

入退院支援の流れとポイント(医療機関・在宅) ~2024年度中央区病院と在宅との連携強化事業まとめ~

<医療機関>

■実施していること

- ・外来での支援
- ・訪問診療との連携
- ・入院相談、調整
- ・情報収集
- ・情報収集、共有
- ・入院時評価
- ・退院支援の介入検討
- ・説明、面談
- ・意向確認
- ・情報共有
- ・院内多職種カンファ
- ・連絡、調整
- ・退院前カンファ参加
- ・患者、家族等へ療養指導
- ・患者・家族、地域からの相談対応
- ・かかりつけ医へ情報提供

■困りごと

- ・介護保険未申請対象外、希望なし
- ・身寄りなし
- ・キーパーソン不在
- ・本人、家族の意向不一致
- ・院内専門職種の方向性共有不足
- ・退院の方向性、退院先が決まらない
- ・病院機能の理解不足
- ・どうしても急な退院調整を依頼することがある

■要望

- ・早めの介護保険申請
- ・連絡先の明確化
- ・本人の意向がわかる
- ・家族やケアマネと円滑な連絡
- ・在宅⇔地域の連絡を容易に
- ・病院機能の理解が深まる
- ・退院前カンファに参加したい
- ・転院受入の円滑化
- ・病院⇔在宅の情報共有ツール統一化



<在宅>

■実施していること

- ・利用者等に入院時の連絡依頼
- ・情報収集、定期訪問
- ・病院、かかりつけ医との連携
- ・病院への情報提供
- ・在宅関係者への連絡、情報共有
- ・医療機関から情報収集
- ・ケアプラン、区分変更検討
- ・病状説明同席
- ・情報共有、退院前カンファ
- ・リハ見学、自宅環境確認
- ・ケアプラン作成、サービス調整
- ・サビ担会議
- ・ケアプラン確定
- ・医療機関へ退院後の様子報告

■困りごと

- ・医療、介護サービスに繋がらない
- ・入院後、連絡が来ない
- ・患者の状況が不明
- ・早めの変更申請依頼
- ・急な退院調整
- ・サービスが病院主導で決定
- ・在宅イメージが病院、在宅で乖離
- ・知らぬ間の退院
- ・サービスを断る
- ・サマリーなし

■要望

- ・普段から病院と連携したい
- ・本人が大事にしていた事を病院も理解を
- ・入院後、病院側から連絡がほしい
- ・MSWとの連携強化
- ・定期的な連絡調整
- ・退院後のイメージ共有
- ・病状説明に同席したい
- ・退院前カンファ、家屋評価希望
- ・課題整理は病院で
- ・身寄りなし等の支援確立
- ・退院後の状態をMSWと共有希望
- ・急な退院ほど情報を詳しく

情報共有後のコメント集 ～2024年度病院と在宅との連携強化事業～

■病院側へ

・早く情報提供できるように心掛けます！
・業務が大変そう。体壊しませんように
・介保未申請、ケアマネ不在…大変そう

・病院が情報を欲しがってるのが分かってよかった。
遠慮なく連絡したいと思います。

・本人、家族が納得できる退院支援を入院中にいかに出来るかが問われていると思います

・本人、家族の意向確認を踏まえた退院支援を希望します
・入院中から在宅生活をイメージした支援ができるといいですね
・病院の都合、意向だけでなく課題整理もしてもらえると助かります

入院前

入院直後

入院中

退院前

退院

■在宅側へ

・病院⇔在宅 お互い仲良くしていきたい気持ちは同じです。
・早くからファーストタッチすると事が運びやすくなると思います。
・入院前ADLがわからないので、どれくらい低下しているかわからない
→情報提供時に分かるように工夫します

・ケアマネさんの病状説明同席はとても助かる
→家族が内容を覚えてないことある
→いつも忙しそう…同席可能ですか？

・「身寄りなし→包括」と頼りきっていた。どこに相談したら良いんでしょう？
・退院後の状態など連絡、情報共有いただけると喜ばれると思います。病棟スタッフもモチベーション上がりそう
・マイナンバーカードで介護情報も医療みたいに共有できるといいですね

