

宛名ラベル

秋田市
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

皆様におかれましては、日頃から秋田市行政にご理解とご協力をいただき、感謝申し上げます。本市では、高齢者保健福祉サービスと介護サービスの計画的かつ円滑な実施を図るため、3年ごとに秋田市高齢者プラン（高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画）を策定しております。

このたび、令和6年度から8年度までの3年間を計画期間とする新たなプランをつくるにあたり、高齢者の日常生活の状況や健康状態などをお聞きし、介護予防サービスのニーズ（需要）を把握することを目的とした調査を実施することとなりました。

調査票は、令和4年12月1日現在、要介護認定（要介護1から要介護5まで）を受けていない65歳以上のかたの中から、無作為にお選びした2,000名の皆様にお送りしております。

大変お忙しいとは存じますが、趣旨をご理解いただき、本調査にご協力くださるようお願い申し上げます。

令和4年12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				

●調査票を記入する際は、黒のボールペンや鉛筆をご使用いただき、各項目で該当する数字に○をつけてください。

●調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、

1月25日（水）までに 郵便ポストにご投函ください。

【この調査に関する問い合わせ先】

秋田市福祉保健部長寿福祉課（電話）888-5666、（FAX）888-5667

ご記入にあたってのお願い

1. ご記入にあたっては、あて名のご本人のことについてお答えください。
2. ご本人の代わりに、ご家族のかたなどが記入しても結構です。
3. 各項目で該当する数字に〇をつけてください。数字を記入する項目は右詰めで記入してください。

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、本市における介護予防サービスのニーズ（需要）を把握する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、秋田市高齢者プラン（高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画）を策定する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、秋田市で適切に管理いたします。

●ただし、秋田市高齢者プラン策定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（個人が識別されることはありません）、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。

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. 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なんですか(いくつでも)

1. のうそっちゅう 脳卒中 (のうしゅつけつ・のうこうそく 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 (はいきしゅ 肺気腫・肺炎等)
5. 関節の病気(リウマチ等)
6. にんちしょう 認知症(アルツハイマー病等)
7. パーキンソン病
8. とうによびょう 糖尿病
9. じんしっかん 腎疾患(透析)
10. しかく 視覚・ ちようかくしやうがい 聴覚障害
11. こっせつ 骨折・ てんとう 転倒
12. せきついそんしやう 脊椎損傷
13. 高齢による すいじゃく 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. こうえいちんたいじゅうたく 公営賃貸住宅 4. みんかんちんたいじゅうたく 民間賃貸住宅（一戸建て）
5. みんかんちんたいじゅうたく 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^{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 (いくつかでも)

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 (いくつかでも)

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**食べることについて****(1) 身長・体重**身長 cm体重 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

(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どなたですか (いくつでも)		
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
(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 \longrightarrow ()

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 \longrightarrow ()

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 (はつらつくらぶ、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

(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) あなたが地域活動に参加するとき、支障になること（参加したくない、または参加できない理由）は何ですか（いくつでも）

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 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いない |
| 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 |
|------------|------------|------------|-------------|

(5) あなたは地域でどんな支援ができると思いますか（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（ | ） |

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 | |

(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

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. のうそっちゅう 脳卒中 (のうしゅっけつ・のうこうそくなど 脳出血・脳梗塞等)
4. 心臓病
5. とうにょうびょう 糖尿病
6. こうしけっしょう 高脂血症 (ししつじょう 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. じんぞう 腎臓・ぜんりつせん 前立腺の病気
10. きんこっかく 筋骨格の病気 (こつそ 骨粗しょう症、ししょう 関節症等)
11. がいしょう 外傷 (てんとう 転倒・こっせつなど 骨折等)
12. がん (悪性新生物)
13. めんえき 血液・免疫の病気
14. うつ病
15. にんちしょう 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ので気軽に相談でき、決まって診察を受ける「かかりつけ医」がいますか

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、どこで過ごしたいですか (いくつでも)

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、どこで過ごしてもらいたいですか (いくつでも)

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】

① 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 (いくつでも)

1. 往診してくれる「かかりつけ医」がない
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に、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 ()

