

情報提供書作成マニュアル

Ver. 2



平成 26 年 7 月
安曇野赤十字病院「医療と介護の勉強会」ワーキングチーム

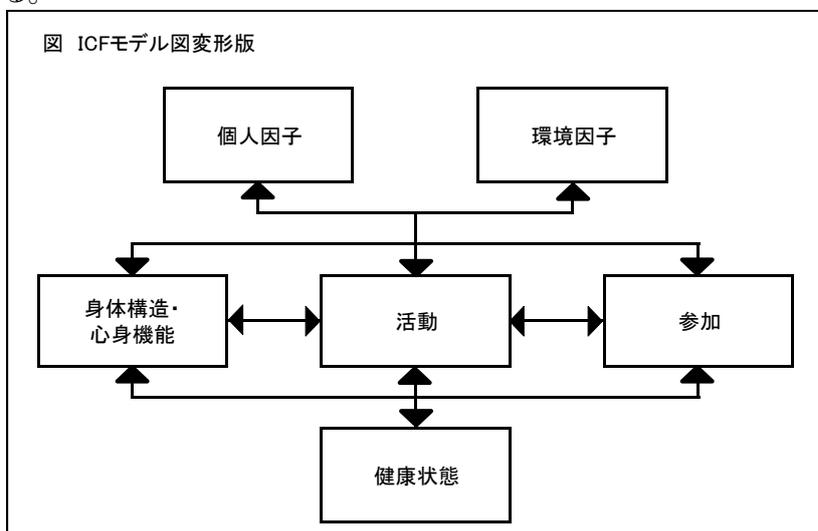
I 情報提供書の基本

1. 医療と介護の連携の必要性

医療と介護の連携を保つことで「生活の場」と「医療の場」との間で「途切れのない支援」が提供され、それによって「生活の質」の高い暮らしの支援が始めて提供可能になる。つまり、自宅や地域で生活を営んできた利用者が、病気やケガによって医療を必要とする状態になって入院をする。その結果、利用者にとって入院前の生活の目標が病気やケガによって変化する可能性が生まれてくる。その変化は、①:入院前と同じ生活の目標に向けていくことが出来る生活が送れる。②:退院時点では生活の目標を低く設定しなおさなければならないが、将来的に観て入院前の生活の目標に到達できる、あるいはかなり近づけることができる。③:入院前の生活目標の到達が困難であると見込まれ、状態に応じた新たな目標を設定しなおす必要がある。という状況が出現する。これらの変化に対応し、利用者が満足することができる暮らしの実現(生活の質の高い暮らし方の実現)のために医療と介護が連携をし、「生活者としての利用者」という共通の土台の上に乗って情報の共有を計り、互いの専門性の発揮による支援体制の構築が不可欠になっている。

そこで今般安曇野赤十字病院「医療と介護の勉強会」では医療と介護の専門職が「互いの役割を果たし、地域規模で協働して利用者の質の高い暮らしの実現に向けて相互連携して行くことを目的とした体制作りをする」ことを確認した。

これは、図のように、健康維持増進を「生活の土台」とし、「利用者の望む生活の実現」を地域全体で支援する体制が「地域連携」であり「医療と介護の連携」であることを意味している。つまり、利用者が入院加療を要する場合には、介護の現場で把握している「生活支援に関する情報」を医療の現場へ伝え、逆に退院後の療養や介護を援助する場合には「療養に関する情報・助言等」を介護の現場に伝えていくことで、健康を土台とした生活支援の設計図が出来上がることになる。



これを具体的に進める「手法」として、医療と介護の専門職が「顔の見える関係性」を作り、相互にコミュニケーションを図ることを主眼とし、その手助けをするためのツールとして「情報提供書」を作成することにした。よって「情報提供書を書く」ことが目的ではなく、情報提供書の一つの「材料」として「生活に関する情報」「医療に関する情報」を相互に「伝えること」が主眼となる。それゆえに情報提供書には必要最低限の情報を記載し、可能な限り「手渡し」をし、その場で情報提供書以外の情報も含めたコミュニケーションを図ることが重要になってくる。

