

**日南・串間医療圏における
入退院調整コンセンサスブック
(ver.9.0)**



令和 8 年 4 月

日南・串間医療圏における入退院調整コンセンサスブックについて

日南串間二次医療圏域（日南市・串間市。以下「日南串間医療圏」という。）は高齢化が進んでいる地域であり、医療と介護の連携推進は重要な課題となっています。

ここでいう「コンセンサスブック」は、要介護状態の患者さんが、病院に入院し自宅等へ退院するにあたり、医療と介護が連携し、入院から退院後の生活および療養を支えるため、病院とケアマネジャー（以下「ケアマネ」という）が確実に情報共有を図るためのルールをまとめたものです。

医療介護連携調整実証事業（厚労省モデル事業）に基づき、日南串間医療圏の12 病院と2市の地域包括支援センター及び事業所、施設のケアマネ等、約 100 名と地域アドバイザー 木佐貫 篤先生（県立日南病院 医療連携科部長）で協議を重ねて、平成27年度にコンセンサスブック Ver1.0 を策定しました。

その後、入退院調整ルール策定・運用事業として運用開始し、運用していく中で出てきた課題の解決策を関係機関との協議の場で話し合い、改訂を行うことでよりよい連携に繋げています。

日南串間医療圏の医療と介護を必要とする住民が、最期まで自分らしく暮らし続けるための地域包括ケアシステム構築の一環として、この「入退院調整コンセンサスブック」を参考として活用してください。



コンセンサスブックのねらい

病院とケアマネの情報共有が十分でなかったため、病院から自宅などに帰る患者さんや家族が困ったという事例があります。

平成 27 年6月に実施した、日南市・串間市のケアマネの皆さんを対象としたアンケートでは、入院時におけるケアマネから病院へ書面による情報提供がなかった割合は58.0%（事業所・包括ケアマネから病院の場合86.4% 施設ケアマネから病院の場合16.4%）、退院時における病院からケアマネへの情報提供がなかった割合は30.8%（病院から事業所・包括ケアマネの場合37.5% 病院から施設ケアマネの場合0.0%）であることがわかりました。

これをふまえて、本ブックは、入退院における病院とケアマネの情報共有をスムーズにし、円滑な在宅等への移行を図ることを目的としています。

コンセンサスルールとは

要介護状態の患者さんが入院する際に、ケアマネが病院へ確実に在宅時の状況や介護保険サービスの利用等を伝えるため、病院がケアマネへ入院時点での情報を伝えるため、また患者さんが自宅等へ退院する準備をする際に、病院からケアマネに確実に引き継ぐための情報共有のルールのことです。

「コンセンサスルール」は病院とケアマネの情報共有のための目標であり、「取組みたいこと」は「コンセンサスルール」を実現するために、こんなことを病院とケアマネが取り組めたらいいという例示です。

お互いの立場を尊重して、そのときの状況によって取り組める場合、取り組めない場合があることを理解しましょう。



コンセンサスルール 1

ケアマネが担当している利用者（患者）が入院した事実を、ケアマネと病院でなるべく早く共有しましょう



ケアマネは利用者が入院したことを早期に把握し、病院も患者にケアマネがいることを早期に把握することで、早い段階から退院に向けたお互いの連携が進みます

取組みたいこと

○ケアマネ

- かかりつけ医に担当ケアマネを把握してもらう（自分が担当であることを伝えておく）
- 日頃から、本人家族、民生委員などに、「入院したら連絡をください」と依頼しておく
- 利用者（患者）の自宅に、ケアマネがわかる連絡先を貼っておく
【参考】ケアマネ連絡先用紙 様式①
- 本人家族の承諾確認をした上で、介護保険証やお薬手帳に、ケアマネの名刺を付けたり、事業所の情報を入れておく
- 入院したら病院に介護保険証を持っていくよう、利用者（患者）・家族に声をかける
- 介護サービス事業所に、利用者（患者）の入院に気づいた時はケアマネに連絡することを求めておく
- 病院から連絡がある前に、利用者（患者）の入院に気づいた時は、ケアマネから病院へ連絡し担当ケアマネであることを把握してもらう

