

区連会資料

令和7年7月18日

自治会・町内会長 各位

西区福祉保健課長

**あんしんカードの更新について（依頼）**

日頃より、西区政にご理解ご協力をいただき、誠にありがとうございます。

現在、多くの自治会・町内会で「あんしんカード」をご活用いただき、地域での顔の見える関係づくりを進めていただいております。

あんしんカードの活用にあたっては、対象者を取り巻く状況に変化が生じることがあるため、定期的な更新を推奨しております。今回の配送資料の中に、あんしんカードを10部入れさせていただきますので、ご活用くださいますようお願いいたします。また、追加を御希望の場合は、下記の申込方法によりお申込みください。なお、このたび日本語版に加えて、新たに英語版、中国語版のあんしんカードも作成しました。ご希望の場合は、同様に下記によりお申込みください。

添付の「“あんしんカード”で顔の見える関係づくりを！」をご参考に、高齢者や障害者の方、その他必要と思われる方に、自治会・町内会の皆様、民生委員・児童委員の皆様、ふれあい会などの皆様からお渡しくださるようお願いいたします。

**1 申込方法**

(1) F A XまたはEメールで「配布申込書」を福祉保健課までお送りください。

福祉保健課F A X（324-3703）

E-Mail：ni-nikomachi@city.yokohama.lg.jp

(2) ご来庁

西区役所 福祉保健課（2階24番窓口）まで「配布申込書」をお持ちください。

**2 配布物**

あんしんカードの他、わかりやすい場所に貼って使用できるように、クリアファイルとマグネットも併せて配布しております。

【参考】次のようなときには、必要となる数をぜひお申し込みください。

- 「あんしんカード」の取組を新たに始めたい
- 配布対象を広げたい（例：高齢者だけでなく障害のある方にも配布したい）
- 新規に把握した対象者に配布したい（例：70歳以上を対象にしているので、今年は新たに70歳になった方の分が必要）
- カード自体を更新したい（例：記載した情報が古いので、更新が必要）

【問合せ先】西区福祉保健課 事業企画担当

小高、櫻井、島田、桑原

電話番号：045-320-8437

F A X：045-324-3703

E-Mail：[ni-nikomachi@city.yokohama.lg.jp](mailto:ni-nikomachi@city.yokohama.lg.jp)

# “あんしんカード”で顔の見える関係づくりを！

現在、「あんしんカード」を地域ぐるみで配布することで、「顔の見える関係づくり」を広げる取組が、多くの自治会・町内会で進められています。

今後も「あんしんカード」をはじめとした顔の見える関係づくりが、地域ぐるみの取組として広がり、継続され、一人でも多くの高齢者や障害者等と地域とのつながりが広がっていくことを目指して、一層の取組を進めていただければ幸いです。

西区連合町内会・自治会連絡協議会 会長 平野 周二  
西区長 菊地 健次

## あんしんカードとは

災害時や緊急時、駆け付けた人に必要な情報がわかるよう緊急連絡先などを記載してわかりやすい場所に貼っておくカードです。

自治会・町内会をはじめ、地域ぐるみで高齢の方や障害のある方を訪問するきっかけのツールとして活用することで「顔の見える関係づくり」に役立ちます。

## あんしんカード活用の流れとポイント

申込



自治会・町内会ごとに、申込書に所定の項目を記入し、福祉保健課にファックス等でお申し込み下さい。

配布



高齢者や障害者、そのほか支援が必要と思われる方に、自治会・町内会の皆様、民生委員・児童委員の皆様、ふれあい会などの皆様からお渡し下さい。実際にお宅を訪問し、手渡ししたり、一緒に記入をしていただくなど工夫をしていただくと、より効果的です。

また、お渡しの際、あんしんカード表面一番下に個人情報共有について記載があります。個人情報を共有する場合は、「誰がどのような目的で共有するか」をご説明いただき本人から署名をしていただくようお願いいたします。