入院前

- 入院前の基本情報（生活状況・介護サービスの利用状況）を集約する
- 入院前臨時の情報を入院後の支援に活用できるように意識して情報収集を行う（必要に応じてケアマネジャーに連絡をする）

介護保険申請までしてはダメです。

急変時の本人の意思
文書（希望+記録）の作成が重要

入院直後

- 入院した患者が介護サービスを利用していることを知ったら、本人・家族に対して担当ケアマネジャーに連絡するよう依頼する（本人・家族が不可能な場合は、病院から連絡する場合も）
- 入院時情報提供書により「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」等について聞き取る
- 入院時情報提供書の内容を、病院の多職種と情報共有する
- 入院時のスクリーニングを行い、退院支援の必要性について検討する

入院中
(退院決定まで)

- 院内多職種カンファレンスを活用していることを知ったら、本人・家族に対して担当ケアマネジャーに連絡するよう依頼する
- 入院前と比較したADL・IADLの変化や必要な医療処置について把握する
- 退院のめどが立ったら、退院準備を進める段階でケアマネジャーに連絡をし来院を要請する
- 退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行い、必要に応じて退院前カンファレンスの実施準備をする

定期的な連絡調整が大事
いかにいい情報か
公費、介護(申請)申請

退院決定から退院

- 退院前カンファレンスにおいて退院後の生活の変化や課題点をふまえた情報提供を行う
- 退院までに必要な準備、退院指導について検討する

急に退院可能
実際はなかなかない

退院

- 退院前カンファレンス（サービス担当者会議）において多職種で退院後の生活を基にした多職種調整を検討する
- 医療ニーズ、生活ニーズを多職種で確認し、多職種の意見をケアプランに反映する

退院後の生活の変化や課題点をふまえた情報提供を行う

退院後

- 必要に応じてケアマネジャー、サービス事業所などからの問い合わせに対応、情報共有を行う
- 必要に応じて病院の連絡相談窓口へケアプランを提出する
- 病院の連絡相談窓口へ在宅の様子を伝える
- 退院後の退院の状況を把握する

- 本人や家族に、入院したら早めにケアマネジャーに連絡してほしいことを依頼しておく
- 入院した場合、すみやかに病院に情報提供できるように利用者の課題を整理しておく

急変時の本人、家族の意思+記録の作成が重要

- 利用者が入院したことを知ったら、病院の連絡相談窓口へ連絡をする→担当者の確認をしておく（今後病院へ訪問する場合ポイントを取る）
- 入院時できるだけ早く、病院の連絡相談窓口へ入院時情報提供書等にて必要な利用者（患者）情報の提供を行う
- 本人や家族に、病院から現状説明があった場合はケアマネジャーにも内容を教えてほしいことを依頼しておく

- 病院の退院支援に活用できる情報提供を行うとともに入院中の状況について積極的に情報収集を行う
- 退院のめどが立ったら連絡をもちえるよう病院の連絡相談窓口へ連絡しておく
- 病院から収集した情報を基に、予見される課題分析を行う
- 必要に応じて退院前カンファレンス（サービス担当者会議）の実施準備をする
- 退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行う

退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行う

- 退院前カンファレンス（サービス担当者会議）において多職種で退院後の生活を基にした多職種調整を検討する
- 医療ニーズ、生活ニーズを多職種で確認し、多職種の意見をケアプランに反映する

- 退院前カンファレンス（サービス担当者会議）後に多職種の意見をふまえたケアプランの見直しを行う
- 利用者（患者）の状況にあったサービスが提供されるよう、サービス事業所と調整する

サービス導入困難のケース（本人同意あり）の調整

サービス未利用者の介護保険の有無

病院との連携(外来)

急変時に備えた本人と家族の意思の統一
適切な手帳を活用し共有する

病院側
医師
MSW
病棟看護員
退院支援看護士など

介護支援専門員
(ケアマネジャー)

在宅サービス関係職種

入院前

入院準備

入院中
(退院決定まで)

