

**函館市医療・介護連携推進協議会
情報共有ツール作業部会 第7回会議**

日時：平成30年2月27日（火）19：00～

場所：総合保健センター 2階 健康教育室

【次 第】

- 1 開 会
- 2 議 事

○報告事項

- (1) 試験運用の実施状況について （資料1）
- (2) モニタリングについて （資料2）
- (3) 基本ツール、応用ツールの修正について （資料3・資料4）
- (4) ツールごとのマニュアル等について （資料5・資料6・資料7）
- (5) ICT研修について

○協議事項

- (1) 今後のスケジュールについて （資料8）

- 3 その他
・ 次回の部会日程について

- 4 閉 会

【配付資料】

- 1 試験運用実施状況
- 2 モニタリング集計
- 3 はこだて医療・介護連携サマリー（修正版）
- 4 はこだて医療・介護連携サマリー修正箇所
- 5 はこだて医療・介護連携サマリーマニュアル
- 6 基本ツール作成評価基準マニュアル
- 7 はこだて医療・介護連携サマリー記載例・参考リンク
- 8 正式版ツールの運用開始までの具体的なスケジュール

函館市医療・介護連携推進協議会 情報共有ツール作業部会
第7回会議 出席者名簿

※★…部会長および副部会長 ○…幹事

(敬称略)

分 野	所属団体	氏 名	勤務先
医 療	公益社団法人 函館市医師会	○佐藤 静	函館市医療・介護連携支援センター
	一般社団法人 函館歯科医師会	大内 英樹	大内歯科医院
	一般社団法人 函館薬剤師会	星野 志津代	(有)みすず調剤薬局
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	岩田 明美 ※欠席	社会医療法人 函館博栄会 函館渡辺病院
	道南在宅ケア研究会	岡田 晋吾	医療法人社団 守一会 北美原クリニック
	函館地域医療連携実務者協議会	★部会長 亀谷 博志	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院 総合医療支援センター 地域医療連携課
		熊倉 慎治	市立函館病院
一般社団法人 北海道医療ソーシャルワーカー協会 南支部	石井 義人	社会医療法人 高橋病院	
介 護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	横山 文昭	指定居宅介護支援事業所 ハーモニー
	函館市地域包括支援センター連絡協議会	★副部会長 松野 陽	函館市地域包括支援センター たかおか
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会	吉荒 龍哉	介護老人保健施設 ケンゆのかわ
	道南訪問看護ステーション連絡協議会	保坂 明美	訪問看護ステーション フレンズ

ア はこだて医療・介護連携サマリー試験運用協力機関一覧および試験運用実績

区分	種別	機関名	試験運用実績(件)		
病院	病院	函館五稜郭病院	12		
		函館中央病院	22		
		函館市医師会病院	138		
		国立病院機構函館病院	7		
		おおむら整形外科病院	3		
		西堀病院	2		
		(H29.11～)	高橋病院	3	
在宅系サービス	居宅介護支援事業所	ハーモニー	8		
		あさひ	29		
		函館脳神経外科	14		
		百楽園	6		
		シンフォニー	14		
		はくあい園	12		
		あんじゅう	25		
		白ゆり	33		
		すみれ	13		
		西堀	28		
		あんしん松風	3		
		(H29.11～)	グランドサン亀田	4	
			こうせいえん	0	
		ステラ	8		
	地域包括支援センター		たかおか	22	
			ときとう	4	
			神山	2	
			(H29.11～)	あさひ	4
				亀田	1
	訪問看護	(H29.11～)	よろこび	6	
フレンズ			5		
ケンゆのかわ			14		
施設系サービス	短期入所療養介護	オハナ	6		
		ケンゆのかわ	0		
	短期入所生活介護	ショートステイ白ゆり美原	0		
	特別養護老人ホーム・ 養護老人ホーム	桔梗みのりの里	37		
		シンフォニー	2		
	(H29.11～)	幸成園	8		
		永楽荘	3		
	介護付き有料老人ホーム	こん	1		
		(H29.11～)	あい亀田港	2	
	サービス付き高齢者向け住宅		(株)ハーモニー系列	0	
亀田日和			5		
ジャパンケアサービス			4		
ハートTOハート北浜			1		

総実績数 511件

イ 運用形態別の試験運用実績

(病院から提供)

(在宅系サービスから提供)

(施設系サービスから提供)

- ・病院→在宅 79件
- ・病院→施設 61件
- ・病院→病院 47件

計 187件

- ・在宅→病院 238件
- ・在宅→施設 14件
- ・在宅→在宅 9件

計 261件

- ・施設→病院 63件
- ・施設→在宅 0件
- ・施設→施設 0件

計 63件

総実績数 511件

情報共有ツール作業部会 はこだて医療・介護連携サマリー モニタリング
 ○アンケート集計結果(受け取り側) H29.10～30.1分(n=54)

1. 区分

	H29.10-H30.1		総計 H29.4-H30.1	
	受取件数	割合	受取件数	割合
① 病院	46件	85%	107件	66%
② 診療所	1件	2%	2件	1%
③ 歯科診療所	0件	0%	0件	0%
④ 介護サービス事業所	7件	13%	52件	32%
うち「居宅系」サービス	0件		-件	
うち「施設系」サービス	7件		-件	
合計	54件		161件	

2. 受け取ったサマリーの種類

	H29.10-H30.1		総計 H29.4-H30.1	
	受取件数	割合	受取件数	割合
① 基本ツール 受取件数	54件		161件	
② 応用ツール 受取件数	33件		100件	

●応用ツール受取状況

	H29.10-H30.1		総計 H29.4-H30.1	
	受取件数	割合	受取件数	割合
■応用ツールの受取種別・枚数	53枚		153枚	
① 付帯情報管理	8枚	15%	20枚	13%
② 褥瘡管理	4枚	8%	8枚	5%
③ 認知症管理	10枚	19%	24枚	16%
④ 食事摂取困難管理	4枚	8%	19枚	12%
⑤ 自己腹膜灌流管理	0枚	0%	1枚	5%
⑥ 酸素療法管理	0枚	0%	3枚	2%
⑦ 中心静脈栄養法管理	1枚	2%	2枚	1%
⑧ 糖尿病治療管理	0枚	0%	3枚	2%
⑨ 経管栄養法管理	2枚	4%	7枚	5%
⑩ 膀胱留置カテーテル管理	1枚	2%	3枚	2%
⑪ 自己導尿管理	0枚	0%	0枚	0%
⑫ 腎瘻・尿管皮膚婁管理	0枚	0%	0枚	0%
⑬ 人工呼吸療法管理	0枚	0%	0枚	0%
⑭ 気管カニューレ管理	0枚	0%	0枚	0%
⑮ 人工肛門・人工膀胱管理	0枚	0%	0枚	0%
⑯ 感染に関する管理	0枚	0%	0枚	0%
⑰ 緩和ケア情報共有シート	0枚	0%	0枚	0%
⑱ 特記事項	23枚	43%	63枚	41%
※未回答			2枚	

3. サマリーの受取方法

	H29.10-H30.1		総計 H29.4-H30.1	
	受取件数	割合	受取件数	割合
① 手渡し	32 件	59%	83 件	52%
② F A X	20 件	37%	67 件	42%
③ 郵 送	2 件	4%	11 件	7%
④ その他	0 件	0%	0 件	0%
	54 件		161 件	

4. 内容に関して

I 情報の記載順序について

	H29.10-H30.1		総計 H29.4-H30.1	
	受取件数	割合	受取件数	割合
① 見やすい	36 件	67%	114 件	71%
② 見づらい	13 件	24%	39 件	24%
※未回答	5 件	9%	8 件	5%
	54 件		161 件	

(具体的に)

- ・ 応用ツール⑩概要が要約されていて、生活状況がわかりました。
- ・ 特に応用ツール⑨はP E Gの交換頻度・医療機関の記載が有り役立ちます。
- ・ 基本ツールから細かい情報の応用ツールにスライドするのが見やすいです。
- ・ 文字が小さい。(他同意見6件)
- ・ 見やすいと見づらいの中間くらいです。
- ・ 1ページに凝縮している分、小さくてみにくくなっている。
- ・ 基本ツールF A Xだと字がつぶれる。
- ・ 各項目小さい。
- ・ ①に生活歴や家族構成図があった方がなじみがある感じ。
- ・ 既往歴等の医療情報が少ない。

II 情報の内容について

	H29.10-H30.1		総計 H29.4-H30.1	
	受取件数	割合	受取件数	割合
① 多い	4 件	7%	14 件	9%
② 足りない	4 件	7%	13 件	8%
③ ちょうどよい	47 件	84%	132 件	81%
※未回答	1 件	2%	4 件	2%
※重複回答	(2) 件	-	(2) 件	-
	56 件		163 件	

(具体的に)

- ・ 包括の基本情報を添付してくれたため不足はなかった。
- ・ ツール②で情報を補うことが出来た為。
- ・ 非常にわかりやすい内容だった。

- ・薬情報があると助かります。
- ・食事内容の漏れが多い中、カロリー・形態が詳しく記載されて助かります。
- ・現病の詳細が分からない。
- ・既往歴，現病歴がないので，状況がわからない。
- ・オムツはテープ式なのか，リハビリパンツ，尿取りパッドを使っているのか分からない。
更衣は上衣なのか下衣なのか，入浴は機械浴なのか，排泄はトイレや尿瓶を使用しているのかオムツに失禁なのか具体的な情報がなく分からない。

Ⅲ 情報の正確さについて

	H29.10-H30.1		総計 H29.4-H30.1	
	受取件数	割合	受取件数	割合
① 正確	25 件	46%	77 件	51%
② ほぼ正確	22 件	41%	67 件	44%
③ 一部誤りあり	2 件	4%	7 件	5%
④ 不正確	0 件	0%	1 件	1%
※未回答	5 件	9%	9 件	6%
	54 件		152 件	

(具体的に)

- ・こちらで把握していない情報もあり，正確かわからなかったが，把握している限りは正確だと思う。
- ・応用ツールがたくさんあるようですが，①しかみてないのでわかりませんでした。特別な医療等「その他」にチェックありましたが「応用ルール⑭」は無かったです。
- ・ICUでは滞在期間も短く，情報を取りにくい場合があるため，正確かどうかは不明です。
- ・正確なのかどうか判断できない。(他同意見1件)
- ・処置が毎日なのか，数日毎なのか知りたかった。
- ・排泄全介助との記載だったが，実際は自力しているとの話であった。
- ・自立と一部介助両方にチェックが入っていた。

Ⅳ その他

- ・入院と同時の情報提供で，とても有難かった。
- ・応用⑯文書にまとめていただいて非常にわかりやすかった。
- ・字が小さくて見えづらい所があります。
- ・食事の摂取量の情報があれば良かったです。
- ・2泊3日間などの短期で必要か検討必要。
- ・情報が散乱していて，重複も多いので，把握するのにとまどう。
- ・FAXでもらうと文字がつぶれて見にくいです。字が小さいからか？FAX機能の問題か不明ですが。
- ・ケアマネ，サービス事業所から同じ情報が届きます。それぞれの分野のものを届けるようにしてみてもはどうでしょうか。
- ・救命領域では，身長と体重が必要となります。
- ・付帯情報管理用紙に記載が無かった。
- ・□内のレが小さくてパッと見た感じわかりにくい。■とかの方が目立ちそう。
- ・ケアマネがどこの誰か分からない。
- ・各項目を集約しているので，中途半端な印象。
- ・特記は別にあるが，各項目ごとにないので分かりづらい。結局は看護添書などで補った。

情報共有ツール作業部会 はこだて医療・介護連携サマリー モニタリング
 ○ ヒアリング集計結果(作成側) H29.10~30.1分(n=37)

1) 記入項目について

(情報の記載順序について)

	H29.10-H30.1		総計 H29.4-H30.1	
	受取件数	割合	受取件数	割合
① 書きやすい	26 件	68%	55 件	71%
② 書きづらい	12 件	32%	22 件	28%
※未回答	0 件	0%	1 件	1%
※重複回答	(1) 件	-	(1) 件	-
	38 件		78 件	

(具体的に)

- ・必要とされる情報が集約されているので、確認作業がしやすかった。
- ・殆どがチェック式で書きやすい。
- ・基本ツールはチェックのみが多く入力しやすかった。
- ・作成し慣れると困惑なく記入できる。
- ・初回の相談を受けることが多いので、医療依存度が高い方だと情報もれがあるので利用しやすいです。
- ・チェックし次へいく過程がわかりやすいので記載しやすいと思う。
- ・項目ごとに分かれていて書きやすかったと思います。
- ・式の部分が多く、順番としても問題なく記入できた。
- ・慣れるといいのだろうが、それまでは大変。2度目の入院時に保存しておいたものを使用できるので、活用できる。
- ・「身体・生活機能等」については、結果的に⑱シートで補足することが多いため、逆に状況を直接打ち込めたほうが良いと感じる場面もあった。
- ・チェック部分はではなく、の方が見やすい。
- ・オーダーリング、患者基本、データベース、色々なところに情報があるので書きづらい。
- ・順序は良いと思うが入力がしづらい。特に家族構成のジェノグラムはソフトを利用しているので入力作業に時間がかかる。
- ・家族図が書きづらい。
- ・記入欄が狭い。
- ・文字が小さい。(他同意見1件)
- ・応用ツールの番号①~⑱が読めない。
- ・詳細、別紙記入が多すぎる。
- ・慣れていない部分もありますが見にくい。(項目が多すぎて疲れる)
- ・質問量が多い。
- ・基本ツールと応用ツール2つあり、記載方法が分かりにくい。
- ・あちこち飛ぶのが大変。
- ・基本ツール①まだ慣れていないためもあり、記入に時間がかかる。
- ・まだ慣れないためか、時間がかかります。
- ・既往歴、入院までの経過等が描きにくく、看護の継続、情報提供が後回しとなってしまう。
- ・ご家族の就労状態や健康状態についてまでは、入居時に聞き取りはしていないため、記載できなかった。
- ・通常使用のフェイスシートに慣れているため。
- ・介護保険情報は介護保険証の添付が良いのではないのでしょうか。

- ・下部のサマリーの記入者欄が全てのページにあります。表面のみで良いのではないのでしょうか。

(情報の内容について)

	H29.10-H30.1		総計 H29.4-H30.1	
	受取件数	割合	受取件数	割合
① 多い	8件	21%	12件	15%
② 足りない	4件	11%	15件	19%
③ ちょうどよい	25件	66%	49件	63%
※未回答	1件	3%	2件	3%
※重複回答	(1)件	-	(1)件	-
	38件		78件	

(具体的に)

