

ご存じですか??

## 自筆証書遺言書保管制度

自筆証書遺言書保管制度では、法務局が自筆の遺言書を保管します。遺言者の死後にスムーズにその内容を実現できるようにサポートする仕組みです。  
遺言書の紛失・偽造・変造を防ぎ、家庭裁判所での「検認手続き」が不要になるという大きなメリットがあります。

### ✿手続きについて

- ・予約が必要です(予約して日時を確認しましょう)
- ・必ず遺言者本人が法務局にお越しください(本人じゃないとだめです)

### ✿自筆証書遺言書の作成について

- ・決められた書式(記載例・記載上の注意事項)があります。
- ・遺言者ご自身で作成していただく必要があります。
- ・遺言の内容についての相談はお受けできません。(遺言内容は自分で考えます)
- ・亡くなられた後に遺言書があることを知らせたい相続人等を3名指定できます。(自分が亡くなった後、あなたが遺言書を残していることを知らせることができます)
- ・遺言者は預けた遺言書の閲覧や、遺言書の内容を変更する場合は保管の申請の撤回をすることができます。

✿遺言書の保管の申請には 3,900円がかかります。

問合せ先:  
長崎地方法務局島原支局  
Tel62-2513



## 第14回島原市介護予防推進フォーラムの案内

参加無料

日 時： 令和7年**9月25日**(木)午後1時30分

会 場： **島原市文化会館 中ホール**

テ ー マ： 「認知症になってもよろしくね」

基調講演： 「本人から伝えたいこと、メッセージを聴こう」  
ゲスト： ながさきけん希望大使

活動報告： ①チームオレンジ ことだま ③チームオレンジ 白山元気会  
②チームオレンジ 島原「お城の会」 ④チームオレンジ れい丘元気かい

認知症の人を応援するシンボルカラー  
オレンジの花(マリーゴールド)を  
9月に向けていっしょに育ててくれる人  
募集中!!

これからさらに暑くなり夏本番となります。適度に水分を摂りながら熱中症に  
気を付けて過ごしていきましょう。皆さん、一緒に今年の夏を楽しみましょう♪

発行元 島原市地域包括支援センター 広報委員会  
TEL: 0957-65-5110

島原市 包括 で検索を♪



No. 63

# みてみよかい

～令和7年夏号～

## 島原市のチームオレンジの紹介

「チームオレンジ」とは、認知症サポーターがチームを組み、  
同じ地域で暮らす認知症の方と、その家族の見守りや支援を行うことを目的と  
した活動です。島原市には現在7つのチームオレンジが活動しています。  
今回は昨年度新たに仲間入りした3つのチームオレンジを紹介します!

認知症に  
なっても  
よろしくね。

～仲間とともに、ずっと笑顔で! チームオレンジの体操グループ～

### 有明元気かい・三会元気かい

有明元気かい・三会元気かいでは、介護予防体操や認知症に関する講座の受講、  
参加者同士の交流を大切にしています。認知症を抱える方でも、無理なく参加で  
きるよう、温かい雰囲気づくりを行っています。



### 有明元気かい



【実施日・場所】  
第2・4木曜日 13時半～15時  
有明保健センター

### 三会元気かい



【実施日・場所】  
第1・3火曜日 13時半～15時  
三会公民館

## 魚見第一団地ふれあいサロン

～楽しく集い、支え合う場 チームオレンジのふれあいサロン～



月に1回集まり、おしゃべりや、  
お菓子・小物づくり、講話の受講  
などを楽しみながら、気軽に交流  
できる場です。  
「もの忘れが気になる」そんな方  
でも、いつまでも安心して参加で  
きる場を目指しています。

【実施日・場所】  
第1月曜日 9時半～12時  
魚見団地第一集会所

4/25  
(金)

第8回島原市

# 在宅医療・介護連携地域公開セミナー が開催されました

テーマ:

「人生会議(ACP)」

～自分らしく生を全うするための意思決定～

講師:

(一社)エンドオブライフ・ケア協会 理事  
めぐみ在宅クリニック 院長 小澤 竹俊 先生



小澤先生は、横浜で訪問診療に力を入れておられ、これまで3,500人以上の方のお看取りをされています。講演も数多く行う、ホスピスマインドの伝道師です。

苦しんでいる人は、自分の  
苦しみを‘わかってくれる人’が  
いるとうれしい。

人生会議(ACP)のゴールは、  
皆が穏やかであること。  
穏やか=安心・安全・楽しい・うれしい  
などプラスの気持ち。  
ACPの間では対話が大切である。  
とお話がありました。



120名参加

(オンライン参加含む)

