

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20回会議

日時：令和6年10月11日（金） 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) モニタリングの結果について（資料1）
- (2) 第9回 函館市医療・介護連携多職種研修会について（資料2）

○協議事項

- (1) はこだて医療・介護連携サマリーQ&A集
およびモニタリング集計結果について（資料3）
- (2) はこだて医療・介護連携サマリーのマイナーチェンジについて（資料4）
（試験運用の報告含む）
- (3) 応用ツール④ の変更（案）について（資料5）
- (4) その他の応用ツールの変更（案）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 モニタリング集計
- 2 第9回函館市医療・介護連携多職種研修会
- 3 はこだて医療・介護連携サマリーQ&A集およびモニタリング集計結果
- 4 はこだて医療・介護連携サマリーのマイナーチェンジ後サマリー
- 5 応用ツール④ の変更（案）
- 6 その他の応用ツールの変更（案）

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20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	○幹事 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	中野 敏昭	中野デンタルクリニック
	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 宮前店
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	片桐 千賀子	木古内町国民健康保険病院
	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
		熊倉 慎治	市立函館病院 事務局
介護	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 ※欠席	社会医療法人 高橋病院
	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	青木 美香	居宅介護支援事業所 花笑み
	函館市地域包括支援センター連絡協議会	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

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
○活用状況調査集計結果 R6.1.1～R6.6.30分

<<所属機関>>

種 別	(n=121)			(n=147)			(n=160)		
	第13回			第12回			第11回		
	R6.1.1～R6.6.30分			R5.7.1～R5.12.31分			R5.1.1～R5.6.30分		
	配布件数 (a)	回収件数 (b)	種別ごと 回収率 (b)/(a)	配布件数 (a)	回収件数 (b)	種別ごと 回収率 (b)/(a)	配布件数 (a)	回収件数 (b)	種別ごと 回収率 (b)/(a)
① 入院医療機関	24 件	15 件	63%	24 件	13 件	54%	24 件	16 件	67%
② 居宅介護支援事業所	94 件	34 件	36%	92 件	37 件	40%	93 件	49 件	53%
③ 包括支援センター	10 件	6 件	60%	10 件	10 件	100%	10 件	8 件	80%
④ 訪問看護	38 件	11 件	29%	31 件	13 件	42%	31 件	13 件	42%
⑤ 短期入所生活介護	28 件	4 件	14%	27 件	8 件	30%	27 件	9 件	33%
⑥ 短期入所療養介護	11 件	0 件	0%	11 件	1 件	9%	11 件	0 件	0%
⑦ 特定施設入居者生活介護	12 件	4 件	33%	12 件	6 件	50%	12 件	5 件	42%
⑧ 小規模多機能型居宅介護	19 件	5 件	26%	19 件	6 件	32%	21 件	4 件	19%
⑨ 認知症対応型共同生活介護	47 件	9 件	19%	47 件	16 件	34%	48 件	15 件	31%
⑩ 地域密着型特定施設入居者生活介護	13 件	7 件	54%	13 件	6 件	46%	14 件	8 件	57%
⑪ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	5 件	1 件	20%	5 件	1 件	20%	5 件	1 件	20%
⑫ 看護小規模多機能型居宅介護	6 件	0 件	0%	6 件	1 件	17%	6 件	1 件	17%
⑬ 介護老人福祉施設	17 件	7 件	41%	17 件	6 件	35%	17 件	8 件	47%
⑭ 介護老人保健施設	8 件	4 件	50%	8 件	4 件	50%	8 件	4 件	50%
⑮ 介護医療院	4 件	3 件	75%	4 件	2 件	50%	5 件	2 件	40%
⑯ サ付・有料	84 件	11 件	13%	85 件	17 件	20%	86 件	17 件	20%
合 計	420 件	121 件		411 件	147 件		418 件	160 件	

(1) 貴所属機関では、「はこだて医療・介護連携サマリー」(以下「サマリー」と表記)を作成し、情報共有に活用されたことがありますか。

項 目	第13回		第12回		第11回		第10回		第9回	
	R6.1.1～R6.6.30分		R5.7.1～R5.12.31分		R5.1.1～R5.6.30分		R4.7.1～R4.12.31分		R4.1.1～R4.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
① はい	66 件	55%	79 件	54%	81 件	51%	76 件	61%	85 件	49%
② いいえ	55 件	45%	68 件	46%	79 件	49%	48 件	39%	87 件	51%
合 計	121 件		147 件		160 件		124 件		172 件	

はい, 55%

いいえ, 45%

・②いいえの理由。

項 目	第13回		第12回		第11回		第10回		第9回	
	R6.1.1～R6.6.30分		R5.7.1～R5.12.31分		R5.1.1～R5.6.30分		R4.7.1～R4.12.31分		R4.1.1～R4.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
■活用していないとの回答のうち	55 件		68 件		79 件		48 件		87 件	
① 機会がない	8 件	15%	13 件	19%	11 件	14%	12 件	25%	20 件	23%
② 今後使用予定	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%	3 件	3%
③ 準備ができていない	2 件	4%	3 件	4%	0 件	0%	1 件	2%	1 件	1%
④ その他	38 件	69%	35 件	51%	57 件	72%	32 件	67%	55 件	63%
⑤ 未回答	7 件	13%	17 件	25%	11 件	14%	3 件	6%	8 件	9%

準備ができていない, 4%

機会がない, 15%

その他, 69%

未回答, 13%

今後使用予定: 0%

・②いいえのうち、その他の理由。

項 目	第13回		第12回		第11回		第10回		第9回	
	R6.1.1～R6.6.30分		R5.7.1～R5.12.31分		R5.1.1～R5.6.30分		R4.7.1～R4.12.31分		R4.1.1～R4.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
■その他の回答のうち	38 件		35 件		57 件		32 件		55 件	
① 既存の書式を利用	23 件	61%	17 件	49%	27 件	47%	16 件	50%	30 件	55%
② 電子カルテ（介護ソフト）で管理している	3 件	8%	2 件	6%	7 件	12%	9 件	28%	6 件	11%
③ その他	12 件	32%	16 件	46%	23 件	40%	7 件	22%	19 件	35%

電子カルテ（介護ソフト）で管理している, 8%

既存の書式を利用, 61%

その他, 32%

(2) (1)で「①はい」とお答えされた方にお伺いします。

ア 令和6年1月1日から令和6年6月30日までの期間で、何件の「サマリー」を作成されましたか？

- ・最大作成件数は1, 210件
- ・1機関の平均活用件数は30件

イ どのような機会に作成し、活用していますか。（複数回答あり）

項 目	第13回		第12回		第11回		第10回		第9回	
	R6.1.1～R6.6.30分		R5.7.1～R5.12.31分		R5.1.1～R5.6.30分		R4.7.1～R4.12.31分		R4.1.1～R4.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
① 入院（所）時	50 件	55%	69 件	64%	68 件	60%	57 件	61%	65 件	53%
② 退院時	19 件	21%	18 件	17%	23 件	20%	22 件	23%	24 件	20%
③ 転院時	3 件	3%	4 件	4%	6 件	5%	4 件	4%	7 件	6%
④ サービス事業所へ（新規依頼時等）	10 件	11%	5 件	5%	7 件	6%	5 件	5%	9 件	7%
⑤ その他	9 件	10%	12 件	11%	10 件	9%	6 件	6%	17 件	14%
⑥ 未記入	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%
合 計	91 件		108 件		114 件		94 件		122 件	

