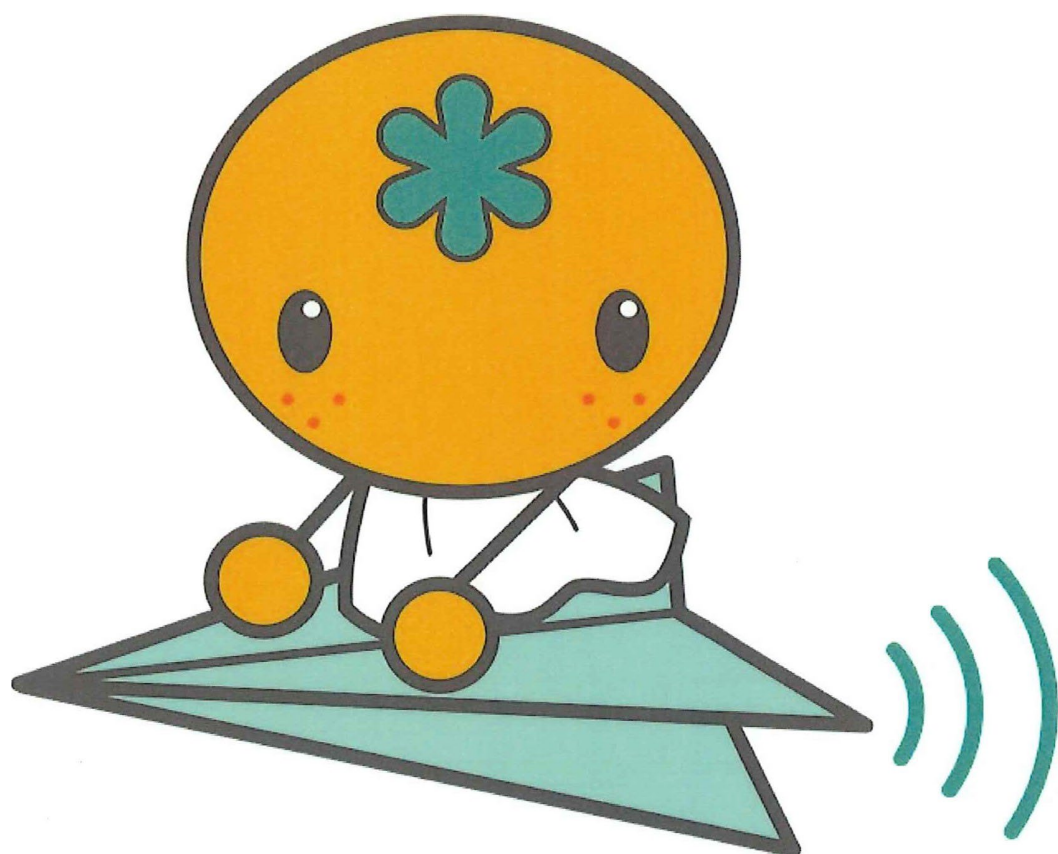


医療・介護・福祉サービス関係者（ささえあいメンバー）のための

ACP実践力向上・多職種連携ツール

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 活用の手引き Ver.1



「シズみん」®

令和7年7月

一般社団法人 静岡県医師会

シズケアサポートセンター

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

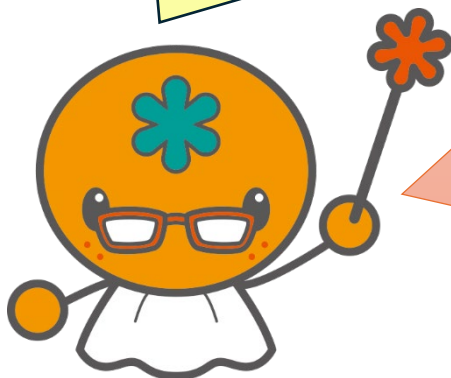
(Word・Excel・PDF)



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



「シズケア」で検索



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)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作成にあたって

この10年、ACPに関する認知度は徐々に高まってきました。

「人生会議」と命名し、元気なうちから、家族等身近な大事な人と「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」等について考え話し合う場を持つこと、ならびに市町行政を中心に作成した、話し合い結果やそれぞれの想いを書き留めるACPノート(いわゆるエンディングノート)の普及啓発が進んでいます。

しかし、医療や介護の現場において、私たちが「人生会議」が行われている方やACPノートを持参している方に関係することは、まだまだ少ないのが現実ではないでしょうか？

一方、医療・介護の現場においても、医療・介護従事者と患者や利用者との間で、もしもの時に備えて「どのような最期を迎えたいか」「どのような介護を受けたいか」等を話し合い、それを実現するための取り組みが、がん患者を中心に進んでいます。

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、入院を繰り返したりする患者さんに対し、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、まだまだ十分に持たれていないように思います。

令和3年度、静岡県医師会は「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」を行いました。その結果から、認知症や慢性疾患で療養されている方が、「住み慣れた場所で最期までその人らしく生活する」ためには、適切な意思決定支援が必要であることが確認されました。

そこで、本会は令和5年度より、主に認知症や慢性疾患で療養されている方の意思決定支援を行うための体制づくりを事業目標に掲げ、取り組んできました。その結果、その意思決定支援体制は、医療・介護関係者が、日頃の診療や介護の現場において、ご本人・ご家族等の想いに心をよせ、大切な意思決定に関わり、たとえ生活する場所が変わってもその想いをその後の医療・介護に活かしていけるような連携体制であり、またその想いを共有するためのツールが必要であるとの見解に至り、「シズケア＊ささえあい連携シート(愛称:シズみんなシート)」を作成しました。

モチーフは静岡県を象徴する日本一高い、雄大で美しい名峰・富士山です。その人にとっての富士山「人生登山」が豊かで充実したものになるように、この連携ツールがお役に立つことを関係者一同願うものです。

一般社団法人 静岡県医師会 副会長

シズケアサポートセンター センター長 **福地 康紀**

目次

シズケア＊ささえあい連携シート(以下、愛称シズみんなシートと記載)

シズみんなシート作成にあたって	1
目次	2
シズみんなシートとは?	3
ACP とは? 人生会議とは?	4
ACP の現状は? 課題とは?	5
シズみんなシートと市町の ACP ノート(エンディングノート)の違いとは?	6
シズみんなシートと市町の ACP ノート(エンディングノート)運用フローチャート	7
シズみんなシートの対象者は? 活用する意義とは?	8
シズみんなシートはいつ、どのように使う?	9・10・11
様式 1 機能や状態などの活用のポイント 活用例	12・13
様式 2-1、様式 2-2 日常診療での活用のポイント 活用例	14・15・16
医師からの記録 疾患別病状説明場面での活用のポイント	17・18・19・20・21
様式3 話し合いの記録 退院支援カンファレンスやサービス担当者会議などでの活用の ポイント	22・23
様式4 ささえあいメンバー用フリーシート 患者指導場面などでの活用のポイント	24・25
様式 5 想いの記録 ご本人・ご家族等の想いをひろってつなげよう	26・27
様式 6 人生登山のささえあいメンバー	28
シズケア＊かけはしの活用	29・30・31
Q&A 集	32・33
県内市町 ACP ノート(エンディングノート)作成状況一覧	34・35

シズケア*ささえあい連携シートとは？

<愛称:シズみんなシート>

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。



※ 以下、シズみんなシートと表記

シズみんなシートは、市町が作成する ACP ノート

(いわゆるエンディングノート)を補完する目的で作成されました

○市町の一般的な ACP ノートの仕様

比較的健康的なうちから、これまでの人生をふりかえり、今後どのように生きていきたいか、「終活」とよばれる身の周りの整理も含めて、主に「本人」が記載します。

○シズみんなシートの仕様

慢性疾患等を抱えながら日常生活を送る方や、要支援・要介護状態となった方が対象で、主に本人・家族等に関わる「医療・介護・福祉の専門職等」が記載します。

ACP とは？



日本医師会 日医君

ACP とは、**Advance Care Planning(アドバンス・ケア・プランニング)**の頭文字をとったものです。そして、ACP とは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組みのことです。

