

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4回会議

日時：平成29年3月13日（月）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

- (1) 「はこだて医療・介護連携サマリー」について
- (2) 「函館市在宅医療・介護連携マップ」の活用について

3 その他

- (1) 次回の部会日程について

4 閉 会

【配付資料】

当日配布予定

**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4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	○高柳 靖	函館市医療・介護連携支援センター 準備室
	一般社団法人 函館歯科医師会	四條 伸之	よじょう歯科医院
	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	加藤 由美子	日本赤十字社 函館赤十字病院
	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
	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 ※欠席	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

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

【情報共有ツール】

『はこだて医療・介護連携サマリー』

1

2017.3.13 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

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 運用のプロセス

以下の過程で運用・ツール活用の推奨を実行する

- ① サマリーの活用目的、構成、様式の決定
- ② 活用マニュアルの決定
- ③ 試験運用の実施
- ④ 試験運用のアセスメント
- ⑤ 平成29年11月からの正式運用の実現

2

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

① サマリーの活用目的、構成、様式の決定

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 目 的

『函館市医療・介護連携推進協議会』では“医療・介護連携”推進を強化すべく、医療・介護サービス事業者等へのアンケート調査や、意見を伺い協議した結果。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】の整備を望む意見が強く伺えた事を踏まえ、有識者等による「情報共有ツール作業部会」を設置し関係事業者等との議論も重ね、医療・介護サービスを必要としている高齢者等の情報を一元的に把握するためどの職種の方でも分かりやすく、見やすく、連携しやすい、を重視して

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』を作成。このツールを活用により、関係職種（機関）間で、より活発な連携が行われ、よりよ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。

4

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

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』

① サマリーの活用目的、構成、様式の決定

3

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

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 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の徹底

5

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 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となった

- 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

6

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 活用方法

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』は、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となった場合に『「医療側」・「介護側」との双方連携』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利用者本人または、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。

7

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 サマリーの構成

【情報共有ツール】については「活用マニュアル」に準じて、

- ① 基本ツール
- ② 応用ツール

の2つのパターンで構成され、平成29年度からの正式運用を目指す。

8

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 サマリー① 基本ツール

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』の“フェイスシート”であり、情報共有の基本。

基本ツールの内容により [②応用ツール](#) へ関連していきます。

[様式パターン 1種類 - 1枚]

9

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 サマリー② 応用ツール

[①基本ツール](#) に記載されている「特別な医療」等を要する場合、本ツールの標準情報を記載し作成する。

[様式パターン 18種類 - 各1枚]

10

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 サマリー② 応用ツール 種類

- | | |
|-------------|---------------|
| ① 付帯情報管理 | ⑩ 膀胱留置カテーテル管理 |
| ② 褥瘡管理 | ⑪ 自己導尿管理 |
| ③ 認知症管理 | ⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理 |
| ④ 食事摂取困難管理 | ⑬ 人工呼吸療法管理 |
| ⑤ 自己腹膜灌流管理 | ⑭ 気管カニューレ管理 |
| ⑥ 酸素療法管理 | ⑮ 人工肛門・人工膀胱管理 |
| ⑦ 中心静脈栄養法管理 | ⑯ 感染に関する管理 |
| ⑧ 糖尿病治療管理 | ⑰ 緩和ケア情報共有シート |
| ⑨ 経管栄養法管理 | ⑱ 特記事項 |

11

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 活用場面

- 活用場面① 『**病院**⇔**在宅**』
- 活用場面② 『**病院**⇔**施設**』
- 活用場面③ 『**在宅**⇔**施設**』
- 活用場面④ 『**病院**⇔**病院**』
- 活用場面⑤ 『**施設**⇔**施設**』

12

活用場面① 『病院⇔在宅』

- ・ **病院**(MSW、退院調整看護師等) →→→ **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、退院調整看護師等)
～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

13

活用場面② 『病院⇔施設』

- ・ **病院**(MSW、退院調整看護師等) →→→ **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、退院調整看護師等)
～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

