入院前にケアマネジャーが決まっていない場合
（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）

医療機関

ケアマネジャー

在宅

※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

入院

「退院調整が必要な患者の目安」を参考に判断

連絡先
（ご本人・ご家族が希望された機関へ連絡）
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（要支援の可能性がある場合）は、地域包括支援センターに連絡

患者・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ことを確認、介護保険について患者・ご家族に説明
介護保険申請の支援
患者・家族のケアマネジャー選定を支援

入院期間中
リハビリ見学や家屋調査、試験外泊など

病院訪問の際には、事前に日時を調整し、入院中のご本人の状況把握に努める

退院準備期間を十分取れるように配慮し、治療方針が決まった段階や退院目途がたった時点で、できるだけ早くケアマネジャーへ連絡する。

自宅退院困難な場合はその旨も連絡

病院・ご家族から、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

ご本人の情報収集、在宅療養に向けたサービス調整、ケアプランの準備

退院日の連絡

必要に応じて退院前カンファレンス開催

退院時サマリーなどの提供

サービス担当者会議開催
（可能なら病院で開催）
ケアプラン提供
在宅主治医との連携

転院の場合は、担当ケアの事業所などを次の

退院