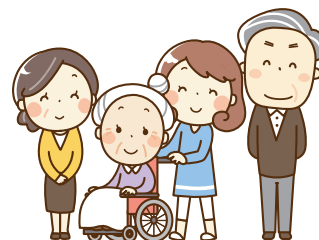


# 「支え合い自ら輝く地域づくり」を目指して

たてしな“ずく”りの会では、平成30年度に、障がい者、子ども・子育て、交通、高齢者について町担当職員より現状や施策について説明を受けました。また、各地区にあるベンチや休める場所についても委員で調べたり、地区での活動について住民が一目で見えてわかるような台帳の整備を進めています。1～2年で取り組むべきこと「①近隣の住民の暮らしの状況・意識を互いに知る②集まるスペース・ベンチを設ける③公民館を使いやすくする④多世代交流・イベント⑤人材の発掘と育成」に向けて、多様な住民の主体的な自助・互助の取組みを開発、推進していかれるように活動していきたいと考えています。



## こちら 地域包括支援センターです!

### 「はつらつチェックリスト」へのご協力をお願いします!

毎年4月上旬に、70歳以上の方（介護保険の認定を受けている方を除く）を対象に「はつらつチェックリスト」を郵送し、回答のご協力をお願いしています。

| はつらつチェックリスト質問項目 |                                    |              |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| 1               | バスや電車(自家用車・バイク等)で1人で外出していますか。      | 0. はい 1. いいえ |
| 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               | 友人の家を訪れていますか。                      | 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 |
| 7               | いす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分ぐらい続けて歩いていますか。                  | 0. はい 1. いいえ |
| 9               | この一年間に転んだことがありますか。                 | 1. はい 0. いいえ |
| 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ヶ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか。           | 1. はい 0. いいえ |
| 12              | 身長 cm 体重 Kg                        |              |
| 13              | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。           | 1. はい 0. いいえ |
| 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 |
| 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 |
| 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われますか。  | 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ときがありますか。             | 1. はい 0. いいえ |
| 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 |

このチェックリストは、国で定めた25項目の質問に、「はい」・「いいえ」で回答していただく簡単なもので、足腰等の機能の低下や閉じこもり、もの忘れの心配のある方を早めに把握し、必要な介護予防サービスをご紹介したり、介護予防の教室等へのお誘いをしたりするために活用しています。

| 該当する基準                     |            |
|----------------------------|------------|
| 1～20までの20項目のうち10項目以上に該当    | 複数の項目に支障あり |
| 6～10までの5項目のうち3項目以上に該当      | 運動機能の低下    |
| 11～12の2項目のすべてに該当           | 低栄養状態      |
| 13～15までの3項目のうち2項目以上に該当     | 口腔機能の低下    |
| 16～17の2項目のうち16に該当          | 閉じこもり      |
| 18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当 | 認知機能の低下    |
| 21～25までの5項目のうち2項目以上に該当     | うつ病の可能性    |

平成29年度より、デイサービスやヘルパーといったサービスは、介護認定を受けなくても、このチェックリストに該当すれば受けられるようになりました。まだお手元にチェックリストがある方は、是非ご記入いただき、5月10日(金)までに投函または高齢者支援係まで提出をお願いします。(期限を過ぎた後でも、できる限りご協力をお願いします。)

●お問合せ先 地域包括支援センター (高齢者支援係) 電話 88-8418 有線 2311