

入院前にケアマネジャーが決まっていない場合 (退院後新たに介護保険サービスを使用する場合)



医療機関

※入院期間は病床機能や患者の疾患などにより異なります

「退院調整が必要な患者の目安」を参考に判断

ご本人・ご家族への聞き取り、介護保険証などにより、担当ケアマネジャーがいない事を確認

介護保険についてご本人・ご家族に説明

介護保険申請の支援

ご本人・ご家族のケアマネジャー選定を支援

入院期間中

家屋調査、試験外泊などを行う場合、ケアマネジャーに連絡

退院の見込みをできるだけ早くケアマネジャーに伝える

回復期、地域包括ケア病床は退院予定日2週間前頃までに

急性期で短期間の入院の場合は、治療方針が決まった段階など、退院の目途がたった時点で連絡

退院困難な場合はその旨も連絡

退院日の連絡

必要に応じて退院前カンファレンス開催

患者情報・サマリー等の提供

転院の場合は、担当ケアマネジャーの事業所名等を次の病院へ引継ぎ、ケアマネジャーにも連絡

在宅

入院

退院

ケアマネジャー



連絡先

要介護（中重度の介護が必要）
⇒**居宅介護支援事業所**

要支援（軽度の介護が必要）
⇒**地域包括支援センター**

迷う場合（要支援の可能性のある場合）は、地域包括支援センターに連絡

病院訪問の際には、事前に日時を連絡
入院中のご本人の状況把握に努める

病院・ご家族からの入院期間・ご本人の状況などを把握し、サービス調整にかけられる期間などを予測しておく

患者情報の収集、在宅療養に向けたサービス調整、ケアプランの準備



サービス担当者会議開催
ケアプラン提供

在宅主治医との連携

