

**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.8.0)**



**令和 6 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がっています。

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、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、「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 資料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一覧表 資料②

## 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・有床診療所窓口一覧（P13～15）へ訪問またはFAXする  
【参考】病院・有床診療所窓口一覧表 資料③
- ・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 資料④
- ・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】病院窓口一覧表 資料③
- ・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

## 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、同意を得たうえで、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 資料⑤

#### ○病院

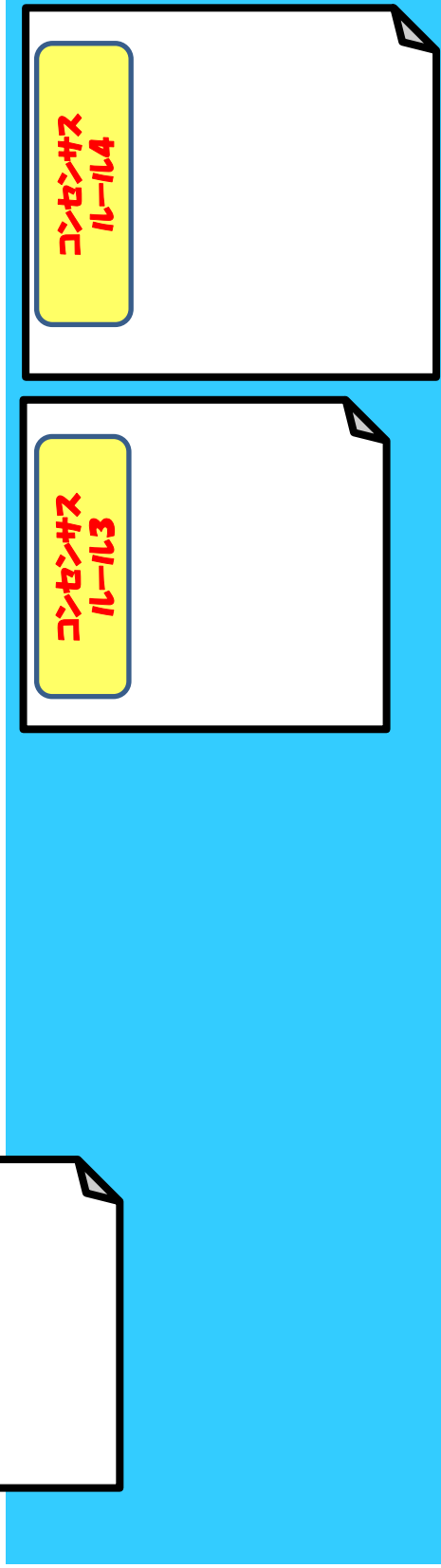
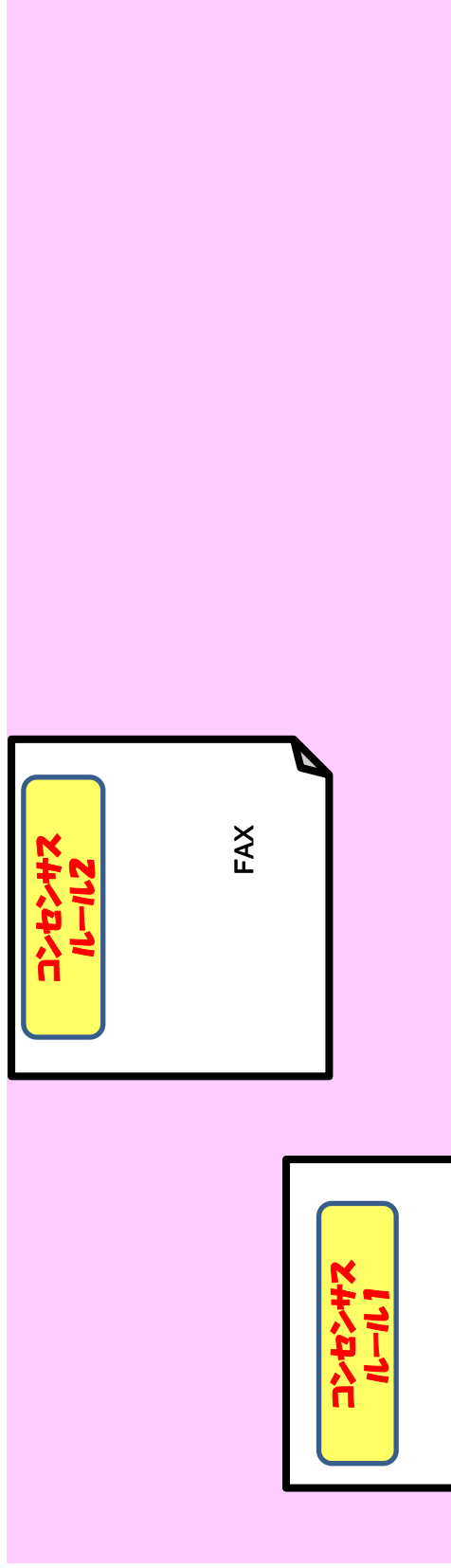
- ・退院予定日が分かってからできるだけ早めにケアマネへ連絡する
- ・入院診療計画書などで伝えていた情報が、入院期間中に変更となった場合は、速やかにケアマネへ連絡する
- ・必要に応じて、できるだけ早めに、在宅に戻ったときの注意点などが分かるよう、退院・退所情報提供書により情報提供をする

