

厚生労働省 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
報告書

令和6（2024）年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

目次

| | |
|--|-----|
| 要旨 | 1 |
| 第1章 事業実施概要 | 3 |
| 1. 本事業の目的 | 3 |
| 2. 本事業の全体像 | 3 |
| 3. 本事業の実施概要 | 5 |
| 4. 実施体制 | 12 |
| 5. 成果等の公表計画 | 12 |
| 第2章 プレヒアリング調査結果 | 13 |
| 第3章 相談支援事業所アンケート調査結果 | 17 |
| (1) 基礎情報（令和5年10月1日時点） | 17 |
| (2) 地域単位での障害福祉と医療機関の連携に関する取組状況 | 26 |
| (3) 入退院時における医療機関との連携状況 | 33 |
| (4) 【参考】入退院支援の経験別クロス集計 | 67 |
| (5) 入院中の重度訪問介護利用における医療機関との連携状況 | 71 |
| 第4章 医療機関等と相談支援事業所等における情報共有の様式の開発 | 79 |
| 1. 開発の経緯等 | 79 |
| 2. 入院時連携の様式 | 81 |
| (1) 様式の概要 | 81 |
| (2) 様式 | 82 |
| (3) 記入例 | 84 |
| 3. 退院時連携の様式 | 90 |
| (1) 様式の概要 | 90 |
| (2) 様式 | 91 |
| (3) 記入例 | 93 |
| 第5章 相談支援事業所ヒアリング調査（地域における連携事例調査）結果 | 99 |
| 1. 瀬戸内市トータルサポートセンター（岡山県瀬戸内市） | 99 |
| 2. 調布市社会福祉事業団 調布市地域生活・就労支援センターちようふだぞう（東京都調布市） | 105 |
| 第6章 まとめ | 110 |
| 1. 調査結果の整理 | 110 |
| 2. 今後に向けて | 117 |

参考資料

- ・入院時情報提供書（様式、記入例）
- ・退院時情報提供書（様式、記入例）
- ・相談支援事業所アンケート調査票

要旨

【事業目的】

「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて～社会保障審議会 障害者部会 報告書～」(令和4年6月13日)では、医療機関と相談支援事業所における入退院時の連携、重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援における医療機関と相談支援事業所・重度訪問介護事業所の連携について、一層の連携強化が必要との指摘がなされた。また、重度障害者が一般診療科の受診・入院で生じる課題の解決に向けては、自立支援協議会や地域医師会等の協力のもと、医療と福祉のより一層の連携等が必要との指摘もある。

本事業では、医療と障害福祉の連携推進のために、医療機関と相談支援事業所・重度訪問介護事業所が連携するための様式を開発した。また、医療機関や地域医師会等と地域の障害福祉関係者等における連携の実態及び好事例を把握・整理することにより、今後の医療と障害福祉の効果的な連携の在り方、連携推進のための施策等の検討に資する基礎資料を作成した。

【実施概要】

本事業では、調査設計への助言や様式作成に係る検討等を目的として、有識者及び障害分野と医療分野の現場関係者6名を構成員とする検討委員会を設置した。

調査設計を行うにあたり、まず、障害児者の入退院及び重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援に係る支援・連携の実態把握を目的として、医療機関、相談支援事業所、重度訪問介護事業所を対象としたプレヒアリング調査を実施した。その上で、障害児者の入退院等で必要な情報、提供可能な情報、連携の課題等の把握を目的として、相談支援事業所を対象としたアンケート調査を行い、医療機関と相談支援事業所・重度訪問介護事業所の入退院時における連携様式の開発を行った。

また、地域において、医療機関や地域医師会と障害福祉関係者等との連携に関する好事例を把握することを目的として、相談支援事業所を対象としたヒアリング調査を行った。

【結果、今後に向けて】

上記調査等の実施により、入退院時の医療機関と相談支援事業所・重度訪問介護事業所の連携実態、入退院時の情報共有ニーズ、障害児者の入退院時連携に関する課題、地域における医療と障害福祉の連携推進に資する先進事例等の具体的な内容を把握することができた。

本事業で開発した連携様式は、医療と障害福祉における入退院時連携の推進に寄与することが期待される。今後に向けて、引き続き検討が必要な課題や期待される取組等は以下の通り。

①医療と障害福祉の入退院時連携について

医療と障害福祉の入退院時連携については、医療機関における理解・対応、相談支援事業所等における理解・対応、入退院時の連携の方法・内容、の3点について課題があり、連携の推進に向けては以下の対応が期待される。

- 医療機関における理解・対応：医療機関には、障害特性や生活の視点を踏まえた医療の提供の

重要性及び障害福祉制度（相談支援専門員の役割、障害福祉サービスの概要、重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援等）の理解を深めることが求められる

- ▶ 相談支援事業所等における理解・対応：相談支援事業所等には、医療機関と同様に、連携相手である医療機関や医療職の役割、医療保険制度等の理解を深めることが求められる
- ▶ 入退院時の連携の方法・内容：本事業で開発した様式を活用する仕組みづくりの推進として、連携の重要性に係る啓発、医療機関と相談支援事業所等の連携スキームの検討、医療機関の地域連携室・医療ソーシャルワーカー（MSW）と相談支援事業所の顔の見える関係性の構築、研修会等での普及啓発等が求められる

②地域における医療と障害福祉の連携推進のための取組について

地域における医療と障害福祉の連携推進のための取組については、自立支援協議会、在宅医療・介護連携推進事業（介護保険制度上の地域支援事業）といった既存の協議の場や事業の活用が確認されており、このような既存の地域の仕組みを活用することで、医療、障害福祉、そして行政が協力して環境整備に取り組むための基盤づくりを行えることが推察された。また、地域での取組実施にあたっては、医療、障害福祉の現場間での相互理解から始め、地域の課題や連携の必要性を明確にした上で、地域のニーズに応じた取組の具体化につなげていくことが重要であると考えられた。

医療機関と相談支援事業所等の連携は、生活面に配慮した医療の提供、医療の視点を踏まえた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、継続性を持って支援していくためには、より一層の連携強化が必要である。令和6年度障害福祉サービス等報酬改定において、医療との連携の充実に向けた改定が図られたことを契機として、地域単位、医療機関・事業所単位で、医療と障害福祉の連携が推進されることを期待する。

第1章 事業実施概要

1. 本事業の目的

かねてより、医療と福祉の連携は重視されており、平成 30 年度の報酬改定においては、診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬それぞれについて、連携した場合の報酬上の評価がなされた。

一方で、「障害者総合支援法改正法施行後 3 年の見直しについて～社会保障審議会 障害者部会 報告書～」(令和 4 年 6 月 13 日)では、特に、医療機関と相談支援事業所における入退院時の連携、重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援のための医療機関と相談支援事業所・重度訪問介護事業所の連携について、医療と福祉の一層の連携強化が必要との指摘がなされた。また、重度障害者が一般診療科の受診・入院に際して生じる課題の解決に向けては、自立支援協議会や地域医師会等の協力を得ながら、医療と福祉のより一層の連携等が必要との指摘もある。

本事業では、医療と障害福祉の連携推進のために、医療機関と相談支援事業所・重度訪問介護事業所が連携するための様式を開発する。また、医療機関や地域医師会等と地域の障害福祉関係者等における連携の実態及び好事例を把握・整理することにより、今後の医療と障害福祉の効果的な連携の在り方、連携推進のための施策等の検討に資する基礎資料を作成することを目的とする。

2. 本事業の全体像

(1) 全体構成

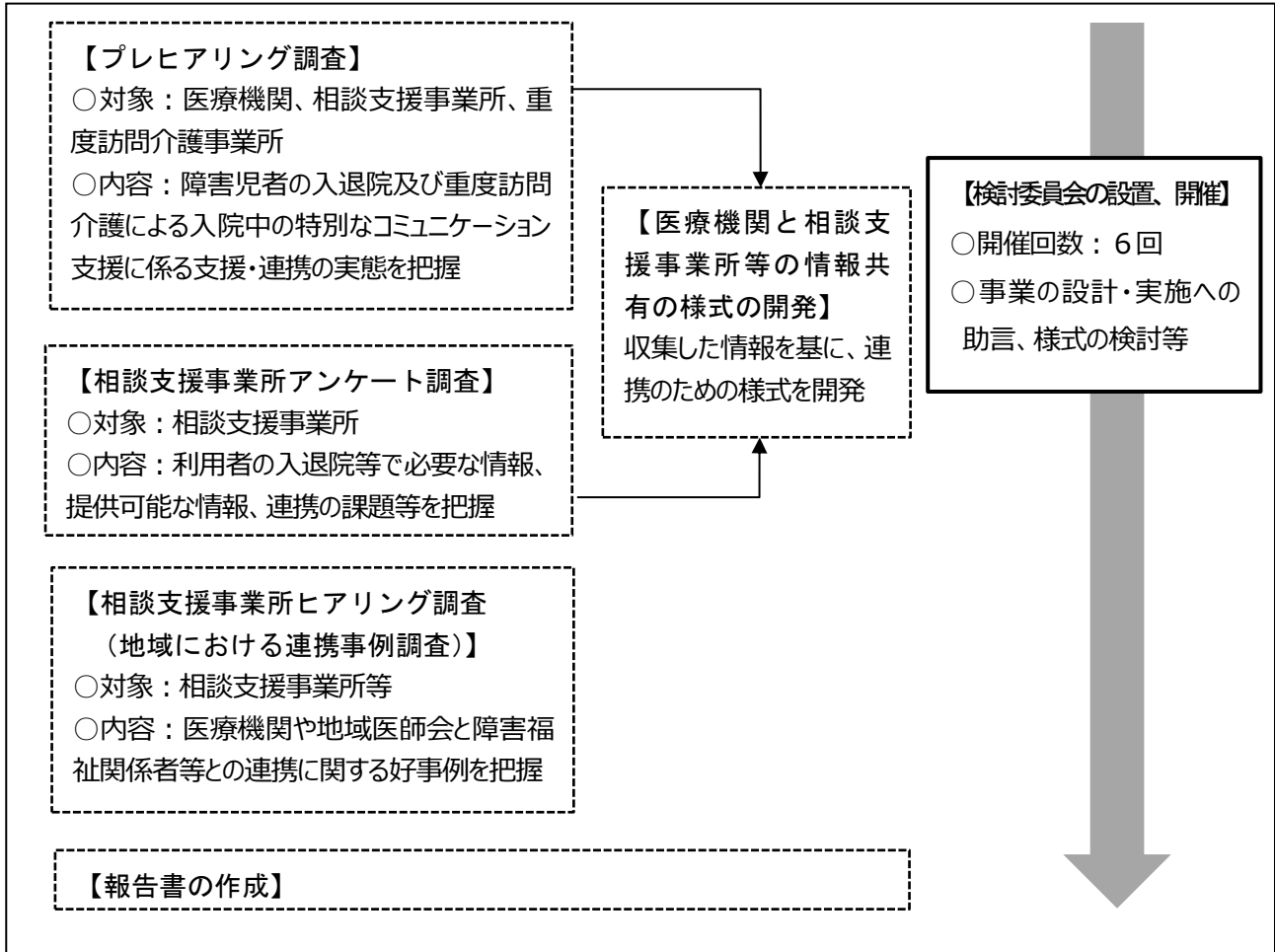
本事業の全体構成は、以下の通り。

本事業では、障害児者の入退院及び重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援に係る支援・連携の実態把握を目的とした「プレヒアリング調査」、利用者の入退院等で必要な情報、提供可能な情報、連携の課題等の把握を目的とした「相談支援事業所アンケート調査」を実施し、「医療機関と相談支援事業所等の情報共有の様式の開発」を行った。

また、地域において、医療機関や地域医師会と障害福祉関係者等との連携に関する好事例を把握することを目的とした「相談支援事業所ヒアリング調査(地域における連携事例調査)」を行った。

これらの調査実施にあたっては、調査設計への助言や様式作成に係る意見集約等を目的とした委員会を設置した。

図表 1-1 本事業の全体像



(2) 実施スケジュール

本事業の実施スケジュールは、以下の通り。

図表 1-2 実施スケジュール

| | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|------------------------------|------------|---------------|---------|----------|-----|----------|-----------|---------|----|
| 委員会 | | | | ●● | | ● | ● | ● | ● |
| プレヒアリング調査 | ←→ 対象の選定 | | ←→ 調査実施 | | | | | | |
| 相談支援事業所アンケート調査 | | ←→ 調査設計・調査票作成 | | ←→ 調査実施 | | ←→ 集計・分析 | | | |
| 医療機関と相談支援事業所等の情報共有の様式の開発 | ←→ 前提条件の整理 | | | ←→ 様式の作成 | | | ←→ 記入例の作成 | | |
| 相談支援事業所ヒアリング調査（地域における連携事例調査） | | | | | | ←→ 対象の選定 | | ←→ 調査実施 | |
| 報告書作成 | | | | | | | | ←→ | |

3. 本事業の実施概要

(1) プレヒアリング調査

① 目的

医療機関と相談支援事業所・重度訪問介護事業所の連携のための様式開発にあたり、障害児者の入退院や重度訪問介護事業所による入院中の特別なコミュニケーション支援の際に共有すべき情報、現在の連携状況等を把握することを目的として実施した。

② 調査対象

障害児者の入退院支援や入院中の特別なコミュニケーション支援の提供・受入れの実績がある医療機関、相談支援事業所、重度訪問介護事業所を対象とした。具体的な調査対象は以下の通り。

図表 1-3 調査対象、実施日

| 種別 | 対象 | 実施日 |
|-----------------------|----------------------------------|---------------|
| 相談支援事業所 | 菊本委員（社会福祉法人けやきの郷）※ | 令和5年8月3日 |
| 相談支援事業所／ 重度訪問介護事業所 | 事業所A | 令和5年8月29日 |
| 相談支援事業所／ 重度訪問介護事業所 | 安藤委員（株式会社障害社）※ | 令和5年7月28日 |
| 重度訪問介護事業所 | 事業所B | 令和5年8月25日 |
| 重度訪問介護事業所 | NPO 法人障害者の自立を支えるサポートネットワーク | 令和5年8月28日 |
| 医療機関 | 高岡委員（横浜市総合リハビリテーションセンター）※ | 令和5年9月1日 |
| 医療機関 | 一般社団法人朝倉医師会 朝倉医師会病院 | 令和5年9月29日 |
| 医療機関 | 社会福祉法人日本肢体不自由児協会 心身障害児総合医療療育センター | 令和5年10月4日 |
| 医療機関 | 医療機関C | 令和5年10月23・24日 |
| 医療機関 | 医療法人以和貴会 西崎病院 | 令和5年10月30日 |

※は本事業の検討委員会の委員

③ 調査方法

オンラインによる聞き取り調査を実施した。

④ 調査項目

調査項目は以下の通り。

図表 1-4 調査項目

(1) 障害児者の入退院時の連携（医療機関と相談支援事業所の連携）について

- ・ 入院する利用者の状態、入院理由・入院形態等
- ・ 利用者の入退院の流れ
- ・ 障害児者の入院／退院それぞれでの相談支援事業所と医療機関との連携状況
 - － 情報共有・調整が必要なケース、障害児者の特徴等
 - － 情報共有・調整を行う相手、タイミング、方法
 - － 共有している／共有すべき情報
- ・ 入退院で相談支援事業所が果たしている役割、連携のメリット
- ・ 連携に関する加算の算定状況、算定できていない場合はその理由
- ・ 入退院時連携で工夫をしている点、上手くいった事例

(2) 重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援について

- ・ 入院中の特別なコミュニケーション支援提供までの流れ
- ・ 入院中の特別なコミュニケーション支援について医療機関と調整するタイミング、調整内容・方法、共有している情報等
- ・ 入院中の特別なコミュニケーション支援に際し、共有すべき情報、タイミング、方法

(3) その他

- ・ 医療機関と相談支援事業所・重度訪問介護事業所の連携における課題
- ・ 連携様式に対する要望等 / 等

⑤ 実施時期

令和5年8月～10月

(2) 相談支援事業所アンケート調査

① 目的

様式の開発に必要な情報収集に加え、障害児者が医療機関を入退院する際の相談支援事業所における支援状況、医療機関や地域医師会等と障害福祉関係者等の連携状況について実態を把握することを目的として実施した。

② 調査対象

- ・ 全国の指定特定相談支援事業所（令和5年3月末時点 10,033 か所）から無作為抽出した 700 事業所
- ・ 全国の基幹相談支援センター（令和4年4月時点 1,156 か所）から無作為抽出した 600 事業所

③ 調査方法

調査 URL 及び QR コードが記載された依頼状を郵送配布し、Web アンケートによる回答・回収とした。

④ 調査項目

調査項目は以下の通り。

図表 1-5 調査項目

(1) 事業所の基礎情報

- ・ 所在する都道府県
- ・ 委託の有無、運営主体、指定の種類
- ・ 契約者数、現在の契約者として多いと感じる障害種別、現在の契約者の特徴 等

(2) 地域単位での障害福祉と医療機関の連携に関する取組状況

- ・ 地域における障害福祉と医療機関との連携に関する協議・検討の場や団体の状況
- ・ 障害福祉と医療機関の連携に関する地域単位での取組状況
- ・ 医療機関への受診・入退院の相談対応や支援を行う上で、地域単位で取り組んでほしいこと

(3) 入退院時における医療機関との連携状況

- ・ 入退院支援の実施状況
- ・ 障害児者の医療機関への入院支援の状況
 - － 入院支援を行った障害児者の障害種別、年齢
 - － 行った入院支援の内容
 - － 障害児者の入院にあたり、医療機関に提供した障害児者に関する情報の内容、提供方法
 - － 医療機関と特に共有しておきたい情報、その理由
 - － 契約者が初めて利用する医療機関と連携・調整する上で行っている工夫、上手く連携できた事例等
 - － 令和4年1年間での入院支援の実績
- ・ 障害児者の医療機関からの退院支援
 - － 退院時の医療機関からの情報提供のニーズ、情報提供があると良いケース、提供されると良い情報・理由
 - － 医療機関からの情報提供がなく、困った経験の有無、困った内容
- ・ 入退院支援における課題等

(4) 入院中の重度訪問介護利用における医療機関との連携状況

- ・ 入院中の重度訪問介護の利用にあたり、入院前に重度訪問介護事業所や医療機関と調整等を行った経験の有無、行ったことのある調整等の内容
- ・ 医療機関に対して、特に注力して伝えた／伝えている内容
- ・ 入院中の重度訪問介護利用について、医療機関に対して、相談支援事業所や重度訪問介護事業所から伝えづらいことや困っていること（重度訪問介護を利用する契約者がいる場合）
- ・ 入院中の重度訪問介護利用に向けての調整等の連携様式に対する要望

⑤ 実施時期

令和5年10月25日～11月14日

⑥ 回収状況

464件（35.7%）の回答があった。

（3）医療機関と相談支援事業所等の情報共有の様式の開発

① 目的

医療機関と障害福祉における情報連携（文書等による情報の提供、収集）を推進するために、障害児者が入退院する際に活用できる医療機関と相談支援事業所・重度訪問介護事業所との連携様式を作成した。

② 作成する様式の種類

本事業では、障害児者の入院／退院それぞれの情報連携で活用可能な様式を作成することとした。なお、入院時については、相談支援事業所と医療機関との連携、及び、重度訪問介護事業所が入院中の特別なコミュニケーション支援を行う場合の重度訪問介護事業所等と医療機関との連携の両方に使用できるものとした。

| | 様式の活用が想定される連携 |
|--------|---|
| 入院時の様式 | <ul style="list-style-type: none">○ 利用者の入院時における相談支援事業所と医療機関との情報共有○ 重度訪問介護事業所が入院中の特別なコミュニケーション支援を行う場合における、重度訪問介護事業所等と医療機関との情報共有 |
| 退院時の様式 | <ul style="list-style-type: none">○ 利用者の退院時における相談支援事業所と医療機関との情報共有 |

入退院のいずれの様式も診療報酬（入退院支援加算、診療情報提供料等）、障害福祉サービス等報酬（入院時情報連携加算、退院・退所加算等）の算定に使用可能な標準的な様式として作成した。

③ 様式の作成方法

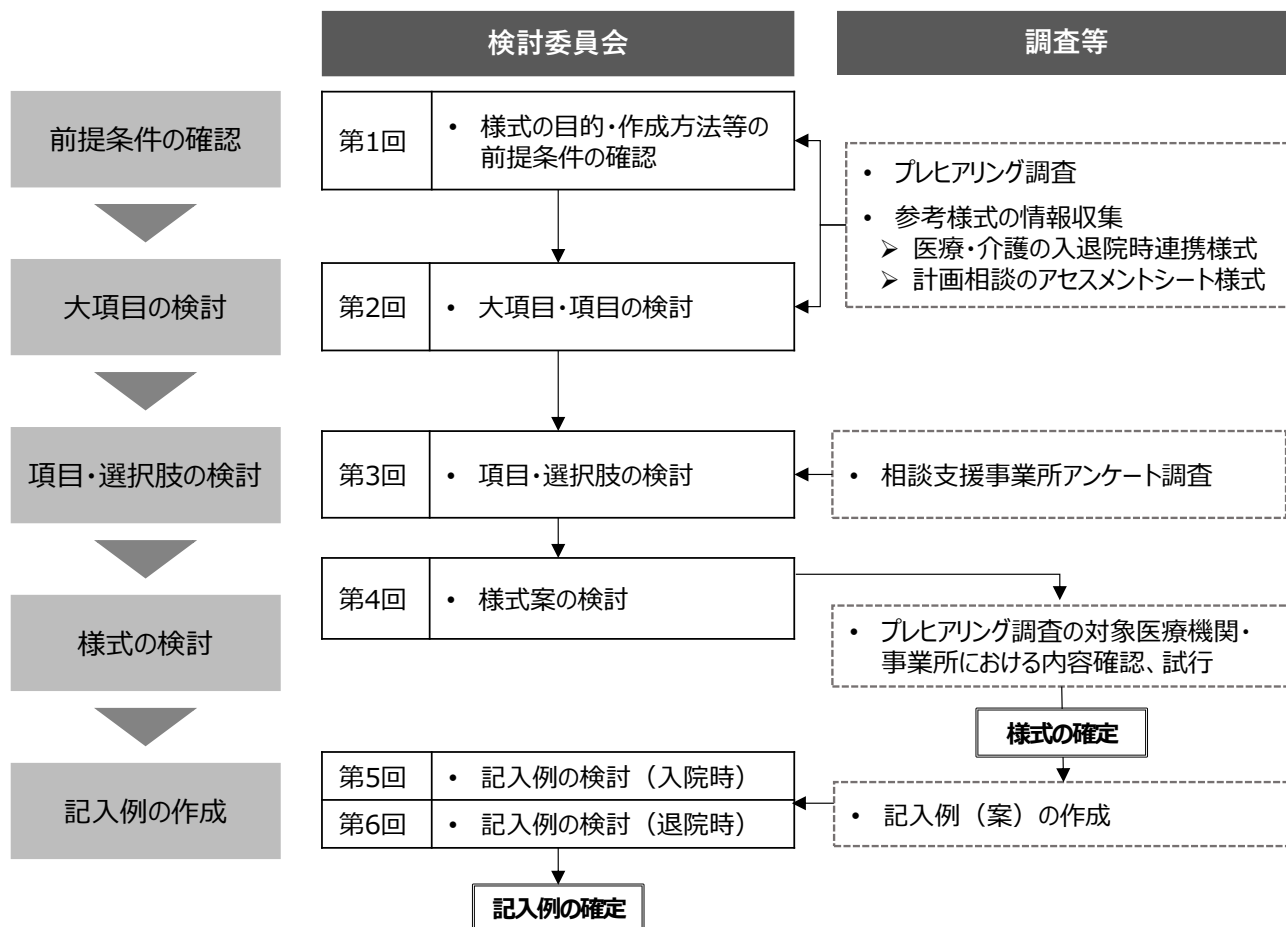
様式の作成は、医療機関及び相談支援事業所・重度訪問介護事業所の情報ニーズ等を把握するための調査と、検討委員会での検討を相互に連携させる形で実施した。

まず、入退院時連携を行う医療機関、相談支援事業所、重度訪問介護事業所に対するプレヒアリング調査の結果を踏まえ、様式の目的や使用条件等の前提条件について確認を行った。その上で、作成する様式が、情報連携のニーズや実態を踏まえた内容となるよう、プレヒアリング調査結果、参考となる様式（医療・介護連携で使用されている様式、計画相談のアセスメント様式等）の情報収集・整理の結果、相談支援事業所へのアンケート調査結果等を参考にしながら、様式の大項目、項目、選択肢等の詳細の検討を進めた。作成した様式案については、医療機関、相談支援事業所、重度訪問介護

事業所への意見収集を行い、その結果を反映させて様式を確定させた。

様式作成後は、検討委員会委員の協力のもと障害種別の記入例を作成した。

図表 1-6 様式及び記入例の作成フロー



(4) 相談支援事業所ヒアリング調査（地域における連携事例調査）

① 目的

社会保障審議会障害者部会における障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについての報告書では、重度障害者が一般診療科の受診・入院に際して生じる課題解決に向けては、自立支援協議会や地域医師会等の協力を得ながら、医療と福祉のより一層の連携等が必要との指摘がある。

このことから、医療と障害福祉の効果的な連携の在り方を検討するにあたり、医療機関や地域医師会と障害福祉関係者との連携に関する好事例を把握することを目的として、相談支援事業所を対象としたヒアリング調査を実施した。

② 調査対象

協議会や医師会等の協力のもと、地域で医療と障害福祉の連携推進に資する取組が見られた相談支援事業所等2か所を対象とした。具体的な調査対象は以下の通り。

図表 1-7 調査対象、実施日

| 調査対象 | 地域 | 実施日 |
|--------------------------------------|---------|-----------|
| 瀬戸内市福祉部トータルサポートセンター | 岡山県瀬戸内市 | 令和6年2月15日 |
| 調布市社会福祉事業団 調布市地域生活・就労支援センターちようふだぞう ※ | 東京都調布市 | 令和6年3月6日 |

※調布市地域自立支援協議会「医療と福祉の相互理解についてのワーキング」の座長も同席

③ 調査方法

オンラインによる聞き取り調査を実施した。

④ 調査項目

調査項目は以下の通り。

図表 1-8 調査項目

| |
|---|
| <p>(1) 地域単位での医療機関との連携の取組について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域における医療と障害福祉の連携の状況、課題になっていること ・ 地域単位での具体的な活動や取組の内容 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 活動が始まった経緯 ➤ 活動の対象、内容、工夫、経過等 ➤ 活動の効果、今後の展開等 ・ 医療と障害福祉の連携において地域単位で取り組むべきこと、実施に向けた課題 <p>(2) 事業所の医療機関との連携の取組について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関との円滑な連携を行うための取組 ・ 医療機関との連携で上手くいった事例、上手くいかなかった事例 ・ 医療機関との連携における課題 |
|---|

⑤ 実施時期

令和6年2月～3月

(5) 検討委員会の設置・運営

① 目的

本事業全体の設計、実施にあたって、専門的な観点から意見をいただくため、有識者及び障害分野と医療分野の現場関係者で構成する検討委員会を設置した。

② 委員構成

検討委員会委員及びオブザーバーは、以下の通り。

図表 1-9 検討委員会 委員

| 氏名 | 所属 |
|--------|----------------------------------|
| 安藤 信哉 | 公益社団法人全国脊髄損傷者連合会 事務局長、株式会社障害社 代表 |
| 江澤 和彦 | 公益社団法人日本医師会 常任理事 |
| 菊本 圭一 | 特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会 顧問 |
| 高岡 徹 | 横浜市総合リハビリテーションセンター センター長 |
| ◎高木 憲司 | 和洋女子大学 家政学部家政福祉学科 准教授 |
| 中野 夕香里 | 公益社団法人日本看護協会 常任理事 |

◎座長

(五十音順、敬称略)

図表 1-10 検討委員会 オブザーバー

| 氏名 | 所属 |
|-------|---|
| 小島 裕司 | 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課 課長補佐 |
| 藤川 雄一 | 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 相談支援専門官 |

(敬称略)

③ 開催概要

令和5年10月～令和6年3月にかけて、委員会を6回開催した。なお、開催にあたってはオンラインでの実施を基本とし、事務局及び委員長のみ対面で参加した。

図表 1-11 開催概要

| | 開催日時 | 議題 |
|-----|---------------------------|--|
| 第1回 | 令和5年10月3日 19:00～21:00 | <ul style="list-style-type: none"> 事業実施計画書について プレヒアリングの結果概要について 様式作成の進め方、検討事項について アンケート調査項目案について |
| 第2回 | 令和5年10月26日 15:00～17:00 | <ul style="list-style-type: none"> プレヒアリングの結果概要について 様式の大項目・項目（案）について |
| 第3回 | 令和5年12月4日 19:00～21:00 | <ul style="list-style-type: none"> プレヒアリングの結果概要について アンケート調査結果について 様式の大項目・項目（案）について |
| 第4回 | 令和6年1月10日 18:00～20:00 | <ul style="list-style-type: none"> 様式（案）について 相談支援事業所ヒアリング調査の対象について |

| | 開催日時 | 議題 |
|-----|--------------------------|--|
| 第5回 | 令和6年2月26日 15:00~17:00 | <ul style="list-style-type: none"> 様式の記入例（案）について 相談支援事業所ヒアリング調査の中間報告について |
| 第6回 | 令和6年3月25日 13:00~15:00 | <ul style="list-style-type: none"> 様式の記入例（案）について 報告書（案）について |

4. 実施体制

本事業の実施体制は、以下の通り。

図表 1-12 実施体制

| 氏名 | 所属・役職 |
|-------|--|
| 清水 孝浩 | 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 共生・社会政策部 主任研究員 |
| 古賀 祥子 | 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 共生・社会政策部 副主任研究員 |
| 西尾 秀美 | 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 共生・社会政策部 研究員 |
| 信國 舞 | 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 共生・社会政策部 研究アシスタント |
| 白土 典子 | 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 共生・社会政策部 研究アシスタント |

5. 成果等の公表計画

報告書については、事業実施主体である三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社の公式ホームページにて公開する。

第2章 プレヒアリング調査結果

障害児者の入退院支援や入院中の特別なコミュニケーション支援の提供・受入れの実績がある医療機関、相談支援事業所、重度訪問介護事業所を対象に、ヒアリング調査を実施した。

図表 2-1 調査対象、実施日

| 種別 | 対象 | 実施日 |
|-----------------------|----------------------------------|---------------|
| 相談支援事業所 | 菊本委員（社会福祉法人けやきの郷）※ | 令和5年8月3日 |
| 相談支援事業所／ 重度訪問介護事業所 | 事業所 A | 令和5年8月29日 |
| 相談支援事業所／ 重度訪問介護事業所 | 安藤委員（株式会社障碍社）※ | 令和5年7月28日 |
| 重度訪問介護事業所 | 事業所 B | 令和5年8月25日 |
| 重度訪問介護事業所 | NPO 法人障害者の自立を支えるサポートネットワーク | 令和5年8月28日 |
| 医療機関 | 高岡委員（横浜市総合リハビリテーションセンター）※ | 令和5年9月1日 |
| 医療機関 | 一般社団法人朝倉医師会 朝倉医師会病院 | 令和5年9月29日 |
| 医療機関 | 社会福祉法人日本肢体不自由児協会 心身障害児総合医療療育センター | 令和5年10月4日 |
| 医療機関 | 医療機関 C | 令和5年10月23・24日 |
| 医療機関 | 医療法人以和貴会 西崎病院 | 令和5年10月30日 |

※は本事業の検討委員会の委員

プレヒアリングの調査結果は、様式の作成、相談支援事業所アンケート調査の調査票作成等において参考にした。調査で得られた主な情報を以下に整理する。

① 相談支援事業所の調査結果

- 入院するケースは年に数回程度だが、利用者の状態に応じて、相談支援専門員が、受診時の同行、医療機関が行う入院前の聞き取りへの同席、書面での情報提供、入院前のカンファレンス開催等で情報共有を行っていた。
- 入院時には、利用者の状態、生活状況、必要な支援等について口頭又は書面（アセスメントシートの写し等）による情報提供が行われていた。なお、障害特性や個々の状況に応じて伝達する内容は異なっていた。
- 退院時には、医療機関からサマリーが提供されていた。ただし、退院後の環境調整が不要の場合や予定入院の場合は、書面の提供や情報交換がないこともあった。一方、退院後にサービスや支援の調整が必要な場合は、退院前カンファレンスによる検討が行われていた。
- 様式への要望としては、文字情報での伝達の限界がありつつも、本人・家族の希望という書き方で事業所から医療機関へのケアの依頼が行えるとよいという意見があった。

② 重度訪問介護事業所の調査結果

1) 重度訪問介護の利用者による入院の状況、体制等

- ・ 利用者の入院形態は、計画入院、レスパイト入院、緊急入院の様々なケースが見られた。
- ・ 重度訪問介護の利用者に係る入退院時連携の福祉側の主体は、主に重度訪問介護事業所となっていたが、複数の事業所の利用がある場合は相談支援事業所がとりまとめ役として医療機関と連携していた。また、介護保険を併用する利用者では、介護支援専門員が調整主体となるケースも見られた。

2) 重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援の許可

- ・ 医師による特別なコミュニケーション支援の許可は、かかりつけ医へ入院するケース、計画入院を繰り返しているケース等で下りやすく、医療機関と事業所の支援内容の調整もスムーズに進んでいた。
- ・ 一方で、かかりつけ医でない医療機関や入院中の特別なコミュニケーション支援を受け入れた経験がない医療機関の場合は、利用者・家族や、重度訪問介護事業所、相談支援事業所が、本人の特性、支援の必要性等について、口頭や書面で情報提供を行い、支援の許可を求めている。

3) 重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援の内容の調整

- ・ 支援の許可が下りると、事業所と医療機関で訪問日時等について口頭や書面で調整が行われていた。付き添いの時間帯は細かく指定があるところから、24時間いつでも支援可能とするところまで、医療機関によって対応が分かれていた。
- ・ 具体的な支援内容については現場での看護師との調整が主であり、事前に事業所がケアの内容を伝えることは少なかった。医療機関の求めに応じて、アセスメントシートやヘルパーの手順書を提供するものの、事業所から支援に関する要望等は伝えづらいという意見が見られた。また、かかりつけでない医療機関に入院する場合は、事前の取り決めがないことがあり、書面での情報共有ができるとうい意見があった。

4) 様式への要望、課題等

- ・ 入院中の特別なコミュニケーション支援の必要性を伝える様式、支援内容に係る連携のための様式等にニーズが見られた。ケアの実施のためにコミュニケーション上の支援が必要という特性を踏まえると、利用者・家族の視点から医療機関に介助や支援に対する意向を伝えられる様式が必要という意見があった。
- ・ 連携の課題として、重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援について、その許可を得ることが難しいという実態があり、利用者が不安なく入院できるように制度の利用を期待する意見や、入退院の手続きや準備を相談支援事業所や重度訪問介護事業所が無報酬で行っている点を課題とする意見があった。

③ 医療機関の調査結果

1) 入退院時の情報連携

- ・ 予定入院の場合は、外来受診時やソーシャルワーカーによる聞き取り等で、利用者・家族の状況、在宅での生活状況、環境、自立度、生活における介護・支援の内容、入院の目的等の情報収集が行われていた。
- ・ 予定入院の場合、相談支援事業所と連携することは少ないが、家族等からの聞き取り情報以外に相談支援事業所に事前に確認したい情報として以下が挙げられた。

- 障害者手帳の有無
- 本人の障害の程度
- 障害特性（個別の支援方法への配慮や検討を行うため）
- 自宅での様子、問題点や困っていること
- 障害福祉サービス、医療機関、リハビリテーション、訪問看護などの地域資源がどれくらいの頻度で関わっているのか（退院後の在宅生活を組み立てていくため）
- 社会参加に関する情報（退院に向けて ADL 等を見るため）
- 経済状況、家族状況
- 家庭の事情を踏まえた配慮事項（入院期間中の関係性構築のため）

- ・ 退院のめどが立ち次第、医療機関は利用者についている介護支援専門員等と打ち合わせを行い、退院後の生活の希望、在宅で想定されるケアの内容、サービス利用、自宅での生活や社会参加の方法等を共有し、退院の準備が進められていた。
- ・ 相談支援事業所から求められる情報としては、在宅支援をフォローする医療機関がどこなのかを尋ねられることが多く、在宅移行後の医療面での相談先の確認が必須となっていた。

2) 重度訪問介護事業所との連携

- ・ 重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援が行われる場合は、重度訪問介護事業所の訪問日時や訪問者等、シフトに関する情報が事前に共有されていた。
- ・ 重度訪問介護事業所と病棟看護師との役割分担調整については、ヘルパーの実際の支援内容を確認するなどの事前調整をしている病院と、特別なコミュニケーション支援のみであり調整は不要とする病院に分かれたが、調整は不要とした場合でも、家族から支援方法等の要望を確認しており、ヘルパーからの情報提供があるとより良い支援につながるとしていた。

3) 様式への要望、課題等

- ・ 様式については、簡便で情報共有に有効な様式であって、何を記載すべきかが明確な項目設定が望まれていた。医療と福祉が互いに理解を深めるためには、地域側、支援者側が家族をどのように評価しているのかが分かる項目があるとよいという意見があった。
- ・ 相談支援事業所との連携の課題として、そもそも地域に事業所が少なく連携が難しい、介護支援専門員と比較してかわりが薄い等が挙げられた。一方で、医療機関にとっては障害福祉の制度が分

かりづらくサービスにつながりづらいことから、相談支援事業所の入退院時のかかわりに期待を寄せていた。

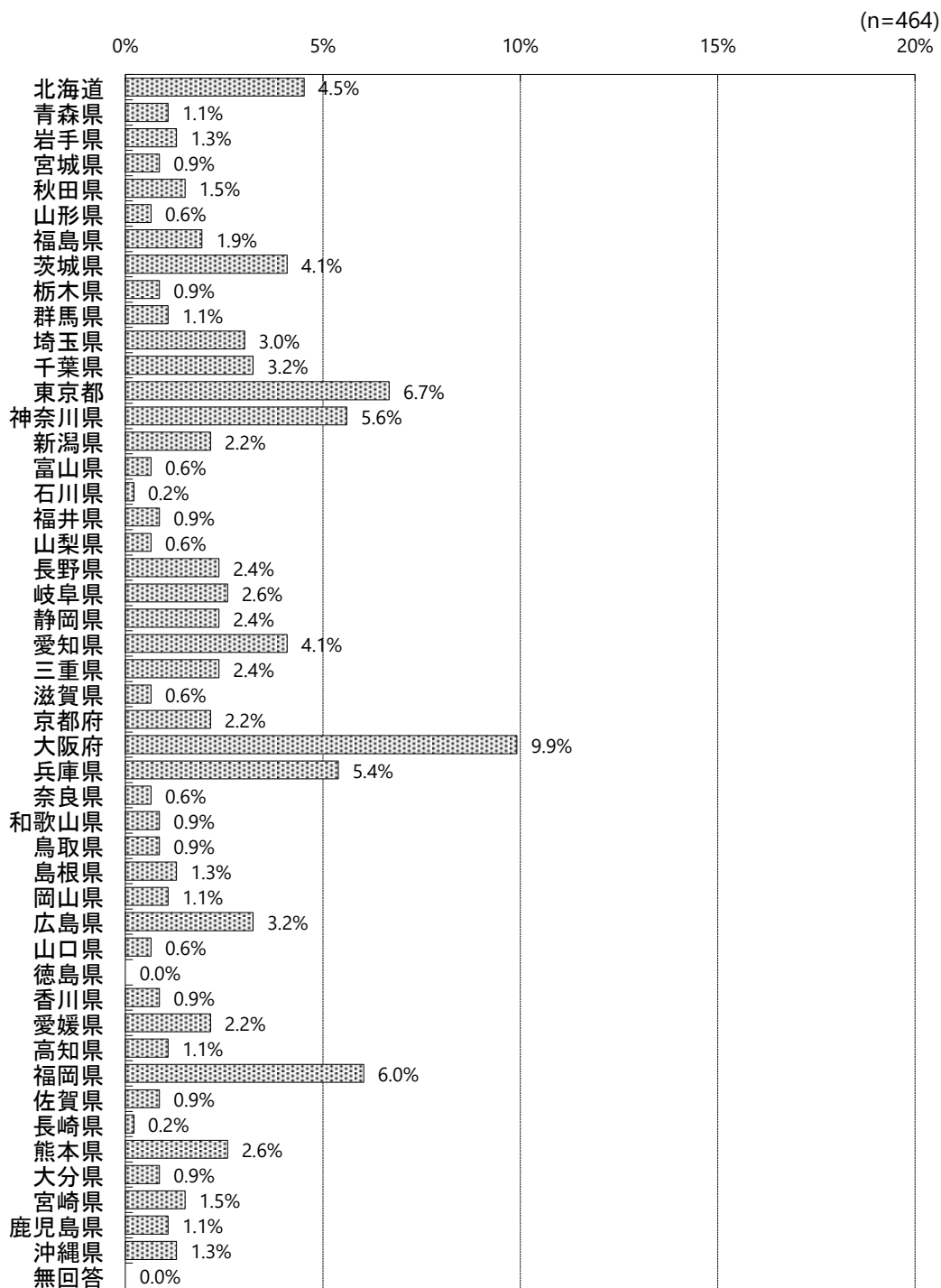
第3章 相談支援事業所アンケート調査結果

(1) 基礎情報（令和5年10月1日時点）

① 所在する都道府県

回答のあった相談支援事業所が所在する都道府県の分布は、以下の通り。

図表 3-1 都道府県（単数選択）

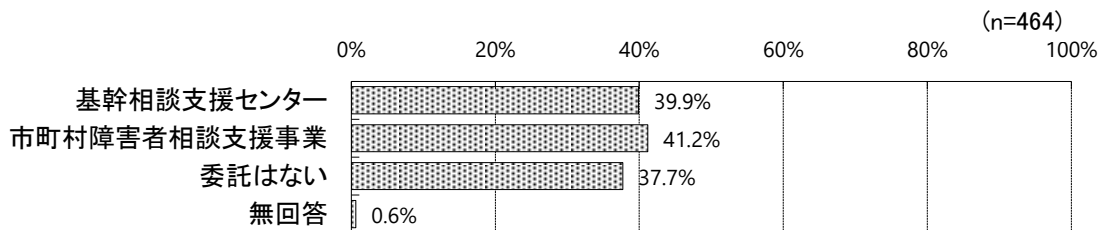


② 委託の有無

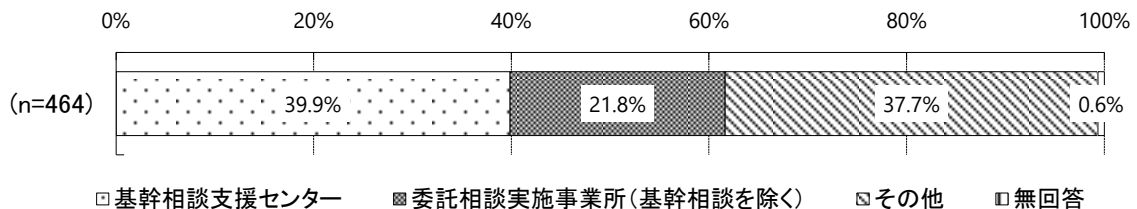
「市町村障害者相談支援事業」の割合が最も高く 41.2%となっている。次いで、「基幹相談支援センター (39.9%)」、「委託はない (37.7%)」となっている。

事業所の種別でみると、「基幹相談支援センター」の割合が最も高く 39.9%となっている。次いで、「その他 (37.7%)」、「委託相談実施事業所 (基幹相談を除く) (21.8%)」となっている。

