

「わたしノート」



名前:

(代筆者:)

伊佐市在宅医療・介護連携推進協議会

はじめに

あなたは、人生の最期の時間を
「どこ」で「だれ」と「どのように」過ごしたいですか？

人生会議を始めることは、
あなたやご家族の未来をより安心して迎えるための
大切な一歩です。

あなたの希望や価値観を整理し、
医療や介護の選択について事前に話し合うことで、
いざという時にあなたの『大切な人』たちが迷わずに済みます。

初めは少し気が重く感じるかもしれませんが、
家族や信頼できる人と気持ちを共有することで、
絆が深まり、安心感も生まれます。

人生会議は、自分らしい生き方を尊重し、
最期まで自分らしく過ごすための準備です。

もしかするとこのような事前の話し合いは必要ないかもしれません。

でも、
話し合いをしておけば、
万が一、あなたがご自身の気持ちを話せなくなった時に
心の声を伝える唯一の方法になると思います。

未来の不安を少しでも軽くし、
心の準備を整えるために、
ぜひ一歩踏み出してみてください。

あなたの思いをこの「わたしノート」で伝えることで、
あなたも『大切な人』も、
より豊かで安心した人生を送ることができるでしょう。

あなた自身と『大切な人』のために、
あなたご自身の想いをこの「わたしノート」に残しておきましょう。

『わたしノート』の書き方

- ◎ ゆっくりと
- ◎ 落ち着いた気持ちで
- ◎ 伝えられるうちに、前もって
あなたの想いを書いてください。

記入する前に必ず読んでください。 ※チェック☑を入れてください。

- 「わたしノート」は市民一人ひとりが自分らしい終末期を迎えられるよう、また自分らしく生きることができるようにと作成しました。
- 自分はどこまでの延命治療を望むのか、家族の想いはどうであるかを話すべきかについて考えてください。
- 治療を「しない」という希望を残すためだけではなく、治療を「したい」という希望を伝えるためのものでもあります。
- 無理をして書く必要はありません。また全ての項目を埋めなければならないということも決してありません。
- 書いたあとは、自分の想いを家族や関係の深い医療従事者、介護従事者に伝えましょう。想いを共有しておくことが大切です。
- いつでも書き直しは可能です。年に1回は見直しをすることを習慣にしましょう。
- この「わたしノート」があれば、必ずこのとおりになるというものではありませんが、現在延命治療について、本人の意思が尊重されるようになってきています。
- わかりやすい所に保管しましょう。保管場所は誰かに伝えておくとう安心です。
- 伊佐市では、医療・看護・介護・消防関係者と、この「わたしノート」が提示された際の対応について連携をとるよう体制を整えています。

もくじ

- 第1章 わたしのこと 3
- 第2章 もしものときは 7
- 第3章 旅立ち 16
- 第4章 相談・手続き先 20

第1章

わたしのこと

この章では、今までの自分、現在の自分のことについて記入し、これからやりたい事などを考えてください。

わたしの基本情報

記入日 年 月 日

ふりがな	生年月日
名 前	大 正 昭 和 年 月 日 平 成
	血液型 () 型
住 所 〒 -	
	都・道 市・区 府・県 郡
本 籍 〒 -	
	都・道 市・区 府・県 郡
電話番号: () -	
携帯電話番号: () -	
メールアドレス	
パソコン: @	
携帯電話: @	

メモ ※書き足りないこと等を自由にお書きください。



おもいで・あしあと

記入日 年 月 日

学歴・職歴・大切な思い出など今までの自分のことについて自由に書いてください。

[illegible]

今のわたし

記入日 年 月 日

趣味や特技、これからやりたいこと、行ってみたい所、会いたい人等など書いてください。

[illegible]

健康狀態

記入日 年 月 日

●かかりつけの病院 ※主治医にチェック ☒ を入れてください。

病院名・科:

電話番号: () —

醫師名：

病 名：

病院名・科:

電話番号: () —

醫師名：

病 名：

病院名・科:

電話番号: () —

醫師名：

病名：

●かかりつけの薬局

藥局：

電話番号: () —

藥劑師：

藥局：

電話番号: () —

藥劑師：

×毛

※書き足りないこと等を自由にお書きください。

[illegible]

●その他 証明書等の有無 ※チェック ☒ を入れてください。

*介護保険証 有・無 保管場所:

*障害者手帳等 有・無 保管場所:

(☐ 身体 ☐ 療育 ☐ 精神 ☐ 難病)

*その他()

アレルギー等 気を付けること

いつも飲む薬・サプリ ※薬剤情報提供文書などを貼っておくとよいでしょう。

第2章

もしものときは

この章では、将来病気になった時どのように過ごしたいか、どんな治療を受けたいか、自身の気持ちを伝えられなくなる前に誰に伝えておきたいかなどをステップごとに考えてください。

ステップ1:自分のことを考えてみましょう

～自分にとって大切なものは～

- ① もし病気などで生きる時間に限りがあるとしたら、あなたはどんなことを大切にしたいと考えますか？（特に大切にしたいこと上位5つまで）

記入日	年 月 日 (初回)	年 月 日 (見直し)	年 月 日 (再見直し)
家族のそばにいること	☐	☐	☐
友人や仲間のそばにいること	☐	☐	☐
ひとりの時間が保てること	☐	☐	☐
身の回りのことが自分でできること	☐	☐	☐
趣味などの活動や好きなことが少しでも 続けられること	☐	☐	☐
好きなものを食べたり飲んだりできること	☐	☐	☐
仕事をできるだけ続けられること	☐	☐	☐
地域での役割をできるだけ続けられること	☐	☐	☐
自分が経済的に安心して生活が続けること	☐	☐	☐
家族が経済的に安心して生活が続けること	☐	☐	☐
家族などの精神的な負担にならないこと	☐	☐	☐
少しでも長く生きるために、安心して医療を 受けられること	☐	☐	☐
痛みや苦しみを感じる事が少なく 過ごせること	☐	☐	☐
その他()	☐	☐	☐



● ② もし自分が、重い病気や命に関わる重篤な状況になった時、どのような治療を望みますか？（複数回答可）

記入日	年 月 日 (初回)	年 月 日 (見直し)	年 月 日 (再見直し)
一日でも長く生きられるような治療	☐	☐	☐
病気が完治することを目指した治療	☐	☐	☐
病気の治る見込みがあれば、出来るだけ積極的な治療を希望する	☐	☐	☐
病気の治る見込みがないなら治療を希望しない	☐	☐	☐
苦痛を和らげ、穏やかな生活を保てるような治療	☐	☐	☐
出来るだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療	☐	☐	☐
その他()	☐	☐	☐

● ③ もし自分が、重い病気や命に関わる重篤な状況になった時、どこで治療や支援を受けたいと思いますか？（一つ選んでください）

記入日	年 月 日 (初回)	年 月 日 (見直し)	年 月 日 (再見直し)
自 宅	☐	☐	☐
施 設	☐	☐	☐
病 院	☐	☐	☐
家族の判断に任せる	☐	☐	☐
信頼できる友人の判断に任せる	☐	☐	☐
その他()	☐	☐	☐

