医療機関等（診療報酬）	居宅介護支援事業所（介護報酬）	相談支援事業所（障害福祉サービス等報酬）
入院時	○入院時支援加算 1（240 点） ○入院時支援加算 2（200 点） ○入院事前調整加算（200 点） ○協力対象施設入所者入院加算	○入院時情報連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）	○入院時情報連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）
退院時	○介護支援等連携指導料（400 点） ○入退院支援加算 1 入退院支援加算 2 ○退院時共同指導料 1（特別管理指導加算） 退院時共同指導料 2（多機関共同指導加算） ○在宅復帰機能強化加算（50 点） ○栄養情報連携料（70 点） ○在宅患者訪問薬剤管理指導	○退院・退所加算	○退院・退所加算

ア 診療報酬

(ア)入院時支援加算 1・2 2024 診療報酬改定（退院時 1 回）

入院前（外来時点）から適切な入院治療に向けた支援を行った場合に、【入退院支援加算】に更に加算する。

①算定対象

- ・ 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

②算定要件

入院の予定が決まった患者に対し、①入院前に以下の 1）から 8）を行い、②入院中の療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病院職員と共有すること

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価
- 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認
- 6) 退院困難な要因の有無の評価（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）
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

・ 入院時支援加算 1 の場合は上記 1）から 8）の全てを実施、入院時支援加算 2 は 1）、2）、8）を必須とする。

(イ)入院事前調整加算 2024 診療報酬改定

入院前に患者や家族、障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、【入退院支援加算】に更に加算する。

①算定要件

コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者、強度行動障害の状態の者について、患者や家族、障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。入退院支援加算を算定する患者であること。

(ウ)協力対象施設入所者入院加算 (入院初日) 2024 診療報酬改定新設

介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院させた場合を評価するもの。

- ・往診が行われた場合 600 点
- ・上記以外の場合（救急搬送された者を除く） 200 点

(エ)介護支援等連携指導料 (入院中2回まで)

- ・入院の原因となった疾患・障害等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護等サービスを導入することが適当であり、本人も導入を望んでいる患者が、入院中から介護支援専門員又は相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン等の作成につなげることを評価するもの。
- ・医師又は看護師等の適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた又は退院後に選択した介護支援専門員や相談支援専門員と共同して、導入が望ましいと考えられる介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できる。
- ・初回の指導は、介護等サービスの利用の見込みがついた段階で、地域で導入可能な介護等サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、2回目の指導は、退院後に想定される情報収集や退院後の外来診療の見込み等の指導を行うこと等を想定したもの。
- ・行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等については、介護支援専門員又は相談支援専門員に情報提供を求め、ケアプラン等の写しを診療録等に添付すること。

(オ)入退院支援加算 (退院時1回)

	イ 一般病棟入院基本料等の場合	ロ 療養病棟入院基本料等の場合
入退院支援加算 1	700 点	1,300 点
入退院支援加算 2	190 点	635 点

- ・退院支援計画の内容に、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理等の内容や多職種チームとの役割分担を盛り込むことを追加する

①算定要件

- ・退院困難な要因を有する入院中の患者であり、在宅での療養を希望する者に入退院支援を行った場合
- ・他医療機関において加算を算定した患者の転院（1回の転院に限る。）を受け入れ、患者に対して入退院

支援を行った場合

(カ)退院時共同指導料 1、特別管理指導加算

- ・在宅療養支援診療所の場合 1,500 点（特別な管理を要する状態等の時は、特別管理指導加算 200 点を加算する）

- ・上記以外の場合 900 点

①算定要件

- ・医療機関に入院中の患者について、在宅療養医療機関の保険医又は看護師等が、退院後の在宅での療養上必要な説明等を、入院中の医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、入院中 1 回に限り、在宅療養医療機関において算定する。ただし、別に定める疾病等の患者については、在宅療養医療機関の保険医又は看護師等が、患者が入院している医療機関の保険医又は看護師等と 1 回以上共同して行う場合は、入院中 2 回に限り算定できる。