○病院

- 診察前の問診、入院時の聞き取りでケアマネを確認する。
※介護保険証等についている名刺、記載されている事業所、本人家族から介護サービス利用について確認
- 患者（利用者）が入院し、担当ケアマネを把握した場合は、電話などで速やかに連絡する
- 聞き取りでケアマネの有無を確認できない場合は、本人家族に承諾確認をした上で、地域包括支援センターへ確認する
【参考】地域包括支援センター・居宅介護支援事業所（別冊 関係機関一覧）

コンセンサスルール 2

ケアマネは、利用者が入院したら、できるだけ1週間以内に、原則として病院訪問により（連絡がとれないときはFAX等により）入院時情報提供をしましょう

※上記は、介護報酬助算（ケアマネ側）の対象となります（詳細は最新の報酬通知を参照ください）



ケアマネが自宅での様子を早く伝えることにより、病院は退院に向けた支援をスムーズに行うことができます

ケアマネは、早期に訪問することで、利用者の退院支援に必要な情報共有、病院との連絡をスムーズに行うことができます

取組みたいこと

○ケアマネ

- ・事前に電話などで必ずアポイントメントをとった上で、病院・有床診療所窓口へ訪問またはFAXする
【参考】病院・有床診療所・介護医療院窓口（別冊 関係機関一覧）
- ・訪問、FAXまたはNet4U等により、すみやかに入院前の状況報告書により情報提供を行う
FAXでの情報提供は誤送信がないよう、個人情報の取り扱いは各事業所で十分注意する
【参考】入院前の状況報告書 様式②
- ・急いで伝えたい情報（例：認知症、感染症の有無など）があれば、電話などで速やかに連絡する

○病院

- ・ケアマネへ入退院調整の窓口がわかるようにしておく
【参考】病院・有床診療所・介護医療院窓口（別冊 関係機関一覧）
- ・担当ケアマネと面談を行い、入院前の状況をふまえた適切な退院支援についての情報共有を行う
- ・急いで聞きたい情報があれば、電話などで速やかに連絡して情報を求める

コンセンサスルール 3

病院担当者は、患者が入院したら、ケアマネに入院時点での入院診療計画に基づいて予測される入院期間・治療計画等を情報提供しましょう



病院が入院初期段階における入院診療計画を伝えることで、ケアマネは、退院支援に必要な期間を把握でき、ケアプランの修正やサービス事業所との調整等、今後の見通しがつき、ケアマネジメントを進めることができます

取組みたいこと

○ケアマネ

- ・病院担当者と面談を行い、後の退院支援について必要な情報を聴き取る
- ・入院が1ヶ月以上にわたる場合は、必要に応じて電話や病院訪問により、利用者の状況を確認する

○病院

- ・ケアマネに、入院診療計画書を参考に、退院までの期間、退院前カンファレンスの有無、退院までの計画など概ねの見込みを伝える
- ・入院診療計画書などにより伝えた内容が、入院期間中に変更となった場合は、速やかに連絡する
- ・ケアマネより連絡を受けた場合は、退院支援に向けた情報共有を行うなど協力する
- ・転院時は、転院先がケアマネに必要な情報提供（例：入院期間の見通し、今後の方針／方向性など）を行う

コンセンサスルール 4

退院後に介護保険サービスが必要と思われる患者で、入院前にケアマネがない場合（介護保険認定を受けていない、またはケアマネが決まっていない）、病院から地域包括支援センター（又は居宅介護支援事業所）に連絡しましょう



介護保険サービスが必要と思われる患者が、退院後、適切な時期から確実に必要なサービスを受けられるようにします
また、病院から連絡を受けた地域包括支援センター等が、本人家族に、介護保険について説明することにより、介護保険サービスが必要でなかったのに、介護保険認定を申請したという事例を少なくすることが期待できます

