



# にんにん連携

発行元：甲賀圏域地域連携検討会・甲賀圏域医療福祉推進協議会 公立甲賀病院内 地域医療連携部 0748-62-0234（代）

## 甲賀圏域ケアマネタイムの手引きとして入院時情報提供書が改訂されました。

県の介護支援専門員連絡協議会が中心となり、1年をかけて入院時情報提供書が改訂されました。この背景には、国が病院の平均在院日数の短縮化を推し進めている中、「円滑な退院を支援すること」への貢献がケアマネに求められているからです。病院専門職と介護支援専門員のお互いの「強み」と「弱み」を知り、補いあうこと、それが良い連携を生み出します。改訂されたこの様式は病院の専門職がゴール設定や入院中の看護・リハ内容を検討する際の参考となる情報が盛り込まれています。

甲賀圏域においては、平成21年度から病院での治療から在宅療養へのスムーズな連携を目指し、管内7病院の地域連携部門と2市、保健所が事務局となり「甲賀圏域地域連携検討会」を設置し、検討会議や事例検討、多職種研修会等を実施してきました。

今年度はこの改定された入院時情報提供書の様式活用について、県の介護支援専門員連絡協議会の方に説明頂き、圏域として活用していこうと合意を得ました。必ずこの様式を使わなければならないというのではなく、改訂された内容を知って、どのような目的で各項目が記載されるものなのかを理解いただき、情報提供して下さること。また、病院専門職はその意図を汲み取って活用されることを望みます。

滋賀県甲賀健康福祉事務所（甲賀保健所）ホームページや甲賀病院ホームページ・にんにん連携第34号に「甲賀圏域医療と介護支援専門員との連携～甲賀圏域ケアマネタイムリーフレット（完成版）（令和6年4月）」を掲載していますのでご活用ください。

〈甲賀保健所 HP〉<https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryuhukushi/chiiki/311021.html>

入院時情報提供書は滋賀県介護支援専門員連絡協議会のホームページにも掲載しています。

〈URL〉<https://www.shiga-caremana.jp/training.html#cont4>



# 現状の甲賀圏域ケアマネタイム様式

## 入院時情報提供用紙 【居宅介護支援事業所等 → 病院】 様式1-1

御中

(提供日) 年 月 日  
(入院日) 年 月 日

介護等の情報を提供いたします。入院中のケアや退院調整に御活用いただければ幸いです。

フリガナ	性別	年 月 日	歳
氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日	

利用者情報	要介護度	申請中	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	障がい等の認定	なし	身障( ) 療育( ) 難病( ) 精神( )			
	障がい高齢者 日常生活自立度	自立	J1 J2	A1 A2	B1 B2	C1 C2	認知症高齢者 日常生活自立 度	自立	I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
	食事	自立	見守り	要介助	介助内容:			現在 利用 して いる サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 /日 /週	
	食形態	普通食	その他	形態:					<input type="checkbox"/> 訪問看護 /週	
	口腔清潔	自立	要介助	義歯・有・無	介助内容:				<input type="checkbox"/> 訪問リハ /週	
	排泄	自立	見守り	要介助	介助内容:				<input type="checkbox"/> 訪問入浴 /週	
	排泄方法	トイレ	ポータブル	おむつ					<input type="checkbox"/> 通所介護 /週	
	入浴	自立	見守り	要介助	介助内容				<input type="checkbox"/> 通所リハ /週	
	入浴場所	自宅風呂	通所	訪問入浴					<input type="checkbox"/> 短期入所	
	移動	自立	見守り	要介助	介助内容				<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	
	衣服の着脱	自立	見守り	要介助	介助内容				<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	
	服薬管理	なし	良好	不適	状態:				<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与( )	
	夜間の状態	良眠	不穏	状態:					<input type="checkbox"/> その他( )	
	入所施設の申込み	なし	あり( ) 不明				<input type="checkbox"/> サービス利用なし			
	介護上特に注意すべき点 等 (認知症の周辺症状と対応の方法など)									
住まい	住環境	一戸建て 集合住宅 階・エレベーター (有 無)								
家族情報	移動・外出・排泄・入浴等の問題点									
主介護者	フリガナ	続柄		同居・別居 どちらかに○をつけて下さい						
	氏名	様	TEL ( ) -							
キ ン パ ー	フリガナ	続柄		同居・別居 どちらかに○をつけて下さい						
	氏名 □同上	様	TEL ( ) -							
緊 急 時	フリガナ	続柄		同居・別居 どちらかに○をつけて下さい						
	氏名 □同上	様	TEL ( ) -							
介護に関する本人・家族の意向、入退院に際しての留意点等										
退院調整・支援の必要性 (あり、なし)										
連携上の要望事項										

かかりつけ医

医療機関名	主治医
-------	-----

居宅介護支援事業所

事業所名	担当介護支援専門員
所在地	TEL ( ) -
	FAX ( ) -
	メール @

# 改訂版

【入院時情報提供書 医療機関←居宅介護支援事業所(転院先も含む)】

※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。  
 なお、転院された場合の転院先への情報提供についても、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

医療機関名:



事業所名:   
 担当者名:   
 (TEL)  (FAX)

(記入日: 年 月 日 入院日: 年 月 日 情報提供日: 年 月 日)

基本情報	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名	様		生年月日	年 月 日	
	住所			身長	cm	年 月 日
	キーパーソン	様 ( ) (TEL)		体重	kg	年 月 日
	緊急時連絡先	様 ( ) (TEL)		家族状況・ジェノグラム		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )				
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明				
入院前の状況	生活歴 (権利擁護に関する配慮含む)					
	既往歴	権利擁護に関する配慮の必要性 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要				
	屋内歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		〈特記事項〉		
	屋外歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ				
	入浴・場所	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴				
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 食事形態 ( ) 義歯使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総) 嚥下機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input type="checkbox"/> 一包化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼				
	処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( /分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡				
	BPSD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す				
	精神状態	<input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 鬱傾向 <input type="checkbox"/> せん妄の既往 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	主治医	<input type="checkbox"/> 訪問	機関名		医師名	(TEL)
	歯科	<input type="checkbox"/> 訪問	機関名		歯科医師名	(TEL)
	薬局	<input type="checkbox"/> 訪問	機関名		薬剤師名	(TEL)
	訪問看護	事業所名		(TEL)		
	リハ職	事業所名		リハ職氏名	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST	(TEL)
	介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名、福祉用具の種類、住宅改修の有無 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1~3)を添付				
	入院前の在宅生活継続に対する思い	(本人)	<input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 不安			
		(家族)	<input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらともいえない(本人次第) <input type="checkbox"/> 不安			
退院後の在宅生活に必要な要件						
今後の在宅生活の展望	(退院後の支援者) <input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める <input type="checkbox"/> 支援は見込めない		(住環境/用具使用上の課題) <input type="checkbox"/> 住環境の写真・見取り図を添付		(特記事項)	
退院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 開催希望 具体的な要望 ( )					
人生の最終段階における医療・ケアに関する情報	<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) <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 ) ご本人の代わりに意思決定してくれる方がいるか <input type="checkbox"/> いる ( 様) (続柄 ) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> わからない					

## — 入院時情報提供書について — 「入院時情報提供書」の提案の背景と目的について

滋賀県介護支援専門員連絡協議会  
会長 鈴木 則成

### 1. 入院時情報提供書の提案の背景と位置づけ

国は、急増する後期高齢者の入院ニーズに対応するため、病院の平均在院日数の短縮化を推し進めています。こうした中、介護支援専門員には、要介護高齢者の「退院支援」に積極的に関わるとともに、「円滑な退院を支援する」ことへの貢献が求められています。

さて、我々が行った退院事例調査によると、

① 退院事例の約7割は急性期病床からの退院である

② 急性期病床からの退院患者の入院原因疾患をみると、肺炎や心疾患の方が多かったが、そのうちの約8-9割は、要介護者の入院である

③ 急性期病床からの退院患者に対し、退院前訪問指導は1割程度しか行われていない（自宅の療養環境や入院前の生活状況を、病院側は十分には把握できていない）

などがわかりました。これらの事実と国の施策動向から、「急性期病床との入院時の連携の強化を図ること」を解決すべき優先課題の一つと考えました。

今回、提案する「入院時情報提供書」は、この課題を解決（改善）するための「手段」として2016年1月に改訂したものを2019年4月に再改定し、それを改めて改定したものです（もちろん、急性期病床だけでなく、回復期リハ病床や療養病床から退院される場合、又転院された場合の情報提供、予定入院の際にもお使い頂けるものとなっています）。

