

資料編

資料編

1 電算処理の判定条件等

集計等の電算処理にあたっては、以下の判定条件に基づいて行いました。

■高齢者像の判定条件（該当設問に無回答があれば、「判定できず」とする）

項 目	判定条件
<p>元気高齢者</p> <p>※要支援・要介護認定者を除く65歳以上の高齢者のうち、介護予防事業対象者、生活支援事業対象者、軽度認知機能障害対象者に該当していない、健康で元気に暮らしている65～74歳（前期高齢者）の方を称しています。</p>	<p>●要支援・要介護認定者以外 and</p> <p>●介護予防事業対象者以外 and</p> <p>●生活支援事業対象者以外 and</p> <p>●軽度認知機能障害該当者以外and</p> <p>●74歳以下 and</p> <p>●問7-（1）で「1. とてもよい」に回答</p>
<p>旧一次予防事業対象者</p> <p>※要支援・要介護認定者を除く65歳以上の高齢者のうち、元気高齢者、介護予防事業対象者、生活支援事業対象者、軽度認知機能障害該当者に該当していない方を称しています。</p>	<p>●要支援・要介護認定者以外 and</p> <p>●元気高齢者以外 and</p> <p>●介護予防事業対象者以外 and</p> <p>●生活支援事業対象者以外 and</p> <p>●軽度認知機能障害該当者以外</p>
<p>介護予防事業対象者</p> <p>※旧二次予防事業対象者。 要支援・要介護認定者を除く65歳以上の高齢者のうち、要支援又は要介護状態になるおそれがあると判定された方を称しています。</p>	<p>●「運動器の機能低下」「低栄養の傾向」「口腔機能の低下」「閉じこもり傾向」「認知機能の低下」「うつ傾向」、及び「虚弱（第6期判定項目）」リスク判定のいずれかの該当者</p>
<p>生活支援事業対象者</p> <p>※下記①②に該当する高齢者を称します。 ①要支援認定者のうち基本チェックリストの7つの基準のいずれかに該当した方 ②65歳以上高齢者のうち基本チェックリストの7つの基準のいずれかに該当した方</p>	<p>①要支援認定者 and</p> <p>●問1-（1）で「1. 1人暮らし」or「2. 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）」or問1-①で「1. よくある」に回答</p> <p>or</p> <p>②介護予防事業対象者 and</p> <p>●問1-（1）で「1. 1人暮らし」or「2. 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）」に回答 or問1-①で「1. よくある」に回答</p>
<p>軽度認知機能障害該当者 （認知機能レベルⅠ・Ⅱ該当）</p> <p>※認知機能の障害程度がレベルⅠ（境界域）・レベルⅡ（軽度）に該当した高齢者を称し、認知症の予防効果が見込める軽度認知機能障害該当者として位置づけています。</p>	<p>●CPS（認知機能尺度、認知機能障害の程度）を用いたリスク判定で「レベルⅠ」「レベルⅡ」に該当した方</p>

■リスクの判定条件

項 目		判定条件
虚弱	該当	・ 10点以上
	非該当	・ 0点以上9点以下
	判定できず	・ 0点のうち、判定設問に無回答があった場合
運動器の機能低下	該当	・ 3点以上
	非該当	・ 0点以上2点以下
	判定できず	・ 0点のうち、判定設問に無回答があった場合
口腔機能の低下	該当	・ 2点以上
	非該当	・ 0点以上1点以下
	判定できず	・ 0点のうち、判定設問に無回答があった場合
低栄養の傾向	該当	・ 2点
	非該当	・ 0点以上1点以下
	判定できず	・ 0点のうち、判定設問に無回答があった場合
閉じこもり傾向	該当	・ 1点
	非該当	・ 0点
	判定できず	・ 判定設問に無回答があった場合
認知機能の低下	該当	・ 1点
	非該当	・ 0点
	判定できず	・ 判定設問に無回答があった場合
うつ傾向	該当	・ 1点以上
	非該当	・ 0点
	判定できず	・ 0点のうち、判定設問に無回答があった場合

