

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)
- ・今回追加する項目については (新)

※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9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
ご協力のお願い

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。ごぞいます。

このたび、現在の「射水市高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画」が令和5年度をもって終了することから、令和6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4年12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、
12月19日(月)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 地域福祉課 電話 0766-51-6625 ファックス 0766-51-6657

介護保険課 電話 0766-51-6627 ファックス 0766-51-6666

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・分析するなど、**個人が識別されない形で利用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. 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. とうによびょう 糖尿病
9. 腎疾患 (透析) 10. しかく 視覚・ ちょうかくしょうがい 聴覚障害 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

【(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

(8) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか **OP**

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

(9) 現在の場所に住んでいて困っていることはありますか（いくつでも） **独**

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1. 商店が近くにない | 2. 病院が近くにない |
| 3. 金融機関が近くにない | 4. 移動手段（公共交通機関等）がない |
| 5. 家族が近くにいない | 6. 相談者が近くにいない |
| 7. その他（ | ） 8. 特になし |

(10) 今後も現在の場所に住み続けたいと思いますか **独**

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 住み続けたい | 2. できれば住み続けたい |
| 3. できれば住み替えたい | 4. 住み替えたい |

(11) 現在の場所に住み続けるには、どのような環境が必要ですか（いくつでも） **独**

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. 自宅への往診など | 2. 自宅で身の回りの世話をしてくれる人がいる |
| 3. 買い物などの世話をしてくれる人がいる | 4. 万一の場合にかけつけてくれる人がいる |
| 5. 相談者が身近にいる | 6. 地域住民同士の交流がある |
| 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 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

問4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか **必**

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 **OP**

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 **OP**

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) <input checked="" type="checkbox"/>		
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 <input checked="" type="checkbox"/>		
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 <input checked="" type="checkbox"/>		
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 <input checked="" type="checkbox"/>		
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 <input checked="" type="checkbox"/>		
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 <input checked="" type="checkbox"/>		
1. はい	2. いいえ	
(10) 新聞を読んでいますか <input checked="" type="checkbox"/>		
1. はい	2. いいえ	
(11) 本や雑誌を読んでいますか <input checked="" type="checkbox"/>		
1. はい	2. いいえ	
(12) 友人の家を訪ねていますか <input checked="" type="checkbox"/>		
1. はい	2. いいえ	
(13) 家族や友人の相談にのっていますか <input checked="" type="checkbox"/>		
1. はい	2. いいえ	

(14) 趣味はありますか **OP**

1. 趣味あり _____ ()
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 _____ ()
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 **必**

	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 (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	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**必**

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**必**

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

(4) 介護予防のための通いの場にどのくらいの頻度で参加していますか**独(新)**

	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 地域ふれあいサロン	1	2	3	4	5	6
② きららか射水100歳体操	1	2	3	4	5	6
③ 地域支え合いネットワーク事業の集いの場	1	2	3	4	5	6

【(4)で「1」~「5」(参加している)の方のみ】**独(新)**

(5) 介護予防のための通いの場に参加したことにより、効果はありましたか。

1. 通院回数が減った
2. 薬を飲むことが減った
3. 体力が向上した
4. 外出の回数が増えた
5. 気持ちが前向きになった
6. 特に効果は感じない
7. その他 ()

問6 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) **必**

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 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） **必**

- | | | |
|----------------------|---------------|-----------|
| 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 | 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） **必**

- | | | |
|----------------------|---------------|-----------|
| 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 | 6. 友人 |
| 7. その他（ ） | 8. そのような人はいない | |

(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人（いくつでも） **必**

- | | | |
|----------------------|---------------|-----------|
| 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 | 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) **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. <small>のうそっちゅう</small> 脳卒中 (<small>のうしゅっけつ・のうこうそくなど</small> 脳出血・脳梗塞等) |
| 4. 心臓病 | 5. <small>とうじょうびょう</small> 糖尿病 | 6. <small>こうしけっしょう</small> 高脂血症 (<small>ししついじょう</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>こっせつなど</small> 骨折等) | 12. <small>がん</small> 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 () |

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. ホームページなど | 6. その他 () |

問 9 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**

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**

1. はい 2. いいえ

問 10 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**

1. はい 2. いいえ

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

※軽度認知障害は、認知症になる一歩手前の予備群の状態です。気づいて対応すれば、認知機能の低下を遅らせることができる状態です。

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いませんか（いくつでも）**独**

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 11 自身の人生の最終段階における**過ごし方**について

(1) あなたは、病気や要介護状態などで、人生の最終段階を迎える時が来た場合、どこで過ごしたいですか **独 (新)**

1. 自宅
2. 特別養護老人ホームなどの介護施設
3. 病院
4. 緩和ケア病棟
5. その他 ()

【(1) において「1. 自宅」以外の方のみ】

自宅以外で過ごしたい理由は何ですか (いくつでも) **独 (新)**

1. 自宅では十分な医療や介護が受けられないと思うため
2. 病状が急に悪くなった時の対応が不安なため
3. 介護してくれる家族がいないため
4. 家族が仕事と介護の両立が難しいため
5. 介護してくれる家族に負担や迷惑をかけるため
6. 療養できる部屋や、風呂やトイレなどの居住環境が整っていないため
7. 自宅の環境を整える等経済的負担が大きいため
8. 医師や看護師等の自宅への訪問に精神的負担を感じるため
9. その他 ()

(2) あなたは、人生の最終段階における医療・療養について、これまで考えたことがありますか **独**

1. ある
2. ない

【(2) において「1. ある」の方のみ】

①医療・療養についてご家族や医療介護関係者と、話し合ったことがありますか **独**

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. 詳しく話し合っている | 2. 一応話し合っている |
| 3. 話し合ったことはない | |

【(2) において「1. ある」の方のみ】

② あなたは自分が意思決定できなくなった時に備えて、書面（※終活支援ノート等）を作成していますか **独**

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 作成している | 2. 作成していない |
|-----------|------------|

※終活支援ノートとは、自分が希望する医療や介護等について周囲の人に伝えたい情報を書き記すものです。

問 12 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 |
|-------|--------|

※成年後見制度とは、認知症等で判断能力が不十分な人の日常生活を法的に支援する仕組みです。

問 13 インターネットの利用について

(1) 日常生活においてインターネットを利用していますか **独 (新)**

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

【(1) において「1. はい」の方のみ】

(2) 利用している媒体は主に何ですか **独 (新)**

- | | |
|------------|---------|
| 1. スマートフォン | 2. パソコン |
| 3. その他 () | |

(3) あなたは今後、どのような場面でインターネットを利用したいと思いますか (いくつかでも) **独 (新)**

問 14 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
(3つまで) **独**

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
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
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■■■