- ・欲しい情報がしっかり記載されている。
- ・特記事項に記載出来るので調整でき、ちょうど良い。
- ・基本的な内容は記載でき、追加で入力もできるので、特に気にならない。
- ・基本の情報の他、必要な項目を選択できる事で負担も少なく、情報もれも少ないと思います。
- ・必要な情報を網羅しようと思った時には決して多いとは思わない。
- ・各状況に特化したシートがあることで詳細を引き継げることは良い。
- ・情報内容も全て記入することができました。
- ・看護添書やリハ添書etc内容が重複しているものが多い為、簡易的かつ効率的に作成する為には応用ツールのみの活用で良いと思う。
- ・医療情報等の記載欄が少ない。
- ・身体・生活機能について、状態の記載がセルクリックで、自立・見守り・一部介助・全介助をえらんで、横にそれぞれの詳細を書けるようにした方がわかりやすい。
- ・入院中に必要な情報をもっと搾って欲しい。
- ・既往歴、現病歴、入院までの経過などの記入欄がない。(他同意見2件)
- ・必要な情報が見にくくなってしまっている。
- ・通常サマリーのように、ソフトから転記される部分も入力する必要があり、入力の仕事量として多く感じました。手入力のため間違いも懸念されます。
- ・入浴の記載欄に、機械浴・特浴などのチェックか備考欄があってもいいと思う。
- ・事務的な項目が多すぎる。
- ・麻痺の状況は施設主観的な判断となりやすいと感じた。(主治医意見書はCMでなければみれないので判断が困難であった。)

2) 提出先からの問い合わせの有無・その内容について記載して下さい

	H29.10-H30.1		総計 H29.4-H30.1	
	受取件数	割合	受取件数	割合
① あり	3件	8%	6件	8%
② なし	33件	89%	70件	91%
※未回答	1件	3%	1件	1%
	37件		77件	

(具体的に)

- ・要介護認定被保険者番号の問い合わせがありました。

- ・介護保険被保険者証写しの提出を求められました。
- ・応用ツール⑱に家族の退院後の家族の希望を記載した際に、確認の連絡が合った。
- ・ケアマネから発信しても医療からは退院の時に連絡がない。
- ・今後の方向性等について記入したにもかかわらず問い合わせがあった。
- ・送付先MSWより「ツールで送らなくても、基本情報の様式でいいです」との言葉もあった。
- ・全ての看護師より、文字が小さい上に手間が掛かりすぎる。
- ・渋々書いてます。必要ないという意見もありました。

3)多職種との協働記載の有無・その内容について記載して下さい

	H29.10-H30.1		総計 H29.4-H30.1	
	受取件数	割合	受取件数	割合
① あり	9件	24%	21件	27%
② なし	28件	76%	56件	73%
	37件		77件	

(具体的に)

- ・病棟NSへの聞き取りor記載して頂くことは必須。(特に医療行為etc)
- ・経管栄養や褥そうなどについては、看護師へ記載を依頼、又、日常の詳しい認知症の様子などは介護職員への聞き取りなどを行い記載している。
- ・連携課と看護、リハビリ。
- ・訪問看護ST。
- ・相談員(基本情報、家族情報、保険情報)
- ・看護職員(その他)
- ・看護添書、MSWフェースシートを併用しました。
- ・住宅型施設で生活されているケースでは、介護スタッフ、施設看護師等情報交換している。
- ・入院中、病棟看護師、セラピスト等より情報交換している。
- ・検査入院で大きな医療処置が必要な状況ではなかった。
- ・協働記載はしていないが、それぞれに同じ人の物を提出している。(訪問看護)
- ・居宅が使用しているところが少ないため、基本ツールを全て記入しなければならない。
- ・介護職員、栄養士、看護師から聞き取り、ケース記録等を参考にしながら相談員が作成した。多職種間での作成業務は理解の周知が追いつかず至らなかった。
- ・今回は施設からの入院が前回と同じ病院だったため、協働記載ができませんでした。
- ・胃ろうの方の栄養の種類やカロリーについて。

4)その他、ご意見やご要望などあれば記載して下さい

- ・基本情報がそれぞれ使用しているツールもあり、2度手間になるが、慣れると気にならなくなりました。
- ・過去に記入しましたが、一度記入しておく、後からケース整理をする時に便利だと感じています。
- ・応用ツールは不足しているアセスメントに気付くことが出来る。
- ・(感想)サマリーを使用することにより、病院側とのやり取り・連携がスムーズにでき、結果としてスムーズな支援につながった。
- ・実際に使用してみて、退院後の支援等についての連携が取りやすかった。今後、広く周知できれば良いと思います。
- ・応用ツール⑱に書くことが結構多くなります。こちらとしては看護要約になります。

- ・他職種で同じものを共有できるという点は大変良いと思いました。
- ・理学療法士からの在宅でのリハビリ内容は⑩を使用した。
- ・せっかく長い時間をかけて、つくられたツールなだけに、できるだけ慣れるように努めます。
- ・実際に入院が決まった翌日などに入院先へ提出しており、入院時すぐに提出を求められる際は、記載が間に合わないが、施設入所者のある程度の情報を事前にいれておくと、変更部位や新たな情報のみ記載できると思えた。
- ・今後市内の関係医療機関・事業所等での統一様式として周知され、作成・提出が必要条件となることで、業務の在り方も見直すきっかけになると思います。
- ・今回は特定施設サービス利用者に絞って作成・提出を行いました。次年度以降の運用開始以降は全利用者を対象に確実に作成できるような体制を整備していきたいと考えます。
- ・医療関係者と福祉職員の交流機会を増やし、より有意なものとなることを期待します。
- ・緊急入院の方が多く、すぐに対応できるよう事前に記載しておくことスムーズな対応ができると思いました。
- ・ケアマネジャーがいる場合の対応の提出や優先準備が必要かと感じた。（加算と兼ね合い、情報重複の可能性など）
- ・ツールを作成対象の方が多すぎて現状作成出来ていない状況です。
- ・先日、初めて受け取る側になったのですが、チェックが小さいため若干見えづらく感じました。□を黒色にするとかマルで全体を囲むとか方法があればよいと思いました。
- ・記載用紙で事業所名、緊急連絡先等が連動が可能であればありがたいです。
- ・記入者名が他のシートに引っぱらさると良いと思う。
- ・このケースは精神疾患の既往がある方でしたが、基本ツールには「認知症症状」という項目があり、その中に「幻覚・妄想」「抑うつ・不安」という項目がありますが、「認知症」が原因ではないし・・・迷いました。認知症については応用ツール③で詳細に記載するシートがありますが、精神疾患についての項目が無いなど感じました。（応用ツール⑩に書けばいいことではあるのですが・・・）
- ・現状的にはかなり難しい事は分かっていますが、各ケアマネソフトから必要な情報をリンクできるようになると、もっと使いやすくなると思います。
- ・基本ツールをケアマネのほとんどが活用できるようになるのであれば、応用ツールだけ記入するといいいので作業量として分担できる分、助かります。現在は全てを請け負って記入したため大変な作業量でした。
- ・このサマリーの他にDrと簡単に文書でやり取りできる統一された書式の作成・普及をお願いしたいです。
- ・利用者入院→サマリー持参→利用者転院→転院先の医療機関からサマリー情報提供の依頼がくる。⇒最初にサマリー持参しているので、転院時には持参したサマリーを添付書類として転院先に渡してもらえないものかと…。
- ・入院⇒リハ転院で転院先から基本情報を求められた。この場合は基本ツールなのか事業所で活用している書式でよいのか迷った。
- ・和歴での入力の方が入力しやすい。
- ・生年月日の西暦は入力しづらいです。
- ・家族構成の入力がしにくいです。（他同意見1件）
- ・基本情報等ある物を写すのが面倒。
- ・既往歴の欄が狭すぎて入力しづらい。
- ・応用ツールが必要な場合、多少手間を要するが必要であれば記入したい。
- ・基本情報は2枚に集約しているので、フォントサイズが小さくて見えづらい。
- ・在宅→病院は、入院時に必要となる事がほとんどだが、緊急入院の手伝いでバタバタした時に作成が必要となり負担が大きいと感じる。結局、作成済の情報提出となってしまう。

- ・基本ツール1枚目に視覚的に負担を感じる。（老眼のため）
- ・作成者の記名の欄が多すぎる。
- ・病院側から退院の連絡及び情報が何もありませんでした。
- ・病院からの返信は特にありませんでした。
- ・新しくツールを作成することで、今までよりも医療機関への情報提供が遅くなってしまったように感じます（今まではすでに作成している基本情報を手直しして送付していたので）。
- ・初めて記載したが時間がかかり負担に思った。もう少し情報を絞ってほしい。
- ・同じ情報内容なら事業所の書式を利用してもよいのでは？と感じた。
- ・業務上、まずはケアマネソフトに情報を入れるため、このシートを入力するのは通常業務プラスひと手間になるので、つつい今まで使っていたソフトの情報を送ってしまう事が多かったです。
- ・訪問看護の利用者では、応用ツール⑱に経過やご家族の情報、病状などを全て記入となってしまうため、情報提供先の方が見にくいのではないかと。
- ・時間に余裕なく訪問等をしているので、基本ツールの記入に手間取り、常に時間外となってしまう。
- ・緊急の場合入院の連絡が夕方になってしまうことが多く、既存のものとは比べ時間がかかる。
- ・各項目に対して1枚あるため枚数が多くなってしまふ。
- ・入院は週末や、夕方に急遽なることが多く、急ぐ場合が多い。応用ツールの多い方の場合、負担が大きい。現時点で急いで伝えたい必要な情報（病状経過など）はツール⑱を使った。しかし、⑱の記入時に使い慣れているワードとは違い、エクセル操作に手間取り余計に時間を要した。
- ・入院時に看護添書は提出するため、内容が重複する感覚がある。結果として、作成に時間がかかる（作成者の休みや土日にまたがった場合）こともあり、先方が求めているタイミングでの提出は難しいと感じた（提出しなかったケースも数件ありました）。また、情報提供を受けた側の反応が分からないため、活用されているのかがわからず作成のモチベーションにつながりにくい（作成にはある程度の時間を要するが、緊急入院時等に対して作成に充てる時間の確保が難しいことがあります）

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

資料3

情報提供先 施設名称	御中	情報提供先 担当者名	様
---------------	----	---------------	---

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等	生	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患	<input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 精神(級)
現住所	電話番号						
居住	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 集合住宅(階) ※エレベータ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療保険種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者
要介護度	認定有効期間	年 月 日	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	年 月 日	認知症高齢者日常生活自立度		
同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()						
連絡先①	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> キーパーソン	
連絡先②	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> キーパーソン	

● 医療情報等 *歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

主病名	医療機関等名称	診療科名等	担当医	受診状況等	*特記
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

*特記☑の付く場合は応用ツール⑩を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

		評価日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()
*起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他()
視力【日常生活に支障】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	*眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
聴力【日常生活に支障】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	*補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
*認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> その他()
食事摂取	*食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動	水分ロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	*食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事・水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
口腔	*口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要アセスメント
排泄	排尿介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	トイレ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	オムツ使用(パッド含む)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	*服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助
入浴(保清等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
*特別な医療等	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール② 作成) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール③ 作成) <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成) <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成) <input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成) <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成) <input type="checkbox"/> ドレーン (部位:) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成) <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成) <input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑯ 作成) <input type="checkbox"/> リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成) <input type="checkbox"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成) <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑱ 作成)			
在宅介護サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ	<input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他()		
*介護上、特に注意すべき点等	([有]の場合応用ツール⑱ 作成) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*介護・看取りに関する本人・家族の意向等	(有の場合応用ツール⑱ 作成) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑩を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を作成下さい。

*食形態・動作・口腔ケアの項目で[普通・自立]以外を選択した場合は応用ツール④を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑩を作成下さい。

本サマリーの記入者	所属名	電話	FAX	記入者	作成日
-----------	-----	----	-----	-----	-----

*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール②】 在宅⇒病院用

情報提供先 施設名称		御中	情報提供先 担当者名		様
---------------	--	----	---------------	--	---

氏名	
----	--

医療・介護サービス利用状況	週間スケジュール						
	月	火	水	木	金	土	日
	AM						
PM							
備考							

サービス内容	サービス提供事業所・担当者	主なサービス内容等
<input type="checkbox"/> ①訪問診療		
<input type="checkbox"/> ②訪問歯科診療		
<input type="checkbox"/> ③訪問看護		
<input type="checkbox"/> ④訪問介護		
<input type="checkbox"/> ⑤訪問入浴		
<input type="checkbox"/> ⑥訪問リハ		
<input type="checkbox"/> ⑦通所リハビリ		
<input type="checkbox"/> ⑧通所介護		
<input type="checkbox"/> ⑨ショートステイ		
<input type="checkbox"/> ⑩住宅改修		
<input type="checkbox"/> ⑪福祉用具		
<input type="checkbox"/> ⑫他()		
<input type="checkbox"/> ⑬他()		

生育歴・生活歴	
---------	--

家族構成図	<input type="checkbox"/> =男性 <input type="checkbox"/> =女性 <input type="checkbox"/> =本人 KP=キーパーソン	連絡先	氏名	続柄	関係	連絡先
			1 (住所)			
			(備考・携帯番号等)			
			就労状態		健康状態	
			2 (住所)			
			(備考・携帯番号等)			
			就労状態		健康状態	
			3 (住所)			
			(備考・携帯番号等)			
			就労状態		健康状態	

本サマリーの記入者	所属名	
電話	FAX	
記入者		作成日

応用ツール① 付帯情報管理

【基本ツール】の他に必要情報として以下を添付致します。

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 情報提供時に添付する書類 (該当するものに☑)

① 診療情報提供書

枚数 () 枚

備考 ⇒

② 看護サマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

③ リハビリテーションサマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

④ フェイスシート

枚数 () 枚

備考 ⇒

⑤ その他

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール② 褥瘡管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助（介助者 _____）
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項（ _____ ）

4. 褥瘡① _____ ・ 位置（ _____ ）

- ・ DESIGN-R[®] 褥瘡経過評価
- ・ Depth（深さ） →（ _____ ） Granulation（肉芽組織） →（ _____ ）
- ・ Exudate（滲出液） →（ _____ ） Necrotic tissue（壊死組織） →（ _____ ）
- ・ Size（大きさ） →（ _____ ） Pocket（ポケット） →（ _____ ）
- ・ Inflammation/Infection（炎症／感染） →（ _____ ）
- ・ 現在の使用薬剤および投与量
- ・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数

～ 上記薬剤および材料の要継続期間（推定）
- ・ 使用器具・提供数（*バック療法がある場合記載）

～ 上記使用器具の要継続期間（推定）
- ・ 褥瘡処置回数 → _____

褥瘡② _____ ・ 位置（ _____ ）

- ・ DESIGN-R[®] 褥瘡経過評価
- ・ Depth（深さ） →（ _____ ） Granulation（肉芽組織） →（ _____ ）
- ・ Exudate（滲出液） →（ _____ ） Necrotic tissue（壊死組織） →（ _____ ）
- ・ Size（大きさ） →（ _____ ） Pocket（ポケット） →（ _____ ）
- ・ Inflammation/Infection（炎症／感染） →（ _____ ）
- ・ 現在の使用薬剤および投与量
- ・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数

～ 上記薬剤および材料の要継続期間（推定）
- ・ 使用器具・提供数（*バック療法がある場合記載）

～ 上記使用器具の要継続期間（推定）
- ・ 褥瘡処置回数 → _____

5. その他（褥瘡の状態変更時の対応方法等）

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール③ 認知症管理

1. 氏名 生年月日

2. 認知症の原因疾患（該当するものに☑）

- ① アルツハイマー型認知症
② 脳血管性認知症
③ レビー小体型認知症
④ 前頭側頭型認知症

3. 認知症の症状（該当するものに☑と下部欄内に詳細記載）

- 記憶障害, 幻覚、妄想, 昼夜逆転, 介護への抵抗, 抑うつ、不安, 暴言、暴力, 不潔行為, 徘徊, その他

4. 認知症の治療状況

- 治療医療機関⇒ ()
担当医 ⇒ ()
内服薬の状況⇒ □有 □無
有の場合処方内容 ⇒
薬情報添付

5. その他

Large empty box for additional notes.