14

活用場面③ 『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)
～施設入所が決定し事前に調整が必要な場合 等

15

活用場面④ 『病院⇔病院』

- ・ **病院**(MSW、退院調整看護師等) →→→ **病院**(MSW、退院調整看護師等)
～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

16

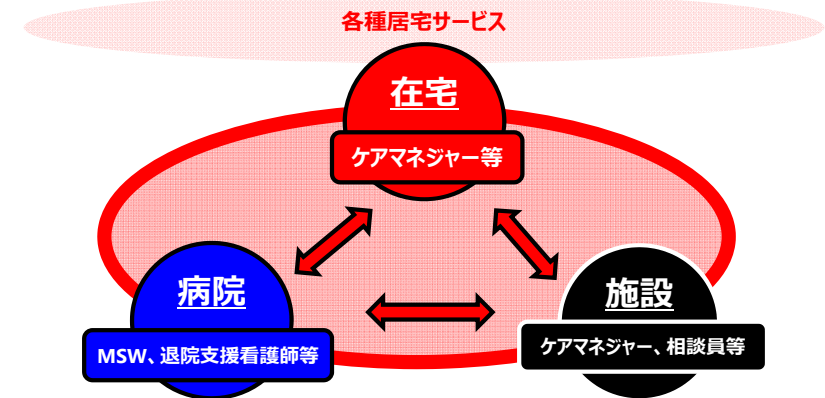
活用場面⑤ 『施設⇔施設』

- 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)
～入所施設が変わった場合 等

17

サマリー活用場面の基本イメージ

- 活用場面① 『病院⇔在宅』
- 活用場面② 『病院⇔施設』
- 活用場面③ 『在宅⇔施設』
- 活用場面④ 『病院⇔病院』
- 活用場面⑤ 『施設⇔施設』



18

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 個人情報の取り扱い

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』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う。

作成・送付等に関しては必ず、活用対象者である利用者本人または、その家族
の同意を得る事を大前提とする。

19

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』

② 活用マニュアルの決定

20

【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

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』の活用にあたっては、幅広いツールの活用推奨し、関係職種（機関）間で、より活発な連携が行われ、よりよ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」を作成致します。

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 事務局

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』
の管理や、ご意見・お問合せ、周知の窓口

函館市医療・介護連携支援センター

函館市富岡市2丁目10番10号（函館市医師会病院内）

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 試験運用の実施について

平成29年4月より【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』の“試験運用”を実施する。

【実施の流れ】

- ・3月上旬に全情報共有ツール様式確定
- ・「情報共有ツール作業部会」において、各関係団体へ事前周知を実施
- ・①基本ツール ②応用ツール を実際に活用。
- ・4月 ①病院⇒病院 ②病院⇒在宅 ③病院⇒施設 の場面で活用
- ・5月以降試験可能な病院・事業所・施設へセンターによる説明+依頼をして試験実施機関を拡大し在宅・施設含めた全場面で試験実施し、徐々に拡大していく。

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』

③ 試験運用の実施

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 試験運用の実施機関

試験運用を以下の事業所で実施する。

平成29年4月

- 函館五稜郭病院 ● 函館中央病院 ● 函館市医師会病院 で活用

平成29年5月以降拡大

- 他の病院へ利用打診
- 居宅介護支援事業所、地域包括支援センターへ利用打診
- ▲ ショートステイ・サ高住へ利用打診

25

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』

④ 試験運用のアセスメント

26

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 試験運用のアセスメントの実施

平成29年4月からの試験運用にて、ツールの「作成側」+「受取側」と双方からの意見を「函館市医療・介護連携支援センター」で集約し、課題等の抽出、内容・構成の検討を定期的に「情報共有ツール作業部会」で実施する。

