

## 退院調整に関するアンケート（病院）

田辺保健医療圏域における病院と介護との連携について、今後、ケアマネと協議しつつ充実した患者支援を可能とするために、御意見をお聞かせ下さい。

1. 令和6年11月中に病院から退院した患者数(年齢等の限定はしません) \_\_\_\_\_ 人

2-1 11月中に入院した介護保険認定者のうち、ケアマネから入院時情報提供書を受領した件数

|                                           |     |              |
|-------------------------------------------|-----|--------------|
|                                           | 病院  | _____ 件(実数)※ |
| ※実数とは、患者Aについて、連携室と病棟それぞれにケアマネから情報提供があった場合 | 連携室 | _____ 件      |
| 連携室1、病棟1、病院1(2件としない)とカウントします。             | 病棟  | _____ 件      |

2-2 上記の入院時の情報提供書を受領した時期

|  |       |              |
|--|-------|--------------|
|  | ①入院前  | _____ 件(実数)※ |
|  | ②当日   | _____ 件(実数)※ |
|  | ③3日以内 | _____ 件(実数)※ |
|  | ④その他  | _____ 件(実数)※ |

3. 11月中に退院したケースのうち、退院調整※が必要と判断したケース数

|                                           |     |             |
|-------------------------------------------|-----|-------------|
| _____                                     | 病院  | _____ 件(実数) |
| ※ここでの「退院調整」は、ケアマネジャーへの引継ぎが必要と判断したケースとします。 | 連携室 | _____ 件     |
|                                           | 病棟  | _____ 件     |

4. 11月中に退院したケースのうち、退院前カンファレンスを行った件数

|                                                    |     |             |
|----------------------------------------------------|-----|-------------|
| _____                                              | 病院  | _____ 件(実数) |
| ※ここでの「退院カンファレンス」には、退院に向けたケアマネジャーとの打ち合わせ(面談)も含まれます。 | 連携室 | _____ 件     |
|                                                    | 病棟  | _____ 件     |

5. 11月中に退院したケースのうち、サービス担当者会議※に出席した件数

|       |     |             |
|-------|-----|-------------|
| _____ | 病院  | _____ 件(実数) |
|       | 連携室 | _____ 件     |
|       | 病棟  | _____ 件     |

6. 11月中に退院したケースのうち、退院(看護)サマリーを提供した患者数

|                                             |     |              |
|---------------------------------------------|-----|--------------|
| _____                                       | 病院  | _____ 人(実数)  |
| 患者・家族またはケアマネジャーに交付した場合にカウントしてください。          | 連携室 | _____ 人(実数)※ |
| ※同一患者で、本人・家族とケアマネジャー両方に交付した場合1人とカウントしてください。 | 病棟  | _____ 人(実数)※ |

7. 下記内容について、御記入ください  
 ・情報提供書について(〇〇の項目の追加が必要 等)

・退院調整ルールについて  
 \* 良かった点

\* 改善が必要な点

・その他、独自の取り組みや質問事項等を記載してください。

※ 病院毎に1枚ずつ(スペースが足りない場合は、コピーをお願いします)回答をお願いします。

※ 12月16日(月)までに御返送ください。

**御協力ありがとうございました。**

このまま、下記のFAX番号に送信してください。

病院名( \_\_\_\_\_ )

FAX番号 0739-34-3326 田辺圏域在宅医療・介護連携支援センター 行