

入院時情報提供書の様式（県央地区推奨様式）について（案）

1. 入院時情報提供書とは

ケアマネジャーが在宅介護サービス利用者の入院時に病院・診療所等医療機関に利用者の情報を提供するための様式

2. 県央地区での運用状況

2018年10月 座間市で入院時情報提供書の運用を開始

2020年1月 厚木市の多職種連絡会において座間市の様式をもとに協議し、入院時情報提供書を作成。厚木市・愛川町・清川村で運用開始

大和市医師会が入院時情報提供書について検討中

3. 入院時情報提供書の様式（県央地区推奨様式）に関する意見照会

2019年11月14日 令和元年度第2回県央地区保健医療福祉推進会議において県央地区で統一した「入院時情報提供書」の運用についてご意見をいただく。

2019年11月29日～座間市の入院情報提供書の様式を県央地区で推奨様式として運用することについて意見照会を行う。

(照会先)

厚木病院協会、大和・高座病院協会、厚木医師会、大和市医師会、海老名市医師会、座間綾瀬医師会、厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村

(回答数)

意見なし 17団体 意見あり 14団体（計31団体より回答あり）

回答の詳細については、別紙のとおり

4. 県央地区推奨様式について（案）

（案の1）および（案の2）の2つの様式を県央地区推奨様式とする

(1) 適用地域

県央地区に所在する医療機関へ提出する入院時情報提供書について適用する。

(2) 位置付け

県央地区推奨様式とは、各市町村や事業所等の既存様式の使用を妨げるものではなく、既に活用されている様式がある場合には、その様式を尊重する。

(3) 開始時期

令和2年5月1日 ※令和元年度第3回県央地区保健医療福祉推進会議での承認後

(4) 留意事項

- ・今後の入退院調整ルールの作成も視野に入れ、定期的に運用状況を調査し、改善を図ることとする。
- ・提出先一覧は、関係者限りで共有し、変更する場合は、厚木保健福祉事務所に連絡することにより、随時、改定する。
- ・本様式の運用や改定については、病院、事業所、県・市町村等の既存のネットワークにおいて関係者へ共有し、周知に努めるものとする。

