

(仮称)  
エンディングノート

(令和5年11月22日時点)

## はじめに

突然の病気や事故により、病院に運ばれて本人に意識がない状態で、家族に対して「手術をするか」「何かあった場合の延命治療はどうしますか」と思いもよらない選択を迫られることがあります。

本人に意識があれば、相談して決めることができますが、そうでなかったとき、どのように選択をすればいいか悩まれる家族も多い現状があります。

本人が望んだ最期を迎えて、家族も悔いなく過ごすためには、事前に家族やその支援者が本人の思いを十分に理解し、共有しておくことが大切です。

まずは、このノートを使って、今の自分の気持ちや思いを整理しましょう。すべてを記入することが目的ではありません。書けるところから、書きたいところだけ順に記入しましょう。

悩んだ時には、家族や支援者と相談しながら記入することもできます。

記入した内容は、その時の健康状態や環境によって揺れ動くものです。そのたびに書き直したり、追記したりしながら、感じたことを素直に記していくことが大切です。

また、その気持ちの変化を、家族や支援者と話をすることで、少しずつお互いの気持ちを理解することができると思います。

このノートを、本人が尊厳ある最期を迎えることができるように、また、本人と家族や支援者が互いを尊重し、理解しながら生活ができるようにするための、話し合いのきっかけとして活用してみてください。

このノートは、遺言書のような法的拘束力はありません。  
あくまでも、本人の思いや希望を記載するものです。





|  |    |
|--|----|
| <b>1. わたしについて</b>                              |    |
| (1) 基本情報                                       | 2  |
| (2) 家系図  | 4  |
| (3) 連絡してほしい人                                   | 5  |
| (4) かかりつけ医療機関など                                | 6  |
| 【コラム1】 人生会議(ACP)                               | 8  |
| <b>2. 病気になったら</b>                              |    |
| (1) 突然の病気や事故によるケガ、または<br>持病の悪化などにより健康状態が急変した場合 | 9  |
| (2) 介護や看護が必要になった場合                             | 10 |
| 【コラム2】 判断能力の低下や物忘れが気になったら                      | 11 |
| (3) 人生の最期が近づいた場合                               | 12 |
| <b>3. エンディング</b>                               |    |
| (1) 葬儀について                                     | 14 |
| (2) 大切なものについて                                  | 15 |
| (3) その他  | 16 |
| <b>4. その他</b>                                  |    |
| (1) 相談・手続先(行政関連)                               | 17 |
| (2) ガン等と診断された場合                                | 17 |
| (3) 地域包括支援センター、認知症地域支援推進員                      | 18 |

## (1) 基本情報

1. わたしについて

2. 病気になったら

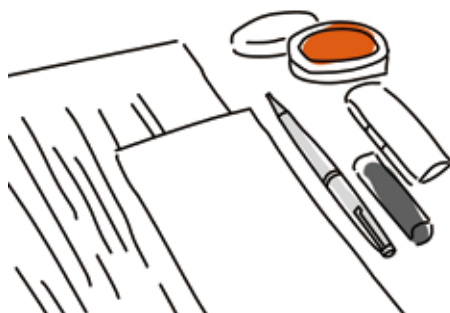
3. エンディング

4. その他

|      |                           |       |
|------|---------------------------|-------|
| フリガナ |                           |       |
| 氏名   | (旧姓:                    ) |       |
| 生年月日 |                           |       |
| 現住所  | 〒                         |       |
| 連絡先  | 自宅                        | FAX番号 |
|      | 携帯                        |       |
| 本籍地  | 出生時                       |       |
|      | 移籍先                       |       |



遺産相続や不動産登記の際に、自分の出生から現在までの本籍地(戸籍)が必要になります。戸籍や本籍を準備しておくといでしょう。



① わたしのこれまで

今までの人生の中で大きな影響を与えた出来事や転機となった出来事など  
(例: 学生時代の思い出、仕事のこと、思い出深いことなど)

② わたしのいま

生活の中で大切にしていること、モノ、人など

ほっと心落ち着く時間、場所

わたしのソウルフード  
(食生活で欠かせない味)

座右の銘、信念

趣味・特技

最後の晩餐はこれ!