ウ どのくらいの頻度でお使いですか。（複数回答あり）

項 目	第13回		第12回		第11回		第10回		第9回	
	R6.1.1～R6.6.30分		R5.7.1～R5.12.31分		R5.1.1～R5.6.30分		R4.7.1～R4.12.31分		R4.1.1～R4.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
① 入退院（所）支援のたび毎回作成	35 件	49%	40 件	45%	50 件	52%	36 件	46%	50 件	53%
② 全件では作成していないが、対象者を選定（または限定）して作成	26 件	37%	36 件	40%	37 件	39%	36 件	46%	37 件	39%
③ その他	10 件	14%	13 件	15%	8 件	8%	4 件	5%	7 件	7%
④ 未記入	0 件	0%	0 件	0%	1 件	1%	2 件	3%	0 件	0%
合 計	71 件		89 件		96 件		78 件		94 件	

入退院（所）支援のたび毎回
作成, 49%

全件では作成していないが、
対象者を選定（または限定）
して作成, 37%

その他, 14%

未回答：0%

(3) 「サマリー」の内容について、見直しが必要な箇所があると思われますか。

項 目	第13回		第12回		第11回		第10回		第9回	
	R6.1.1～R6.6.30分		R5.7.1～R5.12.31分		R5.1.1～R5.6.30分		R4.7.1～R4.12.31分		R4.1.1～R4.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
① あり	6 件	5%	6 件	4%	13 件	9%	8 件	7%	10 件	6%
② なし	85 件	70%	119 件	81%	97 件	68%	87 件	73%	109 件	63%
③ 未回答	30 件	25%	22 件	15%	33 件	23%	25 件	21%	53 件	31%
合 計	121 件		147 件		143 件		120 件		172 件	

あり, 5%

なし, 70%

未回答, 25%

○ 作成しない理由

《医療機関》

- ・ 今後導入を検討したい。訪問診療で導入済み。
- ・ これから導入予定
- ・ 電子カルテに導入されていないため
- ・ 院内所定用紙があるため（他４件）

《居宅介護支援事業所》

- ・ 他のツールを使用したため、ソフトに入っているものを使用したため
- ・ 自前のものがあるため（他５件）
- ・ その場面がなかった
- ・ 多忙のため時間的余裕がない（他２件）
- ・ 病院から不足を指摘されたことがない
- ・ 対象の方がいなかった
- ・ 必要ないので
- ・ 使いなれていないため

《包括支援センター》

- ・ 対象となるケースがなかった
- ・ 活用する場面がなかった（他２件）
- ・ 口頭で済むことが多かったため
- ・ 医療機関から依頼なく手持ちの情報で対応した
- ・ 病院側から基本情報で良いと言われたため
- ・ 急ぎ情報提供が必要でサマリーを作成する時間がなかった。基本情報で対応

《訪問看護》

- ・ 電子カルテ内のサマリーを活用しているため
- ・ ほぼ、同一法人の病院へ入院するため、独自のサマリーを使用

《短期入所生活介護》

- ・ 他事業所や病院からの情報で使用されていることがなかった為
- ・ 施設の書式で対応しているため（他１件）

《特定施設入居者生活介護》

- ・ 施設独自の書式で対応しているため（他２件）

《小規模多機能型居宅介護支援事業所》

- ・ 作成する場合がないため（入院）
- ・ 他のソフトを使用しているため
- ・ 医療機関でも使いこなせていないから。特に応用ツールを使用している病院はほぼないです

《認知症対応型共同生活介護》

- ・ 施設での様式があるため（他１件）
- ・ 使用する機会がなく
- ・ まだ作成できていない
- ・ 必要なかった

《地域密着型特定施設入居者生活介護》

- ・ 特に必要としていない

《地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護》

- ・ 現状での必要性がないため

《介護老人福祉施設》

- ・ 現在は施設独自の様式を使用している（他１件）
- ・ 当施設から情報提供する機会がなかったため。※受け取る機会はありません。
- ・ 他事業所や病院からの情報で使用されている事がなかったため

《介護老人保健施設》

- ・ 以前より施設で使っている様式の使用にて、これまで特に支障がなかったため（他２件）

《介護医療院》

- ・ 転院する方がいなかったため

《サ付・有料》

- ・ フェイスシートとサマリーが一緒のため
- ・ 独自の用紙等で伝達していたため（他１件）
- ・ 対象事例が無かったため（他１件）

○ 見直し等の意見

《居宅介護支援事業所》

- 応用ツール⑩6分割になっているためセルを結合したり改行が上手にできず文字がずれてしまうことが多いです。設定することなくWordのように打てると体裁よく情報提供も早くなると思いました
- 基本②とフェイス②の家族構成図がリンクされていない
- 加算を取得するために提供して欲しいと言われた。医療機関側がサマリーの必要性を勘違いしているのでは？

《包括支援センター》

- ブルダウンが繋がっていてスペースを取り使いづらい箇所があった
- ドロップダウンリストが幅をとるかもと思います
- 電話番号記入欄が小さいためFAXで情報を貰った時に文字が潰れていることが多い
- 絶対使ったほうが良いものなのか、そうでないのか、病院側でも意思統一してほしい。良いものだと思うがあえて書き出すのは手間がかかります

《訪問看護》

- 内容は良いですがサマリーの存在を認知していない居宅が多いと思います。ID-Linkでやりとりできるようになるとより良いと思います。ID-Linkの中に書式を入れられないでしょうか？
- 生年月日の西暦が和暦で入力できるようになり助かっています

《小規模多機能型居宅介護》

- 応用ツールを見直した方がいいと思います。上記どこの病院も使用していないので

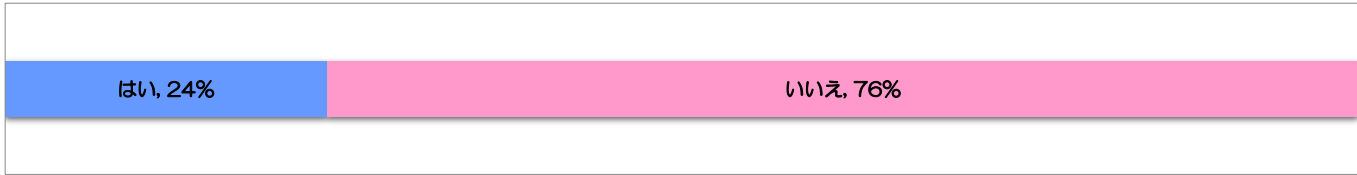
情報共有ツール作業部会 はこだて医療・介護連携サマリー モニタリング
〇活用状況調査集計結果 R6.1.1～R6.6.30分