死期のいかんではなく、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した最適な医療・ケアが行われるべきだという考え方により、厚生労働省は、平成 27 年 3 月に「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」という表現に改めました。ⁱ
(公益社団法人日本医師会ホームページより)

人生会議とは？



厚生労働省ⁱⁱは、「ACP:アドバンス・ケア・プランニング」として普及・啓発を進めてきました。そして、より馴染みやすい言葉となるよう公募を行い、「人生会議」という愛称で呼ぶことに決定しました。

また、11 月 30 日(いい看取り・看取られ)を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日と決定しました。

つまり ACP＝人生会議ということです。

ⁱ 「人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン」公益社団法人日本医師会 生命倫理想談会（令和 2 年 5 月）
https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/r0205_acp_guideline.pdf 2025/2/18 アクセス

ⁱⁱ 「『人生会議』してみませんか」厚生労働省 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
2025/2/18 アクセス

ACP の段階における現状や課題とは？

第一段階(一般的な ACP)

比較的健康な段階の本人が、これまでの人生を振り返り、自身の将来の希望について、家族等と話し合うプロセス

第二段階(病気や病状に応じた ACP)

病気や症状の進行に応じて本人・家族等と、医療・介護・福祉等の専門職が話し合い、本人の価値観や意向を反映した医療・ケアの提供を検討するプロセス

第三段階(死が近づいたときの ACP)

人生の最終段階において、本人の意思や希望を尊重した医療・ケアを提供するためのプロセス

○比較的健康な段階における一般的な ACP の普及啓発状況

厚生労働省が2023年に公表した調査結果によると、「よく知っている」と回答した国民は 5.9%で、5年前とほぼ変わっていないのが現状です。

○医療・介護・福祉の現場における ACP の実践状況

「死が近づいたときの ACP」が中心で、各医療機関等が作成したツールの活用が多いと考えられます。2024年診療報酬改定では「入院料通則」に「意思決定支援」が盛り込まれ、各医療機関における適切な意思決定支援の指針を定めることとなりました。

○病気や病状に応じた ACP の実践状況

持病や慢性疾患を持つ者への「病気や病状に応じた ACP」は、患者の準備状態(レディネス)に合わせる事が重要だが、まだ浸透しておらず、それに対応したツールも少ないと考えられます。

参考HP

厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査:調査結果」
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo_a.html 2025/6/27 アクセス

静岡県医師会「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」
<https://ssc.shizuoka-med.or.jp/area/data/> 2025/6/27 アクセス

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.30No.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.

シズみんシートと

市町の ACP ノート(エンディングノート)の違いは？



	シズケア*ささえあい 連携シート	市町の ACP ノート
内容	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 時期	ACP の三段階の第二段階を想定 (病気や病状に応じた ACP)	ACP の三段階の第一段階を想定 (比較的健康なうちから考える一般的な ACP)
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

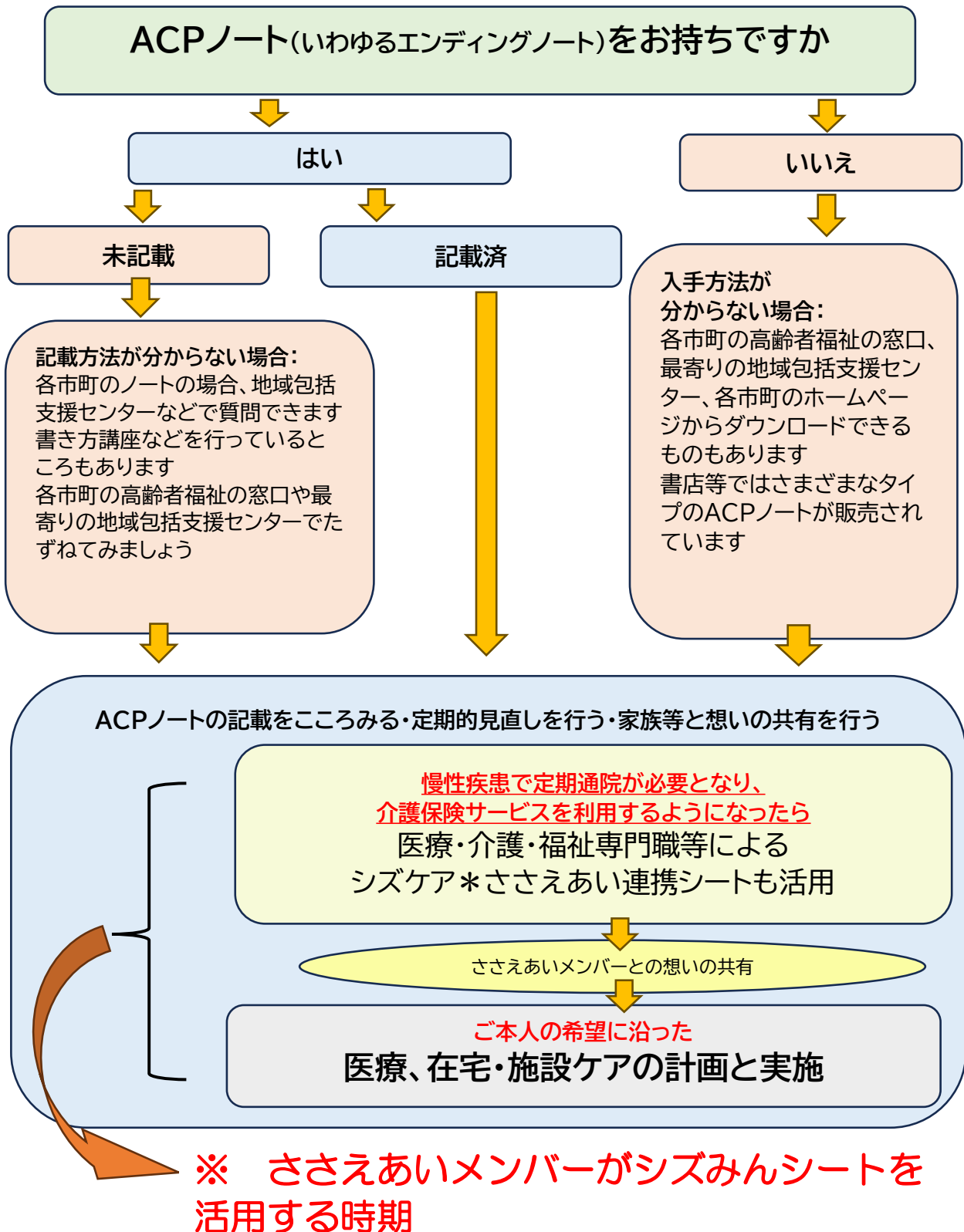
ACP の三段階：(第一段階)一般的な ACP、(第二段階)病気や病状に応じた ACP、(第三段階)死が近づいた時の ACP

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



シズみんシートの対象者は？活用の意義とは？

現状では「病気や病状に応じた ACP」が十分に行われておらず、特に、認知症や慢性疾患の患者に対して、病状の節目に応じた話し合いの機会が不足しているとの調査結果もあります。そのため、医療・介護従事者が情報を共有し、連携することが重要なのです。

