

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	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 歳	生活 保護	☐ 無 ☐ 有	障害等 認定	☐ 無 ☐ 療育 ☐ 特定疾患()	身障() 級) 精神() 級)
現住所	電話番号						
居住	☐ 戸建(階) ☐ 集合住宅(階) ※エレベータ ☐ 有 ☐ 無 ☐ 施設()			医療保険種類	☐ 健康保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢者 ☐ その他 ()		
要介護度	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	☐ 無 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他()						
連絡先①	続柄	同居 ☐ 別居	電話	関係	☐ 主介護者 ☐ キーパーソン ☐ その他()		
連絡先②	続柄	同居 ☐ 別居	電話	関係	☐ 主介護者 ☐ キーパーソン ☐ 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
					☐
					☐
					☐

*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	入院時 ☐ 入院中 ☐ 退院時 地域生活期 ☐ その他()
------------	-----	----------	--

*食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	*食事・水分制限	☐ 無 ☐ 有				
*椅子とベッド間の移乗	☐ 自立 ☐ 一部介助 (監視下) ☐ 一部介助 (座れるが移れな い) ☐ 全介助	移動	☐ 自立 → ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 介助 ☐ その他()				
整容	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	オムツ使用(パッド含む)	☐ 無 ☐ 夜間 ☐ 常時				
トイレ動作	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	Pトイレ使用	☐ 無 ☐ 夜間 ☐ 常時				
入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	*認知症症状	☐ 無 ☐ 記憶障害 ☐ 幻覚・妄想 ☐ 暴言・暴力 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不潔行為 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 抑うつ・不安 ☐ その他 ()				
平地歩行	☐ 自立 ☐ 一部介助 (歩行器等) ☐ 一部介助 (車椅子操作が可 能) ☐ 全介助						
階段昇降	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
更衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	意思の伝達	☐ 可 ☐ 時々可 ☒ ほとんど 不可 ☐ 不可				
排便コントロール	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	失語症	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明				
排尿コントロール	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	*服薬管理	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 見守り ☐ 全介助				
口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	*むせ	*水分ロミ	歯肉の出血・腫れ	義歯使用
	cm	kg	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有
麻痺の状況	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度	麻痺の部位	☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ その他 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ()				
視力【日常生活に支障】	☐ 無 ☐ 有⇒ ()	・眼鏡	☐ 無 ☐ 有				
聴力【日常生活に支障】	☐ 無 ☐ 有⇒ ()	・補聴器	☐ 無 ☐ 有				

*特別な医療等	☐ 褥瘡 (応用ツール② 作成) ☐ 皮膚疾患 (応用ツール⑨ 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) ☐ 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成) ☐ 透析液供給装置 ☐ 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成) ☐ 吸引器 ☐ 輸液ポンプ ☐ 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成) ☐ 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成) ☐ 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成)	☐ 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成) ☐ 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成) ☐ 腎瘻・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成) ☐ ドレーン (部位:) ☐ 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成) ☐ 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成) ☐ 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成) ☐ 感染症 (応用ツール⑯ 作成) ☐ リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成) ☐ 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 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⑱作成) ☐ その他 (応用ツール⑲ 作成)
---------	---	---

在宅介護サービス等	☐ 訪問診療 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問リハビリ ☐ 通所リハビリ ☐ 通所介護 ☐ ショートステイ ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具 ☐ 定期巡回 ☐ 小多機 ☐ 看多機 ☐ 居宅介護支援 ☐ 包括支援センター ☐ 無し ☐ その他()
-----------	--

*介護上、特に注意すべき点等 ([有]の場合応用ツール⑲ 作成)	☐ 無 ☐ 有	*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⑱ 作成)	☐ 無 ☐ 有
-------------------------------------	---	--	---

*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⑱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⑲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。

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

氏 名	
-----	--

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 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、対話を繰り返していただきますようお願いいたします。



1. 氏 名 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 歳

2. 意思確認実施機関 _____ ・ 意思確認者（相談員等） _____

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、その他にご記入。 ご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当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	

※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⑱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 _____ 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 _____