

令和5年度  
老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

令和5年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業  
医療・介護連携の推進に向けた情報提供のあり方  
にかかる調査研究事業

報告書

令和6（2024）年3月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

**NTT DATA**

株式会社 NTTデータ 経営研究所

## <目次>

|     |                    |    |
|-----|--------------------|----|
| 第1章 | 本事業の概要 .....       | 1  |
| 1.  | 背景・目的 .....        | 1  |
| 2.  | 実施内容 .....         | 1  |
| 3.  | 実施体制 .....         | 3  |
| 4.  | 検討委員会の開催 .....     | 5  |
| 第2章 | 結果の概要 .....        | 6  |
| 1.  | 様式検討の考え方 .....     | 6  |
| 2.  | ヒアリング調査 .....      | 6  |
| 3.  | 様式案の作成 .....       | 6  |
| 4.  | 総括（今後の課題と展開） ..... | 7  |
| 第3章 | 様式検討の考え方 .....     | 8  |
| 1.  | 目的 .....           | 8  |
| 2.  | 方法 .....           | 8  |
| 3.  | 結果 .....           | 8  |
| 4.  | まとめ .....          | 10 |
| 第4章 | ヒアリング調査 .....      | 12 |
| 1.  | 目的 .....           | 12 |
| 2.  | 方法 .....           | 12 |
| 3.  | 結果 .....           | 15 |
| 4.  | まとめ .....          | 25 |
| 第5章 | 様式案の作成 .....       | 26 |
| 1.  | 目的 .....           | 26 |
| 2.  | 方法 .....           | 26 |
| 3.  | 結果 .....           | 26 |
| 4.  | まとめ .....          | 46 |
| 第6章 | 総括（今後の課題と展開） ..... | 54 |
| 1.  | 今後の課題 .....        | 54 |
| 2.  | 今後の展開 .....        | 55 |

参考資料 56



# 第1章 本事業の概要

## 1. 背景・目的

高齢者の増加とともに、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が増加する。それぞれの高齢者が“ときどき入院、ほぼ在宅・施設”のどの場面においても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントが求められている。

このような医療・ケアの実現に向け、医療・介護の関係者、関係機関間の情報提供や共有、相互の理解といった連携を更に推進する必要がある。関係者間の情報提供、共有にあたっては、医療・ケアが継続的に提供されるように情報を必要十分に伝えることが不可欠であり、情報提供時の様式はそれを支援するものであることが求められる。

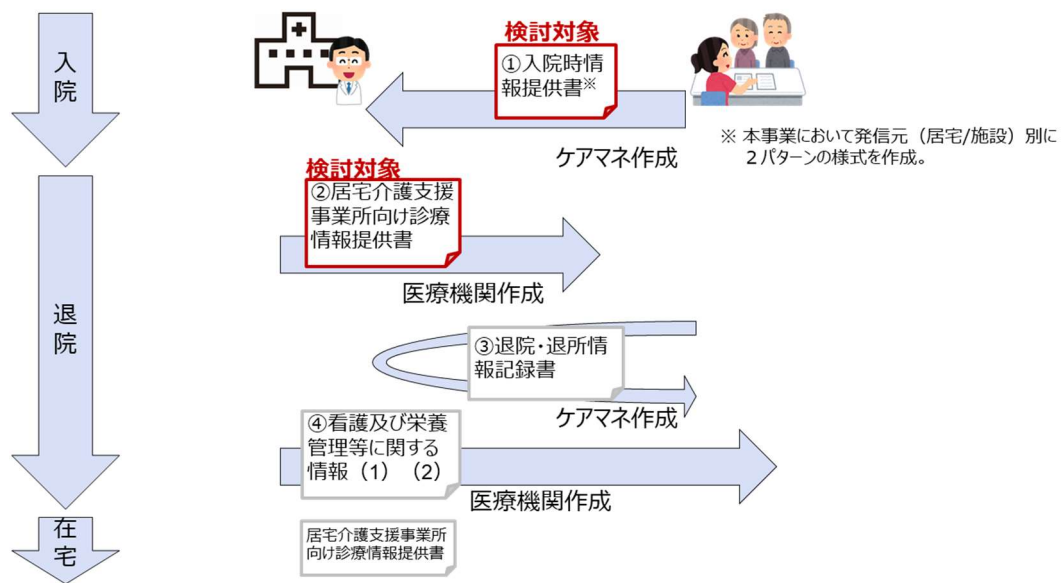
他方、「経済財政運営と改革の基本方針 2022」において、介護情報も含めた「全国医療情報プラットフォーム」の構築が進められている。デジタル化された医療・介護情報を利活用することにより、医療・介護サービスの更なる質の向上や業務負荷軽減に資することが目指されている。

本事業では、将来的な全国医療情報プラットフォームの整備等も見据え、関係機関間の情報提供や共有、相互の理解向上を目的に、医療機関・介護事業所間で情報提供を行う際に用いる様式について、関係団体や専門家等の意見を踏まえ、必要な項目等の検討を行った。

## 2. 実施内容

本事業では、入退院時に医療と介護の間で連携される様式である「入院時情報提供書」、及び「居宅介護支援事業所向け診療情報提供書」の改訂に向けた検討を行った。改訂対象の様式の利用の場面について図表 1-1 に示す。

図表 1-1 本事業における検討対象の様式



### （１）様式検討の考え方

本事業では、様式の改訂を行うにあたって、文献調査の結果や先行ヒアリングの結果を参考に、様式検討の考え方の整理を行った。

### （２）ヒアリング調査

本事業では、様式改訂にあたって現場で発生している入退院時の情報連携の実態や課題を把握することを目的に医療機関や自治体に対するヒアリングを実施した。

### （３）様式案の作成

本事業では、（１）様式検討の考え方で整理した様式検討の考え方に沿って様式案の作成をすすめた。作成の過程では検討委員会での委員からの意見や、ヒアリング調査結果等を参考に検討を行った。

### 3. 実施体制

学識経験者と実務者から構成される検討委員会を設置し、検討委員会を開催した。検討委員会の委員一覧を図表 1-2、厚生労働省オブザーバー一覧を図表 1-3、事務局一覧を図表 1-4 にそれぞれ示す。

図表 1-2 検討委員会 委員（五十音順、敬称略）

| 氏名  |        | 所属・役職名                                |
|-----|--------|---------------------------------------|
| 委員長 | 田中 志子  | 医療法人大誠会 内田病院 理事長                      |
|     | 相田 里香  | 青い鳥合同会社 代表                            |
|     | 岩崎 朋之  | 公益社団法人日本看護協会<br>看護師職能委員会 I 病院領域 委員    |
|     | 江澤 和彦  | 公益社団法人 日本医師会 常任理事                     |
|     | 落久保 裕之 | 一般社団法人 広島県介護支援専門員協会 会長<br>医療法人裕心会 理事長 |
| 委員  | 加藤 馨   | 全国老人福祉施設協議会 老施協総研運営委員会 委員長            |
|     | 小林 広美  | 一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長                |
|     | 坂上 陽一  | 公益社団法人肝属郡医師会<br>肝属郡医師会立病院 地域医療室長      |
|     | 進藤 晃   | 医療法人財団利定会 理事長                         |
|     | 瀬戸 僚馬  | 東京医療保健大学 医療保健学部医療情報学科 教授              |
|     | 東 憲太郎  | 全国老人保健施設協会 会長                         |

図表 1-3 厚生労働省 老健局 オブザーバー（敬称略）

| 氏名     |        | 所属・役職名                 |
|--------|--------|------------------------|
| オブザーバー | 佐野 隆一郎 | 老健局老人保健課長補佐            |
|        | 増田 絵美奈 | 老健局老人保健課長補佐            |
|        | 藤井 麻耶  | 老健局老人保健課長補佐            |
|        | 臼井 麗   | 老健局老人保健課主査             |
|        | 大城 正志  | 老健局認知症施策・地域介護推進課長補佐    |
|        | 諏訪林 智  | 老健局認知症施策・地域介護推進課人材研修係長 |
|        | 飯村 祥子  | 保険局医療課長補佐              |
|        | 谷口 倫子  | 地域医療計画課 地医師確保等地域医療対策室長 |
|        | 平野 真紀  | 医政局地域医療計画課 在宅看護専門官     |

図表 1-4 事務局

| 氏名  |       | 所属・役職名                                               |
|-----|-------|------------------------------------------------------|
| 事務局 | 米澤 麻子 | 株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット<br>パートナー      |
|     | 石川 理華 | 株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット<br>シニアコンサルタント |
|     | 天童 空美 | 株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット<br>シニアコンサルタント |

#### 4. 検討委員会の開催

検討委員会を全3回開催した。開催概要を図表 1-5 に示す。

図表 1-5 検討委員会の開催概要

|     | 日時・場所                                                             | 主な検討内容                                                                                                                  |
|-----|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第1回 | 2023年8月2日（水）<br>16:00～18:00<br>砂防会館 別館 A 特別室<br>／オンライン会議          | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 様式検討の考え方</li><li>・ 様式改訂案の検討</li><li>・ 先行ヒアリング調査結果</li><li>・ ヒアリング調査方針</li></ul> |
| 第2回 | 2023年10月12日（木）<br>13:00～15:00<br>株式会社 NTT データ経営研究所会議室<br>／オンライン会議 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 様式検討の考え方</li><li>・ ヒアリング調査結果</li><li>・ 様式改訂案の検討</li></ul>                       |
| 第3回 | 2023年12月7日（木）<br>13:00～15:00<br>株式会社 NTT データ経営研究所会議室<br>／オンライン会議  | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 様式検討の考え方</li><li>・ 様式改訂案の検討</li><li>・ 今後の展開について</li></ul>                       |

## 第2章 結果の概要

### 1. 様式検討の考え方

本事業において様式の改訂を行うにあたり、入院直後の迅速な情報共有と生活者像の共有を重視することとした。

早期の情報共有の視点では、共有すべき情報の項目を必要最低限に絞ること、可能な限り既存の別様式の共有を可能とする様式へ改訂することとした。

生活者像の共有の視点では、第一に、生活の視点として『適切なケアマネジメント手法の手引き』、『課題分析標準項目』を参考に生活全体のアセスメントの考え方を盛り込むこととした。第二に、医療の視点として入院時情報提供書にも在宅生活に必要な医療の情報を盛り込むこととした。第三に、認知症の利用者（患者）の状態像を共有する項目を盛り込むこととした。

以上を基本的な考え方とし、関係団体や専門家等の意見を踏まえ、様式案の改訂を行うこととした。

### 2. ヒアリング調査

本事業でのヒアリング調査の結果、様式の運用に関する観点では、入院時・退院時とも書面で情報を連携する場合には FAX が利用されるケースが非常に多く広域で情報連携出来る仕組みが望まれていること、入院時の情報連携は書面（入院時情報提供書）によって行われているが入院時情報提供書の作成の負担感が非常に強いこと、退院時の情報連携は書面ではなくケアマネジャーの退院時カンファレンスへの参加等の形で行われるケースも多くあることが明らかになった。また、本事業で検討されている退院時に使用する想定居宅介護支援事業所向けの診療情報提供書については在宅医療の現場等へ展開することは運用上困難である可能性が高いことから、別途改定を検討する必要性があることも示唆された。

様式の項目に関する観点では入院時・退院時とも「人生の最終段階における医療・ケアに関する本人・家族の意向」に関する情報の連携が望まれていることが明らかになったが、一方で特にケアマネジャーが当該情報を書面で連携する際の心理的な負担感が懸念されるため、様式に反映する際にはこの点に配慮が必要であることも示唆された。

### 3. 様式案の作成

早期の情報共有—記載に要する時間をできる限り短縮する様式とすること、生活者像の共有—医療機関においては患者の在宅生活を、居宅介護支援事業所においては利用者の医療ニーズを把握することに資する様式とするという2つの観点から、様式案を作成した。今後、本様式が医療・介護の連携の場で活用されることにより、入退院時の連携がより早期に、効率的に行われることが期待される。

一方で、ヒアリング調査において、既存様式の現場への普及率の低さが指摘された。そのため、改訂版様式を医療・介護の現場に普及するための施策の検討が必要である。独自の様式を運用している地域

が多くあるという実態を踏まえ、診療・介護報酬改定において、改訂版様式の活用方法を示す等の施策を実施することが必要であると考えられる。

#### 4. 総括（今後の課題と展開）

本事業の成果として、有識者や現場の意見を反映された入院時情報提供書（居宅版）、入院時情報提供書（施設版）、退院時診療情報提供書の改定が実現した。今後、改定された様式が各地域において適切に運用され、入退院時の情報連携が促進され、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができようことが望まれる。

今回改定された様式の大きな変更点のひとつに「人生の最終段階における医療・ケアに関する本人・家族の意向」の項目の追加がある。患者・利用者の尊厳を保持しつつ本人・家族の意向を正しく確認し、正確に情報連携していくためには、医療・介護の現場の双方でより一層の人生の最終段階における医療・ケアに関する理解の促進と体制作りが必要になる。

その一方でヒアリング調査の結果から特に退院時の情報連携においては様式を使用せずケアマネジャー等の退院時カンファレンスへの参加等の形で行われるケースも多くあることが明らかになっている。今回改定された退院時診療情報提供書がより入退院時の情報連携の場で活用され、「人生の最終段階における医療・ケアに関する本人・家族の意向」をはじめとした退院時に連携すべき情報が適切に連携されるようにするためには、医療・介護間の情報連携の体制のあり方の検討が必要になる。

更に、同じくヒアリング調査の結果から、入院時・退院時とも書面で情報を連携する場合には FAX が利用されるケースが非常に多く、広域で情報連携出来る仕組みが望まれていることも明らかになっている。広域で電子的に入退院時の情報が医療・介護間で連携出来る仕組みを実現することによって、入退院時の情報連携にかかる負担を軽減すること等により即時性のある情報連携を実現していくことが今後望まれるだろう。

## 第3章 様式検討の考え方

### 1. 目的

高齢化とともに、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が増加する。それぞれの高齢者が、時に入院を経ながらも基本的には施設・在宅という住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントが求められている。

このような医療・ケアの実現に向け、医療・介護の関係者、関係機関間の情報提供や共有、相互の理解といった連携を更に推進する必要がある。関係者間の情報提供、共有にあたっては、医療・ケアが継続的に提供されるように相互に情報を必要十分に伝えることが不可欠であり、情報提供時の様式はそれを支援するものであることが求められる。

そこで、様式検討は、高齢者の入退院の場面において迅速に必要な情報を提供、共有することに資する情報提供様式を作成することを目的として実施する。

### 2. 方法

#### (1) 文献調査

厚生労働省が示す現行様式の他、各地域で用いられている入退院時の情報共有のための様式の机上調査を実施し、盛り込まれている視点を確認した。

様式改訂案に盛り込むべき視点を精査するため、介護支援専門員が行うアセスメントの視点、居宅介護支援事業所と医療機関が共通して持つべき医療の視点を机上調査した。

#### (2) 先行ヒアリング調査

居宅介護支援事業所、医療機関の双方への先行ヒアリングを行い、既存の様式の課題を調査した。先行ヒアリング調査結果の詳細は第4章に示す。

### 3. 結果

#### (1) 迅速な情報共有—記載に要する時間をできる限り短縮するものとする

迅速な情報共有を可能とするための施策として、次の3点を検討した。

##### 1) 様式記載項目数の見直し

予期しない入院であっても早期の情報共有を可能とする必要があるため、項目は必要最低限に絞ることを検討した。先行ヒアリング調査において、共有すべき情報量の多さが課題として指摘されたことから、本改訂では、共有すべき情報は必要最低限に絞って様式に盛り込むこととした。

