

日医発第 550 号(健Ⅱ)
令和 6 年 6 月 1 8 日

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会常任理事
江 澤 和 彦
(公印省略)

医療機関と相談支援事業所の連携強化に係る取組の周知について

今般、厚生労働省及びこども家庭庁より、各都道府県等障害保健福祉主管部（局）宛標記の事務連絡がなされ、本会に対しても周知方依頼がありました。

医療機関と相談支援事業所の連携は、障害児者の生活面に配慮した医療の提供や医療の視点も踏まえた総合的なケアマネジメントの実施の両面で重要であることから、令和 6 年度障害福祉サービス等報酬改定では計画相談支援及び障害児相談支援における入院時情報連携加算等の拡充が図られたほか、令和 5 年度障害者総合福祉推進事業において、医療と福祉の連携にかかる実態把握や連携促進のための調査研究が実施されたところで

す。

本事務連絡は、地域における協議の場として(自立支援)協議会等の活用、情報連携の際(入院時・通院時・退院時)に使用する参考様式及び記入例の提示、障害福祉サービス等の支給決定に際して市町村に提出された医師意見書は、本人の同意を得た上で、相談支援事業所がサービス等利用計画の作成に活用できること等による、医療機関と相談支援事業所の連携強化について依頼するものです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、郡市区医師会及び関係機関に対する周知方、よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

<添付資料>

- 各参考様式、記入例（入院時・通院時・退院時情報提供書）

厚生労働省 HP：

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202214_00009.html

<参考>

- 医療と障害福祉の効果的な相互連携方策についての調査研究

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 HP：

https://www.murc.jp/library/survey_research_report/koukai_240426/

事 務 連 絡
令和6年6月12日

公益社団法人日本医師会 御中

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域生活・発達障害者支援室
こども家庭庁支援局障害児支援課

医療機関と相談支援事業所の連携強化に係る取組の周知について（協力依頼）

平素より厚生労働行政の推進に御理解、御協力をいただき、御礼申し上げます。

今般、別添1「医療機関と相談支援事業所の連携に関する一層の取組促進について」（令和6年6月12日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域生活・発達障害者支援室、こども家庭庁支援局障害児支援課事務連絡）の通り、医療機関と相談支援事業所の一層の連携強化を図るための取組についてお示しし、自治体に周知を依頼したところです。

つきましては、貴会会員等に対して周知していただきますようご協力願います。

【担 当】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課
地域生活・発達障害者支援室相談支援係

電 話 : 03-5253-1111（内線）3040

メー ル : soudan-shien@mhlw.go.jp

事務連絡
令和6年6月12日

各 都道府県
指定都市 障害保健福祉部主管部（局） 御中
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域生活・発達障害者支援室
こども家庭庁支援局障害児支援課

医療機関と相談支援事業所の連携に関する一層の取組促進について

日頃より厚生労働行政の推進にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

医療機関と相談支援事業所の福祉の連携は、障害児者の生活面に配慮した医療の提供や医療の視点も踏まえた総合的なケアマネジメントの実施の両面で重要であり、本人の生活や治療に対する希望を尊重しつつ、支援していくためには、より一層の連携強化が必要です。

そのため、令和6年度障害福祉サービス等報酬改定において、相談支援事業所における医療を含めた多機関連携を更に促進するため、計画相談支援及び障害児相談支援（以下「計画相談」という。）における入院時情報連携加算や、医療・保育・教育機関等連携加算ならびに集中支援加算の拡充等を図ったほか、令和5年度の障害者総合福祉推進事業において、医療と福祉の連携について、実態把握や連携促進のための調査研究を実施したところです。

つきましては、以下の内容を踏まえ、計画相談を実施していただきますよう、貴管内市町村、関係団体、関係機関等に周知を図るとともに、その運用に遺漏のないようお願いいたします。

記

1. 地域における医療と福祉の連携体制の構築について

障害者の生活を支えるために必要な医療と福祉の連携については、地域の実情に応じた体制を構築する必要があるため、そのためには双方の立場の関係者

が出席した地域における協議の場を設定するなどし、現状把握や課題分析、課題解決に向けた取組を協働で行うことが必要です。協議の場としては、（自立支援）協議会を活用して検討を行うこと等が考えられることから、積極的な取り組みをお願いします。

なお、医療と福祉の連携に係る相談支援事業所への実態調査や地域における連携事例については、令和5年度障害者総合福祉推進事業「医療と障害福祉の効果的な相互連携方策 についての調査研究」（採択先：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）において調査研究を行ったところですので、参考にしてください。

2. 相談支援事業所が医療機関との情報連携時に使用する参考様式について

今般、医療機関と相談支援事業所の連携を推進する観点から、計画相談支援対象障害者等の必要な情報が相互に提供されるよう、参考様式ならびに記入例を作成しました。

(1) 入院時に相談支援事業所から医療機関へ情報提供を行う際の参考様式（別添1）

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定において、入院時情報連携加算の取扱いについて、必要事項を記載した入院時情報提供書を作成し、当該利用者の同意の上、医療機関に提供することを基本とする旨を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成18年10月31日障発第1031001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に規定したところであり、別添1の様式は、障害児者が入院する際、相談支援事業所及び入院中のコミュニケーション支援を行う重度訪問介護事業所から医療機関の職員に対して、本人の心身の状況、生活環境等の本人に係る必要な情報提供を行う際に使用する参考様式です。

なお、重度訪問介護利用者が重度訪問介護従業者の付添いにより入院する際には、医療機関との入院前の事前調整にあたり、計画相談支援事業所と重度訪問介護事業所が共同で入院時情報提供書を作成するなど、重度訪問介護事業所と適宜適切な連携を図るようお願いします。

(2) 通院時に相談支援事業所から医療機関へ情報提供を行う際の参考様式（別添2）

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定において、障害児者が通院する際、相談支援事業所から医療機関の職員に対して、本人の心身の状況、生活環境等の本人に係る必要な情報を提供した場合は、医療・教育・保育機関等連携加算（計画作成・変更月及びモニタリング月）及び集中支援加算（基本報酬を算定しない月）の算定を可能としたところです。