○ シズみんシートが対象とする者

- * 虚弱(フレイル)・認知症・心不全・呼吸不全等の慢性疾患があり、医学的管理が必要な方
- * 要支援・要介護状態等の介護・福祉サービス利用者

○ シズみんシートを使用する者

- * ささえあいメンバー(医療・介護・福祉の専門職等)中心

○ シズみんシートの管理・保管

- * 本人が専用バインダーに保管し、病院・診療所や、介護・福祉サービス事業所等に持参する

シズみんシートの活用により、生活する場所や支援者が変わっても、本人の想いをつなげる取り組みが可能となります。また、ささえあいメンバーが情報を共有し、連携することで、人生の最終段階の ACP がより適切に行われ、有効なものとなると考えられます。このように、ACP は単なる意思決定の支援にとどまらず、本人の尊厳を尊重し、最適な医療・ケアを提供するための重要なプロセスであることから、今後は、病気や病状に応じた ACP の実践が一層進むことが期待されます。

シズみんシートはいつ、どのように使う？

(想定される例①診療所からのスタート)

・診療所（外来）通院時

シズみんシート紹介（介護保険の利用開始時）
話し合いの記録シート（サービス担当者会議等で活用）

・診療所（外来）通院継続中

医師用シート（診察時ACPIに関わる内容などを記載）
想いの記録シート（地域のケア担当者が記載）
ささえあいメンバー用シート・話し合いの記録シート（状況に応じた活用）

・病状悪化で病院紹介

診療所（シズみんシートを紹介状に同封し、病院へ情報提供）
病院（シズみんシートの内容を多職種チームで共有）

・病院入院中

医師用シート（診察時ACPに関わる内容などを記載）
想いの記録シート（多職種で記載）
ささえあいメンバー用シート・話し合いの記録シート（状況に応じた活用）

・退院後逆紹介

病院（シズみんシート同封し、診療所・ケアマネジャー等へ情報提供）
診療所（シズみんシートの内容を地域関係者と共有）

・診療所通院時

医師用シート（診察時ACPIに関わる内容などについて記載）
想いの記録シート（地域のケア担当者が記載）
ささえあいメンバー用シート（モニタリングや各種指導などに活用）

シズみんシートはいつ、どのように使う？

(想定される例②病院からのスタート)

・病院入院中

シズみんシート紹介（退院後、介護保険利用が見込まれる場合）
医師用シート（診察時ACPに関わる内容などを記載）
想いの記録シート（多職種で記載）
ささえあいメンバー用シート・話し合いの記録シート（状況に応じた活用）

・病院退院時

話し合いの記録シート（退院前カンファレンス等で活用）
病院（シズみんシート同封し、診療所・ケアマネジャー等へ情報提供）
診療所（シズみんシートの内容を地域関係者と共有）

・介護サービス開始時

サービス担当者会議（シズみんシートの内容を地域関係者と共有）
話し合いの記録シート（状況に応じた活用）

・診療所（外来）通院継続中

医師用シート（診察時ACPに関わる内容などについて記載）
想いの記録シート（地域の医療・ケア担当者が記載）
ささえあいメンバー用シート（モニタリングや各種指導などに活用）

・病状悪化で病院紹介

診療所（シズみんシートを紹介状に同封し、病院へ情報提供）
病院（シズみんシートの内容を多職種チームで共有）

・退院後診療所（外来）通院時

医師用シート（診察時ACPに関わる内容について記載）
想いの記録シート（地域の医療・ケア担当者が記載）

シズみんシートはいつ、どのように使う？

(想定される例③地域からのスタート)

・介護・福祉サービス検討時

要支援～要介護状態等にて介護・福祉サービス利用検討
(地域包括支援センターやケアマネジャーより、担当医にシズみんシート活用を提案)

シズみんシート紹介(担当医と相談し包括やケアマネより紹介)

・診療所(外来)通院時

医師用シート(診察時ACPに関わる内容などを記載)

・介護・福祉サービス利用開始時

話し合いの記録シート(サービス担当者会議等で活用)

診療所(シズみんシートの内容を地域関係者と共有)

・医療・介護・福祉サービス利用中

医師用シート(診察時ACPに関わる内容について記載)

想いの記録シート(地域の医療・ケア担当者が記載)

ささえあいメンバー用シート・話し合いの記録シート(状況に応じた活用)

・病状悪化で病院紹介(入院)

診療所(シズみんシートを紹介状に同封し、病院へ情報提供)

病院(シズみんシートの内容を多職種チームで共有)

※ 以下は P9-10 を参考

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 機能や状態などの活用のポイント

病気の進行に関して:経過が長く、完全に治ることが難しい慢性疾患は、患者・家族等への身体的・心理的負担が大きいため、分かりやすく安心できる見通しを伝えることが大切です。

希望と現実のバランス:医療・ケアにおいて、治療への希望を持ちつつ、現実的な病状理解を促すためには、慎重なコミュニケーションが求められます。

誤解や混乱を避ける:専門的な情報をわかりやすく伝え、患者・家族等が理解しやすい形式を工夫するための方法の一つとして開発しました。何合目はあくまでもイメージを伝えるためのものです。

富士登山をイメージした病状説明の例(認知症)

5合目:認知症の初期、日常生活にまだ困難は少なく、周囲との交流も可能。

6～7合目:症状が進行し、日常生活に困難を感じ始め、周囲の支援が必要になる。

8合目:記憶の混乱や判断力の低下が進み、迷いが生じ、周囲の支援が重要となる。

9合目以降:認知症の最終段階では日常生活に困難が生じ、周囲の支援が必須となる。

活用のメリット

視覚的に病状進行を示すことが可能:

絵本のように親しみやすいツールの活用で、患者・家族等がイメージしやすく、理解しやすくなります。

治療計画や進行状況が明確になる:

病状や治療内容を視覚化は、患者との間で起こりやすい認識の違いを防ぎ、安心感を与えます。

多職種連携の重要性が伝わる:

必要な医療・ケアの提供にあたり多職種の協力が重要であることへの理解を促し、必要な支援がスムーズに開始できるきっかけとなりえます。

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

医師からの記録（機能・状態・病状について）参考資料

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。

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。

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、〇合目の説明は異なる場合があります。

〇〇〇〇年 〇月 〇日（〇） 〇〇：〇〇 【場所】 〇〇〇〇〇〇〇〇

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

医師との記録

様式 2-1、様式 2-2 日常診療での活用のポイント

コミュニケーションツールとして：日常診療において、どのようなタイミングで活用を開始したらよいか悩む際には、まずは「検査結果などをはさむページ」から活用を開始し、患者と医師とのコミュニケーションツールとして活用するイメージを持ってもらおう。

視覚的な説明：病状を視覚的に分かりやすく伝えられます。例えば富士山の高さは、患者の現在の病状がどの段階にあるのかを視覚的に示す一助となります。「何合目」を活用しなくても構いません。

継続的な病状説明：同じ様式を繰り返し使うことで、患者さん・家族等の病状理解を促進します。

治療方針の共有：進行具合に応じた治療計画や改善方法が視覚的に確認できます。

「ささえあいメンバー」全員が情報共有：患者の状態を把握しやすくなり、適切な医療・ケアの提供につながります。

総合的なケアの提供：運動プログラム、食事、家族支援方法などが整理され、患者の生活の質向上と家族等の負担軽減が期待できます。

「医師との記録」(様式 2-1、2-2)の記載方法

- 病状の改善・増悪：

病気が改善する時、または悪化する時に何が起こるのか、どのような治療が必要かを記載します。様式 2-1 はテンプレート形式のため、ガイドに従って記載できます。様式 2-2 はフリー形式のため、自由に書きこむことができます。

- 毎回の記載は必須ではない：

すべての詳細を毎回書き込む必要はなく、その時々に応じて更新すればよいのです。

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]