なお、情報提供書に記載される情報は、利用者・家族と各関係者が情報提供に関する同意

を得られている範囲の情報を記載する。

2. 情報提供書作成の基本ルール

- 1) 情報提供書は医療と介護という異なる専門分野において、共通して必要な情報を提供する。よって情報提供書に記載されない情報については情報提供書以外の方法で「伝える」こととする。
- 2) 情報提供書の作成の手間を出来るだけかけず、かつ必要な情報を提供することを可能とする書式とする。
- 3) 情報提供書は、利用者が入院後可能な限り速やかに医療機関へ提出することとし、退院時には可能な限り退院前に介護側に提出することとする。
- 4) 情報提供書の作成は、介護側では担当の介護支援専門員(利用者が要支援者の場合には介護予防計画作成者)が作成をし、医療側では病棟担当看護師が作成する。
- 5) 情報提供書の記載項目にない情報については「備考」欄等に記載することとする。
- 6) 情報提供書の書式は情報伝達のしやすさを考慮し A4 縦 2 枚組みとし、情報提供書のテキストデータは関係機関等のホームページから容易にダウンロードできる仕組みを構築する。
- 7) 情報提供書の二次利用(許可なく情報提供書を複製して第三者に渡すこと)はしてはならない。居宅サービス事業者等へ情報を提供する場合には、口頭若しくは情報提供書の記載内容を課題分析情報に取り入れるなどの形で情報提供を行うか、または記載者及び記載者の属する機関の許可を得て複製をしなければならない。
- 8) 記入については、可能な限り専門用語や略語は用いない。「伝えるための手段」であることを徹底する。

II 情報提供書作成マニュアル

1 情報提供書

1) 宛先

情報提供書の宛先の情報を記載する。
診療科名、担当者名などわかる範囲で記載する。

2) 提出日

情報提供書を記載した日付を記入する。
西暦・年号のどちらでもかまわない。

3) 氏名・性別・生年月日・住所・電話

利用者のフェースシート情報を記入する。
性別はプルダウンメニューで選択する。
生年月日を西暦もしくは元号で入力を行う。(例:1998/12/1またはS15/12/1)
年齢は自動計算する。

4) かかりつけ医

かかりつけ医(主治医)の情報を記載する。
複数の医療機関にかかっている場合には、わかる範囲で記載をする。
医療機関名、医師氏名を記入する。
受診が定期的に行われている場合には「定期受診」の欄に「回数/単位」を記入する。
(例:2回/月)
受診が往診の場合には「往診」の欄に「回数/単位」を記載する。
院外処方により院外薬局の利用がされている場合には、院外薬局名を記載する。

5) 既往歴

利用者の既往歴に関する情報を記入する。
疾患名、時期(年月または__歳のどちらでもかまわない)
既往歴により入院があれば、「疾患名・主治医」の欄に、必要な情報を記入する。

6) 家族構成

家族構成をジェノグラム(家族図)で記載する。
記載方法は次の通りとする。

- ① 男性=□ 女性=○、死亡者は■・●で表す。
- ② 利用者は二重線で表す。
- ③ 左側から年長順に表す(一番左の人が最年長者)。
- ④ 利用者と同じ居している家族を囲む。
- ⑤ 主介護者は⊕、キーパーソンはⓀと標記する。
- ⑥ ジェノグラムは手書きでもかまわない。

7) 要介護度

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼

をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。
記載時の要介護(要支援)状態区分の情報を記入する。

8) 主介護者・キーパーソン・連絡先

主介護者は利用者に対して主に介護を提供している人とする。
キーパーソンは介護の決定権を有している人、利用者が最も信頼している人など、在宅介護における医療・介護の方針を決めるときに最も影響を与える人とする。
主介護者・キーパーソンのそれぞれの氏名と続柄を記入する。
連絡先は連絡のつきやすい順番で第1・第2連絡先の情報を記入する。

9) 担当ケアマネ

担当介護支援専門員に関する情報を記入する。
氏名・事業所名を記入する。
連絡先は事業所の代表番号や携帯電話番号など、連絡がつけやすい情報を記入する。

10) サービス等利用状況

情報提供書記載日の属している月の居宅サービス計画に基づいて情報を記入する。
サービスの種別ごとに「回数/単位」を記入する。(例 2回/週)
空欄は備考欄として自由記載を可能とする。

