

「はこだて入退院支援連携ガイド」に係わるアンケート調査票（案）

貴所属機関等についてお聞きします ※所属する団体に○をお付けください

団体名 ①医師会 ②歯科医師会 ③薬剤師会 ④MSW協会 ⑤居宅連協

⑥包括連協 ⑦訪リハ連協 ⑧訪看連協 ⑨老施協 ⑩柔整師会 ⑪函鍼連

貴所属機関名等 名称 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ー \_\_\_\_\_ ご記入者名 \_\_\_\_\_

はこだて入退院支援連携ガイドの活用について ※数字に○をお付けください

(1) 貴所属機関等では、「はこだて入退院支援連携ガイド」（以下「連携ガイド」と表記）  
をご覧になったことがありますか。

① はい → 設問（2）にお進みください

② いいえ → 別紙1の「連携ガイド」を是非ご覧いただき、設問（3）にお進みください。

(2) (1)で「①はい」とお答えされた方にお伺いします。

「連携ガイド」をどのような機会にお使いですか。

該当項目にチェックしてください。（複数回答可）

患者・利用者との面談時

新人教育や研修等

業務の確認等

その他（ \_\_\_\_\_ ）

活用したことはない

(3) 当センターでは「連携ガイド」を入退院支援連携のマニュアルのような形で、面談、研修、業務確認等にお使いいただければと考えております。今後どのような見直しをすればより使いやすい「連携ガイド」になるか、ご意見お願いいたします。

アンケート調査へのご協力ありがとうございました。FAXでの返信にご協力をお願い致します。

## 「はこだて入退院支援連携ガイド」に係わるアンケート調査票（前回分）

**貴所属機関等についてお聞きします ※所属する団体に○をお付けください**

団体名 ①医師会 ②歯科医師会 ③薬剤師会 ④MSW協会 ⑤居宅連協

⑥包括連協 ⑦訪リハ連協 ⑧訪看連協 ⑨老施協 ⑩柔整師会 ⑪函鍼連

貴所属機関名等 名称 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ ー \_\_\_\_\_ ご記入者名 \_\_\_\_\_

**はこだて入退院支援連携ガイドの活用について ※数字に○をお付けください**

(1) 貴所属機関等では、「はこだて入退院支援連携ガイド」（以下「連携ガイド」と表記）  
をご覧になったことがありますか。

① はい ② いいえ → 別紙1「連携ガイド」のご案内を是非ご覧ください。

(2) (1)で「①はい」とお答えされた方にお伺いします。

ア 日常業務において「連携ガイド」を活用する機会がありますか。

① はい ② いいえ → 以上で質問は終了です。差し支えなければ理由をお聞かせください。

イ どのような機会に活用していますか。

(例)入退院支援が必要な者が発生した場合の手引き、カンファレンス、研修など

ウ どのくらいの頻度でお使いですか。

① 頻繁に使用 ② 月に数回 ③ 年に数回

(3) 「連携ガイド」の内容について、見直しが必要と思われませんか。

① はい ② いいえ → 以上で質問は終了です。

↓ どのような見直しが必要だと思われるか、ご意見をお聞かせください。

(4) 「連携ガイド」の内容について、見直しが必要と思われませんか。

アンケート調査へのご協力ありがとうございました。FAXでの返信にご協力をお願い致します。