

# 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の確に把握するため、「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おりますので、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、収集した個人情報に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ありません。

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

1. 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、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○で囲んでください。

1. はい    2. いいえ

数字を記入する欄は右詰めでご記入ください。

kg

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（ \_\_\_\_\_ ）

※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	日
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。）

質問の該当する答えの番号に○をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

## 問1 あなたのご家族や生活状況について

<b>1</b>	家族構成を教えてください。(1つだけ○)
	1. 一人暮らし 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
<b>2</b>	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 ⇒ <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> へ 2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない ⇒ <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> へ 3. 現在、何らかの介護を受けている ⇒ <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> へ (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)
	<b>2</b> で、「2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」または「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。
<b>2-1</b>	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○)
	1. <small>のうそっちゅう のうしゅっけつ のうこうそく</small> 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 2. <small>しんそうびょう</small> 心臓病 3. <small>あくせいしんせいぶつ</small> がん(悪性新生物) 4. <small>こきゅうき びょうき はいきしゅ はいえん</small> 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等) 5. <small>かんせつ びょうき</small> 関節の病気(リウマチ等) 6. <small>にんちしょう びょう</small> 認知症(アルツハイマー病等) 7. <small>びょう</small> パーキンソン病 8. <small>とうようびょう</small> 糖尿病 9. <small>じんしかん とうせき</small> 腎疾患(透析) 10. <small>しかく ちょうかくしょうがい</small> 視覚・聴覚障害 11. <small>こっせつ てんとう</small> 骨折・転倒 12. <small>せきついそんしょう</small> 脊椎損傷 13. <small>こうれい すいじゃく</small> 高齢による衰弱 14. その他( ) 15. 不明
	<b>2</b> で、「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。
<b>2-2</b>	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 5. 孫 6. 兄弟・姉妹 7. 介護サービスのヘルパー 8. その他( )

<b>3</b>	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. ふう 4. ややゆとりがある              5. 大変ゆとりがある
<b>4</b>	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. <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

## 問2 からだを動かすことについて

<b>1</b>	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
<b>2</b>	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
<b>3</b>	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
<b>4</b>	過去1年間に転んだことはありますか。 (1つだけ○)
	1. 何度もある                      2. 1度ある                      3. ない
<b>5</b>	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. あまり不安ではない              4. 不安ではない
<b>6</b>	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
<b>7</b>	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

<b>8</b>	外出を控えていますか。(1つだけ○)	1. はい ⇒ <b>8-1</b> へ
		2. いいえ ⇒ <b>9</b> へ

**8**で、「1. はい」と答えた方のみお答えください。

<b>8-1</b>	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 ( )	

<b>9</b>	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 (汽車)	
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

<b>1</b>	身長・体重を教えてください。(小数点以下は記入不要)																												
身長	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">百</td> <td style="text-align: center;">十</td> <td style="text-align: center;">一</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">の</td> <td style="text-align: center;">の</td> <td style="text-align: center;">の</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">位</td> <td style="text-align: center;">位</td> <td style="text-align: center;">位</td> </tr> </table>				百	十	一	の	の	の	位	位	位	cm	体重	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">百</td> <td style="text-align: center;">十</td> <td style="text-align: center;">一</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">の</td> <td style="text-align: center;">の</td> <td style="text-align: center;">の</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">位</td> <td style="text-align: center;">位</td> <td style="text-align: center;">位</td> </tr> </table>				百	十	一	の	の	の	位	位	位	kg
百	十	一																											
の	の	の																											
位	位	位																											
百	十	一																											
の	の	の																											
位	位	位																											
<b>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つだけ○)		1. はい      2. いいえ																										
<b>3</b>	お茶や汁物等でむせることがありますか。(1つだけ○)		1. はい      2. いいえ																										
<b>4</b>	口の渴きが気になりますか。(1つだけ○)		1. はい      2. いいえ																										
<b>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つだけ○)		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。 (成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です) (1つだけ○)	
	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、入れ歯の利用なし ⇒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、入れ歯の利用なし ⇒6-1^		
6-1	噛み合わせは良いですか。(1つだけ○)	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」と答えた方のみお答えください。		
6-2	毎日入れ歯の手入れをしていますか。 (1つだけ○)	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。 (1つだけ○)	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。(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		

#### 問4 毎日の生活について

1	物忘れが多いと感じますか。 (1つだけ○)
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○)
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○)
1. はい                      2. いいえ	
4	バスや電車を使って一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	
5	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	









(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○)		
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○)		
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

<b>1</b>	現在のあなたの健康状態はいかがですか。(1つだけ○)																																				
	1. とてもよい      2. まあよい      3. あまりよくない      4. よくない																																				
<b>2</b>	あなたは、現在どの程度幸せですか。(1つだけ○) (「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)																																				
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">とても 不幸</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td style="text-align: center;">とても 幸せ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td></td> </tr> </table>	とても 不幸											とても 幸せ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		点	点	点	点	点	点	点	点	点	点	点	
とても 不幸											とても 幸せ																										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																											
点	点	点	点	点	点	点	点	点	点	点																											
<b>3</b>	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。(1つだけ○)																																				
	1. はい      2. いいえ																																				
<b>4</b>	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(1つだけ○)																																				
	1. はい      2. いいえ																																				
<b>5</b>	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																																				
<b>6</b>	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																																				

<b>7</b>	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 <small>こうけつあつ</small>	
3. 脳卒中 <small>のうそうちゅう</small> (脳出血 <small>のうしゅっけつ</small> ・脳梗塞 <small>のうこうそく</small> 等)	4. 心臓病 <small>しんぞうびょう</small>	
5. 糖尿病 <small>とうりょうびょう</small>	6. 高脂血症 <small>こうしけっしゅう</small> (脂質異常 <small>ししつじじょう</small> )	
7. 呼吸器の病気 <small>こきゅうき</small> (肺炎 <small>びょうき</small> や気管支炎 <small>はいえん</small> 等)	8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 <small>いちょう かんぞう たんのうのびょうき</small>	
9. 腎臓・前立腺の病気 <small>じんぞう ぜんりつせん びょうき</small>	10. 筋骨格の病気 <small>きんこつかく びょうき</small> (骨粗しょう症 <small>こつそ</small> 、関節症 <small>しゅう かんせつしゅう</small> 等)	
11. 外傷 <small>がいしやう</small> (転倒 <small>てんとう</small> ・骨折 <small>こっせつ</small> 等)	12. がん <small>あくせいしんせいぶつ</small> (悪性新生物)	
13. 血液・免疫の病気 <small>けつえき めんえき びょうき</small>	14. うつ病 <small>うつびょう</small>	
15. 認知症 <small>にんちしやう</small> (アルツハイマー病 <small>びょう</small> 等)	16. パーキンソン病 <small>パーキンソンびょう</small>	
17. 目の病気 <small>め びょうき</small>	18. 耳の病気 <small>みみ びょうき</small>	
19. その他 ( )		

### 問8 認知症にかかる相談窓口の把握について

<b>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つだけ○)
1. はい ⇒ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1-1</span> へ	2. いいえ
<b>1</b> で、「1. はい」と答えた方のみお答えください。	
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1-1</span>	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○)
1. はい	2. いいえ
<b>2</b>	認知症に関する相談窓口を知っていますか。(1つだけ○)
1. はい	2. いいえ

### 問9 その他

<b>1</b>	在宅医療サービス(訪問診療、訪問看護等)を知っていますか。また、今後医療サービスの必要性が生じた場合の利用について、関心はありますか。(1つだけ○)
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 ( )	

