函館サマリーの運用
事例を通して

函館医療・介護連携協議会
情報共有ツール部会
株式会社トラントユイット
訪問看護ステーションフレンズ
保坂　明美

本日のお話

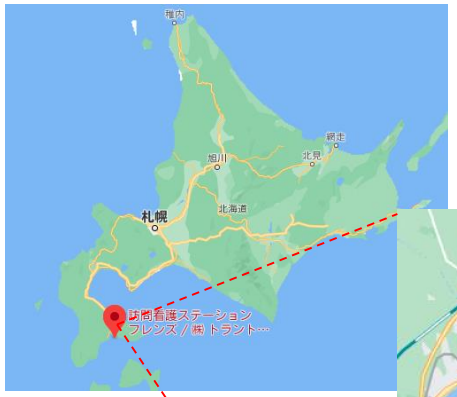
１・・事例を通してサマリーをどう使ったかのお話

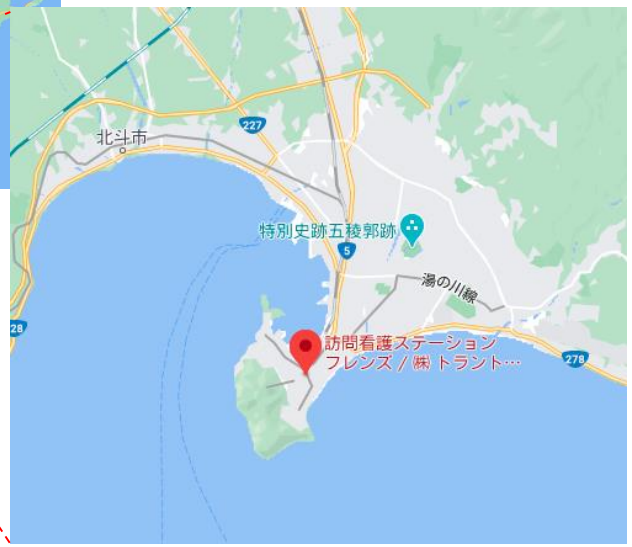
２・・まとめとおわり

当ステーションについて

訪問看護ステーションフレンズ / ㈱トラントユイット（北海道函館市末広町）

- 従業員数：13名（全員が看護師）
- 2006年事業開始
- **「世の為、人の為、最後は自分の為」を指針として明るく暖かで安心感の持てる３A看護を目指す。**





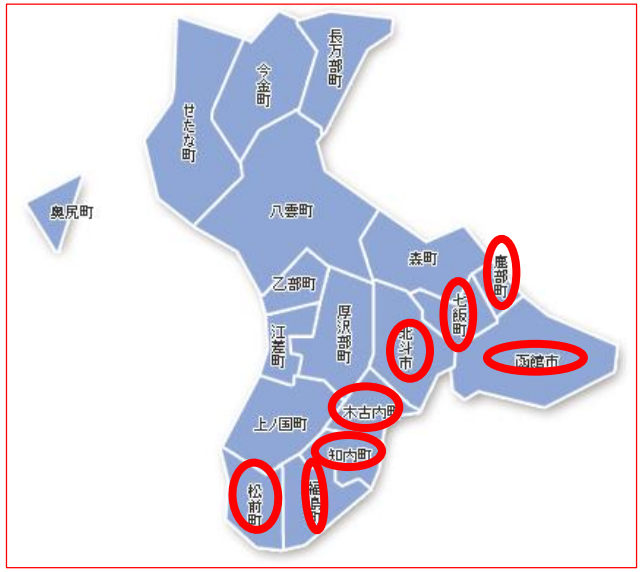
訪問エリア

スタッフ構成＝常勤：１２名／非常勤：１名

登録患者数＝110名

訪問エリア

函館市（旧４町村含む）北斗市　七飯町
その他
知内、木古内、福島、松前、要相談



事例１　胆管がん

- Ｙ・Ｍ 氏　女性　69歳
- 夫と二人暮らし
- 経過

R6年2月特定検診で肝機能の異常、黄疸が認められる。
その後4月倦怠感、食欲不振、腹部膨満で近医受診し、すぐＴ病院
紹介され入院。検査施行して胆管がん末期、腹膜播種もありと診断。
本人と夫に告知される。抗がん剤治療を1クール行うが副作用が強く
効果もみられなかったことから、本人より自宅での生活を希望される。
退院に向けてポート造設、ＰＴＣＤ挿入。
更に腹水貯留もありドレーン挿入されて退院となる。

本人の背景～経過

- 木古内町で生まれ、高校卒業後市内で就職、S53年に夫と結婚
- 子供は3人、次男が市内在住
- 本人は聴覚障害があり、スマホアプリを利用して会話
- 夫も癌を患っており、抗がん剤治療中
- 夫は「自分が先に行く予定だった、妻には苦労かけたので・・まさか妻が先に行く事になるとは・・残念だ。」と話される。
- 本人は「残される夫が心配、息子が頼りだから」と

サマリーを使ってのカンファレンス（急性期病院から退院時）＊サマリーA

- サマリーの内容
  急性期病院から訪問看護ステーションとケアマネジャーへ
  基本ツール１
  応用ツール⑦⑲

カンファレンス参加者
（主治医　病棟看護師　退院支援看護師　外来看護師）
訪問看護師　ケアマネジャー　福祉用具専門相談員

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

情報提供先施設名称	訪問看護ステーションフレンズ 御中	情報提供先担当者名	保坂　明美 様

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	Y・M	生年・性別等	昭和29年　月　日　生　女　(満 69 歳)	生活保護	無	障害等認定	身障（　　）
現住所	函館市			電話番号	0138－		
居住	戸建　※居住階、施設名等を下記に記載（　　）　※エレベーター　無			医療保険種類	国民健康保険　その他（　　）		
要介護度	申請中	認定有効期間	年　月　日 ～ 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	・配偶者　その他（　　）						
連絡先①	○○	続柄	夫	同居	電話	090－	関係	キーパーソン（　　）
連絡先②	○○	続柄	次男	別居	電話	090－	関係	（　　）

● 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	*難記
胆管がん末期	函館中央病院	腫瘍内科	○○医師	継続中	□
左乳癌	同上	外科	○○医師	継続中	□
					□

*特記☑の付く場合は応用ツール⑪を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日　令和　6　年　4　月　○○　日　　入院中（　　）

