

那覇市在宅医療・介護連携推進事業

ていーあんだールール

入退院支援連携コンセンサスブック

(令和元年版)



未来を創る
さあ 漕ぎ出そう
「同志」と共に





はじめに

那覇市長 城間 幹子

超高齢社会の到来により、那覇市における65歳以上の高齢者人口の割合は、団塊の世代が75歳以上の高齢者となる2025年には、24.6%、およそ4人に1人が高齢者となる見通しとなっております。

こうした中、自宅等で療養生活を続ける患者も増加することが見込まれ、住み慣れた地域で療養しつつ自分らしい生活を続けることができるよう、地域の医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスを提供できる体制を整備することが急務の課題となっております。

本市では、平成29年度より「在宅医療・介護連携推進事業」を那覇市医師会に委託、医師会内に在宅医療・介護連携推進センター（「ちゅいしーじー那覇」）が設置され、取り組みを進めてきました。（「ちゅいしーじー」とは、沖縄の方言で互いに助け合うさまを指しています。）

高齢化が進む中では、多くの方が入院を経験しますが、治療しても完治せず、退院後も在宅で療養を受けながら生活するということが起こり得ます。

患者・利用者が、自宅や施設等、地域からの入院および退院、また急変時などのさまざまな局面において、質の高い情報提供や相談支援が受けられ、意思が尊重された良質な医療・介護サービスを包括的かつ継続的にうけることができるよう、医療と介護の円滑な連携・情報共有を図ることを目的に、那覇市版「ていーあんだールール 入退院支援連携コンセンサスブック」を作成しました。

那覇市内のどの病院に入院しても支援の質を担保できるよう標準化・均てん化を図り、その活用方法を入退院支援連携コンセンサスブックとしてまとめています。副題である「ていーあんだー」には多職種間における相互理解と尊重について、ひと手間をおしまないとの思いを込めています。

この「入退院支援連携コンセンサスブック」が、患者・家族の意向に沿った入院から在宅までの切れ目のない支援の提供や、安定した在宅療養の一助となることを期待します。

令和元年 8月

はじめに	4
1 入退院支援連携コンセンサスブック作成の過程	6
2 目的	8
3 入退院支援連携コンセンサスブックの対象者	8
4 個人情報保護について	8
5 入退院支援連携コンセンサスブックの概要	9
6 入退院支援連携コンセンサスブックの運用	10
7 共通マナー	11
8 入退院時連携におけるルール・マナー	12
・入院前	13
・入院時	14
・入院中	16
・退院時	22
・退院後	24
9 各種サマリー	27
・入院時情報共有シート(ケアマネ)	28
・看護サマリー(看護師)	30
・リハビリテーション情報提供書(セラピスト)	32
・ソーシャルワーカーサマリー(MSW、PSW)	34
・薬剤管理サマリー(薬剤師)	38
・栄養管理計画書(管理栄養士)	40
－疾患に係る栄養上の課題	42
・介護保険申請 連絡票	46
－介護(介護予防サービス)利用までの流れ	48
10 資料編	49
・在宅療養支援診療所・訪問歯科診療所	50
・“かかりつけ”とは	51
・地域の医療・介護資源	52
・病院機能と入院期間	53
・入退院支援連携のポイント	54
・介護認定を受けていないまたはケアマネが決まっていない 場合の入退院支援・連絡漏れチェックシート	55
・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関する ガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ	56
・命しるべ ～いのちの道標パンフレット～	58
・医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算	59
・病院連携窓口一覧	60
11 参考文献	65
12 入退院支援の推進 作業部会A 構成委員 おわりに	66 67

1 入退院支援連携コンセンサスブック作成の過程

入退院支援連携コンセンサスブックの作成にあたり、理念である「本人・家族の意思を尊重し、自宅や施設など地域からの入院（入所）及び退院（退所）、また急変時において、質の高い情報提供や相談支援が受けられ、医療・介護を包括的かつ継続的に受けることができる様、円滑な連携・情報共有を行う。」を基に、コンセンサスを丁寧に積み上げていく過程を重視し、医療・介護専門職との意見交換会を重ねました。

地域住民（那覇市まちづくり協働大使）との意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	平成31年4月16日	25名	退院に向けた入院中の不安・困り事について

各専門職の意見交換会

ケアマネージャーと地域包括支援センターとの合同意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	平成30年6月11日	7名	入退院時の情報共有における現状と課題、要望について
第2回	平成30年7月18日	7名	入退院時の情報共有における必要な情報項目の要望
第3回	平成30年10月19日	7名	退院時情報共有シートについて
第4回	平成30年11月30日	7名	入院時・退院時情報共有シートの掲載項目、入退院時連携におけるルールについて
第5回	平成31年1月16日	4名	入院時・退院時情報共有シートの掲載項目、入退院時連携におけるルールについて
第6回	平成31年2月6日	7名	入院時・退院時情報共有シートの掲載項目、入退院時連携におけるルール、アウトカム指標について
第7回	平成31年3月12日	8名	栄養管理計画書について管理栄養士と意見交換、入院時・退院時情報共有シートの掲載項目、入退院時連携におけるルールについて
第8回	平成31年4月17日	7名	入退院時連携におけるルール、アウトカム指標について
第9回	令和元年5月24日	7名	入院時情報共有シート、コンセンサスブック掲載（案）について

退院支援部門看護師による「退院時情報共有シート」に関する意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	平成30年6月18日	9名	入退院時の情報共有における現状と課題、要望について
第2回	平成30年8月2日	10名	看護サマリーの統一について
第3回	平成30年10月17日	9名	看護サマリー、入院時情報共有シートの掲載項目、入退院時連携におけるルールについて
第4回	平成30年11月15日	16名	看護サマリー、入院時情報共有シートの掲載項目、入退院時連携におけるルールについて
第5回	平成30年12月6日	14名	入退院時連携におけるルールについて
第6回	平成31年1月29日	13名	看護サマリーの掲載項目、入退院時連携におけるルールについて
第7回	平成31年2月19日	18名	看護サマリーの掲載項目、入退院時連携におけるルールについて
第8回	平成31年3月19日	14名	看護サマリーの掲載項目、入退院時連携におけるルール、アウトカム指標について
第9回	令和元年5月14日	14名	看護サマリーの掲載項目、コンセンサスブック掲載（案）について

MSWによる入退院時の情報共有に関する意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	平成30年10月17日	6名	MSW サマリーの活用状況について
第2回	平成30年11月15日	6名	MSW サマリーの掲載項目について
第3回	平成30年12月10日	9名	MSW サマリー、入院時情報共有シートの掲載項目、入退院時連携におけるルールについて
第4回	平成31年1月23日	7名	MSW サマリー、入退院時連携におけるルールについて
第5回	平成31年2月19日	6名	入退院時連携におけるルールについて
第6回	平成31年3月19日	4名	入退院時連携におけるルールについて
第7回	令和元年5月21日	10名	ソーシャルワーカーサマリー、コンセンサスブック掲載（案）について

管理栄養士による入退院時の情報共有に関する意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	平成30年9月26日	12名	栄養サマリーの作成と運用状況、統一について
第2回	平成30年10月31日	11名	栄養サマリーと栄養管理計画書について
第3回	平成30年12月12日	14名	栄養管理計画書の活用について
第4回	平成31年1月31日	12名	栄養管理計画書の掲載内容について
第5回	平成31年2月25日	11名	栄養管理計画書、入退院時連携におけるルールについて
第6回	平成31年3月26日	12名	栄養管理計画書について
第7回	平成31年4月24日	10名	「疾患に係る栄養上の課題」について
第8回	令和元年5月8日	11名	「疾患に係る栄養上の課題」、入退院時連携におけるルールについて

リハビリ職による入退院時の情報共有に関する意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	平成30年11月27日	14名	リハビリサマリーの運用状況と統一の方向性について
第2回	平成30年12月18日	14名	リハビリサマリーの作成、掲載項目について
第3回	平成31年1月22日	16名	リハビリテーション情報提供書の掲載項目について
第4回	平成31年2月26日	13名	リハビリテーション情報提供書の掲載項目について
第5回	令和元年5月20日	14名	リハビリテーション情報提供書、入退院時連携におけるルール、コンセンサスブック掲載(案)について

薬剤師による入退院時の情報共有に関する意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	平成31年4月8日	13名	入退院時の情報共有における現状と課題について
第2回	令和元年5月13日	10名	薬剤情報提供書について
第3回	令和元年6月3日	9名	薬剤情報提供書、コンセンサスブック掲載(案)について

入退院時の情報共有に関する合同意見交換会(ケアマネージャー、地域包括支援センター、退院支援部門看護師、MSW)

開催	日程	参加人数	内容
第1回	平成30年9月6日	23名	入退院時に必要とされる情報について

那覇市在宅医療・介護連携支援ネットワーク協議会 入退院支援の推進作業部会 A

開催	日程	参加人数	内容
第1回	平成30年3月2日	6名	平成30年度の目標・コンセプトについて
第2回	平成30年5月18日	6名	平成30年度の目標・コンセプトの確認と入退院時のルールについて
第3回	平成30年6月29日	8名	今後の意見交換会の進め方とタイムスケジュールの確認
第4回	平成30年9月21日	6名	那覇市医師会 病診連携委員会への上程について
第5回	平成30年12月4日	7名	他の作業部会と共同して取り組む必要のある事項について
第6回	平成31年1月22日	5名	各サマリー、ルール・マナーの進捗確認と要綱案について
第7回	平成31年2月26日	7名	アウトカム指標と評価について
第8回	平成31年3月27日	7名	那覇市入退院支援情報共有ツール運用に関する要項について
第1回	令和元年5月15日	8名	要綱とキックオフ集会開催について
第2回	令和元年6月18日	7名	要綱、介護保険申請連絡票、評価指標について
第3回	令和元年7月23日	8名	ツール運用に関するアンケート調査、救急搬送時の情報共有との連動について

2

目的

本人・家族の意思を尊重し、自宅や施設など地域からの入院(入所)及び退院(退所)、また急変時において、質の高い情報提供や相談支援が受けられ、医療・介護を包括的かつ継続的に受けることができる様、円滑な連携・情報共有を図り、住み慣れた地域で、自分らしく人生の最期まで暮らすことができることを目的としています。

入退院支援連携の標準化と均てん化

那覇市内のどの病院に入院しても
受け手側が必要とする質の高い情報を共有できる

3

入退院支援連携コンセンサスブックの対象者

在宅医療・介護連携において支援が必要な方

※各種サマリーの対象者については、「9 各種サマリー」に記載しています。

4

個人情報保護について

個人情報保護法ならびに那覇市個人情報保護条例の規定及び各事業所の取り扱う規定に準じ、対象者の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならず、その職を退いた後も同様とします。

→「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」参照

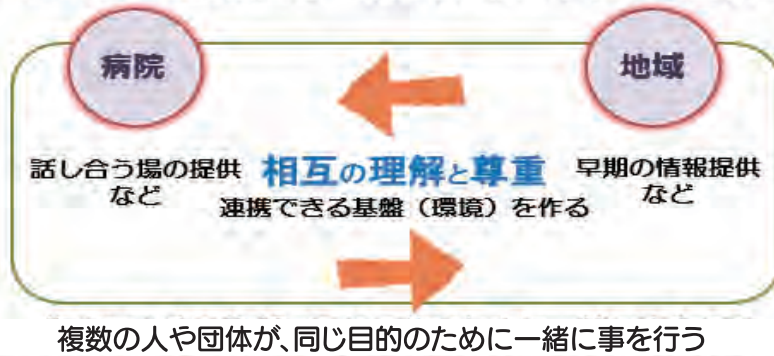
5

入退院支援連携コンセンサスブックの概要

この入退院支援連携コンセンサスブックは、
入退院支援連携のルールとツールで構成されています。

ルールの目的

医療介護が包括的かつ継続的に受けられる



ツールの目的

質の高い情報を受けられる



本人・家族の思いや見聞や知識・ノウハウなどを伝達し合うことで認識などを揃える

本コンセンサスブックにおける表記は以下の通りです。

・介護支援専門員
・ケアマネジャー

↓
ケアマネ

・医療ソーシャルワーカー
(社会福祉士、精神保健福祉士)

↓
ソーシャルワーカー

・理学療法士
・作業療法士
・言語聴覚士

↓
セラピスト

※病院やケースによっては、担当者(看護師、ソーシャルワーカー)が異なることがあるため、「病院担当者」と表記しているところもあります。

6 入退院支援連携コンセンサスブックの運用

入退院支援連携コンセンサスブックの効果を検証するため、1年に1回、那覇市の入院施設を持つ医療機関及び介護支援専門員を対象とした入退院調整に係る実態調査を実施します。

また、入退院支援連携コンセンサスブックの運用上の課題を検討するため、那覇市の入院施設を持つ医療機関及び介護支援専門員を対象とした意見照会を実施します。

代表者会議

コンセンサスブックの見直しと、上記の実態調査及び意見照会の結果を共有することを目的に、2年に1回、那覇市の医療機関代表及び介護支援専門員代表で構成される代表者会議を開催します。代表者会議までの期間に、各施設において書式の修正が提案された場合は、ツールに限り各施設で自由に改定することができるものとします。その改定については、那覇市の医療機関代表及び介護支援専門員代表で構成される代表者会議により見直しを検討し、承認されれば全体の改定を行います。那覇市が必要と認めたときは、臨時会議を開くことができます。

1

尊敬し合う

双方の職種や立ち場を理解し、
思いやりをもって、連携しましょう。

2

顔の見える関係

研修等を利用し、
双方が顔の見える関係を築くよう意識し、
積極的に意見交換をしましょう。

3

わかりやすく伝える

優先順位を考えて、わかりやすく伝えましょう。
専門用語や短縮言葉は使わないようにしましょう。

多職種が協働して、患者・利用者が抱えるニーズに対し、
丁寧な前向きに取り組むプロセスが重要です。

8 入退院時連携におけるルール・マナー

入院前、入院時、入院中、退院時、退院後の流れのなかの在宅側と病院側のルール・マナーです。



入院したら、

入院中の必要品や

手続きをしてくれる人がいないが

どうしたらいいだろう・・・(70代男性)

ルール・マナー作成にあたり、ご本人・ご家族の想いを反映させるため、地域住民と「入退院時の不安と困り事」について意見交換会を実施しました。

縦書きで表記されている言葉は、実際のご本人・ご家族の“言葉”です。ルールでは補えない部分もあるでしょう。その想いにどう寄り添えるか、是非多職種で話し合ってみませんか。



