

入・退院時の引継ぎルールを活用した
専門職による入退院支援

ケアマニュアル Ver.1

～入院時における介護支援専門員からの「入院時情報提供シート」の活用～



*** 入退院支援事業 ***



今回、「入院時情報提供シート」を活用した入・退院時の引継ぎルールを活用した専門職による入退院支援ケアマニュアル ver.1～入院時における介護支援専門員からの「入院時情報提供シート」の活用～を作成いたしました。

本マニュアルは医療機関の専門職が、入院時情報提供シートの情報をもとに、自らの入退院支援のケアにどのように活用できるのか紹介、説明したものです。

このマニュアル作成に至った背景について紹介いたします。

現在、高知県内では、入院時・退院時に介護支援専門員と医療機関がお互いに確実に引継ぎと情報共有を行うことを目的とした、入・退院時の引継ぎルールが各福祉保健所管内等で策定されています。入退院支援事業は、地域・病院・多職種協働の入退院支援体制の構築に向けたキーワードとして4つ掲げており、そのうちの2つが「入院-退院の過程において地域と病院が協働して入退院支援を展開する仕組み作り」「多職種が課題と目標を共有してケアを展開する仕組み作り」です。この2つのキーワードを実現するために、入院時において有効な情報が、まさしく、入・退院時の引継ぎルールにある介護支援専門員から医療機関に提供される「入院時情報提供シート」の内容です。入院前の生活情報を医療機関が効率的かつ早期に把握し、課題と目標を検討するための重要な情報です。しかし、この「入院時情報提供シート」の情報が医療機関の多職種に有効に活用され、ケアに展開しているかについては、まだまだ課題があるとの声が聞かれました。

そこで、本マニュアルを作成することとしました。このマニュアルの作成にあたり、本学では、過去のモデル基幹病院様のご協力を得て看護師、セラピスト、MSW、薬剤師等が、入院時情報提供シートのどのような情報をどのように入退院支援のケアに活かしたのか、インタビューを行い、その分析結果をもとに、本事業の外部メンバーでもあります、理学療法士 下元佳子氏、高知県薬剤師会 阿部恭宜氏をアドバイザーとして迎え、各専門職が提供する入退院支援に向けたケアにどのように活用できるのかについてさらに検討し、作成したものです。

まだまだ、インタビューを行った事例数は限られておりますので、今後も事例を積み重ねながら、洗練化させていきたいと考えておりますが、ぜひ各施設において本マニュアルをご覧いただき、地域病院多職種協働型入退院システムの振り返りや発展に向け取り組む際の参考にしていただければ幸いです。

令和7年3月31日

高知県立大学健康長寿研究センター 入退院支援事業責任者 森下 安子

入・退院時の引継ぎルールを活用した専門職による入退院支援ケアマニュアル ver.1

～入院時における介護支援専門員からの「入院時情報提供シート」の活用～

★活用方法

入院時における介護支援専門員からの「入院時情報提供シート」（以下、「シート」）は、各福祉保健所管内で関係者が集まり、作成しており、各地域で、提供内容、レイアウト等が異なります。

そのため、高知市が作成したシート(P4)を用いて、そのシートに活用した項目に番号を入れています。そして、P5 から、その番号にそって、どのように活用したのか、紹介しています。高知市以外の「入院時情報提供シート」は、P9～14まで掲載しており、紹介した内容の項目番号をシートに挿入しています。連携するCMの事業所の所在地をご確認いただき、その地域のシートをご参照ください。

なお、シートは、事業所で作成しても可能となっており、掲載しているシート以外もあることをご了承ください。

★活用上の留意点

入院時情報提供シートに関しては、CMは病院に早期に送付する必要があり、詳細な内容について記載することは困難となっています。

以下の紹介内容を参考にして、シートを受けとったら、入院早期に CM に電話等で連絡を取り、詳細な内容について確認し、ケアに活かすことが重要となります。

また、これらの内容は、退院に向けての目標設定、意思決定支援に重要な項目です。よって、電子カルテにアップしての情報共有のみでなく、入院早期のカンファレンスで、キーとなる点について多職種で共有し、退院に向けての課題・目標設定に活かしていくことも必要です。

以下、入院時情報提供シートの項目をもとに、どのような内容をどのように活用したのか、紹介します。

参考様式1

記入日: 令和	年	月	日
入院日: 令和	年	月	日

入院時情報提供シート (ケアマネジャー ⇒ 医療機関)

