

# 退院調整に関するアンケート（ケアマネジャー・地域包括）

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、病院と協議しつつ充実した利用者支援を可能とするために、御意見をお聞かせ下さい。

1. 現在の担当ケース数 (介護) \_\_\_\_\_ 件  
 (予防) \_\_\_\_\_ 件
2. 担当ケースのうち令和5年9～10月中に病院から退院したケース数 (介護) \_\_\_\_\_ 件  
 (予防) \_\_\_\_\_ 件

\* 今後の病院との連携のため、上記2の件数(9・10月中に病院から退院したケース数)の内訳等をご記入ください。

| 利用者番号 | 退院された病院名(圏域外の病院も含む) | 病院からの退院調整の連絡 注1 | 連絡のあった時期(退院日より) | 退院調整後の病棟でのカンファレンス等 注2 | 看護サマリーの提供 注3 | 要介護・要支援の区別 |
|-------|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------|------------|
| 1     |                     | 有・無             | 3日以上前・3日未満      | 有・無                   | 有・無          | 介護・支援      |
| 2     |                     | 有・無             | 3日以上前・3日未満      | 有・無                   | 有・無          | 介護・支援      |
| 3     |                     | 有・無             | 3日以上前・3日未満      | 有・無                   | 有・無          | 介護・支援      |
| 4     |                     | 有・無             | 3日以上前・3日未満      | 有・無                   | 有・無          | 介護・支援      |
| 5     |                     | 有・無             | 3日以上前・3日未満      | 有・無                   | 有・無          | 介護・支援      |
| 6     |                     | 有・無             | 3日以上前・3日未満      | 有・無                   | 有・無          | 介護・支援      |
| 7     |                     | 有・無             | 3日以上前・3日未満      | 有・無                   | 有・無          | 介護・支援      |
| 8     |                     | 有・無             | 3日以上前・3日未満      | 有・無                   | 有・無          | 介護・支援      |
| 9     |                     | 有・無             | 3日以上前・3日未満      | 有・無                   | 有・無          | 介護・支援      |
| 10    |                     | 有・無             | 3日以上前・3日未満      | 有・無                   | 有・無          | 介護・支援      |

注1. 介護支援専門員から退院調整を求めた場合は「無」としてください。

注2. カンファレンスには看護師等との少人数の面談や主治医や家族等が参加するカンファレンスのいずれも含む。

注3. 本人・家族等を通しての提供または直接提供があった場合のどちらも含む。

\* 病院からの引き継ぎの連絡が無かったケースの状況をご記入ください。

| 利用者番号<br>(上の表の番号を記入) | ケースの状況【例】退院調整が不要。緊急退院になった。】 |
|----------------------|-----------------------------|
|                      |                             |
|                      |                             |
|                      |                             |

3. 現在担当している利用者のうち、9～10月中に病院に入院した件数 (介護) \_\_\_\_\_ 件  
 (予防) \_\_\_\_\_ 件
- 9～10月中に入院したケースのうち、病院に入院時情報提供書をおくった件数 (介護) \_\_\_\_\_ 件  
 (予防) \_\_\_\_\_ 件

4. 病院との退院時の引き継ぎでうまくいった点や、問題点を記述ください(できるだけ、病院名も)

\* コロナ禍での取り組み等も記載してください。

※ ケアマネジャーお1人に1枚ずつ回答をお願いします。不足の場合はコピーをお願い致します。

※ 12月15日(金)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。

事業所名( )

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