入院前



1

ケアマネ

↓
ご本人・ご家族へ

ご本人・ご家族へ名刺を渡し、入院時に担当ケアマネの氏名・所属を医療機関へ伝えるよう話しておきましょう。

POINT ①

日頃からご本人・ご家族へ「入院したらケアマネへ連絡をください」と依頼しておきましょう。

POINT ②

ケアマネの情報を医療保険証に入れておきましょう。医療保険証のない方は、お薬手帳に貼っておくよう依頼しましょう。

1

入院予約準備室※

↓
ご本人・ご家族へ

入院が決まったら、入院予約準備室はご本人・ご家族の同意を得て、ケアマネ及び保護受給の方は保護課へ連絡しましょう。もしくはご家族に連絡を依頼しましょう。

※入院予約準備室…病院によっては設置されていない場合もあり、また名称が異なることもあります。

2

ソーシャルワーカー

↓
ご本人・ご家族へ

入院が決まったら、介護認定の有無など必要な情報を確認しましょう。



入院時



1

ケアマネ



ソーシャルワーカー(担当者)へ

訪問またはファックス等で、速やかに入院時情報共有シート*を送り、情報提供を行いましょ。

* 各職種別情報共有シートは27ページ参照

- ・次の場合は早めに伝えましょ。
- 介護区分変更の必要性(予定)がある
- 介護認定更新時期が間近
- 何らかの理由で更新の調査が保留になっている

2

ケアマネ



病棟看護師へ

ソーシャルワーカー(担当者)とアポイントが取れずに来院する際は、ケアマネより病棟看護師へ声掛けし、情報提供しましょ。

1

ソーシャルワーカー



ご本人・ご家族へ

ソーシャルワーカーは、担当が決まったらご本人・ご家族に担当であることを伝え、ケアマネへ連絡するよう促しましょ。加えて、担当ケアマネへ情報提供することについて、ご本人・ご家族に声掛けし同意※を得ておきましょ。

※「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に関するQ&A(事例集)参照

POINT 1

ご本人・ご家族から生活歴や介護保険サービスの利用状況などを聞き取り、補足情報をケアマネ等から得るようにしましょ。

2

ソーシャルワーカー



ケアマネへ

感染症や認知症状等、至急で確認したい情報があれば、速やかに情報を求めましょ。

3

病棟看護師



ケアマネ・ソーシャルワーカーへ

ソーシャルワーカー(担当者)が不在時に、ケアマネが情報収集で来院した場合、病棟看護師で対応し患者情報の共有を行い、ソーシャルワーカーに申し送りしましょ。



残された家族や、
ペットが心配……
(70代男性)

在宅
HOUSE

入院中

1

ケアマネ
↓
主治医へ

「医療系サービスの利用根拠」や「軽度者に必要と考えられるサービス」等については、可能な限りカンファレンス開催時に直接確認しましょう。

POINT ①

サービス導入等に必要となる書類をカンファレンス時に持参するとスムーズです。

2

ケアマネ・施設職員
↓
ソーシャルワーカーへ

入院が1ヶ月以上にわたる場合、ケアマネはソーシャルワーカー等へ必要に応じて電話や病院訪問により利用者の病状経過を確認しましょう。

3

ケアマネ
↓
かかりつけ医へ

医療系サービスが必要となった場合、かかりつけ医等と情報共有を図りましょう。

4

ケアマネ
↓
ソーシャルワーカーへ

ご本人・ご家族から転院や施設入所の相談があった場合は、病院の機能や入所の要件等があるため、まずはソーシャルワーカーへ相談しましょう。



入院中

1

ソーシャルワーカー

↓
ケアマネへ

担当ケアマネの情報が把握出来たら、次のことをケアマネに伝えましょう。

- 入院担当者であること
- 入院予定期間(分かった段階で)
- 入院時の状況 等

ケアマネへの連絡は基本、9時～17時の時間帯としましょう。(例:緊急時以外で時間外の連絡は控えましょう。)

概ねの入院期間や退院の見込みが決まり次第、担当ケアマネへ早めに報告・連絡・相談をしましょう。(但し、キーパーソン不在や在宅環境整備に時間を要する方は、より早めに対応するよう努めましょう。)

ケアマネが来院できない場合でも、退院の目処については報告・連絡・相談をしましょう。

介護保険の新規申請や区分変更等の必要性が発生した場合は、申請手続きの依頼も含めて早めに地域包括支援センターや担当ケアマネへ連絡・説明しましょう。

POINT ①

訪問(家屋)調査を予定している場合は、同行できるよう調整しましょう。
特に新規の介護保険申請をしたら、ご本人・ご家族が選定したケアマネへ連絡しましょう。

POINT ②

介護保険認定の区分変更が必要になった根拠や、予定していた認定調査が延期となった場合は、その理由についても伝えましょう。

入院診療計画が変更となった場合は、速やかにケアマネへ連絡しましょう。

▶ コラム(ケアマネからの声)

訪問(家屋)調査後に連絡が来る場合、調査に立ち会っていないため利用者の状態が把握できずプラン作成に困ることがあります。介護保険を申請した時点で早期にご本人・ご家族にケアマネを選定してもらい、連絡をもらえると訪問(家屋)調査の段階からケアマネも同行でき、ご本人・ご家族との信頼も深めることができます。

入院中

**2**

病院担当者
↓
ケアマネへ

退院(転院)予定日が分かり次第、できるだけ早めにケアマネへ連絡しましょう。

退院前指導を行う場合はケアマネへ声をかけ、共に自宅の様子を確認し、在宅環境を想定したサービス導入やリハビリ等の調整を検討しましょう。

▶コラム(地域包括支援センターからの声)

ケアマネや家族がいない方で退院後の生活が気になる方については、ゆとりをもって地域包括支援センターに繋がしましょう。その際には、ご本人やご家族へ「地域包括支援センターの紹介」と「ケースワーカーから地域包括支援センターへ一報入れておく」旨の了承を得て頂けると、地域包括支援センターの介入がスムーズになり、場合によってはご本人やご家族が自ら地域包括支援センターに相談する事ができるようになります。

▶コラム(セラピストからの声)

だいたいの患者・利用者は入院中に本音は言いません。本当の思いはどうか、イメージを膨らませましょう。専門職の関わりが一生懸命であればあるほど、本音を言えません。表面の言葉だけを鵜呑みにしていると失敗に繋がります。提示した方法が正しくても、患者・利用者・家族にとって本当に必要なことなのか、本当に望む方法なのかをもう一度検討してみませんか。

在宅
HOUSE

入院中

+
病院
HOSPITAL

退院に向けたカンファレンスの相互マナー・ルール

ケアマネ・施設職員

↓
ソーシャルワーカーへ

入院時訪問で情報収集した入院期間を目安に、退院前カンファレンスの時期を予測し、必要に応じて病院へ実施日を確認しましょう。

ソーシャルワーカー

↓
ケアマネへ

カンファレンスを招集する際は、早めにケアマネへ連絡しましょう。その際、目的や内容を伝えましょう。

共通

カンファレンスの参加者の選定や招集に関しては、双方で相談・調整しましょう。

参加するメンバー（職種）や確認したい内容などを事前に伝えましょう。ケアマネ・施設職員は、受け入れ可能日（候補日）をいくつか決めてカンファレンスに参加しましょう。

院内の参加メンバー（職種）を調整し、確認事項を整理しておきましょう。ケアマネが参加できない場合は、カンファレンスの内容を情報提供しましょう。

病院側が退院前カンファレンスを予定していない場合でも、カンファレンスの必要性があると判断した場合は、その必要性を伝えましょう。

退院前カンファレンスを予定していない場合でも、ケアマネからカンファレンスの依頼がある場合は協力しましょう。

カンファレンス召集前に医療処置の追加・変更等がある際には、処置に応じて必要な医療機関へ事前に伝えましょう。

A person with their hair in a ponytail, wearing a dark hoodie and dark pants, is seen from behind, walking away on a paved path. They are using a wheelchair, with the front wheel visible at the bottom right. The background is a blurred outdoor setting with trees and a fence, bathed in a warm, golden light.

「一番元気だから退院してくれ」
と言われた。

ちゃんと説明して欲しい。

(80代男性)

A photograph of a person in a wheelchair, seen from the side, in a park-like setting. The person is wearing a white shirt and dark pants. The wheelchair is a standard manual model. The background shows a large tree trunk on the right, a path, and some blurred structures in the distance. The overall lighting is warm and golden, suggesting late afternoon or early morning. The text is overlaid on the right side of the image.

退院時、

お薬の説明を受けたけど、

退院準備でパタパタして

理解できなかつた。

(80代女性)



退院時



1

ケアマネ

↓
ソーシャルワーカーへ

カンファレンス後に作成・決定したプランを、出来る限り病院側へ情報提供し共有しましょう。

1

急性期病院

↓
回復期病棟へ

急性期からの情報提供とセットで、ケアマネからの入院時情報共有シートを提供しましょう。

▶▶▶ コラム (セラピストからの声)

利用者の生活や機能面は日々変化します。住宅改修を検討しているとき、少し立ち止まり考えてみましょう。現時点で本当にこの改修が必要ですか？介護保険で利用できる限度は決まっているので、将来を見越したプランニングが必要です。

ケアマネからのワンPOINT

施設探しに用意するとスムーズです。

- ・診療情報提供書
- ・介護保険認定証
- ・負担割合証
- ・お薬情報 等

*事前の施設見学を勧めましょう。

POINT ①

2疾患(脳卒中・大腿骨頸部骨折)パスについては、地域連携パスを優先とし、ケアマネからの情報も併せて提供しましょう。

2

病院

↓
ご本人・ご家族へ

退院後の外来受診日をご本人・ご家族に伝え、ケアマネへの連絡も促しましょう。

POINT ①

ケアマネはご本人・ご家族に確認することを基本とし、分からない場合は病院に問い合わせ確認しましょう。

家に帰りた
い思
いが
叶
いま
した。
(50代
家
族)



在宅

HOUSE

退院後

1

ケアマネ・施設職員



医療機関へ

医療処置などがある場合は、医療機関と情報共有を行いましょう。

退院後の生活状況について、病院側から担当ケアマネに提供依頼があった際は、必要に応じて情報提供しましょう。

2

ケアマネ



管理栄養士へ

栄養指導の内容や、栄養補助食品の代替え案についての問い合わせは、退院後1週間以内に行いましょう。
(退院後の状態が不明確なため、食事形態の相談にはアドバイスが難しいことをご理解下さい)

3

ケアマネ




セラピスト(PT・OT・ST)へ

入院中の詳細な情報についての問い合わせは、概ね1ヶ月以内に行いましょう。

病院からやっと自宅へ退院しました。

不安でいっぱいでしたが、在宅チームがサポートしてくれました。



旅立つ数日前、母はぎゅっと手を握ってくれました。

そのぬくもりを生涯忘れません。(40代家族)

あなたにも
忘れられない
患者さん、利用者さんは
いますか…



各職種サマリーの記載方法と対象者、各職種の役割です。

シートの項目に関しては、専門職のアセスメントに加え、受けて側が必要とする情報を意識して作成しました。また、作成者の負担を減らすため選択式にする等、効率化が図れるよう工夫しました。

- 入院時情報共有シート(ケアマネ)
- 看護サマリー(看護師)
- リハビリテーション情報提供書(セラピスト)
- ソーシャルワーカーサマリー(MSW、PSW)
- 薬剤管理サマリー(薬剤師)
- 栄養管理計画書(管理栄養士)
-疾患に係る栄養上の課題
- 介護保険申請 連絡票
-介護(介護予防サービス)利用までの流れ

※個人情報の取り扱いについては、個人情報保護法ならびに那覇市個人情報保護条例の規定及び各事業所の取り扱う規定に準じる。

入院時情報共有シート (介護支援専門員→医療機関)

医療機関名 担当者 様

事業所名		電話	
担当者名		FAX	

作成日 年 月 日

氏名	氏名	生年月日	住所	年齢	性別			
緊急連絡先	退院後に転居(施設入所)の予定があれば記載		把握している範囲で記載する	食事が摂れなくなった状況や期間	意向を聞き取りし、ケアプランに記載がある場合は、ケアプランを添付する。意向確認が行われた日付や医療機関名等の記載があると◎			
必須事項(事務連絡)	課題やニーズ	家族の関係性・介護力	転倒歴	経済状況	食事摂取状況	体重変化		
	家族状況・住環境	生活歴・育成歴(必要時)	家族の関係性・介護力	ACP(本人の想い、生き甲斐、これまでの経緯)				
かかりつけ医	かかりつけ医療機関名() その他併診機関名() ○カテーテル交換 医療機関名() かかりつけ歯科() かかりつけ薬局() お薬情報:お薬手帳・説明書・診療情報提供書・その他()	どちらかの写しを添付している場合は、○を記入する			本人の性格・生活状況 強みやこだわり、依存しやすい等、気をつけなければならない事項を記載			
既往歴				家族構成図				
介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			主…主介護者 ☆…KP ○…女性 □…男性				
障害日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 認知症日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立			記載可能な場合は直近の数値、不明な場合は記載なし				
障害等認定	手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 等級変更中 <input type="checkbox"/> 身体(等級: 級) <input type="checkbox"/> 療育(等級:) <input type="checkbox"/> 精神(等級:) <input type="checkbox"/> 難病(疾患名:)							
体重	kg(月 日測定)	通常のバイタル	体温	℃	血圧	mmHg	脈拍	SpO2
介護保険サービス・その他サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問診療(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週) <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 福祉用具の利用状況() <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 緊急通報 <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> 横合							
住環境・家屋状況	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 寝具 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド トイレ <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 特記事項()							
睡眠	眠剤		体圧分散マット					
ADL	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	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						1日尿回数/便 ()
		日中()	夜間()					最終排便日 (/)
	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 メニュー() 主食() 副食() 摂取割合(割)						
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 誤嚥の危険性 <input type="checkbox"/> 義歯						
	入浴・更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> シャワーチェア						
内服管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 配薬方法()							
IADL	調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 出来ない <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> サービス()						
	掃除	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 出来ない <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> サービス()						
	洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 出来ない <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> サービス()						
	買い物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 出来ない <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> サービス()						
	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 出来ない <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> サービス()						
	外出(頻度)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 出来ない <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> サービス()						
薬剤アドヒアランス	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 出来ない <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> サービス()							
療養上の問題	認知症や精神疾患等がある方の在宅での様子や不安定時の対応方法等について記載。							
ケアマネージャーからの要望	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの開催希望 <input type="checkbox"/> 情報提供のみ 理由: 「退院前カンファレンスの開催希望」「情報提供のみ」いずれかを選択した理由を記載 例: 「環境調整に時間を要するため、事前に連絡・調整がほしい」等、病院側への要望を記載。							

参考: 『平成29年度 沖縄県入退院支援連携デザイン事業 入退院支援連携デザイン ガイドライン～本人・家族・病院チーム・在宅チームで取り組む入退院計画～』



入院時情報共有シートの対象者

介護保険認定者



ケアマネージャーとは…

ケアマネージャーという仕事の役割は、介護保険認定者の困りごとを明らかにして、地域の中で安心して暮らし続けることができるよう支援をすることです。ケアマネージャーは、利用者の居宅を訪問し、本人の状況把握を行っています。入院の際は、適切に入院治療が行えるように、日常生活の情報を病院へお伝えします。退院時には、入院中の本人の状態や現在の状況を確認し、在宅生活がスムーズに行えるよう支援を行います。しかしながら、ケアマネージャーは万能ではありません。入院時の保証人になることや金銭管理を行うことはできません。ケアマネージャーは本人・家族、各関係機関や地域の社会資源との調整を図り、利用者が安心して暮らすことができる環境を作ることを目指しています。

