あなたとあなたを支えるみんなでつくる

シズケア＊ささえあい連携シート

（愛称:シズみんシート）

利用される方へ
（説明書）

氏　名

※ このシートを活用されている方へ
医療機関受診時や福祉･介護保険サービス利用時に、ご提出くださいますようお願いいたします。

※ このシートを拾得された方へ
拾得した病院･施設へのお届け、または静岡県医師会シズケアサポートセンター（平日9時～17時 TEL：054-246-8060）へご連絡をお願いいたします。

memo

シズケア＊ささえあい連携シート
（愛称：シズみんシート）
作成にあたって

ACP（アドバンス・ケア・プランニング　愛称・人生会議）とは、もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組みをさします。

静岡県医師会が行った令和3年度「人生の最終段階の療養場所の選定における意思決定の現状調査」では、認知症や慢性疾患で療養されている方に対し、「住み慣れた場所で最期までその人らしく生活する」ための、適切な意思決定支援を行う体制づくりの必要性が確認されました。

現在、市町行政を中心に、元気なうちから「今後どのように生活していきたいか」、「もしもの時にどのような医療や介護を受けたいか」について考え、想いを書き留めるACPノート（いわゆるエンディングノート）の普及啓発が行われています。

また、患者さんと医療・介護関係者との間では、もしもの時に備えて「どのような最期を迎えたいか」を話し合い、受けたい医療・ケアを実現するための取り組みが進んできています。

しかし、認知症や慢性疾患と診断され、介護が必要となったり、入院を繰り返す患者さんに対し、その病状の節目に応じて、医療・福祉関係者とこれからの生活や医療について話し合う機会は、必ずしも多くありません。

そのため、本会では、医療・介護・福祉関係者等が連携し、日頃からご本人・ご家族等の想いに心をよせ、意思決定を尊重して、医療やケアの様々な場面に活かしていくためのツールを作成しました。

雄大で美しい名峰・富士山をシンボルとする静岡県に暮らす、私たちの人生が充実したものとなるよう、あなたらしい「人生登山」を始めましょう。

令和7年7月

一般社団法人静岡県医師会

目　次

シズケア*ささえあい連携シート作成にあたって …… 3

目次 …… 4

シズケア*ささえあい連携シートとは …… 5
ACP(人生会議) の各段階と健康状態 …… 6
シズケア*ささえあい連携シートの概要 …… 7
シズケア*ささえあい連携シートと市町のACPノートの違い …… 8
シズケア*ささえあい連携シートと市町のACPノート運用フローチャート …… 9

医師からの記録 …… 10
～あなたらしく生ききる～ ささえあい人生登山の全体像 [様式1の活用例] …… 11
医師からの記録 [様式2-1　2-2の活用例] …… 12
疾患別の人生登山イメージ例 …… 14

話し合いの記録 …… 18
話し合いの記録 [様式3の活用例] …… 19

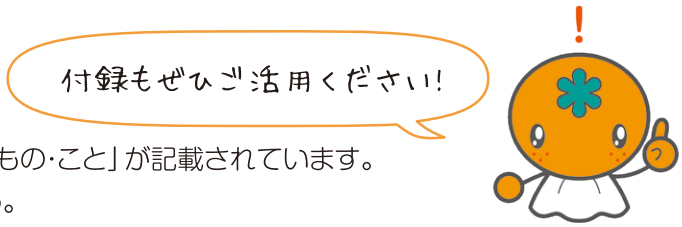
想いの記録 …… 20
想いの記録 [様式5の活用例] …… 21

人生登山ささえあいメンバー [様式6の活用例] …… 22

検査結果など とじるページ	医療機関の検査結果などは、日付の新しいものが一番上になるように、 順番にシートをはさんでおきましょう
シートをとじる ページ	日付の新しいものが一番上になるように、 順番にシートをはさんでおきましょう

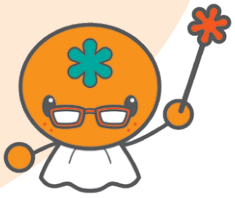
各種様式 (様式1～6)	必要に応じご活用ください 静岡県医師会シズケアサポートセンターのホームページから ダウンロードも可能です (Word･Excel･PDF) https://ssc.shizuoka-med.or.jp/　シズケア

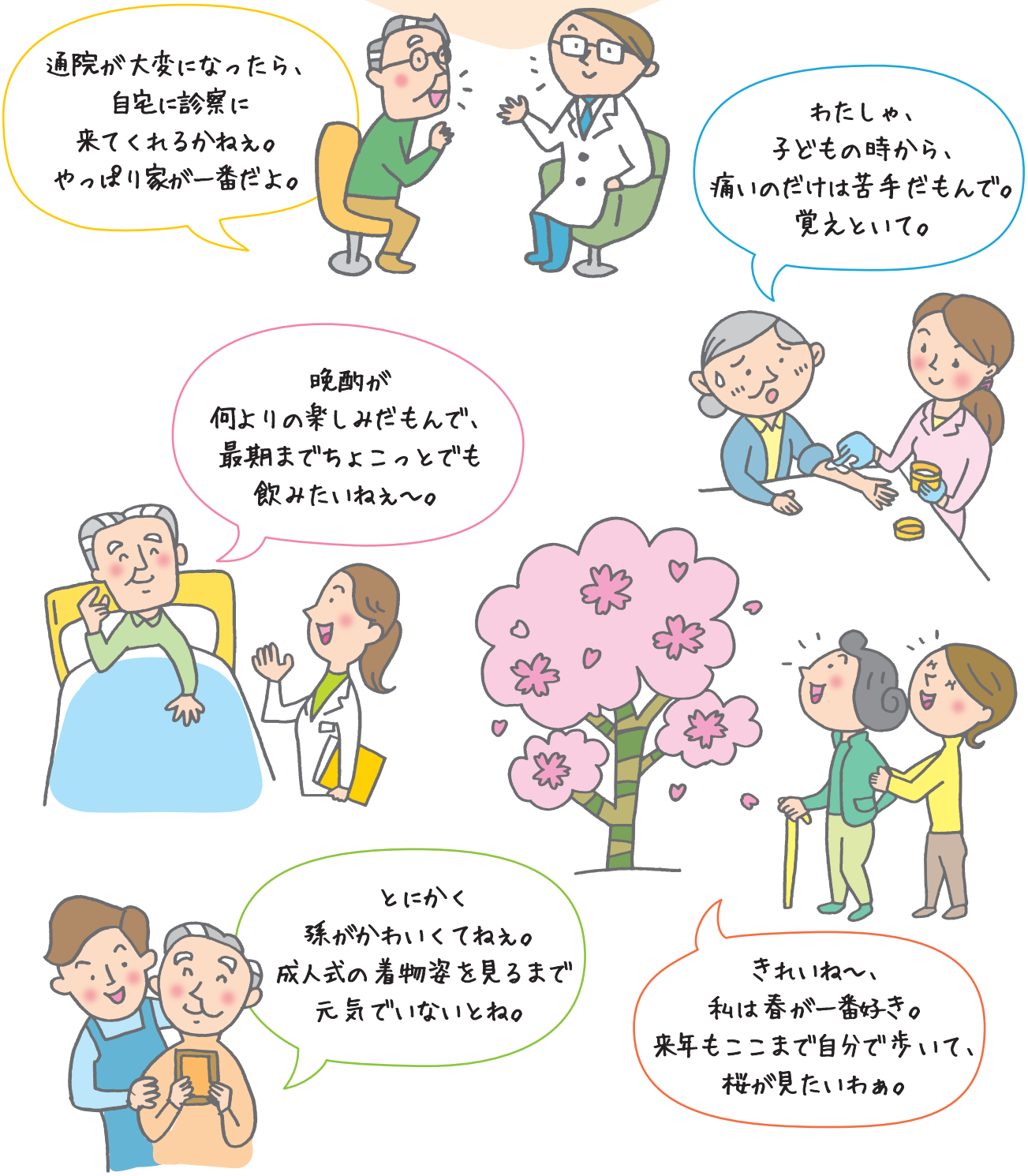
(付録) 絵本 シズみんかるた	絵本「かけがえのない人生だもんで。～聞かせてほしい･あなたの想い～」 やってご!やらざぁ!やらまいか!静岡弁ACPかるた