取組みたいこと

○ケアマネ

- 病院からの連絡を受けた後、速やかに病院を訪問する
- 本人家族及び病院担当者との面談を行う。後の退院支援について相談するとともに、必要な情報を聴き取る

○病院

- 本人家族に、同意を得た上で、入院後早めに地域包括支援センター（又は居宅介護支援事業所）に連絡する
- 本人家族及びケアマネとの面談を行い、後の退院支援について情報共有を行う

コンセンサスルール 5

病院担当者は、退院前カンファレンスを実施する場合、早めにケアマネに連絡して日程調整をしましょう
ケアマネは、病院から退院前カンファレンスの実施について連絡を受けた場合、なるべく出席しましょう

※ここでいう「退院前カンファレンス」は、例示として

- ①ケアマネがケアプラン作成・修正に必要な情報を得る場
- ②本人家族・多職種を交えた在宅での看護・リハなどのサービスとの引き継ぎの場
- ③入院患者の担当医師が、在宅医療を担う医師・看護師・歯科医師・薬剤師等およびケアマネと共同して指導をする場 などをいいます

※上記①～③は、診療報酬及び介護報酬加算の対象となります（詳細は最新の報酬通知を参照ください）。



ケアマネは退院前カンファレンスに参加し、情報収集・情報交換を行うことで、在宅療養に向けての退院支援や必要なサービス等、今後の方針について検討できます

取組みたいこと

○ケアマネ

- ・入院時訪問で情報収集した入院期間を目安に、退院前カンファレンスの時期を予測し、必要に応じて病院へ実施日を確認する
- ・退院前カンファレンスをしない場合で、退院に向けた話し合いの必要がある場合は、その希望を伝える

○病院

- ・入院診療計画書などで伝えていた情報が、入院期間中に変更となった場合は、速やかにケアマネへ連絡する
- ・退院前カンファレンスを行う場合、早めに連絡する
- ・退院前カンファレンスをしない場合で、ケアマネから退院に向けた話し合いの依頼がある場合は協力する

コンセンサスルール 6

病院担当者及びケアマネは、なるべく早く、双方で連絡を取り合うなど、退院に向けた情報共有をしましょう



お互いに連絡を取りあうことにより、ケアマネへの退院直前の連絡や、ケアマネが知らない間に退院・転院していた、ということを防ぐことができます。

取組みたいこと

○ケアマネ

- ・入院診療計画書などで把握した退院予定日から、病院に退院日の確認をする
- ・必要に応じて、退院・退所情報提供書により情報提供を依頼する
【参考】退院・退所情報提供書 様式③
- ・転院時は、必要に応じて、情報（例：転院時の状態（ADL）、本人・家族の希望など）を聞き取る

○病院

- ・退院予定日が分かってからできるだけ早めにケアマネへ連絡する
- ・入院診療計画書などで伝えていた情報が、入院期間中に変更となった場合は、速やかにケアマネへ連絡する
- ・必要に応じて、できるだけ早めに、在宅に戻ったときの注意点などが分かるよう、退院・退所情報提供書により情報提供をする
【参考】退院・退所情報提供書 様式③
- ・転院時は、転院元が転院先にケアマネから入院時に提供された情報（入院前の状況報告書等）を伝える
- ・転院時は、転院元がケアマネへ必要な情報提供（例：転院先医療機関、転院の目的、転院時の状態（ADL）、本人・家族の希望など）を行う