*食事	自立	*食事・水分制限	なし		
*椅子とベッド間の移乗	自立	移動	自立 ⇒ ・　・　・　・その他（　　）		
整容	自立	オムツ使用(パッド含む)	なし		
トイレ動作	一部介助	Pトイレ使用	なし		
入浴	一部介助	*認知症症状			
平地歩行	自立				
階段昇降	一部介助				
更衣	自立	意思の伝達			
排便コントロール	一部介助	失語症			
排尿コントロール	一部介助	*服薬管理			

口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	*むせ	*水分トロミ	歯肉の出血・腫れ	義歯使用
	cm	kg	なし	なし	なし	なし	あり

麻痺の状況	なし	麻痺の部位	・　・　・　・その他(　　)
視力 [日常生活に支障]	なし（　　）	・眼鏡	
聴力 [日常生活に支障]	あり　（翻訳アプリ使用　　）	・補聴器	
*特別な医療等 必要時は、右記の(　)内に指定応用ツールを作成下	・中心静脈栄養　(応用ツール⑦ 作成)　・ ・その他　(応用ツール⑲ 作成)　・ ・　・ ・　・		
在宅介護サービス等	・訪問看護　・福祉用具　・　・　・　・　・　・　・　・その他（　　）		
*介護上、特に注意すべき点等 ([有]の場合応用ツール⑬ 作成)	あり	*医療・ケアに関する本人・家族の意向等 ([有]の場合応用ツール⑬ 作成)	なし

*食事の項目で[自立]以外、食事・水分制限の項目で[有]、口腔・栄養欄のむせと水分トロミの項目で[有]を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。
*椅子とベッド間の移乗の項目で[自立]以外は応用ツール⑬を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑪を作成下さい。

本サマリーの記入者		所属名	函館○○病院　退院支援室		
電話	○○－	FAX	○○－	記入者	○○	作成日	令和6年4月　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。

記載日　令和　6　年　4　月　○　日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑦　中心静脈栄養法管理

1. 氏　名　Y・M　　生年月日　昭和29年　月　日

2. 治療医療機関 函館○○病院　　・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(ビーフリード1000ml＋１０%NaCL２０ｍｌ１４A+エレメンミック１A)

6. 投与方法（該当するものに☑）
- □ 1)持続　☑ 2)間欠　(　8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⇒(　ヘパリン使用　　)
- ＊特記事項⇒　(　　)

8. 消毒薬・衛生材料
- ・滅菌綿棒　(　2　本)　・絆創膏　(　1　個)
- ・滅菌ガーゼ(　　枚×　　パック)　・酒精綿　(28　　)
- ・滅菌フィルム　(　4　枚)　・ＮＳシリンジ　(　　ml　　本)
- ・フィルム　(　　巻)　・ヘパ生シリンジ　(　28　本)
- ・その他　(　　)

9. 使用器具・交換頻度・提供数
- ・輸液回路　(　14　セット)　・注射器、注射針　　セット)
- ・ヒューバー針　(　　mm　2本)　・連結管　(　　本)
- ・ｴｸｽﾃﾝｼｮﾝﾁｭｰﾌﾞ(　　ml　14本)　・ｲﾝｼﾞｪｸｼｮﾝﾌﾟﾗｸﾞ(　2　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）

日中は外来、夜間は休館室

11. その他

作成者　所属　　記入者

ツール管理者　所属 函館○○病院　退院支援室　　氏名 ○○

記載日　令和　6　年　4　月　○　日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑲　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　Y・M　　生年月日　昭和29年　月　日

抗ガン剤の効果がないとＩＣされた時から自宅退院の希望がありました。
在宅看取りの意思は確認しておりません。もし在宅看取りの方向になりましたらご連絡ください。
通院は家族での受診でかまいません。
ＰＴＣＤドレーンからの排出は常にフリーでいいです。24時間量だけ確認してください。
腹水は現在1000ｍｌを連日排出しております。
退院後も連日お願いします。

退院時の点滴、物品は2週間分持参していただきます。
次回の受診前日午前中に在庫確認のうえ必要物品をID-LINKでお知らせください。

本人はご主人の事も心配され、側にいたいが迷惑をかけると話し、ご主人は苦労かけたので出来るだけの事はしたいと話してます。最後をどうするかはきめておりませんので、
何かありましたら、今後は当院で対応いたします。
日中は外来で、夜間、休日は休館室が対応となります。

作成者　所属　　記入者

ツール管理者　所属 函館○○病院　退院支援室　　氏名 ○○

サマリーを使用した効果

＊サマリー A

- ポート管理、ドレーン管理の手技の引継ぎを得られ、在宅でのスムーズな支援につなげることができている
- 本人・家族の意向確認の引継ぎあり、適切なタイミングでの対話の実施につなげることができた
- 緊急時の対応の流れの引継ぎを受けることができている

結果

入院医療機関からサマリーおよびカンファレンスで情報提供を受けたことからシームレスな在宅支援につながった

サマリーを使ってのカンファレンス（訪問診療へ移行時）＊サマリーＢ

- サマリーの内容

  訪問看護ステーションから訪問診療室とケアマネジャーへ

  基本ツール１

  応用ツール⑦⑰⑲

カンファレンス参加者

（訪問診療医　訪問診療看護師）

・訪問看護師・ケアマネジャー

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

情報提供先施設名称	○○病院訪問診療室　御中	情報提供先担当者名	○○　様

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	Y・M	生年・性別等	昭和29年　月　日生 女　(満 69 歳)	生活保護	無	障害等認定	身障 ( ) ( ) ( )
現住所	函館市					電話番号	0138－
居住	戸建　※居住階、施設名等を下記に記載 ( )		※エレベーター 無	医療保険種類		国民健康保険 その他 ( )	
要介護度	要介護2	認定有効期間	(←区変検討中) 年 月 日 ～ 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	・配偶者		その他 ( )				
連絡先①	○○	続柄	夫	同居	電話	090－	関係 キーパーソン ( )
連絡先②	○○	続柄	次男	別居	電話	090－	関係 ( )

● 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
胆管がん末期	函館中央病院	腫瘍内科	○○医師	継続中	□
左乳癌	同上	外科	○○医師	継続中	□
					□

*特記☑の付く場合は応用ツール⑪を作成して下さい。

● 身体・生活機能等　評価日 令和 6 年 6 月 ○ 日　地域生活期 ( )

*食事	一部介助　ほぼ経口摂取はできていない	*食事・水分制限	なし		
*椅子とベッド間の移乗	全介助　ベッド上での生活になっている	移動	⇒ ・ ・ ・ ・その他( )		
整容	全介助	オムツ使用(パッド含む)	常時		
トイレ動作	全介助	Pトイレ使用	なし		
入浴	全介助	*認知症症状	なし		
平地歩行	全介助				
階段昇降	全介助				
更衣	全介助	意思の伝達	可		
排便コントロール	全介助	失語症	なし		
排尿コントロール	全介助	*脱薬管理	一部介助		

