平成 28 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～

平成 28 年度

沖縄県高齢者福祉介護課

Ⅰ　はじめに

目　次

Ⅰ　はじめに

1．はじめに…… 1
2．目的…… 1
3．ガイドラインの構成と使い方…… 2
4．入退院支援連携の基本理念…… 3
5．医療機関の機能の違い…… 4

Ⅱ　入退院支援連携について

1．医療と介護の連携パスについて…… 5
2．入退院支援連携のために共有したい情報…… 6
（1）運用上の基本姿勢（構成）…… 6
（2）使用方法 …… 6
（3）「情報共有シート・カンファレンスシート」の受け渡しと保管…… 7
（4）「情報共有シート・カンファレンスシート」の管理…… 7
（5）「情報共有シート・カンファレンスシート」の記録…… 7
（6）個人情報の取り扱い …… 7
3．入退院支援連携の手順（フローチャート）…… 8
4．入退院支援連携のポイント…… 9
5．入退院支援連携・調整フロー図（入院決定時・入院早期から退院直後・移行期まで）…… 11
6．各職種の視点と多職種との連携のポイント…… 13
（1）介護支援専門員の視点と多職種との連携のポイント …… 13
（2）医療ソーシャルワーカーの視点と多職種との連携のポイント …… 14
（3）看護師の視点と多職種との連携のポイント …… 15
（4）リハビリ職の視点と多職種との連携のポイント …… 16
（5）薬剤師の視点と多職種との連携のポイン …… 17
7．入退院支援の質の評価について…… 18
8．医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算…… 19

Ⅲ　地域包括ケアシステムと介護保険

1．地域包括ケアシステムの構築について…… 21
2．在宅医療・介護連携の推進…… 22
3．介護保険サービスの利用手続きの流れ…… 24
4．地域支援事業について…… 25
5．介護保険制度における福祉用具・住宅改修について…… 27

6．在宅訪問サービス開始までの流れ…… 28
（1）訪問診療 …… 28
（2）訪問歯科診療 …… 29
（3）訪問薬剤管理指導 …… 30
（4）訪問看護指導 …… 31
（5）訪問栄養食事指導 …… 32
（6）訪問リハビリテーション指導管理 …… 33
（7）訪問介護 …… 34
（8）医療ソーシャルワーカーの相談・援助 …… 35
（9）介護支援専門員の相談・援助 …… 36

Ⅳ　関係機関連絡先

1．地域包括支援センター…… 37
2．認知症地域支援推進員連絡先…… 38
3．県・市町村主管課…… 39
4．医師会・保健所・福祉事務所・職能団体…… 40
5．病院・有床診療所…… 41

Ⅴ　参考文献・資料

1．意志決定支援・在宅看取り等に関する資料…… 43
2．在宅緩和ケア・地域連携パス（てぃーあんだパス）…… 43
3．参考文献・資料…… 44

Ⅵ　参考様式

1．「入院時情報共有シート」（参考様式１）…… 45
2．「退院時情報共有シート」（参考様式２）…… 46
3．「カンファレンスシート」（参考様式３）…… 47
4．「介護支援連携指導書」（参考様式４）…… 48
5．各職種の標準的アセスメント・サマリーシート…… 49
（1）MSW　サマリーシート …… 49
（2）看護　サマリーシート …… 50
（3）リハビリテーション　サマリーシート …… 52
（4）薬剤　サマリーシート …… 53
（5）栄養　サマリーシート …… 54
（6）歯科　サマリーシート …… 55

編集ワーキンググループ委員名簿…… 56

１．　は　じ　め　に

沖縄県では、いわゆる「団塊の世代」が、７５歳以上の高齢者になる２０２５年（平成３７年）には、県民のおよそ４人に１人が高齢者という超高齢社会が到来すると見込まれています。

医療・介護については、今後さらなる需要が見込まれることから、県では患者の状態像に即した医療・介護が適切な場所で受けられるよう、地域包括ケアシステムの構築に向けて取り組んでいるところです。

在宅においても、病院（急性期から回復期・維持期、慢性期、終末期まで）においても、地域における医療・介護関係機関が連携し、高齢者の意思が尊重された、適切で良質な医療・介護サービスを、包括的かつ継続的に提供できることを目指しています。

そのため、沖縄県では入退院支援に係わる医療・介護関係職種の連携強化と円滑な入退院支援を実施することを目的に、沖縄県医療ソーシャルワーカー協会に委託し、「沖縄県入退院支援連携デザイン　ガイドライン」を作成しました。本冊子は、多くの職種が活用できるように、医療・介護の各専門職の協力により作成された冊子です。

入退院支援に係わる方、どなたでもご覧になりご活用ください。

２．　目　　的

１　医療機関から在宅・施設への移行の一連の流れが適切かつ円滑に行えるような連携・協働体制づくり

２　利用者さん（患者さん）の意向を尊重し、安心して在宅生活へ移行できるための入退院支援の標準化。

ガイドラインの工夫点

○　医療と介護の情報共有・入退院支援連携に活用できる標準フローチャート（仕組み）とシート（様式）をデザインして掲載。

○　実務者として課題と感じていることを改善するために、情報共有の方法や内容等について検討し、各専門職の視点や留意点も追加。

○　各職種の専門性を活かし、他職種では気づきにくい視点も形にして、相互理解が深まり、包括的なデザインになるよう作成。

各専門職で情報を共有する様式（シート）については、すでに活用されている様々な様式やＩＴシステムがあることから、今後、地域の特徴を盛り込みながら改訂しいく過程に資するように、標準的な様式を掲載しました。したがって、既存の様式の使用を制限するものではありません。

いつでも、何処でも、公平に、標準的で質の高い支援を提供することができるように、ぜひこのガイドラインを活用してください。

３．　ガイドラインの構成と使い方

（１）ガイドラインを活用していただきたい方：

高齢者の入退院支援連携に関わる専門職の方全員。特に、新たに入退院支援連携に関わる方や、自施設や地域での入退院支援連携の課題改善に取り組む方。

＊本ガイドラインでは、病院や有床診療所などの入退院支援連携を行う医療機関を「病院」とし、入退院支援連携を行う職員を「退院支援職員」「医療ソーシャルワーカー：ＭＳＷ」、介護支援専門員を「ＣＭ」と表記しています。

（２）ガイドラインで想定している支援を要する方：

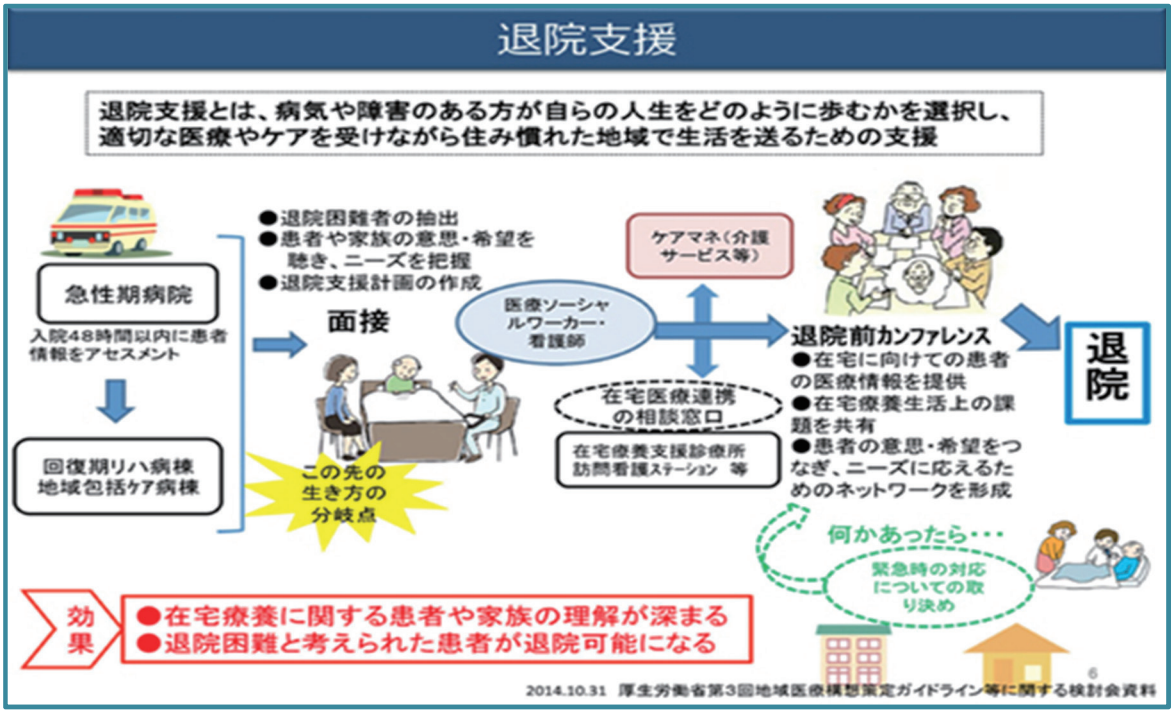
①６５歳以上の方
②介護保険第２号被保険者
③在宅へ退院される方（自宅、有料老人ホーム等含む）
④病院が退院支援を必要と考える方

（３）入退院支援連携の対象期間：

本ガイドラインでは、入院（あるいは入院予約時）してから、退院後約１ヶ月までの期間を対象としています。

（４）各専門職に共通する目標：

本ガイドラインでは、各専門職に共通する目標を、「本人・家族の希望・意向・思いの尊重」、「本人・家族のＱＯＬの向上」とし、自立と尊厳を支える質の高い、標準的な入退院支援連携業務を実践できることとしました。



出典：公益社団法人日本医療社会福祉協会ＨＰ

４．　入退院支援連携の基本理念

高齢者が、医療・介護が必要になっても、できる限り住み慣れた地域で、自分らしく、安心して暮らすためには、医療や介護のサービスが包括的・継続的に提供されることが大切です。

（１）本人・家族のニーズや意向を尊重する。

入退院支援連携に関わる専門職は、本人・家族のこれまでの暮らしを知り、病状が生活に与える影響をアセスメントした上で、本人・家族と、今後の治療やケアの目標、退院後どのように生活していきたいか、本人・家族の願い・望む生活について、話し合うことが重要です（意志決定支援）。

さらに、医療機関の専門職チームは、入院前から本人・家族を支えてきた地域の医療・介護の専門職チームと情報を共有し、本人・家族と一緒に、共通の目標に向かって、安心・安全に、治療・療養場所への移行を支援する必要があります。

また、本人・家族の中には、初めて入院を経験し、医療・介護制度や専門職と出会い、短期間に様々なことを選択・決定しなければならない方々もいます。本人・家族の病気や障がいに対する理解や思い・考えを知り、地域の強みを活かし、これまでとは違う新しい関係を構築して＜いのちとこころとくらし＞の危機を乗り越える支援も必要です。

（２）医療・介護を担う多職種連携を推進する。

医療機関の退院支援部門の体制には違いがありますが、退院支援は部門を越えた専門職全体の協働するプロセスです。最近では、入退院準備センターを設置し、入院前から情報の一元化を行い、早期に治療・ケア計画を立て、専門職チーム（栄養サポート・緩和ケア等）が支援することも定着しています。また特に、教育背景や職場環境の違う介護領域の専門職との相互理解を深めることは、喫緊の課題です。各専門職の専門性や中核的視点を理解し、医療機関内だけではなく、支援内容等を地域の専門職へ引き継ぐことがますます重要になっています。

（３）生活を支える包括的・継続的な支援・連携を行う。

＜ときどき入院・ほぼ在宅＞という生活をされる方や、入院せず最期まで在宅で治療・療養を続ける方も今後増えることが予想されます。病院と在宅、病院と施設、施設と在宅間などの入院退院時・入所退所時、在宅看取りまで含めた支援・連携に必要な情報共有を行い協働します。また、病状や生活の変化に応じて、介護支援専門員とかかりつけ医間など多職種間・同職種間の支援・連携も必要です。

（４）共有する情報項目はコンパクトに、専門職としての視点は明確に伝える。

医療と介護の専門職が伝えたい情報と必要とする情報には違いがあります。多職種に共通する目標に資する内容を、なるべく共通の言語で、また各々の専門的な情報については標準化し、サマリー（要約）を添付するなどして、効率的で実用性のある連携が重要です。

Ⅱ　入退院支援連携について

５．医療機関の機能の違い

１）地域医療支援病院

かかりつけ医を支援し、地域医療の充実を図ることを目的として、２次医療圏ごとに整備される病院。２００床以上の公的な病院・社会福祉法人等に認められ、紹介率８０%以上あるいは紹介率６５%以上かつ逆紹介率４０%以上、紹介率５０%以上かつ逆紹介率７０%以上を原則としている。

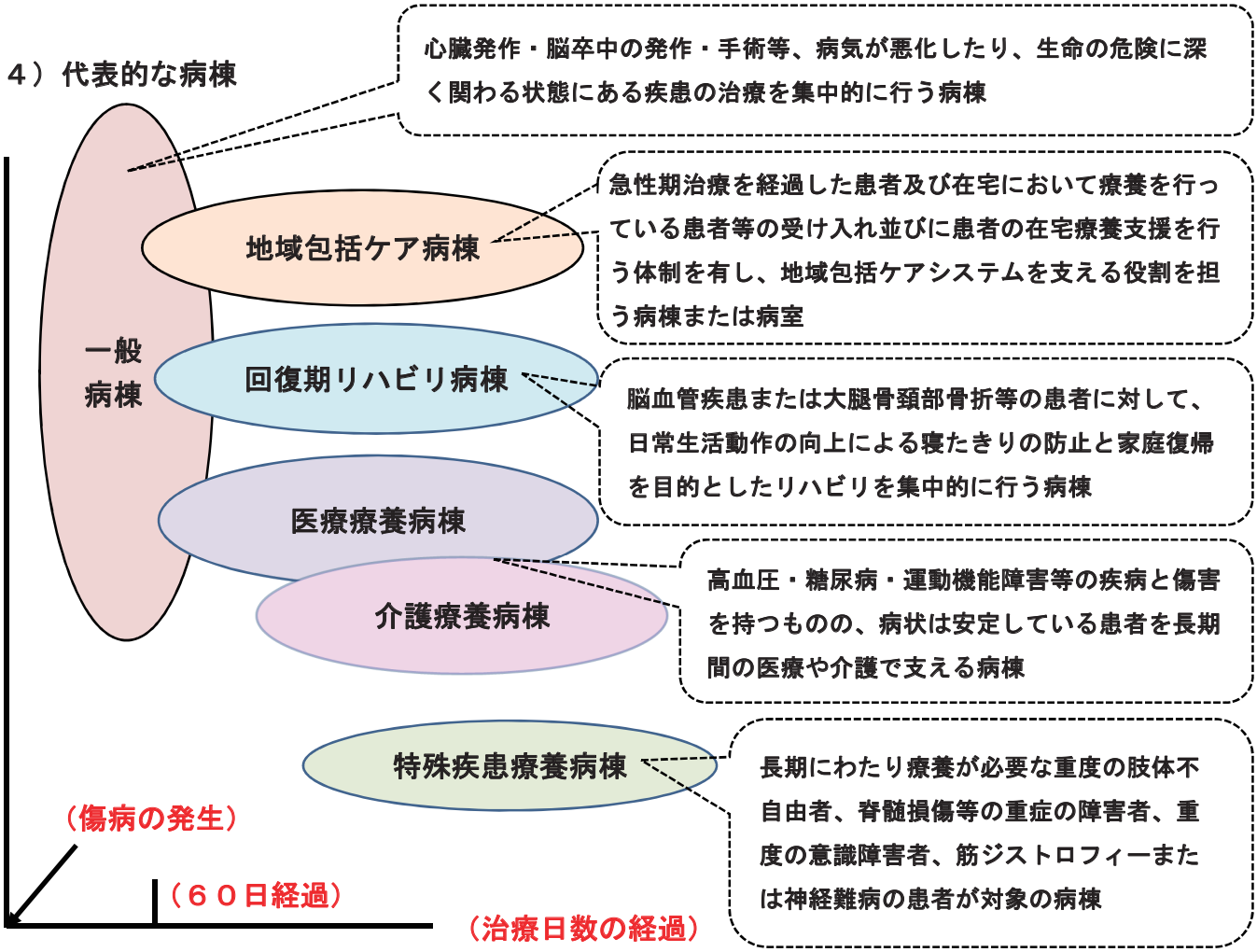
２）在宅療養支援病院

許可病床２００床未満の病院又は半径４Km 以内に診療所が存在しない病院で、２４時間の往診・訪問看護が可能な体制等の要件を満たしている病院。在宅療養支援診療所と同様、「機能強化型」も設定されている。

３）在宅療養後方支援病院

許可病床２００床以上の病院で、在宅医療を提供する連携医療機関の求めに応じて入院希望者（あらかじめ届け出た患者）の診療が２４時間可能な体制を確保している。

４）代表的な病棟

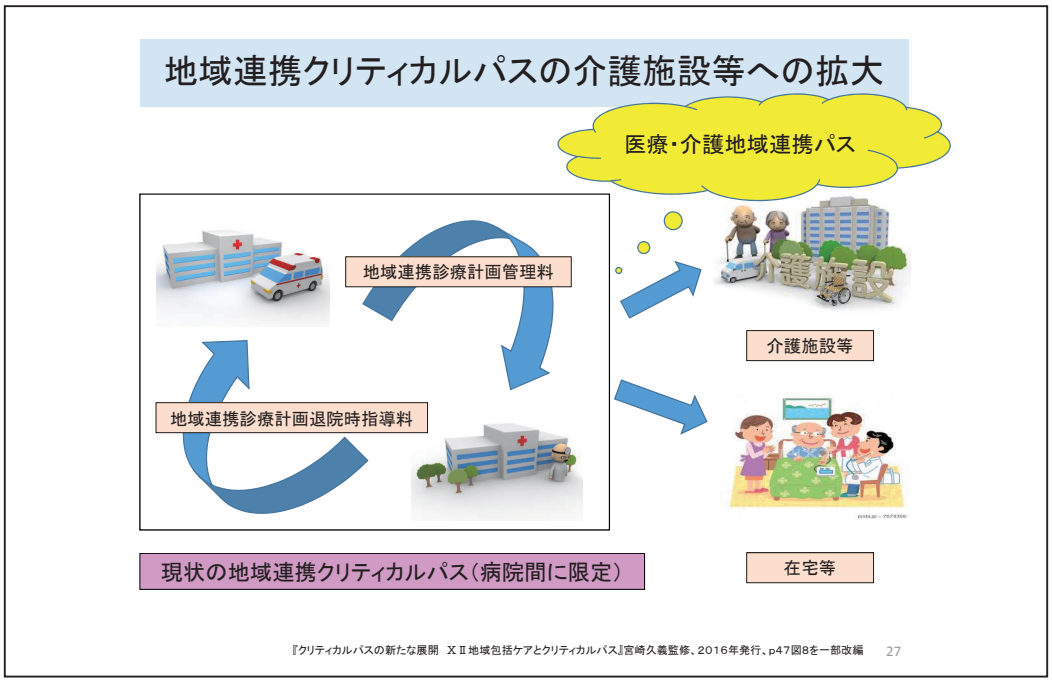


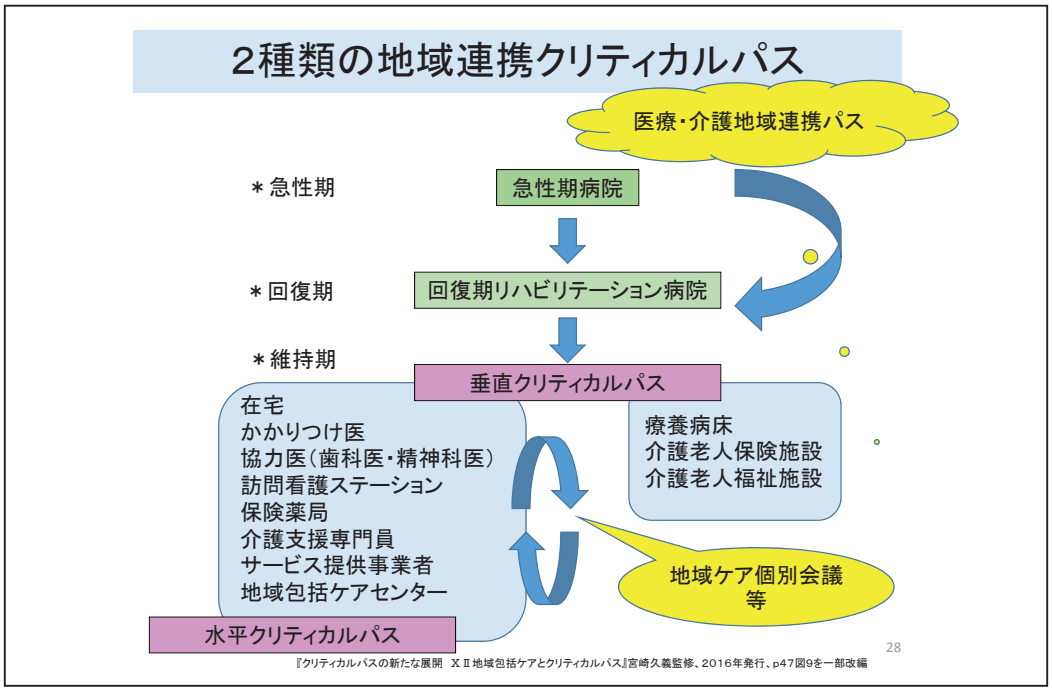
1．「医療と介護の連携パス」について

医療機関への入退院に際しては、診療情報提供書と看護サマリー・リハビリテーションサマリー等により情報共有がなされているのが現状です。

特に、介護支援専門員や地域包括支援センターとの連携に必要な情報共有シートは、入院時に提供されることも多くなりましたが、必ずしも有効に活用されているとは言えません。既に、疾患毎の地域連携クリティカルパス（大腿骨頚部骨折、脳血管疾患、心筋梗塞、がん）は定着していますが、医療機関間での情報共有に限定されています。

医療と介護を必要とする患者さん・利用者さんの情報を入退院時に共有したり（垂直クリティカルパス）、新たに介護主治医意見書を作成依頼する際や、カンファレンス時、療養場所を変える場合等（水平クリティカルパス）に活用する情報共有シートの運用を目指しましょう。





２．　入退院支援連携のために共有したい情報

（１）運用上の基本姿勢（構成）：

①「情報共有シート」は、No.１と No.２の２枚構成です。

フェースシートや、アセスメントシートとしても使えます。

Excel で作成し、プルダウンで内容を選択できるような工夫もできます。

②カンファレンスシートは、退院前カンファレンス時や、退院後のモニタリング時にも使えます。

（２）使用方法：

①入退院（入退所）時に活用する。（垂直パス）

・在宅から病院へ入退院する時、施設から病院へ入退院する時、在宅から施設へ入退所する時など、入退院（入退所）時に関係機関間で使用します。

・本人の病状や環境等が変わる場合に、入院（入所）情報提供書として、また退院（退所）前カンファレンス時等で活用することができます。

使用例：退院（退所）前カンファレンスが必要な場合
急性期治療が必要な場合（予定検査入院は含まない）
病状の変化や積極的治療が必要な場合
入所が決定し情報提供する場合（申し込み段階では作成しない）
入所施設が変わった場合

受け渡し者例：
各関係機関の支援連携担当者（ＭＳＷ、生活指導員、ＣＭ）間で受け渡します。

＊「退院時情報共有シート」は、転院・退院する時にも診療情報提供書等と一緒に渡し、最終的にかかりつけ医まで情報が届くようにしましょう。

②在宅時の医療・介護連携に活用する。（水平パス）

・介護認定更新・変更時等、介護支援専門員がかかりつけ医へ医療情報提供を依頼する時や、介護保険主治医意見書作成を依頼する時に活用することができます。

・生活に大きな変化が生じた場合等、在宅サービスを提供する関係者間（介護支援専門員、訪問看護師、訪問薬剤師、訪問リハビリ、訪問栄養、訪問介護等）で、医療や介護・生活情報を共有し、各職種がケアやサービス計画を作成する際のアセスメントやフェースシートとしても活用することができます。

