

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（案）

皆様には、日頃から介護保険行政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

愛西市では現在、「みんなで支え、みんなでかわり、安心して暮らせるまち」を基本理念に据えて、介護や支援を必要とする方々と家族介護者にとって住みよい“まちづくり”を進めており、令和5年度には、第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画の策定を予定しています。これに先立ち、愛西市にお住まいの65歳以上の方の中から無作為に抽出した3,000名の方（要介護認定者は除く）を対象にアンケートを実施することとなりました。

本調査で得られた情報は、第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画策定及び効果評価の目的以外に使用することはありません。

大変お忙しい中、恐縮ではございますが、趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和5年1月

愛西市長 日永 貴章

【ご記入に当たってのお願い】

◇調査票の記入について

1. 令和5年1月1日現在の内容でご記入ください。
2. アンケートには、封筒のあて名のご本人がお答えください。
3. ご本人が記入できない場合は、ご家族の方などで、ご本人の意思を尊重して代わってご回答していただくようお願いいたします。
4. 回答は、選択肢に○を付けていただく場合と記述していただく場合があります。回答は、設問ごとに示している指示に従ってください。
5. 選択された回答によっては、次に進む設問が異なる場合があります。特にことわり書きのない場合は次の設問に、ことわり書きがある場合は指示に従って回答してください。
6. 回答が「その他」にあてはまる場合は、（ ）内に具体的にご記入ください。

◇調査票の回収について

ご記入いただきました調査票は、同封の返信用封筒に入れ、**●月●日（●）**までにポストに投函していただきますようお願いいたします。（切手は不要です）

◇調査についてのご質問や外出が難しいなどの理由でアンケートが郵送できない方は、下記までお問い合わせください。

<お問い合わせ先>

愛西市 保険福祉部 高齢福祉課

TEL : 0567-55-7116（ダイヤルイン）

FAX : 0567-26-5515

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

A～D 市独自項目

A あて名のご本人（以下、「あなた」という）のお住まいの地区は、どこですか

1. 佐屋地区
2. 立田地区
3. 八開地区
4. 佐織地区
5. 分からない

↓
お住いの地区がわからない方は、住所を町名までご記入ください

住 所 愛西市 _____ 町 _____

B あなたの性別はどちらですか

1. 男性
2. 女性

C あなたの年齢はどれに該当しますか

1. 65～69 歳
2. 70～74 歳
3. 75～79 歳
4. 80～84 歳
5. 85～89 歳
6. 90～94 歳
7. 95～99 歳
8. 100 歳以上

D あなたの介護認定はどれですか

1. 認定は受けていない
2. 要支援1
3. 要支援2
4. 事業対象者[※]
5. その他（ _____ ）

※「事業対象者」とは、介護予防・日常生活支援総合事業対象者のことで、基本チェックリストで判定された方です。

あなたのご家族や生活状況について

問1-1 家族構成をお教えてください (○は1つ)

国必須項目

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 1人暮らし ⇒問2-1へ | 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 () | |

問1-2 【問1-1において「2.」～「5.」と答えた方におたずねします】

日中、1人になることがありますか (○は1つ)

市独自項目

- | | | |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

問2-1 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 (○は1つ)

国必須項目

1. 介護・介助は必要ない ⇒問3へ
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)

問2-2 【問2-1において「2.」または「3.」と答えた方におたずねします】

介護・介助が必要になった主な原因は何ですか (○はいくつでも)

