









# 長崎市介護予防ケアパス

		(元気)	介護保険 制度区分	非該当	要支援										要介護					
からだの状態 (めやす)		社会活動に 参加、家庭 や地域での 役割がある 		日常生活は ほぼ自立し ている状態		起き上がりや立ち上がり などの能力が少し低下し、 身の回りのことに一部支 障がある状態		チェック該当数が10項目以上になると、介護状態になるリスクは高まります。専門職に助言を受けて、積極的に介護予防に努めましょう											歩行などの能 力が低下し、 立ち上がり等 に介助が必要 な状態	
基本チェックリスト 該当数(裏面参照)		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	.....	10/20(うつ項目を 除く)以上の場合
自ら 取組む 介護 予防	健康管理 	かかりつけの医師・歯科医師・薬局をもち、適時指導を受け重症化予防に努めましょう(定期健診・受診・訪問診療・お薬手帳の活用等)																		
	集いの場 	老人クラブ / 自主グループ / 社協サロン 等 すこやか運動教室(月2回開催・送迎なし・無料) 高齢者ふれあいサロン(地域住民が運営する週1回の集いの場・送迎なし)																		
サー ビスを 利用し 取組む 介護 予防 (介護 予防・生活 支援サー ビス)	通所型 サービス 	初めて通所サービスを利用する場合は、本サービスをご利用ください。利用終了時(最長6ヶ月間)に、個人に適したサービス・上記の教室やサロン等を含めご提案します 通所サービスは事業所毎に利用者の状況やメニュー等、様々な特徴があります																		
	訪問型 サービス 	初めて通所サービスを利用する場合は、本サービスをご利用しましょう																		
		短期集中型通所サービス(利用料無料、送迎あり、最長6ヶ月利用可)																		
		ミニデイサービス(利用実績払) 機能訓練(半日)をおこないます オプションでの入浴・食事・時間延長があります																		
		通所相当サービス(月額払) 身体介助(入浴等)および機能訓練をおこないます																		
		短期集中型訪問サービス(利用料無料) 専門職が訪問し、栄養や口腔・身体の機能改善に必要な指導をおこないます																		
		生活援助サービス(利用料 実績払) ご本人が困難な部分の家事を一緒におこなったり代行します																		
		訪問相当サービス(月額払) 身体介助および家事支援をおこないます																		

介護予防に関する地域の相談窓口は裏面でご確認ください。また、認知症の症状の進行とそれに応じて使える制度やサービスについては、別途 長崎市認知症ケアパスをご参照ください。

# 介護予防に関する地域の相談窓口

## 地域包括支援センター

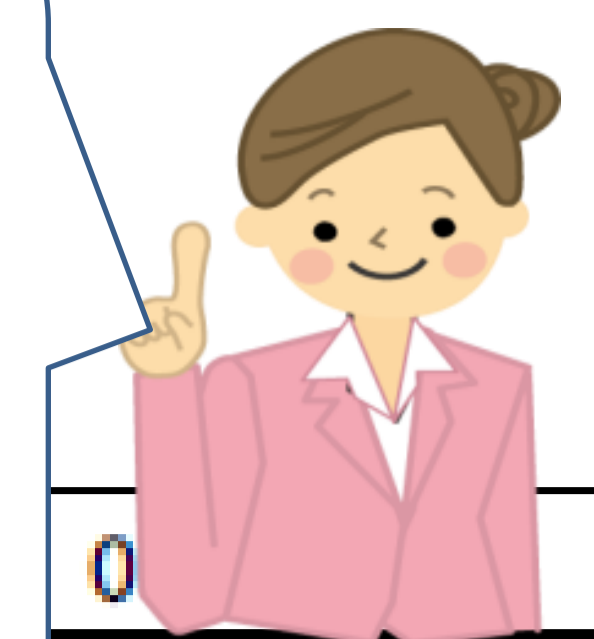
●高齢者に関する保健・介護・福祉の総合相談窓口です。  
連絡先は地域ごとに異なります。



長崎市 地域包括支援センター	中学校区	電話番号
東長崎	東長崎中	813-8060
日見・橘	日見・橘中	801-2037
桜馬場	桜馬場中	818-6602
片淵・長崎	片淵・長崎中	801-5188
大浦	大浦中・梅香崎中	818-8311
江平・山里	江平・山里中	841-7770
西浦上・三川	西浦上・三川中	847-0151
緑が丘	緑が丘中	847-3812
淵	淵中	814-0202
小江原・式見	小江原・式見中	848-1222
西部	丸尾・福田・西泊中	862-0119
岩屋	岩屋中	855-8000
滑石・横尾	滑石・横尾中	814-7770
三重・外海	三重・黒崎・池島中	860-1100
琴海	琴海中	801-2730
小島・茂木	小島・南・茂木・日吉中	820-8231
戸町・小ヶ倉	戸町・小ヶ倉中	879-7408
土井首	土井首中	833-5454
深堀・香焼	深堀・香焼・伊王島・高島中	895-7007
南部	三和・野母崎中	892-3124

### 基本チェックリスト

こちらが基本チェックリストです。  
実際に利用する際は、地域包括支援センター職員と一緒にチェックしますので、まずはご連絡ください。



◎太線の枠内についてご記入下さい。判定欄のご記入は必要ありません。

被保険者番号		職業所番号	
記入日	氏名	フリガナ	
平成	年	月	日
住所	長崎市	町	丁目
		番	号
		電話	

NO	質問事項	回答	判定
1	バスや電車で1人で外出していますか（付き添いなしで）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	( ) / 5
2	日用品の買い物をしていますか（付き添いなしで）	<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（付き添いなしで）	<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伝わらずに昇っていますか（ひとりで）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8	15分くらい続けて歩いていますか（付き添いなしで）	<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ヶ月間で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	( ) / 20
12	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
14	お茶や汁物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（付き添いなしで）	<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「いつも同じことを聞く」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	( ) / 5
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	

※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が、18.5未満の場合に該当とする

(長崎市)

※ この「長崎市介護予防ケアパス」は、長崎市地域包括ケア推進協議会 医療・介護連携部会  
市主催自立支援型地域ケア会議ワーキングの助言者のご意見に基づき作成しています

