



入退院支援加算に係る掲示

当院では退院支援及び地域連携を担う部門を設置し、当該部門に十分な経験を有する社会福祉士・看護師を配置し退院支援等を行うにつき十分な体制を整えています。

入退院支援部門に配置している職員	
社会福祉士	蛭名貴礼
看護師	杉澤文子

病棟に配置されている職員		
一般病棟	看護師	杉澤文子
地域包括ケア病棟	社会福祉士	中山優希

◆入退院支援における公正な連携について

患者さん及びご家族の方が安心して退院後の療養先や介護サービスを選択できるよう、公正かつ適切な入退院支援を行っています。

また、退院先となる介護保険施設等へ誘導することの対価として、当該施設等から金品、謝礼その他の財産上の利益を受け取ることはありません。

◆介護支援等連携指導料における連携体制について

- (ア) 入院前に当該患者を担当する介護支援専門員等が決まっている場合は、原則として患者の入院日から7日以内に当該介護支援専門員等へ、入院の事実その他必要な情報を提供します。また、患者の退院が見込まれる7日前までに、当該介護支援専門員等に連絡し、退院後のケアプランの作成に必要な情報提供等を行います。
- (イ) 要介護及び要支援状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請である場合は、入院中に担当の介護支援専門員等を決めることが出来るよう、患者・家族等に居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに相談するよう促すとともに、担当の介護支援専門員等が決まり次第、連絡をとり、必要な情報提供を行います。
- (ウ) 入退院支援部門では、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に出席し、医療関係職種及び介護関係職種等の連絡先や担当者をあらかじめ共有し、平時から連携体制を構築しています。
- (エ) 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の18の4第2項のロに規定する、病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を退院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供するかかりつけ医機能に基づく支援を、都道府県や市町村等が策定する規定に基づき、入退院支援部門の担当者と介護支援専門員等とが事前に取り決めを行う事が望ましい。