使用例：要介護認定（新規・更新・変更申請）を行う場合
かかりつけ医やＣＭが変更になる場合
介護保険サービスの大きな変更を要するＡＤＬや病状変化が生じた場合
ＣＭからかかりつけ医にＡＤＬや生活上の留意事項を伝える場合
かかりつけ医からＣＭに医療上の留意事項を伝える場合

（３）「情報共有シート」の受け渡しと保管：

「情報共有シート」を渡す側は、「情報共有シート」の原本をコピーし個人の記録（カルテ等）に保管します。

「情報共有シート」の原本は連携先に渡します。

受け取る側は、原本を個人の記録（カルテ等）に保管します。

＊「おきなわ津梁ネットワーク」参加登録者の場合は、シートをＰＤＦ・スキャン・写真で取り込むことができます。

（４）「情報共有シート」の管理：

「情報共有シート」の管理は、病院では支援連携担当者（ＭＳＷや退院調整看護師等）、在宅や施設ではＣＭや生活相談員や事務職等が行うことが想定されます。

（５）「情報共有シート」の記録：

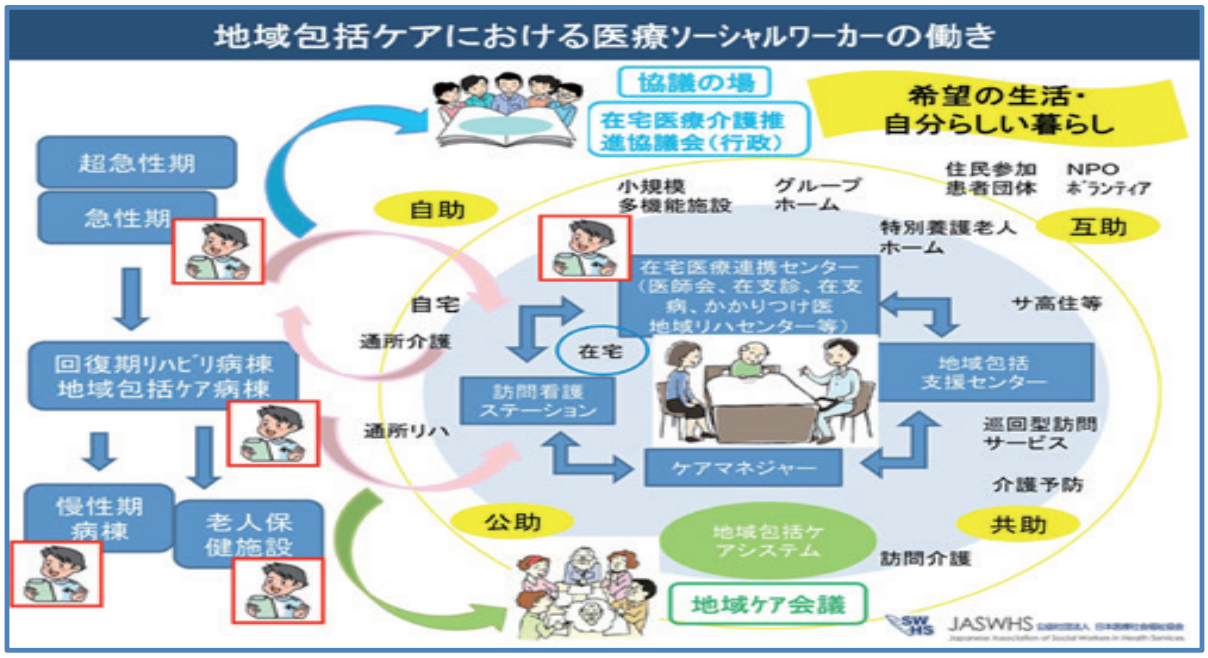
「情報共有シート」は、医師・看護師・リハビリ職・ＭＳＷ・薬剤師・栄養士・ＣＭ等の多職種が記入し完成させます。

各職種の負担にならずに継続できるよう、各機関によって、各職種の記入項目分担や記入方法の取り決めを行いましょう。

（６）個人情報の取り扱い：

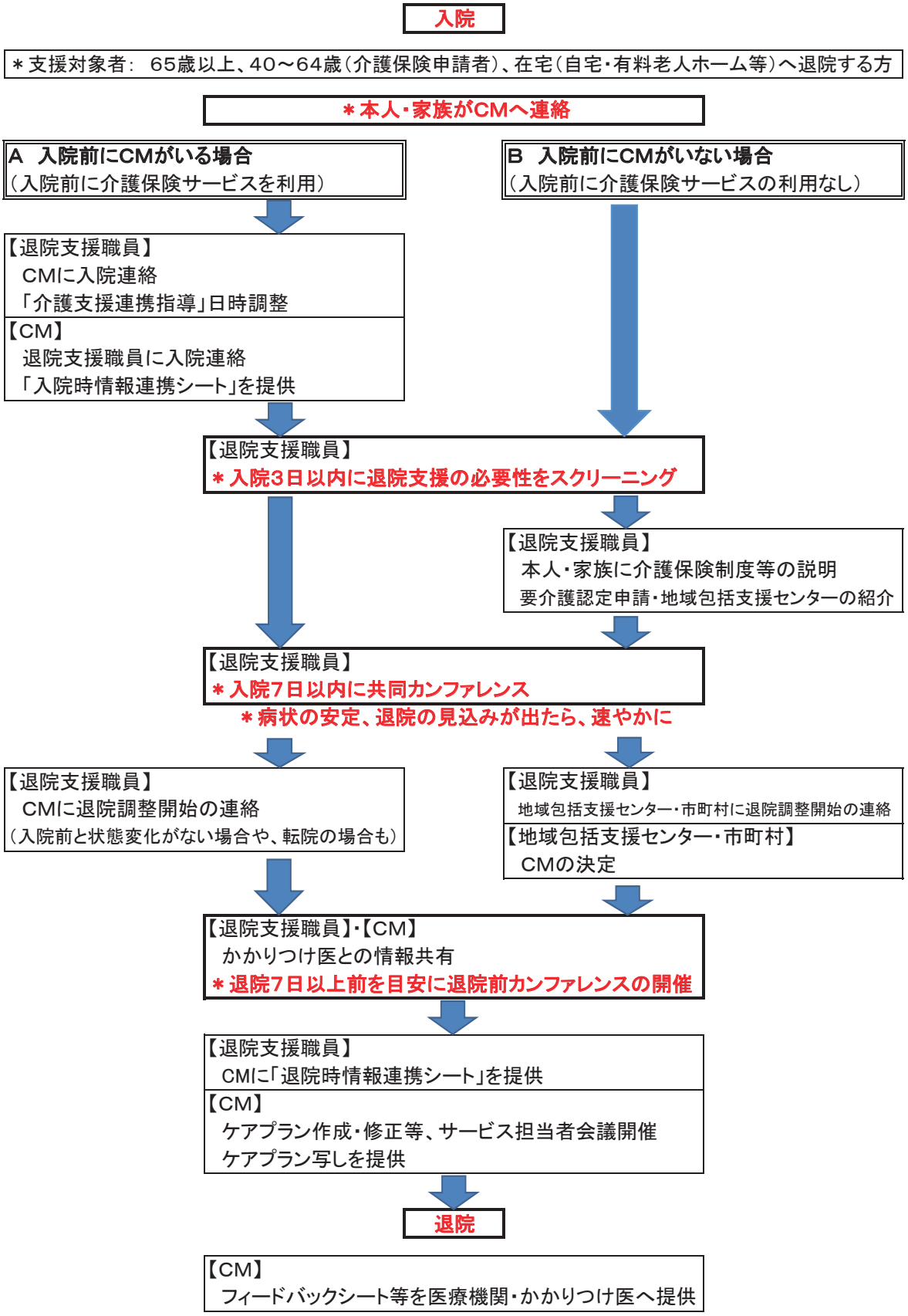
厚生労働省の「個人情報保護関係ガイドライン」（＊）に沿い、事前に個人情報の利活用範囲について同意を得ておくことが必要です。

＊ 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ドライン（平成 16 年 12 月 24 日通知、平成 18 年 4 月 21 日改正、平成 22 年 9 月 17 日改正、平成 28 年 12 月 1 日改正）



出典：公益社団法人日本医療社会福祉協会ＨＰ

3．　入退院支援連携の手順（フローチャート）



「北見市　入退院連絡の手引き　Ver.1」、北見市保健福祉部介護福祉課、平成28年9月、P8を改編

４．　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	本人・家族	ケアマネジャー	□ ケアマネジャーの名刺と保険証の携帯 □ **入退院・入退所の場合、ＣＭへ連絡**		ＣＭ名刺 緊急時連絡先カード等	
	かかりつけ医	ケアマネジャー	□ 診察日時以外に面談枠を設ける等の配慮	●予め連絡の取り易い時間帯を確認 ●事前に電話等で面談の日時調整		
入院直後～３日以内	ケアマネジャー	本人・家族	□ 情報収集や提供を受けることについての同意 □ （可能なら）家族から病名、診療科、病棟、入院日の確認			
		退院支援者	□ 情報連携シートの提出先窓口や提出方法（持参・ＦＡＸ・郵送）の確認 □ **「入院時情報連携シート」を病院へ提供**	●情報共有の基本は面談 ●本人や家族に開示が難しい情報や、文書では伝わりにくい情報	**入院時情報連携シート（参考様式１）**	
	退院支援者	ケアマネジャー	□ 介護支援連携指導日時等を調整			
		本人・家族	□ 介護保険被保険者証の確認 □ 担当ＣＭの有無の確認 □ 情報収集や提供を受けることについての同意	●退院困難な社会的要因の解決には時間を要すので早期介入： ・単身者、高齢者のみ世帯 ・家族の介護力 ・家屋環境 ・家計や収入等経済状況 ・家族、友人等身近な支援者		
		病院スタッフ	□ **入院３日以内に退院支援の必要性をスクリーニング** □ ＣＭから提供されたシートは、カルテへ一元管理し共有		退院支援スクリーニングシート	
		主治医	□ 退院予定日の確認			
入院７日以内	退院支援者	本人・家族	□ 退院先の意向確認 □ ＣＭがいない場合は、介護保険制度等の説明 □ 要介護認定申請・地域包括支援センターの紹介	●住宅改修や医療依存度が高い場合の退院調整には時間を要すので、短期目標・長期目標を設定 ●新規に介護保険サービス利用は、認定まで約１ヶ月を要すので、申請時期・調査場所の調整	**介護支援連携指導書（参考様式４）**	
		病院スタッフ	□ **入院７日以内に共同カンファレンス** □ 退院支援担当者の決定 □ 退院支援計画書の作成		退院支援計画書	
		市町村・地域包括支援センター	□ 必要時担当ＣＭの決定や地域総合支援事業利用調整			
入院中	退院支援者	本人・家族	□ 本人・家族の思いの変化の有無を確認 □ 退院困難要因を再度アセスメント	●在宅への不安がある場合は、外泊時訪問看護を利用する等し不安軽減や療養環境を評価		
		病院スタッフ	□ 多職種カンファレンスで予後予測と退院支援 □ 医療処置の手技や介護方法等を教育・指導		**介護支援連携指導書（参考様式４）**	
		ケアマネジャー	□ 退院前カンファレンスの必要性や時期を調整 □ 介護支援連携指導日時等を調整 □ **介護予防・日常生活支援総合事業が利用できるか評価** □ 退院前訪問（家屋調査等）への同行を依頼	●担当医との面談やカンファレンス開催希望の場合は、病院の退院支援部門窓口等へ連絡し調整を依頼 ●目的や、どのような情報を聞きたいのかを明確化		
		施設	□ 施設の受け入れ基準、医療管理上の課題を確認	●介護認定や区分変更申請に行く家族等には、窓口で職員に説明する内容のメモ（病院名・主治医名・疾患名・利用希望サービス等）を書いて持参するようアドバイス		
	主治医	本人・家族	□ 他科担当医と治療方針共有 □ 病状説明・今後の治療方針・退院予定日の説明	●退院前カンファレンスは、本人・家族の同席が原則 ●各職種ともに本人・家族の意向・生活目標を共有		
退院７日以上前	退院支援者	本人・家族	□ 退院前カンファレンス日程調整			
		病院スタッフ	□ 退院先の意向を再確認 □ 各職種サマリー・アセスメントシートの作成、生活目標等を確認	●訪問診療医・看護師に退院前カンファレンスに参加を依頼、直接本人・家族と面談して、不安軽減や理解を促進することも有効		
		ケアマネジャー	□ 病状の安定や退院見込み・退院許可が出たら速やかに連絡 □ **退院７日以上前を目安に退院前カンファレンスの開催** □ 居宅サービス計画の作成等に資する情報の共有と記録 □ 通院先や初回外来日の確認	●特に新規に訪問サービス利用の場合は、各職種サマリーを作成し、同職種間連携を充実させる	**各職種アセスメント・サマリーシート** **カンファレンスシート（参考様式３）**	
	ケアマネジャー	本人・家族	□ 面談・ケアプラン原案作成修正・サービス担当者会議の日時調整			
		病院スタッフ	□ 導入サービスの種類や期間、留意事項について協議		**退院時情報連携シート（参考様式２）**	
		かかりつけ医	□ 退院先について報告、主治医意見書作成の調整	●主治医意見書提出が遅れると審査判定が遅れるため、速やかな記載を医師へ依頼		
		在宅スタッフ・地域包括支援センター等	□ 退院前カンファレンス日時調整・サービスの調整			
退院時・退院後	退院支援者	本人・家族	□ 退院時の書類の確認		診療情報提供書・各職種サマリー等	
		ケアマネジャー	□ ケアプランの写しの提供依頼	●新規に訪問サービス利用の場合は、各職種サマリー作成		
	ケアマネジャー	本人・家族	□ サービス担当者会議の開催	●医療依存度が高い方の場合は、退院後訪問指導を検討し、ＣＭと退院支援者間で日時を設定し、モニタリングを行う。担当医・かかりつけ医へはフィードバックシート等でフィードバックを行う。		
		サービス事業所	□ 在宅サービスの開始			
		病院スタッフ	□ 退院後訪問の日時調整			
		かかりつけ医	□ フィードバックシート等でモニタリング内容を報告			

＊『福岡市　退院時連携の基本的な進め方の手引き』、福岡市保健福祉局高齢社会部地域包括ケア推進課、平成２７年３月、P３を改編

５．　入退院支援連携フロー図（入院決定時・入院早期から退院直後・移行期まで）

時期	地域での暮らし・生活状況の情報収集・アセスメント 入院決定時・入院早期	スクリーニング	入院時から３日以内にスクリーニング ７日以内に共同カンファレンス	治療開始から安定期	退院に向けての調整期間	退院時	退院直後からの移行期（退院後２週間まで）
意思決定支援 方向性の共有	□病状経過 □患者・家族が病状をどのように受けとめているかを聞く □患者・家族が今後に向けてどのような思いを描き、今後どのように過ごしていきたいのかを聞く ＊地域からの入院時情報連携シート参照	＊各職種のアセスメント・サマリーシート参照	□医療従事者間で治療方針・今後の方向性の一致を図る □患者・家族へ病状説明、今後の治療方針、入院予定期間の説明 □患者・家族の病状の受け止めや思いを院内多職種チームで共有し、今後の方向性を話し合う □病状や治療に伴い、今後起こり得る生活上の変化・医療提供を受けながら生活することを患者・家族へ説明・情報提供する □患者・家族の思いを聞く □療養方法について選択肢を提示した上で、今後の療養について聞く □患者の思い □家族の思い □患者・家族・医療従事者間で病状理解や生活上のイメージを共有し、患者・家族が、選択・心構えができるよう支援する	□病状の変化に応じてリアルタイムでインフォームドコンセント □患者・家族の思いに変化がないかどうかの確認、変化が生じた場合は話し合いの場を持つ □患者・家族・医療従事者間で合意形成 □患者・家族・医療従事者で今後の生活上のゴールを共有した上で療養先を選択 □在宅→必要なサービスの確認 □転院→患者の状況に応じた病院の選択 □施設→患者の医療処置・介護必要度・経済状況などを考慮し施設入所基準の調査を行い、患者に合った施設の選択 ＊地域における社会資源情報・病院機能別情報を参照	□退院に向けての患者・家族への説明 □患者・家族の意思決定内容の再確認 □退院後の緊急時対応や看取りを含めた対応について病院と地域医療従事者で共通認識を持つ □次回外来受診日時の提示	＊地域への退院時情報連携シート参照	□退院支援評価 □患者・家族の説明に対する理解度 □移行期に患者・家族が抱く不安への対応・フォローアップ
療養環境の準備・調整 医療上の課題	□入院前の医療管理 □かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、訪問看護の利用の有無及び介入内容の確認 □病院通院の有無 □医療処置内容の有無・内容確認 □服用薬内容の有無・内容確認 ＊地域からの入院時情報連携シート参照		□患者の疾患・ADLにより、今後生活で起こり得る課題について検討 □入院前・現状から退院時に目指せる状況のアセスメント及び課題の抽出 ＊医療に関する初期アセスメント ↓ □地域のかかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師・訪問看護師や、入院前から担当しているケアマネジャー・担当地域包括と情報共有、退院後の支援内容について相談する □新たに在宅医療の導入が必要か検討する □患者のニーズに合った在宅医療実施機関の情報収集 □退院後のサポートについて相談する	□患者・家族へ今後の療養生活をイメージできるよう提示 □継続する医療管理（口腔管理・薬剤管理等含む）・医療処置内容について、患者・家族・医療従事者間で共有 □在宅で継続可能な方法の検討 □患者・家族の療養生活に合わせて統一した内容で医療処置を指導 ＊各職種の指導シートを活用 □在宅生活で起こり得る異常や緊急時の対応についての指導及び理解内容の確認	□関連機関と連携して退院前カンファレンスを開催 ＊退院前カンファレンスシート参照 □医療管理（口腔管理・薬剤管理等含む）・医療処置内容についての最終確認 ＊各職種アセスメント・サマリーシート参照 □退院処方の準備 □退院日の患者の全身状態について最終確認 □関係者への退院日時の連絡 □外来と病棟間で情報共有 □地域への情報提供 □病状経過 □患者・家族へのインフォームドコンセント内容 □患者・家族の理解度・受けとめ方 □抱えている課題		□退院支援評価 □外来と病棟間で退院後の様子を情報共有 □在宅ケアチームから退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける □症状マネジメントができているか □指導内容や準備に不足はないか □外来来院時に患者・家族から在宅療養生活　についてフィードバックを受ける □その人らしい生活が送れているか □本人の笑顔や表情 □家族からの前向きな発言 □在宅療養において困っていることの有無
生活・ケア上の課題	□入院前ADL・IADL □患者の病状に伴う生活状況及び経済状況 □家屋状況 □家族構成・キーパーソン □ケアマネジャー・担当地域包括からの情報収集 □在宅サービスの利用状況 □利用されている社会保障制度 ＊地域からの入院時情報連携シート参照		□患者の疾患・ADLにより、今後生活で起こり得る課題について検討 □入院前・現状から退院時に目指せる状況のアセスメント及び課題の抽出 ＊ケアに関する初期アセスメント ↓ □リハビリチームと協働して日常生活動作についての目標設定を患者・ 家族と共有 □住宅環境の評価・調整→地域との協働 □入院前より介護保険導入の場合はケアマネジャーと調整し在宅サービスの検討 □介護保険の対象者に、申請方法、サービスについて説明 □介護保険外の対象者に、利用可能な地域資源、サービスについて説明 □経済問題への援助 □回復期リハビリ病棟への転院が望ましい場合は、情報共有をし、 手続き等調整を行う	□リハビリチームと協働して日常生活動作についての目標設定の再評価を行い患者・家族と共有 □退院後の居住環境・生活状況に応じた生活・介護指導 □食事・排泄・清潔・活動・服薬について □患者・家族のセルフケア能力を考慮した指導 □自立支援に向けた在宅療養環境を整える □福祉用具導入の検討 □住宅改修の必要性の検討 □生活支援や介護サポートの必要性を検討	□関係機関と連携して退院前カンファレンスを開催 ＊退院前カンファレンスシート参照 □退院後の生活状況における注意事項について在宅ケアチームと共有 □住宅環境整備状況の確認 □介護体制の準備 □関係者への退院日時の連絡 □地域への情報提供 □患者・家族の理解度・受けとめ方 □抱えている課題 □リハビリチームから地域へ情報提供（リハビリの継続が必要な場合）		□退院支援評価 □外来と病棟間で退院後の様子を情報共有 □居住環境における患者の状況から退院支援・調整内容の不備の有無 □在宅ケアチームから退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける □生活指導内容や準備に不足はないか □住宅環境整備状況 □介護体制状況 □外来来院時に患者・家族から在宅療養生活についてフィードバックを受ける □その人らしい生活が送れているか □本人の笑顔や表情 □家族からの前向きな発言 □在宅療養において困っていることの有無

＊「東京都退院支援マニュアル～病院から住み慣れた地域へ、安心して生活が送れるために～」東京都福祉保健局、平成28年3月改訂版を改編

６．　各職種の視点と多職種との連携のポイント

（１）　介護支援専門員の視点と多職種との連携のポイント

時期	入院時	治療開始から安定期	退院に向けての調整期間	退院時	退院直後から移行期
方向性の共有	**入院先の連絡窓口を確認する** ・退院調整部門か病棟 **在宅生活における現状と課題を情報伝達する** ・文書（情報提供シート） ・電話 ・病院訪問 ・本人の思い・希望 ・認知機能 ・生活史・大事にしていること	**本人状況を確認する** ・本人 ・連絡窓口担当者 ・家族 ・電話 ・病院訪問/病状説明同席 ・退院支援計画内容 ・治療方針・今後の方向性 ・入院前と状態像が変化する可能性 ・退院に向けた予測（時期等） ・区分変更の必要性の検討	**入院先医療機関及び家族との連携に基づき、退院支援の進捗状況の確認・在宅移行時の居宅サービス計画案を作成する** ・退院時共同カンファレンス ・本人・家族の思い・希望の確認 ・医療的管理方法の検討・助言 ・受診方法、内服内容、管理方法の確認 ・在宅療養後方支援病院の確認と連絡先 ・独居状況や介護状況を考慮 ・入院前と変化したADLに応じサービス変更の必要性を検討（医療・介護サービスや住宅改修・福祉用具の導入等） ・退院直後の訪問看護サービスの必要性の検討 （特別訪問看護指示書の必要性等）	**退院時の準備、自宅への移送手段等を本人、家族、入院先病院、チーム等と確認・調整する**	**居宅サービス計画に基づき在宅生活支援を行う** **在宅チーム内において、本人状況、家族状況を確認し、情報共有する** ・本人・家族の在宅ケア満足状況 ・在宅かかりつけ医との連携・情報共有 ・退院後の受診日、退院時処方薬の日数確認
療養環境の準備・調整 医療上の課題	**入院したことを在宅ケアチームへ連絡し、情報共有する** ・かかりつけ医との連絡調整	**新たな医療的管理が生じ、マネジメントが必要な場合、下記事項を検討する** ・訪問看護でのサポートの必要性 ・外来通院している場合、訪問診療医の必要性 ・歯科医・調剤薬局への調整 ・在宅医療資源へ新たな調整	**医療処置や介護方法について、本人・家族の理解状況や手技の習得状況を確認する** ・本人・家族・関係者への手技習得必要性確認 ・帰宅後医療面機材仕入れ方法確認		**退院後の状況を連絡窓口担当者（連携室等）を通じて、病棟や病院主治医・外来へ報告する** ・退院前に話し合われた内容に軌道修正等が必要か否か相互に確認・検討
療養環境の準備・調整 生活・ケア上の課題	・成年後見制度利用者については後見人等、地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）利用者については担当者に連絡し、入院中の支援（金銭管理含む）を調整　※入院中・退院後の調整 期間も同様	**ＡＤＬ低下による生活・ケア上のマネジメントが必要な場合、下記事項を検討する** ・住環境⇒病棟看護師・リハビリチームへ家屋状況を情報提供し、準備調整について相談・検討 ・退院後のリハビリ継続の必要性 ・ケア体制の検討（排泄ケア等）	※認知症の在宅独居者等で地域の見守り支援が必要な場合や高齢者虐待防止・対応が必要なケースは、地域包括支援センターや区市町村窓口に支援を依頼しましょう **特に下記の場合に、かかりつけ医と連携する** **①介護保険の（新規・更新・変更）申請時** **②医療系サービスの利用時** **③軽度（要支援・要介護１）に対する福祉用具貸与に関する判断** **④ケアプラン作成時の助言** **⑤ケアプラン変更時（状態変更時）の助言等**		**入院前の本人状況との変化に伴う生活・ケア上のマネジメントをモニタリングする** ・排泄ケア等のケア体制の状況 ・住環境整備の状況（住宅改修・福祉用具等の適合性） ・本人のＡＤＬ・ＩＡＤＬの状況 ・リハビリの継続状況 ・家族の介護負担状況 ・各種福祉制度の活用状況
かかりつけ医との連携	**＊かかりつけ医も介護支援専門員との連携を望んでいます。勇気を持って連絡してみましょう。** **＊休診日を確認し、忙しい時間帯は避けましょう。利用者の外来受診時に同行する場合も、事前に連絡しておきましょう。** **＊まずは電話で相手の都合を確認しましょう。長時間にわたる相談になりそうな時には、予め相談の予約を取りましょう。** **＊連絡する時には、窓口や連絡方法を確認しましょう。病院の医療福祉相談室・地域医療連携室に連絡して日時調整を依頼しましょう。** **＊名刺を渡し、自分が担当の介護支援専門員ということを伝えましょう（介護支援専門員の役割も伝えましょう）。** **＊何故、かかりつけ医と連携を取りたいのか（目的）を伝えましょう。** **＊知りたいこと、聞きたいことは整理して、簡潔明瞭に伝えましょう。事前にメモ等で箇条書きに（報告か、連絡か、相談かを明確に）しておく工夫もしましょう。** **＊面談が困難な時は、「入退院時情報共有連携シート」等を活用し、郵送（返信用封筒・切手貼付）やFAXを検討しましょう。郵送・FAXする前に、電話で了承を得ましょう。** **＊かかりつけ医と連携後、得た情報をどう活用したか、結果がどうであったか、かかりつけ医にフィードバックしましょう。**			

・医療連携は、担当になった日から始まります。担当者会議などで話し合い日頃より連携を密にして入退院がスムーズになるように努めましょう。
・全プロセスを通して本人・家族から情報提供への同意を得る。もしくはサービス利用契約時に包括的同意を得ておく。
・入院先病院は常に在宅チームと共同して取り組む。

＊『東京都退院支援マニュアル～病院から住み慣れた地域へ、安心して生活が送れるために～』東京都福祉保健局、平成２８年３月改訂版を改編

（2）　医療ソーシャルワーカーの視点と多職種との連携ポイント

退院支援が必要な患者のスクリーニングとアセスメント

退院支援計画書

□医療管理・医療処置等が継続する　□ＡＤＬ・ＩＡＤＬが低下し、自立した生活に戻れない。
□悪性腫瘍・難病・認知症等の症状が進行する　□在宅療養における病状管理が不十分なため入退院を繰り返す
□単身者・高齢者のみ世帯　□家族の介護力が弱い　□家屋環境が悪い　□経済状況が悪い　□身近な支援者がいない

退院支援対象者

３日以内
病棟看護師・MSW
退院支援スクリーニング

※入院時情報
□入院前のＡＤＬ・ＩＡＤＬ
□コミュニケーション
□認知と行動
□家族状況
□経済状況
□生活歴・職歴
□住宅・療養環境
□医療状況（かかりつけ医など）
□ケア状況（医療処置など）
□食事内容（形態・経管栄養など）
□服薬状況（自己管理の可否など）
□在宅サービス利用状況
□利用している社会保障制度

※介護支援専門員と情報交換　介護支援連携指導書①
※患者・家族の思いの確認。
□入院前の生活状況や現在の状況（身体的・心理的・社会的・経済的）の理解。
□社会保障制度の活用を行い、安心して療養できるよう支援する。
□患者・家族が病状をどのように理解しているか、今後どのように過ごしたいかを聴く。
□患者・家族の課題の対処方法を理解する。
□患者・家族の強みに働きかける。
※かかりつけ医・訪問看護師・薬剤師・栄養士と情報交換を行う。
□新たな医療処置が必要になるか検討する。

治療・療養の場の意思決定支援

３日～７日以内：
病棟看護師・MSW
退院支援部門
看護師・MSW
カンファレンス

※病状理解支援
□インフォームドコンセントの機会の保証
□セカンド・オピニオンの紹介
□患者・家族・医療者とのコミュニケーションを促進する。

※意思決定支援
□治療や療養の場の選択について、思いや価値観（何を大切にしてきたか・今後どのように過ごしていきたいか）を聴き、医療チームで共有する。
□退院後の緊急時対応や看取りを含めた対応について、患者・家族・医療従事者間で共通認識をもつ。

チームアプローチ：退院後の生活を患者・家族と相談・構築

※患者の疾患・ＡＤＬにより、今後の生活における課題について検討し、指導する。
□継続する医療及び医療処置の内容。
□服薬方法（一包化や配薬の工夫）
□食事内容（形態や経管栄養内容）
□リハビリ状況（訓練内容やゴール及びゴールまでの期間）
□外来看護師と病棟看護師間で継続ケアの情報を共有する。
□地域の関係機関へ情報を提供する。

※患者・家族・医療従事者間で病状理解や生活上のイメージを共有し、患者・家族が選択できるよう支援する。
＜転院・施設入所の場合＞
□受け入れ条件・費用などを説明し調整する。
＜自宅退院の場合＞
□活用できる制度やサービスを説明する。
（介護保険制度・自立支援制度・訪問診療・訪問看護・福祉用具のレンタルなど）
□地域の関係機関を選定し、支援体制を構築する。
□退院前訪問を行い、住宅環境の調整を行う。
□インフォーマルサービスを構築する。

地域の関係機関との調整：在宅支援体制の構築・退院前カンファレンス

退院時共同指導 OR 介護支援連絡指導書　②

＜在宅・居住系施設の場合＞
※地域の関係機関とカンファレンスを行う。
□本人・家族の望む過ごし方を共有する。
□退院に向けたケア内容の変更について情報交換を行う。
□退院後の療養生活に関わる留意点や課題を共有する。
□ＣＰＲや緊急時の対応、連絡先を確認する。

＜退院日決定＞
□関係機関へ退院日時の連絡
□移送手段の確認及び手配
□診療情報提供書・サマリー・必要物品のお渡し
□在宅患者指導管理料算定
□退院支援計画書・介護支援連携指導書・退院時共同指導料算定

（３）　看護師の視点と多職種との連携のポイント

時期	入院時	治療開始から安定期	退院に向けての調整期間	退院時	退院直後から移行期
方向性の共有	３日以内にスクリーニング、７日以内にカンファレンスを開催 ・文書（退院支援計画書） ・本人の思い・希望 ・認知機能 ・生活史・大事にしていること	今後の治療方針や本人・家族の意向を確認し、入院中の目標の設定、ケア計画を立てる ・本人の病状理解 ・家族の病状理解 ・退院支援計画内容 ・治療方針・今後の方向性 ・入院前と状態像が変化する可能性 ・退院に向けた予測（時期等） ・区分変更の必要性の検討 新たな医療的管理が生じマネジメントが必要な場合、下記事項を検討する	在宅医療に移行するための流れを作る ・退院時共同カンファレンス ・本人・家族の思い・希望の確認 ・医療的管理方法の検討・助言 ・受診方法の確認 ・訪問系サービス導入の検討 ・独居状況や介護状況を考慮 ・入院前と変化したＡＤＬに応じサービス変更の必要性を検討（医療・介護サービスや住宅改修・福祉用具の導入等） ・退院直後の訪問看護サービスの必要性の検討 （特別訪問看護指示書の必要性等）	退院時の準備、自宅への移送方法等を本人、家族、入院先病院、チーム等と確認・調整する	在宅医療介護連携パスを活用してケアを行う 在宅チーム内において、本人状況、家族状況を確認し、情報共有する ・本人・家族の在宅ケア満足状況 ・在宅かかりつけ医との連携・情報共有
療養環境の準備・調整　医療上の課題	入院したことをＣＭへ連絡し、 情報共有する	・訪問看護でのサポートの必要性 ・外来通院している場合、訪問 診療医の必要性 ・歯科医・調剤薬局への調整 ・在宅医療資源への新たな調整が 必要な場合、医療・社会資源マップ等を活用	医療処置や介護方法について本人・家族の理解状況や手技の習得状況を確認する ・衛生材料、その他必要物品の調達方法の確認 ・服薬管理 ・疼痛コントロール ・急変、病状悪化時の対応について確認		退院後の状況を病院主治医・外来へ報告する ・退院前に話し合われた内容に軌道修正等が必要か否か相互の確認・検討
療養環境の準備・調整　生活・ケア上の課題	※入院中・退院後の調整期間も同様	ＡＤＬ低下による生活・ケア上のマネジメントが必要な場合、下記事項を検討する ・住環境⇒病棟看護師・リハビリチームへ家屋状況を情報提供し、準備調整について相談・検討 ・退院後のリハビリ継続の必要性 ・ケア体制の検討（排泄ケア等）	・排泄の自立に向けた目標の設定 ・排便コントロール ・介護者へ患者・家族のセルフケア能力を考慮した指導 ・嚥下評価 ・食事形態の調整		入院前の本人状況との変化に伴う生活・ケア上のマネジメントをモニタリングする ・食事 ・排泄ケア等のケア体制の状況 ・清潔 ・服薬 ・睡眠 ・本人のＡＤＬ・ＩＡＤＬの状況 ・リハビリの継続状況

・全プロセスを通して本人・家族から情報提供への同意を得る。もしくは包括的同意を得ておく。

＊『東京都退院支援マニュアル～病院から住み慣れた地域へ、安心して生活が送れるために～』東京都福祉保健局、平成２８年３月改訂版を改編

（４）　リハビリ職の視点と多職種との連携のポイント

時期	入院時	治療開始から入院安定期	退院に向けての調整期間	退院時	退院直後からの生活安定期
共通ポイント	在宅生活の様子を入院スタッフがイメージできる	在宅復帰するための条件が共有できる	在宅復帰の条件が解決できているかの確認	在宅復帰のための課題や継続すべき取り組みを共有	課題と取り組みが解決へ向かう
全職種共通	・入院前の「活動・参加」状況 ・関係づくりがしやすい話題、と触れない方がよい話題	・在宅復帰（活動・参加）に必要な身体能力や介護力（在宅復帰条件）	・本人・家族の希望に応じた退院調整（活動・参加）になっているか	・入院スタッフが支援していたことが在宅で実践できるか確認（服薬理、オムツ替え、トイレ介助、きざみ食作りなど） ・「活動・参加」の見通しがある	・本人・家族が不安がっていることや、転倒リスク・廃用リスクの可能性があればすぐに対応 ・「活動・参加」の再開へ
病院機能別、施設との情報共有・連携	急性期病院 ①リスク管理 ②廃用症候群予防 ③症状安定後の退院・転院調整	回復期病院 ①リスク管理 ②廃用症候群予防 ③365日リハビリ提供 ④予後予測 ⑤初期・中間・最終カンファレンスの実施 ⑥退院調整	慢性期病院 ①リスク管理 ②廃用症候群予防 ③予後予測 ④初期・中間・最終カンファレンスの実施 ⑤退院調整	退院調整 ※自宅または施設等 退院先の最終カンファレンス	施設ケアスタッフへ ①入院時の情報提供 ②廃用症候群予防（良肢位） ③誤嚥予防（嚥下・摂食指導） ④自助具等の使用有無 ⑤リスク管理
在宅スタッフとの情報共有・連携			退院前の調整会議 ①病院スタッフ（PT/OT/ST/MSW/Dr/Ns） ②在宅ケアスタッフ（家族/CM/訪問看護師/住宅改修業者）	在宅サービス内容の確認（医療/介護） ①訪問診療・往診 ②訪問薬剤 ③訪問看護 ④訪問リハビリ ⑤通所サービス ⑥市町村事業 ⑦その他サービス	在宅ケアスタッフへ ①入院時の情報提供 ②廃用症候群予防（良肢位） ③誤嚥予防（嚥下・摂食指導） ④自助具等の使用有無 ⑤リスク管理 ⑥介護予防
訪問リハ／通所リハ／施設リハ ⇕ 入院	・入院前の身体状況 ・入院前のADL状況 ・入院に至った経緯	・現在の治療内容（処置・投薬含む） ・入院以後のリハの経過、内容 ・退院までの期間に獲得しうる能力（予後予測） ・今回の新たな機能障害の確認	・現在の身体、ADL状況 ・予後予測を踏まえた退院か転院かの判断 ・退院を前提とした自宅訪問による環境整備、福祉用具などの提案 ・自宅での自主トレ指導 ・家族への必要な介助方法の指導 ・退院後の予測される課題を共有 ・訓練場面見学、自宅訪問同行	・退院後の生活へのアドバイス ・在宅生活を支援するために必要なサービスの提案 ・再入院しない為の生活指導（リハビリの側面から）	・退院後利用するサービスへ情報提供
訪問リハ／通所リハ／施設リハ ⇕ 看護	入院 ⇕ 訪問看護	・在宅で必要とされていた医学的管理（皮膚が脆弱、尿路感染を繰り返していた、血圧が稀に高値になることがある、など）を情報共有	・入院リハが実施されない場合、入院看護で取り組んでほしい内容を伝達（回復状態に応じて、離床やトイレ誘導など）	・病棟で看護が直接ケア（オムツ交換、服薬管理など）している行為が、退院後、誰の手によって実行されるのかの確認と、それが可能かどうかの確認 ・上記行為が、在宅では困難な場合の対応（家族指導、サービス導入など）	・病棟で看護が直接ケア（オムツ交換、服薬管理など）している行為が、退院後、誰の手によって実行されるのかの最終確認と、それが可能かどうかの最終確認 ・上記行為が、在宅では困難な場合の対応の最終確認（家族指導、サービス導入など）	・退院後のケアやリハの内容で、難渋していることが、病棟生活での情報を得ることで解決したり、糸口がみつかるのであれば、病棟への確認をとる
訪問リハ／通所リハ／施設リハ ⇕ 介護	入院 ⇕ 訪問介護	・在宅で行われていた介護内容の情報共有（入院時は、介護量が多い状況になっている場合が多いので在宅での状況がイメージできるように）	・在宅復帰に必要な介護力（在宅復帰条件）の確認	・病棟で受けている直接ケア（排泄介助、入浴介助など）と入院前の在宅での直接ケアの違いを明らかにし、在宅において、新たなケアが必要なのか、家族指導や訪問介護への伝達で可能なのかの判断を。	・病棟で受けている直接ケア（排泄介助、入浴介助など）が在宅において、誰が実施するかが決まり、その者において、安全に実施できること状態になっていること。	・退院後のケアの内容で、難渋していることが、病棟生活での情報を得ることで解決したり、糸口がみつかるのであれば、病棟への確認をとる
訪問リハ／通所リハ／施設リハ ⇕ ＭＳＷ	入院 ⇕ マネア	・在宅からはケアマネを通じて、入院からはＭＳＷを通じての情報提供となるが、「在宅復帰に必要なリハ職からの情報を」伝える。 ・現時点での予後予測（身体機能面と生活面）を伝える	・在宅復帰に必要な身体機能の回復状況と、予後によっては調整が必要になるであろうと予測される活動の提示（入院前とは異なる生活様式の提示）	・在宅復帰時の予後予測を行い、退院日当日から、在宅生活が本人・家族とも負担なく、暮らせるかどうかの確認 ・退院後、継続的・一時的なリハサービス（訪問・通所）の検討および必要時は入院時より連携を図る	・在宅復帰時の予後予測を行い、 退院日当日から、在宅生活が本人・家族とも負担なく、暮らせるかどうかの最終確認 ・退院後、継続的・一時的なサービスを利用数場合は、手続き開始	・退院後のリハサービスが、上手く介入できない場合や、予定していなかったリハサービスが必要となったときは、改めて入院リハの情報を提供する

・全プロセスを通して本人・家族から情報提供への同意を得る。もしくは包括的同意を得ておく。
・常に在宅チームと共同して取り組む。

『東京都退院支援マニュアル～病院から住み慣れた地域へ、安心して生活が送れるために～』東京都福祉保健局、平成２８年３月改訂版を改編

（５）　薬剤師の視点と多職種との連携のポイント

時期	入院時	治療開始から安定期	退院に向けての調整期間	退院時	退院直後から移行期
訪問薬剤師と入院薬剤師の連携	入院時に、薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等含む。）を確認する。 患者又はその家族等から過去の投薬・注射及び副作用発現状況・アレルギー歴等を聞く 手帳を所有している患者については、原則として退院時までに家族等に持参してもらう	区分番号「Ｂ００８」薬剤管理指導料を算定 患者への指導及び患者からの相談事項を確認する 麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等を確認する 薬剤管理について 本人・家族の理解状況や手技の習得状況を確認する。	医師の説明に対する受けとめや病気・予後の理解 本人・家族の生活に対する意向の共有 薬剤師訪問の意義・目的説明 誰が医療管理を行うのか 誰にどこまで指導をするか、達成度はどうか ＊「薬剤師アセスメント・サマリーシート」参照	区分番号「Ｂ０１４」退院時薬剤情報管理指導料を算定 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導（保険医療機関を受診する際や保険薬局に処方せんを提出する際に、手帳を提示する旨の指導を含む。）を行うとともに、退院後の療養を担う保険医療機関での投薬又は保険薬局での調剤に必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載する。なお、指導の要点についても、分かりやすく手帳に記載し、必要に応じて退院時の処方に係る薬剤の情報を文書で提供する。	死亡退院の場合は算定できない 在宅医療介護連携パスを活用して薬剤管理を行う。 在宅チーム内において、本人状況、家族状況を確認し、情報共有する。 訪問を継続することだけでなく、計画的に期間限定で訪問することも考慮する。
入院薬剤師と薬局薬剤師の連携	入院時に、医薬品の服用状況及び薬剤服用歴を手帳等により確認するとともに、患者が、医薬品等を持参している場合には、当該医薬品等について実際に確認し、その名称等及び確認した結果の要点を診療録に記載する。 ＊入院中・退院後の調整期間も同様	入院中に使用した薬剤のうち、どの薬剤について手帳に記載するかは、患者の病態や使用する薬剤の種類によるが、少なくとも、退院直前（概ね退院前１週間以内）に使用した薬剤及び入院中に副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、投与継続の有無を含む講じた措置、転帰等について記載する。 副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、投与継続の有無を含む講じた措置、転帰等について記載する。	薬剤管理について 本人・家族の理解状況や手技の習得状況を確認する。 ・使用薬剤の内容と患者の病態 ・生活状況及び介護環境（介護者の介護状況も含む） ・服薬方法、保管、管理の指導 ・薬剤服用歴の管理 ・処方薬剤の供給（配達） ・残薬、不要薬剤の管理、処理 ・使用薬剤の効果、副作用、相互作用のモニタリング（全ての薬剤、健康食品を含む） ・住環境等を衛生的に保つための指導・助言（消毒薬の選択、使用方法等） ・在宅介護用品の供給、相談応需 手帳を所有している患者については、原則として、退院時までに家族等に持参してもらうこととするが、持参できない場合には、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付し、所有している手帳に貼付するよう、患者に対して指導を行う、又は新たに手帳を発行する。	自宅への薬剤配達方法等を本人、家族、入院先病院、チーム等と確認・調整する。	退院後の状況を病院主治医・外来へ報告する。 ＊退院前に話し合われた内容に軌道修正等が必要か否か相互の確認、検討
かかりつけ医との連携	＊「一包化」について： 薬の飲み間違いや飲み忘れのある患者、シートから取り出せない患者に対して、医師の指示により、服用時毎に一つの袋に入れることができる。処方せんに（包）と記入してもらう。ケアマネジャー等から直接薬局に情報提供しても、必要な患者かどうか判断し、医師の指示により一包化することができる。		＊多剤投与されている患者の内服薬について、総合的に評価及び調整し、減少可能か検討する ＊診療情報提供書・訪問薬剤管理指導指示書の作成依頼 ・服薬指導報告の内容を確認 ＊退院時共同指導の算定	複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、患者の病状及び退院後の生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分考慮する。 ＊在宅服薬情報提供書・報告書の作成 退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、薬剤情報を提供した情報並びに指導した旨及び提供した内容の要点を診療録に記載する。なお、区分番号「Ｂ００８」薬剤管理指導料を算定している患者の場合にあたっては、薬剤管理指導記録に記載することで差し支えない。 入院前の本人状況との変化に伴う生活・ケア上のマネジメントをモニタリングする。 ＊在宅患者訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導の算定 ＊在宅患者緊急訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急時等共同指導の算定	

・全プロセスを通して本人・家族から情報提供への同意を得る。もしくは包括的同意を得ておく。
・常に在宅チームと共同して取り組む。

＊『東京都退院支援マニュアル～病院から住み慣れた地域へ、安心して生活が送れるために～』東京都福祉保健局、平成２８年３月改訂版を改編

７．　入退院支援の質の評価について

入退院支援の最終評価は、「本人・家族の自己決定を尊重した退院支援プロセスとなっていたか」について、多職種で行うことが重要です。うまくいったこと・いかなかったこと等を共有し、今後のより良い実践に活かしましょう。

退院後訪問時や、1ヶ月に1回のモニタリング時等に、下記の項目について評価してみましょう。

また、評価時期や評価方法を統一し、地域の課題として、地域ケア会議等で協議することも重要です。

①本人、家族が希望する生活が送られているか

②本人、家族が不安なく過ごせているか

③本人の病状に大きな変化はないか

④医療処置の対応がスムーズにできているか

⑤ケア内容に大きな変化がないか

⑥本人の希望していたリハビリ、療養生活が送られているか

⑦介護する者の負担は増大していないか

⑧情報、アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか

⑨在宅ケアチームの連携は図られているか

⑩病院への相談はスムーズに行えているか

⑪施設入所あるいは再入院になっていないか

参考文献：「東京都退院支援マニュアル」、東京都福祉保健局、平成28年3月改訂版、p11

また、**在宅患者のQOL評価**については、直接本人に簡便な質問をする評価票も開発されています。

①おだやかな気持ちで過ごしていますか

②現在まで充実した人生だった、と感じていますか

③話し相手になる人がいますか

④介護に関するサービスに満足していますか

参考資料：「「在宅医療の指標−特にQOL評価表の開発−」、名古屋大学大学院　葛谷雅文、第1回全国在宅医療会議WG、平成29年1月12日、資料3－2

なお、**「MSWの退院支援実践の自己評価マニュアル」**では、【患者・家族に関するアウトカム】として11項目があげられています。

MSWの役割には、患者・家族を対象にした支援、病院・スタッフを対象とした支援、地域・社会を対象とした実践があります。それぞれの支援や実践での課題を可視化し改善し、質の向上に努めましょう。

