

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8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15日(火)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