＜　病院関係調査票　＞

「入退院連携ガイド　Ver.2」評価　アンケート

職種	看護師　理学療法士　作業療法士
	言語聴覚士　医療ソーシャルワーカー

※該当する職種に〇を付けてください。

令和2年10月に「**入院時情報提供書(様式1)**」（以下「様式1」という。）と「**退院・退所情報記録書(様式2)**」（以下「様式2」という。）を修正し、「入退院連携ガイド　Ver.2」を作成いたしました。

本アンケートは、様式1・2の活用状況について把握し、今後の入退院支援に係る関係者の連携強化に向けた検討資料とすることを目的に実施いたします。

アンケート結果は、糸魚川市在宅医療・介護連携協議会　退院支援企画委員会等の検討・報告資料として活用させていただきます。

【入退院連携ガイドについて】

1.「入退院連携ガイド　Ver. 2」があることをご存じですか。

は い　・　いいえ

【入院時情報提供書(様式1)について】

2. 介護支援専門員から提出される様式1を活用していますか。

は い　・　いいえ　（活用していない理由　　）

3. 様式1で必要な情報を得ることができていますか。

は い　・　いいえ　（不足している情報　　）

【退院・退所情報記録書(様式2)について】

4. 退院許可が出た後に介護支援専門員が、様式2を基に患者の状態確認に来院されます。様式2が、患者退院後の在宅生活を支えるために必要な情報収集を目的としたものであることをご存じですか。

は い　・　いいえ

5. 様式2の内容に基づいた、情報提供ができていますか。

・できている

・様式2を用いた情報提供をする機会がない

・充分ではない　（　理　由　　）

【そ の 他】

6.「入退院連携ガイド」に限らず入退院支援の連携について、お気づきのことがありましたら、ご意見をお聞かせください。

（　　）

ご協力ありがとうございました。

＜　地域包括支援センター・居宅介護支援事業所調査票　＞

「入退院連携ガイド　Ver.2」評価　アンケート

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和2年10月に「**入院時情報提供書(様式1)**」（以下「様式1」という。）と「**退院・退所情報記録書(様式2)**」（以下「様式2」という。）を修正し、「入退院連携ガイド　Ver.2」を作成いたしました。

本アンケートは、様式1・2の活用状況について把握し、今後の入退院支援に係る関係者の連携強化に向けた検討資料とすることを目的に実施いたします。

アンケート結果は、糸魚川市在宅医療・介護連携協議会　退院支援企画委員会等の検討・報告資料として活用させていただきます。

アンケートをご記入いただきました、事業所名は特定されることはありません。

【入退院連携ガイドについて】

1.「入退院連携ガイド　Ver. 2」があることをご存じですか。

は い　・　いいえ

2.「入退院連携ガイド　Ver. 2」を活用していますか。

は い　・　いいえ　（活用していない理由　　）

【入院時情報提供書(様式1)について】

3. 様式1で、不十分な点や修正が必要なこと、追加して欲しい項目等があればご記入ください。

（　　）

【退院・退所情報記録書(様式2)について】

4. 様式2を活用していますか。

は い　・　いいえ　（活用していない理由　　）

5. 様式2で、不十分な点や修正が必要なこと、追加して欲しい項目等があればご記入ください。

（　　）

【病院からの情報収集について】

6. 担当ケースの状態確認に病院訪問した際に、情報収集で困ったことはありませんでしたか。

な い　・　あ り　（どんな事　　）

【そ の 他】

7.「入退院連携ガイド」に限らず入退院支援の連携について、お気づきのことがありましたら、ご意見をお聞かせください。

（　　）

ご協力ありがとうございました。