

No.

年 月 日 ~ 年 月 日

川西市 つながりノート I

～基本情報・人生会議（ともに医療・介護・
福祉について話し合おう）～

あなたの安心をみんなで支えます



川西市・猪名川町の
医療機関を受診する時
介護サービスを利用する時
薬局で薬を調剤してもらう時
必ずこのノートを見せましょう

氏名

このノートは、ご本人とそのご家族が、ご自分の住む地域で、医療と介護を安心して受けることができることを願い作成しました。

ご本人の症状やその経過、検査結果、服薬状況、日常生活状況などの情報を記録して、かかりつけ医や専門医、地域包括支援センター職員や、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護サービスの提供者等で、情報を共有して適切な医療や介護を行うために利用します。

医療機関へ受診の時や、介護サービスを利用する時、薬局で薬を調剤してもらう時にはこのノートを携帯して見せていただくようお願いいたします。

川西市・川西市医師会・大阪大学

このノートの構成（目次）

つながりノートⅠ（ピンク色のノート）

～基本情報・人生会議（ともに医療・介護・福祉

について話し合いましょう）～

つながりノートについて・つながりノートの構成・・・	1
医療介護の基本は・・・	2
基本情報・同意書・・・	3
暮らしの様子・・・	6
ご本人・ご家族のページ・・・	7
人生会議・・・	9
私の医療・ケアに対する考え・・・	15

※つながりノートⅠのほかに下記の冊子があります。

つながりノートⅡ（オレンジ色のファイル）

～情報共有連絡票・日々の記録・医療情報・介護情報など～

つながりノートⅢ（青色のノート）

～資料編～

医療・介護の基本は

医師の診察を受けて原因となる疾患を知ることです。

その人に合った適切な医療・介護を受けて
穏やかな生活を長く続けましょう。

本人と家族



本人と家族がわかる事、
気付いた事を書き込みます。

「つながりノート」は、
受診時・入院時・薬局で処方
箋を受け取る時、介護関係の
サービスを利用するとき受付
などにお出してください。

医療機関

かかりつけ医
サポート医
専門医
薬局
など



医療的な内容について
書き込みます。

介護機関

ケアマネジャー
通所施設
訪問介護
訪問看護
短期入所
など



介護的な内容について
書き込みます。

基本情報

記入日： 年 月 日

同意書

各施設・機関の間で情報交換を行うこの連携ノートのしくみを理解し、作成・運営に同意します。保管には注意を払います。

本人の 氏名	
-----------	--

本人が署名できない場合は、主介護者の署名をお願いします。

主介護者の 氏名	
-------------	--

主介護者が署名した場合は、主介護者の欄にも記入をお願いします。

本人の 生年月日	年 月 日 (歳)	本人の 性別	男・女		
主介護者の 生年月日	年 月 日 (歳)	主介護者の 性別	男・女	介護者の 続柄	

自宅（連絡のつく）住所					
〒					
連絡先：電話		携帯電話			
緊急連絡先①					
氏名：				続柄：	
住所：〒					
連絡先：電話		携帯電話			
緊急連絡先②					
氏名：				続柄：	
住所：〒					
連絡先：電話		携帯電話			
後見人 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 補佐 <input type="checkbox"/> 後見 （該当するものにレ印を記入）					
氏名：				続柄：	
住所：〒					
連絡先：電話		携帯電話			

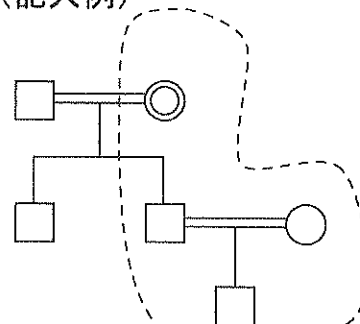
身長	cm	利き手	右・左
体重	kg	薬や食品のアレルギー	なし・あり ()
視力	問題なし・眼鏡使用・その他 ()		
聴力	問題なし・耳が遠い (左・右)・補聴器 (有・無)・その他 ()		
歯	自分の歯・総入れ歯 (着脱式)・部分入れ歯・インプラント		
かかりつけ医1	診療所名	医師名	TEL
かかりつけ医2	診療所名	医師名	TEL
かかりつけ歯科医	診療所名	医師名	TEL
かかりつけ薬局	薬局名		TEL
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	事業所名	担当者名	TEL
要支援・要介護 認定	<input type="checkbox"/> 認定を受けている		
	<input type="checkbox"/> 認定を受けたことがあるが、現在、認定を受けていない		
	<input type="checkbox"/> 認定を受けていない		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (級 交付日 年 月 日)		
自立支援 サービス	<input type="checkbox"/> 利用無		
	<input type="checkbox"/> 利用有 内容 : <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 訓練等給付 <input type="checkbox"/> その他		
みまもり登録	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	靴ステッカー配付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
GPSの活用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (市の日常生活用具貸出・携帯電話やスマホ・その他)		
運転免許	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 原付)		<input type="checkbox"/> 返納 (年 月)

