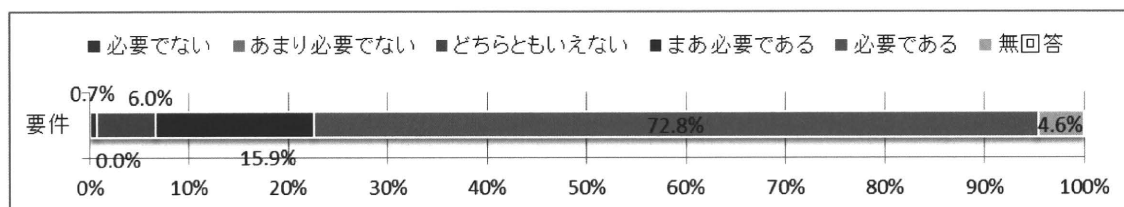
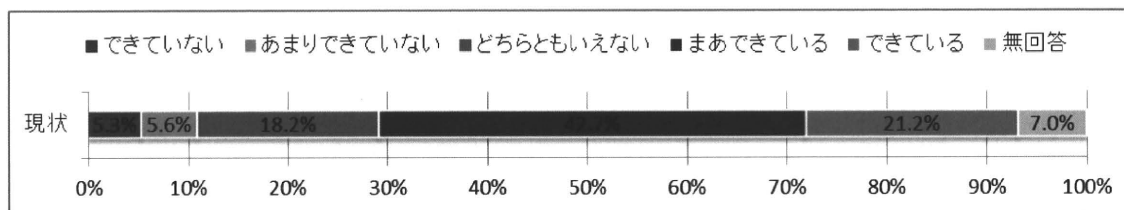


図 1. 訪問看護ステーションの施設属性 (続き)

16. 終末期において訪問看護師がチームマネジメントを担うこと



17. その他

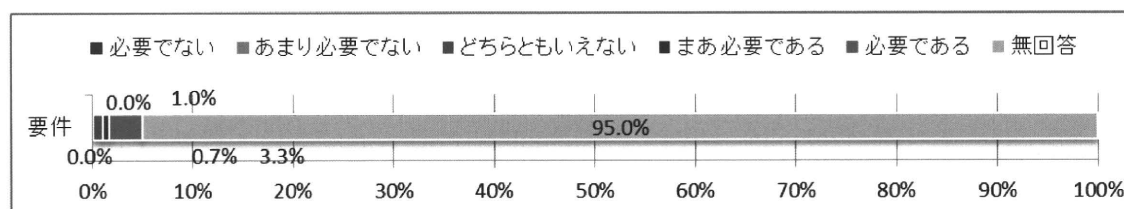
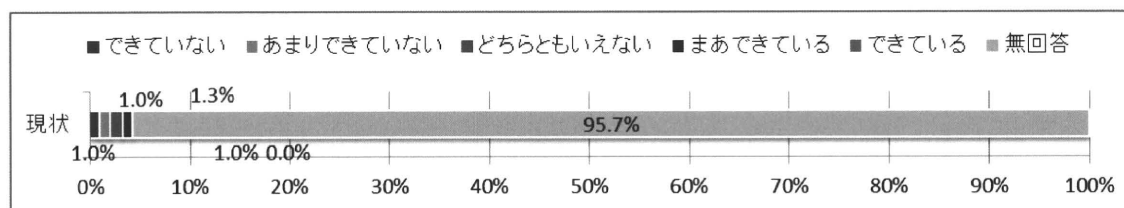


