

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

障害福祉と医療の連携を促進するために必要な手法の開発のための研究
在宅障害児者が入院する際のケアの申し送りに関する後方視的検討
（略称：在宅障害児者の入院時申し送り書調査）

研究分担者	藤谷順子	国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 （現 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター） リハビリテーション科医長
研究協力者	齊藤大介	国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 （現 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター） 入退院支援センター副看護師長
研究協力者	松村幸子	国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 （現 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター） 入退院支援センター看護師長
研究協力者	工藤真由美	国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 （現 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター） 入退院支援センター副看護師長

研究要旨

本研究は、障害児者が急性期病院に入院する際に適切な医療や看護が提供されにくい背景として、地域から提供される情報と病院側が必要とする情報との間に非対称性があることに着目し、その解消に向けた体制の検討を目的としたものである。調査の結果、医師、訪問看護師、ケアマネジャー・相談支援専門員などから提供される複数の書類が相補的に機能することで、必要な情報をおおむね網羅できることが明らかとなった。一方で、各文書の記載内容にはばらつきがあり、記載の有無や到着時期も一定していないため、情報の受け手側が内容を整理・補完する必要がある。入退院支援センターは、これらの情報を事前に集約し、病棟へ円滑に伝達するハブとしての役割を果たしており、家族や在宅関係者との連携によりケアの継続性も支えられている。今後は、文書の標準化や連携のさらなる促進を通じて、入院前から退院後まで一貫した療養支援体制を構築することが求められる。

A. 研究目的

障害児者が医療機関を受診する際、さまざまな困難や障壁のために適切な医療が受けにくいという当事者や支援者からの訴えがある。障害者権利条約の第10条生命に対する権利や第25条健康の条文にもある通り、障害のある方が他の者と平等に医療を受けられる環境を整えていくことは国としての責務でもある。疾患の治療や診断のための検査等が身近な医療機関で、あるいは先進的治療等が専門病院で受けられるような体制作り、また医療・介護・福祉分

野の有機的で効率的な連携も求められる。地域包括ケアシステムにおける高齢化した障害者、精神疾患の患者、身体疾患に罹患した障害者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者などニーズは、医療・介護・障害福祉サービスにまたがっており、様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制が求められる¹⁾。

医療との連携においては従来から診療情報提供書や看護サマリーなどの文書を通じて行われることが

多い。看護職がケアを提供する際には、入院時に添付された情報提供文書等を参照し、ケアに活かしている。しかし、在宅からの提供される情報と実際に病棟看護職が必要とする情報に差があることを度々経験する。この情報の非対称性は適切な医療や看護を提供できない可能性があり、その非対称性の軽減のための双方に益する体制の構築が、本研究全体の目的である。

今年度、本研究では、実際に入院を受ける急性期病院の立場で、在宅障害児者が急性期病院に入院する際のケアの申し送りについて検討した。その目的は、適切な受け入れに寄与する申し送りの項目や内容・方法を明らかにすることである。

なお、入院側と一口に述べているが、入院病棟とそのスタッフだけが入院側ではない。急性期病院の多くには、入退院支援センターや地域連携室、それに類する名称の部門があり、看護師が所属し、地域とのつなぎ役を担っている。さらに、近年、入退院支援センターを設置する病院が増えており、入院前に患者・家族と面談し、必要な情報の収集・整理や療養上の課題を抽出している。入院前に介入することで患者・家族だけでなく、入院当日の病棟看護師

の負担軽減や医療・看護の質の向上が期待されている。

診療報酬改定の経過でも、入院前や入院早期から地域の関係者との連携を開始し、入退院を支援することは重要とみなされ、「入退院支援加算」・「入院時支援加算」・「入院事前調整加算」によっても後押しされているが、その院内のシステム作りには、入退院支援センターや地域連携室がその役割を担っていることが多い。したがって、より良い連携方法を構築する上では、入退院支援センターや地域連携室の活用も重要である。

本研究では、入退院支援センターの立場で受け取る書式と、情報の流れ、病棟での受け入れ準備について検討した。なお、解決すべき課題としては、図1に示すように、①今回の入院（および疾病の追加等）に伴う情報不足や不安、②在宅ケアの継続性の確保（に関連する不安の除去）の解消の2つがあると想定した。