国オプション項目

- | | |
|--|--|
| <p><small>のうそっちゅう のうしゅつけつ のうこうそく</small></p> <p>1. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)</p> <p><small>あくせいしんせいぶつ</small></p> <p>3. がん (悪性新生物)</p> <p>5. 関節の病気 (リウマチ等)</p> <p>7. パーキンソン病</p> <p><small>しかく ちょうかくしょうがい</small></p> <p>10. 視覚・聴覚障害</p> <p><small>すいじやく</small></p> <p>13. 高齢による衰弱</p> <p>15. 不明</p> | <p>2. 心臓病</p> <p><small>はいきしゅ</small></p> <p>4. 呼吸器の病気 (肺気腫・肺炎等)</p> <p><small>にんちしょう</small></p> <p>6. 認知症 (アルツハイマー病等)</p> <p><small>じんじつかん どうせき</small></p> <p>9. 腎疾患 (透析)</p> <p><small>こっせつ てんとう</small></p> <p>8. 糖尿病</p> <p><small>せきついそんしょう</small></p> <p>11. 骨折・転倒</p> <p>12. 脊椎損傷</p> <p>14. その他 ()</p> |
|--|--|

問2-3 【問2-1において「3.」と答えた方におたずねします】

主にどなたの介護、介助を受けていますか (○はいくつでも)

国オプション項目

- | | | |
|---------------------------|-------|----------|
| 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 () | | |

問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 (○は1つ)

国必須項目

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4 お住まいは下記のどれにあてはまりますか (○は1つ)

国オプション項目

1. 持家 (一戸建て) 2. 持家 (集合住宅) 3. 公営賃貸住宅
4. 民間賃貸住宅 (一戸建て) 5. 民間賃貸住宅 (集合住宅) 6. 借家
7. その他 ()

問5 自宅に固定電話を設置していますか (○は1つ)

★新規★ 市独自項目

1. はい 2. いいえ

問6-1 主に生活する部屋は2階以上にありますか (○は1つ)

市独自項目

1. はい 2. いいえ ⇒問7へ

問6-2 【問6-1において「1.」と答えた方におたずねします】

お住まいにエレベーターまたは、階段昇降機が設置されていますか (○は1つ)

市独自項目

1. はい 2. いいえ

からだを動かすことについて

問7 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか (○は1つ)

国必須項目

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

問8 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 (○は1つ)

国必須項目

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

問9 15分位続けて歩いていますか (○は1つ)

国必須項目

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

問10 過去1年間に転んだ経験がありますか (○は1つ)

国必須項目

1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない

問11 転倒に対する不安は大きいですか (○は1つ)

国必須項目

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

問12 週に1回以上は外出していますか (○は1つ)

国必須項目

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

食べることについて

問21 身長・体重をお教えてください（数値をご記入ください）

国必須項目

身長 _____ cm 体重 _____ kg

問22 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（○は1つ）

国必須項目

1. はい 2. いいえ

問23-1 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください（○は1つ）

*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 ⇒問24へ
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 ⇒問24へ

国必須項目

問23-2 【問23-1で「1.」または「3.」と答えた方におたずねします】

毎日入れ歯の手入れをしていますか（○は1つ）

国オプション項目

1. はい 2. いいえ

問24 噛み合わせは良いですか（○は1つ）

国オプション項目

1. はい 2. いいえ

問25 過去1年間に歯科検診を受けましたか（○は1つ）

★新規★ 市独自項目

1. はい 2. いいえ

問26 どなたかと食事をとにもする機会がありますか（○は1つ）

国必須項目

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27 お茶や汁物などでむせることがありますか（○は1つ）