【アセスメント実施時期】

- ・1回目 ～ 平成29年6月下旬
- ・2回目 ～ 平成29年9月下旬
- ・3回目 ～ 平成30年2月下旬
- ・以降は定期的にも実施するとして今後検討

27

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 正式運用後のアセスメント

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』のアセスメントについては、試験運用期間のみならず、正式運用後についても事務局となる「函館市医療・介護連携支援センター」により適宜実施することとして、継続して「情報共有ツール作業部会」等で協議・検討し、効率的に、効果的に、幅広く活用して頂ける様に医療・介護の多職種連携の活性化を図るため、見直しや運用方法の改善に役立てる。

28

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』

⑤ 平成29年11月からの正式運用の実現

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 平成29年11月 正式運用開始

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』の正式運用については、試験運用による段階的な活用施設拡大を鑑みて、定期的なアセスメントを経た後に「情報共有ツール作業部会」により協議・検討した上で、平成29年10月の「函館市医療・介護連携推進協議会」へ実施報告。

各関係団体等へ広くホームページやデータ送信による様式とマニュアルの配布を実施して**平成29年11月を正式運用実施の目標**とする。

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	ハコダテ 函館	タロウ 太郎	生年・ 性別等	昭和16年1月16日 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()	身障() 精神() 級)
現住所					電話番号				
居住	<input type="checkbox"/> 戸建() <input type="checkbox"/> 施設()	<input type="checkbox"/> アパート()	<input type="checkbox"/> マンション()	※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 type="checkbox"/> 後期高齢者 その他 ()	
要介護度	認定有 効期間	平成 ~平成	年 月 日	障害高齢者日常生活自 立度(寝たきり度)		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()								
主介護者	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話		就労 状況		健康 状態		
キーパーソン	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話		緊急 連絡先				

● 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	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()	
起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 介助が必要	<input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 介助が必要	<input type="checkbox"/> 寝たきり	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす
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"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> その他()			
視力	<input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> 判断不能	眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> ほとんど聞えない	<input type="checkbox"/> 大声ならなんとか聞える <input type="checkbox"/> 判断不能	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 その他()		
食事 摂取	*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			
	*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	PT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	<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 checked="" 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				

*認知症症状[無]以外は応用ツール③を、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を作成下さい。

*服薬管理[自立]以外は応用ツール⑱を作成下さい。

本サマリーの記入者	所属名	函館〇〇病院
電話	FAX	
記入者	函館次郎	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。

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 函館 太郎

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 函館〇〇病院 氏名 函館次郎

応用ツール② 褥瘡管理

1. 氏名 函館 太郎

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) 一部補完
□ 3) 全面補完 (代行)
* 家族等の代行能力⇒ □ 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
～ 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
～ 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 函館〇〇病院 氏名 函館次郎

応用ツール③ 認知症管理

1. 氏名 函館 太郎

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）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ・記憶障害
<input type="checkbox"/> ・昼夜逆転
<input type="checkbox"/> ・抑うつ、不安
<input type="checkbox"/> ・不潔行為
<input type="checkbox"/> ・その他 | <input type="checkbox"/> ・幻覚、妄想
<input type="checkbox"/> ・介護への抵抗
<input type="checkbox"/> ・暴言、暴力
<input type="checkbox"/> ・徘徊 |
|---|--|

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⇒

5. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 函館〇〇病院 氏名 函館次郎

応用ツール④ 食事摂取困難管理

1.氏名 函館 太郎

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
- 最近むせる事がある
- 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 食事摂取が困難となるその他の問題
- 咀嚼機能によるもの 嚥下機能によるもの
- 認知症症状によるもの 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 函館 太郎

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) 一部補完 3) 全面補完 (代行 _____)* 家族等の代行能力⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項 (_____)

5. 使用薬剤・投与量・回数

・透析液 (_____) ・液量 (_____ ml)

・貯留時間 (_____ 時間) ・交換回数 (_____ 回)

・透析液 (_____) ・液量 (_____ ml)

・貯留時間 (_____ 時間) ・交換回数 (_____ 回)

6. 使用器具・提供数

 バッグ交換システム

(メーカー: _____)

種類: _____)

セット: _____)

 その他 (_____)

