

# くにさき 地域包括ケア 多職種連携マニュアル



第3版 令和2年3月改訂

くにさき地域包括ケア推進会議

## もくじ



### 1、はじめに

### 2、入院時～退院後支援フロー（国東市版）

### 3、支援の流れ

- (1) 入院直後～1週間まで
- (2) 入院中  
中間カンファレンス
- (3) 退院前（退院～1週間前を目途に）  
退院前カンファレンス
- (4) 退院
- (5) 退院後（2週間～1ヶ月目途に）  
退院後カンファレンス（必要時）

### 4、各種様式

- |                         |      |
|-------------------------|------|
| ・ホットネット連絡表（事業所共通情報交換用紙） | 様式 A |
| ・入院時情報連絡表               | 様式 B |
| ・中間カンファレンスシート①          | 様式 C |
| ・中間・退院前カンファレンス記録シート     | 様式 D |
| ・退院前カンファレンスシート②         | 様式 E |
| ・退院（所）時情報連絡表            | 様式 F |
| ・退院後カンファレンスシート③         | 様式 G |

#### <参考資料>

(1) くにさき地域包括ケア推進会議（ホットネット）のこれまでの主な活動

(2) くにさき地域における副食形態基準の事業所別適合表

※各事業所によって名称が異なるため学会分類のコードに対応するように定義（提供：国東市特定給食施設栄養士研究会）

## 1、はじめに

くにさき地域包括ケア推進会議（通称ホットネット）は、平成22年度から自主組織として活動を開始しました。医療・介護・福祉・行政等が切れ目なくタイムリーに効率的に連携を図るには、日頃から各事業所間で必要な情報を共有することが「第1歩」だと考えています。

これまでに、連携マニュアルを作成しルールやツールを活用してきましたが、これらがよりよい支援につながっているのかを検証するために多職種で事例検討を重ねてきました。その中で、入院中の中間カンファレンスの位置づけや退院前カンファレンスのあり方、退院後のフォローの必要性等があげられ、今回掲載しております様式A～Gの作成に至りました。

私たちは、地域住民の皆様が疾病などで医療機関へ入院しても、在宅生活等を見据えて入院中に課題を明確化し退院後の目標を共有して、再び住み慣れた地域で住民の皆様が安心して生活を送ることが出来るシステムの構築を目指しています。

今後、皆様の日頃の業務の中でよりよい支援、連携を推進するためのツールとして活用していただければ幸いです。

### ツールを活用するための基本的なルール

- 1) ホットネットの連絡表を用いての情報共有を行う
- 2) 利用者の心身情報のみならず利用者、家族のニーズや生活背景を記載する、入院時・退院（所）時情報連絡シート（追加シート）の活用を行う
- 3) 入院から退院に向けての流れの中で利用者の入院中の課題を抽出し、退院後目標を明確にするため中間カンファレンス、退院前カンファレンスを実施し記録シートの活用を行う