《所属機関》

種 別	(n=21)			(n=21)			(n=22)		
	第5回			第4回			第3回		
	R6.1.1～R6.6.30分			R5.7.1～R5.12.31分			R5.1.1～R5.6.30分		
	配布件数 (a)	回収件数 (b)	種別ごと 回収率 (b)/(a)	配布件数 (a)	回収件数 (b)	種別ごと 回収率 (b)/(a)	配布件数 (a)	回収件数 (b)	種別ごと 回収率 (b)/(a)
① 入院医療機関	2 件	2 件	100%	2 件	1 件	50%	2 件	1 件	50%
② 居宅介護支援事業所	20 件	6 件	30%	21 件	8 件	38%	19 件	7 件	37%
③ 包括支援センター	2 件	1 件	50%	2 件	2 件	100%	2 件	1 件	50%
④ 訪問看護	9 件	2 件	22%	7 件	2 件	29%	7 件	2 件	29%
⑤ 短期入所生活介護	7 件	1 件	14%	7 件	1 件	14%	7 件	1 件	14%
⑥ 短期入所療養介護	3 件	0 件	0%	3 件	0 件	0%	3 件	0 件	0%
⑦ 特定施設入居者生活介護	11 件	2 件	18%	11 件	1 件	9%	11 件	1 件	9%
⑧ 小規模多機能型居宅介護	9 件	3 件	33%	9 件	3 件	33%	9 件	3 件	33%
⑨ 認知症対応型共同生活介護	14 件	3 件	21%	14 件	1 件	7%	14 件	2 件	14%
⑩ 地域密着型特定施設入居者生活介護	0 件	0 件	0%	0 件	0 件	0%	0 件	0 件	0%
⑪ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	5 件	0 件	0%	5 件	0 件	0%	5 件	1 件	20%
⑫ 看護小規模多機能型居宅介護	0 件	0 件	0%	0 件	0 件	0%	0 件	0 件	0%
⑬ 介護老人福祉施設	4 件	0 件	0%	4 件	1 件	25%	4 件	2 件	50%
⑭ 介護老人保健施設	3 件	1 件	33%	3 件	0 件	0%	3 件	1 件	33%
⑮ 介護医療院	1 件	0 件	0%	1 件	1 件	100%	1 件	0 件	0%
⑯ サ付・有料	21 件	0 件	0%	20 件	0 件	0%	20 件	0 件	0%
合 計	111 件	21 件		109 件	21 件		107 件	22 件	

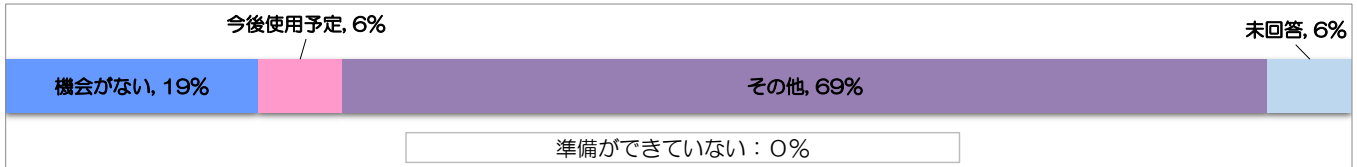
(1) 貴所属機関では、「はこだて医療・介護連携サマリー」(以下「サマリー」と表記)を作成し、情報共有に活用されたことがありますか。

項 目	第5回		第4回		第3回		第2回		第1回	
	R6.1.1～R6.6.30分		R5.7.1～R5.12.31分		R5.1.1～R5.6.30分		R4.7.1～R4.12.31分		R4.1.1～R4.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
① はい	5 件	24%	10 件	48%	9 件	41%	11 件	38%	10 件	38%
② いいえ	16 件	76%	11 件	52%	13 件	59%	18 件	62%	16 件	62%
合 計	21 件		21 件		22 件		29 件		26 件	



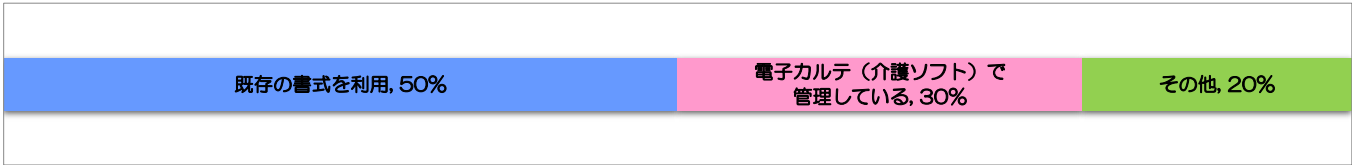
・②いいえの理由。

項 目	第5回		第4回		第3回		第2回		第1回	
	R6.1.1～R6.6.30分		R5.7.1～R5.12.31分		R5.1.1～R5.6.30分		R4.7.1～R4.12.31分		R4.1.1～R4.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
■活用していないとの回答のうち	16 件		11 件		13 件		18 件		16 件	
① 機会がない	3 件	19%	3 件	27%	3 件	23%	6 件	33%	6 件	38%
② 今後使用予定	1 件	6%	0 件	0%	0 件	0%	1 件	6%	0 件	0%
③ 準備ができていない	0 件	0%	1 件	9%	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%
④ その他	11 件	69%	7 件	64%	8 件	62%	11 件	61%	9 件	56%
⑤ 未回答	1 件	6%	0 件	0%	2 件	15%	0 件	0%	1 件	6%



・②いいえのうち、その他の理由。

項 目	第5回		第4回		第3回		第2回		第1回	
	R6.1.1～R6.6.30分		R5.7.1～R5.12.31分		R5.1.1～R5.6.30分		R4.7.1～R4.12.31分		R4.1.1～R4.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
■その他の回答のうち	10 件		7 件		8 件		11 件		9 件	
① 既存の書式を利用	5 件	50%	3 件	43%	5 件	63%	6 件	55%	5 件	56%
② 電子カルテ（介護ソフト）で管理している	3 件	30%	3 件	43%	3 件	38%	4 件	36%	1 件	11%
③ その他	2 件	20%	1 件	14%	0 件	0%	1 件	9%	3 件	33%



(2) (1)で「①はい」とお答えされた方にお伺いします。

ア 令和6年1月1日から令和6年6月30日までの期間で、何件の「サマリー」を作成されましたか？

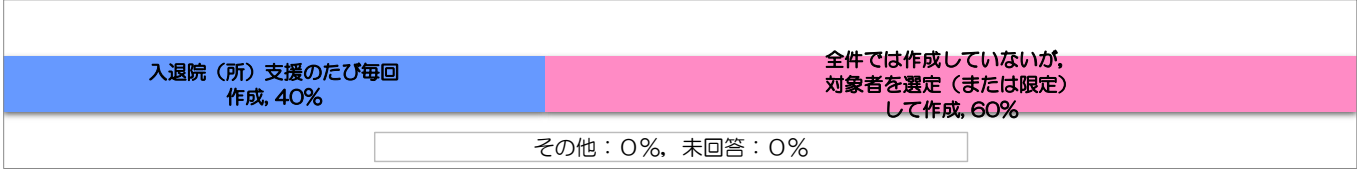
・最大作成件数は200件
・1機関の平均活用件数は50件

イ どのような機会に作成し、活用していますか。（複数回答あり）

項 目	第5回		第4回		第3回		第2回		第1回	
	R6.1.1～R6.6.30分		R5.7.1～R5.12.31分		R5.1.1～R5.6.30分		R4.7.1～R4.12.31分		R4.1.1～R4.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
① 入院（所）時	3 件	75%	9 件	82%	9 件	64%	11 件	92%	10 件	77%
② 退院時	1 件	25%	1 件	9%	3 件	21%	1 件	8%	2 件	15%
③ 転院時	0 件	0%	0 件	0%	1 件	7%	0 件	0%	1 件	8%
④ サービス事業所へ（新規依頼時等）	0 件	0%	1 件	9%	1 件	7%	0 件	0%	0 件	0%
⑤ その他	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%
⑥ 未回答	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%
合 計	4 件		11 件		14 件		12 件		13 件	