口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	*むせ	*水分トロミ	歯肉の出血・腫れ	義歯使用
	cm	kg	なし	なし	なし	なし	あり

褥瘡の状況	なし	褥瘡の部位	・ ・ ・ ・その他( )
視力【日常生活に支障】	なし ( )	・眼鏡	なし
聴力【日常生活に支障】	あり (翻訳アプリ使用)	・補聴器	なし
*特別な医療等 必要時は、右記の( )内に指定応用ツールを作成下	・中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成) ・ ・癌末期疼痛管理 (応用ツール⑪ 作成) ・ ・本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報(応用ツール⑬作成) ・ ・その他 (応用ツール⑬ 作成) ・		
在宅介護サービス等	・訪問看護 ・福祉用具 ・訪問介護 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・その他 ( )		

*介護上、特に注意すべき点等 ([有]の場合応用ツール⑬ 作成)	あり	*医療・ケアに関する本人・家族の意向等 ([有]の場合応用ツール⑬ 作成)	あり

*食事の項目で[自立]以外、食事・水分制限の項目で[有]、口腔・栄養欄のむせと水分トロミの項目で[有]を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。
*椅子とベッド間の移乗の項目で[自立]以外は応用ツール⑪を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を、脱薬管理[自立]以外は応用ツール⑪を作成下さい。

本サマリーの記入者	所属名	訪問看護ステーションフレンズ				
電話 26-	FAX	26－	記入者	保坂	作成日	令和6年6月○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。

記載日　令和 6 年 6 月 ○ 日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑦　中心静脈栄養法管理

1. 氏　名　Y・M　　生年月日　昭和29年 月 日

2. 治療医療機関 函館中央病院　　・担当医 ○○医師

3. 初回導入日

4. 自己管理能力（該当するもの☑）
- □ 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(ビーフリード1000ml＋１０%NaCL２０ｍｌ４A+エレメンミック１A)

6. 投与方法（該当するもの☑）
- □ 1)持続 ☑ 2)間欠 (8 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☑）
- ＊挿入部位⇒ ( )
- ＊ ☑ ポート □ カテーテル
- ＊ロック方法⇒(ヘパリン使用)
- ＊特記事項⇒ ( )

8. 消毒薬・衛生材料

・滅菌綿棒	(2 本)	・絆創膏	(1 個)
・滅菌ガーゼ	(枚× パック)	・酒精綿	(28)
・滅菌フィルム	(4 枚)	・ＮＳシリンジ	(ml 本)
・フィルム	(巻)	・ヘパ生シリンジ	(28 本)
・その他	( )		

9. 使用器具・交換頻度・提供数

・輸液回路	(14 セット)	・注射器、注射針	セット)
・ヒューバー針	(mm 2 本)	・連結管	(本)
・ｴｸｽﾃﾝｼｮﾝﾁｭｰﾌﾞ	(ml 14 本)	・ｲﾝｼﾞｪｸｼｮﾝﾌﾟﾗｸﾞ	(2 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）

現在は○○病院の指示で行っております。

11. その他

作成者　所属　　記入者

ツール管理者　所属 訪問看護ステーションフレンズ　　氏名 保坂

記載日　令和　6　年　6　月　○　日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑰　緩和ケア情報共有シート(MOPN)

患者氏名	Y・M　　生年月日　昭和29年　月　日
年齢	69　歳
性別	☐ 男　☑ 女
ＰＳ	☐ 0　☑ 1　☐ 2　☐ 3　☐ 4
予後予測	☐ 不明　☐ 1年以上　☐ 6か月 ☑ 2～3か月　☐ 1か月未満　☐ 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	☑ 具体的にはっきり知りたい　☐ よくない情報はあまり詳しく知りたくない ☐ 知りたくない　☐ 今は決められない ☐ その他 [ ]
患者への病状説明、受け止め	告知の段階でしっかり受け止めてます。
患者の希望、大切にしたいこと（気がかり・不安）	苦痛と痛みは取って欲しい。静かに最期を迎えたい
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	☑ 具体的にはっきり知りたい　☐ よくない情報はあまり詳しく知りたくない ☐ 知りたくない　☐ 今は決められない ☐ その他 [ ]
家族への病状説明、受け止め	キーパーソン(夫　　) 夫婦として二人で受け止めている。
家族の希望、大切にしたいこと（気がかり・不安）	本人の希望通りしてあげたい。苦しむ姿は見たくない
病状が悪化した時の希望の療養の場所	☑ 自宅で療養したい ☐ 入院したい ☐ なるべく自宅で療養して必要があれば入院したい　☐ 今までの病院　☐ ホスピス緩和ケア病棟 ☐ 今は決められない ☐ その他 [ ]
情報提供	☐ ホスピス緩和ケア病棟　☑ 在宅医療・ケア
ＤＮＡＲ	☑ 確認　☐ 確認未

治療医療機関　函館○○病院　・担当医 ○○医師

作成者　所属　　記入者

ツール管理者　所属 訪問看護ステーションフレンズ　氏名 保坂

記載日　令和　6　年　6　月　○　日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑱　本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報

※本応用ツールはご本人の思いをつなぐための書式としてご活用ください。
下記は 令和6年　月　日 **時点** で確認できている情報です。今後も意向は変化していく可能性があります。適宜、対話を繰り返してくださいますようお願いいたします。

