●送付先：御所野地域包括支援センターけやき（FAX　018-826-0652）　　　　　　　　　　1/2ページ

～地域における「医療・介護のチームケア」のための情報シート～

【貴機関・事業所名／　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

※複数の機関・事業所を併設の場合は、恐れ入りますがコピーして事業所単位でご記入ください（ホームページからも様式をダウンロードできます）

１．基本情報　※地域医療・介護の専門職間で共有可能な範囲で、実際の連絡手段をご記入下さい

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | ＦＡＸ |  |
| 代表電話 |  | メール |  |
| 営業日 |  | 営業時間 |  |

２．実際の業務・事業の概要　※該当する□にはチェックを、自由記載欄はできるだけ詳しくお願い致します

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関・病院・診療所・歯科診療所 | 診療科目（特にご専門には○を） |  |
| 訪問診療の可否・条件 |  |
| 往診の可否・条件 |  |
| 主な病床機能 | * 高度急性期　　□ 急性期　　□ 回復期　　□ 慢性期
 |
| □ 県認知症サポート医　　　□ 県医師会認知症等診療ネットワーク協力医□ 市認知症協力歯科医　　□ 地域医療連携・医療福祉相談の担当者配置 |
| 薬局 | 訪問調剤の可否・条件 |  |
| * 保険薬局　　□ 基準薬局　　□まちかど相談薬局　　□　健康サポート薬局
 |
| 訪問看護ステーション | ２４時間対応の可否・条件 |  |
| 　 □ 介護保険指定　　　　　□ リハビリ専門職の配置 （□ ＰＴ／□ ＯＴ／□ ＳＴ） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険事業所共通・居宅介護支援・施設系・居宅系・地域密着型・特定施設 | 指定事業種別 |  |
| 　□ 介護予防（要支援認定者）受け入れ可　　　□ 重度認知症（Ⅲ以上）受け入れ可　□ 通院対応可　　　□ 休日対応可　　　□ 夜間対応可　　　□ 看取り支援可 |
| ※これらの対応の条件等 |

●送付先：御所野地域包括支援センターけやき（FAX　018-826-0652）　　　　　　　　　２/2ページ

【貴機関・事業所名／　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

|  |  |
| --- | --- |
| 介護事業所・施設系・居宅系・地域密着型・特定施設 | 　□ たん吸引　　　□ 経管栄養管理（□ 胃ろう／□ 腸ろう／□ 経鼻経管）　□ カテーテル管理（□ 導尿・留置カテーテル／□ 腎ろう／□ 膀胱ろう）　□ インスリン注射　　　□ 在宅酸素　　　□ 人工肛門　　　□ 透析通院の対応　□ 中心静脈栄養　　　□ 定期的な静脈注射・点滴　　　　 □ 癌性疼痛管理 |
| ※これらのケア提供の条件等 |

３．面談や電話での相談対応　※患者さん等の同意を得た上で貴機関に所属される各専門職の見解を頂きたい時

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 窓口になる方（氏名） |  | 面談や電話での相談に対応しやすい時間帯 |
| 　　〃　（部署・職名） |  | 平日 |  |
| 　　　〃　　　　（電話） |  | 土日祝 |  |

４．ケア提供における貴機関や事業所の特徴・強み（具体的に）　＊欄が不足の場合は拡大してご使用下さい

|  |
| --- |
|  |

５．所属の異なる多職種との実際のチームケアで、配慮して欲しいこと・連携パートナーに期待すること

＊欄が不足の場合は拡大してご使用下さい

|  |
| --- |
|  |

６．市民・専門職を対象とした事業・研修・会議等にご協力をお願いする場合、条件はありますか？

|  |
| --- |
| 例）町内会や地域サロンなどで住民対象のミニ講座、医療・介護職対象の勉強会等での報告や説明など |

７．来年１月２４日開催の多職種連携研修（※詳細は当センターＨＰ）で、貴機関・事業所のＰＲができます。希望されますか？（＠５分以内。ご希望多数の場合、調整させて頂くことがあります）

　　　　□　する　　　□　条件あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

ご協力ありがとうございました。頂いた情報は秋田市南部圏域で医療・介護の専門職連携を進めるための取り組みに活用させて頂きます。