

認知症クリティカルパス（地域連携パス）に関する調査

■貴施設の所在地：

() 都・道・府・県 () 市・区・町・村

■貴施設名：

【A 認知症版地域連携クリティカルパス（以下パス）の使用状況についてお伺いします。】

問1 今までにパスの使用・経験はありますか。

1. 現在使用している 2. 過去に使用した経験がある
3. 使用・経験ともなし ⇒問1-2へお進みください

→ 問1-1 前問で「1. 現在使用している」、「2. 過去に使用した経験がある」と回答した施設にお伺いします。

a. どのような種類のパスですか（あてはまるもの全てに○をつけてください）。

1. 診断支援に関わるもの 2. 入院支援に関わるもの
3. 退院支援に関わるもの 4. 退院後の支援に関わるもの
5. その他 ()

b. パスの作成や運用に関与する職種についてお伺いします（あてはまるもの全てに○をつけてください）。

1. 医師 2. 看護師 3. 精神保健福祉士
4. 薬剤師 5. 作業療法士 6. 理学療法士
7. 臨床心理技術者 8. ケアマネジャー 9. 看護補助者
10. 保健師 11. その他 ()

