

函館市医療・介護連携推進協議会 令和4年度第2回会議

日時：令和5年3月30日（木）19：00～

場所：函館市医師会病院 5階講堂

および ウェブ

【次第】

1 開 会

2 議 事

○ 協議事項

- (1) 令和5年度 函館市医療・介護連携支援センター事業内容（案）について
- (2) はこだて医療・介護連携サマリーの全国展開について

3 その他

- (1) 次回協議会について

4 閉 会

【配布資料】

- 1 令和5年度 函館市医療・介護連携支援センター事業内容（案）
- 1－2 令和5年度 多職種連携研修計画（案）
- 2 はこだて医療・介護連携サマリーの全国展開について
- 参考資料1 はこだて医療・介護連携サマリー

函館市医療・介護連携推進協議会 顧問・委員名簿

2023/3/31

(敬称略)

(顧問)

分野	所属団体	職名	氏名	勤務先
医療	公益社団法人 函館市医師会	会長代行	クボタ タツヤ 久保田 達也	久保田内科医院
	一般社団法人 函館歯科医師会	会長	サワキ タケン 澤木 健	澤木歯科医院
	一般社団法人 函館薬剤師会	会長	クモカワ マサキ 熊川 雅樹	あおい薬局 松風店
行政	函館市病院局	局長	ウジケ ヨシヒト 氏家 良人	函館市病院局

※Web参加

(委員)

(敬称略)

分野	所属団体	職名	氏名	勤務先
医療	公益社団法人 函館市医師会	副会長	クボタ タツヤ 久保田 達也	久保田内科医院
	一般社団法人 函館歯科医師会	副会長	スズキ マサシ 鈴木 均史	ホワイト歯科クリニック
	一般社団法人 函館薬剤師会	常務理事	ミズコシ ヒデミチ 水越 英通	はこだて調剤薬局 昭和店
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	支部長	キタムラ カズヒロ 北村 和宏	社会医療法人 高橋病院
	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
	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	函館中央病院
	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	支部長	アベ アヤコ 阿部 綾子	函館脳神経外科病院
介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	会長	ワタベ ヨシヒト 渡部 良仁	居宅介護支援事業所 アニー
	函館市地域包括支援センター連絡協議会	会長	ツネノ タクヒサ 常野 剛永	函館市地域包括支援センター亀田
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会	会計	テラダ マサヒロ 寺田 昌弘	社会医療法人 仁生会 西堀病院
	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	株式会社トランドユイット 訪問看護ステーション フレンズ
	道南地区老人福祉施設協議会	会長	サイトウ タダフミ 齋藤 禎史	介護老人福祉施設シンフォニー
行政	函館市保健福祉部	部長	サトウ ツム 佐藤 任	函館市

