

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う働きかけが必要。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る、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つかない。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。

(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。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が多い。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

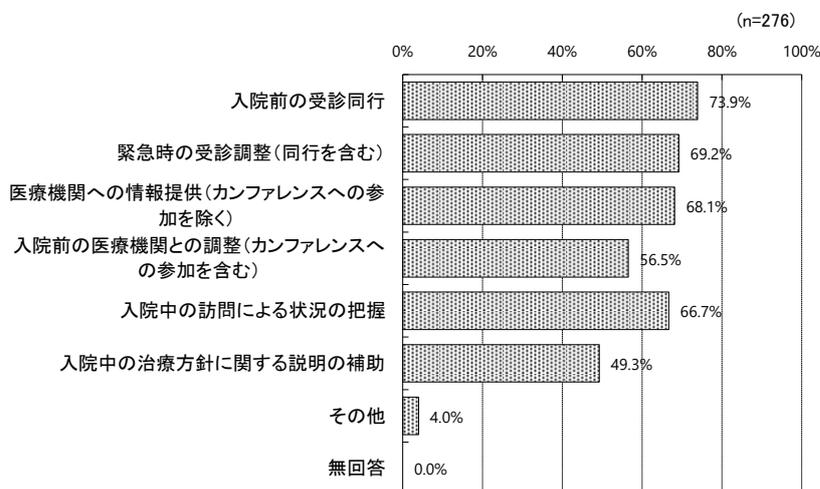
- 相談支援事業所の入退院支援の実施状況については、「入院支援を行ったことがある」が59.5%、「退院支援を行ったことがある」が58.0%、「いずれも行ったことはない」が25.6%であった。（図表3-23）

1) 入院について

（入院全般について）

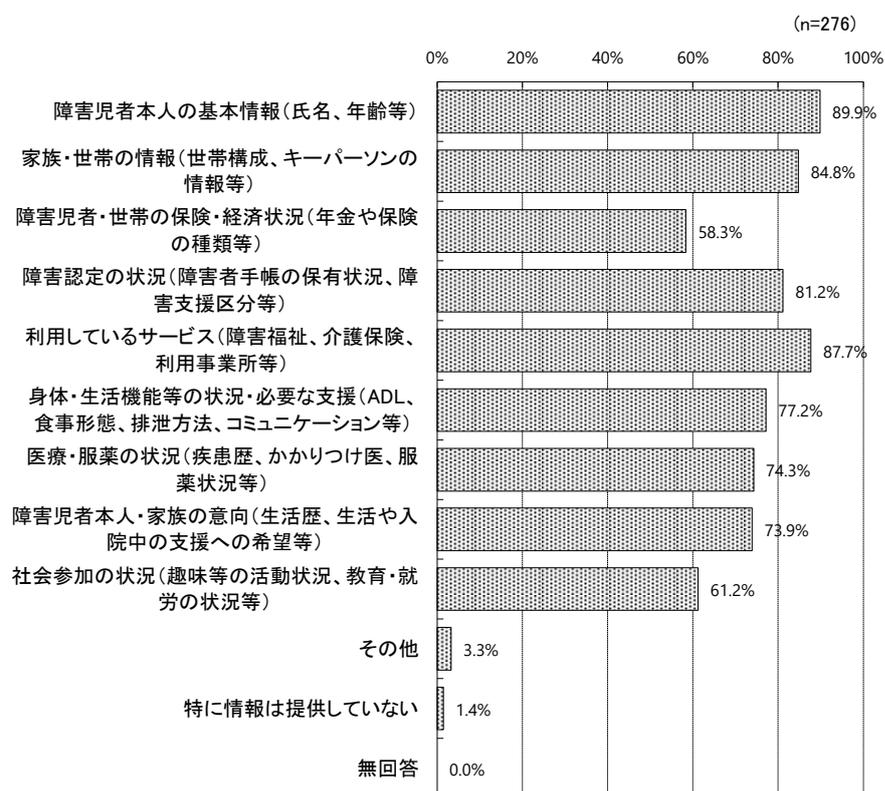
- 相談支援事業所が実施した支援の内容は、「入院前の受診同行（73.9%）」、「緊急時の受診調整（同行を含む）（69.2%）」、「医療機関への情報提供（カンファレンスへの参加を除く）（68.1%）」の順に多かった。相談支援事業所は入院前から入院中の様々なタイミング、方法で入院支援を実施していた。（図表3-29）

【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)

<そもそも制度の利用が難しい>

- ・ 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。
- ・ 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。