今回のシート作成にあたっては、担当利用者が入院時に日常生活機能を損なわず、治療や在宅復帰ができるように各専門職の意見を伺いながら内容を検討しました。ぜひご活用ください。



地域包括支援センターとは…

高齢者の介護予防や介護保険・福祉に関する様々な相談に応じ、各種の公的な保健・福祉サービスの紹介・相談などを行う総合窓口です。

○総合相談支援

高齢者の抱える悩みや相談に対し、必要なサービスの紹介や解決に向けた支援を行う。

○介護予防ケアマネジメント

要介護状態になるおそれのある方へ、ケアプランを作成したり、65歳以上の高齢者に対し、介護予防教室を実施している。

○権利擁護 / 虐待の早期発見・防止

高齢者への虐待防止や早期発見、成年後見制度の利用への支援などを行う。

○ケアマネジメント支援

適切なサービスが提供されるように、地域のケアマネージャーへの支援を行ったり、関係機関とのネットワークづくりを行う。

○認知症施策の推進

認知症の方や、そのご家族からの相談に対し、医療・福祉・介護サービスの紹介調整を行う。また、認知症介護予防講座も開催する。

○地域包括ケアシステムの推進

地域の支援ネットワークを構築し、「地域の中で支え合い、高齢者がいきいきと暮らせるまち」づくりを推進していく。



ケアマネージャーと地域包括支援センターとの合同意見交換会 構成メンバー

比嘉 貞憲（オリブ山居宅介護支援事業所）
末吉 淳志（ケアプランセンターももほ）
城間 ゆかり（在宅ケアセンターしだかじ）
仲田 昌雄（那覇市安謝居宅介護支援事業所）

津嘉山 ゆかり（那覇市地域包括支援センター安里）
山城 末美（那覇市地域包括支援センター安謝）
宮城 能則（那覇市地域包括支援センター高良）

看護サマリー

病院名：〇〇病院

入院日： 年 月 日 退院（予定）日： 年 月 日 作成日： 年 月 日

フリガナ			生年月日			年齢	歳	性別		
氏名					アレルギー					
入院原因病名										
既往歴										
ケアマネジャー	事業所：		介護度		生活自立度		認知症自立度			
	担当者名： TEL:									
家族サポート体制	同居者	氏名：	TEL：		KP (連絡先)	氏名：	TEL：			
患者本人のおもい										
家族のおもい	APC（ご本人・ご家族の想いがどのように変化しているのか、告知の有無）									
退院前最終バイタル	測定日		時間	時	分	呼吸	SpO2		脈拍	
	血圧	/	mmHg	体温		身長		体重		
感染症	<input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> Wa <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 ()		コミュニケーション			眼鏡		補聴器		
			睡眠			眠剤		体圧分散マット		
ADL	起き上がり	(特記：)								
	移動動作	(特記：)								
	排泄	(特記：)								
		日中	夜間							最終排便日
	食事	(特記：)								
		義歯	部位	状況						(特記：)
		咀嚼 (特記：)								
		むせ込み (特記：)								
		メニュー	主食	副食						摂取割合 割
	口腔ケア	(特記：)								
	症状	(特記：)								
入浴・更衣	(特記：)									
内服管理	配薬方法 () (備考：)									
退院後も継続する医療処置	内容	方法	頻度	使用規格・次回交換時期など						
退院後の看護・介護上の問題					患者・家族への指導内容					
					入退院を繰り返す方に関して、在宅で過ごせる期間を少しでも延ばすために、看護師からの助言を記載。					
病棟	担当看護師：	担当MSW：	病棟看護部長：	主治医：						



看護サマリーの対象者

在宅や施設への退院、他医療機関へ転院される患者



看護師とは…

退院支援看護師とは

患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援を行う（主に）病棟看護師（ジェネラリストナース）の事を言う。

退院調整看護師とは

患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐ等のマネジメントの過程を支える看護師の事を言う。

「退院支援看護師」「退院調整看護師」いずれも「つなげる」役割に変わりはありません。誰の何を支えるのか？誰と何を繋げるのか？その必要性をアセスメントし、情報を共有することが患者を生活者として捉え、住み慣れた環境へ帰す事につながると考えます。また、必要な情報を同じ目線で共有する事で、治療環境から療養環境へ移行しても同じ看護が継続される事ができるのです。その一端を担う情報ツールとして、この看護サマリーが活用されればうれしく思います。



退院支援部門看護師による「退院時情報共有シート」に関する意見交換会 構成メンバー

上里 忠仁・比嘉 龍・玉城 圭介（天久台病院）
後藤 久美・与那覇 みゆき・前川 夏代子（大浜第一病院）
保久原 淳（沖縄協同病院）
田場 明子（沖縄赤十字病院）
諸見里 有子・知念 功喜・平田 ともみ（おもろまちメディカルセンター）
三枝 君枝（オリブ山病院）
今村 美由紀・宮平 照代（小禄病院）
新里 瞳（大道中央病院）
神谷 弘子・島澤 潤（田崎病院）
中野 久乃（仲本病院）
上原 八穂・大城 和枝・宮城 さとみ（那覇市立病院）

リハビリテーション情報提供書

紹介先： _____ 御中 紹介元： _____
 所在地： _____

作成日： **簡潔・明確に、略語や専門用語は出来るだけ使用しないように記載する**

リハ担当： 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____

リハ担当:	様	生年月日:	歳	性別:
診断名:	*発症日:		既往歴:	
経過:				
入院日:	リハ開始日:	退院日:	*起算日:	
注意事項:				

■入院前状況	
介護度:	家庭内役割:
ADL状況:	

■退院時の状況	
本人の要望:	家族の要望:
家屋改修状況: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 改修箇所:	
福祉用具: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 種別:	事業所:
補装具: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 種別:	事業所:

■退院時の心身機能・構造		■活動（基本動作・「している」ADL）			
項目	現在の状況	将来の見込み	項目	現在の状況	将来の見込み
コミュニケーション障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化	遷延り	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
見当識障害	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化	起き上がり	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
認知症 (BPSD)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化	座位保持	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
HDS-R (点)			立ち上がり	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
精神障害	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化	立位保持	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
高次脳機能障害	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化	食事	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
運動麻痺:	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化	更衣	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
感覚障害: 両側	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化	整容	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
筋力低下	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化	入浴	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
関節可動域制限	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化	トイレ動作	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
疼痛	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化	移乗 (Bed⇄いす)	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
摂食嚥下障害	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化	移動:	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
食事形態・量	主: 副: 摂取量:		階段昇降	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
	水分: トロミ <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		排尿コントロール	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化
コメント:			排便コントロール	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	<input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 維持 <input type="radio"/> 悪化

※将来の見込みは、リハビリテーションを継続した場合の評価となる。

■心身機能面の詳細、基本動作・ADL自立の阻害因子など *その他特記事項含む

■活動 (IADL)	
項目	将来の見込み
食事の用意・片づけ	<input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 要介助 <input type="radio"/> 困難
掃除・洗濯	<input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 要介助 <input type="radio"/> 困難
買い物、外出	<input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 要介助 <input type="radio"/> 困難
車の運転	<input type="radio"/> 医師確認 <input type="radio"/> 困難
金銭管理	<input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 要介助 <input type="radio"/> 困難
服薬管理	<input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 要介助 <input type="radio"/> 困難

■予後予測について（心身機能、活動・参加レベルの今後の見通しおよび家族・ケアパーソンの状況）

「退院時の評価であるため、退院後は主治医や在宅のセラピストと相談のうえ検討して下さい。」の文言を記載。

■今後必要と考えられるサービスとその理由

通所介護 通所リハ 訪問看護 訪問リハ 訪問介護 住宅改修 その他 (_____)



リハビリテーション情報提供書の対象者

要介護（支援）認定者、申請・認定予定者、施設（老健・特養・有料老人ホーム等）入所者・帰所者を対象に、急性期・回復期病院のリハビリ職から在宅のケアマネージャーへ提供



セラピストとは…

リハビリテーションの語源はラテン語で、re（再び）+habilis（適した）、すなわち「再び適した状態になること」「人間らしく生活する権利を取り戻す」の意味を持ちます。日本では主に病気や外傷が原因で心身機能と構造の障害と生活上の支障が生じたときに、多数専門職種が連携して問題解決を支援する総合的アプローチの総体を言います。

- 理学療法士（PT）は、運動療法や物理療法を用いて身体機能の改善を図ります。又、起居・起立・歩行などの練習・指導を行い、身体の基本的な動きの問題を解決することで自立した生活を支援します。
- 作業療法士（OT）は、身の周りのことや家事動作、趣味活動など、日常的に多く行う動作をリハメニューに取り入れながら、その方の生活スタイルに合わせて、日常生活や社会生活をうまく送るための心身機能向上を支援します。
- 言語聴覚士（ST）は、コミュニケーション能力や高次脳機能障害などの複雑な脳の働きの改善を図ったり、医師・看護師・栄養士と連携しながら安全に食べたり飲んだりすることを支援します。

今回のリハサマリー作成にあたり、できるだけ端的に患者の必要な情報が伝えられるよう意識しながら関わりました。患者の今後のより良い・充実した生活を目標とした関わりの一助となれば幸いです。



リハビリ職による入退院時の情報共有に関する意見交換会 構成メンバー

下里 綱・福田 芙見子（大浜第一病院）
 新里 実之・松川 京（沖縄協同病院）
 末吉 珠代（沖縄県リハビリテーション専門職協会）
 西川 智美・下里 聡子（沖縄赤十字病院）
 佐久川 結（沖縄セントラル病院）
 高良 圭（おもろまちメディカルセンター）
 大濱 学・金城 弘樹（オリブ山病院）
 屋宜 伸春（小禄病院）
 與儀 清介・安室 朝如（大道中央病院）
 當間 かおり（仲本病院）
 佐和田 茂・宮城 徹・知念 大輔（那覇市立病院）

(表)

ソーシャルワーカーサマリー

ID	氏名	性別	生年月日			年齢
			年	月	日	
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 生保 (役所・役場 班、担当者名: <input type="checkbox"/> 生活保護申請中(受理日: /)) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 70歳未満 <input type="checkbox"/> 区分ア <input type="checkbox"/> 区分イ <input type="checkbox"/> 区分ウ <input type="checkbox"/> 区分エ <input type="checkbox"/> 区分オ <input type="checkbox"/> 70歳以上及び後期高齢 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 現役並み1 <input type="checkbox"/> 現役並み2 <input type="checkbox"/> 現役並み3					
収入	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他年金 <input type="checkbox"/> 社会手当 () <input type="checkbox"/> 給与・自営 <input type="checkbox"/> その他 ()					
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> 施設管理 <input type="checkbox"/> 権利擁護 <input type="checkbox"/> その他 ()					
介護保険・障害区分	<input type="checkbox"/> 新規申請中 (/) <input type="checkbox"/> 区分変更中 (/) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 負担割合 () 割 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 有効期限 (/) 障害区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ケアマネージャーがいる場合は、記載はせずケアプランを添付する。 事業所名: 担当者名: TEL:					
他社会資源 (フォーマル)	特定疾患 <input type="checkbox"/> 有 病名 () <input type="checkbox"/> 申請中 () 頃 <input type="checkbox"/> 無 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有 () 級/障がい名 () <input type="checkbox"/> 申請中 () 頃 <input type="checkbox"/> 無 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有 () 級/障がい名 () <input type="checkbox"/> 申請中 () 頃 <input type="checkbox"/> 無 療育手帳 <input type="checkbox"/> 有 () 級/障がい名 () <input type="checkbox"/> 申請中 () 頃 <input type="checkbox"/> 無 () () 申請中 () 頃					
(インフォーマル)						
家族状況	キーパーソン 主なKP (続柄: 氏名:) 主なKP (続柄: 氏名:) 備考: 「決定権がある」キーパーソン(KP)を主なKPとし、「急変時」「日用品が必要な時」「金銭面」のそれぞれのKPについて記載。「日中・夜間の介護体制」についても記載。					
住環境・家屋状況	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 寝具 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド トイレ <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 備考:					
かかりつけ医 歯科医						
生活歴・職歴	入院前の 住宅の破損、衛生面(必要時記載) 家庭内役割 余暇活動 疾患等でADLが低下し、本人自身が受容できていない場合等に記載。					
ストレングス	ストレングスとは、クライアントの個人的な状況を自ら解決する能力のこと。					
現状の受け止め	本人/家族が抱えている問題を否定的ではなく肯定的にとらえ、クライアントの能力、意欲、嗜好などの側面を支援すれば、クライアントの希望や励ましにつながる。					
今後の過ごし方 希望	本人: 家族:					
生活課題	<input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> KP不在 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 病状のこと <input type="checkbox"/> 介護のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 退職先・療養先のこと <input type="checkbox"/> 医療処置のこと <input type="checkbox"/> その他 ()					
申し送り事項						
医療機関・担当者	病院/担当者:		作成日	年	月	日

参考: 『平成29年度 沖縄県入退院支援連携デザイン事業 入退院支援連携デザイン ガイドライン～本人・家族・病院チーム・在宅チームで取り組む入退院計画～』

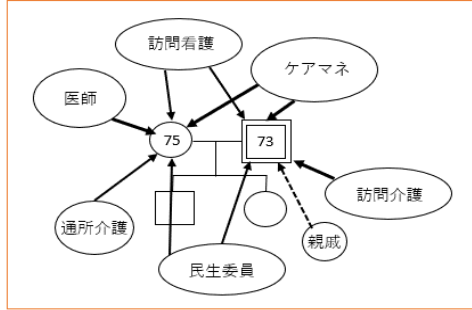
ソーシャルワーカーサマリー

その他特記事項

〈例：エコマップ〉

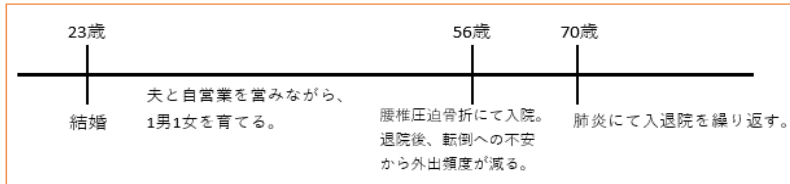
エコマップとは、要介護者を中心として、その周辺にある社会資源（家族、兄弟姉妹、友人、近隣住民、医師、各種介護関連機関など）との相関関係をネットワークとして表現した地図のことを言う。

