

*入院中から退院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	居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇 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、施設名等を下記に記載) ※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)	C2	認知症高齢者日 常生活自立度	IV	
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	☒
誤嚥性肺炎(R7年〇月〇日～〇月〇で入院)	D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	退院時	()		
*食事	全介助	*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	全介助 座位保持困難で移動は全介助	移動	介助 ⇒ ・ その他(ストレッチャー)		
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 入院中は全身清拭のみ	*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 上・下衣共に体位変換しながらの全介助	意思の伝達	ほとんど不可		
排便コントロール	全介助 2～3日でない時は下剤使用	失語症	なし	認知機能の低下により、会話がほとんど成り立たない	
排尿コントロール	全介助	*服薬管理	全介助	現在、内服薬はなし	
口腔・栄養	身長 〇〇〇 cm 体重 〇〇 kg 歯の汚れ なし	*むせ あり	*水分トロミ なし	歯肉の出血・腫れ なし	義歯使用 あり
麻痺の状況	中度 全身機能の低下あり、自力での立位等不可	麻痺の部位	・ 右下肢 ・ ・ 左下肢 その他(不明)		
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 (指示が伝わらないため聞こえているかどうか不明)	・補聴器	なし 不明		
*特別な医療等	・ 認知症 (応用ツール③ 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) ・ 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成) ・ その他 (応用ツール⑨ 作成) ・ 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成) ・ ・ 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成) ・ 必要時は、右記の()内に指定応用ツールを作成下				
在宅介護サービス等	・ 訪問診療 ・ 訪問看護 ・ 居宅介護支援 ・ 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⑨を作成下さい。

本サマリーの記入者	所属名	D病院					
電話	0138-〇〇-〇〇〇〇	FAX	0138-〇〇-〇〇〇〇	記入者	看護師	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。

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、会話がほとんど成り立たない。

☐ ・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

医師による認知症との診断はないが、加齢による認知機能の低下により、意思疎通の困難な状態が多く見られる。理解力や判断力低下等の記憶障害があり、何かしらの原因による認知症であると推測される。

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

入院前より記憶障害はみられるが診断はされていない。入院中は、点滴や留置カテーテルの自己抜去をする等の行動はありません。声がけに対してうなづきはあるが意思疎通が困難な状態が多い。

作成者 所属 D病院

記入者 看護師

ツール管理者 所属 D病院

氏名 看護師

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(

)

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(認知症と全身機能低下により、経口摂取できる状態ではない。)

* 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(

)

形態(

)

* 嚥下調整食の必要性

☐ 無☐ 有

⇒学会分類コード※1(

)

特記

② 副食

種類(

)

形態(

)

* 嚥下調整食の必要性

☐ 無☐ 有

⇒学会分類コード※1(

)

特記

③ 飲水(とろみ)

☐ 無☐ 有

⇒学会分類※2(

)

特記

* 食事内容(治療食、補助食品等)

6.食物アレルギー、禁止食品などの留意事項

娘さんは、D病院の医師より、経口摂取は困難と言われても理解・納得せず、経口摂取させたいと思っている。

7.栄養管理に係る経過、栄養指導の内容、日常の様子等

舌の動きが悪く飲み込みが悪い。入院中は絶食、点滴施行。退院前カンファレンスにて、退院後、末梢から点滴を施行し、食べるためのトレーニングを徐々にしていく方向だったが、カンファレンス後より状態悪化している。

※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 D病院

記入者 看護師

ツール管理者 所属 D病院

氏名 看護師

応用ツール⑥ 酸素療法管理

1.氏 名 Aさん 生年月日 昭和3年〇月〇日

2.治療医療機関 D病院 ・担当医 □ □ 医師

3.開始日 R7年〇月〇日

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: 娘さん)* 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 ○○酸素株式会社)

設置型の場合

☐ 酸素ポンベ☒ 酸素濃縮装置☒ 液化酸素装置

携帯型の場合

☒ 携帯用酸素ポンベ☐ 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⇒ 1 L/分 ・労作時⇒ 3 L/分 ・睡眠時⇒ 1 L/分

* 吸入方法⇒ ☒ カニューレ ☐ マスク

* SPO2変化時の指示⇒ (7 緊急時の対応方法に記載)