<感染症の流行による影響>

- ・ 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。

<医療機関側の障害特性への理解が乏しい>

- ・ 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。

<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>

- ・ 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

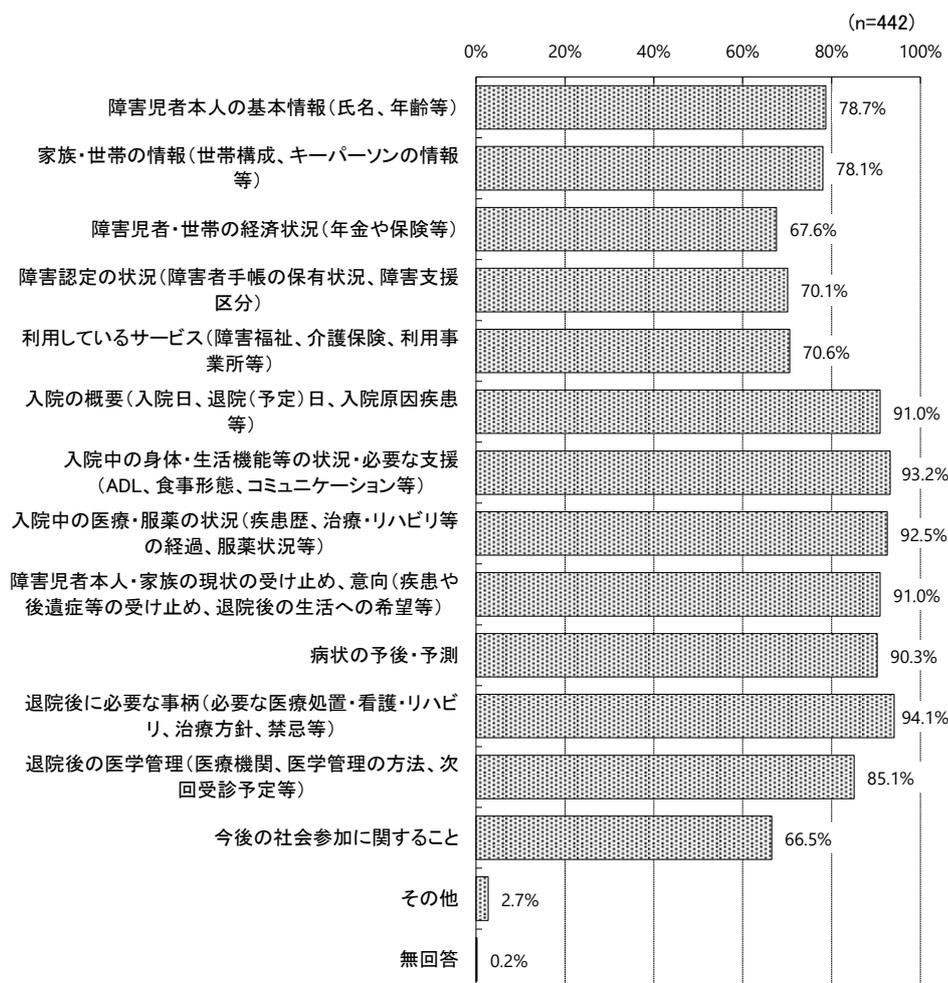
<障害特性への理解が難しい、介助方法を伝えることが難しい>

- ・ 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。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）