7. 消毒薬・衛生材料

・消毒液 (_____ ml) ・綿棒 (_____ 本)

・滅菌ガーゼ (_____ 枚× _____ パック) ・絆創膏 (_____ 個)

・Y字カットガーゼ (_____ 枚× _____ パック)

・その他 (_____)

8. カテーテル感染の既往 (いずれかに☑)

 あり なし

9. 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)

--

10. その他

--

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 函館〇〇病院 _____ 氏名 函館次郎 _____

応用ツール⑥ 酸素療法管理

1. 氏名 函館 太郎

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) 一部補完

3) 全面補完 (代行 _____)

* 家族等の代行能力⇒ 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 函館〇〇病院 氏名 函館次郎

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理

1. 氏名 函館 太郎

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) 一部補完
- 3) 全面補完 (代行 _____)
- * 家族等の代行能力⇒ 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⇒ (_____)
- * 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 函館〇〇病院 氏名 函館次郎

応用ツール⑨ 経管栄養法管理

1. 氏名 函館 太郎

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) 一部補完 3) 全面補完（代行 _____）* 家族等の代行能力⇒ 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（ _____ ）

7. 使用器具・交換頻度

1) 方法 ⇒ 鼻腔 胃瘻 腸瘻 その他（ _____ ）

胃瘻チューブ ⇒（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 函館〇〇病院 _____ 氏名 函館次郎 _____

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理

1. 氏名 函館 太郎

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) 一部補完

3) 全面補完 (代行 _____)

* 家族等の代行能力⇒ 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 (_____ 個)

・固定液 (_____)

・注射器 (_____)

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 函館〇〇病院 氏名 函館次郎

応用ツール⑪ 自己導尿管理

1. 氏名 函館 太郎

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) 一部補完
- 3) 全面補完 (代行 _____)
- * 家族等の代行能力⇒ 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 函館〇〇病院 氏名 函館次郎

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

1. 氏名 函館 太郎

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) 一部補完
- 3) 全面補完 (代行 _____)
- * 家族等の代行能力⇒ 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 函館〇〇病院 氏名 函館次郎

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理

1. 氏名 函館 太郎

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) 一部補完 3) 全面補完（代行 _____）* 家族等の代行能力⇒ 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 函館〇〇病院 氏名 函館次郎

応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱管理

1.氏名 函館 太郎

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)一部補完

3)全面補完（代行 _____）

* 家族等の代行能力⇒ 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

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 函館〇〇病院 氏名 函館次郎

応用ツール⑯ 感染に関する管理

1. 氏名 函館 太郎

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 函館〇〇病院 氏名 函館次郎

応用ツール⑰ 緩和ケア情報共有シート (MOPN)

患者氏名	函館 太郎
年齢	76 歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
PS	<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 函館〇〇病院 _____

氏名 函館次郎 _____

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 函館 太郎

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 函館〇〇病院 氏名 函館次郎

【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」との双方向連携』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** 内容－対象者の基本情報の様式
- 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準備室 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 》》》》

【基本情報等】

- 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
 - ・本ツールの受け取り側の担当者名を記入
- 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仮名がふられる
- 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
 - ・現在の居住先の形体にチェック
 - ・戸建, アパート, マンションは階数を記入, 施設は施設名を記入, エレベーターの有無にもチェック
- 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], 申請中は[申請中], 非該当は[適応外]と記入

・【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

●主介護者～健康状態

・主介護者－主に介護している方の氏名を記入

・続柄－主介護者の続柄を記入, 同居か別居のいずれかにチェックを入れる

・電話－主介護者の電話番号を記入

・就労状況－主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－主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)

●キーパーソン～電話

・キーパーソン－キーパーソンとなっている方の氏名を記入(主介護者と同じ場合は同上でよい)

・続柄－キーパーソンの続柄を記入, 同居か別居のいずれかにチェックを入れる

・電話－キーパーソンの電話番号を記入

●緊急連絡先

・緊急連絡先となっている方の氏名・続柄・連絡先を記入。可能であれば2名の連絡先を記入

【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載した年月日を記載
- ・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(日常生活時)とは病院以外の場所で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載