継続した  
関係づくり

「あんしんカード」の配布を通じて、地域ぐるみで見守っているというメッセージになり、日頃からのコミュニケーションが増えるという効果が出てきます。そうした関係は、緊急時（病気で倒れた、地震、風水害などが発生したなど）にも大いに役立ちます。



更新

継続して取り組む中で、「あんしんカード」の情報の更新が必要になったりします。また「あんしんカード」の情報更新を目的に、定期的な訪問もできます。



# あんしんカード

年 月 日 記入

|                                                                    |                                                       |                                                                                                            |            |                            |             |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|-------------|
| ふりがな                                                               |                                                       |                                                                                                            |            | せいねんがっぴ<br>生 年 月 日         | ねんれい<br>年 齡 |
| し め い<br>氏 名                                                       |                                                       |                                                                                                            |            | ( 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 )<br>年 月 日 | 歳           |
| じゅうしょ<br>住 所                                                       | にしく<br>西区                                             |                                                                                                            |            | ☎                          |             |
| きんきゅうれんらくさき<br>緊急連絡先                                               | ふりがな                                                  |                                                                                                            | かんけい<br>関係 |                            | ☎           |
|                                                                    | し め い<br>氏 名                                          |                                                                                                            |            |                            |             |
|                                                                    | ふりがな                                                  |                                                                                                            | かんけい<br>関係 |                            | ☎           |
|                                                                    | し め い<br>氏 名                                          |                                                                                                            |            |                            |             |
| みぢかなそうだんさき<br>身近な相談先                                               | きんじょのひと<br>近所の人<br>ゆうじん<br>友人など                       | ふりがな                                                                                                       |            | ☎                          |             |
|                                                                    |                                                       | し め い<br>氏 名                                                                                               |            |                            |             |
|                                                                    | みんせいいいん<br>民生委員                                       | ふりがな                                                                                                       |            | ☎                          |             |
|                                                                    |                                                       | し め い<br>氏 名                                                                                               |            |                            |             |
|                                                                    | そ の た<br>その他                                          | ふりがな                                                                                                       |            | ☎                          |             |
|                                                                    |                                                       | し め い<br>氏 名                                                                                               |            |                            |             |
| しんさいじひなんばしょ<br>震災時避難場所                                             |                                                       |                                                                                                            |            | ふうすいがいじひなんばしょ<br>風水害時避難場所  |             |
| かかりつけ医                                                             |                                                       |                                                                                                            |            |                            |             |
| たつた<br>その他伝えたいこと<br>(アレルギーなど)                                      |                                                       |                                                                                                            |            |                            |             |
| 該<br>当<br>す<br>る<br>方<br>だ<br>け<br>ご<br>記<br>入<br>く<br>だ<br>さ<br>い | かいごほけん<br>介護保険の<br>ケアマネジャー                            | じぎょうしょめい<br>事業所名 ( )                                                                                       |            |                            | ☎           |
|                                                                    | けいかくそうだん<br>計 画 相 談                                   | じぎょうしょめい<br>事業所名 ( )                                                                                       |            |                            | ☎           |
|                                                                    | てちょう<br>手帳について                                        | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 障害 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 |            |                            |             |
|                                                                    | かよっているしせつ<br>通っている施設<br>そうだんきかん<br>相談機関<br>しょくば<br>職場 | めいしょう<br>名 称 ( )                                                                                           |            |                            | ☎           |
|                                                                    |                                                       | めいしょう<br>名 称 ( )                                                                                           |            |                            | ☎           |

このカード情報は、あなたの地域で、顔の見える関係づくりや見守り・訪問活動のために、自治会町内会、ふれあい会、シニアクラブ、その他の支援関係者間で共有・活用される場合があります。

このことにご承諾いただける場合には、署名をお願いします。 署名：

○自由記載欄（配慮が必要なこと）



西区のマスコット  
にしまるちゃん

○困った時の相談・連絡先（市外局番はいずれも045）

○福祉保健等について（相談時間 月～土 9:00～18:00）※施設点検等のため休館する場合は  
日・祝日 9:00～17:00 あります。夜間・休館日は電話受付のみ

| 施設名 | 地域ケアプラザ | ☎<br>FAX |
|-----|---------|----------|
|-----|---------|----------|

