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。**