当該加算は、単に利用者の病院等への通院に同行することを評価するものではなく、通院に同行した上で、病院等の職員等に対して、当該利用者の基本情報、利用者の状態、支援における留意点等、家族・世帯の状況、生活の状況、受診・服薬の状況、サービスの利用状況及びサービス等利用計画の内容等の必要な情報を提供し、受診の円滑化等を図ることを趣旨とするものであり、別添2の様式はこれらの情報提供を行う際に使用する参考様式です。

(3) 退院時に医療機関から相談支援事業所等へ情報提供を行う際の参考様式（別添3）

障害児者が病院等から退院するに当たって、医療機関が相談支援事業所に情報提供を行った場合、診療情報提供料（I）の算定が可能であり、その際使用する様式として診療情報提供書が規定されています。令和6年度診療報酬改定において、別添3の様式を相談支援事業所に対する診療情報提供書に定めることはしていませんが、当該様式に示された事項や記載例は、実際に医療と障害福祉の連携をするに際して重要な観点であると考えられるため、利用者の退院後の支援に必要な情報を共有する場面等で参考とするなど活用をお願いします。

3. 医師意見書の計画相談における活用について

医療の観点を適切に踏まえたケアマネジメントを推進するため、障害福祉サービス等の支給決定に際して市町村に提出された医師意見書について、本人の同意を得た上で、相談支援事業所がサービス等利用計画の作成に活用できる旨を「介護給付費等に係る支給決定事務等について」（事務処理要領）（※）に明記したところです。このことについて、都道府県及び市町村におかれては貴管内相談支援事業所に周知を図るほか、都道府県等においても相談支援従事者指導者養成研修等の機会を活用するなど、積極的な周知等をお願いします。

（※）令和6年3月29日事務連絡「「介護給付費等に係る支給決定事務等について」の一部改正について」により発出

<参考>

- 「医療と障害福祉の効果的な相互連携方策についての調査研究」の掲載先
https://www.murc.jp/library/survey_research_report/koukai_240426/
※三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 HP に掲載
- 各参考様式の掲載先
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202214_00009.html
※厚生労働省 HP に掲載

入院時情報提供書（相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

事業所名	担当者名	連絡先
------	------	-----

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

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

2. 本人の状態、支援における留意点等

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

入院中の支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法を記載してください
※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

① 身体の状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡ができやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施

A D L	起居動作	<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
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	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	※食事形態:	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 嚥下食	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> その他
	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	※排泄方法:	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ホータブル	<input type="checkbox"/> オムツ・パット	<input type="checkbox"/> その他

② コミュニケーションで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難

③ 行動特性等で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く

④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載

退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください

 あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望

 参加を希望する

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

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

特別なコミュニケーション支援の必要性		<input type="checkbox"/> あり(以下を記載)		<input type="checkbox"/> なし	
特別なコミュニケーション支援が必要な理由					
訪問の可能性がある事業所	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
訪問可能な時間帯	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 終日 → 訪問可能な時間帯 (: ~ :)				
重度訪問介護従業者による支援内容					

4. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

① 家族・世帯の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載:()				
生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()				
キーパーソン	氏名	続柄	連絡先		
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等					

② 生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

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

③ 受診・服薬の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

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

【記入例：行動特性の強い知的障害、精神障害のある利用者・患者の例】

入院時情報提供書（相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

事業所名	〇〇事業所	担当者名	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	-------	------	----	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 太郎		住所	東京都〇〇区〇〇	
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (30 歳)				
障害名・疾患名	知的障害、自閉症				
現病歴・既往歴	てんかん				
医療的ケア	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容：()				
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体()級、内容： <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他		障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	
	<input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 療育(重度) <input type="checkbox"/> 精神()級			<input checked="" type="checkbox"/> あり→区分(6)	

2. 本人の状態、支援における留意点等

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

入院中の支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法等を記載してください
※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください

あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

感覚に過敏さがあり、絆創膏やテープを貼ってもすぐに剥がしてしまふ。採血時における止血用のテープ貼付け等は不要。

① 身体の状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例) 褥瘡ができやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施

A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	※食事形態： <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法： <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他	

感覚に過敏さがある。電気のスイッチをつけたり、消したりをして感触を楽しむ。
絵カードと数字を組み合わせて指示することで、過敏さを低減することができる。絵カードなどについては入院時に普段使用しているものを持参し、具体的な方法を実演したいと考えている。

② コミュニケーションで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例) 説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す

視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難

発語はないが、「トイレ」「おやつが欲しい」などは、ジェスチャーで表現可能。介護者からの一文程度の言葉や単語の文字（ひらがな）は理解するため、入院時に実演させていただく。

③ 行動特性等で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例) 点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く

本人が一人では、点滴は抜管してしまう。採血程度であれば、タイマーを使い、我慢することも可能。

④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載

言葉だけでコミュニケーションをすることが苦手。行動をよく観察していただき、「わからない感」や「伝えられなさ」を推測していただきたい。

退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください

あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

本人からの説明が難しいことから、自宅での支援内容を確認するため、退院時にサマリーを作成していただきたい。
また、家族を含めて退院時のインフォームドコンセント（IC）をお願いしたい。

退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望 参加を希望する

【記入例：行動特性の強い知的障害、精神障害のある利用者・患者の例】

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

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

特別なコミュニケーション支援の必要性		<input type="checkbox"/> あり(以下を記載)		<input checked="" type="checkbox"/> なし	
特別なコミュニケーション支援が必要な理由					
訪問の可能性がある事業所	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
訪問可能な時間帯		<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 終日 → 訪問可能な時間帯(: ~ :)			
重度訪問介護従業者による支援内容					

4. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

① 家族・世帯の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載:(父、母、本人の3人暮らし)					
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()					
キーパーソン	氏名	山田 一郎	続柄	父	連絡先	03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	支援の必要性なし。 入退院時は家族と相談支援専門員で対応する予定。					

② 生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他					
	サービス名	生活介護	利用頻度	週5回	施設・事業所名	〇〇園
	サービス名	行動援護	利用頻度	週1回	施設・事業所名	〇〇サービス事業所
	サービス名	居宅介護	利用頻度	週2回	施設・事業所名	居宅介護サービス〇〇
1日の生活の流れ・社会参加の状況		添付のサービス等利用計画を参照				
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等		特になし				