ACP 人生会議

1.氏　名　Y・M　　生年月日　昭和29年　月　日　　年齢　69　歳

2.意思確認実施機関　訪問看護ステーションフレンズ　・意思確認者（相談員等）保坂

3.意思確認対象者　☑ 本人　☐ 家族や友人等：（氏名）　による推定意思の確認

※ＡＣＰ実施の有無にかかわらず会話等により聞き取れた本人の思いがある場合も下記に記入。

4.ＡＣＰを実施する上で参考にしたツール	☐ もしもノートはこだて　☐ 機関独自のツール（　） ☑ なし　☐ その他（　）
5.もし生きることができる時間が限られているとしたら、大切にしたいこと（複数回答あり）	☑ 家族　☐ 友人　☐ 仕事や社会的な役割　☐ 趣味 ☐ 身の回りのことが自分でできること　☐ 経済的なこと ☐ できる限りの治療が受けられること　☐ ひとりの時間がもてること ☐ 家族の負担にならないこと ☐ その他（　）
6.もし自分の意思をはっきりと示せなくなり、生きることができる時間が限られているとしたら、希望する医療・ケア	☐ 身体に大きな負担がかかっても、できる限り長く生きられる治療 ☐ 身体に大きな負担がかかる処置は希望しないが、そのうえで少しでも長く生きられる治療 ☑ 延命的な治療はおこなわず、できる限り苦痛を緩和して自分らしい時間を過ごすこと ☐ 今はわかりません ☐ その他（　）
7.人生の最期を過ごしたいと希望する場所	☑ 自宅　☐ 今まで治療を受けていた病院（医療機関） ☐ ホスピスや緩和ケアを中心に行っている病院（医療機関） ☐ 老人ホーム、介護施設など ☐ 今はわかりません ☐ その他（　）
8.自分の意思が示せなくなったとき本人が望む医療・ケアを推定できる人はいるか？	☑ いる　☐ いない ＊「いる」の場合 ☑ 家族　☐ 友人　☐ その他（　） ※本人の思いを推定できる人が家族・友人以外の場合、「その他」に記入。 本人が信頼を寄せ人生の最終段階を支える存在であれば、家族や友人以外でも構いません。例えば、医療・介護等の支援者がここにあたる場合もあるかもしれません。
9.会話等から確認できた本人の思いなど	苦痛と痛みは取って欲しい。このまま自宅で静かに最期を迎えたい。

※これまでの項目について、特記事項等がある場合は応用ツール⑲をご活用ください。

各機関で独自のＡＣＰの取り組みを行っている場合は、そちらを実施の上、情報共有シートとしてご活用ください。独自の仕組みがない機関では、厚生労働省が作成している「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」および、その「解説編」を確認の上、ＡＣＰの取り組みの一つとして、函館市医療・介護連携支援センターのホームページにて紹介している「もしもノートはこだて」を参考に実施をご検討ください。

作成者　所属　　記入者

ツール管理者　所属 訪問看護ステーションフレンズ　氏名 保坂

記載日　令和　6　年　6　月　○　日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑲　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　Y・M　　生年月日　昭和29年　月　日

現在は癌性疼痛も出てきました。内服も困難な状況です。
本人も家族も苦痛はとって欲しいと。このまま自宅での最期を希望してます。
ご主人も同じ考えております。何卒宜しくお願いします。
病状の経過等に関しては中央病院○○医師に依頼しております。
こちらからは在宅の経過をお知らせいたします。

PTCDからの排液は殆どありません。黄疸がかなり強くなっております。
意識レベルは痛みには苦痛表情が出てきます。そうでもない時は殆ど眠っている状態です。
経口摂取はできてません、何とか痛み止めのオキシコンチンを砕いて、オキノームもトロミゼリーに入れて何とか摂取できてます。
腹水は退院直後は１０００ｍｌ出てましたが、段々粘調性になり、出てこなくなってます。
逆にカテーテルの先端があたるのか痛がることが多くなってます。
両下肢の浮腫は著名です。尿量も現在は何とか800～1000mlは出てますが、濃い黄色尿です。
便は7日に1回出てますが、食べてないので作られてないと考えます。

体動も自力では困難になって来ました。家族と協力して3時間毎の体交を行い今のところ褥瘡はありません。
今のところ、喘鳴などは聞かれてません、いずれサクションが必要になるかと思われます。
介護サービスでは、福祉用具、本人から保清の希望あり、ヘルパーの身体介護、訪問入浴導入の検討をしてます。
ケアマネジャーはケアプランセンター○○、○○さんです。

作成者　所属　　記入者

ツール管理者　所属 訪問看護ステーションフレンズ　氏名 保坂

サマリーを使用した効果

＊サマリー B

- 本格的な在宅生活に向けて必要なサービスの調整がスムーズにできた
- 本人からの希望もあり、在宅での保清目的に訪問介護・訪問入浴の導入を検討

結果

訪問診療依頼時にサマリーおよびカンファレンスで情報提供したことから、これまでの経緯、本人・家族の意向をチーム内で共有でき今後の方向性についての検討に繋がった

事例２　褥瘡・栄養

- Ｓ・Ｍ 氏　女性　99歳
- 独居生活
- 病名

  高血圧で治療していたが、H28年から未治療

  糖尿病

  認知症：徘徊があったがコロナ感染後寝たきりに

  難聴：意思の疎通ができない

本人の背景～経過

青森県生まれ、東京で仕事をしていた。そこで結婚し子供を授かるが離婚と同時に子供とも離れる。その後再婚したが子供には恵まれず、H17年に夫が他界した後から一人暮らしとなる。

R1年9月新聞が3日分溜まっているところを近所の方が発見。

ケアマネと一緒に自宅に入ると仰向けで布団に寝ており動けない状態。

意識障害も軽度あり救急搬送。脱水と診断され入院。その後、回復するが独居生活は困難との判断となり介護付き有料老人ホーム（特定施設）に入居。

R５年コロナ感染でADL低下し、殆どベット上での生活になったことから褥瘡の増悪を繰り返す。

施設だけでの対応が難しく訪問看護の依頼となる。

褥瘡部位：右踵　黒色壊死

左踝から辺縁　黒色壊死

サマリーを使ってのつながり（訪問看護へ依頼時）＊サマリーC

- 訪問診療室から訪問看護ステーションへ（医療保険にて対応）

  基本ツール１

  応用ツール②③④

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

情報提供先施設名称	訪問看護ステーションフレンズ 御中	情報提供先担当者名	保坂 様

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	M・S	生年・性別等	大正13年 月 日 生 女 (満 100 歳)	生活保護	無	障害等認定	無し ( ) ( ) ( )
現住所	函館市					電話番号	
居住	施設 (※居住際、施設名等を下記に記載)			※エレベーター	有	医療保険種類	その他 ( )
要介護度	要介護5	認定有効期間	～ 年 月 日 / 年 月 日	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	C2	認知症高齢者日常生活自立度	Ⅳ
同居家族	・無	その他 ( )					
連絡先①		続柄		電話		関係	( )
連絡先②		続柄		電話		関係	( )

● 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	*難記
高血圧	○○病院	訪問診療科	○○医師	訪問診療	□
糖尿病	○○病院	訪問診療科	○○医師	訪問診療	□
認知症	○○病院	訪問診療科	○○医師	訪問診療	□

*特記☑の付く場合は応用ツール⑤を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日 令和 6 年 11 月 ○ 日　地域生活期 ( )

