富山市医療・介護資源把握調査

※この調査票は、富山市内の介護保険事業所、保険薬局、訪問看護ステーション、介護タクシー事業所を対象としております。そのため、調査項目の内容によっては該当しない場合があることと思います。その場合には、該当項目のみ回答をお願いいたします。また、選択方式の設問には番号に○を付けて下さい。

# **Ⅰ．属性等基本情報（全ての事業所様対象）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所分類 | 例）訪問介護、薬局、介護タクシーなど |
| ふりがな |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　地区） |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 一般公開について | 1．可 | 2．否 | 市からの案内（研修等） | 1．可 | 2．否 |
| ホームページURL |  |
| 運営母体（法人） |  |
| 管理者名 |  |
| 医療・介護連携担当者（2名） | * 現在担当者がいない場合は、可能であれば決めてご記入下さい。
 |
| ① | ② |
| 営業日時 |  |
| 定休日・特記事項 |  |
| 時間外対応 |   |
| 対応可能地域 | 例）半径○ｋｍ、富山市内など |
| 定員 | 1．あり（　　　　　　　）名 | 2．なし |
| 要介護者対応 | 1．可 | 2．不可 | 要支援者の対応 | 1．可 | 2．不可 |
| アピールポイントをご記入下さい（強調したい長所や優れているところ） |
| 車椅子の方でも気軽に利用できるお店情報やドライブコースなどの情報提供をお願いいたします |
| 利用者支援を行うにあたり、困ったことなどをご記入下さい |

※以下の設問はサービス分類に該当する項目をお答え下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| Ⅱ．居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所、介護保険施設様 | ・・・・・・・P.2～3 |
| Ⅲ．居宅介護支援事業所様 | ・・・P.3 | Ⅳ．地域包括支援センター様 | ・・・P.3 |
| Ⅴ．介護タクシー事業所様 | ・・・P.4 | Ⅵ．保険薬局様 | ・・・P.4 |

# **Ⅱ．居宅サービス事業所**(訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハ、通所介護、通所リハ、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、居宅介護支援、介護予防支援)、**地域密着型サービス事業所**(小規模多機能型居宅介護、看護小規模、地域密着型特養、定期巡回・随時対応型、認知症対応型通所介護、グループホーム、夜間対応型訪問介護)、**介護保険施設**(特養、老健、療養型)**様対象 (該当する項目をお答えください)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 専門職配置数 | 医師 | 名 | 看護師 | 名 | 准看護師 | 名 |
| 理学療法士 | 名 | 作業療法士 | 名 | 言語聴覚士 | 名 |
| 管理栄養士 | 名 | 社会福祉士 | 名 | 介護福祉士 | 名 |
| 介護職員初任者研修修了者 | 名 | 介護職員 | 名 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 時間外対応 | 「可」…○　、「条件付で可」…△　、「不可」…×　をご記入下さい |
| 早朝 |  | 夜間 |  | 深夜 |  |
| 利用者の受け入れ・医療が必要な在宅患者への訪問対応【対応】「可」…○「条件付可」…△【実績】「あり」…○をご記入下さい注）ヘルパーは基本的に医療行為は出来ません | 項目 | 対応 | 実績 | 項目 | 対応 | 実績 |
| 経管栄養（胃瘻を含む） |  |  | 在宅酸素療法 |  |  |
| 気管切開 |  |  | 中心静脈栄養 |  |  |
| インスリン注射 |  |  | 褥瘡、創処置 |  |  |
| 浣腸・摘便 |  |  | 疼痛看護（麻薬有り） |  |  |
| 人工肛門管理 |  |  | 痰の吸引 |  |  |
| 人工呼吸器 |  |  | 輸液ポンプ |  |  |
| 留置カテーテル |  |  | 人工膀胱 |  |  |
| 透析（腹膜透析を含む） |  |  | 間歇導尿 |  |  |
| 終末期・看取り |  |  | 認知症 |  |  |
| 難病 |  |  | 精神疾患・精神障害 |  |  |
| 障害者 |  |  | 小児 |  |  |
| 「条件」などの特記事項 |  |
| 併設している介護サービス |  |

※該当事業所様は下記設問にもお答え下さい

**Ⅱ－1．訪問看護事業所様**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24時間電話相談 | 1．あり | 2．なし |
| 急な病状の変化があった場合の訪問看護 | 1．あり | 2．なし |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携 | 1．あり | 2．なし |
| 私費サービス（医療保険） | 1．あり（ 交通費・休日等時間外・その他　　　　　　　　　　　　　　） |
| 2．なし |  |