ウ どのくらいの頻度でお使いですか。（複数回答あり）

項 目	第5回		第4回		第3回		第2回		第1回	
	R6.1.1～R6.6.30分		R5.7.1～R5.12.31分		R5.1.1～R5.6.30分		R4.7.1～R4.12.31分		R4.1.1～R4.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
① 入退院（所）支援のたび毎回作成	2 件	40%	6 件	60%	8 件	89%	6 件	50%	7 件	58%
② 全件では作成していないが、対象者を選定（または限定）して作成	3 件	60%	4 件	40%	0 件	0%	5 件	42%	2 件	17%
③ その他	0 件	0%	0 件	0%	1 件	11%	1 件	8%	3 件	25%
④ 未回答	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%	0 件	0%
合 計	5 件		10 件		9 件		12 件		12 件	



(3) 「サマリー」の内容について、見直しが必要な箇所があると思われますか。

項 目	第5回		第4回		第3回		第2回		第1回	
	R6.1.1～R6.6.30分		R5.7.1～R5.12.31分		R5.1.1～R5.6.30分		R4.7.1～R4.12.31分		R4.1.1～R4.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
① あり	1 件	5%	0 件	0%	3 件	19%	2 件	7%	8 件	31%
② なし	11 件	52%	13 件	62%	13 件	81%	20 件	67%	12 件	46%
③ 未回答	9 件	43%	8 件	38%	0 件	0%	8 件	27%	6 件	23%
合 計	21 件		21 件		16 件		30 件		26 件	



○ 作成しない理由

《入院医療機関》

- 各部署の協議がむずかしい

《居宅介護支援事業所》

- R3年に導入したソフトに入院時情報の様式が入っているので、今はサマリーは使用していません。※ソフトが来るまでは医療機関か入居予定の施設に使用していました。
- 使用しているソフト内に同様のものが入っているため、フェイスシートは要望あるが「サマリー」がない、システムの情報提供を使用しているため
- ケアマネによる。大活用しているケアマネもあれば介護ソフトのアセスメント使うケアマネも。ソフトの物を使ってしまいがちケアマネもいる。

《包括支援センター》

- システムに入っている基本情報を活用している（他1件）
- 特に求められることもなく、北斗市でも利用されていないため
- 作成する機会がありませんでした（他3件）
- 担当している方のサマリーを全員分作成してはなく、急な入院で病院側から情報要請があると既存の基本情報を使用している

《訪問看護》

- 使用する機会がなかった
- 使用方法がわからない

《短期入所生活介護》

- 施設独自の物があるため

《特定施設入居者生活介護》

- 当施設で使用しているサマリー活用（他1件）

《小規模多機能型居宅介護》

- 担当者の準備が追いついていない
- 事業所の様式を使用しているため

《認知症対応型共同生活介護》

- 独自の情報提供書を使用しています
- 入退所の機会がなかったため（他1件）

《介護老人保健施設》

- 病院退院時は情報としていただき活用しているが、当施設では介護ソフトでの作成しているためサマリーは作成していません

○ 見直し等の意見

《居宅介護支援事業所》

- 既往歴や現病歴の欄がないので当院では別紙で使っています（既存の要約）応用ツール全ては使用していない現状で提供されてくる転入院時の書式を見ると各施設各病院で、それぞれカスタマイズされている印象です。薬歴情報も現物と相違がある場合もありお問合せすること多いです

関係各位

函館市医療・介護連携支援センター
ほくと・ななえ 医療・介護連携支援センター
センター長 鈴木 康弘

「第 9 回 函館市医療・介護連携多職種研修会」のご案内

謹啓

処暑の候 皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

また、平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、函館市医療・介護連携推進協議会と函館市医療・介護連携支援センター並びに、ほくと・ななえ 医療・介護連携支援センターの共催で、研修概要書（別紙 1）の内容にて多職種の皆様を対象とした研修会を開催することとなりました。

本研修会につきまして、ご多忙の折と存じますが、貴機関職員の皆様にも是非ご参加を賜りたくご案内申し上げます。

また、今年度も研修会終了後に懇親会を予定しております。

研修会並びに懇親会への参加を希望される方は、10月6日（日）までに、別紙 2、申込み方法にある URL か二次元コードからお申し込みください。

（函館市医療・介護連携支援センターホームページの本研修会のページからも申込み可能です）

なお、会場の駐車スペースに限りがございますので、乗り合わせ、公共の交通機関等をご利用くださいますようお願いいたします。

謹白

[お問い合わせ先]

函館市富岡町 2 丁目 10-10 函館市医師会病院内

函館市医療・介護連携支援センター

電話：43-3939 Email：ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp

ほくと・ななえ医療・介護連携支援センター

電話：42-1232 Email：k-ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp

別紙 1 研修概要書

名 称	第9回 函館市医療・介護連携多職種研修会
目 的	・その方らしい生き方を実現していくため、加齢や疾病による影響から心身の状態が変化していく本人の不安や葛藤などに寄り添い、もしもの時に本人の想いを見逃さないように、支援に関わる一人ひとりが意識していけることを目的とする。
目 標	・もしもの時のために本人の想いをどのようなタイミングや方法で聞き取りすると良いのかを考える。 ・もしもノートを活用しながらACPを行う際の留意点などを知る。 ・本人の想いを叶える支援の実現を目指し、医療・介護関係者が情報共有していく必要性を考える。
共 催	函館市（函館市医療・介護連携推進協議会） 函館市医師会 （函館市医療・介護連携支援センター、ほくと・ななえ 医療・介護連携支援センター）
日 程	令和6年10月19日（土） 14：00～17：00（13：30～受付開始） ※研修終了後、関係多職種間の「顔の見える関係づくり」や率直な意見交換を目的とした懇親会を予定
会 場	函館国際ホテル 天平の間 （住所：函館市大手町5-10 電話：23-5151）
テ ー マ	「地域でつなげようACPの輪～この地域でのACP連携を目指して～」
内 容	・ 講演 （座長）北美原クリニック 岡田 晋吾 先生 （登壇者） 【ACPとは】 函館稜北病院 副院長 総合診療科科長 川口 篤也 先生 【もしもノートについて】 市立函館病院 緩和ケア科科長 山崎 裕 先生 【はこだて医療・介護連携サマリーと併せた活用法・事例】 訪問看護ステーションフレンズ 統括所長 保坂 明美 様 ・ グループワーク【もしもノートに関する意見交換】 （進行）函館市地域包括支援センターたかおか 施設長 松野 陽 様 ・ 意見交換・質疑応答 （座長）北美原クリニック 岡田 晋吾 先生 ・ 情報共有ツール作業部会からのお知らせ （情報共有ツール作業部会長）函館中央病院 事務次長 亀谷 博志 様
参加対象	函館市・北斗市・七飯町の医療・介護関係者
参加人数	300名（グループワーク参加240名、聴講のみ60名） ※定員になり次第、締め切らせていただきますので、お早めにお申込みください。
参加費用	無料 （懇親会参加費用は別途掛かります ※金額は4,000円程度）
備 考	アンケート実施