たくさんのご参加  
ありがとうございました！



10代から80代まで  
幅広い世代の方に  
参加いただきました！



【参加者の感想】

- 人生会議の根底、苦しみに気づく事への大切さが深まりました。
- わかってくれる人がいるだけで頑張れると本当に思います。自分を支えてくれた人達をこれからも大切にしていきたいと思います。
- まだ先と思わず今の意思を、自分の大切な人に伝えておくことが必要だと改めて思いました。
- 専門職は死ということは遠くないことと思っても、家族にとってはマイナスのイメージがあり、結果が出ないことが多いが、このような学びをもっともっと若い時からすべきである。
- 苦しみに気づける人になりたいし、学んだ活動を実践できるようにしたい。

書いて  
みませんか？

島原市の

「つながるメモ」とACP「もしもメモ」

医療と介護の連携のための「つながるメモ」

| 「つながるメモ」   |       | 島原市  |     |
|------------|-------|------|-----|
| 記入日        | 年 月 日 | 性別   | 男 女 |
| 氏名         |       |      |     |
| 生年月日       | 年 月 日 | 住所   |     |
| 緊急連絡先      | 姓 名   | 電話番号 |     |
| 記入者        |       |      |     |
| ★担当ケアマネジャー |       |      |     |
| 記入日        | 担当氏名  | 職名   |     |
| 今年 年 月 日   | 氏名    | 職名   |     |
| 記入日        | 担当氏名  | 職名   |     |
| 今年 年 月 日   | 氏名    | 職名   |     |
| 医師         | 氏名    | 職名   |     |
| 民生委員       | 氏名    | 職名   |     |

【ご本人同意欄】(口)にチェックを入れたください。  
記載されている情報を、医療・介護の関係機関へ提供することに同意します。

【ご本人・ご家族様へ】  
以下の時に医療・介護関係機関へご提示ください。  
初めて医療機関や介護サービスを利用するとき  
「つながるメモ」の記載内容に変更があったとき

【医療・介護関係者へ】  
ご本人が利用されている医療機関・介護サービスを  
ご提供いただき、必要に応じて、関係機関との情報共有  
にご活用ください。利用についての同意はご本人から  
いただいております。裏面に記載のない医療機関、  
サービスがありましたら記入をお願いします。

発行元：島原市在宅医療・介護相談センター

Point

二つのメモは  
お薬手帳等で保管を  
お願いします

もしもの時はいつ訪れるかわかりません。  
そこで、もしもの時に備えて、自分の医療や  
介護の希望を伝えて、家族や信頼できる人  
たちと共有できるメモがあります。もしもの  
話のきっかけ作りに活用してみませんか？

自分の思いを話し合うACP「もしもメモ」

| ACP 「もしもメモ」                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | 島原市在宅医療・介護相談センター発行                                                                                                                                                                                    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 氏名( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 記入日 年 月 日 | 介護の希望                                                                                                                                                                                                 |  |
| ◆話し合った人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           | <input type="checkbox"/> どこまで介護をしてほしいですか<br><input type="checkbox"/> できるだけ自宅を希望する<br><input type="checkbox"/> 施設や病院に入りたい<br><input type="checkbox"/> 家族・親族の判断にまかせる<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |
| <input type="checkbox"/> わたし <input type="checkbox"/> 家族 ( )<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 ( )<br><input type="checkbox"/> ケア・マネージャー ( )<br><input type="checkbox"/> 医療機関 ( )<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                 |           | ◆誰に介護してほしいですか                                                                                                                                                                                         |  |
| ◆自分以外の誰かが判断をしなくては<br>いけない場合、意見を尊重してほしい人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           | <input type="checkbox"/> できるだけ家族にまかせない<br><input type="checkbox"/> ヘルパーなど介護の専門家にまかせたい<br><input type="checkbox"/> 家族・親族の判断にまかせる<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                   |  |
| 名前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           | ◆重期を過ごす場所はどこがいいですか                                                                                                                                                                                    |  |
| 連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           | <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 病院 ( )<br><input type="checkbox"/> 介護施設など<br><input type="checkbox"/> まだ決められない<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                            |  |
| ◆希望量について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           | ◆その他わたしの介護や医療について記しておきたいこと                                                                                                                                                                            |  |
| 心臓マッサージなど<br><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない<br>気管挿管・人工呼吸器<br><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない<br>胃ろう・経管栄養<br><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない<br>透析治療<br><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない |           | ◆家族の意向など                                                                                                                                                                                              |  |

島原市の「つながるメモ」は在宅医療・介護相談センターと島原市保健センターに、  
島原市のACP「もしもメモ」は在宅医療・介護相談センター（包括センター内）にあります！

島原市

在宅医療・介護相談センターの出前講座！！

在宅医療・介護相談センターの  
相談員が出張いたします！



講座内容

- ①在宅医療・介護について  
住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を続けるために  
在宅医療・介護についての講話をしています。
- ②終活に関する講話  
これからの人生をよりよく生きるために自分の理想とする  
エンディングを一緒に考えましょう。
- ③「もしバナゲーム」について  
もしもの時を想定し自分の考えをみんなで話し合います。



ご依頼  
お待ちしております！

問合せ先：  
島原市在宅医療・介護相談センター  
(島原市地域包括支援センター内)  
Tel65-5110