

【基本事項】

1. あて名のご本人は現在どちらにいますか。
2. この調査票はどなたが記入されますか。◎
3. あて名のご本人を含めて何人で暮らしていますか。また、同居されている方はどなたですか。◎
4. 家族などと同居している方におたずねします。
 - (1)あて名のご本人は、日中一人になることがありますか。
 - (「家族の仕事などで、1日6時間以上一人になることが週2回以上」あるかどうか)
 - (2)(1)で「3 ない」に回答した方のみおたずねします。あなた以外の日中いる方はなにをされていますか
 - (3)(1)で「3 ない」に回答した方のみおたずねします。日中いる方の年齢についてうかがいます。
5. ひとり暮らしの方におたずねします。ご自身に、入院等、万一のことがあったとき、お子さんなど、連絡先になってくれる身内(親や兄弟、子ども(二親等))の方はいますか。
6. 年間の世帯収入(同居家族全員)はどのくらいですか。
7. 身長・体重を教えてください。(それぞれ数字を記入してください)◎
8. あて名のご本人は、普段の生活でどなたかの介護、介助を受けていますか。◎
9. 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。◎
10. あて名のご本人は災害が発生した際に、頼れる方がいますか。
11. あて名のご本人の心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる方はどなたですか。◎
12. 反対に、あて名のご本人が心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる方はどなたですか。◎
13. あて名のご本人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方はどなたですか。◎
14. 反対に、看病や世話をしてくれる方はどなたですか。◎
15. 見守りについておたずねします。
 - (1) ご近所の様子を気にかけていますか。
 - (2) 見守りやお手伝いをご近所に頼みたいと思いますか。
 - (2)-1 (で「1 頼みたい」と回答した方におたずねします。どんな見守りやお手伝いを頼みたいですか。
 - (2)-2 (で「2 頼みたくない」と回答した方におたずねします。頼みたくない理由は何ですか。

【お体の状況】

16. あて名のご本人の足腰の状態について、以下の①～⑦にお答えください。
 - ① 階段を手すりや壁をつたわずに上ることができますか。◎
 - ② いす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。◎
 - ③ 15分くらい続けて歩いて歩いていますか。◎
 - ④ この1年間に転んだことがありますか。◎
 - ⑤ 転倒に対する不安は大きいですか。◎
 - ⑥ 週に1回以上は外出していますか。◎
 - ⑦ 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。◎
17. あて名のご本人は、現在の程度幸せですか。(「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)◎
18. 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。◎
19. 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。◎
20. タバコは吸っていますか。◎
21. あて名のご本人の栄養やお口の中の状況について、お答えください。
 - (1) 以下の①～②にお答えください。(それぞれ1つに○)

下線◎ は「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の必須項目です

- ① 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。◎
- ② 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)◎

【日常生活や生活支援サービス】

22. どなたかと食事をとにもする機会がありますか。◎
23. 物忘れが多いと思いますか。◎
24. 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)◎
25. 自分で食品・日用品の買物をしていますか。◎
26. 自分で食事の用意をしていますか。◎
27. 配食サービスを利用したことがありますか。(社会福祉協議会または NPO が食事を届ける市のサービス、民間サービスどちらでも、過去1年)
28. 問27で「1」～「6」に回答した方のみおたずねします。配食サービスを利用するのに重視することは何ですか
29. 自分で請求書の支払いをしていますか。◎
30. 自分で預貯金の管理をしていますか。◎

【地域での活動】

31. 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 ボランティアのグループ ② スポーツ関係のグループやクラブ ③ 趣味関係のグループ ④ 学習・教養サークル
 - ⑤ 介護予防のための通いの場 ⑥ 老人クラブ ⑦ 自治会 ⑧ 収入のある仕事 ⑨ 地域の防災活動 ⑩ その他の団体や会合◎
32. 市内にある「高齢者が自由に立ち寄れる交流の場『ふれあいサロン』」を知っていますか。
33. 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、あて名のご本人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。◎
34. 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、あて名のご本人はその活動に企画・運営(お世話役)として参加してみたいと思いますか。◎
35. あなたの所属している自治会等の防災に関する活動状況について、お答えください。

【就労やボランティア】

36. 就労の状況について、お答えください。
 - (1) 収入のある仕事に就いていますか。
 - (1)-1 (1)で「2 就労したいが、現在は働いていない」と回答した方におたずねします。働いていない理由は何ですか。
 - (2)あて名のご本人は、仕事をいつまで続けたいと思いますか。(仕事をしていない方は、仕事をするとしたら、仕事をいつまで続けたいと思いますか)
37. あて名のご本人は、今後、どのような形態で就労したいと思いますか。現在働いている、いないに関係なくお答えください
38. (1) あて名のご本人は「公益社団法人シルバー人材センター」での活動をしていますか。
 - (1)-1 (1)で「3 登録をしていない」と回答した方におたずねします。登録をしていない理由は何ですか。
 - (2) 日野市では、高齢者による介護ボランティア活動に対して、ポイントを付与し、そのポイント数に応じて交付金などを交付する「介護サポーター事業」を実施しています。あて名のご本人はその事業をご存知ですか。
 - (3) 今後、「介護サポーター事業」に参加したい・続けたいと思いますか。
 - (4)-1 (3)で「2 参加したくない・活動を辞めたい(「辞めた」を含む)」と回答した方におたずねします。参加したくない・活動を辞めたい理由は何ですか。