申し込み方法

下記のGoogleフォームURL から二次元コードを読み取ってお申込みください。

申し込み Google フォーム⇒<https://x.gd/xOeeF>

二次元コード⇒



※函館市医療・介護連携支援センターのホームページを開き研修情報内の「第9回 函館市医療・介護連携多職種研修会」のページからお申込み可能です。

＜締切日＞ 令和6年10月6日（日）まで

※定員を超えるお申し込みがあった場合には、失礼ながら事業所ごとの参加人数を調整させていただきますので、ご了承くださいますようお願い申し上げます。
申込み人数に達した場合は、締め切りを早める事がございます。

＜当日の連絡先＞ 函館市医療・介護連携支援センター 電話 43-3939
(転送電話にて対応させていただきます。)

＜お願い＞ マスク着用の上、ご参加下さいますようお願いいたします。
また、体調が優れない場合は参加をご遠慮ください。

＜研修に関するお問い合わせ先＞

函館市富岡町2丁目10-10 函館市医師会病院内

函館市医療・介護連携支援センター

電話：43-3939 Email：ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp

ほくと・ななえ医療・介護連携支援センター

電話：42-1232 Email：k-ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp

タイムテーブル

令和6年10月19日（土） 14:00～17:00（開場 13:30）

●総合司会：水越 英通 様

●座長：岡田 晋吾 先生（講演・グループワーク発表・意見交換）

●グループワーク進行：松野 陽 様

●開会挨拶：函館市医師会 岡田 晋吾 先生 ●閉会挨拶：函館薬剤師会 柳原 正明 様

時刻	タイトル	主な講師	時間
13:30	開場	総合司会	—
14:00	開会挨拶／趣旨説明	総合司会 岡田先生	5分
14:05	《シンポジウム開始》／座長挨拶	座長 岡田先生	5分
14:10	講演①【ACPとは】	講師 川口先生	20分
14:30	講演②【もしもノートについて】	講師 山崎先生	15分
14:45	講演③【はこだて医療・介護連携サマリーと併せた活用方法・事例】	講師 保坂様	20分
15:05	休憩	総合司会	10分
15:15	ロールプレイ動画の説明 個人ワーク，グループワークの説明	GW 進行 松野様	5分
15:20	ロールプレイ動画（視聴）		10分
15:30	個人ワーク		10分
15:40	グループワーク		45分
16:25	グループワーク発表・意見交換～総評	座長 岡田先生	30分
	情報共有ツール作業部会からのお知らせ	亀谷様	
16:55	閉会挨拶／アンケート依頼／懇親会案内	総合司会 柳原先生	5分
17:00	アンケート記入，会場移動（懇親会出席者）	—	—
小計			180分
17:30	懇親会	懇親会司会	90分
19:00	（終了）		
合計			270分



（R6年10月 掲載予定分）

Q1. 応用ツール⑨6分割になっているためセルを結合したり改行が上手にできず文字がずれてしまうことが多いです。設定することなく Word のように打てると体裁よく情報提供も早くなると思いました。

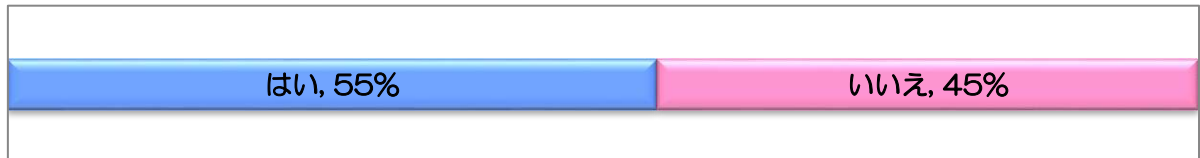
A : 応用ツール⑨は、以前に「分割していた方が使いやすい」というご意見から、現在の6分割に修正いたしました。ですが、今回のご意見のように使い勝手は人により異なるかと思いますので、分割せずに（セルを結合して）ご利用いただいで構いません。

○6分割せずに（セルを結合して）使用方法

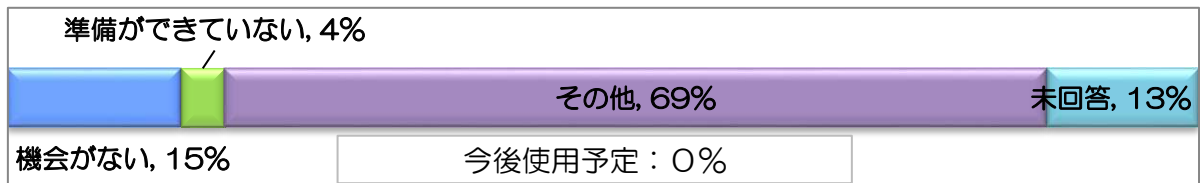
- 現在の応用ツール⑨の結合したい範囲を選択。
- エクセル上部にあるリボンタブ「ホーム」内にある （セルを結合して中央揃え）をクリック。今まで結合されていたセルが分割されます。もう一度クリックすると選択したセルが結合されます。
- 文字が中央揃えになっているので、上記同様にエクセル上部にあるリボンタブ「ホーム」内にある （上揃え）と （左揃え）をクリック。上揃えの左揃えに修正。

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 活用状況調査集計結果 R6.1.1～R6.6.30分 (n=121)

○貴所属機関では、「はこだて医療・介護連携サマリー」（以下「サマリー」と表記）を作成し、情報共有に活用されたことがありますか。



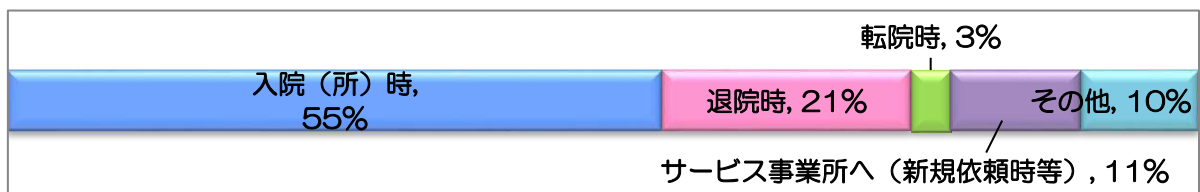
○上記いいえの理由。



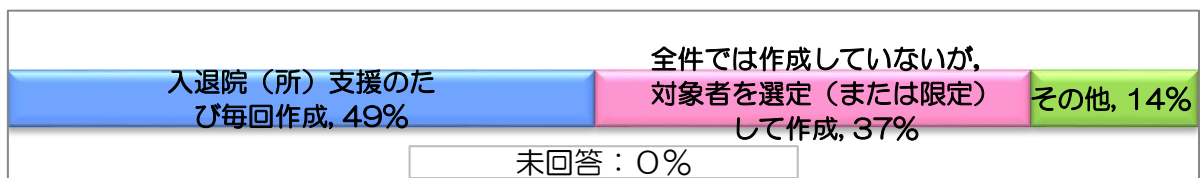
○ア 令和6年1月1日から令和6年6月30日までの期間で、何件の「サマリー」を作成されましたか？

