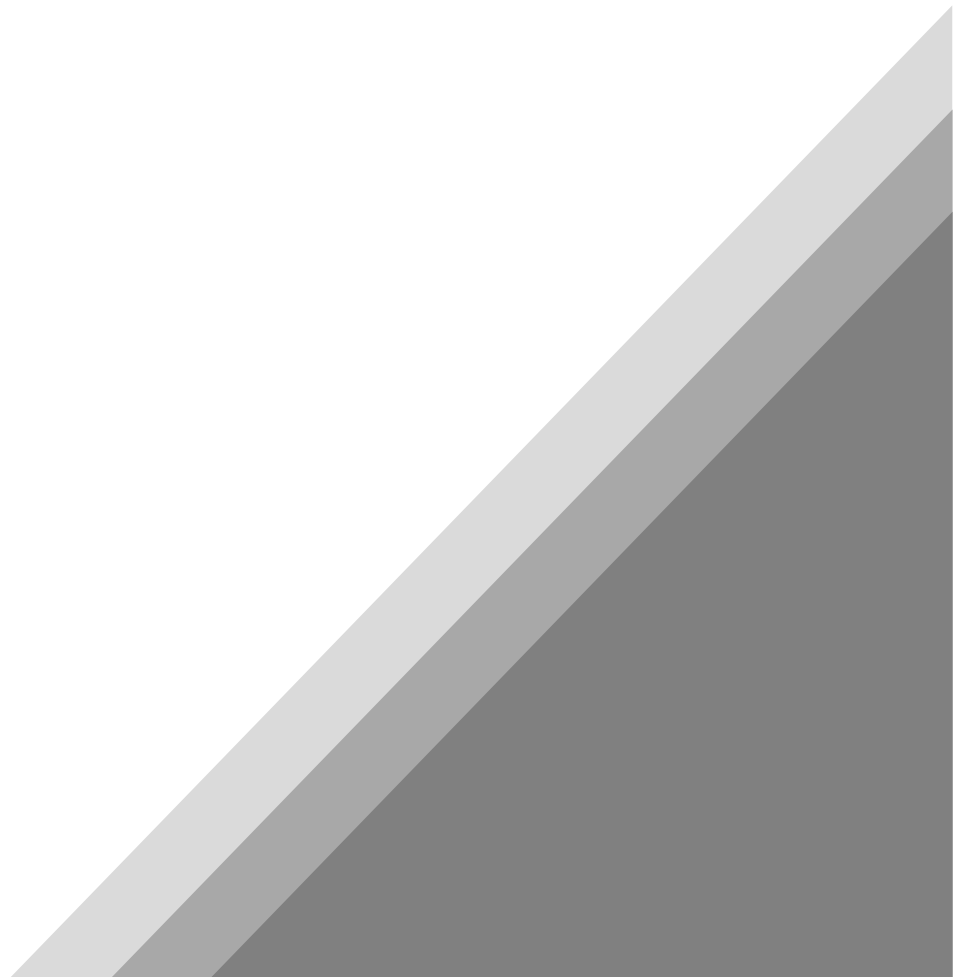




資料編



高齢者等実態調査（一般高齢者）・日常生活圏域二一ズ調査
【調査票】

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、〇月〇〇日(△)までに投函してください。

記 入 日	平成 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 (記入者氏名: _____)	
調査対象者が何らかの事情により不在で調査できない場合には、下の枠内のいずれかの番号を選んでください。	
1. 入院中 (病院等名 _____)	
2. 介護保険施設に入所中 (施設名 _____)	
3. 転居	
4. 死亡	
5. その他 (具体的に _____)	

※以下はあて名のご本人の情報を記入してください。

電 話 番 号	—
居 住 地 域	
年 齢 ・ 性 別	() 歳 男 ・ 女
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日

〇〇市介護保険課
〇〇係

はじめに

皆様にはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。
日頃から〇〇市介護保険事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

この調査は、高齢者（65歳以上）の方に対し、生活の状況や社会参加、今後の生活について御意見をうかがい、今後の高齢者に関する施策の基礎資料とするものです。

アンケート調査票に記入いただいた個人情報を本調査の目的以外に使用したり、個別の回答内容を公表したりすることはなく、本調査票は厳正な取り扱いのもとに管理することとしております。

このように、個人情報の取り扱いに配慮して調査を実施しますので、皆様の率直な御意見をお聞かせいただきますようお願いいたします。

記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は、平成25年10月1日現在、65歳以上の方です。
2. ご回答にあたっては表紙ラベルのあて名のご本人について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、一緒に回答されてもかまいません。
3. ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲み、数字を記入する欄は右詰め（例、

0	6	2
---	---	---

 kg）でご記入ください。
4. 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
5. この調査についてのお問い合わせは下記までお願いいたします。
6. 調査票記入後は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れてお送りください。