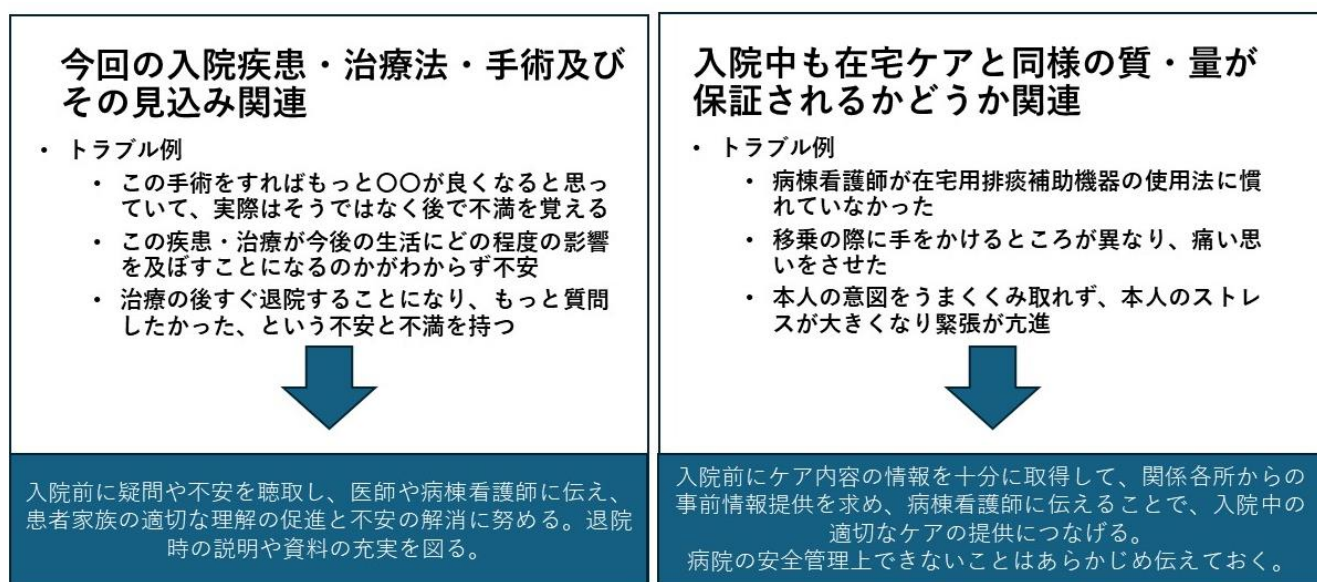


図1 障害児者の入院時ケアの2つの課題

B. 研究方法

今回は、入院時に地域から受け取る文書、厚労省などが在宅と病院の連携のために利用を推奨している文書、当院が作成使用している事前問診票について、それぞれの項目を確認した。

障害児者が入院する際に利用される書類には以下のものがある。

1. 書式が定型且つ公式（8種類）

- ・診療情報提供書
- ・入院時情報提供書（居宅介護支援事業所用）
- ・入院時情報提供書（相談支援事業所・重度訪問介護事業所用）
- ・医療的ケア判定スコア表
- ・障害福祉サービス受給者証
- ・アセスメントシート
- ・介護保険被保険者証
- ・居宅サービス計画書

2. 書式が非定型（4種類）

- ・看護サマリー
- ・家族からの直筆手紙（家族がケアの留意点を記載、図示したものを事前または当日に持参することがある）
- ・入院のための事前問診票
- ・入院のための事前問診票（小児用）

C. 結果

入院時に提供されるこれらの書類は、診療情報提供書を除けば、事前に届くとは限らず、また、在宅の事業所によっても提供される書式が違うのが実情である。

各書式に含まれている項目について表にまとめた。

以下に、各書式について概説する。

- 診療情報提供書：医師が作成する本書類は、紹介目的、疾患や治療歴、薬剤情報が記載されており、今回の入院目的を把握するためには重要な情報源である。
- 入院時情報提供書（居宅介護支援事業所用）：この書式は介護保険のケアマネジャーから入院先の医療機関に対して発出される定型文書であ