【介護予防や認知症予防】

39. あて名のご本人は、体操や運動を行っていますか。
40. あて名のご本人は、介護予防(体操や運動)に取り組む意向はありますか。

41. あて名のご本人は、介護予防(体操・運動)に自主的に取り組んでみたいと思いますか。
42. 認知症予防や介護予防にどんな事業を希望しますか。
43. 認知症に関す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はいますか。◎
- ② 認知症に関する相談窓口を知っていますか。◎

【住まい】

44. お住まいの形態は、次のどれですか。◎
45. お住まいの所有関係は、次のどれですか。
46. 転居の意向について、お答えください。
 - (1) あて名のご本人は、現在のお住まいから転居したいと考えていますか。
 - (2) (1)で「2 転居したいが、費用や体力等の理由から難しい」または「3 転居したい。費用や体力等の面からも、転居可能である」と回答した方におたずねします。転居を選ぶ理由を教えてください。
47. 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅(以下、「有料老人ホーム等」と言います。)の家賃等(家賃、共益費、管理費、光熱水費、食費、生活支援費、基本サービス料※)として、支払える金額の上限は、月いくらまでですか。
※ 生活支援費、基本サービス料には、介護サービスの料金は含まれません。
48. 介護サービスを施設(住宅)で提供していない有料老人ホーム等であっても、入所(入居)を希望しますか
49. (1) 60歳になってから現在まで、貸家(賃貸アパート、賃貸マンション含む)に転居しようとしたことはありますか。
 - (1)-1 (1)で「1 転居したことがある」または「2 転居しようとしたができなかった」と回答した方におたずねします。転居先となる物件を探す際、物件の紹介を断られたり、賃貸借契約の締結を断られたことがありますか。
50. (1) 近年、具合が悪くなくても、ご自宅で最後まで生活し、介護を受ける「在宅での看取り」について、関心が高まっています。あて名のご本人はどのように看取られたいですか。
 - (1)-1 (1)で「1 自宅や住んでいる場所での「看取り」を希望する」と回答した方におたずねします。ご自宅で「看取り」を迎えられることとなる場合に、課題になりそうなことや不安な点はありますか。

【介護保険制度】

51. 介護予防や介護保険サービスの情報をどこから得ていますか。
52. 日野市では、高齢者の相談窓口として地域包括支援センターを設置しています。あて名のご本人は、地域包括支援センターを知っていますか。

【健康状態】

53. あて名のご本人の健康状態はいかがですか。
54. 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。◎
55. 日野市が実施している認知症のかたやその家族を支援するための取組についてお答えください。
 - ①認知症を知る月間 ②認知症サポーター養成講座 ③知って安心認知症(認知症ケアパス) ④認知症家族介護者交流会 ⑤認知症カフェ
56. 現在、成年後見制度について関心がある、もしくは相談したいと思いますか。
57. あて名のご本人は、自宅以外に居場所等がありますか。
58. (1) 自分にもしものことがあった時に備えて、「エンディングノートや終活」のことについて、相談したいと思ったことはありますか。
 - (1)-1 (1)で「1 すでに相談した」「2 ある」に回答した方におたずねします。どのようなことを相談しましたか(相談したいと思いますか)。

【摂食嚥下】

59. 日野市では、「日野市食べること飲み込むこと(摂食嚥下)機能支援推進事業」に取り組んでいますが、ご存じでしたか

【自由意見】

60. ご本人及びご本人を介護している方で、何かご意見がありましたら記入してください。

【任意回答】

1. あなたは日常生活において自分のことを、どのくらい自分で決められていますか。決めたことを他の人にやってもらう場合も含めてお答えください。
2. 身だしなみについて、あなたの状況を表しているのはどれですか。
3. 飲食について、あなたの状況を表しているのはどれですか。
4. あなたは虐待や転倒などのおそれがなく、どのくらい安心・安全だと感じていますか。
5. あなたが望む人とのつき合いについて、あなたの状況を表しているのはどれですか。
6. あなたは大切だと思うことや楽しんでいることをしながら、自分の時間を過ごせていますか。趣味、仕事、ボランティア、他者のケアなどを含めて考えてください。
7. あなたの家の中はどのくらい快適ですか。
8. ケアや支援を受けることを、あなたはどのように感じていますか。
9. ケアや支援のされ方について、あなたはどのように感じていますか。