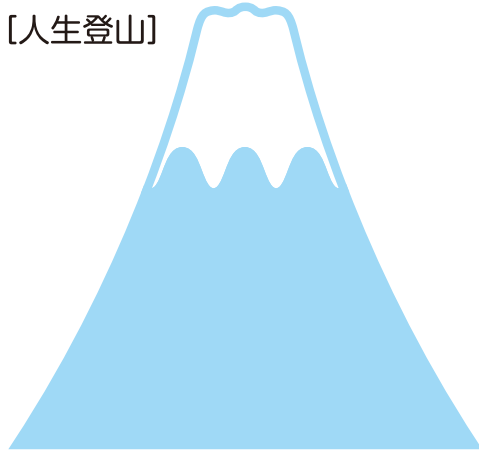
9合目

8合目

7合目

6合目

5合目



バ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、
バ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、「〇〇期」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。

〇〇〇〇年 〇月 〇日 (〇) 〇〇:〇〇 [場所] 〇〇〇〇〇〇〇〇

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

様式 2-2
活用例



医師からの記録

医師からの記録（機能・状態・病状について）参考資料

[人生登山]

9合目

8合目

7合目

6合目

5合目

- 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：バ不全

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

医師からの記録

疾患別病状説明場面での活用のポイント

シズみんシートは、[富士山をモチーフ](#)に、患者さんが自分の状態を客観的に理解し、これからの進行に備え、山頂(死)をタブー視せず、自分らしく生ききるための具体的な[登山計画\(人生の心づもり\)](#)をするためのツールです。

1. 人生のゴールを富士山に例える

人生の最終的なゴールを「富士山の頂上」に例え、疾患によって異なる登山ルートを描いていきます。これにより、[患者は疾患の進行を「坂を下る過程」ではなく、「一步一步登る過程」として捉える](#)ことができ、前向きな気持ちを持ちやすくなります。

2. 疾患の進行に伴う登山イメージ

疾患によって経過が異なることを示し、[それぞれの疾患に合った登山のイメージ図を使って、患者の状態を視覚的に表示](#)します。例えば、心臓・呼吸器疾患は比較的長い時間をかけて上り坂と下り坂を繰り返すイメージが合うかもしれません。一方、がんは比較的平坦な登山道を進みつつ、最終的には急速に頂上に向かうイメージでしょう。

3. 医師とのコミュニケーション手段

医師との記録(様式 1・2)を活用することで、[患者自身がどのステージにいるのかを確認し、今後の進行に備える](#)ことができます。また、病気の進行を予測し、どんなサポートが必要かを一緒に考えていきます。

4. 今できることを考える

病気の進行を止めるために、[今できることを考え、実行する](#)ことが大切です。そのために、進行しないためのアクションを実践していくことが、患者の生活の質を保つために重要です。

あらゆる疾患において、その人に合った登山計画を立て、病気の進行に対する心構えを持ち、今できることを実践していくことが大切だというメッセージを伝えていきましょう。

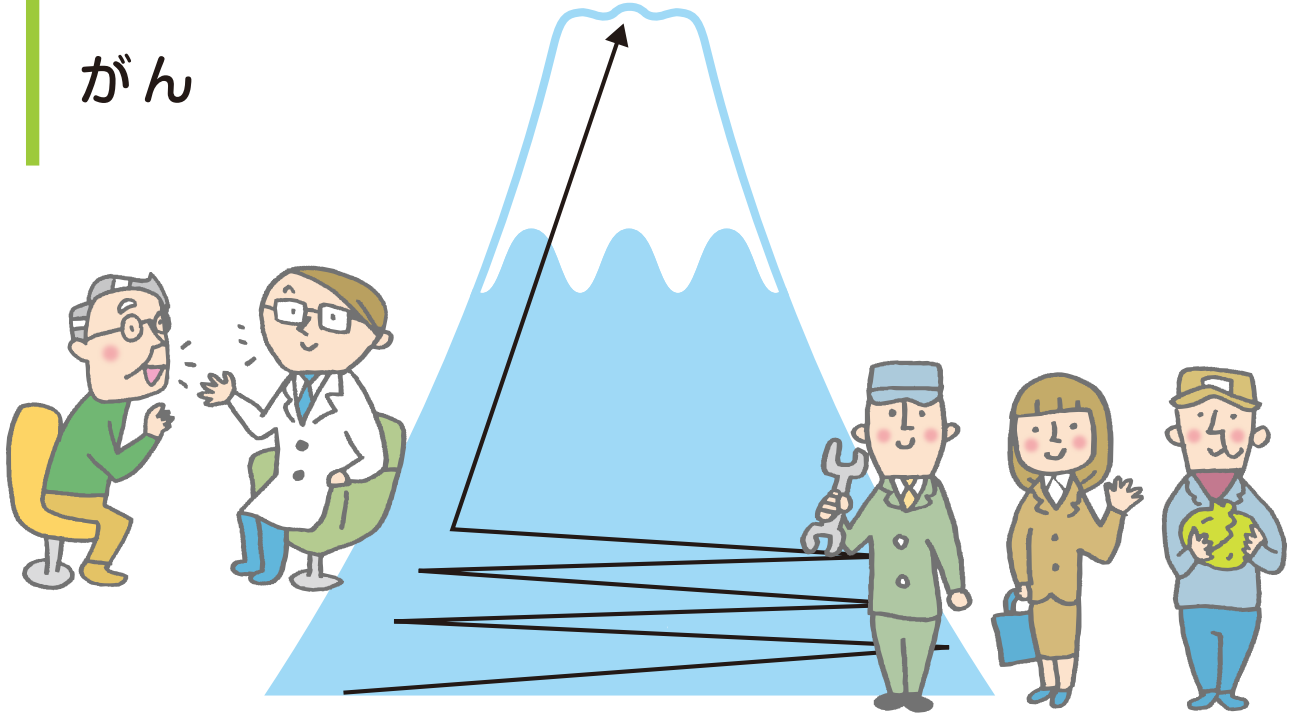
参考
資料



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（23か所）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」