る。必要情報項目が多く包括されており、患者の全体像を把握しやすい。治療の経過、薬物アレルギーについては項目がない。またADL等については「自立」「一部介助」「全介助」といった分類で記載されており、明確な状況は把握できない。

- 入院時情報提供書（相談支援事業所・重度訪問介護事業所用）：障害の重度訪問介護利用者の情報を医療機関に共有する際の使用を想定して作られる文書である。前述の入院時情報提供書（居宅介護支援事業所用）と比較すると項目が少ないが、ケアに関する項目については、チェック項目の他にフリーで記載できるスペースが多く取られている。
- 医療的ケア判定スコア表・障害福祉サービス受給者証：これらのコピーを相談支援員から、入院時に提供される場合がある。医療的ケア判定スコア表は、日中や夜間帯のケアの必要性を理解することには有用であるが限定的な内容にとどまる。
- アセスメントシート：この書式は介護保険のケアマネジャーが介護プランを作成する際に用いられる文書である。入院に際して新たに記載するものではないため、入院早期の情報提供が可能な文書である。生活状況に関するアセスメント情報であり、疾患や既往歴などの医療に関する情報や服薬状況などの薬剤情報は少ない。
- 介護保険被保険者証：介護保険サービス利用者の場合自治体から交付されるもので、このコピーの提供があると、要支援・要介護の認定状況や利用中の居宅介護事業所を確認できる。ケアの詳細については情報の記載はない。
- 居宅サービス計画書：介護保険サービス利用者に対して、サービス利用情報を説明し契約を結ぶ際に用いられる。1週間の介護サービス利用状況が時間単位で記載されており、居宅サービスの量的側面がわかる。ケアの内容についての詳細な情報は記載がない。
- 看護サマリー：障害福祉・介護にかかわらず、訪問看護師は、上記の「入院時情報提供書」よ

りも、「看護サマリー」を記載してくることが多い。訪問看護事業所それぞれ書式が異なり、記載された項目も異なっている。疾患や治療の経過、医療処置内容、薬剤情報など医療も含めた情報、疾患に関する受け止め方などの記載があるものもある。ケアマネジャーが記載している上記アセスメントシートの不足分を補完する内容を含んでいる。

- ▶ 家族からの直筆手紙：一部の家族から届くものであるが、入院先の看護師宛にケアのポイントや留意事項が綴られている。医療処置や日常生活援助の内容が主に記載されており、療養生活における個別性のある内容が含まれることが多い。しばしば、ベッドサイドに貼れるような読みやすい書式である場合があり、カルテを確認するために戻ることなく看護ケアに即時に活用が可能である。
- ▶ 入院のための事前問診票（小児用を含む）：この問診票は当院独自のものであり、入院する患者すべてに同じ内容で記載されている。記載とともに入退院支援センター看護師等が問診をしながら必要な情報を追加で質問し、補足的に記入している。入院するに際して必要最低限の情報が網羅されており、在宅での生活・療養状況や意向、家族の介護状況については不足していた。当院独自に作成された入院のための事前問診票は、問診で情報を得ることが入院前に必要と考えられる27項目（小児用は33項目）を設けているものである。

書式が定型且つ公式な書類での共通性をみると、「既往歴」「医療処置」「かかりつけ医関連情報」「処方内容」「入院時の要介護度」「障害認定」「家族の情報」「生活歴」「入院前の介護サービス利用状況」「ADL」「排泄」「感覚機能の状態」の項目は50%を網羅していた。

また、項目を網羅する視点では、かかりつけ医師からの「診療情報提供書」、訪問看護師からの「看護サマリー」の他に、介護保険のケアマネジャーからの「入院時情報提供書（居宅介護支援事業所

用）」または「アセスメントシート」、障害福祉では、「入院時情報提供書（相談支援事業所・重度訪問介護事業所用）」の文書でほぼ全ての項目をカバーすることが分った。

D. 考察

1. 文書について

在宅から紹介される際に最も使用されるものに医師が記載する「診療情報提供書」がある。記載項目としては紹介目的、疾患や治療歴、薬剤情報が主であり、医療情報の中でも極めて限定的な情報であった。医療情報としての価値は高いが、入院時の個別性のあるケアを検討する上の情報の質としては十分ではない。医師によって記載内容や情報の量も一定していないことは臨床上の経験からも実感できる。

