

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.1.0)



平成 28 年 3 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。

宮崎県医療介護連携調整実証事業に基づき、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）で協議を重ねて出来上がりました。

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。

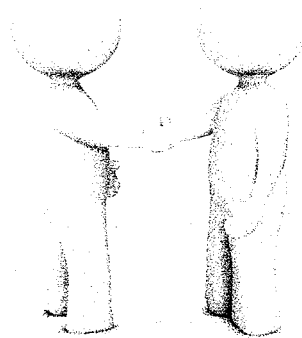
これをふまえて、本ブックは、入退院における病院とケアマネの情報共有をスムーズにし、円滑な在宅等への移行を図ることを目的としています。

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いる
- ・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

※利用者（患者）が入院してから7日以内に情報提供した場合は、介護報酬加算（ケアマネ側）の対象となります（平成12年3月1日付け厚生省老人保健福祉局企画課長通知。平成24年3月16日改正）



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、訪問またはFAXする
【参考】病院窓口一覧表 資料③
- ・訪問またはFAX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

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等について情報提供をしましょう



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入院中の担当医師が、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



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



退院前



P7



【ケアマネ】

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

【資料⑤】
退院・退所情報提供書

P8

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

【資料⑤】
退院・退所情報提供書



【病院】

コンセンサス ルール5

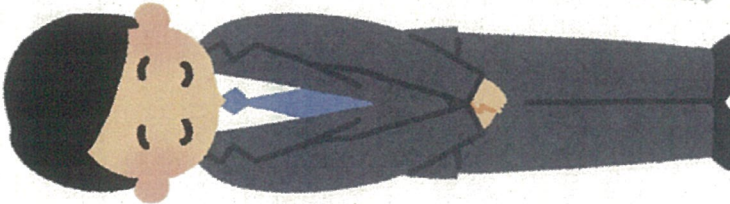
病院担当者は、退院前カンファレンスを実施する場合、早めにケアマネに連絡して日程調整をしましょう

※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。



	
事業所名	
担当ケアマネ	—
連絡先	

病院窓口一覧表



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	小玉共立外科
所在地		T887-0013 日南市木山 1丁目9番5号	T889-3141 日南市大堂津 五丁目10番1号	T888-0001 串間市大字西方 7917	T887-0034 日南市大字風田 3649番2	T889-2535 日南市飢肥 6-2-28	T889-2541 日南市吾田東 十丁目4番1号
	代表電話	23-3111	27-1111	72-1234	23-3131	25-2525	24-0777
ファックス		23-5142	27-2479	72-1332	23-8130	25-5522	24-0786
	部署名	医療連携科	地域医療科	地域連携室	地域医療連携課	医療連携室	看護部
退院調整 相談窓口							
担当名							
	電話	23-3111 (内線2083)	27-1174	72-1234 (内線130)	23-3131	25-2525	24-0777
連絡可能な 時間帯	FAX	21-1680	21-4722	72-1332	23-8130	25-5522	24-0786
	AM	8:30~12:00	9:00~12:30	9:30~12:00	8:30~12:00	8:30~12:00	8:30~12:00
連絡可能な 時間帯	PM	13:00~17:00	13:30~17:00	13:00~16:00	13:30~17:00	13:00~17:30	14:00~18:00

病院窓口一覧表



資料③

医療機関名	谷口病院	日南春光会病院	東病院	百瀬病院	山元病院	県南病院
所在地	〒887-0034 日南市大字風田 3861	〒887-0012 日南市園田 1丁目4-2	〒889-3207 日南市南郷町東町 8番地1	〒889-3204 日南市南郷町中村乙 2101	〒887-0021 日南市中央通1丁目 10番15	〒888-0001 串間市大字西方 3728 番地
代表電話	23-1331	22-2324	64-1500	64-0305	23-4815	72-0224
ファックス	23-7739	22-2324	64-3594	64-3077	23-5923	72-5967
退院調整 相談窓口	部署名	医療福祉相談室	医事課	地域医療介護連携室		地域医療連携室
	担当者名					
	電話	23-1331	22-2324	64-1500	23-4815	72-0224
	FAX	23-7739	22-2344	64-3594	23-5923	72-5967
	AM	8:30~11:30	8:30~12:30	8:30~13:00	8:30~12:00	8:30~12:00
連絡可能な 時間帯	PM	13:00~17:00	13:30~17:30	14:00~17:30	14:00~17:00	13:00~17:00

御中

(添書は省略いたします)

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ください。

入院日 平成 年 月 日

記入日 平成 年 月 日

<サービス利用者>

氏 名	☐ 男 ☐ 女	居住住所	
生年月日	☐ 明治 ☐ 昭和 年 月 日 (歳)	介護度	☐ 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		

<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>		
<備考> ☐ 退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。			☐ キーパーソン 氏名 連絡先		
<在宅主治医>		居宅介護支援事業所 事務局 担当ケアマネージャー 電 話			

退院・退所情報提供書

(ケアマネージャー保管)

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・担当ケアマネージャー＞

事業所名	
担当ケアマネージャー	

＜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)		
入院(所)期間	入院(所)日 平成 年 月 日 ～ 退院(所)(予定)日 平成 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 等)
主症状		
既往歴		
服薬状況	(☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他)	(内服薬 等)
退院後の 医療機関受診	☐ 有 医療機関名: ☐ 無 次回受診日 平成 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(☐ 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 (☐ 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 (☐ 見守り ☐ 手引き ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ シルバーカー ☐ 車椅子)	(独自の方法・転倒危険)
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) (☐ トイレ ☐ ポータブル)	(留置カテーテル 等)
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:)	
認知症	☐ 無 ☐ 有 長谷川式スケール 点()	
療養上の 留意事項	※主治医の意見等	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のための協議に御協力いただいた事業所
(平成28年3月現在当時のものです)

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	小玉共立外科
谷口病院	日南春光会病院	東病院
百瀬病院	山元病院	県南病院

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

昭寿園ケアプラン作成事業所	松田整形外科医院	はまゆうの里 日南西在宅介護支援センター
居宅介護支援事業所 くろしおの里	日南市立中部病院 居宅介護支援事業所	JA はまゆう日南 指定居宅介護支援事業所
介護支援センターあすか	心の家介護サービス	日南慶明会 在宅介護支援センター
串間保育園介護センター	はいびすかす 居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所こころ
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	居宅プランなごみ
寿楽園在宅介護支援センター	介護老人保健施設ハイム苑	日南市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所
河鹿の里居宅介護支援事業所	日南市南在宅介護支援 センター	居宅介護支援事業所 びろうの里
三愛居宅介護支援事業所	しあわせの里 居宅介護支援事業所	頼泉居宅介護支援事業所
JAはまゆう串間 指定居宅介護支援事業所	みなと 指定居宅介護支援事業所	ケアプランセンター和顔愛語
おひさま居宅サービス	株式会社樹 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
居宅介護支援事業所 ふきのとう	幸寿園居宅介護支援事業所	ブレイス居宅支援サービス

介護保険事業所

養護老人ホーム和幸園	喜多郷ひばり	特別養護老人ホーム昭寿園
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	養護老人ホーム恵老園
特別養護老人ホーム望洋の郷	ロイヤルガーデン日南	東病院
特別養護老人ホーム河鹿の里	グループホームみずなら	特別養護老人ホーム くろしおの里
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

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	

行政

日南市在宅医療・介護連携推進室 (Sun オリーブ)	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 (Ver.1.0)

発行：平成28年3月

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