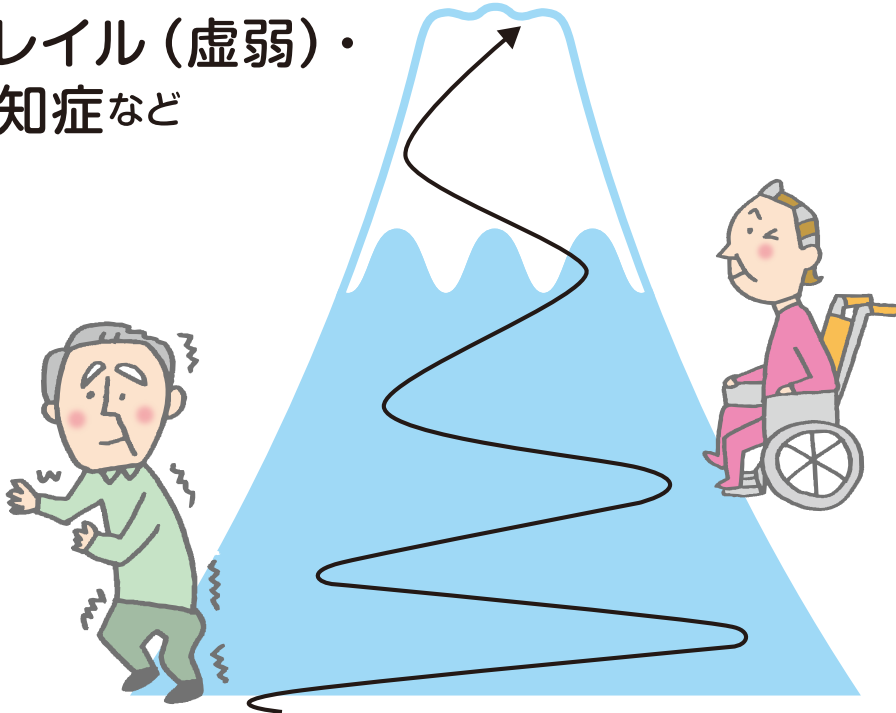
→ 静岡県内の相談窓口について調べられます。



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」

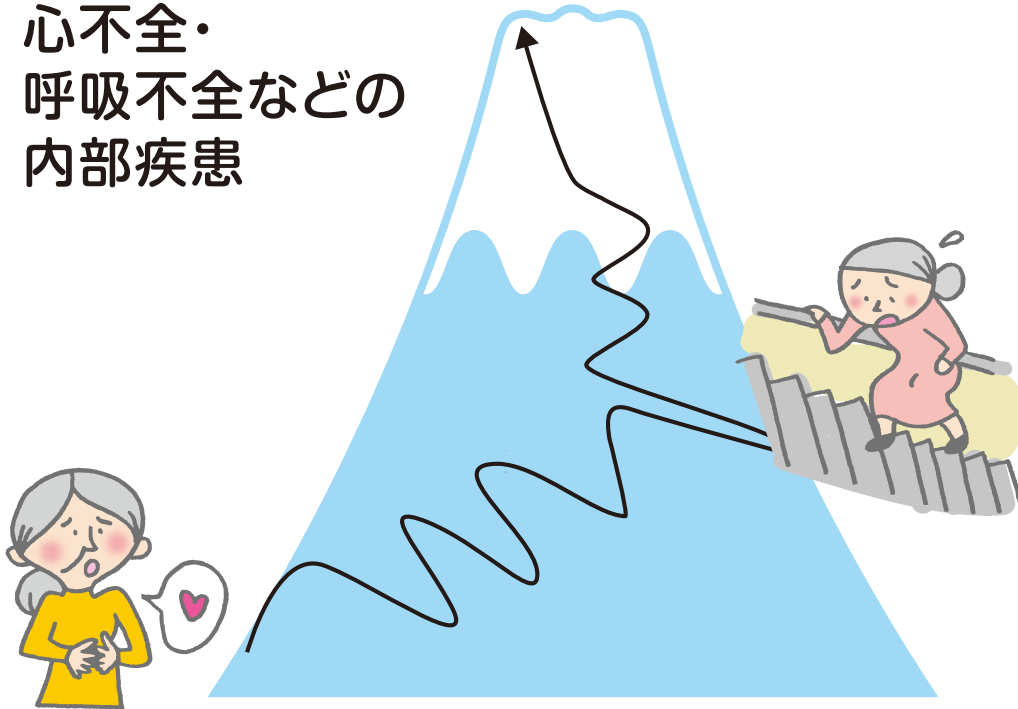
参考
資料



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

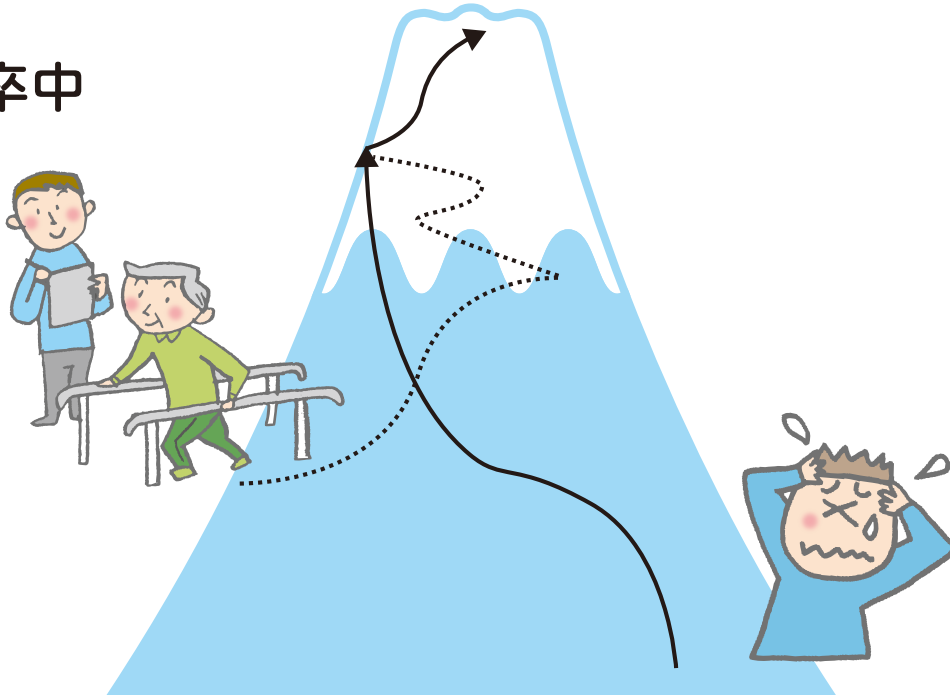


疾患別の人生登山イメージ例

医師からの記録（機能・状態・病状について）参考資料

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」

様式 3 話し合いの記録

退院支援カンファレンスやサービス担当者会議場面などでの 活用のポイント

「話し合いの記録」は誰が記載者するの？

⇒ 特に決まりはないため、状況をよく知る担当者などがよいでしょう。

- ・入院患者の場合：退院支援に関わる看護師・ソーシャルワーカーなど
- ・外来患者の場合：ケアマネジャー、訪問看護師など

活用が想定される場面

- ・病院や施設から退院する際に行われる退院前カンファレンス
- ・在宅サービス調整にかかるサービス担当者会議
- ・多職種が参加する医師面談 など

活用する際の着目点

1. 患者・家族の理解を深める手助け

患者・家族等の今後の不安等に対し、絵本のようなやわらかいデザインが堅苦しさを和らげ、安心感を与えることが期待できます。

2. 多職種間の情報共有を円滑に

患者に関わる全ての職種が同じシートを共有することで、情報の抜け漏れを防ぎ、円滑な連携を実現することができます。

3. 対話のきっかけづくり

参加者が同じ理解の元で、具体的な話し合いが進むことで、患者・家族等が抱える疑問や不安を引き出しやすくなります。

4. 次回のフォローを見据える

退院後や次回外来時に、患者がファイルを持参することで、連続的な支援が途切れることなく、今後の計画や支援がスムーズに進行します。

様式 3
活用例

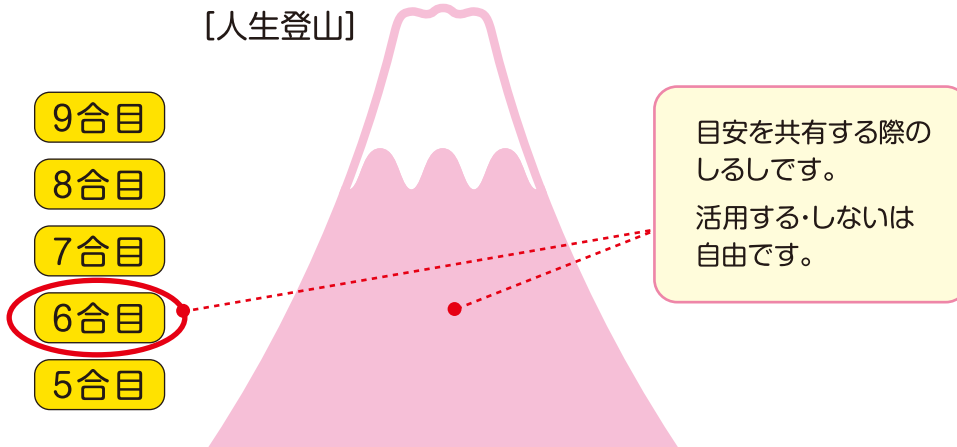


話し合いの記録

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〕



〔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バ配。
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いただきます。
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	
---------------------------------	----	----	---	------------------	---	----	----------	--

