**看多機業務のアンケート（看護職員）**

**1.　資格を教えて下さい**

看護師　保健師　助産師　准看護師

**2.　看多機で就業される以前の経験を教えて下さい（複数回答可）**

病院　クリニック・診療所　訪問看護　介護事業所（有料老人ホーム・デイ等）

介護保険施設（特養、老健、療養型、医療院）

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**3.　看護職での勤続年数を教えて下さい**

1年未満　　1～3年未満　3～5年未満　5～7年未満　7～10年未満

10～15年未満　15年以上

**4.　現在の看多機での勤務年数を教えて下さい**

1年未満　1～3年未満　3～5年未満　5～7年未満　7～10年未満　10年以上

**5.　看多機で働く上で大切にしている・心がけている事を教えて下さい**

**6.　今までに看多機で看取りケアに関わった事がありますか？**

施設・自宅共に看取りケアに関わったことがある

施設での看取りケアに関わったことがある

自宅での看取りケアに関わったことがある

今まで関わったことはない

**7.　1年間（R4.9月～R5.10月）での看取りケアの件数を教えて下さい。**

**施設　　（　　　　　　　　）件　　　　　自宅　　（　　　　　　　　）件**

**8.　看多機における看取りケアの所感（イメージ）をお聞かせください。どんなことでも構いません。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **看取りの経験** | **所感** |
| **①** | **施設内で看取り** | **【所感】** |
| **②** | **自宅での看取り** | **【所感】** |
| **③** | **関わったことが**  **ない方** | **【イメージ】** |

**9-1　ご利用者様・ご家族様は満足できたと思いますか？　※複数関わったことがある方は印象的な事例でご回答ください。**

満足できたと思う　どちらともいえない　満足できなかったと思う　分からない

【理由】

**9-2　ご自身ではどのような関りが出来たと思いますか？　感じたことや想い、気付き等何でもお聞かせください。**

【理由】

**9-3.　看取りケアの振返りやデスカンファレンスは必要だと思いますか？**

必要と思う　どちらともいえない　必要とは思わない　分からない

【理由】

**10.** **看取りケアにおいての他職種との連携についてお聞かせください**

10-1看護職員間での連携は十分とることができましたか？

充分にとれた　とれた　どちらともいえない　取れなかった　全く取れなかった

10-2介護職員との連携は十分とることができましたか？

充分にとれた　とれた　どちらともいえない　取れなかった　全く取れなかった

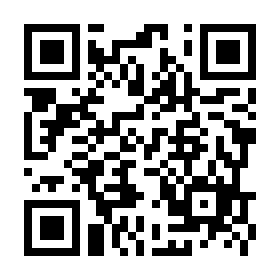
10-3計画作成担当者との連携は十分とることができましたか？

充分にとれた　とれた　どちらともいえない　取れなかった　全く取れなかった

**11.　看取りケアにおいて、一番大切にされていることを教えて下さい。**

ご協力ありがとうございました！　情報交換会の参考にさせていただきます。

【アンケート提出方法】

1. **アンケートにご記入頂き、ワードをメールに添付して事務局まで提出**

送付先メールアドレス：[hyogo.kantaki@gmail.com](mailto:hyogo.kantaki@gmail.com)

1. **オンラインで回答　（下記URLもしくはQRコードから）**

オンラインURL： <https://forms.gle/kzxWXsdEhoXRM1LHA>

　※上記内容での回答が難しいようでしたら事務局までご連絡下さい。

【提出期限】　　　11月12日（日）

【問い合わせ先】

兵庫県看護小規模多機能型居宅介護事業者連絡協議会（コウダイケアサービス(株)内）

担当：大達

住所：〒651-0085　神戸市中央区八幡通3-1-14　サンシポートビル3階

TEL　078-271-8246　　FAX　078-271-8270　MAIL：[hyogo.kantaki@gmail.com](mailto:hyogo.kantaki@gmail.com)