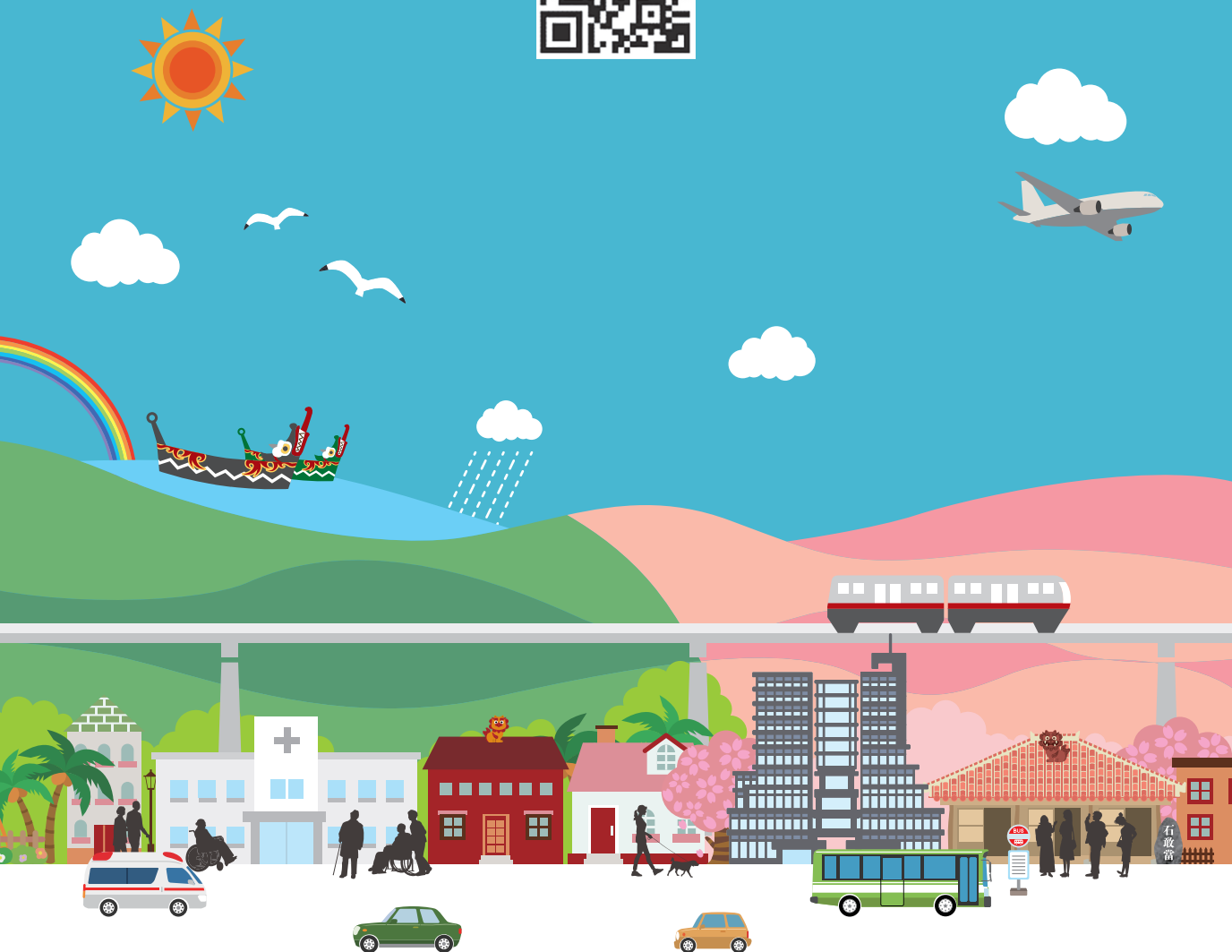


第2版

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



未来を創る
さあ 漕ぎ出そう
「同志」と共に





はじめに

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、団塊ジュニア世代が65歳を迎える2040年には33%まで上昇し、3人に1人が高齢者となる見通しとなっており、医療・介護が必要な高齢者の増加が見込まれます。



こうした中、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、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は、引き続き重要な課題となっています。

那覇市では、平成29年度より、「在宅医療・介護連携推進事業」を那覇市医師会へ委託し、医師会内に在宅医療・介護連携支援センター（ちゅいしーじー那覇）を設置し、在宅医療・介護の連携推進に取り組んできました。（「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。）

入退院支援においては、関係機関ごとに書式（サマリー）が異なることや、作成者によって情報にばらつきがあり、在宅から医療機関への情報共有がスムーズではないという現状がありました。そのため、那覇市内のどの病院に入院しても、必要とする質の高い情報を共有できるよう、入退院支援連携の標準化と均てん化を目的に、令和元年には、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。

令和元年から運用が開始され、新型コロナウイルスの影響により見直しが一時中断しておりましたが、令和4年9月から各職種の意見交換会や協議を重ね、入退院時連携におけるルール・マナー及びツールなどの見直しや、入退院支援における身寄りがない方への心得など内容の追加に努め、このたび、第2版を作成しました。ご協力いただいた皆様に感謝いたします。

本書が、患者・家族の意思を尊重し、入院から在宅までの切れ目のない支援の提供、安定した在宅療養の一助となることを期待します。

引き続き、関係機関が連携し、多職種協働により、本人目線の入退院支援の推進と在宅医療・介護サービスの体制整備を進めてまいります。

令和8年3月
那覇市長 知念 覚

はじめに	
1 (1) 入退院支援連携コンセンサスブック初版作成の過程	2
(2) 入退院支援連携コンセンサスブック第2版作成の過程	4
2 目的	6
3 入退院支援連携コンセンサスブックの対象者	6
4 個人情報保護について	6
5 入退院支援連携コンセンサスブックの概要	7
6 入退院支援連携コンセンサスブックの運用	8
7 共通マナー	9
8 入退院時連携におけるルール・マナー	10
・入院前	11
・入院時	12
・入院中	14
・退院時	20
・退院後	22
9 入退院支援における身寄りがない方への心得	24
10 入退院時連携におけるツール	27
・入院時情報共有シート（ケアマネジャー）	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）	33
・ソーシャルワーカーサマリー（MSW・MHSW）	36
・お薬手帳（薬剤師）	39
・栄養管理計画書・栄養情報提供書（栄養士）	41
・疾患に係る栄養上の視点	44
・要介護認定申請連絡票	49
11 資料編	51
12 入退院支援連携に関する作業部会 構成委員	60
おわりに（読み終えた皆様へ）	61

1

(1) 入退院支援連携コンセンサスブック初版作成の過程

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

1 (2) 入退院支援連携コンセンサスブック第2版作成の過程

本コンセンサスブック初版発行後の各医療機関および職能団体における運用状況を踏まえ、コロナ禍を経て変化した現場の実情と課題について改めて協議を重ねました。全ての会議において、参加者が初版の文言を一字一句確認し、疑義が生じた場合には初版作成時の議事録に立ち返りながら、丁寧に合意形成を行いました。

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	令和8年2月1日	4名	本人・家族の言葉についての見直し

各専門職の意見交換会

退院支援部門看護師、訪問看護師による意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	令和4年9月28日	10名	【病院看護師】各医療機関の運用状況、運用上の課題、看護サマリーの検討
第2回	令和4年10月26日	5名	【訪問看護師】入退院時連携におけるルール・マナー、看護サマリーの検討
第3回	令和4年11月16日	19名	【合同】看護サマリーの検討
第4回	令和4年12月7日	15名	【合同】入退院時連携におけるルール・マナーの検討

ケアマネ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	令和5年1月25日	7名	入退院時連携におけるルール・マナーの検討
第2回	令和5年2月22日	7名	入院時情報共有シートの検討
第3回	令和5年3月24日	8名	各種サマリーの掲載項目について検討
第4回	令和5年7月11日	6名	ソーシャルワーカーサマリーの検討
第5回	令和5年11月15日	4名	リハビリテーション情報提供書の検討

ケアマネジャーによる意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
コア	令和7年8月4日	4名	薬剤情報共有のルール・マナー（案）

MSW・MHSWによる意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	令和5年4月20日	14名	入退院時連携におけるルール・マナー、ソーシャルワーカーサマリーの検討
第2回	令和5年5月29日	13名	入退院時連携におけるルール・マナー、ソーシャルワーカーサマリーの検討
第3回	令和5年6月26日	13名	ソーシャルワーカーサマリーの検討
第4回	令和5年8月16日	13名	ソーシャルワーカーサマリー、入院時情報共有シートの検討

セラピストによる意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	令和5年9月27日	13名	各医療機関の運用状況、入退院時連携におけるルール・マナーの検討
第2回	令和5年10月31日	17名	リハビリテーション情報提供書の検討
第3回	令和5年11月22日	19名	リハビリテーション情報提供書の検討

管理栄養士による意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	令和6年1月30日	12名	入退院時連携におけるルール・マナー、栄養管理計画書の検討
第2回	令和6年8月20日	12名	様式の運用について
第3回	令和6年9月25日	13名	疾患に係る栄養上の課題の検討
コア	令和6年10月10日	8名	疾患に係る栄養上の課題の検討
コア	令和6年10月30日	8名	疾患に係る栄養上の課題の検討
コア	令和6年11月20日	8名	疾患に係る栄養上の課題の検討
第4回	令和6年12月23日	10名	疾患に係る栄養上の課題の検討

薬剤師による意見交換会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	令和7年7月9日	7名	薬剤情報共有の現状と課題
コア	令和7年7月28日	3名	薬剤情報共有のルール・マナー（案）
第2回	令和7年9月11日	5名	薬剤情報共有のルール・マナー（案）、薬剤管理サマリーの検討
第3回	令和7年10月7日	4名	薬剤情報共有のルール・マナー（案）、お薬手帳の掲載内容の検討

在宅医療・介護連携推進事業 入退院支援連携に関する作業部会

開催	日程	参加人数	内容
第1回	令和7年10月8日	6名	各職種の意見交換会および第2版作成の進捗報告、身寄りがない方への心得（案）について

代表者会議

開催	日程	参加人数	内容
第1回	令和8年2月4日	29名	第2版の運用についての承認

コア：中核メンバーによる会議

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、「10 入退院時連携におけるツール」に記載しています。