○障害のある方について

| 施設名                 | 主な相談 | 電話                                              | FAX      | 相談時間                |
|---------------------|------|-------------------------------------------------|----------|---------------------|
| 横浜障がい相談システム<br>ねくさす | 障害全般 | 594-7681<br>(相談時間外の緊急時は、<br>ガッツ・びーと西 250-6506に) | 594-7682 | 主に月～金<br>9:00～17:00 |
| 生活支援センター西           | 精神障害 | 252-2414                                        | 348-9090 | 月～土<br>10:00～17:00  |

○西区役所相談窓口（月～金 8:45～17:00）

|                      |                            |                      |                            |
|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|
| 高齢・障害支援課 高齢者<br>支援担当 | ☎ 320-8410<br>FAX 290-3422 | 高齢・障害支援課 障害者<br>支援担当 | ☎ 320-8417<br>FAX 290-3422 |
|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|

○夜間の急病には

|      |                 |            |             |          |
|------|-----------------|------------|-------------|----------|
| 施設名  | 横浜市夜間急病センター     | ☎ 212-3535 | 住所          | 中区桜木町1-1 |
| 診療科目 | 内科・小児科・眼科・耳鼻咽喉科 | 診療時間       | 20:00～24:00 |          |

○急病時などに受診できる医療機関の案内（24時間・年中無休）

|     |             |    |       |     |                   |
|-----|-------------|----|-------|-----|-------------------|
| 施設名 | 横浜市救急相談サービス | 電話 | #7119 | FAX | 242-3808(聴覚障害者専用) |
|-----|-------------|----|-------|-----|-------------------|

○精神疾患の急激な発症や病状の悪化で、早急な医療が必要な方に対する  
医療機関の案内

|     |                                                                         |    |          |
|-----|-------------------------------------------------------------------------|----|----------|
| 施設名 | 精神科救急医療情報窓口                                                             | 電話 | 261-7070 |
| 時間  | 平日夜間：17:00～翌朝8:30（翌朝8:00まで受付）<br>土・日・祝日：8:30～翌朝8:30（日・祝日の翌平日朝は8:00まで受付） |    |          |



# Care Card

Written (Year / Month):     /

|                                       |                                     |                                                                                                                                                                                 |                                                              |                       |  |     |  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|--|-----|--|
| Furigana                              |                                     |                                                                                                                                                                                 |                                                              | Date of Birth         |  | Age |  |
| Name                                  |                                     |                                                                                                                                                                                 |                                                              | YYYY/MM/DD:    /    / |  |     |  |
| Address                               |                                     |                                                                                                                                                                                 |                                                              |                       |  |     |  |
| Emergency Contact                     |                                     |                                                                                                                                                                                 | Relationship                                                 |                       |  |     |  |
|                                       | Name                                |                                                                                                                                                                                 |                                                              |                       |  |     |  |
|                                       |                                     |                                                                                                                                                                                 | Relationship                                                 |                       |  |     |  |
|                                       | Name                                |                                                                                                                                                                                 |                                                              |                       |  |     |  |
| Close Contacts                        | Neighbor,<br>Friend, etc.           |                                                                                                                                                                                 |                                                              |                       |  |     |  |
|                                       |                                     | Name                                                                                                                                                                            |                                                              |                       |  |     |  |
|                                       | Welfare<br>Officer                  |                                                                                                                                                                                 |                                                              |                       |  |     |  |
|                                       |                                     | Name                                                                                                                                                                            |                                                              |                       |  |     |  |
|                                       | Other                               |                                                                                                                                                                                 |                                                              |                       |  |     |  |
|                                       |                                     | Name                                                                                                                                                                            |                                                              |                       |  |     |  |
| Local Evacuation Site for Earthquakes |                                     |                                                                                                                                                                                 | Local Evac Site for Other Disasters (storms, flooding, etc.) |                       |  |     |  |
| Primary Doctor                        |                                     |                                                                                                                                                                                 |                                                              |                       |  |     |  |
| Conditions, Allergies, etc.           |                                     |                                                                                                                                                                                 |                                                              |                       |  |     |  |
| Only fill in fields that apply.       | Long-Term Care Insurance Manager    | Name of Provider ( )                                                                                                                                                            |                                                              |                       |  |     |  |
|                                       | Care Planner                        | Name of Provider ( )                                                                                                                                                            |                                                              |                       |  |     |  |
|                                       | Handbook Details                    | <input type="checkbox"/> Physical Disability Certificate <input type="checkbox"/> Certificate of Intellectual Disability <input type="checkbox"/> Mental Disability Certificate |                                                              |                       |  |     |  |
|                                       | Relevant Care Centers / Homes, etc. | Name ( )                                                                                                                                                                        |                                                              |                       |  |     |  |
|                                       | Relevant Advisory Agencies          | Name ( )                                                                                                                                                                        |                                                              |                       |  |     |  |
|                                       | Place of Work                       |                                                                                                                                                                                 |                                                              |                       |  |     |  |

