「人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援(ACP・DNAR 含む)」 に関する実態調査票

| | 事業所名 | | |
|------|---|--|---------|
| Ī | 回答者氏名 | | |
| - | 職種 | | |
| | 連絡先 | | |
| 【問 1 | 】貴事業所では、看取り □ 対応している □ 対応していな □ その他(| 5 ➡ 昨年度看取り件数(件) |) |
| 【問 2 | ライン】等を参考に、 む)を行っていますが □ 行っている | Eの最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイ 利用者の人生の最終段階における意思確認(ACP・DNAR abo か。 →【問3・問4・問5】へお進みください ↑ →【問6】へお進みください | - |
| 【問 3 | を教えてください。(| |) |
| 【問 4 | 式を利用していますが | | ;様) |
| 【問 5 | | | |

| 【問6】 | 【問2】で「行っていない」と回答した方にお聞きします。人生の最終段階における | Ś |
|------|--|---|
| | 意思確認(ACP・DNAR 含む)を行っていない理由を教えてください。(複数回答 | |
| | 可) | |
| | □ 意思確認の必要性を感じていない | |
| | □ 事業所内の体制等が整っていない | |
| | □ 人生の最終段階にある利用者がいない | |
| | □ その他(| |
| 【問7】 | 人生の最終段階における意思決定支援(ACP・DNAR 含む)を行う上で、困っていことや思うことをお書きください。 | る |
| | | \ |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | / |
| | | |

- ※アンケートは以上です。
- ※今後の医療と介護の連携のために活用させていただきます。また、ご回答内容について後日電話等で質問をさせていただく場合もありますので、ご協力をお願いいたします。