図 2. 介護事務所（介護職）との連携状況と関連する要因に関する決定樹分析

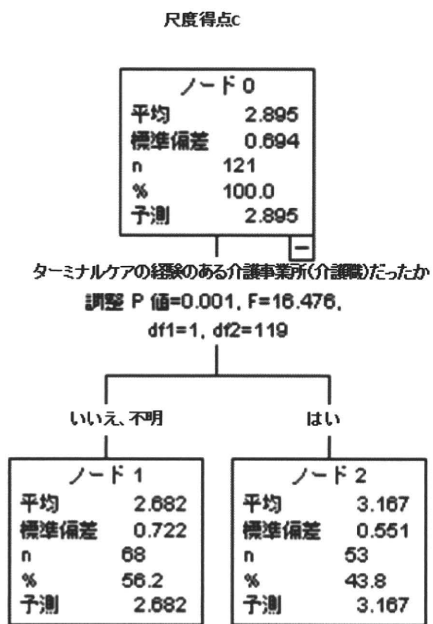


図 3. 医師との連携状況と関連する要因に関する決定樹分析

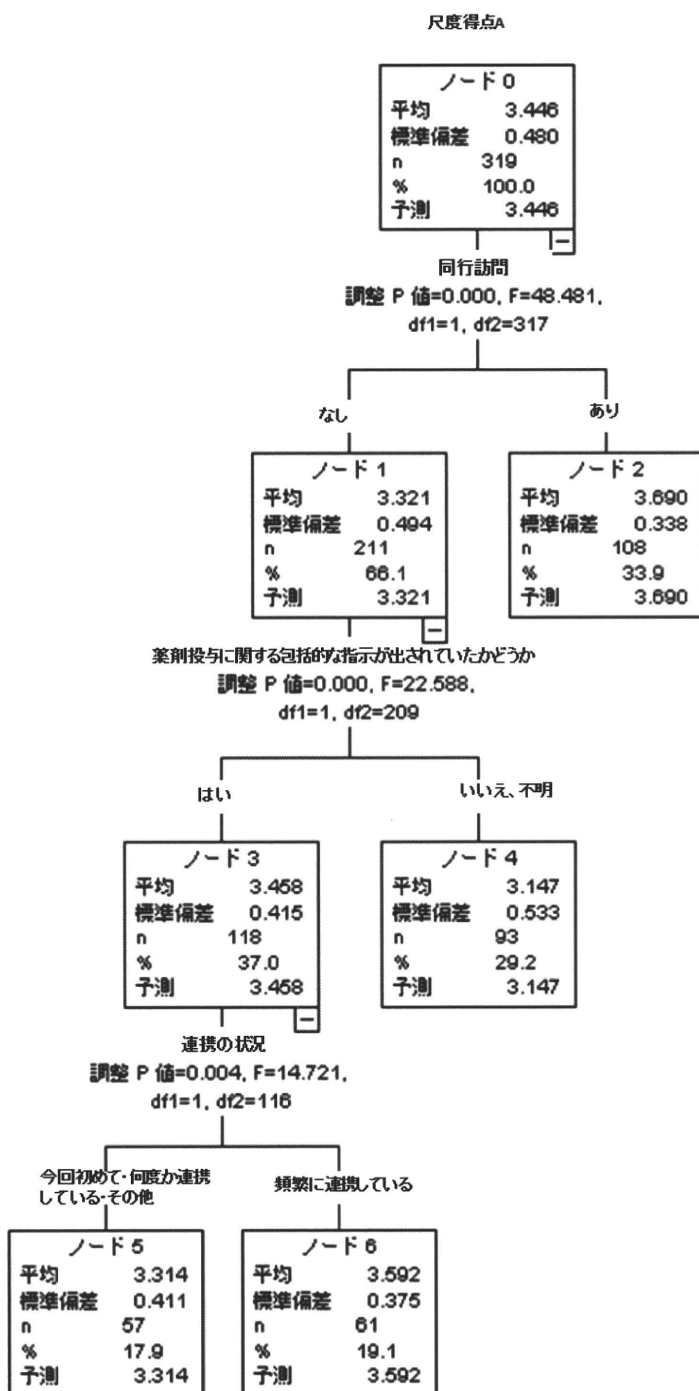
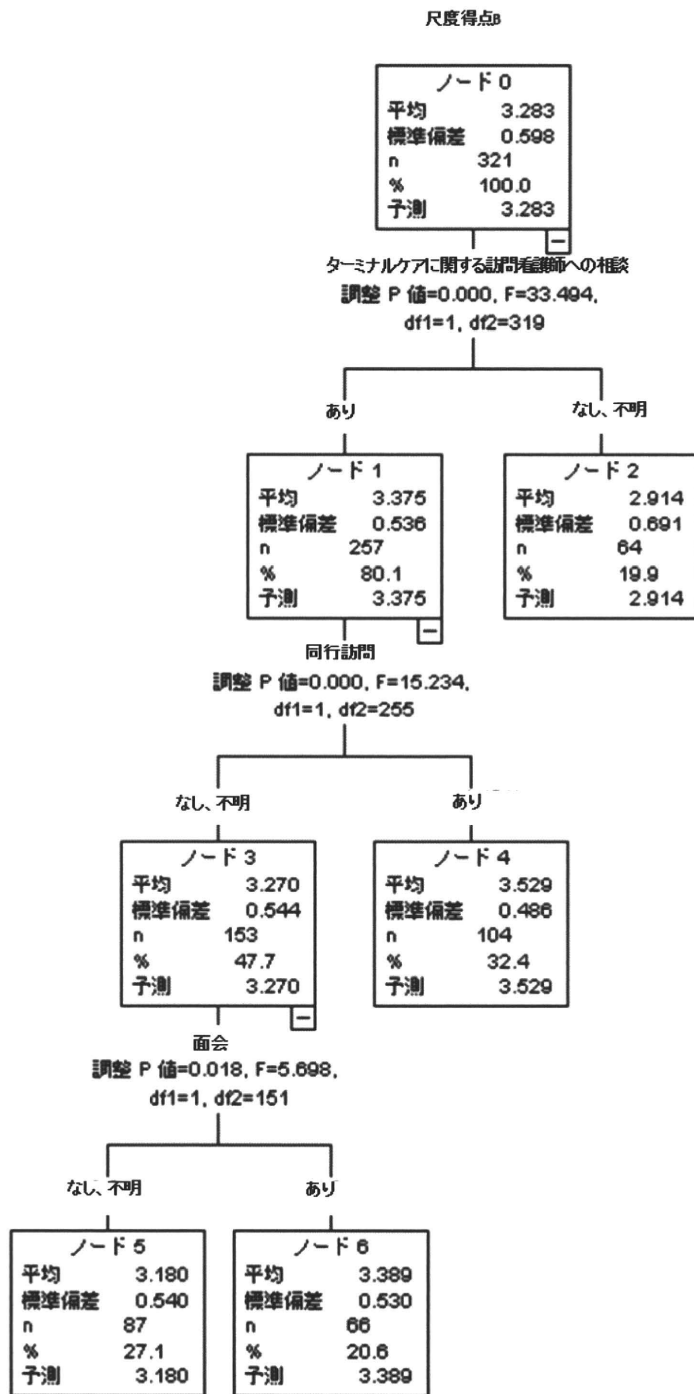