The information on this card may be shared among local councils / associations, community groups, senior clubs, and other support systems in order to build a better infrastructure for care in your area. Signing this form means you agree to this.

Signature: \_\_\_\_\_

Feel free to write anything pertinent in this field (special needs, etc.).



Nishi Ward Mascot  
"Nishimaro"

## Handy Places to Call / Consult

(All use area code "045.")

For Health and Welfare Matters

Hours  
Mon. - Sat.: 9:00 a.m. - 6:00 p.m.  
Sun. / Holidays: 9:00 a.m. - 5:00 p.m.

\* Only phone consultation will be available during routine building inspections and at night.

| Name | Community Care Plaza | Fax |
|------|----------------------|-----|
|------|----------------------|-----|

For Those With Disabilities

| Name                                            | Field               | Phone Number                                                                           | Fax      | Hours                                                   |
|-------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------|
| Yokohama Disability Consultation System "Nexus" | All Disabilities    | 594-7681<br>For emergencies outside of general hours, call "Guts Beat Nishi": 250-6506 | 594-7682 | Mon. - Fri.<br>9:00 a.m. - 5:00 p.m.<br>(general hours) |
| Public Assistance Center Nishi                  | Mental Disabilities | 252-2414                                                                               | 348-9090 | Mon. - Sat.<br>10:00 a.m. - 5:00 p.m.                   |

Nishi Ward Office Consultation Center (Mon. - Fri. | 8:45 a.m. - 5:00 p.m.)

|                                                                     |                            |                                                                     |                            |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Manager for Elderly Support (Elderly and Disabled Support Division) | ☎ 320-8410<br>Fax 290-3422 | Manager for Elderly Support (Elderly and Disabled Support Division) | ☎ 320-8417<br>Fax 290-3422 |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|

For Medical Emergencies at Night Hours

| Name  | Yokohama City Night Emergency Medical Care Center        | ☎ 212-3535 | Address              | 1-1 Sakuragicho, Naka-ku |
|-------|----------------------------------------------------------|------------|----------------------|--------------------------|
| Field | General medicine, pediatrics, eye, ear, nose, and throat | Hours      | 8:00 p.m. - midnight |                          |

For Support Regarding Where to Get Emergency Care (24/7)

| Name | Yokohama City Emergency Medical Consultation Service | Phone | #7119 | Fax | 242-3808<br>(for the hearing-impaired) |
|------|------------------------------------------------------|-------|-------|-----|----------------------------------------|
|------|------------------------------------------------------|-------|-------|-----|----------------------------------------|

