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

**No.1**

QRコード

**回答期限**

**７月11日（金）**

**※電子申請での回答に御協力ください。**

**令和７年度大隅地域入退院支援ルール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。いただいた御意見は，今後の会議等で活用させていただきます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 連絡先 | TEL（　　　　　）　　　　― |
| 記入者 | 部署（　　　　　　）職名（　　　　　　　　）　氏名： | | |

**１．「大隅地域入退院支援ルール手引き」のP26～28に記載の連絡窓口一覧に変更がありますか？**

**→（** **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 |  |
| メールアドレス |  | | | | メールアドレス  掲載可否 | 可　　・　否 |
| 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７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。 | | | |

**３．「大隅地域入退院支援ルール手引き」を活用していますか？**

　活用あり　　・　　　活用なし

　　　　　　　↓※活用ありの場合は，活用場面をお聞かせください。

　患者の入退院支援のため　　　　　　　担当者の引継ぎのため

　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

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）　上原　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11日（金）**

**４．各種感染症の影響により制限がある場合もあるかと思いますが，貴院において，以下についてはどのような対応になっていますか？調査回答日時点の状況をお聞かせください。**

※「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(院外の支援者の参加) | 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(本人の外出や支援者の同行) | 完全に禁止  　制限はあるが状況に応じて可  　制限なし |  |

**５．　入退院支援を行うにあたり，ケアマネジャーとの連携において工夫していることがあれば教えてください。**

**６．　ケアマネジャーから入退院支援ルールにもとづく情報提供（入院時情報提供シート）を受け，入院中の支援に役立った項目（内容）やその活用方法を具体的に教えてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **＜役立った項目（内容）＞** | **＜活用方法＞** |
| **(例)住環境，家族の介護力，ADL** | **リハ目標設定の参考になった** |
|  |  |
|  |  |

**７．　ケアマネジャーから特に提供して欲しい情報は何ですか？**

**８． 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。