在宅での療養状況や生活状況、提供されていた介護サービスの内容については、居宅介護支援事業所・相談支援事業所・重度訪問介護事業所から医療機関に提供される「入院時情報提供書」、ケアマネジャーが使用する「アセスメントシート」それを基に作成される「居宅サービス計画書」、訪問看護師が作成する「（訪問）看護サマリー」から入院後のケアを検討する上で有用な情報が網羅されていることがわかった。なかでも「入院時情報提供書」が網羅できる情報量には他の文書と比較しても有用であることがわかる。

しかし、入院時情報提供書は、未だに普及していない実感がある。入院当初から「入院時情報提供書」が届けられることはなく、入退院支援センターからケアマネジャー等に「入院時情報提供書」での情報提供を依頼することが多く、その場合も、ケアマネジャーの認知度は低い印象がある。また、ケアマネジャーが記載した入院時情報提供書は、介護に関する情報が中心であり、医療・看護に関する情報は他から補完する必要がある場合が多い。

なお、「入院時情報提供書」を発行することにより、「入院時情報連携加算（ⅠまたはⅡ）」を居宅介護支援事業所は算定できるが、この加算の2022年3月の算定率は、（Ⅰ）で44.3%、（Ⅱ）で11.1%であった¹⁾。また、ケアマネジャーにおいて

も、連携が課題と考えており、情報を医療機関が活用されているか疑問を感じているという先行研究²⁾もあり、十分に活用されていない可能性がある。また、入院時情報提供書は、入院のために作成する必要がある。一方で「アセスメントシート」や「居宅サービス計画書」は既に作成してある文書であるため、そのコピーを送ることは容易であるという利点もある。しかし、入院側から見ると、医療情報が少ない、ケアの詳細がわからないなどの欠点がある。

我々は今回、当院が作成し使用している「入院のための事前問診票」についても検討したが、患者基本情報については項目化されているが、それ以外については、意図的に聞き取る必要があり、看護師の経験年数等によって情報の深度に違いが出る可能性があることがわかった。本研究班で今後、より良い書式を作ることで対応したい。

2. 入院を受け入れる病院（病棟）におけるスムーズな受入れモデル概念図の作成

文書の項目・内容を検討した結果、入院決定から退院するまでの患者・家族、地域との連携の手順を示す概念図を作成した（図2）。

Step1 は、かかりつけ医から入院する病院医師に対して、診療情報提供書等で患者情報が共有される。病院医師は入院を決定し、入退院支援センター（または地域連携室）に介入を依頼する。

Step2 は、入退院支援センターが行う情報収集・入院前支援の開始である。入退院支援センター看護師は、診療情報提供書の閲覧、患者や家族と面談を行ない、療養上の課題を抽出する。必要に応じて、在宅ケア関係者と密に連携し、患者情報の提供を依頼する。その場合も、患者・家族や在宅関係者とは、情報の受け渡しの一方通行ではなく、双方向性のやり取りをすることが重要である。なお、特別なコミュニケーション支援を要する者や、強度行動障

害のある者に対しては、公認心理師が関与し、コミュニケーション方法や心理面のサポート等に活かすこともできるため、公認心理士も、必要に応じて、障害福祉サービス事業者やご家族と情報共有や連携も図っている。これらの情報は入院病棟を決定する際にも活用されている。

Step3 は、入退院支援センターから病棟への連絡過程である。入退院支援センター看護師（+公認心理士）は、抽出された療養上の課題や情報を入院予定先と共有し、病棟看護師側は、受け入れる準備や予習を行う。看護管理者は適切な病室やベッドの位置を検討し、担当看護師を決定する。担当看護師が入院日の日勤である配慮をすることが多い。入院日の日勤・夜勤看護師は当日の受入れをスムーズに行うために医療機器・デバイス等の準備を行う。

Step4 は、入院日である。入院日には担当看護師が患者や家族から追加の情報を収集して、情報をアップデートする。必要に応じて家族やヘルパー、ケアマネジャー等から、在宅で工夫されているケア方法（体位変換角度・除圧マットの位置、吸引や経管栄養の方法や手順など）に関して直接レクチャーを受ける。入院日の夜勤担当者は、スムーズな夜が迎えられるように、出勤後すぐに、当日追加された情報を確認する。