ご家族の状況

氏名	生年月日	住所	続柄
	T S H 年 月 日(才)		同居・別居
	T S H 年 月 日(才)		同居・別居
	T S H 年 月 日(才)		同居・別居
	T S H 年 月 日(才)		同居・別居
	T S H 年 月 日(才)		同居・別居
	T S H 年 月 日(才)		同居・別居

<親族関係図>

(記入例)



- ・ 男性□女性○、死亡は■●
- ・ 本人は男性回、女性は◎
- ・ 子どもは左から第1子
- ・ 現在同居者は---で囲む

親しい友人・知人

氏名	住所	関係	備考

暮らしの様子

※記入できるところは本人、家族がご記入ください。本人や家族の話を聞いて、相談機関の方に記入していただいても構いません。

記入日 年 月 日

記載者

本人との関係

項目	長年の習慣や好み
食事の習慣	
飲酒・喫煙	飲酒：無・有（1日 合） 清酒1合の目安：ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml） ワイン2杯（240ml） 喫煙：無・有（1日 本）
排泄の習慣	介助（要・否）
お風呂の習慣	介助（要・否）
身だしなみ (歯磨き髭剃り等)	介助（要・否）
睡眠	時起床～ 時就寝 午睡
お金の管理	介助（要・否）
家事	介助（要・否）
歩行・外出	介助（要・否）
その他	

記載者

本人との関係

記入日

年 月 日

好きな色・服装 おしゃれ・髪型	
趣味・関心など	
性格・特徴など	
大切な人・ 大切なもの	
大切な思い出	
行きたいところ	
リラックス できるとき	
イライラするとき	
機嫌の良いとき、 悪いときの状況	
不安や心配	
人にしてほしいこと (接するときのコツ等)	
人にしてほしく ないこと	
そ の 他	

【人生会議】

ともに医療・介護・福祉について
話し合いましょう

— アドバンス・ケア・プランニング —
(Advance Care Planning : ACP)



川西市医師会

発行にあたって

みなさまが、病気や事故で意識を失い判断能力がなくなった場合、どのような治療を望まれますか？

私たちは、もしもの場合に備えて、生涯を悔いのないように終えて頂くための手がかりとして、本冊子を作成しました。

本冊子は、すでに協立温泉病院で使用されている冊子（協立温泉病院 ACP プロジェクトチーム作成）を基に、川西市および猪名川町の担当部局と各病院代表者を交えて、幅広く市民・町民のみなさまに利用して頂けるように、ACP ワーキング会議の場で作成しました。

一般社団法人 川西市医師会

会長 藤末 洋

2019年3月1日



—アドバンス・ケア・プランニングとは—



もしものときのために、望む医療やケアについて事前に自身の考えを示し、ご自身、家族、医療従事者と繰り返し話し合い、共有する取り組みです。

誰でも、いつでも、命に係わる大きな病気やケガをすることがあります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。

いま、前もっての話し合いが必要でない方もいらっしゃいます。

でも、万が一自分の気持ちを話せなくなった時には、この冊子が意思を伝えるものとなり、ご親族、ご友人の心の負担は軽くなるでしょう。

厚生労働省は2018年11月30日、「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」の愛称を、「人生会議」に決めたと発表しました。

- あなたが大切にしていることは何ですか。
- あなたが信頼する代理意思決定者や医療・ケアチームと話し合いましょう。
- これらの情報を共有して書面に残しましょう。



1. もしもに備えて考えましょう

1) 望む医療と望まない医療

□ (1) 心肺停止に至ったときの心臓マッサージなどの心肺蘇生



心肺蘇生は心肺停止時一般的に行われる有効な手段であります。しかし特に高齢者では、胸骨圧迫(心マッサージ)と人工呼吸による心肺蘇生を行っても心拍、呼吸の再開、蘇生に至らず、また蘇生しても低酸素脳症から遷延性意識障害になることがあります。

☆心肺蘇生について考えましょう

□ (2) 気管挿管(気管切開)・人工呼吸器

呼吸が十分できないとき、口からチューブを入れ(気管挿管)、人工呼吸器で肺に酸素を送ります。



呼吸が安定し自力で可能となれば人工呼吸器は外せますが、数週間以上に及ぶ場合は、気管切開(首の皮膚を切開して気管に管を挿入)に切り替えます。吸引回数も増え、患者様にとって必ずしも安楽でない状況となります。鎮静剤の投与など、苦痛の緩和に努めますが、すべての方が回復されると言えないのも現実です。