● ②、③でなぜそう考えたか、その理由を具体的に書いてみましょう。



ステップ2:心を打ち明けられるひとは誰か考えてみましょう。

～あなたにとって信頼できる人 思いを伝えられる人～

● ① 自分が病気などにより、考えや気持ちを伝えられなくなる前にしておきたいことはなんですか？（特にしたいことを3つまで）

記入日	年 月 日 (初回)	年 月 日 (見直し)	年 月 日 (再見直し)
自分の人生を振り返る	☐	☐	☐
家族とやり残したことを片付ける	☐	☐	☐
友人や仲間とやり残したことを片付ける	☐	☐	☐
大切な人とお会いし、きちんとお別れをしておく	☐	☐	☐
自分が終末期に何を望むかを家族と一緒に確認する	☐	☐	☐
家族が私の死を受け入れられるように話をする	☐	☐	☐
怖いと思うことについて近しい人と話をする	☐	☐	☐
死生観について考える	☐	☐	☐
信仰により、心を落ち着かせたり死を受け止められるようにする	☐	☐	☐
お金の問題を整理しておく	☐	☐	☐
あらかじめ葬儀の準備をしておく	☐	☐	☐
その他()	☐	☐	☐

記入日 年 月 日

● ② 治療や介護について、信頼し安心して話せる方は、どなただと思いますか？

☐ 家族 ☐ 友人 ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ ヘルパー ☐ その他()

お名前:

● ③ 自分が受ける治療や支援について話し合いが必要になったとき、「自分がその場にいることができない場合」又は「自分の意思を伝えられない状態の場合」代わりに上記の方に代弁してほしいと思っていることを直接伝えてありますか？

☐ 伝えている ☐ あいまいにしか伝えていない ☐ 伝えていない

● 伝えていない場合、いつ伝えたいと考えますか？

☐ 治る見込みがない病気の診断を受けた時
☐ 余命宣告を受けた場合、できるだけ早いうちに
☐ その他()

ステップ3:かかりつけ医に相談してみましょう

● ① あなたは病気になったとき、病名・病状を知りたいですか？

記入日	年 月 日 (初回)	年 月 日 (見直し)	年 月 日 (再見直し)
治る見込みに関わらず、全て知っておきたい	☐	☐	☐
治る見込みが高い病気であれば、知っておきたい	☐	☐	☐
治る見込みが低い病気であれば、知りたくない	☐	☐	☐
治る見込みに関わらず、知りたくない	☐	☐	☐

● ①で考えた理由を書いてみましょう。

● ② あなたは、病状の変化や余命(あとどれくらい生きられると予測されるか)を知りたいですか？

記入日	年 月 日 (初回)	年 月 日 (見直し)	年 月 日 (再見直し)
できるだけ早い時期から、病状の変化を知らせてほしい	☐	☐	☐
できるだけ早い時期から、病状の変化や余命も知らせてほしい	☐	☐	☐
余命が12か月以下であれば、病状の変化も、余命も知らせてほしい	☐	☐	☐
病気で自分の病状の変化も、余命も、知らせてほしくない	☐	☐	☐

● ②で考えた理由を書いてみましょう。

延命治療には以下のような治療や方法があります

《心肺蘇生法》

呼吸や心臓が停止したときに、救命のために行われる胸骨圧迫(心臓マッサージ)及び人工呼吸を行うこと。



《人工呼吸器》

気管に通した管に取り付けた機械から空気を送り込み、呼吸を助けます。回復が思わしくない場合には、機械をはずすことは難しく、長期間使用することとなります。病状によっては、意図的に意識をなくすような処置をし続ける場合があります。



《鼻チューブ》

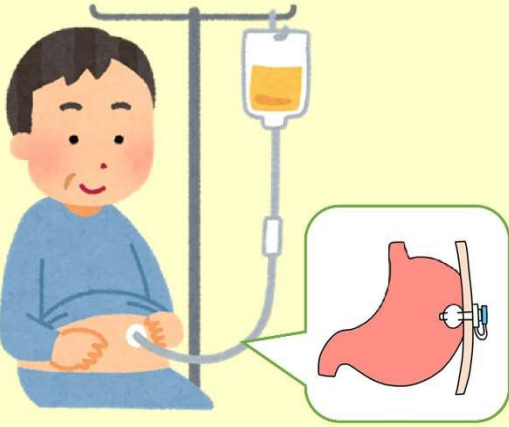
鼻から胃または腸まで届くチューブを入れて、栄養剤などを注入します。



長 所	短 所
◎手術をする必要がなくチューブを入れることができます。 ◎不要になったら、いつでも抜くことができます。	◎チューブが鼻やのどを通ったままの状態となるので、違和感や不快感があります。 ◎定期的に(月に2回程度)チューブの交換が必要になります。交換の際負担を感じる場合があります。

