

蓮田市長寿支援課 地域支援担当 行 (FAX 048-769-0684)
 送信票は不要です。 *11月21日(金)までに、別紙1・2を返信願います。

別紙1

通院支援・院内支援※にかかるアンケート

事業所名 _____

回答者氏名 _____

※ 本アンケートでは、自宅から病院までの通院にかかる支援全般・院内での移動等にかかる支援全般について、ご回答ください。

※ 次の 問1～問5 にご回答願います。アンケートは、2枚です。

■事業所の状況について質問します

問1. 介護支援専門員数(令和7年3月31日時点)を記入してください。 _____人

問2. 利用者数(令和7年3月31日時点)を記入してください。 _____人

■通院支援(自宅から病院までの通院にかかる支援全般)について、質問します

問3-1. 令和6年度中に、利用者から介護支援専門員に対し通院支援を求められたことの有無について○を付けてください(a.は求められた対象者の実人数も記入してください)。

- a. あり : 令和6年度中に求められた対象者の実人数 _____人 → 問3-2へ
- b. なし → 問4-1へ

問3-2. 通院支援を求められたことへの対応について、○を付けてください。

- a. 対応した → 問3-3へ
- b. 対応しなかった → 問4-1へ

問3-3. 対応の数、頻度、方法について、①～③に記入または○を付けてください。

- ① 令和6年度に対応した対象者の実人数を、記入してください。 _____人
- ② 対応した頻度について、主なものに○を付けてください。
 - a. 週2回以上 b. 週1回程度 c. 月数回程度 d. 月1回程度
 - e. 年に数回 f. 年に1回以下 g. わからない・把握していない

(別紙2 があります)

(別紙1 があります)

- ③ 対応の方法について、主なものに○を付けてください。
- 担当者の判断で、無償で対応した
 - 事業所として業務と位置づけて無償で対応した
 - 事業所として有償で対応した
 - 事業所外の支援者などにつないだ
→ つないだ連携先を記入してください _____

■院内支援(院内での移動等にかかる支援全般)について、質問します

問4-1. 令和6年度中に、利用者から介護支援専門員に対し院内支援を求められたことの有無について○を付けてください (a.は求められた対象者の実人数も記入してください)。

- あり : 令和6年度中に求められた対象者の実人数 _____ 人 → 問4-2 へ
- なし → 問5 へ

問4-2.院内支援のニーズへの対応について、○を付けてください。

- 対応した → 問4-3 へ
- 対応しなかった → 問5 へ

問4-3.対応の数、頻度、方法について、①～③に記入または○を付けてください。

- 令和6年度に対応した対象者の実人数を、記入してください。 _____ 人
- そのうち、「通院時情報連携加算」をとった方の人数を記入してください。 _____ 人
- 対応した頻度について、主なものに○を付けてください。
 - 週2回以上
 - 週1回程度
 - 月数回程度
 - 月1回程度
 - 年に数回
 - 年に1回以下
 - わからない・把握していない
- 対応の方法について、主なものに○を付けてください。
 - 担当者の判断で、無償で対応した
 - 事業所として業務と位置づけて無償で対応した
 - 事業所として有償で対応した
 - 事業所外の支援者などにつないだ
→ つないだ連携先を記入してください _____

問5.通院支援、院内支援に関する思いやご意見がありましたら、ご記入ください。

蓮田市長寿支援課 地域支援担当 行 (FAX 048-769-0684)
送信票は不要です。 *11月21日(金)までに、別紙1・2を返信願います。