令和5年度桐生・みどり地区退院調整ルール及び医療介護連携に関するアンケート

※（責任者・管理者またはその代理の方がご記入ください）　　　　　　　　　　　　　 1機関につき1枚

|  |  |
| --- | --- |
| 類　　　　　型 | 病院等　・　居宅介護支援事業所　・　小規模多機能型居宅介護事業所  看護小規模多機能型居宅介護事業所　・　地域包括支援センター |
| 機関名・事業所名 |  |
| メールアドレス**\*** |  |
| 回 答 者 氏 名 |  |

\*集計結果等の送付にメールアドレスを使用します。**必ず入力**ください。

**Ⅰ　退院調整ルールについて伺います。該当するものを選択してください。**

（1）貴機関での「退院調整ルール」の周知度を教えてください。

ア 知っている　　イ ある程度知っている　　ウ あまり知らない　　エ 全く知らない

（2）貴機関では「退院調整ルール」を活用していますか。

ア 活用している　　イ ある程度活用している　　ウ あまり活用していない　　エ 全く活用していない

※（2）で**「アまたはイ」**を選択された方のみお答えください。

（2）-2「退院調整ルール」を活用したことによって向上したことは何ですか。（複数回答可）

ア 連携がとりやすくなった　　イ 退院支援やケアマネジメントの質が向上した

ウ 必要な情報を得やすくなった　　エ 適切なタイミングで情報を得ることができるようになった

オ 加算を算定しやすくなった

カ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※（2）で**「ウまたはエ」**を選択された方のみお答えください。

（2）-3「退院調整ルール」が活用されていない理由を教えてください。（複数回答可）

ア 退院調整ルールを知らない　　イ 退院調整ルールの内容がよくわからない

ウ 退院調整ルールの手順が細かくて面倒　　エ 他の方法で情報共有を行っている

オ 関係機関との情報共有は行っていない

カ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**Ⅱ　「退院調整ルール」「医療と介護の連携」の課題などについて、ご意見・ご要望をご記入ください。**