医療機関名

担当者

様

ご利用者及びご家族の同意のもとに、下記の情報を提供させていただきます。
退院時に連絡をいただきたく、よろしくお願いたします。

事業所名	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	
経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金 【種類: <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()】										
緊急時連絡先	氏名	住所		続柄		電話番号					
①	本人の意向 (望む生活や医療・ケア)										
	家族の意向 (望む生活や医療・ケア)										
②	家族構成図		本人連絡先	自宅番号:		携帯番号:					
	主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て) <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> *住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
			疾患名・かかっている病院	主病名:		既往歴:					
			服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒別途資料添付: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
			④介護認定	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 区分変更中) <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 申請中) <input type="checkbox"/> 事業対象者 要介護度: 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 *認定有効期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
	<世帯状況> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦世帯 <input type="checkbox"/> その他()		障がい日常生活自立度	<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							
			認知症日常生活自立度	<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							
		障がい等の認定	手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> 難病(特定疾患)								
⑦	IADL	できる	不完全	できない	⑤ 介護保険サービス・その他のサービス等利用状況						
	調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週)						
	掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週)						
	洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 小規模多機能 福祉用具貸与(内容:)						
	買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 緊急通報 <input type="checkbox"/> 地域での参加 <input type="checkbox"/> その他()						
	金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥ キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等						
⑦	ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	状況(空欄に特記あれば記入)					
	移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用					
	移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他:) 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 水分: とりみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (摂取量: 1日 ml) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とりみ付)					
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス					
	排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間)					
	⑨ 精神的な状況 (認知機能含む)	問題の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *特記:		丁寧な説明の必要性: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	⑩ 療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()									
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV		MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他()								
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()										
⑪	連絡事項・その他(在宅での生活の様子、療養上の課題、認知機能等など必要と思うことを記載)										

①本人、家族の意向

- ポイント:本人、家族の具体的な希望は、入院時の看護師の情報収集で細かいところまで聞き取れない。そのため、本人、家族の意向を尊重した支援の実施、退院時の目標の検討につなげていくことができる。

②家族構成図

- ・主介護者とキーパーソンが異なる場合、両者に意向確認、カンファレンス参加等の呼びかけを行う。

③かかっている病院・服薬

- ・かかっている病院:かかりつけ医師がわかり、不明な点があれば情報収集する。
退院時にかかりつけ医に情報提供につなげる。
- ・お薬手帳のない場合:かかっている病院、かかりつけ薬局、あるいは利用薬局名から、投薬状況を確認する。

④介護認定

- ・介護認定の有無を判断し、新規・申請更新の必要性を検討する。

⑤介護保険サービス、その他のサービス等利用状況

- ・新たなサービスの導入の必要性について検討する。
- ・地域での参加:詳細を CM から確認し、地域での参加ができるよう目標に掲げ、まずは支援し、可能性を判断する。

⑥キーパーソン・家族介護力・家族以外の支援者等

- ・主介護者の介護負担に関する情報。
退院後のサービスの再調整が必要とスタッフと方向性を共有する。
家族支援、介護負担軽減が必要として課題として入院直後に抽出し、全スタッフで支援を開始する。
退院後の相談体制を在宅のみならず病院も行う体制を、介護者に伝え、抱え込まないよう強く説明する。(特に MSW、看護師)

介護負担軽減のため、以前の自宅での生活から変更がある生活行為について、リハビリ中に患者本人より納得を得るまで説明する。(特にセラピスト)

・家族以外の援助者の情報

家族以外の援助者も含めた介護力のアセスメントを行う。

・「日中独居」「独居」の情報

特に自宅での生活で必須となる自室内での身の回りの身辺動作の自立に向けたケアを行う。
(特に看護師)

退院に向け、徐々に病院の環境を自宅での環境に近づけて(例えば、ベッドとトイレまでの距離)、自宅での生活動作に適応を促す。(特に看護師)