日南串間医療圏コンセンサスブック フロー図

入院前後

入院

在宅



P3

P4

P5

P6

【様式①】
ケアマネ連絡先用紙

**コンセンサス
ルール2**

ケアマネは、利用者が入院したら、できるだけ1週間以内に、原則として病院訪問により（連絡がとれないときはFAX等により）入院時情報提供をしましょう

【別冊 関係機関一覧】
病院・有床診療所・介護医療院窓口
【様式②】

入院前の状況報告書

**コンセンサス
ルール1**

ケアマネが担当している利用者（患者）が入院した事実を、ケアマネと病院でなるべく早く共有しましょう

【別冊 関係機関一覧】
居宅介護支援事業所
地域包括支援センター

**コンセンサス
ルール4**

退院後に介護保険サービスが必要と思われる患者で、入院前にケアマネがいない場合（介護保険認定を受けていない、またはケアマネが決まっていない場合）、病院から地域包括支援センター（又は居宅介護支援事業所）に連絡しましょう

**コンセンサス
ルール3**

病院担当者は、患者が入院したら、ケアマネに入院時点での入院診療計画に基づいて予測される入院期間・治療計画等を情報提供しましょう

【別冊 関係機関一覧】
病院・有床診療所・介護医療院窓口

日南串間医療圏コンセンサスブック フロー図

退院前後

退院前



退院・転院



コンセンサス
ブック



P7

P8

コンセンサス ルール5

ケアマネは、病院から退院前カンファレンスの実施について連絡を受けた場合、なるべく出席しましょう

【様式③】
退院・退所情報提供書

コンセンサス ルール6

病院担当者及びケアマネは、なるべく早く、双方で連絡を取り合うなど、退院に向けた情報共有をしましょう

コンセンサス ルール5

病院担当者は、退院前カンファレンスを実施する場合、早めにケアマネに連絡して日程調整をしましょう

【様式③】
退院・退所情報提供書



【ケアマネ】



【病院】

※参考資料※

様式①

こんにちは ケアマネです



入院が決まった時、または入院された場合は、必ず下記までご連絡ください。

事業所名	
担当ケアマネ	—
連絡先	

入院前の状況報告書

患者様の同意を得ておりますので、
転院時は複写の上、転院先医療機
関へお渡してください。

入院日 年 月 日

記入日 年 月 日

<サービス利用者>

氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	居住住所	
生年月日	年 月 日 (歳)	介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者(※認定期間なし) <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日
病歴			
入院に至るまでの経過			

<介護保険利用状況>

利用サービス		利用サービス	
サービス名	利用頻度	サービス名	利用頻度
貸与品目	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他		
備考(インフォーマルサービス等)			

<ADL>	状態	特記事項	<IADL>	状態	特記事項
・寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		・調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
・起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		・掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
・移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		・買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
・歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		・金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
・着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		・服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
・入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		・電話対応	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
・排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
<認知症>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<排尿・排便>		
			失禁の有・無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			排泄後の後始末	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
<コミュニケーション能力>			<口腔衛生>		
<性格・行動の特徴>			<感染症>		
			<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
<年金・手当等>			<褥瘡・皮膚の問題>		
<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 恩給、手当() <input type="checkbox"/> その他・特記()			<食事>		
<障害等認定>			<家庭環境>		(家族構成)
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 重心医療 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他・特記()			<input type="checkbox"/> 独居		
<居室環境>			<input type="checkbox"/> キーパーソン		
<備考>			氏名		
<input type="checkbox"/> 退院時・転院時ご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンスを希望します。 <input type="checkbox"/> 必要に応じ退院時の情報提供をお願いします。			連絡先		
<在宅主治医>		居宅介護支援事業所	事務局		
		担当ケアマネジャー			
		電話			

※本様式は、「宮崎県」「Sunオリーブ」「串間市」のホームページに掲載

退院・退所情報提供書

(ケアマネジャー保管)

様式③

<記入日> 年 月 日

<情報提供元医療機関・施設名>

名称	
担当者名	
電話	

<指定居宅介護支援事業者・担当ケアマネジャー>

事業所名	
担当ケアマネジャー	

<介護サービス利用者>

ふりがな		電話	
氏名	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)	住所	
生年月日	年 月 日 (歳)		
身長、体重	cm	kg	
入院(所)期間	入院(所)日 年 月 日 ~ 退院(所)(予定)日 年 月 日		