〈エコマップの記載例〉



〈例：タイムライン〉

〈タイムライン記載例〉



参考：『平成29年度 沖縄県入退院支援連携デザイン事業 入退院支援連携デザイン ガイドライン～本人・家族・病院チーム・在宅チームで取り組む入退院計画～』



ソーシャルワーカーサマリーの対象者

新規介入（ケアマネージャーに繋げる場合や施設入所）の方、入院中新たに制度等社会的・心理的に変化のある方、転院の方。



ソーシャルワーカーとは…

保険医療分野（主に病院）において疾病を有する患者等が、地域や過程において自立した生活が送れるよう、社会福祉の立場から患者家族の抱える心理的・社会的な問題の解決・調整を援助し社会復帰の促進を図る専門職のことを医療ソーシャルワーカー（MSW）、精神科病院では精神保健福祉士（PSW）と言います。

医療ソーシャルワーカー業務指針により、「業務の範囲」等が示されており、退院援助はその業務の一つです。

病気やけがで治療を受ける患者やその家族は、一時的に対処能力、自己肯定感が低下する場合があります。ソーシャルワーカーは、患者・家族の意向を尊重し、自らの強みを生かして意思を表明できるようサポートし、自己決定の過程を支えます。

病状が安定し、生活者として次の療養の場に移行する際もその人らしい暮らしや医療が継続できるよう支援を伝える・繋げるツールとして、このソーシャルワーカーサマリーが活用されると幸いです。



医療ソーシャルワーカーによる入退院時の情報共有に関する意見交換会 構成メンバー

福里 道雄（天久台病院）
 當銘 由香（大浜第一病院）
 松永 理恵（沖縄協同病院）
 兼濱 愛里（沖縄赤十字病院）
 新垣 美代・新垣 逸子（沖縄セントラル病院）
 新里 貴子（おもろまちメディカルセンター）
 島袋 元和（オリブ山病院）
 眞榮城 怜未（小禄病院）
 金子 亜紀乃・新里 瞳・金城 久美子（大道中央病院）
 島 直美（田崎病院）
 樋口 美智子・伊禮 智則（那覇市立病院）

なかゆくい de 一言

📢 コラム（看護師からの声）

施設から入院する際のお願い

以下のご持参と確認がありますと助かります。

- ・施設サマリー
- ・医療機器がある場合は、メーカー名と機種、連絡先（トラブル対応時に備えます）
- ・かかりつけ医から処方されているお薬

* 入院中に他の医療機関を受診することは基本的にはできません。かかりつけ医のお薬が切れたら必ず担当看護師へお声かけ下さい。

📢 コラム（リハビリからの声）

利用者の到達点を勝手に決めないようにしましょう。セラピストの限界が利用者の限界ではありません。身体機能がどんなに重度でも、その方の生活の思いに耳を傾けて、その思いを叶えるための手段を沢山提示できることが大切です。セラピストが関わったその期間限定の機能面のみで、その方の人生に制限をかけないようにしましょう。

📢 コラム（薬剤師からの声）

（在宅訪問になかなか薬局・薬剤師が参加できていない現状がありますが）

在宅療養患者さんの服薬管理に関しては、残薬数の確認だけでは不十分です。薬が飲めない原因を探り解決の提案ができる、また薬の副作用や相互作用が患者さんのADLに及ぼす影響はないかの視点を持っている薬剤師をぜひ在宅訪問のメンバーに加えてください。

📢 コラム（転院受入れ病院からの声）

転院してきた患者さんの保険証の期限が切れている、もしくは期限間近なことがあります。特に短期証の場合注意が必要です。見過ぐすと患者さんに多大な医療費がかかってしまいます。自院での入院中のみならず、転院先にも保険証の正確な情報を引き継ぐよう心掛けましょう。

作成日

薬 剤 管 理 サ マ リ ー

御中

様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日 歳 性別 身長 cm 体重 kg
 入院期間 ~ 日間 担当医

基本情報	禁忌薬	禁忌薬、及び患者が過去に経験した副作用及びアレルギーについて	<input type="checkbox"/> あり	該当薬剤	発現時期	発現時の状況等（検査値動向含む）		
	アレルギー歴	記載。対象薬剤や症状などが判明している場合には併せて記載。	<input type="checkbox"/> あり					
	副作用歴		<input type="checkbox"/> あり	いつ、どのような症状があったのか記載。				
	腎機能	最新の検査値を記載。	Sr	mg/dL	eGFR	mL/min/1.73m ²	体表面積（DuBois式）	m ²
	その他必要な検査情報							
	入院中の服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 1日配薬 <input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	投与経路	調剤上で工夫を行っている場合は内容を詳細に記載。	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管（経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻）	<input type="checkbox"/> 薬剤選択の理由が記載されていると良い。				
	調剤方法		<input type="checkbox"/> PTP等 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> その他					
	服薬状況		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他					
	退院後の薬剤管理方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）						

入院時持参薬	<input type="checkbox"/> 別紙あり 処方医療機関： <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 別紙あり 退院処方に薬情添付 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	処方日数や数量等も可能な限り記載。 経口以外の投与経路（自己注・経管・経腸等）の場合も併せて記載。 患者が複数の医療機関（診療科）を受診している場合は、使用薬を医療機関（診療科）ごとに記載。 屯用薬、一時的に処方追加または中止されている薬剤、休薬期間中の薬剤の処方を記載。処方の後ろに追加・中止・休薬となった日時も記載必須。			

※患者情報で伝達が必要と思う内容を記載すること（問題点、薬剤の評価、医師の処方意図等/入院中の薬剤の追加、減量、中止で伝えたい内容）

特記事項

他施設（患者が次に薬物療法を受ける施設）の薬剤師等に伝えておく必要があると思われる事項を記載

- ① 複数の使用目的で使用される医薬品（例：ステロイド剤等）や特別な用法・用量で用いられている医薬品の処方目的
- ② 患者への服薬指導上で注意すべき事項（例：特殊な処方目的、病名告知の有無、詳細な副作用の説明の可否、プラセボ投与など）
- ③ 薬学的管理上必要となる主要な検査値、留意する検査値、TDMデータ
- ④ 入院中に使用した点滴・注射等、入院中の薬剤追加、中止、減量、休薬に至った経緯、退院時の処方に至った経緯、経過観察が必要な副作用の兆候
- ⑤ 継続的治療・処置（透析、ペースメーカー、人工肛門など）

投与方法に注意を要する薬剤 なし あり ※下記には現在の処方内容のうち、投与方法が特殊な薬剤（例：連日服用しない薬剤、投与間隔が設けられている薬剤等）や維持量まで増量が必要な薬剤（例：ドネペジル、ラモトリギン等）を記載しています。貴院における薬物療法の参考にして下さい。

初回投与日、増量日、自院での最終投与日、今後の投与スケジュール、現在の状況（薬効の評価）を記載。

その他記載が望まれる項目

- ① 入退院日、次回外来予定日 ② 使用しているガーゼやドレッシング剤等の規格・品質情報 ③ 患者の理解度（服薬に関して患者の理解が十分でないと思われる事項） ④ 入院時と外来時で使用する医薬品の銘柄や規格等が異なる場合にはその理由 ⑤ 患者の体質、ADL、視力・聴力 ⑥ 職業や日常生活上の特徴（高所作業、車輛の運転など） ⑦ 患者又は家族など介護者の訴えや要望 ⑧ 医薬品の保管状況 ⑨ 健康保険上の特記事項（公費、一部負担金など） ⑩ 情報のフィードバックが必要な場合はその旨と連絡先



薬剤情報提供書の対象者

できる範囲で各病院の運用に委ねる。
特記事項のある方は、できる限り優先的に作成・提供する。



薬剤師とは…

皆さんにとっては、薬剤師は調剤を行っているイメージよりも病院、調剤薬局またはドラッグストアなどで処方あるいは購入された薬について効果や副作用、また服用方法などの説明をする職種との認識かと思います。

しかし、薬剤師は病院では入院患者の薬の管理・服薬指導等を行い、調剤薬局では、薬を使用している人の薬の使用状況・効果・副作用などの確認、薬の管理（麻薬の管理も含まれます）を行っています。

また、近年、主として薬局薬剤師が必要に応じてご自宅等を訪問し上記の内容を実施しております。ご自宅等では、生活状況を確認したうえで、薬をきちんと飲める工夫を提案します。また、薬が生活に与える影響を評価し、悪い影響がある場合はその理由を明らかにし、改善に取り組みます。

現在、薬に関する情報は主に“おくすり手帳”によって患者さんと医療機関をつないでおります。そこで、入退院に際し、患者さんの薬に関する情報の交換を病院薬局と調剤薬局でこれまで以上に行う必要があると考え、今回の情報シートの作成に至りました。ぜひこのシートを活用いただき、入退院の有無にかかわらず薬物療法がスムーズに進むことを期待します。

次のような場合にはぜひご相談ください。

- ・薬局に来られないので薬の入手が困難である
 - ・ご自宅等で薬の服用がうまくできず、薬が足りないもしくは余ってしまうことが頻繁に起こっている
- 薬が飲みにくくなってきている 等

患者様に対して、薬剤師が医師と同行あるいは単独でご自宅等を訪問し、薬のお届けと服薬のご相談にお応えします。



薬剤師による入退院時の情報共有に関する意見交換会 構成メンバー

浜元 善仁・知念 里佳（浦添総合病院）
 姫野 耕一（大浜第一病院）
 入月 健・金城 拓也（沖縄協同病院）
 垣花 真紀子（沖縄県立南部医療センター・こども医療センター）
 笠原 大吾（沖縄県薬剤師会）
 荷川取 直樹・國吉 恒男・山城 武志・中村 桃子（沖縄赤十字病院）
 金城 雄一・永井 賢作（那覇市立病院）
 川満 直紀（那覇地区薬剤師会）

別紙 23

※医療機関によって、様式のレイアウトは異なる。

栄養管理計画書

計画作成日 _____

フリガナ

氏名 _____ 殿 (男・女)

病棟 _____

明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)

担当医師名 _____

入院日: _____

担当管理栄養士名 _____

入院時

入院時栄養状態に関するリスク

--

栄養状態の評価と課題

--

栄養管理計画

目標

栄養補給に関する事項

栄養補給量 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分 ・	栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 食事内容 留意事項
--	--

栄養食事相談に関する事項

入院時栄養食事指導の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日: 月 日
栄養食事相談の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日: 月 日
退院時の指導の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日: 月 日

備考

栄養指導のポイントに記載

再発・重度化予防の視点で、患者・家族に説明する際の表現で記載。

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項

--

栄養状態の再評価の時期 実施予定日: 月 日

退院時及び終了時の総合的評価

栄養指導のポイントに記載

※「退院時のプランにつき、退院後は主治医に相談のうえ食事内容をご検討ください。」に記載

※在宅での観察事項（留意点）については、別添「疾患に係る栄養上の課題」を参照



栄養管理計画書の対象者

在宅や施設への退院、他医療機関への転院時に栄養情報が必要とされる方



管理栄養士とは…

管理栄養士は、病気の人や健康な人、高齢者から乳幼児まで全ての人に専門的な知識と技術を持って、その人にあった栄養管理や指導を行います。皆さんのまわりでは、主に病院やクリニック、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等に所属しています。病院や施設では、給食の献立作成や食事提供も行っています。

次のような場合には、ぜひ相談ください。

- ・医師から食事制限が出ているが、具体的にどうしたら良いのかわからない
- ・食べられる量が減ってきたので、効率のよい栄養補給の方法が知りたい
- ・食事の最中、ムセたり、ノドにつかえることが多くなってきた 等

私たち管理栄養士は食と栄養の専門家として、患者様や利用者様が健康に過ごせるようにサポートを行います。

今回のサマリー作成にあたり、栄養士以外の方にも患者様の食事療養について広く端的に伝えられるかということをとテーマとして取り組みました。その中で、食事療養について疾患、課題、解決策、モニタリングを表にまとめた「疾患に係る栄養上の課題一覧表」を作成しました。こちらの表を、患者様の食事療養の参考にいただければ幸いです。



管理栄養士による入退院時の情報共有に関する意見交換会 構成メンバー

加島 ひとみ（大浜第一病院）
 近藤 幸祐・喜久山 真美（沖縄協同病院）
 吉田 陽子（沖縄県栄養士会）
 新垣 千明・友利 潤子（沖縄赤十字病院）
 知念 なみき（沖縄セントラル病院）
 田島 京子（おもろまちメディカルセンター）
 狩俣 美紅・梶原 ひろみ（オリブ山病院）
 高橋 亜矢（小禄病院）
 伊禮 奈央（大道中央病院）
 石川 絹子（田崎病院）
 富田 仁美・仲座 道子（那覇市立病院）

疾患に係る栄養上の課題

No	疾患	栄養上の課題	解決策	モニタリング	
1	糖尿病	体重管理	定期的な栄養指導をうける	体重測定 (目標体重: k g) 血糖値測定	
			主食の量を減らす ゆっくり(よく噛んで)食べる 砂糖を低エネルギー甘味料に代える 間食を控える(回/週)		
		過食	適切な主食量を覚える (パン(枚切り)枚/ご飯 g) 揚げ物を控える(回/週) ベーコン、ポーク等加工肉を控える(回/週) 適切なたんぱく質量を覚える		摂取量の確認
			栄養バランスの悪い食事 1日3食食べる		定期的な栄養指導をうける 摂取の確認
アルコールの制限	医師に確認				
2	腎疾患	塩分制限	濃い味の食事やインスタント食品を控える	摂取の確認	
		たんぱく質の制限	主食を低たんぱくご飯に変える	定期的な栄養指導をうける	
			摂取エネルギー(脂質)を増やす 摂取エネルギー(糖質)を増やす		
		高カリウム血症	生野菜は水さらし(10分)して食べる 生の果物は控えて、缶詰に変える 野菜は茹でてぼして食べる	カリウム値の確認 定期的な栄養指導をうける 摂取量の確認	
			高リン血症	乳製品(牛乳・ヨーグルト・チーズ等)を摂りすぎない 肉類の加工食品やインスタント麺を摂らない	リンの確認 定期的な栄養指導をうける 摂取量の確認
水分制限	決められた飲水量(ml)を守る	飲水量の確認 定期的な栄養指導をうける			
3	心疾患	アルコールの制限	医師に確認	摂取の確認	
		塩分制限	汁物は1日1杯にする 漬物・佃煮は1日食(小皿に適量)までにする めん類の汁は半分以上残す 外食(中食)は週回までにする	摂取量の確認 栄養指導をうける 血圧測定	
4	高血圧		濃い味の食事を控える インスタント食品の摂取を控える 味噌・醤油等は減塩を使用する	摂取量の確認 血圧測定	
		アルコールの制限	医師に確認	摂取の確認	
5	脂質異常症	脂質の制限	揚げ物を控える(回/週) 肉の脂身を控える	摂取量の確認 体重測定 (目標体重: k g) 定期的な栄養指導をうける	
			適切な主食量を覚える (パン(枚切り)枚/ご飯 g) 砂糖の代わりに低エネルギー甘味料に代える 揚げ物を控える(回/週) ベーコン、ポーク等加工肉を控える(回/週) 適切なたんぱく質量を覚える		
		食物繊維不足	野菜・海藻・きのこを増やす		摂取量の確認 体重測定 (目標体重: k g)
		アルコールの制限	医師に確認		摂取の確認