③ わたしのこれから

今後、やっておきたいこと  
(誰と、何をしたいかなど)

大切にしていきたいこと、もの、人

1. わたしについて

2. 病気になったら

3. エンディング

4. その他

## (2) 家系図

### わたしの家系図

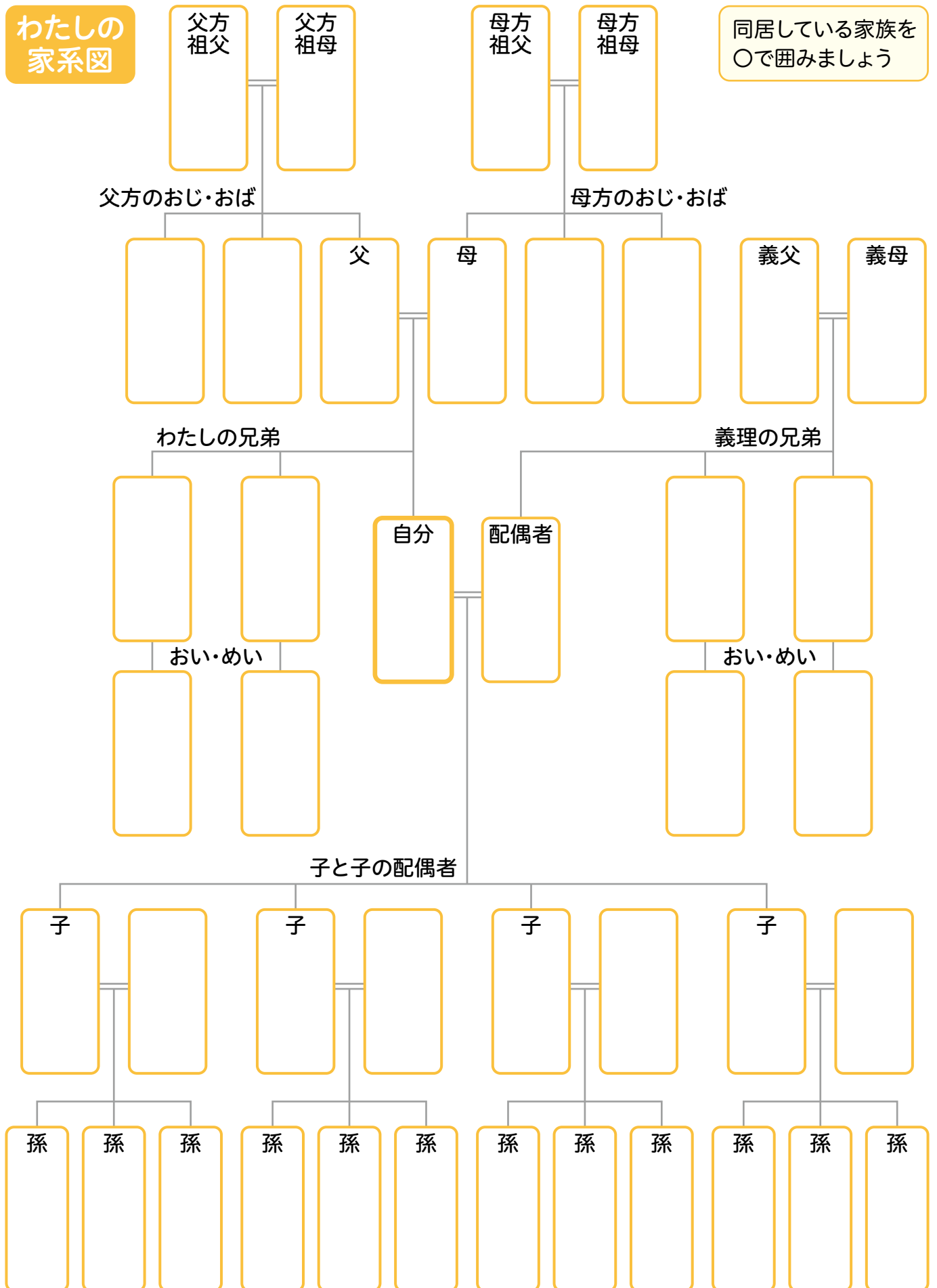
同居している家族を○で囲みましょう

1. わたしについて

2. 病気になったら

3. エンディング

4. その他



### (3) 連絡してほしい人

|            |                             |                             |   |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| 名 前        |                             | 関係性                         |   |
| 連絡先        |                             |                             |   |
| 知らせたいタイミング | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 危篤 | <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀 <input type="checkbox"/> 葬儀後 |

