

## 五ヶ瀬町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

## 調査へのご協力をお願い

皆さまには、日頃より介護保険制度へのご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

五ヶ瀬町では、「五ヶ瀬町高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画(令和6~8年度)」に基づき、様々な施策を展開しているところです。

この調査は、次期第10期計画(令和9~11年度)」を策定するにあたり、皆さまの健康状態や暮らし方をお伺いするものです。

いただいた回答は、計画策定にあたっての資料とさせていただきますとともに、介護予防施策の立案等に活用してまいります。お答えしづらい質問もあるかと思いますが、今後の施策を検討するうえで非常に重要なアンケートです。皆さまがいつまでも自分らしく暮らせるまちづくりのために、ぜひとも本調査へのご協力をお願いいたします。

## アンケートの概要

- ・この調査は、町内在住の65歳以上で、要介護の認定を受けていない方の中から無作為に抽出した800名を対象としています。
- ・からだを動かすこと、食べること、毎日の生活、地域での活動、たすけあい、健康などに関する項目を調査します。

## ●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。

- ・本調査で得られた情報につきましては、五ヶ瀬町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定と介護予防施策の立案等以外には利用いたしません。また、当該情報については、五ヶ瀬町で適切に管理いたします。
- ・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。

## 調査票の記入にあたってのお願い

1. 選択肢のうち、当てはまるものに○をつけてください。
2. アンケートは封筒の宛名の方がお答えください。ほかの人が代筆しても構いません。
3. 「はい、いいえ」で答える場合は、基本的には「できる、できない」ではなく、「している、していない」を答えてもらうものです。あまり難しく考えずにお答えください。
4. えんぴつやボールペンなど、どんな筆記用具でもかまいません。
5. 個人情報保護のため、アンケートは無記名となっています。お名前は書かないでください。
6. 記入済のアンケートは返信用封筒に入れて、3月19日(木)までにポストに入れてください。  
直接、役場福祉課に提出いただいてもかまいません。※返信用封筒にお名前や住所の記入は不要です。
7. ご不明な点がございましたら下記担当までお問い合わせください。

お問い合わせ

担当: 福祉課 介護保険係 (0982-82-1702)



**【(2) において「3. 現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】**

**② 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. 子     | 3. 子の配偶者       |
| 4. 孫                          | 5. 兄弟・姉妹 | 6. 介護サービスのヘルパー |
| 7. その他 (                    ) |          |                |

**(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 (ひとつだけ)**

- |             |             |        |
|-------------|-------------|--------|
| 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 (ひとつだけ)**

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

**(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 (ひとつだけ)**

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

**(3) 15分位続けて歩いていますか (ひとつだけ)**

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

**(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか (ひとつだけ)**

- |          |         |       |
|----------|---------|-------|
| 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 (ひとつだけ)**

- |             |            |             |          |
|-------------|------------|-------------|----------|
| 1. とても不安である | 2. やや不安である | 3. あまり不安でない | 4. 不安でない |
|-------------|------------|-------------|----------|



②聴力の衰えを感じて家族以外との交流が減りましたか（ひとつだけ）

1. はい

2. いいえ

③補聴器を使用していますか（ひとつだけ）

1. はい

2. いいえ

【(9) ③で「2. いいえ」と回答した方のみ】

④補聴器を使用していない理由は何ですか（ひとつだけ）

1. 金銭的に負担を感じる 2. 補聴器を使用するのに抵抗がある 3. お店が遠い

4. 操作が面倒を感じる 5. その他（ ）

### 問3 食べることについて

(1) 身長・体重を教えてください

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（ひとつだけ）

1. はい

2. いいえ

(3) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください（ひとつだけ）  
(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（ひとつだけ）

1. はい

2. いいえ

(5) どなたかと食事をとる機会がありますか（ひとつだけ）

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 (ひとつだけ)

1. はい

2. いいえ

(2) 自家用車やバスなどで1人で外出していますか (ひとつだけ)

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

(3) 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. コミュニティバス

7. 路線バス

8. 車いす

9. 電動車いす (シニアカー)

10. 歩行器・シルバーカー

11. タクシー

12. その他 ( )

(4) 外出や移動について困っていることはありますか (いくつでも)

