

函館市医療・介護連携推進協議会 第8回会議

日時：平成29年6月30日（金）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) 函館市医療・介護連携支援センターの業務報告について

- ア 医療・介護連携に関する相談支援
- イ 地域の医療・介護の資源の把握
- ウ 市民への普及啓発
- エ 医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ 医療・介護関係者の研修
- カ 切れ目のない医療・介護の提供体制の構築

(2) 「急変時の対応」体制と運用について

3 その他

4 閉 会

【配付資料】

- 1 議事項目レジュメ
- 2 相談統計
- 3 相談内容の概要
- 4 リーフレット配布先一覧
- 5 市政はこだて4月号（折込）
- 6 はこだて医療・介護連携サマリー
- 7 活用マニュアル・作成マニュアル
- 8 平成29年度 多職種連携研修計画
- 9 急変時対応フロー
- 10 介護施設や高齢者住宅における救急医療（急変時の対応）にかかわる調査と好取組事例のノウハウの拡大について
- 11 急変時対応シート（案）

函館市医療・介護連携推進協議会 顧問・委員名簿

H29.6.30

(敬称略)

(顧 問)

分野	所属団体	職名	氏名	勤務先	第8回 出欠
1 医療	公益社団法人 函館市医師会	会 長	ホンマ 哲 本間 哲	医療法人社団 本間眼科医院	出席
	一般社団法人 函館歯科医師会	会 長	タジマ ヒサシ 田嶋 久士	たじま歯科医院	出席
	一般社団法人 函館薬剤師会	会 長	クマカワ マサキ 熊川 雅樹	あおい薬局	出席
4 行政	函館市病院局	局 長	ヨシカワ オサミ 吉川 修身	函館市病院局	出席

(委 員)

(敬称略)

分野	所属団体	職名	氏名	勤務先	第8回 出欠
1 医療	公益社団法人 函館市医師会	副会長	オンムラ ヒロキ 恩村 宏樹	医療法人社団 恩村内科医院	出席
	一般社団法人 函館歯科医師会	副会長	イワイ ユウジ 岩井 祐司	戸井歯科診療所	出席
	一般社団法人 函館薬剤師会	常務理事	ミズエ ヒロミチ 水越 英通	はこだて調剤薬局 昭和店	出席
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	支部長	クシマ ケイコ 九嶋 圭子	社会福祉法人 函館厚生院 函館五稜郭病院	欠席
	道南在宅ケア研究会	幹 事	オカダ シンゴ 岡田 晋吾	医療法人社団 守一会 北美原クリニック	出席
	函館地域医療連携実務者協議会	世話人	カメヤ ヒロシ 亀谷 博志	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院	出席
	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	事務局長	サケモト セイイチ 酒本 清一	独立行政法人国立病院機構 函館病院	出席
8 介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	会 長	ナカムラ キョウキ 中村 清秋	居宅介護支援事業所 ひなたぼっこ	出席
	函館市地域包括支援センター連絡協議会	会 長	マツノ ヨウ 松野 陽	函館市地域包括支援センターたかおか	出席
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会	会 長	テラダ マサヒロ 寺田 昌弘	社会医療法人 仁生会 西堀病院	出席
	道南訪問看護ステーション連絡協議会		ホサカ アケミ 保坂 明美	株式会社トランスユイット 訪問看護ステーション フレンズ	欠席
	道南地区老人福祉施設協議会	会 長	サイトウ タクフミ 齋藤 禎史	介護老人福祉施設シンフォニー	出席
13 行政	函館市保健福祉部	部 長	フジタ ヒデキ 藤田 秀樹	函館市	出席

(オブザーバー)

函館市医師会事務局 函館歯科医師会事務局 函館薬剤師会事務局 渡島総合振興局

(事務局等)

函館市保健福祉部 函館市医療・介護連携支援センター

議事（１） 函館市医療・介護連携支援センターの業務報告について

ア 医療・介護連携支援に関する相談支援

- （ア）相談・問い合わせ実績について ～ 資料 2 参照
- （イ）相談内容について ～ 資料 3 参照

イ 地域の医療・介護の資源の把握

- （ア）在宅医療・介護連携マップの利用状況および改善点について

ウ 市民への普及啓発

- （ア）出前講座

- ① 函館市高齢者大学大門校
 - ・ H29. 3.10 開催（於：ふらっとD a i m o n）
 - ・ 今年度は上半期 2 回（9 月），下半期 2 回（1 2 月）の実施予定
- ② 地域包括支援センターとの協働
 - ・ H29. 3.27 地域包括支援センター担当者会議への参加および協働依頼
 - ・ 町会等への出前講座（予定）
- ③ その他
 - ・ H29. 6. 4 健康講座「健口から健康☆そして健幸へ」（函館歯科医師会）
 - ・ H29. 7. 5 在宅福祉委員会 委員長等研修会（函館市社会福祉協議会）
 - ・ H29. 7.18 平成 2 9 年度「家族介護者交流事業」（同上）

- （イ）広報

- ① リーフレット配布 ～ 資料 4 参照
- ② 市政はこだて 4 月号（折込）による全戸周知 ～ 資料 5 参照
- ③ ホームページ開設（<http://hakodate-ikr.jp>）
- ④ 報道の状況 ～ 北海道新聞，函館新聞，北海道医療新聞，介護新聞，日刊政経，メディカルはこだて

エ 医療・介護関係者の情報共有の支援

- （ア）情報共有ツールについて（部会：H29. 3.13 開催）

- ① はこだて医療・介護連携サマリー ～ 資料 6 参照
- ② 活用マニュアル・作成マニュアル ～ 資料 7 参照

- （イ）試験運用の状況について

- ① 実施機関について
函館中央病院，函館五稜郭病院，函館市医師会病院
- ② 試験運用の実績について（H29. 5 月末現在） 計 7 6 件
（病院→在宅 3 0 件 病院→施設 2 4 件 病院→病院 2 2 件）