☆気管挿管、人工呼吸器装着について考えましょう

□ (3) 人工的水分・栄養補給法

飲み込む力がおとろえて、口から食事が摂れなくなった場合や、誤嚥性肺炎を繰り返す場合に用いられる栄養法が人工的水分・栄養補給法 (AHN) です。

経鼻経管栄養、胃ろう栄養、中心静脈栄養があります。



【経鼻経管栄養】

鼻から胃までチューブを通し、栄養剤を注入します。

患者様にとっては不快感が強く苦痛を示すことも少なくありません。

注入中に自己抜去行為があると、肺への誤嚥が発生します。

長期（通常 4 週間以上）にわたる場合は、胃ろう栄養が推奨されます。



【胃ろう栄養】

お腹に穴を開けてチューブを留置し栄養剤を注入します。

胃ろうを作る際には胃カメラを使った手術を行います。

過去の手術歴や全身状態によっては適応外となります。



【中心静脈栄養】

心臓に近い太い血管まで管を挿入し、高カロリー栄養剤を点滴します。



☆人工的水分・栄養補給法を行いつづけるのかどうかについて 考えましょう

継続が本人の人生の物語にとってよいのかどうか。

かえってよくなかったのなら中止の選択もあります。

「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給導入を中心として」日本老年医学会（2012年）

2) 意思表示ができなくなった時に代行依頼する方 (代理意思決定者)

☆意思表示ができなくなった時、自分の代わりに誰に決めて欲しいか考えましょう (家族や信頼できる友人など)



2. 話し合ってみましょう

これまでの出来事やこれからの人生について、自分の考えを家族や信頼できる友人、医療・介護従事者などと話し合い、書きとめてみましょう。その時々で、思いや考えは変化します。何度でも、繰り返し考え、話し合みましょう。



私の 医療・ケアに対する考え



心身の状態に応じて意思は変化することがあるため、何度でも、繰り返し考え、話し合いましょう

私の医療・ケアに対する考え

No.1

作成日：20 年 月 日

1. 心肺蘇生を 望む

望まない

わからない

2. 気管挿管・人工呼吸器の装着を

望む

望まない

わからない

3. 栄養補給について（その継続について）

経鼻経管栄養を 望む 望まない わからない

胃ろう栄養を 望む 望まない わからない

中心静脈栄養を 望む 望まない わからない

4. その他

（過ごしたい場所や終末期の医療、ケアの望みなど自由にご記入ください）

本人氏名：

記入者：本人 代理意思決定者

代理意思決定者 氏名：（本人との関係）：

医療・介護・福祉関係者（かかりつけ医など）：

（職種） 氏名

私の医療・ケアに対する考え

No. _____

作成日：20____年____月____日

1. 心肺蘇生を 望む

望まない

わからない

2. 気管挿管・人工呼吸器の装着を

望む

望まない

わからない

3. 栄養補給について（その継続について）

経鼻経管栄養を 望む 望まない わからない

胃ろう栄養を 望む 望まない わからない

中心静脈栄養を 望む 望まない わからない

4. その他

（過ごしたい場所や終末期の医療、ケアの望みなど自由にご記入ください）

本人氏名：

記入者： 本人 代理意思決定者

代理意思決定者 氏名： _____（本人との関係）：

医療・介護・福祉関係者（かかりつけ医など）：

（職種） _____ 氏名 _____

私の医療・ケアに対する考え

No. _____

作成日：20____年____月____日

1. 心肺蘇生を 望む

望まない

わからない

2. 気管挿管・人工呼吸器の装着を

望む

望まない

わからない

3. 栄養補給について（その継続について）

経鼻経管栄養を 望む 望まない わからない

胃ろう栄養を 望む 望まない わからない

中心静脈栄養を 望む 望まない わからない

4. その他

（過ごしたい場所や終末期の医療、ケアの望みなど自由にご記入ください）

本人氏名：

記入者： 本人 代理意思決定者

代理意思決定者 氏名： _____（本人との関係）：

医療・介護・福祉関係者（かかりつけ医など）：

（職種） _____ 氏名 _____

発行：川西市・川西市医師会

平成25年 2月 初 版

平成26年 4月 第2版

平成27年 4月 第3版

平成31年 3月 第4版

このノートは、大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室が考案した「みまもり・つながりノート」をもとに、同教室の協力のもと作成されたものです。

この「つながりノート」についての問い合わせ先

川西市・猪名川町在宅医療・介護連携支援センター

〒666-0016 川西市中央町12-3 医療会館3階

TEL：072-755-4100 FAX：072-755-4110

MAIL：zaitaku4100@wind.ocn.ne.jp

川西市中央地域包括支援センター

〒666-8501 川西市中央町12-1

電話：072-755-7581 FAX：072-740-2003