

問 1 あなたの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. 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【次ページ (3) へ】
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない【①へ】
3. 現在、何らかの介護を受けている【①および②へ】
(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なんですか (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「3. 現在、何らかの介護を受けている」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. <small>こうえいちんたいじゅうたく</small> 公営賃貸住宅 | 4. <small>みんかんちんたいじゅうたく</small> 民間賃貸住宅（一戸建て） |
| 5. <small>みんかんちんたいじゅうたく</small> 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【以下 ①へ】 2. いいえ【次ページ (9) へ】

【(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^{しょうがい のうそっちゅう}の後遺症^{こういしょう}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 ()

(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（ ）	

問3 食べることについて

(1) 身長・体重を教えてください

身長 <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle; text-align: center; line-height: 30px;"> <div style="border-left: 1px dashed black; width: 33%;"></div> <div style="border-left: 1px dashed black; width: 33%;"></div> <div style="border-left: 1px dashed black; width: 33%;"></div> </div> cm	体重 <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle; text-align: center; line-height: 30px;"> <div style="border-left: 1px dashed black; width: 33%;"></div> <div style="border-left: 1px dashed black; width: 33%;"></div> <div style="border-left: 1px dashed black; width: 33%;"></div> </div> 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

(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にもす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

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
(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
(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
(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」の方は () 内に趣味を記入ください)	
1. 趣味あり	—————→ ()
2. 思いつかない	
(18) 生きがいがありますか (「1. 生きがいあり」の方は () 内に生きがいを記入ください)	
1. 生きがいあり	—————→ ()
2. 思いつかない	

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高齢者居場所(※1)や オレンジカフェ(※2)、 サロン、体操教室など介 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

(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. 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) 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. 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

(※1)「高齢者居場所」とは、高齢者が住み慣れた地域の中で、健康でいきいきとした暮らしができるように、自由に集まり、交流することができる場所として、市に登録しているものです。

(※2)「オレンジカフェ」とは、枚方市の認知症カフェの愛称であり、認知症のことや物忘れ等が気になりはじめたご本人やご家族、地域住民、専門職等、地域の誰もが気軽に集い、楽しく過ごしながら仲間づくりや情報交換等をする地域の拠点として、市に登録しているものです。

問6 就労について

(1) 現在のあなたの就労状態はどれですか (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 | | |

【(1) において「2. 引退した」の方のみ】

① あなたはいつ引退しましたか

- | | | |
|---|---|---|
| 1. 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 | 2. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 | 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 |
|---|---|---|

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

(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、看病や世話をしあける人 (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	
(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8 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

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

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らない、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. <small>のうそっちゅう</small> 脳卒中 (<small>のうしゅっけつ・のうこうそくなど</small> 脳出血・脳梗塞等) |
| 4. 心臓病 | 5. <small>とうにようびょう</small> 糖尿病 | 6. <small>こうしけっしょう</small> 高脂血症 (<small>ししつじょう</small> 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. <small>じんぞう</small> 腎臓・ <small>ぜんりつせん</small> 前立腺の病気 | 10. <small>きんこっかく</small> 筋骨格の病気 (<small>こつそ</small> 骨粗しょう症、 <small>しょう</small> 関節症等) | |
| 11. <small>がいしょう</small> 外傷 (<small>てんとう</small> 転倒・ <small>こっせつなど</small> 骨折等) | 12. がん (悪性新生物) | 13. <small>めんえき</small> 血液・免疫の病気 |
| 14. うつ病 | 15. <small>にんちしょう</small> 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 認知症にかかる相談窓口の把握について

(1) 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 |
|-------|--------|

(2) 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 |
|-------|--------|

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	

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■

右にある番号は、市役所の中でのみ、介護保険の認定・利用状況とデータを連結させるためのものです。

--