*食事	全介助	*食事・水分制限	なし		
*椅子とベッド間の移乗	全介助	移動	介助⇒ ・車いす ・ ・ ・その他( )		
整容	全介助	オムツ使用(パッド含む)	常時		
トイレ動作	全介助	Pトイレ使用	なし		
入浴	全介助	*認知症症状	記憶障害		
平地歩行	全介助				
階段昇降	全介助				
更衣	全介助	意思の伝達	ほとんど不可		
排便コントロール	全介助	失語症	なし		
排尿コントロール	全介助	*服薬管理	全介助		

口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	*むせ	*水分トロミ	歯肉の出血・腫れ	義歯使用
	cm	kg			あり		

麻痺の状況	なし	麻痺の部位	・ ・ ・ ・ その他( )
視力 [日常生活に支障]	なし ( )	・眼鏡	なし
聴力 [日常生活に支障]	あり (高度難聴、筆談で意思確認している。)	・補聴器	なし
*特別な医療等 (必要時は、右記の( )内に指定応用ツールを作成下)	・褥瘡 (応用ツール② 作成) ・認知症 (応用ツール③ 作成) ・食事摂取困難 (応用ツール④ 作成)		
在宅介護サービス等	・訪問診療 ・訪問看護 ・その他 ( )		
*介護上、特に注意すべき点等 ([有]の場合応用ツール⑤ 作成)	なし	*医療・ケアに関する本人・家族の意向等 ([有]の場合応用ツール⑤ 作成)	なし

*食事の項目で[自立]以外、食事・水分制限の項目で[有]、口腔・栄養欄のむせと水分トロミの項目で[有]を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。
*椅子とベッド間の移乗の項目で[自立]以外は応用ツール⑤を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑤を作成下さい。

本サマリーの記入者	所属名	○○病院			
電話		FAX		記入者 ○○	作成日 令和6年11月 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。

記載日 令和 6 年 11 月 ○ 日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール② 褥瘡管理

1. 氏 名 M・S　生年月日 大正13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(右足外側部黒色壊死)

- DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価
  - ・Depth (深さ) →(D U) Granulation (肉芽組織) →(G 6)
  - ・Exudate(滲出液) →(e 3) Necrotic tissue (壊死組織) →(N 6)
  - ・Size (大きさ) →(s 6) Pocket (ポケット) →(P 6)
  - ・Inflammation/Infection (炎症/感染) →(I 3)
- 現在の使用薬剤および投与量
  11/13デブリ、11/12訪問診療時よりセフカペンピボキシル塩酸塩100mｇ錠3錠3×毎食後内服している
  軟膏はゲーベンクリーム、バラマイシン軟膏処方
- 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(*パ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(左外果部)

- DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価
  - ・Depth (深さ) →(d 0) Granulation (肉芽組織) →(g 0)
  - ・Exudate(滲出液) →(e 0) Necrotic tissue (壊死組織) →(n 0)
  - ・Size (大きさ) →(s 3) Pocket (ポケット) →(p 0)
  - ・Inflammation/Infection (炎症/感染) →(i 0)
- 現在の使用薬剤および投与量
  フィブラストスプレー
- 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(*パ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)
・左外果部は今年の４月より増悪と寛解を繰り返している。当時は左転子部にも褥瘡があったがそこは完治。
・右足外側は10/29に発見したと報告有り、最初はゲーベンで処置していたが悪化。
＊褥瘡対策に関する診療情報提供書を参照してください。

作成者 所属 記入者
ツール管理者 所属 ○○病院 氏名 ○○

記載日　令和　6　年　11　月　〇　日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール③　認知症管理

1. 氏　名　　M・S　　生年月日　　大正13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）
- ☑ ・記憶障害
- ☐ ・幻覚、妄想
- ☐ ・昼夜逆転
- ☐ ・介護への抵抗
- ☐ ・抑うつ、不安
- ☐ ・暴言、暴力
- ☐ ・不潔行為
- ☑ ・徘徊：現在は歩行出来ないためみられていない。
- ☐ ・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　⇒
  ➥ ☐ 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 〇〇病院　　氏名 〇〇

記載日　令和　6　年　11　月　〇　日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール④　食事摂取困難管理

1. 氏　名　　M・S　　生年月日　　大正13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 〇〇病院　　氏名 〇〇

サマリーを使用した効果１

＊サマリー C

受けた情報から課題を抽出

１・・訪問診療だけでは知りえなかった栄養の問題

２・・施設側から提供されていたサービス内容の問題

３・・本人の認知機能のレベルの評価がサービス間でズレあり

これらを訪問開始とともにフィードバックする。

施設側のマンパワーに対して補うように動く。

サマリーを使用した効果２

１について＝栄養に関して施設で提供している内容ではカロリーや
栄養成分のたんぱく質などの問題があった。
少量でカロリー、たんぱく質（コラーゲン）、
ビタミンが含まれたCP10 ゼリーで補う事に。

つまり、咀嚼、嚥下機能の低下もあり時間のかかる食事などは難しいと判断。更に義歯が合わないのでゼリー状のものが咀嚼力の弱い方には適していると判断。摂食介助時には口腔ケアを行いながら、嚥下リハを行ってから食べる事に。

２について＝体交の時間を決める事、ポジショニング、除圧、保清、
おむつの当て方などを指導。

３について＝認知症は進んでいるが、ふとした時に真顔になり「帰らないで」の訴え。傷の痛みの為か、何かしらの不安から認知症の症状も進んでいるのではないか。

以上の事を訪問診療にバックして共有、更に施設側にもお知らせして、ケアの共有を行った。

結果

サマリーの情報から、何故この場所に褥瘡ができたのか？
栄養不足がなぜ起きたのか？
褥瘡が繰り返されるのは何故か？

以上の疑問を理解することで、目の前の患者様に、同じ視点での関りができて、傷の改善、食べる意欲の向上再発の防止ができた。

事例３　栄養

- Ｉ・Ｓ 氏　女性　84歳
- 施設入所中（以前は夫と二人暮らし）
- 訪問開始：R6年3月
- 病名

  パーキンソン病と診断されていた。

  以前はパーキンソン病で脳外科通院していたが、訪問診療に切り替わる。歩行もままならず、自宅での転倒が頻回であった。自力では立ち上がれず。排泄もほぼ失禁状態。食事はとろみを付けての麺類が多かった。