- ・最大作成件数は1,210件
- ・1機関の平均活用件数は30件

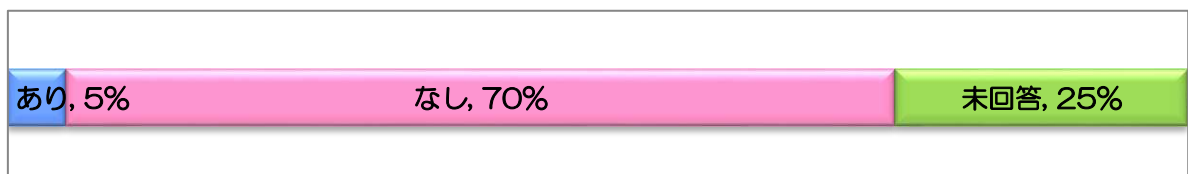
○イ どのような機会に作成し、活用していますか。（複数回答あり）



ウ どのくらいの頻度でお使いですか。（複数回答あり）



○「サマリー」の内容について、見直しが必要な箇所があると思われますか。



マイナーチェンジの変更点

基本ツール

● 身体・生活機能等

- ・ バーセルインデックスの並びと項目名に変更
- ・ 口腔・栄養の項目を追加
- ・ 上記の変更に伴う応用ツールへの展開指示の修正

マイナーチェンジの公開まで

スケジュール（予定）

- ・ 10月11日 情報共有ツール作業部会にて承認
- ・ 10月19日 大規模研修会で報告
- ・ 11月29日 函館市医療・介護連携推進協議会にて報告・承認
- ・ 12月2日 公開

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

(チェック式)

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

変更前

● 基本情報等

(フリガナ) 氏 名	生年・性別等		生 活 保 護	☐ 無 ☐ 有	障 害 等 認 定	☐ 無 ☐ 療育 ☐ 特定疾患	☐ 身障(級) ☐ 精神(級)
現住所					電話番号		
居住	☐ 戸建(階) ☐ 集合住宅(階) ※エレベータ	☐ 有 ☐ 無	医療保険種類	☐ 健康保険 ☐ その他 ()	☐ 国民健康保険	☐ 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)		認知症高齢者日常生活自立度	
同居家族	☐ 無 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他()						
連絡先①	続柄	☐ 同居 ☐ 別居	電話		関係	☐ 主介護者 ☐ キーパーソン ☐ その他()	
連絡先②	続柄	☐ 同居 ☐ 別居	電話		関係	☐ 主介護者 ☐ キーパーソン ☐ 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
					☐
					☐
					☐

*特記の付く場合は応用ツール⑨を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

		評価日	令和 年 月 日	☐ 入院時 ☐ 入院中 ☐ 退院時 ☐ 地域生活期 ☐ その他()
*起居動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	移動	☐ 自立 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 介助 ☐ その他()	
麻痺の状況	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度	麻痺の部位	☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ その他 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ()	
視力 [日常生活に支障]	☐ 無 ☐ 有⇒ ()	*眼鏡	☐ 無 ☐ 有	
聴力 [日常生活に支障]	☐ 無 ☐ 有⇒ ()	*補聴器	☐ 無 ☐ 有	
意思の伝達	☐ 可 ☐ 時々可 ☐ ほとんど不可 ☐ 不可	失語症	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明	
*認知症症状	☐ 無 ☐ 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 ()			
食 事 摂 取	*食形態	☐ 普通 ☐ 刻み ☐ ソフト ☐ ミキサー ☐ 流動	水分トロミ	☐ 無 ☐ 有
	*食動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	食事・水分制限	☐ 無 ☐ 有
口 腔	*口腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	義歯使用	☐ 無 ☐ 有 ☐ 要アセスメント
排 泄	排尿介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	PTイレ使用	☐ 無 ☐ 夜間 ☐ 常時
	排便介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	オムツ使用(パッド含む)	☐ 無 ☐ 夜間 ☐ 常時
衣服の着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	*服薬管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
入浴(保清等)	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
*特別な医療等	☐ 褥瘡 (応用ツール② 作成) ☐ 皮膚疾患 (応用ツール⑬ 作成) ☐ 認知症 (応用ツール③ 作成) ☐ 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成) ☐ 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成) ☐ 透析液供給装置 ☐ 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成) ☐ 吸引器 ☐ 輸液ポンプ ☐ 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成) ☐ 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成) ☐ 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成) ☐ 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成) ☐ 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成) ☐ 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成) ☐ ドレーン (部位:) ☐ 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成) ☐ 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成) ☐ 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成) ☐ 感染症 (応用ツール⑯ 作成) ☐ リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成) ☐ 痛末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成) ☐ 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報 (応用ツール⑱作成) ☐ その他 (応用ツール⑱ 作成)			
在宅介護サービス等	☐ 訪問診療 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問リハビリ ☐ 通所リハビリ ☐ 通所介護 ☐ ショートステイ ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具 ☐ 定期巡回 ☐ 小多機 ☐ 看多機 ☐ 居宅介護支援 ☐ 包括支援センター ☐ 無し ☐ 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)		☐ 無 ☐ 有	*医療・ケアに関する本人・家族の意向等 (〔有〕の場合応用ツール⑱ 作成)	

*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑨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⑱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】

(チェック式)

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

変更後

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等	生	生活保護	☐ 無 ☐ 有	障害等認定	☐ 無 ☐ 療育 ☐ 特定疾患	☐ 身障(級) ☐ 精神(級)
現住所	電話番号						
居住	☐ 戸建(階) ☐ 集合住宅(階)	☐ ※エレベータ	☐ 有 ☐ 無	医療保険種類	☐ 健康保険 ☐ その他	☐ 国民健康保険	☐ 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)		認知症高齢者日常生活自立度	
同居家族	☐ 無 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他()						
連絡先①	続柄	☐ 同居 ☐ 別居	電話	関係	☐ 主介護者 ☐ その他()	☐ キーパーソン	
連絡先②	続柄	☐ 同居 ☐ 別居	電話	関係	☐ 主介護者 ☐ その他()	☐ 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
					☐
					☐
					☐

*特記の付く場合は応用ツール⑨を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日	令和 年 月 日	☐ 入院時 ☐ 入院中 ☐ 退院時 ☐ 地域生活期 ☐ その他()
-----	----------	--

*食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	*食事・水分制限	☐ 無 ☐ 有				
*椅子とベッド間の移乗	☐ 自立 ☐ 一部介助(監視下) ☐ 一部介助(座れるが移れない) ☐ 全介助	移動	☐ 自立 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 介助 ☐ その他()				
整容	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	オムツ使用(パッド含む)	☐ 無 ☐ 夜間 ☐ 常時				
トイレ動作	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	トイレ使用	☐ 無 ☐ 夜間 ☐ 常時				
入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	*認知症症状	☐ 無 ☐ 記憶障害 ☐ 幻覚・妄想 ☐ 暴言・暴力 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不潔行為 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 抑うつ・不安 ☐ その他()				
平地歩行	☐ 自立 ☐ 一部介助(歩行器等) ☐ 一部介助(車椅子操作が可能) ☐ 全介助						
階段昇降	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
更衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	意思の伝達	☐ 可 ☐ 時々可 ☐ ほとんど不可 ☐ 不可				
排便コントロール	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	失語症	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明				
排尿コントロール	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	*服薬管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	*むせ	*水分ロミ	歯肉の腫れ・出血	義歯使用
	cm	kg	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有

