

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21回会議

日時：令和7年2月27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) モニタリングの結果について（資料1）
- (2) 高橋病院マイナーチェンジ後サマリー試験運用のご報告（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) サマリーともしもノートはこだての活用状況調査について（資料4, 5）
- (3) 応用ツール④ の変更（案）について（資料6）
- (4) その他の応用ツールの変更（案）について（資料7）

3 その他

- ・各種研修会の開催状況
- ・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 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
- 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」の活用状況調査（案）
- 5 「もしもノートはこだて」アンケート調査票（案）
- 6 応用ツール④ の変更（案）
- 7 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21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 ※欠席	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 ※欠席	市立函館病院 事務局
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	
介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	青木 美香 ※欠席	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 ※欠席	介護老人保健施設 ケンゆのかわ
	道南訪問看護ステーション連絡協議会	保坂 明美	訪問看護ステーション フレンズ

函館市

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 R6.7.1～R6.12.31分

《所属機関》

種別	(n=128)			(n=121)			(n=147)		
	第14回			第13回			第12回		
	R6.7.1～R6.12.31分			R6.1.1～R6.6.30分			R5.7.1～R5.12.31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	17件	71%	24件	15件	63%	24件	13件	54%
② 居宅介護支援事業所	94件	40件	43%	94件	34件	36%	92件	37件	40%
③ 包括支援センター	10件	6件	60%	10件	6件	60%	10件	10件	100%
④ 訪問看護	37件	10件	27%	38件	11件	29%	31件	13件	42%
⑤ 短期入所生活介護	28件	7件	25%	28件	4件	14%	27件	8件	30%
⑥ 短期入所療養介護	11件	0件	0%	11件	0件	0%	11件	1件	9%
⑦ 特定施設入居者生活介護	12件	5件	42%	12件	4件	33%	12件	6件	50%
⑧ 小規模多機能型居宅介護	19件	6件	32%	19件	5件	26%	19件	6件	32%
⑨ 認知症対応型共同生活介護	47件	9件	19%	47件	9件	19%	47件	16件	34%
⑩ 地域密着型特定施設入居者生活介護	13件	5件	38%	13件	7件	54%	13件	6件	46%
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	5件	0件	0%	6件	0件	0%	6件	1件	17%
⑬ 介護老人福祉施設	17件	8件	47%	17件	7件	41%	17件	6件	35%
⑭ 介護老人保健施設	8件	2件	25%	8件	4件	50%	8件	4件	50%
⑮ 介護医療院	4件	1件	25%	4件	3件	75%	4件	2件	50%
⑯ サ付・有料	84件	11件	13%	84件	11件	13%	85件	17件	20%
合計	418件	128件		420件	121件		411件	147件	
Googleフォーム回答(内数)		(33)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14回		第13回		第12回		第11回		第10回	
	R6.7.1～R6.12.31分		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	
	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	69件	54%	66件	55%	79件	54%	81件	51%	76件	61%
② いいえ	59件	46%	55件	45%	68件	46%	79件	49%	48件	39%
合計	128件		121件		147件		160件		124件	

はい, 54%

いいえ, 46%

・②いいえの理由。

項目	第14回		第13回		第12回		第11回		第10回	
	R6.7.1～R6.12.31分		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	
	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	59件		55件		68件		79		48件	
① 機会がない	12件	20%	8件	15%	13件	19%	11	14%	12件	25%
② 今後使用予定	0件	0%	0件	0%	0件	0%	0	0%	0件	0%
③ 準備ができていない	1件	2%	2件	4%	3件	4%	0	0%	1件	2%
④ その他	37件	63%	38件	69%	35件	51%	57	72%	32件	67%
⑤ 未回答	9件	15%	7件	13%	17件	25%	11	14%	3件	6%

準備ができていない, 2%

機会がない, 20%

その他, 63%

未回答, 15%

今後使用予定: 0%

・②いいえのうち、その他の理由。

項目	第14回		第13回		第12回		第11回		第10回	
	R6.7.1~R6.12.31分		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	
	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
■その他との回答のうち	37件		38件		35件		57件		32件	
① 既存の書式を利用	21件	57%	23件	61%	17件	49%	27件	47%	16件	50%
② 電子カルテで管理している	7件	19%	3件	8%	2件	6%	7件	12%	9件	28%
③ その他	9件	24%	12件	32%	16件	46%	23件	40%	7件	22%