国オプション項目

1. はい 2. いいえ

問28 口の渇きが気になりますか（○は1つ）

国オプション項目

1. はい 2. いいえ

問29 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（○は1つ）

国オプション項目

1. はい 2. いいえ

問30 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか（○は1つ）

国オプション項目

1. はい 2. いいえ

問31 1日の食事の回数は何回ですか（○は1つ）

市独自項目

1. 朝昼晩の3食 2. 朝晩の2食 3. 朝昼の2食
4. 昼晩の2食 5. 1食 6. その他（ ）

毎日の生活について

問32 物忘れが多いと感じますか（○は1つ）

国必須項目

1. はい 2. いいえ

問33-1 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）（○は1つ）

国必須項目

1. できるし、している ⇒問34-1へ 2. できるけどしていない 3. できない

問33-2 【問33-1で「2.」または「3.」と答えた方におたずねします】
どのような方法で外出しますか（○は1つ）

市独自項目

1. 同居の家族と一緒に 2. 別居の家族と一緒に 3. タクシーでヘルパーと一緒に
4. 友人・知人と一緒に 5. その他（ ）

問34-1 自分で食品・日用品の買物をしていますか（○は1つ）

国必須項目

1. できるし、している ⇒問35-1へ 2. できるけどしていない 3. できない

問34-2 【問34-1で「2.」または「3.」と答えた方におたずねします】
食品・日用品の買物をする人は主にどなたですか（○は1つ）

市独自項目

1. 同居の家族 2. 別居の家族 3. ヘルパー
4. 配達を依頼 5. その他（ ）

問41 新聞を読んでいますか (○は1つ)	国オプション項目
1. はい 2. いいえ	
問42 本や雑誌を読んでいますか (○は1つ)	国オプション項目
1. はい 2. いいえ	
問43 健康についての記事や番組に関心がありますか (○は1つ)	国オプション項目
1. はい 2. いいえ	
問44 友人の家を訪ねていますか (○は1つ)	国オプション項目
1. はい 2. いいえ	
問45 家族や友人の相談にのっていますか (○は1つ)	国オプション項目
1. はい 2. いいえ	
問46 病人を見舞うことができますか (○は1つ)	国オプション項目
1. はい 2. いいえ	
問47 若い人に自分から話しかけることがありますか (○は1つ)	国オプション項目
1. はい 2. いいえ	
問48 趣味はありますか。また、趣味がある場合は具体的にお教えてください (○は1つ)	国オプション項目
1. 趣味あり → <input type="text"/>	
2. 思いつかない	
問49 生きがいがありますか。また、生きがいがある場合は具体的にお教えてください (○は1つ)	国オプション項目
1. 生きがいあり → <input type="text"/>	
2. 思いつかない	
問50 5分前に自分が何をしていたか思い出せますか (○は1つ)	市独自項目
1. はい 2. いいえ	
問51 その日の活動 (食事をする、衣服を選ぶなど) を自分で判断できますか (○は1つ)	市独自項目
1. 困難なくできる 2. いくらか困難であるが、できる	
3. 判断するときに、他人からの合図や見守りが必要 4. ほとんど判断できない	

問73-1 現在、病院・医院（診療所、クリニック）に通院していますか（○は1つ）		
1. はい	2. いいえ ⇒問74へ	市独自項目
問73-2 【問73-1で「1.」と答えた方におたずねします】 通院に介助が必要ですか（○は1つ）		市独自項目
1. はい	2. いいえ	

認知症にかかる相談窓口の把握について

問74 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（○は1つ）		国必須項目
1. はい	2. いいえ	
問75-1 認知症に関する相談窓口を知っていますか（○は1つ）		国必須項目
1. はい	2. いいえ ⇒問76へ	
問75-2 【問75-1で「1.」と答えた方におたずねします】 認知症について相談する窓口や人を教えてください。（○はいくつでも）		市独自項目
1. 医師・看護師	2. 歯科医師	3. 市役所
4. 地域包括支援センター	5. 保健センター	6. 保健所
7. 認知症疾患医療センター	8. その他（	）

今後の生活について

問76 現在お住まいの地域で今後も生活していくためには、どの支援・サービスが必要だと思いますか （○はいくつでも）		
1. 配食	2. 調理	3. 掃除・洗濯
4. 買い物（宅配は含まない）	5. ゴミ出し	6. 外出同行（通院、買い物など）
7. 移送サービス（介護・福祉タクシーなど）	8. 見守り、声かけ	
9. サロンなどの定期的な通いの場	10. その他（	）
11. 特にない		市独自項目