オ 医療・介護関係者の研修

(ア) 医療・介護関係者への各種説明会・研修会の開催状況

- ・ 「はこだて入退院支援連携ガイド」, 「はこだて医療・介護連携サマリー」
およびセンター概要等の説明
- ・ H29. 2. 25 医療連携実務者向け説明会 (ガイド・センター概要説明)
- ・ H29. 3. 16 介護事業所向け説明会 (同上)
- ・ H29. 3. 22 同上 (同上)
- ・ H29. 3. 23 同上 (同上)
- ・ H29. 3. 30 南渡島地域包括緩和ケアネットワーク第4回定例会
(サマリー・センター概要説明)
- ・ H29. 4. 20 サービス付き高齢者向け住宅および有料老人ホーム事業所対象
の研修会 (事業所有志との共催, 消防本部との連携)

(イ) 研修予定について (部会: H29. 6. 12 開催) ~ 資料8参照

(ウ) 研修開催情報の一元化の取組の状況について

カ 切れ目のない医療・介護の提供体制の構築

(ア) 4局面への取組の状況

- ① 入退院支援 「はこだて入退院支援連携ガイド」の作成と運用
- ② 日常の療養支援 「はこだて医療・介護連携サマリー」の作成と運用
多職種連携研修の実施
- ③ 急変時の対応 「急変時の対応」体制の構築と仕組みづくり
- ④ 看取り アンケート調査 (H27) による課題整理

(イ) 「看取り」の局面への取組の方向性

- ① アンケート調査 (H27) による課題整理

アンケート調査結果の概要 (「課題整理」抜粋 1~3 省略)

4 看取りについて

- (1) 各サービス事業所における看取りの体制強化
- (2) 看取りに関し, 在宅医療に関わる医療関係者の数の拡大, 関係者間の連携強化

- ② 函館市における「看取り」の状況の把握

- ・ 在宅医療に係る地域別データ集 (厚生労働省: H26. 1~12 の統計)
自宅 ~ 9. 4%, 老人ホーム ~ 4. 5%
- ・ 「看取り」の具体的な取組事例に関する調査の検討

- ③ 好取組事例の分析およびそのノウハウの拡大

議事（２） 「急変時の対応」体制と運用について

ア これまでの経過

(ア) 体制の基本的な考え方について ～ オーバーナイト

- ・ 昨年度の前回協議会および分科会で同意・了承
- ・ 実務的な仕組みや対応フローは、実務者間で協議・構築

(イ) 実務者協議の開催 (H29. 3. 15)

参集者：市立函館病院，函館五稜郭病院，函館中央病院，共愛会病院，高橋病院，亀田病院，函館循環器科内科病院，医療・介護連携支援センター，市保健福祉部

(ウ) 実務者協議 (H29. 3. 15) の中で，更に整理すべきとされた課題等について

① オーバーナイト後の転院・受入先の担保について

- ・ 転院・受入先には，医療機関のみならず，介護老人保健施設や，短期入所生活介護（ショートステイ）を行う特別養護老人ホームなど，医療処置の対応が可能な介護事業所を含めてはどうか。

② 転院・受入先を調整する主体について

- ・ 原則，転院調整を行う主体は，オーバーナイトした患者の状況を把握している医療機関が自ら担うことが望ましい。

③ センターが担う役割について

- ・ 転院・受入先となる協力医療機関等の受入可否（病床の空き状況など）の情報について，センターが日々集約し，オーバーナイトを担う二次・三次救急医療機関に情報提供する仕組みを構築してはどうか。
- ・ センターの役割は，転院・受入先の情報の集約および提供に特化してはどうか。

④ 「患者・利用者を送る側（かかりつけ医・介護事業所）」への要望

- ・ 患者・利用者ができるだけ夜間の急変の状況に至らないよう，日中の受診勧奨や日々の体調変化の観察を，徹底して頂くことが望ましい。
- ・ また，急変の状況に至った場合の対応に関する事前の指示を，徹底して頂くことが望ましい。