図表 3-2 委託の有無 (複数選択)



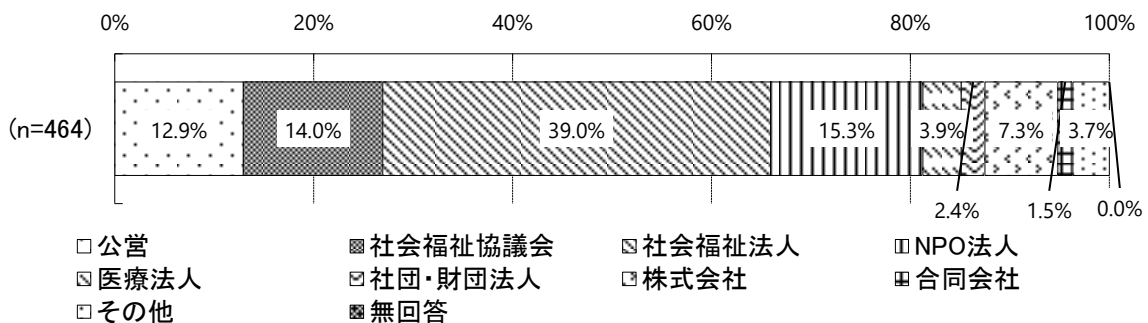
図表 3-3 事業所の種類



③ 運営主体

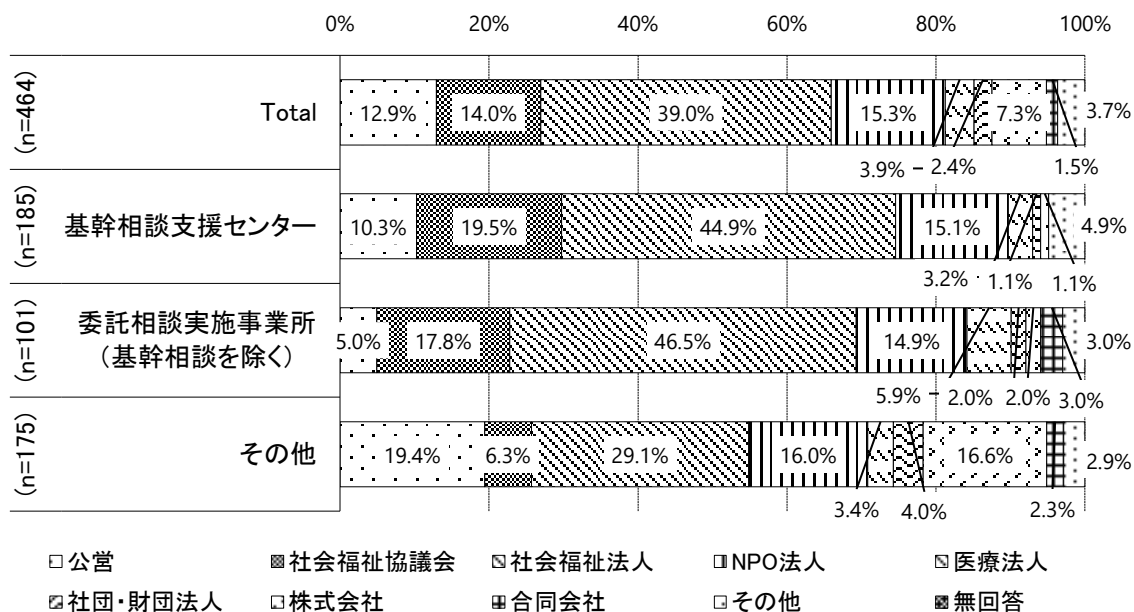
「社会福祉法人」の割合が最も高く 39.0%となっている。次いで、「NPO 法人 (15.3%)」、「社会福祉協議会 (14.0%)」となっている。

図表 3-4 運営主体



(注釈) その他として、「有限会社」「共同体」等の回答があった。

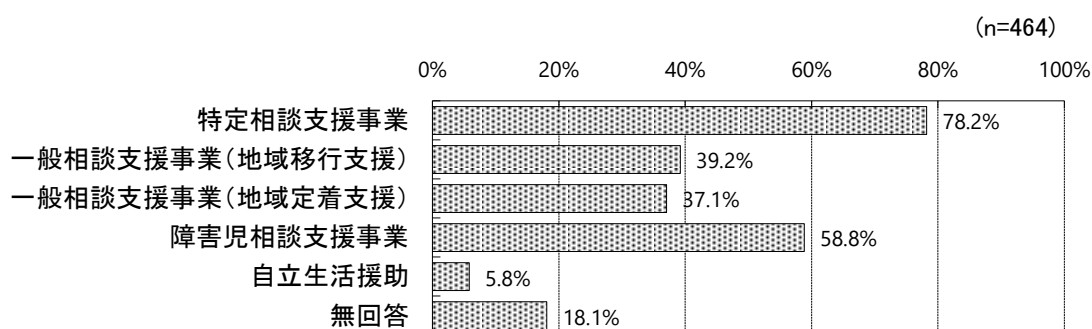
図表 3-5 運営主体（事業所の種類別）



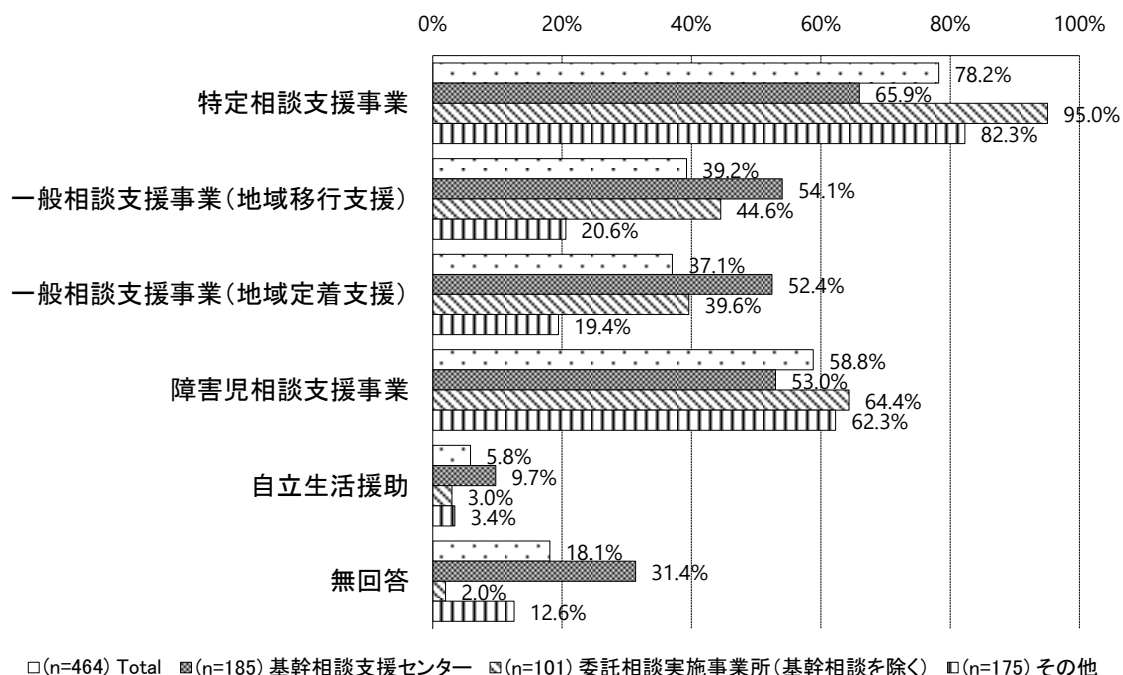
④ 指定の種類

「特定相談支援事業」の割合が最も高く 78.2%となっている。次いで、「障害児相談支援事業 (58.8%)」、「一般相談支援事業 (地域移行支援) (39.2%)」となっている。

図表 3-6 指定の種類（複数選択）



図表 3-7 指定の種類（複数選択、事業所の種類別）



□(n=464) Total ■(n=185) 基幹相談支援センター ▨(n=101) 委託相談実施事業所(基幹相談を除く) ▩(n=175) その他

⑤ 契約者数

1) 指定事業別の契約者数（実人数）

指定事業別の契約者数は、以下の通り。

図表 3-8 指定事業別の契約者数（単位：人）

| | 回答数 (n) | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----------------------|------------|-------|--------|-------|------|----------|
| 特定相談支援事業 | 360 | 94.42 | 125.88 | 59.50 | 0.00 | 1,159.00 |
| 一般相談支援事業 (地域移行支援) | 177 | 2.63 | 26.38 | 0.00 | 0.00 | 351.00 |
| 一般相談支援事業 (地域定着支援) | 168 | 3.70 | 27.27 | 0.00 | 0.00 | 351.00 |
| 障害児相談支援事業 | 270 | 50.56 | 84.17 | 22.00 | 0.00 | 700.00 |
| 自立生活援助 | 25 | 2.16 | 3.48 | 1.00 | 0.00 | 14.00 |

(注釈) 複数の事業を契約している利用者の場合、契約している全ての事業、それぞれに計上いただいた。

(注釈) 指定を受けている事業ごとに人数の回答を求めた。

図表 3-9 指定事業別の契約者数（事業所の種類別）（単位：人）

<基幹相談支援センター>

| | 回答数 (n) | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----------------------|------------|--------|--------|-------|------|--------|
| 特定相談支援事業 | 122 | 110.16 | 110.95 | 81.00 | 0.00 | 507.00 |
| 一般相談支援事業 (地域移行支援) | 97 | 0.72 | 1.69 | 0.00 | 0.00 | 9.00 |
| 一般相談支援事業 (地域定着支援) | 94 | 1.64 | 3.87 | 0.00 | 0.00 | 20.00 |
| 障害児相談支援事業 | 95 | 38.05 | 60.94 | 13.00 | 0.00 | 350.00 |
| 自立生活援助 | 17 | 2.06 | 3.63 | 0.00 | 0.00 | 14.00 |

<委託相談実施事業所(基幹相談を除く)>

| | 回答数 (n) | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----------------------|------------|-------|--------|-------|------|---------|
| 特定相談支援事業 | 94 | 89.15 | 134.85 | 59.00 | 0.00 | 1159.00 |
| 一般相談支援事業 (地域移行支援) | 44 | 0.64 | 1.35 | 0.00 | 0.00 | 6.00 |
| 一般相談支援事業 (地域定着支援) | 40 | 0.53 | 1.11 | 0.00 | 0.00 | 4.00 |
| 障害児相談支援事業 | 65 | 56.06 | 88.29 | 23.00 | 0.00 | 502.00 |
| 自立生活援助 | 3 | 1.67 | 2.08 | 1.00 | 0.00 | 4.00 |

<その他>

| | 回答数 (n) | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----------------------|------------|-------|--------|-------|------|--------|
| 特定相談支援事業 | 143 | 84.18 | 131.57 | 51.00 | 0.00 | 914.00 |
| 一般相談支援事業 (地域移行支援) | 35 | 10.49 | 59.26 | 0.00 | 0.00 | 351.00 |
| 一般相談支援事業 (地域定着支援) | 33 | 13.52 | 60.91 | 0.00 | 0.00 | 351.00 |
| 障害児相談支援事業 | 109 | 58.40 | 97.82 | 28.00 | 0.00 | 700.00 |
| 自立生活援助 | 5 | 2.80 | 4.15 | 2.00 | 0.00 | 10.00 |

(注釈) n数が9以下の項目は斜体で示している。

2) 年齢階級別の契約者数（実人数）

年齢階級別の契約者数は、以下の通り。

図表 3-10 年齢階級別の契約者数（単位：人）

| | 回答数 (n) | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|-----------|------------|--------|--------|-------|------|----------|
| 18 歳未満 | 422 | 31.33 | 64.65 | 2.00 | 0.00 | 498.00 |
| 18～40 歳未満 | 422 | 37.59 | 88.51 | 15.00 | 0.00 | 1,274.00 |
| 40～65 歳未満 | 422 | 44.62 | 80.30 | 19.50 | 0.00 | 971.00 |
| 65 歳以上 | 422 | 7.90 | 17.55 | 1.00 | 0.00 | 213.00 |
| 合計 | 422 | 126.81 | 205.50 | 74.50 | 0.00 | 2,297.00 |

（注釈）すべての項目に回答のあった回答者を集計対象とした。

図表 3-11 指定事業別の契約者数（事業所の種類別）（単位：人）

< 基幹相談支援センター >

| | 回答数 (n) | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|-----------|------------|--------|--------|-------|------|----------|
| 18 歳未満 | 164 | 23.73 | 53.46 | 0.00 | 0.00 | 350.00 |
| 18～40 歳未満 | 164 | 43.35 | 109.53 | 16.00 | 0.00 | 1274.00 |
| 40～65 歳未満 | 164 | 50.34 | 77.17 | 20.50 | 0.00 | 576.00 |
| 65 歳以上 | 164 | 7.96 | 15.53 | 1.00 | 0.00 | 115.00 |
| 合計 | 164 | 135.30 | 242.72 | 63.50 | 0.00 | 2,297.00 |

< 委託相談実施事業所（基幹相談を除く） >

| | 回答数 (n) | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|-----------|------------|--------|--------|-------|------|----------|
| 18 歳未満 | 94 | 38.48 | 77.54 | 3.50 | 0.00 | 498.00 |
| 18～40 歳未満 | 94 | 45.07 | 97.41 | 23.00 | 0.00 | 817.00 |
| 40～65 歳未満 | 94 | 52.26 | 111.64 | 24.50 | 0.00 | 971.00 |
| 65 歳以上 | 94 | 6.99 | 10.40 | 2.00 | 0.00 | 59.00 |
| 合計 | 94 | 146.98 | 233.40 | 88.50 | 0.00 | 1,885.00 |

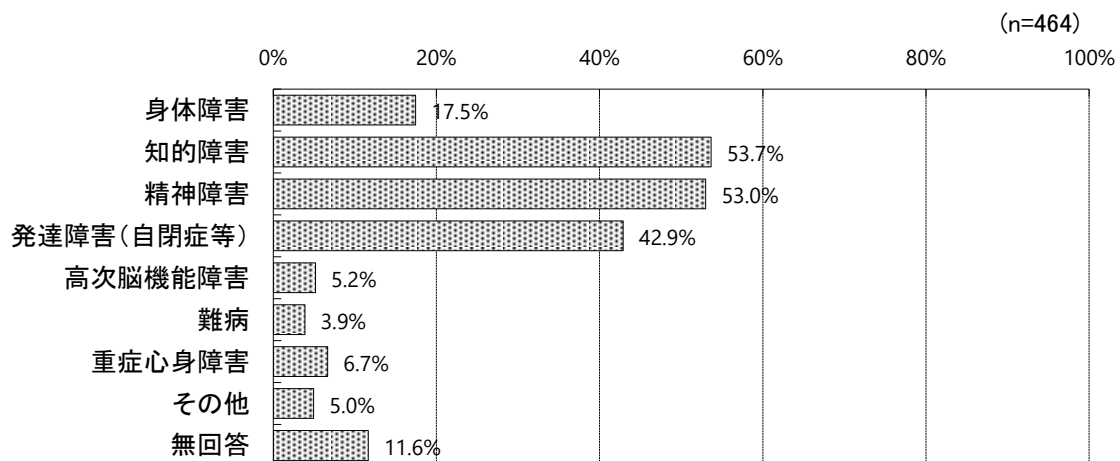
<その他>

| | 回答数 (n) | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----------|------------|--------|--------|-------|------|---------|
| 18歳未満 | 163 | 34.90 | 66.57 | 5.00 | 0.00 | 470.00 |
| 18～40歳未満 | 163 | 27.33 | 51.62 | 10.00 | 0.00 | 424.00 |
| 40～65歳未満 | 163 | 34.30 | 58.57 | 16.00 | 0.00 | 484.00 |
| 65歳以上 | 163 | 8.40 | 22.25 | 1.00 | 0.00 | 213.00 |
| 合計 | 163 | 106.44 | 135.90 | 71.00 | 0.00 | 1010.00 |

⑥ 現在の契約者として多いと感じる障害種別

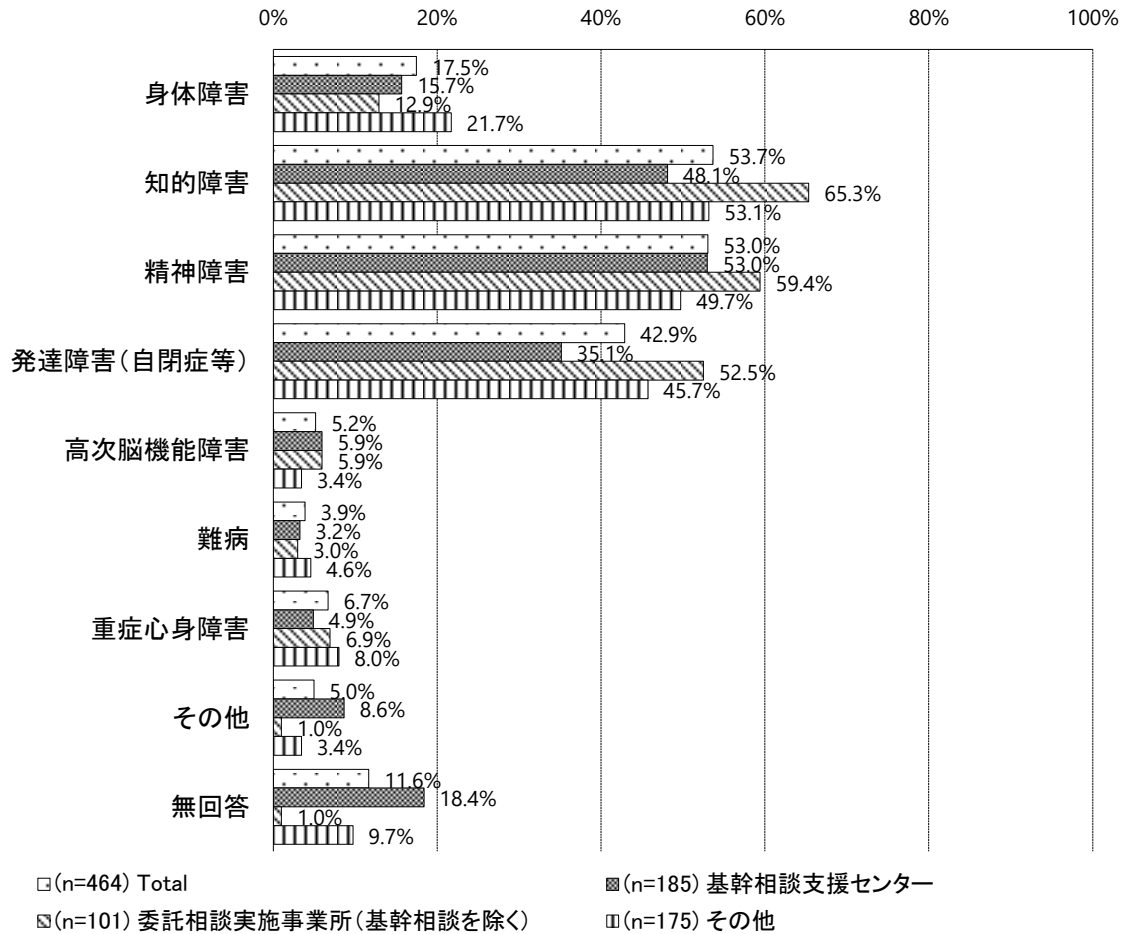
「知的障害」の割合が最も高く 53.7%となっている。次いで、「精神障害 (53.0%)」、「発達障害 (自閉症等) (42.9%)」となっている。

図表 3-12 現在の契約者として多いと感じる障害種別 (複数選択)



(注釈) その他として、「未診断」「契約者はいない」等の回答があった。

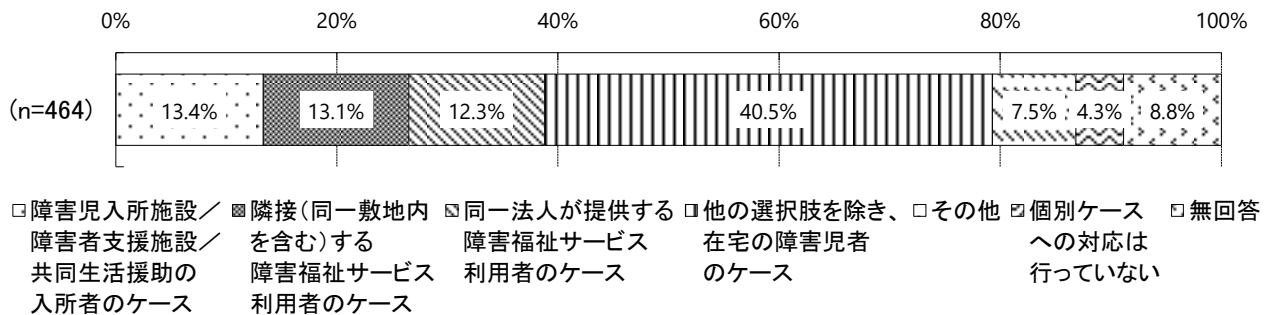
図表 3-13 現在の契約者として多いと感じる障害種別（複数選択、事業所の種類別）



⑦ 現在の契約者の特徴

「他の選択肢を除き、在宅の障害児者のケース」の割合が最も高く 40.5%となっている。次いで、「障害児入所施設／障害者支援施設／共同生活援助の入所者のケース（13.4%）」、「隣接（同一敷地内を含む）する障害福祉サービス利用者のケース（13.1%）」となっている。

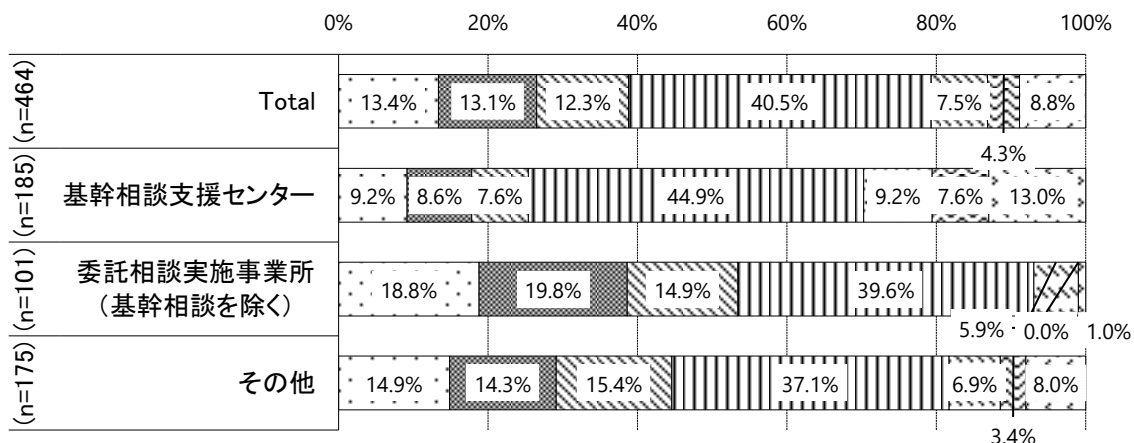
図表 3-14 現在の契約者の特徴



(注釈) もっとも多いケース1つを選択いただいた。

(注釈) その他として、「契約者はいない」「様々なケースがある」「自法人とそれ以外の方が半々」等の回答があった。

図表 3-15 現在の契約者の特徴（事業所の種類別）



- 障害児入所施設/障害者支援施設/共同生活援助の入所者のケース
- 隣接(同一敷地内を含む)する障害福祉サービス利用者のケース
- 同一法人が提供する障害福祉サービス利用者のケース
- 他の選択肢を除き、在宅の障害児者のケース
- その他
- 個別ケースへの対応は行っていない
- 無回答

(2) 地域単位での障害福祉と医療機関の連携に関する取組状況

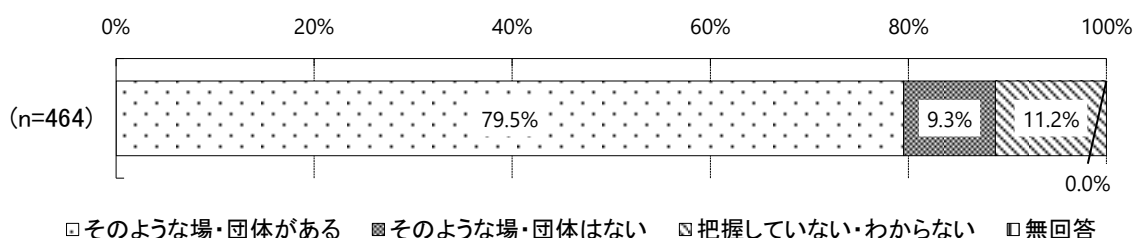
地域単位での取組とは、例えば、地域の（自立支援）協議会や医師会、有志の事業所の集まり等の外部機関・団体等が行っている取組として、回答いただいた。

① 地域における障害福祉と医療機関との連携に関する協議・検討の場や団体の状況

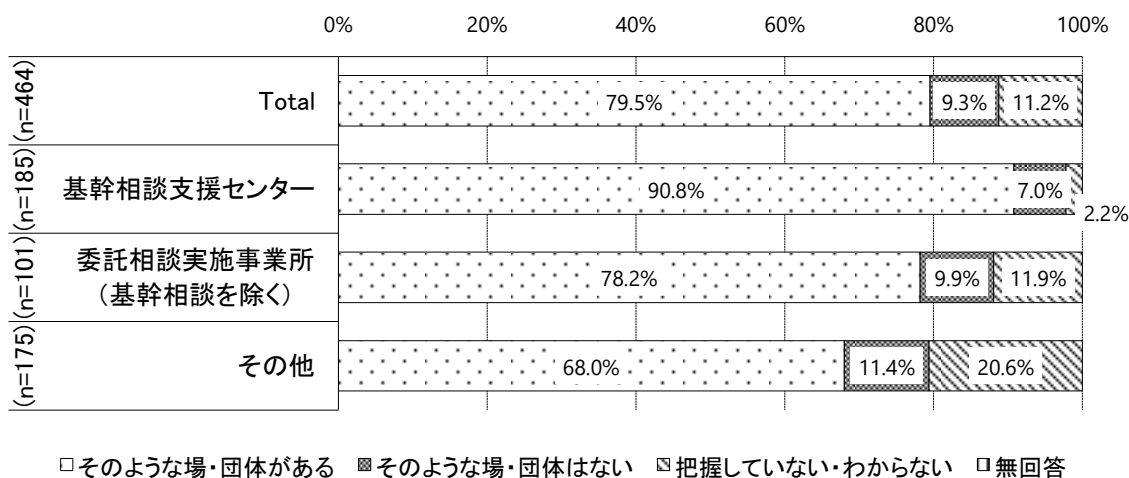
1) 協議・検討の場や団体の有無

「そのような場・団体がある」の割合が最も高く 79.5%となっている。次いで、「把握していない・わからない (11.2%)」、「そのような場・団体はない (9.3%)」となっている。

図表 3-16 地域における障害福祉と医療機関との連携に関する協議・検討の場や団体の有無



図表 3-17 地域における障害福祉と医療機関との連携に関する協議・検討の場や団体の有無（事業所の種類別）



2) 具体的な場・団体の概要等（場や団体がある場合）

具体的な場・団体の概要等について、自由記述で尋ねたところ、以下の回答があった。

図表 3-18 具体的な場・団体の概要等（場や団体がある場合、自由記述式）

<自立支援協議会>

- ・ 具体的な場： 市在宅医療・福祉・保健連携推進協議会（在宅医療・介護連携の協議の場）
 - 構成機関・団体： 医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡協議会・栄養士

会・歯科衛生士会・介護支援専門員協会・小規模多機能居宅介護事業所連絡会・高齢者入所施設代表者会・地域自立支援協議会・地域活動支援センター・地域包括支援センター・社会福祉協議会・権利擁護センター・市民病院

- 内容：令和4年度に障害者の医療機関受診等に関する課題を協議する専門委員会を開催し、課題の把握・共有・解決に向けた協議を行った。連携に必要な情報の収集についても協議し提供している

- ・ 自立支援協議会 相談支援部会のテーマが「医療と障害福祉の連携」でちょうど取り組んでいるところ。高次脳機能障害支援者連絡会、発達障害連絡会など、状態毎の支援者連絡会は盛んに行われている。それぞれの場面で福祉側から医療側への働きかけ、検討などが行われることもある。

<医療的ケア児等に関する協議の場>

- ・ 医療・福祉・保健・教育・行政の顔の見える連携ネットワークを構築しています。医療的ケア児の生活を地域で支えることを目標にしています。ひとりひとりの事例を様々な職種の人々が集まり、今ある社会資源をどのように活用するのか、どのような支援ができるかをみんなで考えます。4市町で年4回の事例検討会・勉強会を開催しています。
- ・ 医療的ケア児支援関係者会議 年3回(1回2時間)会議を持っている。
 - メンバーは、見識を有する者(大学教授)、基幹相談支援センターの代表(センター長)、医師、歯科医、医療機関の代表者(都道府県立小児総合医療センターワーカー)、訪問看護ステーションの代表(施設長)、都道府県重症心身障害児等在宅療育支援事業所委託事業者の代表、市内障害福祉施設サービス事業所の代表(短期入所事業課長、訪問介護事業所所長)、市内障害児通所支援事業所の代表(放課後等デイサービス事業看護師)、特別支援学校の代表(教員)、保健所の代表(保健師)、市の職員(子ども家庭支援センター、子ども子育て相談室、教育部学務課、子ども家庭部保育幼稚園課、子ども家庭部子ども子育て支援課、健康部健康推進課、福祉部障害福祉課)18名。
 - 令和3年から会議体を作り、市内の医療的ケア児を把握するところから始めた。アンケートの内容の検討から始まり、保護者にアンケートをする際、実際に市の保健師が自宅を訪ねて、インタビューする形で状況や気持ちを聞き取った。民間の医療的ケア児支援にかかわる事業者を呼んでの講演会を開催したり、市内事業所の医療的ケア児の受け入れ状況及びライフステージごとの課題について検討した。今年度は、医療的ケア児の実態調査報告と医療的ケア児への支援体制について協議している。また、市内における医療的ケア児コーディネーター等配置計画についても市から説明があった。

<その他>

- ・ 市町村自立支援協議会(圏域設置)が設置する精神障害者支援部会。この部会は”にも包括協議の場”も兼ねている。年1回連携会議と称して精神科病院の精神保健福祉士や作業療法士、福祉関係者、行政機関がグループワーク等で地域体制について協議。【効果】相互理解の深まり。顔の見える関係構築により、新たに連携が必要なケースが出てきても、スムーズにつながるようになりつつある。同協議会が実施する医療的ケア児支援連絡会。医師、医ケアコーディネーター、行政保健師で構成。現状では各機関が担当しているケースを基に、地域の現状把握を行っている段階。

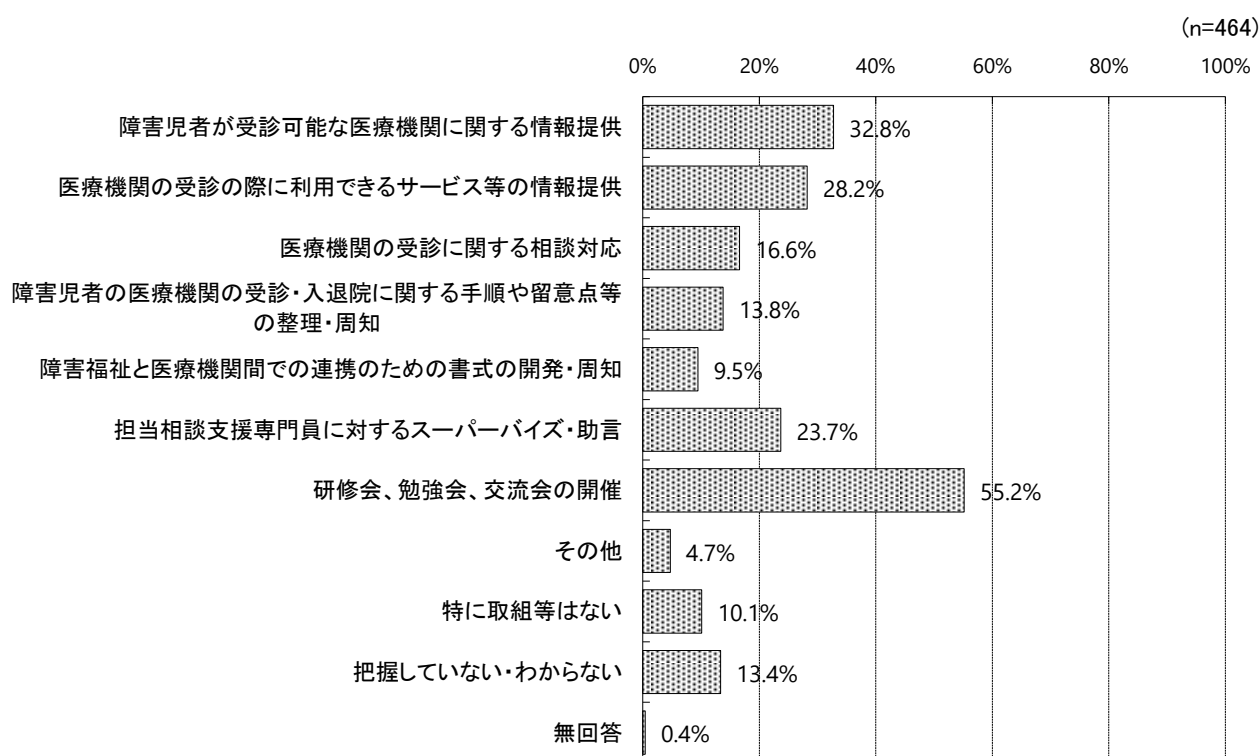
- ・ 医療連携、地域移行促進のため、医療機関、障害福祉サービス、行政等ネットワークの場を作っている。研修会、事例検討、グループワークを通して相互の円滑な連携、地域課題の共有等の効果がある。

② 障害福祉と医療機関の連携に関する地域単位での取組状況

1) 把握している取組状況

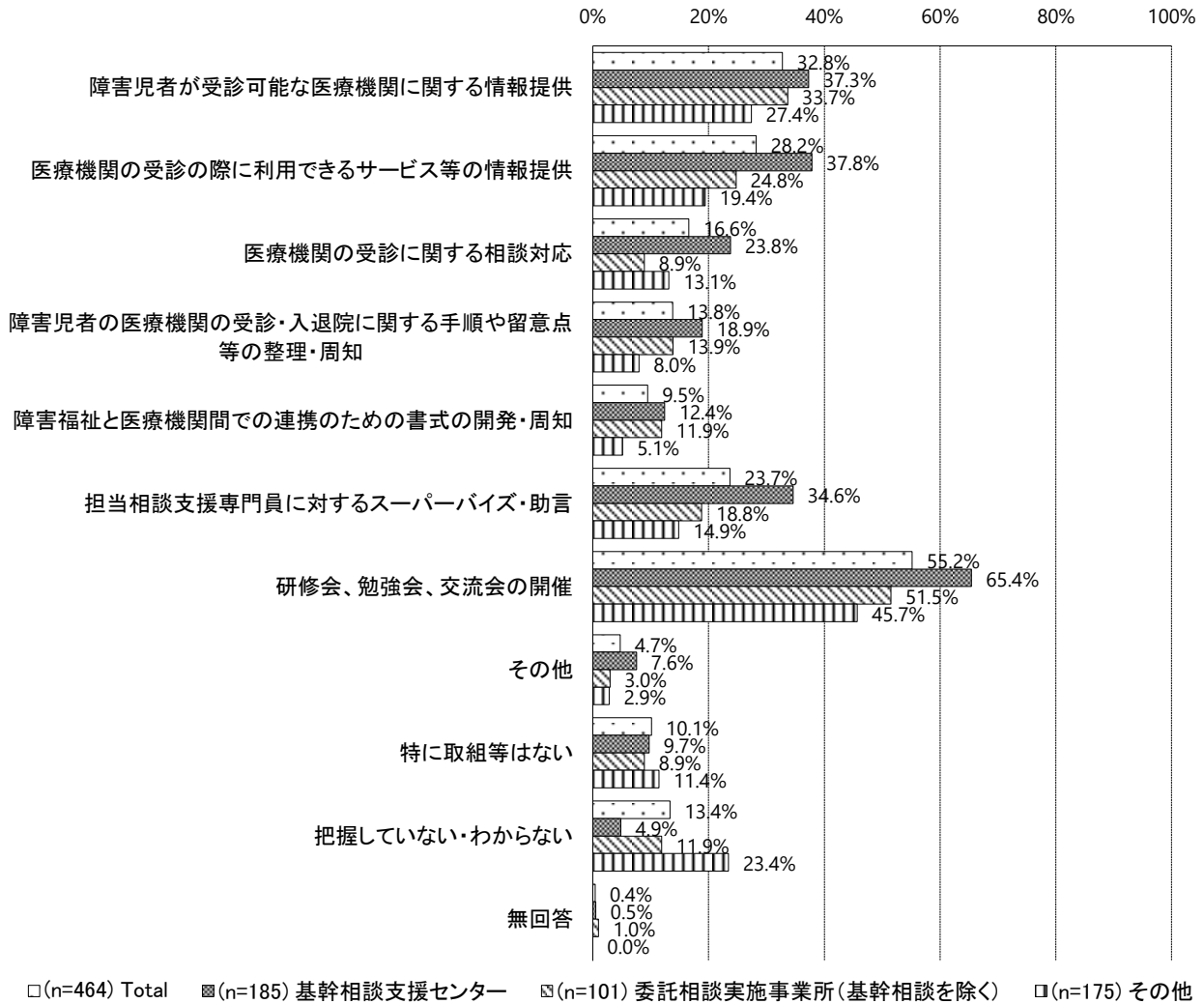
「研修会、勉強会、交流会の開催」の割合が最も高く 55.2%となっている。次いで、「障害児者が受診可能な医療機関に関する情報提供 (32.8%)」、「医療機関の受診の際に利用できるサービス等の情報提供 (28.2%)」、「医療機関の受診に関する相談対応 (16.6%)」、「障害児者の医療機関の受診・入退院に関する手順や留意点等の整理・周知 (13.8%)」、「障害福祉と医療機関間での連携のための書式の開発・周知 (9.5%)」、「担当相談支援専門員に対するスーパーバイズ・助言 (23.7%)」、「研修会、勉強会、交流会の開催 (55.2%)」、「その他 (4.7%)」、「特に取組等はない (10.1%)」、「把握していない・わからない (13.4%)」、「無回答 (0.4%)」となっている。

図表 3-19 把握している取組状況 (複数選択)



(注釈) その他として、「地域移行に関する取り組み・ケース会議」「精神障害にも対応した地域包括ケア会議」「医療 (ソーシャルワーカーや看護師など) と障害福祉 (主に相談支援専門員) との顔合わせやそれぞれの役割の理解、地域移行支援についての紹介など」「短期入所 (ショートステイ) の際に必要な診断書の標準様式を作成し、診断後 1 年間に限り複写でも有効であることを、医師会と協議し了解された」「訪問看護と福祉の連携」等の回答があった。

図表 3-20 把握している取組状況（複数選択、事業所の種類別）



2) 具体的な内容、団体概要等（取組がある場合）

具体的な内容や団体概要等について、自由記述で尋ねたところ、以下の回答があった。

図表 3-21 具体的な内容、団体概要等（取組がある場合、自由記述式）

＜障害児者が受診可能な医療機関や利用できるサービス等の情報提供＞

- ・ 医療的ケアや行動障害の方が受診できそうな医療の情報提供をガイドブックにより情報提供している。
- ・ 自立支援協議会の「医療と福祉の相互理解についてのワーキング」において、医療アクセスに関するアンケートを当事者・家族と医療関係者に取り、情報を共有しました。今後は通院時に配慮してほしい事項を記載する様式を検討する予定。
- ・ 医療的ケア児の退院に向けたフローや地域体制パンフレットの作成や周知。
- ・ 市地域自立支援協議会に設置されている児童支援部会にて、「医療的ケアが必要な子どもと家族のためのガイドブック」を作成することにより連携や利用がしやすくなった。

<連携等に向けた様式の作成>

- ・ 短期入院(レスパイト入院)のため主治医とは別の医療機関と初めて関わる際にご本人が必要とする医療的ケアや生活状況について相談支援専門員が把握している情報を適切に医療機関へ提供し円滑な連携につなげることを目的に「情報提供シート」を作成し周知を図った。(市自立支援協議会療育支援班にて作成)
- ・ 自立支援協議会の医療的ケア児に関する部会で、当方(市設置の医ケアコーディネーター)が作成した退院時の連携に関するスキーム表を共有しています。
- ・ 精神科病院と協働し地域移行に活用できるアセスメントツールを作成。
- ・ 医師会と手をつなぐ育成会で協働して実施している受診サポート証の周知。

<事例検討や研修等の専門職への支援>

- ・ 自立支援協議会の相談支援部会の中で、地域の相談員の困難ケースや悩んでいることを共有し、経験者等と一緒に考えている。相談員が孤立せず、自身のケースでも力になっている。
- ・ 基幹相談支援センター(当センター)と行政の健康課で行っている精神保健福祉ネットワーク会議。精神保健福祉に関するテーマで、福祉・医療・行政・地域の研修を実施し、顔の見える関係づくりを行っている。参加者も多く、互いの役割を知る場となっている。
- ・ 各種団体や会議等に限らず、常に顔を合わせることから個別でも様々な相談ができています。障害福祉サービスの案内や、逆に病状により入院の可否や通院に繋げる手段等常に情報提供等もできています。
- ・ 身寄りのない方に対して入院対応を求められるケースが多くなってきているように感じる。研修講師として講師やアドバイザーとして呼ばれる事も多々ある。
- ・ 障害者地域自立支援協議会が主催した研修で重心児と家族に協力してもらい、どんな生活をしているのか理解が深まった。多職種でパネルディスカッションを行い、ライフステージ毎に関わる支援者の役割が伝わった。
- ・ 地域の医療機関のソーシャルワーカーと相談支援専門員と意見交換が行われたことがある。その際は、お互いの顔の見える関係づくりとなり、受診の際の相談がしやすくなる状況だった。

<その他>

- ・ 区地域自立支援協議会の各専門部会において:
 - 1 くらし部会で、区の医療・介護の連携所管を招き、障害福祉と医療連携に関する窓口・情報・連携ツール等について情報共有 部会の概要:区内の様々な事業所、関係団体の担当者に参加いただき、障がいのある方が地域でくらし続けるためにはどうしたらよいか、課題を共有し、意見交換を図る。効果:医療機関等の障害者の受入が困難な状況等を把握
 - 2 こども部会で、医療的ケア児の支援について協議 部会の概要:さまざまな立場からこどもの支援にかかわっている区内の15の機関・団体関係者が一堂に会し、区内の子どもの置かれている状況の共通理解と情報共有、更には課題の共有を図る。効果:教育・福祉等医療機関以外での支援の課題の把握
 - 3 精神医療部会で、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて、精神医療の提供体制他、保健・福祉・医療等の連携や地域課題について協議 部会の概要:精神障害者の支援に関する連携及び調整 効果:長期入院者への取り組み等の展開