作成者 所属 記入者
ツール管理者 所属 氏名

応用ツール④ 食事摂取困難管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 食事摂取に対しての問題（該当するものに☑）

① 口の中に関する問題

- 入れ歯が合わない むし歯 口内炎等により痛いところがある
- 歯が無いのに入れ歯を使っていない 口臭がある
- 口が渴いた感じ、ねばねばした感じがする

② 食事摂取に関する問題

- 最近3ヶ月間に、食事量が減った
- 最近3ヶ月間に、食事にかかる時間が長くなった
- 最近3ヶ月間に、食形態に変化があった
- 最近3ヶ月間に、3キロ以上体重の減少があった
- 最近1年間に肺炎にかかった

③ 食事中、気になる事

- 食べようとしめない
- 食べこぼしや、うまく噛めないことがある
- 飲み込んだ後に食べ物が口に残っている
- 食事中によくむせる
- 飲み込んだものが逆流することがある
- 不明

④ 食事を摂取しない場合の問題

- * 疾患との関連性 有 無
有の場合の要因(_____)
- * 内服薬の内容との関連性 有 無
有の場合の要因(_____)
- * 拒食の意思表示 有 無

3. 現在の食事摂取カロリー及び量

- * 現在の食事提供カロリー(_____)kcal提供中
- * 現在の食形態
 - 刻み食 軟食 トロミ食 ミキサー食
 - その他 (_____)

* 主食

* 副食

4. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

5. 透析療法と使用器具等

方法: CAPD (持続携行式腹膜透析) APD (自動腹膜透析)

かぐや

接続方法: スタンダード UVフラッシュ つなぐ

CAPD (持続携行式腹膜透析)

回数	時間	透析液	量
1			ml
2			ml
3			ml
4			ml
			ml
	Yセットで排液		

APD (自動腹膜透析)

透析液	量
	個
	個
	個

を用いて

- ・ 総注液量(_____ ml) ・ サイクル数(_____ 回)
- ・ 時 間(_____ ~ _____)
- ・ 最終注液 有 無 ・ 日中バック交換 有 無

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ スワブスティック (_____ 本)
- ・ 絆創膏 (_____) ・ ドレッシング剤 (_____)
- ・ 手指消毒剤 (_____)
- ・ その他 (_____)

7. カテーテル感染の既往 (いずれかに☑)

あり なし

8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑥ 酸素療法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

5. 使用機器 (該当するものに☑) (提供機関 _____)

- 設置型の場合
- 酸素ボンベ 酸素濃縮装置 液化酸素装置
- 携帯型の場合
- 携帯用酸素ボンベ 携帯型液化酸素装置
- * パルスオキシメーター⇒ 有 無

6. 投与方法 (該当するものに☑)

- 1) 持続
- 2) 間欠
(_____ 時間/1日 労作時 睡眠時 他→ _____)
- 3) 酸素吸入量
・ 安静時⇒ _____ L/分 ・ 労作時⇒ _____ L/分 ・ 睡眠時⇒ _____ L/分
- * 吸入方法⇒ カニューレ マスク
- * SP02変化時の指示⇒ (_____)

7. 緊急時の対応方法(呼吸困難増強時等)

8. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 初回導入日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項 (_____)

5. 使用薬剤・投与量
 薬剤名・投与量 (_____)

6. 投与方法 (該当するものに☑)

- 1) 持続 2) 間欠 (時間/1日 他→ _____)
- * フラッシュ頻度⇒ (_____)
- * 注入速度⇒ (_____ ml/時間)
- * 輸液ポンプの使用 ⇒ 有 無 (_____)
- * 輸液ポンプ貸出機関⇒ (_____)

7. 挿入部に関して (該当するものに☑)

- * 挿入部位⇒ (鎖骨部 _____)
- * ポート カテーテル
- * ロック方法⇒ (_____)
- * 特記事項⇒ (_____)

8. 消毒薬・衛生材料

- ・滅菌綿棒 (_____ 本) ・絆創膏 (_____ 個)
- ・滅菌ガーゼ (_____ 枚× _____ パック) ・酒精綿 (_____)
- ・滅菌フィルム (_____ 枚) ・NSシリンジ (_____ ml _____ 本)
- ・フィルム (_____ 巻) ・へパ生シリンジ (_____ 本)
- ・その他 (_____)

9. 使用器具・交換頻度・提供数

- ・輸液回路 (_____ セット) ・注射器、注射針 (_____ セット)
- ・ヒューバー針 (_____ mm _____ 本) ・連結管 (_____ 本)
- ・エクステンションチューブ (_____ ml _____ 本) ・インジェクションプラグ (_____ 個)
- ・フィルター (_____ 個) ・その他 (_____)

10. 緊急時の対応方法 (滴下不良の場合等)

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑧ 糖尿病治療管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 経口薬（該当するものに☑）

- 無
- 有 ⇒ 薬剤名(_____) 量(_____)
服用法(_____)
- ・薬剤名(_____) 量(_____)
服用法(_____)
- ・薬剤名(_____) 量(_____)
服用法(_____)
- 薬情あり 服用法(_____)

5. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1)自己管理可
- 2)一部介助
- 3)全面介助（介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

6. インスリン使用の有無

インスリン名・量
朝(_____ ・ _____ 単位) 昼(_____ ・ _____ 単位)
夕(_____ ・ _____ 単位) 就寝(_____ ・ _____ 単位)
投薬時間・タイミング(_____)
その他の指示(_____)

7. 使用器具および提供数

注射器⇒ シリンジ ペン型
針⇒(ペンニードル) (_____ G ・ _____ 本/月)

8. 自己血糖測定器 ⇒ 有 無（『有』の場合以下記載）
種類(_____) (貸出 ⇒ 有 無) 穿刺器具(_____)
針(_____ 本/月) チップ(_____ 個/月) その他(_____)

9. 消毒薬・衛生材料

- ・ カット綿 (_____ 枚× _____ バック) ・ 酒精綿 (_____ 枚× _____ バック)
- ・ 消毒液 (エタノール 他) (_____ ml)
- ・ その他 (_____)

10. 緊急時の対応方法（明らかな低血糖発作時等）

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑨ 経管栄養法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 経口摂取 可 否

4. 開始日 _____

5. 自己管理能力（該当するものに☑）
 1) 自己管理可
 2) 一部介助
 3) 全面介助（介助者 _____）
 ＊ 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
 ＊ 特記事項（ _____ ）

6. 使用栄養剤・注入量（提供機関 _____）（ 処方 自費購入）
 栄養剤名（ _____ ） 1日に必要なカロリー（ _____ kcal）
 栄養量（朝 _____ ml）（昼 _____ ml）（夕 _____ ml）
 ＊ 固形化の場合その方法～
 水分量（朝 _____ ml）（昼 _____ ml）（夕 _____ ml）
 ＊ 注入の順序～
 1回の注入時間（ _____ 分/回）（または _____ ml/時間）
 その他の注入方法（ _____ ）
 ● 上記使用薬剤等変更の可否 可 否

7. 使用器具・交換頻度
 1) 方法 ⇒ 鼻腔 胃瘻 腸瘻 その他（ _____ ）
 チューブ ⇒（種類 _____ 太さ _____ Fr）
 2) 交換頻度⇒（ _____ ） 次回交換予定日（ _____ ）
 3) 交換医療機関 ⇒（ _____ ）

8. 緊急時の対応方法（滴下不良の場合等）

9. 挿入部の処置等

10. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 _____)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項 (_____)

5. 使用器具

・ 交換用キット (_____ セット)

・ 尿道カテーテル 号数 (_____ セット)

・ 蓄尿袋 (商品名 _____ ・ _____ 個)

・ 固定液 (_____ ml)

・ 注射器 (_____ ml ・ _____ 本)

6. 消毒薬・衛生材料

・ 滅菌綿棒 (_____ 本) ・ 絆創膏 (_____ 個)

・ 消毒液 (_____ ml) ・ 潤滑油 (_____)

・ 滅菌手袋 (_____ 個) ・ 滅菌ガーゼ (_____ 枚)

・ 滅菌セッシ (_____ 個)

7. カテーテル交換

・ 交換頻度 (_____ 週毎)

・ 最終交換日 (_____)

・ 次回交換予定日 (_____)

8. 緊急時の対応方法 (尿道カテーテル閉塞の場合、感染等)

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑪ 自己導尿管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助（介助者 _____）
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具

- ディスポカテーテル
（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）
- リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿用セット
（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）
- 上記を代用するカテーテル類
（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

6. 消毒薬・衛生材料

- * 潤滑剤⇒ キシロカインゼリー（ _____ 本・個/日）
- 滅菌グリセリン（ _____ 本・個/日）
- * 消毒液⇒ リューザブルカテーテル
（・消毒液名⇒ _____ 本 _____）
- 自己導尿用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの
（・消毒液名⇒ _____ 本 _____）

7. 自己導尿回数指示

* 1日（ _____ ）回（ _____ ）時間ごと

8. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

*（1回/ _____ 日）

9. 緊急時の対応方法

10. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助（介助者 _____）
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具・交換頻度・数量

- ・ カテーテル _____（ _____ ）
- ・ カテーテルチップ _____（ _____ ）
- ・ 集尿装具[パウチ、バッグ等]（提供機関 _____） _____（ _____ ）
- ・ 注射器 _____（ _____ ）
- ・ 注射針 _____（ _____ ）
- ・ 滅菌コップ _____（ _____ ）

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 生理食塩水（ _____ ml）
- ・ ガーゼ（ _____ 枚）
- ・ ガーゼ付絆創膏（ _____ 個）
- ・ テープ（ _____ ）
- ・ 消毒薬（ _____ ）

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

- 1) 回数 ⇒（ _____ ）
- 2) 量 ⇒（ _____ ）
- 3) 手技等 ⇒（ _____ ）

8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項 (_____)

5. 使用器具・交換頻度・提供数 (業者名 _____)

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器			
人工呼吸器回路			回/週
加湿モジュール			回/週
バクテリア・フィルター			ヶ月毎
外気取入口フィルター			ヶ月毎
気管カニューレ			医師による交換

6. 消毒薬・衛生材料

滅菌綿球	個	吸引チューブ	、	本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	消毒液(気切用)	、	本
絆創膏	個	生理食塩水	、	本
		滅菌蒸留水	ml	本

7. 人工呼吸器等設定

使用時間	時	分～	時	分まで	
モード		呼気時間	秒	気道内圧下限	cmH20
1回換気量	ml	呼気流量	L/分	気道内圧上限	cmH20
呼吸回数	回/分	感度	cmH20	加湿加湿器設定	
I/E比	1:	秒	気道内圧	酸素量	ml/分

8. 緊急時の対応方法

9. その他 (CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助（介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

5. 経口摂取（該当するものに☑）

- 可
- 不可

6. 医療器材

- ・ カニューレの名称 (_____)
- ・ 交換の頻度 (_____ 週に _____ 回)
- ・ カニューレの数 (_____ 本)
- ・ カフ用注射器 (_____ ml _____ 個)

7. 衛生材料

- ・ 滅菌綿棒 (_____ 本)
- ・ 滅菌Yガーゼ (_____ 個)
- ・ 絆創膏 (_____)
- ・ 消毒液（薬品名: _____ 、 _____ 本)

8. トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対応方法

3) 緊急時の対応方法

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱管理

1.氏名 生年月日

2.治療医療機関 担当医

3.ストーマの種類 =>

4.造設日

5.自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1)自己管理可
2)一部介助
3)全面介助 (介助者)
* 家族等の介助状況=> 可能 不完全 不可能
* 特記事項()

6.使用装具、装具交換状況、装具購入方法 (提供機関)
装具名 ()
装具の交換状況 (回/週、あるいは 日毎に交換)
その他の使用材料

Empty box for additional equipment details.