●起居動作～入浴(保清等)

- ・それぞれ該当する項目にチェック
- ・*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

●*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載

《《《《 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

・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)

・【PC入力の場合】応用ツールの氏名は基本ツールに記載している氏名が自動で入力となる

・応用ツールは基本ツールで示されている約束事に従って, 該当するツールをの作成を行う。応用ツールを作成する約束事は下記の通りとなります

- 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*認知症症状が[無]以外となった場合⇒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]以外を選択した場合⇒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

応用ツールその他

・応用ツール⑱ 特記事項は②～⑰までのツールにない情報の提供時や特別に伝えておきたい事柄等を記載

《《《《 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載しましょう

○自身の職種や職場での常識が全市の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』

試験運用と展開方法及びアセスメント方法，正式運用，スケジュール等について

1 試験運用の実施について

- (1) 平成 29 年 4 月より【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』の“試験運用”を実施する。
- ・3 月上旬に全ての情報共有ツール様式を確定。
 - ・「情報共有ツール作業部会」において，各関係団体へ事前周知を実施。
 - ・試験運用においては，①基本ツール ②応用ツールを全て実際に活用。
 - ・4 月 ①病院⇒病院 ②病院⇒在宅 ③病院⇒施設の場面（病院からの情報提供を起点とする場面）での活用から，試験運用を開始。
 - ・5 月以降 試験運用が可能な病院・事業所・施設へセンターによる説明+依頼をして試験運用の実施機関を拡大し，在宅・施設からの情報提供を起点とする場面を含めた全場面での試験運用を実施し，徐々に拡大していく。

(2) 試験運用の実施機関

試験運用を以下の事業所で実施する。

平成 29 年 4 月

- 函館五稜郭病院 ●函館中央病院 ●函館市医師会病院で活用

平成 29 年 5 月以降拡大

- 他の病院へ利用打診
- 居宅介護支援事業所，地域包括支援センターへ利用打診
- ▲ショートステイ・サ高住へ利用打診

平成 29 年 4 月

- ・函館五稜郭病院
- ・函館中央病院
- ・函館市医師会病院

平成 29 年 5 月

- ・他の医療機関へ利用打診拡大
- ・居宅介護支援事業所
- ・函館市地域包括支援センター
- ・ショートステイ・サ高住等

2 試験運用のアセスメントの実施

- (1) 試験運用のアセスメントは、試験運用開始時からアンケート調査等により行うこととし、ツールの「作成側」+「受取側」の双方からの意見を「函館市医療・介護連携支援センター」で集約し、課題等の抽出、内容・構成の検討を「情報共有ツール作業部会」で実施する。
- (2) アセスメント実施時期を下記とする。
 - ・1回目 ～ 平成 29 年 6 月下旬
 - ・2回目 ～ 平成 29 年 9 月下旬
 - ・3回目 ～ 平成 30 年 2 月下旬
 - ・以降は今後検討

3 アセスメントの方法

- (1) 意見集約方法
 - ・『試験運用の説明とアンケート』用紙を作成。
 - ・ツールの作成側➡送付、送信時に『アンケート』用紙を添付。
 - ・ツールの受取側➡受け取った『アンケート』用紙に必要事項を記載し「函館市医療・介護連携支援センター」へ FAX 送信(43-1199)してもらおう。
 - ・ツール作成側の意見はセンターから直接電話等によるヒアリング実施。
 - ・アンケートを実施した対象施設の把握と回答率等の集計。
 - ・集約した後に「情報共有ツール作業部会」へ報告。

4 正式運用の開始時期

- (1) 【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』の正式運用については、試験運用による段階的な活用施設拡大を鑑みて、2回(平成 29 年 6 月, 9 月)のアセスメントを経た後に「情報共有ツール作業部会」により協議・検討した上で、平成 29 年 10 月の「函館市医療・介護連携推進協議会」へ実施報告。
各関係団体等へ広くホームページやデータ送信による様式とマニュアルの配布を実施して、
平成 29 年 11 月を正式運用実施の目標とする。