※ この連携シートには、「ご本人が大切にしているもの･こと」が記載されています。
取扱いや管理に十分注意しつつ、活用しましょう。

シズケア＊ささえあい連携シートは
医療・介護・福祉関係者等が、
日頃からご本人・ご家族等の想いに心をよせ、
意思決定を尊重して、
ご本人が希望する医療やケアに
活かしていくためのツールです。





ACP（人生会議）の各段階と健康状態

ACP（人生会議）は、もしものとき望む医療やケアについて
前もって考え、家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合い
共有する取り組みだよ

＜第一段階＞ 比較的健康なうちから考える一般的なACP（比較的健康な段階）

・健康のため、現実味が薄い状態の方が多いです。
・各市町等が作成するACPノート（いわゆるエンディングノート）を活用することが望まれます。

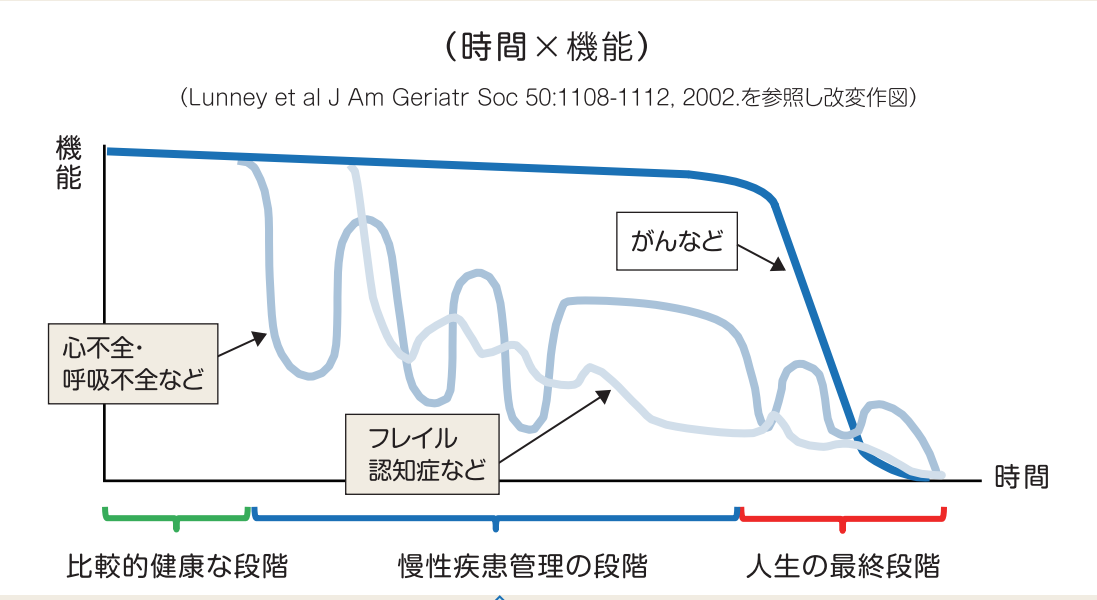
＜第二段階＞ 病気や病状に応じたACP（慢性疾患管理の段階）

⇒　シズケア＊ささえあい連携シートが目指すところ

・急性期を脱し慢性期へ移行する方や、入退院を繰り返している状態です。
・経過が長期化する非がん疾患（老衰、内部疾患、認知症等）の患者さんに対し、生活する場所や支援者が変わっても、ご本人の想いをつないでいくツールの活用が望まれます。

＜第三段階＞ 死が近づいた時のACP（人生の最終段階）

・意思の確認が困難、又は困難となることが近く予測される状態を指します。
・各医療機関や専門職団体等が作成しているACPツールを活用することもあります。



慢性疾患管理の段階
シズケア＊ささえあい連携シートが対象としている時期

「よりよく生きるための人生会議」手引書（令和元年度）公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会,P2を参考に一部改変

シズケア＊ささえあい連携シートの概要

1.目指す姿

医療・介護・福祉の専門職等による適切なACPの実践によって、ご本人の望む暮らしが担保され、人生の最終段階においても、希望する医療・ケアが実現できる地域社会の構築を目指します。

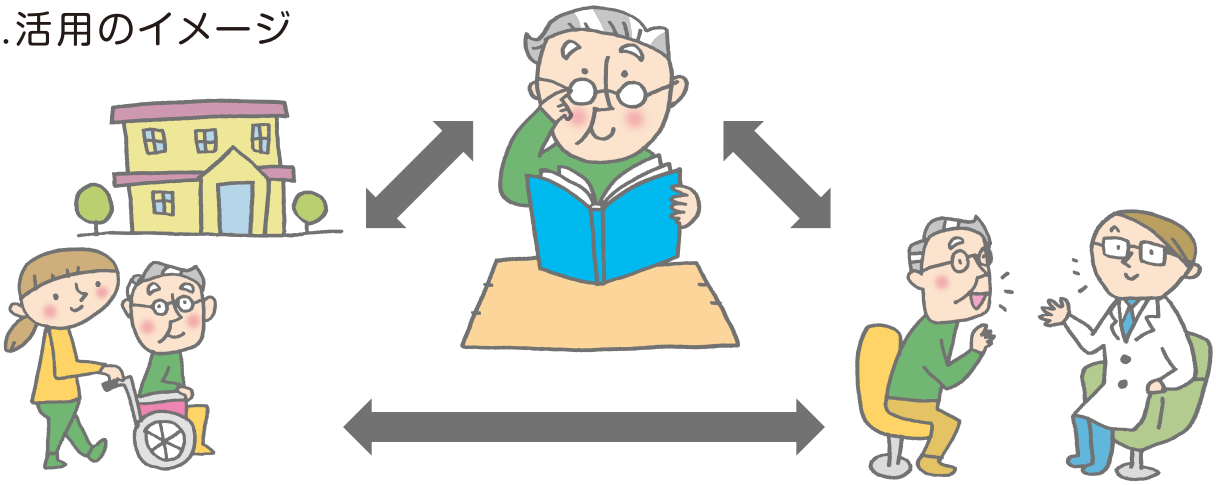
2.対象となる方

・フレイル（虚弱）・認知症・心不全・呼吸不全などの慢性疾患（長期にわたって治療が必要な病気の総称）があり、医学的管理（医師による療養上の管理や指導）が必要な方
・日常生活において、介護や福祉サービスが必要な方

