

アンケートのご回答に際してのお願い

アンケート用紙は3枚に分かれています。それぞれ次の様に回答して下さい。

アンケート用紙① → 全ての事業所の方

アンケート用紙② → 訪問看護の方のみ

アンケート用紙③ → 訪問看護以外の方

介護サービス
によって選択

サービス毎に1枚ずつ作成

(コピーして使用して下さい)

1つの事業所で複数の介護サービスを行っている場合は

アンケート用紙①は、介護サービス数分(複数枚)。

アンケート用紙②は、該当する方のみ1枚。

アンケート用紙③は、介護サービス数分(複数枚)。

を回答下さい。

- 例) ・訪問看護ステーション
・訪問介護ステーション
・訪問リハビリステーション
・通所リハビリステーション
の4つの介護サービスを1つの事業所で提供している場合。

アンケート用紙① 4枚 (全ての事業所)

アンケート用紙② 1枚 (訪問看護用)

アンケート用紙③ 3枚

(訪問介護ステーション用、訪問リハビリステーション用、通所リハビリステーション用)

を回答下さい。

アンケート用紙は ①と②、または ①と③ をセットにして送付して下さい。

メール(hayabusa@gifu.med.or.jp)、FAX(058-271-1651)又は、
郵送(〒500-8510 岐阜市藪田南三丁目5-11 岐阜県医師会 はやぶさネット係)にて、
お申込いただきますようお願い申し上げます。

アンケート用紙① 全ての事業者の方

地域包括ケアネットワーク 在宅医療に関する介護施設アンケート

記入者: _____

法人情報

事業所を運営する法人等について次の項目を全て記入してください。

法人名			
郵便番号			
住所1	(都道府県から番地まで)		
住所2	(建物名・部屋番号等)		
電話番号			
代表者名	氏	名	

事業所基本情報

事業所について次の項目を全て記入してください。

(複数の事業所番号をお持ちの場合は事業所番号毎に必要な枚数をコピーし記入して下さい。)

事業所番号			
事業所名			
事業所名カナ			
郵便番号	-		
住所1	(都道府県から番地まで)		
住所2	(建物名・部屋番号等)		
電話番号	-	-	
FAX番号	-	-	
E-Mail			@ このメールアドレスは公開致しません。
ホームページアドレス			
営業時間			
定休日			

後日の連絡用に連絡先を記入して下さい(この情報は公開致しません)。

担当者名	氏	名	
担当者名カナ			
E-Mail			

アンケート用紙② 訪問看護の方は本用紙の全てに記入して下さい。

アンケート用紙①と本用紙をセットにしてお送り下さい。

事業所サービス情報

事業所番号	【必須】		
事業所名	【必須】		
事業所名カナ			
介護サービスコード	大区分	中区分	
	020	030	
担当者名	氏	名	担当者の情報は公開致しません。
E-Mail			@ このメールアドレスは公開致しません。

医療処置の内容

該当の番号に○をつけてください。3. 条件付きで対応 の場合は、条件も記入。

医療処置(020)	経鼻経管栄養(010)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	胃ろう経管栄養(020)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	腸ろう経管栄養(030)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	中心静脈栄養(IVH): 体外式カテーテル(040)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	中心静脈栄養(IVH): 埋め込み式ポート型(050)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	末梢静脈栄養(末梢輸液)(060)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	インシュリン自己注射(070)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	気管切開部処置(080)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	人工呼吸器(090)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	吸引(100)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	在宅酸素療法(110)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	人工膀胱(130)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	人工肛門(140)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	褥瘡等皮膚処置(150)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	CAPD(腹膜透析)(160)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	緩和ケア(がん性疼痛コントロール)(170)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	看取りへの対応(180)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	軟膏処置(220)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	感染症(230)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	留置尿道カテーテル(240)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	導尿・尿道カテーテル交換・膀胱洗浄(250)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
	腎ろう(260)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応
体制(030)	24時間連絡対応体制(010)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応	3. 条件付きで対応

該当の番号に○をつけてください。3. 条件付きで対応 の場合は、条件も記入。

OT/PT/ST、 訪問リハビリ (010)	OT(作業療法士)(010)	1. いる (人)	2. いない
	PT(理学療法士)(020)	1. いる (人)	2. いない
	ST(言語聴覚士)(030)	1. いる (人)	2. いない
	訪問リハビリ対応(040)	1. 対応 (条件:)	2. 未対応

アンケート用紙③ 訪問看護以外の方は本用紙に記入して下さい。

本用紙1枚に1介護サービスを記入して下さい。

介護サービスが複数ある場合は、本用紙をコピーして記入して下さい。

アンケート用紙①と本用紙をセットにしてお送り下さい。

事業所サービス情報			
事業所番号	【必須】		
事業所名	【必須】		
事業所名カナ			
介護サービスコード	大区分	中区分	別表1の中から1つの介護サービスを選択して大区分・中区分それぞれ3桁の介護サービスコードを記入下さい。
	【必須】		
担当者名	氏	名	担当者の情報は公開致しません。
E-Mail			@ このメールアドレスは公開致しません。

受けておられる医療処置の内容		該当の番号に○をつけてください。3. 条件付きで対応 の場合は、条件も記入。		
医療処置(020)	経鼻経管栄養(010)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	胃ろう経管栄養(020)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	腸ろう経管栄養(030)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	末梢静脈栄養(末梢輸液)(060)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	気管切開部処置(080)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	人工呼吸器(090)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	吸引(100)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	在宅酸素療法(110)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	尿道カテーテル(交換、膀胱洗浄)(120)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	人工肛門(140)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	褥瘡等皮膚処置(150)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	CAPD(腹膜透析)(160)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	緩和ケア(がん性疼痛コントロール)(170)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	看取りへの対応(180)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	中心静脈栄養(IVH)(190)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	導尿(200)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	腎・膀胱ろう(210)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	軟膏処置(220)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	感染症(230)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	インシュリン(270)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
体制(030)	24時間連絡対応体制(010)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
用具・設備(040)	住宅改修(010)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	医療器具の取り扱い(020)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))
	吸引器・吸入器の取り扱い(030)	1. 対応	2. 未対応	3. 条件付きで対応
		(条件:))

別表1
介護サービス種類

大区分コード	中区分コード	医療処置の内容 の記入箇所	
ケアマネージャー(010)	居宅介護支援(010)	体制(030)のみを記入	
居宅サービス(020)	福祉用具貸与(060) 特定福祉用具販売(070)	用具・設備(040)のみを記入	
	訪問介護(010) 訪問入浴介護(020) 訪問リハビリテーション(040) 通所介護(080) 通所リハビリテーション(090) 短期入所生活介護(100) 短期入所療養介護(110) 特定施設入居者生活介護(120)	医療処置(020)、体制(030)を記入	
施設サービス(030)	介護老人福祉施設(010) 介護老人保健施設(020) 介護療養型医療施設(030)		
地域密着型サービス(050)	夜間対応型訪問介護(010) 認知症対応型通所介護(020) 小規模多機能型居宅介護(030) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(040)		
	地域密着型特定施設入居者生活介護(050) 認知症対応型共同生活介護(060) 地域密着型通所介護(070)		
老人ホーム(070)	養護老人ホーム(010) 軽費老人ホーム(020) 有料老人ホーム(030) サービス付き高齢者向け住宅(040)		