四万十市 高齢者の生活に関するアンケート



はじめに

市民の皆さまには、日頃から市行政へのご理解、ご協力をいただきありがとうございます。 さて、四万十市では、高齢者福祉の一層の充実と介護保険制度の円滑な実施に向け、高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の見直しを行います。

そこで、65歳以上の市民の方に対し、心身の状態や自立した生活をおくる上での課題、今後の意向等をより的確に把握するため、「高齢者の生活に関するアンケート」を実施します。

この調査は、今後の高齢者を取り巻く様々な環境に柔軟に対応し、また介護予防の情報を正確に整理するために、多くの質問項目を設けております。身近な内容となっていますので、ぜひご協力をいただきますようよろしくお願い申し上げます。

令和2年1月

四万十市長 中平 正宏

なお、収集した個人情報は四万十市個人情報保護条例に基づき、調査目的以外に使用することはございません。

調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れて、 1月24日(金)までに投函してください。

【お問い合わせ先】

四万十市役所 高齢者支援課 介護保険係

電話(直通)(0880)34-1165

記入に際してのお願い

- この調査の対象者は、令和元年12月1日現在、65歳以上(要介護1~5の方を除く)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、ご一緒に回答されても結構です。
- 3. この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。
 - 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

記入例

ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、 該当する番号をOで囲んでください。 1.はい 2.いいえ

6

2

kg

数字を記入する欄は右詰めでご記入ください。

調査票を記入されたのはどなたですか。O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 ()	

※以下は**あて名のご本人の情報**を記入してください。

年齢・性別	()歳	男	· 女
生年月日	大正 • 昭和	年 月	В
介護度	要介護度なし	要支援1 要支援2	わからない

【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通りですので、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。

- ■個人情報の保護及び調査目的について
 - 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、市の高齢者保健福祉計画策定及び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、四万十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出ません。)

問1 あなたのご家族や生活状況について

1	家族構成	を教えてください。(1つだけ〇)		
	- 1. 一人暮	享らし	2. 夫婦2人暮らし (配偶者65歳以上)
	3. 夫婦 2	2 人暮らし(配偶者 64 歳以下)	4. 息子・娘との2世帯	
	5. そのtt	<u>t</u>		
2	あなたは	、普段の生活でどなたかの介護・介	ì助が必要ですか。(1つだけO)	
	1. 介護・	介助は必要ない ⇒3へ		
	2. 何らた	かの介護・介助は必要だが、現在は受け	ナていない ⇒ <mark>2-1</mark> へ	
		何らかの介護を受けている ⇒ <mark>2-</mark> 隻認定を受けずに家族などの介護を受け	-1〜2-2へ ナている場合も含む)	
		2. 何らかの介護・介助は必要だが 介護を受けている」と答えた方の <i>。</i>	、現在は受けていない」 または「3. : 'yお答えください。	現在、
	2-1	介護・介助が必要になった主な原	因は何ですか。(いくつでも〇)	
) 2. 心臓病	
		3. がん(悪性新生物)	こきゅうき びょうき はいきしゅ はいえん 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. 背椎損傷	
		13. 高齢による衰弱	14. その他()
		15. 不明		
	20, 13	3. 現在、何らかの介護を受けてい	る」と答えた方のみお答えください。	
	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0)	
		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 ()

3	現在の暮らしの状況を経済的	りにみてどう感	じていますか。	(1つだけ0)	
	1. 大変苦しい	2. やや苦し	1	3. ふつう	
	4. ややゆとりがある	5. 大変ゆとり)がある		
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(集活	(全)	
	こうえいちんたいじゅうたく 3. 公営賃貸住宅		みんかんちんたい 4. 民間賃貸	じゅうたく (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	a)	6. 借家		
	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れ	つらずに昇っていま	すか。		(1つだけ0)
	1. できるし、している	2. できるけど	していない	3. できな(۱,
2	椅子に座った状態から何も	らつかまらずに立ち	上がっていますか	٥,	(1つだけ0)
	1. できるし、している	2. できるけど	していない	3. できな(,1
3	15分位続けて歩いていま	きすか。			(1つだけ0)
-	1. できるし、している	2. できるけど	していない	3. できな(, \
4	過去1年間に転んだこと	はありますか。			(1つだけ0)
	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	いですか。			(1つだけ0)
	1. とても不安である	2. やや不安である	3. あまり不安では	はない 4.	不安ではない
6	週に1回以上は外出して	いますか。			(1つだけ0)
	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な	が減っていますか。			(1つだけ0)
	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。(1. はい ⇒8-1へ 2. いいえ ⇒9へ 			
	8で、「1. はい」と答え	た方のみお答えくだ。	さい。		
	8-1 外出を控えてい	る理由は、次のどれて	ですか。	(いくつでも0)	
	1. 病気	:	2. 障害) 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. トイし	ノの心配(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	可ですか。(いくつでも	50)		
	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	せてもらる	6. 電車(汽車)	
	7. 路線バス 8. 病院や施		z	9. 車いす	
	10. 電動車いす(カート) 11. 歩行器・シ		シーカー	12. タクシー	