4

個人情報保護について

個人情報保護法及び各事業所の取扱う規定に準じ、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。

参照：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



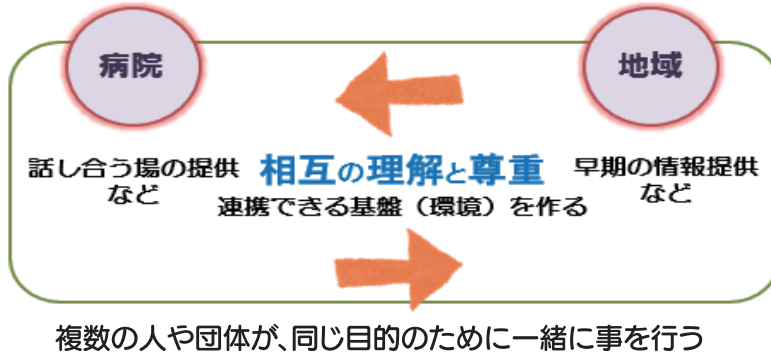
5

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

・医療ソーシャルワーカー
(社会福祉士、精神保健福祉士)

・理学療法士
・作業療法士
・言語聴覚士

↓
ケアマネ

↓
ソーシャルワーカー

↓
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ことを目的に、1年に1回、那覇市の入院施設を持つ医療機関及びケアマネジャー等を対象とした入退院時連携に係る実態調査を実施します。

また、必要時、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ケアマネジャー等を対象とした意見交換会を実施します。

なお、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、意見交換会にて見直しを検討し、下記の代表者会議で承認されれば全体の改定を行います。

代表者会議

コンセンサスブックの見直し(診療報酬・介護報酬改定時期)と、上記の実態調査及び意見交換会の結果を共有・承認することを目的に、那覇市の医療機関代表及びケアマネジャー等の代表で構成される代表者会議を開催します。那覇市が必要と認めたときは、臨時の代表者会議を開くことができます。

代表者会議

各医療機関の連携室長、看護師またはMSW・MHSW
ケアマネジャー、地域包括支援センターの代表者



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、
丁寧に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、

入院の手続きや必要品の

用意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。

(服薬管理が課題となっている方)
お薬手帳に「所属機関名、連絡先、担当ケアマネジャー氏名、記載日」を記載しましょう。

※名刺だと紛失する可能性があるため、記載が望ましい。

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。

📢 コラム (MSW・MHSWからの声)

【支援者の皆様へ】

入院前の生活状況のなかで気になること(虐待、不適切なケア等)があれば、ソーシャルワーカー・病院職員と共有するように努めましょう。

入院中の関わりや退院支援においても配慮し、関係機関と連携することができます。

*精神保健福祉法に基づく医療保護入院に関して、家族関係の詳細な把握が必要となります。

📢 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ると助かります。

- ・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。



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

求めに応じて利用しているサービスの報告書を提供しましょ。

・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

看護師・MSW・MHSW・セラピスト・栄養士・薬剤師へ

ケアマネから提供される入院時情報共有シートとは、ADLの他、在宅での医療・介護に係る情報です。多職種で共有し、院内のカンファレンスや退院支援の計画作成に活用しましょ。

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
↓
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。

📣 コラム（地域包括支援センターからの声）

ケアマネや家族がない等、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。

ご本人やご家族等へ「地域包括支援センターの紹介」と「ソーシャルワーカーから地域包括支援センターへ一報を入れておく」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。



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

病院が訪問(家屋)調査を予定している場合は、ケアマネが同行できるよう相談・依頼しましょう。

POINT ②

介護保険認定の区分変更や予定していた認定調査が延期となった場合は、その理由や根拠についてケアマネに伝えましょう。

POINT ③

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。

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、調査に立ち会え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。

3

病院担当者



ケアマネ・訪問看護へ

積極的にカンファレンスは開催しましょう。(特に退院前カンファレンス)

- 新規の方、状態変化のある方等

意思決定者や協力者の情報を提供しましょう。

4

病棟看護師・退院支援看護師



訪問看護師へ

退院前指導の頻度や手技の内容、習熟度について情報提供しましょう。

▶ コラム(セラピストからの声)

多くの患者さん、利用者さんから本音を聞かせてもらうことは難しいです。私たち専門職は、本音を話してもらえるよう信頼関係を築くことが大切です。時には、支援に一生懸命になりすぎてしまい患者さん、利用者さんが本音を話しにくい雰囲気になることもあります。その場の言葉だけで判断するのではなく、表情やしぐさなども気にかけてみましょう。また、生活背景も踏まえ「本当に」必要なこと、望んでいることが何なのかを考えてみませんか。

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

入院時に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。

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。

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。

POINT ①

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関係機関へ事前に伝えましょう。

▶ コラム（病院からの声）

病院側は退院できる状況であっても、施設側の受け入れ調整によって退院日が延び再調整が必要となる場合があります。カンファレンス参加時に施設側の受け入れ候補日をいくつか決めてもらえるとスムーズな退院に繋げることができます。

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, which is partially visible at the bottom right. The background is a blurred outdoor setting with trees and a building, bathed in a warm, golden light.


退院のとき、

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)

A sepia-toned photograph of a person in a wheelchair, seen from the side, positioned on a paved path. The person is wearing a white shirt and dark pants. In the background, there are trees and a building with a sign that is partially legible, showing "Korea M" and "Building M". The overall atmosphere is calm and quiet.

「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)



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。

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。

▶▶ コラム(セラピストからの声)

患者さん、利用者さんの生活状況や身体機能は時間とともに変化していきます。住宅改修を検討する時、「今」のその先のことでも併せて考えてみましょう。介護保険での住宅改修費用は限りがあり、ほぼ「1回限り*」です。その改修は「今」介護保険を利用して行う必要性は高いですか？自費、周りの支援者で行えそうな内容ではありませんか？

*要介護区分状態が3段階重くなった場合、転居の場合は再度利用可能な場合もある。

▶▶ 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。見過ご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。

1

退院調整に係る担当者

関係機関へ

退院日が決定した時点で、関係機関*へ速やかに連絡しましょう。
*ケアマネ、訪問看護師 等

2

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。

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。

3

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。家に帰りたい」との思いが
叶いました。(50代家族)



📢 コラム(セラピストからの声)

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。

在宅

HOUSE

退院後

1

ケアマネ・施設職員



医療機関へ

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、速やかに(概ね2週間以内)行いましょう。

4

在宅側セラピスト(PT・OT・ST)




病院側セラピスト(PT・OT・ST)

病院側セラピストからの求めに応じて返書を送りましょう。

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)

9 入退院支援における身寄りがない方への心得

多様なライフスタイルが広がる現代において、お一人で余生を過ごす方も少なくありません。身寄りのない方に対しては、入退院や施設への入退所の際に、不利益やご不安を感じられることのないよう、配慮と尊重の心をもって対応することが大切です。

1. 身寄りがない方の入院（転院）

身寄りがないことのみを理由に入院（転院）を断らないようにしましょう。

* 医政医発 0427 第 2 号「身元保証人等がないことのみを理由に医療機関において入院を拒否することについて（平成 30 年 4 月 27 日）」では、医療機関に対して、身元保証人がいないことのみを理由に入院を拒否してはならないとする通知を出しています。

2. 医療的行為の同意について

医療的行為の同意は、ご本人に決めてもらう必要性が高い（一身専属性が高い）こととされています。ご本人が同意できる能力（同意能力。医療行為の内容と起こりうる結果について理解できる能力があれば足りる。契約などができる能力までは不要。）があれば、ご本人から同意を得ることで足りる。この場合、ご家族などから同意を得る必要はありません。

また、ご本人に同意能力がない場合でも、ご家族に同意を求める、ご家族に決めてもらうということではありません。まず、ご家族などご本人のことをよく知っている親しい関係にある方に、「ご本人だったらこうするはず。」ということをご推定してもらいます。そして、そうしたご本人の推定意思を元に、医療・介護・福祉の関係者が一緒に協議をして、ご本人にとって最善の方法を選択するということとなります。

さらに、ご本人の意思を推定できる方がいない場合は、医療・介護・福祉の関係者が協議をして、ご本人にとって最善の方法を選択するということとなります。そして、これらの協議は記録に残すことが必要です。

以上のことから、ご家族に同意を求める、ご家族に決めてもらう、疎遠のご家族に同意を求める、疎遠のご家族にご本人の意思を推定してもらうといった対応は、不適切なものとなります。

3. 最大限の倫理について

身寄りがない方の入退院支援において、目の前の専門家として最低限やるべき仕事しか目に入らず、「何が本人の幸福か？」という最大限の視点が抜け落ちていませんか？自分たちの仕事ではないがしかし、多職種で互いに助け合い補い合いながら患者家族の最善・幸福を目指すための連携をしましょう。

4. 本人の医療・ケアに対する想い（人生会議：ACP）の引き継ぎ（連携）について

ご本人と関係者（支援者）が語り合ったご本人の医療・ケアに対する想いは記録に残し、ご本人同意のうえ、支援者が変更になった際にも確実に引き継がれるよう心掛けましょう。次の支援を担う方は、その記録をもとにご本人と対話を重ねることが大切です。

記録は、必要時にピックアップし、スムーズに支援者間で引き継ぎができるよう工夫しましょう。

5. 身寄りがない方の退院

身寄りがないことのみを理由に施設入所を断らないようにしましょう。

通知「市町村や地域包括支援センターにおける身元保証等高齢者サポート事業に関する相談への対応について（平成30年8月30日）」では、介護施設などに関し、身元保証人がいないことだけを理由に入所を拒むことや退所を求めることは不適切な取扱いであると、施設・自治体などに対して適切な対応を求めています。