|            |                             |                             |   |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| 名 前        |                             | 関係性                         |   |
| 連絡先        |                             |                             |   |
| 知らせたいタイミング | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 危篤 | <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀 <input type="checkbox"/> 葬儀後 |

|            |                             |                             |   |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| 名 前        |                             | 関係性                         |   |
| 連絡先        |                             |                             |   |
| 知らせたいタイミング | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 危篤 | <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀 <input type="checkbox"/> 葬儀後 |

|            |                             |                             |   |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| 名 前        |                             | 関係性                         |   |
| 連絡先        |                             |                             |   |
| 知らせたいタイミング | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 危篤 | <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀 <input type="checkbox"/> 葬儀後 |

|            |                             |                             |   |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| 名 前        |                             | 関係性                         |   |
| 連絡先        |                             |                             |   |
| 知らせたいタイミング | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 危篤 | <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀 <input type="checkbox"/> 葬儀後 |

|            |                             |                             |   |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| 名 前        |                             | 関係性                         |   |
| 連絡先        |                             |                             |   |
| 知らせたいタイミング | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 危篤 | <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀 <input type="checkbox"/> 葬儀後 |

1. わたしについて

2. 病気になったら

3. エンディング

4. その他

## (4) かかりつけ医療機関など

### ■ からだの情報

|    |    |    |    |     |   |
|----|----|----|----|-----|---|
| 身長 | cm | 体重 | kg | 血液型 | 型 |
|----|----|----|----|-----|---|

### ■ かかりつけ医療機関

病気、家族、生活環境など自分のことを一番よく知っている医療機関を①に記入してください。

|   | 病院(診療所)名 | 医師名 | 診療科 | 病名/既往歴 |
|---|----------|-----|-----|--------|
| ① |          |     |     |        |
| ② |          |     |     |        |
| ③ |          |     |     |        |

手術歴(既往歴)・健康上の注意点・アレルギー等

|  |
|--|
|  |
|--|



#### 手術歴について

病院でMRI等の検査を実施するときに影響があるペースメーカーの埋込等の手術を行っている場合は、とても大切な情報です。

### ■ かかりつけ歯科

|          |  |
|----------|--|
| 病院(診療所)名 | 電話   |
| 義歯(入れ歯)  | <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> なし |

### ■ かかりつけ薬局

|          |   |
|----------|---|
| かかりつけ薬局名 | 電話  |
| お薬手帳     | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (“なし”の方→)    現在のんでいる薬 |



#### お薬情報について

現在飲んでいる薬は、お薬手帳で管理することをお勧めします。薬の種類が多い場合は、医師や薬剤師、訪問看護師などに相談することもできます。また、お薬手帳がない場合は、薬と一緒に渡されるお薬の説明書を合わせて保管することも大切です。

1. わたしについて

2. 病気になったら

3. エンディング

4. その他



■ やまと西和ネットへの加入 あり なし

■ やまと西和ネット

医療・介護情報を地域の医療機関や介護事業所等で共有することで、みなさまによりよい医療・介護サービスを提供するためのネットワークです。〈詳細はこちら▶〉



■ 健康保険証情報

|         |  |
|---------|--|
| 種類      | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> 生活保護<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 医療費助成制度 | <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 公害 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |

■ 介護保険証

あり なし

■ 介護保険の利用状況

要介護認定を受けている   
 介護保険サービスを利用している   
 介護保険サービスを利用していない



|            |  |           |  |
|------------|--|-----------|--|
| 居宅介護支援事業所名 |  |           |  |
| 担当ケアマネジャー名 |  | 連絡先 (TEL) |  |