##### 2) 別紙による情報共有

先行ヒアリング調査において、居宅介護支援事業所や医療機関における通常業務で作成する書類の内容と、入退院時に新たに作成する様式の内容が重複しており、転記作業に時

間を要することが指摘された。そのため、本様式を用いて共有すべき情報と、日常的に作成される別の様式を共有することで共有可能な情報を整理し、別の様式の添付を可能とすることにより、情報共有を効率的に行うことを検討した。本改訂では、可能な限り通常業務で作成する書類を別紙として添付し、重複する内容を転記する必要がない様式とすることとした。

### 3) 情報共有を2回に分ける運用の可否

様式の項目数が多くすべての情報を記載することに時間がかかり、早期の情報共有の妨げとなっている可能性がある。そのため、入院初日に急ぎ連携すべき緊急性の高い情報と、数日後の連携でも問題ない情報を分け、情報を2回に分けて共有することを可能とすることを検討した。先行ヒアリング調査では、緊急度の高い情報を先行して共有することに一定の効果が見込まれるとされた反面、複数回にわたって送付手続きを行うことの煩雑さも指摘された。本改訂では、入退院時の各様式において特に重要度の高い項目を表面に位置付けることとしつつ、運用自体は1度にまとめて情報共有することを前提とすることとした。

## (2) 生活者像の共有—利用者の在宅生活をイメージすることに資するものとする

医療・介護関係者と介護支援専門員が利用者の在宅生活について共通のイメージを持つため、次の視点で様式を検討することとした。

### 1) 「生活」の視点

介護支援専門員には、『適切なケアマネジメント手法の手引き』<sup>1</sup>、『課題分析標準項目』<sup>2</sup>を用いた利用者の生活・状態像のアセスメントが推奨されている。そこで、入退院時の情報連携様式に盛り込むべき項目として適切なケアマネジメント手法の手引きと課題分析標準項目を参考とした。

### 2) 「医療」の視点

医療法・医療法施行規則において、広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる5疾病が示されている。また、疾患ごとに生活の態様や留意点は大きく異なるため、介護領域でも『適切なケアマネジメント手法の手引き』において疾患別ケアの視点的必要性が示されている。そこで、入退院時の情報提供様式においても、在宅生活において必要な医療的ケアの視点が盛り込まれているかを重視することとした。

### 3) 「認知症」の視点

介護が必要になった主な原因の第1位は認知症とされており、認知症ケアは多くの利用者の在宅生活の継続において欠かせないものとなっている。そこで、入退院時の情報連携様式においても、認知症の状態を適切に伝える視点が盛り込まれているかを重視することとした。

## (3) 入退院の場面で可能な限り同一の情報を共有すること

先行ヒアリング調査において、入退院を機に、ADL（Activities of Daily Living, 日常生活動作）をはじめとする高齢者の状態は大きく変化する場合が多いことが確認された。そのため、入院時、

---

<sup>1</sup> 日本総合研究所, 「適切なケアマネジメント手法」の手引き, 2021年

<sup>2</sup> 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課, 課題分析標準項目, 1999年

退院時に居宅介護支援事業所、医療機関が記載する様式はできる限り同一の項目を盛り込み、入院前後でどのような状態変化が生じているかを把握できるものとする事とした。

#### **（４）現行の情報連携のための制度・様式と整合すること**

文献調査、先行ヒアリング調査において、特に退院時には、医療機関から居宅介護支援事業所へ、看護サマリーや、すべての患者を対象とするわけではないものの、必要に応じて『看護及び栄養管理等に関する情報（別紙様式 50）』等を用いて情報共有が行われていることが確認された。

診療報酬における入退院支援加算（１・２）の算定においては、情報共有のために厚生労働省が示す様式を使用することが必須として定められているわけではないが、他の様式を使用する場合も、使用する様式に厚生労働省が示す様式と同等の要素を盛り込むことが求められている。

そこで、退院時の情報連携様式は、看護サマリーや『看護及び栄養管理等に関する情報（別紙様式 50）』等の既存様式があることを踏まえ、別紙として既存様式の参照を可能としつつも、これらの様式内に掲載された項目のうち、すべての患者において退院時に居宅介護支援事業所へ共有すべき重要な情報項目を抽出し掲載することとした。

#### **（５）入院時様式—在宅・施設の区別**

文献調査、先行ヒアリング調査において、入院時に共有される情報提供様式は、事業所や施設ごとに異なっていることが確認された。特に介護施設では看護師が配置されており、看護サマリー等による情報提供が行われている場合がある。居宅介護支援事業所と介護施設では提供可能な情報が異なることが考えられるため、入院時情報提供書については在宅版と施設とで様式を区別し、それぞれ提供可能な情報を項目として盛り込むこととした。

#### **（６）退院時様式—適用場面**

文献調査において、ケアプランの作成に必要な情報をケアマネジャーに提供していることが算定要件の一つとなっている居宅療養管理指導が、令和４年１０月時点で１３５万件程度算定されていることが確認された。居宅療養管理指導におけるケアマネジャーへの情報連携のツールとして、本事業における検討対象様式である『都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）』が用いられている可能性がある。

しかし、同じ医療機関と居宅介護支援事業所との情報共有であっても、退院時と在宅療養時では共有すべき情報は異なる可能性もある。

そこで、『都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）』の居宅療養管理指導における使用状況を確認するとともに、当該様式を、退院の場面での使用に特化して改訂する必要があるかを検討することとした。

## **４．まとめ**

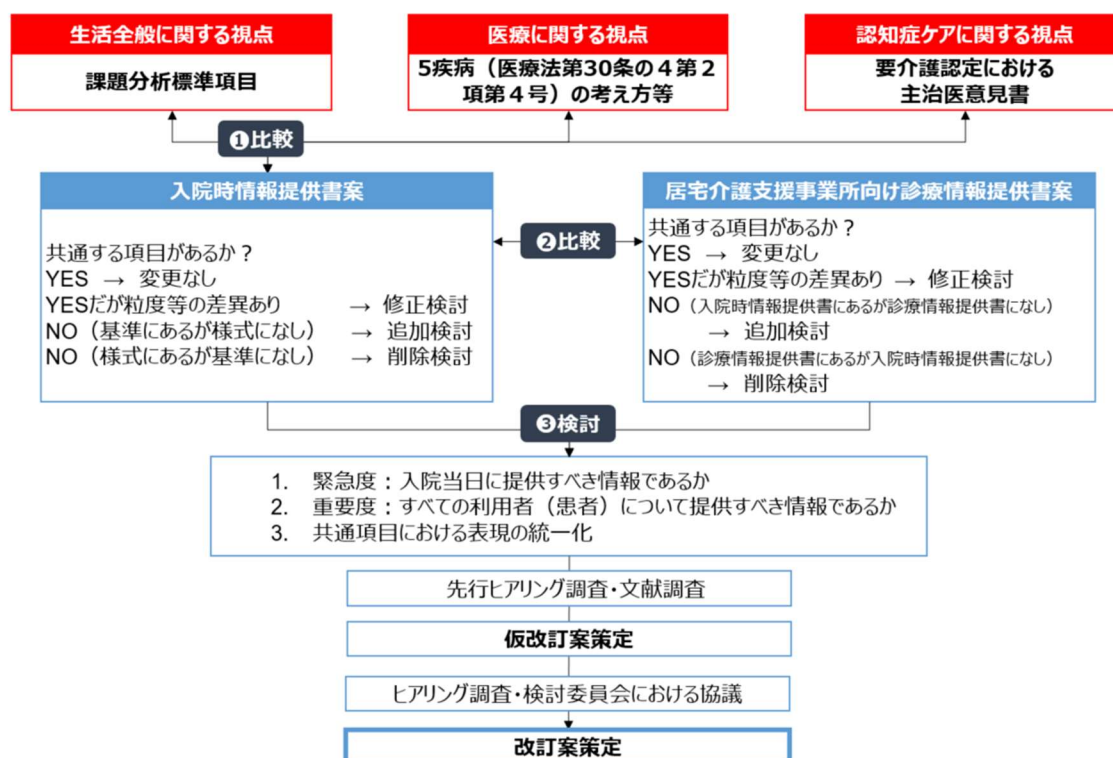
様式の改訂を行うにあたり、入院直後の迅速な情報共有と生活者像の共有を重視することとした。

早期の情報共有の視点では、共有すべき情報の項目を必要最低限に絞ること、可能な限り既存の別様式の共有を可能とする様式へ改訂することとした。

生活者像の共有の視点では、第一に、生活の視点として『適切なケアマネジメント手法の手引き』、『課題分析標準項目』を参考に生活全体のアセスメントの考え方を盛り込むこととした。第二に、医療の視点として入院時情報提供書にも在宅生活で必要な医療の情報を盛り込むこととした。第三に、認知症の利用者（患者）の状態像を共有する項目を盛り込むこととした。

以上を基本的な考え方とし、現行制度や既存様式とも整合する形で様式の検討を行うこととした。

図表 3-1 様式検討の考え方



## 第4章 ヒアリング調査

### 1. 目的

本事業では、医療・介護連携における情報提供時の様式の改定案を検討するにあたって、様式運用の実態を把握し、様式改訂を通して解決すべき課題を明らかにすることを目的に、ヒアリング調査を行った。

### 2. 方法

#### (1) 調査対象

ヒアリング調査は、「様式を活用して情報連携を行う当事者」としては医療機関と居宅介護支援事業所・介護保険施設に対して実施した。ヒアリング対象の選定は検討委員会の委員からの推薦等をもとに、属性の偏りがないように行った。ヒアリング対象については図表 4-1、図表 4-2 示す。「医療・介護連携に対して先進的な取り組みを行う自治体・医師会等」の選定も同様に委員からの推薦等をもとに、人口規模や地域等について偏りが無いように選定をした。ヒアリング対象については図表 4-3、図表 4-4 に示す。

また、一部調査対象については第1回検討委員会実施前に現場の課題を一定把握することを目的に、先行してヒアリングを実施した。

図表 4-1 ヒアリング対象（医療機関）

| 医療機関名 | 属性                    | ヒアリング対象         | 先行ヒアリング対象 |
|-------|-----------------------|-----------------|-----------|
| A 病院  | 特定機能病院                | MSW、看護師         |           |
| B 病院  | 地域医療支援病院              | MSW、看護師         |           |
| C 病院  | 在宅療養支援病院              | MSW             | ●         |
| D 病院  | 一般病院<br>※同一法人に介護事業所あり | 医師、MSW、看護師、事務職員 |           |
| E 診療所 | 在宅医療に携わる診療所           | 医師              |           |
| F 診療所 | 在宅医療に携わる診療所           | 医師              |           |
| G 診療所 | 在宅医療に携わる診療所           | 事務職員            |           |

図表 4-2 ヒアリング対象（居宅介護支援事業所・介護保健施設）

| 医療機関名 | 属性                    | ヒアリング対象 | 先行ヒアリング対象 |
|-------|-----------------------|---------|-----------|
| A 事業所 | 居宅介護支援事業所             | ケアマネジャー | ●         |
| B 事業所 | 居宅介護支援事業所             | ケアマネジャー | ●         |
| C 施設  | 介護老人保健施設<br>社会医療法人    | ケアマネジャー |           |
| D 施設  | 特別養護老人ホーム<br>社会福祉法人   | ケアマネジャー |           |
| E 施設  | サービス付き高齢者向け住宅 等<br>民間 | ケアマネジャー |           |

図表 4-3 ヒアリング対象（自治体）

| 医療機関名 | 属性                   | ヒアリング対象           | 先行ヒアリング対象 |
|-------|----------------------|-------------------|-----------|
| A 県   | 都道府県                 | 自治体職員             |           |
| B 市   | 政令指定都市<br>人口 50 万人以上 | 自治体職員             |           |
| C 市   | 50 万人未満 20 万人以上      | 自治体職員、<br>ケアマネジャー |           |
| D 市   | 20 万人未満 5 万人以上       | 自治体職員             |           |
| E 郡   | 5 万人未満               | 自治体職員             |           |

図表 4-4 ヒアリング対象（医師会等）

| 医療機関名             | ヒアリング対象  | 先行ヒアリング対象 |
|-------------------|----------|-----------|
| A 地域医療連携法人        | MSW、事務職員 |           |
| B 医師会             | 医師       |           |
| C 地域医療情報ネットワーク協議会 | 事務職員     |           |

## （２）調査項目

「様式を活用して情報連携を行う当事者」（医療機関・居宅介護支援事業所・介護保険施設）に対しては図表 4-5 に示すヒアリング項目をもとにヒアリング調査を行った。

図表 4-5 「様式を活用して情報連携を行う当事者」に対するヒアリング項目

| ヒアリング事項             |                                                                                                                                                                      |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 様式運用の実態の把握          | 入院時、退院時の情報連携体制 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 中心となる職種</li> <li>➤ 関係する（情報共有を行う）職種、人数</li> </ul>                                                             |
|                     | 現状運用している様式について <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ どこから入手した様式か（独自様式の場合、独自様式作成の背景）</li> <li>➤ 地域や施設で追加・削除している項目はあるか（ある場合その理由）</li> </ul>                         |
|                     | 様式の連携方法 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 様式の連携手段（紙（郵送）・紙（FAX）・電子）</li> <li>➤ 情報連携のフロー</li> <li>➤ 情報連携を行う上での工夫</li> </ul>                                     |
|                     | 入院時、退院時の情報連携に関する課題 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 現状運用している様式への課題感</li> <li>➤ 文書作成の負担感（全体としてどうか、記載するのに負担が特に強い項目はあるか）</li> <li>➤ その他、情報連携全体に対する課題</li> </ul> |
| 様式改訂を通して解決すべき課題の明確化 | 様式の改訂方針についての意見 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 一部項目のみを記載した状態でも活用出来るような様式とすることについて</li> <li>➤ 「入院時情報提供書」の様式が発信元（在宅 or 施設）で様式をわけることについて</li> </ul>            |
|                     | 様式改訂案に対する具体的な要望 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 削除予定項目について</li> <li>➤ 追加予定項目について</li> <li>➤ その他、様式改訂に対する要望</li> </ul>                                       |

「医療・介護連携に対して先進的な取り組みを行う自治体・医師会等」に対しては図表 4-6 に示すヒアリング項目をもとにヒアリング調査を行った。

図表 4-6 「医療・介護連携に対して先進的な取り組みを行う自治体・医師会等」に対するヒアリング項目

| ヒアリング事項             |                                                                                                                                                           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 様式運用の実態の把握          | 地域で運用している様式について <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ どこから入手した様式か（独自様式の場合、独自様式作成の背景）</li> <li>➤ 地域独自で追加・削除している項目はあるか（ある場合その理由）</li> </ul>              |
|                     | 様式の連携方法 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 様式の連携手段（紙（郵送）・紙（FAX）・電子）</li> <li>➤ 情報連携のフロー</li> <li>➤ 情報連携を行う上での工夫</li> </ul>                          |
|                     | 医療・介護連携について <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 医療・介護連携促進の成果</li> <li>➤ 医療・介護連携促進を更に進めるにあたっての課題</li> </ul>                                           |
| 様式改訂を通して解決すべき課題の明確化 | 様式の改訂方針についての意見 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 一部項目のみを記載した状態でも活用出来るような様式とすることについて</li> <li>➤ 「入院時情報提供書」の様式が発信元（在宅 or 施設）で様式をわけることについて</li> </ul> |
|                     | 様式改訂案に対する具体的な要望 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 削除予定項目について</li> <li>➤ 追加予定項目について</li> <li>➤ その他、様式改訂に対する要望</li> </ul>                            |