Step5 は、入院中および退院時の対応である。入院前から、あるいは入院日やその後に追加された情報を基に病棟看護師間でカンファレンスを行う。看護計画を更新し、ベッドサイドの掲示物や電子カルテのメモ機能等でケア方法の可視化と統一を図る。退院の際には病棟看護師から在宅ケア関係者と退院前カンファレンスや看護サマリー等で入院中の情報を共有するなどして退院支援を行う。特に、入院（検査や疾病）によって加わった情報やその対処についての情報が重要である。

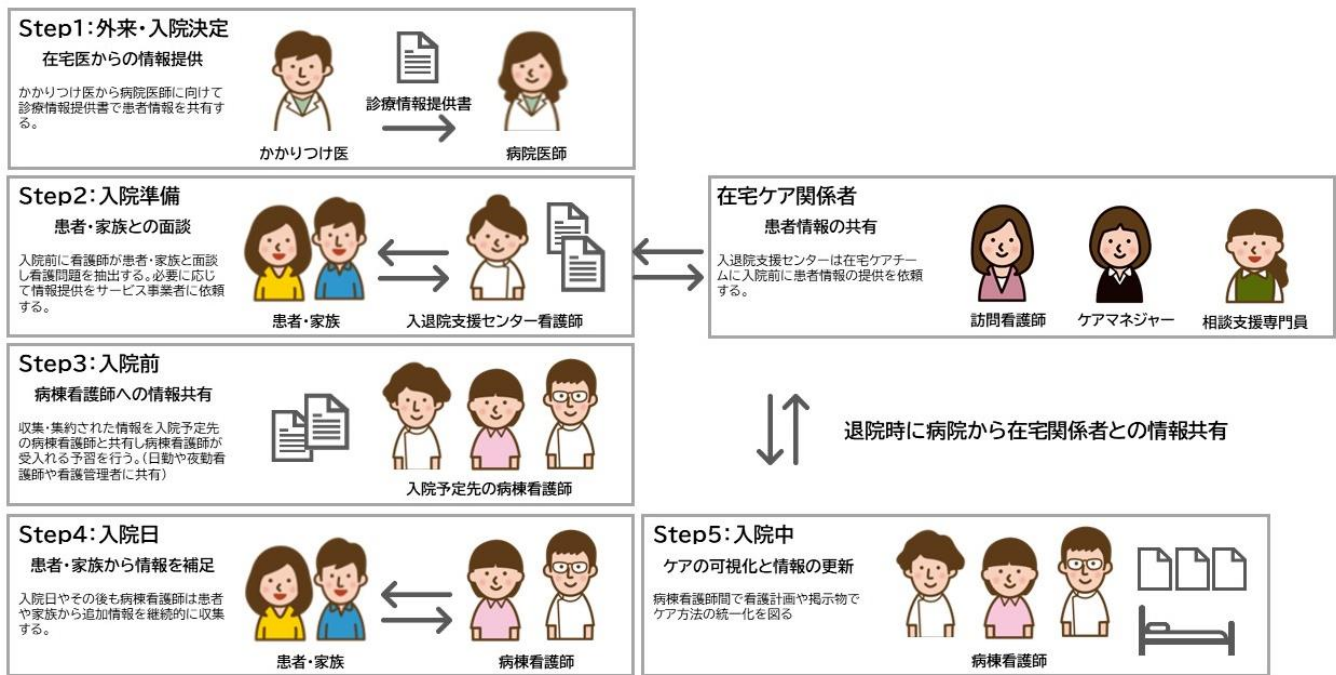


図2 入院を受け入れる病院(病棟)におけるスムーズな受入れモデル概念図

3. 入退院支援センター・地域連携室の役割

先行研究³⁾でも、地域のケアマネジャー等は、病院との連携について、「窓口がわからない」「どんな情報が適しているのかわからない」「院内の連携が悪い」等の意見を述べている。入退院支援センターや、地域連携室は、本来、このような地域関係者からの要望や批判を受け止めて、地域・在宅との窓口として機能する部門である。入退院支援センターや地域連携室の活用について、今後とも相互に啓発していく必要がある。

