函館市医療・介護連携支援センター 行
（FAX 0138−43−1199）

資料4

『はこだて医療・介護連携サマリー』の活用状況調査（案）

貴所属機関についてお聞きします

貴所属機関名等

所属機関エリア　函館市　北斗市　七飯町

名称　種別

連絡先（電話番号）　―

ご記入者名　（職種）

はこだて医療・介護連携サマリーの活用について ※数字に○をお付けください

（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。

① はい　② いいえ ⟶ 理由（　　）

↓

（2）（1）で「①はい」とお答えされた方にお伺いします。

ア どのくらいの頻度でお使いですか。

①入退院（所）支援のたび毎回作成　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その他（　　）

イ 入退院（所）支援の際，事前に相手先にサマリーを提供していますか。（緊急入院は除く）

＊入院時は在宅・施設⇒医療機関，退院時は医療機関⇒在宅・施設

① はい　② いいえ ⟶ 理由（　　）

ウ サマリーを活用した情報連携の効果をお聞かせください。

- 事前にサマリーを受けたことで支援やカンファレンスの準備ができた　①はい　②いいえ　③わからない
- カンファレンス（担当者会議）の時間短縮になった　①はい　②いいえ　③わからない
- 支援チーム（病院や在宅・施設）の中で統一したケアを実施できた　①はい　②いいえ　③わからない
- その他感じる効果がありましたらお聞かせください　（　　）

（3）マイナーチェンジ後のサマリーを活用されてみましたか

① はい　② いいえ ⟶ 理由（　　）

↓ 活用してみた感想をお聞かせください。

（4）これまでに「応用ツール」の中で，活用したことがあるもの，もらって助かったものを教えてください。応用ツール種別：①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲

- 活用したことがある応用ツール：（　　）
- 受け取って助かった応用ツール：（　　）

（5）「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。

① はい　② いいえ ⟶ 以上で質問は終了です。

↓ どのような見直しが必要だと思われるか，ご意見をお聞かせください。

活用状況調査へのご協力ありがとうございました。
ＦＡＸでの返信にご協力をお願いいたします。