

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6回会議

日時：平成29年10月26日（木）19：00～

場所：函館市医師会病院 5階講堂

【次第】

- 1 開 会
- 2 議 事

○報告事項

- (1) 「基本ツール，応用ツールの修正」について （資料1・資料2）
- (2) 試験運用の実施状況について （資料3）
- (3) ICT研修について

○協議事項

- (1) モニタリングについて （資料4）
- (2) 応用ツールごとの作成マニュアル等について （資料5）
- (3) 今後のスケジュールについて （資料6）

3 その他

- ・次回の部会日程について

4 閉 会

【配付資料】

- 1 はこだて医療・介護連携サマリー（修正版）
- 2 はこだて医療・介護連携サマリー修正箇所
- 3 試験運用実施状況
- 4 モニタリング集計
- 5 応用ツール作成マニュアル
- 6 試験運用タイムスケジュール

**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6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	加藤 由美子 ※欠席	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	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

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

資料1

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	平成 年 月 日 ~ 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()						
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 <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"/> 杖 <input type="checkbox"/> 介助 <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"/> 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"/> 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"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	水分ロム	<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	P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	<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

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	サービス提供事業者・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	□=男性 ○=女性 ◎=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）

- | | |
|---|---|
| <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
_____ | |

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

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 _____

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	
● 基本情報等					
(フリガナ) 氏名	生年・ 性別等	生 年 月 日	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(級) 精神(級)
現住所	電話番号				
① 居住	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> アパート(階) <input type="checkbox"/> マンション(階) <input type="checkbox"/> 施設() ※エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他()	
② 要介護度	認定有 効期間	平成 年 月 日	障害高齢者日常生活自 立度(覆たきり度)	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()				
③ 主介護者	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	職労 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⑩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					
④ 起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす	<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()	
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 ()		
⑥ 視力	<input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <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"/> 大声ならなんとか聞える <input type="checkbox"/> ほとんど聞えない <input type="checkbox"/> 判断不能	補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

- ① 『アパート，マンション』を分けずに集合住宅に修正。エレベーターのチェック項目を上部に移動し，施設の（ ）のスペースを大きく変更。
- ② 『事業対象者』を追加，『適応外』の表現を『非該当』に変更。
- ③ 『主介護者，キーパーソン』の表現を『連絡先①②』に変更。後方の『就労状況，健康状態，緊急連絡先』を『関係』に変更。
- ④ 起居動作のチェック項目を簡素化。『自立，見守り』以外にチェックがつく場合は応用ツール⑩に記入する形に変更。
- ⑤ 自立と介助を分け，その後ろに手段をチェック。
- ⑥ 視力・聴力のチェック項目を簡素化。フリー記入スペースを追加。

【基本ツール②】

家族構成図	<input type="checkbox"/> = 男性 <input type="checkbox"/> = 女性 <input type="◎"/> = 本人 KP = キーパーソン	緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先
			1 (住所)		
			(備考・携帯番号等)		
			2 (住所)		
本サマリーの記入者			所属名		
電話		FAX		記入者	函達次郎
				作成日	

⑦『関係』『就労状態』『健康状態』を追加。

【応用ツール②褥瘡管理】

応用ツール② 褥瘡管理	
1.氏名	
2.治療医療機関	・担当医
3.自己管理能力 (該当するものに☑)	
⑧ <input type="checkbox"/> 1)自己管理可 <input type="checkbox"/> 2)一部補完 <input type="checkbox"/> 3)全面補完 (代行))	
* 家族等の代行能力⇒	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 不可能
* 特記事項()

・応用ツール全体に生年月日を追加。
 ⑧『一部補完, 全面補完』を『一部介助, 全面介助』に、『代行』を『介助者』に変更。応用ツール⑤～⑮も同様に変更。

【応用ツール③ 認知症管理】

4.認知症の治療状況		
・治療医療機関⇒	()
・担当医⇒	()
⑨	・内服薬の状況⇒ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	有の場合処方内容⇒	

⑨『 薬情報添付』のチェックを追加。

【応用ツール⑤ 自己腹膜還流管理】

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)
⑩	6.使用器具・提供数	
	<input type="checkbox"/> バッグ交換システム	
	(メーカー: 種類:	
	セット:)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
7.消毒薬・衛生材料		
・消毒液 (ml)		・綿棒 (本)
⑪	・滅菌ガーゼ (枚× 1パック)	・絆創膏 (個)
	・Y字カットガーゼ (枚× 1パック)	
	・その他 ()	