■ その他

|       |   |
|-------|---|
| 障害者手帳 | <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 ) <input type="checkbox"/> なし |
| その他   |   |

■ 一般介護予防サービス、総合事業について

心身機能の低下や悪化を防ぎ、要支援・要介護状態となることを防ぐための様々な取組を実施しています。詳しくは、地域包括ケア推進課または、担当地域の地域包括支援センター(P18)へご相談ください。

1. わたしについて

2. 病気になったら

3. エンディング

4. その他

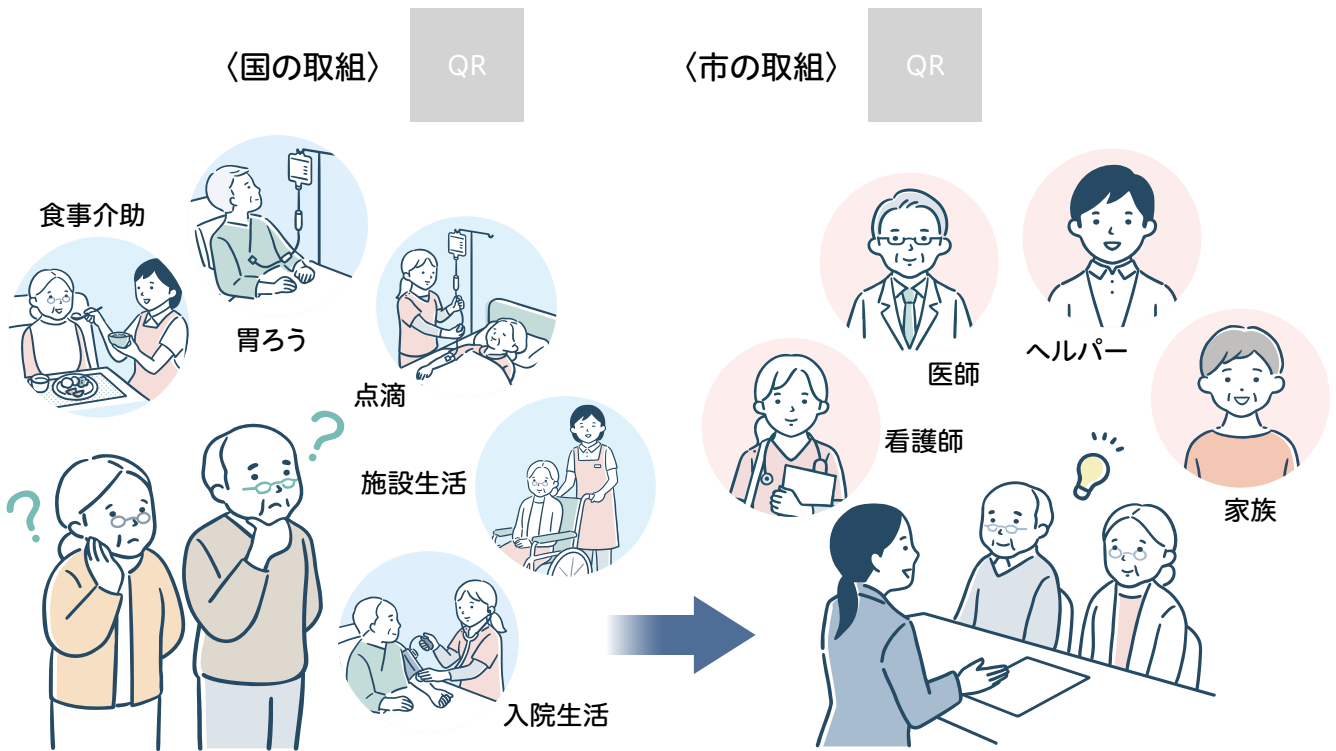
## 人生会議 (ACP)

病気や事故など、もしものときに備えて、あなたが大切にしていることや、望む治療などについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する過程を「人生会議 (ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」といいます。

国は、11月30日を「人生会議の日」としています。

9~13ページの「2. 病気になったら」で考えてもらうことは、「人生会議 (ACP)」そのものです。自分一人で考えるだけでなく、家族や友人など周囲の信頼できる方たちと話し合うことがとても大切なこととなります。

