事　業　計　画　書

１　連携予定施設

|  |  |
| --- | --- |
| 施　設　名 | 所　在　地 |
|  |  |

【注意事項】

※臓器提供の経験が少ない複数（２施設以上）の医療機関と連携が可能であること

※別添可。

２　施設の要件（診療体制等）

（１）ガイドラインに則った常勤の脳死判定医（2名以上）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | | |
|  |  |  |

（２）臓器提供に携わった経験がある常勤の医師

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | | |
|  |  |  |

（３）法的脳死判定における脳波測定に熟練した常勤の検査技師

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | | |
|  |  |  |

（４）臓器摘出時にドナーの全身管理を行う麻酔科医等の医師

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | | |
|  |  |  |

３　活動予定

（１）臓器提供に関する地域における教育体制の構築

　①院内体制を整備するための技術的助言。各連携施設における臓器提供に係る院内体制を整備するためのカンファレンスの実施

　a　実施場所、人員等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実　施　場　所 | 実施日 | 研修人員 | 備　　考 |
| 施　設　名 |
|  |  | 名 |  |
| 所　在　地 |
|  |

　b　実施内容

|  |
| --- |
| 内　容　等 |
|  |

【注意事項】

※実現性、実効性の観点から具体的にご記入ください。

３　活動予定

（１）臓器提供に関する地域における教育体制の構築

　②臓器提供に係る連携施設職員の育成

|  |
| --- |
| 内　容　等 |
|  |

【注意事項】

※実現性、実効性の観点から具体的にご記入ください。

３　活動予定

（１）臓器提供に関する地域における教育体制構築

　③診療担当チームとは別の、入院患者、家族の意思決定支援を行う役割のスタッフの育成

|  |
| --- |
| 内　容　等 |
|  |

【注意事項】

※実現性、実効性の観点から具体的にご記入ください。

３　活動予定

（２）臓器提供事例発生時の連携施設への支援体制の構築

　①拠点施設において臓器提供が検討される事例が発生した場合の実地教育

|  |
| --- |
| 内　容　等 |
|  |

【注意事項】

※実現性、実効性の観点から具体的にご記入ください。

３　活動予定

（２）臓器提供事例発生時の連携施設への支援体制の構築

　②連携施設において臓器提供が検討される事例が発生した場合の実地教育

|  |
| --- |
| 内　容　等 |
|  |

【注意事項】

※実現性、実効性の観点から具体的にご記入ください。

４　助成事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 住所 | 〒　　　- |
|  |
| 代表者役職名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 電話番号 | －　　　　－ |
| 特記事項 |  |

５　事務担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒　　　- |
|  |
| 所属部署 |  |
| 役職名 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | －　　　　－　　　　（内線：　　　　） |
| 電子メール | ＠ |
| 特記事項 |  |

【注意事項】

※JOTの他の助成事業を同時に実施する場合は、事業毎に別々の事務担当者を設置してください。