**介護関連施設向け看取りに関するアンケート調査**

**（FAX用）**

**那覇市在宅医療・介護連携支援センター　ちゅいしーじー那覇**

**那覇市　ちゃーがんじゅう課**

◇回答期間：**令和7年3月23日( 日 )まで**

ご記入しましたら**FAX：098-860-5667**へご返信お願いします。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **問１）貴施設の設置市町村を教えてください。** |
|  |
| **問２）施設の種別を教えてください。** |
| **□特別養護老人ホーム****□グループホーム****□介護付き有料老人ホーム****□住宅型有料老人ホーム****□サービス付き高齢者向け住宅****□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **問３）令和5年度（令和５年４月１日～令和６年３月３１日）の間、貴施設で看取りを****実施したことがありますか。** |
| **□ ある****□ なし（環境が整えば検討する）****□ なし（施設の方針として看取りは実施しない）** |
| **問４）問3であると答えた施設様へ　看取りは実施したが、看取りが難しい疾患、症状等がありましたら教えてください。例）インスリンが始まった、痰吸引がある等** |
|  |
| **問５）問3であると回答した施設様へ　既存の入居者様の看取りだけではなく、看取りを前提とした新規の入居者様をお受入れしていますか。** |
| **□受け入れている****□受け入れていない** |
| **問６）問3であると答えた施設様へ　看取りを実施したうち、がん患者様の看取りがありましたか。** |
| **□ある****□ない** |
| **問７）がん患者様を看取るにあたり、課題がありましたら教えてください。例）症状コントロール、医療処置、物品、医療連携等** |
|  |
| **問８）全ての施設様へ　（がん患者様に限らず）看取りの課題やどのような支援があれば良いかご意見をお聞かせ下さい。** |
|  |
| **問９）全ての施設様へ　（がん患者様に限らず）ＡＣＰ、終末期ケア、看取りに関する****出前講座（施設へ出向いて研修を行います（無料））を希望する場合は、下記をご記載****下さい。ご連絡させて頂きます。** |
| **施設名：****住　所：****担当者名：****電話番号：**お問い合わせ　那覇市在宅医療・介護連携支援センター　ちゅいしーじー那覇（TEL）098-860-5666　　　担当：高江洲・小濱 |