(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7月1日から令和6年12月31日までの期間で、何件の「サマリー」を作成されましたか？

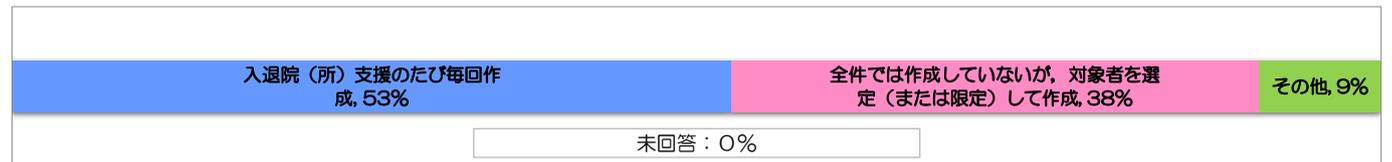
<ul style="list-style-type: none"> 最大作成件数は1,281件 1機関の平均活用件数は54件

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14回		第13回		第12回		第11回		第10回	
	R6.7.1~R6.12.31分		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	
	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	57件	67%	50件	55%	69件	64%	68件	60%	57件	61%
② 退院時	7件	8%	19件	21%	18件	17%	23件	20%	22件	23%
③ 転院時	7件	8%	3件	3%	4件	4%	6件	5%	4件	4%
④ サービス事業所へ(新規依頼時等)	7件	8%	10件	11%	5件	5%	7件	6%	5件	5%
⑤ その他	6件	7%	9件	10%	12件	11%	10件	9%	6件	6%
⑥ 未回答	1件	1%	0件	0%	0件	0%	0件	0%	0件	0%
合計	85件		91件		108件		114件		94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14回		第13回		第12回		第11回		第10回	
	R6.7.1~R6.12.31分		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	
	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	41件	53%	35件	49%	40件	45%	50件	52%	36件	46%
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	30件	38%	26件	37%	36件	40%	37件	39%	36件	46%
③ その他	7件	9%	10件	14%	13件	15%	8件	8%	4件	5%
④ 未回答	0件	0%	0件	0%	0件	0%	1件	1%	2件	3%
合計	78件		71件		89件		96件		78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14回		第13回		第12回		第11回		第10回	
	R6.7.1~R6.12.31分		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	
	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	10件	8%	6件	5%	6件	4%	13件	9%	8件	7%
② なし	97件	76%	85件	70%	119件	81%	97件	68%	87件	73%
③ 未回答	20件	16%	30件	25%	22件	15%	33件	23%	25件	21%
合計	127件		121件		147件		143件		120件	



○ 作成しない理由

《医療機関》

- ・ 電子カルテに導入されていないため（他2件）
- ・ 当院所定のサマリー様式があるため（他1件）
- ・ 当院では採用していないため（他1件）

《居宅介護支援事業所》

- ・ 自社の書式を使用（他6件）
- ・ 機会がなかった（他1件）
- ・ 業務が忙しく作成する時間的余裕がない
- ・ 独自のフェイスシートからの切り替えが間に合っていなかったため
- ・ 作成時間がなく情報提供する場合は自社で作成の基本情報を送信しているため

《包括支援センター》

- ・ 活用機会がなかった（他2件）
- ・ 既存のツールで対応が間に合ったため

《訪問看護》

- ・ 電子カルテ内のサマリーを活用しているため（他1件）

《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ため
- ・ 自社システムがあるため（他1件）
- ・ 転所や入院の機会がなかったため（他1件）

《特定施設入居者生活介護》

- ・ 自社の書式を使用（他1件）

《小規模多機能型居宅介護支援事業所》

- ・ 入院先からの請求がなかった（昨年）
- ・ 医療機関でもあまり使われていないため
- ・ 知りたい情報が少ない気がします

《認知症対応型共同生活介護》

- ・ 自社の書式を使用（他1件）
- ・ 機会がないため（他1件）
- ・ 必要なかった
- ・ 作成する余裕がない

《地域密着型特定施設入居者生活介護》

- ・ 長く使用しているサマリーが使用しやすい

《地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護》

- ・ 使用する機会がなかった

《介護老人福祉施設》

- ・ 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
- ・ 介護記録ソフトほのぼのの様式を使用している
- ・ なかなか既存の書類からぬけれなくなっておりますが、情報提供で目にする事もふえており、わかりやすいな、とも感じています