《胃ろう》

内視鏡を使っておなかと胃の壁に小さな穴を開け、つけたチューブから流動食などを注入します。



長 所	短 所
◎鼻やのどに不快感がなく、経口摂取(飲み込み)の練習がしやすくなります。 ◎管の交換はおおむね6ヶ月に1回ですみます。	◎胃ろうを作るには短期間、入院して手術をする必要があります。 ◎管の交換には、外来又は在宅で医師の処置が必要となります。

《点滴治療》

○末梢点滴

一般的に「点滴をする」というときはこの方法です。手足から点滴のための針を刺して水分補給を行います(栄養はほとんどありません)。口から薬が飲めないときに、点滴を用いて水分を体内に入れることができます。



長 所	短 所
◎必要な水分と、多少の栄養分を確保できます。 ◎病院でも在宅でも手軽に行うことができます。 ◎1日に1～2時間など必要な時だけ行えます。	◎施行時に繰り返し針を刺す必要があります。 ◎針の入った部分の消毒を定期的に医療者が行う必要があります。 ◎水分が多すぎるとむくみやたんの原因になることがあります。

○中心静脈栄養法

鎖骨の下や首から心臓に近い血管にカテーテル(専用の柔らかい管)を入れることにより濃い栄養輸液を投与できます。一般的に24時間継続して行うことが多いです。

長 所	短 所
◎十分な栄養と水分を入れることができます。 ◎この点滴だけで栄養状態を長期的に維持できます。 ◎カテーテルは数カ月間使用可能で、頻繁に刺しかえる必要がありません。	◎カテーテルの挿入は抹消点滴より難しく通常は病院でしかできません。 ◎針の入った部分の消毒を定期的に医療者が行う必要があります。 ◎水分が多すぎるとむくみやたんの原因になることがあります。

DNAR(ディーエヌエーアール)ってなに?

Do Not Attempt Resuscitationの略で、人生の最終段階における終末期症状の病態悪化で起こる心肺停止状態の際、本人の意思を尊重し、心肺蘇生を行わないことを指します。
※想定外の事象(食事などによる窒息や外傷)によって起こる心肺停止状態は除きます。

臓器提供

脳死後あるいは心臓が停止した死後にできます。2010年7月17日に改正臓器移植法が全面施行され、生前に書面で臓器を提供する意思を表示している場合に加え、ご本人の臓器提供の意思が不明な場合も、ご家族の承諾があれば臓器提供ができるようになりました。これにより15歳未満の方からの脳死後の臓器提供も可能になりました。

(一方、**臓器移植**は重い病気や事故などにより臓器の機能が低下した人に、健康な他者の臓器と取り替え機能を回復させる医療です。第三者の善意による臓器の提供がなければ成り立ちません。)

献体

自分の身体を死後に医学・歯学の大学で行われる解剖学実習に無償で提供しようとする篤志行為が献体です。献体を希望される方が生前から大学に登録をして、亡くなられた時にその遺志に沿ってご遺体が大学に提供されることではじめて献体は実現します。

ステップ4:自分の思いをみんなと話し合ひましょう

～自分の思いをきちんと伝えられなくなった時を想像して～

● 延命治療について ※チェック☑を入れてください。

記入日	年 月 日 (初回)	年 月 日 (見直し)	年 月 日 (再見直し)
心肺蘇生を希望	☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない
DNAR(ディーエヌエーアール)に同意書があるか? ないか?	☐ ある ☐ ない	☐ ある ☐ ない	☐ ある ☐ ない
人工呼吸器の使用を希望	☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない
鼻チューブによる栄養補給を希望	☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない
胃ろうによる栄養補給を希望	☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない
延命のための点滴による水分補給を希望	☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない
その他を希望()	☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない	☐ する ☐ しない