③ 受診・服薬の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
医療機関名	〇〇総合病院	診療科	てんかん外来	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	3ヶ月1回 回/ <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()		
	薬の名前	添付のおくすり手帳を参照					
	留意点・服薬介助のポイント	薬を見せると、自ら口を開ける					
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()						

【記入例：医療的ケアが必要な重症心身障害のある利用者・患者の例】

入院時情報提供書（相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

事業所名	〇〇事業所	担当者名	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	-------	------	----	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 花子		住所	東京都〇〇区〇〇	
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (18 歳)				
障害名・疾患名	出生時の脳内出血による麻痺、不随意運動・失調による両上肢の動作および歩行困難				
現病歴・既往歴	脳内出血、てんかん				
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→内容：(経鼻経管栄養、喀痰吸引)				
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 身体 (1) 級、内容： <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input checked="" type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他	障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> あり→区分 (6)		
	<input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 療育 (重度) <input type="checkbox"/> 精神 () 級				

2. 本人の状態、支援における留意点等

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

入院中の支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法等を記載してください ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください

<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望
褥瘡ができやすいため、おおむね2時間程度に1回は体位交換が必要となっている。側弯症が強くなっているため、一日1度程度はベッドから移乗しストレッチなどの体操をしてほしい。また、伏臥位・左側臥位はさせないこと。呼吸が止まる可能性が大きい。特に伏臥位は数分でも呼吸が止まってしまう。体位変換は右側臥位で行うこと。

① 身体の状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例) 褥瘡ができやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施

A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	※食事形態： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他	

てんかん発作は、2～3日に1度、痙攣と意識消失、硬直性のあるものがある。発作時は、見守りのみで対応している。
寝返りはできないため、仙骨部の褥瘡に注意をお願いしたい。在宅では、車椅子に移乗し、リクライニングを調整し、ポジションを変えたりしている。

② コミュニケーションで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例) 説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難

発語はないものの、にぎやかなところが好きで、話しかけられたり、他人の会話を聞いて表情がゆるむことも多い。音楽（子ども向け映画のサウンドトラックなど）も好きで、ヘッドホンとCDを持参するので、適度に聞かせてもらいたい。身体の緊張も緩みやすくなる。

③ 行動特性等で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例) 点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く

特になし

④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載

環境の変化には強い。学校の環境変化があっても不応を起すことはなかった。

退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください

<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望
在宅のサービス機関との情報共有をするため、退院時にサマリーを作成していただきたい。 また、家族（母、祖母）と相談支援専門員を含めて、退院時のインフォームドコンセント（IC）をお願いしたい。

退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望 参加を希望する

【記入例：医療的ケアが必要な重症心身障害のある利用者・患者の例】

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

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

特別なコミュニケーション支援の必要性		<input type="checkbox"/> あり(以下を記載)		<input checked="" type="checkbox"/> なし	
特別なコミュニケーション支援が必要な理由					
訪問の可能性がある事業所	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
訪問可能な時間帯	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 終日 → 訪問可能な時間帯(: ~ :)				
重度訪問介護従業者による支援内容					

4. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

① 家族・世帯の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載:(父、母、祖母、姉、本人の5人暮らし)					
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()					
キーパーソン	氏名	山田 花美	続柄	母	連絡先	03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	支援の必要性なし。 入退院時は家族(母、祖母)と相談支援専門員の同席で対応予定。					

② 生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他					
	サービス名	生活介護	利用頻度	週3回	施設・事業所名	〇〇サービス事業所
	サービス名	訪問看護	利用頻度	2週1回	施設・事業所名	〇〇訪問看護ステーション
	サービス名	居宅介護	利用頻度	週1回	施設・事業所名	居宅介護サービス〇〇
1日の生活の流れ・社会参加の状況	添付のサービス等利用計画・個別支援計画書を参照					
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等	体重が40kgを超えてきているので、入浴時の家族介護の負担が増えている。退院後のケアも心配される。					

③ 受診・服薬の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
医療機関名	〇〇こどもクリニック	診療科	小児科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	2ヶ月1回 / <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名	〇〇医療センター	診療科	てんかん外来	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	2ヶ月1回 / <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()		
	薬の名前	添付のおくすり手帳を参照					
	留意点・服薬介助のポイント	特になし					
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()						

【記入例： 難病で重度の身体障害がある利用者・患者の例（重度訪問介護を利用しているケース）】

入院時情報提供書（相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

事業所名	〇〇重度訪問介護事業所	担当者名	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	-------------	------	----	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 花代		住所	東京都〇〇区〇〇			
生年月日	〇〇	年	〇	月	〇	日	(59 歳)
障害名・疾患名	筋萎縮性側索硬化症による両下肢機能障害（1級）、両上肢機能障害（1級）						
現病歴・既往歴	2003年8月 右足下垂により発症、整形外科受診、〇〇大学病院を紹介され受診 2004年10月～ 下肢筋力低下 2005年1月～ 上肢筋力低下 2005年4月 ALS（筋萎縮性側索硬化症）と診断 2005年10月 呼吸器装着 2009年4月 胃ろう造設						
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	内容：(胃ろう、喀痰吸引（気管切開）)					
手帳の保有状況 ※障害の内容は障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 身体(1)級、内容： <input type="checkbox"/> 視覚 <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚 <input checked="" type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他	障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> あり	区分(6)			