③ 医療機関への受診・入退院の相談対応や支援を行う上で、地域単位で取り組んでほしいこと

医療機関への受診・入退院の相談対応や支援を行う上で、地域単位で取り組んでほしいことについて、自由記述で尋ねたところ、以下の回答があった。

図表 3-22 地域単位で取り組んでほしいこと（自由記述式）

<障害児者が利用できる医療機関やサービス等の情報収集、提供>

- ・ 子どもの発達や発達障害等の診断、相談が出来る医師が不足していることもあり適切な医療が受けられない現状。保護者はなおさら病院を選択していくことが難しい。地域や県内の発達に関する相談が出来る病院や医師のマップがありがたい。
- ・ かかりつけ医がない方が医療機関を決めることができるよう、医療機関の一覧や特色がわかるものを配布してほしい。
- ・ 私が勤務している区では、精神科が少ないため、近隣区の医療機関の情報提供や訪問診療を行っている医療機関、行動障害のある方の受診などの入院の相談を受けいれるような体制を整えてほしい。
- ・ 障がいのある方がかかりやすい医療機関情報の提供(受け入れ、車椅子対応、往診など)。
- ・ 地域の医療介護サポートセンターが数年前に「区医療・介護資源マップ」というものを作成していただきました。主に、医療的ケア児者や高齢者を想定した対応できることや手技についてまとめたものでわかりやすいものです。ここに、通院ができない精神の方への往診ができることや知的障害の対応をしたことがある医院、発達障害を診られる医院などの情報があればありがたいです。

<医療受診・入退院をスムーズに行うためのツール、仕組み>

- ・ 受診や入退院時に病院から資料をいただいて初めて分かることもあり、受診や入退院の手引きが相談支援専門員等、福祉関係者が分かるような共通したパンフレット作成。
- ・ 入退院時に必要な体制づくりのための、福祉従事者側・医療従事者側からの必要な情報の整理。
- ・ 退院カンファレンスの流れや、相談支援の流れを相互にしくみ共有できる仕組みづくり。
- ・ 利用者の方の情報など紙ベースでのやり取りができるように統一された書式の開発と、その書式がどこでも生きるような十分な周知を望む。
- ・ 相談支援専門員について、医療機関への周知活動やツール(説明用チラシなど)があるとよい。

<関係機関間での連携促進>

- ・ 特にリハ病院との情報共有の脆弱さを感じている。地域の現状(特に障害福祉サービスの利用の手順や、それに係る時間がどの程度かかる等)をもう少し高頻度で共有できるとよいと思う。
- ・ 医療との連携について、やり取りが上手く行かない場合も多々ある。医療から見た視点と地域で生活をしていくことの視点にずれがあり、早々に退院をさせられると地域でサポート体制が整わない中で生活がスタートしてしまう。そういった実情を共有し、双方の支援体制を整えられる場があるとよい。
- ・ 医療関係者が地域に出やすい環境。児童ケースでは大学病院の医師が地域で行うケース会議に出席することが出てきているが、医師に限らず医療関係者がいつでも参加できる体制。福祉関係者が医療に対して理解してもらえないと感じる要因に、医療関係者が地域のことを知らない、病院のように制限のある環境の中でしか本人を見たことがないことにより本人像理解の差があると考えている。本人・医

療・福祉が同じ景色を見ながらチームで支援を行うことが必要であり、本人の生活環境の中で話し合っていくことは重要だと感じます。

- ・ ケースごとに支援者間で情報共有できるシステムがあるとよい。(日常の様子や、日程調整などの連絡、サービス等利用計画や医療計画、報告書などの書類共有などができるシステム)(電話や、郵送などで個々にやり取りしていることを、オンラインで一斉にできるシステム)→連携先が多いと連絡調整に膨大な時間がかかるため、効率化し、支援に使う時間を充実させたい。

<医療機関側の障害福祉等の理解促進>

- ・ 障害福祉従事者(相談支援専門員など)のことをよく知って下さり信用して下さる医師もおられるが、公的な役職の方しか(と言っては語弊があるが)信用されない医師もおられる。利用者の方のためにも支援している民間の相談支援のことを知ってもらいたいし信用してもらいたいと思う。
- ・ ケアマネと相談支援専門員の違いが、病院側が把握されていないため、全てを相談支援専門員に聞かれる。相談支援専門員は、主治医の意見書を開示してもらうとこもできないし、医療情報は把握できていないため、非常に困る。
- ・ 医療機関における合理的配慮の提供義務についての理解・周知。
- ・ 入院中の支援(重度訪問介護)利用について、医療側にも受け入れ体制からのご理解をいただきたいと思います。実際の運用について、受け入れ、体制など、地域単位だけでなく全国的に周知していただけたら、と思います(実際のケースとして、支援事業所から『お手伝いさん』や、『病棟の職員の補助』と思われるようだ、とのご意見をいただいたことがあります)。

<その他>

- ・ ヘルパーは受診時に診察室への同室が認められていない。そのため、医師に身体状況を伝えられない、医師の話を理解する事が難しい等があり、的確な診察を受け、きちんとした治療を受けることが出来ないケースがある。相談支援専門員や委託の相談員として制度の狭間を埋めるために同席する事が多々あるが、同行出来ない時もある為、制度を超えた支援策を考えて欲しい。
- ・ 医療機関との連絡調整、計画相談支援などのケアマネジメントに医療機関を組み込むこと等、医療との連携をした・する場合には加算や補助が得られるような仕組みが作れるよう、協議検討の場を整えることを取り組んで欲しい・取り組みたい。連携に取り組んでいる場合には、今後も、臨時でのモニタリング(継続サービス利用支援費)や医療・保育・教育機関等連携加算、集中支援加算などが柔軟に請求できることが、続いて欲しい。おそらく、お金や根拠をしっかりと得ることができれば、相談支援専門員も医療の開始継続や入退院の支援はできると思う。医療についての相談や連絡調整をやってもやらなくても、お金は出ないので、やったほうが良いとは思うけどやらないであろうし、やらないから分からないままであるし、分からないから余計に断っていると思う。以上のような、経営に関わる取り組みがあった上で、地域における医療と福祉の連携の現状を調査や評価し、協議や活動の場を作っていくべきだとは思う。

(3) 入退院時における医療機関との連携状況

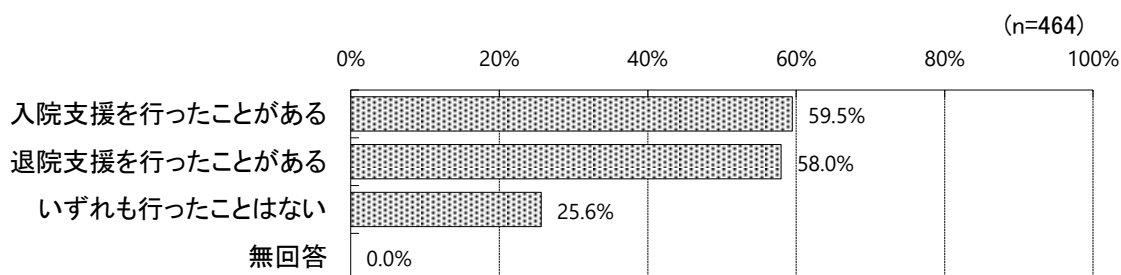
本アンケート調査では、以下の定義を示し、設問に回答いただいた。

※本調査において「障害児者」の居住場所（在宅や入所施設、グループホーム等）は問いません。
 ※本調査における「医療機関への入退院」とは、障害児者が傷病の治療やリハビリ等が必要な際に医療機関に入院することを想定しております（精神障害のある方の精神科への入院、もしくは医療機関・療養介護事業所・医療型障害児入所施設からの転院を除きます）。

① 入退院支援の状況

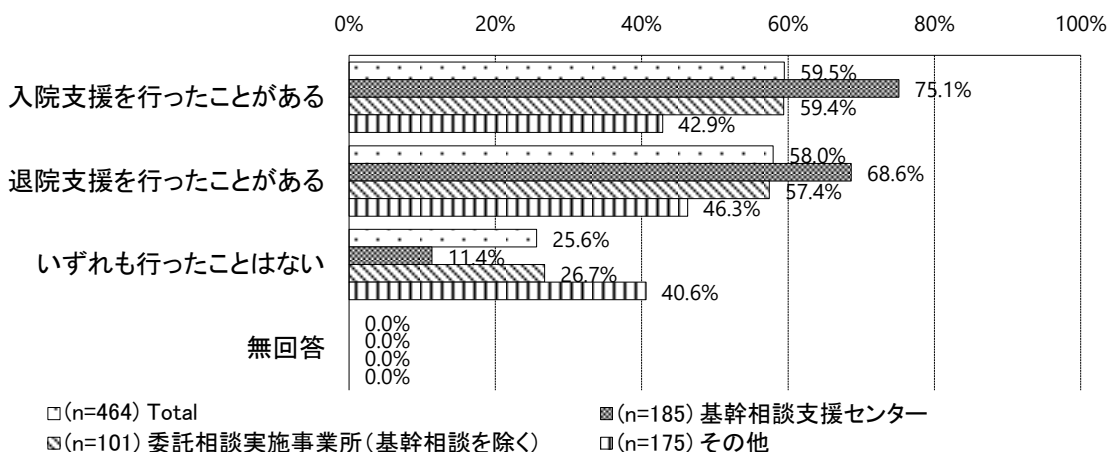
「入院支援を行ったことがある」の割合が最も高く 59.5%となっている。次いで、「退院支援を行ったことがある（58.0%）」、「いずれも行ったことはない（25.6%）」となっている。

図表 3-23 入退院支援の状況（複数選択）



(注釈) 入院支援には、入院前の医療機関への情報提供、入院を見据えた受診への同行等の入院前からの支援を含む。概ね過去5年を目安にご回答いただいた。

図表 3-24 入退院支援の状況（複数選択、事業所の種類別）



② 障害児者の医療機関への入院支援の状況（入院支援を行ったことがある場合）

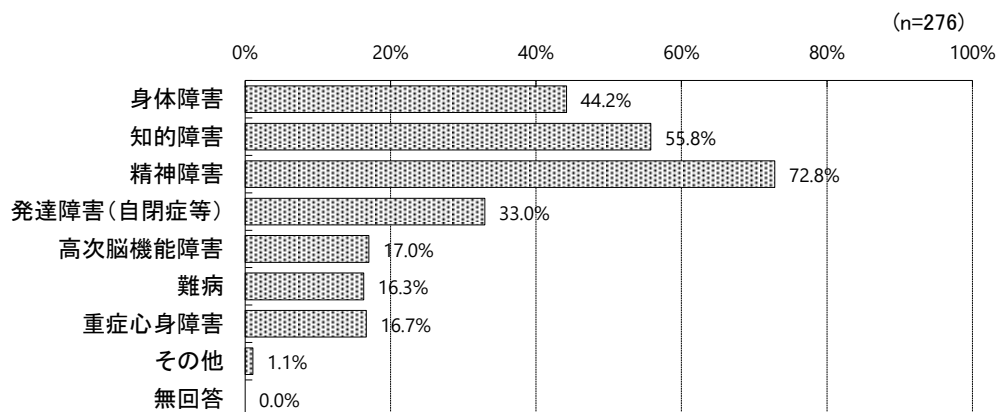
本節の設問は、入退院支援の状況について、「入院支援を行ったことがある」を回答した事業所に回答いただいた。

1) 入院支援の実施状況

a) 入院支援を行った障害児者の障害種別

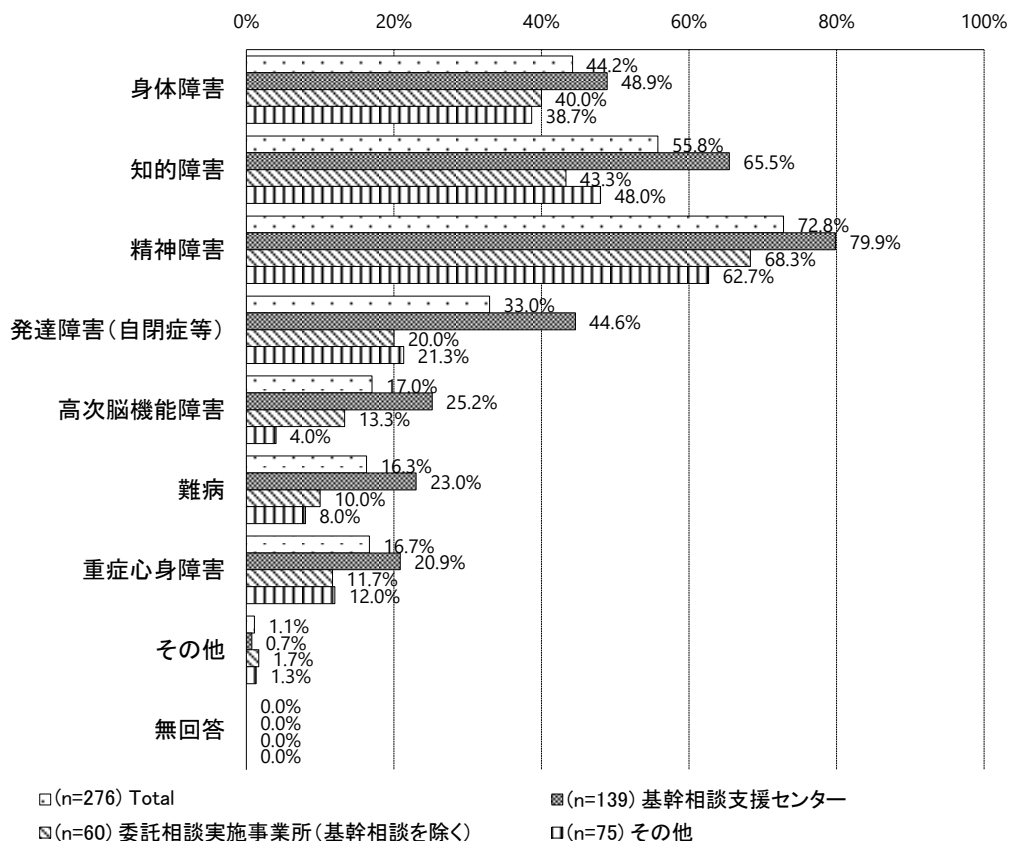
「精神障害」の割合が最も高く 72.8%となっている。次いで、「知的障害(55.8%)」、「身体障害(44.2%)」となっている。

図表 3-25 入院支援を行った障害児者の障害種別（複数選択）



(注釈) その他として、「医療的ケア児」「若年性アルツハイマー症」「複数の障害を重複されている方」との回答があった。

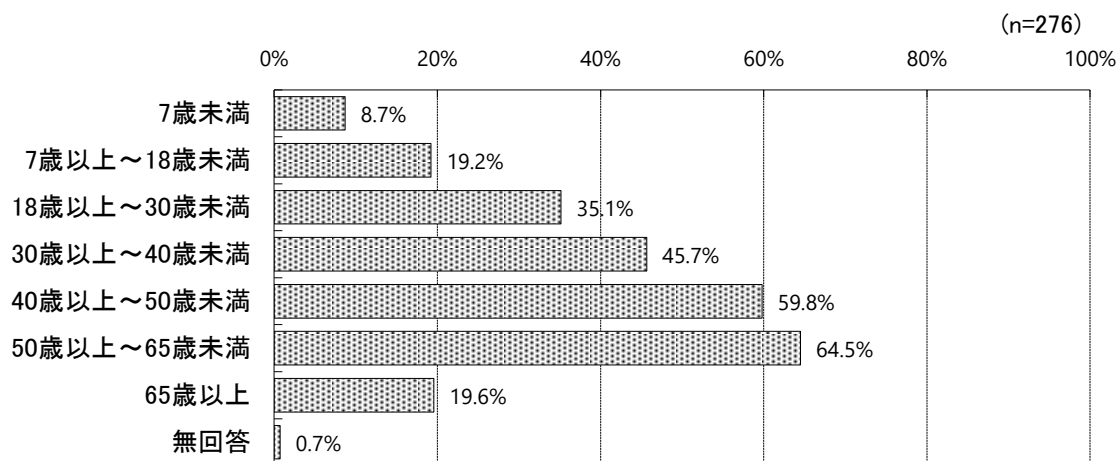
図表 3-26 入院支援を行った障害児者の障害種別（複数選択、事業所の種類別）



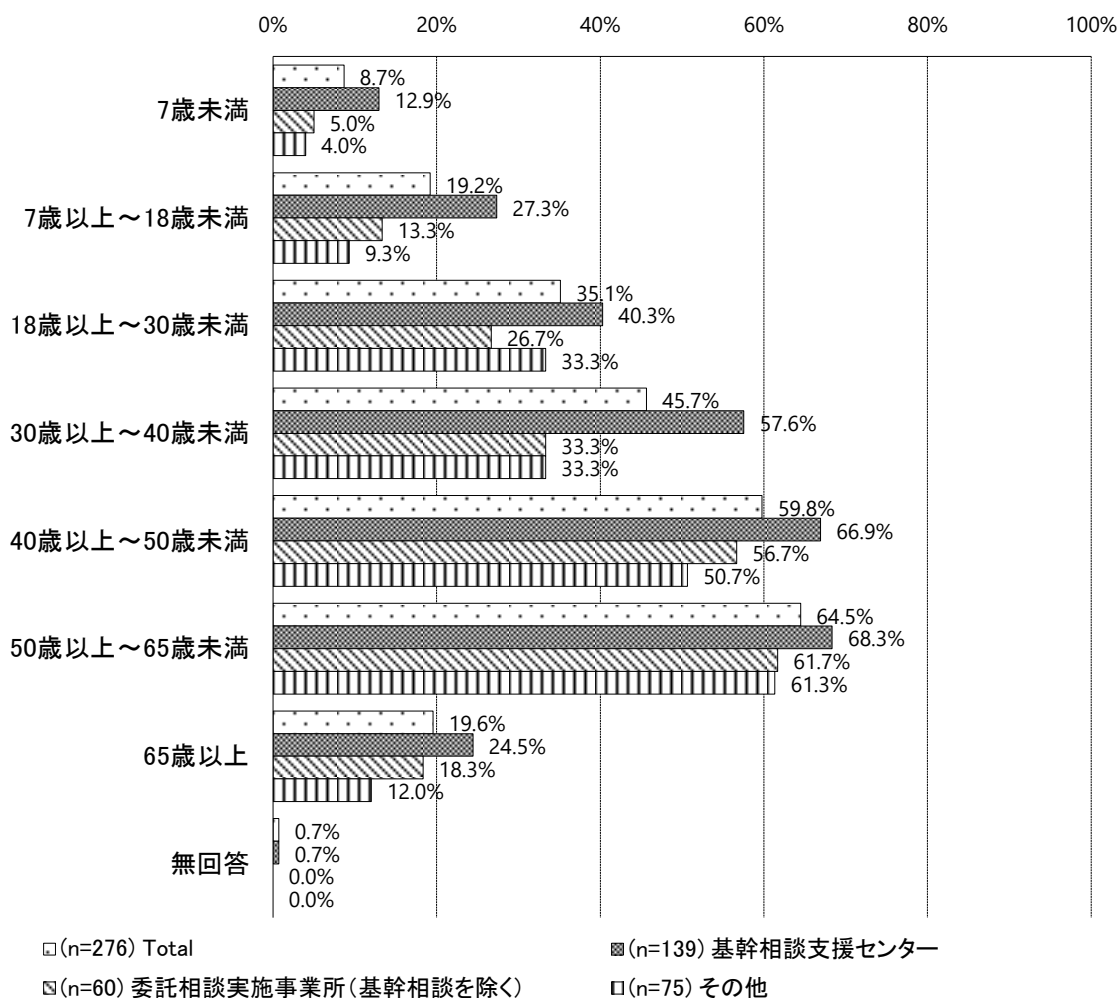
b) 入院支援を行った障害児者の年齢

「50歳以上～65歳未満」の割合が最も高く64.5%となっている。次いで、「40歳以上～50歳未満（59.8%）」、「30歳以上～40歳未満（45.7%）」となっている。

図表 3-27 入院支援を行った障害児者の年齢（複数選択）



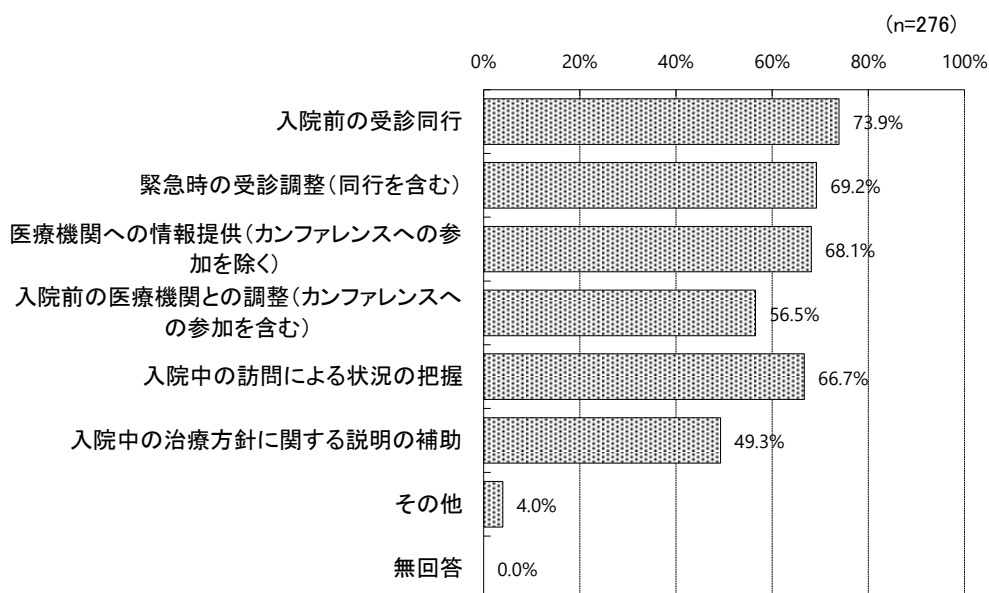
図表 3-28 入院支援を行った障害児者の年齢（複数選択、事業所の種類別）



c) 行った入院支援の内容

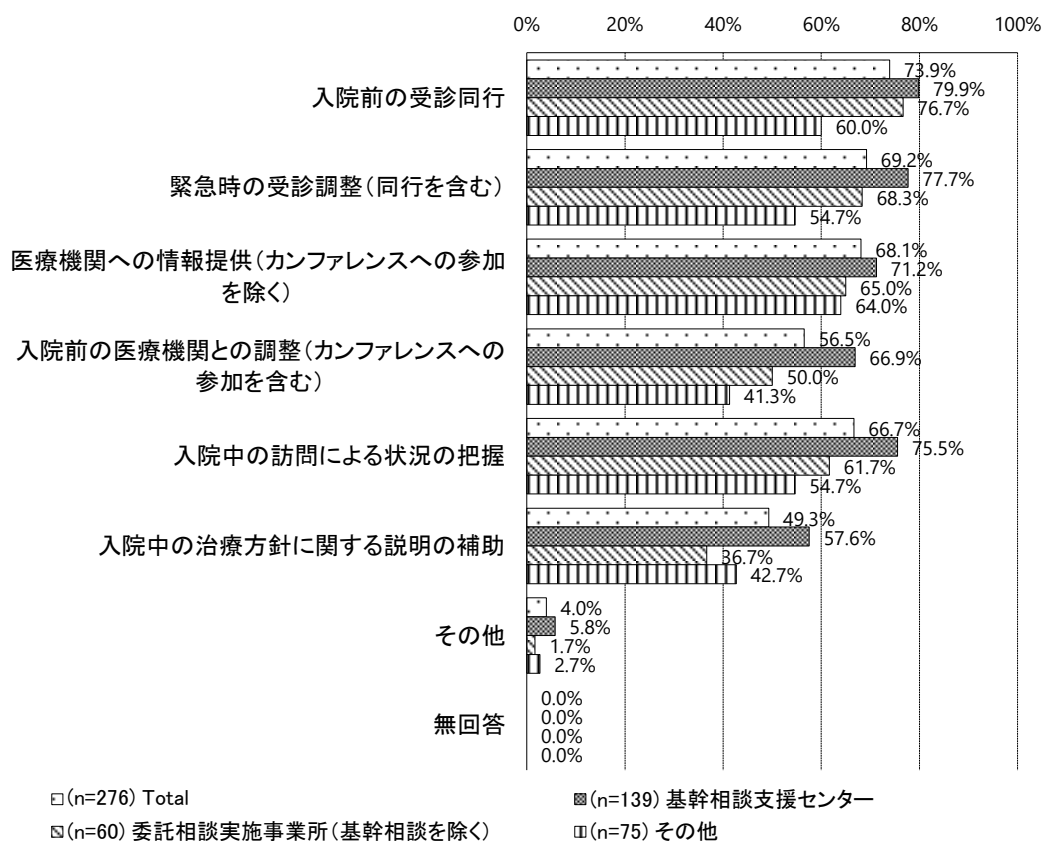
「入院前の受診同行」の割合が最も高く73.9%となっている。次いで、「緊急時の受診調整（同行を含む）（69.2%）」、「医療機関への情報提供（カンファレンスへの参加を除く）（68.1%）」となっている。

図表 3-29 行った入院支援の内容（複数選択）



(注釈) その他として、「親族への連絡」「地域住民への説明」「退院後の生活・仕事・関りについて確認」「入院時に必要な物品の買物補助、手術終了までの付添い」「看取り同席」「臨時の入院付添い」等の回答があった。

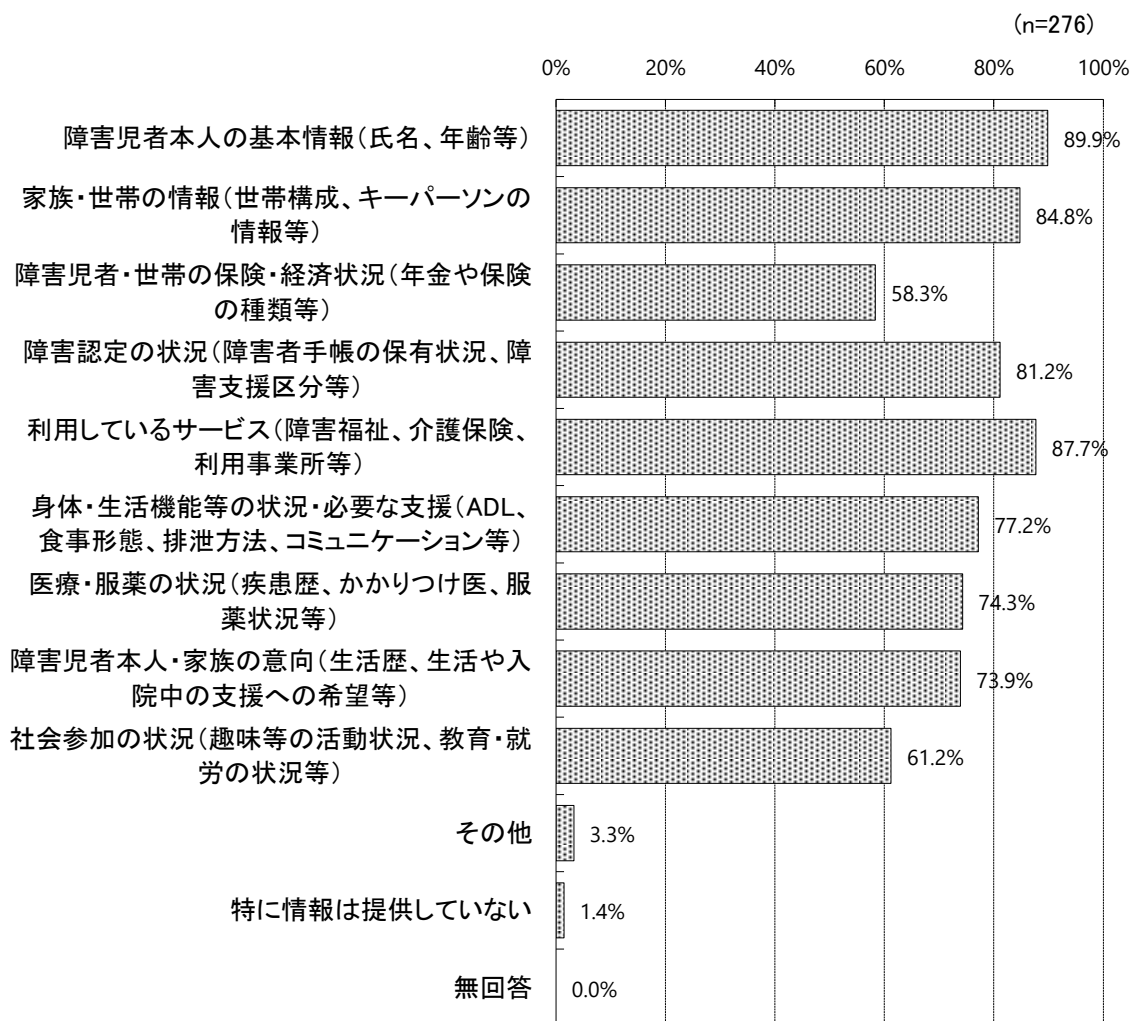
図表 3-30 行った入院支援の内容（複数選択、事業所の種類別）



d) 障害児者の入院にあたり、医療機関に提供した障害児者に関する情報の内容

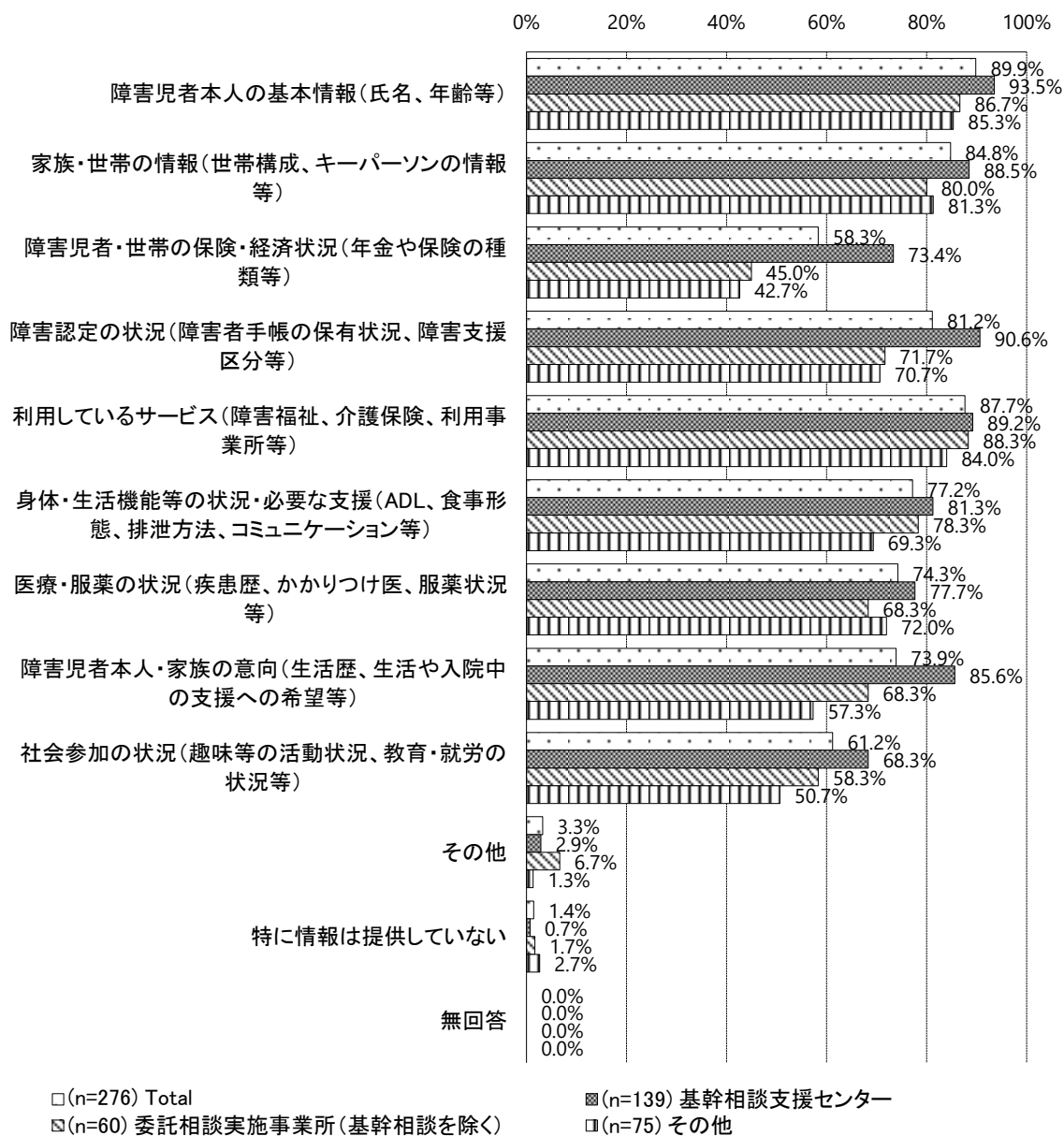
「障害児者本人の基本情報（氏名、年齢等）」の割合が最も高く 89.9%となっている。次いで、「利用しているサービス（障害福祉、介護保険、利用事業所等）（87.7%）」、「家族・世帯の情報（世帯構成、キーパーソンの情報等）（84.8%）」となっている。

図表 3-31 医療機関に提供した障害児者に関する情報の内容（複数選択）



(注釈) その他として、「これまでの生活で本人が大切にしていることなど」「普段の様子と変化時の状況」「前医の情報、過去のサービス利用状況、受傷前の様子、言語の配慮」「週間予定」「家族関係、地域との関り」「直接的な対応の仕方やコミュニケーションの取り方など」等の回答があった。

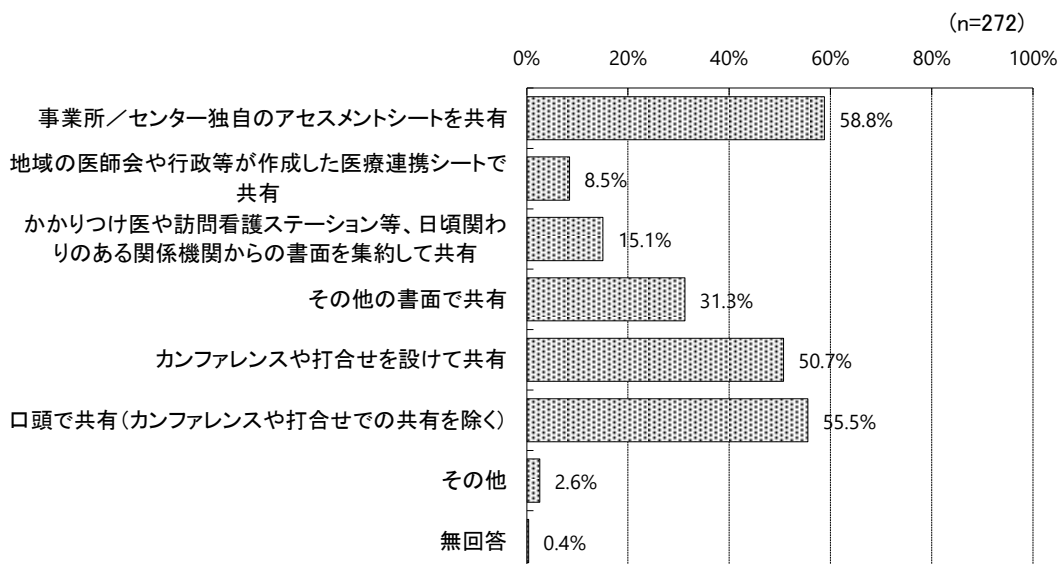
図表 3-32 医療機関に提供した障害児者に関する情報の内容（複数選択、事業所の種類別）



e) 提供方法（提供した情報がある場合）

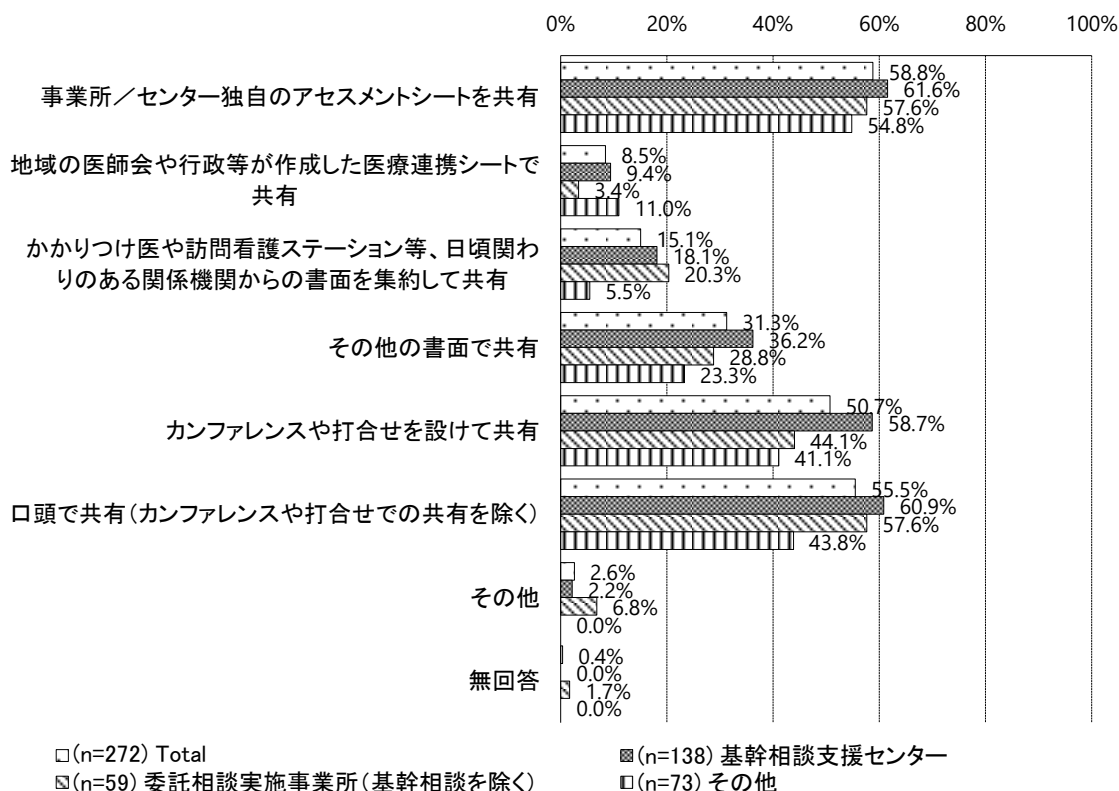
「事業所／センター独自のアセスメントシートを共有」の割合が最も高く 58.8%となっている。次いで、「口頭で共有（カンファレンスや打合せでの共有を除く）（55.5%）」、「カンファレンスや打合せを設けて共有（50.7%）」となっている。

図表 3-33 提供方法（提供した情報がある場合、複数選択）



(注釈) その他として、「報酬改定で入退院支援加算が整備された際に、国が示した標準様式を用いている」「外国籍の方に対し、医師との話の際にヘルパーにも同行していただき、通訳をしていただいた」「初回受診の際は、公印を押した情報提供書を提出している。病院、医師によってはご回答をいただける場合がある」等の回答があった。

図表 3-34 提供方法（提供した情報がある場合、複数選択、事業所の種類別）



2) 障害児者の医療機関への入院において、医療機関と特に共有しておきたい情報、その理由

障害児者の医療機関への入院において、医療機関と特に共有しておきたい情報・その理由について、自由記述で尋ねたところ、以下の回答があった。

図表 3-35 医療機関と特に共有しておきたい情報、その理由（自由記述式）

<本人の基本情報や生活の状況>

- ・ 氏名・年齢・障害名・服薬状況・医療的ケアの状況・主治医等
- ・ 既往歴、基礎疾患、成育歴、家族構成、キーパーソン、入院前の生活の様子、入院中の経過等
- ・ 精神障害者の場合、障害の主疾患だけでなく、身体状況に関する情報提供が必要。あと、入院期間のメドやその際の連絡体制の確認と認識の一致が必要と考えている。
- ・ 生活状況の共有 【理由】在宅を見据えて入院生活を送っていただくため
- ・ 日頃、どんな生活を送っており、どのような関係機関が関わっているか 入院に至るまでの成育歴、エピソード、引き金となったことなど。同じことを繰り返さないよう、医療機関においても退院時の生活をイメージして頂き、地域生活を共に支える意識を持って頂きたい。

<家族や支援者等の状況>

- ・ 不調の背景に生活習慣や家族関係、経済困窮など、生活面の課題がある場合には、医学治療のみで解決出来ない為、入院中にすべき調整事項を伝えておきたい。
- ・ 虐待等、本人、家族も含めて多くの課題を抱えている場合は特に共有をしていきたい。入院の入口支援と入院中の支援、退院の出口支援に対して、家族の状況や課題も含めて退院先や今後、必要になる支援を共通理解した上で支援が出来るスムーズに退院してからの地域支援が進むため。
- ・ 本人の生活の状況、関わっているサービス、家族の状況（キーパーソン）、近隣の情報（受け入れ、理解）
- ・ 家族の状況 →中にはキーパーソンも配慮や支援が必要な方が居る時には共有しておきたい。
- ・ 現在の状況（緊急性の有無や必要な対応、家族や経済の状況、付き添いの必要性）

<入院の目的等に関する事>

- ・ 何のための入院か、どのような状態になることを目指しているか、どのような状態になったら退院か、その目途等
- ・ 入院期間の予定（退院後のサービスの準備）
- ・ どういう状況では生活継続が危ぶまれるのか、その際に入院活用しどういった治療等がなされる中で、どういう状態にまで改善できれば生活に戻り定着していけそうかのビジョンを共有しておきたい。（そうでない場合に、お互いの考えや退院までのプロセス、スピード感がズレてしまい、双方の準備などがちぐはぐになることが多いから）
- ・ 服薬情報・治療情報。理由：入院先で投薬が可能か、可能でなければかかりつけ医への受診が必要かなどの調整がいるため。理由：本人の状況に合わせ、退院時の受け入れを地域でも検討をするため。

<障害特性、必要な支援・ケアの内容>

- ・ 本人の障害種別、障害特性、行動障害等の本人にまつわる情報や、本人の支援機関情報（特に相談支援事業所が付いている場合は当該事業所名と相談員情報）は共有しておきたい。理由は、障害特性を理解した本人支援（治療）を行ってほしいことと、基本的に本人がいずれ退院することが前提であり、退院時の支援体制構築やサービス調整等のために退院前カンファレンスを開いてもらえるよう、事前の情報提供が必要と考えるため。
- ・ 本人の特性、説明の理解度に関する情報。治療内容について、適切な理解をしにくい方が多く、表面上の同意のみでいざ治療となった場合に本人に混乱が生じるため。
- ・ 障害特性（特に発達障害の人のこだわりやパニック時の対応などは理解していただきたい）
- ・ 障害特性（障害の程度、理解度）、家族の状況（家族の健康状態、住居の環境、生活状況）理由：治療にあたっては、本人の同意が必要なため、本人の理解度にあわせた説明をする必要がある。退院後、在宅での生活が可能か（家族が支援できるのか）検討するため。
- ・ 障害の特性、支援の必要度、コミュニケーション能力とコミュニケーションの手段、行動障害や治療抵抗があるかどうか、一人でいられるかどうか、不可能な場合の付き添いや対応を（家族ができない場合）どうするか、など。
- ・ 高次脳機能障害がある方の場合、障害の特徴や対応方法、コミュニケーションの取り方等を共有しておく（トラブルを起こさない為の対策として）。
- ・ 入院時の配慮。本人の障害特性やこだわりなど。理由：本人の障害特性により生活のしづらさを抱える本人が、入院時に本人の障害特性に合わせた看護が可能かどうかにより本人の入院時の環境に影響があるかを確認するため。
- ・ 入院する方に介助がどれくらい必要か。本人の状態や留意点、体位変換や意思伝達の方法等を丁寧にお伝えしています。自力での発語がない方も多いので、病院という特別な環境で本人の心身にマイナスの影響を及ぼさないためにも…。また、入院時コミュニケーション事業の利用が必要な場合、医療機関と話し合う場が持てるか。利用可能な場合、どこまでヘルパーが病院内でサポートを行うかのすみ分け調整が必要だと感じています。