【参考】退院・退所情報提供書 資料⑤

- ・転院時もケアマネへ連絡する
- ・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

# 日南串間医療圏コンセンサスブック フロー図

» - 3





# ※参考資料※

資料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。



11

事業所名	
担当ケアマネ	
連絡先	—

# 地域包括支援センター一覧表

(令和5年4月時点)

資料②



事業所名称	F番号	所在地	電話番号 FAX番号
日南市北地区地域包括支援センター 【飢肥地区、酒谷地区、北郷地区】	889-2535	日南市飢肥五丁目4番1号	25-0408 27-3003
日南市東地区地域包括支援センター 【油津地区、東郷地区、鵜戸地区、吾田地区の一部（中平野、桜ヶ丘、松原団地）】	887-0014	日南市岩崎二丁目8番18号	23-6099 23-4188
日南市中央地区地域包括支援センター 【吾田地区、細田地区】	887-0021	日南市中央通一丁目5番地1 グレース日南1F	22-3301 31-1525
日南市南地区地域包括支援センター 【南郷地区、細田地区の一部（下方、塩鶴、大堂津1区～3区）】	889-3206	日南市南郷町南町5番地3	64-3178 64-3178
串間市地域包括支援センター	888-0001	串間市西方9365番地8	72-0023 72-1915

※記載情報に変更ございましたら、保健所担当（☎0987-23-3141）までご連絡をお願いします。



(令和6年4月時点)

資料③

医療機関名	宮崎県立日南病院	日南市立中部病院	串間市民病院	愛泉会日南病院	おひ中央病院
所在地	〒887-0013 日南市木山 1丁目9番5号	〒889-3141 日南市大堂津 5丁目10番1号	〒888-0001 串間市大字西方 7917	〒887-0034 日南市大字風田 3649番2	〒889-2535 日南市鉄肥 6-2-28
代表電話	23-3111	27-1111	72-1234	23-3131	25-2525
ファックス	23-5142	27-2479	72-1332	23-8130	25-5522
部署名	患者支援センター	地域医療課	地域連携室	地域医療連携課 庶務課	医療連携室
担当者名	●看護師長 野辺 直美	●社会福祉士 田中 沙也加 ●主任技師 矢越 孝裕 ●看護師 木村 宏輔	●看護師 竹島 由希美 ●社会福祉士 吉岡 誠	●看護師 藤本 真弓	●社会福祉士 堀切 修馬 鳥越 恵子
電話	23-3111 (内線2083)	27-1174	72-1234 (内線130)	23-3131	25-2525
FAX	21-1680	21-4722	72-1351	23-8130	25-5522
連絡可能な時間帯	AM 9:00~12:00 PM 14:00~17:00	9:00~12:00 13:30~17:00	9:30~12:00 13:00~16:00	8:30~12:00 13:30~17:00	8:30~12:00 13:00~17:30

※記載情報に変更等ございましたら、保健所担当(☎0987-23-3141)までご連絡をお願いします。

# 病院窓口一覧表



(令和6年4月時点)

