

見本

第 10 期

郵送

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

【調査票】

- 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、
1月 23日(金)までに投函してください。

記 入 日	令和	年	月	日
調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください。				
1. あて名のご本人が記入				
2. ご家族が記入				
(あて名のご本人からみた続柄)				
3. その他 ()				

日向市高齢者あんしん課

地域包括ケア推進係

右にある番号は、市役所の中でのみ、介護保険の認定・利用状況とデータを連結させるためのものです。

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護及び活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護及び活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、日向市による介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、日向市で適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する日向市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

問 1

あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください

1. 1 人暮らし
2. 夫婦 2 人暮らし (配偶者 65 歳以上)
3. 夫婦 2 人暮らし (配偶者 64 歳以下)
4. 息子・娘との 2 世帯
5. その他

(2) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか

1. 介護・介助は必要ない
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
3. 現在、何らかの介護を受けている
(介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む)

【(2) において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

① 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか (いくつでも)

1. のうそっちゅう 脳卒中 (のうしゅっけつ・のうこうそく 脳出血・脳梗塞等)
2. 心臓病
3. がん (悪性新生物)
4. 呼吸器の病気 (はいきしゅ 肺気腫・肺炎等)
5. 関節の病気 (リウマチ等)
6. にんちしょう 認知症 (アルツハイマー病等)
7. パーキンソン病
8. とうにようびょう 糖尿病
9. じんぞうしつかん 腎臓疾患 (透析)
10. しかく 視覚・ちょうかく 聴覚障がい
11. こっせつ 骨折・てんとう 転倒
12. せきついそんしょう 脊椎損傷
13. 高齢による すいじゃく 衰弱
14. その他 ()
15. 不明

【(2) において「3. 現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】

② 主にどなたの介護、介助を受けていますか (いくつでも)

1. 配偶者 (夫・妻)
2. 息子
3. 娘
4. 子の配偶者
5. 孫
6. 兄弟・姉妹
7. 介護サービスのヘルパー
8. その他 ()

(3) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか

1. 大変苦しい 2. やや苦しい 3. ふつう
4. ややゆとりがある 5. 大変ゆとりがある

(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか

1. 持家（一戸建て） 2. 持家（集合住宅）
3. こうえいちんたいじゅうたく 公営賃貸住宅 4. みんかんちんたいじゅうたく 民間賃貸住宅（一戸建て）
5. みんかんちんたいじゅうたく 民間賃貸住宅（集合住宅） 6. 借家
7. その他

問2 からだを動かすことについて

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(2) 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

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(3) 15分位続けて歩いていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか

1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない

(5) 転倒に対する不安は大きいですか

1. とても不安である 2. やや不安である 3. あまり不安でない 4. 不安でない

(6) 週に1回以上は外出していますか

1. ほとんど外出しない 2. 週1回 3. 週2~4回 4. 週5回以上

【(6)で「1. ほとんど外出しない」の方のみ】

① 外出しない（できない）理由は、次のどれですか（いくつでも）

- | | |
|--------------------|--|
| 1. 病気 | 2. 障がい（ <small>のうそっちゅう こういしょう</small> 脳卒中の後遺症など） |
| 3. 足腰などの痛み | 4. 体力の低下 |
| 5. 耳の障がい（聞こえの問題など） | 6. 目の障がい |
| 7. 外での楽しみがない | 8. 経済的に出られない |
| 9. 交通手段がない | 10. トイレの心配（失禁など） |
| 11. 外に出る用事がない | 12. その他（ ） |

(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

1. とても減っている	2. 減っている
3. あまり減っていない	4. 減っていない

(8) 外出する際の移動手段は何ですか (いくつでも)

- | | | |
|-------------------|-------------------|---------|
| 1. 徒歩 | 2. 自転車 | 3. バイク |
| 4. 自動車 (自分で運転) | 5. 自動車 (人に乗せてもらう) | 6. 電車 |
| 7. 路線バス | 8. 病院や施設のバス | 9. タクシー |
| 10. 電動車いす (セニアカー) | 11. 歩行器・シルバーカー | |
| 12. 車いす | 13. その他 (|) |