### 3. 結果

#### （1）様式の運用に関連する意見

様式の項目に関連する意見、（1）様式の運用に関連する意見、（2）様式の項目に関連する意見の2点に分けて整理を行った。本項では、整理されたヒアリング結果について記載する。

##### 1）現状の運用

現状の運用に関する意見としては、入院時・退院時とも書面で情報を連携する場合には FAX が利用されるケースが非常に多いこと、入院時の情報連携は書面（入院時情報提供書）によって行われているが入院時情報提供書の作成の負担感が非常に強いこと、退院時の情報連携は書面ではなくケアマネジャーの退院時カンファレンスへの参加等の形で行われるケースも多くあること等の意見が聞かれた。主な意見については図表 4-7 に示す。

図表 4-7 ヒアリング結果（様式の運用に関連する意見：現状の運用）

| 大分類            | 小分類           | 情報元                       | 主な意見                                                                                           |
|----------------|---------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院時、退院時の情報連携体制 | －             | 居宅介護支援事業所                 | （介護側は）ケアマネジャーが医療機関の窓口とやり取りしている。医療機関側の窓口は MSW や看護師の場合が多い。                                       |
|                |               | 介護施設                      | 情報入力（様式の作成 等）は相談員・ケアマネジャーが行っている。医療や直近の医療に関する情報は看護師が入力する場合もある。医療機関との実際のやり取りは看護師かホーム長が担うことが多い。   |
|                |               | 医療機関（病院）                  | MSW が中心になって、入退院時の情報連携を行っている。                                                                   |
|                |               | 医療機関（病院）                  | 病棟看護師が対応している。ケースによっては連携担当看護師がサポートする場合もある。                                                      |
| 現状運用している様式     | 入院時：<br>介護→医療 | 医療機関（病院）                  | 居宅介護支援事業所からの情報提供については、事業所ごとに様式が異なっているのが実態である。                                                  |
|                |               | 自治体                       | 施設から入院する場合は、施設に所属する看護師から看護サマリーが連携されてくる場合が多い。内容としても不足は感じていない。                                   |
|                | 退院時：<br>医療→介護 | 居宅介護支援事業所                 | 退院時の情報連携は、ケアマネジャーの退院カンファレンスへの参加を中心に行われることが多い。医療機関の方針によって、居宅介護支援事業所向け診療情報提供書が必ずしも使用されているわけではない。 |
|                |               | 医療機関（病院）                  | 退院時には、書面としては「退院時共同指導書」「介護支援等連携指導書」を発行している。居宅介護支援事業所向け診療情報提供書については、作成したことがほとんどない。               |
|                |               | 医療機関（病院）                  | 医療機関からみても、入院時情報提供書を作成するには大変なコストがかかっていると感じている。                                                  |
|                | 情報連携の方法       | 入院時：<br>介護→医療<br>医療機関（病院） | 入院時情報提供書については患者が持参するか FAX で受領することが多い。                                                          |
|                |               | 医療機関（病院）                  | 入院直後の情報連携は、書面（FAX）と電話で行っている。ただし病棟の看護師が中心になっている関係上、全例架電による追加確認を行うことは難しい。                        |

| 大分類               | 小分類               | 情報元                   | 主な意見                                                                                                         |
|-------------------|-------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |                   | 居 宅 介<br>護 支 援<br>事業所 | 入院時には FAX を中心に情報連携を行っている。メールアドレスは個々の MSW は持っていないことが多いため、FAX が主流とならざるを得ない。                                    |
|                   |                   | 自治体                   | ケアマネジャーから医療機関への情報の連携手段としては、ケアマネジャーが直接書類を持ち込んだり、FAX を活用していると聞いている。                                            |
|                   | 退院時：<br>医療→介<br>護 | 医 療 機<br>関 （ 病<br>院）  | 退院時には、患者が自宅に戻る場合は、退院時カンファレンスにケアマネジャーにも参加頂いている。カンファレンス結果は医療機関独自の連携シートでケアマネジャーに提供している。                         |
|                   |                   | 医 師 会<br>等            | 方法としては、ほとんど FAX で連携している。地域のケアマネジャーは概ね 90%程度は 7 日以内に入院時情報提供書を連携してくれている。                                       |
|                   |                   | 医 師 会<br>等            | 診療情報提供書は受け取らないが、病院独自のサマリーについては医療機関からケアマネジャー側に連携される。<br>病院で開催されるカンファレンスで受け取ることもあれば、退院後遅れて受け取る場合もある。           |
| 情報連<br>携 の 問<br>題 | —                 | 居 宅 介<br>護 支 援<br>事業所 | 入院時情報提供書作成の負担感は強い。多くの情報をアセスメントシート・ケアプラン・主治医意見書等から転記している。作成に手間がかかる割に内容について医療機関から問い合わせが来ないため、情報が活用されているか疑問である。 |
|                   |                   | 居 宅 介<br>護 支 援<br>事業所 | 急に入院する場合も多いので、そういった場合は記載が特に負担。研修等では（急変時速やかに情報連携できるよう）時間があるうちにあらかじめ様式作成しておくという指導を受けたことがある。                    |

## 2) 様式の改訂方針についての意見

様式の改訂方針に関する意見からは、別紙による情報共有、情報共有を 2 回に分ける運用、および在宅医療への様式の展開について示唆を得ることが出来た。別紙による情報共有については、各様式の作成にかかる負担軽減の観点から、賛成意見が多く得られた。一方で、書類を読む側の手間が増える点に留意が必要であるという意見も聞かれた。入院時情報提供書のうち、至急連絡が必要な項目だけを先行して連携できるように、情報共有を 2 回に分ける運用については、困難であるという意見が聞かれた。その理由としては、情報を連携するタイミングが 2 度になってしまうことから、介護側の送付の手間が増えてしまうこと、医療側で情報を受信したときその情報を院内で管理し展開する手間が増えてしまうこと、既存の運用から流れが大きく変わることに現場への負担が予想されること等があった。また、本事業で検討されている退院時に使用する想定 of 居宅介護支援事業所向けの診療情報提供書については在宅医療の現場等へ展開することは運用上困難であることの意見が聞かれた。主な意見については図表 4-8 に示す。

図表 4-8 ヒアリング結果（様式の運用に関連する意見：様式の改訂方針）

| 大分類                 | 小分類 | 情報元       | 主な意見                                                                                                                                                                                         |
|---------------------|-----|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 別紙による情報共有           | —   | 医療機関（病院）  | 当院では既に入院直後に介護支援専門員へ連絡し、アセスメントシートの送付を求めている。（既に別紙添付運用を推奨している。）                                                                                                                                 |
|                     |     | 医療機関（病院）  | （別紙として） <b>ケアプラン、フェイスシートを連携することについては、ケアマネジャーにとっては非常に効率的だろう。</b> 但し、看護師が見て分かりやすいかどうかという点は懸念するところである。                                                                                          |
|                     |     | 居宅介護支援事業所 | （現状の入院時情報提供書は） <b>とにかく書くことが多く、記載の負担感が強い。</b> フェイスシート（アセスメントシート）とケアプランを共有し、それに補足情報を書き足すというかたちで情報連携することができればかなり負担は軽減されるように思う。現状はフェイスシートの内容を人が転記している状態である。実際、医療機関からフェイスシートとケアプランの共有を求められることも多い。 |
|                     |     | 介護保健施設    | <b>ケアプラン、フェイスシートを添付できるようにし、ADL 等を入院時情報提供書から記載削除することは一定の合理性がある。</b> しかし、居宅のケアマネジャーがアセスメントシートを最新に更新しているかという点では、ばらつきがあるのではないか。（記載日の明記等について検討すべき）                                                |
|                     |     | 自治体       | （現状現場の負担になっている）ADL の転記が不要になるため、ケアプランを添付できるという仕組みは良い。ただし、本人の意向や家族の希望についてはケアプランから読み取って下さいというのは厳しいだろう。                                                                                          |
| 様式を2回に分けて連携する運用について | —   | 居宅介護支援事業所 | 入院時情報提供書が医療機関で活用されているか疑問があり、かつ <b>運用を変更することにもやや抵抗があるため、書類の運用に関する改訂については歓迎しない。</b>                                                                                                            |
|                     |     | 医療機関（病院）  | 院内での情報連携の観点からも、煩雑さが増してしまう印象である。情報連携のタイミングを2回に分けるという発想自体がなかったが、あまり必要性を感じないというのが率直なところである。一方で、必要性は認識しているものの、すべての利用者に対して意向確認をしているわけではない。必要な入所者には1時間程度をかけて意向確認をするため、ある程度詳細な情報を持っている。             |
|                     |     | 医療機関（病院）  | <b>情報が2回に分かれて来ると、送り手の負担が増え、読み手としても逆に煩雑さが増してしまうように思う。</b>                                                                                                                                     |
|                     |     | 医師会等      | <b>情報が2回に分かれ送るようにした場合、送り手の負担が増える</b> と考える。また、受け取り側としても複数回院内で情報展開し                                                                                                                            |

| 大分類              | 小分類 | 情報元      | 主な意見                                                                                                                                              |
|------------------|-----|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  |     |          | なければならいため、（医療・介護双方の）手間が増えるのではないか。                                                                                                                 |
|                  |     | 自治体      | 入院時情報提供書を2枚に分けることには反対である。記載の流れが変わってしまうことが業務負担に繋がることを懸念している。（2枚目の記載を忘れる等の懸念がある）                                                                    |
| 在宅医療等への様式の展開について | —   | 医療機関（病院） | 改訂案の内容はとても良いものだと思うが、在宅の医師が記載してケアマネジャーに提供できる情報か、という視点で見ると（在宅への展開は）絶対に無理だろう。そもそも入院医療機関と在宅診療機関では、記載できる情報、連携すべき情報自体が異なる。その点を踏まえて別様式とした方が良いというのが意見である。 |
|                  |     | 医療機関（病院） | 改定案の「診療情報提供書」を在宅の現場で使用するの、記載の負担感・読み手の負担感が強く利用するのは現実的ではないと感じた。在宅の現場では、医療側は（介護側と比較して）生活情報について把握しきれていない。そのため介護に関する情報を書類に記載するのは負担感が強い。                |

### 3）入退院時の電子的な情報連携への意見

今後の医療・介護連携推進についての意見としては、広域で電子的に情報連携が出来る仕組みの構築を望む意見が多く聞かれた。主な意見については図表 4-9 に示す。

図表 4-9 ヒアリング結果（様式の運用に関連する意見：入退院時の電子的な情報連携への意見）

| 大分類           | 小分類 | 情報元      | 主な意見                                                                                                                                                   |
|---------------|-----|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入退院連携の将来像について | —   | 医療機関（病院） | 1 つのシステム内で、医療・介護双方が同一項目を適時更新できるような連携の仕組みが必要だと考えている。現状はそれぞれが異なる様式を用いて、異なる項目を情報提供し合っているが、本来は同じ項目がどのように経時変化しているのか、職種を超えて1つの様式を更新していくことができれば効率的かつ効果的ではないか。 |
|               |     | 介護保健施設   | 現状、入院時情報提供書は加算の関係で連携速度を重視しFAXで連携されることが多く、情報連携に大きな手間がかかっている。行政・地域単位での情報連携のあり方検討が必要ではないか。                                                                |
|               |     | 介護保健施設   | FAX運用がいつまで続くか、というのは業界全体の課題ではないか。できれば電子基盤が理想であり、入力してあれば必要機関が参照することで即座に連携できる仕組みを強く望む。多職種・多法人が連携しなければならない業界である。連携のために                                     |

| 大分類 | 小分類 | 情報元        | 主な意見                                                                          |
|-----|-----|------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|     |     |            | は、国レベルで統一的なシステム運用が重要ではないか。多様な法人をつなぐシステム構築が必要。                                 |
|     |     | 医 師 会<br>等 | <b>紙で連携することには効率性という面で限界がある。</b> 厚生労働省には <b>広域で情報連携出来る仕組みを検討いただきたい</b> と考えている。 |

## （２）様式の項目に関連する意見

### １）入院時情報提供書に関連する意見

入院時情報提供書に関連する意見として、全体的な様式の構成や主要な項目については否定的な意見はほぼなく、入院時に連携すべき情報としては一定の妥当性があることが確認できた。ただし、人生の最終段階における医療・ケアに関する本人・家族の意向については、入院時に介護から医療へ伝えるべき情報であること、一方でケアマネジャー人生の最終段階における医療・ケアに関する本人・家族の意向に関する情報を書面で連携することは心理的な負担感が懸念されること等の意見が聞かれた。主な意見については図表 4-10 に示す。

図表 4-10 ヒアリング結果（様式の項目に関連する意見：入院時情報提供書）

| 大分類                | 小分類      | 情報元       | 主な意見                                                                                                                    |
|--------------------|----------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 利用者(患者)基本情報について | 金銭管理     | 介護施設      | 本人の関心、社会とのかかわり、金銭管理等の情報は入院直後にあればありがたい情報である。                                                                             |
|                    |          | 自治体       | 入院時情報提供書については IADL について記載する欄がないが、在宅生活では重要な項目である。中でも金銭管理に関する情報が最も重要である。                                                  |
| 2. 家族連絡先について       | 家族構成／連絡先 | 医療機関（病院）  | まず欲しいという情報はキーパーソン、ご本人・ご家族の意向である。これらの情報は既にケアプランに記載があるはずなので、ケアプランを早急に連携してもらえれば医療機関としてはそれだけでも十分である。                        |
|                    |          |           | 急性期病院においては、緊急時連絡先、食事形態、認知機能（安全面）は入院即日に分かるとありがたい。退院先の確保につながる。                                                            |
| 4. 口腔・栄養について       | 食形態      | 医療機関（病院）  | 急性期病院においては、緊急時連絡先、食事形態、認知機能（安全面）は入院即日に分かるとありがたい。                                                                        |
|                    |          | 居宅介護支援事業所 | 食形態等は入院直後に病棟看護師と電話等で確認することが多い。                                                                                          |
| 5. お薬について          | お薬       | 自治体       | より早く共有したいという思いもあるが、最新の情報をケアマネジャーが正確に把握しているとは限らず、入院時連携することが難しいと聞いている項目である。高齢者自身も何の疾患のために、どの薬剤を服用しているのかということが把握できない実態もある。 |
|                    |          | 居宅介護支援事業所 | 入院時情報提供書に記すことができるのは、あくまでケアマネジャーが知り得る情報である。正確性を求めるのであれば、服薬の情報は DtoD で連携した方がよいだろう。                                        |
| 7. 人生の             | —        | 医療機関      | 元気な時と体調が変わった時とではご本人の意向も変わるのでは                                                                                           |