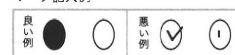
図 4. ケアマネジャーとの連携状況と関連する要因に関する決定樹分析



添付資料 6

A 訪問看護事業所に関する調査票

マーク記入例



- *本調査票は、訪問看護事業所の責任者の方がご記入の上、必ず返送してください。
- *回答の際は、あてはまる番号の○を黒色のペンか鉛筆で塗りつぶしてください。○を塗りつぶす数は原則1つです。○を複数塗りつぶしていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
- *具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分からない場合は「-」と記入してください。
- *調査時点は、平成22年10月1日または質問に記載している期間とします。
- *「介護サービス施設・事業所調査」と同じ調査時点ですので、必要に応じて転記してください。

1 貴事業所の状況

(1) 貴事業所の概要

A. 所在地	() 都・道・府・県 () 市・区・町・村		B. 事業開始年月	西暦 () 年 () 月	
C. 開設主体	<input type="radio"/> 01 医療法人 <input type="radio"/> 02 医師会 <input type="radio"/> 03 看護協会 <input type="radio"/> 04 社団・財団法人（医師会、看護協会以外） <input type="radio"/> 05 社会福祉法人（社会福祉協議会含む） <input type="radio"/> 06 営利法人（会社） <input type="radio"/> 07 その他 ⇒ ()				
D. 開設主体が提供する併設施設・事業所（各サービスには介護予防を含む） *「併設」とは同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接している場合を指します	<input type="radio"/> 01 在宅療養支援病院 <input type="radio"/> 02 在宅療養支援病院以外の病院 <input type="radio"/> 03 在宅療養支援診療所 <input type="radio"/> 04 在宅療養支援診療所以外の診療所 <input type="radio"/> 05 介護老人保健施設 <input type="radio"/> 06 特別養護老人ホーム <input type="radio"/> 07 訪問介護 <input type="radio"/> 08 療養通所介護 <input type="radio"/> 09 居宅療養管理指導 <input type="radio"/> 10 通所介護 <input type="radio"/> 11 通所リハビリテーション <input type="radio"/> 12 居宅介護支援 <input type="radio"/> 13 在宅介護支援センター <input type="radio"/> 14 サテライト事業所 ⇒ () か所 <input type="radio"/> 15 その他 ⇒ ()				

			1 あり	2 なし
E 加算等の届出の状況	介護保険法	特別管理体制の届出	○	○
		ターミナルケア体制の届出	○	○
		サービス提供体制強化加算の届出	○	○
		中山間地域等における小規模事業所加算	○	○
		特別地域加算の届出	○	○
	健康保険法等	24 時間対応体制加算の届出	○	○
		24 時間連絡体制加算の届出	○	○
		重症者管理加算の届出	○	○
		訪問看護基本療養費Ⅱの届出	○	○
F 加算の算定状況 (平成 22 年 9 月中)	介護保険法	緊急時訪問看護加算	○ 1 あり⇒ () 件	○ 2 なし
		ターミナルケア加算	○ 1 あり⇒ () 件	○ 2 なし
		訪問看護中山間地域等提供加算	○ 1 あり⇒ () 件	○ 2 なし
		居宅療養管理指導加算	○ 1 あり⇒ () 件	○ 2 なし
	健康保険法等	ターミナルケア療養費	○ 1 あり⇒ () 件	○ 2 なし
		退院時共同指導加算	○ 1 あり⇒ () 件	○ 2 なし

