

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） 記載例

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	〇〇 〇〇	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 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 療育 () <input type="checkbox"/> 精神 () 級		障害支援 区分 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> あり→区分 (6)

2. 本人の状態、支援における留意点等

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

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）、腸胃に衣服のシワがよらないようにする。 コミュニケーションには透明文字盤を使用（顔の向きは少し右に傾ける。左目の方が可動域が広い。簡単な質問はYesとNoを左右で確認）	
①身体状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡が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 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、仙骨に当たると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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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、その時々状態や必要な支援を医療従事者にお伝えする。また、意思の確認の方法や自宅で行っていた介助方法（2. で記載したような体位変換、食事、排泄の方法等）もお伝えし、ご本人が安心した療養生活を送れるようにする。						

4. その他

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

①家族・世帯の状況 ☐ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載:(夫、本人、子どもの4人暮らし)
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()
キーパーソン	氏名 山田 太郎 続柄 夫 連絡先 03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	夫は土日仕事で、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 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、シナール、ウルソデオキシコール酸 ※ シクアス点眼液、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)		