

「桜井市老人保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」の策定のための

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

ご協力をお願い

日頃から桜井市介護保険事業にご理解とご協力をいただきありがとうございます。

桜井市では、高齢者福祉の向上と介護保険サービスの適正な運営を目的に、令和9年度から令和11年度を計画期間とする「桜井市老人保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」（以下、「計画」という）を策定します。

このたび、計画を策定するにあたり、皆さまの暮らしや健康の状況をお伺いして、計画の基礎資料とさせていただきますために、桜井市にお住まいの65歳以上（要介護認定者を除く）の方に対して、この調査をお願いすることとなりました。本調査で得られた情報につきましては、計画策定のための分析以外には利用しません。

調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和●年●月

桜井市長 松井 正剛

ご記入にあたってのお願い

- 次のページの内容をよくお読みの上、ご回答をお願いします。
- ご回答いただいたアンケートは同封の返信用封筒に入れて、●月●日（●）までにポストにご投函ください。（切手は不要です）

※この調査に関するご質問やお問合せは、以下までお願いします。

桜井市役所 福祉保健部 高齢福祉課
<お問合せ先> 電話：0744-42-9111
(内線2172・2173)

問1**あなた（あて名のご本人）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。(○は1つ)**

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. 1人暮らし | 2. 夫婦2人暮らし（配偶者は65歳以上） |
| 3. 夫婦2人暮らし（配偶者は64歳以下） | 4. 息子・娘との2世帯 |
| 5. その他 ※ 孫を含む3世代以上の場合は、「5. その他」に○をしてください。 | |

(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1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等の介護を受けている場合も含む。

◆ (2) において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ**① 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(当てはまる疾病すべてに○)**

- | | | |
|--|--|---|
| 1. <small>のうそっちゅう</small> 脳卒中（ <small>のうしゅっけつ</small> 脳出血・ <small>のうこうそく</small> 脳梗塞等） | 2. 心臓病 | |
| 3. がん（悪性新生物） | 4. 呼吸器の病気（ <small>はいきしゅ</small> 肺気腫・肺炎等） | |
| 5. 関節の病気（リウマチ等） | 6. <small>にんちしょう</small> 認知症（アルツハイマー病等） | |
| 7. パーキンソン病 | 8. <small>どうようびょう</small> 糖尿病 | 9. <small>じんしつかん</small> 腎疾患（ <small>とうせき</small> 透析） |
| 10. <small>しかく</small> 視覚・ <small>ちようかくしょうがい</small> 聴覚障害 | 11. <small>こっせつ</small> 骨折・ <small>てんとう</small> 転倒 | 12. <small>せきついそんしょう</small> 脊椎損傷 |
| 13. 高齢による <small>すいじゃく</small> 衰弱 | 14. その他（ ） | 15. 不明 |

◆ (2) において「3. 現在、何らかの介護を受けている」に○をつけた方のみ**② 主にどなたの介護、介助を受けていますか。(○はいくつでも)**

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

(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1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。(〇は1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。(〇は1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分位続けて歩いていますか。(〇は1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。(〇は1つ)

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。(〇は1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 4. 不安でない

(6) 週に1回以上は外出していますか。(〇は1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。(〇は1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。(〇は1つ)

1. はい 2. いいえ

◆ (8) において「1. はい」(外出を控えている) に〇をつけた方のみ

① 外出を控えている理由は、次のどれですか。(〇はいくつでも)

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 ()

① 噛み合わせは良いですか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

【(6) において「1.」または「3.」(入れ歯を利用している) に○をつけた方のみ】

② 毎日入れ歯の手入れをしていますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

(7) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

(8) どなたかと食事をとにもする機会がありますか。(○は1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1つ)

1. はい

2. いいえ

(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。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

(3) 今日が何月何日か、わからないときがありますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

(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) (○は1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) 自分で食品・日用品の買い物をしていますか。(○は1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) 自分で食事の用意をしていますか。(○は1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

(7) 自分で請求書の支払いをしていますか。(○は1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

| | | |
|--|----------------|---------|
| <p>(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(○は1つ)</p> | | |
| 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 |
| <p>(9) 年金などの書類(市役所や病院などに出す書類)が書けますか。(○は1つ)</p> | | |
| 1. はい | 2. いいえ | |
| <p>(10) 新聞を読んでいますか。(○は1つ)</p> | | |
| 1. はい | 2. いいえ | |
| <p>(11) 本や雑誌を読んでいますか。(○は1つ)</p> | | |
| 1. はい | 2. いいえ | |
| <p>(12) 健康についての記事や番組に関心がありますか。(○は1つ)</p> | | |
| 1. はい | 2. いいえ | |
| <p>(13) 友人の家を訪ねていますか。(○は1つ)</p> | | |
| 1. はい | 2. いいえ | |
| <p>(14) 家族や友人の相談にのっていますか。(○は1つ)</p> | | |
| 1. はい | 2. いいえ | |
| <p>(15) 病人を見舞うことができますか。(○は1つ)</p> | | |
| 1. はい | 2. いいえ | |
| <p>(16) 若い人に自分から話しかけることがありますか。(○は1つ)</p> | | |
| 1. はい | 2. いいえ | |
| <p>(17) 趣味はありますか。(○は1つ)</p> | | |
| 1. はい | 2. いいえ | |
| <p>(18) 生きがいがありますか。(○は1つ)</p> | | |
| 1. はい | 2. いいえ | |

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のそれぞれに回答してください。

① ボランティアのグループ (〇は1つ)

- | | | |
|----------|----------|------------|
| 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 (〇は1つ)

- | | | |
|----------|----------|------------|
| 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 (〇は1つ)