<その他>

- ・ 具体的にというよりも、家族が遠方に住んでいる場合や、家族が全体的に知的理解力が低い場合など、全面的にこちら側を信用して情報を共有させていただけるとありがたい（ケアマネと違いまだまだ障害分野の相談支援専門員や基幹の認知度が低く信用度が低い）。
- ・ 緊急入院の場合、病院側からは本人の障害の状況、身体状況、家族（支援者）の状況、退院後の支援有無、入院中に動ける家族。てんかん発作等が頻回にある方については（緊急を要することがあるので、前もって共有しておく必要がある）、その症状や対応、連絡の窓口が誰か等。
- ・ 本人の理解のための情報。緊急入院等で、かかりつけ医からの紹介状がない場合の、本人の状況や対応についての情報共有。

（注釈）複数のカテゴリーに当てはまるものについては、主なもの1つに掲載した。

3) 契約者が初めて利用する医療機関と連携・調整する上で行っている工夫、上手く連携できた事例等

契約者が初めて利用する医療機関と連携・調整する上で行っている工夫・上手く連携できた事例等について、自由記述で尋ねたところ、以下の回答があった。

図表 3-36 契約者が初めて利用する医療機関と連携・調整する上で行っている工夫、上手く連携できた事例等
(自由記述式)

<受診同行や事前の情報提供>

- ・ 事前に MSW などに受診の相談を行う。本人の障害特性を伝え、必要なサポートを相談する。初診同行して、担当医師へ直接情報提供。
- ・ 重度心身障害のケースで他地域の医療機関に緊急入院した事例 ・事前にケースの基本情報を提供 ・地元の医療機関からの医療情報提供書を提供 ・緊急入院する前に外来診察を受けていただいた(調整も実施) ・入院予定日をあらかじめケース家族と綿密に調整
- ・ 軽度知的障害の方が初めて精神科受診をした際に、本人の同意を得て、先に相談員が病院の相談員と話をすることで、通院同行を行い、診察中においても医師に病状などを伝えることができ、また、本人にも分かりやすく医師の見立てを伝えることができた。
- ・ 知的障害のある方の緊急受診時、ご本人の了解を得たうえで受付や外来で知的障害があることを医療機関に伝えたことで、医師からも家族ではない当相談員により詳しい病状を教えてもらえたこと(家族が遠方に住んでいるため)、病院から病院への移送に救急車を利用させてもらえたことなど。
- ・ 知的障害あり(療育手帳B) 原因不明の身体機能の低下等あり。本人は家にひきこもりがちで、支援や受診を拒否していたが説得し、数か所病院の受診に同行。結果、筋ジストロフィーとの診断がつく。家族の支援力が弱かったことから、病院の医師やSWと密に連絡をとり支援を行う。現在本人は、療養型の病院に入院中。(在宅生活は困難)現在も、父親が行う難病の更新手続きに同行するなど支援を継続している。

<書面による情報提供>

- ・ 医療ケースワーカー、PSWが配置されている病院については、事前の調整ができるのであまり心配がない。医師・看護師のみのクリニックについては、情報提供書を作成するようにしている。
- ・ 通院同行し、普段の生活の様子や行動特性について情報提供を行っている。(できれば書面と思っている)
- ・ かかりつけ医とのダイレクトな診療情報提供の依頼や、看護サマリーの情報共有をするようにしている
- ・ 訪問看護から医療機関への情報提供を行う事で、スムーズな入院に繋がった。
- ・ 緊張感が高く、初めての受診で何をされるのかなど不安の大きい方。また拒否的な方 →できるだけ、本人の気持ちや状態、キャラクター、また一度受診してもいいと思えた経過などをまとめた紙面等を診察前に情報提供でお渡しすることで、思いがけず嫌な思いをすることが減ったことはあります。
- ・ 利用する医療機関と連携・調整する上で行っている工夫は、本人に了解を得ての生活歴等の基本情報、支援経過の提供 フェイスシートを渡したことで、スムーズに治療を開始することができた。

＜入院前後でのカンファレンス等、打合せ＞

- ・ 虐待の恐れがあるケースでは入院前に支援者で打ち合わせの機会を持ち、家族への対応を統一、その後も定期的に情報共有を行い、対応を検討した。
- ・ 知的障害のある方で訴えや問題行動が多い利用者さんの転院でのケース。事前にケースワーカーさんへの情報提供。以前通院していたところとの連携調整。本人が通院する前に病院と関係機関とのカンファレンスの開催。通院の際の同行。転院先でも問題行動を起こす可能性があったため、事前に情報提供することで、本人の特性を理解してもらっての受診につながった。相談支援の同行により、問題行動の抑制と病院でのルール確認になった。
- ・ 退院前カンファレンスに参加し、入院前の状況の理解が病院側にあまりなかったので説明。退院後自宅で何が問題になるか検討し、トイレや入浴などの介助が必要なので、家族の支援、居宅介護の検討など建設的に話し合いが出来た。

＜受診上の工夫＞

- ・ 発達障害を疑われる 10 代男性に聞き取りを行い、事前情報を医師と共有した上で、初診を同行した。まずは医師と本人とだけで診察室に入り、その後、本人を外して、母と支援者、医師で母の不安や心配を共有した。
- ・ 何故入院が必要なのか説明し、入院中の過ごし方、だれがどんな支援をしてくれるのか、入院によって得られるメリットの説明等を行い、どのような状況になったら退院の目途が立つかなど。
- ・ サービスの利用状況や家族状況、障害特性や本人の嗜好(苦手な対応)やご配慮いただきたい点についてお伝えをしている。

＜その他＞

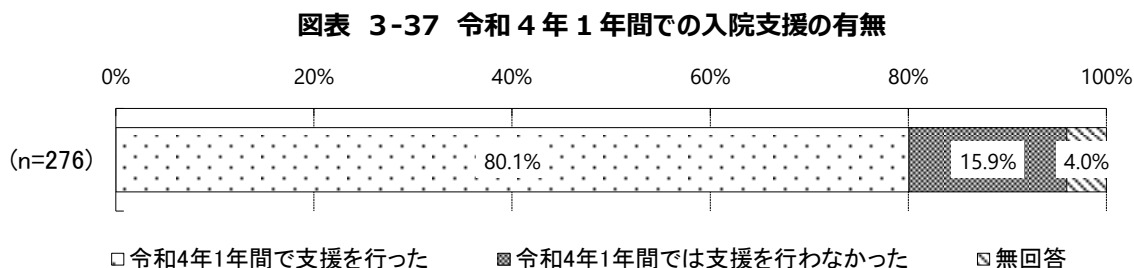
- ・ 家族全員それぞれに支援が必要なご家庭。重層的支援体制事業を活用し、地域の支援者と共に関わっている。親が緊急入院した際、残された子(知的障害当事者)がする必要のある入院手続き、金銭管理や相続関係の対応を、病院の地域連携室、地域包括支援センター、子の支援者など関係者全体で共有できた。
- ・ 本人が初めての受診であっても、日々の業務によって連携の取れている医療連携室など調整機能担当者と連絡が取り合える病院は調整はスムーズ。調整するセクションが無く、医事課と病棟看護師とのやり取りだけの場合、地域支援者の理解が得られていない場合は、調整にかなりの時間を要したり、必要以上に病院からオーダーが出るなど、特に親族が近くにいない場合の支援がやりにくい。

(注釈) 複数のカテゴリーに当てはまるものについては、主なもの1つに掲載した。

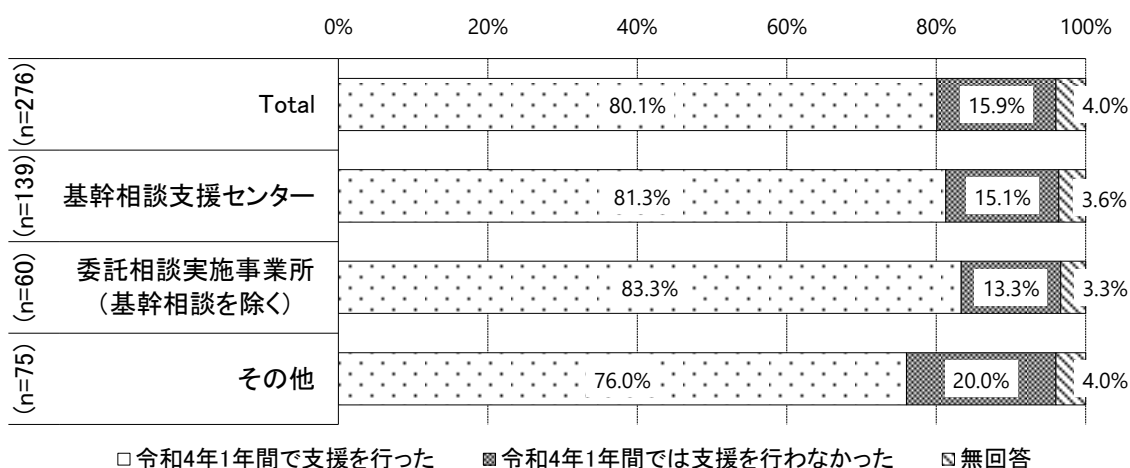
4) 令和4年1年間での入院支援の実績

a) 令和4年1年間での入院支援の有無

「令和4年1年間で支援を行った」の割合が80.1%、「令和4年1年間では支援を行わなかった」の割合が15.9%となっている。



図表 3-38 令和4年1年間での入院支援の有無（事業所の種類別）



b) 入院支援を行った支援人数（支援を行った場合、実人数）

入院支援を行った支援人数（実人数）は、以下の通り。

図表 3-39 入院支援を行った支援人数（支援を行った場合、実人数、単位：人）

| | 回答数 (n) | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|--------------|------------|-------|--------|------|------|--------|
| 令和4年1年間の支援人数 | 196 | 59.09 | 122.71 | 5.00 | 1.00 | 734.00 |

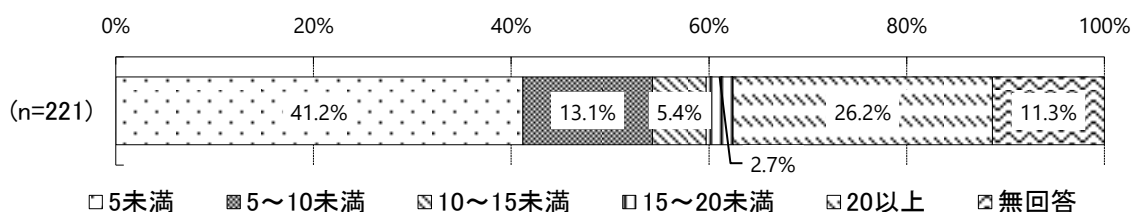
(注釈) 同じ人から複数回の相談があった場合、家族と障害児者それぞれから相談を受けた場合もそれぞれ「1人」とカウントいただいた。

(注釈) 数値回答のあった回答者を集計対象とした。

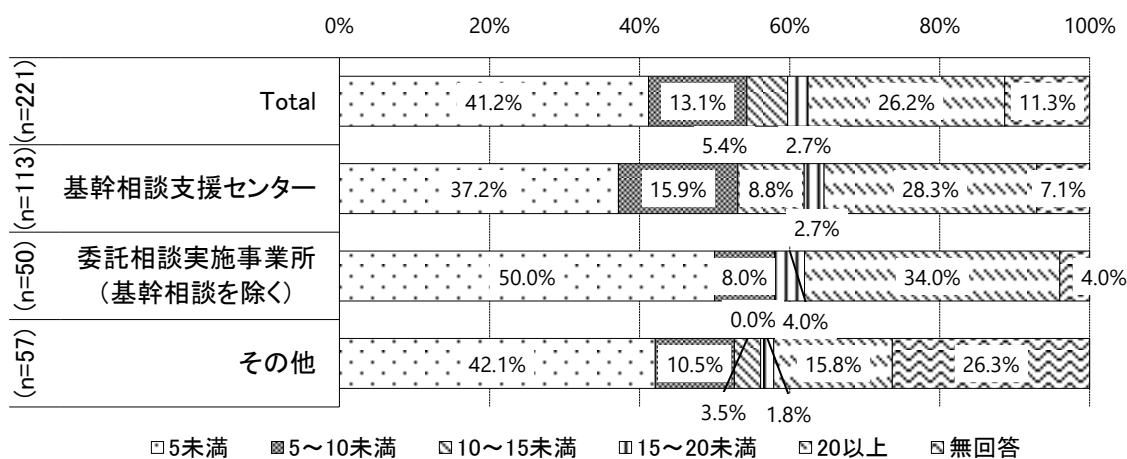
図表 3-40 入院支援を行った支援人数（支援を行った場合、事業所の種類別、実人数、単位：人）

| | 回答数 (n) | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|------------------------|------------|-----|-------|--------|------|------|
| 基幹相談支援センター | 111 | 105 | 69.56 | 138.17 | 6.00 | 1.00 |
| 委託相談実施事業所 (基幹相談を除く) | 49 | 48 | 68.27 | 129.71 | 4.00 | 1.00 |
| その他 | 42 | 42 | 23.69 | 46.55 | 3.00 | 1.00 |

図表 3-41 入院支援を行った支援人数の分布（支援を行った場合）



図表 3-42 入院支援を行った支援人数の分布（支援を行った場合、事業所の種類別）



③ 障害児者の医療機関からの退院支援

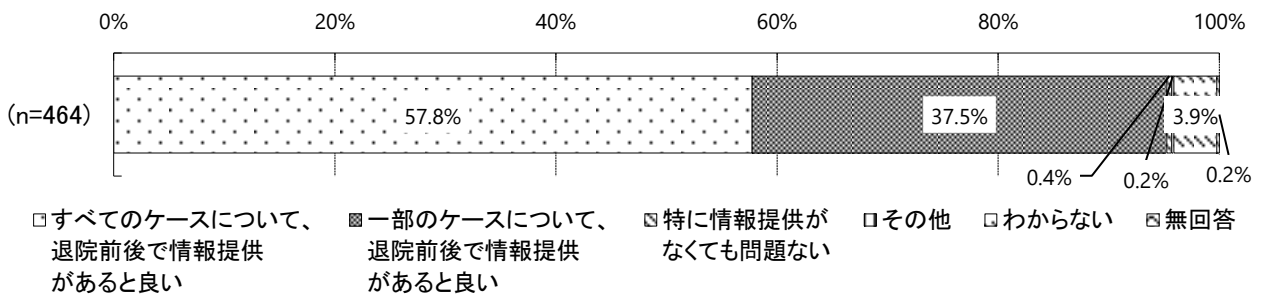
本節の設定は、これまでに退院支援の経験がない事業所についても、今後退院支援に関わるとした場合があると良い情報などについて回答いただいた。

1) 障害児者の退院時に、医療機関からの障害児者に関する情報提供

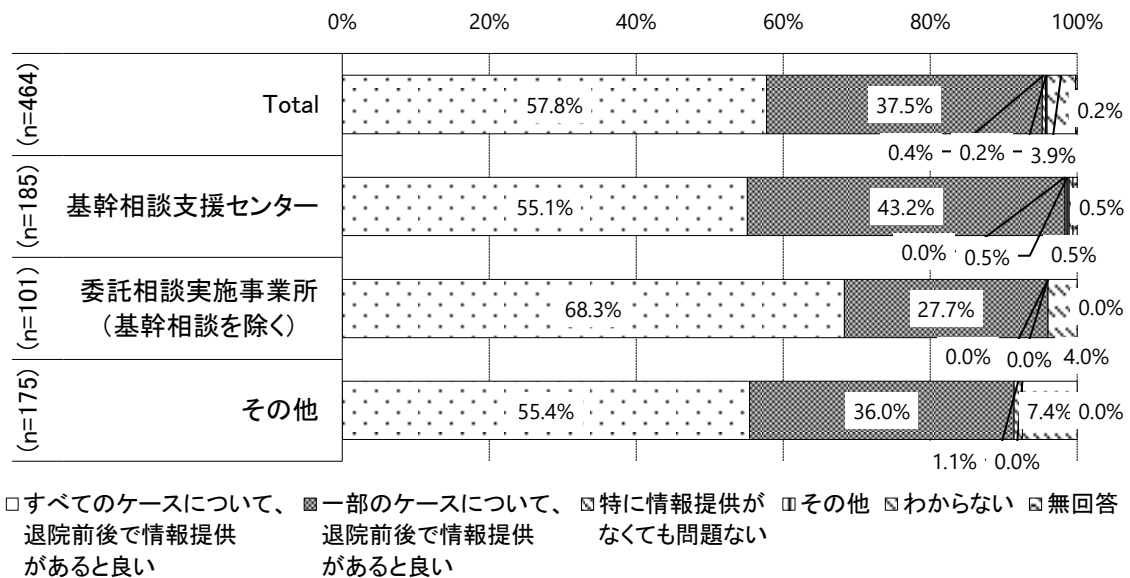
a) 情報提供のニーズ

「すべてのケースについて、退院前後で情報提供があると良い」の割合が最も高く 57.8%となっている。次いで、「一部のケースについて、退院前後で情報提供があると良い (37.5%)」、「わからない (3.9%)」となっている。

図表 3-43 障害児者の退院時に、医療機関からの障害児者に関する情報提供のニーズ



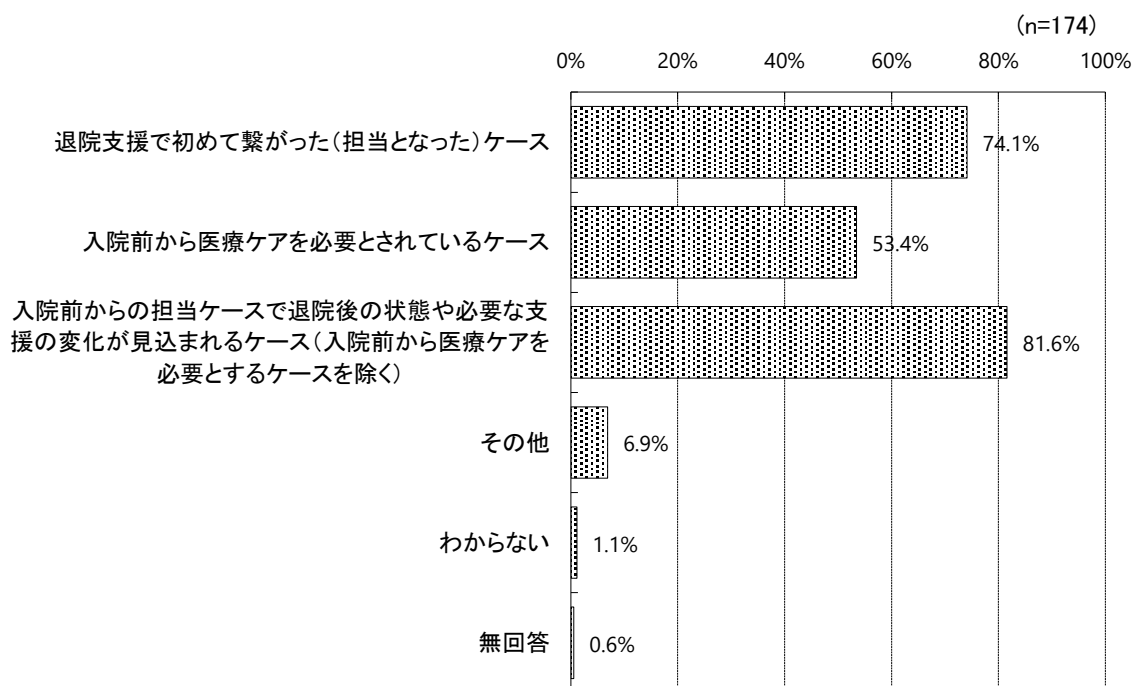
図表 3-44 障害児者の退院時に、医療機関からの障害児者に関する情報提供のニーズ (事業所の種類別)



b) 情報提供があると良いケースの具体的な特徴（一部のケースについて情報提供があると良い場合）

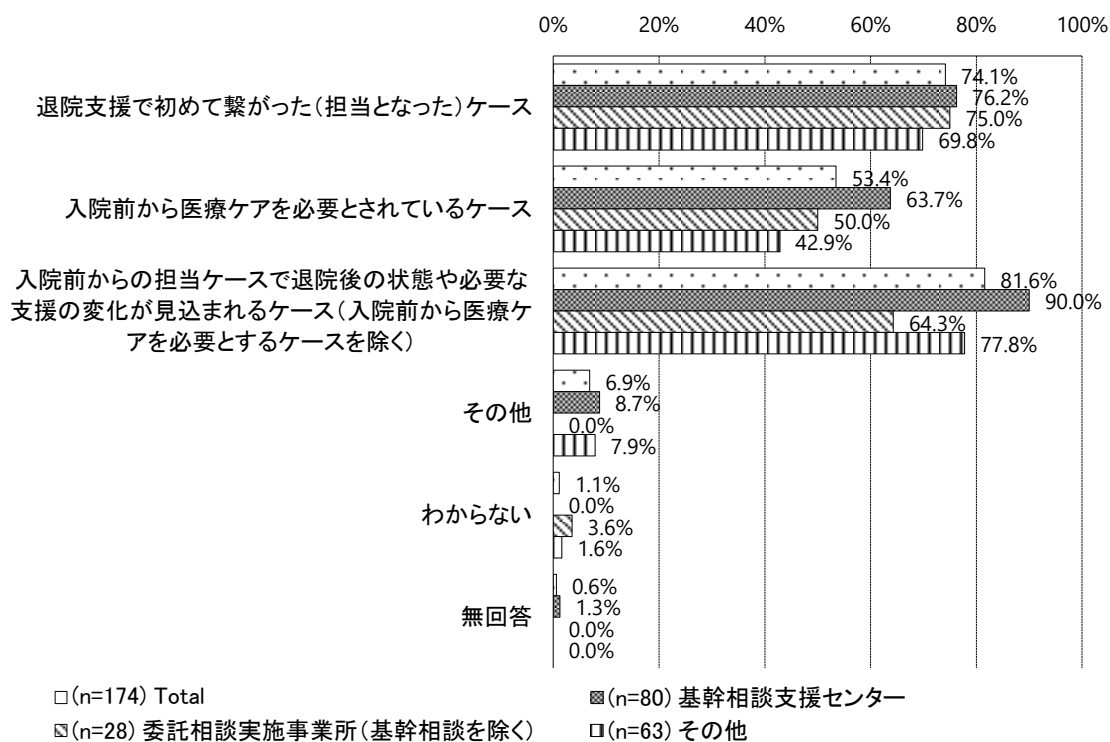
「入院前からの担当ケースで退院後の状態や必要な支援の変化が見込まれるケース（入院前から医療ケアを必要とするケースを除く）」の割合が最も高く 81.6%となっている。次いで、「退院支援で初めて繋がった（担当となった）ケース（74.1%）」、「入院前から医療ケアを必要とされているケース（53.4%）」となっている。

図表 3-45 情報提供があると良いケースの具体的な特徴
(一部のケースについて情報提供があると良い場合、複数選択)



(注釈) その他として、「入院前からの担当ケースで退院後の状態や必要な支援の変化が見込まれるケースに加え、退院後障害福祉サービス等の利用支援の必要があるケース」「何か課題と捉えるような方については、発見として相談基幹につないでほしい」「退院後、なんらかの支援が必要なケース」「担当の相談支援専門員がおらず、在宅でサービスが必要なケース」「理解力等により、本人を介した医療機関とのやり取りや現状の正確な把握が不十分なケース」等の回答があった。

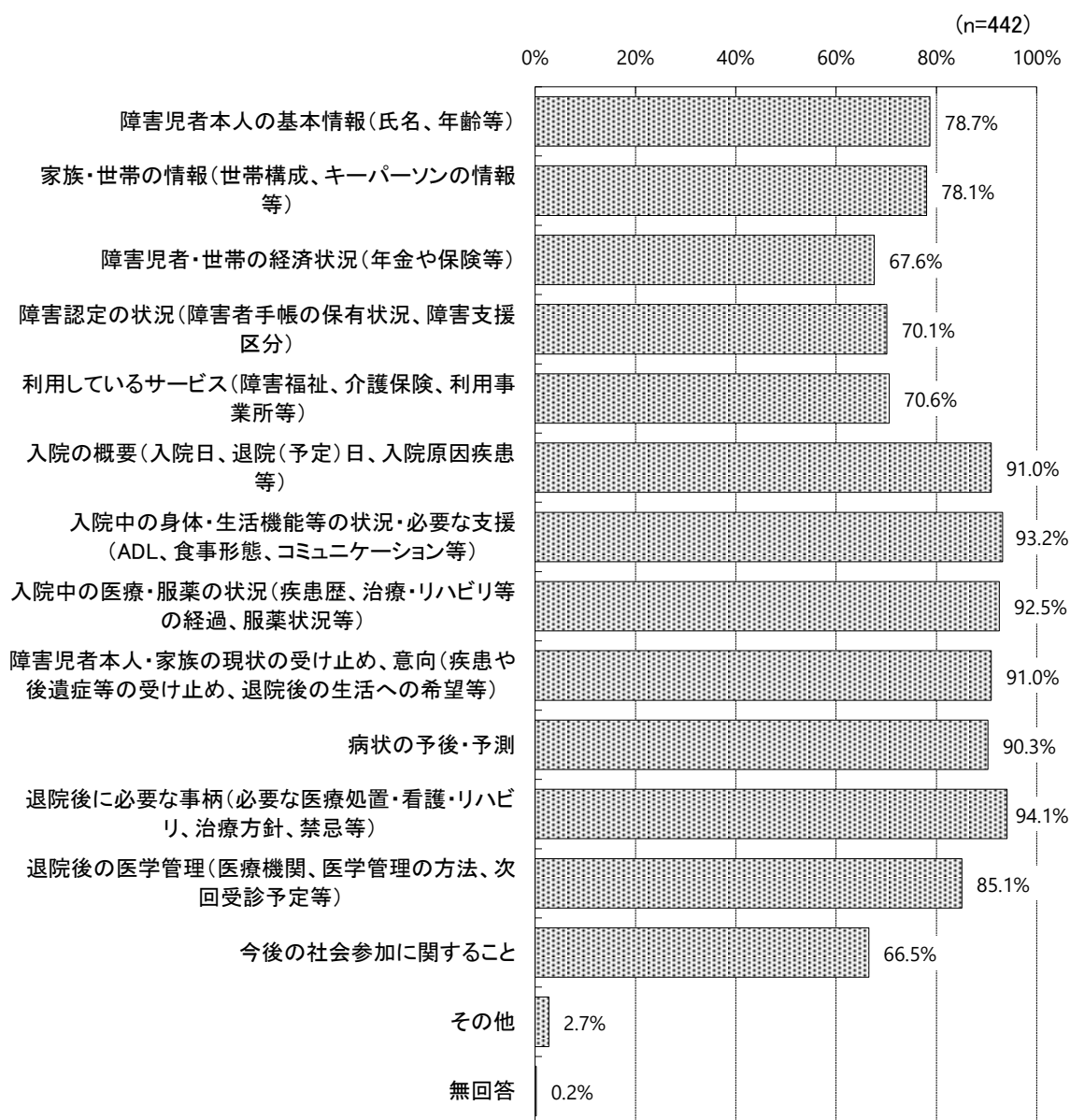
図表 3-46 情報提供があると良いケースの具体的な特徴
 (一部のケースについて情報提供があると良い場合、複数選択、事業所の種類別)



c) 医療機関から提供されると良い情報

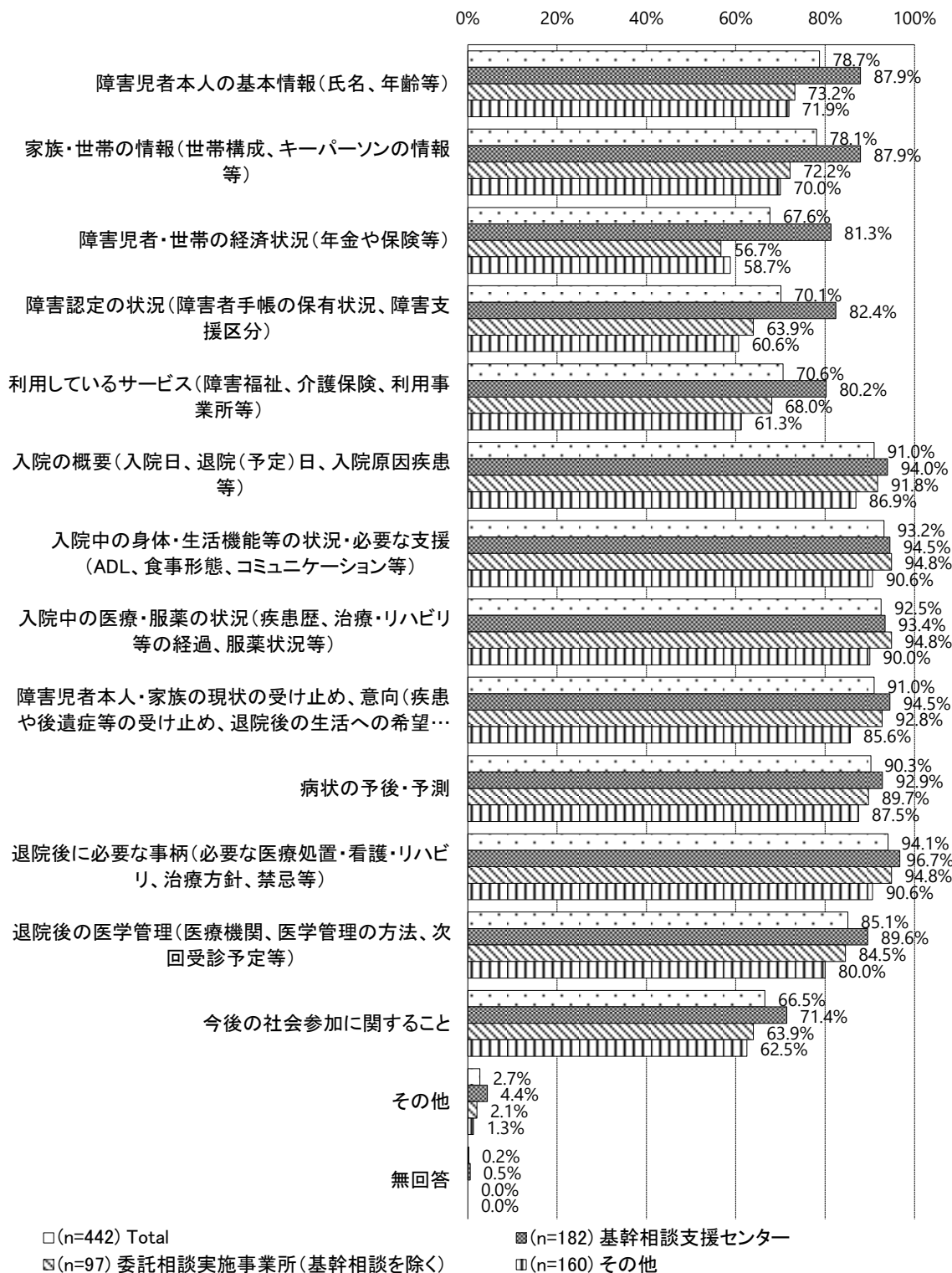
「退院後に必要な事柄（必要な医療処置・看護・リハビリ、治療方針、禁忌等）」の割合が最も高く94.1%となっている。次いで、「入院中の身体・生活機能等の状況・必要な支援（ADL、食事形態、コミュニケーション等）（93.2%）」、「入院中の医療・服薬の状況（疾患歴、治療・リハビリ等の経過、服薬状況等）（92.5%）」となっている。

図表 3-47 医療機関から提供されると良い情報（情報提供があると良い場合、複数選択）



(注釈) その他として、「ACP」「延命措置について」「支援している利用者が入退院する場合と、新規相談では必要な情報が異なる。新規相談では1-13列記の情報はできるだけいただきたい」「児童相談所が関わっているかの有無」「入院前の生活状況、就労状況、ADLの回復見込み、退院時の自宅での状況、介護認定や障害手帳の取得見込み、急変した際の相談先、その他知りうる情報」「病状悪化のサインとその対応」等の回答があった。

図表 3-48 医療機関から提供されると良い情報 (情報提供があると良い場合、複数選択、事業所の種類別)



d) 特に医療機関から共有されると良い情報、その理由

特に医療機関から共有されると良い情報・その理由について、自由記述で尋ねたところ、以下の回答があった。

図表 3-49 特に医療機関から共有されると良い情報、その理由（自由記述式）

<網羅的な情報があると良い>

- ・ 「障害児、特に重症心身障害児」病名によっては予後について/入院前と同等の在宅生活が送れるのか、どういう工夫が必要なのか/訪問看護の必要度/救急搬送が必要な状態(在宅、利用先事業所等)/禁忌事項/リハビリを行う場合の安静度、運動の強度や頻度等/日々の活動や姿勢、栄養状態等/本人のケアに関わること等の情報を共有したい。
- ・ 退院が3ヶ月以内になる見込み・環境調整のために協力してもらえること。(家屋調査、福祉用具の検討)・手帳の申請時期、等級見込み・家族への病状説明の有無とその反応・訪問看護の必要性と指示書について・意見書の依頼についての返答・退院後の生活で注意が必要なこと・退院時の支払額・病名や症状、対応が必要な場合はその方法・退院をいつまで延ばせるか、転院調整は可能か
- ・ 障害福祉分野が初めて支援に関わるケースであれば、基本的に、医療機関で持っている情報は、よほど専門的な医療情報を除けば、過不足なく提供いただきたい。理由は、退院後、地域で生活を送るうえでは、本人の家族関係、家庭環境や育成歴といったパーソナルな情報から、入院中の様子、退院後の予後に関する情報、生活するうえで必要な経済状況や資格受給の状況などは全て必要であるから。
- ・ 情報が得られるのであれば1つでも多く情報をもらいたい。難病の方などは予後や治療方法など理解が難しいことも多い上に出てくる症状によっては生活上の対応が困難で家族の負担が大きいので支援内容の具体例など教えて欲しい。
- ・ 新規ケースか、元々担当ケースかで、違うと思います。新規ケースでは、可能な限り情報は欲しいですし、既に担当しているケースでは、入院前に家族との連携が取りづらいケースは、入院中の家族との関わりなどは知らせて欲しい。また、家族の参加する退院前カンファレンスには呼んで欲しいです。

<本人・家族等に関すること>

- ・ 基本情報、疾病(障害)、障害者手帳の種類、経済面、家族関係
- ・ 当事者の年齢・障害種別・医療機関の種類・緊急時の対応・現状や今後の治療の必要性について本人や家族は理解しているか否か・退院後、どのような支援が必要か
- ・ キーパーソンの有無を含む家族関係 理由:支援の度合いが変わるため・本人のADLや環境調査の有無 理由:サービスの見立てが必要のため
- ・ 本人の病気や障害への理解度
- ・ 入院前の生活状況やキーパーソンの有無・服薬を含め医療的なケアや処置が退院後どの程度必要になるか ⇒これまでどのように生活してきたのか、支援を考えていくうえで重要。障害福祉事業所が医療の専門的な部分まで理解をすることは難しいため、ケアや生活上の注意点など具体的なポイントを教えてもらえると地域の事業も不安なく対応できる。

<入院理由、入院中の様子、治療状況等>

- ・ どういった症状で入院し、診断はなんなのか。入院中の様子、退院後に気を付けるべきことなど。
- ・ 入院に至った経緯と入院中の経過 ・ドクターの治療方針 ・本人、家族の意向
- ・ 入院経過のサマリー ・理由:退院後在宅での同じ症状が起こった際に、対応方法がわかる。
- ・ ケースに関係なく、医療機関でどのような目的で、どのような医療が展開され、本人の状態がどのように変わり、本人の意向が変化したのかを聞きたい。
- ・ 知的や発達障害がある場合、入院中の生活における本人の状況、どうやって過ごし、どのような意思決定支援がなされたか 保護者と本人のかかわり方や家族関係がどのような感じだったのか 保護者の理解度により、伝達が難しいと思われる場合は、今後想定する関係者に動いてほしい内容
- ・ 障害児の場合は基本的には保護者・扶養義務者が入退院手続きにあたるが、その保護者・扶養義務者が要支援者の場合に入院中の様子や病状の予後、服薬状況を直接医療機関から共有してほしい。
- ・ 精神疾患のある方が病状の悪化により入院となった際、入院中の治療内容や退院に至る経緯、退院後の生活についてのアドバイス等について教えてもらえると、居宅支援に入るヘルパーが対応しやすくなる。病状の悪化について、どのような状況になったら悪化と捉えていくのかについてのアドバイスももらえると、ヘルパーが安心して支援を実施することが出来る。
- ・ 入院中に変化して医療ケアが必要になった場合の退院後の処置や治療内容等について。特に精神障害に加えて、身体的な治療が必要になった場合に、ご本人へ必要性の理解の促し方などに時間を要する場合があるため。

<予後や、退院後に必要な支援・サービス等>

- ・ 基本情報のみだと、のちの生活に影響が出る場合もある。病状の予後もあると、地域で支えるサービス事業所にも、不調時の様子を含めて共有し、その後の対応もスムーズに出来る。
- ・ 退院後に気を付けるべき事や、病状変化時の対応方法・受診のタイミング等を知りたい。理由:訪問看護を利用していない場合、退院後の体調の変化があっても相談するところが無い。
- ・ 退院後に必要な事柄(必要な医療処置・看護・リハビリ、治療方針、禁忌等) サービス調整等こちらにできることがあるか、判断材料になる事柄。
- ・ 病院側から退院後の福祉サービス利用の提案をご本人・ご家族にしている場合があるが、そういった場合には、なぜそのような提案をしたのかこちらにも教えてほしい。まだ退院が決まっていない状態でそういった提案を受け、ご家族からお話をいただくことがあるが、なぜそのサービスが必要だと病院側が判断したのかがわからないとこちらもそれが本当に必要なのかどうか検討できない。事業所も様々なため、入院中のご本人の状態を把握できていないとご本人に合う事業所につなげることができない。
- ・ 退院後、どのような生活を本人が送ると見立てているか。 ・入院中の様子や ADL に変化があるか否か。 ・退院後のサービス再開に向けて新たな支援調整の必要性を検討する必要性があったり、現サービス提供事業所と情報共有する必要があるから。
- ・ 退院後の支援について留意すべきことは伝えてほしいと思います。児童の場合は保護者がいますが、その保護者が知的障害などの理由で医師の指示を理解できない事があります。

<その他>

- ・ 看護サマリーやリハビリ内容等を診療情報提供書のような書式で具体的に教えていただけると良い。
- ・ 医療機関にて、必要な情報を様式化して欲しい(精神科病棟がある病院は、受診予約の際に記載様式

があり事前に入手できる)。障害のある方は、医療機関が求めるように要領よく病歴等を話すことが苦手な方が多い。また、行政や関係団体が配布している、生育歴や病歴の記入冊子の活用も望ましい。

- 急性期病棟から退院するときにもう入院期間が3ヶ月になるので、すぐに退院してほしいというような連絡を受けることも経験しており、入院時から連携しながら情報共有することで、受け手としても何とかできるのではないかと準備することができるなあと感じたこともあります。

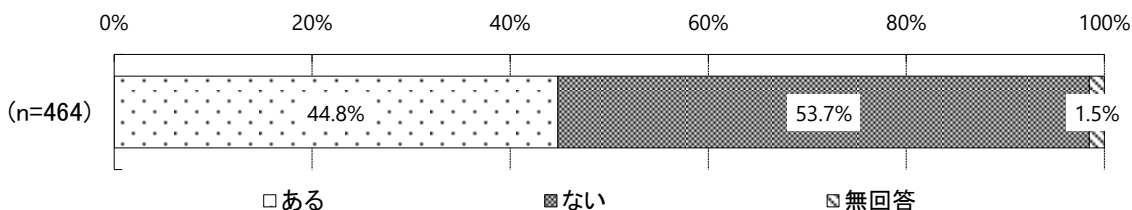
(注釈) 複数のカテゴリーに当てはまるものについては、主なもの1つに掲載した。

2) 医療機関からの情報提供がなく、困った経験の有無

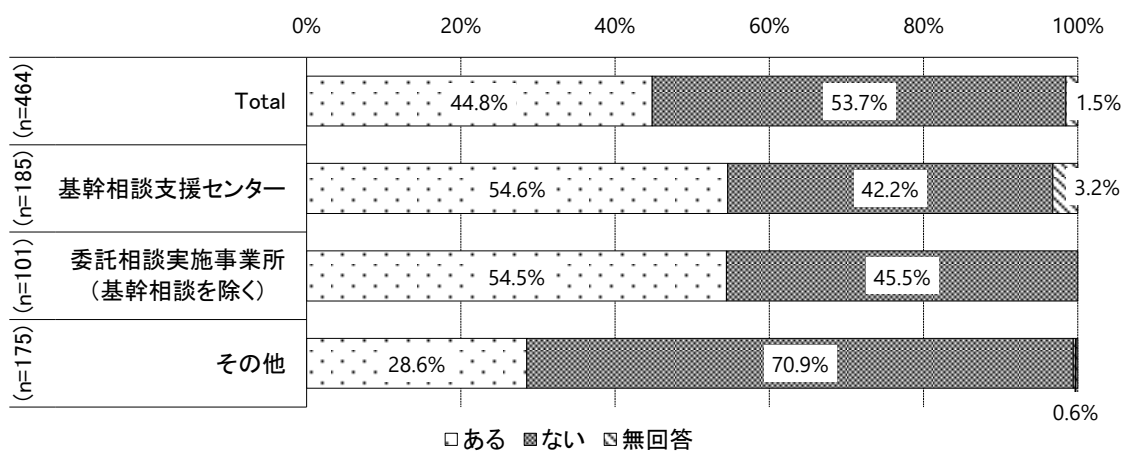
a) 医療機関からの情報提供がなく、困った経験の有無

「ない」の割合が53.7%、「ある」の割合が44.8%となっている。

図表 3-50 医療機関からの情報提供がなく、困った経験の有無



図表 3-51 医療機関からの情報提供がなく、困った経験の有無 (事業所の種類別)



b) その内容 (困った経験がある場合)

困った経験がある場合にその内容について、自由記述で尋ねたところ、以下の回答があった。

図表 3-52 その内容 (困った経験がある場合、自由記述式)

<退院を把握できなかったケース>

- 退院しても本人からの連絡が無く、いつ退院したか分からなかったことがあった。(入院時にサービスを停止したままとなっていた。)
- 1人暮らしの方が内科入院し、連絡なく退院。ヘルパー調整(既に利用中のヘルパーへの再開連絡)や、服薬内容の把握など、急遽訪問する必要性が生じ、調整に苦慮した。ご本人は服薬管理できず、急

遽訪問看護導入も視野に検討が必要になった。入院中であれば、スムーズに調整出来たと思う。

- ・ 医療機関が基幹センターの概要を把握しておらず、本人から個人情報の提供を拒否され支援できなかったことがある。
- ・ 個人情報を理由に提供していただけない。退院してきたことを利用者本人からの連絡で知る。サービスを利用している障害児者が入院してきた際は、本人への聞き取りにより相談支援専門員への有無を確認し連絡をいただきたい。退院後の生活という視点をもってほしい。

