

## 退院支援および介護連携に関する規定

### 第1条（目的）

本規定は、患者が住み慣れた地域において継続的かつ適切な医療・介護を受けられるよう、入院早期から退院後を見据えた支援を行い、関係機関との円滑な連携を図ることを目的とする。

### 第2条（対象者）

本規定の対象者は、退院後に医療・介護支援を必要とする患者、在宅復帰に調整を要する患者、高齢者、独居者、認知症患者その他退院支援が必要と認められる患者とする。

また、介護支援等連携指導料の対象となる患者についても、本規定に基づき支援を行う。

### 第3条（入退院支援部門）

当院は、退院支援および地域連携を推進するため、入退院支援部門を設置し、看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）等必要な職員を配置する。入退院支援部門は、病棟、外来および地域関係機関との連携調整を行う。

### 第4条（入院時支援）

入院後3日以内に退院支援の必要性を評価する。

また、原則として入院日から7日以内に、介護支援専門員その他地域関係機関と連携し、必要な情報収集を行うとともに、入院前に当該患者を担当する介護支援専門員等が決定している場合は、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、退院支援の早期介入に努める。

### 第5条（介護保険未申請者への対応）

要介護または要支援状態が疑われるにもかかわらず、要介護認定等の申請が未了である患者については、入院中に担当介護支援専門員等が決定できるよう、次の支援を行う。

1. 介護保険制度の説明および申請に関する必要な助言
2. 患者および家族等に対し、居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへ相談するよう促す支援
3. 担当の介護支援専門員等が決定した後、速やかに連絡調整を行い、必要な情報提供を実施する
4. 関係機関と連携した必要な介護サービス導入支援

### 第6条（退院支援計画）

退院支援が必要と判断された患者については、入院後7日以内に退院支援計画を作成し、患者および家族へ説明のうえ、多職種間で共有する。

### 第7条（多職種連携および共同指導）

必要に応じて多職種カンファレンスを開催し、院内外の関係者と情報共有および共同指導を行う。

介護支援等連携指導料の対象となる患者については、患者または家族の同意を得たうえで、介護支援専門員等と共同して、退院後の療養生活に必要な説明および指導を実施する。

共同指導においては、病状、治療内容、服薬管理、ADL、医療処置、療養上の注意事項、介護サービス利用時の留意点等について情報共有を行う。

カンファレンスおよび共同指導の内容は、診療録等に記録する。

### 第8条（退院時情報提供）

患者または家族の同意を得たうえで、退院が見込まれる概ね7日前までに、入院前から担当する介護支援専門員等の有無にかかわらず、当該介護支援専門員等へ連絡し、退院後のケアプラン作成に必要な情報提供等を行う。

提供する情報には、病状、治療内容、服薬情報、ADL、必要な医療処置その他療養上必要な事項を含むものとする。

### 第9条（記録管理）

入退院支援に関する評価、計画、連携内容および説明内容等は、診療録または所定様式に記録し、適切に保存する。特に、介護支援等連携指導料に係る共同指導の実施内容、参加者、説明内容等については、算定要件に基づき記録する。

### 第10条（その他）

退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を収受していません。

### 第11条（附則）

本規定は令和8年7月1日より施行する。