

令和 2 年 6 月 吉日

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査への協力をお願い

高知市健康福祉部高齢者支援課

市民の皆様には、日頃から市政に対するご理解、ご協力いただき誠にありがとうございます。

さて、本市では令和 3 年度から令和 5 年度までの第 8 期高知市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定にあたり、要介護状態になるリスクの発生状況や日常生活状況を把握し、効果的な介護予防施策の立案と効果評価を行うため、厚生労働省より出された手引きに基づく介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を行うことといたしました。

なお、本調査は 65 歳以上の市民 5,000 人を無作為に抽出し、調査票をお送りしております。

調査は無記名方式ですので、お名前をご記入いただく必要はありませんし、ご回答いただいた内容は統計的に処理しますので、どなたのお答えかは分からないようになっております。

つきましては、ご多用のこととは存じますが、本調査票に必要事項をご記入いただき、返送用封筒にて令和 2 年 6 月 2 6 日 (金) までにご返送くださいますようお願い申し上げます。

なお、本調査は高知市より株式会社東京商工リサーチ高知支店に委託をして行っており、得られた情報につきましては、高知市による高知市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定と効果評価の目的以外には利用いたしません。

提供いただいた当該情報につきましても、高知市において適切に管理いたします。

ただし、本調査データを活用するにあたり、厚生労働省の管理する高知市以外の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ので、ご了承ください。

<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見なさせていただきます。

【個人情報の保護およ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、本市による介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、本市内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本市以外の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。

<調査にご回答いただく際のお願い>

- 該当するものに○を付けて（もしくは数字等を記入して）、ご回答ください。
（ご家族などの代筆も可能です）。
- 「その他」や「上記以外」を選択された場合、（ ）欄があればその中に具体的な内容をご記入ください。

問1 あなたの家族や生活状況について

(1) 家族構成を教えてください (○はひとつ)

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

(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 (○はひとつ)

- | |
|---|
| 1. 介護・介助は必要ない |
| 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) |

(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 (○はひとつ)

- | | | |
|-------------|-------------|--------|
| 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わずに昇っていますか (○はひとつ)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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) 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 (○はひとつ)

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

(3) 15分間位続けて歩いていますか (○はひとつ)

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

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか (○はひとつ)

- | | | |
|----------|---------|-------|
| 1. 何度もある | 2. 1度ある | 3. ない |
|----------|---------|-------|

(5) 転倒に対する不安が大きいですか (○はひとつ)

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

(6) 週に1回以上は外出していますか (○はひとつ)

- | | |
|--------------|----------|
| 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が減っていますか (○はひとつ)

- | | | |
|-------------|----------|--------------|
| 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 (○はひとつ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

【(8)で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】

①外出を控えている理由は、次のどれですか (○はいくつでも)

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

問3 食べることについて

(1) 身長・体重をご記入ください

身長 cm 体重 kg

(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか (○はひとつ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(3) 歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください (○はひとつ)

(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 |
| 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 |

(4) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか (○はひとつ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(5) どなたかと食事をとにもする機会がありますか (○はひとつ)

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 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 (○はひとつ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(2) 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)
(○はひとつ)

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

(3) 自分で食品・日用品の買物をしていますか (○はひとつ)

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

(4) 自分で食事の用意をしていますか (○はひとつ)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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) 自分で請求書の支払いをしていますか (○はひとつ)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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) 自分で預貯金の出し入れをしていますか (○はひとつ)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか
 ※①－⑨それぞれに回答してください（それぞれ○はひとつ）

	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	1	2	3	4	5	6
⑥認知症カフェ	1	2	3	4	5	6
⑦老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑧町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑨収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

(2) 地域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（○はひとつ）

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 是非参加したい | 2. 参加してもよい | 3. 参加したくない |
|------------|------------|------------|

(3) 地域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企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか（○はひとつ）

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 是非参加したい | 2. 参加してもよい | 3. 参加したくない |
|------------|------------|------------|

問6	たすけあいについて 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（○はいくつでも）

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

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人（○はいくつでも）

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

(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（○はいくつでも）

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

(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人（○はいくつでも）

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

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（○はひとつ）

- | | | | |
|----------|---------|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい | 3. あまりよくない | 4. よくない |
|----------|---------|------------|---------|

(2) あなたは現在どの程度幸せですか（○はひとつ）

（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、該当する点数に○を付けてください）

- | | | |
|-----------|-----------------------------------|-----------|
| とても
不幸 | 0点 1点 2点 3点 4点 5点 6点 7点 8点 9点 10点 | とても
幸せ |
|-----------|-----------------------------------|-----------|

(3) 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 (○はひとつ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(4) 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 (○はひとつ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(5) タバコは吸っていますか (○はひとつ)

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

(6) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (○はいくつでも)

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| 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・前立腺の病気 | 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. 目の病気 | 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 (○はひとつ)

- | | |
|-------|--------|
| 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 (○はひとつ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問9 在宅療養について

(1) 万一、あなたが治る見込みがない病気になった場合、最期はどこで迎えたいですか (〇はひとつ)

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1. 病院などの医療施設 | 2. 自宅 |
| 3. 子どもの家 | 4. 兄弟姉妹などの親族の家 |
| 5. 高齢者向けのケア付住宅 | 6. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 |
| 7. その他 | 8. 分からない |

(2) (1) で2・3・4以外を回答された方にお聞きします。1・5～8と答えた理由を下記項目から選択ください (〇はいくつでも)

- | | |
|---|-----------------|
| 1. 介護してくれる家族がない | 2. 家族へ負担をかけたくない |
| 3. 在宅で最期を迎えることのイメージができない | |
| 4. 在宅でどのような医療サービス(医師や看護師の訪問等)が受けられるかわからない | |
| 5. 在宅でどのような介護サービス(ホームヘルパー等)が受けられるかわからない | |

問10 成年後見制度について

※成年後見制度は、判断能力が不十分な方を、裁判所が選任した後見人等が保護し、支援するための制度です。具体的には、財産管理や遺産分割の協議、介護等のサービスや施設への入所に関する契約等の支援をします。制度の利用にあたり、後見人等に一定の報酬を支払う必要があります。

(1) 成年後見制度を知っていましたか (〇はひとつ)

- | | |
|-------------|------------------------|
| 1. 大体知っていた | 2. 聞いたことはあるが、内容をよく知らない |
| 3. 聞いたことがない | |

(2) 今後、自分の判断力に自信が持てなくなった場合、制度を利用したいと思いませんか (〇はひとつ)

- | | |
|----------|------------|
| 1. 利用したい | 2. 利用したくない |
|----------|------------|

(3) (2) で「2. 利用したくない」と答えた方にお聞きします。利用したくない理由は何ですか (〇はいくつでも)

- | | |
|-----------------------|------------|
| 1. 自分の財産や契約を人に任せるのは不安 | 2. 費用負担がある |
| 3. 利用の仕方が分からない | 4. 必要ないと思う |
| 5. その他 () | |

～設問は以上です。ご協力ありがとうございました。～