問合せ先	〇〇市介護保険課〇〇係
電話（直通）	〇〇-〇〇〇〇

問2 運動・閉じこもりについて		
Q1. 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	1. はい	2. いいえ
Q2. 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. はい	2. いいえ
Q3. 15分位続けて歩いていますか	1. はい	2. いいえ
Q4. 5m以上歩けますか	1. はい	2. いいえ
Q5. 週に1回以上は外出していますか	1. はい	2. いいえ
Q6. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	2. いいえ
Q7. 外出を控えていますか	1. はい	2. いいえ ⇒ Q7-1へ ⇒ Q8へ
Q7-1. (外出を控えている方のみ) 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(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()		
Q8. 買物・散歩で外出する頻度はどのくらいですか (それぞれ1つ)		
A. 買物…1. ほぼ毎日 2. 週4~5日 3. 週2~3日 4. 週1日 5. 週1日未満		
B. 散歩…1. ほぼ毎日 2. 週4~5日 3. 週2~3日 4. 週1日 5. 週1日未満		
Q9. 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. 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 転倒について		
Q1. この1年間に転んだことがありますか	1. はい	2. いいえ
Q2. 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	2. いいえ
Q3. 背中が丸くなってきましたか	1. はい	2. いいえ
Q4. 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1. はい	2. いいえ
Q5. 杖を使っていますか	1. はい	2. いいえ

問4 口腔・栄養について		
Q1. 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	2. いいえ
Q2. 身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		
Q3. 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
Q4. 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
Q5. 口の渇きが気になりますか	1. はい	2. いいえ
Q6. 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
Q7. 定期的に歯科受診（健診を含む）をしていますか	1. はい	2. いいえ
Q8. 入れ歯を使用していますか	1. はい ⇒ Q8-1, 2へ	2. いいえ ⇒ Q9へ
Q8-1.（入れ歯のある方のみ）噛み合わせは良いですか	1. はい	2. いいえ
Q8-2.（入れ歯のある方のみ）毎日入れ歯の手入れをしていますか	1. はい	2. いいえ
Q9. 1日の食事の回数は何回ですか 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		
Q10. 食事を抜くことがありますか 1. 毎日ある 2. 週に何度かある 3. 月に何度かある 4. ほとんどない		
Q11. 自分一人でなく、どなたかと食事をと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 ⇒ Q11-1へ ⇒ Q11-1へ ⇒ Q11-1へ ⇒ Q11-1へ ⇒ 問5へ		
Q11-1.（どなたかと食事をとる機会がある方のみ）食事をとる人はどなたですか （いくつでも） 1. 家族 2. 近所の人や友人 3. ティサービスの仲間 4. その他		

問5 物忘れについて		
Q1. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	2. いいえ
Q2. 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
Q3. 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
Q4. 5分前のことが思い出せますか	1. はい	2. いいえ
Q5. 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 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		

Q6. 人に自分の考えをうまく伝えられますか 1. 伝えられる 2. いくらか困難であるが、伝えられる 3. あまり伝えられない 4. ほとんど伝えられない
Q7. 現在、どの生活支援サービスを利用していますか。 (1) 各市町村における生活支援サービスの事業名（別表に該当する生活支援サービス名を記載） 1. 利用している 2. 利用していない
(2) 各市町村における生活支援サービスの事業名（別表に該当する生活支援サービス名を記載） 1. 利用している 2. 利用していない
(3) 各市町村における生活支援サービスの事業名（別表に該当する生活支援サービス名を記載） 1. 利用している 2. 利用していない
(4) 各市町村における生活支援サービスの事業名（別表に該当する生活支援サービス名を記載） 1. 利用している 2. 利用していない
(5) 各市町村における生活支援サービスの事業名（別表に該当する生活支援サービス名を記載） 1. 利用している 2. 利用していない
(6) 各市町村における生活支援サービスの事業名（別表に該当する生活支援サービス名を記載） 1. 利用している 2. 利用していない

問6 日常生活について

Q1. バスや電車で一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
Q2. 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 ⇒Q3△ ⇒Q2-1△ ⇒Q2-1△
Q2-1.（日用品の買物をしていない、できない方のみ）日用品の買物をする人は主にどなたですか 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
Q3. 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 ⇒Q4△ ⇒Q3-1△ ⇒Q3-1△
Q3-1.（自分で食事の用意をしていない、できない方のみ）食事の用意をする人は主にどなたですか 1. 同居の家族 2. 別居の家族 3. ヘルパー 4. 配食サービス利用 5. その他
Q4. 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
Q5. 預貯金のお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
Q6. 食事は自分で食べられますか 1. できる 2. 一部介助（おかずを切ってもらうなど）があればできる 3. できない
Q7. 寝床に入るとき、何らかの介助を受けますか 1. 受けない 2. 一部介助があればできる 3. 全面的な介助が必要