● 最先端の医療について ※チェック☑を入れてください。

記入日	年 月 日 (初回)	年 月 日 (見直し)	年 月 日 (再見直し)
苦痛のあるなしに関わらず受けたい	☐	☐	☐
苦痛がないなら受けたい	☐	☐	☐
苦痛のあるなしに関わらず受けなくてもよい	☐	☐	☐
どちらでもよい	☐	☐	☐
その他()	☐	☐	☐

● 入院治療について ※チェック☑を入れてください。

記入日	年 月 日 (初回)	年 月 日 (見直し)	年 月 日 (再見直し)
改善の見込みの高い低いに関わらず、医師の提案に従いたい	☐	☐	☐
改善の見込みが高ければしたが、できるだけ自宅にいたい	☐	☐	☐
改善の見込みに関わらずしたくない	☐	☐	☐
どちらでもよい	☐	☐	☐
その他()	☐	☐	☐

● 臓器提供・献体について ※チェック☑を入れてください。

記入日	年 月 日 (初回)	年 月 日 (見直し)	年 月 日 (再見直し)
臓器提供意思表示カードを持っている(保管場所:)	☐	☐	☐
献体の登録をしている(登録先:)	☐	☐	☐
臓器提供・献体を希望しない	☐	☐	☐
その他()	☐	☐	☐

ステップ5:自分の思いを伝えましょう

～話し合いをした内容を、かかりつけ医や介護者に伝えておきましょう～

- ① 病状が悪化し、自分の考えが伝えられなくなった時に、どうしてほしいですか？

記入日	年 月 日 (初回)	年 月 日 (見直し)	年 月 日 (再見直し)
私が望んでいたとおりにしてほしい	☐	☐	☐
私が望んでいたことを基本として、医療・介護従事者と信頼できる家族で相談して決めてほしい	☐	☐	☐
私が望んでいたことと違って、医療・介護従事者と信頼できる家族で相談して決めてよい	☐	☐	☐

- あなたの希望や考えを具体的に書いてみましょう。



判断能力が低下した時は

記入日 年 月 日

- 財産管理をお願いしたい人 ※チェック☒を入れてください。

☐ 配偶者 名前:

☐ 子ども 名前:

☐ その他 名前: 関係:

「その他」の場合は、以下のいずれかにチェック☒を入れてください。

☐ 任意後見人 ☐ 代理人 ☐ 特に契約はしていない

- 身の回りのことをお願いしたい人 ※チェック☒を入れてください。

☐ 配偶者 名前:

☐ 子ども 名前:

☐ その他 名前: 関係:

「その他」の場合は、以下のいずれかにチェック☒を入れてください。

☐ 任意後見人 ☐ 代理人 ☐ 特に契約はしていない

成年後見制度について

認知症等で、判断能力が十分でない方を保護・支援するための制度です。

成年後見制度には「法定後見制度」と「任意後見制度」があります。

***法定後見制度**・・・家庭裁判所が選任した成年後見人が、本人の利益を考えながら、本人を代理して契約などの法律行為をしたり、本人がした不利益な法律行為を後から取り消したりすることができます。

***任意後見制度**・・・本人が十分な判断能力があるうちに、将来、判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、あらかじめ自ら選んだ代理人(任意後見人)に、自分の生活、療養看護や財産管理に関する事務について代理権を与える契約(任意後見契約)を公証人の作成する公正証書で結んでおくというものです。

※法務省ホームページ「成年後見制度～成年後見登記制度」より抜粋

第3章

旅立ち



この章では、亡くなった後の葬儀やお墓、遺言書や誰かに渡したいものなどを考えてください。

葬儀のこと

記入日 年 月 日

●葬儀の場所・規模 ※チェック☑を入れてください。

☐ 希望がある 場所(名称):