■虚弱の判定・評価

問番号	項目	選択肢
問2-(1)	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	「3. できない」: 1点
問2-(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	
問2-(3)	15分位続けて歩いていますか	
問2-(4)	過去1年間に転んだ経験がありますか	「1. 何度もある」 または 「2. 1度ある」: 1点
問2-(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」または「2. やや不安である」: 1点
問2-(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」または 「2. 週1回」: 1点
問2-(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」または「2. 減っている」: 1点
問3-(1)	身長()cm 体重()kg	BMI<18.5: 1点
問3-(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」: 1点
問3-(5)	お茶や汁物等でむせることがありますか	
問3-(6)	口の渇きが気になりますか	
問3-(8)	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	「1. はい」: 1点
問4-(1)	物忘れが多いと感じますか	「1. はい」: 1点
問4-(2)	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)	「3. できない」: 1点
問4-(3)	自分で食品・日用品の買物をしていますか	「3. できない」: 1点
問4-(6)	自分で預貯金の出し入れをしていますか	
問4-(7)	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	「2. いいえ」: 1点
問4-(8)	今日が何月何日かわからない時がありますか	「1. はい」: 1点
問4-(13)	友人の家を訪ねていますか	「2. いいえ」: 1点
問4-(14)	家族や友人の相談にのっていますか	

※10点以上: 該当 0点以上9点以下: 非該当

※0点のうち判定設問に無回答があった場合は、「判定できず」とします。

※問4-(2)、問4-(3)、問4-(6)の判定について、国判定(第6期)では「2. できるけどしていない」or「3. できない」が1点となりますが、高齢者の実情により沿った判定とするため、判定条件を上記のとおりとしています。

■運動器の機能低下の判定・評価

問番号	項目	選択肢
問2-(1)	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	「3. できない」: 1点
問2-(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	
問2-(3)	15分位続けて歩いていますか	
問2-(4)	過去1年間に転んだ経験がありますか	「1. 何度もある」 または 「2. 1度ある」: 1点
問2-(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」または「2. やや不安である」: 1点

※3点以上: 該当 0点以上2点以下: 非該当

※0点のうち判定設問に無回答があった場合は、「判定できず」とします。

■口腔機能の低下の判定・評価

問番号	項目	選択肢
問3-(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」: 1点
問3-(5)	お茶や汁物等でむせることがありますか	
問3-(6)	口の渇きが気になりますか	

※2点以上: 該当 0点以上1点以下: 非該当

※0点のうち判定設問に無回答があった場合は、「判定できず」とします。

■低栄養の傾向の判定・評価

問番号	項目	選択肢
問3-(1)	身長 () cm 体重 () kg	BMI < 18.5: 1点
問3-(8)	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	「1. はい」: 1点

※2点: 該当 0点以上1点以下: 非該当

※0点のうち判定設問に無回答があった場合は、「判定できず」とします。

■閉じこもり傾向の判定・評価

問番号	項目	選択肢
問2-(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」または 「2. 週1回」: 1点

※1点: 該当 0点: 非該当

※判定設問に無回答があった場合は、「判定できず」とします。

■認知機能の低下の判定・評価

問番号	項目	選択肢
問4-(1)	物忘れが多いと感じますか	「1. はい」: 1点

※1点: 該当 0点: 非該当

※判定設問に無回答があった場合は、「判定できず」とします。

■ うつ傾向の判定・評価

問番号	項目	選択肢
問7-(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」：1点
問7-(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点以上：該当 0点：非該当

※0点のうち判定設問に無回答があった場合は、「判定できず」とします。

■ IADL（手段的自立度）の判定・評価 … 老研指標

問番号	項目	選択肢
問4-(2)	バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車可）	「1. できるし、している」 または 「2. できるけどして いない」：1点
問4-(3)	自分で食品・日用品の買物をしていますか	
問4-(4)	自分で食事の用意をしていますか	
問4-(5)	自分で請求書の支払いをしていますか	
問4-(6)	自分で預貯金の出し入れをしていますか	

※5点：問題なし 4点：やや低い 0～3点：低い

※判定条件の設問に無回答が2項目以上あった場合には、「判定できず」とします。

■ 社会参加（知的能動性）の判定・評価 … 老研指標

問番号	項目	選択肢
問4-(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」：1点
問4-(10)	新聞を読んでいますか	
問4-(11)	本や雑誌を読んでいますか	
問4-(12)	健康についての記事や番組に関心がありますか	

※4点：問題なし 3点：やや低い 0～2点：低い

※判定条件の設問に無回答が1項目以上あった場合には、「判定できず」とします。

■ 社会参加（社会的役割）の判定・評価 … 老研指標

問番号	項目	選択肢
問4-(13)	友人の家を訪ねていますか	「1. はい」：1点
問4-(14)	家族や友人の相談にのっていますか	
問4-(15)	病人を見舞うことができますか	
問4-(16)	若い人に自分から話しかけることがありますか	