5 正式運用後のアセスメント

- (1) 【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』のアセスメントについては、試験運用期間のみならず、正式運用後についても事務局となる「函館市医療・介護連携支援センター」により適宜実施することとして、継続して「情報共有ツール作業部会」等で協議・検討し、このツールをより効率的に、効果的に、幅広く活用して頂ける様に見直しや運用方

法の改善を行い，医療・介護の多職種連携の活性化を図る。

6 運用のタイムスケジュール

2017	
2月	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>コアメンバー会議</u> ・各関係団体との協議の上で「応用ツール」の完成 ・試験運用施設の選定 ・「はこだて入退院支援連携ガイド」との連携協議 ・試験運用アセスメントについてのセンターとの協議
3月	<ul style="list-style-type: none"> ●<u>情報共有ツール作業部会の開催</u> ・上旬 全ツール様式，活用マニュアル完成の上で4月から試験運用施設へ説明+依頼 ・「情報共有ツール作業部会」において，各関係団体へ事前周知
4月	<ul style="list-style-type: none"> ■<u>【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』試験運用の実施</u> ・試験実施機関を拡大可能施設等への説明+依頼
5月	<ul style="list-style-type: none"> ●<u>函館市医療・介護連携推進協議会</u> ・試験実施機関を拡大し在宅・施設含めた全場面での試験実施
6月	<ul style="list-style-type: none"> ●<u>情報共有ツール作業部会の開催（第1回 試験運用アセスメントの実施）</u>
9月	<ul style="list-style-type: none"> ●<u>情報共有ツール作業部会の開催（第2回 試験運用アセスメントの実施）</u>
10月	<ul style="list-style-type: none"> ●<u>函館市医療・介護連携推進協議会において正式運用の承認</u>
11月	<ul style="list-style-type: none"> ■<u>【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』正式運用の実施</u>