| 大分類                            | 小分類           | 情報元       | 主な意見                                                                                                                                                  |
|--------------------------------|---------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 最終段階における医療・ケアに関する本人・家族の意向      |               | 関（病院）     | ないか。ケアマネージャーが元気な時に聞き取った意向を掲載するのは荷が重いようにも思う。 <b>確定情報としてではなく、あくまでも参考情報という位置付けとして、「以前にはこのように言っていた」という形で参考に見ていただく、それによって ACP を啓蒙していくという事であれば良いのではないか。</b> |
|                                |               | 医療機関（病院）  | <b>ACP については非常に重要な情報。</b> かかりつけ医が確認しているような情報が共有されていないのが実態。 <b>地域で積み上げた情報が連携されれば、本人の意向に沿った医療の提供が出来る。</b>                                               |
|                                |               | 医療機関（病院）  | 変わっていくものであることを前提に、あくまでも参考情報として見ているものという位置づけであれば。医療機関側としては連携されればあればありがたい情報ではある。                                                                        |
|                                |               | 医療機関（病院）  | 入院時在宅の現場から ACP について情報連携することについては、その情報を連携したことにより法的な問題が生じる可能性もあるため、ケアマネージャー側の心理的な負担感には十分な配慮が必要だろう。                                                      |
|                                |               | 介護保健施設    | <b>ACP に関する内容を様式に盛り込むことは非常に良いと考える。</b> 介護施設から医療機関に情報連携をしても、うまく伝わらないことがある。                                                                             |
|                                |               | 介護保健施設    | 医療機関によっては、延命治療に関する意向が把握できていないと受け入れしない病院もある。特にコロナ禍によって「緊急時」という場面が強く意識されるようになったこともあり、必要な項目であるという認識は強い。                                                  |
|                                |               | 自治体       | とても大切であり必要性も理解しているが、リアルタイムで把握できるものではない。そのため、ケアマネージャーとしては責任が重いという意味で記載の負担感が強い。                                                                         |
|                                |               | 自治体       | ケアマネージャーとして収集しておくべき情報ではないか。書けるかどうかは別として、欄として準備しておくことは必要だろう。                                                                                           |
| 8. 入院前の身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について | 疾患歴           | 居宅介護支援事業所 | どこまで書けばいいのかわからない時が多い。また、ケアマネージャー側で勝手に認知症だ、と決めつけてしまう場合もあり、ケアマネージャーが病名に関する情報を連携することについてはためらいがある。                                                        |
|                                |               | 自治体       | 病歴に関する情報は、緊急入院時にはどのような疾患から現在の状態になっているかということが重要であるため、疾患に関連する情報はすぐに連携されるべきものだろう。                                                                        |
| 課題について                         | 入院前の ADL/IADL | 医療機関（病院）  | 入院前に ADL 情報を受け取ることができればベッドの配置等入院時の準備に役立つため、アセスメントシートは患者によっては早めに欲しい情報である。ただし、情報連携のタイミングによっては ADL はさほど重要ではないこともある。                                      |

| 大分類                                  | 小分類                         | 情報元                   | 主な意見                                                                                                                        |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      |                             | 居 宅 介<br>護 支 援<br>事業所 | 医療機関からフェイスシートとケアプランの共有を求められることも多い。                                                                                          |
|                                      |                             | 介 護 施<br>設            | 入院時情報提供書から ADL 項目を削除することは一定の合理性があると考え。但し、居宅のケアマネジャーがアセスメントシートを常に最新に更新しているかという点では、ばらつきがある可能性がある点に留意が必要である（施設では 3 か月毎に見直し実施）。 |
|                                      |                             | 自治体                   | ADL はアセスメントシートを送付する場合もあるため優先度を落としている。                                                                                       |
|                                      | 入院前の本人・家族の生活に対する意向とサービス利用状況 | 医 療 機<br>関（病<br>院）    | ケアプランが添付されて情報連携される場合もあるが、割合はさほど多くない。但し、ケアプランには必要な情報が掲載されているため、重宝している。                                                       |
|                                      |                             | 居 宅 介<br>護 支 援<br>事業所 | ケアマネジャー側から医療機関にケアプランを送付する場合もある。（入院時情報提供書では 1 日の生活リズム等までについては、カバーしきれないため。）                                                   |
| 9. 入 院<br>前に実施<br>している<br>医 療 処<br>置 | —                           | 介 護 施<br>設            | 看護師が主に担っている医療系の記載項目を、在宅でケアマネジャーが埋めていく事は難しい。                                                                                 |
|                                      |                             | 自治体                   | 処置に使っている物品の種類や名称は DtoD の連携の中で共有されるべき情報だろう。本質的にケアマネジャーに医療情報を求めるのは過度の期待であり、ケアマネジャーからは生活の中での情報を記載・提供するべきだろう。                   |
| 10. 今後<br>の在宅生<br>活の展望<br>について       | —                           | 自治体                   | 今後の展望としてというより、重要な「家族の情報」として 1 枚目に出出ししてある方が良いのではないか。                                                                         |

## 2) 居宅介護支援事業所向け診療情報提供書に関連する意見

居宅介護支援事業所向け診療情報提供書に関連する意見として、全体的な様式の構成や主要な項目については否定的な意見はほぼなく、退院時に連携すべき情報としては一定の妥当性があることが確認できた。人生の最終段階における医療・ケアに関する本人・家族の意向については、ケアプラン作成時に非常に重要な情報となるため、退院時に医療から介護へ伝えるべき情報であること等の意見が聞かれた。主な意見について図表 4-11 に示す。

図表 4-11 ヒアリング結果（様式の項目に関連する意見：居宅介護支援事業所向け診療情報提供書）

| 大分類   | 小分類    | 情報元   | 主な意見                            |
|-------|--------|-------|---------------------------------|
| 1. 患者 | (2)生活機 | 介 護 施 | どのような疾病に対してどのような治療がされているか、予後予測は |

| 大分類                             | 小分類                           | 情報元       | 主な意見                                                                                                                            |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| の病状、経過等                         | 能低下の直接の原因と                    | 設         | どうか、等の情報がケアプラン作成時には重要であり情報が必要である。                                                                                               |
|                                 | なっている傷病又は特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 | 医療機関（病院）  | 医療に係る情報として、退院時には服薬、治療方針等を情報提供している。（※居宅介護支援事業所向け診療情報提供書は使用せず「退院時共同指導書」「介護支援等連携指導書」を発行）                                           |
| 2. 退院後のサービスの必要性等                | サービスの必要性                      | 居宅介護支援事業所 | 退院時には、どのようなサービスが必要かという情報が必要である。在宅生活において土日のサービスが必要な場合や頻繁なサービス利用が必要な場合、早期のサービス調整を行わないと利用が困難な場合がある。                                |
| 5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する本人・家族の意向 | －                             | 介護保健施設    | 告知等について、ご本人の意思なのか家族が決めたのかが分かること、意思決定に携わった家族がバイネームで分かること（家族間で意見が割れていることもあるため）が必要。特に告知はケアプラン作成時にも重要な情報であるため、誰の意思なのかを確認することが必要である。 |
|                                 |                               | 医療機関（病院）  | 周辺地域で情報連携する書式を作成している（北摂地域でがん拠点病院を中心に作成）が、その様式にも ACP の項目は盛り込まれている。大病院では複数の医師を受診するため、ACP を確認する主治医が必ずしも明確ではない場合があることには留意が必要。       |

## 4. まとめ

ヒアリング調査の結果、様式の運用に関する観点では、入院時・退院時とも書面で情報を連携する場合には FAX が利用されるケースが非常に多く、広域で情報連携できる仕組みが望まれていること、入院時の情報連携は書面（入院時情報提供書）によって行われているが入院時情報提供書の作成の負担感が非常に強いこと、退院時の情報連携は書面ではなくケアマネジャーの退院時カンファレンスへの参加等の形で行われるケースも多くあることが明らかになった。

また、本事業で検討されている退院時に使用する想定 of 居宅介護支援事業所向けの診療情報提供書については在宅医療の現場等へ展開することは運用上困難である可能性が高いことから、別途改定を検討する必要性があることも示唆された。

様式の項目に関する観点では、全体的な様式の構成や主要な項目については否定的な意見はほぼなく、入院時・退院時に連携すべき情報としては一定の妥当性があることが確認できた。また、入院時・退院時とも「人生の最終段階における医療・ケアに関する本人・家族の意向」に関する情報の連携が望まれていることが明らかになったが、一方で特にケアマネジャーが当該情報を書面で連携する際の心理的な負担感が懸念されるため、様式に反映する際にはこの点に配慮が必要であることも示唆された。

## 第5章 様式案の作成

### 1. 目的

様式案の作成に際しては、様式が入退院の場面で実際に活用できるものであることが重要である。そこで、ヒアリング調査と検討委員会における協議を行い、次の2つの検討を行った上で様式案を作成することとした。

- ・ 様式に盛り込むべき項目を医療・介護専門家の視点から検討する
- ・ 盛り込まれた項目が現場で記載、活用できるものであるかを検討する

### 2. 方法

#### (1) ヒアリング調査

入退院に関わる医療機関と居宅介護支援事業所・介護保険施設に対するヒアリングを行い、様式に追加・削除すべき項目や別紙の提供で情報共有が可能な項目の調査、様式に盛り込まれた項目の記載の容易さや活用可能性について調査した。ヒアリング調査結果の詳細は第4章に示す。

#### (2) 検討委員会における検討

有識者・実務者から構成される委員会において、様式案の内容について協議を行った。

### 3. 結果

ヒアリング調査、検討委員会における検討において得られた主な意見の要旨と、意見を踏まえて作成した改訂版項目を以下に示す。

#### (1) 入院時情報提供書

##### 1) 1. 利用者（患者）基本情報について

従前の様式では住所情報が盛り込まれていたが、入院時情報提供書の記載を参照して本人確認を行うことは実務上では少なく、入院時情報提供書で住所等の基本情報を共有する必要性は高くないと言える。このため、住所情報を記載する項目は削除した。

一方、従前の様式に盛り込まれている年金などの種類については、生活保護の受給有無のみの記載として簡略化することも考えられるが、利用者の経済状況は入院費用の精算に関わる重要な項目であり、削除することは妥当ではない。このため、年金等の種類を項目に残すこととした。

図表 5-1 1. 利用者（患者）基本情報について 掲載項目 <在宅・施設共通>

| 項目       | 内容       |
|----------|----------|
| 氏名       |          |
| 生年月日（西暦） | 西暦 年 月 日 |

| 項目             | 内容                                                                                                                                                                             |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院時の要介護度       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要支援</li> <li>・ 要介護（ ）有効期間</li> <li>・ 申請中（申請日）</li> <li>・ 区分変更（申請日）</li> <li>・ 未申請</li> </ul>                                          |
| 障害高齢者の日常生活自立度  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立</li> <li>・ J 1</li> <li>・ J 2</li> <li>・ A 1</li> <li>・ A 2</li> <li>・ B 1</li> <li>・ B 2</li> <li>・ C 1</li> <li>・ C 2</li> </ul> |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立</li> <li>・ I</li> <li>・ II a</li> <li>・ II b</li> <li>・ III a</li> <li>・ III b</li> <li>・ IV</li> <li>・ M</li> </ul>               |
| 介護保険の自己負担割合    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ （ ）割</li> <li>・ 不明</li> </ul>                                                                                                         |
| 障害手帳の有無        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（身体・精神・知的）</li> </ul>                                                                                                 |
| 年金などの種類        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国民年金</li> <li>・ 厚生年金</li> <li>・ 障害年金</li> <li>・ 生活保護</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>                                                     |

## 2) 2. 家族構成／連絡先について

家族の情報は、患者が自ら意思表示できない状況の中で意思決定が必要となるケースがあることから、適切な医療を迅速に提供する観点で、居宅介護支援事業所から提供される情報の中でも非常に重要なものである。

従前の様式では、主介護者とは別にキーパーソンを記載する項目が盛り込まれていたが、入

院時においては、緊急の処置を必要とするが患者の承諾が得られない場合に、患者に代わって承諾を行う者を把握することが必要である。そこで、「キーパーソン」を「代諾者」と改め、主介護者とは別に、「意思決定支援者（代諾者）」として項目を盛り込むこととした。一方で、意思決定はあくまで患者が行うものであり、「代諾」と言い切ることは適切ではないという考え方も示された。

図表 5-2 2. 家族構成／連絡先について 掲載項目＜在宅＞

| 項目               | 内容                                                                                                                        |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 世帯構成             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 独居</li> <li>・ 高齢者世帯</li> <li>・ 子と同居</li> <li>・ 日中独居</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul> |
| 主介護者氏名           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 氏名</li> <li>・ 続柄</li> <li>・ 年齢</li> <li>・ 同居／別居</li> <li>・ 電話番号</li> </ul>       |
| 意思決定支援者<br>（代諾者） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 氏名</li> <li>・ 続柄</li> <li>・ 年齢</li> <li>・ 同居／別居</li> <li>・ 電話番号</li> </ul>       |

図表 5-3 2. 連絡先について 掲載項目＜施設＞

| 項目               | 内容                                                                                                                  |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主介護者氏名           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 氏名</li> <li>・ 続柄</li> <li>・ 年齢</li> <li>・ 同居／別居</li> <li>・ 電話番号</li> </ul> |
| 意思決定支援者<br>（代諾者） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 氏名</li> <li>・ 続柄</li> <li>・ 年齢</li> <li>・ 同居／別居</li> <li>・ 電話番号</li> </ul> |

### 3) 3. 意思疎通について

従前の様式では、認知機能のコミュニケーションへの影響が分かる項目が盛り込まれていなかった

た。意思疎通を把握する上では、視力、聴力等の身体機能だけでなく、認知機能のコミュニケーションへの影響がわかるよう項目と選択肢を見直す必要がある。

また、見直しにあたっては、できる・できないの二択ではなく、部分的にであればできること・工夫すればできること等、本人の「できること」に着目した表現で選択肢を設けるべきである。

そこで、「複雑な会話はできないが、普通に会話はできる」、「普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる」等の選択肢を盛り込むこととした。

図表 5-4 3. 意思疎通について 掲載項目〈在宅・施設共通〉

| 項目   | 内容                                                                                                                                                                                       |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 視力   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 問題なし</li> <li>・ やや難あり</li> <li>・ 困難</li> </ul>                                                                                                  |
| 聴力   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 問題なし</li> <li>・ やや難あり</li> <li>・ 困難</li> </ul>                                                                                                  |
| 眼鏡   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり</li> </ul>                                                                                                                     |
| 補聴器  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり</li> </ul>                                                                                                                     |
| 意思疎通 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 会話に支障がない</li> <li>・ 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる</li> <li>・ 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる</li> <li>・ 会話が成り立たないが、発語はある</li> <li>・ 発語がなく、無言である</li> </ul> |

#### 4) 4. 口腔・栄養について

##### ① 口腔

従前の様式では歯の汚れや歯肉の腫れ、出血等に関する口腔内の状態に関する項目は盛り込まれていなかった。しかし、在宅生活においては、歯科介入の必要性の気づきが遅れる場合があるため、歯の汚れや歯周病の有無等、口腔内の状態に着目する項目を追加することで、早期の歯科介入につなげる必要がある。

##### ② 栄養

アレルギーに関する情報は、入院即日に食事提供が開始される場合が多いため、入院時に急ぎ共有すべき情報であり、項目として明記すべきである。

また、誤嚥等のリスクを軽減するためには、適切な形態の食事を提供する必要がある。そのため、食事の種類の表現はどのような医療機関でも共通して理解できる表現で選択肢を記載することとした。