今回、図2で提案したように、入退院支援センターは入院受入のHUB(ハブ)として、事前に患者・家族との面談や関係各所からの情報を収集・集約し、療養上の課題を明確にすることができる。その内容から患者の個別性を踏まえて入院中の看護に関わる療養支援の計画を立てることができる。入院前の情報は入院予定先の看護師に共有されることで予習や医療デバイス等の事前準備を可能とする。その結果、患者や家族が安心安全に入院ができ、スムーズな入退院支援を行うことができる。

また、入退院支援センターが、事前に在宅関係者と双方向性の連絡を取ることで、医療機関の求める情報が明確になり、退院時に向けた準備がより早期にスタートできるという利点もある。

現在は、外来で入院決定直後に入退院支援センターで看護師による問診やオリエンテーションを実施している。Step2で看護師は入院する患者の面談後に必要に応じて、在宅ケア関係者と連携を図り、情報の収集・共有を行っている。理想的には入院が決まり、看護師が面談をする前に、在宅ケア関係者から必要な文書(情報)等が収集されていることが理想であるが、それらの文書が届くのは面談に間に合わない時期のことがしばしばである。早めに文書が到着し、それを一読した上で、面談を行うことができれば、今よりも質の高い面談や個別性のある療養支援計画を立案することが可能となる。

入院を受け入れる病棟にとっても、入退院支援センターによる情報の集約は、有用なことである反面、直接の連携もまた重要である。入院時やその後の面会時に、在宅ケアの方法や手順を家族や在宅ケア関係者から直接レクチャーを受けることでケアの継続性を担保することにもつながっていた。入院看護側も、日々のケアの実践を通じて、留意点や方法・手順などを看護計画や電子カルテのメモ機能、ベッドサイドの張り紙等で情報を共有し更新がなされている。繰り返し行われるケアのプロセスを経ることで看護師各々の経験値も上がり、質を保つケア

の実践と、障害児者の在宅生活の理解に繋がると考える。

なお、退院時の連携も重要であり、今回は検討していないが、病院からの情報が地域にとって十分かどうか、地域が必要とする情報の種類を病院側が理解する必要もあると考えられた。特に、図1で挙げたように、今回の入院で加わった疾患や病態などの情報の適切な伝達が必要である。

今回本研究で、各種文書を検討したことにより、連携に関する数多くの種類の文書が存在し、様式や記載内容も重複しているものがあることが分かった。また、情報を得る側は、複数の文書の確認や要約、それを看護計画に反映することに多くの時間を要している。

E. 結論

急性期病院に入院する際に地域から送られる可能性のある、現存する書類の種類と項目を検討したところ、現時点では、医師からの情報、看護師からの情報、ケアマネジャーまたは相談支援専門員からの情報、その3種類の情報が相補的に情報提供の役割を果たしていることが分かった。入退院にかかわる連携においては、入退院支援センターまたは地域連携室のHUB機能と、事前の準備が重要である。

➤ 引用・参考文献

- 1) 医療・介護・障害福祉サービスの連携 P. 73
102
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001158841.pdf>
- 2) 居宅介護支援・介護予防支援（改定の方向性）
P. 71
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001164127.pdf>
- 3) 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 P. 55（障害福祉サービスの理解不足）
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2024/04/koukai_240426_04.pdf
- 4) 入院時情報提供書研究結果（NTT）
https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r05_68jigyohokokusho.pdf

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

表-1 各書式に含まれる項目)

書式の種類	サービス主体の種類	定型の有無	傷病名	紹介目的	既往歴	入院歴	治療経過	医療処置	かかりつけ医機関名	かかりつけの医師名	診察方法・頻度	現在の処方	薬物アレルギー	薬剤管理	服薬状況	お薬に関する特記事項	住環境	医療保険の種類
診療情報提供書	共通	定型あり	○	○	○	×	○	×	×	×	×	○	○	×	×	×	×	×
入院時情報提供書(居宅介護支援事業所用)	介護保険	定型あり	×	×	○	○	×	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	×
入院時情報提供書(相談支援事業所・重度訪問介護事業所用)	障害福祉	定型あり	○	×	○	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×
医療的ケア判定スコア表	障害福祉	定型あり	×	×	×	×	×	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×
障害福祉サービス受給者証	障害福祉	定型あり	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
アセスメントシート	介護保険	定型あり	×	×	○	×	×	○	○	○	×	×	×	×	×	×	○	○
介護保険被保険者証	介護保険	定型あり	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
居宅サービス計画書	介護保険	定型あり	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
看護サマリー	共通	やや非定型	○	×	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
家族からの直筆手紙	共通	非定型	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
入院のための事前問診票	共通	当院の定型書式	×	×	○	○	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	○	×
入院のための事前問診票(小児用)	共通	当院の定型書式	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	○	○	×	○	○	×