身寄りがない方で下記の事項についてお困りの場合の相談窓口について

	担当	連絡先
65歳以上の方の成年後見制度における市長申立て ^{*1} に関する事	那覇市ちゃーがんじゅう課	098-862-9010
障がいのある方の成年後見制度における市長申立てに関する事	那覇市障がい福祉課	098-862-3275
那覇市内で亡くなられた方で火葬を行う方がいない場合 ^{*2}	那覇市環境保全課	098-951-3229
65歳以上の総合相談	那覇市圏域の地域包括支援センター	
就職や生活に困っている方 (生活保護受給者は支援の対象外となります。)	那覇市就職・生活支援 パーソナルサポートセンター	098-917-5348 受付/9:00~16:00(月~金) (土・日・祝日・年末年始休み)

※1

市町村長申立てとは、認知症や知的障害、精神障害などにより判断能力が不十分な方が成年後見制度の利用を必要としているにもかかわらず、ご本人やそのご家族が申し立てを行うことが困難な場合に、市町村長が家庭裁判所に対して後見開始の審判を申し立てることを指します。

※2

- ・身寄りがない方が那覇市外でお亡くなりになった場合（入院先が那覇市外等）は、那覇市内に住所があった方でも死亡したところの市町村へお問い合わせとなります。
- ・死亡したところとは、死亡診断書（死体検案書）中の「死亡したところ」となります。
- ・行旅中の方（生活圏外に旅行中の方）や身元不明の方が亡くなった場合についても、死亡したところの市町村へお問い合わせとなります。

各種ガイドライン

- ① 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン
- ② 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
- ③ 高齢者等終身サポート事業者ガイドライン
- ④ 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン



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、受け手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(ケアマネジャー)
- 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・MHSW)
- お薬手帳(薬剤師)
- 栄養管理計画書・栄養情報提供書(栄養士)
- 疾患に係る栄養上の視点
- 要介護認定申請連絡票

※個人情報の取扱いについては、個人情報保護法及び各事業所の取扱う規定に準じる。

入院時情報共有シート

入院時情報共有シート(案) (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	

記入日: 年 月 日 入院日: 年 月 日 情報提供日: 年 月 日

氏名		生年月日		年齢		性別		
緊急連絡先	氏名	住所			続柄	電話番号		
連絡事項	直接入力							
かかりつけ医	かかりつけ医療機関名 ()	直接入力		家族構成図 主…主介護者 ☆…KP ○…女性 □…男性				
	その他併診機関名 ()	直接入力						
	○カテーテル交換 医療機関名 ()	直接入力						
	かかりつけ歯科 ()	直接入力	かかりつけ薬局 ()	直接入力				
	お薬情報: <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 説明書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> その他 () 直接入力							
既往歴	直接入力							
介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中		介護度:		要介護!			
	介護認定有効期間: 直接入力							
	<input type="checkbox"/> 負担割合 割		<input type="checkbox"/> 生保					
障害日常生活自立度	認知症日常生活自立度			本人の性格・生活状況				
備考	直接入力							
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							
	<input type="checkbox"/> 身体 (等級: 級:) <input type="checkbox"/> 療育 (等級: 級:)							
	<input type="checkbox"/> 精神 (等級: 級:) <input type="checkbox"/> 難病 (疾患名:) 直接入力							
体重	kg(月 日測定)		体温: °C	血圧: / mmHg	脈拍:	SpO2:		
利用状況	介護保険サービス	直接入力						
	その他サービス	直接入力						
	特記事項	直接入力						
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 () 直接入力					
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	特記事項		直接入力			
	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	特記事項		直接入力			
	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 ()		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	誤嚥の危険性		<input type="checkbox"/> 義歯			
		治療食()		主食(直接入力)		副食(直接入力)		摂取割合(直接入力 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	特記事項		直接入力			
	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(直接入力)						
IADL	調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	特記事項		直接入力			
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	特記事項		直接入力			
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	特記事項		直接入力			
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	特記事項		直接入力			
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	特記事項		直接入力			
	外出(頻度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	特記事項		直接入力			
		アドヒアランス (薬剤・治療など) 市販薬やサプリメントを服用している等の情報があれば記載						
療養上の問題	直接入力							
ケアマネジャーからの要望	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの開催希望		直接入力					



入院時情報共有シートの対象者

介護保険認定者



ケアマネジャーとは…

ケアマネジャー（介護支援専門員）の役割は、介護保険の要介護・要支援認定を受けた方々が、地域の中で自立した日常生活を継続できるように支援をすることです。主な業務として、ご利用者の居宅を訪問し、アセスメント（状況把握）を行います。病院との連携においては、ご利用者が入院される際には、円滑な入院治療が行えるよう、日常の生活情報や既往歴、介護サービス利用状況などを病院側へ提供します。退院時には、入院中の経過や現在の医学的・身体的状況を確認し、医療機関と連携しながら、退院後の生活へ移行するための支援（居宅サービス計画の作成や関係機関との調整）を行います。ただし、ケアマネジャーの職務範囲には限界があります。例えば、入院時の身元保証人や金銭管理を代行することはできません。

ケアマネジャーは、ご利用者・ご家族、医療機関、各関係機関や地域の社会資源との多職種連携を図り、ご利用者がその人らしい生活を実現できるように包括的な支援体制を構築することを最大の目標としています。

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

※敬称略、所属機関名の五十音順で表記、所属機関が変更になった方については氏名のみ表記

いしだ介護保険相談所	亀島めぐみ	那覇市地域包括支援センター城岳	仲里 昇吾
ケアプランセンターももほ	赤嶺 充	那覇市地域包括支援センター泊	安次富昌男
在宅ケアセンターしだかじ	城間ゆかり	那覇市地域包括支援センター国場	宇根ユウ子
仲田 昌雄			(現：乙羽会 本部)
仲村 純子			

沖縄県介護支援専門員協会 那覇支部 比嘉 貞憲*

*那覇市在宅医療・介護連携支援ネットワーク協議会委員

看護サマリー（表）

看護サマリー

病院名：〇〇病院

入院日： 年 月 日		※ 共通認識 ※ なるべく記載もれがないよう意識付け		作成日： 年 月 日			
フリガナ 氏名				年齢	歳	性別	
入院原因病名				アレルギー			
既往歴							
ケアマネジャー	事業所： 担当者名： TEL:	介護度		生活自立度		認知症自立度	
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	【コロナ感染に関する情報】 項目に追加はせず、本人・家族から確認が 出来ている場合は情報提供						
退院前最終バイタル	測定日	呼吸	体温	身長	「良眠・不眠・昼夜逆転」の選択式 個別性のある内容は特記事項に記載		
感染症	□ HCV □ HBV □ Wa □ MRSA	コミュニケーション	睡眠	眠剤	体圧分散マット		
	□ その他 ()						
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			
		(特記:)					
	食事	義歯	部位	状況	(特記:)		
		咀嚼 (特記:)					
		むせ込み (特記:)					
		メニュー	kcal	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			
記載時に文字の大きさを各自で調整							
【抑制に関する記載】 現状通りとし、記載する目的や方法などは今後の課題とする。(要協議)							
病棟	担当看護師:	担当MSW:	病棟看護部長:	主治医:			

(様式50)看護及び栄養管理等に関する情報(1)

看護サマリー（裏）

看護サマリー

病院名：〇〇病院

その他特記事項

表面で収まらない場合や個性のある内容を記載

(様式50)看護及び栄養管理等に関する情報(1)



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と訪問看護師による意見交換会 構成メンバー

※ 敬称略、所属機関名の五十音順で表記

【退院支援部門看護師】

大浜第一病院	仲田貴美子（現：訪問看護ステーションおもと とよみの杜）
沖縄協同病院	保久原 淳
沖縄赤十字病院	田中あや子・外間 順治・仲村渠由衣
沖縄セントラル病院	1名
おもろまちメディカルセンター	東恩納 梓
オリブ山病院	仲松たくみ
大道中央病院	新里 瞳
田崎病院	島澤 潤
那覇市立病院	1名
那覇ゆい病院	中野 久乃・井川しのぶ

【訪問看護師】

あさひ訪問看護ステーション	1名
グリーンハウス訪問看護	宮里 春香・兼元 麻衣
セノーテ訪問看護ステーション那覇	東海林謙太
訪問看護ステーションクラセル小禄	名嘉山千秋
訪問看護ステーション美ら	比嘉 留美
訪問看護ステーションちゅらぐる	1名
訪問看護ステーションめぐみ小禄南	川瀬 景子
訪問看護ステーション夢	2名
訪問看護ステーションよりそい	1名

リハビリテーション情報提供書（表）

リハビリテーション情報提供書

紹介先: _____

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

作成日: _____

一部のフリーコメント欄は、セルを選択するとガイドが表示される

リ担当: 理学療法士 _____

入院日:	退院日:	リハ開始日:	起算日:
氏名:	様	生年月日:	歳 性別:
患者氏名:			
診断名:	発症日:	既往歴:	
経過:			
リスク管理 その他コメント:	リスク管理や気になる既往歴など 生命予後、活動へ関与することが予測される、重要性の高いと思われる情報などを記載		

■ 介護度・生活状況

入院前介護度:	入院前の様子:	家庭内状況/役割含む情報を記載
退院時介護度:		

■ 退院時の状況、今後必要と考えられるサービスとその理由

本人の要望:	家族の要望:
家屋改修提案: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要検討	改修箇所:
福祉用具選定: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要検討	種別:
補装具処方: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要検討	種別:
<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他 ()	
理由・コメント:	

■ 退院時の心身機能・構造

※未評価の場合はチェックなし

■ 活動（基本動作・[しているJADL]

※要介助：協力あり、全介助：協力なし

項目	現在の状況				将来の見込み () 月			項目	現在の状況 ※非実施行為はチェックなし						将来の見込み () 月		
	なし	軽度	中等度	重度	向上	維持	低下		自立	要介助 ※右欄：介助量	全介助	向上	維持	低下			
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="checkbox"/> 難聴 その他:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
見当識障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
認知症 (BPSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	座位保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
・ HDS-R (点) ・ MMSE (点)								立ち上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
精神障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	立位保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移乗 (Bed⇔いす)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
運動麻痺:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
感覚障害:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
筋力低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
関節可動域制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
食事形態・量	主: 副: 食量:							排泄動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	水分: トロミ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							排尿コントロール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
							排便コントロール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