図表 5-5 4. 口腔・栄養について 掲載項目 <在宅・施設共通>

| 項目                      | 内容                                                                                               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 摂食方法                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・経口</li> <li>・経管栄養</li> <li>・静脈栄養</li> </ul>              |
| 食物アレルギー                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> <li>・あり（ ）</li> </ul>                            |
| 摂食嚥下機能障害                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> <li>・あり</li> </ul>                               |
| 水分（とろみ）                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> <li>・あり（薄い・中間・濃い）</li> </ul>                     |
| 食形態（主食）                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・米飯</li> <li>・軟飯</li> <li>・全粥</li> <li>・その他（ ）</li> </ul> |
| 食形態（副食）                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・普通</li> <li>・軟菜</li> <li>・その他（ ）</li> </ul>              |
| 義歯使用                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> <li>・あり（部分・総）</li> </ul>                         |
| 左右両方の奥歯でしっかり<br>かみしめられる | <ul style="list-style-type: none"> <li>・できる</li> <li>・できない</li> </ul>                            |
| 歯の汚れ                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> <li>・あり</li> </ul>                               |
| 歯肉の腫れ、出血                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> <li>・あり（ ）</li> </ul>                            |
| 特記事項                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自由記述</li> </ul>                                          |

#### 5）5. お薬について

入院時情報提供書に記すことができる薬剤に関する情報は、あくまで介護支援専門員が知り得る限りの情報である。在宅介護の現場では、患者・家族の判断でかかりつけ医療機関以外の医療機関を受診し、処方を受けている場合も少なくない。正確性を求めるのであれば、医師間で情報共有することも一案である。一方、薬物アレルギーに関する情報は入院当日に急ぎ必要な情報であるという側面もあり、お薬に関する情報が入院時情報提供書に盛り込まれることは必要である。

また、従前の様式には服薬介助の要否等、生活場面における情報が盛り込まれていなかった。しかし、医療機関においては、内服薬そのものだけでなく、内服動作、介助が必要であるか、必要である場合は具体的にどのような介助を行っているか等、日常生活においてどのように内服して

いるかを共有する必要性が高い。

図表 5-6 5. お薬について 掲載項目〈在宅版〉

| 項目       | 内容                                                                                                                         |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内服薬      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付）</li> </ul>                               |
| 居宅療養管理指導 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（職種： ）</li> </ul>                                                 |
| 薬剤管理     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自己管理</li> <li>・ 他者による管理（管理者： 管理方法： ）</li> </ul>                                   |
| 服薬介助     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立</li> <li>・ 一部介助（介助内容： ）</li> </ul>                                             |
| 服薬状況     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 処方通り服用</li> <li>・ 時々飲み忘れ</li> <li>・ 飲み忘れが多い、処方が守られていない</li> <li>・ 服薬拒否</li> </ul> |
| 薬剤アレルギー  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（ ）</li> </ul>                                                    |
| 特記事項     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（ ）</li> </ul>                                                    |

図表 5-7 5. お薬について 掲載項目〈施設版〉

| 項目       | 内容                                                                                           |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内服薬      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付）</li> </ul> |
| 居宅療養管理指導 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（職種： ）</li> </ul>                   |
| 薬剤管理     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自己管理</li> <li>・ 他者による管理（管理者： 管理方法： ）</li> </ul>     |
| 服薬介助     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立</li> <li>・ 一部介助（介助内容： ）</li> </ul>               |
| 薬剤アレルギー  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（ ）</li> </ul>                      |
| 特記事項     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（ ）</li> </ul>                      |

6）6. かかりつけ医について（施設版：9. かかりつけ医について）

従前の様式では、かかりつけ医療機関は 1 機関のみを記載する形となっていた。しかし、高齢

者においては、複数の病院へ通院し、必ずしもかかりつけ医が 1 医療機関であるケースばかりではない。また、在宅医療では医師だけでなく歯科医師、薬剤師、訪問看護師等、多職種が関わっている場合が多い実態を踏まえた様式とする必要がある。そこで、複数の医療機関や薬局や訪問看護ステーションが記載できるようにした。

なお、在宅版では表面に No.6 として掲載するが、施設版では医療系情報の確認は施設に勤務する医療職との連携が可能であることから、裏面に No.9 として掲載する。

図表 5-8 6. かかりつけ医について 掲載項目 <在宅版>

| 項目                  | 内容                   |
|---------------------|----------------------|
| かかりつけ医療機関 1 / 医師名   | ・ 医療機関名<br>・ 医師名     |
| かかりつけ医療機関 2 / 医師名   | ・ 医療機関名<br>・ 医師名     |
| かかりつけ医療機関 3 / 医師名   | ・ 医療機関名<br>・ 医師名     |
| かかりつけ歯科医療機関 / 歯科医師名 | ・ 歯科医療機関名<br>・ 歯科医師名 |
| かかりつけ薬局             | ・ 薬局名                |
| 訪問看護ステーション          | ・ 訪問看護ステーション名        |

図表 5-9 9. かかりつけ医について 掲載項目 <施設版>

| 項目                  | 内容                   |
|---------------------|----------------------|
| かかりつけ医療機関 1 / 医師名   | ・ 医療機関名<br>・ 医師名     |
| かかりつけ医療機関 2 / 医師名   | ・ 医療機関名<br>・ 医師名     |
| かかりつけ歯科医療機関 / 歯科医師名 | ・ 歯科医療機関名<br>・ 歯科医師名 |
| かかりつけ薬局             | ・ 薬局名                |

## 7) 7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

人生の最終段階における医療・ケアに関する意向は、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえ決定されるものであり、本人の意思は変化し得ることを踏まえ、話し合いが繰り返し行われることが重要である。そのため、本人の意思については、在宅生活と入院生活とでは変化が生じる場合があり、医療・ケアチームが変化を共有すべき非常に重要な情報である。介護支援専門員が本人の人生の最終段階における医療・ケアに関する意向をアセスメントすることを促す視点からも、入院時の情報提供様式に項目が盛り込まれることには意義がある。

しかし、本人の意向を確定的なものとして記載することは介護支援専門員の負担が大きく、記載の難易度が高い情報でもある。前提として意向自体が変化していくものであることを明記した上で、記載時点で介護支援専門員が把握している意向を書き込む形とすべきである。

本人の意思が確認できない場合においては、意思推定者（誰が参加し話し合いが行われたか）が共有されることも重要である。

盛り込む項目と選択肢は、各自治体が提供するエンディングノート等を参考とした、図表 5-10 が一案である。しかし、人生の最終段階における医療・ケアに関する意向の話し合いは、それ自体が本人の希望によって行われるべきものである。選択肢を明示することにより、話し合いの実施や意向の決定を迫ることにつながるリスクもあることに十分に配慮すべきである。また、入退院時の情報共有項目はできる限り同一とする基本方針があるが、在宅と医療機関では把握できる内容には差異がある。例えば、口から食べられなくなった場合の意向について、どのような状態になった時にどのような選択肢があるか等、専門的医療知識を必要とする話し合いを在宅で十分に行うことは難易度が高いと考えられる。ケアチームと医療チームの特性の差異にも配慮した内容とすべきである。

そこで、図表 5-11 に示すように、医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容を自由に記述が可能な様式とした。

なお、人生の最終段階における医療・ケアに関する意向は、医療・ケアチームが別途様式を作成し記録している場合もある。早期に正確に意向を共有するためには、必ずしも様式に記載するのではなく、既存の記録を共有する形を盛り込むことも必要である。

一方で、人生の最終段階における医療・ケアに関する意向について話し合いを行っていくことは重要であるが、具体的な選択肢を明示して情報を共有することは、現時点では医療・介護現場において「意向の決定を行わなければならない」という誤解を与えかねない。この点を重視し、様式には具体的な項目と選択肢は明記せず、自由記述の形で本人・家族等と医療・ケアチームでどのような話し合いが行われているかを相互に情報共有するのが妥当である。

図表 5-10 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報 検討案

| 検討案                                 | 内容                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ケアマネジャーとしての把握内容です。必ず入院後の意向をご確認ください。 |                                                                                                                                                     |
| 意向の話し合い                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人・家族との話し合いを実施している<br/>(実施日： 年 月 日)</li> <li>・ 話し合いを実施していない</li> </ul>                                     |
| 話し合いへの参加者                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人</li> <li>・ 家族（氏名・続柄）</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>                                                       |
| 意向の決定方法                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の意思で決定した</li> <li>・ 家族等が本人の意思を推定して決定した</li> <li>・ 家族等が本人の意思を推定できず、医療・ケアチームが家族等と十分に話し合いを行い決定した</li> </ul> |

| 検討案              | 内容                                                                                                                                                                           |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族等が不在等の理由で医療・ケアチームが決定した</li> <li>・ 医療・ケアチーム以外の複数の専門家が検討・助言を行い決定した</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>                                     |
| 延命治療に関する意向       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 別紙参照</li> <li>・ できるだけ延命・救命をしてほしい</li> <li>・ 苦痛をやわらげる処置なら希望する</li> <li>・ なるべく自然な形で見守ってほしい</li> <li>・ その他（ ）</li> <li>・ 不明</li> </ul> |
| 本人・家族の意向に関する特記事項 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自由記述</li> </ul>                                                                                                                     |

図表 5-11 7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報 掲載項目 <在宅>

6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報 掲載項目 <施設>

| 項目                                                                          | 内容                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること。 |                                                                                                                                               |
| 意向の話し合い                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人・家族等との話し合いを実施している<br/>(最終実施日： 年 月 日)</li> <li>・ 話し合いを実施していない<br/>(本人からの話し合いの希望がない・それ以外)</li> </ul> |
| ※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載                                                  |                                                                                                                                               |
| 本人・家族の意向                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 下記をご参照ください</li> <li>・ 別紙参照（書類名： ）</li> </ul>                                                         |
| 話し合いへの参加者                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人</li> <li>・ 家族（氏名・続柄：2名分）</li> <li>・ 医療・ケアチーム</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>                         |
| 医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自由記述</li> </ul>                                                                                      |
| その他                                                                         | 自由上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自由記述</li> </ul>                                           |

## 8) 8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

### ① 身体・生活機能に関する情報

身体・生活機能に関する情報は、入院後の医療機関における安全配慮や、患者本人の能力を活かしたケアを行うために重要な情報である。入院直後に情報が共有されない場合、安全かつ適切な入院生活のため、医療機関において独自にアセスメントを行っている実態があり、早期に情報が共有されることが求められる項目である。また、特に金銭管理等の IADL に関する情報は、入院生活においても状況の把握が必要な項目である。

しかし、居宅介護支援事業所においては、身体・生活機能に関する情報はフェイスシート（アセスメントシート）を作成し情報を管理しており、入院時の様式への転記に時間を要する項目となっている。転記作業の負担を軽減し早期に情報を共有するためには、身体・生活機能の全体像は別紙の添付を可能とすることが効果的であると考えられる。また、別紙で情報を共有する場合においても、特に移乗・移動等、安全配慮に必要な情報は様式に直接明記する形が望ましい。そこで、特に重要な身体・生活機能に関する情報のみを項目として盛り込み、様式に記載のない身体・生活機能に関する情報はフェイスシート（アセスメントシート）を共有する形とした。

### ② 療養生活上の課題

療養生活上の課題については、従前の様式では、BPSD（Behavioral and Psychological Symptom of Dementia, 認知症の行動・心理症状）の類型が列挙されていた。列挙された項目を、より認知症に伴う課題の状況を共有しやすい形へ整理するため、科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence, LIFE）で用いられている BPSD の評価尺度である DBD（Dementia Behavior Scale）短縮版<sup>3</sup>に掲載された 13 項目を盛り込むことや、認定調査における主治医意見書に掲載された項目を盛り込むことが案として考えられる。

しかし、療養生活上の課題は、認知症視点からも、BPSD の観点のみで表記するのではなく、本人の能力（できること）に着目して情報を共有する視点への転換が必要である。そこで、令和 4 年度老人保健健康増進等事業において検証された認知機能の評価表<sup>4</sup>を参考に、認知機能の状態を本人のできることを共有する表現で盛り込むこととする。

---

<sup>3</sup> 町田 綾子, 日本老年医学雑誌, Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性, 妥当性の検討 ―ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して―, 2012 ; 49 : 463—467

<sup>4</sup> みずほサーチ&テクノロジーズ株式会社, 厚生労働省令和 4 年度老人保健健康増進等事業 認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究 報告書, 2023 年

図表 5-12 8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について 掲載項目〈在宅〉

7. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について 掲載項目〈施設〉

| 項目      | 内容                                                                                                                                |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 麻痺の状況   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 右上肢</li> <li>・ 左上肢</li> <li>・ 右下肢</li> <li>・ 左下肢</li> </ul>                              |
| 褥瘡等の有無  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（部位・深度・大きさ等）</li> </ul>                                                  |
| 褥瘡等への対応 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ エアーマット</li> <li>・ クッション</li> <li>・ 体位変換（ 時間毎）</li> <li>・ その他（ ）</li> <li>・ なし</li> </ul> |
| 移乗      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立</li> <li>・ 見守り</li> <li>・ 一部介助</li> <li>・ 全介助</li> </ul>                              |
| 移動      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立</li> <li>・ 見守り</li> <li>・ 一部介助</li> <li>・ 全介助</li> </ul>                              |
| 移動（屋外）  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 杖</li> <li>・ 歩行器</li> <li>・ 車椅子</li> <li>・ その他</li> </ul>                                |
| 移動（屋内）  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 杖</li> <li>・ 歩行器</li> <li>・ 車椅子</li> <li>・ その他</li> </ul>                                |
| 食事      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立</li> <li>・ 見守り</li> <li>・ 一部介助</li> <li>・ 全介助</li> </ul>                              |
| 排泄      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立</li> <li>・ 見守り</li> <li>・ 一部介助</li> <li>・ 全介助</li> </ul>                              |

| 項目                                | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院前の<br>ADL/IADL                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同封の書類をご確認ください。</li> <li>・ アセスメントシート（フェイスシート）</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ADL/IADL に<br>関する直近 2 週間<br>以内の変化 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（ ）</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 認知機能の状況                           | <p>みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 見守ってもらうことなく過ごすことができる</li> <li>・ 1 日 1 回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる</li> <li>・ 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる</li> <li>・ 30 分程度ならみまもってもらうことなく一人で過ごすことができる</li> <li>・ 常にみまもりが必要である</li> </ul> <p>見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年月日はわかる</li> <li>・ 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる</li> <li>・ 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる</li> <li>・ その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる</li> <li>・ 自分の名前がわからない</li> </ul> <p>近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 常に覚えている</li> <li>・ たまに（週 1 回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる</li> <li>・ 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある</li> <li>・ きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない</li> <li>・ 忘れたこと自体を認識していない</li> </ul> <p>遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自由に操作できる</li> <li>・ チャンネルの順送りなど普段している操作はできる</li> <li>・ 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える</li> <li>・ リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない</li> <li>・ リモコンが何をするものかわからない</li> </ul> |
| 過去半年間に<br>おける入院                   | <p>なし</p> <p>不明</p> <p>あり（頻度：0 回・1 回・2 回以上）（直近の入院理由）（期間）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

# 9) 9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

医療機関において、退院後の生活をイメージする上で、入院前のサービス利用状況、本人の関心、社会との関わり等に関する情報は貴重な情報である。また、退院に向けての方針を検討する上で、本人・家族の意向を把握する必要がある。特に認知症の患者においては、本人の「そのひとらしさ」を守りながら入院生活を支援していくことが重要である。