様式4 ささえあいメンバー用フリーシート

患者指導場面などでの活用のポイント

「様式 4」は誰が記載するの？

誰が記載してもいいように作成したシートです。
記載者に特に決まりはありません。

医師用シート様式 2-2 の多職種版と考えればよいでしょう。
様式は多職種用と分かるように、赤富士をイメージしています。

- ・入院患者の場合：
看護師・薬剤師・管理栄養士・リハビリ専門職・ソーシャルワーカーなど
- ・外来患者の場合：
ケアマネジャー、訪問看護師、介護福祉士など

活用が想定される場面の例

- ・病院や施設から退院する前に行われる各専門職からの**退院前指導内容**
- ・入退院支援にかかる調整内容
- ・在宅サービス調整にかかる計画書の見直しやモニタリングの様子など
- ・訪問看護や訪問介護において行われる本人・家族等への指導内容
- ・そのほか、本人・家族等と共有した内容

ID ○○○○

<様式4: ささえあいメンバー用シート>

名前 ○○○○

生年月日 ○○.○○.○○

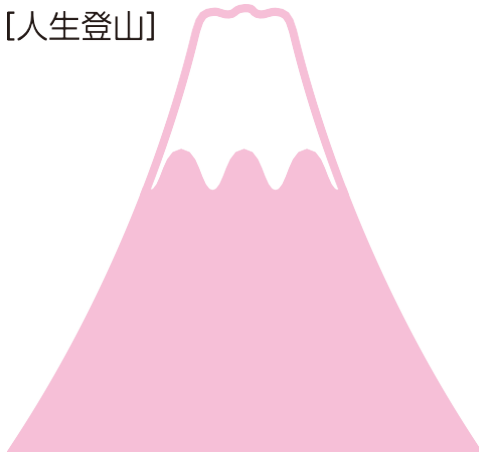


看護指導

の記録

[人生登山]

- 9合目
- 8合目
- 7合目
- 6合目
- 5合目



足の手入れ「フットケア」について

- ① 泡の出るボディソープを使います。
- ② 指の間を泡でやさしく包むように洗いましょう。
- ③ 洗った後は優しくふき取り保湿クリームを塗りましょう。

爪切りは定期的に訪問看護師が行います。

指先が痛かったり、色が変わったり、いつもと違う場合、
訪問看護師へ連絡してください。

様式
4

○ 年 ○ 月 ○ 日 (○) ○ : ○○ [場所] 自宅

記載者 訪問看護ステーション○○ ○○○○
同席者 (本人) ○○○○ (配偶者) ○○○○

見 ま し た サ イ ン	山田	中村	清水	Ⓐ				
---------------------------------	----	----	----	---	--	--	--	--

様式 5 想いの記録

ご本人・ご家族等の想いをひろってつなげよう

ACP のプロセスにおいて、本人の価値観、信念、思想、信条、人生観、死生観や、気がかり、願い、また、人生の目標、医療・ケアに関する意向、療養の場や最期の場に関する意向、代弁者などについて話し合うことが望ましい。 日本老年医学会「ACP 推進に関する提言」(2019 年 6 月)より

想いの記録の目的

本人の価値観、信念、希望などの「想い」を、ささえあいメンバーが持ち寄り、情報共有することにより、「**その人らしさ(=ひととなり)**」を理解することです。

「想い」をパズルのピースのように集め、つなぎ合わせて、**本人の過去・現在・未来をつなぐ医療・ケア**に役立てます。

だれが記録してもいい！

このシートは、本人に関わる誰でも記入できます。

特に、日常的に関わる訪問・通所系サービスのスタッフが、**生活の中で垣間見える本人の「想い」**を拾い上げることが期待されています。

会話の中で「これって〇〇さんの大事な想いだと思うので、ささえあいメンバーで共有してもいいですか」とさりげなく伝えてみよう。

予想される効果：

日頃の医療・ケア計画に役立ちます。

たとえば在宅から施設に移るときなど、生活の場が変わってもスムーズに、希望する医療・ケアを引き継ぐことができます。

本人自身が自分の想いや価値観に気づくきっかけとなること(意思形成支援)が期待できます。心で決めた意思を表明しやすくなるよう、医療・ケアの場面・話し合いの機会などにおいて、環境をととのえましょう(意思表明支援)。

参考
静岡県医師会主催 令和4年度在宅医療支援のための研修会「アドバンス・ケア・プランニング～基本から臨床倫理的アプローチまで：医師の心構え～」講師 国立長寿医療研究センター西川満則氏資料より

様式 5
活用例

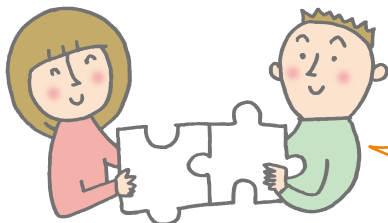


想いの記録

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」	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。
「孫が成人する姿を見たい」 〇〇さんのつぶやきです	愛猫の写真を嬉しそうに 見せてくれました。
医師 name 〇〇〇〇	訪問介護 name 〇〇〇〇
若いころ〇〇の大ファンで 特に好きな曲は「〇〇〇」です。	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。
そのため〇〇の話をすると、 すこぶる喜びます。	「ご先祖様のおかげ」と 常におっしゃいます。
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。	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。	name
ケアマネ name 〇〇〇〇	



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 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。

想いの記録

ささえ医院
さとうです

シズケア病院
外科たなかです

外来看護
なべです

このページの目的

ご本人・ご家族等が、人生登山に多くのささえあいメンバーが伴走し、応援してくれていることに気づき、「自らが望む医療やくらしを実現できているなあ」、「自分らしい生き方を選択できているなあ」と実感できること。

ご本人・ご家族等との関係性にあわせてニックネームで記載するなど、自由に活用してみてください。

この取り組みにより、介護・福祉サービス事業者は、利用者からの「**いつでも来てくれる人だけえが、名前は知らんだよ。**」という関係が解消され、信頼関係がぐっと深まるかも！

また、医療機関には、患者さんから「**み～んな、家にきてくれるだにい。**」といううれしい報告が入るかもしれません。

〇〇デイサービス
なかやん

呼ばれています



シズケア＊かけはしの活用



静岡県地域包括ケア情報システム「シズケア＊かけはし」は、地域包括ケアのプラットフォームとして多職種をつなぐことが可能です。秘匿性の高いネットワークを利用して大切な情報を共有したり、知りたい情報が入手でき、自施設から伝えたい情報を発信することもできます。そのためACPIに関する記録を多職種で共有することができます。

実際の画面（基本情報）

シズケア＊かけはし 静岡県地域包括ケア情報システム

ポータル > 最近の更新内容 > 情報を見る（対象者検索） > 対象者情報（基本）

ワラシナガワ サダオ ID 989898 生年月日 昭和15(1940)年4月1日 (85歳)

薬科川 さだお 性別 男性 電話番号 054-900-0000

基本情報 提供情報 共有チーム情報 情報を送る

更新へ 更新履歴参照 詳細情報 調剤情報 [登録] [更新]

同意書の確認

確認者 [見本]デモ訪問看護ステーション 問一郎

主治医

施設名 [見本]デモ診療所

氏名 白井敦則

患者さんや利用者さんを登録し、関係者間で情報共有することができます

各種書類等

緊急時の希望（看取り希望有無など）	ご本人は看取りを希望していました。
同意書・同意撤回書	2013/09/26 20:57 同意書（薬科川さだお）.pdf [詳細] [削除]
診療情報提供書	（複数ファイル有り…）
在宅患者サマリーカルテ	
在宅患者サマリーカルテ（経過）	
イエローカード	
シルバーカード	
グリーンカード	
連携ファイル	[登録]2025/06/20（金）11:28 [更新]2025/06/20（金）11:28 シズケアささえあい連携シート [見本]デモ診療所 白井敦則 シズみんシート（様式3）.pdf [更新] [履歴] 様式3を更新しましたので確認をお願いします。