Q8. 座っていることができますか	1. できる	2. 支えが必要	3. できない
Q9. 自分で洗面や歯磨きができますか	1. できる	2. 一部介助があればできる	3. できない
Q10. 自分でトイレができますか	1. できる	2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる	3. できない
Q11. 自分で入浴ができますか	1. できる	2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる	3. できない
Q12. 50m以上歩けますか	1. できる	2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる	3. できない
Q13. 階段を昇り降りできますか	1. できる	2. 介助があればできる	3. できない
Q14. 自分で着替えができますか	1. できる	2. 介助があればできる	3. できない
Q15. 大便の失敗がありますか	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
Q16. 尿もれや尿失禁がありますか	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
Q17. 家事全般ができていますか	1. できている	2. できていない	

問7 社会参加について

Q1. 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
Q2. 新聞を読んでいますか	1. はい	2. いいえ
Q3. 本や雑誌を読んでいますか	1. はい	2. いいえ
Q4. 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
Q5. 友人の家を訪ねていますか	1. はい	2. いいえ
Q6. 家族や友人の相談にのっていますか	1. はい	2. いいえ
Q7. 病人を見舞うことができますか	1. はい	2. いいえ
Q8. 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
Q9. 趣味はありますか	1. はい	2. いいえ
Q10. 生きがいがありますか	1. はい	2. いいえ

<p>Q1 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</p> <p>(1) ボランティアのグループ</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない</p>
<p>(2) スポーツ関係のグループやクラブ</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない</p>
<p>(3) 趣味関係のグループ</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない</p>
<p>(4) 老人クラブ</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない</p>
<p>(5) 町内会・自治会</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない</p>
<p>(6) 学習・教養サークル</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない</p>
<p>(7) その他の団体や会</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない</p>
<p>Q1 2. 以下のような活動（社会参加活動や仕事）をどのくらいの頻度でしていますか</p> <p>(1) 見守りが必要な高齢者を支援する活動</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない</p>
<p>(2) 介護が必要な高齢者を支援する活動</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない</p>
<p>(3) 子どもを育てている親を支援する活動</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない</p>
<p>(4) 地域の生活環境の改善（美化）活動</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない</p>
<p>(5) 収入のある仕事</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない</p>
<p>Q1 3. 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。 あてはまるすべてに○をしてください。あてはまる人がいない場合は「8. そのような人はいない」に○をつけてください。</p> <p>(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）</p> <p>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</p>
<p>(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）</p> <p>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</p>
<p>(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）</p> <p>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</p>

(4) 反対に、看病や世話をしあける人（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 6. 友人 7. その他（ ） 8. そのような人はいない
Q14. 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・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
Q15. 友人関係についておうかがいします。 (1) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。 1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 会っていない
(2) この1ヶ月間、何人の友人・知人と会いましたか。 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
(3) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。（いくつでも） 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8 健康について

Q1. 普段、ご自分で健康だと思いますか 1. とても健康 2. まあまあ健康 3. あまり健康でない 4. 健康でない
Q2. 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. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症(アルツハイマー病等) 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他（ ） 19. ない
Q3. 現在、医師の処方した薬を何種類飲んでいますか 1. 1種類 2. 2種類 3. 3種類 4. 4種類 5. 5種類以上 6. 飲んでいない
Q4. 現在、病院・医院（診療所、クリニック）に通院していますか 1. はい 2. いいえ ⇒ Q4-1, 2^ ⇒ Q5^
Q4-1. (通院している方のみ) その頻度は次のどれですか。 1. 週1回以上 2. 月2～3回 3. 月1回程度 4. 2ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度
Q4-2. (通院している方のみ) 通院に介助が必要ですか 1. はい 2. いいえ

Q5. 以下の在宅サービスを利用していますか (いくつでも)		
1. 訪問診療 (医師の訪問) 2. 訪問介護 3. 夜間対応型訪問介護 4. 訪問入浴介護		
5. 訪問看護 6. 訪問リハビリテーション 7. 通所介護 (デイサービス)		
8. 認知症対応型通所介護 9. 通所リハビリテーション (デイケア)		
10. 小規模多機能型居宅介護 11. 短期入所 (ショートステイ)		
12. 医師や薬剤師などによる療養上の指導 (居宅療養管理指導)		
13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 14. 複合型サービス 15. その他 ()		
Q6. お酒は飲みますか		
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		
Q7. 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		
Q8. (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	2. いいえ
Q9. (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	2. いいえ
Q10. (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる	1. はい	2. いいえ
Q11. (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	2. いいえ
Q12. (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	2. いいえ