麻痺の状況	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度	麻痺の部位	☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ その他 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ()
視力【日常生活に支障】	☐ 無 ☐ 有⇒()	・眼鏡	☐ 無 ☐ 有
聴力【日常生活に支障】	☐ 無 ☐ 有⇒()	・補聴器	☐ 無 ☐ 有

*特別な医療等	☐ 褥瘡 (応用ツール② 作成)	☐ 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成)
	☐ 皮膚疾患 (応用ツール⑨ 作成)	☐ 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成)
☒ の付く項目は右記の応用ツールを作成下さい。	☐ 認知症 (応用ツール③ 作成)	☐ 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成)
	☐ 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成)	☐ ドレーン (部位:)
	☐ 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成)	☐ 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成)
	☐ 透析液供給装置	☐ 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成)
	☐ 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成)	☐ 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成)
	☐ 吸引器	☐ 感染症 (応用ツール⑯ 作成)
	☐ 輸液ポンプ	☐ リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成)
	☐ 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成)	☐ 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成)
	☐ 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成)	☐ 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報 (応用ツール⑱ 作成)
	☐ 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成)	☐ その他 (応用ツール⑱ 作成)

在宅介護サービス等	☐ 訪問診療 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問リハビリ ☐ 通所リハビリ ☐ 通所介護 ☐ ショートステイ ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具 ☐ 定期巡回 ☐ 小多機 ☐ 看多機 ☐ 居宅介護支援 ☐ 包括支援センター ☐ 無し ☐ その他()
-----------	--

*介護上、特に注意すべき点等 (〔有〕の場合応用ツール⑬ 作成)	☐ 無 ☐ 有	*医療・ケアに関する本人・家族の意向等 (〔有〕の場合応用ツール⑬ 作成)	☐ 無 ☐ 有
-------------------------------------	---	--	---

*食事の項目で「自立」以外、食事・水分制限の項目で「有」、口腔・栄養欄のむせと水分ロミの項目で「有」を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。

*椅子とベッド間の移乗の項目で「自立」以外は応用ツール⑨を、認知症症状「無」以外は応用ツール③を、服薬管理「自立」以外は応用ツール⑨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】

(プルダウン式)

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

変更後

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等	生 生活保護	障害等認定	() () ()
現住所	電話番号			
居住	※居住階、施設名等を下記に記載 ()	※エレベーター	医療保険種類	その他 ()
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(要たきり度)
同居家族	その他 ()			
連絡先①	続柄	電話	関係	()
連絡先②	続柄	電話	関係	()

● 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

*特記 [有] 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	令和 年 月 日	()
-----	----------	-----

*食事	*食事・水分制限						
*椅子とベッド間の移乗	移動						
整容	オムツ使用(パッド含む)						
トイレ動作	トイレ使用						
入浴	*認知症症状						
平地歩行							
階段昇降							
更衣	意思の伝達						
排便コントロール	失語症						
排尿コントロール	*服薬管理						
口腔・栄養	身長 cm	体重 kg	歯の汚れ	*むせ	*水分ロミ	歯肉の出血・腫れ	義歯使用

麻痺の状況	麻痺の部位	その他()
視力 [日常生活に支障]	()	*眼鏡
聴力 [日常生活に支障]	()	*補聴器
*特別な医療等	必要時は、右記の()内に指定応用ツールを作成下さい。	
在宅介護サービス等	その他 ()	
*介護上、特に注意すべき点等 ([有]の場合応用ツール⑩ 作成)	*医療・ケアに関する本人・家族の意向等 ([有]の場合応用ツール⑩ 作成)	

*食事の項目で[自立]以外、食事・水分制限の項目で[有]、口腔・栄養欄のむせと水分ロミの項目で[有]を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。

*椅子とベッド間の移乗の項目で[自立]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、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。

相談受付日		受付方法	()	受付対応者		変更前
-------	--	------	-----	-------	--	-----

課題分析の理由	() (前/)
---------	------------

● 基本情報等

氏名	#N/A	生年・性別等	(満 歳)	生活保護	障害等認定	() () ()
現住所					電話番号	
居住	※居住階、施設名等下記に記載 ()		※エレベーター	医療保険種類	その他 ()	
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)		認知症高齢者日常生活自立度	
同居家族	その他 ()					
連絡先①	続柄		電話		関係	()
連絡先②	続柄		電話		関係	()

● 医療情報等

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

● 身体・生活機能等

		評価日	令和 年 月 日	()
起居動作		移動	⇒ ・ ・ ・ ・ その他()	
麻痺の状況		麻痺の部位	・ ・ ・ ・ その他 ()	
視力 [日常生活に支障]	()	・眼鏡		
聴力 [日常生活に支障]	()	・補聴器		
意思の伝達		失語症		
認知症症状	その他 ()			
食事摂取	食形態	水分トロミ		
	食動作	食事・水分制限		
口腔	口腔ケア	義歯使用	□ 要アセスメント	
排泄	排尿介助	トイレ使用		
	排便介助	オムツ使用(パッド含む)		
衣服の着脱		服薬管理		
入浴(保清等)				
特別な医療等	・ ・ ・ ・ ・ ・			

本フェイスシート作成者		所属名				
電話		FAX		記入者		作成日

相談受付日		受付方法	()	受付対応者		変更後
-------	--	------	-----	-------	--	-----

課題分析の理由	()	(前/)
---------	-----	--------

● 基本情報等

氏名		生年・性別等		生 活 保 護		障害等認定	() () ()
現住所					電話番号		
居住	※居住階、施設名等を下記に記載 ()			※エレベーター	医療保険種類	その他 ()	
要介護度	認定有効期間	～	年 月 日 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	その他 ()						
連絡先①		続柄		電話		関係	()
連絡先②		続柄		電話		関係	()

● 医療情報等

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

● 身体・生活機能等

評価日	令和	年	月	日	()
-----	----	---	---	---	-----

食事			食事・水分制限				
椅子とベッド間の移乗			移動	⇒ ・ その他()			
整容			オムツ使用(パッド含む)				
トイレ動作			Pトイレ使用				
入浴			認知症症状				
平地歩行							
階段昇降							
更衣			意思の伝達				
排便コントロール			失語症				
排尿コントロール			服薬管理				
口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	むせ	水分摂取	歯肉の出血・腫れ	義歯使用
	cm	kg					
麻痺の状況				麻痺の部位	・ ・ その他()		
視力 [日常生活に支障]	()			・眼鏡			
聴力 [日常生活に支障]	()			・補聴器			
特別な医療等	・ ・ ・ ・						

本フェイスシート作成者	所属名						
電話		FAX		記入者		作成日	

応用ツール④の変更（案）

タイトル

- ・ 応用ツール④ 食事摂取困難管理⇒応用ツール④ 食事摂取・栄養管理に変更

項目の変更

- ・ 2.自己管理能力を追加
- ・ 3.食事摂取に対しての問題を変更
- ・ 4.栄養量を追加
- ・ 5.嚥下調整食の必要性を追加
- ・ 6.食物アレルギー， 禁止食品などの留意事項を追加
- ・ 7.栄養管理に係る経過， 栄養指導の内容， 日常の様子等を追加

