

*在宅での生活からD病院に入院するまでの場面についてのサマリー <記載例>

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	D病院	御中	情報提供先 担当者名	〇〇 〇〇	様
---------------	-----	----	---------------	-------	---

● 基本情報等

(フリガナ) 氏 名	Aさん	生年・ 性別等	昭和3年〇月〇日 女 (満 97 歳)	生 活 保 護	無	障害等 認定	無し () () ()
現住所	函館市〇〇町〇番〇号	電話番号	0138-〇〇-〇〇〇〇				
居住	戸建 (※居住階、施設名等下記に記載) 2階	※エレ ベーター	無	医療保険種類	後期高齢者 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)	B2	認知症高齢者日 常生活自立度	Ⅲa
同居家族	・子				その他 ()		
連絡先①	Bさん	続柄	娘	同居	電話	0138-〇〇-〇〇〇〇	関係 主介護者・KP ()
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	*特記
誤嚥性肺炎(R7年〇月〇日～〇月〇で入院)	C病院	〇〇〇〇〇〇	△ △ 医師	入院	☒
					☐
					☐

*特記☑の付く場合は応用ツール⑨を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日	令和 7 年 〇 月 〇 日	入院時 ()
-----	----------------	---------

*食事	一部介助	動作ゆっくり、時間かかるため、娘さんが途中から介助している	*食事・水分制限	あり	医師より経口摂取は不可と指示あり		
*椅子とベッド間の移乗	一部介助(座れるが移れない)	座ることはできるが移動は全介助	移動	介助 ⇒	・ その他(娘が抱きかかえる)		
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	尿意・便意なし、オムツ使用	Pトイレ使用	なし			
入浴	全介助	娘さんが抱きかかえて入浴		記憶障害			
平地歩行	全介助		*認知症症状				
階段昇降	全介助	2階から1階へ娘さんが抱きかかえて移動している					
更衣	一部介助	上衣は自立、下衣は娘さんが介助	意思の伝達	時々可	認知機能の低下により会話が成り立たないことあり		
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
	〇〇〇 cm	〇〇 kg	なし	あり	なし	なし	あり
麻痺の状況	中度	老化による筋力低下あり、自力での立位等不可	麻痺の部位		・ 右下肢 ・ 左下肢 ・ その他()		
視力【日常生活に支障】		(不明)	・眼鏡			不明	
聴力【日常生活に支障】	なし	(聞こえてはいるが指示は伝わらない)	・補聴器		なし		
*特別な医療等	・ 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) ・ 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) ・ その他 (応用ツール⑪ 作成)						
在宅介護サービス等	・ 包括支援センター ・ 居宅介護支援 ・ その他 ()						
*介護上、特に注意すべき点等 (〔有〕の場合応用ツール⑨ 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⑩ 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⑨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⑩を作成下さい。

本サマリーの記入者	所属名	居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇					
電話	0138-〇〇-〇〇〇〇	FAX	0138-〇〇-〇〇〇〇	記入者	ケアマネジャー	作成日	令和7年〇月〇日

*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。

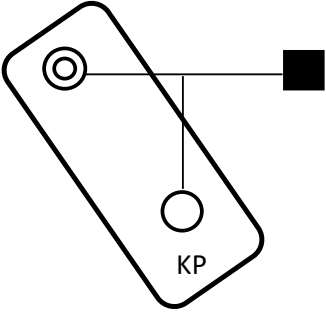
はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール②】 在宅⇒病院用

情報提供先 施設名称	D病院	御中	情報提供先 担当者名	〇〇 〇〇	様
---------------	-----	----	---------------	-------	---

氏 名	Aさん
-----	-----

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	(事例にはないですが、イメージして入力してみました) 昭和3年 函館市に生まれる。中学校卒業後、〇〇会社にて勤務。結婚後は、専業主婦だった。 子どもは娘1人で、夫が亡くなってからは2人で暮らしていた。 庭にダリアやキクなどの花を育てたり、家庭菜園では野菜、果物はイチゴを作っていた。 オシャレ好きで毎日、化粧をし、好きな黄色のカーディガンやアクセサリを好んで身に付けていた。 C病院退院後、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が自宅を訪問し、経口摂取の危なさを伝えるが理解されなかった。しかし、何かしらの介護サービスの利用が必要と考え暫定にて介護サービスを調整中だった。
---------	--

家族構成図		連絡先	氏 名	続柄	関係	連絡先
			Bさん	娘	主介護者・KP	0138-〇〇-〇〇〇〇
			(住所) 函館市〇〇町〇番〇号			
			(備考・携帯番号等) 0138-〇〇-〇〇〇〇			
			就労状態	年金生活	健康状態	
			(住所)			
			(備考・携帯番号等)			
			就労状態		健康状態	
			(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	居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇				
電話	0138-〇〇-〇〇〇〇	FAX	0138-〇〇-〇〇〇〇	記入者	ケアマネジャー	作成日	令和7年〇月〇日

