

## 赤穂市介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

### 【調査へのご協力をお願い】

市民の皆さまには、本市の高齢者福祉行政にご協力いただき、ありがとうございます。

本市では、令和6年度から令和8年度までを計画期間とする「第9期赤穂市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」を策定することとしています。

このアンケート調査は、赤穂市において、高齢者のみなさまの生活のご様子や、今後の生活についてのご希望などを把握し、地域の状況に適した施策を推進していくことを目的として実施します。

お忙しい中大変恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願いいたします。

令和5年1月

赤穂市長

### 【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、市の介護保険事業計画策定の目的以外には使用いたしません。また、当該情報については、赤穂市個人情報保護条例に基づき、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・分析することがあります。（お名前などの個人情報は使用されることはありません。）

### 【お問い合わせ先】

赤穂市役所 健康福祉部 医療介護課 介護保険係

TEL 0791-43-6947

FAX 0791-43-7138

- この調査の対象者は、令和4年12月1日現在、65歳以上の方で要介護認定を受けておられない方と要支援1、2の方です。
- ご回答にあたっては表紙ラベルのあて名のご本人にお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。
- この調査で使う用語の意味は、以下の通りです。  
 介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、  
 認定を受けていない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態  
 介助…ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態
- 調査票は、黒の鉛筆又は黒のボールペンで記入してください。
- 調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れてお送りください。

## 記入例

ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する選択肢の番号に○をしてください。

①. はい 2. いいえ

数字を記入する欄は、空欄に0(ゼロ)などを書かないでください。

空欄は何も書かない

kg

記入日	令和5年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 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 ➡ <input type="text" value="あて名のご本人からみた続柄"/> 3. その他

質問の該当する答えに○をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

## 1 あなたのご家族や生活状況について

### 1-1 家族構成をお教えてください。(1つだけ○)

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 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               |                      |

**1-2** 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つだけ○)

1. 介護・介助は必要ない → **1-3**へ進む
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない → **♡印の質問**に答える
3. 現在、何らかの介護・介助を受けている → **♡印と♣印の質問**  
(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) に、両方答える

**1-2-1** 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. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) のうそっちゅう のうしゅっけつ・のうこうそく      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) はいきしゅ
5. 関節の病気(リウマチ等)      6. 認知症(アルツハイマー病等) にんちしょう
- ♡ { 7. パーキンソン病      8. 糖尿病 とうりょうびょう
9. 腎疾患(透析) じんしつかん      10. 視覚・聴覚障害 しかく ちょうかくしょうがい
11. 骨折・転倒 こっせつ てんどう      12. 脊椎損傷 せきついそんしょう
13. 高齢による衰弱 すいじやく      14. その他 →
15. 不明

**1-2-2** 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(息子の妻・娘の夫)
5. 孫      6. 兄弟・姉妹      7. 介護サービスのヘルパー
8. その他 →

**1-3** 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つだけ○)

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

**1-4** お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(1つだけ○)

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

**2-1** 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。(1つだけ○)

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

**2-2** 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つだけ○)

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

**2-3** 15分位続けて歩いていますか。(1つだけ○)

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

**2-4** 過去1年間に転んだ経験がありますか。(1つだけ○)

1. 何度もある      2. 1度ある      3. ない

**2-5** 転倒に対する不安は大きいですか。(1つだけ○)

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

**2-6** 週に1回以上は外出していますか。(1つだけ○)

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

**2-7** 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(1つだけ○)

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

**2-8** 外出を控えていますか。(1つだけ○)

1. はい(控えている) → **♡印の質問** に答える  
2. いいえ(控えていない) → **2-9** へ進む

**2-8-1** 外出を控えている理由は、次のどれですか。(いくつでも)

1. 病気      2. 障害しょうがい のうそっちゅう こういしょう(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 →



**2-9** 外出する際の移動手段はなんですか。（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. 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 →	<input type="text"/>	

### 3 食べることにについて

**3-1** 身長・体重を教えてください。 **数字を記入**

**記入例**                      身長  cm

小数点以下は省略                      体重  kg

右詰めで記入

	 身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
	 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg

<b>3-2</b> 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
<b>3-3</b> 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
<b>3-4</b> 口の渇きが気になりますか。	1. はい      2. いいえ
<b>3-5</b> 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。	1. はい      2. いいえ

**3-6** 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください。（1つだけ○）  
（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 → 印と 印の質問 に、両方答える

2. 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし → 印の質問 に答える

3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用 → 印と 印の質問 に、両方答える

4. 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし → 印の質問 に答える

	<b>3-6-1</b> 噛み合わせは良いですか。	1. はい      2. いいえ
	<b>3-6-2</b> 毎日入れ歯の手入れをしていますか。	1. はい      2. いいえ

<b>3-7</b> 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1. はい	2. いいえ
--------------------------------------	-------	--------

<b>3-8</b> どなたかと食事をとにもする機会がありますか。(1つだけ○)		
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	

## 4 毎日の生活について

<b>4-1</b> 物忘れが多いと感じますか。	1. はい	2. いいえ
<b>4-2</b> 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
<b>4-3</b> 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
<b>4-4</b> 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つだけ○)		
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
<b>4-5</b> 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(1つだけ○)		
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
<b>4-6</b> 自分で食事の用意をしていますか。(1つだけ○)		
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
<b>4-7</b> 自分で請求書の支払いをしていますか。(1つだけ○)		
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
<b>4-8</b> 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(1つだけ○)		
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
<b>4-9</b> 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
<b>4-10</b> 新聞を読んでいますか。	1. はい	2. いいえ
<b>4-11</b> 本や雑誌を読んでいますか。	1. はい	2. いいえ
<b>4-12</b> 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