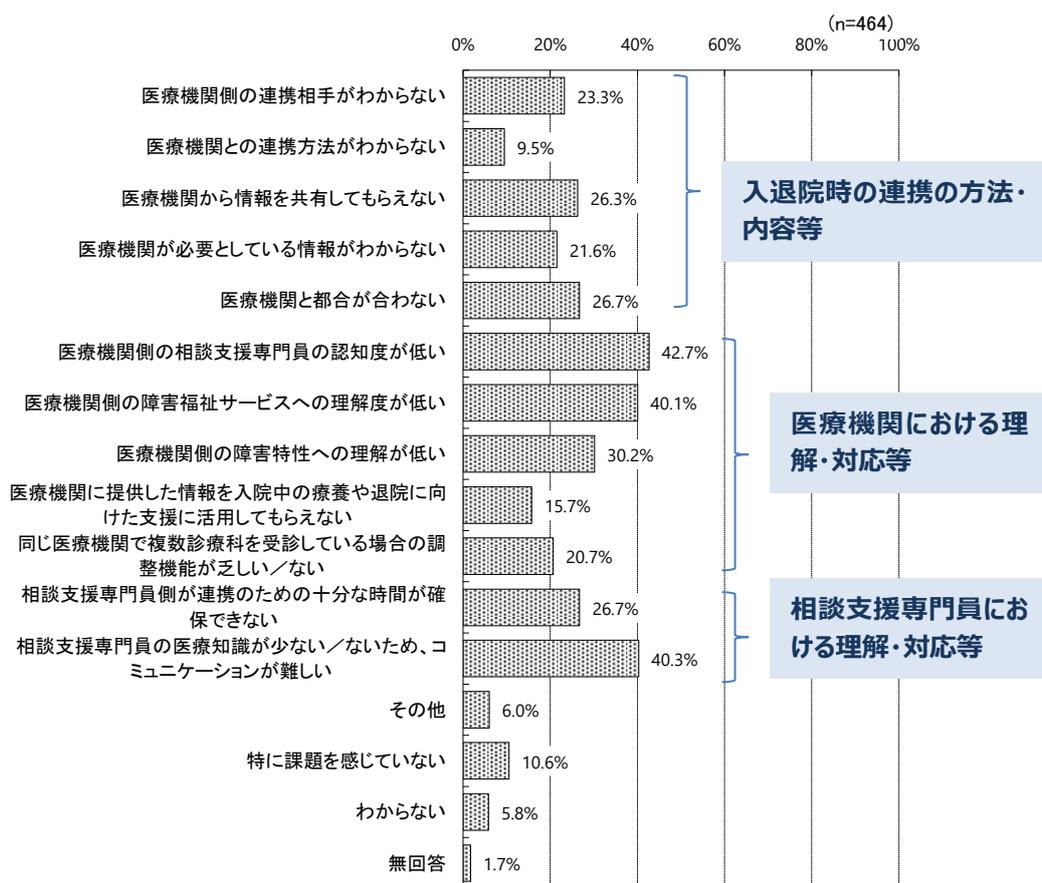


- 医療機関からの情報提供がなく、困った経験が「ある」の割合は44.8%であった。具体的には、退院を把握できなかったケース、退院前日に連絡があり受け入れの準備が整っていない状況で退院となったケース、退院時の状態や機能低下の状況、支援の留意点等の情報共有がなく支援方法に迷ったケース等が挙げられた。(図表 3-50、図表 3-52)

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

A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※食事形態:	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 嚥下食	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> その他
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法:	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> 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		
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 <input type="checkbox"/> 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 身体の状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡ができやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施

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

感覚に過敏さがある。電気のスイッチをつけたり、消したりして感触を楽しむ。
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 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、硬直性のあるものがある。発作時は、見守りのみで対応している。寝返りはできないため、仙骨部の褥瘡に注意をお願いしたい。在宅では、車椅子に移乗し、リクライニングを調整し、ポジションを変えたりしている。	
②コミュニケーションで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す	
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難 聴力 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難 意思伝達 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難
発語はないものの、にぎやかなところが好きで、話しかけられたり、他人の会話を聞いていて表情がゆるむことも多い。音楽（子ども向け映画のサウンドトラックなど）も好きで、ヘッドホンとCDを持参するので、適度に聞かせてもらいたい。身体の緊張も緩みやすくなる。	
③行動特性等で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く	
特になし	
④その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載	
環境の変化には強い。学校の環境変化があっても不応を起すことはなかった。	
退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望
在宅のサービス機関との情報共有をするため、退院時にサマリーを作成していただきたい。 また、家族（母、祖母）と相談支援専門員を含めて、退院時のインフォームドコンセント（IC）をお願いしたい。	
退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望	<input checked="" type="checkbox"/> 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		服薬管理		<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()					
	薬の名前		添付のおくすり手帳を参照									
	留意点・服薬介助のポイント		特になし									
アレルギー		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()										

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

入院時情報提供書（相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

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

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 花子		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、目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	夫は土日も仕事で、電話等が繋がりにくい。家族は介護疲れと常に他人が家に居ることへのストレスがあるように見える。					

②生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他					
	サービス名	重度訪問介護	利用頻度	週7日	施設・事業所名	〇〇ヘルパーステーション
	サービス名	訪問看護	利用頻度	週3日	施設・事業所名	〇〇訪問看護ステーション
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
	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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border: none;">起居動作</td> <td style="border: none;"><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%; border: none;">移乗</td> <td style="border: none;"><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 style="border: none;">歩行</td> <td style="border: none;"><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="border: none;">更衣・整容</td> <td style="border: none;"><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 style="border: none;">排泄</td> <td style="border: none;"><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 colspan="2" style="border: none;">※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													
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border: none;">視力</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難</td> <td style="width: 15%; border: none;">聴力</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">言語</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難</td> <td style="border: none;">意思伝達</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難</td> </tr> </table>	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				
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 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） ※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 ※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 ※問3で選択した選択肢に応じて表示	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） ※契約者がいない場合は「0（ゼロ）」を回答してください	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 <u>※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</u> ※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	1. 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 2. 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 3. 特に情報提供がなくても問題ない ⇒問 26 へ 4. その他 () ⇒問 26 へ 5. わからない ⇒問 26 へ
【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)】 問23. 情報提供があるとよいケースの具体的な特徴	MA	1. 退院支援で初めて繋がった(担当となった)ケース 2. 入院前から医療ケアを必要とされているケース 3. 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) 4. その他 () 5. わからない (同時選択不可)
【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	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・世帯の経済状況(年金や保険等) 4. 障害認定の状況(障害者手帳の保有状況、障害支援区分) 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)

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） 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 上記を除き、医療機関に対して、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本人・家族との調整 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