これらの情報は居宅介護支援事業所においてフェイスシート（アセスメントシート）、居宅サービス計画書（ケアプラン）に記載がされていることから、これらの書類を別紙として共有することで転記の負担を軽減しつつ、必要かつ重要な情報を正確に共有することにつながると考えられる。

また、在宅で生活をしていた高齢者の場合、ペット飼育の有無は入院生活における本人の意欲や、退院先の検討において非常に重要な情報となることがある。ペット飼育の有無については様式の中に項目として明記されることが望ましい。

**図表 5-13 9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等 掲載項目 <在宅>**

| 項目                               | 内容                                                                       |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 ※別紙参照可 | 同封の書類をご確認ください。<br>・ 居宅サービス計画書（１）～（３）<br>・ アセスメントシート（フェイスシート）<br>・ その他（ ） |
| ペット飼育の有無                         | ・ あり<br>・ なし                                                             |
| 特記事項                             | ・ 自由記述                                                                   |

**図表 5-14 8. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等 掲載項目 <施設>**

| 項目                               | 内容                                                                       |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 ※別紙参照可 | 同封の書類をご確認ください。<br>・ 居宅サービス計画書（１）～（３）<br>・ アセスメントシート（フェイスシート）<br>・ その他（ ） |
| 特記事項                             | ・ 自由記述                                                                   |

# 10) 10. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

独居の高齢者が増加する中、退院後の生活において支援者となるのは必ずしも家族だけではない。家族に限らず、退院後に十分な支援が見込めるか、介護支援専門員の意見が共有されることが重要である。

なお、本項目は在宅生活を送る高齢者に特有のものとして、在宅版のみに盛り込むこととする。

図表 5-15 10. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見） 掲載項目＜在宅＞

| 項目                   | 内容                                                                                                                                                  |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住環境<br>※可能ならば写真などを添付 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住居の種類（ 戸建て・集合住宅 ）</li> <li>・ （ ）階建て ・ 居室（ ）階</li> <li>・ エレベーター（ あり・なし ）</li> </ul>                         |
| 在宅生活に必要な要件           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自由記述</li> </ul>                                                                                            |
| 世帯に対する配慮             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 不要</li> <li>・ 必要（ ）</li> </ul>                                                                             |
| 退院後の支援者              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の支援が見込める（十分・一部）</li> <li>・ 家族以外の支援が見込める（十分・一部）</li> <li>・ 支援は見込めない</li> <li>・ 家族や家族以外の支援者はいない</li> </ul> |
| 退院後の主介護者             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本シート2に同じ</li> <li>・ 左記以外（氏名・続柄・年齢）</li> </ul>                                                              |
| 家族や同居者による虐待の疑い       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（ ）</li> </ul>                                                                             |
| 特記事項                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自由記述</li> </ul>                                                                                            |

#### 1 1）11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

退院前カンファレンスは、介護支援専門員にとって貴重な情報収集の場となっている反面、院内の多職種カンファレンスに参加することはほぼ無いと言える。そこで、入退院時に実際に行われている情報共有のためのカンファレンスのみを項目として盛り込むこととした。

図表 5-16 11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望） 掲載項目＜在宅＞

| 項目                | 内容                                                                            |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 退院前カンファレンスへの参加    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 希望あり</li> <li>・ 具体的な希望（ ）</li> </ul> |
| 退院前訪問指導を実施する場合の同行 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 希望あり</li> <li>・ 具体的な希望（ ）</li> </ul> |

図表 5-17 10. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望） 掲載項目＜施設＞

| 項目             | 内容                                                                            |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 退院前カンファレンスへの参加 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 希望あり</li> <li>・ 具体的な希望（ ）</li> </ul> |

#### 1 2）その他一項目の削除

疾患歴や入院前に実施している医療処置等の医療に関する情報は、主に在宅療養に関わる医師や看護師等が最新かつ詳細な情報を把握している場合が多く、医療機関間での情報連

携が行われる方がより正確な情報が共有されるものと考えられる。居宅介護支援事業所からは在宅療養に関わる医療チームの情報を共有することとし、詳細な医療情報は医療チームから入院先医療機関へ共有される形が望ましい。

図表 5-18 削除項目

| 削除項目                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾患歴</li> <li>・ 入院前に実施している医療処置</li> </ul> |

## (2) 居宅介護支援事業所向け診療情報提供書

### 1) 様式タイトル

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書は、退院の場面だけでなく、居宅療養管理指導の場面においても活用されることがある。また、退院時と居宅療養管理指導時では、医療機関と居宅介護支援事業所が共有すべき情報は異なる。

そこで、様式を区別するため、本様式のタイトルを退院時に使用すべき様式であることが分かるよう変更すべきである。

図表 5-19 様式タイトル

| 削除項目                                                             |
|------------------------------------------------------------------|
| 変更前：都道府県が指定する居宅療養支援事業所向け診療情報提供書<br>変更後：指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（退院時） |

### 2) 1. 患者の病状、経過等

#### ① 病状等の説明内容と患者の理解・希望

従前の様式では、医師から患者へどのような説明が行われているか、患者が病状をどのように受け止めているかを共有する項目は盛り込まれていなかった。しかし、患者がどのような考えや意向を持っているかは、在宅生活を支援していく上で重要な情報である。また、医師として積極的に治療しようとしているのか、それとも看取る方向で検討しているのか等、医師の考えが介護支援専門員に共有されることが必要である。

そこで、「医師の説明」、「患者・家族の受けとめ」の項目を退院時の情報共有項目に盛り込むことが一案である。しかし、受けとめという表現は受動的であり、医療職主導の医療という印象を生みかねない。医療職と患者が対等に治療を検討していくという在り方を様式上にも盛り込むため、様式には「受けとめ」ではなく「患者の理解・希望」という表現で盛り込むことが望ましい。

#### ② 口腔・栄養に関する情報

口腔・嚥下機能の維持向上のためにリハビリテーションを必要とする場合や、特別な形態の食事を提供する必要がある場合、患者の状態や必要な支援が確実に共有されることが重

要である。また、居宅介護支援事業所が患者の変化を把握するため、できる限り入院時に提供された情報と対になる項目が盛り込まれることが望ましい。

なお、医療機関では口腔・栄養に関する詳細情報は看護サマリーや看護及び栄養管理等に関する情報（様式 50）に取りまとめている場合がある。より正確かつ詳細な情報を効率的に共有するには、別紙による情報提供を可能とすることが効果的であると考えられる。

### ③ 服薬に関する情報

居宅介護支援事業所が入院後の変化を把握する観点から、内服薬の変更の有無を含め、できる限り入院時に提供される項目と対になる項目が盛り込まれることが望ましい。

また、一包化の要否や退院時処方の有無等、退院直後の生活の支援に影響する情報が確実に共有されることが必要である。

### ④ 療養上の工夫点（医療上の留意点、安全の配慮等）

居宅介護支援事業所が入院後の変化を把握し、退院後の生活を支援する観点から、療養生活上の課題と、課題への対応状況が共有される必要がある。共有方法として、入院時と同様、単純に BPSD の状況を共有するのではなく、どのような症状が発生し、症状に対して医療機関でどのような工夫が取り入れられていたか、どのような工夫が退院後の在宅生活で継続されると良いかが両輪で共有されることが重要である。

図表 5-20 1. 患者の病状、経過等 掲載項目

| 項目                                                      | 内容                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については 1. に記入）及び発症年月日 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1. 傷病名・発症年月日</li> <li>・ 2. 傷病名・発症年月日</li> <li>・ 3. 傷病名・発症年月日</li> </ul>                                                               |
| (2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び治療内容                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自由記述</li> </ul>                                                                                                                       |
| (3) 病状等の説明内容と患者の理解・希望                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自由記述</li> </ul>                                                                                                                       |
| (4) 日常生活自立度等について                                        |                                                                                                                                                                                |
| 障害高齢者の日常生活自立度<br>(寝たきり度)                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立</li> <li>・ J 1</li> <li>・ J 2</li> <li>・ A 1</li> <li>・ A 2</li> <li>・ B 1</li> <li>・ B 2</li> <li>・ C 1</li> <li>・ C 2</li> </ul> |
| 認知症高齢者の日常生活自立度                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立</li> <li>・ I</li> <li>・ II a</li> </ul>                                                                                            |

| 項目                | 内容                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ II b</li> <li>・ III a</li> <li>・ III b</li> <li>・ IV</li> <li>・ M</li> </ul>                                                                                             |
| (5) 口腔・栄養に関する情報   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 下記をご参照ください</li> <li>・ 別紙様式 50 等参照</li> </ul>                                                                                                                             |
| 摂食方法              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経口</li> <li>・ 経管栄養</li> <li>・ 静脈栄養</li> </ul>                                                                                                                            |
| 食物アレルギー           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり ( )</li> </ul>                                                                                                                                          |
| 摂食嚥下機能障害          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり</li> </ul>                                                                                                                                              |
| 水分とろみ             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり (薄い・中間・濃い)</li> </ul>                                                                                                                                   |
| 食形態               | <p>主食</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 米飯</li> <li>・ 軟飯</li> <li>・ 全粥</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul> <p>副食</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普通</li> <li>・ 軟菜</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul> |
| 義歯使用              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり (部分・総)</li> </ul>                                                                                                                                       |
| 両方の奥歯でしっかりかみしめられる | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ できる</li> <li>・ できない</li> </ul>                                                                                                                                           |
| 歯の汚れ              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり</li> </ul>                                                                                                                                              |
| 歯肉の腫れ、出血          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり</li> </ul>                                                                                                                                              |
| 在宅生活における留意点       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自由記述</li> </ul>                                                                                                                                                          |
| (6) 服薬に関する情報      |                                                                                                                                                                                                                   |
| 内服薬               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり (入院後の処方変更：なし・あり)</li> </ul>                                                                                                                             |

| 項目                             | 内容                                                                                                        |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一包化の必要性                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり</li> </ul>                                      |
| 服薬介助                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立</li> <li>・ 一部介助（介助内容： ）</li> <li>・ 全介助</li> </ul>             |
| 退院時処方                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（退院日含め_日分）</li> </ul>                            |
| 服薬アレルギー                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（ ）</li> </ul>                                   |
| 在宅生活における留意点                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自由記述</li> </ul>                                                  |
| （7）療養上の工夫点<br>（医療上の留意点、安全の配慮等） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり</li> </ul> <p>工夫点（例：ご本人の見えない位置にカテーテルを固定した等）</p> |
| （8）入院期間                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院日</li> <li>・ 退院日</li> </ul>                                    |

### 3）2. 退院後のサービスの必要性

退院後の生活において訪問看護サービスが必要な場合、入院先医療機関の医師が特別指示書を発行するかにより、退院後の訪問診療のタイミングや支援体制に変化が生じると考えられる。特別指示書の発行の有無が明記されることが望ましい。

図表 5-21 2. 退院後のサービスの必要性 掲載項目

| 項目           | 内容                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 退院後のサービスの必要性 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問診療</li> <li>・ 訪問看護（特別指示書：あり・なし）</li> <li>・ 訪問歯科診療</li> <li>・ 訪問薬剤管理指導</li> <li>・ 訪問リハビリテーション</li> <li>・ 訪問歯科衛生指導</li> <li>・ 訪問栄養食事指導</li> <li>・ 通所リハビリテーション</li> <li>・ 短期入所療養介護</li> <li>・ その他の医療系サービス（ ）</li> </ul> |

### 4）3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

入院を経て ADL の変化があったか、あった場合はどのように変化したのかが共有されることが重

要である。また、自助具の必要性についても、退院後の福祉用具の手配の要否に関わる情報であり、様式内に盛り込まれることが望ましい。

図表 5-22 3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等 掲載項目

| 項目                                    | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) ADL に関する入院中の変化                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ あり（同封の書類をご確認ください）</li> <li>・ なし</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                    |
| (2) 自助具の使用                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ あり（ ）</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                |
| (3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 尿失禁</li> <li>・ 転倒・骨折</li> <li>・ 移動能力の低下</li> <li>・ 褥瘡</li> <li>・ 心肺機能の低下</li> <li>・ 閉じこもり</li> <li>・ 意欲低下</li> <li>・ 徘徊</li> <li>・ 低栄養</li> <li>・ 摂食・嚥下機能低下</li> <li>・ 脱水</li> <li>・ 易感染性</li> <li>・ がん等による疼痛</li> <li>・ その他（ ）</li> <li>・ 対処方針（ ）</li> </ul> |
| (4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項とその対処方針    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 起居動作</li> <li>・ 移動</li> <li>・ 運動</li> <li>・ 排泄</li> <li>・ 睡眠</li> <li>・ 入浴</li> <li>・ 摂食</li> <li>・ 嚥下</li> <li>・ 血圧</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>                                                                                                             |

5) 4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

本項目については、改訂はない。

図表 5-23 4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と  
地域社会において必要な支援等 掲載項目

| 項目                         | 内容                                          |
|----------------------------|---------------------------------------------|
| (1) 利用者の日常生活上の留意事項         | ・ 自由記述                                      |
| (2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 | ・ 社会生活面の課題<br>・ 特になし<br>・ あり ( )<br>・ 必要な支援 |
| (3) 特記事項                   | ・ 自由記述                                      |

#### 6) 5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

人生の最終段階における医療・ケアに関する意向は、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえ決定されるものであり、本人の意思は変化し得ることを踏まえ、話し合いが繰り返し行われることが重要である。そのため、本人の意思については、在宅生活と入院生活とでは変化が生じる場合があり、医療・ケアチームが変化を共有すべき非常に重要な情報である。しかし、具体的な選択肢を明示して情報を共有することは、現時点では医療・介護現場において「意向の決定を行わなければならない」という誤解を与えかねない。意向自体が変化していくものであることを明記した上で、入院中にどのような話し合いが行われたのかを自由記述できる形式で様式に盛り込むことが望ましい。また、本人の意思が確認できない場合においては、意思推定者（誰が参加し話し合いが行われたか）が共有されることも重要である。

なお、人生の最終段階における医療・ケアに関する意向は、医療・ケアチームが別途様式を作成し記録している場合もある。早期に正確に意向を共有するためには、必ずしも様式に記載するのではなく、既存の記録を共有する形を盛り込むことが必要である。

人生の最終段階における医療・ケアに関する意向について、医療機関では、治療に関する意向のみならず、口から食べられなくなった場合の意向、最期の時が近づいた時に過ごしたい場所、告知に関する意向等が在宅生活時よりも詳細に話し合われる可能性がある。しかし、これらの意向について本人から話し合いの希望がなく、意向の確認を急ぐことが適切ではない場合もある。そのため、話し合いを実施していないことを否定的に受け止められないよう様式上の配慮が必要である。そこで、話し合いの実施の有無を記載するとともに、話し合いが行われていない場合に、本人からの話し合いの希望がない旨を明記できる形とすることが望ましい。

図表 5-24 5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報 掲載項目

| 項目                                                                        | 内容                                  |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること |                                     |
| (1) 意向の話し合い                                                               | ・ 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 日） |

| 項目                                        | 内容                                                       |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                           | ・ 話し合いを実施していない（本人からの話し合いの希望がない・それ以外）                     |
| (2) 本人・家族の意向                              | ・ 下記をご参照ください<br>・ 別紙参照<br>（入院中に記載した書類等： ）                |
| (3) 話し合いの参加者                              | ・ 本人<br>・ 家族（氏名・続柄）（氏名・続柄）<br>・ 医療・ケアチーム<br>・ その他（ ）     |
| (4) 医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容 | ・ 自由記述                                                   |
| (5) その他                                   | （上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）<br>・ 自由記述 |