《サ付・有料》

- ・ 自社の書式を使用（他1件）
- ・ 活用機会がない（他2件）

○ 見直し等の意見

《医療機関》

- 字のフォントが小さく、ファックスなどで字が潰れてることがあり見づらいです。自分で作成したときはフォント変更したりはしていません
- 既往歴、病名の記載欄を増やしてほしい（書き切れる事あり）

《居宅介護支援事業所》

- 基本情報に替えてサマリーの「フェイスシート版」を使用してみたが、介護の基本情報に足りない部分や、逆に身体機能などアセスメントシートと重複している部分もあるため、基本情報に替えて使用することは出来なかった
- 居宅介護支援事業所の入院時情報連携加算算定要件が変更になりスピード感が重視されるようになりました。よって、転記する時間がない場合等は活用出来ないケースも沢山あります
- 全体的に分かり難い
- 要介護度、障害高齢者、日常生活自立度のセルをクリックして選択してくださいと出るが入力がかまくいかない

《包括支援センター》

- FAXで基本ツールをいただいた時、数字がつぶれて電話番号がはっきりしないことがあるのでフォントをもう少し大きくしていただきたいです

《訪問看護》

- ケアマネさんは入院のたびに作成しているのか不明なので表紙も作っているのですが…ダブっているのだとしたら、こちらの記載分を減らして時間を節約したいと思います

《小規模多機能型居宅介護》

- 上記、医療機関で連携サマリーを使用していても基本ツールと応用ツール⑱のみ。それであれば応用ツール①～⑱は不要なのでは？それとも医療機関同士でのやり取りの時は使用しているのでしょうか？
- 知りたい情報が少ない気がします

《介護老人福祉施設》

- 正直、年配の職員には細かい（文字の密集的に）気もします

《介護老人福祉施設》

- 12月のマイナーチェンジ後の活用はしていないが、パーセルインデックスの項目追加や口腔・栄養項目追加があり、より細かい情報を伝えることができると思いました

《サ付・有料》

- 連携サマリーは常に進化しているため見直しについての意見はございません。見通すことも大切かと思いますが活用側も連携サマリーに慣れていく目的で件数を多くしていきたいと感じます。また応用ツール⑱は活用例次第で特色が現れますので活用例を学ばせていただく機会があると良いです。マイナーチェンジの連携サマリーは入力、見易さ、良いと感じます

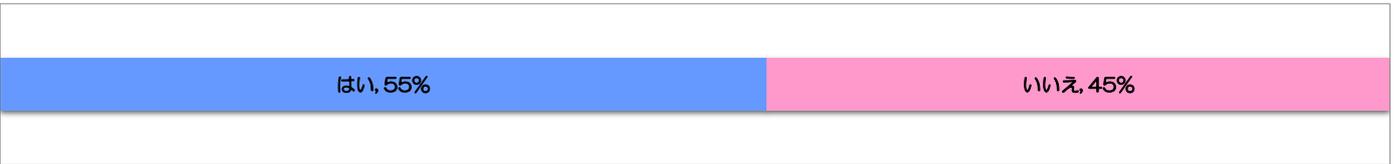
情報共有ツール作業部会 はこだて医療・介護連携サマリー モニタリング
 ○活用状況調査集計結果 R6.7.1~R6.12.31分

《所属機関》

種別	(n=29)			(n=21)			(n=21)		
	第6回			第5回			第4回		
	R6.7.1~R6.12.31分			R6.1.1~R6.6.30分			R5.7.1~R5.12.31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	2件	100%	2件	1件	50%
② 居宅介護支援事業所	20件	10件	50%	20件	6件	30%	21件	8件	38%
③ 包括支援センター	2件	2件	100%	2件	1件	50%	2件	2件	100%
④ 訪問看護	9件	2件	22%	9件	2件	22%	7件	2件	29%
⑤ 短期入所生活介護	7件	0件	0%	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	3件	27%	11件	2件	18%	11件	1件	9%
⑧ 小規模多機能型居宅介護	9件	1件	11%	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	3件	21%	14件	1件	7%
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	1件	20%	5件	0件	0%	5件	0件	0%
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	1件	25%	4件	0件	0%	4件	1件	25%
⑭ 介護老人保健施設	3件	1件	33%	3件	1件	33%	3件	0件	0%
⑮ 介護医療院	1件	0件	0%	1件	0件	0%	1件	1件	100%
⑯ サ付・有料	21件	3件	14%	21件	0件	0%	20件	0件	0%
合計	111件	29件		111件	21件		109件	21件	
Googleフォーム回答(内数)		(12)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6回		第5回		第4回		第3回		第2回	
	R6.7.1~R6.12.31分		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	
	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	16件	55%	5件	24%	10件	48%	9件	41%	11件	38%
② いいえ	13件	45%	16件	76%	11件	52%	13件	59%	18件	62%
合計	29件		21件		21件		22件		29件	



