記入日：令和２年　月　　日

令和２年度　入退院支援事業　参加希望調書

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　住所：

担当者名／所属部署：　　　　　　　　　　　職種：

連絡先／　電話：　　　　　　　　　　　　　メール：

１　貴院の病院機能の全体像をご記入下さい。

1. 病棟の種類と病床数

②併設施設（居宅や住居系サービス等）がございましたら、全てご記入下さい。

□居宅介護支援事業所　　□訪問看護ステーション　　□介護老人福祉施設

□グループホーム　　□通所系サービス事業所

□その他（　　　　　　　　　　　　　　）

③下記の各職種の人数をご記入下さい。（病院に限るが、兼務は含む）

・医師…　（　　名）　　　　　　　・薬剤師…（　　名）

・看護師…（　　名）　　　　　　　・管理栄養士…（　　名）

・理学療法士…（　　名）　　　　　・事務職（病院運営に関わる）…（　　名）

・作業療法士…（　　名）

・言語聴覚士…（　　名）

・社会福祉士…（　　名）

・介護福祉士…（　　名）

1. 主に地域連携業務を担っている部署と、職種・人数をご記入下さい。

・部署：

・職種：

・人数：

→裏面もご記入ください

２ 地域包括ケアシステム構築の観点から、地域の中で、貴院が置かれている現状や求められる役割と、入退院支援事業に取り組んで「目指す病院」の姿をお教えください。

３ 令和２年度入退院支援事業では、様々な研修計画（管理者、多職種参加等）が予定されており、それに向けての人選や勤務調整が不可欠となります。また、地域・病院・多職種協働での入退院支援の推進に向け相談支援も適時行う予定です。そこで当事業において貴院が目指す姿に向け、病院全体として、どのような主体的協力体制がとれるのか、出来るだけ具体的にご記入下さい。

４ 貴院がこれまで、行政や地域包括支援センター、各居宅介護支援事業所と、どのような連携体制を構築されているかをご記入下さい。

ご記入ありがとうございました

**提出期限：令和２年６月５日（金）必着**

提出先：〒781-8515　高知市池2751番地1

高知県立大学企画連携課　入退院支援事業事務担当　宛

wlc@cc.u-kochi.ac.jp（Word書式のご希望の際はこちらまでご連絡ください）

※希望調書を受け取りましたら、担当者から受領済みの電話連絡をさせていただきます。