規模(出席者等):

☐ お任せする

☐ その他

●様式・宗派について ※チェック☑を入れてください。

☐ 密葬 ☐ 家族葬 ☐ 一般葬 ☐ 社葬 ☐ 直葬 ☐ その他

宗 派

●喪主について

任せたい人 名前: 関係:

●香典 ※チェック☑を入れてください。

☐ いただく ☐ 辞退する ☐ お任せする

●遺影 ※チェック☑を入れてください。

☐ 用意してある 保管場所:

☐ 希望がある

☐ お任せする

●葬儀の費用 ※チェック☑を入れてください。

☐ 用意してある

☐ その他

お墓のこと

記入日 年 月 日

●お墓の場所 ※チェック☑を入れてください。

☐ あ る 場所(名称):

☐ 希望あり 場所(名称):

☐ 希望なし

●お墓の費用 ※チェック☑を入れてください。

☐ 用意してある

☐ その他



遺言書について

記入日 年 月 日

●遺言書の有無 ※チェック☑を入れてください。

☐ 作成していない

☐ 作成している 保管場所:

執行者:

作成している場合は、以下種別のいずれかにチェック☑を入れてください。

☐ 自筆証書遺言 作成日: 年 月 日

☐ 公正証書遺言 作成日: 年 月 日

☐ その他 作成日: 年 月 日

※自筆証書遺言は、封がされている場合、封がされていない場合も、開封前に家庭裁判所で検認手続きをとってください。



もしもの時の連絡先リスト

記入日 年 月 日

名前(フリガナ)と関係	住所・電話番号	備考
() 名前:	〒 - 住所:	
(関係:)	☎() -	
() 名前:	〒 - 住所:	
(関係:)	☎() -	
() 名前:	〒 - 住所:	
(関係:)	☎() -	
() 名前:	〒 - 住所:	
(関係:)	☎() -	

渡したいもの

記入日 年 月 日

何を	品名:
保管場所	
誰に	名前: 関係:
連絡先	

何を	品名:
保管場所	
誰に	名前: 関係:
連絡先	

プライベートメモ

記入日 年 月 日

●今までの人生やこれからのことについて伝えたいことなど自由に書いてください。

[illegible]

第4章

相談・手続き先

伊佐市役所

☎(0995)-23-1311

主な内容	担当課
死亡届出、埋火葬申請・許可、各種年金	市民課・地域総務課
国民健康保険、後期高齢者医療保険	保健課・地域総務課
高齢福祉に関すること	長寿介護課
介護保険認定申請、介護保険制度	長寿介護課
障がい者の相談、民生児童委員	福祉課
税金に関すること	税務課・地域総務課
水道使用停止、料金支払い、名義変更	水道課
粗大ごみの処分、廃棄物処分に関する相談	環境政策課 ☎(0995)-22-1060(直通)
消費生活相談	消費生活センター ☎(0995)-23-1336(直通)

官公署等

主な内容	相談場所	電話番号
犯罪被害等の通報	伊佐湧水警察署	(0995)-22-0110
国民年金・厚生年金	加治木年金事務所	(0995)-62-3511
電気に関すること	九州電力	(0120)-986-803
電話に関すること	NTT西日本	116
判断能力が低下したら (成年後見制度について)	相談	成年後見センター リーガルサポート鹿児島支部
		鹿児島県社会福祉士会 権利擁護センター 「ばあとなあ鹿児島」
		法テラス鹿児島法律事務所
		鹿児島県司法書士会
		鹿児島県弁護士会
		伊佐市成年後見センター (大口地域包括支援センター内)
	手続き	鹿児島県家庭裁判所 大口出張所

高齢者総合相談窓口

相談場所	電話番号
大口地域包括支援センター	(0995)-23-2377
サブセンターはやひと(隼仁会)	(0995)-22-0002
サブセンターすずらの里(大一会)	(0995)-23-0155
菱刈地域包括支援センター	(0995)-26-1307