11) 介護状況

利用者がどのような生活目標を設定していて、その実現に向けて在宅における介護をどのように提供し、介護をするうえでの困難点とそれに対する対応方法などについて、医療機関が療養のために必要となる情報を記入する。
介護をする上での「コツ」、接し方の「コツ」などの情報も記入する。
特に「こうしたらいけない」という情報があれば記入する。

12) 要望等

記載者が要望する「退院の目安」となる状態(活動状況など)に関する内容や、在宅での生活状況と介護状況の関係から、在宅生活へ移行するために必要不可欠な活動状況などに関する内容を記入する。

13) 意思疎通・認知障害・視力障害・聴力障害

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。
具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

意思疎通: 言語・非言語を問わず「意思疎通」が可能であるかを評価する。その上で具体的な意思疎通の方法について記載をする。特に非言語での意思疎通については、可能な限り具体的な方法を記入する。

認知障害: 在宅での生活に支障をきたす認知機能の低下の状況を評価する。認知機能の低下が「有」の場合に、それによって日常生活を営む上で困っていることを具体的に記入する。

視力障害: 日常生活に支障をきたす視力障害の有無を評価し、その上で視力障害が「有」の

場合には療養上注意すべき点について具体的な内容を記入する。

(例:眼鏡使用)

聴力障害:日常生活に支障をきたす聴力障害の有無を評価し、その上で聴力障害が「有」の場合には療養上注意すべき点について具体的な内容を記入する。

(例:右補聴器使用)

14) 食事

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

食事摂取については、利用者の自己動作を評価する。

義歯については、義歯の有無を選択し、具体的な状況を記載する。

主食について、その内容を選択する。

治療食の場合は具体的な内容を記載する。(例:糖尿病1400kcal)

おかずについて、その内容を選択する。

その他の情報として補助食品の使用、補助用具の試用、禁忌食品があればその情報を具体的に記入する。

経管栄養を実施している利用者については、胃ろうか経鼻経管栄養を選択し、分かればカテーテルのサイズを入力する。また最終交換日を記載する。

経管栄養の栄養剤の名称、1回あたりのカロリー(注入量)、1日に何回実施するか、白湯の注入量と回数を記入する。

15) 排泄

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

排泄動作については、利用者の自己動作を評価する。

最終排便日の日付を記載する。

排泄方法を選択する。おむつ・リハビリパンツ使用において個別性をもって実施している内容があれば記入する。

状態については、尿意・便意の有無、失禁の有無を選択する。

薬剤使用については利尿剤・緩下剤等の使用の有無について選択し、薬剤名・量などの情報を記入する。

ストマ(人工肛門)・膀胱留置カテーテルの有無について選択する。

膀胱留置カテーテルを使用している場合は、カテーテルのサイズを()Frの欄に記入する。ただし不明な場合には記入しなくてかまわない。各種用具の最終交換日を記入する。

16) 入浴

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

入浴動作については、利用者の自己動作を評価する。

具体的な入浴形態について選択する。最終入浴日の日付を記載する。

17) 移動

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

起居(起き上がり)動作、座位動作と座位保持動作、起立(立上り)動作と立位保持動作、移乗動作、歩行動作について、利用者の自己動作能力を評価する。歩行の際に使用している補助具・歩行できずに車椅子等を利用している場合には、使用している用具について情報を記入する。

拘縮・麻痺の有無を選択する。拘縮・麻痺があれば、その部位及び状況については「部位:」の欄に記載する。

18) 睡眠

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

睡眠についてよく眠れているのかを利用者もしくは介護者の判断に基づき記入する。介護者の評価と利用者の評価に著しい差異がある場合にはその状況と利用者の評価を備考欄に記載する。

眠剤を使用している場合には薬剤名・量などの情報を記入する。

19) 服薬管理

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

服薬管理(薬剤使用のコンプライアンスの保持)に関する自己動作能力を評価する。

内服方法に関する動作の状況を具体的に記入する。(例:「介護者が薬を準備すれば自分で内服できる」など。)