<p>県央地区で書式を統一することについて</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・座間市の書式をベースに厚木市バージョンを作成しており、2019年1月より厚木医師会圏域内（厚木市、愛川町、清川村）で運用開始。そのため、県央地区での統一は将来的には必要であると考えているが、調整が必要。 ・大和市医師会が検討し作成した「相談・連絡票」がある。座間市書式は項目が多すぎ、記載することに重きが置かれ病院への提出が遅くなる場合には不要な情報となる可能性が高い。24時間以内に分かる情報だけでも伝える方がありがたいと感じる。独自書式の利用を希望する。また、法人内で独自の書式の利用もあり。システムを変更しなければならないため、統一書式利用に反対であるとの意見あり。 ・独自の書式を作成しており、今後もそれを運用したい ・システム内には厚生労働省の書式にて運用しているため。転記ミス、作業効率から勘案しても各社システムの様式で運用したい。 ・(統一することのメリット) ①統一することで、病棟看護師が見やすい ②書類が整理しやすい ・(統一することのデメリット) ①今後システムが導入することになれば、厚生労働省の書式に統一することが考えられる
<p>各項目について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・厚木市、愛川町、清川村版の様式の改善内容を反映してほしい ・フォントが小さく、特に緊急時連絡先が記入しにくい ・一枚に収める意図は分かるが、欄が小さすぎるため、書きにくい。FAXにて医療機関に提出されているため、文字つぶれも懸念される。 ・以下の項目は入院時のアナムネ（患者の既往歴）で十分である。 緊急連絡先、家族構成欄、サービス利用（通所介護・通所リハ・短期入所・福祉用具）、栄養形態（とろみ・方法）、コミュニケーション（言葉）、移乗、整容、更衣、睡眠、口腔ケア、認知・精神面（中核症状・周辺症状）、褥瘡、皮膚疾患 ・家族構成はキーパーソンのみでよい。他、家族関係で特記事項があれば、記入しやすい。 ・担当者欄は分からないことがあるので不要 ・医療的処置は訪問看護の看護サマリーで収集で良いのではないかと。 ・保険情報は変更がある時があるので負担割合は不要 ・医療側の意見にもよると思うが、特に看護師から見て不要な情報は削除するとよいと思う。 ・「既往歴」は「既往歴・現病歴・経過」としてはどうか（現在の服薬状況や、現病歴が今後の調整の手がかりとなると思われるため。 ・「内服薬・外用薬」の項目を追加し、「服薬管理」の項目をその項目の下に移動してはどうか。 ・「保険情報・医療証情報」の項目はなくてもよい。（受診・入院時には保険証及び医療証を提示するため、提供しなくてもよい） ・医療証項目内にある「障害」は「障害者手帳」として別に設けてはどうか。（障害の情報は、本人の心身の情報を知る手がかりとなるため） →身体障害者手帳 有・無、手帳種別、等級 精神障害者保健福祉手帳 有・無 等級 ・「サービス利用」の項目の横に、「事業所名」を加えてはどうか。 ・「認知・精神面」の項目について選択しやすい項目に整理するため、以下の表現はどうか。 「中核症状」の失認・失行→失認失行（中点） 「周辺症状」の食行動障害→異食等 暴力・暴言→暴言暴力 幻覚→幻視幻聴 ・「コミュニケーション」の「言葉」「意思伝達」の選択肢を左右逆にしてはどうか。（他の項目は、より自立度が高い項目が左側となっているが、この2項目は逆になっているため。 ・全体の書体について、選択肢について見出しの項目と書体を変えてみてはどうか。
<p>追加を希望する項目について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アドバンスケア・プランニングの視点の項目の追加（「あらかじめ」「繰り返し」というプロセスとして連携がとれると思う。例えば、病気になった際の治療についてや、どこでどのように過ごすのか話し合っている内容について等 ・「排便と清潔」について、ケアマネジャーが把握するのは難しいが、ヘルパーによる排泄介助や訪問入浴介入日で排便や清潔ケアの最終日が分かるありがたい。 ・在宅生活に対する本人や家族の意向、介護力、思い等 ・延命措置の希望の有無（何か情報があれば） ・金銭的問題の有無（金銭管理含め、後見任等の問題が多いため） ・多剤耐性菌の保有の有無 ・「在宅生活に必要な要件」（例：階段を何段登れる、トイレまで歩ける等） ・家屋の種類（在宅へ帰る時のゴール設定に必要） ・カンファレンス等への参加の有無・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）については、ケアマネジャーが退院調整に必要な情報が的確に伝えられず、病院側に入院時の情報を伝えるだけの一方通行のように感じるとの意見あるため取り入れた方がよいと考える。 ・服薬状況：薬手帳の有無 ・食事や水分制限については、命に関わるため記載があるとよい ・生保支給自治体名

その他

- ・様式を取り扱う各職種が、使用する意義、記載内容の意味、書類の重要度等を理解しないままでは、作成しても意味がない。座間市と医師会が行った努力と同様の取組みが必要。
 - ・入院時にすぐに使えるように、入院時情報提供書の文字は普段、アセスメント用紙として使用し入院時必要な時に入院時情報提供書とする事ができる用紙にするとよい。手書きでない方法がいい。（ケアマネは業務多忙なため、入院が決まってから用紙を作成するとすると、時間もかかってしまう。
 - ・PCでダウンロードして利用できるとよい。
 - ・そもそも入院時情報提供加算が包括支援センターにはないため提供書を作成していない
(病院訪問で病院側から出た意見)
 - ・入院情報一覧表の大和市内の統一希望
 - ・入院情報一覧はA4 1枚にしてほしい。
 - ・座間市の書式は項目が細かすぎる
 - ・近隣市でも書式統一希望
 - ・ケアマネジャーより書類が何枚もきたり、ばらつきがある
 - ・書類がFAXでくるが、・入院を知らないケアマネジャーもいる
 - ・入院連絡を家族に頼むが、出来ていなくて書類が来ない
 - ・入院連絡を、病棟スタッフがしていたら時間がない
 - ・入院連絡を家族の了承がもらえないのでしなかったら、ケアマネジャーよりなぜ連絡をくれないのかと苦情が来た
(書類を出してコストを取りたい気持ちも分かるが、個人情報の問題で出来なかった)
 - ・ケアマネジャーへの入院連絡は誰がするのか？
 - ・各病院の書類各種の取り扱い手順が分かる一覧表が欲しい
 - ・大和市のケアマネジャーからは、患者相談・依頼票を使って、入院情報提供書として届くことがある
 - ・大和市の患者相談・依頼票の内容で、入院情報提供書としては十分である。
 - ・入院時アナムネで十分情報は取れている
(入院情報提供書の今後の課題)
- ①2次医療圏で統一することはとても良い。しかし、書類を作成する時には、届くのが入院3日目にあることを念頭において、項目内容を検討する必要がある。(項目によっては、入院時のアナムネ時にとったもので十分である。逆に、3日目には遅すぎて役に立たない情報もある。)
- ②入情報提供書は、要支援の患者の場合は、地域包括からは発行されていないことが多い。
- ③患者の入院をケアマネジャーに連絡する方法を統一する必要がある。(統一していないことで、患者よりケアマネジャーへ入院連絡が入らず、3日以内に書類の発行ができないことがあり、トラブルの原因になることもある。)
- ④ケアマネジャーが作成しやすいものが良い。(難しすぎたり、項目が多いと使わなくなる可能性がある)
- ⑤受け取る病棟看護師が読みやすいものが良い。(入院時のアナムネと重複する項目が多かったりすると、読まなくなる可能性がある)
- ⑥入院情報提供書の対応方法の書かれた、一覧表が2次医療圏で統一したものと良い(ケアマネジャーも方法が分からず、毎回確認する負担がある。また、それを対応する病院の相談室の対応の負担がある。) ※現在、座間市・大和市にはある