各シートの説明

医師からの記録（様式1～2）	医師がご本人の心身機能や状態、病状の説明等の際に活用します。
話し合いの記録（様式3）	看護師・薬剤師・リハビリ職・管理栄養士・ソーシャルワーカー・ケアマネジャーなどの専門職が、療養するうえで必要な内容についてお話しする際に活用します。
ささえあいメンバーからの記録（様式4）	ご本人が希望する医療や介護についての話し合いの内容を記録します。 希望や心身の状態に変化が見られるときに話し合った記録は、ささえあいメンバーで共有し、医療やケアに役立てます。
想いの記録（様式5・6）	「伝えたいこと」「大切なこと」「気になること」など、ご本人の価値観や人生観に関する想いのかけらを、ささえあいメンバーが書き留めて共有し、医療・ケアの参考にします。
（付録）絵本 シズみんかるた	人生を振り返り、今後の夢や希望などを表明する機会をはぐくむ絵本「かけがえのない人生だもんで。～聞かせてほしい・あなたの想い～」 会話が弾む「やってご!やらざぁ!やらまいか!静岡弁ACPかるた（愛称:シズみんかるた）」

3.活用のイメージ



ご本人が保管し、病院受診時・介護・福祉サービス（入所・通所・訪問）利用時に、あなたをささえる医療・介護・福祉・施設担当者（ささえあいメンバー）にご提出ください。
あなたの大切な想いを、必要に応じて共有し、日頃の医療・ケアの提供に活かすよう、多職種で連携していきます。

シズケア＊ささえあい連携シートと市町のACPノート（エンディングノート）の違い

シズケア＊ささえあい連携シートと
市町のACPノート（エンディングノート）
どのような違いがあるのかな

	シズケア＊ささえあい連携シート（愛称:シズみんシート）	各市町のACPノート（エンディングノート）
イメージ	医療･介護･福祉関係者等（以下、専門職等）が連携して、日頃からご本人･ご家族等の想いに心をよせ、意思決定を尊重して、医療やケアの様々な場面に活かすためのツール	一般市民が、概ね健康なうちからこれまでの人生を振り返り、残りの人生をどのように生きていきたいか、ACPを考えるきっかけとするツール
対象者	慢性疾患管理を要する段階にある者	比較的健康な段階にある者
開始のきっかけ	かかりつけ医の勧めを想定 専門職等からの開始も可	本人の意思を想定 家族等･周囲からの勧めも可
記載者	専門職等がメイン	本人がメイン
保管方法	ファイリング形式 （市町のACPノートも収納可能） 本人保管にて受診時などに持参	ノート形式 本人保管

（注）ACPの三段階:（第一段階）一般的なACP、（第二段階）病気や病状に応じたACP、（第三段階）死が近づいた時のACP

参考文献
木澤義之:「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」と意思決定支援のプロセス,看護管理Vol.30,No.2,p.108-112,2020,医学書院.
木澤義之:アドバンス･ケア･プランニング（ACP）とは何か,看護管理Vol.30,No.2,p.113-116,2020,医学書院.

シズケア＊ささえあい連携シートと市町のACPノート（エンディングノート）運用フローチャート

ACPノート（いわゆるエンディングノート）をお持ちですか

※ACPノートは、静岡県や各市町が作成・配布しているほか、書店等で市販されています

はい

未記載

記載方法が分からない場合：

各市町のノートの場合、地域包括支援センターなどで質問できます
書き方講座などを行っているところもあります
各市町の高齢者福祉の窓口や最寄りの地域包括支援センターでたずねてみましょう

記載済

いいえ

入手方法が分からない場合：

各市町の高齢者福祉の窓口、最寄りの地域包括支援センター、各市町のホームページからダウンロードできるものもあります
書店等ではさまざまなタイプのACPノートが販売されています

ACPノートの記載をこころみる・定期的見直しを行う・家族等と想いの共有を行う

慢性疾患で定期通院が必要となったり、介護保険サービスを利用するようになったら
医療・介護・福祉専門職等によるシズケア＊ささえあい連携シートも活用

ささえあいメンバーとの想いの共有

ご本人の希望に沿ったケアの計画と実施

～あなたらしく生ききる～

ささえあい人生登山

医師からの記録

（機能・状態・病状について）

このシートは、担当医による
心身の機能・状態の説明や、病状の説明などに使用します。
活用例や参考資料を紹介します。

様式１
活用例

～あなたらしく生ききる～

ささえあい人生登山の全体像

頂上　人生のゴール

あなたらしい尊厳に満ちた
実り多き人生を生ききろう。

9合目

山頂に近づくにつれ、
空気がうすくなってきたよ。
呼吸・血圧・排泄などの心配事は、
ささえあいメンバーに相談しよう。

8合目

入院・短期入所・施設入所など
活用して、少し休息をとろう。
どんな景色が見えるかな。

7合目

かかりつけの医師や自宅で
ケアを行う訪問看護師など、
在宅医療をささえるメンバーも
合流して一緒に歩こう。

6合目

人生登山に
必要な物品（福祉用具など）、
サービス（配食・通所介護など）を
整えて進もう。

5合目

医師と相談して入山届を出そう
（介護保険申請・ケアマネジャー選定）
あなたらしい人生登山のはじまり。
ささえあいメンバーがお供します！

※状況により、○合目の説明は異なる場合があります。

○○○○年　○月　○日（○）　○○：○○　［場所］○○○○○○○

記載医師名　○○○○

同席者　（本人）○○○○　（配偶者）○○○○

（看護師）○○○○

見ましたサイン	鈴木	佐藤	中	タカハシ	イ	田中	コバヤシ	

様式 2-1
活用例

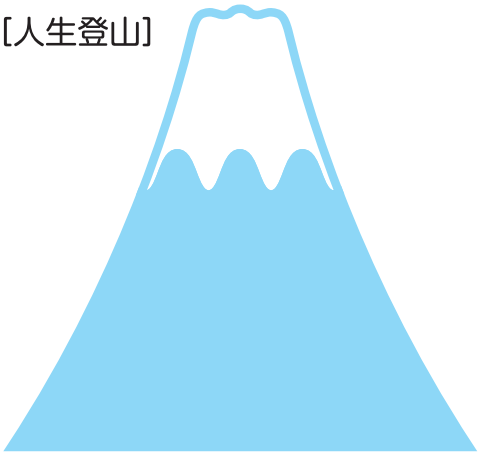
医師からの記録

1.現在の状態について　2.これから起こりうること　3.医療・ケアについて

ささえあいメンバーと話し合い、
人生登山をご本人らしく登りましょう。

[人生登山]