その他

予算制約	年金の範囲内
サービス訪問スケジュール	訪問看護（毎週火・金曜日）
ケアプラン	デイサービス（入浴介助 火・木・土曜日）
その他	基本的に妻（はる）がいらっしゃるが、難聴です。訪問前に電話をするようにして下さい。
対象者の容態	要注意
対象者の診療状態	在宅
本対象者基本情報の有効／無効状態	有効
所持カード	

～あなたらしく生きる～
ささえあい人生登山の全体像

9日目 山頂に近づくと、呼吸がうづなってきた。呼吸・血圧・体温などの記録をシズケア＊かけはしに記録しよう。

8日目 入院・帰院入院・帰院入院など活用して、少し休養しよう。どんな景色が見えるかな。

7日目 やりかけの記録の整理や、お薬の服用確認など、在宅生活でささえあいメンバーも一緒に考えよう。

6日目 人生登山に必要なお薬（処方箋・処方箋）を、ささえあいメンバーに依頼しよう。

5日目 医師と相談して入山しよう（山頂到達後、ささえあいメンバーが迎えに来る）。あなたらしい人生登山の始まり。

ささえあいメンバーが迎えに来る！

〇〇〇〇年 〇月 〇日（〇） 〇〇：〇〇 [確認] 〇〇〇〇〇〇

記録担当者 〇〇〇〇 利用者（本人）〇〇〇〇（配偶者）〇〇〇〇（看護士）〇〇〇〇

担当 担当 担当 担当 担当 担当

Possible!

基本情報として、シズみんシートを添付することも可能です

実際の画面（提供情報）

共有情報に、コメントをつけることができます

シズケア*かけはし 静岡県地域包括ケア情報システム

ポータル > 最近の更新内容 > 情報を見る（対象者検索） > 対象者情報（提供） > 詳細

ワシナガワ サダオ

ID

生年月日 昭和15(1940)年4月1日 (85歳)

藁科川 さだお

性別 男性

電話番号 054-900-0000

基本情報

提供情報

共有チーム情報

No.50：シズみんシート「話し合いの記録」共有

この提供情報は、削除されません。

一定期間が過ぎたらこの提供情報を自動的に削除するよう設定したい場合は、「この提供情報を一定期間経過後削除する」ボタンをクリックしてください。

タイトル	シズみんシート「話し合いの記録」共有
情報共有範囲	共有チーム
フラグ	重要
種別	その他
メモ	ご本人様、ご家族様とともに、ご希望の医療・ケアについて話し合いを行いましたので、記録を共有します。
ファイル名	様式3.pdf (837 KB)

No.1 登録者：[見本]デモ診療所 白井敦則 2025/06/20（金） 13:13

削除

確認しました。

支援に入られる際には、今後も情報共有をお願いします。

Possible!

この情報に
コメントすることも！

<様式3：ささえあいメンバー用シート>

様式3
活用例

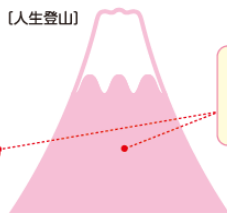


話し合いの記録

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】

- 9合目
- 8合目
- 7合目
- 6合目
- 5合目



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、受診の付き添いをさせていただきます。

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

ご自宅で日中あ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。

〇〇〇〇年 〇月 〇日（〇） 〇〇：〇〇 （場所） 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

鈴木	佐藤	田中	コバヤシ
----	----	----	------

Possible!

いろんなシズみんシートを共有し、コミュニケーションツールとして活用することも！

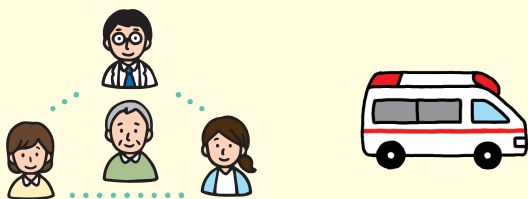
みんなでつながり、便利に使おう！



シズケア*かけはし

「シズケア＊かけはし」でできること

情報共有システム



医療・介護サービスの利用者や地域生活に見守りの必要な方に関する情報を、多職種・多機関のチームで共有するシステムです。また、こうした支援を要しない方であっても、万が一に備え救急情報を登録しておき、救急搬送の際に救急隊や搬送先医療機関で情報共有して円滑な搬送につなげます。

施設サービス検索・折衝



患者様・利用者様の状態やニーズに応じたサービスを提供できる医療機関・施設・事業所を検索できます。さらに検索結果から依頼先候補を選定して受入れの折衝（マッチング）ができます。

情報交流ツール



個々のユーザ同士の相談や問い合わせのほか、地域や施設区分ごとにお知らせの一斉発信など、セキュアな環境のもと安心して情報の送受信ができ、登録施設・ユーザ間の活発な交流を実現します。

便利機能



オンラインでカンファレンスなどを開催できるビデオ会議システムのほか、公的な文書の作成や、研修会など各種イベントの開催に伴う事務作業をお手伝いする、「使って便利」な機能を揃えました。

さあ始めてみませんか？ みんなで笑顔になろう！



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＊かけはし 登録施設名をホームページに掲載中！

お申し込みは申込用紙のほかホームページからも簡単にできます。
活用事例や機能など詳しくはホームページへ！
ご不明な点はシズケアサポートセンターへお気軽にお問い合わせください。



シズケア*ささえあい連携シート Q&A

質問と回答
Q1 いつ、誰から開始するのが良いですか？
A いつ、誰からという決まりはありませんが、多職種連携が開始となる時期がよいでしょう。高齢者の具体的開始は、介護保険を申請してケアマネジャーを選定する頃や、介護保険サービス導入時です。介護保険意見書を記載するかかりつけ医からのスタートが望ましいと考えますが、地域包括支援センターやケアマネジャーなどの勧めで、担当医に声かけを行うことも ACP の推進力となり得ます。 普段の日常診療で検査結果の用紙を渡すことがあると思いますが、「このバインダーに検査結果をはさんでお持ちください」から始めてると、ACP のハードルがぐっと下がりますよ。
Q2 対象者は？
A 虚弱(フレイル)・認知症・心不全・呼吸不全等の慢性疾患で医学的管理が必要な方や、介護・福祉サービスの利用者です。ただし、ご本人が希望した場合、担当医やささえあいメンバーが勧める場合など、さまざまなバリエーションがあってもよいと考えています。
Q3 誰が記載するのですか？
A 主にはささえあいメンバー(医療・介護・福祉・施設サービス関係者等)が記載し情報共有に役立っていますが、当然のことながら、本人・家族等にも参画していただくものです。
Q4 どのような仕様ですか？
A A4 判の付属バインダーにセットして使用します。利用される方への説明のページ、実際の記録を閉じるページ、病院や診療所で渡す検査結果や説明用紙を綴じるページがあります。市町等のエンディングノートをお持ちの方は、ファイリングすることが可能です。
Q5 「シズケア*ささえあい連携シート」の一式はどうやって手に入れるのですか？
A 説明会等を通じてお分けしています。 静岡県医師会シズケアサポートセンターにお気軽にご連絡ください(2025年7月時点) 電話 054-246-8060(直) 平日9時~17時
Q6 用紙が足りませんが、どこで入手できますか？
A 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/ または「シズケア」で検索してください。
Q7 ささえあいメンバーとは誰ですか？
A ご本人・ご家族等を支える医療・介護・福祉・施設サービスの専門職等をさします。ご本人の人生登山を共に歩み、支え続けるメンバーです。
Q8 どこに保管するのですか？
A 「本人保管」を原則としています。外来や入院の際、介護サービス等利用の際にお持ちいただくよう、ささえあいメンバーよりお声掛け下さい。施設入所者等の場合、ご本人の了解のもとで、取り出しやすい場所に保管するよう工夫してみてください。
Q9 複数の医療機関にかかっている場合、どのようにしたらよいですか？
A 記載する医師は一人でなくてはならないということはありません。また、書類の様式を統一する必要もありません。もし、自院で使用している書類の様式があるなら、それをお渡しいただき、バインダーにはさみ込むようにお伝えいただいてもかまいません。