薬の内容は添付書類で提出することが望ましい。

20) 皮膚疾患

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は下側の欄に文字入力する。

白癬(水虫等)・褥瘡(床ずれ)の有無を選択する。白癬と褥瘡以外の皮膚疾患があれば「その他」に情報を記入する。

発生部位と程度、処置が行われている場合には処置内容を記入する。

21) 医療処置

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

吸引、在宅酸素、インスリン、その他、利用者に行われている医療処置について選択し、それぞれわかる範囲でその処置内容()内に記入する。

22)備考

介護側から医療機関へ伝えておくべき情報で、情報提供書に記載項目がない状況などについて、自由に記入する。

情報提供書2ページ(意思疎通～医療処置)までの情報について、その評価を行った日付を記載する。

23)記載者情報

情報提供書作成者の属する事業所名、記載者の氏名を記載する。

2 患者情報提供書

1) 提出先

情報提供書の宛先の情報を記載する。
事業所名、担当者名などわかる範囲で記載する。

2) 提出日

情報提供書を記載した日付を記入する。
西暦・年号のどちらでもかまわない。

3) 氏名・性別・生年月日・住所・電話

利用者のフェースシート情報を記入する。
性別はプルダウンメニューで選択する。
生年月日を西暦もしくは元号で入力を行う。(例:1998/12/1またはS15/12/1)
年齢は自動計算する。

4) 情報提供の目的

患者情報提供書の提供目的を選択し、該当する項目に✓をつける。

5) 疾患名

入院加療をした疾患名について記載する。

6) 主治医

医療機関で担当した主治医の氏名を記載する。

7) 既往歴

利用者の既往歴に関する情報を記入する。
疾患名、時期(年月または__歳のどちらでもかまわない)
既往歴により入院があれば、「疾患名・主治医」の欄に、必要な情報を記入する。

8) 家族構成

家族構成をジェノグラム(家族図)で記載する。
記載方法は次の通りとする。

- ① 男性=□ 女性=○、死亡者は■・●で表す。
- ② 利用者は二重線で表す。
- ③ 左側から年長順に表す(一番左の人が最年長者)。
- ④ 利用者と同居している家族を囲む。
- ⑤ 主介護者はⓈ、キーパーソンはⓀと標記する。
- ⑦ ジェノグラムは手書きでもかまわない。

9) 要介護度

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

記載時の要介護(要支援)状態区分の情報を記入する。

また、入院期間中に区分変更申請が行われている場合には情報を記入せず、「医療上の注

意事項・継続される看護問題」に申請をした日付け、調査を実施した日付の情報を記入する。

10) 主介護者・キーパーソン・連絡先

主介護者は利用者に対して主に介護を提供している人とする。

キーパーソンは介護の決定権を有している人、利用者が最も信頼している人など、在宅介護における医療・介護の方針を決めるときに最も影響を与える人とする。

主介護者・キーパーソンのそれぞれの氏名と続柄を記入する。

連絡先は連絡のつきやすい順番で第1・第2連絡先の情報を記入する。

11) 担当ケアマネ

記載日当日の担当介護支援専門員に関する情報を記入する。

氏名・事業所名を記入する。

連絡先は事業所の代表番号や携帯電話番号など、連絡がつけやすい情報を記入する。

12) 経過要約・退院サマリー

当該医療機関の入院期間を記載する。

入院後の治療の経過を要約して記入する。

13) 医療上の注意事項・継続される看護問題

退院後の在宅における介護に関して、医療上遵守しなければいけないこと、留意すべき情報、退院後の生活における医療に係る情報について記入する。

入院期間中に判明した在宅で必要となる感染症に関する情報(ただし治療上の必要性以外に改めて検査する必要なし)について記入をする。

14) 病状の理解

退院時における利用者の病状や介護の必要性等について、利用者自身と家族の理解の状況を記入する。

家族についてはキーパーソンと主介護者が異なる場合、誰の理解に関する情報なのかを明記する。

15) 障害高齢者・認知症高齢者の日常生活自立度

患者情報提供書作成日における日常生活自立度を評価し、✓をする。

16) 意思疎通・認知障害・視力障害・聴力障害

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

意思疎通: 言語・非言語を問わず「意思疎通」が可能であるかを評価する。その上で具体的な意思疎通の方法について記載をする。特に非言語での意思疎通については、可能な限り具体的な方法を記入する。

認知障害: 在宅での生活に支障をきたす認知機能の低下の状況を評価する。認知機能の低下が「有」の場合に、それによって日常生活を営む上で困っていることを具体的に記入する。