①患者・家族が退院に関する自己決定ができるようになる

②患者が適切な社会資源を活用できるようになる

③患者が生活を再構築できるようになる

④患者がその人らしい生活の維持・安定を図れるようになる

⑤患者・家族が納得して適切な療養の場を選択できる

⑥患者・家族の地域での生活の質の向上が図られる

⑦患者・家族が自身が持っている力を認識し、活かすことができる

⑧患者・家族が生活・人生の文脈の中で傷病体験を捉えることができるようになる

⑨退院後の生活に向け、患者・家族が自分の価値感を明確にできる

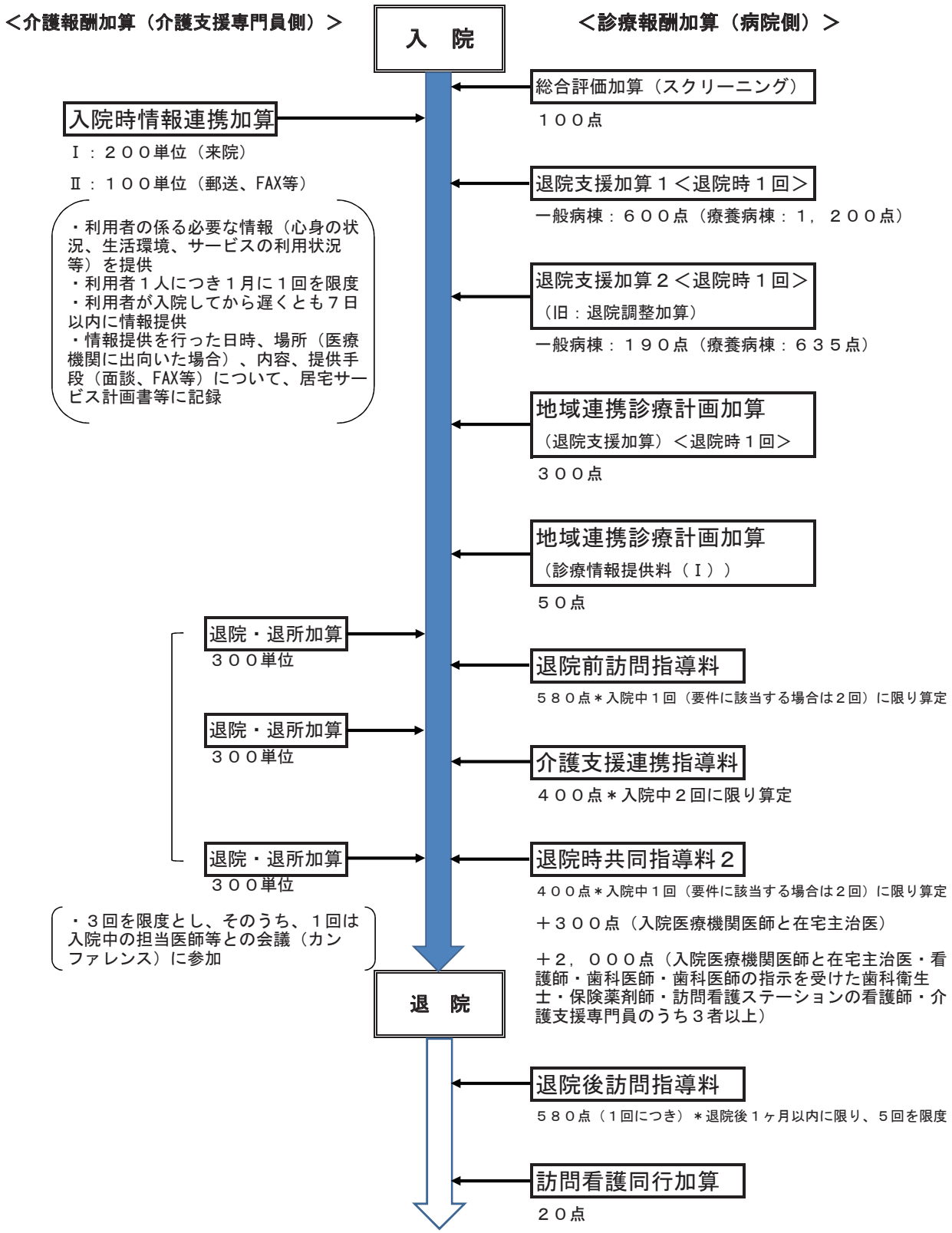
⑩患者・家族が自己効力感を回復/発見できる

⑪生活困窮、虐待等の患者・家族がかかえた生活上の困難が軽減される

参考文献：「MSWの退院支援実践の自己評価マニュアル」、研究代表者：白澤政和、平成25年度日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究（A））「ソーシャルワークの評価方法と評価マニュアル作成に関する研究」、平成26年3月

８．医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算

２０１６（平成２８）年１２月現在



＊算定にあたっては、各病院・介護保険事業所で、算定要件・施設基準等の詳細を確認してください。

＊このフロー図は、主に高齢者（介護保険第２号被保険者を含む）を対象にした医療介護連携にかかる報酬を整理したものです。

＊「福岡市退院時連携の基本的な進め方の手引き」福岡市保健福祉局高齢社会部地域包括ケア推進課、平成２７年３月、P３１を一部改編

Ⅲ　地域包括ケアシステムと介護保険

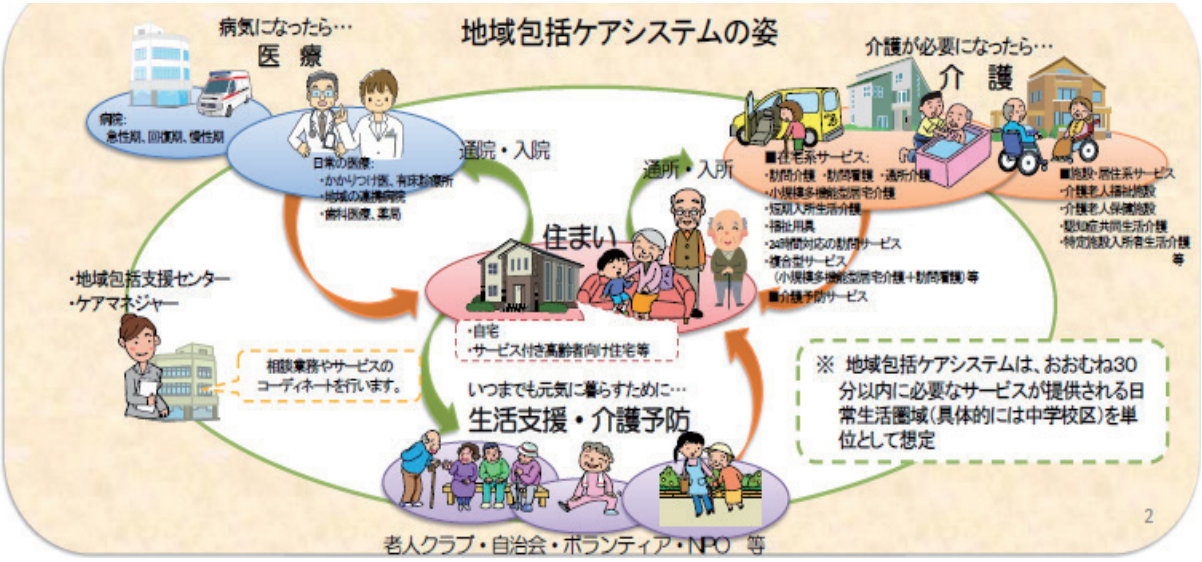
１．　地域包括ケアシステムの構築について

○　団塊の世代が７５歳以上となる２０２５年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築の実現を目指しています。

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要となります。

○ 人口が横ばいで７５歳以上人口が急増する大都市部、７５歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差があります。

○　地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。



（平成 27 年度　厚生労働省老健局老人保健課の資料より抜粋）

○　地域包括ケアシステムの５つの構成要素

地域における生活の基盤となる「住まい」を植木鉢と捉え、地域の実情にあわせて行われる「介護予防・生活支援」を土と捉えて、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「福祉」を植物と捉えています。

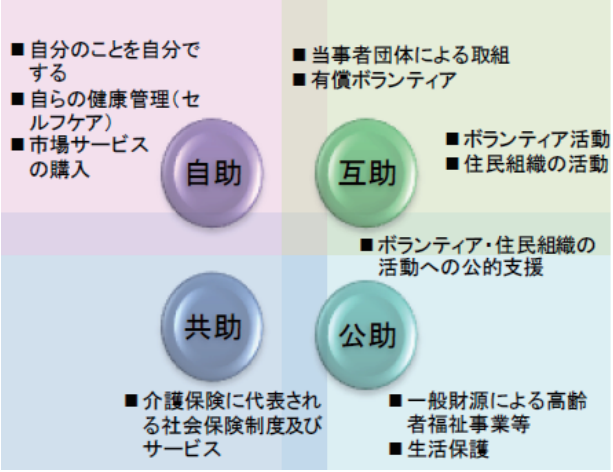
それらの根底には、単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要となります。

（介護予防・生活支援）

地域の実情に応じて、地域住民、ＮＰＯ等含めて多様な主体が参画し、多様なサービス

を充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進しています。
　介護予防活動の多くは、自助や互助などの取組を通して、社会参加の機会が確保されることとし、高齢者の日常生活の中で介護予防と生活支援が相互に関係しながら機能していきます。

○　「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



資料）地域包括ケア研究会

【費用負担による区分】
　「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれます。
　これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なものです。

【時代や地域による違い】
　2025 年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加します。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形へ変わっていきます。
　都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能です。都市部以外の地域は、民間市場が限定的なこともあり「互助」の役割が大きくなっています。
　少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要となってきます。

（出典：平成２５年３月　地域包括ケア研究会報告書より）

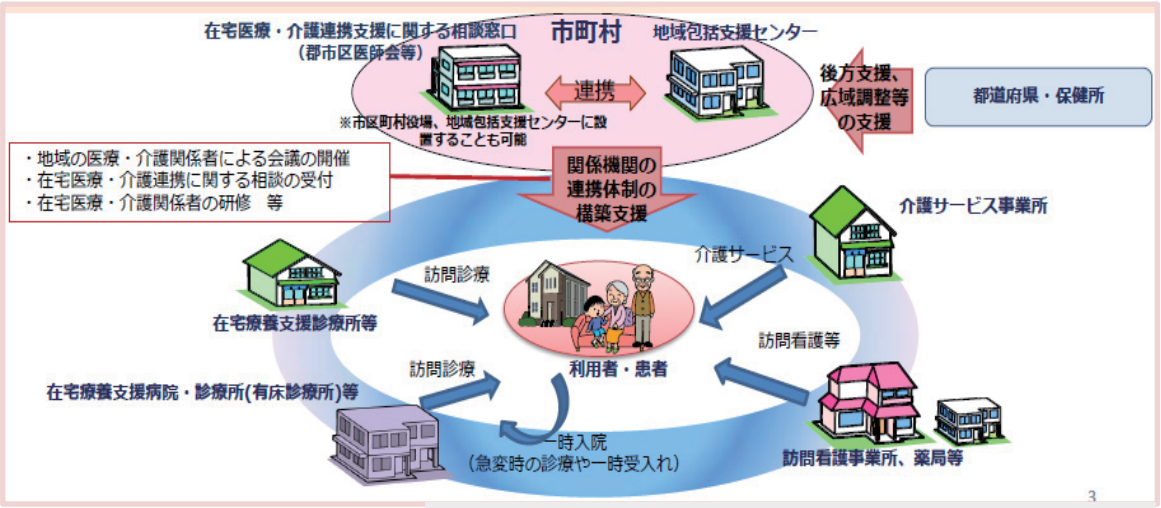
２．　在宅医療・介護連携の推進

　医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域では、医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護が提供できるよう取り組んでいるところです。

（※）在宅療養を支える関係機関の例
・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等　（定期的な訪問診療等の実施）
・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等　（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
・訪問看護事業所、薬局　（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
・介護サービス事業所　（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊

密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進していきます。



（平成 27 年度　厚生労働省老健局老人保健課の資料より抜粋）

○　在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携推進事業は、介護保険法における地域支援事業の包括的支援事業として位置づけられ、平成 30 年度からはすべての市町村において、原則として下記の（ア）～（ク）の事業項目全てを実施することになります。

（ア）地域の医療・介護資源の把握
（例）地域の医療資源の把握を行い、その結果を関係者間で共有するなど。

（イ）医療・介護関係者の情報共有の支援
地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討。

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進。

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
（例）情報共有シート、地域連携パスなどの活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援するなど。

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

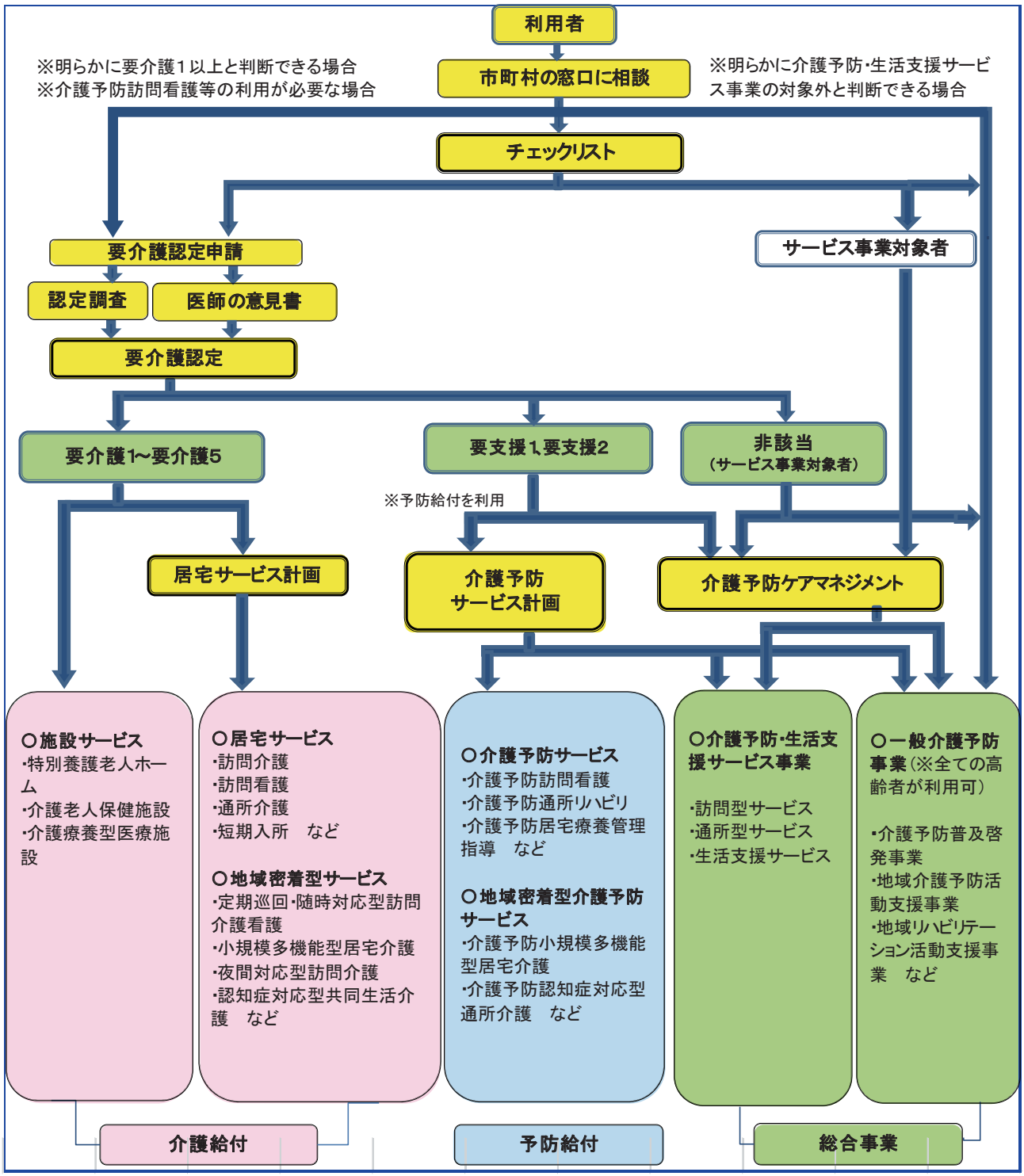
（カ）医療・介護関係者の研修
（例）介護職と対象とした医療関連の研修会を開催するなど。

（キ）地域住民への普及啓発
（例）地域住民を対象としたシンポジウム等の開催など

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携
同一の二次医療圏内にある市町村や隣接する市町村が連携して、広域連携が必要な事項について検討。

３．　介護保険サービスの利用手続きの流れ

要介護認定の申請・相談の窓口は、市町村介護保険主管課です。
在宅介護や介護予防に関するケアマネジメントをはじめとした高齢者への総合的な支援については、地域包括支援センターが窓口です。



４．地域支援事業について

高齢者が要介護(要支援)状態となることを予防するとともに、要介護状態となった場合でも、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、市町村において実施されています。

下記のような地域支援事業（必須事業とされるもの）を行うこととされています。

１　介護予防･日常生活支援総合事業

介護予防・生活支援サービス事業
- 訪問型サービス
- 通所型サービス
- 生活支援サービス
- 介護予防ケアマネジメント

対象者
・要支援認定を受けた者
（要支援者）
・基本チェックリスト該当者
（下記参照）

一般介護予防事業
･住民主体の介護予防活動の育成・支援、介護予防活動の普及・啓発、一般介護予防事業の評価、市町村事業におけるリハビリ専門職活用等を行う事業です。

対象者
住民主体の介護予防活動において、全ての高齢者となります。

総合事業のサービスを受ける手順

窓口相談 → 介護や支援が必要になる恐れのある方へ基本チェックリスト配布 → 総合事業対象者として判断された場合 → 市町村へ介護予防ケアマネジメント依頼書を提出 → 市町村から被保険者証発行 → ケアプランが作成され、サービス利用が開始

２　包括的支援事業（次Ｐ参照）

- 地域包括支援センターの運営
- 地域ケア会議
- 在宅医療・介護の連携推進
- 認知症施策の推進
- 生活支援サービスの基盤整備

地域包括支援センター：
地域の高齢者の総合相談、権利擁護や地域の支援体制づくり、介護予防の必要な援助などを行い、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とし、地域包括ケア実現に向けた中核的な機関として市町村が設置しています。

３　任意事業

※地域支援事業の具体的な内容について、各市町村にお問い合わせください。

市町村が設置主体となり、保健師（看護師）・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置しています。

地域支援事業（包括的支援事業）について

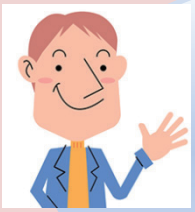
〇地域支援事業（包括的支援事業／主な事業）
地域（市町村）では、包括的支援事業として下記の事業が実施されています。

1　地域ケア会議

・地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法の一つです。
　地域ケア会議の開催方法は、自治体により異なりますが、主に多職種の協働による個別ケース（困難事例等）の支援を通じた地域支援ネットワークの構築、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、地域課題の把握などを行います。

2　在宅医療・介護の連携推進

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進します。



医療・介護連携コーディネーター

在宅医療・介護連携に関する相談や在宅医療・介護連携推進事業を担う専門職等。（主に地区医師会に配置されています。）

3　認知症施策の推進

認知症を正しく知ってもらう啓発活動から始まり、早期発見・早期対応、適切な医療・介護等のサービスの確保、家族への支援、周囲の見守り等、認知症の方が住み慣れた地域でできる限り暮らすことができることを目指した取組です。

認知症地域支援推進員

認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する者として、地域包括支援センターまたは市町村に平成３０年度までに全ての市町村において配置されます。

認知症地域支援推進員の役割
〇相談支援・支援体制構築
（例）認知症の人や家族等への相談支援など
〇認知症対応力向上のための支援
（例）地域の実情に応じて、一般病院・介護保険施設などでの認知症対応力の向上を目的とした活動など
〇医療・介護等の支援ネットワーク構築
（例）認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制を構築するなど

５．　介護保険制度における福祉用具について

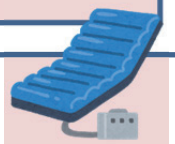
加齢や疾病により身体の機能が低下した場合に、車いすや電動ベッドなどの福祉用具を上手に活用することで自立的な生活をおくることができるよう、御本人の心身の状況や希望・環境をふまえ、適切な福祉用具の選定援助・取り付け・調整等を行い、貸与（一部は購入）を行います。

１　対象：　要介護認定または、要支援認定を受けた方が対象です。（要介護度によって使用できる種目に制限がありますのでご注意下さい。）

２　相談窓口

○介護保健制度を利用する場合：
　介護支援専門員（ケアマネージャー）にご相談ください。
○補装具給付制度（身体障害者福祉法）を利用する場合：
　市町村の身体障害者福祉担当課にご相談ください。

３（介護保険)福祉用具貸与の範囲



※標準的な既製品の中から選択されます。（一部例外あり）

○貸与（レンタル）の対象種目

車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、褥瘡予防用具、体位変換器、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助つえ、痴呆性老人徘徊感知器、移動用リフト

○購入の対象種目

腰掛便座、特殊尿器、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトのつり具の部分

※　介護保険の対象となる福祉用具のうち、車いす、歩行器、歩行補助つえについては、身体障害者福祉法でも補装具として給付されます。（補装具給付制度）　⇒　身体障害者手帳をもっている方が対象となります。

介護保険と住宅改修について

要介護・要支援認定を受けたお年寄りなどが、住み慣れた自宅で家族共に安心して自立した生活が送れるように、段差の解消や手すりの設置などの住宅改修を、介護給付の対象としています。

住宅改修の種類

(1)手すりの取付け、(2)段差の解消、(3)滑りの防止及び移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更、(4)引き戸等への扉の取替え、(5)洋式便器等への便器の取替え、(6)その他前各号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

手続き（事前申請）については、ケアマネージャー等にご相談ください。

６．在宅訪問サービス開始までの流れ

（１）　訪　問　診　療

医師が居宅を訪問する往診・訪問診療・居宅療養管理指導があります。

訪問診療は、自宅で療養を行っている方で、現に寝たきり状態にある方、又はこれに準ずる状態にある方に対して、かかりつけの医師が計画的な医学管理の下に定期的に自宅を訪問し診療を行います。居宅療養管理指導の指定を受けた保険医療機関の医師が、利用者の同意を得て療養上の管理及び指導を行います。

一方、往診は、患者さんやそのご家族の求めに応じて訪問し、診療を行います。

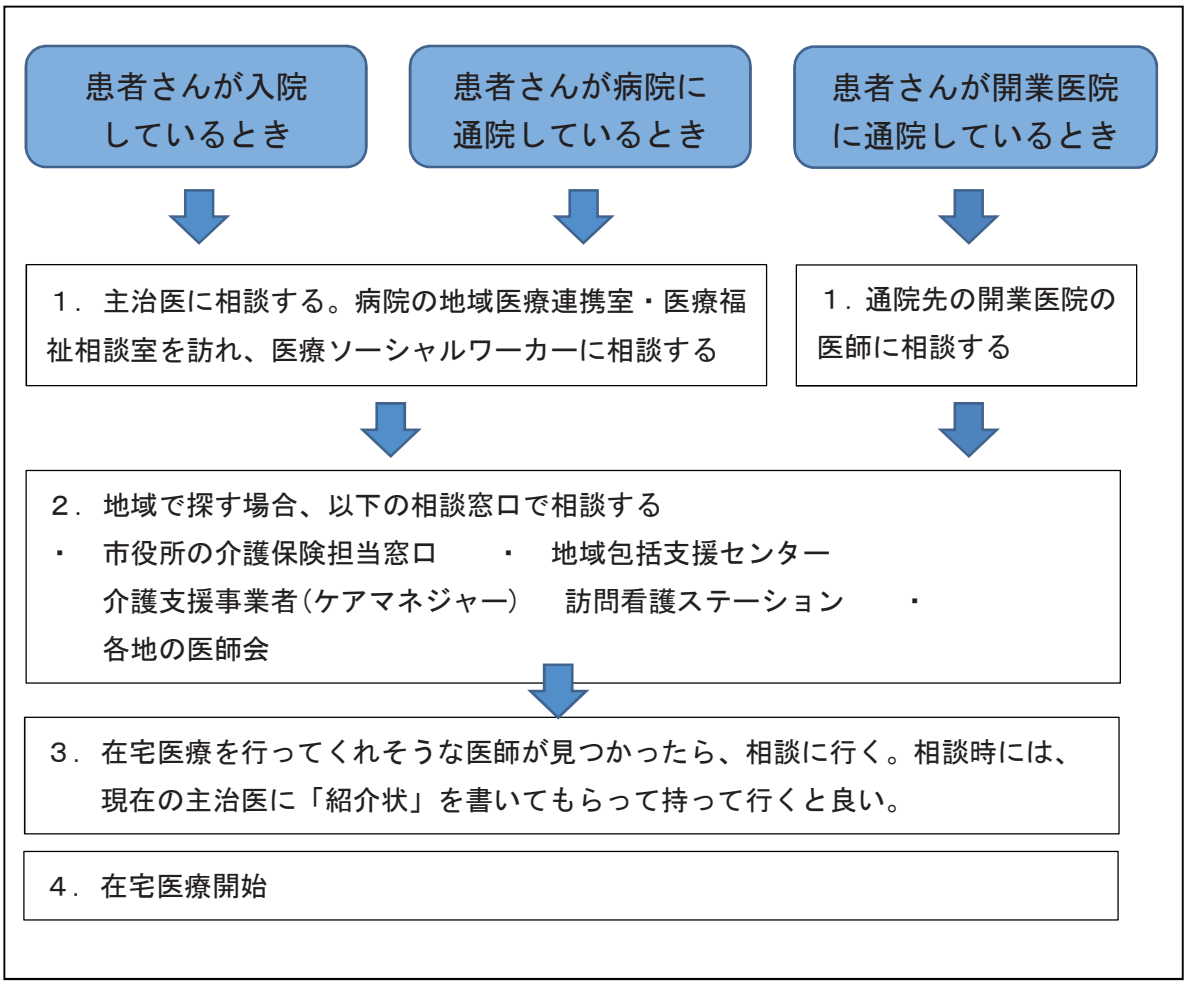
地域の訪問診療医師の情報は、各地区医師会や沖縄県うちなあ医療ネットのホームページに掲載されています。

