（注１）赤字は補足説明となりますので、削除して使用ください。

別紙６

（注２）以下の内容について、記載してください。

多職種連携についての説明書類（多職種連携構成員用）

令和　　年　　月　　日

神奈川県知事　殿

補助事業者　住所

法人（団体）名

代表者氏名

神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金の申請に当たって、代表補助事業者（法人　　(団体)名）の策定する事業計画に基づき、連携して補助事業に取り組みます。

連携体における役割・実施体制

【記入欄】

　※連携体における役割や実施体制について、記載してください。

【記載例１】

　県庁看護ステーションでは、県庁クリニックの指示のもと、在宅患者さんに必要な日常的ケアを実施します。

当ステーションには５人のケアスタッフが在籍していますが、各自がタブレット端末を保有し、在宅患者を訪れた際には、日々の状況を県庁クリニックに情報共有します。

情報を受け取った県庁クリニックからの指示を受け、より適切なケアの提供を実施します。

【記載例２】

　県庁薬局では、県庁クリニックの指示のもと、在宅患者さんに必要な薬剤を処方します。

　県庁看護ステーションからの情報を基に、県庁クリニックは在宅患者に適切な処方箋を発行しますが、当薬局でも患者状況から薬の組み合わせを確認したり、残薬を把握するなど、適切な薬剤提供を実施します。