2. 本人の状態、支援における留意点等

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

入院中の支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法等を記載してください ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください			
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望		
ベッド上での体位は、両膝を1時間ごとに左右に傾ける（その際、両膝がぶつからないよう、間にタオルやクッション等を挟む）、両手は伸ばす（肘の下にタオルやクッション等を挟む）、腸骨に衣服のシワがよらないようにする。 コミュニケーションには透明文字盤を使用（顔の向きは少し右に傾ける。左目の方が可動域が広い。簡単な質問はYesとNoを左右で確認）			
① 身体状況やケア で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡がでやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施			
A D L	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 更衣・整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※食事形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input checked="" type="checkbox"/> その他		
頻度高く、手足の位置等の細かなセッティングが必要。 また、排泄については、尿意は本人より訴えあり。排便は1日おきに浣腸を実施。排泄は差込便器を使用（差込便器が尾骨、仙骨に当たるためタオルなどで保護）。			
② コミュニケーション で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す			
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難
メガネを使用しているが、透明文字盤が読取りにくくなるため、現在は使用していない。 左耳に補聴器を使用（顔を右に傾けるため）。 基本的には透明文字盤を使用するが、夕方になり眼球の動きが低下した際は口文字にてコミュニケーションをとる。			
③ 行動特性等 で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く			
特になし			
④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載			
現在の身体機能を少しでも長く維持するため、眼の保湿を定期的に行っている（眼球が乾燥するため1日3回、瞼の下に軟膏を塗布。1日4回の点眼）。就寝時はまぶたを下ろす。			
退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください			
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望		
退院前カンファレンスにおいて、入院前との状況の変化やケア内容を共有していただきたい。			
退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望	<input checked="" type="checkbox"/> 参加を希望する		

【記入例： 難病で重度の身体障害がある利用者・患者の例（重度訪問介護を利用しているケース）】

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

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

特別なコミュニケーション支援の必要性		<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下を記載)		<input type="checkbox"/> なし					
特別なコミュニケーション支援が必要な理由		ご本人は、重度訪問介護従業者（ヘルパー）の介助を受けて日常生活を送っている。言葉を発することが難しい状態であり、透明文字盤・口文字での意思確認が必要である。透明文字盤・口文字でのコミュニケーションは慣れるまでに時間がかかること及びご自身ではナースコールを押せないことから、本人を熟知する重度訪問介護従業者が入院中に付添い、体位変換のタイミングや状態の変化などを意思確認し、医療従事者に伝える必要がある。							
訪問の可能性のある事業所	事業所	〇〇ヘルパーステーション	担当者	〇〇	連絡先	03-0000-0000	営業時間	09 : 00 ~ 18 : 00	
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	: ~ :	
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	: ~ :	
訪問可能な時間帯		<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 終日		→訪問可能な時間帯(: ~ :)					
重度訪問介護従業者による支援内容		ご本人の意思を透明文字盤や口文字で確認し、その時々状態や必要な支援を医療従事者にお伝えする。また、意思の確認の方法や自宅で行っていた介助方法（2. で記載したような体位変換、食事、排泄の方法等）もお伝えし、ご本人が安心した療養生活を送れるようにする。							

4. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世帯の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載:(夫、本人、子どもの4人暮らし					
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()					
キーパーソン	氏名	山田 太郎	続柄	夫	連絡先	03-0000-0000	
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等		夫は土日も仕事で、電話等が繋がりにくい。家族は介護疲れと常に他人が家に居ることへのストレスがあるように見える。					

②生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他						
	サービス名	重度訪問介護	利用頻度	週7日	施設・事業所名	〇〇ヘルパーステーション	
	サービス名	訪問看護	利用頻度	週3日	施設・事業所名	〇〇訪問看護ステーション	
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名		
1日の生活の流れ・社会参加の状況		月水金に訪問看護を利用。ヘルパーと2人で排便。 1日の生活の流れは、添付資料を参照。					
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等		子どもの仕事や学校の様子を知りたい、成長を見守りたいという意向がある。また、家族と過ごす時間の確保を希望している。					

③受診・服薬の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
医療機関名	〇〇大学病院	診療科	脳神経内科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	年2回 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名	〇〇クリニック	診療科	呼吸器内科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	月2回 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> その他(
	薬の名前	ムコサル、シナル、ウルソデオキシコール酸 ※ ジクアス点眼液、フラビタン眼軟膏					
	留意点・服薬介助のポイント	※の3つはお湯で溶かし胃ろうから注入					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→内容:(花粉症				

通院時情報提供書（相談支援事業所→受診医療機関）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

事業所名	担当者名	連絡先
------	------	-----

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

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

2. 本人の状態、支援における留意点等

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

院内における支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、院内の環境や治療時に懸念されることやその対応方法等を記載してください
※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください

あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

① ①**身体**の状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡がでやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施

A D L	起居動作	<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
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	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	※食事形態:	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 嚥下食	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> その他
	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	※排泄方法:	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ホータブル	<input type="checkbox"/> オムツ・パット	<input type="checkbox"/> その他

② ②**コミュニケーション**で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	意思伝達的手段・方法	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難

③ ③**行動特性等**で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く

④ ④**その他** ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載

通院等に際し、本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※通院等に際して留意が必要なこと等を記載してください

あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

医療機関主催のカンファレンスへの事業所としての参加希望 参加を希望する

3. その他

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

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

①家族・世帯の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

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

②生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

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

③受診・服薬の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

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

【記入例：行動特性の強い知的障害、精神障害のある利用者・患者の例】

通院時情報提供書（相談支援事業所→受診医療機関）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

事業所名	〇〇事業所	担当者名	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	-------	------	----	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 太郎		住所	東京都〇〇区〇〇		
生年月日	〇〇	年	〇	月	〇	日(30 歳)
障害名・疾患名	知的障害、自閉症					
現病歴・既往歴	てんかん					
医療的ケア	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()					
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身体()級、内容:	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他	障害支援 区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	
	<input type="checkbox"/> 申請中	<input checked="" type="checkbox"/> 療育(重度)	<input type="checkbox"/> 精神()級	<input checked="" type="checkbox"/> あり→区分(6)		

2. 本人の状態、支援における留意点等

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

院内における支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、院内の環境や治療時に懸念されることやその対応方法等を記載してください ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください				
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望	
感覚に過敏さがあり、絆創膏やテープを貼ってもすぐに剥がしてしまふ。採血時における止血用のテープ貼付け等は不要。				
① 身体の状況やケア で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施				
A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	※食事形態:	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法:	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他
感覚に過敏さがある。電気のスイッチをつけたり、消したりして感触を楽しむ。 絵カードと数字を組み合わせて指示することで、過敏さを低減することができる。絵カードなどについては通院時に普段使用しているものを持参したい。				
② コミュニケーション で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す				
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難	意思伝達的手段・方法	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	
発語はないが、「トイレ」「おやつが欲しい」などは、ジェスチャーで表現可能。支援者からの一文程度の言葉や単語の文字（ひらがな）は理解できるので診察時に同席する。				
③ 行動特性等 で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く				
採血であれば、タイマーを使い、我慢することも可能。				
④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載				
言葉だけでコミュニケーションをすることが苦手で、写真などの提示が有効、見通しを持てるようにタイマーなどを診察室に持参したい。				

