

送 付 先

FAX 089-989-2557

一般社団法人 愛媛県地域密着型サービス協会事務局 行

【事業所運営における医療との連携、看取り等に関するアンケート】

恐れ入りますが、平成 年 月 日 () までに事務局まで FAX にてご返送下さい。

市町名	市・町	サービス種別	GH・小規模多機能・その他 ()	
ご記入者職名		開設年数	年 月	当協会の 会員 ・ 非会員
看護師の 配置	① あり → 1) 職員として配置 2) 訪問看護ステーションとの契約 3) その他 () ② なし			

■該当箇所に○をつけていただき、[]内に記入をお願いします。

1. ご利用者の状態や容体に合わせて、適切な医療との連携が図れていますか。

- ① 図れている ② まあまあ図れている ③ あまり図れていない ④ 図れていない

※課題と感じていることを記入して下さい。

[]

2. 日頃からご利用者本人、ご家族等の意向を含めて、かかりつけ医や看護師等と連携を図れていますか。

- ① 図れている ② まあまあ図れている ③ あまり図れていない ④ 図れていない

※課題と感じていることを記入して下さい。

[]

3. かかりつけ医等との日頃の関わりについて教えてください。(※複数回答可)

- ① 定期的な往診がある→ (月に 回)
② 定期的あるいは必要時に受診をしている
③ 24時間の対応体制が整っている
④ 適時、適切な助言や指導がある
⑤ その他 ()

※課題と感じていることを記入して下さい。

[]

4. 入退院時、入院先の医療機関との連携は図れていますか。

- ① 図れている ② まあまあ図れている ③ あまり図れていない ④ 図れていない

※課題と感じていることを記入して下さい。

[]

5. 貴事業所では、重度化および看取り期における対応について方針や具体的内容を明文化していますか？

- ① はい ② いいえ

6. 重度化および看取り期における対応について、貴事業所の現状を教えてください。

- ① 最期まで事業所もしくは在宅で生活ができるよう備えている。

※具体的な取り組み内容を教えてください。

[]

- ② 最期まで事業所もしくは在宅で生活ができるよう備えているが、他施設や医療機関等へ移る場合がある。

※その理由について具体的に教えてください。

[]

- ③ 重度化および看取り期の対応はしていない。

※その理由について具体的に教えてください

[]

7. 1) 開設時から現時点まで、看取りを行ったことはありますか。

- ① ある → (※開設時からの看取り者数 _____ 名、そのうち事業所で亡くなられた方 _____ 名)

- ② ない

2) グループホームの方にお聞きします。看取り介護加算をとっていますか。

- ① はい ② いいえ

8. 重度化および看取り期において、事業所が必要と感じていることについて教えてください。(※複数回答可)

- ① 事業所としての方針の明確化 ② 医療機関との連携強化 ③ 24時間対応可能な訪問医療・看護の確保 ④ 終末期ケアや医療に関する職員の知識や経験、技術の向上 ⑤ 介護職の「死」に対する知識や経験、技術の向上 ⑥ 家族への看取りに対する準備教育 ⑦ グリーフケア ⑧ 介護報酬の設定 ⑨ その他()

9. 重度化および看取り期において、事業所が職員に対して取り組んでいることを教えてください。(※複数回答可)

- ① 事業所内研修の実施 ② 外部研修への参加 ③ 職員個々へのヒヤリング ④ ストレスケア ⑤ チーム(ユニット)での話し合い等 ⑥ 本人・家族等への対応方法 ⑦ その他()

※上記のうち○印をつけた項目について、その具体的な取り組み内容を教えてください。

[]

10. 重度化および看取り期において、貴事業所が不安や課題に感じていること、現在そしてこれから必要としていること(もの)等について教えてください。

[]

★ご協力ありがとうございました。