9合目
8合目
7合目
6合目
5合目



心配だからといって常に家族がそばにいる必要はありません。
まずはお薬を正しく服用できているか確認し、心配事があれば相談してください。

病気が進行した時には

病気が良くなるためには

完治はできませんが進行を遅らせることは可能と言われています。
他者と交流するお達者教室はとても良いですね。
耳鼻科で補聴器の相談をされるのもよいでしょう。

記載例

現在の病状について

認知症は一般的に4つの進行段階に分けられますが、
Aさんの場合、「○○期」と考えられます。
「家庭菜園で作った野菜をご近所におすそ分けするのが生きがいなので、
なるべく自宅で生活したい」と伺いました。
これからも生活リズムを整え、社会とのつながりを大切にしていきましょう。

○○○○年　○月　○日（○）　○○：○○　[場所] ○○○○○○○

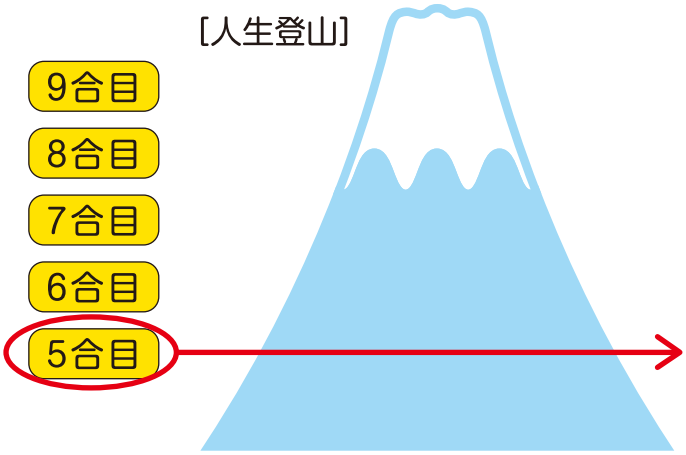
記載医師名　○○○○

同席者　(本人) ○○○○　(配偶者) ○○○○
(看護師) ○○○○

見ましたサイン	鈴木	佐藤	中	タカハシ	イ	田中	コバヤシ	

様式 2-2
活用例

医師からの記録



① お薬の服用
② 塩分控えめの食生活、水分の調節
③ 血圧や体重など体調の把握

記載例

病名：心不全

心臓の働きが低下して、きれいな血液を全身に運ぶ力が
弱くなってきています。
だんだんと悪くなる病気のため、上手に付き合っていきましょう。
上の3つがとても大切です。
きれい好きなBさんは、お風呂の時間を大切にしているそうですね。
長時間の熱いお風呂は避け、ご家族が家にいる時間に入るように
工夫してみてください。

〇〇〇〇年　〇月　〇日（〇）　〇〇：〇〇　[場所] 〇〇〇〇〇〇〇

記載医師名　〇〇〇〇

同席者　(本人) 〇〇〇〇　(配偶者) 〇〇〇〇
(看護師) 〇〇〇〇

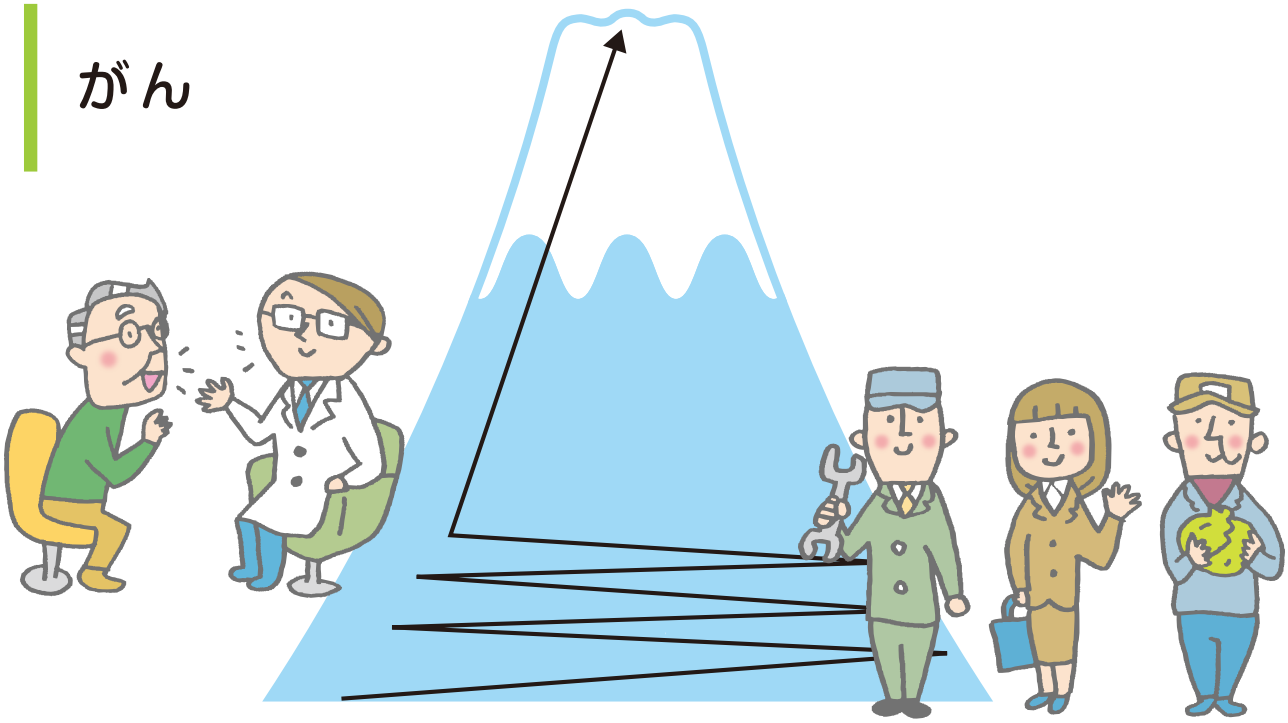
見ましたサイン	鈴木	佐藤	中	タカハシ	イ	田中	コバヤシ	

参考資料

疾患別の人生登山イメージ例

あなたの今後について、医師が現段階で考えられることをお話しする際に使用します。

がん



比較的長く機能が保たれるが、終盤では急速に機能の低下がみられる。

がんと治療についてのポイント

- **治療法はどんどん進化しています**
  新しい抗がん剤や治療法の開発により、手術の負担が軽くなる可能性もあります。
- **がんの場所や大きさによって体に影響が出ることがあります**
  たとえば、体の機能がうまく働かなくなったり、見た目が変わることがあります。
- **病名を聞いたときから、生き方について考える方が多くいます**
  治療とともに、これからの人生をどう過ごすかを考える大切な時期でもあります。
- **比較的長く元気に過ごせますが、最後の時期には急に体の機能が落ちることがあります**