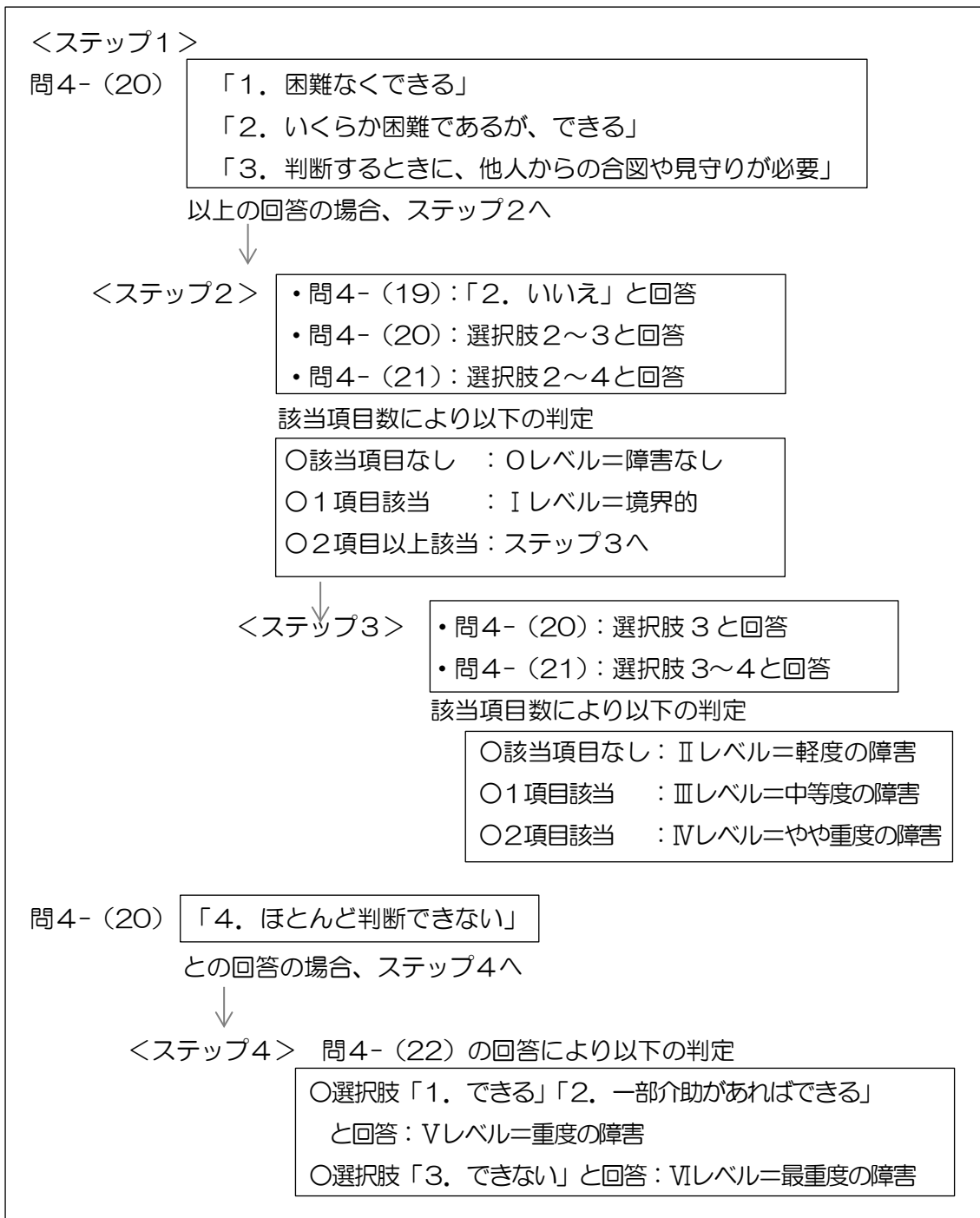
※4点：問題なし 3点：やや低い 0～2点：低い

※判定条件の設問に無回答が1項目以上あった場合には、「判定できず」とします。

■ 老研指標総合評価

※IADL（手段的自立度）、社会参加（知的能動性）、社会参加（社会的役割）の合計点
11点以上：問題なし 9～10点：やや低い 8点以下：低い

■ CPS（軽度認知機能障害）判定ルール



※レベルⅢ～Ⅵ：障害あり、レベルⅠ～Ⅱ：やや障害あり、レベル0：障害なし
※判定条件の設問に無回答が1項目以上あった場合には、「判定できません」とします。

2 アンケート調査票

(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

《第7期》
**介護予防・日常生活圏域
ニーズ調査**

**西和賀町の老人福祉・介護保険に関わる計画
見直しのための調査の実施について**

町では、平成29年度に「ともに支え、ともに生きる 誰もが安心して、その人らしく、健やかに暮らしますまわつくり」を推進するための西和賀町老人福祉及び介護保険事業計画の見直しを行います。