※Web参加

※Web参加

※Web参加

※Web参加

(オブザーバー) ※ 対面参加

函館市医師会事務局 北斗市 七飯町 ほくと・ななえ医療・介護連携支援センター
--

(オブザーバー) ※ ウェブ参加

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) ※ 対面参加

函館市保健福祉部 市立函館保健所 函館市医療・介護連携支援センター

令和5年度 函館市医療・介護連携支援センター事業内容（案）

事業項目	具体的な内容	協議・取組の所管
ア 地域の医療・介護の資源の把握		
○ ホームページの活用促進および充実	<ul style="list-style-type: none"> ・一般市民へのホームページ活用方法等の周知 ・医療・介護関係者への周知，データ掲載促進 ・コラム等にて，各医療・介護機関の紹介（マップで検索可能な医療・介護機関とその検索項目について） （例）薬剤師の無菌調剤や麻薬調剤の受け入れ等 	医療・介護連携支援センター
○ 「医療・介護連携マップ」の機能向上	<ul style="list-style-type: none"> ・マップの情報の充実更新（年1回） ・（案）生活保護受給者受け入れ可能施設，施設での通院介助方法等，掲載項目の新設 ・専門職を対象としたアンケート調査の実施および分析を行い，新たな掲載項目等を検討 	
イ 医療・介護関係者の情報共有の支援		
○ 「はこだて医療・介護連携サマリー」の活用促進	<ul style="list-style-type: none"> ・センター主催研修会等にて医療・介護関係者にサマリー，ID-Linkの紹介 ・新規立ち上げ機関（事業所）にサマリー等の紹介のため訪問 	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」のモニタリング，更新	<ul style="list-style-type: none"> ・サマリーについてのアンケート調査を年2回（7月，1月）実施・分析し，部会においてサマリーの更新を検討 ・サマリーの応用ツールに「本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報」を追加 	
○ 各種マニュアルの整備・更新	<ul style="list-style-type: none"> ・サマリーQ & Aの充実更新・ホームページに掲載 ・各種マニュアルの更新（サマリー修正後，必要に応じて更新） ・サマリーの応用ツールに「本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報」を追加後，マニュアルの更新 ・ACPの普及に向けた「もしもノート」の活用の検討 	
○ ICT活用に向けての取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護連携 ID-Link活用推進ワーキンググループにて，医療と介護の連携における，ID-Linkの適切な運用のあり方（サマリー活用含む）の検討および介護事業所等への周知 	
ウ 医療・介護連携に関する相談支援		
○ 総合相談窓口の体制の強化および周知	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援のスキルの向上に繋がる各種研修会への参加（道南医学会，北海道病院学会，相談員研修等） ・窓口の周知，広報活動 ・医療・介護関係機関（事業所）等へのリーフレット配置依頼 	医療・介護連携支援センター
○ 相談対応の標準化	<ul style="list-style-type: none"> ・センター内相談対応指針，フォーマット等の修正更新（フロー，マニュアル，情報の整理等）および日報管理の機能向上の検討・実施 ・相談分析を行い，地域の課題を抽出・対応の検討（マップに掲載がない診療科や疾患等） 	
エ 市民への普及啓発		
○ 医療・介護連携支援センターの取り組みに関する周知活動	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者大学や町会，老人福祉センターへの出前講座等の実施および各種イベントへの参画 ・センターのリーフレット配布 	医療・介護連携支援センター

オ 医療・介護関係者の研修		
○ 研修会の実施	<ul style="list-style-type: none"> 相互理解、連携強化、多職種連携の専門性の向上を目的とした各種研修会の企画・実施（詳細は資料1-2を参照） 「本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会」在宅医療・高齢者施設従事者版 E-Field Homeの開催 人材育成を目的とした各種研修会への教員・学生の参加促進 次年度の研修計画素案を作成し、部会で協議・確定 	多職種連携研修作業部会
○ 研修情報の一元化	各職能団体から研修情報を収集し、ホームページへ掲載（随時）	
○ 研修会のコーディネーター等	各関係団体窓口一覧の更新	
カ 切れ目のない医療・介護の提供体制の構築		
○ 入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 「はこだて入退院支援連携ガイド」のアンケート調査を年1回（11月）実施・分析し分科会において協議 センター主催の研修会等において医療・介護関係者へガイドをPR 入退院支援連携強化研修会（ガイド編）の開催 	退院支援分科会
○ 急変時対応	<ul style="list-style-type: none"> 急変時対応空床情報システムの利用状況を把握し検証を行い、必要に応じて実務者と協議 急変時対応システムデータの管理・更新作業（毎週） 医療・介護合同「急変時対応研修会（仮）」の継続 市民および介護関係者への急変時対応シートの周知 消防本部との意見交換による急変時対応シートの更新検討 	急変時対応分科会 （急変時対応実務者会議）
○ 看取り	<ul style="list-style-type: none"> （仮）函館市医師会在宅医療医会（立ち上げ・運営）への協力 在宅医療体制の検討（主治医・副主治医制） 施設・在宅看取りに関する実態把握（訪問調査など） 在宅看取りに関するアンケート調査から抽出された課題に対し対応策を検討 MOPN（南渡島地域包括緩和ケアネットワーク）が開催する講演会等への参加 出前講座等にて、ACPの考え方の普及 	医療・介護連携支援センター
	・「看取りガイド（仮）」の作成	退院支援分科会
○ 日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> 「はこだて療養支援のしおり」のアンケート調査を年1回（11月）実施・分析し分科会において協議 センター主催の研修会等において医療・介護関係者へしおりをPR 	退院支援分科会
キ その他		
○ 医療・介護関係者への医療・介護連携支援センターの取り組みの周知（「顔の見える関係」の構築）	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護関係者へのセンターの周知 新規立ち上げ事業所への挨拶訪問（センター事業の紹介） 他市町の事業の取り組みとの協働 	医療・介護連携支援センター