7.緊急時の対応方法(呼吸困難増強時等)

SPO2 90%以下であれば安静時・睡眠時MAX OLまで, 労作時OLまで可。
入院中は酸素1Lの投与でSPO2の低下は見られておりません。
SPO2 98~99%で経過しています。

8.その他

娘さんに機器の操作方法については指導できておりません。
在宅で使用する機器にて, ご指導をお願いします。

パルスオキシメーターは○○酸素より貸し出しあり。

作成者 所属 D病院

記入者 看護師

ツール管理者 所属 D病院

氏名 看護師

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理

1.氏 名 Aさん 生年月日 昭和3年〇月〇日

2.治療医療機関 D病院 ・担当医 □ □ 医師

3.開始日 R7年〇月〇日

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: 娘さん)* 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 (1 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 (10 ml・ 1 本)

6.消毒薬・衛生材料

・消毒スワブ (本) ・絆創膏 (個)

・潤滑油 (ml) ・滅菌ガーゼ (枚)

・滅菌手袋 (個)

・その他 ()

7.カテーテル交換

・交換頻度 (4 週毎)

・最終交換日 (〇月〇日)

・次回交換予定日 (〇月〇日)

8.緊急時の対応方法(尿道カテーテル閉塞の場合、感染等)

浮遊物が多いため、適宜ミルキング施行。
カテーテル閉塞時、当院では交換し様子をみておりました。
在宅では訪問診療医の指示のうえ、ご対応をお願いします。

9.その他

尿破棄の方法、陰洗、注意点等については、娘さんに指導済みです。病院内では十分に手技を取得されておりますが、適宜ご指導をお願いします。

作成者 所属 D病院

記入者 看護師

ツール管理者 所属 D病院

氏名 看護師

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	D病院		・意思確認者(相談員等) 看護師		
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(不明)
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(娘は、胃ろうや必要以上の点滴は望まないが、本人の意思は不明)
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(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)
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 * 本人の意思は不明 *「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が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	D病院	記入者	看護師
ツール管理者 所属	D病院	氏名	看護師

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

・RO年〇月〇日

退院前カンファレンスにて

訪問看護ステーションの看護師から、食べるための体力も嚥下力もないので、今は点滴で栄養補給し、それと同時に食べるためのトレーニングをしながら徐々に経口摂取の方向に進めていくのはいかがでしょうかと提案。今までは、胃ろうや必要以上の点滴は望まない、「口から食べられる」「母は食べると元気になる」「自分が母を見る」と話していたが、説明にて少し理解した様子がみられた。

・末梢点滴 〇〇〇ml/日施行

退院前カンファレンス後に、状態悪化し酸素が必要となる。

・RO年〇月〇日:主治医より「心肺機能低下があり厳しい状態」と説明。

主治医から説明後も自宅退院を希望。毎日面会する中で、「もしかしたら死期に近いのか?」という気持ちがある様子。

訪問診療、訪問看護、福祉用具の在宅サービスの調整をしていますが、退院後にさらに状態が変化し看取りについて検討が必要となる可能性があります。フォローのほど、よろしくお願いいたします。

・入院中は、自力体動はみられず体位変換施行。食事状況も悪く点滴のみの状態のため、褥創予防が必要となります。退院にむけて福祉用具(電動ベッド、エアマット、体交枕等)を利用する予定。皮膚状況の観察をお願いいたします。

【医療情報等】

・RO年〇月〇日

誤嚥性肺炎……D病院

医師からは「経口摂取は難しい」と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……座位保持困難で全介助にてストレッチャーへ移乗する。

※服薬管理……現在、内服薬はなし。

※介護上特に注意すべき点等……娘さんは、訪問看護ステーションの看護師から、食べるための体力がないので、今は点滴で栄養補給をしながら徐々に経口摂取に向けてトレーニングを行うという提案に少し理解を示しているが、どうして経口摂取させたいという強い思いから経口摂取させてしまう危険性がある。なぜ経口摂取がダメなのかの理解がなされていない可能性あり、退院までの間に繰り返しお伝えしていきたいと思いますが、退院後も引き続きご指導をよろしくお願いいたします。

作成者 所属 D病院

記入者 看護師

ツール管理者 所属 D病院

氏名 看護師