<b>4-13</b> 友人の家を訪ねていますか。	1. はい	2. いいえ
<b>4-14</b> 家族や友人の相談にのっていますか。	1. はい	2. いいえ
<b>4-15</b> 病人を見舞うことができますか。	1. はい	2. いいえ
<b>4-16</b> 若い人に自分から話しかけることができますか。	1. はい	2. いいえ

**4-17** 趣味はありますか。(1つだけ○)

1. 趣味あり →  2. 思いつかない

---

**4-18** 生きがいがありますか。(1つだけ○)

1. 生きがいあり →  2. 思いつかない

## 5 地域での活動について

**5-1** 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それぞれの、あてはまる番号に1つだけ○をしてください。

	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 (いきいき百歳体操／ふれあい・いきいきサロンなど) 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





**7-5** お酒は飲みますか。(1つだけ○)

- 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

**7-6** タバコは吸っていますか。(1つだけ○)

- 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

**7-7** 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)

- 1. ない
- 2. 高血圧
- 3. 脳卒中(のうそっちゅう のうしゅっけつ・のうこうそくなど)
- 4. 心臓病
- 5. 糖尿病(とうりょうびょう)
- 6. 高脂血症(こうしけっしょう 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. 腎臓・前立腺の病気(じんぞう ぜんりつせん)
- 10. 筋骨格の病気(きんこつかく こつそ しょう骨粗しょう症・関節症等)
- 11. 外傷(がいしょう てんどう こっせつなど)
- 12. がん(悪性新生物)
- 13. 血液・免疫の病気(めんえき)
- 14. うつ病
- 15. 認知症(にんちしょう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 →

**8** 認知症にかかる相談窓口の把握について

<b>8-1</b> 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
<b>8-2</b> 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

## 9 相談先や希望する暮らしについて

**9-1** 介護を受ける場合、どのような場所で介護を受けたいと思いますか。（1つだけ○）

1. 自宅
2. ご自身の子供・ご自身の兄弟・姉妹など親族の家
3. 高齢者向けのケア付き住宅
4. 自宅近くの少人数で過ごす施設（グループホームなど）
5. 大規模で専門スタッフの多い施設（特別養護老人ホームなど）
6. 病院などの医療施設
7. その他 →
8. わからない

**9-2** 高齢者が住み慣れたまちで安心して暮らしていくために、必要な援助や支援をする総合相談窓口である「地域包括支援センター」をご存じですか。（1つだけ○）

1. 知っている → **印の質問** に答える
2. 知らない

**9-2-1** 地域包括センターで相談したことがありますか。（1つだけ○）

1. 知っており、相談したことがある
2. 知っているが、相談事がないので利用していない
3. 知っているが、相談する時間がない

**9-3** 日常生活の中で、以前と比べてしづらくなってきたことは何ですか。（いくつでも）

1. 日常の外出（買い物・通院等）
2. 食事のしたく（調理、献立を考える事）
3. 高いところの作業（天袋、電球の交換等）
4. 重い物の扱いや運搬（布団、灯油、米、粗大ゴミ）
5. かがむ作業（風呂掃除、雑巾がけ等）
6. 手先や腕を使う作業（蓋の開閉、ドアノブ等）
7. 事務手続き・申し込み手続き  
(役所・契約等)
8. 文字が読みづらい（回覧板・新聞等）
9. 金銭管理（預金の出し入れ、支払い等）
10. 予定を立て実行する（スケジュール管理）
11. ゴミの分別やゴミ出し
12. 屋外作業（草刈・庭木の手入れ等）
13. 電化製品や携帯電話等の操作
14. 家の設備や家電等の故障などトラブル対応
15. 人づきあい（友人、隣人等とのつきあい）
16. 説明の内容を理解すること  
(説明書・店員の説明等)
17. その他 →

**9-4** 今後、あなたの日常生活に支障をきたす恐れのある症状は何ですか。（3つまで○）

- |             |                 |                 |
|-------------|-----------------|-----------------|
| 1. めまい・ふらつき | 2. 排尿障害（頻尿・尿漏れ） | 3. 排便障害（便秘・下痢）  |
| 4. 不眠・睡眠障害  | 5. 腰痛           | 6. 関節痛・しびれ      |
| 7. 視力低下     | 8. 聴力低下         | 9. 食欲不振         |
| 10. 咳・たん    | 11. 息切れ・動悸      | 12. むせ・飲み込みづらさ  |
| 13. 疲れやすさ   | 14. 気分の落ち込み     | 15. 物忘れ・認知機能の低下 |
| 16. 頭痛      | 17. むくみ         | 18. 特にない        |

**9-5** 今後、どのような状況になったら要介護認定を申請しようと思いますか。  
（すでに申請したことがある方は、その時の状況をおこたえください）（1つだけ○）

- |                                |                   |
|--------------------------------|-------------------|
| 1. 骨折、膝痛や腰痛など整形外科的な問題<br>があるとき | 2. 主治医から勧められたとき   |
| 3. 入院中に勧められたとき                 | 4. 家族に勧められたとき     |
| 5. 友人に勧められたとき                  | 6. デイサービスを利用したいとき |
| 7. ヘルパーを利用したいとき                | 8. 住宅改修をしたいとき     |
| 9. その他 → <input type="text"/>  |                   |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

記入もれがないか、今一度お確かめください。  
記入した調査票は全て（表紙も含みます）を3つ折りにして、  
同封している返信用封筒に入れ、

**令和5年2月6日（月）**までに切手を貼らずに投函してください。