令和元年度　退院支援等状況調査票

**令和元年１０月１日～３１日の状況について回答してください**

**【回答先】京都地域包括ケア推進機構　ＦＡＸ ０７５－８２２－３５７４**

**【回答期限】令和元年１１月２９日（金）**

貴センター・事業所の利用者について、退院支援の状況及び医療機関（病院・有床診療所）と在宅（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所）の連携実態等について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| センター・事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |

（１）担当利用者のうち令和元年１０月１日～３１日の１ヶ月間に、病院（有床診療所含む）から退院した利用者

　　　　退院した 　人

（２）利用者ごとに連携状況等をお聞きします。**①～⑫について、該当する項目に○又は記載**をお願いします。

利用者欄が足りない場合は、コピーして記入してください。

利用者①

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の状況（現在） | | |
| ①　要介護度 | 要支援（ １ ・ ２ ）・ 要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）・ 事業対象者 | |
| ②　世帯構成 | 同居　・　独居 | |
| ③　在宅療養あんしん病院への登録 | 有【→④へ】　・　無【→⑤へ】　・　不明【→⑤へ】 | |
| 入院の状況 | | |
| ④　【③が有の場合】  　　登録した病院への入院の有無 | 登録した病院に入院した　・　登録外の病院に入院した　・　不明 | |
| ⑤　入院の原因となった主な病名 |  | |
| ⑥　入院の経過 | 予定入院【→⑧へ】　・　予定外入院【→⑦へ】　・　不明【→⑧へ】 | |
| ⑦　【⑥が予定外入院の場合】  救急車による緊急搬送の有無 | 有　・　無 | |
| 退院支援の状況 | | |
| ⑧　入院時における情報提供の有無 | ケアマネジャーから病院へ連絡した　・　ケアマネジャーから病院へ連絡しなかった | |
| ⑨　退院支援の必要性 | 退院支援が必要だった・退院支援は必要ではなかった | |
| ⑩　病院からの退院支援連絡の有無 | 有【→⑪⑫へ】・ 無 | |
| ⑪　【⑩が有の場合】  連絡の時期と方法 | （　　日前）→（ 余裕あり　・　適切　・　余裕なし ） | |
| 電話のみ　・　連絡シートあり | |
| ⑫　【⑩が有の場合】  　 カンファレンスの有無・参加職種 | 有　・　無 | 病院医師　病棟看護師　医療ソーシャルワーカー |
| 在宅医師　歯科医師　訪問看護師　薬剤師　リハ職　栄養士  ケアマネジャー　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |