

アンケート調査票中、設問項目に次のマークを入れ区分を示してある。

- ・国が指定する必須項目については **必**
- ・国が指定するオプション項目については **OP** (質問項目の設定は市で判断)
- ・市が独自に設定する項目については **独** (質問項目の設定は市で判断)

※アンケート結果は、国が導入した「見える化システム」に入力され、各地域の状況等を比較・調査するためのデータとなる。このため、**必・OP** のマークがついた設問については文言等の修正は不可とされている。

「高齢者保健福祉計画・第**8**期介護保険事業計画」策定のための
 介護予防・日常生活圏域二一ス調査
 ご協力をお願い

市民の皆様には、日頃から本市の介護保険事業にご理解とご協力をいただきありがとうございます。ごさいます。

このたび、現在の「射水市高齢者保健福祉計画・第**7**期介護保険事業計画」が**令和2年度**をもって終了することから、**令和3年度**から3年間の新たな計画づくりを進めることとなりました。

今後ますます進展する超高齢社会に対応するため、皆様からご意見をお聞かせいただき、地域や高齢者の課題等をよりの確に把握し、計画に反映させていきたいと考えております。

このため、市内にお住まいの要介護認定を受けておられない65歳以上の方を対象に、5,000人を無作為に抽出し、本調査を行うこととしました。

本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和2年〇月

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				

※ご記入に際してのお願い

1. 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。
2. 調査票記入後は、三つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、

○月○日(○)までに投函してください(切手は不要です)。

【本調査の問い合わせ先】

射水市福祉保健部 介護保険課 電話 0766-51-6627 ファックス 0766-51-6666

地域福祉課 電話 0766-51-6625 ファックス 0766-51-6657

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護およ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。

【個人情報の保護およ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、市における高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定のために利用します。また、高齢者の支援のため、地域包括支援センターや民生委員等へのデータとして情報提供を行うことがあります。

なお、当該情報については、市で適切に管理いたします。

- ただし、当該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市町村外のデータベース内に当該情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。

(6) 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 **必**

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)

【(6)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) **OP**

1. 脳卒中 (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 (肺気腫・肺炎等) 5. 関節の病気 (リウマチ等)
6. 認知症 (アルツハイマー病等) 7. パーキンソン病 8. 糖尿病
9. 腎疾患 (透析) 10. 視覚・聴覚障害 11. 骨折・転倒
12. 脊椎損傷 13. 高齢による衰弱 14. その他 ()
15. 不明

【(6)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) **OP**

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 ()

(7) 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 **必**

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

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 **必**

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 **必**

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 **必**

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 **必**

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 **必**

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 **必**

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

(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか **必**

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) 外出を控えていますか **OP**

1. はい 2. いいえ

【(8)で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】

① 外出を控えている理由は、次のどれですか (いくつでも) **OP**

- | | |
|-------------------|---|
| 1. 病気 | 2. 障害 <small>しょうがい 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. トイレの心配(失禁など) |
| 5. 耳の障害(聞こえの問題など) | 6. 目の障害 |
| 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. その他 () |

(9) 外出する際の移動手段は何ですか (いくつでも) **OP**

- | | | |
|----------------|------------------|--------|
| 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. 車いす |
| 10. 電動車いす(カート) | 11. 歩行器・シルバーカー | |
| 12. タクシー | 13. その他 () | |

問3 食べることについて

(1) 身長・体重 **必**

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 **必**

- | | |
|-------|--------|
| 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 **OP**

1. はい

2. いいえ

(4) 口の渇きが気になりますか **OP**

1. はい

2. いいえ

(5) 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか **OP**

1. はい

2. いいえ

(6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください **必**
(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

① 噛み合わせは良いですか **OP**

1. はい

2. いいえ

【(6)で「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】

② 毎日入れ歯の手入れをしていますか **OP**

1. はい

2. いいえ

(7) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか **OP**

1. はい

2. いいえ

(8) どなたかと食事をとる機会がありますか **必**

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

(10) 新聞を読んでいますか **OP**

1. はい

2. いいえ

(11) 本や雑誌を読んでいますか **OP**

1. はい

2. いいえ

~~(12) 健康についての記事や番組に関心がありますか~~

~~1. はい~~

~~2. いいえ~~

(12) 友人の家を訪ねていますか **OP**

1. はい

2. いいえ

(13) 家族や友人の相談にのっていますか **OP**

1. はい

2. いいえ

~~() 若い人に自分から話しかけることがありますか~~

~~1. はい~~

~~2. いいえ~~

(14) 趣味はありますか **OP**

1. 趣味あり \longrightarrow ()

2. 思いつかない

(15) 生きがいがありますか **OP**

1. 生きがいあり \longrightarrow ()