<受入れ準備が整わない中、退院となったケース>

- ・ 「明日退院するのでよろしく」という情報のみが来た時。かつ、本人にも十分な説明がないため、何のために相談事業所に来ているのか理解できていない状態で来所してきた時。
- ・ 「明日、退院するのでお願いします」のパターンもある。障害区分もなく、家屋調査も出来ておらず、いちからアセスメントをしなければならずスムーズに支援に入れなかった。
- ・ 退院直前にカンファレンスの依頼があるが、退院直前に会議が行われるためスムーズな地域移行が行えない時がある。(在宅で空白期間が出来てしまうなど。)
- ・ 退院直前もしくは退院後に障害福祉サービスを新規利用すると言ってサービス利用申請されたとき。利用までは、①概況調査②障害支援区分認定のための医師意見書依頼及び審査会に諮る③相談支援事業所の選定、等様々な準備が必要となるが、その共有が事前になかった時。
- ・ 気管切開をしている区分 6、介護度の高い方。退院の話が上がってきて、1ヶ月以内で退院できないか相談された。非定型を含む長時間介助、医療的ケア、ヘルパー事業所探しなど調整が必要な所ばかりで、タイトすぎる期間を提示され苦慮した。

<情報共有が十分でなかったケース>

- ・ 退院後、身体機能が著しく低下していて、訪問ヘルパーが困った。(サービス等利用計画内容の解離)
- ・ 診断名がわからない、退院後に何に気を付けて支援すればいいのかわからないということがあった。(最近では、病院側から連絡をいただけることが多く、ほとんどない)
- ・ 退院時に、書面での情報提供がなく、訪問看護から看護サマリーをもらい詳細がわかった。
- ・ 1歳児、重心、1~2時間毎の医療的ケアが必要。本人のため気管切開を勧められているが保護者の思いもありされていない。しかし本人の病状が安定せず両親の疲労は蓄積。関係者には訴えが多いが、主治医には伝えておられなかった。Dr や Ns、リハから受ける本人の状態やケアの説明も十分には理解されておらず、関係機関の間に立って情報伝達するのが苦手の保護者で関係機関が混乱した。
- ・ ご家族に情報提供されたのみで、詳しい情報が支援機関に提供されなかった。
- ・ 医療機関との連携シートがないので、担当個々に情報内容が違ったり、カンファレンスの開催も担当によってあったりなかったりする場合。個人情報の取り扱いが難しい場合。
- ・ 本人の同意があっても医療機関から(治療方針や今後の対応について)書面では出せないと言われ入手できなかった。退院後自宅に戻り支援するにあたり、関係機関に対して説明するにも根拠となるものがなければ(特に本人家族にコミュニケーションの課題がある場合)支援やサービスの提供が難しい場合もあった。

<その他>

- ・ 親族などが市役所の窓口に行く様に促されたが、来た理由をよく分かっていないことがある。
- ・ 救急搬送されて数日後、転院となった方の場合搬送先の病院でもアセスメントをとる間もなく転院となっ
てしまい困っていると MSW の方と話をしたことがある。こちらも困るが、救急受け入れした病院もお困り
だろうなと思った。ご本人も多くを語れず、既往歴、生活歴が分からず困った。

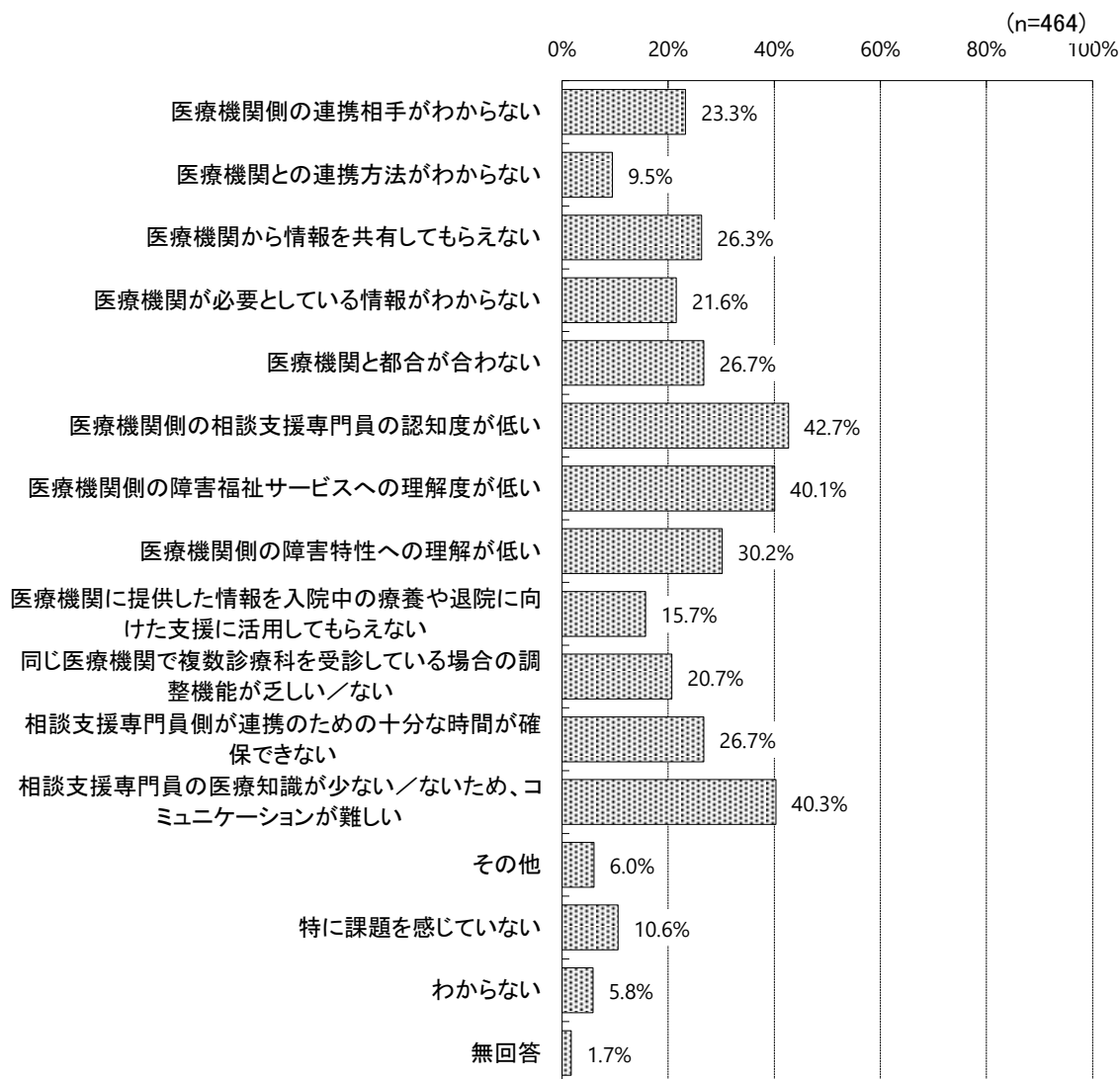
④ 入退院支援における課題等

1) 障害児者の入退院時において、医療機関との連携における課題

a) 障害児者の入退院時において、医療機関との連携における課題

「医療機関側の相談支援専門員の認知度が低い」の割合が最も高く 42.7%となっている。次いで、「相談支援専門員の医療知識が少ない／ないため、コミュニケーションが難しい (40.3%)」、「医療機関側の障害福祉サービスへの理解度が低い (40.1%)」となっている。

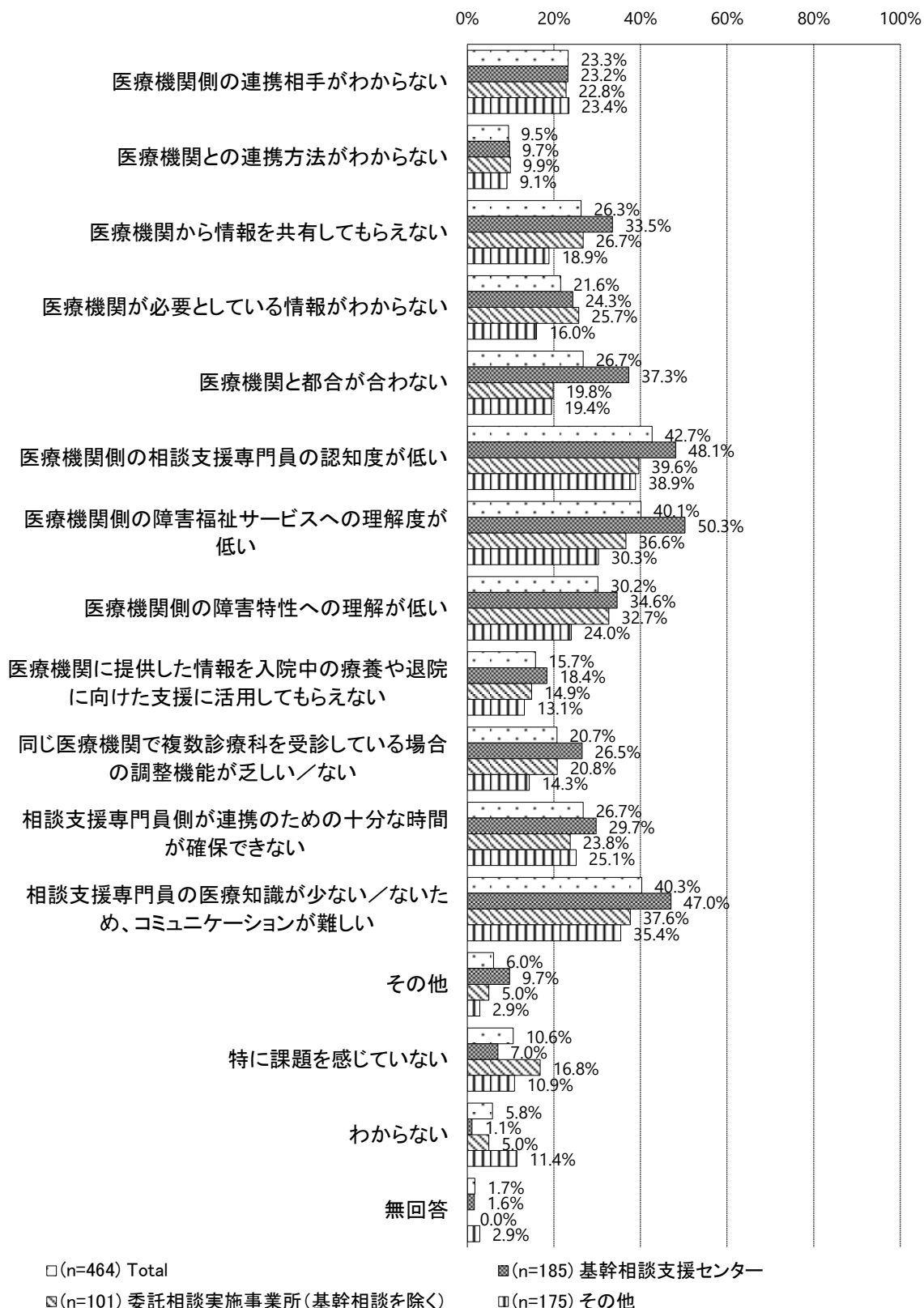
図表 3-53 障害児者の入退院時において、医療機関との連携における課題（複数選択）



(注釈) その他として、以下の回答があった。

- ・ 精神疾患のある方の身体的な治療のための入院時に引き受けてもらえないことも実際ありました。
- ・ 入退院において、医療機関との連携機会そのものがほぼない。
- ・ 入院時についてはケースワーカーが主で医師や看護師との関わりが少ない。
- ・ 医師との連携が上手くいかない時がある。
- ・ 医療を中心としてかかわる必要のある方の、介入のタイミングがわかりにくい場合がある。
- ・ サービス調整に時間がかかることについて医療機関側の理解が低い。
- ・ 町内の医療機関は連携ができていると思うが、町外の医療機関とは連携が不十分であると感じる。
- ・ 普段から連携がしやすい同じ市にある医療機関などは良いが、遠方の大学病院などになると連携が難しい。
- ・ 医療側と福祉側の支援の方向性やスピード感に違いがある。
- ・ 医療機関が地域のことを知らない。他地域のうまくいった事例を参考に”できるでしょ”と言われると厳しい。
- ・ 医療機関同士の連携、調整機能が乏しい。
- ・ 医療相談員（MSW）が不在の病院も多く窓口が不明な場合もある。病院によって MSW の業務にばらつきがあり一概に医療との連携と言っても対応しづらさがある。
- ・ 在宅での生活の課題を伝えてもわかってもらえない。
- ・ 退院後の在宅生活のイメージが伝わりにくく入退院を繰り返す。
- ・ 本人の意向がMSWと違っていた。 /等

図表 3-54 障害児者の入退院時において、医療機関との連携における課題（複数選択、事業所の種類別）



b) 課題の具体的な内容（課題が1つ以上ある場合）

課題の具体的な内容について、自由記述で尋ねたところ、以下の回答があった。

図表 3-55 課題の具体的な内容_入院時（課題が1つ以上ある場合、自由記述式）

<医療機関が必要としている情報や伝え方等がわからない>

- ・ 医療機関が必要としている情報がわかりにくい。
- ・ 情報を下さいと言われ、どのような情報が尋ねても「基本的な情報」との返答で情報提供しづらい。
- ・ どのような情報を必要としているのかや、必要な情報をどのように提供したらよいか分からない。
- ・ どの情報をどの窓口へ伝えたら良いか分かりにくい（医師なのか、病棟看護師なのか、連携室なのか、そこにどのような情報を伝えれば良いのか等）。
- ・ 窓口がどなたになるのかが分からず、連絡をしても良いかの判断が難しかった。相談員から連絡をしても、「本人から連絡をもらってから」という返事をもらうことも多く、その都度本人の了解を得てからでないと連携を図ることが出来なかった。契約時には個人情報使用同意書への署名をもらっているが、病状が悪化している際には了解を得ることが難しいことがあるため、難しかった。
- ・ 医療機関側が欲しい情報を聞かれることが少ない。福祉的視点や地域生活を送る上での視点も知って欲しいと思うが、伝える機会が難しい（診察時間中は次の患者がいたり、本人が同席していたりして、なかなか医師に伝えられない。MSW がついているかどうか不明。）。

<医療機関から情報を提供してもらえない>

- ・ 相談支援専門員の認知が低いため、必要な診療情報提供を共有したくても個人情報を理由に断られる。
- ・ ケースワーカーを通して入院準備をしていくが、その先のことについては相談支援専門員側から求めないと医師の医療方針等を直接聞く機会が少ない。
- ・ 何度も会議する時間はないと思うので書面や電話等でいただけると大変助かる。
- ・ 入院されても連絡が来なくて情報提供がおくれてしまうことがある。
- ・ 入院経過を聞いても個人情報なので教えられないと言われた。

<医療機関側の理解:障害福祉サービス、制度に関すること>

- ・ 介護保険の要介護度を聞かれる。障害福祉サービスと言っても理解を得られないことがあった。
- ・ コミュニケーションが難しい利用者については（家族による付き添いが困難な場合）完全看護の病院であっても付き添いを要求されることがあった（前職・グループホームや入所施設利用者の場合）。その際の付き添い者の手配については非常に困る経験をしたことがあった。（入院中はコミュニケーション支援のサービスの利用ができなかった）また、病院から紙ベースでの本人情報がもらえず、退院後のことを考えてのサービスや支援の準備に支障をきたした。
- ・ コミュニケーション支援が必要な利用者に対して、入院中の付き添いができることについての知識が看護師が知らないので断られた。
- ・ 介護保険の知識はある程度あるんだけど、とよく言われるくらいに、障害分野のことを知っておられる、連携した経験がおありの方が少ないと感じています。「区分って何?」「ヘルパーさんはどのくらい使えるの?」と、イチからの説明になることが多い。

<医療機関側の理解:相談支援専門員に関すること>

- ・ 医師と直接やりとりすることは、認知度の低さ、医療知識の乏しさからハードルが高くとりにくい。実質、一人で100名以上を担当しているので細やかな連携に時間は避けない。家族がいれば、家族から情報をもらうことが多い。
- ・ 介護支援専門員と相談支援専門員の両者が関わっていたケースでは、ケアマネジャーの情報が優位になり、障害特性の理解や配慮が不足することがあった。利用者を支援するという点では一緒だが、本人の意向や、支援の方向性や見る角度に違いがあり、連携にあたり、信頼関係を築くには双方の理解と協力を密にする必要があると感じている。
- ・ 専門用語が飛び交い、医療側主導で進み、不明な点等質問したいができない。思うような回答が得られない。
- ・ 相談支援専門員という言葉や役割がわかっていないことが多く、説明から話すことが多い。なかなか分かってもらうことができないことがある。

<医療機関側の理解:障害特性に関すること>

- ・ 外来と入院病棟での連携、他科との連携が図られていない場合があった(特に大きな病院)。障害特性を理解していただかず、通り一遍(一般的な)の入院説明をされてもご本人が理解できない場合があったため付き添いが必要となった。
- ・ 障害特性に合わせた説明やコミュニケーション、安心感の提供などが忙しさもあってか不十分なことがあり、いたずらにストレス反応が高まることなどがある。丁寧に連絡調整してくれる医療機関と、ほぼ問い合わせするまでではないところと差が大きい。入院、退院という場面だけの連絡調整になりがちな関係では、双方の持っている情報が上手く活かされない印象。
- ・ 障害特性の理解が低いため、障害の状況や本人に合わせた対応がしてもらえない。
- ・ 入院が分かり、障害特性を伝えたいでの対応方法の情報提供を行ったが、十分なケアが出来ず悪化してしまった。急性期の病院で、医師が退院を勧める為障害者施設で困難なケースも施設に戻そうとすることがあった。

<医療機関と障害福祉間での調整が難しい>

- ・ お互いにスケジュールが埋まっていることがあり、スケジュール調整が課題。
- ・ カンファレンス開催の日程調整が、医療機関設定での日程でしか選択肢が無い。担当の職員と話したいときに相手と連絡がつかないことが多い。
- ・ 1日拘束になってしまうため、同行受診の時間調整が難しかった。
- ・ ワーカーと連絡が取れない。折り返しももらえない。緊急入院されても連絡がない。

<その他>

- ・ 入院の判断が地域支援者だけではできないため、どのタイミングでご本人をお連れすればよいかわかりにくい。
- ・ そもそも福祉サービスが必要となってから相談支援専門員とつながるので、入院時からの連携には関係者として入っていないのではないかとと思われる。また、必要なアセスメント等、すぐに動ける相談員が

確保できるかどうかの問題もある。

- ・ 情報提供書を渡しても、共有されていなかったり、情報については取り扱い注意と書いているのに、主治医が本人に「こう書いてある」とマイナス情報をバラされるなど。

(注釈) 複数のカテゴリーに当てはまるものについては、主なもの1つに掲載した。

図表 3-56 課題の具体的な内容_退院時 (課題が1つ以上ある場合、自由記述式)

<医療機関から情報を提供してもらえない>

- ・ 個人情報保護を理由に情報の共有がなされない時。担当(窓口)がはっきりしていないため、伝言等の連絡がうまくいかない時。
- ・ 退院連絡が無い時がある。本人から退院させられたのだが「どうすればいい?」と言う連絡で分かる時がある。連絡があったとしても、本人入院時こんな感じでした。薬変わっています、・・・みたいな感じで退院したら後は知りませんってことがある。
- ・ カンファレンスもなく、退院したことの知らせだけが、親から入る為、今後の支援方法が分からない。
- ・ 退院前カンファレンスの実施はもちろん、十分な情報提供がないまま医療機関側の都合で退院日が設定されるため在宅支援体制の整備に十分な時間が取れない。
- ・ こちらからサマリーが欲しいと言っても、相談支援専門員という職の内容が理解できないため、断られたことがある。保護者も知らない情報が載っていて、こちらから伝えたこともあった。
- ・ 看護サマリーなどの情報を欲しいと要請しないともらえない場合が多い。
- ・ サマリー情報が少ない。看護師からの情報はいただけるが、医師の情報提供は皆無に近い。
- ・ 医師もなかなか時間が作れないのが現状であるが、退院前カンファレンスについては特に様々な支援や今後も病院との関係が深いケースは医師が参加して欲しい。※だいぶ改善はされています。

<退院後の生活・過ごし方等の検討・調整において、障害福祉側が関与できない>

- ・ 医療機関のケースワーカーから話があった後、町の申請状況や相談支援事業所の進行状況の説明をしても、グループホームの体験や入所など勝手に進められ、町や相談支援事業所がケースワーカーに振りまわされて困ったことがあった。
- ・ 相談支援専門員以外のものが障害福祉サービスの事業所紹介をすること(例:病院の相談員が就Bを斡旋し、事業所選定までしてしまう。)
- ・ 医療機関側から福祉サービス利用ありきで相談があるが、どのようなプロセスを経て意向を確認したのかが分かりにくい。福祉サービスの利用については申請から認定調査、区分決定に加えて指定特定相談が支援する計画相談の提供には一定の期間を必要とするが、退院日(サービス利用希望日)までの日数が短い。
- ・ 退院後の福祉サービスについて、制度上はあるが地域の社会資源が充足していない時に地域として支援の選択肢として提示できない時がある。(例:通所リハビリ機関、医療的ケア対応のショートステイ、移動支援などサービスの需要に供給が追い付いていないサービスなど)

<医療機関側の理解:障害福祉サービス、制度に関すること>

- ・ ヘルパーの再開など福祉サービスの利用調整にも時間が必要であるが、事前に説明していても退院の日時を近々に伝えてこられ、対応に苦慮する場合がある。

- ・ 施設入所者が訪問看護サービスを利用できると病院のワーカーが勘違いをしていることがあった。障害福祉サービスについて、確実な情報を把握してほしい。
- ・ これまで障害福祉サービスの利用がなかった場合、導入までに相当の時間が掛かることを医療側が理解していない。介護保険と同じようなものと解釈され、突然退院を告げられ困ったことが相当数ある。
- ・ 障害福祉サービスの認知度が低く、地域の実情を医療機関に周知してもらえていない、医療機関から情報を得ようとしても拒否されることが多い。

<医療機関側の理解:相談支援専門員に関すること>

- ・ 相談支援専門員がどのような職責を持つのか浸透しておらず、患者とのやり取りだけで退院が決まっていることがある。地域資源の状況を共有する場が無く、調整期間が与えられないことがあった。
- ・ 相談支援専門員の役割、立場とケアマネジャーの役割が同じと考えており、同等の役割をお願いされたり、福祉サービスの性質上、すぐに利用できないことに対して、「動きが遅い」とクレームになる。

<相談支援専門員の医療知識が少ない/ない>

- ・ カンファレンスにて、専門用語で話され意味を理解できないまま会議が終了し、後で用語を調べることになる。
- ・ 情報提供書に書かれている内容が、医療の専門用語で分かりにくかった。
- ・ 医療の知識を有した相談支援専門員が少なく、基幹でフォローが必要なケースが多い。

<その他>

- ・ 医療機関が障害の理解や障害児者が受けられるサービスの内容に理解不十分であることや 逆に相談員が医療の知識が不十分であることから、双方が障害児者に対し適切な支援とは何かを見つけ出しにくい。
- ・ 地域での生活を続けていくために、通院先とも連携しながらの支援が必要。医療と福祉サービスの制度の枠を超えた連携が行える仕組み、報酬システムを作り、普段から関わりを柔軟にすることで当事者にとっても好ましい生活環境や医療体制が整えられると思う。
- ・ 入院時と同じですべてのケースで医療連携は難しい。退院後に訪問看護を利用する、細やかなケアが必要なケースについては連携を図るようにしている。
- ・ 経験上は医療機関からは十分な連絡をもらえている(入退院両方)。相談支援専門員は退院後訪問することで、状況の共通理解に努めなくてはならないが、時間の制約から、タイムリーに動けていない。
- ・ 退院カンファレンスの招集がある。その際の資料で退院サマリーをもらい、情報共有している。通所する場合、情報提供書と看護指示書を事業所から家族を通じて医療機関へ依頼をして、その結果のコピーを相談支援事業所でもらい、情報共有させてもらっている。気管切開や呼吸器を使用する段階で、社会資源が限られるので、その際は、必要に応じて受診同行している。

(注釈) 複数のカテゴリーに当てはまるものについては、主なもの1つに掲載した。

2) 本事業で作成する医療機関・障害福祉事業所間での連携様式に対する要望

本事業で作成する医療機関・障害福祉事業所間での連携様式に対する要望について、自由記述で尋ねたところ、以下の回答があった。

図表 3-57 本事業で作成する医療機関・障害福祉事業所間での連携様式に対する要望_入院時
(自由記述式)

| | |
|----------|---|
| 項目に関すること | <p><網羅的な情報があると良い></p> <ul style="list-style-type: none"> 基本情報、家族世帯情報、経済状況、健康保険等情報、障害者手帳の保有、重度医療・自立支援医療受給者証の保有、基礎疾患、服薬状況、支援区分、介護度、認知区分、利用障がい・介護サービス、入院前の状況概要、入院日、入院原因、入院に必要な支援情報、本人・家族の生活に対する思い 項目として、氏名、年齢、住所、電話番号、入院中の連絡先、家族構成、障害名、疾患名、服薬状況、かかりつけ医、関係機関(※担当の相談支援事業所)、血液型、身長、体重、アレルギーの有無、入院中のコミュニケーション方法、医療行為に対する説明の理解度、行動特性 活用としては入院中の生活に役立てる物を記載したほうが良い※ 障害名および障害特性 ・定期受診先病院・服薬情報 ・利用中のサービス ・食事・排泄など ・既往歴 基本情報、かかりつけ医、病名、服薬状況、キーパーソン、サービス内容など <p><本人・家族等の状況></p> <ul style="list-style-type: none"> 本人の意向 ・本人のADL ・本人の障害特性 ・本人の生活環境 ・本人の支援環境 地域生活で利用していた福祉サービス、ご本人の意思決定能力の程度について 治療同意のための意思決定支援について、ご本人が治療に拒否的な場合にどのような対応が必要か 退院後想定されるリスク(家族状況、経済状況、居所の状況)を事前に伝えられる項目 ご本人の生活において必要なこだわりの部分。 基本情報に加えて、かかりつけ病院・普段の生活・利用している福祉サービス・普段の社会参加状況・どんな相談員が関わっているか・介助方法、コミュニケーションにスキルや慣れが必要な場合の方法や考え方、根拠・(昨今コロナ禍でやりにくくはなったが)必要な場合病院に赴いて説明が可能かどうか・家族や本人を取り巻く状況について 等を、Excelシートで共有できれば、多くの人が書き込みやすくていいと思います。 入院に至るまでの生活状況、障害特性、行動特性 入院に至るまでの支援者側が感じる課題(特に生活面) 医療の視点と福祉の視点両方から見た本人の情報※ <p><障害特性や、必要な支援の内容></p> <ul style="list-style-type: none"> 理解度 ・精神状態(または性格) コミュニケーション支援が必要な利用者の情報と、入院時の支援の有無について。重度 |
|----------|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>訪問介護の利用の有無。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 項目：障害特性及び特性に応じた対応方法・配慮が必要だと思う点 懸念：緊急時に活用することを想定すると個人情報の取り扱いについてどこまで本人・家族に事前同意をもらっておけるか ・ 主の生活リズム・こだわり・問題行動、その対応方法 ・ 本人が困ってしまう場面とその原因、対応を記載できると対応がしやすくなるのではないかと思います。ただ書面だけでは伝わらない事柄も多いので打ち合わせの希望の有無などがあると良いのではと思います。 <p><支援者・関係機関等に関すること></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 情報提供(共有)の承諾と、その関係機関名が連ねて書ける欄。※ ・ カンファレンス等への参加の希望確認(相談支援専門員からの要望) |
| <p>様式の体裁や活用場面等に関すること</p> | <p><活用場面に関すること></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時の聴き取り。(緊急時を除く)入院先の選定。 ・ 相談支援専門員が入院時に医療機関に提供する『入院時情報提供書』の内容と被らない内容 もしくは、『入院時情報提供書』を連携書式に活用できると良い。 ・ 病院が必要と言う様式に書き込む方法が良い。時間を要さず簡単に書き込める(チェックをするなど)ものがよい。本人へのコミュニケーション面で配慮することなどはボリュームがあってもよい。 <p><様式に関すること></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ PCで入力できるようにする(エクセル等の活用)。※ ・ 入退院時に医療に関する必要事項はもちろんだが環境・食事等に至るまで、家族が把握し対応できる場合を除き、最低限支援に必要なことは関係機関の連携が欠かせないことから、双方紙ベースでのやり取りを基本としてほしい。※ ・ 書面(特に現状提示できるものは無いが、救急搬送時に家族や支援機関の同乗が無くても医療機関が受け入れてくれる内容。) ・ 新規で書類を一から作成というのは、相談支援専門員にとってはかなり大変かと思う。現に入院時等連携加算があるが、上手く活用されていない現実を見ると書類は基本情報+最近の状況などの情報提供が良いのではないかとと思われる。 ・ 患者さん=障害当事者 家族にとって分かりやすい様式が望ましい ・ 現在の医療情報提供書の内容で差し支えない。※ ・ サービス等利用計画の書式に合わせた様式。※ ・ それぞれ任意の様式でよい。 <p><用語に関すること></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 当地域の自立支援協議会で、特に精神障害の方について本人情報の共有シート(退院時を含む)の作成を検討したことがあるが、医療と福祉とで「言語」が異なっていたり、必要とする情報が異なっていたりして、うまく機能させるまでに至らなかったことがある。必 |

| | |
|------------|---|
| | <p>要性は理解しているが、具体的なシートとなると、課題が多い。</p> <ul style="list-style-type: none"> 略語については、医療側の略語と福祉側の略語に差異があるので、共通言語化が必要ではないか。※ |
| その他、懸念・課題等 | <ul style="list-style-type: none"> 個人情報の取り扱い。情報が多くなれば多くなるほど本人のプライバシー情報が盛り込まれるため、緊急時の取扱いなど本人の同意を適切に取得することが課題として残る。 本人同意の署名欄が設けてあると、本当に伝えたいことを記載できなかつたり、タイムリーに情報提供できない可能性がある 懸念 連携様式の活用についての医療機関の理解 結局は主治医の判断。連携様式について、地元医師会との調整(厚労省からの通知の発出等、活用について明示) いい書式ができたとしても各関係機関(高齢者、障害児者にかかわる医療機関・行政機関・民間事業者等)がそれを共有・認識・評価していなければひとり相撲になってしまう可能性があるため、市・県・国レベルでトップダウンで強制力を持ってでも周知徹底して行くことが必要かと思う。 相談員も救急隊も参加できる医療連携システム(特別な個人情報の為、セキュリティの課題は多々あり、現実的ではないが、救急搬送時に必要な情報を医療機関が活用できたり、医療場面以外の地域の生活情報などの共有が可能。) |

(注釈) 複数のカテゴリーに当てはまるものについては、主なもの1つに掲載した。

(注釈) 「入院時」「退院時」で同一の回答が寄せられた場合、「入院時」に掲載した回答の末尾に「※」を付記した。

図表 3-58 本事業で作成する医療機関・障害福祉事業所間での連携様式に対する要望_退院時
(自由記述式)

| | |
|----------|---|
| 項目に関すること | <p>＜網羅的な情報があると良い＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ご本人・ご家族の情報・入院(所)概要・疾患と入院(所)中の状況。ご本人・ご家族の受け止め/意向。退院後に必要な事柄・症状・病状の予後・予測。退院に際しての日常生活の障害要因(心身状況・環境等)。在宅復帰のために整えなければならない要件等 基本情報(生活歴、受診状況、経済状況、家族構成、手帳・区分認定の有無、福祉サービスの利用状況) 入院中の経過、検査結果、家族・本人の意向、内服内容・管理状況、住環境の状況、職歴、対人スキル、通院頻度、ドクターの今後の治療方針 <p>＜入院理由、入院中の様子、治療状況等＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 治療の経過 今後予測される経過(内服や通院の状況など) ADLの変化 許可された活動状況(制約される活動など) 今回の入院や疾患による、今後の注意事項や禁止事項(食事や運動制限など) 入院にいたった経緯 入院中の様子(課題、達成度) 退院にいたった経緯 ルールや約束など決めごと(暴力をしたら入院等) 退院後に新しく利用するサービス等があればサービス内容について(訪問看護週●回、放課後等デイサービスの利用等) 病院内での意思確認の経過情報、医療側の判断基準。活用場面→退院支援調整会議等 懸念→個人情報の取り扱い根拠 |
|----------|---|

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p><予後や、退院後に必要な支援・サービス等></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の所見、治療経過、病状予後、退院後の課題（ADL、リハビリの有無、生活環境等）等 ・ 入院中の状況概要（本人・家族の気持ちを含む）、病状の予後予測、退院後の医療的処置・看護・リハビリ・治療方針・禁忌、退院後の医療機関・医学管理・受診予定・受診方法、今後の生活の希望・社会参加について ・ 継続してケアが必要な状況（医療的ケア・褥瘡の有無・食事の状況）とその処置の方法・入院中の本人の様子・受けていたリハビリテーションの内容及び地域での継続が必要かどうか「自立・一部介助・全介助」だけでは読み取り切れないうところも多く、退院前カンファレンスが必ず開催できるかどうか分からない。聞きたいことがこれを見ればある程度分かる、ものが有難い。 ・ 盛り込む項目：医療側からみた必要な支援、福祉側が考える支援、退院後の医療機関や医療体制、入院中に本人家族と話しをしたこと ・ 身体状況の回復の具合。これまでの支援に加えて必要な支援について 例：転倒防止のため見守りをしてほしい等。医療的な視点についてはわからないので例：血圧が（数値）以上なら主治医に連絡等具体的に教えてほしい。頓服とあるが頓服を飲むタイミングが分からないので具体的にこんな症状が出たらとか教えてほしい。 <p><支援者・関係機関等に関すること></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護サマリーの共有についての本人同意欄 ・ 病院への問い合わせ方法（TEL・FAX・メール・他） 例 TEL だったらいつの時間帯が良いとか等 ・ 障害福祉サービスを利用している場合は、相談支援専門員との退院後の生活に向けたカンファレンスの機会に声をかけてもらえると良い |
| <p>様式の体裁や活用場面等に関すること</p> | <p><様式に関すること></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ○印等、書きやすくする（文字で書く項目はなるべく少なくする） ・ 看護サマリーで概ね情報の把握はできますが、医療機関によって情報に濃淡がある。通常業務で使用しているアセスメントシート以外で入退院の支援のために新たに書類を作成する場合、作成に係る時間的な負担は増える。 ・ 各医療機関で使用している、情報提供書、看護サマリーが良い。ただでさえ書類が多い中、新たに作成となると、医療機関側負担になり、続かないと思う。 <p><用語に関すること></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的には入院時の要望と同じで、医療と福祉とで共通理解できる「言語」をまず持つことが必要と考える。また、医療機関側に連携の必要性を理解してもらうことが先決と考える（地域で受け入れる側の福祉の立場は、医療機関からいきなり当事者を振られることは困るので、連携の必要性は常に感じている）。 ・ 退院後は医療の全くの素人（福祉支援者など）と過ごす時間が大半なので医療用語を使わない文面にしてほしい。 |

| | |
|-------------------|--|
| その他、懸念・課題等 | <ul style="list-style-type: none">・ 入院前の日常生活スケジュールから、退院後の医療的ケアのスケジュールを一緒に考えていくツールがあると良いと思う。・ 緊急時や災害時に必要な備品の項目と、医療機器のリストと緊急連絡先等の情報。非常時電源、呼吸器の管理など。 |
|-------------------|--|

(注釈) 複数のカテゴリーに当てはまるものについては、主なもの1つに掲載した。

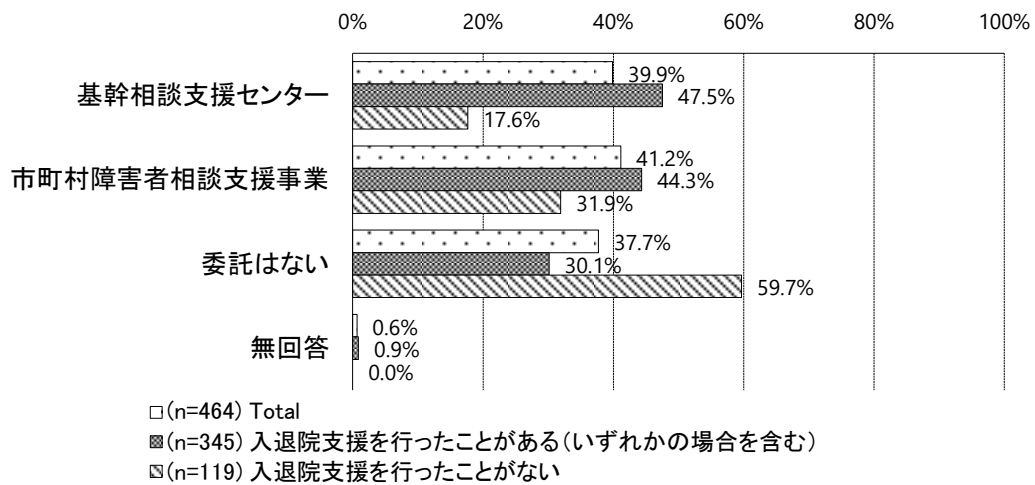
(4) 【参考】入退院支援の経験別クロス集計

入退院支援の状況について、入院支援もしくは退院支援のいずれかを行ったことがある場合に「入退院支援を行ったことがある」、いずれも行ったことがない場合に「入退院支援を行ったことがない」と整理し、障害児者の医療機関からの退院支援及び入退院支援における課題について、クロス集計を行った。

① 基礎情報

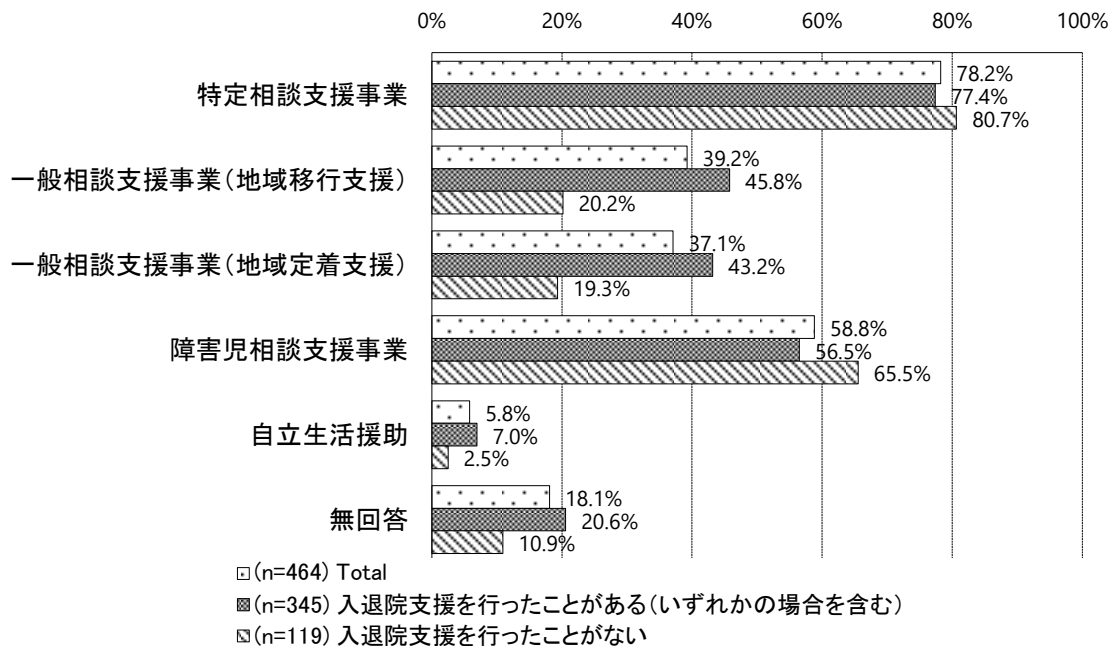
1) 委託の有無

図表 3-59 委託の有無（複数選択、入退院支援の経験別）



2) 指定の種類

図表 3-60 指定の種類（複数選択、入退院支援の経験別）

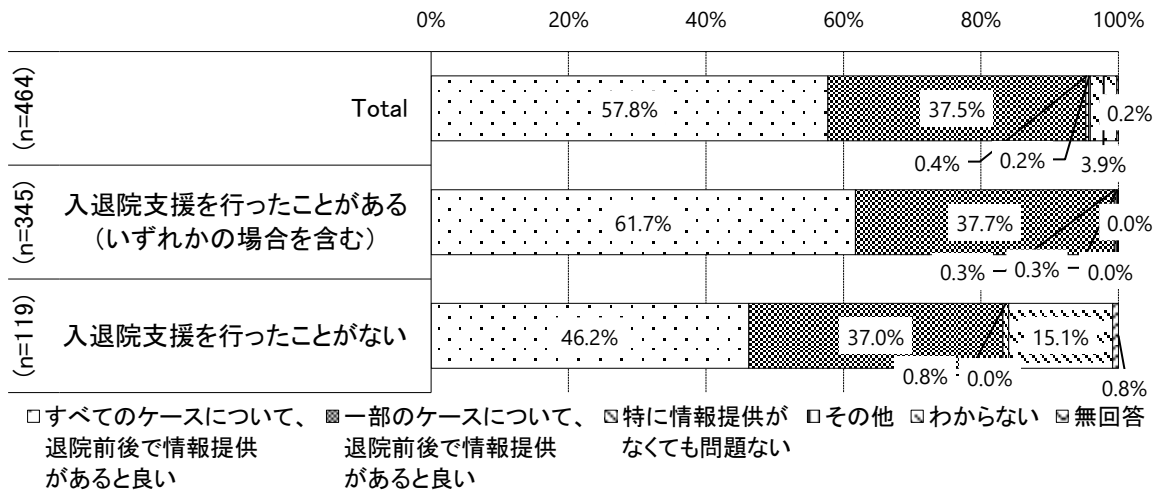


② 障害児者の医療機関からの退院支援_入退院支援の経験別

1) 障害児者の退院時に、医療機関からの障害児者に関する情報提供

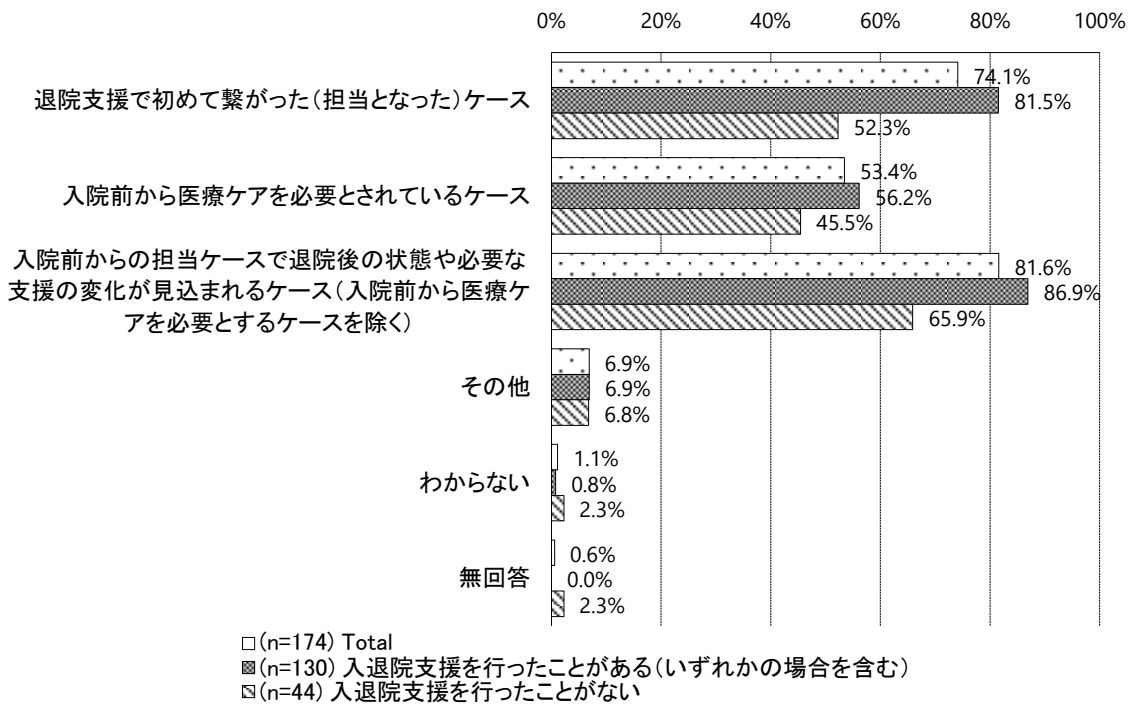
a) 情報提供のニーズ

図表 3-61 情報提供のニーズ（入退院支援の経験別）



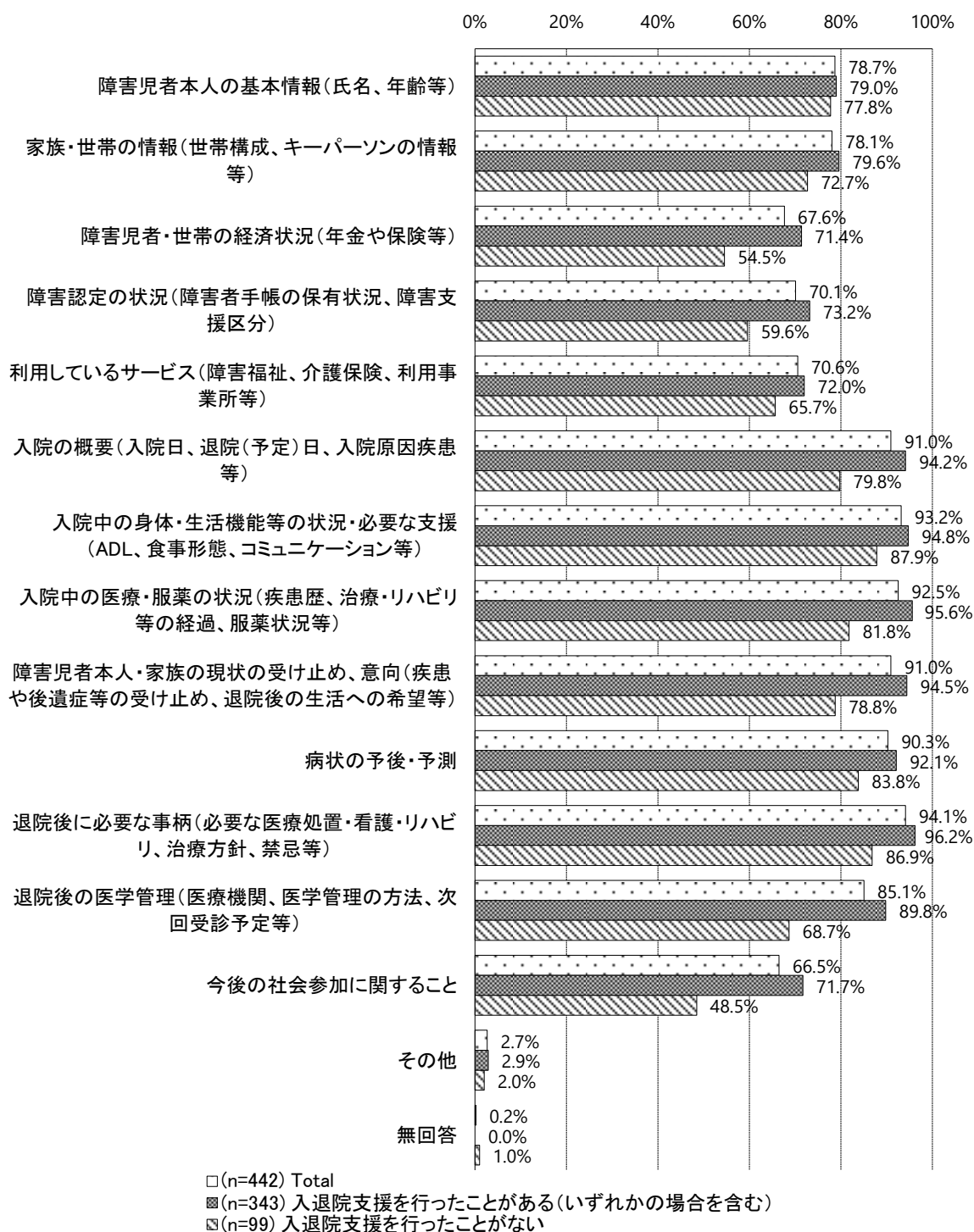
b) 情報提供があると良いケースの具体的な特徴（一部のケースについて情報提供があると良い場合）

