

(宛名ラベル)縦40×横85

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査ご協力をお願い

皆様にはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

日頃から大野市の介護保険事業・高齢者福祉にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

この『介護予防・日常生活圏域ニーズ調査』は、高齢者の皆様の声を高齢者福祉計画及び介護保険事業計画に反映し、今後の高齢者福祉に即したのものとなるよう調査を実施します。

つきましては、本調査を計画の策定における重要な資料として実施いたしますので、何かとご多用とは存じますが、ご協力賜りますようお願いいたします。

令和4年11月

大野市健幸福祉部健康長寿課

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護及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みなさせていただきます。

【個人情報の保護及び活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政策の立案と効果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、大野市高齢者福祉計画・介護保険事業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、当該情報については、大野市個人情報保護条例に基づき適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時及び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大野市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

●記入日と記入された方について

記入日

令和4年____月____日

調査票を記入されたのはどなたですか【1つに〇】

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

問1 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください【1つに〇】

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つに〇】

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)で「3.」に〇をつけた方のみ次の※の間にお答えください】

※主にどなたの介護・介助を受けていますか【あてはまるものすべてに〇】

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つに○】

- | | |
|----------|-------------|
| 1. 大変苦しい | 4. ややゆとりがある |
| 2. やや苦しい | 5. 大変ゆとりがある |
| 3. ふつう | |

(4) お住まいは持家または借家のどちらですか【1つに○】

- 1. 持家
- 2. 借家
- 3. その他

【(4)で「1. 持家」に○をつけた方のみ次の※①の間にお答えください】

※①相続する方はいますか【1つに○】

- 1. いる
- 2. いない

【(4) ※①で「2. いない」に○をつけた方のみ次の※②の間にお答えください】

※②空き家になった場合、壊す・貸す・譲るなどの方針を決めていますか【1つに○】

- 1. 決めている
- 2. 決めていない

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つに○】

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つに○】

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つに○】

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つに○】

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つに○】

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

(6) 週に1回以上は外出していますか【1つに○】

1. ほとんど外出しない 3. 週2~4回
2. 週1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つに○】

1. とても減っている 3. あまり減っていない
2. 減っている 4. 減っていない

(8) 外出する際の移動手段は何ですか【あてはまるものすべてに○】

1. 徒歩 8. 病院や施設のバス
2. 自転車 9. 車いす
3. バイク 10. 電動車いす（カート）
4. 自動車（自分で運転） 11. 歩行器・シルバーカー
5. 自動車（人に乗せてもらう） 12. タクシー
6. 鉄道 13. その他（ ）
7. 路線バス

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

【①～⑧それぞれ1つに○】	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サロン等の集いの場	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

(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【1つに○】

- | | |
|------------|-------------|
| 1. 是非参加したい | 3. 参加したくない |
| 2. 参加してもよい | 4. 既に参加している |

(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【1つに○】

- | | |
|------------|-------------|
| 1. 是非参加したい | 3. 参加したくない |
| 2. 参加してもよい | 4. 既に参加している |

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
【あてはまるものすべてに○】

- | | |
|----------------|-----------------------|
| 1. 配偶者 | 5. 近隣 |
| 2. 同居の子ども | 6. 友人 |
| 3. 別居の子ども | 7. その他 () |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 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
【あてはまるものすべてに○】

- | | |
|----------------|-----------------------|
| 1. 配偶者 | 5. 近隣 |
| 2. 同居の子ども | 6. 友人 |
| 3. 別居の子ども | 7. その他 () |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 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
【あてはまるものすべてに○】

- | | |
|----------------|-----------------------|
| 1. 配偶者 | 5. 近隣 |
| 2. 同居の子ども | 6. 友人 |
| 3. 別居の子ども | 7. その他 () |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 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
【あてはまるものすべてに○】

- | | |
|----------------|-----------------------|
| 1. 配偶者 | 5. 近隣 |
| 2. 同居の子ども | 6. 友人 |
| 3. 別居の子ども | 7. その他 () |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 8. そのような人はいない |

(5) あなたは近隣住民によるたすけあいやボランティア活動について、参加したいと
思いますか【1つに○】

- | | | |
|----------|------------|-------------|
| 1. 参加したい | 2. 参加したくない | 3. 既に参加している |
|----------|------------|-------------|

問8 認知症にかかる相談窓口について

(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【1つに○】

1. はい

2. いいえ

(2) 認知症についての相談窓口を知っていますか【1つに○】

1. はい

2. いいえ

◎認知症のことでお困りではありませんか？

～ 認知症初期集中支援チームにご相談を ～

認知症初期集中支援チームとは？

市では、認知症サポート医と地域包括支援センターの保健師や社会福祉士などがチーム員として活動しています。認知症について困ったこと、心配なことなどがありましたら、まずは下記の窓口までご相談ください。



相談窓口 大野市地域包括支援センター 0779-65-5046

問9 高齢者福祉に関するご意見があれば、ご記入ください。

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

記入もれがないか、今一度お確かめください。

ご記入いただいた調査票は切り離すことなく、送付されたものすべて（表紙も含みます）を12月9日（金）までに、同封の返信用封筒に入れて投函してください（切手は不要です）。または、訪問する調査員にお渡しください。