提供量、摂取量、姿勢、食事内容の詳細等を記載
* ST介入ない場合や余白がある場合は、その他セラピストコメント欄として活用

■ 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

運動麻痺、ROM、筋力低下などの詳細やバランス評価などを記載
または、基本動作、ADL動作の介助における配慮や注意点の伝達等の記載

■ 活動 (IADL) ※ リストより選択 コメントは右欄へ記載

項目	将来の見込み	項目	将来の見込み	項目	将来の見込み
食事の用意・片づけ		掃除・洗濯		買い物、外出	
服薬管理		金銭管理		IT活用 スマホ操作等	

■ 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・キーパーソンの状況、活動) ※退院時点の評価 (退院後は在宅主治医、在宅担当セラピストと要継続検討)

現状の認知、精神機能や訓練意欲、生活背景を参考に予後の予測を記載
改善可能性や現状維持など

【退院時の心身機能・構造・活動(基本動作・「している」ADL)・活動(IADL)】
～補足記載欄～

必要時記載



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ジャー・ケアプランナー（その他は求めに応じて）



リハビリテーションの意味と専門職の役割

リハビリテーション（Rehabilitation）の語源はラテン語の re（再び）と habilis（適した）に由来し、「再び適した状態になること」、すなわち「人間らしく生活する権利を取り戻す」という意味を持ちます。日本においては、病気や外傷により心身機能や構造に障害が生じ、生活に支障をきたした際に、複数の専門職が連携して問題解決を支援する包括的アプローチを指します。

理学療法士（PT）

運動療法や物理療法を通じて身体機能の改善を図ります。起居・起立・歩行など基本的な動作の練習や指導を行い、身体の動きの問題を解決することで、自立した生活の実現を支援します。

作業療法士（OT）

食事や更衣、家事動作、趣味活動など、生活に密着した動作を通じて心身機能の維持・向上を図ります。その人の生活スタイルや社会的役割に合わせ、日常生活や社会生活を円滑に送ることを支援します。

言語聴覚士（ST）

発話や聴覚、コミュニケーション能力の改善、高次脳機能障害への対応などを行います。また、医師・看護師・管理栄養士らと連携し、安全に「食べる・飲む」といった摂食・嚥下機能の回復も支援します。

今回のリハビリテーション情報提供書作成にあたり、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。



セラピストによる意見交換会 構成メンバー

※ 敬称略、所属機関名の五十音順で表記

大浜第一病院	下里 綱・福田芙見子・玉寄 唯子
沖縄協同病院	赤嶺 達二 他1名
沖縄赤十字病院	下里 聡子・安慶名和信
おもろまちメディカルセンター	高良 圭・土田 真也
オリブ山病院	伊波 興八
小禄病院	屋宜 伸春
大道中央病院	安室 朝如・澤海 貴志
那覇市立病院	豊里 純次
那覇ゆい病院	當間かおり
沖縄県リハビリテーション専門職協会	末吉 珠代*

*那覇市在宅医療・介護連携支援ネットワーク協議会委員



ソーシャルワーカーサマリーの対象者

在宅向け（ケアマネジャー、ケアプランナー、相談支援専門員）、新規介入患者および在宅側から求めがある患者



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、地域や家庭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（MHSW）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。

病气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意見交換会 構成メンバー

※ 敬称略、所属機関名の五十音順で表記

天久台病院	福里 道雄
大浜第一病院	當銘 由香
沖縄協同病院	長 原野
沖縄赤十字病院	内間 理沙
沖縄セントラル病院	2名
おもろまちメディカルセンター	大山海南美・石川 りの 他1名
オリブ山病院	島袋 元和
大道中央病院	1名
田崎病院	平良 智春 他1名
那覇市立病院	松崎 暁
那覇ゆい病院	田中智恵子 他1名

📣 コラム（薬剤師からの声）

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（薬剤師からの声）

お薬手帳が複数ある??

複数の医療機関からお薬が処方され、複数のお薬手帳をお持ちの場合、飲み合わせや重複処方の確認が難しくなります。そのような時は、かかりつけ薬局でお薬手帳を一冊にまとめることができるか相談してみましょう。

📣 コラム（薬剤師からの声）

え？ こんなことある??

- 飲みやすくするために錠剤を粉砕する
- 軟膏の塗布する順番を変える
- 複数の点眼薬を時間を空けずに点眼する
- お薬を管理するためにホッチキス止めする
- お薬のシートをハサミで1個ずつ切り取る

医師や薬剤師の指示なしでこのような状況の場合、お薬の効能に影響がでることがあり注意が必要です。疾患の特性や身体機能等に応じて、薬剤の形状や包装などを患者さんに合わせる必要があります。ぜひ、かかりつけ薬局にご相談ください。

*詳細は「くすりの適正使用協議会HP:介護と服薬あるあるマンガ」をご参照ください。



📣 コラム（薬剤師からの声）

「あれっ?!」と思ったお薬のことは、かかりつけ薬局へご相談を!

- お薬が飲みにくくなってきている
- お薬が足りない若しくは余ってしまうことが頻繁に起こっている
- 市販薬やサプリメント、栄養ドリンク等をよく使用している

*沖縄県薬剤師会HP



*医療・介護おたすけマップ



<p style="text-align: center;">あなたの大切な情報</p> <p>氏名 男・女</p> <p>生年月日 年 月 日 年齢 歳</p> <p>連絡先 住所 〒</p> <p>電話番号</p> <p>血液型 (A・AB・B・O型)</p> <p>アレルギー歴 (有・無)</p> <p>食べ物 お薬の名前</p>	<p>副作用歴 (有・無)</p> <p>お薬の名前</p> <p>主な既往歴</p> <p><input type="checkbox"/> アレルギー性疾患 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 肝疾患 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 心疾患 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 腎疾患 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器疾患 ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p><small>※詳細は医師、歯科医師、薬剤師に記入してもらって下さい。</small></p>
1	2

薬剤師・かかりつけ医・介護関係者間の情報共有ツールとして活用できます!!
 患者さんや利用者さんの服薬状況で気になることがあれば記入してください。

受診記録 ※ 在宅に関わる職種であれば、どなたでもご記入ください		受診記録
受診中の病院・診療所・薬局名・電話番号	医師・歯科医師・薬剤師名等	受診中の病院・診療所・薬局名・電話番号
<p>例) <small>※ 担当者が変更になったことが分かるように記載日も記入</small></p> <p>記載日：令和 年 月 日</p> <p>居宅介護支援事業所○○○</p> <p>住所：那覇市△△△</p> <p>TEL：098-</p> <p>FAX：098-</p> <p>担当ケアマネ：□□□□</p> <p><small>※ 名刺だと紛失する可能性があるため、表記が望ましい</small></p>	<p>例)</p> <p>朝、お薬を飲み忘れたので昼に飲みました 月 日 ヘルパー◇◇◇</p> <p>市販のビタミン剤を毎日飲んでいるようです 月 日 ケアマネ□□</p>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p style="text-align: center;">日常的に利用する薬局</p> <p>.....</p> <p>かかりつけ薬剤師名：</p> <p>緊急連絡先：</p> </div>
3	4	



薬剤情報提供書の対象者

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



薬剤師とは…

薬剤師は処方箋に基づく調剤のほか、複数の医療機関から処方されている薬同士や市販薬との相互作用や重複投薬の確認、服薬指導等を行っています。患者さんやご家族からの情報、多職種との情報共有のほか、お薬手帳の情報を確認しながら行っています。

また、薬剤師は必要に応じてご自宅等を訪問し、生活状況等を確認したうえで薬をきちんと服用できる工夫を提案します。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。

お薬手帳は、処方内容だけでなく日頃の服薬状況について薬剤師やかかりつけ医と情報共有できるツールです。患者さんや利用者さんの服薬状況で気になる点を記入することで、その情報を基に薬剤師やかかりつけ医は処方内容の検討を行うことができます。

また、担当ケアマネジャーの情報を記載してもらうことで、患者さんや利用者さんについて気になることがあった際に薬剤師から情報提供することもできます。
ぜひ！お薬手帳をご活用ください。



薬剤師による意見交換会 構成メンバー

※ 敬称略、所属機関名の五十音順で表記

大浜第一病院	姫野 耕一
那覇市立病院	永井 賢作
那覇地区薬剤師会	吉田 洋史
沖縄県薬剤師会	中尾 滋久*

* 那覇市在宅医療・介護連携支援ネットワーク協議会委員

栄養管理計画書

※ 医療機関によって、様式のレイアウトは異なる。

別紙 23

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 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (学会分類コード：) 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」を記載

※ 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視点」を参照

栄養情報提供書

※ 医療機関によって、様式のレイアウトは異なる。

(別紙様式12の5)

記入日 年 月 日

情報提供先医療機関・施設名

担当医師又は管理栄養士

殿

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日

年 月 日

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日	()歳
身長	cm (測定日 年 月 日)	□計測不能		BMI	kg/m ² □算出不能
体重	kg (測定日 年 月 日)				
体重変化	変化なし・過去()週間・カ月 / 増加・減少			変化量	kg
栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)					
【GLIM基準による評価 (□非対応)※1】 判定: □低栄養非該当 □低栄養(□中等度低栄養、□重度低栄養) 該当項目: 表現型(□体重減少、□低BMI、□筋肉量減少) 病因(□食事摂取量減少/消化吸収能低下、□疾病負荷/炎症)					
栄養補給に関する事項					
必要栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g	
摂取栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g	
経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等)				
	嚥下調整食の必要性	主食	□無 □有 (学会分類コード※2)	()	
		副食	□無 □有 (学会分類コード※2)	()	
		とろみ	□無 □有 (学会分類コード※2)	()	
□無	留意事項(食物アレルギー、その他禁止食品等):				
経管栄養	□経鼻	留意事項(製品名、投与速度等):			
	□胃瘻				
□無	□その他				
静脈栄養	□末梢	留意事項(製品名、投与速度等):			
	□無	□中心			
入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等					

※1 GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問合せ先 医療機関名: _____
 担当管理栄養士名: _____
 電話番号: _____ (FAX): _____



栄養管理計画書・栄養情報提供書の対象者

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分かりやすく伝えられるかというこ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視点一覧表」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していただければ幸いです。