〈座間市〉

入院時情報提供書

病院様

事業者名 TEL FAX 携帯電話 担当者名

★退院が決まり次第連絡をお願い致します。また、退院前カンファレンスを行う場合は日時をお知らせくださいますようよろしくお願い致します。

入院日 令和 年 月 日 情報提供日 令和 年 月 日

フリガナ氏名 生年 M T S 住所 緊急連絡先 かかりつけ医 既往歴 介護保険 保険情報 医療証

【自宅での生活状況】

栄養 排泄 清潔 コミュニケーション ケア 服薬管理 褥瘡 医療的処置

その他(在宅での生活環境に関する特記事項・課題等)

※基本情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

〈厚木市〉

入院時情報提供書

病院様 ★退院が決まり次第連絡をお願い致します。また、退院前カンファレンスを行う場合は日時をお知らせくださいますようよろしくお願い致します。

事業者名 TEL FAX 携帯電話 担当者名

書類作成日 令和 年 月 日

入院日 令和 年 月 日 情報提供日 令和 年 月 日

フリガナ氏名 生年 M T S H 住所 緊急連絡先 主なかかりつけ医 既往歴 介護保険 保険情報 手帳 医療証・受療証

【自宅での生活状況】 ※項目の評価は、自立・見守(=見守り)・一部(=一部介助)・全(=全介助)の4段階

栄養 排泄 清潔 コミュニケーション ケア 服薬管理 褥瘡 医療的処置 アレルギー

その他(在宅での生活環境に関する特記事項・課題等)

※基本情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

(案の1) 入院時情報提供書

資料3-2

病院様
★退院が決まり次第連絡をお願い致します。また、退院前カンファレンスを行う場合は日時をお知らせくださいますようよろしくお願い致します。

事業者名			
TEL		FAX	
携帯電話		担当者名	

書類作成日 令和 年 月 日

入院日 令和 年 月 日 情報提供日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名	様	生年 月日	M T S H 年 月 日	住所 歳
緊急連絡先	① (関係) ② (関係)	住所	住所	TEL
		Tel	Tel	
かかりつけ医 (連絡先)	①医療機関名 医師 先生Tel			家族構成 □男性○女性(年齢) 罫線で結ぶ 同居を○ キーパーソンは★ 主たる介護者は(主) 本人は○
	②医療機関名 医師 先生Tel			
既往歴・現病歴・経過				
介護保険	申請中(/ 付)要支援 1・2	生保	無・有	サービス利用
	要介護 1・2・3・4・5	受給	担当:	
保険情報	介護保険 ()割	国保 ()割		
	後期高齢 ()割	社保 ()割		
手帳	無・有 :身体()級	療育()級	精神()級	
医療証・受療証	無・有 :種類()			