## 2、入院時～退院後支援フロー（国東市版）

入院時～退院後まで、どの時点で誰がどのようなことをするのか等を示したものです。

## 入院時～退院後支援のフロー（国東市版）

担当者（ ）

いつ	誰が	誰に	実施・確認すること	活用するシート
入院直後から	ケアマネジャー 施設看護師等	連携室又は窓口担当者	<input type="checkbox"/> 在宅での様子等について情報提供	●ホットネット連絡表（様式A） ●入院時情報連絡表（様式B）
		病棟看護師 連携室	本人・家族	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーの有無の確認
	ケアマネジャー、施設看護師等		<input type="checkbox"/> 必要な情報提供・収集	
				<input type="checkbox"/> 退院支援対象者の選定 <input type="checkbox"/> 課題の抽出、退院準備の確認
入院から1週間まで	病棟看護師 連携室		<input type="checkbox"/> 退院支援に向けた院内調整 （退院調整の担当者の決定） <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成	退院支援計画書
		本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院先の意志確認 <input type="checkbox"/> 必要時は介護保険認定申請の説明	
入院中	病棟看護師 連携室	本人・家族	<input type="checkbox"/> 在宅復帰であれば家族の介護負担や不安を軽減する視点での支援	
		ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 病院の理学療法士などが行う家屋調査への同行を依頼	
	病棟看護師 連携室	本人・家族	<input type="checkbox"/> 支援対象者や家族への教育・指導 （医療処置の手技や介護方法など）	
		本人・家族、ケアマネジャー、施設看護師等、担当専門職	<input type="checkbox"/> 退院後の方向性の確認 <input type="checkbox"/> 情報共有し目標を設定する	●中間カンファレンスシート①（様式C） ●中間カンファレンス記録シート（様式D）
退院前1週間前を目途に （退院の方向性が決定したら）	病棟看護師 連携室	本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日程調整	
		ケアマネジャー、施設看護師等 担当専門職	<input type="checkbox"/> 退院先の意向を再確認	
	ケアマネジャー	本人・家族 サービス事業所	<input type="checkbox"/> 面談・サービス計画（案）の提案 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日程調整 <input type="checkbox"/> サービスの調整	
★退院前カンファレンス	病棟看護師 連携室	本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの開催	●ホットネット連絡表（様式A）
		ケアマネジャー 退院支援に関わるスタッフ	<input type="checkbox"/> 退院後カンファレンスの開催有無の確認	●退院前カンファレンスシート②（様式E） ●退院前カンファレンス記録シート（様式D）
退院	病棟看護師 連携室	本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院時の書類の確認	看護サマリー（転院時）
		ケアマネジャー、施設看護師等		●ホットネット連絡表（様式A） ●退院（所）情報連絡表（様式F）
	ケアマネジャー	本人・家族 サービス事業所	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの開始	
退院後（2週間～1ヶ月目途） ★退院後カンファレンス（必要時）	ケアマネジャー	本人・家族	<input type="checkbox"/> サービス利用	●退院後カンファレンスシート③（様式G）
		主治医	<input type="checkbox"/> 退院後の情報提供（必要時）	
		病棟または外来看護師 連携室 サービス事業所	<input type="checkbox"/> 身体状況の変化の有無 <input type="checkbox"/> サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 新たに生じた課題や問題点の有無	

（参考：福岡市退院時連携の基本的な進め方の手引き）

### 3、支援の流れ

本マニュアルでの連携ルールとして、各関係機関において「誰が」「どんなツールを用いて」「誰と」「どんなタイミングで」「どのように」連携すればよいのかの手順を示しています。

#### (1) 入院直後～1週間まで

ケアマネジャー等は入院時には医療機関に対して利用者に係る必要な情報を入院してから3日以内もしくは7日以内に提供しましょう。

医療機関は入院した時から退院支援は始まっていますので、在宅での情報はとても重要となります。

<使用する様式>

- ・ホットネット連絡表 (様式 A)
- ・入院時情報連絡表 (様式 B)

#### (2) 入院中

医療機関は、ホットネット連絡表、入院時情報連絡表及び入院時に収集した本人・家族からの情報をもとに入院前の本人の状況、家族の介護力等の状態を把握し退院支援につなげましょう。入院前に比べ本人の身体状況や家族状況に大きな変化が生じている場合等により、必要があれば入院の中間的な時期に**中間カンファレンス**を開催し退院後の方向性や思いの統一、また退院に向けての課題や解決策を検討し退院に向けて取り組みを進めていきましょう。

##### ●中間カンファレンスの目的

入院中の状態の確認、退院後の在宅等での生活がスムーズに送れるように支援目標を設定しましょう。

<使用する様式>

- ・中間カンファレンスシート① (様式 C)
- ・中間、退院前カンファレンス記録用紙 (様式 D)