(エ) 実務者会議 (H29. 6. 14 開催) において，関係する全ての医療機関から急変時対応フローについて同意を取得

イ 急変時対応フロー ～ 資料9参照

ウ 運用に向けた取組について

(ア) 医療・介護関係者への説明・周知

体制の基本的な考え方，体制に関する実務的な仕組みや対応フローの説明・周知

① 医療サイド

- ・ 患者・利用者を送られる側 ～ 二次・三次救急医療機関
- ・ 患者・利用者を送る側 ～ かかりつけ医

② 介護サイド

- ・ 患者・利用者を送る側 ～ 介護事業所（および協力医療機関）

(イ) 「患者・利用者を送る側（かかりつけ医・介護事業所）」へのアプローチ

急変時対応のマニュアル等の調査研究

- ① 好取組事例の調査研究とそのノウハウの拡大 ～ 資料10参照
- ② 「急変時対応シート」の活用促進（消防本部の協力） ～ 資料11参照

エ 体制の運用開始時期 平成29年7月から

論点

- ・ 急変時対応フロー等について

退院・転院等について知りたい

<p>相談・対応の内容</p>	<p>①(家族)退院後、ケアマネジャーからショートステイを勧められているが他のサービスはないか。 →利用が可能と思われるサービスについて、いくつか選択肢を提案し、まずは本人・家族の希望を入院先の医療機関に相談するよう助言した。</p> <p>②(家族)退院にあたり、主治医からは転院を勧められているが、本人は自宅に帰りたがっている。 →転院や退院の判断は医師が専門的知識により、患者の病状を踏まえていることを伝え、相談者の理解を促進した。</p> <p>③(家族)現在、介護施設に家族が入所中。違う施設に移りたいがどのようなところがあるか。 →継続的に必要な医療処置の確認も含め、本人家族の意向を医療機関側にも伝えるよう勧めた。</p> <p>④(医療・介護関係者)医療処置が可能な介護施設を探している。 →センターHPのマップ機能等の活用により情報提供を行うとともに、関係機関との情報共有を行った。</p>
<p>留意点</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院や転院を迫られたと相談者が発言する事例では、何らかの事情によって今の病院にとどまっていたい、移りたくないという思いが背景としてある場合があるので、話をよく聞く必要がある。 ・介護施設の退所を希望している場合は、安易に別の施設の情報を提供するのではなく、退所を希望するまでに至った差し迫った理由の把握に努める。 ・環境が変わることに対する不安があるので、よく話を聞き、また必要な情報を提供するなどして、不安の解消に努める。 ・現在、関わっている専門職がいる場合、その専門職との関係性も考慮して対応できるように努める。 ・病状や医療ニーズによっては、受け入れ先に制限がある場合も多くみられるため、安易・拙速な情報提供をしないよう努める。 ・医学的な見解が必要な場合、センターで判断は出来ない場合もあるため、安易・拙速な助言をしないよう留意する。

希望に合った医療機関を探している

<p>相談・対応の内容</p>	<p>①(医療・介護関係者)自宅での看取りを希望されている方がいるが、郊外の自宅まで訪問診療をしてくれる医師を探している。 →現在の主治医のいる医療機関のソーシャルワーカーと連携し、センターHPのマップ機能や関係機関とのネットワークを活用し情報提供を行った。</p> <p>②(本人)介護サービスを利用したい。また、現在、通院加療中であるが、他の症状も気になるため、違う医療機関や診療科を探している。 →介護サービスの利用方法について説明した。また、気になる症状については、主治医に相談するよう促すとともに、自宅に近い医療機関を数件情報提供した。</p> <p>③(家族)精神疾患が疑われる高齢の女性の家族だが、本人が受診を拒否している。女性の医師なら受診できるかも知れない。教えて欲しい。 →センターが有する医療機関のネットワークを活用し、精神科の女性医師の情報を収集・提供した。</p>
<p>留意点</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・情報提供の際、センターとして医療機関の良し悪しを判断できないことを相談者に理解してもらう。 ・医療機関の変更が適切かどうかを見極めるため、話をよく聞く。 ・医学的な見解が必要な場合、まずは、現在の主治医とよく相談することを促し、安易な情報提供にとどめないようにする。 ・相談者の意思決定や選択の自由を妨げないように留意する。

看取りについて知りたい

相談・対応の内容	<p>①（家族）がん末期に利用できるサービス内容や選択肢を知りたい。 →看取りの場面で利用できる介護サービス、訪問診療など、病院のほかに施設や在宅における選択肢があること、また、家族としての支え方について情報提供した。</p> <p>②（家族）自宅での看取りとなるとどのような感じになるのか知りたい。ホスピスについて、調べたが医療用語が多く理解できない。 →看取り、ホスピスについて情報提供を行うとともに、入院中の病院にも相談できる専門職がいることを伝えた。 看取りの場所やタイミングに関しては、現在の主治医や多職種とも相談の上、決めていくようアドバイスを行う。また、一度その方針を決定したからといって、その決定を覆せないわけではないことも伝えた。</p>
留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予後予測は主治医の判断によるものであるため、相談者との対話を通じ勝手にイメージを膨らませ、余命など、不安にさせるような言動は行わない。 ・ 何について不安を感じているのか、不安が最初の相談時と異なったり、複数の不安がある場合もあるため、よく話を聞いて、不安軽減に向けた情報提供をしていく。 ・ 本人・家族の選択に合わせて、各関係機関とつなげていくことを念頭に置きながら対応を行う。 ・ 担当している医療・介護関係者が行う、本人・家族の意思決定支援も視野に入れて対応を行う。 ・ センター主導で答えを導くのではなく、相談者の自己決定に向けた支援であることを心がける。 ・ 話すことにより、不安や悩みが解消する相談者もいることから、答えを求めずじっくりと向き合っただけで対応を行う。

その他

相談・対応の内容	<p>①（医療・介護関係者）「はこだて入退院支援連携ガイド」や「はこだて医療・介護連携サマリー」の内容について知りたい。函館市における連携のルールや仕組み、情報共有ツールについて理解しておきたい。 →ガイドやサマリーの内容をそれぞれ説明し、また、センターの取り組みや役割についても伝え、医療・介護関係者間の連絡・調整などの連携の場面で悩むようなことがあった場合は、センターの相談支援機能を利用するよう促した。</p>
留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 連携の場面の経験が浅い医療・介護関係者に対し、ガイドやサマリーの利活用を推奨し、また、関係者への相談支援の受け皿のひとつとしてセンターがあることを伝える。

（参考）相談を通じて、現時点で見えた課題

課題	<p>（医療・介護連携支援センター）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 希望に合うサービスをお知らせするための各種医療・介護サービスや制度の熟知 ・ 地域におけるサービスの提供状況など、最新情報の収集 ・ 医療・介護機関および専門職とのネットワークの拡充 ・ 看取りに関する相談支援の充実 <p>（地域）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関内・施設内の相談窓口・担当者のわかりやすい明示 ・ 退院支援時の関係者間の情報共有・連携不足 ・ 関係者の対象者に対するコミュニケーション・情報提供不足 ・ 郊外での訪問診療など、サービスが不足している地域の存在 ・ 在宅・施設における看取りに関わる体制の充実
----	---

