

VI 調査票

(宛名ラベル)

介護予防・日常生活圏域高齢者ニーズ調査

調査協力をお願い

皆様には、日頃から秋田市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。
秋田市では、高齢者福祉計画・介護保険事業計画をつくり、住み慣れた地域で生きがいをもって安全安心に暮らせるまちづくりを進めていくために、各種施策を展開しています。
このたび、令和3年度からの新たな計画をつくるにあたり、介護予防施策の立案と効果の評価を行うために、調査を実施することとなりました。
この調査は、秋田市にお住まいの要介護認定を受けていない65歳以上の方の中から無作為に抽出した2,000名の方を対象としています。大変お忙しいとは思いますが、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

秋田市長 穂積 志

| | |
|------------------------------|----------|
| 記入日 | 令和 年 月 日 |
| 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. 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 | |

ご記入後、お手数ですが、このアンケートを同封の返信用封筒に入れ、

1月24日（金）までに 郵便ポストへご投函ください。

<この調査に関するお問い合わせ先>

秋田市 福祉保健部 長寿福祉課 電話：888-5666（直通）FAX：888-5667

ご記入にあたってのお願い

- この調査の対象者は、令和元年12月1日現在65歳以上の要介護認定を受けていない方です。
- ご回答にあたっては表紙に記載の「あて名のご本人」についてお答えいただけますが、ご家族の方などがご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。
- 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でご記入ください。（例 □ 6 2 □）
- この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。
介護…介護保険サービスを受けている場合、または認定を受けていない場合においても常時ご家族などの援助を受けている状態
介護…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

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、効果的な介護予防施策の立案と効果の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、本市による介護保険計画策定と効果評価の目的以外には利用いたしません。また、得られた情報は、秋田市で適切に管理いたします。
 - ただし、介護予防施策の立案時と効果評価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（個人が特定されることはありません）、必要に応じて集計・分析することがあります。

| | |
|---|-------------------------|
| 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) | |
| 【(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(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 | |
| 【(2)において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】 | |
| 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. 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 | |
| 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 | |
| (4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか | |
| 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 |
| (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分位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(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 () |

4

| | | |
|---|------------------|--------|
| (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 () | |
| (10) 健康保持・介護予防のため、どのような取組に参加したいと思いますか (〇はいくつでも) | | |
| 1. フィットネスクラブなど民間の施設に通う | | |
| 2. 市が主催する教室で、運動や栄養、口腔ケアなどを短期間で学ぶ | | |
| 3. 保健師や看護師に自宅へ訪問してもらい、運動や栄養、口腔ケアなどを学ぶ | | |
| 4. 町内会館や公民館など地域の身近な場所に集まり、健康づくりや趣味活動を行う | | |
| 5. 毎日散歩をするなど、ふだんから体を動かすよう自分自身で気を付ける | | |
| 6. 特になにもしない | | |
| 7. その他 () | | |

問3 食べることにについて

| | |
|--|--|
| (1) 身長・体重 | |
| 身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm | 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 | |

5

| | |
|---|--|
| (4) 口の渇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 | |
| ① 噛み合わせは良いですか | |
| 1. はい 2. いいえ | |
| ② 【(6)で「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】 毎日入れ歯の手入れをしていますか | |
| 1. はい 2. いいえ | |
| (7) 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか | |
| 1. はい 2. いいえ | |
| (8) どなたかと食事をとむる機会がありますか | |
| 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 | |

6

| | | |
|------------------------------------|------------|---------|
| 問4 毎日の生活について | | |
| (1) 物忘れが多いと感じますか | | |
| 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 | | |
| 1. はい 2. いいえ | | |
| (3) 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 | | |
| (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. 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 | | |
| 【(5)で「2. できるけどしていない」「3. できない」の方のみ】 | | |
| ① 食品・日用品の買物をする人は主にどなたですか (〇は1つ) | | |
| 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 () | |
| (6) 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 | | |
| 【(6)で「2. できるけどしていない」「3. できない」の方のみ】 | | |
| ① 食事の用意をする人は主にどなたですか (〇は1つ) | | |
| 1. 同居の家族 | 2. 別居の家族 | 3. ヘルパー |
| 4. 配食サービスを利用 | 5. その他 () | |
| (7) 自分で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 | | |