### (3) 退院前（退院～1週間前を目途に）

入院中の本人のこれまでの状況と現在の状況を情報共有し、退院後の生活がスムーズにスタートできるように本人、家族を含め関係者間での**退院前カンファレンス**を開催します。中間カンファレンスを開催している場合は、課題の解決状況、残された課題について検討することが必要となります。

#### ●退院前カンファレンスの目的

在宅生活（施設生活）の目標達成に向けて各職種が専門的な意見交換を行い安心して退院後生活を送れるよう支援の方向性を検討する

※退院に関わる問題点の明確化と目標の共有、お互いの役割を確認

※退院後カンファレンスの必要性を検討する

<使用する様式>

- ・退院前カンファレンスシート② （様式 E）
- ・中間、退院前カンファレンス記録用紙 （様式 D）

### (4) 退院

退院前カンファレンスの結果をもとにケアマネジャーはサービス計画書を作成しサービス提供をスタートします。事前に実施するサービス担当者会議では本人・家族の思いやサービス利用の目的や目標をサービス事業所と共有しておきましょう。必要に応じては入院中の医療専門職と在宅サービス専門職との情報共有が出来るよう配慮しましょう。また、必要時ケアマネジャーはケアプランを入院していた医療機関に提供しましょう。

<使用する様式>

- ・ホットネット連絡表 （様式 A）
- ・退院（所）情報連絡表 （様式 F）
- ・看護サマリー（転院時）

### (5) 退院後（2週間～1ヶ月目途に）

退院前カンファレンス時に、退院後の状況確認が必要とされた場合には**退院後カンファレンス**を開催し、本人・家族、サービスの利用状況、及び新たな課題が生じていないか等の検討を行います。

●退院後カンファレンスの目的

在宅生活（施設生活）が円滑に送れ、予定していた支援が行われているか  
情報共有し再検討が必要な点はないかを検証する。

<使用する様式>

- ・退院後カンファレンスシート③ （様式 G）

<参考> くにさき地域包括ケア推進会議のこれまでの主な活動

年 度	活 動 内 容
平成22年度	くにさき地域包括ケア会議発足
平成24年度	連携に関するアンケート調査
平成25年度	くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアル（初版）発行 （入退院支援ルール・ツール作成） 国東市在宅医療・介護連携運営推進会議委員として会長出席
平成26年度	介護保険福祉関係事業所一覧作成・配布 くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアル（第2版）発行 ※1 （ホットネット連絡表改訂） 医療・介護・福祉関係事業所一覧作成・配布 ※2 ※1・2国東市ホームページ掲載、CD-Rに収録し市内外へ配布
平成27年度	食事形態に関する名称基準の作成 くにさき地域における副食形態基準の事業所別適合表
平成28年度	入院時～退院後支援フロー（国東市版） カンファレンスシート作成（中間・退院前・退院後カンファレンス用）
平成29年度	中間・退院前・退院後カンファレンス記録シート作成
平成30年度	入院時・退院（所）時情報連絡表作成 国東市オレンジ連携シート（認知症情報提供シート）作成
令和元年度	くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアル（第3版）発行 くにさき地域における副食形態基準の事業所別適合表（改訂版） （特定給食施設栄養士研究会）

○これまでの役員

<会長>

伊藤 大観 老人保健施設ウェルハウスしらさぎ (H22～H28)

小田 剛正 居宅介護支援事業所ウェルハウスしらさぎ (H29～ )

<副会長>

中村 晋也 国東市民病院 (H22～ )

○改訂版作成に携わったコアメンバー

氏 名	所 属	職 種
小田 剛正	居宅介護事業所ウェルハウスしらさぎ	介護支援専門員
中村 晋也	国東市民病院リハビリテーション科	理学療法士（技士長）
清原 千加子	朝来サポートセンター	小規模多機能型居宅介護管理者
森 暁史	はなみずきケアプランサービス	介護支援専門員
清原 理史	国東市民病院 地域連携室	社会福祉士