管理栄養士による意見交換会 構成メンバー

※ 敬称略、所属機関名の五十音順で表記

天久台病院	島袋真樹子
大浜第一病院	加島ひとみ
沖縄協同病院	新里 奈央 他1名
沖縄赤十字病院	新垣 千明
おもろまちメディカルセンター	田島 京子
オリブ山病院	狩俣 美紅 他1名
小祿病院	高橋 亜矢・末吉 孝也
那覇市立病院	富田 仁美
琉生病院	西平 瑠花・仲座 亜美
沖縄県栄養士会	吉田 陽子*

*那覇市在宅医療・介護連携支援ネットワーク協議会委員

疾患に係る栄養上の視点

★¹ 栄養上の視点について課題(リスク)が出てきた際、または栄養素の疑問については栄養指導をご利用ください。
 ★² アルコール制限については、医師にご相談ください。

No	疾患	栄養上の視点	解決策	モニタリング			
1	糖尿病	体重管理	ゆっくり(よく噛んで)食べる	体重測定(目標体重: kg) 血糖値測定			
			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	適切な主食量にする (パン(枚切り) 枚/ご飯 g)		摂取量の確認		
			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)				
		栄養バランスの悪い食事	適切なたんぱく質量にする			検査データの確認 食事・間食・水分等摂取の確認	
			毎食主食・主菜・副菜を揃える				
			1日3食食べる				
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	検査データの確認 食事・間食・水分等摂取の確認			
			たんぱく質の制限				たんぱく質の摂取量に注意する
							主食を低たんぱくご飯に変える
		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					
		配食サービスの活用					
		高カリウム血症	生の果物は控えて、缶詰に変える				
			生野菜は水さらし(10分)して食べる				
			野菜は茹でこぼして食べる				
		高リン血症	野菜ジュース・青汁を控える				
			カリウムの多い調味料の見直し				
			乳製品(牛乳・ヨーグルト・チーズ等)を摂りすぎない				
水分制限	ベーコン、ポーク等加工肉やインスタント食品を控える						
	決められた飲水量(ml)を守る						
3	心疾患	塩分制限	汁物は1日1杯にする	摂取量の確認 血圧測定			
			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				
4	高血圧		外食(中食)は週 回までにする				
			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				
			毎食野菜を取り入れる				
			香辛料や香味野菜、酸味を取り入れる				
5	脂質異常症	脂質の制限	栄養成分表示(食塩)を確認する	摂取量の確認 体重測定(目標体重: kg)			
			過食		肉の脂身を控える		
					乳製品の摂取量に注意する		
		インスタント麺、カップ麺を控える					
		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)					
		適切な主食量にする (パン(枚切り) 枚/ご飯 g)					
		食物繊維不足	砂糖を低エネルギー甘味料に代える				
			適切なたんぱく質量にする				
			野菜・海藻・きのこ等を増やす				

疾患に係る栄養上の視点

★¹ 栄養上の視点について課題(リスク)が出てきた際、または栄養素の疑問については栄養指導をご利用ください。

★² アルコール制限については、医師にご相談ください。

No	疾患	栄養上の視点	解決策	モニタリング	
6	脳血管疾患	過食	適切な主食量にする (パン(枚切り) 枚/ご飯 g)	体重測定(目標体重: kg) 摂取量の確認	
			砂糖を低エネルギー甘味料に代える		
			揚げ物を控える(回/週)		
			適切なたんぱく質量にする		
		塩分制限	ベーコン、ポーク等加工肉を控える(回/週)		摂取量の確認 血圧測定
			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		
			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		
毎食野菜を取り入れる					
嚥下機能の低下	ムセやすく飲み込みにくいものを避ける	ムセの確認 摂取量の確認			
	ムセやすく飲み込みにくいものを避ける				
7	痛風(高尿酸血症)	体重管理	ゆっくり(よく噛んで)食べる	体重測定(目標体重: kg) 尿酸値の確認 摂取量の確認	
			砂糖を低エネルギー甘味料に代える		
			間食を控える(回/週)		
			適切な主食量にする (パン(枚切り) 枚/ご飯 g)		
		栄養バランスの悪い食事	野菜・海藻・きのこ等を増やす		
			毎食主食・主菜・副菜を揃える		
			1日3食食べる		
		水分管理	プリン体の多い食品を控える		
			栄養成分表示を確認する		
			水分を十分に摂取する		
8	肝疾患	過食	適切な主食量にする (パン(枚切り) 枚/ご飯 g)	体重測定(目標体重: kg) 検査データの確認 摂取量の確認	
			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にする		
		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		
			栄養成分表示を確認する		
			肉の脂身を控える		摂取量の確認
			乳製品の摂取量に注意する		
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)					
インスタント麺、カップ麺を控える					
9	瞬疾患	脂質の制限	控えるもの ・炭酸飲料 ・アルコール ★ ² ・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		
			控えるもの ・炭酸飲料 ・アルコール ★ ² ・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			

疾患に係る栄養上の視点

★¹ 栄養上の視点について課題(リスク)が出てきた際、または栄養素の疑問については栄養指導をご利用ください。

★² アルコール制限については、医師にご相談ください。

No	疾患	栄養上の視点	解決策	モニタリング
10	胃・十二指腸潰瘍	刺激(物)の制限	控えるもの ・炭酸飲料 ・アルコール ★ ² ・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	摂取量の確認
			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 摂取量の確認
12	貧血	偏食、食欲不振	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 摂取量の確認
13	がん	倦怠感・吐気・体重減少・食欲不振	可能な限り主食・主菜・副菜を揃える	体重測定 摂取量の確認
			栄養補助食品の活用	
			嗜好品の活用 水分を摂る	
14	誤嚥性肺炎	嚥下機能低下	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 食事形態の確認
			トロミ剤の活用	
			栄養補助食品の活用	
15	骨粗しょう症	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	摂取量の確認 体重測定
			ベーコン、ポーク等加工肉やインスタント食品を控える(リンの過剰摂取を避ける)	
		カルシウム、ビタミンDの不足	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	
16	便秘	食物繊維不足	野菜・海藻・きのこ等を増やす	摂取量の確認 排便の確認
		水分管理	水分を十分に摂る	
		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	
			活動量不足	
17	低栄養	褥瘡	栄養補助食品の活用(ミネラル強化)	創部の確認
			毎食主食・主菜・副菜を揃える 1日3食食べる 分食(回/日) 間食(回/日)	
			栄養補助食品の活用(エネルギー、たんぱく質強化)	
		るい瘦(やせ)	料理の油付加によるエネルギーアップ	体重測定 摂取量の確認 検査データの確認
			嗜好を利用した外食の活用	
			ゆっくり(よく噛んで)食べる	
		サルコペニア肥満	砂糖を低エネルギー甘味料に代える	
			間食を控える(回/週)	
医療機関(医師・看護師など)に相談				

◆経管栄養の場合

No	経管栄養の基本設定 ※栄養管理計画書等の「食事コメント」または「留意事項」に記載	患者の栄養状態 ※栄養管理計画書等の「栄養状態の評価と課題」に記載	注意すべき症状と対応	在宅での管理ポイント ※管理栄養士からのアドバイス
1	投与経路(経鼻or胃瘻or腸瘻)	低栄養のリスクの有無	現在発生している、または注意すべき症状(下痢、便秘、嘔吐、低血糖等) 症状に対する具体的な対処方法	例) 経管栄養実施時の体位や注意点 必要な口腔ケアの方法 モニタリングすべき項目(体重測定頻度など) 家族や介護者への指導内容の要点
2	栄養剤の種類と1日の総投与量			
3	投与回数と時間			
4	投与速度			
5	食間水			

「要介護認定申請連絡票」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、「入院中の要介護認定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棟へ要介護認定の申請に関するアンケートを実施し、それを基に平成30年度より、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、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おり、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、要介護認定の申請がスムーズにできるように「要介護認定申請連絡票」を活用していくこととなりました。現在も定期的に意見交換を重ね、運用を継続しています。

令和6年度の意見交換会では、環境調整目的で転院予定のある患者の申請を行った場合、調査日程をあらかじめ確保しても転院先が決まった時点で調査場所が変更となり、結果として確保した調査予定日以降に改めて日程を調整するケースが多いことが確認されました。そこで那覇市近郊5病院（那覇市立病院、沖縄赤十字病院、沖縄協同病院、大浜第一病院、大浜第二病院）と連携し、環境調整目的で転院予定のある患者については、申請時に調査日程を決めずに受理し、転院先が決定した時点で連絡を受け、調査日程の調整を行う方法を検討しました。令和6年6月より試験運用を実施し、令和7年4月の本格運用開始に伴い「要介護認定申請連絡票」を改訂しました。要介護認定の申請や環境調整目的の転院調整がよりスムーズになった等の意見が多くあがっております。ぜひ「要介護認定申請連絡票」をご活用いただくと幸いです。

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・行政が協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。



那覇市・医療ソーシャルワーカー協会連携推進会議 構成メンバー

※ 敬称略、所属機関名の五十音順で表記

【那覇市チャーがんじゅう課】

松本 千晶
伊徳 早貴
津嘉山由紀子
喜屋武尚美
仲田 蓮七
金城真理枝
上江田夏希

【沖縄県医療ソーシャルワーカー協会】

大浜第一病院 當銘 由香
大浜第二病院 安慶名真樹
沖縄協同病院 長 原野
沖縄赤十字病院 内間 理沙
那覇市立病院 伊禮 智則

要介護認定の申請条件

原則として以下の条件を満たしている場合は、申請を受け付け、訪問調査日程、調査場所を確定します。なお、下記条件を満たしている場合は、転院前の急性期病院等からの申請も受け付けております。

- ① 治療が終了している、または終了目途がある。
- ② 退院日または、転院日がおおよそ決まっている。
- ③ 心身の状態が安定している。

※リハビリによって身体機能が大きく改善する見込みがある場合は、申請対象とならないことがあります。



要介護認定申請連絡票の調査希望先「調査日未定のまま申請受理希望」を選択した場合

- 転院先で、訪問調査が受けられるように日程を調整します。
- 転院日が決定した時点で、申請した病院から那覇市へ連絡します。

その際に、転院先の病棟、担当相談員について那覇市へお伝えください。

※病棟、担当相談員は未定の可能性もあるため、わかる範囲で構いません。



【沖縄県医療ソーシャルワーカー協会 HP】

要介護認定申請連絡票 (裏)