疾患に係る栄養上の課題

No	疾患	栄養上の課題	解決策	モニタリング
6	脳血管疾患	過食	適切な主食量を覚える (パン(枚切り) 枚 / ご飯 g) 砂糖の代わりに低エネルギー甘味料に代える 揚げ物を控える (回 / 週) ベーコン、ポーク等加工肉を控える (回 / 週) 適切なたんぱく質量を覚える	体重測定 (目標体重: k g) 摂取量の確認 定期的な栄養指導をうける
		塩分制限	汁物は1日1杯にする 漬物・佃煮は1日 食 (小皿に適量) までにする めん類の汁は半分以上残す 外食 (中食) は週 回までにする 濃い味の食事を控える	摂取量の確認 定期的な栄養指導をうける 血圧測定
		嚥下機能の低下	インスタント食品の摂取を控える 味噌・醤油等は減塩を使用する	摂取量の確認 血圧測定
			ムセやすく飲み込みにくいものを避ける	ムセの確認 定期的な栄養指導をうける
7	(高尿酸血症) 痛風	体重管理	定期的な栄養指導をうける 主食の量を減らしましょう ゆっくり (よく噛んで) 食べる 砂糖の代わりに低エネルギー甘味料に代える 間食を控えましょう (回 / 週) 適切な主食量を覚えましょう (パン(枚切り) 枚 / ご飯 g)	体重測定 (目標体重: k g) 尿酸値の確認 摂取量の確認 定期的な栄養指導をうける 摂取の確認
		栄養バランスの悪い食事	毎食主食・主菜・副菜を揃える 1日3食食べる プリン体の多い食品を控える	
		水分管理	水分を十分に摂取する	
		アルコールの制限	医師に確認	
8	肝疾患	過食	適切な主食量を覚える (パン(枚切り) 枚 / ご飯 g) 揚げ物を控える (回 / 週) ベーコン、ポーク等加工肉を控える (回 / 週) 適切なたんぱく質量を覚える	体重測定 (目標体重: k g) 検査データの確認 摂取 (量) の確認 定期的な栄養指導をうける
		アルコールの制限	医師に確認	
		栄養バランスの悪い食事	毎食主食・主菜・副菜を揃える 1日3食食べる 禁酒	
		低栄養	200kcal 程度の夜食 (おにぎり1個、パン6枚切り1枚等) を就寝前に摂る	
9	痔疾患	アルコールの制限	医師に確認	
		脂質の制限	揚げ物を控える (回 / 週) 肉の脂身を控える	
		刺激 (物) の制限	控えるもの ・炭酸飲料 ・アルコール ・コーヒー等カフェイン飲料 ・熱すぎるもの、冷たすぎるもの ・酸味の強いもの ・辛味の強いもの ・塩分の多いもの ・脂質の多いもの 一度にたくさん食べないでよく噛んでゆっくり食べる 消化に良いものを食べる	摂取の確認

疾患に係る栄養上の課題

No	疾患	栄養上の課題	解決策	モニタリング
10	胃・十二指腸潰瘍	消化管出血のリスク	硬いものを避け、ゆっくり噛んで食べる 海藻・きのこなど食物繊維のとても多い食品を少なめにする。 酢・かんぎつ類などの酸やアルコールも控えめにする	摂取の確認
		刺激（物）の制限	控えるもの ・炭酸飲料 ・アルコール ・コーヒー等カフェイン飲料 ・熱すぎるもの、冷たすぎるもの ・酸味の強いもの ・塩分の多いもの ・脂質の多いもの 一度にたくさん食べないでよく噛んでゆっくり食べる 消化に良いものを食べる	
11	COPD	やせ	栄養補助食品の活用 料理の油付加によるエネルギーアップ 間食を1日2-3回摂る	体重測定（維持） 摂取量の確認
12	貧血	吸収障害 偏食、ダイエット、食欲不振	定期的な栄養指導をうける 毎食主食・主菜・副菜を揃える 1日3食食べる	検査データの確認 摂取の確認
13	がん	倦怠感・吐気・体重減少	毎食主食・主菜・副菜を揃える 1日3食食べる 栄養補助食品の活用 定期的な栄養指導をうける	体重測定 摂取の確認
14	誤嚥性肺炎	食事形態の不適合 嚥下機能低下	栄養指導を受ける ムセやすく飲み込みにくいものを避ける	体重測定、ムセの確認 定期的な栄養指導をうける
15	骨粗しょう症	栄養バランスの悪い食事 カルシウム、ビタミンDの不足	毎食主食・主菜・副菜を揃える 1日3食食べる 乳製品・小魚類・大豆製品・きのこ類を1日1品以上摂る 1日15分程度、日光浴をする	摂取量の確認
16	便秘	食物繊維不足	野菜・海藻・きのこを増やす	摂取量の確認 排便の確認
		水分管理	水分を十分に摂取しましょう	
		栄養バランスの悪い食事	毎食主食・主菜・副菜を揃える 1日3食食べる	活動量の確認
		活動量不足	適度な運動をする	
17	褥瘡	低栄養	毎食主食・主菜・副菜を揃える 1日3食食べる 栄養補助食品の活用 分食（ 回/日） 間食（ 回/日）	体重測定 （目標体重：kg）（維持） 摂取（量）の確認 検査データの確認 創部の確認
		やせ	栄養補助食品の活用 料理の油付加によるエネルギーアップ 間食を1日2-3回摂る	
		体重管理	定期的な栄養指導をうける 主食の量を減らす ゆっくり（よく噛んで）食べる 砂糖を低エネルギー甘味料に代える 間食を控える（ 回/週）	
18	例：褥瘡	低栄養	毎食主食・主菜・副菜を揃える 1日3食食べる 栄養補助食品の活用 分食（ 回/日） 間食（ 回/日）	体重測定 摂取（量）の確認 検査データの確認 定期的な栄養指導をうける

介護保険 連絡票作成の経緯

「患者の利益に即した退院が進まない」要因のひとつに、「入院中の介護保険の申請がうまくいかない」という意見がありました。そこで、沖縄県医療ソーシャルワーカー協会より会員所属医療機関及び那覇市内の精神科病院へ介護保険申請についてのアンケートを実施し、それを基に那覇市チャーがんじゅう課と沖縄県医療ソーシャルワーカー協会との意見交換会が始まりました。病院の機能、種別、診療報酬の動向や入退院支援の仕組み、チャーがんじゅう課内の組織事情や認定に至るまでの仕組み、調査員育成課題など、ミニレクチャーを織り交ぜながら話し合いを重ね、相互理解を深めました。双方の目指す目的は、『地域住民、クライアントが安心して地域で生活できるように制度を活用してもらうことで一致している。支援過程が見え、協働できることが大切である。』その認識をひとつにしたところで、介護保険申請がスムーズに申請ができるための「連絡票」を活用する仕組み作り着手していくことになりました。

現在、那覇市近郊4病院で試験運用を開始したところ、申請がスムーズになったという意見が多くあがっています。地域包括ケアシステムに資する活動であることを意識しながら今後も医療・介護・行政が共働した取り組みの先駆けとして活動を展開していきたいと考えております。



介護保険連絡票作成メンバー

◇那覇市チャーがんじゅう課認定グループ

新垣 保
比屋根 司
上江田 夏希
松尾 典希
大嶺 みさと

◇沖縄県医療ソーシャルワーカー協会

新垣 哲治（沖縄協同病院）
當銘 由香（大浜第一病院）
安慶名 真樹（大浜第二病院）
長 原野（沖縄協同病院）
伊禮 智則（那覇市立病院）

介護保険申請 連絡票 (裏)

※連絡票の活用においては、P48の「介護（介護予防サービス）利用までの流れ」をご参照ください。

【氏名】 _____ 【生年月日】 _____ (男/女)

1. **がん**
 (医師が一般に医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したもの)
 2. 関節リウマチ
 3. 筋萎縮性索硬化症
 4. 後縦靭帯骨化症
 5. 骨折を伴う骨粗しょう症
 6. 初老期における認知症(アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症)
 7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
 8. 脊髄小脳変性症
 9. 脊柱管狭窄症
 10. 早老症(ウェルナー症候群)
 11. 多系統萎縮症
 12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
 13. 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞など)
 14. 閉塞性動脈硬化症
 15. 慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎など)
 16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

第二号被保険者の方は該当する特定疾病に○をつけてください。

・がん末期(概ね余命6カ月)が対象。
 ≪主治医にがん末期かどうか事前に確認しましょう≫

委任状

年 _____ 月 _____ 日

那 覇 市 長 様

三親等以内のご家族以外が申請する場合は記入してください。

下記の代理人に、介護保険

- ① 新規
- ② 更新
- ③ 状態変更
- ④ 取り下げ
- ⑤ 再交付
- ⑥ 送付先(登録・変更)
- ⑦ 受給資格確認
- ⑧ 認定結果通知窓口受取
- ⑨ その他 ()

の申請を委任します。

代理人住所

代理人氏名

本人住所

※本人氏名

印

※代筆者氏名

(続柄)

※本人氏名・代理人氏名 については、印字されているものは不可。必ず記入してください。

介護（介護予防サービス）利用までの流れ

申請の前に



介護認定の際に主治医意見書の取り寄せを行います。
 （取り寄せはちゃーがんじゅう課が行います。）
 申請前に主治医に意見書記入の事前了承を得て、
 主治医名（漢字フルネーム）、医療機関名、所在地、
 電話番号を控えてくるようお願いします。



介護認定申請

ちゃーがんじゅう課窓口（29番）で申請書を記入していただきます。
 （詳しくは介護保険べんり帳 12～13ページをご参照ください。）



介護認定申請

訪問調査・主治医意見書の取り寄せ



「訪問調査」とは？

調査員が自宅等を訪問し、心身の状況を調査します。日常生活の状況について補足説明できる方の立会をお願いします。



「主治医意見書」とは？

本人様の主治医に最近の心身の状況について意見書を作成してもらいます。
 （市が取り寄せを行います）

30日～
40日前後

認定審査会・認定結果の通知

認定調査結果と主治医意見書をもとに介護の必要性について審査を行い、「非該当」、「要支援1・2」、「要介護1～5」に区分に判定します。
 結果通知はご自宅または送付先へ登録されている住所へ郵送となります。



結果通知

ケアプランの作成・介護サービスの利用

ケアプランとは介護サービスを利用するための計画のことです。
 （介護保険適用のサービスは要支援1以上の方が利用できます。）
 相談はケアマネジャーと行うこととなり、希望するサービスによって相談先が分かれますので、ご本人様・ご家族様で連絡をお願いします。



自宅で生活しながらサービスを利用したい

相談先の一覧を結果通知に同封します。

要支援1・2の場合

地域包括支援センターのケアプランナーに相談

要介護1～5の場合

居宅介護支援事業所のケアマネジャーに相談



施設等へ入所したい

施設へ直接連絡し、相談。

ご希望の方には沖縄県が認可した施設の一覧を差し上げます。

インターネットで「沖縄県入所施設一覧」と検索することも可能です。

- 在宅療養支援診療所・訪問歯科診療所とは
- “かかりつけ”とは
- 地域の医療介護資源
- 病院機能と入院期間
- 入退院支援連携のポイント
- 介護認定を受けていないまたはケアマネが決まっていない場合の退院支援・連絡漏れチェックシート
- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ
- 命しるべ ～いのちの道標パンフレット～
- 医療介護連携にかかるとかかる主な介護報酬・医療報酬加算
- 病院連携窓口一覧

在宅療養支援診療所とは

在宅療養をされる方のために、その地域で主たる責任をもって診療にあたる診療所で以下の項目を満たすこととなっています。

1. 患者様を直接担当する医師または看護師が、患者様およびそのご家族様と 24 時間連絡を取れる体制を維持すること。
2. 患者様の求めに応じて 24 時間往診の可能な体制を維持すること。
3. 担当医師の指示のもと、24 時間訪問看護のできる看護師あるいは訪問看護ステーションと連携する体制を維持すること。
4. 緊急時においては連携する保険医療機関において検査・入院時のベッドを確保し、その際に円滑な情報提供がなされること。
5. 在宅療養について適切な診療記録管理がなされていること。
6. 地域の介護・福祉サービス事業所と連携していること。
7. 年に一回、在宅でお看取りした方の人数を地方厚生（支）局長に報告すること。

訪問歯科診療所とは

歯科医療はこれまでの単なる治療の提供だけではなく、生活支援や QOL の向上という視点からその方向性や社会性が問われています。高齢社会における歯科医療は、利用者だけでなくそこに関わる保健・医療・福祉などの専門職種からの期待に応えることが必要です。そして、在宅医療にかかわる方々からは、口腔健康管理の普及、推進や食の支援に対する強い期待が寄せられています。

在宅歯科医療とは、まさに「在宅における食支援」そのものです。



“かかりつけ”とは・・・



医師

かかりつけ医とは、なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師のことをいいます。



歯科医師

かかりつけ歯科医とは、安全・安心な歯科医療の提供のみならず医療・介護に係る幅広い知識と見識を備え、地域住民の生涯に亘る口腔機能の維持・向上を目指し、地域医療の一翼を担う者としてその責任を果たすことができる歯科医師をいいます。



薬剤師

かかりつけ薬剤師とは、①多科受診をしてもその薬を一元的・継続的に管理し、薬剤師ならではの管理・指導をする、また、②24時間ならびに在宅対応も行う、そして③これらをかかりつけ医をはじめとした連携の中で行う薬剤師のことをいいます。

地域の医療・介護資源

在宅

居宅介護支援事業所
地域包括支援センター

訪問介護
訪問入浴介護
訪問看護
訪問リハビリテーション
夜間対応型訪問介護

通所介護
地域密着型通所介護
通所リハビリテーション
介護予防通所
リハビリテーション
認知症対応型通所介護

短期入所生活介護
短期入所療養介護

福祉用具貸与
特定福祉用具購入
居宅介護住宅改修
等

一般診療所医師
訪問診療医
(かかりつけ医)

訪問歯科

訪問看護

訪問薬剤

訪問リハビリテーション

訪問栄養

※名称が異なる場合もあります。

病院

急性期病院

地域包括ケア病棟

回復期
リハビリ病棟

医療療養病棟

緩和ケア病棟
等

入所系

認知症対応型共同生活介護
有料老人ホーム
サービス付き高齢者住宅
等

介護医療院
介護老人福祉施設
介護老人保健施設
介護療養型医療施設
等

※介護保険サービスの詳細は、那覇市の「支えあい 私らしく ちゃーがんじゅう 介護保険べんり帳」をご参照下さい。那覇市のホームページから、ご確認できます。

那覇市介護保険べんり帳

検索



病院機能と入院期間

高度急性期病棟

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が高い医療を提供する機能。

<高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例>

救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室など、急性期の患者に対し診療密度が高い医療を提供する病棟。

急性期病棟

急性疾患や慢性疾患の急性増悪などで、緊急・重症な状態にある患者に対して入院・手術・検査など高度で専門的な医療を提供する病棟。

回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟へ入院する対象者は、厚生労働省により「対象疾患」や「入院について相談できる期間」が定められている。入院期間に関しては、本人の状態によって異なる。