F. 加算の算定状況(続) (平成22年9月中)	健康保険法等	退院支援指導加算	○ 1あり⇒()件 ○ 2なし		
		在宅患者連携指導加算	○ 1あり⇒()件 ○ 2なし		
		在宅患者緊急時等カンファレンス加算	○ 1あり⇒()件 ○ 2なし		
G. 指示書の交付を受けた医療機関数 (平成22年9月中)	医療機関総数(①+②)		()か所	うち、同一法人の医療機関	()か所
	診療所(①)		()か所	病院(②)	()か所
	うち、在宅療養支援診療所		()か所	うち、在宅療養支援病院	()か所
H. 従事者数	平成22年10月1日の従事者について記入してください。 ※常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数も記入してください。				
		常勤者 (実人数)	非常勤者 (実人数)	常勤換算数 (常勤+非常勤)	
	保健師・助産師・看護師・准看護師	()	()	(.)	
	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	()	()	(.)	
	介護職員	()	()	(.)	
	事務職員	()	()	(.)	
	その他の職員	()	()	(.)	
常勤換算数は、従事者の1週間の勤務延時間÷当事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。					
I. ケアマネジャーの資格を有する職員	○ 1 いる ⇒ (常勤: 人、非常勤: 人)				
	○ 2 いない				
J. 認定・専門看護師	○ 1 いる ⇒ (常勤: 人、非常勤: 人)				
	○ 2 いない				

<p>K. 貴事業所の通常のサービス提供地域の範囲</p>	<p><input type="radio"/> 1 同一市内 ⇒ (半径 km 位)</p> <p><input type="radio"/> 2 近隣の市を含む ⇒ (半径 km 位)</p>	
<p>L. 貴事業所のサービス提供地域内の医療・福祉資源の状況</p> <p>*サテライト事業所があるところは、サテライト事業所の状況は含めないでください</p>	<p>急性増悪時に入院可能な病院</p>	<p><input type="radio"/> 1 常時ある</p> <p><input type="radio"/> 2 時々ある</p> <p><input type="radio"/> 3 ない</p> <p><input type="radio"/> 4 不明</p>
	<p>往診等を行っている診療所</p>	<p><input type="radio"/> 1 複数ある</p> <p><input type="radio"/> 2 一カ所ある</p> <p><input type="radio"/> 3 ない</p> <p><input type="radio"/> 4 不明</p>
	<p>うち、在宅療養支援診療所</p>	<p><input type="radio"/> 1 複数ある</p> <p><input type="radio"/> 2 一カ所ある</p> <p><input type="radio"/> 3 ない</p> <p><input type="radio"/> 4 不明</p>
	<p>訪問介護事業所</p>	<p><input type="radio"/> 1 複数ある</p> <p><input type="radio"/> 2 一カ所ある</p> <p><input type="radio"/> 3 ない</p> <p><input type="radio"/> 4 不明</p>
	<p>訪問看護ステーション</p>	<p><input type="radio"/> 1 あり ⇒ () 力所 ※貴事業所を含む</p> <p><input type="radio"/> 2 不明</p>
<p>M. 在宅療養支援診療所との連携ステーションになっていますか</p>	<p><input type="radio"/> 1 はい ⇒ () 力所</p> <p><input type="radio"/> 2 いいえ</p>	

(2) 利用者数・訪問回数 (平成 22 年 9 月)

<p>A. 利用者数・訪問回数</p>	<p>平成 22 年 9 月 1 か月間に訪問看護を 1 回以上利用した者について、実人数を記入してください。「健康保険法等」とは長寿医療制度 (後期高齢者医療制度)、健康保険、国民健康保険等の医療保険及び公費負担医療を指します。</p> <table border="1" data-bbox="400 246 1432 616"> <thead> <tr> <th></th> <th>介護保険</th> <th>健康保険等</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>利用者数 (人)</td> <td>() 人</td> <td>() 人</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>延べ訪問回数 (回)</td> <td>() 回</td> <td>() 回</td> <td>() 回</td> </tr> <tr> <td>うち緊急訪問回数 (回)</td> <td>() 回</td> <td>() 回</td> <td>() 回</td> </tr> </tbody> </table>		介護保険	健康保険等	その他	利用者数 (人)	() 人	() 人	() 人	延べ訪問回数 (回)	() 回	() 回	() 回	うち緊急訪問回数 (回)	() 回	() 回	() 回							
	介護保険	健康保険等	その他																					
利用者数 (人)	() 人	() 人	() 人																					
延べ訪問回数 (回)	() 回	() 回	() 回																					
うち緊急訪問回数 (回)	() 回	() 回	() 回																					
<p>B. 特別訪問看護指示書の交付 (健康保険等)</p>	<p>○ 1 あり ⇒ (件)</p> <p>○ 2 なし</p>																							
<p>C. 利用終了者数</p>	<p>平成 22 年 4 月～9 月の 6 か月間に訪問看護の利用を終了した者について、実人数を記入してください。</p> <table border="1" data-bbox="400 896 1432 1579"> <tbody> <tr> <td>利用終了者 合計人数 (人)</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">死亡を理由とした利用終了</td> <td>①在宅等で死亡</td> </tr> <tr> <td> 在宅</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td> 居宅系施設</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>②病院で死亡</td> </tr> <tr> <td></td> <td> 搬送後 24 時間以内 (搬送中含む)</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td></td> <td> 搬送後 24 時間以上</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>③病院へ入院した</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>④施設に入所</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>⑤在宅のまま利用中止</td> <td>() 人</td> </tr> <tr> <td>⑥その他</td> <td>() 人</td> </tr> </tbody> </table>	利用終了者 合計人数 (人)	() 人	死亡を理由とした利用終了	①在宅等で死亡	在宅	() 人	居宅系施設	() 人	②病院で死亡		搬送後 24 時間以内 (搬送中含む)	() 人		搬送後 24 時間以上	() 人	③病院へ入院した	() 人	④施設に入所	() 人	⑤在宅のまま利用中止	() 人	⑥その他	() 人
利用終了者 合計人数 (人)	() 人																							
死亡を理由とした利用終了	①在宅等で死亡																							
	在宅	() 人																						
	居宅系施設	() 人																						
	②病院で死亡																							
	搬送後 24 時間以内 (搬送中含む)	() 人																						
	搬送後 24 時間以上	() 人																						
③病院へ入院した	() 人																							
④施設に入所	() 人																							
⑤在宅のまま利用中止	() 人																							
⑥その他	() 人																							