通院等に際し、本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※通院等に際して留意が必要なこと等を記載してください

あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

本人が普段使用している絵カードなどの持参したい。

待合室での待機時間は席を外すこともあるため、呼び出しの方法について事前に相談したい。

医療機関主催のカンファレンスへの事業所としての参加希望 参加を希望する

【記入例：行動特性の強い知的障害、精神障害のある利用者・患者の例】

3. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世帯の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ	<input checked="" type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載:(<input type="checkbox"/> 父、母、本人の3人暮らし)			
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()			
キーパーソン	氏名	山田 一郎	続柄	父	連絡先	03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	継続通院が必要な場合の日程調整についてはパターン化(毎月第○週の○曜日など)が望ましい					

②生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス	<input type="checkbox"/> その他		
	サービス名	生活介護	利用頻度	週5回	施設・事業所名	○○園
	サービス名	行動援護	利用頻度	週1回	施設・事業所名	○○サービス事業所
	サービス名	居宅介護	利用頻度	週2回	施設・事業所名	居宅介護サービス○○
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
1日の生活の流れ・社会参加の状況	添付のサービス等利用計画を参照					
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等	特になし					

③受診・服薬の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり					
医療機関名	○○総合病院	診療科	てんかん外来	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	3ヶ月1回 / <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人	<input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他()
	薬の名前	添付のくすり手帳を参照					
	留意点・服薬介助のポイント	薬を見せると、自ら口を開ける					
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()						

【記入例：医療的ケアが必要な重症心身障害のある利用者・患者の例】

通院時情報提供書（相談支援事業所→受診医療機関）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

事業所名	〇〇事業所	担当者名	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	-------	------	----	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 花子		住所	東京都〇〇区〇〇			
生年月日	〇〇	年	〇	月	〇	日	(18 歳)
障害名・疾患名	出生時の脳内出血による麻痺、不随意運動・失調による両上肢の動作および歩行困難						
現病歴・既往歴	脳内出血、てんかん						
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→内容:(経鼻経管栄養、喀痰吸引)						
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 身体(1)級、内容: <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input checked="" type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他		障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> あり→区分(6)			
	<input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 療育(重度) <input type="checkbox"/> 精神()級						

2. 本人の状態、支援における留意点等

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

院内における支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、院内の環境や治療時に懸念されることやその対応方法等を記載してください ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望	
褥瘡がしやすいため、おおむね2時間程度に1回は体位交換が必要。側弯症が強くなっているため、一日1度程度はベッドから移乗しストレッチなどの体操をしている。また、呼吸が止まる可能性が大きいため、伏臥位・左側臥位はさせていない。特に伏臥位は数分でも呼吸が止まってしまう。体位交換は右側臥位で行っている。	
① 身体の状況やケア で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施	
A D L	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 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
	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 更衣・整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※食事形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他
てんかん発作は、2~3日に1度、痙攣と意識消失、硬直性のあるものがある。発作時は、見守りのみで対応している。 在宅では、除圧のため、車椅子に移乗しクライニングを調整するなど、姿勢を変えたりしている。	
② コミュニケーション で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す	
視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難 聴力 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	
言語 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難 意思伝達的手段・方法 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難	
発語はないものの、にぎやかなところが好きで、話しかけられたり、他人の会話を聞いていて表情がゆるむことも多い。音楽(子ども向け映画のサウンドトラックなど)も好きで、ヘッドフォンとCDを持参するので、適度に聞かせてもらいたい。身体の緊張も緩みやすくなる。	
③ 行動特性等 で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く	
特になし	
④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載	
環境の変化には強い。学校の環境変化があっても不応を起すことはなかった。	

通院等に際し、本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※通院等に際して留意が必要なこと等を記載してください

あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

車いす車両の駐車場の確保

医療機関主催のカンファレンスへの事業所としての参加希望 参加を希望する

【記入例：医療的ケアが必要な重症心身障害のある利用者・患者の例】

3. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世帯の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 本人と親 <input type="checkbox"/> 本人と子 <input checked="" type="checkbox"/> その他(父、母、祖母、姉、本人の5人暮らし)					
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()					
キーパーソン	氏名	山田 花美	続柄	母	連絡先	03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	支援の必要性なし。 通院時は家族(母、祖母)の同席で対応予定。					

②生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他					
	サービス名	生活介護	利用頻度	週3回	施設・事業所名	〇〇サービス事業所
	サービス名	訪問看護	利用頻度	2週1回	施設・事業所名	〇〇訪問看護ステーション
	サービス名	居宅介護	利用頻度	週1回	施設・事業所名	居宅介護サービス〇〇
1日の生活の流れ・社会参加の状況	添付のサービス等利用計画・個別支援計画書を参照					
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等	体重が40kgを超えてきているので、入浴時の家族介護の負担が増えている。退院後のケアも心配される。					

③受診・服薬の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり						
医療機関名	〇〇こどもクリニック	診療科	小児科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	2ヶ月1回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名	〇〇医療センター	診療科	てんかん外来	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	2ヶ月1回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()		
	薬の名前	添付のおくすり手帳を参照					
	留意点・服薬介助のポイント	特になし					
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()						

通院時情報提供書（相談支援事業所→受診医療機関）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

事業所名	〇〇重度訪問介護事業所	担当者名	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	-------------	------	----	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 花代		住所	東京都〇〇区〇〇	
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (59 歳)				
障害名・疾患名	筋萎縮性側索硬化症による両下肢機能障害（1級）、両上肢機能障害（1級）				
現病歴・既往歴	2003年8月 右下下垂により発症、整形外科受診、〇〇大学病院を紹介され受診 2004年10月～ 下肢筋力低下 2005年1月～ 上肢筋力低下 2005年4月 ALS（筋萎縮性側索硬化症）と診断 2005年10月 呼吸器装着 2009年4月 胃ろう造設				
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→内容:(胃ろう、喀痰吸引（気管切開）)				
手帳の保有状況 ※障害の内容は障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 身障(1)級、内容: <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 療育() <input type="checkbox"/> 精神()級			障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> あり→区分(6)