【自宅での生活状況】 ※項目の評価は、**自立・見守(=見守り)・一部(=一部介助)・全(=全介助)の4段階**

栄養	食事※	自立・見守・一部・全	回数	回/日	移動	寝返り※	自立・見守・一部・全	座位※	自立・見守・一部・全	
	形態	主食	常飯・軟飯・粥・ペースト	とろみ		無・有	起上り※	自立・見守・一部・全	立位※	自立・見守・一部・全
		副食	常菜・軟菜・刻み(一口大・荒・細)・ペースト			立上り※	自立・見守・一部・全	移乗※	自立・見守・一部・全	
排泄	方法	経口・経管()・輸液		嚥下	むせない・むせる	歩行※	自立・見守・一部・全			
	排尿※	自立・見守・一部・全		排便※	自立・見守・一部・全		手段	独歩・杖・歩行器・車いす・その他()		
	失禁	無・有(常・時々・まれに)				整容※	自立・見守・一部・全	更衣※	自立・見守・一部・全	
清潔	方法	トイレ・トイレ・おむつ・尿器・カテーテル類				睡眠	良眠・不眠	薬の服用	無・有()	
	保清※	自立・見守・一部・全		方法	一般浴・機械浴・清拭	認知・精神面	認知症	無・有()		
	コミュニケーション	言葉	話せる・話せない	理解	できる・難しい		専門医への受診	無・有()		
意思伝達		できない・できる(伝達方法:)			精神疾患		無・有()			
口腔ケア※	聴覚	日常生活に 支障なし・支障あり・判断不能		□ 補聴器有			中核症状	記憶障害・見当識障害・実行機能障害 失語・失認・失行 その他()		
	視覚	日常生活に 支障なし・支障あり・判断不能		□ 眼鏡有			周辺症状	せん妄・妄想・暴力・暴言・幻覚・錯覚・徘徊 うつ・睡眠障害・食行動障害・その他()		
褥瘡	無・有(部位:)				薬剤管理	自己・他者(管理者) □ 内服なし				
皮膚疾患	無・有(部位:)				服薬状況	処方通り・飲み忘れ(時々・多い・守らない)・服薬拒否				
悪化時の介護力	介護力有(十分・一部)・見込めない・支援者がいない				家族の療養生活に対する希望・意向					
本人の療養生活に対する希望・意向										
医療的処置	膀胱留置カテーテル・膀胱瘻・腎瘻・ストマ(消化管・尿路)・在宅酸素(L)・人工呼吸器 インシュリン注射(自己注射可・不可)・中心静脈栄養・疼痛管理・喀痰吸引									
アレルギー	不明・無・有()									
その他(在宅での生活環境に関する特記事項・課題等)										

※基本情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

入院時情報提供書

病院
※担当者が分からない時もあるので不要様

事業所名	座間市様式の意見照会回答内容
TEL	(大和市医師会)
FAX	
携帯電話	
担当者名	

★退院が決まり次第連絡をお願い致します。また、退院前カンファレンスを行う場合は日時をお知らせくださいますようお願い致します。

入院日 令和 年 月 日 情報提供日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名	生年 月日	M T S 年 月 日	住所 TEL	TEL
緊急連絡先	① (続柄) 住所 Tel	② (続柄) 住所 Tel	※入院3日以内の書類発行を考えると、不要(入院時のアナムネで十分)	
かかりつけ医 (連絡先)	① Tel	② Tel	家族構成 □男性○女性(年齢) 異線で結ぶ 同居を○ キーパーソンは★ 主たる介護者は(主) 本人は○	
既往歴	※入院3日以内の書類発行を考えると、不要(入院時のアナムネで十分)			
介護保険	申請中(/ 付) 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	生保 受給	無・有 担当:	訪問看護 回/週 訪問介護 回/週 訪問入浴 回/週 訪問リハ 回/週
保険情報	介護保険 ()割 国保 ()割 後期高齢 ()割 社保 ()割	※変更がある時があるので負担割合は不要		サービス利用 通所介護 回/週 () 回/週 通所リハ 回/週 () 回/週 短期入所 福祉用具
医療証	障害: 有・無 () 級	特疾: 有・無		