視力障害:日常生活に支障をきたす視力障害の有無を評価し、その上で視力障害が「有」の場合には療養上注意すべき点について具体的な内容を記入する。

(例:眼鏡使用)

聴力障害:日常生活に支障をした聾聴力障害の有無を評価し、その上で聴力障害が「有」の場合には療養上注意すべき点について具体的な内容を記入する。

(例:右補聴器使用)

17) 食事

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

食事摂取については、利用者の自己動作を評価する。

義歯については、義歯の有無を選択し、具体的な状況を記載する。

主食について、その内容を選択する。

治療食の場合は具体的な内容を記載する。(例:糖尿病1400kcal)

おかずについて、その内容を選択する。

その他の情報として補助食品の使用、補助用具の試用、禁忌食品があればその情報を具体的に記入する。

経管栄養を実施している利用者については、胃ろうか経鼻経管栄養を選択し、分かればカテーテルのサイズを入力する。また最終交換日を記載する。

経管栄養の栄養剤の名称、1回あたりのカロリー(注入量)、1日に何回実施するか、白湯の注入量と回数を記入する。

18) 排泄

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

排泄動作については、利用者の自己動作を評価する。

最終排便日の日付を記載する。

排泄方法を選択する。おむつ・リハビリパンツ使用において個別性をもって実施している内容があれば記入する。

状態については、尿意・便意の有無、失禁の有無を選択する。

薬剤使用については利尿剤・緩下剤等の使用の有無について選択し、薬剤名・量などの情報を記入する。

ストマ(人工肛門)・膀胱留置カテーテルの有無について選択する。

膀胱留置カテーテルを使用している場合は、カテーテルのサイズを()Fr の欄に記入する。ただし不明な場合には記入しなくてかまわない。各種用具の最終交換日を記入する。

19) 入浴

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

入浴動作については、利用者の自己動作を評価する。

具体的な入浴形態について選択する。最終入浴日の日付を記載する。

20) 移動

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

起居(起き上がり)動作、座位動作と座位保持動作、起立(立上り)動作と立位保持動作、移乗動作、歩行動作について、利用者の自己動作能力を評価する。歩行の際に使用している補助具・歩行できずに車椅子等を利用している場合には、使用している用具について情報を記入する。

拘縮・麻痺の有無を選択する。拘縮・麻痺があれば、その部位及び状況については「部位:」の欄に記載する。

21) 睡眠

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

睡眠についてよく眠れているのかを利用者もしくは介護者の判断に基づき記入する。介護者の評価と利用者の評価に著しい差異がある場合にはその状況と利用者の評価を備考欄に記載する。

眠剤を使用している場合には薬剤名・量などの情報を記入する。

22) 服薬管理

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

服薬管理(薬剤使用のコンプライアンスの保持)に関する自己動作能力を評価する。

内服方法に関する動作の状況を具体的に記入する。(例:「介護者が薬を準備すれば自分で内服できる」など。)

薬の内容は添付書類で提出することが望ましい。

23) 皮膚疾患

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は下側の欄に文字入力する。

白癬(水虫等)・褥瘡(床ずれ)の有無を選択する。白癬と褥瘡以外の皮膚疾患があれば「その他」に情報を記入する。

発生部位と程度、処置が行われている場合には処置内容を記入する。

24) 医療処置

この項目は「プルダウンメニュー」を設定している。該当欄をクリックすると▼が表示され、▼をクリックすると選択肢が表示されるので、該当する選択肢をクリックする。

具体的な状況は右側の欄に文字入力する。

吸引、在宅酸素、インスリン、その他、利用者に行われている医療処置について選択し、それぞれの処置内容をケアマネージャー・デイサービスなどの介護職関係者にわかる言葉で()内に具体的に記入する。

25)備考

最終バイタルサインの情報を記載する。

医療機関から介護支援専門員へ伝えておくべき情報で、情報提供書に記載項目がない状況などについて、自由に記入する。

各種サービスにて入浴を援助を受ける利用者には入浴許可のバイタルサインの数値を具体的に記入していく。

26)記載者情報

患者情報提供書作成をした医療機関名・記載者氏名・主治医氏名記入し、主治医の押印をする。(診療情報提供料を取得できます。)