そのため、町民の皆様には調査を実施し、計画に反映させるとともに、今後の介護予防事業に役立てたいと思いますので、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力くださるようお願い申し上げます。

また、ご協力いただいた方には、後日、結果とアドバイス表をお渡しします。なお、収集した調査票は、大切な個人情報であることから、西和賀町個人情報保護条例に基づき適正な取扱いを行います。

記入日	平成 29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

2. ご家族（あて名のご本人からみた続柄 _____）

3. その他

～第7期介護保険料算定に大きく影響します。ご協力をお願いします。～

調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れ、
2月10日（金）までに 郵便ポストへご投函ください。

※以下は、あて名のご本人について 記入してください。

電話番号	性別	男	女
生年月日	大正・昭和	年	月 日 () 歳

《 記入に際してのお願い 》

1. この調査の対象者は、平成28年12月1日現在、65歳以上の方です。
2. ご回答にあたっては、ご本人についてお答えいただけますが、ご家族の方等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。
3. 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 kg)
4. この調査で使う用語の意味は、以下の通りです。
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
介助…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

＜この調査に関するお問い合わせ先＞

西和賀町 健康福祉課（深澤早苗・柿澤雄太） 電話：85-3412

西和賀町地域包括支援センター 電話：85-3414・3137

※あて名のご本人（以下、「あなた」という）のお住まいの地区は、どこですか（○は1つ）

1. 旧貝沢小学校区
2. 旧川舟小学校区
3. 旧猿橋小学校区
4. 旧沢内第一小学校区
5. 旧越中畑小学校区
6. 旧湯本小学校区
7. 旧川尻小学校区
8. 分からない

↓お住まいの地区が分からない方は、住所をご記入ください

住 所 _____

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（○は1つ）

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（ _____ ）

【(1)において「1. 1人暮らし」以外の方のみ】

① 日中、1人になることがありますか（○は1つ）

1. よくある
2. たまにある
3. ない

1

- 【(5) において「1. はい」(部屋が2階以上にある)の方のみ】
 ① お住まいにエレベーターは設置されていますか (○は1つ)
 1. はい 2. いいえ

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 (○は1つ)
 1. できるし、している 2. できるけどしていかない 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 (○は1つ)
 1. できるし、している 2. できるけどしていかない 3. できない
- (3) 15分位続けて歩いていますか (○は1つ)
 1. できるし、している 2. できるけどしていかない 3. できない
- (4) 過去1年間に転んだ経験がありますか (○は1つ)
 1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない
- (5) 転倒に列する不安は大きいですか (○は1つ)
 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 (○は1つ)
 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 (○は1つ)
 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 (○は1つ)
 1. はい 2. いいえ

- (2) あなたは、普段の生活でとなたかの介護・介助が必要ですか (○は1つ)
 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 (○はいくつでも)
 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、肺がん等)
 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. 骨質・転倒 12. 高血圧
 13. 高齢による衰弱 14. その他 () 15. 不明
- ② 主にどのような介護、介助を受けていますか (○はいくつでも)
 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 (○は1つ)
 1. 大変苦しい 2. やや苦しい 3. ぶつう
 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 (○は1つ)
 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 ()

- (5) 主に生活する部屋は2階以上にありますか (○は1つ)
 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 (Oはいくつでも)

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 ()

② 外出する際の移動手段は何ですか (O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. 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 ()

③ 買い物や散歩に出かける頻度を教えてください

① 買い物で外出する頻度はどのくらいですか (Oは1つ)

1. ほぼ毎日
2. 週4～5日
3. 週2～3日
4. 週1日
5. 週1日未満

② 散歩で外出する頻度はどのくらいですか (Oは1つ)

1. ほぼ毎日
2. 週4～5日
3. 週2～3日
4. 週1日
5. 週1日未満

④ 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか (Oは1つ)

1. はい
2. いいえ

⑤ 杖やシルバーカーを使っていますか (Oは1つ)

1. はい
2. いいえ

問3 食べることについて

(1) 身長・体重 (数字を記入)

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 (Oは1つ)