資料③

医療機関名	谷口病院	春光会記念病院	なんごう病院	県南病院
所在地	〒887-0034 日南市大字風田 3861	〒889-2533 日南市大字星倉 4600-1	〒889-3204 日南市南郷町中村乙 2101	〒888-0001 串間市大字西方 3728 番地
代表電話	23-1331	22-2324	64-0305	72-0224
ファックス	23-7739	22-2344	64-3077	72-5967
部署名	医療相談課	地域連携室	医療連携室	地域医療連携室
	<ul style="list-style-type: none"> <li>●課長 川上 英樹</li> <li>●岩切 万耶</li> <li>●病棟専従 白坂 亜紀</li> <li>●前田 舞</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●室長 山田 学</li> <li>●社会福祉士 宮路 静恵</li> <li>●前田 志保</li> <li>●看護師 黒木 直子</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●社会福祉士 日高 由紀子</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●精神保健福祉士 児玉 雅己</li> <li>●前田 夢香</li> </ul>
退院調整 相談窓口	電話	55-0277	080-9582-1899	72-0224
	FAX	23-7739	55-0288	72-5967
連絡可能な 時間帯	AM	8:30~11:30	8:30~12:30	8:30~12:00
	PM	13:00~17:00	13:30~17:30	13:00~17:00

※記載情報に変更等ございましたら、保健所担当（☎0987-23-3141）までご連絡をお願いします。

## 有床診療所窓口一覧表



(令和6年4月時点)

## 介護医療院窓口一覧表

資料③

医療機関名	河野医院	川越整形外科医院
所在地	〒887-0013 日南市木山1丁目5番13号	〒889-2541 日南市吾田東11丁目9-18
代表電話	23-4155	22-4321
ファックス	23-4157	22-4320
部署名	病棟	病棟
担当者名	●病棟師長 藤丸 優子	●看護師 富永 晃
電話	23-4155	22-4321
FAX	23-4157	22-4320
連絡可能な時間帯	AM 9:00~12:00 PM 14:00~17:00	8:30~12:00 14:30~18:00

山元病院 介護医療院
〒887-0021 日南市中央通1丁目10番15
23-4815
23-5923
●ケアマネジャー 河野 律子
23-4815
23-5923
8:30~12:00
13:00~17:00

※上記窓口対応が夜間勤務時は、対応困難となる場合があります。ご了承ください。  
 ※記載情報に変更等ございましたら、保健所担当（☎0987-23-3141）までご連絡をお願いします。



# 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	□男 □女	居住住所	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	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
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	□車いす □特殊寝台 □手すり □歩行器 □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	□自立 □一部介助 □全介助		・調理	□自立 □一部介助 □全介助	
・起き上がり	□自立 □一部介助 □全介助		・掃除	□自立 □一部介助 □全介助	
・移乗	□自立 □一部介助 □全介助		・買い物	□自立 □一部介助 □全介助	
・歩行	□自立 □一部介助 □全介助		・金銭管理	□自立 □一部介助 □全介助	
・着脱	□自立 □一部介助 □全介助		・服薬状況	□自立 □一部介助 □全介助	
・入浴	□自立 □一部介助 □全介助		・電話対応	□自立 □一部介助 □全介助	
・排泄	□自立 □一部介助 □全介助				
<認知症>	□有 □無		<排尿・排便>	失禁の有・無 □有 □無 排泄後の後始末 □自立 □一部介助 □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>	□有( ) □無 □不明		
<年金、手当等>	□国民年金 □厚生年金 □障害年金 □共済年金 □生活保護 □恩給、手当( ) □その他・特記( )	<褥瘡・皮膚の問題>			
<障害等認定>	□なし □身障 □精神 □療育 □重心医療 □難病 □その他・特記( )	<食事>			
<居宅環境>		<家庭環境>	(家族構成) □独居		
<備考>		□キーパーソン 氏名 連絡先			
□ 退院時・転院時ご連絡ください。 □ 退院時カンファレンスを希望します。 □ 必要に応じ退院時の情報提供をお願いします。					
<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-日南市長寿課地域包括ケア推進係」「串間市」のホームページに掲載(※詳細はP24掲載)

# 退院・退所情報提供書

(ケアマネジャー保管)

資料⑤

<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	(□男 □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	( □自立 □一部介助 □全介助 □その他 )	
退院後の医療機関受診	□有 医療機関名: □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	□自立 □一部介助 □全介助 □その他	( kcal)
	(□普通 □刻み □ソフト食 □ペースト □経管栄養)	
口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助 □その他	
移動	□自立 □一部介助 □全介助 □その他	(独自の方法・転倒危険)
	(□見守り □手引き □杖 □歩行器 □シルバーカー □車椅子)	
入浴	□自立 □一部介助 □全介助 □不可 (□シャワー □清拭)	
排泄	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □オムツ (□常時 □夜間のみ)	(留置カテーテル 等)
	(□トイレ □ポータブル)	
清潔保持	□自立 □一部介助 □全介助 □その他	
着脱	□自立 □一部介助 □全介助 □その他	
夜間の状態	□良眠 □不穏 (状態: _____)	
認知面問題	□無 □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( □ 不要 □ 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