図表 3-62 情報提供があると良いケースの具体的な特徴（入退院支援の経験別）



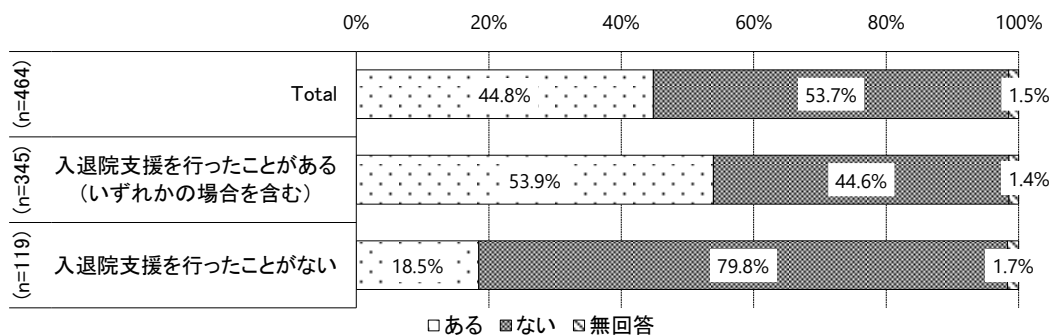
c) 医療機関から提供されると良い情報

図表 3-63 医療機関から提供されると良い情報（複数選択、入退院支援の経験別）



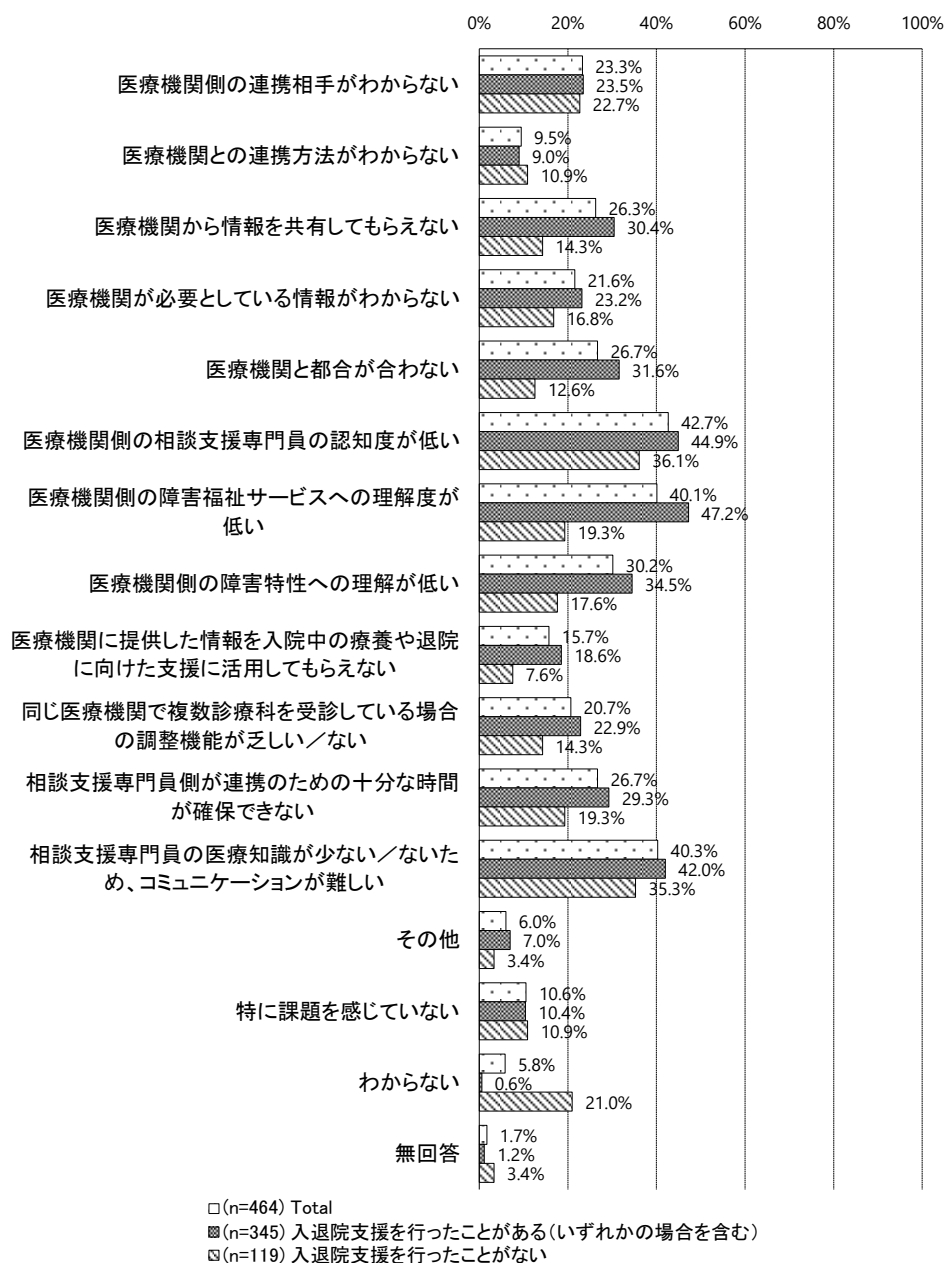
2) 医療機関からの情報提供がなく、困った経験の有無

図表 3-64 医療機関から情報提供がなく、困った経験の有無（入退院支援の経験別）



③ 障害児者の入退院時において、医療機関との連携における課題

図表 3-65 障害児者の入退院時において、医療機関との連携における課題（複数選択、入退院支援の経験別）

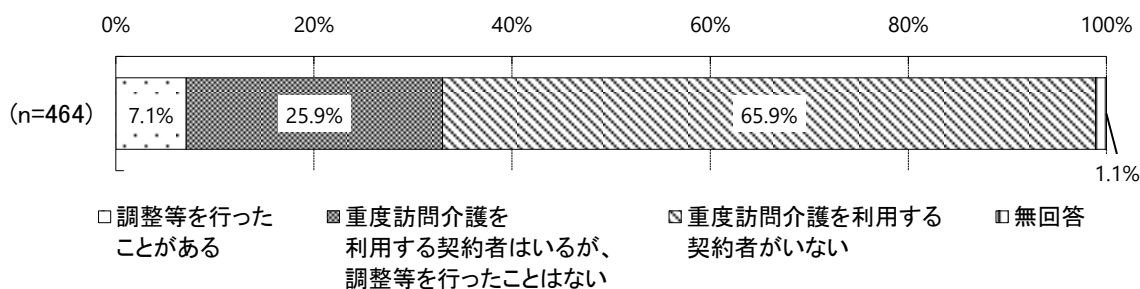


(5) 入院中の重度訪問介護利用における医療機関との連携状況

① 入院中の重度訪問介護の利用にあたり、入院前に重度訪問介護事業所や医療機関と調整等を行った経験の有無

「重度訪問介護を利用する契約者がいない」の割合が最も高く 65.9%となっている。次いで、「重度訪問介護を利用する契約者はいるが、調整等を行ったことはない (25.9%)」、「調整等を行ったことがある (7.1%)」となっている。

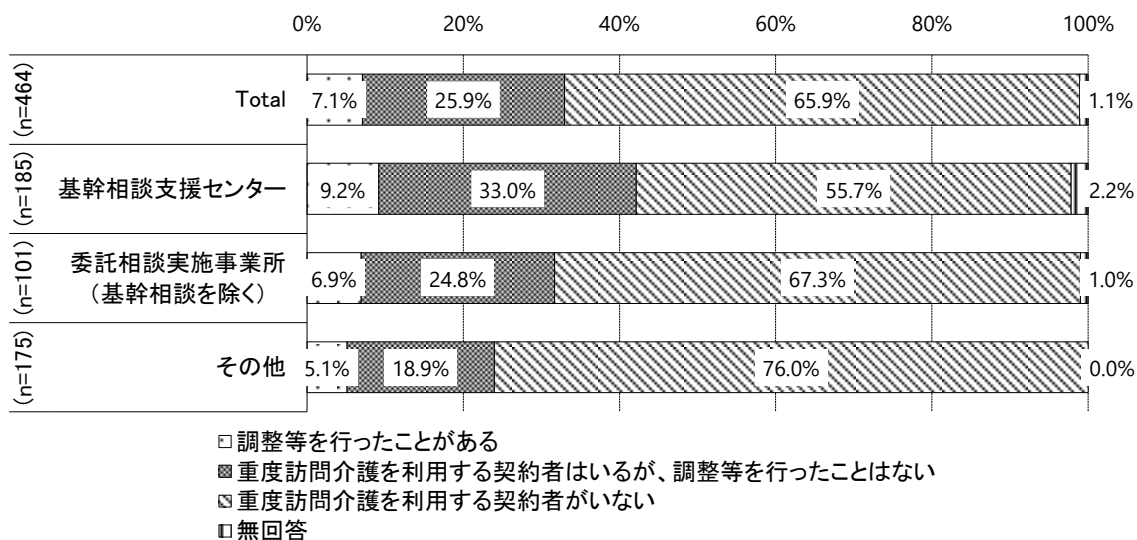
図表 3-66 入院前に重度訪問介護事業所や医療機関と調整等を行った経験の有無



(注釈) 入院中の調整や、サービス利用決定前からの支援を含む。

(注釈) 行政との調整は除き、重度訪問介護事業所や医療機関との調整について回答いただいた。

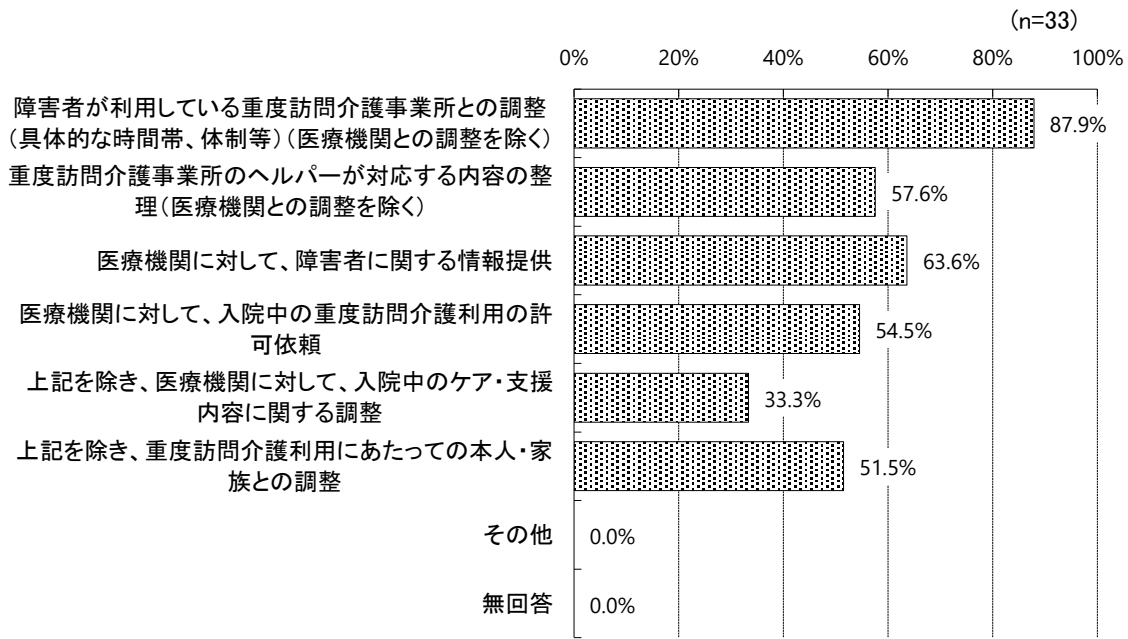
図表 3-67 入院前に重度訪問介護事業所や医療機関と調整等を行った経験の有無 (事業所の種類別)



② 行ったことのある調整等の内容（調整等を行ったことがある場合）

「障害者が利用している重度訪問介護事業所との調整（具体的な時間帯、体制等）（医療機関との調整を除く）」の割合が最も高く 87.9%となっている。次いで、「医療機関に対して、障害者に関する情報提供（63.6%）」、「重度訪問介護事業所のヘルパーが対応する内容の整理（医療機関との調整を除く）（57.6%）」となっている。

図表 3-68 行ったことのある調整等の内容（調整等を行ったことがある場合、複数選択）



（注釈）行政との調整は除き、重度訪問介護事業所や医療機関との調整について回答いただいた。

③ 医療機関に対して、特に注力して伝えた／伝えている内容（障害者に関する情報提供等をしたことがある場合）

医療機関に対して特に注力して伝えた／伝えている内容について、自由記述で尋ねたところ、以下の回答があった。

図表 3-69 医療機関に対して、特に注力して伝えた／伝えている内容（障害者に関する情報提供等をしたことがある場合、自由記述式）

| | |
|----------------------------------|---|
| 入院中の重度訪問介護利用による支援について医療機関の許可を得る前 | <p><サービス利用の必要性></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 重度訪問介護の支援の必要性とその内容。 ・ 重度障害を持つ場合、特別な介助が必要であり、その人独自の介助方法がある事を丁寧に伝えた。 ・ 言語障害があることでコミュニケーションが難しい方について、ヘルパー利用が必要であることを伝えた。 ・ 説明したが、「当院には不要」と断られた。医療関係者はこの制度を知らない。 <p><必要な支援の内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ADL や現在在宅で行っているヘルパーによる介助の内容。※ |
|----------------------------------|---|

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ヘルパーが普段行っているケアについて、本人のコミュニケーション能力について。 言語障害があるため、コミュニケーションに時間がかかる。体位についても微妙な調整が必要である。 本人の特性とコミュニケーション支援の内容と視線入力PCの使い方等。 <p><本人や家族の思い・希望></p> <ul style="list-style-type: none"> 本人・家族の希望や思い。 本人の希望を医師に伝える。または、ワーカーに伝える。 障害の状況や本人の価値観など、生活の質にかかわる情報の共有。※ <p><その他></p> <ul style="list-style-type: none"> 本人の身体状況や支援状況 重度訪問介護の担い手の少なさ、制度の説明 医療ケアを担えるヘルパー不足の現状。※ コロナ禍での調整であったため、医療側の条件を伝えた上で、支援に入る事業所の情報を伝えた。また、本人の障害特性、経済状況、家庭環境、生活側の情報窓口を伝達した。 緊急時以外は事前にソーシャルワーカーへ連絡を取る。 区分調査結果、利用条件等。 |
| <p>入院中の重度訪問介護利用による支援について医療機関の許可を得た後</p> | <p><具体的な支援内容の調整></p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問の頻度、時間、支援内容、夜間の訪問についての必要事項の確認。 医療側とヘルパー事業所側との連携 支援する内容の整理。 支援会議を 1 度行い、治療状況、入院中の様子、支援の状況を医療、福祉で共有した。 事業所との調整時の責任者について、具体的な支援内容について、トラブル時の連絡先等。 医療機関から支援に関する確認。 <p><その他></p> <ul style="list-style-type: none"> 許可が出ると重度訪問介護事業者と本人との間で調整されている。 定期的に面会をして状況を確認、その都度医療関係者から本人の病院での状況を聞き取った。 |

(注釈) 行ったことのある調整等の内容について、「医療機関に対して、障害者に関する情報提供」「医療機関に対して、入院中の重度訪問介護利用の許可依頼」「医療機関に対して、入院中のケア・支援内容に関する調整」のいずれかを回答した場合に、本設問にも回答いただいた。

(注釈) 許可を得る前後で同一の回答が寄せられた場合、「許可を得る前」に掲載した回答の末尾に「※」を付記した。

④ 入院中の重度訪問介護利用について、医療機関に対して、相談支援事業所や重度訪問介護事業所から伝えづらいことや困っていること（重度訪問介護を利用する契約者がいる場合）

医療機関に対して、相談支援事業所や重度訪問介護事業所から伝えづらいことや困っていることについて、自由記述で尋ねたところ、以下の回答があった。

図表 3-70 医療機関に対して、相談支援事業所や重度訪問介護事業所から伝えづらいことや困っていること（重度訪問介護を利用する契約者がいる場合、自由記述式）

| | |
|--|--|
| <p>入院中の重度訪問介護の利用にあたり、入院前に重度訪問介護事業所や医療機関と調整等を行った経験がある場合</p> | <p><医療機関側の制度の認知度が低い></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 重度訪問介護利用について、医療側が制度を知らなかった。制度説明をしたが、医療でやるので不要と言われ活用できなかった。周知活動がまず必要と感じた。 ・ 制度について把握していない。責任の所在について病院が懸念している。なぜ断られるのか理由がわからない。 <p><感染症の流行による影響></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知度の低さ。コロナのため、入院にはかなり制限が設けられた。 ・ 入院受入の為に支援者がつくことが条件で、本人は医療チューブを引き抜いたり突発的な行動もある利用者なので24時間の付き添いが求められたが、コロナ禍ということで仕方ない面もあるがローテーションで入れる支援者の人数を制限され、介護負担が深刻であった。 ・ コロナ禍になってからはコミュニケーション支援が必要な障害者の方が入院しても病院に入ることができず、制度が使えない状況が続いている。 <p><医療機関側の障害特性への理解が乏しい></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関が、重度障害者に対する特性と入院時の支援の必要性を理解されない。 ・ 重度の知的障害から行動障害がある人の環境調整は重要である。制限のある治療生活の中で、いかに治療できるか、それを支えるのが重度訪問介護であるため、一緒に考える機会を設けてもらいたい。経験として、重度の知的障害のある人、行動障害のある人の治療そのものが当人の理解がないために中断されやすい印象を持っている。できれば、どうやったら治療できるかを考えてもらいたい。 ・ 知的障害のある方のニュアンス的な言葉の表現方法。 <p><その他></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 支援内容のすみ分け どこまでが医療でどこまでがヘルパー事業所がやるべき事か区別がつきにくい。 ・ 入院の看護師や連携室に家族からしっかりと希望が伝えられていると支援者も伝えやすい。重度訪問介護のヘルパーが入院中の支援ができることを理解してくれたので、困っていることはない。 ・ 医療機関だとタイムリーな支援が困難なこと |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 重度訪問介護を担うヘルパーが少ない点 ・ 特になし(他 2 件) |
| <p>入院中の重度訪問介護の利用にあたり、入院前に重度訪問介護事業所や医療機関と調整等を行った経験がない場合</p> | <p><医療機関側の制度の認知度が低い></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院中のコミュニケーション支援があることを医療機関が知らない。 ・ 病院の相談員自体が制度を知らない場合、説明をするのが難しい。 ・ まだまだ病院に入院中のコミュニケーション支援のことが浸透していない。説明しても「完全看護なので」と介入できなくなってしまうケースが散見される。 ・ 現に調整したことはないのであるが、入院中の重度訪問介護の利用にあたって医療機関が理解を示してくれるのかには不安がある。 ・ 本人が安心できる支援者(ヘルパー)がいる必要性を汲み取ってもらいにくい。近年はコロナウイルス感染症の関係もあり難しかったことは重々承知しているが、それでも受け入れに拒否的な所が多いと感じています。 ・ 利用できる制度であっても受け入れ先が少なく調整が難しいこと。 <p><感染症流行による影響></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症対策にて面会制限がかかっていることが多く、調整が難しい。 ・ コロナで導入できない ・ コロナ禍だったため重度訪問介護の受け入れ体制がなかった。 ・ 感染症を持ち込むことやその懸念。 <p><入院中の利用にあたり、役割分担等の医療機関側との調整が難しい></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニケーション以外の支援を医療側から求められるが、制度上できないことを理解されない。 ・ 個室の場合は一定程度は支援として可能だと思うが、同部屋の患者に対しての配慮や病院側の窓口とのやり取り、入院時に重度訪問介護従事者側がどこまで来てどこからが出来ないのかの線引き(医療と福祉の範囲)が末端のスタッフには中々周知が出来ないと思う。医療従事者の範囲、重度訪問介護従事者側の範囲。 ・ 病院がヘルパーの受け入れについて理解があるのか、どの様に思っているかによって伝え方が難しいのではないと思う。病院(Dr・Ns)が制度やヘルパーの役割をきちんと分かって受け入れているか?ヘルパーに介助を丸投げにならないか。役割分担が出来るか等。 ・ 何を相談したら良いのかわからない、またどこを窓口として相談すれば良いのかわからない <p><障害特性への理解が難しい、介助方法を伝えることが難しい></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の特性を医療機関側が理解することが困難なこと ・ また、退院時に褥瘡を作って帰ってきたりすることが多いので、適切な介助方法がきちんと伝えられていたら・・・と感じることも少なくない。 |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時に予測されることとその対応。 ・ 言葉の聞き取り状況や意思確認についての情報。ご家族の様子や自宅での生活状況の様子で、どこまで共有できるのか、対応をしてもらえるかについて。 <p><その他></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時の受け入れや調整。 ・ 入院中だが、数時間(トイレ、食事、就寝時など)ヘルパーと一緒にいて、レクチャーができると受け入れ側も安心すると思われる。それに対してのヘルパーの実稼働が算定できるのかが問題と思われる。 ・ 支援者の人材確保が大きな課題となっている ・ これまで経験がないため、分からない (他 3 件) ・ 特になし(他 14 件) |
|--|--|

(注釈) 調整等の経験の有無は問わず回答いただいた。

⑤ 入院中の重度訪問介護利用に向けての調整等の連携様式に対する要望

入院中の重度訪問介護利用に向けての調整等の連携様式に対する要望について、自由記述で尋ねたところ、以下の回答があった。

図表 3-71 入院中の重度訪問介護利用に向けての調整等の連携様式に対する要望 (自由記述式)

| | |
|------------------------|---|
| <p>項目に関すること</p> | <p><網羅的に情報があると良い></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 問 24 の全ての選択肢:1. 障害児者本人の基本情報、2. 家族・世帯の情報、3. 障害児者・世帯の経済状況、4. 障害認定の状況、5. 利用しているサービス、6. 入院の概要、7. 入院中の身体・生活機能等の状況・必要な支援、8. 入院中の医療・服薬の状況、9. 障害児者本人・家族の現状の受け止め、意向、10. 病状の予後・予測、11. 退院後に必要な事柄、12. 退院後の医学管理、13. 今後の社会参加に関すること ・ 連携の書式には身体状況、本人の特性、支援の具体的な方法、実際に使用している福祉機材(リフトなど)等、共有いただきたい情報の項目が必要であると思われる。 ・ 基本情報、生活歴、現病歴、既往歴、地域生活の様子、本人の意向(推測か否かも含む)を入院時に共有できると良い。書面だけのやりとりにならないよう配慮が必要。 ・ 盛り込むべき項目:現状、将来性(社会性、生活力)、金銭、家族(キーパーソン)、介護者の有無と状況、受診、方向性など(退院の可能性があれば) <p><必要な支援の内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害特有のコミュニケーション方法や介助方法、病院側が行う事と重度訪問介護の支援者が行う事の整理 患者さんは慣れたヘルパーさんに多くを頼りますが、本来 |
|------------------------|---|

| | |
|--------------------------------|--|
| | <p>制度利用できる部分と医療機関の職員がやるべき事があると思いますので、その調整が難しいと感じた事があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニケーションの取り方(例:YESの場合は目をつぶる、不快な時は顔が赤くなる) ・ コミュニケーションツールの利用方法(PCの操作方法等) ・ 吸引の様子や回数等・夜間の酸素の必要性について・体交の必要性について ・ 入院中に必要なケアの内容とその頻度、病変時の連携についての確認。(ナースコール、急変時の相談) ・ どこまでを事業所がして、どこまでが医療側がするのか等が 具体的支援内容、医療内容が記載されていたら分かりやすい。 ・ 生活におけるすべての介助方法が記入できる様式が望ましい。「こういった配置をすれば本人が自分で食事がとれる」など、自由記述欄が多い方がいい。身体状況等は千差万別の為、その人に合わせた書式だといい。また、医療機関へ入院中の重度訪問介護利用についての周知文も合わせて用意してもらえるといい。 <p><本人等の思い></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の思い、望むこと、特性などの精神面や入院前の生活がイメージできることを、入院中に支援してくれる病院職員に伝えたい。 ・ ACPを含む本人の大切にしたいことで、治療方針等に影響するような内容。 ・ 生活の様子、地域での医療的な留意点、病院との定期的受診内容 他。 <p><支援者・関係機関等に関する事></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者に対して困った時の説明書的な要素があるとよい。お互いの担当者名と連絡先は必須。 ・ 入院中、介助面で質問できるメールアドレス (返答時、加算報酬あり) |
| <p>様式の体裁や活用場面等に関する事</p> | <p><活用場面に関する事></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院中の重度訪問介護利用の範囲について、書面のやりとりだけでなく、本人の介助について看護師等と一緒に実習することも含めて、本人にとってより良い看護、介護が行われるようにしていただきたい。 ・ オンライン上で共有も共有できるような介助方法、コミュニケーションの方法等動画もアップできるような仕組みがあれば入院時の引継ぎ等が楽になると思います。 ・ 基本情報等以外は、本人がいる場で記入できるようにすることが望ましい。あわせて、本人の情報が洩れる心配がないように取り扱いへの注意が厳とされることが望ましい。 ・ 書式だけのやり取りだけで連携できるわけではないので、書式はあくまで連携のための準備資料となると良い。 <p><様式に関する事></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ とりあえず基本様式の提示、その後それぞれが修正できれば良い。 |

| | |
|--------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 既存の書式でよい(なるべく仕事を増やさないことが大事)。 ・ 書式や書面の整備は重要ですが実用されないことも多々あります。作成時に記載が容易で短時間で入力できるものや、別の作成書式(相談支援では基礎情報シートに相当するもの、アセスメントシート作成はしていることが多い)を別途添付できると助かります。作成にも多少なり時間がかかるので何らかの報酬加算対象にしてもらえると助かります。 ・ わかりやすく、記入しやすい書式、項目ごとに書いてあるとわかりやすい。 ・ 関係機関それぞれ全部の機関がわかる用語を使用できると良い。 ・ 看護サマリー的なものよりは、相談員が使用している支援者台帳的なものが良い。 |
| <p>その他、懸念・課題等</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ まず必要なサービスであることから、対応を拒否されないようにできればありがたい。(食事が一部介助で取れる方だったが、介助しても飲みこめないなど、介助スキルがないことと誤嚥のリスクを感じてか胃ろうを勧められる。) ・ 懸念点として、医療現場において介護ヘルパー職が「病棟の人員」とみなされ、そもそのコミュニケーション支援だけではない、業務以上の支援を期待されることがある。医療連携室の方の、制度の理解はもちろんのこと、直接看護を行う病棟スタッフの方々にも制度の理解をお願いしたい。 ・ 個人情報漏洩、作成に係る事務負担等。 ・ 入院時:医療機関がどんな情報を求めているかわからない。 ・ 病院はどこまでサポートできるか、どこからができないのかを知りたい。そのため、入院中に必要なサポートについて、病院ができることと、重度訪問介護ですることがわかるような表。 |

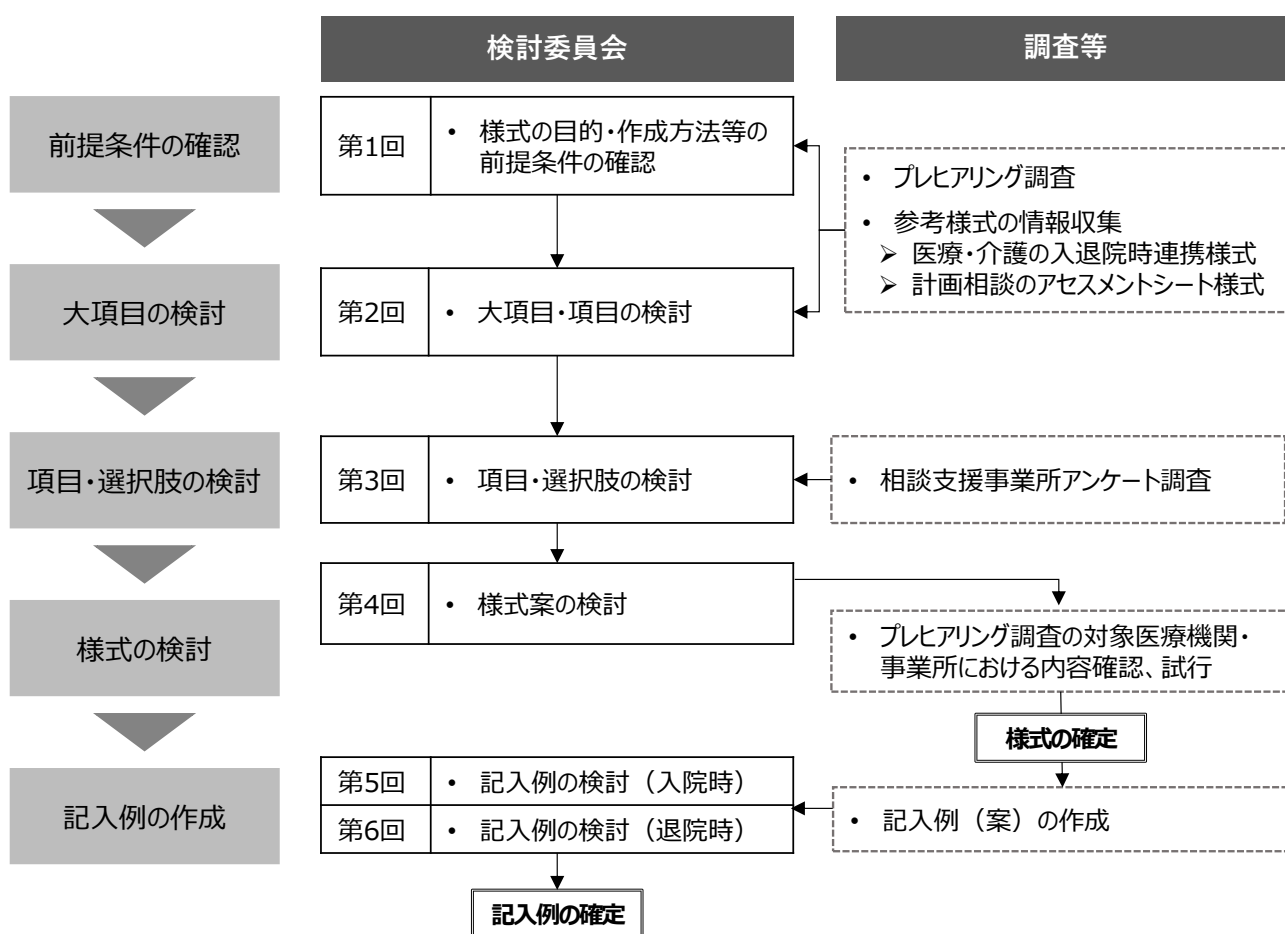
第4章 医療機関等と相談支援事業所等における情報共有の様式の開発

1. 開発の経緯等

障害のある利用者・患者が安心かつ安全に入院治療を受け、在宅に移行するには、医療機関における障害特性に応じた個別のケアや環境調整と、退院後の在宅における円滑な療養環境の整備が重要である。その実現のため、入退院時の相談支援事業所・重度訪問介護事業所と医療機関の情報連携の推進及び連携の標準化を目指して、入退院時の情報共有の様式と障害特性別の記入例を作成した。

様式及び記入例の作成フローは以下の図表の通り。様式の作成にあたっては、医療機関と相談支援事業所・重度訪問介護事業所における情報連携のニーズや提供可能な情報等の実態を踏まえた内容となるよう、連携実態や情報ニーズ等を把握するための調査と、検討委員会との検討を相互に連携させる形で実施した。

図表 4-1 様式及び記入例の作成フロー〔再掲〕



様式及び記入例の検討の過程において、検討委員会で作成のポイントとなった主な点を以下に示す。

図表 4-2 様式及び記入例の作成におけるポイント

- ＜全体について＞
- 利用者・患者によって、障害の内容や程度は多様であることから、様式は、障害の個性や多様性に対応できる汎用的な内容で作成する。個性に対応する記載方法については、記入例によって

示すこととする。

- 作成の場面は、予定入院、緊急入院のいずれも想定しているが、緊急入院においては、対応可能な時点、記載できる範囲での対応とする。
- 本人の同意のもとに様式は作成されるものとする。本人からの情報提供が可能な場合や、本人が直接の情報提供を希望する場合は、本人から情報提供を行うものとし、医療機関や事業所からの情報提供は行わなくとも問題ない。
- 現場で活用される様式とするため、作成負担の少ない簡便な様式とする。また、入院時はアセスメントシートやサービス等利用計画等、退院時は看護サマリー等の添付による情報提供も可能とする。

<入院について>

- 入院する本人は様々な不安を抱えていることから、事業所が本人・家族の不安や希望を踏まえて、医療機関に情報共有できるものとする。また、様式ではなく本人から直接の情報提供の希望があれば、その旨を伝えられる形式とする。
- 入院時に在宅での状態を保つ（リロケーションダメージを防ぐ）ために、在宅側から医療機関へ必要な情報を伝えられることが重要である。様式では、本人の特性や生活習慣、在宅でのケアの方法、入院中における特性等への対応方針等を入院医療機関に伝達することを目指す。

<退院について>

- 病状の予後・予測は、医療機関しか持ちえない情報である。様式では、医療機関側から在宅での支援機関に対して、治療後の病気や状態の変化に伴い、生活機能や身体機能で生じた変化と医療機関として在宅でのケアにおける留意点等を伝えることを目指す。

次項から、本事業で開発した様式の概要、内容、記入例を掲載する。

2. 入院時連携の様式

(1) 様式の概要

① 目的

相談支援専門員等が入院前又は入院後早期に医療機関に対して、本人の状況に適した入院生活を実現するために必要な情報を伝えることで、利用者にとってより適切な医療や支援を実現し、医療機関にとっては円滑な入院中の支援及び退院支援を実現することを目的とする。

② 対象者

利用者（知的障害、精神障害、身体障害、重度心身障害など障害種・程度は問わない）が、一般病院に入院するにあたり医療機関と相談支援事業所等との連携が必要と考えられる者を対象とする。特に、入院中の支援で配慮や調整が必要な場合や、本人による意思の伝達や状況説明が難しい場合での活用を想定している。

③ 作成者

作成者は、相談支援事業所（重度訪問介護の利用者の場合は、相談支援事業所又は重度訪問介護事業所）とする。ただし、入院中に重度訪問介護による特別なコミュニケーション支援が行われる場合、セルフプランの利用者は重度訪問介護事業所が作成、相談支援の利用者は相談支援事業所と重度訪問介護事業所が連携して1つの書面を作成する。

※本人の同意を得た上で作成すること

④ 作成のタイミング、作成方法

入院前～入院後早期にメール、FAX、手交等で医療機関に提供する（同行受診、事前調整、入院時カンファレンスでの活用も含む）。

⑤ 様式のポイント

入院前の聞き取り、かかりつけ医や訪問看護事業所からの情報提供は必要に応じて別途行われているものとして、本様式では、本人及び在宅の支援者の視点から、本人の意思、状況にあった入院生活や支援のための情報伝達に重点を置いた書面とする。

- 入院という環境変化に対しての本人・在宅の支援者からの要望
- 医療機関の入退院支援にあたって必要な情報（リスクマネジメントや支援で必要な情報）

(2) 様式

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"/> あり→区分() |

障害に関連する疾患に限らず、把握している疾患はすべて記載

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

医療機関が個別支援や配慮の必要性を確認できるよう、入院での治療・療養を想定した際の支援のポイント、入院での懸念点等について、①～④を含めて具体的に記載

① 身体の状態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 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 |

支援が必要な場合は、どのような方法でどの程度の意思伝達が可能か、コミュニケーションのポイント等を記載

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

本人が安定的に療養するための環境面での配慮、入院時の支援で留意すべき生活上の課題(リハビリテーション目的の入院の場合、在宅で目指したい状態等を含む)、本人が好む過ごし方などを記載

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 | | 医療機関と事前調整を行うにあたり、基本的な情報(必要な理由、想定される支援内容等)を記載 | | | |
| 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 | 家族・世帯との調整にあたり医療機関が留意すべき内容があれば記載(障害受容の状況、支援の必要性等) |

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 |
| 1日の生活の流れ・社会参加の状況 | 医療機関が退院後の生活を見据えた支援を行えるよう、現在の生活の状況等について記載(サービス等利用計画、アセスメントシート等の添付も可) |
| 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 | わかる範囲で記載(おくすり手帳の添付、または、マイナ保険証での診察時確認でも可) |
| | 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:() | |

(3) 記入例

① 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 身体の状態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"/> ポータブル <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

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 / <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() | |
| 服薬状況 | 薬の名前 添付のおくり手帳を参照 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:() |

② 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。体位交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 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。学校的环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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 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:() | | | | | | |

③ 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 花子 | | 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身体の状態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 checked="" type="checkbox"/> その他 | | | | |
| 頻度高く、手足の位置等の細かい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 | | | | |

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。 | | | | | | |
| 訪問の可能性がある事業所 | 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、その時々や状態や必要な支援を医療従事者にお伝えする。また、意思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 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(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) | | | | | | |

3. 退院時連携の様式

(1) 様式の概要

① 目的

相談支援専門員が、退院前早期に医療機関から、入院中の状態や予後、退院後に必要な支援について情報収集することで、適切にサービス等利用計画の修正、サービスの調整等を行い、本人・家族が希望する生活への円滑な移行を実現することを目的とする。

② 対象者

利用者（知的障害、精神障害、身体障害、重度心身障害など障害種・程度は問わない）が、一般病院から退院するにあたり医療機関と相談支援事業所等との連携が必要と考えられる者を対象とする。特に、入院前の状態から変化が予想される場合や退院支援で配慮や調整が必要な場合、本人による意思の伝達や状況説明が難しい場合での活用を想定している。

③ 作成者

医療機関が作成、または、医療機関との協働や医療機関への聞き取りをもとに相談支援事業所が作成する。

※本人の同意を得た上で作成すること

④ 作成のタイミング・作成方法

退院の見通しがたち次第、メール、FAX、手交で提供する（退院時カンファレンスでの活用も含む）。

⑤ 様式のポイント

退院後も治療や看護、リハビリテーションなどが必要で看護サマリー等が作成されている場合は、看護サマリー等の添付を前提として、本様式では、医療の視点から、退院後に日常生活をおくる上で、在宅の支援者等に留意してほしい情報の伝達に重点を置いた書面とする。

- 入退院時における本人の状態の変化
- 在宅での支援にあたって医療者として必要と考えていること（リスクマネジメントやサービス調整で必要な情報）

なお、入院中に新規契約を行った相談支援事業所は、別途、本人・家族や医療機関への情報収集を行っており、基本的な情報収集は終了しているものとする。

(2) 様式

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。

様式作成にあたっては、可能な限り専門用語での説明を避け、わかりやすい言葉での説明や補足を記載

1. 基本情報

| | |
|-----------------|----|
| 氏名 | 住所 |
| 生年月日 年 月 日 (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 |
| 退院後の生活に関する希望 | <input type="checkbox"/> 添付資料を参照 |