問3 食べることについて

1	1 身長・体重を教えてください。(小数点以下は記入不要)											
	身長				cm	体重				kg		
		百 の 位	+ の 位	ー の 位			百 の 位	+ の 位	ー の 位	1		
2	半年前に	比べて	固いも	のが値	食べにく	くなりまし (1つた		1.	はい		2. いいえ	
3	お茶や汁	物等で	むせる	らことだ	がありま	すか。 (1 つた		1.	はい		2. いいえ	
4	口の渇き	が気に	なりま	すか。		(1つだ	(Ot	1.	はい		2. いいえ	
5	歯磨き(毎日して			らうな	易合も含	討)を (1つだ		1.	はい		2. いいえ	

6		入れ歯の利用状況 歯の総本数は、親)(1つだけ〇)
	1. 自分の)歯は20本以上、	かつ入れ歯を利	用 ⇒6-1、	6-2	
	2. 自分の)歯は20本以上、	入れ歯の利用な	± 0 ⇒ 6-1 ^		
	3. 自分の)歯は 19 本以下、	かつ入れ歯を利	用 ⇒6-1、	6-2	
	4. 自分の)歯は 19 本以下、	入れ歯の利用な	±U ⇒6-1^		
	6-1	噛み合わせは良	いですか。(1	つだけ0)	1. はい	2. いいえ
		. 自分の歯は 2 歯を利用」と答え			引「3。自分的	の歯は 19 本以下、
	6-2	毎日入れ歯の手		きすか。 つだけ〇)	1. はい	2. いいえ
7	6か月間	で2~3kg 以上の		りましたか。 1 つだけ〇)	1. はい	2. いいえ
8	どなたか	と食事をともにす	る機会はあり	ますか。(1こ	かだけ()	
	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		

問4 毎日の生活について

1	物忘れが多いと感じますな)),	(1つだけ0)
	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。	(1つだけ0)
	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。	(1つだけ0)
	1. はい	2. いいえ	
4	バスや電車を使って一人で	で外出していますか(自家用車でも可	可)。 (1つだけ0)
	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	勿をしていますか。	(1つだけ0)
	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	ー いますか。	(1つだけ0)
	1. できるし、している	 できるけどしていない できる 	いば
7	自分で請求書の支払いをし	たいますか。	(1つだけO)
	1. できるし、している	 できるけどしていない できる 	てい
8	自分で預貯金の出し入れを	していますか。	(1つだけ0)
	1. できるし、している	 できるけどしていない できる 	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。	(1つだけ0)
	1. はい	2. いいえ	
10	新聞を読んでいますか。		(1つだけ0)
	1. はい	2. いいえ	
11	本や雑誌を読んでいますが	\ °	(1つだけ0)
	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つだけ0)
	1. はい	2. いいえ	
13	友人の家を訪ねていますか	\ \ °	(1つだけ0)
	1. はい	2. いいえ	
14	家族や友人の相談にのって	いますか。	(1つだけ0)
	1. はい	2. いいえ	
15	病人を見舞うことができま	きすか。	(1つだけ0)
	1. はい	2. いいえ	
16	若い人に自分から話しかけ	ることがありますか。	(1つだけ0)
	1. はい	2. いいえ	
17	趣味はありますか。		(1つだけ0)
	1. 趣味あり() 2. 思いつかない	1
18	生きがいはありますか。		(1つだけ0)
	1. 生きがいあり() 2. 思いつかない	1

問5 地域での活動について

1 以下のような会・グループ等にどれくらいの頻度で参加していますか。 ①~®のそれぞれに回答してください。(それぞれ1つだけ〇)								
	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	0		
⑤ (運動クラブ、サロンなど の) 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 地域の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つだけ〇)

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 地域の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<u>企画・運営(お世話役)として</u>参加してみたいと思いますか。(1つだけ〇)