7.緊急時の対応方法

8.その他

作成者 所属 記入者
ツール管理者 所属 氏名

応用ツール⑯ 感染に関する管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 感染症の罹患について

・ 感染症① (_____)
～ その対策 _____

・ 感染症② (_____)
～ その対策 _____

・ 感染症③ (_____)
～ その対策 _____

4. 緊急時の対応方法(明らかな悪化状態が見られた時等)

5. 感染症に対しての処方状況

6. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑰ 緩和ケア情報共有シート (MOPN)	
患者氏名	生年月日
年齢	118 歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
P S	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
予後予測	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 2～3か月 <input type="checkbox"/> 1か月未満 <input type="checkbox"/> 1週間未満
患者の病名・ 症状・治療方針・ 予後などについての 説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい <input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 []
患者への病状 説明、受け止め	
患者の希望、 大切にしたいこと (気がかり・不安)	
家族の病名・ 症状・治療方針・ 予後などについての 説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい <input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 []
家族への病状 説明、受け止め	キーパーソン()
家族の希望、 大切にしたいこと (気がかり・不安)	
病状が悪化した 時の希望の療養 の場所	<input type="checkbox"/> 自宅で療養したい <input type="checkbox"/> 入院したい <input type="checkbox"/> なるべく自宅で療養して 必要があれば入院したい } <input type="checkbox"/> 今までの病院 <input type="checkbox"/> ホスピス 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 []
情報提供	<input type="checkbox"/> ホスピス緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 在宅医療・ケア
DNAR	<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 確認未

治療医療機関

・担当医

作成者 所属

記入者

ツール管理者 所属

氏名

応用ツール⑱ 特記事項

基本ツール（及び他の応用ツール）に記載出来なかった必要な内容を情報提供します。

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

はこだて医療・介護連携サマリー修正箇所について

【基本ツール①】

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】					
情報提供先 施設名称	御中		情報提供先 担当者名	様	
● 基本情報等					
(フリガナ) 氏名	生年・ 性別等	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満 年齢)	生活 保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等 認定
現住所	電話番号			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神(級) <input type="checkbox"/> 特定疾患()	
居住	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) ※エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 施設()			健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 医療保険種別 <input type="checkbox"/> その他()	
要介護度	① 平成 ～平成	年 月 日	障害高齢者日常生活自 立度(要たきり度)	認知症高齢者日 常生活自立度	
同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()				
連絡先①	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()
連絡先②	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()
● 医療情報等 *歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール②を作成下さい。					
主病名	医療機関等名称	診療科名等	担当医	受診状況等	*特記
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
*特記☑の付く場合は応用ツール②を作成して下さい。					
● 身体・生活機能等					
*起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動	① 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()
					<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他()

①平成を削除。

【全応用ツール】

はこだて医療・介護連携サマリー	記載	① 平成	年	月	日
応用ツール① 付帯情報管理					
【基本ツール】の他に必要情報として以下を添付致します。					

【基本ツール①】

*特記の付く場合は応用ツール表を作成して下さい。

● 身体・生活機能等		評価日	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()
*起立動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他()			
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位		<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()			
視力【日常生活に支障】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	-眼鏡		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
聴力【日常生活に支障】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	-補聴器		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明			
*認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()						
② *食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	水分ロミ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
③ *金動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事・水分制限		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
□ 腔 *口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯使用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要アセスメント			
排泄 排尿介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	PT-IL使用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
排泄 排便介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	③ オムツ使用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	*服薬管理		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
入浴(保済等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						

②食形態の項目『嚥下障害食』を、『刻み・ソフト・流動』に変更。

③オムツ使用の横に(パッド含む)を追加。

【基本ツール②】

④

家族構成図	□ = 男性 ○ = 女性 ◎ = 本人 KP = キーパーソン		氏名				続柄	関係	連絡先
	1		(住所)						
			(備考・携帯番号等)						
			就労状態			健康状態			
	2		(住所)						
			(備考・携帯番号等)						
			就労状態			健康状態			
	3		(住所)						
			(備考・携帯番号等)						
			就労状態			健康状態			

④関係のプルダウンに『主介護者・KP』を追加。

【応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理】

6.消毒薬・衛生材料				
滅菌綿球		個	吸引チューブ	本
滅菌ガーゼ(Yカット)		枚	消毒液(気切用)	本
絆創膏		⑤	消毒液(回路用)	本
			滅菌蒸留水	ml 本

⑤『消毒液(回路用)』を削除。『生理食塩水』を追加。

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 活用マニュアル

【目的】

医療・介護サービスを必要としている高齢者等が、住み慣れた地域で安心して在宅生活を送るためには、適切な医療・介護連携によりサービス提供を行うことが重要となります。

『函館市医療・介護連携推進協議会』では、この“医療・介護連携”推進を強化すべく、情報にバラツキの無い、地域で統一された“情報共有ツール”の整備をすすめるため、有識者等による「情報共有ツール作業部会」を設置し各関係事業者等との協議を重ね、情報を一元的に把握し、医療・介護の関係職種との連携と情報共有を支援するための情報共有ツールとして、『はこだて医療・介護連携サマリー』（以下、「サマリー」）を作成しました。

このツールの利用により、関係職種（機関）間で、より活発な連携が行われ、より良い医療や介護サービスが提供されることを目的として活用を推奨いたします。

【運用理念】

- ・職種にとらわれない、分かりやすい内容、言葉、文字の情報提供
- ・“各医療・介護施設内・外”の多職種連携を推進
- ・連携窓口を明確にして密な情報提供と共有を徹底

【活用対象者】

「病院・在宅・施設」等の間で、対象者の病状や生活・環境等の変化において調整支援が必要な

- ・65歳以上の方
- ・第2号被保険者で介護保険サービスを利用している方、これから利用を希望する方

【活用方法】

対象者の病状や生活・環境等の変化により調整支援が必要となった場合の『「医療側」・「介護側」との双方連携』の場面において活用するものであり、作成側(渡す側)は各医療・介護の施設や事業所における「連携担当者」が活用対象者である本人またはその家族の同意を得た上で、必要な情報を“多職種”の協力のもと、記入作成しコピーを保管。原本を連携相手(受ける側)に迅速に提供する。

【ツール構成】

本サマリーは以下の2つのツールで構成されています。

- ① **基本ツール**①② 内容－①対象者の基本情報の様式
②対象者の在宅での生活状況や生育歴等の詳細情報の様式
- ② **応用ツール** 内容－「特別な医療等」にかかる18パターンの医療等の詳細情報の様式

◎各ツールの項目の詳細については作成マニュアルに別記致します。

【活用場面】

『病院⇔在宅』

- ・病院(MSW, 退院支援看護師 等) ⇒ 在宅(ケアマネジャー 等)
～自宅退院前等に調整が必要な場合 等
- ・在宅(ケアマネジャー 等) ⇒ 病院(MSW, 退院支援看護師 等)
～病状の変化や, 積極的治療を要する為に入院(検査は除く)加療等を要する場合 等

『病院⇔施設』

- ・病院(MSW, 退院支援看護師 等) ⇒ 施設(ケアマネジャー, 相談員 等)
～退院後の施設入所が決定し事前に調整が必要な場合 等
- ・施設(ケアマネジャー, 相談員 等) ⇒ 病院(MSW, 退院支援看護師 等)
～病状の変化や, 積極的治療を要する為に入院(検査は除く)加療等を要する場合 等

『在宅⇔施設』

- ・在宅(ケアマネジャー 等) ⇒ 施設(ケアマネジャー, 相談員 等)
～施設入所が決定し情報提供する場合 等
- ・施設(ケアマネジャー, 相談員 等) ⇒ 在宅(ケアマネジャー 等)
～在宅復帰が決定し事前に調整が必要な場合 等

『病院⇔病院』

- ・病院(MSW, 退院支援看護師 等) ⇒ 病院(MSW, 退院支援看護師 等)
～病状の変化や, 積極的治療を要する為に転院(検査は除く)加療等を要する場合 等
～リハビリや療養を目的に転院を要する場合 等

『施設⇔施設』

- ・施設(ケアマネジャー, 相談員 等) ⇒ 施設(ケアマネジャー, 相談員 等)
～入所施設が変わる場合 等

【個人情報について】

本サマリーには, 数多くの個人情報が含まれているので取り扱いには最大限の注意を払って下さい。
作成・送付等に関しては必ず, 活用対象者である本人または, その家族の同意を得る事を大前提と致します。

【マニュアルについて】

本サマリートの活用にあたっては, 幅広いツールの利用により, 関係職種(機関)間で, より活発な連携が行われ, より良い医療や介護サービスが提供されることを目的として活用を推奨するために, 作成・管理等に関するガイドライン等を記した「活用マニュアル」および「作成マニュアル」を作成致します。

【事務局・お問い合わせ窓口】

本サマリーやこの活用マニュアルに関するお問い合わせ窓口は「函館市医療・介護連携支援センター」と致します。

[お問い合わせ先]

函館市医師会病院内

函館市医療・介護連携支援センター

Mail : ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp

電話 : 43-3939 FAX : 43-1199

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 作成マニュアル

《《《《 基本ツール 》》》》

- 情報提供先施設名称
 - ・本ツールの受取側の施設, 事業所名を記入
- 情報提供先担当者名
 - ・本ツールの受取側の担当者名を記入

【基本情報等】

- 氏名(フリガナ)
 - ・活用対象者の中で入退院の調整及び情報提供連携を行う対象者の方の氏名を記入
 - ・【PC入力の場合】氏名を入力すると自動でふりがなが入る
- 生年・性別等
 - ・対象者の生年月日を記入
 - ・【PC入力の場合】[0000/00/00], [S00.00.00]の方式で入力すると自動で和暦の生年月日が入力となる(スラッシュ[/], ピリオド[.]は, どちらを使用しても同様に入力となる)
 - ・生年月日を上記の方法で入力すると自動で年齢が出てくる
 - ・性別は男女いずれかのをクリックするとが入る
- 生活保護
 - ・生活保護受給者は有にチェック, 生活保護受給者ではない場合は無にチェック
 - ・【PC入力の場合】をクリックすると自動でが入る
- 障害等認定
 - ・身障 [身体障害者手帳], 療育 [療育手帳], 精神 [精神障害者保健福祉手帳], 特定疾患 [特定疾患医療受給者証]を所持している場合は, にチェックを入れ, 身障, 精神は等級, 特定疾患は病名を記入。いずれも所持していない場合は無にチェックを入れる
 - ・【PC入力の場合】をクリックすると自動でが入る
- 現住所
 - ・現在の居住先住所を記入
 - ・住民票上と異なる場合は, (住民票上 ○○町○○番○○号)として記入
- 電話番号
 - ・現在の居住先電話番号を記入
- 居住
 - ・現在の居住先の形態にチェック
 - ・戸建, 集合住宅は階数を記入, エレベーターの有無にもチェックを入れる
 - ・施設にチェックが入る場合は施設名を記入
- 医療保険種類
 - ・該当する保険にチェック
 - ・該当する保険がない場合は, その他にチェックを入れ()内に保険種類を記入

●要介護度

- ・要介護認定を受けている場合は、その介護度を記入
- ・認定を受けていない場合は[未申請]、[申請中]、[非該当]、[事業対象者]のいずれかを記入
- ・【PC入力の場合】セルをクリックすると矢印が出るので矢印をクリック。未申請から要介護5のいずれかを選択すると入力される

●認定有効期間

- ・介護保険の認定有効期間を記入

●障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)

- ・障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)の自立からC2のいずれかを記入
- ・【PC入力の場合】セルをクリックすると矢印が出るので矢印をクリック。自立からC2のいずれかを選択すると入力される

●認知症高齢者日常生活自立度

- ・認知症高齢者日常生活自立度の自立からMのいずれかを記入
- ・【PC入力の場合】セルをクリックすると矢印が出るので矢印をクリック。自立からMのいずれかを選択すると入力される

●同居家族

- ・同居している家族がいない場合は無にチェック, いる場合は該当する家族全てにチェックを入れる
- ・該当する家族が表記されていない場合は, その他にチェックを入れ, ()内に記入する

●連絡先①②

- ・優先度の高い方から①②に氏名を記入
- ・続柄—本人からみた続柄を記入, 同居か別居のいずれかにチェックを入れる
- ・電話—電話番号を記入
- ・関係—主介護者, キーパーソン, その他のあてはまるもの全てにチェックを入れる。その他を選択した場合は, その関係を()内に記入する

【医療情報等】

●主病名～特記

- ・主病名—対象者の主病名を記入
- ・医療機関等名称—主病名に記入した疾病の担当医療機関名を記入
- ・診療科名等—主病名に記入した疾病の診療科名等を記入
- ・担当医—主病名に記入した疾病の担当医を記入
- ・受診状況等—受診の頻度を記入
- ・*特記—主病名及び既往に関して伝達すべき内容(特記)がある場合は, 応用ツール⑱を作成し, ここにチェックを入れる

【身体・生活機能等】

●評価日

- ・身体・生活機能等の評価を記入した年月日を記入
- ・年月日の横にどの時期に評価したかをチェック。「地域生活期」とは病院以外の場所で日常生活を過ごしている時期とする。その他は該当する項目がないときに記入

●起居動作～入浴(保清等)

- ・それぞれ該当する項目にチェック
- ・*起居動作の項目で[自立・見守り]以外は応用ツール⑱を作成
- ・移動－自立, 介助のいずれかにチェックした後, その手段についてチェック, それ以外の手段の場合は, その他にチェックし, ()内にその手段を記入
- ・麻痺の部位－麻痺がある四肢のいずれかにチェック, その他にチェックが入る場合は()内にその部位を記入
- ・視力, 聴力[日常生活に支障]－日常生活への支障の有無にチェック, 有の場合は()内にその程度を記入
- ・眼鏡, 補聴器－上記の視力, 聴力のチェックが, 補助具を使用している状態かについてチェック
- ・*認知症症状の項目で[無]以外にチェックがついた場合は応用ツール③を作成
- ・*食形態の項目で[普通]以外にチェックがついた場合は応用ツール④を作成
- ・*食動作および*口腔ケアの項目で[自立]以外にチェックがついた場合は応用ツール④を作成
- ・*服薬管理の項目で[自立]以外は応用ツール⑱を作成

●*特別な医療等

- ・それぞれ該当する項目にチェックを入れ, 応用ツールの作成が必要な項目にチェックが入った場合は, 右記の応用ツールを作成する

●在宅介護サービス等

- ・現在利用中の在宅介護サービスにチェック

●*介護上, 特に注意すべき点等

- ・有にチェックが入った場合は応用ツール⑱を作成

●*介護・看取りに関する本人・家族の意向等

- ・有にチェックが入った場合は応用ツール⑱を作成

【本サマリーの記入者】

- ・記入した人の所属名, 連絡先, 氏名, 作成日を記入
- ・作成日は作成が終了した日を記入

《《《《 基本ツール② 》》》》

●情報提供先施設名称

- ・本ツールの受取側の施設, 事業所名を記入
- ・【PC入力の場合】自動で基本ツールに入力した名称が標記される

●情報提供先担当者名

- ・本ツールの受取側の担当者名を記入
- ・【PC入力の場合】自動で基本ツールに入力した担当者名が標記される

●氏名

- ・活用対象者の中で入退院の調整及び情報提供連携を行う対象者の方の氏名を記入
- ・【PC入力の場合】自動で基本ツールに入力した氏名が標記される

※基本ツール②は在宅支援者から病院・施設等への情報提供時に使用いたしますが、病院・施設等の関係者が使用しても構いません。必要に応じてご使用ください

※基本ツールと基本ツール②の作成で、介護報酬の入院時情報連携加算の算定要件となっている「利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報」の内容を満たしている形になります

