

高齢期の心配ごとの相談窓口

地域包括支援センターを 利用しましょう

地域包括
支援センターの
スタッフ

地域包括支援センターのスタッフは、
保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士、
認知症地域支援推進員を中心に構成されています。



保健師

介護予防ケアプランの作成や
介護予防の指導 など



主任ケアマネジャー

事業者やケアマネジャー
の指導 など



社会福祉士

高齢者の権利擁護に
関する相談 など

地域包括支援センターは高齢者とその家族の総合相談窓口です

地域包括支援センターは、地域で暮らす高齢者とその家族の介護、福祉、医療等に関するさまざまな相談を受けつけています。専門知識を持ったスタッフが連携し、必要な機関と協力・調整して、問題解決のお手伝いをします。

困ったときは、まず地域包括支援センターに相談ね



〒503-2193 垂井町宮代2957番地の11
垂井町地域包括支援センター
TEL:0584-22-7505



さまざまな相談に対応します

総合相談支援事業

介護、福祉、健康、医療など相談ごとを一か所で受けつけます。



【例えばこんなとき】

- どこに相談していいかわからない
- 介護サービスのことで相談がある
- 近所の高齢者の様子が心配 等



専門職による対応のほか、適切なサービスへの橋渡しをします。

地域包括支援センターの主な役割

多方面からみなさんを支援します

包括的・継続的ケアマネジメント事業



ケアマネジャーへの支援、住みやすい地域づくりのためのネットワークづくりを行っています。

ケアマネジャーへの支援

皆さんに質の高いサービスを提供できるよう、地域のケアマネジャーへの支援・指導を行います。

ネットワークづくり

皆さんが住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、サービス提供事業者や医療・行政機関等のネットワークづくりを進めています。



自立した生活を送る支援をします

介護予防ケアマネジメント事業

相談する方の状況にあった介護予防サービスをご紹介します。なんらかの介護が必要だと感じたら地域包括支援センターにご相談ください。

要介護認定で要支援1・2の認定を受けた方

介護予防・生活支援サービス事業と介護予防サービスを利用できます。介護予防ケアプランを作成し、サービスを利用します。



自立した生活が送れる方(一般介護予防事業対象者)

介護が必要とならないようにするための「介護予防教室」などに参加できます。



●基本チェックリストについて

基本チェックリストは、25の質問項目で日常生活に必要な機能が低下していないかを簡単にチェックすることができます。このパンフレットの最後のページに掲載していますので、ぜひ一度やってみましょう。チェックリストの結果や気になるチェック項目がありましたら、お気軽に地域包括支援センターまでご相談ください。



みなさんの権利と尊厳を守ります

権利擁護事業



悪質商法や虐待の被害を防ぐための情報提供などを行っています。



【こんなときにはご連絡ください】

- 財産管理が不安になってきた
- 虐待が疑われる状況に気づいた
- 悪質な訪問販売に困っている
- 虐待にあっている 等

高齢者の虐待の防止・早期発見

本人や家族から虐待に関する相談をお受けします。関係機関と協力しながら、高齢者の虐待防止、早期発見・対応に努めています。



悪質商法の被害防止、「成年後見制度※」についての相談受けつけ

悪質な訪問販売や住宅リフォームの被害にあったとき、解約方法や事後の救済についてアドバイスをします。また、悪質商法などの被害を防ぐための情報提供に加えて「成年後見制度」を利用するための相談も受けつけています。

※成年後見制度とは、認知症などにより判断能力が不十分な方に代わって契約などをする人(成年後見人等)を選ぶことで、その方を法律的に支援する制度です。

✓ 基本チェックリストで自分の状態を確認しましょう

基本チェックリストは、日常生活に必要な機能が低下していないかを確認するためのチェック項目です。次の質問票の「はい」「いいえ」の当てはまる方に○をつけてみましょう。ピンク色の回答が多かった場合、生活機能が低下している可能性がありますので地域包括支援センターへご相談ください。

No.	質問項目	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	6か月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	BMIは18.5以上ですか ^(注)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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されますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(注) BMI [体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)]が18.5未満の場合に該当とする。

例 体重60.5kg・身長150.6cmの方の場合：BMI=60.5(kg)÷1.506(m)÷1.506(m)=26.6