また、分からない言葉や、悩んだときには、かかりつけ医や介護に来ていただいている方に相談して、一緒に考えることもできます。希望する医療やケアにつなげるために、「人生会議 (ACP)」を行ってみましょう。



### ■ 高額療養費制度について

医療機関や薬局の窓口で支払った額が、月の初めから終わりまでで上限額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。ご自身が加入している公的医療保険に、ご相談ください。

### ■ 限度額適用認定証について

入院する前に、ご加入の医療保険から「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受け、医療機関の窓口でこれらの認定証を提示することで、窓口での負担を上限額まで抑えることが可能です。(マイナンバーカードの健康保険証利用をしている方は、限度額適用認定証の準備は不要)

### (1) 突然の病気や、事故によるケガ、または持病の悪化などにより健康状態が急変した場合

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。

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、まずは今のあなたの医療に対する希望や思いを整理してみましょう。

#### ① 告知について (いずれか1つを選択)

- 病名、余命とも告知はしないでほしい
- 病名のみ告知してほしい
- 余命が( )か月以上であれば告知してほしい
- 余命の期間にかかわらず、病名と余命を告知してほしい
- その他( )

#### ② もしもの時、医療機関等があなたの代わりに治療等について相談し話しあう人はどなたですか。

|                              |    |  |       |  |
|------------------------------|----|--|-------|--|
| <input type="checkbox"/> 家族  | 名前 |  | (続柄)  |  |
| <input type="checkbox"/> その他 | 名前 |  | (関係性) |  |

#### ③ 次の質問に対して、思い浮かんだこと、気持ちをそのまま書いてみてください。

(例)「悲しい」「入院したい」などの一言でもかまいません。

(例)「どんな治療でもいいので続けてほしい」「回復の見込みがないなら治療はしないでほしい」「苦痛を和らげるための処置や治療をうけたい」なども大丈夫です。

**Q1** もし、これ以上治療しても病状はよくなると先生に言われたら…

**Q2** もし、もう治療のほどこしようがない「がん」と診断されたら…

## (2) 介護や看護が必要になった場合

病気やケガが安定して、病院を退院するときに、介護や看護が必要な状態となることがあります。また、自分の生活に手伝いが必要な状態になることもあります。今のあなたの介護に対する希望や思いを整理してみましょう。

### ① 介護や看護が必要になったときのことを想像して、次の質問に対して思い浮かんだこと、気持ちをそのまま書いてみてください。

「つらい」「リハビリを頑張る」「施設に入りたい」などの一言でもかまいません。  
 「自宅でヘルパーなどの介護サービスを受けながら生活したい」「家で家族と一緒に生活したい」「先生に往診してほしい」など文章になっても大丈夫です。

**Q1** もし、日常生活において家事や外出に手伝いが必要になったら…

**Q2** もし、病院に通うことができなくなったら…

**Q3** もし、トイレに行けなくなったら…

**Q4** もし、むせたりのみこみが悪くなったりして、口から食事が難しくなったら…

**Q5** もし、認知症になって家族の顔が分からなくなったら…

### ② 判断能力の低下などにより、自分で判断できない状態になった場合

- 家族で相談し決めてほしい
- 家族以外の(氏名： ) (関係性： ) に一任したい
- その他 ( )

1. わたしについて

2. 病気になったら

3. エンディング

4. その他

## 判断能力の低下や物忘れが気になったら…

認知症は誰がなってもおかしくない、身近な病気です。しかし、自分が認知症になったときのことはイメージしにくく、他人事のように感じてしまいます。考えるのが怖い、考えてもしょうがない、そうした思いが強いのかもかもしれません。

認知症への備えをしておくことで、生活の不安や経済的な負担を減らすことができます。認知症の人の介護は、かつての家族が抱え込むものから、関係者と連携して、地域で支えるものへと変わり、さまざまな支援や制度を利用し、日常生活の我慢やストレスを減らすことができます。(詳細は、生駒市ケアパスをご確認ください)

物忘れが  
気になる人は要注意!

