**返答先　湖西市長寿介護課　　　FAX（053-576-1220）　メール（**[**kourei@city.kosai.lg.jp**](mailto:kourei@city.kosai.lg.jp)**)**

**2021年公開用　在宅医療対応情報アンケート調査のお願い　　1枚目／2枚**

**湖西市在宅医療・介護連携推進事業として湖西市内の関連施設にお聞きいたします。ご多忙中とは存じますが、下記のアンケートにご回答頂き長寿介護課　上記FAX又メールにて10月26日（月）までにご返答ください。何卒よろしくご協力をお願い申し上げます。**

**＜＜在宅医療　　データベース　アンケート（訪問看護ステーション）＞＞**

※アンケートを湖西市作成の冊子・ホームページに記載しても良いですか？　　**□　可　□　否**

※2020年3月公開データから変更はありますか？　**□　変更あり　　□　変更なし**

変更がない場合でも、（記入必須項目）の「施設名」「看取り介護加算実績」の記入もお願いします。また、コメント欄もご活用ください。（レイアウト変更しています）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名**（記入必須）** |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 問合せ窓口者氏名  （不明な点等家確認させて頂きます） |  |
| 職種・役職等 |  |
| 連絡希望時間帯（緊急時除く） |  |

※**（記入必須）**湖西市の在宅医療・介護の現状分析及び達成される「目標」と「強み」「弱み」に記載必要なため・・・（一般公開なし）

|  |  |
| --- | --- |
| 前年度看取件数**（記入必須）**  （ターミナルケア加算実績者数） | 件 |
| 前年度利用実績**（記入必須）** | 実契約者　　　　名（内新規　　　　名）  延訪問回数　　　回 |
| 現在（10月時点）の従事者数 | 常勤換算　　　　名  職種（看護師　　　　　名・ＰＴ　　　　　名） |

コメント欄（2ページ目のチェック項目の条件付き（可）の内容や貴施設の特徴、アピール等）

|  |
| --- |
|  |

次ページへ

※各項目についてチェックをお願いします。　　　　　　2枚目／2枚

|  |  |
| --- | --- |
| 看取り | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 麻薬管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 疼痛管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 抹消点滴 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 皮下点滴 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 中心静脈栄養（ＩＶＨ） | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| ＣＶポート管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 輸血管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 経鼻経管栄養管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 胃瘻栄養管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 在宅酸素 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 気管切開部管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 人工呼吸器管理（ＮＩＰＰＶ等管理含） | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 人工肛門管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 人工膀胱管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 尿道バルーン管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 透析管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 褥瘡対応 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |

※湖西市施設独自追加

|  |  |
| --- | --- |
| 輸液ポンプ管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 導尿処置 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| インスリン注射 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 血糖測定 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 抗がん剤治療管理 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| ＭＲＳＡ者対応 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 昼間吸痰処置 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 摘便処置 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |
| 浣腸処置 | □　可　　　□　可（条件付き）　□　不可 |

問い合わせ先　　湖西市長寿介護課在宅医療・介護連携推進事業担当　 吉野沙織　☎５７６－１２１２

連携支援センター〝縁“　相談員　白井まり子☎５７６‐４９００

※このアンケートは湖西市在宅医療・介護連携推進協議会にて企画し実施しています。

お忙しい中、ご協力ありがとうございました。