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

問6 たすけあいについて

1	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	くつでも0)				
	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	3人 (いくつでも0)				
	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寝	込んだときに、看象	病や世話をして	くれる人 (いくつでも0)				
	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0)					
	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 (, -,	そのような人はいない				
	(5) 家族や友人・知人以外 (いくつでも())	で、何かあったと	きに相談する	相手を教えてください。				
	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 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。(1つだけ	 tO)				
	1. 毎日ある	2. 週に何度かあ	ිට 3 .	月に何度かある				
	4 年に何度かある	5 ほとんどない	1					

(7) この1か月間、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つだけ〇) 2. 1~2人 1. 0人(いない) 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。(いくつでも〇) 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。(1つだけ〇) 2. まあよい 1. とてもよい 3. あまりよくない 4. よくない あなたは、現在どの程度幸せですか。(1つだけ〇) 2 (「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 とても 不幸 サ幸 6 5 点 Ο 1 2 3 4 7 8 9 10 点 点 点 点 点 点 点 点 点 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。 3 (1つだけ0) 1. はい 2. いいえ 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 4 じがよくありましたか(1つだけO) 1. はい 2. いいえ 5 お酒は飲みますか。(1つだけ〇) 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 タバコは吸っていますか。(1つだけ〇) 6 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。(いくつでも〇)				
	1. ない	2. 高血圧			
	3. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	4. 心臓病			
	5. 糖尿病	6. 高脂血症(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・削立腺の病気	10. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)			
	11. 外傷(転倒・骨折等)	12. がん (悪性新生物)			
	13. 血液・免疫の病気	14. うつ病			
	15. 認知症(アルツハイマー病等)	16. パーキンソン病			
	17. 首の病気	18. 耳の病気			
	19. その他()			

問8 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。(1つだけ〇)				
	1. はい	⇒1-1	2. いいえ		
	1-1 認知症に関して主治医または専門医への相談はしていますか。(1つだけC				
	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。(1つだけ〇)

1. はい 2. いいえ

問9 その他

_		
1	在宅医療サービス(訪問診療、訪問看護等)を知っている スの必要性が生じた場合の利用について、関心はありま	ますか。また、今後医療サービ すか。(1つだけ〇)
	1. サービスを知っており、将来的な利用に関心がある	
	2. サービスを知っているが、現時点では利用に関心はない	
	3. サービスを知らないが、将来的な利用に関心がある	
	4. サービスを知らないし、現時点では利用に関心はない	
	5. その他()

		יבטארביי	U'UU'U AMIUU'J'J	S 9	73 · (VI) COO)			
	1. 自身の身体機能	2. 抱え	ている疾病	3.	家族の介護負担			
	4. 経済的な問題	5. 自身	の認知機能	6.	生活に必要な移動手段			
	7. 食事、洗濯、掃除等の家事							
	8. 在宅で利用できる介護サービス(ヘルパー、デイサービス等)							
	9. 介護施設サービス	10. 在宅	で利用できる医	療サ	ービス(訪問診療、訪問看護等)			
	11. その他()					
3	在宅生活の継続にあたり、 ださい。(いくつでも〇)	将来、必 <u>要</u>	更になると感じ	る支持	爰・サービスについてご回答く			
	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			
	7. 移送サービス	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. 特亿	こなし					
4	次の健診及び各種がん検診の中で、この1年間(乳がん及び子宮頸がんについては、この2年間)で受診したものを教えて下さい。(いくつでもO)							
	1.特定健康診査又は一般健	康診査	2. 肺がん		3. 胃がん			
	4. 乳がん【女性のみ】		5. 大腸がん		6. 前立腺がん【男性のみ】			
	7. 子宮頸がん【女性のみ】							
5	歯と口のお手入れが誤嚥性肺炎の予防につながることを知っていますか。(1つだけ〇)							
	1. 知っている	2.	知らない					
6	歯と口のお手入れを目的と (1つだけO)	した歯科	 診療(治療を除る	きまき	す)の受診状況を教えて下さい。			
	1. 定期的に受診している							
	2. 定期的ではないが、受診したことがある							
	3. 受診したことはないが、受診を検討している							
	4. 受診したことはなく、現時点では受診も検討していない							
	ご協力を	らりがと	こうござい	ま	した。			
	-							

白字で生活を続けるために、小廻な占けありますか。(いくつでもへ)

記入もれがないか、再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) を同封した返信用封筒に入れ 1月24日(金)までに切手を貼らずに投函してください。