**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（施設）＞＞**

※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）の施設名およびサービス種類の記入をお願いします。入居施設は「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）** |  |
| **サービス種類（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） |  |

※入居施設のみ記入　※非公開とし湖西市の実績として集計値のみ現状分析で使用。

|  |  |
| --- | --- |
| **前年度看取り介護加算実績**  **（記入必須）** | 件 |

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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 対応可能な食事形態（主食） | □粥　□パン　□ミキサー　□ペースト |
| 対応可能な食事形態（副食） | □軟菜　□ひとくち大　□きざみ　□ペースト  □他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対応可能な制限食 | □糖尿病食　□高血圧食　□カロリー制限食  □減塩食　　□腎臓食  □他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

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。