問3 食べることについて

(1) 身長・体重を教えてください

身長

--	--	--

 cm

体重

--	--	--

 kg

(2) 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 | 2. いいえ |
|-------|--------|

(3) お茶や汁物等でむせることがありますか

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(4) 口の渇きが気になりますか

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(5) 歯磨きや入れ歯の手入れ (人にしてもら場合も含む) を1日何回していますか

- | | |
|---------|----------|
| 1. 1日3回 | 2. 1日2回 |
| 3. 1日1回 | 4. していない |

(6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください
(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて 32 本です)

1. 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用 2. 自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし
3. 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用 4. 自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし

(7) 6 か月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか

1. はい 2. いいえ

(8) どなたかと食事をとにもする機会がありますか

1. 毎日ある 2. 週に何度かある 3. 月に何度かある
4. 年に何度かある 5. ほとんどない

(9) 主にどのような食事をしていますか ※どれかひとつに○

1. 自分で調理したもの 2. 家族が調理したもの 3. ヘルパーが調理したもの
4. 外食 5. 市の配食サービス 6. 民間の配食サービス
7. スーパー等のお惣菜やお弁当 8. その他 ()

問 4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか

1. はい 2. いいえ

(2) 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

1. はい 2. いいえ

(3) 今日が何月何日かわからない時がありますか

1. はい 2. いいえ

(4) バスや電車を使って1人で外出していますか(自家用車でも可)

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(6) 自分で食事の用意をしていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(7) 自分で請求書の支払いをしていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(9) 年金などの書類(役所や病院などに出す書類)が書けますか

1. はい 2. いいえ


(10) 友人の家を訪ねていますか

1. はい 2. いいえ

(11) 家族や友人の相談にのっていますか

1. はい 2. いいえ

(12) 趣味や生きがいがありますか(「1. あり」の方は()内に内容を記入ください)

1. あり  ()

2. 思いつかない

問5

地域での活動について

(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか

※① - ⑧それぞれに回答してください

	週4回 以上	週2 ~3回	週1回	月1 ~3回	年に 数回	参加して いない
① ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
② スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6
③ 趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④ 学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤ 介護予防のための通いの場（百歳体操やいきいきサロンなど）	1	2	3	4	5	6
⑥ 高齢者クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦ 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑧ 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

(2) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない 4. 既に参加している

(3) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない 4. 既に参加している

問6**就労について**

(1) 現在のあなたの就労状態はどれですか (いくつでも)

- | | | |
|---------------|---------------------|---------------|
| 1. 常勤 (フルタイム) | 2. 非常勤 (パート・アルバイト等) | 3. 自営業 |
| 4. 求職中 | 5. 退職した | 6. 職に就いたことがない |
| 7. その他 () | | |

問7**たすけあいについて**

あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします

(1) あなたの心配事や愚痴 (ぐち) を聞いてくれる人 (いくつでも)

- | | | |
|-------------------------------|-----------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣住民 | 6. 友人 |
| 7. その他 () 8. そのような人はいない | | |

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴 (ぐち) を聞いてあげる人 (いくつでも)

- | | | |
|-------------------------------|-----------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣住民 | 6. 友人 |
| 7. その他 () 8. そのような人はいない | | |

(3) あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人 (いくつでも)

- | | | |
|-------------------------------|-----------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣住民 | 6. 友人 |
| 7. その他 () 8. そのような人はいない | | |

(4) 反対に、看病や世話をしてくれる人（いくつでも）

- | | | |
|--------------------------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣住民 | 6. 友人 |
| 7. その他（ ） | 8. そのような人はいない | |

(5) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください
(いくつでも)