◎日南・串間医療圏におけるコンセンサスブックの作成及び修正のための協議に御協力いただいた事業所（令和6年4月時点のものです）

※一度も参加していない施設は掲載されていません。

病院

宮崎県立日南病院	日南市立中部病院	串間市民病院
愛泉会日南病院	おび中央病院	谷口病院
春光会記念病院	なんごう病院	県南病院

有床診療所

河野医院	川越整形外科医院
------	----------

介護医療院

山元病院 介護医療院
------------

介護保険施設（日南市）

介護老人保健施設 しあわせの里	介護老人保健施設 ハイム苑
介護老人保健施設 みどりの丘	介護老人保健施設 おびの里
特別養護老人ホーム はまゆうの里	特別養護老人ホーム くろしおの里
特別養護老人ホーム 河鹿の里	特別養護老人ホーム 昭寿園サンヒルズ

介護保険施設（串間市）

介護老人保健施設 長寿の里	県南病院 介護療養型医療施設
特別養護老人ホーム 望洋の郷	特別養護老人ホーム ゆうゆうの森

特定施設等（日南市）

グループホーム わかば	グループホーム さくら坂
グループホーム ひかり苑日南	養護老人ホーム 和幸園
養護老人ホーム 患者園	介護付有料老人ホーム ロイヤルガーデン日南
喜多郷ひばり	

特定施設等（串間市）

グループホーム ほたる	グループホーム みずなら
有料老人ホーム幸せホームあすか	住宅型有料老人ホーム ほたるの郷

地域包括支援センター

日南市 北地区地域包括支援センター	日南市 南地区地域包括支援センター
日南市 中央地区地域包括支援センター	日南市 東地区地域包括支援センター
串間市 地域包括支援センター	

介護支援専門員連絡会

日南市 介護支援専門員連絡会	串間市 介護支援専門員連絡会
----------------	----------------

居宅介護支援事業所（日南市）

居宅介護支援事業所 ぶきのとう	居宅介護支援事業所 こころ
居宅介護支援事業所 びろうの里	特別養護老人ホーム 河鹿の里
日南市立中部病院指定居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所 くろしおの里
居宅介護支援事業所 さき	居宅介護支援事業所 ファミリー
ブレイス居宅支援サービス	おひさま居宅サービス
はまゆうの里 日南市西在宅介護支援センター	みなと指定居宅介護支援事業所
心の家介護サービス	日南慶明会 在宅介護支援センター
昭寿園指定ケアプラン作成事業所	優（ほのか）居宅介護支援事業所
日南市南在宅介護支援センター	ゆう居宅介護支援事業所
居宅プランなごみ	ケアサポートゆいと
居宅介護支援事業所 南風の丘	Care Support Office みらい

居宅介護支援事業所（串間市）

居宅介護支援事業所 三愛	居宅介護支援事業所 幸寿園
居宅介護支援事業所 樹	居宅介護支援事業所 とめのファミリークリニック
居宅介護支援事業所 さくら	プランニングハートむつみ
けんなんシルバーケアプランセンター	長寿の里 在宅介護支援センター
介護センターあすか	JA はまゆう串間
串間市民病院	寿楽園 在宅介護支援センター

行政

日南市長寿課 地域包括ケア推進係	串間市医療介護課
------------------	----------

## 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の運用体制について

### 1 目的

コンセンサスブックの運用が円滑かつ継続的に行われ、日南串間医療圏域における要介護状態の方が、医療機関に入院し自宅等へ退院するにあたり、入院から退院後の生活および療養を支えるため、医療機関とケアマネが確実に情報共有を図ることを目的とする。