【自宅での生活状況】

食事	自立・見守り・一部介助・全介助	回数	寝返り	自立・見守り・一部介助・全介助	※入院時のアナムネで十分
形態	主食: 常食・粥・ペースト	移動	起き上がり	自立・見守り・一部介助・全介助	
	副食: 常食・刻み・ソフト・ペースト		立ち上がり	自立・見守り・一部介助・全介助	
	とろみ: 無・有 ※入院時のアナムネで十分		座位	自立・見守り・一部介助・全介助	
方法	経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸送上記同	移動	立位	自立・見守り・一部介助・全介助	
	嚥下: むせない・時々むせる・常にむせる 上記同じ		移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	
排尿	自立・見守り・一部介助・全介助	移動	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助	
排便	自立・見守り・一部介助・全介助		移手段	独歩・伝い歩き・杖・シルバーカー	
失禁	無・有(常・時々・まれに)		歩行器・車いす・ストレッチャー		
方法	トイレ・Pトイレ・おむつ・リハビリパンツ・尿器・カテーテル類	整容	自立・見守り・一部介助・全介助	※入院時のアナムネで十分	
清潔	保清 自立・見守り・一部介助・全介助	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助	※入院時のアナムネで十分	
方法	一般浴・機械浴・清拭	睡眠	良眠・不眠 薬の服用: 無・有(※上記同じ)		
言葉	話せない・話せる ※入院時のアナムネで十分	認知・精神面	認知症: 無・有		
意思伝達	できない・できる(伝達方法:)		専門医への受診: 無・有()		
聴覚	日常生活に 支障なし・支障あり・判断不能		精神疾患: 無・有()		
視覚	日常生活に 支障なし・支障あり・判断不能		中核症状: 記憶障害・見当識障害・実行機能障害		
自立・見守り・一部介助・全介助	※入院時のアナムネで十分		※入院時のアナムネで十分 失語・失認・失行		
義歯: 無・有(上: 無・有 下: 無・有)			周辺症状: 妄想・せん妄・睡眠障害・食行動障害		
服薬管理	自立・見守り・一部介助・全介助	上記同じ	暴力・暴言・幻覚・錯覚・徘徊・うつ		
褥瘡	無・有(部位: ※入院時のアナムネで十分)	皮膚疾	無・有(部位:)		
医療的処置	膀胱留置カテーテル 膀胱瘻 腎瘻 ストマ(消化管・尿路) 在宅酸素(L) 人工呼吸器 インシュリン注射(自己注射可・不可) 中心静脈栄養 疼痛管理 ※訪問看護の看護サマリーで収集で良いのでは?				

その他(在宅での生活環境に関する特記事項・課題)

※本情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

(案の2) 入院時情報提供書



※この情報はご本人の了承を頂いて提供しています。

依頼者	事業所名	担当者名		
	電話	FAX		
ふりがな	性別	生年月日		
対象者名	□男 □女	明・大・昭 年 月 日 歳		
住所	市			
本人電話	自宅	携帯		
同居家族	□無 □有()			
介護者名(キーパーソン)	① ②	関係 ① ② 電話 ① ②		
現在の主治医	病院・診療所名: 科名: 担当医: 電話番号: FAX: 認知症: □無 □有(症状)			
既往歴	疾患名: 認知症: □有 □無(医療機関名) 精神疾患: □有 □無(医療機関名)			
保険種別	□後期高齢者医療保険 □国民保険 □健康保険(扶養も含む) □医療助成(□有 □無:種別) □生活保護(担当者名)			
介護保険	介護度	□申請中(申請日:) □区変中(申請日:)		
	要支援	□1 □2		
	要介護	□1 □2 □3 □4 □5		
	有効期限	年 月 日		
今後の意向	本人	□在宅 □施設 □未決定		
	家族	□在宅 □施設 □未決定		
未確認	理由:			
現在利用のサービス	□デイサービス(週 回 曜日)	□訪問介護(週 回 曜日)		
	□訪問入浴(週 回 曜日)	□福祉用具()		
	□訪問薬局(□有 □無)	□訪問歯科(□有 □無)		
	□訪問看護(週 回 曜日 事業所名:)	□訪問医(月 回 曜日 事業所名:)		
□その他()				
ADL	食事	□自立 □一部介助 □全介助	とろみ	□有 □無
	主食	□ご飯 □粥 □ミキサー □経管栄養	副食	□普通 □一口大 □刻み □ミキサー
	移動	□自立 □一部介助 □全介助(□杖 □歩行器 □車椅子 □装具)		
	排泄	□自立 □一部介助 □全介助		
		(□トイレ □ポータブルトイレ □尿器 □おむつ □バルンチューブ □ストマ)		
	尿意	□有 □無 尿失禁: □有 □無	便意	□有 □無 便失禁: □有 □無
	入浴	□自立 □一部介助 □全介助	意思疎通	□可 □不可()
	視力	□有 □無()	聴力	□有 □無()
	服薬	□有 □無 一包化: □要 □不要	服薬管理	□自立 □見守り □要介助
	お薬手帳	□有 □無 住環境: □戸建(□持家 □借家)	□集合住宅()F	エレベーター: □有 □無
その他(在宅での生活環境に関する特記事項・課題)	退院前カンファレンスの参加 □希望あり □希望なし			