リーフレット配布先一覧

(H29. 4. 27報告日現在)

配布先	部数
市役所本庁舎 iスペース	20
市役所本庁舎 介護保険課	15
市役所本庁舎 高齢福祉課	15
湯川支所	15
亀田支所	15
銭亀沢支所	10
南茅部支所	10
戸井支所	10
恵山支所	10
楸法華支所	10
在宅歯科医療連携室	10
市立函館保健所	10
医療機関（198ヶ所郵送，各1部）	198
二次救急医療機関等（14カ所訪問，各10部）	140
地域包括支援センター（10ヶ所訪問，各10部）	100
地域包括支援センター・居宅介護支援事業所向け説明会（参加者，各1部）	178
介護事業所向け説明会（参加者，各1部）	260
有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅向け説明会（参加事業所，各1部）	19
各種説明会に参加した事業所以外の介護事業所（340ヶ所郵送，各1部）	340
函館市社会福祉協議会	10
合 計	1,395

4月1日「函館市医療・介護連携支援センター」を開設します

医療と介護の両方を必要とされる高齢者が、住み慣れている地域で安心して自分らしく生活していただけるように、市民の皆さまからの在宅医療などに関するご相談をお受けしたり、医療・介護に携わる方々の連携のサポートを行う、「医療・介護連携支援センター」を開設します。

こんなご相談をお受けいたします

市民の皆さまから

- 退院したあとに在宅医療を受けたい。
- 医療や介護の分からないことを聞きたい。
- 訪問看護を受けたいがその方法がわからない。
- 在宅で受ける医療や介護サービスについて不安がある。

医療・介護関係者の皆さまから

- 退院調整をどのように進めればよいかわからない。
- 入院している支援対象者のことで病院に相談したいが、誰に相談して良いかわからない。
- 医療処置の対応が可能な施設を知りたい。

【相談方法】

電話、面接または訪問により対応します。
まずはお気軽にお電話ください。

○お問合先 Tel 43-3939

Fax 43-1199

○受付時間 平日 8:30-17:00

土曜 8:30-12:30

(日曜・祝日を除く)

○所在地 函館市富岡町 2-10-10

函館市医師会病院内 1階

○ホームページ <http://hakodate-ikr.jp>

センターの主な機能

在宅医療・介護連携に関する相談支援

市民の皆さまからの在宅医療などに関する不安やお悩みのご相談や、地域の医療・介護関係者および地域包括支援センターなどからの連携の調整に関するご相談に対応します。

医療・介護関係者の情報共有の支援

地域の医療・介護関係者の連携に必要な標準的な情報共有ツールを整備します。

地域住民への普及啓発

在宅医療や介護サービスに関する講演活動や、リーフレットの作成・配布などにより地域住民へ在宅医療の仕組みなどをお知らせします。

医療・介護関係者の研修

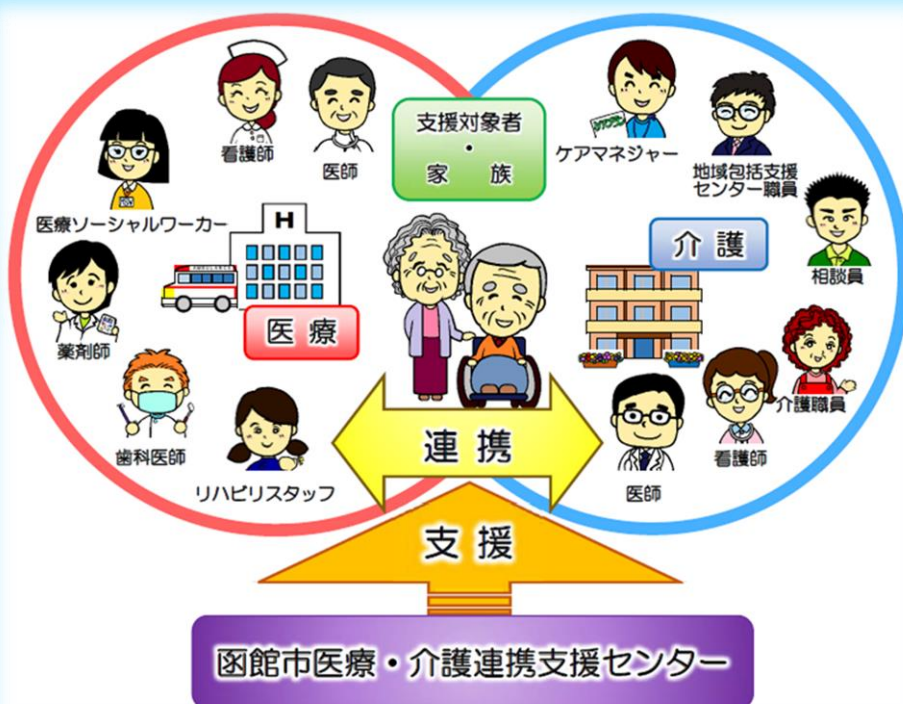
地域の医療・介護関係者の連携を推進するために、多職種連携研修の企画・実施、地域での研修情報の提供などを行います。

切れ目のない医療・介護の提供体制の構築

入退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取りなどの様々な局面に関わり、地域の医療・介護関係者と協働し連携の基本となる各種の仕組みやルール作りを行います。