2 在宅死の対応について

(1) 貴事業所における在宅看取り対応状況

A. 在宅での看取りを希望している利用者 (平成 23 年 3 月 1 日時点)		<input type="radio"/> 1 いる ⇒ () 人
		<input type="radio"/> 2 いない
B. 利用者から在宅での看取りの希望があった場合の貴事業所の対応の方針		<input type="radio"/> 1 積極的に対応したい <input type="radio"/> 2 対応したいが、体制が整わない ⇒副問 B-2 へ <input type="radio"/> 3 原則として看取りには対応しない⇒理由を以下に記入 () <input type="radio"/> 4 わからない
B. で 2 と答えた方のみ対象	⇒副問 B-2: どのような体制が不足していますか	<input type="radio"/> 1 貴事業所の職員体制 <input type="radio"/> 2 往診医がいない <input type="radio"/> 3 その他⇒ ()
C. ターミナル期の利用者の受け入れ人数を決めていますか		<input type="radio"/> 1 希望があれば人数に関係なく受け入れている <input type="radio"/> 2 受け入れる目安を決めている ⇒副問 C-2 へ <input type="radio"/> 3 その他⇒ ()
C. で 2 と答えた方のみ対象	⇒副問 C-2: 目安はどの程度の人数または割合ですか	1 人数 () 人位 2 割合：利用者のうち () 割位 3 その他 ()

(2) 在宅での看取りについての対応要領や利用者向けの説明資料について

A. 職員用の対応要領 (マニュアル等)	<input type="radio"/> 1 使用している <input type="radio"/> 2 使用していない	B. 利用者・家族用の説明資料 (パンフレット等)	<input type="radio"/> 1 使用している <input type="radio"/> 2 使用していない
----------------------	---	---------------------------	---

(3) 在宅での看取り後の取り組みについて

A. 施設内での死亡症例の検討会 (デスカンファレンス)	<input type="radio"/> 1 ほぼ全例実施 <input type="radio"/> 2 一部実施 <input type="radio"/> 2 未実施	B. 他機関を含めた死亡症例の検討会 (デスカンファレンス)	<input type="radio"/> 1 行ったことがある <input type="radio"/> 2 行ったことがない
------------------------------	---	--------------------------------	--

(4) 在宅看取りに必要と考える要件と現状について

在宅看取りに関する各項目において、「要件として在宅看取りに必要と思う程度」と、「貴施設の現在の対応状況」について、それぞれ該当すると思う目盛りを塗りつぶして下さい。回答は、主観的判断で構いません。