#### 7) その他一項目の削除

退院時に医療機関から居宅介護支援事業所へ、どのような医療的支援が必要であるか、という点が共有されることは非常に重要である。しかし、支援の結果としての生活機能の維持・改善の見通しまでが示される必要性は高くないと言える。

図表 5-25 削除項目

| 削除項目                      |
|---------------------------|
| ・ サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し |

## 4. まとめ

早期の情報共有—記載に要する時間をできる限り短縮する様式とすること、生活者像の共有—医療機関においては患者の在宅生活を、居宅介護支援事業所においては利用者の医療ニーズを把握することに資する様式とするという2つの観点を土台に、ヒアリング調査、検討委員会における検討を行い、図表 5-26、5-27、5-28 の通り様式案を作成した。

入院時情報提供書では、入院前の身体・生活機能の状況、入院前の生活における介護・医療の状況、本人の関心等の項目を別紙として参照する形へ変更し、記載の効率化を図った。また、認知症の視点では BPSD の状況ではなく認知機能の状態を共有することで、本人ができることに目を向ける視点への転換を図った。

診療情報提供書では、様式自体を退院時に使用するものとして特化し、入院時情報提供書と対になる生活関連項目（食事、服薬、療養上の工夫点等）を新たに盛り込んだ。認知症の視点では、

入院中の状況と在宅生活に引き継がれるべき工夫点が共有できる形とした。

入院時の情報提供書、診療情報提供書に共通するテーマとして、ヒアリング調査を通して「人生の最終段階における医療・ケアに関する本人・家族の意向」に関する情報の連携が望まれていることが明らかになったことから、両様式に「人生の最終段階における医療・ケアに関する情報」の項目を新設した。人生の最終段階における医療・ケアに関する意向は、在宅生活と入院生活で生じる変化を医療・ケアチームが共有すべき非常に重要な情報である反面、様式に盛り込むことで、本人の意向に反して意向の話し合いの実施が強要される事態や、意向の最終決定を急がす事態を招くことは避けるべきとの考え方もある。本改訂では左記の点に配慮し、意向の内容の記載箇所に具体的な選択肢を設定する事は見送ることとした。

今後、ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念がより一層医療・介護現場や一般社会に普及することで、多様な選択肢を盛り込み効率的な情報共有を可能とする様式の検討が可能となると考えられる。

図表 5-26 入院時情報提供書〈在宅版〉

記入日： 年 月 日  
 入院日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

### 入院時情報提供書〈在宅版〉

医療機関名：  
 ご担当者名：

事業所名：  
 ケアマネジャー氏名：  
 TEL：                      FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご利用下さい。

#### 1. 利用者(患者)基本情報について

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名            | (フリガナ)                                                                                                                                                                                                                                                         | 生年月日           | 西暦 年 月 日生                                                                                                                                                                                                                              |
| 入院時の要介護度      | <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )    有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / / ) <input type="checkbox"/> 未申請                                                        |                |                                                                                                                                                                                                                                        |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立<br><input type="checkbox"/> I1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立<br><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M |
| 介護保険の自己負担割合   | <input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                         | 障害手帳の有無        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 身体・精神・知的 )                                                                                                                                                                   |
| 年金などの種類       | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                       |                |                                                                                                                                                                                                                                        |

#### 2. 家族構成／連絡先について

|              |                                                                                                                                                         |      |  |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 世帯構成         | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |  |
| 主介護者氏名       | (続柄・才) (同居・別居)                                                                                                                                          | 電話番号 |  |
| 意思決定支援者(代読者) | (続柄・才) (同居・別居)                                                                                                                                          | 電話番号 |  |

#### 3. 意識疎通について

|     |                                                                                          |      |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 視力  | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | 意識疎通 | <input type="checkbox"/> 会話に支障がない<br><input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる<br><input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる<br><input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある<br><input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である |
| 聴力  | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 |      |                                                                                                                                                                                                                                   |
| 眼瞼  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                   |
| 補聴器 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                   |

#### 4. 口腔・栄養について

|          |                                                                                                                      |                     |                                                                                          |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 摂食方法     | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養                              | 食物アレルギー             | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                              |
| 摂食嚥下機能障害 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                              | 水分(とろみ)             | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 薄い・ 中間・ 濃い )                   |
| 食形態(主食)  | <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( ) | 食形態(副食)             | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 義歯使用     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 部分・ 総 )                                                    | 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない                               |
| 歯の汚れ     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                              | 歯肉の腫れ、出血            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                              |
| 特記事項     |                                                                                                                      |                     |                                                                                          |

#### 5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

|         |                                                                                                                                           |          |                                                                |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------|
| 内服薬     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                   | 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： ) |
| 薬剤管理    | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者：    管理方法： )                                                           |          |                                                                |
| 服薬介助    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容： ) <input type="checkbox"/> 全介助                                           |          |                                                                |
| 服薬状況    | <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 |          |                                                                |
| 薬剤アレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                               | 特記事項     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )    |

#### 6. かかりつけ医について

|             |  |             |  |
|-------------|--|-------------|--|
| かかりつけ医療機関 1 |  | かかりつけ医療機関 2 |  |
| 医師名         |  | 医師名         |  |
| かかりつけ医療機関 3 |  | かかりつけ歯科医療機関 |  |
| 医師名         |  | 歯科医師名       |  |
| かかりつけ薬局     |  | 訪問看護ステーション  |  |

#### 7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

|         |                                                                                                                                                                                |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 意向の話し合い | <input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月 )<br><input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない ( <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 ) |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

|                                        |                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 本人・家族の意向                               | <input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名： )                                                                                 |
| 話し合いの参加者                               | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名：    続柄： ) (氏名：    続柄： )<br><input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※ |                                                                                                                                                           |
| その他                                    | 上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容                                                                                                                  |

| 8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 麻痺の状況                             | <input type="checkbox"/> 右 upper 肢                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 左 upper 肢 | <input type="checkbox"/> 右 lower 肢 | <input type="checkbox"/> 左 lower 肢 | 褥瘡等の有無                        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位・深度・大きさ等） |                              |                               |                              |
| 褥瘡等への対応                           | <input type="checkbox"/> エアーマット                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> クッション     | <input type="checkbox"/> 体位変換（時間毎） |                                    | <input type="checkbox"/> その他（ |                                                                     | <input type="checkbox"/> なし  |                               |                              |
| 移乗                                | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 見守り       | <input type="checkbox"/> 一部介助      | <input type="checkbox"/> 全介助       | 移動                            | <input type="checkbox"/> 自立                                         | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 移動（屋外）                            | <input type="checkbox"/> 杖                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 歩行器       | <input type="checkbox"/> 車椅子       | <input type="checkbox"/> その他       | 移動（屋内）                        | <input type="checkbox"/> 杖                                          | <input type="checkbox"/> 歩行器 | <input type="checkbox"/> 車椅子  | <input type="checkbox"/> その他 |
| 食事                                | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 見守り       | <input type="checkbox"/> 一部介助      | <input type="checkbox"/> 全介助       | 排泄                            | <input type="checkbox"/> 自立                                         | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 入院前のADL/IADL                      | 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 認知機能の状況                           | みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度はかの人によるみまもりが必要か<br><input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる<br><input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる<br><input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
|                                   | 見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか<br><input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる<br><input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる<br><input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない                                         |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
|                                   | 近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか<br><input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる<br><input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない<br><input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない                          |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
|                                   | 遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか<br><input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる<br><input type="checkbox"/> 操作間違が多いが、操作方法を教えてもらえば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない<br><input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない                                |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
|                                   | 過去半年間における入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> あり（頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上）（直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）                                                                                    |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 介護/医療の状況・本人の関心等                   | 介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等<br>同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（<br>ペット飼育の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>特記事項：                                                                    |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 10. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見） |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 住環境<br>※可能な場合は「写真」などを添付           | 住居の種類（戸建て・集合住宅） _____ 階建て。 居室 _____ 間。 エレベーター（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）<br>特記事項：                                                                                                                                                                                                |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 在宅生活に必要な要件                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 世帯に対する配慮                          | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 退院後の支援者                           | <input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部）<br><input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない                                   |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 退院後の主介護者                          | <input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名： 続柄： 年齢：                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 家族や同居者等による虐待の疑い                   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 特記事項                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 「退院前カンファレンス」への参加                  | <input type="checkbox"/> 希望あり<br>具体的な要望（                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行               | <input type="checkbox"/> 希望あり<br>具体的な要望（                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                                    |                                    |                               |                                                                     |                              |                               |                              |

図表 5-27 入院時情報提供書〈施設版〉

記入日： 年 月 日  
 入院日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

### 入院時情報提供書〈施設版〉

医療機関名：  
 ご担当者名：

←

施設名：  
 担当者名：  
 TEL： FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、\_\_\_\_年\_\_月\_\_日時点の施設生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

#### 1. 利用者(患者)基本情報について

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名            | (フリガナ)                                                                                                                                                                                                                                                         | 生年月日           | 西暦 年 月 日生                                                                                                                                                                                                                              |
| 入院時の要介護度      | <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請                                                                 |                |                                                                                                                                                                                                                                        |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立<br><input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立<br><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M |
| 介護保険の自己負担割合   | <input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                       | 障害手帳の有無        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)                                                                                                                                                                      |
| 年金などの種類       | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                        |                |                                                                                                                                                                                                                                        |

#### 2. 家族連絡先について

|              |                |      |  |
|--------------|----------------|------|--|
| 主介護者氏名       | (続柄・才) (同居・別居) | 電話番号 |  |
| 意思決定支援者(代居者) | (続柄・才) (同居・別居) | 電話番号 |  |

#### 3. 意思疎通について

|     |                                                                                          |      |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 視力  | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 会話が支障がない<br><input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる<br><input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる<br><input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある<br><input type="checkbox"/> 発語がなく、無音である |
| 聴力  | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 |      |                                                                                                                                                                                                                                   |
| 眼鏡  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                   |
| 補聴器 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                   |

#### 4. 口腔・栄養について

|          |                                                                                                                     |                     |                                                                                                                                                  |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 摂食方法     | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養                             | 食物アレルギー             | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )                                                                                       |
| 摂食嚥下機能障害 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                             | 水分(とろみ)             | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い ) |
| 食形態(主食)  | <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他( ) | 食形態(副食)             | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他( )                                                          |
| 義歯使用     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総 )  | 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない                                                                                       |
| 歯の汚れ     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                             | 歯肉の腫れ、出血            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )                                                                                       |
| 特記事項     |                                                                                                                     |                     |                                                                                                                                                  |

#### 5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

|         |                                                                                                |          |                                                               |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------|
| 内服薬     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                        | 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種： ) |
| 薬剤管理    | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 自己管理以外(管理方法： )                          |          |                                                               |
| 服薬介助    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容： ) <input type="checkbox"/> 全介助 |          |                                                               |
| 薬剤アレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )                                     | 特記事項     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )    |

#### 6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

|         |                                                                                                                                                                               |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 意向の話し合い | <input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している(最終実施日： 年 月 )<br><input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない ( <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 ) |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

|                                        |                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 本人・家族の意向                               | <input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照(入所中に記載した書類等： )                                                                  |
| 話し合いへの参加者                              | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(氏名： 続柄： ) (氏名： 続柄： )<br><input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※ |                                                                                                                                                   |
| その他                                    | 上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容                                                                                                          |

| 7. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 麻痺の状況                                 | <input type="checkbox"/> 右上肢                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 左上肢   | <input type="checkbox"/> 右下肢       | <input type="checkbox"/> 左下肢 | 褥瘡等の有無                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位・深さ・大きさ等） |                              |                               |                              |
| 褥瘡等への対応                               | <input type="checkbox"/> エアーマット                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> クッション | <input type="checkbox"/> 体位変換（時間毎） |                              | <input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                     |                              |                               | <input type="checkbox"/> なし  |
| 移乗                                    | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 見守り   | <input type="checkbox"/> 一部介助      | <input type="checkbox"/> 全介助 | 移動                              | <input type="checkbox"/> 自立                                         | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 移動（屋外）                                | <input type="checkbox"/> 杖                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 歩行器   | <input type="checkbox"/> 車椅子       | <input type="checkbox"/> その他 | 移動（屋内）                          | <input type="checkbox"/> 杖                                          | <input type="checkbox"/> 歩行器 | <input type="checkbox"/> 車椅子  | <input type="checkbox"/> その他 |
| 食事                                    | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 見守り   | <input type="checkbox"/> 一部介助      | <input type="checkbox"/> 全介助 | 排泄                              | <input type="checkbox"/> 自立                                         | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 入院前のADL/IADL                          | 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                                                      |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
| ADL・IADLに関する<br>直近2週間以内の変化            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
| 認知機能の状況                               | みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度はかの人によるみまもりが必要か<br><input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる<br><input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる<br><input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
|                                       | 見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか<br><input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在の場所の種類はわかる<br><input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前がわかる<br><input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない                                          |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
|                                       | 近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか<br><input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる<br><input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出せることもある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない<br><input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない                         |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
|                                       | 遂行能力：テレビや電動ベッド等の電化製品を操作できるか<br><input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる<br><input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない<br><input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない                                   |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
|                                       | 過去半年間における入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上）（直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）                                                                                       |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
| 8. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
| 介護/医療の状況、<br>本人の関心等                   | 介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等<br>同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 施設サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（ ）<br>特記事項：                                                                                                                                       |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
| 9. かかりつけ医について                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
| かかりつけ医療機関 1                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                    |                              | かかりつけ医療機関 2                     |                                                                     |                              |                               |                              |
| 医師名                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                    |                              | 医師名                             |                                                                     |                              |                               |                              |
| かかりつけ歯科医療機関                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                    |                              | かかりつけ薬局                         |                                                                     |                              |                               |                              |
| 歯科医師名                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
| 10. カンファレンス等について（ケアマネジャー、支援相談員等からの希望） |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |
| 「退院前カンファレンス」<br>への参加                  | <input type="checkbox"/> 希望あり<br>具体的な要望（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                |                                    |                              |                                 |                                                                     |                              |                               |                              |

図表 5-28 指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書〈退院時〉

(別紙様式12の4)

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書 (退院時)

年 月 日

情報提供先事業所

担当 殿

医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

|      |                     |             |   |   |
|------|---------------------|-------------|---|---|
| 患者氏名 | (ふりがな)              | 男<br>・<br>女 | 〒 | - |
|      | 生年月日:西暦 年 月 日 ( 歳 ) |             |   |   |

1. 患者の病状、経過等

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 診断名 (生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については1.に記入) 及び発症年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 発症年月日 (西暦 年 月 日頃)                                                                                                                                         |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 発症年月日 (西暦 年 月 日頃)                                                                                                                                         |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 発症年月日 (西暦 年 月 日頃)                                                                                                                                         |
| (2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び治療内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                           |
| (3) 病状等の説明内容と患者の理解・希望                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |
| (4) 日常生活の自立度等について<br>障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2<br>認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M |                                                                                                                                                           |
| (5) 口腔・栄養に関する情報<br><input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙様式50等参照                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                           |
| 摂食方法 : <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 食物アレルギー : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                                     |
| 摂食嚥下機能障害 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 水分とうみ : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い ) |
| 食形態 : 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                               |
| 義歯使用 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない                                                                           |
| 歯の汚れ : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 歯肉の腫れ、出血: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                         |
| 在宅生活における留意点:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                           |
| (6) 服薬に関する情報                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                           |
| 内服薬 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (入院後の内服薬変更: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 一包化の必要性: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                          |
| 服薬介助: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容: )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                              |
| 退院時処方: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (退院日含め 日分)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 服薬アレルギー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                                      |
| 在宅生活における留意点:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                           |
| (7) 療養上の工夫点 (医療上の留意点、安全の配慮等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>→工夫点 (例: ご本人の見えない位置にカテーテルを固定した等):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                           |
| (8) 入院期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                           |
| 入院日: 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 退院日: 年 月 日                                                                                                                                                |