  口の中に溜めこむ食べ方で誤嚥も頻回であった。その度に発熱があり、体力の低下が著しくみられている状態。

経過（栄養が経口から摂取できなくなった）

•R6年9月突然の全身硬直と呼吸困難が見られた。

この症状が断続的に起こることから経口摂取が困難となり食事摂取量が減少、痩せが激しい状況がみられた。

訪問診療医と相談し神経内科を受診。その結果，パーキンソン病ではなく多系統萎縮症との診断となる。

「すぐに気切しないと死にますよ」と言われたが、本人は気切が嫌で施設に戻る。その後も何度か説明するが嫌だと。

食べれず痩せていく一方であるため、訪問診療から胃瘻か、ポートでの栄養を提示されたが嫌だと。

このままではと思い、訪問看護師より経鼻栄養を提示したところ了承。胃管挿入となる。

サマリーを使ってのつながり（本人の状態変化時）＊サマリーＤ

- 訪問看護ステーションから神経内科外来へ
  （受診前の情報提供として）
  基本ツール１
  応用ツール④⑱⑲

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

情報提供先施設名称	○○病院神経内科 御中	情報提供先担当者名	○○ 様

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	Ｉ・Ｓ	生年・性別等	昭和15年 月 日 生 女 (満 84 歳)	生活保護	無	障害等認定	身障 ( ) ( ) ( )
現住所	施設入所			電話番号	0138－		
居住	戸建 (※居住階、施設名等を下記に記載)	※エレベーター	無	医療保険種類	国民健康保険 その他 ( )		
要介護度	要介護4	認定有効期間	年 月 日 ～ 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				その他 ( )			
連絡先①	○○	続柄	夫	別居	電話	090－	関係 キーパーソン ( )
連絡先②		続柄			電話		関係 ( )

● 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	*関係
パーキンソン病	○○病院	訪問診療室	○○医師	継続中	□
					□
					□

*特記☑の付く場合は応用ツール⑪を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日 令和 6 年 9 月 ○ 日 地域生活期 ( )

*食事	一部介助	*食事・水分制限	あり
*椅子とベッド間の移乗	一部介助(座れるが移れない)	移動	介助⇒・車いす・・・その他( )
整容	一部介助	オムツ使用(パッド含む)	常時
トイレ動作	一部介助	Pトイレ使用	なし
入浴	一部介助	*認知症症状	なし
平地歩行	一部介助(車椅子操作が可能)		
階段昇降	全介助		
更衣	一部介助	意思の伝達	可
排便コントロール	全介助	失語症	なし
排尿コントロール	全介助	*服薬管理	全介助

口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	*むせ	*水分トロミ	歯肉の出血・腫れ	義歯使用
	cm	kg	なし	あり	あり	なし	あり

麻痺の状況	なし	麻痺の部位	・・・・その他( )
視力 [日常生活に支障]	なし ( )	・眼鏡	あり 老眼
聴力 [日常生活に支障]	なし ( )	・補聴器	なし
*特別な医療等 必要時は、右記の( )内に指定応用ツールを作成下	・食事摂取困難 (応用ツール④ 作成) ・その他 (応用ツール⑪ 作成)		
在宅介護サービス等	・訪問看護 ・福祉用具 ・訪問介護 ・訪問診療 ・その他 ( )		
*介護上、特に注意すべき点等 ([有]の場合応用ツール⑪ 作成)	あり	*医療・ケアに関する本人・家族の意向等 ([有]の場合応用ツール⑪ 作成)	あり

*食事の項目で[自立]以外、食事・水分制限の項目で[有]、口腔・栄養欄のむせと水分トロミの項目で[有]を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。
*椅子とベッド間の移乗の項目で[自立]以外は応用ツール⑪を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑪を作成下さい。

本サマリーの記入者		所属名	訪問看護ステーションフレンズ				
電話	26－	FAX	26－	記入者	保坂	作成日	令和6年9月○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。

記載日 令和 6 年 9 月 ○ 日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール④ 食事摂取困難管理

1. 氏 名 Ｉ・Ｓ 生年月日 昭和15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(パーキンソン病によるもので嚥下機能の低下)
- ＊ 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(不明)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 お粥
- ＊ 副食

4. その他

現在施設入居中、提供される食事での嚥下が難しく工夫はしているが施設基準として難しいと。
更に呼吸困難が見られると食べる事ができない状態が続いている。

作成者 所属 記入者

ツール管理者 所属 訪問看護ステーションフレンズ 氏名 保坂

記載日　令和　6　年　9　月　○　日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑱　本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報

※本応用ツールはご本人の思いをつなぐための書式としてご活用ください。
下記は 令和6年9月○日 **時点** で確認できている情報です。今後も意向は変化していく可能性があります。適宜、対話を繰り返してくださいますようお願いいたします。

1.氏　名　I・S　　生年月日　昭和15年　月　日　　年齢　84　歳

2.意思確認実施機関　ケアプランセンター○○　　・意思確認者（相談員等）○○CM

3.意思確認対象者　☑本人　☑家族や友人等：（氏名）　　による推定意思の確認

※ＡＣＰ実施の有無にかかわらず会話等により聞き取れた本人の思いがある場合も下記に記入。

4.ＡＣＰを実施する上で参考にしたツール	☐もしもノートはこだて　☐機関独自のツール（　　） ☑なし　☐その他（　　）
5.もし生きることができる時間が限られているとしたら、大切にしたいこと（複数回答あり）	☐家族　☐友人　☐仕事や社会的な役割　☐趣味 ☐身の回りのことが自分でできること　☐経済的なこと ☐できる限りの治療が受けられること　☑ひとりの時間がもてること ☐家族の負担にならないこと ☑その他（歌を歌いたい　　）
6.もし自分の意思をはっきりと示せなくなり、生きることができる時間が限られているとしたら、希望する医療・ケア	☐身体に大きな負担がかかっても、できる限り長く生きられる治療 ☐身体に大きな負担がかかる処置は希望しないが、そのうえで少しでも長く生きられる治療 ☑延命的な治療はおこなわず、できる限り苦痛を緩和して自分らしい時間を過ごすこと ☐今はわかりません ☐その他（　　）
7.人生の最期を過ごしたいと希望する場所	☑自宅　☐今まで治療を受けていた病院（医療機関） ☐ホスピスや緩和ケアを中心に行っている病院（医療機関） ☐老人ホーム、介護施設など ☐今はわかりません ☑その他（現在は施設だけど、施設で最後まで　　）
8.自分の意思が示せなくなったとき本人が望む医療・ケアを推定できる人はいるか？	☑いる　☐いない ＊「いる」の場合 ☑家族　☐友人　☐その他（　　） ※本人の思いを推定できる人が家族・友人以外の場合、「その他」に記入。 本人が信頼を寄せ人生の最終段階を支える存在であれば、家族や友人以外でも構いません。例えば、医療・介護等の支援者がここにあたる場合もあるかもしれません。
9.会話等から確認できた本人の思いなど	身体を傷つける事はしたくない。