【医療・介護サービス利用状況】

●週間スケジュール

- ・サービスの週間スケジュールを記入, または, ケアプランの週間サービス計画表の添付でも良い

●サービス内容

- ・利用しているサービスについてチェック, ①～⑪までのサービス内容に当てはまるものがない場合は, ⑫⑬他の()内にその内容を記入

●サービス提供事業所・担当者

- ・事業所名と担当者名を記入

●主なサービス内容等

- ・わかる範囲でサービス内容等について記入

【生育歴・生活歴】

- ・生育歴・生活歴について記入

【家族構成図】

- ・ジェノグラムを記入

【連絡先】

- ・連絡先が複数ある場合, 優先度の高い方から順に記入
- ・続柄一人からみた続柄を記入
- ・関係一主介護者かキーパーソンに当てはまる場合, どちらかを記入。どちらも当てはまる場合は「主介護者・KP」と記入。家族で主介護者かキーパーソンとなる場合は, 就労状態や健康状態についても記入
- ・就労状況一家族介護者の就労状況を記入(例:常勤 or パート, 勤務時間等を記入)
- ・健康状態一家族介護者の健康状態を記入(例:良好 or 不良, 通院状況等を記入)

【本サマリーの記入者】

- ・記入した人の所属名, 連絡先, 氏名, 作成日を記入
- ・作成日は作成が終了した日を記入

《《《《 応用ツール 》》》》

応用ツール①

・応用ツール以外の既存の書式(診療情報提供書, 看護サマリーなど)を基本ツールに添付する場合は, 応用ツール①を作成し何の書式を添付したかを記入

応用ツール全体

- ・【PC入力の場合】基本ツールに入力した氏名と生年月日が自動で入力される
- ・作成者の所属と記入者は, 応用ツールを作成した方について記入。ツール管理者の所属と記入者氏名は基本ツールを作成した方について記入。(例: 応用ツールは訪問看護師が作成, 基本ツールはケアマネジャーが作成等)
- ・応用ツールは, 基本ツールで示されている以下の約束事に従って作成
 - 医療情報等の*特記にチェックをつけた場合⇒応用ツール⑱を作成して下さい
 - 身体・生活機能等の*起居動作の項目で[自立・見守り]以外の場合⇒応用ツール⑱を作成して下さい
 - 身体・生活機能等の*認知症症状が[無]以外の場合⇒応用ツール③を作成して下さい
 - 身体・生活機能等の食事摂取や口腔の項目のうち, *食形態, *食動作, *口腔ケアの項目で[普通・自立]以外の場合⇒応用ツール④を作成して下さい
 - 身体・生活機能等の*服薬管理が [自立]以外の場合⇒応用ツール⑱を作成して下さい
 - 身体・生活機能等の*特別な医療等の中で☑の付く項目は右記の応用ツールを作成下さい
 - *介護上, 特に注意すべき点等が有の場合⇒応用ツール⑱を作成して下さい
 - *介護・看取りに関する本人・家族の意向等が有の場合⇒応用ツール⑱を作成して下さい

応用ツールその他

・「応用ツール⑱ 特記事項」は, 基本ツール及び②～⑰までの応用ツールにあてはまらない情報や, 特別に伝えておきたい事柄等を記入

《《《《 ツール作成にあたってのマナー 》》》》

- このツールは同職種の方だけが見るものではなく, いろんな職種の人が見るツールです。そのため, どの職種が見ても分かりやすい内容となるよう留意して記入しましょう
- 自身の職種や職場での常識が全市的な共通ルールではないこともあります。そのあたりも心にとめながら作成にあたりましょう
- ケアマネジャーや施設担当者は『はこだて医療・介護連携サマリー』を病院へ提供するにあたり, 特に応用ツールの作成に関しては, 各専門職(訪問看護師や施設看護師等)と相談の上, 協力し合いながら, より詳細な情報提供が行えるよう努めましょう

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 基本ツール作成評価基準マニュアル

【身体・生活機能等】

- 起居動作 < 手すりや自助具を使用している場合は、使用している状況で評価
(電動ベッドのギャッジアップは含まない) >
 - ・自立—自力で可能な場合
 - ・見守り—自力で可能であるが、転倒や転落等の危険があるため、すぐに何らかのサポートを行えるよう一連の動作に常に介護者が付き添う必要がある場合
 - ・介護者が常に付き添う必要はないが、確認、指示、声かけが行われている場合
 - ・一部介助—一連の動作の中で、部分的に介助が行われている場合(※)
 - ※一部の動作への介助に長時間を要し、介助時間の大部分を占める場合があるが、このことだけを理由として機械的に「全介助」とは評価せず、あくまで全体の動作を観察し評価することに留意が必要
 - ・全介助—一連の動作の全てに介助が必要な場合
 - ・介護者が自力での起居動作を誘導したうえで、部分的に動作が可能であっても、おおむね8割以上の動作に介助が必要な場合

- 移動 < 杖、歩行器、車いす等を使用している場合は、使用している状況で評価 >
 - ・自立—自力での移動が可能な場合
 - ・介助—介助が必要な場合

- 麻痺の状況
 - ・軽度—弱い抵抗力を加えても、なおその抵抗力に打ち勝って四肢を一定程度動かすことができる場合
(例: ベッド上から起き上がろうとする体を、手で軽く押さえても起き上がる。上肢は挙上できるがその力が弱い。下肢は膝立て可能で寝たまま下腿を挙上できる など)
 - ・強い抵抗力を加えても、なおその抵抗力に打ち勝って四肢を一定程度動かすことができる場合
(例: ベッド上から起き上がろうとする体を、手で強い力でぐっと押さえても起き上がる。上肢・下肢は挙上可能 など)
 - ・中度—重力に逆らう動きはできないが、全可動域が動く場合
(例: ベッド上に横臥した状態での四肢が、横方向には動くが、上方向には上がらない。水平運動のみできる など)
 - ・抵抗力を加えなければ、重力に打ち勝って四肢を一定程度動かすことができる
(例: ベッド上に横臥した状態での四肢が、横方向にも上方向にも動く。上肢はようやく挙上可能だが、姿勢の保持は困難。下肢は膝立て可能だが、寝たままでの下腿の挙上は困難 など)
 - ・重度—筋収縮なしの場合

(例:「力を入れてください」と指示しても全く反応がない(完全麻痺) など)

・わずかに筋収縮ありの場合

(例:その場から足や手は動かないが、筋肉が収縮するのが見られる。関節の動きなし など)

●視力 《眼鏡・コンタクトレンズを使用している場合は、使用している状況で評価》

・無—日常生活に支障がない場合

・有—日常生活に支障がある場合に「有」を選択し、()内にその状況を記載

(例:眼鏡を使用しているが、目の前の置かれた物を認識することができない など)

●聴力 《補聴器を使用している場合は、使用している状況で評価》

・無—日常生活に支障がない場合

・有—日常生活に支障がある場合に「有」を選択し、()内にその状況を記載

(例:難聴あり。耳元で大きな声なら聞こえる など)

●意思の伝達

・可—手段を問わず、常時、誰にでも意思の伝達ができる場合

・時々可—家族等の介護者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によっては、できる時とできない時がある場合

・ほとんど不可—家族等の介護者に対しても意思の伝達ができないが、ある事柄や特定の人に対してであれば、まれに意思の伝達ができる場合

・認知症等の影響により、「痛い」、「腹が減った」、「何か食べたい」等の限定された内容のみ意思の伝達ができる場合

・不可—重度の認知症や意識障害等によって、意思の伝達が全くできないか、あるいは意思の伝達できているかどうか判断できない場合

●食形態

・普通—食形態を工夫する必要がない場合

・刻み—食べ物を小さく刻んで食べやすくした食事

・ソフト—よく煮込んだり茹でることで柔らかくした食事。舌でつぶせる硬さである食事

・ミキサー—ミキサーにかけて液体状にした食事。誤嚥を防ぐためにトロミ剤でトロミをつけることもある

・流動—液状のおかずや重湯(おもゆ。粥の上澄みの液)

●食動作 《自助具を使用している場合は、使用している状況で判断》

・自立—自力で可能な場合

・見守り—自力で可能であるが、誤嚥などのリスクが高く常に介護者が付き添う必要がある場合

・常に介護者が付き添う必要はないが、食動作の行為の確認、指示、声かけ、皿の置き換え等が必要な場合

・一部介助—一連の動作の中で、部分的に介助が行われている場合(※)

(例:食卓で小さく切る, ほぐす, 皮をむく, 魚の骨をとる等, 食べやすくしたり, スプーン等に食べ物を乗せる など)

※一部の動作への介助に長時間を要し, 介助時間の大部分を占める場合があるが, このことだけを理由として機械的に「全介助」とは評価せず, あくまで全体の動作を観察し評価することに留意が必要

また, この場合の「一部」とは, 1回ごとの食事における一連の動作中の「一部」のことを意味するが, 例えば朝昼夜等の時間帯によって介助の方法が異なる場合は, より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。その場合, その日頃の状況等について, 具体的な内容を「応用ツール⑱特記事項」に記載する。

(例:朝食の時間帯は覚醒状況が悪いこともあり, 介助の量が多くなるが, 昼食・夕食に関しては, スプーン等に食べ物を乗せると自力で口まで運ぶことが出来る など)

- ・全介助ー・一連の動作の全てに介助が必要な場合
 - ・介護者が自力での食動作を誘導したうえで, 部分的に動作が可能であっても, おおむね8割以上の動作に介助が必要な場合
 - ・中心静脈栄養や経管栄養等のみで, 経口での食事は全く摂っていない場合

●口腔ケア

- ・自立ー自力で可能な場合(洗面所等への移動や移乗に介助が必要であっても, 口腔ケアの動作自体は自力で可能な場合を含む)
- ・見守りー・介護者による確認, 指示, 声かけが行われている場合
 - ・自力での歯磨きや義歯の洗浄はできるが, 介護者による指示や声かけ, 磨き残しの確認が行われている場合
- ・一部介助ー・一連の動作の中で, 部分的に介助が行われている場合
(義歯の出し入れはできるが, 義歯の洗浄は介護者が行っている場合も含む)
- ・全介助ー・一連の動作の全てに介助が必要な場合
 - ・介護者が自力での動作を誘導したうえで, 部分的に動作が可能であっても, おおむね8割以上の動作に介助が必要な場合
 - ・本人が行った箇所を含めて, 介護者が全てやり直す場合
 - ・介護者が歯を磨いてあげ, 口元までコップを運び, 本人は口をすすいで吐き出す行為だけができる場合

●排尿介助

- ・自立ー尿とりパッドやオムツ等を使用せず自力で可能な場合。またはそれらを使用している場合, 自力での装着や後片付けが可能な場合
- ・見守りー・自力で可能であるが, 認知症高齢者等をトイレ等へ誘導する場合など, 常に介護者が付き添う必要がある場合
 - ・常に介護者が付き添う必要はないが, 排尿行為の確認, 指示, 声かけが必要な場合
- ・一部介助ー一連の行為の中で, 部分的に介助が行われている場合
- ・全介助ー・一連の行為の全てに介助が必要な場合
 - ・介護者が自力での行為を誘導したうえで, 部分的に行為が可能であっても, おおむね8割以

上の行為に介助が必要な場合

- ・バルーンカテーテル管理となっている場合

●トイレ使用

- ・無一トイレの使用が全くない場合
- ・夜間一夜間のみトイレを使用しており、日中は使用していない場合
- ・常時一・常時トイレを使用している場合
 - ・日中はトイレを使用し、夜間は尿とりパッドやオムツ等を利用している場合

●排便介助

- ・自立一尿とりパッドやオムツ等を使用していない場合。またはそれらを使用している場合、自力での装着や後片付けが可能な場合
- ・見守り一自力で可能であるが、認知症高齢者等をトイレ等へ誘導する場合など、常に介護者が付き添う必要がある場合
 - ・常に介護者が付き添う必要はないが、順序を間違えおそれ等があるため、排便行為の確認、指示、声かけが必要な場合
- ・一部介助一連の行為の中で、部分的に介助が行われている場合
- ・全介助一連の行為の全てに介助が必要な場合
 - ・介護者が自力での行為を誘導したうえで、部分的に行為が可能であっても、おおむね8割以上の行為に介助が必要な場合

●オムツ使用《尿とりパッドの使用も含む》

- ・無一オムツの使用が全くない場合
- ・夜間一夜間のみオムツを使用しており、日中は使用していない場合
- ・常時一常時オムツを使用している場合

●衣服の着脱

- ・自立一自力で可能な場合(一連の起居動作等の一部に何らかの介助が必要であっても、衣服の着脱の動作自体は自力で可能な場合を含む)
- ・見守り一自力で可能であるが、認知症高齢者等を誘導する場合など、常に介護者が付き添う必要がある場合
 - ・常に介護者が付き添う必要はないが、確認、指示、声かけが必要な場合
- ・一部介助一連の行為の中で、部分的に介助が行われている場合
 - ・全介助一連の行為の全てに介助が必要な場合
 - ・介護者が自力での行為を誘導したうえで、部分的に行為が可能であっても、おおむね8割以上の行為に介助が必要な場合

●服薬管理

- ・自立—服薬管理を含む服薬の行為が自力で可能な場合
- ・見守り—自力で可能であるが、介護者により薬を飲む際の見守り、飲む量の指示等が行われている場合
- ・一部介助—一連の行為の中で、部分的に介助が行われている場合
(例:飲む薬や水を手元に用意する、オブラートに包む、介護者が分包する など)
- ・全介助—薬や水を手元に用意する、薬を口に入れるという一連の行為の全てに介助が必要な場合
 - ・介護者が自力での行為を誘導したうえで、部分的に行為が可能であっても、おおむね8割以上の行為に介助が必要な場合

●入浴(保清等)

- ・自立—一連の行為が全て自力で可能な場合
- ・見守り—自力で可能であるが、認知症高齢者等を誘導する場合など、常に介護者が付き添う必要がある場合
 - ・常に介護者が付き添う必要はないが、確認、指示、声かけが必要な場合
- ・一部介助—一連の行為の中で、部分的に介助が行われている場合
- ・全介助—一連の行為の全てに介助が必要な場合
 - ・介護者が自力での行為を誘導したうえで、部分的に行為が可能であっても、おおむね8割以上の行為に介助が必要な場合

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

資料7

情報提供先 施設名称	居宅介護支援事業所〇〇 御中	情報提供先 担当者名	〇〇 〇〇 様
---------------	----------------	---------------	---------