## 2. 退院後のサービスの必要性

|                                      |                                                                                               |                                       |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療        | <input type="checkbox"/> 訪問看護（特別指示書： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療       | <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導                                                             | <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導     |                                   |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護                                                             | <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス（ | ）                                 |

## 3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

|                                                                        |                                |                                  |                                    |                                  |                                |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| (1)ADLに関する入院中の変化                                                       |                                |                                  |                                    |                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> あり（同封の書類をご確認ください） <input type="checkbox"/> なし |                                |                                  |                                    |                                  |                                |
| (2)自具具の使用                                                              |                                |                                  |                                    |                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（               |                                |                                  |                                    |                                  |                                |
| (3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針                                   |                                |                                  |                                    |                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> 尿失禁                                           | <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 | <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 | <input type="checkbox"/> 褥瘡        | <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 | <input type="checkbox"/> 閉じこもり |
| <input type="checkbox"/> 意欲低下                                          | <input type="checkbox"/> 徘徊    | <input type="checkbox"/> 低栄養     | <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 | <input type="checkbox"/> 脱水      | <input type="checkbox"/> 易感染性  |
| <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他（        |                                |                                  |                                    |                                  |                                |
| → 対処方針（                                                                |                                |                                  |                                    |                                  |                                |
| (4)サービス提供時における医学的観点からの留意事項とその対処方針                                      |                                |                                  |                                    |                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> 起居動作                                          | <input type="checkbox"/> 移動    | <input type="checkbox"/> 運動      | <input type="checkbox"/> 排泄        | <input type="checkbox"/> 睡眠      | <input type="checkbox"/> 入浴    |
| <input type="checkbox"/> 摂食                                            | <input type="checkbox"/> 嚥下    | <input type="checkbox"/> 血圧      | <input type="checkbox"/> その他（      | ）                                |                                |
| → 対処方針（                                                                |                                |                                  |                                    |                                  |                                |

## 4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

|                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|
| (1)利用者の日常生活上の留意事項                                                   |
| (2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援                                           |
| 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ |
| → 必要な支援（                                                            |
| (3)特記事項                                                             |

## 5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

|                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1)意向の話し合い： <input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 日）<br><input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない（ <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外） |
| ※（2）から（5）は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載                                                                                                                                                     |
| (2)本人・家族の意向： <input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照（入院中に記載した書類等：                                                                                              |
| (3)話し合いの参加者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ）<br><input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他（                              |
| (4)医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容                                                                                                                                                 |
| (5)その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）                                                                                                                                     |

## 第6章 総括（今後の課題と展開）

### 1. 今後の課題

本事業では、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができる環境の実現に向けて入退院時の情報連携が促進することを目的に、入院時情報提供書及び退院時診療情報提供書の改定を実施した。一方で、様式の改訂を通じて入退院時の情報連携が促進していくにあたっては「改訂された様式の普及」や、「情報連携基盤活用に向けた検討」等の課題があることが示唆された。

#### （1）改訂された様式の普及

本事業の成果として、有識者や現場の意見を反映された入院時情報提供書（居宅版）、入院時情報提供書（施設版）、退院時診療情報提供書の改定が実現した。今後、改訂された様式が各地域において正しく運用され、入院時の情報連携が促進されることが望まれる。

その一方で、ヒアリング調査の結果から今回様式に新たに追加された「人生の最終段階における医療・ケアに関する本人・家族の意向」については、特に在宅の現場でケアマネジャーが当該情報を書面で連携する際の体制的・心理的な負担感が懸念されることが示唆された。また、有識者からは医療・介護現場において「人生の最終段階における医療・ケアに関する本人・家族の意向」について患者・家族と医療・ケアチームが適切に会話出来る環境・体制作りが必要になるだろうという意見もあがった。今後、医療・介護従事者への教育・研修の実施や等の方法でこの問題に対処していく必要がある。また、現場での体制作りを診療・介護報酬の改定等の観点から後押ししていくことも望まれる。

更に、同じくヒアリング調査において、退院時の医療機関から居宅介護支援事業所・介護施設への情報連携は書面ではなくケアマネジャー等の退院時カンファレンスへの参加等の形で行われるケースも多くあることが明らかになった。そのため、特に様式改訂で新規に追加された情報項目について、各地域において退院時に情報されるようにするためには、退院時カンファレンスへ様式の効果的な活用方法等について普及を行っていく必要がある。

#### （2）情報連携基盤活用に向けた検討

本事業のヒアリング調査の結果から、入院時・退院時とも書面で情報を連携する場合には FAX が利用されるケースが非常に多く、広域で情報連携出来る仕組みが望まれていることが明らかになった。また、入院時情報提供書については現状、様式の記載の負担感が強いことが原因で一部地域の、特に急性期の現場では情報が必要なタイミングに連携されず、作成された様式が医療機関内で有効活用されないケースがあることも明らかになっている。

広域で電子的に入退院時の情報が医療・介護間で連携出来る仕組みを実現することによって、入退院時の情報連携にかかる負担を軽減すること等により即時性のある情報連携を実現していくことが今後望まれるだろう。

## 2. 今後の展開

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができる環境の実現に向けて、適切な医療・介護連携が円滑に進むことが不可欠である。そのためには、まずは本事業にて改定された様式の普及により、この情報連携の促進を実現していく必要がある。様式の普及については、特に退院時の様式の活用方法についてモデルケース等を検討し、医療・介護従事者へ普及していくことが考えられる。

また、入退院時の情報連携をより一層促進していくためには現状の FAX による情報連携には限界があり、広域での情報連携基盤や医療・介護プラットフォーム等の活用も視野に入れた、電子的に入退院時の情報が医療・介護間で連携出来る仕組みを実現することが望まれる。その実現に向けてはまず、今回改定された様式を電子的に連携出来る形に整理し、情報の標準化に向けた検討をすすめていくことになる。この点については令和 5 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「入・退院時情報連携標準仕様の階層化に向けた調査研究事業」においても検討されている。

超高齢社会において、医療においてはより「生活」に配慮した質が高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントを実現していく必要がある。本事業で改訂された様式で示されたような情報が、その時代のニーズに応じて適切に見直されながら、医療・介護現場において円滑に連携されることが期待される。

# 参考資料

## 現行版入院時情報提供書

記入日： 年 月 日  
 入院日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

### 入院時情報提供書

医療機関 ←
居宅介護支援事業所

医療機関名： \_\_\_\_\_ 事業所名： \_\_\_\_\_  
 ご担当者名： \_\_\_\_\_ ケアマネジャー氏名： \_\_\_\_\_  
 TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

| 1. 利用者(患者)基本情報について                     |                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                                                                   |    |                                                                           |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------|
| 患者氏名                                   | (フリガナ)                                                                                                                                                                                                                                                      | 年齢     | 才                                                                 | 性別 | 男 女                                                                       |
|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                             | 生年月日   | 明・大・昭 年 月 日 生                                                     |    |                                                                           |
| 住所                                     | 〒                                                                                                                                                                                                                                                           | 電話番号   |                                                                   |    |                                                                           |
| 住環境<br><small>※可能ならば、「写真」などを添付</small> | 住居の種類（戸建て・集合住宅）. ____ 階建て. 居室 ____ 間. エレベーター（有・無）<br>特記事項（ ）                                                                                                                                                                                                |        |                                                                   |    |                                                                           |
| 入院時の要介護度                               | <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請                                                              |        |                                                                   |    |                                                                           |
| 障害高齢者の日常生活自立度                          | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |        |                                                                   |    | <input type="checkbox"/> 医師の判断<br><br><input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度                         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                         |        |                                                                   |    |                                                                           |
| 介護保険の自己負担割合                            | <input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                  | 障害など認定 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（身体・精神・知的） |    |                                                                           |
| 年金などの種類                                | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                     |        |                                                                   |    |                                                                           |

| 2. 家族構成／連絡先について |                                                                                                                                                                            |         |     |  |  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|--|--|
| 世帯構成            | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ）<br><small>* <input type="checkbox"/> 日中独居</small> |         |     |  |  |
| 主介護者氏名          | (続柄 ・ 才)                                                                                                                                                                   | (同居・別居) | TEL |  |  |
| キーパーソン          | (続柄 ・ 才)                                                                                                                                                                   | 連絡先     | TEL |  |  |

| 3. 本人／家族の意向について |                                           |
|-----------------|-------------------------------------------|
| 本人の趣味・興味・関心領域等  |                                           |
| 本人の生活歴          |                                           |
| 入院前の本人の生活に対する意向 | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照 |
| 入院前の家族の生活に対する意向 | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照 |

| 4. 入院前の介護サービスの利用状況について |                                                                                            |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院前の介護サービスの利用状況        | 同封の書類をご確認ください。<br><input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他（ ） |

| 5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見） |                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 在宅生活に必要な要件                       |                                                                                                                                                                       |
| 退院後の世帯状況                         | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 世帯に対する配慮                         | <input type="checkbox"/> 不要<br><input type="checkbox"/> 必要（ ）                                                                                                         |
| 退院後の主介護者                         | <input type="checkbox"/> 本シート2と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄 ・ 年齢 ）                                                                                          |
| 介護力*                             | <input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部 ） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない |
| 家族や同居者等による虐待の疑い*                 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり（ ）                                                                                                         |
| 特記事項                             |                                                                                                                                                                       |

| 6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望） |                                                                  |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加           | <input type="checkbox"/> 希望あり                                    |
| 「退院前カンファレンス」への参加              | <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 具体的な要望（ ） |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行           | <input type="checkbox"/> 希望あり                                    |

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

| 7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の問題について       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                                                               |          |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
|----------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------|----------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|
| 麻痺の状況                            |           | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 軽度  | 中度                                                            | 重度       | 褥瘡の有無      | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                       |                                                               |  |
| A<br>D<br>L                      | 移動        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り | 一部介助                                                          | 全介助      | 移動(室内)     | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 |                                                               |  |
|                                  | 移動        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り | 一部介助                                                          | 全介助      | 移動(屋外)     | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 |                                                               |  |
|                                  | 更衣        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り | 一部介助                                                          | 全介助      | 起居動作       | 自立 見守り 一部介助 全介助                                                                                                   |                                                               |  |
|                                  | 整容        | 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      |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
|                                  | 食事        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り | 一部介助                                                          | 全介助      |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
| 食事内容                             | 食事回数      | ( ) 回/日 ( 朝 時 昼 時 夜 時 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                               |          | 食事制限       | <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明                           |                                                               |  |
|                                  | 食事形態      | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                               |          | UDF等の食形態区分 |                                                                                                                   |                                                               |  |
|                                  | 摂取方法      | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     | 水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |          | 水分制限       | <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明                           |                                                               |  |
| 口腔                               | 嚥下機能      | むせない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | 時々むせる                                                         |          | 嚥下         |                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総) |  |
|                                  | 口腔清潔      | 良                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     | 不良                                                            |          | 口臭         |                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり       |  |
| 排泄*                              | 排尿        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り | 一部介助                                                          | 全介助      | ポータブルトイレ   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時                               |                                                               |  |
|                                  | 排便        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り | 一部介助                                                          | 全介助      | オムツ/パッド    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時                               |                                                               |  |
| 睡眠の状況                            |           | 良                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     | 不良 ( )                                                        |          | 薬剤の使用      | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                           |                                                               |  |
| 喫煙                               |           | 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     | 有 本/日                                                         |          | 飲酒         | 無 有 合/日あたり                                                                                                        |                                                               |  |
| コミュニケーション能力                      | 視力        | 問題なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | やや難あり                                                         |          | 困難         | 眼鏡                                                                                                                | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )   |  |
|                                  | 聴力        | 問題なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | やや難あり                                                         |          | 困難         | 補聴器                                                                                                               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり       |  |
|                                  | 言語        | 問題なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | やや難あり                                                         |          | 困難         | コミュニケーションに関する特記事項:                                                                                                |                                                               |  |
|                                  | 意思疎通      | 問題なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | やや難あり                                                         |          | 困難         |                                                                                                                   |                                                               |  |
| 精神面における療養上の問題                    |           | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠<br><input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                               |     |                                                               |          |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
| 疾患歴*                             |           | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                                                               |          |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
| 入院歴*                             | 最近半年間での入院 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                               |          |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
|                                  | 入院頻度      | <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返ししている <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                                                               |          |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
| 入院前に実施している医療処置*                  |           | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡<br><input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール<br><input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |                                                               |          |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
| 8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付 |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                                                               |          |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
| 内服薬                              |           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                                                               | 居宅療養管理指導 |            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: )                                                    |                                                               |  |
| 薬剤管理                             |           | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: ・管理方法: )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                               |          |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
| 服薬状況                             |           | <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                                                               |          |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
| お薬に関する、特記事項                      |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                                                               |          |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
| 9. かかりつけ医について                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                                                               |          |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
| かかりつけ医機関名                        |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                                                               | 電話番号     |            |                                                                                                                   |                                                               |  |
| 医師名                              |           | (フリガナ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                                                               | 診療方法・頻度  |            | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療<br>・頻度 = ( ) 回 / 月                                      |                                                               |  |

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

現行版都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所

担当 殿

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

FAX 番号

医師氏名

基本情報

|       |                  |             |                    |
|-------|------------------|-------------|--------------------|
| 利用者氏名 | (ふりがな)           | 男<br>・<br>女 | 〒 -<br><br>連絡先 ( ) |
|       |                  |             |                    |
|       | 明・大・昭 年 月 日生( 歳) |             |                    |

利用者の病状、経過等

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 1.                                                                           | 発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）                                                                                                                                                                                                                                      |
| 2.                                                                           | 発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3.                                                                           | 発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）                                                                                                                                                                                                                                      |
| (2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容<br>〔前回の情報提供より変化のあった事項について記入〕 |                                                                                                                                                                                                                                                             |
| (3) 日常生活の自立度等について                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）                                                        | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |
| ・認知症高齢者の日常生活自立度                                                              | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                         |

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| (1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊<br><input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>→ 対処方針 ( ) |  |
| (2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| (3) サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導<br><input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導<br><input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ( )                                                                                                     |  |
| (4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| ・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( )<br>・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( )<br>・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・その他 ( )                                                                                                         |  |

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

|                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 利用者の日常生活上の留意事項                                                                       |
| (2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援                                                               |
| 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり<br>( )<br>→ 必要な支援 ( ) |
| (2) 特記事項                                                                                 |



この事業は令和5年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金  
(老人保健健康増進等事業分) により実施したものです。

## 医療・介護連携の推進に向けた情報提供のあり方 にかかる調査研究事業

---

令和6(2024)年3月発行

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所  
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-9 JA 共済ビル 9 階  
TEL 03-5213-4110 (代表) FAX 03-3221-7022

---

不許複製