問い合わせ先

各地区医師会　：　ｐ４０　Ⅳ　関係機関連絡先　参照

沖縄県医療機関検索システム　沖縄県うちなあ医療ネット

http://imuutina.pref.okinawa.lg.jp/searches/word



（２）　訪　問　歯　科　診　療

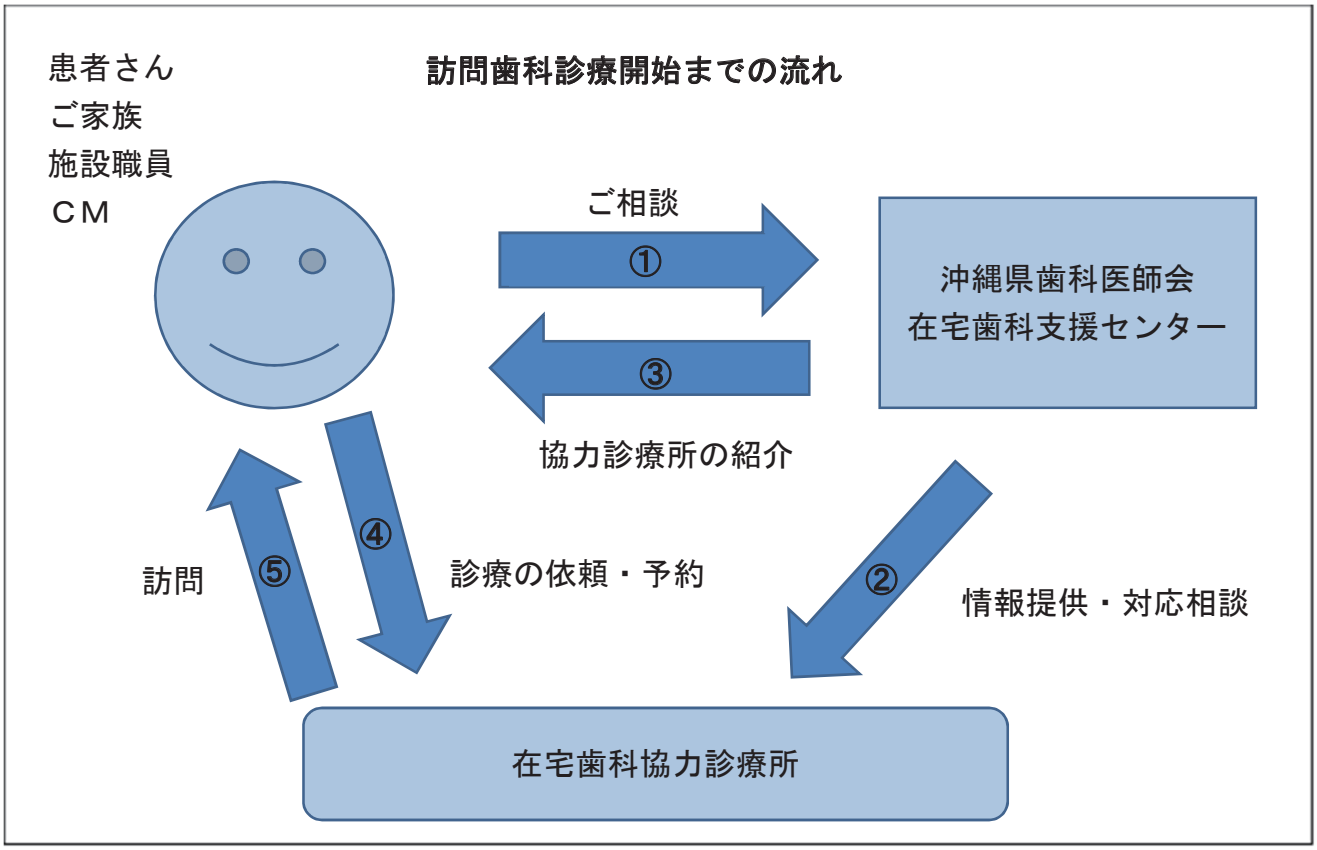
歯科医師や歯科衛生士等が居宅を訪問する訪問診療や居宅療養管理指導があります。歯や口腔内のことで困っているが、寝たきりなどのため医療機関に通院困難な方を対象に、自宅または病院、入居施設に出向いて歯科診療や専門的口腔ケアを行います。

１．　対象者：
　　寝たきりのために歯科診療所へ通院困難な方

２．　申し込み方法：
①本人または家族、入居施設職員の方が、在宅歯科支援センターに電話で申し込みを行ってください。
②沖縄県歯科医師会 HP で訪問歯科診療対応から検索し直接電話で申し込みを行なってください。(http://www.okisi.org/index.jsp)

問い合わせ先

一般社団法人沖縄県歯科医師会
在宅歯科支援センター（沖縄県口腔保健医療センター）
ＴＥＬ　０９８―８８８―０６４８
ＦＡＸ　０９８―９９６―３５６４
沖縄県歯科医師会内
ＴＥＬ　０９８－９９６－３５６１
ＦＡＸ　０９８－９９６－３５６２



（３）　訪　問　薬　剤　管　理　指　導

医療機関の依頼に基づいて、在宅で療養している患者宅へ訪問を行い、服薬に関する療養上の管理や指導、助言等を行います。訪問に際しては、薬代のほかに別途料金（在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費）が必要になります。

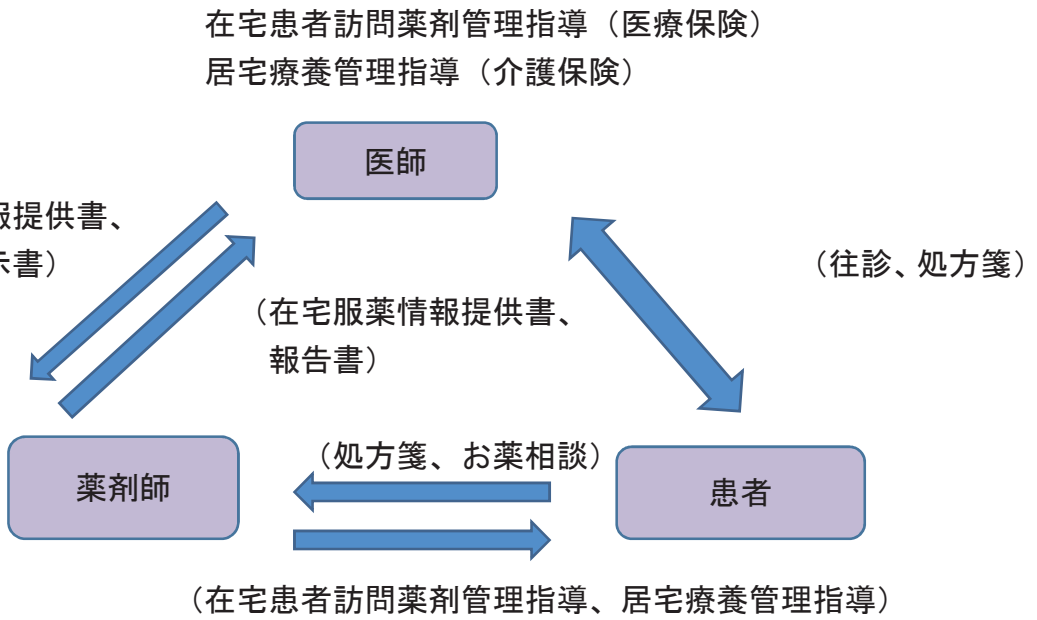
地域の在宅医療支援薬局の情報は、沖縄県薬剤師会のホームページに掲載されています。

＊相談例
１．薬を飲み忘れてしまう
２．薬が飲みにくくなっている
３．薬の副作用が心配
４．薬が余ってしまった、または、足りなくなってしまった
５．薬の種類が多すぎて、飲み合わせが心配
６．たくさんの薬を飲んでいるが、本当に必要なのだろうか？

問い合わせ先

一般社団法人沖縄県薬剤師会　在宅医療支援薬局一覧
http://www.okiyaku.or.jp/zaitaku/risto.html
ＴＥＬ　０９８－９６３－８９３０
ＦＡＸ　０９８－９６３－８９３２

在宅（医師・薬剤師・患者間）での医療の流れ



（４）　訪　問　看　護

看護師などが住まいを訪問し、療養生活を送っている方の看護を行うサービスです。

本人や家族の意思、ライフスタイルを尊重して、 QOL（生活の質）が向上できるよう予防的支援から看取りまでを支えます。

又、医師と連携し病気の発症や重症化を予防します。ケアマジャー・歯科医師・薬剤師・理学療法士・ヘルパーなどの多職種と連携し、状況に応じて他のサービスも取り入れていきます。

地域の訪問看護ステーションの情報は、沖縄県看護協会の訪問看護ネットおきなわや、沖縄県高齢者福祉介護課のホームページに掲載されています。

問い合わせ先

公益社団法人沖縄県看護協会　訪問看護ネット沖縄

http://hokan-okinet.jp/what_nursing/

ＴＥＬ　０９８－８９０－７９１０

ＦＡＸ　０９８－８８２－７９２５

沖縄県高齢者福祉介護課

http://www.pref.okinawa.jp/site/kodomo/korei/shido/kaisei/1/jigyousyoitirann.html

訪問看護開始までの簡単な流れ

主治医に『訪問看護指示書』を作成してもらう。

↓

訪問看護ステーションと契約。訪問看護指示書に基づき訪問看護計画書を作成。

↓

『訪問看護計画書』にしたがって、訪問看護をスタート。

（５）　訪　問　栄　養　食　事　指　導

管理栄養士が、利用者の自宅に訪問して、かかりつけ医の指示のもと、利用者の生活に合わせた作りやすく・食べやすい食事の工夫などを提案します。

また、医師の治療方針やケアプランに沿って、他の在宅サービスとも連携を取りながら、安心して在宅での療養生活ができるよう支援します。栄養ケア・ステーションで訪問管理栄養士を紹介しています。

対象者：下記の①②の条件を両方満たしている方が対象です。

① 介護保険の「要支援」または「要介護」認定を受けている方、もしくは医療保険を利用している方で、通院による療養が困難な方。

② 治療のために特別な食事管理を必要とする方。以下の疾患などが当てはまります。
糖尿病、高血圧、脂質異常症、貧血、腎臓病、心臓病、肝臓病、高度肥満症、痛風、膵臓病、胃・十二指腸潰瘍、噛む・飲み込むが難しい方、低栄養状態

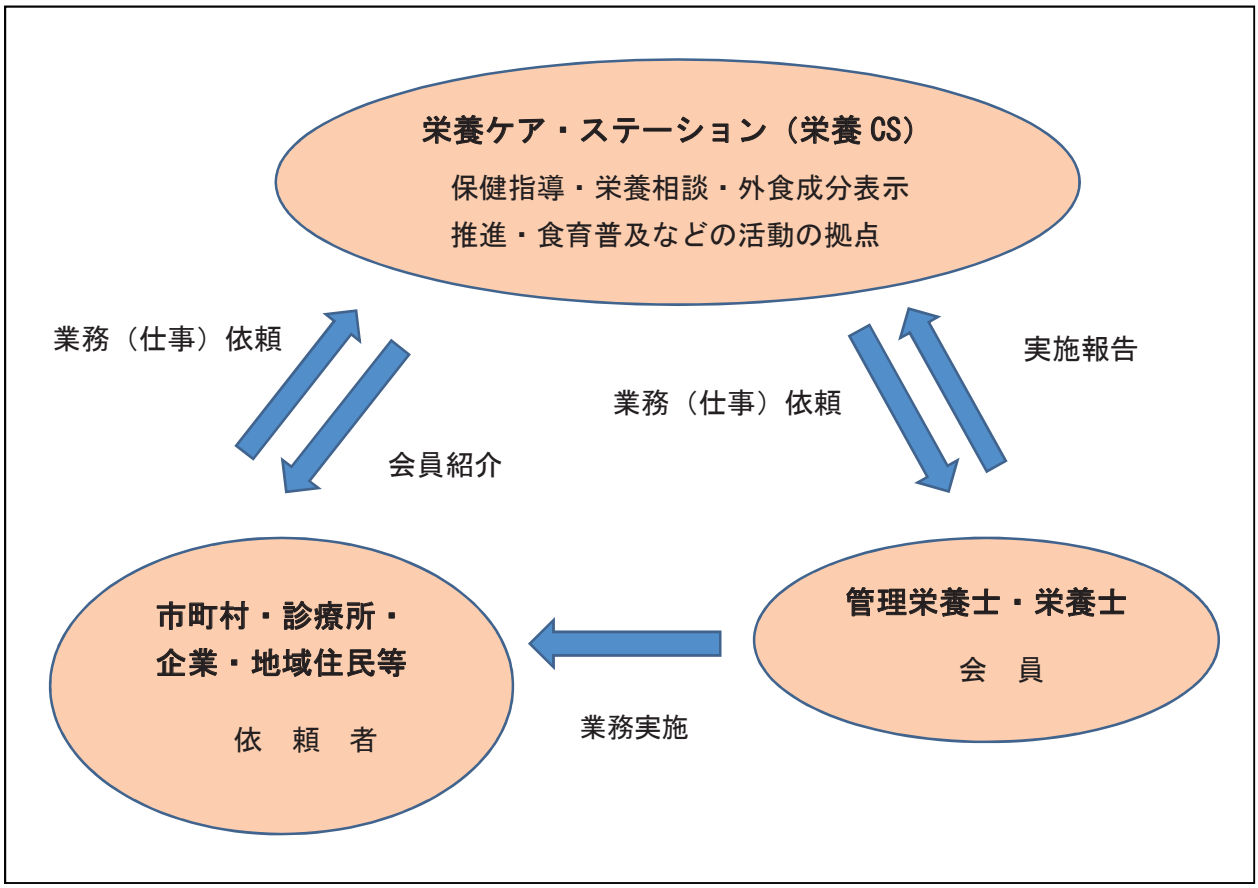
問い合わせ先

公益社団法人沖縄県栄養士協会　栄養ケア・ステーション

http://okinawa-eiyo.or.jp/carestation-jigyo/

ＴＥＬ　０９８－９４２－５３１１

ＦＡＸ　０９８－９４２－５３１２



（６）　訪問リハビリテーション

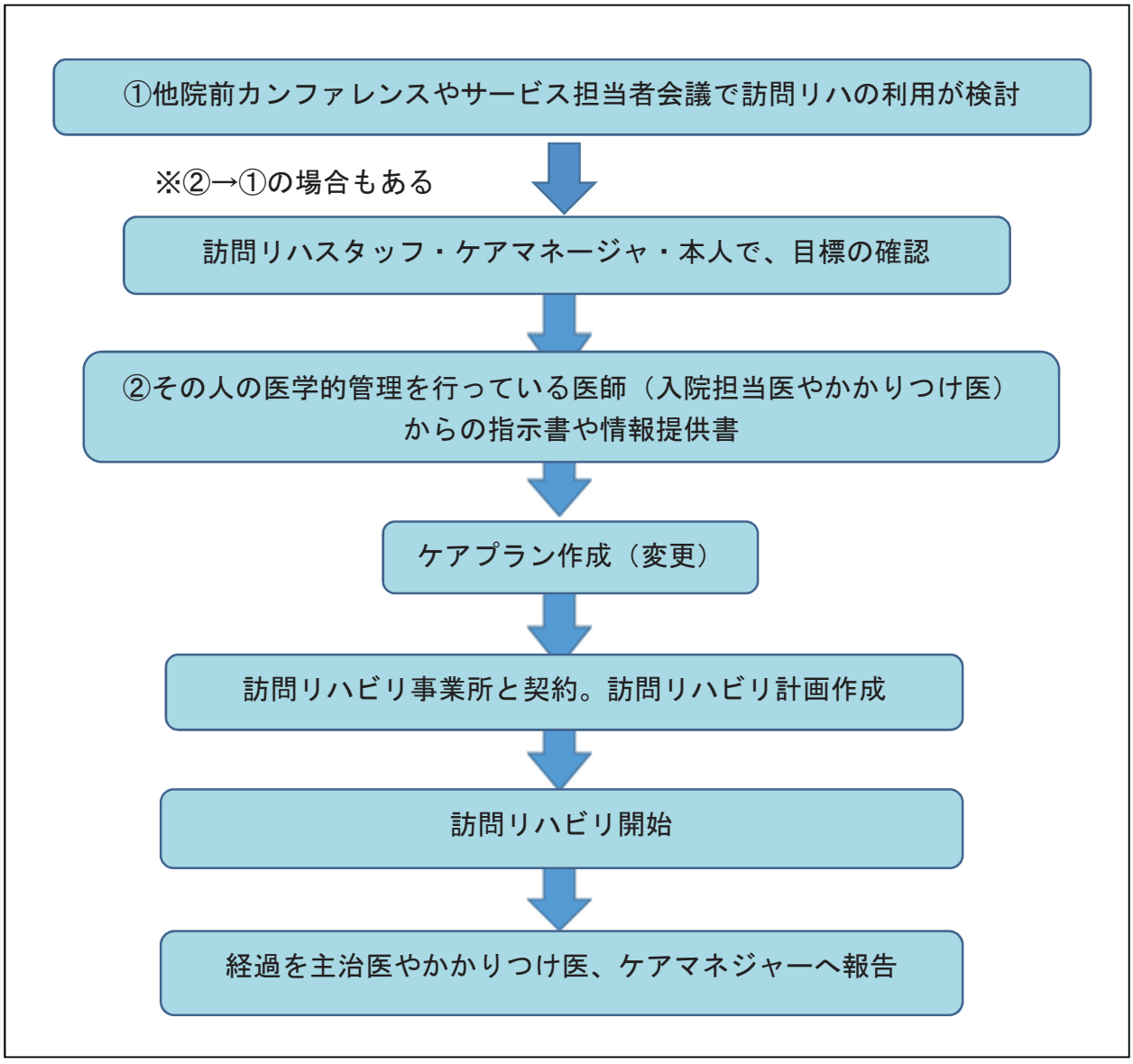
訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）とは、その人が自分らしく暮らすために、その生活する地域に出向き、リハの立場から行われる支援です。この中で、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、健康状態を把握したうえで、生活機能および背景因子を評価し、リハの概念に基づいて本人、家族等への直接的支援と関連職種への助言等の間接的支援を提供します。

（一般社団法人　日本訪問リハビリテーション協会）

問い合わせ先

訪問リハスタッフが所属する「病院」、「診療所」、「クリニック」、「介護老人保健施設」、「訪問看護ステーション＊」から、サービスを受けることができます。

＊訪問看護ステーションからの訪問リハの利用手順は前頁「訪問看護」を参照



（７）　訪　問　介　護

訪問介護は、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問し、食事・排泄・入浴などの生活動作の介助（身体介護）や、掃除・洗濯・買い物・調理などの家事が十分に出来ないなどの介助（生活援助）をします。

通院などを目的とした乗車・移送・降車の介助サービスを提供する事業所もあります。（要支援１～２の方は利用できません）

訪問介護では、次のようなサービスを受けることはできません。

＊直接利用者の援助に該当しないサービス

（例）利用者本人以外の家族のための家事や来客の対応　など

＊日常生活の援助の範囲を超えるサービス

（例）草むしりや花木の手入れ、ペットの世話、洗車、大掃除、窓のガラス磨き、家具の修理、正月の準備、など日常的な家事の範囲を超えること

介護予防訪問介護には、「身体介護」と「生活援助」の区別はありません。

問い合わせ先

一般社団法人沖縄県介護福祉士会

〒９０３－８６０３　沖縄県那覇市首里石嶺町４丁目３７３－１

沖縄県総合福祉センター西棟　４F

TEL　０９８－８８７－３３４４（平日１３時～１７時）

FAX　０９８－８８７－３３９１（２４時間受付可能）

Mail okikaigo@gmail.com

介護サービス利用を希望

↓

市町村の窓口か地域包括支援センターで介護認定申請の相談

↓

居宅介護支援事業者にケアプラン作成を依頼・サービス事業所と契約

（８）　医療ソーシャルワーカーの相談・援助

医療ソーシャルワーカーは、入退院に際して主に下記の方々の相談支援をしています。

（治療のことのみならず、様々な心配事を抱えている方々）

- ○　生活が苦しく医療費が支払えない方
- ○　体が不自由になってこれまで通りの生活ができない方
- ○　寝たきりや認知症のお年寄りを家で看る人がいない方
- ○　その他、患者さんやご家族だけで対処できない問題を抱えている方

（各種申請方法や利用の仕方に戸惑いを感じる方々）

- ○　医療保険・介護保険制度、社会福祉・年金制度など

社会福祉の専門職として

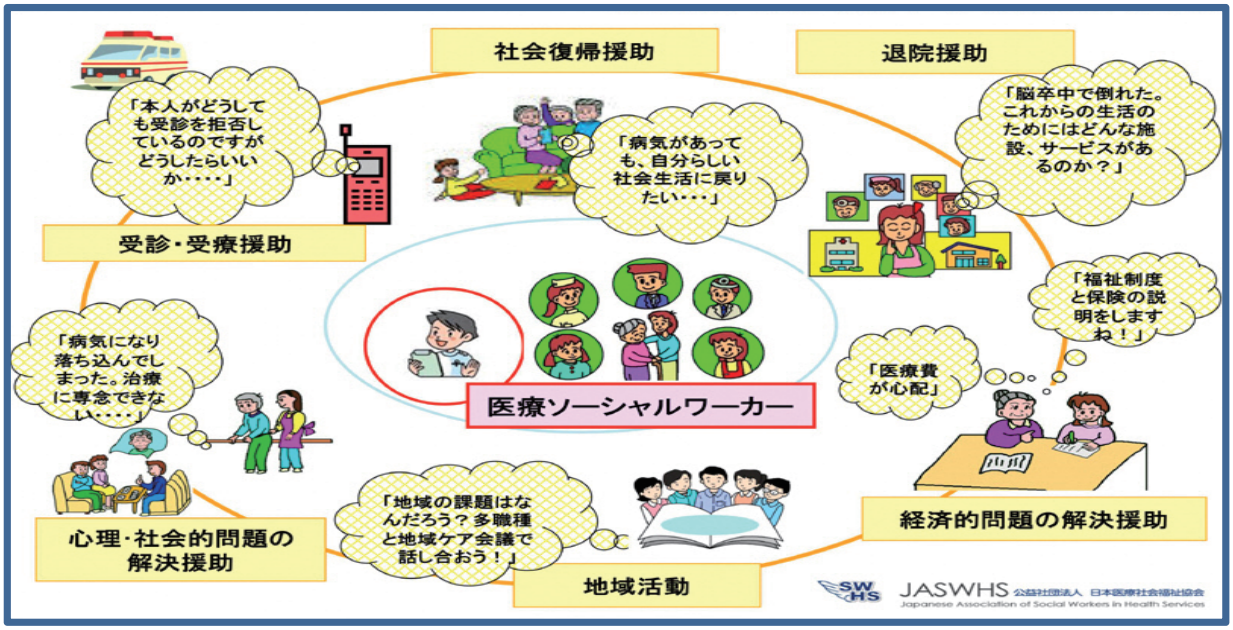
1　患者さんやご家族の不安をできるだけ軽減し、安心して治療に専念できるよう、患者さん・ご家族と、また他の専門職と一緒に話し合いを持ちながら、解決への援助をします。