1. はい
2. いいえ

(3) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください (Oは1つ)
(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

【(3) 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】

① 毎日入れ歯の手入れをしていますか (Oは1つ)

1. はい
2. いいえ

【ここからは全員の方がお答えください】

② 噛み合わせは良いですか (Oは1つ)

1. はい
2. いいえ

(4) どなたかと食事をもにすることはありますか (Oは1つ)

1. 毎日ある
2. 週に何度がある
3. 月に何度がある
4. 年に何度がある
5. ほとんどない

(5) お茶や汁物等でむせることがありますか (Oは1つ)

1. はい
2. いいえ

(6) 口の渇きが気になりますか (Oは1つ)

1. はい
2. いいえ

(7) 歯磨き (人にやらしてもらった場合も含む) を毎日していますか (Oは1つ)

1. はい
2. いいえ

(8) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか (Oは1つ)

1. はい
2. いいえ

(9) 1日の食事の回数は何回ですか (○は1つ)

1. 朝昼晩の3食 2. 朝昼の2食 3. 朝昼の2食
4. 昼晩の2食 5. 1食 6. その他

問4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか (○は1つ)

1. はい 2. いいえ

(2) 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) (○は1つ)

1. できるし、している 2. できるけどしてない 3. できない

(3) 自分で食品・日用品の買物をしていますか (○は1つ)

1. できるし、している 2. できるけどしてない 3. できない

【(3)で「2. できるけどしてない」「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 (○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

(4) 自分で食事の用意をしていますか (○は1つ)

1. できるし、している 2. できるけどしてない 3. できない

【(4)で「2. できるけどしてない」「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 (○は1つ)

1. 同居の家族 2. 別居の家族 3. ヘルパー
4. 配達サービスを利用 5. その他

(5) 自分で請求書の支払いをしていますか (○は1つ)

1. できるし、している 2. できるけどしてない 3. できない

(6) 自分で預貯金の出し入れをしていますか (○は1つ)

1. できるし、している 2. できるけどしてない 3. できない

(7) 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 (○は1つ)

1. はい 2. いいえ

(8) 今日が何月何日かわからない時がありますか (○は1つ)

1. はい 2. いいえ

(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 (○は1つ)

1. はい 2. いいえ

(10) 新聞を読んでいますか (○は1つ)

1. はい 2. いいえ

(11) 本や雑誌を読んでいますか (○は1つ)

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 (○は1つ)

1. はい 2. いいえ

(13) 友人の家を訪ねていますか (○は1つ)

1. はい 2. いいえ

(14) 家族や友人の相談にのっていますか (○は1つ)

1. はい 2. いいえ

(15) 病人を見舞うことができですか (○は1つ)

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 (○は1つ)

1. はい 2. いいえ

(17) 趣味はありますか (○は1つ)

1. 趣味あり → () 2. 思いつかない

(18) 生きがいがありますか (○は1つ)

1. 生きがいあり → () 2. 思いつかない

- (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 (Oは1つ)
- 是非参加したい
 - 参加してもよい
 - 参加したくない
- (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 (Oは1つ)
- 是非参加したい
 - 参加してもよい
 - 参加したくない
- (4) あなたは地域でどんな支援ができると思えますか (Oはいくつでも)
- 配食の手伝い
 - 調理
 - 掃除・洗濯
 - 買い物代行
 - 外出同行 (通院、散歩など)
 - ゴミ出し
 - 見守り、声かけ
 - サロンなど、通いの場のサポート
 - 外出時の送迎
 - その他 ()
 - できない

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 (Oはいくつでも)
- 配偶者
 - 同居の子ども
 - 別居の子ども
 - 兄弟姉妹・親戚・親・孫
 - 近隣
 - 友人
 - その他 ()
 - 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 (Oはいくつでも)
- 配偶者
 - 同居の子ども
 - 別居の子ども
 - 兄弟姉妹・親戚・親・孫
 - 近隣
 - 友人
 - その他 ()
 - 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 (Oはいくつでも)
- 配偶者
 - 同居の子ども
 - 別居の子ども
 - 兄弟姉妹・親戚・親・孫
 - 近隣
 - 友人
 - その他 ()
 - そのような人はいない