本人の意思確認が難しい場合は、家族の意向を記載（その際、本人の意向か、家族の意向かがわかるように記載）

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 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 |

相談支援専門員等が在宅生活での配慮や支援の必要性を確認できるよう、入院による状態変化や予後・予測を踏まえ、支援のポイント、懸念点等について①～④を含めて具体的に記載

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"/> ホールダブル <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)

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 | | 退院日 | | 主治医名(診療科) | |
| 入院原因疾患・入院目的 | | | | | |
| 入院中の経過・治療内容 | | | | | |

重複する内容の資料(看護サマリー等)がある場合は添付も可

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 | | 受診方法 | <input 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 | | | |
| 退院後に必要な医療処置について | <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 →(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input 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 type="checkbox"/> 呼吸管理 →(<input 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 type="checkbox"/> その他() | | | |
| 服薬について | 内服薬 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(入院後の内服薬変更: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) | | |
| | 一包化の必要性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 服薬アレルギー | <input 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"/> 全介助 | | |
| | 退院時処方 | <input 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 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() | | |
| | 歯の汚れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 歯肉の腫れ、出血 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() |
| 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 type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input 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 | | |
| | | <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px;"> 相談支援専門員が医療的な支援状況を確認できるよう、医療系サービスの利用状況、医療ケアにおける留意点、緊急時等の連携の必要性等を記載(緊急時については、対応が必要な状態像を具体的に記載) </div> | | |

(3) 記入例

① 障害のある利用者・患者で、入院で大きな状態変化が生じる利用者・患者の例

1) 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 | 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 | 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。 | |

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 | ○年○月○日 | 退院日 | ○年○月○日 | 主治医名(診療科) | ○○ (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 | ○○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) | | | |
| 口腔・栄養について | 留意点 | | | | |
| | 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。スペ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。 | | | | |

2) 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 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きたいとの希望あり、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 | |
| <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 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 | 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 | 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 |
| BIPAPのマスクフィッティングは、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いたい。 | |
| 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。 | |

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 | ○年○月○日 | 退院日 | ○年○月○日 | 主治医名(診療科) | ○○ (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) | | | |
| | 留意点 | 内服薬は粉碎せず簡易懸濁法で胃ろうから注入 | | | |
| 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 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() | |
| | 留意点 | | | | |
| 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 | | | | |
| ・呼吸状態に合わせて、適宜△△クリニックにBIPAPの設定を相談 ・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 | | | | | |

3) 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なりたい。 |
| 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

| | |
|---|--|
| 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 | 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 | 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 |
| 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。 | |

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 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() 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(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() | | |
| | 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() | | | |
| | 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。 | | | | |

第5章 相談支援事業所ヒアリング調査（地域における連携事例調査）結果

協議会や医師会等の協力のもと、地域で医療と障害福祉の連携推進に資する取組が見られた相談支援事業所等2か所を対象に、ヒアリング調査を実施した。

図表 5-1 調査対象、実施日

| 調査対象 | 地域 | 実施日 |
|--------------------------------------|---------|-----------|
| 瀬戸内市福祉部トータルサポートセンター | 岡山県瀬戸内市 | 令和6年2月15日 |
| 調布市社会福祉事業団 調布市地域生活・就労支援センターちょうふだぞう ※ | 東京都調布市 | 令和6年3月6日 |

※調布市地域自立支援協議会「医療と福祉の相互理解についてのワーキング」の座長も同席

調査結果は以下の通り。

1. 瀬戸内市トータルサポートセンター（岡山県瀬戸内市）

（1）トータルサポートセンターの概要

- ・平成25年に岡山県在宅医療連携拠点事業を行う部署として準備室を立ち上げ、瀬戸内市民病院の新病院建設に合わせて平成28年度からトータルサポートセンターとして運営開始。現在は新病院の中に事務所を設け、在宅医療・介護連携推進事業の担当部署として、地域の医療介護資源の把握、専門職からの相談対応や研修の実施等に取り組んでいる。
- ・平成30年度からは基幹相談支援の機能を付与。もともと専門職からの相談対応や人材育成に取り組んでおり、基幹相談支援の業務と重なる部分が多いとして、トータルサポートセンターが実施することになった。
- ・職員は4名（所長1名、事務職1名、保健師2名）。基幹相談支援機能として、外部委託の相談支援専門員1名を配置。

（2）地域での医療機関との連携の取組について

① 地域単位での具体的な活動や取組の内容

1) 瀬戸内市在宅医療・福祉・保健連携推進協議会（ケアネットせとうち）

- ・平成25年度から在宅医療介護連携に関する協議会「瀬戸内市在宅医療・福祉・保健連携推進協議会（ケアネットせとうち）」¹を設置。医療・福祉・保健の関連団体から選出された委員が、連携推進に向けた必要な事項について検討を行っている。
- ・設置当初から障害福祉事業者（地域活動支援センター）にも参画してもらい、障害も含めて検討する方針を取っていた。平成30年度から、トータルサポートセンターに基幹相談支援の機能を持たせた

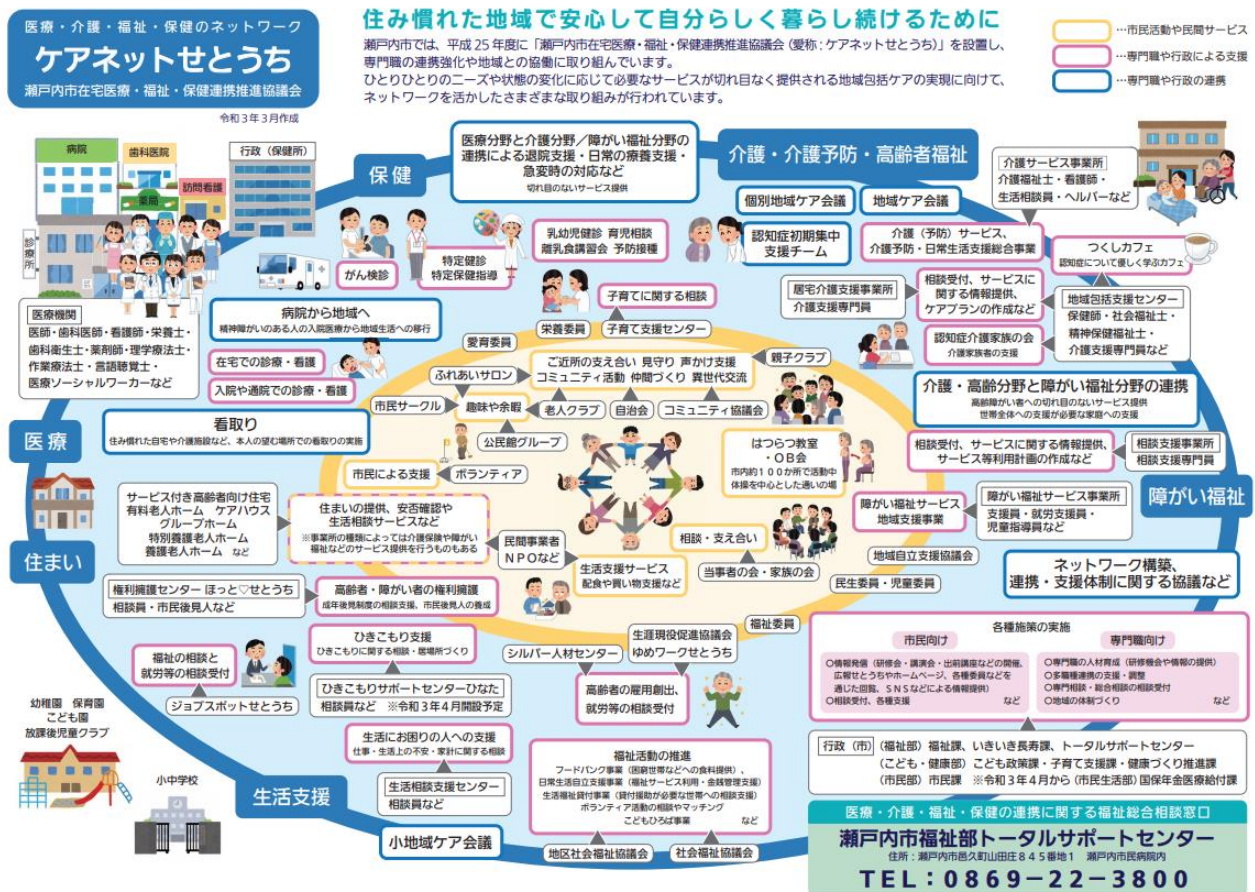
¹ 瀬戸内市ホームページ <https://www.city.setouchi.lg.jp/site/carenetsetchi01/3181.html>（2024年2月15日閲覧）

タイミングで、地域自立支援協議会の会長にも協議会委員として参画してもらっている。

▶瀬戸内市在宅医療・福祉・保健連携推進協議会（ケアネットせとうち）の構成機関・団体

保健所、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡協議会、栄養士会、歯科衛生士会、介護支援専門員協会、小規模多機能居宅介護事業所連絡会、高齢者入所施設代表者会、地域自立支援協議会、地域活動支援センター、地域包括支援センター、社会福祉協議会、権利擁護センター、市民病院、行政

▶ケアネットせとうちイメージ図²



- ・協議会では、毎年「地域包括ケア実行計画」を作成。各機関での取組内容を年次目標として出し、年度の最後実績報告を行ってもらっている。計画では重点項目を設けており、医師会や社会福祉協議会から「障害のある方の支援について考える必要がある」という指摘が出されたため、令和2年度から障害者支援も重点項目として協議をしてきた。
- ・令和3年度は、医療・介護関係者に障害のある方の支援について知ってもらうため、障害福祉サービスや市内障害者の状況等を紹介しながら協議を行った。その中で、受診への課題が出てきたので、令和4年度に障害者の医療機関受診等に関する課題を協議する専門委員会を設置し、課題の把握・共有・解決に向けた協議を行うことになった。

² 瀬戸内市ホームページ <https://www.city.setouchi.lg.jp/uploaded/attachment/108495.pdf>

2) 障害のある方の医療機関受診に関する専門委員会

- ・協議会の要綱で専門委員会の設置が可能となっており、トータルサポートセンターから設置を提案し、協議会で了承を得た。専門委員会は令和4年度に2回開催し、障害者の医療機関受診について課題の共有と解決策の検討を実施した。
- ・委員選定は、協議会委員からの立候補を受けつつ、医師会へは委員参画をお願いした。

▶専門委員会の構成機関・団体

保健所、医師会、薬剤師会、介護支援専門員協会、地域自立支援協議会、地域活動支援センター、地域包括支援センター、権利擁護センター、行政

(協議で出された課題等)

○相談支援専門員等による受診支援について

- ・障害福祉サービスとしての実施ではないが、本人が自分の状況を伝えづらい、医師の説明の理解が難しい場合には、相談支援専門員やグループホーム職員、市の保健師が受診に同行している。
- ・基礎資格が医療職の相談支援専門員はほとんどいないため、本人や家族にわかりやすく伝えることが難しいという課題が出された。また、本来は、医師やコメディカルが聞き取りを行い、本人にわかりやすいよう説明をすることになるが、医療機関によるきめ細やかな支援が難しく、相談支援専門員や保健師が時間を割いて同行することが増えている。計画相談のニーズが高まる中で、相談支援専門員がプラスアルファの支援を担うことが難しくなってきたという課題が出された。
- ・市内に過疎地域があり高齢化も進む中で、家族の機能が低下した際に、受診アクセスの確保をどの機関が担うのかという課題がある。家族が高齢になって運転できなくなる、交通機関の本数が減る中で、遠方の専門医療機関を受診することが難しい状況下で、保健師や相談支援専門員が適宜、受診同行(相談支援専門員については通院手段の確保を含め)をしている。
- ・受診同行については、自発的に支援者が同行するものと医療機関から依頼があるものの両方がある。相談支援専門員が支援の中で医療機関と連携しないと支援がままならなければ、自発的に同行して医師と意見交換することがある。一方で、本人が公共交通機関を利用して受診する際にも、医療機関から付き添いを求められて行くこともある。

○服薬管理について

- ・薬の種類や服薬時間の変更時に事業所の職員が一緒に確認しているケースや、精神疾患の方が慢性疾患をかかりつけ医で対応するような場合の処方の一括管理が必要なケース等が課題として挙げられた。
- ・瀬戸内市では医療機関の半数が院内処方なので、まずはかかりつけ医に相談かという話が出てきた。また、服薬管理については、薬局の機能の活用について指摘があった。他市の専門外来を受診しているケースでは、地元の近所の薬局で服薬や配薬サービスを使えば、相談支援専門員等が本来業務外として行うプラスアルファの支援が通常サービスに置き換えられるのではないかという意見があった。相談支援専門員は薬局と連携するという発想がない。過去に、地域自立支援協議会で薬剤師会から調剤以外の付随サービス(薬局経由で医師への確認を取るなど)について情報提供を受けたことがあるが、実行までは至っていない。

○かかりつけ医について

- ・困ってから医療機関に相談するのではなく、困ったときに相談しやすい、かかりつけ医を作ろうという話があった。

(効果、今後の展開等)

- ・協議を行ったが、課題解決に資する取組までには至らず、現状の共有と引き続き密な連携を目指す必要があるという必要性の確認の場となった。
- ・協議会の出発点は地域包括ケアシステム推進のためのものであり、高齢分野での連携に重きを置いているため、専門委員会で「障害」にフォーカスが当てられたことや、地域の医療・介護従事者に障害福祉の制度を知ってもらえたことも良かった。ただし、市内の全医療機関に理解が広がられているかというところまでは難しいところもある。医療機関の方針や考えに左右されるところもあるだろう。
- ・2回の専門委員会を開催し、浮き彫りになったのは、障害福祉の現場が感じる医療との連携や受診確保の課題と、医師が感じている課題が一致していないこと。医療機関側は特に課題を感じていない状況だった。ただ、本来業務ではないプラスアルファのサービスで医療受診に繋がっている現状（障害福祉サービスで医療機関に繋がっていないこと）を、医療現場の医師に知ってもらえたことは大きい。
- ・専門委員会には、介護支援専門員協会や地域包括支援センターといった高齢分野からの参加もあったが、家族力の低下や世帯支援は高齢分野でも課題であり、課題は共通しているという意見があった。病院の地域医療連携室との会議などでも同様の意見が出ており、分野で切り分ける必要性はないか。

3) 入院医療機関と介護支援専門員・相談支援専門員との連絡会、入院時の情報提供書式

- ・市内の入院医療機関2か所の地域医療連携室職員と、地域の相談支援専門員・介護支援専門員との連絡会を年1回開催している。
- ・連絡会では、トータルサポートセンターで実施している医療・介護連携の取組等の紹介、市内2病院から病院機能の説明、高齢・障害福祉の担当課から必要に応じて制度の説明、意見交換等を行っている。市内の相談支援事業所は4事業所あり、年によって増減するが、都合がつく事業所は参加してくれるような状況。
- ・介護保険の連携様式例が国から出される前に、地域から様式が欲しいという話があり、入院時の情報提供書を作成した。その書式は介護支援専門員だけでなく、相談支援専門員にも共有している。ただ、介護支援専門員は毎月モニタリングがあるが、相談支援専門員はモニタリング頻度が異なるので、直近の状況を把握しているとは限らず、活用状況は伸びていない。市内の介護支援専門員、相談支援専門員は入れ替わりがあるので、定期的に連絡会で様式の紹介をしている。

4) その他、在宅医療介護連携推進事業の取組への参加

- ・研修会、多職種交流会等は在宅医療・介護連携推進事業の取組ではあるが、障害福祉事業所にも声かけをして参加してもらっている。研修の内容にもよるが、障害福祉事業所の参加率は高いとは言えない。ただ、トータルサポートセンターがある、事業を知っていただくという意味では、参加率にかかわらず声をかけていくことが重要。
- ・障害分野の方にも協議会の中で話してもらおうこともあり、社会福祉協議会の中に権利擁護センター等

もあるので、障害分野とそれ以外の福祉分野との距離は遠くないという印象。

② 今後地域単位で取り組むべきこと

○ 本人・家族への啓発

- ・ 本人・家族にかかりつけ医を身近に持つメリットを知ってもらい働きかけが必要。障害のある方の中には糖尿病にかかっている人も多い。健康管理ができる家族等への健康教育、重症化する前の特定健診の受診促進、身近なかかりつけ医をつくるなど、生活面での取組ができていない。

○ 家族機能の低下、複合的な課題を抱える世帯への分野を超えた支援

- ・ 家族機能が希薄化・弱体化している中で、家族の機能をどう社会化するか、誰が担うかが問題になる。それに反比例する形で、8050 問題で代表されるような、高齢、障害、貧困、子ども等、複合した課題を抱える世帯が増えている。このような場合は分野で切り分けても解決しない。医療に限らず、包括的に支援できる取組が必要である。一方で、それを既存のサービスで賄うことは難しい。地域の力を含めて考えていかないと、過疎地域では支えきれないという実感がある。医療と福祉という観点では、まず両者の視点を合わせる必要があり、その意味では専門委員会や協議会は不可欠な取組だと思う。

○ 医療機関での合理的配慮や相談支援専門員からの相談ルートの明確化

- ・ 医療機関では、本人が理解できる形で病状や服薬方法等を説明してほしい。明らかに本人が理解できてない場合では支援者や家族に改めて説明してもらえることもあるが、発達障害の認知のゆがみで、表面上は理解したように見えてしまうケースもある。医療機関は伝わっていると思っても、実は説明を理解できておらず、同じ主訴で様々な医療機関を受診してしまい、治療に繋がらないケースがある。
- ・ 一見して障害の有無や理解の程度を判断できない場合、相談支援専門員がその方の主訴を把握して、受診時に同行するか、受診前に情報提供することが重要。
- ・ 医療機関側からいつでも連絡してほしいと言われても、相談支援専門員は連絡しづらい。連携室がある病院は良いが、クリニックでは誰にどのように伝えたらよいか見通しが見つからない。相談支援側が医療機関の連携先や伝え方を把握できていたら、情報提供がスムーズにいくのではないかな。

(3) センターにおける医療機関との連携に関する取組

- ・ トータルサポートセンターでは、在宅医療・介護連携推進事業の取組の一つとして、専門職からの相談を受けている。医療・介護従事者に限定することなく、障害分野の支援者からの相談も受け付けており、基幹相談支援機能が付与される前から、保健師が障害のケースにかかわってきた。相談支援専門員からの相談を受け、医療機関につなぐ等をしている。
- ・ ただし、障害の相談はさほどない。障害関係では、困難ケースについての相談支援専門員や保健師からの相談が多い。医療受診の相談はほとんどなく、精神科の退院時に福祉の支援者がいないケースで介入依頼がある程度。
- ・ 退院支援については、病院の連携室から、余命宣告があり、在宅で看取りをしたいという方の相談を受けたことがある。相談支援事業所が多いわけではないので、カンファレンスに出席し、サービス等を調整して自宅に戻し、計画相談に引継いだことがある。

(4) その他

(医療と障害福祉の距離感)

- ・精神疾患がある方については、他市町村の精神科でも相談支援専門員ごとにパイプがあり、入院・通院でやり取りし、必要に応じてケア会議の開催が可能である。一方で、精神疾患以外の慢性疾患の治療を行う場合には距離感がある。内科等と上手く連携をする、タイムリーに情報共有をすることが難しい。

(連携が上手くいったケース)

- ・独居で精神疾患の方のケース。精神科の医師で訪問診療も可能な主治医を中心に、居宅介護、地域定着支援、往診、訪問看護、地区担当保健師等の関係者が集まって、2か月に1回、情報共有を4～5年続けている。慢性疾患の治療もしているため病院の地域医療連携室の参加があったり、地域定着支援の対象者なので緊急時対応についても共有したりしている。消防にも入ってもらい、通報があった際の対応方法やアドボケートするか等を事前に話した。
- ・このように連携できるのは主治医が旗振り役になってくれているからである。また、トータルサポートセンターが活用を促進しているオンラインの情報連携システムを使って、逐次情報共有ができていく。地域定着にはこのような連携体制を整えないといけないことを関係者間で共有して今の形が実現している。
- ・連携する際に、分野ごとの責任問題に発展するチームだと連携が上手くいかない。医療や障害の通常の支援範囲にあたる部分は問題ないが、プラスアルファにあたる支援については誰も責任が取れない。上手く行っているケースは、「これは誰の責任」という言葉が出てこない。専門ではなくても対応をして、その後、専門性のある人が対応を引き継ぐような形になる。

(医療機関への相談支援専門員の周知)

- ・医療機関に相談支援専門員のことを十分に理解してもらえていない。内科や外科の受診に同行すると、どの立場か尋ねられることがある。「介護保険のケアマネジャーのような存在」と説明すると、理解してもらえることもあれば、より詳細に問われることもある。相談支援専門員の役割についてきちんと伝えないといけない。

(医療的ケア児に関する福祉サイドでの情報共有)

- ・地域自立支援協議会の話になるが、医療的ケア児については医療との情報共有が不可欠である。ただ、市内の医療的ケア児の実態については、往診医療機関・訪問看護・保健師は把握しているが、福祉側では十分に把握できておらず、どう協議していくと良いかが分かっていない。医療との情報共有は、行政内部でも同時に必要だろう。

2. 調布市社会福祉事業団 調布市地域生活・就労支援センターちょうふだぞう（東京都調布市）

（1）障害者地域生活・就労支援センターちょうふだぞうの概要

- ・運営主体：社会福祉法人調布市社会福祉事業団。
- ・特定相談支援事業、一般相談支援事業（地域移行支援）の指定を受けている。指定事業別の契約者は、特定相談支援事業 253 人、一般相談支援事業（地域移行支援）3 人。
- ・現在の契約者の 8.5 割が知的障害で、発達障害や精神障害と重複する方も多い。また、施設入所者の契約はあるものの、主に在宅の方のケースが多い。
- ・その他行っている事業は、市町村障害者相談支援事業（委託／調布市自立支援協議会の運営業務）、調布市障害者地域活動支援センター、調布市障害者就労支援事業、移動支援事業、福祉ショップ。
- ・特定相談支援事業所としての職員体制：施設長（常勤）1 人、相談支援専門員（常勤）4 人。

（2）地域での医療機関との連携の取組について

① 地域単位での具体的な活動や取組の内容

1) 障害者地域自立支援協議会

- ・調布市では、平成 18 年に障害者地域自立支援協議会を設置。恒常的な専門部会は設置せず、全体会（兼障害者差別解消支援地域協議会）と、その時々課題に応じたワーキングを設置する。
- ・ワーキングで取り扱うテーマは、年度ごとに運営会議（運営委員、相談支援事業所、障害福祉課）で検討する。
- ・ワーキングの開催回数は年 4 回が基本で、状況に応じて回数の増減がある。
- ・障害福祉と医療の連携については、親の会との協議を経て、令和 4 年度からワーキングのテーマとして設定されている（「医療と福祉の相互理解についてのワーキング」と呼称）。1 ワーキングでの検討は基本的に 2 年だが、当該ワーキングは令和 6 年度も継続予定。
- ・以前から、待合室で待つことが難しい重度知的障害の方や、医師を敬遠し診察室に入れない方、医師の診察を受けることが難しいことを理解し状態が悪くなってもなかなか受診できず、悪化した状態でようやく医療機関を受診するケースが複数あった。そのため、特に親の会には、障害者の医療受診、特に専門的な医療機関ではない地域の医療機関への受診への課題意識があった。
- ・自立支援協議会では、これまでも障害福祉と医療の連携について話題に挙がっていたが、医療への介入が難しかった。しかしながら、2 年のワーキングを通じて、医師会会長が福祉への関心が高いこともあり、検討が良好に進められている。

▶医療と福祉の相互理解についてのワーキング構成機関・団体³

調布市社会福祉事業団、調布市医師会、訪問看護事業所、調布心身障害児・者親の会、調布市身体障害者福祉協会、調布市視覚障害者福祉協会、調布市聴覚障害者協会、調布精神障害者家族会、自立生活センター、地域生活支援センター、障害者地域生活・就労支援センター

³ 調布市「資料 6 各ワーキング令和 5 年度運営方針」（令和 5 年度第 1 回調布市障害者地域自立支援協議会全体会）
<https://www.city.chofu.lg.jp/documents/5834/s6-working.pdf>

▶医療と福祉の相互理解についてのワーキング：令和4年度目的⁴

地域で暮らす障害のある方の医療機関受診や健診等に関して、電話やオンライン診療により病院に行かなくとも受診できる仕組みや、病院の駐車場で診療待ちができる対応等、近年のコロナ禍において障害のある方への受診に対する配慮の取組が広がり始めている。

しかし、障害の特性や医療機関の状況により、障害のある方が診療や健診を受ける際に様々な場面で困難を伴うとの声が当事者や関係者より寄せられている。

本ワーキングでは、当事者、医療従事者、福祉関係者が病院での受診や在宅診療並びに健診時における課題や意見を出し合い、双方の理解をより一層深めることで、障害のある方が安心して受診できるような環境づくりについて検討する。

▶医療と福祉の相互理解についてのワーキング：令和5年度目的⁵

昨年度のワーキングにおいて、障害のある方の医療アクセスの現状と課題を明らかにするため、当事者及び家族に対してアンケートを実施した。また、医療側の現状と課題を把握するため、調布市医師会が医療機関向けにアンケートを実施した。

今年度のワーキングでは、二つのアンケート集計結果を踏まえ、病院での受診や在宅診療並びに健診時における双方の理解をより一層深めることで、障害のある方が安心して受診できるような環境づくりを目指していく。

(ワーキングの主な内容)

○障害当事者向けアンケート

- ・初年度から2年をかけて、医療受診に関する障害当事者向けアンケートを実施した。
- ・当該アンケートは、障害種と年齢の分布に応じた無作為抽出1,000人を対象に実施(行政による抽出)し、487件の回答が集まった。主な調査項目としては、大きくは2つのテーマ：①かかりつけ医に関すること(例：かかりつけ医の有無、かかりつけ医療機関までの距離や診療科目、かかりつけ医の対応状況等)、②健康診断に関すること(例：定期的に実施しているか、難しい場合にはその理由)。
- ・アンケート配布時に、障害種と年齢を考慮した割付を行ったことから、身体障害者や高齢者の意見が多く集まった。障害者の医療受診に関する全体像として、例えば、かかりつけ医がいる方が想定より多かったことや、定期的な受診が行われていること等が見えてきた一方で、若年層や、知的障害児者や精神障害児者の困りごとの回答が限定的だった。
- ・3障害に共通する課題として、長時間待つことが難しいこと、相談したいことを医師に適切に説明できないことが挙がっていた。また、親切な対応をしてもらえる場合や、障害のことを理解しようとする姿勢が見られる場合に、障害当事者が安心して医療機関を受診しやすいと考えられるとワーキングで指摘された。

⁴ (出所) 調布市「資料4-3「医療と福祉の相互理解についてのワーキング」報告書」(令和4年度第3回調布市障害者地域自立支援協議会全体会) https://www.city.chofu.lg.jp/documents/4290/s4-3-wg3_1.pdf

⁵ (出所) 調布市「資料6各ワーキング令和5年度運営方針」(令和5年度第1回調布市障害者地域自立支援協議会全体会) <https://www.city.chofu.lg.jp/documents/5834/s6-working.pdf>

○医療機関向けアンケート

- ・初年度は、当事者向けアンケートと並行して、医療機関向けアンケートを実施した。調査対象は調布市医師会会員。
- ・調査結果から、医師側にも障害者の医療受診への課題意識や、障害者の受入れに前向きな回答が見られた。一般的な障害者に対する手厚い対応状況がうかがえたものの、一部の回答には、「障害の程度によって」「状況によって」という文言が含まれていた。
- ・医療機関としても障害者を前向きに受け入れたいが、対応に慣れていないがゆえに躊躇している状況にあると考える。特に強度行動障害や重症心身障害への対応は、医療機関としてもどのように対応して良いかわからないという状況が想定される。
- ・また、テナントビルにある医療機関の場合、エレベーターがない、廊下が狭い等、バリアフリー上の課題があり、現状以上の対応が難しいという意見があった。

○調査結果を踏まえた検討状況

- ・医療機関としては、障害者を受け入れる場合、万全の体制で受け入れなければならないと思っている人が多いのだと思う。調査結果を踏まえ、普段通りの丁寧な対応や、ちょっとした工夫（例：待合室での待機が難しい場合に、病院の駐車場に停め本人の乗車する車に医師が赴き診療する）を啓発し、医療機関側の理解を深めたいと、ワーキングにて取組を検討している。
- ・具体的には、医師向けに、障害者の医療受診において医療機関側ができる「ちょっとした工夫」をまとめたパンフレットを作成する予定。ワーキングに参加する医師会から、全会員に配布いただけるとのお言葉をいただいている。
- ・実態として、患者のいない診察時間外の昼間に対応する、車で待機する等の工夫は、すでに行われており、こうした工夫を普遍化、医師や当事者家族と共有できればと考えている。現在、作成に向けて工夫を収集しており、来年度に作成予定。
- ・来年度のワーキングでは、医療受診における工夫に関するパンフレット作成・実装の他、障害者が健康診断を受けやすくする環境設定（具体化の可能性を含め）を協議する予定。

2) ちょうふ在宅医療相談室⁶

- ・調布市医師会で「ちょうふ在宅医療相談室（以下、在宅医療相談室）」を実施。高齢分野の在宅医療・介護連携推進事業の一環として設置されているものだが、実態としては、障害のある方に関する相談にも対応している。
- ・在宅医療相談室には、ソーシャルワーカー（社会福祉士）2名が配置。
- ・在宅医療相談室に相談すると、適切に医療機関等の情報を即日提供してもらえる。これまでに、重度障害者に対してかかりつけ医の紹介や、統合失調症により自身で服薬が難しい方に対して訪問診療医の紹介、聴覚障害の方に対して手話対応可能な医療機関・訪問看護の紹介等、丁寧に対応してもらえた。医療機関とのパイプになってもらえるので、事業所としては大変助かっている。
- ・このような取組が市内で十分周知されていないため、必要に応じて当該機関を活用しながら医療とつ

⁶ 公益社団法人調布市医師会「ちょうふ在宅医療相談室」<https://www.chofu-med.or.jp/homecare/>（2024年3月9日閲覧）

ないでいくことをご家族向けに啓発していけたら良いという話もある。

3) 障害者歯科（小島町歯科診療所）⁷

- ・調布市歯科医師会が運営。輪番制で担当歯科医師（歯科医師会会員）を配置し、通常の歯科医療が難しい患者に対応している。
- ・当該取組は、当初は大学病院や口腔衛生センターの医師が応援に入り、地域の歯科医師とともに診療にあたることで、地域の歯科医療機関が障害者歯科診療に精通できるという仕組みで、長年取り組まれてきた。この取組を通じて、「自分でも対応できそうだ」と障害者にも対応できる歯科医療機関が地域に広がっている。

② 今後地域単位で取り組むべきこと

○マイクロ・メゾの双方向の視点が必要

- ・地域での取組と事業所単位での取組は、同時並行で進めることが重要だと思う。医師もソーシャルワーカーも、患者・利用者に対し自分の専門技量を発揮するという専門職集団だとするならば、患者・利用者の生活をどのように支えるかという視点は共通する。そのアプローチや領域が異なるということ。その点を出発点として、どのように包括的に連携できるかは、行政や医師会等「会」の役割であり、行政と「会」が組織連携していくことが肝要である。マイクロな視点からメゾの視点に移るという双方向の観点から、同時並行で進めるべき議論だと思う。
- ・自立支援協議会で検討している調布市で取り組むべきことを、相談支援事業所も参加しながら把握するので、（その内容を）現場に落とし込んでいける。事業所の視点からは、利用者と通院同行して、（医療機関の）ワーカーとやりとりするといったケースの積み重ねもある。日々のケース対応に終始させず、自立支援協議会等の大きな流れと連動させることが大きいと思った。
- ・一部の地域では、自立支援協議会が報告に終始している、形骸化しているという話を耳にすることがある。行政の所管部署が、協議体を通じてどのような地域を作るかを明確にし、いかに施策として行政内で調整していくかが重要になると思う。

(3) 事業所における医療機関との連携に関する取組

- ・事業所として通院同行をする機会は多い。初めて利用する医療機関の場合は、本人の了承のもと、本人の障害について医療機関と共有している。ポイントをメモにまとめ渡してほしいと要望があり、メモを渡したことがある。ただ、基本的に様式を渡すよりは、口頭で伝えることが多い。
- ・こだわりが強いケースや、軽度で騒いでしまうケース等、毎回付き添いを求められることがある。
- ・最初に「このような方です」と障害特性等を医療機関にお伝えできると、その後がスムーズに進むと思う。
- ・虐待ケース等の緊急で入院が必要な場合に、もともと医療機関の相談員との関係性が構築できることもあって、連絡した日から受入れに応じてもらえることもある。

⁷ 一般社団法人調布市歯科医師会「障がい者歯科」<https://www.chofu-dental.jp/handicapped-dental/>（2024年3月9日閲覧）

- ・コロナ禍では、かかりつけ医のいない軽度知的障害ケースについて、病院の相談室に繋ぐ支援が多かった。その際にその場で断られることやトラブルに発展することはなかった。

(4) その他

(調布市における障害福祉と医療の連携について)

- ・歴史的な積み重ねのおかげか、古くから、医師会や歯科医師会、医師、リハビリテーション等の医療、障害福祉、行政等の関係者間の連携はスムーズ。
- ・(調布市のような医療連携体制のために、他地域へのヒントはあるかという問いかけに対し)現場の職員を含め、行政の部長や課長が医師会とともに検討したり、顔を合わせたりする機会を増やすほかないと思う。現在、医療と福祉の相互理解についてのワーキングの座長は、医師会会長や行政の部長とも、何かあれば、直接電話で相談ができるほどの関係性を構築できている。

(近年のニーズの変化)

- ・昔から、障害者の医療受診は課題である。コロナ禍をきっかけに、多くの方が医療受診における課題に気がついた。在宅障害者の場合、親が高齢になるにつれ、知的障害のある子どもも歳を取り中年期特有の疾患を持つようになるが、その時に医療機関を受診したくともなかなか難しい状況がある。そうした中で、障害福祉と医療の連携に対するニーズが生まれたのだと思う。

(連携様式へのニーズ)

- ・親の会からは、「白衣に怯えてしまうので脱いでほしい」「大声で話すと緊張してしまう」等、ちょっとした工夫で診察が上手くいく点を記載できるような1枚程度の様式が欲しいという意見があった。

(対応を断られるケース)

- ・医療機関の相談員の対応について、色々話を聞いてから対応の可否を検討いただける医療機関と比べると、最初から対応を断られてしまう医療機関では、その先の連携が難しくなるように感じる。早急な対応が必要な場合に、医療機関から対応を断られることもあるので、障害を理由に一律断られることばかりではなく、断られるケースの傾向までは掴めていない。

(地域の課題)

- ・かかりつけ医をどのように増やしていくのかが課題に感じている。地域包括ケアシステムでは、医療との連携が指摘されているところで、どのように地域で広げていけるか。医師も福祉との連携の視点からケアを提供していけるかは、ワーキングを経てもなお残る地域課題の1つだと思う。
- ・医療機関同士の連携について、特に専門医療機関と家庭医との連携をどのように進めていくかも課題。歯科医療の場合、地域での医療機関がかなり手厚く受け入れてくれている前例があり、そうした事例を含め、どのように医師同士が啓発しあえるかが課題だと医師会と共有している。

第6章 まとめ

1. 調査結果の整理

本事業で実施した相談支援事業所アンケート調査及びヒアリング調査の結果を、（１）入退院時連携について、（２）地域における障害福祉関係者と医療関係者との連携に資する取組について、の２点から整理した。

（１）入退院時連携について ※相談支援事業所アンケート調査結果より

① 入退院時連携の実施状況

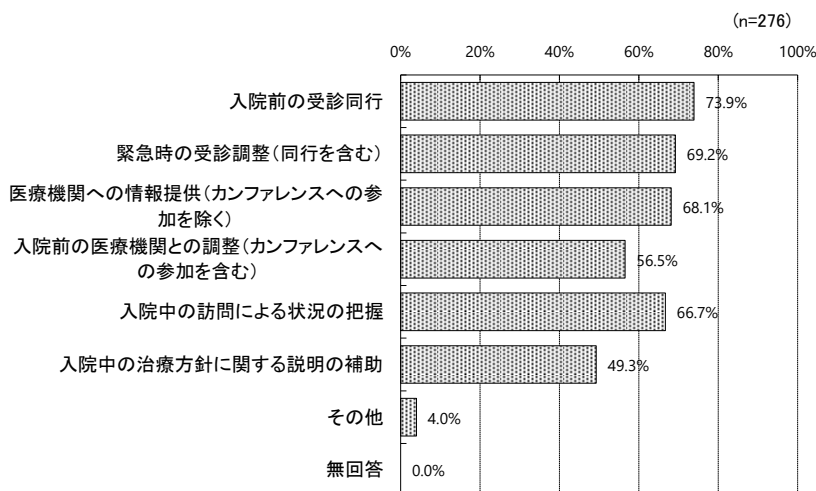
- 相談支援事業所の入退院支援の実施状況については、「入院支援を行ったことがある」が59.5%、「退院支援を行ったことがある」が58.0%、「いずれも行ったことはない」が25.6%であった。（図表3-23）

1) 入院について

（入院全般について）

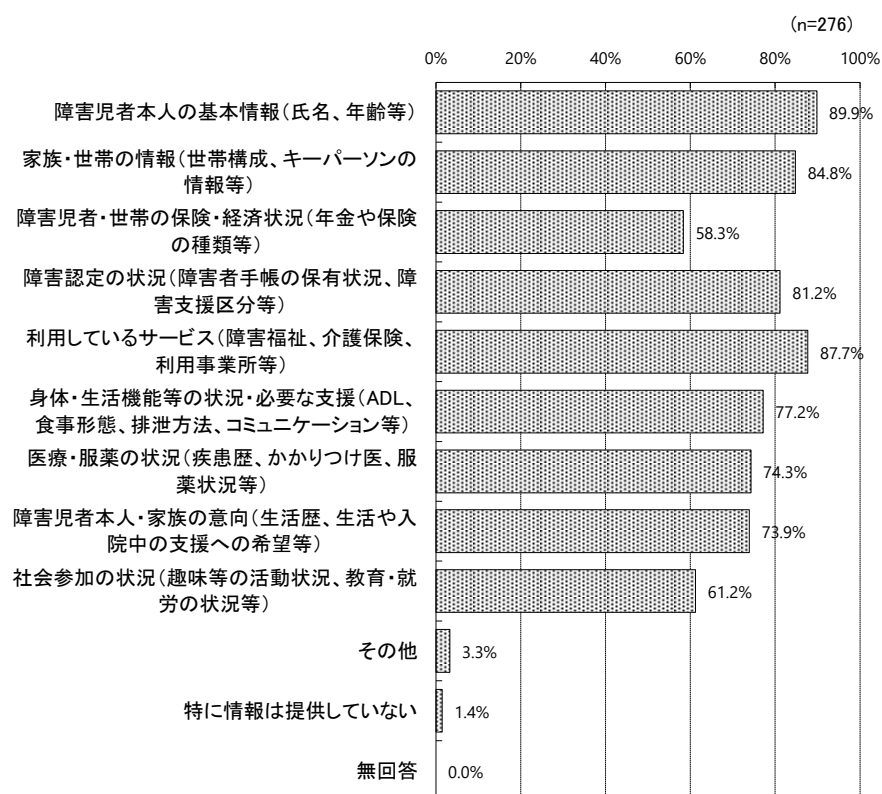
- 相談支援事業所が実施した支援の内容は、「入院前の受診同行（73.9%）」、「緊急時の受診調整（同行を含む）（69.2%）」、「医療機関への情報提供（カンファレンスへの参加を除く）（68.1%）」の順に多かった。相談支援事業所は入院前から入院中の様々なタイミング、方法で入院支援を実施していた。（図表3-29）

【再掲】 図表 3-29 行った入院支援の内容（複数選択）



- 相談支援事業所が医療機関に対して提供した情報については、全ての項目で約6割を超えており、本人・家族の状態や支援に関して網羅的な情報提供が行われていた。その中でも、特に共有しておきたい情報として、自由記述では、在宅生活の状況、医療以外の懸念事項等の情報、入院中の支援で必要な本人の理解度や障害特性、こだわり等が挙げられた。(図表3-31、図表3-35)

【再掲】図表 3-31 医療機関に提供した障害児者に関する情報の内容（複数選択）



(重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援について)

- ・ 重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援にあたり、入院前に重度訪問介護事業所や医療機関と「調整等を行ったことがある」相談支援事業所は 7.1%であった。(図表 3-66)
- ・ 入院中の特別なコミュニケーション支援にあたり、相談支援事業所が医療機関に特に伝えている内容を自由記述で尋ねたところ、サービス利用の必要性、必要な支援内容、本人・家族の希望、具体的な支援の時間帯・内容の調整等が挙げられた。(図表 3-69)
- ・ 入院中の特別なコミュニケーション支援について相談支援事業所等が伝えづらいこと、困っていることとしては、医療機関側が制度を知らないこと、感染症流行による利用制限、障害特性や支援の必要性を理解してもらえないこと、介助方法等への理解が十分でないこと等が挙げられた。(図表 3-70)

