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（　　）