- (19) 5分前に自分が何をしていたか思い出せますか (Oは1つ)
- はい
 - いいえ
- (20) その日の活動 (食事をす、衣服を選ぶなど) を自分で判断できますか (Oは1つ)
- 困難なくできる
 - いくらか困難であるが、できる
 - 判断するときに、他人からの合図や見守りが必要
 - ほとんど判断できない
- (21) 人に自分の考えをうまく伝えられますか (Oは1つ)
- 伝えられる
 - いくらか困難であるが、伝えられる
 - あまり伝えられない
 - ほとんど伝えられない
- (22) 食事は自分で食べられますか (Oは1つ)
- できる
 - 一部介助 (おがずを切ってもらするなど) があればできる
 - できない
- (23) 家事全般ができていますか (Oは1つ)
- はい
 - いいえ

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 - ⑦それぞれに回答してください (それぞれOは1つ)

	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 老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑥ 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑦ 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

(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 (Oは1つ)

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 (Oは1つ)

1. はい
2. いいえ

(5) タバコは吸っていますか (Oは1つ)

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

(6) 現在治療中、または後遺症のある病気がありますか (Oはいくつでも)

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 ()

(7) お酒は飲みますか (Oは1つ)

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

(8) 現在、病院・医院 (診療所、クリニック) に通院していますか (Oは1つ)

1. はい
2. いいえ

【(8) で「1. はい」(通院している) の方のみ】

① 通院に介助が必要ですか (Oは1つ)

1. はい
2. いいえ

(4) 反対に、あなたが看病や世話をしあける人 (Oはいくつでも)

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・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 (Oはいくつでも)

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 (Oは1つ)

1. 毎日ある
2. 週に何度がある
3. 月に何度がある
4. 年に何度がある
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 (Oは1つ)

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 (Oはいくつでも)

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 (Oは1つ)

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、現在のどの程度幸せですか (Oは1つ)

(「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											

② ①の回答を運んだ理由を自由にご記入ください

ご協力ありがとうございます。記入もれがないか、今一度お確かめください。
2月10日(金)までに郵便ポストに投函してください。

問8 今後の生活について

(1) 今後(介護が必要になったとき)どこで生活したいですか(Oは1つ)

- 1. 自宅
- 2. 現在は別居している子供等の家
- 3. 施設(光寿苑、びなの園、清水苑、佐々木内科小児科医院等)
- 4. 地域密着型施設(自遊舎、笹の木、ゆいっこ、ひなたぼっこ、雪つばきの里等)
- 5. 集合住宅や生活支援ハウス(かたくりの園や悠々館等)
- 6. その他()

(2) 町に力を入れてほしいことは次のうちどれですか(Oはいくつでも)

- 1. 趣味や生きがいづくり
- 2. 働く機会の提供、企業の誘致
- 3. 介護が必要にならないための健康づくり支援
- 4. 自立生活のための家事(炊事、洗たく等)の指導
- 5. 介護保険サービス(ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなど)の充実
- 6. 福祉サービス(配食サービス、買い物支援など)の充実
- 7. 自宅の除雪作業をしなくても良い除雪体制の充実
- 8. ひとり暮らしや高齢者への地域での見守
- 9. 高齢者向けの住宅改修(段差の解消手すりの取付など)の支援
- 10. その他()

(3) この町に住むことについて教えてください

① この町にずっと住み続けたいと思いますか(Oは1つ)

- 1. 思う
- 2. 少し思う
- 3. どちらともいえない
- 4. あまり思わない
- 5. 思わない

(2) 在宅介護実態調査

在宅介護実態調査票
《要介護認定者用》

**西和賀町の老人福祉・介護保険に関わる計画
見直しのための調査の実施について**

町では、平成29年度に「ともに支え、ともに生きる 誰もが安心して、その人らしく、誰やか
に暮らすまちづくり」を推進するための西和賀町老人福祉及び介護保険事業計画の見直しを行いま
す。

そのため、町民の皆様へ調査を実施し、計画に反映させるとともに、今後の高齢者の自立支援に
役立てたいと思っております。調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力くださるようお願い申し上げます。
また、収集した調査票は、大切な個人情報であることから、西和賀町個人情報保護条例に基づき
適正な取扱いを行います。

記入日	平成 29年	月	日
※ 調査票を記入されたのはどなたですか。 (〇はいくつでも)			
1. あて名のご本人 (要介護者)			
2. 主な介護者となっている家族・親族			
3. 主な介護者以外の家族・親族			
4. 担当ケアマネジャー			
5. その他 ()			

～第7期介護保険料算定に大きく影響します。ご協力をお願いします。～

調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れ、
2月10日(金)までに 郵便ポストへご投函ください。