※これまでの項目について、特記事項等がある場合は応用ツール⑲をご活用ください。

各機関で独自のＡＣＰの取り組みを行っている場合は、そちらを実施の上、情報共有シートとしてご活用ください。独自の仕組みがない機関では、厚生労働省が作成している「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」および、その「解説編」を確認の上、ＡＣＰの取り組みの一つとして、函館市医療・介護連携支援センターのホームページにて紹介している「もしもノートはこだて」を参考に実施をご検討ください。

作成者　所属　　記入者

ツール管理者　所属 訪問看護ステーションフレンズ　　氏名 保坂

記載日　令和　6　年　9　月　○　日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑲　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　I・S　　生年月日　昭和15年　月　日

もともと、自宅においてもとろみのついた食事がメインでした。
しかし、食べたと言う実感がないので、硬いものを食べようとしますが口の中に溜めこむことが殆どです。
今月に入り突然硬直が起こり、その次にいきなり呼吸困難が起こり食べれない事が多くなりました。その為しっかりとした栄養、食事がと取れなくなりました。起きている症状はパーキンソン病からのものなのか、現在の薬の内容で良いものなのかの不安が家族の中にありました。

移乗は本人の力を生かしながらの介助が必要です。
移動は車イスにて、体調によっては短距離なら自走も可能です。
服薬管理は本人だけでは、過剰摂取、服薬間違い等が見られるため全て介助しております。

訪問診療医とも相談して受診の運びとなっております。
何卒宜しくお願いします。

作成者　所属　　記入者

ツール管理者　所属 訪問看護ステーションフレンズ　　氏名 保坂

サマリー使用した効果

＊サマリー D

　神経内科へサマリーで情報提供したことから、これまでの診療経過および体調変化等の情報をもとに精査。その結果、多系統萎縮症との診断がつき正しい予後予測につながった。

結果

正しい診断、予後予測により本人の意向確認（ACP）へとつながった

サマリーを使ってのつながり（本人の状態変化時）＊サマリーＥ

- 訪問看護ステーションから訪問診療室へ
  （栄養摂取状況の経過報告・ACPの情報提供として）
  基本ツール１
  応用ツール④⑨⑱⑲

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

情報提供先施設名称	○○病院訪問診療室 御中	情報提供先担当者名	○○ 様

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	Ｉ・Ｓ	生年・性別等	昭和15年 月 日 生 女 (満 84 歳)	生活保護	無	障害等認定	身障 ( ) ( ) ( )
現住所	施設入所			電話番号	0138－		
居住	戸建 ※居住階、施設名等を下記に記載 ( )	※エレベーター	無	医療保険種類	国民健康保険 その他 ( )		
要介護度	要介護4	認定有効期間	年 月 日 ～ 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			その他 ( )				
連絡先①	○○	続柄	夫	別居	電話 090－	関係	キーパーソン ( )
連絡先②		続柄			電話	関係	( )

● 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	*隠記
多系統萎縮症	稜北病院	訪問診療室	○○医師	継続中	☐
多系統萎縮症	市立函館病院	神経内科	○○医師	終了	☐
					☐

*特記☑の付く場合は応用ツール⑪を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日 令和 6 年 11 月 日　地域生活期 ( )

*食事	一部介助	*食事・水分制限	あり		
*椅子とベッド間の移乗	一部介助(座れるが移れない)	移動	介助⇒ ・車いす ・ ・ ・その他( )		
整容	一部介助	オムツ使用(パッド含む)	常時		
トイレ動作	一部介助	Pトイレ使用	なし		
入浴	一部介助	*認知症症状	なし		
平地歩行	一部介助(車椅子操作が可能)				
階段昇降	全介助				
更衣	一部介助	意思の伝達	可		
排便コントロール	全介助	失語症	なし		
排尿コントロール	全介助	*服薬管理	全介助		

口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	*むせ	*水分トロミ	歯肉の出血・腫れ	義歯使用
	cm	kg	なし	あり	あり	なし	あり

麻痺の状況	なし	麻痺の部位	・ ・ ・ ・ その他( )
視力 [日常生活に支障]	なし ( )	・眼鏡	あり 老眼
聴力 [日常生活に支障]	なし ( )	・補聴器	なし
*特別な医療等 必要時は、右記の( )内に指定応用ツールを作成下	・経管栄養 (応用ツール⑨ 作成) ・本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報(応用ツール⑩作成)		
在宅介護サービス等	・訪問看護 ・福祉用具 ・訪問介護 ・訪問診療 ・ ・ ・ ・ ・ ・その他 ( )		
*介護上、特に注意すべき点等 ([有]の場合応用ツール⑬ 作成)	あり	*医療・ケアに関する本人・家族の意向等 ([有]の場合応用ツール⑭ 作成)	あり

*食事の項目で[自立]以外、食事・水分制限の項目で[有]、口腔・栄養欄のむせと水分トロミの項目で[有]を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。
*椅子とベッド間の移乗の項目で[自立]以外は応用ツール⑫を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑪を作成下さい。

本サマリーの記入者	所属名	訪問看護ステーションフレンズ			
電話 26－	FAX 26－	記入者 保坂	作成日	令和6年11月○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。

記載日 令和 6 年 11 月 日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール④ 食事摂取困難管理

1.氏 名 Ｉ・Ｓ　生年月日 昭和15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(パーキンソン病によるもので嚥下機能の低下)
- ＊ 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(不明)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 お粥
- ＊ 副食

4.その他

食べたい気持ちは強いです。食べると呼吸困難がでるため食べてません。とりあえず、経鼻で栄養と体力を戻してから考えたいです。

作成者 所属 ＿＿＿＿＿＿　記入者 ＿＿＿＿＿＿

ツール管理者 所属 訪問看護ステーションフレンズ　氏名 保坂

記載日　令和　6　年　11　月　　日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑨　経管栄養法管理

1. 氏　名　　I・S　　生年月日　昭和15年　月　日

2. 治療医療機関　　・担当医

3. 経口摂取　☐ 可　☑ 否

4. 開始日　令和6年10月31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(エンシュア　　) 1日に必要なカロリー(　　kcal)
栄養量(朝　250　ml)　(昼　　ml)　(夕　250　ml)
＊固形化の場合その方法～ トロミ剤使用してチップで注入
水分量(朝　100　ml)　(昼　　ml)　(夕　100　ml)
＊注入の順序~
1回の注入時間(　30　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　14　Fr)
2)交換頻度⇒(　2週毎　) 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）
主治医報告

