

「入退院時連絡率調査」 FAX番号 011-563-7229 (一社)北海道医療ソーシャルワーカー協会 事務所 行 No. 1

(各事業所1か所につき1枚ずつご回答願います。不足の場合はお手数でもコピーのうえご回答ください)

1. 事業所のある所在地をご記入下さい。

市・町・村 区

2. 事業所の種類に○印をつけてください。 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所

3. 10月1日から10月31日迄に在宅に退院した利用者(入院前から担当していた利用者)についてお伺いいたします。
下記の項目に必要事項を記入し、当てはまるものに○をつけてください(複数回答可)。

利用者	要介護度	医療機関→介護支援専門員									介護支援専門員→医療機関		
		医療機関からの退院連絡の有無	医療機関からの退院連絡の時期	医療機関からの連絡方法	医療機関からの連絡者	利用者の入院期間	利用者の入院目的	医療機関のMSWの有無	退院前カンファレンスの有無	利用者が入院していた病院の所在地(二次医療圏)	医療機関への情報提供の有無	医療機関への情報提供の方法	情報提供を実施した相手
1	要支援() 要介護()	有・無	<input type="checkbox"/> 退院1週間以上前 <input type="checkbox"/> 退院1週間前～2日前 <input type="checkbox"/> 退院前日 <input type="checkbox"/> 退院当日 <input type="checkbox"/> 退院後	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()	()日間	治療・リハ 検査・社会的 他()	有・無	有・無	事業所同圏域/ 他()	有・無/ 入院したことを 知らなかった	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()
2	要支援() 要介護()	有・無	<input type="checkbox"/> 退院1週間前以上 <input type="checkbox"/> 退院1週間前～2日前 <input type="checkbox"/> 退院前日 <input type="checkbox"/> 退院当日 <input type="checkbox"/> 退院後	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()	()日間	治療・リハ 検査・社会的 他()	有・無	有・無	事業所同圏域/ 他()	有・無/ 入院したことを 知らなかった	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()
3	要支援() 要介護()	有・無	<input type="checkbox"/> 退院1週間前以上 <input type="checkbox"/> 退院1週間前～2日前 <input type="checkbox"/> 退院前日 <input type="checkbox"/> 退院当日 <input type="checkbox"/> 退院後	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()	()日間	治療・リハ 検査・社会的 他()	有・無	有・無	事業所同圏域/ 他()	有・無/ 入院したことを 知らなかった	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()
4	要支援() 要介護()	有・無	<input type="checkbox"/> 退院1週間前以上 <input type="checkbox"/> 退院1週間前～2日前 <input type="checkbox"/> 退院前日 <input type="checkbox"/> 退院当日 <input type="checkbox"/> 退院後	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()	()日間	治療・リハ 検査・社会的 他()	有・無	有・無	事業所同圏域/ 他()	有・無/ 入院したことを 知らなかった	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()
5	要支援() 要介護()	有・無	<input type="checkbox"/> 退院1週間前以上 <input type="checkbox"/> 退院1週間前～2日前 <input type="checkbox"/> 退院前日 <input type="checkbox"/> 退院当日 <input type="checkbox"/> 退院後	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()	()日間	治療・リハ 検査・社会的 他()	有・無	有・無	事業所同圏域/ 他()	有・無/ 入院したことを 知らなかった	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()
6	要支援() 要介護()	有・無	<input type="checkbox"/> 退院1週間前以上 <input type="checkbox"/> 退院1週間前～2日前 <input type="checkbox"/> 退院前日 <input type="checkbox"/> 退院当日 <input type="checkbox"/> 退院後	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()	()日間	治療・リハ 検査・社会的 他()	有・無	有・無	事業所同圏域/ 他()	有・無/ 入院したことを 知らなかった	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()
7	要支援() 要介護()	有・無	<input type="checkbox"/> 退院1週間前以上 <input type="checkbox"/> 退院1週間前～2日前 <input type="checkbox"/> 退院前日 <input type="checkbox"/> 退院当日 <input type="checkbox"/> 退院後	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()	()日間	治療・リハ 検査・社会的 他()	有・無	有・無	事業所同圏域/ 他()	有・無/ 入院したことを 知らなかった	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()
8	要支援() 要介護()	有・無	<input type="checkbox"/> 退院1週間前以上 <input type="checkbox"/> 退院1週間前～2日前 <input type="checkbox"/> 退院前日 <input type="checkbox"/> 退院当日 <input type="checkbox"/> 退院後	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()	()日間	治療・リハ 検査・社会的 他()	有・無	有・無	事業所同圏域/ 他()	有・無/ 入院したことを 知らなかった	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()
9	要支援() 要介護()	有・無	<input type="checkbox"/> 退院1週間前以上 <input type="checkbox"/> 退院1週間前～2日前 <input type="checkbox"/> 退院前日 <input type="checkbox"/> 退院当日 <input type="checkbox"/> 退院後	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()	()日間	治療・リハ 検査・社会的 他()	有・無	有・無	事業所同圏域/ 他()	有・無/ 入院したことを 知らなかった	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()
10	要支援() 要介護()	有・無	<input type="checkbox"/> 退院1週間前以上 <input type="checkbox"/> 退院1週間前～2日前 <input type="checkbox"/> 退院前日 <input type="checkbox"/> 退院当日 <input type="checkbox"/> 退院後	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()	()日間	治療・リハ 検査・社会的 他()	有・無	有・無	事業所同圏域/ 他()	有・無/ 入院したことを 知らなかった	訪問・FAX・郵送 電話・他()	MSW・看護師 他()

4. 医療機関へ入院時情報提供を実施しなかった方にお聞きます。なぜ、入院時に情報提供を実施しなかったのか、その理由について以下の選択肢に○印(複数回答可)をつけ、その具体例やご意見を下記にご記入ください。

- ・ 医療機関に必要ないと言われた
- ・ 連絡窓口が明確になっておらず、提供先が分からない
- ・ 提供しても意味が無いと思った
- ・ その他()

5. 連携を促進するために医療機関から退院前の連絡が高まる方法について、医療機関や退院支援部門に対するご意見を下記にご記入ください。

* お忙しい中、ご協力頂きありがとうございました。なお、アンケートは、11月10日(木)までに FAX 011-563-7229 (一社)北海道医療ソーシャルワーカー協会事務所 までFAX願います。