|  |
| --- |
| **ＦＡＸ：０９９４－５２－２１１０**  大隅地域振興局保健福祉環境部(鹿屋保健所)　　比良　行 |

**No.1**

QRコード

**回答期限**

**７月12日（水）**

**※電子申請での回答に御協力ください。**

**大隅地域入退院支援ルール運用後５年半に係るアンケート調査票（医療機関）**

「大隅地域入退院支援ルール」を活用し，医療･介護の連携をより充実したものとするため，御意見を

お聞かせください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | 連絡先 | TEL（　　　　　）　　　　― |
| 記入者 | 部署（　　　　　　）職名（　　　　　　　　）　氏名： | | |

**１．「入退院支援ルール」連絡窓口の変更がありますか？　→（** **ある　・****ない　　）**

**※「ある」場合は，変更か所を下記に記載してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部署名 |  | ＴＥＬ |  | | ＦＡＸ |  |
| ① ケアマネジャーからの「入院時情報提供書」等の持参先 | | | |  | | |
| ② ケアマネジャーからの「入院時情報提供書」等の送付先 | | | |  | | |
| ③ ケアマネジャーに電話連絡する人（部署） | | | |  | | |
| ④ ケアマネジャーとの面談の主体となる人（部署） | | | |  | | |
| ⑤ ケアマネジャーに退院日を連絡する人（部署） | | | |  | | |
| ⑥ 家族等に，介護保険について説明をする人（部署） | | | |  | | |
| ⑦ 地域包括支援センターへ連絡する人（部署） | | | |  | | |

**２．ケアマネジャーとの連携について，令和５年６月（１か月間）の状況を下記に御記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院してきた介護保険の受給者数  （施設からの転院を除き，入院前にケアマネジャーが決まっていた患者数） | 件 | 左記 入院患者のうち  ・ケアマネジャーから病院へ情報提供があったケース数 | 総数 | 要介護 | 要支援 |
| **件** | **件** | **件** |
| 左記 入院患者のうち  ・病院からケアマネジャーへ連絡をし，情報提供を依頼したケース数 | **件** | **件** | **件** |
| **退院した**介護保険の  受給者数 | **件** | 左記 退院患者のうち,  ・ケアマネジャーと退院調整※を実施したケース数 | **件** | **件** | **件** |
| 上記のうち  ・対面形式で退院前カンファレンスを実施した数 | **件** | **件** | **件** |
| ・web形式で退院前カンファレンスを実施した数 | **件** | **件** | **件** |
| **入院中に**介護認定を申請した患者数 | **件** | ※退院調整とは，患者のカンファレンス(中間・退院前等)やケアマネジャーとの面談や電話，文書(FAX,メール等)等含む。 | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　次ページへつづく

アンケート送付先　ＦＡＸ：（０９９４）５２－２１１０　　　　　　　　　　　　　　　　　**No.2**

大隅地域振興局保健福祉環境部（鹿屋保健所）　比良　行

**※引き続き貴院の状況についてお答えください。　　　　　　　　　　　回答期限：７月12日（水）**

　（医療機関名）

**４． 新型コロナウイルス感染症が５月８日から５類に変更となりましたが，以下についてはどのような対応になっていますか？**

**「制限はあるが状況に応じて可」を選択した場合は，その内容を御記入ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 制限の有無 | 内容（「制限はあるが状況に応じて可」の場合） |
| 面会  （ケアマネジャー） | 完全に禁止  　制限はあるが  状況に応じて可  　制限なし |  |
| 面会  （家族） | 完全に禁止  　制限はあるが  状況に応じて可  　制限なし |  |
| 退院前カンファレンス | 完全に禁止  　制限はあるが  状況に応じて可  　制限なし |  |
| 自宅に出向いての家屋調査 | 完全に禁止  　制限はあるが  状況に応じて可  　制限なし |  |

**５．介護認定申請や介護サービスの利用など介護保険制度全般において分からないこと，困っていることがあれば御記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

**６． 入退院支援ルールを活用してケアマネジャーと連携したことで患者のために良かったと思われる事例について御記入ください。**

**７． ケアマネジャーとの連携にかかる入退院支援ルールの活用において，困った事例等があれば御記入ください。**

　御協力ありがとうございました。