

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きましょう）～

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
薬局で処方箋を提出する時
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、薬局で処方箋を提出する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きましょう）～

| | |
|---------------------------|----|
| 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（ACP）・・・ | 9 |
| 私の医療・ケアに対する考え・・・ | 15 |

※つながりノートⅠのほか下記に下記の冊子があります。

つながりノートⅡ（黄色のノート）

～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
処方箋を提出する時、
介護関係のサービス
を利用する時にお出し
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◆

私は、本ノートに記載されている個人情報に関係職種間で情報を共有することに同意します。

氏名 (代筆： 続柄：)

| | | | | | |
|--------|--|----|-----|------|--|
| 本人名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | |
| 主介護者氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | |

自宅（連絡のつく）住所

住所：〒

【電話番号】①： ②：

緊急連絡先 1

氏名：

住所：〒

【電話番号】①： ②：

緊急連絡先 2

氏名：

住所：〒

【電話番号】①： ②：

任意後見制度 法定後見制度 補助 保佐 後見（該当に✓印を記入）

氏名：

住所：〒

【電話番号】①： ②：

※成年後見制度についてはⅢ-P.10を参照してください


『基本情報』をあらかじめ記入しておくことで緊急時や災害時に大変役立ちます。

| | | | |
|----------------------|--|-----------|---|
| 身長 | cm | 体重 | kg |
| 視力障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（眼鏡・その他： ） | | |
| 聴力障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（右・左）（補聴器・その他： ） | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（食品・薬・その他 ） | | |
| 歯 | <input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> インプラント | | |
| 要介護度 | 未申請 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 (年 月) | | |
| | 未申請 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 (年 月) | | |
| 障害認定 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 身体 ・ 知的 ・ 精神 ） (等級： 種 級) | | |
| かかりつけ医 | 医療機関名 電話 - - | | 医師名 |
| | 医療機関名 電話 - - | | 医師名 |
| かかりつけ 歯科医 | 医療機関名 電話 - - | | 医師名 |
| かかりつけ薬局 | 事業所名 電話 - - | | 担当者名 |
| 介護支援専門員 (ケアマネジャー) | 事業所名 電話 - - | | 担当者名 |
| 現在治療中の 主な病気 | | | |
| 既往歴・手術歴等 | | | |
| 認知症みまもり登録 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 靴ステッカー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| GPS | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 認知症あんしん保険 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 運転免許証 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(□普通 □大型 □原付) □返納 (年 月) | | |

※災害時などの万が一に備えて、事前に「避難場所」について家族等と確認し、周りにもその情報を伝えておきましょう。

| | |
|-----|---------------|
| 避難先 | (避難所・知人・親族宅等) |
|-----|---------------|

川西市のホームページにある「避難場所一覧」については二次元コードをご参照ください。

避難場所一覧 

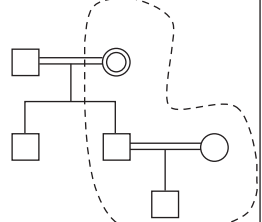


ご家族の状況

| 氏名 | 生年月日 | 住所 | 続柄 |
|----|----------|----|-------|
| | 年 月 日(才) | | 同居・別居 |
| | 年 月 日(才) | | 同居・別居 |
| | 年 月 日(才) | | 同居・別居 |
| | 年 月 日(才) | | 同居・別居 |
| | 年 月 日(才) | | 同居・別居 |
| | 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) | |
| 人にしてほしい ないこと | |
| そ の 他 | |
| | |

【人生会議】

ーアドバンス・ケア・プランニングー (ACP)

もしもの時、あなたの気持ちは伝わりますか？

あなたの身に何かあったときのために、
あなたがしてほしいこと、してほしくないことを、
あなたの気持ちを託せる人に伝えておきましょう。



©川西市 2008



©徳名川町2009

川西市医師会

氏名

発行にあたって

もしもの時や、人生の終末に差し掛かってきた時、どのような選択を希望されるのでしょうか。

そのときにそなえて**元気な時から考えていただく**ことがアドバンス・ケア・プランニング（ACP）です。家族のために、自分のために、これからのことを考える第一歩としてこの冊子を活用していただくと幸いです。