表-2 各書式に含まれる項目 (続き)

書式の種類	介護保険の被保険者番号	入院時の要介護度	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	介護保険の自己負担割合	障害など認定	年金など種類	世帯構成	主介護者	キーパーソン	本人の趣味・興味・関心領域	本人の生活歴	入院前の本人の生活に対する意向	入院前の家族の生活に対する意向	生活の意向を踏まえた分析の結果	入院前の介護サービス利用状況	在宅生活に必要な要件	退院後の世帯状況	世帯に対する配慮	退院後の主介護者
診療情報提供書	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
入院時情報提供書(居宅介護支援事業所用)	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	○
入院時情報提供書(相談支援事業所・重度訪問介護事業所用)	×	×	×	×	○	×	○	○	○	○	×	○	○	○	×	○	○	×	○	×
医療的ケア判定スコア表	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
障害福祉サービス受給者証	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
アセスメントシート	○	○	○	○	×	○	×	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×	×	×	○
介護保険被保険者証	○	○	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×
居宅サービス計画書	○	○	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	×	×	×	×
看護サマリー	×	○	×	○	×	○	×	○	○	×	○	○	×	×	×	○	×	×	×	○
家族からの直筆手紙	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
入院のための事前問診票	×	○	×	×	×	○	×	○	○	○	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×
入院のための事前問診票(小児用)	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	×	×	×	○	×	×	×	×

表-3 各書式に含まれる項目 (続き)

書式の種類	介護力	介護状況	家族や同居者等による虐待の疑い	退院前カンファレンス参加希望	日中の状況	麻痺の状況	褥瘡の有無	ADL移動	移乗	更衣	整容	入浴	食事	起居動作	食事回数	食事形態	摂取方法	食事制限	水分とろみ	水分制限
診療情報提供書	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
入院時情報提供書(居宅介護支援事業所用)	○	×	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
入院時情報提供書(相談支援事業所・重度訪問介護事業所用)	×	×	×	○	○	×	×	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○	×	×	×
医療的ケア判定スコア表	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
障害福祉サービス受給者証	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
アセスメントシート	○	○	×	×	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×	○	○
介護保険被保険者証	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
居宅サービス計画書	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
看護サマリー	○	○	×	×	×	○	×	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	○	×	×
家族からの直筆手紙	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×	○	×	×	○	○	×	×	×
入院のための事前問診票	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	×	×	×
入院のための事前問診票(小児用)	×	×	×	×	○	×	×	○	×	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×	×

表-4 各書式に含まれる項目 (続き)

書式の種類	嚥下機能	口腔清潔	義歯	口臭	排尿	排便	ポータブルトイレ	おむつ/パッド	睡眠の状態	眠剤の使用	喫煙	飲酒	視力	聴力	言語	意思疎通	眼鏡	補聴器	コミュニケーションに関する特記事項	精神面における療養上の問題
診療情報提供書	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
入院時情報提供書(居宅介護支援事業所用)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
入院時情報提供書(相談支援事業所・重度訪問介護事業所用)	×	×	×	×	○	○	○	○	×	×	×	×	○	○	○	○	×	×	○	×
医療的ケア判定スコア表	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
障害福祉サービス受給者証	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
アセスメントシート	×	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×	×	○	○	○	○	×	×	○	○
介護保険被保険者証	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
居宅サービス計画書	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
看護サマリー	×	○	○	×	○	○	○	○	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	×	×
家族からの直筆手紙	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
入院のための事前問診票	×	×	○	×	○	○	○	○	×	○	○	○	×	×	×	×	○	○	×	×
入院のための事前問診票(小児用)	×	×	×	×	○	○	×	○	○	×	×	×	×	×	×	×	○	×	○	×