2. 思いつかない

問5 地域での活動について **必**

(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	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 (地域ふれあいサロンやきら らか射水100歳体操、支 え合いの集いの場など) 介 護予防のための通いの場 必新	1	2	3	4	5	6
⑥ 老人クラブ	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**

(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) OP

1. 自治会・町内会・老人クラブ
2. 社会福祉協議会・民生委員
3. ケアマネジャー
4. 医師・歯科医師・看護師
5. 地域包括支援センター・役所・役場
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。 OP

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

(7) この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。 OP

同じ人には何度会っても1人と数えることとします。

1. 0人 (いない)
2. 1～2人
3. 3～5人
4. 6～9人
5. 10人以上

(8) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(いくつでも) OP

1. 近所・同じ地域の人
2. 幼なじみ
3. 学生時代の友人
4. 仕事での同僚・元同僚
5. 趣味や関心が同じ友人
6. ボランティア等の活動での友人
7. その他
8. いない

問7 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 **必**

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 **必**
 («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 **必**

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 **必**

1. はい 2. いいえ

(5) お酒は飲みますか **OP**

1. ほぼ毎日飲む 2. 時々飲む 3. ほとんど飲まない
4. もともと飲まない

(6) タバコは吸っていますか **必**

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

(7) 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) **必**

1. ない 2. 高血圧 3. のうそつちゅう 脳卒中 (のうしゅっけつ・のうこうそく 脳出血・脳梗塞等)
4. 心臓病 5. とうにようびょう 糖尿病 6. こうしけっしょう 高脂血症 (しじつじょう 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. じんぞう 腎臓・ぜんりつせん 前立腺の病気 10. きんこつかく 筋骨格の病気 (こつそ 骨粗しょう症、しょう 関節症等)
11. がいしょう 外傷 (てんとう 転倒・こっせつ 骨折等) 12. がん (悪性新生物) 13. めんえき 血液・免疫の病気
14. うつ病 15. にんちしょう 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 ()

問8 地域包括支援センターについて

(1) 地域包括支援センターを知っていますか **独**

1. はい 2. いいえ

【(1) で「1. はい」の方のみ】

(2) どこで (どんな時) 知りましたか **独**

1. 市役所の窓口 2. 講演会または出前講座など
3. 家族や知人の紹介 4. 介護施設や医療機関
5. その他 ()

問9 成年後見制度について

(1) 成年後見制度を知っていますか **独**

1. はい 2. いいえ

問 10 認知症にかかる相談窓口の把握について

(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 **必新**

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 **必新**

1. はい 2. いいえ

問 11 認知症対策について

(1) 認知症に対する不安はありますか **独新**

1. はい 2. いいえ

(2) 軽度認知障害 (MCI) ※1 はどのような状態か知っていますか **独新**

※軽度認知障害は、認知症になる一歩手前の予備群の状態、気づいて対応すれば、治る可能性がある状態です。

1. はい 2. いいえ

(3) 認知症の人が地域で暮らしていくために必要な支援は何だと思えますか (複数回答可) **独新**

1. 認知症の知識の普及啓発 (出前講座など)
2. 認知症の早期発見・早期対応のシステムづくり
3. 認知症について相談しやすい体制づくり
4. 認知症高齢者を支える介護関係者のスキルアップ
5. 若年性認知症施策の実施
6. 認知症高齢者とその家族への支援 (認知症カフェなど) の充実
7. 地域で認知症高齢者を見守るネットワークづくり
8. その他 ()

問 13 今後の高齢者福祉施策について

(1) これからの高齢者保健福祉施策で市が力をいれていくべきものは何だと思えますか
(いくつでも) **独**

【在宅サービスの充実】

1. 家族の介護負担の軽減
2. 住民による見守り・声かけなど助け合い活動
3. ひとり暮らし高齢者への支援
4. 低所得者などへの経済的援助
5. 住みやすい住宅環境改善への支援（手すりの取り付け・段差の解消など）
6. 地域包括支援センター等の相談機能の充実
7. 医療と介護の連携の推進
8. 介護予防又は重度化防止に向けた施策の充実

【事業所サービスの充実】

9. グループホーム等の認知症高齢者向けサービスの充実
10. 特別養護老人ホーム等施設の整備
11. 通いを中心に、訪問や泊まりを組み合わせ利用できるサービスの充実
12. 訪問介護と訪問看護が連携し、24時間必要に応じたサービスの充実
13. 安否確認などの生活支援サービス付きの高齢者向け住宅の促進
14. 介護職員等の確保・育成

【その他】

15. その他のサービス

（具体的に

16. 特にない

(2) 今後、高齢者が増加していくにつれて介護保険料が高くなることが想定されますが、あなたは、今後の介護保険料についてどう思いますか **独**

1. 保険料が高くなっても介護サービスが充実している方がよい
2. 介護サービスの充実よりも保険料をあまり高くしないようにしてほしい
3. わからない
4. その他（

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■