2　患者さんを生活者として捉え、早く家庭人・社会人として家庭復帰・社会復帰できるよう、患者さんの権利を擁護し、生活全体を視野に入れた支援を行っています。

3　患者さんやご家族のニーズに合わせて、第三者的立場・中立的立場で仲介的機能・通訳機能・代弁機能により、関係機関への同行や家庭訪問、カンファレンスの開催調整等も行っています。

※　各医療機関の医療福祉相談室・地域医療連携室へお気軽にご相談ください。

連絡先　一般社団法人　沖縄県医療ソーシャルワーカー協会　事務局：大浜第一病院
〒９００－０００５　沖縄県那覇市天久１０００　http://www.msw-oaswhs.jp/
ＴＥＬ　０９８－８６６－５１７１　ＦＡＸ　０９８－８６９－４７２０



出典：公益社団法人日本医療社会福祉協会ＨＰ

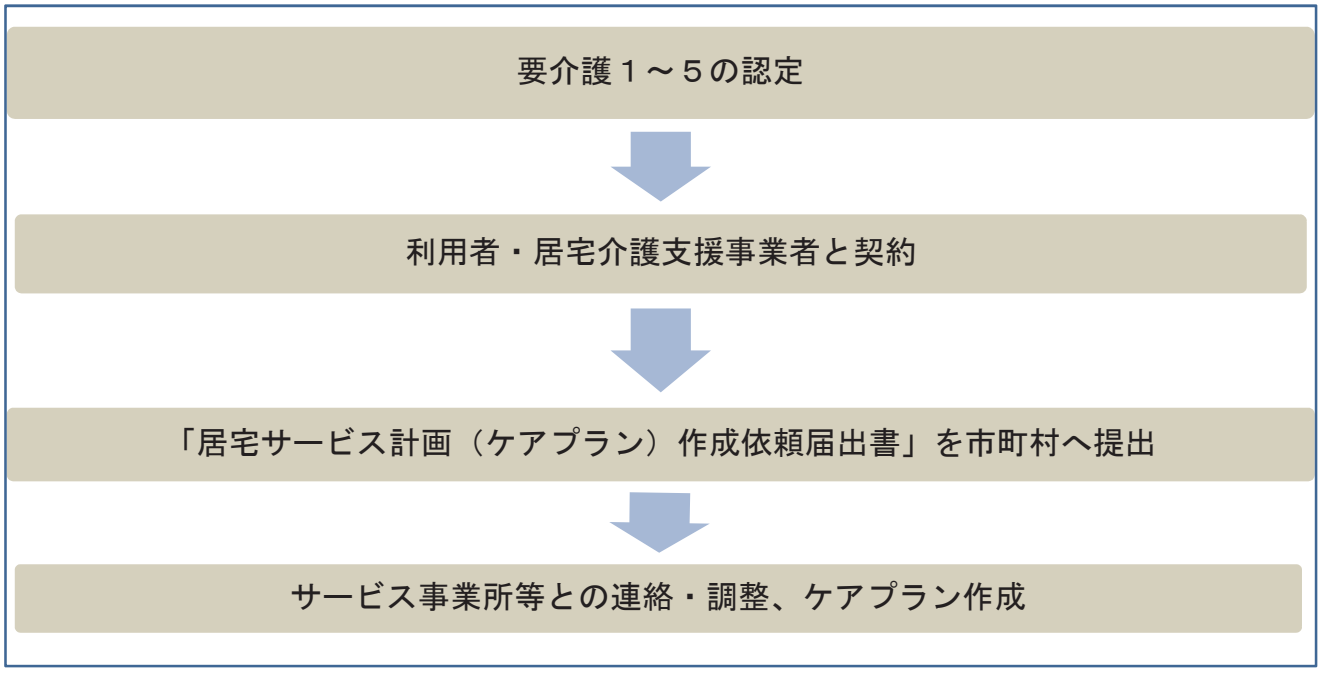
（９）　介護支援専門員の相談・援助

介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じて適切なサービス（居宅、地域密着型、施設、介護予防、地域密着型介護予防）を利用できるよう市町村、サービス事業者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けたものです。

利用者の抱える問題点を明らかにし、利用者の自立した日常生活を支援するために、解決すべき課題を把握（アセスメント）するために、居宅を訪問し、利用者等と面接を行います。

居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて居宅サービスの変更、サービス事業者等との連絡調整を行います。
モニタリングにあたっては、少なくとも一月に１回、利用者の居宅を訪問し、面接を行い、利用者の状況や介護サービス導入による効果を確認しケアプランの見直し等を行います。

問い合わせ先
一般社団法人　沖縄県介護支援専門員協会
〒９０３－８６０３　沖縄県那覇市首里石嶺町４丁目３７３－１
沖縄県総合福祉センター西棟
ＴＥＬ　０９８－８８７－４８３３　ＦＡＸ　０９８－８８７－４８３４
e-mail:info@okicare.jp



Ⅳ　関係機関連絡先

1. 地域包括支援センター

※市町村名は50音順で記載

市町村名／センター名		住　所	電話番号	FAX
粟国村地域包括支援センター		粟国村字東367	098-988-2017	098-988-2206
伊江村地域包括支援センター		伊江村字東江前38	0980-49-2002	0980-49-2003
石垣市地域包括支援センター		石垣市美崎町14	0980-84-3333	0980-83-5525
伊是名村地域包括支援センター		伊是名村字仲田1385-11	0980-45-2336	0980-45-2700
糸満市地域包括支援センター		糸満市潮崎町1-1	098-840-8114	098-840-8152
伊平屋村地域包括支援センター		伊平屋村字我喜屋251	0980-46-2142	0980-46-2956
浦 添 市	ていだ	浦添市内間4-23-21(2階)	098-870-0150	098-870-0234
	「仁」	浦添市城間1-37-1	098-917-2268	098-917-2267
	みなとん	浦添市伊祖4-16-1(1階)	098-876-3710	098-975-7014
	さっとん	浦添市仲間1-2-2(103)	098-877-3103	098-917-2066
	ゆいまぁる	浦添市西原2-3-7	098-917-5320	
うるま市	ぐしかわ北	うるま市栄野比462	098-972-3595	
	ぐしかわ ひがし	うるま市宮里265-4	098-974-4001	
	いしかわ	うるま市石川白浜2-3-5(1階)	098-965-6121	
	よなしろ	うるま市与那城屋慶名1410(1階)	098-983-0088	
	かつれん	うるま市勝連南風原4569-1(1階)	098-978-1551	
大宜味村地域包括支援センター		大宜味村字大兼久157	0980-44-3011	0980-44-3623
沖縄市地域包括支援センター		沖縄市仲宗根町26-1	098-929-3143	098-939-7819
恩納村地域包括支援センター		恩納村字恩納2451	098-966-1207	098-966-1266
嘉手納町地域包括支援センター		嘉手納町字嘉手納588	098-956-0849	098-956-0843
北谷町地域包括支援センター		北谷町字桑江226	098-936-1234	098-982-7715
北大東村地域包括支援センター		北大東村字中野212	09802-3-4567	09802-3-4000
北中城村地域包括支援センター		北中城村字喜舎場426-2(2階)	098-935-5922	098-935-5899
宜野座村地域包括支援センター		宜野座村字宜野座296	098-968-3253	098-968-5504
宜野湾市	ふてんま	宜野湾市普天間1-9-3	098-943-4165	098-943-4067
	かいほう	宜野湾市真志喜2-22-2	098-942-8377	098-898-2174
	ふれあい	宜野湾市我如古4-3-16(1階)	098-897-4167	098-897-4167
	ぎのわん	宜野湾市宜野湾3-3-13(2階)	098-896-1339	098-896-1340
金武町地域包括支援センター		金武町字金武1842	098-968-5933	098-968-5935
国頭村地域包括支援センター		国頭村字辺土名1437	0980-41-5711	0980-41-5801
久米島町地域包括支援センター		久米島町字比嘉2870	098-985-7124	098-985-7120
座間味村地域包括支援センター		座間味村字座間味109	098-896-4045	098-987-2004
竹富町地域包括支援センター		石垣市美崎町11-1	0980-82-6191	0980-82-6199
多良間村地域包括支援センター		多良間村字仲筋99-2	0980-79-2623	0980-79-2664
渡嘉敷村地域包括支援センター		渡嘉敷村字渡嘉敷747	098-896-4720	098-896-4720
読谷村地域包括支援センター		読谷村座喜味2901	098-982-9234	098-958-4125
渡名喜村地域包括支援センター		渡名喜村1917	098-989-2317	098-989-2197
豊見城市地域包括支援センター		豊見城市字翁長854-1	098-856-7727	098-856-7876
名護市地域包括支援センター		名護市大中2-12-1	0980-43-0022	0980-53-1754
中城村地域包括支援センター		中城村字当間176	098-895-1738	098-895-3048
今帰仁村地域包括支援センター		今帰仁村字仲宗根219	0980-51-5744	0980-56-5559
那覇市	石嶺	那覇市首里石嶺町2-97-1	098-886-7987	098-886-5381
	大名	那覇市首里大名町1-43-2	098-886-5177	098-886-5228
	繁多川	那覇市繁多川3-8-13	098-963-6478	098-963-6479
	松川	那覇市松川301-4	098-882-1622	098-882-1629
	識名	那覇市識名3-15-2(101)	098-987-1010	098-987-1334
	古波蔵	那覇市古波蔵4-13-13	098-855-6254	098-855-6234
	おもろまち	那覇市おもろまち3-6-3(3階)	098-860-3747	098-860-3748
	若狭	那覇市若狭2-1-10	098-863-1165	098-863-1203
	松尾	那覇市松尾2-16-45	098-864-0589	098-866-6830
	安里	那覇市安里1-7-3(7階)	098-860-2211	098-860-2220
	小禄	那覇市小禄551-1	098-858-0096	098-858-9077
	金城	那覇市金城2-2-7	098-857-7103 098-857-7104	098-857-7105
西原町地域包括支援センター		西原町字翁長591(2階)	098-882-0117	098-882-0881
南風原町地域包括支援センター		南風原町字兼城686(2階)	098-889-3534	098-889-7657
東村地域包括支援センター		東村字平良804	0980-43-2212	0980-43-3050
本部町地域包括支援センター		本部町字東5	0980-43-0565	0980-47-2185
南城市地域包括支援センター		南城市大里字仲間807	098-946-8980	098-882-8114
南大東村地域包括支援センター		南大東村字南144-1	09802-2-2036	09802-2-2669
宮古島市	ひらら	宮古島市平良字久貝706-1	0980-75-0656	0980-75-0657
	みやこ	宮古島市平良字西里144	0980-79-0811	0980-73-6370
八重瀬町地域包括支援センター		八重瀬町字東風平1188	098-998-9598	098-998-7164
与那国町地域包括支援センター		与那国町字与那国129	0980-87-3575	0980-87-2079
与那原町地域包括支援センター		与那原町字上与那原16	098-945-1525	0908-946-4597

２．　認知症地域支援推進員配置先

※市町村名は50音順で記載

市町村名/配置先機関名		住　所	電話番号	備考
石垣市地域包括支援センター		石垣市美崎町14	0980-84-3333	
伊是名村	ー	平成30年度配置予定		
糸満市地域包括支援センター		糸満市潮崎町1-1	098-840-8114	
浦添市	みなとん	浦添市伊祖4-16-1（1階）	098-876-3710	
	さっとん	浦添市仲間1-2-2（103）	098-877-3103	
	「仁」	浦添市城間1-37-1	098-917-2268	
	てぃだ	浦添市内間4-23-21（2階）	098-870-0150	
	ゆいまぁる	浦添市西原2-3-7	098-917-5320	
うるま市	介護長寿課 地域支援係	うるま市みどり町1-1-1	098-973-5112	
	ぐしかわ北	うるま市栄野比462	098-972-3595	
	ぐしかわ　ひがし	うるま市宮里265-4	098-974-4001	
	いしかわ	うるま市石川白浜2-3-5（1階）	098-965-6121	
	よなしろ	うるま市与那城屋慶名1410（1階）	098-983-0088	
	かつれん	うるま市勝連南風原4569-1（1階）	098-978-1551	
大宜味村	ー	平成29年度配置予定		
沖縄市基幹型地域包括支援センター		沖縄市仲宗根26-1	098-939-1212	
恩納村地域包括支援センター		恩納村字恩納2451	098-966-1207	
嘉手納町	社会福祉法人　幸仁会 比謝川の里	嘉手納町字久得２４２－１	098-957-3000	
北中城村地域包括支援センター		北中城村字喜舎場426-2（2階）	098-935-5922	
宜野座村	ー	平成29年度配置予定		
宜野湾市	ふてんま	宜野湾市普天間1-9-3	098-943-4165	
	かいほう	宜野湾市真志喜2-22-2	098-942-8377	
	ふれあい	宜野湾市我如古4-3-16（1階）	098-897-4167	
	ぎのわん	宜野湾市宜野湾3-3-13（2階）	098-896-1339	
金武町地域包括支援センター		金武町字金武1842	098-968-5933	
久米島町		久米島町字比嘉2870	098-985-7124	
北谷町	福祉課	北谷町字桑江226	098-936-1234	
渡嘉敷村	社会福祉法人 渡嘉敷村社会福祉協議会	渡嘉敷村字渡嘉敷７４７番地	098-987-3721	
豊見城市地域包括支援センター		豊見城市字翁長854-1	098-856-7727	
中城村地域包括支援センター		中城村字当間176	098-895-1738	
今帰仁村地域包括支援センター		今帰仁村字仲宗根219	0980-51-5744	
名護市地域包括支援センター		名護市大中2-12-1	0980-43-0022	H29年4月より「物忘れ相談」毎月第2水曜　10:00～16:00
那覇市	石嶺	那覇市首里石嶺町2-97-1	098-886-7987	
	大名	那覇市首里大名町1-43-2	098-886-5177	
	繁多川	那覇市繁多川3-8-13	098-963-6478	
	松川	那覇市松川301-4	098-882-1622	
	識名	那覇市識名3-15-2（101）	098-987-1010	
	古波蔵	那覇市古波蔵4-13-13	098-855-6254	
	おもろまち	那覇市おもろまち3-6-3（3階）	098-860-3747	
	若狭	那覇市若狭2-1-10	098-863-1165	
	松尾	那覇市松尾2-16-45	098-864-0589	
	安里	那覇市安里1-7-3（7階）	098-860-2211	
	小禄	那覇市小禄551-1	098-858-0096	
	金城	那覇市金城2-2-7	098-857-7103 098-857-7104	
南城市	生きがい推進課 地域包括支援センター	南城市大里字仲間807	098-946-8980	
西原町	ー	平成29年度配置予定		
南風原町	保健福祉課 地域包括支援センター	南風原町字兼城686（2階）	098-889-3534	
南大東村	福祉民生課	南大東村字南144-1	09802-2-2036	
	地域包括支援センター	南大東村字在所308	09802-2-4080	
	保健センター	南大東村字南144-1	09802-2-2116	
宮古島市	ひらら	宮古島市平良字久貝706-1	0980-75-0656	
	みやこ	宮古島市平良字西里144	0980-79-0811	
	高齢者支援課 介護予防係	宮古島市平良字西里186	0980-73-1979	
本部町地域包括支援センター		本部町字東5	0980-43-0565	
八重瀬町地域包括支援センター		八重瀬町字東風平1188	098-998-9598	
与那国町	ー	平成29年度配置予定		
与那原町	ケアプランセンターうみちか	与那原町字東浜17-16	098-882-0088	
読谷村地域包括支援センター		読谷村座喜味2901	098-982-9234	

※記載のない町村について、認知症に関するお問い合わせは役所もしくは地域包括支援センターにご連絡ください。

３．県・市町村主管課

自治体名（市町村名）	担当課名	住　所	電話番号
沖 縄 県	高齢者福祉介護課 福祉政策課	那覇市泉崎１丁目２番２号	０９８－８６６－２３３３（代） ０９８－８６６－２２１４（直） ０９８－８６６－２１６４（直）
那 覇 市	ちゃーがんじゅう課	那覇市泉崎１丁目１番１号	０９８－８６７－０１１１（代） ０９８－８６２－９０１０（直）
宜野湾市	介護長寿課	宜野湾市野嵩１丁目１番１号	０９８－８９３－４４１１（代）
浦 添 市	介護保険課	浦添市安波茶１丁目１番１号	０９８－８７６－１２３４（代）
名 護 市	介護長寿課	名護市港１丁目１番１号	０９８０－５３－１２１２（代）
うるま市	介護長寿課	うるま市みどり町１丁目１番１号	０９８－９７４－３１１１（代） ０９８－９７３－５１１２（直）
沖 縄 市	高齢福祉課	沖縄市仲宗根２６番１号	０９８－９３９－１２１２（代）
南 城 市	生きがい推進課	南城市大里字仲間８０７番地	０９８－９４８－７１１１（代） ０９８－９４６－８９８０（直）
豊見城市	障がい・長寿課	豊見城市字翁長８５４番地１	０９８－８５０－００２４（代） ０９８－８５６－４２９２（直）
糸 満 市	介護長寿課	糸満市潮崎町１丁目１番地	０９８－８４０－８１１１（代） ０９８－８４０－８１１４（直）
宮古島市	高齢者支援課	宮古島市平良字西里１８６番地	０９８０－７２－３７５１（代） ０９８０－７３－１９７９（直）
石 垣 市	介護長寿課	石垣市美崎町１４番地	０９８０－８２－９９１１（代） ０９８０－８４－３３３３（直）
本 部 町	福祉課	本部町字東５番	０９８０－４７－２１０１（代） ０９８０－４７－２１６５（直）
金 武 町	保健福祉課	金武町字金武１番地	０９８－９６８－２１１１（代） ０９８－９６８－３５５９（直）
嘉手納町	福祉課	嘉手納町字嘉手納５８８番地	０９８－９５６－１１１１（代）
北 谷 町	福祉課	北谷町字桑江２２６番地	０９８－９３６－１２３４（代）
西 原 町	介護支援課	西原町字与那城１４０番地１	０９８－９４５－５０１１（代） ０９８－９４５－５０１３（直）
与那原町	福祉課	与那原町字上与那原１６番地	０９８－９４５－２２０１（代） ０９８－９４５－１５２５（直）
南風原町	保健福祉課	南風原町字兼城６８６番地	０９８－８８９－４４１５（代）
八重瀬町	社会福祉課	八重瀬町字東風平１１８８番地	０９８－９９８－２２００（代） ０９８－９９８－９５９８（直）
久米島町	福祉課	久米島町字比嘉２８７０番地	０９８－９８５－７１２１（代） ０９８－９８５－７１２４（直）
竹 富 町	介護福祉課	石垣市美崎町１１番地１	０９８０－８２－６１９１（代）
与那国町	長寿福祉課	与那国町字与那国１２９番地	０９８０－８７－２２４１（代） ０９８０－８７－３５７５（直）
国 頭 村	福祉課	国頭村字辺土名１２１番地	０９８０－４１－２１０１（代） ０９８０－４１－２７６５（直）
東　村	福祉保健課	東村字平良８０４番地	０９８０－４３－２２０１（代） ０９８０－４３－２２０２（直）
大宜味村	住民福祉課	大宜味村字大兼久１５７番地	０９８０-４４－３００１（代） ０９８０－４４－３００３（直）
今帰仁村	福祉保健課	今帰仁村字仲宗根２１９番地	０９８０－５６－２１０１（代） ０９８０－５６－４１８９（直）
宜野座村	健康福祉課	宜野座村字宜野座２９６番地	０９８－９６８－５１１１（代）
恩 納 村	福祉健康課	恩納村字恩納２４５１番地	０９８－９６６－１２００（代）
読 谷 村	福祉課	読谷村座喜味２９０１番地	０９８－９８２－９２００（代） ０９８－９８２－９２０９（直）
北中城村	福祉課	北中城村字喜舎場４２６番地２	０９８－９３５－２２３３（代）
中 城 村	福祉課	中城村字当間１７６番地	０９８－８９５－２１３１（代）
伊平屋村	住民課	伊平屋村字我喜屋２５１番地	０９８０－４６－２００１（代） ０９８０－４６－２１４２（直）
伊是名村	住民福祉課	伊是名村字仲田１２０３番地	０９８０－４５－２００１（代）
伊 江 村	住民課	伊江村字東江前３８番地	０９８０－４９－２００１（代） ０９８０－４９－２００２（直）
渡嘉敷村	民生課	渡嘉敷村字渡嘉敷１８３番地	０９８－９８７－２３２１（代）
座間味村	総務・福祉課	座間味村字座間味１０９番地	０９８－９８７－２３１１（代）
粟 国 村	民生課	粟国村字東３６７番地	０９８－９８８－２０１６（代）
渡名喜村	民生課	渡名喜村１９１７番地３	０９８－９８９－２００２（代） ０９８－９８９－２３１７（直）
北大東村	福祉衛生課	北大東村字中野２１８番地	０９８０２－３－４００１（代）
南大東村	福祉民生課	南大東村字南１４４番地１	０９８０２－２－２００１（代）
多良間村	住民福祉課	多良間村字仲筋９９番地２	０９８０－７９－２０１１（代）
沖縄県介護保険広域連合	業務課	読谷村字比謝矼５５番地（２階）	０９８－９１１－７５０２（直）

４．医師会

医師会名	住　所	電話番号
沖縄県医師会	南風原町字新川218-9	098-888-0087
那覇市医師会	那覇市東町26-1	098-868-7579
浦添市医師会	浦添市伊祖3-3-1 アルマーレ101	098-874-2344
北部地区医師会	名護市字宇茂佐の森5-2-7 北部会館4階	098-882-1622
中部地区医師会	北谷町字宮城1-584	098-936-8200
南部地区医師会	八重瀬町字友寄891-1	098-998-8572
宮古地区医師会	宮古島市平良字東仲宗根807-5（2階）	0980-73-1639
八重山地区医師会	石垣市字登野城548-4（2階）	0980-82-6240

保健所・福祉事務所

※難病、精神を合併している高齢者の場合、保健所へご相談ください

保健所名	住　所	管轄市町村	電話番号
那覇市保健所	那覇市与儀1-3-21	那覇市	098-853-7962
北部保健所	名護市大中2-13-1	名護市、国頭村、東村、大宜味村、今帰仁村、本部町、伊江村、伊平屋村、伊是名村	0980-52-2704
北部福祉事務所			0980-52-2715
中部保健所	沖縄市美里1-6-28	うるま市、沖縄市、宜野湾市、宜野座村、金武町、恩納村、読谷村、嘉手納町、北谷町、北中城村、中城村	098-938-9700
中部福祉事務所			098-989-6603
南部保健所	南風原町字宮平212	浦添市、久米島町、渡嘉敷村、座間味村、粟国村、渡名喜村、北大東村、南大東村、豊見城市、糸満市、南城市、西原町、与那原町、南風原町、八重瀬町	098-889-6945
南部福祉事務所			098-889-6370
宮古保健所	宮古島市平良字東仲宗根476	宮古島市、多良間村	0980-72-8447
宮古福祉事務所			0980-72-3771
八重山保健所	石垣市字真栄里438	石垣市、竹富町、与那国町	0980-82-3241
八重山福祉事務所			0980-82-2330