2号被保険者申請に伴う介護保険特定疾病一覧

- がん
- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗しょう症
- 初老期における認知症（アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症など）
- 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
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症（ウェルナー症候群）
- 多系統萎縮症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞など）
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎など）
- 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

委任状

令和 年 月 日

長 様

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 送付先（登録・変更）
- ⑥ 被保険者証等再交付
- ⑦ 認定結果通知窓口受取
- ⑧ 納付額証明書（申告用）
- 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 _____

※代筆者氏名 _____ (続柄)

※本人氏名・代筆者氏名は、印字されているものは不可。必ず記入してください。

- 「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～
- 在宅医療・介護サービス
～住み慣れた地域での生活をサポートする～
- 沖縄県における入退院支援連携に関する基本的な心得
- 病院連携窓口一覧
- 医療・介護連携に関する相談窓口

「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



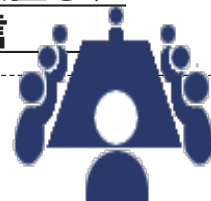
善の方針を
ムで慎重に判断



・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



沖縄県における 入退院支援連携に関する基本的な心得

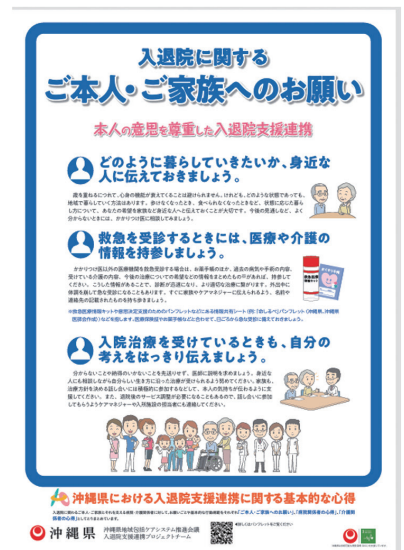
沖縄県は、どの圏域においても共通して取り組みたい基本的な考え方等を「沖縄県における入退院支援連携に関する基本的な心得」として作成しました。

沖縄県入退院支援連携デザイン事業

編集・発行：沖縄県・一般社団法人 沖縄県医療ソーシャルワーカー協会

パンフレット（2020年12月発行）

ポスター

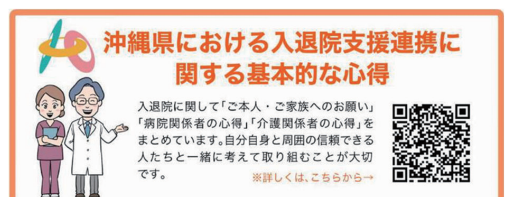


沖縄県に住む皆様の健康意識と入退院に関する知識向上のために制作された啓発まんがです。

沖縄県入退院支援連携デザイン事業

監修：一般社団法人 沖縄県医療ソーシャルワーカー協会

発行：沖縄県（2024年3月）



病院連携窓口一覧

※情報公開について回答・同意を得られた病院のみ掲載しています。(令和7年10月現在)

※医療機関名の五十音順で表記

医療機関名	郵便番号 所在地 代表 TEL 代表 FAX	ケアマネジャーが 入院時情報共有シートを 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	特別訪問看護 指示書に関する 窓口	病状に関する 相談窓口	受診に関する 相談窓口
天久台病院	〒900-0005 那覇市字天久 1123 TEL (代) 868-2101 FAX (代) 868-2680	【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	【医事課】 TEL 868-2101 (代) FAX 868-2102	【入院】相談室 TEL 868-2114 FAX 868-2129 【外来】外来 TEL 868-2101 (代) FAX 868-2102	【相談室】 TEL 868-2114 FAX 868-2129
		担当部署	月～金 8:30～12:00 13:30～16:00	月～金 8:30～12:00 13:30～16:00	月～金 8:30～12:00 13:30～16:00	月～金 8:30～12:00 13:30～16:00	月～金 8:30～12:00 13:30～16:00
大浜第一病院	〒900-0005 那覇市字天久 1000 TEL (代) 0570-00-5171 FAX (代) 864-1874	【医療福祉課 (相談室)】 ナビダイヤル TEL 0570-00-5171 FAX 869-4720	【医療福祉課 (相談室)】 ナビダイヤル TEL 0570-00-5171 FAX 869-4720	【医事課】 ナビダイヤル TEL 0570-00-5171 FAX 869-4720	【医事課】 ナビダイヤル TEL 0570-00-5171 FAX 869-4720	【外来】各診療科 【入院】各病棟 ナビダイヤル TEL 0570-00-5171	①下記時間内 【地域連携課】 ナビダイヤル TEL 0570-00-5171 FAX 869-4720 ②下記時間外 【救急外来】 ナビダイヤル TEL 0570-00-5171 FAX 866-5315
		担当部署	月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:30	月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:30	月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:00	月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:00	月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:00
沖縄協同病院	〒900-8558 那覇市古波蔵 4-10-55 TEL (代) 853-1200 FAX (代) 853-1212	【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 853-1212 (代)		【外来】 各科担当看護師長 TEL 853-1200 (代) FAX 各科に確認 【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
沖縄赤十字病院	〒902-8588 那覇市与儀 1-3-1 TEL (代) 853-3134 FAX (代) 853-7811	【患者支援センター (患者支援室)】 TEL 853-3134 (代) FAX 836-5683 (患者支援センター)	【患者支援センター (患者支援室)】 TEL 853-3134 (代) FAX 836-5683 (患者支援センター)	【介護保険主治医意見書】 医事課 TEL 853-3134 (代) 【指示書】 患者支援センター TEL 853-3134 (代) FAX 836-5683	【患者支援センター (患者支援室)】 TEL 853-3134 (代) FAX 836-5683 (患者支援センター)	【入院】各病棟 【外来】各外来 TEL 853-3134 (代) FAX 836-5683 (患者支援センター)	【患者支援センター (地域医療連携室)】 または救急外来 TEL 853-3134 (代) FAX 836-5683 (患者支援センター)
		担当部署	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00
沖縄セントラル病院	〒902-0076 那覇市与儀 1-26-6 TEL (代) 854-5511 FAX (代) 854-5519	【地域連携室】 TEL 855-7200 FAX 835-9595	【地域連携室】 TEL 855-7200 FAX 835-9595	【医師事務】 TEL 855-7200 FAX 835-9595	【訪問看護ステーション】 TEL 854-5513 FAX 854-5519	【医事課】 TEL 854-5511 FAX 854-5519	【医事課】 TEL 854-5511 FAX 854-5519
		担当部署	月～金 9:00～17:30	月～金 9:00～17:30	月～金 9:00～17:30	月～金 9:00～17:30	月～金 9:00～17:30

病院連携窓口一覧

※情報公開について回答・同意を得られた病院のみ掲載しています。(令和7年10月現在)

※医療機関名の五十音順で表記

医療機関名	郵便番号 所在地 代表 TEL 代表 FAX	ケアマネジャーが 入院時情報共有シートを 提出する窓口	退院調整・担当者が 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	特別訪問看護 指示書に関する 窓口	病状に関する 相談窓口	受診に関する 相談窓口
おもろまち メディカル センター	〒900-0011 那覇市上之屋 1-3-1 TEL (代) 867-2116 FAX (代) 861-2398	【入退院支援室】 TEL 894-2150 FAX 894-2185	【入退院支援室】 TEL 894-2150 FAX 894-2185	【外来通院の方】 医事課 TEL 867-2116 FAX 867-5576 【入院中の方】 入退院支援室 TEL 894-2150 FAX 894-2185	【外来通院の方】 医事課 TEL 867-2116 FAX 867-5576 【入院中の方】 入退院支援室 TEL 894-2150 FAX 894-2185	【外来通院の方】 外来看護師もしくは 地域連携室 TEL 867-2116 FAX 861-2398 864-5066 【入院中の方】 入退院支援室 TEL 894-2150 FAX 894-2185	【地域連携室】 ※予約については 医事課 TEL 867-2116 FAX 864-5066
		担当部署	月～金 9:00～18:00	月～金 9:00～18:00	【外来通院の方】 月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00 【入院中の方】 月～金 9:00～18:00	【外来通院の方】 月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00 【入院中の方】 月～金 9:00～18:00	【外来通院の方】 月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00 【入院中の方】 月～金 9:00～18:00
オリブ山 病院	〒903-0804 那覇市 首里石嶺町 4-356 TEL (代) 0570-099-784 FAX (代) 886-6588	【医療相談科】 地域連携室 ナビダイヤル TEL 0570-099-784 FAX 886-5588	【医療相談科】 ナビダイヤル TEL 0570-099-784 FAX 886-5588	【医療相談科】 ナビダイヤル TEL 0570-099-784 FAX 886-5588	【医療相談科】 ナビダイヤル TEL 0570-099-784 FAX 886-5588	【外来】 外来 【入院】 各病棟 ナビダイヤル TEL 0570-099-784 FAX 886-5588	【医療相談科】 ナビダイヤル TEL 0570-099-784 FAX 886-5588
		担当部署	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 病院	〒901-0152 那覇市字小禄 547-1 TEL (代) 857-1789 FAX (代) 857-9575	【地域連携室】 TEL 857-1805 FAX 857-0947	【地域連携室】 TEL 857-1805 FAX 857-0947	【医事課】 TEL 857-1789 FAX 857-9575	【医事課】 TEL 857-1789 FAX 857-9575	【入院】 病棟看護師 【外来】 外来看護師 TEL 857-1789 FAX 857-9575	【地域連携室】 TEL 857-1805 FAX 857-0947
		担当部署	月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:00 (祝・日を除く)	月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:00 (祝・日を除く)	月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:00 (祝・日を除く)	月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:00 (祝・日を除く)	月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:00 (祝・日を除く)
大道中央 病院	〒902-0067 那覇市安里 1-1-37 TEL (代) 869-0005 FAX (代) 869-2266	【地域連携室】 TEL 869-0290 FAX 869-0291	【地域連携室】 TEL 869-0290 FAX 869-0291	【地域連携室】 TEL 869-0290 FAX 869-0291	【地域連携室】 TEL 869-0290 FAX 869-0291	【地域連携室】 TEL 869-0290 FAX 869-0291 【外来】 TEL 894-7565 FAX 869-0106	【外来】 TEL 894-7565 FAX 869-0106
		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 8:30～12:30	【地域連携室】 月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30 【外来】 月～金 9:00～17:00
田崎 病院	〒902-0062 那覇市松川 319 TEL (代) 885-2375 FAX (代) 886-5880	【相談室】 TEL 885-2371 FAX 886-6030	【相談室】 TEL 885-2371 FAX 886-6030	【事務所】 TEL 885-2375 FAX 886-5880	【事務所】 TEL 885-2375 FAX 886-5880	【相談室】 TEL 885-2371 FAX 886-6030	【相談室】 TEL 885-2371 FAX 886-6030
		担当部署	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00