### 2. 事務局

日南保健所、日南市及び串間市が管理運営を行う。

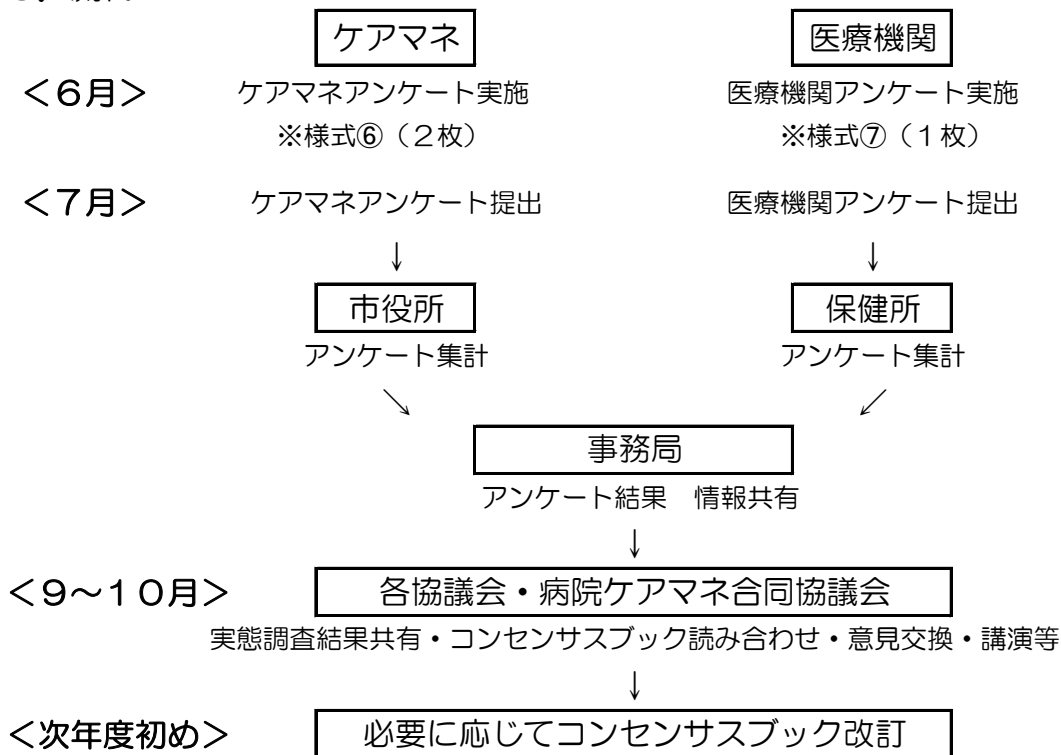
### 3. 検証

年に1回はケアマネ及び医療機関を対象とした、入退院に係る実態調査及び評価を実施する。

### 4. 協議会

実態調査の結果を共有するため、年に数回は医療機関及びケアマネを対象とした会議を開催し、よりよい運用を目指す。

### 5. 流れ



### ※留意事項※

アンケートの提出は7月第2金曜までにFAXにて御回答をお願いします。また、制度改定等の際には別途様式を追加することもありますので、ご了承下さい。

# ※ケアマネアンケート

# 様式⑥-1

FAX番号【日南市】0987-21-1410  
 日南市役所 長寿課 地域包括ケア推進係(SUNオーリーブ) 担当 行  
 【串間市】0987-72-0310  
 串間市役所 医療介護課 地域医療介護連携推進室 担当 行

【提出期限】  
 7月第2週金曜日

## 《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の運用についてのアンケート》

6月中に、病院から退院した利用者及び病院に入院した利用者の調査をお願いします。

事業所名	TEL
------	-----

※事業所内の介護支援専門員1人に1枚ずつご回答いただき、不足の場合はコピーをお願いします。  
 事業所にて取りまとめた上、FAX又はメールにて返信をお願いいたします。

◆「医療機関からの引き継ぎの連絡」とは、要支援(総合事業対象者含む)・要介護状態の患者(申請中の者を含む)が退院する際の病院職員(看護師, 医療ソーシャルワーカー等)から介護支援専門員への引き継ぎの連絡のことを指します。(「医療機関への引き継ぎ」についても同様の考え方です。)  
 ◆引き継ぎには、退院前の多職種カンファレンスや病院職員(看護師, 医療ソーシャルワーカー等)との個別面談、電話や文書(FAX, メール等)等の連絡を含みます。(「医療機関への引き継ぎ」についても同様の考え方です。)  
 ◆要支援(総合事業対象者含む)・要介護の区分については、新規申請の者は見込みで、区分変更の者は現在の区分で記入して下さい。