退院決定から
退院

退院

退院後

□入院前の基本情報(生活状況・介護サービスの利用状況)を聞き取る

□入院相談時の情報を入院後の支援に活用できるように意識して情報収集を行う(必要に応じてケアマネジャーに連絡をとる)

患者の基本情報(氏名、年齢、性別、病歴、家族構成、介護歴、希望するサービス、退院希望時期など)を把握しておく。

□入院した患者が介護サービスを利用していたことを知ったら、本人・家族に対して担当ケアマネジャーに連絡するよう依頼する(本人、家族が不可能な場合は、病院から連絡する場合も)

□入院時情報提供書により「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」等について聞き取る

□入院時情報提供書の内容を、病院の多職種と情報共有する

□入院時のスクリーニングを行い、退院支援の必要性について検討する

退院の準備は入院前から行い、ケアマネジャーや家族と連携して進める。退院希望時期や退院後の生活環境について話し合う。

□院内多職種間カンファレンスを適宜実施し、退院にあたっての課題を共有する

□入院前と比較したADL・IADLの変化や必要な医療処置について把握する

□退院のめどが立ってきたら、退院準備を進める段階でケアマネジャーに連絡をし来院を要請する

□退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行い、必要に応じて退院前カンファレンスの実施準備をする

退院のめどが立ってきたら、退院準備を進める段階でケアマネジャーに連絡をし来院を要請する。

□退院前カンファレンスにおいて、退院後の状況の変化や課題をふまえた情報提供を行う

□退院までに必要な準備、退院費用について検討する

退院のめどが立ってきたら、退院準備を進める段階でケアマネジャーに連絡をし来院を要請する。

□本人や家族に、入院したら早めにケアマネジャーに連絡してほしいことを依頼しておく

□入院した場合、すみやかに病院に情報提供できるように利用者の課題を整理しておく

病院の相談窓口(ケアマネジャー)と連携し、退院準備を進める。

□利用者が入院したことを知ったら、病院の連絡相談窓口へ連絡する(担当者の確認をしておく(今後病院へ訪問する場合アポイントを取る))

□入院時できるだけ早く、病院の連絡相談窓口へ入院時情報提供書等に必要な利用者(患者)情報の提供を行う

□本人や家族に、病院から提供説明があった場合はケアマネジャーにも内容を教えてほしいことを依頼しておく

入院直後の生活環境や退院希望時期について話し合う。

□病院の退院支援に活用できる情報提供を行うとともに入院中の状況について積極的に情報収集を行う

□退院のめどが立ったら連絡をもらえるよう病院の連絡相談窓口へ連絡しておく

□病院から収集した情報を基に、予測される課題分析を行う

□必要に応じて退院前カンファレンス(サービス担当者会議)の実施準備をする

退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行う。

□退院前カンファレンス(サービス担当者会議)において多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する

□医療ニーズ、生活ニーズを多職種で確認し、多職種の意見をケアプランに反映する

退院のめどが立ってきたら、退院準備を進める段階でケアマネジャーに連絡をし来院を要請する。

□退院前カンファレンス(サービス担当者会議)後に多職種の意見をふまえたケアプランの作成を行う

□利用者(患者)の状況にあったサービスが提供されるよう、サービス実施例と連携する

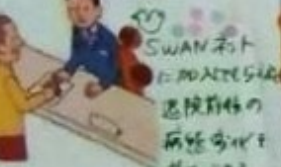
退院後の生活環境や退院希望時期について話し合う。



病院側

医師
MSW
介護職員
退院支援看護士など

ハンドブックを
開いて見ると
本の目次が
よくわかる
と好評です。



SWAN
退院前の
病歴変化を
共有できる
介護支援専門員
(ケアマネジャー)
の活用



在宅サービス提供現場

退院後の生活環境
や病歴変化、家族状況
を個別性ごとに
情報共有

入院前

- 入院前の基本情報（生活状況・介護サービスの利用状況）を聞き取る
- 入院前段階の情報も入院後の支援に活用できるように整理して情報収集を行う（必要に応じてケアマネジャーに連絡をとる）