病院連携窓口一覧

※情報公開について回答・同意を得られた病院のみ掲載しています。(令和7年10月現在)

※医療機関名の五十音順で表記

医療機関名	郵便番号 所在地 代表 TEL 代表 FAX	ケアマネジャーが 入院時情報共有シートを 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	特別訪問看護 指示書に関する 窓口	病状に関する 相談窓口	受診に関する 相談窓口
那覇市立病院	〒902-8511 那覇市古島 2-31-1 TEL (代) 884-5111 FAX (代) 885-9596	【医療福祉相談室】 TEL 884-5111 (代) 内線 1450 FAX 884-5100	【医療福祉相談室】 入院支援室 TEL 884-5111 (代) FAX 884-5100	【医事課】総合受付・ 診断書交付窓口 TEL 884-5111 (代) 担当部署へつなぐ	【医事課】総合受付・ 診断書交付窓口 TEL 884-5111 (代) 担当部署へつなぐ	【外来】各科外来 【入院】各病棟 TEL 884-5111 (代) 担当部署へつなぐ	【地域医療連携室】 TEL 884-5134 FAX 886-5502
		担当部署 月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00	月～金 8:30～17:00 ※指示書の内容に関 することは、入院 支援室(退院調整 看護師)まで	月～金 8:30～17:00
那覇ゆい病院	〒902-0061 那覇市古島 1-22-1 TEL (代) 885-3333 FAX (代) 885-3338	【地域連携室】 TEL 885-3334 FAX 885-1212	【地域連携室】 TEL 885-3334 FAX 885-1212	【地域連携室】 TEL 885-3334 FAX 885-1212	【地域連携室】 TEL 885-3334 FAX 885-1212	【地域連携室】 TEL 885-3334 FAX 885-1212	【地域連携室】 TEL 885-3334 FAX 885-1212
		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 8:30～12:30	月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30	月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30
琉生病院	〒902-0066 那覇市字大道 56 TEL (代) 885-5131 FAX (代) 887-0748	【地域医療連携相談室】 TEL 885-5131 (代) ガイダンス(0番) FAX 887-0748 (代)	【地域医療連携相談室】 TEL 885-5131 (代) ガイダンス(0番) FAX 887-0748 (代)	【外来患者】医事課 【入院患者】 地域医療連携相談室 TEL 885-5131 (代) ガイダンス(0番) FAX 887-0748 (代)	【外来患者】医事課 【入院患者】 地域医療連携相談室 TEL 885-5131 (代) ガイダンス(0番) FAX 887-0748 (代)	【外来患者】内科外来 【入院患者】 地域医療連携相談室 TEL 885-5131 (代) ガイダンス(0番) FAX 887-0748 (代)	【地域医療連携相談室】 TEL 885-5131 (代) ガイダンス(0番) FAX 887-0748 (代)
		担当部署 月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:00	月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:00	月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:00	月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:00	月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:00	月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:00

医療・介護連携に関する相談窓口

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では、医療・介護関係者、那覇市地域包括支援センター等の地域の皆様から在宅医療・介護連携に関する相談をお受けしています。ぜひお気軽にお問合せ下さい。

- ・入退院時連携に関すること
- ・日常の療養連携に関すること
- ・急変時の連携に関すること
- ・看取り期の連携に関すること など



**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 那覇市東町26番1号(那覇市医師会2階)

TEL: 098-860-5666 (直通) FAX: 098-860-5667

月曜～金曜(土・日・祝祭日を除く)、午前8時30分～午後5時30分

12 入退院支援連携に関する作業部会 構成委員

..... リーダー

伊禮 智則（沖縄県医療ソーシャルワーカー協会）

..... 構成委員

安里 千文（那覇市医師会 在宅医療担当理事）

寺田 明弘（ゆいま～る法律事務所）

宮城 尊彦（那覇市地域包括支援センター連絡会）

比嘉 貞憲（沖縄県介護支援専門員協会 那覇支部）

新垣 優香（那覇市役所 チャーがんじゅう課）

..... 事務局

西銘 千絵・高江洲 あやこ

（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）

..... ご協力いただいた皆様

城間 幹子 （那覇市協働大使会長）

佐久川 伊弘 （那覇市協働大使代表）

宮原 美和・岡野真由美（写真提供）

..... デザイン制作協力

デザイン製作所オーミネコ

おわりに（読み終えた皆様へ）

『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～初版』が発刊されてから、早いもので7年の歳月が過ぎようとしています。その間、私たちが暮らす沖縄列島は、世界的なパンデミックとなった新型コロナウイルス感染症をはじめ、大型台風の上陸、津波警報、一部の断水など、これまでにない多くの災害や危機に見舞われました。このような厳しい状況下においても、入退院支援の最前線で働く病院関係者や介護関係者の皆様は、柔軟かつ果敢に課題に立ち向かい、患者・ご家族の医療・介護を守り抜くために力を尽くしてこられました。その不断の努力に改めて心より深い敬意と感謝を申し上げます。



今回、第2版の発刊に至る背景には、これらの経験を通して、多職種が一丸となって連携することの重要性が、以前にも増して鮮明になったという事実があります。初版同様に、第2版でも「どこにいても本人を中心にした心の通った正確な情報を届けよう」という理念を揺るぎない基盤に据えました。その理念を具体的な形に落とし込むため、総数31回に及ぶ意見交換会や会議を重ね（初版54回）、専門職同士が互いの役割や視点を深く理解する機会を大切にしてきました。合意形成を重ねるごとに生まれる気付きや学びは、領域の異なる専門職の連携の質を一段と高めてくれたものと思います。

さらに本コンセンサスブックでは、地域で生活する人々の声を反映させることで、入退院支援の原点である「地域に生きる本人の暮らしを支える」という視点を改めて盛り込む内容となっています。高齢者だけでなく、幅広い世代・背景の人々に寄り添い、誰もが万が一の入院のときも安心して退院できる仕組みづくりを意識して構成しました。加えて、各専門職の新任職員が、実務の場面で迷った際や、職種間連携を学ぶ際の教育ツールとして活用できるよう、実践的な項目を盛り込んでいます。

理想として掲げた姿と、現場で直面する現実とが必ずしも一致しない場面は、これからも数多くあることでしょう。だからこそ、本コンセンサスブックは、本人・ご家族、医療・介護専門職、そして行政、それぞれの立場の思いが込められた「共通のよりどころ」となることを目指して多職種の皆様と共に作成致しました。皆様に寄り添う一冊として、ときに立ち止まり考えたい時、支援の方向性に迷う時に開いていただき、羅針盤のように活用していただければ幸いです。

令和8年3月

那覇市医師会 会長 友利 博朗



入退院時の連絡のルール
 ・救急搬送時の情報共有シートが適切
 向未 付と添いする必要がある
 ・DNAR
 ・緊急モットとの連動
 ・月回訪問時の情報更新
 救急隊に持ってきてもらう
 服薬情報の写し
 ・シートの統一
 ・加筆をするためには、正式名称を記載する
 必要がある
 ・施設向け
 ・今まで通り提供

施設の配置情報一覧表作り
 NS-1中の勤務時間等
 家養生
 入退院の可否
 元人下評価・予防の取組
 LST、訪問内科の利用
 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
 介護保険証の写しを必ず
 ケアプランに添付
 特記事項へ課題等の記入
 職種毎に専門に特化した
 フォーシート作成が必要
 ・職能ごとに紹葉(意見交換
 ・市内の精神科HPも
 看護チームの統一に合わせる

MSWファミリー掲載検討
 ・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)
 ・寝具(ベッドのフタ)・寝起
 タイム(和式・洋式)
 医療処置(カテーテル等の取扱い)
 受診状況(次回受診日)
 生活歴(成育歴)
 転倒履歴

・ACP
 ・DNARの有無、救急搬送
 可否(0/1/2/3/4/5/6/7/8/9)
 本人の性格(平初、休
 ・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

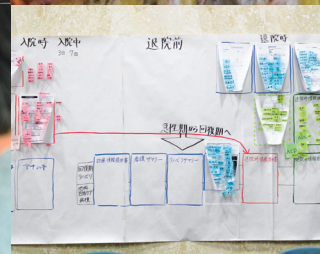
入院の経緯 (病名) [情報がない]
 連絡についてのルール (時間外・夜間に病棟からTELがある)
 ・口腔ケア/NST (スナフ)
 ・退院日のための報告 (ゼロ/原則〇日前) - 説明済み
 ・身寄りのない方 受け入れ環境の整っていない方の対応の統一化
 ・包括への丁寧なおけり方 - 退院前の調整 相談
 ・リハビリの必要性の現状、必要と見られるサービスの見立て、ゴール設定の必要性の現状、在宅と見られるサービス(在宅)への移行
 ・HPIに上り、文書資料の有無確認、入院の経緯

↓ 入退院のスケジュールは必ず
 アドバイス(食事面)
 コミュニケーション
 支援の現状確認



入院時の情報共有における現状・課題 (必ずとる情報の要望)

