背景色なし

入院中の調整・連携

入院年月日　　年　　月　　日

患者（利用者）氏名　　年齢　　歳

病　院

＊心がけ＊

担当ケアマネジャーから提供された
入院時の情報を、退院支援調整に活用しましょう。

①
本人が、どう暮らしたいかを確認しましましょう。

＊心がけ＊

本人の希望を叶えるために、家族やスタッフが今後の支援の方向性や内容について共有しましょう。

②
本人や家族の生活の希望、どこに帰りたいかなど、退院後の生活への思いを話せるよう支援しましょう。

③
状況に応じて、何度か退院後の生活について、本人や家族の思いを確認しましょう。

＊心がけ＊

〇本人や家族の思いは、一度確認しても病状や心境等により変化するものであることから、状況に応じて再度確認・把握しましょう。
〇本人・家族の思いの変化を把握した場合は、意思を確認し希望を聞いた上で、話し合いの場を設定し、情報を共有しましょう。

④
病状が大きく変化した場合（転院・死亡を含む）は、病院からケアマネジャーに連絡しましょう。

⑤
・必要に応じて、リハビリスタッフによる家屋調査を実施しましょう。
・家屋調査を実施する場合は、ケアマネジャーに連絡しましょう。

＊心がけ＊

必要に応じて、退院前カンファレンスの前に家屋調査を行いましょう。

ケアマネジャー

①
必要に応じて、本人や家族から、「入院治療計画書」の内容を把握しましょう。

②
必要に応じて、入院中に訪問し、本人や家族の意向を把握しましょう。

③
病院と今後の情報共有の方法等について、協議しましょう。

④
必要に応じて、家屋調査を依頼したり、参加したりしましょう。

＊心がけ＊

必要に応じて、リハビリを見学したり、家屋調査の際は町の担当者・福祉用具等の関係者に声をかけましょう。