地域の医療・介護資源の把握、情報提供

地域の医療機関、介護事業所の所在地や機能などを把握し、リストまたはマップを作成、公開します。



はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

資料 6

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

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満 歳)	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			
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	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 <input type="checkbox"/> その他 ()			
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()			
主介護者	続柄	同居別居 <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	同居別居 <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	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"/> 起き上がる <input type="checkbox"/> 立ち上がる <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要	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		
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	<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		
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		
*認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()				
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	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"/> 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成)
<input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑩ 作成)	<input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成)
<input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール③ 作成)	<input type="checkbox"/> 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成)
<input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成)	<input type="checkbox"/> ドレーン (部位:)
<input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成)
<input type="checkbox"/> 透析液供給装置	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成)
<input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成)	<input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成)
<input type="checkbox"/> 吸引器	<input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑯ 作成)
<input type="checkbox"/> 輸液ポンプ	<input type="checkbox"/> リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成)
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成)	<input type="checkbox"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成)
<input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成)	<input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑱ 作成)
<input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成)	

在宅介護サービス等 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input 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⑩ 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⑩ 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⑩を作成下さい。

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

*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール②】 在宅⇒病院用

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

氏名	
----	--

医療・介護サービス 利用状況	週間スケジュール							
		月	火	水	木	金	土	日
	AM							
PM								
備考								
	サービス内容		サービス提供事業者・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	<input type="checkbox"/> =男性 <input type="checkbox"/> =女性 <input checked="" type="checkbox"/> =本人 KP=キーパーソン	氏名		続柄	連絡先			
		1	(住所)					
			(備考・携帯番号等)					
		2	(住所)					
			(備考・携帯番号等)					
		3	(住所)					
			(備考・携帯番号等)					

本サマリーの記入者	所属名	
電話	FAX	記入者 函館次郎 作成日

応用ツール① 付帯情報管理

【基本ツール】の他に必要情報として以下を添付致します。

1. 氏名 _____

2. 情報提供時に添付する書類 (該当するものに☑)

① 診療情報提供書

枚数 () 枚

備考 ⇒

② 看護サマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

③ リハビリテーションサマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

④ フェイスシート

枚数 () 枚

備考 ⇒

⑤ その他

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

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

応用ツール② 褥瘡管理

1. 氏名 _____

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 _____ 氏名 _____

応用ツール③ 認知症管理

1. 氏名 _____

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⇒ _____

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④ 食事摂取困難管理

1. 氏 名 _____

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
- 口が渇いた感じ、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、うまく噛めないことがある
- 飲み込んだ後に食べ物が口に残っている
- 食事中によくむせる
- 飲み込んだものが逆流することがある
- 不明

④ 食事を摂取しない場合の問題

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

3. 現在の食事摂取カロリー及び量

* 現在の食事提供カロリー(_____)kcal提供中

* 現在の食形態

- 刻み食 軟食 トロミ食 ミキサー食
- その他 (_____)

* 主食

* 副食

4. その他

作成者 所属 _____

記入者 _____

ツール管理者 所属 _____

氏名 _____

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

1. 氏 名 _____

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 _____ 氏名 _____

応用ツール⑥ 酸素療法管理

1. 氏名 _____

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 _____ 氏名 _____

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理

1. 氏名 _____

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 _____ 氏名 _____

応用ツール⑧ 糖尿病治療管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 経口薬（該当するものに☑）

 無

有 ⇒ 薬剤名(_____) 量(_____)
 服用法(_____)

・薬剤名(_____) 量(_____)
 服用法(_____)

・薬剤名(_____) 量(_____)
 服用法(_____)

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. 使用薬剤および投与量・投与方法

インスリン名・量

朝(_____ ・ _____ 単位) 昼(_____ ・ _____ 単位)

夕(_____ ・ _____ 単位) 就寝(_____ ・ _____ 単位)

投薬時間・タイミング(_____)

その他の指示(_____)

7. 使用器具および提供数

注射器⇒ シリンジ ペン型針⇒(ペンニードル) (_____ G・ _____ 本/月)8. 自己血糖測定器 ⇒ 有 無（『有』の場合以下記載）種類(_____) (貸出 ⇒ 有 無) 穿刺器具(_____)

針(_____ 本/月) チップ(_____ 個/月) その他(_____)

9. 消毒薬・衛生材料

・カット綿(_____ 枚× _____ バック) ・酒精綿(_____ 枚× _____ バック)

・消毒液(エタノール 他) (_____ ml)

・その他(_____)

10. 緊急時の対応方法（明らかな低血糖発作時等）

--

11. その他

--

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑨ 経管栄養法管理

1. 氏 名 _____

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 _____ 氏名 _____

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理

1. 氏名 _____

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 _____ 氏名 _____

応用ツール⑪ 自己導尿管理

1. 氏名 _____

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 _____ 氏名 _____

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

1. 氏名 _____

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 _____ 氏名 _____

応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理

1. 氏名 _____

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・交換頻度・提供数 (提供機関 _____)

	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	消毒液(回路用)	,	本
		滅菌蒸留水	ml	本

7. 人工呼吸器等設定

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

8. 緊急時の対応方法

9. その他 (CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

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

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理

1. 氏 名 _____

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 _____ 氏名 _____

応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱管理

1. 氏名 _____

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 _____ 氏名 _____

応用ツール⑯ 感染に関する管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 感染症の罹患について

・ 感染症① (_____)
～ その対策 _____

・ 感染症② (_____)
～ その対策 _____

・ 感染症③ (_____)
～ その対策 _____

4. 緊急時の対応方法(明らかな悪化状態が見られた時等)

5. 感染症に対しての処方状況

6. その他

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

応用ツール⑰ 緩和ケア情報共有シート (MOPN)

