

## 2. 暮らしと介護予防に関する調査

町では、いつまでもを元気に過ごせるように、介護予防をすすめています。  
この調査は、介護状態になる恐れがある方を早期に発見するとともに、生活課題を把握し、今後の軽米町の介護予防事業や災害時の支援に役立てるために行うものです。  
現在病院で治療をしている方も対象となりますので必ず記入してください。

### 【留意事項】

- ①質問事項は、現在の状況を直観的にお答えください。
- ②この調査の確認は、軽米町役場職員が行い、個人情報を守られます。
- ③不明な点は、軽米町健康福祉課地域包括支援センター（電話46-4111）にお問い合わせください。

あて名のご本人について

|     |       |      |  |     |   |
|-----|-------|------|--|-----|---|
| 行政区 |       | 氏 名  |  | 年 齢 | 歳 |
| 性 別 | 男 ・ 女 | 電話番号 |  |     |   |

|                             |                     |   |        |   |
|-----------------------------|---------------------|---|--------|---|
| 記入日                         | 平成                  | 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. ご本人                      | 2. ご家族が記入（ご本人からみた続柄 |   | 3. その他 |   |

次の質問（問1～問29まで）について、ご本人の状況であてはまる答えの番号に○をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

問1 家族構成を教えてください。（○は1つ）

1. ひとり暮らし    2. 家族など同居（二世帯住宅を含む）    3. その他（施設入所など）

問2 （家族など同居されている方のみ） ご自分を含めて何人で暮らしていますか。

人

問3 （家族など同居されている方のみ） 同居されている方はどなたですか。（○はいくつでも）

1. 父                      2. 母                      3. 配偶者（夫・妻）                      4. 息子                      5. 娘  
6. 子の配偶者                      7. 孫                      8. 兄弟・姉妹                      9. その他

問4 （家族など同居されている方のみ） 日中、1人になることがありますか。

1. よくある                      2. たまにある                      3. ない

問5 現在、介護保険の要介護認定を受けていますか。

1. 受けていない    2. 申請中    3. 要支援1    4. 要支援2    5. 要介護1  
6. 要介護2    7. 要介護3    8. 要介護4    9. 要介護5

問6 障害者手帳を持っていますか。

1. 持っていない    2. 身体障害者手帳（          級）    3. 療育手帳    4. 精神障害者保健福祉手帳

問7 現在のあなたの健康状態はどうですか。

1. よい    2. まあよい    3. ふつう    4. あまりよくない    5. よくない

問8 現在、治療中の病気はありますか。（○はいくつでも）

|                         |                 |                    |
|-------------------------|-----------------|--------------------|
| 1. 治療中の病気はない            | 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(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 ( )             |                 |                    |

問9 あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助を受けていますか。

- |                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| 1. 介護・介助は必要ない ⇒問12へ                                   |
| 2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない ⇒問12へ                     |
| 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）⇒問10へ |

問10 (介護を受けている方のみ) 主にどなたの介護・介助を受けていますか。

|          |      |             |        |      |
|----------|------|-------------|--------|------|
| 1. 父     | 2. 母 | 3. 配偶者(夫・妻) | 4. 息子  | 5. 娘 |
| 6. 子の配偶者 | 7. 孫 | 8. 兄弟・姉妹    | 9. その他 |      |

問11 (介護を受けている方のみ) 主に介護・介助している方の年齢は次のどれですか。

|          |           |           |          |
|----------|-----------|-----------|----------|
| 1. 65歳未満 | 2. 65～74歳 | 3. 75～84歳 | 4. 85歳以上 |
|----------|-----------|-----------|----------|

問12 お住まいは次のどれにあたりますか。

|       |           |                    |       |        |
|-------|-----------|--------------------|-------|--------|
| 1. 持家 | 2. 民間賃貸住宅 | 3. 公営賃貸住宅(町営住宅、公舎) | 4. 借間 | 5. その他 |
|-------|-----------|--------------------|-------|--------|

問13 お住まい(主に生活する部屋)は2階以上にありますか。

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

問14 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. 苦しい | 2. やや苦しい | 3. ややゆとりがある | 4. ゆとりがある |
|--------|----------|-------------|-----------|

問15 日常生活について教えてください。（○は1つずつ）

|                                |       |        |
|--------------------------------|-------|--------|
| (1) バスや電車で1人で外出していますか(自家用車でも可) | 1. はい | 2. いいえ |
| (2) 日用品の買物をしていますか              | 1. はい | 2. いいえ |
| (3) 預貯金の出し入れをしていますか            | 1. はい | 2. いいえ |
| (4) 請求書の支払を自分でしていますか           | 1. はい | 2. いいえ |
| (5) 自分で食事の用意をしていますか            | 1. はい | 2. いいえ |
| (6) 食事は自分で食べられますか              | 1. はい | 2. いいえ |
| (7) 座っていることができますか              | 1. はい | 2. いいえ |
| (8) 自分で洗面や歯磨きができますか            | 1. はい | 2. いいえ |
| (9) 自分でトイレができますか               | 1. はい | 2. いいえ |
| (10) 尿もれやトイレでの失敗がありますか         | 1. はい | 2. いいえ |
| (11) 自分で入浴ができますか               | 1. はい | 2. いいえ |
| (12) 自分で着替えができますか              | 1. はい | 2. いいえ |
| (13) 趣味や生きがいがありますか             | 1. はい | 2. いいえ |
| (14) 友人の家を訪ねていますか              | 1. はい | 2. いいえ |
| (15) 家族や友人の相談にのっていますか          | 1. はい | 2. いいえ |