1 本人が在宅看取りを希望すること	要件 (必要な程度)	必要でない 1 2 3 4 5	必要である 4 5	現状	できていない 1 2 3 4 5	できている 4 5
2 家族が在宅看取りを希望すること	要件 (必要な程度)	必要でない 1 2 3 4 5	必要である 4 5	現状	できていない 1 2 3 4 5	できている 4 5
3 家族への精神的ケア	要件 (必要な程度)	必要でない 1 2 3 4 5	必要である 4 5	現状	できていない 1 2 3 4 5	できている 4 5
4 訪問看護ステーションの24時間ケア体制	要件 (必要な程度)	必要でない 1 2 3 4 5	必要である 4 5	現状	できていない 1 2 3 4 5	できている 4 5
5 訪問看護ステーションの電話による時間外対応	要件 (必要な程度)	必要でない 1 2 3 4 5	必要である 4 5	現状	できていない 1 2 3 4 5	できている 4 5
6 主治医の在宅看取りの方針	要件 (必要な程度)	必要でない 1 2 3 4 5	必要である 4 5	現状	明確でない 1 2 3 4 5	明確である 4 5
7 24時間体制に協力可能な医師の存在	要件 (必要な程度)	必要でない 1 2 3 4 5	必要である 4 5	現状	いない 1 2 3 4 5	いる 4 5
8 緊急入院先の確保	要件 (必要な程度)	必要でない 1 2 3 4 5	必要である 4 5	現状	できていない 1 2 3 4 5	できている 4 5
9 インフォーマルな家族や近隣による介護力	要件 (必要な程度)	必要でない 1 2 3 4 5	必要である 4 5	現状	介護力ない 1 2 3 4 5	介護力ある 4 5
10 地域の介護・医療サービスの充実	要件 (必要な程度)	必要でない 1 2 3 4 5	必要である 4 5	現状	できていない 1 2 3 4 5	できている 4 5
11 病院からの円滑な在宅移行	要件 (必要な程度)	必要でない 1 2 3 4 5	必要である 4 5	現状	できていない 1 2 3 4 5	できている 4 5

在宅看取りに関する各項目において、「現在の状況」と、「要件として在宅看取りに必要と思う程度」について、それぞれ該当すると思う目盛りを塗りつぶして下さい。回答は、主観的判断で構いません。

12 介護職によるターミナルケア	要件 (必要な程度)	必要でない					必要である					現状	できていない					できている				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5					
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 一般住民の在宅看取りに関する理解	要件 (必要な程度)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 多職種で構成されるチームケア体制	要件 (必要な程度)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 終末期においてケアマネジャーがチームマネジメントを担うこと	要件 (必要な程度)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 終末期において訪問看護師がチームマネジメントを担うこと	要件 (必要な程度)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 その他 ()	要件 (必要な程度)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3 制度改正について (自由記述)

A. 在宅療養を支えるための医師や介護職等との連携について、評価してほしい点等ご意見をお願いします

B. 質の高い看護サービスを提供していくためには、どのような行政からの支援があるとよいですか

質問は以上で終わりです。同封の返信用封筒（切手は不要です）に入れ、他の票とまとめて投函してください。ご協力ありがとうございました。

添付資料 7

B 高齢者のターミナルケアと他職種連携のあり方に関する調査

① 自宅で亡くなった利用者（病院搬送後 24 時間以内の死亡含む）について

マーク記入例

良い例	悪い例
● ○	☑ ○

*本調査票は、利用者・家族に主に関わった担当訪問看護師の方がご記入ください。

*本調査票は、該当事例がない場合は白紙のまま返却してください。

*回答の際は、あてはまる選択肢の○を黒色のペンか鉛筆で塗りつぶしてください。

*具体的な数値や内容をご記入いただく部分もあります。分からない場合は「-」と記入してください。

貴事業所において、ターミナルケアを1か月以上受けて亡くなった高齢者（65歳以上の利用者）のうち自宅で亡くなった利用者（病院搬送後 24 時間以内の死亡含む）の直近の1例についてご記入ください。

① 自宅で亡くなった利用者（病院搬送後 24 時間以内の死亡含む）について

1. 利用者・家族の状況

A. 性別	<input type="radio"/> 1 男 <input type="radio"/> 2 女	B. 年齢	() 歳
C. 主たる疾患	<input type="radio"/> 1 がん <input type="radio"/> 2 非がん → 右の副問へ		
	<input type="radio"/> 1 老衰 <input type="radio"/> 2 心疾患 <input type="radio"/> 3 肺炎 <input type="radio"/> 4 脳血管疾患 <input type="radio"/> 5 その他 ()		
D. 訪問看護開始日	() 年 () 月 () 日	E. 訪問看護終了日	() 年 () 月 () 日
F. 訪問看護依頼前の療養場所	<input type="radio"/> 1 自宅 <input type="radio"/> 2 病院 <input type="radio"/> 3 施設 <input type="radio"/> 4 その他 ()	G. 訪問看護依頼目的	<input type="radio"/> 1 ターミナルケア <input type="radio"/> 2 その他 ()
		H. 死亡日	() 年 () 月 () 日
I. 死亡場所	<input type="radio"/> 1 自宅 <input type="radio"/> 2 病院 → 病院搬送後 24 時間以内の死亡 <input type="radio"/> 3 その他 ()		<input type="radio"/> 1 はい <input type="radio"/> 2 いいえ
J. ターミナルケアの対応が必要と判断された時期	約 死亡前 () 週		