職能団体

職能団体名	住　所	電話番号
沖縄県歯科医師会	南風原町字新川218-1	098-996-3561
沖縄県看護協会	南風原町字新川272-17	098-888-3155
沖縄県薬剤師会	南風原町字新川218-10	098-963-8930
沖縄県栄養士会	浦添市沢岻2-23-1 沖縄県保健医療福祉事業団4階	098-942-5321
沖縄県リハビリテーション専門職連絡協議会	沖縄市諸見里1-4-22（301）	098-930-5023
沖縄県理学療法士協会		
沖縄県作業療法士会	那覇市首里石嶺町4-373-1 沖縄県総合福祉センター内	098-988-3711
沖縄県言語聴覚士会	那覇市天久1000 大浜第一病院リハビリテーション科内	098-923-3087
沖縄県介護支援専門員協会	那覇市首里石嶺町4-373-1 沖縄県総合福祉センター東棟309	098-887-4833
沖縄県介護福祉士会	那覇市首里石嶺町4-373-1 沖縄県総合福祉センター内	098-887-3344
沖縄県社会福祉士会	那覇市首里石嶺町135-1（207）	098-943-4249
沖縄県医療ソーシャルワーカー協会	那覇市天久1000 大浜第一病院 地域医療連携室	098-886-5171

５．病院

	No	医療機関名称	部署名	郵便番号	住所	電話番号	ＦＡＸ番号
北部	1	北山病院	地域医療連携課	905-0428	今帰仁村今泊２８０	0980-56-5722	0980-56-2340
	2	もとぶ野毛病院	相談室	905-0212	本部町大浜８８０－１	0980-47-3001	0980-47-3003
	3	ノーブルメディカルセンター		905-0206	本部町字石川972	0980-51-7007	
	4	北部地区医師会病院	連携課（相談室）	905-0006	名護市字茂佐１７１２－３	0980-54-1111	0980-53-7541
	5	沖縄県立北部病院	地域医療連携室	905-0017	名護市大中２－１２－３	0980-52-2719	0980-52-4298
	6	勝山病院	地域連携室	905-0007	名護市屋部４６８－１	0980-53-7777	0980-53-7735
	7	北部地区医師会附属病院	地域連携室	905-0006	名護市字茂佐１７１０番地９	0980-54-0810	0980-54-6890
	8	名護療育医療センター	地域医療連携室・医療福祉相談室	905-0006	名護市字宇茂佐1765	0980-52-0957	
	9	宮里病院	相談室	905-0006	名護市字宇茂佐1763-2	0980-53-7771	
中部	10	かんな病院	地域医療相談室	904-1304	宜野座村漢那４６９	098-968-3661	
	11	琉球病院	地域医療連携室	904-1201	金武町金武７９５８－１	098-968-2133	098-968-7370
	12	平和病院	地域連携相談室	904-2222	うるま市字上江洲６６５	098-974-3260	098-974-5169
	13	沖縄県立中部病院	入退院支援室	904-2243	うるま市宮里２８１番地	098-973-4111	098-982-6568
	14	いずみ病院	相談室	904-2205	うるま市栄野比１１５０	098-972-7788	098-972-7319
	15	うるま記念病院		904-2201	うるま市昆布１８３２番地３９７	098-972-6000	098-972-6001
	16	与勝病院	地域医療連携室・医療福祉相談室	904-2311	うるま市勝連南風原３５８４	098-978-5235	098-978-5244
	17	中部協同病院	地域医療連携室	904-2153	沖縄市美里１－３１－１５	098-938-8828	098-938-9096
	18	翔南病院	地域医療連携室	904-0034	沖縄市山内３－１４－２８	098-930-3020	098-932-6833
	19	中頭病院	入退院管理室	904-2195	沖縄市字登川６１０番地	098-934-1405	098-929-3125
	20	新垣病院	地域医療相談室	904-0012	沖縄市安慶田４－１０－３	098-933-2756	098-932-9677
	21	沖縄ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ病院	ソーシャルワーカー室	904-2173	沖縄市比屋根2-15-1	098-982-1112	098-982-1768
	22	沖縄中部療育医療センター	地域医療連携室・医療福祉相談室	904-2173	沖縄市比屋根5-2-17	098-932-6077	
	23	ちゅうざん病院	医療相談室・地域連携室	904-2151	沖縄市松本６丁目２番１号	098-982-1346	098-982-1347
	24	沖縄中央病院	地域医療連携室	904-2143	沖縄市字知花5-26-1	098-938-3188	
	25	潮平病院	医療連携室	904-0021	沖縄市胡屋１－１７－１	098-937-2054	098-937-1905
	26	名嘉病院		904-0203	嘉手納町嘉手納２５８	098-956-1161	098(956)3201
	27	北上中央病院	地域医療連携室・医療福祉相談室	904-0101	北谷町上勢頭６３１－９	098-936-5111	098-936-9225
	28	北谷病院		904-0101	北谷町字上勢頭６３１番地４	098-936-5611	098-936-5614
	29	北中城若松病院	医療福祉相談課	901-2314	北中城村大城３１１番地	098-935-2277	098-875-6036
	30	屋宜原病院	地域医療連携室	901-2304	北中城村屋宜原７２２番地	098-933-1580	098-833-1589
	31	中部徳洲会病院	地域医療連携室	901-2393	北中城村アワセ土地区画整理事業地内２街区１番	098-932-1110	098-931-9595
	32	ハートライフ病院	地域医療連携室	901-2417	中城村伊集２０８	098-895-3255	098-895-5685
	33	沖縄病院	地域医療連携室	901-2214	宜野湾市我如古３－２０－１４	098-898-2121	098-898-6433
	34	玉木病院	相談課	901-2206	宜野湾市愛知３丁目９番１１号	098-892-5336	098-892-7310
	35	海邦病院	地域連携室	901-2224	宜野湾市真志喜２－２３－５	098-898-2111	
	36	宜野湾記念病院	医療相談室	901-2211	宜野湾市宜野湾３－３－１３	098-893-2101	098-892-8863
	37	琉球大学医学部附属病院	医療福祉支援センターシエント	903-0215	西原町字上原２０７	098-895-3331	098-895-1486
	38	アドベンチスト　メディカルセンター	医療福祉相談室	903-0116	西原町幸地８６８	098-946-2833	
	39	嶺井第一病院	医療相談室	901-2113	浦添市大平４６６	098-877-5806	098-879-6496
	40	浦添総合病院	医療相談・医療連携支援室「かけはし」	901-2132	浦添市伊祖４－１６－１	098-878-0231	098-878-0231
	41	同仁病院	地域医療部	901-2133	浦添市城間１丁目３７番１２号	098-970-5375	098-874-7033
	42	平安病院	地域連携係	901-2111	浦添市経塚３４６	098-877-6467	098-942-1580
	43	嶺井リハビリ病院	相談室	901-2131	浦添市牧港３丁目１番１０号	098-874-0100	098-874-0106
	44	沖縄療育園		901－2111	浦添市字経塚７１４	098-877-3478	
	45	牧港中央病院	地域連携室	901-2131	浦添市牧港１１９９	098-877-0575	
	46	沖縄赤十字病院	地域医療連携室「ゆいねっと」	902-0076	那覇市与儀１丁目３番１号	098-853-3134	098-836-5683
	47	仲本病院	地域連携室	902-0061	那覇市古島１－２２－１	098-885-3333	098-885-3338
	48	那覇市立病院	医療福祉相談室	902-0061	那覇市古島２丁目３１番地１	098-884-5111	098-886-5502
	49	沖縄協同病院	地域連携課	900-0024	那覇市古波蔵４丁目１０番５５号	098-911-5167	098-853-1235
	50	天久台病院	相談室	900-0005	那覇市天久１１２３	098-868-2114	098-868-2129
	51	琉生病院		902-0066	那覇市大道５６番地	098-885-5131	098-887-0748
	52	大原病院		902-0064	那覇市寄宮３－１２－１２	098-854-0211	
	53	大道中央病院		902-0067	那覇市安里１丁目１番３７号	098-869-0005	
	54	大浜第一病院		900-0005	那覇市天久１０００番地	098-866-5171	
	55	田崎病院	相談室	902-0062	那覇市松川319	098-885-2375	
	56	小禄病院	地域連携室	901-0152	那覇市小禄５４７－１	098-857-1789	
	57	西武門病院		900-0034	那覇市東町５番２２号	098-868-2468	
	58	沖縄南部療育医療センター		902-0064	那覇市寄宮２丁目３番１号	098-832-3283	098-835-1291

	No	医療機関名称	部署名	郵便番号	住所	電話番号	ＦＡＸ番号
南部	59	おもろまちメディカルセンター	地域連携室･医療相談室	900-0011	那覇市上之屋１丁目３番１号	098-867-2116	098-867-5705
	60	オリブ山病院	医療相談室	903-0804	那覇市首里石嶺町４－３５６	098-886-2311	
	61	沖縄セントラル病院		902-0076	那覇市与儀１－２６－６	098-854-5511	098-854-5519
	62	川平病院		900-0024	那覇市古波蔵３－５－２５	098-836-1101	
	63	とよみ生協病院	地域連携課	901-0201	豊見城市真玉橋５９３－１	098-850-7955	098-840-2565
	64	豊見城中央病院	医療相談室	901-0243	豊見城市上田２５番地	098-850-3811	098-852-2152
	65	大浜第二病院	医療福祉課	901-0215	豊見城市渡嘉敷１５０	098-851-0103	098-851-0200
	66	サマリヤ人病院		901-1105	南風原町新川４６０番地	098-889-1328	
	67	沖縄県立精和病院	地域連携室・医療福祉相談室	901-1105	南風原町新川２６０	098-889-1390	
	68	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	地域医療連携室	901-1105	南風原町新川１１８番地の１	098-888-0123	
	69	沖縄第一病院	地域医療連携室	901-1111	南風原町兼城６４２－１	098-888-1151	
	70	久田病院	地域医療部（相談室）	901-1101	南風原町大名２７５	098-889-3206	098-889-5311
	71	博愛病院		901-1105	南風原町新川４８５－１	098-889-4830	
	72	与那原中央病院	患者相談窓口	901-1303	与那原町与那原２９０５	098-945-8101	098-945-8106
	73	沖縄メディカル病院	医療相談室	901-1414	南城市佐敷字津波古西原２３１０番地	098-947-3555	098-947-3335
	74	南部徳洲会病院	地域医療連携室	901-0417	八重瀬町外間１７１番地１	098-998-3221	
	75	西崎病院	地域連携室	901-0314	糸満市座波３７１－１	098-992-0055	098-992-0052
	76	南部病院	地域連携相談室	901-0362	糸満市真栄里８７０番地	098-994-0501	098-994-7792
	77	糸満晴明病院	地域医療相談課	901-0334	糸満市字大度520	098-979-2011	098-997-3885
	78	勝連病院	医療福祉相談室	901-0331	糸満市真栄平１０２６	098-997-3104	
	79	南山病院		901-0313	糸満市字賀数406-1	098-994-3660	
	80	白銀病院		901-0361	糸満市糸満２０４１－５	098-994-2582	098-994-3307
	81	公立久米島病院	地域連携・医療相談室	901-3121	久米島町嘉手苅５７２－３	098-985-5555	098-985-5565
宮古	82	宮古島リハビリ温泉病院		906-0011	宮古島市平良東仲宗根添１８９８－７	0980-73-0800	09807-3-0807
	83	宮古島徳洲会病院	地域連携室	906-0014	宮古島市平良松原５５２－１	09807-3-1100	09807-3-1900
	84	沖縄県立宮古病院	地域連携室・なんでも相談室	906-0013	宮古島市平良字下里４２７番１	0980-72-3151	0980-74-3105
八重山	85	かりゆし病院	地域療養支援室	907-0024	石垣市新川２１２４	0980-83-5600	0980-88-7575
	86	沖縄県立八重山病院	地域連携室	907-0022	石垣市大川７３２	0980-83-2525	0980-83-2553
	87	石垣島徳洲会病院	地域医療連携室・医療福祉相談室	907-0001	石垣市大浜字南大浜４４６－１	0980-88-0123	0980-82-9511

有床診療所

	No	医療機関名称	部署名	郵便番号	住所	電話番号	ＦＡＸ番号
中部	1	藤真会　プラザクリニック		904-0023	沖縄市久保田１－１０－５	098(933)5719	
	2	医療法人明心　宜野湾胃腸科医院		901-2215	宜野湾市真栄原２－３－５	098-898-5282	
	3	池原外科胃腸科医院		901-2201	宜野湾市新城２－４０－２７	098-893-1531	
南部	4	とうま内科		903-0116	西原町幸地９７２	098-946-3799	098-946-3905
	5	浦添中央医院		901-2114	浦添市安波茶１－２１－２７	098-877-1611	
	6	末吉内科外科胃腸科医院		901-2121	浦添市内間４－１－１８	098-878-2271	
	7	丸勝中央クリニック		901-2113	浦添市大平１－２８－１	098-878-5500	
	8	かりまた内科医院		901-2121	浦添市内間４－２３－２１	098-878-5126	
	9	医療法人豊誠会　牧港クリニック		901-2131	浦添市牧港４－２４－７	098-871-1500	098-871-1501
	10	社会医療法人仁愛会　浦添胃腸科外科医院		901-2121	浦添市内間四丁目１８番３号	098-874-6128	098-874-6132
	11	嶺井医院		902-0067	那覇市安里３９５－２	098-887-7646	
	12	岸本外科医院		902-0062	那覇市松川４０３	098-884-8430	098-886-3515
	13	友寄クリニック		900-0021	那覇市泉崎２－２－６	098-855-0852	
	14	仲松胃腸科外科		900-0015	那覇市久茂地２丁目１３番３号	098-861-3875	
	15	神谷医院		902-0077	那覇市長田１－１２－３５	098-834-0128	
	16	医療法人　城南会　小禄みなみ診療所		901-0147	那覇市宮城１－１－３７	098-857-3949	
	17	こくら台ハートクリニック		902-0075	那覇市国場１１６９－２０	098-855-8810	
	18	喜屋武内科・呼吸器科		900-0004	那覇市銘苅２－１１－２２	098-868-5676	
	19	前田胃腸科医院		902-0063	那覇市三原２－１５－１２	098-832-4889	
	20	光輪会沖縄クリニック		903-0807	那覇市首里久場川町２丁目８番２号	098-886-5790	098-886-5791
	21	兼島医院		901-0361	糸満市糸満１５０５－２	098-992-4850	
宮古	22	いけむら外科・胃腸科・肛門科		906-0012	宮古島市平良西里９７８－２	0980-73-6300	
	23	真喜屋精神神経科医院		906-0005	宮古島市平良西原２２５１－５	0980-73-1000	0980-73-1008
	24	城辺中央クリニック		906-0104	宮古島市城辺比嘉６２８－５	0980-77-4693	
	25	池村内科医院		906-0007	宮古島市平良東仲宗根１９４番地	0980-72-3500	0980-73-5100

Ⅴ　参考文献・資料

1．意思決定支援・在宅看取り等に関する資料

今後何処で、どのように生活するかを決めるとき、また病状の変化により、飲食ができなくなったとき等、医療や介護の現場では、重要な決定をしなければならない場面が多くあります。

本人の決定を基本とした上で、医療・ケアチームが本人の最善を考えるプロセスを踏むことが重要です。関連するガイドラインが作成されていますので、参考にしましょう。

＊「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」
厚生労働省、平成19年5月（改訂　平成27年3月）

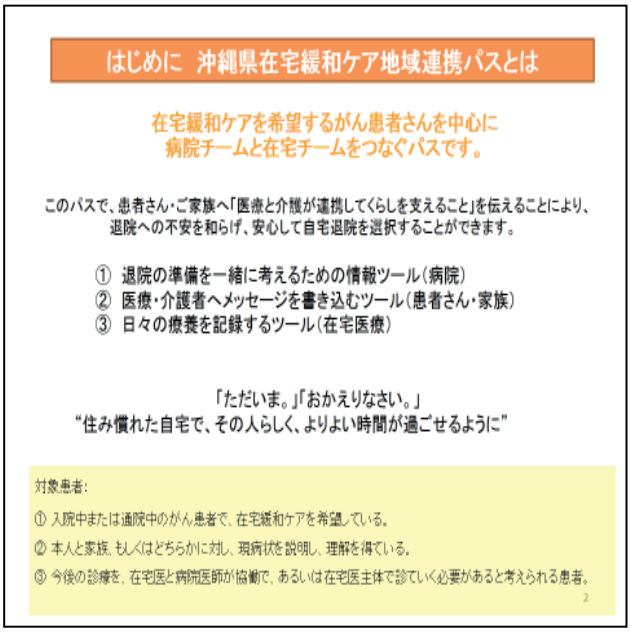
＊「高齢者ケアの意志決定プロセスに関するガイドライン　人工的水分・栄養補給の導入を中心として」、社団法人日本老年医学会、平成24年6月27日

＊「終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～」、
公益社団法人全日本病院協会、平成28年11月

2．「在宅緩和ケア地域連携パス」について

在宅緩和ケアを必要とする患者が、その主旨に同意したうえで安心して在宅療養へ移行し、多くの専門職との連携をもって質の高い在宅療養生活を継続できるよう支援することを目指したパスも試行が始まっています。がん患者さん以外にも参考になります。

＊「うちな～がんネット　がんじゅう（沖縄県がん診療連携協議会運営サイト）」＜全県統一5大がん地域連携クリティカルパス＞　http://www.okican.jp/index.jsp



３．参考文献・資料

・**厚生労働省ホームページ**
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
・**『東京都退院支援マニュアル～病院から住み慣れた地域へ、安心して生活が送れるために～』**東京都福祉保健局、平成２８年３月改訂版
・**『福岡市　退院時連携の基本的な進め方の手引き』**、福岡市保健福祉局高齢社会部地域包括ケア推進課、平成２７年３月
・**『「医療・介護連携シート」ICT 版活用の手引き』**、岡山県備中保健所・医療・看護・介護連携推進会議、医療・看護・介護実務者連絡会
・**『【入退院時のスムーズな連携シート】活用マニュアル』**、姶良地区医師会・在宅医療推進地域支援事業
・**『平成 27 年版　在宅支援ハンドブック～在宅ケアを支えるいきいき情報～在宅サービス手引書』**、熊本市地域リハビリテーション協議会・在宅サービス手引書編集委員会編
・**『北見市入退院連絡の手引き Ver.1～高齢者等が在宅で安心して暮らせることを目指して～』**、北見市保険福祉部介護福祉課、平成２８年９月
・**『北播磨圏域における入・退院連携マニュアル（平成 25 年 12 月）』**、兵庫県北播磨県民局　北播磨圏域病院・在宅連携推進会議
・**『医療と介護の連携シート説明（平成 26 年 4 月 1 日）』**、東京都世田谷区保健福祉部計画調整課
・**『医療と介護の連携～ケアマネージャーの立場から～』**、株式会社日本生命科学研究所　日生薬局介護支援事業部　管理者　板垣恭子
・**『盛岡圏域入退院調整支援ガイドライン』**、盛岡広域振興局・岩手県県央保健所、平成２７年３月
・**『―入院時情報提供書について―「入院時情報提供書」の提案の背景と目的について』**、滋賀県介護支援専門員連絡協議会会長鈴木則成、２０１６年１月１日
・**『医療と介護の連携～ケアマネジャーと病院・診療所（かかりつけ医）との連携～「医療と介護の連携に関する調査報告』**、北九州市リハビリテーション支援体制検討員会
・**『入院時情報提供の手引き』**、気仙沼・南三陸地域在宅医療福祉推進委員会・宮城県ケアマネジャー協会気仙沼支部、平成２７年４月１日
・**『（中丹東圏域版）入退院連携マニュアル～病院とケアマネジャーとの円滑な連携を目指して～』**、京都府、平成２８年１月（改訂版）
・**『くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアル』**、国東市在宅医療連携推進運営会議発刊、くにさき地域包括ケア推進会議編集、平成２７年３月改訂
・**『クリティカルパスの新たな展開ⅩⅡ　地域包括ケアとクリティカルパス』**、宮崎久義監修、２０１６年
・**『在宅緩和ケアのための地域連携ガイド』**、厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）「在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究」班発行、２００８年１２月

Ⅵ　参考様式

参考様式1 （平成28年度沖縄県入退院支援連携デザイン事業）

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

作成日:平成　年　月　日

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

ご利用者及びご家族の同意のもとに、下記の情報を提供します。
退院が決まり次第、ご連絡ください。必要に応じて退院時の情報提供をお願いします。

氏名		生年月日	明・大・昭　年　月　日	年齢	歳	性別	男 ・ 女

緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号

家族構成図

主‥主介護者　☆‥キーパーソン　○‥女性　□‥男性

住環境	□ 一戸建て　□ 集合住宅（　階建て　階）　エレベーター　□ 有　□ 無
かかりつけ医	医療機関名（　）TEL:
既往歴	
介護認定	□ 申請中 □ 区分変更中　要支援 1　2　要介護 1　2　3　4　5
	□ 負担割合　割　□生 保(担当者　)
障がい日常生活自立度	□ 自立　□ J1　□ J2　□ A1　□ A2　□ B1　□ B2　□ C1　□ C2
認知症日常生活自立度	□ 自立　□ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb　□ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅳ　□ M
障がい等の認定	手帳　□ 無　□ 有（身体・精神・療育）　□ 難病(特定疾患)

本人・家族の生活に対する意向

総合的な援助方針

IADL	できる	不完全	できない	家族	サービス	
調理	□	□	□	□	□	
掃除	□	□	□	□	□	
洗濯	□	□	□	□	□	
買い物	□	□	□	□	□	
金銭管理	□	□	□	□	□	
服薬管理	□	□	□	□	□	
コンプライアンス	□	□	□	□		

介護保険サービス・その他のサービス等利用状況

□ 訪問介護（　回/週）□ 訪問看護（　回/週）□ 通所介護（　回/週）
□ 通所リハビリ（　回/週）□ 訪問リハ（　回/週）□ 短期入所（　回/週）
□ 小規模多機能 □ 福祉用具貸与(内容:　)
□ 配食　□ 安否確認　□ 緊急通報　□ 社会参加　□ 模合　□ その他

キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	入院前の状況（特記あれば記入）	家族	サービス
移動方法	□	□	□	□	□ 車いす □ 杖使用 □ 歩行器使用 □ 装具・補助具使用	□	□
口腔清潔	□	□	□	□	義歯: □ 有 □ 無	□	□
食事	□	□	□	□	□ 普通食 □ 治療食 （□ 糖尿病食 □ 高血圧食 □ 腎臓病食 □ その他 ）	□	□
					主食: □ 米飯 □ 全粥 □ ミキサー □ アチビー 水分:とろみ剤使用 □ 有 □ 無	□	□
					副食: □ 通常 □ 一口大 □ 刻み □ 極小刻み □ ミキサー（□ とろみ付）	□	□
更衣	□	□	□	□		□	□
入浴	□	□	□	□	□ 自宅(浴室) □ 訪問入浴 □ 通所系サービス	□	□
排泄	□	□	□	□	場所: □ トイレ □ ポータブル □ 尿器 □ オムツ □ リハビリパンツ（□ 常時 □ 夜間）	□	□

療養上の問題	□ 無 □ 有（□ 幻視・幻聴 □ 興奮 □ 不穏 □ 妄想 □ 暴力 □ 介護への抵抗 □ 昼夜逆転 □ 不眠 □ 徘徊 □ 危険行為 □ 不潔行為 □ 意思疎通困難 □ その他（　）
医療処置	□ バルーンカテーテル □ ストマ □ 気管切開 □ 喀痰吸引 □ 胃ろう □ 褥瘡 □ その他（　）

連絡事項・その他(在宅での生活の様子・療養上の課題・認知機能・経済状況・家族関係など必要と思うことを記載)

＊「北見市入退院連絡の手引きVer.1」北見市保健福祉部介護福祉課、平成２８年９月、P16を一部改編

参考様式２　（平成２８年度沖縄県入退院支援連携デザイン事業）

退院時情報共有シート　（医療機関　⇒　介護支援専門員）

作成日：平成　　年　　月　　日

医療機関名：　　担当者名：　　電話：　　FAX：

氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	年齢	歳	性別	男　・　女
面談日時	平成　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分～　　時　　分			場所			
面談者		病院の連絡窓口（所属）	（　　）				
入院の原因となった病名	＊診療情報提供書参照	合併症	＊診療情報提供書参照				
既往歴	＊診療情報提供書参照	入院日	平成　　年　　月　　日				
		退院予定日	平成　　年　　月　　日頃				
病院主治医		在宅主治医					
介護認定	☐ 未申請　☐ 区分変更中　☐ 新規申請中　☐ 非該当　☐ 負担割合　　割 要支援　１　２　　要介護　１　２　３　４　５　有効期間（平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日）						
他法関係	☐生　保（担当者　　）　☐身　障　　☐難　病（　　）　☐その他（　　）						