【令和5年度 多職種連携研修計画】（案）

目的（テーマ）	内容	形式				定員	時期
		規模（会場）	形態	対象者	レベル		
(1) 相互理解の促進	① オープンカンファレンス	中規模	対話体験（事例報告）	医療・介護関係者	初級～上級	100名程度	適時
	② 研修会等コーディネート 各関係団体窓口一覧の内容変更の有無を確認	—	—	—	—	—	令和5年6月頃
(2) 連携強化	① 着取り 令和5年度厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業 本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会 在宅医療・高齢者施設従事者版 E-Field Home 函館開催	中規模	混合型 （座学・GW・個人ワーク）	医療・介護関係者	中級～上級	70～80名程度	令和5年6月10日 （土）9時～17時
	② 着取り&連携強化 ・第8回函館市医療・介護連携多職種研修会 「点から線につながろう」 ～本人の想いを聞いてますか？連携による地域の変化と今後の課題～（仮）	大規模 （国際ホテル）	対話体験型 （シンポジウム・GW）	医療・介護関係者	中級～上級	200～300名程度	令和5年10月21日 （土）14時～17時
	③ 入退院支援 「入退院支援連携強化研修会（ガイド編）（サマリー編）」 ※退院支援分科会・情報共有ツール作業部会との協働	小規模	対話体験型 （GW）	実務者	中級～上級	40名程度	適時
	④ 急変時対応（急変時対応分科会実務者会議主催） 「急変時対応研修会（仮）」	中規模	対話体験型 （シンポジウム）	医療・介護関係者	中級～上級	100名程度	適時
(3) 多職種連携の 専門性の向上	函館市における多職種連携への理解の促進 ※各団体・各機関との共催	小規模	座学講義 講師：センター職員	医療・介護関係者	初級～中級	30名程度	随時
(4) 人材育成	センター主催研修会への見学参加 ※各医療・介護系の学校への案内	随時	見学・座学講義	医療・介護学生 （教員）	未経験者	数名	随時

〇はこだて医療・介護連携サマリーの全国展開について

- 本市では、医療と介護の連携を推進するため、平成27年に「函館市医療・介護連携推進協議会」を設置したほか、翌平成28年には、地域で統一された医療・介護の情報共有ツールの整備を進めるため、有識者等による「情報共有ツール作業部会」を設置し、当部会において関係者との協議を重ね、「はこだて医療・介護連携サマリー（以下、サマリー）」を作成、平成29年から正式運用を開始した。
なお、現在は年2回のモニタリング調査により、サマリートの活用状況を確認するとともにサマリートの運用等に関する意見を集約し、適宜、改善を図っている。
- 一方で、医療・介護連携におけるICTの活用の推進という面では、本市においてID-Linkが医療・介護関係者が利用するICTツールとしてスタンダードな位置づけとなっていることを鑑み、令和3年に、ID-Linkを運用している道南MedIkaと市との間の、連携の仕組み作りを進めることと合わせ、情報共有ツールとしてのID-Linkの有用性の情報発信について、医療・介護連携支援センターの取組みに位置づけ、周知・啓発を進めることとした。
- 令和4年には、ID-Linkの活用による医療と介護の連携が活発に行われるよう、「医療・介護連携ID-Link活用推進ワーキンググループ（以下、WG）」を設置し、現在、WGの取組みの一つとして、医療・介護関係者がID-Linkによりサマリーを情報共有する場合のメリット・デメリットの分析や、課題の抽出などを行っているところである。
- このような中、厚生労働省が主催する「社会保障審議会 介護給付費分科会」の委員や、「健康・医療・介護情報利活用検討会 介護情報利活用ワーキンググループ」の構成員を務める産業医科大学の松田晋哉教授から、全国の医療・介護関係者が利用可能な情報共有ツールの標準様式の作成を進めるにあたり、本市のサマリーをたたき台としたいとお話をいただいた。

< 協議事項 >

以上のことを踏まえ、本協議会としては、全国的な医療・介護関係者間の情報共有の推進の一助となるよう、松田晋哉教授が情報共有ツールの標準様式の作成を進めるにあたり、「はこだて医療・介護連携サマリー」をたたき台とすることを承認したいと考えているが、如何か。

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

参考資料1

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

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等	生 生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等 認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患	<input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 精神(級)
現住所	電話番号					
居住	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) ※エレベータ有 <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	年 月 日	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	認定症高齢者日常生活自立度		
同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()					
連絡先①	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()	
連絡先②	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()	

● 医療情報等

*歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

主病名	医療機関等名称	診療科名等	担当医	受診状況等	*特記
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

*特記の付く場合は応用ツール⑩を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

		評価日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()
*起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他()	
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()	
視力[日常生活に支障]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	・眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
聴力[日常生活に支障]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	・補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
*認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 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"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動	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	PTイレ使用
	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(パッド含む)	<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⑧ 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	<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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑩を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を作成下さい。