悔いのない人生最期を迎えていただくために、本冊子では、厚生労働省の人生会議（ACP）について紹介しています。川西市医師会ACP冊子の第4版を作成しました。

一般社団法人 川西市医師会
会長 織田行雄
2026年3月1日

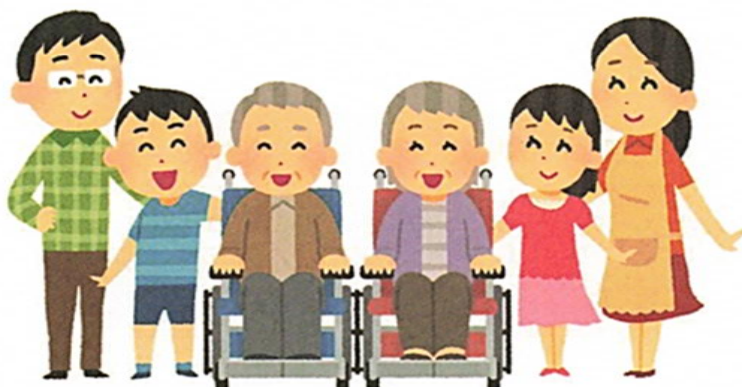


もしも、の時のことを考えたことはありますか？
誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。命の危険が差し迫った状態になると、約70%の人が、医療やケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えることができなくなるといわれています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

この取組をアドバンス・ケア・プランニング
「人生会議」と呼びます。

- 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。



人生の最期が近づいた時のために、 延命治療について考えておきましょう

飲み込む力（嚥下機能）の低下がある場合、リハビリを行って回復を目指します。このようなとき、人工的に水分や栄養を補給するために、「経鼻経管栄養」、「胃瘻（いろう）栄養」、「血管栄養」などを選択する場合があります。

①「経鼻経管栄養」



誤嚥（ごえん）のリスクがある場合には選択されません

リハビリによる嚥下機能の回復を望む場合は胃瘻栄養が選択されます

経鼻経管栄養はおおむね一か月程度で、栄養管理をそれ以上続ける場合は、胃瘻（いろう）栄養を考えてみましょう。

日本栄養治療学会・静脈経腸栄養ガイドライン（第3版）

（良い点）

- ・手術などの処置は不要です
- ・消化管の機能がある程度は維持されます

（困る点）

- ・チューブの不快感、苦痛を感ずります
- ・栄養剤の逆流、食道炎や誤嚥性肺炎のリスクがあります
- ・チューブが抜けると再挿入が難しい場合があります
- ・チューブ内が詰まりやすいので定期的な交換が必要です

②「胃瘻栄養」



4週間以上の栄養補給が必要な場合には、経瘻孔（けいろうこう）法を検討します

胃瘻（いろう）：内視鏡を使って造る「PEG（ペグ）」という方法が一般的です。十二指腸瘻（じゅうにしちょうろう）・空腸瘻（くうちょうろう）もあり、いずれも、内視鏡を使ったり、または手術して造設する必要があります。担当医が判断することになります。

（良い点）

- ・栄養を比較的安定的に摂ることができます
- ・自宅での生活に適しています
- ・口から食事することも可能です
- ・栄養剤の逆流は案外少なく、誤嚥性肺炎を起こしにくくなる場合もあります

（困る点）

- ・小手術が必要です
- ・全身状態が悪い場合や開腹手術歴がある場合に、造設できないことがあります
- ・皮膚トラブルや腹膜炎などの合併症のリスクがゼロではありません
- ・定期的な交換が必要です
- ・唾液や口腔内の貯留物により、誤嚥性肺炎を起こすことがあります

③「血管栄養」



【末梢血管栄養】

手や足の血管からおもに水分を点滴します
血管炎が起こり、血管痛がみられます
1週間以上の継続はむずかしい方法です

【中心静脈栄養】

緊急の場合や入院中に、手や足の血管から水分や栄養剤が点滴できないときに、心臓に近い太い血管に管を挿入します
終末期が近くなつた場合には、適応にならない方法です

中心静脈栄養は、消化管の機能が十分でない場合や高カロリー輸液を投与する必要がある場合、および静脈栄養の投与が2週間以上と長期にわたる場合などに実施されますが、対象疾患が限られています。

①難治性下痢・嘔吐、②消化管瘻、③消化管閉塞、④重症急性膵炎、⑤炎症性腸疾患（クローン病）、⑥経腸栄養不耐症、⑦重症感染症、⑧外科周術期、⑨がん化学療法や放射線療法を行っている患者さん、⑩骨髄移植をした患者さん、⑪妊娠悪阻がある患者さんなどです。

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も考えましょう。

継続が本人の人生の物語にとってよいのかどうか
かえてよくないのなら、中止の選択や、自然に任せるという
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・栄養補給の導入を中心として」
日本老年医学会（2012年）

人生の最期が近づいた時のために、 延命処置について考えておきましょう

病気が重くなったり、意識がなくなったりして、回復が難しい状態になってしまう前に考えておきましょう。

心臓マッサージ



心停止で発見された場合には、本人の意向にかかわらず心臓マッサージとAEDによる処置が行われます。

心肺停止時に胸骨を圧迫して、心臓マッサージが行われます。救急医療の現場でしばしば行われています。胃内容物が逆流したり、肋骨が折れたり気胸を起こしたりすることがあります。