◎病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受けとめ方、患者・家族の今後の希望

家族等	世帯：☐ 独居　☐ 他（同居者：　　）　主介護者（　　）　キーパーソン（　　）				
	緊急連絡先：氏名　　住所　　続柄				
ＡＤＬ	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子（特記あれば記入）
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす　☐ 杖使用　☐ 歩行器使用　☐ 装具・補助具使用
移乗方法	☐	☐	☐	☐	
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯：☐ 有　☐ 無
食　　事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食（　　☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他 ）☐ 経管栄養 主食：☐ 米飯　☐ 全粥　☐ ミキサー　☐ アチビー　（摂取量　　割） 副食：☐ 通常　☐ 一口大 ☐ 刻み　☐ 極小刻み　☐ ミキサー（☐ とろみ付）（摂取量　　割） 水分摂取量：1日　　ｎとろみ剤使用：☐ 有　☐ 無
更　　衣	☐	☐	☐	☐	
入　　浴	☐	☐	☐	☐	入浴の制限：☐ 無　☐ 有　☐ シャワー浴　☐ 清拭　☐ その他（
排　　泄	☐	☐	☐	☐	場所：☐ トイレ　☐ ポータブル　☐ 尿器　☐ オムツ　☐ リハビリパンツ（☐ 常時　☐ 夜間）
服薬管理	☐	☐	☐	☐	
認知症	☐ 無　☐ 有				☐ 自立　☐ Ⅰ　☐ Ⅱa　☐ Ⅱb　☐ Ⅲa　☐ Ⅲb　☐ Ⅳ　☐ Ｍ
療養上の問題	☐ 無　☐ 有　☐ 幻視・幻聴　☐ 興奮　☐ 不穏　☐ 妄想　☐ 暴力　☐ 介護への抵抗　☐ 昼夜逆転　☐ 不眠 ☐ 徘徊　☐ 危険行為　☐ 不潔行為　☐ 意思疎通困難　☐ その他（　　）				
医療処置	☐ バルーンカテーテル　☐ ストマ　☐ 気管切開　☐ 喀痰吸引　☐ 胃ろう　☐ 褥瘡　☐ その他（　　） 処置の対応方法　☐ 家族　☐ 訪問看護　☐ その他（　　）				
家族への介護指導	☐ 無　☐ 有　⇒　理解状況　☐ 十分　☐ 不十分　（問題点：　　）				
感染症	☐ HBV　☐ HCV　MRSA：保菌　☐ 発症（部位：　☐ 痰　☐ 血液　☐ 尿　☐ 創部）　☐ その他				

◎今後の治療（治療内容・服薬・受診予定・退院後の注意点等）

◎リハビリ目標：リハビリ開始時点（FIM得点：　　点）＞＞現時点（FIM得点：　　点）

備考欄

＊「北見市入退院連絡の手引きVer.1」北見市保健福祉部介護福祉課、平成２８年９月、P16を一部改編

参考様式３　カンファレンスシート（平成２８年度沖縄県入退院支援連携デザイン事業）

実施日　平成　　年　　月　　日

□退院時共同指導２（□＋医師共同指導　・　□＋３者共同指導 ）　、　□介護支援連携指導

医療機関・施設名	ID	氏名	生年月日	
	入院期間：入院日　平成　　年　　月　　日　～　退院（予定）　　年　　月　　日			
本人・家族：	氏名	続柄	氏名	続柄
担当医　診療科		氏名	看護師	氏名
リハビリ職	（ PT / OT / ST ）	氏名	MSW	氏名
薬剤師		氏名	栄養士	氏名
職種		氏名	職種	氏名
かかりつけ医	医療機関名		氏名	
かかりつけ歯科医	医療機関名		氏名	
訪問薬剤師	薬局名		氏名	
訪問看護師	ステーション名		氏名	
ケアマネジャー	事業所		氏名	
職種	事業所		氏名	
職種	事業所		氏名	
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当			
	要支援１・２　　要介護１・２・３・４・５　認定日　　年　　月　　日　有効期間　　年　　月			
本人・家族の希望や不安、病気の受けとめ、生活の目標等：				

	退院後の療養生活に関わる注意点・確認事項・課題	（特記事項）
疾病の状態	主病名、副病名、主症状、既往歴　服薬状況　（診療情報提供書参照）	（感染症、投薬の注意事項（薬剤名、薬剤の剤形、投与経路等）等）
特別な医療	（診療情報提供書参照）	手術、導入予定の医療 （導入予定の医療系サービス等）
食事摂取	嚥下状況　咀嚼状況　塩分・水分制限	（制限の内容等）
口腔清潔		
移動		（独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等）
洗身	入浴の制限	
排泄		（留置カテーテル等）
夜間の状態	睡眠（状態：　　）	
認知・精神面	認知症高齢者の日常生活自立度（　　）　、　精神状態（疾患）	（認知症の原因疾患等）
リハビリ等	リハビリテーション　運動制限	（リハビリ・運動制限の内容、導入予定のサービス等）
住居環境		福祉用具等
急変時の対応		外来受診先と頻度
関係機関の役割確認		
療養上の留意する事項	＊疾患管理・ケア・継続依頼したいこと等	

※診療報酬の退院時共同指導料二の注三の対象となる会議（カンファレンス）に参加した場合は、本様式ではなく、当該会議（カンファレンス）の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録すること。

参考様式４　介護支援連携指導書　平成２８年度沖縄県入退院支援連携デザイン事業

□　療養先選定版　　□　退院時情報版

（患者氏名）@PATIENTNAME（@PATIENTID）　様　（@PATIENTAGEYEAR　歳）

平成　　年　　月　　日

病棟（病室）	病棟　（　　号室）
本人以外の相談者	（続柄　　）
疾病の状態	主病名：　@DISEASE 介護保険：　□なし　□あり　　介護度　：　要支援□　　要介護□ □申請中 退院後も必要となる医療処置・注意事項
予想される退院日	平成　　年　　月　　日頃　・　未定
本人・家族の生活に対する意向	
退院に係る課題等	□退院後の療養先　□介護のこと　□病状の不安　□医療処置 □療養費　　□家族のこと　　□その他（　　）
予想される退院先	□在宅　□短期入所（ショートステイ）　□特定施設入居　□施設入所　□医療施設入院
退院後に利用が予想される介護保険・介護予防・福祉サービス	□訪問診療　□訪問看護　□訪問薬剤管理指導　□訪問栄養食事指導 □訪問歯科診療　□訪問歯科衛生指導　□訪問リハビリテーション □訪問介護（ホームヘルプ）　□通所介護（ツウショカイゴ）　□通所（ツウショ）リハビリテーション □短期入所生活/療養介護　□福祉用具貸与（　　） □福祉用具購入（　　）　□住宅改修（　　） □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 □認知デイ　□グループホーム　□小規模多機能型居宅介護 □夜間対応型訪問介護　□特定施設（有料老人ホーム等） □福祉サービス・地域支援事業（　　）
退院へ向けた準備の概要	□介護認定を新規に受ける申請を市町村役場で行う □今の介護認定を変更する申請を市町村役場で行う □サービス利用の手配を進める
連携する関係機関	□地域包括支援センター　□市町村　□保健所　□その他
添付書類	□診療情報提供書　□ 看護サマリー　□ リハサマリー □MSWサマリー　□ その他
留意事項	

注）上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものです。

介護支援連携担当者　　担当ＭＳＷ　@USERNAME

介護支援専門員

本人・家族

５．各職種の標準的アセスメント・サマリーシート

（１）　MSW　サマリーシート

平成２８年度沖縄県入退院支援デザイン事業

氏　　名	様	性　別 男　・　女	生年月日 明・大・昭・平成 年　月　日生	歳
医療保険	□健保　□国保(短期証　　)□共済　□後期高齢　□生保　□公費（　　） 限度額区分（ア・イ・ウ・エ・オ）　　区分（　Ⅰ　・　Ⅱ　）			
収入	□給与・自営　　□生活保護　　□その他（　　）			
金銭管理	□自己管理　　□親族（　　）　　□その他（　　）			
介護保険	有・申請中（　　頃）・無 要支援（１・２）　要介護（１・２・３・４・５） 介護支援専門員　（　　）			
社会資源	□特定疾患　有　病名（　　）・申請中（　　頃）　□　無			
	□身体障害者手帳　有　障害名（　　）　級・申請中（　　頃）　□　無			
	□精神障害者手帳　有　障害名（　　）　級・申請中（　　頃）　□　無			
	□療育手帳　　有　障害名（　　）　級・申請中（　　頃）　□　無			
	□障害年金　　有　障害名（　　）　級・申請中（　　頃）　□　無			
	□その他（　　）・申請中（　　頃）			
家族状況		キーパーソン（続柄・氏名など） 心理面　（　　） 経済面　（　　） 介護面　（　　）		
かかりつけ医				
生活歴・職歴				
病状の受けとめ（現実認識）	本人：			
	家族：			
今後の過ごし方の希望	本人：			
	家族：			
生活課題				
備考				

（２）看護　サマリーシート（退院時に必要な情報）

１．氏名　　男・女　　生年月日（年齢　　）
２．住所（現住所と訪問先が異なる場合、明記する）　　連絡先
３．病名　　既往症
４．今回の入院に至った病状と入院における病状経過（治療経過）＞＞診療情報提供書参照
５．今後の方針（医師からの説明内容、告知の有無含む）＞＞診療情報提供書参照
６．医師の説明に対する受けとめや病気・予後の理解 本人：　　家族：
７．本人・家族の生活に対する意向：
８．希望する最期の場所 本人：　　家族：
９．入院前の状況と変化した点　（入院前＿＿＿⇒現在＿＿＿） ・要介護度　・障害高齢者自立度　・認知症高齢者自立度　・PS（ﾊﾟﾌｫｰﾏﾝｽｽﾃｰﾀｽ）
１０．居宅介護支援事業所：　　介護支援専門員：
１０．心身の状態に関して継続する課題 （現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針） （１）身体の状態（四肢欠損、麻痺、筋力低下、拘縮、痛み、失調・不随意運動、褥瘡、視力、聴力、他） ＞＞転倒・骨折・移動能力の低下・褥瘡・心肺機能の低下 （２）認知症中核症状（短期記憶、日常的意志決定のための認知能力、意思伝達能力） 認知症周辺症状（幻視・幻聴、妄想、昼夜逆転、暴言、暴行、介護への抵抗、徘徊、火の不始末、不潔行為、異食行動、性的問題行動、他） ＞＞閉じこもり・意欲低下・徘徊 （３）その他の精神・神経症状 （４）感染症、アレルギー、禁忌 ＞＞易感染性 （５）栄養状態、えん下機能、食事・水分制限の有無、体重の増減、歯・口腔（くう）の状態 ＞＞低栄養・摂食・えん下機能低下・脱水 （６）皮膚の状況（スキントラブル、褥瘡など） （７）尿失禁、排便コントロール（摘便の要否、最終排便日など） （８）がん等による疼痛、 （９）睡眠 （１０）その他
１１．家庭環境 （１）介護状況：・単身、介護者、介護協力者、キーパーソン ・介護力、介護可能な時間 （２）家屋環境：・戸建、集合住宅　・エレベーターの有無　・トイレ　・ベッド　・手すり

１２．ＡＤＬ・ＩＡＤＬ及びセルフケア能力：自立・一部介助・全介助かを明記

（１）ＡＤＬ：

□　寝返り　□　起き上がり　□　座位保持
□　両足での立位　□　歩行　□　立ち上がり　□　片足での立位、
□　洗身（入浴、シャワー浴、清拭）　□　つめ切り
□　移乗　□　移動
□　えん下　□　食事摂取　□排尿・排便（トイレ、Ｐトイレ、オムツ)、
□　口腔清潔　□洗顔　□　整髪　□　上衣の着脱　□ズボン等の着脱

（２）ＩＡＤＬ：

□　金銭の管理　□　日常の意志決定　□　集団への不適応　□　買い物　□簡単な調理

（３）薬の内服（具体的に確認する）

（４）リハビリの状況と目標や考慮すべきこと（杖・歩行器・車椅子・補装具の使用など）

（５）介護者による介護方法の達成状況

１３．継続する医療及び処置内容・特別な対応・失禁への対応

（１）□点滴の管理　□中心静脈栄養　□透析　□ストーマの処置　□酸素療法　□人工呼吸器
□気管切開の処置　□疼痛の看護　□経管栄養　□モニター測定　□褥瘡の処置　□カテーテル　□ドレーン管理　□インスリン注射　□吸引

（２）誰が医療管理を行うのか（誰に指導したか）
どこまで指導できているか、その達成度はどうか

（３）今後の医療管理を担う所はどこか
・カテーテル交換等はどこの医療機関で行うか、次の交換予定日はいつか
・医療材料、衛生材料の準備、手配状況
・在宅療養指導管理料は、どこの医療機関が算定か、訪問看護指示書との関係はどうか

１４．今後の医療的サポートについて
・病院受診時の科と主治医は誰か
・退院後のフォロー窓口はどこか
・今後かかりつけ医に依頼するか
・介入予定のかかりつけ医はどこか
・訪問看護ステーションはどこか
・病状急変時の受け入れ病院はどこか
・レスパイト入院先の確認
・台風時、災害時に備えた対応の確認
・退院後、初回外来時のアセスメント
・フォローアップ内容（外来看護師との連携）

１５．その他利用する必要性のあるサポート
□訪問診療　□訪問看護　□看護職員の訪問による相談支援　□訪問歯科診療
□訪問薬剤管理指導　□訪問リハビリ　□訪問栄養食事指導　□訪問歯科衛生指導
□通所リハビリ　□短期入所療養介護　□その他の医療系サービス　□福祉用具

１６．特記事項：

（3）リハビリテーション　サマリーシート

平成２８年度沖縄県入退院支援連携デザイン事業

作成日　　年　　月　　日

患者氏名　　生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）　　男　・　女	
障害高齢者自立度：	認知症高齢者自立度：
本人の意向・生活目標	
家族の意向・生活目標	
今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し（医師の説明内容・患者の受けとめ）	
発症からの経過（リハビリテーション開始日：　　年　月　日	

ＡＤＬ評価（ＦＩＭによる評価）（リハビリ開始時及び現時点）

大項目	中項目	小項目	開始時点	現時点
運動	セルフケア	食事	得点	得点
		整容		
		更衣（上半身）		
		更衣（下半身）		
		トイレ		
	排泄	排尿コントロール		
		排便コントロール		
	移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ		
		浴槽・シャワー		
	移動	歩行・車椅子		
		階段		
	小計			
認知	コミュニケーション	理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決		
		記憶		
	小計			
合計				

現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連
今後のリハビリテーションが順調に進んだ場合
アセスメント・まとめと解決すべき課題
介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり　・　なし）
□訪問診療　□訪問歯科診療　□訪問薬剤管理指導　□訪問栄養食事指導 □訪問看護　□看護職の訪問による相談支援 □訪問リハビリ　□訪問歯科衛生指導 □通所リハビリ　□短期入所療養介護　□その他の医療系サービス □福祉用具

（４）薬剤　サマリーシート（退院時に必要な情報）

１．氏名　　男・女　　生年月日（年齢　　）
２．住所（現住所と訪問先が異なる場合、明記する）　　連絡先：
３．病名：　　既往症：
４．要介護度：　　障害高齢者自立度：　　認知症高齢者自立度：　　ＰＳ（ﾊﾟﾌｫｰﾏﾝｽｽﾃｰﾀｽ）：
５．居宅介護支援事業所：　　介護支援専門員：
６．医師の説明に対する受けとめや病気・予後の理解： 本人：　　家族：
７．本人・家族の生活に対する意向：
８．誰が医療管理を行うのか（誰に指導したか） どこまで指導できているか、その達成度はどうか
９．ＡＤＬ：□運動機能障害　□嚥下障害　□失語症　□視覚障害　□聴覚障害　□その他
１０．薬剤管理に関する課題 （１）処方せんによる調剤上の問題（とくに　　薬に対して（具体的に）） □服薬状況の確認　□薬剤管理状況の確認　□調剤方法の検討 □副作用のチェック　□服薬によるＡＤＬ・ＩＡＤＬへの影響　□無菌調剤の有無 （２）薬剤等の居宅への持参 （３）居宅における薬剤の保管・管理に関する指導 （４）使用薬剤の有効性に関するモニタリング （５）薬剤の重複投与、相互作用等の回避 （６）副作用の早期発見、未然防止と適切な処置 （７）ＡＤＬ、ＱＯＬ等に及ぼす使用薬剤の影響確認 （８）麻薬製剤の選択および疼痛管理とその評価 （９）病態と服薬状況の確認、残薬及び過不足薬の確認・指導 （１０）ＯＣＴ（一般用医薬品・要指導医薬品）、健康食品等の使用状況 （１１）患者の住環境等を衛生的に保つための指導・助言 （１２）在宅医療機器、医療用具、医療材料等の供給 （１３）在宅介護用品、福祉機器等の供給、相談応需 （１４）その他、必要事項（不要薬剤等の廃棄処理、廃棄に関する指導等） （　　）
１１．特別な医療　□該当なし □経管栄養　□疼痛の管理　□褥瘡の処置　□ストーマの処置　□カテーテル □点滴の管理　□中心静脈栄養　□その他（　　）
１２．服薬指導報告内容：
１３．患者家族等が希望する訪問曜日および時間帯：　　曜日の午前　　時頃・午後　　時頃 その他

（５）栄養　サマリーシート

（管理栄養士→ケアマネジャー）

平成２８年度沖縄県入退院支援連携デザイン事業

作成日 平成　　年　　月　　日

氏　名		男 ・ 女	＜治療食対象の疾患＞ □糖尿病　□心臓疾患 □高血圧症　□貧血 □腎臓疾患　□肝臓疾患 □脂質異常症 □胃・十二指腸潰瘍 □その他（　　）
生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）		
入院日	平　成　　年　　月　　日		
身体状況	身　長　　cm		
	体　重　入院時　（　/　）　kg BMI		
	最終測定（　/　）　kg BMI		

経口栄養

提供内容

食種　　食

補助食：　なし　・　あり

商品名：　　使用量：　　ケ/日

栄養量		補助栄養量	総栄養量	
エネルギー(E)	kcal	kcal	E	kcal
たんぱく質(P)	g	g	P	g
塩　分	g	g	塩分	g
その他				
その他				

食事形態

〔主食〕・米飯　・あちび　・粥（　　）【分量】＿＿＿＿g/食

〔副食〕・普通　・軟菜　・きざみ（　　cm大）　・ミキサー

・嚥下調整食　　・学会分類2013コード

［水分］とろみ：　なし　・　あり　　分類２０１３ とろみ：　薄い ・ 中間 ・ 濃い

［その他］食器、スプーン、その他（　　）

アレルギー食品：なし　・　あり（　　）

禁止食品：なし　・　あり（　　）

その他嗜好品（　　）

経腸栄養

提供内容

〇経管栄養：　なし　・　あり（　経鼻　・　胃瘻　・　空腸瘻　）

栄養剤商品名：　　・濃度　　ml/kcal

総量：　　ml/日　朝：　ml　昼：　ml　夕：　ml

注入速度：　　ml/時間　食間水：　　ml/日

栄養量		
エネルギー	kcal	
たんぱく質	g	
塩　分	g	
水　分	ml	食間水　　ml　総水分量　　ml

栄養指導・相談　なし　・　あり（　　）

特記事項

摂取状況
静脈栄養
などについて

※　裏面に当院の「嚥下食および食事形態の基準」を添付しています。ご参照下さい。

問合せ先　食事・栄養に関するご質問がありましたら、ご連絡ください。

担当者　　病院　栄養（科・室）　管理栄養士

電話：（　　）　　ー　　（内線　　）

（公社）沖縄県栄養士会

（６）歯科　サマリーシート（退院時に必要な情報）

１．氏名　　男・女　　生年月日（年齢　　）
２．住所（現住所と訪問先が異なる場合、明記する）　　連絡先：
３．病名：　　既往症：
４．要介護度：　　障害高齢者自立度：　　認知症高齢者自立度：　　ＰＳ（ﾊﾟﾌｫｰﾏﾝｽｽﾃｰﾀｽ）：
５．居宅介護支援事業所：　　介護支援専門員：
６．医師の説明に対する受けとめや病気・予後の理解： 本人：　　家族：
７．本人・家族の生活に対する意向：
８．誰が医療管理を行うのか（誰に指導したか） どこまで指導できているか、その達成度はどうか
９．ＡＤＬ：□運動機能障害　□嚥下障害　□失語症　□視覚障害　□聴覚障害　□その他
１０．歯科疾患管理・口腔リハビリテーションに関する課題 （１）歯科疾患の問題（とくに　　に対して（具体的に） □　口腔疾患（　　□　口腔機能の回復 □　摂食機能障害　　□　口腔疾患の重症化予防 （２）全身の状態 □　基礎疾患の　有・無　　□　服薬状況　　□　肺炎の既往等 （３）口腔内の状態 □　口腔衛生の状況 □　口腔粘膜の状態 □　口腔乾燥の有無 □　歯科疾患の状況 □　有床義歯の状況 □　咬合状態等 （４）口腔機能の状態 □　咀嚼の状態 □　摂食・嚥下の状況及び構音の状況 □　食形態等 （５）歯周基本治療　□プラークコントロール　□機械的歯面清掃　□スケーリング （６）摂食機能障害に対する訓練（　　）
１１．特別な医療　□該当なし □経管栄養　□疼痛の管理　□褥瘡の処置　□ストーマの処置　□カテーテル □点滴の管理　□中心静脈栄養　□その他（　　）
１２．指導報告内容：
１３．患者家族等が希望する訪問曜日および時間帯：　　曜日の午前　　時頃・午後　　時頃 その他 患者家族等、日中にご対応頂ける方の情報（氏名：　　連絡先：　　）

「入退院支援連携デザイン　ガイドライン」編集ワーキング委員名簿

	所　　属	氏　　名
1	沖縄県医師会	比嘉　　靖
2	沖縄県歯科医師会	上原　　泰通
3	沖縄県薬剤師会	笠原　　大吾
4	沖縄県看護協会	川満　　幸子
5	琉球大学医学部附属病院　医療福祉支援センター	宮城　みづえ
6	沖縄県立北部病院　地域医療連携室	金城　　克枝
7	沖縄県立中部病院　地域医療連携室	岸本　　和子
8	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　地域医療連携室	林　　和子
9	沖縄赤十字病院　地域医療連携室	田場　　明子
10	那覇市立病院　地域医療連携室	宮城　さとみ
11	訪問看護ステーション青空	下地　　節子
12	友愛会訪問看護ステーション	金城　比登美
13	はえばる訪問看護ステーション	宮城　　愛子
14	沖縄県栄養士会	吉田　　陽子
15	沖縄県歯科衛生士会	喜屋武　由美子
16	沖縄県リハビリ専門職協会	池城　　正浩
17	沖縄県理学療法士会	神谷　　之美
18	沖縄県作業療法士会	宇田　　薫
19	沖縄県言語聴覚士会	久志　　紫乃
20	沖縄県介護支援専門員協会	久保田　　勲
21	南部地区医師会	大城　　則子
22	沖縄県医療ソーシャルワーカー協会	伊禮　　智則
23	沖縄県医療ソーシャルワーカー協会	島袋　　恭子
24	沖縄県医療ソーシャルワーカー協会	樋口　美智子
25	沖縄県高齢者福祉介護課	座嘉比　照子

平成28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」
発行:平成29年3月

監　　修
沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課
〒900-8570　沖縄県那覇市泉崎1-2-2
TEL：098-866-2214　FAX：098-862-6325

編　　集
一般社団法人沖縄県医療ソーシャルワーカー協会
〒900-0005　沖縄県那覇市天久1000（事務局：大浜第一病院内）
TEL：098-866-5171　FAX：098-869-4720