- | | | |
|----------|----------|------------|
| 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 学習・教養サークル (〇は1つ)

- | | | |
|----------|----------|------------|
| 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 (サロンやいきいき百歳体操など) 介護予防のための通いの場 (〇は1つ)

- | | | |
|----------|----------|------------|
| 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 老人クラブ (〇は1つ)

- | | | |
|----------|----------|------------|
| 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 町内会・自治会 (〇は1つ)

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

⑧ 収入のある仕事 (〇は1つ)

- | | | |
|----------|----------|------------|
| 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) 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どなたですか。
(○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、数日間寝込んだときに、看病や世話をしてあげる人はどなたですか。(○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 | |

(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。
(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 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・市役所 | 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。(○は1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 | |

(7) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(○はいくつでも)

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

(8) 現在のあなたの就労状態はどれですか。(○はいくつでも)

- | | | |
|---------------------|---------|---------------|
| 1. 職に就いたことがない | 2. 引退した | 3. 常勤 (フルタイム) |
| 4. 非常勤 (パート・アルバイト等) | 5. 自営業 | 6. 求職中 |
| 7. その他 | | |

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1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1つ)

(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、点数に○をつけてください)

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----------|
| 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。(○は1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1つ)

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

(5) お酒は飲みますか。(○は1つ)

- | | |
|-------------|-------------|
| 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。(○は1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 |

(7) 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) <small>のうそっちゅう のうしゅっけつ のうこうそく</small> | 4. 心臓病 |
| 5. 糖尿病 <small>とうりょうびょう</small> | 6. 高脂血症 (脂質異常) <small>こうしけっしょう ししつじょう</small> |
| 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 <small>じんぞう ぜんりつせん</small> | 10. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) <small>きんこつかく こつそ しょう</small> |
| 11. 外傷 (転倒・骨折等) <small>がいしょう てんとう こっせつ</small> | 12. がん (悪性新生物) |
| 13. 血液・免疫の病気 <small>けつえき めんえき</small> | 14. うつ病 |
| 15. 認知症 (アルツハイマー病等) <small>にんちしょう</small> | 16. パーキンソン病 |
| 17. 目の病気 | 18. 耳の病気 |
| 19. その他 () | |

問8 認知症について

(1) 認知症の症状がある、または家族に認知症の症状がある人がいますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

(2) 認知症は、歳を重ねると誰でもかかる可能性があるという病気であることを知っていますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

(3) 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

(4) 地域包括支援センターや市役所に認知症に関する相談窓口があるのを知っていますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

成年後見制度について

問9

※「成年後見制度」とは、認知症の高齢者や、知的障害、精神障害などの理由で、ご自分で物事を判断する能力が十分でない方の、権利や財産を守るための制度です。

(1) 成年後見制度を知っていますか。(○は1つ)

1. 名称も内容も知っている
2. 名称を聞いたことがあるが、内容は知らない
3. 名称も内容も知らない

◆ (1) において「1. 名称も内容も知っている」に○をつけた方のみ

① 成年後見制度の相談先としてどちらをご存じですか。(○はいくつでも)

1. 地域包括支援センター
2. 市役所
3. 社会福祉協議会
4. 法テラス
5. その他 ()
6. 相談先を知らない

(2) 日常生活の中で、将来的に不安を感じることは何ですか。(○はいくつでも)

1. 日常の金銭管理(買い物や支払い等)
2. 財産や家(土地)等の管理
3. 各種手続き(市役所や病院での申請等)
4. 契約(施設、介護サービス等)
5. 相続や遺言
6. その他 ()
7. 特になし

問10 高齢者福祉全般について

(1) あなたが、現在の生活で不安を感じていることは何ですか。(○はいくつでも)

1. 自分の健康のこと
2. 配偶者や家族の健康のこと
3. 自分が寝たきりや認知症になること
4. 配偶者や家族が寝たきりや認知症になること
5. 頼れる人や面倒をみてくれる人がいなくなる
6. 生活費や生計のこと
7. 住まいのこと
8. 金銭管理や財産保全のこと
9. 災害や緊急時のこと
10. 困りごとなど相談する場所がよくわからないこと
11. 気軽な話し相手がないこと
12. 友人や地域との交流が減って孤独に感じる
13. その他 ()
14. 不安を感じることは特になし

(6) あなたは、在宅生活を続ける上で、現在もしくは今後利用したいと思う有償サービスや取組はどれですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 外出支援(買い物や通院等) | 2. 調理支援 |
| 3. 掃除支援 | 4. ゴミ出しや電球の交換 |
| 5. 食材などの宅配サービス | 6. 配食サービス |
| 7. 会食の場の提供 | 8. 見守りや声かけ |
| 9. 話し相手 | 10. 体操・運動 |
| 11. 緊急時の通報・駆けつけシステム | 12. 金銭管理(成年後見制度) |
| 13. その他 () | |

(7) 住み慣れたまちで元気に過ごすために必要なことは何ですか。(〇はいくつでも)

1. 自分にあった健康づくり、介護予防・認知症予防活動の充実
2. 地域の見守りや地域の支えあい活動の推進
3. 積極的に外出して交流する場の拡大
4. 生きがいづくりや社会参加活動の推進
5. 安心して医療が受けられる体制の充実
6. ホームヘルパーやデイサービスなどの介護サービスの充実
7. 子どもとのふれあいなどの地域での世代間交流の促進
8. 雇用・就業機会の確保
9. その他 ()
10. わからない

● 以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。 ●

ご記入済の調査票は、同封の返信用封筒に入れて

●月●日(●)までに ポストにご投函ください。