お役立ち情報：相談できる場所

がん相談支援センター（静岡県）
県内のがん診療連携拠点病院等に設置されており、看護師やソーシャルワーカーが無料で相談に応じ、秘密は守られます。がんに関する疑問や不安があれば、ぜひご利用ください。

参考になるホームページ

国立がん研究センター　がん情報サービス
→ がんの最新情報や治療について詳しく知ることができます。

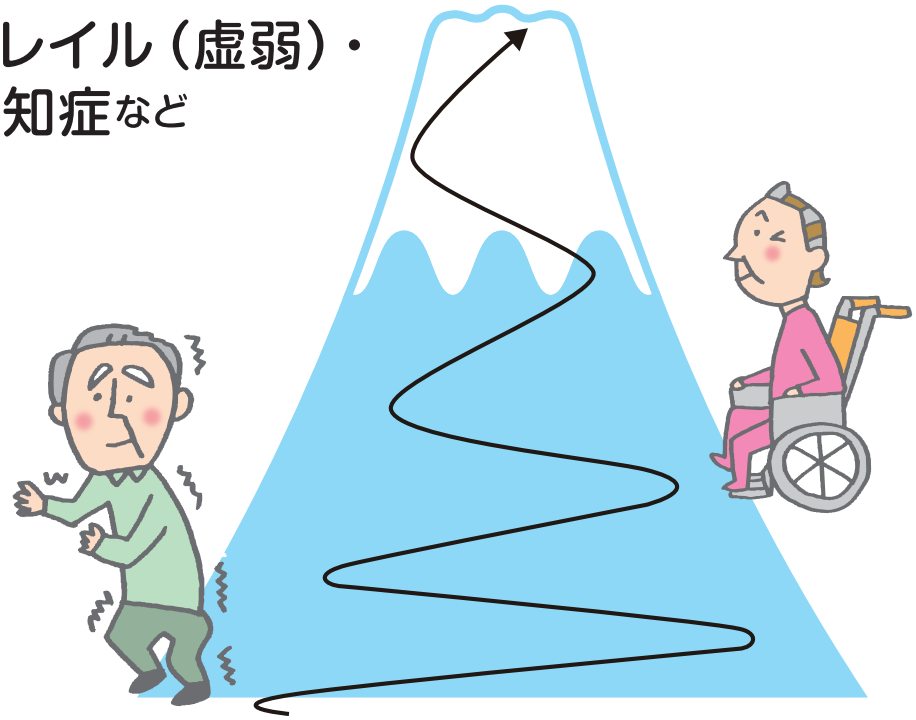
静岡県健康福祉部医療局疾病対策課「がん相談支援センター」
→ 静岡県内の相談窓口について調べられます。

参考資料

疾患別の人生登山イメージ例

あなたの今後について、医師が現段階で考えられることをお話しする際に使用します。

フレイル（虚弱）・認知症など



ゆっくり長い期間で、機能が低下していく。
合併症などにより、急激に低下することもあり、予測がつきにくい。

フレイル（虚弱）

- **フレイルとは、健康と要介護状態の間の段階です**

「身体的」「精神・心理的」「社会的」な面で衰えが進むことを指し、これらは互いに影響し合っています。何かのきっかけで、急に状態が悪化することもありえます。

- **フレイル予防に大切なのは「栄養」「運動」「社会参加」のバランスです**

「栄養」「運動」「社会参加」のバランスを大切に過ごすことで、状態が改善したり、元に戻る可能性もあります（可逆性）。

認知症

- **認知症は、脳の働きが低下することによって、記憶や判断力などが衰え、生活に支障をきたす状態です**

主な種類には「アルツハイマー型認知症」「脳血管性認知症」「レビー小体型認知症」「前頭側頭型認知症」などがあります。診断や治療は、かかりつけの医師から専門医を紹介してもらうのが基本です。