気になり始めたら  
自分でチェックしてみましょう。

1年前と比べて気になること、思いあたることはありますか?  
下の表でチェックしてみましょう。

① もの忘れを周りの人から言われる

② 簡単な計算の間違いが多くなった

③ 大きなお金(1万円札)で支払いをする

④ 時間や場所の感覚が不確かになった

⑤ 慣れているところで道に迷った

⑥ 必要な物や事を忘れてしまう

⑦ 同じ物を買ってしまう

⑧ ものの名前がでてこなくなった

⑨ 食べたことや食べたものを忘れる

⑩ 最近の出来事が思い出せない

⑪ 人と会う約束やその日時を忘れる

⑫ 鍋をこがした。ガスの火を消し忘れた

⑬ アンケートや質問用紙の記入に戸惑うことがある

⑭ 医者からもらった薬が余る

⑮ テレビドラマの内容が理解できない、説明できない

⑯ 身だしなみ・服装が気にならなくなった


⑰ 家事・日課・趣味をあまりしなくなった、興味・関心がなくなった

⑱ ささいなことでも怒りっぽくなった

⑲ 以前より疑い深くなった

本間昭(認知症介護研究・研修東京センター長)他監修「認知症を知るホームページ」(<http://www.e-65.net/index.html>) 認知症の図解を森川将行(三重県立こころの医療センター 院長)改変。

『今までとは違う』症状にいくつか気づいたら、一人で悩まずに、相談してください。



認知症に早く気づくことが大切です!

1. 治る病気や一時的な症状の場合があります。  
脳の病気や外科的な処置でよくなる場合や、薬の不適切な使用が原因で認知症のような症状が出る場合もあり、正しく調整することで回復する場合があります。
2. 進行を遅らせることが可能な場合があります。  
アルツハイマー型認知症では、薬で進行を遅らせることができ、早く使い始めると自立した生活を長く送ることができます。

詳しくはこちらへ



〈生駒市ケアパス〉

1. わたしについて

2. 病気になったら

3. エンディング

4. その他

### ■ 成年後見制度について

認知症等によって、物事を自分ひとりで決めることに不安や心配のある人がいろいろな契約や手続きをする時に保護・支援するための制度です。家庭裁判所によって後見人を選任する「法定後見制度」と、本人が十分な判断能力があるうちに、将来に備えて自らが代理人を選定する「任意後見制度」があります。

### (3) 人生の最期が近づいた場合

いずれ迎える最期の時まで自分らしくすごすために、残された時間をどのように過ごすか、何を大切にすることを考えておく必要があります。

1. わたしについて

#### ① 残された時間が限られているとしたら、大切なこと (いくつか選んでも結構です)

- 家族や友人のそばにいること
- 好きなことを好きなようにできること
- 仕事を出来るだけ続けること
- ひとりの時間を過ごすこと
- 身の回りの事は自分でできること
- 痛みも苦しみもなく人生を終えること
- 家族の負担にならないようにすること
- 家族が経済的に困らないようにすること
- その他 ( )

2. 病気になったら

#### ② 人生の最期が近づいた時、最終段階を過ごしたい場所はどこですか

3. エンディング

4. その他

#### ■ エンド・オブ・ライフ(人生の最期)について

自然死とは、いわゆる寿命を全うした死のことです。寿命とは、人が、病気その他の原因がなく死にいたることです。

老衰などにより人生の最期が近づいた時に少しずつ食事が食べられなくなったり、立つことができなくなり寝たきりになったりします。どのように、症状が変化していくかについて、一例を示しています。つらい気持ちになる場合もありますので、ご覧になるときはお気をつけください。

生駒市取組  
HP作成中



**③ 最期のおときまで自分らしく過ごすことを想像して、  
次の質問に対して思い浮かんだこと、気持ちをそのまま書いてみましょう。**

(例)「穏やかに」「自然なままでいたい」などの一言でもかまいません。

(例)「苦しみや痛みを取るなど最小限の治療はしてほしい」「〇〇歳まではどんな状態になっても  
生きたい」「点滴や栄養剤などは使わずに自然に任せてほしい」など文章になっても大丈夫です。