2. 本人の状態、支援における留意点等

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

院内における支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、院内の環境や治療時に懸念されることやその対応方法等を記載してください ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望	
ベッド上での体位は、両膝を1時間ごとに左右に傾ける（その際、両膝がぶつからないよう、間にタオルやクッション等を挟む）、両手は伸ばす（肘の下にタオルやクッション等を挟む）、腸骨に衣服のシワがよらないようにしている。 コミュニケーションには透明文字盤を使用（顔の向きは少し右に傾ける。左目の方が可動域が広い。簡単な質問はYesとNoを左右で確認）	
① 身体の状況やケア で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施	
A	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
D	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 更衣・整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
L	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※食事形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他
手足の位置等について高頻度で細かな調整が必要。 排泄については、尿意は本人が訴える事が可能、排便は1日おきに浣腸を実施している。	
② コミュニケーション で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す	
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難 意思伝達的手段・方法 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難
メガネを使用しているが、透明文字盤が読取りにくくなるため、現在は使用していない。 左耳に補聴器を使用（顔を右に傾けるため）。 基本的には透明文字盤を使用するが、夕方になり眼球の動きが低下した際は口文字にてコミュニケーションをとる。	
③ 行動特性等 で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く	
特になし	
④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載	
現在の身体機能を少しでも長く維持するため、眼の保湿を定期的に行っている（眼球が乾燥するため1日3回、瞼の下に軟膏を塗布。1日4回の点眼）。就寝時はまぶたを下ろす。	
通院等に際し、本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※通院等に際して留意が必要なこと等を記載してください	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望	
医療機関主催のカンファレンスへの事業所としての参加希望	<input type="checkbox"/> 参加を希望する

【難病で重度の身体障害が利用者・患者の例】

3. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世帯の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ	<input type="checkbox"/> 本人と親	<input type="checkbox"/> 本人と子	<input checked="" type="checkbox"/> その他(夫、本人、子どもの4人暮らし)	
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> その他()		
キーパーソン	氏名	山田 太郎	続柄	夫	連絡先	03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	夫は土日も仕事で、電話等が繋がりにくい。家族は介護疲れと常に他人が家に居ることへのストレスがあるように見える。					

②生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス	<input checked="" type="checkbox"/> その他		
	サービス名	重度訪問介護	利用頻度	週7日	施設・事業所名	〇〇ヘルプステーション
	サービス名	訪問看護	利用頻度	週3日	施設・事業所名	〇〇訪問看護ステーション
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
1日の生活の流れ・社会参加の状況	月水金に訪問看護を利用。ヘルパーと2人で排便。 1日の生活の流れは、添付資料を参照。					
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等	子どもの仕事や学校の様子を知りたい、成長を見守りたいという意向がある。また、家族と過ごす時間の確保を希望している。					

③受診・服薬の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
医療機関名	〇〇大学病院	診療科	脳神経内科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	年2 回 / <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名	〇〇クリニック	診療科	呼吸器内科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	月2 回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> その他(訪問看護)		
	薬の名前	ムコサル、シナル、ウルソデオキシコール酸 ※ ジクアス点眼液、フラビタン眼軟膏					
	留意点・服薬介助のポイント	※の3つはお湯で溶かし胃ろうから注入					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→内容:(花粉症)						

退院時情報提供書（入院医療機関→相談支援事業所）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

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

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名		住所	
生年月日	年 月 日 (歳)		

2. 本人の思い、生活への希望

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

病気・障害・後遺症等に対する思い	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照
退院後の生活に関する希望	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照

3. 入院による状態の変化、退院後の支援における留意点等

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

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

入院による状態の変化、予後・予測、退院後の支援で留意してほしいこと

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

 あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし・該当しない①特に、身体状況の変化や在宅での支援の留意点

A D L	起居動作	<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
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<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	※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他	

②特に、コミュニケーションの変化や在宅での支援の留意点

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難

③特に、行動特性等や在宅での支援の留意点

④その他(日常生活・療養で気を付けてほしいこと等)

【記入例：医療的ケアが必要な重度心身障害がある利用者・患者の例】

退院時情報提供書（入院医療機関→相談支援事業所）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

医療機関	〇〇医療センター	記入者	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	----------	-----	----	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 花子	住所	東京都〇〇区〇〇
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日（ 11 歳）		

2. 本人の想い、生活への希望

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

病気・障害・後遺症等に対する想い	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 気管切開について両親ともに「仕方がない」という思いがある。母親は気管切開部のケアについて理解し、ケアを習得できた。「不安なことは訪問看護師に聞くようにします」と前向きな思いもある。父親は、入浴や外出などこれまで通り生活習慣は変えずにいたいという思いがある。
退院後の生活に関する希望	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 デバイスが増えたことによる不安はあるため、在宅の主治医や保健師、訪問看護師にできるだけ来てもらいたい。

3. 入院による状態の変化、退院後の支援における留意点等

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

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

入院による状態の変化、予後・予測、退院後の支援で留意してほしいこと	
※入院時と退院時における状態の変化、入院中の様子、今後の見通し、本人の活動の制約、追加で支援が必要なこと等	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし・該当しない	
①特に、 身体状況 の変化や在宅での支援の留意点	
A D L	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 更衣・整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他
全介助で車いすで移動。入院中も昼食（胃ろうからの注入）時は必ず、乗車している。入浴（機械浴）は週1回、全身清拭は週2回。母は、退院後もできれば入浴を希望している。	
②特に、 コミュニケーション の変化や在宅での支援の留意点	
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難
意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難
処置（採血や検査）の際は、心拍数が上昇する（モニター常時装着していた）。表情の変化は不明であるが、母親は「喜んでいる」「笑っている」と表情の変化を読み取っている。嫌なことだけでなく、時々頭を左右にふるしくさあり。	
③特に、 行動特性等 や在宅での支援の留意点	
気管カニューレに手が届き、触ることがあるので、覚醒時には目を離さないような配慮が必要である。抑制はしていない。	
④その他(日常生活・療養で気を付けてほしいこと等)	
注入後は30分以上のギャッチアップまたは車いす乗車実施。	