- **認知症の進行を遅らせるためには、普段からの生活管理が重要です**

バランスの取れた食事や、適度な運動などを心がけることで、進行を緩やかにすることができます。

お役立ち情報：相談できる場所

認知症ケアパス　必要なサービスの流れなどについて、市町が作成し配布しています。

認知症コールセンター

認知症の方やそのご家族への支援を行っており、無料で相談できます。フリーコールで対応していますので、気軽に利用できます。

参考になるホームページ

静岡県健康福祉部福祉長寿局福祉長寿政策課

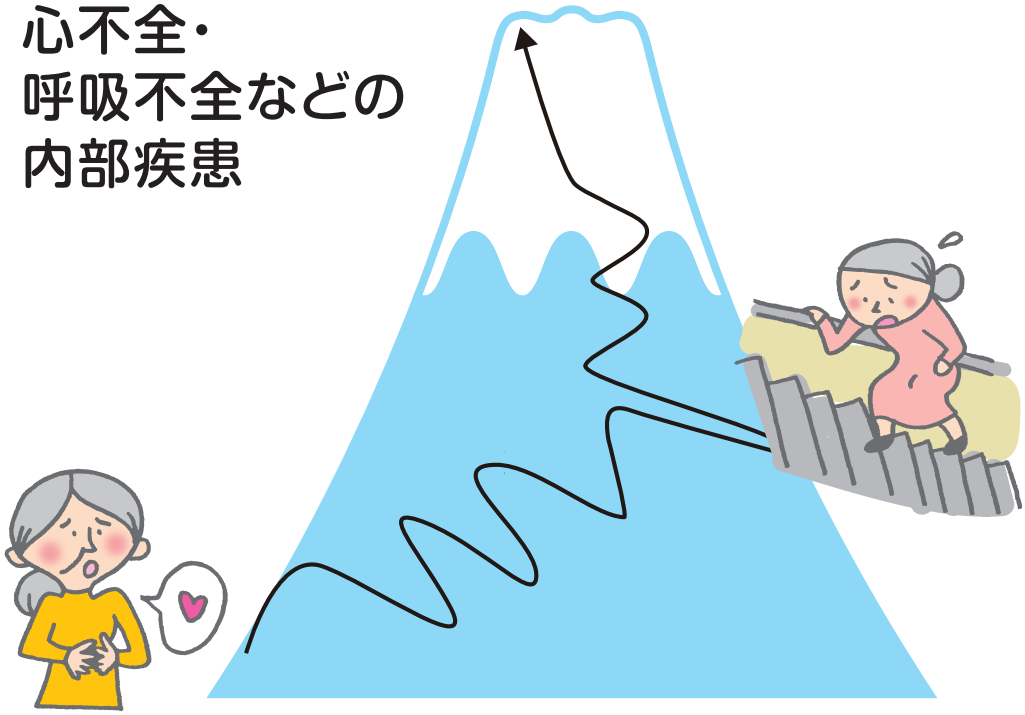
→「市町別認知症ケアパス一覧」「認知症コールセンター」

参考資料

疾患別の人生登山イメージ例

あなたの今後について、医師が現段階で考えられることをお話しする際に使用します。

心不全・呼吸不全などの内部疾患



急激な体調変化を繰り返しやすい。機能はその都度低下する。合併症などにより、今後の予測がつきにくい。

原疾患（持病）の進行について

•持病が進行することがあります

高血圧、喘息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病などの病気は徐々に進行します。これらの病気が悪化し、感染症（例えば肺炎）などをきっかけに、急に病状が悪化すること（急性増悪）があります。

•良くなったり悪くなったりを繰り返すのが特長です

病気が進行すると、一時的に良くなることがあっても、元の機能を完全に取り戻すことは難しいです。治療が長期間続くため、ゴールが見えにくく、常に病気が悪化する不安を感じることもあります。

前向きな生活のために

•長期的な見通しを持ちながら短期的な目標を設定することが大切

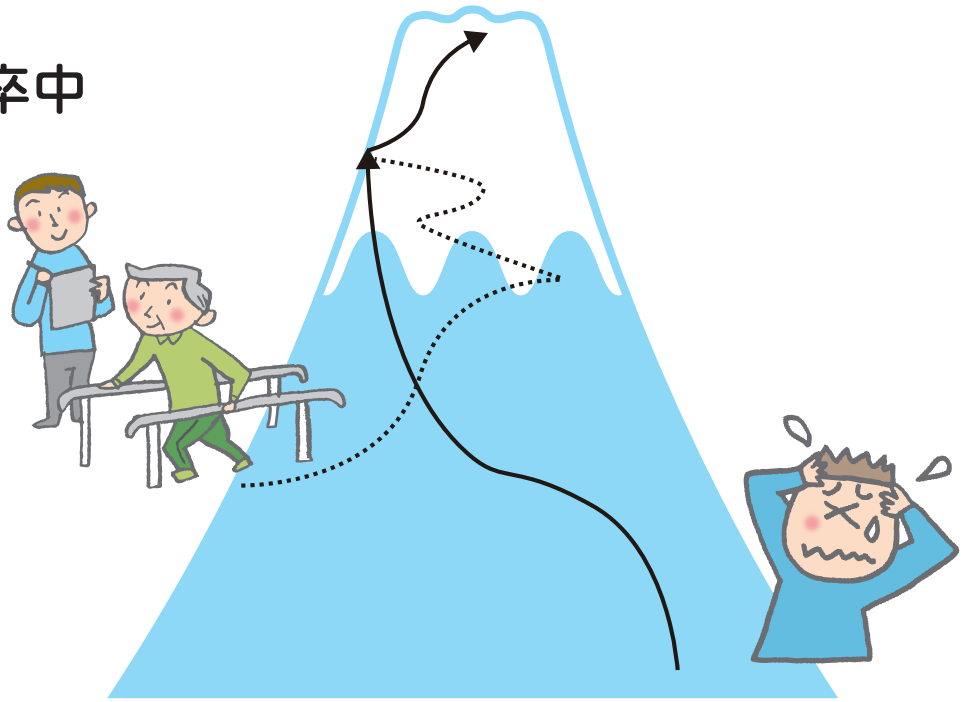
闘病生活が続く中で、長期的に見通しを持つことが重要です。例えば「体調を整えて温泉旅行に行く」など、達成可能な短期的な目標を立てることで、前向きに生活を送ることができます。

参考資料

疾患別の人生登山イメージ例

あなたの今後について、医師が現段階で考えられることをお話しする際に使用します。

脳卒中



急性の経過をたどるが、数カ月・数年かけて回復することもありうる。
再発や合併症により悪化する可能性がある。

•脳卒中とは

「脳出血」「脳梗塞」「くも膜下出血」の総称です。ここでは脳卒中が起こることを「発症」、起こった直後を「急性期」、新たに脳卒中が起こることを「再発」と表記します。

•急性期の重要性

発症後の急性期では、自分で判断せず、専門医の指示に従うことが大切です。自己判断で治療を中断したり、ケアを控えたりしないようにしましょう。

•再発予防

脳卒中は再発しやすい病気です。再発を防ぐためには、医師から処方された薬を飲み続け、食事や運動、生活習慣を管理することが重要です。

•リハビリテーション

発症から早期にリハビリを始めることが回復を助けます。もし身体機能の障害や、認知機能の障害（高次脳機能障害）が残ったとしても、残された機能を活かしてあなたらしい生活を目指しましょう。

•介護や福祉の相談窓口

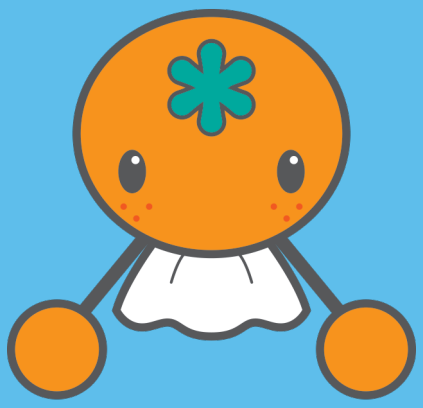
地域包括支援センターでは、医療・介護の専門職があなたのサポートをしてくれます。

参考になるホームページ

静岡県

健康福祉部福祉長寿局福祉長寿政策課 →「地域包括支援センター」
健康福祉部医療局疾病対策課 →「脳卒中対策について」
健康福祉部障害者支援局障害福祉課 →「高次脳機能障害に関する情報」

話し合いの記録



ご本人・ご家族等と、主治医を始めとした医療・在宅・福祉・施設サービス等関係者
（ささえあいメンバー）が話し合って想いを共有したものを書き記すためのシートです。
この取り組みを協働的意思決定（Shared Decision Making:SDM）といいます。
ご本人が望む医療・ケアの提供を目指すためのシートです。