- | | |
|-------------------|--------------------------------|
| 1. 自治会・町内会・高齢者クラブ | 2. 社会福祉協議会・民生委員 |
| 3. ケアマネジャー | 4. 医療機関（医師、看護師等） |
| 5. 地域包括支援センター・市役所 | 6. その他（ ） |
| 7. そのような人はいない | |

(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 毎日ある | 2. 週に何度かある | 3. 月に何度かある |
| 4. 年に何度かある | 5. ほとんどない | |

問8 **健康について**

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか

- | | | | |
|----------|---------|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい | 3. あまりよくない | 4. よくない |
|----------|---------|------------|---------|

(2) あなたは、現在どの程度幸せですか

（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください）

とても 不幸											とても 幸せ
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	

(3) この1 か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか		
1. はい	2. いいえ	
(4) この1 か月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか		
1. はい	2. いいえ	
(5) タバコは吸っていますか		
1. ほぼ毎日吸っている	2. 時々吸っている	3. 吸っていたがやめた
4. もともと吸っていない		
(6) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (いくつでも)		
1. ない	2. 高血圧	3. <small>のうそっちゅう</small> 脳卒中 (<small>のうしゅっけつ・のうこうそく</small> 脳出血・脳梗塞等)
4. 心臓病	5. <small>とうにようびょう</small> 糖尿病	6. <small>こうしけっしょう</small> 高脂血症 (<small>ししつじょう</small> 脂質異常)
7. 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)		8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気
9. <small>じんぞう</small> 腎臓・ <small>ぜんりつせん</small> 前立腺の病気	10. <small>きんこっかく</small> 筋骨格の病気 (<small>こつそ</small> 骨粗しょう症、 <small>しょう</small> 関節症等)	
11. <small>がいしょう</small> 外傷 (<small>てんとう</small> 転倒・ <small>こっせつ</small> 骨折等)	12. がん (悪性新生物)	13. <small>めんえき</small> 血液・免疫の病気
14. うつ病	15. <small>にんちしょう</small> 認知症 (アルツハイマー病等)	16. パーキンソン病
17. 目の病気	18. 耳の病気	19. その他 ()
(7) 自分の考えや思いを伝えられなくなった時に備え、「大切にしていること」や「望む医療やケアについて、定期的に家族と話し合ったり、エンディングノートに記録をしたりしていますか ※「エンディングノート」とは、本人が大切にしていることや望む医療・介護について記録を残しておくノートのことです。		
1. 家族と話し合い、記録もしている	2. 家族と話し合っている	
3. エンディングノートに記録している	4. 大切だと思うが、していない	
5. 話し合いやエンディングノートを知らなかった	6. その他 ()	

問9

認知症について

(1) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか

1. はい

2. いいえ

(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか

1. はい

2. いいえ

(3) 認知症について、どのようなイメージを持っていますか (いくつでも)

1. 自分で工夫することにより、地域での生活が続けられる

2. 地域のサポートがあれば、地域での生活が続けられる

3. 医療・介護のサポートがあれば、地域での生活が続けられる

4. 施設に入所することになる

5. 周りの人に迷惑をかける

6. 身の回りのことができなくなる

7. その他 ()

(4) 自分や家族が認知症になったら、どのようなことが不安ですか (いくつでも)

1. 家族や大切な思い出を忘れてしまう

2. できていたことができなくなる

3. 家族に負担をかけてしまう

4. 周りの人に迷惑をかけてしまう

5. 経済的に苦しくなる

6. 自宅で生活できなくなる

7. 症状や病気の進行

8. 相談、支援をしてくれる人がいない

9. 詐欺などの被害にあうのではないかと不安

10. その他 ()