**Q1** もし、少しずつ食べられる量が減ってきて、食事がとれなくなったら…

1. わたしについて

2. 病気になったら

3. エンディング

4. その他

**Q2** もし、呼吸が弱くなってきたら…





## (2) 大切なものについて

### ① ペット

ペットを飼っている     ペットは飼っていない

| ペットの名前 | 種類・品種 | 年齢 | 性別 | 引き取り先の有無                    |                               |
|--------|-------|----|----|-----------------------------|-------------------------------|
|        |       |    |    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり → |
|        |       | 歳  |    | 名前                          | 連絡先                           |
|        |       | 歳  |    | 名前                          | 連絡先                           |
|        |       | 歳  |    | 名前                          | 連絡先                           |
|        |       | 歳  |    | 名前                          | 連絡先                           |
|        |       | 歳  |    | 名前                          | 連絡先                           |
|        |       | 歳  |    | 名前                          | 連絡先                           |

\* ペットの引き取りをお願いしたい場合は、事前に依頼しておき、費用については、財産の中から負担付遺贈をする等、遺言書に書いておくといいでしょう。

### かかりつけの動物病院

|     |  |    |  |
|-----|--|----|--|
| 病院名 |  | 電話 |  |
|-----|--|----|--|

### ② 持ち物について

| 保管したいもの |
|---------|
|         |

| 譲りたいもの |
|--------|
|        |

1. わたしについて

2. 病気になったら

3. エンディング

4. その他

### ③ 資産について

1. わたしについて

2. 病気になったら

資産情報

|                        |        |
|------------------------|--------|
| 金融機関名                  | (支店: ) |
| 金融機関名                  | (支店: ) |
| 金融機関名                  | (支店: ) |
| 加入している<br>生命保険等        |        |
| その他<br>(不動産、株、<br>負債等) |        |

3. エンディング

### ④ SNS(ソーシャルネットサービス)アカウントについて

- X(旧Twitter)     
  Facebook     
  Instagram     
  LINE  
 その他 ( )



- ・毎月定額でお金が引き落されるサービス(課金アプリ、有料Webサービス、定期購入など)の購入先やID(ログイン用の個人識別情報)、PW(パスワード)
- ・資産に関する保管場所や保管方法 等も整理しておきましょう。

4. その他

### (3) その他 (伝えておきたいことを自由にご記入ください)

#### ■ 死後事務委任契約について

亡くなった後に発生する葬儀や各種費用の支払、各種手続き等の事務を頼める親族などがいない場合に、生前に弁護士、司法書士などの専門家や死後事務委任契約を扱う事業者などの第三者に委任契約する制度です。費用や死後事務の内容は、契約者により変わりますので、十分に説明を聞き理解した上で契約することが必要です。

## 4. その他

### (1) 相談・手続先(行政関連)

| 相談内容                       |            | 名称                          | 電話番号                             |
|----------------------------|------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 高齢者に関する相談                  |            | 生駒市地域包括支援センター               | P18参照                            |
| 認知症に関する相談                  |            | 認知症地域支援推進員                  | P17参照                            |
| 介護保険に関する相談                 | 申請に関する相談   | 介護保険課                       | 74-1111 (内線:7430)                |
|                            | サービスに関する相談 |                             | 74-1111 (内線:7420)                |
| 障がいサービスに関する相談              |            | 障がい福祉課                      | 74-1111 (内線:7260)                |
| 権利擁護・成年後見制度に関する相談          |            | 生駒市権利擁護支援センター               | 73-0780                          |
| 年金に関する相談                   | 国民年金加入者    | 福祉政策課                       | 74-1111 (内線:7210)                |
|                            | 厚生年金加入者    | 奈良年金事務所                     | 0742-35-1371<br>【予約】0570-05-4890 |
|                            | 共済年金加入者    | 各共済組合                       | 直接お問い合わせください                     |
| 法律相談                       |            | 防災安全課                       | 74-1111 (内線:3120)                |
| 人権に関する相談                   |            | 人権施策課                       | 74-1111 (内線:3260)                |
| 消費者トラブルに関する相談              |            | 生駒市消費生活センター                 | 72-1100                          |
| ごみの処分に関する相談                |            | 環境保全課                       | 74-1111 (内線:2380)                |
| 経済的な問題など<br>生活の困りごとに関する相談  |            | くらしとしごと支援センター               | 0120-883-132                     |
| ニート・引きこもり等<br>子どもや若者に関する相談 |            | こども・若者総合相談窓口<br>(ユースネットいこま) | 74-7100                          |