対象疾患	発症/手術からの相談できる期間
脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血でシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、脳神経叢損傷等の発症後もしくは手術後	2ヶ月以内
義肢装着訓練を要する状態	規定なし
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷および頭部外傷を含む多部位外傷	2ヶ月以内
大腿骨、骨髄、脊椎、股関節、膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後、または術後	2ヶ月以内
外科手術又は肺炎などの治癒時の安静による廃用症候群	2ヶ月以内
大腿骨、骨髄、脊椎、股関節または膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後	1ヶ月以内
股関節又は膝関節の置換術後の状態	1ヶ月以内

入退院支援連携のポイント

いつ	誰が	誰と	実施すること	ポイント	活用するツール・様式	実施日
入院前	ケアマネ	本人・家族	<input type="checkbox"/> ケアマネの情報を医療保険証に入れておく	医療保険証のない方は、お薬手帳に貼っておく	ケアマネの名刺、医療保険証、お薬手帳	
	病院担当者		<input type="checkbox"/> 入院時の連絡依頼	日頃から、連絡の必要性を伝える		
	ソーシャルワーカー		<input type="checkbox"/> 担当ケアマネ（保護課）への連絡 <input type="checkbox"/> 介護認定の有無の確認	本人・家族の同意を得る 外来時より意識的に情報収集する	『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン』参照	
入院時	ケアマネ	ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 速やかに入院時情報共有シートを提供	事前アポイントを取る。取れずに来院する際は病棟看護師へ情報提供する	入院時情報共有シート	
		ソーシャルワーカー 病棟看護師	<input type="checkbox"/> 介護保険の更新・区分変更の時期や予定、認定調査保留等の情報提供	認定調査が保留になっている場合は、その理由を含め伝える	入院時情報共有シート	
	ソーシャルワーカー	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当者であることを伝え、担当ケアマネへの連絡を促す <input type="checkbox"/> 担当ケアマネへの情報提供について同意を得る	本人・家族から情報を収集し、補足情報をケアマネから得る		
		ケアマネ	<input type="checkbox"/> 至急確認したい情報の確認	感染症や認知症状等は優先情報として求める		
入院中	病棟看護師	ケアマネ ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> ケアマネとの情報共有を申し送る	担当者不在時はお互いで補いあう	ケアマネが院内の誰とも会わずに帰ることのないようにしましょう	
	ケアマネ	主治医	<input type="checkbox"/> 「医療系サービスの利用根拠」「軽度者に必要なサービス」について確認する	必要書類を持参し、記入を依頼する		
		かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 医療系サービスが必要となった場合は、情報共有を図る			
	ケアマネ施設職員	ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 本人・家族からの転院や施設入所の相談があった場合は、早めに相談する <input type="checkbox"/> （入院が1ヶ月以上にわたる場合）利用者の病状確認	ソーシャルワーカーから、病院の機能や入所要件等を説明する	必要時、本人・家族と同席して一緒に聞きましょう	
		ソーシャルワーカー	ケアマネ	<input type="checkbox"/> 概ねの入院期間や退院の見込みを伝える <input type="checkbox"/> 介護保険の新規・区分変更等の申請の必要性について情報提供する <input type="checkbox"/> 入院診療計画に変更があれば速やかに連絡する	区分変更の根拠や予定していた認定調査の延期があればその理由を伝える	
	病院担当者		<input type="checkbox"/> 退院（転院）予定日が分かり次第、速やかに連絡する <input type="checkbox"/> 退院前指導への同行依頼・調整をする	共に自宅の様子を確認し、住宅環境を想定したサービス導入やリハビリ等の検討をする		
		家族・施設職員	<input type="checkbox"/> 退院時に着用する衣類の準備を依頼する	退院（転院）時の送迎車の確認・手配		
	ソーシャルワーカー	地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターへの事前の情報提供・共有	生活課題があり特に地域包括支援センターの介入・支援が必要な場合は早めにする		
	ケアマネ施設職員	ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの実施日の確認			
	ソーシャルワーカー	ケアマネ施設職員	<input type="checkbox"/> カンファレンス招集の連絡	目的や内容を伝える		
	ケアマネ施設職員	ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> カンファレンス参加者（職種）や確認事項を伝える	受け入れ可能日（候補日）をいくつか決めて参加する		
	ソーシャルワーカー	ケアマネ施設職員	<input type="checkbox"/> 院内の参加者（職種）を調整し、確認事項を整理する	ケアマネが参加できない場合は、情報提供する		
ケアマネ施設職員	ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス開催の依頼	（病院が予定してなく）ケアマネが必要があると判断した場合は、その必要性を伝える			
ソーシャルワーカー	ケアマネ施設職員	<input type="checkbox"/> カンファレンス招集前の追加・変更点を事前に伝える				
退院時	ケアマネ	ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> カンファレンス後作成したプランを（できる限り）情報提供する	『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン』参照		
	急性期病院	回復期病棟	<input type="checkbox"/> ケアマネからの入院時情報共有シートを提供する	2疾患（脳卒中・大腸骨頸部骨折）パスについては、パスを優先とし、ケアマネからの情報も併せて提供する	入院時情報共有シート	
	病院	本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院後の外来受診日を伝え、ケアマネへの連絡を促す	ケアマネは、本人・家族に確認することを基本とし、分からない場合は病院に問い合わせる		
退院後	ケアマネ施設職員	医療機関	<input type="checkbox"/> 医療処置について、情報共有を図る <input type="checkbox"/> 生活状況について、必要に応じて情報提供する			
	ケアマネ	管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養指導の内容や栄養補助食品の代替え案の問い合わせ	退院後一週間以内		
		セラピスト	<input type="checkbox"/> 入院中のリハビリの詳細情報の問い合わせ	退院後一ヶ月以内		

* 『平成29年度 沖縄県入退院支援連携デザイン事業 入退院支援連携デザイン ガイドライン～本人・家族・病院チーム・在宅チームで取り組む入退院計画～』、沖縄県高齢者福祉介護課、平成30年3月、P9を改編

介護認定を受けていないまたはケアマネが決まっていない場合の 退院支援・連絡漏れチェックシート

退院支援漏れや連絡漏れがないようにしましょう！

ADL・IADLの低下があり支援が必要

【身体的機能低下】

- 階段昇降が困難、例えば5メートル程度の歩行が困難
- 立ち上がり、排せつに介助が必要
- 着脱、入浴、保清、食事に介助が必要
- 日常生活に支障をきたすような症状がある認知症、高次機能障害

【食事・栄養】

- 嚥下、咀嚼機能の低下
- 食事（調理）の準備が困難

【住環境】

- 住宅改修の必要がある
- 福祉用具の手配の必要がある

医療処置等が追加され支援が必要

- | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 在宅酸素 | <input type="checkbox"/> 気管切開 | <input type="checkbox"/> 吸引 |
| <input type="checkbox"/> 経管栄養 | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 | <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 |
| <input type="checkbox"/> カテーテル留置 | <input type="checkbox"/> 自己導尿 | <input type="checkbox"/> 人工肛門 |
| <input type="checkbox"/> 摘便・浣腸 | <input type="checkbox"/> インスリン注射 | <input type="checkbox"/> 末期がん |
| <input type="checkbox"/> その他、本人・家族が実施することに不安があり介助が必要 | | |

社会的背景に支援が必要

- 独居で頼りになる人が近くにいない
- 主介護者もしくは同居家族に何らかの事情がある（認知症など）
- 服薬状況の確認や残薬の確認が必要であるが不安がある
- サービスを受給することに経済的不安がある
- 虐待等を含め介護状況に問題がある可能性がある
- その他、本人、家族が生活に不安があり支援が必要

1項目でも該当すれば

居宅介護支援事業所もしくは
地域包括支援センターへ連絡

「人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイド」

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分

心身の状態に応じ
繰り返し

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が
確認できる

本人と医療・
形成に向けた
まえた、本人

本人や
家族等※と
十分に話し
合う

・家族等※が本人の
意思を推定できる

本人の推定意思
本人にとって最

話し合った
内容を都度
文書にまと
め共有

本人の意思が
確認できない

・家族等※が本人の
意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最
医療・ケアチー

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人（親しい友人等）を含み、複数人存在することも考えられる。

事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、
な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

て意思は変化しうるため
話し合うこと



人生の最終段階における 医療・ケアの方針決定

ケアチームとの合意
十分な話し合いを踏
の意思決定が基本

を尊重し、
善の方針をとる

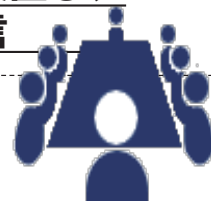


善の方針を
ムで慎重に判断



- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→複数の専門家で構成する
話し合いの場を設置し、
方針の検討や助言



ぬち 命しるべ

いのちの道標パンフレット



ご自身が望む医療やケアをお考えいただくとともに、その望みをご家族や身近な人と共有していただくことで、ご自身の人生観や価値観、希望に沿った将来の医療及びケアを具体化することを目標としております。

沖縄県、沖縄県医師会より



1 これからのこと

相談したいさあ～

みみさん（76歳）は、ある日家の前で転んで右の太ももを骨折し入院して手術を受けました。リハビリをしながら徐々に回復がすすみ、一人暮らしをすることができるようになりました。退院の日が来た日、友達が病院に訪問に来てくれました。

大丈夫ねえどうしているかね～と思って…

良くなっていいよ～。もうすぐ家に帰れるのは嬉しいけど、まだ転んだんじゃないかと心配さあ～

一人暮らしだし、入院後リハビリの不慣れで不安定になってしまって…自分のことも心配なにはできないよ…

でも自分の家がいいね～。やっぱり家で暮らしたいさあお父さんの仏壇もあるしね～

そう言うけどフラフラしているし、やっぱり一人暮らしは無理じゃない？

みみさん、あきらめたらダメだよ！
○丁目の比嘉さんは93歳で手術の後も一人暮らしをしているよ
そうだ！地域包括支援センターへ相談してみたら？さっと良い方法が見つかるはず！

その後のみみさんの生活

病院の医師ソーシャルワーカーにも相談し、長女のゆかりさんが役所で介護保険を申請し、要支援2と認定されました。地域包括支援センターと相談し、ホームヘルプとデイサービスを利用しながら一人暮らしを続けることになりました。

point 何もわからないけど…誰に相談すればいいですか？

相談先はいろいろ

介護を本人や家族だけで抱え込まずに、まずはあなたの身近にいる関係者やお住まいの地域を包括する地域包括支援センターに相談しましょう！
草の根相談が適切な対応につながります。

一人でごます。まわりで相談することいろいろなサポートと出会えます！

point 地域包括支援センターとは？

お住まいのすべての市町村に設置され、保健師や社会福祉士、介護ケアマネジャーが中心となって、介護だけでなく、医療、保健などさまざまな関係機関と連携し、地域の高齢者とその家族が暮らしやすい社会づくりがとれます。
（お住いの市町村によって、担当の地域包括支援センターが異なります。）

地域包括支援センターは、「高齢者のためのよろず相談所」です！

point 介護が必要にならないよう元気に過ごしたい！

お住まいの市町村では、ここからも元気が生活ができるよう様々な介護予防・日常生活支援総合事業に取り組んでいます。
サービス内容はお住まいの市町村によって異なります。
お住まいの地域包括支援センターや市町村福祉課にお問い合わせください！

point 「要支援1・2」に認定…どのようなサービスが受けられますか？

自立した生活が送れるよう支援するため、ヘルパーや介護予防サービス、ショートステイ、住環境の改善などの「介護予防サービス」があります。
お住まいの地域包括支援センターや市町村福祉課にお問い合わせください！

▶ 直前の地域包括支援センター連絡先一覧 20～21ページ

2 自分の生活にあったサービスを探したいさあ～

みみさんは90歳になりました。地域のミニデイサービスに友達と楽しく参加しています。時々、長女のゆかりさんが孫子を抱いて自宅に来てくれます。その時一緒に食べるのが毎日の楽しみです。そんな中、風邪をこじらせて熱が下がらず、その間に認知症が顕著になってしまいました。

認知症の生活支援を願ったゆかりさんが、地域包括支援センターに相談し、介護保険の介護認定申請を行い要介護2と認定されました。担当が地域包括支援センターから居宅介護支援事業所へ変更になりました。この担当の生活について相談するために担当のケアマネジャーが家を訪ねてくれました。

みみさん、認知症で良かったってさ～
家に就いてから何気になんかありませんか？

ありがたうね～ゆかりさん、やっぱり認知症が一番～！
この家でずっと暮らしたいけど一人では食事の準備も大変になってるさあでも介護サービスを頼んだらおまかせからさよ～
これ以上、子ども達にも迷惑かけたくないしねえどうしたいのかわからず悩んでるよ～何か良い方法はないかね？

みみさん大丈夫さあ。みみさんの望む生活に合ったサービスを探して、一人で安心して暮らしているようにみみさんとお話ししますから！
一度、娘さんたちも一緒に話してみませんか？

そうだね～子どもたちと話してみよう～
仲良く、あなたと一緒に頑張ろうね～

その後のみみさんの生活

「住み慣れた自分の家で暮らしたい」というみみさんの要望を受け、介護保険を利用して、介護（ヘルパー）や乗用リフト（デイサービス）でリハビリを受けながら、以前のように住み慣れた自宅で自分ですべてをしながら元気に過ごしています。

point 「介護保険」のサービスを利用するには？

認知症のケアが必要になった高齢者が、1～3階の自己居宅で暮らす介護サービスを受けるための「介護保険」。まず、本人や家族が、介護保険関係書類を提出して住んでいる市町村の介護保険担当窓口に行き、要介護（要支援）認定の申請をします。（どのような方がどの程度のケアを受けることができるか、要介護1～3）のいずれかに認定された方が介護保険のサービスを利用することができます。
介護認定が出たら、居宅介護支援事業所を指定し、担当のケアマネジャーを決めます。
介護認定は、原則申請が不可決です！

point 「ケアマネジャー」とはどんな人？

介護認定を受けた本人や家族の相談を受け、心のケアに当たります。介護サービスを受けられるように介護サービスや居宅介護について相談（ケアプラン）の作成や、市町村サービス事業所、福祉施設などの連絡調整を行います。利用者は事業所リストから自由にケアマネジャーが提供する居宅介護支援事業所を選択することができます。本人、要介護前でも利用できるケアプランサービス（認知症ケアプラン）も提供されます。認知症介護支援事業所のサービスは、市町村担当窓口や地域包括支援センターで提供していますのでご相談ください（20～21ページ参照）。

高齢者が「自分らしい生活」を送れるよう支援します。

point 要介護認定後に「介護保険」で受けられるサービスは？

介護認定の区分（要支援1・2、要介護1～5）によって利用できるサービスが異なります。

各サービス

- 介護サービスの利用による相談、ケアプランの作成、ケアプランの実施（介護予防サービス）
- 居宅介護支援サービス（ホームヘルプ、訪問看護、訪問リハビリ）
- 認知症ケア支援、認知症対応型共同生活介護（ショートステイ）
- 地域包括サービス（訪問・通い・居宅中継りサービス、認知症対応型共同生活介護サービス）
- 介護支援センターサービス（認知症対応型、認知症対応型）
- 認知症対応型サービス（グループホーム、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）