### 2. 項目をどのように選定していったか—連携強化に向けて—

「連携」とは、お互いの強みと弱みを理解しあった上で、お互いの機能を補完しあうために行うものです。ただし、連携自体が目的ではなく、あくまで「要介護高齢者の退院をより円滑にする（安心して退院してもらう）」という共通目標を達成するために連携を行うのです。

では、病院専門職と介護支援専門員のお互いの「強み」と「弱み」は何でしょうか。

今後、急性期病床では平均在院日数がさらに短縮される方向です。そうすると、次のようなことが起こると想定されます。

- ・入院直後から「退院支援計画」の策定を開始せざるを得なくなる。
- ・退院前訪問指導などを行う時間的、人力的な余裕がなくなる。  
（入院前の生活状況や療養環境の、直接的な把握がより困難になる）
- ・入院期間中の「退院指導」が完結しなくなる。  
（退院後を含めた継続指導（病院看護師と訪問看護師の役割分担と連携）が必要となる）
- ・入院中のリハや看護（退院指導を含む）の提供に関しても、自宅退院に向けた焦点化（重点化）が必要となる。（ゴール設定とゴール達成に向けた方法論の検討が重要となる）

一方、介護支援専門員は、入院前の生活状況や療養環境を知っています。また、退院後の生活がすぐに成り立つためには何が必要かも知っています。また、生活を支えるために必要な地域資源についても知っています。これらが、病院の専門職に対する「強み」になります。逆に、病院の専門職は、①病状や症状、ADL、諸機能（認知機能、嚥下機能など）に対するアセスメント能力が高い、②症状やADLなどの予後予測ができる、③入院中の24時間の状況を把握している、④様々な検査結果を把握しているなどの強みをお持ちです。

そこで、今回、①退院支援を行う上で重要な情報だが、病院の関係者では把握が難しい情報、②自宅退院に向けて、入院中に提供する看護やリハの内容を検討する際の参考となる情報、③在宅での医療支援体制に関する情報を提供するという観点から、項目を選定しました。

（1頁に収めるため、項目は最低限度にしてあります）

### 1) 基本情報に関する項目

生活歴や家族状況は、現在までどのような生活を送ってこられたのか、退院に向けた相談を誰と行うのかを知る重要な情報です。そこで以下の項目を設定しました。

・「氏名」「性別」「生年月日」「年齢」「住所」の他に「身長」「体重」も記載するようにしました。

「家族状況」（ジェノグラム（家族図）、主介護者、権利擁護に関する配慮の必要性をチェックできるようにしました）

「キーパーソン」（主の相談者）「緊急連絡先」

「要介護度」「有効期間」「生活歴（権利擁護に関する配慮を含む家族関係）」の基本情報を記載するようにしました。

「認知機能」について入院前の状況にて記載するようにはしていましたが、基本情報に移動させました。

### 2) 入院歴に関する項目

過去半年間の入院の有無と原因疾患を記載するようにはしていましたが、既往歴を記載するように変更しました。

### 3) ADLの自立度や手段等に関する項目

入院前の自立度は、入院中のリハのゴール設定上の参考にもなります。また、仮に、入院前から通所で入浴を行っていたのであれば、退院後も通所で入浴を行うことで当面对応可能となります。入院中のリハ提供において、「自宅での入浴の自立」などを目標とせず、それ以外の「日常生活で困っていること」を解決するようリハに注力頂くことも可能になると思います。そこで、以下の項目を設定しました。

・「屋内歩行（移動手段）」「屋外歩行（移動手段）」「移乗」「入浴（入浴場所）」「排泄（排泄方法）」「食事摂取（食事形態）」の自立度及び特記事項

### 4) 食事摂取に関する項目

義歯使用について記載できるように追加しました。

### 5) 処置や服薬に関する項目

服薬を正しく行うよう支援することは、非常に重要となります。要介護高齢者の場合、認知機能の問題や介護力の問題があり、必ずしも正しく服薬されている訳ではありません。そのため、服薬に関する本人の自立度、正しい服薬に向けた工夫を、病院の看護師の方に知っておいてもらうことは重要と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