1 6月中に医療機関(有床診療所を含む)から退院したケースがありますか？ (ある・ない)  
 ※ある方はそのケースの内訳を下記にご記入ください。



No.	退院した医療機関名 (市外も含む)	医療機関からの 引き継ぎの連絡	情報提供方法(複数回答可)	退院・退所情報提供書 の有無(※1)	介護区分	退院に係る介護報酬 加算の有無
(例)	南那珂クリニック	有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	報告書 報告書以外・無	要支援(総合事業対象者含む) 要介護	有・無
1		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	報告書 報告書以外・無	要支援(総合事業対象者含む) 要介護	有・無
2		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	報告書 報告書以外・無	要支援(総合事業対象者含む) 要介護	有・無
3		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	報告書 報告書以外・無	要支援(総合事業対象者含む) 要介護	有・無
4		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	報告書 報告書以外・無	要支援(総合事業対象者含む) 要介護	有・無
5		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	報告書 報告書以外・無	要支援(総合事業対象者含む) 要介護	有・無

(※1)「退院・退所情報提供書」とは、「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. 5. 0」の資料⑤を指します。

2 6月中に医療機関(有床診療所を含む)へ入院したケースがありますか？ (ある・ない)  
 ※ある方はそのケースの内訳を下記にご記入ください。



No.	入院した医療機関名 (市外も含む)	医療機関への 引き継ぎ	情報提供方法(複数回答可)	入院前の状況報告書 活用の有無(※2)	介護区分	入院に係る介護報酬 加算の有無
(例)	南那珂クリニック	有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	報告書 報告書以外・無	要支援(総合事業対象者含む) 要介護	有・無
1		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	報告書 報告書以外・無	要支援(総合事業対象者含む) 要介護	有・無
2		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	報告書 報告書以外・無	要支援(総合事業対象者含む) 要介護	有・無
3		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	報告書 報告書以外・無	要支援(総合事業対象者含む) 要介護	有・無
4		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	報告書 報告書以外・無	要支援(総合事業対象者含む) 要介護	有・無
5		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	報告書 報告書以外・無	要支援(総合事業対象者含む) 要介護	有・無

(※2)「入院前の状況報告書」とは、「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. 7. 0」の資料④を指します。

( 事業所名 )

3 「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」のコンセンサスルールに沿って伺います。  
※該当する番号を○で囲んでください。

質 問 内 容		4	3	2	1
		非常に そう思う	そう 思う	そう 思わ ない	全く そう 思わ ない
①	担当している利用者が入院した事実を、早い段階で医療機関と共有できている。	4	3	2	1
②	利用者が入院したら、できるだけ1週間以内に、原則として医療機関訪問により(連絡がとれない時はFAX等により)入院時情報提供をしている。	4	3	2	1
③	利用者が入院したら、医療機関から入院時点での入院診療計画等について情報提供がある。	4	3	2	1
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(介護保険認定をうけていない、又は、ケアマネが決まっていない)、早い段階で医療機関より連絡がある。	4	3	2	1
⑤	医療機関から、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、なるべく参加できている。	4	3	2	1
⑥	退院前カンファレンスが実施される場合、医療機関から早めの連絡があり日程調整ができている。	4	3	2	1
⑦	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ができている。	4	3	2	1

4 入退院連携調整について伺います。※該当する番号を○で囲んでください。

①	自分はコンセンサスルールを理解している。	4	3	2	1
②	勤務している事業所では、コンセンサスルールの周知ができている。	4	3	2	1
③	医療機関では、コンセンサスルールの周知ができている。	4	3	2	1
④	運用前と比較して、ケアマネの役割を理解してもらっている。	4	3	2	1
⑤	退院時に患者や家族は、病状や退院後の生活について医療機関から十分な説明を受けている。	4	3	2	1
⑥	運用前と比較して、医療機関との連携は円滑になった。	4	3	2	1

5 コンセンサスブック及び連携調整についてお気づきの点があればご記入ください。

御協力ありがとうございました。

# ※医療機関アンケート

# 様式⑦

FAX番号 0987-23-3014  
日南保健所 健康づくり課 健康管理担当 行

【提出期限】  
7月第2週金曜日

## 《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の運用についてのアンケート》

(病院名)	(部署)	(氏名)	(TEL)
-------	------	------	-------

1 現在掲載されている医療機関窓口に変更はございますか。⇒ ( 変更あり ・ 変更なし )

※変更がある場合には下記に御記入ください。



変更前	変更後

2 コンセンサスルールについて周知活動を行っていますか。⇒ ( 実施している ・ 実施していない )