在宅ケアについて
患者・家族に情報提供
している点はない。
在宅ケアに關してのフォローが
ほしい。

- 本人や家族に、入院したら早めにケアマネジャーに連絡してほしいことを依頼しておく
- 入院した場合、すみやかに病院に情報提供できるように利用者の課題を整理しておく

地域に居るという医療の
拠点にいる方の情報ECLの
連絡がほしい。

入院直後

- 入院した直後が介護サービスを利用していたことと知ったから、本人・家族に対して担当ケアマネジャーに連絡するよう依頼する（本人、家族が不可能な場合は、病院から連絡する場合も）
- 入院時情報提供書により「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」等について聞き取る
- 入院時情報提供書の内容を、病院の多職種と情報共有する
- 入院時のスクリーニングを行い、退院支援の必要性について検討する

早期の情報共有と相談
早期の情報共有と相談

- 利用者が入院したことを知ったから、病院の連絡担当窓口へ連絡をする→担当者の確認をしておく（午後病院へ訪問する場合ポイントを取る）
- 入院時できるだけ早く、病院の連絡担当窓口へ入院時情報提供書等によって必要な利用者（患者）情報の提供を行う
- 本人や家族に、病院から病状説明があった場合はケアマネジャーにも内容を伝えてほしいことを依頼しておく

入院時、相談員との連絡がほしい。
入院直後の連絡がほしい。
ほしい。

入院中
(退院決定まで)

- 院内多職種間カンファレンスを適宜実施し、退院にあたっての課題を共有する
- 入院前と比較したADL・IADLの変化や必要な医療処置について把握する
- 退院のめどが立ってきたら、退院準備を進める段階でケアマネジャーに連絡をし来院を要請する
- 退院後の生活の場、療養方針などに関する意見決定支援を行い、必要に応じて退院前カンファレンスの実施準備をする

退院のめどが立ってきたら、退院準備を進める段階でケアマネジャーに連絡をし来院を要請する

- 病院の退院支援に活用できる情報提供を行うとともに入院中の状況について積極的に情報収集を行う
- 退院のめどが立ったら連絡をもとめるよう病院の連絡担当窓口へ連絡しておく
- 病院から収集した情報を基に、予測される課題分析を行う
- 必要に応じて退院前カンファレンス（サービス担当者会議）の実施準備をする
- 退院後の生活の場、療養方針などに関する意見決定支援を行う

退院のめどが立ったら連絡をもとめるよう病院の連絡担当窓口へ連絡しておく

退院決定から
退院

- 退院前カンファレンスにおいて退院後の生活の変化や課題点をふまえた情報提供を行う
- 退院までに必要な準備、課題等について検討する

退院時のケアマネ
入居準備

- 退院前カンファレンス（サービス担当者会議）において多職種で退院後の生活を考慮した生活課題を検討する
- 医療ニーズ、生活ニーズを多職種間で確認し、多職種の意見をケアプランに反映する
- 必要に応じて退院前カンファレンス（サービス担当者会議）の実施準備をする
- 退院後の生活の場、療養方針などに関する意見決定支援を行う

退院前カンファレンス（サービス担当者会議）において多職種で退院後の生活を考慮した生活課題を検討する

退院

- 必要に応じてケアマネジャー・サービス事業者などからの問い合わせに対応、情報共有を行う

退院後の生活の変化や課題点をふまえた情報提供を行う

- 退院前カンファレンス（サービス担当者会議）後に多職種の意見をふまえたケアプランの見直しを行う
- 利用者（患者）の状況にあったサービスが提供されるよう、サービス事業所と調整する
- 退院後の退院の状況を把握する

退院後の生活の変化や課題点をふまえた情報提供を行う

退院後

- 必要に応じてケアマネジャー・サービス事業者などからの問い合わせに対応、情報共有を行う

- 必要に応じて病院の連絡担当窓口へ在宅の様子を伝える
- 退院後の退院の状況を把握する

必要に応じてケアマネジャー・サービス事業者などからの問い合わせに対応、情報共有を行う



病院側
医師
MSW
病棟看護師
退院支援看護師など



介護支援専門員
(ケアマネジャー)



在宅サービス関係職種

入院前

入院直後

入院中
(退院決定まで)