患者氏名	0
年齢	117 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 _____

氏名 _____

応用ツール⑱ 特記事項

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

1. 氏 名 _____

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

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 活用マニュアル

【目的】

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

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

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

【運用理念】

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

【活用対象者】

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

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

【活用方法】

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

【ツール構成】

本サマリーは以下の2つのツールで構成されています。

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

◎各ツールの項目の詳細については作成マニュアルに別記致します。

【活用場面】

『病院⇔在宅』

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

『病院⇔施設』

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

『在宅⇔施設』

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

『病院⇔病院』

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

『施設⇔施設』

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

【個人情報について】

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

【マニュアルについて】

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

【事務局・お問い合わせ窓口】

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

[お問い合わせ先]

函館市医師会病院内

函館市医療・介護連携支援センター

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

電話 : 43-3939 FAX : 43-1199

【情報共有ツール】『はこだて医療・介護連携サマリー』 作成マニュアル

《《《《 基本ツール 》》》》

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

【基本情報等】

- 氏名(フリガナ)
 - ・活用対象者の中で入退院の調整及び情報提供連携を行う対象者の方の氏名を記入
 - ・【PC入力の場合】氏名を入力すると自動でふり仮名がふられる
- 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⑩を作成し、ここにチェックを入れる

【身体・生活機能等】

●評価日

- ・身体・生活機能等の評価を記入した年月日を記入
- ・年月日の横にどの時期に評価したかをチェック。地域生活期(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入

●起居動作～入浴(保清等)

- ・それぞれ該当する項目にチェック
- ・*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入

《《《《 基本ツール② 》》》》

- 情報提供先施設名称
 - ・本ツールの受取側の施設, 事業所名を記入
 - ・【PC入力の場合】自動で基本ツール①で入力した名称が標記される
- 情報提供先担当者名
 - ・本ツールの受取側の担当者名を記入
 - ・【PC入力の場合】自動で基本ツール①で入力した担当者名が標記される
- 氏名
 - ・活用対象者の中で入退院の調整及び情報提供連携を行う対象者の方の氏名を記入
 - ・【PC入力の場合】自動で基本ツール①で入力した名前が標記される

【医療・介護サービス利用状況】

- 週間スケジュール
 - ・サービスの週間スケジュールを記入, または, ケアプランの週間サービス計画表の添付でも良い
- サービス内容
 - ・利用しているサービスについてチェック
- サービス提供事業所・担当者
 - ・事業所名と担当者名を記入
- 主なサービス内容等
 - ・わかる範囲でサービス内容等について記入

【生育歴・生活歴】

- ・生育歴・生活歴について記入

【家族構成図】

- ・ジェノグラムを記入

【緊急連絡先】

- ・緊急連絡先が複数ある場合, 優先順位が高いものから順に記入

【本サマリーの記入者】

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

《《《《 応用ツール 》》》》

応用ツール①

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

応用ツール全体

・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入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入

《《《《 ツール作成にあたってのマナー 》》》》

○このツールは同職種の方だけが見るものではなく, いろんな職種の人が見るツールです。そのため, どの職種が見ても分かりやすい内容となるよう留意して記入しましょう

○自身の職種や職場での常識が全市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。

平成 29 年度 多職種連携研修計画

1. 基本方針

平成 29 年度の研修は『相互理解』をテーマに開催する。

具体的には、関係する各専門職種の職域および仕事内容を知る機会を設けることや、職種を超えた顔の見える関係の構築、また、それぞれの職種の事情を知らないが故に生じている思い違いや誤解の解消等を研修の内容とする。

今年度は、これまで例年開催している大規模な多職種連携研修に加え、同テーマで 4 回の中小規模の研修も開催することとし、医療関係者対象の研修と、介護関係者対象の研修をそれぞれ 2 回開催する。医療関係者には介護側の事情を、介護関係者には医療側の事情を知って頂く機会とする。

医療関係者対象の研修では、外部での研修には参加が難しい急性期病院に勤務する医師なども参加がしやすいよう、その急性期病院を研修会場とするなどの工夫を行い実施することを検討している。

今年度は、すべての研修のテーマを『相互理解』とし、この地域の専門職種間の距離や隔たりを縮め、顔の見える関係の中で更に連携が高められることを目途として、研修を開催する。

また、このテーマは今年度だけのものにとどめることなく、今後も恒久的なテーマとして取り上げ、継続させていく必要があるものと考えている。

2. 研修目標

- 1) 関係多職種のそれぞれの業務内容と役割を理解できる
- 2) それぞれの専門職種団体が交流できる（顔の見える関係作り）
- 3) お互いの役割の理解や、困りごとの解決、お互いが思い描いている誤解の解消

3. 具体案

1) 大規模研修

日 時：平成 29 年 11 月 25 日（土） 14：00～17：00

場 所：花びしホテル（函館市湯川町 1-16-18）

懇親会：花びしホテル（函館市湯川町 1-16-18）

内 容：

- ① 「函館市医療・介護連携支援センター」の実績報告と地域の課題を共有する
 - ・ センターの実績報告に加え、多職種連携を円滑に行うために、医療・介護相互の機能の理解や役割分担について講演（講師：高柳 靖係長（30分））

② シンポジウム形式にて各専門職種を紹介

- ・ 架空の事例を通して自分たちができること、どのように対象者を支えていくことができるのか各専門職種の役割をそれぞれに紹介

(シンポジスト：医師（主治医），歯科医師，薬剤師，看護師，MSW，
ケアマネジャー，包括，訪問看護師，リハ職（訪リハ），
施設職員，柔整，鍼灸マッサージ師，ヘルパー，訪問入浴等）

③ シンポジウムの事例をもとにグループワーク

- ・ 相互理解の必要性について検討

(進行役：未定 (②，③合わせて120分予定))

2) 中小規模研修

(医療関係者側へ)