※実施している方はどのような活動をされましたか。下記に御記入ください。



(例) 新人研修の内容に盛り込んだ
-------------------

3 「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」のコンセンサスルールに沿って伺います。

※該当する番号を○で囲んでください。

質問内容	4	3	2	1
	非常にそう思う	そう思う	そう思わない	全くそう思わない
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、早い段階でケアマネと共有できている。	4	3	2	1
② 利用者が入院したらできるだけ1週間以内に、原則として医療機関訪問により(連絡がとれない時はFAX等により)、ケアマネから入院時情報提供がある。	4	3	2	1
③ 患者が入院したら、入院時点での入院診療計画等について、ケアマネへ情報提供ができています。	4	3	2	1
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(介護保険認定をうけていない、又は、ケアマネが決まっていない)、医療機関から地域包括支援センター(又は居宅介護支援事業所)に早い段階で連絡できている。	4	3	2	1
⑤ 退院前カンファレンスを実施する場合は、早めにケアマネに連絡して日程調整できている。	4	3	2	1
⑥ 退院前カンファレンスを実施する場合、ケアマネへ実施について連絡した時は、ケアマネは退院前カンファレンスに参加できている。	4	3	2	1
⑦ 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ができています。	4	3	2	1

4 入退院連携調整について伺います。※該当する番号を○で囲んでください。

① 運用前と比べると、入院時にケアマネの把握ができています。	4	3	2	1
② 運用前と比べると、ケアマネの役割を理解できている。	4	3	2	1
③ 医療機関内で、コンセンサスルールの周知はできています。	4	3	2	1
④ スタッフはコンセンサスルールを理解できている。	4	3	2	1
⑤ 患者が転院する場合、ケアマネから提出があった入院時情報提供書を転院先の医療機関へ提供できている。	4	3	2	1
⑥ 退院時に、患者や家族に対して、病状や退院後の生活について医療機関から十分な説明ができています。	4	3	2	1
⑦ 運用前と比べると、ケアマネとの連携は円滑になった。	4	3	2	1

5 コンセンサスブック及び連携等について、お気づきの点があれば何でもご記入ください。

--



## ～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>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/kenko/koresha/20160324103119.html>

### ◆Sunオリーブー日南市長寿課地域包括ケア推進係ホームページ

トップ>【メインメニュー】入退院調整コンセンサスブック  
>【もくじ】コンセンサスブック・様式集

【URL】 <http://www.sun-olive.net/modules/contents/consensus.html>

\*「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  
>コンセンサスブック・様式集

【URL】 <http://www.city.kushima.lg.jp/main/health/koureisya/cat/cat1/post-327.html>



