

参 考

(平成29年3月付)

「はこだて医療・介護連携サマリー」の試験運用へのご協力のお願について

函館市医療・介護連携支援センター準備室
センター長 榎木 賢三

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、函館市の医療・介護関係者の連携を推進するため、函館市医師会を始めとした各専門職の職能団体の代表により全市的な規模で組織された『函館市医療・介護連携推進協議会』では、関係者の情報共有のあり方を協議するため、有識者による「情報共有ツール作業部会」を設置し、地域で統一された情報共有のためのツールの整備を進めてまいりました。

この度、病院、在宅および施設の間において、シームレスな状態で情報共有を行う事が可能となるよう、情報共有ツール「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。

本年11月からの正式運用を目標に、あらかじめご協力のご意向を頂いている一部の医療機関等では来月4月から試験運用としてこのサマリーでの情報共有を実施し、今後は段階的にこのサマリーの活用医療機関・施設の拡大を目指しております。

つきましては、貴機関におかれましても、是非このサマリーの試験運用にご参加を頂けますよう、ご理解とご協力をお願いいたします。

記

- <情報共有ツール名称> はこだて医療・介護連携サマリー ※ 別添の様式をご参照願います。
- <試験運用期間> 平成29年4月1日～平成29年10月31日
- <サマリー作成対象者> 以下の全てを満たす方
- ・平成29年4月1日以降に退院される方
 - ・病状や生活・環境等の変化において退院調整支援が必要となった方
 - ・65歳以上の方、もしくは第2号被保険者で介護サービスを利用している方、またはこれから利用を希望する方
- <試験運用の内容>
- ①連携する情報提供元よりサマリーとアンケート調査用紙を受け取る
 - ②アンケート調査用紙を記入する
 - ③記載したアンケート調査用紙が記入後すぐに函館市医療・介護連携支援センターまで送信する
- <アセスメント>
- ・情報提供していただく側（送る側）～ ヒアリングの実施による
 - ・情報提供される側（受取側）～ アンケートの分析による
 - ・実施時期 1回目～平成29年6月下旬
2回目～平成29年9月下旬

[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準備室 担当：高柳，川村，佐藤，長谷川

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

電話：43-3939 FAX：43-1199

“はこだて医療・介護連携サマリー”を受け取られた方へ

『函館市医療・介護連携推進協議会』では医療と介護の連携推進を強化すべく、情報にバラツキのない、地域で統一された情報共有ツールの整備を進めております。平成29年4月からこの“はこだて医療・介護連携サマリー”の試験運用が始まりました。11月からの正式運用にあたり、このサマリーを受け取られた方の率直なご意見をいただき、さらなる改善へ向けて協議していく予定です。下記のアンケートにご記入いただき、返送して頂きますようご協力お願いいたします。

はこだて医療・介護連携サマリーに係るアンケート調査

貴機関についてお聞きします

1、区分

① 病院 ② 診療所 ③ 歯科診療所 ④ 介護サービス事業所 ()

2、機関名等

名称 _____

電話番号 _____

ご記入者名 _____

「はこだて医療・介護連携サマリー」についてお聞きします

1、受け取ったサマリートの提供元

名称 _____

担当者名 _____

受け取った日付 _____

2、受け取ったサマリートの種類 (全てに○をしてください)

① 基本ツール ② 応用ツール (種類)

3、サマリートの受け取り方法

① 手渡し ② FAX ③ 郵送 ④ その他 ()

4、内容に関して

I. 情報の記載順序について

① 見やすい ② 見づらい

(具体的に _____)

II. 情報の内容について

① 多い ② 足りない ③ ちょうどよい

(具体的に _____)

III. 情報の正確さについて

① 正確 ② ほぼ正確 ③ 一部誤りあり ④ 不正確

(具体的に _____)

IV. その他、ご意見やご要望などあれば記載して下さい

(_____)

ありがとうございました。ご記入後、下記まで FAX でご返送ください。

函館市医療・介護連携支援センター 行 (FAX 0138-43-1199)