テーマ：介護関係者側の理解 (制度や職種の職域，介護側の事情等)

日 時：10月，2月それぞれ1回ずつ

場 所：調整中（急性期病院などを予定）

講 師：介護関係者

(介護関係者側へ)

テーマ：医療関係者側の理解

(制度や介護側の疑問の解決，病床機能，医療側の事情等)

日 時：10月，2月それぞれ1回ずつ

場 所：函館市医師会病院 5階講堂，テレシアター（市営函館競輪場）等

講 師：医療関係者

3) 先進的研修との協働

◎ 地域医療支援病院講演会との協働

日 時：平成29年6月28日（水）19：00～20：30

場 所：函館市医師会病院 5階講堂

テーマ：「弘前地区在宅医療・介護連携支援センター『そよかぜ』の舞台裏
～認知症対策を考えながら～」

講 師：弘前市医師会介護保険委員会 副担当理事

すとうクリニック 院長 須藤 武行 先生

4) その他

- ・ 市民向け出前講座（高齢者大学や地域包括支援センターと協働等にて実施）
- ・ 各種団体からの依頼の都度対応
- ・ 希望に応じて各病院の医局会への出前講座等を実施

急変時対応フロー

対象者のオーバーナイト



各医療機関の連携室・相談室等

- ・ 転院・退院・入所などの調整
- ・ 認知症対応が可能な入院医療機関への受診・転院



協働

函館市医療・介護連携支援センター

- ・ 協力医療機関・介護施設等の紹介，調整

(認知症を理由とする調整困難事例を含む)

※急変時対応協力機関（調整中）空床情報システムの活用

各機関担当者がセンターHPに掲載の空床情報に専用パスワードでログインして情報を閲覧・検索できる

*イメージ図

病院名	担当者	連絡先	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金
函館市〇〇病院																		
××病院							○	○	△	×	×	○	○					
△△病院																		
☆☆病院																		
♡♡病院																		
函館□□病院																		
国立◎◎病院																		
函館●●病院																		
函館★★病院																		

<表示の見方> ○：受け入れ可能 △：要相談 ×：受け入れ不可

- ・ 地域包括支援センター他関係機関への連絡調整および情報提供

介護施設や高齢者住宅における救急医療（急変時の対応）にかかわる調査と
好取組事例のノウハウの拡大について

<趣旨>

近年、高齢化の進行に伴い函館市においても介護施設や高齢者住宅などからの高齢者の救急搬送が年々増加しています。とくに、医師や看護師などの医療職が常駐していない施設等では、入所（居）者の救急搬送の場面で施設等の職員の適切な判断や対応が求められています。また、施設等とかかりつけ医や協力医療機関との間の、より一層の連携や結びつきの強化が必要となってきました。

介護施設や高齢者住宅の、高齢者の救急医療（急変時の対応）に関する現状を把握し課題を明確にするためアンケート調査を実施し、その調査結果から理想的な取り組みを実践している「モデル施設」を抽出し、その施設の好取組を広く関係者に伝播することを通じて、個々の施設等の「急変時の対応」に関するスキルの向上を図ります。

<調査方法>

- ・ 介護施設や高齢者住宅における高齢者の急変時の対応に関してのアンケート調査を実施（郵送，配布）し，地域の現状の把握を行う。～ 別添アンケート調査用紙参照
- ・ 調査対象施設等
 - 介護施設 ～ 短期入所生活介護（32），短期入所療養介護（10），特定施設入居者生活介護（14），小規模多機能型居宅介護（18），認知症対応型共同生活介護（46），地域密着型特定施設入居者生活介護（13），地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（4），看護小規模多機能型居宅介護（4），介護老人福祉施設（16），介護老人保健施設（10）
 - 高齢者住宅 ～ サービス付き高齢者向け住宅，有料老人ホーム（67） 計 234 件

<調査後の取組>

- ・ 救急対応が問題なく行えていると回答した施設等について，その施設等で実践している「急変時の対応」の体制・取組の聴き取りや，作成・運用している急変時マニュアル等を確認し，さらにその施設等のかかりつけ医や協力医療機関に対しても聞き取りを実施し，理想的な取り組みを行っている施設等の中から「モデル施設」を選定する。
- ・ モデル施設として選定した施設がスムーズに対応できている理由を分析して，その好取組を他の施設等でも実践できるよう，そのモデル施設にご協力を頂きながら，好取組の周知を目的とした研修会を開催する。
- ・ 救急対応に苦慮していると回答した施設等へのフォローについては，必要に応じて，モデル施設の体制・取組やマニュアル等を参考に，職員配置など事業所ごとの事情を勘案したうえで，センター職員が個別に施設等を訪問してアドバイスする。

<日程>

- アンケート作成（～5月末）
- アンケート配布（6月～）
- アンケート回収（～6月末）
- アンケート集計（～7月上旬）
- モデル施設の選定（7月中旬）
- かかりつけ医・協力医療機関への聞き取り（7月下旬）
- 研修会開催（8月以降）
- 施設等訪問（8月以降）

<モデル施設選定の考え方>

- ・ 「急変時の対応」がスムーズにできている理由を以下の2つのカテゴリーに分類

① 施設の体制やマニュアル等によるもの

② かかりつけ医や協力医療機関の対応によるもの

→①, ②がともに高評価の場合・・・モデル施設の優先候補

→①のみ高評価の場合・・・モデル施設の次点候補

→②のみ高評価の場合・・・モデル施設の候補としない（※）

※ 医療機関の対応や体制への評価が主な理由となっているため

高齢者の救急医療(急変時の対応)にかかわるアンケート

記入者ご氏名:	e-mail:
---------	---------

I 基本項目

○設問1:施設名・施設種別をお答えください。(施設種別は下記を参考にお答えください)

