

平成26年4月21日

自治会長様

北栄町長 松本昭夫
(公印省略)

日常生活圏域ニーズ調査について (お願い)

日ごろから本町の介護保険事業につきましては、格別なるご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成12年から始まりました介護保険事業は、3年間を一つの期間として事業計画を策定し、運営を行っております。

北栄町では、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聴きし、平成27年3月に策定を予定しております「北栄町介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画書(第6期)」の基礎資料とするために、高齢者福祉全般の調査を実施します。

つきましては、調査の趣旨をご理解いただき、調査票の配布についてご協力いただきますようお願いいたします。

記

1 調査対象者

平成26年4月8日現在、65歳以上の方

2 調査方法

4月24日の全戸配布日に調査票を自治会を通じて配布し、回収については同封の返信用封筒で個人ごとに返送していただきます。

3 返送期限

平成26年5月31日(土)までに郵便ポストに投函。

担当：福祉課介護保険室 米塚
電話：37-5850 FAX：37-5339
Eメール：yonezuka@e-hokuei.net

★日常生活圏域二一ス調査★

【調査票】

調査票記入後は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、
5月31日（土）までにポストに投函してください。

記 入 日	平成 年 月 日
調査対象者 氏 名	(封筒に記載されている方の氏名を必ずご記入ください)
電 話 番 号	
年 齢 ・ 性 別	年齢 (歳) / 性 別 (男 ・ 女)
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日
調査票を記入されたのはどなたですか。 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族（ご本人からみられた続柄_____） <input type="checkbox"/> その他	

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。
 日頃から北栄町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。
 北栄町では、皆様のご意見やご要望を幅広くお聞きし、平成27年3月に策定を予定しております「北栄町介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画（第6期）」の基礎資料とするために、高齢者全般の調査を実施します。
 この調査は、北栄町にお住まいの65歳以上の皆様のご意見やご要望をお伺いするものです。
 今後の介護保険事業をよりよい制度とするための調査ですので、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいませようお願いします。
 また、調査の結果、介護予防の取組みが必要と思われる方には、後日、健康や日常生活に関する資料の送付や介護予防教室等のご案内をさせていただきます。
 なお、収集した個人情報健康情報という皆様にとって大切な個人情報であるという認識にた
 ち、北栄町個人情報保護条例に基づき適正な取扱いを行います。

記 入 に 際 し て の お 願 い

1. この調査の対象者は、平成26年4月8日現在、65歳以上の方です。
2. 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。
3. 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
4. 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。
5. 調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れてお送りください。

問合せ先 北栄町福祉課介護保険室
 電話（直通） 37-5850

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

Q1. 家族構成をお教えください	1. 一人暮らし 2. 家族などと同居(二世帯住宅を含む) 3. その他(施設入居など) ⇒ Q2へ ⇒ Q1-1, 2へ ⇒ Q2へ
Q1-1. ご自分を含めて何人で暮らしていますか。また、同居されている方はどなたですか(いくつでも)	(家族などと同居されている方のみ) 1. 配偶者・妻 2. 息子 3. 娘 4. 子の配偶者 5. 孫 6. 兄弟・姉妹 7. その他 Q1-2. (家族などと同居されている方のみ) 日中、一人になることがありますか 1. よくある 2. たまにある 3. ない
Q2. 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 ⇒ Q3へ 2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない ⇒ Q2-1へ 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) ⇒ Q2-1~3へ
Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(いくつでも)	1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 2. 心臓病 3. がん(悪性新生物) 4. 呼吸器の病気(肺炎・肺がん等) 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. 視覚・聴覚障害 10. 骨折・転倒 11. 骨粗鬆症 12. 高齢による衰弱 13. その他() 14. 不明
Q2-2. (介護・介助を受けている方のみ) 主にどなたの介護・介助を受けていますか	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()
Q2-3. (介護・介助を受けている方のみ) 主に介護・介助している方の年齢は、次のどれですか	1. 65歳未満 2. 65~74歳 3. 75~84歳 4. 85歳以上
Q3. 年金の種類は次のどれですか	1. 国民年金 2. 厚生年金(企業年金あり) 3. 厚生年金(企業年金なし) 4. 共済年金 5. 無年金 6. その他
Q4. 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. 苦しい 2. やや苦しい 3. ややゆとりがある 4. ゆとりがある
Q5. お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか	1. 一戸建て 2. 集合住宅
Q6. お住まいは、次のどれにあたりますか	1. 持家 2. 民間賃貸住宅 3. 公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等) 4. 借間 5. その他
Q7. お住まい(主に生活する部屋)は2階以上にありますか	1. はい 2. いいえ ⇒ Q7-1へ ⇒ 問2へ
Q7-1. (2階以上の方) お住まいにエレベーターは設置されていますか	1. はい 2. いいえ

