

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

- 契約時に説明する
入院した際には、
病院にケアマネ
ジャー名を伝える
よう説明する
- 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

年度当初と変更時、知多半島総合医療センター「患者サポートセンター・病棟配置」をだしまるくんネットにて知らせる

- ・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

入院時の情報提供

入院の情報を得たら、
速やかに「入退院情
報連携シート（左半
分）」を作成し医療
機関へ送付する

【重要】入院中の連携

- ・家族等の情報をもとに、3日ないし7日をめどに患者サポートセンターに退院日予定日を確認する
- ・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を共有を行う
- ・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

3日ないし7日をめどに、退院予定日を確認する根拠について

病棟では、入院時スクリーニングを2日以内に行うことから、3日がひとつの確認ポイントになる。また、入院した日から起算して7日以内に、医師から家族へ書面により入院診療計画書が発行されることがから、7日もめどとし、「3日ないし7日」と記載している

主治医

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

知多半島総合医療センター

病棟

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、医療機関から連
絡する

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す
る。必要時、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

【重要】日頃の連携

- 患者・利用者と家族に説明する
ケアマネジャー、主治医と日頃から
連絡を取り合い、入院時や状況変化
時には速やかに報告・相談するよう
説明する

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
- ・病棟では「入退院支援スコア表」を2
日以内に実施し、2点以上の場合は7
日以内にカンファレンスを行う

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
- ・不足する情報をケアマネジャーに確
認する

- ・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