【試験運用タイムスケジュール】

●4月～【①病院⇒病院 ②病院⇒在宅 ③病院⇒施設の場面で活用】

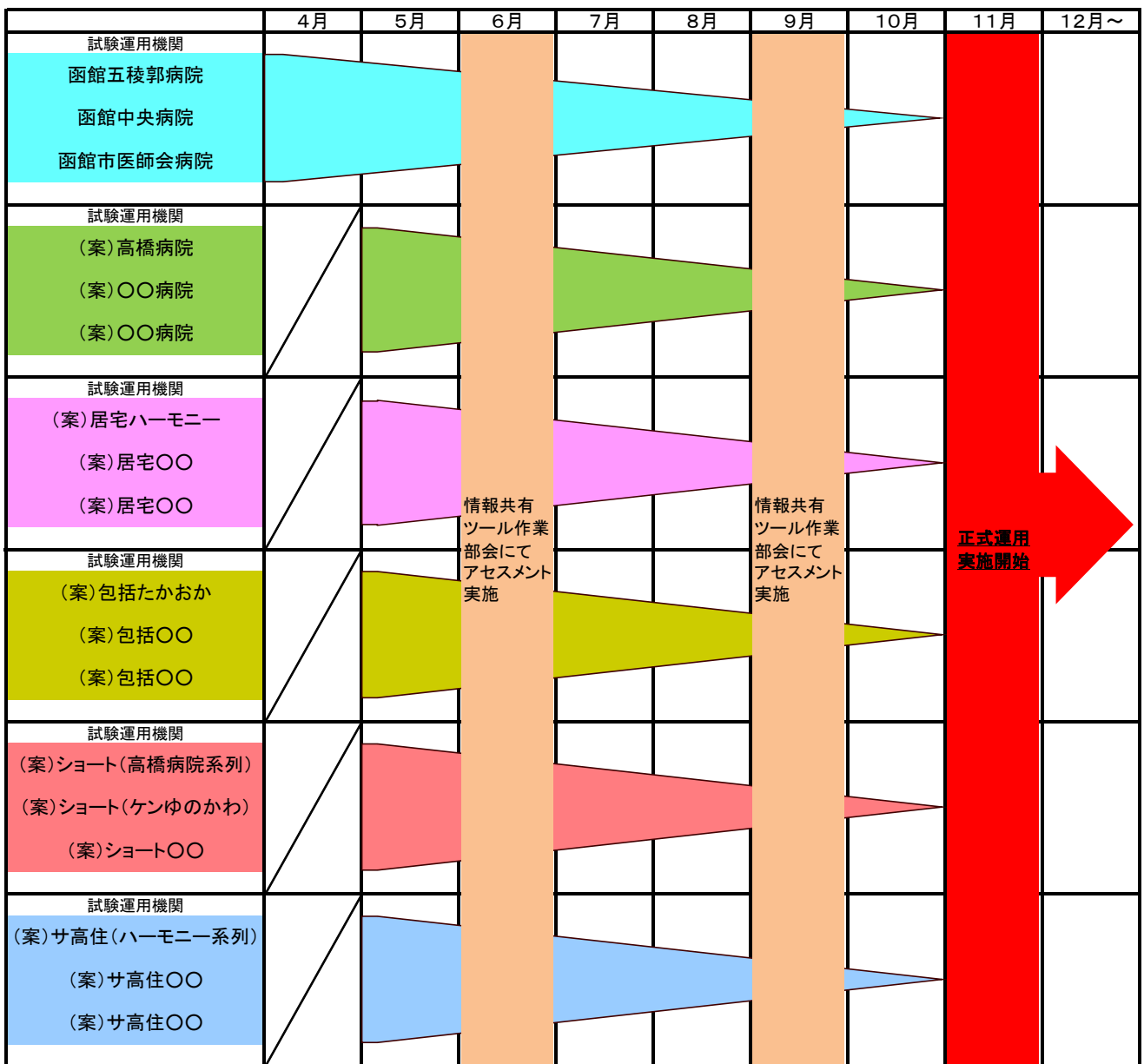
- ・函館五稜郭病院、函館中央病院、函館市医師会病院にて試験運用開始。
- ・対象者が退院する時点の情報ははこだて医療・介護連携サマリーを作成して退院先の担当者へ情報提供を行う。(サマリーの受け渡し時にアンケートを共に渡す。)
- ・受け取った退院先担当者はアンケート用紙を記入しセンターへ返送する。
- ・10月まで上記を継続。

●5月～【①病院⇔病院 ②病院⇔在宅 ③病院⇔施設の場面で活用】

- ・上記3病院に更に数ヶ所の病院と居宅・包括・ショート・サ高住の協力先からも入退院時の情報提供にサマリーを活用してもらう。(サマリーの受け渡し時にアンケートを共に渡す。)
- ・4月から試験運用に協力頂く函館五稜郭病院、函館中央病院、函館市医師会病院も在宅等からの情報提供を受ける側になるため、アンケートにご協力頂く。
- ・10月まで上記を継続。

●6月・9月

- ・アンケートの集計及びサマリーの発信側へのヒアリングにより「作成側」+「受取側」と双方からの意見を「函館市医療・介護連携支援センター」で集約し、課題等の抽出、内容・構成の検討を「情報共有ツール作業部会」で実施する。



作成側案内文

平成 29 年 3 月 日

〇〇〇病院

〇〇〇様

函館市医療・介護連携支援センター準備室
センター長 檜木 賢三

「はこだて医療・介護連携サマリー」の試験運用へのご協力のお願について

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、函館市の医療・介護関係者の連携を推進するため、函館市医師会を始めとした各専門職の職能団体の代表により全市的な規模で組織された『函館市医療・介護連携推進協議会』では、関係者の情報共有のあり方を協議するため、有識者による「情報共有ツール作業部会」を設置し、地域で統一された情報共有のためのツールの整備を進めてまいりました。