(5) 自分や家族の認知機能の低下がみられたら、受診をしますか

1. 専門医 (精神科) を受診する

2. かかりつけ医を受診して相談する

3. わからない

4. 受診はしたくない

(6) 自分や家族が認知症になったら、認知症であることを周りの人に伝えますか	
1. はい	2. いいえ
【(6)において、「2. いいえ」の方のみ】	
① 認知症であることを伝えない理由は、次のどれですか。(いくつでも)	
1. 認知症だと認めたくない	2. 恥ずかしい
3. 理解してもらえないと思う	4. 迷惑をかけたくない
5. 伝え方が分からない	6. その他 ()
(7) 身近な人が認知症になったら、どのように接したいですか (1つに○)	
1. これまでと変わらず自然に接したい	2. できる限りサポートしながら接したい
3. 専門家のアドバイスを受けながら接したい	4. どう接したらよいか分からない
5. その他 ()	
(8) 地域で暮らす認知症の人に対して、あなたができる (できそうな) 支援は次のどれですか (いくつでも)	
1. 認知症の理解を深める	2. 見守りや声かけをする
3. 話し相手になる	4. 相談機関につなぐ
5. 受診時の付き添い	6. 買い物の代行や同行
7. ごみ出し等の簡単な家事を手伝う	8. 迷っている時の道案内をする
9. 通いの場への参加を促す	10. 災害時などの避難を支援する
11. 何もできそうにない	
12. その他 ()	

(9) 自分が認知症になった場合に、どのような暮らしを望みますか (1つに○)

1. 自分なりに工夫して、今までどおり地域で生活したい
2. 家族や地域の人々の支援を受けながら、今までどおり地域で生活したい
3. 医療や介護のサービスを受けながら、今までどおり地域で生活したい
4. 身の回りのことができなくなるので、必要な介護を受けながら施設で暮らしたい
5. 周りの人に迷惑をかけてしまうので、必要な介護を受けながら施設で暮らしたい
6. 誰にも迷惑をかけないようひとりで暮らしたい
7. その他 ()

(10) 認知症の人や家族が安心して暮らせる地域にするために、あなたが必要だと思うものは何ですか (いくつでも)

- | | | |
|-----------|------------|----------|
| 1. 話し相手 | 2. 見守りや声かけ | 3. 外出支援 |
| 4. 家事支援 | 5. 集いの場 | 6. 周りの理解 |
| 7. 災害時の対応 | 8. その他 () | |

(11) 市が行っている認知症に関する取組や制度について、知っているものを選んでください (いくつでも)

1. 認知症カフェ (認知症の人やその家族だけでなく、地域の人にも通える集いの場)
2. 認知症サポーター (認知症について正しく理解し、できる範囲で見守り等の支援を行う人)
3. 認知症ケアパス (認知症の段階に応じた相談先、利用できるサービスなどを示したもの)
4. 認知症初期集中支援チーム (認知症が疑われる方の早期診断・早期対応に向けた支援体制)
5. SOS ネットワーク (認知症の方の見守り体制)
6. 成年後見制度 (判断力の低下等ある人の財産等を保護するための法的制度)
7. 知らない

(12) 市の認知症施策を進めるうえで、重点を置くべきことは何だと思いますか
(○は3つまで)

1. 認知症の人や家族が気軽に相談できる体制づくり
2. 認知症の早期発見・早期支援のための体制づくり
3. 医療と介護の連携による適切な支援の仕組みづくり
4. 認知症の正しい知識や理解を深めるための啓発活動
5. 認知症の人が参加できる場所の確保（サロンなど）
6. 認知所の人の見守り体制の充実
7. 認知症の人の家族の交流会や相談会などの支援
8. 若年性認知症（64歳以下で発症する認知症のこと）の人に対する支援
9. 認知症の人の就労支援
10. 成年後見制度の利用促進による認知症の人の権利保護
11. その他（）

問 10

介護予防や介護保険制度について

(1) 介護保険制度や介護保険サービスについて知っていますか

1. 詳しく知っている 2. ある程度は知っている
3. 聞いたことがあるがよく知らない 4. 全く知らない

(2) 市が行っている介護予防の取組（総合事業など）を知っていますか

1. 詳しく知っている 2. ある程度は知っている
3. 聞いたことがあるがよく知らない 4. 全く知らない

(3) 介護保険制度や介護保険サービス・介護予防などに関する情報をどこから得ていますか（いくつでも）

1. 家族・親族、知人
2. 区長、民生委員
3. 市の広報誌や窓口
4. 市のホームページ
5. 地域包括支援センター
6. 社会福祉協議会
7. 介護保険サービス事業者
8. スマートフォン（インターネット等）
9. 新聞・テレビ・ラジオ
10. 特になし
11. その他（ ）