### (2) ガン等と診断された場合

|                |                       |                       |
|----------------|-----------------------|-----------------------|
| 医療費の払い戻しに関する相談 | 高額療養費制度               | ご加入の公的医療保険            |
| 税金の還付に関する相談    | 奈良税務署                 | 0742-26-1201          |
| 休職に関する相談       | 傷病手当金                 | 勤務先の担当者、協会けんぽ、健康保険組合等 |
|                | 雇用保険基本手当の<br>受給期間延長制度 | ハローワーク                |

1. わたしについて

2. 病気になったら

3. エンディング

4. その他

### (3) 地域包括支援センター、認知症地域支援推進員

| 名 称                      | 電話番号/所在地   | 担当地域   |
|--------------------------|--|--|
| 生駒市フォレスト<br>地域包括支援センター   | TEL:78-4888<br>FAX:78-1640<br>生駒市北田原町2429-4<br>【認知症地域支援推進員】<br>TEL:      | 高山町、ひかりが丘、北田原町、<br>西白庭台、鹿畑町、美鹿の台、<br>鹿ノ台東、鹿ノ台西、鹿ノ台南、<br>鹿ノ台北   |
| 生駒市阪奈中央<br>地域包括支援センター    | TEL:73-9448<br>FAX:73-9447<br>生駒市俵口町444-1<br>【認知症地域支援推進員】<br>TEL:74-8665 | 南田原町、喜里が丘、生駒台南、<br>生駒台北、新生駒台、松美台、<br>俵口町の一部(阪奈道路以北)  |
| 生駒市東生駒<br>地域包括支援センター     | TEL:75-3367<br>FAX:71-8086<br>生駒市辻町53<br>【認知症地域支援推進員】<br>TEL:75-0021     | 辻町、小明町、谷田町、桜ヶ丘   |
| 生駒市社会福祉協議会<br>地域包括支援センター | TEL:73-7272<br>FAX:74-3610<br>生駒市北新町3-1<br>【認知症地域支援推進員】<br>TEL:74-3341   | 北新町、<br>俵口町の一部(阪奈道路以南)、<br>東松ヶ丘、西松ヶ丘、光陽台   |
| 生駒市梅寿荘<br>地域包括支援センター     | TEL:74-8134<br>FAX:71-8122<br>生駒市西旭ヶ丘12-3<br>【認知症地域支援推進員】<br>TEL:75-3020 | 山崎町、東旭ヶ丘、西旭ヶ丘、新旭ヶ丘、東新町、<br>山崎新町、本町、元町、仲之町、門前町、軽井沢町、<br>東生駒、東生駒月見町、東菜畑、中菜畑、西菜畑町、<br>菜畑町、緑ヶ丘、萩原町、藤尾町、西畑町、鬼取町、<br>小倉寺町、大門町、有里町、小平尾町、青山台 |
| 生駒市メディカル南<br>地域包括支援センター  | TEL:77-7766<br>FAX:76-7700<br>生駒市小瀬町324-2<br>【認知症地域支援推進員】<br>TEL:        | 壱分町、さつき台、小瀬町、<br>南山手台、東山町、萩の台、乙田町、<br>翠光台  |
| 生駒市メディカル北<br>地域包括支援センター  | TEL:71-3500<br>FAX:71-1151<br>生駒市あすか野北2丁目12-13<br>【認知症地域支援推進員】<br>TEL:   | 上町、白庭台、真弓、真弓南、<br>あすか野南、あすか野北、あすか台、<br>北大和、上町台   |

1. わたしについて

2. 病気になったら

3. エンディング

4. その他

#### ■ いこまる相談窓口

介護、障がい、子育て、生活困窮といった分野別の相談体制では解決に結びつかないような「くらしの困りごと」に対応するための相談窓口を設置しています。お気軽にご相談ください。



いこまる相談窓口



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