- ・厚生労働大臣の定める特別な管理を要する状態にある時は、特別管理指導加算として【退院時共同指導料 1】に 200 点を加算する。

- ・退院時共同指導料は、患者の家族等に対して指導を行った場合にも算定できる。

(キ)退院時共同指導料 2、多機関共同指導加算

- ・医療機関に入院中の患者について、医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養医療機関の保険医若しくは看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者が入院している医療機関において、入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に定める疾病等の患者については、患者が入院している医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養医療機関の保険医又は看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と 1 回以上、共同して行う場合は、入院中 2 回に限り算定できる。

- ・入院中の医療機関の保険医及び在宅療養医療機関の保険医が共同して指導を行った場合、【退院時共同指導料 2】に 300 点を加算する。

- ・入院中の医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養医療機関の保険医若しくは看護師等、歯科医師若しくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は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に、多機関共同指導加算として 2,000 点を【退院時共同指導料 2】に加算する。

- ・退院時共同指導料は、患者の家族等に対して指導を行った場合にも算定できる。

(ク)在宅復帰機能強化加算

【療養病棟入院料 1】を算定する病棟において、在宅復帰機能の高い病棟を評価したもの。

①算定要件

- ・療養病棟入院基本料 1 を算定している病棟であること

- ・1 か月以上入院していた患者のうち在宅（自宅、居住系施設等）に退院した患者が 50%以上であること

- ・退院した患者の在宅生活が 1 か月以上継続していることを確認すること

- ・在宅に退院した 1 年間の患者数 ÷ 1 年間の 1 日平均入院患者が 15%以上であること

(ケ)栄養情報連携料 2024 診療報酬改定新設 (入院中 1 回)

①対象患者

- ・入院栄養食事指導料を算定した患者
- ・退院先が他の保険医療機関等であり、栄養管理計画が策定されている患者

(コ)在宅患者訪問薬剤管理指導

- ・在宅療養者のうち要介護認定を受けていない方、通院が困難な患者に対するサービス
- ・単一建物診療患者 1 人に対し 650 点を算定、2 人以上 9 人以下の場合は 320 点算定
- ・ひとりの患者につき月 4 回まで算定可能(末期がん患者および中心静脈栄養を行っている患者は週 2 回、月 8 回まで算定可能)、算定回数が 2 回以上になる場合には 6 日以上の間隔をあける

イ 介護報酬

(ア)入院時情報連携加算

①入院時情報連携加算(Ⅰ): 250 単位/月

- ・利用者が病院に入院した日のうちに、病院職員に対して必要な情報を提供する(入院日以前の情報提供を含む。営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。) 提供方法は問わない

②入院時情報連携加算(Ⅱ): 200 単位/月

- ・利用者が病院に入院した日の翌日又は翌々日に、病院職員に対して必要な情報を提供する(営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して 3 日目が営業日でない場合は、その翌日を含む) 提供方法は問わない

(イ)退院退所加算(入院若しくは入所期間中に 1 回)

- ・医療機関を退院または介護施設等を退所して、在宅での生活に移行する利用者について、情報提供を受け、介護サービスの調整等を行うことを評価する加算
- ・原則は退院・退所前が望ましいが、退院後 7 日以内でも算定可能とする
- ・医療機関等の職員と面談(テレビ電話等の活用可)を行い、ケアプランを作成し、サービス調整を行う

	カンファレンス以外	カンファレンスに参加
(Ⅰ) 連携 1 回	イ 450 単位	□ 600 単位
(Ⅱ) 連携 2 回以上	イ 600 単位	□ 750 単位(1 回以上はカンファレンスによる)
(Ⅲ) 連携 3 回以上	—	900 単位(1 回以上はカンファレンスによる)

- ・カンファレンスに参加した場合は、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について、居宅サービス計画等に記録し、利用者・家族に提供した文書の写しを添付する必要がある

ウ 障害福祉サービス等報酬

(ア)入院時情報連携加算 2024 年度報酬改定 (月 1 回限り)

- ・利用者が病院に入院する際に必要な情報を医療機関へ提供することで得られる加算

①加算(Ⅰ) 医療機関職員と面接した場合に 300 単位/月

②加算(Ⅱ) FAX や書面による提供の場合に 150 単位/月

- ・ 提供内容：利用者の基本情報、状態、支援の留意点、生活環境、受診服薬状況
- ・ 事業所間連携が必要な場合、共同で「入院時情報提供書」を作成し医療機関へ提出する