【記載例】

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	ハコダテ 函館 太郎	生年・ 性別等	昭和15年1月1日 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満 78 歳)	生活 保護	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等 認定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患	身障(級) 精神(級)	
現住所	函館市〇〇町〇丁目〇-〇			電話番号	0138-〇〇-〇〇〇〇				
居住	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> 施設()	<input type="checkbox"/> 集合住宅(階) ※エレベータ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療保険種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他 ()				
要介護度	要介護5	認定有 効期間	平成 29 年 〇 月 〇 日 ~ 平成 30 年 〇 月 〇 日	障害高齢者日常生活自 立度(寝たきり度)	B1	認知症高齢者日 常生活自立度	I		
同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()								
連絡先①	函館 次郎	続柄	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	0138-〇〇-〇〇〇〇		関係	<input checked="" type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()
連絡先②		続柄		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話			関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()

● 医療情報等

*歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

主病名	医療機関等名称	診療科名等	担当医	受診状況等	*特記
肺炎	函館市〇〇病院	内科	函館 三郎先生		<input checked="" type="checkbox"/>
高血圧症	函館市〇〇病院	循環器内科	〇〇 〇〇先生		<input type="checkbox"/>
脳梗塞	脳神経外科〇〇病院	脳神経外科	〇〇 〇〇先生		<input checked="" type="checkbox"/>

*特記☑の付く場合は応用ツール⑩を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日	平成 29 年 〇 月 〇 日	<input checked="" type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()
-----	-----------------	---

*起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 → <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢 ()
視力【日常生活に支障】	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	・眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
聴力【日常生活に支障】	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有⇒(難聴あり。耳元で大きな声なら聞こえる。)	・補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
*認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()		
食事摂取	*食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input checked="" type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動	水分トロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
	*食動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事・水分制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
口腔	*口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要アセスメント
排泄	排尿介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	トイレ使用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	オムツ使用(パッド含む)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 常時
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	*服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助
入浴(保清等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		

*特別な医療等

<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール② 作成)	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成)
<input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑩ 作成)	<input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成)
<input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール③ 作成)	<input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成)
<input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成)	<input type="checkbox"/> ドレーン (部位:)
<input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成)
<input type="checkbox"/> 透析液供給装置	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成)
<input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成)	<input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成)
<input type="checkbox"/> 吸引器	<input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑯ 作成)
<input type="checkbox"/> 輸液ポンプ	<input type="checkbox"/> リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成)
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成)	<input type="checkbox"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成)
<input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成)	<input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑱ 作成)
<input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成)	

在宅介護サービス等

<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハ	<input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他()
--	--

*介護上、特に注意すべき点等

([有]の場合応用ツール⑱ 作成)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	*介護・看取りに関する本人・家族の意向等	([有]の場合応用ツール⑱ 作成)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
-------------------	--	----------------------	-------------------	--

*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑩を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を作成下さい。

*食形態・動作・口腔ケアの項目で[普通・自立]以外を選択した場合は応用ツール④を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑩を作成下さい。

本サマリーの記入者

所属名	函館〇〇病院 相談室		
-----	------------	--	--

電話	0138-〇〇-〇〇〇〇	FAX	0138-〇〇-〇〇〇〇	記入者	函館四郎	作成日	2017年9月25日
----	--------------	-----	--------------	-----	------	-----	------------

*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール②】 在宅⇒病院用

情報提供先 施設名称	函館〇〇病院	御中	情報提供先 担当者名	〇〇 〇〇	様
---------------	--------	----	---------------	-------	---

【記載例】

氏名	函館 太郎
----	-------

週間スケジュール							
	月	火	水	木	金	土	日
AM		⑧通所介護			⑧通所介護		
		⑧通所介護			⑧通所介護		
PM		①訪問診療			①訪問診療		
	①訪問診療						
備考							

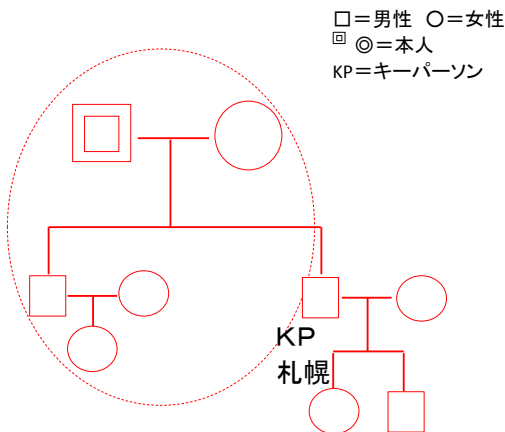
医療・介護サービス利用状況

<input checked="" type="checkbox"/>	サービス内容	サービス提供事業所・担当者	主なサービス内容等
<input type="checkbox"/>	①訪問診療	〇〇クリニック 〇〇看護師	訪問診療 1回/2週間
<input type="checkbox"/>	②訪問歯科診療		
<input type="checkbox"/>	③訪問看護		
<input type="checkbox"/>	④訪問介護		
<input type="checkbox"/>	⑤訪問入浴		
<input checked="" type="checkbox"/>	⑥訪問リハ		
<input type="checkbox"/>	⑦通所リハビリ		
<input checked="" type="checkbox"/>	⑧通所介護	デイサービス〇〇 〇〇相談員	送迎, 体調管理, 入浴, 機能訓練
<input checked="" type="checkbox"/>	⑨ショートステイ		
<input type="checkbox"/>	⑩住宅改修	〇〇 〇〇様	玄関前スロープ, 手すり設置
<input type="checkbox"/>	⑪福祉用具	〇〇 〇〇様	ベッド, 手すりレンタル
	⑫他()		
	⑬他()		

生育歴・生活歴

函館出身。元教員。長男家族と同居。札幌に住んでいる次男家族との関係良好。趣味は囲碁。

家族構成図



連絡先

	氏名	続柄	関係	連絡先
1	函館 一郎様	長男	主介護者	0138-〇〇-〇〇〇〇
	(住所) 函館市富岡町2丁目10-10			
	(備考・携帯番号等) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
2	函館 次郎様	次男	キーパーソン	090-〇〇-〇〇〇〇
	(住所) 札幌市〇〇区〇〇 〇丁目〇-〇			
	(備考・携帯番号等) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
3				
	(住所)			
	(備考・携帯番号等)			
	就労状態		健康状態	

本サマリーの記入者	所属名	居宅介護支援事業所〇〇			
電話	0138-〇〇-〇〇〇〇	FAX	0138-〇〇-〇〇〇〇	記入者	函館 五子
				作成日	2017年9月25日

応用ツール① 付帯情報管理

【記載例】

【基本ツール】の他に必要情報として以下を添付致します。

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 情報提供時に添付する書類 (該当するものに☑)

 ① 診療情報提供書

枚数 (1) 枚

備考 ⇒ 処方箋あり

 ② 看護サマリー

枚数 (2) 枚

備考 ⇒

 ③ リハビリテーションサマリー

枚数 (1) 枚

備考 ⇒

 ④ フェイスシート

枚数 () 枚

備考 ⇒

 ⑤ その他

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟 記入者 函館花子
ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室 氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名，生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 情報提供時に添付する書類

- ・ 添付する書類に☑し，伝達事項等がある場合は記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール① 付帯情報管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 管理能力の詳細について、特記事項の欄に記載して下さい。

4. 褥瘡①② ・ 位置

- ・ 現在の状況について記載して下さい。

5. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール② 褥瘡管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール③ 認知症管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 認知症の原因疾患（該当するものに☑）

- ☑ ① アルツハイマー型認知症
□ ② 脳血管性認知症
□ ③ レビー小体型認知症
□ ④ 前頭側頭型認知症

3. 認知症の症状（該当するものに☑と下部欄内に詳細記載）

- ☑ ・記憶障害
・家族の顔は分かるが、他は不明です。
・場所も自宅以外は不明です。
☑ ・幻覚、妄想
時折、家の中に「見かけた事の無い人」が居ると言う時があります。
☑ ・昼夜逆転
夕方17時には就寝してしまい、夜中に起床し日中に3時間程度昼寝します。
☑ ・介護への抵抗
おむつ交換時に抵抗があります。
☑ ・抑うつ、不安
時々、何かの不安感を訴え突然涙を流す事があります。
☑ ・暴言、暴力
精神的に落ち着かなくなり、イライラ感を表に出し「うるせえ！」等の大声を出したり、興奮すると時折手を出す事があります。
☑ ・不潔行為
排泄時に、便を壁につけたりする事があります。
☑ ・徘徊
時間問わず、家の周囲の決まったルートを毎日徘徊するが、ルートを逸脱し行方不明となり捜索願を出した事もあります。
☑ ・その他
デイサービス利用時は、施設職員に対して介護拒否等も無く精神的に落ち着いて対応しています。家族に対して(特に主介護者)は非常に厳しい対応をする事があり、家族に対しての対応(暴力)については十分注意を要します。

4. 認知症の治療状況

- 治療医療機関⇒ (函館〇〇病院)
担当医 ⇒ ()
内服薬の状況⇒ ☑ 有 □ 無
有の場合処方内容 ⇒ 函館〇〇病院からの処方内容を添付しています。
☑ 薬情報添付

5. その他

3年前から徐々に認知症状が出現しています。2年前に函館〇〇病院へ通院しアルツハイマーの診断を受けています。内服処方されていますが、症状は徐々に進行している状況が伺えます。

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟 記入者 函館花子
ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室 氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名，生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 認知症の原因疾患

- ・ 医師の診断に基づいてチェックして下さい。

3. 認知症の症状

- ・ 対象患者様の該当する8項目の認知症の症状にチェックをし、下段に具体的な行動、言動、エピソード等を記載して下さい。
- ・ 8項目以外に気になる認知症が原因と思われる症状については「その他」へ記載下さい。

4. 認知症の治療状況

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載下さい。
- ・ 内服薬がある場合は、必ず内容を記載するか情報を添付して下さい。

5. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール③ 認知症管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール④ 食事摂取困難管理

【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 食事摂取に対しての問題（該当するものに☑）

 ① 口の中に関する問題

- 入れ歯が合わない むし歯 口内炎等により痛いところがある
 歯が無いのに入れ歯を使っていない 口臭がある
 口が渴いた感じ、ねばねばした感じがする

 ② 食事摂取に関する問題

- 最近3ヶ月間に、食事量が減った
 最近3ヶ月間に、食事にかかる時間が長くなった
 最近3ヶ月間に、食形態に変化があった
 最近3ヶ月間に、3キロ以上体重の減少があった
 最近1年間に肺炎にかかった

 ③ 食事中、気になる事

- 食べようとしめない
 食べこぼしや、うまく噛めないことがある
 飲み込んだ後に食べ物が口に残っている
 食事中によくむせる
 飲み込んだものが逆流することがある
 不明

 ④ 食事を摂取しない場合の問題

- * 疾患との関連性 有 無
 有の場合の要因（認知症の為。その他に詳細を記載しております。）
 * 内服薬の内容との関連性 有 無
 有の場合の要因（
 * 拒食の意思表示 有 無

3. 現在の食事摂取カロリー及び量

- * 現在の食事提供カロリー（ ）kcal提供中
 * 現在の食形態
 刻み食 軟食 トロミ食 ミキサー食
 その他（水分はトロミ必要）
 * 主食 体調によってはお粥に変更する時もあります。
 * 副食 体調によってはパサパサするものはトロミが必要です。

4. その他

・①②入歯が合わなくなっており、食事量が低下。体重が3k減少しています。
 ・③認知症のため、食事を食べようとしめない状況見られます。また、舌を上手に使用せず食べ物を運べない為、口の中にいつまでも残っている状況みられます。

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟 記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室 氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- 対象患者様の氏名、生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 食事摂取に対しての問題

- 現在の状況について記載して下さい。
- ①②③は関連性あり。その内容をその他のところに記載して下さい。
例えば、「①の入歯が無い為、③の食べこぼしや、うまく噛めない事があり、②の最近3ヶ月間に3キロ以上体重の減少があった」というような、①と②、①と③が連動することを4. その他の欄に記載して下さい。
- ③は認知症である為とか抑うつ状態の為とか原因となる事由も記載して下さい。

3. 現在の食事摂取カロリー及び量

- 主食の内容を詳しく記載して下さい。例えば、「柔らかめのごはん」「5分粥」等
- 副食の内容を詳しく記載して下さい。例えば、「1cm角の刻み」等

4. その他

- その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。
- がん患者、抗がん剤治療中の患者に対する必要カロリーや老衰であれば家族の希望等を記載。
- 在宅から入院先への情報提供であれば、1日の食事回数、嗜好内容等も記載して下さい。

作成者

- 本「応用ツール④ 食事摂取困難管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 開始日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 娘さん、訪問看護師)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項(娘さんの手技は完璧に行えています。)

5. 透析療法と使用器具等

方法: CAPD (持続携帯式腹膜透析) APD (自動腹膜透析)

かぐや

接続方法: スタンダード UVフラッシュ つなぐ

CAPD (持続携帯式腹膜透析)

回数	時間	透析液	量
1	9:00	2.5×ダイアニール注入	1.5 ml
2	15:00	排液排出	ml
3		2.5×ダイアニール注入	1.5 ml
4	21:00	排液排出	ml
		エクストラニール注入	1.5 ml
	Yセットで排液		

APD (自動腹膜透析)

透析液	量
ダイアニール2.5 l	3 個
	個
	個

を用いて

・総注液量(7,500 ml) ・サイクル数(5 回)

・時間(21:00 ~ 5:00)

・最終注液 有 無 ・日中バック交換 有 無

6. 消毒薬・衛生材料

・スワブスティック (5 本)

・絆創膏 (1) ・ドレッシング剤 (1)

・手指消毒剤 ()

・その他 ()

7. カテーテル感染の既往 (いずれかに☑)

あり なし

8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)

A病院へ連絡し指示を受ける。(24時間対応可能)

9. その他

・娘さんが仕事の日の日中帯は訪問看護師にて対応しています。

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟

記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室

氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名，生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. 開始日

- ・ 自己腹膜還流を開始した日を記載して下さい。

4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 管理能力の詳細について、特記事項の欄に記載して下さい。

5. 透析療法と使用器具等

- ・ 医師の指示に基づいてチェックして下さい。

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

7. カテーテル感染の既往

- ・ 過去に感染した既往があれば記載して下さい。

8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。

9. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑥ 酸素療法管理

【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日
2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎
3. 開始日 平成29年9月1日
4. 自己管理能力 (該当するものに☑)
- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項 (状態に合わせた流量変更の判断が難しいです。)
5. 使用機器 (該当するものに☑) (提供機関 〇〇酸素株式会社)
- 設置型の場合
- 酸素ボンベ 酸素濃縮装置 液化酸素装置
- 携帯型の場合
- 携帯用酸素ボンベ 携帯型液化酸素装置
- * パルスオキシメーター⇒ 有 無
6. 投与方法 (該当するものに☑)
- 1) 持続
- 2) 間欠
- (8 時間/1日 労作時 睡眠時 他→)
- 3) 酸素吸入量
- ・ 安静時⇒ 1 L/分 ・ 労作時⇒ 2 L/分 ・ 睡眠時⇒ 1 L/分
- * 吸入方法⇒ カニューレ マスク
- * SP02変化時の指示⇒ (SP02 90%以下になった場合は3Lに変更し訪看へ連絡)