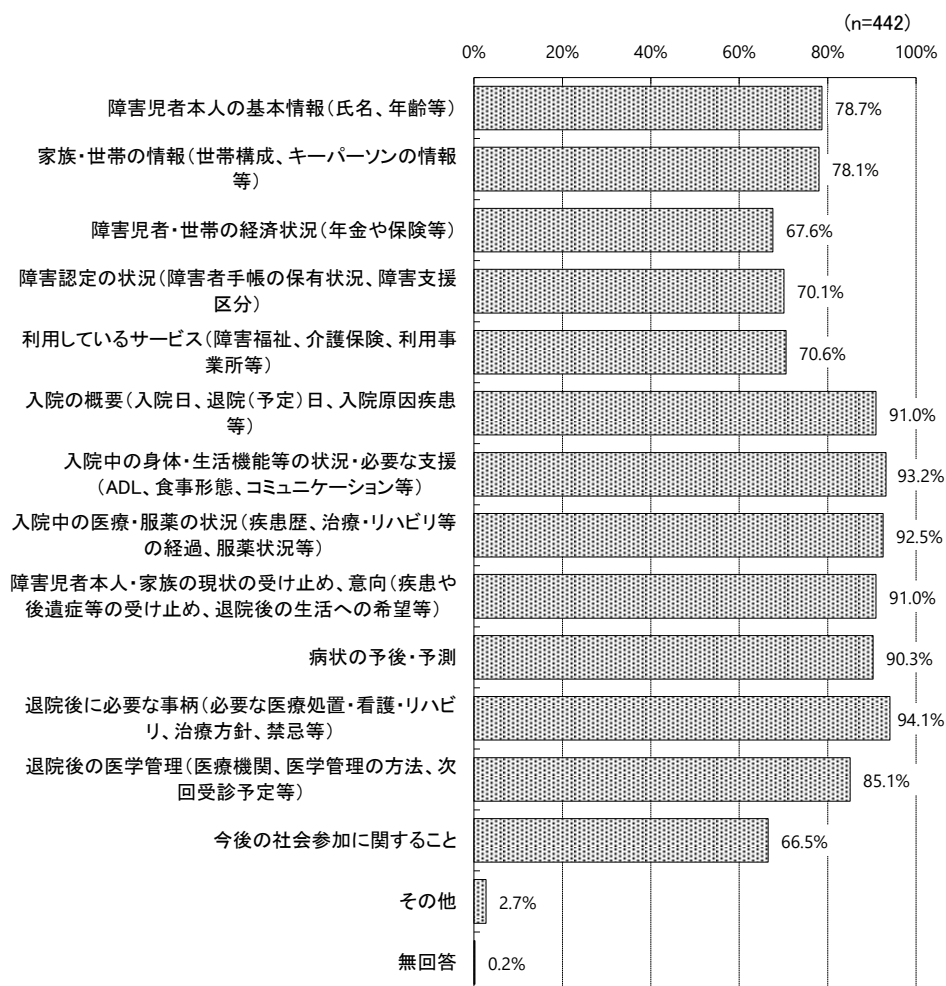
【一部抜粋のうえ再掲】 図表 3-70 医療機関に対して、相談支援事業所や重度訪問介護事業所から伝えづらいことや困っていること (重度訪問介護を利用する契約者がいる場合、自由記述式)

| |
|--|
| <p><そもそも制度の利用が難しい></p> <ul style="list-style-type: none">・ 病院の相談員自体が制度を知らない場合、説明をするのが難しい。・ 制度について把握していない。責任の所在について病院が懸念している。なぜ断られるのか理由がわからない。 <p><感染症の流行による影響></p> <ul style="list-style-type: none">・ コロナ禍になってからはコミュニケーション支援が必要な障害者の方が入院しても病院に入ることができず、制度が使えない状況が続いている。 <p><医療機関側の障害特性への理解が乏しい></p> <ul style="list-style-type: none">・ 医療機関が、重度障害者に対する特性と入院時の支援の必要性を理解されない。 <p><入院中の利用にあたり、役割分担等の医療機関側との調整が難しい></p> <ul style="list-style-type: none">・ コミュニケーション以外の支援を医療側から求められるが、制度上できないことを理解されない。・ 何を相談したら良いのかわからない、またどこを窓口として相談すれば良いのかわからない <p><障害特性への理解が難しい、介助方法を伝えることが難しい></p> <ul style="list-style-type: none">・ 退院時に褥瘡を作ったり帰ってきたりすることが多いので、適切な介助方法がきちんと伝えられていたら・・・と感じることも少なくない。緊急時に予測されることとその対応。 |
|--|

2) 退院について

- 相談支援事業所における医療機関からの情報提供ニーズは、「すべてのケースについて、退院前後で情報提供があると良い」が57.8%で最も高く、次いで、「一部のケースについて、退院前後で情報提供があると良い（37.5%）」であった。情報提供があると良いケースとしては、「入院前からの担当ケースで退院後の状態や必要な支援の変化が見込まれるケース（入院前から医療ケアを必要とするケースを除く）（81.6%）」、「退院支援で初めて繋がった（担当となった）ケース（74.1%）」が多かった。（図表3-43、図表3-45）
- 医療機関から提供されると良い情報はいずれの項目も6割を超えていたが、特に、入院の概要や入院中の様子、現状の受け止めや今後の生活への意向、退院後の状況や必要な支援等に対するニーズが高かった。また、特に共有されると良い情報として、自由記述では、本人・家族等の理解度や状況、入院理由、入院中の本人・家族の様子や経過、退院後の見立てや状態変化の対応方法等が挙げられた。（図表3-47、図表3-49）

【再掲】 図表 3-47 医療機関から提供されると良い情報（情報提供があると良い場合、複数選択）

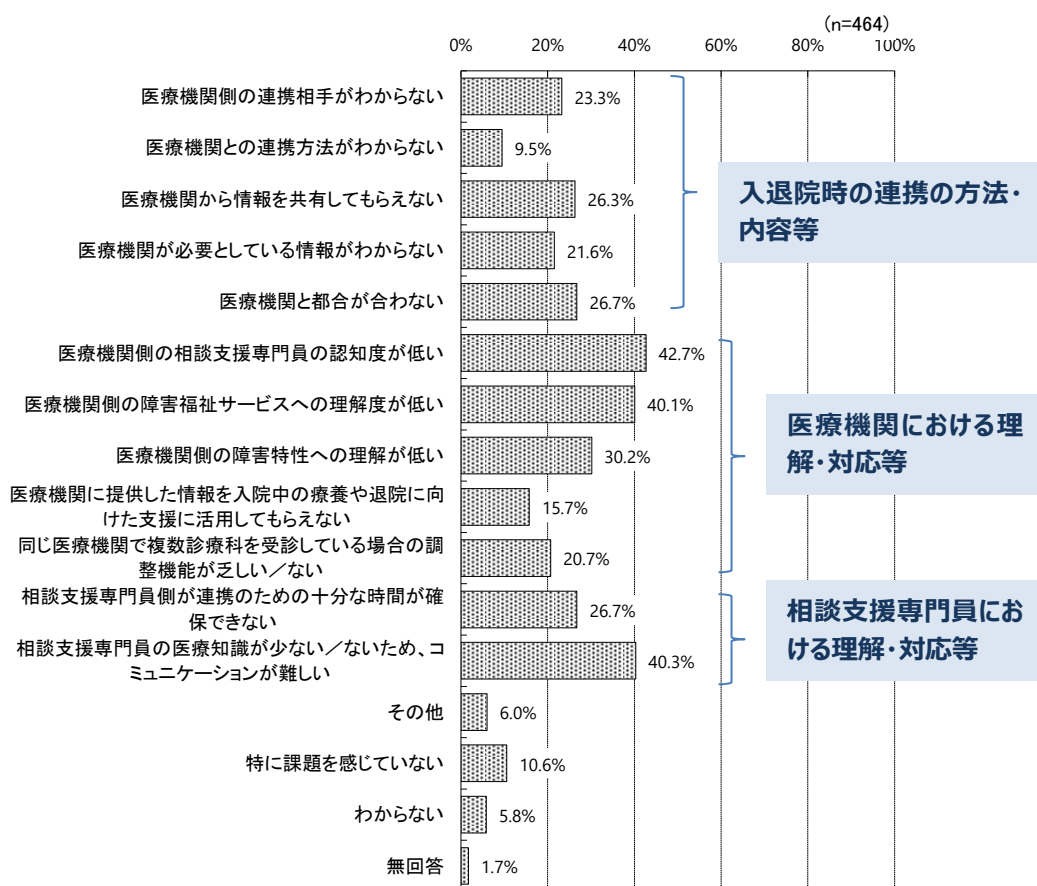


- 医療機関からの情報提供がなく、困った経験が「ある」の割合は44.8%であった。具体的には、退院を把握できなかったケース、退院前日に連絡があり受け入れの準備が整っていない状況で退院となったケース、退院時の状態や機能低下の状況、支援の留意点等の情報共有がなく支援方法に迷ったケース等が挙げられた。(図表 3 -50、図表 3 -52)

② 入退院における課題

- 入退院時の医療機関との連携における課題については、約85%が何らかの課題を抱えていた。内容としては、「医療機関側の相談支援専門員の認知度が低い(42.7%)」、「相談支援専門員の医療知識が少ない／ないため、コミュニケーションが難しい(40.3%)」、「医療機関側の障害福祉サービスへの理解度が低い(40.1%)」が多いが、連携の方法・内容についてと医療機関・相談支援事業所双方における理解・対応等についての様々な点で課題があると推察された。(図表 3-53)

【再掲】 図表 3-53 障害児者の入退院時において、医療機関との連携における課題（複数選択）



- 入院時の具体的な課題として、「医療機関が必要としている情報や伝え方等がわからない」、「医療機関側の障害福祉サービスや相談支援専門員に係る理解不足」、「医療機関における障害特性の理解が低いことによる、障害の状況や本人に合わせた対応不足」等が挙げられた。(図表 3-55)

- ・ 退院時の具体的な課題として、「医療機関から情報提供がない」、「退院後の生活・過ごし方等の検討・調整において、障害福祉側が関与できない」、「医療機関側の障害福祉サービス、相談支援専門員等に係る理解不足」、「相談支援専門員の医療知識が少ない／ない」等が挙げられた。
(図表 3-56)

(2) 地域における障害福祉関係者と医療関係者との連携に資する取組について

※相談支援事業所アンケート調査結果、ヒアリング調査結果より

- ・ 地域における障害福祉と医療機関との連携に関する協議・検討の場や団体があると回答した割合は79.5%であった。具体的には、自立支援協議会、医療的ケア児等に関する協議の場等が挙げられた。(図表 3-16、図表 3-18)
- ・ 障害福祉と医療機関の連携に関する地域単位での取組内容については、「研修会、勉強会、交流会の開催 (55.2%)」、「障害児者が受診可能な医療機関に関する情報提供 (32.8%)」、「医療機関の受診の際に利用できるサービス等の情報提供 (28.2%)」の順に多かった。具体的には、医療的ケアや行動障害の方が受診できそうな医療のガイドブック作成、連携のための様式作成、医療機関のソーシャルワーカーと相談支援専門員の意見交換等が挙げられた。(図表 3-19、図表 3-21)
- ・ 一方で、障害福祉と医療機関の連携に関する地域での取組の把握状況に関して、「特に取組等はない」が10.1%、「把握していない・わからない」が13.4%あり、地域における取組がない又は把握していない事業所が4分の1に上った。(図表 3-19)
- ・ 地域単位で取り組んでほしいこととしては、受診に向けた取組として、障害児者が利用できる医療機関やサービス等の情報収集・提供のニーズがあった。また、医療受診・入退院の連携のための取組として、連携ツールや連携の仕組みづくり、医療機関・障害福祉関係者双方での制度や職種の役割の理解促進等のニーズも見られた。(図表 3-22)

【一部抜粋のうえ再掲】 図表 3-22 地域単位で取り組んでほしいこと (自由記述式)

<障害児者が利用できる医療機関やサービス等の情報収集・提供>

- ・ 子どもの発達や発達障害等の診断、相談が出来る医師が不足していることもあり適切な医療が受けられない現状。保護者はなおさら病院を選択していくことが難しい。地域や県内の発達に関する相談が出来る病院や医師のマップがありがたい。
- ・ 障がいのある方がかかりやすい医療機関情報の提供(受け入れ、車椅子対応、往診など)。

<連携ツールや連携の仕組みづくり>

- ・ 受診や入退院時に病院から資料をいただいて初めて分かることもあり、受診や入退院の手引きが相談支援専門員等、福祉関係者が分かるような共通したパンフレット作成。
- ・ 退院カンファレンスの流れや、相談支援の流れを相互にしくみ共有できる仕組みづくり。

<医療機関・障害福祉関係者双方での制度や職種の役割の理解促進等>

- ・ 相談支援専門員について、医療機関への周知活動やツール(説明用チラシなど)があるとよい。
- ・ 医療との連携について、やり取りが上手く行かない場合も多々ある。医療から見た視点と地域で生活をしていくことの視点にずれがあり、早々に退院をさせられると地域でサポート体制が整わない中で生活が

スタートしてしまう。そういった実情を共有し、双方の支援体制を整えられる場があるとよい。

- ・ 医療機関における合理的配慮の提供義務についての理解・周知。
 - ・ 入院中の支援（重度訪問介護）利用について、医療側にも受け入れ体制からのご理解をいただきたいと思います。実際の運用について、受け入れ、体制など、地域単位だけでなく全国的に周知していただけたら、と思います（実際のケースとして、支援事業所から『お手伝いさん』や、『病棟の職員の補助』と思われるようだ、とご意見をいただいたことがあります）。
-
- ・ 相談支援事業所のヒアリング調査では、地域の医療関係者と障害福祉関係者が連携して、障害者の医療受診に取り組む事例を確認できた。岡山県瀬戸内市では、在宅医療・介護連携推進事業（介護保険制度上の地域支援事業）における医療と介護の連携に障害福祉も加える形で、連携推進の検討、取組の実施が行われていた。具体的には、「瀬戸内市在宅医療・福祉・保健連携推進協議会（ケアネットせとうち）」では、障害者の受診に関する専門委員会が立ち上げられ、医療関係者に、相談支援専門員等の努力によって医療受診を実現している状況（障害福祉サービスで医療機関に繋がっていないこと）や、家族力低下が進む中での課題感等の共有が図られた。
 - ・ また、東京都調布市では、障害者地域自立支援協議会において「医療と福祉の相互理解についてのワーキング」を立ち上げ、地域の医療機関への受診や健康診断について、障害当事者及び地域の医療機関を対象としたアンケートが行われていた。結果を踏まえ、次年度では、医療受診における工夫に関するパンフレット作成・実装の他、障害者が健康診断を受けやすくする環境設定（具体化の可能性を含め）が協議される予定とのことだった。

2. 今後に向けて

本事業の結果を踏まえ、医療と障害福祉の連携推進に向けて検討が必要な課題や期待される方策等について整理する。

(1) 医療と障害福祉の入退院時連携について

アンケート調査で挙げられた入退院時連携の課題は、「入退院時の連携の方法・内容」、「医療機関における理解・対応等」、「相談支援事業所等における理解・対応等」に大別できた。このうち、「入退院時の連携の方法・内容」は、本事業で開発した連携様式が一定の課題解決に資すると考えるが、いつ・どのように情報共有するか等の運用の仕組み化も求められる。また、様式を用いた連携の実現には「医療機関における理解・対応等」、「相談支援事業所等における理解・対応等」の課題解決が不可欠である。本事業の実施で得られた具体的な課題と取組に係る示唆は以下の通り。

(医療機関における理解・対応について)

検討委員会やヒアリング調査では、在宅の支援者から提供する情報が入院中の支援に反映されないケースがあることや、入院中の支援への不安から入院を希望しない障害者の存在が指摘された。障害児者が入退院の環境変化に適応するには、個々人の障害特性や生活状況に応じたケアや環境調整が不可欠である。医療機関は治療の場であることに留意しつつも、連携の前提として、障害特性や生活の視点を踏まえた医療の提供の重要性について理解を得ることは重要と考えられる。

また、医療機関に、障害福祉制度（相談支援専門員の役割、障害福祉サービスの概要、重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援等）を理解してもらうことも重要である。特に、重度訪問介護による入院中の特別なコミュニケーション支援については、従来から指摘されている通り、医療機関側の理解不足によるヘルパーの受け入れ拒否や許諾までに時間を要することが課題として挙げられた。連携には双方の役割や制度の理解が必要であり、国や自治体には医療機関への障害福祉制度に係る情報提供や周知が求められる。

(相談支援事業所等における理解・対応について)

相談支援事業所のアンケート調査では、相談支援専門員の医療知識がない・少ないという課題が挙げられており、相談支援専門員、医療機関の双方が互いの知識を持たないことから、「障害児者に対し適切な支援とは何かを見つけ出しにくい」という指摘があった。相談支援専門員に求められるのは、ケアマネジメントに必要な医療との連携、多職種の協働であり、医療機関と同様に、連携先となる制度や職種（医療保険制度の概要、医療機関の機能、専門職の役割等）を理解することが必要である。

(様式を活用する仕組みづくりの推進について)

様式の運用の観点からは、様式の活用に向けた仕掛けづくりも必要となる。様式があっても、現場専門職が活用のメリットや活用フローを把握しなければ利用には至らない。医療機関と相談支援事業所での連携が希薄である実態を踏まえ、まずは、双方に対して、連携の重要性に係る啓発が必要である。その上で、実際に連携を行う医療機関と相談支援事業所において、いつ・どのような方法で・どの窓口に提供するか連携スキームの検討や、医療機関の地域連携室やMSWと相談支援事業所での顔の見える関係性の構築、研修会等での様式の普及啓発などが求められる。また、様式は活用を進める過程において、実態に沿う形でアップデートすることも重要である。

これらの取組は、各医療機関・事業所、各専門職における意識啓発や取組も重要だが、個々の努力では限界があることから、国や地域における取組が不可欠である。また、入退院時の連携及び支援においては、本人の生活や治療に対する希望を確認し、尊重する姿勢が重要であることも付記しておく。

(2) 地域における医療と障害福祉の連携推進のための取組について

入退院を含め、地域で生活をする障害児者が、円滑に医療にアクセスし、治療を受けられる重要性は言を俟たない。しかし、重度の障害がある人を中心に、待機時間への対応、医療職とのコミュニケーションの難しさ、障害特性に起因する検査・治療への抵抗など、様々な課題から受診や健診から足が遠のいている実態がある⁸。各相談支援事業所では、既に受診に向けた支援が行われていることから、一層の推進に向けては、地域において、医療関係者、障害福祉関係者、当事者等でのネットワーク形成、受診の仕組みづくり等の環境整備が期待される。

本事業において、地域における環境整備の取組を調査したところ、自立支援協議会、在宅医療・介護連携推進事業（介護保険制度上の地域支援事業）といった既存の協議の場や事業の活用が確認された。

- 多くの自立支援協議会は福祉関係者中心の会議体となっている実態がある中、郡市区医師会の協力によって医療に係る検討を実現させている事例があった。障害児者の診療について医療機関側も課題や悩みを抱えていることもあり、郡市区医師会と連携して、双方の課題解決に向けて取り組めることは有効と考えられる。
- 在宅医療・介護連携推進事業は、平成 27 年度から地域支援事業として始まり、地域の医療・介護の資源マップの作成、コーディネーターによる連携に係る相談窓口の設置、医療介護従事者に対する研修等が行われている。特に、ヒアリングを行った 2 事例では、相談窓口が障害関係者に対しても開かれており、訪問診療医のコーディネート等の実施が見られた。在宅医療・介護の連携基盤の中には、障害福祉においても有効に機能するものが多数あり、当該事業の枠組みの活用等も有効と考えられる。

医療と障害福祉の連携を目的とした協議・検討の場を新設することは難しくとも、このような既存の地域の仕組みを活用することで、医療、障害福祉、そして行政が協力して環境整備に取り組む基盤づくりは行えると推察される。

また、検討の進め方としては、医療、障害福祉双方の情報共有や、受診に係る実態把握から始めることが肝要と思われる。アンケート調査では、地域単位での取組への希望として、医療機関に係る情報収集・提供、連携のツールや仕組みづくり、医療・障害福祉関係者への理解促進等の幅広い内容が挙げられたが、実施にあたっては、地域のニーズや状況に即した取組となるよう検討・設計を行う必要がある。ヒアリング調査でも見られたように、障害福祉と医療、それぞれの理解が十分でない状況においては、相互理解を深めることから始め、地域の課題や連携の必要性を明確にした上で、取組の具体化につなげていくことが望ましいと考えられる。

令和 6 年は、診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬の同時改定年にあたり、医療と介護、医療と障害福祉のそれぞれで連携推進に向けた改定が図られた。令和 6 年度障害福祉サービス等報酬

⁸ 「令和 2 年度障害者総合福祉推進事業 在宅障害者の受診援助及び福祉関係者の医療機関との連携に関する実態調査」（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社、令和 3 年 3 月）

改定では、医療との連携の充実に向けて、入院中の特別なコミュニケーション支援の利用対象の拡大、入院前の医療と障害福祉の連携した支援への評価、また、相談支援専門員による通院同行や医療機関等に対する文書での情報提供について加算が拡充されている。

医療機関と相談支援事業所等の連携は、生活面に配慮した医療の提供、医療の視点を踏まえたケアマネジメントの実施の両面で重要であり、本人の意向を尊重し、継続性を持って支援していくためには、より一層の連携強化が期待される。令和6年度報酬改定を契機として、地域単位、医療機関・事業所単位それぞれで、医療と障害福祉の連携による支援を推進されたい。

参考資料

- 入院時情報提供書（様式、記入例）
- 退院時情報提供書（様式、記入例）
- 相談支援事業所アンケート調査票

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身体の状態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"/> ポータブル | <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う。採血時における止血用のテープ貼付け等は不要。

①身体の状態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 / <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 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

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身体の状態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 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"/> ポータブル <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、硬直性のものである。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

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

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 | 〇〇子どもクリニック | | 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 | | | | | | | | | |
| | 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 花子 | | 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 ） | |
| | <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 療育（ ） <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 |
| 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 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 | 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 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 | |
| | 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(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 |
| 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 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 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">起居動作</td> <td style="width: 35%;"><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</td> <td style="width: 15%;">移乗</td> <td style="width: 35%;"><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>歩行</td> <td><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</td> <td>更衣・整容</td> <td><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>排泄</td> <td colspan="3"><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</td> </tr> </table> | 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 | | |
| 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） | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

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 | | 退院日 | | 主治医名(診療科) | |
| 入院原因疾患・入院目的 | | | | | |
| 入院中の経過・治療内容 | | | | | |

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 | | 受診方法 | <input 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 | | | | |
| 退院後に必要な医療処置について | <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 → (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input 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 type="checkbox"/> 呼吸管理 → (<input 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 type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 服薬について | 内服薬 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(入院後の内服薬変更: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) | | | |
| | 一包化の必要性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 服薬アレルギー | <input 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"/> 全介助 | | | |
| | 退院時処方 | <input 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 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | | |
| | 歯の汚れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 歯肉の腫れ、出血 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | |
| 留意点 | | | | | |
| 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 type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input 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 | | | | |

【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 気管切開について両親ともに「仕方ない」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 | 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 | 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ぐさあり。 | |
| 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。スペ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 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"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他 | |

BIPAPのマスクフィッティングは、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いたい。

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 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) | | |
| | 留意点 | 内服薬は粉碎せず簡易懸濁法で胃ろうから注入 | | | |
| 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 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 | () |
| | 留意点 | | | | |
| 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 | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> 呼吸状態に合わせて、適宜△△クリニックにBIPAPの設定を相談 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 | | | | |

【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なりたい。 |
| 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 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"/> ホータブル <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、吸引は問題なく行っている。 | | | | | |
| 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 14 日分) | | | |
| | 留意点 | 排便コントロールに対して、定期の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 () 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 (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 () |
| | 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 () | | | | |
| | 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。 | | | | | |

障害福祉と医療の連携に関するアンケート調査票【サンプル】

【回答にあたって】

- **本調査票は、サンプル**です。回答にあたっては、Web 上であてはまる番号をご回答ください。

【回答用 URL】

- 本調査の対象は、**指定特定相談支援事業所および基幹相談支援センター** です。
- 調査の入力画面では、回答の一時保存ができません。回答前に設問内容を確認されたい場合は、本調査票サンプルをご確認ください。メールや郵送での回答は不要です。

<入力制限等について>

- **SA は単数回答（1つだけ選択）、MA は複数回答（あてはまるもの全てを選択）、FA は自由回答、NA は数値入力**のことです。
- 「その他」等の選択肢の後にある（ ）は自由回答欄です。
- 数値を入力する際、該当する人等がない・ない場合は「0（ゼロ）」をご回答ください。わからない場合や把握していない場合は空欄にしてください。
- 「**（同時選択不可）**」は、MA（複数回答）の設問で、他の選択肢と同時にお選びいただくことができない選択肢に記載しています。
- 「**【Q●で○を選択した場合】**」等の記載がある箇所については、Web 上で回答内容に応じて、設問の表示設定・入力制御を行っております。Web 上で設問が表示されない場合は、分岐の設問を正しく選択しているかご確認ください。

1. 貴事業所に関すること（令和5年10月1日時点）

令和5年10月1日時点について、ご回答ください。

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|----------|----|---|
| 問1. 運営主体 | SA | 1. 公営 2. 社会福祉協議会 3. 社会福祉法人（2.社会福祉協議会を除く） 4. NPO 法人 5. 医療法人 6. 社団・財団法人 7. 株式会社 8. 合同会社 9. その他（ ） |

| 設問 | 形式 | 選択肢 | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|-------------|-------|-------------------------|-------|-------------------------|-------|--------------|-------|-----------|-------|
| 問2. 委託の有無 | MA | 1. 基幹相談支援センター 2. 市町村障害者相談支援事業（いわゆる委託相談） 3. 上記 1.2.の委託はない（同時選択不可） | | | | | | | | | | |
| 問3. 指定の種類 | MA | 1. 特定相談支援事業 2. 一般相談支援事業（地域移行支援） 3. 一般相談支援事業（地域定着支援） 4. 障害児相談支援事業 5. 自立生活援助 | | | | | | | | | | |
| 問4. 指定事業別の契約者数（実人数） <u>※指定は受けているが該当する人がいない場合は「0（ゼロ）」を回答ください</u> ※複数の事業を契約している利用者の場合、契約している全ての事業、それぞれに計上してください <u>※問3で選択した選択肢に応じて表示</u> | NA | <table border="1"> <tr> <td>1) 特定相談支援事業</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>2) 一般相談支援事業 (地域移行支援)</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>3) 一般相談支援事業 (地域定着支援)</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>4) 障害児相談支援事業</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>5) 自立生活援助</td> <td>() 人</td> </tr> </table> | 1) 特定相談支援事業 | () 人 | 2) 一般相談支援事業 (地域移行支援) | () 人 | 3) 一般相談支援事業 (地域定着支援) | () 人 | 4) 障害児相談支援事業 | () 人 | 5) 自立生活援助 | () 人 |
| 1) 特定相談支援事業 | () 人 | | | | | | | | | | | |
| 2) 一般相談支援事業 (地域移行支援) | () 人 | | | | | | | | | | | |
| 3) 一般相談支援事業 (地域定着支援) | () 人 | | | | | | | | | | | |
| 4) 障害児相談支援事業 | () 人 | | | | | | | | | | | |
| 5) 自立生活援助 | () 人 | | | | | | | | | | | |
| 問5. 年齢別の契約者数（実人数） <u>※契約者がいない場合は「0（ゼロ）」を回答してください</u> | NA | <table border="1"> <tr> <td>1) 18歳未満</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>2) 18～40歳未満</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>3) 40～65歳未満</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>4) 65歳以上</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>() 人</td> </tr> </table> | 1) 18歳未満 | () 人 | 2) 18～40歳未満 | () 人 | 3) 40～65歳未満 | () 人 | 4) 65歳以上 | () 人 | 合計 | () 人 |
| 1) 18歳未満 | () 人 | | | | | | | | | | | |
| 2) 18～40歳未満 | () 人 | | | | | | | | | | | |
| 3) 40～65歳未満 | () 人 | | | | | | | | | | | |
| 4) 65歳以上 | () 人 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | () 人 | | | | | | | | | | | |
| 問6. 現在の契約者として多いと感じる障害種別 | MA | 1. 身体障害 2. 知的障害 3. 精神障害 4. 発達障害（自閉症等） 5. 高次脳機能障害 6. 難病 7. 重症心身障害 8. その他（ ） | | | | | | | | | | |
| 問7. 現在の契約者の特徴 ※もっとも多いケース1つを選択。1つに選べない場合はその他にご回答ください | SA | 1. 障害児入所施設／障害者支援施設／共同生活援助の入所者のケース 2. 1を除き、隣接（同一敷地内を含む）する障害福祉サービス利用者のケース 3. 2を除き、同一法人が提供する障害福祉サービス利用者のケース 4. 1.～3.を除き、在宅の障害児者のケース | | | | | | | | | | |

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|----|----|---|
| | | 5. その他 () 6. 個別ケースへの対応は行っていない (同時選択不可) |

2. 地域単位での障害福祉と医療機関の連携に関する取組状況

本節では、地域単位での障害福祉と医療の連携に関する取組をお尋ねいたします。

地域単位での取組とは、例えば、地域の（自立支援）協議会や医師会、有志の事業所の集まり等の外部機関・団体等が行っている取組を想定しています。

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|---|----|---|
| 問8. 貴事業所が所在する地域において、障害福祉と医療機関との連携に関して協議・検討を行う場や団体（例：（自立支援）協議会や地域の連絡協議会等）の有無 | SA | 1. そのような場・団体がある 2. そのような場・団体はない 3. 把握していない・わからない |
| 【場・団体がある場合（問8で1.を回答した場合）】 問9. 具体的な場・団体の概要、その効果等 ※ご存じの範囲で結構です | FA | |
| 問10. 障害福祉と医療機関の連携に関する、地域単位※での取組状況 ※例えば、地域の（自立支援）協議会や医師会、有志の事業所の集まり等の外部機関・団体等が行っている取組 ※利用の有無は問いません | MA | 1. 障害児者が受診可能な医療機関に関する情報提供 2. 医療機関の受診の際に利用できるサービス等の情報提供 3. 1.2.を除く医療機関の受診に関する相談対応 4. 障害児者の医療機関の受診・入退院に関する手順や留意点等の整理・周知 5. 障害福祉と医療機関間での連携のための書式の開発・周知 6. 担当相談支援専門員に対するスーパーバイズ・助言 7. 研修会、勉強会、交流会の開催 8. その他 () 9. 特に取組等はない (同時選択不可) 10. 把握していない・わからない (同時選択不可) |

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|---|----|-----|
| 【取組がある場合（問 10 で 1.~8. を選択した場合）】 問11. 具体的な内容、団体概要、その効果等 ※ご存じの範囲で結構です | FA | |
| 問12. 医療機関への受診・入退院の相談対応や支援を行ううえで、地域単位で取り組んでほしいこと | FA | |

3. 入退院時における医療機関との連携状況

以降は、障害児者の医療機関への入退院についてお尋ねいたします。

※本調査において「障害児者」の居住場所（在宅や入所施設、グループホーム等）は問いません。

※本調査における「医療機関への入退院」とは、障害児者が傷病の治療やリハビリ等が必要な際に医療機関に入院することを想定しております（精神障害のある方の精神科への入院、もしくは医療機関・療養介護事業所・医療型障害児入所施設からの転院を除きます）。

（1）入退院支援の状況

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|---|----|--|
| 問13. これまでに障害児者の医療機関への入退院に対して、支援を行った経験の有無 ※入院支援には、入院前の医療機関への情報提供、入院を見据えた受診への同行等の入院前からの支援を含む ※概ね過去5年を目安にご回答ください。 | MA | 1. 入院支援を行ったことがある ⇒問 14 へ 2. 退院支援を行ったことがある ⇒問 22 へ 3. 1. 2. のいずれも行ったことはない（同時選択不可） ⇒問 22 へ |

（2）障害児者の医療機関への入院支援の状況

問 13 で「1. 入院支援を行ったことがある」を選択した方にお尋ねします。

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|-----------------------------|----|--|
| 問14. 支援を行った障害児者の障害種別 | MA | 1. 身体障害 2. 知的障害 3. 精神障害 4. 発達障害（自閉症等） |

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|---|----|---|
| | | 5. 高次脳機能障害 6. 難病 7. 重症心身障害 8. その他（ ） |
| 問15. 支援を行った障害児者の年齢 | MA | 1. 7歳未満 2. 7歳以上～18歳未満 3. 18歳以上～30歳未満 4. 30歳以上～40歳未満 5. 40歳以上～50歳未満 6. 50歳以上～65歳未満 7. 65歳以上 |
| 問16. 行った入院支援の内容 ※入院前～入院中を含む | MA | 1. 入院前の受診同行 2. 緊急時の受診調整（同行を含む） 3. 1.2.を除き、医療機関への情報提供（カンファレンスへの参加を除く） 4. 1.～3.を除き、入院前の医療機関との調整（カンファレンスへの参加を含む） 5. 入院中の訪問による状況の把握 6. 入院中の治療方針に関する説明の補助（治療方針に関する本人への説明、医師等への本人の状況の説明等） 7. その他（ ） |
| 問17. 障害児者の入院にあたり※、医療機関に障害児者に関して情報提供した内容 ※入院前～入院中を含む | MA | 1. 障害児者本人の基本情報（氏名、年齢等） 2. 家族・世帯の情報（世帯構成、キーパーソンの情報等） 3. 障害児者・世帯の保険・経済状況（年金や保険の種類等） 4. 障害認定の状況（障害者手帳の保有状況、障害支援区分等） 5. 利用しているサービス（障害福祉、介護保険、利用事業所等） 6. 身体・生活機能等の状況・必要な支援（ADL、食事形態、排泄方法、コミュニケーション等） 7. 医療・服薬の状況（疾患歴、かかりつけ医、服薬状況等） 8. 障害児者本人・家族の意向（生活歴、生活 |

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|---|----|--|
| | | <p>や入院中の支援への希望等)</p> <p>9. 社会参加の状況 (趣味等の活動状況、教育・就労の状況等)</p> <p>10. その他 ()</p> <p>11. 特に情報は提供していない (同時選択不可)</p> |
| <p>【1つ以上の情報を提供している場合 (問 17 で 1. ～10. を回答した場合)】</p> <p>問18. 提供方法</p> | MA | <p>1. 貴事業所／センター独自のアセスメントシートを共有</p> <p>2. 1を除き、地域の医師会や行政等が作成した医療連携シートで共有</p> <p>3. かかりつけ医や訪問看護ステーション等、日頃関わりのある関係機関からの書面を集約して共有</p> <p>4. その他の書面で共有</p> <p>5. カンファレンスや打合せを設けて共有</p> <p>6. 5を除き、口頭で共有</p> <p>7. その他 ()</p> |
| <p>問19. 障害児者の医療機関への入院において、医療機関側と特に共有しておきたい情報、その理由</p> <p>※実際に共有しているかどうかは問いません</p> <p>※特定のケースで共有したい情報がある場合は、どのようなケースで情報共有が必要か (障害児者の年齢や障害種、医療機関の種類、予定入院・緊急入院等) 具体的に記載してください</p> | FA | |
| <p>問20. 利用者が初めて利用する医療機関と連携・調整する上で行っている工夫、うまく連携・調整ができた事例の概要 (例：支援を行った障害児者の特徴、行った支援、工夫点 等)</p> | FA | |
| <p>問21. 令和4年1～12月の1年での支援実績 (実人数)</p> <p>※支援人数はおよその数字でも可/ただし実人数</p> <p>※同じ人から複数回の相談があった場合も</p> | SA | <p>1. 令和4年1年間で支援を行った →支援人数：()人※実人数</p> <p>2. 令和4年1年間では支援を行わなかった</p> |

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|---|----|-----|
| 「1」とカウント ※家族と障害児者それぞれから相談を受けた場合も「1」とカウント | | |

(3) 障害児者の医療機関からの退院支援

本節では、障害児者の退院支援に関することをお尋ねします。

これまでに退院支援の経験がない方におかれましても、今後退院支援に関わるとした場合にあると良い情報等についてご回答ください。

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|---|----|--|
| 問22. 障害児者の退院時に、医療機関からの障害児者に関する情報提供のニーズ | SA | <ol style="list-style-type: none"> すべてのケースについて、退院前後で情報提供があると良い ⇒問 24 へ 一部のケースについて、退院前後で情報提供があると良い ⇒問 23 へ 特に情報提供がなくても問題ない ⇒問 26 へ その他 () ⇒問 26 へ わからない ⇒問 26 へ |
| <p>【一部のケースについて情報提供があると良い場合(問 22 で 2. を回答した場合)】</p> <p>問23. 情報提供があるとよいケースの具体的な特徴</p> | MA | <ol style="list-style-type: none"> 退院支援で初めて繋がった(担当となった)ケース 入院前から医療ケアを必要とされているケース 入院前からの担当ケースで退院後の状態や必要な支援の変化が見込まれるケース(2. を除く) その他 () わからない(同時選択不可) |
| <p>【情報提供してほしいことがある場合(問 22 で 1. 2. を回答した場合)】</p> <p>問24. 医療機関から提供されると良い情報 ※入院中～退院時の情報を想定</p> | MA | <ol style="list-style-type: none"> 障害児者本人の基本情報(氏名、年齢等) 家族・世帯の情報(世帯構成、キーパーソンの情報等) 障害児者・世帯の経済状況(年金や保険等) 障害認定の状況(障害者手帳の保有状況、障害支援区分) 利用しているサービス(障害福祉、介護保険、利用事業所等) |

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|---|----|---|
| | | 6. 入院の概要（入院日、退院（予定）日、入院原因疾患等） 7. 入院中の身体・生活機能等の状況・必要な支援（ADL、食事形態、コミュニケーション等） 8. 入院中の医療・服薬の状況（疾患歴、治療・リハビリ等の経過、服薬状況等） 9. 障害児者本人・家族の現状の受け止め、意向（疾患や後遺症等の受け止め、退院後の生活への希望等） 10. 病状の予後・予測 11. 退院後に必要な事柄（必要な医療処置・看護・リハビリ、治療方針、禁忌等） 12. 退院後の医学管理（医療機関、医学管理の方法、次回受診予定等） 13. 今後の社会参加に関すること 14. その他（ ） |
| 【情報提供してほしいことがある場合(問 22 で 1. 2. を回答した場合)】 問25. 特に医療機関から共有されると良い情報、その理由 ※特定のケースで共有してほしい情報がある場合は、どのようなケースで情報提供が必要か（障害児者の年齢や障害種、医療機関の種類、予定入院・緊急入院等）具体的に記載してください | FA | |
| 問26. 医療機関からの情報提供がなく、困った経験の有無 | SA | 1. ある 2. ない |
| 【困った経験がある場合（問 26 で「1.」を回答した場合）】 問27. その内容（障害児者の状況や、具体的に困った点 等） | FA | |

(4) 入退院支援における課題等

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|---|----|--|
| <p>問28. 障害児者の入退院時において、<u>医療機関との連携</u>における課題</p> | MA | <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療機関側の連携相手がわからない 2. 医療機関との連携方法がわからない（1.を除く） 3. 医療機関から情報を共有してもらえない 4. 医療機関が必要としている情報がわからない 5. 医療機関と都合が合わない 6. 医療機関側の相談支援専門員の認知度が低い 7. 6を除き、医療機関側の障害福祉サービスへの理解度が低い 8. 医療機関側の障害特性への理解が低い 9. 医療機関に提供した情報を入院中の療養や退院に向けた支援に活用してもらえない 10. 同じ医療機関で複数診療科を受診している場合の調整機能が乏しい／ない 11. 相談支援専門員側が連携のための十分な時間が確保できない 12. 相談支援専門員の医療知識が少ない／ないため、コミュニケーションが難しい 13. その他（ ） 14. 特に課題を感じていない（同時選択不可） 15. わからない（同時選択不可） |
| <p>【課題が1つ以上ある場合（問28で1.～13のいずれか1つ以上回答した場合）】</p> <p>問29. 問28で選択した回答について、具体的な内容</p> | FA | <p>①入院時（ ）</p> <p>②退院時（ ）</p> |
| <p>本調査事業では、障害児者が入退院する際に活用できる医療機関と障害福祉事業所との連携様式（文書等による情報提供・収集）を検討しております。</p> <p>問30. 連携書式に対する要望 （例：盛り込むべき項目、様式、活用場面、懸念点等）</p> | FA | <p>①入院時（ ）</p> <p>②退院時（ ）</p> |

4. 入院中の重度訪問介護利用における医療機関との連携状況

本節では、入院中の重度訪問介護利用（特別なコミュニケーション支援）※について、お尋ねします。

※「重度訪問介護」を利用している最重度の障害者は、医療機関に入院している間も、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支援者（ヘルパー）から、医療機関の職員と意思疎通を図る上で必要な支援を受けることができます。

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|---|----|---|
| <p>問31. 入院中の重度訪問介護の利用にあたり、入院前に重度訪問介護事業所や医療機関（医師等、以下同様）と調整等を行った経験の有無（入院中の調整や、サービス利用決定前からの支援を含む）</p> <p>※重度訪問介護事業所や医療機関との調整について回答ください（行政との調整は除く）</p> | SA | <ol style="list-style-type: none"> 調整等を行ったことがある ⇒問 32 へ 重度訪問介護を利用する契約者はいるが、調整等を行ったことはない⇒問 34 へ 重度訪問介護を利用する契約者がいない ⇒問 35 へ |
| <p>【調整等を行ったことがある場合（問 31 で 1.を回答した場合）】</p> <p>問32. 入院中の重度訪問介護利用に際して、貴事業所が行ったことのある調整等の内容</p> <p>※重度訪問介護事業所や医療機関との調整について回答ください（行政との調整は除く）</p> | MA | <ol style="list-style-type: none"> 障害者が利用している重度訪問介護事業所との調整（具体的な時間帯、体制等）（医療機関との調整を除く） 重度訪問介護事業所のヘルパーが対応する内容の整理（医療機関との調整を除く） <u>医療機関</u>に対して、障害者に関する情報提供 <u>医療機関</u>に対して、入院中の重度訪問介護利用の許可依頼 上記を除き、<u>医療機関</u>に対して、入院中のケア・支援内容に関する調整 上記を除き、重度訪問介護利用にあたっての<u>本人・家族</u>との調整 その他（ ） |
| <p>【障害者に関する情報提供等をしたことがある場合（問 32 で 3.4.5.のいずれかを回答した場合）】</p> <p>問33. 医療機関に対して、特に注力して伝えた／伝えている内容（例：必要とするコミュニケーション支援の内容やその必要性 等）</p> | FA | <ol style="list-style-type: none"> ①入院中の重度訪問介護利用による支援について医療機関の許可を得る前 （ ） ②入院中の重度訪問介護利用による支援について医療機関の許可を得た後 （ ） |

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|--|----|-----|
| <p>【重度訪問介護を利用する契約者がいる場合（問31で1、2のいずれかを回答した場合）】</p> <p>問34. 入院中の重度訪問介護利用（特別なコミュニケーション支援）について、医療機関に対して、貴事業所や重度訪問介護事業所から伝えづらいことや困っていること ※調整等の経験の有無は問いません</p> | FA | |
| <p>本調査事業では、<u>入院中の重度訪問介護利用</u>に向けての調整等に活用いただける、医療機関との連携書式を検討しております。</p> <p>問35. 連携書式に対する要望（例：盛り込むべき項目、様式、活用場面、懸念点等）</p> | FA | |

5. その他

アンケート調査にご協力いただいた事業所を対象としたヒアリング調査を予定しています。ご協力いただきたい場合には、弊社よりあらためてお願いのご連絡をさせていただきます。

ご協力いただける方は、以下の<個人情報の取扱い>にご同意の上、ご連絡先をご記入ください。ご協力が難しい場合は、回答不要です。

<個人情報の取扱いについて>

- ・以降でお預かりする個人情報は、インタビュー調査のご連絡のために利用させていただきます。
- ・お預かりした個人情報は、法令等に基づく場合を除き、ご本人の同意なく第三者には提供いたしません。
- ・お預かりする個人情報は、当社の「個人情報保護方針」〈<http://www.murc.jp/corporate/privacy>〉および「個人情報の取り扱いについて」〈<https://www.murc.jp/corporate/privacy02/>〉に従って適切に取り扱います。
- ・お預かりしている個人情報の開示、削除等のお申し出、その他のお問い合わせにつきましては、次の連絡先までご連絡ください。
三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 共生・社会政策部
- ・以下の内容にご回答いただけない場合、インタビュー調査に関するお問い合わせに対し、弊社からお答えできない場合があります。

| 設問 | 形式 | 選択肢 |
|-----------------------------|----|--|
| F1. 事業所名、ご連絡先（メールアドレス、電話番号） | FA | 貴事業所名： ご担当者様氏名： ご担当者様氏名（ふりがな）： メールアドレス： 電話番号： 備考欄（ご自由にご活用ください。特にお心当たりがなければ空欄で結構です）： |
| F2. 都道府県名 ※必須回答 | SA | ※貴事業所が所在する都道府県名をご回答ください |
| F3. 市区町村名 | SA | ※貴事業所が所在する市区町村名をご回答ください |

都道府県名・市区町村名を回答後、回答確認画面が表示されます。

スクロールダウンしていただき、最後に「送信」ボタンをクリックし、回答を送信してください。

※「送信」ボタンをクリックするまで回答は保存・送信されません

以上

厚生労働省 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 報告書
令和6（2024）年3月

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
政策研究事業本部
東京都港区虎ノ門 5-11-2 オランダヒルズ森タワー