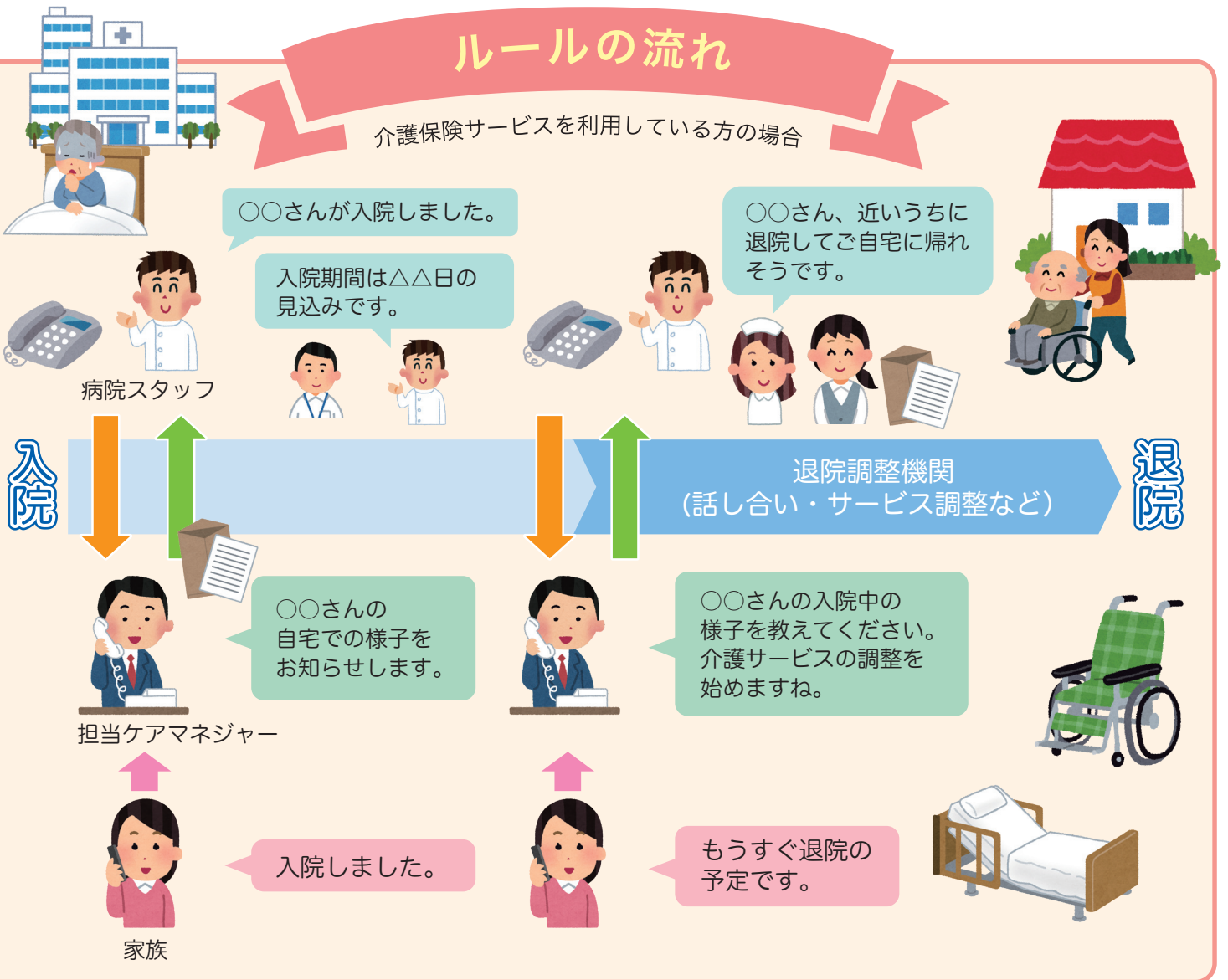
# 日南・串間医療圏 入退院調整ルール

## 入退院調整ルールとは…

患者さんが入院や退院する際に、病院とケアマネジャーの間で患者さんについての必要な情報の共有や入退院支援をスムーズに行うための連携の仕組みです。

### ルールの流れ

介護保険サービスを利用している方の場合



要介護認定を受けていない方についても、患者さんの状態によっては、介護保険サービスの利用手続きなど、病院とケアマネジャー等が連携して支援します。

# ご自宅への退院をスムーズに 進めるために大切なこと

入院したときから、なるべく早く病院とケアマネジャーが  
連絡を取り合うことが必要です。

皆さまとご家族のご理解とご協力をお願いします。

## ① 入院・退院したらケアマネジャーへ連絡

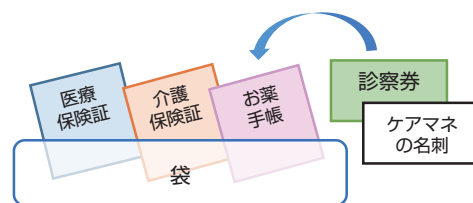
入院したときは、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡してください。  
退院予定日や転院が決まったときにも、ケアマネジャーへ連絡してください。

## ② 「保険証セット」の準備

普段の通院や入院などの必要なときに備えて、「保険証セット」をご準備ください。

- ①医療保険証 ②介護保険証 ③お薬手帳
- ④かかりつけ医療機関の診察券
- ⑤担当ケアマネジャーの名刺

※急な入院で、ご家族がケアマネジャーに  
連絡できない場合などに、病院が  
ケアマネジャーと連絡を取りやすくなります。



## ③ 病院の地域医療連携室（相談室）に退院後の生活について 相談しましょう。

退院後の生活に必要な介護サービスがスムーズに受けられるように支援します。

### 日南・串間医療圏入退院調整ルールに関するお問合せ先

■ 日南保健所 健康づくり課 健康管理担当  
TEL 0987-23-3141

■ 日南市長寿課 地域包括ケア推進係  
TEL 0987-27-3154

■ 宮崎県長寿介護課 医療・介護連携推進室  
TEL 0985-44-2605

■ 串間市医療介護課 介護保険係  
TEL 0987-72-0333



## 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.8.0)

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 宮崎市橋通東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 地域包括ケア推進係

〒887-8585

日南市中央通一丁目1番地1

電話 (0987) 27-3154

ファクシミリ (0987) 21-1410

串間市 医療介護課 介護保険係

〒888-0001

串間市大字西方9365番地8

電話 (0987) 72-0333

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