**次のページに続きます**

**Ⅱ－2．定期巡回・随時訪問介護看護事業所様**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス類型 | 1．一体型 | 2．連携型 |

**Ⅱ－3．訪問介護・訪問入浴介護事業所様**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 私費サービス | 1．あり | 2．なし |  |

**Ⅱ－4．**

**①介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設　様**

**特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護　事業所様**

**②通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護　事業所様**

施設の特徴

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 「①」の事業所のみお答え下さい | 個室 | 室 | 多床室（2床以上） | 室 |
| 余暇活動 | 1．個別 | 2．集団 |
| 「②」の事業所のみお答え下さい | 利用者の男女比 | 男性名 | 女性名 |
| 「①」、「②」両事業所お答え下さい | トイレ | 1．部屋ごと | 2．フロア共有 |
| 　　ウォシュレット | 1．あり | 2．なし |
| リハビリ | 1．あり（週　　　　回） | 2．なし |

# **Ⅲ．居宅介護支援事業所様対象**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定事業所加算取得 | 1．あり | 2．なし |  |  |
| 介護支援専門員数 | 名 | 男性　　　　　名 | 主任介護支援専門員　　　　　　名 |
| 女性　　　　　名 |
| 介護支援専門員の基礎資格 | 看護師 | 名 | 介護福祉士 | 名 | 社会福祉士 | 名 |
| 栄養士 | 名 | 歯科衛生士 | 名 |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 併設している介護サービス |  |

# **Ⅳ．地域包括支援センター様対象**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員配置数（ 常勤数／総数 ） | 保健師 | ／ | 社会福祉士 | ／ |
| 看護師 | ／ | 管理栄養士 | ／ |
| 主任介護支援専門員 | ／ | 介護支援専門員 | ／ |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

# **Ⅴ．乗降介助を実施している訪問介護、介護タクシー事業所様対象**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保持する車輌 | 小型車 | 台 | 中型車 | 台 | 大型車 | 台 |
| 車輌対応 | 車椅子 | 1．可 | 2．不可 | ｽﾄﾚｯﾁｬｰ | 1．可 | 2．不可 |
| 保有する器具「あり（標準仕様）」　…○「有料貸出（別途仕様）」…△なし…×をご記入下さい。 | 車椅子 |  | リクライニング車椅子 |  |
| ストレッチャー |  | 担架 |  |
| インバータまたはコンセント |  | 点滴棒 |  |
| パルスオキシメーター |  | AED |  |
| 吸引器 |  | アンビューバッグ |  |
| 毛布 |  | 酸素 |  |
| バッテリー |  | カニューラ |  |
| スロープ |  | 救急用品 |  |
| 血圧計 |  | 聴診器 |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 付き添い者同乗 | 1．可 | 2．不可 |  |  |
| 専門職対応 | 看護師 | 1．可 | 2．条件付で可 | 3．不可 |
| 介護職員 | 1．可 | 2．条件付で可 | 3．不可 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

# **Ⅵ．保険薬局様対象**

対応が可能なもの、実績があるものに○を記入して下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 対応 | 実績 | 項目 | 対応 | 実績 |
| 在宅医療への取組 |  |  | サービス担当者会議 |  |  |
| 退院時共同指導 |  |  | 特定医療保険材料 |  |  |
| 注射剤の調剤 |  |  | 医療材料 |  |  |
| 無菌調剤 |  |  | 介護用品の取寄せ |  |  |
| 一般医薬品の取寄せ |  |  | 富山市おむつ引換券 |  |  |

あてはまる番号に○を付けて下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻薬小売業免許 | 1．あり | 2．なし | 高度管理医療機器販売許可 | 1．あり | 2．なし |
| 基準調剤加算算定 | 1．あり | 2．なし | 在宅調剤加算の算定 | 1．あり | 2．なし |
| 一般医薬品の取扱 | 1．あり | 2．なし | 介護用品の取扱 | 1．あり | 2．なし |
| 第一類医薬品・要指導医薬品の取扱 | 1．あり | 2．なし | 24時間対応（電話対応含む） | 1．あり | 2．なし |

お手数ですが、記入漏れがないか再度ご確認の上、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、12月28日（木）までにお近くのポストに投函して下さい。ご協力ありがとうございました。