応用ツール③ 認知症管理

1. 氏 名 Aさん 生年月日 昭和3年〇月〇日

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

認知機能の低下により、会話が成り立たないことがある。

☐ ・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

☒ ・その他

加齢による認知機能の低下によるものか、意思疎通が困難な状態が見られる。専門医への受診がなされていないため、診断はついていないが記憶力障害や記憶障害があり、何かしらの原因による認知症の症状がみられている。

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 居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇

記入者 ケアマネジャー

ツール管理者 所属 居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇

氏名 ケアマネジャー

応用ツール④ 食事摂取・栄養管理

1.氏 名 Aさん

生年月日 昭和3年〇月〇日

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(C病院で経口摂取はダメと言われてもゆっくりたべさせると言う。)

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

☐ 無☒ 有

有の場合の要因(認知症により、食に対する意欲が低下している。)

* 内服薬の内容との関連性

☒ 無☐ 有

有の場合の要因()

* 拒食の意思表示

☒ 無☐ 有

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(全粥)

形態(なし)

* 嚥下調整食の必要性 ☒ 無 ☒ 有 ⇒学会分類コード※1(4)

特記 なし。

② 副食

種類(軟菜食)

形態(ゼリー等)

* 嚥下調整食の必要性 ☐ 無 ☒ 有 ⇒学会分類コード※1(2—1)

特記 娘さんがペースト状にして食べてもらっている

③ 飲水(とろみ)

☐ 無☐ 有

⇒学会分類※2()

特記 本来はトロミが必要な状態だが、Aさんは、とろみ水を拒否するためなし。

* 食事内容(治療食、補助食品等)

水分は、イチゴ味のラムネなら飲むため、それを摂取している。

6.食物アレルギー、禁止食品などの留意事項

娘さんは、C病院で医師より、経口摂取はダメと言われても理解・納得せず、経口摂取させている。

7.栄養管理に係る経過、栄養指導の内容、日常の様子等

途中までは、ゆっくりだが自力で食べているが、疲れてしまうため途中から娘さんが介助している。全体的に摂取量は少なくなってきているとのこと。

※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 居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇

記入者 ケアマネジャー

ツール管理者 所属 居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇

氏名 ケアマネジャー

応用ツール⑩ 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7年6月18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、対話を繰り返していただきますようお願いいたします。



1.氏 名 Aさん 生年月日 昭和3年〇月〇日 年齢 97 歳

2.意思確認実施機関 居宅介護支援事業所 ・意思確認者(相談員等) ケアマネジャー

3.意思確認対象者 ☐ 本人 ☒ 家族や友人等:(氏名) 娘さん 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(<u>不明</u>)
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(<u>娘は、胃ろう拒否し経口から摂取させたいと思っているが本人の意思は不明</u>)
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(<u>娘は、自宅で生活させたいと思っているが、本人の意思は不明</u>)
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	娘さんが、ご本人の思いを推定できると思われるが、現段階では娘さんの思いなのか本人の意思なのか不明。

※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⑩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 居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇記入者 ケアマネジャーツール管理者 所属 居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇氏名 ケアマネジャー

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 Aさん

生年月日

昭和3年〇月〇日

【医療情報等】

・R〇年〇月〇日

誤嚥性肺炎……C病院入院。

医師からは「経口摂取禁止」の指示あるも娘さんは、受入れていない。

※椅子とベッド間の移乗……加齢に伴う筋力低下があり、自力での立位は困難。

座位は背もたれがあれば保てるが長時間は疲れてしまう。

※服薬管理……娘さんの管理にて薬を飲ませている。

※介護上特に注意すべき点等……娘さんの理解力が気になることです。

病識が無いためか経口摂取を禁止されていることを受け入れず

経口摂取を続けたことから今回、再入院となっています。

・R〇年〇月〇日

夕食後、急に「苦しい」と言い、呼吸が荒くなったため救急車を要請しC病院に搬送され入院。

・入院中の娘さんの言動やこれまでの介護状況に疑問を感じたC病院は虐待疑いとして地域包括支援センターに連絡。

・地域包括支援センターより連絡受け共に退院日に自宅訪問。娘さんに経口摂取による危険性を説明し、今後の食事と栄養補給の在り方について話し合いましょうと伝えるが拒否される。

・今後の生活を考えると何らかの介護サービスの利用が必要と判断されたため、暫定で介護サービスを調整することを提案し了承される。

・C病院退院後、経口摂取を続けたことから数日後に発熱と震えあり再度、救急車を要請しC病院に入院を依頼。しかし、娘さんが治療を拒否したという状況からC病院に受入れを断られ、D病院に搬送。

以上の通り、C病院の医師の説明に「ゆっくり食べさせるから」という言葉が返ってくることから娘さんは経口摂取による危険性を理解できていない。また、退院日に合わせて地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が訪問し、経口摂取の危険性を説明するが理解されていない状況。今後も在宅での生活を希望する場合、介護サービスの調整が必要と思われる。

・介護サービスの調整に少々時間を要します。退院の方向性が見えてきましたら、ご連絡ください。

作成者 所属 居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇

記入者 ケアマネジャー

ツール管理者 所属 居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇

氏名 ケアマネジャー