問16 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. 父親・母親   | 2. 配偶者（夫・妻） | 3. 息子・娘        | 4. 子の配偶者       |
| 5. 兄弟・姉妹   | 6. 友人・知人    | 7. 医師・歯科医師・看護師 | 8. 民生委員        |
| 9. 自治会・町内会 | 10. 老人クラブ   | 11. 社会福祉協議会    | 12. 地域包括支援センター |
| 13. 役所・役場  | 14. その他（    |                | 15. 相談相手はいない   |

問17 あなたは現在、家で生活を続けていくために、何らかの支援を必要としていますか。

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| 1. 必要としている ⇒問18へ | 2. 必要としていない ⇒問19へ |
|------------------|-------------------|

問18 問17で必要としていると答えた方にお聞きします。

どのような支援を必要としていますか。（○はいくつでも）

|          |              |              |               |
|----------|--------------|--------------|---------------|
| 1. 買い物   | 2. 外出の支援・付添い | 3. 通院の支援・付添い | 4. 食事の支度や後片付け |
| 5. 掃除・洗濯 | 6. 定期的な声かけ   | 7. 相談や話し相手   | 8. 急病・災害時の手助け |
| 9. その他（  |              |              |               |

問19 歩行や転倒について教えてください。（○は1つずつ）

|                                  |       |        |
|----------------------------------|-------|--------|
| (1) 階段を手すりや壁を伝わずに昇っていますか         | 1. はい | 2. いいえ |
| (2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか | 1. はい | 2. いいえ |
| (3) 15分間位続けて歩いていますか              | 1. はい | 2. いいえ |
| (5) この1年間に転んだことがありますか            | 1. はい | 2. いいえ |
| (6) 転倒に対する不安は大きいですか              | 1. はい | 2. いいえ |

問20 体重について教えてください。

|                                                                             |       |        |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| (1) 6か月間で2～3kg以上体重が減りましたか                                                   | 1. はい | 2. いいえ |
| (2) 身長（                  cm）      体重（                  kg） ⇒ だいたいの目安でかまいません |       |        |

問21 お口の状態について教えてください。（○は1つずつ）

|                                    |       |        |
|------------------------------------|-------|--------|
| (1) 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 |
| (2) 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 |
| (3) 口の渇きがきになりますか                   | 1. はい | 2. いいえ |
| (4) むし歯や歯ぐきが痛む、入れ歯などで困っていることがありますか | 1. はい | 2. いいえ |

問22 外出について教えてください。

|                         |            |             |
|-------------------------|------------|-------------|
| (1) 週に1回以上は外出していますか     | 1. はい      | 2. いいえ      |
| (2) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 1. はい⇒問23へ | 2. いいえ⇒問24へ |

問23 外出が減った理由は何ですか。（○はいくつでも）

|                    |              |               |
|--------------------|--------------|---------------|
| 1. 病気              | 2. 手足の障がい    | 3. 足腰の痛み      |
| 4. 耳の障がい（聞こえの問題など） | 5. 目の障がい     | 6. トイレの心配     |
| 7. 外での楽しみがない       | 8. 経済的に出られない | 9. 交通機関が不便なため |
| 10. その他（           |              |               |

問24 外出するときの移動手段は何ですか。（○はいくつでも）

|                  |                |          |               |
|------------------|----------------|----------|---------------|
| 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. バス    | 8. 車いす        |
| 9. 電動車いす         | 10. 歩行器・シルバーカー | 11. タクシー | 12. その他（ ）    |

問25 次のような地域活動に参加していますか（○はいくつでも）

|          |            |             |               |
|----------|------------|-------------|---------------|
| 1. 祭り・行事 | 2. 自治会・町内会 | 3. ボランティア活動 | 4. 趣味関係の団体・活動 |
| 5. 老人クラブ | 6. その他（ ）  | 7. 参加していない  |               |

問26 物忘れについて教えてください。（○は1つずつ）

|                                       |       |        |
|---------------------------------------|-------|--------|
| (1) 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか | 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) 5分前のことが思い出せますか                    | 1. はい | 2. いいえ |

問27 その日の活動（食事をする、服を選ぶなど）を自分で判断できますか

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| 1. 困難なくできる               | 2. いくらか困難であるが、できる |
| 3. 判断するときに他人からの合図や見守りが必要 | 4. ほとんど判断できない     |

問28 人に自分の考えをうまく伝えられますか

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| 1. 伝えられる     | 2. いくらか困難であるが、伝えられる |
| 3. あまり伝えられない | 4. ほとんど伝えられない       |

問29 ここ2週間のあなたの心や身体の状態について教えてください。（○は1つずつ）

|                                |       |        |
|--------------------------------|-------|--------|
| (1) 毎日の生活に充実感がない               | 1. はい | 2. いいえ |
| (2) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった   | 1. はい | 2. いいえ |
| (3) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | 1. はい | 2. いいえ |
| (4) 自分が役に立つ人間だと思えない            | 1. はい | 2. いいえ |
| (5) わけもなく疲れたような感じがする           | 1. はい | 2. いいえ |

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。