K. 死亡場所の希望			自宅	病院	施設	ホスピス	不明
	i ターミナルケアの開始時の死亡場所の希望	利用者	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		家族 (主介護者)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ii 死亡直前の死亡場所の希望	利用者	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家族 (主介護者)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
L. 緊急時に入院できる病院の確保	<input type="radio"/> 1 なし <input type="radio"/> 2 あり <input type="radio"/> 3 不明		M. 死亡場所に関する家族間の意見の相違		<input type="radio"/> 1 なし <input type="radio"/> 2 あり <input type="radio"/> 3 不明		
N. 同居家族	<input type="radio"/> 1 なし ⇒右の副問へ <input type="radio"/> 2 あり		<input type="radio"/> 1 独居 <input type="radio"/> 2 別居だが近隣に在住				
O. 主介護者	<input type="radio"/> 1 なし <input type="radio"/> 2 あり ⇒右の副問へ		i 続柄 () ii 年齢 約 () 歳 iii 性別		iv 就労の状況 <input type="radio"/> 1 常勤 <input type="radio"/> 2 非常勤 <input type="radio"/> 3 無職		
P. 副介護者	<input type="radio"/> 1 なし <input type="radio"/> 2 あり						
Q. 死亡1か月前の日常生活自立度	<input type="radio"/> J 自立 <input type="radio"/> A 室内歩行 <input type="radio"/> B 床上自立 <input type="radio"/> C 寝たきり		R. 死亡1か月前の認知症の日常生活自立度*		<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M		

※認知症高齢者の日常生活自立度の判断基準

ランク	判断基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

S. 死亡前1ヵ月間に認められた症状 (複数回答可)	<input type="radio"/> 1 痛み	<input type="radio"/> 8 せん妄
	<input type="radio"/> 2 呼吸困難	<input type="radio"/> 9 浮腫
	<input type="radio"/> 3 全身倦怠感	<input type="radio"/> 10 不安・抑うつ
	<input type="radio"/> 4 不眠	<input type="radio"/> 11 食思低下
	<input type="radio"/> 5 悪心・嘔吐	<input type="radio"/> 12 傾眠
	<input type="radio"/> 6 認知力低下	<input type="radio"/> 13 褥瘡
	<input type="radio"/> 7 便秘	<input type="radio"/> 14 その他 ()

2. サービスの利用状況の変遷

(1) 死亡前1ヵ月間にサービスを提供したチームメンバーすべての○を塗りつぶしてください。さらに、1ヵ月間のおおよその訪問回数を記入して下さい。		(2) 訪問看護導入前から(もしくは導入前のみ)利用していたサービスの○を塗りつぶして下さい。
<input type="radio"/> 主治医	約 () 回 / 1 か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 主治医以外の診療所医師	約 () 回 / 1 か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 主治医以外の病院医師	約 () 回 / 1 か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ケアマネジャー	約 () 回 / 1 か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 介護職	約 () 回 / 1 か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> PT/OT	約 () 回 / 1 か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 調剤薬局薬剤師	約 () 回 / 1 か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 他の訪問看護ステーションの看護師	約 () 回 / 1 か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 主治医の所属機関の看護師	約 () 回 / 1 か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 主治医の所属機関以外の看護師	約 () 回 / 1 か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 歯科医師	約 () 回 / 1 か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 訪問入浴	約 () 回 / 1 か月	<input type="radio"/>

(1) 死亡前1か月間にサービスを提供したチームメンバーすべての○を塗りつぶしてください。さらに、1か月のおおよその訪問回数を記入して下さい。		(2) 訪問看護導入前から(もしくは導入前のみ)利用していたサービスの○を塗りつぶして下さい。
<input type="radio"/> ボランティア	約()回/1か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 通所介護(利用回数)	約()回/1か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 療養通所介護(利用回数)	約()回/1か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ショートステイ(利用日数)	約()日/1か月	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> その他()	約()回/1か月	<input type="radio"/>

3. 他職種の状況

A. 他職種間の所属関係について	
訪問看護師—主治医	<input type="radio"/> 1 同一法人・同一建物 <input type="radio"/> 2 同一法人・別の建物 <input type="radio"/> 3 他機関 <input type="radio"/> 4 その他
訪問看護師—ケアマネジャー	<input type="radio"/> 1 同一法人・同一建物 <input type="radio"/> 2 同一法人・別の建物 <input type="radio"/> 3 他機関 <input type="radio"/> 4 その他
訪問看護師—介護職	<input type="radio"/> 1 同一法人・同一建物 <input type="radio"/> 2 同一法人・別の建物 <input type="radio"/> 3 他機関 <input type="radio"/> 4 その他
ケアマネジャー—介護職	<input type="radio"/> 1 同一法人・同一建物 <input type="radio"/> 2 同一法人・別の建物 <input type="radio"/> 3 他機関 <input type="radio"/> 4 その他