*食形態・動作・口腔ケアの項目で「普通・自立」以外を選択した場合は応用ツール④を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑩を作成下さい。

本サマリーの記入者	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		サービス提供事業所・担当者			主なサービス内容等		
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							

生育歴・生活歴	
---------	--

家族構成図	<p>○=男性 ○=女性 ◎=本人 KP=キーパーソン</p> <p>□=男性 □=女性 ◎=本人 KP=キーパーソン</p> <p>縦書きテキスト BOX</p> <p>横書きテキスト BOX</p>	連絡先	氏名	続柄	関係	連絡先	
			1	(住所)	(備考・携帯番号等)		
			就労状態	健康状態			
			2	(住所)	(備考・携帯番号等)		
			就労状態	健康状態			
			3	(住所)	(備考・携帯番号等)		
			就労状態	健康状態			

本サマリーの記入者	所属名				
電話	FAX	記入者	作成日		

応用ツール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 _____ 生年月日 _____

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 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 自己管理能力（該当するものに☑）
- 1) 自己管理可
 - 2) 一部介助
 - 3) 全面介助（介助者 _____）
 - * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
 - * 特記事項(_____)

4. 褥瘡① ・ 位置(_____)

- ・ DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価
- ・ Depth（深さ） →(_____) Granulation（肉芽組織） →(_____)
- ・ Exudate（滲出液） →(_____) Necrotic tissue（壊死組織） →(_____)
- ・ Size（大きさ） →(_____) Pocket（ポケット） →(_____)
- ・ Inflammation/Infection（炎症／感染） →(_____)
- ・ 現在の使用薬剤および投与量
- ・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数

～ 上記薬剤および材料の要継続期間（推定）
- ・ 使用器具・提供数(*バック療法がある場合記載)

～ 上記使用器具の要継続期間（推定）
- ・ 褥瘡処置回数 → _____

褥瘡② ・ 位置(_____)

- ・ DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価
- ・ Depth（深さ） →(_____) Granulation（肉芽組織） →(_____)
- ・ Exudate（滲出液） →(_____) Necrotic tissue（壊死組織） →(_____)
- ・ Size（大きさ） →(_____) Pocket（ポケット） →(_____)
- ・ Inflammation/Infection（炎症／感染） →(_____)
- ・ 現在の使用薬剤および投与量
- ・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数

～ 上記薬剤および材料の要継続期間（推定）
- ・ 使用器具・提供数(*バック療法がある場合記載)

～ 上記使用器具の要継続期間（推定）
- ・ 褥瘡処置回数 → _____

5. その他(褥瘡の状態変更時の対応方法等)

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

応用ツール③ 認知症管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 認知症の原因疾患（該当するものに☑）

- ① アルツハイマー型認知症
- ② 脳血管性認知症
- ③ レビー小体型認知症
- ④ 前頭側頭型認知症

3. 認知症の症状（該当するものに☑と下部欄内に詳細記載）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ・記憶障害
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | <input type="checkbox"/> ・幻覚、妄想
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> ・昼夜逆転
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | <input type="checkbox"/> ・介護への抵抗
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> ・抑うつ、不安
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | <input type="checkbox"/> ・暴言、暴力
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> ・不潔行為
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | <input type="checkbox"/> ・徘徊
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> ・その他
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | |

4. 認知症の治療状況

- ・治療医療機関⇒ (_____)
- ・担当医 ⇒ (_____)
- ・内服薬の状況⇒ 有 無
- 有の場合処方内容 ⇒ _____
- ➡ 薬情報添付

5. その他

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

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

1. 氏 名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

5. 透析療法と使用器具等

方法: CAPD (持続携帯式腹膜透析) 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⑥ 酸素療法管理

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. 使用機器（該当するものに☑）（提供機関 _____）

設置型の場合

酸素ポンプ

酸素濃縮装置

液化酸素装置

携帯型の場合

携帯用酸素ポンプ

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 _____ 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） | ・ 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⑨ 経管栄養法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

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. 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（ _____ ）

● 上記使用薬剤等変更の可否 可 否

7. 使用器具・交換頻度

1) 方法 ⇒ 鼻腔 胃瘻 腸瘻 その他（ _____ ）

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 _____ 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 _____

はこだて医療・介護連携サマリー

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

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
			cmH20	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 _____ 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⑮ 人工肛門・人工膀胱管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

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. 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⑩ 感染に関する管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

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 _____ 生年月日 _____

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