・処置の有無 ・服薬の自立度 ・一包化の必要性 ・外用薬の有無 ・特記事項

### 6) BPSDに関する項目

入院によって認知機能が低下したり、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）が悪化したりすることがあります。BPSDは療養環境の変化が影響する場合があります。したがって、入院前の状態をできるだけ正しく伝えることは重要と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

・BPSDの有無

### 7) 精神症状に関する項目

入院によって意欲が低下したり、鬱傾向になるなど精神状態が不安定になることがあります。精神状態は療養環境の変化が影響する場合があります。したがって、入院前の状態をできるだけ正しく伝えることが重要と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

・意欲低下 ・鬱傾向 ・せん妄の既往 ・その他

### 8) 医療支援体制に関する項目

在宅での医療を支えるメンバーの支援体制に関する情報は重要です。そこで、訪問の有無をチェックできるようにし、以下の項目を設定しました。

・主治医情報（訪問の有無、機関名、医師名、TEL）  
・歯科（訪問の有無、機関名、歯科医氏名、TEL）  
・薬局（訪問の有無、機関名、薬剤氏名、TEL）

- ・訪問看護（事業所名、TEL）
- ・リハ職（事業所名、リハ職名、職種、TEL）

#### 9) 介護サービス・福祉用具の利用に関する項目

入院前の介護サービス・福祉用具の利用情報は、退院後の生活を見据えた参考情報です。利用日、サービス事業名、事業所名及び福祉用具の情報を提供してください。居宅サービス計画書（1～3）があれば、利用者及び家族の生活に対する意向や、在宅での生活がイメージできることから、是非添付頂きたい情報です。

#### 10) 入院前の在宅生活継続に対する本人・家族の思いに関する項目

在宅での生活の継続に対する本人・家族の意向を確認しておくことは、退院先を考える上でも、また、入院中の看護やリハの内容にも影響します。そこで、本人・家族の思いを記載する形にしました。

- ・本人の思い・家族の思い

#### 11) 退院後の在宅生活に必要な要件に関する項目

退院後に在宅生活に戻るための要件を把握しておくことは、入院中の看護やリハ内容を検討する上でも重要な情報と考えます。新たに項目を追加しました。

#### 12) 今後の在宅生活の展望に関する項目

退院後在宅で生活していくうえでの支援について把握する必要があります。また、住環境や用具使用上の制限などは、入院中のリハ内容に大きく影響するものです。住環境に関する写真（居室、トイレ、お風呂、玄関、トイレやお風呂までの動線など）があれば、リハ専門職は、リハすべき内容がイメージできることから、是非添付頂きたい情報です。新たに項目を追加しました。

#### 13) 退院前カンファレンス開催希望に関する項目

退院前カンファレンス開催を希望するに当たり、目的をはっきりさせるために、具体的な要望を記載できるように項目を追加しました。

#### 14) 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報に関する項目

退院後在宅で生活していくうえ、人生の最終段階における医療・ケアについての意向を把握し、病院スタッフと共有することは重要です。新たに項目として追加しました。

### 3. 入院時情報提供書を活用するに当たっての留意点

#### 1) 入院時情報提供書の目的を理解してください

病院の専門職がゴール設定や入院中の看護・リハ内容を検討する際の参考情報を提供することが目的です。もちろん、「自宅環境も把握せず、院内でのADLの状況だけを見て自宅でもできるはずと判断して退院となり、退院後の生活が成り立たない」といったことが起きないように是正する意味もあります。

退院後の生活を守り、支えるのは介護支援専門員の役目です。今回提案している入院時情報提供書を作成した背景や経緯をご理解の上、上記目的を意識しながらご活用いただきたいと思えます（どのように記載するかではなく、何のためにどのような記載が必要かの観点から記載ください）。

#### 2) 一律に活用頂くものではありません。地域での検討状況に合わせて修正ください

滋賀県では、圏域ごとに様々な医療・介護連携対策が進められています。入院時情報提供に関してもすでに活用されている地域もあると思えます。地域の実情に合わせて修正頂ければ結構です（情報としての不足分を追加提供するような形もあるかもしれません）。

### 4. 個人情報の利用について

「入院時情報提供書」の医療機関等への情報提供（転院先への情報提供を含む）は個人情報の利用に該当します。「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第23条第3項に基づき、情報提供するにあたっては、転院先への情報提供も含め、利用者及びその家族から同意を得てください。