気管挿管（気管切開） 人工呼吸器



呼吸が十分でないとき、口からチューブを気管に入れて肺に酸素を送り込みます。また、喉ぼとけの下を切開して、気管に管を入れて肺に酸素を送り込みます。

臓器提供の意思表示があるときには、意識がない場合でも生命維持治療が継続されることがあります。

※生命維持治療とは

人工呼吸器、胃瘻や鼻からの管による栄養、血管からの点滴、手術、人工透析、抗生物質治療のような中断すると生きて行けなくなる治療、および心臓マッサージ、電気ショックなどの心肺蘇生を含みます。

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)



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



からだの状態に応じて、今考えていることは
変化することがあります。

何度でも繰り返し考え、話し合しましょう。

私の医療・ケアに対する考え

一番心配なこと・困っていることは

- 自分の身体のこと
- 周りにいる家族などのこと
- 生活のこと
- お金のこと
- 仕事のこと
- 今はわからない
- そのほか

病名や病状の告知について

もしも治療ができなかったり、改善の見込みがない病気にかかった時やそういった病状に陥った時に

- 自分にもすべて伝えてほしい
- 自分は知りたくないが、家族には伝えてほしい
- 自分には伝えてほしいが、ほかの人には伝えないでほしい
- 今はわからない
- そのほか

私の医療・ケアに対する考え

1. 終末期の栄養補給について

管（くだ）を通しての栄養：胃瘻（いろう）栄養を

受けない 受けたくない わからない

入院中やリハビリ期間中は、主治医が病状に応じて栄養法を選択します。患者さんが希望する栄養法を受けることができない場合があります。

2. 終末期の心肺蘇生を

受けない 受けたくない わからない

3. 終末期の気管挿管・人工呼吸器の装着を

受けない 受けたくない わからない

4. その他（終末期の医療、終末期に過ごしたい場所、終末期のケアなどで希望することを書いておきましょう）

【 】さんが大切にしていること、終末期の希望について、以下の皆で話し合いました。

本人 【 】

代理意思決定者（ ）

医療・介護・福祉関係者

かかりつけ医・主治医

| | | |
|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|

私の医療・ケアに対する考え

1. 終末期の栄養補給について

管（くだ）を通しての栄養：胃瘻（いろう）栄養を

受けない 受けたくない わからない

入院中やリハビリ期間中は、主治医が病状に応じて栄養法を選択します。患者さんが希望する栄養法を受けることができない場合があります。

2. 終末期の心肺蘇生を

受けない 受けたくない わからない

3. 終末期の気管挿管・人工呼吸器の装着を

受けない 受けたくない わからない

4. その他（終末期の医療、終末期に過ごしたい場所、終末期のケアなどで希望することを書いておきましょう）

【 】さんが大切にしていること、終末期の希望について、以下の皆で話し合いました。

本人 【 】

代理意思決定者（ ）

医療・介護・福祉関係者

かかりつけ医・主治医

| | | |
|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|

私の医療・ケアに対する考え

1. 終末期の栄養補給について

管（くだ）を通しての栄養：胃瘻（いろう）栄養を

受けない 受けたくない わからない

入院中やリハビリ期間中は、主治医が病状に応じて栄養法を選択します。患者さんが希望する栄養法を受けることができない場合があります。

2. 終末期の心肺蘇生を

受けない 受けたくない わからない

3. 終末期の気管挿管・人工呼吸器の装着を

受けない 受けたくない わからない

4. その他（終末期の医療、終末期に過ごしたい場所、終末期のケアなどで希望することを書いておきましょう）

【 】さんが大切にしていること、終末期の希望について、以下の皆で話し合いました。

本人 【 】

代理意思決定者（ ）

医療・介護・福祉関係者

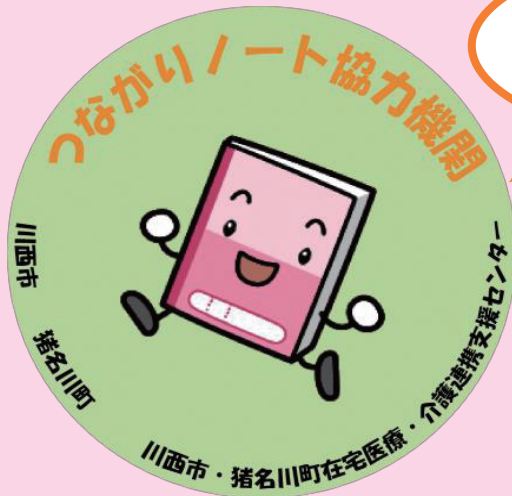
かかりつけ医・主治医

| | | |
|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|

発行：川西市医師会

| | |
|------------|-----|
| 2019.03.01 | 第1版 |
| 2021.10.01 | 第2版 |
| 2023.07.01 | 第3版 |
| 2026.03.01 | 第4版 |

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
令和 7年 3月 第5版



このステッカーは
「つながりノート協力機関」
の目印です。

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@windocn.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

TEL:072-755-7581 FAX:072-740-2003