<疾病の状態>

	入院・入所中の状況	特記事項
主たる介護者		(感染症、内服薬等)
主病名・主症状		
既往歴		
服薬状況	(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他)	
退院後の医療機関受診	<input type="checkbox"/> 有 医療機関名: <input type="checkbox"/> 無 次回受診日 年 月 日	

<介護保険について>

対象外
申請中 (新規 更新 区変)
認定済 介護度(事業対象者※認定期間なし 要支援 要介護) 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日

<生活機能の状態>

	入院・入所中の状況	特記事項
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他	(kcal)
	(<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養)	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他	(独自の方法・転倒危険)
	(<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子)	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可 (<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭)	
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 <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)	(留置カテーテル 等)
	(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル)	
清潔保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他	
着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他	
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不穏 (状態:)	
認知面問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:) 長谷川式スケール 点	
療養上の留意事項	※主治医等の意見(今後の予後・予測、病気のリスク等)	リハビリテーションの状況
		・リハビリ継続は(<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要) (訪問リハ・デイケア・生活の中で)
		リハビリテーション特記事項

※本様式は、「宮崎県」「Sunオリーブ」「串間市」のホームページに掲載

～入退院に係る様式のダウンロードについて～

入退院時に使用する様式（E x c e l）は、以下のホームページよりダウンロードできます。

※以下3箇所のホームページの掲載様式は全て同じものです。

◆宮崎県ホームページ

トップ>くらし・健康・福祉>高齢者・介護>地域ケア
>日南・串間医療圏における入退院調整ルール策定・運用事業について
>3. 入退院調整ルールについて

【URL】<https://www.pref.miyazaki.lg.jp/iryokaigo/kurashi/koresha/20160324103119.html>

◆Sunオリーブー日南市長寿課高齢者あんしん係

トップ>情報共有ツール>入退院調整コンセンサスブック

【URL】<https://www.sun-olive.net/tools/consensus/>

*「日南市在宅医療・介護情報共有システム Net4U」上でも書式作成及び様式のダウンロード可
(日南市の Net4U 参加施設のみ)

◆串間市ホームページ

ホーム>健康・福祉>高齢者>介護保険
>介護サービス事業者の方はこちら
>在宅医療介護連携推進事業（入退院支援ルール）について

【URL】<https://www.city.kushima.lg.jp/main/health/cat3184/post-327.html>

日南・串間医療圏における入退院調整コンセンサスブック (Ver.9.0)

発行：宮崎県日南保健所

宮崎県長寿介護課 医療・介護連携推進室

お問合せ：日南保健所 健康づくり課 健康管理担当

〒889-2536 日南市吾田西1丁目5番10号

電話 (0987) 23-3141

ファクシミリ (0987) 23-3014

宮崎県 長寿介護課 医療・介護連携推進室

〒880-8501 宮崎市橘通東2丁目10番1号

電話 (0985) 44-2605

ファクシミリ (0985) 26-7344

日南市 長寿課 高齢者あんしん係

〒887-8585

日南市中央通一丁目1番地1

電話 (0987) 31-1162

ファクシミリ (0987) 21-1410

串間市 医療介護課 地域医療介護連携推進室

〒888-0001

串間市大字西方9365番地8

電話 (0987) 66-0148

ファクシミリ (0987) 72-0310

Ver. 1. 0：平成28年3月

Ver. 2. 0：平成29年2月

Ver. 3. 0：平成30年3月

Ver. 4. 0：平成31年3月

Ver. 5. 0：令和 2年3月

令和 3年4月

Ver. 6. 0：令和 4年4月

Ver. 7. 0：令和 5年4月

Ver. 8. 0：令和 6年4月

Ver. 9. 0：令和 7年4月

令和 8年4月