詳細は ▶▶▶ 介護認定サービス情報公開システム [検索](#)

point 介護不安を解消、介護にかかるお金を正しく知ろう！

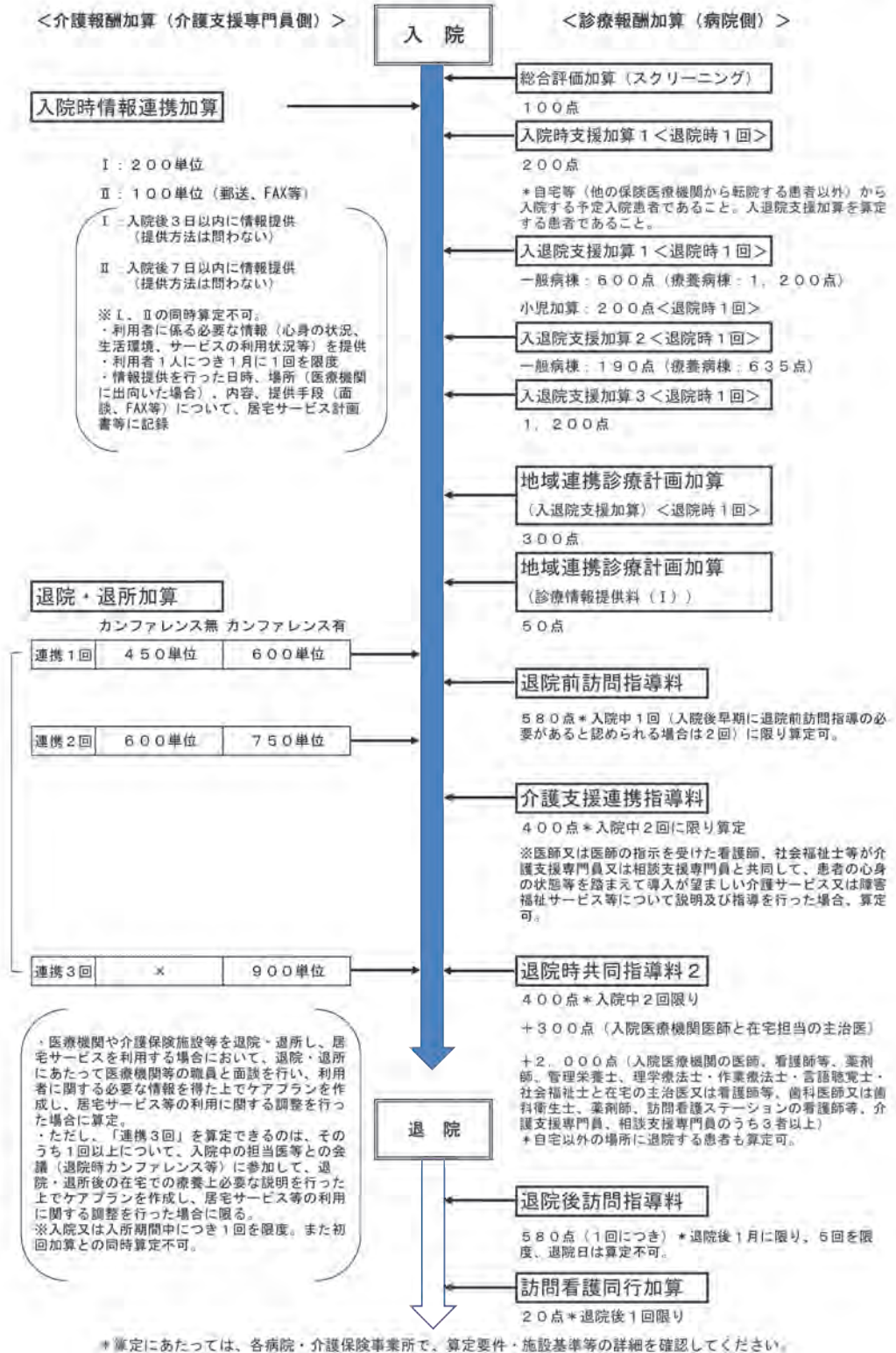
介護は、自分や家族だけで切り切ることはできません。自分たちで抱え込まずに、チームを組んで取り組むことが大切です。そのうち介護サービスを受ける方も、専門知識に詳しい人がいるのが、支えてくれる人は、どんなことができるのか、かかる費用や申請にはどんなことがあるか、情報を集め整理し、高齢者の介護プランを包括ケアマネジャーや地域包括支援センターと一緒に考えていくことが大切です。

point 家族のみみさん

介護をしているあなたや家族の負担だけでなく、身近にいるかかりつけ医などの関係者やケアマネジャー、ヘルパーなどの役割も大きく関わります。
認知介護や通所介護、ショートステイ（短期の泊り）などサービス上手に利用して、家族の負担を軽減することが介護を長続きさせるコツです。

医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算

2018（平成30）年 4月現在



参考：『平成29年度 沖縄県入退院支援連携デザイン事業 入退院支援連携デザイン ガイドライン～本人・家族・病院チーム・在宅チームで取り組む入退院計画』P20

病院連携窓口一覧

*平成31年4月に病院の連携窓口一覧の情報公開について同意回答を得られた病院のみ記載しています。

地区	医療機関名	郵便番号・所在地・代表TEL・代表FAX	ケアマネが入院時情報提供書を提出する窓口	退院調整・担当者会議等に関する連絡・相談窓口	介護保険主治医意見書・指示書等の依頼・相談窓口	病状等に関する相談窓口	受診に関する相談窓口
本庁地区	天久台病院	〒900-0005 那覇市天久 1123 TEL 868-2101 (代) FAX 868-2168 (代)	相談室 TEL 868-2114 FAX 868-2129	相談室 TEL 868-2114 FAX 868-2129	相談室 TEL 868-2114 FAX 868-2129	入院患者：相談室 TEL 868-2114 FAX 868-2129 外来患者：外来 TEL 868-2101 (代) FAX 868-2102	初診・入院：相談室 TEL 868-2114 FAX 868-2129 外来患者：外来 TEL 868-2101 (代) FAX 868-2102
			担当部署	月～金 8:30～12:00 月～金 13:30～16:00	月～金 8:30～12:00 月～金 13:30～16:00	月～金 8:30～12:00 月～金 13:30～16:00	月～金 8:30～12:00 月～金 13:30～16:00
	大浜第一病院	〒900-0005 那覇市天久 1000 TEL 866-5171 (代) FAX 864-1874 (代)	地域医療連携センター 医療福祉課 TEL 866-5171 (代) 内線 1132・1133 FAX 869-4720	地域医療連携センター 医療福祉課 TEL 866-5171(代) 内線 1132・1133 FAX 869-4720	医事課：介護保険 担当 TEL 866-5171(代) 内線 1130・1131 FAX 869-4720	外来：外来科長 TEL 866-5171 (代) PHS 866-6211 FAX 869-4720 入院：地域医療連携 センター 医療 福祉課 TEL 866-5171 (代) 内線 1132・1133 FAX 869-4720	地域医療連携センター 連携科 TEL 866-5171 (代) 内線 1103・1120 FAX 869-4720
			担当部署	月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30	月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30	月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30	月～金 8:30～17:30 土 8:30～17:30
	沖縄協同病院	〒900-8558 那覇市古波蔵 4-10-55 TEL 853-1200 (代) (853-1201) FAX 853-1235 (代)	地域連携課：入院 病棟の担当MSW TEL 911-5167 FAX 853-1235(代)	地域連携課：入院 病棟の担当MSW TEL 911-5167 FAX 853-1235(代)	医事課 TEL 853-1200(代) FAX 853-1232	外来：各科担当看護 師長 TEL 853-1200 (代) FAX 各科確認 入院：入院病棟の担当 MSW TEL 911-5167 FAX 853-1235 (代)	地域連携課：受診担当 TEL 853-1201 FAX 853-1235 (代)
			担当部署	月～金 9:00～16:30 土 9:00～12:00	月～金 9:00～16:30 土 9:00～12:00	月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:30	外来：月～金 9:00～16:30 入院：月～金 9:00～16:30 土 9:00～12:00

病院連携窓口一覧

*平成31年4月に病院の連携窓口一覧の情報公開について同意回答を得られた病院のみ記載しています。

地区	医療機関名	郵便番号・所在地・代表TEL・代表FAX	ケアマネが入院時情報提供書を提出する窓口	退院調整・担当者会議等に関する連絡・相談窓口	介護保険主治医意見書・指示書等の依頼・相談窓口	病状等に関する相談窓口	受診に関する相談窓口
本庁地区	メデイオカモルセンター	〒900-8556 那覇市上之屋1-3-1 TEL 867-2116 (代) FAX 861-2398 (代)	担当部署 地域医療連携室 (各病棟でも可) FAX 864-5066	MSW 新里 FAX 864-5066	医事課 FAX 867-5576	外来：地域医療連携室 外来看護師 入院：MSW FAX 864-5066	地域医療連携室 ※予約については医事課 FAX 864-5066
			時間帯 地域医療連携室 月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00 ※病棟であれば 平日の午後。	月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00	月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00	月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00	月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00
	友寄クリニック	〒900-0021 那覇市泉崎2-2-6 TEL 855-0852 (代) FAX 855-0852 (代)	担当部署 受付・医師 ※医師がケアマネジャーの資格有 TEL 855-0852(代) FAX 855-0852(代)	医師 ※医師がケアマネジャーの資格有 TEL 855-0852(代) FAX 855-0852(代)	受付・医師 TEL 855-0852(代) FAX 855-0852(代)	医師 TEL 855-0852 (代) FAX 855-0852 (代)	医師 TEL 855-0852 (代) FAX 855-0852 (代)
			時間帯 月・火・水・金 9:00～18:00 木・土 9:00～13:00	月・火・水・金 9:00～18:00 木・土 9:00～13:00	月・火・水・金 9:00～18:00 木・土 9:00～13:00	月・火・水・金 9:00～18:00 木・土 9:00～13:00	月・火・水・金 9:00～18:00 木・土 9:00～13:00
	アズクリニック	〒900-0026 那覇市奥武山町46 2F TEL 859-6789 (代) FAX 859-6790 (代)	担当部署 看護 TEL 859-6789 (代) FAX 859-6790 (代)	看護 TEL 859-6789 (代) FAX 859-6790 (代)	医事科 TEL 859-6789 (代) FAX 859-6790 (代)	看護 TEL 859-6789 (代) FAX 859-6790 (代)	看護 TEL 859-6789 (代) FAX 859-6790 (代)
			時間帯 月～金 8:00～17:00	月～金 8:00～17:00	月～金 8:00～17:00	月～金 8:00～17:00	月～金 8:00～17:00
真和志地区	沖縄セントラル病院	〒902-0076 那覇市与儀1-26-6 TEL 854-5511 (代) FAX 854-5519 (代)	担当部署 地域連携室 TEL 855-7200 (直通) FAX 835-9595 (直通)	地域連携室 TEL 855-7200 (直通) FAX 835-9595 (直通)	医事課 TEL 854-5511 (代) FAX 854-5519 (代)	外来 TEL 854-5511 (代) FAX 854-5519 (代)	外来 TEL 854-5511 (代) FAX 854-5519 (代)
			時間帯 月～土 9:00～18:00	月～土 9:00～18:00	月～土 9:00～18:00	月～土 9:00～18:00	月～土 9:00～18:00

病院連携窓口一覧

*平成31年4月に病院の連携窓口一覧の情報公開について同意回答を得られた病院のみ記載しています。

地区	医療機関名	郵便番号・所在地・代表TEL・代表FAX	ケアマネが入院時情報提供書を提出する窓口	退院調整・担当者会議等に関する連絡・相談窓口	介護保険主治医意見書・指示書等の依頼・相談窓口	病状等に関する相談窓口	受診に関する相談窓口	
真和志地区	田崎病院	〒902-0062 那覇市松川319 TEL 885-2375 (代) FAX 886-5880 (代)	担当部署	相談室 TEL 885-2375 (代) FAX 886-5880 (代)	相談室 TEL 885-2375 (代) FAX 886-5880 (代)	相談室 TEL 885-2375 (代) FAX 886-5880 (代)	相談室 TEL 885-2375 (代) FAX 886-5880 (代)	相談室 TEL 885-2375 (代) FAX 886-5880 (代)
			時間帯	月～金 8:30～17:30	月～金 8:30～17:30	月～金 8:30～17:30	月～金 8:30～17:30	月～金 8:30～17:30
	仲本病院	〒902-0061 那覇市古島1-22-1 TEL 885-3333 (代) FAX 885-3338 (代)	担当部署	地域連携室 TEL 885-3334 FAX 885-3338 (代)	地域連携室 TEL 885-3334 FAX 885-3338 (代)	地域連携室 TEL 885-3334 FAX 885-3338 (代)	外来・入院:地域連携室 TEL 885-3334 FAX 885-3338 (代)	地域連携室 TEL 885-3334 FAX 885-3338 (代)
			時間帯	月～金 9:00～17:00 土 9:00～11:00	月～金 9:00～17:00 土 9:00～11:00	月～金 9:00～17:00 土 9:00～11:00	月～金 9:00～17:00 土 9:00～11:00	月～金 9:00～17:00 土 9:00～11:00
	那覇市立病院	〒902-8511 那覇市古島2-31-1 TEL 884-5111 (代) FAX 886-5502 (代)	担当部署	総合相談センター 医療福祉相談室 TEL 884-5111 (代) 内線 211・280・429 FAX 886-5502 (代)	総合相談センター 医療福祉相談室 TEL 884-5111 (代) 内線 211・280・429 FAX 886-5502 (代)	総合相談センター 医療福祉相談室 TEL 884-5111 (代) 内線 211・280・429 FAX 886-5502 (代)	患者相談窓口 外来: 外来師長 入院: 各病棟 TEL 884-5111 (代) FAX 886-5502 (代)	地域医療連携室 TEL 884-5134 FAX 886-5502 (代)
時間帯			月～金 8:30～17:00 ※来院されましたら、1階「患者相談窓口」までお声かけ下さい。	月～金 8:30～17:00 ※来院されましたら、1階「患者相談窓口」までお声かけ下さい。	月～金 8:30～17:00 ※介護保険申請後の主治医意見書に関するお問い合わせは医事課で受け付けております。	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00	
琉生病院	〒902-0066 那覇市大道56 TEL 885-5131 (代) FAX 887-0748 (代)	担当部署	地域連携室 TEL 885-5131 (代) FAX 887-0748 (代)	地域連携室 TEL 885-5131 (代) FAX 887-0748 (代)	外来患者: 医事課 入院患者: 相談室 TEL 885-5131 (代) FAX 887-0748 (代)	外来患者: 内科外来 入院患者: 地域連携室 TEL 885-5131 (代) FAX 887-0748 (代)	地域連携室 TEL 885-5131 (代) FAX 887-0748 (代)	
		時間帯	月～金 11:00～17:00	月～金 11:00～17:00	月～金 11:00～17:00	月～金 11:00～17:00	月～金 11:00～17:00	
神谷医院	〒902-0077 那覇市長田1-12-35 TEL 834-0128 (代) FAX 854-6729 (代)	担当部署	受付 金城 TEL 834-0128 (代) FAX 854-6729 (代)	看護課 高良 TEL 834-0128 (代) FAX 854-6729 (代)	受付 金城 TEL 834-0128 (代) FAX 854-6729 (代)	看護課 高良 TEL 834-0128 (代) FAX 854-6729 (代)	看護課 高良 TEL 834-0128 (代) FAX 854-6729 (代)	
		時間帯	月～土 8:30～17:30	月～土 8:30～17:30	月～土 8:30～17:30	月～土 8:30～17:30	月～土 8:30～17:30	