・②いいえの理由。

項目	第6回		第5回		第4回		第3回		第2回	
	R6.7.1~R6.12.31分		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	
	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	13件		16件		11件		13件		18件	
① 機会がない	1件	8%	3件	19%	3件	27%	3件	23%	6件	33%
② 今後使用予定	0件	0%	1件	6%	0件	0%	0件	0%	1件	6%
③ 準備ができていない	0件	0%	0件	0%	1件	9%	0件	0%	0件	0%
④ その他	10件	77%	11件	69%	7件	64%	8件	62%	11件	61%
⑤ 未回答	2件	15%	1件	6%	0件	0%	2件	15%	0件	0%



・②いいえのうち、その他の理由。

項目	第6回		第5回		第4回		第3回		第2回	
	R6.7.1~R6.12.31分		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	
	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
■その他との回答のうち	10件		10件		7件		8件		11件	
① 既存の書式を利用	6件	60%	5件	50%	3件	43%	5件	63%	6件	55%
② 電子カルテで管理している	3件	30%	3件	30%	3件	43%	3件	38%	4件	36%
③ その他	1件	10%	2件	20%	1件	14%	0件	0%	1件	9%



(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7月1日から令和6年12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？

<ul style="list-style-type: none"> 最大作成件数は300件 1機関の平均活用件数は27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6回		第5回		第4回		第3回		第2回	
	R6.7.1~R6.12.31分		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	
	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	13件	72%	3件	75%	9件	82%	9件	64%	11件	92%
② 退院時	1件	6%	1件	25%	1件	9%	3件	21%	1件	8%
③ 転院時	0件	0%	0件	0%	0件	0%	1件	7%	0件	0%
④ サービス事業所へ（新規依頼時等）	4件	22%	0件	0%	1件	9%	1件	7%	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	18件		4件		11件		14件		12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6回		第5回		第4回		第3回		第2回	
	R6.7.1~R6.12.31分		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	
	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	11件	61%	2件	40%	6件	60%	8件	89%	6件	50%
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	7件	39%	3件	60%	4件	40%	0件	0%	5件	42%
③ その他	0件	0%	0件	0%	0件	0%	1件	11%	1件	8%
④ 未回答	0件	0%	0件	0%	0件	0%	0件	0%	0件	0%
合計	18件		5件		10件		9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6回		第5回		第4回		第3回		第2回	
	R6.7.1~R6.12.31分		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	
	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	3件	10%	1件	5%	0件	0%	3件	19%	2件	7%
② なし	22件	76%	11件	52%	13件	62%	13件	81%	20件	67%
③ 未回答	4件	14%	9件	43%	8件	38%	0件	0%	8件	27%
合計	29件		21件		21件		16件		30件	



○ 作成しない理由

《入院医療機関》

- ・ 院内サマリーを使用していることから活用が進まない

《居宅介護支援事業所》

- ・ システムで作成できるので
- ・ 他の書式を使っているから
- ・ 準備不足。介護保険改正により入院時連携が当日となり、サマリーを作成する時間が作れず、基本情報、ケアプラン等を送り対応している

《包括支援センター》

- ・ システムの基本情報を使用（他5件）
- ・ 活用する機会がありませんでした（他1件）

《訪問看護》

- ・ 作成機会がない
- ・ 使用方法がわからないため。また、電子カルテソフトのサマリーだと自動反映される項目が多いため

《特定施設入居者生活介護》

- ・ 函館地区以外の事業所が多く共有できず
- ・ 今までのサマリー使用のため

《地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護》

- ・ 特養独自の様式を使用しているため

《介護老人福祉施設》

- ・ 施設独自の書式を使用しているため

《介護老人保健施設》

- ・ 介護ソフトを使用し、サマリー等を作成しているため

《サ付・有料》

- ・ フェイスシートを使用していたため

○ 見直し等の意見

《入院医療機関》

- ・ 徘徊，という表現は不適切かと思えます。

《居宅介護支援事業所》

- ・ 家族の連絡先を書く欄が多い。医療情報として医療機関からの入院日や手術日などの日付を知りたいので，記入欄があるとわかりやすくが良いです
- ・ 正式版の要介護度が入力できない