7. 緊急時の対応方法(呼吸困難増強時等)

【急変時の連絡体制】

- ・ 訪看へ連絡～状態確認後必要に応じてA病院へ連絡しA病院へ搬送する。

8. その他

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟 記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室 氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名，生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. 開始日

- ・ 在宅酸素療法を開始した日を記載して下さい。

4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項には間欠の場合の判断ができる、できない等、管理能力の詳細について記載して下さい。

5. 使用機器

- ・ いずれも現在使用している機器について記載して下さい。

6. 投与方法

- ・ 医師の指示に基づいてチェックして下さい。
- ・ *SP02変化時の指示には90%以下になった場合等の指示を記載して下さい。

7. 緊急時の対応方法(呼吸困難増強時等)

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。

8. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。
- ・ 酸素量とSP02低下時の内容等を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール⑥ 酸素療法管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 初回導入日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 妻)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項 (ロックは可能だが点滴交換手技等はいけません。)

5. 使用薬剤・投与量

薬剤名・投与量 (エルネオパ1、500L、パラプラス1、500L)

6. 投与方法 (該当するものに☑)

1) 持続 2) 間欠 (8時間/1日 他→)

* フラッシュ頻度⇒ (1/日)

* 注入速度⇒ (10 ml/時間)

* 輸液ポンプの使用 ⇒ 有 無 ()

* 輸液ポンプ貸出機関⇒ ()

7. 挿入部に関して (該当するものに☑)

* 挿入部位⇒ (鎖骨部)

* ポート カテーテル

* ロック方法⇒ (生食)

* 特記事項⇒ ()

8. 消毒薬・衛生材料

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| ・滅菌綿棒 (<u>7</u> 本) | ・絆創膏 (<u>1</u> 個) |
| ・滅菌ガーゼ (<u>7</u> 枚× <u>1</u> パック) | ・酒精綿 (<u>1</u> 箱) |
| ・滅菌フィルム (<u>7</u> 枚) | ・NSシリンジ (<u>7</u> ml 本) |
| ・フィルム (<u>1</u> 巻) | ・へパ生シリンジ (<u>7</u> 本) |
| ・その他 () | |

9. 使用器具・交換頻度・提供数

- | | |
|---|----------------------------|
| ・輸液回路 (<u>7</u> セット) | ・注射器、注射針 (<u>7</u> セット) |
| ・ヒューバー針 (<u>22</u> mm <u>7</u> 本) | ・連結管 (<u>7</u> 本) |
| ・エクステンションチューブ (<u>7</u> ml <u>7</u> 本) | ・インジェクションプラグ (<u>7</u> 個) |
| ・フィルター (<u>7</u> 個) | ・その他 () |

10. 緊急時の対応方法 (滴下不良の場合等)

【急変時の連絡体制】

①訪看へ連絡する。

②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

11. その他

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟

記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室

氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名、生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. 初回導入日

- ・ 中心静脈栄養法を開始した日を記載して下さい。

4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項には管理能力の詳細について記載して下さい。
例えば、「点滴交換手技ができない」「ロック手技はできない」等

5. 使用薬剤・投与量

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

6. 投与方法

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

7. 挿入部に関して

- ・ ロック方法は生食かヘパリンかを記載して下さい。

8. 消毒薬・衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

9. 使用器具・交換頻度・提供数

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。
- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

10. 緊急時の対応方法（滴下不良の場合等）

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。

11. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。
- ・ ヒューバー針の刺し方等、各病院等で異なるので対象患者さんに対する手技等を記載して下さい。
- ・ 使用済みの使用器具等の返却方法が各病院で対応が異なるため記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑧ 糖尿病治療管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 開始日 平成29年9月1日

4. 経口薬 (該当するものに☑)

- 無
- 有 ⇒薬剤名(ジャノビア) 量() 服用法()
- ・薬剤名(薬情参照) 量() 服用法()
- ・薬剤名() 量() 服用法()
- 薬情あり

5. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 家族ができるかどうか不明です)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(インシュリンの単位を合せられない。)

6. インスリン使用の有無

インスリン名・量
 朝(ランタス ・ 10 単位) 昼() ・ 単位)
 夕() ・ 単位) 就寝() ・ 単位)
 投薬時間・タイミング(1回/日 毎朝7時)
 その他の指示()

7. 使用器具および提供数

注射器⇒ シリンジ ペン型
 針⇒(ペンニードル) (30 G ・ 70 本/月)

8. 自己血糖測定器 ⇒ 有 無 (『有』の場合以下記載)

種類(メディセーフフィット (貸出 ⇒ 有 無)) 穿刺器具(テルモ)
 針(10 本/月) チップ(10 個/月) その他()

9. 消毒薬・衛生材料

- ・カッタ綿 (1 枚× 10 パック) ・酒精綿 (1 枚× 10 パック)
- ・消毒液 (エタノール 他) (ml)
- ・その他 ()

10. 緊急時の対応方法 (明らかな低血糖発作時等)

ブドウ糖を摂取する。

11. その他

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟 記入者 函館花子
 ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室 氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名、生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. 開始日

- ・ インスリン療法を開始した日を記載して下さい。

4. 経口薬

- ・ 医師の指示に基づいてチェックして下さい。

5. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 全面介助欄には、家族ができるかどうかを記載して下さい。

6. インスリン使用の有無

- ・ 医師の指示に基づいてチェックして下さい。

7. 使用器具および提供数

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。
- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

8. 自己血糖測定器

- ・ 使用している血糖測定器について記載して下さい。

9. 消毒薬・衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

10. 緊急時の対応方法（明らかな低血糖発作時等）

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。

11. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。
例えば、インスリン手技の確立の有無、問題点についてや、内服管理についても本人、家族の管理能力等について記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール⑧ 糖尿病治療管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑨ 経管栄養法管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 経口摂取 可 否

4. 開始日 平成29年9月1日

5. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 長女、妻）

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（妻は準備と後片付けは可能。長女が仕事の時は妻が引き継ぐ。）

6. 使用栄養剤・注入量（提供機関 函館〇〇病院）（ 処方 自費購入）

栄養剤名（エンシュアH） 1日に必要なカロリー（ kcal ）

栄養量（朝 500 ml）（昼 ml）（夕 ml）

* 固形化の場合その方法～ 寒天使用にて固形化実施。ドレッシングポット使用。家族可能。

水分量（朝 200 ml）（昼 ml）（夕 ml）

* 注入の順序～

1回の注入時間（ 60 分/回）（または ml/時間）

その他の注入方法（ 滴下にて実施 ）

● 上記使用薬剤等変更の可否 可 否

7. 使用器具・交換頻度

1) 方法 ⇒ 鼻腔 胃瘻 腸瘻 その他（ ）

チューブ ⇒（種類 ボタン型バンパー 太さ 24 Fr）

2) 交換頻度⇒（ 1回/6ヶ月 ） 次回交換予定日（ H30年6月 ）

3) 交換医療機関 ⇒（ 函館〇〇病院 ）

8. 緊急時の対応方法（滴下不良の場合等）

【急変時の連絡体制】

① 訪看へ連絡する。

② その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

9. 挿入部の処置等

・洗浄後、Yガーゼを使用しています。

10. その他

・経口摂取と併用しています。経口からも摂取できるようになってはいますが、量的に少ないため、不足カロリーを補う目的で当面継続して下さい。

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟 記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室 氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名，生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. 経口摂取

- ・ 経口摂取の可否のいずれかをチェック

4. 開始日

- ・ 経管栄養法を開始した日を記載して下さい。

5. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

6. 使用栄養剤・注入量

- ・ 医師の指示に基づいてチェックして下さい。

7. 使用器具・交換頻度

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

8. 緊急時の対応方法（滴下不良の場合等）

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。

9. 挿入部の処置等

- ・ 処置が必要な状態の場合、その状態と処置方法を記載して下さい。

10. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。
- ・ 家族の背景等を記載して下さい。
- ・ 主たる介助者は誰で、注入ができるかどうか、挿入部のケアはできるかどうか等を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール⑨ 経管栄養法管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 開始日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

 1) 自己管理可 2) 一部介助 3) 全面介助 (介助者)* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項 (自力で尿破棄等の管理可能。)

5. 使用器具

・交換用キット (2 セット)

・尿道カテーテル 号数 (14Fr 3 セット)

・蓄尿袋 (商品名 コンビーン セキュアレグバッグ ・ 2 個)

・固定液 (10 ml)

・注射器 (10 ml ・ 2 本)

6. 消毒薬・衛生材料

・滅菌綿棒 (2 本) ・絆創膏 (1 個)

・消毒液 (50 ml) ・潤滑油 (キシロカインゼリー)

・滅菌手袋 (1 個) ・滅菌ガーゼ (2 枚)

・滅菌セッシ (1 個)

7. カテーテル交換

・交換頻度 (4 週毎)

・最終交換日 (平成29年10月1日)

・次回交換予定日 (平成30年4月1日)

8. 緊急時の対応方法 (尿道カテーテル閉塞の場合、感染等)

【急変時の連絡体制】

①訪看へ連絡する。

②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

9. その他

自己管理可能であり、ADLもほぼ自立の為、レグパックの使用となっています。

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟

記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室

氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名、生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. 開始日

- ・ 膀胱留置カテーテル管理を開始した日を記載して下さい。

4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

5. 使用器具

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。
※キットごとにセットになっている内容の場合は記載不要です。

7. カテーテル交換

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

8. 緊急時の対応方法（尿道カテーテル閉塞の場合、感染等）

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

9. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。
- ・ 自己管理や家族管理の可能範囲について記載して下さい。
- ・ 尿を捨てることができるかどうか、陰部の清潔保持ができるかどうか等も記載して下さい。
- ・ 例えば、「尿を捨てるのは妻ができるがクランプはできない」「陰部洗浄はできない」等を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑪ 自己導尿管管理

【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 開始日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

 1) 自己管理可 2) 一部介助 3) 全面介助（介助者* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（

5. 使用器具

 ディスポカテーテル

（・商品名⇒ ネラトン ・ 14 Fr ・ 本または 1 箱/日）

 リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿管用セット

（・商品名⇒ ・ Fr ・ 本または 箱/日）

 上記を代用するカテーテル類

（・商品名⇒ ・ Fr ・ 本または 箱/日）

6. 消毒薬・衛生材料

* 潤滑剤⇒ キシロカインゼリー （ 1 本・個/日） 滅菌グリセリン （ 本・個/日）* 消毒液⇒ リューザブルカテーテル

（・消毒液名⇒ 本）

 自己導尿管カテーテルを入れた容器の中を満たすもの

（・消毒液名⇒ ヒビテングルコネート 1 本）

7. 自己導尿管回数指示

* 1日（ 8 ）回 （ 4 ）時間ごと

8. 自己導尿管カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

* （1回/ 1 日）

9. 緊急時の対応方法

尿道口に入りにくい場合、主治医へ連絡する。

【急変時の連絡体制】

①訪看へ連絡する。

②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

10. その他

カテーテル洗浄後は乾燥させて蓋付きの容器に保管し3日ごとに交換する。

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟

記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室

氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名，生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. 開始日

- ・ 自己導尿管理を開始した日を記載して下さい。

4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

5. 使用器具

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

7. 自己導尿回数指示

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

8. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

9. 緊急時の対応方法

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

10. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。
- ・ ディスポ使用しての管理方法等を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール⑪ 自己導尿管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 造設日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項()

5. 使用器具・交換頻度・数量

・ カテーテル

（ 商品名 ）

・ カテーテルチップ

（ 50ml 5本 ）

・ 集尿装具[パウチ、バッグ等]（提供機関 函館〇〇病院）

（ 商品名 ）

・ 注射器

（ 10ml 5本 ）

・ 注射針

（ 23G 5本 ）

・ 滅菌コップ

（ 10個 ）

6. 消毒薬・衛生材料

・ 生理食塩水（ 500 ml） ・ ガ ー ゼ（ 10 枚）

・ ガーゼ付絆創膏（ 1 個） ・ テ ー プ（ 1 ）

・ 消 毒 薬（ イソジン ）

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

1) 回 数 ⇒（ 1/w ）

2) 量 ⇒（ 50ml/1回につき ）

3) 手技等 ⇒（ 別紙手技説明書参照 ）

8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

【急変時の連絡体制】

①訪看へ連絡する。

②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

9. その他

腎瘻洗浄時、尿の状況と抵抗の有無についての確認が必要です。
ウロストミーにおける、スキントラブル等はありません。

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟

記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室

氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名、生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. 造設日

- ・ 腎瘻,尿管皮膚瘻等の造設日を記載して下さい。

4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

5. 使用器具・交換頻度・数量

- ・ 医師の指示に基づいてチェックして下さい。

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。
- ・ 例えば、1) 回数の欄には「ウロストミーの交換頻度」や「腎瘻、ウロストミーのカテーテルの場合の洗浄回数」を記載して下さい。
- ・ 2) 量は「1回の注入量」、3) 手技等は方法について記載して下さい。

8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

9. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。
- ・ 例えば、「腎瘻洗浄時の尿の状況」と「抵抗の有無」「ウロストミーにおけるスキントラブルの有無」等を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 開始日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 妻）

* 家族等の介助状況⇒ 可能

不完全

不可能

* 特記事項（

5. 使用器具・交換頻度・提供数（業者名 〇〇酸素株式会社）

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器	<u>フィリップス</u>		
人工呼吸器回路		<u>2</u>	<u>1</u> 回/週
加湿モジュール		<u>2</u>	<u>1</u> 回/週
バクテリア・フィルター		<u>1</u>	<u>1</u> ヶ月毎
外気取入口フィルター		<u>1</u>	<u>1</u> ヶ月毎
気管カニューレ			医師による交換

6. 消毒薬・衛生材料

滅菌綿球	<u>30</u>	個	吸引チューブ	<u>10Fr</u> 、 <u>10</u>	本
滅菌ガーゼ(Yカット)	<u>30</u>	枚	消毒液(気切用)	<u>イソジン</u> 、 <u>1</u>	本
絆創膏	<u>1</u>	個	生理食塩水	<u>21</u> ml	<u>31</u> 本
			滅菌蒸留水	<u>20</u> ml	<u>30</u> 本