ASWを通じて現場に直接提供 - 加算が必ずあるとは知らない 現場への
 事前の対応が多い - アドバイスの時間 MSNの連携に付いては 認識が
 同様に 両体制の整備
 ASWに会えばとも連絡が通じない 連携が不十分 緊急時対応
 現場からの連絡を便利にする 連携の向上
 連携が不十分 緊急時対応
 入院時に提供を促している 担当者の違い
 連携が不十分 緊急時対応
 MSNの連携が不十分 連携が不十分
 MSNの連携 緊急時対応
 ・リハビリメニューに促せ
 ・在宅生活 調整
 ・在宅生活 調整
 ・在宅生活 調整
 ・在宅生活 調整



「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 (K25病) 移行 (お話し) 在宅? 在宅生活
 ① 急性期 → 在宅生活
 ② 急性期 → 回復期
 ③ 回復期 → 在宅生活
 ④ 在宅 → 病院
 ① 小取 → リハビリ
 ② 小取 → リハビリ
 サマリーの対象者
 ① 要介護(支援)認定者
 ② ... 申請認定予定者



すこやかな社会をつくる
- Create a Better Life -



医療法人 | 社会福祉法人 | 学校法人

おもと会グループ



医療



保健



介護・福祉



教育

那覇地区

おもと天久の杜

大浜第一病院

- 急性期一般病棟
- 回復期リハビリ病棟
- 救急センター
- 心臓血管センター
- 透析センター
- 内視鏡センター
- 糖尿病センター
- 女性腹腔鏡センター
- 代謝外科センター

- 総合健康管理センター
- デイケア

特別養護老人ホーム
おもと園

- 入所
- 短期入所
- あめくふれあいセンター

おもと会
教育研修センター

在宅総合ケアセンター
なは

- 居宅介護支援
- 訪問看護
- ホームヘルプサービス
- 那覇市地域包括支援センター安謝

地域包括ケアセンター
かみはら

- 特定施設入居者生活介護
- 居宅介護支援
- デイサービス
- 訪問看護
- グループホーム
- 小規模多機能ホーム
- 那覇市地域包括支援センター安里

ケア・クロッシング
寄宮

- 小規模多機能ホーム
- ホームヘルプサービス
- 福祉用具
- 研修センター CC 寄宮
- NO LIFT® LABO
- LOUNGE O

プレモ在宅クリニック

- 訪問診療
- Power LabO
- 訪問リハビリ

宜野湾地区

介護老人保健施設
ぎのわんおもと園

- 入所
- 短期入所
- 居宅介護支援
- デイケア
- グループホーム
- 小規模多機能ホーム

- 介護予防
- 訪問リハビリ
- 訪問看護

デイサービスセンター
上原

- デイサービス

豊見城地区 / おもととよみの杜

大浜第二病院

- 回復期リハビリ病棟
- 訪問診療
- 医療療養型病棟
- 訪問リハビリ

- デイケア

特別養護老人ホーム
すみれ

- 入所
- 短期入所
- デイサービス
- 福祉用具
- 介護予防
- おもとふれあいセンター

介護老人保健施設
はまゆう

- 入所
- 短期入所
- デイケア

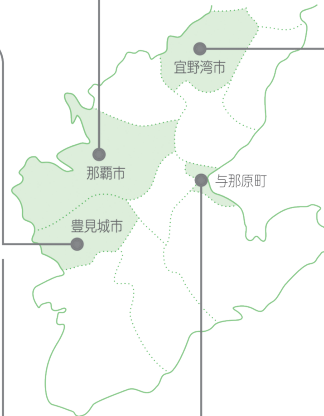
在宅総合ケアセンター
おもととよみの杜

- 居宅介護支援
- デイサービス
- ホームヘルプサービス
- 訪問看護

- 豊見城市地域包括支援センターとよみの杜

ケアハウスひまわり

- 軽費老人ホーム



与那原地区

沖縄看護専門学校

沖縄リハビリテーション福祉学院

おもと会総合案内センター TEL 0120-333-432

<http://www.omotokai.or.jp>



診療科目： ●内科 ●整形外科 ●リハビリテーション科 ●リウマチ科 ●外科 ●泌尿器科
●脳神経外科 ●皮膚科 ●麻酔科（加治佐淳一） ●ペインクリニック内科 / 外科
●放射線科 ●放射線診断科 ★生活習慣病 / 禁煙外来 ★乳腺・甲状腺外来

附 設： ●健康管理センター ●内視鏡センター ●血液浄化センター
●地域連携室 ●医療相談室 ●入退院支援室 ●訪問診療室

診療時間： 9：00～13：00 / 14：00～18：00（※土曜日は午前中のみ）

受付時間： 8：00～11：00 / 13：30～16：00（※土曜日は午前中のみ）

※受付時間・診療に関して、予約による混雑や休診等がありますので、事前にお電話にてご確認をお勧め致します。

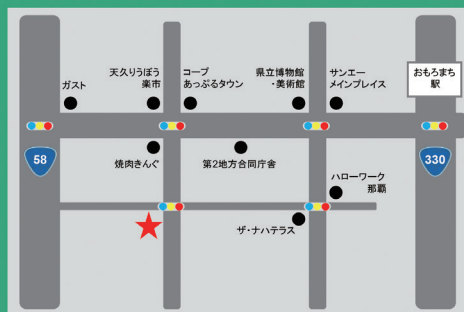
医療法人 祥杏会

おもろまち メディカルセンター



098-867-2116

〒900-0011 沖縄県那覇市上之屋1-3-1
URL <http://omoromachi-mc.jp>



医療法人 天仁会
天久台病院

会長 平良 直樹
理事長・病院長 平良 直人
副院長 前川 敏彦



精神科・老年精神科・児童精神科・心療内科・脳神経内科

専門外来：てんかん・もの忘れ・児童思春期こころ

● 〒900-0005 那覇市字天久1123番地

◆ 初診予約・相談

☎ (098) 868-2114

◆ 時間外・その他の問い合わせ

☎ (098) 868-2101

◆ 認知症疾患医療センター【地域型】 ☎ (098) 868-2104

相談受付時間 【平日】 午前8時30分～午後4時30分

 **クリニックおもろまち**

院長 宮島 英一
心療内科

専門外来

GI（性別不恰）・育毛（AGA）・HIV検査・PreP

● 〒900-0006 那覇市おもろまち4丁目6番20号



◆ 予約制

☎ (098) 868-2105

◆ FAX

FAX ☎ (098) 868-2155

医療法人 天仁会 共通URL

<https://www.tjmc.or.jp/>



＊＊ 予約制の為、初めての方はお電話にてお問い合わせ下さい ＊＊

一般内科・呼吸器内科・循環器内科・整形外科・外科



医療法人はごろも会

那覇ゆい病院 (旧 仲本病院)

高血圧・糖尿病・高コレステロール血症
ぜんそく・長引く咳・呼吸器リハビリ

『新設：スポーツ呼吸外来』
毎週月曜17時 完全予約制

TEL：098-885-3333 (ゆいレール古島駅隣り)



医療法人 社団 輔仁会 理事長 田崎 琢二

た さ き 田 崎 病 院

精神科・内科・心療内科

院長 小林 裕人

☎ 098-885-2375

那覇市松川319

精神科専門医認定研修施設

嬉野が丘 びと サマリヤ人病院

精神科・心療内科・内科・歯科

院長 宮里 洋

☎ 098-889-1328

南風原町新川460

沖縄県認知症疾患医療センター（南部圏域）

精神科専門医認定研修施設

日本認知症学会認定教育施設

輔仁クリニック

内科・心療内科

院長 平良 鐵彦

☎ 098-885-6605

那覇市松川301-4

介護老人保健施設 嬉野の園

施設長 比嘉 博

☎ 098-888-1268

南風原町新川458-1

地域に愛され、信頼される医療を目指します。

<https://www.hojinkai-group.com>

～いつでも、どこでも、だれもが安心してよい医療と福祉を～



沖縄医療生活協同組合
沖縄協同病院

院長 伊泊 広二

TEL(098)853-1200

那覇市古波蔵4丁目10番地55号

<https://oki-kyo.jp/>



JCEP
Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training

沖縄赤十字病院

日本赤十字社

院長 赤嶺 盛和

- 救急告示病院
- 地域医療支援病院
- 地域災害拠点病院

- 地域周産期母子医療センター
- 沖縄てんかん拠点病院



〒902-8588 那覇市与儀1-3-1 ☎098-853-3134(代表)

社会医療法人 葦の会 オリブ山病院

内科・呼吸器内科・脳神経内科・ホスピス緩和ケア内科
精神科・心療内科・児童思春期精神科外来
精神科島しょ診療・精神科訪問看護・精神科デイケア

理事長 田頭 真一

院長 玉城 尚

傷ついた葦を折ることなく、
ほの暗い灯心を消すことなく、
真実をもって道をしめす。

聖書：イザヤ書42章3節

TEL 0570-099-784

〒903-0804 沖縄県那覇市首里石嶺町4丁目356番地



医療法人 寿仁会

理事長 大仲 良仁

沖縄セントラル病院

病院長 新垣 勝男

- ・訪問看護ステーション アレグリア
- ・メディカルフィットネスセンター・健康管理センター

那覇市与儀1丁目26番6号

TEL 098-854-5511 FAX 098-854-5519

セントラル・ケアビレッジ ユートピア沖縄

- ・サービス付き高齢者住宅
- ・居宅事業所 コメスタ
- ・デイサービス アミーゴ
- ・グループホーム ファミリーユ

那覇市寄宮2丁目1番18号

TEL 098-854-5551 FAX 098-851-9026

ホームページ：<http://www.jyujinkai.or.jp/>
E-mail：o-centh1@nirai.ne.jp (沖縄セントラル病院)





地方独立行政法人

那覇市立病院

病院長 外間 浩

患者サポートセンター長 宮里 浩

救急告示病院

地域がん診療
連携拠点病院

地域医療支援病院

地域周産期
母子医療センター

紹介受診重点
医療機関

〒902-8511 那覇市古島2丁目31番地1 TEL 098-884-5111(代表)

ご協賛・ご支援いただき、誠にありがとうございます。

掲載順は、医療法人名または病院名を五十音順で掲載しています。

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(第2版)

発行：令和8年3月

【発行】

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

【編著】

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(直通)
FAX(098)860-5667



ちゅいしーじー那覇 検索

ふくちゃん号