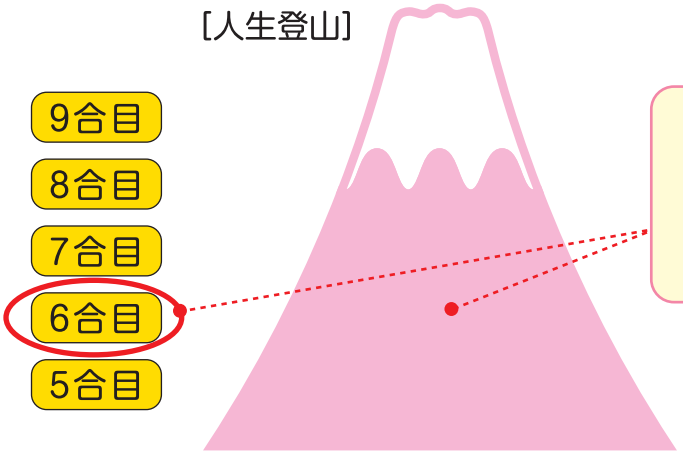
様式３
活用例

話し合いの記録

1.現在の状態について　2.これから起こりうること　3.医療・ケアについて

ささえあいメンバーと話し合い、人生登山をご本人らしく登りましょう。

［人生登山］



目安を共有する際のしるしです。
活用する・しないは自由です。

［ご本人・ご家族等の希望］

なるべく自宅で気ままに生活したい。自宅の風呂場が寒いのが心配。
Aクリニックにこれからもかかりたい。

［希望する医療・ケアについて話し合った記録］

かかりつけ医から病状についてお伝えし、ご要望を伺いました。
ご家族…週末の買い物、受診の付き添いをしてくださいます。
かかりつけ医…月〇回、外来で様子を診察します。
訪問診療に切り替えることも可能です。
訪問介護…週〇回、家事支援に伺います。
デイサービス…週〇回、今後はこちらで入浴しましょう。

目標
ご自宅で日中おひとりで生活するにあたり、定期的に病状を確認しながら、
安心・安全に過ごせるような環境を作りましょう。

在宅療養生活をマネジメントする入退院支援担当者やケアマネジャーが記載するとよいでしょう。

〇〇〇〇年　〇月　〇日（〇）　〇〇：〇〇　　［場所］〇〇〇〇〇〇〇

記載者　〇〇〇〇

同席者　（本人）〇〇〇〇　（配偶者）〇〇〇〇　（担当医）〇〇〇〇
（看護師）〇〇〇〇　（訪問看護）〇〇〇〇　（通所看護）〇〇〇〇

見ましたサイン	鈴木	佐藤	中	タカハシ	イ	田中	コバヤシ	

想いの記録

担当医を始めとした医療、在宅・福祉・施設サービス等関係者（ささえあいメンバー）は、
アンテナを高く持ち、ご本人・ご家族等の言葉のなかから
人生を物語る「想い」をひろい、敬意をこめてこのシートに書き留めます。
ご本人の人となりや価値観・人生観を理解して、医療・ケアにあたるための参考シートです。

様式５
活用例

想いの記録

ご本人・ご家族等の想いに心をよせ、その想いをつなげよう

「もう十分生きた、
いつ死んでもいい」

「孫が成人する姿を見たい」
〇〇さんのつぶやきです

/　/　医師
name 〇〇〇〇

お孫さんに教えてもらって、
スマホで写真を撮る方法を
覚えたそうです。
愛猫の写真を嬉しそうに
見せてくれました。

/　/　訪問介護
name 〇〇〇〇

若いころから〇〇の大ファンで
特に好きな曲は「〇〇〇」です。
そのため〇〇の話をすると、
すこぶる喜びます。
この前、頼まれて、懐かしのCDを買ったので、
よく鼻歌を歌っています。

/　/　name 長女

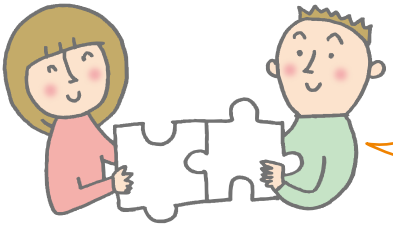
デイのお迎えの際、
必ず仏壇に手を合わせてから、
送迎車に乗り込まれます。
「ご先祖様のおかげ」と
常におっしゃいます。

/　/　デイサービス
name 〇〇〇〇

〇県に住む
お孫さんが志望校に合格されたそう。
春から高校生だと、とても喜んでおられます。

/　/　ケアマネ name 〇〇〇〇

/　/　name



想いの例
価値観（ものごとのとらえかた）に関すること
死生観（生死への考え方）について / 人生の希望や願いに関すること
信頼する人について / 大事なもの（こと）
気がかりになっていること / 好み に関すること

〇医療、介護・福祉関係の皆様へ
お互いの連携に必要な項目（日々の支援のなかで得られるご本人・ご家族等の想い）を記載し、共有を行い、ご本人の人となりについて理解を深め、日頃の支援計画に役立てましょう。

〇注意　ふせんを使用する場合は、のりづけ又はテープを用いてはがれないようにしっかり貼りつけましょう。

様式６
活用例

人生登山ささえあいメンバー

※このシートを利用されている方は、ご所属・お名前（ニックネーム可）・職種等をご記入ください。

ダウンロードについてのご案内

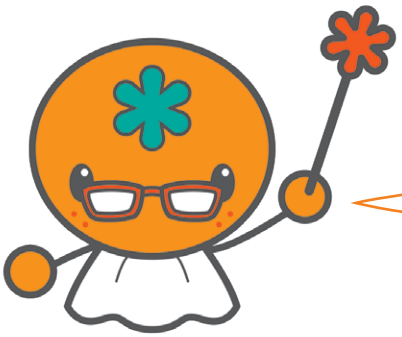
シズケア*ささえあい連携シートは、
静岡県医師会シズケアサポートセンターのホームページから
ダウンロードが可能です（Word・Excel・PDF）。

https://ssc.shizuoka-med.or.jp/

シズケア

- 医療・介護・福祉関係者のみなさまへ -

静岡県地域包括ケア情報システム「シズケア*かけはし」での活用方法等については、**本連携シートの活用の手引き**をご参照ください



静岡県地域包括ケア情報システム
シズケア*かけはしイメージキャラクター
「シズみん」®

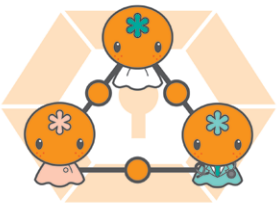
シズケア*ささえあい連携シート
（愛称:シズみんシート）の
マスコットキャラクターだよ!