For Support Regarding Where to Get Emergency Mental Illness-Related Care

| Name  | Mental Health Emergency Support Center                                                                                                                                                                                 | Phone | 261-7070 |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|
| Hours | Weekdays (night): 5:00 p.m. - 8:30 a.m. (reception available until 8:00 a.m.)<br>Weekends / Holidays: 8:30 a.m. - 8:30 a.m. the next day (for Sundays / holidays, reception available until 8:00 a.m. of next weekday) |       |          |



# 安心卡

年 月填写

|                    |                 |                                                                                                            |    |               |       |    |
|--------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|-------|----|
| 注音假名               |                 |                                                                                                            |    |               | 生日    | 年龄 |
| 姓 名                |                 |                                                                                                            |    |               | 年 月 日 | 岁  |
| 住 址                | 西区              |                                                                                                            |    |               | ☎     |    |
| 紧急联系方式             |                 |                                                                                                            | 关系 |               | ☎     |    |
|                    | 姓名              |                                                                                                            |    |               | ☎     |    |
|                    |                 |                                                                                                            | 关系 |               | ☎     |    |
|                    | 姓名              |                                                                                                            |    |               | ☎     |    |
| 身边可咨询的人            | 邻居<br>友人等       |                                                                                                            |    | ☎             |       |    |
|                    |                 | 姓名                                                                                                         |    |               |       |    |
|                    | 民生委员            |                                                                                                            |    | ☎             |       |    |
|                    |                 | 姓名                                                                                                         |    |               |       |    |
|                    | 其他              |                                                                                                            |    | ☎             |       |    |
|                    |                 | 姓名                                                                                                         |    |               |       |    |
| 震灾时避难场所            |                 |                                                                                                            |    | 风灾水灾时<br>避难场所 |       |    |
| 家庭医生               |                 |                                                                                                            |    |               |       |    |
| 其他希望告知的事项<br>(过敏等) |                 |                                                                                                            |    |               |       |    |
| 仅请有相应情况的人士填写       | 介护保险的<br>照护管理员  | 事业所名称 (☎ )                                                                                                 |    |               | ☎     |    |
|                    | 计划咨询            | 事业所名称 ( )                                                                                                  |    |               | ☎     |    |
|                    | 关于手册            | <input type="checkbox"/> 身体残障者手册 ( ) 残障 <input type="checkbox"/> 爱之手册 <input type="checkbox"/> 精神残障者保健福祉手册 |    |               |       |    |
|                    | 正在利用的设施<br>咨询机构 | 名 称 ( )                                                                                                    |    |               | ☎     |    |
|                    | 职场              | 名 称 ( )                                                                                                    |    |               | ☎     |    |

为了在您的地区，创建相互熟识的关系，开展守护和访问活动，本卡所记载的信息有可能被自治会町内会、交友会、老年俱乐部及其他支援相关人士之间共享和利用。

如果您对此表示同意，请签名。

签名：\_\_\_\_\_



## ○自由填写栏（需要关照的事项）



西区的吉祥物  
NISHIMAROCHYAN

## ○ 感到困惑时的咨询、联系窗口

（ 城市区号均为 0 4 5 ）

### ○ 关于福祉保健等

咨询时间 周一～周六 9:00～18:00  
周日・节假日 9:00～17:00

※有时会因设施检查等而休息。夜间、休息日仅进行电话受理。

| 设施名称 | 地区护理广场 | FAX |
|------|--------|-----|
|------|--------|-----|

### ○关于残障人士

| 设施名称                  | 主要咨询内容       | 电话                                                   | FAX      | 咨询时间                   |
|-----------------------|--------------|------------------------------------------------------|----------|------------------------|
| 横滨残障咨询系统<br>NEKUSATSU | 残障相关<br>全部事项 | 594-7681<br>(咨询时间外发生紧急情况时联系 GATTSU・BI-TO 西 250-6506) | 594-7682 | 主要为周一～周五<br>9:00～17:00 |
| 生活支援中心西               | 精神残障         | 252-2414                                             | 348-9090 | 周一～周六<br>10:00～17:00   |