B. 他職種間の連携で主導をとった人	<input type="radio"/> 1 医師 <input type="radio"/> 2 訪問看護師 <input type="radio"/> 3 ケアマネジャー <input type="radio"/> 4 その他 ()
C 他職種とのカンファレンス	<input type="radio"/> 1 あり ⇒ () 回 / 訪問看護終了までの1か月 <input type="radio"/> 2 なし

4. 医師（主治医）について伺います。

A. 医師（主治医）の所属先	<input type="radio"/> 1 病院 <input type="radio"/> 2 在宅療養支援病院 <input type="radio"/> 3 在宅療養支援診療所 <input type="radio"/> 4 有床診療所 <input type="radio"/> 5 無床診療所 <input type="radio"/> 6 その他 ()	B. 連携の状況	<input type="radio"/> 1 今回初めて <input type="radio"/> 2 何度が連携している <input type="radio"/> 3 頻繁に連携している <input type="radio"/> 4 その他 ()
C. 死亡前1か月間で医師（主治医）との連絡に用いた主たる手段（複数回答可）	<input type="radio"/> 1 電話 <input type="radio"/> 2 FAX <input type="radio"/> 3 同行訪問 <input type="radio"/> 4 面会 <input type="radio"/> 5 カンファレンス <input type="radio"/> 6 連絡ノート	<input type="radio"/> 7 電子メール <input type="radio"/> 8 携帯メール <input type="radio"/> 9 郵便 <input type="radio"/> 10 家族に伝達依頼 <input type="radio"/> 11 その他 ()	
D. 死亡前1か月間に緊急時の往診をしましたか	<input type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし <input type="radio"/> 3 不明		
E. 24時間往診可能な体制でしたか	<input type="radio"/> 1 はい <input type="radio"/> 2 いいえ <input type="radio"/> 3 不明	F. 薬剤投与に関する包括的指示が出されていましたが	<input type="radio"/> 1 はい <input type="radio"/> 2 いいえ <input type="radio"/> 3 不明

<p>G. 本事例に対する医師の方針</p>	<p><input type="radio"/> 1 在宅死</p> <p><input type="radio"/> 2 病院・施設死</p> <p><input type="radio"/> 3 どちらとも言えない</p> <p><input type="radio"/> 4 不明</p>	<p>H. 医師は、本事例に対する医師の方針を利用者・家族に伝えていましたか</p>	<p><input type="radio"/> 1 はい</p> <p><input type="radio"/> 2 いいえ</p> <p><input type="radio"/> 2 不明</p>
<p>I. 医師は、急変時の対応を利用者・家族にどのように説明していましたか</p>	<p><input type="radio"/> 1 医師に直接連絡</p> <p><input type="radio"/> 2 訪問看護に連絡</p> <p><input type="radio"/> 3 救急車を呼ぶ</p> <p><input type="radio"/> 4 その他 ()</p>	<p>J. 在宅看取りの経験が豊富な医師でしたか</p>	<p><input type="radio"/> 1 はい</p> <p><input type="radio"/> 2 いいえ</p> <p><input type="radio"/> 2 不明</p>

5. ケアマネジャーについて伺います。

<p>A. 連携の状況</p>	<p><input type="radio"/> 1 今回初めて</p> <p><input type="radio"/> 2 何度か連携している</p> <p><input type="radio"/> 3 頻繁に連携している</p> <p><input type="radio"/> 4 その他 ()</p>		
<p>B. 死亡前1か月間でケアマネジャーとの連絡に用いた主たる手段(複数回答可)</p>	<p><input type="radio"/> 1 電話</p> <p><input type="radio"/> 2 FAX</p> <p><input type="radio"/> 3 同行訪問</p> <p><input type="radio"/> 4 面会</p> <p><input type="radio"/> 5 カンファレンス</p> <p><input type="radio"/> 6 連絡ノート</p> <p><input type="radio"/> 7 電子メール</p> <p><input type="radio"/> 8 携帯メール</p> <p><input type="radio"/> 9 郵便</p> <p><input type="radio"/> 10 家族に伝達依頼</p> <p><input type="radio"/> 11 その他 ()</p>		
<p>C. 24時間連絡可能なケアマネジャーでしたか</p>	<p><input type="radio"/> 1 はい</p> <p><input type="radio"/> 2 いいえ</p> <p><input type="radio"/> 3 不明</p>	<p>D. 看護師資格をもつケアマネジャーでしたか</p>	<p><input type="radio"/> 1 はい</p> <p><input type="radio"/> 2 いいえ</p> <p><input type="radio"/> 3 不明</p>
<p>E. ターミナルケアの経験のあるケアマネジャーでしたか</p>	<p><input type="radio"/> 1 はい</p> <p><input type="radio"/> 2 いいえ</p> <p><input type="radio"/> 3 不明</p>	<p>F. ターミナルケアに関する訪問看護師への相談</p>	<p><input type="radio"/> 1 あり</p> <p><input type="radio"/> 2 なし</p> <p><input type="radio"/> 3 不明</p>