病院連携窓口一覧

*平成31年4月に病院の連携窓口一覧の情報公開について同意回答を得られた病院のみ記載しています。

地区	医療機関名	郵便番号・所在地・代表TEL・代表FAX	ケアマネが入院時情報提供書を提出する窓口	退院調整・担当者会議等に関する連絡・相談窓口	介護保険主治医意見書・指示書等の依頼・相談窓口	病状等に関する相談窓口	受診に関する相談窓口
首里地区	オリブ山病院	〒903-0804 那覇市首里石嶺町4-356 TEL 886-2311 (代) FAX 886-6588 (代)	担当部署 相談課 TEL 886-5567	相談課 TEL 886-5567	医師事務 TEL 886-2311 (代)	外来：外来 入院：各病棟 TEL 886-2311 (代)	初診：相談室 TEL 886-5567 予約変更：医事課 TEL 886-2311 (代)
			時間帯 月～金 8:30～17:30	月～金 8:30～17:30	月～金 8:30～17:30	月～金 8:30～17:30	月～金 8:30～17:30
小禄地区	沖縄赤十字病院	〒902-8588 那覇市与儀1-3-1 TEL 853-3134 (代) FAX 853-3134 (代)	担当部署 患者支援窓口(受付㊦番) TEL 853-3134(代) FAX 836-5683 (地域医療連携室)	地域医療連携室MSW(受付㊦番) TEL 853-3134(代) FAX 836-5683 (地域医療連携室)	介護保険主治医意見書:医事課担当 TEL 853-3134(代) 指示書等:地域医療連携室MSW TEL 853-3134(代) FAX 836-5683 (地域医療連携室)	外来:各外来 入院:各病棟 TEL 853-3134(代) FAX 836-5683 (地域医療連携室)	地域医療連携室(前方連携/MSW) TEL 853-3134(代) FAX 836-5683 (地域医療連携室)
			時間帯 月～金 9:00～17:00	月～金 9:00～17:00	月～金 9:00～17:00	月～金 9:00～17:00	月～金 9:00～17:00
小禄地区	小禄みなみ診療所	〒901-0147 那覇市宮城1-1-37 TEL 857-3949 (代) FAX 857-4839 (代)	担当部署 相談員及び外来看護師 TEL 857-3949(代) FAX 857-4839(代)	相談員 TEL 857-3949(代) FAX 857-4839(代)	相談員 TEL 857-3949(代) FAX 857-4839(代)	入院:病棟看護師 外来:外来担当看護師 TEL 857-3949(代) FAX 857-4839(代)	相談員及び外来看護師 TEL 857-3949(代) FAX 857-4839(代)
			時間帯 月～土 8:30～17:00 (祝日を除く)	月～土 8:30～17:00 (祝日を除く)	月～土 8:30～17:00 (祝日を除く)	月～土 8:30～17:00 (祝日を除く)	月～土 8:30～17:00 (祝日を除く)
那覇市外区域	浦添総合病院	〒901-2132 浦添市伊祖4-16-1 TEL 878-0231(代) FAX 877-2518(代)	担当部署 入退院支援課 TEL 878-0231(代) FAX 851-5214	入退院支援課 TEL 878-0231(代) FAX 851-5214	医事課 TEL 878-0231(代) FAX 878-8618	医療相談・医療連携支援室かけはし TEL 879-0630 FAX 875-3261	医療相談・医療連携支援室かけはし TEL 879-0630 FAX 875-3261
			時間帯 TEL 24時間 FAX 月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30 (祝日を除く)	TEL 24時間 FAX 月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30 (祝日を除く)	月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30 (祝日を除く)	月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30 (祝日を除く)	TEL 24時間 ※平日18:00以降は下記まで。 外来:救命救急センター 外来 TEL 879-0630 入院:代表電話番号より各病棟へ TEL 878-0231(代)

病院連携窓口一覧

*平成31年4月に病院の連携窓口一覧の情報公開について同意回答を得られた病院のみ記載しています。

地区	医療機関名	郵便番号・所在地・代表TEL・代表FAX	ケアマネが入院時情報提供書を提出する窓口	退院調整・担当者会議等に関する連絡・相談窓口	介護保険主治医意見書・指示書等の依頼・相談窓口	病状等に関する相談窓口	受診に関する相談窓口
那覇市外区域	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	〒901-1193 南風原町新川118-1 TEL 888-0123 (代) FAX 888-6400 (代)	担当部署 入退院支援室 担当看護師またはMSW TEL 888-0123(代) FAX 888-1212 (地域医療連携室)	入退院支援室 担当看護師またはMSW TEL 888-0123 (代) FAX 888-1212 (地域医療連携室)	医事課 文書窓口 TEL 888-0123 (代) FAX 888-3500 (医事課)	外来患者 ①診療案内 ②地域医療連携室師長 ③各外来師長 ④救急外来 入院患者 ①入院病棟師長 TEL 888-0123 (代) FAX 888-1212 (地域医療連携室)	①診療案内 ②地域医療連携室 ③救急外来 TEL 888-0123 (代) FAX 888-1212 (地域医療連携室)
			時間帯 月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00	外来患者 ①月～金 9:00～11:00 ②月～金 11:00～17:00 ③月～金 11:00～17:00 ④時間外、休日終日 入院患者 ①月～金 9:00～17:00	①月～金 9:00～11:00 ②月～金 9:00～17:00 ③時間外、休日終日
那覇市外区域	豊見城中央病院	〒901-0243 豊見城市上田25 TEL 850-3811 (代) FAX 850-3810 (代)	担当部署 入退院支援室 TEL 850-3811(代) 担当部署へ繋ぐ FAX 852-2152 (直通)	入退院支援室 TEL 850-3811 (代) 担当部署へ繋ぐ FAX 852-2152 (直通)	医事課・文書係 TEL 850-3811 (代) 担当部署へ繋ぐ FAX 840-2678	外来：看護相談室 入院：入退院支援室 TEL 850-3811 (代) 担当部署へ繋ぐ FAX 852-2152 (直通)	地域連携室 TEL 852-2575 (直通) FAX 852-2152 (直通)
			時間帯 月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30	月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30	月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30	月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30	月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30

*本コンセンサスブックを作成するにあたり、参考とした主な文献は以下の通り。

『平成 29 年度 沖縄県入退院支援連携デザイン事業 入退院支援連携デザインガイドライン
～本人・家族・病院チーム・在宅チームで取り組む入退院計画～』

沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課〔監修〕
一般社団法人 沖縄県医療ソーシャルワーカー協会〔編集〕

『日南・串間医療圏における入退院調整コンセンサスブック (Ver.3.0)』

宮崎県日南保健所 / 宮崎県長寿介護課 医療・介護連携推進室〔発行〕
https://www.pref.miyazaki.lg.jp/iryokaigo/kenko/koresha/documents/22010_20190320142733-1.pdf

『大阪府 入退院支援の手引き』

大阪府福祉部高齢介護室介護支援課
<http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/29443/00309358/nyuutaiinnshiennotebiki.pdf>

『「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に関する
Q&A (事例集)』

個人情報保護委員会事務局、厚生労働省
https://www.ppc.go.jp/files/pdf/iryokaigo_guidance_QA.pdf

『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』

厚生労働省 (改訂 平成 30 年 3 月)
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>

『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を
中心として』

社団法人 日本老年医学学会
https://jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf

『命しるべ～いのちの道標パンフレット』

沖縄県、沖縄県医師会
http://www.okinawa.med.or.jp/html/zaitaku/pdf/20190402_decision_support.pdf

12

入退院支援の推進 作業部会A 構成委員

..... リーダー

新垣 哲治 (沖縄県医療ソーシャルワーカー協会)

..... 構成委員

長 嶺 勝 (那覇市医師会在宅医療担当理事)

上 間 一 (日本尊厳死協会九州支部おきなわ)

高 良 孔明 (南部地区歯科医師会)

仲宗根 輝子 (那覇市ちゃーがんじゅう課)

宮 城 能 則 (那覇市地域包括支援センター連絡会)

末 吉 淳 志 (沖縄県介護支援専門員協会)

樋 口 美智子 (沖縄県医療ソーシャルワーカー協会)

石 川 義 子 (那覇市ちゃーがんじゅう課)

城 間 ゆかり (沖縄県介護支援専門員協会)

.....
那覇市協働大使会長 銘 苺 春 雄

那覇市協働大使代表 佐久川 伊 弘

事務局(ちゅいしーじー那覇) ... 高江洲あやこ/西銘千絵/當銘美華子

写 真 提 供 者 宮原美和/岡野真由美

デ ザ イ ン 制 作 協 力 デザイン制作所オーミネコ

おわりに

那覇市医師会 会長 山城 千秋

医療・介護の提供体制改革によって、日々目まぐるしく変化する中で、私たちは立ち止まって考えてみました。本人の意思を尊重した選択を前提に、住み慣れた地域で自分らしく人生を全うできるようなサポート体制ができているでしょうか。例えば「医療」と「介護」というそれぞれの制度や言語が異なるなか、必要な情報が正確に隅々まで行き届いているでしょうか。例えば医療・介護専門職は、本人が入院の時に感じた様々な不安が和らぐようなサポートはできているでしょうか・・・その実現のためには、多職種間の真の連携が欠かせません。本コンセンサスブック作成の取り組みは、そのような気づきをもとに2018年春、在宅医療・介護連携推進事業の一環で、入退院支援連携の「ルール」作りの意見交換会として始まりました。さらにその意見交換会のなかで「サマリーの書式の統一」について現場から声が上がリ、同時進行で進めていきました。

「どこにいても本人を中心に心の通った正確な情報を届けよう」との共通認識のもと、合意形成のプロセスを大切にするために、総数54回の意見交換会や会議を開催しました。回を重ねるごとに自らの専門職としての役割を再認識し、他の職種との相互理解が深まり、多職種連携がより強化されたことと思います。

また、本コンセンサスブックの作成にあたっては、地域住民の声を盛り込むことにより連携の本質へ立ち戻ることが出来るようにしました。さらに、高齢者のみならず、他世代にも柔軟に対応できるよう工夫しました。

加えて、各専門職の新人教育のツールとして実用的に活用して頂けることを想定しています。ときには理想との間にギャップを感じる場面もあることでしょう。このコンセンサスブックは、本人、医療・介護専門職、行政の思いが込められた一冊です。皆様の手元に置かれ、迷った時の羅針盤として時折読み返して頂けると幸いです。

令和元年 8月



入退院時の連絡のやり方
 ・救急搬送時の情報共有の仕組み
 向かい合わせの必要はない
 ・DNAR
 ・緊急モットとの連携
 ・月1回訪問時の情報更新
 救急隊に持たせてもらう
 服薬情報の写真
 ・シート名の統一
 ・加算をとるためには正式名称を記載する
 必要がある
 ・施設向け
 今までは通り提供
 ・施設の配置情報一覧表の作成
 ・NSと相中の距離時間
 家養生
 ・入退院の可否
 ・入退院評価・予後の取組
 ・LST訪問前科の利用
 急性期→回復期へ
 調整段階からの情報提供



「人」×「ていー」

「ていーあんだー」とは、沖縄の方言で手の



ルール
 介護保険証の受給者
 ケアプランの添付
 付記事項に課題等の記入
 職種毎に専門化した
 フォールシート作成が必要
 ・職能別に紹良(意見交換)
 ・市内の精神科HPも
 看護マナーの統一に留意
 MSWマナーに情報提供
 医療情報
 要介護度(申請中等の情報)

入退院時の情報提供
 体重、身長
 福祉用具貸与
 介護保険の有効期間
 家屋状況(外階段の有無)
 家具(ベッド・ソファ)・寝起
 けAI(和式・洋式)
 医療処置(かかり等)交換状況
 受診状況(次回受診日)
 生活歴(成育歴)
 専任制歴

ACP
 L/DNARの有無、救急隊
 コード(0/1/2/3)の記載
 本人の性格(二次性疾患)
 ・ADLの変化が分かる
 (入退院時)統一
 LCMの指標で認識





退院時に必要な情報

入院経緯(病名) 情報がない
 連絡についての連絡(時間外 戻りに関係の連絡あり)
 ・口腔ケアNST(スル)
 ・退院日のための報告(セブ/原研/0日前) - 退院日
 ・身寄りのない方 受入棟棟理の整理の方向の対応の統一化
 ・包括への丁寧なやり取り - 退院前の確認 相談
 ・リハビリの必要性の現状、必要と判断するケースの見立て(工
 程を考慮して) - セブ/原研
 入院の経緯
 ↳ 入院後のスケジュールは必ず
 アドバイス食事で
 コミナリ食事で
 食生活の見直し



入院時の情報共有における現状課題
 (父への情報共有)

45歳を過ぎても現職に継続して 加齢や健康状態を知らず 現場の
 判断が難しい - アドバイス食 退院支援に役立つ 相談
 45歳未満でも退院支援の必要性 退院支援に役立つ 相談
 退院支援の必要性 退院支援に役立つ 相談
 退院支援の必要性 退院支援に役立つ 相談
 退院支援の必要性 退院支援に役立つ 相談



あんだー」＝

脂のことで、ひと手間かける、愛情をそそぐという意味を持ちます。



サマリーのレポート (R2病) 移行

① 急性期 → 在宅
 ② 回復期 → 在宅施設
 ③ 在宅 → 在宅施設
 ④ 在宅施設 → 在宅

在宅
 在宅施設
 在宅施設



那覇市在宅医療・介護連携推進事業
ていーあんだールール
入退院支援連携コンセンサスブック

発行：令和元年8月

【監修】

那覇市 福祉部 チャーがんじゅう課
〒900-8585 沖縄県那覇市泉崎1丁目1番1号
TEL(098)862-9010(直通)
FAX(098)862-9648

【編集】

一般社団法人 那覇市医師会
那覇市在宅医療・介護連携支援センター ちゅいしーじー那覇
〒900-0034 沖縄県那覇市東町26番1号
TEL(098)860-5666
FAX(098)860-5667



ちゅいしーじー那覇 検索