【記入例：医療的ケアが必要な重度心身障害がある利用者・患者の例】

4. その他

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

①入院概要 添付資料を参照

入院日	〇年〇月〇日	退院日	〇年〇月〇日	主治医名(診療科)	〇〇 (小児科)
入院原因疾患・入院目的	21トリソミー、心奇形合併 今回は尿管ステントの定期交換と気管切開のため入院となる。				
入院中の経過・治療内容	呼吸管理、全身状態管理のため、1泊ICUに入室するが経過問題なく、予定通り退室した。その後経過順調であり、予定入院日数を超過することなく退院となる。				

②退院後の医療、服薬、口腔・栄養等の支援について 添付資料を参照

今後の医学管理	医療機関	〇〇医療センター		受診方法	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
	治療方針 ※本人の治療に対する意向を含めて記載	尿路感染で敗血症になり重症化したため、定期的なステント交換必要。			
退院後に必要な医療処置について	<input checked="" type="checkbox"/> 点滴の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 → (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input checked="" type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input checked="" type="checkbox"/> 透析 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸管理 → (<input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> その他()				
服薬について	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→(入院後の内服薬変更: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)			
	一包化の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 服薬アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容:) <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			
	退院時処方	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(退院日を含め 日分)			
	留意点				
口腔・栄養について	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		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()			
		副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他()			
	口腔清掃や歯科治療の必要性		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		歯肉の腫れ、出血 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
留意点	朝・夕に口腔ケア実施				
退院後に必要な医療系サービスと留意点	必要なサービス				
	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション指導管理 <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"/> その他の医療系サービス()				
	留意点 ※医療ケアにおける留意点、緊急時や症状を踏まえた連携や対応の必要性等を記載				
	緊急時（気管カニューレの抜去、痰の詰まり等による呼吸状態の悪化、停電や呼吸器本体の故障・回路の破損等）は在宅の主治医へ連絡する。スベアの気管切開チューブは人工呼吸器近くに緊急時セットとして設置する。				

【記入例：難病で重度の身体障害がある利用者・患者の例】

退院時情報提供書（入院医療機関→相談支援事業所）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

医療機関	〇〇病院	記入者	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	------	-----	----	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 花代	住所	東京都〇〇区〇〇
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (62 歳)		

2. 本人の思い、生活への希望

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

病気・障害・後遺症等に対する思い	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 呼吸筋低下がみられ、呼吸補助が必要な状態になってきたことに大きなショックを受けている。気管切開＋人工呼吸器管理についても説明され、その選択には悩まれているが、数か月後に生まれる孫に会うまでは生きていたいとの希望あり、現時点では鼻マスク式の人工呼吸器BIPAPで経過をみながら考えていきたいと話されている。
退院後の生活に関する希望	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 夫や長女にできるだけ負担がかからないように、活用可能な支援を得ながら過ごしていきたい。時々、外出などで気分転換したい。

3. 入院による状態の変化、退院後の支援における留意点等

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

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

入院による状態の変化、予後・予測、退院後の支援で留意してほしいこと

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

あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし・該当しない

病状が進行しており、自発呼吸では十分な換気ができなくなってきたため、鼻マスク式の人工呼吸器BIPAPを導入した。それに伴い、ベット上の生活となっている。今後病状の進行に応じて、気管切開＋人工呼吸器管理の検討が必要である。病状変化に早めに対応できるように当院とも連携を図っていただきながら、ACPを丁寧に実施していく必要がある。療養中のご本人の思いなど、適宜確認していただきたい。

①特に、**身体状況**の変化や在宅での支援の留意点

A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他	

BIPAPのマスクフィット性は、夫と長女に手技獲得してもらっている。装着部位の皮膚の観察と吸引も適宜行ってもらう。

②特に、**コミュニケーション**の変化や在宅での支援の留意点

視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難

特になし

③特に、**行動特性等**や在宅での支援の留意点

特になし

④その他(日常生活・療養で気を付けてほしいこと等)

呼吸筋が弱くなってきたことで不安を高めている上、BIPAP装着により口頭でのコミュニケーションがとりづらくなっているため、精神面のサポートもお願いしたい。

【記入例：難病で重度の身体障害がある利用者・患者の例】

4. その他

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

①入院概要 添付資料を参照

入院日	〇年〇月〇日	退院日	〇年〇月〇日	主治医名(診療科)	〇〇 (神経内科)
入院原因疾患・入院目的	ALS 呼吸苦の増強による呼吸管理目的				
入院中の経過・治療内容	入院当初はネーザルハイフローによる呼吸管理で様子をみながら、呼吸管理の方法についてご本人、ご家族（夫・長女）と話し合い、鼻マスク式の人工呼吸器BIPAPを導入した。軽度の誤嚥性肺炎を併発したが、抗生剤投与と概ね2時間毎の吸引で軽快している。				

②退院後の医療、服薬、口腔・栄養等の支援について 添付資料を参照

今後の医学管理	医療機関	△△クリニック		受診方法	<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問
	治療方針 ※本人の治療に対する意向を含めて記載	当面、BIPAP管理で経過をみていながら、病状進行時には気管切開+人工呼吸器管理も検討する。 停電や呼吸器本体の故障・回路の破損等、リーク（空気の漏れ）の増加や呼吸器の使用による皮膚トラブル（MDRPU）発生時などは、当院受診。			
退院後に必要な医療処置について	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 → (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 透析 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸管理 → (<input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> その他()				
服薬について	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → (入院後の内服薬変更: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり)			
	一包化の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 服薬アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容:) <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			
	退院時処方	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(退院日を含め 3 日分)			
口腔・栄養について	留意点	内服薬は粉碎せず簡易懸濁法で胃ろうから注入			
	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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() 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他()			
	口腔清掃や歯科治療の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(毎日の口腔ケア)			
	歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		歯肉の腫れ、出血	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
退院後に必要な医療系サービスと留意点	留意点				
	必要なサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション指導管理 <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"/> その他の医療系サービス()			
	留意点	※医療ケアにおける留意点、緊急時や症状を踏まえた連携や対応の必要性等を記載			
<p>・呼吸状態に合わせて、適宜△△クリニックにBIPAPの設定を相談</p> <p>・症状進行時は、△△クリニックより当院地域医療連携室に連絡、相談</p>					

