在宅～入院～退院までの流れ（フロー図）

ケアマネジャー

日頃の準備

●日頃から声をかける
入院時には「ケアマネジャーに連絡」または医療機関へ担当ケアマネジャーを伝えるよう、日頃から声かけをしておく

●ケアマネジャーの連絡先を帯同してもらう

●情報共有のネットワークを築く
介護サービス提供者や施設のスタッフ等家族以外の関係者との連携を図っておく

●情報提供できるよう情報収集・整理

入院時の情報提供

・必要に応じて利用している介護サービスへ入院の連絡を行う

入院の情報を得たら、速やかに情報提供書を作成し医療機関へ送付する

【重要】入院中の連携

初期情報の確認

・退院後の生活をイメージし、ケアマネジャーとして気になる点があれば病院側とも情報共有しておく

入院後の状態や入院見込み期間、連絡窓口や連絡方法を確認しておく

入院中の情報収集

・退院後の生活について、その支援方法について病院側と情報共有を行う

・退院後の生活を予測し、ケアプラン案を考えておく

・必要時、在宅サービスの新規介入先を検討しておく

状態や治療経過、本人・家族の意思や希望を確認し、退院後の課題を考える

退院前調整

・在宅サービス関係者との調整

・退院前の確認事項を整理し、カンファレンス時、あるいは直接病院担当者に問い合わせる

退院準備

・関係者へ退院日時の連絡

・在宅サービスの退院後初回利用、訪問の確認

退院後

・退院後の状況を連絡窓口や外来を通じて、医療機関側へ報告する

在宅時 → 入院決定 → 入院（3日前後） → 入院中 → 退院調整開始 → 退院 → 退院後

次に連絡を取り合うタイミングを両者間で図っておく

退院時の準備、移動手段、退院後の受診、退院後の緊急時対応、退院後の生活の注意事項等を、確認・調整する

医療機関

入院の連絡

担当ケアマネジャーを確認し、本人・家族に入院連絡を依頼する

＊本人・家族からの入院連絡が難しい場合は、医療機関側から連絡する

・速やかに情報提供を受領できるよう、ケアマネジャーへの入院連絡を確実に行う

情報受領の連絡

入院時情報の受領をケアマネジャーに連絡し、入院期間の見込み、病状等、入院初期情報を共有する

・不足している情報をケアマネジャーに確認し、支援チームでその情報を共有する

・今後の見通しがつかない場合でも、その時点における情報をケアマネジャーに共有する

入院中の情報共有

ケアマネジャーに病状や治療方針の説明、退院後についての話し合いのタイミングで、経過を伝えるとよい

退院前調整

退院調整開始または退院日の設定をケアマネジャーに連絡する

・必要時退院前カンファレンスの日程調整を行う

・在宅医療介護サービスに向けた情報提供を準備する（その時点の仮のものでよい）

退院準備

・退院時処方の確認

・必要物品の確認

・退院時情報提供の準備

退院時情報提供

入院時スクリーニング

・退院支援の必要性についてアセスメントと支援介入を判断する

初回退院支援カンファレンス

・退院支援の方向性を確認、退院支援計画書を作成する

・本人、家族等、医療ケアチームで、本人の思いを尊重しながら今後の方向性について話し合いを繰り返す

・退院後に予測される問題について、対応を検討する

・状況によりケアマネジャー同席で話し合いを行う