※以下は、あて名のご本人について 記入してください。

電話番号		性別	男	女
生年月日	大正・昭和	年	月	日 () 歳

《 記入に際してのお願い 》

1. この調査は、要介護者ご本人及び主な介護者の方についてお答えいただくもので
す。各設問には、平成29年1月の状況でご回答ください。

2. 回答は、選択肢に〇を付けていただく場合と、記述していただく場合があります。
また、選択された回答によっては、次に進む設問が異なる場合がありますので、
回答は、設問ごとに示している指示に従ってください。

3. ご回答にあたっては、ご家族の方等がご本人の代わりに回答されたり、一緒に
回答されてもかまいません。

<この調査に関するお問い合わせ先>

西和賀町 健康福祉課 (深澤早苗・東清彦・柿澤雄太) 電話：85-3412

西和賀町地域包括支援センター 電話：85-3414・3137

1 ご本人(要介護者)の状況について

問1 世帯類型はどれに該当しますか。(〇は1つ)

1. 単身世帯 2. 夫婦のみ世帯 3. その他 ()

問2 家族や親族の方から介護してもらう日は、週にどのくらいありますか。(〇は1つ)
(同居していない子どもや親族の方等からの介護も含みます。)

1. ない ⇒ 問8へ 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない
3. 週に1～2日ある 4. 週に3～4日ある 5. ほぼ毎日ある

2 主な介護者等の状況(属性等)について

問3 主な介護者の方は、ご本人(要介護者)から見てどなたになりますか。(〇は1つ)

1. 配偶者 2. 子 3. 子の配偶者
4. 孫 5. 兄弟・姉妹 6. その他 ()

問4 主な介護者の方の性別はどちらですか。(〇は1つ)

1. 男性 2. 女性

3 支援・サービス・訪問診療の利用状況・ニーズについて

問8 現在、「介護保険サービス以外」の支援・サービスは、何を利用していますか。(〇はいくつでも)

1. 配食
2. 調理
3. 掃除・洗濯
4. 買い物 (宅配は含まない)
5. ゴミ出し
6. 外出同行 (通院、買い物など)
7. 移送サービス (介護・福祉タクシー等)
8. 見守り、声かけ
9. サロンなどの定期的な通いの場
10. その他 ()
11. 利用していない

問9 在宅生活を今後も続けていくためには、どの支援・サービス* (現在利用中を含む)が必要だと思いますか。(〇はいくつでも)

1. 配食
2. 調理
3. 掃除・洗濯
4. 買い物 (宅配は含まない)
5. ゴミ出し
6. 外出同行 (通院、買い物など)
7. 移送サービス (介護・福祉タクシー等)
8. 見守り、声かけ
9. サロンなどの定期的な通いの場
10. その他 ()
11. 特にない

*介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスとも含まれます。

問10 現時点において、施設等*への入所・入居を検討されていますか。(〇は1つ)

1. 入所・入居は検討していない
2. 入所・入居を検討している
3. すでに入所・入居の申し込みをしている

*「施設等」とは、特別介護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設 (有料老人ホーム等)、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別介護老人ホームを指します。

問5 主な介護者の方の年齢はどれに該当しますか。(〇は1つ)

1. 20歳未満
2. 20~29歳
3. 30~39歳
4. 40~49歳
5. 50~59歳
6. 60~69歳
7. 70~79歳
8. 80歳以上
9. わからない

問6 現在、主な介護者の方が行っている介護等はどれですか。(〇はいくつでも)

[身体介護]

1. 日中の排泄
2. 夜間の排泄
3. 食事の介助(食べる時)
4. 入浴・洗身
5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)
6. 衣服の着脱
7. 屋内での移乗・移動
8. 外出の付き添い、送迎等
9. 服薬
10. 認知症への対応
11. 医薬面での対応 (経管栄養、ストーマ等)

[生活援助]

12. 食事の準備 (調理等)
13. その他の家事 (掃除、洗濯、買い物等)
14. 金銭管理や生活に必要な諸手続き

[その他]

15. その他 ()
16. わからない

問7 ご家族や親族の方で、ご本人(要介護者)の介護のために、過去1年の間に仕事*を辞めた方・転職された方はありますか。(〇はいくつでも)
(現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません。)

1. 主な介護者が仕事を辞めた (転職除く)
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた (転職除く)
3. 主な介護者が転職した
4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した
5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない
6. わからない

*自営業や離職水産業の仕事を除いた、転職した場合も含みます。

※ここからは「主な介護者」の方がご回答ください。「主な介護者」の方のご回答が難しい場合は、ご本人（要介護者）が記入されるか、無回答で結構です。

4 主な介護者の就業状況について

問 14 主な介護者の方の現在の勤務形態はどれに該当しますか。(Oは1つ)