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

- | |
|--|
| ☐ 食べようとしない |
| ☐ 食べこぼしや、うまく嚙めないことがある |
| ☐ 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④

食事摂取・栄養管理

1. 氏 名

生年月日

2. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 不可☐ 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（ ）

3. 食事摂取に対しての問題（該当するものに☑）

① 食事中、気になる事

☐ 食べようとしない☐ 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

② 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

4. 栄養量

① 必要栄養量

エネルギー _____ kcal たんぱく質 _____ g

② 摂取栄養量

エネルギー _____ kcal たんぱく質 _____ g

主食 _____ % 副食 _____ %

5. 嚥下調整食の必要性

① 主食

主食の種類（ ）

☐ 無☐ 有 ⇒学会分類コード※1（ ）

② 副食

☐ 有 ⇒学会分類コード※1（ ）☐ 無

③ とりみ

☐ 有 ⇒学会分類※1（ ）☐ 無

6. 食物アレルギー、禁止食品などの留意事項

7. 栄養管理に係る経過、栄養指導の内容、日常の様子等

作成者 所属

記入者

ツール管理者 所属

氏名

その他の応用ツールの変更（案）

⑤自己腹膜灌流管理：

- ・ 6.消毒薬・衛生材料：スワブスティック⇒消毒スワブに変更

⑦中心静脈栄養法管理：

- ・ 6.投与方法：注入速度（ ）⇒間欠で表示されているため削除
- ・ 8.消毒薬・衛生材料：滅菌綿棒 ⇒消毒スワブに変更
- ・ 9.使用器具・交換頻度・提供数：輸液回路⇒輸液セットに変更

⑧糖尿病治療管理：

- ・ 9.消毒薬・衛生材料：カット綿，消毒液⇒酒精綿に変更

⑩膀胱留置カテーテル管理：

- ・ 6.消毒薬・衛生材料：滅菌綿棒⇒消毒スワブに変更
消毒液，滅菌セッシ⇒削除
その他を追加

⑪自己導尿管理：

- ・ 5使用器具：リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿セット⇒自己導尿セットへ変更
上記を代用するカテーテル類⇒その他へ変更
- ・ 6.消毒薬・衛生材料：潤滑剤⇒キシロカイン，滅菌グリセリンを削除，自由記載とする
消毒液⇒削除
- ・ 10.その他：10.カテーテルの管理方法，11.その他に変更

⑫腎瘻・尿管皮膚瘻管理：

- ・ 5.使用器具・交換頻度・数量：・カテーテル・カテーテルチップ・注射器・注射針・滅菌コップ
⇒削除
- ・ 6.消毒薬・衛生材料：生理食塩水⇒削除
消毒薬⇒消毒スワブに変更
その他を追加
- ・ 7.腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法：⇒洗浄方法を挿入部のケア方法に変更
2）量⇒削除

⑬人工呼吸器療法管理

- ・ 6.消毒薬・衛生材料：滅菌綿球，消毒液（気切用）⇒消毒スワブに変更
生理食塩水⇒削除，
その他を追加

⑭気管カニューレ管理

- ・ 7.衛生材料：滅菌綿棒，消毒液⇒消毒スワブに変更
その他を追加

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（持続移行式腹膜透析） ☐ 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（持続移行式腹膜透析）

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

変更後

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（持続移行式腹膜透析） ☐ 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（持続移行式腹膜透析）

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
- ・ 消毒スワブ（ 本）

・ 絆創膏（ ）

・ 手指消毒剤（ ）

・ その他（ ）
- ・ ドレッシング剤（ ）

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⇒（ _____ ）

* ☐ 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⇒（ _____ ）

* 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

・ 消毒スワブ （ _____ 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（ _____ 卷）	・ ヘパ生シリンジ（ _____ 本）
・ その他（ _____ ）	

9. 使用器具・交換頻度・提供数

・ 輸液セット（ _____ 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（
☐ 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（
夕（	・ 単位） 就寝（
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 （
・ 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（
☐ 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（
夕（	・ 単位） 就寝（
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	
・ 酒 精 綿（	枚× バック ）
・ 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

・ 消毒スワブ _____ （ _____ 本） ・ 絆創膏 _____ （ _____ 個）

・ 潤滑油 _____ （ _____ ml） ・ 滅菌ガーゼ _____ （ _____ 枚）

・ 滅菌手袋 _____ （ _____ 個）

・ その他 _____ （ _____ ）

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

変更前

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）

・ 自己導尿用セット

（商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

・ その他

（商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

6. 消毒薬・衛生材料

・ 潤滑剤⇒ （商品名⇒ _____ ・ 本・個/日）

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. カテーテルの管理方法

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

・ 集尿装具[パウチ、バッグ等] _____（提供機関 _____）
（ _____ ）

6. 消毒薬・衛生材料

・ 消毒スワブ（ _____ 本） ・ ガ ー ゼ（ _____ 枚）

・ ガーゼ付絆創膏（ _____ 個） ・ テ ー プ（ _____ ）

・ その他（ _____ ）

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテル挿入部のケア方法

1) 回 数 ⇒（ _____ ）

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 (NPPV含む)

使用時間	時 分～ 時 分まで					
モード		吸気時間	秒	気道内圧下限	cmH2O	
1 回換気量	ml	吸気流量	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	cmH2O	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

消毒スワブ	個	吸引チューブ	、 本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	滅菌蒸留水	ml 本
絆創膏	個		
その他			

7. 緊急時の対応方法

8. 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

・ 消毒スワブ （ 本）

・ 滅菌Yガーゼ （ 個）

・ 絆創膏 （ ）

・ その他 （ ）

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

はこだて医療・介護連携サマリー 試験運用についての報告

マイナーチェンジした「はこだて医療・介護連携サマリー」を当初、『高橋病院』にて試験運用する予定であったが、新築移転等の都合上実施するのが厳しくなり、「函館中央病院」からの連携患者のサマリーを現状のサマリーとマイナーチェンジしたサマリーの二重提供を実施しモニタリングした。

【試験運用概要】

① 期 間 2024 年 8 月 1 日～2024 年 9 月 30 日

② 対象患者 12 人

	連携先種別	入・外	担当者
1	回復期病院	入院	退院支援看護師
2	居宅介護支援事業所	外来	退院支援看護師
3	居宅介護支援事業所	入院	退院支援看護師
4	居宅介護支援事業所	入院	退院支援看護師
5	包括支援センター	入院	MSW
6	包括支援センター	入院	退院支援看護師
7	訪問看護ステーション	入院	退院支援看護師
8	訪問看護ステーション	入院	退院支援看護師
9	訪問看護ステーション	入院	退院支援看護師
10	訪問看護ステーション	入院	退院支援看護師
11	訪問看護ステーション	入院	退院支援看護師
12	介護老人保健施設	入院	退院支援看護師

※事前に説明し情報提供実施。全件、特に問題無し。

※連携先施設は 全 6 事業所

③ 全ての事業所に基本ツールを二重提供した。

●2024 年 10 月 15 日から高橋病院で試験運用実施予定。