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」の基本ツールについて、『高橋病院』にて試験運用いたしました。概要について以下のとおりご報告いたします。

【試験運用概要】

① 期 間 2024年10月15日～2024年10月30日

② 対象患者 85人

	連携場面	人数	平均年齢	入・外	担当者
1	入院時	47人	82.5	入院	病棟看護師
2	中間サマリー	3人	82	入院	病棟看護師
3	退院時	21人	80	入院	病棟看護師
4	在宅	14人	84.5	外来	訪問診療室 外来看護師

※事前に法人全体に説明し試験運用実施。全件、特に問題無し。

※連携先施設からの問い合わせは無かった。



(R7年3月 掲載予定分)

Q1. ケアマネさんは入院のたびに作成しているのか不明なので基本ツールも作っているのですが…もしダブって作成しているのだとしたら、こちらの記載分を減らして時間を節約したいと思います

A1: 利用者さん入院時にはケアマネジャーも、何かしらの形で情報提供をしていると思いますが、はこだてサマリーを活用されているかどうかは分からないため、できれば都度何の書式で情報提供するのか、はこだてサマリーを活用されるのであれば、どちらがどのサマリーを作成し情報提供するのか協力・役割分担をしつつ協力し合ってくださいと幸いです。

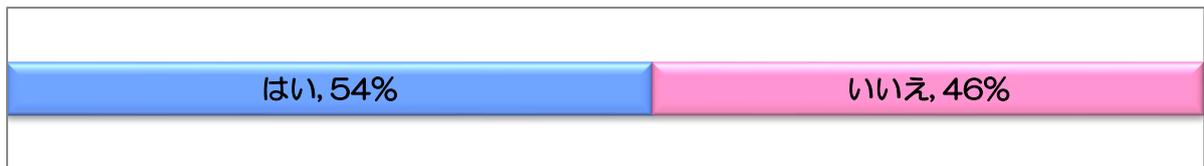
Q2. 要介護度、障害高齢者、日常生活自立度のセルをクリックして選択してくださいと出るのが入力がうまくいかない

A2: 大変申し訳ありません。新サマリーに変更する際に、正式版(チェック式)サマリーに不具合が生じておりました。ご指摘を受け、すぐに修正しホームページに掲載しているサマリーの差し替えを行っております。

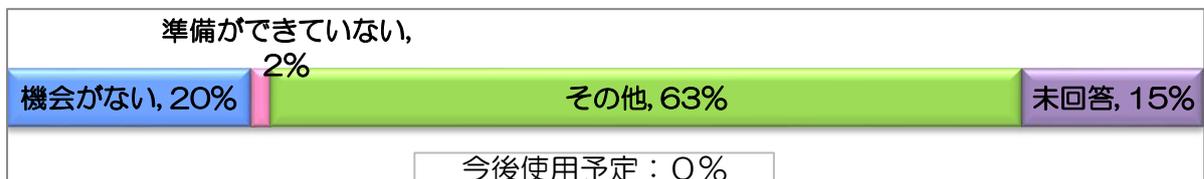
早速マイナーチェンジ後サマリーをご活用くださっていること、ご指摘いただきましたこと感謝申し上げます。

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 R6.7.1～R6.12.31分 (n=128)