7

| |
|--|
| (8) 自分で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 |
| (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. はい 2. いいえ |
| (10) 新聞を読んでいますか |
| 1. はい 2. いいえ |
| (11) 本や雑誌を読んでいますか |
| 1. はい 2. いいえ |
| (12) 健康についての記事や番組に関心がありますか |
| 1. はい 2. いいえ |
| (13) 友人の家を訪ねていますか |
| 1. はい 2. いいえ |
| (14) 家族や友人の相談にのっていますか |
| 1. はい 2. いいえ |
| (15) 病人を見舞うことができますか |
| 1. はい 2. いいえ |
| (16) 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 |
| (17) 趣味はありますか |
| 1. 趣味あり _____ → () |
| 2. 思いつかない |
| (18) 生きがいはありますか |
| 1. 生きがいあり _____ → () |
| 2. 思いつかない |

8

| 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 (はつらつくらぶ、いいあんべえ体操教室、地域サロンなど)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 |

9

| |
|--|
| (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 <u>参加者として</u> 参加してみたいと思いますか |
| 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 |
| (3) あなたが地域活動に参加するとき、支障になること（参加しないまたは参加できない理由）は何ですか（○は3つまで） |
| 1. 仕事や家事、育児のため時間がとれない 2. 一緒に参加する仲間がない |
| 3. 興味のもてる活動が見つからない 4. どのような活動があるのかわからない |
| 5. きっかけがない 6. 特に支障・理由はない |
| 7. その他（ ） |
| (4) 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 <u>企画・運営（お世話役）として</u> 参加してみたいと思いますか |
| 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 |
| (5) あなたは地域でどんな支援ができると思いますか（○はいくつでも） |
| 1. 配食の手伝い 2. 調理 3. 掃除・洗濯 |
| 4. 買い物代行 5. 外出同行（通院、散歩など） 6. ごみ出し |
| 7. 見守り、声かけ 8. サロンなど通いの場のサポート 9. 外出時の送迎 |
| 10. できない 11. その他（ ） |

10

| 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 | |

11

(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 | 0点 | 1点 | 2点 | 3点 | 4点 | 5点 | 6点 | 7点 | 8点 | 9点 | 10点 | とても幸せ |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|

(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 (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 ()

(8) 健康状態や病気のことで気軽に相談でき、決まって診察を受ける「かかりつけ医」がいますか (〇は1つ)

1. かかりつけ医がいる
2. かかりつけ医はいないが、いつも受診する医療機関は決まっている
3. そのような医師・医療機関はない

(9) 脳卒中の後遺症やがんなど、認知症以外の病気により長期の療養が必要になったとき、主にどこで過ごしたいですか (〇は1つ)

1. 自宅 2. 子どもや親戚の家 3. 特別養護老人ホームなどの介護施設
4. 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など
5. 病院 6. 分からない 7. その他 ()

(10) あなたの家族が脳卒中の後遺症やがんなど、認知症以外の病気により長期の療養が必要になったとき、主にどこで過ごしてもらいたいですか (〇は1つ)

1. 自宅 2. 特別養護老人ホームなどの介護施設
3. 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など
4. 病院 5. 分からない 6. その他 ()

(11) あなたやあなたの家族は自宅で最期まで過ごすことができると思えますか

1. 可能である 2. 分からない 3. 困難である

【(11)で「3. 困難である」の方のみ】
(12) 自宅で最期まで過ごすことが難しいと思う理由は何ですか (〇はいくつでも)

1. 往診してくれる、かかりつけ医がいらない
2. 看護師の訪問体制が整っていない 3. ヘルパーの訪問体制が整っていない
4. 介護してくれる家族がいらない 5. 介護する家族に負担がかかる
6. 経済的な負担が大きい 7. 居住環境が整っていない
8. 症状が急に悪くなったとき、どうしたらよいか不安がある
9. 症状が悪くなったときに、すぐに病院に入院できるか不安がある
10. その他 ()

問8 認知症にかかる相談窓口の把握について

(1) あなたは、認知症 (※) について知っていますか (〇は1つ)

1. どのような病気か、詳しく知っている 2. どのような病気か、ある程度は知っている
3. 名前だけは聞いたことがある 4. まったく知らない

(2) 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

(3) 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

※認知症とは
いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったために様々な障害が起こり、生活する上で支障が出ている状態 (およそ6か月以上) を指し、原因となる病気には、アルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体病、脳血管性認知症などがあります。
認知症は、誰にでも起こる可能性のある症状です。他の症状と同様に、早期受診、早期診断、早期治療が非常に大切です。

■■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■■

秋田市介護予防・日常生活圏域高齢者二一才調査
－結果報告書－

秋田市 福祉保健部 長寿福祉課
〒010-8560 秋田市山王一丁目1番1号
T E L 018-888-5666
F A X 018-888-5667
<http://www.city.akita.lg.jp/>