

## 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 【調査票】

- 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 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、  
2月24日(金) までに投函してください。

記入日	令和 5 年 月 日
<p>調査票を記入されたのはどなたですか。</p> <p>○をつけてください。</p>	
<p>1. あて名のご本人が記入</p> <p>2. ご家族が記入</p> <p style="padding-left: 40px;">(あて名のご本人からみた続柄： )</p> <p>3. その他</p>	

いわき市 保健福祉部 介護保険課 長寿支援係  
第 \_\_\_\_\_ 圏域



この調査票は、郵送に代えてWeb上で回答することもできます。

左のQRコードをスマートフォンなどで読み取ると専用のWebサイトに移動します。

入力の際は、左下のID番号を入力のうち、設問にお答えください。

ID: \*\*-\*\*\*\*

※ ID番号で個人を識別することはありません。

## 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、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、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市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

**基本****あなたの基本情報について**

(1) 性別をお教えてください

1. 男性

2. 女性

(2) 年齢をお教えてください

満

歳

(3) 現在、介護保険の介護認定を受けていますか

1. 受けていない

2. 要支援1

3. 要支援2

4. その他 (

)

**問1****あなたのご家族や生活状況について**

(1) 家族構成をお教えてください

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

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

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

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

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分くらい続けて歩いていますか

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

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか

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ですか

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

(6) 週に1回以上は外出していますか

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

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

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 (いくつでも)**

1. 病気

2. 障害 ( しょうがい 脳卒中 のうそっちゅう の こういしょう 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 ( )

**(9) 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****食べる こと について****(1) 身長・体重**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**

1. はい

2. いいえ

**(3) 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

**(4) 口の 渴き が 気になりますか**

1. はい

2. いいえ

**(5) 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

**(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. 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

**(7) どなたか と 食事 を ともにする 機会 は 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



**(8) 生きがい は ありますか**

1. 生きがい あり → ( )
2. 思いつかない

**(9) 働いていますか**

1. 働いている ( 正規雇用 ・ 非正規雇用 ・ シルバー人材センター )
2. 働いていない ⇒ (10) の 質問 にも お答え ください

**(10) 仕事をする 機会があったら、働きたい と 思いますか**

1. フルタイム で 働きたい                      2. パートタイム で 働きたい
3. 身体的に または 環境的に 働けない      4. 働きたくない

## 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  
 ※ ①～⑧ それぞれに回答してください

	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 (つどいの場など) 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. ぜひ参加したい    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

1. ぜひ参加したい    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**

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(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(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(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 |           |

(5) 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     |                 |

(6) 友人・知人 と 会う 頻度 は どれくらい ですか

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

(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. 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**

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか

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

(「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  
不幸

とても  
幸せ

0点   1点   2点   3点   4点   5点   6点   7点   8点   9点   10点

(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

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

1. はい      2. いいえ

(5) 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

(6) 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

(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 )

1. ない                      2. 高血圧                      3. 脳卒中 ( のうそっちゅう 脳出血・のうしゅっけつ 脳梗塞 のうこうそく 等 )
4. 心臓病                      5. 糖尿病 ( とうようびょう )                      6. 高脂血症 ( こうしけっしょう 脂質異常 ししつじょう )
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 じんぞう ・ 前立腺 ぜんりつせん の病気                      10. 筋骨格 きんこっかく の病気 ( こつそ 骨粗しょう症 しょう ・ 関節症 等 )
11. 外傷 ( がいしょう 転倒・てんとう 骨折 こっせつ 等 )                      12. がん ( 悪性新生物 )                      13. 血液 ・ めんえき 免疫 の病気
14. うつ病                      15. 認知症 ( にんちしょう 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 (                      )

【 (7) で 「2. 高血圧」 ～ 「19. その他」 の 方のみ 】

(7) の中 で、1番最初 にかかった 病気 は 何ですか ( 番号 で お答えください )

(8) あなた が、加齢 や 重大な病気 など で 死 が 近い 状況 になった 時、  
自宅 で 最期 まで 生活 したい と 思いますか

1. はい                      2. いいえ                      3. 生活 したい が できない                      4. わからない

【 (8) で 「3. 生活 したい が できない」 の 方のみ 】

自宅 で 最期 まで 生活 できない と 思う 理由 は、なぜ ですか ( いくつでも )

1. 訪問 してくれる 医療機関 が 少ない
2. 24時間 相談 に 乗って くれる ところ が 少ない
3. 介護 してくれる 家族 が いない
4. 介護 してくれる 家族 に 負担 が かかる
5. 症状 が 急に 悪くなった 時 の 対応 に 自分 も 家族 も 不安 である
6. その他 (                      )

**問8****認知症について**

(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. 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. はい

2. いいえ

(3) 自分が認知症になったら、周りの人に手伝ってもらいながら、自宅での生活を続けたいですか

1. はい

2. いいえ

(4) 認知症の方も地域活動に役割をもって参加した方が良いと思いますか

1. はい

2. いいえ

(5) 認知症の方が地域で暮らしていくために、どのような支援が必要だと思いますか

1. 認知症のことを相談できる窓口体制の充実

2. 認知症への正しい知識を広める啓発活動

3. 認知症を早期発見・早期診断するための仕組みづくり

4. 認知症の方を支援するボランティアの養成

5. 家族の精神的・身体的負担を減らす取組み

6. 介護サービスにあたる専門職の質の向上

7. 認知症の方が活躍する場づくり、社会参加の支援

8. 若年性認知症の方に対する支援の充実

9. 地域で認知症の方を見守る仕組み

10. その他 ( )



■■■ 以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました ■■■