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 訪問看護ステーションフレンズ　氏名 保坂

記載日　令和　6　年　11　月　2　日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑱　本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報

※本応用ツールはご本人の思いをつなぐための書式としてご活用ください。
下記は 令和6年11月〇日 **時点** で確認できている情報です。今後も意向は変化していく可能性があります。適宜、対話を繰り返してくださいますようお願いいたします。

ACP 人生会議

1. 氏　名　I・S　生年月日　昭和15年　月　日　年齢　84　歳

2. 意思確認実施機関　ケアプランセンターすみれ　・意思確認者（相談員等）　増山、

3. 意思確認対象者　☑ 本人　☑ 家族や友人等：（氏名）　による推定意思の確認

※ＡＣＰ実施の有無にかかわらず会話等により聞き取れた本人の思いがある場合も下記に記入。

4. ＡＣＰを実施する上で参考にしたツール	☐ もしもノートはこだて　☐ 機関独自のツール（　） ☑ なし　☐ その他（　）
5. もし生きることができる時間が限られているとしたら、大切にしたいこと（複数回答あり）	☐ 家族　☐ 友人　☐ 仕事や社会的な役割　☐ 趣味 ☐ 身の回りのことが自分でできること　☐ 経済的なこと ☐ できる限りの治療が受けられること　☑ ひとりの時間がもてること ☐ 家族の負担にならないこと ☑ その他（ 歌を歌いたい　）
6. もし自分の意思をはっきりと示せなくなり、生きることができる時間が限られているとしたら、希望する医療・ケア	☐ 身体に大きな負担がかかっても、できる限り長く生きられる治療 ☐ 身体に大きな負担がかかる処置は希望しないが、そのうえで少しでも長く生きられる治療 ☑ 延命的な治療はおこなわず、できる限り苦痛を緩和して自分らしい時間を過ごすこと ☐ 今はわかりません ☐ その他（　）
7. 人生の最期を過ごしたいと希望する場所	☑ 自宅　☐ 今まで治療を受けていた病院（医療機関） ☐ ホスピスや緩和ケアを中心に行っている病院（医療機関） ☐ 老人ホーム、介護施設など ☐ 今はわかりません ☑ その他（ 現在は施設だけど、施設で最後まで　）
8. 自分の意思が示せなくなったとき本人が望む医療・ケアを推定できる人はいるか？	☑ いる　☐ いない ＊「いる」の場合 ☑ 家族　☐ 友人　☐ その他（　） ※本人の思いを推定できる人が家族・友人以外の場合、「その他」に記入。 本人が信頼を寄せ人生の最終段階を支える存在であれば、家族や友人以外でも構いません。例えば、医療・介護等の支援者がここにあたる場合もあるかもしれません。
9. 会話等から確認できた本人の思いなど	身体を傷つける事はしたくない。このまま鼻の管で栄養が取れれば。 これ以上無理はしたくない。

※これまでの項目について、特記事項等がある場合は応用ツール⑲をご活用ください。

各機関で独自のＡＣＰの取り組みを行っている場合は、そちらを実施の上、情報共有シートとしてご活用ください。独自の仕組みがない機関では、厚生労働省が作成している「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」および、その「解説編」を確認の上、ＡＣＰの取り組みの一つとして、函館市医療・介護連携支援センターのホームページにて紹介している「もしもノートはこだて」を参考に実施をご検討ください。

作成者　所属　　記入者
ツール管理者　所属 訪問看護ステーションフレンズ　氏名 保坂

記載日　令和　6　年　11　月　2　日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑲　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　I・S　生年月日　昭和15年　月　日

神経内科受診してまいりました。結果は多系統萎縮症との事です。口からたべると必ず呼吸困難が起きてきます。その為食べる量がへっているので、本人は「点滴は嫌だ、胃瘻は嫌だ、ポートも嫌だ」と話してましたが、経鼻栄養ならと返事がありました。胃管を挿入し、白湯から始めて、エンシュアを50mlからスタートして50づつ増やして見ました。吐き気もなく安定してきました。
これまでは食べたいとの希望は出ておりませんでしたが、ここのところ食べたい気持ちが強くなってきております。栄養状況、体力の回復を見ながら、今後口から摂取する際は、嚥下エコーを行いながら慎重にとりくみます。今後の栄養をご検討ください。

服薬はチューブにて注入しております。
ベッド上での生活となっており、離床の機会はもてておりません。

本人、家族は入院は希望しておらず、この施設で呼吸が止まってもいいと話してます。

作成者　所属　　記入者
ツール管理者　所属 訪問看護ステーションフレンズ　氏名 保坂

サマリー使用した効果

＊サマリー E

- 訪問診療へ栄養摂取状況の経過報告、および本人の思いを伝達したことから、経鼻栄養開始となった。
- 訪問診療との連携により、徐々に栄養量を増やしたことにより体調回復、食欲も戻ってきた

結果

栄養…

いきなり冷蔵庫まで移動、中を物色し始める。食べたいとの思いが抑えられない状況であったため、エンシュアのゼリー（トロミでは食べないのでゼラチンで固めたもの）をクラッシュしてみたら、スムーズに落ちていき、エコー上も残留物は画像になし。

安全に栄養を確保するために経鼻栄養をメインにしつつ、本人の経口摂取の希望を叶えるため、エンシュアのゼリーをつくり1日一回は250ml分のゼリーを食べて満足感を得ている。

結果

排泄…

体力が低下していた時は排便が自力で出せない状態、しかし栄養が入るようになってから、２日に１回BS４の便が自力で出せている。

ACP…

本人と家族の意向を聞き取りその内容を提示する事で双方での共有ができた。今後、様々な場面が起こるたびに確認しながら支援して行ける形になった。

まとめ

１・・様々な局面においてサマリーを用いて多職種とのカンファレンスにおいて情報の共有、ケアの統一、本人・家族の思いなどがクローズアップされる。

２・・急性期から在宅、そして訪問診療にかわったケースは本人と家族の心の揺れに寄り添って伴走できた。これは繋がるべきツールがあったからだと考える。

３・・訪問診療から頂いた褥瘡のケースはツールの中から私たち訪問看護師が本人をイメージ化し予防に対するケアやポジショニングを統一することができた。統一ケアと共に施設スタッフに対する指導として施設の質の向上にも繋がった。

おわりに

私たちが思いを込めて作成したツール
思いやりのある街・思いやりのある医療と介護
住み慣れた地域で最後まで

繋がることで住んでる人々の思いが実現できる！

ご清聴ありがとうございました！