⑩『5.使用薬剤・投与量・回数, 6.使用器具・提供数』を合体及び一部削除し、『透析療法と使用器具等』に変更。

⑪内容を整理し変更。

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	11
		函館中央病院	22
		函館市医師会病院	114
		国立病院機構函館病院	3
		おおむら整形外科病院	3
		西堀病院	2
在宅系サービス	居宅介護支援事業所	ハーモニー	2
		あさひ	18
		函館脳神経外科	6
		百楽園	3
		シンフォニー	9
		はくあい園	12
		あんじゅう	18
		白ゆり	22
		すみれ	10
		西堀	21
	あんしん松風	2	
	地域包括支援センター	たかおか	4
		ときとう	4
		神山	1
施設系サービス	短期入所療養介護	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	桔梗みのりの里	16
		シンフォニー	0
	介護付き有料老人ホーム	こん	1
	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	3
		ジャパンケアサービス	1
	ハートTOハート北浜	0	

総実績数 308件

イ 運用形態別の試験運用実績

(病院から提供)

- ・病院→在宅 72件
 - ・病院→施設 49件
 - ・病院→病院 34件
- 計 155件

(在宅系サービスから提供)

- ・在宅→病院 111件
 - ・在宅→施設 12件
 - ・在宅→在宅 9件
- 計 132件

(施設系サービスから提供)

- ・施設→病院 21件
 - ・施設→在宅 0件
 - ・施設→施設 0件
- 計 21件

総実績数 308件

情報共有ツール部会 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） H29.7～9分（n=62）

1. 区分

① 病院	<u>42 件</u>
② 診療所	<u>1 件</u>
③ 歯科診療所	<u>0 件</u>
④ 介護サービス事業所	<u>19 件</u>
居宅系サービス（居宅9件，包括4件）	
施設系サービス（ショートステイ2件，グループホーム1件，老人保健施設2件， 介護付き有料老人ホーム1件）	

2. 受け取ったサマリーの種類

① 基本ツール	62 件
② 応用ツール	52 枚／38 件
①付帯情報管理	(6 枚)
②褥瘡管理	(4 枚)
③認知症管理	(9 枚)
④食事摂取困難管理	(9 枚)
⑥酸素療法管理	(2 枚)
⑧糖尿病治療管理	(3 枚)
⑨経管栄養法管理	(1 枚)
⑩膀胱留置カテーテル管理	(1 枚)
⑬特記事項	(17 枚)
※未回答	2 件

3. サマリーの受取方法

① 手渡し	38 件
② FAX	21 件
③ 郵送	3 件
④ その他	0 件

4. 内容に関して

I 情報の記載順序について

① 見やすい	46 件
② 見づらい	16 件

(具体的に)

- ・ P1～6 までは，はこだて医・介サマリー，P7～9 は CM 在宅プラン etc の順序で見やすい。
- ・ 通院先や現状がわかりやすい。

- ・認知症症状の記載順序が途中に入っているため。
- ・字が細かい。
- ・シンプルに整理できればいい。
- ・順序は良いが1枚の用紙に基本情報が集約しすぎているとの意見が出ていました。
- ・項目が細かい。
- ・内容的に分かりやすいが見つらい。
- ・表記や字全体が小さく読みづらいつ感じました。もう少し枚数が増えてもいいので文字を大きくしてほしいです。
- ・見慣れていないから。
- ・スペースや字が細かいです。
- ・習慣になってないから。
- ・レ点ではなく塗りつぶした方が見やすい。

II 情報の内容について

① 多い	5 件
② 足りない	3 件
③ ちょうどよい	53 件
※未回答	1 件

(具体的に)

- ・サマリーの他に在宅プラン etc 追加情報あり。
- ・保清が無い。もう少しシンプルにして見やすい方がいい。
- ・字が細かくて、情報量が見えにくい。
- ・認知症の情報をもっとほしかった。

III 情報の正確さについて

① 正確	30 件
② ほぼ正確	26 件
③ 一部誤りあり	2 件
④ 不正確	1 件
※未回答	3 件

(具体的に)

- ・身体、生活機能等は入院時変化しているため、しかたないと思う。
- ・ポート挿入しているが記載なし。医療情報が不足。
- ・主介護者、キーパーソン、同居家族と2枚目基本ツール②いろいろ重複。基本ツール②の週間スケジュールはケアプランがあればいい。
- ・これから訪問予定。
- ・必要な情報がある程度書かれていた。
- ・転倒既往があり、抑制具を使用していたようだが情報が無い。
- ・介護保険情報に一部誤りあり。

- ・家族からの情報と間違いがあまりなかった。
- ・以前に入院していた方なので、緊急連絡先の情報は正しいです。介護サービス利用状況については、正確かどうかわかりません。