シズケア*ささえあい連携シート

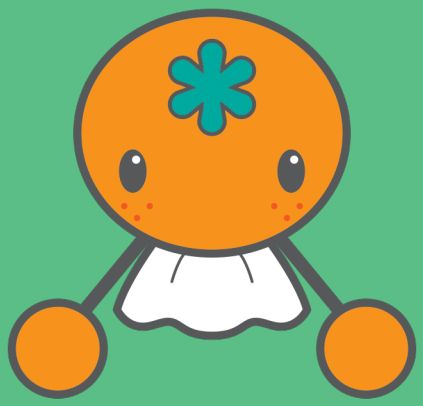
発行：2025年（令和7年）7月

作成：静岡県医師会シズケアサポートセンター
ACP実践力向上ワーキンググループ

協力：地域医療いわた　地域包括ケアを支える専門職団体



検査結果など
とじるページ



病院や診療所でもらう検査結果などを
はさんでいこう

シートをとじる
ページ

ささえあいメンバーとの記録を
日付が新しいものが前になるように
時系列ではさんでいこう

ID

名前

生年月日

<様式1：医師用シート>

様式1

～あなたらしく生きる～

ささえあい人生登山の全体像

※状況により、○合目の説明は異なる場合があります。

年　　月　　日（　　）　　：　　［場所］

記載医師名

同席者

見ましたサイン								

ID

名前

生年月日

<様式2-1：医師用テンプレートシート ※別途様式2-2あり 用紙選択が可能です>

様式2-1

医師からの記録

1.現在の状態について　2.これから起こりうること　3.医療・ケアについて

ささえあいメンバーと話し合い、
人生登山をご本人らしく登りましょう。

[人生登山]

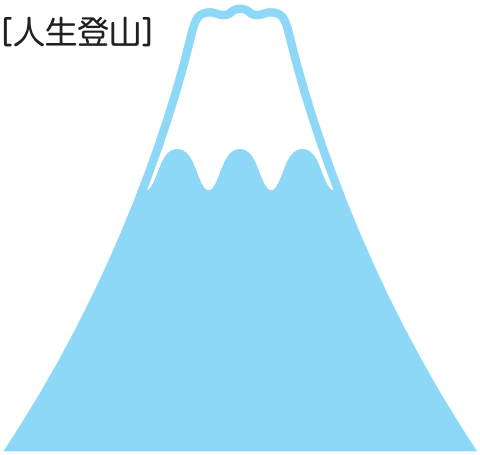
9合目

8合目

7合目

6合目

5合目



病気が進行した時には

病気が良くなるためには

年　　月　　日（　　）　　：　　[場所]

記載医師名

同席者

見ましたサイン								

ID

名前

生年月日

<様式2-2：医師用フリーシート ※別途様式2-1あり 用紙選択が可能です>

医師からの記録

[人生登山]

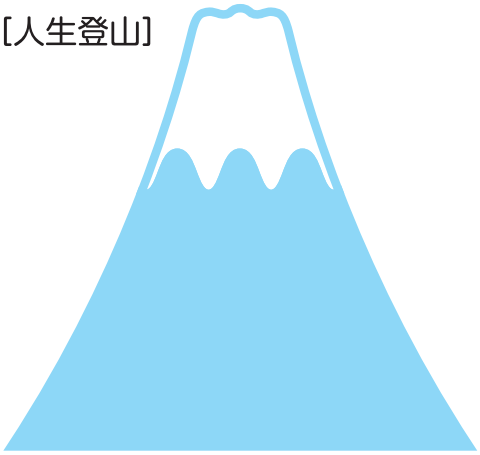
9合目

8合目

7合目

6合目

5合目



様式2-2

年　　月　　日（　　）　　：　　[場所]

記載医師名

同席者

見ましたサイン								

ID

名前

生年月日

<様式3：ささえあいメンバー用シート>

話し合いの記録

1.現在の状態について　2.これから起こりうること　3.医療・ケアについて

ささえあいメンバーと話し合い、人生登山をご本人らしく登りましょう。

[人生登山]

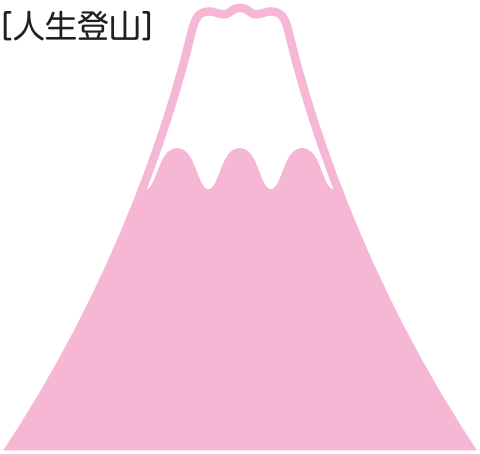
9合目

8合目

7合目

6合目

5合目



[ご本人・ご家族等の希望]

[希望する医療・ケアについて話し合った記録]

年　　月　　日（　　）　　：　　[場所]

記載者

同席者

見ましたサイン								

様式3

ID

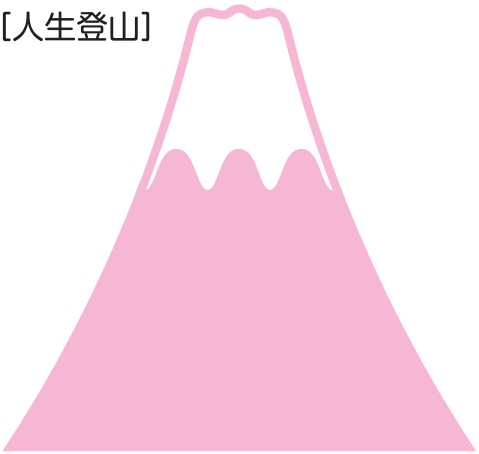
名前

生年月日

<様式4：ささえあいメンバー用シート>

の記録

[人生登山]



9合目

8合目

7合目

6合目

5合目

年　　月　　日（　　）　　：　　[場所]

記載者

同席者

見ましたサイン								

様式4

ID

名前

生年月日

<様式5：ささえあいメンバー用シート>

想いの記録

ご本人・ご家族等の想いに心をよせ、その想いをつなげよう

/ / name

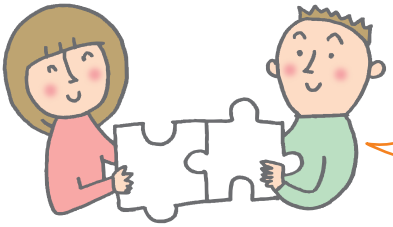
/ / name

/ / name

/ / name

/ / name

/ / name



想いの例

価値観（ものごとのとらえかた）に関すること
死生観（生死への考え方）について / 人生の希望や願いに関すること
信頼する人について / 大事なもの（こと）
気がかりになっていること / 好み に関すること

○医療、介護・福祉関係の皆様へ

お互いの連携に必要な項目（日々の支援のなかで得られるご本人・ご家族等の想い）を記載し、共有を行い、ご本人の人となりについて理解を深め、日頃の支援計画に役立てましょう。

○注意 ふせんを使用する場合は、のりづけ又はテープを用いてはがれないようにしっかり貼りつけましょう。

様式5

ID

名前

生年月日

<様式6：ささえあいメンバー用シート>

人生登山ささえあいメンバー

※このシートを利用されている方は、ご所属・お名前（ニックネーム可）・職種等をご記入ください。

様式6