【記入例：脳性麻痺で重度の身体障害がある利用者・患者の例】

退院時情報提供書（入院医療機関→相談支援事業所）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

医療機関	〇〇病院	記入者	MSW〇〇、看護師〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	------	-----	-------------	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 花美	住所	東京都〇〇区〇〇
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (48 歳)		

2. 本人の想い、生活への希望

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

病気・障害・後遺症等に対する想い	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 以前のように口から食べられるようにしたい。
退院後の生活に関する希望	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 家に帰りたい、入院前に通っていた生活介護事業所にまた行きたい。

3. 入院による状態の変化、退院後の支援における留意点等

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

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

入院による状態の変化、予後・予測、退院後の支援で留意してほしいこと ※入院時と退院時における状態の変化、入院中の様子、今後の見通し、本人の活動の制約、追加で支援が必要なこと等
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし・該当しない
誤嚥性肺炎治療後に言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーション等を実施したが、食事の経口摂取は困難であり、家族を交えて本人と話し合った結果を踏まえて、〇月〇日胃ろう造設を行った。栄養剤の注入方法は母親に指導を行った。本人は経口摂取への希望が強く、少量のゼリーを摂取しているが、摂取後には口腔内吸引を要する。母親への口腔ケアや吸引手技の指導を行うと共に、訪問看護や訪問リハビリテーションの利用による摂食機能訓練の継続が必要な状況である。 食べたい物を母親に訴えるなど、誤嚥リスクの認識は不十分と思われる。母親も本人の訴えが強い時には、「食べさせてはダメですか？」と看護師に尋ねてくるため、本人、家族へのその都度の説明が必要である。

①特に、**身体状況**の変化や在宅での支援の留意点

A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他	

脳性麻痺によりもともと全介助状態であったため、ADLには大きな変化はないが、排便コントロールが必要となった。今後も緩下剤の調整を行う必要があり、浣腸処置も要する。

食後の口腔内吸引のため、吸引器の準備が必要である。母親は吸引手技を習得しており、吸引は問題なく行えている。

②特に、**コミュニケーション**の変化や在宅での支援の留意点

視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難

脳性麻痺により声が聞き取りにくい、コミュニケーションについては入院前後で変化はない。

③特に、**行動特性等**や在宅での支援の留意点

特になし

④その他(日常生活・療養で気を付けてほしいこと等)

今回の入院で医療的ケアが増えたため、在宅での継続的な医療サービス提供が必要。訪問診療を行うかかりつけ医と訪問看護師との連携による医療支援に加えて、母親の介護負担への配慮も要する。また、福祉用具による吸引器のレンタルまたは購入も必要である。今後、歯科衛生士や管理栄養士による訪問指導の導入も必要と思われる。本人は以前の生活介護事業所に通うことを楽しみにされており、事業所にて胃ろうによる栄養剤注入の対応可能かどうか確認も必要と思われる。

【記入例：脳性麻痺で重度の身体障害がある利用者・患者の例】

4. その他

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

①入院概要 添付資料を参照

入院日	〇年〇月〇日	退院日	〇年〇月〇日	主治医名(診療科)	〇〇 (内科)
入院原因疾患・入院目的	誤嚥性肺炎				
入院中の経過・治療内容	〇月〇日、かかりつけ医による往診で発熱や咳嗽、喀痰の呼吸器症状がみられ、当院へ紹介入院となる。入院後、誤嚥性肺炎の診断となり、抗生剤治療を実施し肺炎は改善したが、嚥下機能評価の検査では、誤嚥リスクが高く、言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーションを開始した。経口摂取での栄養管理は困難であり、本人の意思確認の後、胃ろう造設を行うと共に、摂食嚥下リハビリテーションを継続している。				

②退院後の医療、服薬、口腔・栄養等の支援について 添付資料を参照

今後の医学管理	医療機関	訪問診療〇〇クリニック	受診方法	<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問
	治療方針 ※本人の治療に対する意向を含めて記載	摂食嚥下機能の回復は厳しく、胃ろうからの栄養剤注入が継続的に必要な状態である。本人は経口摂取を強く望まれていることから、摂食嚥下リハビリテーションの継続と共に全身管理も必要である。口腔ケア、口腔内吸引、排便コントロールも適宜要する。		
退院後に必要な医療処置について	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 →(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 透析 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸管理 →(<input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input checked="" type="checkbox"/> その他(排便コントロール：内服調整、浣腸処置が適宜必要)			
服薬について	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→(入院後の内服薬変更： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり)		
	一化生の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 服薬アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容： <input type="checkbox"/>) <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	退院時処方	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(退院日を含め 14 日分)		
	留意点	排便コントロールに対して、定期的緩下剤や屯用の処方あり。		
口腔・栄養について	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→(<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input checked="" 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(<input type="checkbox"/>) 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/>)		
	口腔清掃や歯科治療の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(口腔ケアは特に必要)		
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 歯肉の腫れ、出血 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/>)		
	留意点	母親へ口腔ケアの指導は行っているが、口腔内の評価や指導を継続する必要あり。		
退院後に必要な医療系サービスと留意点	必要なサービス			
	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション指導管理 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス(<input type="checkbox"/>)			
	留意点 ※医療ケアにおける留意点、緊急時や症状を踏まえた連携や対応の必要性等を記載 摂食嚥下機能の回復は現状では厳しく、どの程度まで経口摂取が可能かは今後のリハビリ経過を見ていく必要がある。母親は積極的な関わりを行っているものの、医療的ケア等は初めてのことが多く、医療専門職によるアドバイスやサポートは不可欠と思われる。今後も誤嚥性肺炎を再発する可能性があり、体調変化（発熱やSpO2低下等）時に訪問診療・往診にて対応が困難と判断されれば、当院へ連絡下さい。			