IV その他

- ・入院して早急な対応であり、情報源が少ない中、本人像が明確に分かり、看護 etc 現場の対応時の参考になる。
- ・見慣れれば問題ないかもしれないが、細かくて見にくい。チェックボックス ではなく、塗りつぶしの方が目を引いてわかりやすいかもだが、インクの減りが早くなる（でも塗りつぶしの方が見やすい）。
- ・基本ツールを1枚にまとめたことで、細かくなり FAX だと字がつぶれがちになり読みにくくなる。
- ・一番気になる事など、記入してもらえる欄があれば良い。
- ・紙の量が少ないと管理しやすいです。
- ・情報内容としては問題ないですが、字が小さくて見づらいです。
- ・基本ツール②スケジュールがカレンダーに書かれていないので中途半端である。
- ・助かりました。
- ・特に応用ツールのこれまでの経過と今後の予定に関する情報はありがたかったです。
- ・入院時に情報提供あり、状況把握と担当者の確認ができ、連携に役立つと思います。
- ・退院前の情報等の確認が得られたこと、退院時のサマリー他はサービス提供事業所との支援調整に役立ちました。今後もよろしくお願いいたします。

情報共有ツール部会 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） H29.7～9分（n=20）

1) 記入項目について

（情報の記載順序について）

- | | |
|---------|-----|
| ① 書きやすい | 13件 |
| ② 書きづらい | 7件 |

※具体的な意見

- ・必要な情報が集約されているので、情報を収集するための確認作業も楽であった。
- ・文字が小さくて見づらかったです。
- ・チェックで済むので記入が楽だが、全体的に文字が小さいため見えづらい。
- ・形式になっているため記入しやすかった。
- ・基本ツールの選択式の記入はしやすいが、応用ツールを埋めるのは慣れるまで時間を要する。
- ・記載順序は利用者様の全体像が分かりやすいと思います。
- ・書式に慣れた。
- ・ツールに沿って記入していくと忘れずに情報を渡すことが出来るため。
- ・入力しやすかった。
- ・チェック項目に知らせたい項目がなく結局、その他や特記に長い文章となってしまう。
- ・医療側（医療情報）→福祉側への情報提供はとても助かります。
- ・順序的には、チェックがあると次のツールへ内容を記載していけることもあり書きやすく思う。
- ・患者のイメージがつきにくい。

（情報の内容について）

- | | |
|----------|-----|
| ① 多い | 2件 |
| ② 足りない | 7件 |
| ③ ちょうどいい | 11件 |

※具体的な意見

- ・身体状況等について、詳細を記載したい。
- ・これ以上多くなると、作成側、受け手側ともにストレスを感じるように思われる。
- ・時間のないときに書くには時間が少しかかりました。
- ・病歴（既往歴）を記載する欄が少々足りない気がします。発症時期や入院歴を記載する欄もあれば良いかなと。
- ・医療情報の欄が足りない。
- ・介護情報、個々の介助法等について詳細を記入できると良い。
- ・初めは多いと感じたが数回書くうちに慣れたように思う。
- ・ちょうど情報量が少ない方だったので、記入項目はあまりなかったがちょうどよいと思う。
- ・介護面での情報が少ないのでは。

- ・医療面は十分かと思えます。
- ・内容が細かいため、詳しい情報を得られるが、非常に詳細のため、作成するのに時間がかかる。
- ・記載事項が多岐にわたるため急な入院などに対応しづらく、結局未提出になってしまう。
- ・入院経過や今後在宅でお願いしたいことなど伝えたい内容が記入しづらい。

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

- | | |
|------|------|
| ① あり | 1 件 |
| ② なし | 19 件 |

※具体的な内容

- ・渡しても『???』という対応をされることがほとんど。
- ・医療機関からの退院時もいただくことがなく、認識度は小さい印象。

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

- | | |
|------|------|
| ① あり | 7 件 |
| ② なし | 13 件 |

※具体的な内容

- ・必要に応じて、地域医療連携室所属の看護師と作成。
- ・応用の一部をN s サイドで記入。
- ・尿カテーテルについて。
- ・デイに歩行状態等を確認。
- ・基本ツール協働：相談員，N s， 応用ツール：N s。
- ・食事形態，排便状況。
- ・医療処置の詳細は看護師が記入。
- ・医療分野は看護師が記載，また，普段の状態は介護職員・栄養士へ聞き取りしながらの記載。
- ・応用ツール⑥⑨⑬⑭を外来N s と協働記載（使用機器，投与方法，消毒薬，衛生材料等）。

4) その他，ご意見やご要望などあれば記載して下さい

- ・元々，院内で使用している書式があるため，あまり使用していないのが現状である。
- ・ツール作成は基本的にMSWでの対応としているが現状のマンパワーでは作成件数に限界を感じている。
- ・「はこだて医療・介護連携サマリー」を提出しても退院時の連絡，情報がなかったので残念に感じました。
- ・こちらが作成する側の時にはそれほど気にならなかったのですが，9月に初めて情報をいただく側となった時に，文字やチェック欄が小さく見えづらく感じました。慣れが必要でしょうか。
- ・ケアマネと主治医とのやり取りを簡潔に行える仕組み（用紙のやり取り等）を作って欲しい。