Q10 電子カルテのテンプレートに加工したいのですが

A 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、Word・Excel・PDF にてダウンロードが可能です。お使いの電子カルテに見合うデータをご活用ください。

静岡県 市町エンディングノート(ACP ノート)

一覧

市町名	部署	冊子名
下田市	下田市市民保健課	65 歳ノート
東伊豆町	東伊豆町健康づくり課	終活ノート～私の大切な人へのお願いメッセージ～
河津町	河津町福祉介護課	
南伊豆町	南伊豆町福祉介護課	ライフプランノート
松崎町	松崎町健康福祉課	
西伊豆町	西伊豆町健康福祉課	エンディングノート
熱海市	熱海市長寿介護課	熱海だいたいノート
伊東市	伊東市高齢者福祉課	エンディングソート～考えてみよう、あなたの望む生き方～ 想いつむぐノート～エンディング編～ 想いつむぐノート～人生会議編～
沼津市	沼津市長寿福祉課	わたしの備望録～マイエイジングノート～
裾野市	裾野市介護保険課	みらいノート
清水町	清水町福祉介護課	私の健康づくりノート エンディングノート
長泉町	長泉町長寿介護課	私の終活 マイエンディングノート
三島市	三島市長寿政策課	人として最期を迎えるとき
伊豆市	伊豆市健康長寿課	もしもシート
伊豆の国市	伊豆の国市長寿介護課	大切な方への絆ノート 想いを伝えるころづもり書 旅じたくノート
函南町	函南町福祉課	マイノート・もしもの時に備えて大切な人と話し合いたい 10 のこと エンディングノート
御殿場市	御殿場市長寿福祉課	私の覚え書き
小山町	小山町長寿介護課	おやま わたしの道のり～最後まで「わたしらしく」～
富士宮市	富士宮市高齢介護支援課	思いをつなぐノート
富士市	富士市高齢者支援課	終活心得～自分を生ききるためのエンディングノート～
静岡市	静岡市 地域包括ケア推進課	エンディングノート～これからの人生を豊かにしていくために～
島田市	島田市包括ケア推進課	もしもの安心ノート

静岡県 市町エンディングノート(ACP ノート) 一覧

市町名	部署	冊子名
焼津市	焼津市地域包括ケア推進課	ことのはノート
藤枝市	藤枝市地域包括ケア推進課	想いつむぎノート
牧之原市	牧之原市長寿介護課	私の心覚え帳
吉田町	吉田町福祉課	わたし色ノート
川根本町	川根本町高齢者福祉課	認知症あんしん手帳
磐田市	磐田市福祉政策課	磐田市版エンディングノート「私と家族の安心ノート」 住み慣れた場所で自分らしく生きていくために 私と家族の安心レター
掛川市	掛川市地域包括ケア推進課	新・私の健康人生設計ノート(人生設計編・健康設計編・住まい編・遺贈 寄付編)
袋井市	袋井市健康長寿課	こころのノート～私とみんながつながる人生会議手帳～
御前崎市	御前崎市高齢者支援課	御前崎市版人生会議ノート「未来ノート」
菊川市	菊川市長寿介護課	わたしのこれからノート
森町	森町福祉課	こころのノート～わたしとみんながつながる人生会議手帳～
浜松市	浜松市高齢者福祉課	人生会議手帳
湖西市	湖西市高齢者福祉課	人生会議手帳

※ 県でも『生きかた死にかた-私のこだわり覚え』という ACP ノートを作成している。

資料提供:静岡県福祉長寿政策課 令和7年5月1日現在

静岡県医師会シズケアサポートセンター（静岡県地域包括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

シズケア＊ささえあい連携シートの作成にご協力くださった皆様

ACP実践力向上ワーキンググループ（令和5～6年度）

（敬称略）

氏名	所属
福地 康紀	一般社団法人静岡県医師会
小野 宏志	一般社団法人静岡県医師会
竹内 浩視	一般社団法人静岡県医師会
竹中 俊介	一般社団法人静岡県医師会
井上 真智子	国立大学法人浜松医科大学 地域家庭医療学講座
齋藤 秀輝	社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院
松川 香織	一般社団法人静岡県訪問看護ステーション協議会
山田 佳奈	特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会
望月 智子	富士宮市立病院
村越 真輔	一般社団法人静岡県社会福祉士会
水野 公智	一般社団法人静岡県介護福祉士会 ※令和6年度
小林 聖子	静岡県ホームヘルパー連絡協議会 ※令和5年度

事務局

内田 美加	一般社団法人静岡県医師会
紅野 聖二	一般社団法人静岡県医師会
滝浪 栄太	一般社団法人静岡県医師会
望月 隆弘	一般社団法人静岡県医師会 ※令和5年度

静岡県医師会シズケアサポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター）

ACP 普及啓発委員会 ACP 普及啓発ワーキンググループ

シズケア＊ささえあい連携シートの普及啓発にご協力くださる皆様

ACP 普及啓発委員会（令和7年度）

（敬称略）

役職	氏 名	所属
委員長	福地 康紀	一般社団法人静岡県医師会
委員	小野 宏志	一般社団法人静岡県医師会
委員	竹内 浩視	一般社団法人静岡県医師会
委員	竹中 俊介	一般社団法人静岡県医師会
委員	高木 勇人	一般社団法人静岡県医師会
委員	鈴木 昌八	公益社団法人静岡県病院協会
委員	井上 真智子	国立大学法人浜松医科大学 地域家庭医療学講座
委員	松本 志保子	公益社団法人静岡県看護協会 一般社団法人静岡県訪問看護ステーション協議会
委員	鈴木 喫	特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会
委員	河西 きよみ	公益社団法人静岡県薬剤師会
委員	泉 千花子	静岡県リハビリテーション専門職団体協議会

ACP 普及啓発ワーキンググループ（令和7年度）

（敬称略）

氏名	所属
福地 康紀	一般社団法人静岡県医師会
小野 宏志	一般社団法人静岡県医師会
竹内 浩視	一般社団法人静岡県医師会
竹中 俊介	一般社団法人静岡県医師会
高木 勇人	一般社団法人静岡県医師会
井上 真智子	国立大学法人浜松医科大学 地域家庭医療学講座
齋藤 秀輝	社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院
佐野 真澄	公益社団法人静岡県看護協会（富士宮市立病院）
松川 香織	一般社団法人静岡県訪問看護ステーション協議会
山田 佳奈	特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会
村越 真輔	一般社団法人静岡県社会福祉士会
水野 公智	一般社団法人静岡県介護福祉士会

医療・介護・福祉サービス関係者(ささえあいメンバー)のための

ACP 実践力向上・多職種連携ツール

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 活用の手引き Ver.1

令和7年7月

制 作 一般社団法人静岡県医師会 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

事務局 一般社団法人静岡県医師会 シズケアサポートセンター
担当：内田 紅野 町田 中川

〒420-0839 静岡県静岡市葵区鷹匠 3 丁目 6 番 3 号

TEL 054-246-8060(直) FAX 054-246-8140(直)