○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。



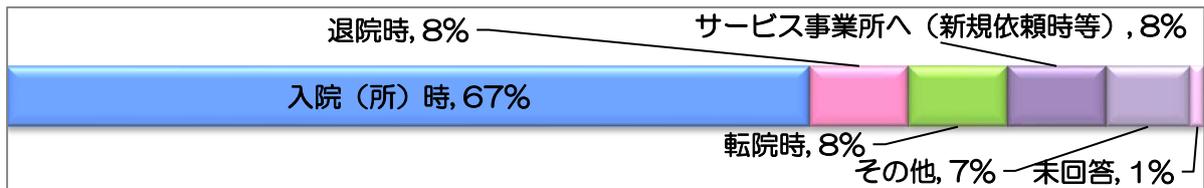
○上記いいえの理由。



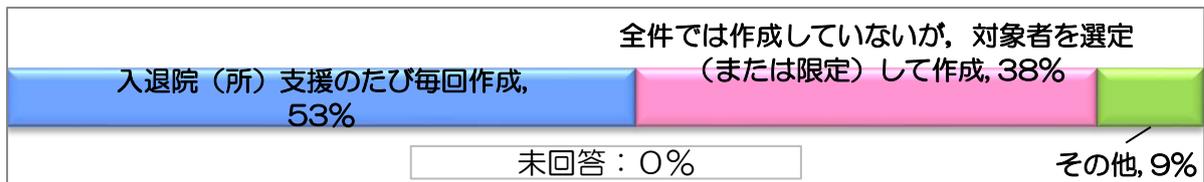
○ア 令和6年7月1日から令和6年12月31日までの期間で、何件の「サマリー」を作成されましたか？

- ・最大作成件数は1,281件
- ・1機関の平均活用件数は54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。



『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－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 ①はい ②いいえ ③わからないの準備ができた
- ・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：①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱

- ・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。

○応用ツール④の変更（案）

応用ツール④ 食事摂取・栄養管理

* 前回部会以降の変更点

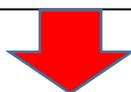
①管理栄養士記入欄として情報提供日時を欄を追加（加算要件）

2.自己管理能力（該当するものに☑） <input type="checkbox"/> 1)自己管理可 <input type="checkbox"/> 2)不可 <input type="checkbox"/> 3)全面介助（介助者 * 家族等の介助状況⇒ <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 不可能 * 特記事項（	管理栄養士 記入欄 年 月 日 転院先管理栄養士へ説明済み
)

②前回「5.嚥下調整食の必要性」としていた項目を「5.現在の食形態等」に変更し内容を追加

《前回提案分》

5.嚥下調整食の必要性	
① 主食	主食の種類（)
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ⇒学会分類コード※1()
② 副食	<input type="checkbox"/> 有 ⇒学会分類コード※1()
<input type="checkbox"/> 無	
③ とろみ	<input type="checkbox"/> 有 ⇒学会分類※1()
<input type="checkbox"/> 無	



《変更後》

5.現在の食形態等	
① 主食	種類（) 形態（)
* 嚥下調整食の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒学会分類コード※1()
特記	<input type="text"/>
② 副食	種類（) 形態（)
* 嚥下調整食の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒学会分類コード※1()
特記	<input type="text"/>
③ 飲水（とろみ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒学会分類※2()
特記	<input type="text"/>
* 食事内容（治療食，補助食品等）	<input type="text"/>

③前回「5.嚥下調整食の必要性」としていた項目を「5.現在の食形態等」に変更し内容も修正

《主食》

5.現在の食形態等

① 主食

* 嚥下調整食の必要性 無

特記

種類 ()

- 米飯
- 軟飯
- 全粥
- 七分粥
- 五分粥
- 三分粥
- 流動

形態 ()

- なし
- トロミ
- ミキサー
- ゼリー等
- その他

学会分類コード※1 ()

《副食》

② 副食

* 嚥下調整食の必要性 無

特記

種類 ()

- 常食
- 軟菜食
- 流動食
- 不明

形態 ()

- なし
- トロミ
- 1口大きざみ
- 粗ざみ
- 超ざみ
- ミキサー
- ゼリー等
- その他

学会分類コード※1 ()

④学会分類コードの評価基準をコメント欄に掲載

《主食》

5.現在の食形態等

① 主食

* 嚥下調整食の必要性 無 有 ⇒学会分類コード※1 ()

特記

種類 ()

形態 ()

学会分類2021（食事）

嚥下調整食 1J：おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリー など（均質で、付着性、凝集性、かたさ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの）

嚥下調整食 2-1：粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥（ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの）

嚥下調整食 2-2：やや不均質（粒がある）でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類（ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの）

嚥下調整食 3：離水に配慮した粥 など（形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない）

嚥下調整食 4：軟飯・全粥 など（かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ）

《副食》

② 副食	種類 ()	形態 ()
* 嚥下調整食の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	⇒学会分類コード※1 ()
特記		

学会分類2021（食事）
嚥下訓練食品 0j：均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー・離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの
嚥下訓練食品 0t：均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水（原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ* のどちらかが適している）
嚥下調整食 1j：均質で、付着性、凝集性、かたさ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの
嚥下調整食 2-1：ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの
嚥下調整食 2-2：ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの
嚥下調整食 3：形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない
嚥下調整食 4：かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ

《飲水》

③ 飲水（とろみ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	⇒学会分類※2 ()
特記		
* 食事内容（治療食，補助食品等）		

学会分類2021（とろみ）
段階 1 薄いとろみ【Ⅲ-3項】：スプーンを傾けるとすっと流れ落ちるフォークの歯の間から素早く流れ落ちるカップを傾け、流れ出た後には、うっすらと跡が残る程度の付着
段階 2 中間のとろみ【Ⅲ-2項】：スプーンを傾けるととろとろと流れるフォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちるカップを傾け、流れ出た後には、全体にコーティングしたように付着
段階 3 濃いとろみ【Ⅲ-4項】：スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れにくいフォークの歯の間から流れ出ないカップを傾けても流れ出ない（ゆっくりと塊となって落ちる）

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（

）

管理栄養士 記入欄

年 月 日

転院先管理栄養士へ説明済み

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（下記の把握が難しいようであれば、7.の記入欄に食事摂取量等をご記入ください）

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. 現在の食形態等

① 主食

種類（

） 形態（

* 嚥下調整食の必要性

 無 有

⇒学会分類コード※1（

特記

② 副食

種類（

） 形態（

* 嚥下調整食の必要性

 無 有

⇒学会分類コード※1（

特記

③ 飲水（とろみ）

 無 有

⇒学会分類※2（

特記

* 食事内容（治療食、補助食品等）

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

※1 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食分類（食事）

※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の学会分類（とろみ）

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. 食事摂取に対する問題（該当するものに☑）

① 食事中、気になる事

- 食べようとしていない
 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 ころみ

 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 _____

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

- 食べようとしめない
- 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 _____

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
消毒液⇒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 (持続携帯式腹膜透析) 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 (持続携帯式腹膜透析)

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 _____

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 (持続携帯式腹膜透析) 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 (持続携帯式腹膜透析)

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 (_____) ・ 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 _____

変更前

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）
- ・ 滅菌ガーゼ（ _____ 枚× _____ パック）
- ・ 滅菌フィルム（ _____ 枚）
- ・ フィルム（ _____ 巻）
- ・ その他（ _____ ）
- ・ 絆創膏（ _____ 個）
- ・ 酒精綿（ _____ ）
- ・ NSシリンジ（ _____ ml _____ 本）
- ・ ヘパ生シリンジ（ _____ 本）

9. 使用器具・交換頻度・提供数

- ・ 輸液回路（ _____ セット）
- ・ ヒューバー針（ _____ mm _____ 本）
- ・ エクステンションチューブ（ _____ ml _____ 本）
- ・ フィルター（ _____ 個）
- ・ 注射器、注射針（ _____ セット）
- ・ 連結管（ _____ 本）
- ・ インジェクションプラグ（ _____ 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）
- ・滅菌ガーゼ（ _____ 枚× _____ バック）
- ・滅菌フィルム（ _____ 枚）
- ・フィルム（ _____ 巻）
- ・その他（ _____ ）
- ・絆創膏（ _____ 個）
- ・酒精綿（ _____ ）
- ・NSシリンジ（ _____ ml _____ 本）
- ・ヘパ生シリンジ（ _____ 本）

9. 使用器具・交換頻度・提供数

- ・輸液セット（ _____ セット）
- ・ヒューバー針（ _____ mm _____ 本）
- ・エクステンションチューブ（ _____ ml _____ 本）
- ・フィルター（ _____ 個）
- ・注射器、注射針（ _____ セット）
- ・連結管（ _____ 本）
- ・インジェクションプラグ（ _____ 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(_____)
服用法(_____)
- 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(_____ ・ _____ 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× _____ パック) ・ 酒精綿 (_____ 枚× _____ パック)
- ・ 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(_____)
服用法(_____)
- 薬情あり

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(_____ ・ _____ 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

- ・ 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)

[Empty box for emergency response methods]

11. その他

[Empty box for other information]

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）
- ・滅菌セッション _____（ _____ 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

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）
- ・ 自己導尿管用セット
（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. 自己導尿管回数指示

- ・ 1日（ _____ ）回（ _____ ）時間ごと

8. 自己導尿管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 _____（ _____ ）
- ・ 集尿装置[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	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 _____