(4) 高齢者の総合相談窓口である地域包括支援センターを知っていますか

1. 相談したことがある 2. 近くのセンターを知っている
3. 名前は聞いたことがある 4. 初めて知った

(5) あなたは、現在介護保険サービスの利用が必要だと思いますか。

1. 今のところ必要ない ⇒①へ 2. 必要だと思うが、利用は希望しない⇒②へ
3. 必要だと思うので、利用を検討中 4. すでにサービスを利用中

【(5) において「1. 今のところ必要ない」の方のみ】
①どの程度介護が必要になれば、介護保険サービスの利用を検討しますか？

1. 買い物、調理、薬の内服などの日常的な活動に何らかの支援が必要な状態

2. 食事、排泄、歩行などの基本動作において、部分的な介護が必要な状態
3. 基本動作および日常的な活動全般において、全面的な介護が必要な状態
4. 介護なしでは日常生活を送ることが難しい状態
5. 介護が必要になっても利用は希望しない ⇒②へ

【(5)において「2. 必要だと思うが、利用は希望しない」の方、
もしくは(5)①において「5. 介護が必要になっても利用は希望しない」の方のみ】

②介護保険サービスの利用を希望しない理由は何ですか。(いくつでも)

1. できる限り他人に迷惑をかけず、本人や家族で頑張りたいと思う

2. 家族以外の介護を受けることに抵抗がある 3. 経済的に利用料の負担が厳しい

4. 介護認定の申請や手続きが面倒 5. その他（ ）

- (6) 介護に関して、将来を含めどのような不安がありますか (いくつでも)

1. 家族への介護負担	2. 介護してくれる家族がいない
-------------	------------------

3. 自宅で十分な介護を受けられるか不安
4. 施設の空きがあるかわからない
5. 介護にかかる費用への不安
6. 認知症になることへの不安
7. 介護保険サービスの相談窓口、利用方法や手続きがわからない
8. 理由はないが漫然と不安を感じる
9. 特に不安はない
10. その他（ ）

(7) 現在、介護予防として意識して取り組んでいることがありますか（いくつでも）		
1. 体操や運動	2. 定期的な受診や健診	3. 栄養バランスの良い食事
4. 趣味や学習	5. 自分でできる家事	6. クイズや計算などの脳トレ
7. 地域活動に参加	8. 百歳体操やサロンに参加	9. 介護予防に関する知識の習得
10. 適度な仕事	11. その他()	12. 意識して取り組んでいない
(8) 今後、市が特に力を入れて取り組む施策は、何だと思われますか（いくつでも）		
1. 地域での高齢者の見守り、市民の助け合い活動の育成等		
2. 気軽に相談できる窓口の充実（地域包括支援センターの機能強化等）		
3. 健康づくり対策の推進（健康教育・健康診査等）		
4. 生きがい作りや生涯学習の充実（世代間交流や高齢者クラブの充実等）		
5. 趣味の活動の場と機会の充実（活動拠点の整備等）		
6. 介護予防・認知症予防のための対策（情報提供や予防教室の充実等）		
7. 在宅で医療が受けられる在宅医療の推進		
8. 在宅生活を支えるためのサービス（配食・移動支援等）		
9. 高齢者虐待に対する相談対応や成年後見制度の利用促進等		
10. 災害への備え（福祉避難所の充実、避難訓練の実施等）		
11. 介護保険制度の周知、サービス基盤の整備等		
12. 介護者に対する支援（家族介護者教室や介護相談の充実等）		
13. 介護人材の確保、育成への支援、ICTの活用に対する支援等		
14. その他（ ）		

19