

発行：猪名川町・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
令和4年2月第4版

No.

年 月 日～ 年 月 日

猪名川町 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

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
川西市医師会医療会館 3階
電話 072-755-4100 FAX 072-755-4110
メール zaitaku4100@wind.ocn.ne.jp

猪名川町地域包括支援センター

〒666-0236 猪名川町北田原字南山 14-2
電話 072-764-5812 FAX 072-766-8511

猪名川町役場生活部保険課

〒666-0292 猪名川町上野字北畑 11-1
電話 072-766-0001 FAX 072-767-7200



©猪名川町 2009

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、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。

猪名川町、川西市、川西市医師会
川西市・猪名川町 在宅医療・介護連携支援センター、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	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(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～

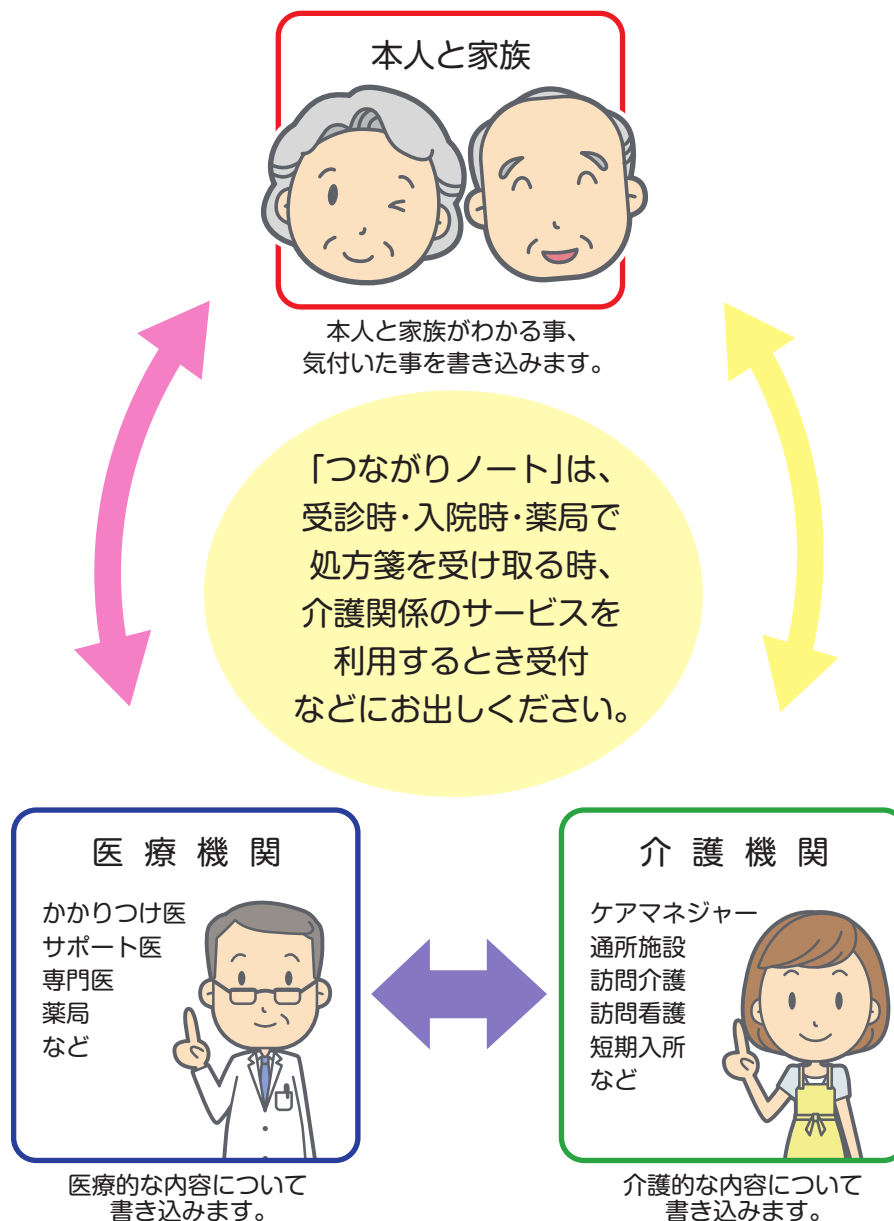
つながりノートⅢ(青色のノート)

～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。



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	
-----------	--

ご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	
主介護者の 生年月日	年 月 日 (歳)	主介護者の 性別	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 補助 補佐 後見 (該当するものにレ印を記入)

氏名: 続柄:

住所: 〒

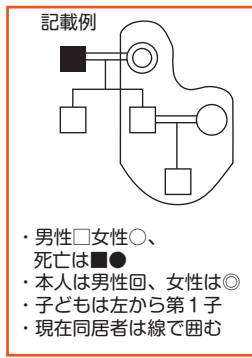
連絡先: 電話 携帯電話

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(要支援1・2、要介護1・2・3・4・5) <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	QRコードシール	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
GPSの活用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(町のGPS端末貸出事業・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 R 年 月 日 (才)			同居 別居
	T S H R 年 月 日 (才)			同居 別居
	T S H R 年 月 日 (才)			同居 別居
	T S H R 年 月 日 (才)			同居 別居
	T S H R 年 月 日 (才)			同居 別居
	T S H R 年 月 日 (才)			同居 別居

〈親族関係図〉



親しい友人・知人

氏名	住所	関係	備考

暮らしの様子

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

記載者

本人との関係

記入日 年 月 日

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	

ご本人・ご家族のページ

※本人、家族がご記入ください。本人や家族の話を書いて、相談機関の方に記入していただいても構いません。

ご自分のこと、大切にしていること、人にわかってほしいことなどをメモしましょう。全部書かなくてもOKです。その時々状況を書き足していきましょう。

現在の職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 勤務先 { } 仕事の内容 { }
以前の職業	歳～ 歳頃 { } 歳～ 歳頃 { } 仕事の内容 { }
出身地	県 市町村 (歳まで居住)
呼び名(旧姓)	(旧姓:)
住まい	戸建 ・ 集合住宅 () 階 本人の居室 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 階 周辺環境:
以前住んでいた所 (故郷・懐かしい土地等)	
好きな食べ物・飲み物	
苦手な食べ物・飲み物	
得意なこと	
苦手なこと	
好きな音楽・歌・歌手 テレビ・ラジオ	

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)	
人にしてほしいこと ないこと	
その他	

【人生会議】

ともに医療・介護・福祉について 話し合しましょう

－ アドバンス・ケア・プランニング －
(Advance Care Planning : A C P)



川西市医師会

氏名

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るかもしれません。

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・栄養補給の導入を中心として」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、話し合しましょう

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.....