退院決定から
退院

退院

退院後

□入院前の基本情報（生活状況・介護サービス利用状況）を整理する

□入院前段階の情報も入居後の生活に活用できるように整理して情報収集を行う（必要に応じてケアマネジャーに連絡をとる）

入院前段階の情報も整理して活用できるように整理して情報収集を行う

□入居した患者が介護サービスを利用していることを知ったら、本人・家族に対して認知ケアマネジャーに連絡するよう依頼する（本人・家族が不安な場合は、病院から連絡する場合も）

□入院時情報提供書により「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」等について聞き取る

□入院時情報提供書の内容を、病棟の多職種と情報共有する

□入院時のモニタリングを行い、退院支援の必要性について検討する

入院時情報提供書により「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」等について聞き取る

入院時のモニタリングを行い、退院支援の必要性について検討する

□院内多職種カンファレンスを適宜実施し、退院にあたっての課題を共有する

□入院前と比較したADL・IADLの変化や必要な医療処置について把握する

□退院のめどが立ったら、退院準備を進める段階でケアマネジャーに連絡をし、退院を要請する

□退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行う。必要に応じて退院前カンファレンスの実施準備をする

退院のめどが立ったら、退院準備を進める段階でケアマネジャーに連絡をし、退院を要請する

退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行う。必要に応じて退院前カンファレンスの実施準備をする