(イ)退院退所加算 （入所、入院、外泊の期間につき3回を限度） 300 単位/月

- ・ 障害福祉施設や児童福祉施設を退所（退院）する利用者の退所にあたり、施設の職員と面談を行い、利用者とその家族に関する必要な情報提供を受けた上で支援利用計画を作成することで算定できる加算

須高地域栄養情報提供書の取り扱いについて

2017 年（平成 29 年）3 月 10 日策定

2024 年 6 月改訂

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することを目的に、2017（平成 29）年 3 月 10 日に須高地域医療・福祉施設栄養職員連絡会にて須高地域栄養サマリーを作成し、活用してきた。

2024 年 6 月の診療報酬改定に伴い、須高地域栄養サマリーを栄養情報提供書に改訂することとした。

1. 目的

入院等で食に関する患者の状態変化があった場合、栄養情報提供書を活用し、医療・介護・福祉が連携して、患者（利用者）に関わる情報を正確に伝達・共有し、円滑な食事提供をすることで一体的でスムーズな食支援を提供する。

2. 主な改訂内容

- ・退院先の管理栄養士への説明日、問合せ先の追加
- ・栄養状態の評価と課題、GLIM 基準による評価の追加
- ・検査値及の削除（今後は看護サマリーにおいて確認する）

3. 運用について

(1)記入者 管理栄養士、栄養士

(2)対象者 摂食嚥下障害のある者（嚥下調整食を食している者）、経管栄養の者等

(3)提供方法

- ・病院から施設等へ提供する場合、栄養食事指導を行った患者については看護サマリーに添付する。
また、栄養食事指導を行わないが情報提供が必要な患者については、退院先の管理栄養士等へ電話または対面等で情報提供し、共有してから看護サマリーに添付する。
- ・施設から病院等へ提供する場合、ファクシミリも可とするが、可能な範囲で看護サマリーに添付する。

(4)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. 様式について

- ・栄養情報提供書の裏面には、学会分類 2021（食事及びとりみ）早見表【抜粋】、学会分類 2021（とりみ）に基づく使用量目安量を記載する。

須高地域入退院時連携調整ルール

2018 年 3 月策定

2025 年 3 月改訂

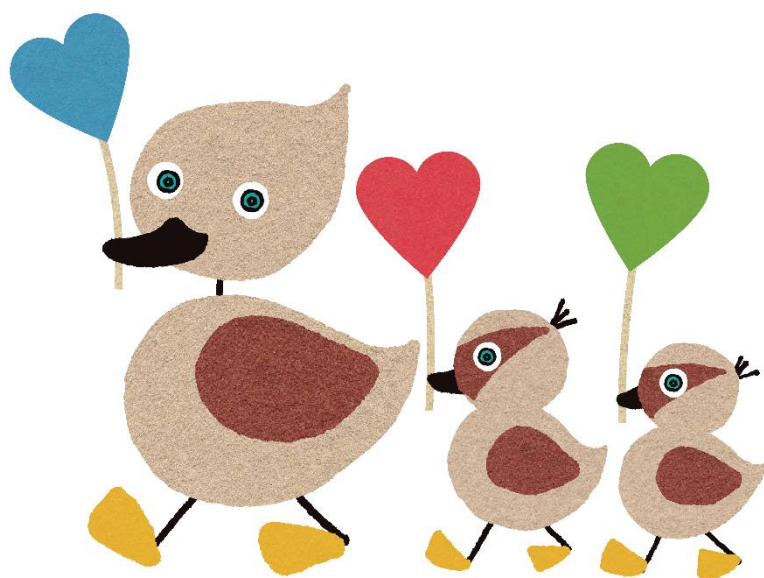
策 定 須高地域医療福祉推進協議会（須坂市・小布施町・高山村）

編 集 須高地域医療福祉推進協議会 第 2 専門委員会

事務局 地域医療福祉ネットワーク推進室

〒382-0911 長野県須坂市大字須坂 1391 番地

電話 026-248-9101



須高地域医療福祉推進協議会

(須坂市・小布施町・高山村)