1. 運転に不安がある

2. コミュニティバスの便が少ない

3. バス停まで行くのが大変

4. 天候 (雨や雪) に左右されやすい

5. 家族や知人に頼みづらい

6. 体力・足腰に不安がある

7. 特に困っていない

8. その他 ( )

(5) 外出や移動で「支援があれば助かる」と感じる場面はどれですか (いくつでも)

1. 通院

2. 買い物

3. 役場や金融機関などの用事

4. 地域の集まりへの参加

5. 趣味や気分転換の外出

6. 冠婚葬祭

7. 特にない

8. その他 ( )





## 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、数字を○で囲んでください (ひとつだけ)

	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介護予防のための通 いの場 (サロン・居場 所・運動教室など)	1	2	3	4	5	6
⑥ 老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦ 地域の行事 (区や組の集まりなど)	1	2	3	4	5	6
⑧ 収入のある仕事 ※地域での活動に限られません	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 (ひとつだけ)

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. すでに参加している

(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 (ひとつだけ)

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. すでに参加している



**(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. 近所の人                      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. 近所の人                      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. 民生委員    2. 社会福祉協議会    3. 地域包括支援センター    4. 役場  
5. 医師・歯科医師・看護師    6. その他 (                      )  
7. そのような人はいない    8. 必要ない

**(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか (ひとつだけ)**

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

**(7) この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか (ひとつだけ)  
※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. 仕事関係の友人・知人                      5. 趣味や関心が共通の友人  
6. その他 (                      )                      7. いない



(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 (ひとつだけ)

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らない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか (ひとつだけ)

1. はい

2. いいえ

(5) お酒は飲みますか (ひとつだけ)

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

(6) タバコは吸っていますか (ひとつだけ)

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

(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 (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 ( )



#### (4) (3) の内容のうち、詳しく知りたいものはありますか (いくつでも)

1. 認知症の原因となる病気 (アルツハイマー症など)
2. 認知症の症状 (記憶障害、妄想、見当識障害など)
3. 認知症の人に対する接し方 (話しかけ方など)
4. 認知症の人が入所できる施設
5. 認知症の専門病院などの医療機関
6. 認知症の人に対するケア (介護) の方法
7. 認知症の人が在宅で利用できるサービス

#### (5) 認知症に対してどのようなイメージを持っていますか (ひとつだけ)

1. できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で今までどおり自立的に生活できる
2. 医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける
3. 身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる
4. 暴言、暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる
5. 症状が進行して、何もできなくなってしまう
6. わからない
7. その他 ( )

#### (6) もし認知症になったら、どのように暮らしたいと思いますか (ひとつだけ)

1. 医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していきたい
2. 身の回りのことができない等、周りの人に迷惑をかけてしまうので、介護施設で必要なサポートを利用しながら暮らしたい
3. できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活していきたい
4. 誰にも迷惑をかけないように、ひとりで暮らしていきたい
5. わからない
6. その他 ( )

(7) もし、あなたやあなたの家族が認知症になったら、そのことを近所の人に知ってもらおうと思いますか (ひとつだけ)

1. 知ってもらって、見守りや声かけなど協力をお願いしたい
2. 知っておいてほしいがあえて支援は望まない
3. できればあまり知られたくないので隠したい
4. 隠す必要もないが、あえてそのことを知っておいてもらう必要もない
5. わからない
6. その他 ( )

(8) あなたやあなたの家族が認知症になっても自宅で暮らしていくためには、どのようなことが必要になると思いますか (いくつでも)

1. 認知症への理解と対応
2. 定期的な見守りと声掛け
3. 適切な介護サービスの利用
4. 認知症の専門相談
5. 買い物や外出の付き添い
6. 簡単な掃除やゴミ出しなどの手伝い
7. 認知症の本人や家族が参加できる活動の場
8. その他 ( )

## 問 10

### 地域包括支援センターについて

(1) 高齢者の生活や介護について相談できる「五ヶ瀬町地域包括支援センター」を知っていますか (ひとつだけ)

1. センターの場所や役割を知っている
2. 名前は聞いたことがあるが、詳しくは知らない
3. このアンケートで初めて知った

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■