

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査 【調査票】

町民の皆さまには、日頃から保健福祉行政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

本町では、3年に一度「京丹波町高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行い、高齢者保健福祉施策や介護保険事業の推進に取り組んでおります。このたび、本町にお住まいの65歳以上の要介護認定者以外の方の中から無作為に選んだ1,000名の皆様を対象に、現在の心身の状況や、介護保険制度の高齢者保健福祉サービスに対するお考えをお聞かせいただくため、健康や日常生活に関する調査を実施いたします。調査結果は、令和3年度から実施する事業計画の策定のために、基礎資料として活用させていただきます。

なお、ご記入いただきました内容は、すべて統計的に処理し、本調査以外の目的には使用いたしません。趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和2年1月

ご自身で記載いただくことが困難で、代理で記載いただける方がおられない場合は、下記までお問い合わせください。

京丹波町保健福祉課 高齢福祉係 86-1800

記入後は、同封の返信用封筒に入れて、

●月●日（●曜日）までに切手を貼らずに投函してください。

京丹波町 保健福祉課 高齢福祉係

●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つを選択)

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

属性. あなた(あて名の方)自身についておたずねします

Q1. 居住地区(圏域)をお教えてください(1つを選択)

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 丹波地区 | 2. 瑞穂地区 | 3. 和知地区 |
|---------|---------|---------|

Q2. 性別をお教えてください(1つを選択)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

Q3. 年齢をお教えてください(1つを選択)

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 65～69歳 | 2. 70～74歳 | 3. 75～79歳 | 4. 80～84歳 |
| 5. 85～89歳 | 6. 90～94歳 | 7. 95～99歳 | 8. 100歳以上 |

Q4. 要介護状態区分を教えてください(1つを選択)

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1. 介護予防・日常生活支援総合事業対象者 | 2. 要支援1 |
| 3. 要支援2 | 4. その他(認定なし) |

※「1. 介護予防・日常生活支援総合事業対象者」に該当される方は、介護保険被保険者証の「要介護状態区分等」の欄に「事業対象者」と記載がある方です。

問1. あなたのご家族や生活状況について

Q1. 家族構成をお教えてください(1つを選択)

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

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つを選択)

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)

【Q2-1はQ2. において「1. 介護・介助は必要ない」以外を選択された方のみご回答ください。】

Q2-1. 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(複数選択可)

- | | | |
|------------------------|-----------------|-----------------------|
| 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
(肺気腫・肺炎等) | 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. 腎疾患(透析) |
| 10. 視覚・聴覚障害 | 11. 骨折・転倒 | 12. 脊椎損傷 |
| 13. 高齢による衰弱 | 14. その他() | 15. 不明 |

【Q2-2はQ2. において「3. 現在、何らかの介護を受けている」を選択された方のみご回答ください。】

Q2-2. 主にどなたの介護、介助を受けていますか(複数選択可)

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

Q3. 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つを選択)

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

Q4. お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか(1つを選択)

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. 持家(一戸建て) | 2. 持家(集合住宅) |
| 3. 公営賃貸住宅 | 4. 民間賃貸住宅(一戸建て) |
| 5. 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

Q1. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか(1つを選択)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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. 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つを選択)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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. 15分位続けて歩いていますか(1つを選択)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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. 過去1年間に転んだ経験がありますか(1つを選択)

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

Q5. 転倒に対する不安は大きいですか(1つを選択)

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

Q6. 週に1回以上は外出していますか(1つを選択)

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

Q7. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか(1つを選択)

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

Q8. 外出を控えていますか(1つを選択)

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

【Q8-1はQ8. において「1. はい」(外出を控えている)を選択された方のみご回答ください。】

Q8-1. 外出を控えている理由は、次のどれですか(複数選択可)

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

Q8-2. 外出する際の移動手段は何ですか(複数選択可)

- | | | |
|----------------|------------------|----------|
| 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4. 毎日の生活について

Q 1. 物忘れが多いと感じますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q 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つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q 3. 今日が何月何日かわからないときがありますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q 4. 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)(1つを選択)

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

Q 5. 自分で食品・日用品の買物をしていますか(1つを選択)

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

Q 6. 自分で食事の用意をしていますか(1つを選択)

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

Q 7. 自分で請求書の支払いをしていますか(1つを選択)

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

Q 8. 自分で預貯金の出し入れをしていますか(1つを選択)

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

Q 9. 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つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q 10. 新聞を読んでいますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q 11. 本や雑誌を読んでいますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

問6. 地域での活動について

Q1. 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

※①～⑦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介護予防のための通いの場 (地域のサロン・筋トレ教室・ こだまの里・にこにこクラブ・ ゆうゆうの家・すこやか体操教室・ 月一の会・スリーA教室・ いこいの会など)	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

Q2. 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つを選択)

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. 既に参加している

Q3. 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つを選択)

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. 既に参加している

問7. 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)

次のQ1～Q4の質問について、あてはまる人すべてに○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。

Q 1. あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(複数選択可)

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

Q 2. 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人(複数選択可)

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

Q 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(複数選択可)

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

Q 4. 反対に、看病や世話をしてあげる人(複数選択可)

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

Q 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(複数選択可)

- | | |
|------------------|-----------------|
| 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・役場 | 6. その他 |
| 7. そのような人はいない | |

Q 6. 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか(1つを選択)

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

Q 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

を選択)

- | | | |
|-------------|----------|---------|
| 1. 0人 (いない) | 2. 1~2人 | 3. 3~5人 |
| 4. 6~9人 | 5. 10人以上 | |

Q 8. よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(複数選択可)

- | | | |
|-------------------|---------------|------------|
| 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8. 健康について

Q 1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか(1つを選択)

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

Q 2. あなたは、現在どの程度幸せですか(点数を1つ選択)

(「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
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Q 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つを選択)

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

Q 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つを選択)

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

Q 5. お酒は飲みますか(1つを選択)

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

Q 6. タバコは吸っていますか(1つを選択)

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

Q2. 高齢者福祉について、今後どのような施策の拡充が重要とお考えですか(3つまで選択可)

<ol style="list-style-type: none"> 1. 健康づくり対策の充実 2. 認知症対策の充実 3. 介護予防対策の推進（転倒予防教室や筋力向上、口腔ケアなど） 4. 寝たきり予防の充実 5. ボランティア活動のための場の確保 6. 高齢者を地域で見守るなどの住民による助け合い活動の取り組み 7. 高齢者の働く場の確保や就職のあっせん 8. 生涯学習やスポーツ、レクリエーション活動の機会の充実 9. 世代間交流の場づくり 10. 在宅サービスの充実 11. 施設サービスの充実 12. 身近で「通い」や「泊まり」などのサービスが受けられる施設の充実 13. 高齢者向け住宅の普及 14. 移動手段の充実 15. 建物・道路など高齢者に配慮したまちづくり 16. その他（具体的に： ）
--

【自由意見欄】

介護保険制度をはじめとする高齢者福祉施策全般について、何か感じられていることがあればお聞かせください。

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。