この度、病院、在宅および施設の間において、シームレスな状態で情報共有を行う事が可能となるよう、情報共有ツール「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。

本年 11 月からの正式運用を目標に、あらかじめご協力のご意向を頂いている一部の医療機関等では来月 4 月から試験運用としてこのサマリーでの情報共有を実施し、今後は段階的にこのサマリーの活用医療機関・施設の拡大を目指しております。

つきましては、貴医療機関におかれましても、是非このサマリーの試験運用にご参加を頂けますよう、ご理解とご協力をお願いいたします。

記

- <情報共有ツール名称> はこだて医療・介護連携サマリー ※ 別添の様式をご参照願います。
- <試験運用期間> 平成 29 年 4 月 1 日～平成 29 年 10 月 31 日
- <サマリー作成対象者> 以下の全てを満たす方
- ・平成 29 年 4 月 1 日以降に退院される方
 - ・病状や生活・環境等の変化において退院調整支援が必要となった方
 - ・65 歳以上の方、もしくは第 2 号被保険者で介護サービスを利用している方、またはこれから利用を希望する方
- <試験運用の内容> ①対象者のサマリーを作成し、連携する情報提供先に送付・送信
②サマリーを連携する情報提供先（受取側）へ送付・送信する時に、受取側からのアセスメントを得るため、アンケート調査用紙を添付
※別添アンケート調査用紙をご参照願います。
- <アセスメント>
- ・情報提供していただく側（送る側）～ ヒアリングの実施による
 - ・情報提供される側（受取側）～ アンケートの分析による
 - ・実施時期 1 回目～平成 29 年 6 月下旬
2 回目～平成 29 年 9 月下旬

[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準備室 担当：高柳，川村，佐藤，長谷川

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

電話：43-3939 FAX：43-1199

〇〇〇
〇〇〇様

函館市医療・介護連携支援センター準備室
センター長 檜木 賢三

「はこだて医療・介護連携サマリー」の試験運用へのご協力のお願について

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、函館市の医療・介護関係者の連携を推進するため、函館市医師会を始めとした各専門職の職能団体の代表により全市的な規模で組織された『函館市医療・介護連携推進協議会』では、関係者の情報共有のあり方を協議するため、有識者による「情報共有ツール作業部会」を設置し、地域で統一された情報共有のためのツールの整備を進めてまいりました。

この度、病院、在宅および施設の間において、シームレスな状態で情報共有を行う事が可能となるよう、情報共有ツール「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。

本年11月からの正式運用を目標に、あらかじめご協力のご意向を頂いている一部の医療機関等では来月4月から試験運用としてこのサマリーでの情報共有を実施し、今後は段階的にこのサマリーの活用医療機関・施設の拡大を目指しております。

つきましては、貴医療機関におかれましても、是非このサマリーの試験運用にご参加を頂けますよう、ご理解とご協力をお願いいたします。

記

- <情報共有ツール名称> はこだて医療・介護連携サマリー ※ 別添の様式をご参照願います。
- <試験運用期間> 平成29年4月1日～平成29年10月31日
- <サマリー作成対象者> 以下の全てを満たす方
- ・平成29年4月1日以降に退院される方
 - ・病状や生活・環境等の変化において退院調整支援が必要となった方
 - ・65歳以上の方、もしくは第2号被保険者で介護サービスを利用している方、またはこれから利用を希望する方
- <試験運用の内容> ①連携する情報提供元よりサマリーとアンケート調査用紙を受け取る
②アンケート調査用紙を記入する
③記載したアンケート調査用紙が記入後すぐに函館市医療・介護連携支援センターまで送信する
- <アセスメント> ・情報提供していただく側（送る側）～ ヒアリングの実施による
・情報提供される側（受取側）～ アンケートの分析による
・実施時期 1回目～平成29年6月下旬
2回目～平成29年9月下旬

[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準備室 担当：高柳，川村，佐藤，長谷川

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

電話：43-3939 FAX：43-1199

【マップイメージ図】

検索画面①



検索画面②