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(聞こえの悪化など) 6. 目の障害 7. 外での楽しみがない 8. 経路的に出られない 9. 交通手段がない 10. その他()
Q8. 異物、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. 異物…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まらいですか	1. はい 2. いいえ
Q3. 背中が丸くなってききましたか	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 cm 体重 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. お茶や汁物等でまぜることがありますか 1. はい 2. いいえ

Q5. 口の渇きが頻にりますか 1. はい 2. いいえ

Q6. 歯磨き（人にやってもらった場合も含む）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 2. いいえ
⇒ Q8-1, 2へ ⇒ 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. 朝食の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. 週に回数がある 3. 月に回数がある 4. ほとんどない

Q11. 自分一人ではなく、どなたかと食事をともにする機会がありますか

1. 毎日ある 2. 週に回数がある 3. 月に回数がある 4. 年に回数がある 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もにする機会がある方のみ）食事をともにする人はどなたですか
（いくつまで）

1. 家族 2. 近所の人や友人 3. ティービスの仲間 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云われますか

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、衣服を洗うなど）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

問6 日常生活について

Q1. バスや電車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へ ⇒ Q2-1へ ⇒ Q2-1へ

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へ ⇒ Q3-1へ ⇒ Q3-1へ

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. 配達サービス利用 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するなど）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られますか

1. 受けられない 2. 一部介助があればできる 3. 全体的な介助が必要

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. 50ml以上頂けますか

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興味がありますか	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. 家族や友人の相談のついでにいきますか	1. はい	2. いいえ				
Q7. 病入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. 趣味がありますか	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				
Q11. 以下のような会・グループ毎にどのくらいの頻度で参加していますか						
(1) ボランティアのグループ	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
(2) スポーツ関係のグループやクラブ	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
(3) 趣味関係のグループ	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
(4) 老人クラブ	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
(5) 町内会・自治会	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
(6) 学習・教養グループ	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
(7) その他の団体や会	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

Q12. 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								
(1) 見守りが必要な高齢者を支援する活動	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		
(2) 介護が必要な高齢者を支援する活動	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		
(3) 子どもを育てている親を支援する活動	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		
(4) 地域の生活環境の改善（美化）活動	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		
(5) 収入のある仕事	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		
Q13. あなたとまわりの人の「だすけあい」についておうかがいます。 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。								
(1) あなたの心遣いや懸念（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、あなたが心遣いや懸念（ぐち）を聞いてあげてくれる人（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
(3) あなたが病気で数日寝込んでいたときに、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
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お教えください（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・知人と会う頻度をお答えください。	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。 同じ人には何度かても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. 趣味や興味が同じの人	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、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へ ⇒ Q5へ
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) 通院に何か必要ですか 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. ほとんど飲まない
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. 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) 以前は楽しんでできていたことが、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

問9 その他

Q1. あなたは、地域の中で困っている人があった時に、手助けの活動をしてみたいと思いますか。 1. 思う(羨望している) 2. 思わない 3. 分からない ⇒ Q1-1へ ⇒ Q2へ ⇒ Q2へ
(手助けの活動をしてみたいと思われる方のみ) Q1-1. 具体的にどのような活動ができると思えますか (いくつでも) 1. 買い物 2. 話し相手 3. 病院の薬の受け取りなどの用事 4. 食事づくりや片づけなどの家事 5. ごみ出し 6. 雪かき 7. 病気の時の看病や世話 8. 通院や買い物など外出時の送迎 9. 生活の悩みや不安の相談 10. 様子を気にかける 11. その他()
Q2. あなたが買い物で困っていることは何ですか (いくつでも) 1. 徒歩圏内(自宅から15分程度)に日用品(食料品を含む)を販売するお店がない 2. 車やバイク、自転車等の運転がきつくなってきた 3. 重いものが持てなくて、少量しか購入できない 4. 家族の協力が得られない 5. 近所に買い物をお願いできる人がいない 6. その他() 7. 困っていることはない
Q3. あなたが外出の際、不便だと感じることは何ですか 1. 目的地(病院や役所施設、スーパー等)が遠いので、出かけるのに時間がかかる 2. 体力的にバスや汽車の乗り降りがきつい 3. バスや汽車の公営交通機関の便が悪く、利用しにくい 4. 車やバイク、自転車等を運転しなくなったので、気軽に外出できない 5. 家族や知り合いなどの手助けがあれば御かかるとは思うが、なかなか協力が得られない 6. その他() 7. 不便だと感じることはない
Q4. その他、生活において不便だと感じることは何ですか 1. 炊事、洗濯、掃除などの家事がきつい 2. ごみ出しの方法がわからない 3. 庭の手入れや草むしり等 4. 電球の交換や住まいの修繕などの工事仕事ができない 5. 病氣やケガをしたことを考えると不安 6. その他() 7. 不便だと感じることはない

ご協力ありがとうございました。
記入もれがないか、今一度お確かめください。
記入した調査票を切り離すことなく、送付されたもの全て(表紙も含みます)を同封した返信用封筒に切手を貼らずに投函してください。