1. フルタイムで働いている ⇒ 問14-1～3△
2. パートタイム[※]で働いている ⇒ 問14-1～3△
3. 働いていない ⇒ 問15△
4. わからない ⇒ 問15△

※「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方が該当します。いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を指します。自営業・フリーランス等の場合も、就業時間・日数等から「フルタイム」「パートタイム」のいずれかを選択してください。

問 14-1 「フルタイムまたはパートタイムで働いている」主な介護者の方にお伺いします。介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていきますか。(Oはいくつでも)

1. 特に調整していない
2. 介護のために、「労働時間調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている
3. 介護のために、「休暇（年休や介護休業等）」を取りながら、働いている
4. 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
5. 介護のために、2～4以外の調整をしながら、働いている
6. わからない

問 11 ご本人（要介護者）が、現在抱えている傷病名を教えてください。(Oはいくつでも)

1. 脳血管疾患（脳卒中）
2. 心疾患（心臓病）
3. 悪性新生物（がん）
4. 呼吸器疾患
5. 腎疾患（透析）
6. 筋骨格系疾患（肩組しよつ症、腎血管狭窄症等）
7. 膠原病（関節リウマチ含む）
8. 変形性関節疾患
9. 認知症
10. パーキンソン病
11. 難病（パーキンソン病を除く）
12. 糖尿病
13. 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）
14. その他（ ）
15. なし
16. わからない

問 12 ご本人（要介護者）は、現在、訪問診療[※]を利用していますか。(Oは1つ)

1. 利用している
2. 利用していない

※訪問診療や在宅療養指導等は含みません。

問 13 現在、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の) 介護保険サービスを利用していますか。(Oは1つ)

1. 利用している ⇒ 問 14 △
2. 利用していない ⇒ 問 13-1 △

問 13-1 介護保険サービスを「利用していない」方にお伺いします。介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(Oはいくつでも)

1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
2. 本人（要介護者）にサービス利用の希望がない
3. 家族が介護をするため必要ない
4. 以前、利用していたサービスに不満があった
5. 利用料を支払うのが難しい
6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない
7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
8. サービスを利用したいが手続きや利用方法が分からない
9. その他（ ）

5 介護生活を続ける際の不安や困りごと

問 15 (在宅生活を送る要介護者を介護している)現在の生活を今後も続けていくためには、主な介護者の方が不安に感じる介護等はどれですか。(〇は3つまで)
(現在行っているかどうかは問いません。)

〔身体介護〕

1. 日中の排泄
2. 夜間の排泄
3. 食事の介助(食べる時)
4. 入浴・洗身
5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)
6. 衣服の着脱
7. 屋内での移乗・移動
8. 外出の付き添い、送迎等
9. 服薬
10. 認知症状への対応
11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等)
- 〔生活援助〕
12. 食事の準備(調理等)
13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)
14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き

〔その他〕

15. その他()
16. 不安に感じていることは、特になし
17. わからない

6 その他

問 16 町に対するご意見等を自由にご記入ください。

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。
2月10日(金)までに郵便ポストへご投函ください。

問 14-2 「フルタイムまたはパートタイムで働いている」主な介護者の方にお伺いします。
仕事と介護の両立に効果があると思う動機先からの支援はどれですか。(〇は3つまで)

1. 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない
2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実
3. 制度を利用しやすい職場づくり
4. 労働時間の柔軟な選択(フレックスタイム制など)
5. 働く場所の多様化(在宅勤務・テレワークなど)
6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
8. 介護をしている従業員への経済的な支援
9. その他()
10. 特になし
11. わからない

問 14-3 「フルタイムまたはパートタイムで働いている」主な介護者の方にお伺いします。
主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。(〇は1つ)

1. 問題なく、続けていける
2. 問題はあるが、何とか続けていける
3. 続けていくのは、やや難しい
4. 続けていくのは、かなり難しい
5. わからない

西和賀町
高齢者実態調査結果報告書

発行日 平成 29 年 3 月
発行元 西和賀町 健康福祉課
住 所 〒029-5692
和賀郡西和賀町沢内字太田 2 地割 81 番地 1
(西和賀町役場沢内庁舎内)
連絡先 TEL : 0197-85-3412
FAX : 0197-85-2119
URL : <http://www.town.nishiwaga.lg.jp/>