施設名:	施設種別:
短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護 看護小規模多機能型居宅介護 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 サービス付き高齢者向け住宅 有料老人ホーム	

○設問2:従事者数・勤務状況についてお答えください。

医師	人	(1)時間帯別状況:①常時不在 ②日中のみ常駐 ③日中夜間常駐 ④その他()	
		(2)出勤日別状況:①平日 ②隔日 ③隔週 ④その他()	
看護師	人	(1)時間帯別勤務状況:日中 人, 夜間 人	
		(2)時間帯別状況:①常時不在 ②日中のみ常駐 ③日中夜間常駐 ④その他()	
介護職員	人	時間帯別勤務状況:日中 人, 夜間 人	
その他	人		
職員合計	人		

○設問3:施設定員をお答えください。

人

○設問4:貴施設の急変時マニュアルについてお答えください。

回答欄

(1)	・貴施設に急変時のマニュアル等がございますか。 選択肢:①あり ②なし ③不明 ④その他()	
(2)	・マニュアル等がある場合, そのマニュアルは活用されていますか。 選択肢:①常に活用 ②状況により活用 ③どちらでもない ④ほとんど活用していない ⑤活用していない	

II 急変時対応の医療機関との連携に関して

回答欄

(1)	・入所(居)者の急変時の対応を依頼できる医療機関はありますか。 選択肢:①あり ②なし ※「あり」の場合, 以下の①②についてもお答えください。	
	①対応して頂ける状況についてお答えください。 選択肢:①24時間オンコール ②平日日中のみオンコール ③その他()	
	②貴施設との関係についてお答えください。 選択肢:①嘱託医 ②協力医療機関 ③入所(居)者のかかりつけ医 ④その他()	
(2)	・上記でお答え頂いた医療機関との普段からの連携についてお答えください。 選択肢:①非常に良好 ②良好 ③どちらとも言えない ④あまり良好ではない ⑤良好ではない	
	・上記のようにお答え頂いた理由を具体的に教えてください。 ()	
(3)	・入所(居)者の急変時に救急搬送の判断をされる方の職種についてお答えください。 選択肢:①医師 ②看護師 ③介護職員 ④その他()	

Ⅲ 患者情報の把握に関して

回答欄

(1)	<p>・入所(居)者の急変時に救急搬送が必要になった際、救急隊に申し送りするための入居者情報の職員間の共有状況についてお答えください。 選択肢:①いつでもだれでも共有できる ②いつでも限られたひとのみ共有できる ③限られた時間で誰でも共有できる ④限られた時間で限られた人のみ共有できる ⑤その他</p>	
(2)	<p>・現在、貴施設で使用している救急隊に申し送りするための様式はありますか。 選択肢:①ある ②なし ③不明 ※「あり」の場合、以下の①に、「なし」「不明」の場合は②についてもお答えください。</p>	
	<p>①「あり」の場合、その様式名をお答えください。 ()</p>	
	<p>②「なし」「不明」の場合、申し送りするための決まった様式があった方が良いと思いますか。 選択肢:①非常にそう思う ②そう思う ③どちらとも言えない ④そう思わない ⑤全くそう思わない</p>	

Ⅳ 入所(居)者の急変時の対応における課題について

回答欄

(1)	<p>・貴施設において入所(居)者の急変時の対応はスムーズにできていると思いますか。 選択肢:①非常にそう思う ②そう思う ③どちらとも言えない ④そう思わない ⑤全くそう思わない</p>	
	<p>・上記のようにお答え頂いた理由を具体的に教えてください。 ()</p>	

Ⅴ I～IVまでの設問に関し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

以上

傷病者	氏名	住所	函館市	町	丁目	番	号	
	明・大・昭 年 月 日	入所施設名						
	性別 男・女	同乗者 (名)	出場先	函館市	町	丁目	番	号
	アレルギーの有無・内容	無有 ()	TEL	()	-			
既往・現病歴	主治医・医療機関	緊急時連絡先	氏名	続柄	TEL	()	-	

**こんな症状がみられたら、ためらわずに119番に連絡してください！
重大な病気やけがの可能性がります。**

下記以外の
救急要請理由
通報に際し行った
処置・バイタル等

() 緊急対応日 平成 年 月 日
()

顔

- 顔半分が動きにくい、あるいはしびれる
- ニッコリ笑うと口や顔の片方がゆがむ
- ろれつがまわりにくい、うまく話せない
- 視野がかける
- ものが突然二重に見える
- 顔色が明らかに悪い

頭

- 突然の激しい頭痛
- 突然の高熱
- 支えなしで立てないぐらい急にふらつく

胸や背中

- 突然の激痛
- 急な息切れ、呼吸困難
- 胸の中央が締め付けられるような、または圧迫されるような痛みが2~3分続く
- 痛む場所が移動する

手足

- 突然のしびれ
- 突然、片方の腕や足に力が入らなくなる

腹

- 突然の激しい腹痛
- 持続する激しい腹痛
- 吐血や下血がある

意識の障害

- 意識がない(返事がない)又はおかしい(もうろうとしている)
- ぐったりしている

吐き気

- 冷や汗を伴うような強い吐き気

けいれん

- けいれんが止まらない
- けいれんが止まっても、意識がもどらない

飲み込み

- 食べ物をのどにつまらせて、呼吸が苦しい
- 変なものを飲み込んで、意識がない

けが・やけど

- 大量の出血を伴う外傷
- 広範囲のやけど

事故

- 交通事故にあった(強い衝撃を受けた)
- 水におぼれている
- 高所から転落

◎その他、いつもと違う場合、様子がおかしい場合