

令和4年3月25日発行



介護つうしん

新冠町地域包括支援センター
高橋・柳澤・仙波
第11号

4月のえましあ茶Ron 小物作り

身近にある材料を使って小物作りを行います。
その他、茶話会も予定しています。

日にち：4月18日（月）

時間：13：30～15：40

対象者：どなたでも参加できます！

定員：10名 **参加費**：100円

申込期間・・・**4月5日（火）～4月14日（木）**まで

申し込みのお電話は **9:00～17:00** をお願いします。

状況によって開催を中止する場合があります。ご迷惑をおかけいたしますが、ご理解の程お願いいたします。

申込み先

サポートセンター「えましあ」 **47-2299** 担当 土田



オレンジ カフェ



オレンジカフェでお話しませんか？

**地域のみなさん誰もが参加でき、和やかに集うことができる
オレンジカフェを開催します。**

**Cafeゆるりのオレンジカフェは、送迎も対応致します
直接、下記の電話番号へお問い合わせください。**

レコードコンサート テーマ 癒し

令和4年4月13日水曜日

開 場:13:00

茶話会:13:30~15:00

**参加費お一人300円
(お茶代含む)**



就労支援事業所B型cafeゆるり

〒059-2414

新冠町字朝日268-3 TEL:0146-47-3762

新冠町地域見守り見回り活動事業 見守り隊員募集中

新型コロナウイルス感染症により、人とのつながりが少なくなっている今だからこそ、ご近所同士での見守りが重要です。

町では、近所にお住まいの方や業務で訪問している高齢者の様子が心配なことがあったときに、相談窓口（地域包括支援センター）へつなげる、見守り活動への協力をお願いしています。

こんな様子に気づいたら、
地域包括支援センターへご連絡ください

- ◆ポストに新聞や郵便物がたまっている
- ◆日中、カーテンが何日も閉まったままになっている
- ◆夜でも電気がつかない日が続いている
- ◆最近姿を見かけない
- ◆家から変なおいがする
- ◆訪問しても顔を出してくれない
- ◆道で立ち止まったまま困っている
- ◆除雪がされていないままになっている

新冠町地域見守り見回り
キャラクター

「にいかっくん」



行方不明の早期発見に役立つ「じぜんとうろくせいど事前登録制度」

◆事前登録制度とは？

認知症などの病気により、行方がわからなくなるおそれのある方が、事前に本人の身体の特徴や連絡先、写真などを事前に町へ登録しておき、万が一行方がわからなくなったときに、登録した情報をもとに搜索を支援する制度です。

「見守り隊員への登録」・「事前登録制度」について
詳しく知りたい、申し込みたい方は

新冠町^{ちいきほうかつしえん}地域包括支援センター 電話：47-2113 へ
（担当 柳澤・仙波・高橋）

おたっしゃ度チェック 実施します

例年行っている「おたっしゃ度チェック」を4月から実施します。対象者にチェック表を郵送しますので、調査の目的や手順をご理解いただき、ご協力をお願いします。

【対象者】令和4年度内に65歳以上になる方（介護認定を受けている方は除く）

【調査の目的】運動、食事、口腔、認知機能など、心身の状況を確認し、介護が必要とならないよう早めの取り組みを促すものです。

【締め切り】 **4月15日（金）まで**

【手順】 郵送されるチェック表に必要事項を記入

返信封筒に入れ郵送、または回収ボックスに投函

介護予防係で、記入内容の確認

国で提示されている基本チェックリストを基に評価を実施。

結果を個人宛に郵送

弱っている項目に応じて、改善に向けた取り組みのパンフレットや各種教室等の案内を送付します。

加齢と共に、
心身機能は低下します。
おたっしゃ度チェックを行い、
自分では気づきにくい
心身の衰えをより早く把握し、
介護予防など健康づくりに
活用しましょう



表面

「おたっしゃ度チェック表」

記入者に○をつけて下さい。	本人	家族	その他()
「はい」、「いいえ」の当てはまる方に○を付けて下さい。			
1 バスや自動車等で一人で外出していますか	はい	いいえ	
2 お店に行き買い物をしていますか	はい	いいえ	
3 自分で預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
4 友人(家族や親戚以外)の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
5 家族・友人の相談にのることはありますか	はい	いいえ	
6 階段を手すりや壁につたわずに昇っていますか	はい	いいえ	
7 椅子に座り何もつかまらずに立ちあがれますか	はい	いいえ	
8 15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
9 この1年間に転んだことはありますか	はい	いいえ	
10 転ぶことに対する不安は大きいですか	はい	いいえ	
11 半年のあいだに、2～3kg以上体重が減りましたか	はい	いいえ	
12 身長・体重をお書き下さい 身長(cm) 体重(kg)			
13 半年前と比べて、固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	
14 お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	
15 口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	
16 週に1回以上外出しますか。(散歩、買い物、仕事、病院)	はい	いいえ	

- チェック表は全ての項目に漏れがないようお願いします。
- 対象者ご本人や、対象者の生活状況をよく把握している方が記入して下さい。
- 記入できない場合、訪問対応しますので下記まで連絡下さい。

裏面

〒	新町字	様
「おたっしゃ度チェック」の協力について(依頼) 日頃より当町の保健福祉行政にご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。当町では、介護認定を受けていない65歳以上の方を対象に、心身及び生活の様子をお伺いし、介護が必要とならないよう、早期の取り組みを促すことを目的に調査を実施しております。趣旨をご理解いただき、調査にご協力くださいますようお願いいたします。 (新冠町 保健福祉課 介護予防係)		
◆あなたの連絡先をご記入ください。 自宅の電話番号 _____ 携帯電話の番号 _____		
◆緊急時の連絡先をご記入ください。 緊急事態の発生時にご家族等へ連絡を行う場合や、搬送先の医療機関から照会を受けた場合など、緊急連絡先の情報提供を行うために使用します。 町へ緊急連絡先を登録される方はご記入下さい。		
連絡先1 お名前: _____ ご関係: _____		
※記入例 お名前: 新冠 太郎		

- チェック表の裏は緊急連絡先の記載欄になっています。
- 緊急時の対応など、必要時以外では用いませので、ご回答の協力をお願い致します。