□退院前カンファレンスにおいて、退院後の生活の変化や課題の共有を促す情報提供を行う

□退院までに必要な準備、退院支援について検討する

退院前カンファレンスにおいて、退院後の生活の変化や課題の共有を促す情報提供を行う

退院までに必要な準備、退院支援について検討する

□退院前カンファレンス（サービス担当者会議）後に多職種で退院後の生活を意識した生活課題を共有する

□利用者（患者）の状態にあったサービスが提供されるよう、サービス事業所と連携する

退院前カンファレンス（サービス担当者会議）後に多職種で退院後の生活を意識した生活課題を共有する

利用者（患者）の状態にあったサービスが提供されるよう、サービス事業所と連携する

□必要に応じてケアマネジャー・サービス事業所などからの問い合わせに対応、情報共有を行う

必要に応じてケアマネジャー・サービス事業所などからの問い合わせに対応、情報共有を行う

必要に応じて病棟の連絡帳にケアプランを提出する

□本人や家族に、入院したら早急にケアマネジャーに連絡してほしいことを依頼しておく

□入院した場合、すみやかに病院に情報提供できるように利用者の課題を整理しておく

本人や家族に、入院したら早急にケアマネジャーに連絡してほしいことを依頼しておく

入院した場合、すみやかに病院に情報提供できるように利用者の課題を整理しておく

□利用者が入居したことを知ったら、病院の連絡相談窓口へ連絡をする（担当者の確認をしておく（今後病院へ訪問する場合ポイントを取る））

□入院前できるだけ早く、病院の連絡相談窓口へ入院時情報提供書等に必要な利用書（表紙）情報の提供を行う

□本人や家族に、病院から病状説明があった場合はケアマネジャーにも内容を伝えてほしいことを依頼しておく

利用者が入居したことを知ったら、病院の連絡相談窓口へ連絡をする（担当者の確認をしておく（今後病院へ訪問する場合ポイントを取る））

入院前できるだけ早く、病院の連絡相談窓口へ入院時情報提供書等に必要な利用書（表紙）情報の提供を行う

本人や家族に、病院から病状説明があった場合はケアマネジャーにも内容を伝えてほしいことを依頼しておく

□病院の退院支援に活用できる情報提供を行うとともに入院中の状況について積極的に情報収集を行う

□退院のめどが立ったら連絡をもらえるよう病院の連絡相談窓口へ連絡しておく

□病院から収集した情報を基に、予測される課題分析を行う

□必要に応じて退院前カンファレンス（サービス担当者会議）の実施準備をする

□退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行う

病院の退院支援に活用できる情報提供を行うとともに入院中の状況について積極的に情報収集を行う

退院のめどが立ったら連絡をもらえるよう病院の連絡相談窓口へ連絡しておく

病院から収集した情報を基に、予測される課題分析を行う

□退院前カンファレンス（サービス担当者会議）において多職種で退院後の生活を意識した生活課題を共有する

□医療ニーズ、生活ニーズを多職種で確認し、多職種の見解をケアプランに反映する

□退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行う

□必要に応じて退院前カンファレンス（サービス担当者会議）の実施準備をする

□退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行う

退院前カンファレンス（サービス担当者会議）において多職種で退院後の生活を意識した生活課題を共有する

医療ニーズ、生活ニーズを多職種で確認し、多職種の見解をケアプランに反映する

退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行う

□退院前カンファレンス（サービス担当者会議）後に多職種で退院後の生活を意識した生活課題を共有する

□利用者（患者）の状態にあったサービスが提供されるよう、サービス事業所と連携する

退院前カンファレンス（サービス担当者会議）後に多職種で退院後の生活を意識した生活課題を共有する

利用者（患者）の状態にあったサービスが提供されるよう、サービス事業所と連携する

□必要に応じて病棟の連絡帳にケアプランを提出する

□病院の連絡相談窓口へ在り様子を伝える

□退院後の退院の状況を把握する

必要に応じて病棟の連絡帳にケアプランを提出する

病院の連絡相談窓口へ在り様子を伝える

退院後の退院の状況を把握する

□入院前の基本情報（生活状況・介護サービス利用状況）を整理する

□入院前段階の情報も入居後の生活に活用できるように整理して情報収集を行う（必要に応じてケアマネジャーに連絡をとる）

入院前段階の情報も整理して活用できるように整理して情報収集を行う

□入居した患者が介護サービスを利用していることを知ったら、本人・家族に対して認知ケアマネジャーに連絡するよう依頼する（本人・家族が不安な場合は、病院から連絡する場合も）

□入院時情報提供書により「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」等について聞き取る

□入院時情報提供書の内容を、病棟の多職種と情報共有する

□入院時のモニタリングを行い、退院支援の必要性について検討する

入居した患者が介護サービスを利用していることを知ったら、本人・家族に対して認知ケアマネジャーに連絡するよう依頼する（本人・家族が不安な場合は、病院から連絡する場合も）

入院時情報提供書により「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」等について聞き取る

入院時情報提供書の内容を、病棟の多職種と情報共有する

□院内多職種カンファレンスを適宜実施し、退院にあたっての課題を共有する

□入院前と比較したADL・IADLの変化や必要な医療処置について把握する

□退院のめどが立ったら、退院準備を進める段階でケアマネジャーに連絡をし、退院を要請する

□退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行う。必要に応じて退院前カンファレンスの実施準備をする

院内多職種カンファレンスを適宜実施し、退院にあたっての課題を共有する

入院前と比較したADL・IADLの変化や必要な医療処置について把握する

退院のめどが立ったら、退院準備を進める段階でケアマネジャーに連絡をし、退院を要請する

□退院前カンファレンスにおいて、退院後の生活の変化や課題の共有を促す情報提供を行う

□退院までに必要な準備、退院支援について検討する

退院前カンファレンスにおいて、退院後の生活の変化や課題の共有を促す情報提供を行う

退院までに必要な準備、退院支援について検討する

□退院前カンファレンス（サービス担当者会議）後に多職種で退院後の生活を意識した生活課題を共有する

□利用者（患者）の状態にあったサービスが提供されるよう、サービス事業所と連携する

退院前カンファレンス（サービス担当者会議）後に多職種で退院後の生活を意識した生活課題を共有する

利用者（患者）の状態にあったサービスが提供されるよう、サービス事業所と連携する

□必要に応じてケアマネジャー・サービス事業所などからの問い合わせに対応、情報共有を行う

必要に応じてケアマネジャー・サービス事業所などからの問い合わせに対応、情報共有を行う

必要に応じて病棟の連絡帳にケアプランを提出する

病院の連絡相談窓口へ在り様子を伝える

退院後の退院の状況を把握する

病院側
医師
MDW
病棟看護士
退院支援看護士など

介護支援専門員
(ケアマネジャー)

