

～東郷町介護予防・日常生活支援総合事業～

「介護予防・日常生活支援総合事業」とは、高齢者がいつまでも住み慣れた地域で暮らし続けられるように、地域全体で高齢者を支えるとともに、高齢者自身も自らの持つ能力を最大限に活かして要介護状態になることを予防するための仕組みです。

- * 「要支援1、2」の方と、基本チェックリストで「事業対象者」になられた方が利用できるサービスです。
- * それぞれの事業所が行っているサービスの内容については、事業所に直接お問い合わせください。

◆基準緩和訪問型サービスA◆

* 生活支援に関する講座を受講した地域の住民などが、日常生活に対する困りごとを援助する訪問型のサービスです。（調理の一部介助や掃除、ゴミ出し等）

市町村名	事業所名	電話番号	所在地
東郷町	もみの木訪問介護事業所	0561-38-7871	春木字池田39-1
東郷町	東郷町社会福祉協議会 指定訪問介護事業所	0561-37-5411	諸輪字北山158-90
東郷町	ヘルパーハウス レオン	0561-41-8020	和合ヶ丘3-8-5 グリーンハイツ和合102

* 以下の事業所は東郷町からの委託により基準緩和訪問型サービスAを実施する事業所です。

市町村名	事業所名	電話番号	所在地
東郷町	公益社団法人 東郷町シルバー人材センター	0561-38-5811	春木字申下40

◆基準緩和通所型サービスA◆

* 事業所が提供するミニデイ、レクリエーション、運動教室等を行う通所型のサービスです。

市町村名	事業所名	電話番号	所在地
東郷町	デイサービスセンター イースト・ヴィレッジ	0561-38-1033	春木字下鏡田 446-1104
東郷町	デイサービスセンターおさんぽ	0561-42-8887	和合字牛廻間19-33
東郷町	デイサービスセンターはなのき東郷	0561-39-5487	白鳥二丁目2-3
東郷町	デイサービスセンター エイジトピア諸輪	0561-38-6700	諸輪字後山60-5
東郷町	基準緩和型デイサービス ちしゅう接骨院	0561-38-8830	清水一丁目10-1 グローリア壺番館3号
東郷町	合資会社エンジョイハウスにここにこ	0561-74-2281	諸輪字上鉾12-243

◆自立支援リハビリサービス（短期集中予防サービス）◆

* 専門職が3～6か月の短期間で自宅に訪問し体力改善に向けた相談指導を行う訪問型サービスと、生活機能を改善させるために運動器の機能向上や栄養改善等を行う通所型サービスを組み合わせて提供します。

市町村名	事業所名	電話番号	所在地
東郷町	訪問看護・リハビリステーション 太陽（訪問）	0561-39-1977	北山台五丁目11-3 Clair Kitayama A棟10
東郷町	老人保健施設 和合の里（通所）	052-807-1500	春木字白土1-395

『基本チェックリスト』とは・・・

皆様の普段のお体の状況や生活の様子等について伺う簡単なアンケートです。

このアンケートの結果、所定の点数を満たした方は「事業対象者」として認定されます。

基本チェックリストの実施を希望する場合は、地域包括支援センター（17ページ参照）または役場高齢者支援課窓口にお越しください。

「事業対象者」として認定された後は、サービス計画の作成を経て、上記の「介護予防・日常生活支援総合事業」のサービスを利用できます。

基本チェックリスト

見本

- 質問項目を読み、回答欄に○をつけましょう。（現在の状況、ご自身の判断（主観）で回答ください。）
- 判定欄に合計点数を記入しましょう。（回答欄のはい・いいえの左にある0・1の数字を足します）
- 各判定欄のどれか一つでも該当すれば、事業対象者となります。

この基本チェックリストは、総合事業での介護予防・生活支援サービス事業の利用にあたり、東郷町高齢者支援課及び担当行政区の地域包括支援センターに情報提供されますのでご了承ください。

氏名	男・女	生年月日	大正 昭和	年 月 日 (歳)	
住所	(電話番号:)		記入日	令和 年 月 日	
No	質問項目		回答		判定
1	バスや電車で1人で外出していますか		0. はい	1. いいえ	NO. 1～20の 合計()点 10点以上で該当 該当・非該当
2	日用品の買い物をしていますか		0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか		0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか		0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか		0. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか		0. はい	1. いいえ	合計()点 3点以上で該当 該当・非該当
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか		0. はい	1. いいえ	
8	15分間位続けて歩いていますか		0. はい	1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか		1. はい	0. いいえ	合計()点 2点以上で該当 該当・非該当
10	転倒に対する不安は大きいですか		1. はい	0. いいえ	
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか		1. はい	0. いいえ	合計()点 2点以上で該当 該当・非該当
12	身長(cm) 体重(kg) BMI() *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))		1. BMI 18.5未満	0. BMI 18.5以上	
13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか		1. はい	0. いいえ	合計()点 2点以上で該当 該当・非該当
14	お茶や汁物等でむせることがありますか		1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか		1. はい	0. いいえ	NO.16が 「いいえ」で該当 該当・非該当
16	週に1回以上は外出していますか		0. はい	1. いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		1. はい	0. いいえ	合計()点 1点以上で該当 該当・非該当
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか		1. はい	0. いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか		0. はい	1. いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか		1. はい	0. いいえ	合計()点 2点以上で該当 該当・非該当
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない		1. はい	0. いいえ	
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった		1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる		1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない		1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする		1. はい	0. いいえ	