高齢者福祉サービス

サービス名	対象者	内容	手続き
福祉タクシー 利用券	75歳以上の方 身体障害者手帳(1・2級)所持者 療育手帳所持者 精神障害者保健福祉手帳所持者	通院・買物等に利用できる1枚 500円のタクシー利用券を年間 24枚発行	長寿介護課 (0995)- 23-1311 ※必要なもの ・印鑑 ・該当する手帳等 ・免許証、保険証な どの身分を証明で きるもの
はり・きゅう 施術料助成	70歳以上で、医療給付の対象となら ない「はり・きゅう施術」を受ける方	施術1回につき500円の受診券を 年間20枚発行	
まごし温泉の 利用料減額	75歳以上の方 身体障害者手帳所持者 療育手帳所持者 精神障害者保健福祉手帳所持者	まごし温泉の使用料減額(380円 →200円)	
寝具乾燥 サービス	在宅で65歳以上の寝たきりの方(要介 護4以上)又は身体障害者手帳(1・2 級)所持者で寝たきりの方	敷布団、毛布、掛布団の洗濯・乾 燥サービス(年3回まで)	
理髪サービス	在宅で65歳以上の寝たきりの方(要介 護4以上)又は身体障害者手帳(1・2 級)所持者で寝たきりの方	自宅への派遣理髪サービス(年4 回まで)	
日常生活用具給付	心身機能の低下に伴い防火等の配慮 が必要なおおむね65歳以上の一人暮 らしの方で生活保護法による被保護世 帯又は生計中心者が住民税非課税世 帯の人	電磁による調理器であって、高齢 者が容易に使用し得る、設置に工 事を伴わない卓上型の一口コン ロ購入助成	
老人介護手当	65歳以上で要介護4以上の人を、3ヶ 月以上同居またはこれに準ずる状態で 在宅で介護している介護者	1万円/月(支給月4・10月)	
徘徊高齢者 対策	概ね65歳以上の認知症徘徊がみられ る在宅の高齢者等	GPS機能付き発信機の初期導 入費用の一部助成(上限1万円)	
生活支援 サービス	65歳以上の要介護認定を受けていな い高齢者で、病中病後など一時的に支 援を必要とする人	家事・買物などの生活支援サービ スの一部助成 (支援員を派遣) 1日2時間以内、年度中5日限度	
緊急医療情報キット	・災害時避難行動要支援者台帳登録者 ・65歳以上の一人暮らしの高齢者 ・65歳以上の高齢者のみの世帯	情報シートにかかりつけ医療機 関・持病や服薬などの情報を記入 して自宅の冷蔵庫に保管し、救急 や災害時に、救急隊等に医療情 報を提供する	
緊急通報装置 設置	65歳以上の高齢者のみの世帯及び身 体障害者のみの世帯	自宅の電話に通報装置を設置し、 協力者へ緊急時に連絡できる体 制を作る	社会福祉協議会ま たはStudio mへ 給食サービス申込 の際同時申込
高齢者見守り	65歳以上の高齢者のみの世帯及び身 体障害者手帳(1・2級)所持者	対象者の安否確認	
いこいこまごし	要支援・要介護認定を受けていない65 歳以上の人	温泉や買い物支援を含む介護予 防のための通所サービス(月2回 限度)	社会福祉協議会 または大口・菱刈地 域包括支援センター

【参考文献】

○「私の人生会議」ノート

水俣市芦北郡医師会

「わたしノート」

令和7年9月

発行 伊佐市在宅医療・介護連携推進協議会

事務局：伊佐市長寿介護課分室
〒895-2701
鹿児島県伊佐市菱刈前目2106番地
TEL：0995-26-1307

表紙・挿絵(P3)・裏表紙イラスト
イラストレーター 長尾 美紀

