

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（ | ） |

c. 他院・他施設との連携パスの使用・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ー2 問1で「3. 使用・経験ともなし」と回答した施設にお伺いします。
今後パスを導入する予定はありますか。

- | | | |
|-------|-------|--------------|
| 1. 有り | 2. 無し | 3. できれば導入したい |
|-------|-------|--------------|

【B 地域との連携状況についてお伺いします。】

問2 退院先選定の際の相談先についてあて、はまるもの全てに○をつけてください。

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. 認知症疾患医療センター | 2. 地域包括支援センター |
| 3. 地域の病院・診療所 | 4. 介護事業者 |
| 5. 介護施設 | 6. 行政機関 |
| 7. 家族 | 8. 相談はしない |
| 9. その他（ ） | |

問3 病院内に認知症に関する地域連携担当者を配置していますか。

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 1. 配置している ⇒問3-1 へお進みください | 2. 配置していない⇒問4へお進みください |
|--------------------------|-----------------------|

問3ー1 前問で「1. 配置している」と回答した施設にお伺いします。職種と人数をご記入ください。

職種①：〔 〕	実人数（ ）人
職種②：〔 〕	実人数（ ）人
職種③：〔 〕	実人数（ ）人

問4 地域包括支援センター、地域の介護事業者等が一同に参加し、同一の患者に対して退院、今後の支援などを話し合う会議（地域連携会議など）を開催されていますか。

- 1. 開催している ⇒問 4-1 へお進みください
- 2. 開催していない⇒問 5 へお進みください

問4-1 前問で「1. 開催している」と回答した施設に伺います。

どのような事業者等が会議に参加していますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

- | | |
|----------------|--------------------------------|
| 1. 認知症疾患医療センター | 2. 地域包括支援センター |
| 3. 地域の病院・診療所 | 4. 介護事業者 |
| 5. 介護施設 | 6. 行政機関 |
| 7. 家族 | 8. その他（ ） |

問5 地域との連携推進に何が必要だと考えますか。必要と思われる内容を自由に記載してください。※枠内に簡潔にご記入ください。

ご協力いただきありがとうございました。
ご記入いただきました調査票は、返信用封筒（切手不要）に入れて
2月18日（金）までにご投函ください。