### ○西区役所咨询窗口（周一～ 周五 8:45 ～17:00）

|                       |                          |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 高龄・残障支援课<br>高龄者支援负责部门 | FAX 320-8410<br>290-3422 | 高龄・残障支援课<br>高龄者支援负责部门 | FAX 320-8417<br>290-3422 |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|

### ○ 夜间突发急病时

|      |                 |            |               |           |
|------|-----------------|------------|---------------|-----------|
| 设施名称 | 横滨市夜间急病中心       | ☎ 212-3535 | 地址            | 中区樱木町 1-1 |
| 诊察科目 | 内科・小儿科・眼科・耳鼻咽喉科 | 诊察时间       | 20:00 ～ 24:00 |           |

### ○ 突发急病等情况下介绍可就诊的医疗机构（24 小时・全年无休）

|      |           |    |        |     |                    |
|------|-----------|----|--------|-----|--------------------|
| 设施名称 | 横滨市急救咨询服务 | 电话 | # 7119 | FAX | 242-3808（听觉障碍人士专用） |
|------|-----------|----|--------|-----|--------------------|

### ○ 针对精神疾患突然发作及病状恶化，急需进行医疗的人士，介绍医疗机构

|      |                                                                                               |    |          |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|
| 设施名称 | 精神科急救医疗信息窗口                                                                                   | 电话 | 261-7070 |
| 时间   | 工作日夜间：17:00 ～ 次日早晨 8:30（受理截至次日早晨 8:00）<br>周六・周日・节假日：8:30 ～ 次日早晨 8:30（周日、节假日的次日工作日早晨受理截至 8:00） |    |          |



申込書提出先 西区福祉保健課事業企画担当 行  
FAX 045-324-3703  
E-Mail ni-nikomachi@city.yokohama.lg.jp

## 令和 年度「あんしんカード」等 配布申込書

|                                 |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                             |            |               |
|---------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| 申込者                             | 自治会・町内会等名                                       | 申込責任者氏名                                                                                                                                                                                                                                     | 住所・電話番号    |               |
|                                 |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                             | 〒<br>番 ( ) |               |
| 申込内容                            | 配布希望数<br>※「カード」と「クリアファイル・マグネット」それぞれの必要数をお書きください | あんしんカード                                                                                                                                                                                                                                     |            | クリアファイル・マグネット |
|                                 |                                                 | 日本語版                                                                                                                                                                                                                                        | 枚          | セット           |
|                                 |                                                 | 英語語版                                                                                                                                                                                                                                        | 枚          |               |
|                                 |                                                 | 中国語版                                                                                                                                                                                                                                        | 枚          |               |
|                                 | 必要物品のお渡し方法<br>※希望される方法の番号に○をつけてください             | 1 申込責任者宅へ配送<br>2 区役所(福祉保健課)窓口で受け取り<br>3 その他( )                                                                                                                                                                                              |            |               |
| 自治会・町内会等での取組                    | 配布対象<br>※あてはまるものすべてに○をつけてください。                  | 1 高齢者( ____ 歳以上 )<br>→ ア すべての高齢者に配付<br>イ 高齢者のうち以下の世帯に配付<br>→ A ひとり暮らし B 高齢者のみ世帯 C 日中独居<br>2 障害者<br>3 その他<br>(具体的に )<br>※今年度の取組で対象者の見直しや拡大をされた場合は、具体的に<br>見直した点もお書きください。<br>※記入例:「障害者にも配布することにした」、「75 歳以上を対象に<br>していたが、70 歳以上を対象にすることにした」 など |            |               |
|                                 |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                             |            |               |
|                                 |                                                 | 訪問・配布の時期                                                                                                                                                                                                                                    | 年 月 頃      |               |
|                                 | 配布方法                                            | 【記入例】:「回覧版でカード希望者を募った上で、町内会の〇〇担当<br>と〇〇会などが、2人1組で訪問して手渡す」など                                                                                                                                                                                 |            |               |
| 備考<br>その他ご質問等がありましたら<br>お書きください |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                             |            |               |