

「居宅ケアマネジャーと老健の連携」に関するアンケート

居宅介護支援事業所名	
ご回答者ご芳名	
事業所 所在地	
事業所 TEL	

以下の設問の回答として、あてはまるものに○をお願いいたします。

1 コロナ禍における入退所について困難さを感じることはありますか。

(ある ・ ない)

あると回答された方は、具体的にお教えてください。

2 高価薬剤など薬に関して困難さを感じることはありますか。

(ある ・ ない)

あると回答された方は、具体的にお教えてください。

3 在宅酸素療法、褥瘡治療などの医療行為を必要とする方の入所について困難さを感じることはありますか。

(ある ・ ない)

あると回答された方は、具体的にお教えてください。

4 緊急短期入所の依頼時に困難さを感じることはありますか。

(ある ・ ない)

あると回答された方は、具体的にお教えてください。

5 退所時における在宅での療養に関する連携において困難さ（入所中は軽介助くらいでも、自宅ではとても介護できる環境や介護資源がなかった、など）を感じることはありますか。

(ある ・ ない)

あると回答された方は、具体的にお教えてください。

6 その他、老健施設へのご要望、ご意見などありましたらお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。

誠に勝手ながら、アンケートは3月末日までに群馬県老人保健施設協会(下記)あてにご回答いただければ幸いです。ご回答方法につきましては、

①下記のQRコードからWeb回答

②本会ホームページ「お知らせ」欄に掲載のQRコードまたはグーグルフォームURLからWeb回答

③FAXで回答 のいずれかをお願いいたします。

御多忙のところ大変恐縮ですが、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

《アンケートご回答先》

公益社団法人群馬県老人保健施設協会

〒371-0026 前橋市大手町 3-9-16

TEL 027-233-0350 FAX 027-233-0599

E-mail : gunmakenrouken@sunny.ocn.ne.jp

協会 HP : <https://www.gunma-rouken.jp>

【Web 回答用 QR コード】