例：介護保険の医療的サービス（訪看，デイケア等）利用の主治医からの意見等。

- ・内容が2枚に集約されていいのだが字が細かくて見にくい。
- ・見る側は細かすぎてパッと見難い。
- ・日常業務にも活用できる書式だと業務の効率化にも活かせるが，都度，連携のためだけに新たに作成するのは，時間を要し難儀感も大きい。
- ・入院先に持参した後，転院されたケースで転院先に確認したところサマリーの希望があり持参しました。同じ内容のサマリーとなる為はじめに入院した病院へ持参したものを提供していただく事が出来るでしょうか。
- ・病院提出後，転院になった際のサマリーについて病院によって対応の違いがあると思います。確認すると転院先では前病院から情報をいただいているので①わからないことがあったら連絡しますと言って下さる場合と②最初からいただければとの2通りあります。①がありがたいです。
- ・食事について療養食の内容を記入するところがあると良い（例：心臓食，塩分5g以下など）。
- ・入浴について一般か機械入浴かを記入するところがあると良い（チェックでも良い）。
- ・今回は経管栄養の方のペグ交換のための入院で定期的に入院されている方だったが緊急時には多くの情報があつた方が良くと思います。
- ・施設側としては，情報共有できる看護サマリーは必要だと思います。
- ・何枚もの量になるとすべて書いたり読んだりするのに時間がとても必要。
- ・チェック項目の横にバルンなら何Fr，カフ何ccなど書き込めた方が一目でわかる気がします。
- ・作成に時間を費やしてしまうので，ケマネジャーが作成する既存の書類でカバーできる部分はそれで良いのではと思います。（作る際に他のケママネと話しました）
- ・連携サマリーの書式は見やすく，レ点でチェックする箇所がほとんどで，記入も負担なくできると感じています。応用ツールも枚数は多いですが，すべての状態を網羅するにはこのくらいの枚数にはなってしまうのは仕方ないと思います。市内すべての医療機関，介護施設等がこの用紙に統一することが決まれば，連携がスムーズにいき，情報共有がきちんとできると思うので，早く統一の指示が出ればよいと考えます。
- ・重複しての記載内容があつた（緊急連絡先など）。
- ・記載内容が多いため，入院する際は実際にはすべて記載する時間がなく後からの提出になってしまう。
- ・在宅と違い，施設の入所者は短い期間での変更が多く都度の情報を変更しなければならない
- ・ケアマネジャーがいる場合の対応の提出の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）
- ・医療情報ですが，既往が多い方だと，記入しきれない事もあり，記入の際，記入の仕方に迷うことがありました。

リンク①

●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

リンク②

●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

リンク③

●函館市 認知症疾患医療センター

【内容】

- ・ 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

リンク④

●認知症ねっと

【内容】

認知症に関するトピックス等を幅広く掲載する民間サイトです。

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。

※各原因疾患の詳細については「知ってあんしん認知症」（函館市認知症ケアパス）参照。
<http://www.city.hakodate.hokkaido.jp/docs/2017042800077/files/keapasu-all.pdf>

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
 夕方の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い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

情報共有ツール『はこだて医療・介護連携サマリー』

今後の試験運用の展開方法及び正式運用，スケジュール等について

1 情報共有ツールの本格運用までの具体的なスケジュール

(1)11/1～新書式での試験運用を開始

- ・現在の試験運用協力機関には情報ツール作業部会終了後から新書式の説明を行い 11/1 から新書式での試験運用をスタート。
- ・11/7 の函館市医療・介護連携推進協議会終了後，5 団体（イカリング，居宅連協，包括連協，訪看連協，老施協）を通して試験運用の協力機関拡大を募り，試験運用に参加してもらう。

(2)新書式試験運用アセスメント

- ・協力機関ヒアリング等は 2 月頭に実施。
- ・2 月の部会，推進協議会を経た後，説明会を開催。

(3)正式運用に向けた説明会（テレシアター）

- ・2～3 月の間に説明会実施。具体的な方法は今後調整。

(4)正式運用開始

- ・説明会終了後の 3 月に開始。

2 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
7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>
10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> ●<u>『はこだて医療・介護連携サマリー（修正後）』の承認</u>
11月	<ul style="list-style-type: none"> ●<u>『はこだて医療・介護連携サマリー（修正後）』試験運用の実施</u> ・試験実施機関を拡大しつつ試験運用を継続
2月	<ul style="list-style-type: none"> ●<u>情報共有ツール作業部会の開催（第3回 試験運用アセスメントの実施）</u> ●<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>
3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』正式運用の開始</u>

【試験運用タイムスケジュール】

【新書式に変更】⇒