7. 人工呼吸器等設定

使用時間	<u>0</u> 時	分～	<u>0</u> 時	分まで	
モード		呼気時間	秒	気道内圧下限	cmH2O
1回換気量	ml	呼気流量	L/分	気道内圧上限	cmH2O
呼吸回数	回/分	感度	cmH2O	加湿加湿器設定	
I/E比	1:	秒	気道内圧	酸素量	ml/分

8. 緊急時の対応方法

【急変時の連絡体制】

①訪看へ連絡する。

②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

9. その他(CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

- ・BIPAP使用、常時装着しています。
- ・レスピレーター装着のまま入浴可

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟

記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室

氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名，生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. 開始日

- ・ 人工呼吸療法管理の開始日を記載して下さい。

4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

5. 使用器具・交換頻度・提供数

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

7. 人工呼吸器等設定

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

8. 緊急時の対応方法

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

9. その他 (CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 造設日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 妻）

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（妻が完璧に管理可能）

5. 経口摂取（該当するものに☑）

可

不可

6. 医療器材

・ カニューレの名称（ビーコン）

・ 交換の頻度（2 週に 1 回）

・ カニューレの数（2 本）

・ カフ用注射器（ml 2 個）

7. 衛生材料

・ 滅菌綿棒（2 本）

・ 滅菌Yガーゼ（30 個）

・ 絆創膏（1）

・ 消毒液（薬品名：イソジン50ml、1 本）

8. トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

自分で挿入できればそれでOK、挿入が難しければ主治医へ連絡する。

2) 呼吸困難時の対応方法

吸入後、サクション実施。それでだめなら主治医へ連絡する。

3) 緊急時の対応方法

【急変時の連絡体制】

①訪看へ連絡する。

②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

9. その他

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟

記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室

氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名，生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. 造設日

- ・ 気管カニューレ管理の造設日を記載して下さい。

4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

5. 経口摂取

- ・ 経口摂取が可能が不可かについて記載して下さい。

6. 医療器材

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

7. 衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

8. トラブル時の対処

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

9. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール⑭ 気管カニューレ管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. ストーマの種類 ⇒ コロストミー

4. 造設日 平成29年9月1日

5. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 _____）

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

6. 使用装具、装具交換状況、装具購入方法（提供機関 _____）

・装具名（ワンピースタイプ）

・装具の交換状況（2 回/週、あるいは 3～4 日毎に交換）

・その他の使用材料 スティック使用

7. 緊急時の対応方法

【急変時の連絡体制】

① 訪看へ連絡する。

② その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

8. その他

・縦41mm、横44mm

・特にスキントラブル等はありません。

・排泄物の処理は自力で可能ですが、パウチの交換は介助が必要です。

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟

記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室

氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名、生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. ストーマの種類

- ・ ストーマの種類について記載して下さい。

4. 造設日

- ・ 気管カニューレ管理の造設日を記載して下さい。

5. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

6. 使用装具、装具交換状況、装具購入方法

- ・ その他の使用材料のところには、WOC等から指示があった内容を記載して下さい。
例えば「土台に付ける粘土を使用」とか「ストーマ根元に散布するパウダーを使用」とか。

7. 緊急時の対応方法

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

8. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。
- ・ ストーマのサイズ、スキントラブルの有無や状況等を記載して下さい。
- ・ 排泄物の破棄は自力で可能かどうかや介護者の介護の内容等を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑯ 感染に関する管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 感染症の罹患について

・ 感染症① (疥癬)

～ その対策 皮膚のケア内容～清拭とレスタミン軟膏塗布しています。
寝具の処置～熱湯につけてから洗濯しています。

・ 感染症② (0-157)

～ その対策 吐物、排泄物の処理～マスクを使用し、吸い込まないようにしています。
汚物は袋に入れ密閉して処理しています。

・ 感染症③ ()

～ その対策

4. 緊急時の対応方法(明らかな悪化状態が見られた時等)

【急変時の連絡体制】
①訪看へ連絡する。
②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

5. 感染症に対しての処方状況

6. その他

本人、家族の理解力低く、感染拡大のリスクがあります。

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟

記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室

氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名，生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

3. 感染症の罹患について

- ・ 医師の診断及び指示に基づいて記載して下さい。

4. 緊急時の対応方法(明らかな悪化状態が見られた時等)

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

5. 感染症に対する処方状況

- ・ 医師の診断及び指示に基づいて記載して下さい。

6. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。
- ・ 本人・家族の認識度について記載して下さい。
例えば「感染するリスクに対して理解ができていない」等

作成者

- ・ 本「⑩ 感染に関する管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑰ 緩和ケア情報共有シート (MOPN) 【記載例】

1. 患者氏名	函館 太郎	生年月日	昭和15年1月1日
2. 年齢	78 歳		
3. 性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
4. P S	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
5. 予後予測	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 6か月 <input checked="" type="checkbox"/> 2～3か月 <input type="checkbox"/> 1か月未満 <input type="checkbox"/> 1週間未満		
6. 患者の病名・症状・治療方針・予後などについての説明への希望	<input checked="" type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい <input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今は決められない <input checked="" type="checkbox"/> その他 [病状について知りたいが、予後は具体的に知ること でショックを受け精神的に落ち込むのではないかと 考えています。]		
7. 患者への病状説明、受け止め	胃がんでリンパ節転移などが悪化し化学療法は効果なく継続困難です。今後は緩和治療中心と説明し理解しています。病状が悪化しショックを受けているが、現状を仕方がないと受け止め、今後は残された時間を家族と過ごしたいと考えています。		
8. 患者の希望、大切にしたいこと (気がかり・不安)	『子供や孫たちと住み慣れた自宅で過ごしたい。趣味のパッチワークで家族に何かを作ってあげたい。家族に介護してもらうのは悪いし負担をかけたくない。症状がつかく身の回りのことが出来なくなったらホスピスに入院したい。』と話されています。		
9. 家族の病名・症状・治療方針・予後などについての説明への希望	<input checked="" type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい <input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 []		
10. 家族への病状説明、受け止め	キーパーソン(夫、長女) がんが全身に転移し化学療法は効果なく継続困難。今後は緩和治療中心と説明し理解しています。痛みなどのつらい症状が増強しないように出来るだけのことをしてほしいと思っています。		
11. 家族の希望、大切にしたいこと (気がかり・不安)	『本人に意向を出せるだけかなえてあげたい。家族で近場でもいいので旅行したい。介護に不安はあるが医療者のサポートを受け自宅で看取ってあげたい。』と話されています。		
12. 病状が悪化した時の希望の療養の場所	<input type="checkbox"/> 自宅で療養したい <input type="checkbox"/> 入院したい <input checked="" type="checkbox"/> なるべく自宅で療養して必要があれば入院したい } <input type="checkbox"/> 今までの病院 <input checked="" type="checkbox"/> ホスピス緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 []		
13. 情報提供	<input checked="" type="checkbox"/> ホスピス緩和ケア病棟	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療・ケア	
14. D N A R	<input type="checkbox"/> 確認	<input checked="" type="checkbox"/> 確認未	

治療医療機関 函館〇〇病院

・担当医 函館三郎

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟

記入者 函館花子

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室

氏名 函館四郎

1. 患者氏名 生年月日

- 対象患者様の氏名、生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 年齢

- 対象患者様の年齢
※基本情報からリンクされます。

3. 性別

- 性別を記載して下さい。

4. PS (パフォーマンスステータス)

- 下記を参考に当てはまるスコアを記載して下さい。

スコア	《全身状態の指標の一つで、患者さんの日常生活の制限の程度を示します》
0	まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。 例：軽い家事、事務作業
2	歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。
4	まったく動けない。自分の身のまわりのことはまったくできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

5. 予後予測

- 医師の診断に基づいて記載して下さい。

6. 患者の病名・症状・治療方針・予後などについての説明への希望

- 対象患者様の希望に合わせて記載して下さい。

7. 患者への病状説明、受け止め

- 現在の説明状況、対象患者様の受け止め状況について記載して下さい。

8. 患者の希望、大切にしたいこと（気がかり・不安）

- 対象患者様の希望、大切にしたいこと（気がかり・不安）等について記載して下さい。

9. 家族の病名・症状・治療方針・予後などについての説明への希望

- 家族の希望に合わせて記載して下さい。

10. 家族への病状説明、受け止め

- 現在の説明状況、家族の受け止め状況について記載して下さい。

11. 家族の希望、大切にしたいこと（気がかり・不安）

- 家族の希望、大切にしたいこと（気がかり・不安）等について記載して下さい。

12. 病状が悪化した時の希望の療養の場所

- 対象患者様の希望に合わせて記載して下さい。

13. 情報提供

- 現在までの情報提供の状況について記載して下さい。

14. DNAR

- 「対象患者様本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて、心肺蘇生を行わないこと」の確認状況について記載して下さい。
※参考：日本救急医学会 医学用語解説集（ホームページから）

治療医療機関・担当医

- ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

作成者

- 本「⑰ 緩和ケア情報共有シート (MOPN)」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

応用ツール⑱ 特記事項

【記載例】

基本ツール（及び他の応用ツール）に記載出来なかった必要な内容を情報提供します。

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

H〇〇年脳梗塞の発症。その後遺症にて麻痺と失語症あり。
会話はゆっくりと聞かないと本人の思いを聞き出せない状況です。

H29年8月肺炎にて当院入院。
脳梗塞の後遺症と廃用性症候群により、寝たきりの状態となっております。
奥さまの強い希望にて自宅退院となりましたが、息子さんはいずれは施設入所と考えられています。
息子さん为主介護者ですが、奥様も身体的面全般において介護可能な状態です。

排便は3日出なければ、下剤服用。それでも出なければ浣腸施行。
○最終排便は○月○日です。
○最終入浴は○月○日です。

○月○日：家族面談。
金銭的に厳しいが施設入所を希望しています。年金2カ月で35万円位。介護保険負担割合2割で月々の支払い10万円位で入所できる施設を希望しています。
リハビリ状況：車椅子移乗可(中～全介助)。車椅子座位可。起立可(掴まるものが必要)。意思疎通が難しいことがあります。

服薬管理：開封、投薬、飲み込み確認まで看護師等の介助が必要な状況です。
飲み込み後の確認は口腔内を目視で行っています。

介護上特に注意すべき点：皮膚が弱く皮膚剥離や皮下出血を起こしやすいため保清時や更衣時、体位交換時に注意が必要です。

本人：『今後は買い物に行くのが大変だと思う。手伝ってほしい。家で風呂に入るのもできるか不安。これ(バルンパック)が取れば良いが、取れないときは誰かに見てほしい。』
※買い物や食事の支援で訪問ヘルパーサービス説明しています。本人お願いしたいと話しています。通いで入浴できるデイサービスを説明しています。本人利用希望しています。

作成者 所属 函館〇〇病院 相談室 記入者 函館四郎
ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室 氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名，生年月日
※基本情報からリンクされます。

- ・ 基本ツール，応用ツールに記載できなかった内容や書ききれなかった内容等を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール⑱ 特記事項」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

ツール作成時に利用出来る「参考リンク」

応用ツール② 褥瘡管理

●日本褥瘡学会

●DESIGN® (日本褥瘡学会)

●NPO法人 創傷治癒センター

応用ツール③ 認知症管理

●函館市 認知症の方とその家族のためのサービス

【内容】

- ・函館市成年後見制度利用支援事業
- ・知ってあんしん認知症(函館市認知症ケアパス)
- ・認知症ガイド
- ・だれでも認知症カフェ
- ・介護マーク

●函館地区高齢者のためのSOSネットワーク

【内容】

警察・保健所・市町等で行方不明の高齢者を早期に発見、保護するネットワーク

●函館市 認知症疾患医療センター

《函館市内のセンター》

【亀田北病院 認知症疾患医療センター】

【富田病院 認知症総合医療センター】

【函館渡辺病院 認知症疾患医療センター】

●日本認知症学会

●健康長寿ネット (高齢者の病気➡認知症)

応用ツール④ 食事摂取困難管理

●函館歯科医師会

●道南圏域 在宅歯科医療連携室

●北海道栄養士会

●健康長寿ネット (高齢者と食事)

●健康長寿ネット (高齢者の病気➡老年症候群➡低栄養)

●健康長寿ネット (高齢者の病気➡老年症候群➡嚥下困難)

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

●全国腎臓病協議会

●全国腎臓病協議会 (腹膜透析)

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒慢性腎不全・CKD⇒腹膜透析）

●NPO法人腎臓サポート協会 腎臓病なんでもサイト

●バクスター株式会社

応用ツール⑥ 酸素療法管理

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒慢性閉塞性肺疾患（COPD）⇒在宅酸素療法）

●独立行政法人環境再生保全機構（在宅酸素療法と在宅人工呼吸療法）

●日本呼吸器学会

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒高齢者の終末期医療⇒静脈栄養の適応と管理）

応用ツール⑧ 糖尿病治療管理

●日本糖尿病協会

●糖尿病情報センター

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒糖尿病と合併症）

応用ツール⑨ 経管栄養法管理

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒高齢者の看護⇒経管栄養法の手順）

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒高齢者の終末期医療⇒胃ろうの適応と管理）

●NPO法人 PDN

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理

応用ツール⑪ 自己導尿管理

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

●日本オストミー協会（ストーマについて）

●日本創傷・オストミー・失禁管理学会

応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理

●独立行政法人環境再生保全機構（在宅酸素療法と在宅人工呼吸療法）

●日本呼吸器学会

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理

応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱管理

●がん対策情報センター 大腸がん手術後のストーマケア

●日本オストミー協会 ストーマについて

●日本創傷・オストミー・失禁管理学会

応用ツール⑯ 感染に関する管理

●日本感染症学会

●健康長寿ネット（高齢者の病気➡高齢者の看護➡感染症）

応用ツール⑰ 緩和ケア情報共有シート（MOPN）

●健康長寿ネット（高齢者の病気➡高齢者の終末期医療）

情報共有ツール『はこだて医療・介護連携サマリー』

○ 正式版サマリーの運用開始までの具体的なスケジュール

(1) はこだて医療・介護連携サマリーの確定

- ・情報共有ツール作業部会にてアセスメント実施。

(2) 説明会の実施

- ・函館競輪場テレシアターにて、3月26日、27日、28日に開催。
- ・北美原クリニック 理事長 岡田晋吾先生のご講演、およびサマリー使用方法の説明。

参加対象者：サマリー作成に関わる職種の方々

- ・病院関係者（医療相談員、退院支援看護師、病棟看護師等）
- ・施設関係者（ケアマネジャー、相談員、看護師等）
- ・居宅介護支援事業所ケアマネジャー
- ・包括支援センター職員
- ・訪問看護師

(3) 正式運用開始

- ・正式版サマリーを部会にて承認後、センターホームページにて公開。
- ・説明会終了後から各機関にて準備が整い次第、順次開始。