在宅サービス関係職種

入院前

入院直後

入院中
(退院決定まで)

退院決定から
退院

退院

退院後

□入院前の基本情報（生活状況・介護サービスの利用状況）を聞き取る
家族構成、サービスの利用

□入院直後の情報を入院後の支援に活用できるよう意識して情報収集を行う（必要に応じてケアマネジャーに連絡をとる）

日本人や外国人の価値観や生活習慣の相違は事前に記入する

□入院した患者が介護サービスを利用していたことを知ったら、本人・家族に対して担当ケアマネジャーに連絡するよう依頼する（本人・家族が不可能な場合は、病院から連絡する場合も）

□入院時情報提供者により「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」等について聞き取る

□入院時情報提供者の内容を、病院の多職種と情報共有する

□入院時のスクリーニングを行い、退院支援の必要性について検討する

退院意向の本人・家族の意向を聞く
日本人や外国人の入院期間（短期）の意向を聞く

□院内多職種カンファレンスを適宜実施し、退院にあたっての課題を共有する

□入院前と比較したADL・IADLの実化や必要な医療処置について把握する

□退院のめどが立って来たら、退院準備を始める段階でケアマネジャーに連絡をし来院を要請する

□退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行い、必要に応じて退院前カンファレンスの実施準備をする

価値観と課題がある人、見えない部分がある人、ケアマネの困難な時期等はあらかじめ共有する

□退院前カンファレンスにおいて、退院後の病状の変化や課題点をふまえた情報提供を行う

□退院までに必要な準備、退院指導について検討する

退院後の生活の様子、受けとめ、支援を知らせる

本人、家族の意向、退院後の生活の様子、受けとめ、支援を知らせる（1P 退院後の生活）

退院後の生活の様子、受けとめ、支援を知らせる

退院後の生活の様子、受けとめ、支援を知らせる

□必要に応じてケアマネジャー・サービス事業所などからの支援に对应、情報共有を行う

□本人や家族に、入院したら早めにケアマネジャーに連絡してほしいことを依頼しておく

□入院した場合、すみやかに病院に情報提供できるように利用者の課題を整理しておく

事前の情報提供を活用してスムーズに受けとめる

病院にも在宅にも対応できるように、ケアマネジャーに連携を依頼する

□利用者が入院したことを知ったら、病院の連絡相談窓口へ連絡をする→担当者の確認をしておく（今後病院へ訪問する場合ポイントを取る）

□入院時できるだけ早く、病院の連絡相談窓口へ入院時情報提供者等にて必要な利用者（患者）情報の提供を行う

□本人や家族に、病院から状況説明があった場合はケアマネジャーにも内容を教えてほしいことを依頼しておく

ケアマネの業務の他に、退院後の生活の様子、本人の意向、ケアマネの困難な時期等はあらかじめ共有する

□病院の退院支援に活用できる情報提供を行うとともに入院中の状況について積極的な情報収集を行う

□退院のめどが立ったら連絡をもらえるよう病院の連絡相談窓口へ連絡しておく

□病院から収集した情報を基に、予測される課題分析を行う

□必要に応じて退院前カンファレンス（サービス担当者会議）の実施準備をする

□退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行う

□退院前カンファレンス（サービス担当者会議）において多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する

□改善ニーズ、生活ニーズを多職種で確認し、多職種の意見をケアプランに反映する

□退院前カンファレンス（サービス担当者会議）後に多職種の意見をふまえたケアプランの同意しを行う

□利用者（患者）の状況にあったサービスが提供されるよう、サービス事業所と調整する

外系MSと退院前カンファレンスに参加する

□必要に応じて病院の連絡相談窓口へケアプランを提出する

□病院の連絡相談窓口へ在籍を伝える

□退院後の退院の状況を伝える

□訪看からの看護ケアへの必要

□入院によるケアの意思決定が必要：事前に事前に話し合い（ACP）

ケアマネにも事前に連絡を依頼する

TeamsやZoomの活用によるオンライン会議の活用による連絡の効率化

病院側

医師
MSW
病棟看護士
退院支援看護士など

介護支援専門員
(ケアマネジャー)