⑦IADL・ADL

●ポイント入院早期にADL、IADLどこまで回復可能か予後予測を行い、入院前のADL、IADLとの変化に着目する。

・入院早期から可能な限り入院前のIDLに近づけるようリハビリを実施する。

・IDL、IADLについて、入院前と入院時、退院時の変化を予測し、必要なサービスについて検討する。

・歩行:「這って移動」は、這うことのできる病室を検討する。

・自立、見守り、一部介助、全介助の選択肢に複数☑がついている場合
日差があると判断でき、入院後早期に準備する・慌てずに対応する

・移乗:使用している福祉用具を入院早期から設置する。

⑧服薬管理

・経管の場合:在宅で粉碎か懸濁かの情報は、病院の薬剤が可能かその方法で可能か判断し、調剤する。

・薬剤師、看護師:混乱する患者について服薬する方法、順番を看護師間で統一し、ルチーン化する。

・多剤服用の場合:減薬について検討を開始する。

・長く同じ薬を飲み続けている場合:新しい副作用の少ない、効果のある薬の変更について検討する。

・退院前に、入院前の自宅での管理方法が可能か、入院前の方法で確認する。

・自宅で自己、家族管理に課題がある(残薬が多い、自己、家族管理不可):自己管理可能な薬剤や管理方法について見直し、実際に確認し、可能な方法を検討する。

⑨精神的な状況

●ポイント:この情報はなかなか病院ではつかむことが困難なこともあり、全然掴めずにはずれたところからケアすることで、時間もかかり、信頼関係も構築が困難となる。この情報をもとに、最初から多職種が工夫して支援していくことができる。

例えば:

こだわりが強いという記載から、

ゆっくりお話を聞くようには心がける。

全スタッフで無理そうな時は一旦引いてまた時間をあけて声かける関わりをする。

本人が混乱する傾向の場合

選択肢をご本人に答えていただくとき

答えやすいように答えをなるべく選択肢で答えられるような聞き方をする

情報の整理を会話の途中途中で入れ、話を整理しつつ、進める。

⑩療養上の問題

- ・問題状況から、課題解決方法の可能性を検討し、そのことを考量したりハビリ、排泄介助、どうすれば自立できるのか排泄や服薬方法を検討、自立に向けた支援を行う。
- ・認知機能障害のある場合;主な能力的なことは入院時にほぼつかめるが、生活面における困りごと等については自宅と病院では異なることがあり、ケアマネジャーの第三者的に見た視点の情報から総合的に認知面の評価を行う。
- ・「その他」への記載
ケアマネジャーが関わる中の困難な点、課題について解決方法をケアマネジャーとともに入院早期から共有し、解決策を検討する。

⑪連絡事項、在宅での様子

- ポイント:自由記述で書いている内容は、入院時、入院中に聞き取れない内容が非常に多く、本人顔家族の理解が深まり、信頼関係の構築対応方法の工夫にすぐに活かすことができる。
- ・在宅生活に必要な要件:どこまで回復しないと在宅生活は困難であるというゴール設定の記載があると、明確な退院に向けた目標設定をまずは行い、セラピストをはじめとする多職種で支援する。
- ・在宅での療養生活の詳細な内容(安全面、清潔面等)
ケアマネジャーから見た実際の生活上の課題、困りごと、不安な点
例えば:介護者不在時に転倒
汚物がそのままになっている状況

CM からみたぎりぎりの状況での療養生活状況

家の中の環境で危険な箇所、段差が高い箇所

- ・本人、主介護者キャラクターにあった支援をする、
- ・CM の不安点、心配点があることについて、環境、機能向上で解決できるどうか、評価しケアに活かす。
- ・日中の過ごし方、趣味、関心毎
退院に向けた活動参加目標に加える。
できるだけ、病院での過ごし方を自宅での日中の過ごし方に近づけ、個別性のあるケアにしている。

**各福祉保健所管内における
入院時情報提供シート、入退院時の情報引継ぎに関するルール等資料掲載一覧
2025.03.26 アクセス**

- 安芸福祉保健所
入院時情報提供シート……P10～11
「安芸圏域 入退院連絡手引き(ver.3)」
<https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/2022032300062/>

- 中央東福祉保健所
入院時情報提供シート……P 12
「中央東圏域多職種連携手引き」
<https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/2018053000104/>

- 高知市
入院時情報提供シート……P 4
「高知市 入・退院時の引継ぎルール」
<https://www.city.kochi.kochi.jp/soshiki/189/nyutaiin-hikitugi.html>

- 須崎福祉保健所
入院時情報提供シート……P 13
「須崎市、中土佐町、津野町における入・退院連絡実施要領」について」
<https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/2021102800020/>

- 幡多福祉保健所
入院時情報提供シート……P 14
「入院時・退院時における情報共有の手引き Ver.2024.04.01」
<https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/2018121700127/>

なお、資料掲載の URL 等は変更になる場合があります

参考様式1

令和 年 月 日

入院時情報提供シート (介護支援専門員 ⇒ 医療機関)

医療機関名

担当者 様

ご利用者及びご家族の同意のもとに、下記の情報を提供させていただきます。
退院時に連絡をいただきたく、よろしくお願ひいたします。

事業所名	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金	【種類: <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()】					

緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号

家族構成図	本人連絡先	自宅番号:	携帯番号:
-------	-------	-------	-------

主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------------------------------	-----	--

疾患名・ かかっている 病院	主病名:	既往歴:
----------------------	------	------

服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒別途資料添付: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
----	--

④介護認定	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 区分変更中) <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 申請中) <input type="checkbox"/> 事業対象者 要介護度: 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 *認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
-------	--

障がい 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
----------------	---

認知症 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
----------------	---

障がい等の認定	手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> 難病(特定疾患)
---------	--

<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦世帯 <input type="checkbox"/> その他()	⑤ 介護保険サービス・その他のサービス等利用状況
--	--------------------------

<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週)	<input type="checkbox"/> 通所介護(回/週)
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週)	短期入所: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(利用頻度)
---------------------------------------	-------------------------------------	--

<input type="checkbox"/> 小規模多機能	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:)
---------------------------------	---------------------------------------

<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 緊急通報 <input type="checkbox"/> 地域での参加

<input type="checkbox"/> その他()

⑥ キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等

--

--

⑦ IADL	できる	不完全	できない	特記
--------	-----	-----	------	----

調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

⑧ 服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

7	ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	状況(特記あれば空欄に記入)	
						移動方法	<input type="checkbox"/>
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食	
						<input type="checkbox"/> 治療食	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食
						<input type="checkbox"/> 主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (摂取量:1日 _____ ml)
						<input type="checkbox"/> 副食	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付)
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場 所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間)	
9	精神的な状況 (認知機能含む)	問題の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		*特記			
		丁寧な説明の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
10	療養上の 問題	無					
		有					
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部)	<input type="checkbox"/> その他()					
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 褥瘡					<input type="checkbox"/> その他()	
11	連絡事項・その他(在宅での生活の様子, 療養上の課題, 本人・家族の意向や不安, 認知機能など必要と思うことを記載)						
ここにテキストを入力							

※この情報提供シートは、高知市の様式をもとにした参考様式です。必要な項目を満たしていれば、各事業所の既存の様式を用いて差し支えありません。

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

居宅介護支援事業所 医療機関

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 ※可能なば、「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅) . ____階建て. 居室____階. エレベーター(有・無) 特記事項()				
④ 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 <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
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				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
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() * <input type="checkbox"/> 日中独居				
② 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

⑪ 本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
① 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。 <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)

⑪ 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"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()
⑥ 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)
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 <input type="checkbox"/> あり()
⑪ 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
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり
	・具体的な要望()

* = 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

参考様式1

必要に応じてA3に拡大し使用してください

記入日:令和 年 月 日
入院日:令和 年 月 日

入院時情報提供シート (ケアマネジャー ⇒ 医療機関)

医療機関名

担当者 様

ご利用者及びご家族の同意のもとに、下記の情報を提供させていただきます。
退院時に連絡をいただきたく、よろしくお願ひいたします。

事業所名	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金	【種類: <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()】								
緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号						
家族構成図		本人連絡先	自宅番号:	携帯番号:						
②	主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
		疾患名・かかっている病院	主病名: ③	既往歴:						
	服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒別途資料添付: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
	④介護認定	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 区分変更中) <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 申請中) <input type="checkbox"/> 事業対象者 要介護度:要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 *認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日								
	<世帯状況> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦世帯 <input type="checkbox"/> その他()	障がい日常生活自立度	<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							
	認知症日常生活自立度	<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								
	障がい等の認定	手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> 難病(特定疾患)								
⑦	IADL	できる 不完全 できない	⑤ 介護保険サービス・その他のサービス等利用状況							
	調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週)							
	掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週)							
	洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 小規模多機能 福祉用具貸与(内容:)							
	買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 緊急通報 <input type="checkbox"/> 地域での参加 <input type="checkbox"/> その他()							
	金銭管理	<input type="checkbox"/>	⑥ キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等							
⑦	ADL	自立 見守り 一部介助 全介助	状況(空欄に特記あれば記入)							
	移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用							
	移乗	<input type="checkbox"/>								
	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他:)							
		<input type="checkbox"/>	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (摂取量:1日 ml) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付)							
	更衣	<input type="checkbox"/>								
	入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス							
	排 泄	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間)							
	⑨ 精神的な状況(認知機能含む)	問題の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *特記: 丁寧な説明の必要性: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
⑩ 療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()									
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他()									
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()									
⑪	連絡事項・その他(在宅での生活の様子、療養上の課題、本人・家族の意向や不安、認知機能など必要と思うことを記載)									

発行元：高知県立大学健康長寿研究センター

2025年3月

